

การบริหารจัดการข้อร้องเรียน Complaints Management

โรงพยาบาลตระการพืชผล
อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

การบริหารจัดการข้อร้องเรียน

นโยบายการบริหารจัดการข้อร้องเรียน

1. เมื่อมีเหตุการณ์ความเสี่ยง หรือ อุบัติการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ต้องมีระบบการรายงานที่ชัดเจน โดยผู้ประสบเหตุ หรือรับทราบเหตุการณ์ต้องรายงานตามลำดับขั้น ซึ่งการรายงานเหตุการณ์ เป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่จะต้องปฏิบัติโดยไม่ถือว่าผู้รายงานมีความผิด แต่จะถือว่ามีความผิด ในกรณีที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น

2. เมื่อมีข้อร้องเรียน ไม่ว่าด้วย วาจา หรือเป็นลายลักษณ์ โรงพยาบาลถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญ และมีผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ต้องมีการรายงาน บันทึกรายงานและตอบสนองข้อร้องเรียนอย่างเหมาะสมโดยเร็ว

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อให้ความคิดเห็น / คำร้องเรียน ของผู้รับบริการ ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมและนำไปสู่การปรับปรุงระบบงานให้ดีขึ้น

1.2 เพื่อเพิ่มความไวในการรับรู้ปัญหาและการตอบสนองที่รวดเร็วและเหมาะสม

1.3 เพื่อเป็นแนวทาง ขั้นตอนในการเจรจาต่อรองไกล่เกลี่ย เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง

1.4 เพื่อสร้างความตระหนักให้แก่หน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ทุกระดับได้สนใจและทบทวนข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ

2. ขอบเขต

รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้รับบริการ หรือแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการหรือแบบรายงานข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ นำมาสู่การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำส่งให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการตอบสนองหรือแก้ไขข้อร้องเรียนและนำเข้าสู่การทบทวนในคณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

3. คำจำกัดความ

3.1 **ข้อร้องเรียน** หมายถึง คำร้องเรียน จากผู้ป่วย ญาติ ผู้รับบริการ ทั้งบุคลากร ภายนอกหน่วยงาน และภายใน ที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวัง ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ และแจ้งขอให้ตรวจสอบ แก้ไข และแจ้งขอให้ตรวจสอบ แก้ไข หรือ ปรับเปลี่ยนการดำเนินการ

3.2 **ข้อเสนอแนะ** หมายถึง คำร้อง เพื่อแจ้งให้ทราบ หรือ แนะนำ เพื่อการปรับปรุงระบบการบริการ สิ่งแวดล้อม และอื่น ๆ ของโรงพยาบาล

3.3 **ผู้ร้องเรียน** หมายถึง ผู้ป่วย ญาติ ผู้รับบริการ ประชาชนทั่วไป องค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนผู้มาติดต่อมายังโรงพยาบาล ผ่านช่องทางต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์ ครอบคลุมการร้องเรียน/ การให้ข้อเสนอแนะ / การให้ข้อคิดเห็น/ การชมเชย/การสอบถาม หรือร้องขอข้อมูล

3.4 **ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน** หมายถึง ช่องทางที่สามารถรับ/ส่ง เรื่องร้องเรียน ประกอบด้วย ผู้รับเรื่องร้องเรียน ศูนย์รับเรื่องร้องทุกข์ งานประชาสัมพันธ์ หนังสือแจ้งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ร้องเรียนด้วยตนเอง ร้องเรียนผ่านทาง web site และช่องทางอื่น ๆ เช่น ผ่านสื่อ Social

3.5 **การจัดการข้อร้องเรียน** หมายถึง การจัดการในเรื่อง ข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น คำชมเชย การสอบถามหรือการร้องขอข้อมูล

3.6 **การเจรจาต่อรอง ไกล่เกลี่ยขั้นต้น** หมายถึง การที่ทีมเจรจาต่อรอง ของหน่วยงาน มีการเจรจาไกล่เกลี่ยเฉพาะหน้าก่อน เมื่อพบเหตุการณ์ที่มีแนวโน้มที่จะฟ้องร้องหรือร้องเรียน

ระดับความรุนแรง

ระดับ		นิยาม	ตัวอย่างเหตุการณ์	เวลาในการ ตอบสนอง	ผู้รับผิดชอบ
1	ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ	ผู้ร้องเรียนไม่ได้รับความเดือดร้อน แต่ติด ต่อมาเพื่อให้ข้อเสนอแนะให้ข้อคิดเห็น ให้คำ ชมเชย ในการให้บริการ	- การเสนอแนะเกี่ยวกับการให้บริการ สถานที่ ของ โรงพยาบาล	1 วัน	หน่วยงาน
2	ข้อร้องเรียน ระดับ A-D Near Miss No Harm	ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน แต่ได้มีการ พูดคุย และสามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงาน เดียว	- การร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมกรให้บริการ ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน - การร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการของ หน่วยงาน	1 วัน	หน่วยงาน
3.	ข้อร้องเรียน ระดับ E ขึ้นไป E -F Harm G ,H.,I High Risk	- ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน ไม่สามารถ แก้ไขได้โดยหน่วยงานเดียว ต้องอาศัยทีมใกล้ เกลี่ย และอำนาจของคณะกรรมการบริหารใน การแก้ไข - เรื่องที่สร้างความเสื่อมเสียต่อชื่อเสียงของ โรงพยาบาล	- การร้องเรียนคุณภาพการบริการของเจ้าหน้าที่ใน หน่วยงาน - การร้องเรียนพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ - การร้องเรียนเกี่ยวกับความผิดวินัยร้ายแรงของ เจ้าหน้าที่ - การร้องเรียนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ Facebook ,กระทู้ ,Website เป็นต้น	ไม่เกิน 5 วัน ทำการ	ทีมใกล้เกลี่ย คณะกรรมการ บริหาร โรงพยาบาล
4	การฟ้องร้อง	- ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน และ ร้องเรียนต่อสื่อมวลชน หรือ ผู้บังคับบัญชา ระดับจังหวัด หรือมีการฟ้องร้องเกิดขึ้น	การร้องเรียนคุณภาพการบริการของเจ้าหน้าที่ใน หน่วยงาน - การร้องเรียนพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ - การร้องเรียนเกี่ยวกับความผิดวินัยร้ายแรงของ รพ. - การเรียกร้องให้โรงพยาบาลชดเชยค่าเสียหาย จากการให้บริการที่ผิดพลาด (ม.41)	ไม่เกิน 5 วัน ทำการ	ทีมใกล้เกลี่ย คณะกรรมการ บริหาร โรงพยาบาล

4.นโยบายปฏิบัติ

4.1 จัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โดยมีหัวหน้าที่ได้รับเรื่องราวร้องเรียน การฟ้องร้องบริหารจัดการข้อร้องเรียน รวมถึงการให้คำปรึกษา แนะนำ ประสานงานดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นและจัดทำรายงานเสนอคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพเพื่อนำเสนอพิจารณาในการปรับปรุงเชิงระบบต่อไป

4.2 จัดตั้งคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย โดยมีหน้าที่กำหนดนโยบายในการเจรจาไกล่เกลี่ยด้านสาธารณสุขด้วยสันติวิธี กำกับและติดตามประเมินผล รวมทั้งไกล่เกลี่ยกรณีพิพาท ข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน

4.3 กำหนดให้มีช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน

เชิงรุก

- 1.แบบสอบถามความพึงพอใจ
- 2.หน่วยงานบริการกำหนดการดูแลสิทธิผู้ป่วยของหน่วยงานตนเอง
- 3.การทบทวนผู้ป่วยปฏิเสธรักษา
- 4.กรณีศึกษาจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต หนังสือพิมพ์

เชิงรับ

- 1.ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน(งานประกัน)
- 2.ผู้รับเรื่องร้องเรียน จำนวน 12 จุด
- 3.โทรศัพท์
- 4.Website โรงพยาบาล
- 5.บุคคล
- 6.จดหมาย
- 7.หนังสือราชการ
- 8.facebook

ขั้นตอนและแนวทางการปฏิบัติ

หน่วยงานในโรงพยาบาล

1.หัวหน้าหน่วยงานที่ได้รับเรื่องร้องเรียนจากทุกช่องทาง

- กรณีทั่วไป แก้ปัญหาทันที เพื่อลดการฟ้องร้องและให้ผู้บริการรู้สึกพึงพอใจ
- กรณีที่เกิดขึ้นซ้ำกันบ่อยครั้ง และมีจำนวนมากให้วิเคราะห์สาเหตุสำคัญ และปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

- กรณีเป็นเหตุการณ์รุนแรง มีแนวโน้มว่าจะมีการฟ้องร้องเกิดขึ้น เช่น อุบัติการณ์ทางคลินิกที่รุนแรง เหตุการณ์ไม่พึงพอใจ เหตุการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ให้ผู้ที่ประสบเหตุการณ์ในหน่วยงานประสานไปที่ทีมไกล่เกลี่ยให้มาดำเนินการเจรจาเพื่อยุติข้อขัดแย้ง และไกล่เกลี่ยเพื่อลดการฟ้องร้อง

2.มีการทบทวนคำร้องเรียนทุกวัน

3.มีการรายงานผลการดำเนินการมาให้คณะกรรมการ ภายในเวลาที่กำหนด ต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

คณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยง

1. รับและส่งข้อมูลเรื่องร้องเรียนให้หน่วยงานเพื่อแก้ไขปรับปรุงผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. ดำเนินการพิจารณาแบ่งระบบความรุนแรง คัดแยกข้อมูล ประเภทเรื่องและตรวจสอบข้อมูลเท็จจริง

คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย

1. ให้ช่วยเหลือเบื้องต้นทันที กรณีมีปัญหาข้อขัดแย้ง และหรือมีแนวโน้มจะเกิดข้อร้องเรียน หรือการฟ้องร้องเพื่อหาช่องทางประณีประนอม แก้ไขปัญหาหรือยุติข้อขัดแย้ง
2. กรณีเรื่องร้องเรียนหรือฟ้องร้องที่ไม่สามารถยุติได้ในระดับหน่วยงาน ให้คณะกรรมการ ดำเนินการสืบสวนข้อเท็จจริงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. ดำเนินการเจรจาไกล่เกลี่ยตามขั้นตอนและกระบวนการจนสามารถยุติได้
4. จัดทำรายงานความเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่องที่ร้องเรียนเสนอต่อคณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

คณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียน

1. รับเรื่องร้องเรียนที่มีผู้ร้องเรียนหรือเสนอแนะตามช่องทางต่าง ๆ ที่ปรากฏชื่อ ที่อยู่ ที่สามารถติดต่อได้ มาพิจารณาว่าเป็นข้อร้องเรียน หรือเสนอแนะในด้านใด อยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานใด
2. นำเรื่องที่กลุ่มงานตอบเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมชี้แจงเหตุผลหรือหลักฐานประกอบมาพิจารณา ถ้าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ก็ให้ดำเนินการ แต่ถ้าไม่สามารถแก้ไขได้ ให้รายงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพิพิธ
3. การตอบข้อร้องเรียนจะต้องดำเนินการโดยเร็ว และต้องแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบถึงผลการดำเนินการว่าอยู่ในขั้นตอนใด ทั้งนี้ ต้องไม่เกิน 15 วัน นับจากได้รับข้อร้องเรียน
4. ให้สรุปรายงานการร้องเรียนให้คณะกรรมการบริหารฯ หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพิพิธทราบทุกสิ้นเดือน

กลุ่มเป้าหมาย

บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

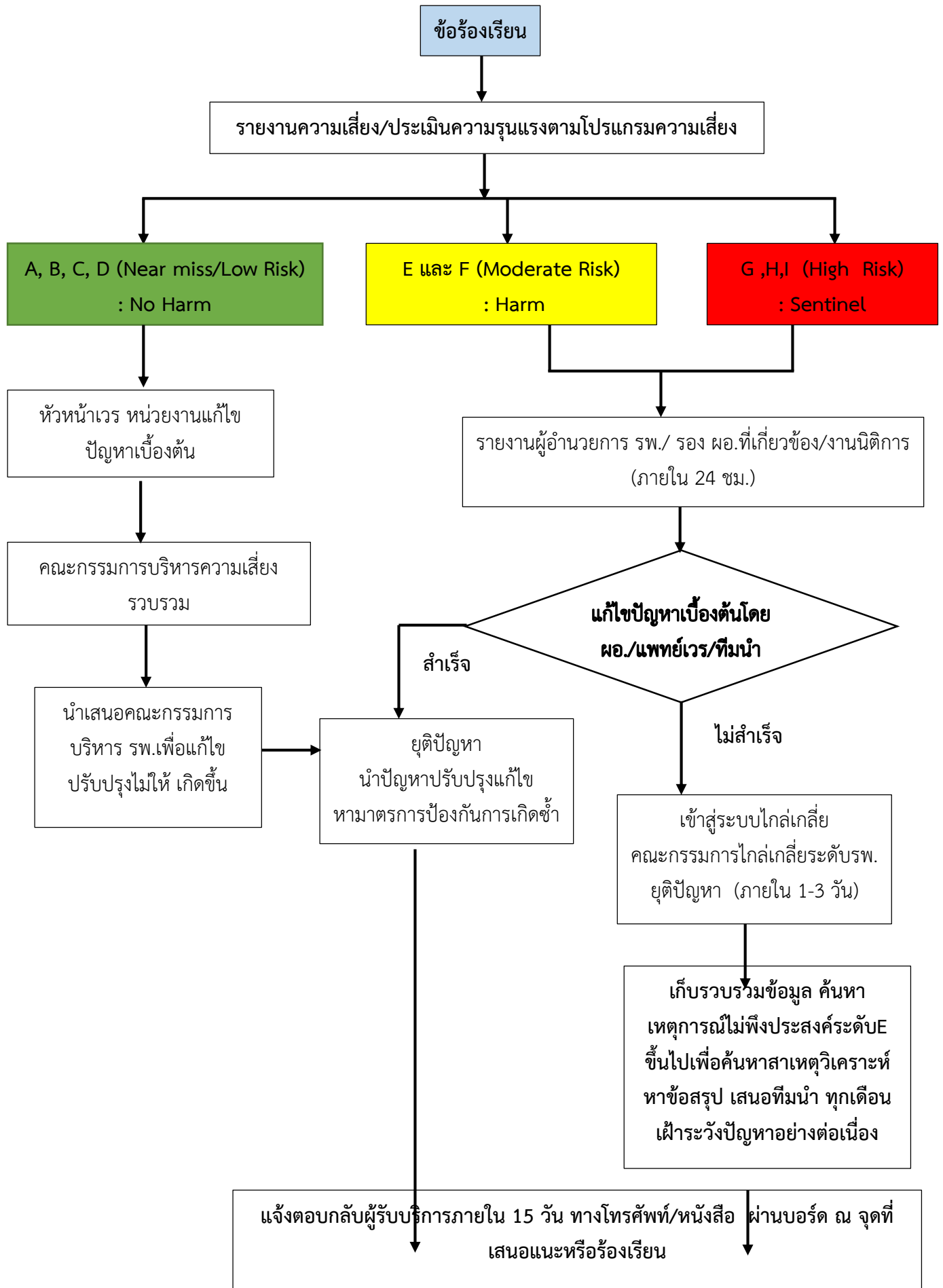
ผู้รับผิดชอบ

1. ผู้บริหารโรงพยาบาล
2. คณะกรรมการโรงพยาบาล
3. ทีมไกล่เกลี่ย
4. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
5. คณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์
6. หน่วยงาน
7. บุคลากรทุกคน



ภาคผนวก

แนวทางการจัดการข้อร้องเรียน โรงพยาบาลตระการพิรุณ





ใบแสดงความคิดเห็นการให้บริการ ชื่อเรื่องเรียนต่าง ๆ
ของ โรงพยาบาลตระการพิรุณ วันที่เก็บ.....

เรียน ท่านผู้มาใช้บริการทุกท่าน

โรงพยาบาลตระการพิรุณ มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจยิ่งขึ้น โปรดแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการบริการของโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการบริการต่อไป

เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย อายุ.....ปี อาชีพ.....
วันที่เกิดเหตุการณ์ เวลา น.
ท่านมาใช้บริการครั้งนี้ในฐานะ ☐ ผู้ป่วย ☐ญาติ ☐ มาติดต่อราชการ
☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1. ความพึงพอใจ

☐ หน่วยงาน (โปรดระบุ)

- ห้องตรวจ.....หรือ
- หอผู้ป่วยใน.....หรือ
- หน่วยงานอื่นๆ.....

☐ บุคคล (โปรดระบุ).....

สิ่งที่ท่านพึงพอใจ

มีต่อด้านหลัง ➡

TKH-FR-FM-002 แก้ไขครั้งที่ 2

2. หน่วยงานที่ท่านพบปัญหา (โปรดระบุ)

☐ หอผู้ป่วย.....

☐ ห้องตรวจ.....

☐ หน่วยงานอื่นๆ (ระบุ)

ปัญหาที่พบ.....

คำแนะนำเพื่อการปรับปรุง

3. ถ้าต้องการให้ชี้แจงหรือตอบกลับ (โปรดระบุ)

ชื่อ-นามสกุล

ที่อยู่

หมายเลขโทรศัพท์

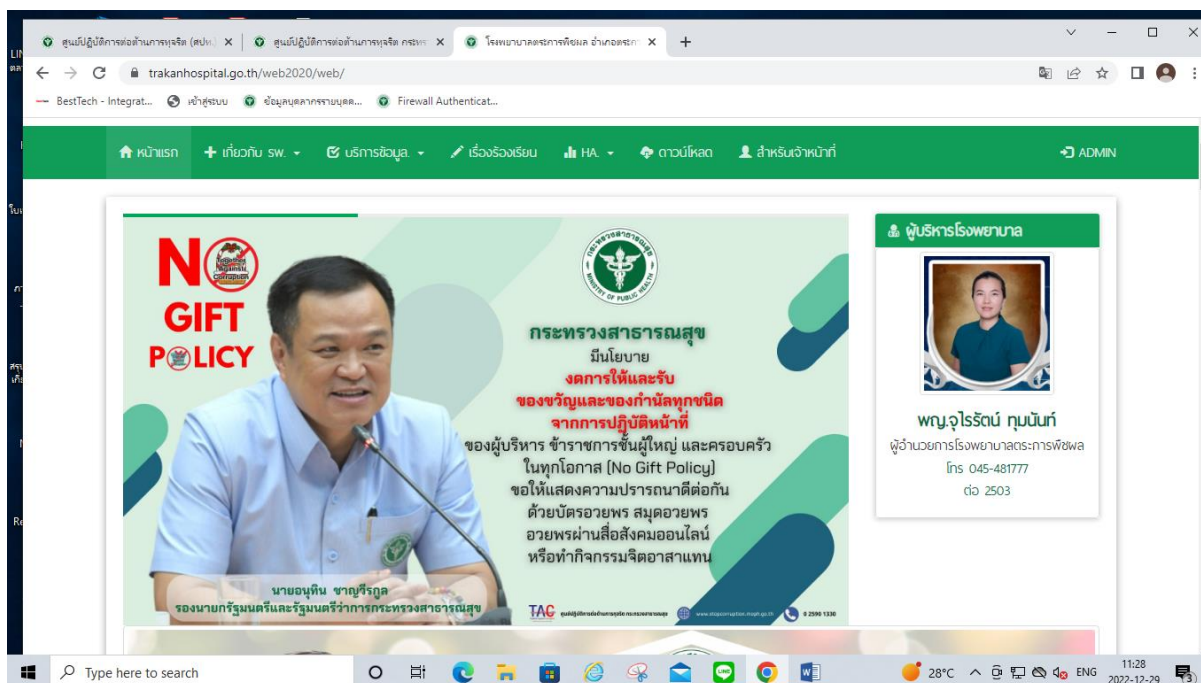
(กรุณารอกข้อมูลข้างต้นให้ครบถ้วนและชัดเจน เพื่อทางโรงพยาบาลจะได้ตอบกลับให้กับ
ผู้ใช้บริการทราบต่อไป)

ขอขอบคุณทุกท่าน ที่ให้ข้อมูล และทุกๆข้อมูลของท่านจะเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้
จะนำไปพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ของโรงพยาบาลตระการพิรุณต่อไป

TKH-FR-FM-002 แก้ไขครั้งที่ 2

แบบฟอร์มขอร้องเรียนผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน โรงพยาบาลตระการพิษผล
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

<http://trakanhospital.go.th>



แบบแสดงความคิดเห็นโรงพยาบาล
ตระการพิษผล จังหวัดอุบลราชธานี

*จำเป็น

วันที่ และ เวลาที่เกิดเหตุ *

วันที่

mm/dd/yyyy

ชื่อ-สกุล ผู้รับบริการ *

คำตอบของคุณ

โทรศัพท์

คำตอบของคุณ

line id (ถ้ามี)

คำตอบของคุณ

รายละเอียดเป็น *

☐ ขอร้องเรียน

☐ ขอความเห็น

☐ ข้อเสนอแนะ

☐ อื่นๆ: _____

เขียนบรรยายโดยสรุปดังนี้ *

คำตอบของคุณ

ส่ง

คู่มือบริหารจัดการความเสี่ยง
โรงพยาบาลตระการพืชผล

ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลตระการพิรุณ

เป้าหมาย

เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและสิ่งแวดล้อม

พันธกิจ

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

ขอบเขตบริการ

- 1.กำหนดนโยบายและแผนค้นหาความเสี่ยง
- 2.กำหนดโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- 3.วิเคราะห์ความเสี่ยงและบริหารจัดการเมื่อเกิดความเสี่ยงในโรงพยาบาล
- 4.ส่งเสริมการเฝ้าระวัง ป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
- 5.ให้ความรู้และสนับสนุนหน่วยงานต่างๆ ในการบริหารความเสี่ยง

หน้าที่ของคณะกรรมการ

- 1.กำหนดนโยบาย และวางแผนกลยุทธ์ในการบริการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล
- 2.จัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลและสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ
- 3.รวบรวมความเสี่ยง อุบัติการณ์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
- 4.ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรรมการคร่อมสายงาน เพื่อทบทวนอุบัติการณ์ จัดการความเสี่ยง และการแก้ไข เชิงระบบ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
- 5.ให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลและสร้างความตื่นตัวทั่วทั้งองค์กรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง
- 6.พัฒนาระบบฐานข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- 7.ติดตามผลการดำเนินงาน การบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่างๆ
- 8.สรุปรายงาน ประมวลผล ดูแนวโน้มความเสี่ยง รายไตรมาส รายปี เพื่อวางมาตรการการบริหารความเสี่ยง

บทบาทหน้าที่หัวหน้างาน

- 1.เป็นผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน ดำเนินการทบทวนและแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน และกระตุ้นให้มีค้นหาและรายงานความเสี่ยง
- 2.ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงในหน่วยงาน และวางมาตรการป้องกันควบคุมความเสี่ยงสำคัญ
- 3.ตรวจสอบความถูกต้องของการจัดประเภท การประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานบันทึกในใบรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ และลงนามรับทราบ

- 4.รวบรวมข้อมูลสถิติ วิเคราะห์เกี่ยวกับความเสี่ยงหน่วยงาน ติดตามแนวโน้ม จัดอันดับความเสี่ยง หน่วยงานและวางแผนแนวทางแก้ไข วางมาตรการป้องกัน
- 5.นำเสนอข้อมูลความเสี่ยงสำคัญและการแก้ไขปัญหาเชิงระบบแก่คณะกรรมการความเสี่ยง

บทบาททีมคร่อมสายงาน

- 1.ทีมร่วมทบทวนปฏิบัติการ จัดทำมาตรการ การป้องกันความเสี่ยงและแก้ไขปัญหาเชิงระบบใน ระบบงานที่เกี่ยวข้อง
- 2.รวบรวมข้อมูลสถิติ วิเคราะห์เกี่ยวกับความเสี่ยง ดูแนวโน้ม จัดอันดับความเสี่ยง ของทีมคร่อมสายงาน และวางแผนแนวทางแก้ไข มาตรการป้องกัน
- 3.นำเสนอข้อมูลความเสี่ยงสำคัญและการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ แก่คณะกรรมการความเสี่ยง

บทบาทหน้าที่บุคลากรทุกระดับ

- 1.รับทราบนโยบาย ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามนโยบาย คู่มือการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลสูงเนิน
- 2.เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์/ปฏิบัติการเบื้องต้น
- 3.บันทึกปฏิบัติการและการแก้ไข รายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด
- 4.ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกหน่วยงาน เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์/อุบัติเหตุ

คำจำกัดความ

- 1.**ความเสี่ยง (Risk)** หมายถึง โอกาสที่ประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ เช่นความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วย และผู้ให้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทาลายสิ่งแวดล้อม ภาวะในการชดใช้ค่าเสียหาย
- 2.**เหตุเกือบพลาด (Near Miss)** เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่เกิดขึ้น เพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทัน
- 3.**อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event)** หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิดจากการรักษา และไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรค หรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาการรักษา / นอนโรงพยาบาล นานขึ้น หรือเกิดความพิการตามมา (ตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป)
- 4.**บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile)** หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งหน่วยงานที่ได้รวบรวมจัดทำขึ้น โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีต การสำรวจภายในหน่วยงาน และหน่วยงานอื่นๆ ตลอดจนการ ทบทวนต่างๆ เพื่อเป็นประเด็นสำคัญที่ควรเฝ้าระวัง
- 5.**อุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event)** เหตุการณ์พึงสังวร) หมายถึง ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก ที่ ก่อให้เกิดการเสียชีวิตหรืออันตรายขั้นรุนแรงต่อผู้ป่วย หรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ซึ่งผู้ประสบเหตุต้อง รายงานหัวหน้า หรือผู้อำนวยการทันที หรือโดยเร็ว

Sentinel Event Alert คือ การกำหนดเหตุการณ์ที่ต้องเฝ้าระวัง ที่ต้องมีการตอบสนองโดยผู้รับผิดชอบอย่างเร่งด่วน

ความเสี่ยงที่ต้องรายงานผู้อำนวยการทันที โรงพยาบาลตระการพิรุณ

ความเสี่ยงทางคลินิก	ความเสี่ยงด้านระบบ
1.เสียชีวิตขณะผ่าตัด /หลังผ่าตัด	1.เกิดอัคคีภัย
2.แม่เสียชีวิตขณะคลอด หรือทารกเสียชีวิตที่ไม่เหมาะสม	2.ถูกโจรกรรม , ลักขโมย
3.ผป.เสียชีวิตจากการรักษาผิดพลาดส่งผลให้ญาติไม่พึงพอใจอย่างมาก	3.ระบบก๊าซระเบิด (รวมก๊าซหุงต้ม ออกซิเจน เครื่องนึ่งไอน้ำ)
4.ผป.ทำร้ายตัวเองถึงเสียชีวิต เช่นกระโดดตึก ฆ่าตัวตาย	4.ภัยธรรมชาติที่รุนแรง เช่นฟ้าผ่า ส่งผลถึงชีวิตและทรัพย์สิน
5.ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับรุนแรงถึงเสียชีวิต	5. จนท.เกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานอาจถึงพิการ/เสียชีวิต เช่นตกจากที่สูง อุบัติเหตุรถยนต์
6.จกท.ติดเชื้อที่รุนแรงขณะปฏิบัติงาน เช่น HIV SARS ไข้หวัดนก หรือมีประวัติสัมผัสกลุ่มเสี่ยงสูง Covid-19	6.ผู้รับบริการ/จกท. ถูกทำร้ายร่างกายหรือถูกข่มขู่ที่รุนแรงขณะอยู่ใน รพ.
7.ให้เลือด ผิดคน ผิดชนิด ผิดกลุ่ม แล้วเกิดปฏิกิริยารุนแรง	7.การถูกร้องเรียนที่รุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชื่อเสียง

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน/ทีมคร่อมสายงาน

แบ่งเป็นสองส่วนใหญ่ๆ คือ

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

1. การบริหารความเสี่ยงกรณียังไม่เกิดเหตุการณ์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1. การค้นหาความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 2. ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 3. การจัดทามาตรการเพื่อป้องกันความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 4. การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1. การค้นหาความเสี่ยง สามารถค้นหา ก่อนเกิดเหตุการณ์ ได้จากหลายช่องทาง ได้แก่ การทบทวนความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน การกำกับนิเทศโดยหัวหน้างาน การค้นหาจากกระบวนการหลักของหน่วยงาน การทบทวนและค้นหาจากงานประจำ เรียนรู้จากประสบการณ์และอุบัติการณ์ของผู้อื่น

ขั้นตอนที่ 2. ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk Analysis Matrix) เมื่อค้นหาความเสี่ยงได้แล้ว
ให้นำมาประเมินเพื่อจัดลำดับความเสี่ยงดังนี้

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง (Risk Management) ระดับของโอกาสเกิดความเสี่ยง (Likelihood)			
เกณฑ์	โอกาสที่จะเกิดขึ้น	Probability	โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์
1	น้อยมาก (Rare / Remote)	<1/10000	โอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก เกิด 1 ครั้งใน 5 ปี
2	น้อย (Unlikely / Uncommon)	1/10000	โอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก เกิด 1 ครั้งใน 2-3 ปี
3	ปานกลาง (Possible/ Occasional)	1/1000	โอกาสเกิดขึ้นบ่อย หรือ เกิด 1 ครั้งใน 3 เดือน ใน 1 -2 ปี
4	สูง (Likely / Frequent)	1/100	เกิดขึ้น 1-6 เดือนต่อ ครั้งแต่ไม่เกิน 5 ครั้ง
5	สูงมาก (Almost certain)	1/10	เกิดขึ้น 1 เดือนต่อครั้ง หรือมากกว่า

ตารางวิเคราะห์ Risk Matrix

ความรุนแรงของเหตุการณ์/ ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)	โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood)				
	น้อยมาก Rare (1)	น้อย Unlikely (2)	ปานกลาง Possible (3)	สูง Likely (4)	สูงมาก Almost certain (5)
Catastrophic event) (5)	5+1=5	5+2=7	5+3=8	5+4=9	5+5=10
Major (4)	4+1=5	4+2=6	4+3=7	4+4=8	4+5=9
Moderate (3)	3+1=4	3+2=5	3+3=6	3+4=7	3+5=8
Minor (2)	2+1=3	2+2=4	2+3=5	2+4=6	2+5=7
Negligible (1)	1+1=2	1+2=3	1+3=4	1+4=5	1+5=6

การจัดกลุ่มความเสี่ยง ที่มีโอกาสเกิด

เกณฑ์		Description
A-B	เล็กน้อย (Minor event)	Non-permanent harm (up to 1 month) เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นพบบ่อย หรือพบเป็นครั้งคราวแต่ไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล / เจ้าหน้าที่ / หน่วยงาน มากนัก
C-D	กลาง (Moderate event)	semi –permanent harm (up to 1 year) เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เป็นเหตุการณ์ที่สำคัญ เสี่ยงต่อการเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล แต่พบน้อย หรือเป็นความเสี่ยงที่รุนแรง ทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น อาจพบเป็นครั้งคราว / บ่อย
E-F	สำคัญ (Major event)	Major permanent harm เป็นเหตุการณ์สำคัญเสี่ยงต่อการเสียชื่อเสียง/ถูกฟ้องร้องถึงสื่อมวลชน หรือการเสียชีวิตที่รุนแรง
GHI	รุนแรง (Catastrophic event)	Permanent loss of function ความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเสียหาย หรือทุพพลภาพ / การเสียชีวิตที่รุนแรง

การจัดกลุ่มความเสี่ยง ที่มีโอกาสเกิด

1. ความเสี่ยงต่ำ (Low risk) Green
2. ความเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) Yellow
3. ความเสี่ยงสูง (high risk) Oranges
4. Extreme risk Red

การวิเคราะห์

- 1.ให้แนบค่าคะแนนของโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ หรือความถี่และความรุนแรง เหตุการณ์หรือผลที่จะเกิดตามมา โดยเปรียบเทียบจากสถิติที่กำหนดตามตัวแปรต่างๆ
 - 2.นำค่าคะแนน 2 มาบวกกันในตาราง
 - 3.นำผลคูณของค่าคะแนนที่ได้เทียบตามตาราง ว่าความเสี่ยงนั้นอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงใด เช่น ความเสี่ยงเล็กน้อย (สีเขียว) , ความเสี่ยงปานกลาง (สีเหลือง) , ความเสี่ยงสำคัญ (สีส้ม) , ความเสี่ยงสูง (สีแดง)
- หน่วยงานประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน โดยนำความเสี่ยงที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสำคัญ และความเสี่ยงสูง จัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยง แก้ไขในระดับหน่วยงาน ระดับองค์กร และรวบรวมเป็น Risk Register ของหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 3. การจัดทำมาตรการเพื่อป้องกันความเสี่ยง โดยการใช้ประโยชน์ Risk matrix โดยความรับผิดชอบของหน่วยงาน

- 3.1 .ใช้ในการวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อกำหนดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงในการค้นหาความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงานมาจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงแต่ละหน่วยงาน

-นำความเสี่ยงที่ค้นหาและประเมินระดับแล้วมาเรียงลำดับความสำคัญตั้งแต่ระดับ Extreme risk , High risk ,moderate risk,และ Low risk

- นำความเสี่ยง High risk ทุกเรื่อง และระดับ moderate risk ที่มีค่าคะแนน ≥ 6 มาหามาตรการป้องกันความเสี่ยงตามแบบฟอร์ม

- สื่อสารรายการความเสี่ยงที่ค้นหามาได้และมาตรการที่วางไว้ให้บุคลากรในหน่วยงานถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

3.2 ช่วยในการตัดสินใจ ทา Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) ในกรณี ค่าคะแนน Risk matrix ≥ 6

3.3 หน่วยงานจัดทำมาตรการเพื่อป้องกันความเสี่ยงกรณีทีวิเคราะห์ความเสี่ยงระดับ High risk และระดับ อื่นที่มีค่าคะแนนตั้งแต่ 6 ขึ้นไป

3.4 ผลที่ได้คือ Risk Profile เชิงรุกของหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 4. การประเมินผล ประเมินผลจากผลของการนำมาตรการที่นำไปปฏิบัติว่าป้องกันความเสี่ยงได้หรือมีเหตุการณ์เกิดขึ้นจะต้องนำมาปรับมาตรการใหม่

2. การบริหารความเสี่ยงกรณีที่เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้ว ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1. การค้นหาความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 2. ประเมินและวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 3. การจัดการความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 4. การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง

1.1 การค้นหาเชิงรุก

- การสำรวจความเสี่ยงหน่วยงาน ผู้บริหาร เยี่ยมสำรวจภายใน/ภายนอก

- การสำรวจหน่วยงานที่ครอบคลุมสายงาน ENV IC PCT กก.เครื่องมือ

- ค้นหาจากกระบวนการหลักของหน่วยงาน

- การสังเกตขณะปฏิบัติ ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม

- ทบทวนข้างเตียง สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

- ทบทวน 12 กิจกรรมทางคลินิกต่างๆ

1.2 การค้นหาเชิงรับ ได้แก่ จากบันทึกที่มีอยู่แล้ว เช่น

- รายงานอุบัติการณ์

- รายงานการตรวจสอบเพื่อป้องกันอัคคีภัย

- รายงานยาเสพติด

- บันทึกการควบคุมคุณภาพของห้องปฏิบัติการ

- รายงานการควบคุมคุณภาพของอาหาร

- รายงานด้านอาชีวอนามัย

- รายงานการตรวจสอบความปลอดภัยในการทำงาน

- รายงานการตรวจสอบความปลอดภัยด้านรังสีวิทยา

- บันทึกการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน

- รายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล

- บันทึกประจำวันของหน่วยงาน

- รายงานเฝ้าระวังการ

- รายงานของหน่วยรักษาความปลอดภัย

1.3 การค้นหาจากอดีต

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

วิธีการหาความเสี่ยงจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย (ค้นหาเชิงรุก)

1. Patient round เป็นการค้นหาความเสี่ยงจากผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ เช่น C3THER, nursing round, grand round เป็นต้น
2. Chart round เป็นการสุม่เวชระเบียนมาอ่าน มาทบทวนว่าเรามีอะไรที่อาจหลุดหรือผิดพลาดไป มีอะไรที่ไม่ได้สื่อสารกันหรือดูแลไม่สอดคล้องกัน ควรทำให้บ่อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้แพทย์ดูของแพทย์ พยาบาลดูเองพยาบาล เมื่อไรเห็นควรจะมาทบทวนร่วมกันกันดีมาคุยกัน

จะค้นหาความเสี่ยงได้อย่างไร

1. Disease round เป็นการเอาโรคเป็นตัวตั้ง พิจารณาว่าประเด็นสำคัญโรคนี้มีอะไรบ้าง จะดูแลตรงไหนให้ดีขึ้นอย่างไร (ซึ่งอาจใช้แนวคิดองค์กรรวม ใช้เครื่องชี้วัด ใช้ความรู้ทางวิชาการที่เปลี่ยนไป หรือใช้การทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาจุดประกายการพัฒนา)
2. การทบทวน 12 กิจกรรมตามบันไดขั้นที่ 1

การทบทวน 12 กิจกรรม เป็นกลไกตรวจจับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

1. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย: เป็นการตรวจหาปัญหาในเรื่องความเหมาะสมของการดูแลผู้ป่วย อาจพบเหตุเกือบพลาดหรือภาวะแทรกซ้อนและสามารถแก้ไขได้ในทันที
2. การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา: เป็นการตรวจหาปัญหาในเรื่อง competency ขององค์กร รวมทั้งความไม่พึงพอใจ ซึ่งอาจจะแฝงอยู่
3. การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง: เป็นการทบทวนประสบการณ์ในหน่วยงานของตนเองและองค์กรอื่น รวมทั้งความเป็นไปได้ที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยไม่ต้องรอให้เกิดเหตุการณ์ก่อน ทีมงานอาจจะหาเหตุการณ์ซึ่งเกิดขึ้นที่อื่นมาพิจารณาในเชิงรุก โดยการถามว่า “เหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้นในองค์กรของเราได้หรือไม่” ถ้ามีโอกาสก็หาทางป้องกันโดยไม่ต้องรอให้เกิดเหตุการณ์นั้นก่อน
4. การป้องกันและการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล: เป็นการตรวจหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เฉพาะระบบการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
5. การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา: เป็นการตรวจหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือ เหตุเกือบพลาดเฉพาะระบบยา
6. การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีใช้แพทย์: เป็นการตรวจหาปัญหาในเรื่อง competency ของผู้ประกอบการวิชาชีพ รวมทั้งเป็นการรวบรวมข้อมูลที่จะเป็นเนื้อหาในการพัฒนา competency หรือการจัดหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม
7. การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ : เป็นการตรวจหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง เช่น การเสียชีวิต การเกิดภาวะแทรกซ้อน
8. การทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียน: เป็นการตรวจหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือ เกือบพลาด ซึ่งบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร การทบทวนหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยแล้วจะทำให้ตรวจจับเหตุการณ์ที่อาจหลุดรอดไปจากรายงานอุบัติการณ์
9. การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ: เป็นการหาโอกาสปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกโดยไม่ต้องรอให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
10. การติดตามเครื่องชี้วัดที่สำคัญ : เป็นการศึกษา performance ของระบบว่าอยู่ในระดับที่น่าพอใจหรือไม่
11. การทบทวนการใช้ทรัพยากร
12. การทบทวนความคิดเห็น/ข้อร้องเรียน: เป็นการรับทราบความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยอาจะมีตั้งแต่ระดับไม่รุนแรงถึงระดับรุนแรงมาก ไม่ว่าจะเป็นความไม่พึงพอใจในระดับใดก็สามารถสะท้อนปัญหาเชิงระบบขององค์กรได้

การแบ่งประเภทความเสี่ยง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) คือ เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นกับผู้ป่วย อันมีเหตุเกิดจากกระบวนการให้บริการ หรือกิจกรรมการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาล หรืออุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ความคลาดเคลื่อนทางยา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1. ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk) เหตุการณ์ที่เกิดอันตราย หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อันเนื่องมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล ที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ สามารถเกิดได้ในผู้ป่วยทั่วไป ไม่จำกัดโรคใดโรคหนึ่ง เป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ เช่น

- ผล LAB / X-ray ผิดพลาด
- การให้ยาผิด / ให้เลือดผิด
- การติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ตกเตียง / เป็นลมในห้องน้ำ
- แผลกดทับ
- ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง

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

Specific Clinical risk สตรีเวชกรรม

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

Specific Clinical risk ศัลยกรรม

Disease/condition/procedure	Clinical risk/AE
Head injuries	IICP/Herniation
Acute appendicitis	Ruptured
Multiple trauma Injury	Shock
Limb injuries	Replantation failure
UGIB	Death / Re- bleeding
Post operation	Pain / SSI

Specific Clinical risk อายุรกรรม

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

Specific Clinical risk กุมารเวชกรรม

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

Specific Clinical risk กุมารเวชกรรม

Disease/condition/procedure	Clinical risk/AE
-Dental disease and procedure	Active bleeding
	ติดเชื้อหลังการรักษาทางทันตกรรม
	Dry socket (กระดูกงูเข้าฟันอักเสบ)
	เศษรากฟัน/กระดูกค้าง
	ภาวะแทรกซ้อนทางทันตกรรมอื่นๆ
	วัสดุอุดฟันหลุด ภายใน 1 เดือน
	กัตรีฝีปากหรือลิ้นหลังฉีดยาชา

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

การทบทวนความเสี่ยง เมื่อพบ AE ให้ทบทวน Care Process และ RCA สร้างแนวทางปฏิบัติใหม่เพื่อ ป้องกัน ความเสี่ยง

Care Process

1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access , Entry
2. การประเมินผู้ป่วย Assessment (Investigation, Diagnosis)
3. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย Plan of care, Discharge Plan
4. การดูแลผู้ป่วย Care of patient (Re assessment) การดูแลผู้ป่วยทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงได้ดูแลเหมาะสมตามมาตรฐาน
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว Information and Empowerment
6. การดูแลต่อเนื่อง Continuity of Care มีระบบนัดหมาย มีระบบช่วยเหลือให้คำปรึกษา มีการ ส่งHHC

Root Cause Analysis (RCA) คือ การค้นหาสาเหตุเชิงระบบ โดย

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

การทำ RCA ควรทำในกรณี

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

ขั้นตอนที่ 2. ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง

การแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดกลุ่มความเสี่ยงด้านคลินิก และหมวดปฏิบัติการความเสี่ยง Personnel Safety Goals ของกลุ่มปฏิบัติการความเสี่ยงทั่วไป กำหนดและแยกระดับความรุนแรง เป็นระดับ A – I ตามรายละเอียด ดังนี้ ระดับ

ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง	การจัดกลุ่ม
A	(เกิดที่นี่) เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเองสามารถปรับแก้ไข ได้ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและผู้ป่วยหรือบุคลากร	น้อย	Near miss
B	(เกิดที่ไกล) เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งต่อเหตุการณ์/ ความ Near Miss ผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบต่อใดๆ ถึง ผู้ป่วยหรือบุคลากร		
C	(เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ ป่วยหรือบุคลากร แต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย		
D	(ให้ระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องให้การดูแล เผื่อระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย	ปานกลาง	Low Risk
E	(ต้องรักษา) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตราย ชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/ รักษาเพิ่มมากขึ้น		
F	(เยียวยานาน) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติ Risk หรือเกินกำหนด ผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องรักษา/ นอนโรงพยาบาลนานขึ้น		
G	(ต้องพิจารณา) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ทำให้เกิดความพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ ความเชื่อถือและ/ หรือมีการร้องเรียน	มาก	High Risk
H	(ต้องการป้ม) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร มีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต หรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/ หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล		
I	(จำใจลา) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมี การฟ้องร้องทางศาล/ สื่อ		

การแบ่งระดับความรุนแรงและผลกระทบ แบ่งเป็น 9 ระดับ A – I

การจัดกลุ่ม	ความรุนแรง	ระดับ	ผลกระทบ			
			บุคคล	ทรัพย์สิน	ระบบงาน	ชื่อเสียง
1 (เกือบพลาด) Near miss	น้อย	A	“ดักจับได้” โดยหน่วยงาน ก่อนที่จะไปถึงผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่	-	-	-
		B	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่สามารถตรวจพบได้ ก่อน ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่	-	-	-
2 (เสี่ยงต่ำ) Low Risk		C	เกิดอุบัติการณ์ “ส่งผลกระทบ” ถึง ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ แต่ไม่ได้รับอันตราย	ทรัพย์สินเสียหายเล็กน้อย มูลค่าความเสียหายไม่เกิน 500 บาท	เริ่มมีผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน แก้ไขภายในหน่วยงาน ผลเป็นที่น่าพอใจ	
		D	เกิดอุบัติการณ์ แต่ไม่เป็นอันตราย ต้องมีติดตาม การเฝ้าระวังเพิ่มเติม เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า >500 – 1000 บาท	ภารกิจหยุดชะงักชั่วคราวต้องมีการเฝ้า ระวังแก้ไขภายใน หน่วยงาน และต้องมี การปรับระบบงาน ภายใน	ถูกร้องเรียนภายในโรงพยาบาลระบุ ชื่อยังไม่แพร่กระจายออก นอก รพ.
3 (เสี่ยงปานกลาง) Moderate Risk		E	เกิดอุบัติการณ์ และเป็นอันตราย “ต้องมีการดูแลรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม ”	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า > 1,000 – 5,000 บาท	มีผลกระทบต่อหน่วยงาน ต้องวิเคราะห์ สาเหตุปรับ ระบบงานภายใน ร่วมกัน	บุคคลภายนอกหน่วยงานเริ่มทราบเรื่อง อาจเกิดการเสียชื่อเสียงของรพ. แต่ควบคุมได้
		F	เป็นอันตราย “ต้องรับการดูแลรักษาใน โรงพยาบาลหรือนอน โรงพยาบาลนานขึ้น”	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า >5,000-10,000 บาท	มีผลกระทบต่อหน่วยงาน ต้องวิเคราะห์ สาเหตุปรับระบบงานที่สำคัญร่วมกับทีมนำ	มีบุคคลภายนอก ทราบเรื่อง มีแนวโน้มจะเกิดการร้องเรียน

การแบ่งระดับความรุนแรงและผลกระทบ แบ่งเป็น 9 ระดับ A – I

การจัดกลุ่ม	ความรุนแรง	ระดับ	ผลกระทบ			
			บุคคล	ทรัพย์สิน	ระบบงาน	ชื่อเสียง
4 (เสี่ยงสูง) High Risk	มาก	G	เกิดความสูญเสีย เป็น “อันตรายถาวร” เช่น สูญเสียอวัยวะ /พิการ	ทรัพย์สินเสียหาย มูลค่า > 10,000-50,000 บาท	มีผลกระทบต่อชุมชน แก้ปัญหา ระดับ รพ.	เกิดการ ร้องเรียน ขึ้นใน ชุมชน
		H	เป็น“อันตรายเกือบเสียชีวิต ”เช่น การแพ้ยา anaphylaxis หัวใจหยุดเต้นต้องช่วย CPR	ทรัพย์สินเสียหาย มูลค่า > 50,000-100,000 บาท	เกิดผลกระทบต่อชุมชน และ สิ่งแวดล้อม แก้ปัญหาระดับ โรงพยาบาล	มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการ ฟ้องร้อง และ เรียก ค่าเสียหาย
		I	เสียชีวิต	ทรัพย์สินเสียหาย มากกว่า100,000 บาท	เกิดผลกระทบต่อสาธารณะ ออกข่าวผ่านสื่อ แก้ปัญหาระดับโรงพยาบาล	เกิดกรณี ฟ้องร้อง

ขั้นตอนที่ 3. การจัดการกับความเสี่ยง (Action to Manage Risk)

3.1 ก่อนเกิดเหตุ

- 3.1.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่น การปิดห้องผ่าตัดเมื่อไม่มีวิสัญญี การส่งต่อ
- 3.1.2 การผ่อนคลายความเสี่ยง เช่น จ้างเหมาบริษัท เพื่อดูแลเครื่องมือทางการแพทย์และห้องปฏิบัติการ
- 3.1.3 การป้องกันความเสี่ยง เช่น ใส่ของมีคมในกล่องหนา การมีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือ เช่น การตรวจสอบและการสอบเทียบเครื่องมือต่างๆ มีระเบียบการปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา การตรวจสอบ อุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน การให้ความรู้เจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดความตระหนักและเป็นเจ้าของการป้องกันความเสี่ยง
- 3.1.4 การแบ่งแยกความเสี่ยง เช่น ระบบสำรองไฟ เครื่องมืออุปกรณ์ การสำรองข้อมูล
- 3.1.5 มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้แก่
 - ทุกหน่วยงานมีระบบรายงานความเสี่ยง
 - ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรายงานความเสี่ยงได้หลากหลายช่องทาง สะดวก มีการสื่อสาร ย้อนกลับ และไม่เปิดเผยแก่ผู้ไม่เกี่ยวข้องกรณีเป็นความลับ
 - จัดทำฐานข้อมูลความเสี่ยงสื่อสารทั้งองค์กร

3.2 หลังเกิดเหตุ

- 3.2.1 ลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ เป็นการดูแลแก้ปัญหาฉับพลันโดยการเอาใจใส่ ให้ข้อมูลตรงไปตรงมา ภายใต้คำแนะนำ การสื่อสาร ความเข้าใจดีต่อกัน ประคับประคองจิตใจ ช่วยกำลังใจทั้งผู้ป่วยญาติ และเจ้าหน้าที่รายงานผู้บริหารสูงสุด คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และติดตามประเมินผลภายหลังการใกล้เคียงอย่างต่อเนื่อง
- 3.2.2 การบริหารเงินชดเชยค่าเสียหาย กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหายที่ควบคุมค่าเสียหาย/ใกล้เคียง จะเป็นผู้สรุปข้อมูล ปัญหา นำเสนอผู้บริหารสูงสุดและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาลร่วมกันพิจารณา ชดเชยค่าเสียหายอย่างเหมาะสม

แนวทางในการจัดการความเสี่ยงตามลักษณะการเกิดอุบัติการณ์ และระดับของความเสี่ยง ดังนี้

1. ความเสี่ยงระดับ Near Miss (A - B , 1) หน่วยงานดำเนินการวางแผนมาตรการป้องกัน หรือแก้ไขปัญหา และรายงานความเสี่ยงภายใน 1วันและแก้ปัญหาภายใน 1 เดือน
2. ความเสี่ยงต่ำ (C - D , 2) และมีสาเหตุเกิดจากหน่วยงานเดียว ให้หน่วยงานบริหารจัดการเอง โดยการทบทวนเพื่อหาแนวทางปฏิบัติ/จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน เช่น การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการลัดตกหกล้ม การเตรียมผ่าตัด ความคาดเคลื่อนในการให้ยา โดยให้รายงานภายใน 1วัน และจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นภายใน 14 วัน
3. ความเสี่ยงปานกลาง (E - F , 3 4) และมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน ร่วมทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) เพื่อวางแผนทาง ป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่ทารก การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและ หลอดเลือด การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ

เป็นต้น โดยกำหนดให้รายงานภายใน 1 วัน และแก้ไขความเสี่ยง ภายใน 7 วันหลังเกิดเหตุการณ์

4. ความเสี่ยงสูง (G H I , 5) และ เหตุการณ์พึงสังวร (Sentinel event) ที่มีความเสี่ยงร่วมกับ หน่วยงาน และทีมคร่อมสายงานต่างๆ ร่วมทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) เพื่อวางมาตรการป้องกัน ทันที ที่เกิดเหตุการณ์ มีการรายงานเหตุการณ์แก่ผู้อำนวยการหรือผู้แทนทันทีที่เกิดเหตุการณ์ เพื่อจัดการปัญหาเบื้องต้น และทบทวนแก้ไข ปัญหาโดยวิเคราะห์หาสาเหตุเชิงระบบ ภายใน 3 วัน เช่น การ ทบทวนมารดาคลอดเสียชีวิต ไฟไหม้

แนวทางการแก้ไข

ประเภท			การรายงาน	ส่งรายงานการ ทบทวน	แนวทางการแก้ปัญหา
ระดับ	Clinic	Non Clinic			
Near Miss	A-B	1	ภายใน 1 วัน	ภายใน 1 เดือน	วางมาตรการป้องกัน
รุนแรงต่ำ	C-D	2	ภายใน 1 วัน	ภายใน 1 เดือน	ทบทวนหาแนวทาง ปฏิบัติ/ จัดทำคู่มือการ ปฏิบัติงาน
รุนแรงปานกลาง	E-F	3-4	ภายใน 1 วัน	ภายใน 14 วัน	แก้ปัญหาเฉพาะหน้า นำ ผลกระทบบมาวิเคราะห์หา RCA
รุนแรงสูง	G H I ,	5	ภายใน 24 ชม.	ภายใน 7 วัน	ให้ทำการวิเคราะห์ หา RCA วิเคราะห์ปัจจัยเชิง
	SE		ทันที	ภายใน 3 วัน	ระบบทุกปัญหา นำมา ปรับปรุงระบบงาน

หมายเหตุ

1. กรณีความเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาความขัดแย้งในระหว่างวิชาชีพ หรือ เกิดความเสี่ยงซ้ำซากหรือ ถูกร้องเรียนด้าน พฤติกรรมบริการซ้ำซากจะพิจารณาเข้ากรรมการบริหารทรัพยากร เป็นครั้งคราว

2. รายชื่อตัวแทน กก.บริหารที่ช่วยแก้ไขในเบื้องต้นตามลำดับ

● งานบริการทั่วไป

1. รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
2. รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบบริการ
3. รองผู้อำนวยการด้านการกิจำำนวยการ
4. รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
5. รองผู้อำนวยการด้านดิจิทัล

● ความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ

1. ผู้อำนวยการ
2. รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

3. รองประธานองค์กรแพทย์

- งานบริการ PCU

1. รองผู้อำนวยการด้านปฐมนุญ
2. รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
3. รองผู้อำนวยการด้านภารกิจอำนวยการ
4. ผู้อำนวยการ

3. กรณีเป็นเหตุการณ์วิกฤติสาธารณสุขโรค และความปลอดภัย ให้รายงาน

1. ช่างเทคนิค / หัวหน้ากลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์
2. รองผู้อำนวยการด้านภารกิจอำนวยการ
3. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ตามลำดับ

4. กรณีผู้อำนวยการไม่อยู่ให้รายงานรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร / ฝ่ายการแพทย์ หัวหน้าศูนย์พัฒนา คุณภาพ หรือ หัวหน้าฝ่ายที่อาวุโส ตามลำดับ

5. กรณีนอกเวลาราชการ รายงาน

1. หัวหน้าเวรแต่ละหน่วยงาน
2. หัวหน้างานแต่ละหน่วยงาน
3. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ตามลำดับ
4. รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผล หมายถึง การนำเหตุการณ์ และความเสี่ยงที่เกิดขึ้น มาตรวจสอบความเพียงพอของวิธีการ ที่ใช้ป้องกันความเสี่ยง ซึ่งสิ่งที่ต้องประเมินได้แก่

4.1 การติดตามประเมินผลตัวชี้วัดทุกเดือนและประเมินผลระบบการบริหารความเสี่ยงทั้งระบบ

4.2 การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ต้องตั้งคำถามว่า

- อับัติการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไร ทั้งๆที่มีมาตรการป้องกันแล้ว
- อับัติการณ์เป็นปัญหาเดียวหรือเรื่องของระบบ มีโอกาสเกิดขึ้นได้อีกหรือไม่
- ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ๆเพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

4.3 การทบทวนความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

4.4 มีการสื่อสารการตอบสนองของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบว่าได้พิจารณาและให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ และทรัพย์สินของโรงพยาบาล