3

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มบริหารงานทั่วไป โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก โทร ๐ ๕๕๕๖ ๙๒๑๑ ต่อ ๒๑๖

ที่ ตก ๐๐๓๓.๓๐๑/๓๕ **วันที่** ๓ กันยายน ๒๕๖๙

เรื่อง รายงานผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ และขออนุญาตนำข้อมูลเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน (MOIT ๑๗)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพบพระ

ตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ได้กำหนดให้รายงานผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต และเผยแพร่ผ่านเว็ปไซต์ของหน่วยงาน นั้น

ในการนี้ กลุ่มบริหารงานทั่วไป ขอเรียนว่าได้จัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ของโรงพยาบาลพบพระ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙ เรียบร้อยแล้ว จึงขออนุญาตนำรายงานฯ เผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์ของหน่วยงาน รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตต่อไป

(นายณัฏฐพล จันน้อย)
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

ทราบ/อนุญาต

(นายศักดิ์บัญชา สมชัยมงคล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพบพระ

คู่มือการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลพบพระ

ปรับปรุง ณ วันที่ 15 มกราคม 2569

นโยบายของการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลพบพระ

1. คณะกรรมการและหน่วยงานทุกระดับต้องสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อให้บุคลากรทุกระดับ เห็นคุณค่า และมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก และรายงานความเสี่ยง
2. PCT ต้องค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เรียนรู้จากเวชระเบียนเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Trigger Tool)
3. เมื่อมีข้อร้องเรียนไม่ว่าด้วยวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษรโรงพยาบาลถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญ และมีผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ต้องมีการรายงาน บันทึกรายงาน และตอบสนองข้อ ร้องเรียนอย่างเหมาะสมโดยเร็ว
4. มีการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรเพื่อตอบสนองและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงให้ เหมาะสม

ประกาศ ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2568

(นายศักดิ์บัญชา สมชัยมงคล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพบพระ

เป้าหมาย

ผู้ป่วย ผู้มารับบริการ เจ้าหน้าที่ องค์กรมีความปลอดภัย

และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. บุคลากรทุกระดับตระหนักถึงคุณค่า และร่วมมือในการค้นหา และรายงานความเสี่ยง
2. ป้องกันโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ที่จะก่อให้เกิดความสูญเสียต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ทรัพย์สิน ของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและโรงพยาบาล
3. ลดความรุนแรงของเหตุการณ์ และ/หรือ ลดความสูญเสียจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
4. ประกันความมั่นใจของผู้รับบริการ และบุคลากรผู้ให้บริการของโรงพยาบาล

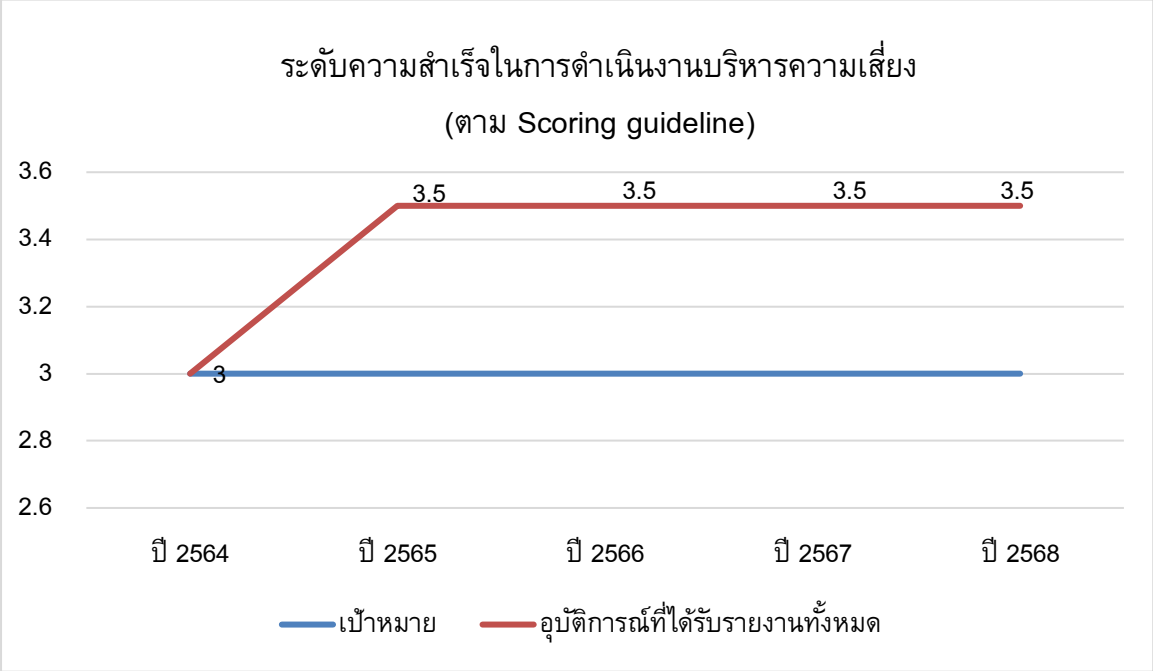
ช่องทางการค้นหา/รายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน/ทีมคุณภาพ

1. การทบทวนเวชระเบียน
2. การทบทวน 12 กิจกรรม
3. การ round ผู้ป่วยร่วมกันของสหสาวิชาชีพ /การดูแลข้างเตียง
4. Risk roundของทีมคุณภาพ /หัวหน้างาน / คกก.RM
5. การรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน/ทีมคุณภาพประจำทุกเดือน
6. ใบอุบติการณ์ความเสี่ยง
7. ตู้รับความคิดเห็น / ข้อร้องเรียน /จดหมาย
8. โทรศัพท์/ กล้องวงจรปิด
9. Website ของโรงพยาบาล / facebook/ Line /QR Code เป็นต้น
10. แบบสอบถามความพึงพอใจ / การสอบถามโดยตรง
11. ระบบการรายงานเหตุการณ์นอกเวลาราชการ

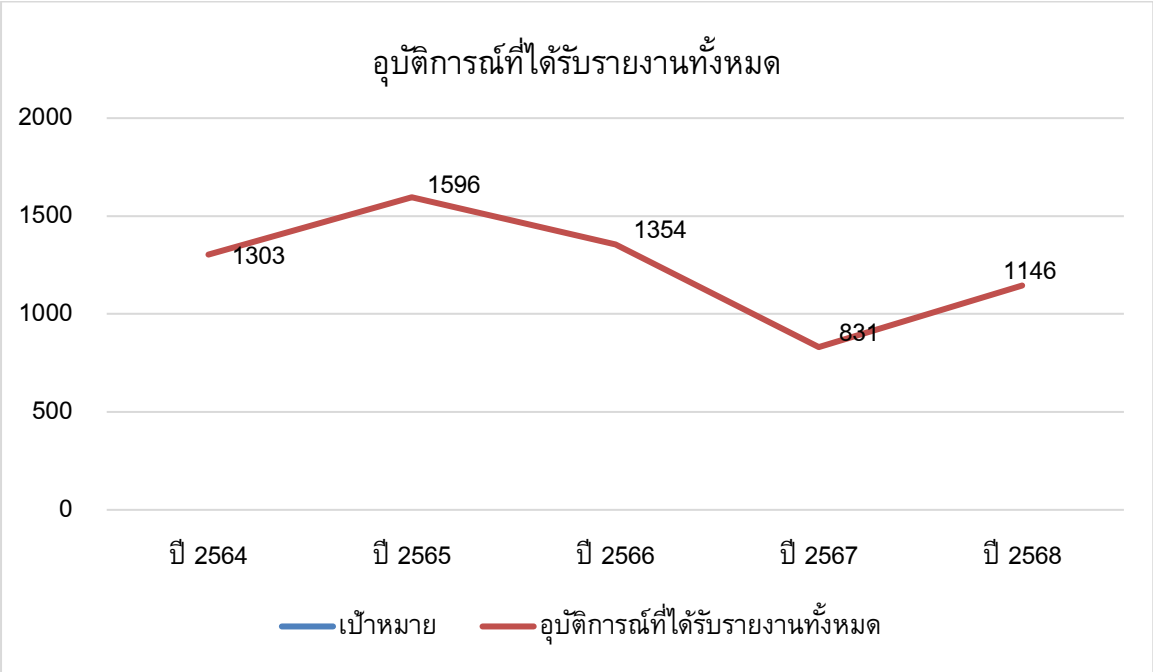
เครื่องชี้วัด

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปีปัจจุบัน	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
1. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง(ตาม Scoring guideline	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 3.5	ระดับ 3.5	ระดับ 3.5	3.5
2. อุบัติการณ์ที่ได้รับรายงานทั้งหมด	เพิ่มขึ้น	1731	1890	1958	1303	1596	1354	831	1146
3.อัตราการรายงานอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปได้รับการแก้ไขและรายงานกลับ	100%	79.46	94.28	80.24	75	76.41	61.5	43.79	73.04
4. จำนวนอุบัติการณ์ ClinicG,H,I	ลดลง	3	14	63	22	67	48	105	141
5. หน่วยงานที่รายงานอุบัติการณ์	100 %	86.54	85.23	93.5	87.09	93.54	65.78	64.10	65.72
6. ร้อยละการรายงานเหตุการณ์ near miss	เพิ่มขึ้น	86.54	85.23	93.5	87.09	93.54	65.95	38.36	63.35
7. ร้อยละของความเสี่ยง/อุบัติการณ์ ที่ได้รับการป้องกัน แก้ไข และตอบกลับ ในแต่ละหน่วยงาน	100%	88.35	79.46	85	58.27	72.02	57.4	67.71	80.62

1. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงตาม Scoring guideline



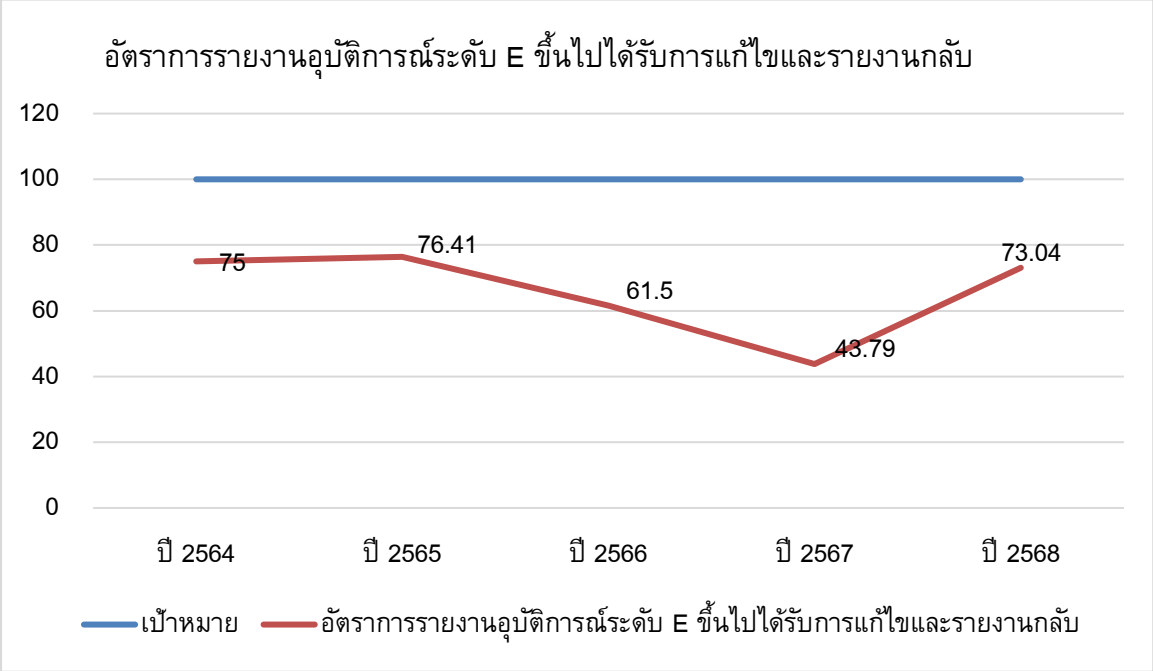
2. อุบัติการณ์ที่ได้รับรายงานทั้งหมด



ข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีจำนวนเหตุการณ์รวม 1,303 เหตุในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 1,596 เหตุในปี 2565 และลดลงเหลือ 831 เหตุในปี 2567 ก่อนจะเพิ่มขึ้นอีกครั้งเป็น 1,146 เหตุในปี 2568 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการรายงานของบุคลากร

ในด้านตัวชี้วัดนี้มุ่งประเมินระดับของวัฒนธรรมการรายงาน (Reporting Culture) และความตระหนักในการจัดการความเสี่ยงของบุคลากรในด้านกระบวนการโรงพยาบาลได้พัฒนาช่องทางรายงานอุบัติการณ์ให้หลากหลาย ทั้งระบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม Hospital Office แต่ทั้งนี้ในบางฝ่ายงานหรือในกลุ่มบุคลากรที่ไม่มี computer ประจำที่หน่วยงานหรือใช้คอมพิวเตอร์ไม่ชำนาญก็มีช่องทางการรายงาน โดยให้คณะกรรมการช่วยรายงานเข้าในระบบให้และยังมีการลงเยี่ยมหน่วยงาน risk round ร่วมกับทีม ENV IC และ PCT เพื่อค้นหาความเสี่ยงและช่วยแนะนำ ส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์ พร้อมทั้งมีการรณรงค์การรายงานที่มุ่งเน้นการแก้ไขที่ระบบ และ Feedback ข้อมูลของระบบบริหารความเสี่ยง พร้อมประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญของการรายงาน ผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่าจำนวนเหตุการณ์ที่รายงานมีแนวโน้มลดลงในบางปี ซึ่งในปี 2566 จำนวน 1,345 ครั้ง ลดลงในปี 2567 จำนวน 831 ครั้ง เป็นการลดจำนวนอุบัติการณ์ของกลุ่มงานเภสัชกรรม เนื่องจากมีการปรับใช้ระบบ IPD paperless ซึ่งก่อนหน้า ปี 2567 เราใช้ระบบกระดาษในการ Copy Order sheet จึงเกิดการคลาดเคลื่อนของการอ่าน order เนื่องจากการใช้สีปากกา น้ำหนักการเขียน ชนิดของกระดาษ ทำให้การอ่านเกิดความคลาดเคลื่อนเป็นจำนวนมาก ซึ่งในระบบ IPD paperless ในปัจจุบันมีการออกแบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในร่วมกัน ได้ทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขแบบฟอร์มการบันทึกเวชระเบียน IPD paperless เพื่อให้ได้ข้อมูลตามมาตรฐานคุณภาพบันทึกเวชระเบียน ทั้งนี้จากจำนวนอุบัติการณ์สะท้อนปัญหาการสื่อสารหรือแรงจูงใจในการรายงานที่ลดลง จึงมีการเสริมกิจกรรมส่งเสริมวัฒนธรรม “ไม่ตำหนิเมื่อรายงาน” (No Blame Culture) และจัดให้มีการ Feedback ที่สร้างแรงจูงใจแก่ผู้รายงาน

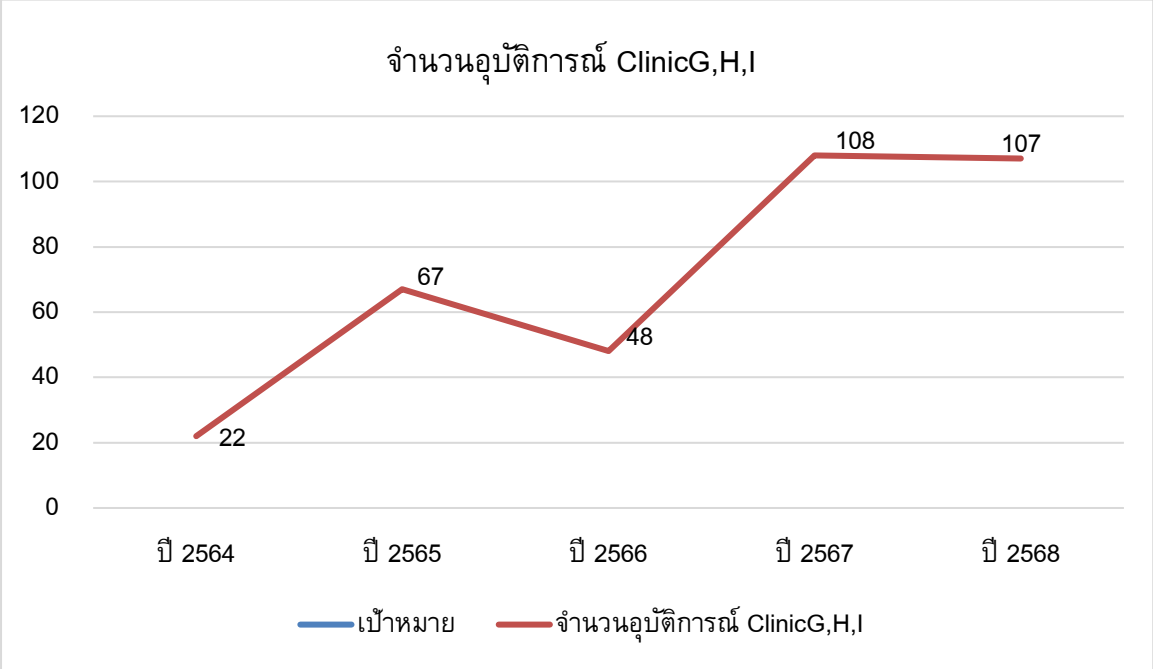
3. อัตราการรายงานอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปได้รับการแก้ไขและรายงานกลับ



จากข้อมูลพบว่าอัตราการแก้ไขและรายงานกลับของอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 75 ในปี 2564 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 76.41 ในปี 2565 และลดลงเหลือเพียงร้อยละ 43.79 ในปี 2567 ก่อนจะกลับมาดีขึ้นเป็นร้อยละ 73.04 ในปี 2568 ในด้าน Purpose ตัวชี้วัดนี้มีเป้าหมายเพื่อประเมินประสิทธิผลของกระบวนการแก้ไขอุบัติการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในระดับรุนแรง ในด้าน Process มีการวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (Root Cause Analysis: RCA) และติดตามผลการแก้ไข โดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีการจัดประชุมทุกเดือน โดยกำหนดเป้าหมายการประชุมให้ได้ 100 % ซึ่งในปี 2567-2568 สามารถจัดการประชุมครบ 100 % เนื่องจากหัวหน้าทุกฝ่ายงานให้ความสำคัญกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลล มีการจัดเวรให้คณะกรรมการในการเข้าร่วมประชุมติดตามและทบทวนได้ทุกเดือน ทั้งนี้งานบริหารความเสี่ยงยังส่งข้อมูลติดตามจากการประชุม PCT ENV IC และการประชุมคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล เพื่อสะท้อนข้อมูลและกำหนดนโยบายเพื่อให้ลงสู่ผู้ปฏิบัติงาน พร้อมรายงานผลกลับไปยังหน่วยงานต้นเหตุเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ด้าน Performance พบว่าผลการดำเนินงานในบางปีลดลง ซึ่งอาจเกิดจากการติดตามผลไม่ต่อเนื่องหรือขาดระบบ Feedback ที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การปรับระบบในปี 2568 ส่งผลให้อัตราการรายงานกลับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีการจัดทำ RCA ในหน่วยงานก่อนนำอุบัติการณ์เข้าประชุมหารือเพื่อส่งต่อทีมต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อค้นหารากสาเหตุปัญหาที่แท้จริงและกำหนดแนวทาง มาตรการป้องกันความเสี่ยงและนำนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติให้ได้มาก

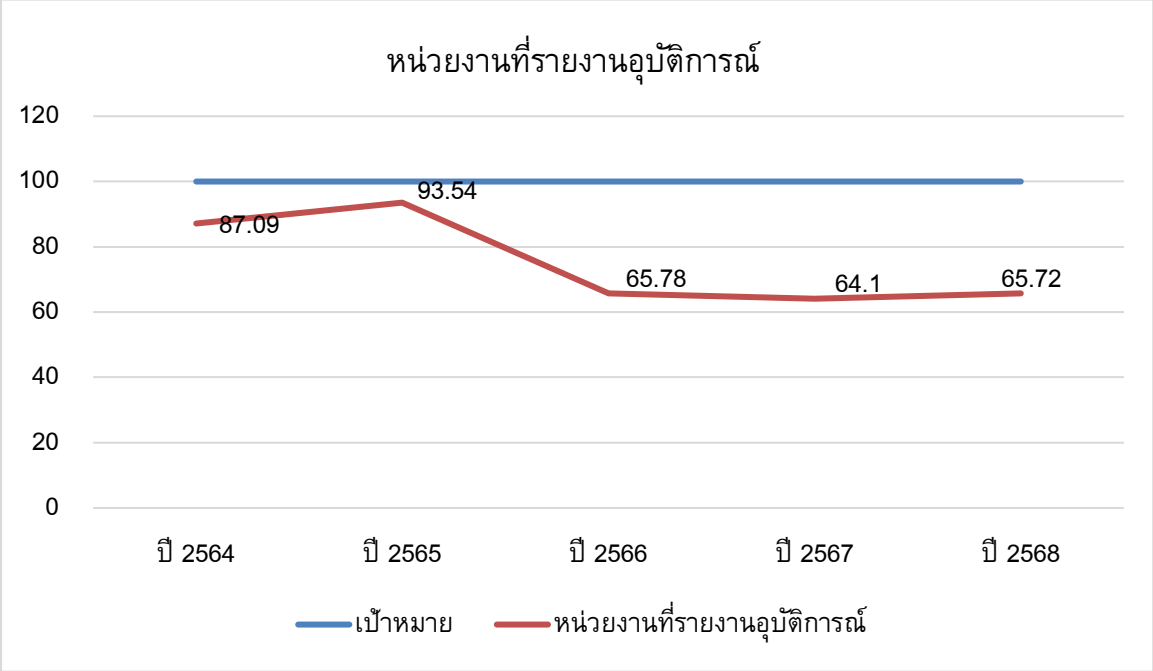
ที่สุด อีกทั้งปี 2568 โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการรายงาน Incident ไปยังระบบ NRLS ที่ระดับความเสี่ยง E-I ที่ต้องทำ RCA ทุกเคสและยังเป็นการติดตามการทบทวนในทุกๆเดือนด้วย แสดงถึงการฟื้นฟูระบบการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. จำนวนอุบัติการณ์ ClinicG,H,I



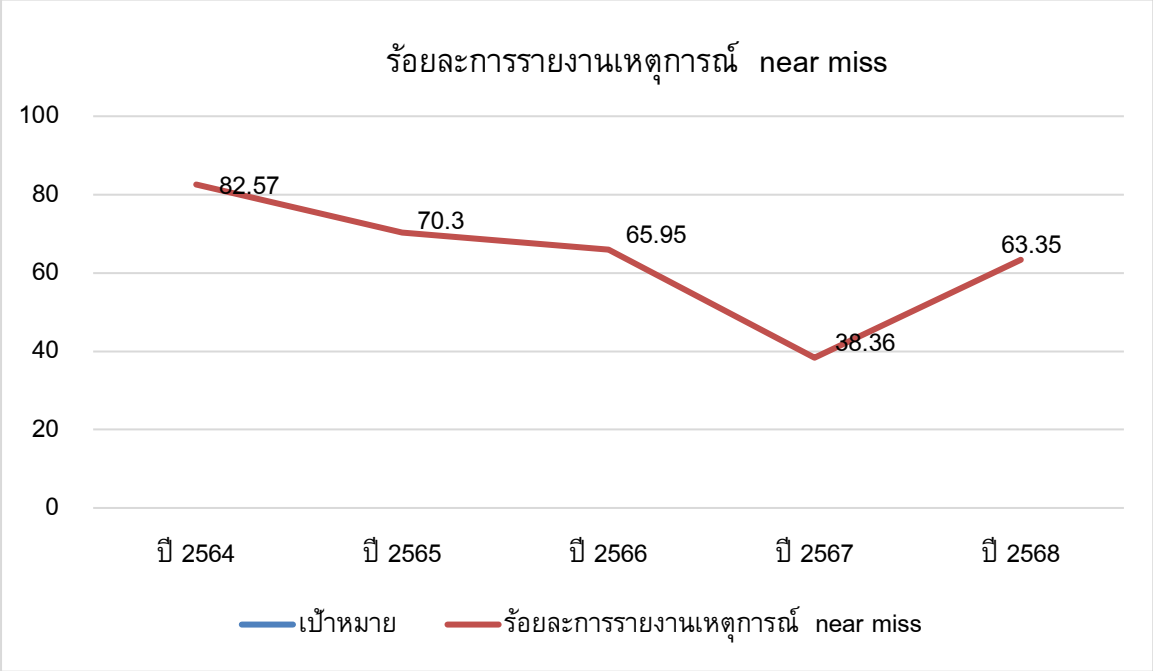
ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีพบว่าจำนวนอุบัติการณ์ทางคลินิกที่มีความรุนแรงระดับ G, H, I เพิ่มขึ้นจาก 22 เหตุในปี 2564 เป็น 108 เหตุในปี 2567 และ 107 เหตุในปี 2568 ซึ่งตั้งแต่ปี 2567 เป็นต้นมาทางโรงพยาบาลมีนโยบายที่ต้องรายงาน case ผู้ป่วยที่เสียชีวิตทุกราย ซึ่งในปี 2568 มีจำนวน 107 ราย เป็นอุบัติการณ์ระดับ Iผู้ป่วยที่เสียชีวิต จำนวน 79 ราย พบเป็น case NR จำนวน 35 รายเป็น case เสียชีวิตนอกโรงพยาบาล จำนวน 15 ราย ในปี 2568 เหตุการณ์รุนแรงระดับ G-I จำนวน 107 ราย มีการทบทวน RCA ภายในหน่วยงานร่วมกับทีม PCT ร้อยละ 82.24 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2567 ที่มีการทบทวนเพียงร้อยละ 50.92 เนื่องจากระบบบริหารความเสี่ยงมีการปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายเพื่อควบคุมและลดจำนวนเหตุการณ์ทางคลินิกที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ในด้านกระบวนการโรงพยาบาลได้จัดตั้งคณะทำงานทบทวนความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk Review Team) เพื่อวิเคราะห์สาเหตุและจัดทำมาตรการป้องกันซ้ำ รวมทั้งส่งเสริมการสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพและทีม HR PCT PTC ENV IC

5. หน่วยงานที่รายงานอุบัติการณ์ 100 % 87.09 93.54 65.78 64.10 65.72



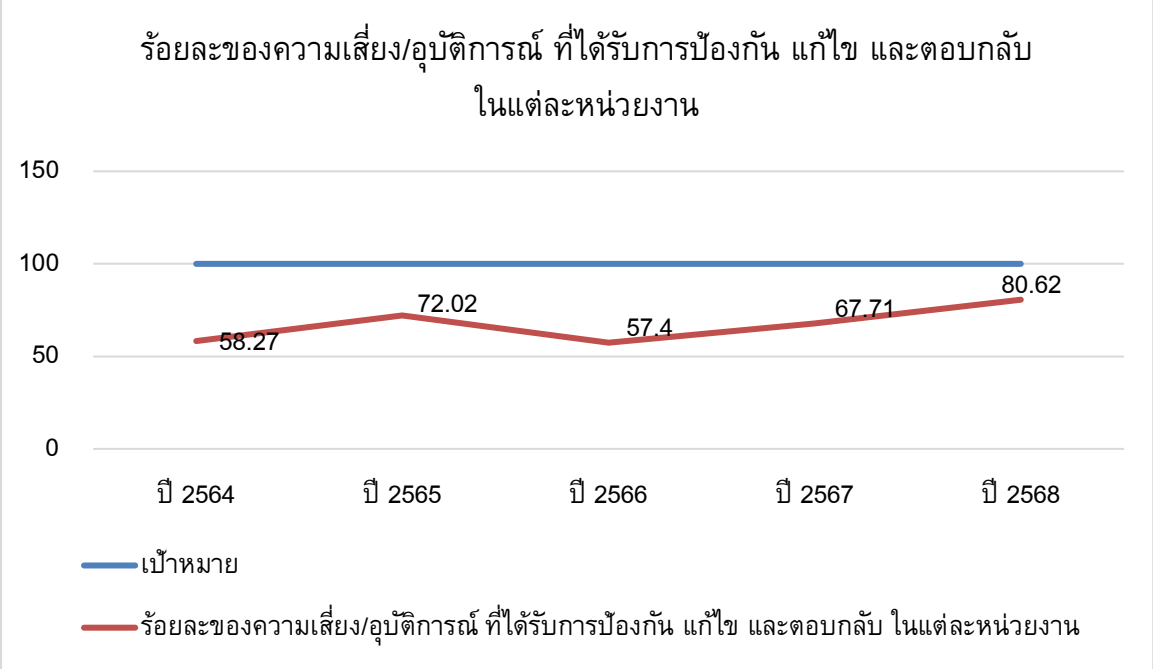
ผลการดำเนินงานพบว่าร้อยละของหน่วยงานที่รายงานอุบัติการณ์อยู่ระหว่าง 64.10–93.54 โดยมีแนวโน้มลดลงหลังปี 2566 ซึ่งสะท้อนถึงการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่ยังไม่ทั่วถึง ตัวชี้วัดนี้มุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานในการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้เกิดระบบความปลอดภัยแบบองค์รวม โรงพยาบาลมีการกำหนดคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในแต่ละหน่วยงาน พร้อมติดตามและประเมินผลรายเดือน หน่วยงานที่รายงานอุบัติการณ์ลดลง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงบุคลากร จึงมีการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน

6. ร้อยละการรายงานเหตุการณ์ near miss



ผลการดำเนินงานพบว่าร้อยละการรายงาน Near Miss ลดลงจาก 82.57 ในปี 2564 เหลือเพียง 38.36 ในปี 2567 ก่อนเพิ่มขึ้นเป็น 63.35 ในปี 2568 ตัวชี้วัดนี้ใช้วัดระดับความตระหนักและการเรียนรู้ของบุคลากรต่อเหตุการณ์ที่เกือบจะก่อให้เกิดความเสียหาย เพื่อป้องกันความผิดพลาดก่อนเกิดขึ้นจริง มีการส่งเสริมให้บุคลากรรายงาน Near Miss ผ่านระบบออนไลน์ พร้อมจัดประชุมทบทวนกรณีตัวอย่างและวิเคราะห์แนวโน้มเพื่อกำหนดมาตรการป้องกัน พบว่าการรายงานลดลงในช่วงกลางของช่วงเวลา อาจสะท้อนการรับรู้ของบุคลากรที่ลดลงหรือขาดการสื่อสารย้อนกลับที่ชัดเจน ดังนั้นจึงมีการพัฒนาการสื่อสารเชิงรุก กิจกรรม risk round การให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างรวดเร็ว และการส่งเสริมวัฒนธรรม “รายงานเพื่อเรียนรู้ ไม่ใช่เพื่อโทษ”

7. ร้อยละของความเสี่ยง/อุบัติการณ์ ที่ได้รับการป้องกัน แก้ไข และตอบกลับ ในแต่ละหน่วยงาน



ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีพบว่าร้อยละของความเสี่ยงที่ได้รับการป้องกันและตอบกลับเพิ่มขึ้นจาก 58.27 ในปี 2564 เป็น 80.62 ในปี 2568 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นให้ทุกหน่วยงานดำเนินการป้องกันและแก้ไขอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีระบบ พร้อมรายงานผลการตอบกลับให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทราบ มีการติดตามการแก้ไขผลการรายงานโดยคณะกรรมการ RM และจัดทำรายงาน Feedback รายเดือนให้แต่ละหน่วยงานและยังมีกระบวนการตอบสนองต่อระบบบริหารความเสี่ยงทุกวัน โดยมีเลขาและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงตรวจสอบความถูกต้องของ incident ทุกรายการที่เข้ามาในระบบและย้อนกลับข้อมูลไปยังผู้รายงาน เพื่อให้ผู้รายงานทราบว่าทุกรายงานความเสี่ยงได้รับการแก้ไขเบื้องต้นแล้ว กระบวนการนี้แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการตอบสนองต่ออุบัติการณ์ โดยเฉพาะปี 2568 ที่มีอัตราสูงถึง 80.62% สะท้อนถึงความตระหนักและความรับผิดชอบของหน่วยงานต่อการบริหารความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทะเบียนความเสี่ยงโรงพยาบาลพบพระ (RISK REGISTER)

โรงพยาบาลพบพระ กำหนดให้มีการจัดทำ Risk register ใน 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็น ได้แก่

1.การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
>>>Risk Owner
นางสาวนวพร สายเครือมอย (โทร.154)

2.การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CLABI
>>>Risk Owner
นางสาวกชพรรณ ใจคำ (โทร.193)

3.บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
>>>Risk Owner
นางสาวกชพรรณ ใจคำ (โทร.193)

4.การเกิด MEDICATION ERRORS และ ADVERSE DRUG EVENT
>>>Risk Owner
นายอานนท์ เจริญผล (โทร.104)

5.การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
>>>Risk Owner
นางสาววราภรณ์ เครือวิไล (โทร.129)

6.การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
>>>Risk Owner
นางสาวจันทรา วงค์คำลือ(โทร.186)

7.ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค
>>>Risk Owner
นางสาวศุทธินี นันตาวงศ์ (โทร.154)

8.การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาผิดพลาด
>>>Risk Owner
นางสาวอภิญญา โพธิ์พึ่ง (โทร.129)

9.การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน
>>>Risk Owner
นางสาวเบญญาภา แสนบรรเจิดสุข (โทร.127)

รายละเอียดการดำเนินงาน

สถานพยาบาลต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

1. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด
2. สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด
3. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบถึงตัวผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุราก
4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมสำรวจ

โรงพยาบาล HA โรงพยาบาลคุณภาพ

CPG/WI

ทะเบียนความเสี่ยงโรงพยาบาลพบพระ (RISK REGISTER)

โรงพยาบาลพบพระ กำหนดให้มีการจัดทำ Risk register ใน 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็น ได้แก่

1. WI ผ่าตัดผิดคน

1.การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ

>>>Risk Owner
นางสาวนวพร สายเครือมอย (โทร.154)

2. VAP CAUTI

2.การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CLABI

>>>Risk Owner
นางสาวกชพรรณ ใจคำ (โทร.133)

3.บุคลากรติดเชื้อ

3.บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่

>>>Risk Owner
นางสาวกชพรรณ ใจคำ (โทร.133)

4.Med OPD IPD

4.การเกิด MEDICATION ERRORS และ ADVERSE DRUG EVENT

>>>Risk Owner
นายอานนท์ เจริญผล (โทร.104)

5. การให้เลือดผิดคน

5.การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

>>>Risk Owner
นางสาววราภรณ์ เครือวิไล (โทร.129)

6. การระบุตัวผู้ป่วย

6.การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด

>>>Risk Owner
นางสาวจันทรา วงค์คำลือ(โทร.186)

7. การวินิจฉัยโรค

7.ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค

>>>Risk Owner
นางสาวศุทธินี นันตาวงศ์ (โทร.154)

8. การรายงานผล LAB

8.การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาผิดพลาด

>>>Risk Owner
นางสาวอภิญญา โพธิ์พึ่ง (โทร.129)

9. แนวทางการคัดกรอง

9.การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

>>>Risk Owner
นางสาวเมญญาภา เสนบรรณฉัตรสุข (โทร.127)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2564	2565	2566	2567	2568
จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ที่ส่งผลกระทบกับผู้ป่วย **ระดับ E up** / จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด	เท่ากับ 0	0/0	0/0	0/5	0/2	1/5
อัตราการติดเชื้อในรพ. (health care-associated infections) ต่อ 1,000 วันนอน* **ระดับ E up** / จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด	< 1 ครั้ง	0.2	0.41	0.78	0.66	0.87
อัตราการติดเชื้อ VAP/1,000 Vent. Days* **ระดับ E up** / จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด	< 1 ครั้ง	0	0	0	0.16	3.68
อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days* (เป้าหมาย : < 2 ครั้ง) **ระดับ E up** / จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด	< 1 ครั้ง	0.47	0.46	0	0.77	0.57
อัตราการติดเชื้อ CLABSI/1,000 Cath. Days* **ระดับ E up** / จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด		NA	NA	0	0/111	0/235
จำนวน Medication error with harms (level E up)* (ครั้ง)	**0**	**0**	**0**	0	0	0
จำนวนแพ้ยาซ้ำ ระดับ E up/ จำนวนแพ้ยาซ้ำทั้งหมด	**0**	**0**	**0**	0	0	0
OPD						
อัตรา Prescribing error : OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)	≤ 2 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	0.605	0.442	0.629	0.280	0.68
อัตรา Transcribing error : OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)	≤ 0 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	0.090	0.060	0.139	0.036	0.04

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2564	2565	2566	2567	2568
อัตรา Pre-dispensing error : OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)	≤ 0 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	2.736	1.339	1.284	0.733	2.13
อัตรา Dispensing : OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)	≤ 0 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	0.150	0.084	0.111	0.014	0.09
อัตรา Administration : OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)	≤ 0 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	0.012	0.010	0.00	0.007	0.00
ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผู้ป่วยนอก (Administration Error)	≤0 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	0.029	0.024	0.028	0.007	0.00
IPD						
ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาผู้ป่วยใน (Prescribing Error)	≤2 ต่อ 1,000 วันนอน	0.943	0.834	0.185	0.440	0.72
ความคลาดเคลื่อนในการถ่ายทอดคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยใน (Transcribing Error)	≤0 ต่อ 1,000 วันนอน	0.581	0.138	0.233	0.205	0.15
ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาผู้ป่วยใน (Pre-Dispensing Error)	≤20 ต่อ 1,000 วันนอน	28.47	22.566	5.144	3.755	6.79
ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยใน (Dispensing Error)	≤0 ต่อ 1,000 วันนอน	6.902	4.582	1.003	0.586	0.61
ความคลาดเคลื่อนก่อนการให้ยาผู้ป่วยใน (Pre-Administration Error)	≤2 ต่อ 1,000 วันนอน	1.632	0.766	0.761	0.557	0.08
ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผู้ป่วยใน (Administration Error)	≤0 ต่อ 1,000วันนอน	1.886	2.058	0.585	0.498	0.61
จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnostic error)	**0**	0/0	1/2	2/2	1/1	1/1

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2564	2565	2566	2567	2568
ระดับ E up/ จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค ที่ OPD อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ที่ ER						
จำนวนอุบัติการณ์ของการเกิดการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ระดับ E up/ จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด	0	0/9	0/7	1/18	1/15	1/14
จำนวนของการรายงานผล Lab หรือ Patho คลาดเคลื่อน **ระดับ E up** / จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด	0	0/1	0/3	1/3	0/4	0/3
จำนวนอุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด **ระดับ E up** / จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด (II-7.4)	0	0/0	0/0	0/0	1/1	0/0
จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยก under triage ที่ ER ระดับ E up / จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด)	under triage < 5%	16/202	5/170	0/446	0/66	0/70
จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยก over triage ที่ ER ระดับ E up / จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด)	over triage < 15 %	1/31	0/40	0/126	0/20	0/33
อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากของมีคมและถูกสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าสู่ร่างกายจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	< 2 ครั้ง	1.82	1.39	1	8	13 (3ไตรมาส)
เจ้าหน้าที่ติดเชื้อวัณโรคจากการปฏิบัติหน้าที่	0	0	0	0.33	0/350	0/341

คำจำกัดความ

1. ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้แต่ ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและใช้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสีย หรือความเสียหายต่อทรัพย์สินการบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลการทำลาย สิ่งแวดล้อม ภาระในการชดใช้ค่าเสียหาย

2. บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นซึ่งผู้รับผิดชอบ/ หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้น โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีตและหน่วยงาน อื่น ๆ ตลอดจนการทบทวนต่างๆ และการสำรวจภายในหน่วยงานของตนเอง เพื่อเป็นประเด็น สำคัญที่มีการเฝ้าระวัง โดยมีทั้งระดับโรงพยาบาล กลุ่มงาน/หน่วยงาน

3. อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิดจากการรักษา และไม่เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วยอันตรายดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาการรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเกิดความพิการตามมา ลักษณะเหตุการณ์ไม่ พึงประสงค์ได้แก่ การถูกทำร้ายหรือการบาดเจ็บ เหตุร้าย ภัยอันตราย การคุกคามก่อให้เกิด ความรู้สึกไม่มั่นคง ความไม่แน่นอน การถูกเปิดเผย

4. ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical Error) หมายถึง ความล้มเหลวของการดูแลรักษา ที่วางแผนไว้หรือการวางแผนการรักษาที่ไม่ถูกต้องในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

5. เหตุเกือบพลาด (Near Miss) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์ หรือไม่เกิดขึ้นเพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทัน หรือด้วยความบังเอิญ

6. สถานการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง (Sentinel Event) หมายถึง ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น แล้วต้องรายงานให้ผู้บริหาร (หัวหน้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ที่ได้รับมอบหมาย ได้รับรู้ทันที/ ภายใน 2 ชั่วโมง (เร็วที่สุด) เช่น ประกาศให้ทุกหน่วยงาน / คณะกรรมการด้านต่างๆทราบว่าความเสี่ยง ในระดับรุนแรงที่ต้อง รายงานภายใน 24 ชั่วโมง ได้แก่

6.1 การระบุตัวผู้ป่วยผิดคนผ่าตัด/ทำหัตถการผิดคน/ผิดตำแหน่ง ส่งมอบตัวทารกผิดคน

6.2 ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

6.3 สิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัด/หลังคลอดมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือได้รับ การผ่าตัดซา

6.4 ความคลาดเคลื่อนจากการให้เลือดทุกชนิด

6.5 ความคลาดเคลื่อนทางยาที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย/เสียชีวิต (ระดับ G ขึ้นไป)

6.6 มารดาเสียชีวิตหรือได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากการคลอด

6.7 ทารกเสียชีวิตโดยไม่คาดหมาย

6.8 อุบัติการณ์ที่มีผลทำให้เกิดการตายอย่างไม่คาดหมาย/พิการหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะ

6.9 อัคคีภัย 6.10 การโจรกรรม ขโมยทรัพย์สิน ของที่มีค่ามาก

6.11 การทำร้ายร่างกาย คุกคาม ข่มขู่ ที่มีผลต่อชีวิตและทรัพย์สิน

โครงสร้างองค์กรและบทบาทหน้าที่ของระบบบริหารความเสี่ยง

1. คณะกรรมการอำนวยการความเสี่ยงโรงพยาบาล

1. กำหนดนโยบาย และวางแผนกลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาล
2. ประเมินประสานโปรแกรม/ระบบที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในด้านต่างๆของโรงพยาบาล เพื่อ ป้องกันและควบคุมความเสี่ยง
3. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานและรายงานความก้าวหน้าในการจัดการความเสี่ยงให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
4. ทบทวนนโยบาย มาตรการ วิธีปฏิบัติในการจัดการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล
5. ควบคุมให้มีการบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (ผู้จัดการความเสี่ยง)

1. นำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาปฏิบัติโดยเน้นเชิงรุก และประสานกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ความเสี่ยง
2. ฝึกอบรม ให้ความรู้แก่บุคลากรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง
3. ออกแบบ/พัฒนา/จัดวางระบบ และฐานข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล
4. รวบรวม วิเคราะห์ ทบทวนอุบัติการณ์ เพื่อหาแนวทางปรับปรุงและวางมาตรการป้องกันความ เสี่ยงในโรงพยาบาล
5. ร่วมวิเคราะห์ปัญหากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. เลขานุการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (ศูนย์ HA)

1. รวบรวมสถิติรายงานความเสี่ยง/เหตุการณ์ จากทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลและควบคุมจัดเก็บให้ เหมาะสม (คัดกรอง ลงบันทึก วิเคราะห์ข้อมูล)
2. จัดทำรายงานความเสี่ยงต่อทีมนำ ทีมเฉพาะด้าน และหน่วยงานต่าง ๆ และติดตามการแก้ไข พร้อมทั้งลงหน้างานในการนิเทศการปฏิบัติการป้องกันการเกิดซ้ำ
3. จัดระบบรายงานฐานข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล
4. ให้มีเวทีนำเสนอ MM Conference Trigger Tool พร้อมทั้งรวบรวมผลการดำเนินงานนำเสนอ เป็นการป้องกันความเสี่ยงเชิงรุก
5. เป็นผู้เจรจาไกล่เกลี่ยระดับโรงพยาบาล

4.หัวหน้าหน่วยงาน

1. รับนโยบาย แผนงาน มาตรการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล และจัดระบบบริหารความเสี่ยงใน หน่วยงาน
2. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน พิจารณาสั่งการและดำเนินการกรณีมีความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ สำคัญเกิดขึ้นภายในหน่วยงาน
3. ค้นหาและจัดทำบัญชีความเสี่ยงภายในหน่วยงาน และวางมาตรการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงที่สำคัญ

4. ทบทวนและลงนามในบันทึกรายงานเหตุการณ์สำคัญ/อุบัติการณ์ในหน่วยงานซึ่งเจ้าหน้าที่ภายใน หน่วยงานบันทึกรายงาน

5. รับทราบสถิติข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงภายในหน่วยงานและร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน วิเคราะห์ ประเมินประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในหน่วยงาน

6. นำเสนอข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานแก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับ กลุ่มงาน/แผนก/โรงพยาบาล และทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างสม่ำเสมอ

7. สนับสนุนให้บุคลากรในบังคับบัญชาร่วมมือในการเฝ้าระวังและรายงานความเสี่ยง

5. เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ทุกคน

1. ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคู่มือระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
2. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์ / อุบัติการณ์เบื้องต้น
3. บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไขความเสี่ยงอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นและรายงานผู้บังคับบัญชาตามสำดับ
4. รายงานความเสี่ยงเมื่อพบเห็น

6. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน (งานประกัน)

1. รับข้อร้องเรียน
2. ลดระดับอารมณ์ของผู้ร้องเรียน
3. ลดระดับความรุนแรงของผู้ร้องเรียน
4. ดำเนินการตามขั้นตอนการจัดการกับข้อร้องเรียน
5. เชื่อมโยงสารสนเทศกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลและร่วมกำหนด

ประเภทของความเสี่ยง

1.ความเสี่ยงทั่วไป

โอกาสที่จะประสบความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา เช่น เครื่องมือ ข้อร้องเรียน

2.ความเสี่ยงทางคลินิก

1. ทั่วไป โอกาสที่จะประสบความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล
2. เฉพาะโรค โอกาสที่จะประสบความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาลในกลุ่มเฉพาะโรค / หัตถการ / ผ่าตัด

อุบัติการณ์

เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนอกเหนือความคาดหมายจากการทำงานตามปกติ

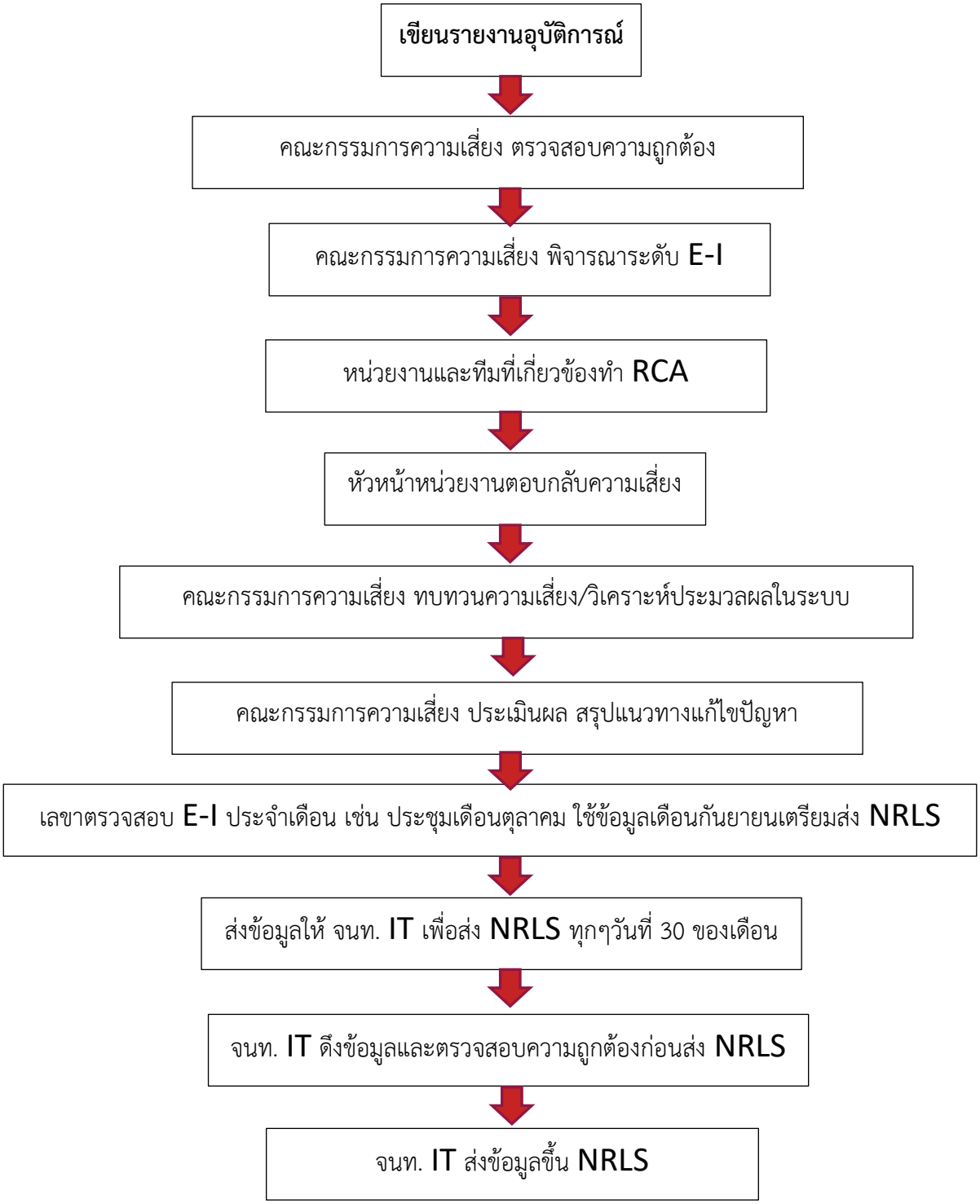
เหตุเกือบพลาด

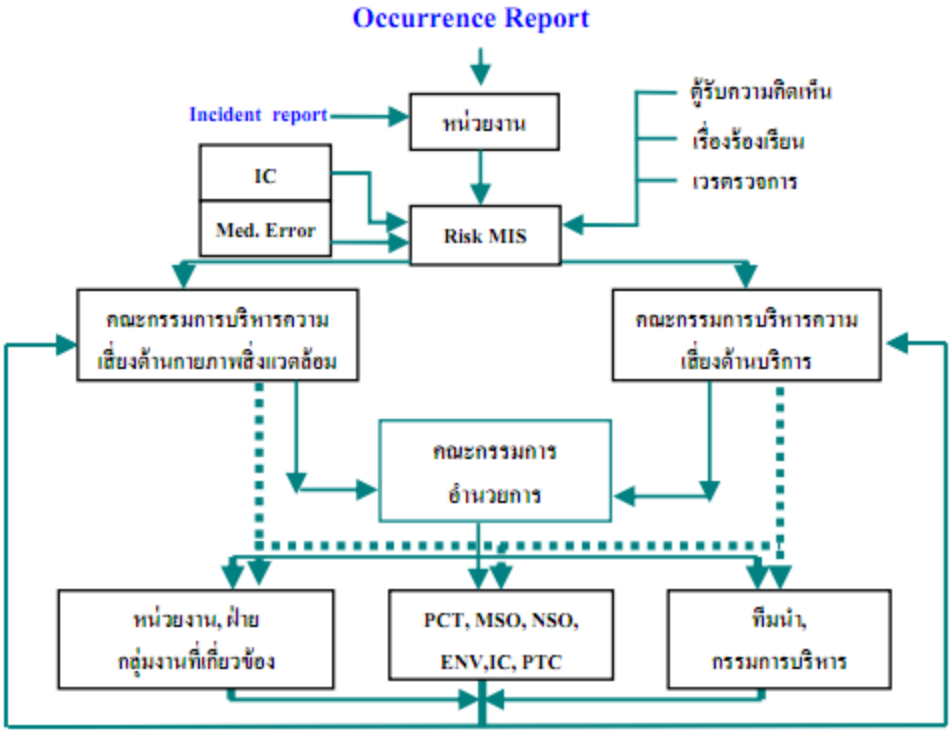
เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่เกิดขึ้นเพราะแก้ไขสถานการณ์ ได้ทันทีหรือด้วยความบังเอิญ

โปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาล

1. ด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อมโครงสร้างทางกายภาพสิ่งแวดล้อม อัคคีภัย การกำจัดของเสีย ความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สิน อาชีวอนามัย และเครื่องมือ
2. ด้านการควบคุมการติดเชื้อ
3. ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย (กระบวนการทำงาน : งานสนับสนุน) การรักษา การพยาบาล การ คลอด การผ่าตัด ความคลาดเคลื่อนทางยา พลัดตกหกล้ม อาหาร เครื่องมือแพทย์ การประสานงาน และการปฏิบัติงาน
4. ด้านคำร้องเรียนของผู้รับบริการประกอบด้วย ความพึงพอใจ ข้อร้องเรียน สิทธิผู้ป่วย และจริยธรรมองค์กร

แนวทางการประสานโปรแกรม HOSOFFICES





กระบวนการบริหารความเสี่ยง

1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)

   : เราอาจค้นหาความเสี่ยงที่ได้จากการศึกษาความสูญเสียของโรงพยาบาลที่ผ่านมา , จากการผิดพลาดใน แต่ละขั้นตอนในการทำงาน , เรียนรู้จากประสบการณ์จากที่อื่นที่เกิดการผิดพลาด เป็นต้น

2. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

   : การประเมินความเสี่ยงในช่วงก่อนเกิดเหตุ คือ การตอบคำถามว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงมากเพียงใด บ่อยแค่ไหน จะก่อให้เกิดความสูญเสียเท่าใด และสถานการณ์ใดที่มีโอกาสจะเกิดมาก การมีคำตอบ เหล่านี้ ทำให้โรงพยาบาลสามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม

3. การจัดการกับความเสี่ยง (Action to Manage Risk)

   : การจัดการกับความเสี่ยงต้องมีการเตรียมก่อนเกิดเหตุ การควบคุมความสูญเสียเมื่อเกิดเหตุ และ การบริหารจัดการความเสี่ยง รวมทั้งถ้ามีกรณีต้องเงินชดเชยค่าเสียหาย

4. การประเมินผล (Risk Evaluation)

   : เป็นการนำเหตุการณ์และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเพียงพอของการเลือกวิธีการป้องกัน ที่เหมาะสม / ตามมาตรฐาน

1. การค้นหาความเสี่ยงทั่วไปและทางคลินิก

1.1 รวบรวมอุบัติการณ์ที่เกิดบ่อย / เสี่ยงสูง

1.2 ทบทวนอุบัติการณ์อื่น ๆ ที่สมควรต้องเฝ้าระวังจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ เช่น JCHAO , HA PSG , IHI , ERSI เป็นต้น

1.3 การทบทวน12 กิจกรรม

1.4 ทำTrigger Tool

1.5 อุบัติการณ์การติดเชื้อ

1.6 ทบทวนอัตราตายของแต่ละสาขา

1.7 กระบวนการงานหลักที่เสี่ยงสูงตามหน้าที่หลักของแต่ละหน่วยงาน

1.8 ทบทวนตัวชี้วัดจากกระบวนการดูแลกลุ่มโรค / หัตถการ / ผ่าตัด ที่มีความเสี่ยงสูง หรือพบบ่อย

1.9 ทบทวนสถิติ/ผลลัพธ์ที่ยังไม่ดีหรือไม่บรรลุเป้าหมาย

1.10 ระบบ MIS (Management Information System)

2. การวิเคราะห์ระดับความเสี่ยง ระดับความรุนแรงทั่วไป

รุนแรง คือ มีผลกระทบชื่อเสียง ความน่าเชื่อถือแก้ไขไม่ได้ ทำให้เสียลูกค้า มีผลเสียกับผู้ป่วยต่อเนื่องระยะยาว พิการ ถึงแก่กรรม เกิดการฟ้องร้องหรือไม่ฟ้องร้องก็ได้

ปานกลาง คือ มีผลกระทบต่อคน/กระบวนการทำงาน/องค์กรสามารถแก้ไขเหตุการณ์ได้มีผลน่าพึง พอใจ ถ้าเกิด กับผู้ป่วยสามารถป้องกันหรือแก้ไขปฏิบัติไม่ให้เกิดอันตรายถึงชีวิตไม่มีการฟ้องร้อง

ไม่รุนแรง คือ ไม่มีผลกระทบต่อคน / องค์กร ระดับความรุนแรงทางคลินิก

ระดับความเสี่ยงด้านคลินิก “จำง่ายมาก ”

A	เกิดที่นี่	B	เกิดที่ไหน	C	เกิดกับใคร
D	ให้ระวัง	E	ต้องรักษา	F	เยียวยานาน
G	ต้องพิการ	H	ต้องการปั้ม	I	จำใจลา

****

ระดับความเสี่ยงทางคลินิกในโรงพยาบาลมีดังนี้

ระดับ A คือ เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน ให้จำว่าเกิดที่นี่

ระดับ B คือ เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแต่ยังไม่ถึงกับผู้ป่วย ให้จำว่าเกิดที่ไหน

ระดับ C คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย ให้จำว่าเกิดกับใคร ระดับ D คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ล่งผลให้ต้องเฝ้าระวังต่อ ให้จำว่าให้ระวัง

ระดับ E คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัดรักษา ให้จำว่าต้องรักษา

ระดับ F คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนร.พ.นานขึ้น ให้จำว่าเยียวยานาน

ระดับ G คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ล่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย ให้จำว่าต้องพิการ

ระดับ H คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ล่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต ให้จำว่าต้องการปั้ม

ระดับ I คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นลาเหตุของการเสียชีวิต ให้จำว่าจำใจลา

ระดับความรุนแรง และแนวทางการดำเนินการของการบริหารความเสี่ยง ด้านคลินิก

ระดับความเสี่ยง	ความหมาย	แนวทางการดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ
ระดับA	เป็นเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดแต่มีโอกาสจะเกิดและยังไม่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ **A เกิดที่นี่**	♦ เก็บเป็นข้อมูลของหน่วยงานเพื่อการพัฒนาและ!เองกันการเกิดซ้ำ ♦ บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง ♦ รายงานความเสี่ยงภายใน 30 วัน	6 สัปดาห์
ระดับB	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วแต่ยังไม่ถึง ผู้รับบริการ **B เกิดที่ไหน**	♦เก็บเป็นข้อมูลของหน่วยงานเพื่อการ พัฒนาและ!เองกันการเกิดซ้ำ ♦พันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง ♦รายงานความเสี่ยงภายใน 30วัน	4 สัปดาห์
ระดับC	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วถึงผู้รับบริการแต่ ผู้รับบริการไม่ได้รับอันตราย **C เกิดกับใคร**	♦ แก้ไข วางแนวทาง!เองกัน ♦ บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง ♦ ทบทวนข้อมูล วิเคราะห์เบื้องต้น ♦ รายงานความเสี่ยงภายใน 30วัน	4 สัปดาห์
ระดับD	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วถึงผู้รับบริการและ ไม่เป็นอันตรายต่อผู้รับบริการแต่ยังมีความ จำเป็นต้องติดตาม เฝ้าระวัง **D ให้ระวัง**	♦ แก้ไข วางแนวทาง!เองกัน ♦ บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง ♦ ทบทวนข้อมูล วิเคราะห์เบื้องต้น ♦ รายงานความเสี่ยงภายใน 30 วัน	4 สัปดาห์

ระดับความเสี่ยง	ความหมาย	แนวทางการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินการ
ระดับ E	เป็นเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ แล้ว**ทำ ให้เกิดอันตรายชั่วคราวหรือต้องมีการ บำบัดรักษาเพิ่มเติม E ต้องรักษา**	♦บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง ♦เขียนใบIR ส่งผจก.ความเสี่ยงภายใน 3 วัน ♦วิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาโดย หน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ♦จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติเพื่อใช้เป็นแนวทางการป้องกัน ♦เฝ้าระวังความเสี่ยง	3 สัปดาห์
ระดับF	เป็นเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการแล้วทำให้ **เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัดรักษา นานขึ้นหรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น F เยียวยานาน**	♦บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมความเสี่ยง ♦เขียนใบ IR ส่งผจก.ความเสี่ยงภายใน 3วัน ♦วิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาโดย หน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ♦จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติเพื่อใช้เป็นแนวทางการป้องกัน ♦เฝ้าระวังความเสี่ยง	3 สัปดาห์
ระดับG	เป็นเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการแล้ว **ส่งผลให้เกิดอันตราย หรือพิการถาวร G ต้องพิการ**	♦รายงานผจก.ความเสี่ยงทันที (ในเวลารายงานผจก.ความเสี่ยง / ผอ. นอกเวลารายงานแพทย์เวร / ผอ.) ♦บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง ♦วิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาโดย หน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ♦มีแนว,ทางปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไข ♦ติดตาม/ แาระวังอุบัติการณ์เกิดซ้ำ โดย ทีม RM หรือทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้องอย่าง ใกล้ชิด	2 สัปดาห์

ระดับความเสี่ยง	ความหมาย	แนวทางการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินการ
ระดับ H	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลให้**เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ จนเกือบถึงแก่ชีวิตและต้องทำการช่วยชีวิต** **H ต้องการปั๊ม**	♦ **ต้องรายงานทันที** (ในเวลารายงานผจก.ความเสี่ยง / ผอ. นอกเวลารายงานแพทย์เวร / ผอ.) ♦ บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง ♦วิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาโดย หน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ♦วางมาตรการแก้ไขเชิงระบบโดย หน่วยงาน/ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ♦ติดตาม/เฝ้าระวังอุบัติการณ์การเกิดซ้ำ โดยทีม RM หรือทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง อย่างใกล้ชิด	2 สัปดาห์
ระดับ I	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ **ทำให้มีการเสียชีวิตหรือเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต หรือองค์กรได้รับความเสียหายจนเกิดการฟ้องร้อง** **1 จำใจลา**	♦ ต้องรายงานทันที (ในเวลารายงานผจก.ความเสี่ยง / ผอ. นอกเวลารายงานแพทย์เวร / ผอ.) ♦ บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง ♦ วิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาโดย หน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ♦วางมาตรการแก้ไขเชิงระบบโดย หน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ♦ติดตาม/เฝ้าระวังอุบัติการณ์การเกิดซ้ำ โดยทีม RM หรือทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด	2 สัปดาห์

หมายเหตุ: 1. ผู้รับบริการ = ผู้ป่วย,ญาติ,เจ้าหน้าที่
2. องค์กร= หน่วยงาน,โรงพยาบาล

ระดับความรุนแรง และแนวทางการดำเนินการของการบริหารความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยง	ความหมาย	แนวทางการดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ
A	เป็นเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดแต่มีโอกาสจะเกิด และยังไม่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ หรือองค์กร	♦ เก็บเป็นสถิติของหน่วยงานเพื่อการ พัฒนาและวางแนวทางการเองกัน การเกิดซ้ำ ♦ บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง ♦ รายงานความเสี่ยงภายใน30วัน	6 สัปดาห์
B	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วแต่ผู้รับบริการ หรือองค์กร ยังไม่ได้เป็นอันตรายหรือได้รับ ความเสียหาย	♦ บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง ♦ ดำเนินการแก้ไขเบื้องต้นและวางแนวทางป้องกัน ♦ รายงานความเสี่ยงภายใน30วัน	4 สัปดาห์
C	เป็นเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการหรือ องค์กรแล้วทำให้เกิดอันตรายชั่วคราว หรือ เกิดความเสียหาย ที่มีมูลค่าตั้งแต่ 1,000 บาท ถึง 10,000บาท	♦ บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมความเสี่ยง ♦ เขียนใบความเสี่ยงส่งผจก.ความเสี่ยงภายใน3วัน ♦ วิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาโดย หน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ♦ จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติเพื่อใช้เป็น แนวทางการ!เองกัน ♦เฝ้าระวังความเสี่ยงป้องกันการเกิดซ้ำ	3 สัปดาห์
D	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบ ให้ เกิดอันตราย / ความเสียหายต่อผู้รับบริการ หรือองค์กร ส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือ / ภาพลักษณ์/ชื่อเสียง/ทรัพย์สินและเกิดการฟ้องร้องต่อองค์กรหรือมลค่าความเสียหายตั้งแต่ 10,001 บาท ขึ้นไป	ต้องรายงานทันที(ในเวลารายงานผจก.ความเสี่ยง / ผอ. นอกเวลารายงานแพทย์เวร / ผอ.) ♦ บันทึกลงในโปรแกรมความเสี่ยง ♦ วิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาโดย หน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ♦ วางมาตรการแก้ไขเชิงระบบโดย หน่วยงาน / ทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ♦ ติดตาม/เฝ้าระวังอุบัติการณ์การเกิดซ้ำ โดยทีม RM หรือทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง อย่างใกล้ชิด	2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ความเสี่ยง

Risk Assesment matrix การประเมินระดับความเสี่ยง ซึ่งจะแบ่งระดับของความเสี่ยงออกเป็น 5 ระดับ และมีค่าความเสี่ยง รวมเท่ากับ 25 คะแนน (Level of Risk) โดยการนำผลที่ได้จากการประเมินความเป็นไปได้และผลกระทบ มาจัดทำแผนผัง ประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment Matrix) เพื่อให้ผู้บริหารและหน่วยงานได้เห็นภาพรวมว่าความเสี่ยงมีการกระจายตัว อย่างไร ใช้ Risk matrix โดยแบ่งความรุนแรงและโอกาสเกิดเป็น 4 ระดับ

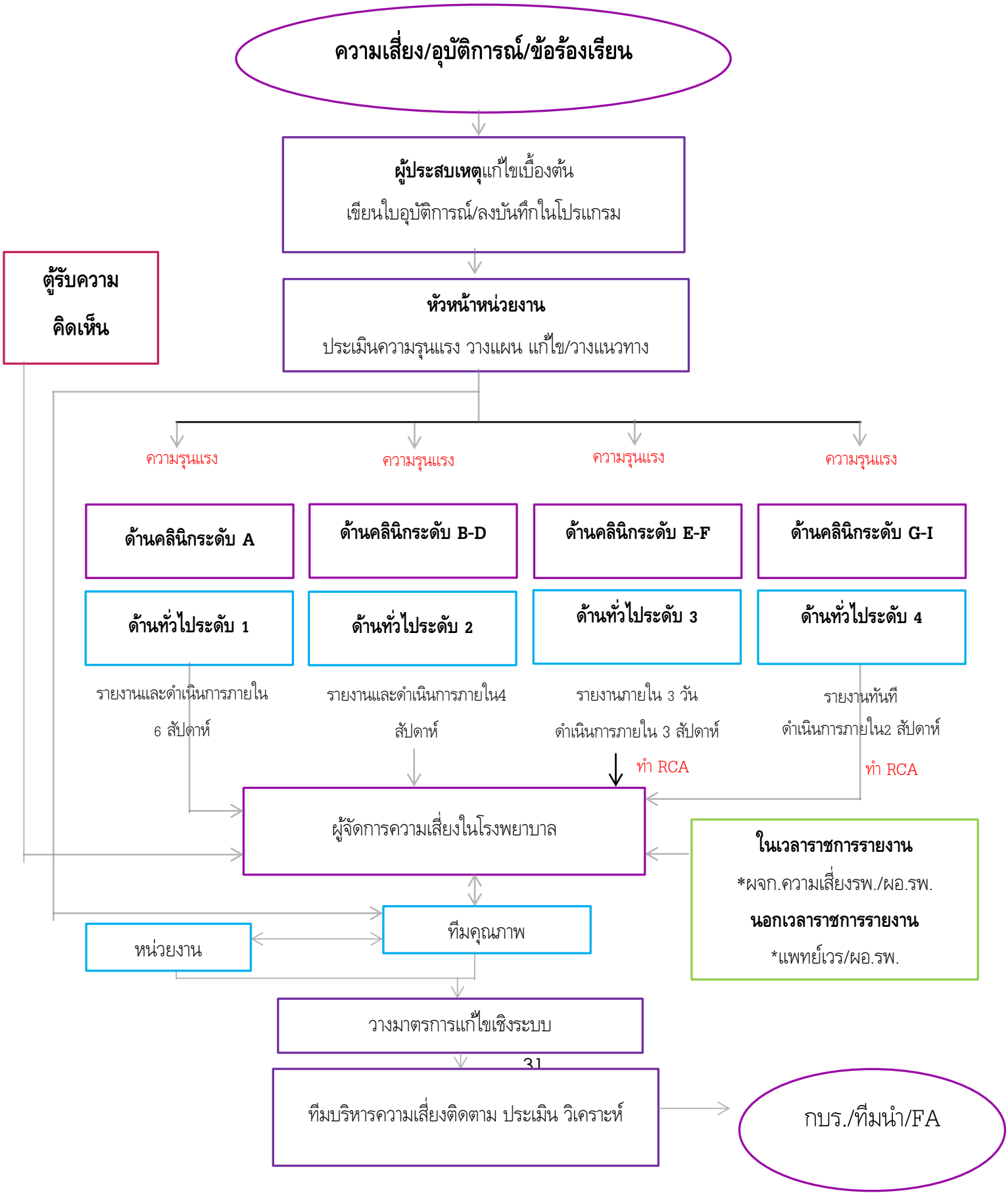
Risk Assesment matrix	คะแนน	ผลกระทบความรุนแรง				
โอกาสเกิด		1	2	3	4	5
พบนานๆมากกว่า 3 ปี /ครั้ง	1	1	2	3	4	5
พบ 2-3 ปี/ครั้ง	2	2	4	6	8	10
พบทุกปี/ครั้ง	3	3	6	9	12	15
พบ 2-5 เดือน/ครั้ง	4	4	8	12	16	20
พบทุกสัปดาห์/ทุกเดือน	5	5	10	18	20	25

การจัดการความเสี่ยงตามลำดับความสำคัญ

จาก Risk Assessment Matrix นำรายการความเสี่ยงของแต่ละระดับความเสี่ยงที่ได้จัดเรียงลำดับไว้ (Risk Ranking)มาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ความสามารถในการยอมรับความเสี่ยง เพื่อจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

ระดับ ความเสี่ยง	ระดับคะแนน	ความหมาย
ระดับความเสี่ยงต่ำ	1-3	ระดับที่ยอมรับความเสี่ยงได้ ภายใต้วิธีการจัดการความเสี่ยงที่มีอยู่เดิม ไม่ต้องมีการจัดการเพิ่มเติม
ระดับความเสี่ยงปานกลาง	4-9	ระดับที่พอยอมรับความเสี่ยงได้ แต่ต้องมีการควบคุมเพื่อป้องกันไม่ให้ความเสี่ยงเคลื่อนย้ายไปยังระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้
ระดับความเสี่ยงสูง	10-15	ระดับที่ไม่สามารถยอมรับความเสี่ยงได้ จำเป็นต้องจัดการความเสี่ยงเพื่อให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ต่อไป
ระดับความเสี่ยงสูงมาก	16-25	ระดับที่ไม่สามารถยอมรับความเสี่ยงได้ จำเป็นต้องเร่งจัดการความเสี่ยงเพื่อให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ทันที

แนวทางการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลพบพระ



แบบรายงานเหตุการณ์และอุบัติการณ์โรงพยาบาลพบพระ

หน่วยงาน	**เหตุการณ์ ☐ ผู้ป่วย HN.....DX..... ☐ ญาติ ☐ เจ้าหน้าที่**	
	สถานที่เกิดเหตุ	**ว/ด/ป.ที่เกิดเหตุ**
ลงชื่อ.....หน.หน่วย	**สถานที่พบ**	**ว/ด/ป.ที่พบ**

ให้ทำเครื่องหมาย/ในช่องว่าง เพื่อรายงานความเสี่ยงที่พบ

ความเสี่ยงทางคลินิก

1. ☐ การดูแลรักษา ☐ หัตถการ ☐ IT,TT หลุด ☐ ใส่ใหม่ ☐ ไม่ใส่ใหม่ ☐ admin ช้ำในโรคเดิมใน.....วัน ☐ กลับมารักษาซ้ำใน 48 ชม. DX..... ☐ รักษาล้าช้าทำให้ผู้ป่วยทรุด ☐ ใส่ Cath,ube,Drain ไม่ถูกต้อง ☐ พลัดตก ลื่นล้ม ☐ วินิจฉัยผิดพลาด/คลาดเคลื่อน ☐ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้หัตถการ ☐ ระบุ..... ☐ เสียชีวิตโดยไม่คาดคิด ☐ เกิดภาวะฉุกเฉินขณะรอรับบริการ ☐ ประเมินผู้ป่วยผิดพลาด ☐ efer โดยไม่ได้วางแผน ☐ อื่นๆระบุ.....	2. ☐ การผ่าตัด ☐ วิสัญญี ☐ งด,เลื่อนผ่าตัด ☐ ผ่าตัดผิดคน ☐ ผ่าตัดผิดตำแหน่ง ☐ เย็บซ่อม/ตัดอวัยวะออกโดยไม่ได้วางแผน ☐ กลับมาผ่าตัดซ้ำ ☐ cute MI/CVA หลังผ่าตัด ☐ เตรียมร่างกายผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่พร้อม ☐ เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะดมยาระบุ..... ☐ เสียชีวิตในห้องผ่าตัดโดยไม่คาดฝัน ☐ อื่นๆระบุ.....	3.หญิงตั้งครรภ์/คลอดบุตร/นรีเวช/ทารกแรกเกิด ☐ ตรวจครรภ์ผิดคน ☐ มีHematoma ที่ฝีเย็บ ( ) Tear Ractum( ) แผลฝีเย็บแยก ☐ มารดาบาดเจ็บจากการคลอด ☐ ทารกบาดเจ็บจากการคลอด ☐ ไม่พบ Fetal Distress ทันท่วงที ☐ th asphyxia ☐ H ☐ ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด/ผ่าตัดคลอด ระบุ..... ☐ pirate meconium ☐ อื่นๆระบุ.....	4. ☐ การวินิจฉั ☐ La ☐ X-ray ☐ ล่าช้าจากขั้นตอนการส่งตรวจ ☐ เจาะเก็บ specimen/G/M ผิดคน ☐ เจาะเก็บ specimen ซ้ำ ☐ ลืมส่ง specimen ☐ ecimen หาย ☐ ม/ชื่อ-สกุล ผิด/ไม่ชัดเจน ☐ ลืมส่งข้อมูลสิ่งส่งตรวจใน LAN ☐ เอกซเรย์ไม่ครบตามคำสั่งแพทย์ ☐ ใบ LAB หาย/ผิดคน/ไม่ครบ ☐ ผลวินิจฉัยล่าช้า/ผิดคน ☐ อื่นๆระบุ
5.การบันทึกเวชระเบียน/การติดต่อสื่อสาร ☐ เวชระเบียน ( ) บันทึกผิด ( )ผิดคน ( ) หาย ( )ไม่ครบถ้วน ( ) ใช้ใบแทน ☐ ไม่มี/ไม่ระบุผู้ให้ข้อมูลใบยินยอม ☐ ไม่มี/ไม่ระบุหัตถการในใบยินยอม ☐ ระบุตัวผู้ป่วย/ทารกไม่ถูกต้อง ( )ไม่มีป้ายข้อมือ( ) ระบุตัวผิด ( ) ระบุเพศผิด ☐ เกิดปัญหาจากการประสานงาน/สื่อสาร/ให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ☐ ไม่รักษาความลับผู้ป่วย ☐ อื่นๆระบุ.....	6. ความปลอดภัยด้านยา ความคลาดเคลื่อนทางยา(medication error) ☐ สั่งจ่ายยาผิด(Prescribing error) ☐ คัดลอกผิด(transcribing error) ☐ จัดจ่ายยาผิด(Dispensing error) ☐ ให้ยาผิด(Administration error) เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ☐ ผู้ป่วยแพ้ยาครั้งแรก ☐ ให้ยาที่ผู้ป่วยเคยแพ้ ☐ เกิดdrug interaction ☐ เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาอื่นๆ ☐ ผิดคน ☐ ผิดชนิด ☐ ผิดขนาด(dose) ☐ ผิดวิถีทาง(Route) ☐ ผิดเวลา ☐ ผิดจำนวน ☐ ยาไม่เหมาะสม ☐ แพทย์ไม่ได้สั่ง ☐ ไม่ใช้ยาตามสั่ง ☐ ยาขาดStock ☐ ยาหมดอายุ/เสื่อมสภาพ ☐ อื่นๆ ระบุ.....	7.การให้เลือดและสารประกอบของเลือด ☐ ให้เลือดผิดคน ☐ ให้เลือดผิดหมู่ ☐ จ่ายผิดคน ☐ ระบุหมู่เลือด/ชื่อผู้ป่วย/ไม่ตรงกัน ☐ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด ☐ ไม่มีเลือดให้ ☐ เลือดเสื่อมคุณภาพจากการเก็บเลือดไม่ถูกต้อง ☐ อื่นๆ.....	8.การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ☐ -- การทำให้ปราศจากเชื้อไม่มีประสิทธิภาพ ☐ ไม่ปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อ ☐ การจัดการกับผ้าเปื้อนไม่ถูกต้อง ☐ มีการปนเปลื้อนในอาหารผู้ป่วย ☐ เตรียมภาชนะ/อุปกรณ์ใส่อาหารให้ผู้ป่วยไม่สะอาด ☐ กระบวนการจัดเก็บ/แยกผ้า/ของ sterile ไม่ถูกต้อง ☐ ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ NI ( )แผลผ่าตัด ( ) IV ( ) Foley s cath ( ) อื่นๆ ☐ เจ้าหน้าที่ติเชื้อจากการทำงาน ☐ อื่นๆระบุ.....

ความเสี่ยงด้านอื่นๆ

โครงสร้างทางกายภาพ เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งแวดล้อม การรักษาความปลอดภัย การป้องกันอัคคีภัยและความปลอดภัยในการทำงาน		
1.เครื่องมือ/วัสดุ/อุปกรณ์ ☐ 1.1 Pile line/ก๊าซทางการแพทย์ไม่ทำงาน ☐ 1.2 Alarm เนื่องจากไม่ทำงาน ☐ 1.3 ชำรุดขณะใช้งาน ☐ 1.4 ไมพร้อมใช้งาน ☐ 1.5 หมดอายุ/ไม่มีประสิทธิภาพ ☐ 1.6 หาย/หาไม่พบ ☐ 1.7 ดูแลอุปกรณ์การแพทย์ไม่ถูกต้อง ☐ 1.8 อื่นๆระบุ.....	2. ความปลอดภัยในชีวิต/ทรัพย์สิน/การทำงาน ☐ 2.1 ของมีค่า/ทรัพย์สินสูญหาย /ลักขโมย ถูกทำลาย ☐ 2.2 มีบุคคลพยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง ☐ 2.3 ได้รับอันตรายและมีผลกระทบต่อร่างกาย/จิตใจ ☐ 2.4 เจ้าหน้าที่บาดเจ็บจากของมีคมทิ่มตำ/บาด/ถูกสารคัดหลั่ง ☐ 2.5 เจ้าหน้าที่บาดเจ็บจากเครื่องมือ หรืออื่นๆ ☐ 2.6 เจ้าหน้าที่ถูกทำร้ายร่างกาย/คุกคาม/ข่มขู่/ลวนลาม ☐ 2.7 เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน ☐ 2.8 เจ้าหน้าที่ได้รับอันตรายจากรังสี ☐ 2.9 เจ้าหน้าที่รับอันตรายจากอุปกรณ์ไฟฟ้า/กระแสไฟฟ้า ช็อต/ดูด ☐ อื่นๆระบุ	3.สิ่งแวดล้อม/โครงสร้าง/อาคารสถานที่/ยานพาหนะ ☐ 3.1 เกิดอัคคีภัย ☐ 3.2อาคารชำรุด/เสียหาย ☐ 3.3 ระบบไฟฟ้าสำรองไฟไม่ทำงาน/ไฟฟ้าดับ ตก ☐ 3.4 ทิ้งขยะไม่ถูกต้อง ☐ 3.5 มีการปนเปื้อนของน้ำ ☐ 3.6 ยานพาหนะไม่พร้อมใช้/ล่าช้า/ไม่ปลอดภัย ☐ 3.7 สภาพอาคาร/สิ่งแวดล้อมสกปรก ☐ 3.8 อื่นๆระบุ.....
การจัดการกับข้อร้องเรียน พฤติกรรมบริการและสิทธิผู้ป่วย	การบริหารจัดการทางการเงิน	อื่นๆที่ไม่ได้อยู่ในหัวข้อ
☐ 1.1 ( ) ไม่สมัครอยู่จากสาเหตุความไม่พึงพอใจบริการ ( ) หนีกลับ ☐ 1.2 ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจ ☐ 1.3 เจ้าหน้าที่ไม่พึ่งพอใจ ☐ 1.4 อื่นๆระบุ	☐ 1.1 การควบคุมการเก็บรักษาและบริหารเงินไม่ถูกต้อง/สูญหาย ☐ 1.2 การควบคุมบริหารสิทธิการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง ☐ 1.3 ชำระไม่ครบ/สูญหาย ☐ 1.4 การควบคุมการบริหารจัดซื้อ/จัดจ้าง ไม่ถูกต้อง ☐ 1.5 การบริหารคงคลังไม่เหมาะสม	ระบุประเด็นความเสี่ยง ....

ระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ครั้งนี้

น้ำหนักคะแนน	ระดับความเสี่ยง	โปรด/ลงในช่องสี่เหลี่ยม	ความหมาย
1	เสี่ยงน้อย	☐ A ☐ B ☐ C	A: เหตุการณ์ที่มีโอกาสผิดพลาด B: เกิดความผิดพลาดขึ้น แต่ยังไม่ส่งผลถึงตัวผู้ป่วย/บุคลากร/องค์กร C: เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วย/บุคลากร/องค์กร แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วย/บุคลากร/องค์กร/องค์กรเกิดอันตราย/เกิดความเสียหาย ไม่มีมูลค่าความเสียหายเกิดอันเนื่องจากเหตุการณ์
2	เสี่ยงปานกลาง	☐ D ☐ E ☐ F	D: เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วย /บุคลากร/องค์กร ต้องให้การดูแลหรือเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ไม่มีมูลค่าความเสียหายอันเนื่องจากเหตุการณ์ E: ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราวต้องรักษาเพิ่มมากขึ้น F: ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลขึ้น
3	เสี่ยงมาก	☐ G ☐ H ☐ I	G: ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ผู้ป่วยพิการถาวร H: ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยทำให้ต้องทำการช่วยเหลือ I: ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต

สรุปเหตุการณ์(สถานการณ์อาการก่อนและหลังเกิดเหตุการณ์/สัญญาณชีพผู้ป่วย

.....

.....

..... ลงนามผู้บันทึก.....ตำแหน่ง.....วันเดือนปี.....เวลา.....

แบบตอบกลับข้อร้องเรียนและใบรายงานความเสี่ยง / อุบัติการณ์ ของโรงพยาบาลพบพระ

เรียน หัวหน้างาน

ด้วยทีมงานบริหารความเสี่ยง ได้พบข้อร้องเรียน / ความเสี่ยง / อุบัติการณ์ จากหน่วยงานของท่านฉะนั้น ทีมบริหารความเสี่ยง จึงขอให้ท่านได้นำข้อร้องเรียน / ความเสี่ยง / อุบัติการณ์ ไปปรับปรุงแก้ไขระบบงานและแจ้งให้กับทีมบริหารความเสี่ยงได้ทราบด้วย จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไป ดังรายละเอียดข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงของทีมบริหารความเสี่ยง

.....

.....

.....

ขอแสดงความนับถือ

ทีมบริหารความเสี่ยง

วันที่.....

ใบตอบรับการปรับปรุงระบบตามข้อร้องเรียน / ข้อเสนอแนะ

เรียน ทีมบริหารความเสี่ยง

ด้วยงาน.....ได้พบข้อร้องเรียนดังที่แนบมานั้น บัดนี้ได้ดำเนินการปรับปรุงดังรายละเอียดต่อไปนี้

- สาเหตุปัญหา Root cause

.....
.....
.....

- แนวทางการดำเนินการแก้ไข / ปรับปรุง

.....
.....
.....

- ผลการแก้ไข / ปรับปรุง

.....
.....
.....

- ความสูญเสีย / ค่าเสียหาย

.....
.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

หัวหน้างาน.....

บัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลพบพระ ปี 2569

แบบฟอร์มการเก็บข้อมูล													
รายการความเสี่ยง	**เดือน**												**รวม**
	ต.ค.	**พ.ย.**	**ธ.ค.**	**ม.ค.**	**ก.พ.**	**มี.ค.**	**เม.ย.**	**พ.ค.**	**มิ.ย.**	**ก.ค.**	**ส.ค.**	**ก.ย.**	
1.การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ													
2.การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CLABI													
3.บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่													
4.การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event													
5.การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด													
6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด													
7.ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค													
8.การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาผิดพลาด													
9.การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน													
รวม													

ความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลพบพระ ปี 2569										
ระดับความเสี่ยง										
เรื่อง	A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
1.การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ										
2.การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CLABI										
3.บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่										
4.การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event										
5.การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด										
6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด										
7.ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค										
8.การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาผิดพลาด										
9.การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน										
รวม										

สรุปสถิติบัญชีความเสี่ยงของแต่ละฝ่ายใน โรงพยาบาลพบพระ ปี 2569

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี		
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 66	ปี 67	ปี 68
โรงพยาบาลพบพระ	1. ผู้ป่วยเสียชีวิต	1. กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง (High Risk Patient Care Guideline) 2. ประเมิน Early Warning Score (EWS) และสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตอย่างต่อเนื่อง 3. กำหนดกระบวนการแจ้งแพทย์และ Rapid Response Team อย่างชัดเจน					✓					✓	25	ระดับความเสี่ยงสูงมาก	18 NR = 9 Dead = 6 un plan dead = 2 arreat dead = 1	98 NR = 28 Dead = 69 ทรุดลง = 1	79 NR = 68 Dead = 9 ทรุดลง = 1
	2. Birth Asphyxia	1. ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์และการทำคลอดตามมาตรฐาน 2. เตรียมความพร้อมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารก (NRP) ทุกครั้ง				✓						✓		20	ระดับความเสี่ยงสูงมาก	14	13	2

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี		
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 66	ปี 67	ปี 68
		3. ประเมินความเสี่ยงมารดาและทารกก่อนคลอดอย่างเป็นระบบ															
	3. แผลผ่าตัดติดเชื้อ	1. ปฏิบัติตามแนวทาง Surgical Site Infection Prevention 2. ควบคุมการให้ Antibiotic Prophylaxis ให้ถูกชนิดและเวลา 3. ใช้ Surgical Safety Checklist และหลักปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด				✓				✓			12	ระดับความเสี่ยงสูง	19	1	5
	4. ผู้ป่วยตกเตียง	1. ประเมินความเสี่ยงการตกเตียงทุกรายด้วย Fall Risk Assessment 2. ใช้มาตรการป้องกันตามระดับ				✓				✓			12	ระดับความเสี่ยงสูง	3	14	4

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี		
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 66	ปี 67	ปี 68
		ความเสี่ยง (Side rail, ญาติเฝ้า, Alarm) 3. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการป้องกันการตก															
	5. การเตรียมคนไข้ก่อนเข้าห้องผ่าตัด	1. ปฏิบัติตามแนวทาง Preoperative Preparation และ Patient Identification 2. ใช้หลัก Four Identifiers และ Surgical Safety Checklist 3. ยืนยันตัวตน ผู้ป่วย หัตถการ และตำแหน่งผ่าตัดทุกครั้ง				✓			✓				8	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	0	11	4

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี					
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
งานเภสัชกรรม	1. จัดยาผิดปริมาณ	1. ทบทวนกระบวนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อ่านทบทวนปริมาณยาทั้งก่อนจัดและหลังจัดยาเสร็จทุกครั้งก่อนส่งตรวจสอบยาในขั้นต่อไป 2. ชี้แจ้งเจ้าหน้าที่ให้ปฏิบัติตามแนวทางการตรวจสอบยาซ้ำทั้ง Double Check และ Triple check					✓		✓				10	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	NA	NA	NA	NA	10	10

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี					
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
	2. จัดยาผิดชนิด	1. มีการบันทึกคู่ว่าจัดผิดชนิดร่วมกัน เพื่อนำมาวิเคราะห์ แก้ปัญหาต่อไป 2. รายการยาที่จัดผิดชนิดหากเป็นรายการยาที่เป็นยาชื่อพ้อง-มองคล้ายหรือยารูปคล้าย-เสียงพ้อง (LASA drug) โดยหลักการ Tall Man Letter, การติดสติกเกอร์ "ระวัง LASA", เปลี่ยนบริษัทยาเพื่อให้เกิดความแตกต่างของยา กลุ่ม LASA					✓		✓				10	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	15	15	15	15	12	12

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี					
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
	3. จัดยาไม่ครบรายการ	1. ก่อนส่งมอบยามีการตรวจสอบยาซ้ำ (Double Check) และส่งมอบยาโดยเภสัชกรทุกราย ในเวลาราชการ2. ตรวจสอบจำนวนรายการยาใน HosOS/Paperless กับจำนวนยาในตะกร้ายาก่อนส่งมอบ3. ในกรณีผู้ป่วยในตรวจสอบจำนวนรายการยาใน Doctor order sheet, Drug profile กับจำนวนยาในตะกร้ายาก่อนส่งมอบ				✓			✓				8	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	9	9	9	9	9	9

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี					
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
	4. จัดผิดรูปแบบ	1. ทบทวนกระบวนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อ่านทบทวนรูปแบบของยาทั้งก่อนจัดและหลังจัดยาเสร็จทุกครั้งก่อนส่งตรวจสอบยาในขั้นต่อไป 2. ชี้แจ้งเจ้าหน้าที่ให้ปฏิบัติตามแนวทางการตรวจสอบยาซ้ำทั้ง Double Check และ Triple check 3. ตรวจสอบรูปแบบยาใน Hos OS/Paperless ที่แพทย์สั่งก่อนส่งมอบ			✓				✓				6	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	NA	NA	NA	NA	NA	NA

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี					
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
	5. จัดยาผิดความแรง	1. รายการยาที่จัดผิดความแรง มักเป็นรายการยาที่เป็นยาชื่อพ้อง-มองคล้าย หรือยารูปคล้าย-เสียงพ้อง (LASA drug) โดยหลักการ Tall Man Letter, การติดสติกเกอร์ "ระวัง LASA", เปลี่ยนบริษัทยา หรือเปลี่ยนพื้นที่จัดเก็บยาให้ต่างกัน เพื่อให้เกิดความแตกต่างของยา กลุ่ม LASA 2. ตรวจสอบสภาพแวดล้อมในพื้นที่จัดยาให้มีความเป็นระเบียบ		✓					✓				4	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	8	8	8	8	8	8

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี					
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
		เพื่อป้องกันโอกาสเกิดความสับสนระหว่างจัดยา																		

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี						
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 68	ปี 69	ปี 70	ปี 71	ปี 72	ปี 73	ปี 74
งานเทคนิคการแพทย์	1. ตามเจ้าหน้าที่เวรดึกไม่ได้	1. โทรติดต่อเบอร์โทรศัพท์กลางของห้องปฏิบัติการ (โทรศัพท์ประจำเวรดึก) 2. โทรติดต่อเบอร์ส่วนตัวของเจ้าหน้าที่ที่อยู่เวร 3. ให้ยามช่วยตามเจ้าหน้าที่เวรดึก			✓					✓			9	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	2						
	2. เครื่องสำรองไฟมีปัญหา	1. ทำการสำรวจ UPS ทุกๆ 3 เดือน 2. กรณีพบปัญหาให้แจ้ง IT ให้ดำเนินการแก้ไข			✓					✓			9	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	2						

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี						
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 68	ปี 69	ปี 70	ปี 71	ปี 72	ปี 73	ปี 74
	3. ระบบปั๊มน้ำ DI ขัดข้อง	1. ให้เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการคอยสังเกตุค่า Conductivity หรือปุ่มสีแดง 2. กรณีที่พบปัญหาให้ติดต่อช่าง (เบอร์โทรศัพท์อยู่ข้างเครื่องปั๊มน้ำ) 3. กรณีที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ให้ทำการสำรองน้ำ DI ในถังสำรองน้ำ	✓									✓	5	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	1						

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี						
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 68	ปี 69	ปี 70	ปี 71	ปี 72	ปี 73	ปี 74
	4. ระบบเรียกชื่อคนไข้หน้าห้อง (เสียงเบาคนไข้ไม่ได้ยิน)	1. ทำระบบเรียกชื่อคนไข้กับหน้าจอแสดงชื่อคนไข้บริเวณหน้าห้องตรวจOPDเฉพาะทาง 2. หากยังเรียกไม่พบคนไข้ให้ทำการขอพยาบาลโต๊ะซักประวัติเป็นผู้เรียกคนไข้ให้					✓	✓					5	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	2						
	5. เครื่องปรับอากาศใช้งานไม่ได้	1. พยายามควบคุมการใช้งานเปิดปิดเป็นเวลา 2. กรณีที่พบปัญหาให้รีบติดต่อช่างเพื่อทำการแก้ไข			✓					✓			9	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	5						

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาสเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	อุบัติการณ์			
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	2566	2567	2568	2569
	1.เจ้าหน้าที่ติดเชื้อวัณโรค	1.1 ปฏิบัติงานตามคู่มือการทำงานในแต่ละขั้นตอน สวมอุปกรณ์ป้องกัน											8	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	0	0	0	
		ตนเองตลอดการทำงานประจำคลินิกหรือขณะไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย		/							/							
		1.2 ตรวจสุขภาพประจำปี (X-ray)																
	2.ฉีดวัคซีนผิด (ผิดชนิด,ผิดคน)	1. เช็คการมารับวัคซีน อายุของเด็ก ณ วันที่มารับบริการ		/						/			6	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	0	0	0	
งานสุขาภิบาล		2. ตรวจสอบชื่อ-สกุล อายุ ของผู้รับบริการก่อนให้บริการฉีดวัคซีนทุกครั้ง		/						/								
และควบคุมโรค	3.ข้อมูลวัคซีนในระบบ HDC ตาก	1.แจ้งเจ้าหน้าที่ IT ทราบเพื่อทำการแก้ไข			/				/				6	ระดับความปานกลาง	0	0	0	
	ไม่ถูกต้อง	2.ตรวจสอบความถูกต้องก่อนลงข้อมูลวัคซีนแต่ละชนิด และก่อนส่งทุกครั้			/				/									
	4.ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลัง	1.มีแนวทางการเฝ้าระวังหลังได้รับวัคซีน											4	ระดับความปานกลาง	0	0	0	
	ได้รับวัคซีน	2.เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ปกครองและผู้รับบริการ เรื่องการเฝ้าระวังอาการหลัง		/					/									
		วัคซีน แนะนำผู้ปกครองและผู้รับบริการสังเกตุอาการ อธิบายอาการหลัง																
		ได้รับวัคซีนแต่ละชนิด																
	5.เวชระเบียนไม่ครบถ้วน	1.ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยก่อนให้บริการทุกครั้ง			/			/					3	ระดับความเสี่ยงต่ำ	0	0	0	
		2.แจ้งงานเวชระเบียนแก้ไขข้อมูลผู้ป่วยให้ถูกต้อง			/													

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี						
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 62	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
งานกายภาพบำบัด	1. ผู้ป่วยมีแผลพุพองบริเวณที่ได้รับการรักษาโดยแผ่นร้อนหรือกระแสไฟฟ้า	1. ตรวจประเมินผิวหนังและการรับความรู้สึกของผู้ป่วยก่อนรักษา 2. อธิบายความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากการใช้ความร้อนหรือไฟฟ้าในรักษา และสอบถามความรู้สึกเป็นระยะ 3. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มีแผลพุพอง ลงในแบบบันทึกอาการผู้ป่วยเพื่อเก็บเป็นข้อมูลเพื่อหาแนวทางป้องกันต่อไป				✓			✓				10	ระดับความเสี่ยงสูง	1	2	0	1	1	4	0

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี						
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 62	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
	2. ผู้ป่วยล้มขณะฝึกยืน ฝึกเดิน หรือตกเตียง	1. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยก่อนรักษา 2. อธิบายขั้นตอนการฝึกเดิน วิธีการใช้เครื่องช่วยเดินที่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนการฝึกเดิน 3. สวมเข็มขัดช่วยพยุงขณะฝึกเดิน 4. สอบถามอาการ ระดับความเหนื่อยของผู้ป่วยระหว่างฝึกเป็นระยะ 5. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มีล้ม ตกเตียง ลงในแบบบันทึกอาการผู้ป่วยเพื่อเก็บ		✓					✓				4	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	0	0	0	0	0	1	0

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี						
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 62	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
		เป็นข้อมูลเพื่อหาแนวทางป้องกันต่อไป																			
	3. ผู้ป่วยเกิดภาวะหมดสติหยุดหายใจขณะรักษา	1. วัด Vital sign ก่อนทำกายภาพบำบัด 2. หมั่นสอบถามอาการผู้ป่วยระหว่างทำ และหลังทำกายภาพบำบัด	✓								✓		4	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	0	0	0	0	0	0	0

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี						
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 62	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
	4. เจ้าหน้าที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ จากการปฏิบัติงานด้วยเครื่อง Spirometry	1. สวม Mask /ชุดPPE ขณะให้การทดสอบ Spirometry 2. ปรับปรุงระบบระบายอากาศ /เพิ่มพัดลมดูดอากาศ 3. คัดกรองผู้ป่วยก่อนทำการทดสอบ 4. จัดที่นั่งผู้ป่วยให้ทดสอบด้านนอกห้องกายภาพบำบัด	✓							✓			3	ระดับความเสี่ยงต่ำ	0	0	0	0	0	0	0
	5. ผู้ป่วยคลินิก Asthma/COPD เกิด	1. สอบถามอาการ ระดับความเหนื่อย ก่อนทดสอบ 2. สังเกตุอาการ และสอบถามความเหนื่อย	✓						✓				2	ระดับความเสี่ยงต่ำ	0	0	0	0	0	0	0

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี						
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 62	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
	อาการหน้ามืด เป็นลม ขณะทดสอบ 6MWT	ระหว่างทดสอบ 3. วัด O2 sat ก่อนและหลังทดสอบ																			

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาสเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		L*S
งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	1. อาการผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง อาการทรุดลง	1.1 ประเมินสัญญาณชีพ เช่น วัดความดัน วัดอุณหภูมิร่างกาย วัดออกซิเจนในเลือด นับอัตราการหายใจ และวัดอัตราการเต้นของหัวใจ ให้ครบทุกตัว และประเมินให้ครบทุกคน 1.2 ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยหากมีอาการที่เป็น emergency ของผู้ป่วยนอก เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นลมชักและมีอาการชักภายใน 7 วันแต่ไม่น้อยกว่า 24 ชม. ให้เข้าตรวจกับแพทย์ก่อน 1.3 หากเกิดอาการทรุดลงขณะรอตรวจ พยาบาลประเมินสัญญาณชีพ และให้การพยาบาลเบื้องต้นตามลักษณะอาการที่ผู้ป่วยเป็น บันทึกข้อมูลลงในระบบ Hos แล้วส่งผู้ป่วยไปรับการดูแลรักษาต่อที่ห้องฉุกเฉินทันที			√							√	15	ความเสี่ยงระดับสูง
	2. ตรวจคนไข้ผิดคน	**จุดเรียกคิวเข้าห้องตรวจ** 2.1 เรียกชื่อนามสกุลคนไข้เพื่อมารับบัตร 2.2 ยื่นยันตัวตนโดยใช้เลขคิวที่ผู้ป่วยถือ 2.3 สอบถามชื่อ-นามสกุล ตรวจสอบบัตรคนไข้ทุกครั้งก่อนยื่นคิวให้ **ในห้องตรวจ** ใช้ใบคิว เลข HN และทวนชื่อ นามสกุลกับคนไข้ก่อนตรวจทุกครั้ง **จุดแนะนำหลังตรวจ** สอบถามชื่อ นามสกุลคนไข้ และตรวจสอบ HN ในใบคิวคนไข้ทุกครั้งก่อนให้คำแนะนำหรือให้ใบนัด			√						√		12	ความเสี่ยงระดับสูง
	3. ลงข้อมูลผิด (เช่นน้ำหนักส่วนสูง เป็นต้น)	3.1 ตรวจสอบการลงข้อมูลทุกครั้งหลังจากบันทึก			√						√		12	ความเสี่ยงระดับสูง
	4. ไม่ประเมินอาการและอาการแสดงคนไข้ซ้ำ	4.1 ประเมินอาการคนไข้ตามอาการและอาการแสดงทุกครั้ง ประเมินคนไข้ตามกระบวนการให้ครบถ้วน			√					√			6	ความเสี่ยงระดับปานกลาง
	5. คีย์ lab/film ผิด	5.1 ก่อนยืนยัน lab/film ให้ตรวจสอบคสามถูกต้องทุกครั้ง				√			√				8	ความเสี่ยงระดับปานกลาง

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี						
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 62	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
งานหมวดยานพาหนะ	1.อุบัติเหตุทางถนน	1.ขับรถตามกฎหมายกำหนด 2.ไม่ฝ่าฝืนไฟสัญญาณจราจร	✓									✓	5	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	1	2	0	1	1	4	0
	2.การติดเชื่อจากผู้ป่วย	1.สวมแมสและถุงมือขณะปฏิบัติหน้าที่		✓						✓			6	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	0	0	0	0	0	1	0
	3. ตามพนักงานขับรถยนต์ไม่ได้/ล่าช้า	1.ให้ตามคิวReferถัดไป				✓			✓				8	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	0	0	0	0	0	0	0

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี						
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 62	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
	4. การสื่อสารประสานงาน	1.สื่อสารให้เข้าใจและชัดเจน					✓		✓				10	ระดับความเสี่ยงสูง	0	0	0	0	0	0	0
	5. การจัดสรรรถและพนักงานขับรถไม่พียงพอ	1.ใช้เส้นทางเดียวกัน ให้ไปด้วยกัน 2.ถ้าไม่มีพนักงานขับรถให้เจ้าหน้าที่แต่ละฝ่ายขับเอง					✓		✓				10	ความเสี่ยงระดับสูง	0	0	0	0	0	0	0

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี						
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 62	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
งานรังสีวินิจฉัย	1.เครื่องเอกซ์เสีย	1.รีบติดต่อช่างของรพ.ทำการแก้ไขเบื้องต้น 2. แจ้งอาการที่เกิดขึ้นให้กับบริษัททราบโดยด่วน					✓		✓				10	ระดับความเสี่ยงสูง	0	0	0	0	0	0	0
	2.ผู้ป่วยโวยวายขณะรับบริการทางรังสี	1.อธิบายขั้นตอนในการรับบริการทางรังสี 2.ประสานแผนกที่ส่งผู้ป่วยมารับบริการทางรังสี 3.ประสานญาติของผู้ป่วย			✓				✓				5	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	0	0	0	0	0	0	0
	2.อันตรายจากรังสี	1.จัดทำป้ายวิธีการป้องกันอันตรายจากรังสี 2.มีการจัดอบรมให้ความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง		✓					✓				4	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	0	0	0	0	0	0	0

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี						
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 62	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
	4.เสื้อตะกั่วมีรอยหักชำรุดไม่สามารถป้องกันรังสีได้	1.นำเสื้อตะกั่วตรวจมาตรฐานแผนกรังสีวิทยา รพ.แม่สอดปีละ1ครั้ง	✓							✓			3	ระดับความเสี่ยงต่ำ	0	0	0	0	0	0	0
	5.ระบบ PACSไม่สามารถส่งภาพถ่ายทางรังสี	1.ติดต่อช่างบริษัททางไลน์ได้ตลอด24ชม.	✓							✓			2	ระดับความเสี่ยงต่ำ	0	0	0	0	0	0	0

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข(WI,CQI,QA)	โอกาสเกิดL					ความรุนแรงS					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	2569
งานผู้ป่วยในหญิง	1.ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง	1.ประเมินอาการผู้ป่วยถ้ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ให้ Vital Signแบบวิกฤต Monitor Sat ไว้ตลอด 2.เฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพราะทุกโรคเสี่ยงต่อการเสียชีวิตโดย ไม่คาดหวังได้ 3.ต้องมีการประเมินผู้ป่วยแรกรับและก่อนส่งต่อทุกครั้ง 4. มีการซ้อม CPR อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง				/						/	20	ความเสี่ยงสูงมาก	

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข(WI,CQI,QA)	โอกาสเกิดL					ความรุนแรงS					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	2569
	2.Unplan Refer	1.จัดประชุม ทบทวนเหตุการณ์ในฝ่าย 2.นำผลการประชุมในฝ่ายเข้าประชุม PCT เพื่อ หาแนวทางการแก้ไขร่วมกับฝ่ายอื่น				/					/		16	ความเสี่ยงสูงมาก	
	3.ความคลาดเคลื่อนในการ บริหารยา	1.ปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานการบริหารยาด้วยหลัก 10 R 2.สร้างความตระหนักแก่บุคลากรในการบริหารยา 3.ตรวจเช็คชนิดIVทุกเวรให้ตรงกับOrderตรงกับผู้ป่วย 4.มีการRe check ในเวรทุกครั้ง 5.ใช้ระบบ Double check					/		/				10	ระดับความเสี่ยงสูง	
	4.การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	1.จัดประชุม ทบทวนเหตุการณ์ในฝ่าย			/					/			9		

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข(WI,CQI,QA)	โอกาสเกิดL					ความรุนแรงS					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	2569
		2. ใช้หลักการ identify ผู้ป่วยก่อนทำหัตถการและส่งต่อทุกครั้ง โดยการสอบถาม ชื่อ นามสกุล อายุ วัน เดือนปีเกิด Check HN เป็นต้น 3.Double check กับเพื่อนร่วมงานก่อนทำหัตถการและส่งต่อทุกครั้ง												ความเสี่ยงปานกลาง	
	5.พลัดตกหกล้ม	1.ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 1.1 ประเมิน Morse fall scale แรกรับและต้องประเมินต่อทุก 2 วัน 1.2 จัดชนิดเตียงและตำแหน่งให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย				/			/				8		

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข(WI,CQI,QA)	โอกาสเกิดL					ความรุนแรงS					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	2569
		1.3 ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การใช้ไม้กั้นเตียง 1.4 ตรวจสอบสภาพเตียง เหล็กกั้นเตียง เก้าอี้ข้างเตียงให้อยู่ใน สภาพที่พร้อมใช้และปลอดภัย 1.5 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น ดูแลพื้นให้แห้งและมี แสงสว่างเพียงพอ ติดป้ายเตือน 1.6 จัดวางสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็นไว้ใกล้มือผู้ป่วยให้หยิบใช้ง่าย 1.7 ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยตามสภาพความเสี่ยง												ความเสี่ยงปานกลาง	

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี					
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
งานโภชนาการ	1. มีสัตว์และแมลงนำโรคเข้ามาบริเวณผลิตอาหาร	1.ใช้ที่ดักจับสัตว์ไว้ทุกวันหลังเลิกงาน 2. ปิดประตูให้มิดชิดทุกครั้ง				✓			✓				8	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	1	3	2	2	3	2
	2.. ไฟรั่ว/ช๊อต เจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน	1. แจ้งช่างเช็คระบบไฟ 2. ใช้ความระมัดระวังขณะปฏิบัติงานและไม่สัมผัสสายไผ/ปลั๊กไฟขณะที่มือเปียก			✓						✓		12	ระดับความเสี่ยงสูง	NA	NA	NA	NA	5	5
	3. น้ำท่วมในบริเวณโรงครัว	1. แจ้งช้างมาแก้ไขพื้นที่น้ำรั่วซึมเข้ามา 2. เน้นความระมัดระวังและหลีกเลี่ยงการเดินผ่านพื้นที่ที่เปียก/น้ำท่วมขณะปฏิบัติงาน				✓			✓				8	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	2	3	4	2	3	2

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี					
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
	4. อาหารคนไข้ไม่เพียงพอ	1. เช็คจำนวนคนไข้ในแต่ละวันและสั่งอาหารในวันถัดไปเผื่อทุกครั้ง				✓			✓				8	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	0	0	15	0	0	0
	5. เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่พร้อมใช้งาน	1. เช็คความพร้อมใช้ประจำสัปดาห์		✓						✓			6	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	NA	NA	NA	NA	0	0

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาสเกิดL					ความรุนแรงS					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี						
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	63	64	65	66	67	68	69
งานห้องผ่าตัด	1.เสียชีวิตหลังผ่าตัด/หัตถการภายใน 48 ชม.	1. เพิ่มสมรรถณะในการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด / หัตถการ 2. มีความรู้ความเข้าใจในโรคที่ผู้ป่วยเป็น / ยาที่ผู้ป่วยทานก่อนเข้าห้องผ่าตัด 3. ติดตามอาการผู้ป่วยหลังการผ่าตัด/ ทำหัตถการในห้องผ่าตัด 24 ชม. / 48 ชม. 4.มีการซ้อม CPR อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง					/					/	25	ความเสี่ยงสูงมาก	0	0	4	1	1	0	0
	2.มีการผ่าตัดผิดคน / ผิดข้าง / ผิดตำแหน่ง	1.มีการใช้ Surgical Checklist เพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนการผ่าตัด ประกอบด้วย 2.การประเมินคนไข้ก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก 3.การประเมินคนไข้ก่อนก่อนลงมีด	/								/		4	ความเสี่ยงปานกลาง	0	0	0	0	0	1	0

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาสเกิดL					ความรุนแรงS					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี						
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	63	64	65	66	67	68	69
		4.การประเมินคนไข้ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด																			
	3.แผลผ่าตัดติดเชื้อ	1.มีแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดทั้งก่อนผ่าตัด - ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดอย่างชัดเจน 2. เน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดอย่างเคร่งครัด 3.ติดตามและประเมินผลหลังการปฏิบัติตามแนวทาง การป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด				/				/			12	ความเสี่ยงสูง	0	0	0	24	2	5	0
	4.การเตรียมคนไข้ก่อนเข้าห้องผ่าตัด	1.ค้นหาปัญหาของการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัดร่วมกับหน่วยงานต่างๆ 2. มีแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด				/		/						4	ความเสี่ยงปานกลาง	0	0	18	6	12	6	3

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาสเกิดL					ความรุนแรงS					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี						
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	63	64	65	66	67	68	69
		3.มีการ Re- check ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าห้องผ่าตัด																			
	5. ความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด	1.ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดร่วมกับ Supply พร้อมทั้งหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน2. มีการตรวจสอบ / Re- check / และเตรียมเครื่องผ่าตัดให้พร้อมใช้ในทุกๆเช้า				/		/					4	ความเสี่ยงปานกลาง	0	0	5	7	1	1	0

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี				
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด	1. การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน	1.ทวนสอบข้อมูล ชื่อ-นามสกุล เพศ อายุ ป้ายข้อมือ ผู้ป่วยก่อนให้บริการทุกครั้ง	✓						✓				2	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	0	0	0	0	0
	2. ผู้ป่วยก้าวร้าว เสี่ยงต่อการทำร้ายเจ้าหน้าที่	1.มีการประเมินอาการทางจิตทุกครั้ง 2.มีระบบการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุโดยคำพูดที่ชัดเจนและได้ใจความ หน่วยงานที่ถูกขอความช่วยเหลือต้องมาทันทีไม่เกิน 5 นาที เช่น พนักงาน รปภ. 3. แบ่งหน้าที่ในการขอความช่วยเหลือและวางแผนการ	✓									✓	5	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	0	0	0	0	1

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี				
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
		ดูแลเมื่อมีผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว 4.มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการก้าวร้าวทุกรายเพื่อดูแลให้เหมาะสม และปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วย นำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากที่อื่นมาเรียนรู้และปรับการให้บริการที่เหมาะสม เช่นการเตรียมยาฉีด การเดินตามหลังผู้ป่วย																	
	3. ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา	1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย มีท่าทีรับฟัง ให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความหวังดี					✓			✓			15	ระดับความเสี่ยงสูง	0	0	0	0	0

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี				
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
		ความจริงใจที่จะช่วยเหลือเพื่อให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย 2.ชี้แจงเรื่องโรคและยาแก่คนไข้และญาติ 3.ไม่ใช้คำพูดข่มขู่ว่าหากไม่รับประทานยาอาจจะทำให้ป่วยมากขึ้นหรือตายได้เพราะทำให้ผู้ป่วยยิ่งปฏิเสธความร่วมมือ 4.บอกข้อดีข้อเสียของการร่วมมือ ไม่ร่วมมือ ในการรักษา โดยเน้นถึงผลดีกับผู้ป่วยมากกว่าการทำตามเพราะความกลัว																	

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี				
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
	4. ผู้ป่วยขาดนัด /การขาดยา	1. CQI แนวทางการติดตามผู้ป่วยจิตเวช (F20-F29) ที่ขาดยา					✓			✓			15	ระดับความเสี่ยงสูง	0	0	0	0	0
	5. การซักประวัติไม่ครบถ้วน	1.วางแผนการซักประวัติเป็นขั้นตอน เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนสำหรับวินิจฉัยและวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตหรือซับซ้อน 2.สัมภาษณ์ญาติ/ผู้ดูแลมักให้ข้อมูลที่แตกต่างและครบถ้วนกว่า (ภาวะอารมณ์, การทำงาน) โดยขออนุญาตผู้ป่วยก่อน				✓			✓				8	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	0	0	0	0	0

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)	โอกาศเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี					
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
งานซักฟอก	1. อุปกรณ์เครื่องมือ,ของมีคม ติดมากับถังผ้า	1. ควรมีชี้แจงแนวทางการปฏิบัติแก่ผู้ปฏิบัติงานหน่วยงานที่ใช้ผ้า เรื่องการคัดแยกผ้าหรือสารคัดหลั่ง,อุปกรณ์ต่างๆ					✓		✓				10	ระดับความเสี่ยงสูง	N/A	N/A	24	20	9	18
	2.เสียงจากเครื่องอบผ้า,เครื่องซักผ้า	1.ตรวจสอบการทำงานของเครื่องสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หากพบผิดปกติดำเนินการแจ้งซ่อมบำรุง					✓		✓				10	ระดับความเสี่ยงสูง	0	0	0	0	0	0
		2.ควรมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง(ที่อุดหู/ครอบหู)และการตรวจสุขภาพแก่ผู้ปฏิบัติงานด้านสมรรถภาพการได้ยิน																		
	3.ฝุ่นละอองจากผ้า	1.เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานควรต้องสวมหมวก,หน้ากากอนามัย ทุกครั้งในขณะปฏิบัติงาน					✓		✓				10	ระดับความเสี่ยงสูง	0	0	0	0	0	0
		2.ควรมีการทำความสะอาดพื้นที่ทำงาน ดูดฝุ่น,ปัดฝุ่นอย่างสม่ำเสมอ และการจัดระบบระบายอากาศที่ดีใน																		
	4.การลื่นล้มจากพื้นต่างระดับ	1.ควรมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมพื้นต่างระดับ,พื้นที่บริเวณการปฏิบัติงาน การปิดป้ายเตือนความระมัดระวังในบริเวณพื้นที่ต่างระดับต่างตามาตราฐานความปลอดภัย			✓				✓				6	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	0	0	0	0	0	0
	5.ไฟไหม้ที่เกิดจากเครื่องอบผ้า	1.ควรมีการตรวจสอบและบำรุงรักษาตามาตราฐานความปลอดภัยของเครื่องอบผ้าทุกปี	✓					✓					1	ระดับความเสี่ยงต่ำ	0	0	0	0	0	0

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/แก้ไข(WI,CQI,QA)	โอกาสเกิด(L)					ความรุนแรง(S)					สรุป	Rating Risk	สถิติรายปี		
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		(L*S)	2567	2568	2569
เวชระเบียน	1.ห้องบัตร Visit ชื่อส่งต่อผิดจุด	ทำการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนและสอบถามจากตัวผู้ป่วยก่อนทำการบันทึกและส่งตัว					/	/					5	ระดับความเสี่ยงต่ำ	0	0	0
	2.การบันทึกสิทธิ์การ รักษาผู้ป่วยผิด	ทำการอัพเดตสิทธิ์ทุกครั้งก่อนส่งไปยังหน้าห้องตรวจ					/	/					5	ระดับความเสี่ยงต่ำ	0	2	0
	3.ข้อมูลเวชระเบียนไม่สมบูรณ์	บันทึกหน้าเวชระเบียนให้ครบทุกช่อง โดยเฉพาะข้อมูลผู้ติดต่อนั้นสำคัญต้องสอบถามทุกครั้งทั้งเบอร์โทรและที่อยู่				/			/				6	ะดับความเสี่ยงปานกลา	0	1	0
	4.การระบุตัวตนผู้ป่วยผิดพลาด	ยืนยันตัวตนผู้ป่วยโดยการสอบถามชื่อ-นามสกุล ที่อยู่ มารดา บิดา			/					/			9	ะดับความเสี่ยงปานกลา	1	1	0
	5.คำนำผู้ป่วยผิด	ตรวจเช็คบัตรประชาชน/ใบสูติบัตร หรือสอบถามผู้ปกครองหรือญาติที่มาด้วยทุกครั้ง		/					/				4	ระดับความเสี่ยงต่ำ	1	1	0

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	มาตรการณ์การป้องกัน(WI,CQI,QA)	โอกาสเกิด(L)					ความรุนแรง(S)					สรุป	Rating Risk (L*S)	2564	2565	2566
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
1.งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	1.ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน	1.ประเมินอาการผู้ป่วยถ้ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงให้ Moniter Sat และ Vital Sign ทุก 15-30 นาที ตามระดับความรุนแรง 2.ต้องมีการประเมินผู้ป่วยแรกรับและก่อนส่งต่อทุกครั้ง 3.ประชุมร่วมกันในฝ่ายทำ RCA ในระดับ E ขึ้นไป					/					/	25	ระดับความเสี่ยงสูงมาก	3	22	61
	2.การบริหารยาผิด	ตรวจสอบซ้ำกับคนในทีม ก่อน บริหารยาทุกครั้ง				/					/		16	ระดับความเสี่ยงสูงมาก	8	4	8
	3.การส่งตรวจห้องปฏิบัติการทางเทคนิคการแพทย์ไม่ถูกต้องและครบถ้วน	ตรวจสอบซ้ำกับคนในทีม ก่อนและหลังทำหัตถการ					/		/				10	**ระดับความเสี่ยงสูง**	4	12	22
	4.ลงข้อมูลการเอกเรย์ในคอมพิวเตอร์ไม่ถูกต้อง	ตรวจสอบซ้ำกับคนในทีม				/			/				8	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	7	4	14
	5.การระบุตัวตน	สอบถามชื่อ-นามสกุล เพศ อายุ อาการที่มารักษา			/				2				6	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	3	2	4

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	มาตรการณ์การป้องกัน (WI,CQI,QA)	โอกาสเกิด(L)					ความรุนแรง(S)					สรุป	Rating Risk (L*S)	2566	2567	2568	2569
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5						
ห้องคลอด	1.Birth Asphyxia	1.เฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะBirth Asphyxia 2.ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้Pathograph ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที 3.เจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถช่วยกู้ชีพทาราแรกเกิดได้และเข้ารับการอบรมฟื้นฟูปีละ 1 ครั้ง 4.ประสานงานระบบการส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว					/			/			15	**ระดับความเสี่ยงสูง**	24	60	42	

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	มาตรการณ์การป้องกัน (WI,CQI,QA)	โอกาสเกิด(L)					ความรุนแรง(S)					สรุป	Rating Risk (L*S)	2566	2567	2568	2569
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5						
	2.PPH	1.มี CPG PPH 2.ปฏิบัติตามCPG PPH 3.เฝ้าระวังภาวะติดเชื้อให้ATB 4.พิจารณาการส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว			/							/	15	ระดับความเสี่ยงสูง	5	10	18	
	3.คลอดติดไหล่	1.มีแนวทางประเมิน คลอดติดไหล่ 2.ปฏิบัติตามแนวทางคลอดติดไหล่ 3.Notifyแพทย์ให้เร็วที่สุด 4.พิจารณาการส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว				/				/			12	ระดับความเสี่ยงสูง	1	2	1	

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	มาตรการณ์การป้องกัน (WI,CQI,QA)	โอกาสเกิด(L)					ความรุนแรง(S)					สรุป	Rating Risk (L*S)	2566	2567	2568	2569
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5						
	4.Preteam	1.มี CPG Preterm 2.ปฏิบัติตามCPG Preterm 3.เฝ้าระวังภาวะติดเชื้อให้ATB และให้ Steriod ตามแผนการรักษา 4.พิจารณาการส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว					/			/			15	ระดับความเสี่ยงสูง	7	11	20	

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการความเสี่ยง	มาตรการณ์การป้องกัน (WI,CQI,QA)	โอกาสเกิด(L)					ความรุนแรง(S)					สรุป	Rating Risk (L*S)	2566	2567	2568	2569
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5						
	5.คลอดบนเตียงรอคลอด	1.ประเมินอาการแรกรับตามมาตรฐานการดูแลมารดาระยะคลอด 2.เฝ้าระวังในมารดาครรภ์หลัง PV Cx 8 cm .ครรภ์แรก PV Fullyให้ย้ายเข้าห้องคลอด 3.วางแผนคลอดบนเตียงรอคลอดกรณีมารดาไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยใช้เทคนิคSterile				/			/				8	ระดับความเสี่ยงปานกลาง	22	30	28	

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลพบพระ ฝ่ายงานวิจัยและพัฒนา โทร. ๐ ๕๕๕๖ ๙๒๑๑-๒ ต่อ ๑๘๖

ที่ ตก ๐๐๓๓.๓๐๑/ ๒๐๕ **วันที่** ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขออนุมัติจัดประชุมราชการพร้อมค่าใช้จ่ายงบประมาณ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพบพระ

เรื่องเดิม ด้วยงานวิจัยและพัฒนา โรงพยาบาลพบพระ ได้รับอนุมัติแผนประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลพบพระ ประจำปี ๒๕๖๙ จำนวน ๔,๐๐๐ บาท (สี่พันบาทถ้วน) โดยใช้เงินงบประมาณเงินนอกงบประมาณ เงินบำรุงโรงพยาบาล นั้น

ข้อเท็จจริง ช่วงเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๘ - เดือนกันยายน ๒๕๖๙ งานวิจัยและพัฒนา โรงพยาบาลพบพระ กำหนดจัดกิจกรรมตามแผนงานดังนี้

๑. ประชุมแผนทบทวน กำกับ ติดตาม การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและเชิงรับในโรงพยาบาลพบพระ จำนวน ๔ ครั้ง

ข้อพิจารณา เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าว ถูกต้องตามระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณตามแผนประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลพบพระ ประจำปี ๒๕๖๙ จึงใคร่ขออนุมัติดำเนินการตามข้อเท็จจริงเบื้องต้นและขออนุมัติใช้เงินงบประมาณ ดังนี้

๑. จัดประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลพบพระ ประจำปี ๒๕๖๙ กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๒๐ คน เป็นเงิน ๔,๐๐๐ บาท

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๘ มื้อ ๆ ละ ๒๕ บาท จำนวน ๒๐ คน เป็นเงิน ๔,๐๐๐ บาท

ข้อเสนอ จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นางสาวจันทรา วงค์คำลือ)
นักสาธารณสุขชำนาญการ
ผู้รับผิดชอบโครงการ

อนุมัติ

(นายศักดิ์บัญชา สมชัยมงคล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพบพระ

ระเบียบวาระการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ปีงบ ๒๕๖๙

ครั้งที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา ๐๘.๐๐-๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก

.....

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งต่อที่ประชุม

๑. สรุปอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกเดือน (ส่งความเสี่ยง)

ลำดับ	หน่วยงาน	ระดับความเสี่ยง									รวม
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	
๑	IC										
๒	IPDชาย										
๓	Supply										
๔	ER										
๕	OR										
๖	โภชนาการ										
๗	งานบริหาร										
๘	เภสัชกรรมOPD										
๙	เภสัชกรรมIPD										
๑๐	เภสัชกรรมIPD หญิง										
๑๑	กายภาพ										
๑๒	Lab										
๑๓	องค์กรแพทย์										
๑๔	ทันตกรรม										
๑๕	ซักฟอก										
๑๖	ประกัน										
๑๗	เวชระเบียน										
๑๘	OPD										
๑๙	กลุ่มการ										
๒๐	คลินิกพิเศษ										
๒๑	แพทย์แผนไทย										

ลำดับ	หน่วยงาน	A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
๒๒	LR		-								
๒๓	X-Ray										
๒๔	เวชปฏิบัติ										
๒๕	สุขาภิบาล										
๒๖	คุณภาพ										
๒๗	IPDหญิง										
๒๘	หมวดยานพาหนะ										
๒๙	ซ่อมบำรุง										
๓๐	งานธุรการ										
๓๑	งานสารสนเทศ										
๓๒	งานทรัพยากรบุคคล										
๓๓	สังคมสงเคราะห์										
๓๔	งานแม่บ้าน										
๓๕	รปภ.										
๓๖	งานการเงินและบัญชี										
๓๗	หอผู้ป่วยเด็ก										
๓๘	ANC										
๓๙	ว่าง										
๔๐	พัสดุ										
รวม											

๒. สรุปอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกเดือน (รับความเสี่ยง)

ลำดับ	หน่วยงาน	ระดับความเสี่ยง									รวม
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	
๑	IC										
๒	IPDชาย										
๓	Supply										
๔	ER										
๕	OR										
๖	โภชนาการ										
๗	งานบริหาร										
๘	เภสัชกรรมOPD										
๙	เภสัชกรรมIPD										
๑๐	เภสัชกรรมIPD หญิง										
๑๑	กายภาพ										
๑๒	Lab										
๑๓	องค์กรแพทย์										
๑๔	ทันตกรรม										
๑๕	ซักฟอก										
๑๖	ประกัน										
๑๗	เวชระเบียน										
๑๘	OPD										
๑๙	กลุ่มการ										
๒๐	คลินิกพิเศษ										
๒๑	แพทย์แผนไทย										
๒๒	LR										
๒๓	X-Ray										
๒๔	เวชปฏิบัติ										
๒๕	สุขาภิบาล										

ลำดับ	หน่วยงาน	A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
๒๖	คุณภาพ										
๒๗	IPDหญิง										
๒๘	หมวดยานพาหนะ										
๒๙	ซ่อมบำรุง										
๓๐	งานธุรการ										
๓๑	งานสารสนเทศ										
๓๒	งานทรัพยากรบุคคล										
๓๓	สังคมสงเคราะห์										
๓๔	งานแม่บ้าน										
๓๕	รปภ.										
๓๖	งานการเงินและบัญชี										
๓๗	หอผู้ป่วยเด็ก										
๓๘	ANC										
๓๙	ว่าง										
๔๐	งานพัสดุ										
๔๑	งานคลังยา										
๔๒	งาน Cohort ward										
รวม											

๓. สรุปรายงายอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลพบพระทุกเดือน (ค้างตอบความเสี่ยง)

ลำดับ	หน่วยงาน	ระดับความเสี่ยง									รวม
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	
๑	IC										
๒	IPDชาย										
๓	Supply										
๔	ER										
๕	OR										
๖	โภชนาการ										
๗	งานบริหาร										
๘	เภสัชกรรมOPD										
๙	เภสัชกรรมIPD										
๑๐	เภสัชกรรมIPD หญิง										
๑๑	กายภาพ										
๑๒	Lab										
๑๓	องค์กรแพทย์										
๑๔	ทันตกรรม										
๑๕	ซักฟอก										
๑๖	ประกัน										
๑๗	เวชระเบียน										
๑๘	OPD										
๑๙	กลุ่มการ										
๒๐	คลินิกพิเศษ										
๒๑	แพทย์แผนไทย										

ลำดับ	หน่วยงาน	A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
๒๒	LR										
๒๓	X-Ray										
๒๔	เวชปฏิบัติ										
๒๕	สุขาภิบาล										
๒๖	คุณภาพ										
๒๗	IPDหญิง										
๒๘	หมวดยานพาหนะ										
๒๙	ซ่อมบำรุง										
๓๐	งานธุรการ										
๓๑	งานสารสนเทศ										
๓๒	งานทรัพยากรบุคคล										
๓๓	สังคมสงเคราะห์										
๓๔	งานแม่บ้าน										
๓๕	รปภ.										
๓๖	งานการเงินและบัญชี										
๓๗	หอผู้ป่วยเด็ก										
๓๘	ANC										
๓๙	ว่าง										
๔๐	พัสดุ										
รวม											

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม ครั้งที่...../.....

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งก่อน

๓.๑ ตามระเบียบวาระที่.....หน้า.....ข้อ.....บรรทัดที่.....เรื่อง.....

ระเบียนวาระที่ ๔ เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา

๔.๑ สรุปและติดตาม RCA เดือน..... (ขอให้คณะกรรมการเตรียมข้อมูล RCA มาสรุปเพื่อให้ทีมช่วยแนะนำ)

ลำดับ	ระดับ	STATUS	รหัสอ้างอิง	การตอบกลับ	หัวเรื่อง | หัวข้อ	วันที่พบ	หน่วยงาน	บรรยายเหตุการณ์	การจัดการเบื้องต้น	อ้างถึงหน่วยงาน	คำแนะนำเพิ่มเติม	ส่งต่อทีม/เพื่อออกมาตรการป้องกัน

ที่ประชุมรับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ (ถ้ามี)

.....

.....

.....

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลพบพระ
ระเบียบวาระการประชุม

ครั้งที่ 9/ 2569
วันที่ 11 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569
เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุมชั้น 2 ตึกบริหาร
โรงพยาบาลพบพระ อำเภอพบพระ จังหวัดตาก

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลพบพระ
วันที่ 11 สิงหาคม 2569 ครั้งที่ 9/2569
ณ ห้องประชุมชั้น 2 ตึกบริหาร โรงพยาบาลพบพระ

ผู้มาประชุม

1.	นายอานนท์	ทองคงหาญ	นายแพทย์ชำนาญการ
2.	นายวรวิช	มิ่งมณี	นายแพทย์ชำนาญการ
3.	นางวราภรณ์	ไพจิตรสุนทร	จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน
4.	นางสาวคุนัญญา	สลีแดง	เภสัชกรปฏิบัติการ
5.	นางสาวปิยธิดา	อินจับ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
6.	นางสาวจิราวรรณ	แสนหาญชัย	พยาบาลวิชาชีพ
7.	นางสาวนฤภร	สืบศักดิ์วงศ์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
8.	นางสาวดวงกมล	แซ่ม้า	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
9.	นางสาวนวพร	สายเครือมอย	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
10.	นางสาวปิญาพัชร์	จันทร์กระจ่าง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
11.	นางสาวอภิญญา	โพธิ์พึ่ง	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
12.	นางสาวอังคณา	ปาแก้ว	นักวิชาการพัสดุ
13.	นางวราภรณ์	กองมณี	นักจิตวิทยาชำนาญการ
14.	นางสาวมนสิการ	ปูปิง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
15.	นางมิ่งขวัญ	วันยอด	จพ.การเงินและบัญชีชำนาญงาน
16.	นางสาวจันทรา	วงค์คำลือ	นักสาธารณสุขชำนาญการ

<u>เริ่มประชุมเวลา 13.00 น.</u>

<u>ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องแจ้งจากประธาน</u>

1. นโยบายและทิศทางของงานบริหารความเสี่ยง
2. การลงความเสี่ยงและอ้างถึงกลุ่มงาน มี 2 อย่างคือ หน่วยงานภายใต้กลุ่มงานบริหาร ให้อ้างถึงกลุ่มงานบริหารเพิ่มด้วย 2 เรื่องการให้บริการทางการพยาบาล และงานไอที ไม่จำเป็นต้องอ้างถึงบริหาร แต่หากเป็นเรื่องที่เกี่ยวโยงเพื่อหาแนวทางแก้ไข ก็ให้กรรมการเป็นผู้พิจารณา
3. อัพเดตคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM)
4. สรุปรายงายอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลพบพระ วันที่ 1 ตุลาคม 2568- 31 กรกฎาคม 2569 ข้อมูล ณ 4 สิงหาคม 2569 (ส่งความเสี่ยง)

ลำดับ	หน่วยงาน	ระดับความเสี่ยง									รวม
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	
1	IC										0
2	IPDชาย	1	16	10	18	3				58	106
3	Supply										0
4	ER	2	24	22	10	10	6		2	2	78
5	OR		5	2	1	1					9
6	โภชนาการ		6	2							8
7	งานบริหาร										0
8	เภสัชกรรมOPD										0
9	เภสัชกรรมIPD	1	8	4	5						18
10	เภสัชกรรมIPD หญิง										0
11	กายภาพ		1								1
12	Lab		5	6	2	1					14
13	องค์กรแพทย์		1							1	2
14	ทันตกรรม										0
15	ซักฟอก	1	33								34
16	ประกัน		3		1						4
17	เวชระเบียน										0
18	OPD		5	6	3	1					15
19	กลุ่มการ		2								2

ลำดับ	หน่วยงาน	ระดับความเสี่ยง									รวม
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	
20	คลินิกพิเศษ			1							1
21	แพทย์แผนไทย										0
22	LR	1	8	8	5	8	2		1	1	34
23	X-Ray		3	1							4
24	เวชปฏิบัติ		4	1							5
25	สุขาภิบาล		2	1							3
26	คุณภาพ		1								1
27	IPDหญิง		1	1	4		9			31	46
28	หมวดยานพาหนะ			1							1
29	ซ่อมบำรุง										0
30	งานธุรการ		1								1
31	งานสารสนเทศ										0
32	งานทรัพยากรบุคคล										0
33	สังคมสงเคราะห์										0
34	งานแม่บ้าน										0
35	รปภ.										0
36	งานการเงินและบัญชี		1	1							2
37	หอผู้ป่วยเด็ก		17	18	18	4	8			6	71
38	ANC		6	14	5	1	1				27
39	ศูนย์เครื่องมือแพทย์										0
40	ว่าง	1	9	5	8					1	24
41	พัสดุ										0
รวม		7	162	104	80	29	26	0	3	100	511

2. สรุปรายงายอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลพบพระ วันที่ 1 ตุลาคม 2568- 31 กรกฎาคม 2569 ข้อมูล ณ 4 สิงหาคม 2569 (รับความเสี่ยง)

ลำดับ	หน่วยงาน	ระดับความเสี่ยง									รวม
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	
1	IC		1								1
2	IPDชาย		3	8	12	1				57	81
3	Supply		7	1							8
4	ER	2	20	18	9	5	3		2		59
5	OR		5	1	1						7
6	โภชนาการ		1								1
7	งานบริหาร		8	1	3						12
8	เภสัชกรรมOPD		4	4	1						9
9	เภสัชกรรมIPD		14	1	2	1					18
10	เภสัชกรรมIPD หญิง										0
11	กายภาพ										0
12	Lab		1	7	4	1	2				15
13	องค์กรแพทย์		12	9	5	3	2			3	34
14	ทันตกรรม		7	1							8
15	ซักฟอก		2								2
16	ประกัน			1	1	1					3
17	เวชระเบียน		1								1
18	OPD		4	5	6	2	1			1	19
19	กลุ่มการ		4	1							5
20	คลินิกพิเศษ										0
21	แพทย์แผนไทย										0
22	LR	1	23	18	13	9	3	0	1	1	69
23	X-Ray		2	4	1	1					8
24	เวชปฏิบัติ		3								3
25	สุขาภิบาล		1	2							3
26	คุณภาพ										0
27	IPDหญิง	1	8	6	5		9			32	61

ลำดับ	หน่วยงาน	ระดับความเสี่ยง									รวม
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	
28	หมวดยานพาหนะ		2	2	1						5
29	ซ่อมบำรุง	1	9	3	1	1					15
30	งานธุรการ		1		1						2
31	งานสารสนเทศ	1	2	1	1						5
32	งานทรัพยากรบุคคล										0
33	สังคมสงเคราะห์										0
34	งานแม่บ้าน		2								2
35	รปภ.		3		1						4
36	งานการเงินและบัญชี										0
37	หอผู้ป่วยเด็ก	1	4	6	8	3	6			6	34
38	ANC		1	1	2						4
39	ศูนย์เครื่องมือแพทย์		2								2
40	ว่าง		3	1	2						6
41	พัสดุ		2	1		1					4
42	งานสุขภาพจิต			1							1
รวม		7	162	104	80	29	26	0	3	100	511

3. สรุปรายงายอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลพบพระ วันที่ 1 ตุลาคม 2568- 31 กรกฎาคม 2569
ข้อมูล ณ 10 สิงหาคม 2569 (ค้างตอบความเสี่ยง)

ลำดับ	หน่วยงาน	ระดับความเสี่ยง									รวม
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	
1	IC		1								1
2	IPDชาย										0
3	Supply										0
4	ER		1								1
5	OR										0
6	โภชนาการ										0

ลำดับ	หน่วยงาน	ระดับความเสี่ยง									รวม
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	
7	งานบริหาร		1								1
8	เภสัชกรรมOPD										0
9	เภสัชกรรมIPD		3								3
10	เภสัชกรรมIPD หญิง										0
11	กายภาพ										0
12	Lab				1						1
13	องค์กรแพทย์		7	9	4	2	1			1	24
14	ทันตกรรม										0
15	ซักฟอก										0
16	ประกัน										0
17	เวชระเบียน										0
18	OPD		1	3	3	2					9
19	กลุ่มการ			1							1
20	คลินิกพิเศษ										0
21	แพทย์แผนไทย										0
22	LR										0
23	X-Ray										0
24	เวชปฏิบัติ										0
25	สุขาภิบาล										0
26	คุณภาพ										0
27	IPDหญิง				1		3			1	5
28	หมวดยานพาหนะ										0
29	ซ่อมบำรุง		5	1							6
30	งานธุรการ										0
31	งานสารสนเทศ		1	1	1						3
32	งานทรัพยากรบุคคล										0
33	สังคมสงเคราะห์										0
34	งานแม่บ้าน										0

ลำดับ	หน่วยงาน	ระดับความเสี่ยง									รวม
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	
35	รปภ.				1						1
36	งานการเงินและบัญชี										0
37	หอผู้ป่วยเด็ก										0
38	ANC										0
39	ศูนย์เครื่องมือแพทย์		2								2
40	ว่าง		2		1						3
41	งานสุขภาพจิต										0
42	พัสดุ										0
รวม		0	24	15	12	4	4	0	0	2	61

<u>ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม</u>

- รับรองรายงานการประชุม วันที่ 14 กรกฎาคม 2569

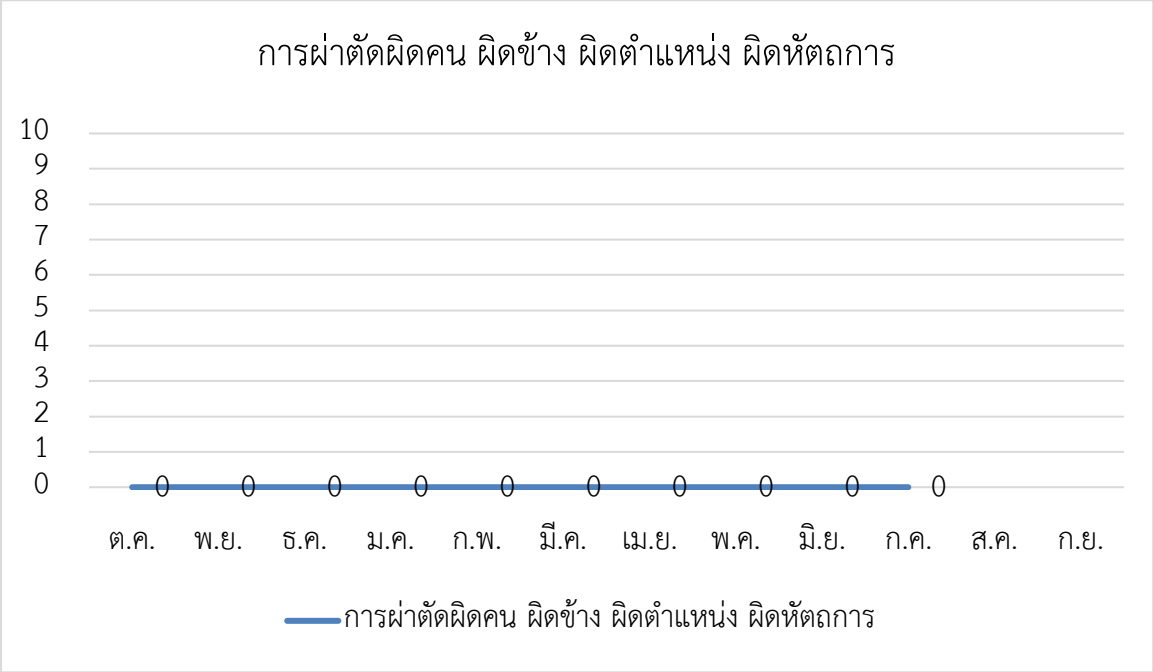
<u>ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องติดตาม</u>

1. สรุปและติดตาม RCA เดือนกรกฎาคม 2569

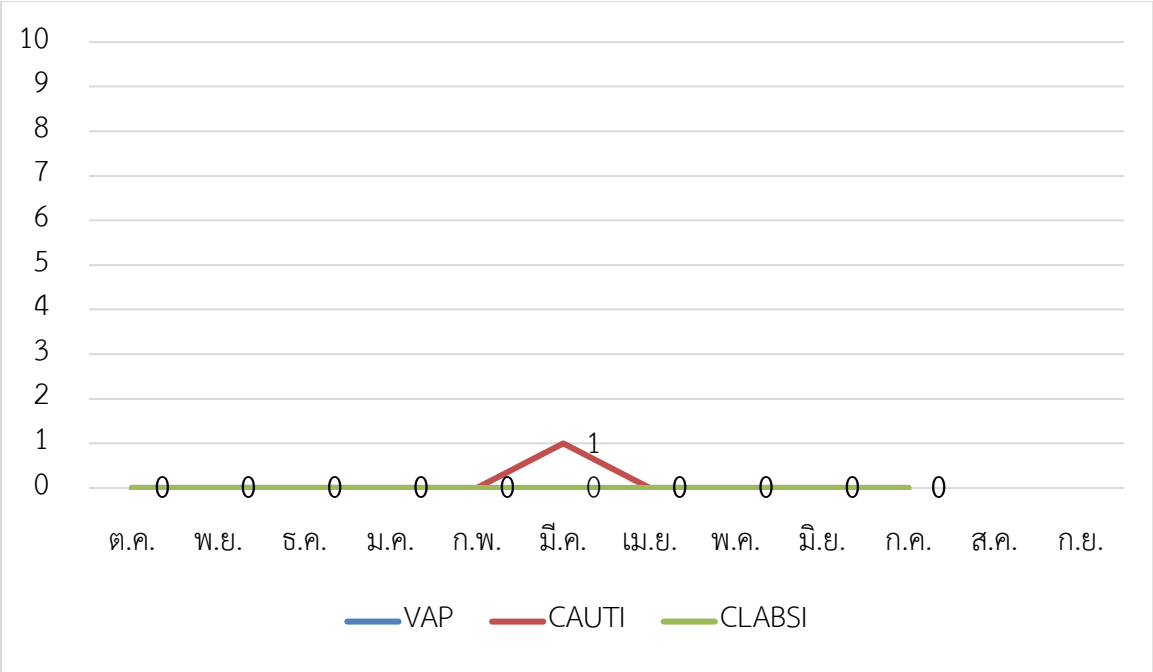
ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องพิจารณา

1. 9 เรื่องสำคัญจำเป็นของโรงพยาบาลพบพระ ตั้งแต่เดือนตุลาคม-กรกฎาคม 2569 (เฉพาะข้อมูลที่เข้าระบบบริหารความเสี่ยง)

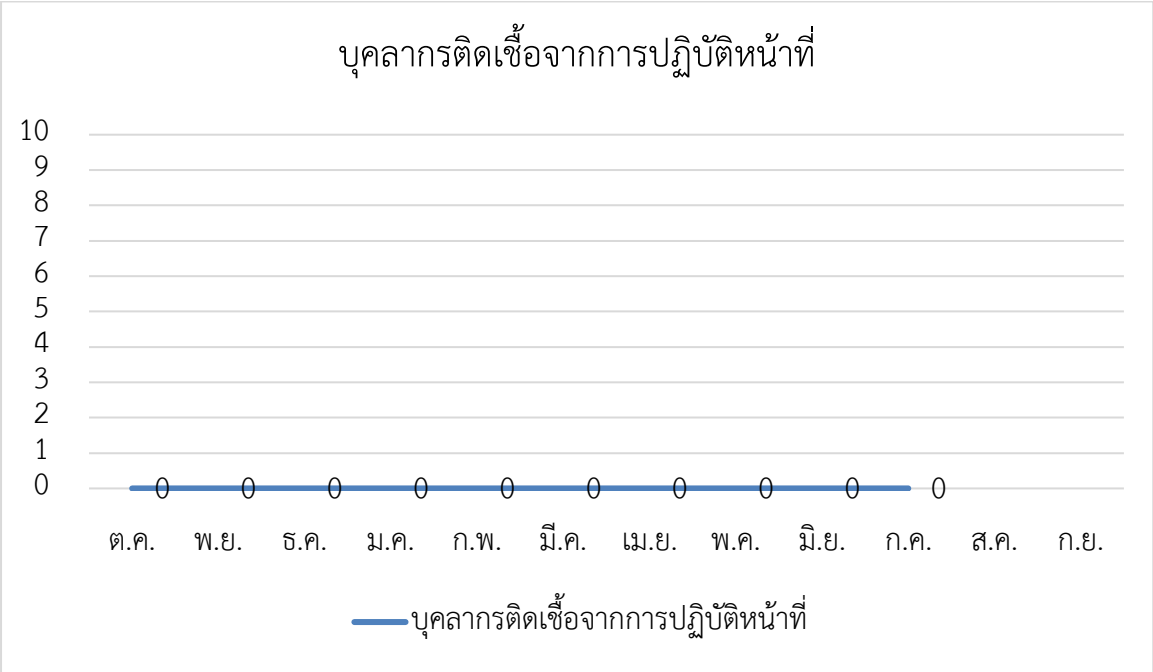
1. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ



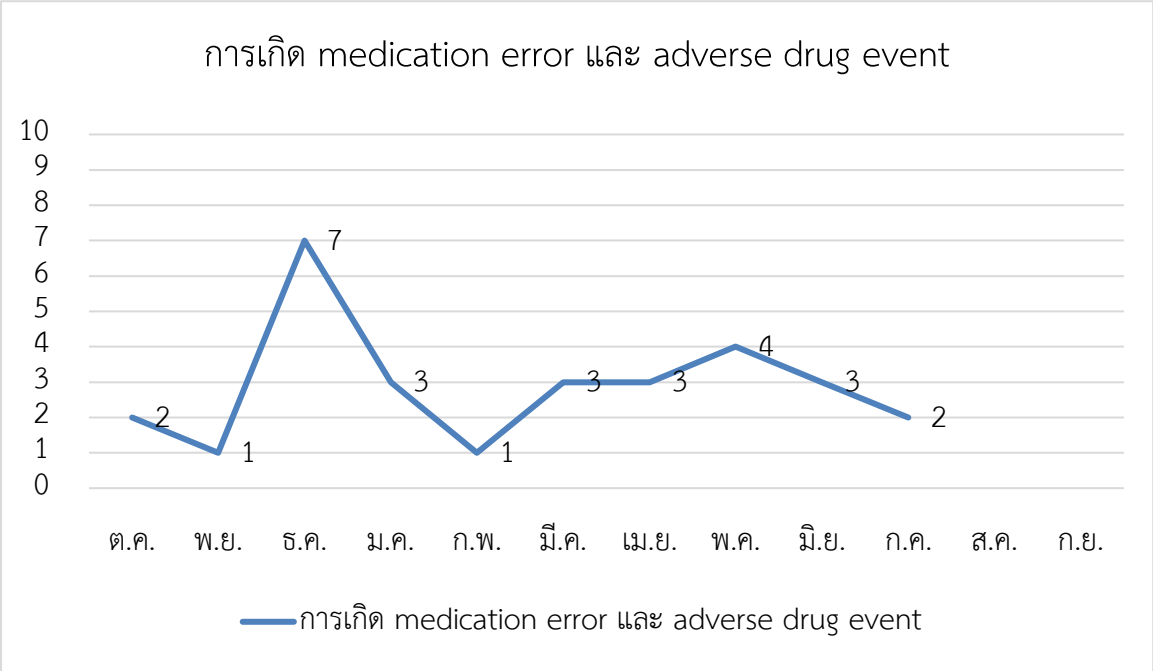
2. การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม VAP CAUTI CLABSI



3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่

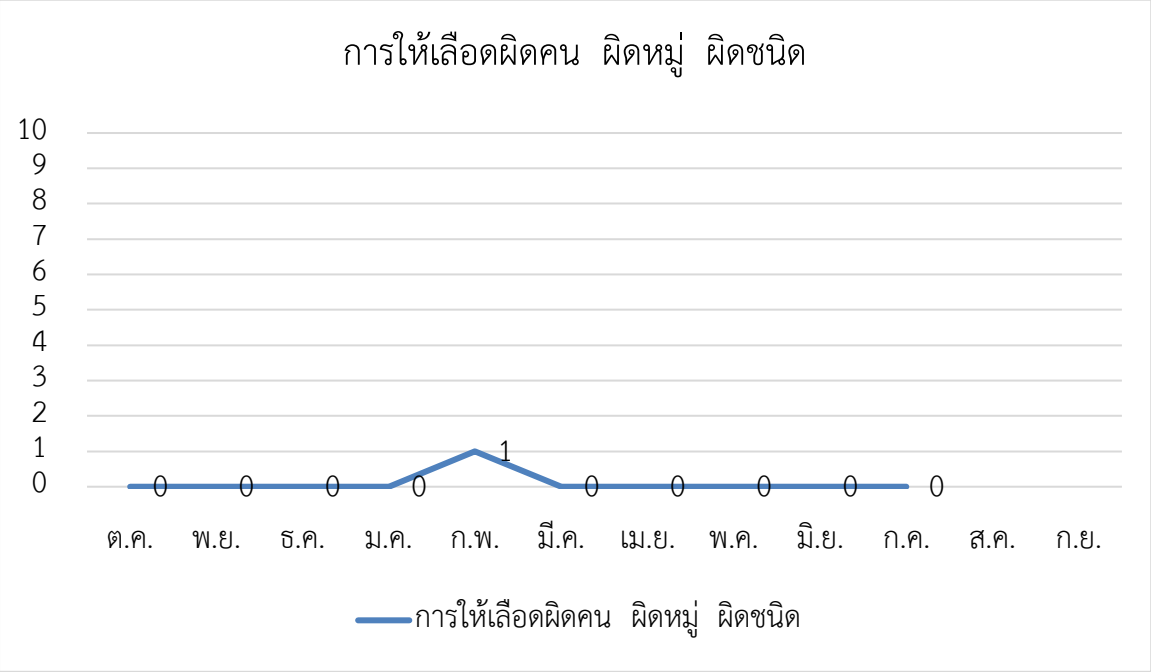


4. การเกิด medication error และ adverse drug event



ระดับ	รหัสอ้างอิง	หัวเรื่อง | หัวข้อ	โปรแกรมย่อย1	โปรแกรมย่อย 2	วันที่พบ	เวลาที่พ	สถานที่เกิดเหตุ	สถานที่ค้นเหตุ
B	2568100701	จัดยาผิดชนิด	M2:Safe from Medication Error	CPM205:Medication error :	7/10/2025	01:09:28	เตียง3 ตึกเด็ก	เตียง3 ตึกเด็ก
B	2568110101	จัดยาผิดชนิด	M2:Safe from Medication Error		1/11/2025	14:17:59	ห้องยาผู้ป่วยใน	ห้องยาผู้ป่วยใน
B	2568120801	ฉลากยาไม่ตรงกับตัวยาในซองยา	M2:Safe from Medication Error	CPM205:Medication error :	31/10/2025	10:00:00	รพ.สต.ซอโอ	รพ.สต.ซอโอ
B	2568121701	จัดยาผิดชนิด	M2:Safe from Medication Error	CPM204:Medication error : Dispensing	17/12/2025	09:26:45	ตึกผู้ป่วยเด็ก	ตึกผู้ป่วยเด็ก
D	2568122202	คำนวณ rate การให้ยาผิดพลาด	M2:Safe from Medication Error	CPM203:Medication error : Pre-	21/12/2025	19:00:00	เภสัชกรรม	เภสัชกรรม
D	2568122204	คำนวณ rate การให้ยาผิดพลาด	M2:Safe from Medication Error	CPM208:ไม่มี/ ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน	22/12/2025	14:10:36	เภสัชกรรม	เภสัชกรรม
D	2568122301	รับคำสั่งแพทย์ผิดเตียง	M2:Safe from Medication Error	CPM202:Medication error :	23/12/2025	09:48:49	หอผู้ป่วยหญิง	หอผู้ป่วยหญิง
B	2569010301	ยาหมดอายุ	M2:Safe from Medication Error	CPM204:Medication error : Dispensing	3/1/2026	05:00:06	ตึกผู้ป่วยเด็ก	ตึกผู้ป่วยเด็ก
C	2569011306	จัดยาผิดชนิด	M2:Safe from Medication Error		21/12/2025	15:00:00	ห้องยา	ห้องยา
E	2569012401	บริหารยาผิดพลาด	M2:Safe from Medication Error	CPM208:ไม่มี/ ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน	24/1/2026	23:44:07	ER	ER
B	2569012902	ผสมยาผิด	M2:Safe from Medication Error	CPM208:ไม่มี/ ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน	25/1/2026	14:54:02	ตึกผู้ป่วยเด็ก	ตึกผู้ป่วยหญิง
C	2569021901	ฉีดยาซ้ำ	M2:Safe from Medication Error	CPM205:Medication error :	19/2/2026	17:57:52	ตึกเด็ก	ตึกเด็ก
B	2569022101	รับคำสั่งยาผิดพลาด	M2:Safe from Medication Error	CPM202:Medication error :	25/12/2025	22:10:50	หอผู้ป่วยหญิง	หอผู้ป่วยชาย
B	2569022102	รับคำสั่งยาผิดพลาด	M2:Safe from Medication Error	CPM202:Medication error :	25/12/2025	22:15:08	หอผู้ป่วยหญิง	หอผู้ป่วยหญิง
B	2569030402	รับคำสั่งยาผิดพลาด	M2:Safe from Medication Error	CPM202:Medication error :	4/3/2026	10:26:33	คลินิกสูตินรีเวชกรรม	คลินิกสูตินรีเวชกรรม
B	2569032303	รับคำสั่งยาผิดพลาด	M2:Safe from Medication Error	CPM202:Medication error :	23/3/2026	15:44:27	คลินิคสูตินรีเวชกรรม	คลินิคสูตินรีเวชกรรม
B	2569032305	จัดยาผิดชนิด	M2:Safe from Medication Error	CPM204:Medication error : Dispensing	23/3/2026	15:40:19	ห้องยาผู้ป่วยใน	ห้องยาผู้ป่วยใน
C	2569040801	ไม่แจกยาให้ผู้ป่วย	M2:Safe from Medication Error	CPM205:Medication error :	8/4/2026	16:08:44	หอผู้ป่วยชาย	หอผู้ป่วยชาย
C	2569041801	ยาหมดอายุ	M3:Medication Reconciliation	CPM301:ไม่มี/ ไม่ปฏิบัติตาม Guideline	18/4/2026	03:52:06	ห้องฉุกเฉิน	ห้องฉุกเฉิน
D	2569042701	แจกยาผู้ป่วยผิดคน	M2:Safe from Medication Error	CPM205:Medication error :	27/4/2026	09:34:22	หอผู้ป่วยชาย	หอผู้ป่วยชาย
C	2569052002	ฉีดยาผิด	M2:Safe from Medication Error	CPM205:Medication error :	20/5/2026	09:19:47	หอผู้ป่วยชาย	หอผู้ป่วยชาย
C	2569052004	ให้ยาซ้ำ	M2:Safe from Medication Error	CPM205:Medication error :	20/5/2026	14:14:44	หอผู้ป่วยชาย	หอผู้ป่วยชาย
C	2569052601	จ่ายยาเกิน	M2:Safe from Medication Error	CPM204:Medication error : Dispensing	26/5/2026	08:45:56	หอผู้ป่วยชาย	หอผู้ป่วยชาย
D	2569053101	ฉีดยา Mixtard ซ้ำ	M2:Safe from Medication Error	CPM205:Medication error :	31/5/2026	07:16:50	ตึกผู้ป่วยหญิง	ตึกผู้ป่วยหญิง
B	2569060801	จัดยาผิด	M2:Safe from Medication Error	CPM204:Medication error : Dispensing	8/6/2026	15:51:18	หอผู้ป่วยหญิง	หอผู้ป่วยหญิง
B	2569061701	รับคำสั่งแพทย์ผิดเตียง	M2:Safe from Medication Error	CPM202:Medication error :	17/6/2026	15:43:30	ห้องคลอด	ห้องคลอด
D	2569062808	ฉีดยาผิดชนิด	M3:Medication Reconciliation		28/6/2026	18:03:00	งานห้องคลอด	งานห้องคลอด
B	2569070102	สั่งยาผิดคน	M2:Safe from Medication Error	CPM201:Medication error : Prescribing	21/6/2026	15:25:53	ห้องคลอด	ห้องคลอด
D	2569072101	จัดยาผิดชนิด	M2:Safe from Medication Error	CPM202:Medication error :	21/7/2026	18:20:15	งานผู้ป่วยในหญิง	งานผู้ป่วยในหญิง
D	2569080301	ฉีดยาผิดชนิด	M2:Safe from Medication Error	CPM205:Medication error :	17/7/2026	20:35:09	หอผู้ป่วยหญิง	หอผู้ป่วยหญิง

5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด



แบบรายงานเหตุการสำคัญ | อุบัติการณ์ โรงพยาบาล

BISK_REPORT_HOSPITAL

เรื่อง ให้เลือดผิดคน

วันที่เกิดเหตุ 15/2/2026 เวลาเกิด 9:10:39 ประเภท ความเสี่ยง

สถานที่ค้นเหตุ ห้องฉุกเฉิน สถานที่เกิด ห้องฉุกเฉิน

ความรุนแรง เกิดความเสียหายถึงตัวผู้ป่วยทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น

บรรยายเหตุการณ์

1 เดือนก่อนมา มีอาการขาบวมหายใจเหนื่อยง่าย ออกแพลีย รับประทานอาหารได้น้อย

19.00น มีอาการถ่ายเหลว 4 ครั้ง เป็นน้ำ ไม่มีมูกเลือดปน อาเจียน 1 ครั้ง

21.05น รับแจ้งจากกู้ชีพพาย้ัพ ผู้ป่วยถ่ายเหลว ลื่นล้มในห้องน้ำ ไม่มีศีรษะกระแทก ไม่สลบ จำเหตุการณ์ได้ปกติ V/S P=104/min sat=82%

21.30น รถALSออกรับ แรกรับ GCS E4V5M6 pupill 3 mm RTL BE ซีด มือเย็น หายใจเหนื่อย ไม่มีเหงื่อแตก V/S BP=59/25 mmHg P=100/min R=24/min On LocK เจาะLab sepsis load nss 500 ml DTX=189mg% On mask c bag 15LPM At ER E4V5M6 pupill 3 mm RTL BE ตื่นดี หายใจเหนื่อย มือเย็นตัวเย็น ไม่มีซีม ไม่มีเหงื่อแตก case HT gout รับยาต่อรพ.สต. CKD stage 5 ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ปฏิเสธการแพ้ยา มารักษา w.Dx.AGE c septic shcok c anemia Metabolic acidosis Transaminitis

22.00น w.order ให้เลือด 2 U ได้แล้วให้เลย รับเป็น uncrossmatch 2U

22.10น ให้เลือดuncrossmatch 1 U Donor No 174.69.1.00700 gr.O rh+ volume 257 ml

23.38น ให้เลือด ยูที่ 2 ให้เปลอพนายเห็นพูน อาชาศิริ gr.O rh+ donor No 174.69.1.00693 volume 261 ml ได้ใบหยิบในกล่องออกมา

ยืนให้เลือดไปโดยไม่ได้เช็คซื่อซ้ำ//รายงานพ.รับทราบให้เลือดผิดคน

ผลกระทบทางคลินิค เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ผลกระทบทั่วไป

ชื่อผู้ป่วย นายพรรษา แซ่โค้ว อายุ 6ปี เพศ M | ชาย HN 21582

แพทย์เจ้าของไข้

การจัดการเบื้องต้น

รายงานพ.เวรรับทราบ
และเฝ้าระวังอาการผลข้างเคียงหลังให้เลือด

มาตรการทบทวนและแก้ไขร่วมกัน

☐ มาตรการครอบคลุมแล้ว
☐ ส่งคืนหน่วยงานเพื่อทบทวนมาตรการ

ลงนามคณะกรรมการ

6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด

ระดับ	รหัสอ้างอิง	การตอบกลับ	โปรแกรมความเสี่ยง	หัวเรื่อง | หัวข้อ	โปรแกรมย่อย1	โปรแกรมย่อย 2	วันที่พบ	เวลาที่พบ	สถานที่เกิดเหตุ	สถานที่ค้นเหตุ
C	2569070201	มีการตอบกลับ	Patient Care Process : กระบวนการ	ฉีดวัคซีนผิดคน	P1:Patients Identification การระบุข้อมูล	CPP101:ผู้ป่วยผิดคน	24/6/2026	10:30:07	หลังคลอด	หลังคลอด
B	2569070102	-	Medication & Blood Safety : ยาและ	สั่งยาผิดคน	M2:Safe from Medication Error	CPM201:Medication	21/6/2026	15:25:53	ห้องคลอด	ห้องคลอด
C	2569052101	มีการตอบกลับ	Patient Care Process : กระบวนการ	แปะชื่อคนไข้ที่สั่งส่งตรวจผิดคน	P1:Patients Identification การระบุข้อมูล	CPP101:ผู้ป่วยผิดคน	21/5/2026	12:10:11	ห้องแล็บ	ห้องแล็บ
D	2569052005	มีการตอบกลับ	Patient Care Process : กระบวนการ	ให้ยาผิดคน	P1:Patients Identification การระบุข้อมูล	CPP101:ผู้ป่วยผิดคน	29/4/2026	15:30:37	หอผู้ป่วยชาย	หอผู้ป่วยชาย
C	2569051702	มีการตอบกลับ	Patient Care Process : กระบวนการ	เจาะเลือกคนไข้ผิดคน	P1:Patients Identification การระบุข้อมูล	CPP101:ผู้ป่วยผิดคน	19/2/2026	17:17:00	หอผู้ป่วยชาย	หอผู้ป่วยชาย
D	2569051201	มีการตอบกลับ	Patient Care Process : กระบวนการ	แจกยาผู้ป่วยผิดคน	P1:Patients Identification การระบุข้อมูล	CPP101:ผู้ป่วยผิดคน	29/4/2026	07:40:00	ตึกผู้ป่วยชาย	ตึกผู้ป่วยชาย
D	2569042701	มีการตอบกลับ	Medication & Blood Safety : ยาและ	แจกยาผู้ป่วยผิดคน	M2:Safe from Medication Error	CPM205:Medication	27/4/2026	09:34:22	หอผู้ป่วยชาย	หอผู้ป่วยชาย
B	2569032601	มีการตอบกลับ	Other : ไม่เข้ากับกลุ่มข้างต้น	ติดชื่อผู้ป่วยที่กระป๋องปัสสาวะผิดคน	O1:อื่นๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE	CPO101:อื่นๆ ที่ไม่ใช่	26/3/2026	10:03:02	คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี	คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี
C	2569022503	มีการตอบกลับ	Patient Care Process : กระบวนการ	วอร์ดลง order ผิดคน	P1:Patients Identification การระบุข้อมูล	CPP101:ผู้ป่วยผิดคน	25/2/2026	21:36:00	IPD เด็ก	IPD เด็ก
F	2569021502	มีการตอบกลับ	Medication & Blood Safety : ยาและ	ให้เลือดผิดคน	M5:Blood Transfusion Safety	CPM501:การให้เลือดผิด	15/2/2026	09:10:39	ห้องฉุกเฉิน	ห้องฉุกเฉิน
B	2569012801	มีการตอบกลับ	Patient Care Process : กระบวนการ	ติด sticker ชื่อคนไข้ผิดคน	P1:Patients Identification การระบุข้อมูล	CPP101:ผู้ป่วยผิดคน	28/1/2026	08:33:24	ห้องแล็บ	ห้องแล็บ
C	2568123001	-	Patient Care Process : กระบวนการ	ลงผล US ใน pac ผิดคน	P1:Patients Identification การระบุข้อมูล	CPP101:ผู้ป่วยผิดคน	30/12/2025	14:10:04	OPD	OPD
B	2568111110	มีการตอบกลับ	Patient Care Process : กระบวนการ	ลงประวัติผิดคน	P1:Patients Identification การระบุข้อมูล	CPP101:ผู้ป่วยผิดคน	11/11/2025	11:50:00	จุดซักประวัติ OPD	จุดซักประวัติ OPD
B	2568102601	มีการตอบกลับ	Patient Care Process : กระบวนการ	แปะชื่อคนไข้ที่สั่งส่งตรวจผิดคน	P1:Patients Identification การระบุข้อมูล	CPP101:ผู้ป่วยผิดคน	26/10/2025	12:59:08	ห้องแล็บ	ห้องแล็บ

การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ต.ค.-ก.ค. 2569 จำนวน 14 ครั้ง เกิดที่หน่วยงาน

ลำดับ	หน่วยงาน	จำนวน	เวรเช้า	เวรบ่าย	หมายเหตุ
1.	งานพยาบาลหอผู้ป่วยชาย	4	3	1	C=1 D=3
2.	งานการแพทย์	2	2		B=1 C=1
3.	งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	2	2		B=1 F=1
4.	งานสุขาภิบาลป้องกันโรค	1	1		C=1
5.	งานพยาบาลหอผู้ป่วยหญิง	1	1		C=1
6.	งานส่งเสริมสุขภาพ	1	1		B=1
7.	งานพยาบาลหอผู้ป่วยเด็ก	1	1		C=1
8.	งานพยาบาลผู้คลอด	1	1		B=1
9.	งานจ่ายยาผู้ป่วยนอก	1	1		B=1
รวมทั้งหมด		**14**	**13**	**1**	

เกิดในเวร

เคสเสียชีวิตที่สมเหตุสมผล มีการวิเคราะห์แล้ว สมเหตุสมผลจริง เคลียร์ออกจากโปรแกรม ส่ง **NRLS** เอาออกมั้ย เก็บเฉพาะที่มีปัญหา

เวลาลงโปรแกรมอ้างถึงแต่ละจุดการตอบกลับ

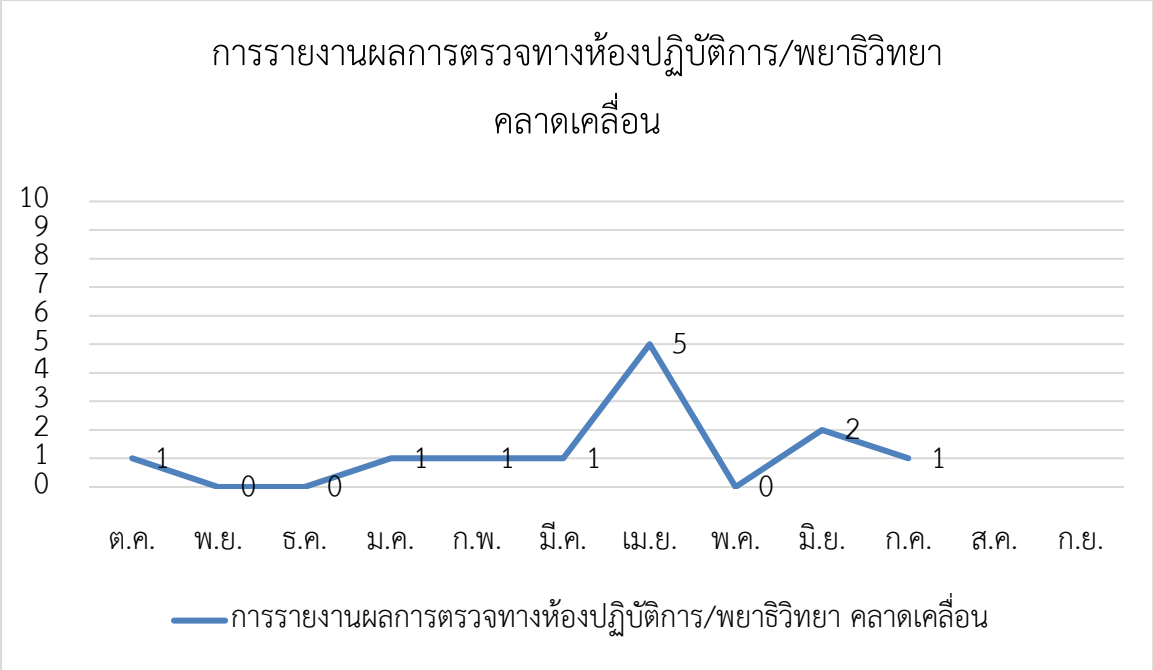
มติการตามแพทย์ ตามมติของ **PCT** เวรรายงานหัวหน้า กลุ่มการ ผอ.

ตาม **case** ที่ตามหมอไม่ได้ คนไข้ผู้ป่วยหญิง อายุ 41 ปี HN 280734 เข้าPCT MSO

7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค

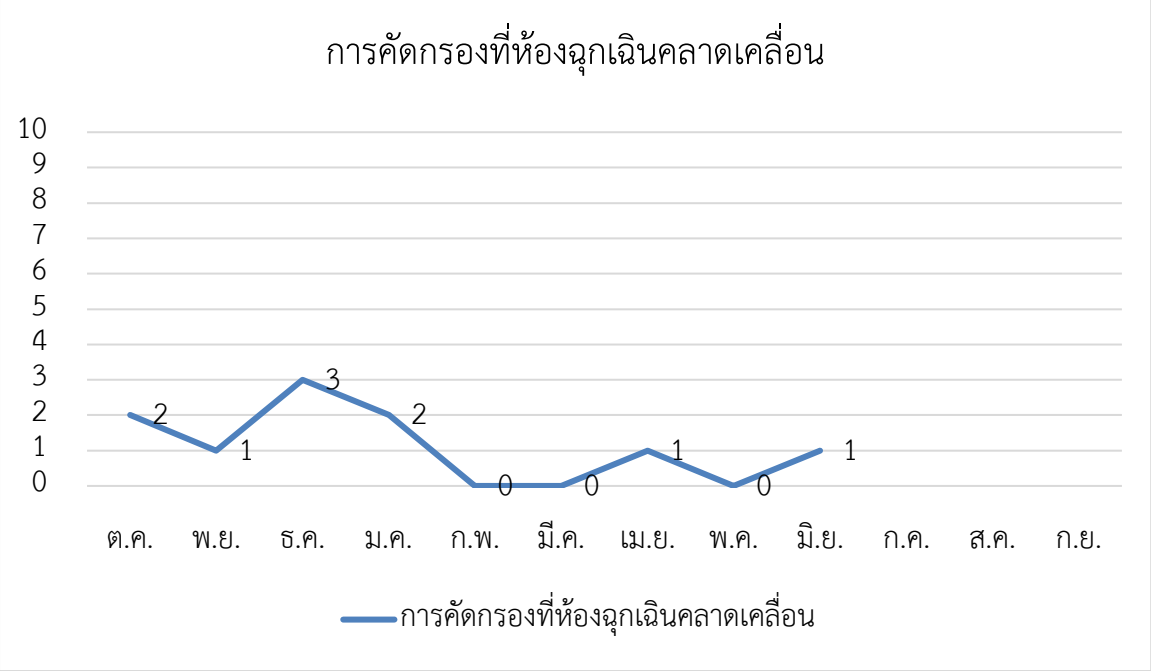
ระดับ	สถานะ	สี	รหัสอ้างอิง	หัวเรื่อง | หัวข้อ	โปรแกรมย่อย1	โปรแกรมย่อย 2	วันที่พบ	เวลาที่พบ	สถานที่เกิดเหตุ	สถานที่ต้นเหตุ
F	SUCCESS		2569030201	unplan refer	P3:การวินิจฉัย รักษา ดูแลและส่งต่อ	CPP301:Misdiagnosis or delay	28/2/2026	15:00:28	IPD เด็ก	IPD เด็ก
I	SUCCESS		2569050103	Dead NR	P3:การวินิจฉัย รักษา ดูแลและส่งต่อ	CPP301:Misdiagnosis or delay	30/4/2026	23:57:00	ดึกผู้ป่วยเด็ก	ดึกผู้ป่วยเด็ก

8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน



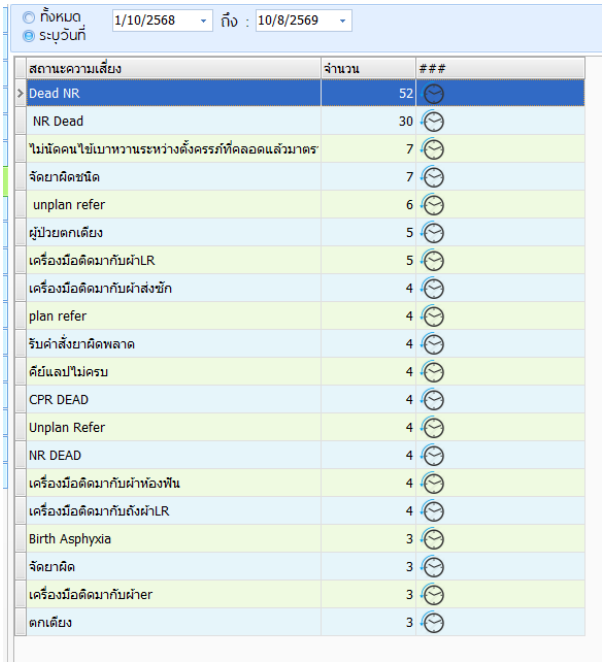
ระดับ	รหัสอ้างอิง	หัวเรื่อง | หัวข้อ	โปรแกรมย่อย1	โปรแกรมย่อย 2	วันที่พบ	เวลาที่พบ	สถานที่เกิดเหตุ	สถานที่ดันเหตุ
C	2568120904	lab รายงานช้า	L2:Right and Appropriate Laboratory	CPL201:ตรวจวิเคราะห์ Lab ผิดพลาด	20/10/2025	08:53:45	OPD	OPD
C	2569012701	ไม่แจ้งห้องแล็ปว่ามี Refer	L2:Right and Appropriate Laboratory	CPL201:ตรวจวิเคราะห์ Lab ผิดพลาด	27/1/2026	16:16:34	ห้องแล็ป	ห้องแล็ป
C	2569020906	labล่าช้า	L2:Right and Appropriate Laboratory	CPL201:ตรวจวิเคราะห์ Lab ผิดพลาด	9/2/2026	12:00:00	คลินิกวัณโรค	คลินิควัณโรค
C	2569040711	ผลแล็ปผิดพลาด	L2:Right and Appropriate Laboratory	CPL201:ตรวจวิเคราะห์ Lab ผิดพลาด	20/3/2026	10:59:38	ห้องแลป	ห้องแลป
B	2569040901	ตรวจสอบแลป	L2:Right and Appropriate Laboratory	CPL203:เตรียมตรวจ/ ตรวจทางรังสี	9/4/2026	09:50:00	ห้องแลป โรงพยาบาลพบ	ห้องแลป โรงพยาบาลพบ
B	2569041301	ส่งตรวจแลป Sputum โดยที่ไม่ได้ใส่ภาชนะบ่าส่ง	L2:Right and Appropriate Laboratory	CPL201:ตรวจวิเคราะห์ Lab ผิดพลาด	13/4/2026	09:57:25	ระหว่างทางเดิน ER ถึง	ทางเดิน ER ถึงห้องแลป
B	2569041802	คีย์รายการเอกซเรย์ผิดข้าง	L2:Right and Appropriate Laboratory	CPL203:เตรียมตรวจ/ ตรวจทางรังสี	17/4/2026	18:41:07	ห้องเอกซเรย์	ห้องเอกซเรย์
D	2569042205	เอกซเรย์ผิดข้าง	L2:Right and Appropriate Laboratory	CPL203:เตรียมตรวจ/ ตรวจทางรังสี	22/4/2026	10:11:03	ER	ER
B	2569042810	ส่งรายการเอ็กซเรย์ผิดข้าง	L2:Right and Appropriate Laboratory	CPL203:เตรียมตรวจ/ ตรวจทางรังสี	18/4/2026	17:30:00	ห้องเอกซเรย์	ห้องเอกซเรย์
C	2569061201	เอกเรย์	L2:Right and Appropriate Laboratory	CPL203:เตรียมตรวจ/ ตรวจทางรังสี	11/6/2026	11:00:00	ER	ER
B	2569062703	ER ส่งรายการเอกซเรย์มาผิดข้าง	L2:Right and Appropriate Laboratory	CPL203:เตรียมตรวจ/ ตรวจทางรังสี	9/6/2026	18:42:46	ห้องเอกซเรย์	ห้องเอกซเรย์
E	2569070303	โทรหาLAB ไม่มีคนรับสาย	L2:Right and Appropriate Laboratory	CPL201:ตรวจวิเคราะห์ Lab ผิดพลาด	3/7/2026	09:55:35	ER	ER

9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน



ระดับ	รหัสอ้างอิง	โปรแกรมความเสี่ยง	หัวเรื่อง | หัวข้อ	โปรแกรมย่อย1	โปรแกรมย่อย 2	วันที่พบ	เวลาที่พบ	สถานที่เกิดเหตุ	สถานที่ดันเหตุ
E	2569063011	Emergency Response : การ	คัดกรองผู้ป่วยผิดพลาดคลาดเคลื่อน 2 ระดับ	E4:ER Safety	CPE402:Under triage	17/10/2025	19:22:38	ER	ER
F	2569063012	Emergency Response : การ	คัดกรองผู้ป่วยผิดพลาด	E4:ER Safety	CPE402:Under triage	30/6/2026	19:11:17	ER	ER
F	2569070103	Emergency Response : การ	คัดกรองผู้ป่วยผิดพลาดคลาดเคลื่อน ระดับE upขึ้นไป	E4:ER Safety	CPE402:Under triage	23/12/2025	00:00:00	ER	ER
E	2569070104	Emergency Response : การ	คัดกรองผู้ป่วยผิดพลาดคลาดเคลื่อน ระดับE upขึ้นไป	E4:ER Safety	CPE402:Under triage	21/1/2026	15:42:25	ER	ER

2. พิจารณาอุบัติการณ์ที่เกิดซ้ำ ปี 2569 เพื่อจัดทำ **risk profile** ของโรงพยาบาล


ทั้งหมด ระบุวันที่ 1/10/2568 ถึง : 10/8/2569

สถานะความเสี่ยง	จำนวน	###
Dead NR	52	
NR Dead	30	
ไม่นัดคนไข้เบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ที่คลอดแล้วมาตร	7	
จัดยาผิดชนิด	7	
unplan refer	6	
ผู้ป่วยตกเตียง	5	
เครื่องมือติดมากับผ้าLR	5	
เครื่องมือติดมากับผ้าส่งซัก	4	
plan refer	4	
รับคำสั่งยาผิดพลาด	4	
คีย์แลปไม่ครบ	4	
CPR DEAD	4	
Unplan Refer	4	
NR DEAD	4	
เครื่องมือติดมากับผ้าห้องฟัน	4	
เครื่องมือติดมากับถังผ้าLR	4	
Birth Asphyxia	3	
จัดยาผิด	3	
เครื่องมือติดมากับผ้าer	3	
ตกเตียง	3	

ปี 2569 จากจำนวนความถี่
อันดับ 1เครื่องมือติดไปที่งานซักฟอก

อันดับ 2 ผู้ป่วยตกเตียง

อันดับ 3 จัดยาผิดชนิด

3. พิจารณาความเสี่ยงที่เกิดซ้ำปี 2569

เครื่องมือติดมาที่งานซักฟอก ต.ค.-ก.ค. 2569 จำนวน 29 ครั้ง เกิดที่หน่วยงาน

ลำดับ	หน่วยงาน	จำนวน	เวรเช้า	เวรบ่าย	หมายเหตุ
1.	งานการพยาบาผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช	6	4	2	B=6
2.	งานการพยาบาลผู้คลอด	10	10		B=10
3.	งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล0	6	6		B=6
4.	งานทันตกรรม	2		2	B=2
5.	งานพยาบาลหอผู้ป่วยชาย	1	1		B=1
6.	งานพยาบาลหอผู้ป่วยเด็ก	2	2		B=2
7.	งานพยาบาลหอผู้ป่วยหญิง	2	2		B=2
รวมทั้งหมด		29	25	4	

ระดับ	กรรมการ.ตรวจสอบ	รหัสอ้างอิง	การตอบกลับ	หัวเรื่อง | หัวข้อ	วันที่พบ	เวลาที่พบ	สถานที่เกิดเหตุ	สถานที่ต้นเหตุ
A	ตรวจแล้ว	2569080503	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับถังผ้าor	4/8/2026	16:24:21	OR	OR
B	ตรวจแล้ว	2569080502	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับถังผ้าLR	31/7/2026	14:15:21	งานห้องคลอด	งานห้องคลอด
A	ตรวจแล้ว	2569071404	มีการตอบกลับ	เครื่องติดมากับผ้า	14/7/2026	13:23:56	OR	OR
B	ตรวจแล้ว	2569071304	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับถังผ้าLR	10/7/2026	09:30:10	ห้องคลอดและหลังคลอด	ห้องคลอดและหลังคลอด
B	ตรวจแล้ว	2569062701	มีการ	เครื่องมือติดมากับผ้าer	27/6/2026	08:30:10	ER	ER

ระดับ	กรรมการ.ตรวจสอบ	รหัสอ้างอิง	การตอบกลับ	หัวเรื่อง | หัวข้อ	วันที่พบ	เวลาที่พบ	สถานที่เกิดเหตุ	สถานที่ต้นเหตุ
			ตอบกลับ					
B	ตรวจแล้ว	2569061602	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับผ้าLR	16/6/2026	08:30:35	งานห้องคลอด	งานห้องคลอด
B	ตรวจแล้ว	2569042204	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับถังผ้าLR	22/4/2026	08:40:35	ห้องคลอด	ห้องคลอด
B	ตรวจแล้ว	2569042101	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับผ้า	21/4/2026	13:30:20	ตึกเด็ก	ตึกเด็ก
B	ตรวจแล้ว	2569042001	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับผ้าผู้ป่วยหญิง	20/4/2026	11:10:30	หอผู้ป่วยหญิง	หอผู้ป่วยหญิง
B	ตรวจแล้ว	2569032301	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับถังผ้าLR	23/3/2026	08:30:20	ห้องคลอด	ห้องคลอด
B	ตรวจแล้ว	2569032001	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับผ้าส่งซัก	20/3/2026	11:13:03	IPD เด็ก	IPD เด็ก
B	ตรวจแล้ว	2569031701	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับผ้าer	16/3/2026	16:30:30	ER	ER
B	ตรวจแล้ว	2569030601	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับผ้า or	6/3/2026	11:20:30	OR	OR

ระดับ	กรรมการ.ตรวจสอบ	รหัสอ้างอิง	การตอบกลับ	หัวเรื่อง | หัวข้อ	วันที่พบ	เวลาที่พบ	สถานที่เกิดเหตุ	สถานที่ต้นเหตุ
B	ตรวจแล้ว	2569022601	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับผ้าผู้ป่วยหญิง	26/2/2026	08:05:10	ตึกผู้ป่วยหญิง	ตึกผู้ป่วยหญิง
B	ตรวจแล้ว	2569021204	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับถังผ้าor	12/2/2026	13:25:29	OR	OR
B	ตรวจแล้ว	2569020904	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับผ้าLR	9/2/2026	09:30:25	ห้องคลอด	ห้องคลอด
B	ตรวจแล้ว	2569020801	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับผ้าLR	9/2/2026	08:30:30	ห้องคลอดและหลังคลอด	ห้องคลอดและหลังคลอด
B	ตรวจแล้ว	2569020302	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับผ้าLR	3/2/2026	13:30:30	ห้องคลอด	ห้องคลอด
B		2569010801	-	เครื่องมือติดมากับผ้าห้องฟัน	8/1/2026	18:30:30	ห้องทันตกรรม1	ห้องทันตกรรม1
B	ตรวจแล้ว	2569010701	-	เครื่องมือติดมากับผ้าLR	7/1/2026	14:30:23	งานห้องคลอด	งานห้องคลอด
B	ตรวจแล้ว	2568122201	มีการตอบกลับ	สายอ๊อกซิเจน	21/12/2025	11:33:03	ตึกผู้ป่วยชาย	ตึกผู้ป่วยชาย
B	ตรวจแล้ว	2568112601	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับถังผ้าor	26/11/2025	09:29:06	ห้องผ่าตัด	ห้องผ่าตัด

ระดับ	กรรมการ.ตรวจสอบ	รหัสอ้างอิง	การตอบกลับ	หัวเรื่อง | หัวข้อ	วันที่พบ	เวลาที่พบ	สถานที่เกิดเหตุ	สถานที่ต้นเหตุ
B	ตรวจแล้ว	2568112102	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับผ้า or	20/11/2025	13:25:50	OR	OR
B	ตรวจแล้ว	2568112101	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับผ้าer	21/11/2025	09:20:13	ER	ER
B	ตรวจแล้ว	2568111404	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับผ้า	14/11/2025	08:47:25	ER	ER
B	ตรวจแล้ว	2568111301	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับผ้าห้องฟัน	12/11/2025	16:00:39	ห้องทันกรรม	ห้องทันกรรม
B	ตรวจแล้ว	2568111002	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับผ้าส่งซัก	19/10/2025	10:46:29	ER	ER
B	ตรวจแล้ว	2568111001	-	เครื่องมือติดมากับผ้าส่งซัก	14/10/2025	10:38:01	งานห้องคลอด	งานห้องคลอด
B	ตรวจแล้ว	2568110903	มีการตอบกลับ	เครื่องมือติดมากับผ้าส่งซัก	8/11/2025	16:24:52	ER	ER

มติที่ประชุม : **OR** เน้นย้ำมาตรการตรวจสอบก่อนส่งผ้าซัก แยกถังกับห้องคลอดให้ชัดเจน (ระบุว่าถังอะไร วันที่เท่าไหร่ **LR** เขียนชื่อแปะถัง ระบุผู้รับผิดชอบ

<u>ระเบียนวาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ</u>

- นัดหมายการประชุมครั้งต่อไป วันที่ 8 กันยายน 2569
- ขอเพิ่ม Owner รับผิดชอบการติดตาม 9 เรื่องสำคัญและ risk register ของโรงพยาบาลพบพระ

ปิดการประชุม 16.00 น.

.....	.....	.....
(นางสาวจันทรา วงค์คำลือ)	(นางสาวหริญญา หริตานนท์)	(นายศักดิ์บัญชา สมชัยมงคล)
กรรมการและเลขานุการฯ	ประธานกรรมการ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพบพระ
พิมพ์/บันทึก	ตรวจทาน	

ตาราง ๙ แบบรายงานผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

รายงานผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ณ วันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๙
หน่วยงานที่ทำการประเมิน : โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก

ชื่อแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต

- การใช้ส่งเสริมการใช้ พลังงานทดแทน
- การจัดซื้อจัดจ้าง พัสดุ ครุภัณฑ์
- การพัฒนาและการจัดเก็บข้อมูลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างปลอดภัย
- การเบิกจ่ายและการชำระหนี้

โอกาส/ความเสี่ยงการทุจริต

- การจัดซื้อ จัดจ้าง พัสดุ ครุภัณฑ์ ในเกณฑ์ราคาที่กำหนด และหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกของผู้ชนะ อาจมีผลให้ได้พัสดุ ครุภัณฑ์ที่ด้อยคุณภาพ
- ระบบการป้องกันการคุกคาม ของไวรัส ของโปรแกรม OS ประกอบกับระบบการสำรองไฟฟ้า ยังด้อยคุณภาพ การสำรองไฟไม่เพียงพอ อาจจะทำให้การจัดเก็บข้อมูลเสียหาย
- ณ ปัจจุบันยังไม่พบการทุจริตในการจัดซื้อจัดจ้าง พัสดุ ครุภัณฑ์ การเบิกจ่ายเงิน และการชำระหนี้ ต่างๆ เนื่องจากการดำเนินงานด้านการเงินและงบประมาณของโรงพยาบาล เป็นไปตามระเบียบ สามารถเบิกจ่ายได้ทันเวลา

สถานะของการดำเนินการความเสี่ยงการทุจริต

- ☐ ยังไม่ได้ดำเนินการ
- ☑ เฝ้าระวังและติดตามต่อเนื่อง
- ☐ เริ่มดำเนินการไปบ้าง แต่ยังไม่ครบถ้วน
- ☐ ต้องการปรับปรุงแผนบริหารความเสี่ยงให้เหมาะสม
- ☐ เหตุผลอื่น (โปรดระบุ).....

ผลการดำเนินงานจัดการความเสี่ยงการทุจริต

การจัดซื้อจัดจ้าง พัสดุ ครุภัณฑ์

- มีระเบียบ การคัดเลือกพัสดุ ครุภัณฑ์ ที่มีคุณภาพ
- กำหนดคุณลักษณะ มีเกณฑ์การคัดเลือกที่ชัดเจน

การพัฒนาและการจัดเก็บข้อมูลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างปลอดภัย

- มีระบบการป้องกันการเข้าถึงข้อมูลอย่างเป็นระบบ
- มีระบบการป้องกันการขัดข้องของระบบไฟ มีการสำรองไฟ ที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพต่อการใช้งาน

การเบิกจ่ายและการชำระหนี้

- มีการคุมบัญชีการรับ การจ่าย เช็ค เอกสารการเบิกจ่าย ที่เป็นรูปธรรม
- การเบิกจ่ายให้ตรงระยาเวลาที่กำหนด ตามตารางขอบเขตการทำงาน มีแผนการใช้จ่าย ประจำปี
- มีการเบิกจ่ายตามเอกสาร ตรงเวลา และตามสภาวะทางการเงิน ของหน่วยงาน

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค
โรงพยาบาลพบพระ
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๙
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลพบพระ
วัน/เดือน/ปี : ๓ กันยายน ๒๕๖๙
หัวข้อ : เผยแพร่รายงานผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต ของโรงพยาบาลพบพระ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙
รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)
กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป ขออนุญาตนำรายงานฯ ตามแผนบริหารความเสี่ยงทุจริตของโรงพยาบาลพบพระ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙ เผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์ของหน่วยงาน รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย

Link ภายนอก : ไม่มี
หมายเหตุ
.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล
(นายณัฏฐพล จันน้อย)
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
วันที่ ๓ กันยายน ๒๕๖๙

ผู้อนุมัติรับรอง
(นายศักดิ์บัญชา สมชัยมงคล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพบพระ
วันที่ ๓ กันยายน ๒๕๖๙

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่
(นายพนัส ยินดี)
เจ้าพนักงานธุรการ
วันที่ ๓ กันยายน ๒๕๖๙