



ทีมบริหารความเสี่ยง



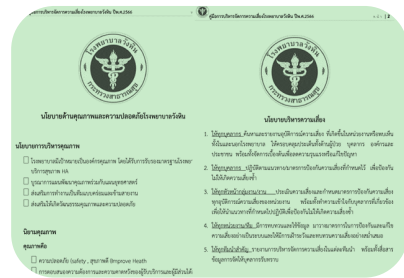
วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568



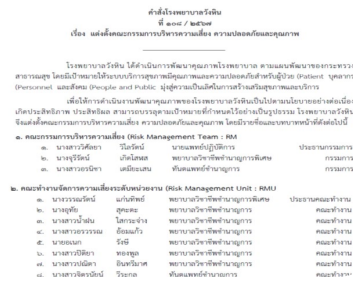


Risk Management System

โรงพยาบาล



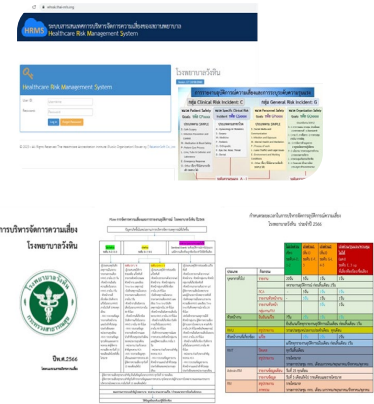
นโยบาย



คกก.

Risk profile ปี 2567 (ต่อ)									
	PR	Risk level	ผู้รับผิดชอบ	PR	ผลการดำเนินงานตามแผน				
	PR	Risk level	ผู้รับผิดชอบ	PR	ผลการดำเนินงานตามแผน	2565	2566	2567	1-2568
1. การจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย	175	3	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC
2. การจัดการความเสี่ยงด้านคุณภาพ	175	2	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC
3. การจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม	175	1	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC
4. การจัดการความเสี่ยงด้านสังคม	175	1	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC
5. การจัดการความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจ	174	1	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC
6. การจัดการความเสี่ยงด้านเทคโนโลยี	172	1	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC
7. การจัดการความเสี่ยงด้านกฎหมาย	174	1	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC
8. การจัดการความเสี่ยงด้านพลังงาน	171	1	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC
9. การจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ	172	1	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC
10. การจัดการความเสี่ยงด้านอื่น ๆ	172	1	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC	PRC

Risk profile



ระบบรายงาน

นโยบายโรงพยาบาล	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	Risk profile	ระบบรายงานความเสี่ยง / คู่มือการบริหารจัดการความเสี่ยง
การบริหารคุณภาพ	RMT (คกก.)	มาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ	HRMS (Clinic/Personal/Organize)
การบริหารความเสี่ยง	RMU (คทง.ระดับหน่วยงาน)	ความเสี่ยงสำคัญโรงพยาบาล	บทบาทหน้าที่ / ระยะเวลาการรายงานและตอบสนอง



ทบทวนเป็นปัจจุบัน

แผนการบริหารจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาลวังหิน ปีพ.ศ.2566

คู่มือการบริหารจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาลวังหิน ปีพ.ศ.2566

หน้า | 2



นโยบายด้านคุณภาพและความปลอดภัยโรงพยาบาลวังหิน



นโยบายบริหารความเสี่ยง

นโยบายการบริหารคุณภาพ

- ☐ โรงพยาบาลมีเป้าหมายเป็นองค์กรคุณภาพ โดยได้รับการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล HA
- ☐ บูรณาการแผนพัฒนาคุณภาพร่วมกับแผนยุทธศาสตร์
- ☐ ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมแบบร่วมมือและข้ามสายงาน
- ☐ ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย

นิยามคุณภาพ

คุณภาพคือ

- ☐ ความปลอดภัย (safety) , สุขภาพดี (Improve Health)
- ☐ การตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้

1. ให้อุปกรณ์ ค้นหาและรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานหรือพบเห็น ทั้งในและนอกโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมประเด็นทั้งด้านผู้ป่วย บุคลากร องค์กรและ ประชาชน พร้อมทั้งจัดการเบื้องต้นเพื่อลดความรุนแรงหรือแก้ไขปัญหา

2. ให้อุปกรณ์ ปฏิบัติตามแนวทาง/มาตรการป้องกันความเสี่ยงที่กำหนดไว้ เพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ

3. ให้อุปกรณ์/ทีม/งาน/งาน ประเมินความเสี่ยงและกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยง ทุกอุบัติการณ์ความเสี่ยงของหน่วยงาน พร้อมทั้งทำความเข้าใจกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้แนวทางที่กำหนดไปปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ

4. ให้อุปกรณ์/ทีม มีการทบทวนและใช้ข้อมูล มาวางแผนการในการป้องกันและแก้ไข ความเสี่ยงอย่างเป็นระบบและให้มีการนำร่องและทบทวนความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ

5. ให้อุปกรณ์/ทีม รายงานการบริหารจัดการความเสี่ยงในแต่ละพื้นที่ นำ พร้อมทั้งสื่อสาร ข้อมูลการจัดให้บุคลากรรับทราบ

คำสั่งโรงพยาบาลวังหิน

ที่ ๑๐๘ / ๒๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ

โรงพยาบาลวังหิน ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตามแผนพัฒนาของกระทรวง สาธารณสุข โดยมีเป้าหมายให้ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย (Patient บุคลากร (Personnel และสังคม (People and Public มุ่งสู่ความเป็นเลิศในการสร้างเสริมสุขภาพและบริการ

เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลวังหินเป็นไปตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างเป็นรูปธรรม โรงพยาบาลวังหิน จึงแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ โดยมีรายชื่อและบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Team : RM

๑. นางสาววิศัลยา วิไลรัตน์	นายแพทย์ปฏิบัติการ	ประธานกรรมการ
๒. นางจรัสรัตน์ เกิดโสฬส	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ

๒. คณะทำงานจัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน (Risk Management Unit : RMU

๑. นางวรรณรัตน์ แก่นทิพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ประธานคณะทำงาน
๒. นางอุทัย สุกตะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๓. นางสาวน้ำฝน ไสกระจำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๔. นางสาวอรรณ อ้อมแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๕. นายอเนก รังษี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๖. นางสาวปติยา ทองพูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๗. นางสาวปณิดา อินทริมาศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๘. นางสาวจิตรนัย วีระกุล	ทันตแพทย์ชำนาญการ	คณะทำงาน



ทบทวนประสิทธิภาพการจัดการ

กำหนดระยะเวลาในการบริหารจัดการอุบัติการณ์ความเสี่ยง
โรงพยาบาลวังหิน ประจำปี 2568

กำหนดระยะเวลาในการบริหารจัดการอุบัติการณ์ความเสี่ยง
โรงพยาบาลวังหิน ประจำปี 2567

กำหนดระยะเวลาในการบริหารจัดการอุบัติการณ์ความเสี่ยง
โรงพยาบาลวังหิน ประจำปี 2566

ประเภท	กิจกรรม	ไม่เร่งด่วน ระดับ A-D, 1-2	เร่งด่วน1 (สัปดาห์ 1) ระดับ E-F, 3	เร่งด่วน2 (สัปดาห์ 2) ระดับ G-I, 4-5	เร่งด่วน/รุนแรง/ควบคุม ไม่ได้ (สัปดาห์ 3) ระดับ E, 3 up ที่เสี่ยงฟ้องร้อง/ชื่อเสียง
บุคลากรทั่วไป	รายงาน	20วัน	5วัน	1วัน	1วัน
	RCA	-	5วัน	1วัน	1วัน
	รายงานหัวหน้างาน	-	5วัน	1วัน	1วัน
	รายงานหัวหน้า กลุ่มงาน/RM	-	5วัน	1วัน	1วัน
หัวหน้างาน	ยืนยัน/แก้ไข	7วัน	2วัน	1วัน	1วัน
RMU	สรุปรายงาน	ยืนยัน/แก้ไขทุกรายงานอุบัติการณ์ในเดือน ก่อนสิ้นเดือน 1วัน			
หัวหน้างานที่เกี่ยวข้อง	แก้ไข	2วัน	2วัน	2วัน	
RMU / RMT (E up, 3 up)	ปิดเคส	แก้ไขทุกรายงานอุบัติการณ์ในเดือน ก่อนสิ้นเดือน 1วัน			
	สรุปรายงาน	รายไตรมาส วาระการประชุม กบก. เดือนมกราคม/พฤษภาคม/สิงหาคม/ตุลาคม			
Admin-RM	รายงานข้อมูลเดือน	วันที่ 25 ทุกเดือน			
	รายงานข้อมูล	วันที่ 5 เดือนถัดไป รายเดือนและรายไตรมาส			
RM	สรุปรายงาน ภาพรวม	รายไตรมาส วาระการประชุม กบก. เดือน มกราคม/พฤษภาคม/สิงหาคม/ตุลาคม			

ประเภท	กิจกรรม	ไม่เร่งด่วน ระดับ A-D, 1-2	เร่งด่วน1 (สัปดาห์ 1) ระดับ E-F, 3	เร่งด่วน2 (สัปดาห์ 2) ระดับ G-I, 4-5	เร่งด่วน/รุนแรง/ควบคุม ไม่ได้ (สัปดาห์ 3) ระดับ E, 3 up ที่เสี่ยงฟ้องร้อง/ชื่อเสียง
บุคลากรทั่วไป	รายงาน	20วัน	5วัน	1วัน	1วัน
	งดรายงานอุบัติการณ์ ก่อนสิ้นเดือน 2วัน				
	RCA	-	5วัน	1วัน	1วัน
	รายงานหัวหน้างาน	-	5วัน	1วัน	1วัน
	รายงานหัวหน้า กลุ่มงาน/RM	-	5วัน	1วัน	1วัน
หัวหน้างาน	ยืนยัน/แก้ไข	7วัน	2วัน	1วัน	1วัน
	ยืนยัน/แก้ไขทุกรายงานอุบัติการณ์ในเดือน ก่อนสิ้นเดือน 1วัน				
RMU	สรุปรายงาน	วาระประชุมหน่วยงานประจำเดือน ทุกเดือน			
หัวหน้างานที่เกี่ยวข้อง	แก้ไข		2วัน	2วัน	2วัน
	แก้ไขทุกรายงานอุบัติการณ์ในเดือน ก่อนสิ้นเดือน 1วัน				
RMU	ปิดเคส	ทุกวันสิ้นเดือน			
	สรุปรายงาน	รายไตรมาส วาระการประชุม กบก. เดือนมกราคม/พฤษภาคม/สิงหาคม/ตุลาคม			
Admin-RM	รายงานข้อมูลเดือน	วันที่ 25 ทุกเดือน			
	รายงานข้อมูล	วันที่ 5 เดือนถัดไป รายเดือนและรายไตรมาส			
RM	สรุปรายงาน ภาพรวม	รายไตรมาส วาระการประชุม กบก. เดือน มกราคม/พฤษภาคม/สิงหาคม/ตุลาคม			

ประเภท	กิจกรรม	ไม่เร่งด่วน ระดับ A-D, 1-2	เร่งด่วน1 (สัปดาห์ 1) ระดับ E-F, 3	เร่งด่วน2 (สัปดาห์ 2) ระดับ G-I, 4-5	เร่งด่วน/รุนแรง/ควบคุม ไม่ได้ (สัปดาห์ 3) ระดับ E, 3 up ที่เสี่ยงฟ้องร้อง/ชื่อเสียง
บุคลากรทั่วไป	รายงาน	20วัน	5วัน	1วัน	1วัน
	งดรายงานอุบัติการณ์ ก่อนสิ้นเดือน 2วัน				
	RCA	-	5วัน	2วัน	1วัน
	รายงานหัวหน้างาน	-	5วัน	2วัน	1วัน
	รายงานหัวหน้า กลุ่มงาน/RM			5วัน	1วัน
หัวหน้างาน	ยืนยัน	7วัน	2วัน	1วัน	1วัน
	ยืนยันทุกรายงานอุบัติการณ์ในเดือน ก่อนสิ้นเดือน 1วัน				
หัวหน้างาน และ หัวหน้างานที่เกี่ยวข้อง	แก้ไข		5วัน	2วัน	2วัน
	แก้ไขทุกรายงานอุบัติการณ์ ภายในสิ้นเดือน				
RMU	ปิดเคส	ทุกวันสิ้นเดือน			
	หัวหน้างาน(ปิด E/3up)				
	สรุปรายงาน	รายเดือน/ไตรมาส/ปีงบประมาณ วาระการประชุมประจำเดือนหน่วยงาน ทุกเดือน จัดทำ risk profile/register หน่วยงาน (ตุลาคม)			
Admin-RM	รายงานข้อมูลเดือน	วันที่ 25 ทุกเดือน			
	รายงานข้อมูล	วันที่ 5 เดือนถัดไป รายเดือน			
	รายงานการจัดการ ภาพรวม(รายงาน ยืนยัน แก้ไข ปิด	รายไตรมาส			
RM	สรุปรายงาน ภาพรวม	รายไตรมาส/ปีงบประมาณ วาระการประชุม กบก. เดือน มกราคม/พฤษภาคม/สิงหาคม/ตุลาคม จัดทำ risk profile/registerโรงพยาบาล (ตุลาคม)			

เป้าหมายของการจัดการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

- เพื่อให้ประชาชน ผู้รับบริการ บุคลากรผู้ให้บริการ สิ่งแวดล้อมและโรงพยาบาลมีความปลอดภัย

➤ เครื่องชี้วัดระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล

- จำนวนครั้งของการรายงานอุบัติการณ์รวม ไม่น้อยกว่า 2000/ปี
จำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ไม่น้อยกว่า 2 เรื่อง/จนท./เดือน
จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง หน่วยงานตนเอง ไม่น้อยกว่า 50%
จำนวนการยืนยันอุบัติการณ์ความเสี่ยง 100%
จำนวนการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง ไม่น้อยกว่า 85%
จำนวนการปิดcase ไม่น้อยกว่า 85%
- สัดส่วนของการรายงานอุบัติการณ์ต่อการรายงานเหตุเกือบพลาด น้อยกว่า ร้อยละ 50 :50
- อุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงในกลุ่มมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ ลดลง
- อุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงในระดับ G-I ลดลง
- ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงระดับ G-I ซ้ำ
- ร้อยละการนำอุบัติการณ์มาทำ RCA ตามเกณฑ์ ร้อยละ 100

การดำเนินงานระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

Purpose	Process	Performance
เป้าหมาย: เพิ่มประสิทธิภาพการจัดการอุบัติการณ์ ความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัย	1) โครงการพัฒนาการจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลประจำปี 2) ประชุมชี้แจงและประกาศนโยบาย ความปลอดภัยและการจัดการความเสี่ยง 3) ประชุม/พัฒนาทักษะ RMT/RMU สม่ำเสมอ	1) การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย ของโรงพยาบาลวังหิน 1 ครั้ง/ปี
	4) ปรับปรุงคู่มือ(ระดับการจัดการและ ระยะเวลา) 5) กระตุ้นการรายงาน การยืนยัน การ แก้ไขและปิด case (ในระบบ HRMS) ในทุกหน่วยงาน 6) Round 7) รางวัลสร้างแรงจูงใจ	2) การประเมินประสิทธิภาพการจัดการ ความเสี่ยงโรงพยาบาลวัง ตามเครื่องชี้วัด



แบบปฏิบัติการฯ ฝ่ายฯ การพัฒนาสนับสนุนสุขภาพ ทบปรองงาน โสภณบาลวิเทศ อัครวิเทศวิเทศ ปณจําป็นปณจําณ พ.ศ. 2566

- โรคตะคร้อโรโรคระบาดสัตว์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีประกาศเฝ้าระวังไม่แพร่ระบาด หมายความว่า

WHH เราจะเป็ นโรงพยาบาลที่เป็ นเลิศในการสร้างเสริมสุขภาพและบริการ

[illegible]

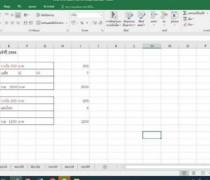
- 13:02

< RM รพ.วังหิน

อีลบีเอ็ม

โน้ต

วรากรรัตน์



วรากรรัตน์

อีลบีเอ็ม

โน้ต

วรากรรัตน์



13:00

< RM รพ.วังหิน

อีลบีเอ็ม

โน้ต

วรากรรัตน์



วรากรรัตน์

อีลบีเอ็ม

โน้ต

วรากรรัตน์



อีลบีเอ็ม

โน้ต

วรากรรัตน์

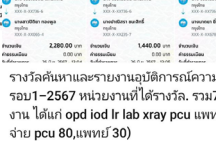


วรากรรัตน์

อีลบีเอ็ม

โน้ต

วรากรรัตน์





[illegible]

- โครงการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง ปี2568 (งบ 26,000)
- ประชุมผู้ปฏิบัติ 1 ครั้ง
- ประชุม RMT/RMU 2 ครั้ง
- การตรวจเยี่ยมการบริหารความเสี่ยงในแต่ละหน่วยงาน / HA rally
- กระตุ้นการค้นหาและรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้ครอบคลุม
ทั้งหน่วยงานด้านคลินิกและด้านสนับสนุน (ทุกหน่วยงาน)
- มอบหมายและติดตามการรายงานอุบัติการณ์specific clinical risk



จดหมายข่าว 

โรงพยาบาลวังหิน

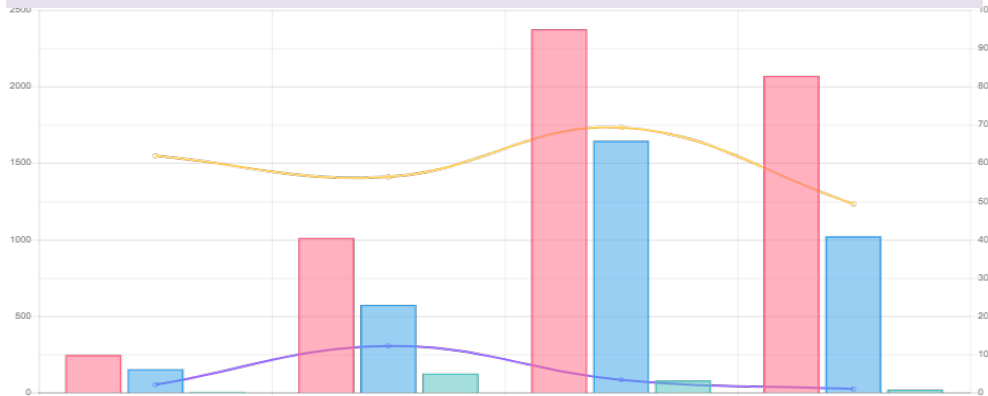
วันที่ 28 ตุลาคม - 1 พฤศจิกายน 2567
คณะกรรมการบริหารความเสียง โรงพยาบาลวังหิน
นำโดย นายวิศิษฐ์ วิลรัตน์ ประธานกรรมการความเสียง
พร้อมด้วยคณะกรรมการจัดการความเสียงโรงพยาบาล
ได้ร่วม Round risk ในแต่ละหน่วยงาน ครั้งที่ 1/2568
เพื่อกระตุ้นและติดตามผลการดำเนินงานความเสียงในระดับ
หน่วยงาน

[illegible][illegible]

ผลการดำเนินงาน

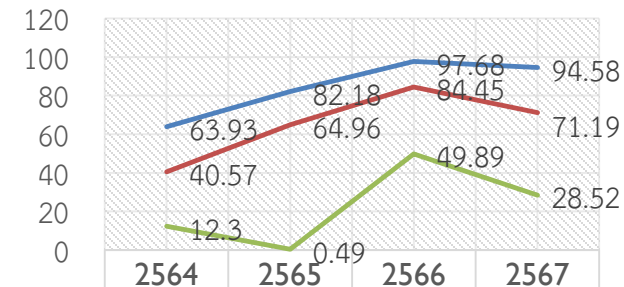
ในปี**2565** ตั้งเป้าหมายจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงไม่น้อยกว่า**1,500**รายการ/ปี ปี**2566** มีการประชุมชี้แจง สนับสนุนกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง และให้รางวัล และเพิ่มเป้าหมายย่อย ให้บุคลากรรายงานไม่น้อยกว่า**2**เรื่อง/คน/เดือน ทำให้มีการค้นหาและรายงานมากขึ้นทั้งระดับหน่วยงานและตัวบุคคล (**2,328**ครั้ง/ปี)

ปี **2567** ได้ปรับเป้าหมายขึ้นเป็น **2,000**รายการ/ปี ได้มีการทบทวนประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน พบเป็นภาระในการยืนยันและแก้ไขของหัวหน้างาน จึงให้มีการรวบอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องเดียวกันที่ไม่ใช่ระดับ**Eup** เชียนไว้ในรายงานเดียวกัน จึงพบมีจำนวนการรายงานลดลงแต่ได้เกินค่าเป้าหมาย (**2,158**ครั้ง/ปี)



เพิ่มให้มีการกระตุ้นเตือนในทุกเดือน ผ่านทางกลุ่มไลน์**RM**ของโรงพยาบาล ที่มีสมาชิกเป็น **RMT**และ**RMU** โดยมีการรายงานข้อมูลและเตือนก่อนสิ้นเดือน**5**วัน โดยรายงานจำนวนอุบัติการณ์ของทุกหน่วยงาน จำนวนการรายงานอุบัติการณ์รายบุคคล ทำให้ในปี **2568** ทุกกลุ่มงานและหน่วยงานมีการรายงานอุบัติการณ์เข้าสู่ระบบ แต่การรายงานได้ตามเกณฑ์ยังคงครบทุกหน่วยงาน

ร้อยละการจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาลวังหิน เทียบ4ปี
2564(6m)-2567

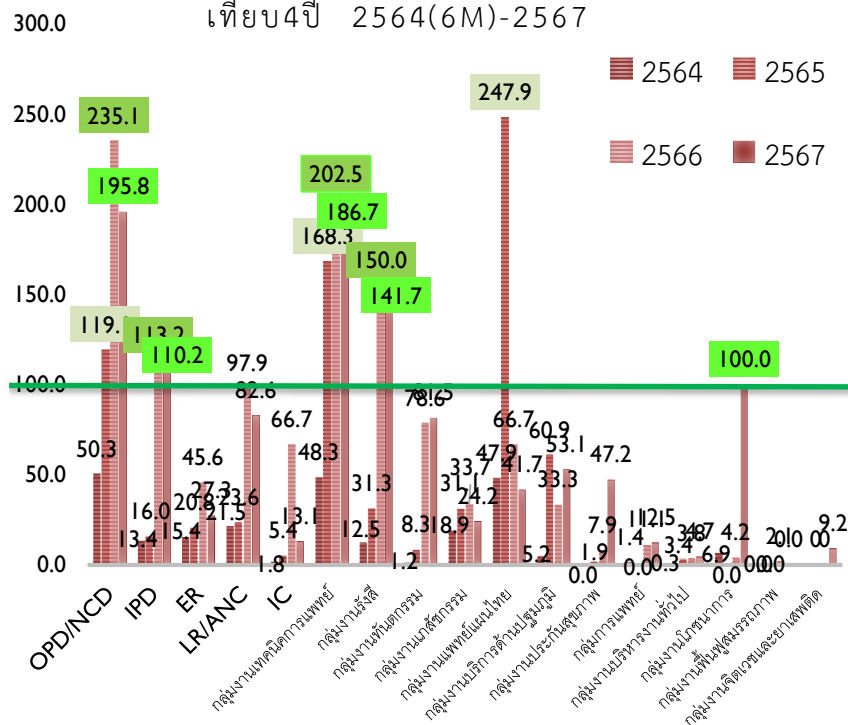


	2564	2565	2566	2567
%อุบัติการณ์ที่มีการยืนยันแล้ว	63.93	82.18	97.68	94.58
%อุบัติการณ์ที่กลุ่ม/หน่วยงานหลักแก้ไขแล้ว	40.57	64.96	84.45	71.19
%อุบัติการณ์ที่กรรมการความเสี่ยงแก้ไข (ปิดเคส) แล้ว	12.3	0.49	49.89	28.52

■ อุบัติการณ์ที่ยืนยันแล้ว ในช่วงเวลานั้น
 ■ อุบัติการณ์ที่กลุ่ม/หน่วยงานหลักแก้ไขแล้ว ณ เวลาปัจจุบัน
 ■ อุบัติการณ์ที่กรรมการความเสี่ยงแก้ไข (ปิดเคส) แล้ว ณ เวลาปัจจุบัน
 ■ ร้อยละการแก้ไขระดับหัวหน้ากลุ่ม/หน่วยงาน
 ■ ร้อยละการแก้ไขระดับกรรมการ

ผลการดำเนินงาน

ร้อยละการรายอุบัติเหตุการของหน่วยได้ตามเป้าหมาย 24 ครั้ง/คน/ปี เทียบ 4 ปี 2564(6M)-2567



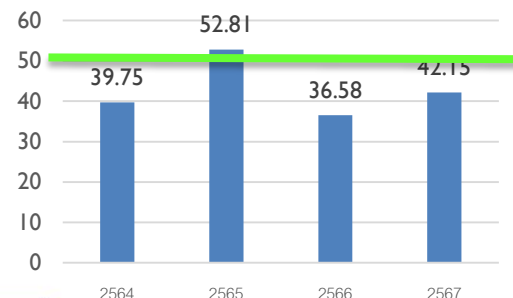
โรงพยาบาลวังหินมี 11 กลุ่มงาน และ 5 หน่วยงานย่อย(กลุ่มงานการพยาบาล) พบหน่วยงานที่บุคลากรรายงานความเสี่ยงผ่านเกณฑ์ 24 ครั้ง/คน/ปี ปีงบประมาณ 2565-2567 ดังนี้

ปีงบประมาณ 2565 พบมี 3 หน่วยงาน ได้แก่ งาน OPD/NCD กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ และกลุ่มงานแพทย์แผนไทย

ปีงบประมาณ 2566 พบมี 5 หน่วยงาน ได้แก่ งาน OPD/NCD งาน IPD งาน LR/ANC กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ และกลุ่มงานรังสี

ปีงบประมาณ 2567 พบมี 5 หน่วยงาน ได้แก่ งาน OPD/NCD งาน IPD กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ กลุ่มงานรังสี และกลุ่มงานโภชนาการ

ร้อยละการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของตนเอง เทียบ 4 ปีย้อนหลัง



ปี 2568 มีการตรวจเยี่ยมหน่วยงานกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังติดตามคุณภาพและโอกาสพลาดในแต่ละงานเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการใช้ประโยชน์จากการรายงาน

ผลการดำเนินงาน

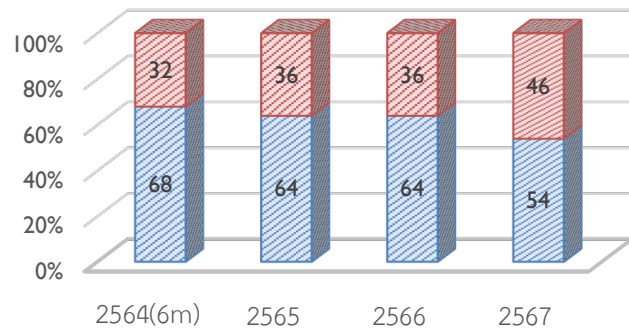
ในปี **2564-2566** มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกมากกว่าความเสี่ยงทั่วไปอย่างชัดเจน ปี**2567** การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกกับด้านทั่วไปใกล้เคียงกัน **54%:46%** สาเหตุจากการกระตุ้นมีการรายงานทั้งในส่วนหน่วยงานทางคลินิก และ หน่วยงานสนับสนุน

ในปี **2564-2567** มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับเกือบพลาด มากกว่าที่เป็นอุบัติการณ์ (> **55%**) แสดงถึงมีการค้นหาเชิงรุกมากขึ้น

ร้อยละประเภทการรายงานอุบัติการณ์

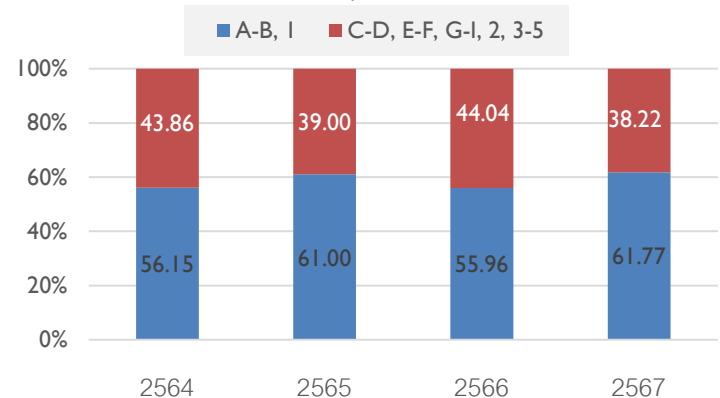
ความเสี่ยง โรงพยาบาลวังหิน

- ร้อยละอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป
- ร้อยละอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก



สัดส่วนร้อยละของการรายงานอุบัติการณ์

ต่อการรายงานเหตุเกือบพลาด



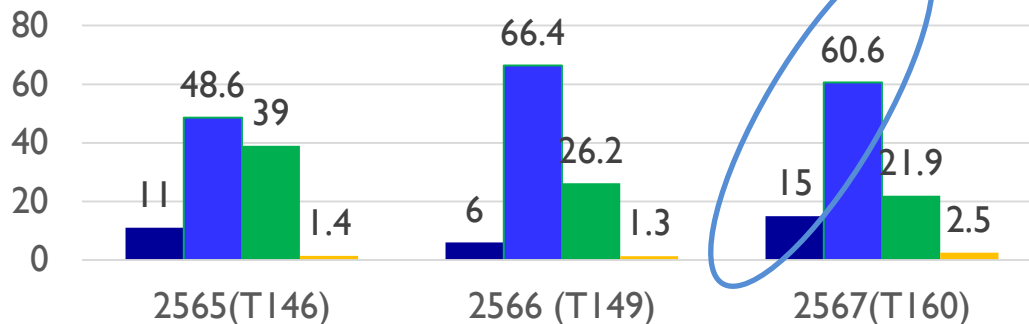
ผลการดำเนินงาน : ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลวังหิน

Hospital Safety Culture Survey (สรพ.)

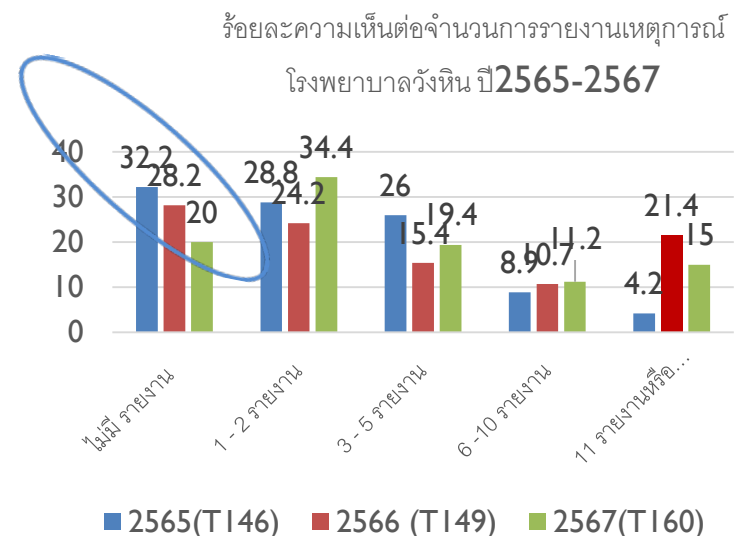
ปี2565-2567 พบร้อยละความเห็นต่อระดับความปลอดภัยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน และมีร้อยละความเห็นต่อจำนวนการรายงานเหตุการณ์ ที่ไม่มีการรายงานลดลงต่อเนื่อง

ร้อยละความเห็นต่อระดับความปลอดภัยของ

ผู้ป่วยโรงพยาบาลวังหิน ปี2565-2567



■ Excellent ดีเยี่ยม ■ Very Good ดีมาก
■ Acceptable ยอมรับได้ ■ Poor ไม่ดี



■ 2565(T146) ■ 2566 (T149) ■ 2567(T160)



ผลการดำเนินงาน : ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลวังหิน

Hospital Safety Culture Survey (สรพ.)

ปี**2567** พบหัวข้อการประเมินที่ได้คะแนนต่ำ **3** ข้อที่มีคะแนนต่ำกว่า **50%**

ได้มีการชี้แจงทำความเข้าใจในการค้นหาและรายงาน เพื่อการปรับปรุงพัฒนา ป้องกันการเกิดความไม่ปลอดภัย ในการประชุมความเสี่ยงสำหรับผู้ปฏิบัติ

และไตรมาสแรกปี**2568** ได้**round**หน่วยงาน โดยเฉพาะหน่วยงานที่ยังมีการรายงานไม่สม่ำเสมอและผลงานรายงานไม่ผ่านเกณฑ์ เพื่อติดตามประเมินผลกระทบจากการรายงาน การจัดการปัญหาจากการรายงาน และความคิดเห็นจากการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยง

	หัวข้อประเมิน (คะแนนต่ำ)	เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย
1	ผู้บริหารโรงพยาบาลคล้ายให้ความสนใจเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย หลังเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แล้วเท่านั้น	37%	33%
2	บุคลากรในหน่วยงานนี้รู้สึกว่า เมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้นจะถูกตำหนิหรือลงโทษเป็นรายบุคคล	31%	38%
3	การรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในหน่วยงานนี้ ทำให้รู้สึกว่า เป็นการระบุงถึงตัวบุคคลมากกว่าปัญหาที่เกิดขึ้น	24%	43%

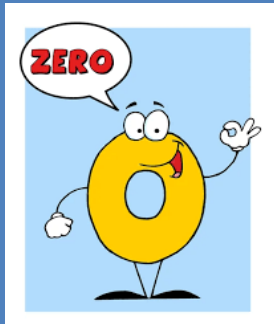


มาตรฐานสำคัญ จำเป็นเพื่อความปลอดภัย 9 ข้อ

- มีการมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบหลักในการออกแบบกระบวนการและติดตามเฝ้าระวัง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยและบุคลากร

มาตรฐานสำคัญจำเป็น	Incident	ปีงบประมาณ 2021	ปีงบประมาณ 2022	ปีงบประมาณ 2023	ปีงบประมาณ 2024
การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	CPS101 : ผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดข้าง (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong body part)*				
	CPS102 : ผ่าตัดผิดคน (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong patient)*				
	CPS103 : ผ่าตัดผิดชนิด (Wrong surgical or other invasive procedure performed on a patient)*				
การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSİ	CPI201 : CAUTI: Catheter Associated Urinary Tract Infection				
	CPI202 : VAP: Ventilator-Associated Pneumonia				
	CPI203 : CLABSI: Central Line-Associated Bloodstream Infection				
	CPS111 : SSI: Surgical Site Infection				
บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	GPI201 : บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ทางอากาศ (airborne transmission) จากการปฏิบัติงาน ได้แก่ วัณโรค ทับ และอีสุกอีใส			A-B: 1	
	GPI202 : บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ผ่านละอองฝอย (droplet transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น ใช้หวัดใหญ่ หัดเยอรมัน ฯลฯ				
	GPI203 : บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ทางการสัมผัส (contact transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น เชื้อโอดิ ดับอกเสบ ดับอกเสบ ฯลฯ				
	GPI204 : บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ผ่านพาหะ (vector borne transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น ใช้เลือดออก ชีท ฯลฯ				
การเกิด Medication Error และ Adverse Drug Event	CPM101 : แพ้ยาซ้ำ			C-D: 1	C-D: 1
	CPM201 : Medication error : Prescribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการสั่งจ่าย)	C-D: 3 A-B: 1	C-D: 3 A-B: 5	E-F: 2 C-D: 8 A-B: 96	C-D: 5 A-B: 28
	CPM202 : Medication error ; Transcribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการคัดลอกยา)	C-D: 1 A-B: 1	C-D: 4 A-B: 8	C-D: 1 A-B: 9	C-D: 3 A-B: 14
	CPM203 : Medication error ; Pre-dispensing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการจัดเตรียมจ่ายยา)	A-B: 5	C-D: 1 A-B: 8	C-D: 4 A-B: 84	C-D: 3 A-B: 23
	CPM204 : Medication error ; Dispensing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการจ่ายยา)	E-F: 1 C-D: 6 A-B: 9	C-D: 6 A-B: 23	E-F: 1 C-D: 27 A-B: 106	E-F: 1 C-D: 9 A-B: 32
	CPM205 : Medication error : Administration (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการให้ยา)	E-F: 1 C-D: 3 A-B: 2	E-F: 1 C-D: 5 A-B: 4	C-D: 52 A-B: 10	C-D: 20 A-B: 7
การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	CPM501 : การให้เลือดผิด (Incorrect blood component transfused, IBCT หรือ Wrong blood transfused)				
การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	CPP101 : Patient Identification	C-D: 2 A-B: 5	C-D: 10 A-B: 27	C-D: 12 A-B: 24	C-D: 7 A-B: 13
ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	CPP301 : Misdiagnosis or delay diagnosis			G-H: 1 E-F: 1	
การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน	CPL201 : ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด ลำบากหรือไม่สามารถปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ได้	C-D: 11 A-B: 15	C-D: 31 A-B: 96	C-D: 41 A-B: 55	C-D: 26 A-B: 51
	CPL203 : เตรียมตรวจ/ตรวจทางรังสีผิดพลาด (เช่น ผิดประเภท/ผิดคำสั่ง/ผิดตำแหน่ง/ผิดข้าง/ผิดเทคนิคการตรวจ)		C-D: 2 A-B: 20	C-D: 2 A-B: 26	A-B: 12
การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	CPE402 : Under triage	G-H: 1 E-F: 1 C-D: 1	G-H: 1 E-F: 5 C-D: 8	E-F: 3 C-D: 14 A-B: 8	G-H: 3 E-F: 2 C-D: 5 A-B: 3
	CPE403 : Over triage		C-D: 2 A-B: 1	C-D: 8 A-B: 3	A-B: 3
	CPE405 : Delay Diagnosis and Delay treatment ในผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วย Fast Track		G-H: 1 E-F: 3	G-H: 2 E-F: 6 C-D: 8	G-H: 1 E-F: 1 C-D: 4
	CPE407 : Missed Diagnosis		E-F: 1	C-D: 1	E-F: 2 C-D: 1

การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ (พันตกรรม)

Purpose	Process	Performance				
- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกต้องคน ถูกตำแหน่ง และถูกประเภทหัตถการ - บุคลากรมีแนวทางการยืนยันความถูกต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	- บ่งตัวผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ข้อ - ระบุสีพื้นที่จะทำหัตถการจากจุดสกรีน และสอบถามซ้ำก่อนเริ่มทำ - ระบุตำแหน่งหรือสีพื้นร่วมกับผู้ป่วย - กรณีที่เป็นหัตถการที่ทำบริเวณสีพื้น จะมีการ x-ray ระบุตำแหน่ง ก่อนทำหัตถการ	อุบัติการณ์ การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ เท่ากับ 0				
						
	อุบัติการณ์ การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ					
	2564	2565	2566	2567	2568(3M)	
0/73	0/60	0/125	0/100	0/17		

อัตราการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ

IC

PURPOSE

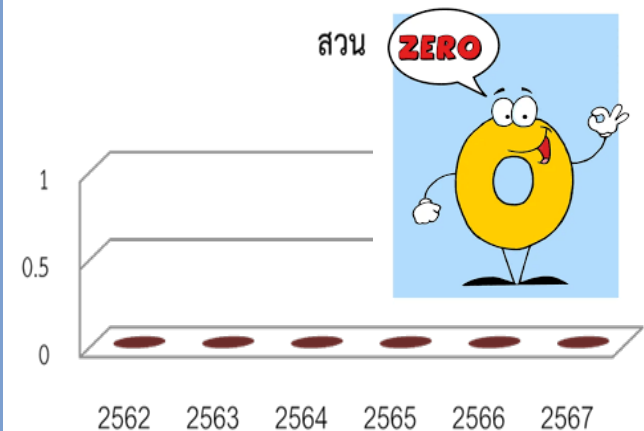
ไม่พบการเกิดCAUTIจากการ
คาสายสวนปัสสาวะในรพ.
ประเด็นความเสี่ยง
ถุงปัสสาวะวางบนเปลนอนขณะ
เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเป็นบางครั้ง
ไม่เปิดset Flushทำความสะอาด
ก่อนสวนปัสสาวะ
ติดพลาสติกตรึงสายไม่ถูก
เปิด-ปิดถุงปัสสาวะไม่เช็ดด้วย
70%แอลกอฮอล์

PROCESS

- นำ Bundle of CAUTI มาใช้
- ติดตามการปฏิบัติตาม Bundle CAUTI
- ปรับการใช้สารหล่อลื่นแบบ singles
- เน้นให้ความรู้ญาติ/ผู้ดูแล
- เพิ่มฟอกสบู่ทำความสะอาดหลังการ
ขับถ่ายอุจจาระ
- นิเทศ ติดตามกำกับอย่างต่อเนื่อง
- คืบข้อมูลให้เครือข่ายติดตามเฝ้า
ระวัง
- ส่งเสริมให้ความรู้ Caregiver

PERFORMANCE

อัตราการเกิดCAUTIเกณฑ์ 0:1000 วันคาสาย



■ อัตราการเกิดCAUTIเกณฑ์ 0:1000 วันคาสายสวน

ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการเกิดCAUTIร้อยละ 86.1

บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

IC

PURPOSE

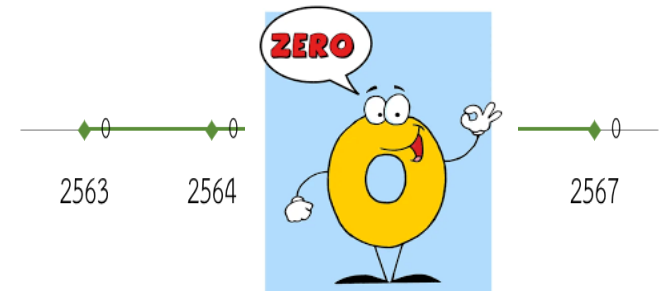
ป้องกันการติดเชื้อในบุคลากร
จากการปฏิบัติงาน

PROCESS

ส่งเสริมการรับภูมิคุ้มกัน
ตรวจสุขภาพทุกปี
นำข้อมูลมาวิเคราะห์
เสริมสร้างสุขภาพ
คัดกรองความเสี่ยง
คัดกรองวัณโรคร้อยละ100
จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย
ติดตามการปฏิบัติตามแนว
ทางการป้องกันการติดเชื้อ

PERFORMANCE

➔ บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน



ไม่พบบุคลากรติดเชื้อจากการทำงาน

การเกิด Adverse drug event เภสัชกรรม

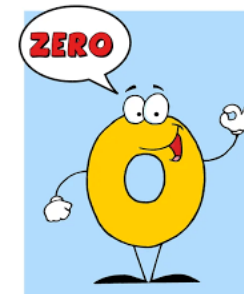
PURPOSE

ป้องกันการ
เกิดแพ้ยาซ้ำ

PROCESS

1. ชักประวัติ/ประเมิน
2. ลงข้อมูลในระบบ/ป้องกันการ
การใช้ยาซ้ำ
3. การให้ยาป้องกันการเกิด
side effect ก่อนบริหารยา
4. สื่อสาร/ส่งต่อข้อมูล

PERFORMANCE



การจัดการที่
ครอบคลุม
ADR Type A

ADR (type A and B)

Type B reactions represent DHR

Type
A

Type B
= DHR

Allergic
immune
p-i
Pseudo-
allergic

Predictable
Dose dependent
Rational

predictable
dose dependent
rational, ~~biarr~~

ADR Type A

Amlodipine, Enalapril, Tramadol, Simvastatin

- ลงข้อมูลในช่องแพ้ยาและ Lock การสั่งใช้ยาซ้ำ
- เปลี่ยนยา
- จ่ายยาบรรเทาอาการร่วมด้วย เช่น tramadol cap.
ร่วมกับ domperidone และ tramadol inj. ร่วมกับ
metoclopramide inj.

การเกิด Medication Error เภสัชกรรม

PURPOSE

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1. Medication Error ระดับ E ขึ้นไป	0 ครั้ง
2. Medication Error OPD	≤ 10 ครั้ง/ 1000 ใบสั่งยา
3. Medication Error IPD	≤ 10 ครั้ง/ 1000 วันนอน

PROCESS

Prescribing

- ระบบคอมพิวเตอร์ที่ช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา

Transcribing

- Independent double check

Pre-dispensing

- ทบทวนและ Alert คู่ยา LASA
- จัดวางยาที่มีโอกาสจัดผิดให้ห่างกัน
- Tall man letter
- คู่ยา LASA

Dispensing

- Independent double check
- ฉลากยาถูกต้องครบถ้วน

Administration

- Cross check โดยมีผู้ตรวจสอบอีก 1 คน ตรวจสอบการลงชื่อให้ยาใน paperless และการบริหารยาจริง



การเกิด Medication Error เภสัชกรรม

PERFORMANCE

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568(3m)
1. Medication Error ระดับ E ขึ้นไป	0 ครั้ง	2	1	5	1	2
2. Prescribing error (OPD/IPD)	≤ 10 ครั้ง/ 1000 ใบสั่งยา,วันนอน	0.1/0.07	0.17/0.09	0.42/0.66	0.43/0.70	2.01/4.06
3. Transcribing error (OPD/IPD)	≤ 10 ครั้ง/ 1000 ใบสั่งยา,วันนอน	0/0.46	0/1.13	0/1.06	0/1.03	0/2.22
4. Pre-dispensing error (OPD/IPD)	≤ 10 ครั้ง/ 1000 ใบสั่งยา,วันนอน	0.17/2.24	0.08/0.09	0.74/0.27	0.07/1.91	0.89/3.69
5. Dispensing error (OPD/IPD)	≤ 10 ครั้ง/ 1000 ใบสั่งยา,วันนอน	0.15/1.32	0.17/1.61	0.74/12.75	0.32/2.31	1.04/3.69
6. Administration error (OPD/IPD)	≤ 10 ครั้ง/ 1000 ใบสั่งยา,วันนอน	0.01/0.46	0.01/0.94	0.02/6.5	0.07/2.21	0.15/2.59

การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด

OPD

PURPOSE

เพื่อป้องกันการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิด

PROCESS

1. ผู้ให้บริการทุกคนต้องตรวจสอบและระบุตัวผู้ป่วยทุกขั้นตอนการให้บริการ
2. มีการใช้ตัวบ่งชี้ตัวผู้ป่วยด้วย 2 ตัวบ่งชี้เป็นอย่างน้อย
3. ใช้ป้ายชื่อมือ ในกรณีผู้ป่วยใน หรือ สับสน/ไม่รู้ชื่อตัว ห้องER
4. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย

PERFORMANCE

อุบัติการณ์การระบุผู้ป่วยผิดพลาด Eup/ทั้งหมด

2564	2565	2566	2567
0/7	0/37	0/36	0/20

ประเด็น : OPD การส่งรายการlab ผิดคน/ผิดรายการ/ไม่ครบรายการ
แก้ไข/ปรับเปลี่ยน : ปรับใช้ระบบการส่งรายการlab ล่วงหน้า ในระบบhimpro

ประเด็น : ผู้ป่วยรถเข็นนั่ง/นอน พ่วงทางการสื่อสาร
แก้ไข/ปรับเปลี่ยน : ป้ายห้อยระบุชื่อ-สกุล อายุ HN หน่วยบริการ

LABORATORY

การให้เลือดผิคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

PURPOSE

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับเลือด และส่วนประกอบของเลือดถูกต้องตามแผนการรักษา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด

PROCESS

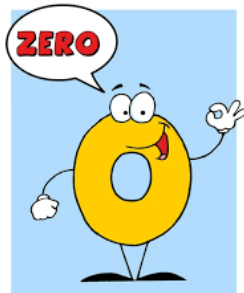
1. การสั่งการรักษาด้วยโลหิตและส่วนประกอบโลหิต
2. การเจาะตัวอย่างเลือดสำหรับส่งขอเลือดที่ธนาคารเลือด และทดสอบหมู่เลือด ABO, Rh
3. การเตรียมผู้ป่วยก่อนการให้เลือด
4. ขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องก่อนให้เลือด
 - การตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้โลหิตและคำสั่งแพทย์
 - การตรวจสอบถุงเลือด
 - การระบุตัวผู้ป่วยก่อนให้เลือด หรือส่วนประกอบเลือด (patient verification)
5. ขั้นตอนในการให้โลหิตและหรือส่วนประกอบเลือด
6. ขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยขณะได้รับเลือด หรือส่วนประกอบเลือด
7. ขั้นตอนปฏิบัติหากพบอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับเลือดและส่วนประกอบเลือด

PERFORMANCE

อุบัติการณ์การให้เลือดผิคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

2564	2565	2566	2567	2568 (3 M)
0	0	0	0	0

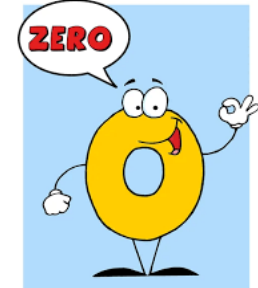
- มีแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (SE-LAB-DOC-108)
- มีระเบียบปฏิบัติการให้เลือดอย่างปลอดภัย (WP-LAB-DOC-011)
- มีระเบียบปฏิบัติการขอเบิกและรับเลือด (WP-LAB-DOC-007)
- มีระเบียบปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิต (WP-LAB-DOC-003)



LABORATORY

: Right and Accurate Laboratory Results

หมวด 8-I



PURPOSE

- ให้บริการตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจที่ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ผู้รับบริการพึงพอใจ และปลอดภัย
- เพื่อให้ผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และแพทย์ในการตรวจรักษา

PROCESS

1. Patients Identification ขณะทำการเก็บสิ่งส่งตรวจ
2. การเก็บสิ่งส่งตรวจ
3. การติดฉลากสิ่งส่งตรวจถูกต้อง
4. การรักษาสภาพสิ่งส่งตรวจให้เหมาะสม
5. การระบุตัวผู้ป่วยและสิ่งส่งตรวจถูกต้องตรงกันในขณะที่ทำการวิเคราะห์และเมื่อรายงานผล
6. การตรวจสอบความถูกต้องตรงกันของผลการทดสอบกับผู้ป่วย

PERFORMANCE

อุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการผิดพลาดล่าช้า หรือไม่สามารถปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ได้ ระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด

2564	2565	2566	2567	2568 (3 M)
0/26	0/149	0/124	0/89	0/16

- มีแนวทางปฏิบัติการรับรองการรายงานผลการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ (Approved) (WI-LAB-DOC-014)
- มีระบบตรวจสอบผลโดยนักเทคนิคการแพทย์ กรณีมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเพียงคนเดียวให้เว้นระยะตรวจสอบผลก่อนรายงาน

การรายงานผลการตรวจทางรังสี

Purpose

เพื่อให้ภาพเอกซเรย์มีคุณภาพมาตรฐาน
ถูกต้อง ครบคลุมชัดเจน ครบถ้วน รายละเอียดเพียงพอ และทันต่อการวินิจฉัย

Process

1. การระบุตัวตนผู้รับบริการ มีแนวทางปฏิบัติ (WI-RAD-20) แนวทางการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง
2. การเตรียมความพร้อมก่อนการเอกซเรย์ มีแนวทางปฏิบัติ(WI-RAD-02)แนวทางการเตรียมความพร้อมก่อนการเอกซเรย์
3. การให้คำแนะนำการให้บริการถ่ายภาพเอกซเรย์ มีแนวทางปฏิบัติ(WI-RAD-03)แนวทางการให้คำแนะนำผู้มารับบริการเอกซเรย์
4. คำสั่งแพทย์และรายการส่งตรวจไม่ตรง มีแนวทางปฏิบัติ(WI-RAD-08)แนวทางการปฏิบัติกรณีส่งเอกซเรย์คลาดเคลื่อน
5. ตรวจสอบความถูกต้องก่อนส่งภาพเอกซเรย์เข้าสู่ระบบจัดเก็บภาพทางการแพทย์ PACs

Performance

อุบัติการณ์การถ่ายภาพรังสีทางห้องปฏิบัติ
การรังสีผิดพลาด ลำช้า ไม่สามารถวินิจฉัยได้
ระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด

2564	2565	2566	2567
0/0	0/4	0/35	0/17

มีระบบตรวจสอบภาพถ่ายทางรังสีโดยนัก
รังสีการแพทย์ Examined เป็น Verified
แล้วจัดส่งเข้าสู่ระบบจัดเก็บภาพ(PACs)





การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน ER

PURPOSE

เพิ่มประสิทธิภาพของการคัดแยกและจัดลำดับการให้บริการ

PROCESS

- 1.Triage system :คัดแยกตามเกณฑ์การคัดแยก MOPH ED Triage ร่วมกับ 25กลุ่มอาการ ,มีพยาบาลร่วมกับผู้ช่วยเหลือคนไข้ประจำจุดTriage มีเครื่องมือที่เหมาะสม
- 2.Triage Process:ใช้Triage for all ,NYHA FC ,SOS score ,PEW score ,AWS เป็นเครื่องมือในการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ,คัดแยกผู้ป่วยตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
- 3.Triage area : ปรับ zone การคัดแยกผู้ป่วย
- 4.Training : ประเมินความรู้เจ้าหน้าที่ประจำจุดคัดแยก

PERFORMANCE

อุบัติการณ์การคัดแยก under triageที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับEขึ้นไปทั้งหมด

2565	2566	2567	1/2568
6/14	3/25	6/10	1/3

ในปีงบประมาณ 2567 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยถูกเคลื่อนย้ายไปพักรักษาใน Zone triage ทำให้ผู้ป่วยไม่ถูกคัดแยกตามเวลาที่กำหนด ในปีงบประมาณ 2568 ได้มีการปรับ zone triage มาไว้บริเวณด้านหน้าห้องบัตร ผลลัพธ์การดำเนินงาน ไม่พบอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป



ความเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาล

Risk profile ปี 2567	F*I	Risk level	ผู้รับผิดชอบ	KPI	ผลการติดตาม/การควบคุม			
	5*5	(25)		อุบัติการณ์ Eup	2565	2566	2567	1/2568
(ข้อ9.) การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	3*5	3		ลดลง	6+4	1+8	5+3	1+1
(ข้อ4.) การเกิด Medication Errors	3*3	2		ลดลง	1	3	1	1
(ข้อ7.) ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค	1*5	1		ลดลง	0	2	0	0
(ข้อ1.) การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ (ผ่าฟัน)	1*3	1		ลดลง	0	0	0	0
(ข้อ2.) การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, CAUTI, CABS	1*4	1		ลดลง	0	0	0	0
(ข้อ3.) บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	1*2	1		ลดลง	0	0	0	0
(ข้อ4.) Adverse Drug Event	1*4	1		0	0	0	0	0
(ข้อ5.) การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	1*4	1		0	0	0	0	0
(ข้อ6.) การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	3*1	1		ลดลง	0	0	0	0
(ข้อ8.) การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ /พยาธิวิทยาผิดพลาด	4*2	2		ลดลง	0	0	0	1
(ข้อ8.) การรายงานผลการตรวจทางรังสีผิดพลาด	1*2	1		ลดลง	0	0	0	0



ความเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาล

Risk profile ปี 2567 (ต่อ)	F*I	Risk level	ผู้รับผิดชอบ	KPI	ผลการติดตาม/การควบคุม			
					2565	2566	2567	1/2568
	5*5	(25)	ทีมนำ	อุบัติการณ์				8
Unplan CPR	1*5	5	PTC	0	1	2	8	2
การเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง	1*5	5	PTC	0	5	3	2	0
ข้อร้องเรียนรวม	1*3	3	HRD	0	2	1 6	1 5	3
เครื่องมือที่มีความเสี่ยงสูงไม่พร้อมใช้งาน	1*3	3	ENV/E QU	0	0	1	0	0
การหยุดชะงักของระบบคอมพิวเตอร์ (>30นาที)	1*2	2	IM	0	2	1	2	0

แผนพัฒนา ปี2568

- ส่งเสริมการค้นหารายงานและจัดการอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และเพิ่มการรายงานอุบัติการณ์ Specific clinical risk
- พัฒนาระบบการเตือนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการรายงานความเสี่ยง
- ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
- พัฒนาระบบชี้รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้ตรงเป้าหมายการพัฒนาในแต่ละทีมนำสำคัญ
- พัฒนาทักษะการทำ RCA เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
- การสื่อสารความสำเร็จในการจัดการอุบัติการณ์ที่สำคัญให้ผู้ปฏิบัติได้รับทราบทั่วถึง

ขอบคุณครับ

