คำสั่งศูนย์อนามัยที่ 5 ที่ .....

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง

1. คณะกรรมการอำนวยการ

1.1. ผู้อำนวยการศูนย์	ประธาน
1.2. รองผอ.ศูนย์ ด้านการบริการ	รองประธาน และ QMR ตามมาตรฐาน HA
1.3. รอง ผอ.ศูนย์ด้านวิชาการ	รองประธาน และ QMR ตามมาตรฐาน PMQA
1.4. หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย ทุกกลุ่ม/ฝ่าย ของศูนย์	กรรมการ
1.5. ประธาน PCT ทุก PCT	กรรมการ
1.6. หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	กรรมการและเลขานุการ
1.7. รองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยนอก	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
1.8. รองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยใน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
1.9. รองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลห้องคลอดและห้องผ่าตัด	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. กำหนดนโยบาย และกรอบในการจัดทำระบบความปลอดภัยและบริหารความเสี่ยงในศูนย์อนามัย ให้สอดคล้องกับ
   1.1. หนังสือสั่งการที่ สธ.0228.05/2690 เรื่อง ความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
   1.2. คู่มือบริหารความเสี่ยงของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
   1.3. มาตรฐานการบริหารความเสี่ยงอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ชอง HA /PMQA/COSO เป็นต้น
2. แต่งตั้งคณะทำงานหรือทีมต่างๆ ดังนี้
   2.1. คณะกรรมการพัฒนาระบบความปลอดภัยและบริหารความเสี่ยงด้านบริการ
   2.2. คณะทำงานบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงาน/งาน หรือ PCT หรือทีมต่างๆในระบบคุณภาพ HA
   2.3. ทีมเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team) เพื่อทำหน้าที่ตอบสนองและแก้ไขปัญหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในการดูแลรักษาทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบให้กลับมาเป็นปกติโดยเร็ว เพื่อยุติปัญหาตั้งแต่เริ่มต้น ไม่ให้ลุกลาม และรายงานตามลำดับในกรณีที่เห็นว่าเรื่องอาจจะลุกลาม
   2.4. ทีมไกล่เกลี่ย เพื่อยุติปัญหาตั้งแต่เริ่มต้น ไม่ให้ลุกลาม
3. กำกับติดตาม สนุบสนุนทรัพยากรและงบประมาณ ให้เป็นไปตามแผน

4. สร้างวัฒนธรรมคุณภาพและเป็นแบบอย่างให้แก่บุคลากรทุกระดับ โดยมองอุบัติการณ์ที่เกี่ยวกับความปลอดภัยและความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เนื่องจากระบบไม่ใช่เป็นเรื่องของตัวบุคคล การแก้ไขจำเป็นต้องแก้ไขเชิงระบบ ไม่โทษตัวบุคคล

2. **คณะกรรมการพัฒนาระบบบริหารความปลอดภัยและความเสี่ยงด้านบริการ** (รพ.และ Health Plaza)

2.1. รอง ผอ.ศูนย์ด้านบริการ	ประธาน
2.2. ประธาน PTC /ทีมต่างๆในระบบคุณภาพ HA	กรรมการ
2.3. หัวหน้ากลุ่มงาน/แผนก/ฝ่าย	กรรมการ
2.4. หัวหน้างานของกลุ่มการพยาบาบล	กรรมการ
2.5. หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	กรรมการและเลขานุการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. จัดทำระบบป้องกันและบริหารความเสี่ยง ให้สอดคล้องกับคู่มือบริหารความเสี่ยงของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และตามมาตรฐานของ HA โดย
   1.1. จัดทำเกณฑ์ในการจัดลำดับความรุนแรง และกำหนดแนวทางในการตอบสนองและการรายงาน ที่สอดคล้องกับความรุนแรงในแต่ละระดับอย่างเหมาะสม
   1.2. จัดทำ Risk Profile และวิเคราะห์ Root cause Analysis และมอบหมายทุกหน่วยงานจัดทำตามแนวทางและมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่เหมาะสม เพื่อรวบรวมเป็นแผนบริหารความปลอดภัยและความเสี่ยงของศูนย์อนามัย
2. จัดทำระบบการตรวจจับอุบัติการณ์รุนแรงและอันตรายระยะเริ่มแรก (Early detection of sentinel and harmful event)
   2.1. มีระบบในการเฝ้าระวังและรายงาน และเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น ให้หน้างานที่เกิดปัญหาแก้ไขปัญหาเบื้องต้น ในกรณีที่เห็นว่าเกินศักยภาพให้รายงานทีมเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team)
   2.2. กรณีที่มีอุบัติการณ์ขึ้น ให้มีระบบในการให้มีการประชุมทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมระบุมาตรการในการป้องกันหรือแก้ไข โดยใช้เทคนิค Root Cause analysis หรือทำ Tracer เพื่อนำสาเหตุของปัญหาสู่การแก้ไขเชิงระบบ แล้วเสนอมาตรการดังกล่าวให้ประธานคณะกรรมการอำนวยเพื่อเห็นชอบและสั่งการ
   2.3. รายงานอุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event) ให้ ผอ.ศูนย์ ทราบทันที และอุบัติการณ์อันตราย (Harmful Event) ให้รายงาน ผอ.ศูนย์ ภายใน 24 ชั่วโมง นอกนั้นให้รายงานตามปกติ และในกรณีที่อุบัติการณ์รุนแรงและอันตราย ให้รายงานนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทราบด้วย
   2.4. รายงานอุบัติการรุนแรง (Sentinel Event) และอันตราย (Harmful Event) ให้คณะกรรมการระดับจังหวัดทุก 3 เดือน (สิ้นเดือนธันวาคม มีนาคม มิถุนายน และกันยายน) ยกเว้นมีเหตุจำเป็นแล้วแต่กรณีให้รายงานทันที

3. เห็นชอบมาตรการที่คณะทำงานบริหารความปลอดภัยและความเสี่ยงของกลุ่มงาน/งาน/PTC หรือทีมต่างๆในระบบคุณภาพ HA เสนอ โดยคณะกรรมกาพัฒนาระบบบริหารความปลอดภัยและความเสี่ยงอาจจะมีมาตรการเพิ่มเติม จากนั้นแจ้งทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการตาม มาตรการดังกล่าว
4. กำกับติดตามคณะทำงานบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงานหรือ PTC หรือทีมต่างๆในระบบคุณภาพ HA และรายงานปัญหาอุปสรรคให้คณะกรรมการอำนวยการทราบ เพื่อหาแนวทางการแก้ไข

3. **คณะทำงานบริหารความปลอดภันและความเสี่ยง** (กลุ่มงาน/งาน หรือ PCT หรือ ทีมต่างในระบบคุณภาพ HA เช่น Med/Nurse/Env /IC/ IT /HR/Drug /Medical record ฯลฯ)

3.1. หัวหน้ากลุ่มงาน /หัวหน้างาน (เฉพาะของกลุ่มการพยาบาล) ประธาน PTC หรือ ทีม	ประธาน
3.2. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง	กรรมการ
3.3. เจ้าหน้าที่ที่ประธานมอบหมาย	กรรมการและเลขานุการ

บทบาทหน้าที่ ประธานฯ แต่งตั้งเจ้าหน้าที่เพื่อเป็นกรรมการและเลขานุการ เป็นลายลักษณ์เพื่อทำหน้าที่

1. บ่งชี้ความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มว่าจะเกิดขึ้น แล้วจัดทำเป็นบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน/PCT/Team โดยครอบคลุม
   1.1. ความเสี่ยงจากการดำเนินการ ความเสี่ยงทางยุทธศาสตร์ และความเสี่ยงทางการเงิน
   1.2. ความเสี่ยงทางคลินิก ความเสี่ยงจากการทำงาน และความเสี่ยงของกระบวนการสนับสนุน เช่น Drug /IC/ENV/
   1.3. ความเสี่ยงอื่นๆ
2. ประเมินความเสี่ยง โดยพิจารณาความเสี่ยงในบัญชีความเสี่ยงควบคู่กับมาตรการการป้องกัน แล้วลำดับความสำคัญของความเสี่ยงตาม gap และกำหนดมาตรการในการแก้ไขและป้องกัน โดยเรียงตามลำดับความสำคัญก่อนหลัง
3. ดำเนินการตามมาตรการที่กำหนดไว้ในข้อ 2
4. แก้ไขผลจากอุบัติการณ์ในกรณีที่เกิดอุบัติการณ์ ทั้งระยะสั้นและผลักดันให้สู่การแก้ไขหรือป้องกันในระยะยาว
5. เฝ้าระวังความเสี่ยงทั้งความเสี่ยงที่มีอยู่เดิม และความเสี่ยงใหม่ที่เกิดขึ้น แล้วปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงและมาตรการในการแก้ไขและป้องกันให้เป็นปัจจุบัน
6. จัดทำเอกสารที่เกี่ยวกับความเสี่ยงของกลุ่มงาน/งาน/PCT/ทีม และรวบรวมรายงานต่างๆที่เกี่ยวกับความเสี่ยง เพื่อส่งประธานบริหารความเสี่ยงตามกรอบเวลาที่กำหนด

4. ทีมเคลื่อนที่เร็วของหน่วยงานบริการ (โรงพยาบาลและ Health Plaza)

4.1. หัวหน้าฝ่ายของหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ที่คาดว่าจะเกิดการร้องเรียน	หัวหน้าทีม

4.2. หัวหน้างานของหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ที่คาดว่าจะเกิดการร้องเรียน ทีมงาน

4.3. ผู้ให้บริการในหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ที่คาดว่าจะเกิดการร้องเรียน ทีมงาน

4.4. ผู้ที่พบเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเกิดการร้องเรียน ทีมงาน

บทบาทหน้าที่

1. ผู้พบเหตุการณ์หรือเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ที่คาดว่าจะเกิดการร้องเรียน เข้าระงับเหตุเบื้องต้น ก่อนที่เรื่องจะบานปลาย และในกรณีที่คาดว่าเกินความสามารถที่จะระงับเหตุได้ให้แจ้งหัวหน้างาน/ฝ่าย เพื่อร่วมกันแก้ไขเหตุการณ์
2. ในกรณีที่หัวหน้าทีมเคลื่อนที่เร็วคาดว่าไม่สามารถระงับเหตุการณ์ได้ให้เสนอเรื่องให้ หัวหน้าทีมไกล่เกลี่ย เพื่อให้ทีมไกล่เกลี่ยร่วมกันแก้ปัญหา
3. ในกรณีที่หัวหน้าทีมไกล่เกลี่ย คาดว่าไม่สามารถที่จะระงับเหตุการณ์ได้ให้เสนอผู้อำนวยการศูนย์เพื่อร่วมกันแก้ไข
4. ทีมเคลื่อนที่เร็ว และบุคคลที่ระบุในข้อ 1-3 ต้องพร้อมที่จะปฏิบัติงานทั้งในและนอกเวลาราชการ เพื่อระงับปัญหา ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ให้รักษาการทีมีการมอบหมายล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรทำหน้าที่แทน

5. ทีมไกล่เกลี่ย

5.1. รองผู้อำนวยการศูนย์ด้านบริการ หัวหน้าทีม

5.2. เลขานุการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย รอง หัวหน้าทีม

5.3. แพทย์ที่ผ่านการอบรมในด้านการไกล่เกลี่ย ทีมงาน

5.4. พยาบาลที่ผ่านการอบรมในด้านการไกล่เกลี่ย ทีมงาน

5.5. นิติกร เลขานุการ

บทบาทหน้าที่

1. เป็นตัวแทนของศูนย์ฯในการเจรจาไกล่เกลี่ย เพื่อยุติปัญหาตั้งแต่เริ่มต้นไม่ให้ลุกลาม
2. รายงานผลการเจรจาไกล่เกลี่ย ให้ประธานคณะกรรมการอำนวยการเพื่อทราบและตัดสินใจ

สั่ง ณ.วันที่ 6 มกราคม 2560

(น.พ.ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล)

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี