




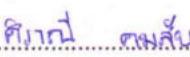

ระเบียบปฏิบัติ

เรื่อง

ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

โรงพยาบาลปลวกแดง

จังหวัดระยอง

| | | |
|--|---|--|
| <p>จัดเตรียมเอกสารโดย</p> <p></p> <p>.....</p> <p>(นางปัญจพร ฤทธินนท์) ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ</p> <p>วันที่ 24 ธ.ค. 2564</p> | <p>ตรวจสอบเอกสารโดย</p> <p></p> <p>.....</p> <p>(นางศิริราณี คมสัน) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>วันที่ 25 ธ.ค. 2564</p> | <p>อนุมัติใช้เอกสารโดย</p> <p></p> <p>.....</p> <p>(นายชินวัฒน์ ชัยนวล) นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลวกแดง</p> <p>วันที่ 27 ธ.ค. 2564</p> |
|--|---|--|

| | | |
|----------------|-------------------------------|---|
| <p>ต้นฉบับ</p> | <p>แก้ไขครั้งที่</p> <p>๐</p> | <p>วันที่เริ่มใช้</p> <p>27 / 12 / 2564</p> |
|----------------|-------------------------------|---|



คู่มือ

ระบบบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลปลวกแดง

อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง

ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาลปลวกแดง

การบริหารจัดการความเสี่ยง เป็นกิจกรรมพื้นฐานบุคลากรทุกคนของโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญ และร่วมกันวางแผนป้องกันและดำเนินการตามแนวทางที่วางไว้

นโยบายบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

การบริหารจัดการความเสี่ยงเป็นหน้าที่ของทุกคน ให้บุคลากรทุกคนมีหน้าที่เฝ้าระวังค้นหาและ รายงานความเสี่ยงโดยทำความเข้าใจกับระบบบริหารจัดการความเสี่ยงที่คณะกรรมการบริหารจัดการ ความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้จัดทำคู่มือโดยให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด

1. ให้ทุกหน่วยงาน / ทุกทีม ค้นหาและประเมินความเสี่ยงในหน่วย / ทีม ให้ครอบคลุมประเด็นตาม โปรแกรมความเสี่ยงที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนดให้พร้อมทั้งกำหนดมาตรการป้องกัน ความเสี่ยงที่ค้นได้ และบันทึก ไว้เป็นสายลักษณะอักษรพร้อมทั้งทำความเข้าใจกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้แนวทางที่กำหนดไปปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ
2. ให้ทุกหน่วยงาน / ทุกทีมรายงานอุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานหรือพบเห็น ในโรงพยาบาลพร้อม ทั้งดำเนินการตามระบบการรายงานและบริหารจัดการความเสี่ยงที่ทีมบริหารความเสี่ยงกำหนดและ บันทึกไว้เป็นสายลักษณะอักษร
3. ให้ทุกหน่วยงาน / ทุกทีมมีการทบทวนและใช้ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกมาวางมาตรการในการป้องกัน และแก้ไขความเสี่ยงอย่างเป็นระบบและให้มีการเฝ้าระวังและทบทวนความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ รายงานการบริหารจัดการความเสี่ยงให้หัวหน้ากลุ่ม / ทีมและกรรมการบริหารความเสี่ยงทราบตาม ระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องชี้วัดระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล

| ข้อมูล/ตัวชี้วัด | เป้าหมาย |
|--|----------|
| 1. ความครอบคลุมของการรายงานอุบัติการณ์ | 100 |
| 2. จำนวนรายงานความเสี่ยง | >2000 |
| 2.1 Clinical risk | |
| 2.2 Non-clinical risk | |
| 3. อัตรา Miss : Near Miss | ลดลง |
| 4. อัตรา Self-Risk Report | > 60 |
| 5. อัตราความเสี่ยงที่ RCA และแก้ไขเชิงระบบ | > 80 |
| 6. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ E-I | ลดลง |
| 7. Sentinel event | 0 |
| 8. อัตราหน่วยงานที่มีการจัดทำทะเบียนจัดการความเสี่ยง risk register | 100% |

การแบ่งความเสี่ยงในระบบบริหารความเสี่ยง

1. ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical risk)
2. ความเสี่ยงทั่วไป (Non clinical risk)
3. Sentinel event

การแบ่งประเภทความเสี่ยงตามโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล กำหนดเป็นโปรแกรมความเสี่ยง 9 โปรแกรมได้แก่

1. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinic)
 - 1) ด้านคลินิกบริการ

- 2) ด้านระบบยา
 - 3) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม
 - 4) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - 5) งานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
2. ความเสี่ยงทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม โครงสร้าง (Non-clinic)
- 1) โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม
 - 2) ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
 - 3) ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์
 - 4) เรื่องร้องเรียน

การแบ่งระดับความรุนแรงทางคลินิก

- ระดับ A ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน/ความเสี่ยงได้
- ระดับ B มีความคลาดเคลื่อน/ความเสี่ยงเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตราย เนื่องจากความคลาดเคลื่อน/ความเสี่ยงยังไม่ถึงผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่
- ระดับ C มีความคลาดเคลื่อน/ความเสี่ยงเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายแม้ว่าความคลาดเคลื่อนจะไปถึงผู้ป่วย/เกิดความเสียหายกับเจ้าหน้าที่แล้ว
- ระดับ D มีความคลาดเคลื่อน/ความเสี่ยงเกิดขึ้น แต่ยังไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ แต่ต้องมีการเฝ้าระวังและติดตามเพิ่มเติมเพื่อมั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย
- ระดับ E มีความคลาดเคลื่อน/ความเสี่ยงเกิดขึ้น และเป็นอันตรายเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม
- ระดับ F มีความคลาดเคลื่อน/ความเสี่ยงเกิดขึ้น และเป็นอันตรายเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือยืดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป
- ระดับ G มีความคลาดเคลื่อน/ความเสี่ยงเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร
- ระดับ H มีความคลาดเคลื่อน/ความเสี่ยงเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบเสียชีวิต ส่งผลต้องทำการช่วยชีวิต
- ระดับ I มีความคลาดเคลื่อน/ความเสี่ยงเกิดขึ้น และเป็นอันตรายจนถึงแก่ชีวิต (Death)

การแบ่งระดับความรุนแรงทาง Non - clinic

- ระดับ 1 มีโอกาสเกิดความเสี่ยง (Near Miss)
- ระดับ 2 เกิดความเสี่ยงแต่ไม่มีความเสียหาย ไม่สูญเสียรายได้ ไม่เกิดผลเสียต่อชื่อเสียง
- ระดับ 3 เกิดความเสี่ยง มีความเสียหาย มีผลกระทบต่อชื่อเสียงและสูญเสียรายได้ ซึ่งไม่สามารถรอดได้
- ระดับ 4 เกิดความเสี่ยงที่รุนแรง มีผลกระทบและเกิดผลเสียต่อชื่อเสียง อาจนำไปสู่การร้องเรียน/แจ้งความ /ฟ้องร้อง/สูญเสียรายได้และภาพลักษณ์

3. Sentinel event คือเหตุการณ์ความเสี่ยงที่รุนแรงสูงสุด ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างร้ายแรง ซึ่งผู้ที่ทราบข้อมูลต้องรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบอย่างเร่งด่วน (ทำ RCA)

3.1 clinic

- ภาวะตกเลือดหลังคลอดจนเสียชีวิต
- ภาวะเด็กขาดออกซิเจนขณะคลอดที่ต้องได้รับการกู้ชีพ
- ผู้ป่วยตกเตียง/หกล้ม จนเกิดภาวะแทรกซ้อน
- ผู้ป่วยแพ้ยาแบบรุนแรงซ้ำ

- การให้เลือดผิดหมู่ / ผิดคน
- ผู้ป่วยเสียชีวิตแบบไม่คาดคิด เช่น การเสียชีวิตแบบไม่มีสาเหตุ ฆ่าตัวตายในรพ. อุบัติเหตุในรพ.

3.2 non-clinic

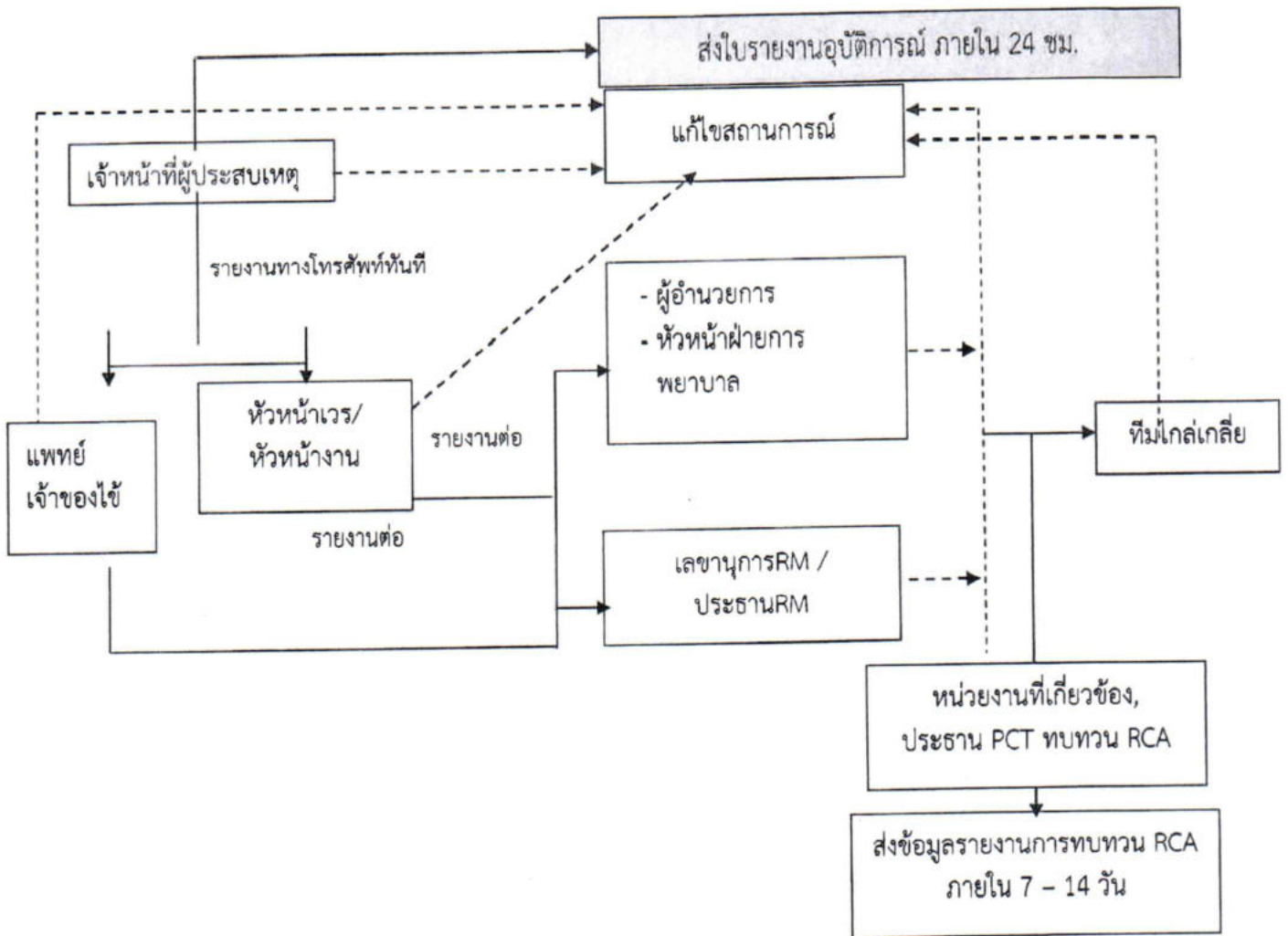
- การฟ้องร้องเผยแพร่ต่อสื่อมวลชน
- เจ้าหน้าที่ถูกทำร้าย
- อัคคีภัย
- ระบบคอมพิวเตอร์ล่มทั้งโรงพยาบาล

แนวทางการรายงานความเสี่ยงโรงพยาบาล

| ระดับความรุนแรง | เกณฑ์การประเมิน | การรายงาน |
|---|--|--|
| ระดับ 1 Category A, B (เกือบพลาด) | <ul style="list-style-type: none"> • ยังไม่เกิดความผิดพลาด แต่มีแนวโน้มที่อาจทำให้เกิดอุบัติการณ์ได้ (near miss) • มีความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายหรือเสียหายต่อผู้ใด | <ul style="list-style-type: none"> • บันทึกรายงานอุบัติการณ์ประจำเดือน บันทึกบัญชีความเสี่ยงไว้ที่หน่วยงาน สรุปลงที่ภญ.ปิฎกพร ภายในวันที่ 15 ของทุกเดือน |
| ระดับ 2 Category C, D (รุนแรงน้อย) | <ul style="list-style-type: none"> • มีความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่เพียงเล็กน้อย • กรณีเกิดต่ออุปกรณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง | <ul style="list-style-type: none"> • บันทึกบัญชีความเสี่ยงไว้ที่หน่วยงาน พร้อมเขียนใบรายงานอุบัติการณ์ส่ง ภายใน 7 วัน |
| ระดับ 3 Category E, F (รุนแรงปานกลาง) | <ul style="list-style-type: none"> • มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ ระดับปานกลาง • ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น • หรือจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยหรือได้รับการดูแลแก้ไขเพิ่มเติม • เกิดข้อร้องเรียนที่อาจทำให้เกิดความเสียหายต่อชื่อเสียงของหน่วยงานในระดับปานกลาง • กรณีเกิดต่ออุปกรณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่ไม่ใช่อุปกรณ์ช่วยฉุกเฉิน | <ul style="list-style-type: none"> • บันทึกบัญชีความเสี่ยงไว้ที่หน่วยงาน • เขียนใบรายงานอุบัติการณ์ส่งภายใน 3 วัน |
| ระดับ 4 Category G,H,I (รุนแรงมาก) | <ul style="list-style-type: none"> • มีความผิดพลาดเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ระดับรุนแรง (ทุพพลภาพหรือเสียชีวิต) • เสียหายต่อระบบงานหลักสำคัญของรพ. • มีการฟ้องร้องที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชื่อเสียงของรพ.อย่างร้ายแรง • กรณีเกิดต่ออุปกรณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและเป็นอุปกรณ์สำคัญในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Ambu bag , Suction , Defibrillation , Laryngoscope) หรือเกี่ยวข้องกับระบบการทำงานที่สำคัญ (รถ Refer, ออกซิเจน, รถ Emergency) | <ul style="list-style-type: none"> • เขียนใบรายงานอุบัติการณ์ส่งภายใน 24 ชม. • บันทึกบัญชีความเสี่ยงไว้ที่หน่วยงาน • ทบทวน RCA ส่งรายงาน RCA ภายใน 7 - 14 วัน |

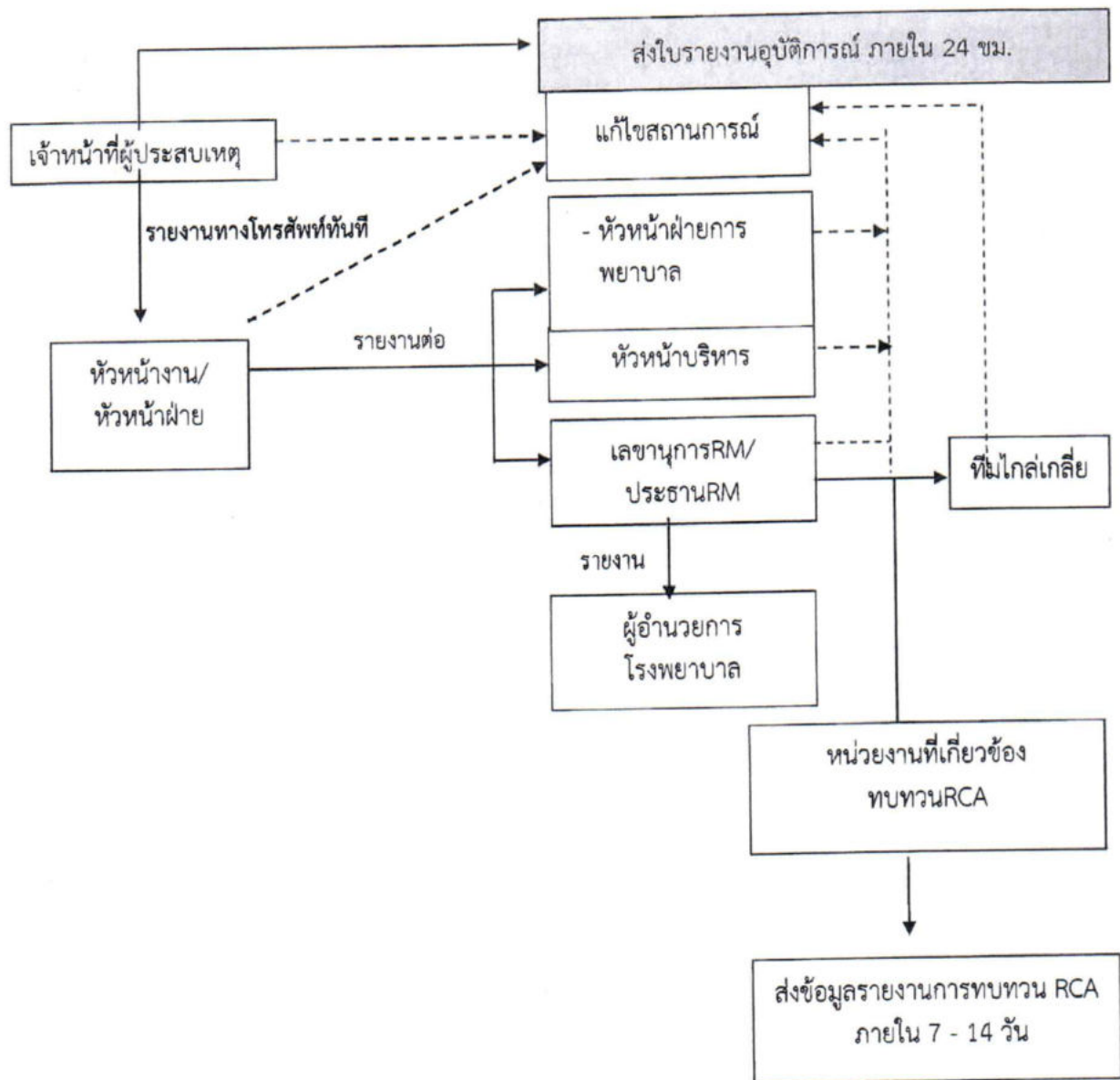
การรายงานและการจัดการ Sentinel Events (ความเสี่ยง ระดับความรุนแรงสูงสุด)

Sentinel Events: Clinical (ด้านการรักษา)



การรายงานและการจัดการ Sentinel Events (ความเสี่ยง ระดับความรุนแรงสูงสุด)

Sentinel Events: Non-Clinical (ด้านระบบบริการ)

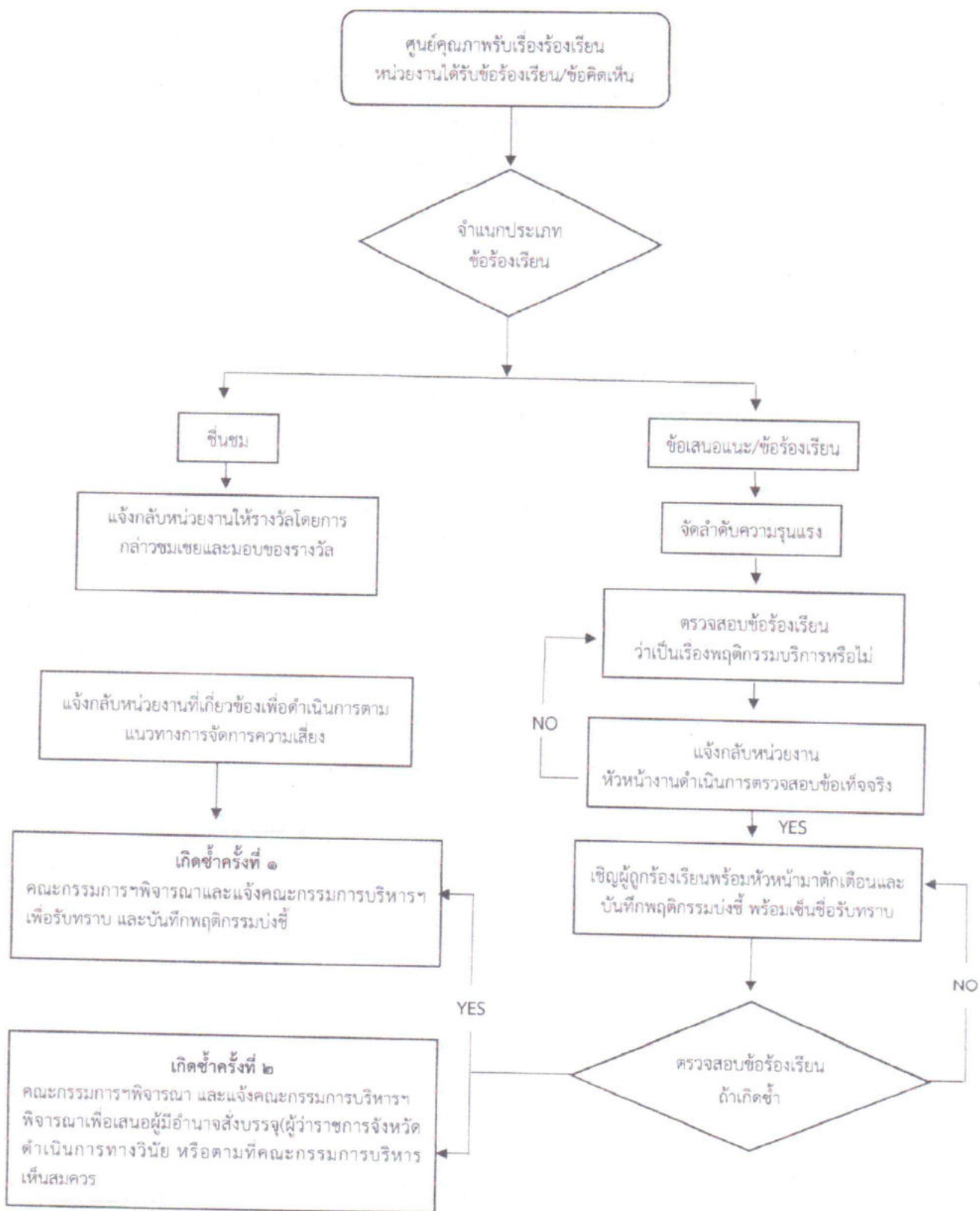


ข้อร้องเรียน (ด้านบริการ/เจ้าหน้าที่)

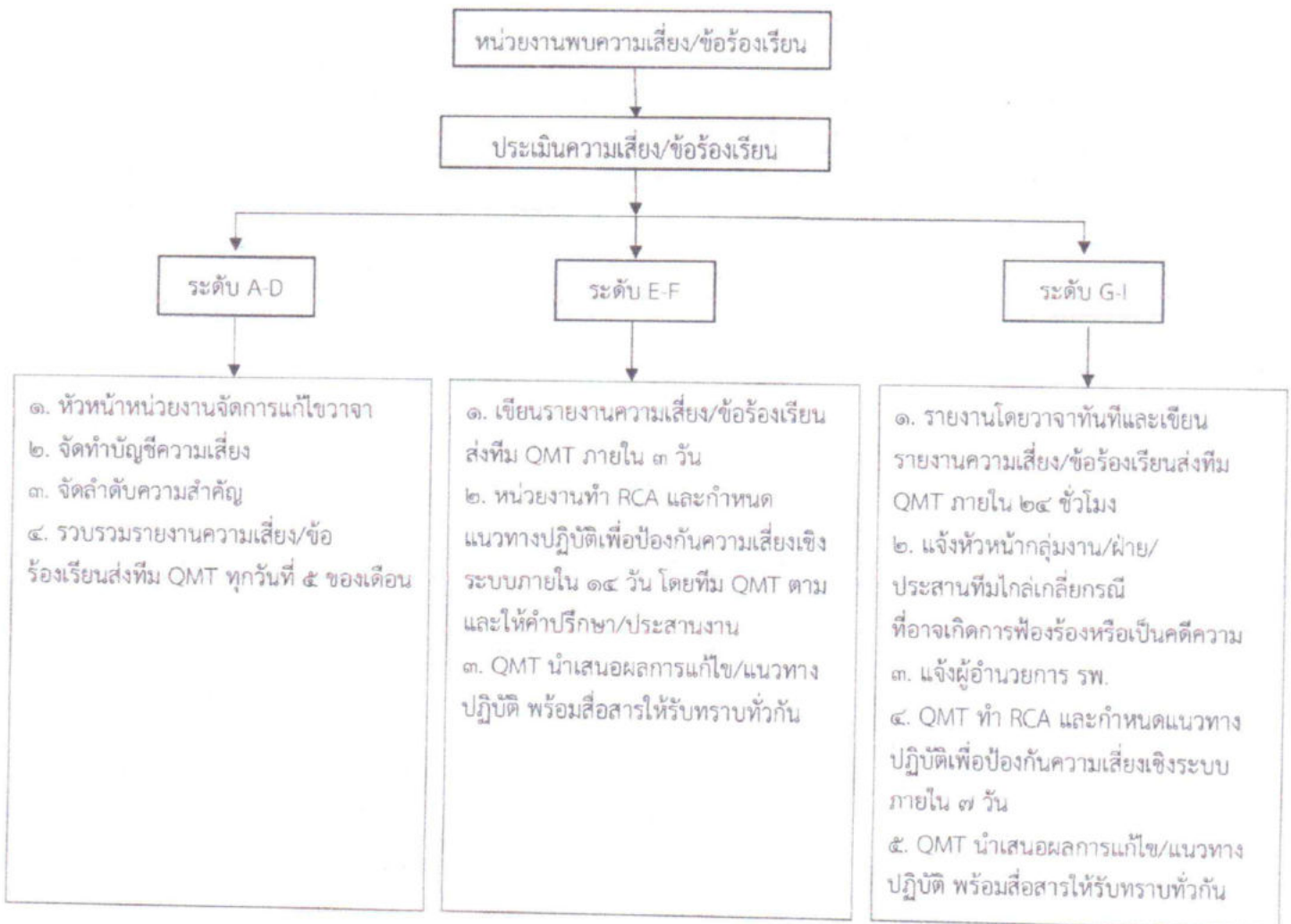
บทบาทหน้าที่เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์เรื่องร้องเรียน

1. รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ จากผู้ใช้บริการทุกช่องทาง
2. ตรวจสอบข้อมูล/ข้อเท็จจริง เพื่อรวบรวมข้อมูล
3. รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์เบื้องต้น และประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก
4. รายงานกรรมการใกล้เคียงพิจารณาข้อร้องเรียน กรณีต้องเจรจาใกล้เคียง
5. บันทึกข้อมูลเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์
6. ตอบกลับผู้ร้องเรียน
7. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมรับเรื่องร้องเรียนของสสจ.
8. ให้บริการข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนที่มาใช้บริการและรวบรวมข้อมูลข่าวสารไว้บริการประชาชน
9. ให้คำแนะนำด้านสิทธิบัตร และขั้นตอนต่าง ๆ ในการให้บริการ
10. รายงานข้อร้องเรียน ต่อคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

ระบบการจัดการข้อร้องเรียน



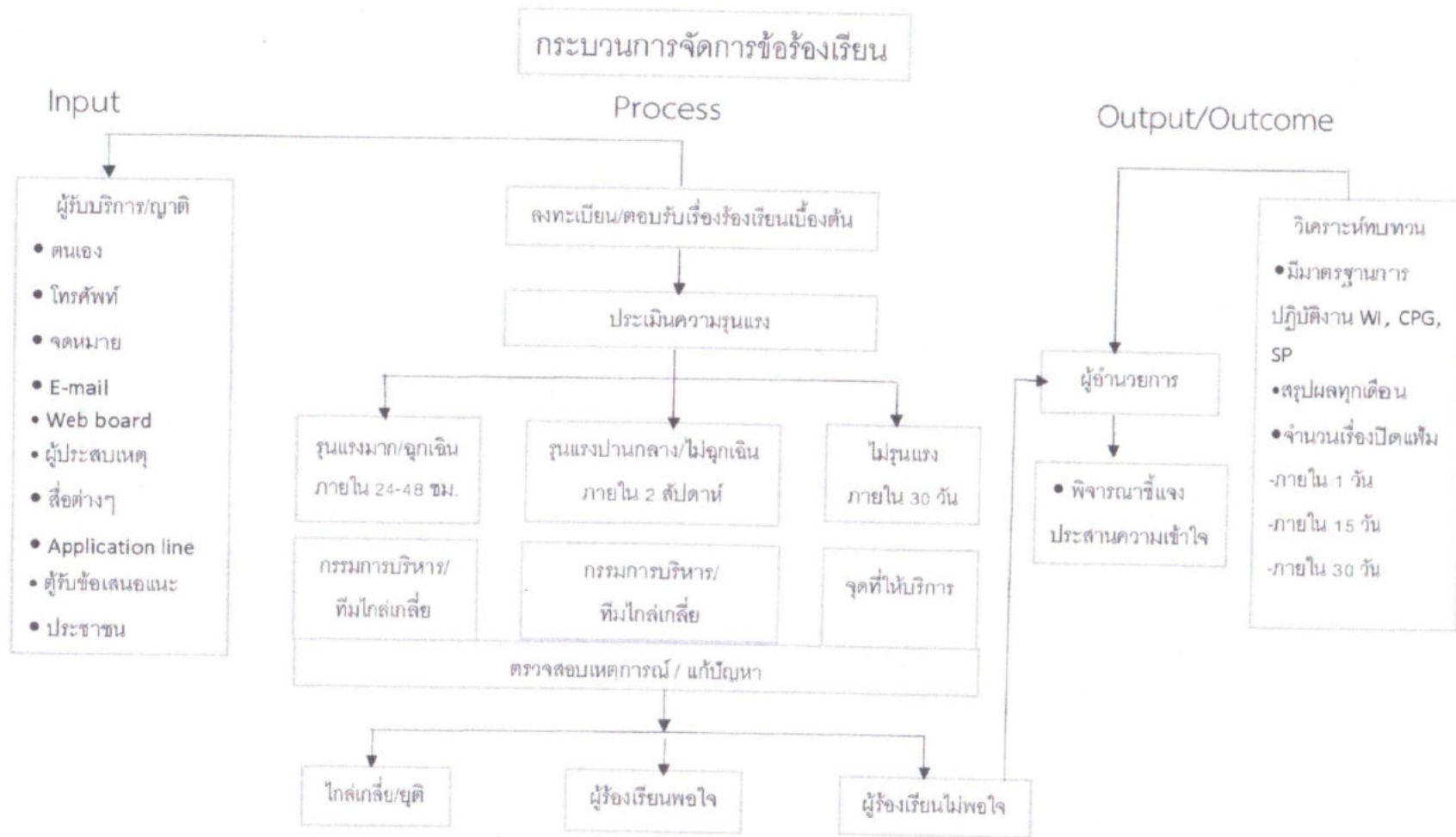
แนวทางการจัดการความเสี่ยง/ข้อร้องเรียน



คณะกรรมการใกล้เคียง

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| ๑. นพ.ชินวัฒน์ ชัยนวล | นายแพทย์ ชำนาญการ |
| ๒. ทพญ.วรัฏฐา มาลานนท์ | ทันตแพทย์ ชำนาญการพิเศษ |
| ๓. นางกุสุมาลย์ บริสุทธิ์ | พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ |
| ๔. นายภาณุวัฒน์ จิงศรีพิชญ์ | นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ |
| ๕. นางชลลัดดา บุญสุข | พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ |
| ๖. นางหนึ่งฤทัย อุดารักษ์ | พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ |
| ๗. นางศิริราณี คมสัน | พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ |

- ข้อร้องเรียน** - ไม่รุนแรง (ระดับ A-D) มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเล็กน้อย/ความไม่พึงพอใจของบุคคล
- ปานกลาง (ระดับ E-F) เสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่
 - รุนแรง (ระดับ G-I) เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย/เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง/เสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล



ข้อร้องเรียนไม่รุนแรง : 1. ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน แต่สามารถแก้ไขโดยหน่วยงาน 2. ผู้ร้องเรียนไม่ระบุชื่อที่อยู่

ข้อร้องเรียนรุนแรงปานกลาง/ไม่ฉุกเฉิน : 1. ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อนไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานต้องอาศัยอำนาจของผู้ผู้อำนวยการ หรือที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร 2. เรื่องที่สร้างความเสื่อมเสียต่อชื่อเสียงของหน่วยงาน 3. ผู้ร้องเรียนระบุชื่อ ที่อยู่

ข้อร้องเรียนรุนแรงมาก/ฉุกเฉิน : 1. ผู้ร้องเรียนขอในสิ่งที่ยื่นนอกเหนือบทบาทอำนาจหน้าที่ของโรงพยาบาล 2. อาจนำไปสู่การสูญเสียชื่อเสียงหรือฟ้องร้อง 3. ผู้ร้องเรียนระบุชื่อ ที่อยู่

ศูนย์ร้องเรียน ชั้นชม

ช่องทางแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ/ร้องเรียน



(สแกนคิวอาร์โค้ด)

หรือโทร

061-3899583



ศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรี
ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

ONE STOP CRISIS CENTER (OSCC)

ศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรี
ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

คุณชวลิต





พันธมิตร
สนับสนุนโดย
บริษัท ชูชุกี ดีจาทอร์ (ประเทศไทย) จำกัด

โรงพยาบาลปลวกแดง



ศูนย์ร้องเรียน ชั้นชม

ช่องทางแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ/ร้องเรียน



(สแกนคิวอาร์โค้ด)

หรือโทร

061-3899583

ตัวรับและหน่วย จากโรงพยาบาลปลวกแดง

เป็น บวก !!!

รพ.

จันทร์ประสิทธิ์ คณะ

WELCOME CARD

โรงพยาบาลปลวกแดง
ศูนย์ร้องเรียนชื่นชม

โรงพยาบาลปลวกแดง
ศูนย์ร้องเรียนชื่นชม

กรรณิกาสำหรับ
แสดงความคิดเห็น
เรื่องร้องเรียน ชื่นชม

เจ้าหน้าที่ขอเก็บเรื่องร้องเรียน
ทุกวันจันทร์แรกของเดือน

โรงพยาบาลปลวกแดง
ศูนย์ร้องเรียนชื่นชม

ช่องทางแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ/ร้องเรียน



(สแกนคิวอาร์โค้ด)

เบอร์โทร
061-3999583

เจ้าหน้าที่จะเก็บเรื่องร้องเรียน
ทุกวันจันทร์แรกของเดือน

หมายเหตุ

- 1 ข้อความและข้อมูลส่วนตัวทั้งหมดจะถูกปิดเป็นความลับ
- 2 ชื่อ - นามสกุลผู้ร้องเรียนใช้เพื่อการยืนยันตัวตนและใช้สำหรับติดตามสถานะของการร้องเรียนเท่านั้น
- 3 เรื่องร้องเรียนต้องเป็นเรื่อง ที่เกิดขึ้นจริง ไม่ใช่การร้องเรียนเพื่อกลั่นแกล้งหรือทำให้บุคคลอื่นได้รับความเสียหายโดยขาดพยานหลักฐาน

ภาคผนวก



แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยง โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง



วันที่รายงาน.....

วันเกิดเหตุ..... เวลา..... สถานที่เกิดเหตุ..... สถานที่ต้นเหตุ.....

ผู้ประสบเหตุการณ์ ผู้ป่วย ชื่อ..... อายุ..... HN..... AN.....

เจ้าหน้าที่ ชื่อ..... หน่วยงาน.....

สรุปปัญหา/เหตุการณ์.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่

ทางคลินิก (Clinic) ระดับความรุนแรง A B C D E F G H I

ทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม โครงสร้าง (Non-clinic) ระดับ 1 ระดับ 2 ระดับ 3 ระดับ 4

การแก้ไขเบื้องต้น ไม่มี แก้ไข ดังนี้.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การรายงานผู้บังคับบัญชา/ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบแก้ไข

รายงานต่อ หัวหน้ากลุ่มงาน/งาน/ฝ่ายชื่อ..... ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

หัวหน้าเวรชื่อ..... แพทย์เวรชื่อ.....

ไม่ได้รายงาน เพราะ.....

ผู้รายงานชื่อ..... ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....

ข้อเสนอแนะของหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน/หัวหน้าฝ่าย

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ..... หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน/หัวหน้าฝ่าย

(.....)

วันที่รับรายงาน..... เวลา..... เลขที่รายงาน..... ผู้รับรายงาน.....

กล่องรายงานความเสียง/อุบัติเหตุการณ์

วันที่พบเหตุการณ์.....

HN.....ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย..... (ถ้ามี)

ความเสียง/เหตุการณ์

.....

.....

การแก้ไข

.....

ให้เขียนใส่กระดาษลงกล่องพร้อมรายละเอียดเหตุการณ์

กล่องรายงานความเสียง/อุบัติเหตุการณ์

วันที่พบเหตุการณ์.....

HN.....ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย..... (ถ้ามี)

ความเสียง/เหตุการณ์

.....

.....

การแก้ไข

.....

ให้เขียนใส่กระดาษลงกล่องพร้อมรายละเอียดเหตุการณ์

อุบัติการณ์ในการเขียนใบรายงานความเสี่ยงทางคลินิก (Clinic)

1. ด้านคลินิกบริการ

- 1.1 แพทย์ 1) ตามแพทย์ไม่ได้ 2) แพทย์มาล่าช้า
- 1.2 พยาบาล 1) รับคำสั่งผิด 2) รายงานแพทย์ช้า 3) ไม่รายงานแพทย์
- 1.3 Lab 1) รายงานผลล่าช้า 2) รายงานผลผิดพลาด 3) ผลการวิเคราะห์สูญหาย
- 1.4 สิ่งส่งตรวจ 1) เก็บผิดคน 2) เก็บผิดประเภท 3) เสียหาย 4) สูญหาย 5) ไม่ได้บ่งชี้
- 1.5 X-ray 1) รายงานผลล่าช้า 2) ถ่ายภาพผิดอวัยวะ 3) ข้อมูลสูญหาย
- 1.6 หัตถการ 1) ท่อเลื่อนหลุด 2) ปฏิบัติไม่ถูกต้อง 3) เกิดภาวะแทรกซ้อน
- 1.7 การให้เลือด 1) ผิดคน 2) ผิดกรุป 3) ไม่ได้ให้เลือด 4) ผู้ป่วยแพ้เลือด
- 1.8 การคลอด 1) คลอดในห้องรอกคลอด 2) ประเมินภาวะ fetal distress ล่าช้า 3) ส่งมอบทารกผิดคน 4) ตกเลือดหลังคลอด (ต้องทำ RCA)
- 1.9 การเคลื่อนย้าย 1) อุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้าย 2) รับส่งผิดที่ 3) รับส่งผิดคน 4) รับส่งล่าช้า 5) ลืมรับส่ง
- 1.10 เวชระเบียน 1) ผิดคน 2) สูญหาย 3) ไม่ได้บันทึก 4) บันทึกไม่สมบูรณ์ 5) ค้นหาประวัติไม่พบ
- 1.11 การ Refer 1) รถพยาบาลไม่พร้อม ไม่เพียงพอ 2) รถพยาบาลมาล่าช้า 3) ขาดพยาบาล Refer
- 1.12 เวชภัณฑ์/อุปกรณ์ทางการแพทย์ 1) ไม่พอใช้ขณะดูแลผู้ป่วย 2) ขาด stock
- 1.13 Re-admission ภายใน 28 วัน
- 1.14 Re-visit ภายใน 48 ชั่วโมง
- 1.15 ผู้ป่วย 1) ไม่สมัครใจในการรักษา 2) หนีกลับ 3) อาการทรุดโดยไม่คาดคิด 4) ทำร้ายตัวเอง
- 1.16 ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคที่เป็นอยู่

2. ด้านระบบยา (กรณีที่พบความเสี่ยงที่รุนแรงระดับ E - I) โดยห้องยาจะเป็นผู้รวบรวม

- 2.1 คำสั่งการใช้ยาผิด (Prescribing error)
- 2.2 กระบวนการก่อนการจ่ายยาผิด (Processing error)
- 2.3 จ่ายยาผิด (Dispensing error)
- 2.4 การบริหารยาผิด (Administration error)

3. สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม

- 3.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เหมาะสม
- 3.2 เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับอนุญาต
- 3.3 ทำหัตถการโดยไม่ได้ให้ผู้ป่วย/ญาติเซ็นยินยอม
- 3.4 ผู้ป่วยไม่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา
- 3.5 ผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งต่อตามข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม

4. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

- 4.1 อุปกรณ์ไม่ปราศจากเชื้อ
- 4.2 เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากผู้มารับบริการ
- 4.3 ผู้ป่วยติดเชื้อจากการให้บริการ
- 4.4 เจ้าหน้าที่ถูกของมีคมบาด/ทิ่มตำ

อุบัติการณ์ในการเขียนใบรายงานความเสี่ยงทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม โครงสร้าง (Non-clinic)

1. โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม

- 1.1 ระบบประปามีปัญหา
- 1.2 ไฟฟ้าช็อต ไฟฟ้าขัดข้อง
- 1.3 ระบบบำบัดน้ำเสียไม่ทำงาน
- 1.4 พื้นลื่น
- 1.5 ไม่มีระบบการจราจรและป้ายสัญญาณที่ดี
- 1.6 อุบัติเหตุไฟไหม้
- 1.7 ระบบระบายน้ำใช้งานไม่ได้
- 1.8 ไฟฉุกเฉิน/เครื่องปั่นไฟสำรองเสีย
- 1.9 ฝุ่นมากเกินไป
- 1.10 เสียงดังเกินควร
- 1.11 ระบบระบายอากาศไม่ดี
- 1.12 น้ำท่วม

2. ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

- 2.1 ทรัพย์สินสูญหาย
- 2.2 เอกสารสำคัญสูญหาย
- 2.3 มีการทะเลาะวิวาททำร้ายร่างกายผู้ป่วย/ญาติ
- 2.4 มีการทะเลาะวิวาททำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่
- 2.5 เจ้าหน้าที่ถูกทำร้าย/คุกคาม
- 2.6 โจรกรรม ลักขโมย
- 2.7 ทุจริตในงานราชการ
- 2.8 ยาและเวชภัณฑ์สูญหาย

3. ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์

- 3.1 เครื่องมือชำรุด / สูญหาย / ไม่พร้อมใช้งาน
- 3.2 เครื่องมือที่ใช้ดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ
- 3.3 อุปกรณ์สำนักงานไม่เพียงพอ
- 3.4 เครื่องมือและอุปกรณ์ชำรุดจากการใช้งานผิดวิธี

4. ข้อร้องเรียน

4.1 ด้านบริการ

- 4.1.1 มาตรฐานการบริการไม่เหมาะสม
- 4.1.2 พฤติกรรมการบริการไม่เหมาะสม

4.2 ด้านบุคลากร

- 4.2.1 บุคลากรไม่ใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย/ให้บริการ
- 4.2.2 บุคลากรไม่ใส่ใจในการประสานงานและไม่ให้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน
- 4.2.3 ไม่มีการประสานงาน/การสื่อสารที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย

- 4.5 การตัดแยกผู้ป่วยติดเชื้อไม่เหมาะสม
- 4.6 ไม่ปฏิบัติตามมาตรการปลอดภัย
- 4.7 การใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อไม่เหมาะสม
- 4.8 การตัดแยก การเก็บ การทำลายขยะไม่ถูกต้อง
- 4.9 การตัดแยกผ้าไม่ถูกต้อง
- 4.10 มีสิ่งของ/อุปกรณ์เครื่องมืออยู่ในผ้าที่ตัดแยก
- 4.11 มีน้ำยาหมดอายุในพื้นที่ปฏิบัติงาน

5. งานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

- 5.1 เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บ/อันตรายจากการปฏิบัติงาน
- 5.2 เจ้าหน้าที่ได้รับอันตรายจากอุปกรณ์/เครื่องมือที่ไม่ได้มาตรฐาน
- 5.3 เจ้าหน้าที่ได้สัมผัส/สูดดมสารเคมีหรือสิ่งปนเปื้อน
- 5.4 เจ้าหน้าที่ได้รับอันตรายจากแสง เสียง ความร้อน ไฟฟ้า

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๑
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

| แบบฟอร์มการขออนุญาตเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
|---|--|
| <p>ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลปลวกแดง</p> <p>วัน/เดือน/ปี: ๔ มกราคม ๒๕๖๕</p> <p>หัวข้อ: คู่มือการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน</p> <p>รายละเอียดข้อมูล: (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) คู่มือการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน Link ภายนอก: ไม่มี</p> <p>หมายเหตุ: -</p> | |
| <p>ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล (ลงชื่อ) นายรุ่งโรจน์ บุญรัตน์ประพันธ์ (นายรุ่งโรจน์ บุญรัตน์ประพันธ์) ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไป</p> <p>วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๕</p> | <p>ผู้อนุมัติรับรอง (ลงชื่อ) นางสาววิชรา ตุ่มวิจิตร (นางสาววิชรา ตุ่มวิจิตร) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๕</p> |
| <p>ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่ (ลงชื่อ) นายชนะชัย พ่วงพัก (นายชนะชัย พ่วงพัก) ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเครื่องคอมพิวเตอร์</p> <p>วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๕</p> | |



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลปลวกแดง กลุ่มงานการพยาบาล โทรศัพท์ ๐ ๓๓๖๕๐ ๔๑๓ ต่อ ๑๑๗

ที่ รย ๐๐๓๒.๓(๕).๐๑/๐๐๕

วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติเผยแพร่แนวทางการปฏิบัติงาน แผนผัง (Flow Chart) เกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลวกแดง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ระบบการจัดการข้อร้องเรียน (Flow Chart),แนวทางการจัดการความเสี่ยง/ข้อร้องเรียน

ด้วยงานศูนย์คุณภาพ ได้ดำเนินการจัดทำแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน แผนผัง (Flow Chart) ขั้นตอนการปฏิบัติงาน ผู้รับผิดชอบ การดำเนินการจัดการเรื่องข้อร้องเรียน ทีมคณะกรรมการใกล้เคียง นั้น

ดังนั้นจึงมีความประสงค์ขออนุมัติเผยแพร่แนวทางการปฏิบัติงาน แผนผัง (Flow Chart) เกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติหน้าที่และประชาชนผู้รับบริการทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

สิมาณี

(นางศิริราณี คมสัน)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ปฏิบัติงานศูนย์คุณภาพ

(นายชินวัฒน์ ชัยนวล)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลวกแดง