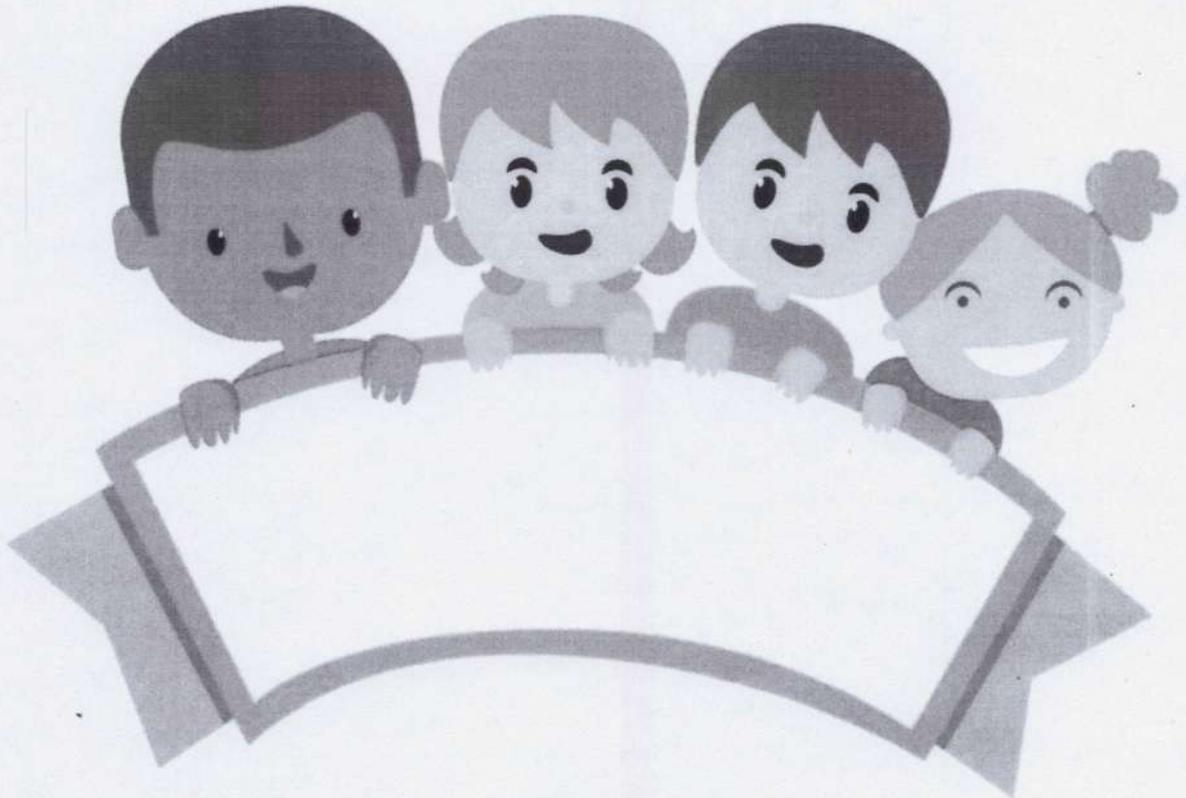


คู่มือบริหารความเสี่ยง (Risk)



จัดทำโดย

คณะกรรมการที่มนำบริหารความเสี่ยง

มิถุนายน 2560

โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

ระบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลกันทรารมย์

นโยบาย:

1. ทุกหน่วยงานมีการค้นหา ทบทวนและวิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงาน มีการวางมาตรการในการปฏิบัติรวมทั้งมีการเขียนแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยง และรายงานอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงที่พบต่อคณะกรรมการความเสี่ยงตามเวลาที่กำหนด
2. บุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาลที่พบเห็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ให้รายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ (ในแบบบันทึกรายงานความเสี่ยง โปรแกรมความเสี่ยงในระบบ HIM-pro)ตามลำดับการรายงานอุบัติการณ์หรือความเสี่ยง
3. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ประสานการดำเนินงานในการค้นหา เฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงทุกประเภทที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ในโปรแกรมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับทุกๆหน่วยงาน
4. เมื่อมีข้อร้องเรียน โรงพยาบาลถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญและมีผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ต้องมีการรายงาน บันทึกรายงาน และตอบสนองข้อร้องเรียนอย่างรวดเร็วและเหมาะสม
5. มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพที่สะท้อนสถานการณ์ความเสี่ยง ระบบเฝ้าระวัง และระบบจัดการความเสี่ยงตามลำดับความสำคัญ
6. การรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ ไม่ถือเป็นความผิด

เป้าหมาย:

1. ผู้รับบริการมีความปลอดภัย ไม่เกิดความเสี่ยงจากการรับบริการและมีความพึงพอใจในบริการ
2. ผู้ให้บริการมีความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน
3. ผู้ให้บริการมีความรู้และความเข้าใจในระบบป้องกันความเสี่ยง และมีการแก้ไขความเสี่ยงเชิงระบบ อย่างมีประสิทธิภาพ
4. สิ่งแวดล้อมปลอดภัย

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง มีหน้าที่

1. กำหนดนโยบาย ตัวชี้วัดและวางแผนการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ค้นหาความเสี่ยง
2. จัดระบบบริหารความเสี่ยง
 - ค้นหาความเสี่ยง
 - ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง
 - การจัดการกับความเสี่ยง
 - การประเมินผลและเฝ้าระวังความเสี่ยง
3. จัดระบบสารสนเทศ/คู่มือการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล
4. การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
5. ส่งเสริม สนับสนุนเพื่อให้การบริหารความเสี่ยงเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ
6. ติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับความเสี่ยงทุกเดือน

บทบาทหน้าที่ของบุคลากรในโรงพยาบาล

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล มีหน้าที่

1. กำหนดนโยบายด้านการจัดการความเสี่ยง
2. สนับสนุนด้านทรัพยากร ให้มีเพียงพอต่อการจัดการความเสี่ยงตามนโยบายดังกล่าว
3. ร่วมจัดการแก้ไข และป้องกันความเสี่ยงรุนแรงและสำคัญในโรงพยาบาล

หัวหน้าฝ่าย / หัวหน้าหน่วยงาน มีหน้าที่

1. ร่วมค้นหาจัดการ แก้ไข ป้องกันความเสี่ยงของฝ่าย / หน่วยงาน
2. ประสานกิจกรรมต่าง ๆ ของหน่วยงาน เพื่อให้ฝ่าย/หน่วยงานมีระบบค้นหา วิเคราะห์จัดการ การ แก้ไข ป้องกันและประสานผลการจัดการความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ
3. สรุปลงสถิติและแนวทางแก้ไขความเสี่ยงของหน่วยงาน กับทีมบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ทุก 1 เดือน

เวรตรวจการ มีหน้าที่

ร่วมค้นหาจัดการและแก้ไขความเสี่ยงเบื้องต้นและบันทึกเหตุการณ์ความเสี่ยง รายงานความเสี่ยงให้ หัวหน้าหน่วยงาน/ประธานทีมบริหารความเสี่ยงรับทราบ ป้องกันความเสี่ยงในระบบงานที่รับผิดชอบ

ผู้จัดการด้านความเสี่ยงประจำหน่วยงาน มีหน้าที่

มีหน้าที่บริหารจัดการความเสี่ยงประจำหน่วยงาน ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ตระหนักในการค้นหา และรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน

ประธานทีมนำด้านต่าง ๆ มีหน้าที่

ร่วมจัดการและแก้ไข บริหารความเสี่ยงตลอดจนวางระบบป้องกันความเสี่ยงในระบบงานที่รับผิดชอบ

คณะกรรมการความปลอดภัยผู้ป่วยและการเจรจาไกล่เกลี่ย มีหน้าที่

กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และมาตรการป้องกันการร้องเรียน ฟ้องร้องคดีทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ขับเคลื่อนการดำเนินงานเรื่องการเจรจาไกล่เกลี่ยทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้วยสันติวิธี เพื่อป้องกันและลดจำนวนคดีที่เข้าสู่ศาล

เลขานุการทีมบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล มีหน้าที่

รายงานสรุปลภาพรวมความเสี่ยงทุก 1 เดือน และรายงานต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคน มีหน้าที่

1. ค้นหาความเสี่ยงและรายงานอย่างถูกต้อง
2. บริหารจัดการความเสี่ยงในขอบเขตความรับผิดชอบ

ผู้จัดการความเสี่ยงนอกเวลาราชการ ได้แก่ หัวหน้าเวรผู้พบเหตุการณ์หรือผู้ตรวจการ

ความเสี่ยงคือ อะไร

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับสิ่งไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจจะแจกแจงได้ดังต่อไปนี้

1. การบาดเจ็บเสียหาย (harm) หมายความว่า การถูกทำร้าย , การทำร้ายจิตใจ , ความเจ็บป่วย , การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ, การสูญเสีย , การถูกกลั่นแกล้ง , การรบกวน , การมีบาดแผล
2. เหตุร้าย (hazard) หมายความว่า การเกิดภัยอันตราย, ภาวะยากลำบาก, และความไม่มั่นคง
3. อันตราย (danger) หมายความว่า ความรู้สึกถูกคุกคาม , ความอ่อนแอ
4. ความไม่แน่นอน (uncertain) หมายความว่า สิ่งที่กำลังจะ, น่าสงสัย, คาดการณ์ไม่ได้, ทำนายไม่ได้, ไม่แน่ใจ
5. การ expose (exposure) หมายความว่า ความหวาดกลัวที่จะถูกนำเสนอ , ถูกเปิดเผย, เผยความลับ, รวมทั้งการแปลความที่ผิดพลาด

ความปลอดภัย (Safety) ความเสี่ยง (Risk) และคำที่เกี่ยวข้อง

ความปลอดภัย(Safety) หมายถึง การปราศจากภัย ซึ่งในทางปฏิบัติเป็นไปได้ที่จะขจัดภัยหรืออันตรายทุกชนิดให้หมดไปโดยสิ้นเชิง ความปลอดภัย จึงรวมถึงการปราศจากอันตรายที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นในทุก ๆ ด้าน

ความปลอดภัย (Safety) หมายถึง สภาวะที่ได้รับการปกป้องจากอันตรายหรือสิ่งคุกคาม

ความเสี่ยง และ ความปลอดภัย ดูเหมือนเป็นสิ่งตรงกันข้ามแต่แท้จริงแล้วเป็นสองด้านของเรื่องเดียวกัน เมื่อนำคำว่า “ความเสี่ยง” เข้ามาใช้ ทำให้เราพยายามมองหาโอกาสที่จะเกิดปัญหาต่าง ๆ ให้มากขึ้น ทำให้เราปรับการตั้งรับแก้ไขเหตุการณ์มาสู่การสำรวจ แก้ไข และวางมาตรการป้องกันเชิงรุกมากขึ้น อย่างไรก็ตาม คำว่า “ความเสี่ยง” ให้ความรู้สึกในเชิงชักชวนให้หลีกเลี่ยง อย่าทำ หรือทำน้อยที่สุด ในขณะที่คำว่า “ปลอดภัย” ให้ความรู้สึกในเชิงการบรรลุเป้าหมาย เมื่อเอาเป้าหมายเป็นตัวตั้ง ย่อมต้องพยายามทุกวิถีทางที่จะบรรลุเป้าหมายนั้น

การบริหารความเสี่ยง (Risk management) หมายถึง การนำนโยบายด้านการบริหารมาใช้อย่างเป็นระบบ วิธีการดำเนินและปฏิบัติต่องานด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง การประมวลผลความเสี่ยงและการควบคุมความเสี่ยง

ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk management) หมายถึง กระบวนการค้นหา วิเคราะห์ และควบคุมความเสี่ยง โดยมุ่งเน้นการประกันความสูญเสียจากการที่ผู้รับบริการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากแพทย์และโรงพยาบาลเป็นหลัก

เหตุเกือบพลาด (Near miss) หมายถึง ความเสี่ยงระดับ A-B คือมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุ/ความเสี่ยงได้แต่ยังไม่เกิด หรือ เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ตรวจพบได้ก่อนจะเกิดอุบัติเหตุหรือตรวจพบก่อนโดยยังไม่ถึงผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

อุบัติการณ์ (Incidence) คือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนอกเหนือความคาดหมายจากการทำงานตามปกติ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากกระบวนการดูแลรักษาโดยไม่ตั้งใจ (มีเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้ว)

ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical error) คือ ความล้มเหลวของการดูแลรักษาที่วางแผนไว้ หรือการวางแผนการรักษาที่ไม่ถูกต้องในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

เหตุการณ์พียงสังวร (Sentinel Events) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดการณ์มาก่อนและมีผลทำให้เกิดความเสียหายจนถึงแก่ชีวิตหรือส่งผลร้ายแรง ทางด้านจิตใจ และอาจทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของรพ. ต้องรายงานทันที และบันทึกอุบัติการณ์ภายใน 24 ชม.

***ต้องทบทวนระบบ (RCA) แม้ว่าระดับความรุนแรงไม่ถึงระดับ E ก็ตาม

โรงพยาบาลกันทรารมย์กำหนดไว้ 20 ข้อ ได้แก่

เหตุการณ์พียงสังวรทางคลินิก (Clinic)

1. ผ่าตัดผิดผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง/ผิดคน
2. การตกค้างของสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย ที่เกิดจากกระบวนการรักษา
3. ให้เลือดผิด
4. เกิดความพิการจากการรักษา จากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
5. ตกเตียง/พลัดตกหกล้ม บาดเจ็บ/กระดูกหัก/เสียชีวิต
6. ทารกเสียชีวิตขณะคลอด
7. มารดาคลอดเสียชีวิต
8. เสียชีวิตขณะรอตรวจ
9. ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด (unexpected death) ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
10. มีโรคอุบัติการณ์ใหม่ที่รุนแรงและเสี่ยงต่อการแพร่กระจาย เช่น ชาร์ เมิร์ส

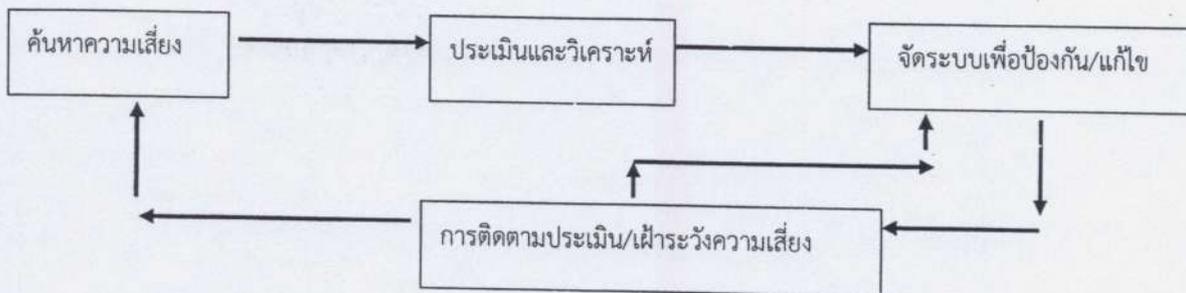
เหตุการณ์พียงสังวรที่ไม่ใช่คลินิก (Non-Clinic)

1. ฆ่าตัวตาย
2. เสียชีวิตจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาล
3. เด็กถูกลักขโมย
4. ผู้ป่วยสูญหาย
5. โจรกรรม
6. อุบัติเหตุขณะ refer
7. มีเหตุจลาจล/ประท้วง
8. อุทกภัย อัคคีภัย ภัยพิบัติ
9. กระโดดตึก, ช่มชืน/ช่มชู่/ทำร้าย/ฆ่า/อุบัติเหตุในโรงพยาบาล(ทะเลาะวิวาท/ช่มชู่/ทำร้ายร่างกาย)
10. การหยุดชะงักของสาธารณูปโภคที่ไม่เป็นไปตามแผน

การบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

- | | |
|--------------|------------------------|
| ขั้นตอนที่ 1 | การค้นหาความเสี่ยง |
| ขั้นตอนที่ 2 | การประเมินและวิเคราะห์ |
| ขั้นตอนที่ 3 | การจัดการกับความเสี่ยง |
| ขั้นตอนที่ 4 | การประเมินผล |

กระบวนการ



ขั้นตอนที่ 1

ค้นหาความเสี่ยง (Risk identification)

-จากการรายงานอุบัติการณ์ คำร้องเรียนของผู้ป่วย วารสารสิ่งพิมพ์และ Socialmedia อดีตที่ผ่านมา การบันทึก ประสบการณ์ ร.พ.อื่น หรือทบทวน 12 กิจกรรม ฯลฯ

-จากการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก (RM Round) การตรวจเยี่ยมหน่วยงาน เวรนิเทศ

ขั้นตอนที่ 2

ประเมินและวิเคราะห์ โดยการประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

- 1.การประเมินความเสี่ยงในช่วงก่อนเกิดเหตุ คือ การตอบคำถามว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงมากเพียงใด บ่อยเท่าใด จะก่อให้เกิดความสูญเสียเท่าใด และในสถานการณ์ใดที่มีโอกาสจะเกิดมาก การมีคำตอบเหล่านี้ ทำให้สามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม
- 2.การประเมินความเสี่ยงในขณะที่เกิดเหตุ ได้แก่ กระบวนการบันทึกและปรึกษา ซึ่งเริ่มต้นทันทีที่พบว่ามี ความเสียหายเกิดขึ้น

การจัดทำบัญชีความเสี่ยง Risk Profile

คือ การทำบัญชีความเสี่ยงทั้งหมดที่ค้นพบ ซึ่งบัญชีนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาบ้างแต่ไม่มากนัก สิ่งที่สำคัญก็คือจะต้องประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่าง ๆ ให้เห็นว่าอะไรคือความเสี่ยงสำคัญที่ต้องระมัดระวัง และจะต้องไม่ให้ความเสี่ยงที่พบบ่อยมาดบังความสำคัญของความเสี่ยงที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อสูง

1. บัญชีรายการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

- 1.1. ความเสี่ยงทั่วไป (Non-Clinical risk) หมายถึง ความเสี่ยงทั่วไปหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อม อัคคีภัย เครื่องมือ ข้อร้องเรียน ถ้าเป็นกระบวนการหลักก็จะเป็นความเสี่ยงเรื่อง การบริการและการบริหารจัดการ
- 1.2. ความเสี่ยงทางคลินิก (Common Clinical risk) หมายถึง เหตุการณ์หรือการดูแลรักษาที่อาจเกิดอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยทั่วไป รายใดก็ได้ โดยไม่ระบุจำเพาะโรค
- 1.3. ความเสี่ยงเฉพาะโรค (Specific Clinical risk) หมายถึง ความเสี่ยงใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและอาจเกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือเสียชีวิตโดยระบุจำเพาะโรคและภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับโรคนั้นๆ

2. บัญชีรายการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

1. อันตรายที่มีต่อผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยตกเตียง เกิดแผลกดทับ อุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้าย ฯลฯ
 2. เสี่ยงต่อเครื่องมือ เช่น เครื่องมือช่วยชีวิตไม่พร้อม เครื่องส่องไฟเด็กชำรุด ฯลฯ
 3. อันตรายต่อเจ้าหน้าที่ เช่น ถูกเข็มทิ่มตำ เจ็บป่วยจากการทำงาน ฯลฯ
 4. ความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน เช่น การให้เลือดผิด การให้ยาผิด ส่งเอกเรย์ผิดคน ส่งAdmit ผิดตึก ฯลฯ
- นำบัญชีความเสี่ยงมาประเมินความถี่และความรุนแรง เพื่อให้ทราบว่าอะไรคือความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน ที่ต้องเฝ้าระวัง

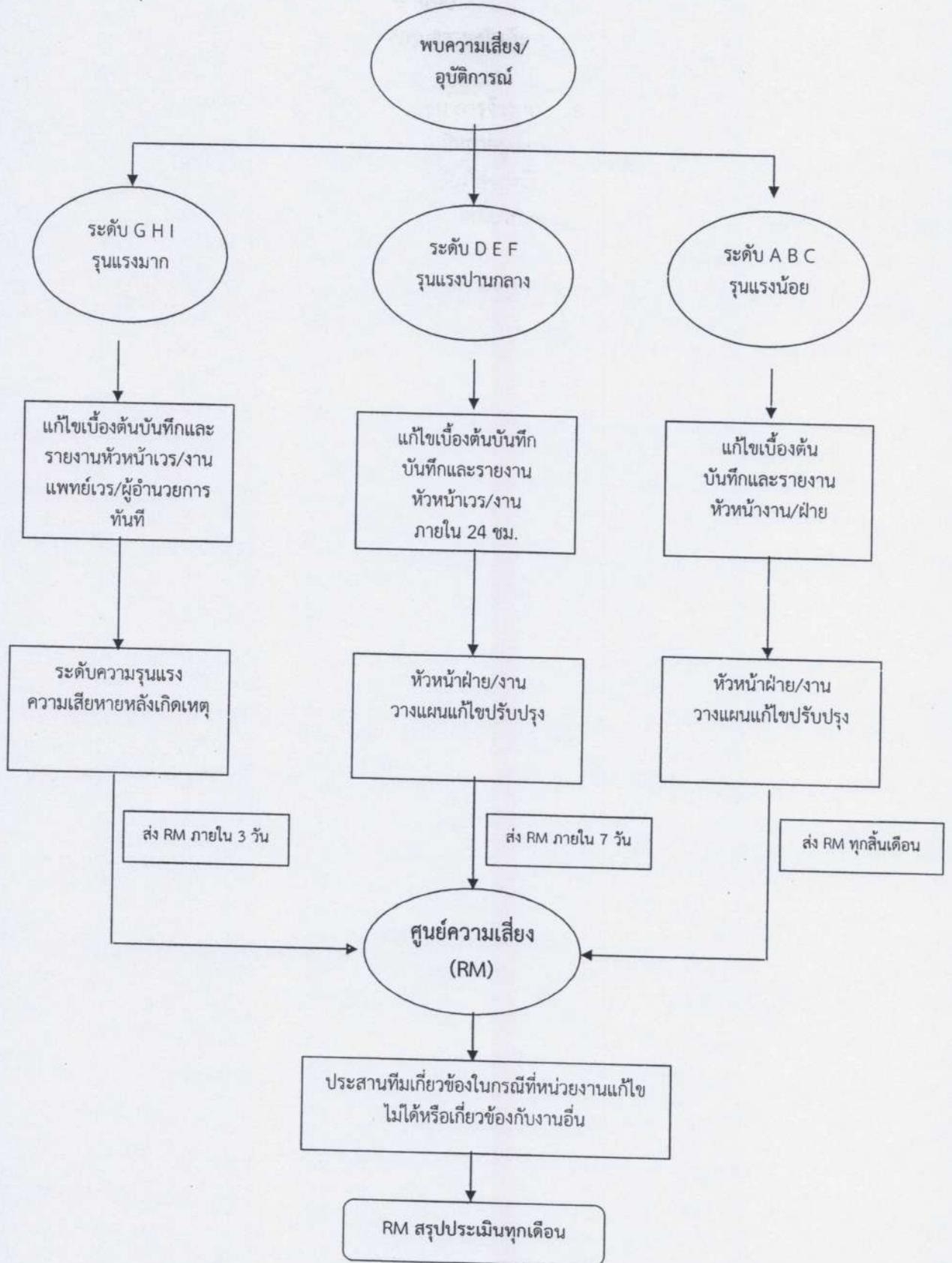
การประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทางคลินิก (ระดับ A-I) มีหลักเกณฑ์ดังนี้

ระดับ	ผลกระทบ	ค่ากลอนการจำ	ความเสี่ยงทั่วไป	ลักษณะการเกิด อุบัติการณ์	ความ รุนแรง
A	เหตุการณ์ที่มีโอกาสผิดพลาด	มีโอกาสพลาด	AI มีโอกาสเกิดในหน่วยงาน	Near miss	ต่ำ
B	ความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วยและ/หรือบุคลากร	พลาดเคลื่อนไม่ถึง	BI เกิดระหว่างหน่วยงาน แต่ถูกตรวจพบก่อน	Near Miss	
C	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตราย	ก้ำกึ่งอันตราย	CI เกิดกับจนท./รพ./แต่ไม่เกิดอันตราย	Miss	
D	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ	เสียหายเฝ้าระวัง	DI เกิดกับจนท./รพ./ต้องเฝ้าระวัง	Miss	ปานกลาง
E	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราวต้องรักษาเพิ่มมากขึ้น	ต้องรักษาเพิ่ม	EI เกิดกับจนท./รพ./เสียหาย 1-1,000 บาท	Miss	
F	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น	เริ่มต้องนอนนาน	FI เกิดกับจนท./รพ./เสียหาย 1,001-5,000 บาท	Miss	
G	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร	พิการถาวร	GI เกิดกับจนท./รพ./เสียหาย 5,001-15,000 บาท	Miss	
H	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต	ต้องช่วย CPR	HI เกิดกับจนท./รพ./เสียหาย 15,001-50,000 บาท	Miss	สูง
I	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต	ชีวมลาย	II เกิดกับจนท./รพ./เสียหาย 50,001 บาทขึ้นไป/ถูกร้องเรียน	Miss	

การรายงานความเสี่ยง

1. หัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน
2. ผู้จัดการความเสี่ยงเป็นผู้จัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
3. กำหนดการรายงานตามระดับความรุนแรง

แผนภูมิการจัดการและรายงานความเสี่ยง โรงพยาบาลกันทรารมย์



ขั้นตอนที่ 3

การจัดการกับความเสี่ยง (Action to Manage Risk)

1. การจัดการกับความเสี่ยง คือ การควบคุมความสูญเสีย กลยุทธ์สำคัญในการควบคุมความสูญเสีย ได้แก่ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance)
2. การฟ้องถ่ายความเสี่ยง (risk transfer) เช่น การจ้างเหมาให้บริการรักษาเครื่องมือที่ซับซ้อน
3. การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) มีหลายรูปแบบ ได้แก่
 - การปกป้อง (Protection) เช่น เสื้อตะกั่ว, ก่อใส่ของมีคม ฯลฯ
 - การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและมาตรฐานเกี่ยวกับเครื่องมือ เช่น การตรวจสอบ การทดสอบระบบสำรอง ฯลฯ
 - การมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา การตรวจสอบอุปกรณ์และยาในรถฉุกเฉิน ฯลฯ
 - การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้ทุกคนตระหนักว่าสามารถจำกัดขอบเขตหรือป้องกันความเสี่ยงได้ด้วยวิธีใด ทำให้ทุกคนมีส่วนเป็นเจ้าของกระบวนการป้องกันความเสี่ยง
4. การลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์ (loss reduction) ได้แก่ การดูแลแก้ปัญหาโดยฉับพลันด้วยความเอาใจใส่ ให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาภายใต้คำแนะนำ การสื่อสารและความเข้าใจที่ดีต่อกัน เพื่อช่วยป้องกันปัญหาการฟ้องร้อง
5. การแบ่งแยกความเสี่ยง (risk segregation) ได้แก่ การแบ่งแยกหรือจัดให้มีระบบสำรอง สำหรับทรัพยากรที่ใช้ในการทำงาน

การจัดการกับความเสี่ยง โดยการระบุความเสี่ยงและวิธีการจัดการกับความเสี่ยง

1. หน่วยงานมีความเสี่ยงอะไรบ้าง
2. มีมาตรการควบคุม หรือการป้องกันอย่างไร
3. การกำหนดมาตรการนั้นเพียงพอหรือไม่

การจัดการป้องกันความเสี่ยง มีวิธีปฏิบัติ หรือระเบียบวิธีปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงนั้น ๆ

บทบาทหน้าที่ผู้จัดการความเสี่ยง

1. ประสานกิจกรรมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
2. รวบรวม ตรวจสอบ วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลเรื่องความเสี่ยง
3. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมป้องกันความเสี่ยง
4. ติดตามให้มีการแก้ไขความเสี่ยงของโรงพยาบาล
5. เป็นศูนย์การประสานข้อมูลความเสี่ยงในโรงพยาบาล
6. ร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

แนวทางการจัดการกับความเสี่ยง

ระดับความรุนแรง	ระดับความเสี่ยง	การจัดการแก้ปัญหา
A - C	Low Risk	จัดทำแนวทาง/คู่มือการปฏิบัติงาน
D - F	Moderate Risk	การพัฒนาคุณภาพงานโดยใช้ความคิดสร้างสรรค์(CQI)
G - I	High Risk	ใช้การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบทุกปัญหา (RCA)

มาตรการป้องกันหรือควบคุมความเสี่ยง

1. มาตรการป้องกัน

- เตรียมคน / เครื่องมือ / ข่าวสาร อย่างไรบ้าง
- มีวิธีปฏิบัติที่รัดกุมอย่างไร
- ควบคุมกระบวนการทำงานอย่างไร
- ตรวจสอบที่จุดใด

2. แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา

- ตรวจพบปัญหาเร็วที่สุดอย่างไร โดยใคร
- เมื่อพบปัญหาจะดำเนินการอย่างไร ใครรับผิดชอบ
- รายงานสถานการณ์ให้ผู้บริหารทราบถึงระดับใด

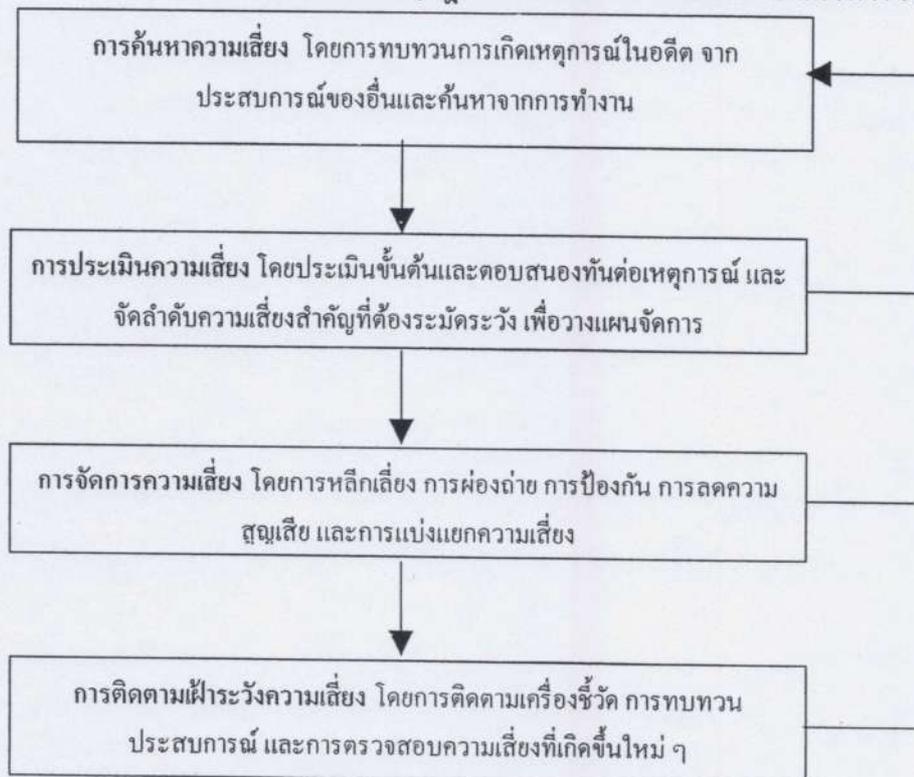
ขั้นตอนที่ 4

การประเมินผล (Evaluation) โดยใช้วงจร PDCA

เป็นการสรุปมาตรการการจัดการกับความเสี่ยงทั้งหมดที่ได้ดำเนินการไป โดย

1. ตรวจสอบว่าการจัดการกับความเสี่ยง/การป้องกันนั้นเพียงพอหรือไม่ อย่างน้อยปีละ2ครั้ง
2. หาอัตราอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและเงินที่ต้องชดเชยเทียบกับอดีตและทั่วไป
3. กิจกรรมบริหารความเสี่ยงที่ได้ดำเนินการไปในรอบปีและค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ
4. ประเมินความตระหนักและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ ภายได้สมมุติฐานว่าทุกคนคือ ผู้จัดการความเสี่ยง

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ ได้เสนอกรอบแนวคิดของการบริหารความเสี่ยง ดังนี้
กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของการบริหารความเสี่ยงตามแนวทาง HA



ภาคผนวก

ใบรายงานความเสี่ยง โรงพยาบาลกันทรารมย์

วันที่พบ/เกิดเหตุการณ์ เวลา วันที่ส่งรายงาน วันเดียวกัน วันที่.....

สถานที่เกิดเหตุ

แผนกที่รายงาน ผู้รายงาน

ปัญหา/เหตุการณ์

.....

.....

.....

.....

การวิเคราะห์สาเหตุ

.....

.....

.....

การแก้ไขปรับปรุงเบื้องต้น

.....

.....

.....

การรายงานผู้บังคับบัญชา/ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ เพื่อแก้ไข เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

 รายงานต่อ หัวหน้าเวร หัวหน้างาน ผู้ตรวจการ แพทย์เวร อื่นๆ ระบุ ผู้บังคับบัญชาระดับเหนือขึ้นไปคือ ไม่ได้รายงานเพราะ เป็นความลับ อื่น ๆ ระบุ

การประเมินความรุนแรง ดูด้านหลัง

ส่วนนี้สำหรับ ผู้ที่ Key ลงใน Him Pro เป็นผู้บันทึก

1. เลขที่ความเสี่ยง

2. วันที่ลงบันทึกใน Him pro.....

3. โปรแกรมหลัก รหัส

4. โปรแกรมย่อย รหัส

5. การวิเคราะห์ รหัส

6. ความรุนแรง รหัส

7. การแก้ไข รหัส

8. แผนกที่เกี่ยวข้อง (ลงได้มากกว่า 1 รหัส)

รหัส

หมายเหตุ หลังจากบันทึกใน Him pro แล้ว ให้รวบรวมใบบันทึกนี้ส่งมาที่ เลขความเสี่ยง

การประเมินระดับความรุนแรง (9ระดับ)

ความเสี่ยงด้านคลินิก	ความเสี่ยงทั่วไป
<input type="radio"/> A มีโอกาสเกิดในหน่วยงาน	<input type="radio"/> AI มีโอกาสเกิดในหน่วยงาน
<input type="radio"/> B เกิดระหว่างหน่วยงาน แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย	<input type="radio"/> BI เกิดระหว่างหน่วยงาน แต่ถูกตรวจพบก่อน
<input type="radio"/> C เกิดกับผู้ป่วย แต่ไม่เกิดอันตราย	<input type="radio"/> CI เกิดกับจนท./รพ./แต่ไม่เกิดอันตราย
<input type="radio"/> D เกิดกับผู้ป่วย ต้องเฝ้าระวังอาการเพิ่ม	<input type="radio"/> DI เกิดกับจนท./รพ./ต้องเฝ้าระวัง
<input type="radio"/> E เกิดกับผู้ป่วย ต้องให้การรักษาเพิ่ม	<input type="radio"/> EI เกิดกับจนท./รพ./เสียหาย 1-1,000 บาท
<input type="radio"/> F เกิดกับผู้ป่วย ต้องนอน รพ. นานขึ้น	<input type="radio"/> FI เกิดกับจนท./รพ./เสียหาย 1,001-5,000 บาท
<input type="radio"/> G เกิดกับผู้ป่วย ทำให้เกิดความพิการถาวร	<input type="radio"/> GI เกิดกับจนท./รพ./เสียหาย 5,001-15,000 บาท
<input type="radio"/> H เกิดกับผู้ป่วย ต้องทำการช่วยชีวิต	<input type="radio"/> HI เกิดกับจนท./รพ./เสียหาย 15,001-50,000 บาท
<input type="radio"/> I ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต	<input type="radio"/> II เกิดกับจนท./รพ./เสียหาย 50,001 บาทขึ้นไป/ถูกร้องเรียน

การรายงาน

ระดับ A B C แก้ไขเบื้องต้น บันทึกใน Risk profile หน่วยงาน หรือใบปฏิบัติการณ์ และ Him pro ส่งไปบันทึกมาที่ RM ภายในทุกสิ้นเดือน

ระดับ D E F แก้ไขเบื้องต้น บันทึกใน ใบปฏิบัติการณ์ และ Him pro ส่งไปบันทึกมาที่ RM ภายใน 7 วัน

ระดับ G H I แก้ไขเบื้องต้น บันทึกใน ใบปฏิบัติการณ์ และ Him pro ส่งไปบันทึกมาที่ RM ภายใน 3 วัน

การทบทวน

เกิดในหน่วยงาน ให้หน่วยงานทบทวนเอง

มีหน่วยงานอื่นเกี่ยวข้อง ให้ร่วมกันทบทวนระหว่างงานเอง ถ้าสามารถทำได้

ปัญหาเชิงระบบ/มีหน่วยงานอื่นเกี่ยวข้อง ทบทวนโดยทีมนำที่เกี่ยวข้อง

การส่งรายงานการทบทวน ในระดับรุนแรง G-H-I

ส่งรายงานการทบทวนที่ RM ทุกครั้งที่มีการทบทวน

สรุปความเห็น ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

มีการแก้ไขเหมาะสม ให้รวบรวมข้อมูลจัดทำสถิติ

ติดตามข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็น

.....

ส่งเรื่องให้คณะกรรมการ/หน่วยงาน เพื่อ การวางแผนแนวทางแก้ไข/

ป้องกัน/ประสานงานร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหา

อื่นๆ

.....

Patient Safety Goals :

SIMPLE คืออักษรย่อของหมวดหมู่ใหญ่ๆ สำหรับ Patient Safety Goals เพื่อความง่ายในการจดจำ และรองรับเป้าหมายหรือความท้าทายใหม่ๆ ที่จะมามีในอนาคต

- S = Safe Surgery (2nd Global Patient Safety Challenge)
- I = Infection Control (Clean Care ใน 1st Patient Safety Challenge)
- M = Medication & Blood Safety
- P = Patient Care Process
- L = Line, Tube, Catheter
- E = Emergency Response

<i>Patient Safety Goals & Solutions</i>	
S: Safe Surgery	
S 1	SSI Prevention
S 2	Safe anesthesia
S 3	Safe surgical team
S 3.1	Correct procedure at correct body site (High 5s / WHO PSS#4)
S 3.2	Surgical Safety Checklist
I: Infection Control (Clean Care is Safer Care)	
I 1	Hand Hygiene / Clean Hand (High 5s / WHO PSS#9)
I 2	Prevention of Healthcare Associated Infection
I 2.1	CAUTI Prevention
I 2.2	VAP Prevention (HA)
I 2.3	Central line infection Prevention (WHO PSS)
M: Medication & Blood Safety	
M 1	Safe from ADE
M 1.1	Control of concentrated electrolyte Solutions (WHO PSS#5) Managing Concentrated Injectable Medicines (High 5s)
M 1.2	Improve the safety of High-Alert Drug
M 2	Safe from medication error
M 2.1	Look-Alike Sound-Alike medication names (LASA) (WHO PSS#1)
M 3	Medication Reconciliation / Assuring medication accuracy at transition in Care (High 5s / WHO PSS#6)
M 4	Blood Safety

P : Patient Care Processes	
P 1	Patients Identification (WHO PSS#2)
P 2	Communication
P 2.1	Effective Communication –SBAR
P 2.2	Communication during patient care handovers (High 5s / WHO PSS#3)
P 2.3	Communicating Critical Test Results (WHO PSS)
P 3	Proper Diagnosis (HA)
P 4	Preventing common complications
P 4.1	Preventing Pressure Ulcers (WHO PSS)
P 4.2	Preventing Patient Falls (WHO PSS)
L : Line, Tube & Catheter	
L 1	Avoiding catheter and tubing mis-connections (WHO PSS#7)
E: Emergency Response	
E 1	Response to the Deteriorating Patient / RRT
E 2	Sepsis (HA)
E 3	Acute Coronary Syndrome (HA)
E 4	Maternal& Neonatal Morbidity (HA)

โปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาล(Risk Profile)

โปรแกรมหลัก	โปรแกรมรอง	โปรแกรมน้อย
1 การดูแลรักษา(PCT)	AA กระบวนการเข้าถึง/เข้ารับบริการ	AA 01 EMS ออกรับลำช้า
		AA 02 คัดแยกไม่ถูกต้อง
		AA 03 ระยะเวลารอดรจนาน
		AA 04 ชักขณะรอดตรวจ
		AA 05 เกิดภาวะวิกฤตขณะรอดตรวจ
		AA 06 การประสานข้อมูลไม่ถูกต้อง
	BB การประเมินผู้ป่วย/ประเมินซ้ำ	B01 ชักประวัติไม่ถูกต้อง/ไม่ครอบคลุม
		B02 ตรวจร่างกายไม่ถูกต้อง/ไม่ครอบคลุม
		B03แยกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง
		B04ประเมินซ้ำผู้ป่วยไม่ถูกต้อง
		B05จำแนกประเภทผู้ป่วยในไม่ถูกต้อง
		B06ไม่พบภาวะวิกฤติ/เสียชีวิตไม่คาดหมาย
	CC การวินิจฉัย/วางแผนรักษา/ จำหน่าย	C01วินิจฉัยผิด
		C02วินิจฉัยลำช้า
		C03แผนการรักษาไม่เหมาะสม
		C04แผนการรักษาไม่ครอบคลุม
		C05แผนการรักษาไม่เป็นไปตามCPG
		C06ไม่มีการวางแผนจำหน่าย
		C07วางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุม
		C08หนีกลับ/ไม่สมัครใจรักษา
		C09Re admit/Re visit
		C10ขาดนัด
		C11ย้าย/ส่งต่อไม่ถูกต้อง/ลำช้า
	DD รักษาทั่วไป/ผ่าตัด/หัตถการ	D01 เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก
		D02 ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
		D03 เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม
		D04 บาดเจ็บจากการประคบร้อนเย็น
		D05 บาดเจ็บจากอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์
		D06 บาดเจ็บจากการผูกมัด
		D07 เกิดผลกดทับ
		D08 ให้เลือดผิดพลาด
		D09 Bleedingหลังทำหัตถการ
		D10 ภาวะแทรกซ้อนจากถอนฟัน/ผ่าฟันคุด
		D11 ผ่าตัดผิดคนผิดข้างผิดอวัยวะ
		D12 มีสิ่งตกค้างหลังผ่าตัด
		D13 Re Operative
		D14 ผ่าตัดไม่สำเร็จ/Refer

โปรแกรมหลัก	โปรแกรมรอง	โปรแกรมน้อย
1 การดูแลรักษา (PCT)	DD รักษาทั่วไป/ผ่าตัด/หัตถการ(ต่อ)	D15Burn/บาดเจ็บจากจัดทำ/น้ำยาก่อนผ่าตัด
		D16 การระงับความรู้สึกเกิดAspirate
		D17 การระงับความรู้สึกเกิดHigh block
		D18 การระงับความรู้สึกเกิดHypotension,bladycardia
		D19 การระงับความรู้สึกเกิดปวดศีรษะ ปวดหลัง
		D20เตรียมผู้ป่วยผ่าตัด/หัตถการ ไม่พร้อม
	EE อาหาร/การฟื้นฟู/การบำบัดปวด	E00 Nut บัตรอาหาร/ใบเบิกอาหาร/คำสั่งอาหารคลาดเคลื่อน
		E01 Nut ผู้ป่วยไม่ได้รับอาหาร/ล่าช้า
		E02 Nut ผู้ป่วยได้อาหารไม่ถูกต้อง
		E03 Nut ผู้ป่วยขาดความรู้/ไม่ปรับพฤติกรรมการกินอาหาร
		E04 Nut ผู้ป่วยได้รับอาหารปนเปื้อนบาดเจ็บ
		E05 Nut ผลิต/ให้อาหาร BD ไม่ถูกต้อง
		E06 PT การประสานข้อมูลผู้ป่วยล่าช้า/ผิดพลาด
		E07 PT การประเมินผู้ป่วย ผิดพลาด ผิดคน
		E08 PT ผู้ป่วยบาดเจ็บจากการทำหัตถการ,กายภาพบำบัด
		E09 Pain ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน Pain
		E10 Pain ไม่ได้จัดการ pain/ไม่ให้ยา
		E11 Pain ไม่ได้ประเมิน Sedative Score หลังให้ยา
		E12 Pain ไม่ได้บันทึก Pain
	E13 PT เกิดภาวะแทรกซ้อนจากฟื้นฟูไม่ถูกต้อง	
	GG ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม	G01 Maternal dead
		G02 Post-partam Hemorrhage (PPH)
		G03 Pregnaney induced hypentension (PIH)
		G04 Eclampsia
		G05 Obstructed Labur
		G06 Fetal distress
		G07 Birth Aspsyxia
		G08 Still birth (ทารกแรกเกิดเสียชีวิต)
		G09 Shouder dysticia
		G12 Mild pre eclampsia
		G13 Sever pre eclampsia
		G16 CPD
		G18 Cervical tears
G19 Vaginal tears		
G20 Preterm labour and birth		
G21 Preterm labor pain		
G22 Hematoma		

โปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาล(Risk Profile)

โปรแกรมหลัก	โปรแกรมรอง	โปรแกรมน้อย
1 การดูแลรักษา (PCT)	GG ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม	G23 ภาวะรกเกาะต่ำ (Placenta Previa)
		G24 รกค้าง (Retained pieces of placenta)
		G26 Hypoglycemia
		G27 Hyperglycemia
		G28 Hypothermia
		G30 Polycytemia
		G31 BBA
		G32 DFU
		G33 ทารกขาดเจ็บจากการคลอด
	HH โรค/ภาวะไม่พึงประสงค์ทางทันตกรรม	H01 มีการติดเชื้อหลังการรักษา
		H02 มีอาการแทรกซ้อนหลังการรักษา เช่น Bleeding
		H03 ปัญหาการควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย
		H04 Failure ของวัสดุอุดในระยะ3เดือน
		H05 Failure ของการรักษารากฟันภายใน1 ปี
		H06 Failureของเดือยฟัน/ครอบฟัน/สะพานฟันภายใน 1 ปี
	II สิทธิผู้ป่วย/จริยธรรมองค์กร	I01 ความลับของผู้ป่วยถูกเปิดเผยโดยไม่ได้รับอนุญาต
		I02 ไม่ให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการรักษา / ก่อนลงนามยินยอม
		I03 ทำหัตถการโดยไม่มีบันทึกยินยอม
		I04 Admit ผู้ป่วยโดยไม่ให้เซ็นใบยินยอม
		I05 ทำวิจัยผู้ป่วยโดยไม่ขอคำยินยอม
		I06 ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเสียศักดิ์ศรี
		I07 ผู้ป่วย/ญาติได้รับการให้ข้อมูลที่กระทบต่อจิตใจรุนแรง โดยไม่มี
	SS1 ห้องปฏิบัติการ(ก่อนการตรวจวิเคราะห์)	SS101 ผู้ป่วยไม่ได้งดอาหารก่อนเจาะเลือด
		SS102 Hemolysis serum
		SS103 Partial clot / Clot specimen
		SS104 ชื่อ-สกุล,HN ผู้ป่วยไม่ตรงกันในใบนำส่งและคอมพิวเตอร์
		SS105 ไม่มีสิ่งส่งตรวจ/ผู้ป่วยเก็บสิ่งส่งตรวจไม่ได้
		SS106 สิ่งส่งตรวจไม่เพียงพอ/มากเกินไป/ไม่เหมาะสม
		SS107 ติดสติ๊กเกอร์สลับคน/เจาะเลือดสลับคน
		SS108 คุณภาพส่งตรวจไม่เหมาะสมกับการตรวจวิเคราะห์
		SS109 สิ่งส่งตรวจสูญหายระหว่างที่รอการตรวจวิเคราะห์
		SS110 ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะเจาะเลือด/ปฏิเสธการเก็บสิ่งส่งตรวจอื่นๆ
		SS111 ชื่อ-สกุล,HN ไม่ชัดเจน ระบุไม่ได้
SS112 สิ่งส่งตรวจหกเลอะเทอะ มีรอยแตกร้าว ฝาปิดไม่สนิท		
SS113 การนำส่งสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม เช่น ไม่แช่เย็น		
SS114 ชนิดสิ่งส่งตรวจไม่ตรงกับชนิดของการทดสอบ		
SS115 ระยะเวลาในการเก็บและนำสิ่งส่งตรวจถึงห้องปฏิบัติการเกิน		

โปรแกรมหลัก	โปรแกรมรอง	โปรแกรมน้อย	
1 การดูแลรักษา (PCT)	SS1 ห้องปฏิบัติการ(ก่อนการตรวจวิเคราะห์)	SS116 ไม่ติดป้ายชื่อบนภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจ	
		SS117 ส่งสิ่งส่งตรวจซ้ำชนิดในผู้ป่วยรายเดียวกัน	
		SS118 ไม่ลงรายการตรวจ	
		SS119 ลงรายการตรวจไม่ถูกต้องกับออเดอร์แพทย์	
		SS120 ระบบ LIS เชื่อมต่อผิดพลาด	
		SS121 ตีผู้ป่วยลงรายการตรวจล่าช้า กรณีที่ต้องการผลแล็บด่วน	
		SS2 ห้องปฏิบัติการ(การตรวจวิเคราะห์)	SS201 ไฟดับระยะเวลานานเกินความจุไฟ เครื่องสำรองไฟ
	SS202 เกิดปัญหาระหว่างการตรวจวิเคราะห์		
	SS203 เครื่องตรวจวิเคราะห์ชำรุด อยู่ในระหว่างการซ่อม		
	SS204 สิ่งส่งตรวจไม่ได้รับการตรวจวิเคราะห์		
	SS205 น้ยาตรวจวิเคราะห์หมดในระหว่างการตรวจ		
	SS206 อุณหภูมิเครื่องตรวจวิเคราะห์เกินกว่าที่กำหนด เครื่องไม่ทำงาน		
	SS207 น้ำประปาไม่ไหล		
	SS208 น้ยาตรวจ Expire		
	SS209 ผงห้องรั่ว น้ำซึม		
	SS210 อุบัติการณ์ สิ่งส่งตรวจทรุด กระเด็นเข้าตา ปาก ของเจ้าหน้าที่		
	SS211 เครื่องมือไม่ได้รับการ Calibrate		
	SS3 ห้องปฏิบัติการ(หลังการตรวจวิเคราะห์)		SS301 รายงานผลผิด/ลงผลในคอมพิวเตอร์ผิด
			SS302 รายงานผลสลับคน
			SS303 ไม่รายงานค่าวิกฤติ/รายงานผลวิกฤติล่าช้า
		SS304 รายงานผลการตรวจวิเคราะห์ล่าช้ากว่าเวลาที่กำหนด	
		SS305 รายงานผลด่วนไม่ทันตามเวลาที่นัดหมาย	
		SS306 ผลการตรวจวิเคราะห์ไม่ครบ	
		SS307 ผลการตรวจวิเคราะห์สูญหาย	
		SS308 ผลการตรวจวิเคราะห์ไม่ Link เข้าระบบ HIS ของโรงพยาบาล	
		SS309 พบข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยและญาติ	
		SS310 ผล EQA ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้	
		SS311 ส่งใบรายงานผลสลับตักผู้ป่วย	
		SS312 ผลการตรวจวิเคราะห์ไม่สอดคล้องกับอาการผู้ป่วย	
		SS4 ห้องปฏิบัติการ(งานธนาคารเลือด)	SS401 เลือดไม่เพียงพอกับผู้ป่วย
			SS402 เลือดหมดอายุ
	SS403 เตรียมเลือดแล้วเจ้าหน้าที่/ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับ		
	SS404 การขนส่งเลือดไม่เหมาะสม		
	SS405 ไม่ลงลายมือชื่อผู้รับเลือดในทะเบียนจ่ายเลือด		
	SS406 ผู้บริจาคเลือดเป็นลม/หน้ามืด		
	SS407 ติดใบคล้องเลือดสลับหมู่เลือด/สลับคน		
	SS408 ไม่ประสานยกเลิกการจองเลือด/ขอเลือด		

โปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาล(Risk Profile)

โปรแกรมหลัก	โปรแกรมรอง	โปรแกรมน้อย
2 การควบคุมติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC)	JJ1 การติดเชื้อในผู้ป่วย	JJ108 หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ
		JJ109 แผล Bed Sore
		JJ110 แผล Burn
		JJ111 ติดเชื้อ UTI
		JJ112 ติดเชื้อ BSI
		JJ113 ติดเชื้อค็อยา
		JJ114 ติดเชื้ออื่นๆ
	JJ2 การติดเชื้อในบุคลากร	JJ201 TB
		JJ202 สุกใส
		JJ203 หัด
		JJ204 Hepatitis
		JJ205 HIV
		JJ206 ตาแดง
	JJ3 การติดเชื้อในสิ่งแวดล้อม	JJ301 ไม่ล้างมือ/ล้างมือไม่ถูกวิธีตามกิจกรรม
		JJ302 จัดการขยะติดเชื้อ/ของมีคมไม่ถูกต้อง
		JJ303 มีเครื่องมือ อุปกรณ์ ยา สารน้ำหมดอายุ
		JJ304 ไม่ใช่อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย/ใช้ไม่ถูกต้อง
		JJ305 แยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไม่ถูกต้อง
		JJ306 การกำจัดน้ำและสารคัดหลั่งไม่ถูกต้อง
		JJ307 เครื่องมือไม่ถูกหลัก sterile/pack ไม่ครบ
		JJ308 บันทึกวันหมดอายุไม่ถูกต้อง
		JJ309 ไม่ระบุวันเปิด/ผสม/หมดอายุ ยา สารน้ำ
		JJ310 จนท.ได้รับอุบัติเหตุ/สัมผัสสารคัดหลั่ง/เข็มทิ่มตำจากการทำงาน
		JJ4 การติดเชื้อในผู้ป่วย HD
	JJ402 DLC infection	
	JJ403 AVG infection	
	JJ404 PC infection	
	3 ด้านยาและเวชภัณฑ์ (PTC)	IPDสั่งยาผิดพลาด(prescribing error)
KI110 สั่งยาขนาดยาดำ(Low dose)		
KI111 อื่นๆ เช่น ลายมืออ่านไม่ออก ไม่ชัดเจน		
KI112 สั่งจำนวนยาไม่ตรงนัด		
KI12 สั่งยามีปฏิกิริยาระหว่างยา(Drug interaction)		
KI13 คัดเลือกยา รูปแบบไม่เหมาะสม(Drug selection)		
KI14 สั่งยาที่มีประวัติแพ้(ADR)		
KI15 สั่งยาผิดข้อบ่งใช้(Invalid indication)		
KI16 สั่งยาไม่ได้ติดตามความปลอดภัยหลังให้ยา(Monitor efficacy)		
KI17 ไม่ได้ติดตามความประสิทธิภาพหลังให้ยา(Monitor safe)		

โปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาล(Risk Profile)

โปรแกรมหลัก	โปรแกรมรอง	โปรแกรมน้อย
3 ด้านยาและเวชภัณฑ์ (PTC)	IPDสั่งยาผิดพลาด(prescribing error)	KI18 Compliance (ผู้ป่วย non-compliance)
		KI19 สั่งยาขนาดยาสูง(High dose)
		KI20 สั่งยาโดยใช้ชื่อการค้า/ตัวย่อไม่สากล
		KI21 คำสั่งไม่ระบุความแรง/วิธีใช้
		KI22 สั่งยามิตรีวิธีใช้ยา/ผิดความแรง
		KI23 สั่งยาซ้ำซ้อน
		KI24 ลงข้อมูลผิดจำนวน/ไม่ระบุจำนวน
		KI25 ลืมลงข้อมูล/ลงข้อมูลไม่ครบ
		KI26 ปรับเพิ่ม-ลดยา ไม่แก้ในคอม/ไม่ตรงกัน
	'IPDคัดลอกผิดพลาด(Transcribing error)	KI21 ไม่ได้ลอกคำสั่ง
		KI22 คัดลอกผิดชนิด
		KI23 คัดลอกซ้ำ
		KI24 คัดลอกผิดคน/ผิดเตียง
		KI26 คัดลอกวิธีใช้ผิด
		KI27 คัดลอกผิดความแรง/ขนาด
		KI28 คัดลอกใบยาเดิมผู้ป่วยผิดคน
		KI29 คัดลอกผิดรูปแบบ
		IPDจ่ายยาผิดพลาด(dispensing errors)
	KI31 ไม่ได้จ่ายยาให้	
	KI32 จ่ายยาผิดชนิด	
	KI33 จ่ายยาผิดปริมาณ / ขนาด	
	KI34 จ่ายยาผิดความแรง	
	KI35 จ่ายยาผิดคน	
	KI36 จ่ายยาเกิน/ไม่ครบจำนวน	
	KI37 อื่นๆ เช่น ไม่ระบุข้อมูล เสื่อมคุณภาพ หมดอายุ	
	KI38 จ่ายยาผิดรูปแบบ	
	KI39 จ่ายยาที่แพ้/มีข้อห้ามใช้	
	KI40 จ่ายยา/เวชภัณฑ์หมดอายุ,เสื่อมคุณภาพ	
	KI41 การจ่ายยาที่ไม่มีในคำสั่งแพทย์	
	KI42 จ่ายยาที่ติดสติ๊กเกอร์ผิด	
	KI43 จ่ายยาซ้ำซ้อน	
	KI41 ไม่ลงนาม	
	KI42 ลงนามลวงหน้า/ลงนามเกิน	
KI43 เตรียมยาผิดปริมาณ/ขนาด		
IPDจัดเตรียมยาผิดพลาด (Pre-Administration error)	KI41 ไม่ลงนาม	
	KI42 ลงนามลวงหน้า/ลงนามเกิน	
	KI43 เตรียมยาผิดปริมาณ/ขนาด	

โปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาล(Risk Profile)

โปรแกรมหลัก	โปรแกรมรอง	โปรแกรมน้อย
3 ด้านยาและเวชภัณฑ์ (PTC)	IPDจัดเตรียมยาผิดพลาด (Pre-Administration error)	KI44 เตรียมยาผิดชนิด
		KI45 เตรียมยาผิดคน
		KI46 ไม่ระบุวัน Exp.หลังเปิดใช้
		KI47 เตรียมยาไม่ครบ
		KI48 ไม่ติดป้ายIVระบุข้อมูลผู้ป่วย
		KI49 มียาผู้อื่นปนอยู่ในช่งยา
	IPDให้ยาผิดพลาด (Administration error)	KI51 ไม่ได้ให้ยา/ให้ยาไม่ครบคำสั่งแพทย์
		KI52 ให้ยาผิดเวลา
		KI53 ให้ยาผิดขนาดความแรง/ปริมาณ
		KI54 ให้ยาผิดคน
		KI55 ให้ยาผิดชนิด
		KI56 ให้ยาเกินที่แพทย์สั่ง/ให้ซ้ำ
		KI57 ให้ยาผิดเทคนิค / ตำแหน่ง
		KI58 อื่นๆ เช่น ยา Exp. ยาที่แพ้
		KI59 บันทึกการให้ยาผิด/ไม่บันทึก
		KI60 ให้ยาในอัตราเร็วที่ผิด
		KI61 ให้ยาโดยขาดการMonitor Safty/Efficacy
	'KK เกี่ยวกับยา,สารน้ำ(ทั่วไป)	K1 เกิดอาการแพ้ยา
		K2 เกิดอันตรายจากการใช้ยาที่เสี่ยงสูง
		K3 ไม่มียา / เวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วย
		K4 เก็บยาและเวชภัณฑ์ไม่ถูกหลักทางวิชาการ
		K5 ระดับelectrolyteผิดปกติหลังได้รับยา
		K6 .IV อุดตันไม่ได้สารน้ำ
		K7ไม่ได้สารน้ำอัตราไม่ตรงตามแผนรักษา
		K8 จ่ายเภชภัณฑ์ไม่ถูกต้อง
		K9ไม่ระบุชื่อ /ชนิด/ปริมาณที่ให้/ติดป้ายผิด
		OPD สั่งยาผิดพลาด(Prescribing error)
	KO110 ขนาดยาดำเกินไป(Low dose)	
	KO117 สั่งยาผิดชนิด/ผิดความแรง	
	KO118 สั่งจำนวนยาไม่ตรงนัด	
	KO12 สั่งยามีปฏิกิริยาระหว่างยา(Drug interaction)	
	KO13 คัดเลือกยาไม่เหมาะสม(Drug selection)	
	KO14 สั่งยาที่แพ้/side effect/ADR	
KO15 สั่งยาผิดข้อบ่งใช้(Invalid indication)		
KO16 ไม่ได้ติดตามประสิทธิภาพหลังให้ยา(Monitor efficacy)		
KO17 ไม่ได้ติดตามความปลอดภัยหลังให้ยา(Monitor safe)		
KO18 Compliance (pt.ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา)		

โปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาล(Risk Profile)

โปรแกรมหลัก	โปรแกรมรอง	โปรแกรมย่อย
3 ด้านยาและเวชภัณฑ์ (PTC)	OPD สั่งยาผิดพลาด(Prescribing error)	KO19 สั่งขนาดยาสูงเกินไป(High dose)
		KO112 ลงข้อมูลผิดวิธีใช้
		KO113 ลืมสั่งยาSTATลืมลงคอม
		KO114 สั่งยาผิดจำนวน
		KO115 สั่งยาผิดคน
		KO116 สั่งยาซ้ำซ้อน
		KO25 สั่งยาไม่เหมาะสม
		KO26 ข้อมูลยาในสมุดกับคอมไม่ตรงกัน
	OPDจัดยาผิดพลาด (Predispensing error)	KO21 จัดยาผิดชนิด
		KO22 จัดยาผิดความแรง
		KO23 จัดยาเกิน/ไม่ครบจำนวน
		KO24 จัดยาผิดรูปแบบ
		KO25 ไม่ได้จัดยา
		KO26 จัดยาสลับซอง
		KO27 จัดยาผิดคน/ผิดตะกร้า
	'OPDจ่ายยาผิดพลาด (Dispensing error)	KO31 จ่ายยาผิดคน
		KO32 จ่ายยาผิดชนิด
		KO33 จ่ายยาผิดไม่ครบจำนวน/รายการ
		KO34 จ่ายยาผิดความแรง
		KO35 จ่ายยาเกิน
		KO36 จ่ายยาไม่ครบนัด
		KO37 อื่นๆ เช่น จ่ายยาซ้ำซ้อน
		KO38 จ่ายยาที่แพ้/มีข้อห้ามใช้
		KO39 จ่ายยาผิดรูปแบบ
		KO40 จ่ายยาหมดอายุ,เสื่อมคุณภาพ
		KO41 ไม่จ่ายยาตามแพทย์สั่ง
	OPD ใหยาผิดพลาด (administration error)	KO41 ใหยาผิดขนาด
		KO42 ใหยาผิดชนิด
		KO43 ใหยาผิดคน
		KO44 ใหยาผิดเทคนิค (ตำแหน่ง อัตราการให้)
		KO45 ใหยาผิดเวลา
		KO46 ใหยาที่มีประวัติแพ้/ข้อห้ามใช้
		KO47 ใหยาผิดวิธี
Medication reconciliation	KR1ไม่ได้สั่งยาเดิมให้ระหว่างนอนรพ.	
	KR2ไม่ได้ทบทวนยาเดิมที่ปรับระหว่างนอนรพ.	
	KR3ไม่ได้ใช้ระหว่างย้ายตึก	
	KR4ไม่ได้สั่งยาเดิมกลับบ้าน	

โปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาล(Risk Profile)

โปรแกรมหลัก	โปรแกรมรอง	โปรแกรมน้อย	
3 ด้านยาและเวชภัณฑ์ (PTC)	Medication reconciliation	KR5 วิธีใช้ยาเดิมต่างจากเดิมแบบไม่ได้ตั้งใจ	
		KR6 ไม่ได้จ่ายยาเดิมคืนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน	
		KR7 ไม่แนบใบยาเดิมก่อนกลับบ้าน	
	High Alert Drug (HAD)	KS1 สั่งใช้ยาHADเกินขนาด	
		KS2 สั่งใช้ยาHADไม่เหมาะสม	
		KS3 สั่งยาHADที่มีอันตรกริยากัน	
		KS4 สั่งยาHADต่ำ/สูง กว่าขนาดการรักษา	
		KS5 สั่งยาHADใช้อัตราส่วนไม่เป็นสากล	
		KS6 คัดลอกคำสั่งยาHADไม่ครบ/ผิด	
		KS7 จ่ายยาHADผิดคน	
		KS8 จ่ายยาHADผิดรายการ	
		KS9 จ่ายยาHADไม่ครบ	
		KS10 จ่ายยาHADผิดวิธีใช้	
		KS11 บริหารยาHADผิด rate การให้ยา	
		KS12 เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาHAD	
		KS13 บันทึกการให้ยาHADผิด/ไม่บันทึกHAD	
	ระบบคลังยา/เวชภัณฑ์	KT01 จุดบริการไม่มียา / เวชภัณฑ์จ่ายให้กับผู้ป่วย	
		KT02 ยา/เวชภัณฑ์ขาดStock	
		KT03 คลังไม่ได้จ่ายยา/เวชภัณฑ์ให้(มีแต่ไม่ได้จัด)	
		KT04 คลังเบิกจ่ายยา/เวชภัณฑ์ผิดชนิด	
		KT05 คลังเบิกจ่ายยา/เวชภัณฑ์ผิดจำนวน	
		KT06 คลังเบิกจ่ายยา/เวชภัณฑ์หมดอายุ,เสื่อมคุณภาพ	
		KT07 ยา/เวชภัณฑ์ไม่เหมาะสมต่อการใช้งาน	
	4 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)	LL โครงสร้างทางกายภาพ และ สิ่งแวดล้อม	L01 อาคารสถานที่คับแคบ
			L02 การแบ่ง/ใช้พื้นที่ไม่เหมาะสม
			L03 พื้นอาคารลื่น/ขรุขระ เกิดอันตราย
			L04 อาคารสถานที่สกปรก/ไม่สะอาด
L05 ห้องน้ำ / ห้องส้วม (ไม่เพียงพอ / ไม่สะอาด)			
L06 แสงสว่าง (ไม่เพียงพอ)			
L07 เสียงดังรบกวน			
L08 สถานที่จอดรถไม่เพียงพอ			
L09 หลังคารั่ว			
L10 มีมลพิษทางฝุ่น/ควัน			
L11 มีกลิ่นรบกวนรุนแรง			
L12 อุณหภูมิสูงเกินมาตรฐาน			
L13 พื้นที่สามารถ/ไม่ได้รับการดูแล			
L14 ต้นไม้/ไม้ดอก ไม้ประดับ ไม่ได้รับการดูแล			

โปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาล(Risk Profile)

โปรแกรมหลัก	โปรแกรมรอง	โปรแกรมย่อย		
4 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)	MM ระบบสนับสนุนฉุกเฉิน	M01 ระบบระบายอากาศ / ปรับอากาศ ชัดช่อง		
		M02 ระบบ Refer ไม่เพียงพอ/มีปัญหา		
		M03 ไฟฟ้าฉุกเฉิน (ไม่ทำงาน / ไม่เพียงพอ)		
		M04 สัญญาณเตือนภัยทำงานชัดช่อง		
		M05 น้ำดื่ม / น้ำใช้ (ไม่เพียงพอ / ไม่สะอาด)		
		M06 กล้องวงจรปิดชัดช่อง		
	NN ระบบสื่อสารและขนส่ง	N01 ตก/ล้ม/อันตรายจากการเคลื่อนย้าย		
		N02 การขนส่งทั่วไป		
		N03 ระบบรับ-ส่งอุปกรณ์/อาหาร/ขยะ/ผ้าเปื้อนไม่เหมาะสม		
		N04 รถเข็น/เปลนอนผู้ป่วย ไม่สะอาด		
5 บุคลากรและอาชีวอนามัย	QQ 01 บุคลากร	QQ 011 บุคลากรขาดงาน		
		QQ 012 บุคลากรพฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม		
		QQ 013 บุคลากรถูกฟ้องร้อง		
		QQ 014 บุคลากรทักษะไม่เหมาะสม		
		QQ 015 เรียกอัตรากำลังเสริม/เวร oncall/Referไม่ได้		
		QQ016 บุคลากรมาทำงานสาย		
		QQ017 อัตรากำลังไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน		
	QQ 02 อาชีวอนามัย	QQ 021 บุคลากรได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน		
		QQ 022 บุคลากรเจ็บป่วยจากการทำงาน		
		QQ 023 บุคลากรไม่ตรวจสุขภาพ		
		QQ 024 บุคลากรเครียดจากการทำงาน		
		6 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค	RR1 เครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์	R01 เครื่องมือไม่ทำงาน
				R02 ไม่มีเครื่องมือเครื่องใช้
				R03 เครื่องมือไม่เพียงพอ
R04 เจ้าหน้าที่ใช้เครื่องมือไม่ถูกวิธี				
R05 จัดเก็บ/ดูแลเครื่องมือไม่ถูกต้อง				
R06 เจ้าหน้าที่ไม่ได้ตรวจสอบเครื่องมือ				
R07 เครื่องมือทำงานผิดปกติ				
R08 เครื่องมือไม่พร้อมใช้				
R09 เครื่องมือตกหล่น/ชำรุดใช้งานไม่ได้				
R10 เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการใช้เครื่องมือ				
R11 เครื่องมือสอบเทียบไม่ผ่าน				
R12 เครื่องมือไม่ได้รับการสอบเทียบ				
R13 ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการใช้เครื่องมือแพทย์				
RR2 ระบบแกสทางการแพทย์	RR201 ออกซิเจนไม่เพียงพอ/หมด			
	RR202 อุปกรณ์ระบบออกซิเจนชำรุด			
	RR203 ชุดให้ออกซิเจนชำรุด/ไม่พร้อมใช้/ไม่สะอาด			

โปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาล(Risk Profile)

โปรแกรมหลัก	โปรแกรมรอง	โปรแกรมน้อย
6 เครื่องมือและระบบ สาธารณสุขภาค	RR2 ระบบแกสทางการแพทย์(ต่อ)	RR204ถึงออกซิเจนไม่มีอุปกรณ์รััดถึงกันล้ม
		RR205ถึงออกซิเจนไม่ใช่อุปกรณ์รััดถึงกันล้ม
		RR206 การนำส่งถึงออกซิเจนล่าช้า
7 เวชระเบียน/IT/IM/ ข้อคิดเห็น ข้อร้องเรียน	TT เวชระเบียน / IT / IM	T 01 ส่งคืนเวชระเบียนล่าช้า
		T02Him pro ใช้งานไม่ได้
		T03 Internet ใช้งานไม่ได้
		T04 ตาม จนท.IT ไม่ได้
		T05ให้รหัสโรคไม่ถูกต้อง
		T06เวชระเบียนผิดคน
		T07ติด Lab ผิดเวชระเบียน
		T08เวชระเบียนสูญหาย
		T09บันทึกเวชระเบียนไม่สมบูรณ์
	UU ข้อร้องเรียน คิดเห็น ของ ผู้รับบริการ	U 01 ด้านคน/พฤติกรรม/คุณภาพบริการ
		U 02 ด้านกระบวนการ ระบบบริการ
		U 03 ด้านสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่
		U 04 ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม
		U 05 ค่ายกย่องชมเชย
8 การบริการทั่วไป/การเงิน	VV 01 การเงินและบัญชี	VV01ข้อมูลจัดทำบัญชีไม่พร้อม
		v001 ออกใบเสร็จฉบับจริงติดกับสำเนาให้ผู้ป่วย
		v012 ทอนเงินผิด
		v013 จ่ายเงินไม่ถูกต้อง
		v014 โอนเงินเข้าบัญชีผิดคน
		v015 รายงานทางการเงินไม่ทันเวลา
	VV 02 สุรการ	v 021 ส่งหนังสือล่าช้า
		VV 022 เอกสารสูญหาย
		VV 023 ส่งหนังสือผิดฝ่ายงาน
	VV 03 งานพัสดุ	VV 02 จ่ายวัสดุผิดพลาด ไม่ตรงกับที่เบิก
		VV 031 จัดเก็บวัสดุไม่เหมาะสม
		VV032'จัดซื้อพัสดุไม่ตรงกับความต้องการ
		VV 033 จ่ายวัสดุล่าช้า/ไม่ทัน/ไม่ตรงเวลา
		VV034จัดซื้อพัสดุล่าช้าไม่ทันเวลา
		VV035จัดซื้อพัสดุมาก/น้อยเกินไป
		VV036ตรวจรับพัสดุไม่ถูกต้อง ปริมาณ/คุณภาพ
		VV037กรรมการตรวจรับไม่มีความรู้ในพัสดุนั้นๆ
		VV038พัสดusuหาย
		VV039พัสดุเสื่อมสภาพ/หมดอายุ
		VV040พัสดุมิไม่ตรงกับบัญชีคุม

โปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาล(Risk Profile)

โปรแกรมหลัก	โปรแกรมรอง	โปรแกรมน้อย
8 การบริการทั่วไป/การเงิน	VV 04 งานยานพาหนะ	VV 041 รถไม่พร้อมให้บริการ/ชำรุด/ไม่มีน้ำมัน
		VV 042 พxr ไม่พร้อม/มาช้า
		VV 043 เกิดอุบัติเหตุระหว่างขับขี
		VV044 ไม่ต่อ พรบ.รถ
		VV045 ยานพาหนะไม่สะอาด
		VV046 ตาม พxr.ไม่ได้
	VV 05 งานรักษาความปลอดภัย	VV 051 จราจรไม่สะดวก/เข้าออกผิดทาง
		VV052 ทรัพย์สินถูกลักขโมย/โจรกรรม
		VV 053 จนท ถูกทำร้ายร่างกายในโรงพยาบาล
		VV054 ติดต่อ รปภ.ไม่ได้
	VV 06 งานอาคารสถานที่/สนาม	VV 061 ท่อระบายน้ำ มีน้ำขัง
		VV 062 หลังคารั่ว
		VV 063 พื้น /สนามรก/ไม่สะอาดสวยงาม
	VV 07 งานซ่อมบำรุง	VV 071 เครื่องมือป้องกัน/ซ่อมแซมไม่พร้อม
		VV 072 จนท ไม่ได้อบรมวิศวกรรมความปลอดภัย
		VV 073 การทำงานไม่เชื่อมต่อการซ่อมแซม
		VV074อุปกรณ์/เครื่องมือสูญหาย ขณะส่งซ่อม
		VV075 อุปกรณ์/เครื่องมือ ได้รับการซ่อมล่าช้า
		VV076 ไม่มีใบส่งซ่อม
		VV077อุปกรณ์/เครื่องมือสำคัญได้รับการซ่อมแซมล่าช้า
	VV 08 งานการเจ้าหน้าที่	VV 081 ข้อมูล จนท คลาดเคลื่อน
		VV 082 จนท เสียสิทธิประโยชน์
		VV 083 ข้อมูลส่วนบุคคล จนท.ไม่ครบ
		VV084การตรวจสอบวันลาผิดพลาด
	VV 09 งานซักฟอก	VV 091 เครื่องซักผ้าไม่พร้อม/ชำรุด
		VV 092 บริการผ้าไม่เพียงพอ
		VV 093 ผ้าขาดชำรุด/สูญหาย
		VV 094 แยกผ้าเปื้อนไม่ถูกต้อง
		VV095 ผ้าไม่สะอาด
		VV096 ผ้าสูญหายไปกับรถRefer/ผู้ป่วย
		VV097ไม่แกะปมผ้าปูที่นอน
		VV098มีอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ปะปนกับผ้า

code	name
1D	1D บันทึกครบถ้วนส่งทันเวลา
2D	2D บันทึกครบถ้วน แต่ส่งรายงานช้า
3D	3D บันทึกไม่ครบถ้วน แต่ส่งทันเวลา
4D	4D บันทึกไม่ครบถ้วน และส่งช้า

รหัสการวิเคราะห์

code	name
1C	1C คน
2C	2C กระบวนการ/ระบบบริการ
3C	3C อาคารสถานที่/สิ่งแวดล้อม
4C	4C สิทธิผู้ป่วยและมนุษยธรรม

รหัสผลการดำเนินการความเสี่ยง

code	name
1B	1B ยังไม่ได้ประเมิน
2B	2B ปรับปรุงระบบ
3B	3B ได้แนวทางใหม่
4B	4B แก้ไข/ดำเนินการแล้ว

รหัสระดับความรุนแรงของความเสี่ยง

code	name
A	A มีโอกาสเกิดในหน่วยงาน (ด้านคลินิก)
A1	A1 มีโอกาสเกิดในหน่วยงาน (ด้านทั่วไป)
B	B เกิดระหว่างหน่วยงาน / ยังไม่ถึงผู้ป่วย
B1	B1 เกิดระหว่างหน่วยงาน ตรวจพบก่อน
C	C เกิดกับผู้ป่วย แต่ไม่เกิดอันตราย
C1	C1 เกิดกับ จนท./ รพ. แต่ไม่เกิดอันตราย
D	D เกิดกับผู้ป่วย ต้องเฝ้าระวังอาการ
D1	D1 เกิดกับโรงพยาบาลต้องเฝ้าระวัง
E	E เกิดกับผู้ป่วย ต้องให้การรักษาเพิ่ม
E1	E1 เกิดกับ จนท./รพ. เสียหาย 1-1,000 บาท
F	F เกิดกับผู้ป่วยต้องนอน รพ. นานขึ้น
F1	F1 เกิดกับ จนท. / รพ. เสียหาย 1,001-5,000 บาท
G	G เกิดกับผู้ป่วย ทำให้เกิดความพิการถาวร
G1	G1 เกิดกับ จนท./รพ. เสียหาย 5,001-15,000 บาท
H	H เกิดกับผู้ป่วย ต้องทำการช่วยชีวิต
H1	H1 เกิดกับ จนท./ รพ. เสียหาย 15,001-50,000 บาท
I	I ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต
I1	I1 เกิดกับ จนท./ รพ. เสียหาย 50,001 บาท ขึ้นไป

รหัสสถานะการปรับปรุงความเสี่ยง

code	name
1A	1A ยังไม่ได้แก้ไข
2A	2A แก้ไขเองภายในหน่วยงาน
3A	3A ประสาน / แก้ไขระหว่างงานกันเองแล้ว
4A	4A กำลังดำเนินการแก้ไข