



คู่มือการบริหาร จัดการความเสี่ยง



โรงพยาบาลเวียงแหง

โรงพยาบาลเวียงแหง	รหัสเอกสาร SD-CQH-01-01
คู่มือเรื่อง การบริหารจัดการความเสี่ยง เวอร์ชัน 1 วันที่เริ่มใช้ 1 ส.ค. 66	
ผู้รับผิดชอบ..... (นายปณต อิศววิวัฒน์พงศ์) เภสัชกรปฏิบัติการ	ผู้ทบทวน..... (นางวัจนี สอนธิ) หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพงาน
ผู้ทบทวน..... (นายกฤตภาส เทพประการ) นายแพทย์ปฏิบัติการ	ผู้อนุมัติ..... (นายพิสิษฐวุฒิ อยุทธ์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงแหง

สารบัญ

	หน้า
1. นโยบายการบริหารจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาลสูงเวียงแหง	1
2. เป้าหมายและหน้าที่ของคณะกรรมการความเสี่ยง	2
3. ความหมายของคำที่สำคัญในระบบบริหารความเสี่ยง	3
4. ความเสี่ยงที่ควรรายงานผู้อำนวยการทันที	4
5. ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)	5
6. การแบ่งประเภทความเสี่ยง	9
7. การแบ่งระดับความรุนแรงและผลกระทบ แบ่งเป็น 9 ระดับ A-I	12
8. การจัดการกับความเสี่ยง (Action to Manage Risk)	15
9. แนวทางการแก้ไขและการรายงาน	16
10. การประเมินผล	17
11. ตัวชี้วัดประสิทธิภาพงานบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ	18
12. กลยุทธ์ในการบริหารความเสี่ยง	19
13. การรายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS on Cloud ในโปรแกรม NRLS	20
14. องค์ประกอบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ NRLS	20
15. ตัวอย่างการใช้รหัสอุบัติการณ์ความเสี่ยง	21
16. กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก	25
17. กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป	27
18. Flow แนวทางการค้นหาและเฝ้าระวัง ประสานโปรแกรมความเสี่ยง	29
19. Flow การบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลเวียงแหง	30
20. Flow กระบวนการจัดการความเสี่ยง	31
21. Flow การจัดการข้อร้องเรียนที่มีความเสี่ยงสูงเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องหรือเสียชื่อเสียง	32
22. โครงสร้างการบริการข้อมูลข่าวสารและรับเรื่องร้องเรียน	33
23. Flow การรับเรื่องร้องเรียนและการจัดการข้อร้องเรียน	35
24. Flow การรายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน	37
25. ตัวอย่างการจัดความรุนแรงอุบัติการณ์ความเสี่ยง 9 ระดับ(A-I)	38
ภาคผนวก	
- แบบฟอร์มการรายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS on Cloud ในโปรแกรม NRLS	40
- แบบฟอร์มใบโอกาสพัฒนา	41
- แบบทบทวนความเสี่ยงด้านคลินิกระดับ High Risk หรือ Moderate ที่สำคัญ	43
- การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของปัญหา Root Cause Analysis	45
- แบบฟอร์ม Risk Register หน่วยงาน	46
- แบบฟอร์ม Risk Profile หน่วยงาน	47



ประกาศโรงพยาบาลเวียงแหง
นโยบายบริหารจัดการความเสี่ยง

เพื่อให้การดำเนินงานระบบบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลเวียงแหง เกิดประสิทธิภาพสูงสุดตามมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(สรพ.) จึงได้กำหนดแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้

นโยบายที่1 การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องให้ความสำคัญ เมื่อพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะกระทบต่อผู้ป่วย ต่อชื่อเสียง และ/หรือ ทรัพย์สินโรงพยาบาล **ตั้งแต่ระดับ A ถึง I ต้องรายงาน** โดยไม่มีการตำหนิหรือกล่าวโทษซึ่งกันและกัน ทั้งผู้รายงานและผู้เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ และไม่ถือว่าผู้รายงานมีความผิด

นโยบายที่2 ทุกหน่วยงานและทุกทีมคร่อมสายงานต้องมีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกในหน่วยงาน ทั้งความเสี่ยงทางคลินิก ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และด้านข้อร้องเรียนของหน่วยงาน โดย

- มีระบบการทบทวน 12 กิจกรรม อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอในหน่วยงานทางคลินิก
- มีระบบการทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ Trigger Tool (ตัวส่งสัญญาณ) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
- มีระบบการ Round ความเสี่ยงเชิงรุกของหน่วยงานโดยทีม Facilitator(FA) ทุกเดือน
- มีระบบการเยี่ยมสำรวจหน่วยงาน(leadership walk round, internal survey) โดยทีมนำ อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง
- มีระบบการ Round ความเสี่ยงเชิงรุกของคณะกรรมการ ENV IC RM เดือนละ 1 ครั้ง
- มีการส่งเสริมให้บุคลากรรายงานความเสี่ยง อย่างน้อยคนละ 1 รายงาน/เดือน

นโยบายที่3 ทุกหน่วยงานและทุกทีมคร่อมสายงาน ต้องมีการกำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขในเหตุการณ์ที่สำคัญ รวมทั้งวางมาตรการป้องกันความเสี่ยง มีระบบการค้นหาสาเหตุสำคัญ โดยวิธี **Root Cause Analysis (RCA) ในอุบัติการณ์ที่รุนแรง (ระดับ E ขึ้นไป)**

นโยบายที่4 ศูนย์พัฒนาคุณภาพงาน มีหน้าที่ในการจัดระบบข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับความเสี่ยงโดย

- สื่อสารให้มีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนด และติดตามประเมินผลการปฏิบัติของบุคลากร
- วิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยงเชิงคลินิกและความเสี่ยงเชิงระบบในภาพรวมขององค์กร และหน่วยงาน โดยสรุปอุบัติการณ์เป็นรายเดือน/ปี จัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน จัดทำ Risk register หน่วยงานและองค์กร
- มีระบบการสื่อสารด้วย **RM Alert** ในหน่วยงาน เพื่อกระตุ้นให้มีการเฝ้าระวังอุบัติการณ์และติดตามประเมินผลทุกเดือน

นโยบายที่ 5 กรณีเกิดข้อร้องเรียนด้านลบที่มีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาลจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการไต่ถามและจัดการข้อร้องเรียน หากเป็นข้อร้องเรียนด้านลบของเจ้าหน้าที่ หัวหน้าฝ่ายจะเป็นผู้แจ้งให้เจ้าตัวรับทราบ และนำไปปรับปรุงส่วนคำชมจะแจ้งในที่ประชุมเจ้าหน้าที่และติดบอร์ดประชาสัมพันธ์

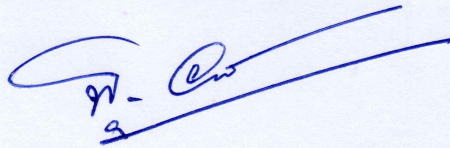
นโยบายที่ 6 เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการค้นหา และปฏิบัติตามแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยง เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety Culture) ผู้ป่วย (Patient) บุคลากร (Personnel) และสังคม (People and Public) ในโรงพยาบาลปลอดภัย (3P Safety Hospital)

นโยบายที่ 7 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนต้องผ่านการอบรมเรื่องการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

นโยบายที่ 8 มีการประเมินประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงปีละ 1 ครั้ง โดยคณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยงและศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ทั้งนี้ให้ ทุกฝ่าย ทุกหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ทุกคนถือปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 27 กรกฎาคม 2566



(นายพิสิษฐวุฒิ อยุธยา)

นายแพทย์ชำนาญการ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงแหง

ระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลเวียงแหง

เป้าหมาย

เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและสิ่งแวดล้อม

พันธกิจ

1. การบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน ระดับโรงพยาบาลครอบคลุมทุกพื้นที่
2. จัดการอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียน ร่วมกับทีม / หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. วิเคราะห์เพื่อหาแนวทางป้องกัน แก้ไข เพื่อดูแลแนวโน้มนำมาใช้ประโยชน์
4. สร้างความตื่นตัวทั่วทั้งองค์กรในการบริหารความเสี่ยง

ขอบเขตบริการ

1. กำหนดนโยบายและวางแผนค้นหาความเสี่ยง
2. กำหนดโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล
3. วิเคราะห์ความเสี่ยงและบริหารจัดการเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นในโรงพยาบาล
4. ส่งเสริมการเฝ้าระวัง ป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
5. ให้ความรู้และสนับสนุนหน่วยงานต่างๆ ในการบริหารความเสี่ยง

หน้าที่ของคณะกรรมการ

1. กำหนดนโยบาย และวางแผนกลยุทธ์ในการบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล
2. จัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลและสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ
3. รวบรวมความเสี่ยง อุบัติการณ์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
4. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรรมการคุ้มครองสายงาน เพื่อทบทวนอุบัติการณ์ จัดการความเสี่ยง และการแก้ไขเชิงระบบ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
5. ให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลและสร้างความตื่นตัวทั่วทั้งองค์กรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง
6. พัฒนาระบบฐานข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล
7. ติดตามผลการดำเนินงาน การบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่างๆ
8. สรุปรายงาน ประมวลผล ดูแลแนวโน้มความเสี่ยง รายไตรมาส รายปี เพื่อวางมาตรการการบริหารความเสี่ยง

บทบาทหน้าที่หัวหน้างาน

1. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน ดำเนินการทบทวนและแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน และกระตุ้นให้มีค้นหาและการรายงานความเสี่ยง
2. ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงภายในหน่วยงาน และวางมาตรการป้องกันควบคุมความเสี่ยงสำคัญ
3. ตรวจสอบความถูกต้องของการจัดประเภท การประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานบันทึกในใบรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ และลงนามรับทราบ

4. รวบรวมข้อมูลสถิติ วิเคราะห์เกี่ยวกับความเสี่ยงหน่วยงาน ติดตามแนวโน้ม จัดอันดับความเสี่ยง หน่วยงาน และวางแนวทางแก้ไข มาตรการป้องกัน
5. นำเสนอข้อมูลความเสี่ยงสำคัญและการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ แก่คณะกรรมการความเสี่ยง

บทบาททีมคร่อมสายงาน

1. ทีมร่วมทบทวนอุบัติการณ์ จัดทำมาตรการ การป้องกันความเสี่ยงและแก้ไขปัญหาเชิงระบบในระบบงานที่เกี่ยวข้อง
2. รวบรวมข้อมูลสถิติ วิเคราะห์เกี่ยวกับความเสี่ยง ดูแนวโน้ม จัดอันดับความเสี่ยง ของทีมคร่อมสายงาน และวางแนวทางแก้ไข มาตรการป้องกัน
3. นำเสนอข้อมูลความเสี่ยงสำคัญและการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ แก่คณะกรรมการความเสี่ยง

บทบาทหน้าที่บุคลากรทุกระดับ

1. รับทราบนโยบาย ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามนโยบาย คู่มือการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลเวียงแหง
2. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์ / อุบัติการณ์เบื้องต้น
3. บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไข รายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด
4. ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกหน่วยงาน เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์/อุบัติการณ์ซ้ำ

คำจำกัดความ

1. ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่ประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทำลายสิ่งแวดล้อม ภาวะในการชดใช้ค่าเสียหาย

2. เหตุเกือบพลาด (Near Miss) เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่เกิดขึ้น เพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทัน

3. อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิดจากการรักษา และไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรค หรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาการรักษา / นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเกิดความพิการตามมา (ตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป)

4. บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งหน่วยงานที่ได้รวบรวมจัดทำขึ้นโดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีต การสำรวจภายในหน่วยงาน และหน่วยงานอื่นๆ ตลอดจนการทบทวนต่างๆ เพื่อเป็นประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวัง

5. อุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event เหตุการณ์พึงสังวร) หมายถึง ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก ที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตหรืออันตรายขั้นรุนแรงต่อผู้ป่วย หรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ซึ่งผู้ประสบเหตุต้องรายงานหัวหน้า หรือผู้อำนวยการทันที หรือโดยเร็ว

Sentinel Event Alert คือ การกำหนดเหตุการณ์ที่ต้องเฝ้าระวัง ที่ต้องมีการตอบสนองโดยผู้รับผิดชอบอย่างเร่งด่วน

ความเสี่ยงที่ต้องรายงานผู้อำนวยการทันที โรงพยาบาลเวียงแหง

ความเสี่ยงทางคลินิก	ความเสี่ยงด้านระบบ
1. เสียชีวิตขณะทำหัตถการ	1. เกิดอัคคีภัย
2. แม่เสียชีวิตขณะคลอด หรือทารกเสียชีวิตที่ไม่เหมาะสม	2. ถูกโจรกรรม ลักขโมย
3. ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการรักษาผิดพลาดส่งผลให้ญาติไม่พึงพอใจอย่างมาก	3. ระบบก๊าซระเบิด (รวมก๊าซหุงต้ม ออกซิเจน เครื่องนี้้งไอ้น้ำ)
4. ผู้ป่วยทำร้ายตัวเองถึงเสียชีวิต เช่นกระโดดตึก ฆ่าตัวตาย	4. ภัยธรรมชาติที่รุนแรง เช่น พายุ ฝนขนาดใหญ่ ส่งผลถึงชีวิตและทรัพย์สิน
5. ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับรุนแรงถึงเสียชีวิต	5. เจ้าหน้าที่เกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานอาจถึงพิการ/เสียชีวิต เช่นตกจากที่สูง อุบัติเหตุรถยนต์
6. เจ้าหน้าที่ติดเชื้อที่รุนแรงขณะปฏิบัติงาน เช่น HIV SARS ไข้หวัดนก หรือมีประวัติสัมผัสกลุ่มเสี่ยงสูง Covid-19	6. ผู้รับบริการ/จนท ถูกทำร้ายร่างกายหรือถูกข่มขู่ที่รุนแรงขณะอยู่ในโรงพยาบาล
7. ให้เลือด ผิดคน ผิดชนิด ผิดกลุ่ม แล้วเกิดปฏิกิริยารุนแรง	7. การถูกรังเรียนที่รุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน/ทีมคร่อมสายงาน

แบ่งเป็นสองส่วนใหญ่ๆ คือ

1. การบริหารความเสี่ยงกรณียังไม่เกิดเหตุการณ์: เป็นการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันเหตุการณ์ความเสี่ยงไม่ให้เกิดขึ้น
2. การบริหารความเสี่ยงกรณีที่เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้ว: เป็นการบริหารจัดการเพื่อบรรเทาความรุนแรงของเหตุการณ์ ก่อนที่เกิดความสูญเสีย ให้น้อยที่สุด และนำไปเรียนรู้เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

1. การบริหารความเสี่ยงกรณียังไม่เกิดเหตุการณ์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

- ขั้นตอนที่ 1. การค้นหาความเสี่ยง
- ขั้นตอนที่ 2. ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง
- ขั้นตอนที่ 3. การจัดทามาตรการเพื่อป้องกันความเสี่ยง
- ขั้นตอนที่ 4. การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1. การค้นหาความเสี่ยง สามารถค้นหา ก่อนเกิดเหตุการณ์ ได้จากหลายช่องทาง ได้แก่ การทบทวน ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน การกำกับนิเทศโดยหัวหน้างานหรือผู้บริหาร การค้นหาจากกระบวนการหลักของ หน่วยงาน การทบทวนและค้นหาจากงานประจำ **เรียนรู้จากประสบการณ์และอุบัติการณ์ของผู้อื่น**

ขั้นตอนที่ 2. ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk Analysis Matrix) เมื่อค้นหาความเสี่ยงได้ แล้วให้นำมาประเมินเพื่อจัดลำดับความเสี่ยงดังนี้

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

ระดับของโอกาสเกิดความเสี่ยง (Likelihood)

เกณฑ์	โอกาสที่จะเกิดขึ้น	Probability	โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์
1	น้อยมาก (Rare / Remote)	<1/10000	โอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก เกิด 1 ครั้งใน 5 ปี
2	น้อย (Unlikely / Uncommon)	1/10000	โอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก เกิด 1 ครั้งใน 2-3 ปี
3	ปานกลาง (Possible/ Occasional)	1/1000	โอกาสเกิดขึ้นบ่อย หรือเกิด 1 ครั้งใน 3 เดือน ใน 1-2 ปี
4	สูง (Likely / Frequent)	1/100	เกิดขึ้น 1-6 เดือนต่อครั้งแต่ไม่เกิน 5 ครั้ง
5	สูงมาก (Almost certain)	1/10	เกิดขึ้น 1 เดือนต่อครั้งหรือมากกว่า

ความรุนแรงของเหตุการณ์ (Consequence)

ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) (A-I)

ระดับ (Category)	ผลกระทบ
A	ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่มีโอกาทำให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้นได้
B	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย
C	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย
D	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้มีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย
E	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องรับการรักษาเพิ่มขึ้น
F	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
G	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้เกิดความพิการอย่างถาวร
H	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ
I	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้เสียชีวิต

ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไป (common risk) (แบ่งเป็น 4 ระดับ)

ระดับ (Category)	ผลกระทบ
1	เหตุการณ์ที่อาจก่อกรวนหรือสร้างความรำคาญยังไม่เกิดความเสี่ยงหาย
2	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น มีผลกระทบ แต่ไม่เกิดผลเสียต่อชื่อเสียง หรือทรัพย์สิน ที่มีมูลค่าไม่เกิน 1,000 บาท
3	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น มีผลกระทบและเกิดผลเสียต่อชื่อเสียง หรือทรัพย์สิน ที่มีมูลค่าไม่เกิน 50,000 บาท

4	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น มีผลกระทบและเกิดผลเสียต่อชื่อเสียง อาจนำไปสู่การร้องเรียน/แจ้งความ/ฟ้องร้อง/หรือเครื่องมือที่จำเป็น/ เครื่องมือช่วยชีวิตและมีจำนวนจำกัดเสียหาย หรือทรัพย์สินที่มีมูลค่า 50,000 บาทขึ้นไป
---	--

ตารางวิเคราะห์ Risk Matrix

โอกาสเกิดเหตุการณ์/ ความถี่ (Likelihood)	ความรุนแรงของเหตุการณ์ (Consequence)				
	Category A- B/ระดับ 1 (1)	Category C- D/ระดับ 2 (2)	Category E/ ระดับ 3 (3)	Category F- G/ระดับ 3 (4)	Category H- I/ระดับ 4 (5)
สูงมาก Almost certain (5)	Low Med (5)	High (10)	High (15)	High (20)	High (25)
สูง Likely (4)	Low Med (4)	Medium (8)	High (12)	High (16)	High (20)
ปานกลาง Possible (3)	Low Med (3)	Low Med (6)	Medium (9)	High (12)	High (15)
น้อย Unlikely (2)	Low (2)	Low Med (4)	Low Med (6)	Medium (8)	High (10)
น้อยมาก Rare (1)	Low (1)	Low (2)	Low Med (3)	Low Med (4)	Low Med (5)

การจัดกลุ่มความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิด ผู้รับผิดชอบ และการดำเนินการ

กลุ่มความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิด	ผู้รับผิดชอบ	การดำเนินการ
High Risk	คณะกรรมการความเสี่ยง	ต้องทำแผนและดำเนินการภายใน 1 เดือนและจัดการทันที
Medium Risk	หัวหน้ากลุ่มงาน	ต้องทำแผนและดำเนินการภายใน 2 เดือน
Low To Medium Risk	หน่วยงาน	ต้องทำแผนและดำเนินการภายใน 4 เดือน
Low Risk	หน่วยงาน	ยอมรับได้ ไม่ต้องมีแผนจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติม

การวิเคราะห์

1. ให้แทนค่าคะแนนของโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ หรือความถี่และความรุนแรง เหตุการณ์หรือผลที่จะเกิดตามมา โดยเปรียบเทียบจากสถิติที่กำหนดตามตัวแปรต่างๆ

2. นำค่าคะแนน 2 มาคูณกันในตาราง

3. นำผลคูณของค่าคะแนนที่ได้เทียบตามตาราง ว่าความเสี่ยงนั้นอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงใด เช่น ความเสี่ยงต่ำ (สีเขียว) , ความเสี่ยงต่ำ-ปานกลาง (สีเหลือง) , ความเสี่ยงปานกลาง (สีส้ม) , ความเสี่ยงสูง (สีแดง)

หน่วยงานประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน โดยนำความเสี่ยงที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง และความเสี่ยงสูง จัดทามาตรการป้องกันความเสี่ยง แก้ไขในระดับหน่วยงาน ระดับองค์กร และรวบรวมเป็น Risk Register ของหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 3. การจัดทำมาตรการเพื่อป้องกันความเสี่ยง โดยการใช้ประโยชน์ Risk matrix โดยความรับผิดชอบของหน่วยงาน

3.1 ใช้ในการวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อกำหนดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงในการค้นหาความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงานมาทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงแต่ละหน่วยงาน

- นำความเสี่ยงที่ค้นหาและประเมินระดับแล้วมาเรียงลำดับความสำคัญตั้งแต่ระดับ High risk ,Medium risk, Low to Medium risk และ Low risk

- นำความเสี่ยง High risk ทุกเรื่อง และระดับ Medium risk ที่มีค่าคะแนน ≥ 8 มาทำมาตรการป้องกันความเสี่ยง**ตามแบบฟอร์ม**

- สื่อสารรายการความเสี่ยงที่ค้นหามาได้และมาตรการที่วางไว้ให้บุคลากรในหน่วยงานถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

3.2 ช่วยในการตัดสินใจ ทำ Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) ในกรณี ค่าคะแนน Risk matrix ≥ 8

3.3 หน่วยงานจัดทำมาตรการเพื่อป้องกันความเสี่ยงกรณีทีวิเคราะห์ความเสี่ยงระดับ High risk และระดับอื่นที่มีค่า คะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป

3.4 ผลที่ได้คือ Risk Profile เชิงรุกของหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 4. การประเมินผล ประเมินผลจากผลของการนำมาตรการที่นำไปปฏิบัติว่าป้องกันความเสี่ยงได้หรือมีเหตุการณ์เกิดขึ้นจะต้องนำมาปรับมาตรการใหม่

2. การบริหารความเสี่ยงกรณีที่เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้ว ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1. การค้นหาความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 2. ประเมินและวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 3. การจัดการความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 4. การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง

1.1 การค้นหาเชิงรุก

- การสำรวจความเสี่ยงหน่วยงาน ผู้บริหาร เยี่ยมสำรวจภายใน/ภายนอก

- การสำรวจหน้าที่มีคร่อมสายงาน ENV IC PCT กก.เครื่องมือ

- ค้นหาจากกระบวนการหลักของหน่วยงาน

- การสังเกตขณะปฏิบัติ ตรวจสอบผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม

- ทบทวนข้างเตียง สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

- ทบทวน 12 กิจกรรมทางคลินิกต่างๆ

1.2 การค้นหาเชิงรับ ได้แก่ จากบันทึกที่มีอยู่แล้ว เช่น

- รายงานอุบัติการณ์

- รายงานการตรวจสอบเพื่อป้องกันอัคคีภัย

- รายงานยาเสพติด

- บันทึกการควบคุมคุณภาพของห้องปฏิบัติการ
- รายงานการควบคุมคุณภาพของอาหาร
- รายงานด้านอาชีวอนามัย
- รายงานการตรวจสอบความปลอดภัยในการทำงาน
- รายงานการตรวจสอบความปลอดภัยด้านรังสีวิทยา
- บันทึกการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน
- รายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- บันทึกประจำวันของหน่วยงาน
- รายงานเวรตรวจการ
- รายงานของหน่วยรักษาความปลอดภัย

1.3 การค้นหาจากอดีต

- ศึกษาความสูญเสียของหน่วยงานที่ผ่านมา
- เรียนรู้จากประสบการณ์ หรือความผิดพลาดของคนอื่น
- ทบทวนเวชระเบียน
- วิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์ (Incident Report)
- ทบทวน ปรับปรุง Risk Profile
- ทบทวนข้อร้องเรียน
- รายงานการประชุมคณะกรรมการต่างๆ ที่เกี่ยวกับความเสี่ยง

วิธีการหาความเสี่ยงจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย (ค้นหาเชิงรุก)

1. Patient round เป็นการค้นหาความเสี่ยงจากผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ เช่น C3THER, nursing round, grand round เป็นต้น

2. Chart round เป็นการสุ่มเวชระเบียนมาอ่าน มาทบทวนว่าเรามีอะไรที่อาจหลุดหรือผิดพลาดไป มีอะไรที่ไม่ได้สื่อสารกันหรือดูแลไม่สอดคล้องกัน ควรทำให้บ่อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้แพทย์ดูของแพทย์ พยาบาลดูของพยาบาล เมื่อไรเห็นควรจะมาทบทวนร่วมกันก็นัดมาคุยกัน

จะค้นหาความเสี่ยงได้อย่างไร

1. Disease round เป็นการเอาโรคเป็นตัวตั้ง พิจารณาว่าประเด็นสำคัญโรคนี้อะไรบ้าง จะดูแลตรงไหนให้ดีขึ้นอย่างไร (ซึ่งอาจใช้แนวคิดองค์รวม ใช้เครื่องชีวิต ใช้ความรู้ทางวิชาการที่เปลี่ยนไป หรือใช้การทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาจุดประกายการพัฒนา)

2. การทบทวน 12 กิจกรรมตามบันไดขั้นที่ 1

การทบทวน 12 กิจกรรม เป็นกลไกตรวจจับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

1. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย: เป็นการตรวจหาปัญหาในเรื่องความเหมาะสมของการดูแลผู้ป่วย อาจเจอพบเหตุเกือบพลาดหรือภาวะแทรกซ้อนและสามารถแก้ไขได้ในทันที

2.การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา: เป็นการตรวจหาปัญหาในเรื่อง competency ขององค์กร รวมทั้งความไม่พึงพอใจ ซึ่งอาจจะแฝงอยู่

3.การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง: เป็นการทบทวนประสบการณ์ในหน่วยงานของตนเองและองค์กรอื่น รวมทั้งความเป็นไปได้ที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยไม่ต้องรอให้เกิดเหตุการณ์ก่อน ทีมงานอาจจะนำ เหตุการณ์ซึ่งเกิดขึ้นที่อื่นมาพิจารณาในเชิงรุก โดยการถามว่า “เหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้นในองค์กรของเราได้หรือไม่” ถ้ามีโอกาสก็หาทางป้องกันโดยไม่ต้องรอให้เกิดเหตุการณ์นั้นก่อน

4.การป้องกันและการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล: เป็นการตรวจหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เฉพาะระบบการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

5.การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา: เป็นการตรวจหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือ เหตุเกือบพลาดเฉพาะระบบยา

6.การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีไข้แพทย์: เป็นการตรวจหาปัญหาในเรื่อง competency ของผู้ ประกอบวิชาชีพ รวมทั้งเป็นการรวบรวมข้อมูลที่จะเป็นเนื้อหาในการพัฒนา competency หรือการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม

7.การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ: เป็นการตรวจหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง เช่น การเสียชีวิต การเกิดภาวะแทรกซ้อน

8.การทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียน: เป็นการตรวจหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือ เกือบพลาด ซึ่ง บันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร การทบทวนหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยแล้วจะทำให้ตรวจจับเหตุการณ์ที่อาจหลุดรอด ไปจากรายงานอุบัติการณ์

9.การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ: เป็นการหาโอกาสปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกโดยไม่ต้องรอ ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

10.การติดตามเครื่องชีวิตที่สำคัญ: เป็นการศึกษา performance ของระบบว่าอยู่ในระดับที่น่าพอใจ หรือไม่

11.การทบทวนการใช้ทรัพยากร

12.การทบทวนความคิดเห็น/ข้อร้องเรียน: เป็นการรับทราบความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยอาจมีตั้งแต่ระดับ ไม่รุนแรงถึงระดับรุนแรงมาก ไม่ว่าจะเป็นความไม่พึงพอใจในระดับใดก็สามารถสะท้อนปัญหาเชิงระบบขององค์กร ได้

การแบ่งประเภทความเสี่ยง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1.ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) คือ เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นกับผู้ป่วย อันมี เหตุเกิดจากกระบวนการให้บริการ หรือกิจกรรมการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาล หรืออุบัติการณ์ไม่ พึงประสงค์ ความคลาดเคลื่อนทางยา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1. ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk) เหตุการณ์ที่เกิดอันตราย หรือเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์ อันเนื่องมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล ที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ สามารถเกิดได้ในผู้ป่วย ทั่วไป ไม่จำกัดโรคใดโรคหนึ่ง เป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ เช่น

- ผล LAB / X-ray ผิดพลาด
- การให้ยาผิด / ให้เลือดผิด
- การติดเชื้อในโรงพยาบาล

-ตกเตียง / เป็นลมในท้องน้ำ

-แผลกดทับ

-ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง

1.2. ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อันเนื่องมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล ที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ ในผู้ป่วยเฉพาะโรคใดโรค เช่น

Specific Clinical risk สูติ นรีเวชกรรม

Disease/condition/procedure	Clinical risk/AE
Pregnancy induced hypertension	Eclampsia / convulsion
Postpartum hemorrhage	Hypovolemic shock Hysterectomy/Blood Tx
Labor	Severe birth asphyxia Birth trauma Rupture uterine
Ectopic pregnancy	Rupture ectopic pregnancy
Preterm	Severe birth asphyxia
Postpartum hemorrhage	PPH shock
Thalassemia	LBW, Death after Cordocentesis

Specific Clinical risk อายุรกรรม

Disease/condition/procedure	Clinical risk/AE
Myocardial infarction	Shock/CHF
Cerebrovascular disease	IICP/Re bleeding
Tuberculosis	Relapse/Re infection
Diabetic Foot	Limb loss/Ambution
Sepsis septic shock	Septic Shock /Re shock
Alcohol withdrawal	DTs,-Rum fit seizure

Specific Clinical risk กุมารเวชกรรม

Disease/condition/procedure	Clinical risk/AE
Dengue HF	Hemorrhage / Shock
RDS	Pneumothorax
High Fever	Convulsion
Diarrhea	Electrolyte imbalance
Asthma	Respiratory Failure
Pneumonia	Death
LBW - IUGR	Death Hypothermia

- Pre term	RDS
------------	-----

Specific Clinical risk **ทันตกรรม**

Disease/condition/procedure	Clinical risk/AE
Dental diseases and procedure	Active Bleeding
	ติดเชื้อหลังการรักษาทางทันตกรรม
	Dry socket(กระดูกเขี้ยวฟันอักเสบ)
	เศษรากฟัน/กระดูกค้าง
	ภาวะแทรกซ้อนทางทันตกรรมอื่นๆ
	วัสดุอุดฟันหลุด ภายใน 1เดือน
	กักริมฝีปากหรือลิ้นหลังฉีดยาชา

2.ความเสี่ยงเฉพาะทั่วไป ได้แก่ สารสนเทศและเวชระเบียน สิ่งแวดล้อม โครงสร้างกายภาพและความปลอดภัย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เครื่องมือ/อุปกรณ์การแพทย์ ระบบการผลิตยาสมุนไพร การประสานงานต่างๆ เสี่ยงสะท้อนผู้รับบริการ

การทบทวนความเสี่ยง เมื่อพบ AE ให้ทบทวน Care Process และ RCA สร้างแนวทางปฏิบัติใหม่เพื่อป้องกันความเสี่ยง

Care Process

1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access, Entry
2. การประเมินผู้ป่วย Assessment (Investigation, Diagnosis)
3. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย Plan of care, Discharge Plan
4. การดูแลผู้ป่วย Care of patient (Re assessment) การดูแลผู้ป่วยทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงได้

ดูแลเหมาะสมตามมาตรฐาน

5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว Information and Empowerment
6. การดูแลต่อเนื่อง Continuity of Care มีระบบนัดหมาย มีระบบช่วยเหลือให้คำปรึกษา มีการ

ส่งHHC

Root Cause Analysis (RCA) คือ การค้นหาสาเหตุเชิงระบบ โดย

1. ผู้เกี่ยวข้อง ผู้มีความรู้ร่วมค้นหา
2. ดูสถานการณ์จริง เอกสารรายงานเหตุการณ์ เวชระเบียน
3. เปรียบเทียบระบบที่ปฏิบัติจริงกับระบบมาตรฐาน แนวทางปฏิบัติที่เป็น Best Practice
4. เมื่อทราบจุดอ่อนของระบบ ควรปรับเปลี่ยนเพื่อพัฒนา

การทำ RCA ควรทำในกรณี

- อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง ควรทำ RCA เฉพาะสำหรับแต่ละครั้งที่เกิดเหตุการณ์
- อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงไม่มาก แต่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ควรเลือกนำมาทำ RCA ในภาพรวม
- อุบัติการณ์เกือบพลาด (Near miss) แต่ถ้าเกิดแล้วผลกระทบรุนแรง

Failure Modes and Effects Analysis (FMEA) เป็นการประเมินความเสี่ยงในเชิงรุก เพื่อออกแบบกระบวนการใหม่ให้มีความปลอดภัยมากขึ้น โดยไม่ต้องรอให้เกิดเหตุการณ์ก่อน

ขั้นตอนที่ 2. ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง

การแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดกลุ่มความเสี่ยงด้านคลินิก และหมวดอุบัติเหตุความเสี่ยง Personnel Safety Goals ของกลุ่มอุบัติเหตุความเสี่ยงทั่วไป กำหนดและแยกระดับความรุนแรงเป็นระดับ A – I ตามรายละเอียด ดังนี้

ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง	การจัดกลุ่ม
A	(เกิดที่นี้) เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเองสามารถปรับแก้ไขได้ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและผู้ป่วยหรือบุคลากร	น้อย	Near Miss
B	(เกิดที่ไกล) เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งต่อเหตุการณ์/ ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบใดๆ ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร	ปานกลาง	Low Risk
C	(เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร แต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย		Moderate Risk
D	(ให้ระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เกิดอันตราย		
E	(ต้องรักษา) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/ รักษาเพิ่มมากขึ้น		
F	(เสียเวลานาน) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องรักษา/ นอนโรงพยาบาลนานขึ้น	มาก	High Risk
G	(ต้องพิการ) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ทำให้เกิดความพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ ความเชื่อถือและ/ หรือมีการร้องเรียน		
H	(ต้องการปัม) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร มีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต หรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/ หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล		
I	(จำใจลา) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/ สื่อ		

การแบ่งระดับความรุนแรงและผลกระทบ แบ่งเป็น 9 ระดับ A – I

การจัดกลุ่ม	ความรุนแรง	ระดับ	ผลกระทบ			
			บุคคล	ทรัพย์สิน	ระบบงาน	ชื่อเสียง
1 (เกือบพลาด) Near miss	น้อย	A	“ตักจับได้” โดยหน่วยงานก่อนที่จะไปถึงผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่	-	-	-
		B	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่สามารถตรวจพบได้ก่อน ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่	-	-	-
2 (เสี่ยงต่ำ) Low Risk	ปานกลาง	C	เกิดอุบัติเหตุ “ส่งผลกระทบ” ถึง ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ แต่ <u>ไม่ได้รับอันตราย</u>	ทรัพย์สินเสียหายเล็กน้อย มูลค่าความเสียหายไม่เกิน 500 บาท	เริ่มมีผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน <u>แก้ไขภายใน</u> หน่วยงาน ผลเป็นที่น่าพอใจ	-
		D	เกิดอุบัติเหตุ แต่ไม่เป็นอันตราย ต้องมีติดตาม การเฝ้าระวังเพิ่มเติม เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย	ทรัพย์สินเสียหาย มูลค่า >500 – 1000 บาท	ภารกิจหยุดชะงักชั่วคราวต้องมีการเฝ้าระวัง <u>แก้ไขภายใน</u> หน่วยงาน และต้องมีการปรับระบบงานภายใน	ถูกร้องเรียนภายในโรงพยาบาล ระบุชื่อยังไม่แพร่กระจายออกนอก รพ.
3 (เสี่ยงปานกลาง) Moderate Risk		E	เกิดอุบัติเหตุ และเป็นอันตราย “ต้องมีการดูแลรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม”	ทรัพย์สินเสียหาย มูลค่า > 1,000 – 5,000 บาท	มีผลกระทบต่อหน่วยงาน <u>ต้องวิเคราะห์สาเหตุ</u> ปรับระบบงานภายใน ร่วมกัน	บุคคลภายนอกหน่วยงานเริ่มทราบเรื่อง อาจเกิดการเสียชื่อเสียงของรพ. แต่ควบคุมได้

		F	เป็นอันตราย “ต้องรับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลหรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น”	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า >5,000-10,000 บาท	มีผลกระทบต่อหน่วยงาน ต้องวิเคราะห์สาเหตุ ปรับระบบงานที่สำคัญ ร่วมกับทีม	มีบุคคลภายนอกทราบเรื่อง มีแนวโน้มจะเกิดการร้องเรียน
4 (เสี่ยงสูง) High Risk	มาก	G	เกิดความสูญเสียเป็น “อันตรายถาวร” เช่น สูญเสียอวัยวะ / พิการ	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า > 10,000-50,000 บาท	มีผลกระทบต่อชุมชน แก้ปัญหาในระดับรพ.	เกิดการร้องเรียนขึ้นในชุมชน
		H	เป็น “อันตรายเกือบเสียชีวิต” เช่น การแพ้ยา anaphylaxis หัวใจหยุดเต้น ต้องช่วย CPR	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า > 50,000-100,000 บาท	เกิดผลกระทบต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม แก้ปัญหาในระดับโรงพยาบาล	มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการฟ้องร้องและเรียกค่าเสียหาย
		I	เสียชีวิต	ทรัพย์สินเสียหายมากกว่า 100,000 บาท	เกิดผลกระทบต่อสาธารณะออกข่าวผ่านสื่อ แก้ปัญหาในระดับโรงพยาบาล	เกิดการฟ้องร้อง

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป ยกเว้นหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Personnel Safety Goals กำหนดและแยกระดับความรุนแรงเป็นระดับ 1 – 5 ตามรายละเอียด ดังนี้

ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง
1	เกิดความผิดพลาดขึ้นแต่ไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 0-10,000 บาท)	น้อย
2	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยมีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 10,001-50,000 บาท)	
3	3 เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบ (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 50,001-100,000 บาท)	ปานกลาง

	250,000 บาท)	
4	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 250,001 – 10,000,000 บาท) มาก	มาก
5	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลให้ การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหายมากกว่า 10 ล้านบาท)	

* หมายเหตุ : การประมาณการตัวเลขของมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้น ควรพิจารณาตามความเหมาะสมกับขนาดภารกิจ และการดำเนินงานขององค์กร

ขั้นตอนที่ 3. การจัดการกับความเสี่ยง (Action to Manage Risk)

3.1 ก่อนเกิดเหตุ

3.1.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่น การปิดห้องผ่าตัดเมื่อไม่มีวิสัญญี การส่งต่อ

3.1.2 การป้องกันความเสี่ยง เช่น จ้างเหมาบริษัท เพื่อดูแลเครื่องมือทางการแพทย์และห้องปฏิบัติการ

3.1.3 การป้องกันความเสี่ยง เช่น ใส่ของมีคมในกล่องหนา การมีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือ เช่น การตรวจสอบและการสอบเทียบเครื่องมือต่างๆมีระเบียบการปฏิบัติในการทำงาน เช่นการให้ยา การตรวจสอบอุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน การให้ความรู้เจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดความตระหนักและเป็นเจ้าของการป้องกันความเสี่ยง

3.1.4 การแบ่งแยกความเสี่ยง เช่น ระบบสำรองไฟ เครื่องมืออุปกรณ์ การสำรองข้อมูล

3.1.5 มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้แก่

- ทุกหน่วยงานมีระบบรายงานความเสี่ยง

- ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรายงานความเสี่ยงผ่านระบบออนไลน์ สะดวก มีการสื่อสารย้อนกลับ และไม่เปิดเผยแก่ผู้ไม่เกี่ยวข้องกรณีเป็นความลับ

- จัดทำฐานข้อมูลความเสี่ยงสื่อสารทั้งองค์กร

3.2 หลังเกิดเหตุ

3.2.1 ลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ เป็นการดูแลแก้ปัญหาฉับพลันโดยการเอาใจใส่ ให้ข้อมูลตรงไปตรงมา ภายใต้คำแนะนำ การสื่อสาร ความเข้าใจดีต่อกัน ประคับประคองจิตใจ ขวัญกำลังใจ ทั้งผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่รายงานผู้บริหารสูงสุด คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และติดตามประเมินผลภายหลังการไกล่เกลี่ยอย่างต่อเนื่อง

3.2.2 การบริหารเงินชดเชยค่าเสียหาย กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหายที่ควบคุมค่าเสียหาย/ไกล่เกลี่ย จะเป็นผู้สรุปข้อมูล ปัญหา นำเสนอผู้บริหารสูงสุดและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาลร่วมกันพิจารณาชดเชยค่าเสียหายอย่างเหมาะสม

แนวทางในการจัดการความเสี่ยงตามลักษณะการเกิดอุบัติการณ์ และระดับของความเสี่ยง ดังนี้

1. ความเสี่ยงระดับ Near Miss (A - B , 1) หน่วยงานดำเนินการวางมาตรการป้องกัน หรือแก้ไข ปัญหาและรายงานความเสี่ยงภายใน 1วันและแก้ปัญหาภายใน 1 เดือน

2. ความเสี่ยงต่ำ (C - D , 2) และมีสาเหตุเกิดจากหน่วยงานเดียว ให้หน่วยงานบริหารจัดการเอง โดยการทบทวนเพื่อหาแนวทางปฏิบัติ/จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน เช่น การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การเตรียมคลอด ความคาดเคลื่อนในการให้ยา โดยให้รายงานภายใน 1วัน และจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นภายใน 14 วัน

3. ความเสี่ยงปานกลาง (E - F , 3 4) และมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน ร่วมทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) เพื่อวางแนวทาง ป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น แนวทางการดูแล หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่ทารก การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด การดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อ เป็นต้น โดยกำหนดให้รายงานภายใน 1วัน และแก้ไขความเสี่ยงภายใน 7 วันหลังเกิดเหตุการณ์

4. ความเสี่ยงสูง (G H I , 5) และ เหตุการณ์พึงสังวร (Sentinel event) ทีมความเสี่ยงร่วมกับ หน่วยงานและทีมคร่อมสายงานต่างๆ ร่วมทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) เพื่อวางมาตรการป้องกันทันที ที่ เกิดเหตุการณ์ มีการรายงานเหตุการณ์แก่ผู้อำนวยการหรือผู้แทนทันทีที่เกิดเหตุการณ์ เพื่อจัดการปัญหาเบื้องต้น และทบทวนแก้ไขปัญหาโดยวิเคราะห์หาสาเหตุเชิงระบบ ภายใน 3 วัน เช่น การทบทวนมารดาคลอดเสียชีวิต ไฟ ไหม้

แนวทางรายงานและแก้ไข

ระดับ	ประเภท		การรายงาน	ส่งรายงานการ ทบทวน	แนวทางการ แก้ปัญหา
	Clinic	Non-Clinic			
Near Miss	A-B	1	ภายใน 1 วัน	ภายใน 1 เดือน	วางมาตรการ ป้องกัน
รุนแรงต่ำ	C-D	2	ภายใน 1 วัน	ภายใน 1 เดือน	ทบทวนหา แนวทางปฏิบัติ/ จัดทำคู่มือการ ปฏิบัติงาน
รุนแรงปาน กลาง	E-F	3	ภายใน 1 วัน	ภายใน 14 วัน	แก้ปัญหาเฉพาะ หน้า นำ ผลกระทบมา วิเคราะห์หา RCA
รุนแรงสูง	G H I , SE	4	ภายใน 24 ชม. ทันที	ภายใน 7 วัน ภายใน 3 วัน	ให้ทำการ วิเคราะห์ หา RCA วิเคราะห์ ปัจจัยเชิงระบบ ทุกปัญหา นำมา ปรับปรุง ระบบงาน

หมายเหตุ

1. กรณีความเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาความขัดแย้งในระหว่างวิชาชีพ หรือ เกิดความเสี่ยงซ้ำซากหรือ ถูกร้องเรียน ด้านพฤติกรรมบริการซ้ำซากจะพิจารณาเข้ากรรมการบริหารโรงพยาบาล (กกบ.) เป็นครั้งคราว
2. รายชื่อตัวแทน กรรมการบริหารโรงพยาบาล ที่ช่วยแก้ไขในเบื้องต้นตามลำดับ
 - งานบริการทั่วไป
 1. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หรือรองหัวหน้ากลุ่มงาน
 2. ผู้อำนวยการฝ่ายแผนฯ
 3. หัวหน้าฝ่ายบริหาร
 4. ประธานองค์กรแพทย์
 - ความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ
 1. ผู้อำนวยการ
 2. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
 3. ประธานองค์กรแพทย์
 4. หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม
 5. หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
 - งานบริการ PCU
 1. หัวหน้าฝ่ายบริหาร
 2. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
 3. ผู้อำนวยการ
3. กรณีเป็นเหตุการณ์วิกฤตสาธารณสุขอุบัติ และความปลอดภัย ให้รายงาน
 1. ช่างเทคนิค / หัวหน้าฝ่ายบริหาร
 2. เลขาธิการกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
 3. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ตามลำดับ
4. กรณีผู้อำนวยการไม่อยู่ให้รายงานรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร / ฝ่ายการแพทย์ หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพหรือหัวหน้าฝ่ายที่อาวุโส ตามลำดับ
5. กรณีนอกเวลาราชการ รายงาน
 1. หัวหน้าเวรแต่ละหน่วยงาน
 2. หัวหน้างานแต่ละหน่วยงาน
 3. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผล หมายถึง การนำเหตุการณ์ และความสูญเสียที่เกิดขึ้น มาตรวจสอบความเพียงพอของวิธีการที่ใช้ป้องกันความเสี่ยง ซึ่งสิ่งที่ต้องประเมินได้แก่

- 4.1 การติดตามประเมินผลตัวชี้วัดทุกเดือนและประเมินผลระบบการบริหารความเสี่ยงทั้งระบบ
- 4.2 การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ต้องตั้งคำถามว่า
 - อุตบัติการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไร ทั้งๆที่มีมาตรการป้องกันแล้ว

- อุบัติการณ์เป็นปัญหาเดียวหรือเรื่องของระบบ มีโอกาสเกิดขึ้นได้อีกหรือไม่
- ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ๆเพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

4.3 การทบทวนความถี่และความรุนแรงของความเสียหายที่เกิดขึ้น

4.4 มีการสื่อสารการตอบสนองของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบว่าได้พิจารณาและให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ และทรัพย์สินของโรงพยาบาล

ตัวชี้วัดประสิทธิภาพงานบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1	จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน (ทั้งหมด/รุนแรง) - ความเสี่ยงด้านคลินิก - ความเสี่ยงทั่วไป	เพิ่มขึ้น
2	สัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์ near miss - ความเสี่ยงด้านคลินิก - ความเสี่ยงทั่วไป	> 60 %
3	ร้อยละของอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ - High risk (ระดับ G-I) - Moderate Risk (ระดับ E-F) - Low risk (ระดับ D-C) - Near Miss (ระดับ A-B)	100%
		100%
		80%
		80%
4	อัตราหน่วยงานที่มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	100%
5	อัตราการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำในกรณีไม่ปฏิบัติตามมาตรการ High	< 10%
6	อัตราการค้นหา Root cause analysis (RCA) ในความเสี่ยงสูง	> 90%
7	จำนวนข้อร้องเรียนในด้านระบบการให้บริการและพฤติกรรมบริการ	<5 ครั้ง
8	ยุทธศาสตร์ /แผนงานไม่ สอดคล้องกันระหว่างหน่วยงานกับองค์กร	= 0
9	แผนกลยุทธ์หน่วยงานไม่ สามารถนำ ไปสู่การบรรลุ วัตถุประสงค์องค์กร	= 0
10	ความเสี่ยงทาง Safe surgery	= 0
11	ความเสี่ยงทาง IC	= 0
12	ความเสี่ยงทางระบบยา และ เลือด	= 0
13	ความเสี่ยงทางด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย	= 0
14	ความเสี่ยงทาง Line , Tube , Catheter	= 0
15	ความเสี่ยงทาง Emergency response	= 0
16	ความเสี่ยงทางสื่อสารสนเทศ สื่อ on line	= 0
17	ความเสี่ยงบุคลากรไม่ได้สวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน /ติดเชื้อจากการทำงาน	= 0
18	ความเสี่ยงจากการไม่ได้การดูแลเยียวยา	= 0
19	มาตรฐาน Health work place	= 0

ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
20	ความเสี่ยงในการใช้รถ ใช้ถนน	= 0
21	จนท.ได้รับความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน	= 0
22	สถานการณ์การเงินโรงพยาบาล	ระดับ 0

กลยุทธ์ในการบริหารความเสี่ยง

รายการ	ระดับหน่วยงาน	ระดับทีมงาน	ระดับโรงพยาบาล
1.การค้นหาและรวบรวมความเสี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนกระบวนการหลัก - สำรวจสิ่งแวดล้อม - ทบทวนเวชระเบียน - ค้นหาข้อมูลจากข่าวและสื่อต่างๆ - ระดมสมองจากประสบการณ์ - ตรวจสอบและสอบเทียบมาตรฐานที่กำหนด - การตรวจการและการนิเทศ - การทบทวน 12 กิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - จากระบบรายงานที่มีอยู่ - จากข้อมูลข่าวสาร สื่อ - จากระดมสมองประสบการณ์ทีมงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - จากรายงานของหน่วยงานต่างๆ - จากรายงานของทีมงานต่างๆ - สำรวจ สัมภาษณ์หน่วยงาน - จากข่าวสาร สื่อต่างๆ - จากการเรียกร้องค่าเสียหาย เสี่ยงสะท้อนผู้รับบริการ
2.การประเมินและวิเคราะห์	<ul style="list-style-type: none"> - ทำ Risk Register ระดับหน่วยงานแยกประเภท/ระดับ - จัดลำดับความสำคัญ 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำ Risk Register ระดับหน่วยงานแยกประเภท/ระดับ - จัดลำดับความสำคัญ 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำ Risk Register ระดับโรงพยาบาล
3.การจัดการความเสี่ยง - แนวทางการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์เหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (RCA) - ปัญหาคร่อมสายงานประสาน ส่ง RM แนวทาง/มาตรการ จัดทำคู่มือ - ติดตามผลการปฏิบัติ - ทบทวนคู่มือ/มาตรการที่กำหนดไว้เป็นระยะๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - วางมาตรการในการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ 5 ระดับทางคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป แจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติ 	<ul style="list-style-type: none"> - มอบนโยบายและให้การสนับสนุนปัจจัยในการดำเนินการ - มอบหมายผู้รับผิดชอบแก้ไข
4.การประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามตัวชี้วัด 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามตัวชี้วัด - ทบทวนเชิงระบบ 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามตัวชี้วัด -

	- ทบทวนอุบัติการณ์ซ้ำ / เกือบพลาด		- ทบทวนเชิงระบบ
--	--------------------------------------	--	-----------------

การรายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS on Cloud ในโปรแกรม NRLS (National Reporting and Learning)

การพัฒนา ระบบ NRLS เพื่อให้เป็นระบบที่รองรับการสื่อสารข้อมูล แนวทางปฏิบัติ และสามารถแลกเปลี่ยนกับประเทศอื่นๆ ได้ทั่วโลก จึงมีการกำหนดมาตรฐานโครงสร้างข้อมูล (Standard Data Set) อิงตาม MIM PS : Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems ของ WHO และกำหนดมาตรฐานคำศัพท์ (Terminologies) ตามแนวคิดและหลักการของ Patient Personnel People and Public (3P) Safety Goals (SIMPLE) โดยปรับโครงสร้างข้อมูลบางส่วนให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เพื่อให้เกิดความสะดวกและง่ายต่อการใช้งานของผู้ใช้ในสถานพยาบาล URL ของ โรงพยาบาลเวียงแหง : <https://whhos.thai-nrls.org/>

องค์ประกอบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ NRLS

การบันทึกข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงลงในฐานข้อมูล (database) ของระบบ NRLS ซึ่งมีการบันทึกจาก 2 ช่องทาง คือ 1) การบันทึกแบบ Real-time โดยอัตโนมัติ ผ่านช่องทาง HRMS Service ของระบบ HRMS on Cloud และ 2) บันทึกด้วยการ Import เป็นครั้งๆ ผ่านช่องทาง NRLS service ของระบบ NRLS โรงพยาบาลเวียงแหงเลือกบันทึกข้อมูลแบบ Real-time โดยข้อมูลที่บันทึกนั้น ต้องมีรูปแบบ (Format) ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตรงตามมาตรฐานโครงสร้างข้อมูล (Standard data set) และมาตรฐานคำศัพท์ (Terminologies) โดยมีองค์ประกอบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ NRLS ดังนี้

1. Incident Type: ประเภทอุบัติการณ์ การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแต่ละครั้ง เป็นการบันทึกข้อมูลรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงซึ่งมีรหัสกำกับไว้ทุกรายการ ตามที่มีในบัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยรหัสอุบัติการณ์ความเสี่ยงจะแสดงประเภทอุบัติการณ์ และความหมายของอุบัติการณ์ความเสี่ยง ดังนี้

1.1 ระดับชั้นของประเภทอุบัติการณ์ (Incident Hierarchy) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่

- ระดับชั้นที่ 1 กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยง
- ระดับชั้นที่ 2 หมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ซึ่งอยู่ในแต่ละกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยง
- ระดับชั้นที่ 3 ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง ซึ่งอยู่ในแต่ละหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง
- ระดับชั้นที่ 4 ประเภทย่อยอุบัติการณ์ความเสี่ยง ซึ่งอยู่ในแต่ละประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง
- ระดับชั้นที่ 5 อุบัติการณ์ความเสี่ยง ซึ่งอยู่ในแต่ละประเภทย่อยอุบัติการณ์ความเสี่ยง

1.2 รหัสอุบัติการณ์ความเสี่ยง (Incident Code) มีองค์ประกอบสองส่วนคือ ส่วนที่เป็นตัวอักษร 3 ตัว และ ส่วนที่เป็นชุดตัวเลข 3 ตัวโดยตัวเลขตัวแรกเป็นหลักหน่วย 1 ตัวและตัวเลข 2 ตัวหลังเป็นตัวเลขหลักสิบ ซึ่งมีความหมายดังนี้

- ตัวอักษรตัวแรก เป็นอักษรย่อที่แสดงถึงกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยง ว่าอยู่กลุ่มใด
- ตัวอักษรตัวที่ 2 เป็นอักษรย่อที่แสดงถึงหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ว่าอยู่ในหมวดใด
- ตัวอักษรตัวที่ 3 เป็นอักษรย่อที่แสดงถึงประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง ว่าอยู่ในประเภทใด
- ตัวเลขตัวแรก (เลขหลักหน่วย) แสดงถึง ประเภทย่อยของอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีอยู่ในแต่ละ

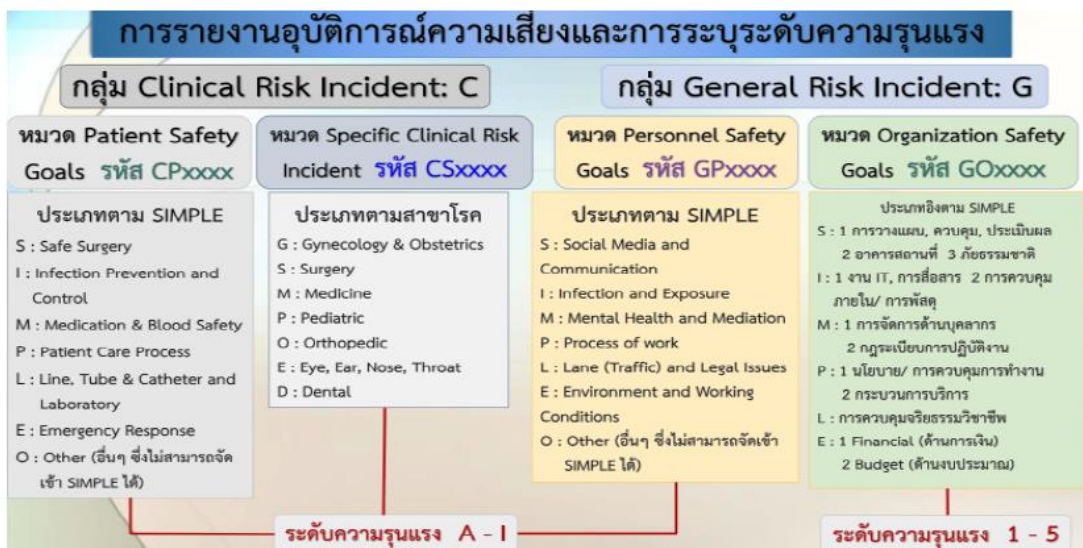
ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง

- ตัวเลขสองตัวหลัง (เลขหลักสิบ) แสดงถึง เรื่องอุบัติการณ์ความเสี่ยง ว่าเป็นเรื่องลำดับใดในแต่ละประเภทย่อยอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นๆ

ตัวอย่างการใช้รหัสอุบัติการณ์ความเสี่ยง

CPS101 หมายถึง รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงในกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk Incident: C) หมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Patient Safety Goals: P (Common Clinical Risk Incident) ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง Safe Surgery: S ประเภทย่อยอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ S1: Safe Surgery and Invasive Procedure (1) ซึ่งเป็นรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยง ลำดับที่ 1 (01) ชื่อ “ผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดข้าง (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong body part)”

กลุ่ม	หมวด	ประเภท	ประเภทย่อย	ลำดับ	รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยง
C ย่อมาจาก Clinical Risk Incident บอกถึง กลุ่ม อุบัติการณ์ ความ เสี่ยงด้านคลินิก	P ย่อมาจาก Patient Safety Goals บอกถึง หมวด อุบัติการณ์ ความเสี่ยง Common Clinical Risk Incident	S ย่อมาจาก Safe Surgery บอก ถึง ประเภท อุบัติการณ์ ความเสี่ยง Safe Surgery	1 บอกถึง ประเภทย่อย อุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่ S1: Safe Surgery and Invasive Procedure	01 อุบัติการณ์ ลำดับที่ 1	CPS101 ผ่าตัดผิด ตำแหน่ง ผิด ข้าง (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong body part)



1.3 Template Risk Incident and Terminology การจัดรูปแบบโครงสร้าง Template รายการอุบัติการณ์ ความเสี่ยงในระบบ NRLS เพื่อให้สถานพยาบาลสามารถใช้งานร่วมกันได้ภายใต้ความหมายและความเข้าใจที่ ตรงกัน ประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยง	
หมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง	
ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง	
ประเภทย่อยอุบัติการณ์ความเสี่ยง	
รหัสอุบัติการณ์ความเสี่ยง	
ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ อุบัติการณ์ความเสี่ยง	

ตัวอย่างเช่น Template Risk Incident and Terminology ของรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่อง ผ่าตัดผิดตำแหน่งผิดข้าง (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong body part) แสดงรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยง	อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk Incident: C)
หมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง	อุบัติการณ์ความเสี่ยง Patient Safety Goals: P (Common Clinical Risk Incident)
ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง	S: Safe Surgery
ประเภทย่อยอุบัติการณ์ความเสี่ยง	S1: Safe Surgery and Invasive Procedure
รหัสอุบัติการณ์ความเสี่ยง	CPS101
ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง นิยาม คาอธิบาย ความหมายของ อุบัติการณ์ความเสี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล โดยผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาด้วยการผ่าตัด - การผ่าตัด หมายถึง การทำหัตถการทุกหัตถการ (รายครั้ง) โดยนับรวมทั้งในหัตถการที่ตมยาและไม่ตมยา - การนับจำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยง นับตามจำนวนรายครั้งของการผ่าตัด A surgical intervention performed on the wrong body part or wrong site (for example wrong knee, wrong eye, wrong limb, wrong tooth or wrong organ); the incident is detected at any time after the start of the procedure. Includes wrong level spinal surgery and interventions that are considered surgical but may be done outside of a surgical environment e.g. wrong site block (unless being undertaken as a pain control procedure), biopsy, interventional radiology procedures, cardiology procedures, drain insertion and line insertion e.g. PICC/ Hickman lines. Excludes interventions where the wrong site is selected because of unknown/unexpected abnormalities in the anatomy of patient. This should be documented in the medical record Excludes incidents where the wrong site surgery is due to incorrect laboratory reports/results or incorrect referral letters
หมายเหตุ	อ้างอิงจาก NHS, Revised Never Events Policy and Framework

2. Patient Information: บุคคล/ ผู้ที่ได้รับผลกระทบ แยกตามบริบทของประเทศไทย ซึ่งมี 3 ตัวเลือก ได้แก่ 1) กลุ่มบุคคล 2) หน่วยงาน/ องค์กร และ 3) รายบุคคล โดยกรณีผู้ได้รับผลกระทบเป็น “รายบุคคล” ต้องระบุองค์ประกอบเพิ่มเติม ดังนี้

2.1 เพศ กำหนดเป็นตัวเลือกให้เลือกระบุว่าเป็น เพศชาย หรือ เพศหญิง หรือ เพศทางเลือก

2.2 อายุ กำหนดให้เติมเฉพาะตัวเลข ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0 ขึ้นไป โดยการนับเดือนเศษของปีถ้าต่ำกว่า 6 เดือน ให้นำเป็น 0 ปี ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปให้นำเป็น 1 ปี

3. Incident Location: สถานที่เกิดอุบัติเหตุ แบ่งลำดับชั้นของสถานที่เกิดเหตุออกเป็น 2 ระดับ ตามบริบทของประเทศไทย และการนำไปใช้ประโยชน์ของสถานพยาบาล ดังนี้

ประเภทสถานที่	ในพื้นที่ของโรงพยาบาล (ที่รายงานเหตุ)	นอกพื้นที่ของโรงพยาบาล (ที่รายงานเหตุ)
ชนิดสถานที่ (แบ่งตามลักษณะของการให้บริการ)	1. OPD 2. IPD 3. อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน 4. ห้องยา 5. ห้องคลอด 6. ห้อง lab 7. งานสนับสนุนทางการแพทย์ 8. งานสนับสนุนทั่วไป : Back office	1. ไม่ใช่พื้นที่ในเขตโรงพยาบาล 2. ในเขต รพ. อื่น

4. Incident Time: เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ แบ่งเป็น เวิร์ก/กะ/ผลัด ซึ่งกำหนดช่วงเวลาตามบริบทของสถานพยาบาล ดังนี้

เวิร์กวันราชการ, เวิร์กวันราชการ, เวิร์กวันราชการ, เวิร์กวันหยุดราชการ, เวิร์กวันหยุดราชการ, เวิร์กวันหยุดราชการ, เวิร์กวันหยุดราชการ, เวิร์กวันหยุดนักขัตฤกษ์, เวิร์กวันหยุดนักขัตฤกษ์, เวิร์กวันหยุดนักขัตฤกษ์ โดย การกำหนดช่วงเวลาของแต่ละเวิร์ก เป็นไปตามบริบทของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง ดังนี้

- เวิร์ก คือ เวิร์กที่อยู่ในช่วงเวลา 00.01 – 08.00 น. หรือ 00.31 – 08.30 น.
- เวิร์กเช้า คือ เวิร์กที่อยู่ในช่วงเวลา 08.01 – 16.00 น. หรือ 08.31 – 16.30 น.
- เวิร์กบ่าย คือ เวิร์กที่อยู่ในช่วงเวลา 16.01 – 24.00 น. หรือ 16.31 – 00.30 น.

5. Agents involved: รายละเอียดเหตุการณ์พอสั่งเซป บันทึกตามรูปแบบเพื่อบอกให้ทราบว่า เกิดอะไรหมวด/ ประเภท / ประเภทย่อย ของกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก

หมวด/ ประเภท / ประเภทย่อย ของกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinic Risk Incident : C)					
อักษรย่อ	หมวด	อักษรย่อ	ประเภท	ตัวเลขหลักหน่วย	ประเภทย่อย
P	Patient Safety Goals หรือ Common Clinical Risk Incident	S	Safety Surgery	1	Safe Surgery and Procedure
				2	Safe Anesthesia
				3	Safe Operating Room
		I	Infection Prevention and Control	1	Hand Hygiene
				2	Prevention of Healthcare Associated Infection
				3	Isolation Precaution
				4	Prevention and control Spread of Multidrug Persistent Organism (MDRO)
		M	Medication & Blood safety	1	Safe form Adverse Drug Event (ADE)
				2	Safe form Medication Error
				3	Medication Reconciliation
				4	Rational Drug Use (RDU)
				5	Blood Transfusion Safety
		P	Patient Care Process	1	Patient identification
				2	Communication
				3	Reduction of Diagnostic Error
				4	Prevention of Common Complications
				5	Pain Management
				6	Refer and Transfer Safety
		L	Line, Tube & Catheter and laboratory	1	Catheter and Tubing Connection, and Flow Control
				2	Right and Appropriate Laboratory Specimens and Testing
		E	Emergency Respond	1	Respond to the Deteriorating Patient
				2	Medical Emergency
				3	Maternal & Neonatal Mobility
				4	ER Safety
		O	Other (อื่นๆ ไม่สามารถจัดเข้า SIMPLE ได้)	1	อื่นๆ ที่ไม่ใช่ Simple

หมวด/ ประเภท / ประเภทย่อย ของกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (ต่อ)

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinic Risk Incident : C)					
อักษรย่อ	หมวด	อักษรย่อ	ประเภท	ตัวเลขหลักหน่วย	ประเภทย่อย
S	Patient Safety Goals หรือ Specific Clinical Risk Incident	G	Gynecology & Obstetrics Diseases and Procedure	1	Maternal Health Care Process
				2	Child Health Care Process
				3	Gynecology and Procedure
		S	Surgical diseases and procedure	1	Specific Complications in Surgery
				2	Urological System
		M	Medical diseases and procedure	1	Respiratory System
				2	Cardiovascular System
				3	Gastrointestinal System
				4	Neurological System
				5	Specific Complication of medical Procedure
				6	Medical Emergencies Complication
		P	Pediatric diseases and procedure	1	Pediatric diseases
				2	Pediatric Medication diseases / Complications
		O	Orthopedic diseases and procedure	1	Otho-Surgery Complication
		E	Eyes, ear, nose Throat diseases and procedure	1	Eyes / Ophthalmic Disease
				2	ENT Disease
		D	Dental diseases and procedure	1	Dental Treatment Complication

หมวด/ ประเภท / ประเภทย่อย ของกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinic Risk Incident : C)					
อักษรย่อ	หมวด	อักษรย่อ	ประเภท	ตัวเลขหลักหน่วย	ประเภทย่อย
P	Personnel Safety Goals	S	Social Media and Community	1	Safety and Privacy of Information
				2	Social Media and Community Professionalism
		I	Infection and Exposure	1	Fundamental of infection Control and Prevention for workforce
				2	Specific infection Control and Prevention for workforce
		M	Mental Health and Mediation	1	Mental Health
				2	Mediation
		P	Process of work	1	Fundamental Guideline for Prevention
				2	Specific Guideline for Prevention of work Related Disorder
				3	Fitness for Duty Health Assessment
		L	Lane (Traffic) and Legal Issue	1	Ambulance and Referral Safety
				2	Legal Issue
		E	Environment and working Condition	1	Safety Physical Environment
				2	Working Condition
				3	Workplace Violence
		O	Other (อื่นๆที่ไม่สามารถจัดเข้า SIMPLE ได้)	1	อื่นๆ ที่ไม่ใช่ Simple

หมวด/ ประเภท / ประเภทย่อย ของกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป(ต่อ)

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk Incident : G)					
อักษรย่อ	หมวด	อักษรย่อ	ประเภท	ตัวเลขหลักหน่วย	ประเภทย่อย
O	Organization Safety Goals	S	Strategy, Structure, Security	1	Strategy System
				2	Structure System
				3	Security System
		I	Information Technique & Communication, Internal Control & Inventory	1	Information Technique & Communication
				2	Internal Control & Inventory
		M	Manpower, Management	1	Manpower
				2	Management
		P	Policy, Process of work & Operation	1	Policy
				2	Process of work & Operation
		L	Licensed & Professional Certificate	1	Licensed & Professional Supervision
		E	Economy	1	Financial
				2	Budget

แนวทางการค้นหาเฝ้าระวังและการประสานงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ โรงพยาบาล

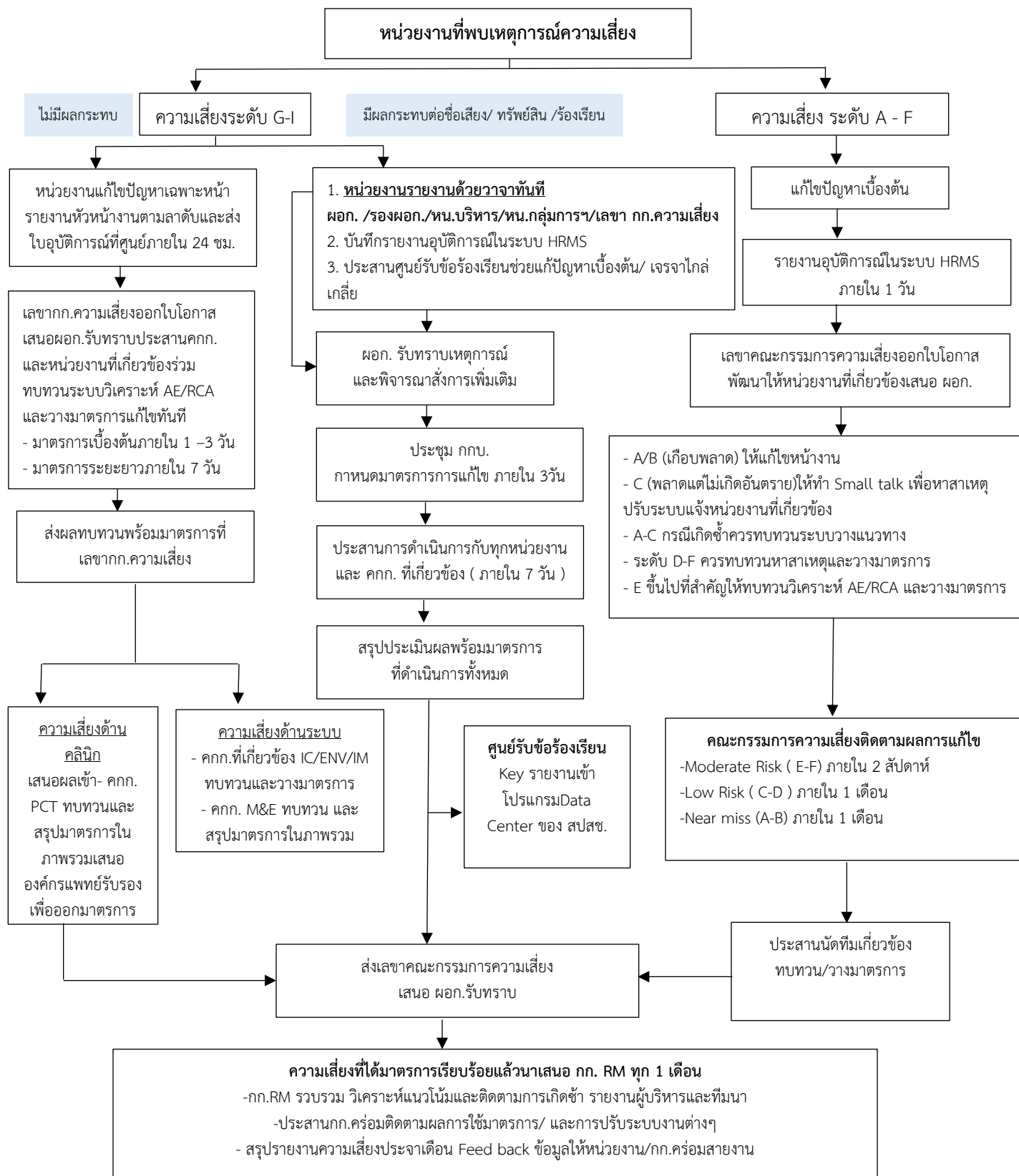
กลุ่ม Clinical Risk Incident : C

Patient Safety Goals		
อักษรย่อ	ประเภท	หน่วยงานประสานเกี่ยวข้อง
S	Safety Surgery	งานห้องฉุกเฉิน, Supply, ทัศนกรรม, กก.เครื่องมือ, กก.IC
I	Infection Prevention and Control	กก.IC, กก.PCT, งาน IPD
M	Medication & Blood safety	กก.PTC, เทคนิคการแพทย์
P	Patient Care Process	กก.PCT, องค์กรแพทย์
L	Line, Tube & Catheter and laboratory	เทคนิคการแพทย์, กก.PCT, งาน IPD
E	Emergency Respond	งานห้องฉุกเฉิน, งานห้องคลอด , กก.PCT

กลุ่ม General Risk Incident : G

Patient Safety Goals		
อักษรย่อ	ประเภท	หน่วยงานประสานเกี่ยวข้อง
S	Social Media and Community	กก. IM, กก. HRD
I	Infection and Exposure	กก.IC , กก.ENV
M	Mental Health and Mediation	กก.บริหาร, กก.ไต่ถาม, งาน IPD, กก.HRD
P	Process of work	กก.ENV, กก.HRD
L	Lane (Traffic) and Legal Issue	งานบริหาร, กก.บริหาร, กก. HRD
E	Environment and working Condition	กก.IC, กก.ENV, กก.HRD

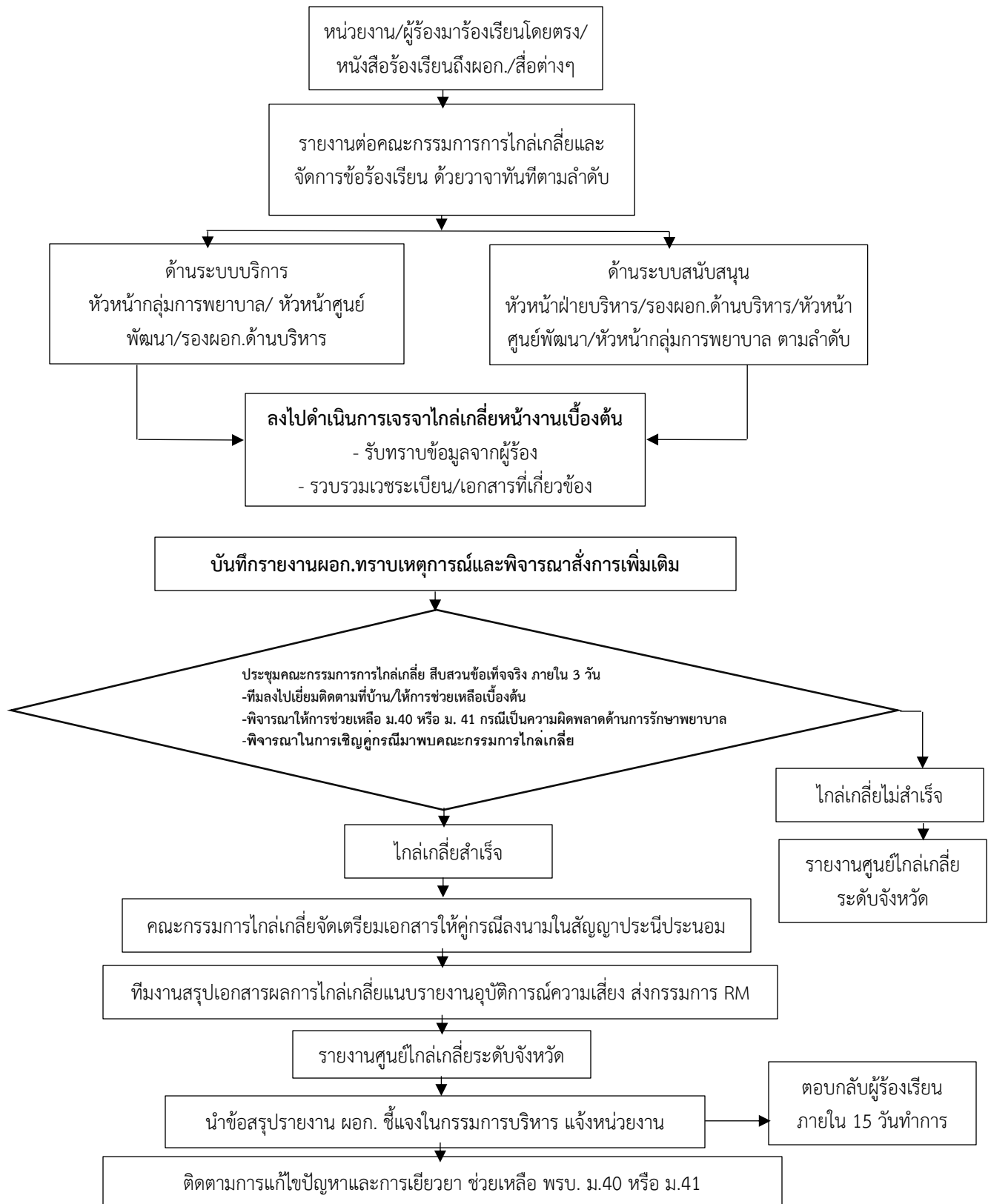
การบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลเวียงแหง



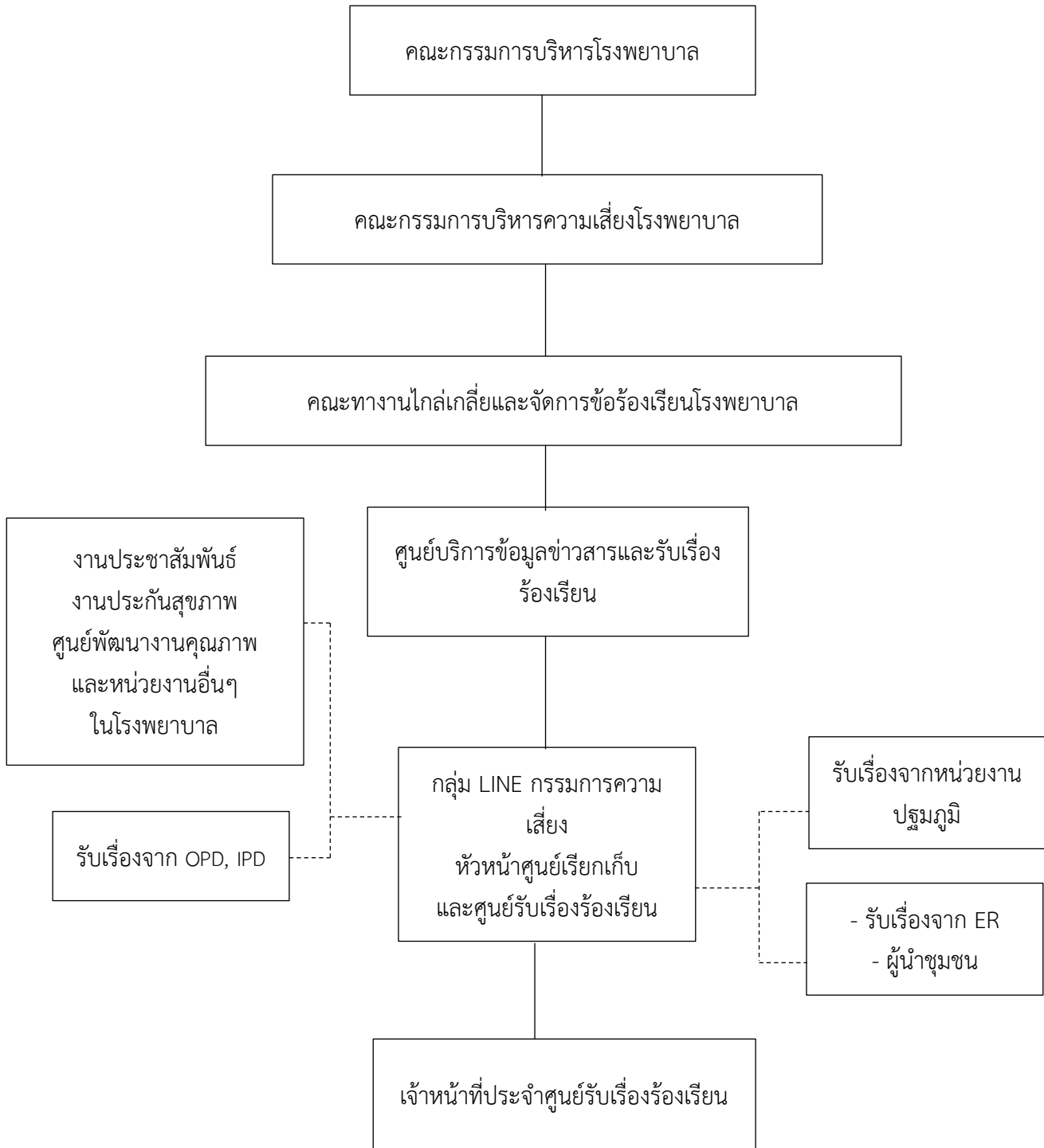
กระบวนการ การจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่

ระยะเวลา ดำเนินการ	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	ผู้รับผิดชอบ
1 วัน	หน่วยงานพบเหตุการณ์ความเสี่ยงและ เขียนใบอุบัติการณ์	1.หน่วยงานแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า 2.รายงานหัวหน้าตามลำดับ 3.ส่งใบอุบัติการณ์ที่ศูนย์พัฒนาภายใน 24 ชม.	หน่วยงาน/หัวหน้า งาน/หัวหน้าฝ่าย
1 วัน	ประเมินระดับความเสี่ยง A-I และ ผลกระทบต่อชื่อเสียง รพ.	1.หัวหน้างานประเมินระดับความรุนแรง ระดับ G-I รวบรวมปัญหา ทบทวน RCA วิเคราะห์ AE วางมาตรการแก้ไข ภายใน 1 3 วัน มีผลต่อชื่อเสียง และร้องเรียน รายงานหัวหน้า ผอก. ด้วยวาจาทันที ประสานผู้เกี่ยวข้องแก้ปัญหาเบื้องต้น และประชุมกำหนดมาตรการภายใน 3วัน ระดับ D-F รวบรวมปัญหา วางมาตรการแก้ไขภายใน 2 wk ภายใน 1 3 วัน ระดับA-C ภายใน 1 เดือน	หน่วยงาน/หัวหน้า งาน/หัวหน้าฝ่าย
1 วัน	เลขา กก.ความเสี่ยงออกใบโอกาส พัฒนา เสนอ ผอก.ทราบและลงนาม	1.เลขา กก.ความเสี่ยงตรวจสอบใบโอกาสพัฒนา key ลงโปรแกรมความเสี่ยง 2.พิมพ์ใบโอกาสพัฒนา เสนอ ผอก.ทราบและลงนาม 3.ส่งใบโอกาสพัฒนาให้ คกก.คร่อมสายงานและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เขียนผลทบทวนพร้อมมาตรการ	เลขา กก.ความเสี่ยง
1 เดือน	ประสาน คกก.และหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องทบทวน ระบบวิเคราะห์ AE/RCA	1.เลขา กก.ความเสี่ยงประสานคกก.คร่อมสายงานและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทบทวน กรณี ความเสี่ยงระดับ G-I เสียงต่อการร้องเรียนและชื่อเสียง รพ. 2.รวบรวมผลการทบทวน และมาตรการที่ได้ เสนอเข้าที่ ประชุมคกก.ต่างๆพิจารณาและขอความเห็นเพิ่มเติม	เลขา กก.ความเสี่ยง/ คกก.คร่อมสายงาน/ หัวหน้างาน/หัวหน้า ฝ่าย
1 เดือน	ติดตามการดำเนินการแก้ไข สรุปรูป แนวทางแก้ไขและมาตรการต่าง แจ้งในที่ประชุม	1.จัดทำและออกมาตรการ หรือแนวทางต่างๆตาม ผลสรุบทบทวน 2.ศูนย์พัฒนานาผลสรุปและแนวทางแก้ไข มาตรการ ต่าง แจ้งในที่ประชุม RM ทุกเดือน และประกาศใช้	เลขา กก.ความเสี่ยง
1 เดือน	จัดลำดับความเสี่ยงระดับ รพ. / หน่วยงาน ทุก 6 เดือน	1.รวบรวมข้อมูลความเสี่ยง รอบ 6เดือน 2.นำข้อมูลมาจัดลำดับความเสี่ยง ระดับโรงพยาบาล ระดับหน่วยงาน 3.รวบรวมมาตรการ ติดตาม ประเมินผล การปฏิบัติ ตามมาตรการ 4.วิเคราะห์ ความเสี่ยง ดูแนวโน้ม และ การเกิด อุบัติการณ์ซ้ำ	เลขา กก.ความเสี่ยง/ คกก.คร่อมสายงาน/ หัวหน้างาน/หัวหน้า

Flow การจัดการข้อร้องเรียนที่มีความเสี่ยงสูง เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องหรือเสียชื่อเสียง
ของโรงพยาบาลเวียงแหง



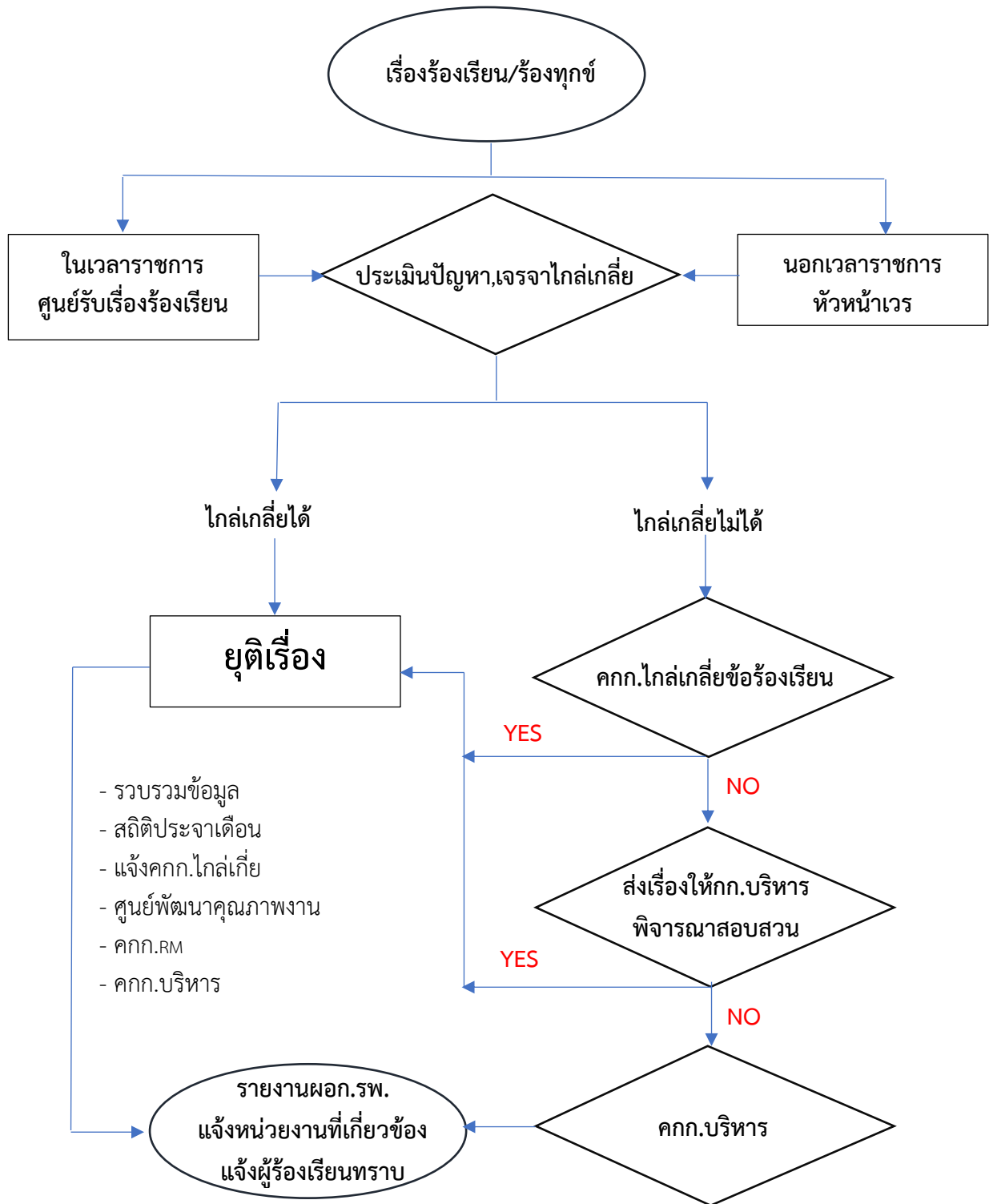
โครงสร้างการบริการข้อมูลข่าวสารและรับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลเวียงแหง



บทบาทหน้าที่เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

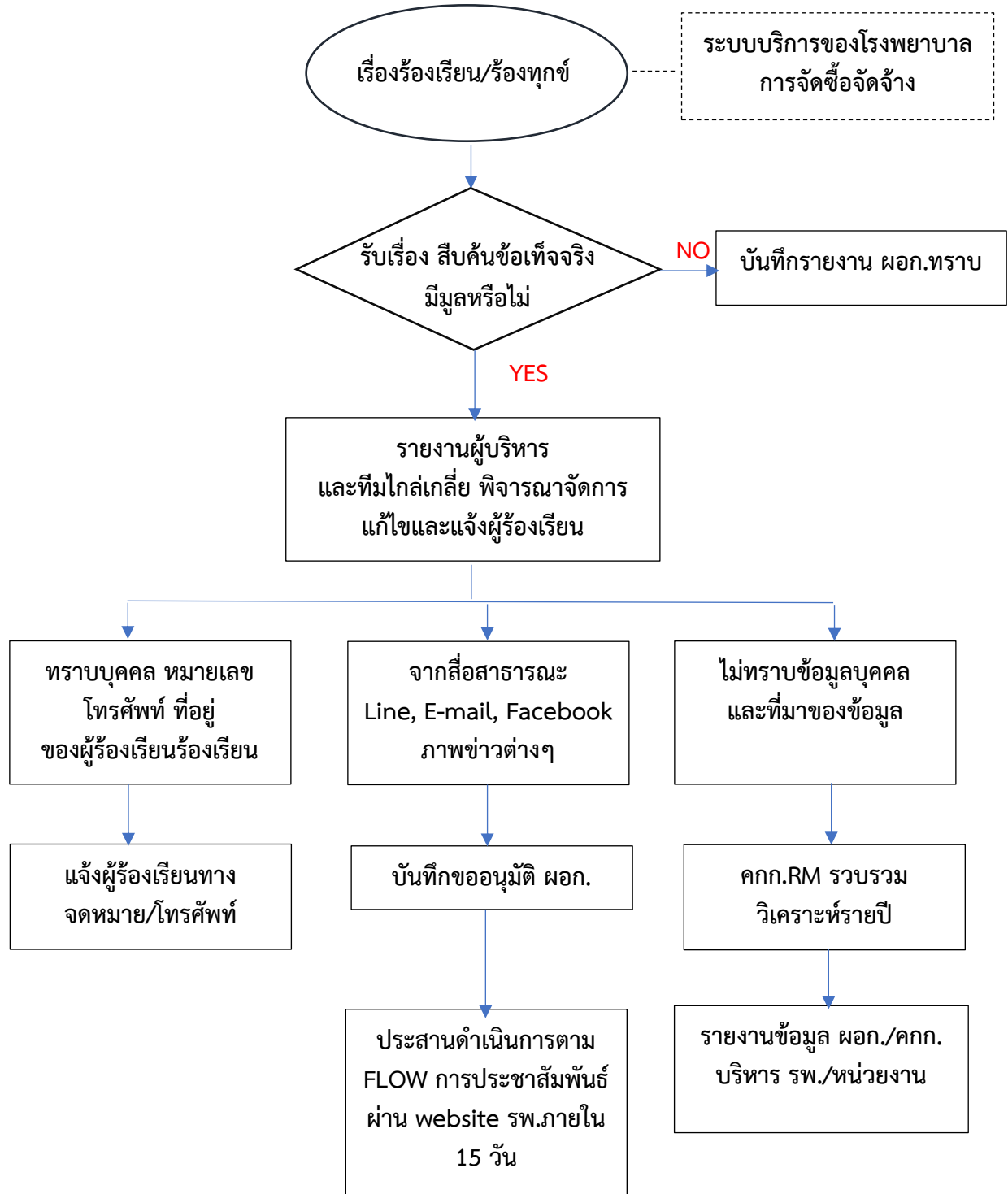
1. รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ จากผู้ใช้บริการทุกช่องทาง
2. ตรวจสอบข้อมูล/ข้อเท็จจริงเพื่อรวบรวมข้อมูล
3. รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์เบื้องต้น และประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในภายนอก
4. รายงานกรรมการใกล้เคียงพิจารณาข้อร้องเรียน กรณีต้องเจรจาใกล้เคียง
5. บันทึกข้อมูลเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ตอบกลับผู้ร้องเรียน
6. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมรับเรื่องร้องเรียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
7. ให้บริการข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนที่มาใช้บริการ
8. รวบรวมข้อมูลไว้บริการประชาชน
9. ให้คำแนะนำด้านสิทธิบัตร และขั้นตอนต่าง ๆ ในการให้บริการ
10. รายงานข้อร้องเรียนต่อกรรมการความเสี่ยง เพื่อรายงานกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน
11. ผู้ประสานงานรับเรื่อง ม.41 (กรณีผู้รับบริการ) และ ม.18 (4) (กรณีผู้ให้บริการ)ประสานสำนักงาน สาขานครราชสีมา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่)

Flow การรับเรื่องร้องเรียนและการจัดการข้อร้องเรียน โรงพยาบาลเวียงแหง

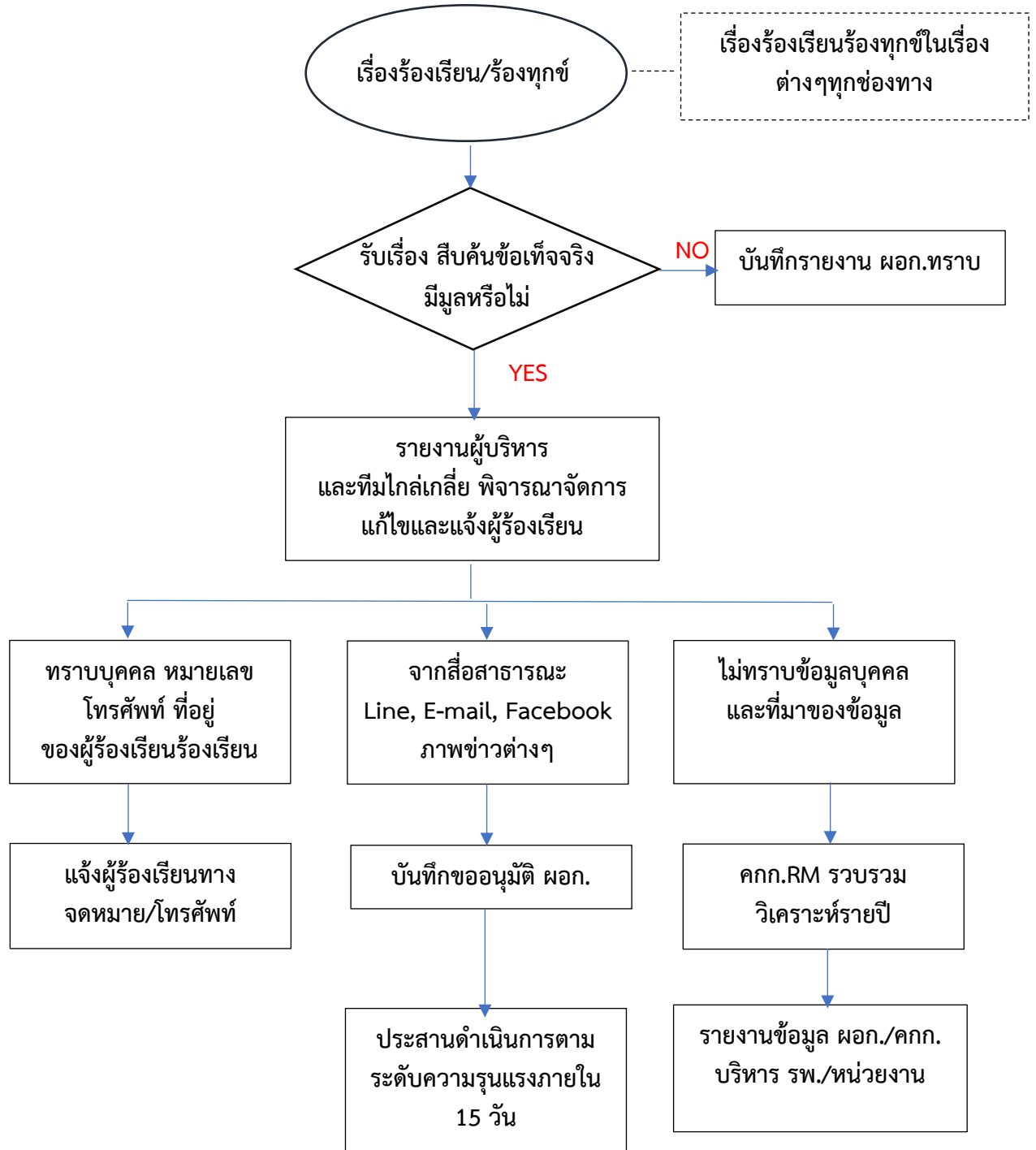


**หมายเหตุ กรณียุติภายในรพ.ไม่ได้ แจ้งเรื่องต่อสำนักงานสาขาเชียงใหม่(สสจ.)เพื่อพิจารณาต่อไป

Flow การรายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลเวียงแหง



Flow การรายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลเวียงแหง



ตัวอย่างการจัดระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ความเสี่ยง 9 ระดับ (A-I)

ความรุนแรง	ระดับ	ความหมาย	Med error	Clinical risk	Systemic risk
มาก	I	เกิดเหตุการณ์ถึงผู้รับบริการ หรือผู้ให้บริการ จนเสียชีวิต หรือสูญเสียทรัพย์สิน >100,000 บาท	เสียชีวิตจากการให้ยาโดยตรง	1.) ผู้ป่วย arrest ทำ CPR ไม่สามารถช่วยชีวิตได้ หรือเสียชีวิตหลัง Refer ภายใน 48 ชม. ทุกกรณี 2.) ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะผ่าตัด หรือหลังผ่าตัด 3.) ผู้ป่วย(มารดา/ทารก) เสียชีวิตขณะคลอด/หลังคลอด 4.) ผู้ป่วย แพ้เลือดรุนแรงถึงเสียชีวิต 5.) ผู้ป่วยกระโดดตึกเสียชีวิต /ถูกทำร้ายเสียชีวิต ขณะนอน รพ.	1.)จนท.ได้รับอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน หรือถูกทำร้ายจนเสียชีวิต หรือทำให้ผู้อื่นจนเสียชีวิต 2.) จนท. ถูกประทุงษ์ขับไล่ 3.) เด็กถูกลักขโมยจาก รพ. หรือการส่งมอบเด็กผิดคน จนเกิดปัญหาการร้องเรียนถึงสื่อมวลชน ฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย รพ. ต้องชดใช้ค่าเสียหาย
มาก	H	เกิดเหตุการณ์ถึงผู้รับบริการหรือผู้ให้บริการ เป็นอันตราย ต้องรับการบำบัดเพื่อช่วยชีวิต หรือสูญเสียทรัพย์สิน >50,000-100,000 บาท	แพ้ยา Anaphylaxis แต่สามารถช่วยฟื้นชีวิตได้ทัน	1.) ผู้ป่วย arrest ทำ CPR ช่วยชีวิตได้ทัน 2.) ผป.แพ้เลือดจนเกิด Anaphylaxis shock แต่ช่วยชีวิตได้ทัน 3.) แพ้สารทึบแสงจากการเตรียม IVP ช่วยชีวิตได้ทัน	1.) รพ./จนท.ถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ต้องชดใช้ค่าเสียหายตามคำสั่งศาล 2.) รพ. / จนท. ถูกร้องเรียนการให้บริการผ่านสื่อมวลชน /กระทรวงยุติธรรมและชดใช้ค่าเสียหาย 3.)จนท. ติดเชื้อโรคไข้หวัดนก / HIV ไม่เสียชีวิต 4.) จนท.ได้รับอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานหรือถูกทำร้าย บาดเจ็บสาหัสหรือทำให้ผู้อื่นบาดเจ็บสาหัส
มาก	G	เกิดเหตุการณ์ถึงผู้ป่วย เป็นอันตรายถาวร แก่ไข่มไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียหายอย่างถาวร ไข่มไม่ได้ หรือสูญเสียทรัพย์สิน >10,000-50,000 บาท	เหตุการณ์เกิดขึ้นกับผป. แก่ไข่มไม่ได้ เช่น สั่งจ่ายยา Choramphenical ในเด็กเล็กทำให้ผป.เกิดภาวะ Aplastic Anemia	1.) การวินิจฉัย/รักษาสาหัส ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานถูกตัดเท้า/ขา 2.) ผู้ป่วย HTได้รับการรักษาล่าช้า/ไม่ต่อเนื่อง เกิด CVAแก่ไข่มไม่ได้ 3.) การช่วยคลอดล่าช้าผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดมีภาวะ Shehan syndrome 4.) การช่วยเหลือคลอดล่าช้า ทารก Seveal BA แก่ไข่มไม่ได้ทำให้ทารกปัญญาอ่อน	1.) เกิดอัคคีภัยในโรงพยาบาลสูญเสียทรัพย์สิน ต้องปรับปรุงซ่อมแซม หรือถูกโจรกรรม มีค่าเสียหาย 10,000- 50,000 บาท 2.) จนท. ตกจากที่สูง หรือได้รับอุบัติเหตุรถยนต์ขณะปฏิบัติงานที่รุนแรงเสี่ยงต่อพิการ 3.) ภัยธรรมชาติที่รุนแรงส่งผลให้สูญเสียทรัพย์สินของรพ.
ปานกลาง	F	เกิดเหตุการณ์ถึงผู้ป่วย เป็นอันตรายชั่วคราว ต้อง Admit หรือนอนนานขึ้น หรือปัญหาเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานภายนอก รวมแก่ไข่มหรือสูญเสียทรัพย์สิน >5,000-10,000 บาท	เกิดเหตุการณ์เหมือนข้อ E แต่เหตุการณ์ก่อนอันตรายแก่ผป. ทำให้ผป.นอนรพ. นานขึ้น เช่น Plan D/C พงูนี้แต่มีเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาให้ต้องนอนนานขึ้น, แพ้ยามีผื่นขึ้นแน่นหน้าอกหายใจไม่อึด ต้องฉีดยาแก้แพ้และเผื่อระวังอาการใกล้ขีด	1.) ผู้ป่วยติดเชื้อในรพ. ให้การรักษา นานขึ้น หายเป็นปกติ 2.) ผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด shock ต้องให้เลือดนอนนานขึ้น 3.) การช่วยเหลือคลอดล่าช้า ทารก Seveal BA แก่ไข่มได้ เบื้องต้นแต่ต้อง refer ต่อมาดีขึ้น 4.) ผ่าตัดผิดคน / ผิดตำแหน่ง / ผ่าตัดซ้ำ 5.) ผ่าตัดล่าช้า	1.) การลักขโมยโจรกรรม ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน < 5,000-10,000 บาท 2.) ถูกชาวบ้านร้องเรียนเรื่องมลภาวะ,สิ่งแวดล้อม เช่นการปล่อยน้ำเสีย ต้องเข้าไปทำความเข้าใจกับชุมชน 3.) จนท./ผู้ป่วย/ญาติได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานต้อง admit 4.) จนท.ถูกร้องเรียนผ่านผู้บังคับบัญชา ระดับจังหวัด 5.) จนท. ติด TB จากการดูแลผป.

ความรุนแรง	ระดับ	ความหมาย	Med error	Clinical risk	Systemic risk
ปานกลาง	E	เกิดเหตุการณ์ถึงผู้ป่วยเป็นอันตรายชั่วคราว ต้องรักษาหรือแก้ไข หรือปัญหาเชิงระบบที่ต้องให้คกก. บริหาร/ ผอก.แก้ไข หรือสูญเสียทรัพย์สิน>1,000-5,000 บาท	เหมือนข้อ D แต่เหตุการณ์ก่อนอันตรายแก้ผป. เช่นฉีด Morphineเกินขนาด ผป. ตัวเขียว การหายใจลดต่ำลง ต้องปรึกษาแพทย์แก้พิษยาด้วย Naloxone , แพทย์มีผื่นคันให้ยาแก้แพ้แล้วดีขึ้น	1.) แพ้เลือดอาการรุนแรงเช่นshock ให้การรักษาเร่งด่วนแล้วดีขึ้น 2.) การรักษาล่าช้า ผู้ป่วยอาการทรุดลง ได้รับการรักษา /แก้ไขได้ทันเวลา 3.) คลอดล่าช้า ผู้ป่วยเสียเลือด ต้องให้สารน้ำ หรือให้ยาแก้ไขได้ทัน 4.) การ Investigate ล่าช้า มีภาวะ Hypoglycemia ต้องให้การรักษาแก้ไข 5.) การช่วยเหลือคลอดล่าช้า ทารก BA แก้ไขได้ทันที 6.) Penrose drain หลุดเข้าไปในร่างกายผู้ป่วย ต้องผ่าตัดซ้ำ	1.) ไม่พึงพอใจพฤติกรรมบริการของจนท. ขอเข้าพบ ผอก. หรือเขียนร้องเรียนถึงผอก.โดยตรง 2.) มีการลักขโมยทรัพย์สินของ ผู้ป่วย/ญาติ/จนท./รพ. มีการสืบค้นสามารถนำกลับมาคืนได้บางส่วนหรือเสียหายบางส่วน 3.) จนท ถูกของมีคม/สารคัดหลั่งผป. ต้องรับประทายาต้านไวรัสฯ
ปานกลาง	D	เกิดเหตุการณ์ถึงผู้ป่วยไม่เป็นอันตราย แต่ต้องติดตามเพิ่มหรือต้องเฝ้าระวังคนไข้ หรือปัญหาเชิงระบบ ที่ต้องให้คกก. ครอบคลุมงานแก้ไขหรือสูญเสียทรัพย์สิน>500-1,000 บาท	เกี่ยวกับการให้ยาผิดขนาด ผิดคน ผิดชนิด แต่จากการประเมินสภาวะแล้ว ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก้ผป. แต่ต้องเฝ้าระวัง เช่น ให้Morphineเกินขนาด,ดูคำสั่งLaxis 120mg. ผิดวัน ทำให้ฉีดยาให้ผป.ทำให้ต้องเฝ้าระวังเพิ่มเติม	1.)ผู้ป่วยพลัดตกจากเตียง ไม่มีบาดแผล ต้องเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ 2.) การวินิจฉัยผิดพลาด 3.) การแพทย์ซ้ำที่ไม่รุนแรง 4.) ผู้ป่วยปวดแผลฝีเย็บตรวจพบลิ่มก้อนไว้ในช่องคลอด 5.) ตรวจพบสิ่งปนเปื้อนในยาสมุนไพร ต้องเก็บยาot นั้นคืนจากจุดต่างๆ	1.) ระบบก๊าซทางการแพทย์ไม่พร้อมใช้งาน 2.) มีการปนเปื้อนเชื้อโรคในน้ำยา / น้ำกลั่น / น้ำดื่ม / น้ำเสียเกินมาตรฐาน 3.) ลักขโมยทรัพย์สิน/ของมีค่าสามารถได้คืนครบและไม่เสียหาย 4.) จนท. ได้รับอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานที่ไม่รุนแรง ไม่ต้องรักษา 5.) ผู้ป่วย/ญาติไม่พึงพอใจและไม่สมัครใจอยู่รักษาต่อ 6.) ปัญหาสาธารณูปโภคฉุกเฉิน(ไฟฟ้า, ประปา)ไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงาน
น้อย	C	เกิดเหตุการณ์ถึงผู้รับบริการหรือผู้ให้บริการแต่ไม่เป็นอันตรายแก้ไขทัน หรือปัญหาเชิงระบบ ที่หน่วยงานต้องประสานหน่วยงานอื่นช่วยแก้ไข ร่วมกับหรือสูญเสียทรัพย์สิน ≤500 บาท	ผป.ได้รับยาไปแล้ว หรือไม่ได้รับยาทันเวลา ตลอดจนลืมให้ยาแต่ผป.ไม่เป็นอันตราย (ส่วนใหญ่เป็นยาวิตามิน ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ยานอนหลับ หรือยาอื่นๆที่มีผลต่อผป.น้อย ไม่ต้องเฝ้าระวังอะไรเพิ่ม)	1.) X-ray ให้ผู้ป่วยผิดตำแหน่ง หรือถูกตำแหน่งแต่ฟิล์มมองเห็นไม่ชัด ตรวจสอบฟิล์มพบว่าผิดพลาด จึงX-ray ให้ใหม่ 2.) สั่งตรวจUPT แต่ตรวจUAให้ ต้องเก็บUrineส่งใหม่ 3.) บันทึกการฝากครรภ์ไม่ครบถ้วน 4.) บันทึกการตรวจร่างกายในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ 5.)การเตรียมผ้าตัดไม่ครบถ้วนเช่นไม่ตัดเล็บ/ไม่ถอดชุดชั้นใน /ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า	1.) ระบบประปาไม่พร้อมใช้งาน 2.) ปัญหาการประสานรถล่าช้า 3.) ผู้ป่วย/ญาติไม่พึงพอใจพฤติกรรมบริการ/ระบบบริการ เขียนร้องเรียนผ่านตู้รับความคิดเห็น 4.) ขั้นตอนการขายยาสมุนไพร/ยากองทุนไม่ถูกต้อง 5.) บ่อบำบัดมีการปนเปื้อน 6.) จนท. ไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันขณะขนย้ายขยะ/เครื่องมือสกปรก 7.) ตรวจสอบเครื่อง O2 sat ไม่สามารถใช้งานได้ 8.) ไม่บันทึกสถิติการรักษา หรือบันทึกสถิติผิดพลาด
น้อย	B	เกิดเหตุการณ์แต่ไม่ถึงผู้รับบริการหรือผู้ให้บริการ หรือปัญหาเชิงระบบที่หน่วยงานอื่นตรวจสอบพบ และแก้ไขได้ทัน	มีเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย เช่นลืมหักคำสั่งใช้ยา ,ลืมหักคำสั่งฉีด,บันทึกกลางคอมพิวเตอร์,	1.) เขียนใบLabผู้ป่วยผิดคน แต่ตรวจพบความผิดพลาดและแก้ไขให้ถูกต้องก่อนนำส่งห้องชันสูตร 2.) จ่ายเลือดผิดกรุ๊ป ตีกรตรวจสอบก่อนให้ผป. ส่งเปลี่ยนใหม่ 3.) เขียนเพศทารกแรกเกิดในใบรับรองการเกิดผิด	1.) จนท.พยาบาลคิดค่ารักษาผู้ป่วยผิดราคา จนท. การเงินตรวจสอบซ้ำและแก้ไขให้ถูกต้องก่อนเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วย 2.) ทีมเครื่องมือตรวจเยี่ยมเครื่องชำรุด หน่วยงานไม่ส่งซ่อมทันที 3.) ทีม IC ตรวจเยี่ยมพบเครื่องมือหมดอายุใน

ความรุนแรง	ระดับ	ความหมาย	Med error	Clinical risk	Systemic risk
			เตรียมยาให้ผป.ผิด(ยายังไม่ถึงผป.)	จนท.ตึกหลังคลอดตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้องก่อนมอบให้ผู้ป่วยไปแจ้งเกิด 4) พบเลือดหมดอายุในคลังเลือด	หน่วยงาน 4.)พuset sterileห่อเครื่องมือไม่ครบถ้วน ต้องเปิด set ใหม่ 5.) การแยกขยะ/ แยกผ้าเปื้อนไม่ถูกต้อง 4.) ตรวจสอบระบบหยดคลอรีนบำบัดน้ำเสียไม่ทำงาน 5.) การประสานงานไม่เป็นไปตามระบบ แต่สามารถแก้ไขได้เอง
น้อย	A	เหตุการณ์ซึ่งอาจก่อให้เกิดอุบัติการณ์แก่ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ หรือปัญหาเชิงระบบ ที่หน่วยงานตรวจสอบพบแก้ไขได้ด้วยตนเอง	พบยาหมดอายุในหอผู้ป่วย หาChart record ไม่เจอบุคลากรจะให้ผป.ไม่เจอ เป็นเหตุการณ์ที่อาจจะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา	1.) ตรวจสอบอาหารผู้ป่วยพบว่าไม่เขียนป้ายประเภทอาหารเฉพาะโรคผู้ป่วยเบาหวาน 2.) พบเลือดหมดอายุในคลังเลือด 3.) เตรียม Tube เจาะเลือดพบว่าเก็บ Tube ผิดกลุ่ม	1.) เวนแปลตรวจสอบถังออกซิเจนในเปลนอน พบว่าถังออกซิเจนปิดวาล์วไม่สนิท 2.) Roundในหน่วยงานพบไม่มีป้ายเตือนบริเวณทางต่างระดับ 3.) ปัญหาระบบLan/เครื่องคอมพิวเตอร์เสีย 4.) สุ่มตรวจพบว่าไม่เช็คเครื่องมือในหน่วยงานตนเอง 5.) ไม่ปิดพัดลมช่วงพักเที่ยง/ก่อนเลิกงาน 6.) ตรวจสอบเช็คเครื่องมือเตรียมไม่ครบก่อนห่อส่งนึ่ง 7.) ตรวจสอบความพร้อมเครื่องDefib. พบว่าแบตเตอรี่ไม่เก็บไฟ ส่งแก้ไขให้พร้อมใช้งาน 8.) ตรวจสอบรถฉุกเฉินพบ Laryngo ถ่านหมดไฟไม่ติด เปลี่ยนถ่านใหม่

ผ1-แบบฟอร์มการรายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS on Cloud ในโปรแกรม NRLS

โรงพยาบาลเวียงแหง

HRMS ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล
Healthcare Risk Management System

โรงพยาบาลเวียงแหง
Version: 5.6 (15/02/2566)

User ID:

Password:

© 2023 - All Rights Reserved The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization) Power by [RelationSoft Co.,Ltd]

ผ-2 แบบฟอร์มใบรายงาน NRLS

บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

วันที่บันทึกรายงานอุบัติการณ์: 25/07/2023

หน่วยงานที่ค้นพบบันทึกการรายงานอุบัติการณ์:

ประเภทสถานที่**:

เป็นอุบัติการณ์เรื่องใด**:

เป็นอุบัติการณ์เรื่องย่อยภายใน รพ. เชิงใด:

สรุปประเด็นปัญหา/การเกิดอุบัติการณ์**:

ระดับความรุนแรง**:

ผู้ได้รับผลกระทบ**: เพศ**: อายุ**: ปี (กำหนดให้ต่ำกว่า 6 เดือนให้เป็น 0 ปี ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปเป็นอื่น ๆ)

วันที่เกิดอุบัติการณ์**: วันที่ค้นพบอุบัติการณ์**:

ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์** เหว: หรือ เวลา:

แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติการณ์**:

รายละเอียดการเกิดเหตุ**:

เอกสารประกอบ: No file chosen

การจัดการเบื้องต้น**:

เอกสารประกอบ: No file chosen

© 2023 - All Rights Reserved The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization) Power by [RelationSoft Co.,Ltd]

ผ-2 แบบฟอร์มใบโอกาสพัฒนา

ใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโรงพยาบาลสูงเนิน (Incident Report) ID	
วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. หน่วยงานที่รายงาน..... หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง / คกก.	
ชื่อผู้ป่วย / ผู้ประสบปัญหาอายุ ปี เพศ () ชาย () หญิง HN AN.....	
โปรแกรมความเสี่ยง.....ประเภทความเสี่ยง..... ด้าน ()คลินิก () ระบบ,ทั่วไป ระดับ.....	
รายละเอียดเหตุการณ์	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
สาเหตุ	
.....	
.....	
การแก้ไขเบื้องต้น (ระดับ A-D)	
.....	
.....	
.....	
สรุปมาตรการ (กรณีระดับความรุนแรง E-I)	
AE /RCA	มาตรการที่ได้
รายชื่อผู้ทบทวนแพทย์/หัวหน้าฝ่ายผู้ทบทวน.....	
วันที่ทบทวน ส่งใบเสียง () ท้น ()ไม่ท้น การแก้ไข ()ท้น ()ไม่ท้น ผู้พิมพ์.....	

สถานะรายงาน : ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข

หน่วยงานที่รายงาน* : งานเภสัชกรรม
 ประเภทสถานที่** : ในพื้นที่ของโรงพยาบาล
 ชนิดสถานที่** : งานสนับสนุนทางการแพทย์
 สถานที่เกิดเหตุ : ห้องยา

เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเรื่องใด** : CPM203 Medication error : Pre-dispensing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการจัดเตรียมจ่ายยา)

ดูรายละเอียด

อุบัติการณ์ความเสี่ยงย่อย : ซัดยาไม่ครบจำนวน
 สรุปประเด็นปัญหา** : dexamethasone 6mg IV q 12 hr จัด 6amp
 ระดับความรุนแรง** :

ผู้ที่ได้รับผลกระทบ** : รายบุคคล เพศ** : ชาย อายุ** : 50 ปี (เลขของขึ้นน้อยกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 0 ปี ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี)

วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** : 03/07/2023 วันที่ค้นพบ : 03/07/2023

ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** เสร็จ : วันราชการ-เวรเช้า หรือ เวลา :

แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบ* : ขณะปฏิบัติงาน
 รายละเอียดการเกิดเหตุ* : dexamethasone 6mg IV q 12 hr จัด 6amp
 การจัดการเบื้องต้น* : แก้ไขให้ครบตามจำนวน

เป็นการแก้ไขปัญหาระดับ* : กลุ่มงาน
 กลุ่ม/หน่วยงานหลักที่แก้ไขปัญหา* : หน่วยงานเภสัชกรรม ต้องการระดมหน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหา

ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปัญหา :

วันที่ Login บันทึกการยืนยัน : 21/07/2023 วันที่แจ้งเหตุให้ผู้แก้ไขทราบ* : 21/07/2023

ผ-3 แบบทบทวนความเสี่ยงด้านคลินิกระดับ High Risk หรือ Moderate ที่สำคัญ

วันที่ทบทวนAE

หน่วยงานหลัก..... หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.....

ผู้ร่วมทบทวน

1.ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....

2.ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....

3.ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....

4.ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....

5.ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....

6.ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....

รายละเอียดเหตุการณ์ ผป. HN..... AN..... วันที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์.....

ผลกระทบหลังเกิดเหตุการณ์.....

สรุปผลจากการวิเคราะห์ RCA / ทบทวน		
ประเด็นที่ได้จากการทบทวน	Care Process	การแก้ไขระบบงานใหม่ที่ป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก

สรุปการปรับระบบที่เกิดขึ้น	
1.มาตรการเบื้องต้น (ภายใน 3 วัน กรณี High Risk) / แผนระยะสั้น	
2.มาตรการระยะยาว (การปรับปรุงระบบงานใหม่ที่ป้องกันการเกิด ปัญหาซ้ำอีก และการทำคู่มือ วิธีปฏิบัติ)	

ลงชื่อผู้สรุปรายงาน

เสนอ ผอก.ทราบ เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้องต่อไป

(.....)

ลงชื่อแพทย์ผู้ทบทวน.....

แนวทางการวิเคราะห์ RCA / ทบทวน

หัวข้อ
1. Care (การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ประเมิน วางแผน รักษา และการป้องกันความเสี่ยง)
2. Communication (การสื่อสารกับ ผป. และครอบครัว โดยให้ข้อมูลที่จำเป็นเพียงพอ ผป.เข้าใจโรค ทางเลือกการรักษา และการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง)
3. Continuity (การวางแผนการดูแลที่ต่อเนื่อง การเตรียม ผป.เพื่อให้ดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน)
4. Team (มีการเชิญวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องมาดูแลผป. มีหรือไม่ การทำงานเป็นทีมเป็นอย่างไร)
5. Human Resource (ความรู้และทักษะของทีมเพียงพอในการดูแลผป.อย่างมีคุณภาพหรือไม่ขาดทักษะอะไร)
6. Environment & Equipment (ความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม, ความเพียงพอของเครื่องมือ, อัตรากาลัง, การสนับสนุนจากฝ่ายบริหาร)
7. Record (มีการบันทึกเวชระเบียนที่สมบูรณ์ เพียงพอในการดูแลเป็นทีมได้อย่างต่อเนื่องหรือไม่ สามารถนำมาตัดสินคุณภาพการดูแลผป. หรือใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้หรือไม่)

ผ-4 วิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของปัญหา Root Cause Analysis

