



โรงพยาบาลตระการพืชผล

คู่มือ การบริหารจัดการความเสี่ยง



ปีงบประมาณ 2568

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลตระการพืชผล

คู่มือบริหารจัดการความเสี่ยง

โรงพยาบาลตระการพืชผล

ปีงบประมาณ 2568

คำนำ

เพื่อสร้างหลักประกันแก่ผู้ป่วยเจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัยจาก ความเสี่ยงต่างๆ และเพื่อลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นแก่โรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจึงจัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง เพื่อเป็นแนวทางให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตระการพิชญ์ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ให้ผู้มารับบริการ และเจ้าหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์แก่องค์กรมากที่สุด

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลตระการพิชญ์

เรื่อง	สารบัญ	หน้า
คำนำ		
สารบัญ		
นโยบายบริหารความเสี่ยง		1
บทบาทหน้าที่		2
คำจำกัดความ		2
ความเสี่ยงที่ต้องรายงานผู้อำนวยการทันที		3
ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงหน่วยงาน/ทีมคร่อมสายงาน		4
ตารางวิเคราะห์ RISK MATRIX		5
การวิเคราะห์		6
วิธีการหาความเสี่ยงจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย (ค้นหาเชิงรุก)		8
การแบ่งประเภทความเสี่ยงทางคลินิก		9
ความเสี่ยงเฉพาะทั่วไป		11
ขั้นตอนที่ 2 ประเมินวิเคราะห์ความเสี่ยง		13
การแบ่งระดับความรุนแรงและผลกระทบ		14
ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความเสี่ยง		15
แนวทางการจัดการความเสี่ยงด้านลักษณะการเกิดอุบัติการณ์		
และระดับความเสี่ยง		16
แนวทางการแก้ไข		17
ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล		18
ภาคผนวก		
- ขั้นตอนรายงานความเสี่ยงผ่านเว็บไซต์		20
- แบบบันทึก Incident Report		21
- มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ รพ.ตระการฯ		22
- ความเสี่ยงที่ต้องรายงาน ผู้อำนวยการ		25
- แบบฟอร์ม การทำ RCA		28

ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลตระการพืชผล

นโยบาย

1. ส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงด้วยความสมัครใจ โดยไม่ถือว่าเป็นความผิด
2. สนับสนุนให้บุคลากรเป็น“ผู้จัดการความเสี่ยงกับเหตุการณ์เฉพาะหน้า”ที่เกิดขึ้น
3. ให้หัวหน้าหน่วยบริการทุกคนเป็นผู้บริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน
4. ผู้บริหารทุกระดับต้องให้ความสำคัญและการสนับสนุนการปฏิบัติตามระบบบริหารความเสี่ยง
5. ส่งเสริมการปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคลากร ผู้ป่วยและประชาชนที่มารับบริการ (3P Safety)

เป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วย บุคลากร และประชาชนผู้มารับบริการในโรงพยาบาลปลอดภัยจากให้บริการของโรงพยาบาล
2. เพื่อสร้างระบบการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ

ขอบเขตบริการ

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

บทบาทหน้าที่ หน้าที่ของคณะกรรมการ

1. กำหนดนโยบาย และวางแผนกลยุทธ์ในการบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล
2. จัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลและสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ
3. รวบรวมความเสี่ยง อุบัติการณ์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
4. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรรมการคุ้มครองสายงาน เพื่อทบทวนอุบัติการณ์ จัดการความเสี่ยง และการแก้ไขเชิงระบบ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
5. ให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลและสร้างความตื่นตัวทั้งองค์กรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง
6. พัฒนาระบบฐานข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล

- 7.ติดตามผลการดำเนินงาน การบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่างๆ
- 8.สรุปรายงาน ประมวลผล ดูแนวโน้มความเสี่ยง รายไตรมาส รายปี เพื่อวางมาตรการการบริหารความเสี่ยง

หัวหน้างาน

- 1.เป็นผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน ดำเนินการทบทวนและแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน และกระตุ้นให้มีค้นหาและรายงานความเสี่ยง
- 2.ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงในหน่วยงาน และวางมาตรการป้องกันควบคุมความเสี่ยงสำคัญ
- 3.ตรวจสอบความถูกต้องของการจัดประเภท การประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานบันทึกไว้ในรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ และลงนามรับทราบ
- 4.รวบรวมข้อมูลสถิติ วิเคราะห์เกี่ยวกับความเสี่ยงหน่วยงาน ติดตามแนวโน้ม จัดอันดับความเสี่ยง หน่วยงานและวางแนวทางแก้ไข วางมาตรการป้องกัน
- 5.นำเสนอข้อมูลความเสี่ยงสำคัญและการแก้ไขปัญหาเชิงระบบแก่คณะกรรมการความเสี่ยง

บทบาททีมคร่อมสายงาน

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

บทบาทหน้าที่บุคลากรทุกระดับ

- 1.รับทราบนโยบาย ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามนโยบาย คู่มือการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลตระการพิชผล
- 2.เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์/อุบัติการณ์เบื้องต้น
- 3.บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไข รายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด
- 4.ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกหน่วยงาน เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์/อุบัติเหตุซ้ำ

คำจำกัดความ

1.ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่ประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ เช่นความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทาลายสิ่งแวดล้อม ภาวะในการชดใช้ค่าเสียหาย

2.เหตุเกือบพลาด (Near Miss) เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่เกิดขึ้น เพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทัน

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

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

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

Sentinel Event Alert คือ การกำหนดเหตุการณ์ที่ต้องเฝ้าระวัง ที่ต้องมีการตอบสนองโดยผู้รับผิดชอบอย่างเร่งด่วน

ความเสี่ยงที่ต้องรายงานผู้อำนวยการทันที โรงพยาบาลตระการพิรุณ

ความเสี่ยงทางคลินิก	ความเสี่ยงทั่วไป
1.ผู้ป่วยหนีหายจากโรงพยาบาล	1.เกิดการปล้นจี้/ขโมยในโรงพยาบาล
2.ทารกและมารดาเสียชีวิตจากการคลอด	2.เกิดเพลิงไหม้
3.ทำหัตถการพลาดจนถึงแก่ชีวิต	3.น้ำท่วม
4.ผ่าตัดโดยไม่แจ้งผู้ป่วย	4.แก๊สระเบิด/ออกซิเจนระเบิด
5.ผ่าตัดผิดข้างผิดคน	5.รถส่งผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ
6.ลืมอุปกรณ์การแพทย์ไว้ในตัวผู้ป่วย	6.มีผู้ก่อเหตุไม่สงบในโรงพยาบาล
7.ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย	7.การถูกร้องเรียนที่รุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชื่อเสียง
8.ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการรักษา/ผ่าตัด	8.เกิดเหตุฆาตกรรมในโรงพยาบาล

9.ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุร้ายแรงถึงแก่ชีวิตขณะอยู่ในโรงพยาบาล	9.การให้ข้อมูลแก่สื่อมวลชน
	10.เกิดข้อร้องเรียนทำลายชื่อเสียงโรงพยาบาล
	11.เจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน
	12.เกิดโรคติดต่อร้ายแรงในเจ้าหน้าที่

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน/ทีมคร่อมสายงานแบ่งเป็นสองส่วนใหญ่ๆ คือ

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

1. การบริหารความเสี่ยงกรณียังไม่เกิดเหตุการณ์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

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

ขั้นตอนที่ 1. การค้นหาความเสี่ยง สามารถค้นหาก่อนเกิดเหตุการณ์ ได้จากหลายช่องทาง ได้แก่ การทบทวนความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน การกำกับนิเทศโดยหัวหน้างาน การค้นหาจากกระบวนการหลักของหน่วยงาน การทบทวนและค้นหาจากงานประจำ เรียนรู้จากประสบการณ์และอุบัติการณ์ของผู้อื่น

ขั้นตอนที่ 2. ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk Analysis Matrix) เมื่อค้นหาความเสี่ยงได้แล้วให้นำมาประเมินเพื่อจัดลำดับความเสี่ยงดังนี้

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

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 โดยนำความเสี่ยงที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสำคัญและความเสี่ยงสูง จัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยง แก้ไขในระดับหน่วยงาน ระดับองค์กร และรวบรวมเป็น Risk Register ของหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 3. การจัดทำมาตรการเพื่อป้องกันความเสี่ยง

โดยการใช้ประโยชน์ Risk matrix โดยความรับผิดชอบของหน่วยงาน

3.1 ใช้ในการวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อกำหนดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงในการค้นหาความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงานมาทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงแต่ละหน่วยงาน

- นำความเสี่ยงที่ค้นหาและประเมินระดับแล้วมาเรียงลำดับความสำคัญตั้งแต่ระดับ Extreme risk, High risk, moderate risk, และ Low risk
- นำความเสี่ยง High risk ทุกเรื่อง และระดับ moderate risk ที่มีค่าคะแนน ≥ 6 มาทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงตามแบบฟอร์ม
- สื่อสารรายการความเสี่ยงที่ค้นหาได้และมาตรการที่วางไว้ให้บุคลากรในหน่วยงานถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

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

3.3 หน่วยงานจัดทำมาตรการเพื่อป้องกันความเสี่ยงกรณีทีวิเคราะห์ความเสี่ยงระดับ High risk และระดับอื่นที่มีค่า คะแนนตั้งแต่ 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
- การสำรวจหน่วยงานที่เชื่อมสายงาน เช่น ENV IC PCT
- 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
- รายงานเวรตรวจการ
- รายงานของหน่วยรักษาความปลอดภัย

1.3 การค้นหาจากอดีต

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

วิธีการหาความเสี่ยงจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย (ค้นหาเชิงรุก)

1. Patient round เป็นการค้นหาความเสี่ยงจากผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ เช่น C3THER, nursing round, grand round เป็นต้น
2. Chart round เป็นการสุ่มเวชระเบียนมาอ่าน มาทบทวนว่าเรามีอะไรที่อาจหลุดหรือผิดพลาดไป มีอะไรที่ไม่ได้สื่อสารกันหรือดูแลไม่สอดคล้องกัน ควรทำให้บ่อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้แพทย์ดูของแพทย์ พยาบาลดูเอง พยาบาล เมื่อไรเห็นควรจะมาทบทวนร่วมกันกันดีมาคุยกัน

จะค้นหาความเสี่ยงได้อย่างไร

1. Disease round เป็นการเอาโรคเป็นตัวตั้ง พิจารณาว่าประเด็นสำคัญโรคนี้มีอะไรบ้าง จะดูแลตรงไหน ให้ดีขึ้นอย่างไร (ซึ่งอาจใช้แนวคิดองค์รวม ใช้เครื่องชี้วัด ใช้ความรู้ทางวิชาการที่เปลี่ยนไป หรือใช้การทบทวน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาจุดประกายการพัฒนา)

2. การทบทวน 12 กิจกรรมตามบันไดขั้นที่ 1

การทบทวน 12 กิจกรรม เป็นกลไกตรวจจับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

1. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย: เป็นการตรวจหาปัญหาในเรื่องความเหมาะสมของการดูแลผู้ป่วย อาจจะพบเหตุเกือบพลาดหรือภาวะแทรกซ้อนและสามารถแก้ไขได้ในทันที

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

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

4. การป้องกันและการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล: เป็นการตรวจหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เฉพาะระบบการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

5. การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา: เป็นการตรวจหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือเหตุเกือบพลาดเฉพาะระบบยา

6. การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีไข้แพทย์: เป็นการตรวจหาปัญหาในเรื่อง competency ของผู้ประกอบวิชาชีพ 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: เป็นการรับทราบความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยอาจมีตั้งแต่ระดับไม่รุนแรงถึงระดับรุนแรงมาก 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
- การติดเชื้ในโรงพยาบาล
- ตกเตียง / เป็นลมในห้องน้ำ
- แผลกดทับ
- ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง

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

Specific Clinical risk สูติ นรีเวชกรรม

Disease/condition/procedure	Clinical risk/AE
• Pregnancy induced hypertension	Eclampsia / convulsion
• Postpartum hemorrhage	Hypovolemic shock Hysterectomy/Blood Tx
• 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/Amputation
Sepsis septic shock	Septic Shock /Re shock
Alcohol withdrawal	DTs, -Rum fit seizure

Specific Clinical risk กุมภาพันธ์

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
- Preterm	RDS

Specific Clinical risk ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

Disease/condition/procedure	Clinical risk/AE
Multiple fracture	Shock
Open Fracture	Osteomyelitis
Instrument Insertion	Wound Infection
Closed Fracture BB	Broken plate
	Compartment Syndrome

Specific Clinical risk ทันตกรรม

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

2. ความเสี่ยงเฉพาะทั่วไป ได้แก่

สารสนเทศและเวชระเบียน สิ่งแวดล้อม โครงสร้างกายภาพและความปลอดภัย การป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ เครื่องมือ/อุปกรณ์การแพทย์ ระบบการผลิทยาสมุนไพรร การประสานงานต่างๆ เสี่ยงสะท้อน ผู้รับบริการ

การทบทวนความเสี่ยง เมื่อพบ AE ให้ทบทวน Care Process และ RCA สร้างแนวทางปฏิบัติใหม่เพื่อ ป้องกันความเสี่ยง

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 มีระบบช่วยให้คำปรึกษา มีการส่ง HHC

Root Cause Analysis (RCA) คือ การค้นหาสาเหตุเชิงระบบ โดย

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

การทำ RCA ควรทำในกรณี

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

ขั้นตอนที่ 2. ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง

การแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดกลุ่มความเสี่ยงด้านคลินิก และหมวดอุบัติเหตุการบาดเจ็บ
Personnel Safety Goals ของกลุ่มอุบัติเหตุการบาดเจ็บทั่วไป กำหนดและแยกระดับความรุนแรง
เป็นระดับ A – I ตามรายละเอียด ดังนี้ ระดับ

ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง	การจัดกลุ่ม
A	(เกิดขึ้น) เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเองสามารถปรับแก้ไข ได้ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและผู้ป่วยหรือบุคลากร	น้อย	Near miss
B	(เกิดขึ้น) เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งต่อเหตุการณ์/ ความ Near Miss ผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบใดๆ ถึง ผู้ป่วยหรือบุคลากร		
C	(เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ ป่วยหรือบุคลากร แต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย		Low Risk
D	(ให้ระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องให้การดูแล เฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย	ปานกลาง	Moderate Risk
E	(ต้องรักษา) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตราย ชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/ รักษาเพิ่มมากขึ้น		
F	(เฝ้าระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติ Risk หรือเกินกำหนด ผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องรักษา/ นอนโรงพยาบาลนานขึ้น		
G	(ต้องพิจารณา) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ทำให้เกิดความพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ ความเชื่อถือและ/ หรือมีการร้องเรียน	มาก	High Risk
H	(ต้องการปรับ) 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 แต่สามารถตรวจพบได้ก่อน ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่	-	-	-
2 (เสี่ยงต่ำ) Low Risk		C	เกิดอุบัติการณ์ “ส่งผลกระทบ” ถึง ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ แต่ไม่ได้รับอันตราย	ทรัพย์สินเสียหายเล็กน้อย มูลค่าความเสียหายไม่เกิน 500 บาท	เริ่มมีผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน แก้ไขภายในหน่วยงาน ผลเป็นที่น่าพอใจ	
		D	เกิดอุบัติการณ์ แต่ไม่เป็น อันตราย ต้องมีติดตาม การ เฝ้าระวังเพิ่มเติม เพื่อให้ มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า >500 – 1000 บาท	ภารกิจหยุดชะงักชั่วคราวต้องมีการเฝ้า ระวังแก้ไขภายใน หน่วยงาน และต้องมี การปรับระบบงาน ภายใน	ถูกร้องเรียนภายในโรงพยาบาล ระบุชื่อยังไม่แพร่กระจายออกนอก รพ.
3 (เสี่ยงปานกลาง) Moderate Risk		E	เกิดอุบัติการณ์ และเป็นอันตราย “ต้องมีการดูแล รักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม ”	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า > 1,000 – 5,000 บาท	มีผลกระทบต่อหน่วยงาน ต้องวิเคราะห์ สาเหตุปรับ ระบบงานภายใน ร่วมกัน	บุคคลภายนอกหน่วยงานเริ่มทราบเรื่อง อาจเกิดการเสียชื่อเสียงของรพ. แต่ควบคุมได้
		F	เป็นอันตราย “ต้องรับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล หรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น”	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า >5,000-10,000 บาท	มีผลกระทบต่อหน่วยงาน ต้องวิเคราะห์ สาเหตุปรับระบบงานที่สำคัญร่วมกับทีมนำ	มีบุคคลภายนอกทราบเรื่อง 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 แก้ปัญหาระดับ รพ.	เกิดการ ร้องเรียน ขึ้นใน ชุมชน
		H	เป็น “อันตรายเกือบเสียชีวิต ” เช่น การแพ้ยา anaphylaxis หัวใจหยุด เต้นต้องช่วย CPR	ทรัพย์สินเสียหาย มูลค่า > 50,000-100,000 บาท	เกิดผลกระทบต่อชุมชน และสิ่งแวดล้อม แก้ปัญหาระดับ โรงพยาบาล	มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการ ฟ้องร้อง และ เรียกค่าเสียหาย
		I	เสียชีวิต	ทรัพย์สินเสียหาย มากกว่า100,000 บาท	เกิดผลกระทบต่อ สาธารณะ ออกข่าว ผ่านสื่อ แก้ปัญหา ระดับ โรงพยาบาล	เกิดกรณี ฟ้องร้อง

ขั้นตอนที่ 3. การจัดการกับความเสี่ยง (Action to Manage Risk)

3.1 ก่อนเกิดเหตุ

3.1.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่น การปิดห้องผ่าตัดเมื่อไม่มีวิสัญญี การส่งต่อ

3.1.2 การป้องกันความเสี่ยง เช่น จ้างเหมาบริษัท เพื่อดูแลเครื่องมือทางการแพทย์และห้องปฏิบัติการ

3.1.3 การป้องกันความเสี่ยง เช่น ใส่ของมีคมในกล่องหนา การมีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือ เช่น การตรวจสอบและการสอบเทียบเครื่องมือต่างๆมีระเบียบการปฏิบัติในการทำงาน เช่นการให้ยา 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 ให้ข้อมูล ตรงไปตรงมา ภายใต้คำแนะนำ การสื่อสาร ความเข้าใจดีต่อกัน ประคับประคองจิตใจ ขวัญกำลังใจทั้งผู้ป่วยญาติ และเจ้าหน้าที่รายงานผู้บริหารสูงสุด คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และติดตามประเมินผลภายหลังการใกล้เคียง อย่างต่อเนื่อง

3.2.2 การบริหารเงินชดเชยค่าเสียหาย กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหายที่มควมคุมค่าเสียหาย/ใกล้เคียง จะเป็นผู้สรุปข้อมูล ปัญหา นำเสนอผู้บริหารสูงสุดและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาลร่วมกันพิจารณา ชดเชยค่าเสียหายอย่างเหมาะสม

แนวทางในการจัดการความเสี่ยงตามลักษณะการเกิดอุบัติการณ์ และระดับของความเสี่ยง ดังนี้

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

2. ความเสี่ยงต่ำ (C - D , 2) และมีสาเหตุเกิดจากหน่วยงานเดียว ให้หน่วยงานบริหารจัดการเอง โดยการ ทบทวนเพื่อหาแนวทางปฏิบัติ/จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน เช่น การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การเตรียมผ่าตัด ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา โดยให้รายงานภายใน 1วัน และจัดการความเสี่ยงที่ เกิดขึ้นภายใน 14 วัน

3. ความเสี่ยงปานกลาง (E - F , 3 4) และมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน ร่วมทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) เพื่อวางแผนทาง ป้องกันและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น เช่น แนวทางการดูแล หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่ทารก การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและ หลอดเลือด การดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อ เป็นต้น โดยกำหนดให้รายงานภายใน 1วัน และแก้ไขความเสี่ยง ภายใน 7 วันหลังเกิดเหตุการณ์

4. ความเสี่ยงสูง (G H I , 5) และ เหตุการณ์พึงสังวร (Sentinel event) ทีมความเสี่ยงร่วมกับ หน่วยงานและทีมคร่อมสายงานต่างๆ ร่วมทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) เพื่อวางมาตรการป้องกัน ทันที ที่ เกิดเหตุการณ์ มีการรายงานเหตุการณ์แก่ผู้อำนวยการหรือผู้แทนทันทีที่เกิดเหตุการณ์ เพื่อจัดการปัญหาเบื้องต้น และทบทวนแก้ไขปัญหาโดยวิเคราะห์หาสาเหตุเชิงระบบ 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	ทบทวนหาแนวทางปฏิบัติ/ จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน
รุนแรง ปานกลาง	E-F	3-4	ภายใน 1 วัน	ภายใน 14 วัน	แก้ปัญหาเฉพาะหน้า นำ ผลกระทบมาวิเคราะห์หา RCA
รุนแรงสูง	G, H, I	5	ภายใน 24 ชม.	ภายใน 7 วัน	ให้ทำการวิเคราะห์ หา RCA
	SE		ทันที	ภายใน 3 วัน	วิเคราะห์ปัจจัยเชิง ระบบ ทุกปัญหา นำมา ปรับปรุง ระบบงาน

หมายเหตุ

- กรณีความเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาความขัดแย้งในระหว่างวิชาชีพ หรือ เกิดความเสี่ยงซ้ำซากหรือ ถูกร้องเรียน
ด้านพฤติกรรมบริการซ้ำซากจะพิจารณาเข้ากรรมการบริหารทรัพยากร เป็นครั้งคราว
- รายชื่อตัวแทน กก.บริหารทรัพยากรที่ช่วยแก้ไขในเบื้องต้นตามลำดับ

● งานบริการทั่วไป

- หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หรือรองหัวหน้ากลุ่มงาน
- รองผู้อำนวยการฝ่ายแผนฯ
- รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
- รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
- รองประธานองค์กรแพทย์

● ความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ

- ผู้อำนวยการ
- รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
- รองประธานองค์กรแพทย์

● งานบริการ PCU

1. รองผู้อำนวยการฝ่ายแผน ฯ
2. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
3. รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
4. ผู้อำนวยการ

3. กรณีเป็นเหตุการณ์วิกฤตสาธารณูปโภค และความปลอดภัย ให้รายงาน

1. ช่างเทคนิค / หัวหน้าฝ่ายบริหาร
2. รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
3. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ตามลำดับ

4. กรณีผู้อำนวยการไม่อยู่ให้รายงานรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร / ฝ่ายการแพทย์ หัวหน้าศูนย์พัฒนา คุณภาพ หรือหัวหน้าฝ่ายที่อาวุโส ตามลำดับ

5. กรณีนอกเวลาราชการ รายงาน

1. หัวหน้าเวรแต่ละหน่วยงาน
2. หัวหน้างานแต่ละหน่วยงาน
3. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผล หมายถึง การนำเหตุการณ์ และความเสี่ยงที่เกิดขึ้น มาตรวจสอบความเพียงพอของวิธีการ ที่ใช้ป้องกันความเสี่ยง ซึ่งสิ่งที่ต้องประเมินได้แก่

4.1 การติดตามประเมินผลตัวชี้วัดทุกเดือนและประเมินผลระบบการบริหารความเสี่ยงทั้งระบบ

4.2 การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ต้องตั้งคำถามว่า

- อับัติการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไร ทั้ง ๆ ที่มีมาตรการป้องกันแล้ว
- อับัติการณ์เป็นปัญหาเดียวหรือเรื่องของระบบ มีโอกาสเกิดขึ้นได้อีกหรือไม่
- ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

4.3 การทบทวนความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

4.4 มีการสื่อสารการตอบสนองของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบว่าได้

พิจารณาและให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ และทรัพย์สินของโรงพยาบาล

ภาคผนวก

ขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงผ่านระบบ เว็บไซต์ รพ.

1 รายงานความเสี่ยงผ่านหน้า เว็บไซต์ รพ.
(<https://www.trakanhospital.go.th>)

2 สำหรับ
เจ้าหน้าที่

3 ระบบความเสี่ยงในโรงพยาบาล ระบบ Hosoffice ออนไลน์ (ปิดปรับปรุง)

4

คู่มือบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลตระการพิชผล

แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ (Incident Report) โรงพยาบาลตระการพืชผล TKH-FR-RM-001 แก้ไขครั้งที่ 7

ระดับความรุนแรง (Severity)		
ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)	การรายงาน	ความเสี่ยงที่ไม่ใช่ทางคลินิก (Non-Clinical Risk)
☐ A : เกิดในหน่วยงาน	แก้ไขทันที ส่งหัวหน้างาน/ หัวหน้าฝ่าย	☐ A : เหตุการณ์ที่มีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน
☐ B : เกิดระหว่างหน่วยงาน แต่ไม่ถึงผู้ป่วย		☐ B : เกิดความคลาดเคลื่อนแต่ถูกตรวจพบก่อน
☐ C : ถึงผู้ป่วย แต่ไม่อันตราย		☐ C : เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน/จนท./ชื่อเสียง/ทรัพย์สิน รพ.
☐ D : ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ		☐ D : เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน/จนท./ชื่อเสียง/ทรัพย์สิน รพ. ส่งผลให้ต้อง เฝ้าระวังว่าจะไม่เกิดความเสียหายกับหน่วยงาน/จนท.
☐ E : ต้องบำบัดรักษา	แก้ไขทันที ส่งหัวหน้างาน/ หัวหน้าฝ่าย ภายใน 24 ชั่วโมง	☐ E : เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน/จนท./ชื่อเสียง/ทรัพย์สิน รพ. ทำให้ เกิดความเสียหายคิดเป็นงบประมาณ 1-1,000บาท ถูกแจ้งความกับตำรวจ บันทึกประจำวันเป็นหลักฐาน แต่ไม่ถูกสอบสวน
☐ F : ต้องนอนรพ.หรือนอน รพ.นานขึ้น		☐ F : เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน/จนท./ชื่อเสียง/ทรัพย์สิน รพ. ทำให้ เกิดความเสียหายคิดเป็นงบประมาณ 1,001- 5,000บาท ถูกร้องเรียน ผ่านสื่อวิทยุ , ถูกสอบสวนจากตำรวจ
☐ G : พิกการถาวร	(Sentinel Event) รายงานด้วยวาจาทันที ต่อหัวหน้างาน/หัวหน้าฝ่าย	☐ G : เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน/จนท./ชื่อเสียง/ทรัพย์สิน รพ.ทำให้เกิดความ เสียหายคิดเป็นงบประมาณ 5,001-15,000บาท ถูกร้องเรียนผ่านผู้บังคับบัญชา ระดับจังหวัด
☐ H : ต้องช่วยชีวิต/ผ่าตัด		☐ H : เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน/จนท./ชื่อเสียง/ทรัพย์สิน รพ.ทำให้เกิดความ เสียหายคิดเป็นงบประมาณ15,001-50,000บาท ถูกร้องเรียนผ่านผู้บังคับบัญชา ระดับจังหวัด
☐ I : เสียชีวิต		☐ I : เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน/จนท./ชื่อเสียง/ทรัพย์สิน รพ. ทำให้เกิดความ เสียหายคิดเป็นงบประมาณ>50,00บาทขึ้นไป ถูกร้องเรียนผ่านสื่อโทรทัศน์, หนังสือพิมพ์รายวัน เป็นคดีความขึ้นศาล

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	
มาตรฐานสำคัญจำเป็น	รายละเอียดการดำเนินงาน
1. การฆ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ 2. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSİ 3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ 4. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event 5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด 6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด 7. ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค 8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ /พยาธิวิทยาผิดพลาด 9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	สถานพยาบาลต้องดำเนินการดังต่อไปนี้ 1. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อ การป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ในประเด็นที่กำหนด 2. สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด 3. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มี ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หา สาเหตุราก 4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมี ผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เกี่ยวข้อง

ประเมินโปรแกรมความเสี่ยงที่เกิดขึ้น			
☐ 1.อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่	☐ 2.โครงสร้างสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย/เครื่องมือแพทย์		
☐ 3.การควบคุมการติดเชื้อ	☐ 4.การดูแลผู้ป่วย	☐ 5.ระบบยา	☐ 6.สารสนเทศและเวชระเบียน
☐ 7.การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังและพัสดุ	☐ 8.ข้อร้องเรียน	☐ 9.ระบบปฏิบัติการอื่นๆ	☐ 10.Patient Safety Goal(9ข้อ)**
**Patient safety Goal เพิ่มมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ			



พิจารณามาตรฐาน/แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลตระการพิรุณ
ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ ตามประกาศของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ข้อ	มาตรฐาน	Owner	มาตรฐาน/แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง	ตัวชี้วัด
1	ผ้าดัดติดเชื้อ ผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	OR, วิสัญญี	- การบ่งชี้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดข้าง ผิดคน - การบ่งชี้ผู้ป่วยและตำแหน่งผ่าตัด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด - การบ่งชี้ผู้ป่วยก่อนให้การรักษและทำการหัตถการ - แนวทางการปฏิบัติเรื่อง “การส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดโดยไม่ผ่านหอผู้ป่วย “หน่วยตรวจฉุกเฉิน งานการพยาบาลผู้ป่วยและผู้ช่วยฉุกเฉิน” - การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนปัสสาวะ - แนวทางปฏิบัติ การดูแลหัตถการ - แนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ : การป้องกันปอดอักเสบจาก การใช้เครื่องช่วยหายใจ - แนวปฏิบัติทางการแพทย์คลินิกสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis และ Sepsis Shock - แนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ การคัดกรองผู้ป่วยปัสสาวะ - แนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก - CAUTI Prevention 5 day Off - การเลือกใช้วัสดุปิดแผล (Dressing Selection)	1. อุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดอวัยวะ 2. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล 3. อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบในโรงพยาบาล (HAP) 4. อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) 5. อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ (CAUTI) 6. อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (SSI) - Clean wound - Clean contaminate wound 7. อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง (BSI : CABSII) 8. อัตราการติดเชื้อที่ตาหัตถการแรกเกิด 9. อัตราการติดเชื้อที่สะดือทารกแรกเกิด 10. อัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ 11. อัตราการเกิด Peritonitis ในผู้ป่วย CAPD
2	การติดเชื้อสำคัญ (SSI, VAP, CAUTI, C LABSI)	IC, PCT		

ข้อ	มาตรฐาน	Owner	มาตรฐาน/แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง	ตัวชี้วัด
3	บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	IC/HRD	- Flow การรายงานบุคลากรสัมผัสโรคติดเชื้อ/โรคติดต่อและโรคทางระบบวิทยา - การจัดการโรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ ด้วยวัคซีนในบุคลากร - การคัดกรองภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อที่สำคัญก่อนการปฏิบัติงาน	12. อัตราการเกิดอุบัติเหตุขณะผ่าตัด
4	การเกิด med error, adverse drug event	PTC	- การรับคำสั่งและระบบการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา - ระบบการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการป้องกันการแพ้ยา - การให้ยาผิดทางหลอดเลือดดำ - การให้ยาผิดกลัมน้ำหนักและผิวหนัง - การให้ยารับประทานและใต้ลิ้น - การบริหารจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) - การบริหารจัดการยาเคมีบำบัด - การใช้ยาแวการ์ฟาริน (Warfarin) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ - การบริหารจัดการยาเสพติดให้โทษประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2 - แนวทางการปฏิบัติเรื่อง “การให้ยาและผสมยา High Alert Drugs ที่มีใช้ในห้องฉุกเฉิน” - แนวทางปฏิบัติทางการแพทย์เรื่อง “การหยุดยาดตาและป้ายยาตา” ห้องตรวจตา” งานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน	14. อัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่าย OPD 15. อัตราความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยา OPD 16. อัตราความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา OPD 17. อัตราความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา QPD (Compliance) 18. อัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่าย IPD 19. อัตราความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยา IPD 20. อัตราความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา IPD 21. ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน 22. ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผู้ป่วยนอก (ER) 23. Medication Error of HAD IPD 24. การแพ้ยาซ้ำในระบบ 25. การแพ้ยาซ้ำจากระบบ

ข้อ	มาตรฐาน	Owner	มาตรฐาน/แนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง	ตัวชี้วัด
5	การให้เลือดผิวดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	เทคนิคการแพทย์	- การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด	27. อัตราการให้เลือดผิวดหมู่/ผิวดคน
			- แนวทางการปฏิบัติเรื่อง “การให้เลือดอย่างเร่งด่วนโดยไม่ผ่านการตรวจจากธนาคารเลือด/การขอเลือดด่วน/การให้เลือดจำนวนมาก”	28. อัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด”
6	การระบุตัวผู้ป่วยผิวดพลาด	PCT	- การบ่งชี้ผู้ป่วยก่อนให้การรักษาและทำหัตถการ	29. อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิวดพลาดทุกแผนก 30. อัตราการเจาะเลือดผิวดคน 31. อัตราการถ่ายภาพเอกซเรย์ผิวดคน/ผิวดตำแหน่ง
7	ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยตรวจโรค	PCT	- ระเบียบปฏิบัติเรื่อง การรายงานผลวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา	32. อัตราการวินิจฉัยล่าช้า/ผิวดพลาด
8	การรายงานผล Lab/pathology คลาดเคลื่อน	เทคนิคการแพทย์	- แนวทางปฏิบัติการเก็บและส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	33. ตรวจวิเคราะห์ถูกต้อง
			- ระเบียบปฏิบัติเรื่อง การรายงานผลวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ	34. รายงานผลถูกต้อง (%)
			- แนวทางปฏิบัติเรื่องการเก็บส่งตรวจในห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์	
9	การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน	PCT, ER	- แนวทางการปฏิบัติเรื่อง “การคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วย”	35. อัตราการคัดกรองผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

ความเสี่ยงสำคัญ ที่ต้องรายงาน ผู้จัดการความเสี่ยง หัวหน้าพยาบาล รองหัวหน้าพยาบาล
ทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์

แนวทางการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงที่สำคัญ

1. เกิดการปล้นจี/ขโมยในโรงพยาบาล

- แจ้งพี่ให้
- แจ้งตำรวจ หน้าตึก การแต่งกายคนร้าย
- แจ้งแผนกพยาบาลและแผนกพยาบาล
- แจ้งตำรวจ/ผู้อำนวยการพัสดุ
- ไม่ควรตะโกนหรือวิ่งไล่ตามในที่สาธารณะ

2. เกิดเพลิงไหม้

- ดับไฟเบื้องต้น
- เคลื่อนย้ายคน/สิ่งของมีค่า
ออกจากจุดอันตราย
- แจ้งประจำส้วม/ห้องฉุกเฉิน
- ควบคุมเพลิง โดยปิดประตูล็อกทุกบาน
ระหว่างวิ่งหนีกับเพลิง
- ติดต่อแจ้งไฟไหม้

3. นำทาม

- เก็บสิ่งของมีค่า
- อพยพผู้คนไปยังที่ปลอดภัย
- ขนย้ายสารเคมีไปยังที่ปลอดภัย
- ติดต่อแจ้งไฟไหม้

4. แก๊สระเบิด/ออกซิเจนระเบิด

- ดับเพลิง ณ จุดเกิดเหตุ
- ปิดวาล์วแก๊สหรือถังออกซิเจน
- ติดต่อแจ้งไฟไหม้
- เตรียมเคลื่อนย้ายสิ่งของ/ผู้ป่วย
- ตรวจสอบความเสียหาย/ผู้บาดเจ็บ
- รายงานแพทย์

5. รongส่งผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ

- ประเมินผู้บาดเจ็บ
- ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น
- แจ้งตำรวจ/ผู้อำนวยการ/โรงพยาบาล
ใกล้เคียง
- ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้เคียง
- ตรวจสอบความเสียหาย

ตรวจสอบรักษาทรัพย์สินผู้บาดเจ็บ

6. ผู้ป่วยหนีหายจากโรงพยาบาล

- ตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ป่วยหายจริง
- บันทึกประวัติ/ประวัติผู้ป่วย
- ประสานเครือข่ายผู้พยาบาลถึงญาติ
- แจ้งแพทย์/พยาบาล/ตำรวจ
- ให้ความรู้ผู้ป่วยถึงสิทธิ
- แจ้งเจ้าหน้าที่อื่นก่อน
- ออกติดตามในระยะปลอดภัย

7. มีผู้ก่อเหตุไม่สงบในโรงพยาบาล

- แจ้งตำรวจให้ติดตามผู้ก่อเหตุ
- ขอความช่วยเหลือจากตำรวจ/ตำรวจ
- แจ้งแพทย์
- ตรวจสอบความเสียหายที่เกิดขึ้นเพื่อประเมิน
ความเสียหาย (โดยหัวหน้าหน่วยงาน)

8. การทะเลาะวิวาทเสียชีวิตจากการถลอก

- รายงานแพทย์ตำรวจเพื่อแจ้งญาติ
- พยาบาลให้คำปรึกษา ปฐมพยาบาล
- บันทึกประวัติ/ประวัติผู้ป่วย/ญาติ
- ไม่ให้ข้อมูลแก่คนภายนอก
- พบพยานอุบัติเหตุ

9. ทำหัตถการพลาดจนถึงแก่ชีวิต

- รายงานแพทย์ตำรวจเพื่อแจ้งญาติ
- พยาบาลให้คำปรึกษา ปฐมพยาบาล
- บันทึกประวัติ/ประวัติผู้ป่วย/ญาติ
- ไม่ให้ข้อมูลแก่คนภายนอก
- พบพยานอุบัติเหตุ

10. ทำหัตถการไม่แจ้งผู้ป่วย

- แจ้งแพทย์
- แจ้งญาติ/ผู้เกี่ยวข้อง/ญาติ
- พบพยานอุบัติเหตุ

แจ้ง: ความเสี่ยงอุบัติเหตุ 081-5794007

แจ้ง: ความเสี่ยงอุบัติเหตุ 089-8468610

แจ้ง: ความเสี่ยงอุบัติเหตุ 098-1959355

แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดความเสียหายที่สำคัญ

11. ทำตัดผิดข้างผิดคน

- แจ้งแพทย์เวร
- วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา
- แจ้งผู้ป่วยและญาติ

12. การส่งมอบเด็กผิดคน

- แจ้งแพทย์เวรทราบ
- จัดคำปรารภ หรือผู้ปกครองเด็ก
- แจ้งตำรวจเพื่อติดตาม
- ไม่ให้ข้อมูลแก่สื่อมวลชน

13. ลืมอุปกรณ์การแพทย์ไว้ในตัวผู้ป่วย

- ตรวจสอบจำนวนอุปกรณ์การแพทย์ที่เหลือซ้ำ
- แจ้งแพทย์เจ้าของไข้พิจารณา
- แจ้งผู้ป่วยและญาติทราบ
- แก้ไขปัญหาตามความเหมาะสม

14. ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย

- รายงานแพทย์เวร
- มีคำสั่งแก่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
- ตามดูแลผู้ป่วยให้เร็วที่สุด
- เกิดอันตรายถึงชีวิตอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

15. ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการรักษา/ผ่าตัด

- รายงานแพทย์เวร
- แพทย์ชี้แจงรายละเอียดแก่ญาติ
- ให้การช่วยเหลือตามสมควร
- ทบทวนอุบัติการณ์

16. ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุร้ายแรงถึงแก่ชีวิตขณะอยู่ในโรงพยาบาล

- รายงานแพทย์เวร
- สอบสวนหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
- แพทย์เวรชี้แจงญาติ
- รายงานผู้จัดการความเสี่ยง

17. เกิดเหตุการณ์ในโรงพยาบาล

- ผู้ประสบเหตุให้สติให้ดี ไม่และต้องสิ่งของ/สภาพผู้ถูกฆาตกรรมในที่เกิดเหตุ
- แจ้งผู้อำนวยการร./หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน
- แจ้งตำรวจ 045-481204
- แจ้งผู้จัดการความเสี่ยง
- สรุปเหตุการณ์เสนอผู้อำนวยการ

18. การให้ข้อมูลแก่สื่อมวลชน

- รวบรวมข้อมูลเบื้องต้นของเหตุการณ์
- รายงานผู้บังคับบัญชาตามชั้นตอน
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเท่านั้นเป็นผู้ให้ข้อมูล

19. เกิดข้อร้องเรียนทำลายชื่อเสียงโรงพยาบาล

- ผู้ประสบเหตุพบทวน / รวบรวมข้อมูลเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
- รายงานหัวหน้างาน/ผู้จัดการความเสี่ยงวางแผนแก้ไขปัญหานั้น
- ผู้จัดการความเสี่ยงรายงานแพทย์เวร/ผู้อำนวยการ

20. เจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน

- ปฐมพยาบาลเบื้องต้น
- รายงานผู้บังคับบัญชาตามชั้นตอน
- เบิกสวัสดิการ/เยียวยา

21. เกิดโรคติดต่อร้ายแรงในเจ้าหน้าที่

- รายงานฝ่ายเวชปฏิบัติฯ (สายใน 1101)
- แยกและจำกัดบริเวณเจ้าหน้าที่ป่วย
- ทบทวนโรคตามมาตรการที่วางไว้รายโรค

☎ มอก. การขนส่งสุขภาพที่ 081-5794607
☎ คุณราวี ขำสุข 089-8468610
☎ คุณบุษกานต์ ไชยธรรม 098-1959355



0

8

1

5

7

9

4

0

0

7



แบบฟอร์ม การทำ RCA

รหัสความ
เสี่ยง.....

Root Cause Analysis : RCA

งาน PCT โรงพยาบาลตระการพิรุณ ทบทวนวันที่

RCA เรื่อง..... ระดับความเสี่ยง E F G H ☐ I☐ with error without error หน่วยงาน. วันที่..... ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ ☐ เวิร์ชเวิร์ช ☒ เวิร์ช

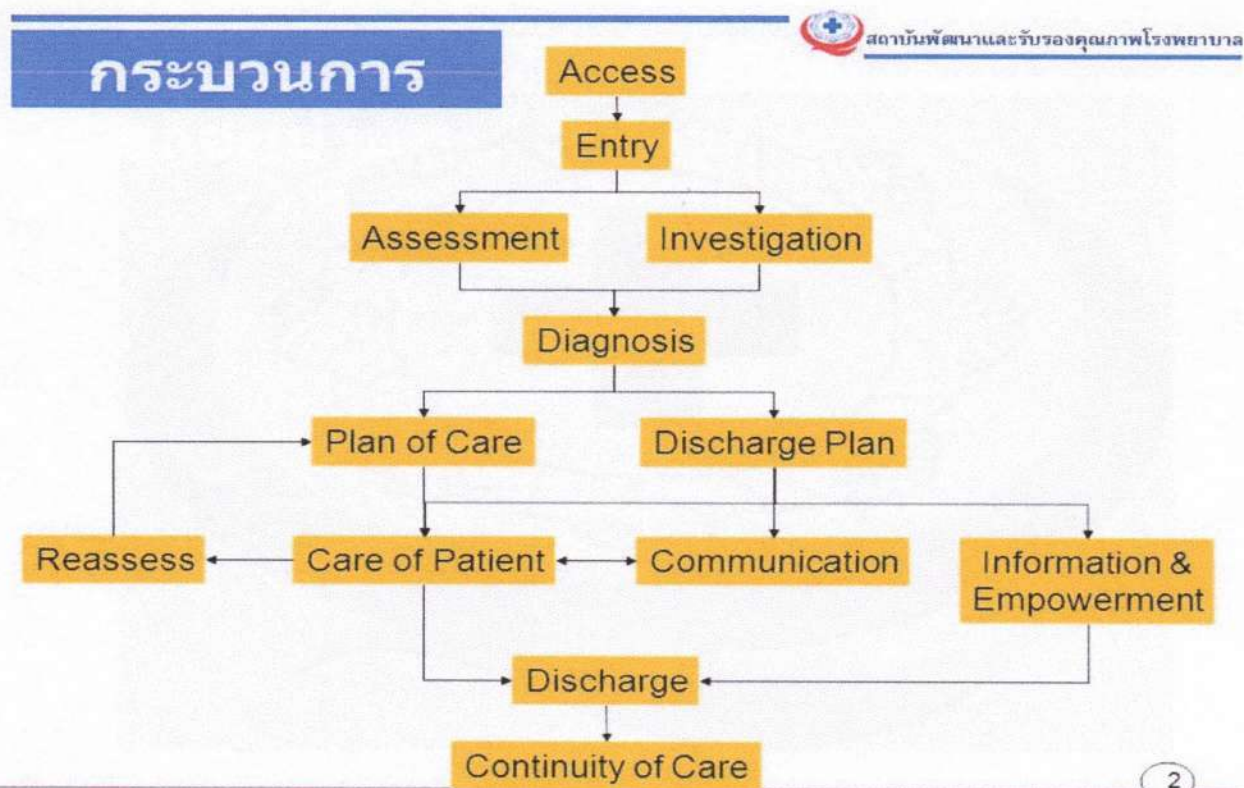
เกิดขึ้นกับผู้ป่วย HN AN.....

 1. ประเด็นความเสี่ยง ☐ unexpected dead Revisit อาการทรุดลง unplanned refer ร้องเรียน
 อื่นๆ.....

ลำดับเหตุการณ์ (Story & time line)

วันที่/เวิร	เวลา	
จุดเปลี่ยน		

2. มองย้อนหลังจุดที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ (Potential Changeกระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการไหน ?



ต้องการความช่วยเหลือและสิ่งอำนวยความสะดวกอะไรบ้าง ? สิ่งอำนวยความสะดวกอะไรบ้าง สิ่งที่จะช่วยตัดสินใจในขณะนั้นคืออะไร ? (Listen to Voice of staff)

	Listen to Voice of staff
ข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องด้วยบรรยากาศที่ผู้บอกเล่า	
จุดที่มีโอกาสตัดสินใจหรือกระทำนั้นผู้เกี่ยวข้องสถานการณ์อย่างไร เห็นอะไร ได้รับข้อมูลอะไร ประเมินสถานการณ์ว่าอย่างไร	
ต้องการความช่วยเหลือและสิ่งอำนวยความสะดวกอะไรบ้าง	
มีความไม่แน่ใจหรือมีสมมติฐานอะไรบ้าง	

3.การเปลี่ยนแปลงเชื่อมโยงกับระบบงานสำคัญ อะไร ?(Swiss Cheese)

ถามที่ใช้กระตุ้นทีมในการวิเคราะห์หา RCA	
1.ผู้ป่วย เกี่ยวข้อง หรือไม่อาการ,ความรุนแรงของโรค,แนวโน้มของโรค.caseซ้ำซ้อน,ขาดความรู้,ญาติ	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ถ้าใช่ ประเด็น
2.บุคลากร เกี่ยวข้อง หรือไม่ความรู้,ความสามารถ,ทักษะ,อ่อนล้า,แรงจูงใจ,ทัศนคติ,สุขภาพกายและจิต,ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ถ้าใช่ ประเด็น...
3.งานที่มอบหมาย เกี่ยวข้อง หรือไม่ฝึกอบรมเพิ่มเติม,อยากเปลี่ยนงาน,มีข้อจำกัด, แนวทางที่รัดกุม ทันสมัย,อัตราส่วนของบุคลากรต่อปริมาณงาน	ใช่ ไม่ใช่ ถ้าใช่ ประเด็น...
4. ทีมงาน เกี่ยวข้อง หรือไม่ผู้รับผิดชอบหลัก,หัวหน้างานตรวจนิเทศ,ไม่สนใจ, การสื่อสารพูด/เขียน,โครงสร้างของทีมงาน,ลักษณะของผู้นำ,การสนับสนุนจากฝ่ายบริหาร	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ถ้าใช่ ประเด็น
5.เครื่องมือ เกี่ยวข้อง หรือไม่ชำรุด, ใช้ไม่เป็น, บำรุงรักษา, ทิ้ง, ไม่ได้รับการตรวจสอบ, Error บ่อย	ใช่ ไม่ใช่ ถ้าใช่ ประเด็น
6.วัฒนธรรมของ องค์กร เกี่ยวข้องหรือไม่ องค์กรเอื้อต่อการแก้ปัญหา, แรงกดดัน, การเงิน, ทิศทาง-นโยบาย	ใช่ ไม่ใช่ ถ้าใช่ ประเด็น
7.สิ่งแวดล้อม เกี่ยวข้อง หรือไม่แสง, เสียง, โต๊ะ-เก้าอี้ไม่เหมาะสม, ความปลอดภัย	ใช่ ไม่ใช่ ถ้าใช่ ประเด็น
8.การสื่อสาร เกี่ยวข้องหรือไม่คู่มือ, การสื่อสารไม่ทั่วถึง, แนวทางการปฏิบัติไม่ชัดเจน, ไม่สื่อสาร, การสื่อสารระหว่างหน่วยงาน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ถ้าใช่ ประเด็น
9. ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้เช่น พายุ	ใช่ ไม่ใช่ ถ้าใช่ ประเด็น

3.การเปลี่ยนแปลงเชื่อมโยงกับระบบงานสำคัญ อะไร ?(Swiss Cheese)(ต่อ)

ถามที่ใช้กระตุ้นทีมในการวิเคราะห์หา RCA	
10.เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และรอยโหว่ที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์ดังกล่าวเชื่อมโยงกับระบบงานสำคัญ	IC ☐HRD IM PTC ☐MSO ENV ☐RM ☐NSO ☐PCT

4.ออกแบบระบบงานใหม่(Creative Solution) ผลที่ได้จากการทำ RCA

รากของปัญหา (Root cause)	กระบวนการ	หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ	ระบบ	การปรับปรุง/ออกแบบ งานใหม่	ตัวชี้วัด/ ความถี่

1.1 สมาชิกผู้ร่วมวิเคราะห์ประกอบด้วย

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ระบบงาน
1				
2.				
3				
4				
5				
6				
7				
9				
10				
11				
12				
13				



3P safety

RM

People

Patient

Personnel

S

Social Responsibility

Safe Surgery

Security and Privacy of Information and Social Media

รับผิดชอบต่อสังคม

การได้รับการผ่าตัดที่ปลอดภัย

การสื่อสาร
ส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

I

Information System Management

Infection Prevention and Control

Infection and Exposure

ความปลอดภัยและ
การสื่อสารข้อมูลทางการรักษา

การควบคุมและ
การป้องกันการติดเชื้อ

การป้องกันการติดเชื้อ
ของบุคลากร

M

Medication and Product Safety

Medication & Blood Safety

Mental Health and Mediation

ความปลอดภัยของยา
และผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ

ความปลอดภัยจากการได้รับยา
การได้รับเลือด

การดูแลสุขภาพจิตของบุคลากร

P

Process Strengthening for Health Promotion and People Safety

Patient Care Processes

Process of Work

การเสริมสร้างกระบวนการ
เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
และความปลอดภัยของผู้คน

กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย

กระบวนการทำงาน
ที่ปลอดภัยของบุคลากร

L

Legislation/Regulations and Rules

Line, Tube and Catheter & Laboratory

Lane (Ambulance) and Legal Issues

ปฏิบัติตาม กฎหมาย/
ระเบียบข้อบังคับ
และกฎเกณฑ์

การดูแลสาย
และการส่งตรวจที่ปลอดภัย

การใช้รถฉุกเฉินที่ปลอดภัย

E

Emergency Response

Emergency Response

Environment and Working Conditions

การเตรียมพร้อมรับมือ
เหตุการณ์ฉุกเฉิน

การเตรียมพร้อมรับมือ
เหตุการณ์ฉุกเฉิน

สภาพแวดล้อมใน
การทำงานที่ปลอดภัย

☎ 045-481-777

🌐 โรงพยาบาลตระการพิรุณ

คู่มือบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลตระการพิรุณ