



โรงพยาบาลขอนแก่น  
Khon Kaen Hospital

ระเบียบปฏิบัติ

เรื่อง

การจัดการกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และ Sentinel Event  
โรงพยาบาลขอนแก่น

## 1. วัตถุประสงค์

- 1.1 กำหนดแนวทางการดำเนินการต่ออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล และรายงานอุบัติการณ์ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- 1.2 สร้างความตระหนักให้บุคลากรนำสู่การปฏิบัติงานที่คำนึงถึงความปลอดภัย
- 1.3 ให้การรายงานอุบัติการณ์ครอบคลุมถึงค้นหาปัญหา เพื่อนำไปแก้ไขและปรับปรุงเชิงระบบโดยไม่กล่าวโทษผู้รายงาน

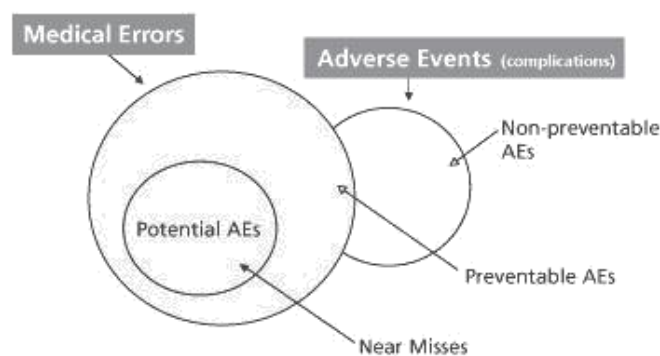
## 2. ขอบเขต

- 2.1 ระเบียบปฏิบัตินี้ครอบคลุมถึงเหตุการณ์หรือสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลหรือภายนอกโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในหน้าที่ของบุคลากร รวมทั้งการเกิดอุบัติการณ์ต่างๆ อันเป็นผลให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพที่มีได้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพมาตรฐานโรงพยาบาล และสิทธิ์ผู้ป่วย
- 2.2 บุคลากรทุกคนในองค์กรรวมถึงบุคลากรทุกฝ่ายที่อยู่ในเหตุการณ์/ผู้พบเห็นเหตุการณ์/ผู้ก่อให้เกิดเหตุการณ์ หรือผู้รับทราบเหตุการณ์มีหน้าที่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัตินี้
- 2.3 ระเบียบปฏิบัตินี้ครอบคลุมถึงการหาแนวทางในการแก้ไขและป้องกันปัญหาเชิงระบบไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำ

## 3. คำจำกัดความ

- 3.1 **ผู้ใช้บริการ (Customer)** หมายถึงผู้ป่วยและ/หรือผู้มาติดต่อใช้บริการที่หน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาล
- 3.2 **บุคลากร (Workforce)** หมายถึง บุคคลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
- 3.3 **ความเสี่ยง (Risk)** หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ทั้งสังคมและจิตวิญญาณ
- 3.4 **จัดการความเสี่ยง (Risk Manager)** หมายถึง บุคลากรของหน่วยงานในโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแล เฝ้าระวัง รายงาน และจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระดับหน่วยงาน ระบบงาน และโรงพยาบาล
- 3.5 **ผู้ประสบเหตุการณ์** หมายถึง บุคคลหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ความเสี่ยงเป็นหรือเหตุการณ์ ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในบริเวณโรงพยาบาลหรือภายนอกโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการ ปฏิบัติงานในหน้าที่ โดยอาจเป็นผู้ที่เกี่ยวข้อง หรือ ไม่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้นก็ได้

- 3.6 **อุบัติการณ์ (Incident)** หมายถึง เหตุการณ์ผิดปกติ หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือความคลาดเคลื่อนที่ เกิดขึ้นโดยอาจจะก่อให้เกิดความเสียหายทางด้านร่างกาย จิตใจ และทรัพย์สิน ต่อผู้รับบริการ ผู้มาติดต่อรับบริการ บุคลากร และโรงพยาบาล
- 3.7 **อุบัติการณ์เกือบพลาด (Near Miss)** หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน หรือมีความ คลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ยังไม่มี ความเสียหายต่อผู้ใช้บริการ ผู้มาติดต่อใช้บริการ บุคลากร และโรงพยาบาล (IR Severity ระดับ A และ B)
- 3.8 **เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(Adverse Event: AE)** หมายถึง เหตุการณ์ที่ผิดปกติที่อาจมี ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นหรือไม่ก็ได้ แต่เกิดผลเสียหาย บาดเจ็บ หรืออันตรายต่อ ผู้รับบริการ/ผู้มาติดต่อรับ บริการ/บุคลากร/ โรงพยาบาล
- 3.9 **ความคลาดเคลื่อน (Error)** หมายถึง เหตุการณ์ที่ผิดปกติที่สามารถป้องกันโดยอาจส่งผลให้เกิดอันตราย หรือไม่เกิดอันตรายก็ได้ ตัวอย่าง เช่น การให้ยาเพนนิซิลินแก่ผู้ป่วย



**รูปภาพที่ 1** แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของอุบัติการณ์เกือบพลาด (Near Misses) ความคลาดเคลื่อน (Medical Errors) และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Events) (อ้างอิงจาก Journal Club: ‘Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff (Handover) Program’ January 25, 2015 by Pondering EM)

3.10 **เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง (Sentinel Event)** หมายถึง เหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นโดยไม่มี การคาดการณ์มาก่อน ซึ่งมีผลทำให้เกิดความเสียหายจนถึงแก่ชีวิต หรือสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะอย่าง ถาวรอันได้แก่ ระบบความรู้สึก ระบบประสาทอัตโนมัติ สรีระร่างกายและระบบความทรงจำ ซึ่งส่งผลให้การ ดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป โดยไม่มีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคเจ็บป่วยในการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล รวมถึงความเสียหายที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (Suicide of a Patient)
- 2) ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการให้เลือดผิดคนหมู่ (Death by Transfusion Error)
- 3) การผ่าตัดผิดตำแหน่ง/ ผิดประเภท/ ผ่าตัดผิดคน/ ผิดข้าง (Wrong Site, Wrong Procedure/ Surgery, Wrong Patient)
- 4) ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายหรือมีภาวะทุพพลภาพอย่างถาวรโดยไม่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของโรคหรือการเจ็บป่วยในขณะนั้น
- 5) ผู้ป่วยได้รับผลกระทบหรือความเสียหายอาจถึงกับพิการหรือเสียชีวิตอันเป็นเหตุความบกพร่องของอุปกรณ์/ เครื่องมือทางการแพทย์ รวมถึงจากบุคลากรทางการแพทย์/ กระบวนการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การผ่าตัด/ หัตถการต่างๆ การพลัดตกหกล้ม (Fall) การถูกยึดตรึง (Restraint) ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) และความล่าช้าในการรักษา (Delay Treatment) เป็นต้นไป
- 6) การมีสิ่งของ/ อุปกรณ์ตกค้างอยู่ในร่างกายผู้ป่วย (Retained Foreign Object after Surgery)
- 7) การทำร้ายร่างกาย/ ข่มขืนหรือล่วงเกินทางเพศ/ ฆาตกรรมในโรงพยาบาล (Assault/ Rape/ Homicide)
- 8) การลักพาตัวทารก (Infant Abduction)/ การส่งมอบทารกผิดครอบครัว (Infant who was sent home with the wrong parents)
- 9) อุบัติเหตุกลุ่มชนที่ต้องประกาศสถานการณ์ อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย วิกฤติภัย ที่ส่งผลเสียต่อทรัพย์สินอย่างรุนแรง
- 10) เกิดโรคติดต่อร้ายแรง เช่น SAR, H1N1, MERS, COVID-19 เป็นต้น
- 11) อุบัติเหตุรถฉุกเฉิน/ รถพยาบาล จนมีเจ้าหน้าที่/ ผู้ป่วย/ ญาติ ได้รับการบาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต
- 12) อุบัติเหตุทางกายภาพ เช่น เกิดแก๊ส/ หม้อน้ำระเบิด หรือเกิดเหตุร้ายแรงกับเจ้าหน้าที่/ ผู้ป่วย/ ญาติ จนได้รับบาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต
- 13) เกิดการฟ้องร้องเรียกค่าชดเชยจากโรงพยาบาล จนต้องใช้ ม.41
- 14) อุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการเสียชื่อเสียง หรือฟ้องร้อง หรือมีการเผยแพร่เหตุการณ์ ความเสี่ยงทางสังคมออนไลน์ หรือมีสื่อมวลชนเข้ามาเกี่ยวข้อง

3.11 การรายงานอุบัติการณ์ (Incident Report) หมายถึง การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยประสบเหตุการณ์ตามนิยามข้างต้น โดยรายงานตามระบบการรายงานของโรงพยาบาล (Healthcare Risk Management System : HRMS) ทั้งกรณีในและนอกเวลาราชการ

3.12 การจัดแบ่งระดับความรุนแรงและผลกระทบปัญหาทางด้านคุณภาพของอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล (Incident Report Severity Categorization) สามารถจำแนกตามลำดับ ดังนี้

**ตารางที่ 1** แสดงการจัดแบ่งระดับความรุนแรงและความหมายของระดับอุบัติการณ์/ ทัวไป

ระดับ	ความหมายของระดับอุบัติการณ์ <u>ทางคลินิก</u>
-------	--

ระดับ A	เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสจะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนแต่ยังไม่มี ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและไม่มี ความเสียหายใด
ระดับ B	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่ส่งผลถึงผู้มาใช้บริการ
ระดับ C	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ส่งผลถึงผู้มาใช้บริการ โดยยังไม่ได้รับอันตราย
ระดับ D	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ใช้บริการ ซึ่งต้องเฝ้าระวัง ติดตามเพิ่มเติมเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย
ระดับ E	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ใช้บริการ ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา
ระดับ F	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ใช้บริการส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนโรงพยาบาลหรือ อยู่โรงพยาบาลขึ้น
ระดับ G	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ใช้บริการ ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวร เช่น เกิดความพิการถาวร
ระดับ H	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ใช้บริการ มีผลทำให้ผู้ป่วยเกือบถึงแก่ชีวิต ส่งผลให้ต้องปฏิบัติการกู้ ชีวิต
ระดับ I	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ใช้บริการ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

ระดับ	ความหมายของระดับอุบัติการณ์ ทั่วไป
1	มีโอกาสดเกิดความผิดพลาด/มูลค่าความเสียหายไม่เกิน 10,000 บาท/ ยังไม่มีผลกระทบต่อ ผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน
2	เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหาย 10,001 – 50,000 บาท/ มีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อ ผลสำเร็จ หรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน
3	เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหาย 50,001 – 250,000 บาท/ เกิดผลกระทบปานกลาง (ที่ ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน
4	เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหาย 250,001 – 10,100,000 บาท/ มีผลกระทบทำให้การ ดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์
5	เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหายมากกว่า 10 ล้านบาท/ มีผลกระทบสูงมาก ทำให้ภารกิจ ขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง

#### 4. การจัดกลุ่มหมวด และประเภทอุบัติการณ์/ความเสี่ยง

##### 4.1 กลุ่มอุบัติการณ์/ความเสี่ยง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

##### 4.1.1 ทางคลินิก (Clinical Risk) แบ่งเป็น 2 หมวด คือ

4.1.1.1 ทางคลินิกทั่วไป (General Clinical Risk)

4.1.1.2 ทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk)

##### 4.1.2 ทั่วไป (Non-Clinical Risk) แบ่งเป็น 5 หมวด คือ

4.1.2.1 ทรัพยากรบุคคล (Human Resource)

4.1.2.2 สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (Safety Environment)

4.1.2.3 นโยบาย กลยุทธ์ และการควบคุมภายใน (Policy, Strategy and Internal Controlling)

4.1.2.4 การสื่อสารและเทคโนโลยี (Communication and Information Technology)

4.1.2.5 การปฏิบัติการ (Operational)

## 5. หน้าที่และความรับผิดชอบ

### 5.1 บุคลากรของโรงพยาบาล มีหน้าที่

5.1.1 ค้นหาและรายงานความเสี่ยงทุกระดับ

5.1.2 เมื่อพบอุบัติการณ์หรือความคลาดเคลื่อน หรือได้รับการร้องเรียนจากผู้ใช้บริการ ให้ดำเนินการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น

5.1.3 บันทึกรายงานเหตุการณ์ตามระบบที่กำหนดผ่านโปรแกรม Healthcare Risk Management System (HRMS) ภายในเวลาที่กำหนดตามแนวทางการรายงานและจัดการความเสี่ยง

5.1.4 ร่วมทำการวิเคราะห์สาเหตุและวางมาตรการแก้ไขป้องกันร่วมกับผู้บังคับบัญชาและหน่วยงาน

5.2 ผู้จัดการความเสี่ยง (Risk Manager) ประจำหน่วยงาน มีหน้าที่ เป็นผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน

5.2.1 กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของหน่วยงาน

5.2.2 จัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk profile) และทบทวนทุก 1 ปี

5.2.3 จัดทำทะเบียนจัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน (Unit risk register) และทบทวนอย่างน้อยทุกไตรมาส

5.2.4. กระตุ้น สนับสนุน และช่วยเหลือให้มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก และรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโปรแกรม HRMS

5.2.5 จัดการอุบัติการณ์ความเสี่ยง ติดตามและทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงของหน่วยงาน

5.2.6 กำกับและติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันอุบัติการณ์ความเสี่ยงขององค์กรและหน่วยงาน รวมถึงประเมินความเหมาะสมและเพียงพอของมาตรการป้องกัน

5.2.7. กระตุ้นและสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดีและเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน

5.2.8. วิเคราะห์และประเมินการบรรลุเป้าหมายการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน

### 5.3 หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน มีหน้าที่

5.3.1 ค้นหาความเสี่ยงทุกระดับประจำหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ

- 5.3.2 รับรายงานและยืนยันอุบัติการณ์ที่รายงาน โดยบุคลากรของหน่วยงาน
- 5.3.3 แก้ไขปัญหาและร่วมจัดการต่ออุบัติการณ์และข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการ
- 5.3.4 รวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเหตุการณ์และจากเอกสารหลักฐานต่างๆ เช่น เวชระเบียน ใบสั่งยา เป็นต้น
- 5.3.5 ประสานงานในการดำเนินการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น
- 5.3.6 ติดตาม กำกับ ดูแล การบริหารงานและบริหารความเสี่ยงประจำหน่วยงาน
- 5.3.7 ร่วมทำการวิเคราะห์สาเหตุโดยใช้หลักการ Root Cause Analysis (RCA) และหาแนวทางการแก้ไข
- ป้องกัน
- 5.3.8 ทบทวน Risk Profile หน่วยงานและรายงานทีมบริหารโรงพยาบาลปีละ 1 ครั้ง

#### 5.4 ผู้จัดการความเสี่ยงประจำทีมนำทางคลินิก/ทีมนำระบบงานสำคัญ ได้แก่ ประธานและเลขานุการทีมนำทางคลินิก/ทีมระบบงานสำคัญ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย มีหน้าที่

- 5.4.1 ดำเนินทบทวนกิจกรรมค้นหาความเสี่ยงทุกระดับในหน่วยที่เกี่ยวข้อง
- 5.4.2 รับรายงานอุบัติการณ์ที่รายงานตรงจากบุคลากรของโรงพยาบาล และ/หรือ ตามระบบการรายงาน HRMS
- 5.4.3 แก้ไขปัญหา และร่วมจัดการอุบัติการณ์หรือข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการเบื้องต้น
- 5.4.4 รวบรวม และพิจารณาข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเหตุการณ์และจากเอกสารหลักฐานต่างๆ เช่น เวชระเบียนใบสั่งยา เป็นต้น
- 5.4.5 ติดตาม กำกับ ดูแล การบริหารงานและบริหารความเสี่ยงประจำโดยตรวจสอบและยืนยันรายงานอุบัติการณ์ผ่านระบบ HRMS หรือที่โรงพยาบาลกำหนด
- 5.4.6 ร่วมทำการวิเคราะห์สาเหตุโดยใช้หลักการ Root Cause Analysis (RCA) และแนวทางการแก้ไข
- ป้องกันในเวลาที่กำหนด
- 5.4.7 ทบทวน Risk Profile ของหน่วยงานทางคลินิก/ ระบบงานสำคัญ ปีละ 1 ครั้ง

#### 5.5 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล มีหน้าที่

- 5.1 กำหนดนโยบายด้านการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยของโรงพยาบาล (Policy maker)
- 5.2 กระตุ้นรณรงค์บุคลากรในโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมการค้นหาความเสี่ยง และป้องกันความเสี่ยง (Promotion & Prevention)
- 5.3 ดำเนินกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมและป้องกันความเสี่ยงโรงพยาบาล
- 5.4 ดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยง
- 5.5 ให้คำปรึกษาด้านบริหารจัดการความเสี่ยงและร่วมกำหนดแผนปฏิบัติการ การจัดการ แก้ไข และป้องกันความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- 5.6 กำหนดแผนและดำเนินการพัฒนาคุณภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยง โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

(Continuous Quality Improvement : CQI)

5.7 สนับสนุนด้านทรัพยากรให้เพียงพอต่อการจัดการความเสี่ยง

5.8 ติดตามและประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานบริหารความเสี่ยงทุก ๑ เดือน รวมทั้งรายงานผลลัพธ์การดำเนินงานบริหารความเสี่ยงต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทุก ๓ เดือน

## 6. ขั้นตอนการทำงาน

### 6.1 การดำเนินงานจัดการอุบัติการณ์

6.1.1 บุคลากรทุกคนที่พบเหตุการณ์ มีหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นทันทีตามความเหมาะสม และพิจารณาระดับความรุนแรง (ระดับ A-I หรือ ระดับ 1-5) ของเหตุการณ์ พร้อมดำเนินการรายงานตามขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์

6.1.2 กรณีผู้พบเห็นเหตุการณ์ไม่สามารถ/ไม่มั่นใจในการกำหนดระดับความรุนแรงให้ขอคำปรึกษาจากผู้บังคับบัญชาลำดับถัดไป

6.1.3 การรายงานอุบัติการณ์การบันทึกลงในระบบและ HRMS แยกตามระดับความรุนแรง

6.1.4 ในกรณีที่เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง (Adverse Event)/เหตุการณ์ร้ายแรงผิดคาด (Sentinel Event) หรือปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถแก้ไขได้สมบูรณ์หรือส่งผลกระทบต่อด้านกฎหมายหรือภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล ให้รายงานด้วยวาจาต่อหัวหน้างาน ผู้ตรวจการกรณีนอกเวลาทำการ ให้รายงานผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลา เพื่อดำเนินการและทบทวนสอบข้อมูลเพิ่มเติม แก้ไขพร้อมทั้งพิจารณารายงานผู้บริหารทันที

6.2 การรับรายงานอุบัติการณ์และการดำเนินการจัดการกับรายงานอุบัติการณ์ เมื่อหัวหน้างาน/หัวหน้าหน่วยงานได้รับรายงานอุบัติการณ์หรือข้อร้องเรียน ให้พิจารณาว่าต้องดำเนินการแก้ไขเพิ่มเติมอีก หรือไม่ โดยดำเนินการ ดังนี้

6.2.1 ตรวจสอบรายงานอุบัติการณ์โดยการทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของเนื้อหาการประเมินความรุนแรง และคัดแยกประเภท/ลักษณะอุบัติการณ์ หากพบว่าไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ให้ประสานหน่วยงานเพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติม

6.2.2 ประเมินระดับความรุนแรงและทำการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยพิจารณาว่าหากเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรงระดับ G-H-I และ Sentinel Event หรือเป็นเหตุการณ์ร้ายแรงที่อันตรายหรือส่งผลให้เสื่อมเสียภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล ให้ดำเนินการตามทางการบริหารความเสี่ยงและการจัดการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรงที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลทันที

6.2.3 ทบทวนหาแนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และรายงานให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลทราบ

### 6.3 การรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาวิเคราะห์สาเหตุ

6.3.1 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลดำเนินการทบทวนสอบหาสาเหตุในอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญ และประเมินความเหมาะสมของแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่รายงานขึ้นมา



6.3.2 ในกรณีที่มีแผนกอื่นเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ความเสี่ยงให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประสานงานแจ้งไปยังแผนกนั้นทันทีที่ได้รับรายงาน

#### 6.4 การวิเคราะห์สรุปสาเหตุและกำหนดแนวทางการป้องกันแก้ไข

6.4.1 ผู้จัดการความเสี่ยง/หัวหน้างาน/หัวหน้าหน่วยงาน/ประธาน และ PCT ที่เกี่ยวข้องทำการสรุปสาเหตุ กำหนดวิธีการแก้ไขและการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำร่วมกันในเชิงระบบ

6.4.2 ผู้จัดการความเสี่ยง/หัวหน้างาน/หัวหน้าหน่วยงานประธานและ PCT ที่เกี่ยวข้องรายงานอุบัติการณ์และแนวทางแก้ไขในเหตุการณ์ให้แก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล

#### 6.5 การติดตามผล

6.5.1 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รวบรวมและวิเคราะห์ความเสี่ยงในภาพรวม

6.5.2 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงรายงานผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมของโรงพยาบาลให้กับผู้บริหารทุกเดือน

#### 6.6 การเก็บบันทึกข้อมูล

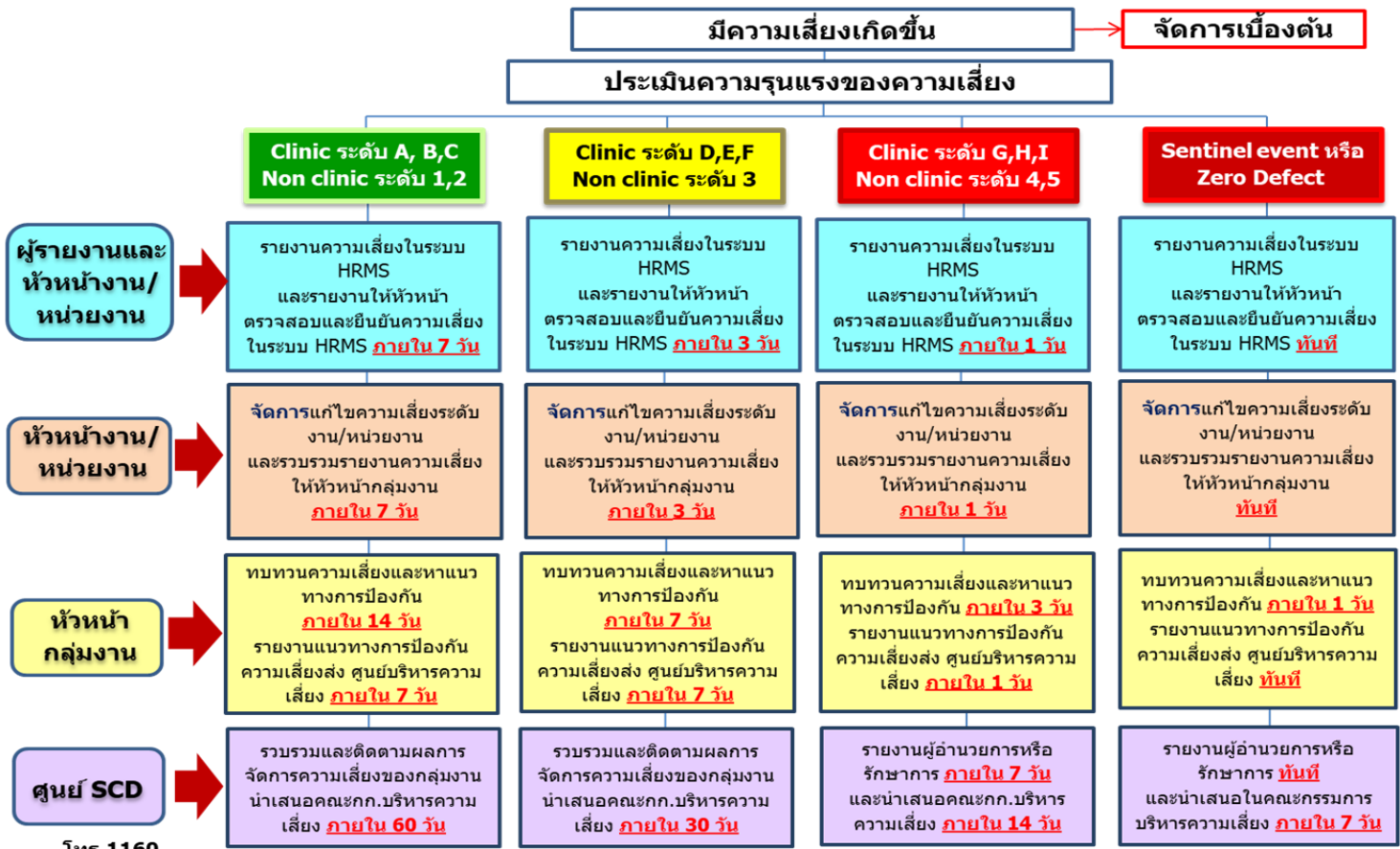
ผู้จัดการความเสี่ยงทำการรวบรวมและเก็บบันทึกรายงานข้อมูลเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอันได้แก่

6.6.1 สรุปรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในระบบฐานข้อมูล

6.6.2 รายงานสรุปเรื่องร้องเรียน/ข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นที่จำแนกตามความเหมาะสมเพื่อเก็บสถิติข้อมูลสำหรับการพัฒนาคุณภาพการบริการต่อไป

6.6.3 รายงานสรุปเหตุการณ์และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งหมดในเรื่องอุบัติการณ์ถือเป็นความลับขององค์กรไม่มีการเปิดเผยสู่บุคคลภายนอก ยกเว้นกรณีที่ได้รับการร้องขอจากหมายศาล และมีการพิจารณาอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเท่านั้น

7. แนวทางการจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลขอนแก่น



โทร.1160

Version 1 จัดทำวันที่ 16 ธันวาคม 2562



**โรงพยาบาลขอนแก่น**  
**Khon Kaen Hospital**