



ศูนย์การแพทย์
ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โครงการทบทวน Risk Management ประจำปี 2568 (สำหรับหน่วยงานทางคลินิก)

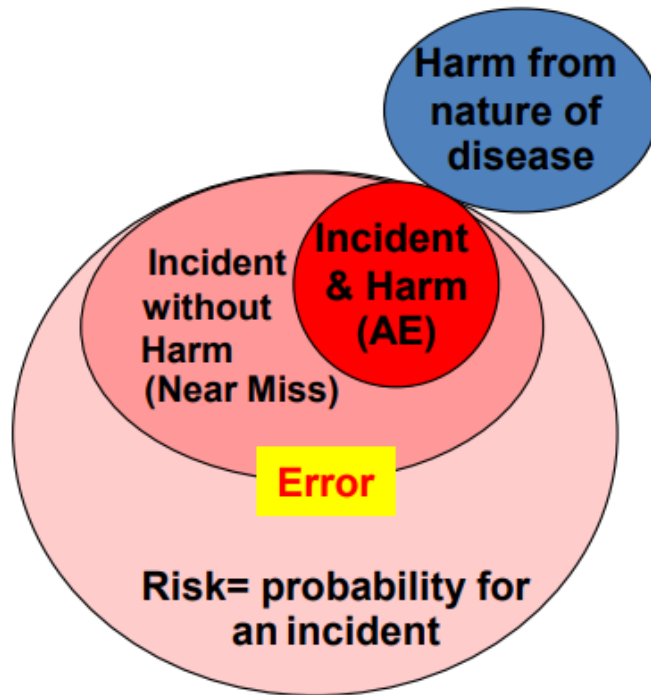
พว.วิมลรัตน์ เชาวินัย
พยาบาลศูนย์คุณภาพ
หัวหน้าหน่วยบริหารความเสี่ยง



ความเสี่ยงและอุบัติการณ์



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



- ความเสี่ยงคือโอกาสที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย
- อุบัติการณ์คือเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิด หรือได้ทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย (ที่ไม่ควรจะเกิดขึ้น)
- อุบัติการณ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น
- อุบัติการณ์ในอดีต อาจเป็นความเสี่ยงในปัจจุบันและอนาคต
- อุบัติการณ์ในอดีต อาจไม่มีความเสี่ยงอีกต่อไป หากมีการปรับปรุงแก้ไขอย่างรัดกุม
- ความเสี่ยง มีทั้งอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น และโอกาสเกิดซึ่งยังไม่เคยมีอุบัติการณ์

- **ความเสี่ยง** คือโอกาสที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย
- **อุบัติการณ์** คือเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิด หรือได้ทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย (ที่ไม่ควรจะเกิดขึ้น)
- **อุบัติการณ์** เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว **ความเสี่ยง** เป็นสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น
- **อุบัติการณ์** ในอดีต อาจเป็น**ความเสี่ยง** ในปัจจุบันและอนาคต
- **อุบัติการณ์** ในอดีต อาจไม่เป็นความเสี่ยงอีกต่อไปหากมีการปรับปรุงแก้ไขอย่างรัดกุม
- **ความเสี่ยง** มีทั้งอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น และโอกาสเกิดซึ่งยังไม่มีเคยมีอุบัติการณ์

มาตรฐานสำคัญจำเป็น จุดเน้นเพื่อความปลอดภัย



“มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย” หมายความว่า มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนดโดยคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาและอนุมัติการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั้งองค์กรในขั้นที่สามและขั้นก้าวหน้า



มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	
มาตรฐานสำคัญจำเป็น	รายละเอียดการดำเนินงาน
1. การฆ่าเชื้อโรค ผิดซ้ำ ผิดตำแหน่ง ผิดทิศทาง	สถานพยาบาลต้องดำเนินการดังต่อไปนี้
2. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริเวณของตัวคนกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABS	1. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันความปลอดภัยต่อผู้ป่วยในระดับที่กำหนด
3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน	2. สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นต่อปีในระดับที่กำหนด
4. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event	3. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ
5. การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่เลือด ผิดชนิด	4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสียหายและมีการดำเนินงานตามแผนและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ
6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	
7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	
8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน	
9. การคัดกรองเพื่อป้องกันความเสียหาย	

2P Safety Goals

HA II-1.2 Risk Management

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

Patient Safety

World Health Organization definition

“The absence of preventable harm to a patient during the process of health care.”

ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นกับผู้ป่วย
อันมีเหตุเกิดจากกระบวนการให้บริการหรือกิจกรรม
การตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาล
หรืออุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์

ลดความเสี่ยงทางคลินิก



ผู้ป่วยปลอดภัย

Preventable Harm

Risk



Risk Management

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร



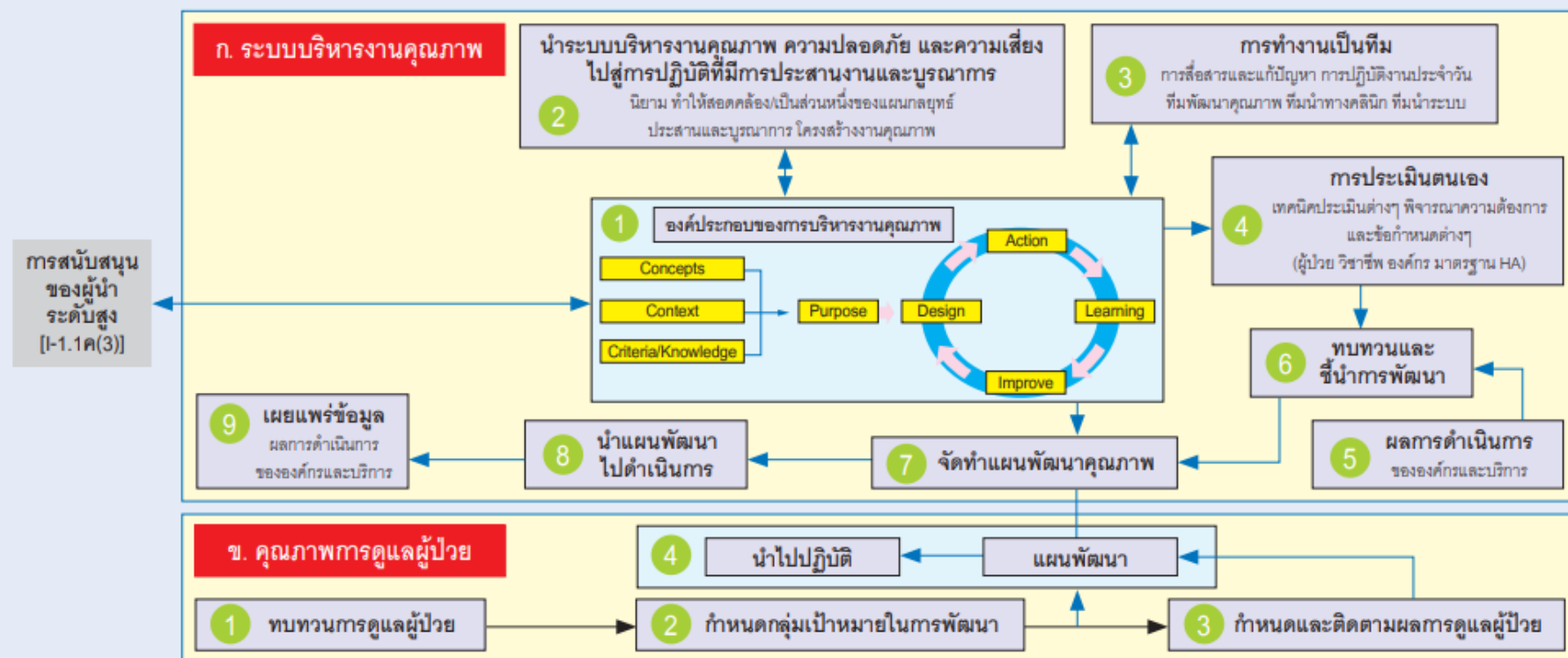
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1

การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย (Quality, Risk and Safety Management)

II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

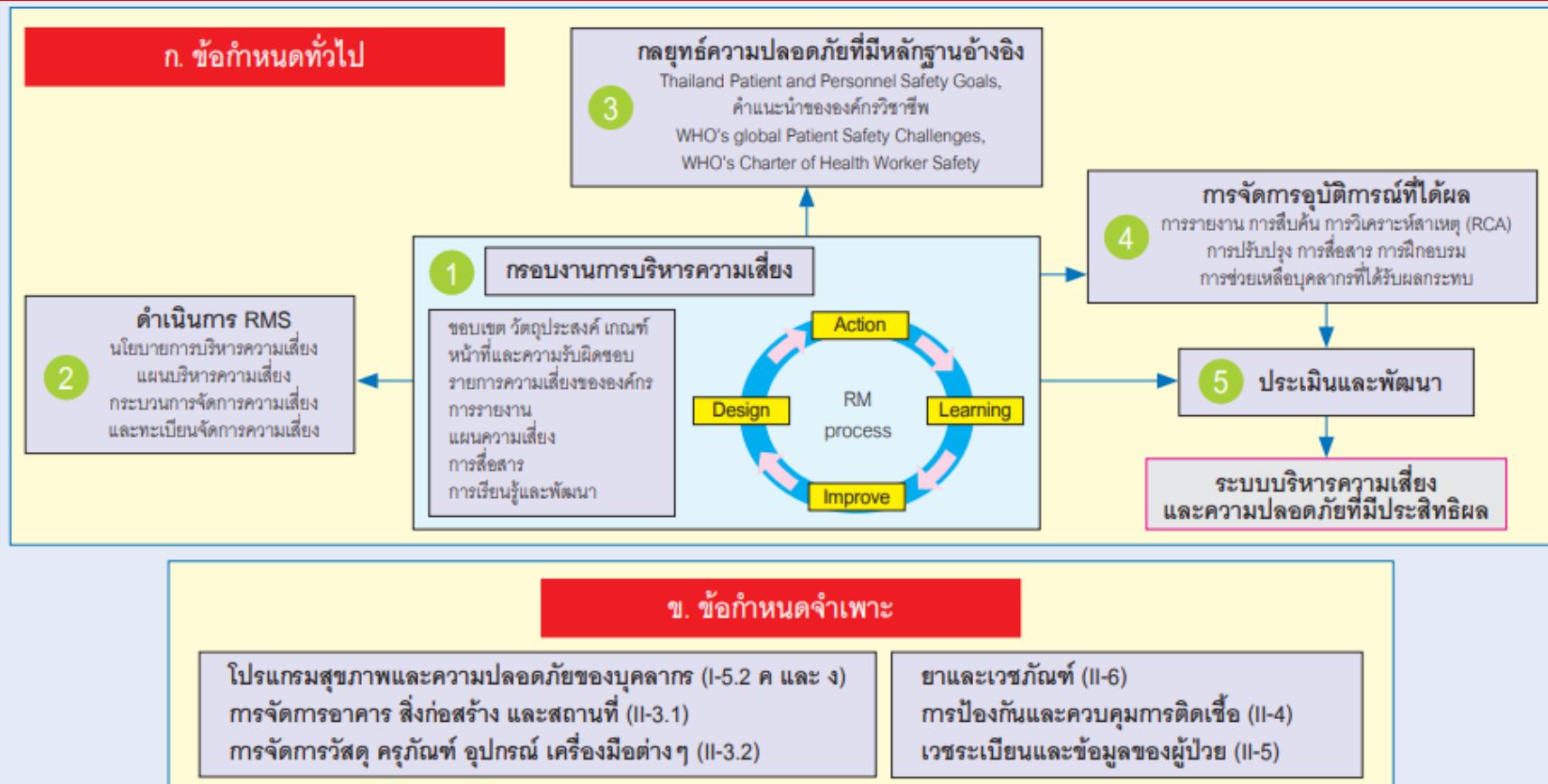
องค์กรมีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน.



II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป (General Requirements)

(1) องค์กรกำหนดกรอบงานการบริหารความเสี่ยง (risk management framework) ซึ่งสนับสนุนการออกแบบระบบ การนำไปปฏิบัติ การธำรง และการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งมาตรการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ. กรอบงานการบริหารความเสี่ยงควรประกอบด้วย:

- (i) ขอบเขต วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง และเกณฑ์สำหรับการประเมินความเสี่ยง;
- (ii) หน้าที่และความรับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยง;
- (iii) รายการความเสี่ยงขององค์กร อย่างน้อยครอบคลุม ด้านกลยุทธ์ (strategic risk) ด้านคลินิก (clinical risk) ด้านการปฏิบัติการ (operational risk) และด้านการเงิน (financial risk);
- (iv) กระบวนการรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์⁶²;
- (v) สรุปแผนความเสี่ยง (risk plan) สำหรับความเสี่ยงที่สำคัญ (major risk);

คู่มือความเสี่ยง



⁶² องค์กรอาจเข้าร่วมโปรแกรมรายงานอุบัติการณ์ของประเทศ (National Reporting and Learning System: NRLS) โดยบูรณาการข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ขององค์กรกับภาพรวมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาเชิงระบบของประเทศ

- (vi) กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงกับผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย;
 - (vii) ระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะเรื่องการบริหารความเสี่ยง.
- (2) องค์กรสนับสนุนการดำเนินการตามกรอบงานของการบริหารความเสี่ยง โดย:
- (i) นโยบายการบริหารความเสี่ยงแสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและแสดงทิศทางในการดำเนินการ;
 - (ii) แผนบริหารความเสี่ยงอธิบายถึงความรับผิดชอบและกรอบเวลาสำหรับการรายงาน การทบทวนและการติดตามความเสี่ยง;
 - (iii) กระบวนการจัดการความเสี่ยง (risk management process) เพื่อป้องกันและสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน⁶³ ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากโอกาสที่จะเกิดและความรุนแรงหรือผลที่จะตามมา การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงแต่ละชนิด แผนรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยง โดยใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) ที่มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันสม่ำเสมอ.

⁶³ ตัวอย่างความเสี่ยงของผู้มาเยือน เช่น ญาติผู้ป่วยสับสนหกล้มในโรงพยาบาล การติดเชื้อ COVID-19 ของญาติผู้ป่วย เป็นต้น

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(3) องค์กรกำหนดและนำกลยุทธ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรที่มีหลักฐานอ้างอิงและเหมาะสมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย.

- (i) คำแนะนำตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย (Thailand Patient and Personnel Safety Goals⁶⁴);
- (ii) คำแนะนำขององค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง;
- (iii) คำแนะนำที่มีหลักฐานอ้างอิงอื่นๆ เช่น ความท้าทายระดับโลกเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (WHO Global Patient Safety Challenges)⁶⁵ และกฎบัตรเรื่องความปลอดภัยของบุคลากร (WHO Charter on Health Worker Safety) ที่เผยแพร่ โดยองค์การอนามัยโลก เป็นต้น.

⁶⁴ **Thailand Patient and Personnel Safety Goals** หมายถึง เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย ที่กำหนดโดยคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย ประกอบด้วยหัวข้อหลัก Patient Safety: S-Safe surgery, I-Infection prevention control, M-Medication and Blood Safety, P-Process of Care, L-Line, Tube, and Catheter & Laboratory, E-Emergency Response และ Personnel Safety: S-Security of information and Social media, I-Infection Exposure, M-Mental Health and Mediation, P-Process of Work, L-Lane and Legal, E-Environment Safety

⁶⁵ **Global Patient Safety Challenge** หมายถึง ประเด็นความท้าทายเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) กำหนดขึ้น และประกาศเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกทั่วโลกร่วมกันขับเคลื่อน ประกอบด้วย “Clean Care is Safer Care (2005)”, “Safe Surgery Saves Lives (2008)”, “Medication without Harms (2017)”

- (4) องค์กรใช้กระบวนการจัดการอุบัติการณ์ (incident management) ที่ได้ผล. โดยกระบวนการอาจประกอบด้วย:
- (i) การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์⁶⁶ ครอบคลุมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร หรือผู้มาเยือน;
 - (ii) การตรวจสอบ ลืบค้น วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ⁶⁷ (root cause analysis) และตอบสนองต่ออุบัติการณ์;
 - (iii) การนำข้อมูลหรือสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อป้องกัน/ลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำหรือบรรเทาความรุนแรงและเสียหาย
 - (iv) การสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์;
 - (v) การอบรมบุคลากรเรื่องการระบุความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติการณ์;
 - (vi) การดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ.
- (5) องค์กรประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา.

⁶⁶ ให้ความสำคัญกับอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความไม่ปลอดภัย (safety incidents)

⁶⁷ การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (root cause analysis) หมายถึง การวิเคราะห์ถึงสาเหตุตั้งต้นที่สัมพันธ์กับการบริหารจัดการในเชิงกระบวนการหรือระบบ โดยหากสามารถจัดการหรือควบคุมได้ จะลดหรือจะป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าวซ้ำ

ข. ข้อกำหนดจำเพาะ (Specific Requirements)

ระบบบริหารความเสี่ยงดำเนินการแบบบูรณาการไปกับระบบงานที่เป็นความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ:

- (1) โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร;
- (2) การจัดการอาคาร สิ่งก่อสร้าง และสถานที่;
- (3) การจัดการ วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ;
- (4) ยาและเวชภัณฑ์;
- (5) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ;
- (6) เวชระเบียนและข้อมูลต่างๆของผู้ป่วย.



ศูนย์การแพทย์
ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ระบบบริหารความเสี่ยง ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน



นโยบายในการบริหารความเสี่ยง

1. บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยง เมื่อพบเห็นเหตุการณ์ ให้รายงานอุบัติการณ์ online ผ่านระบบโปรแกรมการรายงานความเสี่ยงทาง Intranet หรือในใบรายงานอุบัติการณ์ตามระบบที่วางไว้
2. หัวหน้าหน่วยงานทุกหน่วย เป็นผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน และจัดการให้มีการค้นหาความเสี่ยง จัดทำรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน ร่วมกันวิเคราะห์ และวางมาตรการในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
3. ให้มีการประสานข้อมูลระหว่างคณะกรรมการ/ทีมที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหาในแต่ละระบบงาน และกำหนดเป็นมาตรการหรือมาตรฐานเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ มีการแก้ไขปัญหตามระดับความรุนแรง และติดตามกำกับความเสี่ยงโดยใช้ risk register เพื่อดูแนวโน้ม หลังการวางระบบป้องกัน

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



ขั้นตอนการรายงาน/บริหารความเสี่ยง

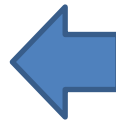
หน่วยรายงาน



หัวหน้าหน่วยที่รายงานยืนยันในระบบ



แจกจ่ายให้ทีมที่เกี่ยวข้อง



กก.ความเสี่ยง ตรวจสอบ



ทีมหลักทบทวน วิเคราะห์
สาเหตุ วางแนวทาง



ส่งรายงาน RCA คืน กก.ความเสี่ยง

ขึ้นทะเบียน



Risk register

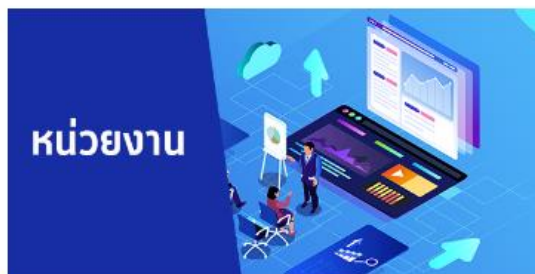


ติดตามกำกับ

การรายงาน HOIR

ผ่านโปรแกรมการรายงานความเสี่ยง

เรียนรู้การใช้โปรแกรม



หน่วยงาน

หน่วยงาน

- ▶ PCMC Intranet
- ▶ การจัดการความรู้ (KM)
- ▶ การบริหารจัดการแบบลีน (LEAN)
- ▶ ศูนย์คุณภาพ (HA, TQA)
- ▶ งานวิชาการและวิจัย
- ▶ สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
- ▶ งานนโยบายและแผน
- ▶ งานผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ เทคโนโลยีและการศึกษา
- ▶ แผนการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน



สารสนเทศ เพื่อสนับสนุน การบริหาร

สารสนเทศเพื่อสนับสนุนการบริหาร

- ▶ ระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของรพ.
- ▶ ระบบรายงานความเสี่ยงออนไลน์
- ▶ ระบบล่อเล็กทรอนิกส์, คู่มือระบบล่อเล็กทรอนิกส์
- ▶ เอกสารแบบฟอร์มสำหรับดาวน์โหลด
- ▶ ข่าวจัดซื้อจัดจ้าง
- ▶ เอกสารคุณภาพ



สารสนเทศ ทั่วไป

สารสนเทศทั่วไป

- ▶ ระบบบริหารจัดการบัญชีผู้ใช้งาน
- ▶ เครือข่ายเสมือนส่วนตัว (VPN)

งานวิชาการและวิจัย	
งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC)	
หน่วยอาชีวอนามัย	▼
โปรแกรมความเสี่ยง	▼
เอกสารงานคุณภาพ (QA)	
ดาวน์โหลดแบบฟอร์มของ รพ.	

FaceBook โรงพยาบาล



จำนวนผู้เยี่ยมชม

Today	9
Yesterday	84
Week	167
Month	609
All	78440

Kubik-Rubik Joomla! Extensions

ออนไลน์ ขณะนี้

มี 53 ผู้มาเยือน และ ไม่มีสมาชิกออนไลน์



ฝ่ายแผน - รายงานการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของ มศว บงบประมาณ 2564 คู่มือ

งานขึ้นสูตร - รายงาน Annual Report of Antimicrobial Susceptibility 2021 คู่มือ | xlsx file

ฝ่ายแผน - ผลประเมินการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดแบบสมดุล 4 มิติ คู่มือ

ฝ่ายแผน - ผลการประเมินงานตามโปรแกรมการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของ มศว คู่มือ

ยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ในระยะยาว คู่มือ

คู่มือการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน ของมหาวิทยาลัยฯ ปีงบประมาณ 2564 อ่านที่นี่

รายงาน Annual Report of Antimicrobial Susceptibility 2019 ดาวน์โหลดที่นี่

คู่มือใช้งานระบบแจ้งซ่อมออนไลน์งาน IT ดาวน์โหลดที่นี่

แนวทางและแบบฟอร์มกำกับการใช้ยา จ.2 ดาวน์โหลดที่นี่

บัญชียาโรงพยาบาลชลประทาน ปี 2565 อ่านที่นี่

สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ (กุมภาพันธ์ 2561) คู่มือ

สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ (ธันวาคม 2561) คู่มือ

รายละเอียดผู้สมัคร / ผู้มีสิทธิ์สรรหาคณะกรรมการสภรณโอมทรัพย์ (พฤศจิกายน 2561) คู่มือ

เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย ICU อายุรกรรม (มิถุนายน 2561) ดาวน์โหลดที่นี่

คู่มือการใช้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (มิถุนายน 2561) ดาวน์โหลดที่นี่

รายละเอียดผู้สมัคร / ผู้มีสิทธิ์สรรหาคณะกรรมการสภรณโอมทรัพย์ (พฤศจิกายน 2560) คู่มือ

แผนผังการปิดถนนการจราจร บริเวณหน้าตึก 80 ปีปัญญานันทะ จนลงทางออก ระหว่างวันที่ 1 พย.60 ถึงวันที่ 14 กค.60 ดาวน์โหลดที่นี่

รายละเอียดและคุณสมบัติผู้สมัครเป็นกรรมการดำเนินการสภรณโอมทรัพย์ มศว. ดาวน์โหลดที่นี่

งานพัสดุ-บันทึกข้อความ เรื่องกำหนดสินค้าสำหรับดำเนินการจัดหาด้วยวิธีตลาดอิเล็กทรอนิกส์ (e-market) ดาวน์โหลดที่นี่

แบบสอบถาม เรื่องความพึงพอใจของบุคลากร โรงพยาบาลชลประทาน (กรกฎาคม 2560) คลิ๊กที่นี่

สไลด์บรรยายเรื่อง "ระบบเอกสารคุณภาพโรงพยาบาลชลประทาน" (PowerPoint 2010) ดาวน์โหลดที่นี่

ระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ เริ่มใช้วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560 ดาวน์โหลดคู่มือผู้ใช้ทั่วไป / คู่มือสารบรรณย่อยหน่วยงาน

รายการสินค้ากลุ่มอวัยวะเทียมที่ตัดใช้แบบ Real Time ในระบบ HOSXP ดาวน์โหลดที่นี่

แบบฟอร์มข้อเสนอโครงการการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ดาวน์โหลดที่นี่

รายงานการเจ็บป่วยจากการทำางาน_ปรับใหม่ 2015 ดาวน์โหลดที่นี่

ข้อมูลงบประมาณ ปี 2560 ดาวน์โหลดที่นี่

ข้อมูลครุภัณฑ์อาคาร 20 ชั้น ดาวน์โหลดที่นี่

Link สำหรับดู User Name บัศร ที่นี่

วิธีการเขียนรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ (Spec) สำหรับการจัดซื้อครุภัณฑ์ของโรงพยาบาล สามารถดาวน์โหลดตัวอย่างเพื่อนำไปแก้ไขให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดาวน์โหลดไฟล์ตัวอย่าง ที่นี่ (จัดทำด้วยโปรแกรม Office 2003)

คณะกรรมการป้องกันและระงับอัคคีภัย ขอความร่วมมือให้ทุกหน่วยงานติดสติ๊กเกอร์ที่อุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยในการขนย้ายกรณีเกิดอัคคีภัย สามารถ ดาวน์โหลดที่นี่

การพิมพ์หนังสือราชการภายนอกและภายใน ให้ทุกหน่วยงาน เริ่มใช้แบบอักษรมาตรฐานของราชการ ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. 2555 เป็นต้นไป โดยการ ดาวน์โหลดที่นี่ และนำไปติดตั้งในเครื่องคอมพิวเตอร์ของท่าน



โปรแกรมรายงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
ปีงบประมาณ 2568

Please sign in to the application

USERNAME:
PASSWORD:

Sign In

Username: Buasri ID
Password: 1234

ถ้ามี Buasri ID แล้วเข้าไม่ได้
ติดต่อ ศูนย์คุณภาพ 3417-18

MAIN MENU (เจ้าหน้าที่)

ระดับสิทธิ์สำหรับบุคลากรทั่วไป

ok***** บันทึกผลงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุการณ์

ok***** เปลี่ยน password

MAIN MENU (หัวหน้าหน่วยงาน)

ระดับสิทธิ์สำหรับหัวหน้า

- ok***** บันทึกรายงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุ
- ok***** ค้นหาข้อมูลการรายงานความเสี่ยง
- ok***** ค้นหาข้อมูลการรายงานความเสี่ยงดูสถานะแนวทางแก้ไข(แบ่งตามหน่วยงานที่รายงาน)
- ok***** ค้นหาข้อมูลการรายงานความเสี่ยงดูสถานะแนวทางแก้ไข(แบ่งตามหน่วยงานที่เกิดเหตุ)
- ok***** สรุปรายงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุ (แบ่งตามหน่วยคุณภาพ)
- ok***** เปลี่ยน password

MAIN MENU (ADMIN)

ระดับสิทธิ์สำหรับ ADMIN

new***** เพิ่มสาขาวิชา
ok***** เพิ่มหน่วยงาน
ok***** เพิ่มuser
ok***** เพิ่มPCT
ok***** เพิ่มทีมนำ
ok***** เพิ่มหน่วยงานอื่นๆ
ok***** เพิ่มชื่อแพทย์
ok***** บันทึกรายงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุ
ok***** ค้นหาข้อมูลการรายงานความเสี่ยง
ok***** ทะเบียนรับ-ส่ง แบบรายงานอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์
ok***** สรุปรายงานเหตุการณ์/อุบัติการณ์ (แบ่งตามหน่วยคุณภาพ)
ok***** สรุปรายงานเหตุการณ์/อุบัติการณ์ (หน่วยงานที่รายงานตนเอง)
ok***** สรุปรายงานเหตุการณ์/อุบัติการณ์ (แบ่งตามทีมที่เกี่ยวข้อง)
ok***** สรุปรายงานเหตุการณ์/อุบัติการณ์ (แบ่งตามความรุนแรง)
ok***** สรุปรายงานเหตุการณ์/อุบัติการณ์ (แบ่งตามโปรแกรม)
ok***** สรุปรายงานเหตุการณ์/อุบัติการณ์ (แบ่งตามเลขที่รับ)
ok***** สรุปรายงานเหตุการณ์/อุบัติการณ์ (แบ่งตามสถานะแนวทางแก้ไข / ป้องกัน)
ok***** สรุปรายงานแหล่งที่มาการรายงาน
ok***** สรุปรายงานตามการตอบกลับ
ok***** สรุปรายงานตามการตอบกลับระดับ E-UP

FM-RM-001-00

รายงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
(Hospital Occurrence / Incident Report)

แหล่งที่มาการรายงาน

- ☐ นิเทศงาน
- ☐ การดูแลผู้ป่วย / ปฏิบัติงาน
- ☐ ทบทวน Case / Trigger
- ☐ เวชระเบียน
- ☐ รับส่งเวร
- ☐ การลงเยี่ยมหน่วยงาน
- ☐ อื่นๆ

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย/ผู้ประสบปัญหา

อายุ ปี เพศ ชาย

AN HN

หน่วยงานที่รายงาน

หน่วยงาน

หน่วยงานที่เกิดเหตุการณ์

หน่วยงาน

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

หมายเหตุ (ถ้ามี)

โปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล

1. โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก

มี 7 ประเด็น ได้แก่ อุบัติเหตุ (ที่เกิดกับผู้ป่วย), Lab

การจอง/ขอ/จ่าย/ให้เลือด, X-ray และการตรวจพิเศษทางรังสี, การผ่าตัด/ดมยา/ทำหัตถการ, การรักษาพยาบาลผู้ป่วย และ 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. โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก

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).....

1.2 การจอง/ขอ/จ่าย/ให้เลือด

- 1.2.1 ☐ ระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้องในการจอง/ขอ/จ่าย/ให้เลือด
- 1.2.2 ☐ การบันทึกข้อมูล ไม่ถูกต้อง/ครบถ้วน
- 1.2.3 ☐ กระบวนการเก็บตัวอย่างเลือดไม่ถูกต้อง/ไม่เหมาะสม
- 1.2.4 ☐ ตัวอย่างเลือด/ใบขอเลือด/ใบรายงานการให้เลือด/ใบคลังเลือด สูญหาย
- 1.2.5 ☐ กระบวนการเตรียมเลือดไม่ถูกต้อง/ไม่เหมาะสม
- 1.2.6 ☐ การเบิกเลือดและส่วนประกอบของเลือดไม่ถูกต้อง
- 1.2.7 ☐ การจ่าย เลือดและส่วนประกอบของเลือดไม่ถูกต้อง
- 1.2.8 ☐ ให้เลือดผิดพลาด (ผิดหมู่, ผิดชนิด, ผิดถุง, หมดอายุ)
- 1.2.9 ☐ วิธีการให้เลือดไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน
- 1.2.10 ☐ เกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด
- 1.2.11 ☐ การนำส่งเลือดและส่วนประกอบของเลือดไม่เหมาะสม
- 1.2.12 ☐ ไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการขอเลือดเร่งด่วน (MTP)
- 1.2.13 ☐ จองเลือดผิดชนิด
- 1.2.14 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

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 ☐ จด/เลื่อน X-ray และการตรวจพิเศษทางรังสี

1.4.8 ☐ ระบบ PAC ใช้งานไม่ได้/ไม่พร้อมใช้

1.4.9 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1.3 Lab

1.3.1 ☐ ระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง/ไม่ชัดเจนในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.3.2 ☐ ระบุตัวผู้ป่วย/ตำแหน่งไม่ถูกต้อง/ไม่ชัดเจนในการส่งตรวจทางพยาธิวิทยากายวิภาค

1.3.3 ☐ เก็บตัวอย่างไม่ถูกต้อง/ไม่เพียงพอ/ตัวอย่างเสียหาย

1.3.4 ☐ ตัวอย่างส่งตรวจสูญหาย

1.3.5 ☐ การส่งตรวจหรือการตรวจรับสิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง/ล่าช้า

1.3.6 ☐ กระบวนการตรวจวิเคราะห์ผิดพลาด/ขัดข้อง

1.3.7 ☐ รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด

1.3.8 ☐ รายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยากายวิภาคผิดพลาด

1.3.9 ☐ รายงานผลการตรวจล่าช้า

1.3.10 ☐ ไม่รายงานค่าวิกฤติ/ล่าช้า

1.3.11 ☐ ปัญหาด้านการสื่อสารค่าวิกฤติ(รายงานผิดแผนก/ไม่มีผู้รับรายงาน)

1.3.12 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1. โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก

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

☐ เตรียมผู้ป่วย/ให้ข้อมูลไม่พร้อมก่อนผ่าตัด

☐ ไม่มีเตียงใน ICU ☐ ปัญหาค่าใช้จ่าย

☐ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนก่อนผ่าตัด

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1.5.5 ☐ ได้รับการผ่าตัดซ้ำ

1.5.6 ☐ แทรกซ้อนจากการทำหัตถการ (ระบุ).....

1.5.7 ☐ แทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก (ระบุ).....

1.5.8 ☐ เตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม (ยา / อุปกรณ์ / การล้างเล็บ)

1.5.9 ☐ mark site (ไม่ทำ/ไม่ถูกต้อง)

1.5.10 ☐ อื่นๆ (ระบุ)

1.6 การรักษาพยาบาลผู้ป่วย

- 1.6.1 ☐ คัดกรองผิดคน ☐ คัดกรองไม่ครบถ้วน/เหมาะสม
☐ ส่งผู้ป่วยผิดแผนก ☐ ส่งผู้ป่วยผิดคน
 คัดแยกผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ☐ Under Triage ☐ Over Triage
- 1.6.2 ☐ นัดผิดคน ☐ นัดผิดแผนก ☐ นัดผิดแพทย์
☐ นัดผิดวัน / เวลา ☐ ไม่ออกใบนัด
- 1.6.3 ☐ ประเมินไม่ครบถ้วน/เหมาะสม
- 1.6.4 ☐ วางแผนการรักษา/จำหน่ายไม่ครบถ้วน/เหมาะสม
- 1.6.5 ☐ การเฝ้าระวัง/Reassessment ไม่เหมาะสม
- 1.6.6 ☐ เกิดภาวะไม่พึงประสงค์ระหว่างรอดตรวจ (ระบุ).....
- 1.6.7 ☐ การ Admit ลำช้า
- 1.6.8 ☐ Re-visit (ระบุ).....
- 1.6.9 ☐ Unplanned Intubation
- 1.6.10 ☐ Re-intubation
- 1.6.11 ☐ Delayed/Improper Treatment
- 1.6.12 ☐ Delayed / Miss / Wrong Diagnosis
- 1.6.13 ☐ Unplanned CPR
- 1.6.14 ☐ ย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน
- 1.6.15 ☐ ผู้ป่วยกลับเข้ารับรักษาภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (Re-admission)

- 1.6.16 ☐ เกิดภาวะแทรกซ้อน (ระบุ).....
- 1.6.17 ☐ ให้การรักษาพยาบาลไม่ครบถ้วน
- 1.6.18 ☐ เกิดผลกดทับใหม่/รุนแรงเพิ่มขึ้น
- 1.6.19 ☐ การจัดการความปวดไม่เหมาะสม
- 1.6.20 Refer/Transfer
- ☐ มีอาการเปลี่ยนแปลงขณะ Refer/Transfer
- ☐ Delayed Refer/Transfer
- ☐ Refer ไม่ได้/ล่าช้า
- ☐ การดูแลก่อน/ระหว่าง/หลังนำส่งไม่เหมาะสม

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1.6.21 อาหารสำหรับผู้ป่วย

- ☐ ไม่เหมาะสมกับโรค
- ☐ ไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์
- ☐ ไม่ได้รับอาหาร
- ☐ พบสิ่งปนเปื้อน/บูดเสีย
- ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1.6.22 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

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

PCT สูติ

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

PCT EYE

1. Cataract

- 1.1 ☐ Post-op endophthalmitis
1.2 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

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 ผ่าตัดเปลี่ยนข้อ สะโพก (Hip Arthroplasty)

- 2.1 ☐ การเกิด Hip dislocation
2.2 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

PCT Med

1. Sepsis

1.1 ☐ เสียชีวิตจาก Sepsis

1.2 ☐ 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).....

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 Surg

1. โรคล 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. ความคลาดเคลื่อนทางยา

- 2.1 ผิดคน
- 2.2 ผิดชนิด
- 2.3 ผิดขนาด
- 2.4 ผิดความแรง/ความเข้มข้น
- 2.5 ผิดรูปแบบ
- 2.6 ผิดวิธี
- 2.7 ผิดเวลา
- 2.8 ผิดตำแหน่ง

2. โปรแกรมความคลาดเคลื่อนทางยา

- 2.9 ผิดอัตราเร็ว
- 2.10 แพ้/เกือบแพ้ยาซ้ำ/มีประวัติแพ้ยา
- 2.11 ยาหมดอายุ/เสื่อมสภาพ
- 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 ☐ Phlebitis ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 2.19 ☐ เอกสารด้านยาไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง
- 2.20 ☐ สั่งยานอกบัญชียา รพ. / แผนก
- 2.21 ☐ ออกคำสั่งโดยไม่ใช้ผู้มีอำนาจในการสั่งยา
- 2.22 ☐ ให้ยาไม่เซ็นชื่อ / ไม่ลงเวลา real time
- 2.23 ☐ ไม่ระบุวันหมดอายุของยาหรือสารน้ำ/ระบุไม่ถูกต้อง
- 2.24 ☐ สั่งยาเกินสิทธิ
- 2.25 ไม่ส่งยาเต็มผู้ป่วยมาพร้อม ☐ Admit ☐ D/C
- 2.26 ☐ อื่นๆ
- ☐ MR ☐ Admit ☐ Review ☐ D/C
- ☐ Serious Potential Ham ตัดออก

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

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

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

4. โปรแกรมด้านข้อมูลและสารสนเทศ

4. โปรแกรมด้านข้อมูลและสารสนเทศ

4.1 ☐ เอกสารเวชระเบียนไม่ถูกต้อง/รูปแบบฟอร์มไม่ครบถ้วน

4.2 ☐ เวชระเบียนหาย (ทั้งฉบับหรือบางส่วน)

4.3 ☐ ไม่ได้บันทึกข้อมูลผู้ป่วย/บันทึกไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง

4.4 ระบบ IT

☐ เครื่องมือ อุปกรณ์ ไม่เพียงพอ/ไม่เหมาะสม (ระบุ).....

☐ ให้บริการระบบ IT ลำช้า / ไม่เหมาะสม

☐ โปรแกรมผลิต/ตลาดเคลื่อน/ล่าช้า (HQSXP, การเงิน, Inventory, PAC, LIS, Paperless อื่นๆ.....)

☐ ระบบล่ม 4.5 ☐ เวชระเบียน/เอกสารผิดคน

4.6 ☐ เวชระเบียนล่าช้า

4.7 ☐ ตรวจสอบสิทธิการรักษาผิด

4.8 ☐ ใช้สื่อ on line ไม่เหมาะสม

4.9 ☐ ปลอมแปลงบุคคล/สวมสิทธิการรักษา

4.10 ☐ ให้รหัสโรคไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน/ล่าช้า

4.11 ☐ ความปลอดภัยของข้อมูล/การเข้าถึงข้อมูล

4.12 ☐ ความเสี่ยงด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

4.13 ☐ Scan เอกสารเวชระเบียนล่าช้า/ไม่ถูกต้อง

4.14 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

5. โปรแกรมด้านบุคลากร / การสื่อสาร

5. โปรแกรมด้านบุคลากร / การสื่อสาร

5.1 ☐ ขาดเวร / ขาดงาน / มาสาย

5.2 ☐ ลากะทันหัน 5.3 ☐ ละทิ้งหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน

5.4 ☐ บุคลากรเจ็บป่วยจากการทำงาน

☐ บาดเจ็บจากการทำงาน ☐ บาดเจ็บจากของมีคมที่มิดำ

☐ ดัดเชื้อ ☐ รด Refer ☐ ถูกทำร้ายร่างกาย

5.5.1 ☐ การสื่อสารบกพร่องระหว่างบุคลากร/ในหน่วยงาน

5.5.2 ☐ การสื่อสารบกพร่องระหว่างหน่วยงาน

☐ ข้อมูลไม่ชัดเจน ☐ ไม่ครบถ้วน ☐ เข้าใจไม่ตรงกัน

☐ ไม่สื่อสาร ☐ อื่นๆ.....

5.6 ☐ บุคลากรได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจในการทำงาน

5.7 ☐ ขาดสมรรถนะ (ระบุ).....

5.8 ☐ ขาดอัตรากำลัง

5.9 ☐ เกิดปัญหาด้านการรับสมัคร บรรจุ แต่งตั้งบุคลากร

5.10 ☐ อื่นๆ (ระบุ)

6. โปรแกรมด้านเครื่องมือ / อุปกรณ์ / แก๊ส (ทางการแพทย์)

6. โปรแกรมด้านเครื่องมือ / อุปกรณ์ / แก๊ส (ทางการแพทย์)

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

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

ความเสี่ยงที่พบ ☐ ไม่เพียงพอ ☐ ไม่พร้อมใช้

☐ หาย ☐ ชำรุดขณะใช้งาน ☐ ไม่มีประสิทธิภาพ/ไม่
ปลอดภัย ☐ ใช้งานไม่ถูกต้อง/ไม่เหมาะสม

☐ ไม่ส่งเครื่องคืนตามข้อกำหนด ☐ หมดอายุ ☐ อื่นๆ.....

7. โปรแกรมด้านโครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย

8. โปรแกรมด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

7. โปรแกรมด้านโครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย

7.1 ☐ ประปา

7.2 ☐ ไฟฟ้า

7.3 ☐ โทรศัพท์ / เสียงตามสาย

7.4 ☐ จราจร

7.5 ☐ อัคคีภัย

7.6 ☐ อาคารสถานที่

7.7 ☐ ถนน

7.8 ☐ ระบบปรับอากาศ

7.9 ☐ ซ่อมล่าช้า

7.10 ☐ ลิฟต์

7.11 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ความเสี่ยงที่พบ ☐ ไม่เพียงพอ ☐ ไม่พร้อมใช้
☐ ไม่ปลอดภัย

8. โปรแกรมด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ.

8.1 ☐ การแยกพื้นที่/ การแยกโรคติดเชื้อ/เส้นทางเดิน

8.2 ☐ การล้างมือ

8.3 ☐ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย

8.4 ☐ การใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ

8.5 ☐ การจัดการเข็ม/ ของมีคมที่ใช้แล้ว

8.6 ☐ การจัดการวัสดุ/ อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์หลังการใช้งาน

8.7 ☐ การจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ

☐ การคัดแยกขยะ ☐ การจัดเก็บขยะ

8.8 ☐ การจัดการผ้าเปื้อน

8.9 ☐ การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อไม่ถูกต้อง/
ไม่เหมาะสม

☐ VAP ☐ CAUTI ☐ CABS ☐ MDRO ☐ IV Care

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

8.10 ☐ เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล

☐ VAP ☐ CAUTI ☐ CABS ☐ MDRO ☐ SSI

☐ อื่นๆ (ระบุ)....

8.11 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ความเสี่ยงที่พบ ☐ ไม่ถูกต้อง ☐ ไม่เพียงพอ ☐ ไม่เหมาะสม

9. โปรแกรมด้านการเงิน / พัสดุ

9. โปรแกรมด้านการเงิน / พัสดุ / ระบบสารบรรณ

9.1 ☐ ข้อมูลไม่ครบถ้วน / ไม่ถูกต้อง ส่งผลต่อด้านการเงิน / พัสดุ

9.2 ☐ ส่งสรุปเวชระเบียนหลังจำหน่ายล่าช้า / ให้ ADJ.RW ล่าช้า

9.3 ☐ ไม่มียา / เครื่องมือ / วัสดุอุปกรณ์ ในคลัง Stock

9.4 คัด/บันทึก/เรียกเก็บค่ารักษาผิด

☐ ผิดคน ☐ ผิดราคา/ซ้ำซ้อน ☐ ผิดรายการ/หัตถการ ☐ ไม่คิดค่ารักษา/ไม่ครบถ้วน ☐ อื่นๆ.....

9.5 ☐ อนุมัติล่าช้า

9.6 ☐ เอกสารสูญหาย

9.7 ☐ ระบบสารบรรณไม่ครบถ้วน / ถูกต้อง / ล่าช้า

9.8 ☐ 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).....

11. โปรแกรมด้านการเรียน การสอน

11.1 ☐ อุปกรณ์ (ระบุ).....

11.2 ☐ ห้องเรียน (ระบุ).....

11.3 ☐ อาจารย์ (ระบุ).....

11.4 ☐ ห้องสมุด (ระบุ).....

11.5 ☐ นิสิต/นักศึกษา (ระบุ).....

12. โปรแกรมด้านศิลปะและวัฒนธรรม

12.1 ☐ ใจว่าจาไม่สุภาพ / ไม่เหมาะสม

12.2 ☐ การแต่งกาย (ระบุ).....

12.3 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

Patient Safety Goal/Guide



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

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



Thailand People Safety Goals



S Social Responsibility

- S1: Social Responsibility
- S2: Environment Protection
- S3: Surveillance of Diseases and Health Hazard Surveillance
- S4: Community Empowerment for Strengthen Healthcare Systems

Information System Management

- Information Privacy and Security :I1
- Medical Record Safety and Security :I2
- Information Visualization :I3
- Dissemination and Alert



M Medication and Product Safety

- M1: Medication Safety (RDU and Tele Pharmacy)
- M2: Healthy Food and Product Safety

Process Strengthening for Health Promotion and People Safety

- Strategy and Plan of Action on :P1 Health Promotion
- Promotion of Health in Hospital :P2 and Community
- Process to Improve People Safety :P3



L Legislation/Regulations and Rules

- L1: Compliances of the Legislation/ regulations and Rules

E Emergency Response

- Emergency Preparedness for :E1 any Disasters
- Enhancement of Pre-hospital :E2 Emergency Medical Service



THAILAND 3P SAFETY GOALS 2024



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



Thailand Patient Safety Goals

Infection Prevention and Control

- Hand Hygiene :I1
- Prevention of Healthcare Associated Infection :I2
- Isolation Precautions :I3
- Prevention and Control :I4
- Spread of Multidrug-Resistant Organisms (MDRO)

Patient Care Processes

- Patient Identification :P1
- Communication :P2
- Reduction of Diagnostic Errors :P3
- Preventing Common Complications :P4
- Pain Management :P5
- Refer and Transfer Safety :P6

Emergency Response

- Response to the Deteriorating Patient :E1
- Medical Emergency :E2
- Maternal & Neonatal Morbidity :E3
- ER Safety :E4



Safe Surgery

- S1: Safe Surgery and Invasive Procedure
- S2: Safe Anesthesia
- S3: Safe Operating Room



Medication & Blood Safety

- M1: Safe from Adverse Drug Events (ADE)
- M2: Safe from Medication Error
- M3: Medication Reconciliation
- M4: Rational Drug Use (RDU)
- M5: Blood Transfusion Safety



Line, Tube and Catheter & Laboratory

- L1: Catheter, Tubing Connection, and Infusion Pump
- L2: Right and Accurate Laboratory Results



Thailand Personnel Safety Goals

Infection and Exposure

- Fundamental of Infection Control :I1 and Prevention for Workforce
- Specific Infection Control :I2 and Prevention for Workforce

Process of Work

- Fundamental Guideline for Prevention :P1 of Work-Related Disorder
- Specific Guideline for Prevention :P2 of Work-Related Disorder
- Fitness for Work or Duty Health :P3 Assessment

Environment and Working Conditions

- Safe Physical Environment :E1
- Working Conditions :E2
- Workplace Violence :E3



Security and Privacy of Information and Social Media

- S1: Security and Privacy of Information
- S2: Social Media and Communication Professionalism



Mental Health and Mediation

- M1: Mental Health
- M2: Mediation



Lane (Ambulance) and Legal Issues

- L1: Ambulance and Referral Safety
- L2: Legal Issues



Thailand People Safety Goals



2P Safety Goals : SIMPLE

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)



S: Safe Surgery

S 1: Safe Surgery and Invasive Procedure

S 1.1: Surgical Safety Checklist

S 1.2: Surgical Site Infection (SSI) Prevention

S 1.3: Enhanced Recovery after Surgery (ERAS)

S 1.4: Venous Thromboembolism (VTE) Prophylaxis

S 2: Safe Anesthesia

S 3: Safe Operating Room

S 3.1: Safe Environment

S 3.2: Safe Surgical Instrument and Device

S 3.3: Safe Surgical Care Process

I: Infection Prevention and Control

I 1: Hand Hygiene

I 2: Prevention of Healthcare Associated Infection

I 2.1: Catheter-Associated

Urinary Tract Infection (CAUTI) Prevention

I 2.2: Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)

Prevention

I 2.3: Peripheral and Central Line-Associated

Bloodstream Infection (CLABSI) Prevention

I 3: Isolation Precautions

I 4: Prevention and Control Spread of

Multidrug-Resistant Organisms (MDRO)

M: Medication & Blood Safety

M 1: Safe from Adverse Drug Events (ADE)

M 1.1: Safe from High Alert Drug

M 1.2: Safe from Preventable Adverse
Drug Reactions (ADR)

M 1.3: Safe from Fatal Drug Interaction

M 2: Safe from Medication Error

M 2.1: Look-Alike, Sound-Alike Medication Names

M 2.2: Safe from Using Medication

M 3: Medication Reconciliation

M 4: Rational Drug Use (RDU)

M 5: Blood Transfusion Safety

P: Patient Care Processes

P 1: Patient Identification

P 2: Communication

P 2.1: Effective Communication – ISBAR

P 2.2: Communication during Patient Care Handovers

P 2.3: Communicating Critical Test Results

P 2.4: Verbal or Telephone Order/ Communication

P 2.5: Abbreviations, Acronyms, Symbols, & Doses
and Proportion Designation

P 3: Reduction of Diagnostic Errors

P 4: Preventing Common Complications

P 4.1: Preventing Pressure Ulcers

P 4.2: Preventing Patient Falls

P 5: Pain Management

P 5.1: Pain Management in General

P 5.2: Acute Pain Management

P 5.3: Safe Prescribing Opioids for Patients
with Chronic Non-Cancer Pain

P 5.4: Management of Cancer Pain and
Palliative Care

P 6: Refer and Transfer Safety

L: Line, Tube, and Catheter & Laboratory

L 1: Catheter, Tubing Connection, and Infusion Pump

L 2: Right and Accurate Laboratory Results

E: Emergency Response

E 1: Response to the Deteriorating Patient

E 2: Medical Emergency

E 2.1: Sepsis

E 2.2: Acute Coronary Syndrome

E 2.3: Acute Ischemic Stroke

E 2.4: Safe Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)

E 3: Maternal and Neonatal Morbidity

E 3.1: Post-Partum Hemorrhage (PPH)

E 3.2: Safe Labour at Community Hospitals

E 3.3: Birth Asphyxia

E 4: ER Safety

E 4.1: Effective Triage

E 4.2: Effective Diagnosis and Initial Management
of Highrisk Presentation

E 4.3: Effective Teamwork and Communication

E 4.4: Effective Patient Flow

E 4.5: Effective Hospital Preparedness for Emergencies

ความเชื่อมโยงของบัญชีปฏิบัติการและเครื่องมือคุณภาพ

SIMPLE	มาตรฐานสำคัญจำเป็น		มาตรฐาน HA
Safe surgery	การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	CPS101: ผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดข้าง (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong body part)*	III-4.3
		CPS102: ผ่าตัดผิดคน (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong patient)*	
		CPS103: ผ่าตัดผิดชนิด (Wrong surgical or other invasive procedure performed on a patient)	
Infection control: IC	การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABS	CPI201: CAUTI: Catheter Associated Urinary Tract Infection	II-4
		CPI202: VAP: Ventilator-Associated Pneumonia	
		CPI203: CLABSI: Central Line-Associated Bloodstream Infection	
		CPS111: SSI: Surgical Site Infection	
Infection and Exposure	บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	GPI201: บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ทางอากาศ (airborne transmission) จากการปฏิบัติงาน ได้แก่ วัณโรค หัด และอีสุกอีใส	I-5, II-4
		GPI202: บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ผ่านละอองฝอย (droplet transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น ไข้หวัดใหญ่ หัดเยอรมัน ฯลฯ	
		GPI203: บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ทางการสัมผัส (contact transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น เอชไอวี ตับอักเสบบี ตับอักเสบซี ฯลฯ	
		GPI204: บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ผ่านพาหะ (vector borne transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น ไข้เลือดออก ชิคุงา ฯลฯ	

SIMPLE	มาตรฐานสำคัญจำเป็น		มาตรฐาน HA
Medication Safety	4)การเกิด Medication Error และ Adverse Drug Event	CPM101: แพ้ยาซ้ำ	II-6
		CPM201: Medication error: Prescribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการสั่งจ่ายยา)	
		CPM202: Medication error: Transcribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการคัดลอกยา)	
		CPM203: Medication error: Pre-dispensing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการจัดเตรียมจ่ายยา)	
		CPM204: Medication error: Dispensing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการจ่ายยา)	
	5)การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	CPM205: Medication error: Administration (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการให้ยา)	II-7
		CPM501: การให้เลือดผิด (Incorrect blood component transfused, IBCT หรือ Wrong blood transfused)	
Process of Care	6)การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	CPP101: Patient Identification	III-1
	7)ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	CPP301: Misdiagnosis or delay diagnosis	
Line& Lab	8)การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน	CPL201: ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด ลำช้า หรือไม่สามารถปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ได้	II-7
		CPL203: เตรียมตรวจ/ตรวจทางรังสีผิดพลาด (เช่น ผิดประเภท/ผิดคำสั่ง/ผิดตำแหน่ง/ผิดเทคนิคการตรวจ)	
Emergency	9)การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	CPE402: Under triage	III-1
		CPE403: Over triage	
		CPE405: Delay Diagnosis and Delay treatment ในผู้ป่วย ฉุกเฉิน และผู้ป่วย Fast Track	
		CPE407: Missed Diagnosis	

9 มาตรฐานสำคัญจำเป็น

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย



มาตรฐานสำคัญจำเป็น

รายละเอียดการดำเนินงาน

SIMPLE
Guideline

Incidents
report ใน NRLS

Learning
system ใน
NRLS

RM plan and
Risk register

1. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
2. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABS
3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
4. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event
5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค
8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน
9. การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

- สถานพยาบาลต้องดำเนินการดังต่อไปนี้
1. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด
 2. สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด
 3. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบถึงตัวผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ
 4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เกี่ยวข้อง

ลำดับ	มาตรการสำคัญจำเป็น
1	การฆ่าตัดผิดคน 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



ร่วมกันสร้างอับัติการณ์ความเสี่ยง
ที่สามารถป้องกันได้ ให้เป็น 0

ZERO
event

ปี 2566-2567

การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดทิศทาง
การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
การบริหารยาผิดคน ผิดขนาด (HAD)
ป้องกันได้ให้เป็นศูนย์

เราทำได้!



ประกาศ ZERO Event (ระดับ E up = 0)

ปี 2568

1. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ

2. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

3. การแพ้ยาซ้ำ (type B)

4. การระบุตัวการกผิดพลาด



เป้าหมาย คือต้องไม่เกิดอุบัติการณ์ระดับอันตรายกับผู้ป่วย (ระดับ E up)
และเมื่อเกิดอุบัติการณ์ระดับ C-D ต้องทบทวน RCA ทุกครั้ง



ศูนย์การแพทย์
ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยมหิดล

จุดเน้น สปช ปี 2568

1. 2P Safety Goals : SIMPLE

Patient Safety ผู้ป่วยปลอดภัย

S : Safe Surgery = *Safe Surgery and Invasive Procedure (Surgical Safety Checklist)*

I : Infection Prevention and Control = *MDRO*

M : Medication & Blood Safety = *Safe from medication error (LASA, Using Medication), Rational Drug Use (RDU in URI), Medication Reconciliation* **และ: Blood Transfusion Safety**

P : Patient Care Processes = *Patient Identification Reduction of Diagnostic Errors* **และ: Falls**

L : Line Tube and Catheter & Laboratory = *Tubing Mis-connections*

E : Emergency Response = *Response to the Deteriorating Patient*

Personnel Safety บุคลากรปลอดภัย

S : Security and Privacy of Information and Social Media = *Security and Privacy of Information*

L : Lane (Ambulance) and Legal Issues = *Legal Issues (Informed Consent* **และ: Medical Record and Documentation)**

2. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่สำคัญ มุ่งสู่การพัฒนาครอบคลุม การบริการที่เป็นเลิศ การบริหารทรัพยากรคุ้มค่าคุ้มค่า และการวิจัย

PCT	กลุ่มโรคสำคัญ
อายุรกรรม	- ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคภูมิแพ้ โรคหืด ภูมิแพ้ในวิทยา และระบบทางเดินหายใจ (AAIRC: Allergy Asthma Immunology and Respiratory Center) - ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)
ศัลยกรรม	- มะเร็งเต้านม (Breast Cancer) - มะเร็งตับ (Hepatobiliary Tumors)
กุมารเวชกรรม	- การเกิดก่อนกำหนด (Preterm) - หอบหืด (Asthma)
สูติ-นรีเวชกรรม	- มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) - มะเร็งรังไข่ (Ovarian Cancer) - การผ่าตัดแผลเล็กผ่านกล้อง MIS : Laparoscopic Gynecological Operation
ศัลยกรรมกระดูก	- ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (Total Knee Arthroplasty) : TKA - ผ่าตัดเส้นเอ็นไหล่ (Rotator cuff repair : RC repair)
จักษุวิทยา	- ต้อกระจก (Cataract) - เบาหวานขึ้นตาระยะก้าวหน้า (Proliferative Diabetic Retinopathy) : PDR
โสต ศว นาสิก	ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (Obstructive Sleep Apnea) : OSA
จิตเวช	โรคซึมเศร้า (Depression)
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track)
เวชศาสตร์ครอบครัว	การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

3. เพิ่มรายรับ - ลดรายจ่าย - ลดความสูญเสีย

4. GREEN & CLEAN Hospital



ศูนย์การแพทย์
ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

1. 2P Safety Goals : SIMPLE

Patient Safety ผู้ป่วยปลอดภัย

S : Safe Surgery = *Safe Surgery and Invasive Procedure (Surgical Safety Checklist)*

I : Infection Prevention and Control = *MDRO*

M : Medication & Blood Safety = *Safe from medication error (LASA, Using Medication), Rational Drug Use (RDU in URI), Medication Reconciliation* และ *Blood Transfusion Safety*

P : Patient Care Processes = *Patient Identification Reduction of Diagnostic Errors* และ *Falls*

L : Line Tube and Catheter & Laboratory = *Tubing Mis-connections*

E : Emergency Response = *Response to the Deteriorating Patient*

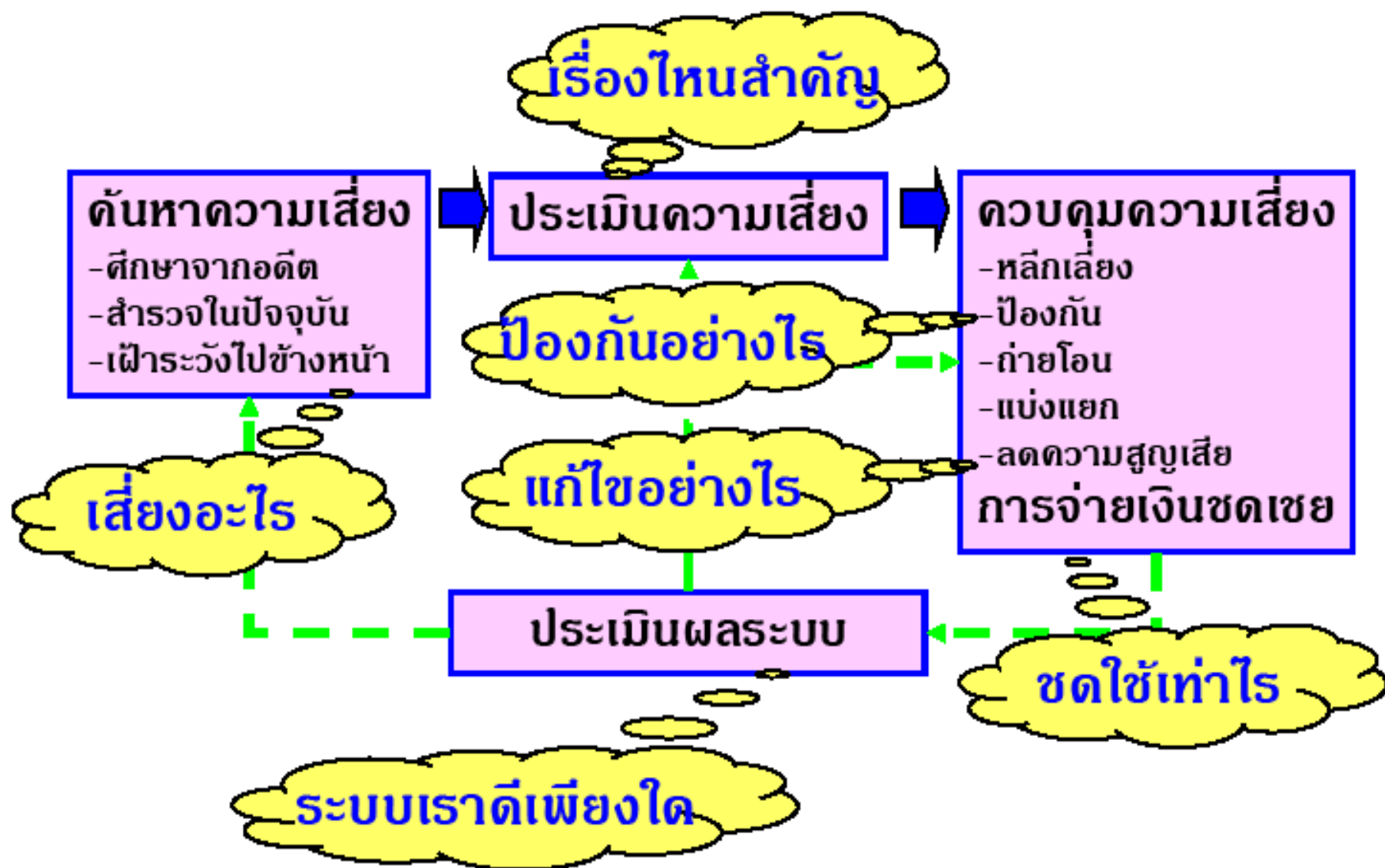
Personnel Safety บุคลากรปลอดภัย

S : Security and Privacy of Information and Social Media = *Security and Privacy of Information*

L : Lane (Ambulance) and Legal Issues = *Legal Issues (Informed Consent และ Medical Record and Documentation)*

จุดเน้น สปช
ปี 2568

กระบวนการบริหารความเสี่ยง



การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)

ความเสี่ยงเชิงรับ

- การรายงานความเสี่ยงเข้าระบบ
- การร้องเรียนตามช่องทางต่าง ๆ

ความเสี่ยงเชิงรุก

- การเยี่ยมสำรวจ / ตามรอย
- การทบทวนกระบวนการทำงาน
- การทบทวนเวชระเบียน

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

บริการ/ทีม:

Team Specific Activities

การทบทวนข้างเตียง (C3THER)

การทบทวนขณะทำงาน **

การทบทวนเมื่อส่งต่อ / ขอย้าย
/ ปฏิเสธการรักษา

การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า **

การทบทวนการตัดสินใจในโรงพยาบาล

การทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา/ผลไม่พึงประสงค์จากยา

การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ / เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ **

การทบทวนเวชระเบียน

การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ
(Scientific Evidence Review) **

การทบทวนการใช้ทรัพยากร (UR) **

การทบทวนตัวชี้วัด (KPI Review) **

Combination

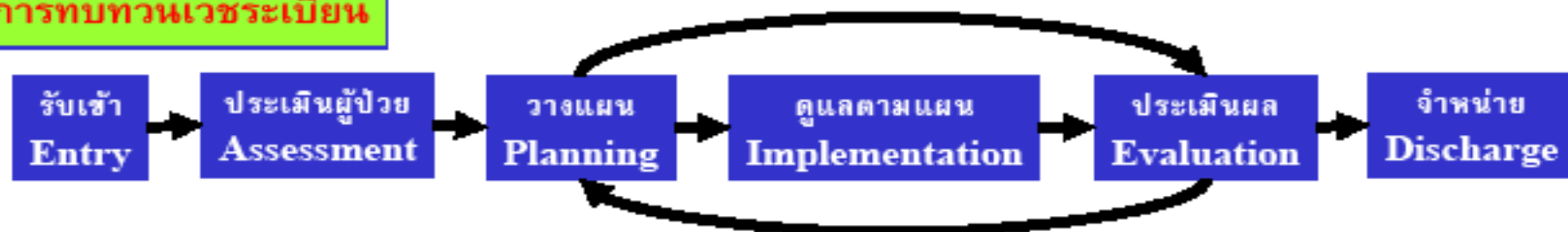
Hospital-wide

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

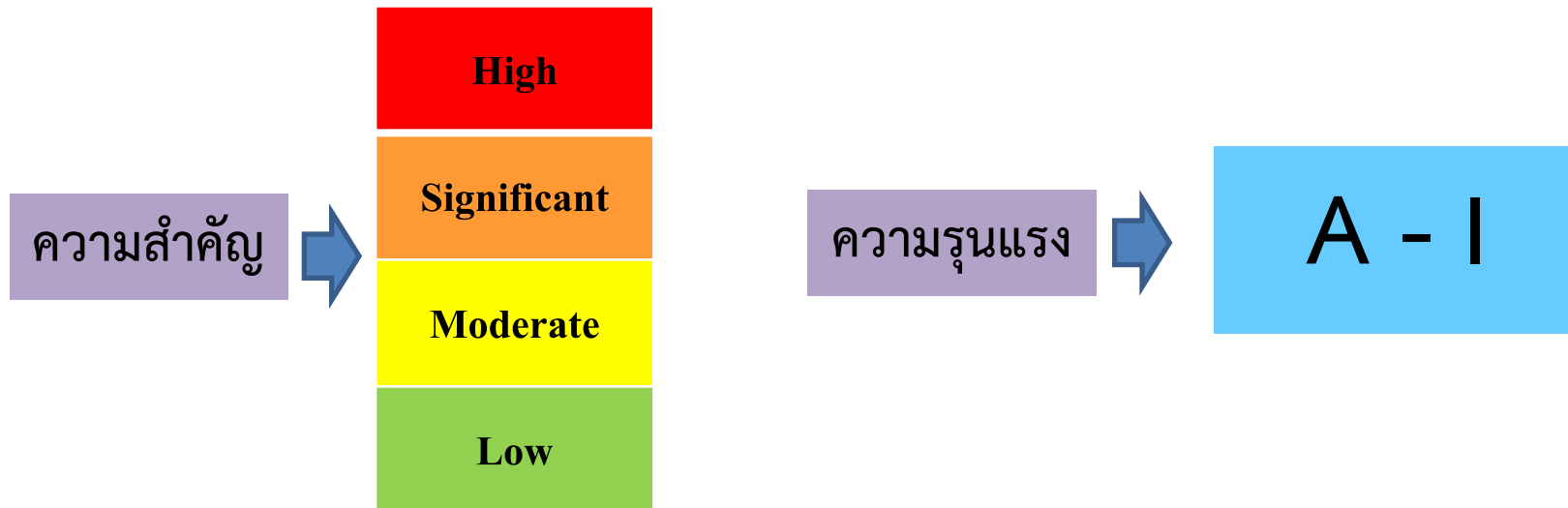
การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย
การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ (เสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อน)
การค้นหาความเสี่ยง
การทบทวนศักยภาพ (การส่งต่อ การตรวจรักษา)
การติดเชื่อในโรงพยาบาล
การใช้ยา
การใช้ทรัพยากร
ตัวชี้วัด

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
ด้านการเงิน 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

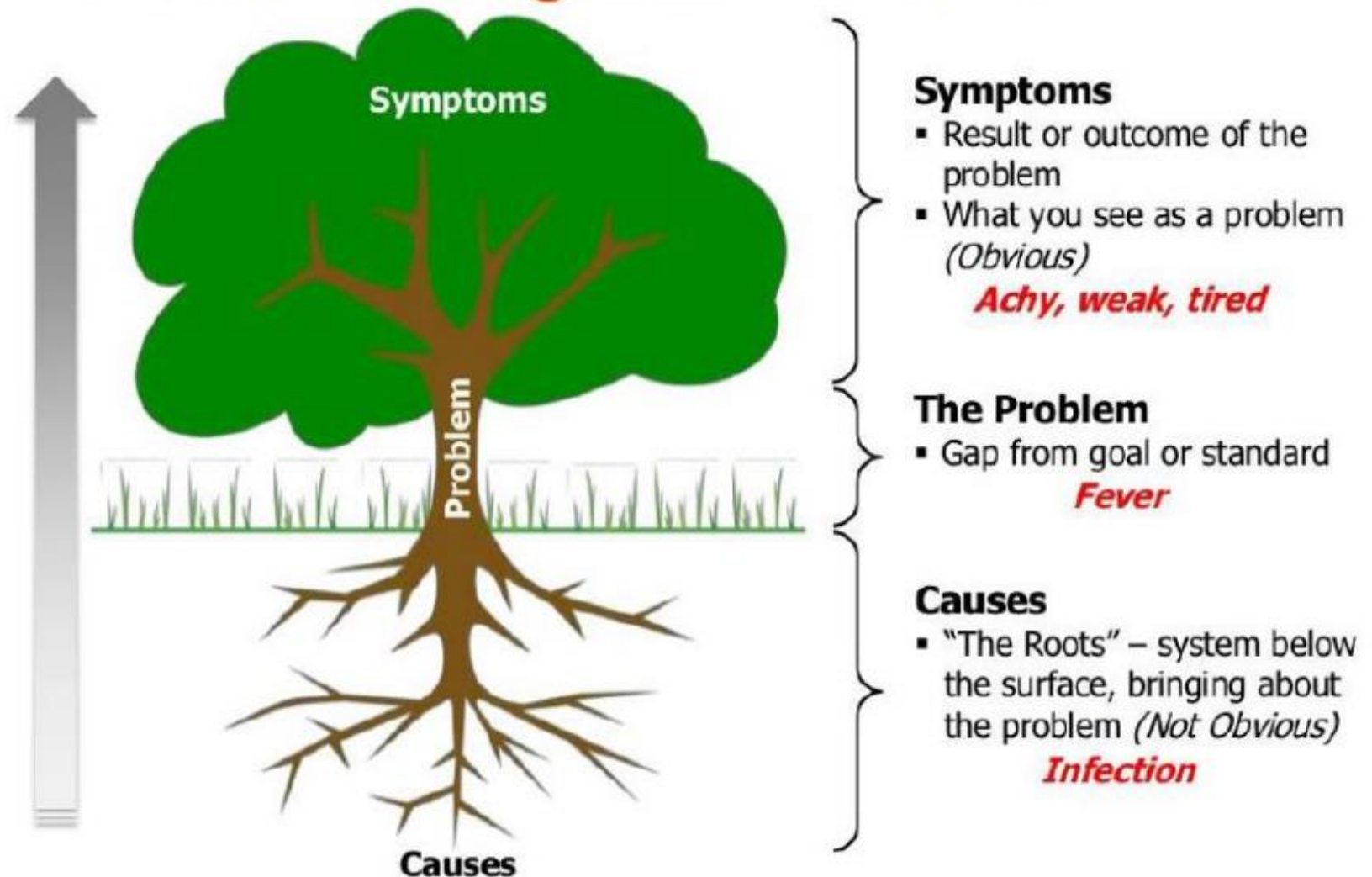
- 5 = ความรุนแรงระดับ I
- 4 = ความรุนแรงระดับ G H
- 3 = ความรุนแรงระดับ E F
- 2 = ความรุนแรงระดับ C D
- 1 = ความรุนแรงระดับ A B

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	

Update RCA

Understanding Root Causes



Root Cause Analysis (RCA) / Incident Analysis

คือการวิเคราะห์เมื่อเกิดอุบัติการณ์ (incident) หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event) เพื่อตอบคำถามต่อไปนี้

- 1) เกิดอะไรขึ้น (incident / adverse event)
- 2) ทำไมจึงเกิดขึ้น (root causes)
- 3) จะทำอะไรได้บ้างเพื่อลดโอกาสเกิดซ้ำ (action)
- 4) ได้เรียนรู้อะไร จะแบ่งปันบทเรียนกันอย่างไร

โดยมีลักษณะสำคัญต่อไปนี้

- เป็นความร่วมมือสหสาขาวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติที่ทำงานและผู้ที่คุ้นเคยกับสถานการณ์
- ขุดให้ลึกลงไปด้วยการถาม ทำไม ทำไม ทำไม
- ระบุการเปลี่ยนแปลงที่ควรเกิดขึ้นในระบบ

ปัญหาที่พบของการทำ RCA

- ไม่สามารถระบุความเสี่ยง/อุบัติเหตุได้อย่างชัดเจน
- มีการทำ RCA กรณีความเสี่ยงระดับรุนแรง หรือ GHI เท่านั้น
- ทักษะของทีมต่อการทำ RCA : กังวล กลัวความผิด ไม่ได้เป็นการร่วมแก้ปัญหา
- RCA แยกตามแต่ละหน่วยงาน การมีส่วนร่วมของทีมนำระบบงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ครอบคลุม
- สรุปผลการทำ RCA เหตุการณ์สำคัญ/ความเสี่ยงส่วนใหญ่มักเกิดจาก
 - ไม่มีแนวทางปฏิบัติ
 - บุคลากรขาดความรู้ ขาดความตระหนัก
 - บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทาง
- ยังไม่ได้สาเหตุราก
- ผลจากการทำ RCA เป็นการแก้ปัญหาหลังเกิดเหตุการณ์ ยังไม่ชัดเจนในการออกแบบระบบงานใหม่เพื่อป้องกันปัญหา
- ผลจากการ RCA ไม่ได้นำลงสู่การเรียนรู้ไปยังหน่วยงานต่างๆ
- ยังไม่ชัดเจนในการกำกับ ติดตาม

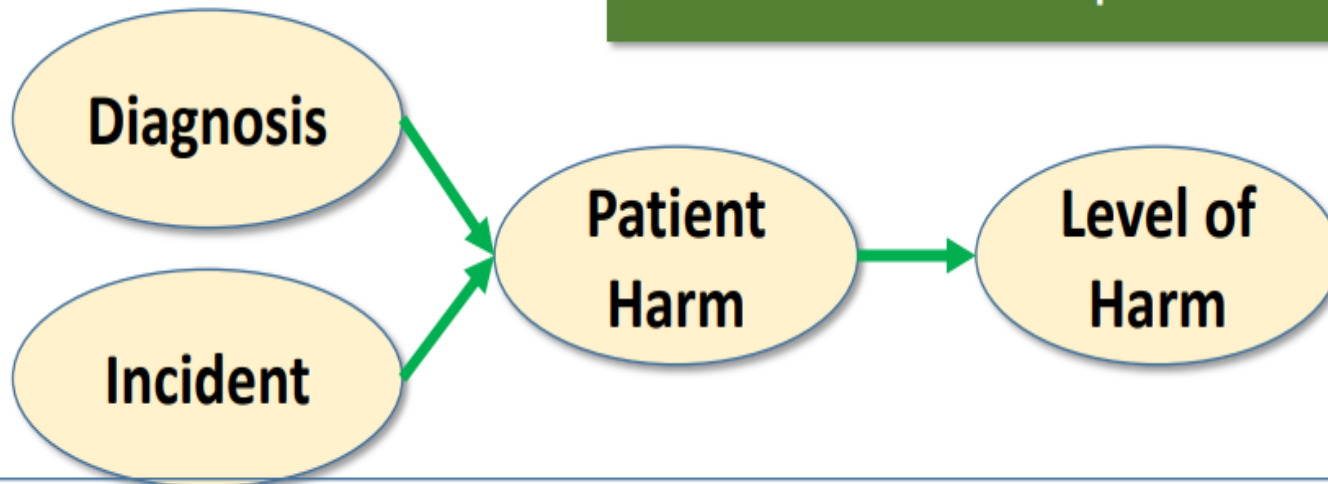
ทำข้อสรุปสำคัญให้ชัดเจนเมื่อเริ่มทำ RCA

การวินิจฉัยโรค

ความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย
ความเป็นเหตุเป็นผลในการตัดสินใจ
คำอธิบายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
(ความเห็นของแพทย์จะมีส่วนช่วยได้มาก)

เป็น Adverse Event หรือไม่?

ถ้าเป็น	อะไรคือ patient harm มีความรุนแรงระดับใด อะไรคือ error หรือ incident
ถ้าไม่เป็น	อะไรคือ error หรือ incident รุนแรงระดับใด (actual) อะไรคือ potential harm ถ้าถึงผู้ป่วย



ขั้นตอนของการทำ RCA

II. Determine how and why it happened

3. Proactive fact finding (listen, observe & investigate)

ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
รับฟังเสียงของผู้เกี่ยวข้องว่าประสบอะไร ได้รับ
ข้อมูลอะไร แปลความหมายอย่างไร ต้องการ
อะไร มีข้อจำกัดอะไร (ใช้ empathy map)
ใช้ guiding question เพื่อค้นหาปัจจัยก่อเหตุ

4. Identify root causes / causal statement

พิจารณาว่ามีรอยโหว่ในปราการป้องกันอะไรบ้าง
วิเคราะห์ช่องโหว่ของแต่ละ potential change
ไปให้ถึง latent condition หรือปัจจัยองค์กร
เขียนสรุปเป็น causal statement

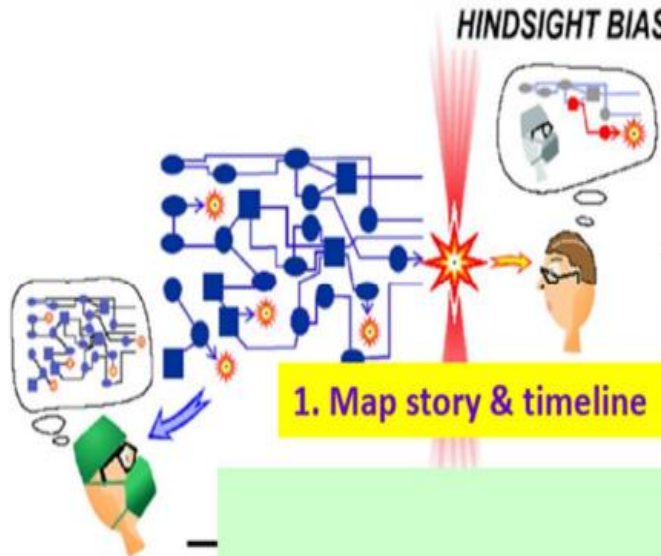
I. Understand what happened

2. Identify potential change or unsafe act

ใช้ประโยชน์จากอคติของการมองย้อนหลังในการ
หาจุดเปลี่ยนที่เป็นโอกาสพัฒนา โดยไม่ตำหนิผู้คน
ระบุ potential change ตาม care process
หรือ work process ตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ

ใช้ scale เวลา, เน้นที่การกระทำ
ของผู้เกี่ยวข้องควบคู่กับสถานการณ์

1. Map story & timeline

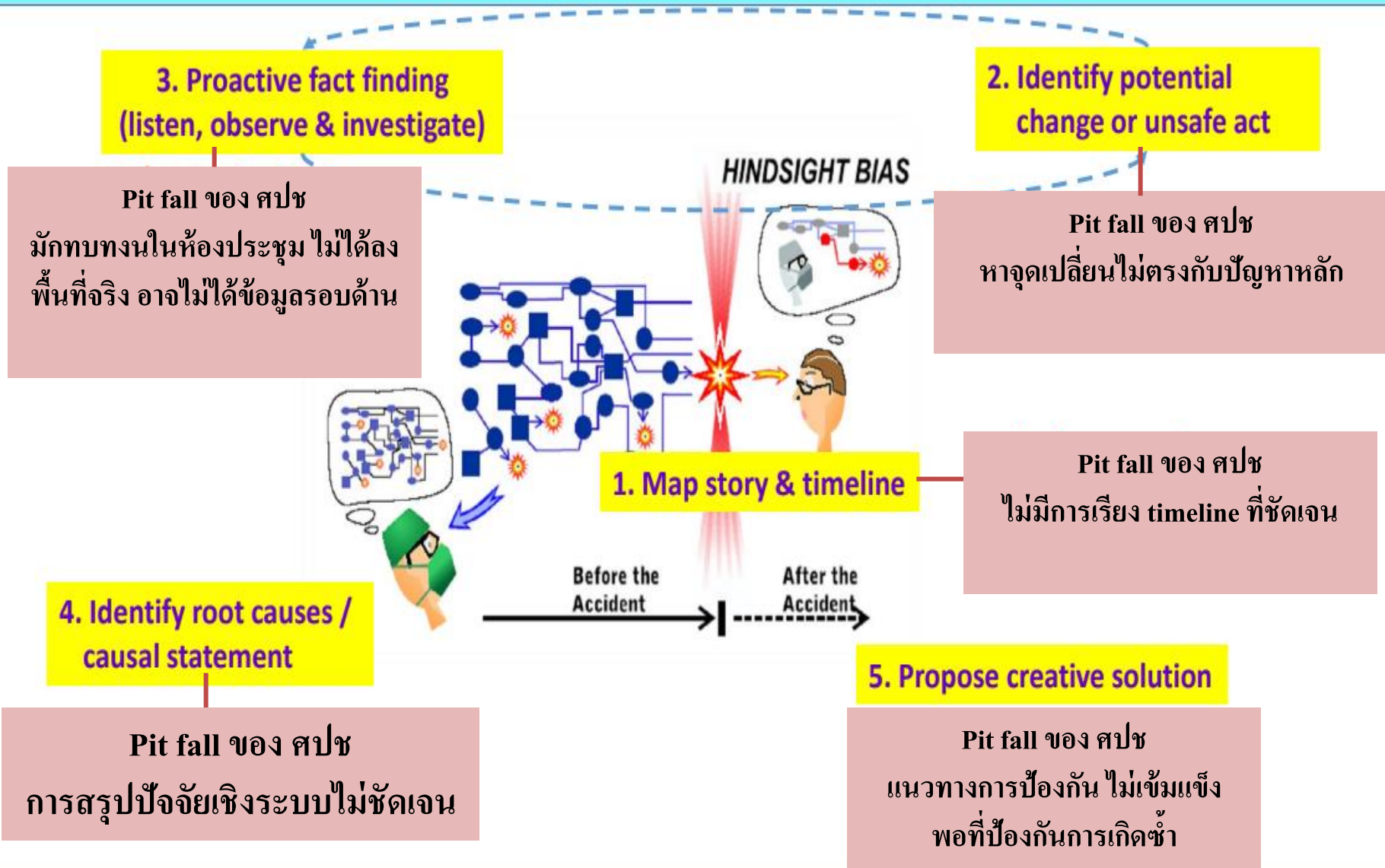


III. Develop and manage recommended action

5. Propose creative solution

ใช้หลัก human factors ออกแบบเพื่อ
ป้องกัน ทำให้ดีขึ้นตรงจุดให้เร็วขึ้น ทำให้
เร็วขึ้นทำให้เหมาะสมขึ้น
นำแนวคิดไปทดลองปฏิบัติจนได้ผล (action)
ใช้สิ่งที่เคยเกิดมาฝึก mindfulness

Update ขั้นตอนของการทำ RCA



5.Creative Solution

แนวความคิดออกแบบ/การเปลี่ยนแปลง

- Evidence-based/CPG
- Technology
- Organizational knowledge
- Value to patient/customer
- Agility/flexibility
- Safety/Risk-based thinking
- Quality dimension
- Consistency
- Simplicity
- Visual management
- Human factor engineering
- Human-centered design
- Humanized healthcare
- Lean thinking
- Manage variation
- Work environment

ออกแบบป้องกันโดยเน้น Strong Action

Weak Action ต้องพึ่งพาความจำของมนุษย์

ประเภท	ตัวอย่าง
Double checks	คนหนึ่งคำนวณขนาดยา อีกคนหนึ่งทบทวน
สัญญาณเตือน	เพิ่มเสียงสัญญาณเตือนหรือฉลากเตือน
คู่มือ	ให้เจ้าหน้าที่จำว่าต้องตรวจสอบ IV site ทุก 2 ชั่วโมง
การฝึกอบรม	สาธิตวิธีการใช้เครื่องมือแพทย์ที่ซับซ้อน

Intermediate Action

ประเภท	ตัวอย่าง
Redundancy	ใช้พยาบาลสองคนคำนวณขนาดยาเสี่ยงสูงโดยอิสระจากกัน
ปรับคนกับงาน	จัดให้มีเจ้าหน้าที่สำรองเพื่อช่วยทำงานในช่วง peak ของงาน
software	ใช้ computer alert เมื่อมี drug-drug interaction
ลดการรบกวน	จัดให้มีห้องที่สงบเงียบสำหรับตั้งโปรแกรมการให้ยา
Simulation-based training	ฝึกอบรมการส่งเวรในห้องปฏิบัติการจำลอง และมีการทำ AAR
Checklist	Pre-induction & pre-incision checklist ในห้องผ่าตัด
ขจัด LASA	ไม่เก็บ LASA drug ไว้ติดกัน
เครื่องมือสื่อสารมาตรฐาน	ใช้ read-back สำหรับ critical lab value ทุกตัว ใช้ read-back หรือ repeat-back สำหรับการสั่งยาด้วยวาจา
เน้นบนเอกสาร	Highlight ชื่อยาและขนาดยาบน IV bags

Strong Action ไม่ต้องพึ่งพาความจำของมนุษย์

ประเภท	ตัวอย่าง
ปรับโครงสร้าง	เปลี่ยนเป็นประตูเลื่อนไฟฟ้าเพื่อลดการหกหล่นของ ผป.
การควบคุมทางวิศวกรรม	ไม่ใช่ universal adaptors และใช้ tubing/fitting ที่ป้องกันความผิดพลาดในการต่อเชื่อม
ความเรียบง่าย	ขจัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นในกระบวนการทำงาน
มาตรฐาน	ใช้ medication pump ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้ง รพ.
ผู้นำมีส่วนร่วม	มีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ สนับสนุนกระบวนการ RCA ชื่อเครื่องมือที่จำเป็น ปรับอัตรากำลังและภาระงานให้สมดุล



การระบุสาเหตุของเหตุการณ์
ไม่ควรสรุปว่าเป็นสาเหตุจากความผิดพลาดของบุคคล

โดยใช้หลัก กฎ 5 ข้อ

Rule 1. Clearly show the “cause and effect” relationship.

INCORRECT: A resident was fatigued.

CORRECT: Residents are scheduled 80 hours per week, which led to increased levels of fatigue, increasing the likelihood that dosing instructions would be misread.

Rule 2. Use specific and accurate descriptors for what occurred, rather than negative and vague words. Avoid negative descriptors such as: Poor; Inadequate; Wrong; Bad; Failed; Careless.

INCORRECT: The manual is poorly written.

CORRECT: The pumps user manual had 8 point font and no illustrations; as a result nursing staff rarely used it, increasing the likelihood that the pump would be programmed incorrectly.

Rule 3. Human errors must have a preceding cause.

INCORRECT: The resident selected the wrong dose, which led to the patient being overdosed.

CORRECT: Drugs in the Computerized Physician Order Entry (CPOE) system are presented to the user without sufficient space between the different doses on the screen, increasing the likelihood that the wrong dose could be selected, which led to the patient being overdosed.

Rule 4. Violations of procedure are not root causes, but must have a preceding cause.

INCORRECT: The techs did not follow the procedure for CT scans, which led to the patient receiving an air bolus from an empty syringe, resulting in a fatal air embolism.

CORRECT: Noise and confusion in the prep area, coupled with production pressures, increased the likelihood that steps in the CT scan protocol would be missed, resulting in the injection of an air embolism from using an empty syringe.

Rule 5. Failure to act is only causal when there is a pre-existing duty to act.

INCORRECT: The nurse did not check for STAT orders every half hour, which led to a delay in the start of anticoagulation therapy, increasing the likelihood of a blood clot.

CORRECT: The absence of an assignment for designated RNs to check orders at specified times increased the likelihood that STAT orders would be missed or delayed, which led to a delay in therapy.

**THE FIVE RULES
OF CAUSATION :
5 Rules to write
Causal
statements**

Rule 1. Clearly show the “cause and effect” relationship.

INCORRECT: A resident was fatigued.

CORRECT: Residents are scheduled 80 hours per week, which led to increased levels of fatigue, increasing the likelihood that dosing instructions would be misread.



กฎข้อที่ 1. แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงความสัมพันธ์ "เหตุและผล"

ไม่ถูกต้อง: บุคลากรมีความเหนื่อยล้า

ถูกต้อง: บุคลากรมีชั่วโมงการทำงาน 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งทำให้ระดับของความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น เพิ่มความเป็นไปได้ที่คำสั่งการให้ยาจะถูกร้อ่านผิด

Rule 2. Use specific and accurate descriptors for what occurred, rather than negative and vague words. Avoid negative descriptors such as: Poor; Inadequate; Wrong; Bad; Failed; Careless.

INCORRECT: The manual is poorly written.

CORRECT: The pumps user manual had 8 point font and no illustrations; as a result nursing staff rarely used it, increasing the likelihood that the pump would be programmed incorrectly.



กฎข้อ 2. ใช้คำอธิบายเฉพาะและถูกต้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มากกว่าเชิงลบและคลุมเครือ หลีกเลี่ยงคำอธิบายเชิงลบ เช่น: น้อย, ไม่เพียงพอ, ผิด, แย่, ล้มเหลว, ไม่ระมัดระวัง, ไม่เหมาะสม

ไม่ถูกต้อง: คู่มือ/ป้ายเขียนไม่ดี (ไม่ชัดเจน ไม่เหมาะสม)

ถูกต้อง: ตัวปั๊มมีตัวอักษรขนาด 8 และไม่มีภาพประกอบ ส่งผลให้พยาบาลไม่ค่อยได้ใช้ มีความเป็นไปได้ที่การปั๊มจะไม่ถูกต้อง

Rule 3. Human errors must have a preceding cause.

INCORRECT: The resident selected the wrong dose, which led to the patient being overdosed.

CORRECT: Drugs in the Computerized Physician Order Entry (CPOE) system are presented to the user without sufficient space between the different doses on the screen, increasing the likelihood that the wrong dose could be selected, which led to the patient being overdosed.



กฎข้อที่ 3. ความผิดพลาดของมนุษย์ต้องมีสาเหตุก่อนหน้านี้

ไม่ถูกต้อง: บุคลากรจัดเตรียมปริมาณยาที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด

ถูกต้อง: คำสั่งการจ่ายยาของแพทย์ในระบบคอมพิวเตอร์ (CPOE) ที่แสดงต่อผู้ใช้งานนั้นไม่มีพื้นที่เพียงพอระหว่างขนาดยาที่แตกต่างกันบนหน้าจอ เพิ่มความน่าจะเป็นที่อาจทำให้เลือกขนาดยาผิดได้ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด

Rule 4. Violations of procedure are not root causes, but must have a preceding cause.

INCORRECT: The techs did not follow the procedure for CT scans, which led to the patient receiving an air bolus from an empty syringe, resulting in a fatal air embolism.

CORRECT: Noise and confusion in the prep area, coupled with production pressures, increased the likelihood that steps in the CT scan protocol would be missed, resulting in the injection of an air embolism from using an empty syringe.



กฎข้อที่ 4. การละเมิดขั้นตอนไม่ใช่สาเหตุเชิงราก แต่ต้องมีสาเหตุก่อนหน้านี้

ไม่ถูกต้อง: ฝ่ายเทคนิคไม่ได้ทำตามขั้นตอนของการทำ CT scan ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับฟองอากาศจากกระบอกฉีดยา ทำให้เกิดการอุดตันของฟองอากาศในหลอดเลือด

ถูกต้อง: เสียงรบกวนและความสับสนในพื้นที่เตรียมการ ประกอบกับภาวะกดดัน เพิ่มความเป็นไปได้ที่ขั้นตอนของแนวทาง CT scan จะขาดหายไป ส่งผลให้เกิดการฉีดฟองอากาศจากกระบอกฉีดยาที่มีฟองอากาศปะปน

Rule 5. Failure to act is only causal when there is a pre-existing duty to act.

INCORRECT: The nurse did not check for STAT orders every half hour, which led to a delay in the start of anticoagulation therapy, increasing the likelihood of a blood clot.

CORRECT: The absence of an assignment for designated RNs to check orders at specified times increased the likelihood that STAT orders would be missed or delayed, which led to a delay in therapy.

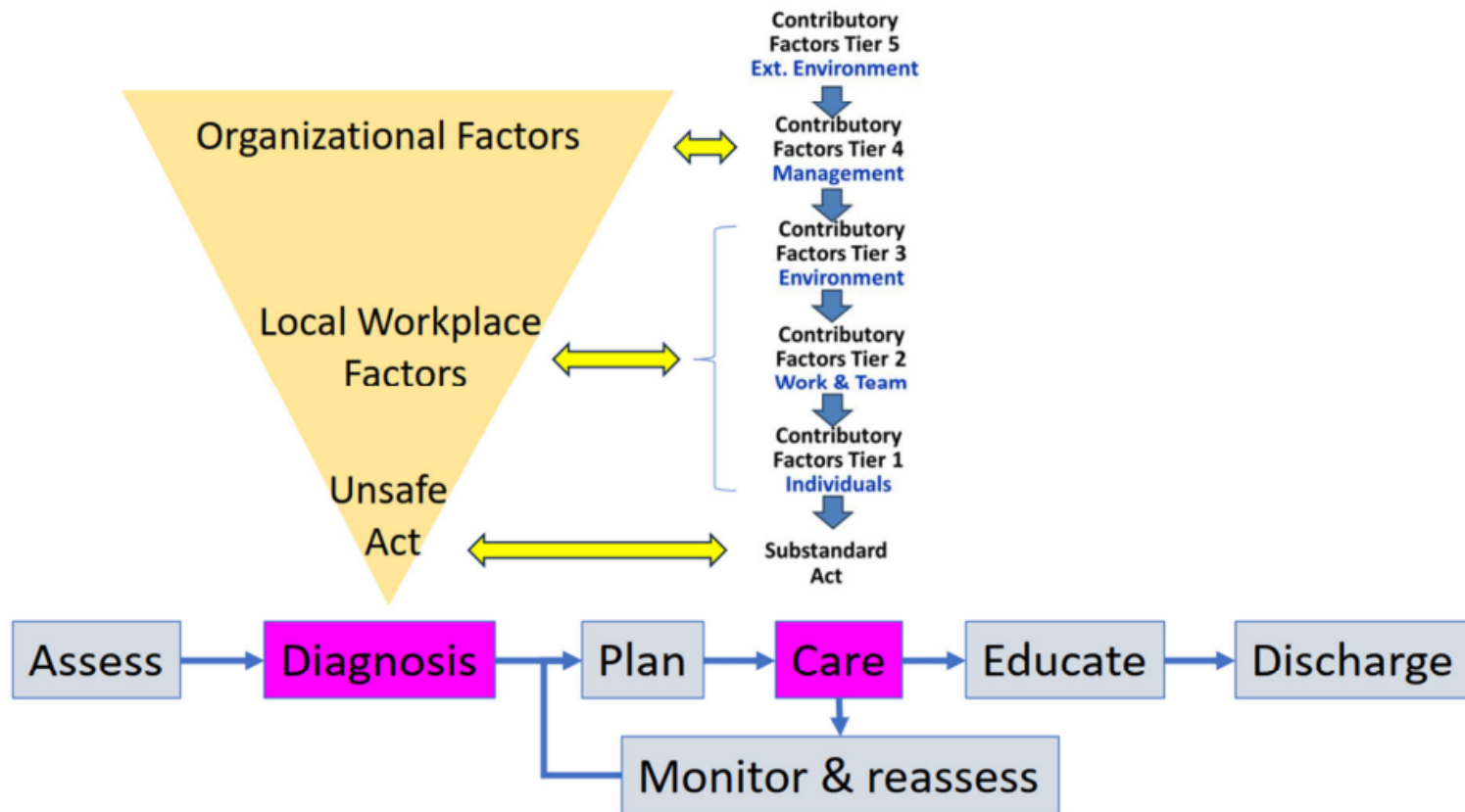


กฎข้อที่ 5. การไม่ปฏิบัติตามแนวทางจะเป็นสาเหตุเฉพาะเมื่อมีการกำหนดหน้าที่ปฏิบัติอยู่ก่อนแล้วเท่านั้น

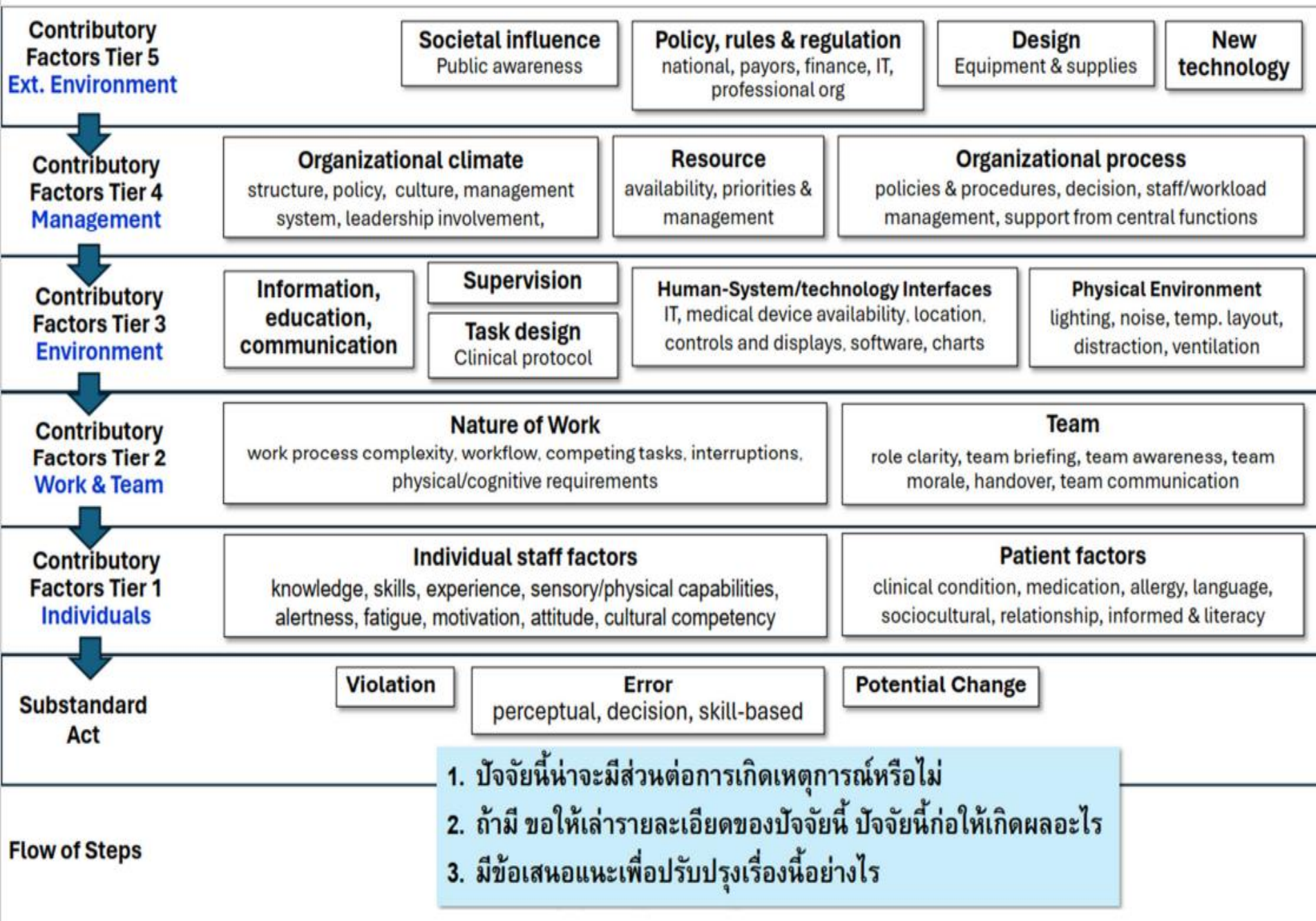
ไม่ถูกต้อง: พยาบาลไม่ได้ตรวจสอบคำสั่ง STAT ทุกครึ่งชั่วโมง ซึ่งทำให้เกิดความล่าช้าในเริ่มการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพิ่มโอกาสการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน

ถูกต้อง: การไม่มีการมอบหมายงานให้พยาบาลตรวจสอบคำสั่งในเวลาที่กำหนด เพิ่มความเป็นไปได้ที่คำสั่ง STAT จะผิดพลาดหรือล่าช้า ซึ่งนำไปสู่ความล่าช้าในการรักษาพยาบาล

Learning From Incident : 2-Axis Swiss Cheese Model



นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (16 กุมภาพันธ์ 2567) ปรับปรุงจากการบรรยาย "RCA หาดันตอให้เจอ" ในการประชุม CoP RM เมื่อ 15 มิถุนายน 2560





LEARNING FROM MISTAKE

แลกเปลี่ยนจากกรณีศึกษา

บพ.ทศพล ปุสวีโร

โรงพยาบาลระยอง จังหวัดนครราชสีมา

การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (Root cause analysis: RCA) กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยประจำปี 2567

8-9 พฤษภาคม 2567 โรงแรมอัสวิน แกรนด์ ดอนเวนชัน กรุงเทพฯ

พุธ-พฤหัสบดี

8-9

พฤษภาคม 2567

Story and Timeline + Potential Change

ชายไทย อายุ 74 ปี U/D : HT , DLP , AF (on warfarin มาประมาณ 5 ปี)

ส.ค. 2562

ตรวจเลือดประจำปีพบว่าซีด Hct. 34% >>> 27.4 , MCV 76 >>> 81

มีเพลียบ้าง ถ่ายปกติ ส่ง Serum ferritin ต่ำ รักษาแบบ Iron Deficiency Anemia

9 ต.ค. 2562

มา F/U พบว่าซีดดีขึ้น [Hb 9.4 , Hct 29 , MCV 86]

มีประวัติถ่ายยาก แพทย์นัดเก็บ stool occult blood (คนไข้ไม่ได้มาส่ง)

15 ต.ค. 2562

คนไข้มา ER ด้วยหน้ามืด เป็นลม

PR : melena stool , Hct 26.4 INR 4.7

Dx. warfarin overdose with GIH >> Consult รพ.แม่ข่าย ให้เลือด นัด OPD Sx 1 wk

พ.ย. 2562

มา F/U warfarin clinic (ผู้ป่วยยังไม่ได้ไปเจอศัลยแพทย์)

INR 2.2 เขียนใบส่งตัวให้ใหม่

Alertness

Pt Factor

Resource
availability

Pt Factor

Story and Timeline + Potential Change

ชายไทย อายุ 74 ปี U/D : HT , DLP , AF (on warfarin มาประมาณ 5 ปี)

10 ธ.ค. 2562

ผู้ป่วยมา ER ด้วยถ่ายเป็นเลือด

PR melena stool , no Mass Hct 24.0 INR 5.3

Consult รพ.แม่ข่าย ให้เลือด นัด OPD Sx 1 wk

Pt Factor
(Medication)

30 ธ.ค. 2562

มา OPD นอกเวลา ด้วยเพลีย ถ่ายลำบาก (ยังไม่ได้ไปพบศัลยแพทย์)

Hct 27% แพทย์รักษาแบบ OPD case นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์

Alertness

8 ม.ค. 2563

มาตามนัด warfarin clinic เพลียดีขึ้น แต่ยังมีถ่ายยาก แน่นท้อง INR 2.8

Alertness

มี.ค. 2563

มา OPD ด้วยแน่นท้อง ถ่ายยาก ได้ยากกลับไป

Pt Factor

22 เม.ย. 2563

มาตามนัด warfarin Hct 26 stool occult blood +

แพทย์คุยกับผู้ป่วยและญาติ จนยอมไป OPD >> เขียนใบส่งตัวให้ไป

Story and Timeline + Potential Change

ชายไทย อายุ 74 ปี U/D : HT , DLP , AF (on warfarin มาประมาณ 5 ปี)

พ.ค. 2563

ผู้ป่วยไป OPD Sx มีนัด 2 สัปดาห์ เพื่อทำ Colonoscope

Resource
availability

14 ก.ค. 2563

มา warfarin ตามนัด ผู้ป่วยยังไม่ได้ไปทำ Colonoscope เพราะไม่มีคนเฝ้า
ตรวจเหมือนมี Ascites

Consult Staff ให้นัด CT whole abdomen

แต่มี Cr. Rising จึง admit for rehydration

Complexity

14 - 30 ก.ค. 2563

ขณะ admit ค่าไตยังไม่ลง แต่มีไข้ต่ำๆ

แพทย์ ultrasound guided paracentesis >> Translucent yellow appearance / Low SAAG and High protein

Consult staff med ให้ ATB + W/U TB เพิ่ม

ผู้ป่วยขอลกลับบ้านก่อน แพทย์เขียนใบส่งตัวพบแพทย์อายุรกรรม

Interruption

ส.ค. 2563

คนไข้ไปพบแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่าย นัด ultrasound upper abdomen

Story and Timeline + Potential Change

ชายไทย อายุ 74 ปี U/D : HT , DLP , AF (on warfarin มาประมาณ 5 ปี)

ก.ย. 2563

มาตามนัด warfarin clinic INR 2.5 ยังเพสีย แน่นท้อง ถ่ายลำบาก
คนไข้บอกว่าได้ไปโรงพยาบาลแม่ข่ายแล้ว มีนัดเรื่องท้องต่อเนื่อง

9 ธ.ค. 2563

มา warfarin ตามนัด

แพทย์ review ประวัติการรักษา พบผล Cytology เป็น Carcinoma

Consult ศัลยแพทย์ รพ.แม่ข่าย ส่งตัวเป็น IPD Case เพื่อทำ Colonoscope

ม.ค. 2564

นัดฟังผลชิ้นเนื้อเป็น Adenocarcinoma

Communication

Available
information

Mx priorities

5th Tier

External Environment

New technology: การตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือที่สะดวก รวดเร็ว แม่นยำ และเข้าถึงง่าย

Public awareness: การสร้างการรับรู้เป็นวงกว้างในพฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็ง การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค และการคัดกรองที่ครอบคลุมในประชากรกลุ่มเสี่ยง

Regulation: กฎหมายที่ควบคุมปัจจัยที่อาจจะส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพของประชาชน / การสนับสนุนจากรัฐ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่ายขึ้น / การมีกฎหมายที่เข้มงวดเพื่อให้ลูกจ้างสามารถลางานเพื่อมาดูแลบิดามารดาได้

Economic pressure ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ การคมนาคม

4th Tier

Management

Organizational policy: องค์กรไม่ได้แสดงความจริงจังในเรื่อง Diagnosis error / ขาดการขับเคลื่อนในเชิงนโยบายองค์กร / ขาดการกำกับติดตาม และวิเคราะห์อย่างเป็นรูปธรรม

Management system: ระบบการส่งต่อที่ไม่สะดวกกับผู้ป่วยและญาติ

Management priorities: คิวทำ Colonoscopy และ patho ยังใช้แบบ first come first serve

Training: ขาดการฟื้นฟูความรู้ในการตรวจและวินิจฉัยโรคนี้

Work process design: ระบบที่ยุ่งยาก หลายขั้นตอน / ผู้ป่วยต้องไปรพ.แม่ข่ายมากกว่า 2 ครั้งกว่าจะได้ทำ Colonoscopy

Resource availability: การกระจายเครื่องมือแพทย์ / แพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรักษาได้ใกล้บ้าน หรือลดการรอคิว

3rd Tier

Human-System Interfaces

Information loss: ขาดการสื่อสารผลตรวจในเวชระเบียนที่ดี / เมื่อผลตรวจสำคัญออก ไม่มีระบบแจ้งเตือน / ระบบรายงาน Lab นอก ของ รพ.ไม่มีประสิทธิภาพ

Medical Devices: โรงพยาบาลไม่สามารถตรวจ Colonoscopy ได้เอง

Duplication of work: มีหลายขั้นตอนที่ทำให้ซ้ำซ้อน โดยไม่เกิดคุณค่า (non-value added process)

Repeat work: ระบบ / ผู้รักษา ขาดการทำงานที่ประสานสอดคล้องกัน

Social Environment

Management & supervision: ขาดการกำหนดประเด็นเรื่อง Diagnosis error จากองค์กร / ขาดการกำกับ ดูแล และให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

2nd Tier

Nature of Work

Complexity: ความยากในการวินิจฉัย

Interruptions: แพทย์ถูกเบี่ยงเบนความสนใจจากเหตุการณ์ต่างๆของผู้ป่วย

Workflow: ระบบต้องให้ผู้ป่วยผ่านหลายขั้นตอน หลายสถานที่ และหลายบุคคล กว่าที่จะได้รับการตรวจ colonoscopy

Team

ภาระงานที่มาก

Communication: ขาดการสื่อสารแผนการรักษา ที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

1st Tier

Individual Staff Factors

Skills & Experience: ขาดประสบการณ์ในการวินิจฉัยผู้ป่วย CA Colon / ประสบการณ์หรือทักษะในการแนะนำผู้ป่วยต่างกัน / ทักษะในการซักประวัติและตรวจร่างกาย

Alertness & Fatigue: แพทย์ไม่ได้คิดถึงมะเร็ง (จากเวชระเบียน), แพทย์มีเวลาในการตรวจคนไข้จำกัดเพราะคนไข้ OPD มาก

Knowledge: ขาดการวินิจฉัยแยกโรคมะเร็ง

Patient Factors

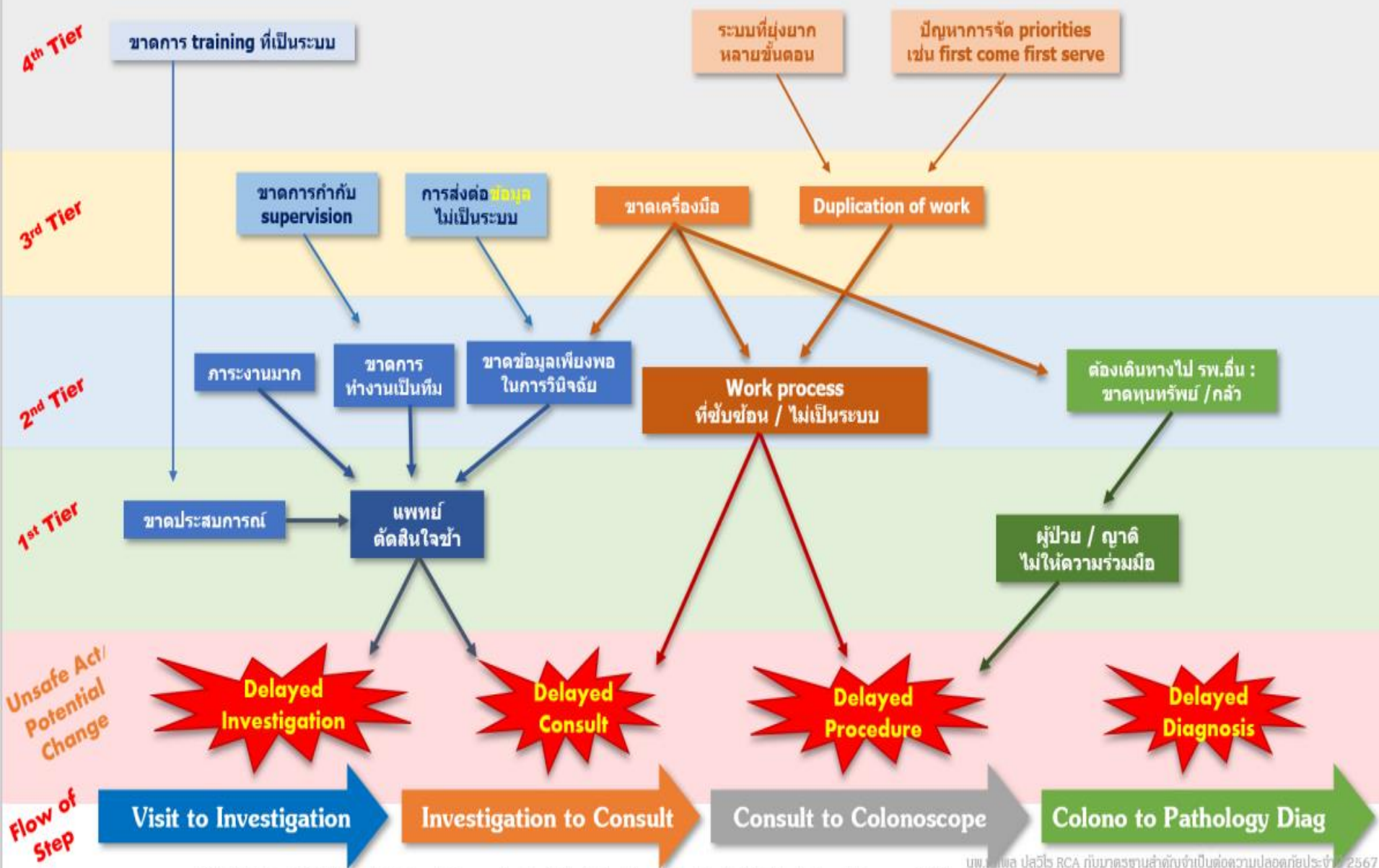
Having information to avoid AE: ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถให้ประวัติที่ชวนสงสัย CA Colon

Medication: ผู้ป่วยใช้ยา warfarin ทำให้แพทย์คิดถึง GIH จากยาที่ใช้มากกว่า CA

ความพร้อมและเสริมฐานะของ ผู้ป่วยที่ไม่สะดวกไป รพ.แม่ข่าย

Delayed Diagnosis

Incident: Delayed Dx CA Colon



Concepts

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง
โดยใช้เวลาไม่นานจนผู้ป่วยเสียโอกาสเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน

Context

- 1.รพช. ขนาด 90 เตียง ไม่มีตลยแพทย์
- 2.พบผู้ป่วย CA Colon รายใหม่เฉลี่ยปีละ 6 คน (ปชก.98,000 คน)
- 3.การตรวจ EGD / Colonoscope ต้องส่ง รพ.แม่ข่าย ซึ่งห่าง 30 กม.
- 4.ผู้ป่วยในพื้นที่ฐานะยากจน
- 5.ตลอด 3 ปีที่ผ่านมา ไม่เคยมีการฟื้นฟูความรู้เรื่อง CA Colon กับบุคลากรใน รพ.เลย
- 6.ไม่มีตัวชี้วัดในองค์กรเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้
- 7.รพ.สามารถตรวจ Fecal immunochemical test (FIT) ได้ทุกวัน ก่อน 15.00น.
- 8.ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิเสธส่งตัวเพื่อส่งกล้อง

Criteria

- 1.มีการ**ทบทวน**ผลการวินิจฉัยที่ผิดพลาดอย่างสม่ำเสมอ และมีระบบการติดตาม ฝ้าระวัง
การวินิจฉัยผิดพลาดอย่างมีประสิทธิภาพ (III-2ข.(2) ค.(4)(5)(6))
- 2.แพทย์**เข้าถึงข้อมูล**ที่เพียงพอต่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ได้อย่างสะดวก ทันที (ความรู้
แนวทาง เครื่องมือแพทย์ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ) (III-2 ก.(4) ข.(1)(3)(4))
- 3.มีการ**ส่งต่อข้อมูล**แผนการวินิจฉัยอย่างมีประสิทธิภาพ (III-2 ก.(4)(5) ข.(3) ค.(1)(2))
- 4.ผู้ป่วยสามารถ**เข้าถึงการวินิจฉัยที่มีคุณภาพ** (ตรวจโดยคนที่มีคุณวุฒิ เครื่องมือ และ
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ) (III-2 ก.(3)(5) ข.(1)(4))

Purpose

ลดความล่าช้าในการวินิจฉัย CA Colon

แบบฟอร์มแสดงการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (RCA)

ทีมนำ/คณะกรรมการ/หน่วยงาน HOIR No: ระดับความ
รุนแรง
วันที่เกิดเหตุการณ์ วันที่ทบทวน
ประเด็น/risk โรค.....

สมาชิกผู้ร่วมทบทวน ประกอบด้วย

1.
2.
3.

ขั้นตอนการทบทวน/วิเคราะห์

1. สรุปเหตุการณ์สำคัญ (ระบุ Time line ที่ชัดเจน หรือลำดับเวลาโดยใช้ตาราง ไม่ต้องระบุชื่อผู้ป่วย/
ผู้รับผลกระทบ/ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์)

.....

.....

.....

.....

2. สรุปกระบวนการสำคัญที่ต้องปรับเปลี่ยน (ที่เป็น Unsafe Acts)

2.1 สำหรับการทบทวนของ PCT (การดูแลผู้ป่วย)

กระบวนการดูแลผู้ป่วย	ระบุ Unsafe Acts (การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม)
() Access (การเข้าถึง)	
() Assessment (การประเมิน)	
() Investigation (การตรวจประกอบการวินิจฉัย)	
() Diagnosis (การวินิจฉัย)	
() Plan of care (การวางแผนการดูแล)	
() Discharge plan (การวางแผนจำหน่าย)	
() Care delivery (การดูแล)	
() Monitoring/Reassessment (การติดตามอาการ)	
() Patient education (การให้ความรู้ผู้ป่วย)	
() Continuity (การดูแลต่อเนื่อง/ส่งต่อ)	

2.2 สำหรับการทบทวนระบบงานสำคัญอื่น ๆ หรือทางสายสนับสนุน (non clinic)

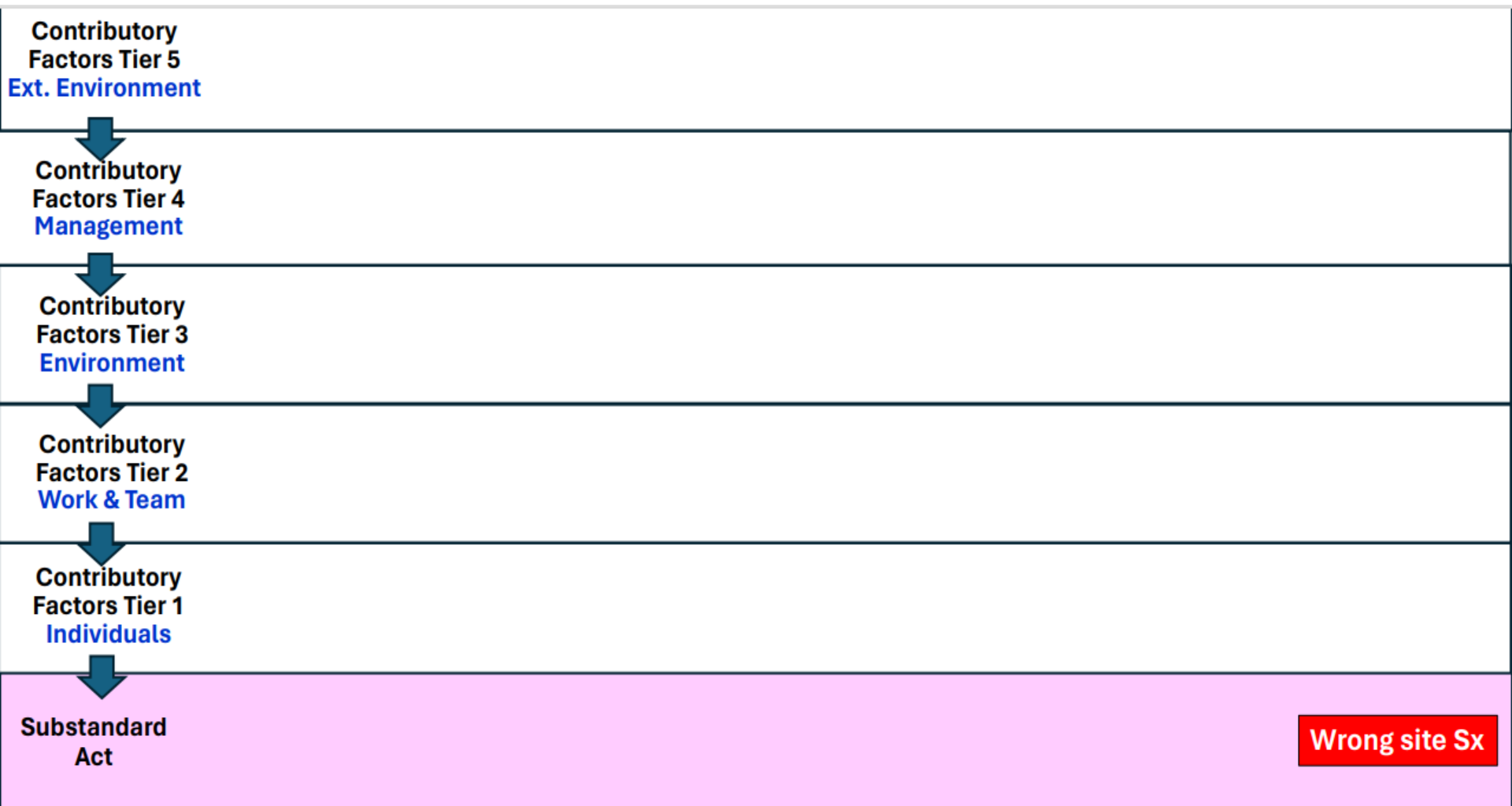
กระบวนการทำงาน (ระบุ)	ระบุ Unsafe Acts (การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม)

3. สรุปปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอุบัติเหตุ Unsafe Acts (ที่สอดคล้องกับการวิเคราะห์ในข้อ 2)

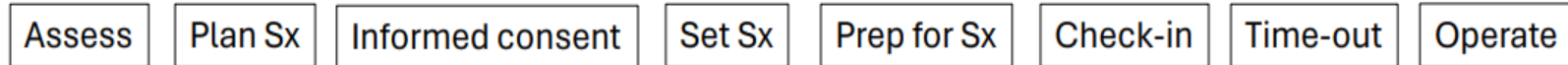
no	ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอุบัติเหตุ Unsafe Acts		
1 (T1)	ผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	() ความซับซ้อนและความรุนแรงของการเจ็บป่วย, () ภาษา, () การได้รับข้อมูล () บุคลิกภาพและปัจจัยทางสังคม, () อื่นๆระบุ.....
2 (T1)	บุคลากร	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	() ความรู้ ทักษะ ความสามารถ, () ภาระงานหนักเกินไป, () สุขภาพกายและจิต, ()ทัศนคติ, () แรงจูงใจ, () ไม่ทราบแนวทางฯ, () ไม่ตระหนักในการปฏิบัติฯ
3 (T2)	บทบาท/ทีมงาน	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	() โครงสร้างของทีมงาน, () การมอบหมายไม่เหมาะสมกับระดับความสามารถ, () อื่นๆระบุ.....
4 (T2)	การสื่อสาร	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	() การสื่อสารไม่ทั่วถึง, () ไม่สื่อสาร, () การสื่อสารระหว่างหน่วยไม่ชัดเจน , () อื่นๆระบุ.....
5 (T3)	เครื่องมือ/ เวชภัณฑ์ การแพทย์	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	() ขาด, () ใช้ไม่เป็น, , () ไม่ได้รับการตรวจสอบ/บำรุงรักษา, () Error บ่อย () อื่นๆระบุ.....
6 (T3)	สิ่งแวดล้อม	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	() ปัจจัยทางกายภาพ เช่น แสง, เสียง, โต๊ะ-เก้าอี้ไม่เหมาะสม, การแบ่งพื้นที่, โครงสร้างอาคาร () อื่นๆระบุ.....
7 (T3)	การต่อประสาน ระหว่างคนกับ ระบบ/อุปกรณ์	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	() ใช้เทคโนโลยีช่วยลดความผิดพลาด, () โปรแกรมคอมพิวเตอร์ไม่เหมาะสม () เทคโนโลยีสารสนเทศไม่สนับสนุน, () ตำแหน่งการจัดวางเครื่องมือไม่เหมาะสม
8 (T4)	การออกแบบ กระบวนการทำงาน	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	() ไม่มีแนวทางปฏิบัติ, () แนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจน, () แนวทางปฏิบัติซ้ำซ้อน () แนวทางปฏิบัติไม่เป็นปัจจุบัน, () อื่นๆระบุ.....

สำหรับคณะกรรมการความเสี่ยง

no	ปัจจัยสาเหตุของแต่ละ Unsafe Acts		
9 (T4)	วัฒนธรรมของ องค์กร	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	() องค์กรไม่เอื้อต่อการแก้ปัญหา, () แรงกดดัน, () ข้อจำกัดด้านการเงิน, () ลักษณะของผู้นำ, () อื่นๆระบุ.....
10 (T4)	นโยบายและการ บริหารองค์กร	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	() ทิศทาง-นโยบาย, () การสนับสนุนจากฝ่ายบริหาร, () โครงสร้างองค์กรไม่เหมาะสม, () อื่น ๆ.....
11 (T4)	ผู้ส่งมอบ/ผู้ผลิต	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	() ข้อจำกัดของผู้ส่งมอบ/ผู้ผลิต เช่น จำนวน ราคา การขนส่ง, () คุณภาพของสินค้า/บริการ, () อื่น ๆ.....
12 (T4)	ผู้ควบคุม	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	() ระบบการควบคุมกำกับไม่เหมาะสม, () ขาดผู้ควบคุมกำกับ () อื่น ๆ.....
13 (T5)	ปัจจัยภายนอก	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	() นโยบายภาครัฐ, () กฎหมาย/ข้อบังคับ, () การเมือง, () แรงกดดันด้านเศรษฐกิจ, () อื่น ๆ.....



Flow of Steps



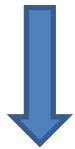
4. สรุปแนวทางการป้องกัน/แก้ไข (ตามผลการทบทวน/วิเคราะห์ในข้อ 2-3)

มาตรการการป้องกัน/แก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาดำเนินการ

ลงชื่อ หัวหน้าทีม วันที่

ผลจากการ RCA

สรุปประเด็นความเสี่ยง
(โรค/risk)



สรุปสาเหตุ



แนวทางการป้องกัน
(Prevention)

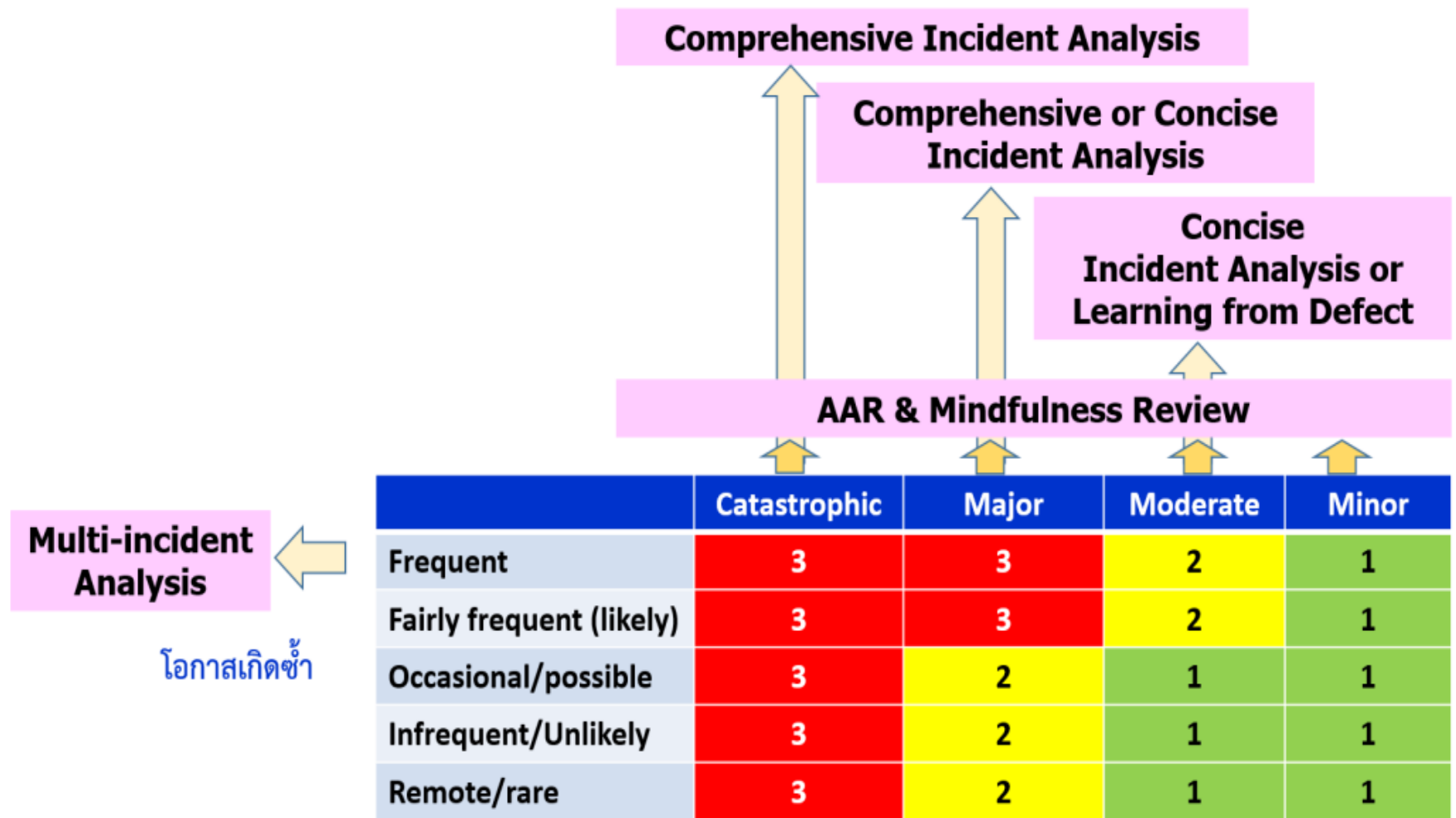


แนวทางการแก้ไข
(Mitigation)

การพิจารณาวิธีการ RCA ตามระดับความรุนแรงและความถี่ของเหตุการณ์

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดข้อบ่งชี้ที่ต้องทำ RCA ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น
 - อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง ควรทำ RCA เฉพาะสำหรับแต่ละครั้งที่เกิดเหตุการณ์ในลักษณะ Comprehensive Analysis
 - อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงไม่มาก แต่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ควรเลือกนำมาทำ RCA ในภาพรวม หรือ Multi-incident Analysis
 - อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงไม่มาก และเกิดไม่บ่อย อาจใช้วิธี Concise Analysis ซึ่งสามารถทำเสร็จสิ้นได้ใน 2-3 วัน

Safety Assessment Matrix กับทางเลือกวิธีการทำ Incident Analysis



แบบสรุปการวิเคราะห์ความเสี่ยง ทีมนำ / PCT กุมภาพันธ์ 2567

เดือน 16 – 29 กุมภาพันธ์ 2567

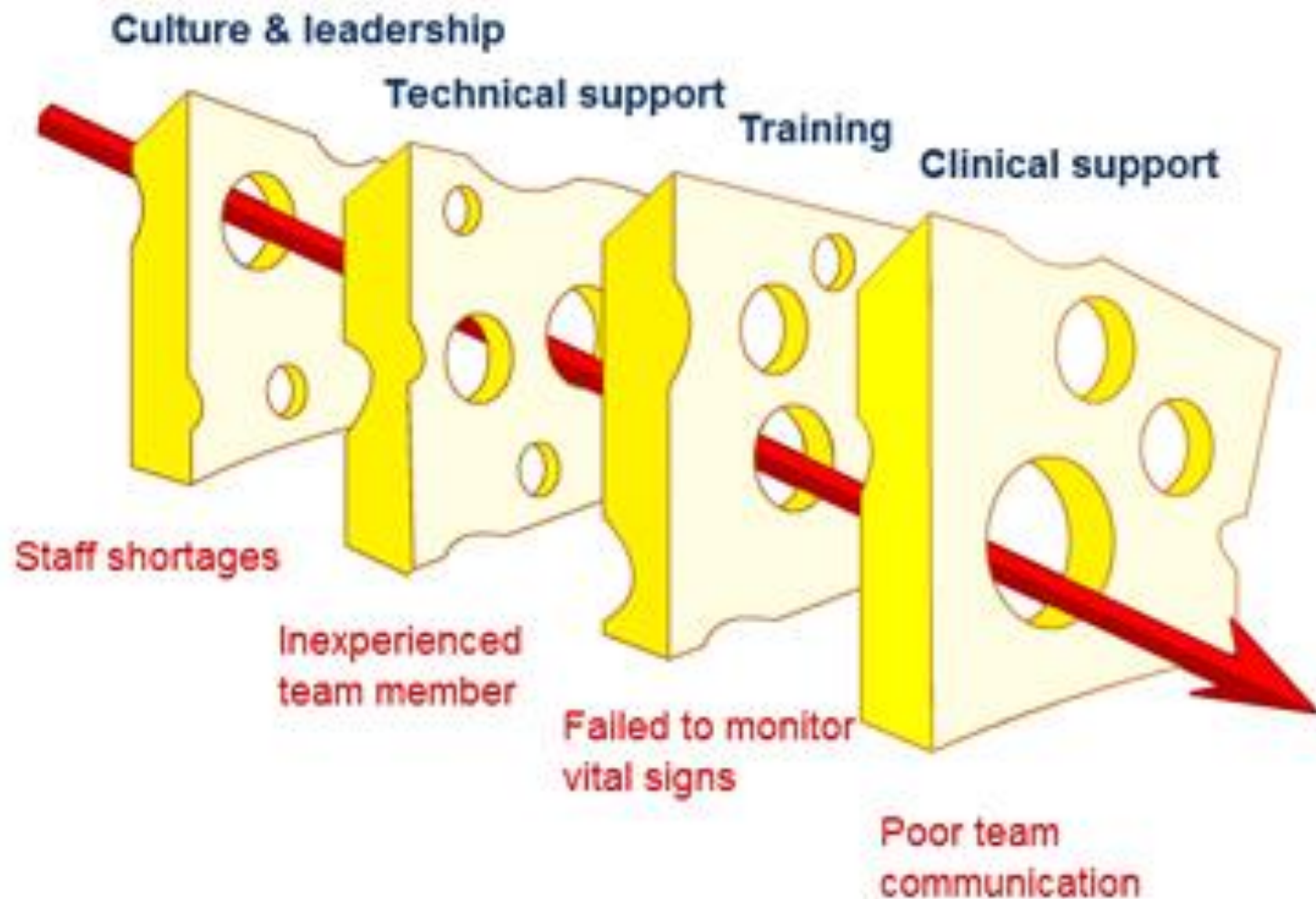
HOIR	หน่วยที่ รายงาน	รายการเหตุการณ์	ระดับ ความรุนแรง	โรค	Specific Clinical Risk	สาเหตุความเสี่ยง	การแก้ไข
4663	ตึก 10/1	2.3 สังยา ผิดขนาด 2.3 คัดลอกยาผิด ผิดขนาด 2.3 จ่ายยา ผิดขนาด 2.3 การบริหารยา ผิดขนาด	E				
	HN 001307516 AN 670002426	ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 1.8 ปี Admit เมื่อวันที่ 11 ก.พ. 67 Dx.Pulmonary TB แพทย์สั่งยา Start IRZE วันที่ 13/02/67 เวลา 20.00 น. วันที่ 15/02/67 แพทย์มี order Discharge แพทย์และพยาบาลตรวจสอบ order เพื่อไปเบิกยา พบว่าแพทย์ order ยา Isoniacid (10 mg/ml) sig 8 ml oral hs (10 MKDay) แต่ห้องยาจ่ายยาเป็น Isoniacid (100 mg/ml) sig 8 ml oral hs เมื่อตรวจสอบกับห้องยาพบว่าที่โรงพยาบาลมียา Isoniacid 100 mg/ml ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาดจำนวน 2 dose ในวันที่ 13 , 14/02/67 เวลา 20.00 น. แพทย์แจ้งมารดารับทราบ บริรักษาศูนย์พิษรามา suggest observe seizure 24 hrs W/U lab SGOT 31 U/L , SGPT 2 U/L , ALP 157H (40-129) ผู้ป่วยมีอาการซึมเล็กน้อย ไม่มีชัก แต่เล่นน้อยลง หลับบ่อยขึ้น ไม่มีไข้ NS-normal muscle tone , DRT2+ all ext , BBK neg , striff neck neg v/s T37.3 , BP 119/84 , PR 120/min , RR 32/min , SpO2 98% (RA)					

Complete RCA

เดือน 1 – 15 กุมภาพันธ์ 2567

HOIR	หน่วยที่ รายงาน	รายการเหตุการณ์	ระดับ ความรุนแรง	โรค	Specific Clinical Risk	สาเหตุความเสี่ยง	การแก้ไข
4492	วิสัญญี	1.2.2 การบันทึกข้อมูล ไม่ถูกต้อง/ครบถ้วน	E				
	HN 000678958 AN 670002244	ผู้ป่วย HN 000678958 case : G1P0 GA 40+2 wks with CPD set OR for C/S ประวัติ at ANC blood Gr. B Rh+ ก่อนเข้าห้องผ่าตัดจองเลือดเพื่อสำรองในการผ่าตัด เริ่ม case ผ่าตัดเวลา 09.35 น. จากนั้นขณะเด็กคลอดและรกคลอด blood loss ประมาณ 500 ml ได้รับแจ้งจากธนาคารเลือดพบว่า blood Gr. ไม่ตรงกันผู้ป่วยเป็น Rh- ต้องมีการเจาะเลือด confirm ในระบบ HOSxP ผลเป็น Rh+ (ส่งผลิต) แจ้งอาจารย์กัลปิกฤษณ์รับทราบ ส่ง indirect coombs test พร้อมเรียกสามีตรวจเลือด ขณะนั้นโรงพยาบาลไม่มีเลือด Gr. B Rh- และ Gr. O Rh- หากมีการใช้ต้องทำเรื่องในการยืมจากโรงพยาบาลใกล้เคียง สอบถามผู้ป่วยพบว่าทราบว่าตนเองมีเลือดผิดปกติดันขึ้นกับสภากาตุ แต่ไม่ทราบว่าต้องแจ้งและส่งผลต่อการผ่าตัด ครั้งนี้ จึงให้คำแนะนำให้แจ้ง blood Gr. ทุกครั้งเมื่อมาโรงพยาบาล ผู้ป่วย hct ก่อนผ่าตัด 39% intra op blood loss total 500 ml , v/s BP 126/69 mm Hg , HR	AAR				

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 เพื่อปรับปรุงมาตรการการป้องกันให้ดีขึ้น
- # ให้เกิดการทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างน้อยปี 1 ครั้ง หรือตามบริบทในแต่ละองค์กร
- # ใช้ในการสื่อสารกับบุคลากรในหน่วยงาน/ทีม/องค์กร เพื่อให้เห็นว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้น อะไรคือความเสี่ยงสำคัญ แนวโน้มเป็นอย่างไรเกิดขึ้นซ้ำหรือไม่ มาตรการในการป้องกันมีหรือไม่ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลเพียงใด

สิ่งที่ Risk Profile ควรบอกกับเรา

- # ประเด็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหรือเผชิญอยู่นั้น อะไรที่หนักสุด รุนแรงสุด และมีการเรียงลำดับความสำคัญ
- # ประเด็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้นสามารถนำไปเกี่ยวข้องหรือประกอบการตัดสินใจในเรื่องอะไร
- # เห็นภาพ หรือประเด็นความเสี่ยงทั้งหลายที่เกิดขึ้นนั้น เป็นภาพเดียวกัน

บัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) รายเดือน ประจำปี.....

หอผู้ป่วย / หน่วยงาน.....

โรค / ความเสี่ยง	ต.ค.		พ.ย.		ธ.ค.		ม.ค.		ก.พ.		มี.ค.		เม.ย.		พ.ค.		มิ.ย		ก.ค.		ส.ค.		ก.ย.		รวม
	จำนวน(F)	ระดับ(S)	จำนวน(F)	ระดับ(S)	จำนวน(F)	ระดับ(S)	จำนวน(F)	ระดับ(S)	จำนวน(F)	ระดับ(S)	จำนวน(F)	ระดับ(S)	จำนวน(F)	ระดับ(S)	จำนวน(F)	ระดับ(S)	จำนวน(F)	ระดับ(S)	จำนวน(F)	ระดับ(S)	จำนวน(F)	ระดับ(S)	จำนวน(F)	ระดับ(S)	
PIH																									
-Severe pre-eclampsia																									
-Eclampsia																									
-HELLP syndrome																									
-Pulmonary edema																									
BPH																									
- Re-Bleeding																									
-TUR-P Syndrome																									
Asthma																									
- asthma exacerbation																									
-Respiratory failure																									

แยกเป็นความเสี่ยงรายโรค และ ความเสี่ยง 2P

บัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) รายเดือน ประจำปี.....

[illegible]

สรุปบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) ตามลำดับความสำคัญ ประจำปี.....

หน่วยงาน

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		

แยกเป็นความเสี่ยงรายโรค และ ความเสี่ยง 2P



จัดลำดับตามความสำคัญ

แผนการบริหารความเสี่ยง ปีงบประมาณ

ชื่อหน่วยงานศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ลำดับ ที่(1)	กระ บว น การ (2)	วัตถุ ประ สงค์ (3)	ความ เสี่ยง (4)	โอกาสที่จะเกิด (6)					ความรุนแรง (7)					คะแนนรวม (8)	ระดับความเสี่ยง (9)	Result of review (ผล การทบทวน) (10)	แนวทางที่ ปรับเปลี่ยน น (11)	ระยะเวลา ดำเนินงาน (12)	ผู้รับผิดชอบ (13)
				ด้าน ความ เสี่ยง (5)	บ่อยมาก [5]	บ่อย [4]	ค่อนข้างบ่อย [3]	ปานกลาง [2]	น้อย/ไม่เกิด [1]	I [5]	GH [4]	E F [3]	C D [2]	A B [1]					

กระบวนการ = กระบวนการ/ขั้นตอนการทำงานของหน่วยงาน

ความเสี่ยง = ชื่อของความเสี่ยง

ด้านความเสี่ยง = ด้านกลยุทธ์, ด้านคลินิก, ด้านปฏิบัติการ, ด้านการเงิน, ด้านชื่อเสียง

เป้าหมาย แต่ละหน่วยควรมีแผนความเสี่ยง อย่างน้อย 3 เรื่อง

ชื่อส่วนงานย่อย.....

รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน

วันที่ ... เดือน พ.ศ.

1	2	3	4	5	6	7
กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม	การควบคุมที่มีอยู่	การประเมินผลการควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุงการควบคุม	การกำหนดแล้วเสร็จ/ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
-ชื่อความเสี่ยง -วัตถุประสงค์	การปฏิบัติตามแนวทางที่ปรับปรุง	การประเมินผล การปฏิบัติทั้ง ที่ทำได้ดีและ ยังทำได้ไม่ดี	ผลของความเสี่ยง เช่น จำนวน อุบัติการณ์และ ระดับความรุนแรง หรือ ตัวชี้วัด	แนวทางการปรับปรุงเพิ่มเติม (กรณีที่ไม่บรรลุเป้าหมาย)	ระบุช่วงเวลาชัดเจนและชื่อผู้รับผิดชอบในการดำเนินการ	

ชื่อผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.

ส่วนที่ 1 : KPI บังคับส่วนกลาง

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ (ผู้ให้คะแนนคือคณะกรรมการ IS)

เกณฑ์ในการให้คะแนน (ใช้สำหรับ 2 รอบการประเมิน)	คะแนนเต็ม
1. Service Profile มีความครบถ้วนตามรูปแบบ	0.5
2. มีการ Update ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน	1
3. ส่ง Service Profile ตรงตามกำหนด	0.5
4. ค่าคะแนนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพจากการประเมินของทีม IS (คะแนนเฉลี่ยตามจริง)	5
หมายเหตุ : คะแนนรวมคือ ผลรวมของคะแนนทุกข้อ คะแนนเต็มคือ 7 คะแนน หน่วย/ทีม/สาขา ที่ได้คะแนนรวมมากกว่า 5 ให้ถือว่าได้คะแนนเต็ม 5 ตามเกณฑ์ KPI	

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ (ผู้ให้คะแนนคือศูนย์คุณภาพ)

รอบที่ 1 (1 ส.ค. - 31 ม.ค.)		รอบที่ 2 (1 ก.พ. - 31 ก.ค.)	
เกณฑ์ในการให้คะแนน	คะแนนเต็ม 5	เกณฑ์ในการให้คะแนน	คะแนนเต็ม 5
1. หน่วยงานแจ้งเรื่อง / หัวข้อ / วัตถุประสงค์ในการพัฒนางานเข้าโปรแกรมภายในเวลาที่กำหนด	2	1. ส่งเอกสารบทคัดย่อ รายงานการพัฒนาพร้อมผลการดำเนินการเข้าโปรแกรมตามแบบฟอร์มที่ศูนย์คุณภาพกำหนดของรอบที่ 2 ภายในเวลาที่กำหนด (ถ้าส่งล่าช้าจะถูกตัดเหลือ 0 คะแนน แต่ถ้าผลงานมีคุณภาพจะได้รับการพิจารณาในลำดับถัดไป) หมายเหตุ: สามารถส่งเรื่องใหม่ที่ไม่ตรงกับเรื่องที่ลงทะเบียนในรอบที่ 1	2
2. จัดทำแนวคิด / แผนการพัฒนาระบวนการทำงาน , สิ่งประดิษฐ์, Lean, สิทธิบัตร ตามแบบฟอร์มที่ศูนย์คุณภาพกำหนดของรอบที่ 1 ภายในเวลาที่กำหนด โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background) 2. วัตถุประสงค์ และตัวชี้วัด (กำหนดค่าเป้าหมาย) 3. ขั้นตอนการดำเนินงาน	3	2. ผลงานที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จะได้รับการพิจารณาในรอบต่อไป โดยพิจารณาตามเกณฑ์ การให้คะแนนตามหลักวงจร PDCA ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ ค่านิยม จุดเน้น มาตรฐานหรือเป้าหมายของหน่วยงานและผลลัพธ์ของการพัฒนา โดยมีการคิดคำนวณคะแนนดังนี้ ค่าคะแนนการประเมินผลการนำเสนอของคณะกรรมการตัดสิน (คะแนนเต็ม 100) วิธีการคำนวณ คือ $\frac{\text{คะแนนที่ได้}}{3} = \text{ค่าคะแนนตามจริง}$ 100 (ผลงานที่ผ่านการคัดเลือกจะได้รับการประเมินต่อโดยผู้วิพากษ์ผลงาน)	3
		3. ผลงานที่เคยผ่านการคัดเลือกให้นำเสนอในงานมหกรรมคุณภาพและได้ไปนำเสนอภายนอกภายในรอบที่ 1 และ 2 ของปีการประเมินนั้นๆ เช่น การประชุมวิชาการขององค์กรต่างๆ HA Forum เป็นต้น จะได้รับคะแนนเพิ่มพิเศษ โดยหน่วยงานต้องส่งเอกสาร/หลักฐานการนำเสนอผลงานภายนอกให้ศูนย์คุณภาพตามรอบประเมินนั้นๆ ด้วย	+1

หมายเหตุ : ถ้าไม่ลงทะเบียนเรื่องแนวคิดการพัฒนางานในรอบ 1 หรือรายงานการพัฒนาในรอบ 2 ให้ทันตามเวลาที่กำหนด ได้ 0 คะแนน

เปิดระบบลงทะเบียน Online ภายในเวลาที่กำหนด

เปลี่ยนเรื่องได้ ในรอบที่ 2 แต่ต้องเขียนให้ครบถ้วนตามแบบฟอร์มที่ศูนย์คุณภาพกำหนดของรอบที่ 2

ระดับความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง (ผู้ให้คะแนนคือศูนย์คุณภาพ)

เกณฑ์ในการให้คะแนน (ใช้สำหรับ 2 รอบการประเมิน)	คะแนนเต็ม
1. มีสรุปข้อมูลความเสี่ยงของหน่วยงานเป็นรายเดือนสม่ำเสมอทุกเดือน (สามารถได้มาจากหลายแหล่งการรายงาน) การคำนวณ = จำนวนเดือนที่มีรายงาน / 6 เดือน (ใน 1 รอบการประเมิน)	1
2. มี Risk Profile ที่วัดระดับโดยใช้ Risk Matrix และแสดงให้เห็นถึงลำดับความเสี่ยงที่สำคัญเรียงตามค่าระดับความเสี่ยง (10-20 ประเด็นความเสี่ยง)	1
3. มีแผนความเสี่ยงอย่างน้อย 3 เรื่อง	1
4. มีการจัดทำรายงาน ปค.5 (ปย.2) ที่สอดคล้องกับแผนความเสี่ยงในรอบปีก่อนหน้า	1
5. มีผลการดำเนินการใน ปค.5 (ปย.2) มีแนวโน้มดีขึ้น ≥ 2 เรื่อง	1

เป็นผู้มีวัฒนธรรมความปลอดภัย (ผู้ให้คะแนนคือหัวหน้าหน่วย/หัวหน้างาน/หัวหน้าสาขา)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้บุคลากรตระหนักเรื่องความปลอดภัย และหัวหน้ามีอำนาจในการจำแนก (Discriminate) บุคลากรได้

- 1 ร่วมประชุมและรับรู้ความเสี่ยงในหน่วยงาน อย่างน้อย ร้อยละ 80
- 2 มีการรายงานความเสี่ยง (ถือว่าความเสี่ยงเป็นโอกาสในการเรียนรู้และปรับปรุงระบบ) อย่างน้อย 2 ครั้ง / รอบการประเมิน
- 3 มีส่วนร่วมในกิจกรรมทบทวนความเสี่ยง / ทบทวนหาสาเหตุราก (RCA) เพื่อหาแนวทางป้องกัน / ร่วมพัฒนา CQI ที่เกี่ยวกับความเสี่ยงของหน่วยงานอย่างน้อย 1 เรื่อง / รอบการประเมิน
- 4 มีข้อเสนอแนะเพื่อการจัดการความเสี่ยง ที่แสดงให้เห็นถึงการคำนึงเรื่องความปลอดภัย อย่างน้อย 1 เรื่อง / รอบการประเมิน
- 5 ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันความเสี่ยงของหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน					ผู้รวบรวม	หลักฐาน
		5	4	3	2	1		
	เป็นผู้มีวัฒนธรรมความปลอดภัย	ทำได้ ตาม เกณฑ์ 5 ข้อ	ทำได้ ตาม เกณฑ์ 4 ข้อ	ทำได้ ตาม เกณฑ์ 3 ข้อ	ทำได้ ตาม เกณฑ์ 2 ข้อ	ทำได้ ตาม เกณฑ์ 1 ข้อ	หัวหน้าประเมิน	

แบบฟอร์มการให้คะแนนผู้มีวัฒนธรรมความปลอดภัย
หน่วยงาน/งาน/สาขาวิชา.....

ลำดับ	รายชื่อ	รายละเอียดเกณฑ์การประเมิน					สรุปคะแนน
		1. ร่วมประชุมและรับรู้ความเสี่ยงในหน่วยงานอย่างน้อยร้อยละ 80	2. มีการรายงานความเสี่ยง (ถือว่าความเสี่ยงเป็นโอกาสในการเรียนรู้และการปรับปรุงระบบ) อย่างน้อย 2 ครั้ง/ รอบการประเมิน	3. มีส่วนร่วมในกิจกรรม ทบทวนความเสี่ยง/ ทบทวนหาสาเหตุราก (RCA) เพื่อหาแนวทางป้องกัน/ ร่วมพัฒนา CQI ที่เกี่ยวกับความเสี่ยงของหน่วยงาน อย่างน้อย 1 เรื่อง / รอบการประเมิน	4. มีข้อเสนอแนะเพื่อการจัดการความเสี่ยง ที่แสดงให้เห็นถึงการคำนึงเรื่องความปลอดภัยอย่างน้อย 1 เรื่อง/ รอบการประเมิน	5. ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันความเสี่ยงของหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ	
1	นางสาว A	√	×	√	√	√	4
2	นางสาว B						
3	นางสาว C						
4	นาย D						
5	นาย E						

Workshop การเขียนเอกสารความเสี่ยง

ส่ง เอกสารความเสี่ยง ฉบับปัจจุบัน
ที่เนื้อหาครบถ้วน ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

1. สรุปข้อมูลความเสี่ยงในรอบปี 2567
2. บัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) ปี 2567
3. แผนบริหารความเสี่ยง ปี 2568
4. รายงาน ปย 2 / ปค 5 ปี 2567

ภายใน 30 พฤศจิกายน 2567

แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบทดสอบหลังการอบรม
โครงการ “ทบทวน Risk Management ปีงบประมาณ 2568”



เมื่อทำแบบทดสอบเสร็จแล้ว **อย่าลืม** ถ่ายหน้าจอ เป็นหลักฐานให้หัวหน้าหน่วย
ให้คะแนน KPI ด้วยนะคะ **(ต้องทำถูก ≥ 8 ข้อ)**