



คู่มือการบริหารความเสี่ยง

คณะทันตแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ฉบับปรับปรุง
วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563

| รายการ | หน้า |
|---|---------|
| ระบบการบริหารความเสี่ยง | |
| นโยบาย วัตถุประสงค์ ขอบเขต คำจำกัดความ | 3 |
| บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบ | 4 |
| ประเภทความเสี่ยง | 5 |
| รูปแบบของการรายงานความเสี่ยง | 5 |
| การบริหารความเสี่ยง | 5-8 |
| การจัดการอุบัติการณ์/ข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ | 9 |
| ขั้นตอนการกำกับติดตามการแก้ไข/ป้องกัน ปัญหาหรือความเสี่ยงสำคัญ | 10 |
| สรุปเหตุการณ์ Sentinel event ที่ต้องรายงาน | 11 |
| แนวทางการปิดประเด็นการรายงานอุบัติการณ์ โดยแบ่งตามระดับความรุนแรง | 12 |
| <u>ภาคผนวก</u> | |
| 1. แบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ หรือ อุบัติเหตุ (Incident, Near miss & Accident Report) | 14-15 |
| 2. แบบติดตามการแก้ไข/ป้องกัน ปัญหา/ความเสี่ยง (ใบ CAR) | 16 |
| 3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการ | 17 |
| 4. แนวทางการจัดการเมื่อผู้ป่วย/บุคลากรได้รับอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน | 18 |
| 5. ตารางแนวทางการประเมินหรือคัดกรองผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน | 19 |
| 6. แนวทางพิจารณาในการปฏิบัติช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน | 20 |
| 7. แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในคลินิก | 21 - 28 |
| 8. การแบ่งหน้าที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน | 29 - 30 |

ระบบการบริหารความเสี่ยง

1. นโยบาย

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ มุ่งมั่นที่จะให้มีการบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยจัดให้มีการค้นหาความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง ป้องกันและกำจัดหรือลดความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความสูญเสียและสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สินของผู้ป่วยและญาติ บุคลากร รวมทั้งชื่อเสียง และภาพพจน์ของคณะฯ

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้รับบริการ ได้รับการบริการที่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เกิดความพึงพอใจสูงสุด
2. เพื่อให้บุคลากรสามารถจัดการบริหารความเสี่ยงให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้บุคลากรทุกระดับตระหนักถึงการค้นหาและการรายงานความเสี่ยง พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขป้องกัน ไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำ
4. เพื่อรักษา/ชำระไว้ซึ่งชื่อเสียง ภาพพจน์ของคณะฯ อันเกิดจากสิ่งไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้

3. ขอบเขต

ระเบียบปฏิบัตินี้ครอบคลุมถึงการดำเนินการเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะก่อให้เกิดปัญหาต่อระบบคุณภาพและการให้บริการ/คำร้องเรียน/อุบัติการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในคณะฯ และกิจกรรมการป้องกันมิให้เกิดความเสียหาย ได้รับความเจ็บหรือเป็นอันตราย การสูญเสียทรัพย์สินต่างๆ และความเสื่อมเสียต่อภาพพจน์ ชื่อเสียงของบุคลากรและคณะฯ รวมทั้งการเชื่อมโยงระบบบริหารความเสี่ยงของคณะฯ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

4. คำจำกัดความ

- 4.1 ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์
- 4.2 กระบวนการบริหารความเสี่ยง หมายถึง กิจกรรมที่ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง, การประเมินความเสี่ยง, การจัดการกับความเสี่ยงและการประเมินผล
- 4.3 Risk Management Committee (RMC) หมายถึง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ
- 4.4 RM (Risk Manager) ผู้จัดการความเสี่ยง หมายถึง ที่ได้รับการแต่งตั้งให้รับผิดชอบกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในคณะฯ ขณะเดียวกันจะต้องทำหน้าที่ผู้จัดการความเสี่ยงในขอบเขตงานของตน
- 4.5 Cross Functional Team (CFT) หมายถึง คณะกรรมการต่างๆ ที่ร่วมกันรับผิดชอบในการแก้ไข หรือหาโอกาสพัฒนาในประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่ คณะกรรมการการดูแลผู้ป่วย (PCT), คณะกรรมการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ (IC), คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV), คณะกรรมการยา เป็นต้น

- 4.6 **Incident Report (IR)** หมายถึง รายงานการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่เป็นไปตามข้อกำหนดทั้งหมด รวมทั้งเหตุการณ์ที่ยังไม่ถึงผู้รับบริการ (Near Miss) และคำร้องเรียนของลูกค้า โดยรูปแบบการรายงานมี 2 ลักษณะ ได้แก่
- การเขียนรายงานลงในแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์
 - การรายงานผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IOR)
- 4.7 **Customer Complaint (CC)** หมายถึง คำร้องเรียนของลูกค้า
- 4.8 **Preventive Action Report/Corrective Action Request (PAR/CAR)** หมายถึง ใบคำร้องเพื่อดำเนินการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นหรือที่เกิดขึ้นแล้ว
- 4.9 **Near Miss (เหตุเกือบพลาด)** หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่เกิดขึ้นเพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทันก่อนที่จะถึงผู้ป่วยหรือลูกค้า
- 4.10 **Sentinel Event** หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดหวัง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต อันตรายที่รุนแรงต่อร่างกายหรือจิตใจหรือเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เสียชื่อเสียง/ภาพลักษณ์
- 4.11 **Risk Profile (บัญชีความเสี่ยง)** หมายถึง รายการความเสี่ยงทั้งหมดซึ่งทุกหน่วยงานได้ทำการค้นหา วิเคราะห์การระบุวิธีการจัดการความเสี่ยงและการประเมินผลความเสี่ยงของหน่วยงาน โดยมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลา
- 4.12 **Rescue Team** หมายถึง ทีมให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกู้ชีวิตหรือเกิดภาวะฉุกเฉิน
- 4.13 **Reconcile Team** หมายถึง ทีมไกล่เกลี่ย แก้ไขปัญหา กรณีที่เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียน

5. บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบ

5.1 บทบาทหน้าที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

- กำหนดประเภทความเสี่ยงระดับความรุนแรงของความเสี่ยง
- กำหนดแนวทางในการค้นหา การบันทึกและรายงานความเสี่ยง และสื่อสารให้ทราบอย่างทั่วถึง
- รวบรวมความเสี่ยง อุบัติการณ์และจัดทำบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
- ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อทบทวนอุบัติการณ์ จัดการความเสี่ยงและการแก้ไขเชิงระบบ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
- สื่อสารนโยบาย ระเบียบปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ
- ติดตามประเมินผลการดำเนินการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่าง ๆ
- สรุปรายงานและประมวลผลความเสี่ยง แจ้งทุกหน่วยงานและทุกทีม
- จัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยงเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน

5.2 บทบาทหน้าที่หัวหน้างานและผู้รับผิดชอบความเสี่ยงในหน่วยงาน (RM Network)

- เป็นผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน พิจารณาสั่งการและดำเนินการกรณีมีความเสี่ยงหรือเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้นภายในหน่วยงาน กระตุ้นให้มีการรายงานความเสี่ยง
- ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงภายในหน่วยงาน และวางมาตรการป้องกัน และป้องกัน ควบคุม ความเสี่ยงที่สำคัญ
- ตรวจสอบความถูกต้องของการจัดประเภท การประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เจ้าหน้าที่ใน หน่วยงาน ดำเนินการแล้ว
- ลงนามรับทราบบันทึกรายงานความเสี่ยง / อุบัติการณ์ภายในหน่วยงาน ที่เจ้าหน้าที่ ภายในหน่วยงานบันทึกรายงาน
- นำทีมทบทวนอุบัติการณ์ภายในหน่วยงาน
- รวบรวมสถิติ ตัวชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงภายในหน่วยงาน และร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานวิเคราะห์ ประเมิน ประสิทธิภาพของการป้องกันและควบคุมความเสี่ยง
- นำเสนอข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานแก่คณะกรรมการ RM

5.3 บทบาทหน้าที่บุคลากรทุกระดับ

- ทำความเข้าใจ แนวทางปฏิบัติตามคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก่ไขสถานการณ์/อุบัติการณ์เบื้องต้น
- บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไข และรายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด
- ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ / อุบัติการณ์ซ้ำ

6. ประเภทของความเสี่ยง

ประเภทความเสี่ยงในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 23 ด้าน ดังนี้

1. ความเสี่ยงในการบริหารจัดการการเงินของโรงพยาบาล

- 1.1 คิดเงินค่าใช้จ่าย/ค่ายา/ค่าเวชภัณฑ์ผิดพลาด
- 1.2 เรียกเก็บเงินไม่ได้ตามใบแจ้งหนี้
- 1.3 ปัญหาเกี่ยวกับระบบ DF แพทย์ เช่น บันทึกค่าแพทย์ไม่ถูกต้อง, ระบุชื่อแพทย์ผิด ฯลฯ (คลินิกพิเศษ)
- 1.4 ผู้ป่วยค้างชำระเงิน ระยะเวลา นานกว่า 90 วัน
- 1.5 ผู้ป่วยปฏิเสธการชำระเงิน/ยังไม่ชำระเงิน
- 1.6 ไม่บันทึกค่าใช้จ่าย/ค่ายา/ค่าเวชภัณฑ์ไม่ครบถ้วน เช่น ให้คนใช้จ่ายเงินแล้วไม่คืนค่ารักษาในระบบ
- 1.7 ออกใบแจ้งหนี้/ใบสรุปการรักษาไม่ถูกต้อง เช่น ผิดคน, ผิด Rank, ผิดราคา ฯลฯ
- 1.8 ออกใบเสร็จรับเงินไม่ถูกต้อง เช่น ผิดคน ผิดการรักษา ฯลฯ

2. การบริหารทรัพยากรไม่มีประสิทธิภาพ

- 2.1 การจัดการด้านครุภัณฑ์ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ขาดแผนการทดแทนครุภัณฑ์ ขาดข้อมูลครุภัณฑ์เพื่อการบริหารจัดการ
 - 2.2 การบริหารคลังพัสดุไม่มีประสิทธิภาพ เช่น มีพัสดुकงค้างในคลังมาก พัสดุดมอายุ สูญหาย
 - 2.3 ความทันสมัยของระบบจัดแสดง/ระบบการให้บริการ
 - 2.4 การวางแผน การบริหารจัดการต้นทุนการดำเนินงานไม่มีประสิทธิภาพ
 - 2.5 รាយจ่ายเหนือรายได้
 - 2.6 การบำรุงรักษาวัตถุพิพิธภัณฑ/ทรัพยากรห้องสมุดไม่มีประสิทธิภาพ
 - 2.7 ความทันสมัยของทรัพยากรห้องสมุดได้แก่ หนังสือ/สิ่งพิมพ์
- 3 ความเสี่ยงด้านการจัดการด้านยา เวชภัณฑ์และความคลาดเคลื่อนทางยา
 - 3.1 Administration error (การบริหารยาคลาดเคลื่อน)
 - 3.2 Dispensing error (การจ่ายยาคลาดเคลื่อน)
 - 3.3 Pre-Dispensing error (การจัดยาคลาดเคลื่อน)
 - 3.4 Prescribing error (คำสั่งการใช้ยาคลาดเคลื่อน)
 - 3.5 ให้เลือดผิดหมู่/Massive Transfusion
 - 4 การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ไม่เหมาะสม
 - 4.1 ข้อมูลใบนัดไม่ถูกต้อง เช่น ผิดแพทย์ /ผิดคน /ผิดวัน-เวลา /ผิดสถานที่ /ผิด Rank ฯลฯ
 - 4.2 ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาขอย้ายไปรักษาที่อื่น (นอกคณะ)
 - 4.3 การประชาสัมพันธ์ไม่เหมาะสม
 - 4.4 ข้อมูลใบส่งตรวจ/ใบส่งชิ้นงานไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง
 - 5 ความเสี่ยงในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย
 - 5.1 Re-Admit ภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิม หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม
 - 5.2 Resurgery/Unplanned Surgery ด้วยโรคเดิม หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม เช่นการติดเชื้อหลังการผ่าตัด/หัตถการ/วิสัญญี
 - 5.3 ทำหัตถการซ้ำในปัญหาเดิมโดยไม่ได้คาดหมาย
 - 5.4 การดูแล Tube/Line/Catheter/Drain ไม่เหมาะสม/เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนจาก Tube/Line/Catheter/Drain เช่น VAP, CAUTI
 - 5.5 การเฝ้าระวังผู้ป่วย/ติดตามผลการรักษาไม่เหมาะสม

-
- 5.6 การประเมินไม่เหมาะสม/การประเมินซ้ำ
 - 5.7 ต้องส่งต่อไปคลินิกอื่นในคณะ เช่นเคสยาก คนไข้ปฏิเสธการรักษา ทำให้ต้องเปลี่ยนคลินิกรักษา
 - 5.8 ทำผ่าตัดโดยไม่มีใบยินยอม
 - 5.9 ทำผ่าตัดหรือทำหัตถการ ผิดคน / ผิดข้าง/ ผิดซี่/ ผิดตำแหน่ง
 - 5.10 ทำหัตถการโดยไม่มีใบยินยอมในหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงทั้งหมด เช่น ถอนฟัน ผู้ป่วยเด็กที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้สูงอายุมีโรคแทรกซ้อนเสี่ยงสูง ผู้ที่ไร้ความสามารถ
 - 5.11 ปฏิบัติไม่ถูกต้องตาม Doctor Order sheet/ คำสั่งไม่ชัดเจน/ รับคำสั่งผิด
 - 5.12 เปลี่ยนวิธีการระงับความรู้สึกระหว่างการผ่าตัด
 - 5.13 ผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่คาดหวังทำให้ต้องเปลี่ยนแผนการรักษา(Unexpected Outcome: Fail)
 - 5.14 ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด/หัตถการ/วิสัญญี
 - 5.15 ไม่เซ็นคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ภายใน 24 ชั่วโมง/ไม่เซ็นใบ Doctor Order
 - 5.16 ไม่ได้รับการผ่าตัด/การทำหัตถการในเวลาที่เหมาะสมตามพยาธิสภาพ
 - 5.17 ไม่ปฏิบัติตาม CPG/Care Map/Procedure หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน (Error)
 - 5.18 ไม่รายงานแพทย์/ติดต่อแพทย์ไม่ได้/Consult แพทย์เฉพาะทางล่าช้า/ไม่มีแพทย์เฉพาะทางรับ Consult
 - 5.19 รอรับบริการนาน, รอคิวนาน
 - 5.20 เลื่อน/งด ผ่าตัด/หัตถการ
 - 5.21 วินิจฉัยโรคล่าช้า/วินิจฉัยโรคไม่ครบถ้วน/วินิจฉัยผิดหรือไม่เหมาะสม
 - 5.22 การผ่าตัด/หัตถการ/วิสัญญี ไม่เหมาะสม
- 6 ความเสี่ยงในการบริหารจัดการหลักสูตรและกระบวนการเรียนการสอน
- 6.1 นิสิตไม่มีสมรรถนะตามที่หลักสูตร รายวิชา หรือหัวข้อในรายวิชากำหนด (Expected Learning Outcome)
- 7 การบริหารจัดการ การกำกับดูแล และการนำโดยผู้บริหารทุกระดับ
- 7.1 การจัดการศึกษาต่อเนื่องแล้วไม่ประสบผลสำเร็จ เช่น ขาดทุนหรือผลการประเมินไม่พึงพอใจ มีผู้ลงทะเบียนไม่ได้ตามเป้าหมาย ไม่มี sponsor ตามเป้า
 - 7.2 การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การถ่ายทอดยุทธศาสตร์ลงสู่การปฏิบัติให้เกิดผลตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์
 - 7.3 การจัดออกหน่วยทันตกรรมแล้วไม่ประสบผลสำเร็จ เช่น มีผู้รับบริการไม่ได้ตามเป้าหมาย ขาดทุนไม่มี sponsor หรือผลการประเมินไม่พึงพอใจ
 - 7.4 ผลงานวิจัยไม่ได้ใช้ประโยชน์ ไม่เกิดนวัตกรรมในการพัฒนาสังคม ประเทศ
-

-
- 7.5 ผลงานวิจัยไม่ได้ตีพิมพ์/ไม่ถูก citation
 - 7.6 การนำข้อมูลสถิติมาใช้บริหารจัดการไม่เหมาะสม
 - 8 ประสิทธิภาพของระบบและกระบวนการบริหารความเสี่ยง
 - 8.1 การบูรณาการระบบการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในการแก้ปัญหา ติดตามและป้องกันปัญหาอย่างครบวงจรในการปฏิบัติงานประจำและงานยุทธศาสตร์
 - 9 กระบวนการปฏิบัติงานซ้ำซ้อน ไม่คล่องตัว เกิดความล่าช้า
 - 9.1 การดำเนินการล่าช้าจากการดำเนินการของกระบวนการสนับสนุนที่เกี่ยวข้องไม่มีประสิทธิภาพ
 - 9.2 การเบิกจ่ายพัสดุล่าช้า
 - 10 ความเสี่ยงของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
 - 10.1 ปัญหาเกี่ยวกับระบบ Computer ระบบสารสนเทศ รพ/ pac ไม่มีประสิทธิภาพ
 - 10.2 ขาดแผนการสำรองข้อมูลในระบบสารสนเทศที่สำคัญ
 - 10.3 ความปลอดภัย/การรักษาความลับของข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ
 - 11 กระบวนการดำเนินงานไม่สอดคล้องกับการแก้ไขข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศใหม่
 - 11.1 ไม่ปรับกระบวนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศฉบับใหม่
 - 11.2 กระบวนการทำงานไม่สอดคล้องกับสัญญาจ้าง
 - 11.3 กระบวนการทำงานไม่สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนด
 - 12 การผ่านการรับรองมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
 - 12.1 หลักสูตรยังไม่ผ่านการรับรองมาตรฐาน ตามเกณฑ์มาตรฐานใหม่โดย สกอ.
 - 12.2 โรงพยาบาลคณะทันตแพทย์ยังไม่ผ่านการรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล (HA) ชั้นที่ 3
 - 12.3 ห้องปฏิบัติการไม่ผ่านการรับรองมาตรฐานหรือไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
 - 12.4 อาคารสถานที่ไม่ผ่านการรับรองมาตรฐานหรือไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
 - 13 ความไม่พึงพอใจ/การตอบสนองต่อข้อร้องเรียนของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ
 - 13.1 ข้อร้องเรียนผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/นิสิต
 - 14 ขาดทีมตอบสนอง แผนและการซักซ้อมเพื่อรองรับเหตุการณ์ฉุกเฉินร้ายแรงอย่างเหมาะสม
 - 14.1 ขาดแผนและการซักซ้อมเพื่อรองรับเหตุการณ์ฉุกเฉินจากภายนอก
 - 14.2 ผู้ป่วยพยายามทำร้ายร่างกาย (ทั้งตนเองและผู้อื่น)/ฆ่าตัวตาย
 - 14.3 ขาดแผนและการซักซ้อมเพื่อรองรับเหตุการณ์ฉุกเฉินตามความเสี่ยงของหน่วยงาน
-

15 ความเสี่ยงในระบบการบริหารและพัฒนาบุคลากร

- 15.1 คณาจารย์ผู้สอนไม่เพียงพอ/ไม่สามารถหาอาจารย์ทดแทนผู้เกษียณอายุ หรือลาออกได้ตามความต้องการของคณะ
- 15.2 ด้านพฤติกรรมบริการ
- 15.3 อัตรากำลังของบุคลากรไม่เหมาะสม/ไม่เพียงพอ
- 15.4 อาจารย์ขาดทักษะการสอนแบบ 21st skill
- 15.5 ขีดความสามารถของบุคลากรไม่เหมาะสม
- 15.6 บุคลากรไม่ปฏิบัติงานตามตำแหน่งงาน

16 ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการด้านพัสดุ

- 16.1 การจัดการด้านคลังยาและเวชภัณฑ์ไม่มีประสิทธิภาพ
- 16.2 ยาชา/ยา/วัสดุทันตกรรม/เคมีภัณฑ์หมดอายุ

17 ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการด้านเวชระเบียนและเวชสถิติ

- 17.1 การบันทึกข้อมูลการรักษา/การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ครบถ้วน,ไม่เหมาะสม,ไม่ถูกต้อง /เวชระเบียนผิดคน
- 17.2 การบันทึกทางการแพทย์/การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ครบถ้วน,ไม่เหมาะสม
- 17.3 ผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งต่ออย่างเหมาะสม/ปัญหาด้านการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เอกสารส่งตัวไม่ครบ
- 17.4 การนำข้อมูลเวชสถิติมาใช้บริหารจัดการไม่เหมาะสม

18 ความเสี่ยงของระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อ

- 18.1 เครื่องมือที่มีวัสดุปนเปื้อนตกค้าง/การบรรจุฉีกขาด ก่อนการใช้งาน
- 18.2 ทัชชยะผิดประเภท/ไม่คัดแยกผ้า หรือเวชภัณฑ์ หรืออุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ

19 ความเสี่ยงต่อมาตรฐานวิชาชีพ/ระบบการกำกับ ควบคุมมาตรฐานวิชาชีพ และสิทธิผู้ป่วย

- 19.1 อาจารย์ไม่เป็น Roll Model ที่ดีด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ

20 ความเสี่ยงของระบบตรวจทดสอบปฏิบัติการทางการแพทย์ และรังสี

- 20.1 ความคลาดเคลื่อนทาง X-ray เช่น X-ray ผู้ป่วยผิดคน/ผิดตำแหน่ง/ผิดประเภทฟิล์ม/ส่ง ฟิล์ม X-ray ผิดคน ทำให้การวางแผนการรักษาผิดพลาด
- 20.2 ไม่ได้รับผลการส่งตรวจ-ชิ้นงาน /ได้รับผลการส่งตรวจ-ชิ้นงานล่าช้า :labทันตะ พยาธิ เลือด
- 20.3 รายงานผลการตรวจต่างๆ ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน : X-ray lab พยาธิ เลือด
- 20.4 ชิ้นงาน/สิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง/ไม่มีคุณภาพ/ผิดคน

21 ประสิทธิภาพของงานบำรุงรักษาเชิงป้องกัน

21.1 ขาดแผนการบำรุงรักษาเครื่องมือ ขาดการตรวจสอบบำรุงรักษา

22 การบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยไม่เหมาะสม

22.1 คนไข้ถูกโจรกรรม/ลักทรัพย์/ทำลายทรัพย์สิน/คุกคาม/ข่มขู่

22.2 บุคลากร นิสิต ถูกทำร้าย/ถูกโจรกรรม/ลักทรัพย์/ทำลายทรัพย์สิน/คุกคาม/ข่มขู่

22.3 บุคลากร/นิสิตถูกของร้อนลวก/ไหม้/ไฟช็อต/สารเคมี/ไอระเหย

22.4 บุคลากรบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานในคลินิก: นิสิต/ จนท

22.5 ปัญหาด้านอาคาร สถานที่ และระบบปรับอากาศ เช่น เสียงดัง, น้ำรั่ว, ที่จอดรถ, น้ำท่วม, แอร์ไม่เย็น ฯลฯ

22.6 ผู้ป่วย นิสิต บุคลากร ได้รับอุบัติเหตุร้ายแรง

22.7 พื้นที่ปฏิบัติการไม่สะอาด ไม่ปลอดภัย ไม่พร้อมในการทำงาน

22.8 ลื่นล้ม/ตกจากเตียง/เก้าอี้ทำฟัน

22.9 อุบัติเหตุไฟไหม้/ไฟดับ

22.10 ทิ้งขยะไม่ถูกที่/ผิดประเภท

22.11 บุคลากรบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานทั่วไป

22.12 ทรัพย์สินของคณะ/หน่วยงานสูญหาย

23 ความเสี่ยงในการบริหารจัดการการเงินด้านโครงการ

23.1 เรียกเก็บเงินไม่ได้ตามใบแจ้งหนี้/ค่าปรับ/ค่าธรรมเนียม

6.2 ด้านการปฏิบัติงานอื่นๆ ของคณะฯ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

6.2.1 Strategic Risk ความเสี่ยงด้านยุทธศาสตร์ หรือกลยุทธ์ของสถาบัน

6.2.2 Operation Risk ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติงาน เช่น ความเสี่ยงของกระบวนการบริหารหลักสูตร

6.2.3 Financial Risk ความเสี่ยงด้านการเงิน งบประมาณ

6.2.4 Compliance Risk ความเสี่ยงด้านกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ/มาตรฐาน

6.2.5 Reputation Risk ความเสี่ยงด้านชื่อเสียง และภาพลักษณ์ เช่น คุณธรรม จริยธรรม ธรรมาภิบาลในองค์กร

6.2.6 Hazard and Disaster Risk ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เช่น ภัยพิบัติ อัศจรรย์

7. รูปแบบของการรายงานความเสี่ยง

7.1 Incident Report (IR) : รายงานการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งเหตุการณ์ที่ยังไม่ถึง ผู้รับบริการ (Near Miss) และคำร้องเรียนของลูกค้า โดยมีประเภทของการรายงานความเสี่ยงเป็น 2 ประเภท คือ

7.1.1 ความเสี่ยงทั่วไป (Non-clinical Risk) หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อันไม่เกี่ยวข้องเนื่องกับการรักษาพยาบาล เช่น คิดค่าใช้จ่ายผิดพลาด ทรัพย์สินสูญหาย พฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม อักคิภัย ฯลฯ

7.1.2 ความเสี่ยงทางด้านคลินิก (Clinical Risk) หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนทางยา ผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง เป็นต้น

8. การบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงในคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ มีการจัดระบบการบริหารความเสี่ยง ออกเป็น 2 กระบวนการ ดังนี้

1. กระบวนการกิจกรรมการป้องกัน
2. กระบวนการกิจกรรมแก้ไข

1. กระบวนการกิจกรรมการป้องกัน

1.1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RMC) กำหนดนโยบาย และวางแผนการบริหารความเสี่ยง และดำเนินการดังนี้

1.1.1 วางแผนการบริหารความเสี่ยงของคณะฯ พร้อมทั้งกำหนดโครงสร้างการทำงาน การประสานงาน แผนการสื่อสารกับทีมที่รับผิดชอบความเสี่ยงด้านต่าง ๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.1.2 กำหนดประเด็น/หัวข้อความเสี่ยงของคณะฯ ที่ควรพิจารณาป้องกันอย่างเป็นระบบทั่วทั้งคณะฯ และมอบหมายทีมที่รับผิดชอบความเสี่ยงด้านต่างๆ

1.2 กระบวนการบริหารความเสี่ยง มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก ได้แก่ การทำ Morning Brief ,Tracer ,Round หรือ 12 กิจกรรมทบทวน เป็นต้น
2. การค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ ได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ คำร้องเรียน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis/Assessment) เมื่อทำการค้นหาหรือรวบรวมความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งหมด แล้วนำมาประเมิน/วิเคราะห์ความเสี่ยง เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการป้องกัน โดยดูจากโอกาส และความรุนแรง ดังต่อไปนี้

1. ระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แบ่งได้ ดังตารางต่อไปนี้

| ผลกระทบ (Impact) | | | | |
|--|---|----|--|--|
| | เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความเสี่ยงประเภท Non Clinic แก่ไขว้มือคณะ | HA | เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความเสี่ยงประเภท Clinic แก่ไขว้มือคณะ | |
| Insignificant ผลกระทบน้อยมาก (ระดับ 1) | ไม่ทำให้เกิดผลกระทบหรือปัญหาแต่มีโอกาสที่จะเกิดผลกระทบหรือปัญหาได้ในอนาคต | A | ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน | ยังไม่เกิดผลกระทบหรือปัญหา (เกือบพลาด) |
| | | B | มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย | เกิดข้อผิดพลาดแต่ยังไม่มีปัญหากับผู้ป่วย |
| | | C | มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่ต้องทำการรักษาไม่ต้องเฝ้าระวัง ไม่เกิดอันตราย | เกิดข้อผิดพลาดที่มีปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วย แต่ไม่ได้รับอันตราย |
| Minor ผลกระทบน้อย (ระดับ 2) | เกิดผลกระทบในระดับต่ำ สามารถยอมรับได้ ไม่ต้องมีมาตรการป้องกันเพิ่มเติม แต่ควรมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ | D | มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่เป็นอันตรายแต่ต้องเฝ้าระวังติดตามอาการเพิ่มเติม | เกิดปัญหากับผู้ป่วย ไม่เป็นอันตราย แต่ต้องมีการเฝ้าระวังติดตามอาการเพิ่มเติม |
| Moderate ผลกระทบปานกลาง (ระดับ 3) | เกิดผลกระทบในระดับปานกลาง พอที่จะยอมรับได้ แต่จำเป็นต้องมีมาตรการควบคุมที่ดี กำกับดูแล ติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อไม่ให้ส่งผลเสียหายมากขึ้นในอนาคต | E | มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม | เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยต้องได้รับการแก้ไข/ มีการรักษามากขึ้น |
| | | F | มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยืดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น | เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เพียงชั่วคราวจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมหรือนอนรพ. นานขึ้น |
| Major ผลกระทบสูง (ระดับ 4) | เกิดผลกระทบ สร้างความเสียหายในระดับสูง ไม่สามารถยอมรับได้ | G | มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เกิดความพิการ | เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเกิดความพิการหรือสูญเสียอวัยวะ |
| | | H | มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ต้องให้การรักษาทำการกู้ชีวิต/ผู้ป่วยเกือบเสียชีวิต | ผู้ป่วยต้องได้รับการปฏิบัติการกู้ชีวิต/เกือบเสียชีวิต |
| Extreme ผลกระทบสูงมาก (ระดับ 5) | เกิดผลกระทบในระดับรุนแรง ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องมีการบริหารจัดการอย่างเร่งด่วน | I | มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต | เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต |

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับความเสี่ยง (Risk Response)

ก. กลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยง ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ ดังนี้

1. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (A = risk avoidance) คือการที่บุคคลหรือหน่วยงาน/คณะยุดติการทำหน้าที่บางอย่างที่มีความเสี่ยงสูง
2. การผ่องถ่ายความเสี่ยง (T = risk transfer) คือการที่มอบหมายให้บุคคลหรือองค์กรอื่นมาทำหน้าที่ที่มีความเสี่ยง
3. การป้องกันความเสี่ยง (P = risk prevention) เช่น การใส่เสื้อตะกั่วป้องกันรังสี การสำรวจสิ่งแวดลอมเพื่อป้องกันอัคคีภัย เป็นต้น
4. การลดความสูญเสี่ยง (R = loss reduction) คือกลยุทธ์ที่ใช้เมื่อเกิดความเสี่ยงหายขึ้นแล้ว เช่น การดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบปัญหาด้วยความใส่ใจทันที

ข. การกำหนดกิจกรรม/มาตรการป้องกัน เมื่อค้นหาความเสี่ยงได้แล้ว หน่วยงานที่รับผิดชอบทำการกำหนดกิจกรรม/มาตรการป้องกัน และบันทึกในบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile)

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจติดตามและประเมินผล (Risk Evaluation) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ก. การติดตามประเมินผลของ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้

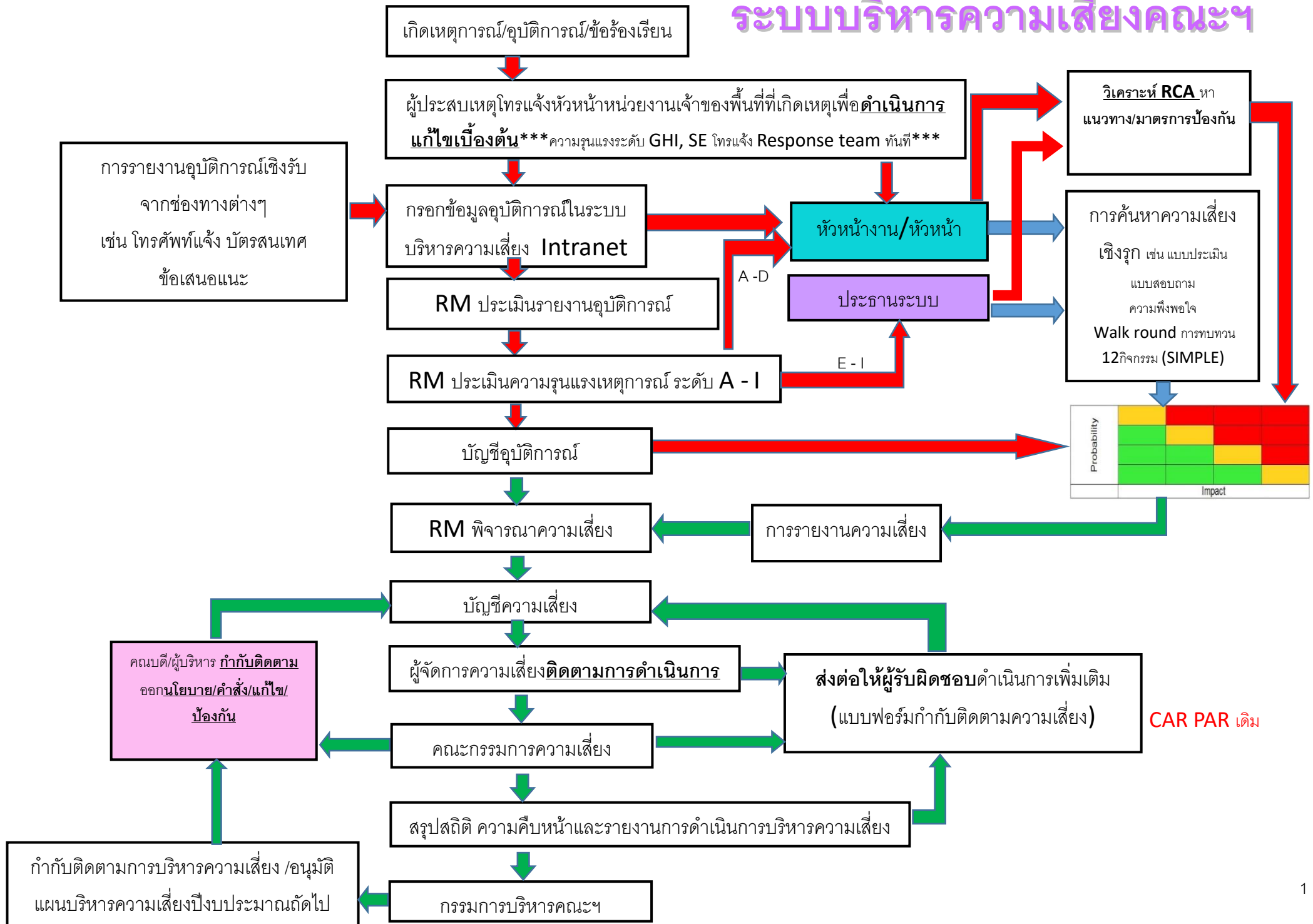
คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะดำเนินการตรวจติดตามความเสี่ยงโดยใช้รายการและผลตรวจติดตามความเสี่ยงของแต่ละด้าน และจะสรุปผลการตรวจติดตามความเสี่ยงของแต่ละด้าน

ข. การติดตามประเมินผลของหน่วยงาน

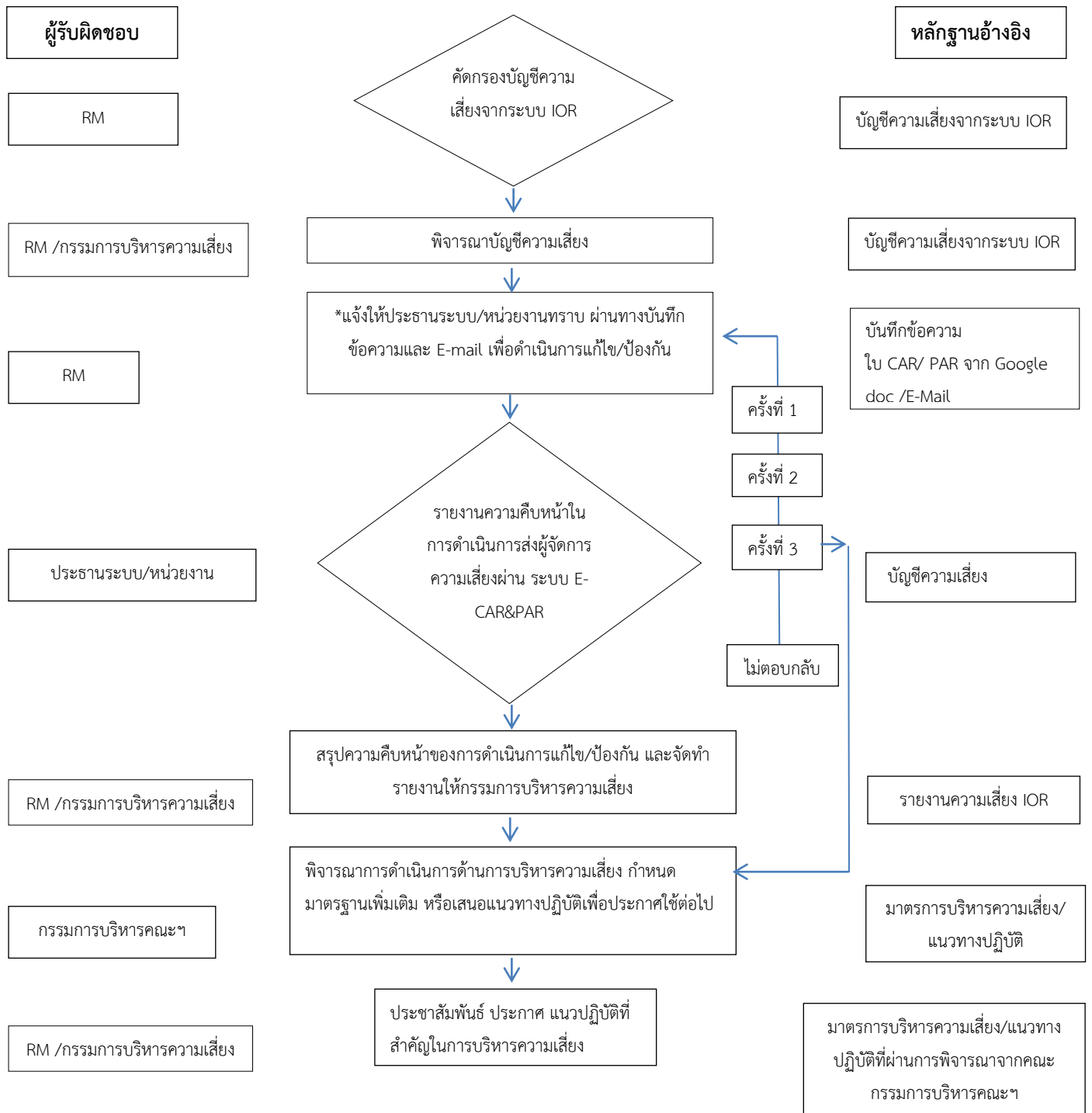
ทุกหน่วยงานจะทำการติดตามประเมินการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานโดยการเฝ้าติดตามความถี่ในการรายงาน

หมายเหตุ : กำหนดให้หน่วยงานมีการทบทวนบัญชีความเสี่ยงอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งและส่ง file บัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) จัดเก็บที่ ฝ่ายประกันคุณภาพ 1 ชุด ส่วนหน่วยงานจัดเก็บต้นฉบับ และหากหน่วยงานมีอุบัติการณ์ หรือความเสี่ยงใหม่ให้ทำการทบทวนบัญชีความเสี่ยงใหม่ทันทีและหากมีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขบัญชีความเสี่ยงใหม่ให้ส่งสำเนา/File ใหม่และทำรายงานส่งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ระบบบริหารความเสี่ยงคณะฯ



ขั้นตอนการกำกับติดตามการแก้ไข/ป้องกัน ปัญหาหรือความเสี่ยงสำคัญ



**สรุปเหตุการณ์ Sentinel event ที่ต้องรายงานหัวหน้าคลินิก/หัวหน้าภาควิชา/
ผู้จัดการความเสี่ยง/รองคณบดีฝ่ายประกันคุณภาพ/รองคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล/คณบดี ทันที**

1. ผู้ป่วย บุคลากร นิสิต ได้รับอุบัติเหตุหรือ เกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ รุนแรง ถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลเช่น มีอาการทางระบบประสาท หัวใจหยุดเต้น หยุดหายใจ
2. ให้การรักษายาบาลผิดคน/ ผิดข้างเช่น ถอนฟันผู้ป่วยผิดซี่/ผิดคน การผ่าตัดผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง
3. สิ่งแปลกปลอมตกลงในคอผู้ป่วยไม่สามารถนำออกได้
4. เกิดผลข้างเคียงรุนแรงที่เสี่ยงต่อชีวิตผู้ป่วยจากการให้ยาหรือให้เลือดผิด
5. เหตุการณ์รุนแรงที่ทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ/ร้องเรียนและเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องหรือดำเนินการทางกฎหมาย
6. เกิดอัคคีภัย
7. ผู้ป่วย นิสิต บุคลากร ถูกทำร้าย/ลวนลาม/โจรกรรม
ซึ่งมีรายละเอียดของแนวทางในการปฏิบัติในแต่ละกระบวนการดังต่อไปนี้

1. การดำเนินการต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล

การดำเนินการต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล เป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการบริหารความเสี่ยง นั่นคือ ขั้นตอนการจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

2.1 การดำเนินการแก้ไขเบื้องต้นเมื่อพบอุบัติการณ์ เจ้าหน้าที่ผู้พบอุบัติการณ์ พิจารณาดังนี้

2.1.1 กรณีประสบเหตุไม่รุนแรง (ระดับ A - C)

- กรณีที่เป็นเหตุการณ์ที่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่ผู้พบอุบัติการณ์ต้องรีบดำเนินการแก้ไขทันที และรายงานหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อบันทึก Incident report เข้าระบบรายงานอุบัติการณ์(IOR) ภายใน 72 ชั่วโมง
- กรณีที่ไม่สามารถแก้ไขได้หรือไม่มั่นใจ ให้รีบรายงานหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อร่วมดำเนินการแก้ไข และให้บันทึก Incident report เข้าระบบรายงานอุบัติการณ์(IOR) ภายใน 72 ชั่วโมง

2.1.2 กรณีประสบเหตุรุนแรงปานกลาง (ระดับ D - F)

- กรณีที่เป็นเหตุการณ์ที่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่ผู้พบอุบัติการณ์ต้องรีบดำเนินการแก้ไขทันที และรายงานหัวหน้าหน่วยงานเพื่อบันทึก Incident report เข้าระบบรายงานอุบัติการณ์ ภายใน 24 ชั่วโมง
- กรณีที่ไม่สามารถแก้ไขได้หรือไม่มั่นใจ ให้รีบรายงานหัวหน้าหน่วยงานเพื่อร่วมดำเนินการแก้ไข แล้วให้บันทึก Incident report เข้าระบบรายงานอุบัติการณ์(IOR) ภายใน 24 ชั่วโมง

2.1.3 กรณีประสบเหตุรุนแรงมาก หรือ Sentinel Event (ระดับ G ถึงระดับ I)

ผู้พบเหตุการณ์รายงาน หัวหน้าหน่วยเพื่อรายงานต่อ ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องในแต่ละระบบ /Rescue Team เพื่อร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหา/ดำเนินการช่วยเหลือตามความเหมาะสม

ของแต่ละเหตุการณ์ทันที และหน่วยงานบันทึก Incident report เข้าสู่ระบบรายงานอุบัติการณ์

2.1.4 กรณีได้รับข้อร้องเรียนให้ดำเนินการดังนี้

- ผู้รับข้อร้องเรียน แก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าตามแนวทางที่วางไว้ หรือตามประสบการณ์
- รายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น ในกรณีแก้ไขปัญหาลำพังไม่ได้
- ดำเนินการแก้ไข/จัดการข้อร้องเรียนนั้นแล้ว มีระบบการสื่อสาร/ตอบกลับให้ลูกค้าทราบ ภายใน 72 ชั่วโมงหลังได้รับข้อร้องเรียน
- เขียนใบรายงาน Incident report เข้าสู่ระบบรายงานอุบัติการณ์ และดำเนินการแก้ไขตามระดับ ความรุนแรงตาม IR

2.1.6 กรณีพบอุบัติเหตุจากปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ในเรื่อง ถูกเข็ม, ของมีคม สกัดหลังจากผู้ป่วย เข้าสู่ร่างกาย ให้ดำเนินการตามคู่มือ เรื่องการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่เมื่อได้รับอุบัติเหตุจากการ ปฏิบัติงานถูกเข็ม, ของมีคม, สกัดหลังจากผู้ป่วยเข้าสู่ร่างกาย

2.1.7 กรณีมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นจากการเกิดอุบัติการณ์ ขอให้หน่วยงานที่รับผิดชอบ ขออนุมัติค่าใช้จ่าย / ส่วนลด โดยระบุชื่อ – นามสกุล HN ผู้รับผลจากเหตุการณ์ (ใช้งบประมาณจากโครงการพัฒนาความ พึงพอใจผู้ป่วย รหัสศูนย์ต้นทุน 2232710012)

แนวทางการปิดประเด็นการรายงานอุบัติการณ์ โดยแบ่งตามระดับความรุนแรง

1) เหตุการณ์ระดับไม่รุนแรง (ระดับ A -C)

ให้หน่วยงาน/คณะกรรมการ ดำเนินการแก้ไขป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดปัญหาซ้ำ รวบรวมสรุปสถิติ และทบทวนวิธีปฏิบัติงาน พร้อมทั้งเขียนแนวทางการแก้ไขและการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นแล้วบันทึกเข้าระบบ รายงานอุบัติการณ์ภายใน ภายใน 1 เดือน แล้วคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ค่อยพิจารณาอนุมัติ ปิด IR

2) เหตุการณ์ระดับรุนแรงปานกลาง (ระดับ D-F)

ให้หน่วยงาน/คณะกรรมการ ดำเนินการแก้ไขป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดปัญหาซ้ำ รวบรวมสรุปสถิติและ ดำเนินการหา Root Cause Analysis หรือจัดทำ CQI เมื่อเกิดปัญหาเกิดขึ้นซ้ำๆ และทบทวนวิธีปฏิบัติงาน พร้อมทั้งเขียนแนวทางการแก้ไขการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ภายใน 15 วัน แล้วคณะกรรมการบริหารความ เสี่ยง พิจารณาอนุมัติปิดIR

3) กรณีระดับรุนแรงมาก หรือ Sentinel Event (ระดับ G - I)

ให้หน่วยงานร่วมกับคณะกรรมการหรือทีมเพื่อดำเนินการแก้ไขโดยใช้ Root Cause Analysis (RCA) เพื่อให้แผนก/ฝ่ายดำเนินการแก้ไขระบบการทำงานให้มีประสิทธิภาพ โดยให้ นำเสนอแนวทางการ แก้ไขบันทึกเข้าระบบรายงานอุบัติการณ์ภายใน 7 วัน แล้วคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงดำเนินการ ติดตามผล และพิจารณาปิด IR

ภาคผนวก

1. นโยบายมหาวิทยาลัย
2. SIPOC RM (การจัดการและรายงานอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์, ค้นหาความเสี่ยง, ประเมินอุบัติการณ์, ประเมินความเสี่ยง, การกำกับติดตามประเมินผล, การสรุปรายงาน)
3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
4. แนวทางการจัดการเมื่อผู้ป่วย/บุคลากรได้รับอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน
5. ตารางแนวทางการประเมินหรือคัดกรองผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน
6. แนวทางพิจารณาในการปฏิบัติช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน
7. แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในคลินิก
8. การแบ่งหน้าที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

นโยบายการบริหารความเสี่ยง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การก้าวรุดหน้าของมหาวิทยาลัยจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของประชาคม เพื่อประสานพลังไปในทิศทางเดียวกัน ภายใต้สภาวะแห่งการเปลี่ยนแปลงอันเป็นทั้งโอกาสและความเสี่ยงซึ่งส่งผลต่อการขับเคลื่อนของมหาวิทยาลัย ในวาระที่ครบ 100 ปี ฉะนั้นจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจึงได้กำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงขึ้น เพื่อกระตุ้นให้ประชาคมจุฬาฯ ทุกคน ตระหนักถึงความจำเป็นในการเตรียมพร้อมรองรับความเสี่ยงและการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อพันธกิจทั้งในด้านการเรียนการสอนการพัฒนางานวิจัย-วิชาการ การใช้ภูมิปัญญาและเทคโนโลยี เพื่อสร้างประโยชน์สู่สังคม พร้อมผลักดันให้มหาวิทยาลัยมีการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ รอบคอบ กระจับ ชัดเจน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เสริมสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่คำนึงถึงความเสี่ยงอย่างเหมาะสม เอื้อต่อการเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงควบคู่กับการมีธรรมาภิบาล ดังนี้

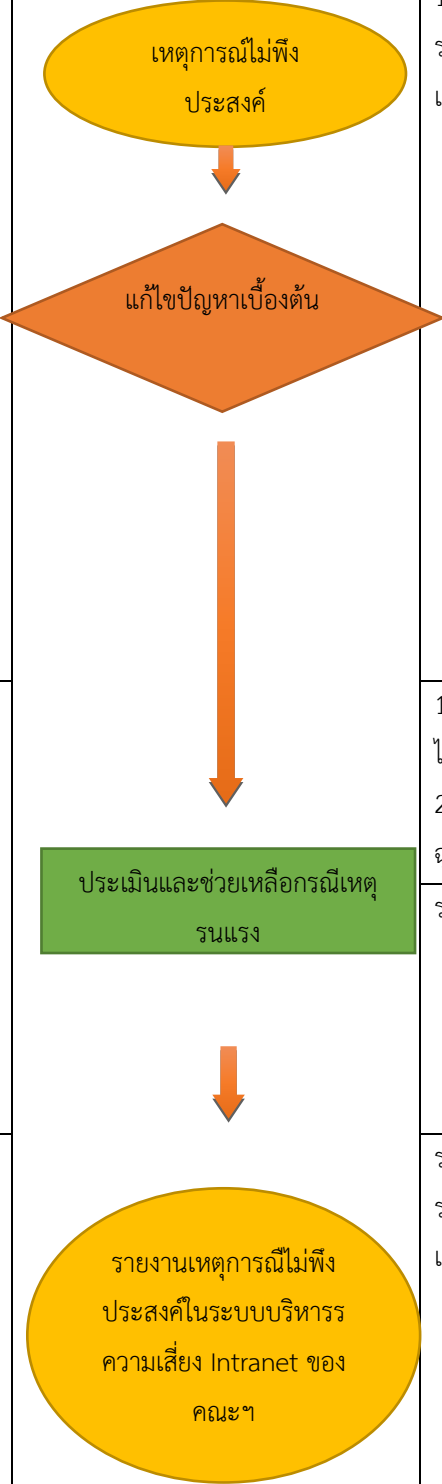
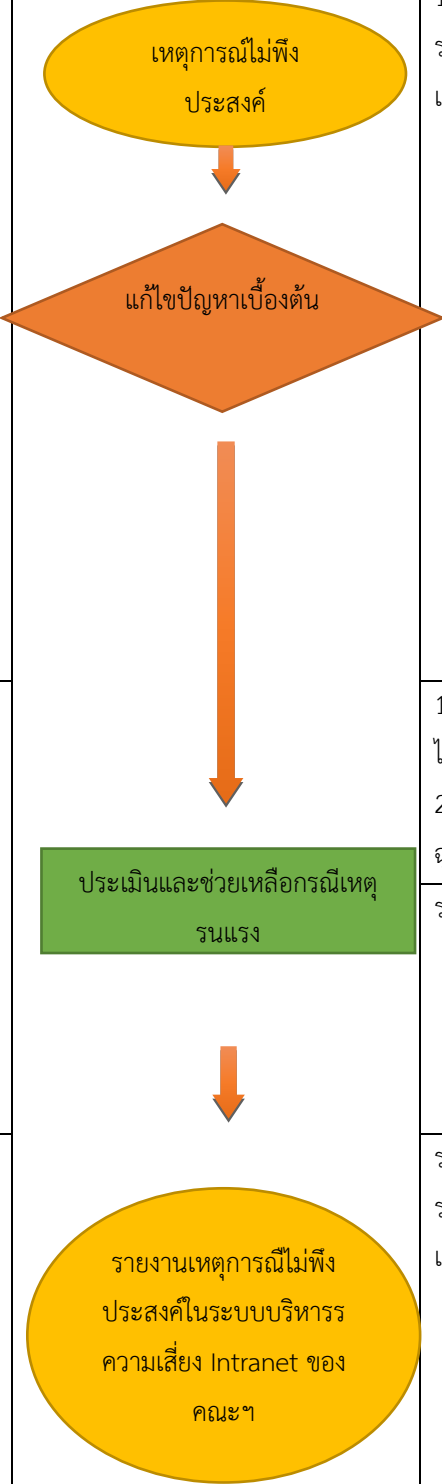
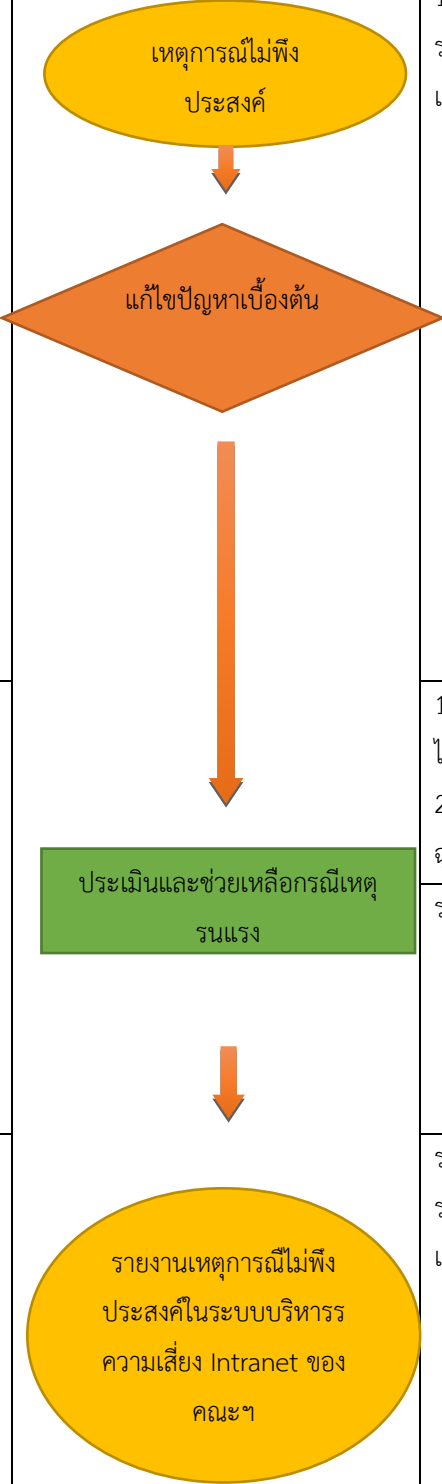
1. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมุ่งมั่นที่จะบรรลุเป้าหมายสู่ความเป็นมหาวิทยาลัยแห่งชาติระดับโลก ที่จะสร้างบัณฑิตซึ่งมีความสามารถด้านวิชาการ มีความเสียสละและเป็นผู้นำ สามารถบุกเบิก บูรณาการองค์ความรู้ สร้างสรรค์นวัตกรรม สามารถสร้างผลงานวิชาการและวิจัยในระดับนานาชาติ ด้วยกลยุทธ์ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณที่มีการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง และวางแผนบริหารความเสี่ยงรองรับอย่างเหมาะสม
2. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำหนดให้การเตรียมแผนบริหารความเสี่ยงเป็นหน้าที่ของทุกส่วนงาน พร้อมทั้งมีการวางระบบและกลไกสนับสนุนการบริหารจัดการความเสี่ยงทั่วทั้งมหาวิทยาลัย
3. ผู้บริหาร คณาจารย์ เจ้าหน้าที่ ในฐานะส่วนหนึ่งของประชาคมจุฬาฯ ร่วมเป็นเจ้าของ ความเสี่ยงมีหน้าที่ในการตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในทุกกิจกรรม การดำเนินงาน พร้อมทั้งเตรียมพร้อมรองรับสถานการณ์ต่างๆ อย่างรอบคอบ ชัดเจน
4. ความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์หลักของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงมีการวางมาตรการบริหารความเสี่ยงขึ้นและระบบควบคุมภายในขึ้นเพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัย ให้ไปสู่การบรรลุเป้าหมายการเป็นมหาวิทยาลัยที่เป็นเลิศอย่างยั่งยืน

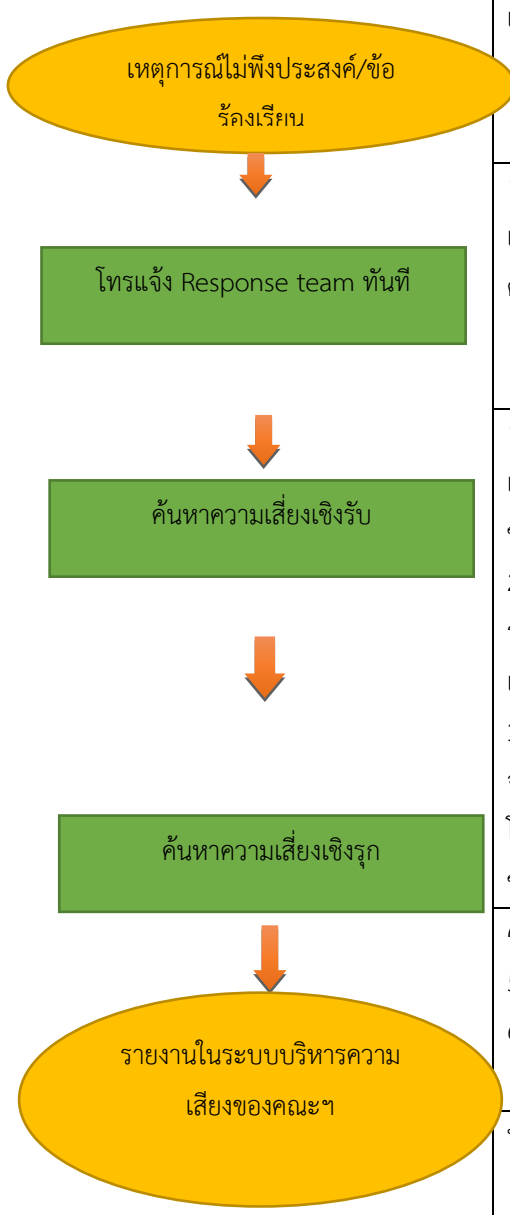
ทั้งนี้ให้มีผลตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2559 เป็นต้นไป

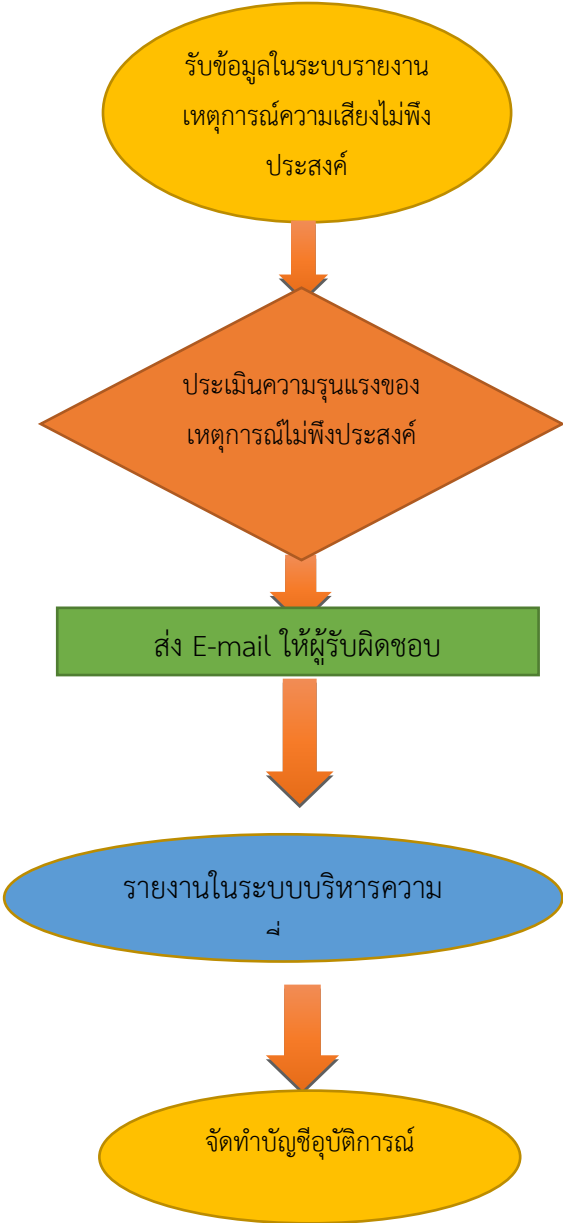


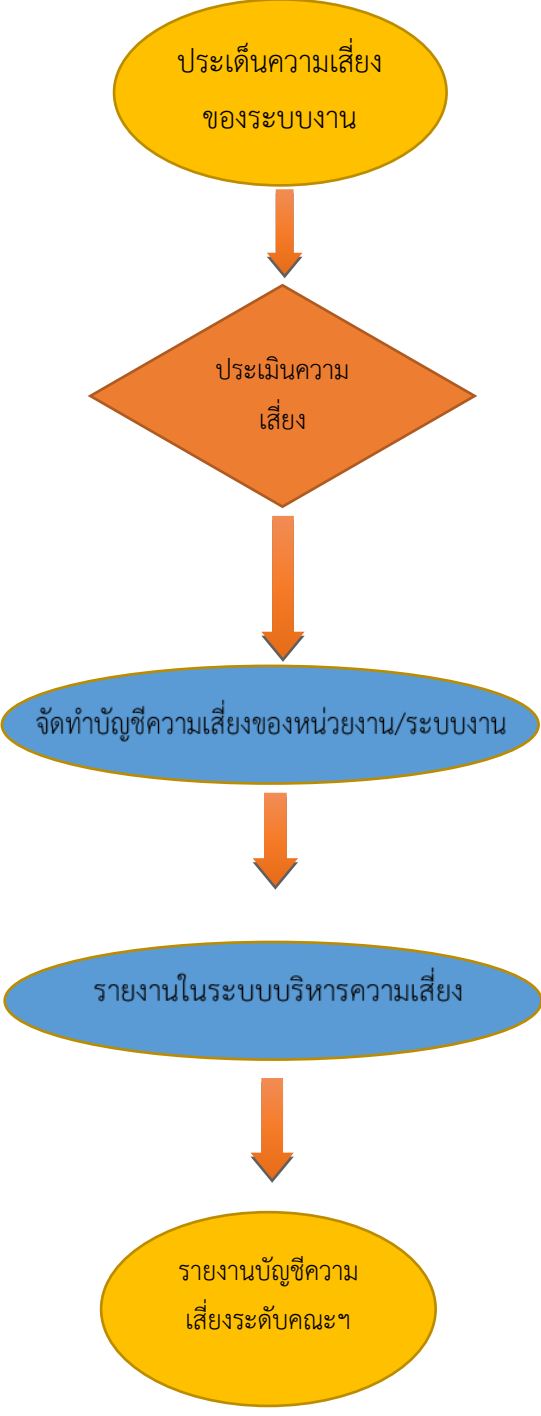
(ศาสตราจารย์ ดร.บัณฑิต เอื้ออาภรณ์)

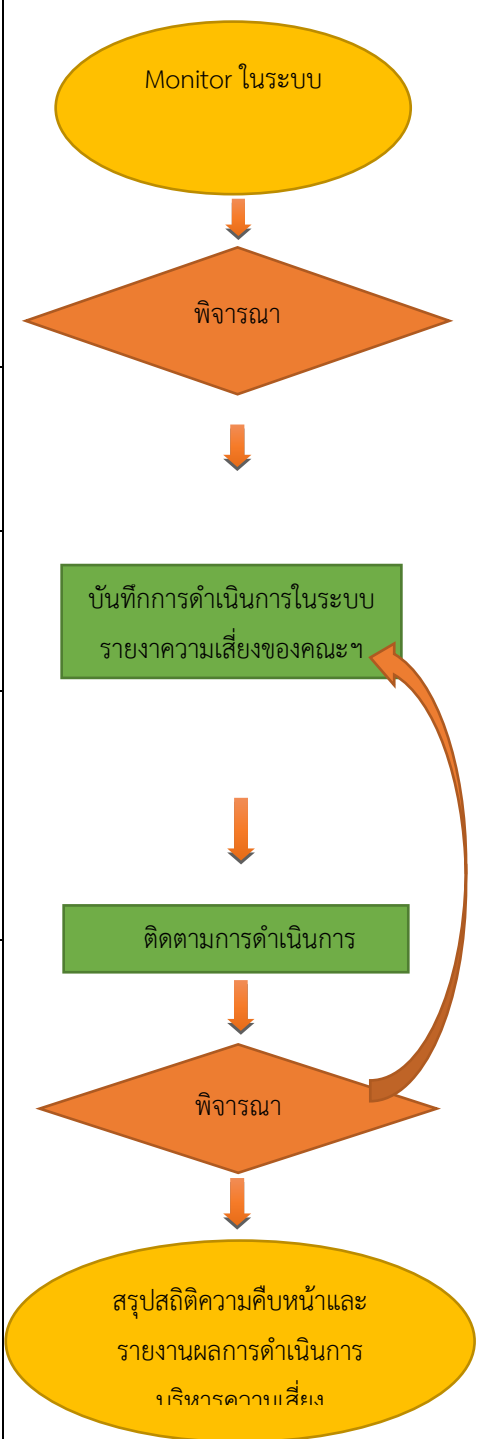
อธิการบดีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

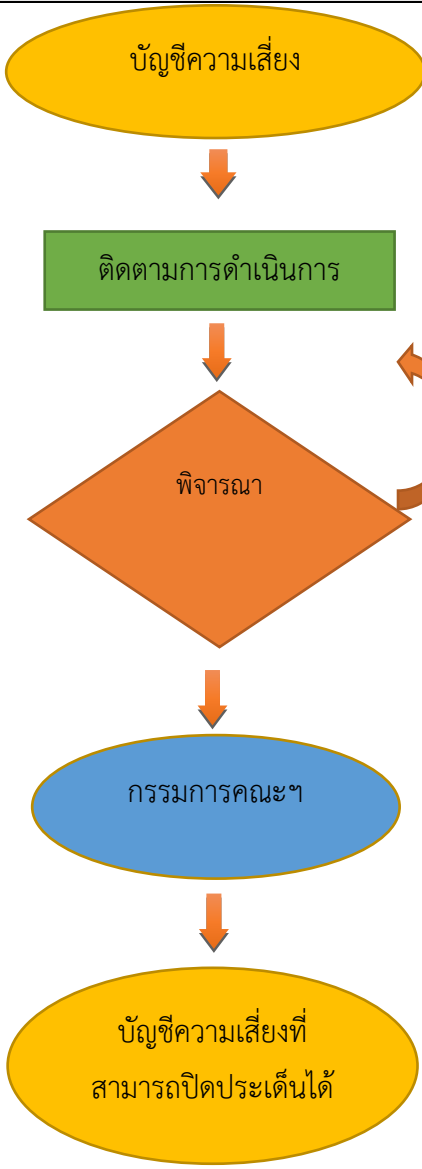
| ชื่อกระบวนการ | | การจัดการและรายงานอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ | | |
|--|---|---|--|---|
| ตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการ | | | | |
| Supplier | Input | Process | Output | Customer |
| บุคลากร คณาจารย์ ประธานระบบ ต่างๆ คณะกรรมการ ใกล้เคียง หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง | เชิงรับ 1. ข้อมูลรายงานความ เสี่ยง/ข้อร้องเรียน/ชมเชย 2. รายงานอุบัติการณ์จาก ระบบการรายงานความ เสี่ยง 3. รายงานอุบัติการณ์ จากช่องทางอื่น เช่น โทรศัพท์ บัตรสนทนา ข้อเสนอแนะ เชิงรุก 4. Work Round 5. ทบทวน 12 กิจกรรม 6. Voc |  | 1. ข้อมูลอุบัติการณ์ผ่าน ระบบการรายงานความ เสี่ยง | 1. คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยง 2. Response team |
| Response team | 1. ข้อมูลอุบัติการณ์ผ่าน ระบบการรายงานความ เสี่ยง |  | 1. ผู้ประสบอุบัติการณ์ ได้รับการช่วยเหลือทันที 2. แผนรองรับภาวะ ฉุกเฉินวิกฤติ | -ผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ |
| RM | | | รายงานผู้บริหาร | 1.ผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ 2. คณะกรรมการ บริหารคณะฯ |
| บุคลากร คณาจารย์ ประธานระบบ ต่างๆ คณะกรรมการ ใกล้เคียง หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง | 1. ข้อมูลอุบัติการณ์ผ่าน ระบบการรายงานความ เสี่ยง |  | รายงานอุบัติการณ์ผ่าน ระบบการรายงานความ เสี่ยง | คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยง |

| ชื่อกระบวนการ | | ค้นหาความเสี่ยง | | |
|--|---|--|---|-------------------------------|
| ตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการ | | | | |
| Supplier | Input | Process | Output | Customer |
| บุคลากร คณาจารย์ประธาน ระบบต่างๆ คณะกรรมการใกล้เคียง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | 1. รายงานอุบัติการณ์ (Incident) |  <p>เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์/ข้อร้องเรียน</p> <p>↓</p> <p>โทรแจ้ง Response team ทันที</p> <p>↓</p> <p>ค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ</p> <p>↓</p> <p>ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก</p> <p>↓</p> <p>รายงานในระบบบริหารความเสี่ยงของคณะฯ</p> | ผู้ประสบเหตุดำเนินการแก้ไขเบื้องต้น | 1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง |
| | 1. ผู้ประสบเหตุโทรแจ้งหัวหน้าหน่วยงาน 2. ความรุนแรงระดับ GHI, SE | | 1. หัวหน้าหน่วยงานเจ้าของพื้นที่ที่เกิดเหตุดำเนินการแก้ไขเบื้องต้น | |
| | 1. รายงานอุบัติการณ์ (Incident) | | 1. ข้อมูลรายงานความเสี่ยง/ข้อร้องเรียน/ชมเชย 2. รายงานอุบัติการณ์จากระบบการรายงานความเสี่ยง 3. รายงานอุบัติการณ์จากช่องทางอื่น เช่น โทรศัพท์ บัตรสนทนา ข้อเสนอแนะ | |
| | 1. ข้อมูลความเสี่ยงเชิงรุก 2. ข้อมูลความเสี่ยงเชิงรับ | | 4. Work Round 5. ทบทวน 12 กิจกรรม 6. Voc ประเด็นความเสี่ยง | |

| ชื่อกระบวนการ | | ประเมินอุบัติการณ์ | | |
|--|-------------------------------------|---|---|--|
| ตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการ | | | | |
| Supplier | Input | Process | Output | Customer |
| บุคลากร คณาจารย์ ประธานระบบ ต่างๆ คณะกรรมการ ใกล้เคียง หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง | 1.ข้อมูล อุบัติการณ์ |  <pre> graph TD A([รับข้อมูลในระบบรายงาน เหตุการณ์ความเสี่ยงไม่พึง ประสงค์]) --> B{ประเมินความรุนแรงของ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์} B --> C[ส่ง E-mail ให้ผู้รับผิดชอบ] C --> D([รายงานในระบบบริหารความ เสี่ยง]) D --> E([จัดทำบัญชีอุบัติการณ์]) </pre> | รายงาน อุบัติการณ์ (Incident) | 1. คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยง |
| RM | รายงาน อุบัติการณ์ (Incident) | | ระดับความ รุนแรงของ อุบัติการณ์ | 1. คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยง 2. คณะกรรมการ บริหารคณะฯ |
| RM | ความรุนแรง ระดับ AB | | ผลการ ประเมิน อุบัติการณ์ | หัวหน้างาน |
| RM | ความรุนแรง ระดับ CD | | | หัวหน้างาน/ ประธานระบบ |
| RM | ความรุนแรง ระดับ EF | | หัวหน้างาน/ ประธานระบบ | |
| RM | ความรุนแรง ระดับ G H I, SE | | หัวหน้างาน/ ประธานระบบ/ ผู้บริหารคณะฯ | |

| ชื่อกระบวนการ | | ประเมินความเสี่ยง | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| ตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการ | | | | | |
| Supplier | Input | Process | Output | Customer | |
| 1.คนบดี 2.รองคนบดี 3.ประธาน ระบบ 4.หัวหน้างาน/ หัวหน้าภาควิชา | 1.ผลการ วิเคราะห์ ความเสี่ยงใน กระบวนการ ของระบบงาน |  | รายงานความ เสี่ยง | 1. คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยง | |
| 1.คนบดี 2.รองคนบดี 3.ประธาน ระบบ 4.หัวหน้างาน/ หัวหน้าภาควิชา | รายงานความ เสี่ยง | | ผลประเมิน Risk Score ผลกระทบและ โอกาสเกิด | 1. คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยง | |
| 1.คนบดี 2.รองคนบดี 3.ประธาน ระบบ 4.หัวหน้างาน/ หัวหน้าภาควิชา | ระดับความ รุนแรง High mediem low | | บัญชีความ เสี่ยงของ หน่วยงาน/ ระบบงาน | 1. คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยง | |
| 1.คนบดี 2.รองคนบดี 3.ประธาน ระบบ 4.หัวหน้างาน/ หัวหน้าภาควิชา | บัญชีความ เสี่ยง | | รายงานในระบบบริหารความเสี่ยง | รายงานความ เสี่ยง | 1. คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยง |
| RM | รายงานความ เสี่ยง | | รายงานบัญชีความ เสี่ยงระดับคณะฯ | บัญชีความ เสี่ยง ระดับคณะฯ | 1.ผู้บริหาร 2. มหาวิทยาลัย |

| ชื่อกระบวนการ | | กำกับติดตามและประเมินประสิทธิผล | | |
|---|---|--|--|--|
| ตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการ | | | | |
| Supplier | Input | Process | Output | Customer |
| Rm/ คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยง ของคณะฯ | บัญชีความเสี่ยงจาก ระบบการรายงานความ เสี่ยง |  <p>Monitor ในระบบ</p> <p>พิจารณา</p> <p>บันทึกการดำเนินการในระบบ รายงานความเสี่ยงของคณะฯ</p> <p>ติดตามการดำเนินการ</p> <p>พิจารณา</p> <p>สรุปสถิติความคืบหน้าและ รายงานผลการดำเนินการ จัดการความเสี่ยง</p> | <ul style="list-style-type: none"> - สรุปสถิติ ความคืบหน้าและรายงานความเสี่ยง (อุบัติการณ์เกิดซ้ำ, Low risk ที่ความถี่สูงขึ้น) | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ - กรรมการบริหาร คณะฯ |
| หัวหน้าภาควิชา ฯ /หัวหน้า หน่วยงาน | ความรุนแรงระดับ CD ผลการวิเคราะห์ RCA ภายใน 1 เดือน | | <ul style="list-style-type: none"> - ใบ CAR/PAR - มาตรการป้องกัน แก้ไขความเสี่ยงเชิง ระบบ - การจัดการความเสี่ยง เชิงรุก | <ol style="list-style-type: none"> 1.คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยง 2. กรรมการบริหาร คณะฯ |
| ประธานระบบ | ความรุนแรงระดับ EF ผลการวิเคราะห์ RCA ภายใน 15 วัน | | | |
| คณบดี | ความรุนแรงระดับ GHI,SE นโยบาย/คำสั่ง/แก้ไข/ ป้องกัน ภายใน 1 สัปดาห์ | | | |
| Rm/ คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยง ของคณะฯ | <ul style="list-style-type: none"> - ใบ CAR/PAR - มาตรการป้องกัน แก้ไขความเสี่ยงเชิง ระบบ | | บัญชีความเสี่ยง | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ - กรรมการบริหาร คณะฯ - มหาวิทยาลัย |

| ชื่อกระบวนการ | | การสรุปรายงาน | | |
|---|---|---|---|--|
| ตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการ | | | | |
| Supplier | Input | Process | Output | Customer |
| Rm/ คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยง ของ คณะฯ | บัญชีความเสี่ยง จากระบบการ รายงานความ เสี่ยง |  | ประเด็นความเสี่ยง ที่มีมาตรการ ป้องกัน | 1.ผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ 2.คณะกรรมการ บริหารคณะฯ |
| | ประเด็นความ เสี่ยงที่มีมาตรการ ป้องกัน | | มาตรการป้องกันที่ สัมฤทธิ์ผล/ไม่ สัมฤทธิ์ผล | |
| | มาตรการป้องกัน ที่สัมฤทธิ์ผล/ไม่ สัมฤทธิ์ผล | | 1. สรุปสถิติความ คืบหน้ารายงาน ความคืบหน้าการ บริหารความเสี่ยง 2. กำหนดแผน บริหารความเสี่ยง ในปีถัดไป | 1.ผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ 2.คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยง 3. ประธานระบบ 4.กรรมการบริหาร คณะฯ 5.มหาวิทยาลัย 5. สกอ. |
| | 1. สรุปสถิติความ คืบหน้ารายงาน ความคืบหน้าการ บริหารความเสี่ยง 2. กำหนดแผน บริหารความเสี่ยง ในปีถัดไป | | | |

1-3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการ

84-FM-00-16

1 มิถุนายน 2559

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยงาน/คลินิก.....

ชื่อผู้รับบริการ เบอร์ติดต่อ.....

วัน / เดือน / ปี.....เวลา.....

เพื่อนำไปปรับปรุงให้บริการที่ดียิ่งขึ้น กรุณากรอกข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. ท่านมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของหน่วยงาน / คลินิกอย่างไร ให้ใส่เครื่องหมายถูก (/) ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

| |  ดีที่สุด |  ดีมาก |  ดี |  พอใช้ |  ควรปรับปรุง |
|--|--|--|--|---|---|
| 1.1 ด้านกระบวนการ และขั้นตอนการให้บริการ (หมายถึง ระยะเวลาที่รอคอย วิธีการรักษา การได้รับคำแนะนำ การนัดหมายและเก็บเงินราคาค่าใช้จ่าย การติดต่อทางโทรศัพท์ เป็นต้น) | | | | | |
| 1.2 ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ (หมายถึง ทันตแพทย์ ผู้ช่วยช่างเก้าอี้ เจ้าหน้าที่ต้อนรับ / เคาน์เตอร์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง) | | | | | |
| 1.3 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก (หมายถึง การจอดรถ ที่นั่งรอ ห้องน้ำ โทรศัพท์ น้ำดื่ม ความสะอาดของสถานที่ เป็นต้น) | | | | | |

2. โดยรวม ท่านมีความพึงพอใจต่อการมารับบริการที่หน่วยงาน / คลินิกแห่งนี้มาก น้อยอย่างไร

ดีที่สุด ดีมาก ดี พอใช้ ควรปรับปรุง

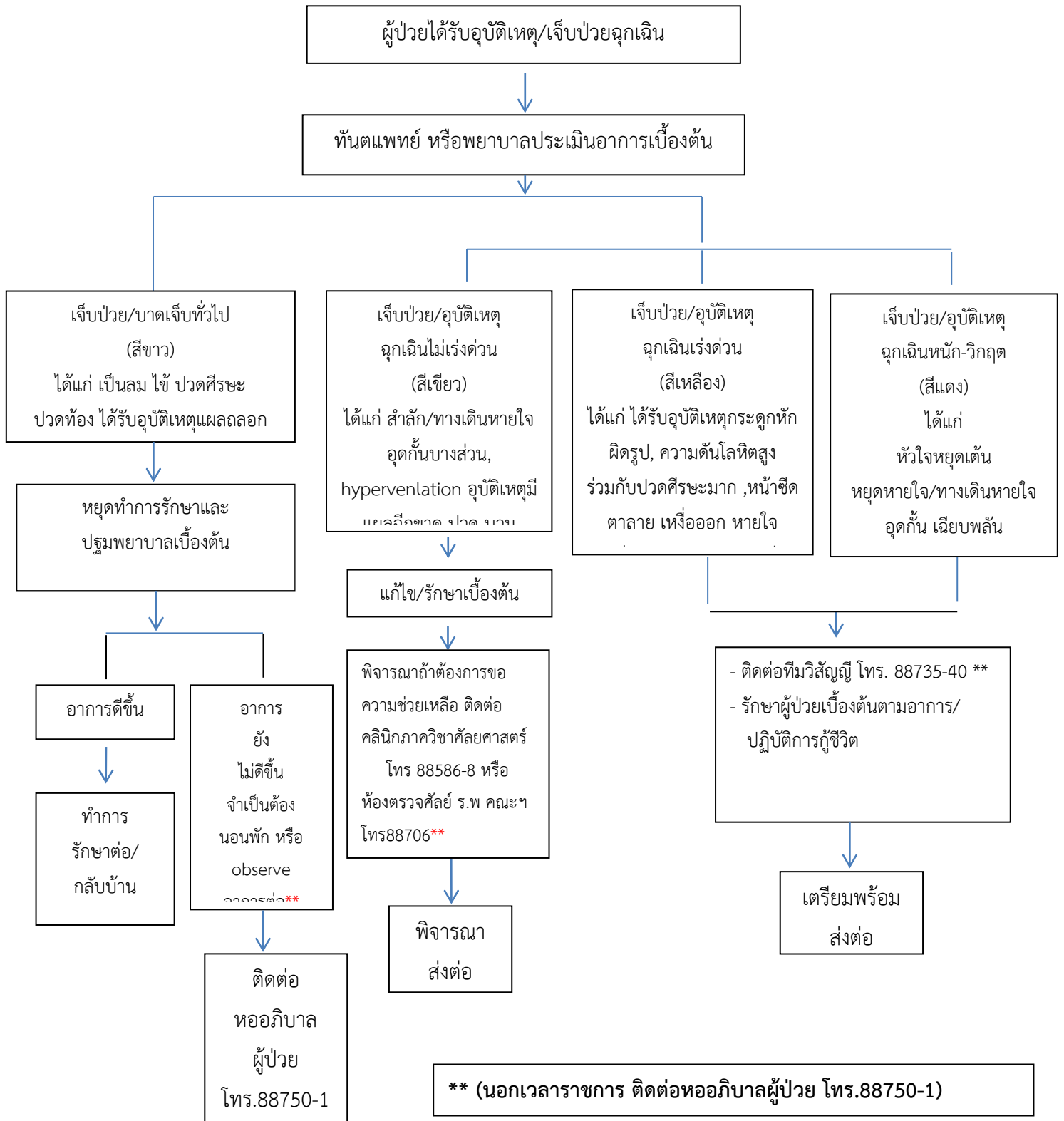
3. คำแนะนำ หรือ ความคิดเห็นเพิ่มเติม

1).....

2).....

(โปรดส่งคืนในผู้แสดงความเห็น) ขอขอบคุณในความร่วมมือ คำแนะนำของท่านมีคุณค่าต่อการพัฒนาการบริการ
ทีมประสานงานด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. แนวทางการจัดการเมื่อผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน

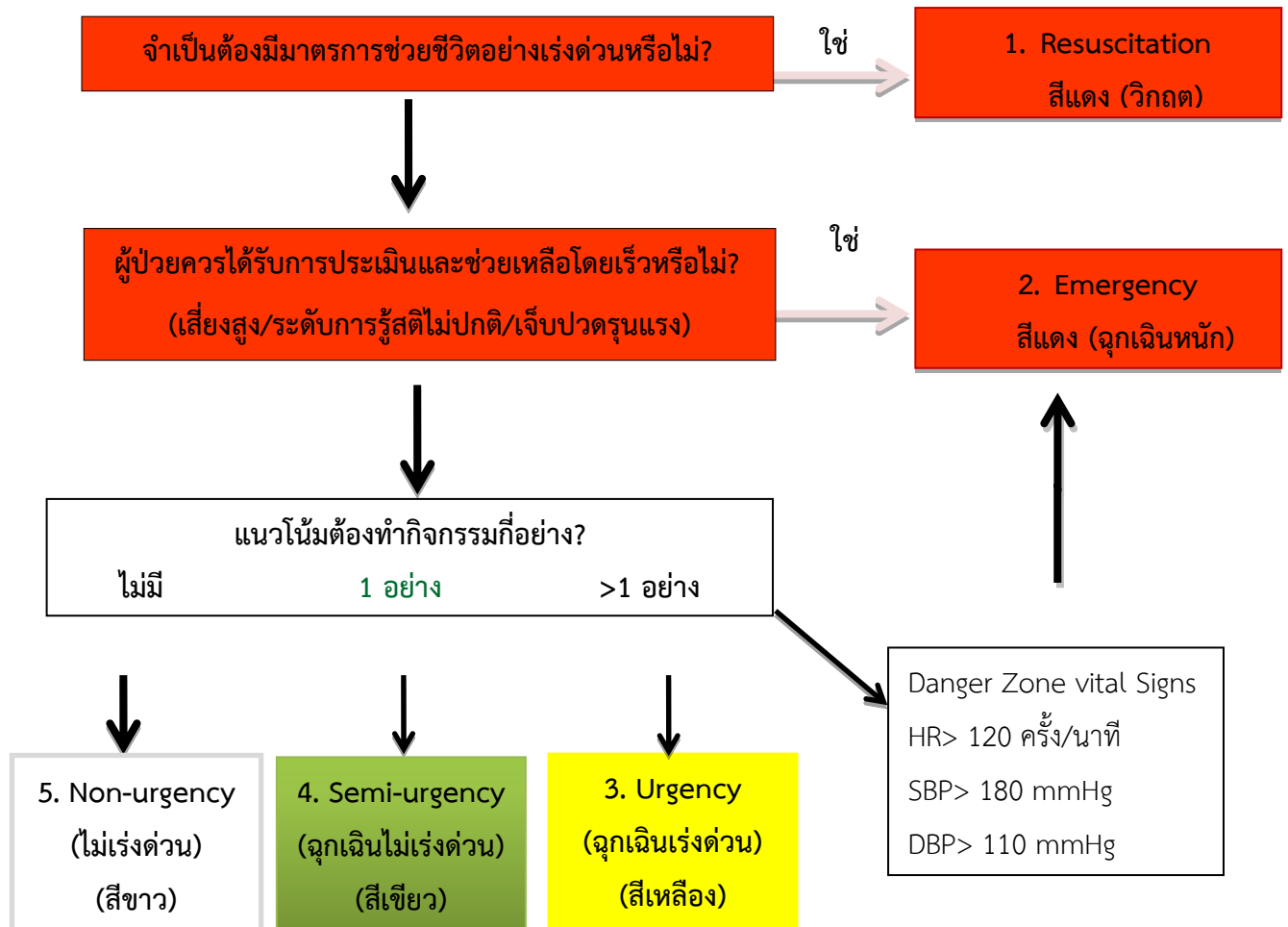


6. ตารางแนวทางการประเมินหรือคัดกรองผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน

(อ้างอิงตาม Thailand ESI Triage (5 – Level))

| ผู้ป่วยเจ็บป่วย/บาดเจ็บทั่วไป (ขาว) | ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (เขียว) | ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (เหลือง) | ผู้ป่วยฉุกเฉินหนัก - วิกฤต (ชมพู-แดง) |
|---|--|---|--|
| คือบุคคลที่ เจ็บป่วย บาดเจ็บทั่วไป | คือบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับการดูแลช่วยเหลือได้ แต่หากปล่อยไว้นานเกินอาจเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ | คือบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยอย่างเฉียบพลันระดับรุนแรง ปานกลาง เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมามี ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน | คือ บุคคล ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันที่รุนแรงมาก เสี่ยงต่อการเสียชีวิต ต้องได้รับการช่วยเหลือทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาท |
| <ul style="list-style-type: none"> - อุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน เช่น เข็มตำ ไขมีดบาด - ไข้ ปวดศีรษะ - ปวดท้อง - คลื่นไส้ อาเจียน - เป็นลม (fainting) - หกล้มมีแผลถลอก | <ul style="list-style-type: none"> - สิ่งแปลกปลอม เช่น ครอบฟัน, วัสดุทันตกรรม แต่ยังไม่ และหายใจได้ - ภาวะHyperventilation syndrome เนื่องจากความกลัว/วิตกกังวลต่อการรักษา - ได้รับความบาดเจ็บ มีแผล ฉีกขาด บวม - มีอาการปวดมากจำเป็นต้องได้รับยาฉีด | <ul style="list-style-type: none"> - หน้าซีด เหงื่อแตก ตาลาย หายใจเหนื่อย ชีพจรเบาและเร็ว มากกว่า 100-120 ครั้ง/นาที - ได้รับอุบัติเหตุกระดูกหักผิดรูป - ได้รับอุบัติเหตุบาดเจ็บ บริเวณศีรษะ แต่ยังไม่รู้สึกตัว - ความดันโลหิตสูง (systolic >180mmHg, Diastolic >110 mmHg) ร่วมกับปวดศีรษะมาก | <ul style="list-style-type: none"> - ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) - ชักจนตัวเขียว - อาการซีด เหงื่อแตก ตัวเย็น ชีพจรเบา เร็ว หรือเต้นผิดจังหวะ - หหมดสติ ไม่รู้สึกตัว - อาการ เจ็บหน้าอกรุนแรงจากหลอดเลือด หัวใจตีบตัน - อาการทางสมองจากหลอดเลือดสมองตีบตันทันที เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ปากเบี้ยว หนังตาตก แขนขาอ่อนแรงและอัมพาต - ได้รับความบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง - ภาวะหยุดหายใจ - สิ่งแปลกปลอมจนอุดกั้นทางเดินหายใจ(พูดไม่มีเสียง, ไอและหายใจไม่ได้) - หายใจลำบากมีเสียงโครกคราก หรือหายใจผิดปกติ เช่น หายใจเร็วและลึก อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้ง/นาที หายใจหอบเหนื่อย จมูกบาน สีไคร่งยก มีเสียงwheezing ริมฝีปากเขียว |

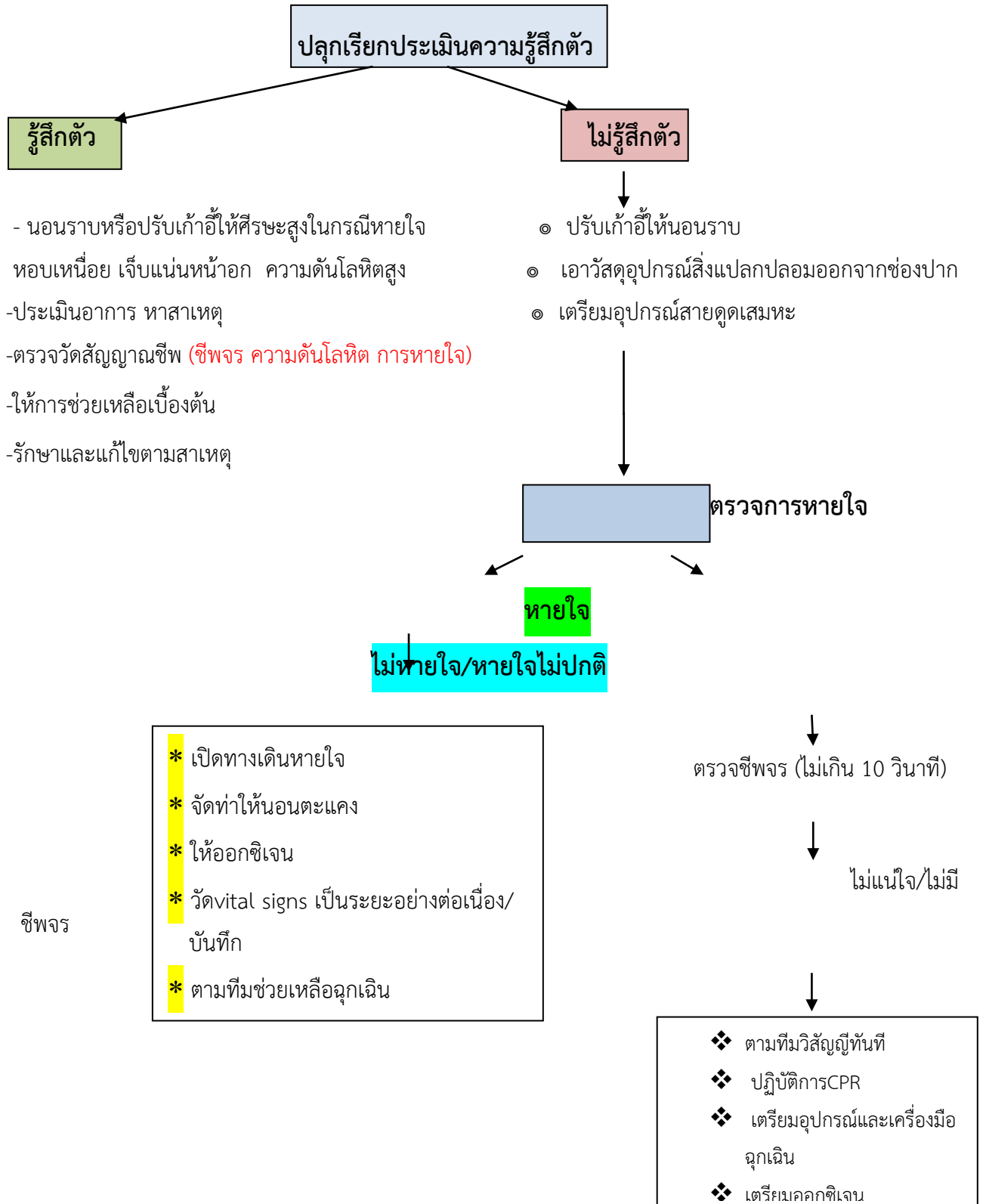
7. แนวทางการประเมินหรือคัดกรองผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน



ตัวอย่างกิจกรรมที่ใช้ในการพิจารณา

1. ตรวจเลือด ปัสสาวะ
2. ตรวจ EKG /X-RAY/CT
3. ให้ IV fluid
4. การให้ยา IV/IM/Nubulizer
5. เย็บแผล
6. ให้ยาคลายกังวล/สงบประสาท (conscious sedation)

7.แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในคลินิก



7.1 ปฏิกริยาเกิดสัมพันธ์กับการฉีดยาเฉพาะที่

ก่อนฉีดยา

- ๑ ผู้ป่วยมีท่าทางกลัว วิดกกังวล

Hyperventilation

- ◆ อายุน้อย ไม่มีโรคประจำตัว
- ◆ ดูกังวล กลัว กระสับกระส่าย
- ◆ หายใจแรง ลึก เร็ว
- ◆ เสียงหายใจไม่มี wheezing
- ◆ เวียนหัว แน่นหน้าอก
- ◆ ซาปลายมือ นิ้วจิบ

การรักษา

- ◆ พุดคุย ปลอมโยน ให้คลายความวิตกกังวล
- ◆ ให้ผู้ป่วยหายใจยาวๆ ช้าๆ
- ◆ เพิ่ม CO_2 ในลมหายใจเข้าโดยให้หายใจในถุงกระดาษ อุ่นมือหรือใน mask
- ◆ ไม่ต้องให้ออกซิเจน
- ◆ ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ตามหน่วยฉุกเฉิน
- ◆ ให้ยาในรายที่จำเป็น ได้แก่ midazolam 2-3 mg หรือ diazepam 5-10 mg ทาง

Syncope (เป็นลม)

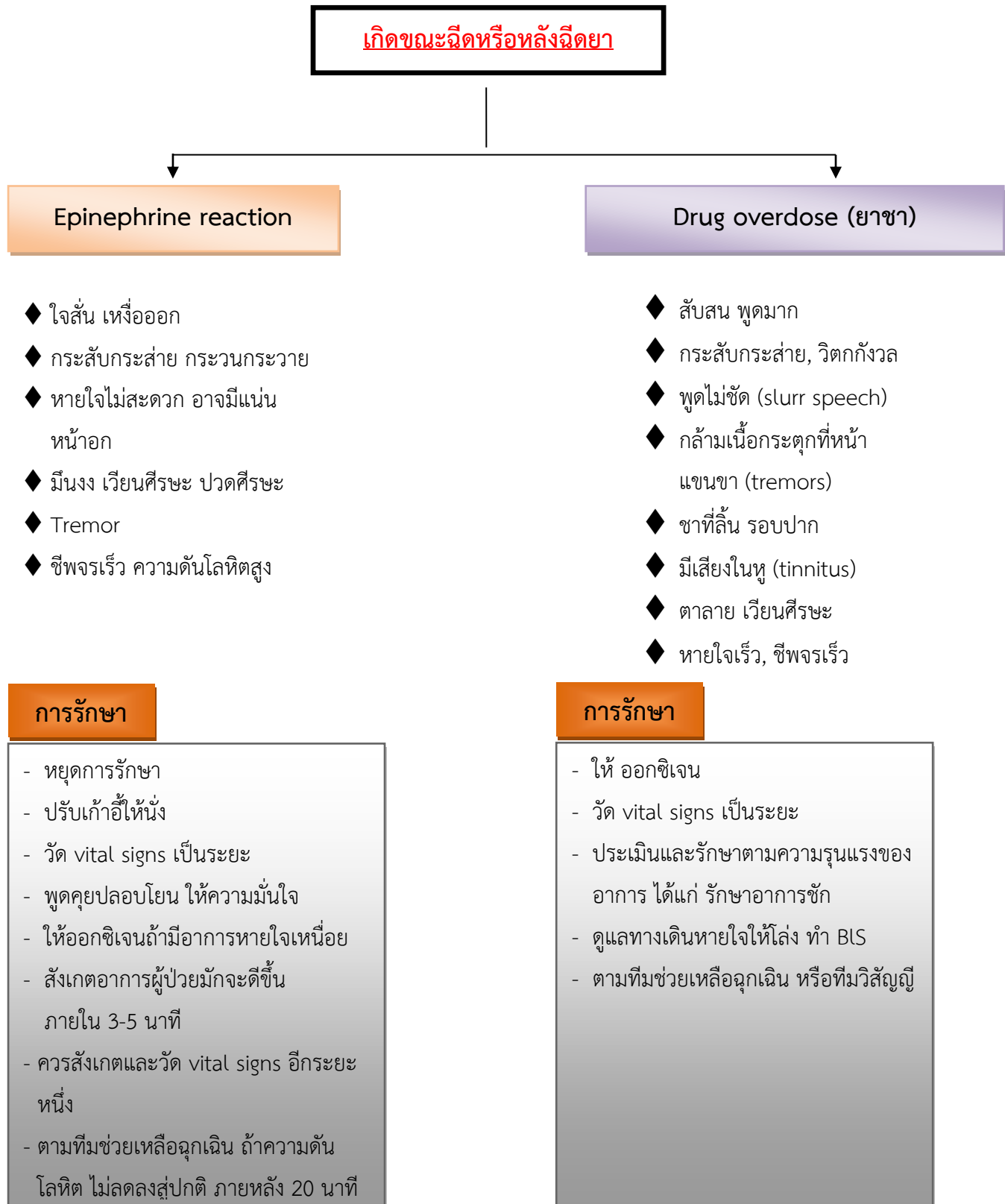
- ◆ ดูก้าว วิดกกังวล ก่อนเริ่มรักษา
- ◆ อาการก่อนเป็นลมจะบอกแน่นอึดอัด ร้อนบริเวณคอและใบหน้า หน้าซีด ตัวเย็น เหงื่อออก คลื่นไส้ หายใจลึก เร็วขึ้น อาจบอกได้ว่าหน้ามืดตาลายจะเป็นลมก่อนหมดสติ

- ◆ ถ้าเป็นลมจาก vasodepressor syncope มักจะคลำได้ชีพจรช้า

การรักษา

- ◆ ปรับให้อ่อนราย ปลายเท้ายกสูงขึ้น
- ◆ เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ประเมินการหายใจ
- ◆ วัด vital signs เป็นระยะจนกว่าจะดีขึ้น
- ◆ ให้ออกซิเจน ทาง nasal canula หรือ face mask
- ◆ ผู้ป่วยมักรู้สึกตัว และอาการดีขึ้นหลังนอนราบ
- ◆ ถ้าผู้ป่วยยังหมดสติ ไม่ดีขึ้น ใน 5-10 นาที ให้ตามทีมช่วยเหลือ

7.1 ปฏิบัติการเกิดสัมพันธ์กับการฉีดยาเฉพาะที่ (ต่อ)



ชัก

สาเหตุ :

Neuro , Epilepsy, CVA , ยาชาเกินขนาด/ ยาชาเข้ากระแสเลือด , Metabolic

อาการ:

หมดสติ กล้ามเนื้อเกร็ง กระตุก

การแก้ไข

- * นอนราบ
- * เอาวัสดุ/อุปกรณ์ออกจากช่องปาก
- * suction ถ้าจำเป็น
- * ระวังอุบัติเหตุต่างๆ(เช่นตกเก้าอี้ แขนขาฟาดโต๊ะ)
- * ดูแลทางเดินหายใจ การหายใจ
- * ให้ออกซิเจน
- * วัดสัญญาณชีพ

หยุดชัก

(ในกรณี granmal epilepsy)

- ❖ ต้องเฝ้าระวังการหายใจ ทางเดินหายใจ ให้เปิดโล่งเพราะผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนอ่อนแรงหลังชักกระตุก
- ❖ อาจมีการชักได้อีก
- ❖ เฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด

การชักยังคงอยู่

- ❖ ตามทีมวิสัญญี
- ❖ ให้การช่วยเหลือ ABC รักษาตามอาการและสาเหตุ
- ❖ ให้ออกซิเจน
- ❖ ให้อายัดชัก(Midazolam , Diazepam)
- ❖ ...

ภาวะเจ็บหน้าอก (Chest pain)

อาการ

- เจ็บแน่นหน้าอกเหมือนถูกบีบรัด ถูกทับบริเวณกลางอก
- อาจร้าวไปที่แขนซ้าย ไหล่ คอ ขากรรไกร หลัง
- ผู้ป่วยอาจมีประวัติ
 - Angina (เคยเจ็บหน้าอก ได้ยาขยายหลอดเลือดแล้วดีขึ้น)
 - โรคหลอดเลือดหัวใจ(Coronary artery disease)
 - myocardial infarction
- ไม่มีประวัติโรคหัวใจมาก่อน

การรักษา

- หยุดการรักษาทันที ขอความช่วยเหลือ
- กำจัดสิ่งแปลกปลอมออกจากช่องปากและคอ
- ปรับเก้าอี้ให้นั่ง (นอนราบเมื่อหมดสติ)
- ให้ออกซิเจน (Mask 6-8 ลิตร/นาที Cannula 3-4 ลิตร/นาที)
- ให้อาหารขยายหลอดเลือดอมหรือพ่นใต้ลิ้น1 ครั้ง (ผู้ป่วยอาจมียาติดตัวมาด้วย) ให้ซ้ำได้อีกครั้งหลัง 5-10 นาที
- วัด Vital signs เป็นระยะ สังเกตอาการใกล้ขีด
- ตามทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน หรือทีมวิสัญญีทันที พร้อมเครื่อง AED/defibrillator
- ถ้าหมดสติ ไม่ตอบสนอง ไม่หายใจ ไม่มีชีพจร ทำ BLS
- เตรียมพร้อมส่งต่อไปยังโรงพยาบาลด่วน

ภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress)

(ผู้ป่วยรู้สึกตัว ตอบสนองต่อการกระตุ้น อาการหายใจลำบาก หอบหรือไอ)

- ◆ หยุดการรักษาทันที
- ◆ กำจัดสิ่งแปลกปลอมในปากและคอ
- ◆ ปรับเก้าอี้ให้ผู้ป่วยนั่ง
- ◆ วัด Vital signs และซักประวัติทางการแพทย์

Hyperventilation

- ไม่มีประวัติ asthma
- อายุ 10-40 ปี
- หายใจเร็ว/ลึก
- กลัววิตกกังวล กระวนกระวาย
- เวียนศีรษะ
- ซาตามปลายมือปลายนิ้ว
- มือจับ

การรักษา

- พุดปอบโยนให้คลายความกังวล
- แนะนำให้หายใจยาว ๆ ช้า ๆ
- เพิ่ม CO₂ ในลมหายใจเข้าโดยหายใจในถุงครอบ อุ้งมือหรือผ่าน Mask
- ไม่ต้องให้ออกซิเจน
- ให้อายา Midazolam 2-3 mg หรือ Diazepam 5 mg IV. ในรายที่จำเป็น

Asthma

- * มีประวัติ Asthma
- * หายใจมีเสียง Wheezing
- * ไอ หายใจหอบเร็วและแรง (จุกบาน เกร็งคอ ยกชายโครง)
- * กระสับกระส่าย กระวนกระวาย
- * ริมฝีปากเขียว (Cyanosis)

การรักษา

- * ให้ออกซิเจน O₂
- * ให้อายาขยายหลอดลมพ่น (ผู้ป่วยอาจมียามาด้วย)
- * ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ตามทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน หรือทีมวิสัญญี
- * ให้อายา Epinephrine IM
- * ให้อายาขยายหลอดลม IV

Allergy reaction

(อาการตั้งแต่เล็กน้อยถึง anaphylaxis)

- มีอาการหลังได้รับยา
- หายใจมีเสียง wheezing
- หายใจลำบากแน่นหน้าอก
- มีผื่นแดงคัน ลมพิษ บวมตามผิวหนังและใบหน้า
- ปวดท้อง/คลื่นไส้อาเจียน
- ความดันโลหิตต่ำ
- หหมดสติ, ช็อก ถึง cardiac arrest

การรักษา

- ให้ออกซิเจน O₂
- ถ้ามีอาการหายใจลำบากหรือ Vital signs ไม่ stable ตามทีมวิสัญญี
- ให้อายาตามความรุนแรงของอาการ เช่น
 - Adrenaline 0.01 mg/kg IM, subcutaneous
 - Chlorpheniramine 10 mg IM, IV

Anaphylactic shock

- อาการแพ้รุนแรงเฉียบพลันที่มีระบบไหลเวียนล้มเหลว (ความดันโลหิตตกอย่างมาก) ร่วมกับการหายใจไม่เพียงพอจากภาวะหลอดลมหดเกร็ง
- สาเหตุ แพ้อาหาร, ยา, ภูมิไวเกิน (Latex), สารเคมี

อาการ+อาการแสดง

ผิวหนัง : คัน, ผื่นแดง, ลมพิษ, บวม

ระบบหายใจ : คัดจมูก, น้ำมูกไหล, กล้องเสียงบวม, ไอ, หายใจลำบาก, หอบเหนื่อย, หยุดหายใจ, เสียงหายใจเข้าดัง (Stridor), หายใจมีเสียง wheezing

ระบบไหลเวียน : ชีต, เขียว, ความดันเลือดตก, ชีพจรเร็วหรือช้าผิดปกติ, หัวใจหยุดเต้น

ระบบประสาท : สับสน, กระวนกระวาย, ชีม, จนถึงหมดสติ, ชัก

ระบบทางเดินอาหาร : ปวดแน่นท้อง, คลื่นไส้, อาเจียน, ถ่ายท้อง

การรักษา

- ตามทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน และทีมวิสัญญีทันที เมื่อสงสัยว่าเป็น anaphylaxis
- เตรียมพร้อมสำหรับ BLS และ ALS.
- ให้ออกซิเจน, เตรียมพร้อมช่วยการหายใจ/ใส่ท่อช่วยหายใจ
- ตรวจวัดสัญญาณชีพ (BP, pulse, SpO₂), ระดับการรับรู้ (Conscious level)
- เปิดเส้นให้น้ำเกลือ เป็น NSS หรือ acetar 500 ml หรือ 1000 ml
- ยาที่เตรียมไว้พร้อมใช้ ได้แก่
 - Epinephrine (1:1000 หรือ 1mg/ml) 0.3 – 0.5 mg ฉีด IM, subcutaneous, sublingual.
 - ยาขยายหลอดลม ชนิดพ่น, ฉีด IV
 - Hydrocortisone 100 mg หรือ dexamethasone 4 mg IV
 - Antihistamine IV (chlorpheniramine/diphenhydramine)
- เตรียมการส่งต่อไปโรงพยาบาลด่วน

การช่วยชีวิตพื้นฐานในผู้ใหญ่ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวหรือไม่มีการตอบสนอง

โทรศัพท์หรือแจ้งเหตุฉุกเฉิน(88740)
พร้อมกับนำเครื่อง AED มา
ให้ผู้ช่วยเหลือคนที่ 2 (ถ้ามี) ทำ

ตรวจการหายใจ ถ้าไม่หายใจหรือหายใจเอือก
ตรวจชีพจรภายใน 10 วินาที
(ทำพร้อมกันทั้งที่)

ไม่หายใจหรือหายใจเอือก
ใจเรีตังผล

ทำ CPR เป็นรอบๆ โดยกดหน้าอก 30 ครั้งต่อการช่วยหายใจ 2 ครั้ง
จนกว่า AED/defibrillator มาถึงหรือผู้มีความรู้ ACLS มารับ
หน้าที่ต่อ หรือผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหว

เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AED) หรือ defibrillator มาถึง

ตรวจจังหวะการเต้นของหัวใจต้องทำการช็อกหรือไม่

ต้องช็อก

ช็อก 1 ครั้ง
แล้ว CPR ต่อทันที 2 นาที ตรวจจังหวะการ
เต้นหัวใจหลัง 2 นาที เมื่อ AED พร้อม
ช่วยจนกว่าผู้ช่วยเหลือ ALS มารับหน้าที่ต่อ
หรือผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหว

ไม่หายใจหรือหายใจเอือก
มีชีพจร

ช่วยหายใจ 1 ครั้งทุก 5-6 วินาที
ตรวจชีพจรทุก 2 นาที
ถ้าไม่มีชีพจร ทำ CPR

ไม่ต้องช็อก

- ◎ ทำ CPR ทันทีนาน 2 นาที
- ◎ ตรวจการเต้นหัวใจทุก 2 นาที เมื่อ AED พร้อม
- ◎ ทำ CPR เป็นรอบๆ จนกว่าผู้ช่วยเหลือ ALS
มารับหน้าที่ต่อหรือผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหว

8. การแบ่งหน้าที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

| ทันตแพทย์ | เจ้าหน้าที่คนที่ 1 (ผู้ประสบเหตุ/ผู้ช่วยทันตแพทย์คนที่ 1) | เจ้าหน้าที่คนที่ 2 (พยาบาล) | เจ้าหน้าที่คนที่ 3 (พยาบาล/ผู้ช่วยทันตแพทย์คนที่ 2) |
|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ประเมินและให้การดูแลรักษาผู้ป่วย พิจารณาสั่งการรักษาการให้ยา พิจารณาตามทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน | <ul style="list-style-type: none"> แจ้งพยาบาลหัวหน้าหน่วย ช่วยเหลือตามคำสั่งทันตแพทย์พยาบาล จัด Vital signs และลงบันทึกการรักษา | <ul style="list-style-type: none"> ติดต่อขอความช่วยเหลือจากทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ช่วยทันตแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย/BLS เตรียมและให้ยาฉุกเฉิน | <ul style="list-style-type: none"> ลากรถฉุกเฉินและเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจ ลากถังออกซิเจนและเตรียมอุปกรณ์การให้ออกซิเจน เตรียมเครื่องเฝ้าระวังสัญญาณชีพ รอรับเจ้าหน้าที่หน่วยฉุกเฉิน |

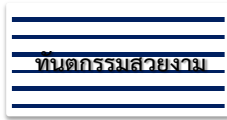
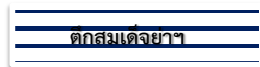
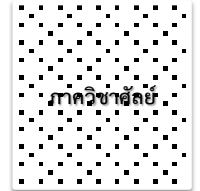
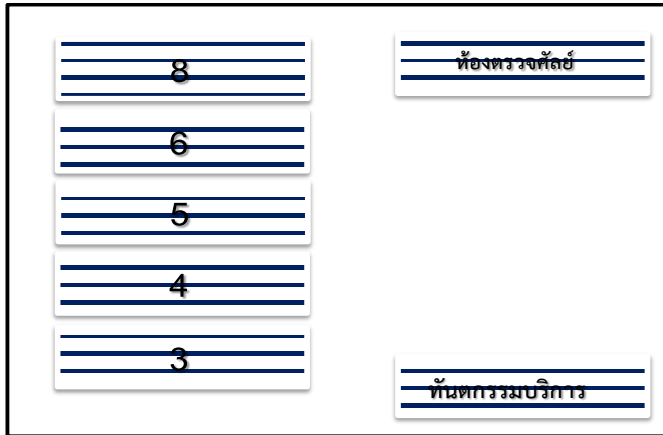
ข้อมูลที่ต้องรายงานเพื่อตามหน่วยฉุกเฉิน เบอร์โทรศัพท์

1. สถานที่เกิดเหตุที่ไหน ตึก.....ชั้น.....หน่วยงาน.....
2. อาการสำคัญ เช่น ชัก ไม่รู้สึกตัว หอบ เจ็บแน่นหน้าอก
3. สภาพผู้ป่วย.....รู้สึกตัว/การหายใจเป็นอย่างไร/ชีพจร
4. ผู้แจ้ง.....เบอร์โทรกลับ.....

เบอร์โทรศัพท์

ทีมวิสัญญี โทร.88735-40
 คลินิกภาควิชาศัลยศาสตร์ โทร.88586-8
 ห้องตรวจศัลย์ รพ. โทร.88706-7
 หออภิบาลผู้ป่วย โทร.88750-51

การแบ่งพื้นที่เพื่อตามทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน



ตามห้องตรวจคัดลย



ตามคลินิกภาควิชาศัลยศาสตร์

- หมายเหตุ – ตามรถนอนและรถนั่งได้ที่หออภิบาลผู้ป่วย อาคารสมเด็จย่า ชั้น 4 และที่ประชาสัมพันธ์ ชั้น 1 ขึ้นกับสถานที่ที่เกิดเหตุ
 – ตามทีมวิสัญญี เมื่อประเมินผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติ และฉุกเฉินหนัก (สีแดง)