



ศูนย์การแพทย์
ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โครงการทบทวน Risk Management ประจำปี 2565





ศูนย์การแพทย์
ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

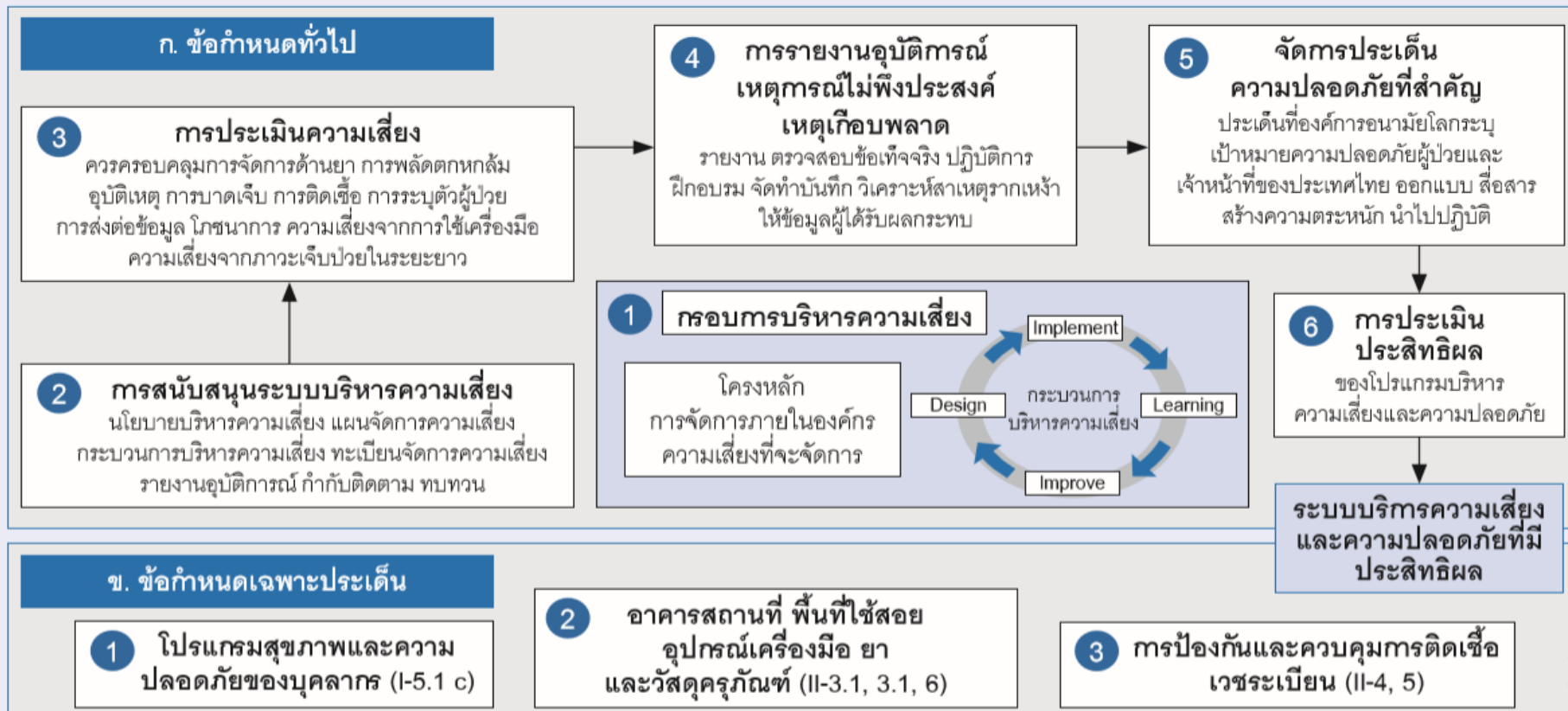
ระบบบริหารความเสี่ยง

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.



นโยบายในการบริหารความเสี่ยง

1. บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยง เมื่อพบเห็นเหตุการณ์ ให้รายงานอุบัติการณ์ on line ผ่านระบบโปรแกรมการรายงานความเสี่ยงทาง Intranet หรือในใบรายงานอุบัติการณ์ตามระบบที่วางไว้
2. หัวหน้าหน่วยงานทุกหน่วย เป็นผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน และจัดการให้มีการค้นหาความเสี่ยง จัดทำรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน ร่วมกันวิเคราะห์ และวางมาตรการในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
3. ให้มีการประสานข้อมูลระหว่างคณะกรรมการ/ทีมที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหาในแต่ละระบบงาน และกำหนดเป็นมาตรการหรือมาตรฐานเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ มีการแก้ไขปัญหาดตามระดับความรุนแรง และติดตามกำกับความเสี่ยงโดยใช้ risk register เพื่อดูแลแนวโน้มหลังการวางระบบป้องกัน

นโยบายในการบริหารความเสี่ยง

4. ให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จัดระบบการจัดการความเสี่ยงที่ชัดเจน มีการรวบรวม วิเคราะห์และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ นำสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น เพื่อลดความสูญเสียหรือเสียหายที่อาจเกิดขึ้นในโรงพยาบาล

5. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีหน้าที่ส่งเสริมให้มีการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง 2P Safety Goal โดยใช้คู่มือเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรสาธารณสุข ของประเทศไทย พ.ศ. 2561

6. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและคณะกรรมการแพทยศาสตร์ศึกษา มีหน้าที่ติดตาม กำกับ ความเสี่ยงที่เกิดจากการเรียน การสอนและการฝึกฝน ทักษะที่เกิดจากนิสิตแพทย์ และนิสิตสายสนับสนุน รวมทั้งแพทย์เพิ่มพูนทักษะ แพทย์ประจำบ้าน โดยร่วมกันวางระบบป้องกันกับองค์กรวิชาชีพ

การบริหารความเสี่ยง

เป้าหมายความปลอดภัย

1. บุคลากรมีวัฒนธรรมความปลอดภัย
2. มีกระบวนการในการบริหารความเสี่ยงอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ



รายงานผลการสำรวจวัฒนธรรมองค์กร ปี 2564

จำนวนบุคลากรทั้งหมด 1,159 คน

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ 993 คน

ภาพรวม 64

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ 48.6%	2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม 67.5%	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย 70.3%
D1 51.2%	D2 47.8%	D3 46.7%
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 69.5%	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล 69.3%	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง 63.5%
A6 71.2%	A9 68.8%	A13 68.5%
A1 78.3%	A3 77.9%	A4 73.0%
A15 80.8%	A18 64.5%	A10 68.5%
A17 56.3%	A11 47.9%	C2 65.4%
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด 68.7%	8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับคนในภายหลัง 57.1%	9. การจัดคนทำงาน 49.7%
C1 61.6%	C3 69.1%	C5 75.3%
A8 59.0%	A12 57.7%	A16 54.7%
A2 31.1%	A5 55.0%	A7 39.1%
A14 73.5%	10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย 61.8%	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล 60.9%
F1 57.4%	F8 63.9%	F9 63.9%
F4 59.9%	F10 63.4%	F2 57.1%
F6 63.2%	F3 55.3%	F5 65.2%
F7 53.4%	F11 62.6%	12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร 59.1%

ภาพรวม 61

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ 53.8%	2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม 70.0%	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย ความปลอดภัย 72.0%
D1 57.0%	D2 52.7%	D3 51.7%
A15 83.4%	A18 65.9%	A10 72.0%
A17 58.7%	B1 69.0%	B2 70.5%
B3 71.1%	B4 77.4%	
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 72.5%	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล 69.6%	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง 65.9%
A6 75.0%	A9 70.9%	A13 71.1%
A1 77.5%	A3 78.0%	A4 71.8%
A11 51.1%	C2 68.6%	C4 56.1%
C6 73.2%		
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความพึงพอใจ 70.7%	8. การตอบสนองต่อความพึงพอใจที่ปราศจากการสังหารภัย 59.9%	9. การจัดคนทำงาน 53.4%
C1 61.7%	C3 71.5%	C5 78.8%
A8 63.2%	A12 60.7%	A16 55.9%
A2 35.2%	A5 56.3%	A7 44.8%
A14 77.0%		
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย 66.5%	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล 65.1%	12. การส่งผลงานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร 62.2%
F1 61.6%	F8 69.2%	F9 68.7%
F4 62.7%	F10 69.2%	F2 60.3%
F6 68.1%	F3 61.4%	F5 67.9%
F7 55.2%	F11 64.4%	

ภาพรวม 62

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ 47.3%	2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม 66.6%	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย ความปลอดภัย 68.5%
D1 50.4%	D2 47.8%	D3 43.6%
A15 82.0%	A18 64.6%	A10 66.4%
A17 53.4%	B1 64.9%	B2 69.3%
B3 66.5%	B4 73.5%	
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 66.9%	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล 69.7%	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง 61.1%
A6 68.0%	A9 67.4%	A13 65.4%
A1 77.6%	A3 78.1%	A4 72.6%
A11 50.7%	C2 64.6%	C4 49.3%
C6 69.2%		
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความพึงพอใจ 66.6%	8. การตอบสนองต่อความพึงพอใจที่ปราศจากการสังหารภัย 56.0%	9. การจัดคนทำงาน 48.6%
C1 58.9%	C3 66.9%	C5 73.9%
A8 56.8%	A12 58.4%	A16 52.8%
A2 31.2%	A5 53.2%	A7 37.4%
A14 72.4%		
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย 59.5%	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล 57.5%	12. การส่งผลงานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร 56.0%
F1 54.1%	F8 63.8%	F9 60.8%
F4 56.4%	F10 61.2%	F2 52.2%
F6 60.1%	F3 53.5%	F5 61.9%
F7 49.5%	F11 59.1%	

ภาพรวม 63

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ 49.5%	2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม 68.7%	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย ความปลอดภัย 70.0%
D1 53.0%	D2 47.4%	D3 48.1%
A15 82.6%	A18 64.7%	A10 69.2%
A17 58.5%	B1 66.0%	B2 69.4%
B3 69.8%	B4 74.9%	
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 69.7%	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล 70.9%	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง 62.4%
A6 71.4%	A9 69.8%	A13 68.0%
A1 78.6%	A3 79.3%	A4 74.2%
A11 51.6%	C2 65.0%	C4 53.1%
C6 69.0%		
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความพึงพอใจ 67.9%	8. การตอบสนองต่อความพึงพอใจที่ปราศจากการสังหารภัย 57.5%	9. การจัดคนทำงาน 51.5%
C1 61.6%	C3 67.0%	C5 75.2%
A8 60.0%	A12 57.8%	A16 54.8%
A2 35.5%	A5 57.2%	A7 39.5%
A14 73.6%		
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย 60.3%	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล 59.3%	12. การส่งผลงานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร 56.7%
F1 56.8%	F8 62.1%	F9 62.0%
F4 57.3%	F10 62.6%	F2 55.1%
F6 62.2%	F3 52.8%	F5 62.2%
F7 51.6%	F11 60.4%	

ภาพรวม 64

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ 48.6%	2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม 67.5%	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย ความปลอดภัย 70.3%
D1 51.2%	D2 47.8%	D3 46.7%
A15 80.8%	A18 64.5%	A10 68.5%
A17 56.3%	B1 67.2%	B2 70.1%
B3 68.2%	B4 75.6%	
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 69.5%	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล 69.3%	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง 63.5%
A6 71.2%	A9 68.8%	A13 68.5%
A1 78.3%	A3 77.9%	A4 73.0%
A11 47.9%	C2 65.4%	C4 55.5%
C6 69.8%		
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความพึงพอใจ 68.7%	8. การตอบสนองต่อความพึงพอใจที่ปราศจากการสังหารภัยกับคนใน ภายหลัง 57.1%	9. การจัดคนทำงาน 49.7%
C1 61.6%	C3 68.1%	C5 75.3%
A8 59.0%	A12 57.7%	A16 54.7%
A2 31.1%	A5 55.0%	A7 39.1%
A14 73.5%		
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย 61.8%	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล 60.9%	12. การส่งผลงานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร 59.1%
F1 57.4%	F8 63.9%	F9 63.9%
F4 59.9%	F10 63.4%	F2 57.1%
F6 63.2%	F3 55.3%	F5 65.2%
F7 53.4%	F11 62.6%	

ภาพรวม 64

ผู้บริหาร

สายวิชาชีพ

สายสนับสนุนการแพทย์

Back off

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ 48.6% D1 D2 D3 51.2% 47.8% 46.7%	2. ความเห็นต่อความปลอดภัย 67.5% A15 A18 A10 A17 80.8% 61.5% 68.5% 56.3%	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย 70.3% B1 B2 B3 B4 67.2% 70.1% 68.2% 75.6%	1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ 68.1% D1 D2 D3 62.5% 68.1% 73.6%	2. ความเห็นต่อความปลอดภัย 78.1% A15 A18 A10 A17 93.1% 75.0% 84.7% 59.7%	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย 83.3% B1 B2 B3 B4 79.2% 83.3% 84.7% 86.1%	1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ 54.7% D1 D2 D3 58.0% 53.7% 52.2%	2. ความเห็นต่อความปลอดภัย 73.2% A15 A18 A10 A17 85.8% 72.5% 75.5% 58.1%	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย 74.3% B1 B2 B3 B4 70.2% 72.6% 72.2% 81.2%	1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ 46.8% D1 D2 D3 51.2% 45.2% 43.9%	2. ความเห็นต่อความปลอดภัย 65.5% A15 A18 A10 A17 88.5% 60.8% 65.7% 55.1%	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย 69.6% B1 B2 B3 B4 66.8% 69.9% 66.5% 75.5%	1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ 31.2% D1 D2 D3 31.4% 32.5% 29.6%	2. ความเห็นต่อความปลอดภัย 55.0% A15 A18 A10 A17 65.1% 50.9% 52.7% 51.5%	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย 57.4% B1 B2 B3 B4 56.2% 57.4% 56.2% 59.8%
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างยั่งยืน 69.5% A6 A8 A13 71.2% 68.8% 68.5%	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล 69.3% A1 A3 A4 A11 78.3% 77.9% 72.0% 47.9%	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง 63.5% C2 C1 C3 65.4% 53.5% 69.8%	4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างยั่งยืน 86.6% A6 A8 A13 88.9% 88.9% 81.9%	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล 83.3% A1 A3 A4 A11 87.5% 94.4% 94.4% 59.5%	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง 78.7% C2 C1 C3 84.7% 70.8% 88.6%	4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างยั่งยืน 75.1% A6 A8 A13 76.8% 73.8% 75.2%	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล 74.1% A1 A3 A4 A11 84.2% 80.7% 78.5% 53.1%	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง 72.5% C2 C1 C3 72.8% 66.2% 78.5%	4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างยั่งยืน 67.5% A6 A8 A13 70.6% 65.7% 66.2%	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล 64.9% A1 A3 A4 A11 73.2% 75.6% 67.2% 43.4%	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง 60.0% C2 C1 C3 62.1% 50.1% 67.8%	4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างยั่งยืน 54.4% A6 A8 A13 53.3% 56.8% 53.3%	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล 63.0% A1 A3 A4 A11 73.4% 70.4% 65.1% 43.2%	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง 45.8% C2 C1 C3 48.5% 37.9% 50.9%
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด 68.7% C1 C2 C3 61.6% 69.1% 75.3%	8. การยอมรับต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการลงโทษกับตนเอง 57.1% A8 A12 A16 59.0% 57.7% 54.7%	9. การจัดพนักงาน 49.7% A2 A5 A7 A14 31.1% 55.0% 39.1% 73.5%	7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด 85.6% C1 C2 C3 76.4% 88.9% 94.7%	8. การยอมรับต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการลงโทษกับตนเอง 70.4% A8 A12 A16 70.8% 73.8% 66.7%	9. การจัดพนักงาน 58.0% A2 A5 A7 A14 38.9% 66.7% 50.0% 76.4%	7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด 76.6% C1 C2 C3 69.2% 78.5% 82.0%	8. การยอมรับต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการลงโทษกับตนเอง 63.1% A8 A12 A16 65.1% 65.4% 58.9%	9. การจัดพนักงาน 52.9% A2 A5 A7 A14 34.6% 56.7% 42.4% 78.7%	7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด 65.1% C1 C2 C3 57.4% 64.4% 73.5%	8. การยอมรับต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการลงโทษกับตนเอง 53.6% A8 A12 A16 55.3% 52.2% 53.2%	9. การจัดพนักงาน 49.9% A2 A5 A7 A14 28.1% 56.9% 39.2% 74.2%	7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด 52.5% C1 C2 C3 48.5% 50.9% 50.0%	8. การยอมรับต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการลงโทษกับตนเอง 46.5% A8 A12 A16 49.1% 46.7% 43.8%	9. การจัดพนักงาน 38.8% A2 A5 A7 A14 24.9% 42.0% 29.0% 59.2%
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย 61.8% F1 F8 F9 57.4% 63.9% 63.9%	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล 60.9% F4 F10 F2 F6 59.9% 63.4% 57.1% 63.2%	12. การส่งต่อและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/ระดับ 59.1% F3 F5 F7 F11 55.3% 65.2% 53.4% 62.6%	10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย 75.9% F1 F8 F9 77.8% 76.4% 72.6%	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล 76.4% F4 F10 F2 F6 73.8% 73.8% 76.4% 79.2%	12. การส่งต่อและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/ระดับ 68.4% F3 F5 F7 F11 66.7% 76.4% 62.5% 68.1%	10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย 64.9% F1 F8 F9 60.8% 67.3% 66.5%	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล 63.4% F4 F10 F2 F6 63.2% 68.1% 56.7% 65.7%	12. การส่งต่อและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/ระดับ 62.9% F3 F5 F7 F11 57.5% 71.4% 54.2% 68.4%	10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย 61.2% F1 F8 F9 56.1% 62.4% 64.2%	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล 60.1% F4 F10 F2 F6 58.2% 62.6% 57.0% 62.6%	12. การส่งต่อและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/ระดับ 60.0% F3 F5 F7 F11 57.1% 64.4% 54.8% 63.6%	10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย 50.3% F1 F8 F9 44.4% 52.7% 53.8%	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล 50.7% F4 F10 F2 F6 50.3% 50.3% 49.7% 52.7%	12. การส่งต่อและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/ระดับ 45.0% F3 F5 F7 F11 41.4% 48.5% 44.4% 45.6%

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง



การรายงาน HOIR

ผ่านโปรแกรมการรายงานความเสี่ยง

เรียนรู้การใช้โปรแกรม

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มของ รพ.

FaceBook โรงพยาบาล



จำนวนผู้เยี่ยมชม

Today	61
Yesterday	6
Week	61
Month	877
All	49385

Kubik-Rubik Joomla! Extensions

ออนไลน์ ขณะนี้

มี 3 ผู้มาเยือน และ ไม่มีสมาชิกออนไลน์



Search

SEARCH

Activate Windows
Go to Settings to activate Windows.

รายละเอียดของโครงการ / คู่มือของโครงการ / แผนการดำเนินงาน / แผนการดำเนินงาน (PDF) / แผนการดำเนินงาน (PDF) / แผนการดำเนินงาน (PDF)

แผนการดำเนินงานโครงการ ประจำปีงบประมาณ 2560 ปีงบประมาณ 2560 จนถึงวันที่ 1 พ.ย. 60 ถึงวันที่ 14 ก.ค. 60 [ดาวน์โหลดที่นี่](#)

รายละเอียดและคุณสมบัติของโครงการเป็นโครงการดำเนินการสนองนโยบายของ รพ. [ดาวน์โหลดที่นี่](#)

งานพิเศษ-บันทึกข้อความ เรื่องกำหนดสินค้าสำหรับการดำเนินการจัดหาด้วยวิธีตลาดอิเล็กทรอนิกส์ (e-market) [ดาวน์โหลดที่นี่](#)

แบบสอบถาม เรื่องความพึงพอใจของบุคลากร โรงพยาบาลชลประทาน (กรกฎาคม 2560) [คลิกที่นี่](#)

สไลด์บรรยายเรื่อง "ระบบเอกสารภาพโรงพยาบาลชลประทาน" (PowerPoint2010) [ดาวน์โหลดที่นี่](#)

ระบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ เริ่มใช้วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560 [ดาวน์โหลดคู่มือใช้ทั่วไป](#) / คู่มือสารสนเทศหน่วยงาน

รายการสินค้ากลุ่มวิธีเชื่อมต่อที่คิดใช้แบบ Real Time ในระบบ HOSXP [ดาวน์โหลดที่นี่](#)

แบบฟอร์มข้อเสนอโครงการการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ [ดาวน์โหลดที่นี่](#)

รายงานการเจ็บป่วยจากการทำงาน_ปรับใหม่ 2015 [ดาวน์โหลดที่นี่](#)

ข้อมูลงบประมาณ ปี2560 [ดาวน์โหลดที่นี่](#)

ข้อมูลครุภัณฑ์อาคาร 20 ชั้น [ดาวน์โหลดที่นี่](#)

Link สำหรับดู User Name บัณฑิต [ที่นี่](#)

วิธีการเขียนรายละเอียดลักษณะเฉพาะ (Spec) สำหรับการจัดซื้อครุภัณฑ์ของโรงพยาบาล สามารถดาวน์โหลดตัวอย่างแบบไปแก้ไขให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน [ดาวน์โหลดไฟล์ตัวอย่าง ที่นี่](#) (จัดทำด้วยโปรแกรม Office2003)

คณะกรรมการป้องกันและระงับอัคคีภัย ขอความร่วมมือให้ทุกหน่วยงานติดสติ๊กเกอร์เพื่อความปลอดภัยในการขนถ่าย [คลิกที่นี่](#)

การพิมพ์หนังสือราชการภายนอกและภายใน ให้ทุกหน่วยงาน เริ่มใช้แบบอักษรมาตรฐานของราชการ ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. 2555 เป็นต้นไป โดย [ดาวน์โหลดที่นี่](#) และนำไปติดตั้งในเครื่องคอมพิวเตอร์ของทาง



News Flash

**โปรแกรมรายงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
ปีงบประมาณ 2562(new)**

Please sign in to the application

USERNAME:

PASSWORD:

[Sign In](#)

ถ้ามี Buasri ID แล้วเข้าไปไม่ได้
ติดต่อ ศูนย์คุณภาพ 3417-18

Username: Buasri ID
Password: 1234

Log Out

MAIN MENU (ADMIN)

- ***** เพิ่มหน่วยงาน
- ***** เพิ่มuser
- ***** เพิ่มPCT
- ***** เพิ่มทีมนำ
- ***** เพิ่มหน่วยงานอื่นๆ
- ***** บันทึกรายงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุ
- ***** ค้นหาข้อมูลการรายงานความเสี่ยง
- ***** ทะเบียนรับ-ส่ง แบบรายงานอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุ
- ***** สรุปรายงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุ (แบ่งตามหน่วยคุณภาพ)
- ***** สรุปรายงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุ (แบ่งตามทีมที่เกี่ยวข้อง)
- ***** สรุปรายงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุ (แบ่งตามความรุนแรง)
- ***** สรุปรายงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุ (แบ่งตามโปรแกรม)
- ***** สรุปรายงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุ (แบ่งตามเลขที่รับ)
- *****new***** สรุปรายงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุ (แบ่งตามสถานะแนวทางแก้ไข / ป้องกัน)
- ***** สรุปรายงานแหล่งที่มาการรายงาน
- ***** สรุปรายงานตามการตอบกลับ
- *****new***** สรุปประเภทความคลาดเคลื่อนทางยา จำแนกตามระดับความรุนแรง 9 ระดับ

USER

FM-RM-001-00		รายงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน (Hospital Occurrence / Incident Report)	
แหล่งที่มาการรายงาน ☐ นิเทศงาน ☐ การดูแลผู้ป่วย / ปฏิบัติงาน ☐ ทบทวน Case / Trigger ☐ เวชระเบียน ☐ รับส่งเวร ☐ การลงเยี่ยมพนักงาน ☐ อื่นๆ 	ชื่อ - สกุลผู้ป่วย/ผู้ประสบปัญหา อายุ ปี เพศ ชาย ▾ AN HN	หน่วยงานที่รายงาน หน่วยงานที่เกิดเหตุความเสี่ยง วันที่เกิดเหตุ วัน ▾ / เดือน ▾ / ปี ▾ เวลา	
เหตุการณ์ (ให้ทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ เพื่ออธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น)			
1.โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก			
2.ความคลาดเคลื่อนทางยา			
3.โปรแกรมด้านสิทธิ (ผู้ป่วย / บุคลากร) / จริยธรรมวิชาชีพ / ข้อร้องเรียน / การให้ข้อมูล			
4.โปรแกรมด้านข้อมูลและสารสนเทศ			
5.โปรแกรมด้านบุคลากร / การสื่อสาร			
6.โปรแกรมด้านเครื่องมือ / อุปกรณ์ทางการแพทย์			
7.โปรแกรมด้านโครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย			
8.โปรแกรมด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ.			
9.โปรแกรมด้านการเงิน			
10.โปรแกรมด้านวิจัย			
11.โปรแกรมด้านการเรียน การสอน			
12.โปรแกรมด้านศิลปะและวัฒนธรรม			
ระบบ (คอมพิวเตอร์)			

โปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล

1. โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก

มี 7 ประเด็น ได้แก่ อุบัติเหตุ การให้เลือด Lab X-ray การผ่าตัด/ดมยา/ทำหัตถการ และการรักษาพยาบาลผู้ป่วย / เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่นๆ / Specific Clinical Risk

2. โปรแกรมความคลาดเคลื่อนทางยา

3. โปรแกรมด้านสิทธิ (ผู้ป่วย / บุคลากร) / จริยธรรมวิชาชีพ / ข้อร้องเรียน / การให้ข้อมูล

4. โปรแกรมด้านข้อมูลและสารสนเทศ

5. โปรแกรมด้านบุคลากร / การสื่อสาร

6. โปรแกรมด้านเครื่องมือ / อุปกรณ์ / แก๊ส (ทางการแพทย์)

7. โปรแกรมด้านโครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย

8. โปรแกรมด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

9. โปรแกรมด้านการเงิน / พัสดุ

10. โปรแกรมด้านวิจัย

11. โปรแกรมด้านการเรียน การสอน

12. โปรแกรมด้านศิลปะและวัฒนธรรม

1. ความเสี่ยงทางคลินิก

1.1 อุบัติเหตุ (ที่เกิดกับผู้ป่วย)

- 1.1.1 ☐ ลื่น, ตก, หกล้ม (Fall)
- 1.1.2 ☐ อุบัติเหตุ/บาดเจ็บขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- 1.1.3 ☐ สายสวนต่างๆ เลื่อน / หลุด
- 1.1.4 ☐ ท่อช่วยหายใจ เลื่อน / หลุด
- 1.1.5 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1.3 Lab

- 1.3.1 ☐ ระบุตัวผู้ป่วยผิดคนในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 1.3.2 ☐ เก็บตัวอย่างไม่ถูกต้อง/ตัวอย่างเสียหาย
- 1.3.3 ☐ ตัวอย่างส่งตรวจสูญหาย
- 1.3.4 ☐ การส่งตรวจ/การตรวจไม่ครบถ้วน/ล่าช้า
- 1.3.5 ☐ กระบวนการตรวจวิเคราะห์ผิดพลาด/ขัดข้อง
- 1.3.6 ☐ รายงานผลการตรวจผิดพลาด/ล่าช้า
- 1.3.7 ☐ ไม่รายงานค่าวิกฤติ
- 1.3.8 ☐ ตีตรายงานผล lab ผิด chart ผู้ป่วย
- 1.3.9 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1.2 การจอง/ขอ/จ่าย/ให้เลือด

- 1.2.1 ☐ ผิดหมู่/ผิดชนิด
- 1.2.2 ☐ ระบุตัวผู้ป่วยผิดคนในการจอง/ขอ/จ่าย/ให้เลือด
- 1.2.3 ☐ การบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง/ครบถ้วน
- 1.2.4 ☐ กระบวนการในการเก็บตัวอย่างเลือดไม่ถูกต้อง/ไม่เหมาะสม
- 1.2.5 ☐ เลือดบริจาคไม่มีคุณภาพมาตรฐาน/มีโรคติดเชื้อ/ไม่เพียงพอ
- 1.2.6 ☐ กระบวนการเตรียมเลือดไม่ถูกต้อง/ไม่เหมาะสม
- 1.2.7 ☐ การเบิก/จ่ายเลือดและส่วนประกอบของเลือดไม่ถูกต้อง
- 1.2.8 ☐ วิธีการให้เลือดไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน
- 1.2.9 ☐ ตัวอย่างเลือดสูญหาย
- 1.2.10 ☐ ไม่ได้รายงาน transfusion reactions/เกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด
- 1.2.11 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1. โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก

1.4 X-ray และการตรวจพิเศษทางรังสี

- 1.4.1 ☐ ทำ/รายงาน/เอกสาร ผิดคน
- 1.4.2 ☐ ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง
- 1.4.3 ☐ X-ray ไม่ครบถ้วน
- 1.4.4 ☐ X- ray ซ้ำ
- 1.4.5 ☐ X – ray/รายงานผลล่าช้า
- 1.4.6 ☐ เตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม
- 1.4.7 ☐ งด/เลื่อน X-ray และการตรวจพิเศษทางรังสี
- 1.4.8 ☐ ระบบ PAC ใช้งานไม่ได้/ไม่พร้อมใช้
- 1.4.9 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1.5 การผ่าตัด/ดมยา/ทำหัตถการ

- 1.5.1 ☐ ผิดคน
- 1.5.2 ☐ ผิดข้าง / ผิดตำแหน่ง / ผิดหัตถการ
- 1.5.3 ☐ ลืม gauze / เครื่องมือ ไว้ในตัวผู้ป่วย
- 1.5.4 ☐ งด / เลื่อนผ่าตัด
 - ☐ บุคลากรไม่พร้อม
 - ☐ เครื่องมือผ่าตัดไม่พร้อม
 - ☐ เตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม
 - ☐ ไม่มีเตียงใน ICU ☐ ปัญหาค่าใช้จ่าย
 - ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 1.5.5 ☐ ได้รับการผ่าตัดซ้ำ
- 1.5.6 ☐ แทรกซ้อนจากการทำหัตถการ (ระบุ).....
- 1.5.7 ☐ มีอุปกรณ์ติดมากับผู้ป่วย
- 1.5.8 ☐ อื่นๆ (ระบุ)

1. โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก

1.6 การรักษาพยาบาลผู้ป่วย

1.6.1 ☐ คัดกรองผิดคน ☐ คัดกรองไม่ครบถ้วน/เหมาะสม

☐ ส่งผู้ป่วยผิดแผนก ☐ ส่งผู้ป่วยผิดคน

1.6.2 ☐ นัดผิดคน ☐ นัดผิดแผนก ☐ นัดผิดแพทย์

☐ นัดผิดวัน / เวลา

1.6.3 ☐ ประเมินไม่ครบถ้วน/เหมาะสม

1.6.4 ☐ เกิดภาวะไม่พึงประสงค์ระหว่างรอตรวจ (ระบุ).....

1.6.5 ☐ การ Admit ล่าช้า

1.6.6 ☐ Re-visit (ระบุ).....

1.6.7 ☐ Unplanned Intubation

1.6.8 ☐ Re-intubation

1.6.9 ☐ Delayed Treatment

1.6.10 ☐ Delayed / Miss / Wrong Diagnosis

1.6.11 ☐ Unplanned CPR

1.6.12 ☐ ย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน

1.6.13 ☐ ผู้ป่วยกลับเข้ารับรักษาภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (Re-admission)

1.6.14 ☐ เกิดภาวะแทรกซ้อน (ระบุ).....

1.6.15 Refer/Transfer

☐ มีอาการเปลี่ยนแปลงขณะ Refer/Transfer

☐ Delayed Refer/Transfer

☐ Refer ไม่ได้/ล่าช้า

☐ การดูแลระหว่างนำส่งไม่เหมาะสม

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1.6.16 อาหารสำหรับผู้ป่วย

☐ ไม่เหมาะสมกับโรค

☐ ไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์

☐ ไม่ได้รับอาหาร

☐ พบสิ่งปนเปื้อน/บูดเสีย

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1.6.17 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1. โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก

1.7 Specific Clinical Risk

PCT Ped

1. Pneumonia

- 1.1 ☐ Aspiration ที่ ward
- 1.2 ☐ Acute respiratory failure
- 1.3 ☐ Atelectasis ที่เกิดใหม่ขณะ On ETT
- 1.4 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

2. Asthma

- 2.1 ☐ Acute respiratory failure
- 2.2 ☐ Severe Asthmatic attack ย้าย ICU

3. Preterm

- 2.1 ☐ ROP
- 2.2 ☐ IVH
- 2.3 ☐ NEC
- 2.4 ☐ Developmental delayed
- 4. Birth Asphyxia
 - 4.1 ☐ Refer cooling ไม่ทัน
 - 4.2 ☐ HIE
 - 4.3 ☐ Pneumothorax
 - 4.4 ☐ Developmental delayed

1. โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก

PCT สติ

1. PPH

1.1 ☐ Hypovolemic Shock

1.2 ☐ Hysterectomy

2. PIH

2.1 ☐ Pulmonary edema

2.2 ☐ Eclampsia

2.3 ☐ Birth Asphyxia

3. NL

3.1 ☐ Shoulder dystocia

3.2 ☐ Tear 3.3 ☐ Birth Asphyxia

4. C/S

4.1 ☐ Bleeding 4.2 ☐ Organ trauma

4.3 ☐ Birth Asphyxia

PCT ENT

1. Upper airway obstruction

1.1 ☐ Tracheostomy tube dislodgement

1.2 ☐ Sudden upper airway obstruction

1.3 ☐ PPT

1.4 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

PCT EYE

1. Cataract

1.1 ☐ Post-op endophthalmitis

1.2 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

PCT Med

1. Sepsis

1.1 ☐ เสียชีวิตจาก Sepsis

1.2 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1. โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก

PCT Ortho

1. OA Knee (Total Knee Arthroplasty)

1.1 ☐ การติดเชื้อแผลผ่าตัด TKA (SSI)

1.2 ☐ การเกิด DVT

1.3 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

2. Closed Fracture Neck Femur ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก (Hip Arthroplasty)

2.1 ☐ การเกิด Hip dislocation

2.2 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

PCT จิตเวช

1. Schizophrenia

1.1 ☐ Admit เนื่องจาก อาการกำเริบ, EPS, MMS, Febrile Neutropenia

1.2 ☐ Aspirate หลัง Sedate ผู้ป่วย เกิดแผลจากการผูกมัด Brachial Plexus Injury

1.3 ☐ หลบหนี

1.4 ☐ Violence

1.5 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

2. โรคซึมเศร้า

2.1 ☐ ฆ่าตัวตายขณะ Admit

2.2 ☐ ฆ่าตัวตายในชุมชน

2.3 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

3. LD

3.1 ☐ เด็ก LD ถูกไล่ออกจากโรงเรียน

3.2 ☐ มีพฤติกรรม Violence ที่โรงเรียน

3.3 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1. โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก

PCT Surg

1. โรค Gall stone,Cholecystitis ทำผ่าตัด MIS Laparoscopic

1.1 ☐ การทำผ่าตัดจาก LC เปลี่ยนเป็น OC

1.2 ☐ CBD Injury

1.3 ☐ Bleeding

1.4 ☐ Closed operation Intra op Internal

1.5 ☐ Other organ Injury

1.6 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

2. Vascular Surgery ทำผ่าตัดเส้นเลือด Acute limb ischemia

2.1 ☐ การเกิด Compartment Syndrome (CPS)(Acute limb ischemia)

2.2 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

3. TBI

3.1 ☐ Re-bleeding

3.2 ☐ IICP

3.3 ☐ Re-operation

3.4 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

2. โปรแกรมความคลาดเคลื่อนทางยา

2. ความคลาดเคลื่อนทางยา

- 2.1 ผิดคน
- 2.2 ผิดชนิด
- 2.3 ผิดขนาด
- 2.4 ผิดความแรง
- 2.5 ผิดรูปแบบ
- 2.6 ผิดวิธี
- 2.7 ผิดเวลา
- 2.8 ผิดตำแหน่ง
- 2.9 ผิดอัตราเร็ว
- 2.10 แพ้/เกือบแพ้ยาซ้ำ/มีประวัติแพ้ยา

- 2.11 ยาหมดอายุ
- 2.12 ไม่ได้ให้ยา/ขาดยา
- 2.13 ผิดจำนวน
- 2.14 ซ้ำซ้อน
- 2.15 ให้ยาที่ Off /ไม่ได้ Off ยา
- 2.16 Drug interaction
- 2.17 indication ไม่เหมาะสม
- 2.18 ☐ เกิดผลข้างเคียงจากยา
- 2.19 ☐ เอกสารด้านยาไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง
- 2.20 ☐ สั่งยานอกบัญชียา รพ. / แผนก
- 2.21 ☐ ออกคำสั่งโดยไม่ใช่มือมีอำนาจในการสั่งยา
- 2.22 ☐ ให้ยาไม่เซ็นชื่อ / ไม่ลงเวลา real time
- 2.23 ☐ อื่นๆ

3. โปรแกรมด้านสิทธิ (ผู้ป่วย / บุคลากร) / จริยธรรมวิชาชีพ / ข้อร้องเรียน / การให้ข้อมูล

3. โปรแกรมด้านสิทธิ (ผู้ป่วย / บุคลากร) / จริยธรรมวิชาชีพ / ข้อร้องเรียน / การให้ข้อมูล

- 3.1 ☐ ปฏิเสธการทำหัตถการ / การรักษา
- 3.2 ☐ ไม่สมัครใจรักษา / หนีกลับ ระบุสาเหตุ.....
- 3.3 ☐ ละเมิดสิทธิผู้ป่วย ☐ ละเมิดสิทธิบุคลากร
- 3.4 ☐ ข้อร้องเรียน ☐ ระบบบริการ ☐ สิ่งแวดล้อม
☐ ระยะเวลารอคอย ☐ พฤติกรรมบริการ
(ระบุ).....
- 3.5 ☐ การให้ข้อมูลคำแนะนำไม่ถูกต้อง / ไม่ครบถ้วน
- 3.6 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

4. โปรแกรมด้านข้อมูลและสารสนเทศ

4. โปรแกรมด้านข้อมูลและสารสนเทศ

- 4.1 ☐ เวชระเบียนไม่ถูกต้อง
- 4.2 ☐ เวชระเบียนหาย
- 4.3 ☐ ไม่ได้บันทึกข้อมูลผู้ป่วย / บันทึกไม่ครบถ้วน/ ไม่ถูกต้อง
- 4.4 ระบบ IT
 - ☐ เครื่องมือ อุปกรณ์ (ระบุ).....
 - ☐ ระบบบริการ IT ล่าช้า / ไม่เหมาะสม
 - ☐ โปรแกรมผลิต/คลาดเคลื่อน (HOSxP, การเงิน, Inventory, PAC, LIS อื่นๆ.....)
 - ☐ ระบบล่ม
- 4.5 ☐ ผิดคน
- 4.6 ☐ เวชระเบียนล่าช้า
- 4.7 ☐ ตรวจสอบสิทธิการรักษาผิด
- 4.8 ☐ ใช้สื่อ on line ไม่เหมาะสม
- 4.9 ☐ ปลอมแปลงบุคคล/สวมสิทธิการรักษา
- 4.10 ☐ ให้รหัสโรคไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน
- 4.11 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

5. โปรแกรมด้านบุคลากร / การสื่อสาร

5. โปรแกรมด้านบุคลากร / การสื่อสาร

5.1 ☐ ขาดเวร / ขาดงาน

5.2 ☐ ลากะทันหัน

5.3 ☐ ละทิ้งหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน

5.4 ☐ บุคลากรเจ็บป่วยจากการทำงาน

☐ บาดเจ็บ

☐ ติดเชื้อ

☐ รถ Refer

☐ ถูกทำร้ายร่างกาย

5.5.1 ☐ การสื่อสารบกพร่องระหว่างบุคลากร

5.5.2 ☐ การสื่อสารบกพร่องระหว่างหน่วยงาน

☐ ข้อมูลไม่ชัดเจน

☐ ไม่ครบถ้วน

6. โปรแกรมด้านเครื่องมือ / อุปกรณ์ / แก๊ส (ทางการแพทย์)

6.1 ☐ เครื่องมือแพทย์ (ระบุชนิด.....
ยี่ห้อ.....หมายเลขเครื่อง.....)

6.2 ☐ อุปกรณ์ / แก๊ส / วัสดุทางการแพทย์
(ระบุชนิด..... ยี่ห้อ.....)

ความเสี่ยงที่พบ ☐ ไม่เพียงพอ ☐ ไม่พร้อมใช้

☐ หาย ☐ ชำรุดขณะใช้งาน ☐ ไม่มีประสิทธิภาพ/ไม่ปลอดภัย ☐

ใช้งานไม่ถูกต้อง/ไม่เหมาะสม

โปรแกรมด้านโครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย

7. โปรแกรมด้านโครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย

- | | | |
|---|--|---|
| 7.1 ☐ ประปา | 7.2 ☐ ไฟฟ้า | 7.3 ☐ โทรศัพท์ |
| 7.4 ☐ จราจร | 7.5 ☐ อัคคีภัย | 7.6 ☐ อาคารสถานที่ |
| 7.7 ☐ ถนน | 7.8 ☐ อุปกรณ์ช่าง (ระบุ)..... | |
| 7.9 ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... | | |
| <u>ความเสี่ยงที่พบ</u> ☐ ไม่เพียงพอ ☐ ไม่พร้อมใช้ ☐ ไม่ปลอดภัย | | |

8. โปรแกรมด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

8. โปรแกรมด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ.

- 8.1 ☐ การจัด Zoning (การจัดพื้นที่) และเส้นทางเดิน
- 8.2 ☐ Hand Hygiene
- 8.3 ☐ ทิ้งขยะ / ขงมีคมไม่ถูกต้อง
- 8.4 ☐ คัดแยกผ้าเปื้อนไม่ถูกต้อง / มีอุปกรณ์ติดไปกับผ้าเปื้อน
- 8.5 ☐ การปฏิบัติ Precaution ไม่ถูกต้อง / ไม่เหมาะสม
- 8.6 ☐ ไม่ระบุวันหมดอายุของยาหรือสารน้ำ
- 8.7 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

9. โปรแกรมด้านการเงิน / พัสดุ

9. โปรแกรมด้านการเงิน / พัสดุ

- 9.1 ☐ ข้อมูลไม่ครบถ้วน / ไม่ถูกต้อง ส่งผลต่อการเงิน / พัสดุ
- 9.2 ☐ ส่งสรุปเวชระเบียนหลังจำหน่ายล่าช้า
- 9.3 ☐ ไม่มียา / เครื่องมือ / อุปกรณ์ เนื่องจากบริษัทจัดส่งของ
- 9.4 คิด/บันทึก/เรียกเก็บค่ารักษาผิด
 - ☐ ผิดคน ☐ ผิดราคา ☐ ผิดรายการ/หัตถการ
 - ☐ ไม่คิดค่ารักษา/ไม่ครบถ้วน
- 9.5 ☐ อนุมัติล่าช้า
- 9.6 ☐ เอกสารสูญหาย
- 9.7 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

10. โปรแกรมด้านวิจัย

11. โปรแกรมด้านการเรียน การสอน

12. โปรแกรมด้านศิลปะและวัฒนธรรม

10. โปรแกรมด้านวิจัย

- 10.1 ☐ ความรู้ (ระบุ).....
- 10.2 ☐ สิ่งสนับสนุน (ระบุ).....
- 10.3 ☐ จริยธรรม (ระบุ).....
- 10.4 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

12. โปรแกรมด้านศิลปะและวัฒนธรรม

- 12.1 ☐ ใช้งานไม่สุภาพ / ไม่เหมาะสม
- 12.2 ☐ การแต่งกาย (ระบุ).....
- 12.3 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

11. โปรแกรมด้านการเรียน การสอน

- 11.1 ☐ อุปกรณ์ (ระบุ).....
- 11.2 ☐ ห้องเรียน (ระบุ).....
- 11.3 ☐ อาจารย์ (ระบุ).....
- 11.4 ☐ ห้องสมุด (ระบุ).....
- 11.5 ☐ นิสิต/นักศึกษา (ระบุ).....

จุดเน้น คปช ปี 2565

1. 2P Safety Goals : SIMPLE

****ขอให้เน้นประเด็นตัวอักษรสีแดง****

Patient Safety ผู้ป่วยปลอดภัย

S : Safe Surgery = Safe Surgery and Invasive Procedure (*Surgical Safety Checklist*), SSI Prevention, Enhanced Recovery After Surgery, VTE Prevention) Safe Anesthesia, Safe Operating Room (Safe Environment, Safe Surgical Instrument and Device, Safe Surgical Care Process)

I : Infection Prevention and Control = *Hand Hygiene*, Prevention of Healthcare Associated Infection (CAUTI, VAP, CLABSI) *Isolate Precaution*, MDRO

M: Medication & Blood Safety = Safe from ADE (*HAD*, ADR, Fatal Drug Interaction), Safe from medication error (LASA, Using Medication), *Medication Reconciliation*, *Rational Drug Use (RDU)*, *Blood Transfusion Safety*

P : Patient Care Processes = *Patients Identification*, Communication (ISBAR, *handovers*, *critical test results*, verbal order, abbreviation), *Reduction of Diagnostic Errors*, Preventing common complications (Pressure Ulcers, *Falls*), Pain Management (General, Acute Pain, Prescribing Opioids, Cancer Pain and Palliative Care), Refer and Transfer Safety

L : Line, Tube and Catheter & Laboratory = *Catheter*, *Tubing Mis-connections* and Infusion Pump, Right and Accurate Laboratory Results

E : Emergency Response = *Response to the Deteriorating Patient*, Medical Emergency (Sepsis, Acute Coronary Syndrome, Acute Ischemic Stroke, CPR), Maternal & Neonatal Morbidity (PPH, Birth Asphyxia), ER Safety (*Triage*, Diagnosis and Initial Management of High risk Presentation, Teamwork and Communication, Patient Flow, Hospital Preparedness for Emergencies)

PCT	ศูนย์ความเป็นเลิศ	ศูนย์ความเชี่ยวชาญ	กลุ่มโรคสำคัญ
อายุรกรรม	Lung cancer	Advanced endoscopy, DLCL (Diffuse large B-cell lymphoma, Acute coronary syndrome, Heart failure)	Ischemic stroke, Sepsis, Asthma
ศัลยกรรม	Multiple trauma, Surgical Oncology (Breast cancer, Colorectal cancer, Prostate cancer)	MIS (laparoscopic cholecystectomy, colorectal, prostate)	Hepatic resection, Traumatic Brain Injury, Vascular surgery
กุมารเวชกรรม	Newborn (Preterm, Birth asphyxia, Neonatal sepsis)	Heart disease (Congenital heart disease)	Severe pneumonia, Asthma, GDD
สูติ-นรีเวชกรรม	Ovarian cancer, Cervical cancer	MIS (laparoscopic gynecological operation)	Preterm labor, PPH, PPH
ศัลยกรรมกระดูก	-	TKA, Shoulder Arthroplasty, MIS (RC Repair, ACLR, Hand)	Hip Arthroplasty, การรักษามะเร็งกระดูก
จักษุวิทยา	Corneal transplant	Diabetic retinopathy	Glaucoma, Cataract, LASIK
หู คอ จมูก	-	OSA	UAO
จิตเวช	-	-	Depression, Schizophrenia, ADHD
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	-	-	STEMI, Stroke fast track, Sepsis
เวชศาสตร์ครอบครัว	Geriatric comprehensive care ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม	-	Palliative care Diabetes mellitus

3. เพิ่มรายรับ – ลดรายจ่าย (Unit cost analysis)

4. การติดตามและพัฒนาระบบงาน รวมถึงพัฒนาตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง

Personnel Safety บุคลากรปลอดภัย

S : Security and Privacy of Information and

Social Media = *Security and Privacy of Information, Social Media and Communication Professionalism*

I : Infection and Exposure = Fundamental of Infection Control and Prevent for Workforce, *Specific Infection Control and Prevent for Workforce (Airborne, Droplet, Contact)*

M: Mental Health and Mediation = Mental Health (Mindfulness at Work, Second Victim, Burnout and *Mental Health Disorder*), *Mediation*

P : Process of Work = Fundamental Guideline for Prevention of Work-Related Disorder, *Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder (Physical, Chemical, Radiation, Biomechanical Hazard)*, Fitness for Work or Duty Health Assessment (Pre-placement and Return to Work Health Examination, Medical Surveillance Program)

L : Lane (Ambulance) and Legal Issues = Ambulance and Referral Safety (In-Transit Ambulance Safety, On-Site Safety, Ambulance Driving Safety), *Legal issues (Informed Consent, Medical Record and Documentation)*

E : Environment and Working Conditions = *Safe Physical Environment*, Working Condition, Workplace Violence

2. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มศูนย์

ความเป็นเลิศ/ศูนย์ความเชี่ยวชาญ และ
กลุ่มโรคที่สำคัญ ครอบคลุม **Pre-Hospital** และ
Post- Hospital

มุ่งสู่การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ/ศูนย์ความเชี่ยวชาญ และพัฒนา
กระบวนการดูแลผู้ป่วยด้วย Clinical Tracer

จุดเน้น ปี 2565

1. 2P Safety Goals : SIMPLE

2. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มศูนย์

ความเป็นเลิศ/ศูนย์ความเชี่ยวชาญ

และกลุ่มโรคที่สำคัญ ครอบคลุม

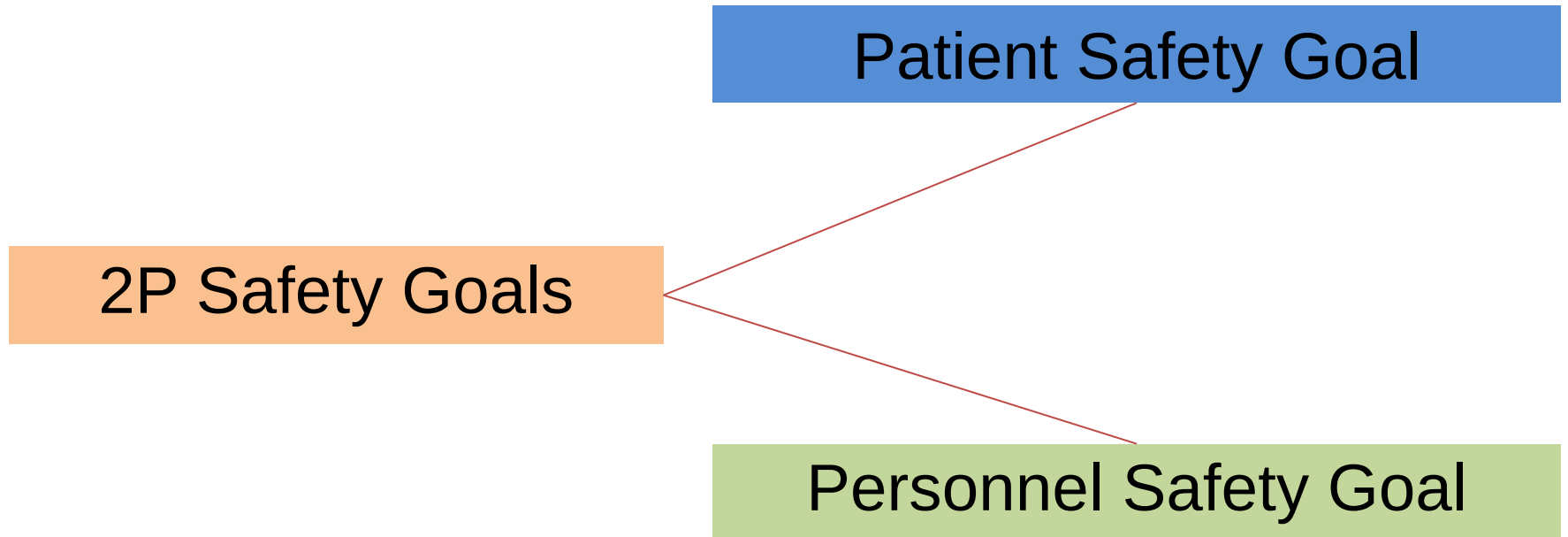
Pre-Hospital และ Post-Hospital

3. เพิ่มรายรับ – ลดรายจ่าย

4. การติดตามและพัฒนาระบบงาน

รวมถึงพัฒนาตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง

2P Safety Goals : SIMPLE



Patient Safety ผู้ป่วยปลอดภัย

S : Safe Surgery = *Safe Surgery and Invasive Procedure (Surgical Safety Checklist)*, SSI Prevention, Enhanced Recovery After Surgery, VTE Prevention) Safe Anesthesia, Safe Operating Room (Safe Environment, Safe Surgical Instrument and Device, Safe Surgical Care Process)

I : Infection Prevention and Control = *Hand Hygiene*, Prevention of Healthcare Associated Infection (CAUTI, VAP, CLABSI) *Isolate Precaution*, MDRO

M: Medication & Blood Safety = Safe from ADE (*HAD*, ADR, Fatal Drug Interaction), Safe from medication error (LASA, Using Medication), *Medication Reconciliation*, *Rational Drug Use (RDU)*, *Blood Transfusion Safety*

P : Patient Care Processes = *Patients Identification*, Communication (ISBAR, *handovers*, *critical test results*, verbal order, abbreviation), *Reduction of Diagnostic Errors*, Preventing common complications (Pressure Ulcers, *Falls*), Pain Management (General, Acute Pain, Prescribing Opioids, Cancer Pain and Palliative Care), Refer and Transfer Safety

L : Line, Tube and Catheter & Laboratory = Catheter, *Tubing Mis-connections* and Infusion Pump, Right and Accurate Laboratory Results

E : Emergency Response = *Response to the Deteriorating Patient*, Medical Emergency (Sepsis, Acute Coronary Syndrome, Acute Ischemic Stroke, CPR), Maternal & Neonatal Morbidity (PPH, Birth Asphyxia), ER Safety (*Triage*, Diagnosis and Initial Management of High risk Presentation, Teamwork and Communication, Patient Flow, Hospital Preparedness for Emergencies)

Personnel Safety บุคลากรปลอดภัย

S : Security and Privacy of Information and Social Media = *Security and Privacy of Information, Social Media and Communication Professionalism*

I : Infection and Exposure = Fundamental of Infection Control and Prevent for Workforce, *Specific Infection Control and Prevent for Workforce (Airborne, Droplet, Contact)*

M: Mental Health and Mediation = Mental Health (Mindfulness at Work, *Second Victim*, Burnout and *Mental Health* Disorder), *Mediation*

P : Process of Work = Fundamental Guideline for Prevention of Work-Related Disorder, *Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder (Physical, Chemical, Radiation, Biomechanical Hazard)*, Fitness for Work or Duty Health Assessment (Pre-placement and Return to Work Health Examination, Medical Surveillance Program)

L : Lane (Ambulance) and Legal Issues = Ambulance and Referral Safety (In-Transit Ambulance Safety, On-Site Safety, Ambulance Driving Safety), *Legal Issues (Informed Consent, Medical Record and Documentation)*

E : Environment and Working Conditions = *Safe Physical Environment*, Working Condition, Workplace Violence



PCMC 2P Safety Goal

เป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการและบุคลากรปลอดภัย

Patient Safety ผู้ป่วยปลอดภัย

Safe Surgery and Invasive Procedure
กระบวนการผ่าตัดที่ปลอดภัย

Infection Prevention and Control
การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อที่ปลอดภัย

Medication & Blood Safety
การใช้ยาและการให้เลือดที่ปลอดภัย

Patient Care Processes
กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย

Line, Tube and Catheter & Laboratory
การดูแลสายและสิ่งแปลกปลอมที่ปลอดภัย

Emergency Response
การตอบสนองภาวะฉุกเฉินที่พร้อมและปลอดภัย



Personal Safety บุคลากรปลอดภัย

Security and Privacy of Information and Social Media
ข้อมูลการสื่อสารที่ปลอดภัย

Infection and Exposure
การป้องกันบุคลากรติดเชื้อ

Mental Health and Mediation
การดูแลด้านจิตใจของบุคลากร

Process of Work
กระบวนการทำงานของบุคลากรที่ปลอดภัย

Lane (Ambulance) and Legal Issues
การใช้รถพยาบาล การให้ข้อมูล และการบันทึกที่เหมาะสม

Environment and Working Conditions
สิ่งแวดล้อมและสภาวะการทำงานที่ปลอดภัย

เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย
ของประเทศไทย พ.ศ. 2561

Patient Safety Goals:

SIMPLE
Thailand **2018**

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



เป้าหมายความปลอดภัย
ของบุคลากรสาธารณสุข
ของประเทศไทย พ.ศ. 2561

Personnel Safety Goals:

SIMPLE
Thailand **2018**

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



Patient Safety Goal/Guide



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

1. เพื่อนำแนวคิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มาสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม
2. เพื่อชี้้นำประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญ
3. เพื่อให้เกิดชุมชนที่สั่งสมความรู้และนำมาแลกเปลี่ยนกัน
4. เพื่อแนะนำแนวปฏิบัติบนฐานข้อมูลวิชาการ
5. เพื่อให้สามารถประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จในการพัฒนา

9 มาตรการสำคัญจำเป็น

ลำดับ	มาตรการสำคัญจำเป็น
1	การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
2	การติดเชื้อ SSI, VAP, CAUTI, CABSI
3	บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
4	การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event
5	การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
6	การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
7	ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค
8	การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาผิดพลาด
9	การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

Sentinel event 65

ผ่าตัดผิดข้าง/ผิดหัตถการ

การระบุตัวผิดพลาด GHI

แพ้ยาซ้ำระดับ E up

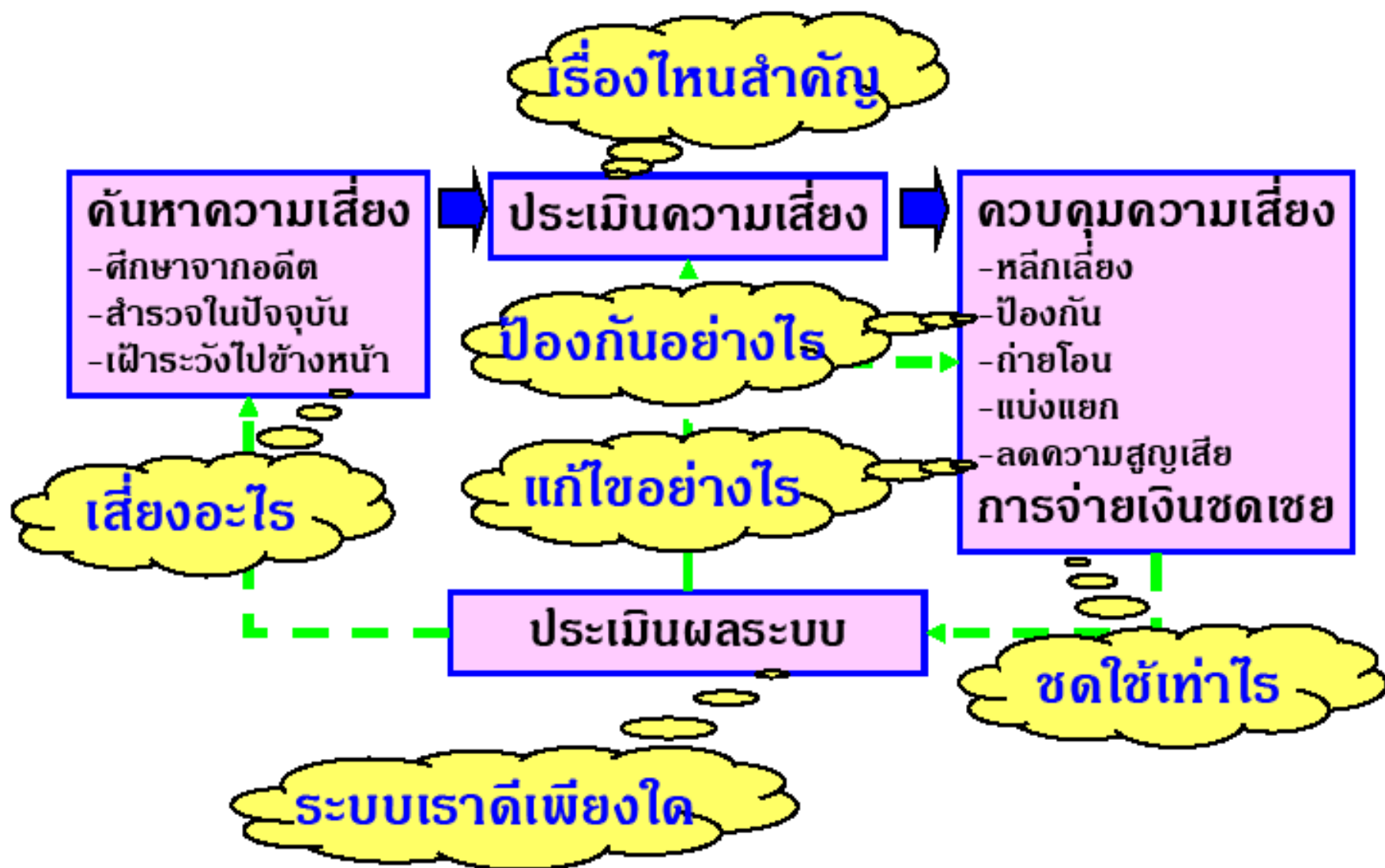
Suicidal attempt

Safety to All, Happy for All

มุ่งเน้นการวางระบบป้องกัน แบบมีส่วนร่วม
เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของทุกคน



กระบวนการบริหารความเสี่ยง



การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)

—ความเสี่ยงเชิงรุก

—ความเสี่ยงเชิงรับ

ก. การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก

จากการเยี่ยมสำรวจ หรือการตรวจสอบระบบของทีมนำต่างๆ เช่น ENV

Round IC Round Risk Round Quality Round เป็นต้น

จากการวิเคราะห์กระบวนการทำงาน การประเมินตนเอง การทำกิจกรรม

ทบทวน 12 กิจกรรม / หัวหน้าพาทำคุณภาพ ของทุกหน่วยงาน

จากการทบทวนเวชระเบียน / การทบทวนทางคลินิก ของ ทีมนำในการดูแลผู้ป่วย (PCT) และหน่วยงานที่ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งสหวิชาชีพต่างๆ เช่นองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล เกสัชกรรม เป็นต้น ควรมีการทบทวนทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ เช่นการทำ trigger tools, MM conference

คำร้องเรียนผ่านสื่อสารออนไลน์ หน่วยสื่อสารองค์กร งานเวชนิทัศน์ เป็นผู้ค้นหาและรวบรวม รายงานผ่านระบบ HOIR

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

บริการ/ทีม:

Team Specific Activities

การทบทวนข้างเตียง (C3THER)

การทบทวนขณะทำงาน **

การทบทวนเมื่อส่งต่อ / ขอย้าย
/ ปฏิเสธการรักษา

การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า **

การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา/ผลไม่พึงประสงค์จากยา

การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ / เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ **

การทบทวนเวชระเบียน

การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ
(Scientific Evidence Review) **

การทบทวนการใช้ทรัพยากร (UR) **

การทบทวนตัวชี้วัด (KPI Review) **

Combination

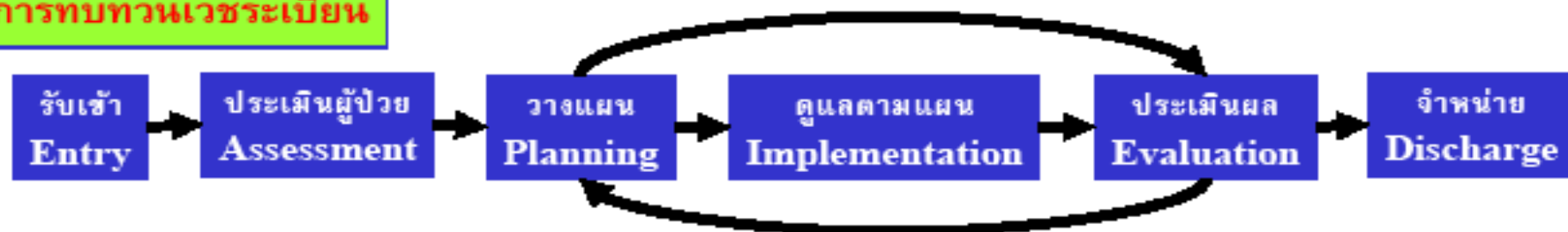
Hospital-wide

การทบทวนคำร้องเรียน **

Quality Review การทบทวนคุณภาพกับความเสี่ยงทางคลินิก

เรียนรู้จากเหตุการณ์สำคัญอย่างเรียบง่าย และครอบคลุม หาโอกาสพัฒนา

การทบทวนเวชระเบียน



การทบทวนข้างเตียง

Care & Risk
Communication
Continuity & D/C plan
Team work
HRD
Environment & Equipment

Holistic
Empowerment
Lifestyle
Prevention

การทบทวนอื่นๆ

การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย
การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ (เสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อน)
การค้นหาความเสี่ยง
การทบทวนศักยภาพ (การส่งต่อ การตรวจรักษา)
การติดเชื่อในโรงพยาบาล
การใช้ยา
การใช้ทรัพยากร
ตัวชี้วัด

ข. การค้นหาความเสี่ยงแบบตั้งรับ จากรายงานต่างๆ เช่น

1) แบบรายงานเหตุการณ์ / อุบัติการณ์ออนไลน์ (Intranet)

2) แบบรายงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุ

ในกรณีที่เป็นการเกิดเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงต่ำ (ระดับความรุนแรง A – B) สามารถเขียนรายงานเหตุการณ์ ผ่านแบบฟอร์ม ใบรายงานเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ A B รวบรวมไว้ที่หน่วยงาน ทั้งนี้ให้หน่วยงานบันทึกข้อมูลเข้าแบบรายงานเหตุการณ์ / อุบัติการณ์ออนไลน์ (Intranet) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

3) แบบบันทึกคำร้องเรียน/ความเห็นของผู้รับบริการ (FM-RM-002-00)

ผู้ป่วย หรือญาติสามารถตำหนิ ชมเชย แสดงความคิดเห็นหรือเสนอแนะเกี่ยวกับงานบริการของโรงพยาบาลได้ตามช่องทางต่าง ๆ ได้แก่

- บันทึกใส่กล่องแสดงความคิดเห็น ตามจุดต่าง ๆ ในโรงพยาบาล
- จดหมาย Fax โทรศัพท์ สื่อสารออนไลน์ หรือร้องเรียนโดยตรงกับเจ้าหน้าที่เชื่องานประชาสัมพันธ์สำนักผู้อำนวยการ

การจัดเก็บแบบบันทึกคำร้องเรียน/ความคิดเห็น ศูนย์พัฒนาคุณภาพและงานประชาสัมพันธ์ ร่วมกันจัดเก็บตามจุดต่างๆ ในทุกวันจันทร์ของสัปดาห์

4) รายงานเวรตรวจการพยาบาล บันทึกประจำวันของหน่วยงาน

เป็นการบันทึกการปฏิบัติงาน / บันทึกเหตุการณ์ ซึ่งปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำของหน่วยงาน โดยผู้ปฏิบัติอาจไม่เห็นความผิดปกติ แต่เมื่อเกิดเหตุการณ์อื่นที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาทบทวนร่วมได้

การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

- การประเมินความเสี่ยง เป็นขั้นตอนที่ระบุ *ระดับความเสี่ยง* ของอันตรายทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมของงานที่ครอบคลุมสถานที่ เครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ บุคลากร และขั้นตอนการทำงาน ที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยความเสียหายต่อทรัพย์สิน ความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งต่าง ๆ รวมกัน เพื่อนำมา พิจารณา/จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง และการวางแผน จัดการความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

ความแตกต่างระหว่าง “ความสำคัญ” และ “ความรุนแรง”

- กำหนดการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงโดย คำนึงถึง

ความรุนแรง (พิจารณาจากผลกระทบต่อด้านต่างๆ เช่น ด้าน
การเงิน ภาพลักษณ์องค์กร)

และ

ความถี่ (พิจารณาความถี่ของการเกิดเหตุการณ์)

ระดับความรุนแรง (ทางคลินิก)	ระดับความรุนแรง	นิยาม	นิยามสั้นๆ
A	0	Near Miss Event ยังไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้	อาจจะเกิด
B	1	Near Miss Event เกิดเหตุการณ์แล้ว แต่ไม่เป็นอันตราย ตรวจจับได้ก่อน ยัง <u>ไม่ถึงตัว</u> ผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ / สิ่งแวดล้อม	เกิดไม่ถึง
C	2	No Harm Adverse Event เกิดเหตุการณ์แล้ว <u>ถึงตัว</u> ผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ / สิ่งแวดล้อมแล้ว แต่ไม่เป็นอันตราย มีมูลค่าความเสียหายไม่เกิน 5,000 บาท	เกิดไม่เป็น
D		Mild Adverse Event เกิดเหตุการณ์ แต่ไม่มีอันตรายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่ / สิ่งแวดล้อม ต้องการการติดตาม <u>เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง</u> แต่ไม่จำเป็นต้องรับการรักษา มีมูลค่าความเสียหาย 5,000 – 10,000 บาท	ต้องระวัง

E	3	Moderate Adverse Event เกิดเหตุการณ์ มีอันตรายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่ / สิ่งแวดล้อม เพียงชั่วคราว ต้องการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม และต้องการรักษา/ แก้ไขเพิ่มเติม ไม่กระทบวันนอน / เกิดผลเสีย หรือผลกระทบระดับหน่วยแต่แก้ไขได้ ต้องการการเฝ้าระวังต่อเนื่อง มีมูลค่าความเสียหาย 10,001 – 25,000 บาท	ต้องรักษา
F		Serious Adverse Event เกิดเหตุการณ์ มีอันตรายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่ / สิ่งแวดล้อม พิการชั่วคราว กระทบต่อวันนอน ทำให้ต้องนอน รพ.นานขึ้น/ เกิดผลเสีย หรือผลกระทบระดับหน่วยงาน ต้องการการช่วยเหลือจากภายนอก หน่วยงาน / ทีมที่เกี่ยวข้อง มีมูลค่าความเสียหาย 25,001 – 50,000 บาท	เยียวยานาน
G	4	Reputation Event เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงพิการถาวร / เกิดผลเสียระยะยาว หรือผลกระทบทั้งระดับหน่วยงานระดับโรงพยาบาล เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องและเสียชื่อเสียง ต้องการการช่วยเหลือจากระดับบริหาร มีมูลค่าความเสียหาย 50,001 – 75,000 บาท	ต้องพิการ
H		Reputation Event เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ต้องทำการช่วยชีวิต / เกิดผลเสีย หรือผลกระทบระดับโรงพยาบาล สูญเสียภาพลักษณ์ขององค์กร เกือบถูกฟ้องร้อง หรือสูญเสียทรัพย์สิน มีมูลค่าความเสียหาย 75,001 – 100,000 บาท	ต้องการป้ม
I	5	Reputation Event เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงเสียชีวิต / เกิดผลเสีย หรือผลกระทบต่อสังคม ชุมชน เกิดการฟ้องร้อง เสื่อมเสียชื่อเสียงขององค์กร มีมูลค่าความเสียหาย มากกว่า 100,000 บาท	จำใจลา

การประเมินสัญญาณวิกฤติ Risk matrix

	ความรุนแรง					
		A B [1]	C D [2]	E F [3]	G H [4]	I [5]
ความถี่	บ่อยมาก 5]	Significant	High	High	High	High
	บ่อย [4]	Significant	Significant	High	High	High
	ค่อนข้างบ่อย [3]	Moderate	Moderate	Significant	High	High
	ปานกลาง [2]	Low	Moderate	Moderate	Significant	High
	น้อย / ไม่เกิด [1]	Low	Low	Moderate	Moderate	Significant

ความถี่

- 5 = บ่อยมาก เกิดเกือบทุกวันหรือ > 5 ครั้ง/เดือน
- 4 = บ่อย เกิดเกือบทุกสัปดาห์หรือ 1 – 5 ครั้ง/เดือน
- 3 = ค่อนข้างบ่อย เกิดเกือบทุกเดือน หรือเกิด ≥ 6 ครั้ง / ปี
- 2 = ปานกลาง เกิดปีละไม่เกิน 5 ครั้ง
- 1 = น้อย เกิดปีละ 1 ครั้ง หรือไม่เกิด

ความรุนแรง

- 5 = ความรุนแรงระดับ I
- 4 = ความรุนแรงระดับ G H
- 3 = ความรุนแรงระดับ E F
- 2 = ความรุนแรงระดับ C D
- 1 = ความรุนแรงระดับ A B

การจัดการความเสี่ยงตามสัญญาณวิกฤติ (Risk Matrix)

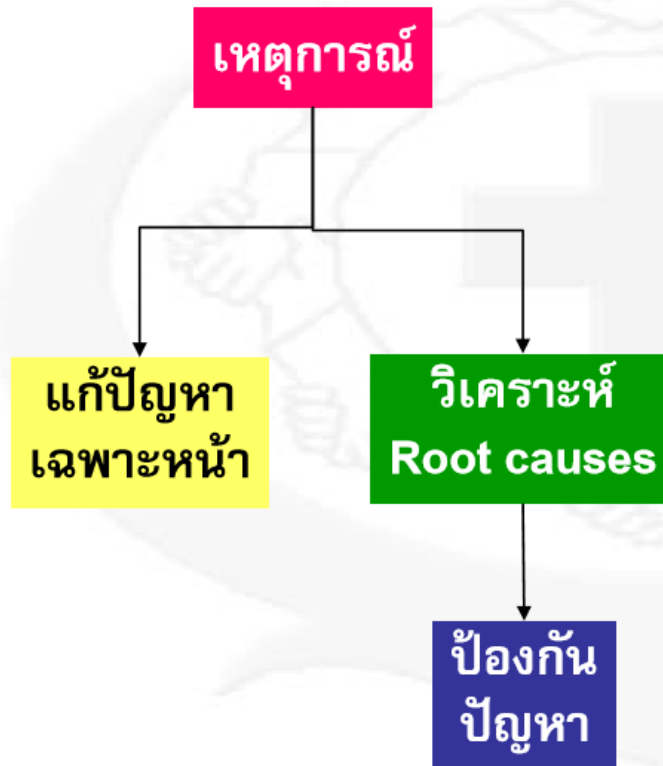
ระดับความเสี่ยง	การจัดการ	การรายงาน
High Risk	RCA วางระบบป้องกันอย่างรัดกุม กำหนดใน Risk profile ของทีม/หน่วยงาน	ภายใน 1-2 สัปดาห์
Significant Risk	RCA วางระบบป้องกันการเกิดซ้ำ	ภายใน 1 เดือน
Moderate Risk	จัดทำมาตรการป้องกัน / แก้ไข / CQI	รายงานใน โปรแกรม ความเสี่ยง online
Low Risk	เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง	

หลักการของ RCA

1. มุ่งเน้นเป็นระบบและกระบวนการ **ไม่ใช่การกระทำของบุคคล**
2. เริ่มจากหาสาเหตุเบื้องต้นในกระบวนการไปสู่สาเหตุที่ซ่อนในระบบ
3. วิเคราะห์อย่างถ่วงถึงอย่าด่วนสรุป
4. เจาะลึกด้วยคำถามทำไมซ้ำแล้วซ้ำอีก
5. ทำงานเป็นทีมเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง

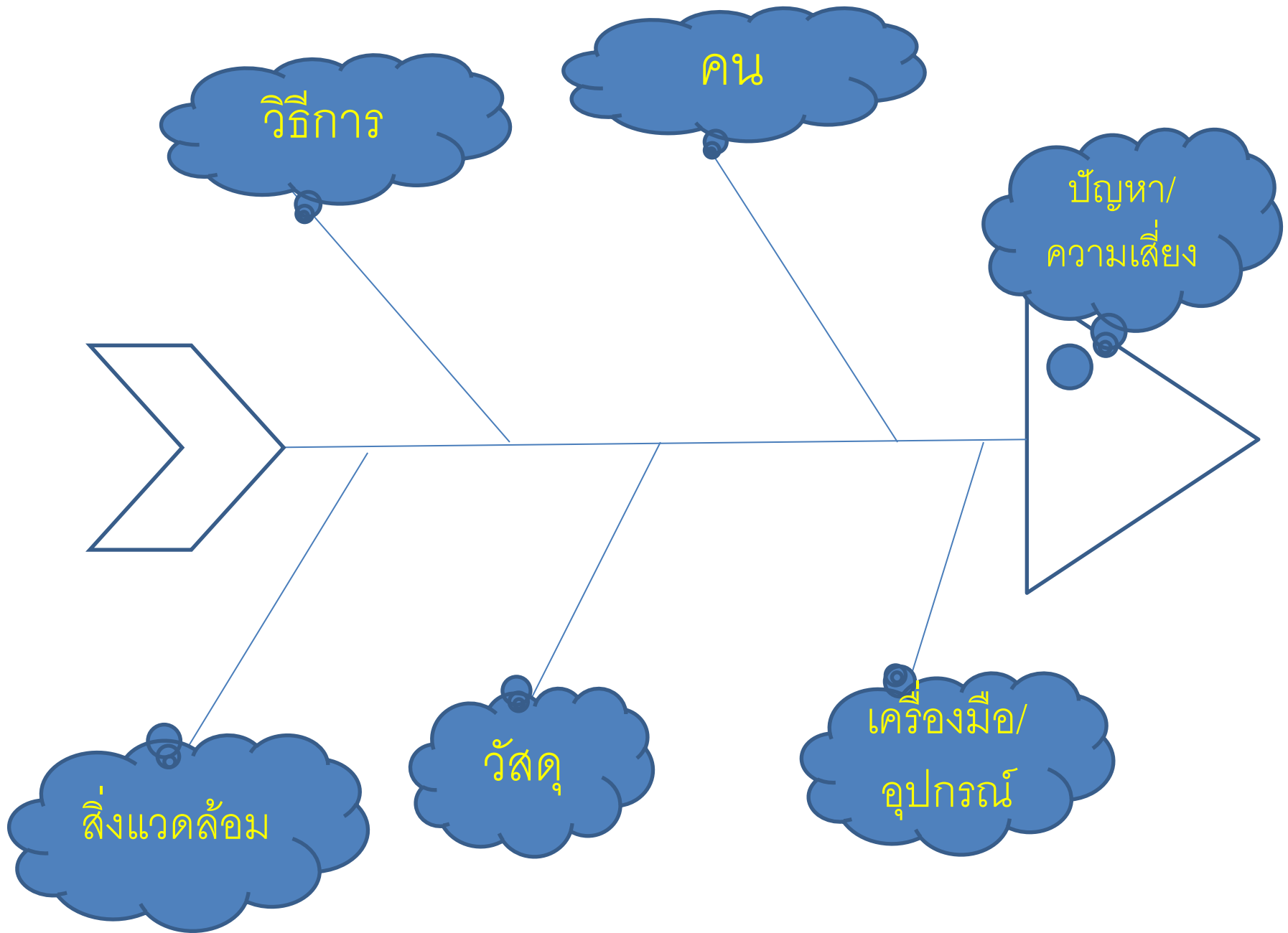


Root Cause Analysis



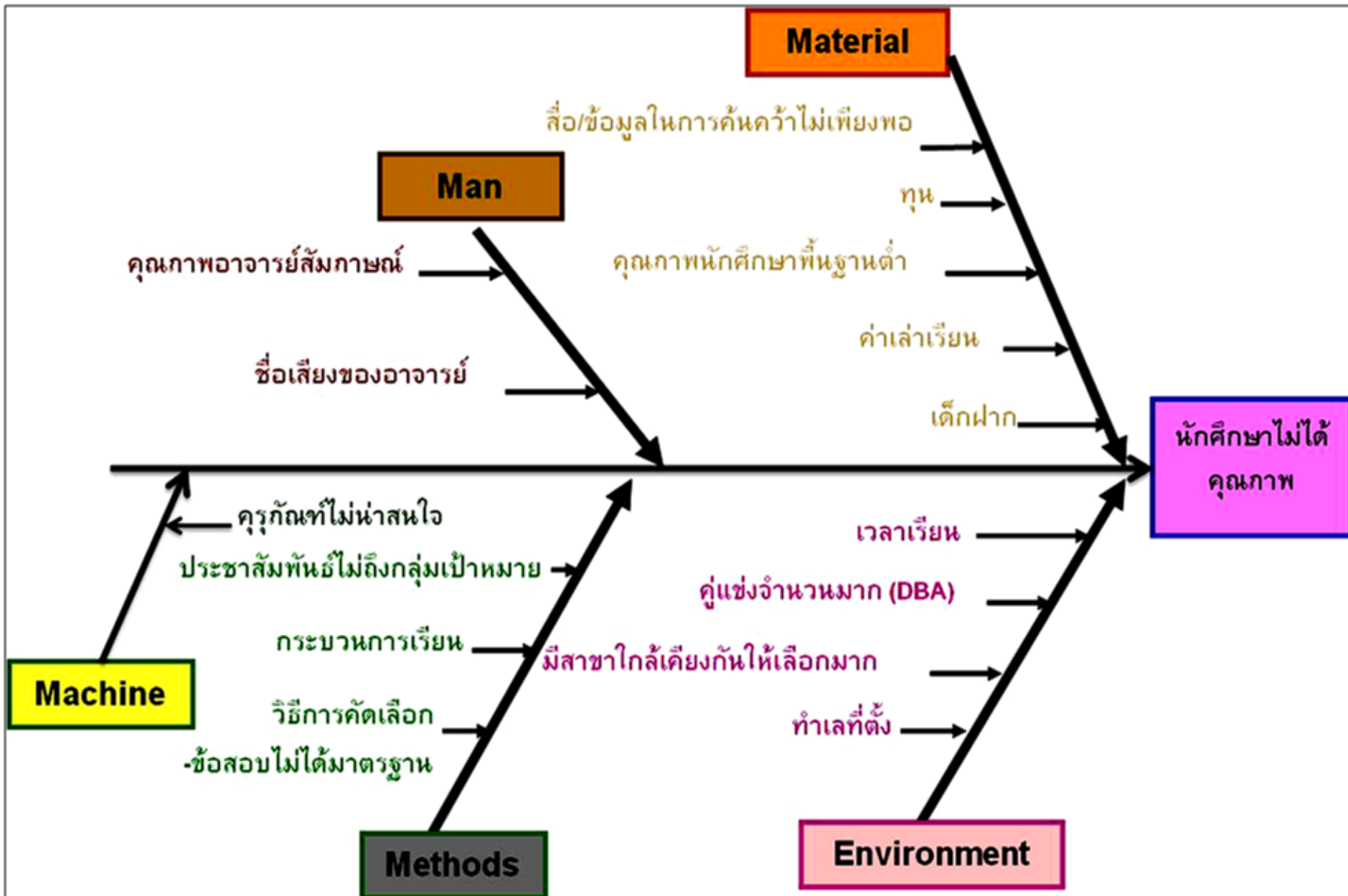
- การแก้ปัญหาที่ยั่งยืนจะต้องแก้ไขที่ปัจจัยที่เป็นสาเหตุรากของปัญหา

- การทำ RCA อาจทำได้หลายแนวทาง ตั้งแต่แนวทางที่เรียบง่าย ไปถึงแนวทางที่ซับซ้อน

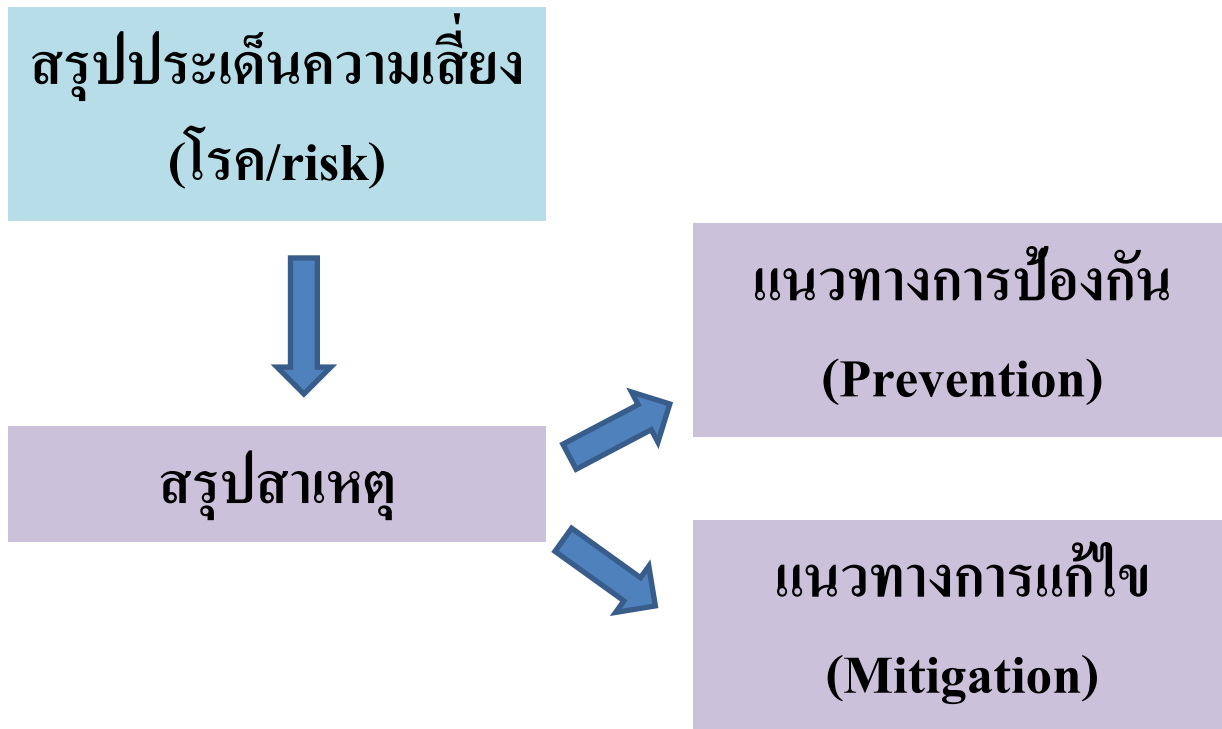


ตัวอย่าง

การหาสาเหตุของความเสียหายด้วย Fishbone diagram



ผลจากการ RCA



Poka Yoke: error proof by visual management



Human factor engineering



กรณี administration error in
NICU

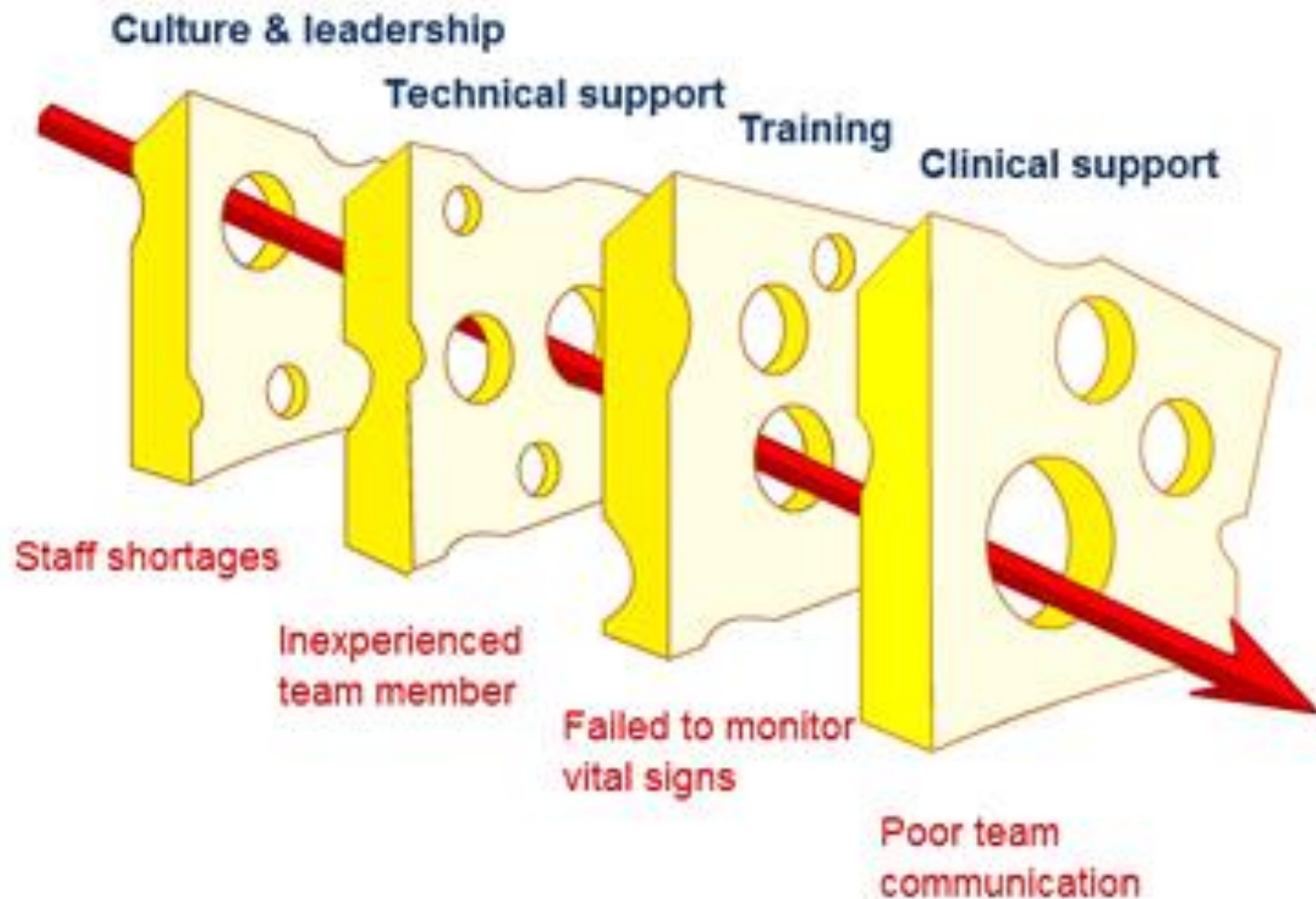


กรณี administration error in
OR

เมื่อต้องไปอยู่/เป็นส่วนหนึ่งของการ
RCA

โปรดอย่ากังวลกับการทำ RCA

แผนบริหารความเสี่ยง:ทำไมต้องทำแผน



เป้าหมาย

การลดความเสี่ยงหรือความเสียหาย

วัตถุประสงค์

มีการค้นหาภาวะ/สาเหตุ ที่ก่อให้เกิดความเสียหาย
มุ่งเน้นที่ประเด็นเชิงระบบ
เห็นการปรับเปลี่ยนวิธีทำงานที่ชัดเจน
มีการวัดผลความสำเร็จ

เชื่อมโยงถึง การควบคุมภายใน



Risk Profile

Risk profile คืออะไร....?

- ✚ คือเอกสารหรือรูปแบบที่แสดงให้เห็นว่าหน่วยงาน/ทีม/องค์กรมีความเสี่ยงสำคัญอะไรบ้าง ซึ่งมีทั้งความเสี่ยงทางคลินิก และความเสี่ยงทางกายภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงในหน่วยงาน/ทีม/องค์กร มีแนวทางในการแก้ไข กำหนดมาตรการอย่างไร และแนวโน้มความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร
- ✚ เป็นการแสดงถึงสถานะปัจจุบันที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน ทีม องค์กร

ความสำคัญของ Risk Profile

- ✚ ใช้ในการวิเคราะห์ ติดตามว่าในหน่วยงาน/ทีม/องค์กรมีความเสี่ยงอะไรเกิดขึ้นบ้าง อะไรคือความเสี่ยงที่สำคัญ
- ✚ ทำให้เห็นว่ามีมาตรการในการป้องกันแล้วหรือไม่ และมาตรการนั้นมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลเพียงใด
- ✚ นำไปสู่การทบทวนความเสี่ยงที่สำคัญ ที่เกิดขึ้นบ่อย เพื่อปรับปรุงมาตรการป้องกันให้ดีขึ้น
- ✚ ให้เกิดการทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างน้อยปี 1 ครั้ง หรือตามบริบทในแต่ละองค์กร
- ✚ ใช้ในการสื่อสารกับบุคลากรในหน่วยงาน/ทีม/องค์กร เพื่อให้เห็นว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้น อะไรคือความเสี่ยงสำคัญ แนวโน้มเป็นอย่างไรเกิดขึ้นซ้ำหรือไม่ มาตรการในการป้องกันมีหรือไม่ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลเพียงใด

สิ่งที่ Risk Profile ควรบอกกับเรา

- # ประเด็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหรือเผชิญอยู่นั้น อะไรที่หนักสุด รุนแรงสุด และมีการเรียงลำดับความสำคัญ
- # ประเด็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้นสามารถนำไปเกี่ยวข้องหรือประกอบการตัดสินใจในเรื่องอะไร
- # เห็นภาพ หรือประเด็นความเสี่ยงทั้งหลายที่เกิดขึ้นนั้นเป็นภาพเดียวกัน

สรุปรายงานปฏิบัติการ ปี

หอผู้ป่วย / หน่วยงาน

แยกเป็นความเสี่ยงรายโรค และ ความเสี่ยง 2P

[illegible]

บัญชีความเสี่ยง (Risk Profile)

หน่วยงาน

แยกเป็นความเสี่ยงรายโรค และ ความเสี่ยง 2P

รายการความเสี่ยง	จำนวนครั้ง	ความถี่					ความรุนแรง					คะแนนรวม	ระดับความเสี่ยง	Result of review (ผลการทบทวน)	แนวทางที่ปรับเปลี่ยน
		บ่อยมาก (5)	บ่อย (4)	ค่อนข้างบ่อย (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)	I (5)	G H (4)	E F (3)	C D (2)	A B (1)				
													High	สาเหตุหลัก	วิธีที่ปรับปรุง
													Sig		
													Mod		
													Low		



ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แผนการบริหารความเสี่ยง ปีงบประมาณ.....

ชื่อหน่วยงาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ลำดับที่(1)	งานที่ รับผิดชอบ/ พื้นที่ (2)	วัตถุประสงค์ของงาน/ พื้นที่(3)	ความ เสี่ยง(4)	ด้าน ความ เสี่ยง (5)	ผลกระทบ (6)				โอกาสที่จะเกิด (7)				ระดับความเสี่ยง(8)	สาเหตุการเกิด ความเสี่ยง(9)	แนวทางการ แก้ไข/ปรับปรุง (10)	ระยะเวลา ดำเนินงาน(11)	ผู้รับผิดชอบ(12)
					GHI [4]	EF [3]	CD [2]	AB [1]	บ่อย [4]	ค่อนข้างบ่อย [3]	ปานกลาง [2]	น้อย/ไม่เกิด [1]					

เป้าหมาย แต่ละหน่วยควรมีแผนความเสี่ยง อย่างน้อย 3-5 เรื่อง

ชื่อส่วนงานย่อย.....

รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน

วันที่ ... เดือน พ.ศ.

1	2	3	4	5	6	7
กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม	การควบคุมที่มีอยู่	การประเมินผลการควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุงการควบคุม	การกำหนดแล้วเสร็จ	หมายเหตุ

ชื่อผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน งานพัฒนาคุณภาพ โทร.๓๔๑๗-๑๘

ที่ อว.๘๗๓๑.๖(๒)/๘๒ วันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอให้ปรับปรุงข้อมูลเพื่อเตรียมพร้อมรับการเยี่ยมสำรวจภายใน

เรียน หัวหน้างาน /หัวหน้าสาขาวิชา/ หัวหน้าฝ่าย / ศูนย์ /หัวหน้าหน่วยงาน ทุกแห่ง

ตามที่ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ได้กำหนดการประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน และมี KPI ที่เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เป็น KPI บังคับส่วนกลาง ได้แก่

- ข้อที่ ๑. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ
- ข้อที่ ๓. ระดับความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง
- ข้อที่ ๖. ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ

ในการนี้ขอให้ทุกหน่วยปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันดังนี้

- ๑. แบบประเมินตนเองระดับหน่วยงาน (Service Profile) ๑๒ เดือน ของปี ๖๔
- ๒. สรุปข้อมูลความเสี่ยงรายเดือน ปรับให้ครบ ๑๒ เดือน ของปี ๖๔
- ๓. บัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) ปรับให้ครบ ๑๒ เดือน ของปี ๖๔
- ๔. แผนบริหารความเสี่ยงงบประมาณปี ๖๕
- ๕. รายงานผลการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปย.๒/ปค.๕) ตามแผนบริหารความเสี่ยงงบประมาณปี ๖๔ (ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)
- ๖. ขึ้นทะเบียนเรื่องที่จะพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน(CQI) ในรอบปี ๖๕

อนึ่งขอให้ทุกหน่วยงาน Upload เอกสาร/หลักฐานได้ที่ tqa.pcmc.swu.ac.th คลิกที่เมนูส่งรายงาน/ตัวชี้วัด คลิกหัวข้อระบบติดตามความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานภายใน PCMC ส่งภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ไฟล์ที่ส่งขอให้เป็นไฟล์นามสกุล.pdf และ สำหรับ Username /Password ในการ Uploadเอกสาร/หลักฐานสามารถติดต่อขอรับได้ที่ศูนย์คุณภาพโทร ๓๔๑๔-๓๔๑๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายแพทย์โยธิน เลิศรัตนสกุลชัย)
ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาคุณภาพ

Workshop การเขียนเอกสารความเสี่ยง

ส่ง เอกสารความเสี่ยง ฉบับปัจจุบัน
ที่เนื้อหาครบถ้วน ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

1. สรุปข้อมูลความเสี่ยงในรอบปี 2564
2. บัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) ปี 2564
3. แผนบริหารความเสี่ยง ปี 2565
4. รายงาน ปย 2 / ปค 5 ปี 2564

ภายใน 30 พฤศจิกายน 2564



Good
Luck

THE END