

แนวปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง



สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
หน้าปก	
สารบัญ	
วัตถุประสงค์	3
ขอบเขต	3
คำนิยามศัพท์	3
ความรับผิดชอบ	4
ขั้นตอนการปฏิบัติ	6
เอกสารที่เกี่ยวข้อง	13
ภาคผนวก	13

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อให้บุคลากรสามารถจัดการบริหารความเสี่ยงให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการและบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ
- 1.2 เพื่อให้บุคลากรทุกระดับตระหนักถึงการค้นหา การรายงานความเสี่ยงจัดการความเสี่ยงอย่างถูกต้องเป็นระบบ พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ
- 1.3 เพื่อให้ผู้รับบริการ ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เกิดความพึงพอใจสูงสุด
- 1.4 เพื่อรักษา/ฮาร่งไว้ซึ่งชื่อเสียง ภาพพจน์ของสถาบันอันเกิดจากสิ่งไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้

2. ขอบเขต

ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้ ครอบคลุม การบริหารจัดการความเสี่ยง ด้านความเสี่ยงทางคลินิก ความเสี่ยงทั่วไป ข้อร้องเรียน อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในสถาบัน และกิจกรรมป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อ ชีวิต /ทรัพย์สิน รวมทั้งชื่อเสียงของผู้รับบริการ บุคลากรและสถาบัน

3. คำนิยามศัพท์

- 3.1 ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ในสถาบันเช่นการละเลยต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ , การใช้และการจ่ายยา , กระบวนการทำงานห้องฉุกเฉิน , สิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัยการเสียของเครื่องมือสาธารณสุขบุโภค , การติดเชื้อข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- 3.2 ความสูญเสียหมายถึงความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้รับบริการของสถาบันการเสื่อมเสียชื่อเสียงสูญเสียรายได้ทรัพย์สินของโรงพยาบาลการบาดเจ็บของเจ้าหน้าที่การทำลายสิ่งแวดล้อมส่งผลกระทบต่อประชาชนและการชดเชยค่าเสียหาย
- 3.3 สิ่งที่ไม่พึงประสงค์หมายถึงการถูกทำร้ายหรือบาดเจ็บรวมทั้งการทำร้ายจิตใจเหตุร้ายการคุกคามความไม่แน่นอนและการถูกเปิดเผยความลับ
- 3.4 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงหมายถึงคณะกรรมการที่ผู้อำนวยการแต่งตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการความเสี่ยงประสานงานและรวบรวมสถิติข้อมูลความเสี่ยง
- 3.5 ความเสี่ยงทางด้านคลินิกหมายถึงความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาความคลาดเคลื่อนทางยา ความเสี่ยงด้านการติดเชื้อ การตรวจพิเศษต่างๆ
- 3.6 ความเสี่ยงทั่วไป หมายถึง ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับ งานเวชระเบียน, อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อมและความ

ปลอดภัยในการทำงาน, จริยธรรม, วัสดุ/อุปกรณ์การแพทย์และสำนักงาน, การเงิน/บัญชี/พัสดุและการประสานงาน/การนัด

- 3.7 ผู้รับบริการหมายถึงผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยหรือผู้ที่มาติดต่อขอใช้บริการในสถาบัน
- 3.8 เจ้าหน้าที่สถาบันหมายถึงบุคลากรทุกระดับตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในสถาบัน
- 3.9 หัวหน้าหน่วยงานหมายถึงหัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้างาน
- 3.10 ผู้ประสบเหตุการณ์หมายถึงผู้ที่พบกับเหตุการณ์ความเสี่ยงโดยตรงขณะนั้นเวลานั้นเป็นผู้ บันทึกรายการเหตุการณ์
- 3.11 อุบัติการณ์ / อุบัติเหตุ หมายถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของสถาบัน บันทึกเหตุการณ์
- 3.12 ควบคุมเหตุการณ์ได้ หมายถึง ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ความเสี่ยงนั้น ได้จัดการแก้ไขสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง
- 3.13 ควบคุมเหตุการณ์ไม่ได้หมายถึงเหตุการณ์รุนแรง และมีโอกาสถูกฟ้องร้องหมายถึงเหตุการณ์เกี่ยวกับความผิดด้านจริยธรรม วินัย กฎหมาย และระเบียบการปฏิบัติงาน เช่น ผู้ป่วยหลบหนีได้รับอันตรายถึงชีวิต ,เจ้าหน้าที่ทำร้ายผู้ป่วย ฯลฯ (ระดับความรุนแรง F-I)
- 3.14 การเขียนรายงานอุบัติการณ์ หมายถึงผู้ประสบเหตุการณ์บันทึกรายงานอุบัติการณ์ พิจารณาตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้
- 3.15 ผู้จัดการความเสี่ยงของหน่วยงานหมายถึงบุคลากรทุกคนของสถาบันที่สามารถจัดการความเสี่ยงเบื้องต้น

4. ความรับผิดชอบ

- 4.1 ผู้อำนวยการสถาบันมีหน้าที่สร้างวัฒนธรรมแห่งความปลอดภัย แก่ทีมงาน หน่วยงาน กำหนดนโยบาย
 - 4.1.1 แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบระบบการบริหารความเสี่ยงในภาพรวม
 - 4.1.2 กำหนดกลยุทธ์การบริหารความเสี่ยงลงในแผนยุทธศาสตร์ของสถาบัน
 - 4.1.3 ส่งเสริมให้มีการรายงานอุบัติการณ์ โดยการตรวจเยี่ยม กระตุ้นบุคลากรในหน่วยงาน
 - 4.1.4 ร่วมกับคณะกรรมการระบบคุณภาพและผู้เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขความเสี่ยงที่ผู้พบความเสี่ยงแก้ไขไม่ได้
 - 4.1.5 เป็นผู้จัดการความเสี่ยง กรณีเร่งด่วนและมีความเสี่ยงสูง
 - 4.1.6 ทบทวนการปฏิบัติ แนวทางการแก้ไขและสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ในองค์กร
- 4.2 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของสถาบันมีหน้าที่
 - 4.2.1 จัดทำระบบการบริหารความเสี่ยงในภาพรวมของสถาบัน ให้สอดคล้องกับกลยุทธ์ เป้าหมายการจัดการความเสี่ยงและระบบการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

- 4.2.2 พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงให้มีมาตรฐานและติดตามตรวจสอบเพื่อดูแนวโน้มหรือควบคุมความเสี่ยงเชิงรุกและแนวทางบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอนคือค้นหา , ประเมิน , จัดการ , และประเมินผล
- 4.2.3 ส่งเสริมให้มีการรายงานอุบัติการณ์ ทบทวนอุบัติการณ์/ความเสี่ยง
- 4.2.4 ให้คำปรึกษาเสนอแนะแนวทางปฏิบัติหรือควบคุมความเสี่ยงและนำเสนอผลการบริหารความเสี่ยง
- 4.2.5 จัดทำรายงานความเสี่ยงเสนอผู้อำนวยการทุก 3 เดือนและสำเนารายงานความเสี่ยงประจำเดือนเพื่อเสนอผู้อำนวยการสถาบัน
- 4.2.6 สร้างความตื่นตัวทั่วทั้งองค์กรและกระตุ้นให้หน่วยงานมีการพัฒนาแก้ไข/ป้องกันอย่างต่อเนื่อง

4.3 ผู้จัดการความเสี่ยงหรือผู้พบความเสี่ยงในหน่วยงานมีหน้าที่

- 4.3.1 บริหารจัดการความเสี่ยงเบื้องต้นในหน่วยงานและร่วมกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจัดการกับความเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้
- 4.3.2 ปฏิบัติตามระบบการบริหารความเสี่ยง ค้นหาความเสี่ยง รายงานอุบัติการณ์/ความเสี่ยงภายใน 24 ชม.กรณีความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเป็นความเสี่ยงระดับ F ขึ้นไป ที่แก้ไขไม่ได้ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะเข้าไปมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขร่วมกับหน่วยงานหรือทีมพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้อง
- 4.3.3 รวบรวมสถิติรายงานความเสี่ยง (Risk Profile) และจัดทำมาตรการป้องกัน
- 4.3.4 นำข้อมูลความเสี่ยงมาทบทวน 12 กิจกรรม และจัดทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องหรือกระบวนการพัฒนาคุณภาพด้านอื่น ๆ ตามความเหมาะสม ให้เกิดเป็นวัฒนธรรมในหน่วยงาน
- 4.3.5 ส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะและค้นหาสาเหตุของปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

4.4 เลขาคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีหน้าที่

- 4.4.1 ประสานเชื่อมโยงรายงานความเสี่ยงและมาตรการแก้ไขต่อหน่วยงานที่ประสบเหตุการณ์

4.5 หัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย/งาน

- 4.5.1 รับรายงานอุบัติการณ์/ความเสี่ยง
- 4.5.2 ร่วมค้นหาสาเหตุ – หาแนวทางป้องกัน/แก้ไขความเสี่ยงกรณีแก้ไขไม่ได้รายงานประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงผ่านเลขานุการบริหารความเสี่ยง
- 4.5.3 ร่วมดำเนินการแก้ไขกับผู้ที่เกี่ยวข้อง
- 4.5.4 ส่งรายงานอุบัติการณ์/ความเสี่ยง(แบบฟอร์ม 1)ภายใน 24 ชั่วโมงและส่งบัญชีความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว (แบบฟอร์ม 5)

4.6 ทีมรับรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมีหน้าที่

- 4.6.1 จัดเก็บรายงานอุบัติการณ์/ความเสี่ยงและรักษาความลับของข้อมูล
- 4.6.2 ทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

4.6.3 ดำเนินการเสนอประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงพิจารณากรณีความเสี่ยงรุนแรงและอาจเกิดการฟ้องร้อง

4.6.4 จัดสรุปรายงานทุก 3 เดือนเสนอประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

5 ขั้นตอนการปฏิบัติ

5.1 การค้นหาวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในหน่วยงาน บุคลากรทุกคนในหน่วยบริการและหน่วยสนับสนุน ค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการหลักประเด็นเกี่ยวกับบุคลากร ระบบงาน เทคโนโลยีสารสนเทศ เครื่องมืออุปกรณ์ และด้านกายภาพของสำนักงาน ลงในแบบฟอร์มการวิเคราะห์/ประเมินความเสี่ยง /และปรับปรุงกิจกรรมควบคุม(แบบฟอร์ม 6)วิเคราะห์ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 นำกระบวนการหลักที่จะค้นหาความเสี่ยงตามระเบียบปฏิบัติของหน่วยงาน

- ระบุ ขั้นตอนตาม Work flow และกิจกรรมของกระบวนการหลัก
- ระบุ วัตถุประสงค์ เพื่อวัดความสำเร็จของแต่ละขั้นตอนและกิจกรรม
- ระบุ ความเสี่ยงของแต่ละกิจกรรม

5.2 การประเมินความเสี่ยง

5.2.1 หัวหน้าและบุคลากรในหน่วยงานประเมินความถี่ของการวัดระดับของโอกาสที่จะเกิดขึ้นใช้เกณฑ์การประเมินดังนี้

ระดับ	คำอธิบาย	ตัวอย่าง	
5	เกิดขึ้นเป็นประจำ	มากกว่า 20 % ของจำนวนรายการ	หรือเกิดขึ้นทุกวัน
4	เกิดขึ้นบ่อยครั้ง	10-20 % ของจำนวนรายการ	หรือเกิดขึ้นอาทิตย์ละครั้ง
3	เกิดขึ้นบ้าง	6-10 % ของจำนวนรายการ	เกิดขึ้นเดือนละครั้ง
2	เกิดขึ้นน้อย	2.5 % ของจำนวนรายการ	หรือเกิดขึ้นปีละครั้ง
1	เกิดขึ้นน้อยมาก/ไม่เคยเกิดขึ้น	1 % ของจำนวนรายการ	หรือเกิดขึ้น 2-3 ปี/ครั้ง

การประเมินระดับความรุนแรง ประเมินความรุนแรงออกเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง ใช้ระดับความรุนแรง A B C= 1 , D = 2 , E F = 3, G H = 4 , I = 5

5.2.2

โปรแกรม Risk Matrix

Risk Assessment matrix			ความถี่ที่เกิดขึ้น				
			ต่ำมาก/น้อยมาก	ต่ำ/น้อย	ปานกลาง	สูง/บ่อย	สูงมาก/บ่อยมาก
			1	2	3	4	5
ผลกระทบและความรุนแรง	สูงมาก/หายาก I	5	5	10	15	20	25
	สูง /วิกฤต G,H	4	4	8	12	16	20
	ปานกลาง E,F	3	3	6	9	12	15
	น้อย D	2	2	4	6	8	10
	น้อยมาก A, B	1	1	2	3	4	5
ระดับของความเสียหาย							

ตารางการแก้ไข Risk Matrix

ระดับสี	ระดับความเสี่ยง	ระดับการแก้ไข
1-2	Very low	ดำเนินการแก้ไข กำหนดแนวทาง/นโยบาย ป้องกันความเสี่ยง
3-4	Low	ดำเนินการแก้ไข
5-10	Medium	ดำเนินการแก้ไข ร่วมกับทีมคุณภาพ
11-19	High	ดำเนินการแก้ไข ร่วมกับทีมคุณภาพ/คณะกรรมการบริหาร รพ.
20-25	Very high	ดำเนินการแก้ไขด่วน/กำหนดนโยบายป้องกันการเกิดซ้ำ

ระดับ	ทางคลินิก	หน่วยสนับสนุน
ยังไม่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง แต่มีโอกาสจะเกิดในอนาคต (เกิดในหน่วยงาน)		
A	มีแนวโน้มที่จะเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข	มีแนวโน้มที่จะเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข
ระดับ	ทางคลินิก	หน่วยสนับสนุน
เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้ว แต่ไม่เป็นอันตราย (เกิดระหว่างหน่วยงาน)		
B	มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้ว แต่ยังไม่เป็นอันตรายเนื่องจากอุบัติการณ์ความเสี่ยงไม่ถึงผู้ป่วย (ค้นพบอุบัติการณ์ก่อน)	มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วแต่ยังไม่เป็นอันตราย เนื่องจากอุบัติการณ์ความเสี่ยงไม่ถึงผู้เกี่ยวข้อง (ค้นพบอุบัติการณ์ ความเสี่ยงก่อน)
C	มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วแต่ไม่เป็นอันตราย ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์ความเสี่ยงไปถึงผู้ป่วย	มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วแต่ไม่เป็นอันตราย หรือส่งผลกระทบต่อผู้เกี่ยวข้องหรือองค์กรถึงแม้ว่าอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นไปถึงผู้เกี่ยวข้องทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

เอกสารนี้ใช้ภายในสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้เท่านั้นห้ามนำไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

D	มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วแต่ไม่เป็นอันตรายหรือส่งผลกระทบต่อองค์กรแต่ต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม	มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วแต่ไม่เป็นอันตรายหรือส่งผลกระทบต่อผู้เกี่ยวข้องหรือองค์กรแต่ต้องมีการติดตามเฝ้าระวังเพิ่มเติมหรือเกิดการสูญเสียคิดเป็นจำนวนเงินตั้งแต่ 2 หลัก
ระดับ	ทางคลินิก	หน่วยสนับสนุน
มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้ว และเป็นอันตราย (อาจถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย)		
E	มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย / บุคลากร / ผู้ใช้บริการเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม เช่น ผู้ป่วยทำร้ายกันเองต้องเย็บแผล หกล้มศีรษะบวมเขียวซ้ำ	มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/บุคลากรทำให้ต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมหรือเกิดความเสียหายหรือถูกฟ้องร้อง คิดเป็นจำนวนเงิน 3 หลักขึ้นไป
F	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแล้วเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น เช่น ผู้ป่วยตกเตียง ผู้ป่วยหลบหนี	มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วส่งผลให้ผู้ป่วย/บุคลากรได้รับอันตรายจนพิการ ชั่วคราวหรือได้รับความเสียหายหรือถูกฟ้องร้องคิดเป็นจำนวนเงินตั้งแต่ 4 หลักขึ้นไป
G	มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร เช่น กระดูกหักจากการรักษาด้วยไฟฟ้า กระดูกหักต้องเข้าเฝือกชั่วคราว	มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วส่งผลให้ผู้ใช้บริการ/บุคลากรได้รับอันตรายจนพิการ ถาวรหรือได้รับความเสียหายหรือถูกฟ้องร้องคิดเป็นจำนวนเงินตั้งแต่ 5 หลักขึ้นไป
H	มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบเสียชีวิต เช่น ผู้ป่วยหยุดหายใจต้องช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) แพ้ยาแบบ Anaphylaxis	มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วส่งผลให้ผู้ใช้บริการได้รับอันตรายจนเกือบเสียชีวิตหรือได้รับความสูญเสียหรือถูกฟ้องร้อง คิดเป็นจำนวนเงินตั้งแต่ 6 หลักขึ้นไป
มีอุบัติการณ์ความเสี่ยง และเป็นอันตรายจนเสียชีวิต		
ระดับ	ทางคลินิก	หน่วยสนับสนุน
I	มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต เช่น ฆ่าตัวตายสำเร็จผู้ป่วยแพ้ยาแล้วเสียชีวิต	มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วส่งผลให้ผู้ให้บริการ/บุคลากรได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิตหรือเกิดการสูญเสียหรือถูกฟ้องร้อง คิดเป็นจำนวนเงินตั้งแต่ 7 หลักขึ้นไป

1. ให้ค่าคะแนนระดับความเสี่ยง ให้นำโอกาส x ผลกระทบ/ความรุนแรง ($2 \times 5 = 10$)
2. ให้ระบุกิจกรรมควบคุมที่มีอยู่เดิม ประเมินกิจกรรม หากจุดอ่อนและสาเหตุที่ไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสม ระบุ จุดอ่อนและสาเหตุให้ชัดเจน
3. ระบุ กิจกรรมควบคุมที่ต้องปรับปรุง ที่สามารถแก้ปัญหา จุดอ่อน และสาเหตุนั้น ๆ
4. ระบุ ความเสี่ยงของแต่ละกิจกรรมการจัดลำดับความเสี่ยงให้จัดลำดับตามค่าคะแนนความเสี่ยง กรณีคะแนนเท่ากันให้วิเคราะห์ความสำคัญของความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเสียหาย จำเป็นต้องแก้ไขก่อน
5. ระบุต้นทุน (ถ้ามี)
6. ระบุลำดับการปรับปรุง ตามค่าคะแนนลำดับความเสี่ยงและส่งศูนย์บริหารความเสี่ยง 1 ชุด

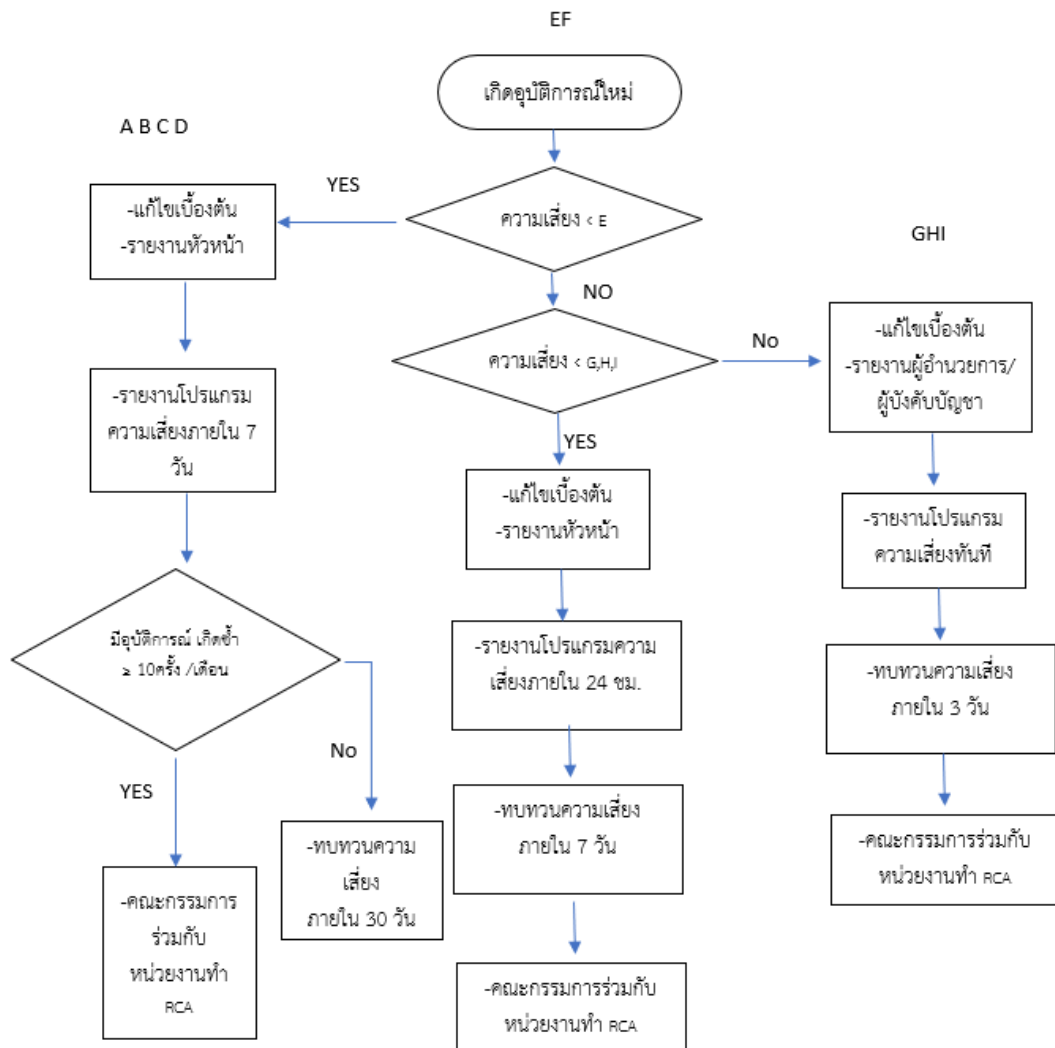
5.2.3 สรุปผลการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) ให้บรรลุตามเป้าหมายตามภารกิจของหน่วยงานและของโรงพยาบาล ตามลำดับความเสี่ยงที่ค้นพบ โดยจัดทำเป็นบัญชีความเสี่ยงที่ค้นพบ(แบบฟอร์ม 7)

5.3 การควบคุมความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น หัวหน้าหน่วยงานนำข้อมูลจากนโยบายการบริหาร

ความเสี่ยงจัดทำแผนปฏิบัติการการปรับปรุงกิจกรรมควบคุม(Action Plan) (แบบฟอร์มที่9) เฉพาะเรื่องที่สำคัญทำร่วมกันหลาย ๆ หน่วยงาน เช่น การทำคู่มือ โครงการ อย่างน้อยร้อยละ 30 ของจำนวนความเสี่ยงทั้งหมด ส่วนความเสี่ยงทุกเรื่องในช่องกิจกรรมควบคุมที่จะปรับปรุง จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน (แบบฟอร์ม 8) ส่งศูนย์บริหารความเสี่ยง 1 ชุด

- 5.3.1 หัวหน้าหน่วยงานทำการสื่อสารทำความเข้าใจให้บุคลากรทุกคนทราบและปฏิบัติ
- 5.3.2 ดำเนินตามแผนปฏิบัติการการปรับปรุงกิจกรรมควบคุม(Action Plan)(แบบฟอร์ม9) และแผนบริหารความเสี่ยง (แบบฟอร์ม 8) ที่จัดทำไว้และติดตามความก้าวหน้าสม่ำเสมอ
- 5.3.3 จัดทำรายงานสรุปผลการประเมินความเสี่ยงการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ การปรับปรุงกิจกรรมควบคุม(Action Plan)(แบบฟอร์ม 9) และแผนบริหารความเสี่ยง (แบบฟอร์ม 8) ของหน่วยงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- 5.3.4 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รวบรวมความเสี่ยงจากบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานทั้งหมด จัดระบบเอกสารตามแนวทางการประเมินผลของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร(กพร.) กรมสุขภาพจิต

5.4 การรายงานอุบัติการณ์ ตาม FLOW และ คู่มือการใช้โปรแกรมความเสี่ยง (เอกสารแนบภาคผนวก)



5.5 การจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว

5.5.1 การรายงานอุบัติการณ์/ความเสี่ยงผู้ประสบเหตุการณ์ประเมินความรุนแรงและจัดการควบคุมแก้ปัญหาความเสี่ยงในเบื้องต้น

5.5.1.1 ควบคุมเหตุการณ์ได้ความรุนแรงระดับ A-E ให้รายงานหัวหน้าหน่วยงานทราบทันทีเกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและวิธีการแก้ไข กรณีนอกเวลาราชการรายงานผู้อำนวยการสถาบัน และบันทึกรายงานอุบัติการณ์/ความเสี่ยง (แบบฟอร์ม 1) จำนวน 1 ชุด ภายใน 24 ชั่วโมง ส่งศูนย์บริหารความเสี่ยง (เกิน 24 ชั่วโมง เก็บไว้ที่หน่วยงาน และส่งในวันราชการ) หัวหน้าหน่วยงานบันทึกในบัญชีความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว(Risk Profile)(แบบฟอร์ม 5) เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของความเสี่ยงและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ สำเนา ส่งศูนย์บริหารความเสี่ยงภายในวันที่ 5 ของเดือนต่อไปและคณะกรรมการบริการความเสี่ยงที่ได้รับมอบหมายในแต่ละเดือนจะเป็นผู้รวบรวมและติดตาม/ทบทวนการแก้ไขความเสี่ยงนั้น ๆ

5.5.1.2 ควบคุมเหตุการณ์ไม่ได้/ เหตุการณ์รุนแรงเป็นอันตรายมีโอกาสถูกฟ้องร้อง(ระดับความรุนแรง F-I) ต้องขอความช่วยเหลือโดยด่วนจากประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงหรือคณะกรรมการบริหารสถาบัน การพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ (ทีมผู้นำ)/คณะกรรมการจัดการความเสี่ยง ให้หัวหน้างานหรือผู้ประสบเหตุการณ์รายงานด้วยวาจาทันที เพื่อรีบดำเนินการอย่างเหมาะสมป้องกันการฟ้องร้อง เมื่อเหตุการณ์สงบให้ผู้ประสบเหตุการณ์บันทึกรายงานอุบัติการณ์/ความเสี่ยง (แบบฟอร์ม 1) จำนวน 1 ชุด ส่งศูนย์บริหารความเสี่ยงภายใน 24 ชั่วโมง (เกิน 24 ชั่วโมง เก็บไว้ที่หน่วยงานและส่งในวันราชการ) กรณีความรุนแรง ความเสี่ยง ระดับ F ขึ้นไปที่แก้ไขโดยหน่วยงานเองไม่ได้ให้บันทึกแบบรายงานการจัดการความเสี่ยง (Action to Manage risk) (แบบฟอร์ม 2)ถึงประธานบริหารความเสี่ยง เพื่อพิจารณา และประสานเชื่อมโยงคณะกรรมการจัดการความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง/ผู้เกี่ยวข้องโดยส่งผ่านศูนย์บริหารความเสี่ยง และสะท้อนข้อมูลกลับให้หน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงรับทราบผลการดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยง ผ่านที่ประชุมทีมผู้นำ/ทีมบริหาร/ทีม PCT / ช่องทางที่เหมาะสมโดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ต้องติดตามประเมินผลการแก้ไขความเสี่ยงพร้อมทั้งบันทึกในทะเบียนติดตาม การจัดการความเสี่ยง (Action of Risk Management 2) (แบบฟอร์ม 3)

5.5.1.3 การจัดการกับความเสี่ยง กรณีติดตามการไหลเวียนของการสั่ง และใช้อื่น ๆ ผู้ประสบเหตุการณ์แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องเจ้าของเรื่องนั้น ๆ ทราบ เจ้าของเรื่องบันทึกรายงานอุบัติการณ์/ความเสี่ยง (แบบฟอร์ม 1) จำนวน 1 ชุด ภายใน 24 ชั่วโมง ส่งศูนย์บริหารความเสี่ยงและบันทึกในบัญชีความเสี่ยงที่เกิดขึ้น (Risk Profile) (แบบฟอร์ม 4) เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของความเสี่ยงและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

5.5.1.4 เจ้าหน้าที่ศูนย์บริหารความเสี่ยงลงทะเบียนรับรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง Risk Profile ประจำเดือน (แบบฟอร์ม 4)

5.5.1.5 บุคลากรทุกหน่วยงานสรุปความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว (แบบฟอร์ม 5)ภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน และคณะกรรมการทบทวนความเสี่ยงกับทีมบริหารทุก 3 เดือน(ทีมผู้นำ)

5.5.2 การจัดการความเสี่ยงระดับสถาบัน

คณะกรรมการบริหารสถาบันและการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ(ชั้นนำ)/คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทำหน้าที่การจัดการควบคุมความเสี่ยงที่สำคัญของ สถาบัน เพื่อลดความสูญเสียก่อนเกิดเหตุคือ

5.5.2.1 การผ่องถ่ายความเสี่ยง (Risk Transfer) มีการจัดจ้างมาให้เอกชนดำเนินการเช่น รักษาความปลอดภัยในสถาบันดูแลสิ่งแวดล้อม, ทำความสะอาดและสอบเทียบเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

5.5.2.2 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) ไม่บริการตรวจพิเศษทางรังสีเนื่องจากไม่มีบุคลากรและเครื่องมือ

5.5.2.3 การป้องกันความเสี่ยง(Risk Prevention)การอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เรื่องสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล , การเฝ้าระวังอัคคีภัยและการบำรุง รักษาเชิงป้องกันเครื่องมืออุปกรณ์, การป้องกันผู้ป่วยหลบหนี , ผู้ป่วยทำร้ายตัวเอง

5.5.2.4 การแบ่งแยกความเสี่ยง (Risk Segregation) มีระบบสำรองเครื่องมือระบบสำรองไฟฟ้าและระบบการสำรอง น้ำเมื่อจำเป็น

5.5.2.5 การลดความสูญเสีย (Loss Reduction) มีการให้ความช่วยเหลือดูแลด้วยความสนใจกรณีความเสี่ยงอาจเกิดการฟ้องร้องแก่ผู้ประสบปัญหาจาก

ผู้อำนวยการหรือหัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

5.6 การประเมินและติดตามผล

5.6.1 การประเมินและติดตามผลระดับหน่วยงาน

5.6.1.1 หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน/ประเมินตามแผนปฏิบัติการ การปรับปรุงกิจกรรมควบคุม(Action Plan)ระบบบริหารความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การจัดการความเสี่ยงประเมินสาเหตุ ผลลัพธ์ การแก้ไขเบื้องต้น การป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำโอกาสที่จะเกิดซ้ำ และความรุนแรงด้วยวิธีการปกติ หรือกลยุทธ์ใหม่ ๆ

5.6.1.2 ประเมินจากเครื่องชี้วัดของหน่วยงานประจำปี ประจําปี โดยคำนึงการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ กรณีมีมาตรการป้องกันแล้ว หรืออุบัติการณ์เป็นเหตุการณ์เดียวหรือเป็นเรื่องระบบ

5.6.2 การประเมินและติดตามผลระดับสถาบัน

5.6.2.1 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงรวบรวมสถิติความเสี่ยงระดับสถาบันประเมินจากความเสี่ยงที่เกิด จัดลำดับความสำคัญ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและประเมินในประเด็นเหล่านี้

- สรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการปรับปรุงกิจกรรมควบคุม

(Action Plan)(แบบฟอร์ม 9) และแผนบริหารความเสี่ยง (แบบฟอร์ม 8)

ภาคผนวก

คู่มือการใช้งานโปรแกรมบริหารความเสี่ยง



สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

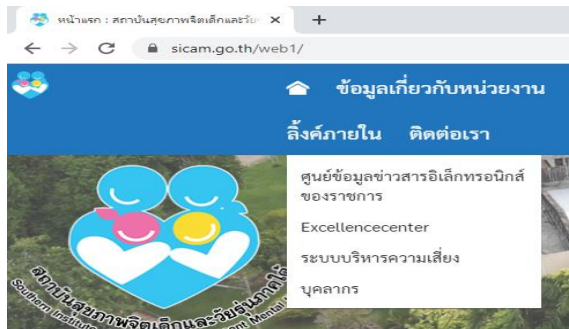
สำหรับบุคลากร

โดยทีมคณะกรรมการความเสี่ยง

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

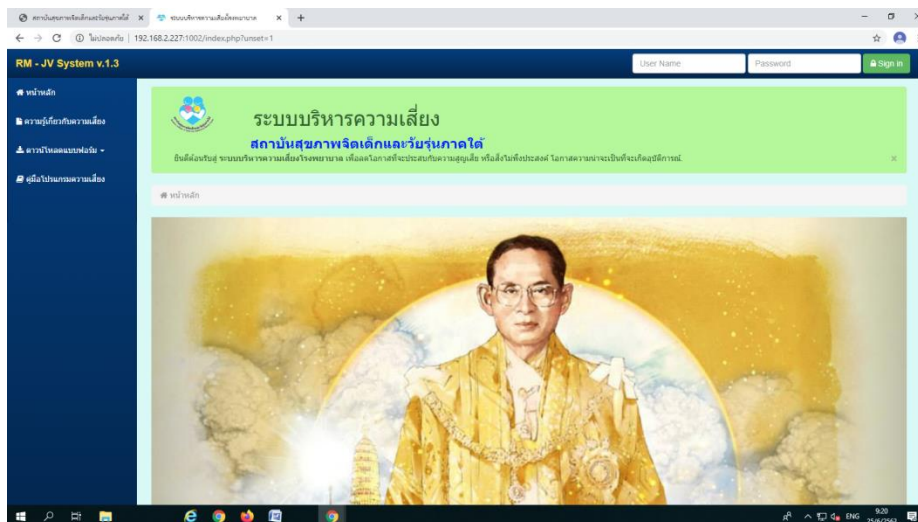
คู่มือโปรแกรมบริหารความเสี่ยงสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

แนะนำการใช้งาน



หน้าแรก (index)

เมื่อเข้ามาที่โปรแกรม จะพบหน้าแรกของโปรแกรม โดยหน้านี้จะเป็นหน้าสำหรับประชาสัมพันธ์ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่ต้องการแจ้งให้กับบุคลากรหรือคนทั่วไปทราบ สามารถเข้ามาดูได้โดยไม่ต้องใช้รหัส log in



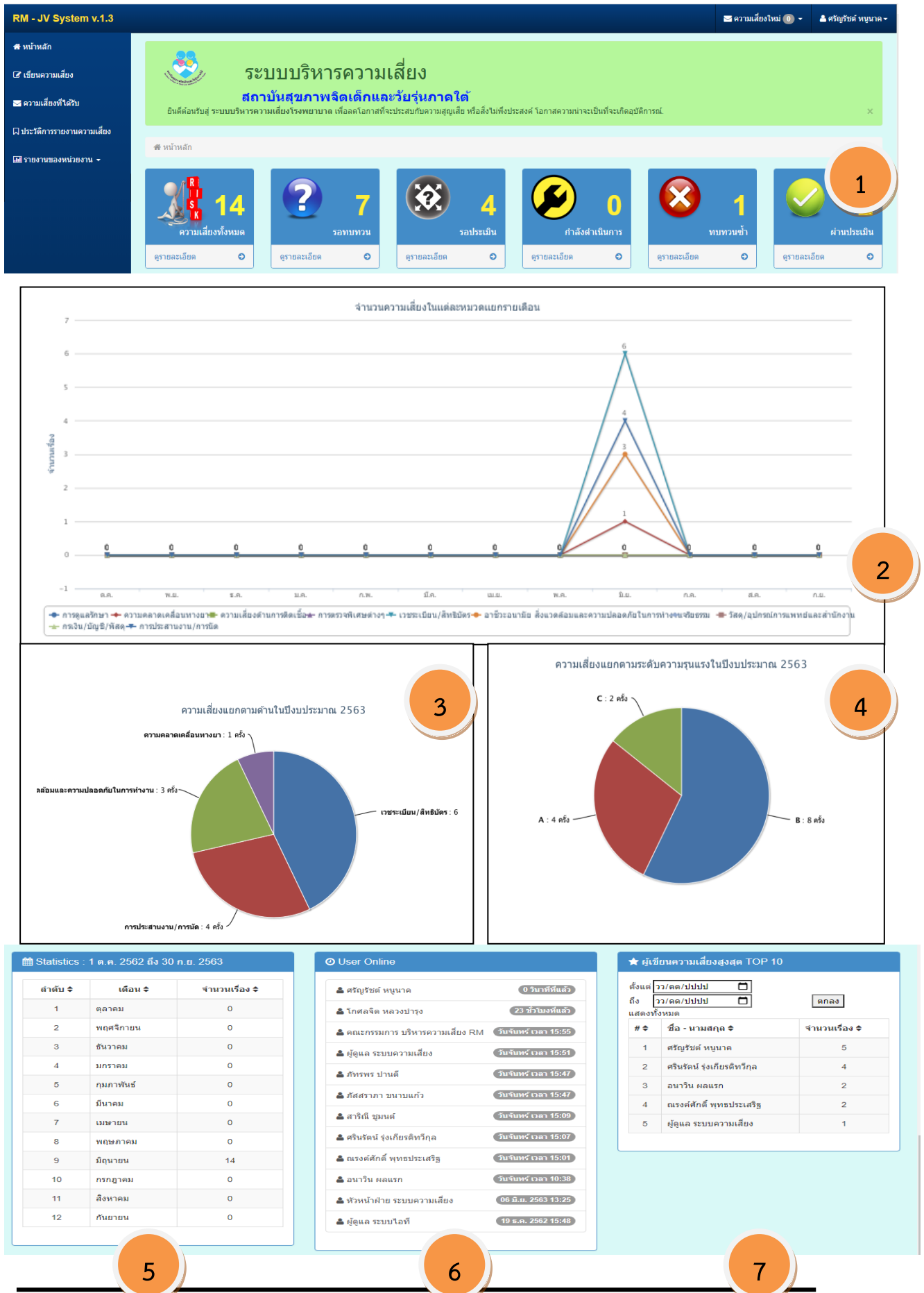
เมื่อใช้รหัส login เข้ามาแล้ว จะพบหน้าจอแสดงข้อมูลดังนี้

1. Panel แสดงสถานะต่างของใบความเสี่ยงที่มีในระบบ 6 panel
2. กราฟเส้น แสดงความเสี่ยงทั้งหมดขององค์กร โดยแสดงแยกแต่ละเดือนเป็นปีงบประมาณและแยกเป็นหมวดต่างๆ 1 หมวด
3. กราฟวงกลม แสดงความเสี่ยงทั้งหมดโดยแยกตามหมวด
4. กราฟวงกลม แสดงความเสี่ยงทั้งหมดโดยแยกตามความรุนแรง
5. ตารางแสดงความเสี่ยงทั้งหมดในแต่ละเดือน
6. ตารางแสดงผู้ที่เข้ามาใช้งาน 10 อันดับล่าสุด พร้อมแสดงเวลาที่เข้ามา
7. ตารางแสดงผู้ที่เขียนความเสี่ยงมากที่สุด 10 อันดับแรก

เอ

หมายเหตุ ใช้รหัสเข้า JHOS สำหรับผู้มีรหัส หรือ ใช้รหัส เข้าใช้งาน internet สำหรับผู้ไม่มี รหัส JHOS

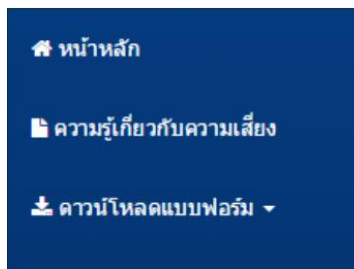
เข้าโดยไม่ได้รับอนุญาต



เอกสารนี้ใช้ภายในสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้เท่านั้นห้ามนำไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

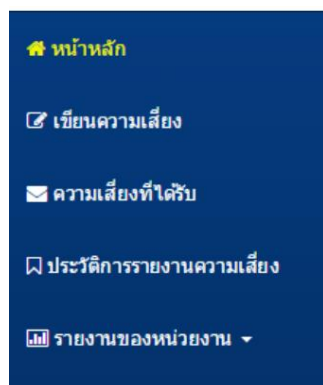
เมนูต่างๆที่ใช้งานในโปรแกรมบริหารความเสี่ยงมีดังนี้

1. เมนูหน้าแรกก่อนที่จะทำ การ Login เข้าสู่โปรแกรม

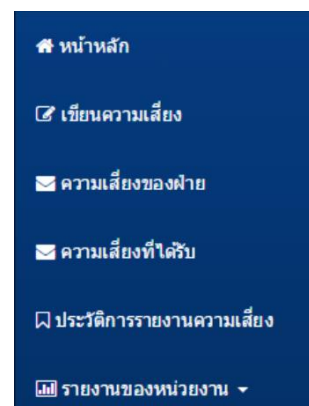


2. เมนูสำหรับ user เมื่อทำการ Login เข้ามาแล้วโดยถูกแบ่งเป็น 2ระบบคือ

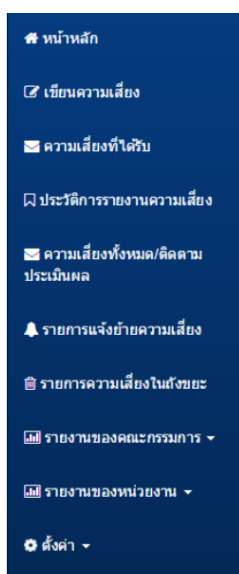
2.1 พนักงานในฝ่าย /งาน



2.2 หัวหน้าฝ่าย



3. เมนูสำหรับ admin เมื่อทำการ Login เข้ามาแล้ว



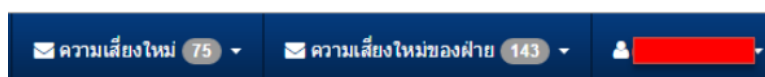
4. เมื่อด้านบน ที่มี alert คอยแจ้งเตือนต่างๆ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

4.1 ระดับ พนักงานในฝ่าย /กลุ่มงาน



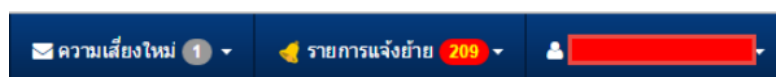
ความเสี่ยงใหม่คือความเสี่ยงที่หน่วยงานได้รับเมื่อมีคนพบความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานและเขียนความเสี่ยงส่งมา

4.2 ระดับหัวหน้ากลุ่มงาน



เสี่ยงใหม่ของกลุ่มงาน คือความเสี่ยงที่กลุ่มงานได้รับเมื่อมีคนพบความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานและเขียนความเสี่ยงส่งมา หัวหน้ากลุ่มงานจะสามารถดูความเสี่ยงของหน่วยงาน ตนเองได้ทั้งหมด

4.3 ระดับผู้ดูแลระบบ

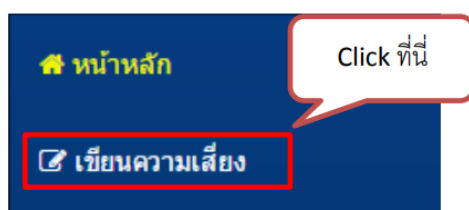


รายการแจ้งย้ายคือ ความเสี่ยงที่มีคนเขียนเข้ามาแล้วต้องรอให้คณะกรรมการความเสี่ยง (RM) เข้ามาพิจารณาก่อน ก่อนที่จะส่งไปให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การแจ้งเตือนนั้น จะเป็น real time คือเมื่อมีคนเขียนเข้ามาก็จะ เพิ่มขึ้นทันทีโดยไม่ต้อง refresh หน้าจอ

การใช้งานโปรแกรมบริหารความเสี่ยง

เขียนความเสี่ยง การเขียนความเสี่ยง มีขั้นตอนการทำงานในระบบดังนี้

1. ทำได้โดย เข้าไปที่แถบ “เขียนความเสี่ยง”



1.1 เมื่อเข้าสู่หน้า เขียนความเสี่ยง จะมีรายการความเสี่ยงหรือเรื่องความเสี่ยงให้เราเลือกโดยเรื่องนั้นจะถูกจับคู่กับหมวดความเสี่ยงเอาไว้แล้ว

ลำดับ	หมวดหมู่	รายการ
1	การดูแลรักษา	ผู้ป่วยหลายทรัพย์สิน
2	การดูแลรักษา	ผู้ป่วยทรัพย์สิน
3	การดูแลรักษา	ผู้ป่วยตกจากที่สูง
4	การดูแลรักษา	ผู้ป่วยบาดเจ็บจากการถูกยึด
5	การดูแลรักษา	ผู้ป่วยหกล้ม
6	การดูแลรักษา	ผู้ป่วยลอบหนี
7	การดูแลรักษา	ผู้ป่วยพยายามหลบหนี
8	การดูแลรักษา	ผลการตรวจคัดกรอง
9	การดูแลรักษา	อื่นๆ
10	การดูแลรักษา	ผู้ป่วยทรัพย์สิน

1.2 หากจำ เรื่องไม่ได้ก็สามารถ ค้นหาเรื่องได้ โดยพิมพ์คำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องนั้น ในช่องค้นหา

1.3 จะปรากฏเรื่องที่มีคำที่เราพิมพ์ขึ้นมาให้เราเลือก

1.4 หลังจากเลือกเรื่องที่ต้องการเขียนได้แล้ว ก็จะไปที่หน้าเขียนความเสี่ยง

หน้านี้จะแบ่งออกเป็น 3 ส่วน

1.4.1 ส่วนของข้อมูลความเสี่ยง ส่วนนี้เราต้องกรอกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงนั้น

ข้อมูลความเสี่ยง

วันที่เกิดเหตุ
22/06/2563

เวลาที่เกิดเหตุ 00 : 00 นาที

สถานที่เกิดเหตุ HN

AN

ชื่อบุคลากรที่ประสบเหตุการณ์

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.4.2 ส่วนของการบรรยายความเสี่ยง ส่วนนี้เราต้องบรรยายเหตุการณ์ให้เข้าใจพร้อมทั้งวิธีที่ได้ แก้ไขเบื้องต้นไปแล้วและหากมีข้อเสนอแนะก็ใส่ลงไปได้

ระบุเหตุการณ์ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือสิ่งไม่พึงประสงค์ โอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติเหตุ

บรรยายเหตุการณ์ความเสี่ยง

การแก้ไขเบื้องต้น

ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อการแก้ไขป้องกัน

1.4.3 ส่วนของการให้ระดับความรุนแรง และหากมีรูปภาพของความเสี่ยงนั้นก็ให้ใส่มาได้

ระดับความรุนแรง

ระดับความเสี่ยง

A B C D E F G H I

• ☒ ระดับความเสี่ยงในด้านต่าง ๆ

ไฟล์ที่เกี่ยวข้อง เช่น รูปภาพ เอกสาร หลักฐานต่างๆ (หากมี)

เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

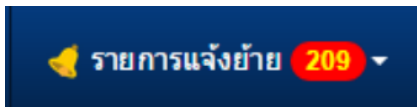
เลือกไฟล์ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

บันทึก Reset

เอกสารนี้ใช้ภาพ

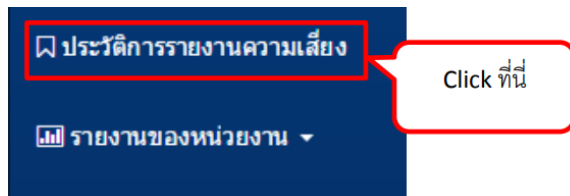
ไม่ได้รับอนุญาต

1.5 เมื่อเกิด “บันทึก” ความเสี่ยงก็จะมาขึ้นเตือนที่แจ้งย้ายความเสี่ยงของผู้ดูแลระบบ



ประวัติการเขียนความเสี่ยง เราสามารถดูประวัติการเขียนความเสี่ยงของหน่วยงานตนเองได้ดังนี้

1. ทำได้โดย เข้าไปที่แถบ เข้าไปที่ “ประวัติการรายงานความเสี่ยง”



1.1 เมื่อเข้าสู่หน้าจอ ประวัติการรายงานความเสี่ยงจะมีข้อมูลการเขียนความเสี่ยงของหน่วยงานตนเอง แสดงขึ้นมาและแสดงสถานะต่างๆของใบความเสี่ยงให้ทราบ

Inbox					
ลำดับ ↕	รายการ ↕	ผู้เขียน ↕	เกิดเมื่อ ↕	เขียนเมื่อ ↕	Status ↕
1	ระบุผู้ปวยไม่ตรงกับเวชระเบียน	ศรัญรัชต์ หนูขนาด	22 มิ.ย. 2563	22 มิ.ย. 2563	อยู่ระหว่างการพิจารณา
2	ลำไส้	ศรัญรัชต์ หนูขนาด	22 มิ.ย. 2563	22 มิ.ย. 2563	✗
3	ผิวดม	ศรัญรัชต์ หนูขนาด	15 มิ.ย. 2563	22 มิ.ย. 2563	✓
4	ระบุผู้ปวยไม่ตรงกับเวชระเบียน	ศรัญรัชต์ หนูขนาด	17 มิ.ย. 2563	17 มิ.ย. 2563	?
5	ระบุการใช้สิทธิผิวดม	ศรัญรัชต์ หนูขนาด	5 มิ.ย. 2563	5 มิ.ย. 2563	?
6	สิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย	ศรัญรัชต์ หนูขนาด	5 มิ.ย. 2563	5 มิ.ย. 2563	?

1 มีจำนวนทั้งหมด 6 รายการ จำนวนหน้าทั้งหมด 1 หน้า

Activate Windows
Go to Settings to activate Windows

**สถานะของใบความเสี่ยงถูกแทนด้วยสัญลักษณ์ และมีความหมายดังนี้	
อยู่ระหว่างการพิจารณา	อยู่ในระหว่างการพิจารณา ความเสี่ยงในสถานะนี้จะเป็นช่วงแรกที่มีการเขียนความเสี่ยงเข้ามามีการให้คณะกรรมการความเสี่ยง(mm)ตรวจสอบเสียก่อน จะยังไม่ถูกนำไปประมวลผลใดๆ
?	รอทบทวน ความเสี่ยงในสถานะนี้คือ เมื่อทีม mm เข้ามาพิจารณาความถูกต้องแล้วทำการส่งไปให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำการทบทวนความเสี่ยง
✗	ลงถังขยะ ความเสี่ยงในสถานะนี้คือ เมื่อทีม mm เข้ามาพิจารณาความถูกต้องแล้วลงความเห็นว่ามีไม่ใช้ความเสี่ยง หรือมีบางอย่างไม่เหมาะสม จึงย้ายความเสี่ยงนี้ลงถังขยะ
?	รอประเมิน ความเสี่ยงในสถานะนี้คือ เมื่อหน่วยงานได้ทำการทบทวนความเสี่ยงและบันทึกผลการประเมินแล้ว
✓	ผ่านการประเมิน ความเสี่ยงในสถานะนี้คือ เมื่อทีม mm ได้เข้าไปประเมินการทบทวนแล้วเห็นว่าการทบทวนนั้นเสร็จเรียบร้อยแล้ว
!	กำลังดำเนินการ ความเสี่ยงในสถานะนี้คือ เมื่อทีม mm ได้เข้าไปประเมินการทบทวนแล้วเห็นว่าการทบทวนนั้นยังไม่เรียบร้อย อาจต้องใช้เวลาในการทบทวนเพิ่ม
✗	ทบทวนซ้ำ ความเสี่ยงในสถานะนี้คือ เมื่อทีม mm ได้เข้าไปประเมินการทบทวนแล้วเห็นว่าการทบทวนนั้นยังไม่เรียบร้อย ต้องทำการทบทวนใหม่

Activate Windows
Go to Settings to activate Windows

1.2 โดยหากเป็นความเสี่ยงที่ตนเองไม่ได้เขียนก็จะแสดงให้ดูแค่นี้ แต่หากเป็นคนเขียนความเสี่ยงนั้นก็จะสามารถเข้าไปดูรายละเอียดของความเสี่ยงนั้นได้

Detail

HN :	
AN :	
บุคลากรที่ประสบเหตุการณ์ :	ศรัณุรักษ์
วันที่เกิดเหตุ :	5 มี.ย. 2563
เวลา :	09:00
วันที่บันทึกความเสี่ยง :	5 มี.ย. 2563
สถานที่เกิดเหตุ :	OPD ชั้น 1
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง :	คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
หมวดความเสี่ยง :	อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในการทำงาน
รายการความเสี่ยง :	สิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย
ระดับ :	C
รายละเอียดเหตุการณ์ความเสี่ยง :	มีน้ำรั่ว
การแก้ไขเบื้องต้น :	แจ้งผู้เกี่ยวข้อง
ข้อเสนอแนะ :	
ไฟล์แนบ :	
ผู้เขียน :	ศรัณุรักษ์ หนูนา

ความเสี่ยงที่ได้รับ คือความเสี่ยงที่มีคนเขียนมาหาหน่วยงานของเราโดยผ่านการพิจารณาจากทีม RM แล้ว และเห็นว่า หน่วยงานของเราเกี่ยวข้องจริง เราสามารถเข้าไปดูและทบทวนความเสี่ยงได้ 2 ที่คือ

1. เข้าดูที่เมนูเตือนด้านบน

ความเสี่ยงใหม่ 2

2 New Messages

ผู้ป่วยล้ม:
test...
19 ส.ค. 2558

โปรแกรม Hos_xp error:
ไม่สามารถทำรายการใดๆของนายสิริ...
พงษ์ วรจินดาได้เลย...
7 ส.ค. 2558

ดูทั้งหมด 2

สามารถ click ที่เรื่อง เพื่อเข้าไปทบทวนเรื่องนี้ได้เลย

หรือ click ที่ดูทั้งหมด เพื่อเข้าไปดูความเสี่ยงที่ต้องทบทวนทั้งหมด

หรือ

หน้าหลัก

☒ เขียนความเสี่ยง

☒ ความเสี่ยงที่ได้รับ

หรือ click ที่นี้ เพื่อเข้าไปดูความเสี่ยงที่ต้องทบทวน

1.1 เมื่อเข้ามาก็จะพบหน้าความเสี่ยงที่ได้รับ หน้านี้เป็นตารางที่แสดงข้อมูลของความเสี่ยงที่หน่วยงานได้รับทั้งหมด พร้อมทั้งสถานะของความเสี่ยงนั้น โดยแสดงด้วยสัญลักษณ์ เราสามารถเข้าไปดูความเสี่ยงในหน่วยงานได้ทั้งหมดทั้งที่ทบทวนแล้ว หรือยังไม่ได้ทบทวน โดยทุกคนในหน่วยงานสามารถเข้าไปบันทึกผลการทบทวนความเสี่ยงได้ทุกคน

Inbox					
ลำดับ	รายการ	ผู้เขียน	เกิดเมื่อ	เขียนเมื่อ	Status
1	ระบุผู้ช่วยไม่ตรงกับเวอร์ชัน	ศรัณย์รัชต์ หนูขนาด	22 มิ.ย. 2563	22 มิ.ย. 2563	อยู่ระหว่างการพิจารณา
2	ล่าช้า	ศรัณย์รัชต์ หนูขนาด	22 มิ.ย. 2563	22 มิ.ย. 2563	✖
3	ผิดพลาด	ศรัณย์รัชต์ หนูขนาด	15 มิ.ย. 2563	22 มิ.ย. 2563	✔
4	ระบุผู้ช่วยไม่ตรงกับเวอร์ชัน	ศรัณย์รัชต์ หนูขนาด	17 มิ.ย. 2563	17 มิ.ย. 2563	?
5	ระบุการใช้สิทธิ์ผิดพลาด	ศรัณย์รัชต์ หนูขนาด	5 มิ.ย. 2563	5 มิ.ย. 2563	?
6	สิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย	ศรัณย์รัชต์ หนูขนาด	5 มิ.ย. 2563	5 มิ.ย. 2563	?

1 มีจำนวนทั้งหมด 6 รายการ จำนวนหน้าทั้งหมด 1 หน้า

Activate Windows
Go to Settings to activate Windows.

1.2 หากเป็นความเสี่ยงที่ทบทวนแล้ว ก็จะแสดงรายละเอียดดังนี้

Detail

HN : 4453

AN :

บุคลากรที่ประสบเหตุการณ์ : ศรัณย์รัชต์ หนูขนาด

วันที่เกิดเหตุ : 15 มิ.ย. 2563

เวลา : 09:00

วันที่บันทึกความเสี่ยง : 22 มิ.ย. 2563

สถานที่เกิดเหตุ : อื่นๆ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

หมวดความเสี่ยง : การประสานงาน/การนัด

รายการความเสี่ยง : ผิดพลาด

ระดับ : C

รายละเอียดเหตุการณ์ความเสี่ยง : นัดผู้ช่วยในเวลาเดียวกัน

การแก้ไขเบื้องต้น : แก้ไขโดยการฝึกพร้อมกัน เนื่องจากเด็กมีความสามารถใกล้เคียงกัน ผู้ปกครองรับทราบและยอมรับได้

ข้อเสนอแนะ :

ไฟล์แนบ :

ผู้เขียน : ศรัณย์รัชต์ หนูขนาด

การแก้ไขความเสี่ยง

ผู้บันทึกการแก้ไข

ผู้ดูแล ระบบความเสี่ยง

วันที่วิเคราะห์ความเสี่ยง

22 มิ.ย. 2563

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อบริการหรือหน่วยงาน ไฉบ้าง

กิจกรรมบำบัด

วิเคราะห์สาเหตุที่เกิด เช่น ผู้ป่วย, บุคลากร, งานที่มอบหมาย, ทีมงาน, เครื่องมือ, วัฒนธรรม, สิ่งแวดล้อม, การสื่อสาร, ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้

บุคลากร

สาเหตุของปัญหา

ขาดความรอบคอบในการนัด เป็นช่วงของการนัดโดย manual

มาตรฐานหรือแนวทางแก้ไข

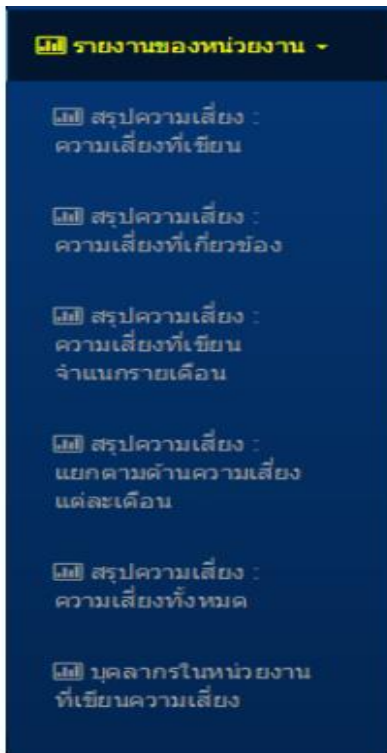
มีระบบนัดผ่านคอมพิวเตอร์ จะไม่สามารถนัดในเวลาเดียวกันได้

ระยะเวลาในการดำเนินการเพื่อไม่ให้เกิดการความเสี่ยงซ้ำตามประเมินผล

***ระยะเวลา 1 เดือน *** สามารถโปรแกรมการตรวจได้ในวันที่ 22 ก.ค. 2563

Activate Windows
Go to Settings to activate Windows.

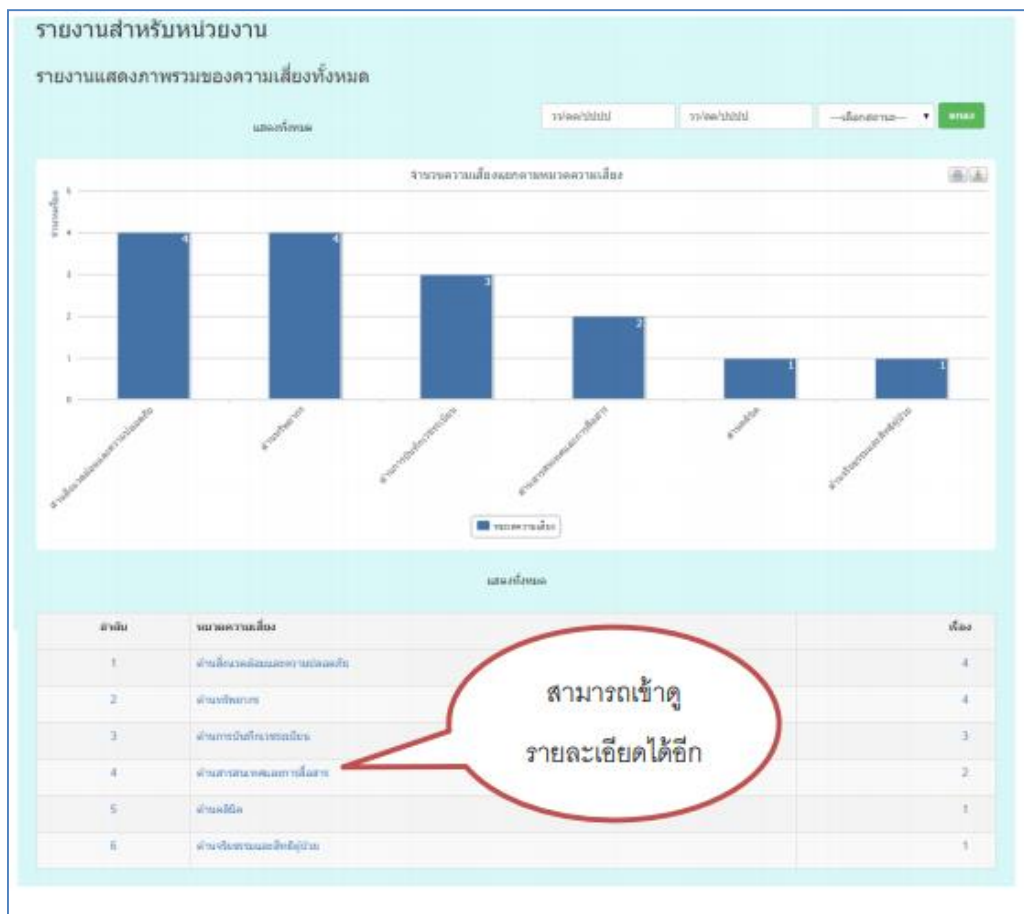
เอกสารนี้ใช้ภายในสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้เท่านั้นห้ามนำไปภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต



รายงานของหน่วยงาน เป็นเมนูที่ใช้เพื่อดูรายงานต่างที่เกี่ยวข้องกับ หน่วยงาน ของตนเองจะมี รายงานอยู่ 6 รายงาน คือความเสี่ยงที่เขียน ,ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง , ความเสี่ยงที่เขียนจำแนกรายเดือน, แยกตามด้านความเสี่ยงแต่ละเดือน, ความเสี่ยงทั้งหมด และบุคลากรในหน่วยงานที่เขียนความเสี่ยง

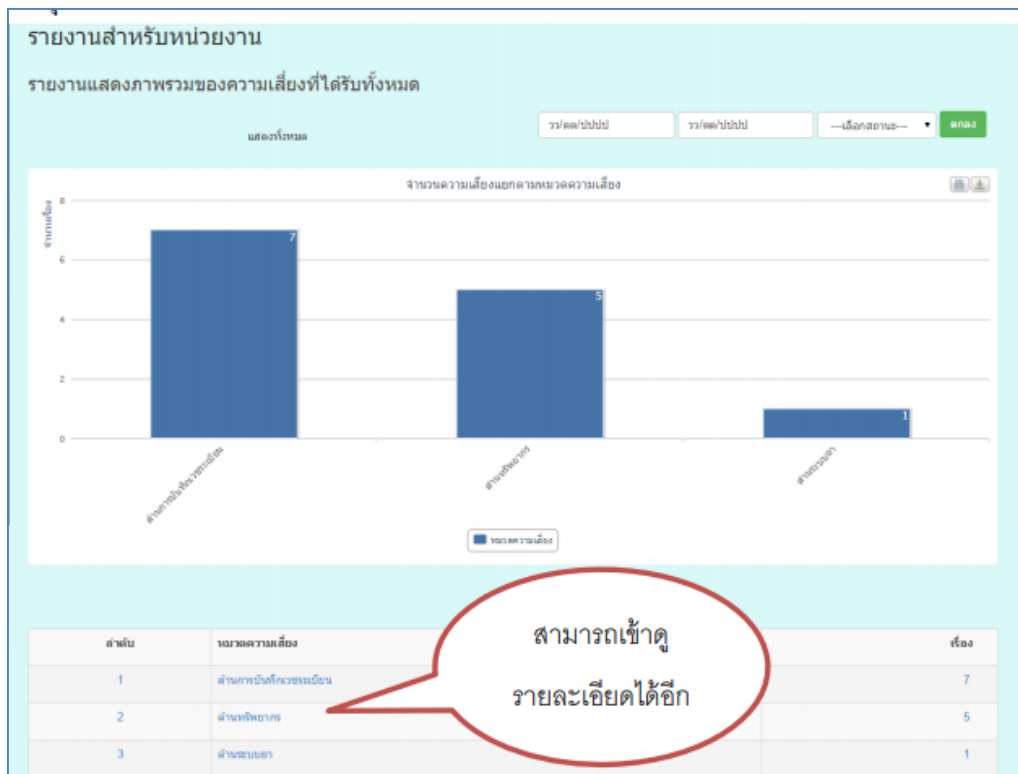
เมื่อclick ที่ “รายงานของหน่วยงาน” ก็จะปรากฏเมนูย่อยออกมา 6 รายการ

1. สรุปความเสี่ยงที่เขียน เป็นรายงานความเสี่ยงที่บุคลากรในหน่วยงานเขียน

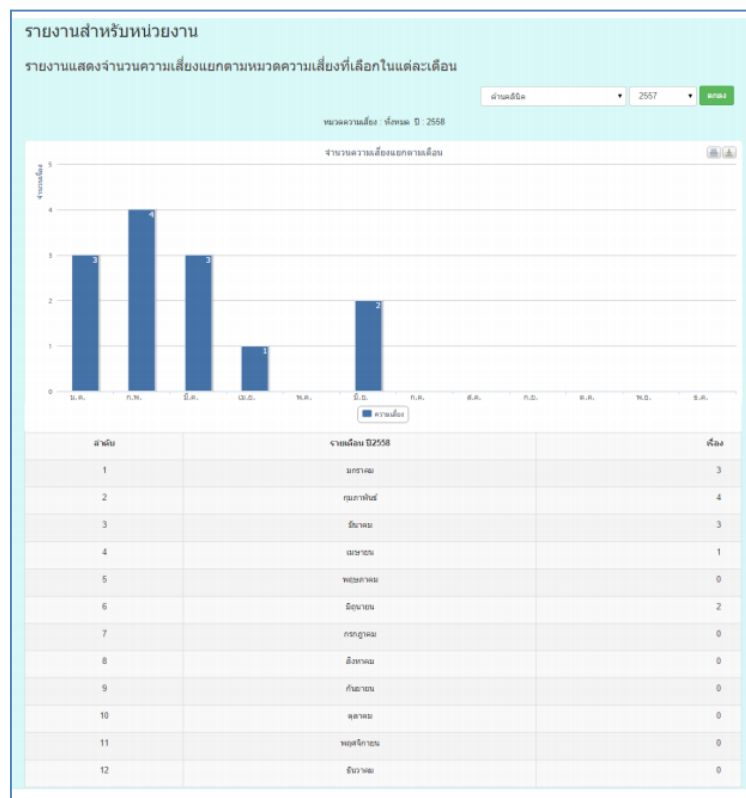


เอกสารนี้ใช้ภายในสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้เท่านั้นห้ามนำไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

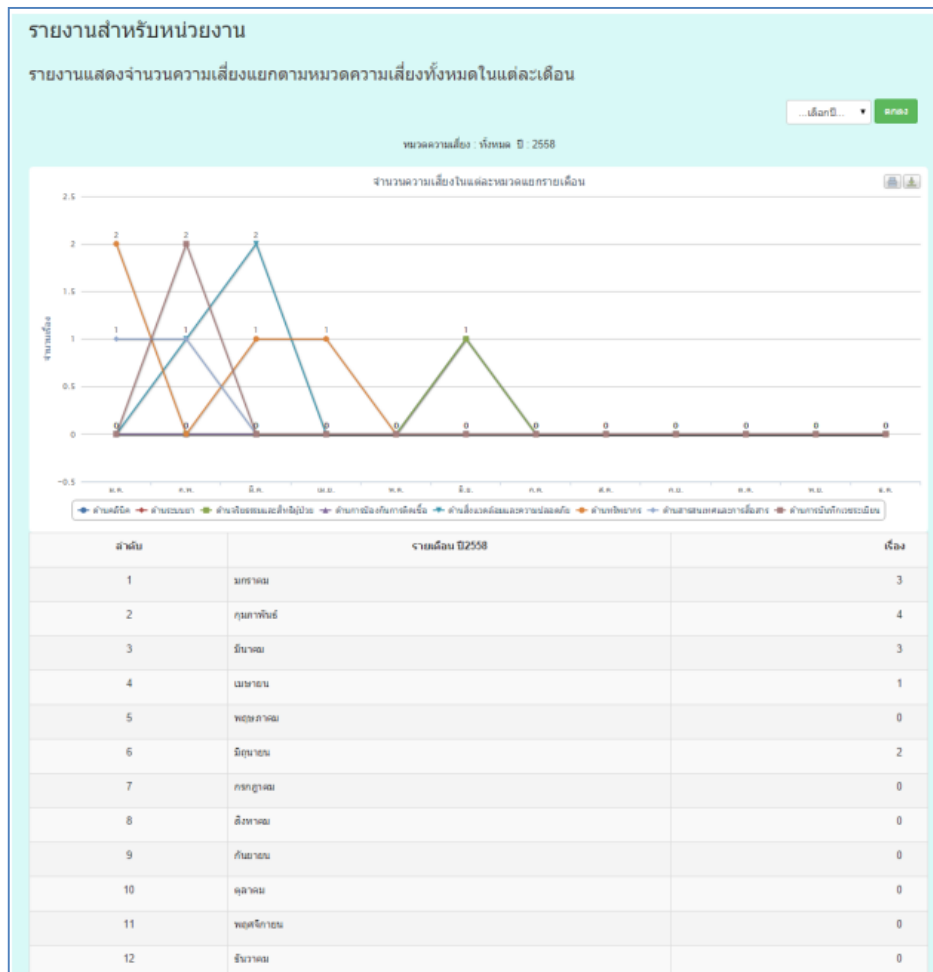
2. สรุปความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เป็นรายงานความเสี่ยงที่หน่วยงานได้รับ และต้องทบทวน



3. สรุปความเสี่ยงที่เขียนจำแนกรายเดือน เป็นรายงานความเสี่ยงที่บุคลากรในหน่วยงานเขียนในแต่ละเดือน



4.สรุปความเสี่ยง แยกตามด้านความเสี่ยงแต่ละเดือน เป็นรายงานความเสี่ยงที่หน่วยงานได้รับแยกตามหมวด



5. สรุปความเสี่ยง : ความเสี่ยงทั้งหมด เป็นรายงานความเสี่ยงที่หน่วยงานได้รับทั้งหมด โดยแยกกระดัด ความรุนแรง สามารถเข้าไปดูรายละเอียดแต่ละระดับจนถึงรายละเอียดของความเสี่ยง

รายงานความเสี่ยงที่ได้รับทั้งหมด

หน้าหลัก / รายงานความเสี่ยงที่ได้รับทั้งหมด

ค้นหาความเสี่ยง...

★ รายงานความเสี่ยงที่ได้รับทั้งหมด

Export to Excel

ลำดับ #	รายการ #	ด้าน #	ครั้ง	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	คอมพิวเตอร์ ช่าง	ด้านทรัพยากร	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0
2	โปรแกรม Hos_xp error	ด้านการเงิน/ทรัพย์สิน	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0
3	โปรแกรม Hos_xp ฐานข้อมูลไม่เสถียร	ด้านการเงิน/ทรัพย์สิน	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
4	อินเทอร์เน็ตความเร็วสูง IPD ดีไม่ดี	ด้านการเงิน/ทรัพย์สิน	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
5	เครื่องสำรองไฟฟ้า UPS ช่าง	ด้านทรัพยากร	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
6	ฮาร์ดแวร์ ช่าง	ด้านทรัพยากร	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
7	อินเทอร์เน็ต Hos_xp ดี/ไม่ตรง	ด้านการเงิน/ทรัพย์สิน	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
8	ลิงก์การขยาย	ด้านการเงิน/ทรัพย์สิน	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
9	แพคเกจโฮสติ้ง - Fatal DI ที่อื่นอื่น	ด้านระบบ	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0

มีจำนวนทั้งหมด 9 รายการ จำนวนที่แสดง 1 หน้า

สามารถเข้าดูรายละเอียดได้อีก

เอกสารนี้ใช้ภายในสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้เท่านั้นห้ามนำไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

6.บุคลากรในหน่วยงานที่เขียนความเสี่ยง เป็นรายงานบุคลากรในหน่วยงานเขียนความเสี่ยง

รายงานสำหรับหน่วยงาน

หน้าหลัก / บุคลากรที่เขียนความเสี่ยง

รายชื่อบุคลากรภายในหน่วยงานที่เขียนความเสี่ยง

***เลือกวันที่เริ่มต้นและวันที่สิ้นสุดเพื่อจำนวนความเสี่ยง

วันที่เริ่มต้น

วว/ดด/ปปปป

วันที่สิ้นสุด

วว/ดด/ปปปป

ตกลง

รายชื่อบุคลากรภายในหน่วยงานที่เขียนความเสี่ยง

ลำดับ #	รายชื่อ #	จำนวนเรื่อง #
1	สมิง ศรีบุตรลา	5
2	toy toy	3
3	ฐานทองดี ดีอุดมจันทร์	4
4	ฐานทองดี ดีอุดมจันทร์	6

เลือกช่วงเวลาที่ต้องการดูด้วยครับ

การแก้ไขข้อมูลส่วนตัว สำหรับ user สามารถแก้ไขข้อมูลตัวเองได้บางส่วน โดยเข้าไปที่แถบเมนูแก้ไขข้อมูลส่วนตัว

ศรีวัชรินทร์ หนูนา

เกี่ยวกับเรา

แก้ไขข้อมูลส่วนตัว

Log Out

เมื่อ click เข้าไปก็จะเข้าหน้า ตั้งค่าผู้ใช้งาน โดย user จะแก้ไขชื่อผู้ใช้งาน (username) และรหัสผ่าน (password)

Form ตั้งค่าผู้ใช้งาน

หน้าหลัก / ตั้งค่าผู้ใช้งาน

ตั้งค่าผู้ใช้งาน เพื่อเข้าใช้งานในระบบบริหารความเสี่ยง

ชื่อ

ศรีวัชรินทร์

นามสกุล

หนูนา

ชื่อที่ใช้งาน

saranrat

รหัสผ่าน

รหัสผ่าน

ยืนยันรหัสผ่าน

ยืนยันรหัสผ่าน

*หากไม่เปลี่ยนรหัสผ่านไม่ต้องแก้ไข

บันทึก รีเซ็ต