



ประกาศโรงพยาบาลภักดีชุมพล
นโยบายการบริหารจัดการความเสี่ยง

เพื่อให้การดำเนินงานระบบบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลภักดีชุมพล เกิดประสิทธิภาพสูงสุดตามมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ) จึงได้กำหนดแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

นโยบายที่ 1 การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องให้ความสำคัญ เมื่อพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจกระทบต่อผู้ป่วย ต่อชื่อเสียง และ/หรือ ทรัพย์สินโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับ A ถึง I ต้องรายงาน โดยไม่มีการตำหนิหรือกล่าวโทษซึ่งกันและกัน ทั้งผู้รายงานและผู้เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ และไม่ถือว่าผู้รายงานมีความผิด

นโยบายที่ 2 ทุกหน่วยงานและทีมคร่อมสายงานต้องมีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกในหน่วยงาน ทั้งความเสี่ยงทางคลินิก ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยและด้านข้อร้องเรียนของหน่วยงานโดย

1. มีระบบการทบทวน 12 กิจกรรม อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอในหน่วยงานทางคลินิก
2. มีระบบทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ Trigger Tool (ตัวส่งสัญญาณ)อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
3. มีระบบการ Round ความเสี่ยงเชิงรุกของหน่วยงานโดยทีม Facilitator (FA) ทุกเดือน
4. มีระบบการเยี่ยมสำรวจในหน่วยงาน (Leadership walk round ,Internal Survey) โดยทีมนำอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง
5. มีระบบ Round ความเสี่ยงเชิงรุกของคณะกรรมการ ENV IC RM 2 เดือนครั้ง
6. มีการส่งเสริมให้บุคลากรรายงานความเสี่ยง อย่างน้อยคนละ 1 รายงาน / เดือน

นโยบายที่ 3 ทุกหน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน ต้องมีการกำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขในเหตุการณ์ที่สำคัญ รวมทั้งวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงมีระบบการค้นหาสาเหตุสำคัญ โดยวิธี Root Cause Analysis (RCA) ในอุบัติการณ์ที่รุนแรงระดับ E ขึ้นไป

นโยบายที่ 4 ศูนย์พัฒนาคุณภาพ มีหน้าที่ในการจัดระบบข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับความเสี่ยงโดย

1. สื่อสารให้มีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนด และติดตามประเมินผลการปฏิบัติของบุคลากร
2. วิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยงเชิงคลินิกและความเสี่ยงเชิงระบบในภาพรวมขององค์กร และหน่วยงาน โดยสรุปอุบัติการณ์เป็นรายเดือน/ ปี จัดทำเป็นบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน ,จัดทำ Risk Registerของหน่วยงานและองค์กร

นโยบายที่ 5 กรณีเกิดข้อร้องเรียนด้านลบที่มีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาลจะมีการแต่งตั้งคณะทำงานไกล่เกลี่ยและจัดการข้อร้องเรียน หากเป็นข้อร้องเรียนด้านลบของเจ้าหน้าที่ หัวหน้าฝ่ายจะเป็นผู้แจ้งให้เจ้าตัวรับทราบและนำไปปรับปรุง ส่วนคำชมจะแจ้งในที่ประชุมเจ้าหน้าที่และติดบอร์ดประชาสัมพันธ์

นโยบายที่ 6 เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วมในดารค้นหา และปฏิบัติตามแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยง เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety Culture) ผู้ป่วยและบุคลากรในโรงพยาบาลปลอดภัย (2 P safety Hospital)

นโยบายที่ 7 มีการประเมินประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงปีละ 1 ครั้ง โดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ทั้งนี้ให้ ทุกฝ่าย ทุกหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ทุกคนถือปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 13 มีนาคม 2566



(นายวิจิต รุ่งพุทธิกุล)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลภักดีชุมพล



คู่มือ

การบริหารความเสี่ยง
โรงพยาบาลภักดีชุมพล



ว. 16

(นายวิจิต รุ่งพทุธิกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภักดีชุมพล

สารบัญ

	หน้า
นโยบายการบริหารความเสี่ยง	2
เป้าหมาย ตัวชี้วัดและหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	2
ความหมายของคำที่สำคัญในการบริหารความเสี่ยง	4
ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง	5
การแบ่งประเภทความเสี่ยง	6
การแบ่งระดับความรุนแรงและผลกระทบ A-I	7
การจัดการกับความเสี่ยง แนวทางการแก้ไขและการรายงาน	8
การประเมินผล	10
Flow กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน / ร้องทุกข์	12
โปรแกรมความเสี่ยง	13
กลไกการตรวจจับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	13
ระดับการเกิดความเสี่ยง	14
ตารางวิเคราะห์ Risk Matrix	14

การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

นโยบาย

1. พัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรเพื่อตอบสนองและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยง
2. ค้นหา ฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงทุกประเภท เน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ
3. มีระบบการรายงานความเสี่ยงที่ชัดเจน
4. มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงในทุกหน่วยงาน รวมทั้งวิเคราะห์และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
5. ร่วมกันสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร โดยให้ถือว่าผู้รายงานไม่มีความผิด
6. มีช่องทางรับรายงานความเสี่ยงและข้อร้องเรียนจากผู้รับ / ผู้ให้บริการ/ ภาควิชาเครือข่ายภายนอก
7. มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ สะท้อนสถานการณ์ความเสี่ยง

เป้าหมาย

1. เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและสิ่งแวดล้อม
2. มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการค้นหาและส่งรายงานความเสี่ยง	มากขึ้น 10 %
2. อัตราการเกิดความเสี่ยง ระดับ Near miss : miss	เพิ่มขึ้น
3. ร้อยละความเสี่ยง/ อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข	100 %
4. ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ประเภท Clinic ระดับ E-F- G-H-I	< 30
5. ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำประเภท Non Clinic ระดับ 3-4	< 30
6. ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ ประเภท Clinic ระดับ G-H-I ที่ได้รับการทำ RCA	> 80
7. ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ประเภท Non Clinic ระดับ 3-4 ที่ได้รับการทำ RCA	> 80
8. ร้อยละตัวชี้ วัด SIMPLE ที่ผ่านเกณฑ์	> 80

บทบาทหน้าที่

1. บทบาทหน้าที่ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล
 - 1.1 เป็นที่ปรึกษาการวางระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
 - 1.2 พิจารณาสั่งการและดำเนินการกรณีที่มีความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์สำคัญเกิดขึ้นภายใน โรงพยาบาล
 - 1.3 รับทราบรายงาน การประเมินผล และการตอบสนองการบริหารความเสี่ยง
2. บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
 - 2.1 ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน
 - 2.2 สนับสนุนกระบวนการจัดการ และทรัพยากรเพื่อแก้ไขความเสี่ยง
 - 2.3 บริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ปัญหาความเสี่ยงที่ซับซ้อน ที่หน่วยงาน หรือทีม ครอบคลุมไม่สามารถแก้ไขได้

2.4 ติดตามประเมินผลการจัดการความเสี่ยง

3 บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

- 3.1 กำหนดนโยบายและแผนดำเนินงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
- 3.2 จัดทำคู่มือ แนวทางในการบริหารความเสี่ยง และสื่อสารให้บุคลากรทราบ
- 3.3 รวบรวมความเสี่ยง อุบัติการณ์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
- 3.4 ประสานระบบที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อป้องกัน และควบคุมความเสี่ยง
- 3.5 รวบรวม วิเคราะห์ ทบทวนอุบัติการณ์ เพื่อหาแนวทางปรับปรุงและวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงใน

โรงพยาบาล

- 3.6 สื่อสารนโยบาย ระเบียบปฏิบัติที่ได้จากการทบทวน เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ
- 3.7 ติดตามประเมินผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่างๆ
- 3.8 สรุปรายงานและประมวลผลความเสี่ยง แจ้งทุกหน่วยงานและทีมทุกทีม
- 3.9 จัดทำรายงานความเสี่ยงเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุก 1 เดือน

4 บทบาทหน้าที่ของหัวหน้างานและผู้รับผิดชอบความเสี่ยงในหน่วยงาน

- 4.1 วางระบบการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน ค้นหา วิเคราะห์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน จัดทำมาตรการการป้องกันและจัดการที่ชัดเจนในประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ
- 4.2 ประเมินผล ติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยง และปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- 4.3 สื่อสารให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีความเข้าใจในประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในกิจกรรมปกติประจำวัน
- 4.4 ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง การดักจับความเสี่ยง การแก้ไขปัญหา การหาสาเหตุ รากเหง้า สาเหตุเชิงระบบ แนวทางป้องกันป้องกันและลดความสูญเสียที่วางไว้

5 บทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบโปรแกรม หรือระบบที่เกี่ยวข้อง

มีหน้าที่ในการรายงานเหตุการณ์ / อุบัติการณ์ หรือความเสี่ยง และประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงในทีมไปยังผู้จัดการความเสี่ยง ดังนี้

- 5.1 ทีมดูแลผู้ป่วย (PTC) : มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษา และสิทธิผู้ป่วยซึ่งเป็นความเสี่ยงทางคลินิก
- 5.2 ทีมพัฒนาระบบยา (PTC) : มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกัน ความเสี่ยงเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา และปัญหาเกี่ยวกับยา
- 5.3 ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) : มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงและวาง ระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับการติดเชื้อในโรงพยาบาล การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่
- 5.4 ทีมบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัย การฝึกซ้อมป้องกันอัคคีภัย การเกิดอัคคีภัย การตรวจคุณภาพน้ำ ทั้ง การจัดการขยะ การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ การจัดหา เก็บรักษา แจกจ่าย ซ่อมบำรุง และจำหน่ายเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ

5.5 ทีมเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับเวชระเบียน การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ การจัดการความรู้ การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ และระบบฐานข้อมูลต่างๆ

5.6 ทีมรับเรื่องร้องเรียนและเจรจาไกล่เกลี่ย มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับด้านเรื่องร้องเรียน ผลการจัดการปัญหาข้อร้องเรียน

5.7 ทีมบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (HRD) มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงด้านพฤติกรรมบริการ และสมรรถนะบุคลากร

6 บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทุกระดับ

6.1 ทำความเข้าใจแนวทาง ปฏิบัติตามคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

6.2 เป็นผู้จัดการความเสี่ยง และแก้ไขสถานการณ์เบื้องต้น

6.3 บันทึกอุบัติการณ์ การแก้ไข และรายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด

6.4 ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

คำนิยามศัพท์

1. ความเสี่ยง (Risk)

หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้รับบริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียหรือเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ การทำลายสิ่งแวดล้อม ภาวะในการชดใช้ค่าเสียหาย

2. การบริหารความเสี่ยง (Risk management)

หมายถึง การจัดการในเรื่องการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผล รวมทั้งการดำเนินการเพื่อป้องกันความเสี่ยงและการจัดการเมื่อเกิดปัญหา

3. อุบัติการณ์ (Incident)

หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว

4. บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile)

หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้รับผิดชอบ / หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้นโดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีตและหน่วยงานอื่นๆ ตลอดจนการทบทวนต่างๆ การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากกระบวนการทำงานและการสำรวจภายในหน่วยงานของตนเอง เพื่อหาประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวังทั้งในระดับหน่วยงาน ทีมคร่อมสายงานและระดับโรงพยาบาล

5. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event)

หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งเกิดจากการรักษาและไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาการรักษาเพิ่มขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรือเกิดความพิการตามมา ลักษณะของสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การบาดเจ็บ เหตุร้าย ภัยอันตราย การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ความไม่แน่นอน การถูกเปิดเผย เป็นต้น

6. เหตุการณ์พึงสังวรณ์ (Sentinel Event)

หมายถึง เหตุการณ์สำคัญรุนแรงและไม่พึงประสงค์ เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดหมายที่อาจเกิดขึ้นได้ มีผลต่อชีวิต ร่างกาย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะของผู้ป่วย ทรัพย์สินหรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ตามที่โรงพยาบาลกำหนด 7 รายการ

7. การวิเคราะห์สาเหตุราก (Root Cause Analysis)

หมายถึง การวิเคราะห์เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถพัฒนาแนวทางแก้ไขป้องกันได้อย่างเหมาะสมและตรงกับสาเหตุที่แท้จริง โดยมีวิธีการที่หลากหลายที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์

8. ใบรายงานอุบัติการณ์ (Incident Report)

หมายถึง แบบฟอร์มที่ใช้ในการรายงานความเสี่ยงที่ได้กำหนดขึ้นสำหรับโรงพยาบาลภักดีชุมพล ประกอบด้วย ส่วนของข้อมูลและตัวช่วยในการประเมิน ซึ่งเป็นช่องทางหนึ่งในการรายงานความเสี่ยง

ประเภทความเสี่ยง

1. ความเสี่ยงทั่วไป (Non Clinic Risk)
2. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)
 - 2.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk)
 - 2.2 ความเสี่ยงเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk)

1. ความเสี่ยงทั่วไป (Non Clinic Risk)

ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อม อัคคีภัย เครื่องมือ ข้อร้องเรียน เป็นต้น

2. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

2.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk)

เหตุการณ์หรือการดูแลรักษาที่อาจเกิดอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยทั่วไปรายใดก็ได้ไม่จำเพาะโรค

2.2 ความเสี่ยงเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk)

ความเสี่ยงใดๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและอาจเกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือเสียชีวิตโดยระบุจำเพาะโรคและภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับโรคนั้นๆ

ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทางคลินิก (Clinic)แบ่งเป็น 9 ระดับ คือ A – I

ระดับ	ลักษณะการเกิดอุบัติการณ์	ผลกระทบ	ความหมาย
A	Near Miss	เหตุการณ์ที่มีโอกาสผิดพลาด	เสี่ยงแต่ยังไม่เกิด
B	Near Miss	ความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วยและ/หรือบุคลากร	เกิดแต่ยังไม่ถึง
C	Miss	ความผิดพลาดเกิดขึ้นถึงตัวผู้ป่วยแต่ไม่ถึงอันตราย	ถึงแต่ไม่เป็นไร
D	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ	ต้องเฝ้าระวังไว
F	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและเกิดอันตรายชั่วคราวแก่ผู้ป่วยและต้องให้การรักษาเพิ่มมากขึ้น	ต้องให้การรักษา
G	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิด ความพิการถาวร ต้องพิการถาวร	ต้องเสียเวลานอน
H	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยต้อง ได้รับการช่วยชีวิต ต้องช่วยชีวิต	ต้องพิการ
I	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วย เสียชีวิต เสียชีวิต	ต้องเสียชีวิต

ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไป (Non Clinic)

ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไป แบ่งเป็น 4 ระดับ

ระดับความรุนแรง	ผลกระทบ
1. เกือบพลาด (Near Miss)	ยังไม่เกิดความผิดพลาด แต่มีแนวโน้มหรือโอกาสที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้
2. รุนแรงน้อย (Low Risk)	มีความผิดพลาดเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตราย เกิดความเสียหายเล็กน้อย มูลค่าความเสียหายน้อยกว่า 10,000 บาท
3. รุนแรงปานกลาง (Moderate Risk)	มีความผิดพลาดเกิดขึ้น เกิดอันตรายหรือความเสียหายต่อผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/อุปกรณ์เครื่องมือ มูลค่าความเสียหายมากกว่า 10,000 – 50,000 บาท
4. รุนแรงสูง (High Risk)	มีความผิดพลาดเกิดขึ้น เกิดอันตรายหรือความเสียหาย มีโอกาสถูกร้องเรียน/ฟ้องร้อง มูลค่าความเสียหายมากกว่า 50,000 บาท

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) มีขั้นตอน ดังนี้

1.1 การค้นหาจากอดีต เช่น ศึกษาความสูญเสียของหน่วยงานที่ผ่านมา เรียนรู้จากประสบการณ์หรือความผิดพลาดของคนอื่น ทบทวนข้อร้องเรียน

1.2 การศึกษาจากการสำรวจสภาพการณ์ในปัจจุบัน มี 2 ประเภท คือ

1.2.1 การค้นหาเชิงรุกจากการตรวจสอบ เช่น ENV Round, IC Round, Risk Round, การทบทวนเวชระเบียน การค้นหาจากกระบวนการทำงาน

1.2.2 การค้นหาเชิงรับจากรายงานต่างๆ เช่น รายงานอุบัติการณ์ รายงานเวรตรวจการ บันทึกประจำวันของหน่วยงาน เป็นต้น

1.3 การจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk Profile)

1.4 การจัดบัญชีความเสี่ยงเข้าโปรแกรมความเสี่ยง เพื่อแยกเป็นหมวดหมู่ สะดวกในการวิเคราะห์แก้ไข ปรับปรุง

2. การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment)

2.1 ประเภทของความเสี่ยง

2.1.1 ความเสี่ยงทางคลินิก หมายถึง ความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลรักษาซึ่งส่งผลต่อสภาพร่างกาย หรืออันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ ได้แก่ ความปลอดภัยจากการใช้ยา การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อกระบวนการดูแลผู้ป่วย

2.1.2 ความเสี่ยงทั่วไป หมายถึง ความเสี่ยงที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการรักษาพยาบาล แต่เกิดจากปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลทำให้เกิดความเสียหาย ได้แก่

1. ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัย และความปลอดภัย หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับอาคาร สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก อุบัติการณ์เกี่ยวกับผลที่เกิดจากการปฏิบัติงานที่มีต่อสุขภาพของบุคลากร ความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน อุบัติการณ์เกี่ยวกับเครื่องมือ อุปกรณ์ ที่ใช้ในการดูแลรักษา

2. ความเสี่ยงด้านข้อร้องเรียน และสิทธิผู้ป่วย หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย การตัดสินใจรับ หรือไม่รับการรักษา อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนด้านต่างๆ เช่น พฤติกรรมบริการ

3. ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและเวชระเบียน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ความไม่พร้อมใช้ของคอมพิวเตอร์ โปรแกรมการสื่อสารบันทึก การจัดเก็บข้อมูล และเกี่ยวกับข้อมูลสถิติต่างๆ อุบัติการณ์เกี่ยวกับเอกสารประวัติของผู้ป่วย เช่นการบันทึก การจัดเก็บ การค้นหา การระบุตัวผู้ป่วย การบันทึกสิทธิ์การรักษา การบันทึกค่ารักษาพยาบาล การบันทึกที่แสดงถึงคุณภาพการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสื่อสารของสหวิชาชีพ

4. ด้านการสนับสนุนบริการ หมายถึง การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกจากงานสนับสนุนอุบัติการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียรายได้ ทรัพย์สินของทางราชการต่างๆ

2.2 การแบ่งระดับความรุนแรง

2.2.1 ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทางคลินิก แบ่งเป็น 9 ระดับ

ระดับ A : ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ขึ้นได้ หรือ ถ้าไม่ให้ความสนใจก็อาจมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น

ระดับ B : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตราย หรือ ไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ เนื่องจากอุบัติการณ์นั้นไม่ถึงตัวผู้ป่วย

ระดับ C : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตราย หรือเกิด ไม่เกิดความเสียหาย แม้อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นถึงตัวผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่

ระดับ D : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตราย หรือเกิด ไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ แต่จำเป็นต้องได้รับการติดตามดูแลและเฝ้าระวังเพิ่มเติม

ระดับ E : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตราย หรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่เพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา และแก้ไขเพิ่มเติม

ระดับ F : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นถึง และเป็นอันตราย หรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ เพียงชั่วคราว รวมถึงต้องได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล หรือยึดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป

ระดับ G : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นถึง และเป็นอันตราย หรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ ต้องส่งต่อ หรือเกิดความพิการอย่างถาวร

ระดับ H : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นถึง และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ จนเกือบถึงแก่ชีวิตต้องช่วยชีวิต

ระดับ I :

2.2.2 ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทั่วไป มี 4 ระดับ คือ

ระดับ 1 : Near Miss เป็นเรื่องปกติ อาจก่อความรำคาญ ยังไม่เกิดความเสียหาย หรือมีโอกาสสูญเสียทรัพย์สินแต่ยังไม่สูญเสีย

ระดับ 2 : Low Risk ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (<10,000 บาท) แต่สามารถแก้ไขปัญหาได้ หรือผู้ป่วยไม่พอใจ แจ้งเจ้าหน้าที่อุบัติการณ์เกิดขึ้นถึง และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ จนถึงแก่ชีวิต

ระดับ 3 : Moderate Risk ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (10,000 – 50,000บาท) ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาได้ แต่ต้องสูญเสียบางอย่างไป หรือผู้ป่วยไม่พอใจต้องให้โรงพยาบาลรับผิดชอบโดยแจ้งหัวหน้างาน หรือผู้อำนวยการโดยตรง

ระดับ 4 : High Risk ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (> 50,000 บาท)หรือเสียชีวิตต่อโรงพยาบาลอย่างรุนแรง ไม่สามารถแก้ไขได้ หรือผู้ป่วยไม่พอใจอย่างมากต้องให้โรงพยาบาลรับผิดชอบโดยฟ้องร้องผ่านองค์กรภายนอก

3. จัดการความเสี่ยง (Action to Manage Risk)

3.1 กลยุทธ์การควบคุมการสูญเสีย

3.1.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่น การส่งต่อ

3.1.2 การป้องกันความเสี่ยง เช่น จัดหาบริษัทเพื่อดูแลเครื่องมือทางการแพทย์ และห้องปฏิบัติการ

3.1.3 การป้องกันความเสี่ยง เช่น ใส่ของมีคมในกล่องที่หนา การมีระบบบำรุงรักษาเชิง ป้องกัน เช่น การตรวจสอบเครื่องมือ การสอบเทียบเครื่องมือต่างๆ มีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา การตรวจอุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน การให้ความรู้เจ้าหน้าที่

3.1.4 มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้แก่ ทุกหน่วยงานมีระบบการรายงานความเสี่ยงหลายช่องทาง สะดวก มีการสื่อสารย้อนกลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ไม่เกี่ยวข้อง

3.2 การจัดการหลังเกิดเหตุ

3.2.1 ลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ เป็นการดูแลแก้ปัญหาฉับพลัน โดยการเอาใจใส่ ให้ข้อมูลตรงไปตรงมา ภายใต้คำแนะนำ การสื่อสาร ความเข้าใจที่ดีต่อกัน ประคับประคองจิตใจ ขวัญกำลังใจทั้งผู้ป่วยญาติ และเจ้าหน้าที่ รายงานผู้บริหารสูงสุดและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ติดตามประเมินผล

3.2.2 การบริหารเงินค่าชดเชยกรณีต้องชดเชยค่าเสียหาย ทีมควบคุมค่าเสียหาย/ไกล่เกลี่ยจะเป็นผู้สรุปข้อมูลปัญหา นำเสนอต่อผู้บริหารสูงสุด และทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาลร่วมกันพิจารณา

3.2.3 การรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยง (Incident Report)

ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ A-B, หรือความเสี่ยงทั่วไประดับ 1 (Near Miss)

1) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ประเมินสถานการณ์ / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แจ้งหัวหน้าเวร/หัวหน้าหน่วยงานรับทราบ เพื่อหาแนวทางป้องกันแก้ไขโดยหัวหน้างาน เป็นความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

2) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์บันทึกใบรายงานอุบัติการณ์

3) ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน ส่งเลขาทีมบริหารความเสี่ยงภายใน 1 เดือน

ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ C-D หรือความเสี่ยงทั่วไประดับ 2 (Low Risk)

1) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ประเมินสถานการณ์ / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แจ้งหัวหน้าเวร/หัวหน้าหน่วยงานรับทราบ เพื่อหาแนวทางป้องกันแก้ไขโดยหัวหน้างาน เป็นความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

2) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์บันทึกใบรายงานอุบัติการณ์

3) ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน ส่งเลขาทีมบริหารความเสี่ยงภายใน 1 สัปดาห์

ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ E- F, หรือความเสี่ยงทั่วไประดับ 3 (Moderate Risk)

- 1) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ประณีสถานการณ์ / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้นจากนั้น แจ้งหัวหน้าเวร/หัวหน้าหน่วยงานรับทราบภายใน 24 ชั่วโมง
- 2) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์บันทึกใบรายงานอุบัติการณ์
- 3) ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน ส่งเลขาทีมบริหารความเสี่ยงภายใน 72 ชั่วโมง (3 วัน)
- 4) ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน ส่งเลขาทีมบริหารความเสี่ยงทุกเดือน ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ G H I, หรือความเสี่ยงทั่วไประดับ 4 (High Risk) และ sentinel event (เหตุการณ์พึงสังวรณ์)

- 1) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ประณีสถานการณ์ / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้น จากนั้นแจ้งหัวหน้าเวร/หัวหน้าหน่วยงานรับทราบทันที
- 2) กรณีในเวลาราชการ หัวหน้าหน่วยงานรายงานผู้อำนวยการ/ผู้จัดการความเสี่ยงโปรแกรมที่เกี่ยวข้องทันที
- 3) กรณีนอกเวลาราชการ หัวหน้าเวรรายงานแพทย์เวรทันที แล้วแพทย์เวรรายงานผู้อำนวยการทันที
- 4) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์บันทึกใบรายงานอุบัติการณ์ ส่งเลขาทีมบริหารความเสี่ยงภายใน 24 ชั่วโมง
- 5) ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน ส่งเลขาทีมบริหารความเสี่ยงทุกเดือนข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ

1) รายงานหัวหน้างานและเลขาทีมบริหารความเสี่ยง ประสานทีมดำเนินการใกล้เคียง /ลดความเสี่ยง/ สอบสวนและแจ้งผู้อำนวยการทราบภายใน 24 ชม.

2) ทีมบริหารความเสี่ยงประณีสถานการณ์และติดตามผลการดำเนินการแก้ไข สรุปผลหลังเกิดเหตุการณ์ รายงานต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลภายใน 1 สัปดาห์

3.2.4 การจำแนกความเสี่ยงและการจัดการ

ทีม PCT/CLT : การดูแลผู้ป่วยทางคลินิก

ทีม PTC : ความคลาดเคลื่อนทางยา

ทีม IC : การควบคุมป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อ

ทีม ENV : อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์

ทีม IM : เทคโนโลยีและสารสนเทศ

ทีม HRD : บุคลากร การสนับสนุนบริการ และประสานงาน

ทีมเจรจาใกล้เคียง : ข้อร้องเรียนและสิทธิผู้ป่วย

3.2.5 เรื่องที่ต้องประสานกับหน่วยงานอื่น / เรื่องที่ต้องวิเคราะห์ RCA

ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ E ขึ้นไป / ความเสี่ยงทั่วไประดับ 3 ขึ้นไป

ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ C, D / ความเสี่ยงทั่วไประดับ 2 ที่เกิดขึ้นซ้ำมากกว่า 3 ครั้ง/เดือน

3.2.6 การสรุปข้อมูลอุบัติการณ์/ความเสี่ยง

ทีมบริหารความเสี่ยงสรุปข้อมูลทุกเดือน เสนอที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและสรุปข้อมูลรวมทุก 3 เดือน

□ ส่งกลับให้ทุกหน่วยงานรับทราบเพื่อนำไปวิเคราะห์ในหน่วยงาน หาแนวทางแก้ไขป้องกันต่อไปเรื่องที่ต้องวิเคราะห์ RCA ส่งข้อมูลกลับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลภายใน 30 วัน

4. ประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ นำไปสู่การปรับปรุงระบบให้ดีขึ้น

4.1 ประเมินระบบ/กระบวนการที่วางไว้ / ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่

4.2 ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง

- การเขียนรายงานอุบัติการณ์และการส่งใบรายงานตามระยะเวลาที่กำหนด
- จำนวน / ประเภท ของความเสี่ยง, อุบัติการณ์
- อัตราของความเสี่ยง / อุบัติการณ์ตามกลุ่มประเภทความเสี่ยง, ความรุนแรง
- ระดับความรุนแรง
- อัตราการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

Patient Safety Goals : SIMPLE

SIMPLE คืออักษรย่อของหมวดหมู่สำหรับ Patient Safety Goals

S = Safe Surgery

I = Infection Control

M = Medication and Blood Safety

P = Patient Care Process

L = Line, Tube, Catheter

E = Emergency Response

SIMPLE	จุดเน้นในแต่ละปี	เป้าหมาย	
S:Safe surgery	Refer เคสหลังคลอดไปทำหมันที่รพ.แม่ข่าย รับกลับมา Admitted		
I = Infection Control	- อัตราการติดเชื้อจากคาสายสวนปัสสาวะ(CAUT)	2:1000วันคาสาย	0
	- อัตราการติดเชื้อของบุคคลากรจากการปฏิบัติงาน	0	0.32
M:Medication	M1: Safe from ADE HAD		
	IPD : HAD - อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา กลุ่มเสี่ยงสูง(ผู้ป่วยใน)ระดับความรุนแรง E-I	<0.1 /1000 วันนอน	0
	ER : HAD - อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา กลุ่มเสี่ยงสูง(ผู้ป่วยใน)ระดับความรุนแรง E-I	<0.1/1000 ใบสั่งยา	0
	M2:Safe from medication error		
P:Patient care process	IPD : LASA - อัตราความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา LASA (ผู้ป่วยใน)ทุกระดับความรุนแรง	≤ 1:1,000 วันนอน	0
	P1:Identification		
	: จำนวนครั้งของการรักษาผิดคน (ระดับ E ขึ้น)	0 ครั้ง	0
	Care delivery		
	: การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	0 ครั้ง	0
	: ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค		2

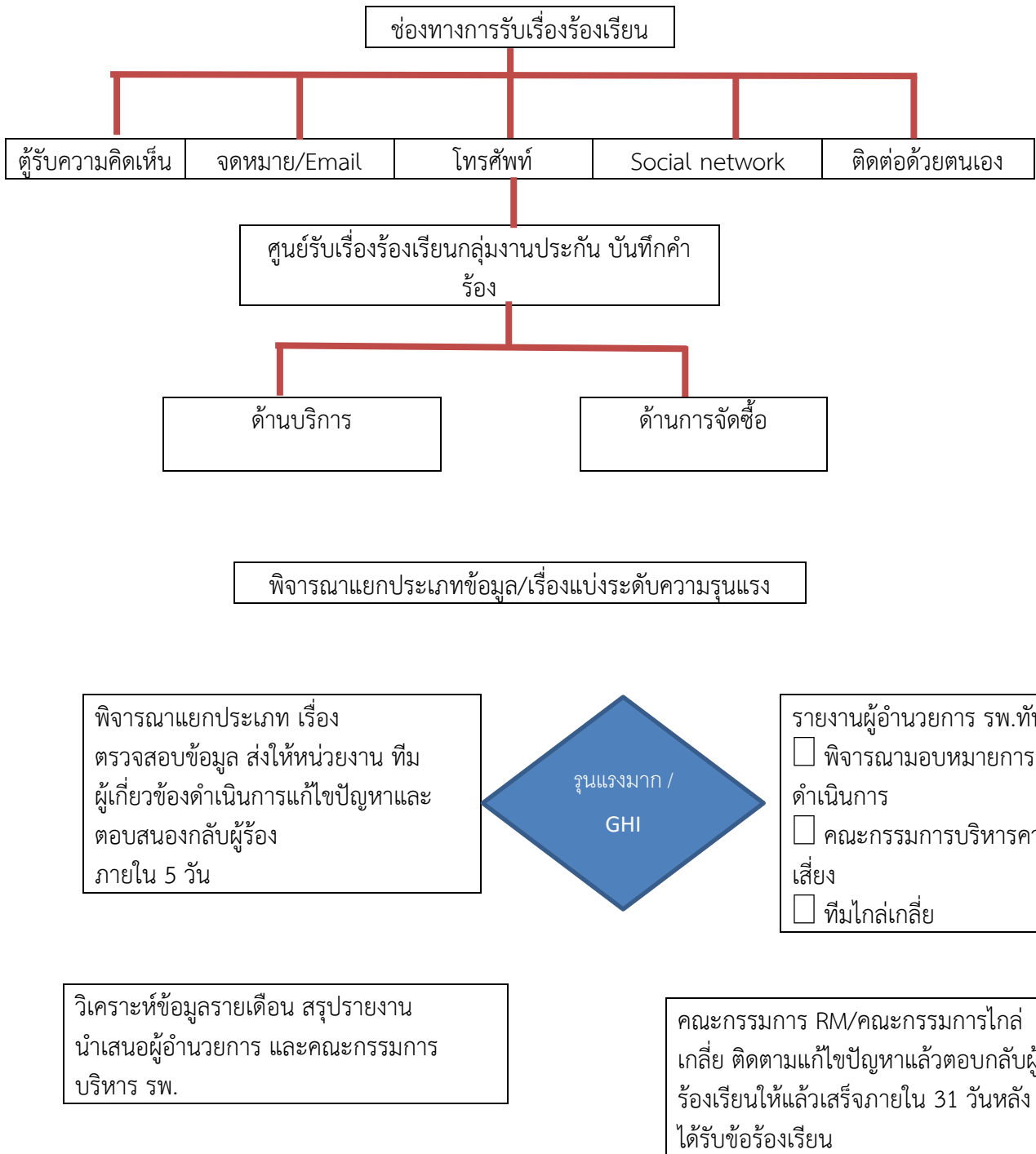
L : line tube catheter	L1:Avoiding catheter and tubing miss-connections		
	- จำนวนการเลื่อนหลุดของ ET tube, ICD		0
E:Emergency	E1:Response to the Deteriorating Patient - จำนวนอุบัติการณ์ที่ตอบสนองต่อการช่วยเหลือฉุกเฉินที่ไม่ทันเวลา	0 ครั้ง	0
	E2:Sepsis -อุบัติการณ์เสียชีวิตจาก Septic Shock	< 30 %	3
	E3:Acute coronary syndrome ร้อยละของการได้รับ SK ภายใน 30 นาที	60 %	33%
	E4:Maternal & Neonatal morbidity - อัตราการเกิด hypovolemic shock จาก PPH	< 5%	2.5
	- BA	<25:1,000 การเกิดมีชีพ	22.4

Sentinel event เหตุร้ายที่ต้องรายงานให้ผู้บริหารรับทราบทันทีตามความเหมาะสม

1. อัคคีภัย
2. อุบัติเหตุ-อุบัติเหตุหมู่
3. ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด
4. การระบาด และการแพร่กระจายโรค
5. มารดาเสียชีวิต / Dead Fetus / ทารกตายคลอด
6. สถานการณ์ความไม่สงบ
7. ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล
8. โจรกรรม
9. เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล (Social Media :ออกสื่อ)และก่อให้เกิดการฟ้องร้อง
10. การบาดเจ็บหรือเกิดความเสียหายที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ
11. สาธารณภัยที่ต้องรายงานปลัดกระทรวงทันทีแนวทางรับข้อร้องเรียน
 - กรณีเข้าเกณฑ์และเงื่อนไขที่ควรส่งเข้ากระบวนการรับข้อร้องเรียนได้แก่
 1. ความเสี่ยงทางคลินิก ได้แก่
 - ระดับความรุนแรง G H I เพื่อพิจารณาว่า เสี่ยงต่อการเกิดข้อร้องเรียนหรือไม่
 2. ความเสี่ยงที่ไม่ใช่ความเสี่ยงทางคลินิก ได้แก่
 - เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการให้บริการ / หรือผิดวินัยของข้าราชการ
 - ความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อรายได้ ทรัพย์สิน และทรัพยากรของโรงพยาบาล ในระดับ มาก
 - ความเสี่ยงที่สูง

Flow chart กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์

กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการโรงพยาบาลภักดีชุมพลผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล



โปรแกรมความเสี่ยง แบ่งเป็นทั้งหมด 7 โปรแกรม ดังต่อไปนี้

1. ความเสี่ยงด้านการดูแลผู้ป่วย
 - a. โปรแกรมย่อยที่ 1.1 ความเสี่ยงทั่วไปทางคลินิก (common clinical risk)
 - b. โปรแกรมย่อยที่ 1.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (specific clinical risk)
2. ความเสี่ยงด้านระบบยา
3. ความเสี่ยงด้านควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ
4. ความเสี่ยงด้านเวชระเบียนและสารสนเทศ
5. ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่
6. ความเสี่ยงด้านรักษาความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม / โครงสร้างกายภาพ/เครื่องมือ อุปกรณ์/สาธารณูปโภค
7. ความเสี่ยงด้านข้อร้องเรียน และพฤติกรรมบริการ

การทบทวน 12 กิจกรรม เป็นกลไกตรวจจับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

- 1.การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย : เป็นการตรวจหาปัญหาในเรื่องความเหมาะสมของการดูแลผู้ป่วย อาจพบเหตุเกือบพลาดหรือภาวะแทรกซ้อนและสามารถแก้ไขได้ในทันที
- 2.การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา : เป็นการตรวจหาปัญหาในเรื่อง competency ขององค์กร รวมทั้งความไม่พึงพอใจ ซึ่งอาจจะแฝงอยู่
- 3.การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง : เป็นการทบทวนประสบการณ์ในหน่วยงานของตนเองและองค์กรอื่น รวมทั้งความเป็นไปได้ที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยไม่ต้องรอให้เกิดเหตุการณ์ก่อน ทีมงานอาจจะนำเหตุการณ์ซึ่งเกิดขึ้นที่อื่นมาพิจารณาในเชิงรุก โดยการถามว่า “เหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้นในองค์กรของเราได้หรือไม่” ถ้ามีโอกาสก็หาทางป้องกันโดยไม่ต้องรอให้เกิดเหตุการณ์นั้นก่อน
- 4.การป้องกันและการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล : เป็นการตรวจหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เฉพาะระบบการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 5.การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา: เป็นการตรวจหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือ เหตุเกือบพลาดเฉพาะระบบยา
- 6.การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีใบแพทย์ : เป็นการตรวจหาปัญหาในเรื่อง competency ของผู้ประกอบวิชาชีพ รวมทั้งเป็นการรวบรวมข้อมูลที่จะเป็นเนื้อหาในการพัฒนา competency หรือการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม
- 7.การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ : เป็นการตรวจหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง เช่นการเสียชีวิต การเกิดภาวะแทรกซ้อน
- 8.การทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียน : เป็นการตรวจหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือ เกือบพลาด ซึ่งบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร การทบทวนหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยแล้วจะทำให้ตรวจจับเหตุการณ์ที่อาจหลุดรอดไปจากรายงานอุบัติการณ์
- 9.การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ : เป็นการหาโอกาสปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกโดยไม่ต้องรอให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- 10.การติดตามเครื่องชี้วัดที่สำคัญ : เป็นการศึกษา performance ของระบบว่าอยู่ในระดับที่น่าพอใจหรือไม่

11.การทบทวนการใช้ทรัพยากร

12.การทบทวนความคิดเห็น/ข้อร้องเรียน : เป็นการรับทราบความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยอาจมีตั้งแต่ระดับไม่รุนแรงถึงระดับรุนแรงมาก ไม่ว่าจะเป็ความไม่พึงพอใจในระดับใดก็สามารถสะท้อนปัญหาเชิงระบบขององค์กรได้

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง (Risk Management) ระดับของโอกาสเกิดความเสีง (Likelihood)

เกณฑ์	โอกาสที่จะเกิดขึ้น	PrObabillty	โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์
1	น้อยมาก (Rare / Remote)	<1/10000	โอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก เกิด 1 ครั้งใน 5 ปี
2	น้อย (Unlikely / Uncommon)	1/10000	โอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก เกิด 1 ครั้งใน 2-3 ปี
3	ปานกลาง (Possible/ Occasional)	1/1000	โอกาสเกิดขึ้นบ่อย หรือเกิด 1 ครั้งใน 3 เดือน ใน 1 -2 ปี
4	สูง (Likely / Frequent)	1/100	เกิดขึ้น 1-6 เดือนต่อครั้งแต่ไม่เกิน 5 ครั้ง
5	สูงมาก (Almost certain)	1/10	เกิดขึ้น 1 เดือนต่อครั้งหรือมากกว่า

ตารางวิเคราะห์ Risk Matrix

ความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)	โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood)				
	น้อยมาก 1	น้อย 2	ปาน กลาง3	สูง4	สูงมาก 5
Catastrophlc event) (5)	6	7	8	9	10
Major (4)	5	6	7	8	9
Moderate (3)	4	5	6	7	8
Minor (2)	3	4	5	6	7
Negigible (1)	2	2	4	5	6

ผู้อนุมัติ

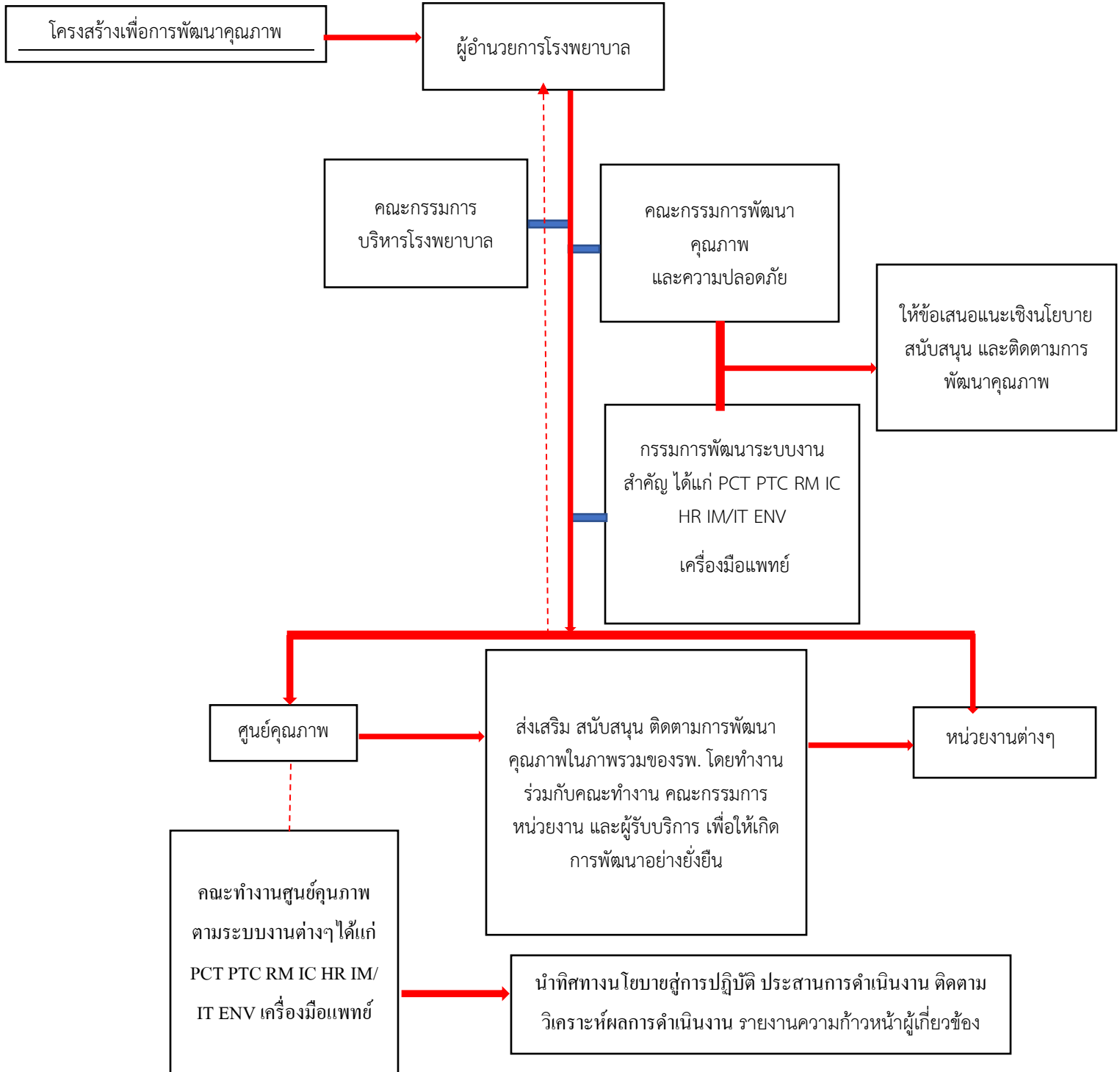
(นายวิจิต รุ่งพุทธิกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภักดีชุมพล

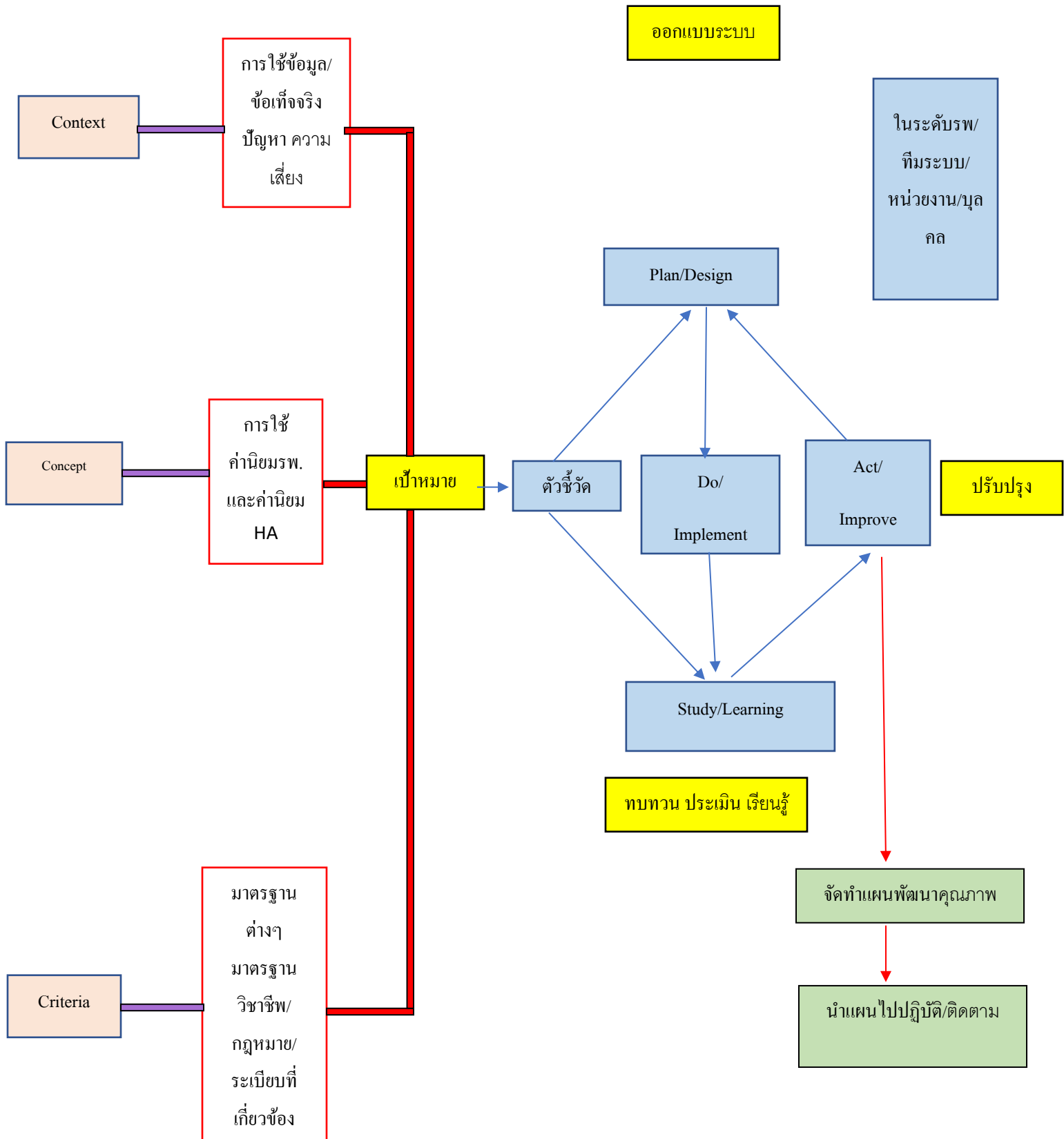
ศูนย์คุณภาพและระบบบริหารความเสี่ยง

การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

เป้าหมาย เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืน



กรอบแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพ



การสนับสนุนจากผู้นำเพื่อให้เกิดคุณภาพและความยั่งยืน

1. กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพในระบบงานสำคัญ และนโยบายความปลอดภัย
2. ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านคุณภาพ โดยกำหนดเป็นเนื้อหา ปฐมนิเทศบุคคลากรใหม่ การมอบหมายให้ร่วมเป็น คณะกรรมการ คณะทำงาน การส่งอบรมภายใน-ภายนอก การร่วมแลกเปลี่ยนในเวทีต่างๆ
3. พัฒนาความรู้และทักษะคณะทำงานระบบงานสำคัญ ตั้งแต่การสอนมาตรฐาน การวิเคราะห์กระบวนการทำงาน การค้นหาความเสี่ยงในกระบวนการทำงาน การจัดทำ แนวทางปฏิบัติที่สำคัญ และการติดตามการปฏิบัติที่หน้า งาน
4. การฝึกทักษะการ Coaching ให้กับคณะทำงาน ตั้งแต่ ผู้อำนวยการทำให้ดู การให้คณะทำงานฝึกทำเอง โดยการ ไปตามรอยระบบงานต่างๆ การนำประเด็นที่ได้จากการ เยี่ยมหน้างานมาแลกเปลี่ยน เพื่อฝึกให้มองเชิงระบบโดย ใช้กระบวนการProcess ประกอบด้วย ADLI
5. การจัดให้มีระบบติดตามการพัฒนาคุณภาพใน ระบบงานสำคัญ/หน่วยงานโดย

สิ่งที่พบหน้างาน คืออาการและ
อาการแสดงของระบบ

A D L I

Approach : แนวทาง เป้าหมาย
ผู้รับผิดชอบ

Deployment : การนำสู่การปฏิบัติ
การสื่อสาร ความรู้

Learning : การเรียนรู้ประเมิน
ติดตาม

Integation : การบูรณาการ ให้ไปใน
ทิศทางเดียวกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

การสนับสนุนจากผู้นำเพื่อให้เกิดคุณภาพและความยั่งยืน

- 5.1 จัดเวทีให้คณะทำงานตามระบบงานสำคัญนำเสนอผลการดำเนินงาน และประเมินประสิทธิภาพของระบบงาน
- 5.2 กำหนดให้ทุกทีม/ทุกหน่วยงานมีการติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานตามแผนทุก 3 เดือน
- 5.3 กำหนดให้หัวหน้างาน สรุปผลการดำเนินงานส่งผู้อำนวยการทุกเดือน
- 5.4 กำหนดเป็นวาระติดตามในเวทีประชุมกรรมการบริหารและคปสอ.
- 6.การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดย
 - 6.1กำหนดนโยบายความปลอดภัย ในประเด็น
 - 1.การป้องกันและเฝ้าระวังการระบุตัวตนผิดพลาด
 - 2.การป้องกันและเฝ้าระวังการให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
 - 3.การป้องกันและเฝ้าระวังการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการคลาดเคลื่อน
 - 4.การป้องกันและเฝ้าระวังการคัดกรองคลาดเคลื่อน
 - 5.การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อที่สำคัญของโรงพยาบาล
 - 6.การป้องกันการติดเชื้อและบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่
 - 7.การป้องกันและเฝ้าระวัง การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
 - 8.การป้องกันและเฝ้าระวังประเมินและการวินิจฉัยคลาดเคลื่อน
 - 9.การป้องกันและเฝ้าระวังการเกิด Medication Error/การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา HAD,การแพ้ยาซ้ำ
 - 6.2 ส่งเสริมการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้พัฒนาต่อเนื่อง
 - 6.3 สนับสนุนกิจกรรมเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย เช่นการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมเป็นปัจจุบัน การพัฒนาความรู้ทักษะบุคลากร การจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมตามภาระงาน การสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ให้เพียงพอ

- 1.การกำหนดนโยบายความปลอดภัย สื่อสารสู่การปฏิบัติ
- 2.การสนับสนุนทรัพยากร เช่น เครื่องมืออุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน อุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย การพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน อัตรากำลัง
- 3.การเป็น Role model ของผู้นำทุกระดับ
- 4.มีการส่งเสริมการจัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวกับความปลอดภัย
- 5.ส่งเสริมการทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การ Quality round
- 6.การนำมาตรฐานต่างๆสู่การปฏิบัติ เช่น HA, QA, LA มาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานแผนกรังสี ห้องปฏิบัติการ กายภาพ แพทย์แผนไทย
- 7.การประเมินตนเองด้วยเครื่องมือต่างๆ
- 8.การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม

ผลลัพธ์การเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

ผลลัพธ์	เป้าหมาย	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565
1.การระบุตัวตนผิดพลาด	0	9	7	6	8	6
2.ให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	0	0	0	0	0	0
3.การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการคลาดเคลื่อน	<0.1%	0.04	0.02	0.03	0.01	0.01
4.การคัดกรองคลาดเคลื่อน						
ร้อยละของการคัดแยก under triage ที่ ER	<2%	1.96	2.38	2.10	1.94	2
ร้อยละของการคัดแยก over triage ที่ ER	<5%	5.8	6.5	3.65	4.8	3.2
5.การติดเชื้อที่สำคัญของโรงพยาบาล	<5: 1000	0.47	0.08	1.39	0	0.52
อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ(CAUTI)	<2: 1000	2.6	0	0.30	0	0
อัตราการติดเชื้อตำแหน่งการให้สารน้ำ (Phlebitis)	<5: 1000	0.59	0.89	0	0	0.008
6.การติดเชื้อและบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน						
อัตราเจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งหรือของมีคมที่มตำขณะปฏิบัติงาน	< 2%	6.2	1.53	4.61	2.11	1.38
อุบัติการณ์บุคลากรทางการพยาบาลติดเชื้อ TB/Covid-19 จากการปฏิบัติงาน	0/0	0.77/0	0/0	0/0	0/1.4	0/ 22.22
7.การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง	0	0	0	0	0	0
8.การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน	0	NA	NA	6	4	1
9. Medication Error	<2: 1000	2.79	15.51	0.67	1.46	0.77

การส่งเสริมการประเมินตนเอง

วิธีการประเมินตนเอง	ผลลัพธ์
ทบทวนทิศทาง เป้าหมายของนำของรพ./หน่วยงาน	นำสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงานทุกปี ส่งผลให้หน่วยงาน/ระบบงานมี Action plan ในการดำเนินงาน 100 %
ทบทวนเวชระเบียน	นำสู่การปรับปรุงแนวทางการดูแล ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญดีขึ้น เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรค Stroke, STEMI, Sepsis กลุ่มเสียชีวิต ทరుกลง ส่งต่อ Revisit/readmit Refer
ติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานทุก 3 เดือน	ดำเนินงานตามแผนและส่งสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปี 2565=100 % การบรรลุตามยุทธศาสตร์รพ.ปี 2563-2565= ร้อยละ93.94,87.87และ87.87 ตามลำดับ
การประเมินแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ	1.มีการประเมินแนวทางปฏิบัติ ที่ต้องปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันจำนวน 5 แนวทางปฏิบัติ เนื้อหาเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน และมีการนำสู่การปฏิบัติ 2.การปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ยังพบอุบัติการณ์เรื่องการระบุดัวผู้ป่วยผิดพลาด การคัดแยกผิดพลาด การวินิจฉัยผิดพลาด การติดเชื้อและได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่ ระบบยา แต่มีแนวโน้มลดลง
ทบทวนความเสี่ยงในการทำงาน	นำสู่การพัฒนาและปรับปรุง แก้ปัญหาการทำงาน ทำให้มีผลงานนวัตกรรม/ CQI เพิ่มขึ้นในปี 2565= 7 เรื่อง นำสู่การปรับระบบเพื่อแก้ไขความเสี่ยงในด้านต่างๆ
External survey	นำข้อเสนอแนะมาพัฒนาปรับปรุงผลลัพธ์ เช่น ระบบไฟฟ้า ระบบบำบัดน้ำเสีย
Quality round	ยังทำได้ไม่ต่อเนื่องตามแผนที่วางไว้ ได้ 1 ครั้ง/ปี

ประสิทธิภาพของระบบงานสำคัญเทียบกับเป้าหมายและบทบาททีม

- ผลลัพธ์การดำเนินงานในภาพรวมของทีมระบบงานสำคัญ 8 ระบบ มีผลลัพธ์ส่วนใหญ่บรรลุตามเป้าหมาย
- บทบาททีมในการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานในภาพรวม มีความชัดเจนมากขึ้นแต่เป้าหมายเฉพาะยังไม่ชัดเจน
- บทบาททีมในการสนับสนุนการพัฒนา ทีมมีการจัดทำแผนการพัฒนา มีการจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติ และการสื่อสารสู่การปฏิบัติ

ผลลัพธ์ในบทบาทศูนย์คุณภาพ

บทบาท	เป้าหมาย	การดำเนินงาน	ผลลัพธ์
การสนับสนุนพัฒนา	เพื่อให้หน่วยงาน/ระบบงานมีการนำมาตรฐานคุณภาพสู่การปฏิบัติ	1.ประสานการดำเนินงาน 2.เป็นที่ปรึกษา 3.สนับสนุนการจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติ 4.ส่งเสริมการพัฒนาความรู้ทักษะ	ผ่านการรับรองตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการ ผ่านการรับรองด้านมาตรฐานรังสี ผ่านการรับรองมาตรฐานการแพทย์แผนไทย ผ่านการรับรองมาตรฐาน Green & Clean ระดับดีมากพลัส
การสนับสนุนการจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติ	เพื่อให้รพ.ระบบงานมีคู่มือแนวทางปฏิบัติที่สำคัญจำเป็น	1.กำหนดรายงานเอกสารที่จำเป็นต้องมีร่วมกับระบบงานและหน่วยงาน 2.สนับสนุนการดำเนินการเกี่ยวกับเอกสาร 3.สนับสนุนการสื่อสารเอกสารผ่านช่องทางต่างๆ	จำนวนแนวทางปฏิบัติที่จัดทำปี 2565 =5 เรื่อง
การติดตามการดำเนินงาน	เพื่อให้หน่วยงานระบบงานมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	1.สนับสนุนการจัดทำแผนการปฏิบัติ แผนงานโครงการ 2.ส่งเสริมความรู้ในการจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงานร่วมกับผู้บริหาร 3.ตรวจสอบความสอดคล้องของแผนปฏิบัติการกับแผนยุทธศาสตร์ของรพ. 4.ตรวจสอบความสอดคล้องของวัตถุประสงค์เป้าหมาย กิจกรรม และผลลัพธ์ของแผนการปฏิบัติ 5.ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนทุก 3 เดือน	หน่วยงานที่มีการจัดทำแผนปฏิบัติ ปี 2565=53 โครงการ ร้อยละแผนปฏิบัติการที่มีการจัดทำโครงการ=56.60
การกระตุ้นการพัฒนา	เพื่อให้หน่วยงาน มีการนำแนวทาง/แนวคิดคุณภาพสู่การปฏิบัติ	1.จัดให้มีกิจกรรม Quality อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี/หน่วย 2.จัดเวทีนำเสนอผลการพัฒนาคุณภาพในระบบงานสำคัญ	ดำเนินการได้ไม่ครอบคลุม 1 ครั้ง/ปี จำนวนCQI/นวัตกรรม ปี 2565 = 7 เรื่อง

		ร่วมกับคณะทำงานศูนย์คุณภาพ อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี 3.ส่งเสริมการนำความเสี่ยง/ อุบัติการณ์มาพัฒนา CQI/ นวัตกรรม	
--	--	---	--

โอกาสพัฒนาต่อเนื่อง : การพัฒนาความรู้ทักษะทีมในเรื่องมาตรฐาน การทำงานอย่างเป็นระบบ การสื่อสารที่
ครอบคลุม ชัดเจน และจัดระบบกำกับติดตามที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

แผนพัฒนาระบบบริหารจัดการคุณภาพ

1. พัฒนาระบบบริหารจัดการคุณภาพด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ENV

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
		2566	2567	2568	2569		
1.พัฒนาและ จัดระบบการ จัดการกับ ภาวะฉุกเฉิน	ร้อยละของ เจ้าหน้าที่เข้า ร่วมอบรมและ ซ้อมแผนปีละ 1 ครั้ง	80	80	80	80	1.มีแผนการรองรับอุบัติเหตุหมู่ และการ จัดซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ร่วมกับชุมชนปีละ 1 ครั้งพร้อมมีการจัดอบรมการช่วยฟื้นคืน ชีพของเจ้าหน้าที่ครบ 2.มีการฝึกซ้อมวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัย และภาวะฉุกเฉินอื่นๆ อย่างสม่ำเสมอ 3.มีการตรวจสอบและปรับปรุงระบบ ป้องกันอัคคีภัย 4.มีเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัยที่ เหมาะสม	ENV
2.พัฒนา ระบบการ บริหาร เครื่องมือและ สาธารณูป โภค	1.จำนวนครั้งที่ ไฟฟ้าดับและ เครื่องกำเนิด ไฟฟ้าไม่ทำงาน ตามระยะเวลาที่ กำหนด5 ครั้ง/ปี	5	5	5	5	1.ปรับปรุงดูแลระบบไฟฟ้าสำรองให้มี ความพร้อมใช้งานสม่ำเสมอ มีแนวทาง การปฏิบัติและกำหนดผู้รับผิดชอบ ชัดเจน	ENV

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
		2566	2567	2568	2569		
	2. ปฏิบัติการน้ ระบบก๊าซทาง การแพทย์ไม่ พร้อมใช้	0	0	0	0	2. มีการบำรุงรักษา ทดสอบ และ ตรวจสอบระบบก๊าซทางการแพทย์ให้ พร้อมใช้	ENV
	3. ผลการ ตรวจน้ำทิ้งผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	3. ปรับปรุงระบบประปาให้มีคุณภาพ มาตรฐานตามเกณฑ์	ENV
3. พัฒนาและ ติดตามระบบ บำบัดน้ำเสีย ให้มีประสิทธิ ภาพ	ผลการตรวจน้ำ ทิ้งผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	1. ปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสียให้ผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน 2. ส่งตรวจน้ำทิ้งองค์กรภายนอกและตรวจ วิเคราะห์น้ำทิ้งอย่างสม่ำเสมอ ทุก 3-6 เดือนต่อครั้ง มีการรายงานผ่านทาง อิเล็กทรอนิกส์ตามกฎหมายกระทรวงตาม มาตรา 80 ทุกเดือน 3. มีการทบทวนการจัดการระบบบำบัดน้ำ เสียเมื่อเกิดการร้องเรียนหรือเมื่อเกิด อุบัติเหตุทุกครั้งเพื่อนำไปแก้ไขปัญหา 4. จัดทำแผนขอสนับสนุนงบประมาณใน การสร้างระบบบำบัดน้ำเสียใหม่	ENV
4. พัฒนาระบบ การจัดการ ขยะมูลฝอยให้ มีปริมาณที่ ลดลง	ปริมาณขยะมูล ฝอยลดลง	ลดลง	ลดลง	ลดลง	ลดลง	1. ส่งเสริมให้ประชาชนแยกขยะ และ ทิ้ง ขยะให้ถูกต้อง 2. มีการลดปริมาณของเสียและลดการใช้ วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อมโดยโครงการ ประกวด 3. การจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องการคัด แยกขยะเพื่อลดโลกร้อน ให้กับเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล หน่วยงานสาธารณสุข และ ในชุมชน นำไปแปรรูปและประยุกต์ เพื่อ สร้างรายได้ให้กับชุมชนและครัวเรือน ต่อไป	ENV

2.พัฒนาระบบบริหารจัดการคุณภาพ ทีมเภสัชกรรมและการบำบัด PTC

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
		2566	2567	2568	2569		
1. พัฒนาระบบการติดตามรายงาน ทบพอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา	1. ร้อยละ Medication error with harms (level E up) ทั้งหมด 2. ร้อยละ Medication error with harms (level E up) ที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*	0	0	0	0	1.ส่งเสริมการรายงาน Med error 2.เพิ่มความถี่ในการติดตาม ทบพทวนวางระบบแก้ไขร่วมกัน 3.ทบทวนแก้ไขเร่งด่วนเมื่อพบความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ D ขึ้นไป 4.วางแนวทางป้องกันป้องกันการเกิดซ้ำ 5.ติดตามประเมินผลนำเสนอต่อที่ประชุมทีมนำทุกไตรมาส	ทีมเภสัชกรรมและการบำบัด
2. พัฒนาระบบการจ่ายยานอกเวลาราชการเมื่อห้องยาปิด	1.อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing* OPD	≤ 10 ต่อ 1000 ใบสั่งยา	≤ 10 ต่อ 1000 ใบสั่งยา	≤ 10 ต่อ 1000 ใบสั่งยา	≤ 10 ต่อ 1000 ใบสั่งยา	1.ทบทวนแนวทางการจ่ายยากรณีพยาบาลจ่ายยาแทนเภสัชกร 2. ทบทวนบัญชียาสำรองนอกเวลา ให้มีเฉพาะยาที่จำเป็น 3. จัดหารถยาเพื่อใส่ยา ER นอกเวลา เพื่อใช้นอกเวลาเท่านั้น และวางระบบแลกเปลี่ยนคินยา โดยให้ ER นำส่งห้องยาในเวลาทำการ เพื่อให้เภสัชกรตรวจสอบการใช้ยา 4. มีระบบเวรโทรตามยานอกเวลาราชการเมื่อห้องยาปิดทำการ สามารถเข้าถึงยาจำเป็นได้ตลอด 24 ชั่วโมง	ทีมเภสัชกรรมและการบำบัด

<p>3. พัฒนา ระบบจัดเก็บ สำรองยาให้มี ยาที่มีคุณภาพ</p>	<p>1. อุบัติการณ์ cold chain break down 2. อุบัติการณ์ อุณหภูมิคลังยาออก นอกช่วงเป้าหมาย ≤30 องศาเซลเซียส</p>	<p>0 0</p>	<p>0 0</p>	<p>0 0</p>	<p>0 0</p>	<p>1.วางแผนจัดหาและติดตั้งระบบแจ้ง เตือนอุณหภูมิคลังยาให้สามารถ Alarm ได้ตลอดเวลาที่เกิด อุบัติการณ์อุณหภูมิคลังยาหรือตู้เย็น เก็บยาออกนอกช่วงเป้าหมาย 2. มีแผนการรองรับเกิดอุบัติเหตุ cold chain break down และ อุบัติการณ์ อุณหภูมิคลังยาออกนอก ช่วงเป้าหมาย 3. มีการฝึกซ้อมมีแผนการรองรับเกิด อุบัติการณ์ cold chain break down และอุบัติเหตุ อุณหภูมิคลัง ยาออกนอกช่วงเป้าหมาย</p>	<p>ทีมเภสัช กรรมและ การบำบัด</p>
<p>4. พัฒนา ระบบเบิก-จ่ายยา สำรอง ยานอกเพื่อลด อุบัติการณ์ยา หมดอายุและ ป้องกันความ คลาดเคลื่อน ทางยา</p>	<p>1. มูลค่ายาหมดอายุ 2. ร้อยละความ คลาดเคลื่อนทางยา</p>	<p>< ร้อย ละ 2 ≤ ร้อย ละ 2</p>	<p>< ร้อย ละ 2 ≤ ร้อย ละ 2</p>	<p>< ร้อย ละ 2 ≤ ร้อย ละ 2</p>	<p>< ร้อย ละ 2 ≤ ร้อย ละ 2</p>	<p>1. ทบทวนบัญชี อัตราการสำรองยา นอกฝ่ายเภสัชกรรมร่วมกันระหว่าง ทีมสาขาชีพ จัดทำแนวทางการ สำรองยาในจุดบริการต่างและ กำหนดผู้รับวันหมดอายุ ความ เพียงพอ พร้อมใช้ของยา ต่อ 1 สัปดาห์ 2. วางแนวทางกำกับติดตาม เฝ้า ระวังตรวจสอบยาหมดอายุทั้งในและ นอกฝ่ายเภสัชกรรม โดยกำหนด ผู้รับผิดชอบประจำจุดให้ชัดเจน มี หน้าที่ในเบิก-จ่ายยาจัดเรียงยาตาม ระบบ FEFO และ ตรวจสอบวันหมดอายุทุกเดือนเพื่อ แลกเปลี่ยนค้ายา</p>	<p>ทีมเภสัช กรรมและ การบำบัด</p>

3. พัฒนาระบบบริหารจัดการคุณภาพด้านการดูแลผู้ป่วย PCT

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
		2566	2567	2568	2569		
1.การพัฒนา ระบบการดูแล ผู้ป่วยกลุ่มโรค สำคัญในพื้นที่	ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย กลุ่มโรคที่กำหนด ผ่าน เกณฑ์เป้าหมาย ตามตัวชี้วัดแต่ละโรค กลุ่มโรคฉุกเฉิน STEMI Stroke Sepsis Pneumonia กลุ่มโรคเรื้อรัง DM กลุ่มโรคดูแลต่อเนื่อง IMC, Palliative care	60%	70%	75%	80%	การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มโรค สำคัญ	PCT
2.พัฒนา กระบวนการ การดูแลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงสูง	จำนวนอุบัติการณ์การ วินิจฉัยคลาดเคลื่อน (Diagnosis error) ที่มี ระดับความรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป	0	0	0	0	กิจกรรมการทบทวนและเก็บ อุบัติการณ์/ตัวชี้วัด กลุ่มเสียชีวิต ทรุดลง ส่งต่อ Revisit ที่ Admit หรือ Refer อย่างต่อเนื่อง	PCT
3.พัฒนา กระบวนการ การดูแลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงสูง	ร้อยละการคัดแยกที่ ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป -under triage -over triage					กิจกรรมการทบทวนและเก็บ อุบัติการณ์/ตัวชี้วัด กลุ่มเสียชีวิต ทรุดลง ส่งต่อ Revisit ที่ Admit หรือ Refer อย่างต่อเนื่อง	PCT
		5%	5%	5%	5%		
		2%	2%	2%	2%		

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
		2566	2567	2568	2569		
3.พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง	อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป	0	0	0	0	กิจกรรมการทบทวนและเก็บอุบัติการณ์/ตัวชี้วัด กลุ่มเสียชีวิต ทรุดลง ส่งต่อ Revisit ที่ Admit หรือ Refer อย่างต่อเนื่อง	PCT
	ร้อยละอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)	50%	60%	70%	80%	กิจกรรมการทบทวนและเก็บอุบัติการณ์/ตัวชี้วัด กลุ่มเสียชีวิต ทรุดลง ส่งต่อ Revisit ที่ Admit หรือ Refer อย่างต่อเนื่อง	PCT
4.ส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากร	- ร้อยละบุคคลากรทางการแพทย์/ทีม PCT ได้รับการอบรมแนวทาง PCT	70%	75%	80%	85%	จัดอบรมเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติให้กับบุคคลากรทางการแพทย์/ทีม PCT	PCT & HR
5.ส่งเสริมและกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพใน	-หน่วยงานที่ดูแลรักษาผู้ป่วย(OPD, ER, LR, IPD, Clinic,กลุ่มปฐมภูมิและองค์กรวม,ทันตกรรม,กายภาพ, แพทย์แผนไทย) ได้รับการเยี่ยมกระตุ้นจากทีมดูแลผู้ป่วย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	100 %	100 %	100 %	100 %	- Internal Survey ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย ในหน่วยงานที่ต้องทำการดูแลรักษาผู้ป่วย (OPD, ER, LR, IPD, Clinic, กลุ่มปฐมภูมิและองค์กรวม, ทันตกรรม, กายภาพ, แพทย์แผนไทย)	PCT & HR

4. พัฒนาระบบบริหารจัดการคุณภาพด้านการจัดการความเสี่ยง RM

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
		2566	2567	2568	2569		
1.การพัฒนา ระบบการ บันทึกข้อมูลใน โปรแกรม HRMS	ผลลัพธ์การบันทึก ข้อมูลความเสี่ยง ของแต่ละ หน่วยงาน	70%	80%	90%	100%	พัฒนาสมรรถนะบุคลากร คณะกรรมการความเสี่ยงในการลง บันทึกข้อมูลในโปรแกรมความเย HRMS	RM
2.พัฒนาระบบ การค้นหาความ เสี่ยงเชิงรุก	- อัตราจำนวน อุบัติการณ์การ ความเสี่ยง Nee Miss เพิ่มมากขึ้น ดับ	30%	40%	50%	60%	1.กิจกรรมทบทวนกระบวนการ ทำงานร่วมกับทีม PCT ENV IV PTC อย่างต่อเนื่อง 2.ทบทวน 12 กิจกรรม	RM
	- อุตการณ์ความ เสี่ยงระดับ E ขึ้นไป ลดลง	5%	10%	15%	20%	กิจกรรมการทบทวนและเก็บ อุบัติการณ์/ตัวชี้วัด กลุ่มเสียชีวิต ทรุดลง ส่งต่อ Revisit ที่ Admit หรือ Refer อย่างต่อเนื่อง	RM ร่วมกับ PCT
	- อัตราการ ร้องเรียนที่ระดับ D ขึ้นไปลดลง	5%	10%	15%	20%	กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ ร่วมกับการทำประชาคมผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	RM ร่วมกับ HR ปฐมภูมิ
3.ส่งเสริมและ พัฒนา สมรรถนะ บุคลากร	- ร้อยละบุคลากร ทุกระดับมีความรู้ เรื่องเกี่ยวกับความ เสี่ยงในโรงพยา บาล	80%	85%	90%	95%	จัดอบรมความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ในโรงพยาบาล ความเสี่ยงทั่วไป ความเสี่ยงทางคลินิก	RM & HR

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
		2566	2567	2568	2569		
4.ส่งเสริมและกระตุ้นการพัฒนา งานคุณภาพใน หน่วยงานด้าน การดำเนินงาน เกี่ยวกับระบบ ความเสี่ยงใน โรงพยาบาล (Internal Survey)	- ทุก หน่วยงาน OPD, ER, LR, IPD, Clinic, กลุ่มปฐมภูมิ และองค์กรวม ,ทันตกรรม, กายภาพ, แพทย์แผน ไทย ได้รับการ เยี่ยมกระตุ้น จากทีม อย่าง น้อยปีละ 1 ครั้ง	100%	100%	100%	100%	- Internal Survey ด้านระบบ ความเสี่ยง ทุกหน่วยงาน OPD, ER, LR, IPD, Clinic, กลุ่มปฐม ภูมิและองค์กรวม, ทันตกรรม, กายภาพ, แพทย์แผนไทย	RM
5.พัฒนาระบบ การค้นหาความ เสี่ยงเชิงรับ	- ร้อยละ อุบัติการณ์ ความเสี่ยง ระดับA-D/ 1-2ได้รับการ ทบทวนและ แก้ไขใน หน่วยงาน ระดับE ขึ้น ไป/ 3-4ได้รับ การทบทวน RCAและแก้ไข เชิงระบบ	100%	100%	100%	100%	กิจกรรมการทบทวนและเก็บ อุบัติการณ์/ตัวชี้วัด กลุ่มเสียชีวิต ทรุดลง ส่งต่อ Revisit ที่ Admit หรือ Refer อย่างต่อเนื่อง	RM ร่วมกับ PCT

5.พัฒนาระบบบริหารจัดการคุณภาพด้านการป้องกันการติดเชื้อ IC

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
		2566	2567	2568	2569		
1.การพัฒนา ระบบการเฝ้า ระวังการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล	1. อัตราการ ติดเชื้อในโรง พยาบาล 2. อัตราการ ติดเชื้อ CAUTI :1000 IV day 3.อัตราการติด เชื้อ HAP 4.อัตราการติด เชื้อตำแหน่ง การให้สารน้ำ (Phlebitis)	<5: 1000 <2: 1000 < 0.5%	<5: 1000 <1.5: 1000 < 0.5%	<5: 1000 <1.5: 1000 < 0.5%	<5: 1000 <1.5: 1000 < 0.5%	-โครงการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรด้านการป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คปสอ.ภักดีชุมพล -ทบทวน เฝ้าระวังการติดเชื้อ แบบ Target surveillance อย่างต่อเนื่อง -จัดทำ BUNDLE เป็นแนวทางใน การเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่ม CAUTI,HAP, Phlebitis -ทบทวนแก้ไขเร่งด่วนเมื่อพบ อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล -ติดตามประเมินผลนำเสนอต่อที่ ประชุมทีมนำทุกไตรมาส - ส่งบุคลากรเข้าอบรม ICWN 2 สัปดาห์	IC
2.พัฒนาระบบ การเฝ้าระวังและ การดูแลสุขภาพ บุคลากร	1. อัตราการ ติดเชื้อของ เจ้าหน้าที่รพ. จากการ ปฏิบัติ งาน 2.จำนวน เจ้าหน้าที่ ได้รับอุบัติเหตุ/ สัมผัสเลือด/ สารคัดหลั่ง หรือของมีคม ที่มตำขณะ ปฏิบัติงาน	0 < 2 %	0 < 2 %	0 < 2 %	0 < 2 %	-โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาล คปสอ. ภักดีชุมพล -มีระบบการเฝ้าระวังและการ ดูแลสุขภาพ บุคลากรร่วมกับ HPH ได้แก่ 1. ตรวจสอบสุขภาพก่อนรับเข้า ปฏิบัติงาน 2. ตรวจสอบสุขภาพประจำปี 3. ตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่กลุ่ม เสี่ยง (กลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ ,ห้อง Lab) 4. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค	IC

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
		2566	2567	2568	2569		
	<p>3.บุคลากรในโรงพยาบาลได้รับวัคซีนตามความจำเป็นพื้นฐาน</p> <p>4.อัตราการล้างมือของเจ้าหน้าที่ได้ถูกต้อง</p> <p>5.อัตราการใช้ PPE เหมาะสม</p>	90%	95%	95%	95%	<p>5. ให้ความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อทุกระดับ เช่น การล้างมือ การใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การป้องกันการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน การบาดเจ็บจากการทำงาน</p> <p>6. การจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>7.การวางระบบ Isolation Precautions - ดูแลเจ้าหน้าที่ที่ได้ถูกของมีคมที่คมตำขณะทำงานหรือสัมผัสสารคัดหลั่ง</p>	IC
3.พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการดูแลด้านการติดเชื้อ	อัตราการติดเชื้อที่ต้อง	95%	95%	95%	95%	<p>-โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คปสอ.ภักดีชุมพล</p> <p>- ประสานคณะทำงาน ENV และงานสุขาภิบาลในการดูแลด้านต่างๆดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดการขยะมูลฝอยในโรงพยาบาล 2. การจัดการผ้าเปื้อน 3. การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ 4. การจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย <p>สุขาภิบาลอาหารและรวมทั้งระบบการระบายอากาศ</p> <p>-กำกับดูแลโดยมีการประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อในพื้นที่เสี่ยง/สิ่งแวดล้อมมีโอกาสปนเปื้อน มีการตัดสินใจที่สำคัญ เช่น การประชุมและการวางระบบการควบคุมการติดเชื้อทั่วทั้งองค์กร</p>	IC

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
		2566	2567	2568	2569		
4.พัฒนาระบบ การทำลาย เชื้อและการ ทำให้ ปราศจากเชื้อ	ประสิทธิภาพ การทำให้ ปราศจากเชื้อ (Spore Test Negative)	100%	100%	100%	100%	<p>-โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านการป้องกันและควบคุมการติด เชื้อในโรงพยาบาล คปสอ.ภักดีชุม พล</p> <p>ประเมินการมีประสิทธิภาพของการ ทำลายเชื้อ 7 ด้านตามกระบวนการ หลักของหน่วยจ่ายกลาง มีคู่มือการ ปฏิบัติในการทำความสะอาดอุปกรณ์ ทางการแพทย์ให้สะอาดปราศจาก เชื้อ</p> <p>-ส่งบุคลากรหน่วยจ่ายกลางอบรม การทำลายเชื้อและการทำให้ ปราศจากเชื้อให้ครบทุกคน</p> <p>-ติดตามระบบ(Central Sterile Supply Department ; CSSD) ของ รพ.สต. ทั้งอำเภอ</p>	IC

6. พัฒนาระบบบริหารจัดการคุณภาพบุคลากร HR

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
		2566	2567	2568	2569		
การประเมินบุคลากร บุคลากรทุกระดับได้รับการประเมินสมรรถนะหลักตามเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนขาด	อัตราบุคลากรที่ได้รับการประเมินสมรรถนะหลักตามเกณฑ์ที่กำหนด	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	-กิจกรรมประชุมทุกหน่วยงานในการกำหนดสมรรถนะของแต่ละบุคคลในหน่วยงาน -กิจกรรมอบรมบุคลากรใหม่ก่อนเข้ารับการทำงาน	HR
การวางแผนพัฒนาบุคลากร บุคลากรทุกระดับได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	-อัตราบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามเกณฑ์ -อัตราหน่วยงานที่มีผลงานทางวิชาการอย่างน้อย 1 เรื่อง (เรื่องเล่า , CQI, R2R)	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	-กิจกรรมประชุมทุกหน่วยงานในการกำหนดสมรรถนะของแต่ละบุคคลในหน่วยงาน พร้อมทั้งระบุหาสมรรถนะที่ต้องการพัฒนาเข้ามาในแผนพัฒนาบุคคล -กิจกรรมจัดประกวดงานวิชาการระดับโรงพยาบาล พร้อมทั้งส่งงานวิชาการสู่ระดับจังหวัด เขต และระดับประเทศ	HR
จัดทำแผนงาน แนวทาง เสริมสร้าง ความผาสุก และความพึงพอใจของบุคลากร	-ผลจากการประเมินความสุขของบุคลากร (happinometer)	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	-จัดกิจกรรมที่สานความสัมพันธ์ในหน่วยงาน เช่น การประชุมหน่วยงานประจำสัปดาห์ -จัดกิจกรรมสานความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน เช่น กิจกรรมเกี่ยวข้าว กิจกรรมกีฬา การทำบุญตักบาตรในวันสำคัญ โครงการปฏิบัติธรรม	HR

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
		2566	2567	2568	2569		
บุคลากรทุกระดับมีความผาสุกและพึงพอใจในการปฏิบัติงาน	-อัตราการคงอยู่/ ลาออกของบุคลากร -อัตราความผูกพันของบุคลากร	≤ ร้อยละ 1	≤ ร้อยละ 1	≤ ร้อยละ 1	≤ ร้อยละ 1	งานเลี้ยงปีใหม่ งานเลี้ยงรับส่งเจ้าหน้าที่ กิจกรรมพัฒนาองค์กร OD เป็นต้น	HR
<u>จัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากร :</u> บุคลากรทุกกลุ่มสุขภาพ มีแนวทางและมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	-อัตราบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และสุขภาพดี	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร - DPAC -โครงการแข่งกีฬาภายใน -โครงการกีฬาโซนใต้ - ตรวจสุขภาพประจำปี - ประเมินความเสี่ยงในการทำงาน - ฉีดวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	HR
	-อัตราบุคลากรในโรงพยาบาลได้รับวัคซีนตามความจำเป็นพื้นฐาน	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90		

7. พัฒนาระบบบริหารจัดการคุณภาพด้านเวชระเบียนIM

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
		2566	2567	2568	2569		
ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน	1. อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก Internal Audit	> 90 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %	กิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน ตามเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียน สปสช. และ ตามเกณฑ์การบันทึกมาตรฐานข้อมูล สนย. - สุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก 15 ฉบับ/เดือน - ทบทวนการบันทึกข้อมูลให้ครบ เกิดประโยชน์ และมีคุณภาพ - นำข้อมูลที่ยังไม่สมบูรณ์ / ไม่มีการบันทึก / บันทึกผิดตำแหน่ง นำข้อมูลที่ได้ ส่งให้กับจุดบริการ - ทบทวนการบันทึกในทุกเดือน นำเสนอข้อมูลทุก 3 เดือน นำข้อมูลที่ได้ ทั้งด้าน ที่มีสมบรูณ์มากและ ขอให้มีการบันทึกเพิ่มเติม - ส่งข้อมูลให้กับจุดบริการ ให้บันทึกข้อมูลเพิ่มเติมต่อไป	IM
	2. อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน Internal Audit	90%	90%	90%	90%		

8. พัฒนาระบบบริหารจัดการคุณภาพ NSO

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
		2566	2567	2568	2569		
1.การพัฒนา ความรู้ความ สามารถ	1.อัตราการเข้าอบรม หลักสูตรของฝ่ายการ พยาบาล 80 % 2. อัตราพยาบาลวิชาชีพ ผ่านเกณฑ์ Competency	80%	80%	80%	80%	พัฒนาสมรรถนะบุคลากรตาม แผนพัฒนาบุคลากรของกลุ่ม การพยาบาล	NSO & HR
2.การนิเทศ ทางการ พยาบาล	อัตราความสมบูรณ์ ของบันทึกทางการ พยาบาล	80%	80%	80%	80%	อบรมการเขียนบันทึกทางการ พยาบาล	NSO & HR
3.การนิเทศ ทางคลินิก STEMI, Sepsis Stroke	ผู้ป่วย STEMI Sepsis Stroke ได้รับการ ประเมินและให้ รักษาพยาบาลได้ตาม CPG	100%	100%	100%	100%	พัฒนาสมรรถนะของ บุคลากรในการดูแลผู้ป่วย STEMI Sepsis Stroke	NSO & HR
4.คุณธรรม จริยธรรม และจรรยา บรรณ วิชาชีพ	อัตราการร้องเรียนด้าน จริยธรรมและ จรรยาบรรณ	0	0	0	0	พัฒนาสมรรถนะของ บุคลากรด้านคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณ วิชาชีพ	NSO & HR
5.การ บริหารการ พยาบาล ด้านความ เพียงพอ	อัตราปริมาณภาระงาน (Productivity) อยู่ในเกณฑ์	100%	100%	100%	100%	บริหารอัตรากำลัง	NSO

9. พัฒนาระบบบริหารจัดการคุณภาพเครื่องมือแพทย์

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
		2566	2567	2568	2569		
พัฒนาด้านการบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ 1.ความพร้อมใช้งาน	1.จำนวนอุบัติการณ์ของเครื่องมือแพทย์ประเภทความเสี่ยงสูงไม่พร้อมใช้ 2.อัตราการสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ประเภทความเสี่ยงสูง 3.อัตราการสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ประเภททั่วไป 4.อุบัติการณ์ระยะเวลาที่เครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้ 4 เดือน	0	0	0	0	1.สอบเทียบความเที่ยงตรงกับ สบส.9/บริษัทเอกชนอย่างน้อย ปี ละ 1 ครั้งให้ครอบคลุมทั้งเครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงและทั่วไปให้ครบถ้วน 2.ทดสอบสมรรถนะ วิธีการใช้งาน เครื่องใหม่จากตัวแทน 3.กำหนดแนวทางตรวจสอบความพร้อมใช้ประจำวัน/บันทึกลงแบบฟอร์ม 4.จัดทำคู่มือการใช้งานเครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงระดับสูงให้ ผู้ใช้งานเข้าใจได้ง่าย 5.การวิเคราะห์สาเหตุการชำรุด/ ค่าใช้จ่ายในการซ่อมบำรุง	คณะกรรมการ การ เครื่องมือ แพทย์
2.ความเพียงพอ	1.จำนวนอุบัติการณ์ของเครื่องมือแพทย์ประเภทความเสี่ยงสูงไม่เพียงพอ	0	0	0	0	1.สำรวจความเพียงพอและความต้องการของหน่วยงานโดยอ้างอิงจากกลุ่มโรคที่สำคัญ 2.วิเคราะห์ และสรุปผล นำเข้าแผนการจัดซื้อประจำปี	คณะกรรมการ การ เครื่องมือ แพทย์

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
		2566	2567	2568	2569		
						3.พัสดุจัดทำแผนการสำรวจ ครุภัณฑ์ประจำปีเพื่อวางแผนงาน ซ่อมและบำรุงรักษาเครื่องมือเชิง ป้องกัน รวมถึงแผนการจำหน่ายเครื่องมือ แพทย์ที่ใช้งานไม่ได้ ทดแทนในงบ ค่าเสื่อมปีถัดไป	
3.เพิ่ม ประสิทธิภาพ ระบบบริหาร จัดการ เครื่องมือ แพทย์	1.อุบัติการณ์ เครื่องมือแพทย์ ชำรุดเนื่องจาก การใช้งานไม่ ถูกต้อง 2.เจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้องมีความรู้ ด้านการ บำรุงรักษา เครื่องมือเชิง ป้องกัน $\geq 80\%$	0	0	0	0	1.จัดทำทะเบียนระดับรพ.และ หน่วยงานและการจัดทำทะเบียน ประวัติ 2.จัดทำคู่มือการใช้งานและสถานะ เครื่องมือ 3.ตรวจสอบสภาพอุปกรณ์ รถพยาบาลและจัดสถานที่จอด อย่างเหมาะสม 4.จัดอบรมเพิ่มความรู้เรื่องการใช้ เครื่องมือให้แก่บุคลากรภายใน โรงพยาบาล 5.ทบทวนการใช้งานเครื่องมือ แพทย์ทุก 6 เดือน 6.จัดทำแผนการอบรมภายนอก โรงพยาบาล 7.เยี่ยมสำรวจภายในร่วมกับทีมสห วิชาชีพ 8.จัดทำแนวทางที่เกี่ยวกับ เครื่องมือแพทย์ ดังนี้	คณะกรรมการ การ เครื่องมือ แพทย์

					<ul style="list-style-type: none"> - แนวทางการได้มาของเครื่องมือแพทย์ พร้อมทั้งจัดทำแผนการจัดซื้อจัดหา - แนวทางการบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์เชิงป้องกัน - จัดทำแนวทางการทดสอบ ตรวจสอบ สอบเทียบ ให้เป็นแนวทางเดียวกัน - แนวทางการซ่อมบำรุง - แนวทางปฏิบัติเมื่อเครื่องมือชำรุด - จัดทำแนวทางปฏิบัติส่งซ่อมเครื่องมือ(การประกันเวลาการซ่อม) -แนวทางการยกเลิกการใช้เครื่องมือแพทย์ -แนวทางปฏิบัติเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับเครื่องมือแพทย์ 	
--	--	--	--	--	---	--

10.พัฒนาระบบบริหารจัดการคุณภาพ QMR

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
		2566	2567	2568	2569		
การกำกับและติดตามแผนพัฒนาระบบบริหารจัดการขององค์กร	1. ร้อยละการกำกับและติดตามความคืบหน้าในการดำเนินงานให้เป็นไปตามระบบที่หน่วยงานที่กำหนดไว้	90%	90 %	90 %	90 %	- ติดตามผลการส่งแผนพัฒนางานฯ ทุก 3 เดือน	QMR
	2. ร้อยละการทบทวน แก้ไขปัญหาอุปสรรคและผลกีดกันการพัฒนาคงความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบงาน	80%	80%	80%	80%	- ติดตามผลการส่งแผนพัฒนางานฯ ทุก 3 เดือน	
	3. รวบรวมข้อมูล และจัดทำรายงานด้านคุณภาพและด้านความเสี่ยง ในรูปแบบต่างๆเพื่อรายงานต่อผู้บริหาร หน่วยงาน และหน่วยงานภายนอกอื่นๆ ตามมาตรฐานที่กำหนด	80%	80%	80%	80%	- ติดตามผลการส่งแผนพัฒนางานฯ ทุก 3 เดือน	

ระบบบริหารความเสี่ยง

เป้าหมายของระบบบริหารความเสี่ยง

1. เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร
2. เพื่อให้มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและสิ่งแวดล้อม
4. เพื่อลดความเสี่ยงและความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ บุคลากร และชื่อเสียงของโรงพยาบาล
5. เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

นโยบายการบริหารความเสี่ยง

1. บุคลากรทุกคนเป็นผู้จัดการความเสี่ยง และมีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหา การประเมินความรุนแรง การจัดการความเสี่ยง การรายงานความเสี่ยง ตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดทั้งเชิงรุกและเชิงรับ
2. ผู้บริหารทุกระดับส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน และพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากร เพื่อตอบสนองและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยง
3. ทุกหน่วยงาน/ทีม มีการระบุและค้นหาความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดลำดับความสำคัญ การจัดการความเสี่ยง การประเมินติดตาม การทบทวนความเสี่ยง เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัย วางมาตรการป้องกัน ประเมินและทบทวนประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน
4. มีการบูรณาการและประสานโปรแกรมบริหารความเสี่ยงกับระบบต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย บุคลากรสิ่งแวดล้อมและชื่อเสียงโรงพยาบาล

นิยามความเสี่ยงของโรงพยาบาล

ปัจจัยหรือเหตุการณ์ที่มีโอกาสจะทำให้โรงพยาบาลไม่บรรลุตามเป้าหมาย

ประเภทความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ความเสี่ยงด้านการบริหารจัดการ

ด้านกลยุทธ์

ผู้บริหารและกทบ.

ด้านการเงิน

ศูนย์ประกัน
การเงิน
งานบัญชี

ด้านกฎหมาย/
ระเบียบ

ฝ่ายบริหาร

ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ

ความเสี่ยงทั่วไป
(Non-Clinic)

ด้านสิ่งแวดล้อม

ด้านบุคลากร

เวชระเบียน/สารสนเทศ

ขอรับรองเรียน

ความเสี่ยงทางคลินิก
(Clinic)

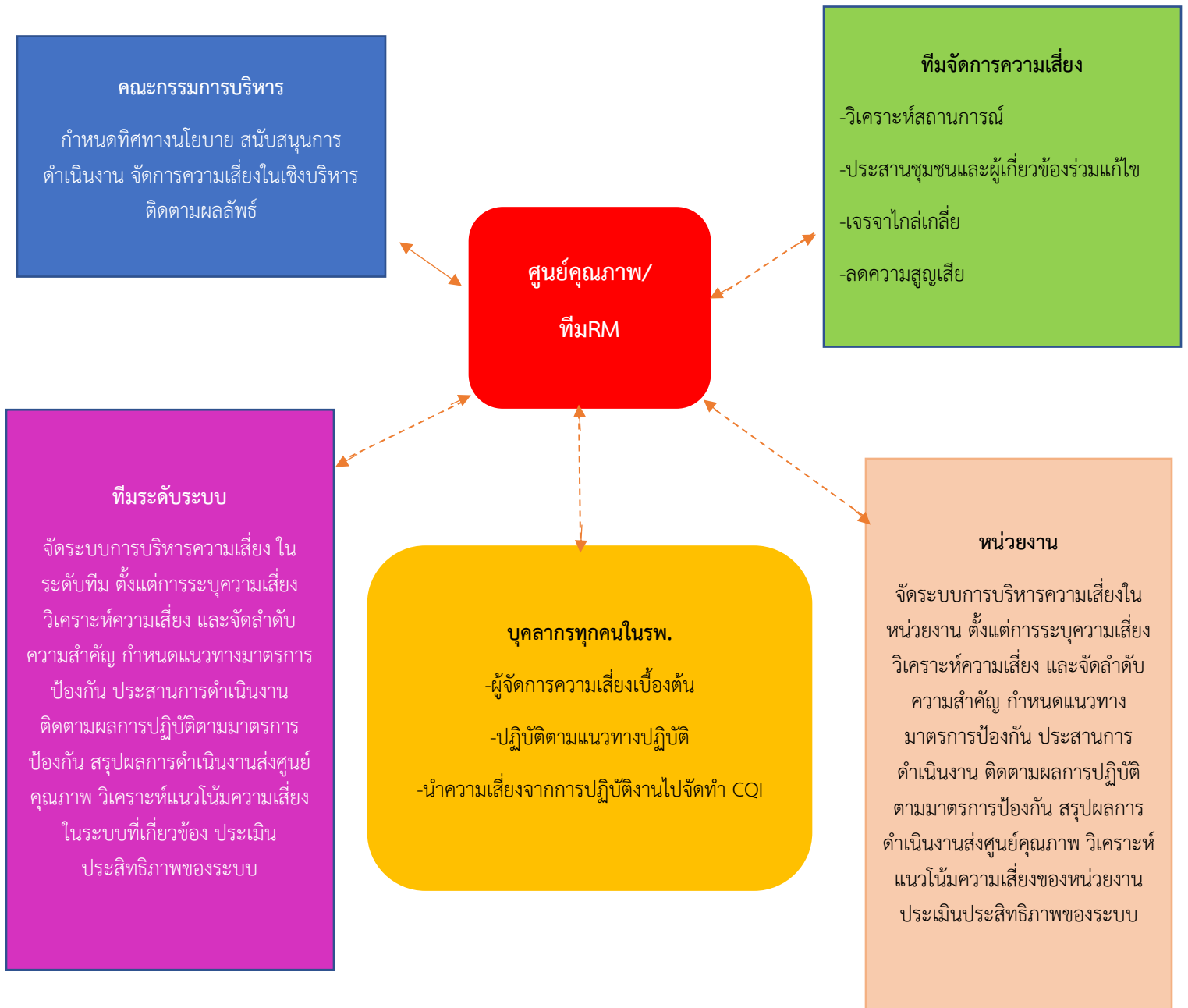
ด้านการดูแลผู้ป่วย

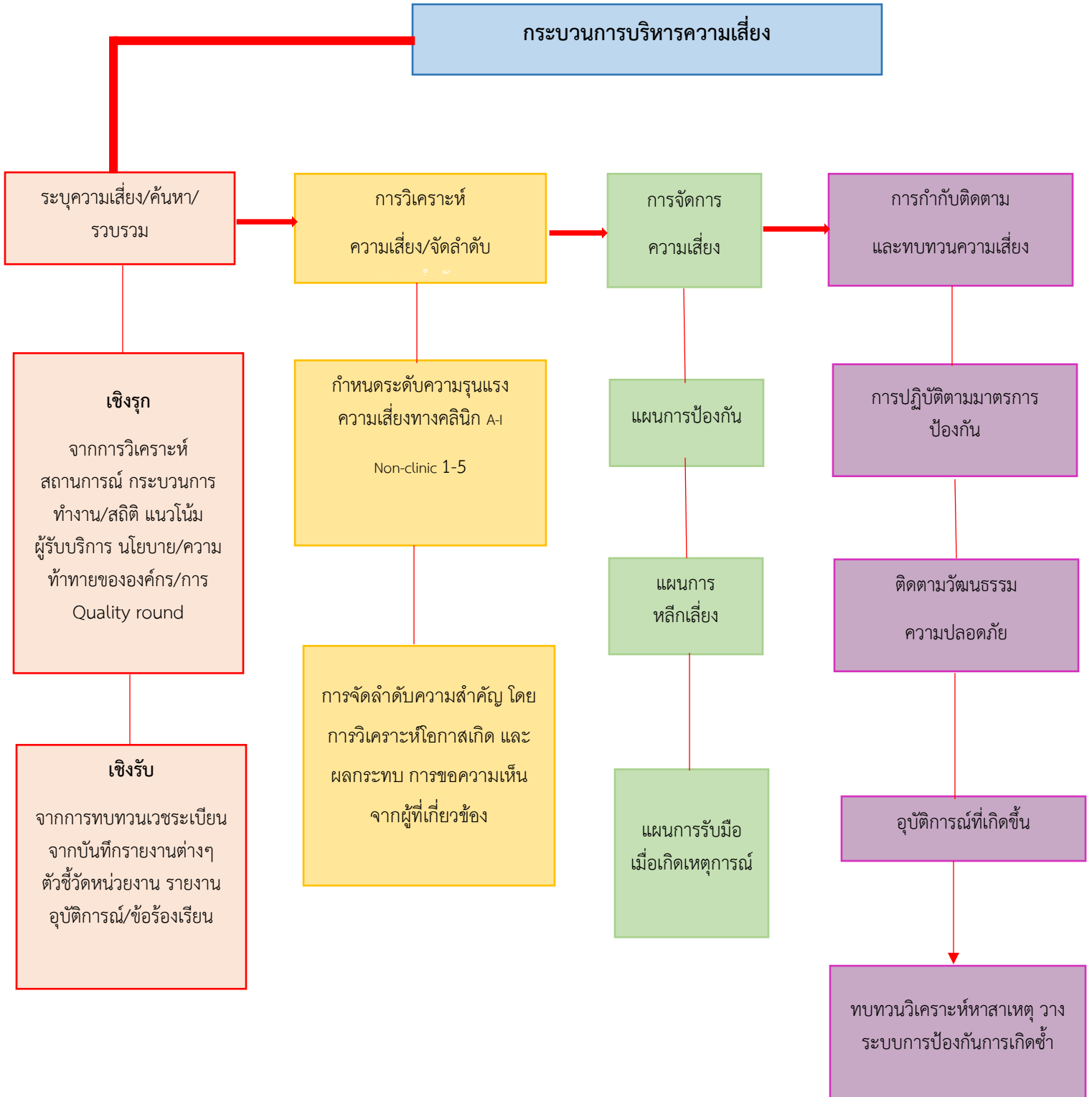
ด้านระบบยา

ด้านควบคุมการติดเชื้อ

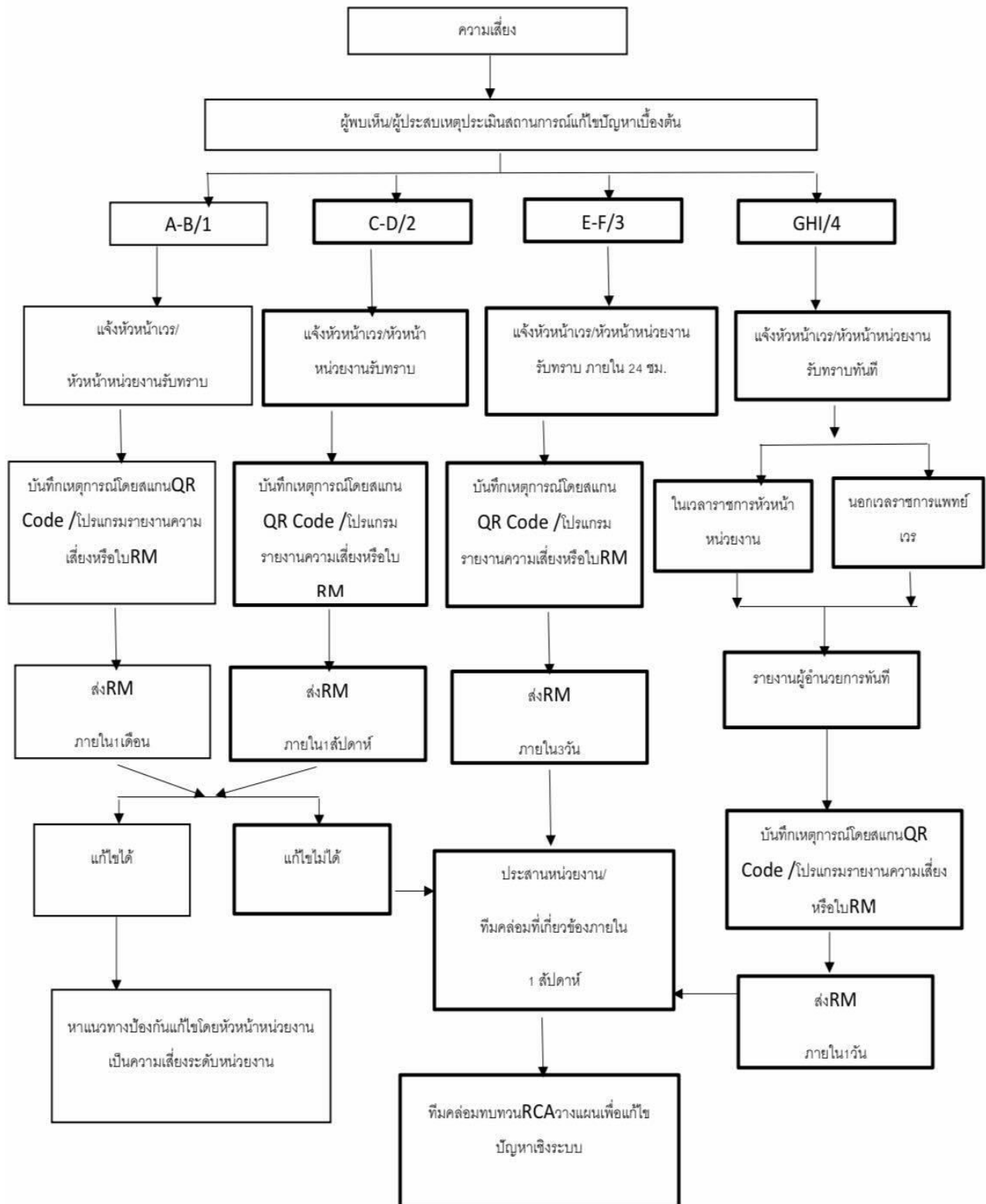
Monitor โดยทีมระบบทบาทRM/
ศูนย์คุณภาพ

ผู้เกี่ยวข้องกับระบบบริหารความเสี่ยง





Flow chart กระบวนการรายงานความเสี่ยงโรงพยาบาลกักตุนศพ



กระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารจัดการ

ความเสี่ยงด้านยุทธศาสตร์

ด้านยุทธศาสตร์

จากการSWOT องค์กร
การคาดการณ์ปัญหา
จากสถิติ แนวโน้ม
ผู้รับบริการในรพ.และ
ชุมชน/ทิศทาง
นโยบาย/ความท้าทาย
ขององค์กร ข้อมูล
ความต้องการ
ผู้รับบริการ ผลลัพธ์
การดำเนินงานของ

การค้นหา/
รวบรวม

ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น/LTC
เพิ่มขึ้น โรคเรื้อรัง
เพิ่มขึ้น การเกิด
ภาวะแทรกซ้อนใน
โรคสำคัญ ได้แก่
เบาหวาน ความดัน
โลหิตสูง พบความ
เสี่ยงทางคลินิกใน
กลุ่มโรคสำคัญ การ
เปลี่ยนแปลง
นโยบาย/เทคโนโลยี

วิเคราะห์และ
จัดลำดับ
ความสำคัญ

การจัดทำ
ยุทธศาสตร์
ในการ
พัฒนา
กำหนด
ผู้รับผิดชอบ
แผนงาน
โครงการ

การจัดการ

ติดตาม
ผลลัพธ์การ
ดำเนินงาน
ตาม
แผน

การกำกับติดตาม/
ประเมิน

ผลลัพธ์การบรรลุตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาล.ปี 2565 = ร้อยละ87.87

กระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารจัดการ

ความเสี่ยงด้านการเงิน

วิเคราะห์สถานการณ์ด้านการเงิน

การค้นหา/รวบรวม

มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะวิกฤติทางการเงินเนื่องจากประชากร UC น้อย มีการสร้างและปรับปรุงสถานที่

วิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญ

1. พัฒนาระบบสารสนเทศในการบริหารจัดการทั้งด้านรายรับ-รายจ่าย และระบบบัญชี
2. นำมาตรฐานคุณภาพต่างๆ และมิติคุณภาพเป็นเครื่องมือในการลดการใช้ทรัพยากร และเพิ่มคุณภาพการบริการ
3. จัดโครงสร้างการทำงานในด้าน Back office
4. มีการบริหารงบประมาณภาพรวมของเครือข่ายบริการ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์เครือข่ายบริการ
5. พัฒนาคุณภาพบัญชี
6. ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อบูรณาการดำเนินงาน และการใช้ทรัพยากรร่วมกัน
7. การลดต้นทุนบริการ รพ. ได้จัดระบบดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และพัฒนาระบบการบริการปฐมภูมิได้นโยบายคลินิกหมอครอบครัว
8. จัดให้มีระบบติดตามกำกับผลการดำเนินงานด้านต่างๆ และงบประมาณ

การจัดการ

ติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผน

การกำกับติดตามประเมิน

ผลลัพธ์ด้านการเงิน Risk score=1.09

กระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารจัดการ

ความเสี่ยงด้านระเบียบ/
กฎหมาย

วิเคราะห์สถานการณ์
ความเสี่ยงด้าน
ระเบียบกฎหมาย

การค้นหา/
รวบรวม

มีความเสี่ยง
ที่จะปฏิบัติ
ไม่ถูก
ระเบียบ
กฎหมาย

การวิเคราะห์
และจัดลำดับ
ความสำคัญ

จัดระบบการควบคุมภายในตามแนว
ทางการจัดวางระบบ การควบคุมภายใน
และการประเมินผลการควบคุมภายใน
ของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน และ
ดำเนินการตามแนวทางการประเมินคุณธรรม
และความโปร่งใสตามแบบสำรวจ ใช้
หลักฐานเชิงประจักษ์ของผู้ตรวจประเมิน
ในการดำเนินงานของหน่วยงาน
(ITA)ระดับเขตสุขภาพ

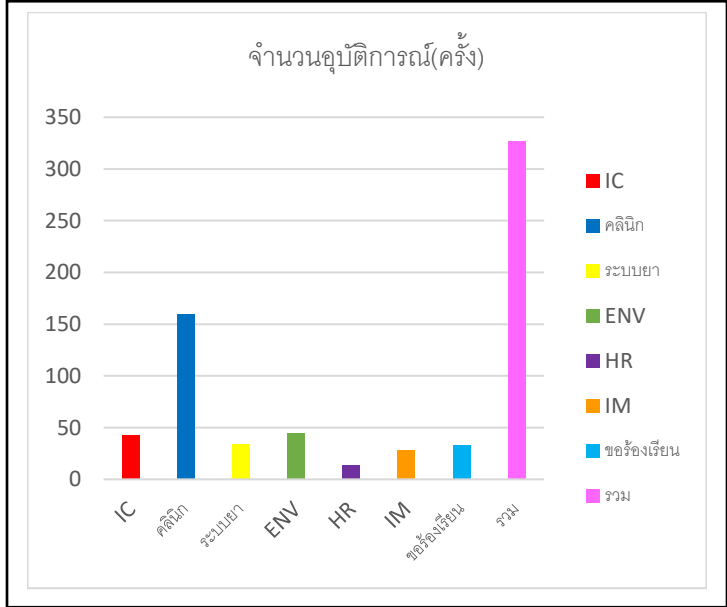
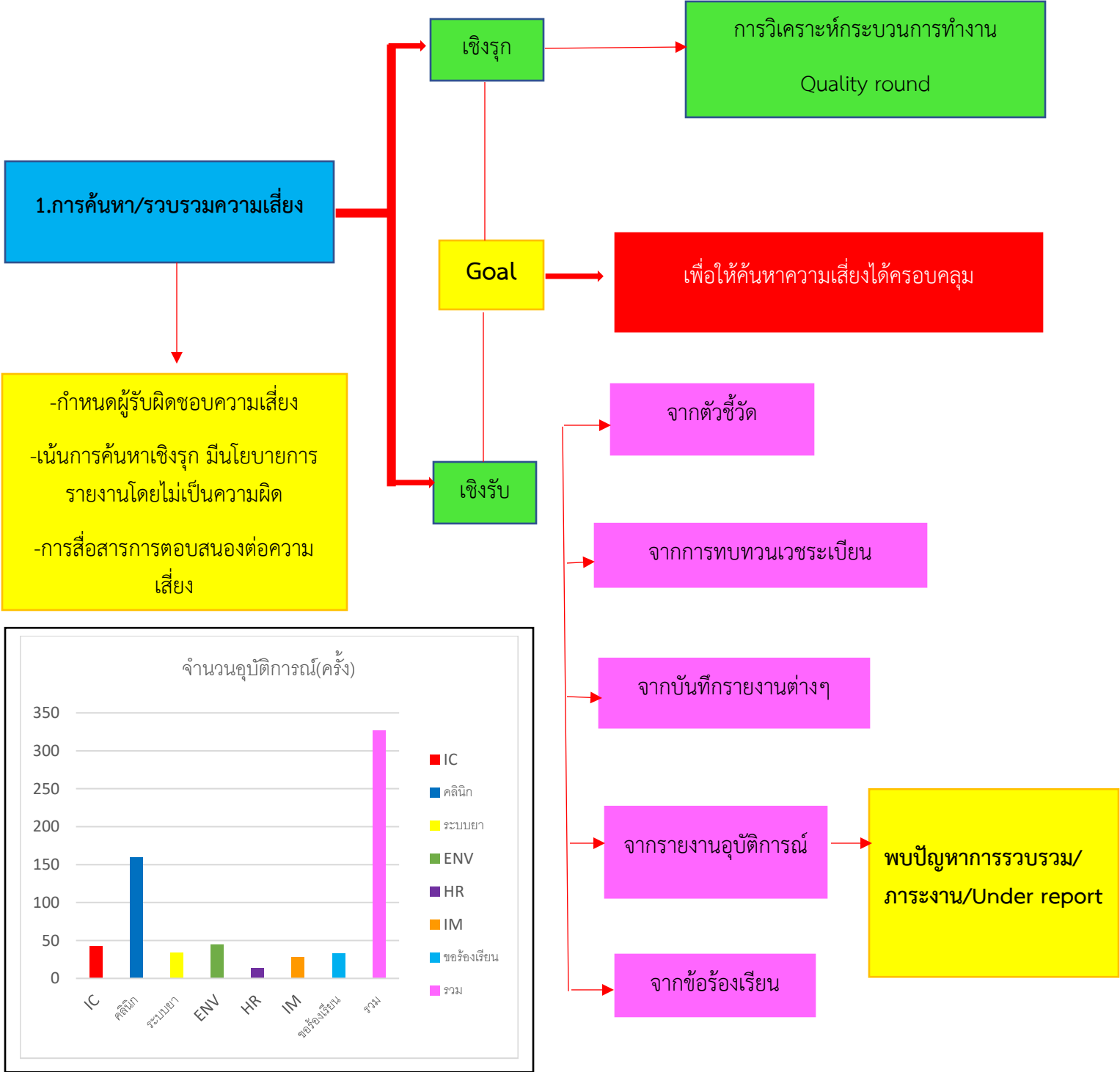
การจัดการ

ติดตามผลลัพธ์
การดำเนินงาน

การกำกับ
ติดตามประเมิน

ผลการดำเนินงาน ITA ปี 2565 = 100%

กระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ



ร้อยละการรายงานความเสี่ยงปี2565

2.การวิเคราะห์ความเสี่ยง/จัดลำดับความสำคัญ

วิเคราะห์จากโอกาสที่จะเกิดโดยดูข้อมูลสถิติที่ผ่านมา ผลกระทบเมื่อเกิดเหตุการณ์ และความเห็นของผู้เกี่ยวข้อง พบความเสี่ยงสำคัญแต่ละด้านดังนี้

ความเสี่ยงทางคลินิก	ความเสี่ยงสำคัญ
ด้านการดูแลผู้ป่วย	กลุ่มอายุกรรมทรุดลงใส่ ETT refer ในกลุ่ม Pneumonia, CHF,sepsis, กลุ่มศัลยกรรม NF,Blunt abdominal injury,MI, กลุ่มกุมารเวช Neonatal sepsis, กลุ่มสูติกรรม และทารกแรกเกิด PIH,Birth asphyxia, กลุ่ม Death ไม่คาดฝัน HI, MI, Septic shock, Stroke เข้ารับบริการซ้ำ,Re-visit ภายใน48ชม.,Re-admit ภายใน28 วัน,ฉีดวัคซีนผิดชนิด,ผู้ป่วยNCD ขาดนัด,ส่งlab ผิดพลาด
ด้านIC	อุปกรณ์ส่งล้างไม่สะอาด,เข็มทิ่มตำ/สัมผัสสารคัดหลั่ง,ของมีคมติดไปกับผ้าติดเชื้อแผนกซักฟอก,ทิ้งขยะผิดที่,การติดเชื้อตำแหน่งการให้สารน้ำ(Phlebitis),บุคลากรติดเชื้อ
ระบบยา	จัดซื้อยาไม่เพียงพอ,จัดยาผิดชนิด,จ่ายยาผิดคน,จ่ายยาผิดขนาด,จ่ายยาผู้ป่วยเคยมีประวัติแพ้ยาซ้ำ
ความเสี่ยงทั่วไป	ความเสี่ยงสำคัญ
ด้านสิ่งแวดล้อม/เครื่องมือ	สัตว์เลี้ยงในโรงพยาบาล,กระแสไฟฟ้าตก,ขั้วรถยนต์,เครื่องมือทางการแพทย์ไม่พร้อมใช้งาน,ห้องน้ำมีกลิ่นเหม็น
ด้านบุคลากร	ได้รับบาดเจ็บขณะปฏิบัติงาน,อัตรากำลังไม่เพียงพอ,ผลการตรวจสุขภาพประจำปีBMI>25
ด้านเวชระเบียนและสารสนเทศ	ไม่ลงข้อมูลในระบบHos-xp,ให้สิทธิผู้ป่วยไม่ถูกต้อง,ส่งชาร์ตซ้ำหลังจำหน่าย,ระบบคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตขัดข้อง,บันทึกเวชระเบียนผิดคน,ข้อมูลผู้ป่วยรั่วไหลผ่านสื่อ social media
ด้านข้อร้องเรียน	ด้านการรักษา,พฤติกรรมบริการ,ระบบความปลอดภัยในสถานพยาบาล,สถานที่อำนวยความสะดวกไม่เพียงพอ,ข้อมูลผู้ป่วยรั่วไหล

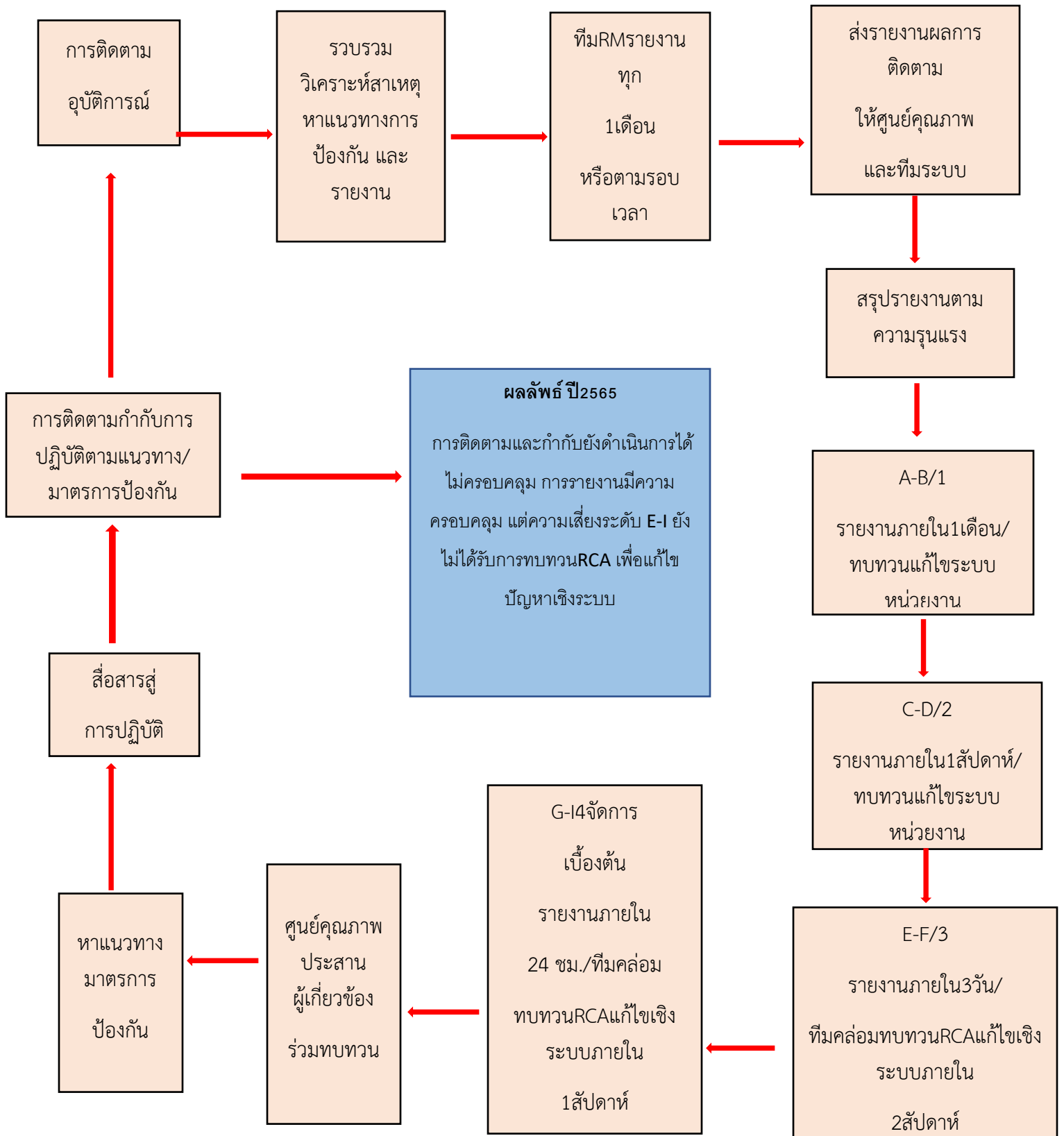
3.การจัดการความเสี่ยง : จัดทำแผนการป้องกันและควบคุมความเสี่ยง

- 1.ประสานผู้เกี่ยวข้องในการจัดทำแนวทางมาตรการป้องกัน และแผนควบคุมความเสี่ยง โดยศูนย์คุณภาพ/RM
- 2.ทบทวนแนวทางปฏิบัติ กำหนดผู้รับผิดชอบ การสื่อสารแนวทางสู่การปฏิบัติ แนวทางการจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์ โดยทีม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นความเสี่ยงสำคัญ	แนวทาง/มาตรการที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบในการเฝ้าระวังติดตาม
การฆ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง	การจัดการเพื่อความปลอดภัยในประเด็นที่สำคัญของโรงพยาบาล (ครอบคลุมตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น)	OR พิมพ์อูมา ภูเทษ
การติดเชื้อสำคัญในโรงพยาบาล	1.แนวทางการป้องกันการติดเชื้อ CAUIT 2. แนวทางการป้องกันการติดเชื้อ Phlebitis 3.แนวทางการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา 4.แนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลกดทับ	IC ศิริณา อูสิงห์
การติดเชื้อและการบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากร	1.การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค 2.การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 3.การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากเข็มทิ่มตำของมีคมบาดและการได้รับสารคัดหลังกระเด็นเข้าตา	IC ศิริณา อูสิงห์ กัลยวี ใจสำราญ
การแพ้ยาซ้ำ, Med error	1.ระบบการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ 2.ระบบการป้องกันกำกับติดตาม Med error	PTC นุจรี หวังฟังกลาง
การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	การพยาบาลผู้ป่วยที่ให้เลือด	IPD ทับทิม ศรีคุณ
กระบวนการดูแลผู้ป่วย	1.การจัดการเพื่อความปลอดภัยในประเด็นที่สำคัญของโรงพยาบาล (การระบุตัวผู้ป่วย) 2.แนวทางการรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ค่าวิกฤติ)	QMR/ PCT/RM/Lab ชนาพร ทองขาว ทับทิม ศรีคุณ ศรัณภัทร ศุภมาตย์ เพ็ญวิภา โพธิจันทร์
การ Triage ผิดพลาด	แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย	ER/PCT ชนาพร ทองขาว
การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน	การจัดการเพื่อความปลอดภัยในประเด็นที่สำคัญของโรงพยาบาล (ครอบคลุมมาตรฐานสำคัญจำเป็น) CPG เฉพาะโรค	ER/MSO ชนาพร ทองขาว นพ.ปฏิพล บุรณรัช

ประเด็นความเสี่ยงสำคัญ	แนวทาง/มาตรการที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบในการเฝ้าระวังติดตาม
ด้านสิ่งแวดล้อม/เครื่องมือ	1.แนวทางป้องกันอัคคีภัย 2.แนวทางการสอบเทียบ บำรุงรักษาเครื่องมือ แนวทางการจัดการเครื่องมือแพทย์	ENV/เครื่องมือ วิภาวดี ตันชัยภูมิ ปิยะนันต์ ฝาชัยภูมิ
ด้านบุคลากร	1.แนวทางการพัฒนาบุคลากร 2.มาตรฐานพฤติกรรมบริการบุคลากร 3.แนวทางการบริหารอัตรากำลัง(กลุ่มการพยาบาล)	HR/NSO ทพญ.ปิ่นรส แสง ตระกูลกมล พลจूरี่ เปาะศิริ กชพรรณน พูลเพิ่ม
เวชระเบียน/สารสนเทศ	1.ความครอบคลุมครบถ้วนของเวชระเบียน 2.แนวทางการป้องกันความลับผู้ป่วย	IM/IT ปณิติกา ลากประเสริฐ เพ็ญวิภา โพธิจันทร์
ด้านข้อร้องเรียน	1.แนวทางป้องกันและแก้ไขข้อร้องเรียน	RM พิมพ์อุมา ภูเทศ สุรางค์ อภัยฤทธิรงค์

4.การกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยง



ตัวอย่างผลการทบทวนและการประสานผู้เกี่ยวข้อง

อุบัติการณ์E-I	มาตรการป้องกัน	ทีมที่เกี่ยวข้อง
การติดเชื้อตำแหน่งการให้สารน้ำ (Phlebitis)	<ol style="list-style-type: none"> 1.ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้อของหลอดเลือดดำ 2.เก็บข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางโดย ICWN รวบรวมอุบัติการณ์ส่ง ICN 3.หน่วยงานทบทวนแนวทางให้การให้สารน้ำ 10 R 4.การรายงานความผิดปกติของผู้ป่วยตามลำดับชั้นแก่แพทย์เจ้าของไข้ 	IC +PTC+PCT + RM+HR
Preterm labor	<ol style="list-style-type: none"> 1.พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์เพิ่ม Knowledge เรื่องทบทวนแนวทาง Early warning sign 2.ให้ health literacy ในหญิงตั้งครรภ์ทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่จะมีการคลอดก่อนกำหนด 3.การป้องกันและแก้ไขสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด เช่น การติดเชื้อ ซีด เป็นต้น 4.ติดสติ๊กเกอร์กลุ่มเสี่ยง PLP เพื่อสื่อสารการเฝ้าระวังและดูแล 5.การให้ยายับยั้งการคลอดก่อนกำหนดอย่างทันท่วงที 	PCT+MSO+NSO+PTC+HR+RM
Birth Asphyxia	<ol style="list-style-type: none"> 1.Early detect > early warning ในการประเมินทารกแรกเกิด 2. Early resuscitation > standing order for Birth Asphyxia ให้มีการปฏิบัติที่ห้องคลอด 3. ทบทวนการแยกประเภทผู้ป่วย การดูแลตามประเภทการ Implementation 	PCT+MSO+NSO+HR+RM

	4. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ เพิ่ม Knowledge เรื่องทบทวนแนวทาง NCPR, Early warning sign	
Postpartum Hemorrhage	1.กระบวนการประเมินแรกรับให้ ครอบคลุม และการประเมินต่อเนื่อง 2.ระบบการ consult แพทย์เฉพาะตลอด 24 ชม. ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย 3.การเฝ้าระวังถึงอาการเปลี่ยนแปลง ของ ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามประเภทผู้ป่วย 4.ปรับการใช้ Standing Order ในผู้ป่วย PPH 5.พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ เพิ่ม Knowledge เรื่องทบทวนแนวทาง PPH , Early warning sign	PCT+MSO+NSO+PTC+HR+RM
Sepsis C Respiratory Failure Delay refer	1.HR & PCT ทบทวนความรู้ให้กับ เจ้าหน้าที่ เรื่องการดูแลผู้ป่วย Pneumonia และแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis และเน้นย้ำการปฏิบัติตามแนวทาง และเกณฑ์พิจารณา Admit/Consult Refer for Pneumonia และ Sepsis 2.ปรับเกณฑ์การพิจารณา Refer ในกลุ่ม Pneumonia 3.ปรับเกณฑ์การพิจารณา Refer ในกลุ่ม ผู้ป่วย Sepsis	PCT+MSO+NSO+PTC+HR+RM