คู่มือ
บริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลดอนตูม
จ.นครปฐม

2569

คำนำ

การบริหารความเสี่ยงเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ และเพิ่มความปลอดภัยในกระบวนการทำงานทุกด้านของโรงพยาบาล การบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลดอนตูม ปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานกระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งองค์กรให้มีการจัดการและดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องสอดคล้องกับการบรรลุตัวชี้วัดของหน่วยงานและยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลดอนตูมและผลักดันวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรให้ประสบความสำเร็จและยั่งยืน

นอกจากนี้เป็นการสนับสนุนให้บุคลากรได้พัฒนาความรู้ เกิดความเข้าใจ การบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน ระดับโรงพยาบาลครอบคลุมทุกพื้นที่ สามารถจัดการอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียน ร่วมกับทีมหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางป้องกัน แก้ไข เพื่อดูแนวโน้มนำมาใช้ประโยชน์สร้างความตื่นตัวทั่วทั้งองค์กรในการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้การดำเนินการเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยบุคลากรและประชาชนในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ตลอดจนการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

คณะกรรมการบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัย โรงพยาบาลดอนตูม
ตุลาคม ๒๕๖๘

สารบัญ

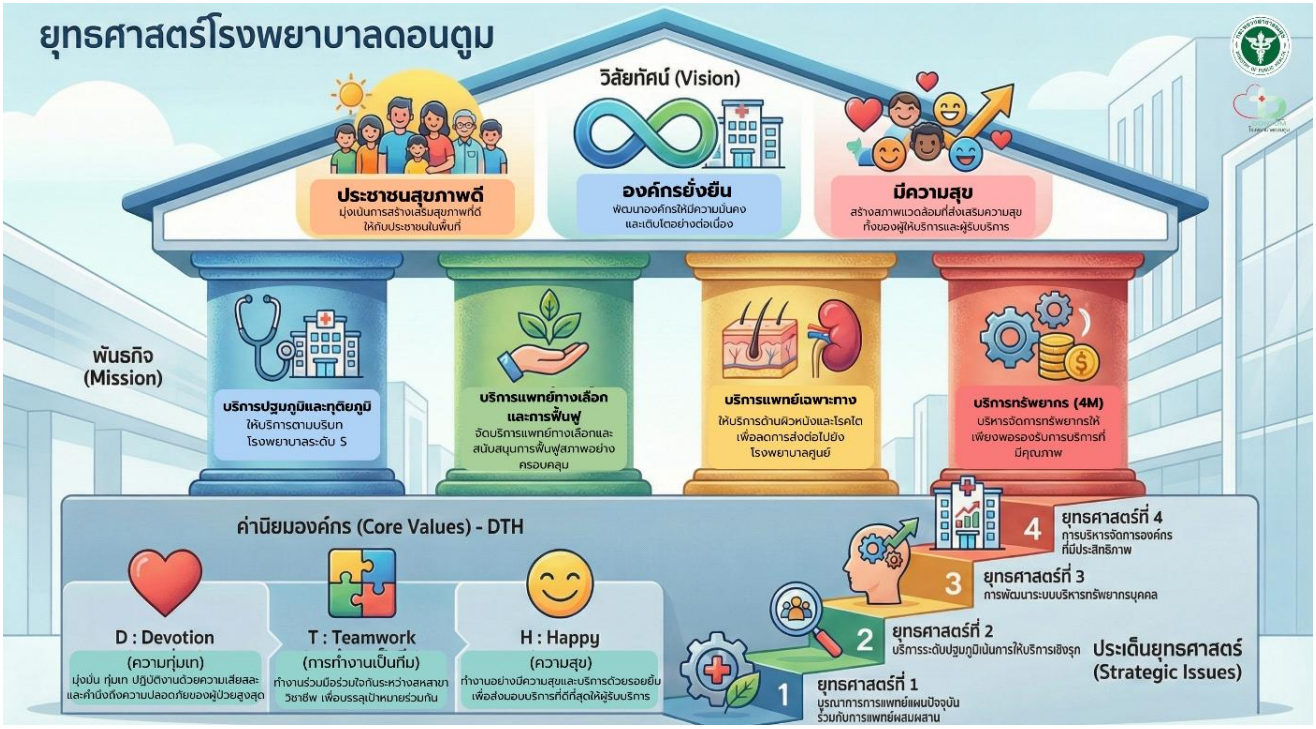
บทที่	หน้า
๑. บทที่ ๑ นโยบายของโรงพยาบาลดอนตูม	
- วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมองค์กร	๑
- จุดเน้น ด้านความปลอดภัย ปี ๒๕๖๙	๘
๒. บทที่ ๒ ระบบบริหารความเสี่ยง	
- วัตถุประสงค์	๑๐
- ขอบเขตการดำเนินงาน	๑๐
- เป้าหมาย	๑๑
- บทบาทหน้าที่	๑๑
- Flow Chart กระบวนการทำงาน	๑๓
- ขั้นตอนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์	๑๔
๓. บทที่ ๓ ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง	
- ขั้นตอนที่ ๑ การค้นหาความเสี่ยง	๑๘
- ขั้นตอนที่ ๒ ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง	๑๙
- ขั้นตอนที่ ๓ การจัดการ/จัดทำมาตรการเพื่อป้องกันความเสี่ยง	๓๐
- ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินผล (Evaluation)	๓๒
๔. บทที่ ๔ แนวทางในการจัดการความเสี่ยงตามลักษณะการเกิดอุบัติการณ์และระดับของความเสี่ยง	
- การแบ่งประเภทความเสี่ยง และกรอบเวลาการรายงาน	๓๓
- ความเสี่ยงรุนแรง (Sentinel Event)	๓๖
- แนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงรุนแรง	๓๗
- แนวทางการรายงานอุบัติการณ์	๓๘
- กระบวนการการจัดการความเสี่ยง	๓๙
- กลยุทธ์ในการบริหารความเสี่ยง	๔๐
- มาตรฐานสำคัญจำเป็น โรงพยาบาลดอนตูม	๔๑
๕. ภาคผนวก	
- บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile)	๔๓
- แบบบันทึกการวิเคราะห์หาสาเหตุราก (Root cause analysis: RCA)	๔๔
- Root Cause Analysis	๔๖
- วิธีการทำ Risk register ของหน่วยงาน	๔๘

- แบบฟอร์ม Risk Register ๕๒
- ตัวอย่างการจัด Risk Register หน่วยงาน (ส่วนที่ ๑) ๕๓
- ตัวอย่างการจัด Risk Register หน่วยงาน (ส่วนที่ ๒) ๕๔
- ตัวอย่างการจัด Risk Register หน่วยงาน (ส่วนที่ ๓) ๕๕
- คู่มือการใช้งาน ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System: HRMS) ๕๕
- บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงระบบ HRMS on Cloud ๗๓

บทที่ ๑

นโยบายของโรงพยาบาลดอนตูม

โรงพยาบาลดอนตูม ได้ดำเนินการบริหารความเสี่ยงมาอย่างต่อเนื่องและมีความมุ่งมั่นใน การผลักดันวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรให้ประสบความสำเร็จและยั่งยืน เพื่อให้การดำเนินการเกิด ประโยชน์แก่ผู้ป่วย บุคลากรและประชาชนในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ตลอดจนการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า จึงได้ดำเนินการพัฒนาให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ เข็มมุ่ง และจุดเน้นของโรงพยาบาล ดังนี้



โรงพยาบาลดอนตูม

นโยบายบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย ปี 2569

No Blame • No Shame

สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ลดการตำหนิ ไม่ปกปิดความผิดพลาด
กล้ารายงานเพื่อการพัฒนา

โรงพยาบาลดอนตูมมุ่งมั่นผลักดันวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร เพื่อประโยชน์แก่ผู้รับบริการและบุคลากรทุกคน โดยส่งเสริมการค้นหา รายงาน ทบทวน และจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ

1. บุคลากรทุกคนมีหน้าที่เฝ้าระวัง ค้นหา และรายงานความเสี่ยง พร้อมบันทึกผ่านระบบ HRMS on Cloud
2. ทุกหน่วยงานต้องค้นหา ทบทวน วิเคราะห์ วางแผนจัดการความเสี่ยง และติดตามผลลัพธ์
3. หัวหน้าหน่วยงาน/หัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงาน ต้องส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์ และวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis : RCA)
4. ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ดี "ลด ละ เลิก" การตำหนิ กล่าวโทษ และซ่อนความผิดพลาด
5. ส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์ ทั้ง Adverse Event และ Near Miss
6. บริหารจัดการข้อร้องเรียนอย่างรวดเร็ว เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ
7. ใช้ระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวัง จัดลำดับความสำคัญ จัดการความเสี่ยง และติดตามประเมินผล

ค้นหาเร็ว | รายงานไว | เรียนรู้ร่วมกัน | พัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ประกาศ ณ วันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2569

(นายนเรศ มณีเทศ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครชัยศรี ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนตูม

นโยบายการขับเคลื่อน 3P Safety

เรื่อง ความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน (Patient, Personnel and People Safety: 3P Safety) โดยมีเจตนารมย์ ดังนี้

๑. กำหนดให้มีเป้าหมายความปลอดภัยเป็น National and Personnal Safety และวางยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน

๒. สนับสนุนให้มี National incidents Reporting and Learning System ที่เกิดจากความร่วมมือของบุคลากรและหน่วยงานตั้งแต่ระดับพื้นที่ ส่วนภูมิภาค ส่วนกลาง และระดับประเทศ เพื่อพัฒนาเชิงระบบ

๓. ส่งเสริมให้ผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน มีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อความปลอดภัยในระบบบริการสาธารณสุขอย่างสร้างสรรค์

เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว โรงพยาบาลดอนตูม จึงได้กำหนดนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชน โดยมีเป้าหมายดังนี้

Patient Safety ผู้รับบริการปลอดภัย

- **Safe Surgery and Invasive Procedure** กระบวนการผ่าตัดที่ปลอดภัย
- **Infection and Preventive Control** การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อที่ปลอดภัย
- **Medication & Blood Safety** การใช้ยาและให้เลือดที่ปลอดภัย
- **Patient Care Process** กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย
- **Line Tubing & Catheter and Laboratory** การดูแลสายและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ปลอดภัย
- **Emergency Response** การตอบสนองภาวะฉุกเฉินที่พร้อมและปลอดภัย

Personal Safety บุคลากรปลอดภัย

- **Security and Privacy of Information and Social media** ข้อมูลและการสื่อสารที่ปลอดภัย
- **Infection and Exposure** การป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรที่ปลอดภัย
- **Mental Health and Mediation** การดูแลด้านจิตใจของบุคลากรที่ปลอดภัย
- **Process of Work** กระบวนการทำงานของบุคลากรที่ปลอดภัย
- **Lane (Ambulance) and Legal issues** การใช้รถพยาบาลฉุกเฉินที่ปลอดภัย
- **Environment and Working Conditions** สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับบุคลากร

People Safety ประชาชนปลอดภัย

- **Social Responsibility and Social Communication** สื่อสารและรับผิดชอบต่อสังคมเพื่อประชาชนปลอดภัย
- **Infection prevention, Information security, People Health Record** การปกป้องจากโรคติดต่อ คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ให้ข้อมูลสุขภาพที่เป็นระบบ เข้าถึงง่าย และปลอดภัย
- **Mental Support and Motivation** การเสริมสร้างสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง
- **Promotion and Prevention of Health, Customer Protection, Product safety** การส่งเสริมและป้องกันโรค
- **Lane (Road Safety) and Legal** การส่งเสริมการใช้ถนนอย่างปลอดภัย
- **Exercise and Environment Safety** การส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ดูแลสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่และปลอดภัย

จุดเน้น ด้านความปลอดภัย ปี 2569

- เสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาระบบรายงานและเรียนรู้จากเหตุการณ์อย่างเป็นระบบ
- ภาคีเครือข่ายร่วมสร้างความปลอดภัยทุกระดับ
- ผู้ป่วย บุคลากร และประชาชนมีส่วนร่วมเพื่อความปลอดภัยอย่างยั่งยืน

ความปลอดภัย คือ หัวใจของการดูแล

ร่วมกัน สร้างระบบบริการสุขภาพที่ปลอดภัย สำหรับทุกคน

โรงพยาบาลดอนตูม | 034-000-000 | www.dontumhospital.go.th

นโยบายโรงพยาบาลดอนตูม

เรื่อง การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

ประจำปี 2569

“ บริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย เพื่อผู้รับบริการ บุคลากร และองค์กร ”

โรงพยาบาลดอนตูมมุ่งมั่นพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ โดยส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับ มีส่วนร่วมในการค้นหา รายงาน วิเคราะห์ และจัดการความเสี่ยง เพื่อป้องกันความสูญเสียและยกระดับคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการดำเนินงาน

1. **พัฒนาความรู้และทักษะด้านการบริหารความเสี่ยง** แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง
2. **ประสานและเชื่อมโยงการป้องกันและจัดการความเสี่ยง** ระหว่างทีมและหน่วยงานต่าง ๆ
3. **ควบคุมและป้องกันความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบ** ต่อผู้รับบริการ บุคลากร ทรัพย์สิน สิ่งของ และชื่อเสียงขององค์กร
4. **ส่งเสริมการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก** ในทุกหน่วยงาน
5. **เฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง** พร้อมบูรณาการการดำเนินงานกับโปรแกรมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง
6. **ทุกหน่วยงานจัดทำบัญชีความเสี่ยง วิเคราะห์สาเหตุ** และกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
7. **สร้างวัฒนธรรมองค์กรด้านความปลอดภัย** ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการค้นหาและรายงานความเสี่ยง
8. **จัดให้มีระบบรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงที่ชัดเจน** โปร่งใส และไม่กล่าวโทษผู้รายงาน (No Blame Culture)
9. **มีระบบบริหารจัดการข้อร้องเรียนและเหตุการณ์ความเสี่ยง** อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และตรวจสอบได้
10. **พัฒนาระบบสารสนเทศและระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง** เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจและการบริหารจัดการเชิงรุก

เป้าหมายสำคัญ ปี 2569

- ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก
- รายงานอย่างรวดเร็ว
- วิเคราะห์สาเหตุอย่างเป็นระบบ
- จัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ
- พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทั้งองค์กร

“ทุกคนคือเจ้าของความเสี่ยง และทุกคนคือผู้สร้างความปลอดภัย ”

เรามุ่งมั่น เพื่อความปลอดภัยของทุกคน

- **ใส่ใจผู้รับบริการ** ปลอดภัยทุกกระบวนการ
- **ดูแลบุคลากร** ปลอดภัยในการทำงาน
- **ปกป้องทรัพย์สิน** และข้อมูลสำคัญ
- **รักษาชื่อเสียงองค์กร** ด้วยความโปร่งใส
- **ร่วมมือร่วมใจ** บริหารความเสี่ยง

“บริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ป้องกันความสูญเสีย ยกระดับคุณภาพบริการอย่างยั่งยืน ”

โรงพยาบาลดอนตูม
101 หมู่ 3 ต.ดอนตูม อ.ดอนตูม จ.นครปฐม 73150
034-000-000
www.dontumhospital.go.th
โรงพยาบาลดอนตูม

นโยบายโรงพยาบาลดอนตูม
เรื่อง การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

นโยบายการบริหารความเสี่ยงควรระบุแนวทางสำคัญที่ทุกระดับต้องปฏิบัติ ดังนี้

๑. พัฒนาความรู้ให้แก่บุคลากรด้านการบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง
๒. ประสานและเชื่อมโยงการป้องกันและจัดการความเสี่ยงระหว่างทีมและคร่อมสายงานต่าง ๆ
๓. ควบคุมและป้องกันความเสี่ยงทุกประเภทที่อาจเกิดขึ้นในโรงพยาบาล ทั้งต่อผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ ทรัพย์สิน สิ่งของ และชื่อเสียง
๔. ส่งเสริมให้มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกในทุกหน่วยงาน
๕. เฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงทุกประเภท พร้อมประสานการดำเนินงานของโปรแกรมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง
๖. ทุกหน่วยงานต้องจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง วิเคราะห์ และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
๗. สร้างวัฒนธรรมองค์กรด้านความปลอดภัยให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการค้นหาและรายงานความเสี่ยง
๘. เมื่อมีเหตุการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้น ให้มีระบบรายงานที่ชัดเจนตามลำดับขั้น และไม่ถือว่าผู้ที่รายงานมีความผิด
๙. มีแนวทางจัดการข้อร้องเรียนและความเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษร โดยต้องมีการรายงานและตอบสนองอย่างรวดเร็ว
๑๐. มีระบบสารสนเทศที่สะท้อนสถานการณ์ความเสี่ยงและระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ

นโยบายการขับเคลื่อน ๓P Safety
เรื่อง ความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน (Patient, Personnel and People Safety: ๓P Safety) โดยมีเจตนารมย์ ดังนี้

๑. กำหนดให้มีเป้าหมายความปลอดภัยเป็น National and Personnel Safety และวาง ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน
๒. สนับสนุนให้มี National incidents Reporting and Learning System ที่เกิดจากความร่วมมือ ของบุคลากรและหน่วยงานตั้งแต่ระดับพื้นที่ ส่วนภูมิภาค ส่วนกลาง และระดับประเทศ เพื่อพัฒนาเชิงระบบ
๓. ส่งเสริมให้ผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน มีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อความปลอดภัย ในระบบบริการสาธารณสุขอย่างสร้างสรรค์

เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว โรงพยาบาลดอนตูม จึงได้กำหนด นโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชน โดยมีเป้าหมายดังนี้

Patient Safety ผู้รับบริการปลอดภัย	**Personal Safety บุคลากรปลอดภัย**	**People Safety ประชาชนปลอดภัย**
Safe Surgery and Invasive Procedure กระบวนการผ่าตัดที่ปลอดภัย	Security and Privacy of Information and Social media ข้อมูลและการสื่อสารที่ปลอดภัย	Social Responsibility and Social Communication สื่อสารและรับผิดชอบต่อสังคมเพื่อประชาชนปลอดภัย
Infection and Preventive Control การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อที่ ปลอดภัย	Infection and Exposure การป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรที่ปลอดภัย	Infection prevention, Information security, People Health Record การปกป้องจากโรคติดต่อ คุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล ให้ข้อมูลสุขภาพที่ เป็นระบบ เข้าถึงง่าย และปลอดภัย
Medication & Blood Safety การใช้ยาและให้เลือดที่ปลอดภัย	Mental Health and Mediation การดูแลด้านจิตใจของบุคลากรที่ ปลอดภัย	Mental Support and Motivation การเสริมสร้างสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง

Patient Care Process กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย	Process of Work กระบวนการทำงานของบุคลากรที่ ปลอดภัย	Promotion and Prevention of Health, Customer Protection, Product safety การส่งเสริมและป้องกันโรค
Line Tubing & Catheter and Laboratory การดูแลสายและส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการที่ปลอดภัย	Lane (Ambulance) and Legal issues ประชาชนปลอดภัย	Lane (Road Safety) and Legal การใช้รถพยาบาลฉุกเฉินที่ปลอดภัย
Emergency Response การตอบสนองภาวะฉุกเฉินที่พร้อม และปลอดภัย	Environment and Working Conditions การส่งเสริมการใช้ถนนอย่าง ปลอดภัย	Exercise and Environment Safety สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับบุคลากร

จุดเน้น ด้านความปลอดภัย ปี ๒๕๖๙

เน้น Zero event โดยกำหนด Sentinel event (เหตุการณ์รุนแรง) ดังนี้

ความเสี่ยงทางคลินิค

1. ผู้ป่วยถูกทำร้ายร่างกายจากบุคคลภายนอกหรือเจ้าหน้าที่ระหว่างการรักษา
2. ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายภายในโรงพยาบาล
3. การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดผิดคน ผิดหมู่
4. การผ่าตัดผิดคน/ ผิดข้าง/ ผิดตำแหน่ง/การลืมอุปกรณ์หรือเครื่องมือคงค้างไว้ในตัวผู้ป่วย
5. ผู้ป่วยตกเตียง ตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป
6. ผลข้างเคียงจากการแพ้ยาซ้ำที่รุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป
7. มารดาเสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์จนถึง 42 วันหลังคลอด
8. ทารกคลอดตาย หรือ ทารกบาดเจ็บระหว่างการคลอด
9. การส่งคืนทารกผิดครอบครัว หรือขโมยทารกใน รพ.
10. อุบัติการณระดับ G H I หรือเหตุการณ์ในสื่อออนไลน์ (Social Media) ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาลหรือสุ่มเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง

ความเสี่ยงทั่วไป

1. อุบัติภัยที่คาดวาจะมีผลกระทบรายแรง ระดับ 4-5 เช่น ไฟไหม้หรือไฟฟ้า สารเคมีรั่วไหล เหตุระเบิด น้ำท่วมและอุบัติภัยอื่นๆ
2. ระบบไฟฟ้า/คอมพิวเตอร์/โทรศัพท์ ใช้งานไม่ได้ทั้งระบบในโรงพยาบาล 30 นาทีขึ้นไป
3. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS)หรือข้อมูลโรงพยาบาลถูกเจาะระบบหรือถูกโจมตีจากภายนอกโรงพยาบาล
4. การโจรกรรมทรัพย์สินในโรงพยาบาล ที่มีมูลค่าตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป
5. เจ้าหน้าที่ถูกคุกคาม/ถูกทำรายร่างกาย/ประสบอุบัติเหตุรุนแรง จากการปฏิบัติหน้าที่

โรงพยาบาลดอนตูม
DONTUM HOSPITAL

จุดเน้น ด้านความปลอดภัย

ปี 2569

เน้น Zero event

โดยกำหนด Sentinel event (เหตุการณ์รุนแรง) ดังนี้

ความเสี่ยงทางคลินิค

1. ผู้ป่วยถูกทำร้ายร่างกายจากบุคคลภายนอก หรือเจ้าหน้าที่ระหว่างการรักษา
2. ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายภายในโรงพยาบาล
3. การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ผิดคน ผิดหมู่
4. การผ่าตัดผิดคน/ ผิดข้าง/ ผิดตำแหน่ง/ การลืมอุปกรณ์หรือเครื่องมือคงค้างไว้ในตัวผู้ป่วย
5. ผู้ป่วยตกเตียง ตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป
6. ผลข้างเคียงจากการแพ้ยาซ้ำที่รุนแรง ตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป
7. มารดาเสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์ จนถึง 42 วันหลังคลอด
8. ทารกคลอดตาย หรือ ทารกบาดเจ็บ ระหว่างการคลอด
9. การส่งคืนทารกผิดครอบครัว หรือ ขโมยทารกใน รพ.
10. อุบัติการณระดับ G H I หรือเหตุการณ์ ในสื่อออนไลน์ (Social Media) ที่ก่อให้เกิด ความเสียหายต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล หรือสุ่มเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง

ความเสี่ยงทั่วไป

1. อุบัติภัยที่คาดว่าจะมีผลกระทบ รายแรง ระดับ 4-5 เช่น ไฟไหม้หรือไฟฟ้า สารเคมีรั่วไหล เหตุระเบิด น้ำท่วม และอุบัติภัยอื่นๆ
2. ระบบไฟฟ้า/คอมพิวเตอร์/โทรศัพท์ ใช้งานไม่ได้ทั้งระบบในโรงพยาบาล 30 นาทีขึ้นไป
3. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) หรือข้อมูลโรงพยาบาลถูกเจาะระบบ หรือถูกโจมตีจากภายนอกโรงพยาบาล
4. การโจรกรรมทรัพย์สินในโรงพยาบาล ที่มีมูลค่าตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป
5. เจ้าหน้าที่ถูกคุกคาม/ถูกทำร้ายร่างกาย/ ประสนอุบัติเหตุรุนแรง จากการปฏิบัติหน้าที่

ร่วมกันสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย "ไม่เกิดเหตุการณ์ ไม่เสียหาย เราทำได้"

ค้นหา	ประเมิน	ควบคุม	รายงาน	เรียนรู้	พัฒนา
ความเสี่ยงเชิงรุก	ความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ	และป้องกันความเสี่ยง	เหตุการณ์อย่างถูกต้อง	จากเหตุการณ์	อย่างต่อเนื่อง

ความปลอดภัยเองผู้ป่วยและบุคลากร คือหัวใจของการให้บริการ

034-000-000 www.dontumhospital.go.th โรงพยาบาลดอนตูม

บทที่ ๒ ระบบบริหารความเสี่ยง

การบริหารจัดการความเสี่ยงเป็นระบบการดำเนินงานอย่างเป็นมาตรฐาน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อผู้รับบริการ บุคลากร ชุมชน และสิ่งแวดล้อม โดยมุ่งเน้นการค้นหา วิเคราะห์ ป้องกัน และแก้ไขความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ เพื่อรองรับการดำเนินงานของโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับมาตรฐานคุณภาพการบริการของสถานพยาบาลในระดับประเทศและระดับสากล

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ชุมชน และสิ่งแวดล้อม
๒. เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจในระบบบริหารจัดการความเสี่ยง และมีการแก้ไขความเสี่ยงเชิงระบบอย่างมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตการดำเนินงาน

การดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลดอนตูมครอบคลุมกระบวนการดังนี้:

๑. กำหนดนโยบายและวางแผนเพื่อค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก
๒. กำหนดโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล และเชื่อมประสานโปรแกรมความเสี่ยงกับทีมที่เกี่ยวข้อง
๓. วิเคราะห์ความเสี่ยงของหน่วยงานภายในโรงพยาบาล และศึกษาทิศทางแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง
๔. ส่งเสริมการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยง พร้อมทั้งกำหนดมาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ
๕. ตอบสนองและแก้ไขปัญหาอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเหมาะสม
๖. ให้ความรู้แก่บุคลากรและหน่วยงานต่าง ๆ เกี่ยวกับการบริหารจัดการความเสี่ยง

เป้าหมาย

บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

๑. กำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในโรงพยาบาล
๒. กำหนดแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในโรงพยาบาล ครอบคลุมความเสี่ยงด้าน คลินิก, ความเสี่ยงทางด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม, ความเสี่ยงทางด้านอุปกรณ์ และเครื่องมือ, ความ เสี่ยงทางด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัยในหน่วยงาน, ความเสี่ยงทางด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัยในการทำงาน
๓. วางแผนการพัฒนาและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ ให้มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง
๔. ประสานงานกับทีมนำด้านต่างในโรงพยาบาลเพื่อจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
๕. ดูแลเรื่องพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่และระบบสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลเพื่อการบริการผู้ป่วย เป็นตัวแทนประสานในการบริหารจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานของตน
๖. ประเมินผลการดำเนินงานและการปฏิบัติตามนโยบาย
๗. งานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหน่วยงาน

๑. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน พิจารณาสั่งการและดำเนินการกรณีมีความเสี่ยงเกิดขึ้นในหน่วยงาน
๒. ค้นหาและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงภายในหน่วยงานและวางมาตรการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงที่ สำคัญ
๓. จัดระบบบริหารความเสี่ยงภายในหน่วยงาน
๔. ทบทวนและลงนามในใบบันทึกรายงานสำคัญ/อุบัติการณ์ภายในหน่วยงาน ก่อนส่งถึงผู้จัดการความเสี่ยง
๕. รับทราบสถิติข้อมูล เกี่ยวกับความเสี่ยงภายในหน่วยงานและร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานวิเคราะห์ ประเมินประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในหน่วยงาน
๖. นำเสนอข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานแก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

๗. สนับสนุนให้บุคลากรในบังคับบัญชาร่วมมือในการเฝ้าระวังและรายงานความเสี่ยง
๘. ทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อย่างสม่ำเสมอ
๙. รับนโยบาย แผนงาน และมาตรการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล

๑. ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคู่มือในการเฝ้าระวังความเสี่ยง และจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล
๒. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์/อุบัติการณ์เบื้องต้น
๓. บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไขความเสี่ยง อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นและรายงานผู้บังคับบัญชา ตามลำดับ
๔. รายงานความเสี่ยง เมื่อพบเห็น/วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

บทบาทหน้าที่ของศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

๑. รับข้อร้องเรียน
๒. ลดระดับอารมณ์ของผู้ร้องเรียน
๓. ลดระดับความรุนแรงของผู้ร้องเรียน
๔. ดำเนินการตามขั้นตอนการจัดเก็บข้อร้องเรียน

Flow Chart กระบวนการทำงาน
ระบบการบริหารความเสี่ยง

เกิดอุบัติการณ์ / ข้อร้องเรียน

ระดับความรุนแรง

Clinic: ระดับ A,B,C และ D
(NearMiss/Low Risk) : No Harm
Non Clinic: ระดับ 1-2

Clinic: ระดับ E และ F
(Moderate Risk)
NonClinic: ระดับ 3

Clinic: ระดับ G,H และ I
(High Risk) : Sentinel
Non Clinic: ระดับ 4-5

รายงานหัวหน้างาน

รายงานผลภายใน 24 ชั่วโมง
โดยรายงานตามลำดับชั้น ดังนี้
1. หัวหน้างาน (ในเวลาราชการ) / หัวหน้าเวร (นอกเวลาราชการ) และประธาน PCT
2. ประธานบริหารความเสี่ยง
3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

รายงานทันที
โดยรายงานตามลำดับชั้น ดังนี้
1. หัวหน้างาน (ในเวลาราชการ) / หัวหน้าเวร (นอกเวลาราชการ) และประธาน PCT
2. ประธานบริหารความเสี่ยง
3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

กรณีเหตุการณ์รุนแรงให้รายงานพร้อมกัน

รายงานอุบัติการณ์ผ่านระบบ HRMS

แก้ไขระดับหน่วยงาน

แก้ไขระดับ PCT / รพ.

After Action Review / Root Cause Analysis
เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา ปิดจบอุบัติการณ์ในระบบ

เสขานุการ RM รวบรวมอุบัติการณ์ ผลการทำ AAR/RCA

คกก.บริหารความเสี่ยงพิจารณาแนวทางการดำเนินการแก้ไขจากการทำ AAR/RCA และวางระบบป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ

จัดเก็บ/รวบรวมข้อมูลเอกสารประจำเดือนที่ศูนย์คุณภาพ

รายงานให้เร็ว พบเหตุการณ์ ให้รายงานทันที

สื่อสารครบถ้วน รายงานตามลำดับชั้น อย่างถูกต้อง

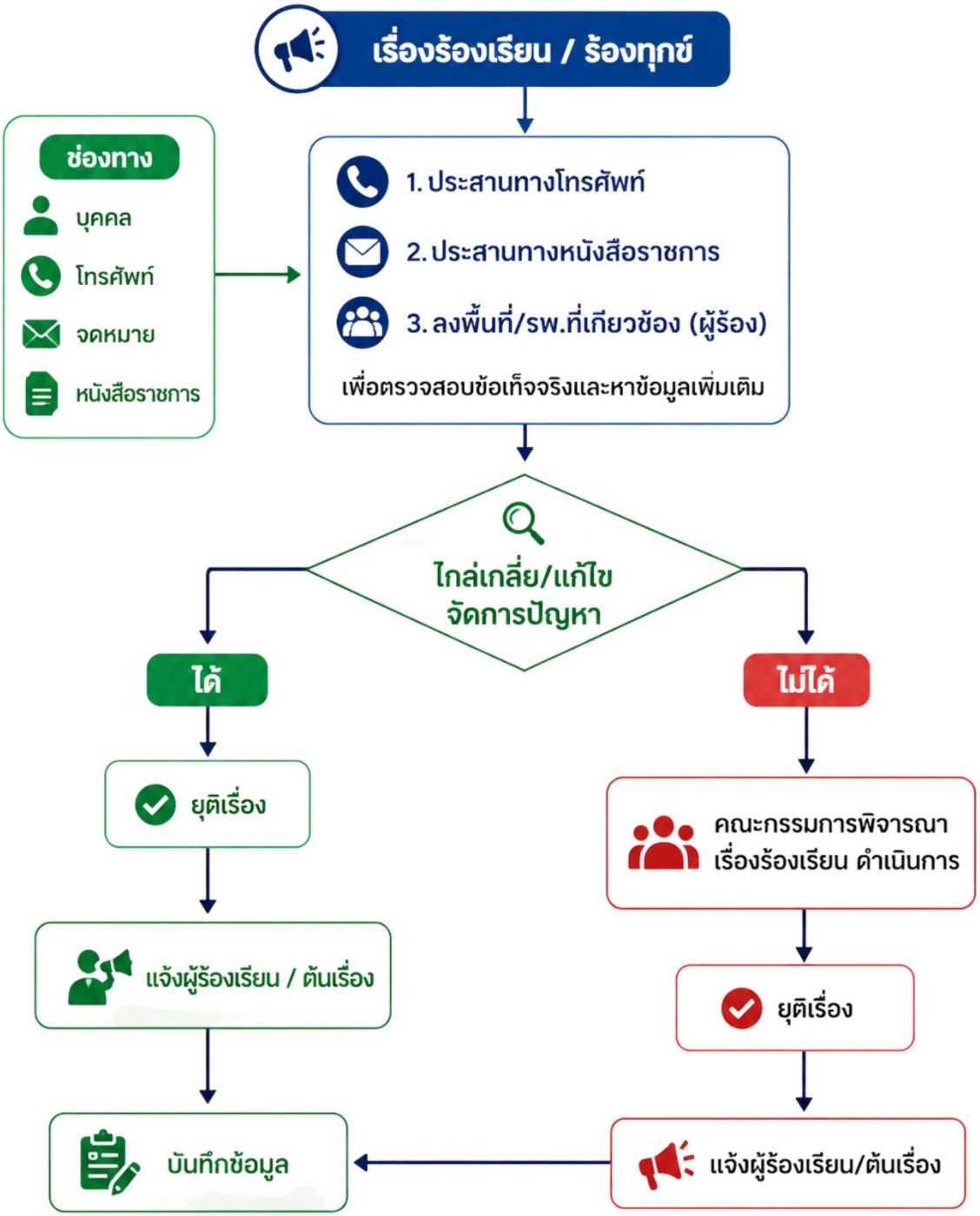
วิเคราะห์หาสาเหตุ ทำ AAR/RCA เพื่อแก้ไขปัญหา

ป้องกันซ้ำ วางระบบป้องกัน และเฝ้าระวัง

พัฒนาอย่างต่อเนื่อง เรียนรู้จากเหตุการณ์ เพื่อความปลอดภัย

"ร่วมกันสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย เพื่อผู้รับบริการ บุคลากร และองค์กร"

ขั้นตอนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน / ร้องทุกข์



DONTUM Hospital
โรงพยาบาลดอนตูม

คำจำกัดความ

๑. ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความสูญเสียหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ หรือเป็นเหตุการณ์ การกระทำใดที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งส่งผลกระทบหรือสร้างความเสียหาย (ทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน) หรือก่อให้เกิด ความล้มเหลว ลดโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมาย เช่น เกิดความสูญเสียที่เกิดกับผู้ใช้บริการ การสูญเสียรายได้ การเสื่อมเสีย ชื่อเสียง ความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บที่เกิดกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทำลายสิ่งแวดล้อม และการชดใช้ ค่าเสียหาย

๒. เหตุการณ์เกือบพลาด (Near miss) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่เกิดขึ้นเพราะแก้ไข/ป้องกันสถานการณ์ได้ทัน หรือด้วยความบังเอิญป้องกันได้ทันก่อนเกิดเหตุการณ์

๓. อุบัติการณ์ (Incident) (ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิด หรือ ก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล และ/หรือ คำร้องเรียน การสูญเสีย ความเสียหาย

๔. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) หมายถึง อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิด จากการดูแลรักษาและไม่ได้เป็นผลเสียสืบเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วยเอง อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ ระยะเวลาการรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรือเกิดความพิการ หรือเสียชีวิตตามมา

๕. บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งหน่วยงานที่ได้รวบรวม จัดทำขึ้นโดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ การสำรวจภายในหน่วยงานเพื่อเป็นประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวัง ทั้งในระดับหน่วยงานและโรงพยาบาล

๖. ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register) หมายถึง เอกสารที่ช่วยในการบริหารจัดการความเสี่ยงให้ครอบคลุมทุกขั้นตอน พร้อมทั้งมีการวางแผนในการป้องกัน การจัดการและประเมินผล เพื่อให้การบริหารจัดการความ เสียงมีชีวิต มีพลวัตร เห็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่เป็นระบบ

๗. การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) หมายถึง การค้นหา การประเมินความรุนแรงและการดำเนินการเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยง รวมทั้งการจัดการเมื่อเกิดปัญหาขึ้น และการประเมินผลเฝ้าระวังความเสี่ยง

๘. วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety culture) คือคุณลักษณะขององค์กรในด้านความปลอดภัยดังนี้
   - การรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีคามเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลั้ง
   - สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลั้งหรือ Near miss โดยไม่ต้อง หวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ
   - มีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันความล่อแหลมต่าง ๆ
   - ความเต็มใจขององค์กรที่จะสนับสนุนทรัพยากรเพื่อความปลอดภัย

๙. เหตุการณ์ที่พึงสังวร (Sentinel event: SE) หมายถึง เหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการคาดการณ์มา ก่อน ซึ่งมีผลทำให้เกิดความเสียหายจนถึงแก่ชีวิต หรือสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะอย่างถาวร หรือส่งผลกระทบ ต่อจิตใจอย่างรุนแรง โดยไม่มีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น รวมถึงเหตุการณ์ที่อาจทำให้เสื่อมเสีย ชื่อเสียงของโรงพยาบาล ถือเป็น อุบัติการณ์รุนแรง ที่ผู้ประสบเหตุการณ์ต้องรายงานหัวหน้างาน/ฝ่าย/หน่วยงานและ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนทราบทันทีหรือโดยเร็วที่สุด เพื่อแก้ไขเหตุการณ์ทันทีอย่างเหมาะสม และต้องแจ้งให้ผู้ปฏิบัติทราบโดยทั่วถึงกัน

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้กำหนดเหตุการณ์ความรุนแรงสูงสุด (Sentinel Event) ที่ต้อง รายงานทันที (ภายใน ๓ ชั่วโมง) ดังนี้

- ผู้ป่วยตกเตียง/พลัดตกหกล้ม เป็นเหตุให้บาดเจ็บรุนแรงหรือทรุดลง
- ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตาย
- ลักทรัพย์/ทรัพย์สินสูญหาย หรือกรรโชกทรัพย์
- ไฟไหม้ ไฟฟ้าช็อต ส่งผลให้เกิดความเสียหายหรือบาดเจ็บ
- เจ้าหน้าที่เกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานจนอาจพิการ/เสียชีวิต
- การประสบอุบัติเหตุของยานพาหนะโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ถูกข่มขู่ ทำร้าย ทะเลาะวิวาทหรือถูกประทุษร้าย
- ผู้ป่วยหนีออกจากโรงพยาบาล และไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยหรือญาติได้
- คอมพิวเตอร์แม่ข่ายล่ม โดยไม่ทราบสาเหตุนานเกิน ๓๐ นาที
- ไฟฟ้าดับและแก้ไขไม่ได้ นานกว่า ๑ ชั่วโมง
- ความผิดพลาด/ความเสียหายใด ๆ ที่มีโอกาสนำไปซึ่งการฟ้องร้อง/การเสื่อมเสียชื่อเสียงของ รพ.

บทที่ ๓ ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน

- ขั้นตอนที่ ๑ การค้นหาความเสี่ยง
- ขั้นตอนที่ ๒ ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง
- ขั้นตอนที่ ๓ การจัดการ/จัดทำมาตรการเพื่อป้องกันความเสี่ยง
- ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินผล

ขั้นตอนที่ ๑ การค้นหาและระบุความเสี่ยง

๑. การค้นหาจากอดีต
   - ศึกษาความสูญเสียของหน่วยงานที่ผ่านมา
   - เรียนรู้จากประสบการณ์หรือความผิดพลาดของคนอื่น
   - ทบทวนข้อร้องเรียนที่ผ่านมา

๒. การค้นหาเชิงรุก
   - ทบทวนกระบวนการหลักของงาน หาจุดที่อาจเกิดความเสี่ยง
   - ทบทวนเวชระเบียน, การตามรอยทางคลินิก (trigger tools)
   - การสำรวจความเสี่ยงหน่วยงานของผู้บริหาร ผู้เยี่ยมสำรวจภายใน/ภายนอก
   - การสำรวจหน้างานของทีมคร่อมสายงาน เช่น IC ENV Risk round
   - การสังเกตขณะปฏิบัติ ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม
   - ทบทวนข้างเตียง สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ
   - ทบทวน ๑๒ กิจกรรมทางคลินิก

๓. การค้นหาเชิงรับ จากบันทึกที่มีอยู่แล้ว เช่น
   - รายงานอุบัติการณ์
   - บันทึกประจำวันของหน่วยงาน
   - บันทึกข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่

หน่วยงานและโรงพยาบาลทำการค้นหารวบรวมความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้น รวบรวมและจัดทำบัญชีความ เสี่ยงของหน่วยงานและของโรงพยาบาล (Risk profile) จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง และวางมาตรการป้องกัน/ แก้ไข สื่อสารให้เจ้าหน้าที่รับทราบ และทบทวน Risk profile อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

ขั้นตอนที่ ๒ การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยงจะครอบคลุมตั้งแต่การจำแนกประเภทความเสี่ยง การประเมินระดับความรุนแรงและการ ประมวลผลข้อมูลความเสี่ยง

การจำแนกประเภทความเสี่ยงแบ่งเป็น ๒ ประเภท ได้แก่

๑. **ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk)** หมายถึง เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งเกิดใน กระบวนการให้บริการ การตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาล หรืออุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ แบ่งเป็น
   - ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk) หมายถึง เป็นความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยใน กระบวนการรักษาที่ไม่จำเพาะต่อโรคใดโรคหนึ่ง เช่น การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา, การให้เลือดผิดหมู่, ตกเตียง, ผล Lab/ X-ray ผิดพลาด เป็นต้น
   - ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk) หมายถึง เป็นความเสี่ยงเฉพาะตามกลุ่มโรค/ หัตถการที่สำคัญ หรือภาวะแทรกซ้อน โดยกำหนดโรคหรือหัตถการเป็นตัวตั้ง เพื่อพิจารณาว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยง อะไรบ้าง เช่น ภาวะ Hypoglycemia/DKA ในผู้ป่วยเบาหวาน

๒. **ความเสี่ยงทั่วไป (Non-clinical risk)** หมายถึง ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ ไม่พึงประสงค์ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์เครื่องมือ ข้อร้องเรียน

โปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล

ลำดับ	โปรแกรมความเสี่ยง	รายละเอียดความเสี่ยง	ทีมรับผิดชอบ
๑	ด้านระบบดูแลผู้ป่วย (Clinical Risk)	อุบัติการณ์จากกระบวนการดูแลผู้ป่วย เช่น การวินิจฉัยและการรักษาผิดพลาด ความปลอดภัยของผู้ป่วย การสื่อสาร/รายงานแพทย์ ความเสี่ยงในการคลอด ความเสี่ยงเฉพาะโรค การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและห้อง X-ray ภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด	PCT (Patient Care Team)
๒	ด้านการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Control Risk)	การติดเชื้อในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เช่น CAUTI (ติดเชื้อสายสวนปัสสาวะ) การติดเชื้อบริเวณ IV site เจ้าหน้าที่โดนเข็มทิ่มตำหรือของมีคม การระบาดของโรคติดเชื้อ	IC (Infection Control Team)
๓	ด้านยาและสารน้ำ (Medication Risk)	ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) การให้ยาผิดคน ผิดขนาด ผิดเวลา การเตรียมยาไม่ถูกต้อง ปฏิกิริยาระหว่างยา ความผิดพลาดจากการให้สารน้ำ	PTC (Pharmacy & Therapeutics Committee)

๔	ด้านสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม และข้อร้องเรียน (Ethical & Complaint Risk)	การเปิดเผยข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต ไม่ให้ข้อมูลหรือไม่ขอ Informed Consent การทอดทิ้งผู้ป่วย ปฏิเสธการรักษา ผู้ป่วยหนี/ไม่สมัครใจอยู่ การใช้คำพูดไม่เหมาะสม การร้องเรียนจากผู้ป่วย/ญาติ	องค์กรแพทย์ / องค์กรพยาบาล
๕	ด้านอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ (Medical Equipment Risk)	เครื่องมือจำเป็นไม่เพียงพอ เครื่องมือช่วยชีวิตไม่พร้อมใช้ การใช้เครื่องมือผิดวิธี ไม่ดูแลรักษา เครื่องมือเสียหายขณะใช้งาน	ทีมเครื่องมือแพทย์ / ฝ่ายบริหาร
๖	ด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย (Environmental & Occupational Risk)	อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย ไฟฟ้าดับ น้ำไม่สะอาด การจัดการขยะไม่ถูกต้อง พื้นลื่น อาคารชำรุด บาดเจ็บจากการทำงาน อันตรายจากสารเคมี	ENV (Environment & Safety Team)
๗	ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและเวชระเบียน (IT & Medical Record Risk)	เวชระเบียนสูญหาย บันทึกผิดคน เอกสารสำคัญผิดพลาด ออกใบรับรอง/ใบเสร็จผิด ส่งเอกสารล่าช้า ข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ระบบฐานข้อมูลขัดข้อง	งานเวชระเบียน / งาน IT / คณะกรรมการสารสนเทศ

การแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดกลุ่มความเสี่ยง

แยกระดับตามกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยง จากระบบการรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศ (National Reporting and Learning System) ดังนี้

๑. กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก และหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Personnel Safety Goals ของกลุ่ม อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป กำหนดระดับความรุนแรง เป็นระดับ A - I ตามรายละเอียดดังนี้

ระดับ	คำอธิบาย	การจัดกลุ่ม
A	(เกิดทันที) เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเอง สามารถปรับแก้ไขได้ ไม่มีผลกระทบถึงผู้ป่วย ผู้รับบริการ หรือบุคลากร รวมถึงเหตุการณ์ที่เสี่ยงที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน	เกือบพลาด / ความรุนแรงน้อยมาก (Near miss)
B	(เกิดทีหลัง) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้ว ส่งต่อเหตุการณ์ไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร	ความรุนแรงน้อย
C	(เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้ว มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร แต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย	ความรุนแรงน้อย
D	(เฝ้าระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเพิ่มเติม ยังไม่พบว่าเป็นอันตราย	ความรุนแรงปานกลาง
E	(ต้องรักษา) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตราย ชั่วคราว ต้องแก้ไข/รักษาเพิ่มเติมขึ้น	ความรุนแรงปานกลาง
F	(เยียวยานาน) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษานานกว่าปกติ หรือทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น	ความรุนแรงมาก

G	(ต้องพิการ) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ทำให้เกิดความพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ความเชื่อถือ และ/หรือมีการร้องเรียน	ความรุนแรงมาก
H	(ต้องการปั๊ม) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร มีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต หรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียง และ/หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายทางกฎหมาย	ความรุนแรงมากที่สุด
I	(ถ้าใจลว) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางสื่อ	ความรุนแรงมากที่สุด

๒. กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป ยกเว้นหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Personnel Safety Goals กำหนดและ แยกระดับความรุนแรงเป็นระดับ ๑ – ๕ ตามรายละเอียด ดังนี้

ลำดับ	คำอธิบาย	การจัดกลุ่ม
๑	ความผิดพลาดยังไม่เกิด แต่มีโอกาสเกิดความเสียหายได้ หรือเกิดความผิดพลาดขึ้นแต่ไม่มีผลกระทบต่อผู้รับบริการ/บุคลากรอย่างจริงจัง (*เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย ๐ – ๕,๐๐๐ บาท*)	เกือบพลาด / ความรุนแรงน้อยมาก (Near miss)
๒	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยมีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (*เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย ๕,๐๐๑ – ๒๐,๐๐๐ บาท*)	ความรุนแรงน้อย
๓	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบ (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (*เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย ๒๐,๐๐๑ – ๕๐,๐๐๐ บาท*)	ความรุนแรงปานกลาง
๔	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย กรณีเกิดอุบัติการณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่ไม่ใช่อุปกรณ์ช่วยชีวิต (*เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย ๕๐,๐๐๑ – ๑๐๐,๐๐๐ บาท*)	ความรุนแรงมาก
๕	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้องค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง กรณีเกิดอุบัติการณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและเป็นอุปกรณ์สำคัญในการช่วยชีวิต เช่น Ambu bag, Suction, Defibrillation, Laryngoscope หรือเกี่ยวข้องกับระบบสำคัญ (เช่น ระบบ Refer, รถ Emergency) (*เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย ๑๐๐,๐๐๑ บาทขึ้นไป*)	ความรุนแรงมากที่สุด

จัดกลุ่มตามระดับความรุนแรงเป็น ๕ ระดับ เพื่อใช้ในการรายงานความเสี่ยง

อุบัติการณ์	ระดับความรุนแรงทางคลินิก	ระดับความรุนแรงทั่วไป
๑. เกือบพลาด / ความรุนแรงน้อยมาก (Near miss)	A – B	๑
๒. ความรุนแรงน้อย	C – D	๒
๓. ความรุนแรงปานกลาง	E – F	๓

๔. ความรุนแรงมาก	G – H	๔
๕. ความรุนแรงมากที่สุด	I / Sentinel event	๕

การประเมินความเสี่ยง

เป็นการจำแนกและพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่มีอยู่โดยประเมินจาก โอกาสที่จะเกิด (Likelihood) และผลกระทบ (Impact) หรือความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)

ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยงในรูปแบบ Risk matrix ๕x๕

ความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)		**โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood)**				
		อาจเกิด 1 ครั้งใน 2-5 ปี	อาจเกิด 1 ครั้งต่อปี	เกิดเกือบทุกเดือน	เกิดเกือบทุกสัปดาห์	เกิดเกือบทุกวัน
		Remote (1)	Uncommon (2)	Occasional (3)	Probable (4)	Frequent (5)
I, 5	Catastrophic (5)	5	10	15	20	25
H, 4	Major (4)	4	8	12	16	20
G, 3	Moderate (3)	3	6	9	12	15
E-F, 2	Minor (2)	2	4	6	8	10
A-D, 1	Negligible (1)	1	2	3	4	5

***สีเขียว= เสี่ยงต่ำ, สีเหลือง=เสี่ยงปานกลาง, สีส้ม=เสี่ยงสูง, สีแดง=เสี่ยงสูงมาก**

ความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)	**คะแนน**
Negligible = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ A-D หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 1	1
Minor = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ E-F หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 2	2
Moderate = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ G หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 3	3
Major = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ H หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 4	4
Catastrophic = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ I หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 5	5
โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood)	**คะแนน**
Remote คือ โอกาสเกิดน้อยมาก อาจเกิดขึ้น 1 ครั้งในรอบ 2-5 ปี	1
Uncommon คือ เกิดเป็นครั้งคราวในรอบปี อาจเกิด 1 ครั้งต่อปี	2
Occasional คือ มีโอกาสเกิดหลายครั้งในรอบปี อาจเกิดเกือบทุกเดือน	3
Probable คือ มีโอกาสเกิดบ่อยในรอบเดือน อาจเกิดเกือบทุกสัปดาห์	4
Frequent คือ มีโอกาสเกิดเกือบจะทุกวัน	5

เมื่อนำ ความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence) คูณด้วย โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood) ตามตาราง Risk matrix จะได้เป็น Risk level คือระดับความสำคัญของความเสี่ยง จัดกลุ่มได้ ๔ ระดับ ได้แก่

๑. สีเขียว = ความเสี่ยงระดับต่ำ (Low risk)
๒. สีเหลือง = ความเสี่ยงระดับปานกลาง (moderate risk)
๓. สีส้ม = ความเสี่ยงระดับสูง (high risk)
๔. สีแดง = ความเสี่ยงระดับสูงมาก (Extreme risk)

การวิเคราะห์

๑. ให้แทนค่าคะแนนของโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ หรือความถี่และความรุนแรงของเหตุการณ์หรือผลที่จะเกิดตาม มา โดยเปรียบเทียบจากสถิติที่กำหนด
๒. นำค่าคะแนน ๒ มาคูณกันในตาราง
๓. นำผลคูณของค่าคะแนนที่ได้เทียบตามตาราง ว่าความเสี่ยงนั้นอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงใด (อยู่สีใด)
๔. หน่วยงานประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน โดยนำความเสี่ยงที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปาน กลางขึ้นไป จัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยง และรวบรวมเป็น Risk profile ของหน่วยงาน
๕. หน่วยงานและองค์กร ใช้ Risk level ในการจัดทำ Risk register

การจัดการความเสี่ยง

การจัดการกับความเสี่ยง ประกอบด้วยการควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย การควบคุมความเสี่ยง (Risk Control) เป็นความพยายามที่จะหยุดหรือลดความเสียหาย ซึ่งสามารถทำได้โดยใช้กลยุทธ์ ๕ ประการ ดังนี้:

๑. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) คือ การที่บุคคลหรือองค์กร ยุติการทำหน้าที่บางอย่างที่มีความ เสี่ยงสูง เช่น การปิดห้องคลอด, การปิดห้องผ่าตัด
๒. การผ่องถ่ายความเสี่ยง (risk transfer) คือ การที่มอบหมายให้บุคคล หรือองค์กรอื่นมาทำหน้าที่ที่มีความเสี่ยง แทน เช่น การส่งผู้ป่วยไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือเอกซเรย์นอกสถานที่ก็เป็นการผ่องถ่ายความเสี่ยงต่อการ วินิจฉัยผิดพลาดไปให้ด้วย
๓. การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) คือ การใช้มาตรการต่าง ๆ เพื่อลดโอกาส ที่จะเกิดอุบัติเหตุหรือ ความเสียหาย เช่น การป้องกันอุบัติเหตุ การใช้วัสดุทนไฟ และการฝึกซ้อมเมื่อเกิดอัคคีภัย
๔. การลดความสูญเสีย (loss reduction) คือ กลยุทธ์ที่ใช้เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้ว เช่น การสอบสวนและ การบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์เพื่อลดภาระการชดใช้ การให้ข้อมูลที่สมบูรณ์และตรงไปตรงมาเพื่อลดการเสีย ชื่อเสียง กลยุทธ์ที่สำคัญเพื่อลดความสูญเสียคือการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบปัญหาด้วยความใส่ใจทันที
๕. การแบ่งแยกความเสี่ยง (risk segregation) เป็นการกระจายความเสี่ยงออกไป ในรูปแบบต่าง ๆ หรือการมี ระบบสำรอง เช่น มีเครื่องกำเนิดไอน้ำ ๒ ใบ มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้า ๒ เครื่อง สิ่งเหล่านี้ไม่สามารถลดความเสี่ยงใน ตัวเองได้ แต่เมื่อรวมกันแล้วทำให้ ผลกระทบต่อองค์กรลดลง

การบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย (Risk Financing)

มีเป้าหมายที่จะจ่ายชดเชยเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้นแล้วอย่าง เหมาะสมและไม่กระทบต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหายทีมไกล่เกลี่ย จะเป็นผู้ สรุปปัญหา นำเสนอผู้บริหารสูงสุดและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาลร่วมกันพิจารณาชดเชยค่าเสียหายอย่างเหมาะสม

เพื่อให้มีการบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ กำหนดให้หน่วยงาน ทีมคร่อมสายงาน และองค์กร จัดทำ บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) และทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register)

ระดับหน่วยงาน

๑. รายการความเสี่ยงของหน่วยงาน ส่งทีม RM ทุกเดือน
๒. จัดทำ Risk profile ของหน่วยงานอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และรายงานทีม RM
๓. นำความเสี่ยงที่ค้นหาและประเมินระดับแล้วมาเรียงลำดับความสำคัญตั้งแต่ระดับ Extreme risk, High risk, moderate risk, และ Low risk
๔. วางแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญระดับ moderate risk ขึ้นไปโดยการระดมสมอง - วางแนวทางการจัดการเชิงระบบ - วิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Root Cause Analysis) - ในกรณีที่คาดว่าไม่สามารถจัดการได้ภายในหน่วยงานให้นำเสนอต่อผู้บังคับบัญชาเพื่อนำไปหาแนวทาง จัดการในระดับคระกรรมการคร่อมสายงาน เช่น PCT ENV IC ต่อไป
๕. นำข้อมูลมาสรุปจัดทำคู่มือสำหรับบุคลากรในหน่วยงาน ในการป้องกันและจัดการความเสี่ยง
๖. เฝ้าระวังและติดตามการดำเนินงานโดยดูจากรายงานอุบัติการณ์ และเครื่องชี้วัดที่มีการเก็บข้อมูล
๗. ทบทวนคู่มือ และมาตรการที่จัดทำไว้เป็นระยะ ๆ และเมื่อเกิดความเสี่ยงที่มีระดับผลกระทบรุนแรง
๘. จัดทำ Risk register สำหรับความเสี่ยงระดับ high risk ขึ้นไป หรือความเสี่ยงที่เกิดบ่อยแล้วต้องการติดตาม

ระดับโรงพยาบาล

๑. ทีม RM รวบรวมความเสี่ยงของทั้งองค์กร และจัดทำ Hospital risk profile อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
๒. จัดทำ Risk register ของโรงพยาบาล วางแนวทาง/มาตรการการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ

แนวทางในการรายงานและจัดการความเสี่ยงตามลักษณะการเกิดอุบัติการณ์ และระดับของความรุนแรง ดังนี้

๑. ความเสี่ยงเกือบพลาด (A-B, ๑) และความเสี่ยงรุนแรงน้อย (C-D, ๒)
   - ผู้ประสบเหตุแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และรายงานหัวหน้าหน่วยงานหรือหัวหน้าเวร
   - ให้เจ้าหน้าที่ที่พบเหตุลงบันทึกอุบัติการณ์ใน HRMS on cloud ได้ทันที
   - หรือให้ตัวแทนหน่วยงานบันทึกเหตุการณ์ผ่าน ระบบ HRMS on cloud
   - ทำการทบทวน/แก้ไข/วางมาตรการป้องกัน ภายในหน่วยงานหรือระหว่างหน่วยงาน
   - รวบรวมส่งทีม RM ภายใน ๑ เดือน
๒. ความเสี่ยงรุนแรงปานกลาง (E-F, ๓)
   - ผู้ประสบเหตุรายงานหัวหน้าหน่วยงานทันที ร่วมกันแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า
   - หากแก้ไขไม่ได้ ให้รายงานหัวหน้าฝ่าย/แพทย์เวร/แพทย์เจ้าของไข้ จัดการแก้ไขปัญหาต่อไป
   - บันทึกข้อมูลในระบบ HRMS on cloud

- ทบทวน ทำ RCA หามาตรการป้องกัน ภายใน ๒ สัปดาห์

๓. ความเสี่ยงรุนแรงมาก (G-H, ๔), ความเสี่ยงรุนแรงมากที่สุด (I, ๕) และ Sentinel event (SE)

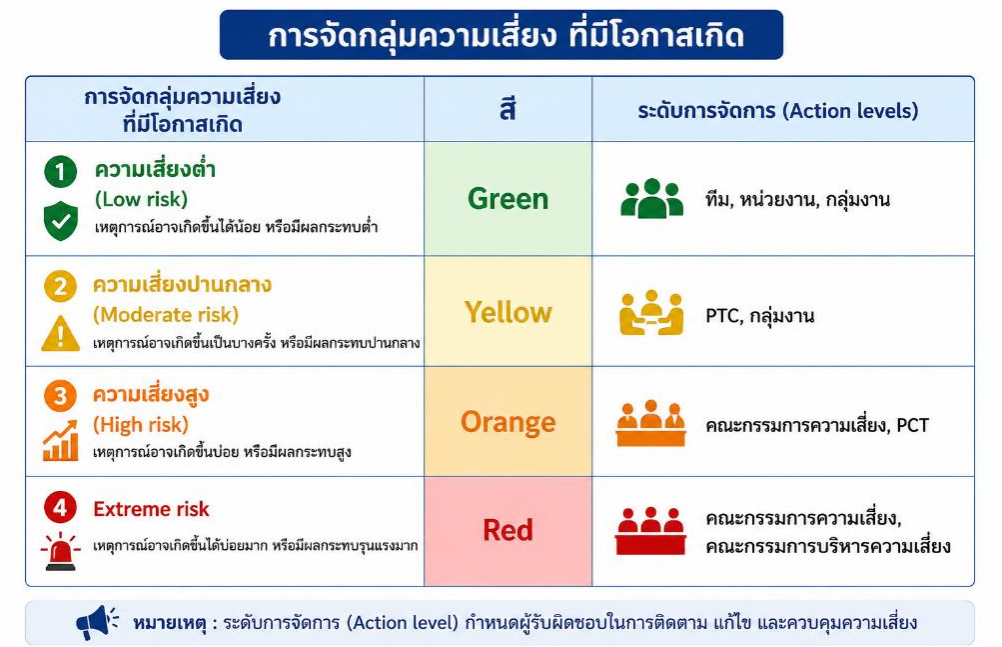
- ผู้ประสบเหตุรายงานแพทย์เวร/แพทย์เจ้าของไข้ ทันที, SE รายงานผอ. ทันที (ภายใน ๓ ชั่วโมง)
- ทีม RM ประสานทีมที่เกี่ยวข้อง แก้ไข/บรรเทาความรุนแรง ภายใน ๑ วัน
- บันทึกข้อมูลในระบบ HRMS on cloud
- ทบทวน ทำ RCA หามาตรการป้องกัน ภายใน ๗ วัน (SE ภายใน ๓ วัน)

ตารางแสดงแนวทางการรายงานและแก้ไข

ระดับความรุนแรง	ระยะเวลาการลงรายงานในระบบ	แนวทางการจัดการ	ระยะเวลาการวางมาตรการป้องกัน/ส่งรายงานการทบทวน	ระยะเวลาการติดตามผล
A–B ระดับ ๑ (Near miss)	รายงานได้ทุกวัน ภายใน ๑ เดือน	รวบรวมและดูแนวโน้มว่ามีความถี่สูงขึ้นหรือไม่ / วางมาตรการป้องกัน	ดูแนวโน้มความถี่	๓ เดือน
C–D ระดับ ๒	รายงานได้ทุกวัน ภายใน ๑ เดือน	ทบทวนหาแนวทางปฏิบัติ / จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน	ภายใน ๑ เดือน	๓ เดือน
E–F ระดับ ๓	ภายใน ๑ วัน	ดำเนินการทำ RCA และวางมาตรการป้องกัน/แก้ไข	ภายใน ๑๔ วัน	๑ เดือน
G–I ระดับ ๔–๕	ภายใน ๑ วัน	ดำเนินการทำ RCA และวางมาตรการป้องกัน/แก้ไข	ภายใน ๗ วัน	๒ สัปดาห์
Sentinel event	ภายใน ๑ วัน	ดำเนินการทำ RCA และวาง		

*อุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E และ ๓ ขึ้นไป ดำเนินการหา RCA และบันทึกการดำเนินงาน

การจัดกลุ่มความเสี่ยง ที่มีโอกาสเกิด



การวิเคราะห์

๑. ให้แทนค่าคะแนนของโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ หรือความถี่และความรุนแรง เหตุการณ์หรือผลที่จะเกิดตามมา โดยเปรียบเทียบจากสถิติที่กำหนดตามตัวแปรต่างๆ
๒. นำค่าคะแนน มาบวกหรือคูณกันในตาราง
๓. นำผลบวกหรือคูณของค่าคะแนนที่ได้เทียบตามตาราง ว่าความเสี่ยงนั้นอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงใด เช่น ความเสี่ยงเล็กน้อย (สีเขียว), ความเสี่ยงปานกลาง (สีเหลือง), ความเสี่ยงสำคัญ (สีส้ม), ความเสี่ยงสูง (สีแดง)

หน่วยงานประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน โดยนำความเสี่ยงที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสำคัญ และความเสี่ยงสูง จัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยง แก้ไขในระดับหน่วยงาน ระดับองค์กร และรวบรวมเป็น Risk Register ของหน่วยงาน

การประเมินระดับความรุนแรง ครอบคลุมถึงการจำแนกประเภท การประมวลผล เพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดอย่างเหมาะสม รวมไปถึงการจัดการความเสียหาย โดยมีลำดับของการประเมิน ดังนี้

๑. ประเมินความเสี่ยงก่อนเกิดเหตุ เช่น พิจารณาโอกาสเกิดอุบัติการณ์ว่ามีมากน้อยเพียงใด โอกาสเกิดความสูญเสีย สถานการณ์/สิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์
๒. ประเมินขณะเกิดเหตุ เป็นกระบวนการบันทึกและปรึกษาเพื่อจัดการบรรเทาความรุนแรง ซึ่งต้องเริ่มประเมินและปรึกษาทีมที่เกี่ยวข้องทันทีที่พบว่ามีอุบัติการณ์หรือความเสียหายที่เกิดขึ้น

การทบทวนความเสี่ยง เมื่อพบ AE ให้ทบทวน Care Process และ RCA สร้างแนวทางปฏิบัติใหม่เพื่อป้องกันความเสี่ยง

Care Process

๑. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access, Entry
๒. การประเมินผู้ป่วย Assessment (Investigation, Diagnosis)
๓. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย Plan of care, Discharge Plan
๔. การดูแลผู้ป่วย Care of patient (Re assessment) การดูแลผู้ป่วยทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง
๕. ได้ดูแลเหมาะสมตามมาตรฐาน
๖. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวInformation and Empowerment
๗. การดูแลต่อเนื่อง Continuity of Care มีระบบนัดหมาย มีระบบช่วยเหลือให้คำปรึกษามีการส่ง HHC

Root Cause Analysis (RCA) คือ การค้นหาสาเหตุเชิงระบบ โดย

๑. ผู้เกี่ยวข้อง ผู้มีความรู้ร่วมค้นหา
๒. ดูสถานการณ์จริง เอกสารรายงานเหตุการณ์ เวชระเบียน
๓. เปรียบเทียบระบบที่ปฏิบัติจริงกับระบบมาตรฐาน แนวทางปฏิบัติที่เป็น Best Practice
๔. เมื่อทราบจุดอ่อนของระบบ ควรปรับเปลี่ยนเพื่อพัฒนา

การทำ RCA ควรทำในกรณี

๑. อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง ควรทำ RCA เฉพาะสำหรับแต่ละครั้งที่เกิดเหตุการณ์
๒. อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงไม่มาก แต่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ควรเลือกนำมาทำ RCA ในภาพรวม
๓. อุบัติการณ์เกือบพลาด (Near miss) แต่ถ้าเกิดแล้วผลกระทบรุนแรง

Failure Modes and Effects Analysis (FMEA)

เป็นการประเมินความเสี่ยงในเชิงรุก เพื่อออกแบบ กระบวนการใหม่ให้มีความปลอดภัยมากขึ้น โดยไม่ต้องรอ ให้เกิดเหตุการณ์ก่อน

ขั้นตอน FMEA

๑. ระบุขอบเขตของระบบหรือกระบวนการ (Define Scope)
จะวิเคราะห์อะไร เช่น เครื่องมือแพทย์ ขั้นตอนการให้ยา การส่งต่อผู้ป่วย ฯลฯ
๒. ระบุขั้นตอน (List the Process Steps)
เขียนขั้นตอนของงานที่ต้องการวิเคราะห์เป็นลำดับ เช่น รับคำสั่งแพทย์ เตรียมยา การให้ยาแก่ผู้ป่วย
๓. หาความล้มเหลวที่อาจเกิดขึ้น (Identify Failure Modes)
ถามว่า “ขั้นตอนนี้อาจผิดพลาดอย่างไร?” เช่น เตรียมยาผิดชนิด ให้ยาช้ากว่ากำหนด
๔. วิเคราะห์ผลกระทบ (Identify Effects of Each Failure)
ถามว่า “ถ้าขั้นตอนนี้ล้มเหลว จะเกิดอะไรขึ้น” เช่น ผู้ป่วยได้รับยาผิด ⟶ เกิดอาการแพ้ ⟶ อันตรายถึงชีวิต
๕. วิเคราะห์สาเหตุ (Identify Causes)
เช่น อ่านฉลากผิด ไม่ตรวจสอบ ๕R ระบบไม่มี double-check
๖. ให้คะแนนความเสี่ยง (Risk Scoring) ใช้เกณฑ์ S-O-D

เกณฑ์การให้คะแนนมาตรฐานของ FMEA (Severity – Occurrence – Detection) ช่วงคะแนน: ๑–๑๐

Severity (S) — ความรุนแรงของผลกระทบ

1) Severity (S) — ความรุนแรงของผลกระทบ

คะแนน	ความหมาย
10	เกิดอันตรายรุนแรงถึงชีวิต, พิการถาวร, หรือ Sentinel Event
9	เกิด Harm รุนแรง ต้องรักษาเร่งด่วน/ICU
8	เกิด Harm ปานกลาง ต้องเฝ้าระวังใกล้ชิด/ขยายเวลารักษา
7	เกิด Harm เล็กน้อย ต้องให้การรักษาเพิ่มเติมเล็กน้อย
6	ส่งผลกระทบต่อการดูแลแต่ไม่รุนแรง เช่น ต้องประเมินซ้ำ
5	มีผลกระทบต่อกระบวนการ แต่ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
4	ผู้ป่วยได้รับความไม่สะดวกเล็กน้อย
3	เกิดเหตุการณ์ผิดพลาด แต่ไม่มีผลกระทบชัดเจน
2	ความคลาดเคลื่อนเล็กน้อย ไม่กระทบผู้ป่วย
1	ไม่มีผลกระทบหรือไม่ก่ออันตรายเลย

Occurrence (O) — โอกาสที่จะเกิดความล้มเหลว

2) Occurrence (O) — โอกาสที่จะเกิดความล้มเหลว

คะแนน	ความหมาย / ความถี่โดยประมาณ
10	เกิดขึ้นเป็นประจำ เกือบทุกวัน
9	เกิดทุกสัปดาห์
8	เกิดทุกเดือน
7	เกิดทุก 2–3 เดือน
6	เกิดปีละ 2–3 ครั้ง
5	เกิดปีละครั้ง
4	เกิด 1 ครั้งใน 2–3 ปี
3	เกิดน้อยมาก, 1 ครั้งใน 4–5 ปี
2	แทบไม่เกิด, 1 ครั้งใน 5–10 ปี
1	เป็นไปไม่ได้หรือไม่เคยเกิดขึ้น

การแปลความหมาย

- **10–9 คะแนน** เกิดบ่อยมาก (รายวัน–รายสัปดาห์)
- **8–7 คะแนน** เกิดเป็นประจำ (รายเดือน–ทุก 2–3 เดือน)
- **6–5 คะแนน** เกิดเป็นครั้งคราว (ปีละหลายครั้ง–ปีละครั้ง)
- **4–3 คะแนน** เกิดน้อย (ทุก 2–5 ปี)
- **2–1 คะแนน** เกิดได้ยากมาก หรือไม่เคยเกิดขึ้น

หลักการประเมิน | คะแนนยิ่งสูง = โอกาสเกิดเหตุการณ์ยิ่งมาก | คะแนนยิ่งต่ำ = โอกาสเกิดเหตุการณ์ยิ่งน้อย

Detection (D) — โอกาสตรวจพบก่อนเกิดเหตุ คะแนนมาก = ตรวจจับได้ยาก (เสี่ยงสูง)คะแนนน้อย = ตรวจจับได้ง่าย (เสี่ยงต่ำ)

3) Detection (D) — โอกาสตรวจพบก่อนเกิดเหตุ

หลักการประเมิน : คะแนนมาก = ตรวจจับได้ยาก (ความเสี่ยงสูง) | คะแนนน้อย = ตรวจจับได้ง่าย (ความเสี่ยงต่ำ)

คะแนน	ความหมาย
10	ไม่สามารถตรวจพบได้เลยก่อนเกิดเหตุ
9	โอกาสตรวจพบน้อยมาก แม้มีระบบป้องกัน
8	มักไม่ถูกตรวจพบจากระบบหรือบุคลากร
7	โอกาสตรวจพบน้อย ต้องพึ่งพาบุคคลเป็นหลัก
6	มีระบบตรวจสอบบางส่วน แต่ยังพลาดได้ง่าย
5	ตรวจพบได้บ้างจากกระบวนการปกติ
4	โอกาสตรวจพบดี แต่ยังมีโอกาสพลาด
3	ระบบสามารถตรวจพบได้เกือบทุกครั้ง
2	โอกาสตรวจพบสูงมาก มีระบบควบคุมชัดเจน
1	ตรวจพบได้แน่นอนก่อนเกิดเหตุผิดพลาด

สรุปเกณฑ์ FMEA Risk Score

เกณฑ์	ความหมาย	คะแนนสูงสุด (10)
S (Severity)	ความรุนแรงของผลกระทบ	รุนแรงมาก
O (Occurrence)	โอกาสเกิดความล้มเหลว	เกิดบ่อยมาก
D (Detection)	โอกาสตรวจจับได้ก่อนเกิดเหตุ	ตรวจจับไม่ได้

ระดับการตรวจจับ (Detection Level)

10–8 คะแนน	ตรวจจับได้ยากมาก
7–6 คะแนน	ตรวจจับได้ค่อนข้างยาก
5–4 คะแนน	ตรวจจับได้ปานกลาง
3–2 คะแนน	ตรวจจับได้ดี
1 คะแนน	ตรวจจับได้แน่นอน

สูตรคำนวณความเสี่ยง

$$RPN = S \times O \times D$$

(Severity) (Occurrence) (Detection)

- ค่า RPN ยิ่งสูง = ความเสี่ยงยิ่งสูง
- ต้องได้รับการจัดการก่อน

ใช้เป็นเครื่องมือช่วยจัดลำดับความเสี่ยง เพื่อกำหนดมาตรการควบคุมอย่างเหมาะสม

๗. วางแผนควบคุม/ป้องกัน (Recommend Actions)

กำหนดแนวทางลดความเสี่ยง เช่น ใช้ barcode ตรวจสอบยา มีเจ้าหน้าที่ ๒ คนตรวจสอ หรืออบรม บุคลากร

๘. ติดตามผลและปรับปรุง (Follow-up and Update)

ตรวจสอบว่าแนวทางที่ปรับปรุงแล้วลดความเสี่ยงจริงหรือไม่ทบทวน FMEA เป็นประจำหรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ ๓ การจัดการ/จัดทำมาตรการเพื่อป้องกันความเสี่ยง

โดยการใช้ประโยชน์ Risk matrix โดยความรับผิดชอบของหน่วยงาน

๑. ใช้ในการวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อกำหนดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงในการค้นหาความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงานมาทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงแต่ละหน่วยงาน
   - นำความเสี่ยงที่ค้นหาและประเมินระดับแล้วมาเรียงลำดับความสำคัญตั้งแต่ระดับ Extreme risk, High risk, moderate risk และ low risk
   - นำความเสี่ยง High risk ทุกเรื่อง และระดับ moderate risk ที่มีค่าคะแนน ≥๖ มาทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงตามแบบฟอร์ม
   - สื่อสารรายงานความเสี่ยงที่ค้นหามาได้และมาตรการที่วางไว้ให้บุคลากรในหน่วยงานถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด
๒. ช่วยในการตัดสินใจ ทำ Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) ในกรณี ค่าคะแนน Risk matrix ≥ ๖
๓. หน่วยงานจัดทำมาตรการเพื่อป้องกันความเสี่ยงกรณีที่วิเคราะห์ความเสี่ยงระดับ High risk และระดับอื่นที่มีค่า คะแนนตั้งแต่ ๖ ขึ้นไป
๔. ผลที่ได้คือ Risk Profile เชิงรุกของหน่วยงาน

การจัดการ/จัดทำมาตรการเพื่อป้องกันความเสี่ยง แบ่งเป็น ๓ ระยะ

<u>ระยะที่ ๑ ก่อนเกิดเหตุ</u> เป็นขั้นตอนการเตรียมความพร้อมองค์กรโดยต้องเตรียมความพร้อมระบบการบริหารความเสี่ยงให้มีความพร้อมในการจัดทำมาตรการขจัดหรือควบคุมภัยต่างๆเอาไว้ล่วงหน้า โดยมีขั้นตอนดังนี้

๑. กำหนดบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) ระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงานเพื่อวางแผนป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event)
๒. กำหนดรายการที่เป็นอุบัติการณ์สำคัญหรือรุนแรง (Sentinel Event) ที่ต้องรายงานผู้บริหารทันทีเพื่อการแก้ไขที่เหมาะสม
๓. วางแนวทางการจัดการ ดังนี้
   - การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่น การวางระบบการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ
   - การผ่องถ่ายความเสี่ยง เช่น การจ้างเหมาบริการในการซ่อมบำรุงเชิงป้องกันเครื่องมือทางการแพทย์และเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันความเสี่ยงโดยการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน เช่น การปฏิบัติการพยาบาล การให้ยา การเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ การวางระบบซ่อมบำรุงเชิงป้องกัน เช่น การสอบเทียบเครื่องมือฯ และการให้ความรู้แก่บุคลากรเพื่อตระหนักในการป้องกันความเสี่ยง
   - การแบ่งแยกความเสี่ยง เช่น ระบบสำรองไฟ ระบบสำรองเครื่องมืออุปกรณ์ การสำรองข้อมูล
   - วางระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง โดย มีระบบรายงานความเสี่ยงให้สามารถรายงานได้หลายช่องทาง สะดวก มีการสื่อสารย้อนกลับ และไม่เปิดเผยแก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกรณีที่เป็นความลับ จัดทำข้อมูลความเสี่ยงสื่อสารในองค์กร

<u>ระยะที่ ๒ ขณะเกิดเหตุ</u> เป็นขั้นตอนการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์เพื่อลดความ รุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ให้การดูแลรักษาทันที่ที่เกิดอุบัติการณ์กรณีเป็นความเสี่ยงทางคลินิก หรือ การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกรณีความเสี่ยงทั่วไป และพิจารณาการรายงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อการเจรจาไกล่เกลี่ย หรือรายงานผู้บริหารทันทีกรณี Sentinel Event เพื่อการช่วยเหลือในระดับที่เหมาะสม

<u>ระยะที่ ๓ หลังเกิดเหตุ</u> เป็นขั้นตอนของการลดความรุนแรงที่เกิดจากอุบัติการณ์ ดังนี้

๑. ลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ เป็นการดูแลแก้ปัญหาโดยการเอาใจใส่ ให้ข้อมูล ตรงไปตรงมาภายใต้การสื่อสารที่ทำให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน ประคับประคองจิตใจ ลดการฟ้องร้อง และติดตามประเมินผลภายหลัง
๒. การบริหารเงินชดเชยค่าเสียหาย กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหายโดยมีคณะ กรรมการบริหารโรงพยาบาลเป็นผู้พิจารณาให้เกิดความเหมาะสมและยุติธรรม

ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผล หมายถึง การนำเหตุการณ์ และความสูญเสียที่เกิดขึ้น มาตรวจสอบความเพียงพอของวิธีการที่ใช้ป้องกันความเสี่ยง ซึ่งสิ่งที่ต้องประเมิน ได้แก่

๑. การติดตามประเมินผลตัวชี้วัดทุกเดือนและประเมินผลระบบการบริหารความเสี่ยงทั้งระบบ

๒. การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ต้องตั้งคำถามว่า

- อุบัติการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไร ทั้งๆที่มีมาตรการป้องกันแล้ว
- อุบัติการณ์เป็นปัญหาเดี่ยวหรือเรื่องของระบบ มีโอกาสเกิดขึ้นได้อีกหรือไม่
- ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ๆเพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

๓. การทบทวนความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

๔. การสื่อสารการตอบสนองของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบว่าได้พิจารณาและให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ และทรัพย์สินของโรงพยาบาล

ลำดับ	ลำดับ/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
๑	จำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (ทั้งหมด/รุนแรง) - ความเสี่ยงด้านคลินิก - ความเสี่ยงทั่วไป	เพิ่มขึ้น
๒	สัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์ near miss/จำนวนรายงาน - ความเสี่ยงด้านคลินิก - ความเสี่ยงทั่วไป	๕๐%
๓	จำนวนอุบัติการณ์ระดับ G-I / ๔-๕ ไม่เกิดซ้ำ	๐/๐
๔	ร้อยละของอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ - High risk (ระดับ G-I) - Moderate Risk (ระดับ E-F) - Low risk (ระดับ D-C) - Near Miss (ระดับ A-B)	๑๐๐%
๕	อัตราหน่วยงานที่มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	๘๐%

บทที่ ๔
แนวทางการจัดการความเสี่ยงตามลักษณะการเกิดอุบัติการณ์และระดับความเสี่ยง

๑. ความเสี่ยงเกือบพลาดและความเสี่ยงรุนแรงน้อย

<u>ระดับ A–B, C–D และความเสี่ยงทั่วไประดับ ๑–๒</u>

เป็นอุบัติการณ์ที่ยังไม่เกิดอันตราย หรือเกิดผลกระทบเล็กน้อย สามารถแก้ไขได้ภายในหน่วยงาน

<u>แนวทางดำเนินการ</u>

- ผู้ประสบเหตุหรือเจ้าหน้าที่ที่พบเหตุ แก้ไขปัญหาเบื้องต้นทันที
- รายงานหัวหน้าหน่วยงานหรือหัวหน้าเวรรับทราบ
- บันทึกอุบัติการณ์ในระบบ HRMS on Cloud ได้ทันที โดยเจ้าหน้าที่ที่พบเหตุหรือตัวแทนหน่วยงาน
- หน่วยงานดำเนินการทบทวน แก้ไข และวางมาตรการป้องกันภายในหน่วยงาน หรือประสานระหว่างหน่วยงานตามความเหมาะสม
- หัวหน้างานยืนยันความเสี่ยงภายใน ๓ วันทำการ
- รวบรวมข้อมูลและส่งทีมบริหารความเสี่ยง ภายใน ๑ เดือน หรือตามกรอบเวลาที่กำหนด

<u>กรอบเวลาดำเนินการโดยสรุป</u>

- ระดับ A : ปรับปรุงเชิงป้องกัน ภายใน ๓๐ วัน
- ระดับ B–C : วิเคราะห์/ปรับขั้นตอนงาน ภายใน ๑๔ วัน
- ระดับ D : วิเคราะห์สาเหตุ ภายใน ๗ วัน
- ความเสี่ยงทั่วไประดับ ๑ : แก้ไขภายใน ๓๐ วัน
- ความเสี่ยงทั่วไประดับ ๒ : แก้ไขภายใน ๒๑ วัน

๒. ความเสี่ยงรุนแรงปานกลาง

<u>ระดับ E–F และความเสี่ยงทั่วไประดับ ๓</u>

เป็นอุบัติการณ์ที่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ระบบบริการ หรือคุณภาพการดำเนินงาน จำเป็นต้องมีการทบทวน วิเคราะห์สาเหตุ และกำหนดมาตรการป้องกันอย่างเป็นระบบ

<u>แนวทางดำเนินการ</u>

- ผู้ประสบเหตุรายงานหัวหน้าหน่วยงานทันที
- หัวหน้าหน่วยงานร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า
- หากไม่สามารถแก้ไขได้ ให้รายงานหัวหน้าฝ่าย แพทย์เวร หรือแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อดำเนินการแก้ไขต่อไป
- บันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ในระบบ HRMS on Cloud
- ดำเนินการทบทวน วิเคราะห์สาเหตุ หรือทำ RCA เพื่อกำหนดมาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ
- รายงานผลการแก้ไขและติดตามผลให้ทีมบริหารความเสี่ยงรับทราบ

<u>กรอบเวลาดำเนินการโดยสรุป</u>

- ระดับ E : ทำ RCA / วางแผนป้องกัน ภายใน ๗ วัน
- ระดับ F : ทำ RCA เต็มรูปแบบ ภายใน ๗๒ ชั่วโมง หรือ ๓ วัน

- ความเสี่ยงทั่วไประดับ ๓ : แก้ไขและรายงานผล ภายใน ๑๔ วัน

๓. ความเสี่ยงรุนแรงมาก ความเสี่ยงรุนแรงมากที่สุด และ Sentinel Event

<u>ระดับ G–H–I, ความเสี่ยงทั่วไประดับ ๔–๕ และ Sentinel Event: SE</u>

เป็นอุบัติการณ์ที่มีผลกระทบรุนแรงต่อผู้ป่วย บุคลากร องค์กร หรือภาพรวมของระบบบริการ ต้องดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน และมีการทบทวนเชิงระบบ

<u>แนวทางดำเนินการ</u>

- ผู้ประสบเหตุรายงานแพทย์เวรหรือแพทย์เจ้าของไข้ทันที
- กรณีเป็น Sentinel Event: SE ต้องรายงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันที หรือภายใน ๓ ชั่วโมง
- ทีมบริหารความเสี่ยงประสานทีมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อแก้ไข บรรเทาความรุนแรงและลดผลกระทบโดยเร็ว
- บันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ในระบบ HRMS on Cloud
- ดำเนินการทบทวน วิเคราะห์สาเหตุ หรือทำ RCA เพื่อกำหนดมาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ
- ความเสี่ยงระดับ ๔–๕ ต้องนำเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อพิจารณามาตรการแก้ไขและป้องกันเชิงระบบ

<u>กรอบเวลาดำเนินการโดยสรุป</u>

- ระดับ G : แก้ไขเร่งด่วน ทันที
- ระดับ H : หยุดกิจกรรมเสี่ยง และดำเนินการแก้ไข ทันที / ภายใน ๒๔ ชั่วโมง
- ระดับ I : วิเคราะห์เชิงระบบ ทันที
- ความเสี่ยงทั่วไประดับ ๔ : แก้ไขภายใน ๗ วัน
- ความเสี่ยงทั่วไประดับ ๕ : แก้ไข ทันที – ๓ วัน
- Sentinel Event: SE : ทำ RCA ภายใน ๓ วัน

สรุปขั้นตอนสำคัญที่ต้องปฏิบัติ

๑. ยืนยันความเสี่ยงภายใน ๓ วันทำการ
หัวหน้างานต้องยืนยันความเสี่ยงหลังได้รับรายงานเหตุการณ์ เพื่อให้ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน และสามารถติดตามแก้ไขได้

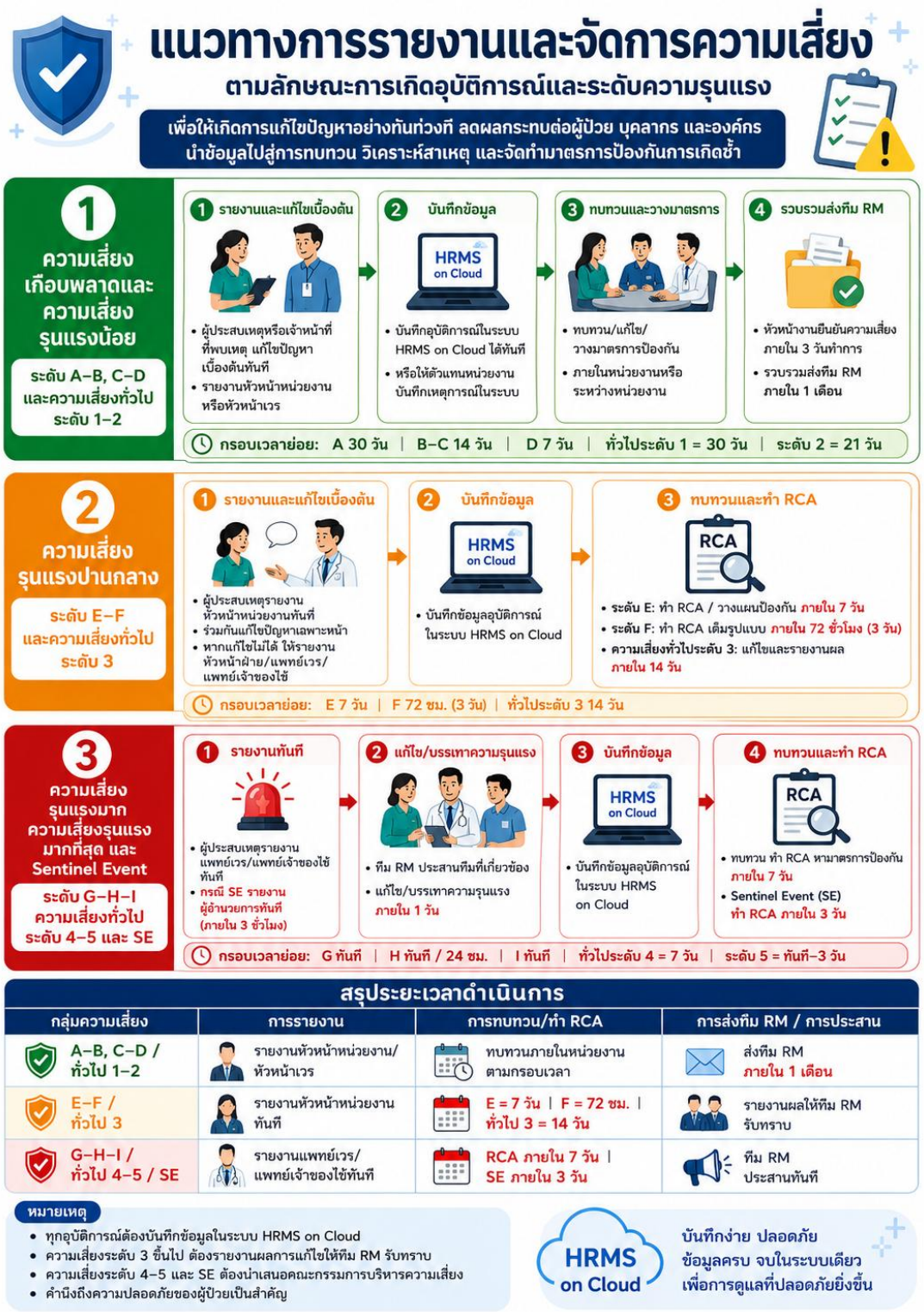
๒. รายงานและติดตามผล
ความเสี่ยงระดับ ๓ ขึ้นไป ต้องรายงานผลการแก้ไขให้ทีมบริหารความเสี่ยงรับทราบ

๓. นำเสนอคณะกรรมการ
ความเสี่ยงระดับ ๔–๕ และ Sentinel Event ต้องนำเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อพิจารณาแนวทางแก้ไขและมาตรการป้องกันเชิงระบบ

๔. บันทึกในระบบ HRMS on Cloud
ทุกอุบัติการณ์ต้องบันทึกข้อมูลในระบบ HRMS on Cloud พร้อมติดตามผลการแก้ไขตามกรอบเวลาที่กำหนด

หากมีสาเหตุเกิดจากหน่วยงานเดียว ให้หน่วยงานบริหารจัดการเอง โดยการทบทวนเพื่อหาแนวทางปฏิบัติ หากมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน ร่วมทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) เพื่อวางแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ทีมความเสี่ยงร่วมกับ หน่วยงานและทีมคร่อมสายงานต่างๆ ร่วมทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) เพื่อวางมาตรการป้องกันทันทีที่เกิดเหตุการณ์ มีการรายงานเหตุการณ์แก่ผู้อำนวยการหรือผู้แทนทันทีที่เกิดเหตุการณ์ เพื่อจัดการปัญหาเบื้องต้น และทบทวนแก้ไขปัญหาโดยวิเคราะห์หาสาเหตุเชิงระบบ



ความเสี่ยงที่ต้องรายงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันที (Sentinel Events)

ความเสี่ยงทางคลินิค

๑. ผู้ป่วยถูกทำร้ายร่างกายจากบุคคลภายนอกหรือเจ้าหน้าที่ระหว่างการรักษา
๒. ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายภายในโรงพยาบาล
๓. การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดผิดคน ผิดหมู่
๔. การผ่าตัดผิดคน/ ผิดข้าง/ ผิดตำแหน่ง/การลืมอุปกรณ์หรือเครื่องมือคงค้างไว้ในตัวผู้ป่วย
๕. ผู้ป่วยตกเตียง ตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป
๖. ผลข้างเคียงจากการแพ้ยาซ้ำที่รุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป
๗. มารดาเสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์จนถึง 42 วันหลังคลอด
๘. ทารกคลอดตาย หรือ ทารกบาดเจ็บระหว่างการคลอด
๙. การส่งคืนทารกผิดครอบครัว หรือขโมยทารกใน รพ.
๑๐. อุบัติการณระดับ G H I หรือเหตุการณ์ในสื่อออนไลน์ (Social Media) ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาลหรือสุ่มเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง

ความเสี่ยงทั่วไป

๑. อุบัติภัยที่คาดวาจะมีผลกระทบรายแรง ระดับ 4-5 เช่น ไฟไหม้หรือไฟฟ้า สารเคมีรั่วไหล เหตุระเบิด น้ำท่วมและอุบัติภัยอื่นๆ
๒. ระบบไฟฟ้า/คอมพิวเตอร์/โทรศัพท์ ใช้งานไม่ได้ทั้งระบบในโรงพยาบาล 30 นาทีขึ้นไป
๓. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS)หรือข้อมูลโรงพยาบาลถูกเจาะระบบหรือถูกโจมตีจากภายนอกโรงพยาบาล
๔. การโจรกรรมทรัพย์สินในโรงพยาบาล ที่มีมูลค่าตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป
๕. เจ้าหน้าที่ถูกคุกคาม/ถูกทำรายร่างกาย/ประสบอุบัติเหตุรุนแรง จากการปฏิบัติหน้าที่

DONTUM
โรงพยาบาลดอนตูม

แนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยง
Sentinel event (เหตุการณ์รุนแรง)
โรงพยาบาลดอนตูม

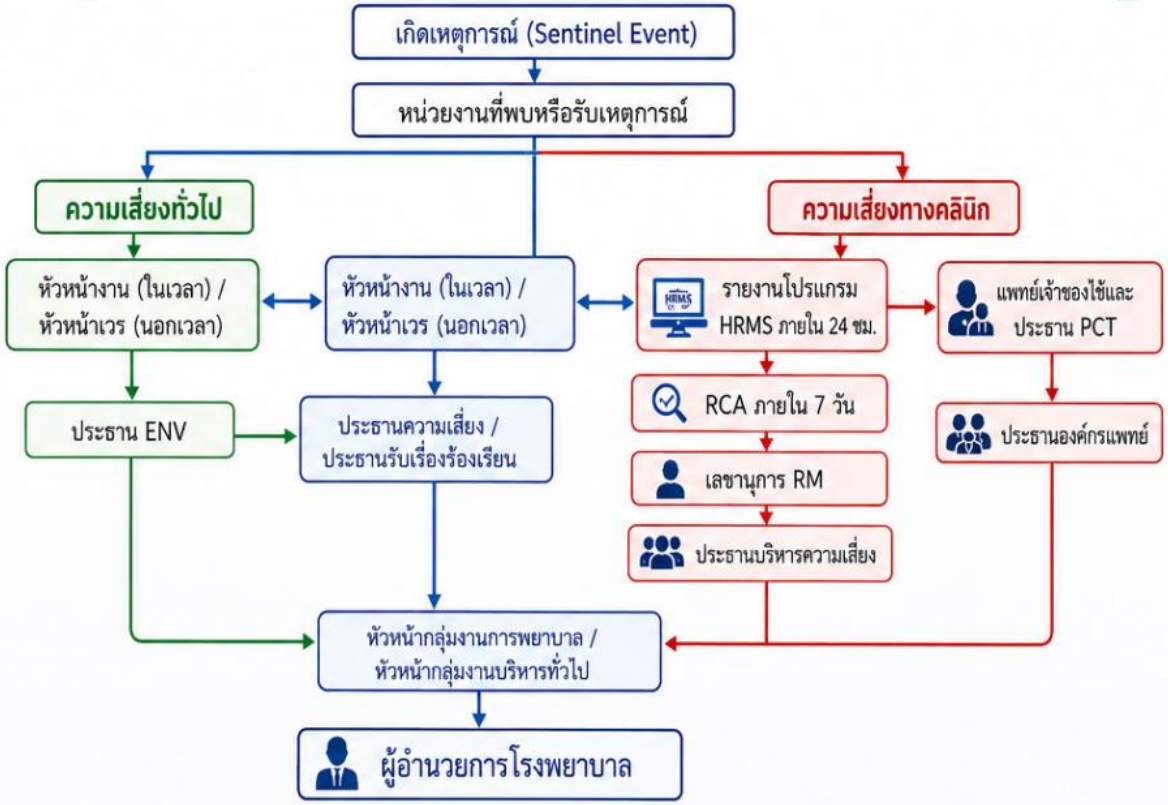
ความเสี่ยงทางคลินิก

1. ผู้ป่วยถูกทำร้ายร่างกายจากบุคลากรขณะมาหรือบริการหรือระหว่างการรักษา
2. ผู้ป่วยพลัดตกหลงเข้าหลกจากเตียงโรงพยาบาล
3. การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดผิดคน ผิดหมู่
4. การผ่าตัดผิดคน/ ผิดข้าง/ ผิดตำแหน่ง/ การสิ้นสุนท่าณ์ะเคือเครื่องมือผ่าตัดไว้ในตัวผู้ป่วย
5. ผู้ป่วยตกเตียง สิ้นเย่ระดับ E ขึ้นไป
6. ผลข้างเคียงจากการแพ้ทาทั่วที่รุนแรงขึ้งเย่ระดับ E ขึ้นไป
7. มารดาเสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์ทเดิน 42 วันหลังคลอด
8. ทารกคลอดตาย หรือ ทารกบ่าทเข้บระหว่างการคลอด
9. การส่งคินเการเกิดคลอดหรือ หรัดเสียบทารกใน รพ.
10. อุบัติการณ์ระดับ G H I หรือเหตุการณ์ไม่ผึ่ลจ่อนไลณ์ (Social Media) ที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อชื่อเสี่ยงของโรงพยาบาลหรือผึผลเสนต่อการฟ้องร้อง

ความเสี่ยงทั่วไป

1. อุบัติภัยที่เกิดจากระเบิดสาธวณรุนแรง ระดับ 4-5 เช่น ไฟไหม้หรือไฟฟ้าสาธารเกิ่ะไหม่ เหตุขะตใจ น้ำท่วม และอัคคีภัยอื่นๆ
2. ระบบไฟฟ้า/ คอมพิวเตอร์/โทรศัพท์ ใช้งานไม่ได้ทั้งหมดเป็นโรงพยาบาล 30 นาทีขึ้นไป
3. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) หรือข้อมูลโรงพยาบาลถูกกระทาณน หรือถูกโจมตีจากภายนอกโรงพยาบาล
4. การเจ็บายหรอเสียชีวิดเป็นจำนวนมาก เบื่องจากเชื้อดสือยาน ปิ00 บาทที่ใหม่
5. เจ้าหน้าที่ถูกคุกคาม/ ถูกทำร้ายร่างกาย/ประสบอุบัติเหตุรุนแรงจากการปฏิบัติหน้าที่

Flow Chart การบริหารจัดการความเสี่ยง Sentinel event



รายงานทันที • บันทึกใน HRMS ภายใน 24 ชม. • ทำ RCA ภายใน 7 วัน | ปลอดภัยไว้ก่อน แก้ไขไว ไม่เกิดซ้ำ

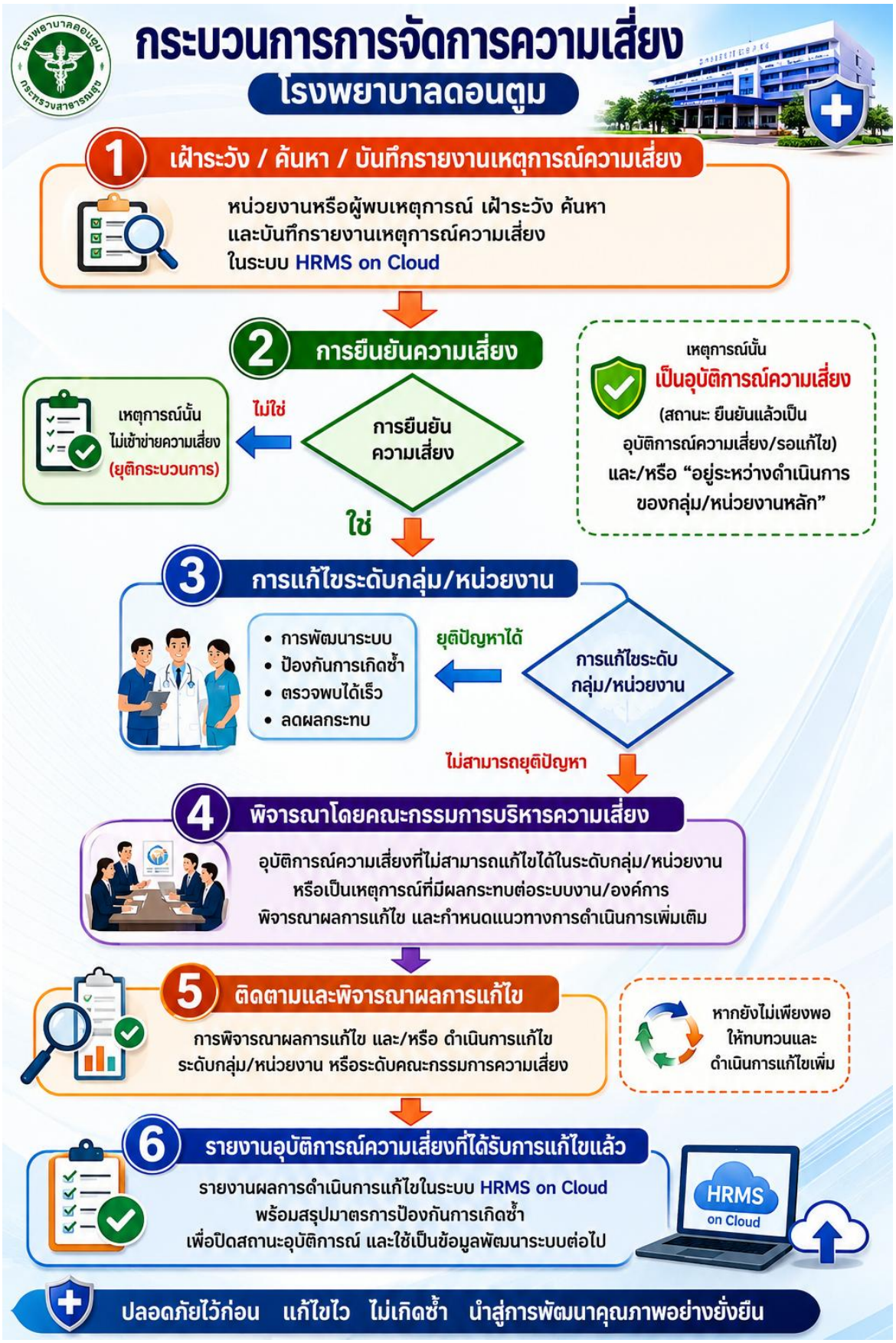
แนวทางการรายงานอุบัติการณ์

สรุปกรอบเวลาการรายงานและทบทวนอุบัติการณ์

ระดับอุบัติการณ์	ระดับความเสี่ยง	การแจ้งเหตุ	การบันทึกใน HRMS on Cloud	การบันทึกผลการทบทวน	การทบทวน/ปิด Case
A-B / Near Miss	Low Risk	แจ้งหัวหน้าหน่วยงาน	ภายใน 7 วัน	ภายใน 1 เดือน	กรรมการ RM ทบทวนความเหมาะสม
C-D / No Harm	Low Risk	แจ้งหัวหน้าหน่วยงาน	ภายใน 7 วัน	ภายใน 1 เดือน	กรรมการ RM ทบทวนความเหมาะสม
E-F / Incident & Harm	Moderate Risk	แจ้งหัวหน้าหน่วยงาน	ภายใน 3 วัน	ภายใน 7 วัน	ภายใน 14 วัน
G-H-I / Sentinel Event	High Risk	แจ้งหัวหน้า/ผู้บังคับบัญชา/ผอ. ทันที	ภายใน 24 ชั่วโมง	ภายใน 7 วัน	ภายใน 7 วัน

หมายเหตุ : กรณีที่ผู้เกี่ยวข้องยังทบทวนไม่สมบูรณ์ ทีม RM แจ้งกลับเพื่อทบทวนเพิ่มเติม และบันทึกรายงานเพิ่มเติมก่อนปิด Case

กระบวนการการจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลดอนตูม



กลยุทธ์ในการบริหารความเสี่ยง

รายการ	ระดับหน่วยงาน	ระดับทีมนำ	ระดับโรงพยาบาล
1 1. การค้นหาและรวบรวมความเสี่ยง	• ทบทวนกระบวนการหลัก • สำรวจสิ่งแวดล้อม • ทบทวนเวชระเบียน • ค้นหาข้อมูลจากข่าวและสื่อต่างๆ • ระดมสมองจากประสบการณ์ • ตรวจสอบและสอบเทียบมาตรฐานที่กำหนด • การตรวจการและการนิเทศ • การทบทวน 12 กิจกรรม	• จากระบบรายงานที่มีอยู่ • จากข้อมูลข่าวสาร สื่อ • จากระดมสมอง/ประสบการณ์ทีมงาน	• จากรายงานของหน่วยงานต่างๆ • จากรายงานของทีมนำต่างๆ • สำรวจ สัมภาษณ์หน่วยงาน • จากข่าวสาร สื่อต่างๆ • จากการเรียกร้องค่าเสียหาย/เสียงสะท้อน
2 2. การประเมินและวิเคราะห์	• ทำ Risk Register ระดับหน่วยงานแยกประเภท/ระดับ • จัดลำดับความสำคัญ	• ทำ Risk Register ระดับหน่วยงานแยกประเภท/ระดับ • จัดลำดับความสำคัญ	• ทำ Risk Register ระดับโรงพยาบาล
3 3. การจัดการความเสี่ยง - แนวทางการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ	• วิเคราะห์เหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (RCA) • ปัญหาคร่อมสายงาน ประสานส่ง RM แนวทาง/มาตรการ จัดทำคู่มือ • ติดตามผลการปฏิบัติ • ทบทวนคู่มือ/มาตรการที่กำหนดไว้เป็นระยะๆ	• วางมาตรการในการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ 5 ระดับทางคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป แจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติ	• มอบนโยบายและให้การสนับสนุนปัจจัยในการดำเนินการ • มอบหมายผู้รับผิดชอบแก้ไข
4 4. การประเมินผล	• ติดตามตัวชี้วัด • ทบทวนอุบัติการณ์ซ้ำ/เกือบพลาด	• ติดตามตัวชี้วัด • ทบทวนเชิงระบบ	• ติดตามตัวชี้วัด • ทบทวนเชิงระบบ

การบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ช่วยลดโอกาสการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ เพิ่มความปลอดภัย และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

มาตรฐานสำคัญจำเป็น โรงพยาบาลดอนตูม

มาตรฐานสำคัญจำเป็น	รายละเอียดการดำเนินงาน
1. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ 2. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSI 3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ 4. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event 5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด 6. การระบุผู้ป่วยผิดพลาด 7. ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค 8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ /พยาธิวิทยาผิดพลาด 9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	**สถานพยาบาลต้องดำเนินการดังต่อไปนี้** 1. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด 2. สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด 3. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบถึงตัวผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุราก 4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงให้ผู้เยี่ยมสำรวจ

ภาคผนวก

บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile)

หน่วยงาน.....โรงพยาบาลดอนตูม ประจำปี.....

จัดทำรายการความเสี่ยง=ความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน (ค้นหาทั้งความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น: ยังไม่เกิด และความเสี่ยง/อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว)

วิเคราะห์ ประเมินความเสี่ยง และการจัดระดับความเสี่ยง (ประเมินโอกาสเกิด ผลกระทบ จัดระดับความสำคัญตามตาราง risk matrix และนำมาวางมาตรการป้องกัน/แก้ไข เรียงลำดับตาม Risk level จากสูงมากไปต่ำ เติมสีเพื่อแยกให้ชัดเจน *สีเขียว=ต่ำ Low risk, สีเหลือง=ปานกลาง moderate risk, สีส้ม=สูง high risk, สีแดง= สูงมาก Extreme risk)

ลำดับ	รายการความเสี่ยง	การประเมินความเสี่ยง			ระดับความเสี่ยง Risk level*	มาตรการควบคุม/ป้องกัน/แก้ไขความเสี่ยง
		โอกาส (ความถี่) 1-5	ผลกระทบ (ความรุนแรง) 1-5	ผลคูณ 1-25		
ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical risk)						
1	จัดยาผิดชนิด (ตัวอย่าง)	5	1	5	ปานกลาง	1. จนท. อ่านฉลากให้ครบถ้วนก่อนจัดยา เช็คอีกครั้งหลังจัดยาเสร็จ 2. ชื่อยาในฉลากอ่านง่าย แยกความแตกต่างได้ 3. มีป้ายเตือน LASA และจัดชั้นวางยา LASA ให้ห่างกัน
2						
3						
4						
5						
ความเสี่ยงด้านทั่วไป (Non-clinical risk)						
1						
2						
3						
4						
5						

แบบบันทึกการวิเคราะห์หาสาเหตุราก (Root cause analysis: RCA)

หน่วยงาน/ทีมผู้รับผิดชอบหลัก.....

หน่วยงาน/วิชาชีพ/ทีมที่เกี่ยวข้อง.....

เรื่อง (เหตุการณ์สำคัญ).....

เลขอุบัติการณ์ใน HRMS.....วันที่เกิดเหตุ.....ระดับความรุนแรง.....

รายชื่อผู้ร่วมทบทวน วันที่..... สถานที่.....

๑) ..... ตำแหน่ง .....

๒) ..... ตำแหน่ง.....

๓) ..... ตำแหน่ง.....

๔) ..... ตำแหน่ง.....

๕) .....ตำแหน่ง.....

สรุปข้อมูลเหตุการณ์ (เกิดไรขึ้น เมื่อไร ที่ไหน ผลที่เกิดขึ้น การแก้ไขเบื้องต้น เหตุการณ์หลังการแก้ไขเบื้องต้น ร้อยเรียง เรื่องราวเหตุการณ์สำคัญ ความเสี่ยงด้านคลินิกระบุผู้ป่วยHN.....AN.....)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	สรุปวิเคราะห์สาเหตุส่วนที่เกี่ยวข้อง
ผู้ป่วย เช่น ☐การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ☐ความรุนแรง/ระยะของโรค ☐การรักษาที่ได้มาก่อนหน้า ☐ภาษาและการสื่อสาร ☐ความเชื่อ, ความรู้, แรงใจ	
ผู้ปฏิบัติงาน เช่น ☐ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่มีอยู่ ☐ขาดความรู้/ทักษะ ☐ละทิ้งหน้าที่ ☐ความอ่อนล้า สุขภาพกาย/ใจ ☐ภาระงานมาก	

สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	สรุปวิเคราะห์สาเหตุส่วนที่เกี่ยวข้อง
กระบวนการดูแลผู้ป่วย/กระบวนการทำงาน เช่น ☐การเข้าถึง/ประเมิน ☐การวางแผน/ดูแลผู้ป่วย ☐การให้ข้อมูลเสริมพลัง ☐การดูแลต่อเนื่อง ☐ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	
การสื่อสาร เช่น ☐ไม่ได้สื่อสารกับทีมที่เกี่ยวข้อง ☐ขาดการบันทึกข้อมูลสำคัญ ☐ปัญหาการ consult ☐ขาดการส่งต่อข้อมูลสำคัญ	
อุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น ☐ไม่มีอุปกรณ์/เครื่องมือจำเป็น ☐เครื่องมือไม่เพียงพอ ☐เครื่องมือชำรุด ไม่พร้อมใช้ ☐ความเที่ยงตรงของเครื่องมือ	
อาคาร/สถานที่/สิ่งแวดล้อม เช่น ☐สถานที่ไม่เหมาะสม ☐สิ่งแวดล้อมไม่เอื้อต่อการรักษา	
การนำองค์กร/หน่วยงาน เช่น ☐ขาดการสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณที่จำเป็น ☐โครงสร้างองค์กร การบังคับบัญชา	
ปัจจัยด้านอื่น ๆ	

สรุปมาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ หรือการออกแบบระบบงานใหม่

มาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ/ระบบงานใหม่	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
<u>แผนระยะสั้น</u>		
<u>แผนระยะยาว</u>		

Root Cause Analysis

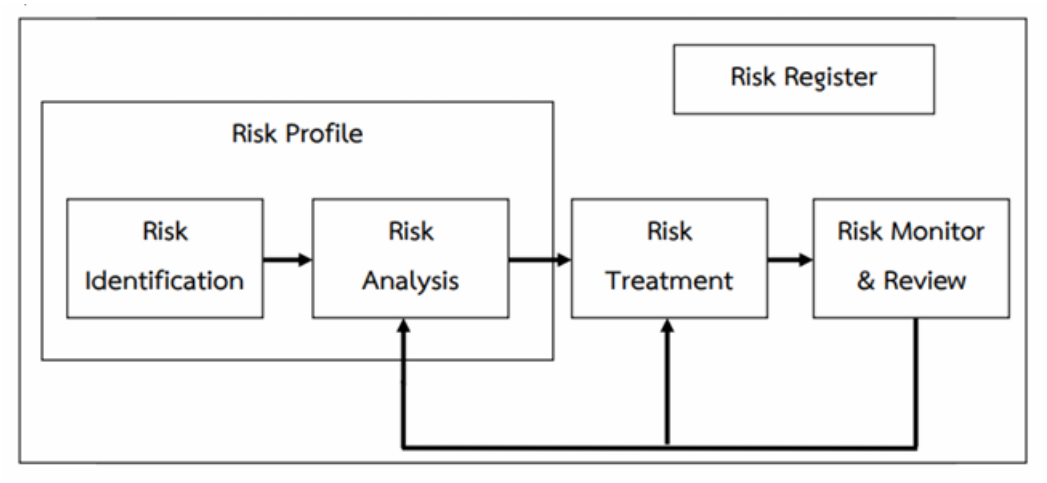
Process	Information	
๑. Story & Timeline	โรคอะไร? เป็นประเด็นความเสี่ยงอะไร? ช่วงเวลาใด? หน่วยงานใด?	
๒. Potential Change	ขั้นตอนสำคัญ:กระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการไหน?	
๓. Listen to Voice of Staff	ต้องการความช่วยเหลือและสิ่งอำนวยความสะดวกอะไรบ้าง? สิ่งที่ช่วยตัดสินใจในขณะนั้นคืออะไร?	
๔. Swiss Cheese	การเปลี่ยนแปลงเชื่อมโยงกับระบบงานสำคัญอะไร?	
๕. Creative Solution	ออกแบบระบบงานใหม่ อย่างไร? จะควบคุมกระบวนการ ประเมินผลอย่างไร?	

Timeline

๑๙.๐๐-๒๐.๐๐	๒๑.๐๐-๒๓.๐๐	๒๓.๐๐-๒๔.๐๐	๐.๐๐-๐๑.๐๐	๐๒.๐๐-๐๕.๐๐	๐๖.๐๐-๐๗.๐๐	๐๗.๐๐-๐๘.๐๐	๐๘.๐๐-๐๙.๐๐

วิธีการทำ Risk register

ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register) หมายถึง เอกสารที่ช่วยในการบริหารจัดการความเสี่ยงให้ครอบคลุม ทุกขั้นตอน พร้อมทั้งมีการวางแผนในการป้องกัน การจัดการและประเมินผล เพื่อให้การบริหารจัดการความเสียงมีชีวิต มี พลวัตร เห็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่เป็นระบบ ทุกหน่วยงาน/ทีมจัดทำ Risk Register (ทะเบียนจัดการความเสี่ยง) ผ่านโปรแกรม Excel อย่างน้อยปีละครั้ง



Risk register ประกอบด้วย ๔ ส่วน และมีรายละเอียดการจัดทำ ดังนี้

๑. Risk Identification

Risk Identification			
Risk ID	**Date Added**	**Risk Title**	**Risk Definition**
เป็นการระบุลำดับที่ของความเสี่ยงที่นำเข้า (โดยระบุเป็นหน่วยงานแล้วตามด้วยลำดับ)	ระบุวันที่นำความเสี่ยงเข้าทำ Risk register เช่น 1 ตุลาคม 2565	ระบุชื่อความเสี่ยงและเหตุการไม่พึงประสงค์เช่น แพ้ยาซ้ำ ตกเตียง Unplane cpr (หาได้จากคู่มือ HRMS)	เป็นการให้คำนิยามของความเสี่ยงเช่น PPH คือการตกเลือดหลังคลอดมากกว่า 500 ซีซี

การขึ้นทะเบียนความเสี่ยง ใช้ชื่อหรือลักษณะความเสี่ยงเป็นฐาน มิใช่อุบัติการณ์แต่ละครั้ง การระบุความเสี่ยง ไม่จำกัดเฉพาะอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น แต่ควรวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ไม่เคยเกิด แต่มีโอกาส เกิดได้

๒. **Risk Analysis** เป็นการวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิด (likelihood) และความรุนแรงหรือผลที่จะตามมา (consequence)

Risk Analysis		
Likelihood (frequency)	**Consequence (Impact)**	**Risk Level**
1-5	1-5	
โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงตามเกณฑ์	ระดับของผลกระทบหรือความรุนแรงตามเกณฑ์การประเมิน Matrix ของโรงพยาบาล	ระดับคะแนนที่เราใช้วิธีการคูณได้ตามเกณฑ์การประเมิน Matrix แทนด้วยสี

ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยงในรูปแบบ Risk matrix ๕x๕ ของโรงพยาบาลดอนตูม

ความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)		**โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood)**				
		อาจเกิด 1 ครั้งใน 2-5 ปี	อาจเกิด 1 ครั้งต่อปี	เกิดเกือบทุกเดือน	เกิดเกือบทุกสัปดาห์	เกิดเกือบทุกวัน
		Remote (1)	Uncommon (2)	Occasional (3)	Probable (4)	Frequent (5)
I, 5	Catastrophic (5)	5	10	15	20	25
H, 4	Major (4)	4	8	12	16	20
G, 3	Moderate (3)	3	6	9	12	15
E-F, 2	Minor (2)	2	4	6	8	10
A-D, 1	Negligible (1)	1	2	3	4	5

***สีเขียว= เสี่ยงต่ำ, สีเหลือง=เสี่ยงปานกลาง, สีส้ม=เสี่ยงสูง, สีแดง=เสี่ยงสูงมาก**

สีแดง เป็นความเสี่ยงที่ต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุกครั้งที่เกิดอุบัติการณ์หรืออย่างน้อยทุก ๓ เดือน
สีส้ม เป็นความเสี่ยงที่ต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุก ๓ เดือน
สีเหลือง เป็นความเสี่ยงที่ต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุก ๖ เดือน
สีเขียว เป็นความเสี่ยงที่ต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุกอย่างน้อยทุกปี

๓. Risk Treatment Plan

Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง เพื่อถ่ายโอนความเสี่ยงหรือวิธีการป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัดในการติดตาม/การติดตามอุบัติการณ์	การบรรเทาความเสียหาย เช่นการใช้ม.41การเจรจา หรือการให้การรักษาเพื่อบรรเทาผลกระทบจากอุบัติการณ์ให้ลดลงให้บรรเทาลง	การหาวิธีการใหม่ ๆ คำตอบใหม่เพื่อให้การป้องกันการเกิดอุบัติการณ์นั้น หรือทำให้ดีขึ้น หรือEvidense based ใหม่เพื่อลด ป้องกันการเกิดอุบัติการณ์

- Risk Prevention กำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม หมายถึง มาตรการป้องกันที่เราใช้ในปัจจุบัน ระบุมาตรการป้องกันที่ความเฉพาะเจาะจงกับความเสี่ยงนั้น ๆ
- Risk monitor เป็นการกำหนดว่าจะเฝ้าติดตามตัววัดหรือข้อมูลอะไรเพื่อให้สามารถตรวจพบความเสี่ยง ได้ไวยิ่งขึ้น
- Risk mitigation หมายถึง การปฏิบัติและหรือกระบวนการดูแลที่บรรเทาความรุนแรงความเสียหาย ถ้า เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้น
- QI Plan เพื่อหาคำตอบใหม่ ๆ หรือทำให้ดีขึ้น (มาตรการใหม่) หมายถึง ขั้นตอนใหม่ หรือสิ่งใหม่ที่เราต้องการพัฒนาขึ้น เพื่อลดโอกาสเกิด ลดความรุนแรงของความเสี่ยงที่นำมาขึ้นทะเบียน อีกทั้งสิ่งที่ต้องการสร้างขึ้นใหม่ต้องสัมพันธ์กับผลการทบทวน ใน result of review เมื่อนำ QI plan ไปปฏิบัติ ใน ไตรมาสถัดไปจะกลายเป็นมาตรการป้องกัน

๔. Risk Monitoring & Review

Risk Monitoring & Review			
Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review
กำหนดผู้รับผิดชอบความเสี่ยงที่จะนำมาขึ้นทะเบียน risk register หรือคณะกรรมการ เพื่อกำกับติดตาม และประเมินผล	ความถี่ในการทบทวนความบ่อย ถี่ในการทบทวนอาจกำหนดเป็นทุกเดือนหรือไตรมาส หรือทุกครั้งที่เกิดหรือร่วมกันขึ้นกับลักษณะอุบัติการณ์และบริบทแต่ละองค์กร	วันที่ทบทวน	เป็นผลการทบทวนจากการปฏิบัติในมาตรการการ ป้องกัน, การปฏิบัติตาม CPG ,แนวทางที่วางไว้ แนวทางการบรรเทาความเสียหาย, การติดตามประเมินผล ว่าผลการปฏิบัติเป็นอย่างไรบ้างมีโอกาสพัฒนา ทำได้ดีเพียงใด นอกจากนี้เป็นการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อสรุปหาสาเหตนั้น คือเชื่อมต่อกับการทำ RCA จากการทบทวนครั้งสุดท้าย และผลการทบทวนทั้งหมดนำมาส่กูารวิเคราะห์ พื่อกำหนด QI plan ต่อไป

- Risk owner คือ บุคคลหรือทีมที่ได้รับ Authority เพื่อจัดการกับความเสี่ยงใดความเสี่ยงหนึ่งและออก หน้ารับผิดชอบ (Accountable) ในการทำหน้ากำกับติดตามและประเมินผล โดยผู้รับผิดชอบความเสี่ยง (risk owner) แต่ละตัว มีหน้าที่ประสานงานกับระบบงานปกติที่หน่วยงานต่างๆ ทำอยู่แล้วในการ รายงานความเสี่ยงและการทำ RCA มิได้มาทำหน้าที่แทน

- Review frequency คือ ความบ่อย ถี่ในการทบทวนอาจกำหนดเป็นทุกเดือนหรือไตรมาส หรือทุกครั้งที่ เกิด
- Date last review คือ วันที่ ที่เราทบทวนเหตุการณ์นี้ครั้งสุดท้าย
- Result of review เป็นผลการทบทวนจากการปฏิบัติในมาตรการการป้องกัน การปฏิบัติตาม CPG, แนวทางที่วางไว้ในแนวทางการบรรเทาความเสียหาย การติดตามผลว่าผลการปฏิบัติเป็นอย่างไรบ้าง มี โอกาสพัฒนาทำได้ดีเพียงใด นอกจากนี้เป็นการทบทวนอุบัติการณ์เกิดขึ้น เพื่อสรุปหาสาเหตุนั่นคือ เชื่อมต่อกับการทำ RCA จากกการทบทวนครั้งสุดท้ายและผลการทบทวนทั้งหมดนำมาสู่การวิเคราะห์ เพื่อทำ QI plan ต่อไป
- ถ้าเป็นการทบทวนครั้งแรกของการใช้ Risk Register ควรทบทวนข้อมูลในรอบปีที่ผ่านมา ถ้าเป็นการทบทวนครั้งต่อๆ ไป จะเป็นการทบทวนข้อมูลในรอบเวลาที่ผ่านมาตามความถี่ที่กำหนดไว้ การทบทวนควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้

  ๑) แนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ เท่าเดิม มากขึ้น หรือลดลง เป็นเพราะอะไร

  ๒) การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่กำหนดไว้ (อาจใช้การตามรอย) ทำได้ครบถ้วนเพียงใด มีปัญหา ข้อคิดขัดอะไร ควรมีการปรับปรับให้ปฏิบัติได้ง่ายขึ้นอย่างไร

  ๓) ความครอบคลุมของมาตรการป้องกัน มีเพียงพอที่จะป้องกัน root cause ของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นใน รอบเวลาที่ผ่านมาหรือไม่ อะไรคือมาตรการป้องกันที่ควรเพิ่มเติม

แบบฟอร์ม Risk Register

Risk Identification					Risk Analysis				Risk Treatment Plan		
Risk ID	Source	Date Added	Risk Title	Risk Description	Quarter	Likelihood (frewquency) 1-5	Consequence (Impact) 1-5	Risk Level L+C	Risk Transfer & Prevention มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	Risk Monitor & Control การติดตามและควบคุม	Risk Mitigation แนวทางบรรเทาความเสียหาย

Risk Register

QI Plan	Risk Monitoring & Review					
QI Plan เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น	Risk Owner	Review Frequency	Date Last Review	Result of Review	Residual Risk Level	Risk Status Active/closed

ตัวอย่างการจัด Risk Register หน่วยงาน (ส่วนที่ ๑)

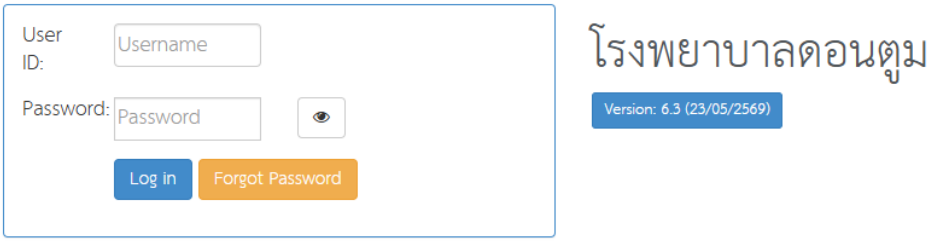
ตัวอย่าง Risk Register								
Risk Identification					Risk Analysis			
Risk ID	Source	Date Added	Risk Title	Risk Description	Quarter	Likelihood (frewquency) 1-5	Consequence (Impact) 1-5	Risk Level L+C
OR_	OR	ต.ค. 66– ก.ย. 67	CPS102 ผ่าตัดผิดคน (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong patient)*	เครื่องมือสำหรับช่วยตรวจสอบ และการประเมินความพร้อม โดยการสื่อสารในทีมให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อลดข้อผิดพลาด และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดที่ป้องกันได้ และเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม โดยนำหลักคิดและวิธีการ Surgical Safety checklist	1	2	5	7
OR_	OR		CPS101 ผ่าตัดผิดตำแหน่งผิดข้าง (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong body part)*			1	5	6
ER_	ER	ต.ค. 66– ก.ย. 67	ประเมินผู้ป่วยไม่เหมาะสม คัดกรองผิดพลาด	1. ผู้ป่วยอุบัติเหตุรถชนต้นไม้ศีรษะแตกไม่ได้ประเมินการบาดเจ็บที่ช่องอก 2. ส่งผู้ป่วย MCA c trauma ไป film สองรอบ กลับมาครั้งสองตาลอย score drop E1V1M1 on ETT		4	5	9
ER_	ER		ขาดการประเมินซ้ำ	1. ผู้ป่วยหอบไม่ได้ประเมินซ้ำหลังพ่นยา 2. Hypoglycemia ไม่ได้เจาะ DTx ซ้ำ 1 ชม. เกิด Hypoglycemia ซ้ำใน ward		5	4	9

ตัวอย่าง Risk Register หน่วยงาน (ส่วนที่ 2)			
Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk Transfer & Prevention มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	Risk Monitor & Control การติดตามและควบคุม	Risk Mitigation แนวทางบรรเทาความเสียหาย	QI Plan เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
- แนวทางการตรวจสอบผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด (WI.01) การทำ Time out และทบทวนระบบการ Identification	- กำหนดผู้รับผิดชอบ นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลตรวจสอบซ้ำ (Time Out)	การดูแล Support ด้านร่างกาย (ภาวะแทรกซ้อน) และจิตใจและสังคมและกฎหมายสิ่งแวดล้อม ทีมใกล้เกลี่ยติดตามเยี่ยมทันที, แนวทางการรายงานผู้บังคับบัญชา	Innovation, CQI, FMEA (Failure mode and effect analysis)
1. ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรใช้แบบฟอร์มชัก Multiple trauma และต้องประเมินการบาดเจ็บทุกระบบ 2. ทบทวนแนวทางการรายงานแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วย Trauma 3. การประเมินกลไกการบาดเจ็บและความเสี่ยงที่จะบาดเจ็บหลายระบบ 4. มาตรการดูแลผู้ป่วย Multiple trauma score <13 ให้มีเจ้าหน้าที่นำส่ง 5. จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วย Multiple trauma และมีการทบทวนการดูแลผู้บาดเจ็บโดยตรง	1. ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางโดย PCT เดือนละครั้ง 2. ทบทวนตัวชี้วัด Multiple trauma ทรุดลงขณะส่งต่อ 3. Trigger Tool		
1. ให้จนท.ER ประเมินเสียงปอดและ O2sat ก่อนและหลังพ่นยาและลงบันทึกเวชระเบียน 2. Hypoglycemia ให้เจาะ DTX หลังแก้ไขตาม CPG กรณีนอนอยู่ ER นานเกิน 1 ชม.ให้เจาะ 1 ชม. ด้วย 3. ปรับมาตรการการสั่งพ่นยาให้แพทย์ ER ประเมินและดูต่อจนจบ case ยกเว้นแพทย์ส่งมาพ่นยาอาการดีขึ้นส่งกลับหาแพทย์ที่ส่ง	1. ทบทวนการคัดกรอง การประเมินซ้ำที่ ER และประเมินก่อนย้าย การรายงายแพทย์ และการปฏิบัติตาม Guideline โดยทีม PCT หน่วยงาน เดือนละ 1 ครั้ง 2. ปรับระบบการ Monitor V/S ตามรอบเข็มนาฬิกาทุก 30 นาที 3. กำกับติดตามการปฏิบัติงาน โดยหัวหน้าเวร/หน.งาน		CQI เรื่องการประเมินซ้ำที่ ER

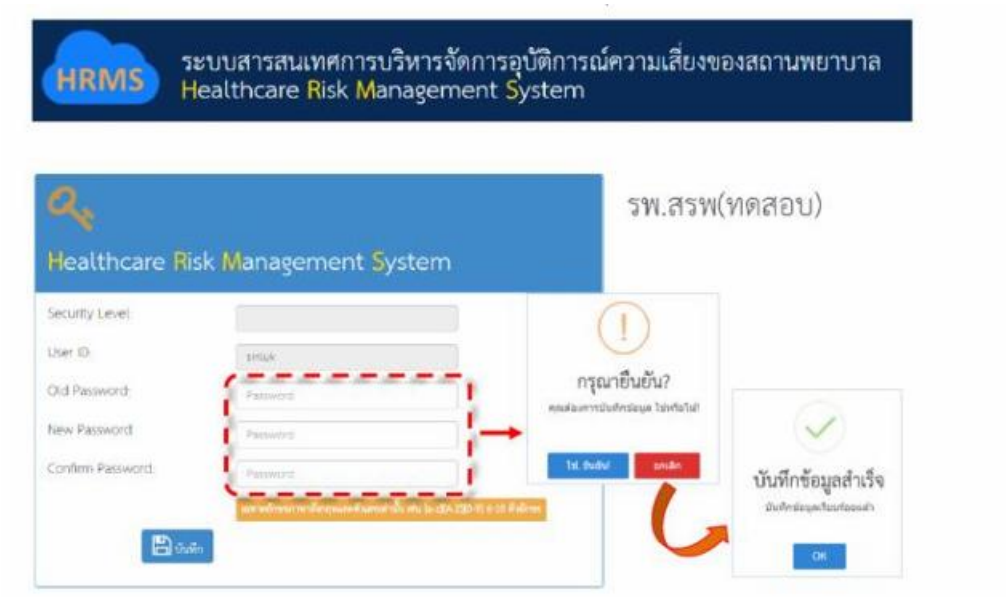
ตัวอย่าง Risk Register หน่วยงาน (ส่วนที่ 3)					
Risk Monitoring & Review					
Risk Owner	Review Frequeny	Date Last Review	Result of Review	Residual Risk Level	Risk Status Active/closed
.....	1 เดือน		ผลลัพธ์มีปัญหาอุปสรรค, ผลทบทวน RCA, ปรับเชิงระบบ	เขียว	Closed
คกก. PCT				9	active
.....				9	active

คู่มือการใช้งาน ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล
(Healthcare Risk Management System: HRMS)

๑. **การเข้าใช้งาน HRMS: User และ Password - เข้าสู่ระบบ HRMS** ผ่านหน้าเว็บ Internet Web Browser ต่าง ๆ (เช่น Google Chrome หรือ หากเป็น Internet Explorer: IE ควรเป็น version ๙ ขึ้นไป) เว็บไซต์ https://dth.thai-nrls.org/



- การเข้าใช้งานครั้งแรก ให้ขอ User ID จาก Admin ทีม RM (งาน IT)
- Password ครั้งแรกจะเป็น a๑๒๓๔๕
- เมื่อ Log in ครั้งแรก ทางระบบจะให้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง password เป็นของตนเอง
- จดจำ User และ Password ของตนเพื่อใช้ในการรายงานอุบัติการณ์

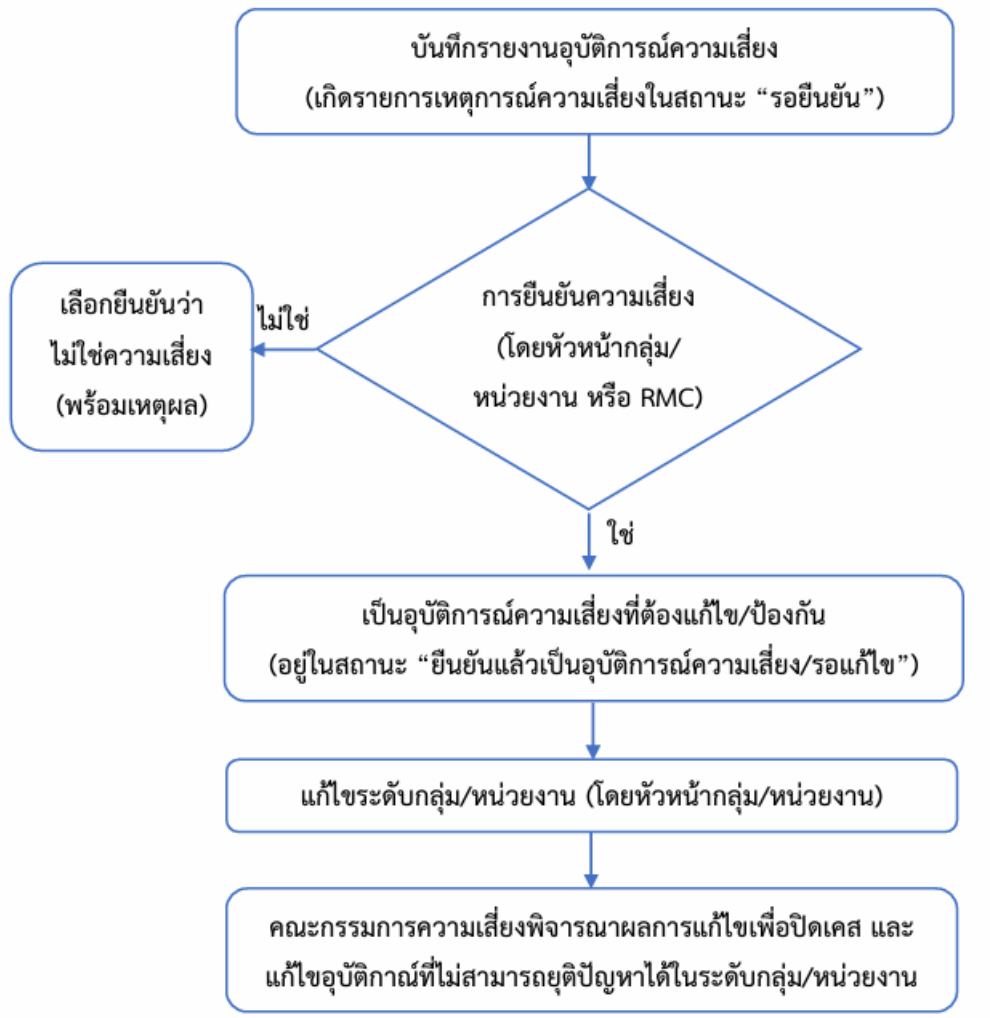


๒. สิทธิการใช้งานในระบบ: ทีม RM จะเป็นผู้กำหนดให้

กลุ่มผู้ใช้ในระบบ HRMS on Cloud แบ่งออกเป็น ๕ กลุ่ม ตามระดับสิทธิ์ บทบาทและหน้าที่รับผิดชอบในการ เข้าใช้งานระบบ ดังนี้

- กลุ่มที่ ๑ กลุ่มผู้ดูแลระบบ (Admin) มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบทั้งหมด (ยกเว้นการบริหาร จัดการความเสี่ยง ซึ่งเป็นการยืนยัน/แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง)
- กลุ่มที่ ๒ กลุ่มกรรมการบริหารความเสี่ยง มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาลทั้ง ระบบ โดยมีสิทธิ์เข้าถึงรายงานความเสี่ยงได้ทั้งองค์กร
- กลุ่มที่ ๓ กลุ่มหัวหน้ากลุ่ม/หน่วยงาน มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการความเสี่ยง ของกลุ่ม/หน่วยงาน โดย มีสิทธิ์เข้าถึงรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้เฉพาะในกลุ่ม/หน่วยงาน ที่ตนสังกัดอยู่ในความเท่านั้น
- กลุ่มที่ ๔ กลุ่มผู้กรอกข้อมูล Data Set มีบทบาทหน้าที่ในการกรอกและบันทึกข้อมูลในชุดข้อมูลกลางของระบบ (Data Set) ของหน่วยงานต่างๆ ตามที่ admin กำหนดให้
- กลุ่มที่ ๕ กลุ่มเจ้าหน้าที่ หรือผู้ใช้ทั่วไป เป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ทุกคนของสถานพยาบาล ที่มีบัญชีผู้ใช้ในระบบ โดย สามารถบันทึกรายงานการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงและเรียกดูรายงานภาพรวมของระบบได้ตามที่ระบบกำหนดไว้

๓. Work Flow ระบบการรายงาน และการจัดการความเสี่ยง ของ HRMS on cloud



๔. สถานะของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่บันทึกลงในระบบ

รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการบันทึกลงในระบบ สามารถจัดแบ่งเป็นสถานะต่าง ๆ ดังนี้

๑) วันนี้มีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงใหม่ หมายถึง การแจ้งจำนวนที่มีการรายงานการเกิดเหตุการณ์ที่เป็น อุบัติการณ์ความเสี่ยงในวันปัจจุบัน (วันนี้)

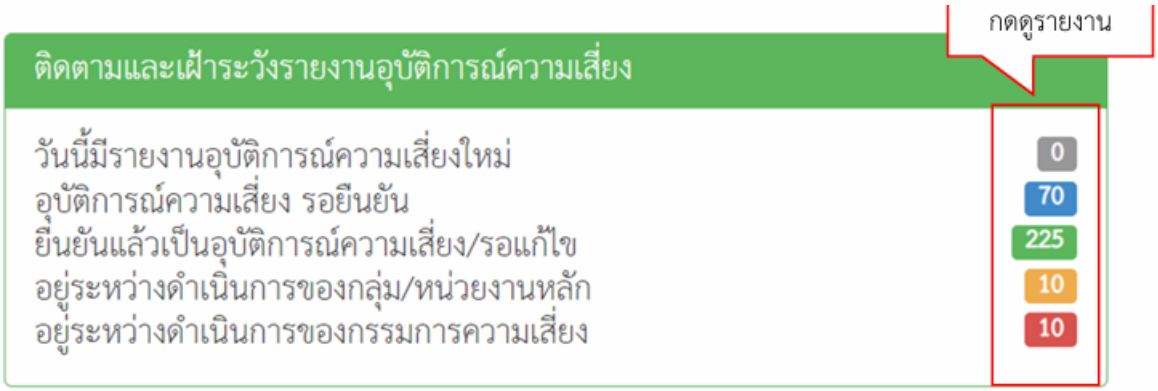
๒) อุบัติการณ์ความเสี่ยงรอยืนยัน หมายถึง จำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีการรายงานเข้าสู่ระบบ แต่ ยังไม่ได้รับการตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงจริงหรือไม่ โดยจะรวมรายงานที่เกิดขึ้นในระบบที่มีการ บันทึกเข้ามาในอดีตจนถึงปัจจุบัน

๓) ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข หมายถึง รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการยืนยันแล้ว ว่าเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจริงในสถานพยาบาล แต่ยังไม่ได้รับการตรวจสอบและแก้ไขจากกลุ่ม/หน่วยงานหลัก ที่เกี่ยวข้อง หรือกลุ่ม/หน่วยงานที่ถูกระบุให้เป็นผู้แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงรายการนี้ ดังนั้น สถานะรายงานจึงอยู่ ระหว่างรอการแก้ไข

๔) อยู่ระหว่างดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก หมายถึง รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการ แก้ไขของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก ซึ่งได้ทำการตรวจสอบและเริ่มดำเนินการแก้ไขแล้ว แต่ยังอยู่ระหว่างการแก้ไขอุบัติการณ์ ความเสี่ยงนั้น ๆ คือ ยังไม่ยุติการแก้ไขปัญหาในระดับกลุ่ม/หน่วยงานหลัก (กลุ่ม/หน่วยงานหลัก หมายถึง กลุ่ม/ หน่วยงานที่ได้รับมอบหมายหรือถูกระบุให้ทำการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยอาจมีกลุ่ม/หน่วยงานร่วม เข้า ร่วมแก้ปัญหาอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหรือไม่ก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ผู้ยืนยันรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงนั้น)

๕) อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง หมายถึง รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สิ้นสุดการแก้ไขในระดับกลุ่ม/หน่วยงานหลักแล้ว โดยกรรมการความเสี่ยงจะเป็นผู้ตรวจสอบผลการแก้ไขปัญหาในระดับกลุ่ม/ หน่วยงานหลักและยุติการแก้ไขปัญหา (ปิดเคสอุบัติการณ์ความเสี่ยง) ซึ่งแยกเป็น ๒ กรณีคือ

- แก้ไขได้ในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน (กรณีการสิ้นสุดและยุติปัญหาได้ของกลุ่ม/หน่วยงานหลักมีความ เหมาะสม) หรือ
- แก้ไขได้ในระดับกรรมการความเสี่ยง (กรณีการสิ้นสุดและยุติปัญหาได้ของกลุ่ม/หน่วยงานหลักยังไม่ ครอบคลุมหรือไม่เหมาะสมและ/หรือไม่สามารถยุติปัญหาได้ในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน จำเป็นต้อง ดำเนินการแก้ไขในระดับกรรมการความเสี่ยงต่อไป)

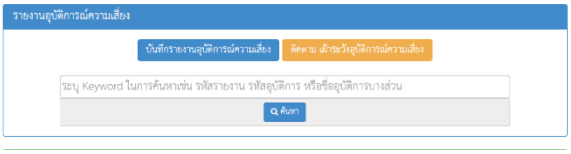


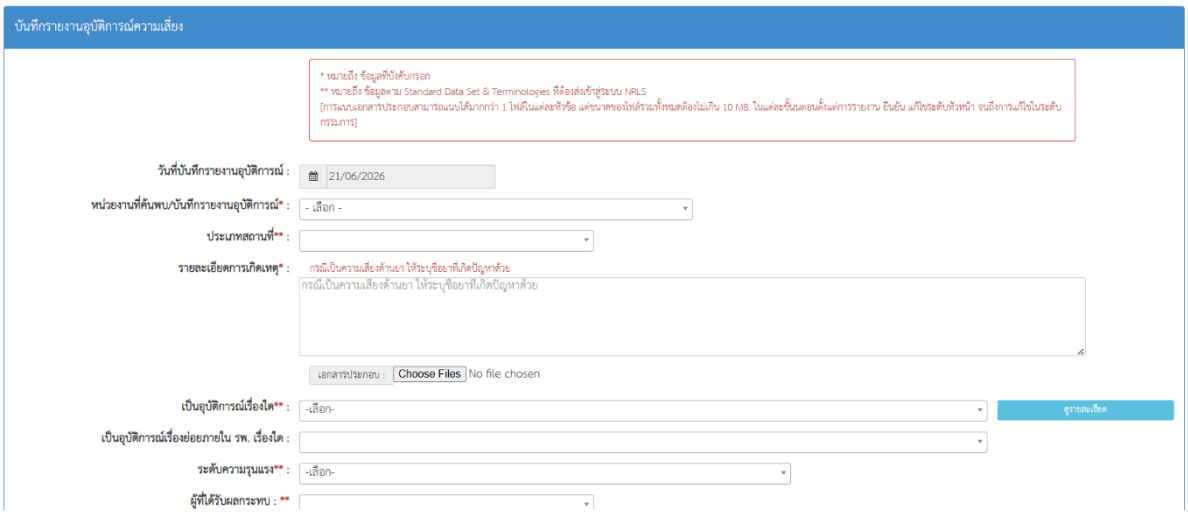
ผู้ใช้งานสามารถกดเรียกดูข้อมูลได้ ซึ่งข้อมูลในแต่ละส่วนจะปรากฏตามสิทธิการเข้าถึงข้อมูลของบัญชีผู้ใช้

๕. การบันทึกรายงานอุบัติการณ์

๑) เข้าสู่ระบบด้วย user และ password ประจำตัว จะแสดงหน้าจอหลักดังรูป

๒) กด “บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง” จะแสดงหน้าจอให้กรอกรายละเอียดดังนี้





กรอกข้อมูลในช่องต่าง ๆ ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (เครื่องหมาย *ดอกจันทร์แดง หมายถึง เป็นข้อกำหนดที่ผู้ใช้จะต้องกรอกข้อมูลหรือเลือกข้อมูลในช่องนั้น หากไม่กรอกหรือไม่เลือกระบบจะ ไม่อนุญาตให้ทำการ บันทึกข้อมูล ส่วนเครื่องหมาย ** หมายถึง ข้อมูลตาม Standard Data Set & Terminologies ที่ต้องส่งเข้าสู่ระบบ NRLS) โดยข้อความของแต่ละช่องที่ให้กรอกข้อมูลนั้น มีความหมาย ดังนี้

- หน่วยงานที่ค้นพบ/บันทึกรายงานอุบัติการณ์*: หมายถึง หน่วยงานต้นสังกัด และ/หรือ หน่วยงานภายใต้สังกัดที่ อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ที่ค้นพบเหตุการณ์และเป็นผู้บันทึกรายงานการเกิดเหตุการณ์นั้น ๆ
- ประเภท**/ชนิด**/สถานที่เกิดเหตุ*: หมายถึง สถานที่ที่เกิดเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความเสี่ยง รายการนั้น ๆ เป็นอุบัติการณ์เรื่องใด**: หมายถึง ระบุว่าเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้น เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง เรื่องใด (รหัสของอุบัติการณ์ความเสี่ยงจะบอกที่มาว่าเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงของประเภทย่อยในประเภท หมวด และ กลุ่มอุบัติการณ์ใด)
- เป็นอุบัติการณ์เรื่องย่อยภายใน รพ. เรื่องใด : หมายถึง หัวข้ออุบัติการณ์ความเสี่ยงย่อยของแต่ละรายการ อุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องนั้น
- สรุปประเด็นปัญหา/การเกิดอุบัติการณ์**: หมายถึง การสรุปเรื่องราวการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงพอสังเขป โดย บอกให้รู้ว่าเกิดอะไร อย่างไร
- ระดับความรุนแรง**: หมายถึง ระบุว่าระดับความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความ เสี่ยงนั้น อยู่ในระดับใด
- ผู้ที่ได้รับผลกระทบ**: หมายถึง ระบุว่าการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น ใครเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบหลักจาก เหตุการณ์นั้น ๆ ทั้งนี้หากเป็นรายบุคคล ให้ระบุ เพศ*: และ อายุ*: ด้วยเสมอ (การนับอายุให้นับเป็นปี โดยเศษของปีหาก น้อยกว่า ๖ เดือนให้นับเป็น ๐ ปี ตั้งแต่ ๖ เดือนขึ้นไปนับเป็น ๑ ปี)
- วันที่เกิดอุบัติการณ์**: หมายถึง ระบุว่าวันที่เกิดเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น เกิดวันที่เท่าไหร่ (วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น อาจไม่ใช่วันที่ค้นพบหรือวันที่ลงบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง)
- วันที่ค้นพบว่าเกิดอุบัติการณ์*: หมายถึง ระบุว่าวันที่ค้นพบการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นคือวันที่เท่าไหร่ (อาจ เป็นวันเดียวกันกับวันที่เกิดเหตุการณ์ หรือหลังจากที่เกิดเหตุการณ์แล้วก็ได้ แต่ระบบจะไม่อนุญาตให้ระบุวันที่มากกว่า วันที่ปัจจุบันซึ่งลงบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนี้)
- ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์** เวร : หมายถึง ระบุว่ารอบเวรที่เกิดเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นใน รอบเวรใด หรือ หากสามารถระบุเวลาที่ชัดเจนและต้องการระบุเวลาที่เกิดเหตุการณ์จริง ก็ให้เลือก ระบุเวลาที่เกิดเหตุการณ์ ในช่อง หรือ เวลา
- แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติการณ์*: หมายถึง ระบุว่าการค้นพบเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความเสี่ยงรายการนั้น ค้นพบด้วยวิธีการใด
- รายละเอียดการเกิดเหตุ*: หมายถึง ให้ระบุรายละเอียดการเกิดเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น ๆ สามารถ แนบไฟล์เพิ่มเติมที่ช่อง “เลือกไฟล์”
- การจัดการเบื้องต้น*: หมายถึง ให้ระบุจากเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนี้ ผู้ที่ค้นพบปัญหาและ บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง มีการจัดการหรือดำเนินการเบื้องต้นอย่างไรไปแล้วบ้าง สามารถแนบไฟล์เพิ่มเติมที่ ช่อง “เลือกไฟล์”

๓) เมื่อกรอกข้อมูลเสร็จแล้ว กดปุ่ม “บันทึก” ระบบจะแสดงข้อความแจ้งให้ยืนยันการบันทึกข้อมูล จากนั้นกดปุ่ม “ใช่, ยืนยัน!” ระบบจะแสดงข้อความว่าบันทึกข้อมูลสำเร็จ กดปุ่ม “OK” จากนั้น ระบบจะแสดงข้อความ (popup) แจ้งให้ทราบว่าการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น สำเร็จ กดปุ่ม “OK” อีกครั้งระบบจะกลับเข้าสู่ หน้าจอของการติดตาม เฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยง

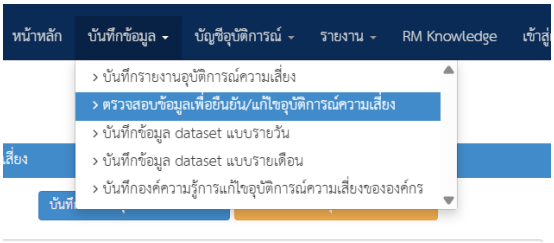
๖. การยืนยัน แก้ไข และปิดเคสอุบัติการณ์

การยืนยันอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “รอยืนยัน”

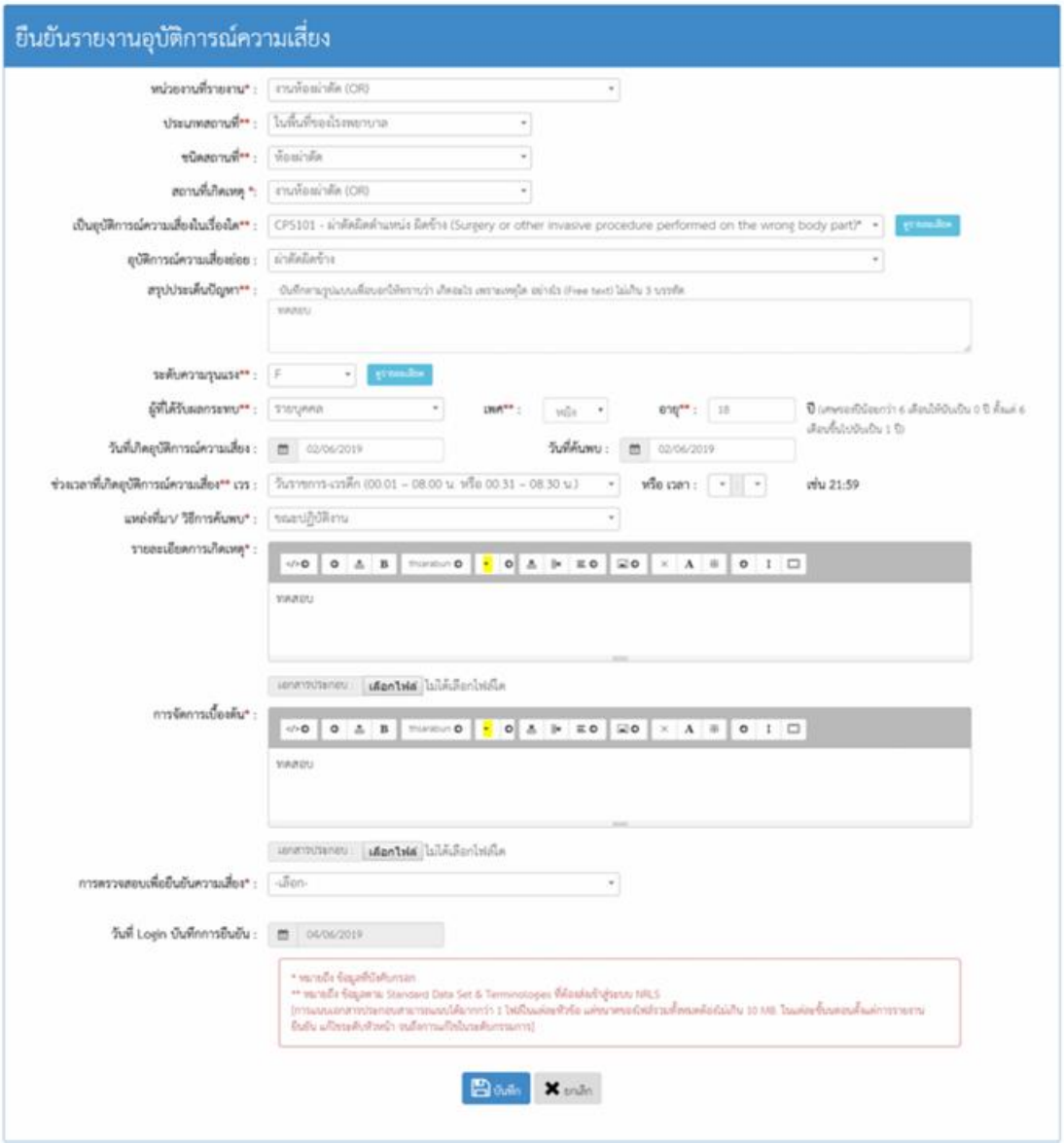
ผู้ใช้งานระบบ (User) ที่สามารถทำการยืนยันอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้นั้นเป็นผู้ใช้เฉพาะที่อยู่ใน กลุ่มผู้ใช้ “กรรมการบริหารความเสี่ยง” และกลุ่มผู้ใช้ “หัวหน้ากลุ่ม/หน่วยงาน” โดยผู้ใช้ในระดับสิทธิ์กรรมการบริหารความเสี่ยง สามารถทำการยืนยันอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้ทุกรายงานทั้งระบบ ส่วนผู้ใช้ในระดับสิทธิ์หัวหน้ากลุ่ม/หน่วยงาน สามารถ ยืนยันอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้เฉพาะรายงานอุบัติการณ์ที่หน่วยงานในสังกัด/หน่วยงานที่อยู่ในความรับผิดชอบ เป็น หน่วยงานที่รายงาน เท่านั้น

การยืนยันอุบัติการณ์ความเสี่ยง เป็นการพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมเกี่ยวกับเรื่องอุบัติการณ์ ความเสี่ยง ประเด็นปัญหา (เกิดอะไร อย่างไร) และระดับความรุนแรง ของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีการบันทึก รายงานเหตุการณ์เข้ามาในระบบ เพื่อยืนยันว่ารายงานเหตุการณ์นั้นเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงหรือไม่ อย่างไรและหากเป็น อุบัติการณ์ความเสี่ยงจริง ใครควรเป็นผู้ดำเนินการแก้ไขและแก้ไขในระดับใดได้แก่ ระดับกลุ่มหน่วยงาน (กลุ่มภารกิจ) หรือ ระดับประเภทหน่วยงาน (กลุ่มงาน) หรือ ระดับหน่วยงาน ซึ่งมีขั้นตอนและวิธีการยืนยัน ดังนี้

๑) เมื่อผู้ใช้ login เข้าสู่ระบบตามระดับสิทธิ์แล้ว ไปที่เมนู “บันทึกข้อมูล” คลิกเลือกรายการเมนูย่อย “ตรวจสอบ ข้อมูลเพื่อยืนยัน/แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง” ระบบจะแสดงหน้าจอแสดงรายละเอียดของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทั้งหมดที่ผู้ใช้มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูล จากนั้น กรอกข้อมูลคำสำคัญในช่อง “ค้นหา” เพื่อค้นหารายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ ต้องการยืนยัน (ค้นหารายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “รอยืนยัน”)

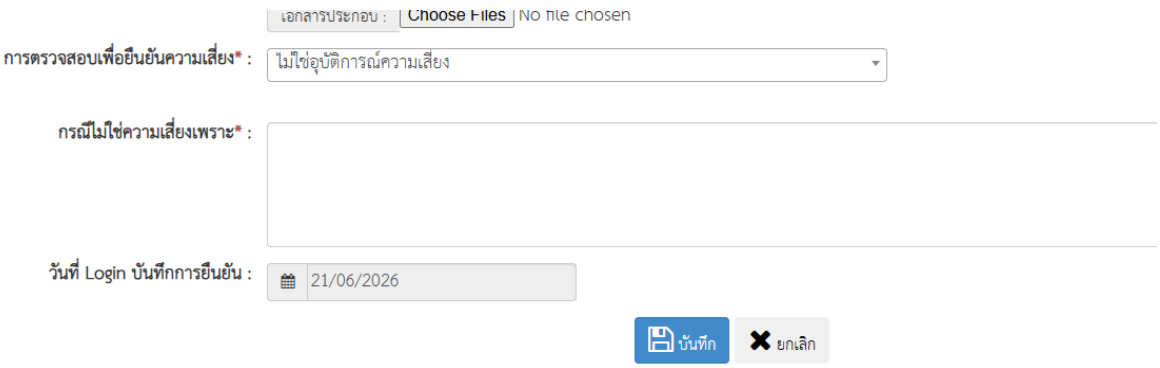


๒) คลิกที่ปุ่ม ✔ ยืนยัน ของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ต้องการยืนยัน ระบบจะแสดงหน้าจอดังรูป

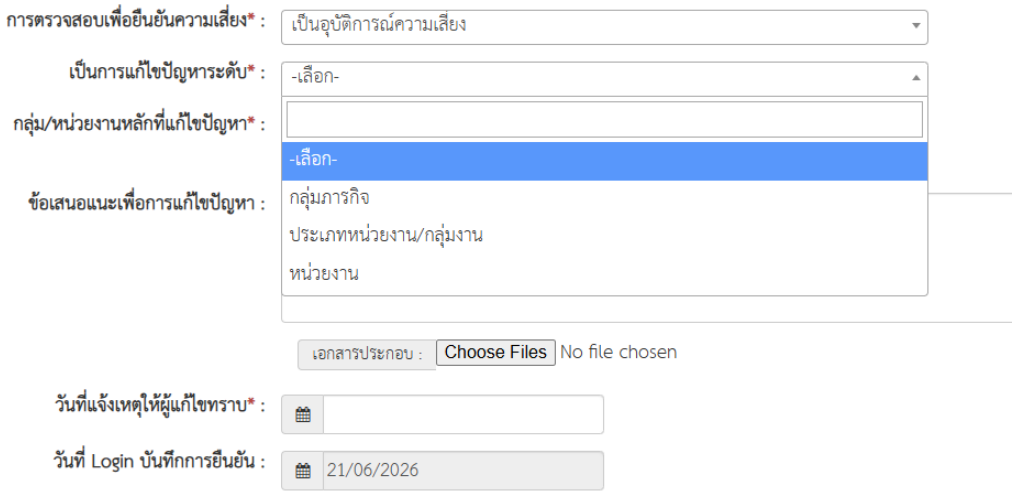


๓) ตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยน และเพิ่มเติมข้อมูลได้ตามความเป็นจริง (ข้อมูลในช่องที่เป็นสีทึบ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้) พร้อมทั้งพิจารณาว่า เหตุการณ์ความเสี่ยงที่มีการรายงานเข้ามานั้นเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงหรือไม่ โดยสามารถเลือกระบุผลการพิจารณาได้ จากตัวเลือกในช่อง “การตรวจสอบเพื่อยืนยันความเสี่ยง” ซึ่งมีให้เลือก ๒ กรณี ดังนี้ (ในช่องที่มีเครื่องหมาย *ดอกจันทร์สีแดง จะเป็นช่องบังคับให้ทำการกรอกข้อมูล หากไม่กรอก ระบบจะไม่บันทึกข้อมูล)

- เมื่อเลือกระบุว่า “ไม่ใช่อุบัติการณ์ความเสี่ยง” จะมีช่องให้กรอกข้อมูลเพื่อแจ้งเหตุผลที่แสดงว่า ทำไม รายงานเหตุการณ์นั้นจึงไม่ใช่อุบัติการณ์ความเสี่ยง
  จากนั้นกดปุ่ม บันทึก รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงนี้ก็จะ ไม่ปรากฏอยู่ในหน้าจอของระบบ (แต่จะถูกบันทึกไว้ในฐานข้อมูล)



- เมื่อเลือกระบุว่า “เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง” ระบบจะปรากฏช่องข้อมูลตัวเลือกสำหรับการพิจารณา ระดับการแก้ไขปัญหา เพื่อให้เลือกว่ารายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องนี้ควรจะเสนอให้มีการแก้ไขในระดับกลุ่ม หน่วยงาน (กลุ่มภารกิจ) หรือ ระดับประเภทหน่วยงาน (กลุ่มงาน) หรือ ระดับหน่วยงาน โดย เลือกตัวเลือกจากช่อง “เลือกระดับกลุ่ม/หน่วยงานที่แก้ไขปัญหา”



๔) พิจารณาเลือกระบุชื่อกลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน/หน่วยงานหลักที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหา (ตามระดับของปัญหา และการแก้ไข) จากช่อง “กลุ่ม/หน่วยงานหลักที่แก้ไขปัญหา” ทั้งนี้ สามารถเลือกให้มีกลุ่ม ภารกิจ/กลุ่มงาน/หน่วยงาน ร่วมแก้ไขปัญหาได้ (ถ้าต้องการ) โดยการติ๊กถูกที่ช่อง ☑ ต้องการระบุหน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหา จากนั้นเลือกระบุชื่อกลุ่ม ภารกิจ/กลุ่มงาน/หน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหา จากช่อง “กลุ่ม/หน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหา” ระบบจะทำการเพิ่มกลุ่ม ภารกิจ/กลุ่มงาน/หน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหาให้ตามต้องการ จากนั้นให้พิจารณากรอกข้อมูลซึ่งเป็นรายละเอียดอเสนอแนะ เกี่ยวกับการดำเนินการแก้ไขปัญหา ลงในช่อง “ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปัญหา” พร้อมทั้งระบุวันที่แจ้งเหตุให้ผู้แก้ไข ทราบ แล้วกดปุ่ม บันทึก ระบบจะแสดงข้อความแจ้งให้ยืนยันการบันทึกข้อมูล จากนั้นกดปุ่ม ใช่, ยืนยัน! ระบบจะแสดงข้อความว่าบันทึกข้อมูลสำเร็จ กดปุ่ม OK อีกครั้ง หลังจากนั้นระบบจะเปลี่ยนสถานะอุบัติการณ์ความเสี่ยง นั้น เป็น “**ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข**”

การแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข หรือ สถานะ “อยู่ระหว่างดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก”

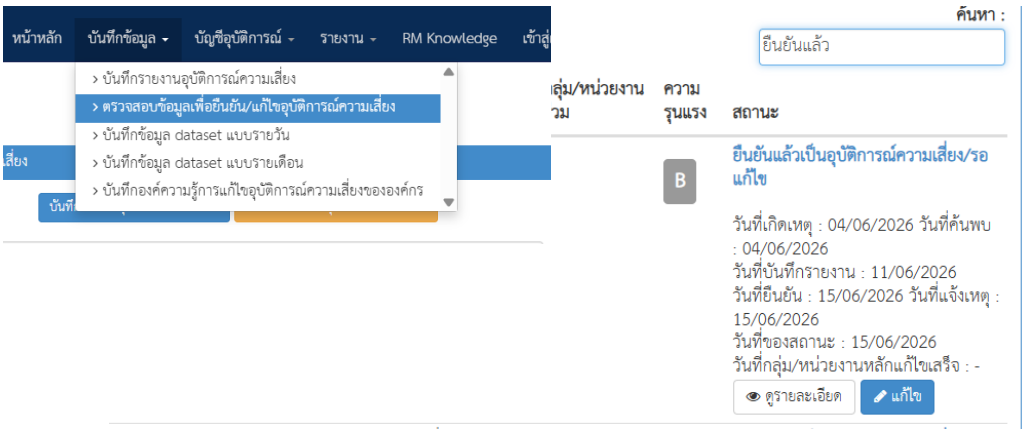
ผู้ใช้งานระบบ (User) ที่สามารถทำการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความ เสี่ยง/รอแก้ไข” หรือสถานะ “อยู่ระหว่างดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก” ได้นั้นเป็นผู้ใช้เฉพาะที่อยู่ในกลุ่มผู้ใช้ “หัวหน้ากลุ่ม/หน่วยงาน”

การแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน แยกออกเป็น ๒ ลักษณะ คือ

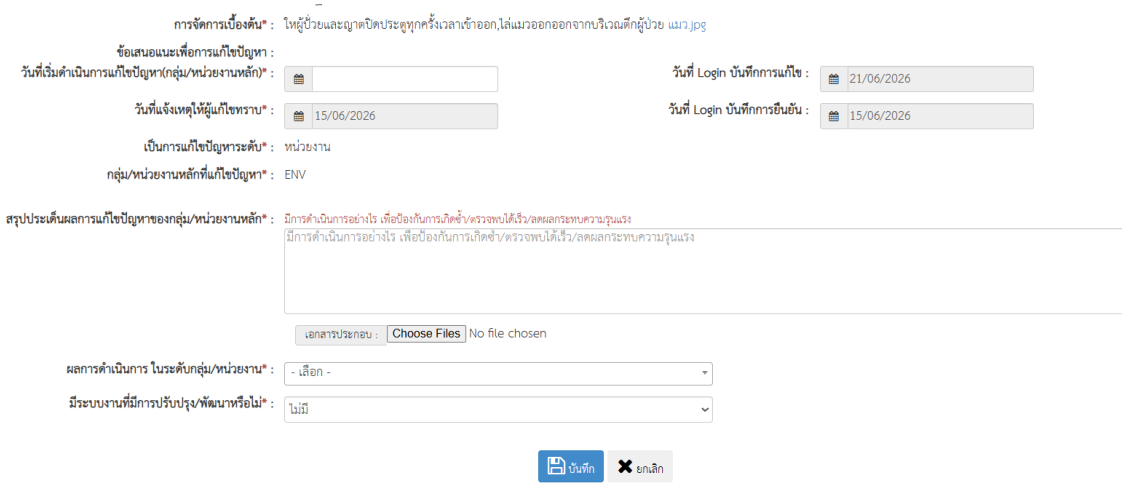
๑) การแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก หมายถึง กลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน/หน่วยงาน ซึ่งมีสิทธิ์ยุติ การแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง และส่งต่อรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เสร็จสิ้นการแก้ไขแล้วนั้นให้กรรมการบริหาร ความเสี่ยงดำเนินการต่อไป

๒) การแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงของกลุ่ม/หน่วยงานร่วม หมายถึง กลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน/หน่วยงาน ซึ่งถูกระบุให้ เป็นกลุ่ม/หน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหาของอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องนั้น ๆ ซึ่งจะร่วมกันพิจารณาและตรวจวิเคราะห์หา สาเหตุการเกิด เพื่อดำเนินการจัดการแก้ไข วางระบบป้องกันการเกิดซ้ำและ/หรือลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้น มีขั้นตอนและวิธีการแก้ไข ดังนี้

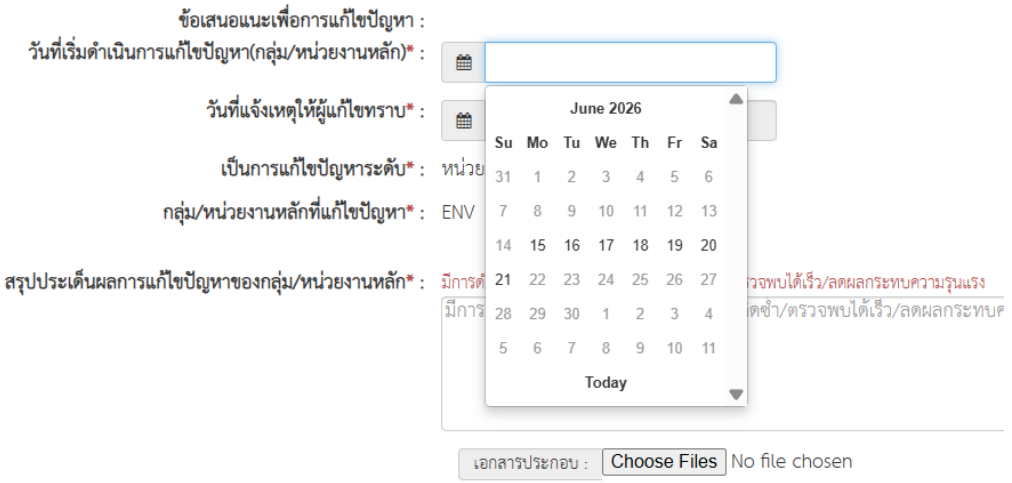
- เมื่อผู้ใช้ login เข้าสู่ระบบตามระดับสิทธิ์แล้ว ไปที่เมนู “บันทึกข้อมูล” คลิกเลือกรายการเมนูย่อย “ตรวจสอบ ข้อมูลเพื่อยืนยัน/แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง” หรือเลือกคลิกที่ตัวเลขจำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข” หรือ สถานะ “อยู่ระหว่างดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก” ระบบจะ แสดงหน้าจอแสดงรายละเอียดของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมดที่ผู้ใช้มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูล จากนั้น กรอกข้อมูลคำสำคัญในช่อง “ค้นหา” เพื่อค้นหารายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ต้องการแก้ไข



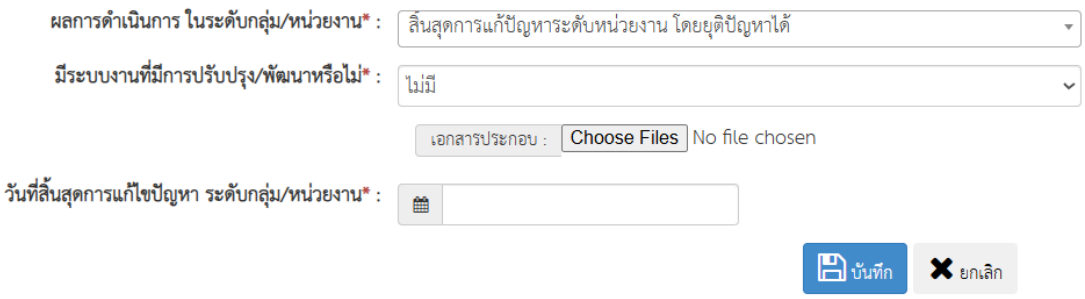
- คลิกที่ปุ่ม แก้ไข (กรณีเป็นกลุ่ม/หน่วยงานหลัก) หรือปุ่ม ร่วมแก้ไข (กรณีเป็นกลุ่ม/หน่วยงานร่วมแก้ไข) ของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ต้องการแก้ไข จะแสดงหน้าจอดังรูป



- ตรวจสอบและวิเคราะห์เหตุการณ์ หาสาเหตุการเกิด ต้นตอ/รากเหง้าของปัญหา เพื่อดำเนินการจัดการแก้ไข วางระบบป้องกันการเกิดซ้ำ และ/หรือลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้น (ข้อมูลในช่องที่เป็นสีทึบ ไม่สามารถ เปลี่ยนแปลงแก้ไขได้) ทั้งนี้ การบันทึกรายละเอียดของการจัดการแก้ไขปัญหาของกลุ่ม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่มีกลุ่ม/หน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหา แยกการบันทึกเป็น ๒ ส่วนตามลักษณะการเกี่ยวข้อง ดังนี้ (เครื่องหมาย *ดอกจันทร์แดง หมายถึง เป็นข้อกำหนดที่ผู้ใช้จะต้องกรอกข้อมูลหรือเลือกข้อมูลในช่องนั้น หากไม่กรอกหรือไม่เลือกระบบจะไม่อนุญาต ให้ทำการบันทึกข้อมูล)
- การบันทึกรายละเอียดการจัดการแก้ไขปัญหาของกลุ่ม/หน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหา โดยกรอกข้อมูลรายละเอียด การดำเนินการลงในช่อง “ข้อเสนอแนะ/การดำเนินการร่วมแก้ไขปัญหา” โดยสามารถแนบไฟล์รายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)
- การบันทึกรายละเอียดการจัดการแก้ไขปัญหาของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก โดยเริ่มจากการระบุวันที่เริ่มดำเนินการ แก้ไขปัญหา (กลุ่ม/หน่วยงานหลัก) ตามความเป็นจริง จากนั้นกรอกข้อมูลสรุปรายละเอียดของการดำเนินการแก้ไข ปัญหาลงในช่อง “สรุปประเด็นการจัดการแก้ไขปัญหาของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก” กดปุ่ม เอกสารประกอบ : Choose Files เพื่อแนบไฟล์ รายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)



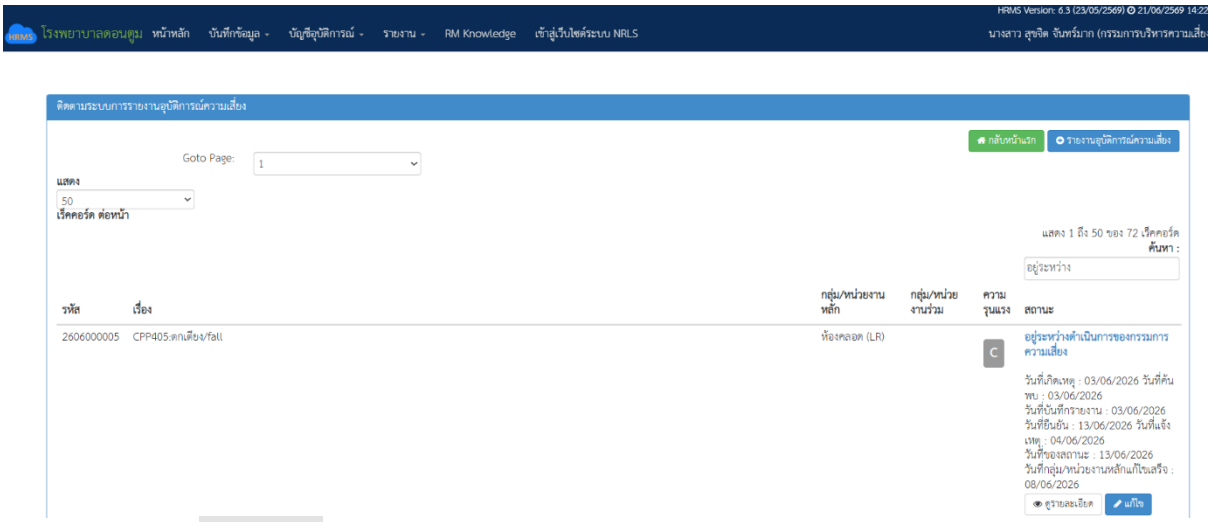
- ระบุผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน ซึ่งมี ๓ กรณีให้เลือกตามการดำเนินการจัดการแก้ไข ปัญหา (อยู่ระหว่างการดำเนินการแก้ปัญหาระดับหน่วยงาน, สิ้นสุดการแก้ปัญหาระดับหน่วยงานโดยยุติปัญหาได้, สิ้นสุด การแก้ปัญหาระดับหน่วยงาน แต่ไม่สามารถยุติปัญหาได้) โดยหากเลือก “สิ้นสุดการแก้ปัญหาระดับหน่วยงาน โดยยุติ ปัญหาได้” แสดงว่ากลุ่ม/หน่วยงานสามารถแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงและยุติปัญหาได้ พร้อมทั้งระบุระบบงานที่มีการ ปรับปรุงหรือมีการพัฒนา (ถ้ามี) ลงในช่อง “ระบบงานที่มีการปรับปรุง/พัฒนา :” สามารถแนบไฟล์รายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) และ ระบุวันที่สิ้นสุดการแก้ไขปัญหาตามจริง ลงในช่อง “วันที่สิ้นสุดการแก้ไขปัญหาระดับกลุ่ม/หน่วยงาน* :” กด บันทึกข้อมูล (หลังจากนั้น สถานะของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนี้จะเปลี่ยนสถานะเป็น “อยู่ระหว่างดำเนินการของ กรรมการความเสี่ยง”)



การแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง”/ปิดเคส

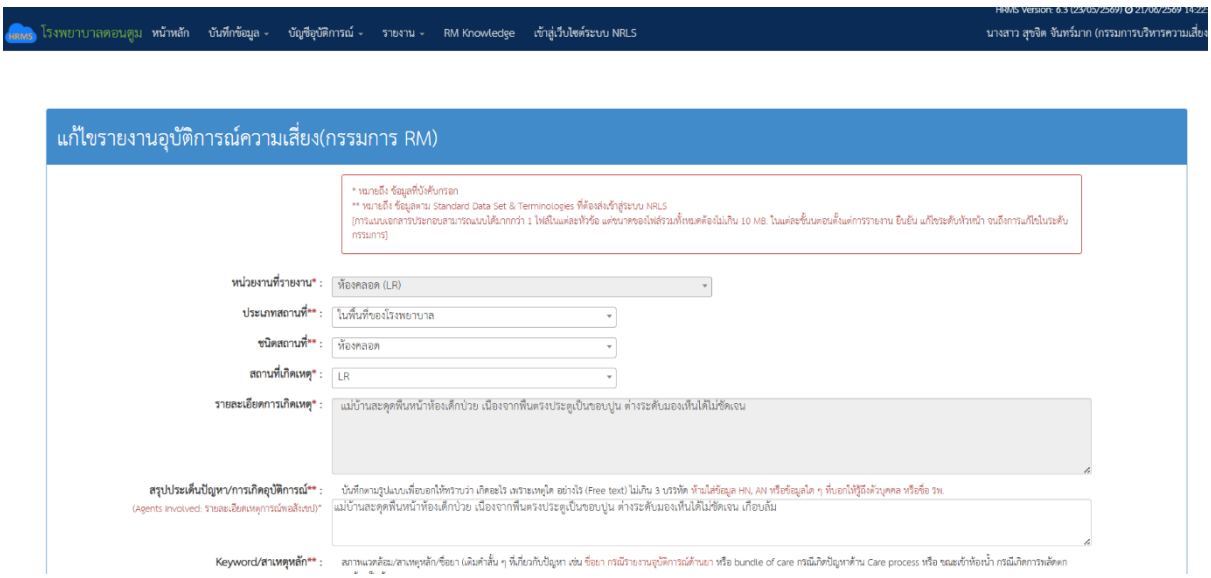
เป็นการพิจารณาความเหมาะสม (ความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล และการแก้ไขเชิงระบบ) ของผลการแก้ไข อุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน (กรณี ผลการดำเนินการในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน เป็น “สิ้นสุดการแก้ปัญหา ระดับหน่วยงาน โดยยุติปัญหาได้”) และ/หรือเป็นการดำเนินการเพื่อแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับกรรมการบริหาร ความเสี่ยง (กรณีพิจารณาแล้วพบว่าการสิ้นสุดการแก้ไขปัญหา โดยยุติปัญหาได้ในระดับกลุ่ม/หน่วยงานนั้นไม่เหมาะสม หรือในกรณีที่ผลการดำเนินการในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน เป็น “สิ้นสุดการแก้ปัญหาระดับหน่วยงาน แต่ไม่สามารถยุติ ปัญหาได้”) เพื่อทำการปิดเคสรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นรายเคส ซึ่งเป็นการสิ้นสุดการแก้ไขปัญหาอุบัติการณ์ความ เสี่ยงแต่ละรายงานขององค์กร ซึ่งมีขั้นตอนและวิธีการดังนี้

๑) เมื่อผู้ใช้ login เข้าสู่ระบบตามระดับสิทธิ์แล้ว ไปที่เมนู “บันทึกข้อมูล” คลิกเลือกรายการเมนูย่อย “ตรวจสอบ ข้อมูลเพื่อยืนยัน/แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง” หรือเลือกคลิกที่ตัวเลขจำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง” ในส่วนของ “ติดตามและเฝ้าระวังรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง” ระบบ จะแสดงหน้าจอแสดงรายละเอียดของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมดที่ผู้ใช้มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูล จากนั้นกรอกข้อมูลคำ สำคัญในช่อง “ค้นหา :” เพื่อค้นหารายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ต้องการแก้ไข



๒) คลิกที่ปุ่ม

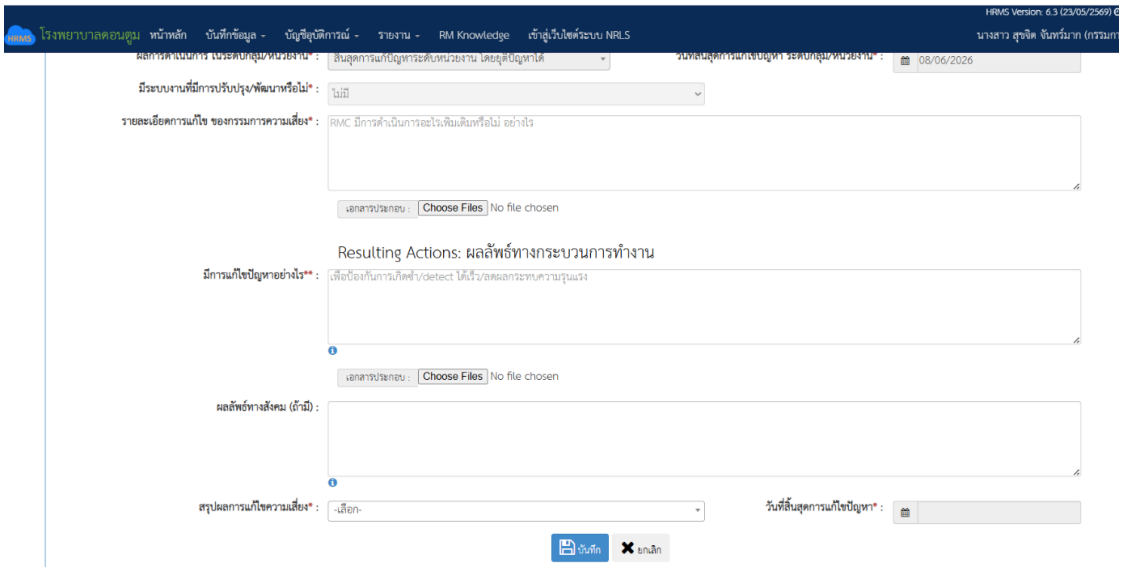
ของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ต้องการแก้ไข ระบบจะแสดงหน้าจอดังรูป



๓) ทำการตรวจสอบ วิเคราะห์ และพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและผลการดำเนินการ แก้ไขปัญหาในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน ว่ามีความถูกต้อง เหมาะสมตามสภาพปัญหาและความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้น หรือมีแนวทางการป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำหรือไม่ (ข้อมูลในช่องที่เป็นสีทึบ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้) โดยสามารถ ปรับเปลี่ยนและเพิ่มเติมข้อมูลตามความเป็นจริง ดังนี้ (เครื่องหมาย *ดอกจันทร์แดง หมายถึง เป็นข้อกำหนดที่ผู้ใช้จะต้อง กรอกข้อมูลหรือเลือกข้อมูลในช่องนั้น หากไม่กรอก หรือไม่เลือก ระบบจะไม่อนุญาตให้ทำการบันทึกข้อมูล)

- การปรับเปลี่ยน เพิ่มเติมข้อมูลในฟิลด์ต่าง ๆ ที่มีการบันทึกมาตั้งแต่ขั้นตอนการยืนยัน และการแก้ไขอุบัติการณ์ ความเสี่ยงจากระดับกลุ่ม/หน่วยงาน ตามที่ระบบเปิดให้แก้ไขได้ (ข้อมูลในช่องที่ไม่ใช่สีทึบ)
- การบันทึกผลการพิจารณาผลการดำเนินการแก้ปัญหาในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน และ/หรือบันทึกรายละเอียดการ ดำเนินการแก้ไขปัญหาในระดับกรรมการบริหารความเสี่ยง ลงในช่อง “รายละเอียดการแก้ไขของกรรมการความเสี่ยง* ”

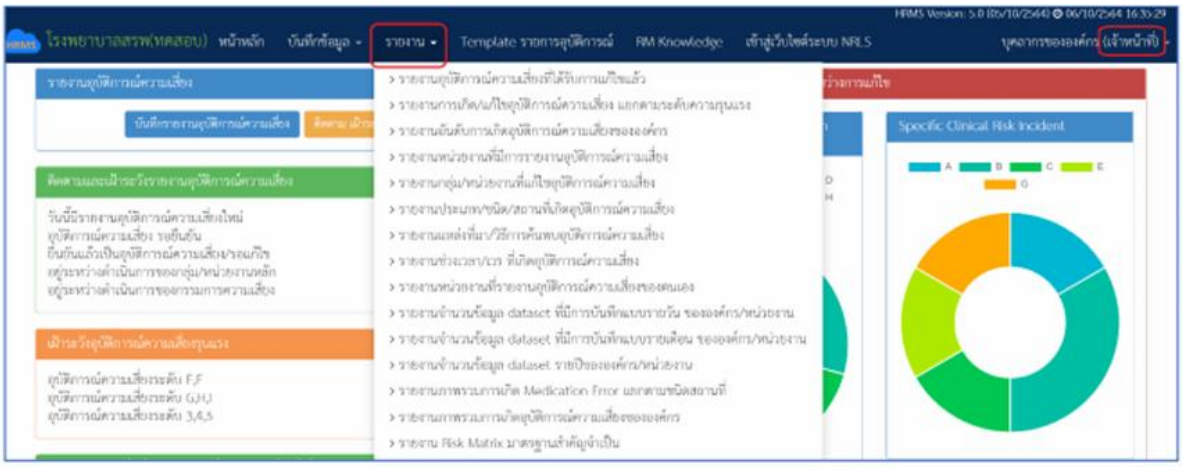
- การบันทึกผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการทำงานในการแก้ไขปัญหา ที่แสดงรายละเอียดว่ามีการปรับปรุงระบบงาน อะไร หรือมีการพัฒนาระบบอย่างไร ลงในช่อง “ผลลัพธ์ทางกระบวนการทำงาน ** ” พร้อมไฟล์แนบ (ถ้ามี)
- การบันทึกข้อมูลผลกระทบทางสังคมว่ามีผลกระทบอะไร อย่างไร (ถ้ามี) ลงในช่อง “ผลลัพธ์ทางสังคม (ถ้ามี)”



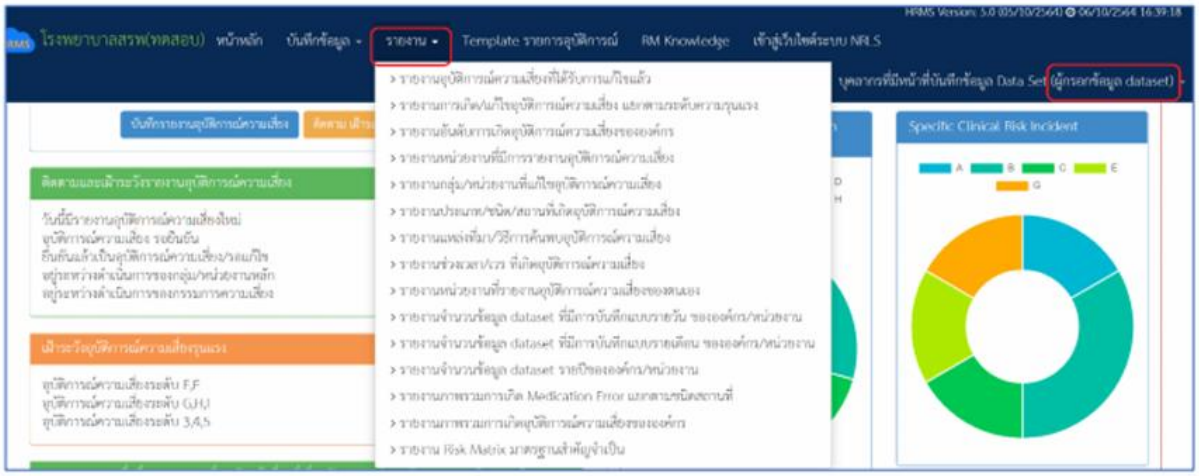
๔) การสรุปผลการดำเนินการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพื่อปิดเคส โดยการปิดเคสแต่ละเคสจะต้องระบุวันที่สิ้นสุด การแก้ไขปัญหาซึ่งเป็นวันที่เสร็จสิ้นการดำเนินการแก้ไขปัญหาจริง โดยหากระบุผลการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็น “แก้ไขได้ในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน” ระบบจะแสดงวันที่สิ้นสุดการแก้ไขปัญหาระดับกลุ่ม/หน่วยงาน เป็นวันที่สิ้นสุดการ แก้ไขปัญหาโดยอัตโนมัติ แต่ถ้าหากระบุผลการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็น “แก้ไขได้ในระดับกรรมการความเสี่ยง” จะต้องระบุวันที่สิ้นสุดการแก้ไขปัญหาตามวันที่เสร็จสิ้นการดำเนินการแก้ไขปัญหาจริง แล้วกดปุ่ม บันทึก ระบบจะแสดงข้อความแจ้งให้ยืนยันการบันทึกข้อมูล จากนั้นกดปุ่ม ใช่, ยืนยัน! ระบบจะแสดงข้อความว่าบันทึกข้อมูลสำเร็จ กด ปุ่ม OK อีกครั้ง หลังจากนั้นระบบจะเปลี่ยนสถานะอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นเป็น “**อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขแล้ว**”

๗. ระบบรายงานและการเรียกดูรายงาน

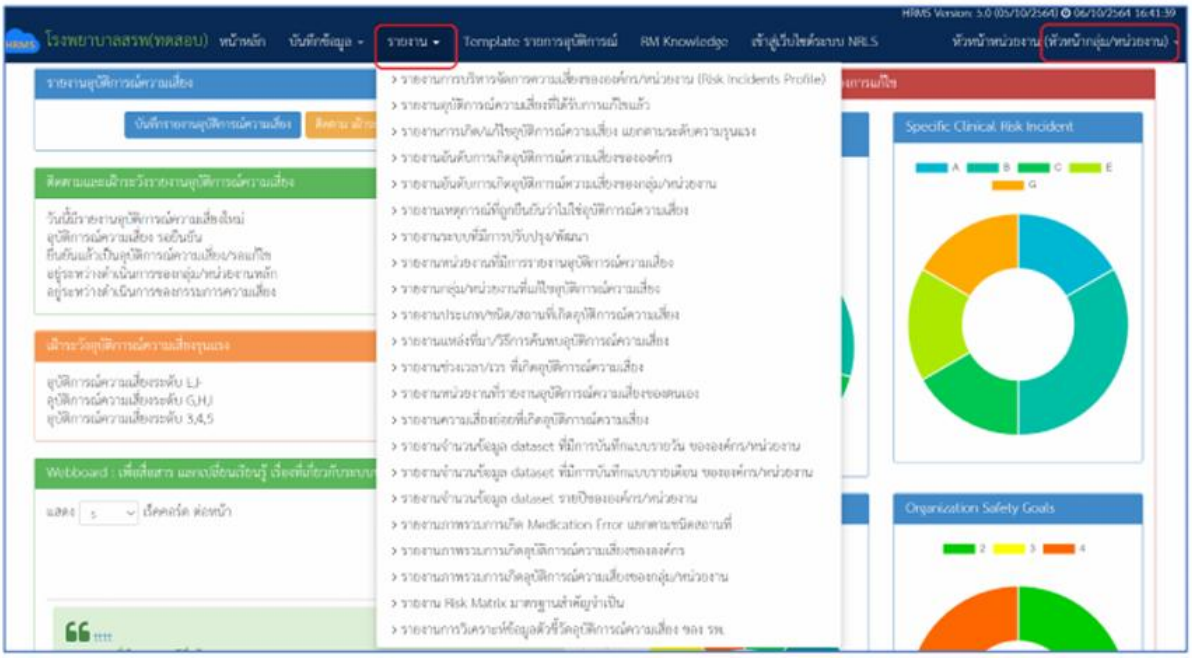
การเรียกดูรายการของรายงานเกี่ยวกับการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล สามารถเรียกดูได้ ที่เมนู “รายงาน” ซึ่งระบบจะแสดงจำนวนรายการรายงานให้เรียกดูได้ตามสิทธิ์ของกลุ่มผู้ใช้



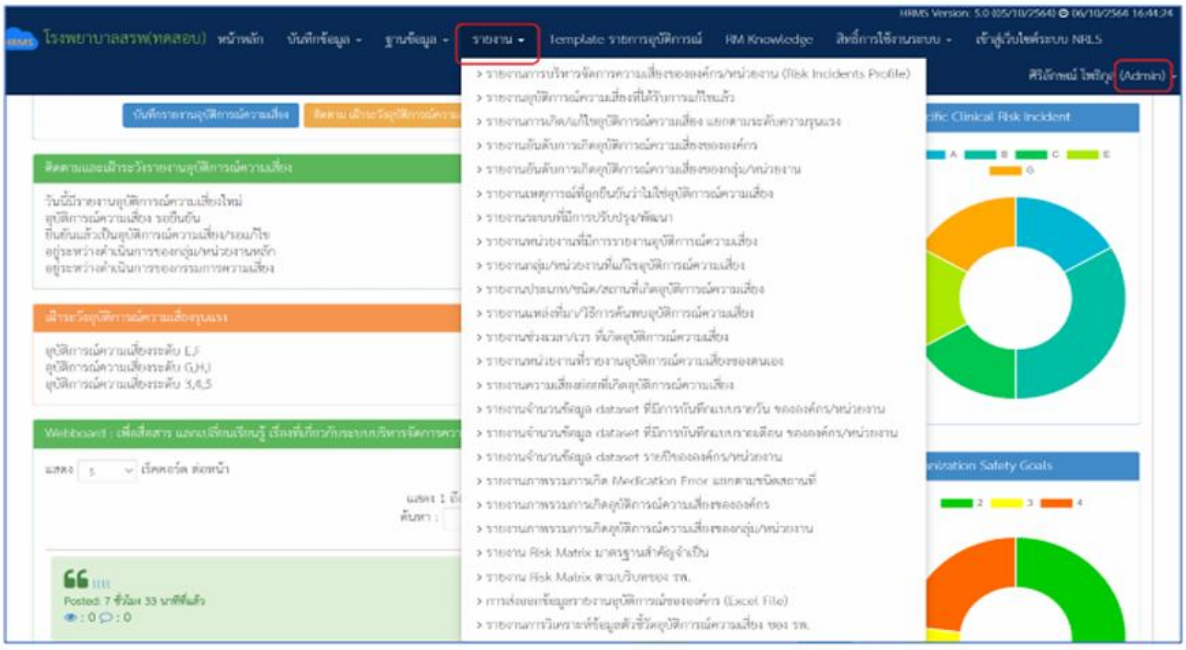
หน้าจอแสดงรายการรายงานสำหรับผู้ใช้ทั่วไป (กลุ่มผู้ใช้ในสิทธิ์ “เจ้าหน้าที่”) สามารถเรียกดูได้



หน้าจอแสดงรายการรายงานสำหรับผู้ใช้ในสิทธิ์ “ผู้กรอกข้อมูล dataset” สามารถเรียกดูได้



หน้าจอแสดงรายการรายงานสำหรับผู้ใช้ในสิทธิ์ “หัวหน้ากลุ่ม/หน่วยงาน” สามารถเรียกดูได้

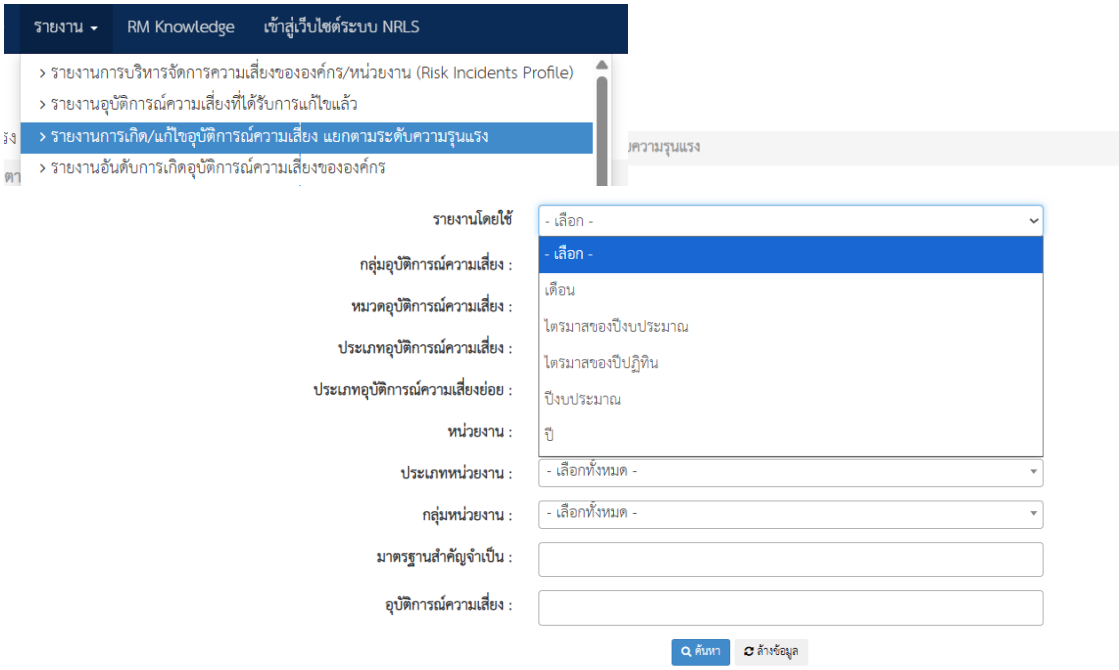


หน้าจอแสดงรายการรายงานสำหรับผู้ใช้ในสิทธิ์ “คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง/Admin” สามารถเรียกดูได้

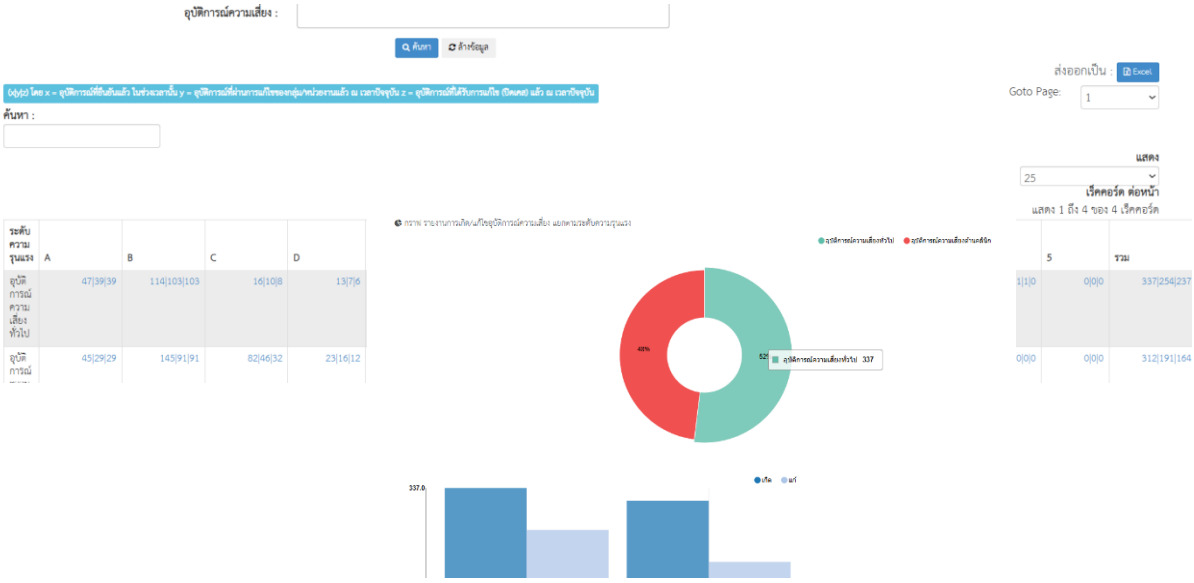
ตัวอย่างขั้นตอนการเรียกดูรายงาน

การเรียกดูรายงานต่าง ๆ มีขั้นตอนและวิธีการในการเรียกดู คล้ายๆ กัน ตามตัวอย่างการเรียกดูรายงานการเกิด/ แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง แยกตามระดับความรุนแรง โดยเมื่อผ่านการ login เข้าสู่ระบบตามระดับสิทธิ์แล้ว ไปที่เมนู “รายงาน” และคลิกเลือกรายการ “รายงานการเกิด/แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง แยกตามระดับความรุนแรง” จากนั้น ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

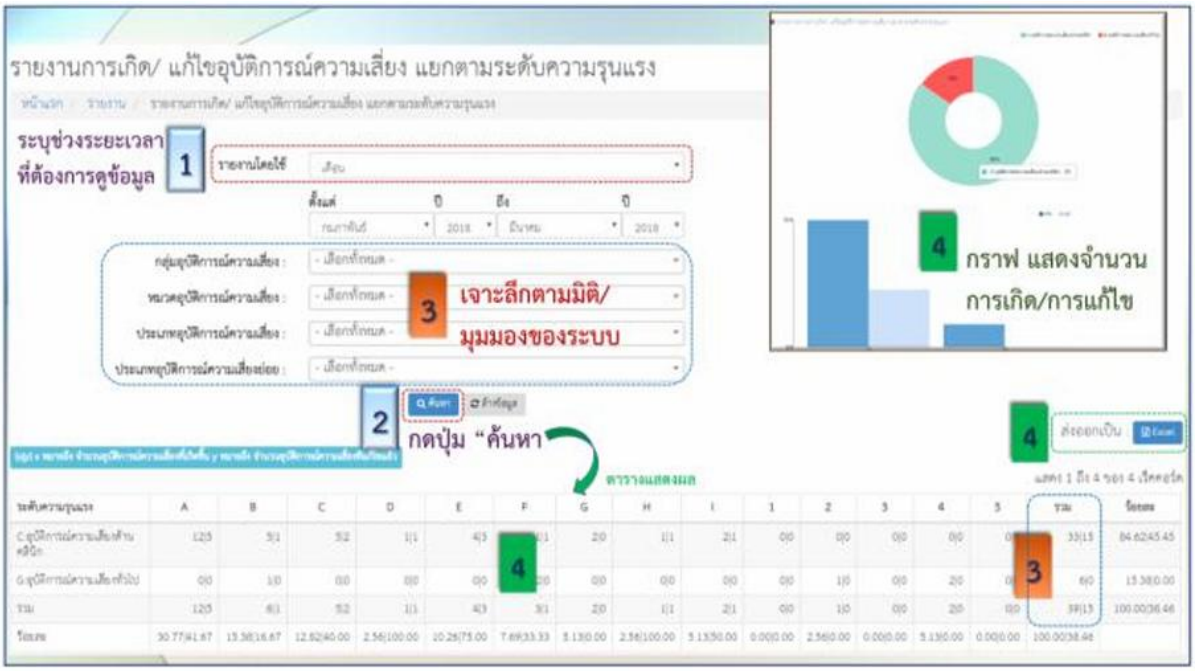
๑) เลือกระบุรอบของช่วงเวลาที่ต้องการดูรายงาน จากช่อง รายงานโดยใช้ - เลือก - ซึ่งจะมีให้เลือกเป็น รอบเดือน ถึง เดือน/ไตรมาสของปีงบประมาณ ถึง ไตรมาสของปีงบประมาณ/ปีงบประมาณถึง ปีงบประมาณ/ปี ถึง ปี โดย ให้เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง



๒) กดปุ่ม ค้นหา ระบบจะแสดงรายงานการเกิด/แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง แยกตามระดับความรุนแรงรวม ทั้งหมดขององค์กร ซึ่งแสดงสถานะและข้อมูลเกี่ยวกับรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง



๓) หากต้องการเจาะลึกเพื่อดูรายละเอียดเพิ่มเติมในมิติ/มุมมองต่าง ๆ ซึ่งสามารถทำได้ตามระดับสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลของแต่ละกลุ่มสิทธิ์ผู้ใช้ สามารถเลือกระบุมิติ/มุมมองต่าง ๆ ตามตัวเลือกที่ระบบมีไว้ให้ จากนั้น กดปุ่ม ค้นหา อีกครั้ง ระบบจะแสดงข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามมิติ/มุมมองที่เลือก ทั้งนี้ เมื่อ นำเมาส์ไปชี้ที่ตัวเลขจำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงใด ๆ แล้ว พบว่ามีรูปมือแสดงที่ตัวเลขนั้น ๆ แสดงว่าผู้ใช้รายนั้นมีสิทธิ์ และสามารถเจาะลึกดูรายละเอียดได้มากขึ้น



๔) รายละเอียดของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงใดที่มีปุ่ม ส่งออกเป็น : Excel แสดงไว้ที่มุมบนขวา แสดงว่า สามารถส่งออกและ save ในรูปแบบไฟล์ Excel เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของระบบ NRLS & HRMS on Cloud
ประจำปีงบประมาณ 2568

รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงในบัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของระบบ HRMS on Cloud เป็นรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สอดคล้องและครอบคลุมตาม Standard Data set & Terminologies ของระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย (National Reporting and Learning System: NRLS) ดังนั้น รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีอยู่ในบัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของทั้งสองระบบนี้ จึงเป็นบัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเดียวกัน

ทั้งนี้ ตามบัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของระบบ NRLS & HRMS on Cloud ที่ใช้งานในระหว่างปีงบประมาณ 2565 - 2567 นั้น มีการจัดแบ่งรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงออกเป็น กลุ่ม หมวด ประเภท ประเภทย่อย และรายการ (เรื่อง) รวมจำนวนรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมด 315 รายการ และในปีงบประมาณ 2568 นี้ มีการทบทวนและปรับปรุงรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยการเพิ่มเติมใหม่ 8 รายการ และตัดออก 2 รายการ ดังนี้

รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เพิ่มเติมใหม่ จำนวน 8 รายการ ได้แก่

- CPI205 เกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการสอดใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Peripheral Line Associated Bloodstream -PLABSI)
- CPP407 เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา/สารน้ำ/เลือด/ส่วนประกอบของเลือดทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Infusion related complication)
- GOI107 โปรแกรม/ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ เช่น HIS, LIS, โปรแกรมระบบยา ล่ม/ไม่สามารถใช้งานได้ นานเกินกว่าระยะเวลาที่ประกันเวลาไว้
- GOI108 โปรแกรม/ระบบสารสนเทศการบริการอื่นๆ ที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์ ล่ม/ไม่สามารถใช้งานได้ นานเกินกว่าระยะเวลาที่ประกันเวลาไว้
- GOI204 เกิดปัญหาด้านอุปกรณ์เทคโนโลยีทางการแพทย์/เครื่องมือ-อุปกรณ์การแพทย์ที่ไม่ใช่เครื่องมือ-อุปกรณ์ผ่าตัด (Error of Medical device) เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ตรงวัตถุประสงค์/ใช้ผิดวิธี- เทคนิค
- GOI205 เกิดปัญหาด้านเครื่องมือ อุปกรณ์สำนักงาน หรือ เครื่องมือ อุปกรณ์อื่นๆ ที่ไม่ใช่เทคโนโลยีหรือเครื่องมือ-อุปกรณ์การแพทย์ เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ตรงวัตถุประสงค์/ใช้ผิดวิธี- เทคนิค

- GOI206 เกิดปัญหาด้านเวชภัณฑ์ทางการแพทย์/เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่มีคุณภาพ/ไม่เพียงพอ/หมดอายุหรืออยู่ในสภาพไม่พร้อมใช้งาน

- GOI207 เกิดปัญหาด้านเวชภัณฑ์ยา เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่มีคุณภาพ/ไม่เพียงพอ/หมดอายุหรืออยู่ในสภาพไม่พร้อมใช้งาน

รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ตัดออก จำนวน 2 รายการ ได้แก่

- CPO101 เรื่องอื่นๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE โปรดระบุ
- GPO101 เรื่องอื่นๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE โปรดระบุ

ดังนั้น **บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของระบบ NRLS & HRMS on Cloud ในปีงบประมาณ 2568 จึงมีจำนวนรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมด 321 รายการ** แยกตามกลุ่ม หมวด ประเภท ประเภทย่อยอุบัติการณ์ ดังนี้

1. กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk Incident : C) จำนวน 219 รายการ (เรื่อง) แยกเป็น 2 หมวด ได้แก่

1) หมวด Patient Safety Goals (Common Clinical Risk Incident) มีจำนวน 130 รายการ (เรื่อง) ใน 24 ประเภทย่อย และ 6 ประเภท (SIMPLE)

2) หมวด Specific Clinical Risk Incident มีจำนวน 89 รายการ (เรื่อง) ใน 17 ประเภทย่อย และ 7 ประเภท (สาขาโรค)

2. กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk Incident : G) จำนวน 102 รายการ (เรื่อง) แยกเป็น 2 หมวด ได้แก่

1) หมวด Personnel Safety Goals มีจำนวน 71 รายการ (เรื่อง) ใน 14 ประเภทย่อย และ 6 ประเภท (SIMPLE)

2) หมวด Organization Safety Goals มีจำนวน 31 รายการ (เรื่อง) ใน 12 ประเภทย่อย และ 6 ประเภท (SIMPLE)

รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงตาม Standard Data Set & Terminologies ระบบ NRLS ทุกรายการจะมีรหัสซึ่งเป็นตัวอักษรย่อและตัวเลขกำกับไว้ เพื่อบอกให้รู้ว่ารายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นอยู่ใน กลุ่ม หมวด ประเภท และประเภทย่อยของอุบัติการณ์ความเสี่ยงใด รายละเอียดดังตาราง

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk Incident: C)					
อักษรย่อ	หมวด	อักษรย่อ	ประเภท	ตัวเลขหลักหน่วย	ประเภทย่อย
P	Patient Safety Goals หรือ Common Clinical Risk Incident	S	Safe Surgery	1	Safe Surgery and Invasive Procedure
				2	Safe Anesthesia
				3	Safe Operating Room
		I	Infection Prevention and Control	1	Hand Hygiene
				2	Prevention of Healthcare Associated Infection
				3	Isolation Precautions
				4	Prevention and Control Spread of Multidrug-Resistant Organisms (MDRO)
		M	Medication & Blood Safety	1	Safe from Adverse Drug Events (ADE)
				2	Safe from Medication Error
				3	Medication Reconciliation
				4	Rational Drug Use (RDU)
				5	Blood Transfusion Safety
		P	Patient Care Processes	1	Patient Identification
				2	Communication
				3	Reduction of Diagnostic Errors
				4	Preventing Common Complications
				5	Pain Management
				6	Refer and Transfer Safety
		L	Line, Tube, and Catheter & Laboratory	1	Catheter, Tubing Connection, and Infusion Pump
				2	Right and Accurate Laboratory Results
		E	Emergency Response	1	Response to the Deteriorating Patient
				2	Medical Emergency
				3	Maternal and Neonatal Morbidity
				4	ER Safety

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk Incident: C) (ต่อ)					
อักษรย่อ	หมวด	อักษรย่อ	ประเภท	ตัวเลขหลักหน่วย	ประเภทย่อย
S	Specific Clinical Risk Incident	G	Gynecology & Obstetrics diseases and procedure	1	Maternal Health Care Process
				2	Child Health Care Process
				3	Gynecology diseases and procedure
		S	Surgical diseases and procedure	1	Specific complications in Surgery
				2	Urological Surgery
		M	Medical diseases and procedure	1	Respiratory System
				2	Cardiovascular System
				3	Gastrointestinal System
				4	Neurological System
				5	Specific Complications of Medical Procedure
				6	Medical Emergencies Complications
		P	Pediatric diseases and procedure	1	Pediatric Disease
				2	Pediatric Medical Disease/ Complications
		O	Orthopedic diseases and procedure	1	Ortho-Surgery Complications
		E	Eye, Ear, Nose, Throat diseases and procedure	1	Eye/Ophthalmic Diseases
				2	ENT Diseases
		D	Dental diseases and procedure	1	Dental Treatment Complications

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk Incident: G)					
อักษรย่อ	หมวด	อักษรย่อ	ประเภท	ตัวเลขหลักหน่วย	ประเภทย่อย
P	Personnel Safety Goals	S	Security and Privacy of Information and Social Media	1	Security and Privacy of Information
				2	Social Media and Communication 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 of Work-Related Disorder
				2	Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder
				3	Fitness for Work or Duty Health Assessment
		L	Lane (Ambulance) and Legal Issues	1	Ambulance and Referral Safety
				2	Legal Issues
		E	Environment and Working Conditions	1	Safe Physical Environment
				2	Working Conditions
				3	Workplace Violence

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk Incident: G) (ต่อ)					
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 Technology & Communication, Internal control & Inventory	1	Information Technology & 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	Professional & Operational Supervision
		E	Economy	1	Financial
				2	Budget

โดยรหัสรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงแต่ละรายการ ประกอบด้วยตัวอักษร 3 ตัว และ ชุดตัวเลข 3 ตัว (ตัวเลขตัวแรกเป็นหลักหน่วย 1 ตัวและตัวเลข 2 ตัวหลังเป็นตัวเลขหลักสิบ) ซึ่งมีความหมายดังนี้

- **ตัวอักษรตัวแรก** เป็นอักษรย่อที่**แสดงถึงกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยง** ว่าอยู่กลุ่มใด
- **ตัวอักษรตัวที่ 2** เป็นอักษรย่อที่**แสดงถึงหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง** ว่าอยู่ในหมวดใด
- **ตัวอักษรตัวที่ 3** เป็นอักษรย่อที่**แสดงถึงประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง** ว่าอยู่ในประเภทใด
- **ตัวเลขตัวแรก (เลขหลักหน่วย) แสดงถึง ประเภทย่อยของอุบัติการณ์ความเสี่ยง**ที่มีอยู่ในแต่ละประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง
- **ตัวเลขสองตัวหลัง (เลขหลักสิบ) แสดงถึง รายการ (เรื่อง) อุบัติการณ์ความเสี่ยง** ว่าเป็นเรื่องลำดับใดในแต่ละประเภทย่อยอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นๆ

ดังตัวอย่าง ตารางแสดงความหมายของรหัสอุบัติการณ์ความเสี่ยง **รหัส CPS101 : ผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดข้าง (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong body part)**

กลุ่ม	หมวด	ประเภท	ประเภทย่อย	รายการ/ลำดับ	รหัส : เรื่อง
C ย่อมาจาก Clinical Risk Incident **บอกถึง กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก**	P ย่อมาจาก Patient Safety Goals **บอกถึงหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Patient Safety Goals**/Common Clinical Risk Incident	S ย่อมาจาก Safe Surgery **บอกถึงประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง Safe Surgery**	1 **บอกถึงประเภทย่อยอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ S1:** Safe Surgery and Invasive Procedure	01 บอกถึงอุบัติการณ์รายการ/ลำดับที่ 1	CPS101 **ผ่าตัดผิดตำแหน่งผิดข้าง (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong body part)**

หมายเหตุ

1) เฉพาะในโปรแกรม/ระบบ HRMS on Cloud การใช้งานรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกรายการ/รหัส (เรื่อง) โรงพยาบาลสมาชิกสามารถเพิ่มเติมรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงย่อยภายในโรงพยาบาลได้ตามบริบท/ความต้องการ
2) กรณีโรงพยาบาลสมาชิกใด ต้องการเพิ่มรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลักรายการใหม่ ที่ไม่มีอยู่ในบัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้ง 321 รายการ สามารถขอเพิ่มได้โดยต้องจัดทำรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ต้องการเพิ่มใหม่นั้นตาม Template ดังนี้

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยง	
หมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง	
ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง	
ประเภทย่อยอุบัติการณ์ความเสี่ยง	
ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของอุบัติการณ์ความเสี่ยง	
หมายเหตุ	

รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงในกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk Incident: C)

หมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Patient Safety Goals: P (Common Clinical Risk Incident)

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง S: Safe Surgery มี 3 ประเภทย่อย จำนวน 29 เรื่อง ได้แก่

S1 : Safe Surgery and Invasive Procedure จำนวน 18 เรื่อง

S2 : Safe Anesthesia จำนวน 3 เรื่อง

S3 : Safe Operating Room จำนวน 8 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	CPS101	ผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดข้าง (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong body part)*	S1.1
2	CPS102	ผ่าตัดผิดคน (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong patient)*	S1.1
3	CPS103	ผ่าตัดผิดชนิด (Wrong surgical or other invasive procedure performed on a patient)*	S1.1
4	CPS104	Wrong implant/prosthetic***	S1.1
5	CPS105	บาดเจ็บอวัยวะข้างเคียงระหว่างผ่าตัด (Internal organ injury or Accidental puncture or laceration)**	S1.1
6	CPS106	Perioperative hemorrhage or hematoma**	S1.1
7	CPS107	ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัดที่ป้องกันได้	S1.1
8	CPS108	ผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผน	S1.1
9	CPS109	ความคาดเคลื่อนของการส่งผลชิ้นเนื้อ หรือสิ่งส่งตรวจอื่นในกระบวนการผ่าตัด	S1.1
10	CPS110	Intraoperative or immediately postoperative/post procedure death in an ASA PS I patient*	S1.1
11	CPS111	SSI: Surgical Site Infection	S1.2
12	CPS112	Postoperative Acute Kidney Injury Requiring Dialysis**	S1.3
13	CPS113	Postoperative Hip Fracture**	S1.3
14	CPS114	Postoperative Respiratory failure**	S1.3
15	CPS115	Postoperative Sepsis**	S1.3

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
16	CPS116	Postoperative Wound dehiscence**	S1.3
17	CPS117	ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ป้องกันได้	S1.3
18	CPS118	เกิดภาวะ Venous Thromboembolism (VTE) หลังผ่าตัด	S1.4
19	CPS201	เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึก	S2
20	CPS202	ภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างผ่าตัดในผู้ป่วย ASA PS I, II	S2
21	CPS203	ใส่ท่อหายใจซ้ำภายใน 2 ชั่วโมงหลังการถอดท่อหายใจ (re-intubation within 2 hrs. after ex-tubation)	S2
22	CPS301	สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดไม่ปลอดภัย	S3.1
23	CPS302	ไฟฟ้าสำรองไม่ทำงานภายในระยะเวลาที่กำหนดเมื่อไฟดับระหว่างผ่าตัด	S3.1
24	CPS303	เครื่องมือ-อุปกรณ์สำหรับผ่าตัดไม่พร้อมใช้งาน	S3.2
25	CPS304	ภาวะแทรกซ้อนจากเครื่องมือ/อุปกรณ์เกี่ยวกับการผ่าตัด	S3.2
26	CPS305	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด	S3.3
27	CPS306	การเลื่อนการผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วนจากความไม่พร้อมหรือการประเมินไม่ครบถ้วน	S3.3
28	CPS307	การมีอุปกรณ์หรือสิ่งตกค้างอื่นใดในร่างกายผู้ป่วย (Unintended retention of foreign object in a patient after surgery or other procedure)***	S3.3
29	CPS308	การปฏิบัติโดยไม่คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิผู้ป่วย	S3.3
* อ้างอิงจาก AHRQ, Patient Safety Network, Never Events			
** อ้างอิงจาก AHRQ, Patient Safety indicators			
*** อ้างอิงจาก NHS, Provisional publication of Never Events reported			

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง I: Infection Prevention and Control มี 4 ประเภทย่อย จำนวน 10 เรื่อง ได้แก่

I1 : Hand Hygiene จำนวน 1 เรื่อง

I2 : Prevention of Healthcare Associated Infection จำนวน 5 เรื่อง

I3 : Isolation Precautions จำนวน 3 เรื่อง

I4 : Prevention and Control Spread of Multidrug-Resistant Organisms (MDRO) จำนวน 1 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	CPI101	ไม่ล้างมือ/ล้างไม่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ของการทำความสะอาดมือ (5 moments for hand hygiene)	I1
2	CPI201	CAUTI: Catheter Associated Urinary Tract Infection	I2.1
3	CPI202	VAP: Ventilator-Associated Pneumonia	I2.2
4	CPI203	CLABSI: Central Line-Associated Bloodstream Infection	I2.3
5	CPI204	การไม่ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อโรคในสถานพยาบาล Standard Precautions (ยกเว้นการล้างมือ)	I2
6	CPI205	เกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการสอดใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Peripheral Line Associated Bloodstream -PLABSI)	I2
7	CPI301	การเกิดระบาดโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ	I3
8	CPI302	เกิดการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (Vaccine Preventable Disease) ภายในโรงพยาบาล	I3
9	CPI303	เกิดการระบาดของโรคติดต่ออื่น ๆ (Other Communication Disease) ภายในโรงพยาบาล	I3
10	CPI401	การเกิดการติดเชื้อดื้อยา	I4

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง M: Medication & Blood Safety มี 5 ประเภทย่อย จำนวน 29 เรื่อง ได้แก่

M1 : Safe from Adverse Drug Events (ADE) จำนวน 7 เรื่อง

M2 : Safe from Medication Error จำนวน 8 เรื่อง

M3 : Medication Reconciliation จำนวน 4 เรื่อง

M4 : Rational Drug Use (RDU) จำนวน 4 เรื่อง

M5 : Blood Transfusion Safety จำนวน 6 เรื่อง

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	CPM101	แพ้ยาซ้ำ	M1
2	CPM102	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตาม Guideline ของการใช้ High Alert Drug	M1.1
3	CPM103	ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการได้รับยาความเสี่ยงสูง	M1.1
4	CPM104	Mis selection of a strong potassium containing solution***	M1.1
5	CPM105	แพ้ยา (ยกเว้น แพ้ยาซ้ำ)/ADE: Adverse Drug Events ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	M1.2
6	CPM106	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตาม Guideline ของการใช้ Fatal Drug	M1.3
7	CPM107	ผู้ป่วยได้รับยาที่มีคู่ยาปฏิกิริยารุนแรง	M1.3
8	CPM201	Medication error : Prescribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการสั่งใช้ยา)	M2
9	CPM202	Medication error : Transcribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการคัดลอกยา)	M2
10	CPM203	Medication error : Pre-dispensing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการจัดเตรียมจ่ายยา)	M2
11	CPM204	Medication error : Dispensing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการจ่ายยา)	M2
12	CPM205	Medication error : Administration (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการให้ยา)	M2
13	CPM206	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Look-Alike Sound-Alike Medication Names	M2.1
14	CPM207	ผู้ป่วยได้รับยา ในกลุ่ม Look-Alike Sound-Alike Medication Names	M2.1
15	CPM208	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน หรือ Guideline ของการใช้ยา ยกเว้น HAD, Fatal drug, Look-Alike Sound-Alike, Antibiotics	M2.2
16	CPM301	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Medication Reconciliation	M3
17	CPM302	ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมต่อเนื่องจากไม่ได้ทำ Medication Reconciliation	M3
18	CPM303	ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อนจากไม่ได้ทำ Medication Reconciliation	M3

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
19	CPM304	ผู้ป่วยได้รับยาที่มีปฏิกิริยากันโดยไม่ได้ทำ Medication Reconciliation	M3
20	CPM401	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Rational Drug Use	M4
21	CPM402	การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	M4
22	CPM403	การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	M4
23	CPM404	การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล (ยกเว้นยาปฏิชีวนะ)	M4
24	CPM501	การให้เลือดผิด (Incorrect blood component transfused, IBCT หรือ Wrong blood transfused)	M5
25	CPM502	การมีปฏิกิริยาจากการได้รับเลือด (Transfusion reaction)**	M5
26	CPM503	การไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด (Specific requirements not met, SRNM) ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยได้รับส่วนประกอบของเลือดที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนด	M5
27	CPM504	การให้เลือดที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate transfusion)	M5
28	CPM505	เกิดความผิดพลาดในการนำส่งและจัดเก็บส่วนประกอบของเลือด (Handling and storage errors, HSE)	M5
29	CPM506	กระบวนการปฏิบัติงาน/ขั้นตอนการดำเนินงานในการให้เลือดผู้ป่วยคลาดเคลื่อนจากข้อกำหนด (Right blood right patient, RBRP)	M5
* อ้างอิงจาก AHRQ, Patient Safety Network, Never Events			
** อ้างอิงจาก AHRQ, Patient Safety indicators			
*** อ้างอิงจาก NHS, Provisional publication of Never Events reported			

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง P: Patient Care Processes มี 6 ประเภทย่อย จำนวน 34 เรื่อง ได้แก่

P1 : Patient Identification จำนวน 1 เรื่อง

P2 : Communication จำนวน 7 เรื่อง

P3 : Reduction of Diagnostic Errors จำนวน 11 เรื่อง

P4 : Preventing Common Complications จำนวน 7 เรื่อง

P5 : Pain Management จำนวน 6 เรื่อง

P6 : Refer and Transfer Safety จำนวน 2 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	CPP101	Patient Identification	P1
2	CPP201	การรายงานอาการ หรือสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่เหมาะสม/ไม่ครบถ้วน	P2.1
3	CPP202	การสื่อสารเพื่อการส่งตรวจหรือการรักษาทางรังสีวิทยาผิดพลาด/ไม่ครบถ้วน	P2.2
4	CPP203	การสื่อสารเพื่อการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด/ไม่ครบถ้วน	P2.2
5	CPP204	การสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยผิดพลาด เช่น ไม่สื่อสาร/สื่อสารผิด/สื่อสารไม่ครบถ้วน/สื่อสารล่าช้า	P2.2
6	CPP205	ไม่รายงาน Critical Test Results หรือรายงานล่าช้า	P2.3
7	CPP206	เกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลซึ่งมีสาเหตุมาจาก Verbal or Telephone Order/Communication	P2.4
8	CPP207	เกิดความผิดพลาดจากการใช้สื่อในกระบวนการรักษาพยาบาล เช่น ใช้คำย่อ/ชื่อย่อ/สัญลักษณ์ที่ไม่เป็นสากล	P2.5
9	CPP301	Misdiagnosis or delay diagnosis	P3
10	CPP302	(Access & Entry) ผู้ป่วยเข้าถึงหรือได้รับบริการ ผิด/ล่าช้าไปจากเกณฑ์ หรือโรคที่เป็น	P3
11	CPP303	(Patient Assessment) ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน/ประเมินผิด/ประเมินไม่ครบถ้วน ตามเกณฑ์ อาการหรือการดำเนินโรค	P3
12	CPP304	(Planning of Care) ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนดูแล/วางแผนไม่ครอบคลุม หรือวางแผนผิดไปจากพยาธิสภาพ/สภาวะของโรค	P3
13	CPP305	(Discharge Planning) ผู้ป่วยกลุ่มโรคจำเป็นไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย/วางแผนไม่ครอบคลุม ตามเกณฑ์ หรือประเด็น	P3
14	CPP306	(Patient Care Delivery) ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ครอบคลุม/ ไม่เชื่อมโยง/ไม่สอดคล้อง ตามเกณฑ์ อาการ หรือโรค	P3
15	CPP307	(Patient Care Delivery) ผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงในสถานการณ์ หรือสถานที่ไม่เหมาะสม	P3

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
16	CPP308	(Patient Care Delivery) ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เหมาะสมตามความต้องการพื้นฐาน หรือข้อบ่งชี้ของโรค/การเจ็บป่วย	P3
17	CPP309	(Information and Empowerment) ผู้ป่วย/ครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลเพื่อเสริมพลัง หรือได้รับไม่ชัดเจน/ ไม่ต่อเนื่อง/ไม่เหมาะสม กับการรับรู้หรือมีส่วนร่วม	P3
18	CPP310	(Information and Empowerment) ข้อมูลการวินิจฉัย/การดูแลรักษาของผู้ป่วยไม่ได้รับการบันทึกหรือได้รับการบันทึกไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน ไม่เชื่อมโยงต่อเนื่อง	P3
19	CPP311	(Continuity of Care) ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง/ไม่เชื่อมโยง/ไม่สอดคล้อง กับบริบทและสภาวะของโรค	P3
20	CPP401	ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลซึ่งป้องกันได้ **(ยกเว้น เกิดแผลกดทับ, ตกเตียง/fall)**	P4
21	CPP402	ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย/ฆ่าตัวตาย	P4
22	CPP403	ผู้ป่วยถูกลักพาตัว สลับ หรือสูญหาย หรือพลัดหลง หรือหลบหนี	P4
23	CPP404	เกิดแผลกดทับ	P4.1
24	CPP405	ตกเตียง/fall	P4.2
25	CPP406	ผู้ป่วยอาละวาดก้าวร้าว	P4
26	CPP407	เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา/สารน้ำ/เลือด/ส่วนประกอบของเลือดทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Infusion related complication)	P4
27	CPP501	ผู้ป่วยไม่ได้รับ หรือได้รับการบรรเทาอาการปวดไม่เหมาะสมกับสภาพอาการ	P5.1
28	CPP502	ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการจัดการความปวด	P5.1
29	CPP503	ผู้ป่วย Acute Pain ไม่ได้รับ หรือได้รับการบรรเทาอาการปวดไม่เหมาะสม	P5.2
30	CPP504	Chronic Non-Cancer Patients ได้รับการสั่งใช้ Opioids ไม่เหมาะสม	P5.3
31	CPP505	ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ opioids ในการระงับปวดเรื้อรังที่มิใช่มะเร็ง	P5.3
32	CPP506	Management for Cancer Pain and Palliative Care ไม่เหมาะสม	P5.4

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
33	CPP601	ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อเพื่อการรักษา ไม่ได้รับการส่งต่อหรือส่งต่อได้ในช่วงเวลาไม่เหมาะสม	P6
34	CPP602	มีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ระหว่างส่งต่อ	P6

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง L: Line, Tube, and Catheter & Laboratory มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่

L1 : Catheter, Tubing Connection, and Infusion Pump จำนวน 3 เรื่อง

L2 : Right and Accurate Laboratory Results จำนวน 3 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	CPL101	ท่อ เลื่อนหลุดเกิด re-intubation	L1
2	CPL102	Mis-connect, Dis-connect	L1
3	CPL103	ความคลาดเคลื่อนการให้สารน้ำจากการใช้ Infusion pump	L1
4	CPL201	ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด ล่าช้า หรือไม่สามารถปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ได้	L2
5	CPL202	สิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม หรือไม่มีสิ่งส่งตรวจ	L2
6	CPL203	เตรียมตรวจ/ตรวจทางรังสีผิดพลาด (เช่น ผิดประเภท/ผิดคำสั่ง/ผิดตำแหน่ง/ผิดข้าง/ผิดเทคนิคการตรวจ)	L2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง E: Emergency Response มี 4 ประเภทย่อย จำนวน 22 เรื่อง ได้แก่

E1 : Response to the Deteriorating Patient จำนวน 1 เรื่อง

E2 : Medical Emergency จำนวน 4 เรื่อง

E3 : Maternal and Neonatal Morbidity จำนวน 6 เรื่อง

E4 : ER Safety จำนวน 11 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่อความเสี่ยง	SIMPLE
1	CPE101	Un-planed Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)	E1
2	CPE201	Sepsis with death	E2.1
3	CPE202	ผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome ไม่ได้รับการตรวจรักษาในช่วงเวลา golden period	E2.2
4	CPE203	Acute Ischemic Stroke ที่ให้การรักษาไม่ทัน golden period	E2.3
5	CPE204	เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)	E2.4
6	CPE301	PPH with Complicate	E3.1
7	CPE302	มารดาเสียชีวิตจากการคลอด	E3.2
8	CPE303	ทารกเสียชีวิตจากการคลอด	E3.2
9	CPE304	ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่ป้องกันได้เกิดขึ้นกับมารดา	E3.2
10	CPE305	ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่ป้องกันได้เกิดขึ้นกับทารก (Birth injury)	E3.2
11	CPE306	Severe Birth Asphyxia	E3.3
12	CPE401	ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้รับการตรวจรักษาภายในระยะเวลา 30 นาที	E4.1
13	CPE402	Under triage	E4.1
14	CPE403	Over triage	E4.1
15	CPE404	ผู้ป่วยไม่รอตรวจ ไม่พึงพอใจ ร้องเรียน	E4.1
16	CPE405	Delay Diagnosis and Delay treatment ในผู้ป่วย ฉุกเฉิน และผู้ป่วย Fast Track	E4.1
17	CPE406	ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินระหว่างรอการตรวจรักษา	E4.2
18	CPE407	Missed Diagnosis	E4.2
19	CPE408	Un-planed ICU ในผู้ป่วยฉุกเฉิน/ผู้ป่วยวิกฤติ	E4.3
20	CPE409	ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาในห้องฉุกเฉินนานมากกว่า 2 ชั่วโมงก่อน Admit หรือนานมากกว่า 4 ชั่วโมงก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน	E4.4
21	CPE410	เกิดอุบัติภัยหมู่ที่ให้ความช่วยเหลือได้ไม่ทันเวลา	E4.5
22	CPE411	เกิด disaster หรือภาวะฉุกเฉินที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ที่ ER	E4.5

รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงในกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk Incident: C)

หมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางด้านคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk Incident: S)

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง G: Gynecology & Obstetrics diseases and procedure มี 3 ประเภทย่อย จำนวน 14 เรื่อง ได้แก่

G1 : Maternal Health Care Process จำนวน 7 เรื่อง

G2 : Child Health Care Process จำนวน 1 เรื่อง

G3 : Gynecology diseases and procedure จำนวน 6 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	CSG101	เกิดปัญหา in VBAC (Vaginal Birth after Cesarean) เช่น Uterine rupture/ตกเลือด	ตอนที่ III / G1
2	CSG102	เกิดปัญหาใน Preeclampsia (เช่น Eclampsia/HELLP Syndrome/Severe eclampsia/Abruption/SE from MgSO4)	ตอนที่ III / G1
3	CSG103	เกิดปัญหาใน Pregnancy with GDM (เช่น Polyhydramnios/PIH/Macrosomia/DFIU)	ตอนที่ III / G1
4	CSG104	เกิดปัญหาใน Pregnancy with HIV เช่น M-F transmission	ตอนที่ III/ G1
5	CSG105	เกิดภาวะวิกฤติใน Placenta Previa (เช่น APH/PPH)	ตอนที่ III / G1
6	CSG106	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Amniocentesis (เช่น Haemorrhage/Sepsis/Fetal loss/Abort/Uterine contraction)	ตอนที่ III / G1
7	CSG107	เกิดปัญหาใน Premature Contraction (เช่น Preterm labour/SE from Inhibit)	ตอนที่ III / G1
8	CSG201	เกิดปัญหาใน Twin (เช่น Preterm labour/PROM/PPH/Birth asphyxia/PIH/Discordant twin)	ตอนที่ III / G2
9	CSG301	เกิด TOA (Tubo-ovarian abscess) ใน PID (Pelvic Inflammatory Disease)	ตอนที่ III / G3
10	CSG302	เกิดภาวะวิกฤติ ใน Abort (เช่น Embolism/Shock)	ตอนที่ III / G3
11	CSG303	เกิดภาวะวิกฤติใน Ectopic pregnancy (เช่น Rupture/Shock)	ตอนที่ III / G3
12	CSG304	เกิดภาวะวิกฤติใน Ovarian tumor (เช่น Rupture/Twist)	ตอนที่ III / G3

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
13	CSG305	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน CIN (Cervical of intraepithelial neoplasia) (เช่น Persistence/Recurrent/CA Cervix)	ตอนที่ III / G3
14	CSG306	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Myoma uteri (เช่น Hypermenorrhea/Infertile/Urinary Incontinence)	ตอนที่ III / G3

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง S: Surgical diseases and procedure มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 11 เรื่อง ได้แก่

S1 : Specific complications in Surgery จำนวน 8 เรื่อง

S2 : Urological Surgery จำนวน 3 เรื่อง

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	CSS101	ทำ Perm-cath insertion แล้วเกิด Bleeding/Pneumothorax	ตอนที่ III / S1
2	CSS102	เกิด Bleeding with shock ในโรค Blunt abdominal injury	ตอนที่ III / S1
3	CSS103	เกิด Bowel gangrene ในโรค Hernia	ตอนที่ III / S1
4	CSS104	เกิด Gut obstruction ในโรค Carcinoma of colon	ตอนที่ III / S1
5	CSS105	เกิด Intracranial hemorrhage ในโรค Head injury	ตอนที่ III / S1
6	CSS106	เกิด Rupture ในโรค Acute appendicitis	ตอนที่ III / S1
7	CSS107	เกิด Sepsis ในโรค Acute cholecystitis	ตอนที่ III / S1
8	CSS108	เกิด Sepsis ในโรค Cellulitis	ตอนที่ III / S1
9	CSS201	เกิด Bleeding ใน PCNC (Percutaneous Nephrocystostomy catheter)	ตอนที่ III / S2
10	CSS202	เกิด Hydro-pneumothorax ใน PCNC (Percutaneous Nephrocystostomy catheter)	ตอนที่ III / S2
11	CSS203	เกิด Renal pelvis perforation ใน PCNC (Percutaneous Nephrocystostomy catheter)	ตอนที่ III / S2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง M: Medical diseases and procedure มี 6 ประเภทย่อย จำนวน 28 เรื่อง ได้แก่

M1 : Respiratory System จำนวน 7 เรื่อง

M2 : Cardiovascular System จำนวน 1 เรื่อง

M3 : Gastrointestinal System จำนวน 3 เรื่อง

M4 : Neurological System จำนวน 4 เรื่อง

M5 : Specific Complications of Medical Procedure จำนวน 4 เรื่อง

M6 : Medical Emergencies Complications จำนวน 9 เรื่อง

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	CSM101	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ใน Exacerbation of COPD	ตอนที่ III / M1
2	CSM102	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ใน Severe asthma	ตอนที่ III / M1
3	CSM103	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ในโรค Avian influenza	ตอนที่ III / M1
4	CSM104	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ในโรค H1N1 influenza	ตอนที่ III / M1
5	CSM105	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ในโรค SARS	ตอนที่ III / M1
6	CSM106	เกิดภาวะ Hypoxemia/Pneumothorax ในโรค PCP	ตอนที่ III / M1
7	CSM107	เกิดภาวะ Hypoxemia/Respiratory failure ในโรค TB Lung	ตอนที่ III / M1
8	CSM201	เกิด CHF/Arrhythmia/Cardiogenic shock ใน AMI	ตอนที่ III / M2
9	CSM301	เกิดภาวะ Hypokalemia ในโรค Acute/Chronic Diarrhea	ตอนที่ III / M3
10	CSM302	เกิดภาวะ Hypovolemic Shock ในโรค Acute/Chronic Diarrhea	ตอนที่ III / M3
11	CSM303	เกิดภาวะ Hypovolemic Shock ในโรค UGI Bleeding	ตอนที่ III / M3
12	CSM401	เกิดภาวะ Brain herniation ในโรค Toxoplasmosis	ตอนที่ III / M4
13	CSM402	เกิดภาวะ Brain herniation ในโรค CVA	ตอนที่ III / M4
14	CSM403	เกิดภาวะ Aspirate pneumonia ในโรค CVA	ตอนที่ III / M4
15	CSM404	เกิดภาวะ IICP ในโรค Cryptococcal meningitis	ตอนที่ III / M4
16	CSM501	เกิด Internal bleeding จากการทำ Liver biopsy	ตอนที่ III / M5
17	CSM502	เกิด Pneumothorax จากการทำ Bronchoscopy	ตอนที่ III / M5
18	CSM503	เกิด Brain herniation จากการทำ Lumbar puncture	ตอนที่ III / M5

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
19	CSM504	เกิด Gut perforation จากการทำ Gastroscopy/Colonoscopy	ตอนที่ III / M5
20	CSM601	เกิดภาวะ Sepsis/Malnutrition ใน Steven Johnson Syndrome	ตอนที่ III / M6
21	CSM602	เกิดภาวะ Septic shock ในโรค Acute pyelonephritis	ตอนที่ III / M6
22	CSM603	เกิดภาวะ Septic shock/Cardiac arrest ใน Sepsis	ตอนที่ III / M6
23	CSM604	เกิดภาวะ Severe acidosis ใน Lactic acidosis	ตอนที่ III / M6
24	CSM605	เกิดภาวะ Shock/Arrhythmia จากการทำ Hemodialysis	ตอนที่ III / M5
25	CSM606	เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินในโรค DM (เช่น Hypoglycemia/DKA)	ตอนที่ III / M6
26	CSM607	เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินในโรค Dengue fever (เช่น Shock/Bleeding)	ตอนที่ III / M6
27	CSM608	เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินในโรค ESRD (เช่น Fluid overload/Hyperkalemia)	ตอนที่ III / M6
28	CSM609	เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินในโรค HT (เช่น CVA/Encephalopathy)	ตอนที่ III / M6

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง P: Pediatric diseases and procedure มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 8 เรื่อง ได้แก่

P1 : Pediatric Disease จำนวน 5 เรื่อง

P2 : Pediatric Medical Disease/ Complications จำนวน 3 เรื่อง

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	CSP101	เกิด Apnea/RDS/BPD/ROP/NEC/Anemia ใน Preterm ที่ VLBW	ตอนที่ III / P1
2	CSP102	เกิด Hypo-Hyperglycemia ใน Preterm ที่ VLBW	ตอนที่ III / P1
3	CSP103	เกิด Hypo-Hyperthermia ใน Preterm ที่ VLBW	ตอนที่ III / P1
4	CSP104	เกิด Hypo-Hyperglycemia/Polycythemia ใน Macrosomia/LGA/GDM	ตอนที่ III / P1
5	CSP105	เกิด PPHN/Pneumothorax ใน MAS	ตอนที่ III / P1
6	CSP201	เกิด Acidosis/Electrolyte Imbalance ในโรค Acute Diarrhea	ตอนที่ III / P2
7	CSP202	เกิด Sepsis/Emphysema/IRDS/Hypoxia ในโรค Pneumonia	ตอนที่ III / P2
8	CSP203	เกิด Shock/Bleeding/Pleural effusion ในโรค DHF	ตอนที่ III / P2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง O: Orthopedic diseases and procedure มี 1 ประเภทย่อย จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่

O1 : Ortho-Surgery Complications จำนวน 6 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	CSO101	กระดูกหักใกล้ข้อ/หลังเข้าเฝือก 24 ชั่วโมง แล้วเกิด Compartment syndrome	ตอนที่ III / O1
2	CSO102	ดึงถ่วงน้ำหนักผ่านกระดูก แล้วเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนเลือดส่วนปลาย และระบบประสาท	ตอนที่ III / O1
3	CSO103	เกิดภาวะแทรกซ้อนในโรค Long bone fracture เช่น Chest injury/Abdominal injury/C-spine injury/Fat embolism	ตอนที่ III / O1
4	CSO104	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Total knee replacement เช่น Active blood loss/spinal shock	ตอนที่ III / O1
5	CSO105	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Hip replacement เช่น Dislocation/Sciatic nerve injury/Hematoma/Fracture	ตอนที่ III / O1
6	CSO106	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Laminectomy/Discectomy เช่น Cauda equina syndrome/Nerve root injury	ตอนที่ III / O1

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง E: Eye, Ear, Nose, Throat diseases and procedure มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 11 เรื่อง ได้แก่

E1 : Eye/Ophthalmic Diseases จำนวน 8 เรื่อง

E2 : ENT Diseases จำนวน 3 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	CSE101	Iris prolapsed ใน ECCE	ตอนที่ III / E1
2	CSE102	Rupture posterior capsule ใน ECCE	ตอนที่ III / E1
3	CSE103	Rupture posterior capsule ใน Phaco with IOL	ตอนที่ III / E1
4	CSE104	กระจกตาบวม ใน ECCE	ตอนที่ III / E1

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
5	CSE105	กระจกตาบวม ใน Phaco with IOL	ตอนที่ III / E1
6	CSE106	Endophthalmitis ใน ECCE	ตอนที่ III / E1
7	CSE107	Endophthalmitis ใน Phaco with IOL	ตอนที่ III / E1
8	CSE108	Endophthalmitis ใน Intravitreous	ตอนที่ III / E1
9	CSE201	เกิดภาวะแทรกซ้อนในการทำ Tracheostomy Tube (เช่น Subcutaneous Emphysema/Bleeding/Pneumothorax/T-E fistula/Nerve injury)	ตอนที่ III / E2
10	CSE202	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Thyroidectomy (เช่น Nerve injury/Hematoma/Hypoparathyroidism/Dysphagia)	ตอนที่ III / E2
11	CSE203	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Tonsillectomy (เช่น Bleeding/Nasopharyngeal stenosis)	ตอนที่ III / E2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง D: Dental diseases and procedure มี 1 ประเภทย่อย จำนวน 11 เรื่อง ได้แก่

D1 : Dental Treatment Complications จำนวน 11 เรื่อง

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	CSD101	เกิดปัญหาใน Dental Tx ผู้ป่วยโรค DM เช่น Hypo-Hyperglycemia/แผลหายช้า/Advance Periodontitis	ตอนที่ III / D1
2	CSD102	เกิดปัญหาใน Dental Tx in Hemorrhagic disorders เช่น Spontaneous or prolong bleeding/Delayed healing	ตอนที่ III / D1
3	CSD103	เกิด Airway obstruction ในโรค Ludwig's Angina	ตอนที่ III / D1
4	CSD104	เกิด Allergy to Local anesthesia ใน Dental Tx	ตอนที่ III / D1
5	CSD105	เกิด Chest pain/Acute MI ใน Dental Tx ผู้ป่วยโรค Angina pectoris or MI	ตอนที่ III / D1
6	CSD106	เกิด Subacute bacterial endocarditis ใน Dental Tx ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจหรือใส่ลิ้นหัวใจเทียม	ตอนที่ III / D1

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
7	CSD107	เกิด Tumor that extends to malignancy ในโรค Oral lesion แผลในช่องปาก	ตอนที่ III / D1
8	CSD108	เกิดภาวะฉุกเฉินใน Emergency in dental clinic เช่น Syncope/Hyperventilation/Toxic effect of local anesthesia	ตอนที่ III / D1
9	CSD109	เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Head and neck cancer therapy เช่น Osteoradionecrosis/Halitosis/Mucositis	ตอนที่ III / D1
10	CSD110	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Oral surgery/Simple-Surgical extraction เช่น Bleeding/Pain and Swelling/Fibrinolytic alveolitis	ตอนที่ III / D1
11	CSD111	แผลถอนฟันหายช้าและติดเชื้อ ในผู้ป่วย HIV/Immunosuppressive/On steroid	ตอนที่ III / D1

รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงในกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk Incident: G)

หมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Personnel Safety Goals: P

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง S: Security and Privacy of Information and Social Media

มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 10 เรื่อง ได้แก่

S1 : Security and Privacy of Information จำนวน 6 เรื่อง

S2 : Social Media and Communication Professionalism จำนวน 4 เรื่อง

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	GPS101	เกิดอุบัติการณ์ด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ที่ทำให้ข้อมูลความลับของสถานพยาบาลรั่วไหล (Confidentiality Failure)	S1
2	GPS102	เกิดอุบัติการณ์ด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ที่ทำให้ข้อมูลสารสนเทศของสถานพยาบาลถูกแก้ไข/ลบ/เพิ่มเติม/ทำให้เสียหายหรือสูญหายโดยมิชอบ (Integrity Failure)	S1
3	GPS103	เกิดอุบัติการณ์ด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ที่ทำให้ระบบสารสนเทศของสถานพยาบาลขัดข้อง/ใช้การไม่ได้/ทำงานช้าหรือไม่ปกติ (Availability Failure)	S1

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
4	GPS104	เกิดอุบัติการณ์ด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อข้อมูลหรือระบบสารสนเทศของสถานพยาบาลมากกว่าหนึ่งด้าน (Multiple Failures) ระหว่าง Confidentiality Failure, Integrity Failure และ Availability Failure	S1
5	GPS105	เกิดอุบัติการณ์การละเมิดความเป็นส่วนตัว (Privacy) ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรหรือนักศึกษาของสถานพยาบาล ที่ไม่ใช่อุบัติการณ์ด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์	S1
6	GPS106	เกิดอุบัติการณ์ความละเมิดความเป็นส่วนตัว (Privacy) ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ หรือบุคคลภายนอก ที่ไม่ใช่อุบัติการณ์ด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์	S1
7	GPS201	บุคลากรถูกกล่าวถึงหรือวิพากษ์วิจารณ์ในทางลบบนสื่อสังคมออนไลน์หรือสื่อสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่	S2
8	GPS202	บุคลากรถูกกล่าวถึงหรือวิพากษ์วิจารณ์ในทางลบบนสื่อสังคมออนไลน์หรือสื่อสาธารณะที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่	S2
9	GPS203	บุคลากรใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่เหมาะสม เกิดผลกระทบทางลบต่อตนเอง บุคลากรคนอื่น สถานพยาบาล ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ หรือบุคคลภายนอก	S2
10	GPS204	เกิดอุบัติการณ์ที่ส่งผลกระทบทางลบต่อสถานพยาบาลบนสื่อสังคมออนไลน์ เช่น Drama, Fake News แต่ไม่ได้เกิดจากบุคลากร และไม่กระทบบุคลากรคนใดคนหนึ่งโดยตรง	S2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง I: Infection and Exposure มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 8 เรื่อง ได้แก่

I1 : Fundamental of Infection Control and Prevention for Workforce จำนวน 4 เรื่อง

I2 : Specific Infection Control and Prevention for Workforce จำนวน 4 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	GPI101	บุคลากรถูกวัสดุอุปกรณ์มีคมทิ่มตำ	I1

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
2	GPI102	บุคลากรสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งบริเวณเยื่อบุหรือผิวหนังที่มีแผล (mucous membrane and non-intact skin exposure to blood and body fluid)	I1
3	GPI103	บุคลากรไม่ได้รับการสร้างภูมิคุ้มกันโรคก่อนสัมผัส (pre-exposure prophylaxis, active immunization) ที่เหมาะสมตามลำดับความสำคัญและหน้าที่	I1
4	GPI104	บุคลากรไม่ได้รับการป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัสเชื้อที่อาจก่อโรคได้จากการปฏิบัติงาน (post-exposure prophylaxis, passive immunization)	I1
5	GPI201	บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ทางอากาศ (airborne transmission) จากการปฏิบัติงาน ได้แก่ วัณโรค หัด และอีสุกอีใส	I2.1
6	GPI202	บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ผ่านละอองฝอย (droplet transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น ไข้หวัดใหญ่ หัดเยอรมัน ฯลฯ	I2.2
7	GPI203	บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ทางการสัมผัส (contact transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น เอชไอวี ตับอักเสบบี ตับอักเสบซี ฯลฯ	I2.3
8	GPI204	บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ผ่านพาหะ (vector borne transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น ไข้เลือดออก ซิก้า ฯลฯ	I2.4

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง M: Mental Health and Mediation มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 10 เรื่อง ได้แก่

M1 : Mental Health จำนวน 4 เรื่อง

M2 : Mediation จำนวน 6 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	GPM101	เจ้าหน้าที่ทะเลาะกันในขณะปฏิบัติงาน	M1.1
2	GPM102	เจ้าหน้าที่ถูกคุกคามทางจิตใจ	M1.2
3	GPM103	เจ้าหน้าที่มีภาวะเป็น second victim	M1.2
4	GPM104	เจ้าหน้าที่มีภาวะเครียดจากการทำงาน	M1.3
5	GPM203	เกิดเรื่องร้องเรียนจากการบริการทางการแพทย์	M2

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
6	GPM204	เกิดเรื่องร้องเรียนทั่วไป ซึ่งไม่เกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์	M2
7	GPM205	เกิดเรื่องฟ้องร้องทางคดีผู้บริโภค	M2
8	GPM206	เกิดเรื่องฟ้องร้องทางคดีแพ่ง	M2
9	GPM207	เกิดเรื่องฟ้องร้องทางคดีอาญา	M2
10	GPM208	เกิดเรื่องฟ้องร้องทางคดีปกครอง	M2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง P: Process of work มี 3 ประเภทย่อย จำนวน 18 เรื่อง ได้แก่

P1 : Fundamental Guideline for Prevention of Work-Related Disorder จำนวน 3 เรื่อง

P2 : Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder จำนวน 12 เรื่อง

P3 : Fitness for Work or Duty Health Assessment จำนวน 3 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	GPP101	บุคลากรปฏิบัติงานโดยมีภาระงานที่มากเกินเกณฑ์มาตรฐาน (work load)	P1
2	GPP102	บุคลากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือรับการแพร่กระจายเชื้อ ไม่ได้รับการป้องกันหรือดูแลที่เหมาะสม	P1
3	GPP103	บุคลากรประสบอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน (ยกเว้น ถูกวัสดุอุปกรณ์มีคมทิ่มตำ)	P1
4	GPP201	องค์กรเกิดภาวะที่คุกคามบุคลากรด้านกายภาพ ได้แก่ เสียงดัง (noise) แสงสว่าง (light) ความร้อน (heat)	P2.1
5	GPP202	บุคลากรไม่ได้รับ/ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ หรือใช้ไม่ถูกต้องในการป้องกันและคุ้มครองความปลอดภัยทางกายภาพ	P2.1
6	GPP203	บุคลากรเกิดโรคจากการทำงาน ซึ่งมีสาเหตุจาก Physical Hazard	P2.1
7	GPP204	องค์กรมีภาวะความไม่ปลอดภัยจากสารเคมีและวัตถุอันตราย	P2.2
8	GPP205	บุคลากรไม่ได้รับ/ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ หรือใช้ไม่ถูกต้องในการป้องกันและคุ้มครองความปลอดภัยทางเคมี	P2.2
9	GPP206	บุคลากรเกิดโรคจากการทำงาน ซึ่งมีสาเหตุจาก Chemical Hazard	P2.2

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
10	GPP207	องค์กรเกิดความไม่ปลอดภัยจากรังสีในที่ทำงาน เช่น เกิดการรั่วไหลของรังสี	P2.3
11	GPP208	บุคลากรไม่ได้รับ/ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ หรือใช้ไม่ถูกต้องในการป้องกันและคุ้มครองความปลอดภัยทางรังสี	P2.3
12	GPP209	บุคลากรเกิดโรคจากการทำงาน ซึ่งมีสาเหตุจาก Radiation Hazard	P2.3
13	GPP210	บุคคลากรมีการทำงานในท่าทางหรือลักษณะอันอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพด้านโครงร่างของกระดูกและกล้ามเนื้อ	P2.4
14	GPP211	บุคลากรไม่ได้รับคำแนะนำ/อุปกรณ์ในการปรับ การทำงานเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพด้านโครงร่างของกระดูกและกล้ามเนื้อ	P2.4
15	GPP212	บุคลากรเกิดโรคจากการทำงานเกี่ยวกับโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งมีสาเหตุจาก Biomechanical Hazard	P2.4
16	GPP301	บุคลากรไม่ได้ตรวจสุขภาพก่อนการรับเข้าทำงาน	P3.1
17	GPP302	บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งมีโปรแกรมการตรวจไม่ครบถ้วน เหมาะสม ตรงตามลักษณะงาน	P3.2
18	GPP303	บุคลากรที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อต่างๆ มาทำงานโดยไม่ป้องกันและควบคุม	P3.2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง L: Lane (Ambulance) and Legal Issues มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 11 เรื่อง ได้แก่

L1 : Ambulance and Referral Safety จำนวน 6 เรื่อง

L2 : Legal Issues จำนวน 5 เรื่อง

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	GPL101	อุปกรณ์บนรถพยาบาลไม่พร้อมใช้ ไม่เหมาะสมและไม่ปลอดภัยสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย	L1.1
2	GPL102	บุคคลากรที่เกิดอุบัติเหตุจากการคมนาคมหรือการเดินทางโดยระบบขนส่งสาธารณะระหว่างการปฏิบัติงาน	L1.2

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
3	GPL103	บุคลากรเสียชีวิตหรือบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่ระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยด้วยรถพยาบาล	L1.2
4	GPL104	เกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาลระหว่างปฏิบัติหน้าที่	L1.2
5	GPL105	พนักงานขับรถมีสภาพไม่พร้อมสมบูรณ์สำหรับการขับรถพยาบาล เช่น พักผ่อนน้อย อายุมาก ดื่มสุรา	L1.3
6	GPL106	พนักงานขับรถไม่ปฏิบัติตามแนวทางความปลอดภัยของรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และรถพยาบาล เช่น ขับรถเร็วเกินกว่ากำหนด	L1.3
7	GPL201	บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทางการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ	L2.1
8	GPL202	บุคลากรให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนแก่ผู้ป่วยและญาติ	L2.1
9	GPL203	บุคลากรบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง	L2.2
10	GPL204	บุคลากรแก้ไขข้อมูลในเวชระเบียนโดยไม่ถูกต้องตามแนวทางและข้อกำหนดตามกฎหมาย	L2.2
11	GPL205	เกิดปัญหาด้านการบริหารจัดการ/การเก็บรักษาเวชระเบียน เช่น เวชระเบียนสูญหาย ผู้ป่วยคนเดียวมีเวชระเบียนสองฉบับ เป็นต้น	L2.2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง E: Environment and Working Conditions มี 3 ประเภทย่อย จำนวน 14 เรื่อง ได้แก่

E1 : Safe Physical Environment จำนวน 2 เรื่อง

E2 : Working Conditions จำนวน 7 เรื่อง

E3 : Workplace Violence จำนวน 5 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	GPE101	อันตรายจากโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเชิงกายภาพ เช่น แสง เสียง ฝุ่นละออง มีเชื้อรา เป็นต้น	E1
2	GPE102	ห้องแยกโรค/Isolation room มีการระบายอากาศไม่เหมาะสม และ/หรือ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน	E1

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
3	GPE201	บุคลากรได้รับผลกระทบ Psychosocial factors จากผู้บังคับบัญชา หรือเพื่อนร่วมงาน	E2
4	GPE202	บุคลากรไม่มี work-life balance	E2
5	GPE203	บรรยากาศในการทำงานและสภาวะแวดล้อมไม่เหมาะสม	E2
6	GPE204	บุคคลากรได้ทำงานในตำแหน่งที่ไม่มีความชำนาญ และไม่มีการเตรียมความพร้อม	E2
7	GPE205	เกิดปัญหาด้านการจัดการสภาพแวดล้อมในการให้บริการ เช่น ไม่มีป้ายให้คำแนะนำ/บอกทาง, ไม่มีทางหนีไฟหรือมีแต่ไม่พร้อมใช้/มีสิ่งกีดขวาง, ลิฟต์ขัดข้อง มีคนติดในลิฟต์ หรือ ลิฟต์ไม่พร้อมใช้งาน/ชำรุด/ติดค้าง เป็นต้น	E2
8	GPE206	เกิดปัญหาด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน เช่น ระบบน้ำอุปโภค-บริโภคไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้, ระบบไฟฟ้าไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้/ดับ/ช็อต/กระพริบ, การบำบัดน้ำเสีย/กำจัดขยะ ไม่ถูกวิธี/ไม่ได้มาตรฐาน	E2
9	GPE207	เกิดปัญหาความไม่ปลอดภัย/ขาดการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามนโยบายความปลอดภัย เช่น ทรัพย์สินสูญหาย/ถูกลักขโมย เป็นต้น	E2
10	GPE301	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางวาจาจากบุคคลภายใน	E3
11	GPE302	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางกายจากบุคคลภายใน	E3
12	GPE303	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางวาจาจากผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลภายนอก	E3
13	GPE304	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางกายจากผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลภายนอก	E3
14	GPE305	เกิดกรณีความไม่สงบในสถานพยาบาล เช่น เมาสุราอาละวาด	E3

รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงในกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk Incident: G)

หมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Organization Safety Goals: O

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง S: Strategy, Structure, Security มี 3 ประเภทย่อย จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่

S1 : Strategy System จำนวน 3 เรื่อง

S2 : Structure System จำนวน 2 เรื่อง

S3 : Security System จำนวน 1 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	GOS101	เกิดปัญหาด้านการควบคุมการวางแผน เช่น ไม่มีแผนปฏิบัติการ-แผนไม่ครอบคลุม/การสื่อสารแผน/การมอบหมายผู้รับผิดชอบ/ไม่กำหนดวัตถุประสงค์	ตอนที่ I-2 / S1
2	GOS102	เกิดปัญหาด้านการควบคุมกระบวนการปฏิบัติงาน เช่น ไม่กำหนดกระบวนการปฏิบัติงานที่สำคัญ/ขาดการประเมินประสิทธิภาพ/ขาดการติดตามผล/ไม่มีการปรับปรุงแก้ไขข้อเสนอแนะ	ตอนที่ I-6 / S1
3	GOS103	เกิดปัญหาด้านการติดตามประเมินผล เช่น ไม่มีการประเมินความคืบหน้า/ไม่เปรียบเทียบผลการใช้จ่ายเงิน/ไม่แจ้งผลการประเมินให้ทราบ/ไม่ได้ทบทวนวัตถุประสงค์-แผนและกระบวนการดำเนินงาน	ตอนที่ I-4 / S1
4	GOS201	อาคารสถานที่/พื้นที่ให้บริการ ไม่เหมาะสม/ไม่ปลอดภัย/ไม่ถูกสุขลักษณะ	ตอนที่ I-3 / S2
5	GOS202	ห้องน้ำหรือห้องสุขาไม่พร้อมใช้ (เช่น ชำรุด/กดชักโครกไม่ลง/ส้วมเต็ม/ไม่พอใช้) หรือไม่สะดวกต่อผู้พิการ	ตอนที่ I-3 / S2
6	GOS301	อันตรายจากภัยธรรมชาติ อุทกภัย อัคคีภัย วาตภัย	ตอนที่ II-1 / S3

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง I: Information Technology & Communication, Internal control & Inventory มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 15 เรื่อง ได้แก่

I1 : Information Technology & Communication จำนวน 8 เรื่อง

I2 : Internal control & Inventory จำนวน 7 เรื่อง

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	GOI101	เกิดปัญหาด้าน Hardware/อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ตรงวัตถุประสงค์/ใช้ผิดวิธี- เทคนิค	ตอนที่ I-4 / I1
2	GOI102	เกิดปัญหาด้าน Network & Security เช่น ไม่พร้อมใช้/ระบบล่ม/มีการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีสิทธิ์	ตอนที่ I-4 / I1
3	GOI103	เกิดปัญหาด้าน Software เช่น ไม่เข้ากับ hardware/ไม่พร้อมใช้/ไม่ตอบสนองความต้องการ/ใช้ผิดวิธี-เทคนิค	ตอนที่ I-4 / I1
4	GOI104	เกิดปัญหาด้าน User & IT Team เช่น ไม่มอบหมายผู้รับผิดชอบ/ไม่พร้อม/ไม่ครอบคลุมบทบาทหน้าที่/ขาดความรู้และทักษะ	ตอนที่ I-4 / I1
5	GOI105	เกิดปัญหาด้านข้อมูล สารสนเทศ เช่น ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน/ไม่น่าเชื่อถือ/ไม่เป็นปัจจุบัน	ตอนที่ I-4 / I1
6	GOI106	เกิดปัญหาด้านระบบ/กระบวนการสื่อสาร เช่น ไม่มีแผน/วิธีการหรือช่องทางการสื่อสาร, ไม่สื่อสารหรือสื่อสารไม่ต่อเนื่อง/ไม่ครบถ้วน, ขาดการติดตามประเมินผลการสื่อสาร	ตอนที่ I-3 / I1
7	GOI107	โปรแกรม/ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ เช่น HIS, LIS, โปรแกรมระบบยา ล่ม/ไม่สามารถใช้งานได้ นานเกินกว่าระยะเวลาที่ประกันเวลาไว้	ตอนที่ I-3 / I1
8	GOI108	โปรแกรม/ระบบสารสนเทศการบริการอื่นๆ ที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์ ล่ม/ไม่สามารถใช้งานได้ นานเกินกว่าระยะเวลาที่ประกันเวลาไว้	ตอนที่ I-3 / I1
9	GOI201	เกิดปัญหาด้านการควบคุมทรัพย์สิน เช่น ไม่กำหนดระเบียบ/ผู้รับผิดชอบ, ไม่มีทะเบียนคุม/เอกสารหลักฐานกำกับ, ขาดการตรวจสอบหรือสอบทาน	ตอนที่ I-1 / I2
10	GOI202	เกิดปัญหาด้านระบบบริหารการพัสดุ เช่น ไม่กำหนดระเบียบ/แผนความต้องการและการจัดหา, ไม่มีทะเบียนคุม/การตรวจรับ/การบำรุงรักษา, ขาดการควบคุมการแจกจ่าย/การจำหน่าย	ตอนที่ I-1 / I2
11	GOI203	เกิดปัญหาด้านการควบคุมการใช้ทรัพยากร เช่น จัดสรรไม่เหมาะสม/ใช้ไม่คุ้ม-ไม่ถูกตามมาตรฐาน/บุคลากรไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด-ขาดทักษะการใช้	ตอนที่ II-3 / I2

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
12	GOI204	เกิดปัญหาด้านอุปกรณ์เทคโนโลยีทางการแพทย์/เครื่องมือ-อุปกรณ์การแพทย์ที่ไม่ใช่เครื่องมือ-อุปกรณ์ผ่าตัด (Error of Medical device) เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ตรงวัตถุประสงค์/ใช้ผิดวิธี- เทคนิค	ตอนที่ II-3 / I2
13	GOI205	เกิดปัญหาด้านเครื่องมือ อุปกรณ์สำนักงาน หรือ เครื่องมือ อุปกรณ์อื่นๆ ที่ไม่ใช่เทคโนโลยีหรือเครื่องมือ-อุปกรณ์การแพทย์ เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ตรงวัตถุประสงค์/ใช้ผิดวิธี- เทคนิค	ตอนที่ II-3 / I2
14	GOI206	เกิดปัญหาด้านเวชภัณฑ์ทางการแพทย์/เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่มีคุณภาพ/ไม่เพียงพอ/หมดอายุหรืออยู่ในสภาพไม่พร้อมใช้งาน	ตอนที่ II-3 / I2
15	GOI207	เกิดปัญหาด้านเวชภัณฑ์ยา เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่มีคุณภาพ/ไม่เพียงพอ/หมดอายุหรืออยู่ในสภาพไม่พร้อมใช้งาน	ตอนที่ II-3 / I2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง M: Manpower, Management มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่

M1 : Manpower จำนวน 3 เรื่อง

M2 : Management จำนวน 1 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	GOM101	เกิดปัญหาด้านการรับสมัคร บรรจุ แต่งตั้งบุคลากร เช่น ไม่มีการกำหนดกระบวนการคัดเลือก/ทักษะและความสามารถที่จำเป็นกับตำแหน่ง, ไม่มีการเผยแพร่ข้อมูลการรับสมัคร/การสอบคัดเลือก, ไม่มีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรโดยผู้บริหารสูงสุด	ตอนที่ I-5 / M1
2	GOM102	เกิดปัญหาด้านการบริหารจัดการเกี่ยวกับบุคลากร เช่น ไม่กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกี่ยวกับการมอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษร, ไม่มีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติเรื่องค่าตอบแทน, การเลื่อนขั้นเงินเดือนไม่มีการพิจารณาอนุมัติและจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร	ตอนที่ I-5 / M1
3	GOM103	เกิดปัญหาด้านการพัฒนาบุคลากร เช่น ไม่มีการจัดสรรงบประมาณ/ทรัพยากร/เครื่องมือ และการจัดฝึกอบรม, ไม่มีการพิจารณาความต้องการฝึกอบรมของบุคลากรเพื่อพัฒนาทักษะ	ตอนที่ I-5 / M1

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
4	GOM201	เกิดปัญหาด้านการควบคุมสภาพแวดล้อมของการดำเนินงาน เช่น เอกสารกระบวนการดำเนินงานไม่เป็นปัจจุบัน/ไม่มีกฎ ระเบียบ ความรับผิดชอบที่ชัดเจน/ขาดการติดตามผลและวางแผนป้องกัน	ตอนที่ I-6 / M2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง P: Policy, Process of work & Operation มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่

P1 : Policy จำนวน 1 เรื่อง

P2 : Process of work & Operation จำนวน 1 เรื่อง

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	GOP101	เกิดปัญหาด้านการควบคุมภารกิจ เช่น ไม่กำหนดวัตถุประสงค์-เป้าหมายการดำเนินงาน/ภารกิจไม่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร/ขาดการประกาศสื่อสารภารกิจ	ตอนที่ I-1 / P1
2	GOP201	เกิดปัญหาด้านกระบวนการบริการ เช่น ไม่มีการกำหนดมาตรฐานขั้นตอนกระบวนการบริการ, ให้บริการไม่ครอบคลุม/ไม่พร้อม/ไม่ตรงตามช่วงระยะเวลา	ตอนที่ I-6 / P2

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง L: Licensed & Professional certificate มี 1 ประเภทย่อย จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่

L1 : Professional & Operational Supervision จำนวน 2 เรื่อง

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	GOL101	เกิดปัญหาด้านการควบคุม กำกับดูแลด้านวิชาชีพ เช่น บุคลากรมีคุณสมบัติไม่เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ, ละเลยการปฏิบัติหน้าที่ หรือปฏิบัติหน้าที่โดยไม่ใช้ความรู้ตามหลักวิชาการ, ประพฤติตนและประกอบกิจแห่งวิชาชีพโดยไม่ถูกต้องตามกฎหมาย	ตอนที่ II-2 / L1
2	GOL102	เกิดเหตุการณ์การทุจริตในหน้าที่ หรือปฏิบัติโดยมีอคติ และ/หรือใช้อำนาจหน้าที่เพื่อผลประโยชน์ส่วนตน	ตอนที่ II-2 / L1

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง E: Economy มี 2 ประเภทย่อย จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่

E1 : Financial จำนวน 1 เรื่อง

E2 : Budget จำนวน 1 เรื่อง

ลำดับ	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	มาตรฐาน
1	GOE101	เกิดปัญหาด้านการควบคุมการเงิน เช่น ไม่กำหนดระเบียบ/ผู้รับผิดชอบ, ไม่มีเอกสารหลักฐานกำกับ, ขาดการตรวจสอบหรือสอบทาน เป็นต้น	ตอนที่ I-6 / E1
2	GOE201	เกิดปัญหาด้านการควบคุมงบประมาณ เช่น ไม่กำหนดระเบียบ/ผู้รับผิดชอบ, ไม่มีทะเบียนคุม/เอกสารหลักฐานกำกับ, ขาดการตรวจสอบหรือสอบทาน เป็นต้น	ตอนที่ I-6 / E2

ผู้ป่วยนอก
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิ
โรงพยาบาลดอนตูม
หลวงพ่อเต๋ คงทอง อุปถัมภ์
TUM HOSPITAL