๑. นโยบาย

รพ.พระมงกุฎเกล้า มีนโยบายการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ โดยให้หน่วยงานทุกหน่วยงานมีการเฝ้าระวังและรายงานความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การป้องกันและการประสานงานความเสี่ยง และการจัดการข้อร้องเรียน โดยเริ่มต้นจากบุคลากรทุกระดับร่วมกันจัดการความเสี่ยงในขั้นต้นโดยมีรายละเอียดดังนี้

๑.๑ กำหนดให้ ความปลอดภัย เป็นเป้าหมายหลักในการให้บริการ

๑.๒ บุคลากรทุกระดับทุกหน่วยงาน ทุกทีมคร่อมสายงาน ต้องมีการบริหารความเสี่ยงโดย

๑.๒.๑ เข้าใจและปฏิบัติตามแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety Culture)

๑.๒.๒ มีการค้นหาความเสี่ยง เชิงรุก เฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานให้เป็นปัจจุบัน

๑.๓ การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่บุคลากรทุกคนต้องปฏิบัติ เมื่อพบเห็นอุบัติการณ์ โดยไม่มีการตำหนิ หรือกล่าวโทษซึ่งกันและกัน ทั้งผู้รายงานและผู้ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์

๑.๔ ทุกหน่วยงานจะต้องมีการสรุปรายงานอุบัติการณ์ ทุก ๖ เดือน เข้าระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล แม้ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อให้มีการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพสูงสุด

๒.๒ เพื่อให้บุคลากรทุกระดับมีความตระหนัก และมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง

๒.๓ เพื่อให้ผู้จัดการความเสี่ยงกองหรือหน่วยงานรับทราบขอบเขตความรับผิดชอบ และดำเนินการบริหารความเสี่ยงได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพมีการรายงานจากจุดเกิดเหตุ จัดการความเสี่ยงตั้งแต่เริ่มเกิดความเสี่ยง อย่างเป็นระบบ

๒.๔ เพื่อให้มีการกำหนดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตามระดับความรุนแรงและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

๒.๕ เพื่อให้มีระบบการรายงานความเสี่ยงที่ชัดเจนตามระดับความรุนแรงที่กำหนด โดยเฉพาะความเสี่ยงที่มีความรุนแรงระดับ G-I ซึ่งกำหนดให้ทุกหน่วยรายงานผู้จัดการความเสี่ยงหน่วยงาน /กอง /ผู้บริหาร รพ. ทราบทันทีที่เกิดเหตุการณ์ ทั้งนี้เพื่อร่วมทำการแก้ไขประเมินและติดตามร่วมกับคณะชุดประสานงานและเชื่อมโยงความเสี่ยงระดับ รพ.

๒.๖ เพื่อให้มีการทบทวนและวิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้าของการเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เรียกว่า Root cause analysis (RCA) เพื่อนำไปสู่การจัดทำแนวทางการป้องกันความเสี่ยงเชิงระบบที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำในทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์ รวมทั้งให้มีการทำ RCA ในความเสี่ยงที่เกิดบ่อยด้วย

๒.๗ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ และประกอบการวางแผนพัฒนาคุณภาพการบริการให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

๓. ขอบเขต

๓.๑ ระเบียบปฏิบัตินี้ครอบคลุมถึงเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล หรือภายนอกโรงพยาบาลที่เกี่ยวเนื่องกับการปฏิบัติงานในหน้าที่ของบุคลากร รวมทั้งการเกิดอุบัติการณ์ต่างๆ อันเป็นผลให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพที่มิได้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานโรงพยาบาลและสิทธิผู้ป่วย

๓.๒ บุคลากรทุกคนในองค์กร รวมถึงบุคลากรทุกฝ่ายที่อยู่ในเหตุการณ์/ ผู้ประสบเหตุการณ์/ ผู้ก่อให้เกิดเหตุการณ์หรือผู้รับทราบเหตุการณ์มีหน้าที่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัตินี้

๓.๓ ระเบียบปฏิบัตินี้ ครอบคลุมถึงการหาแนวทางในการแก้ไข และป้องกันปัญหาเชิงระบบไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

๓.๔ รพ.พระมงกุฎเกล้า แบ่ง **<u>ความเสี่ยงเป็น ๘ โปรแกรม</u>** ได้แก่

๑. ความปลอดภัยผู้ป่วย (ความเสี่ยงทางคลินิก)
๒. ผู้ป่วยสัมพันธ์ (ข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียน ความคิดเห็น)
๓. การติดเชื้อในโรงพยาบาล
๔. สิ่งแวดล้อม (โครงสร้างทางกายภาพ ขยะ น้ำเสีย)
๕. อาชีวอนามัย (การป้องกันอันตรายจากการทำงาน)
๖. การรักษาความปลอดภัยของคน ทรัพย์สิน
๗. อัคคีภัย/ อุบัติภัย
๘. บัญชีและการเงิน

๓.๕ รพ.พระมงกุฎเกล้า กำหนดเป้าหมายของการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย โดยใช้ <u>หลัก 2P Safety Goals</u>

Patient Safety ผู้ป่วยปลอดภัย		**Personnel Safety บุคลากรปลอดภัย**
Safe Surgery and Invasive Procedure กระบวนการผ่าตัดที่ปลอดภัย	S	Security and Privacy of Information and Social Media ข้อมูลและการสื่อสารที่ปลอดภัย
Infection and Prevention Control การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อที่ปลอดภัย	I	Infection and Exposure การป้องกันบุคลากรติดเชื้อที่ปลอดภัย
Medication & Blood Safety การใช้ยาและให้เลือดที่ปลอดภัย	M	Mental Health and Mediation การดูแลด้านจิตใจของบุคลากรที่ปลอดภัย
Patient Care Process กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย	P	Process of Work กระบวนการทำงานของบุคลากรที่ปลอดภัย
Line Tubing & Catheter and Laboratory การดูแลสายและส่งตรวจที่ปลอดภัย	L	Lane (Ambulance) and Legal Issues การใช้รถพยาบาลฉุกเฉินที่ปลอดภัย
Emergency Response การตอบสนองภาวะฉุกเฉินที่พร้อมและปลอดภัย	E	Environment and Working Conditions สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับบุคลากร

ที่มา: เอกสารอ้างอิง มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๔ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

๔. คำจำกัดความ

๔.๑ หน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานทุกหน่วยของ รพ.รร.๖ ทั้งหน่วยให้บริการ และหน่วยสนับสนุน

๔.๒ ผู้รับบริการ (Customer) หมายถึง ผู้ป่วย และ/หรือผู้มาติดต่อรับบริการที่หน่วยงานต่างๆ ของ รพ.

๔.๓ บุคลากร (Workforce) หมายถึง บุคคลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

๔.๔ ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และทรัพย์สิน

๔.๕ ความเสี่ยงในโรงพยาบาล (Hospital Risk) หมายถึงโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ โดยความเสี่ยงอาจเกิดขึ้นต่อผู้รับบริการ บุคลากร และโรงพยาบาล

๔.๖ บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน ได้รวบรวมจัดทำขึ้น โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีต หรีหน่วยงานอื่นๆ ตลอดจนการทบทวนต่างๆ และการสำรวจภายในหน่วยงานในตนเอง เพื่อให้เห็นถึงความเสี่ยงที่สำคัญซึ่งมีทั้งความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป มีแนวทางในการแก้ไข หรือมาตรการป้องกัน และแนวโน้มความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

๔.๗ ผู้ประสบเหตุการณ์ หมายถึง บุคคลหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในบริเวณโรงพยาบาลหรือภายนอกโรงพยาบาลที่เกี่ยวเนื่องกับการปฏิบัติงานในหน้าที่ของบุคลากรโดยอาจเป็นผู้ที่เกี่ยวข้อง หรือไม่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น

๔.๘ อุบัติการณ์ (Incident) หมายถึง เหตุการณ์ผิดปกติ หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น โดยอาจจะก่อให้เกิดความเสียหายทางด้านร่างกาย จิตใจและทรัพย์สิน ต่อผู้รับบริการ บุคลากร และโรงพยาบาล

๔.๙ เหตุการณ์เกือบพลาด (Near Miss) หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน หรือเหตุการณ์ที่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ซึ่งมีโอกาสทำอันตราย (Potential to harm) ต่อผู้รับบริการ/บุคลากร แต่ไม่เกิดอันตรายจริง เพราะระบบดักจับป้องกันได้ หรือให้การแก้ไขได้ทันท่วงที ก่อนถึงผู้รับบริการ/บุคลากร

๔.๑๐ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) หมายถึง เหตุการณ์ที่ผิดปกติ ที่อาจมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นหรือไม่ก็ได้ แต่เกิดผลเสียหาย บาดเจ็บ หรืออันตราย ต่อผู้รับบริการ/ บุคลากร/ โรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยแพ้ยา Penicillin เกิด Anaphylactic shock โดยเป็นการให้ยาที่ถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา เป็นต้น

๔.๑๑ ความคลาดเคลื่อน (Error) หมายถึง เหตุการณ์ที่ผิดปกติที่สามารถป้องกันได้โดยอาจส่งผลให้เกิดอันตรายหรือไม่เกิดอันตรายก็ได้

๔.๑๒ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง (Sentinel Event) หมายถึง ความเสี่ยงที่เฝ้าระวังเป็นพิเศษหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต หรือสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะอย่างถาวรได้แก่ ระบบความรู้สึก ระบบประสาทอัตโนมัติ สรีระร่างกายและระบบความทรงจำ ซึ่งส่งผลให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป โดยไม่มีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคที่เจ็บป่วยในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงความเสียหายที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง ได้แก่

๔.๑๒.๑ unexpected death (เสียชีวิตโดยไม่คาดการณ์) เช่น

๑) เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

๒) เสียชีวิตจากการให้เลือดผิดหมู่ผิดคน

๓) เสียชีวิตโดยสาเหตุที่ไม่เกี่ยวกับการดำเนินของโรคในขณะนั้น

๔) เสียชีวิตจากโรคที่ไม่ควรเสียชีวิต

๔.๑๒.๒ การผ่าตัดหรือหัตถการ ผิดตำแหน่ง ผิดข้าง ผิดประเภท ผ่าตัดผิดคน

๔.๑๒.๓ ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่ทำให้ สูญเสียหน้าที่ของอวัยวะอย่างถาวร พิการ หรือเสียชีวิต อันเป็นเหตุจากความบกพร่องของอุปกรณ์ทางการแพทย์รวมถึงจากบุคลากรทางการแพทย์/กระบวนการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การผ่าตัด/หัตถการต่างๆ การพลัดตกหกล้ม การถูกยึดตรึง ความคลาดเคลื่อนทางยา และความล่าช้าในการรักษา เป็นต้น

๔.๑๒.๔ การมีสิ่งของ/ อุปกรณ์ตกค้างอยู่ในร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

๔.๑๒.๕ การทำร้ายร่างกาย/ ข่มขืนหรือล่วงละเมิดทางเพศ/ ฆาตกรรมในโรงพยาบาล

๔.๑๒.๖ การลักพาตัวทารก/ การส่งมอบทารกผิดครอบครัว

๔.๑๒.๗ เหตุการณ์กลุ่มชน จากสถานการณ์ภัยพิบัติ/ ภัยพิบัติหมู่ ที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย/ ทรัพย์สิน รุนแรง

๔.๑๒.๘ อุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการเสียชื่อเสียง มีการเผยแพร่ผ่านสื่อมวลชน หรือฟ้องร้อง

๔.๑๓ การรายงานอุบัติการณ์ (Incident Report) หมายถึง การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยผู้ประสบเหตุการณ์ โดยรายงานตามระบบการรายงานของโรงพยาบาล ตามภาคผนวกแนบท้าย (ผนวก ก)

๔.๑๔ root cause analysis (RCA) หมายถึง การวิเคราะห์หาสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของอุบัติการณ์/ เหตุการณ์ความเสี่ยง และนำไปสู่การปรับปรุงเชิงระบบ เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำโดยมีผู้เข้าร่วม RCA ได้แก่ บุคลากรที่อยู่ในเหตุการณ์ บุคลากรที่เกี่ยวข้องหัวหน้าหน่วยงาน ผู้เชี่ยวชาญคณะกรรมการจริยธรรมฯ ผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงานหรือโรงพยาบาล และคนกลาง (ผู้ไม่มีส่วนได้ส่วนเสีย)

๔.๑๕ clinical tracer หรือการตามรอยทางคลินิก คือ การตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งร่วมกับองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนั้น การตามรอยนี้ควรทำทั้งการตามรอยผู้ป่วยแต่ละรายที่หน้างานจริง และการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด

<u>หมายเหตุ</u>: RCA/Clinical Tracer ปฏิบัติได้ในระดับหอผู้ป่วย ระดับแผนกพยาบาลฯ และระดับ PCT ขึ้นอยู่กับอุบัติการณ์นั้นๆ

๕. การแบ่งประเภทความเสี่ยง ประเภทความเสี่ยงแบ่งเป็น ๒ หมวด ได้แก่

๕.๑ ความเสี่ยงทางคลินิก (clinical risk) หมายถึง ความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลรักษาซึ่งส่งผลให้เกิดต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่

๕.๑.๑ ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (common clinical risk) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้องหรือไม่มีประสิทธิภาพ สามารถเกิดได้ในผู้ป่วยทั่วไปไม่จำ กัดโรคใดโรคหนึ่ง เช่น การรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการล่าช้า ส่งผลเสียกับผู้ป่วย

๕.๑.๒ ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (specific clinical risk) เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เฉพาะตามกลุ่มโรคหรือหัตถการสำคัญ เช่น ตกเลือดหลังคลอดเกิดเฉพาะในกลุ่มหลังคลอด ไส้ติ่งแตกเกิดในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ ภาวะ hypoglycemia ในผู้ป่วย DM

๕.๒ ความเสี่ยงทั่วไป (common risk หรือ General risk) หมายถึง ความเสี่ยงที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการรักษาพยาบาล แต่เกิดจากปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลทำให้เกิดความเสียหาย ควรครอบคลุมในด้านของความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ด้านกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านการเงิน สิ่งแวดล้อม สารสนเทศ และด้านปฏิบัติการ เป็นต้น

การจัดแบ่งระดับความรุนแรง (Level of harm) ทางคลินิกยึดอันตรายที่เกิดกับผู้รับบริการเป็นหลัก โดยใช้ NCCMERP (National Coordinating Council for Medication Error Reporting) index ตั้งแต่ระดับ A ถึง I

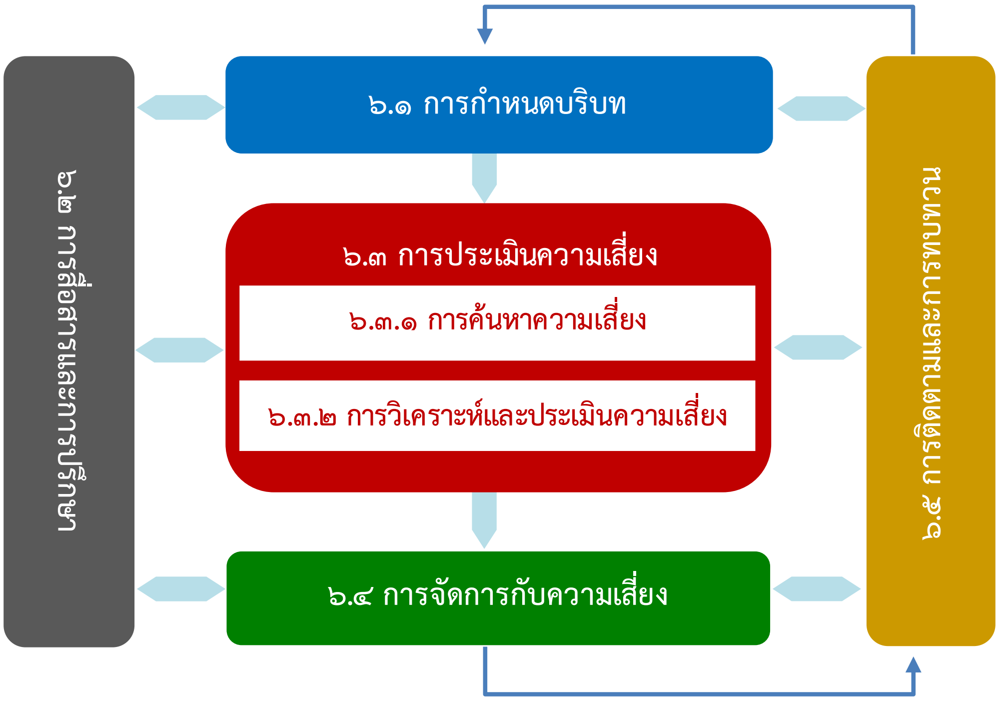
ระดับ	ความหมายของระดับอุบัติการณ์ *<u>ทางคลินิก</u>*
A	เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสจะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ยังไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และไม่มีความเสียหายใด **"ยังไม่"**
B	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่ส่งผลถึงผู้มารับบริการ **"เกิดขึ้น"**
C	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ถึงผู้มารับบริการโดยยังไม่ได้รับอันตราย **"กับคน"**
D	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้รับบริการ ซึ่งต้องเฝ้าระวัง ติดตามเพิ่มเติมเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย **"ส่งผล"**
E	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้รับบริการ ทำให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา **"รักษา"**
F	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น **"ยาวกว่า"**
G	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวร เช่น เกิดความพิการถาวร **"ถาวร"**
H	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้รับบริการ มีผลทำให้ผู้ป่วยเกือบถึงแก่ชีวิต ส่งผลให้ต้องปฏิบัติการ **"ช่วยชีวิต"**
I	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้รับบริการ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต **"ซ้ำ dead"**

ระดับความรุนแรง***<u>ความเสี่ยงทั่วไป</u>*** มี ๕ ระดับ

ระดับ	การจัดกลุ่มความเสี่ยง	ทรัพย์สิน	ระบบงาน	ชื่อเสียง
๑	เกือบพลาด Near Miss	อาจก่อให้เกิดผลเสียหายต่อทรัพย์สิน	ยังไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน	- มีโอกาสเกิดข้อร้องเรียน
๒	รุนแรงต่ำ Low	ทรัพย์สินชำรุด เสียหายเล็กน้อยความเสียหายน้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	มีผลกระทบ(ที่ควบคุมได้)ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน	- ถูกร้องเรียนภายใน รพ. ระบุชื่อ ยังไม่แพร่กระจายออกนอก รพ.
๓	รุนแรงปานกลาง Medium	เสียค่าใช้จ่ายมูลค่าความเสียหายตั้งแต่ ๑๐,๐๐๐ - ๑๐๐,๐๐๐ บาท	มีผลกระทบปานกลาง (ที่ต้องการทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน	- คนนอกเริ่มทราบ แนวโน้มร้องเรียน อาจเสียชื่อเสียง รพ. แต่ควบคุมได้
๔	รุนแรงสูง High	มากกว่า ๑๐๐,๐๐๐ - ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท	มีผลกระทบสูง ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์	- เกิดการร้องเรียน - เสี่ยงต่อการฟ้องร้องและเรียกค่าเสียหายหรือเกิดคดีฟ้องร้อง
๕	รุนแรงสูงมาก Very High	มากกว่า ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท	มีผลกระทบสูงมาก ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง	- มีข้อร้องเรียน ถูกฟ้องร้อง ผ่านสื่อมวลชน นำความเสื่อมเสียสู่องค์กร

๖. กระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Process) ประกอบด้วยขั้นตอนดังแผนภาพ

กระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Process)



เอกสารอ้างอิง: Risk Management Guidance for Implementation of HA Standards (4th Edition 2018)

๖.๑ การกำหนดบริบท

การกำหนดขอบเขตของระบบบริหารความเสี่ยง การกำหนดนโยบายความเสี่ยง การจัดทำเกณฑ์/ข้อกำหนดด้านความเสี่ยง (Risk criteria)

๖.๒ การสื่อสารและการปรึกษา

การสื่อสารที่มีการแจ้งให้ทราบและรับข้อมูลระหว่างหน่วยงาน/องค์กรและผู้ที่ได้รับผลกระทบหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างต่อเนื่อง

๖.๓ การประเมินความเสี่ยง (risk assessment) ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

๖.๓.๑ การค้นหาความเสี่ยง (risk identification) เป็นกระบวนการที่ใช้ค้นหา รับรู้ และพรรณนาความเสี่ยงที่อาจมีผลขัดขวางการบรรลุวัตถุประสงค์

๖.๓.๑.๑ การค้นหาจากอดีต

รายการ	**ความถี่ในการปฏิบัติ**
๑. หน่วยทบทวนความเสี่ยงย้อนหลังที่ผ่านมาของหน่วยตนเอง	ทุก ๑ เดือน
๒. หน่วยเรียนรู้ประสบการณ์หรือความผิดพลาดของหน่วยอื่น	ทุก ๑ เดือน
๓. หน่วยทำ RCA ในกรณี sentinel event	ทุกราย
๔. หน่วยทบทวน risk profile และส่ง OSM	ทุก ๖ เดือน
๕. OSM ทบทวน risk profile	ทุก ๖ เดือน
๖. OSM วิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์ที่สำคัญ	ทุก ๓ เดือน
๗. ศูนย์ข้อร้องเรียนทบทวนข้อร้องเรียน	ทุก ๒ เดือน
๘. ENV ทบทวนความปลอดภัย/ความเสี่ยง	ทุก ๓ เดือน

๖.๓.๑.๒ การศึกษาจากสำรวจสภาพการปัจจุบัน

การศึกษาจากการสำรวจสภาพการในปัจจุบันเช่นรายการ	**ความถี่ในการปฏิบัติ**
๑. C 3 THER	ทุกรายที่เกิดอุบัติการณ์
๒. pre - post conference	ทุกวัน
๓. สัมภาษณ์ผู้ป่วย/ครอบครัว	ทุกวัน
๔. สังเกตขณะปฏิบัติงาน	ทุกวัน
๕. case conference	อย่างน้อยทุก ๑ เดือน
๖. หน่วยเยี่ยมสิ่งแวดล้อม	ทุกวัน
๗. Open Chart	ทุกวัน
๘. ทบทวน ๑๒ กิจกรรมทางคลินิก	ตามความเหมาะสมของกิจกรรม

๖.๓.๒ การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง (risk analysis and risk evaluation)

เป็นกระบวนการการประมาณค่าระดับความเสี่ยงผลกระทบของความเสี่ยง และใช้ในการเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงกับเกณฑ์/ข้อกำหนดด้านความเสี่ยง (risk criteria) เพื่อตัดสินใจว่าเป็นระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้หรือไม่ จะนำไปสู่การพิจารณาลำดับความสำคัญของความเสี่ยงทั้งหมด (risk prioritization) และการจัดทำ risk profile

การจัดทำ risk profile

เป็นการจัดทำภาพรวมของความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นในแต่ละหน่วยงาน ซึ่งจะมีทั้งความเสี่ยงทั่วไปที่พบร่วมกัน ความเสี่ยงเฉพาะของหน่วยงาน การจัดทำ risk profile เริ่มด้วยการทำบัญชีความเสี่ยงทั้งหมดที่ค้นพบ บัญชีนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาสิ่งสำคัญคือต้องประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่างๆ ให้เห็นว่าอะไรคือความเสี่ยงสำคัญที่ต้องระมัดระวัง (ผนวก ค)

ขั้นตอนการปฏิบัติการจัดทำ risk profile

๑. การจัดลำดับความสำคัญความเสี่ยง (risk prioritization) การวิเคราะห์หาความสำคัญของความเสี่ยง โดยการประเมินระดับความรุนแรง risk matrix เพื่อจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน

ระดับความรุนแรงของความเสี่ยง (severity)	
Clinical Risk	Common Risk
A – B	๑
C – D	๒
E – F	๓
G – H	๔
I	๕

โอกาสเกิดความเสี่ยง (Probability)	
โอกาสของการเกิดอุบัติการณ์	ระดับ
๒ - ๓ ปีครั้ง	๑
ปีละ ๑ ครั้ง	๒
ปีละ ๒ - ๖ ครั้ง	๓
ทุกเดือน	๔
ทุกสัปดาห์	๕

การประเมินระดับความรุนแรง risk matrix					
การวิเคราะห์ความสำคัญ = ระดับความรุนแรง x ระดับโอกาสเกิดความเสี่ยง (ความถี่)					
ระดับโอกาสเกิดความเสี่ยง (ความถี่)	ระดับความรุนแรงความเสี่ยง ทางคลินิก/ ทั่วไป				
	A-B / 1	C-D / 2	E-F / 3	G-H /4	I / 5
	1	2	3	4	5
1	1	2	3	4	5
2	2	4	6	8	10
3	3	6	9	12	15
4	4	8	12	16	20

5	5	10	15	20	25

๒. การจัดการและการรายงานความเสี่ยงตามลำดับความสำคัญ

เมื่อใช้ตาราง Risk matrix แล้วจัดเป็นความเสี่ยงสีใด	แนวทางปฏิบัติ				
	รายงานอุบัติการณ์ต่อ ผจก.ความเสี่ยงระดับกอง	วางแนวทางป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์	วางแนวทางลดความรุนแรงเมื่อเกิดเหตุการณ์	ทำ RCA	รายงาน OSM
	ทุก ๓ เดือน				
เป็น Potential to harm	ทุก ๓ เดือน	√	√	ภายใน ๑ เดือน	
	ทุก ๓ เดือน	√	√		
เป็น Potential to harm	ทุก ๓ เดือน	√	√	ภายใน ๑ เดือน	
	ทุก ๑ เดือน	√	√	ภายใน ๑ เดือน	
	ทุก ๑ เดือน	√	กำหนดแนวทางดูแลเจ้าหน้าที่เยียวยาผู้ป่วย	ภายใน ๕ วัน	ภายใน ๔๕ วัน

หมายเหตุ

๑. ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ G-I และความเสี่ยงทั่วไป ระดับ ๔ - ๕ ให้จัดการแบบความเสี่ยงสีแดง

๒. sentinel event ทุกเหตุการณ์ให้จัดการแบบความเสี่ยงสีแดง

๖.๔ การจัดการกับความเสี่ยง (risk treatment)

เป็นกระบวนการในการแก้ไข/ ควบคุมความเสี่ยงเพื่อลดความรุนแรงของความเสี่ยง โดยการนำมาตรการต่างๆ เช่น นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ แนวปฏิบัติ กระบวนการ ฯลฯ ไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่กระบวนดังนี้

๖.๔.๑ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) คือ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงโดยยกเลิกกระบวนการทำงานที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง เนื่องจากการแก้ไขนั้นไม่คุ้มกับประโยชน์ที่ได้

๖.๔.๒ การผ่องถ่าย/ถ่ายโอนความเสี่ยง (risk transfer) คือ การพิจารณาความเสี่ยงไปให้ผู้อื่นรับผิดชอบแทน เนื่องจากไม่คุ้มที่จะทำเองหรือผู้อื่นสามารถทำได้ดีกว่า

๖.๔.๓ การลดความเสี่ยง (risk reduction) คือ การพิจารณาหาวิธีในการแก้ไข/ ควบคุมความเสี่ยงให้ลดลงอยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้

๖.๔.๔ การยอมรับความเสี่ยง (risk acceptance) คือ การที่องค์กรพิจารณาแล้วพบว่าการดำเนินการแก้ไข/ ควบคุมความเสี่ยงนั้นไม่เหมาะสมไม่สามารถทำได้ในทางปฏิบัติ หรือไม่คุ้มค่า ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้บริหาร

๖.๕ การติดตามและทบทวนความเสี่ยง (risk monitoring & review)

๖.๕.๑ การกำกับดูแล ติดตามสังเกตอย่างต่อเนื่อง และประเมินว่าบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่

๖.๕.๒ การทบทวนกิจกรรมเพื่อพิจารณาว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเหมาะสมเพียงพอและบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่โดยให้ความสำคัญกับอุบัติการณ์ที่เกิดซ้ำ

๖.๕.๓ ตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มเติมหรือไม่

๗. การบันทึก

หน่วยงานที่เกิดความเสี่ยงรายงานข้อมูลความเสี่ยงในระบบสารสนเทศของ รพ.รร.๖ หรือลงบันทึกรายงานการแก้ไขเหตุการณ์ในแบบบันทึกอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Incident Report) (ผนวก ง)

๘. การรวบรวมข้อมูล

หัวหน้าหน่วยงาน รวบรวมรายงานแบบสรุปรายงานสถิติความเสี่ยงประจำเดือน (ผนวก ข), Risk profile (ผนวก ค) **ส่งผู้จัดการความเสี่ยงกองหรือของหน่วย**ทุกวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป**และส่งสรุป Risk profile ของหน่วยรอบ ๖ เดือน** (รอบ ม.ค.-มิ.ย. และ ก.ค.-ธ.ค.) **ให้ ศูนย์บริหารยุทธศาสตร์ รพ.รร.๖** ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป

๙. ตัวชี้วัดประสิทธิภาพของระบบจัดการความเสี่ยง รพ.รร.๖

เป้าหมาย	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	หน่วยนับ
ตัวชี้วัดความสำเร็จของระบบจัดการความเสี่ยง	ร้อยละของ sentinel event ที่มีการฟ้องร้อง	๐	ร้อยละ
	ร้อยละของอุบัติการณ์ ระดับ E-I ขึ้นไป	๒๐	ร้อยละ
	อุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาลลดลงเมื่อเทียบกับปีก่อน	๘	เรื่อง
	ทีมนำทางคลินิกที่มีการจัดการความเสี่ยงชนิด Potential to harm	๑๖	PCT
ประสิทธิภาพการจัดการไม่ให้ลุกลาม	อัตราการทำ RCA ใน sentinel event	๑๐๐	ร้อยละ
	อัตราข้อร้องเรียนระดับ ๒-๓ ที่ได้รับการติดต่อกลับภายใน ๒๔ ชั่วโมง	๑๐๐	ร้อยละ

ภาคผนวก

ผนวก ก ประกอบ PMK-RM-001: Flow การจัดการความเสี่ยงและอุบัติการณ์ รพ.รร.๖

ผนวก ข ประกอบ PMK- RM- 001: แบบสรุปรายงานสถิติความเสี่ยงประจำเดือน

ผนวก ค ประกอบ PMK-RM-001: แบบรายงาน Risk Profile ประจำเดือน

ผนวก ง ประกอบ PMK-RM-001: แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ รพ.รร.๖

เอกสารอ้างอิง

๑. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ตอนที่ II การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)

๒. เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๑ (Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018)

๓. เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๑ (Personal Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018)

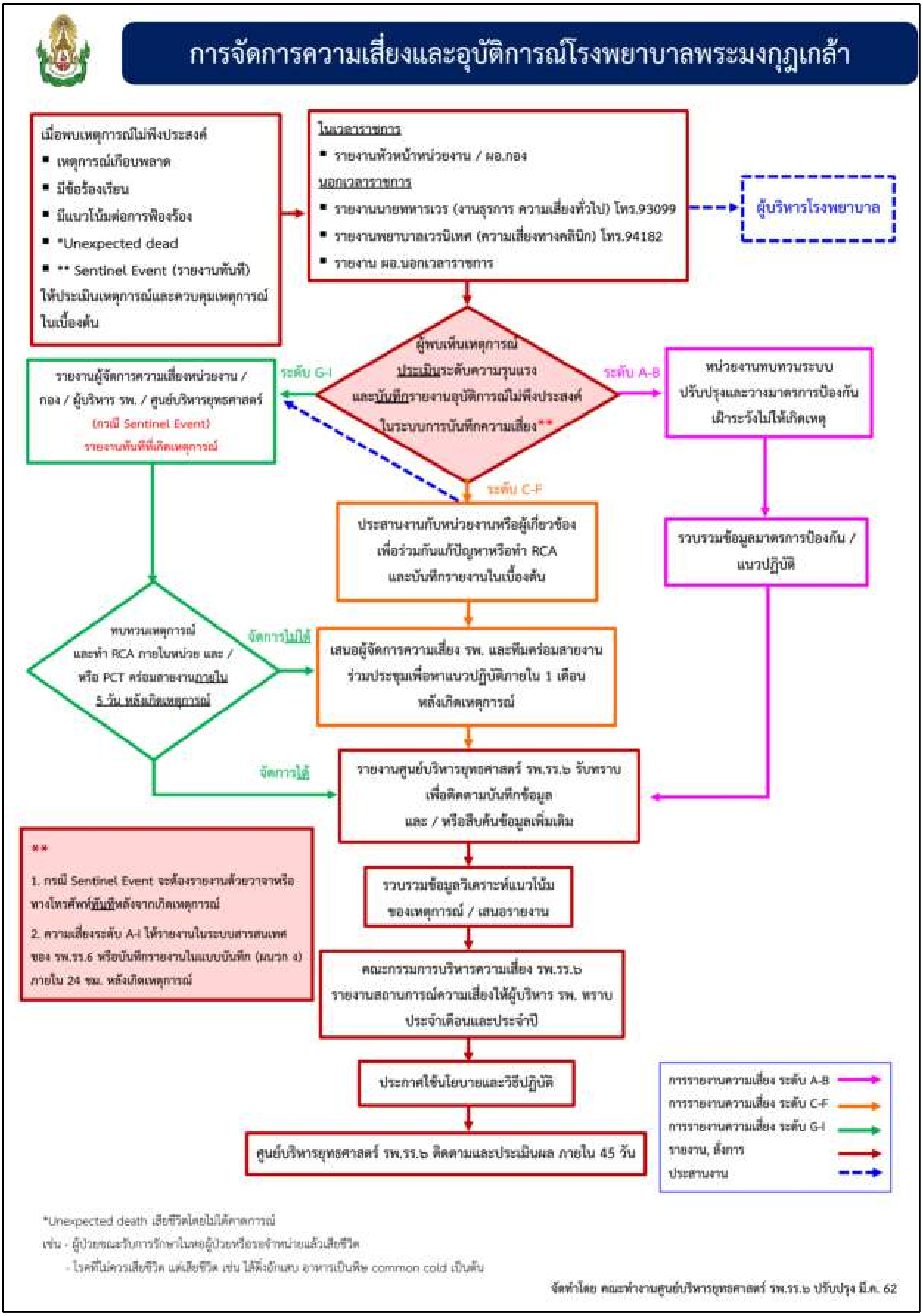
สั่ง ณ วันที่ ๒๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

พล.ต.

(สุรศักดิ์ ถนัดศีลธรรม)

ผอ.รพ.รร.๖

ผนวก ก ประกอบ PMK-RM-001: Flow การจัดการความเสี่ยงและอุบัติการณ์ รพ.รร.๖



ผนวก ข ประกอบ PMK-RM-001

แบบสรุปรายงานสถิติความเสี่ยงประจำเดือน

สรุปรายงานสถิติความเสี่ยงประจำเดือน.......................................

กอง /หน่วย ....

๑.	จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด		จำนวน.........................ครั้ง
๒.	จำนวนอุบัติการณ์แยกตามโปรแกรมความเสี่ยง (๘ โปรแกรม)		
	๒.๑ ความปลอดภัยผู้ป่วย (Clinical risk)		จำนวน.........................ครั้ง
	๒.๒ ผู้ป่วยสัมพันธ์ (ข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียน)		จำนวน.........................ครั้ง
	๒.๓ การติดเชื้อในโรงพยาบาล		จำนวน.........................ครั้ง
	๒.๔ สิ่งแวดล้อม (โครงสร้างทางกายภาพ ขยะ น้ำเสีย)		จำนวน.........................ครั้ง
	๒.๕ อาชีวอนามัย (อันตรายจากการทำงาน)		จำนวน.........................ครั้ง
	๒.๖ การรักษาความปลอดภัยของคน,ทรัพย์สิน		จำนวน.........................ครั้ง
	๒.๗ อัคคีภัย / อุบัติภัย		จำนวน.........................ครั้ง
	๒.๘ บัญชีและการเงิน		จำนวน.........................ครั้ง
๓.	ชนิดของ Clinical risk		
	๓.๑ Medication error		จำนวน.........................ครั้ง
	๓.๒ Transfusion-related incidents		จำนวน.........................ครั้ง
	๓.๓ Fluid therapy-related incidents		จำนวน.........................ครั้ง
	๓.๔ Perioperative incidents/ peri-procedural incidents		จำนวน.........................ครั้ง
	๓.๕ Care for critically ill patient		จำนวน.........................ครั้ง
	๓.๖ Medical equipment malfunction		จำนวน.........................ครั้ง
	๓.๗ other clinical risks		จำนวน.........................ครั้ง
๔.	สถิติอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก(Clinical risks)ที่ผู้ป่วยได้รับผลกระทบ (Level of harm)		
	๔.๑ระดับ A		จำนวน.........................ครั้ง
	๔.๒ระดับ B		จำนวน.........................ครั้ง
	๔.๓ระดับ C		จำนวน.........................ครั้ง
	๔.๔ระดับ D		จำนวน.........................ครั้ง
	๔.๕ระดับ E		จำนวน.........................ครั้ง
	๔.๖ระดับ F		จำนวน.........................ครั้ง
	๔.๗ระดับ G		จำนวน.........................ครั้ง
	๔.๘ระดับ H		จำนวน.........................ครั้ง
	๔.๙ระดับI		จำนวน.........................ครั้ง
๕.	สถิติอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (Common risks) ระดับความรุนแรงของความเสี่ยง		
	๕.๑ระดับ๑		จำนวน.........................ครั้ง
	๕.๒ระดับ๒		จำนวน.........................ครั้ง
	๕.๓ระดับ ๓		จำนวน.........................ครั้ง
	๕.๔ระดับ ๔		จำนวน.........................ครั้ง
	๕.๕ระดับ๕		จำนวน.........................ครั้ง

ผนวก ค ประกอบ PMK-RM-001

แบบรายงาน Risk Profile ประจำเดือน

รายงาน Risk Profile ประจำเดือน..

หน่วยงาน..

ลำดับ	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ระดับความรุนแรง S (severity)					โอกาสเกิดความเสี่ยง P (Probability)					คะแนน (S x P)	ลำดับความสำคัญ	มาตรการการป้องกัน
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			

ผนวก ค ประกอบ PMK-RM-001

ผนวก ง ประกอบPMK-RM-001: แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ รพ.รร.๖

แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Incident Report) รพ.พระมงกุฎเกล้า

HN AN	วันที่ เวลา	ที่เกิดเหตุ ระบุระดับความรุนแรงความเสี่ยงทางคลินิก .... (A-I) ระบุระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไป .... (1-5)

เหตุการณ์ (ให้ทำเครื่องหมายถูกหน้าหมายเลขที่เกิดขึ้นทุกข้อเพื่ออธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น)

(ความเสี่ยงทางคลินิก) Clinical Risk

1.ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error)

☐1) Prescribing error

☐2) Dispensing error

☐3) Administration error

☐4) Adverse Drug reaction

☐5) Other incidents related to drug use

2.การให้เลือด (Transfusion-related incidents)

☐1) ....

☐2) ....

☐3) ....

3.การให้สารน้ำ(Fluid therapy-related incidents)

☐1) ....

☐2) ....

☐3) ....

4.การผ่าตัด หัตถการ และวิสัญญี (Perioperative incidents/peri-procedural incidents)

☐1) การงด หรือเลื่อนผ่าตัด

☐2) Adverse event จากการผ่าตัด หัตถการ และวิสัญญี

ระบุ..

....

....

☐3) Other incidents

ระบุ..

....

5. การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต(Care for critically ill patient)

☐1) ย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน

☐2) ....

6.การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Medical equipments related incidents)

☐1) เครื่องมือไม่ทำงานหรือทำงานผิดปกติ

☐2) ไม่มีเครื่องมือใช้

☐3) ดูแล Cath / Tube / Drain ไม่ถูกต้อง

ระบุ..

7.ความเสี่ยงอื่นๆ (Other clinical risks)

ความเสี่ยงในกลุ่ม Care Process

☐1) Delayed / wrong Dx

☐2) Delayed / inapp. treatment

☐3) fall

☐4) Admin of care

☐5) communication gaps

☐6)ระบุ..

ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับระบบเวชระเบียน

☐ระบุ..

ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ

☐ระบุ..

ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางรังสีวิทยา

☐ระบุ..

(ความเสี่ยงทั่วไป) Common Risk

1.ผู้ป่วยสัมพันธ์ (ข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียน ความคิดเห็น)

☐1) ผู้ป่วย/ญาติไม่พึงพอใจต่อคำอธิบายของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่

☐2) ผู้ป่วย/ญาติไม่พึงพอใจอย่างรุนแรงในเรื่องที่ไม่ใช่การสื่อสาร

☐3) ผู้ป่วยไม่สมัครอยู่ รพ.

☐ อื่นๆ ระบุ..

2.อาชีวอนามัย (อันตรายจากการทำงาน)

☐1) เจ้าหน้าที่บาดเจ็บขณะทำงาน / เข็มตำมือ / ติดเชื้อ / อุบัติเหตุอื่นๆ

☐2) เจ้าหน้าที่ถูกทำร้ายขณะทำงาน

☐3) เจ้าหน้าที่ถูกคุกคาม ข่มขู่

☐อื่นๆ ระบุ..

3.สิ่งแวดล้อม (โครงสร้างทางกายภาพ ขยะ น้ำเสีย)

☐1) สิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัยหรือเป็นอันตราย

☐ ระบุ..

....

4.การรักษาความปลอดภัยของคน,ทรัพย์สิน

☐1) การทำร้ายร่างกายผู้ป่วย/ญาติ

☐2) ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตัวเอง

☐3) ผู้ป่วยถูกโจรกรรม/ลักขโมย

5.อัคคีภัย / อุบัติภัย

☐1) อุบัติเหตุไฟไหม

☐ ระบุ..

6.บัญชีและการเงิน

☐ ระบุ..

***ระดับความรุนแรงของผลกระทบ*(ความเสี่ยงทางคลินิก)**

☐ A เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสจะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ยังไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและไม่มีความเสียหายใด **“ยังไม่”**

☐ B มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่ส่งผลถึงผู้มารับบริการ **“เกิดขึ้น”**

☐ C มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ถึงผู้มารับบริการโดยยังไม่ได้รับอันตราย **“กับคน”**

☐ Dเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้รับบริการ ซึ่งต้องเฝ้าระวัง ติดตามเพิ่มเติมเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย **“ส่งผล”**

☐ Eเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้รับบริการ ทำให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา **“รักษา”**

☐ F เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนโรงพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น **“ยาวกว่า”**

☐ G เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวร เช่น เกิดความพิการถาวร **“ถาวร”**

☐ H เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้รับบริการ มีผลทำให้ผู้ป่วยเกือบถึงแก่ชีวิต ส่งผลให้ต้องปฏิบัติการ **“ช่วยชีวิต”**

☐I เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้รับบริการ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต **“ซ้ำ dead”**

***ระดับความรุนแรงของผลกระทบ*(ความเสี่ยงทั่วไป)**

ระดับ 1 เกือบพลาด อาจก่อให้เกิดผลเสียหายต่อทรัพย์สิน,ยังไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน,มีโอกาสเกิดข้อร้องเรียน

ระดับ 2 รุนแรงต่ำ ทรัพย์สินชำรุด เสียหายเล็กน้อย ความเสียหายน้อยกว่า 10,000 บ., มีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน,ถูกร้องเรียนภายใน รพ. ยังไม่แพร่กระจายออกนอก รพ.

ระดับ 3 รุนแรงปานกลาง เสียค่าใช้จ่ายมูลค่าความเสียหาย ตั้งแต่ 10,000 -100,000บ. มีผลกระทบปานกลาง(ต้องการการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน ,คนนอกเริ่มทราบ แนวโน้มร้องเรียน อาจเสียชื่อเสียง รพ. แต่ควบคุมได้

ระดับ 4 รุนแรงสูง มูลค่าความเสียหาย มากว่า 100,000-1,000,000 บ. มีผลกระทบสูงทำให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์,คนนอกเริ่มทราบ เกิดการร้องเรียน เสี่ยงต่อการฟ้องร้อง เรียกค่าเสียหาย เกิดคดีความ

ระดับ 5 รุนแรงสูงมาก มูลค่าความเสียหาย มากว่า1,000,000บ.มีผลกระทบสูงมากทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง, มีข้อร้องเรียน ถูกฟ้องร้องผ่านสื่อสารมวลชน นำความเสื่อมเสียสู่องค์กร

บรรยายรายละเอียดของเหตุการณ์ (โปรดระบุเหตุการณ์ สถานที่ วัน เวลา และผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน)

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

การแก้ไขเบื้องต้น

....

....

....

....

....

....

....

....

การดำเนินการของ หน.หน่วยงาน / หน.พยาบาล

....

....

....

....

....

....

....

....

การดำเนินการของ พยาบาลเวรนิเทศฯ / ผู้จัดการความปลอดภัย

....

....

....

....

....

....

....

ชื่อที่อยู่ของพยาน/ญาติ..

....

....

ลงนามผู้บันทึก (USERNAME).. วันที่..เวลา...	ลงนามผู้ทบทวน... วันที่..เวลา...