

	โรงพยาบาลบ้านคา หน่วย RM เอกสารเลขที่.....	ฉบับที่ 1 แก้ไขครั้งที่ 2 วันที่เริ่มใช้ 1 ตุลาคม 2568
	เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	ผู้ทบทวน (นายธนัฐกรณ์ โภคินกรณ์พงศ์) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ผู้จัดทำ : (นายธนัฐกรณ์ โภคินกรณ์พงศ์) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ผู้อนุมัติ (นายสุรฤทธิ์ เจริญศรี) ตำแหน่ง รักษาการณผู้อำนวยการโรงพยาบาล	
ที่มาของเอกสาร <input type="checkbox"/> ความเสี่ยงสูง (High Risk) <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายสูง(High Cost) <input type="checkbox"/> พบบ่อย (High Frequency) <input type="checkbox"/> หลากหลายวิธี(High Variation) <input type="checkbox"/> กำหนดเป็นโรคฉุกเฉิน		
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทุกหน่วยงาน		

1. บทนำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ทุกหน่วยงาน / ทุกทีม ปฏิบัติตามระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในการป้องกันและลดโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงให้เหลือน้อยที่สุด
2. เพื่อสร้างหลักประกันให้ผู้ป่วย ผู้รับบริการ ผู้มาติดต่อ และเจ้าหน้าที่ จะได้รับบริการที่มีคุณภาพ และมีความเสี่ยงน้อยที่สุด
3. เพื่อลดความเสียหายทุกรูปแบบที่อาจเกิดขึ้น แก่ผู้รับบริการและโรงพยาบาล

เป้าหมาย

เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและสิ่งแวดล้อม

พันธกิจ

ค้นหาความเสี่ยงครอบคลุมทุกหน่วยงาน ทุกทีมคร่อมสายงาน มีมาตรการป้องกัน และมีการกำจัดความเสียหายแก่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยญาติ และชุมชน

ขอบเขตบริการ

1. กำหนดนโยบายและวางแผนค้นหาความเสี่ยง
2. กำหนดโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล
3. วิเคราะห์ความเสี่ยงของหน่วยงานในโรงพยาบาล
4. ส่งเสริมการเฝ้าระวัง ป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
5. บริหารจัดการเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น
6. ให้ความรู้และสนับสนุนหน่วยงานต่าง ๆ ในการบริหารความเสี่ยง

ความต้องการของผู้มารับบริการ

ผู้ป่วยและญาติ

1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา
2. ไม่เกิดการบาดเจ็บ อันตรายขณะมารับบริการในโรงพยาบาล
3. ได้รับการรักษาสิทธิของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

ประชาชนทั่วไป

ไม่เกิดการทำลายสิ่งแวดล้อม อันมีสาเหตุเนื่องมาจากโรงพยาบาล

ความต้องการของผู้ร่วมงาน

ในหน่วยงาน

1. ไม่เกิดอุบัติเหตุและโรคที่เกิดจากการทำงาน
2. ได้รับคำแนะนำในการบริหารความเสี่ยง
3. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และมีการปรับปรุงแก้ไขเพื่อลดการเกิดความเสียหายซ้ำอีก
4. มีการเชื่อมประสานงานระหว่างหน่วยงาน ในการลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

ในโรงพยาบาล

1. ลดความสูญเสีย หรือความเสียหายต่อทรัพย์สินของโรงพยาบาล
2. ลดข้อร้องเรียนที่จะทำให้เกิดความเสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล

หน้าที่ของคณะกรรมการ

1. กำหนดนโยบาย และวางแผนกลยุทธ์ในการบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล
2. จัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลและสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ
3. รวบรวมความเสี่ยง อุบัติการณ์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
4. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวนอุบัติการณ์ จัดการความเสี่ยง และการแก้ไขเชิงระบบ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
5. ให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลและสร้างความตื่นตัวทั้งองค์กรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง
6. พัฒนาระบบฐานข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล
7. ติดตามผลการดำเนินงาน การบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่าง ๆ
8. สรุปรายงาน และประมวลผลความเสี่ยง เพื่อวางมาตรการบริหารความเสี่ยง

บทบาทหน้าที่หัวหน้างาน

1. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน ดำเนินการทบทวนและแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน และกระตุ้นให้มีการรายงานความเสี่ยง
2. ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงภายในหน่วยงาน และวางมาตรการป้องกันควบคุม ความเสี่ยงที่สำคัญ
3. ตรวจสอบความถูกต้องของการจัดประเภท การประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ดำเนินการ ลงนามรับทราบบันทึกรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ภายในหน่วยงานที่เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน บันทึกรายงาน
4. นำทีมทบทวนอุบัติการณ์ภายในหน่วยงาน และลงข้อมูลในโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง
5. รวบรวมสถิติ วิเคราะห์ ตัวชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงภายในหน่วยงาน
6. นำเสนอข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานแก่คณะกรรมการ RM

บทบาทที่มัคร้อมสายงาน

1. ทีมคร่อมสายงาน/ทีมนำด้านต่าง ๆ จัดทำมาตรการป้องกันให้สอดคล้องกับนโยบายความเสี่ยงของโรงพยาบาล

2. ร่วมจัดการและแก้ไขปัญหาเชิงระบบ ในระบบงานที่เกี่ยวข้อง

บทบาทตัวแทนความเสี่ยงของหน่วยงาน

1. เป็นผู้ประสานงานด้านการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน

2. เป็นแกนนำในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน

3. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานค้นหาและรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน

4. รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยงของหน่วยงาน

บทบาทหน้าที่บุคลากรทุกระดับ

1. ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคู่มือการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลบ้านคา

2. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์/อุบัติการณ์เบื้องต้น

3. บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไข และรายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด

4. ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์/อุบัติการณ์ซ้ำ

วัฒนธรรมความเสี่ยง/ความปลอดภัยในองค์กร

1. มีการทบทวนความเสี่ยง และรายงานความเสี่ยงทุกวัน ทุกหน่วยงาน ในโปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาล

2. การรายงานความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และองค์กรไม่ใช่เพื่อการจับผิด, กล่าวโทษกัน

3. มีการเยี่ยมหน่วยงานต่าง ๆ ในเรื่องความปลอดภัยเป็นระยะ (Quality Round)

4. มีการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทุก 1-3 เดือน

นโยบายการบริหารความเสี่ยง

1. พัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรเพื่อตอบสนองและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยง

2. ค้นหา เฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงทุกประเภท เน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ

3. มีระบบการรายงานความเสี่ยงที่ชัดเจน

4. มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงในทุกระดับ รวมทั้งวิเคราะห์และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

5. ร่วมกันสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร โดยให้ถือว่าผู้รายงานไม่มีความผิด

6. มีช่องทางรับรายงานความเสี่ยงและข้อร้องเรียนจากผู้รับ / ผู้ให้บริการ/ ภาคีเครือข่ายภายนอก

7 กำหนด 2P Safety และ 9 Safety เป็นกรอบ แนวคิดในการบริหารความเสี่ยง

7.1 Patient Safety Goals : Simple

Patient Safety Goals – PSG เป็นเป้าหมายความปลอดภัย ที่จะเชิญชวนให้เจ้าหน้าที่ทุกคนพิจารณานำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง ควบคู่กับการติดตามผล

Simple คือ อักษรย่อของหมวดหมู่ใหญ่ ๆ สำหรับ PSG เพื่อความง่ายในการจดจำ

S = Safe Surgery หน่วยทันตกรรม เรื่องการทำหัตถการ ผิดชี้ ผิดหัตถการ

I = Infection Control การติดเชื้อสำคัญ CAUTI , Phlebitis , Hand hygiene

M = Medication Safety ADR Med Error

P = Patient care Process / Patients Identification

L = Line Tube , Catheter

E = Emergency Response เน้น 3S1T

7.2 Personal Safety Goals : Simple

เป็นเป้าหมายความปลอดภัยด้านบุคลากรของโรงพยาบาลบ้านคาที่เป็นนโยบายและการปฏิบัติร่วมกันของเจ้าหน้าที่

S = Social Media, Communication ความปลอดภัยของระบบ IT และการใช้สื่อสังคมออนไลน์

I = Infection & Injury บุคลากรติดเชื้อ บาดเจ็บจากการทำงาน

M = Mental Health มีความสุขในการทำงาน

P = Process of Work กระบวนการทำงานที่ปลอดภัยจากสารเคมี สารชีวภาพ รังสี และทางกายภาพ

L = Lane (Traffic) and Legal Issues อุบัติเหตุรถพยาบาลและการรักษากฎหมาย

E = Environment & Social สิ่งแวดล้อมปลอดภัย ที่ทำงานส่งเสริมบรรยากาศการทำงาน

ตัวชี้วัด

1.ความครอบคลุมของหน่วยงานมีการรายงานความเสี่ยง >80%

2.สัดส่วนของ Near miss : Miss 70 : 30

3.ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ระดับ E Up/3-4 <10%

คำจำกัดความ

1.ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ เช่น ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทำลายสิ่งแวดล้อม ภาวะในการขาดใช้ค่าเสียหาย

2.บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้น โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีต และหน่วยงานอื่น ๆ ตลอดจนจากการทบทวนต่าง ๆ และจากการสำรวจภายในหน่วยงานของตนเอง เพื่อเป็นประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวัง โดยมีทั้งระดับโรงพยาบาล กลุ่มงาน/แผนก หน่วยงาน

3.อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิดจากการรักษา และไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรค หรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาการรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเกิดความพิการตามมา

4.ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical Error) หมายถึง ความล้มเหลวของการดูแลรักษาที่วางแผนไว้ หรือการวางแผนการรักษาที่ไม่ถูกต้องในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

5.เหตุเกือบพลาด (Near Miss) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือไม่เกิดขึ้น เพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทัน

6.อุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event) หมายถึง ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก ซึ่งผู้ประสบเหตุการณ์ต้องรายงานหัวหน้า หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนทันที หรือโดยเร็วที่สุด ต้องเขียนอุบัติการณ์ภายใน 24 ชั่วโมง และ ทำ RCA ภายใน 7 วัน

ช่องทางการรายงาน/ค้นหาความเสี่ยง

- 1.รายงานอุบัติการณ์โดยการเขียนรายงานอุบัติการณ์(Incident Report)/Google Sheet
- 2.รายงานผ่านระบบ Google Sheet
- 3.การค้นหาเชิงรุกโดยการสำรวจ (Risk Round) และการทบทวนผ่านทีมอื่นๆ
- 4.ช่องทางการร้องเรียนทั้งแบบการเขียนร้องเรียนใส่ตู้รับความคิดเห็น/ร้องเรียนและระบบ QR Code
- 5.การตรวจสอบสื่อ social media ต่างๆ

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

- ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาความเสี่ยง
- ขั้นตอนที่ 2 ประเมินและวิเคราะห์
- ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความเสี่ยง
- ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง

1.ความเสี่ยงเชิงรับ

รายการ	ความถี่ในการปฏิบัติ
1.ระบบรายงานความเสี่ยง IR/Google Sheet	ทุกวัน
2.Audit Charge/Triger Tool	1-3 เดือน/ครั้ง
3.ทบทวนจากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น	ทุกวัน
4.ทบทวน 12 กิจกรรมทางคลินิก	1-3 เดือน/ครั้ง
5.ข้อร้องเรียน	ทุกวัน

2. ความเสี่ยงเชิงรุก

รายการ	ความถี่ในการปฏิบัติ
1.Risk Round/IC Round/ ENV Round	1-3 เดือน/ครั้ง
2. สัมภาษณ์ผู้ป่วย/สัมภาษณ์ญาติ/สังเกตขณะปฏิบัติงาน	1 เดือนต่อครั้ง
3. Conference กับทีม PCT PTC ENV	1-3 เดือน/ครั้ง

3. จากกระบวนการหลักของหน่วยงาน

ทุกหน่วยงานดำเนินการค้นหา รวบรวมความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น นำมาจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Pro File) พร้อมมาตรการป้องกันและแก้ไข

4.การจำแนกความเสี่ยง แบ่งออกเป็น

- 4.1 ประเภท Clinic และ Non Clinic
- 4.2 แยกตาม 9 Safety
- 4.3 แยกตามทีม เช่น PCT, IC, ENV, PTC, IM, HR

4.4 ตามความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk) เน้น 3 S 1T

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยงจะครอบคลุมถึงการจำแนกประเภท การประเมินระดับความรุนแรง การประมวลผล ข้อมูลความเสี่ยง เพื่อการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การจัดการกับค่าเรียกกรองเสียหาย แบ่งเป็น

ประเมินความเสี่ยงก่อนเกิดเหตุ เช่น ตอบคำถามว่า มีโอกาสเกิดความเสี่ยงมากเพียงใด มีโอกาสความ ความเสี่ยงน้อยเท่าใด มีโอกาสเกิดความสูญเสียเท่าใด ในสถานการณ์ใดมีโอกาสจะเกิดมาก

ประเมินขณะเกิดเหตุ ได้แก่ กระบวนการบันทึกและปรึกษาซึ่งต้องเริ่มต้นทันทีที่พบว่ามีอุบัติการณ์หรือ ความเสียหายเกิดขึ้น

การแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดกลุ่มความเสี่ยง

อุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event)

Clinic		Owner
1	ผู้คลอดหรือทารกเสียชีวิต	LR
2	อุบัติเหตุหมุ่ มีผู้บาดเจ็บสีแดง 2 ขึ้นไป หรือ จำนวนผู้บาดเจ็บมากกว่า 5 ราย ขึ้นไป	ER
Non Clinic		
1	เหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการฟ้องร้อง/เสื่อมเสียชื่อเสียงโรงพยาบาล	RM
2	อัคคีภัยที่ไม่สามารถควบคุมได้/ภัยธรรมชาติที่มีผลต่อการบริการ(หยุด/ล่าช้ามากกว่า 1 ชม.)	ENV
3	ส่งทารกผิดพ่อ แม่/ลักพาทารกหรือผู้ป่วย	LR
4	มีการทำร้ายเจ้าหน้าที่/ผู้ป่วย/ญาติ ภายในโรงพยาบาล	RM
5	มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย/ฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล	เวช
6	ระบบ Hos XP/คอมพิวเตอร์ถูกโจมตี/เสียหายจนไม่สามารถทำงานได้	IT
7	ไฟฟ้าดับ เครื่องปั่นไฟไม่ทำงานนานกว่า 15 นาที	ENV
8	อุบัติเหตุรถของโรงพยาบาล มีผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิต	บริหาร

แนวปฏิบัติ

- 1.แก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าทันที ตามแนวปฏิบัติงาน
- 2.รายงานหัวหน้าเวร/หัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงาน/ผู้อำนวยการหรือผู้ปฏิบัติหน้าที่แทน

มาตรการแก้ไข/มาตรการป้องกันอุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event)

มาตรการแก้ไข/มาตรการป้องกันอุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event)

ที่	เรื่อง	การแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ (Immediate Response)	มาตรการป้องกัน (Prevention & Safety System)	Owner
Clinic				
1	ผู้คลอดหรือทารกเสียชีวิต	1.รายงานเหตุการณ์ต่อหัวหน้างาน/ฝ่าย/ผ.อ. ทันที 2.ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางมาตรฐาน ACLS/PALS 3.บันทึกเวชระเบียนและเหตุการณ์จริงอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน 4.แจ้งแพทย์ผู้รับผิดชอบ 5. ดูแลด้านจิตใจญาติ ให้ข้อมูลอธิบายด้วยความสุภาพ เห็นอกเห็นใจ และไม่กล่าวโทษบุคคลใด 6.ประสานสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาลจิตเวช หากครอบครัวต้องการ	1 ด้านบุคลากร <ul style="list-style-type: none"> • อบรม/ทบทวนทักษะ NRP (Neonatal Resuscitation Program) และ PPH Management • ซ้อม OB Emergency Drill ทุก 3 เดือน • ประเมินสมรรถนะบุคลากรประจำปี (Competency Assessment) 2 ด้านระบบการดูแลรักษา <ul style="list-style-type: none"> • กำหนด Early Warning Score สำหรับหญิงตั้งครรภ์ (MEOWS) • ใช้ Partograph ติดตามการคลอดอย่างต่อเนื่อง • ห้ามปล่อยผู้คลอดอยู่ลำพังใน Active phase • ปรับปรุงระบบส่งต่อ (Referral System) ให้มีช่องทางสื่อสารเฉพาะ 3 ด้านอุปกรณ์ <ul style="list-style-type: none"> • ตรวจสอบชุดช่วยคลอดและชุดช่วยฟื้นคืนชีพทารกให้พร้อมใช้งานทุกเวร • เตรียม Oxytocin / Tranexamic acid / Blood component ให้พร้อมใช้ 4 ด้านการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> • ให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนเรื่องสัญญาณอันตราย • ติดตาม Visit ANC อย่างเหมาะสม • ส่งต่อกลุ่มเสี่ยงสูงไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า 	LR

ที่	เรื่อง	การแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ (Immediate Response)	มาตรการป้องกัน (Prevention & Safety System)	Owner
Clinic				
2	อุบัติเหตุหมู่ มีผู้บาดเจ็บสีแดง 2 ขึ้นไป หรือจำนวนผู้บาดเจ็บมากกว่า 5 ราย ขึ้นไป	<p>1 แจ้งเตือนและระดมทรัพยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> • พยาบาล ER หรือสหวิชาชีพที่รับแจ้งเหตุ แจ้งรหัสเหตุการณ์ (Code MCI / อุบัติเหตุหมู่) • แจ้งแพทย์เวร, หัวหน้า ER, ผอ.โรงพยาบาล หรือผู้บริหารที่อยู่ในสายเวร • ประสาน EMS 1669 / หน่วยกู้ชีพ / ตำรวจ / อปพร / ทหาร ตามพื้นที่ <p>2 ระบบคัดแยกผู้บาดเจ็บ (Triage)</p> <p>ใช้ START Triage / Jump START (เด็ก)</p> <ul style="list-style-type: none"> • สีแดง = วิกฤต ต้องช่วยชีวิตทันที • สีเหลือง = ฉุกเฉินรอได้ • สีเขียว = บาดเจ็บเล็กน้อย เดินได้ • สีดำ = เสียชีวิต หรือไม่มีสัญญาณชีพที่ฟื้นคืนไม่ได้ <p>3 การจัดพื้นที่ (Zoning) ในโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> • พื้นที่สีแดง: ห้องฉุกเฉิน Zone สีแดง (ห้อง Resuscitation) • พื้นที่สีเหลือง: ห้องฉุกเฉิน Zone สีเหลือง • พื้นที่สีเขียว: หน้าห้องตรวจ OPD • พื้นที่สีดำ: ห้องพิเศษ IPD <p>4 จัดทีมปฏิบัติงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> • ทีมคัดแยก (Triage Nurse + แพทย์ ER) 	<p>1 ด้านบุคลากร</p> <ul style="list-style-type: none"> • ฝึกอบรม START / Jump START triage • ซ้อมแผน MCI Drill / Table Top Exercise อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง • ทบทวนทักษะ Basic Airway, ACLS, ATLS <p>2 ด้านระบบบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • จัดทำ MCI Flowchart ติดที่ ER • กำหนดเส้นทางสื่อสารฉุกเฉิน เช่น <p>เจ้าหน้าที่ ER → หัวหน้าเวร → ผอ. → EMS</p> <ul style="list-style-type: none"> • มีชุดเอกสารคัดแยก (Triage Tag) พร้อมใช้งานเสมอ <p>3 ด้านทรัพยากรและอุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> • ตรวจสอบอุปกรณ์ฉุกเฉิน เช่น Ambu bag, Oxygen, Suction, Monitor, วิทยุสื่อสาร • เตรียม ชุดเวชภัณฑ์ตอบโต้สาธารณภัย (DMAT Kit) <p>4 ด้านการสื่อสารและบริหารจัดการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ประสานเครือข่าย รพ.เครือข่าย, สสจ., EMS 1669, หน่วยกู้ชีพทั้ง 3 ตำบล, อปท. • จัดทำระบบ On-call team เพื่อรองรับกรณีเหตุเกิดนอกเวลาราชการ 	ER

		<ul style="list-style-type: none">• ทีมรักษาฉุกเฉิน (Airway/Breathing/Circulation Team)• ทีมบันทึกและกำกับข้อมูล(Documentation &Tracking)• ทีมส่งต่อ (Referral Team)		
--	--	--	--	--

ที่	เรื่อง	การแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ (Immediate Response)	มาตรการป้องกัน (Prevention & Safety System)	Owner
Non Clinic				
1	เหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการฟ้องร้อง/เสียหาย ชื่อเสียงโรงพยาบาล	<p>เน้น ไม่ปฏิเสธ/ไม่ได้เสียง/ไม่กล่าวโทษ และดูแลจิตใจญาติก่อนเสมอ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.แจ้งหัวหน้าหอผู้ป่วย / หัวหน้าเวร / ผ.อ. ทันที 2.พบญาติและสื่อสารอย่างสุภาพ เห็นอกเห็นใจ (Empathy Communication) <ul style="list-style-type: none"> - ใช้หลัก “รับฟัง – โต้แย้ง – อธิบายด้วยข้อเท็จจริงที่ทราบในเวลานั้นเท่านั้น 3.หากมีผู้ป่วยรุนแรง หรือเสียชีวิต <ul style="list-style-type: none"> - แพทย์ผู้ดูแล เป็นผู้ให้ข้อมูล - จัดสถานที่พูดคุยส่วนตัว เพื่อคงความเคารพต่อครอบครัว 4.บันทึกเวชระเบียนอย่างครบถ้วน ทันเวลา (Avoid Late Entry) 5.ประสานพยาบาลจิตเวช / ผู้บริหาร เพื่อช่วยประคองสถานการณ์ 6.หากมีแนวโน้มเป็นคดีหรือสื่อสังคมออนไลน์ <ul style="list-style-type: none"> -แจ้งผู้บริหารระดับสูงทันที - ห้ามบุคลากรให้สัมภาษณ์หรือโพสต์ตอบโต้ในโซเชียล 	<ol style="list-style-type: none"> 1 ด้านบุคลากร <ul style="list-style-type: none"> • อบรมและพัฒนาทักษะ การสื่อสารทางการแพทย์ด้วยหลัก Empathy / SPIKES / AIDET • ทบทวนแนวทางการบันทึกรายงานการพยาบาลและเวชระเบียน • อบรมการจัดการข้อร้องเรียนและสถานการณ์ตั้งเครียด 2 ด้านระบบบริการ <ul style="list-style-type: none"> • จัดทำ ระบบให้ข้อมูลก่อนการรักษา (Informed Consent) ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย • มี ช่องทางสื่อสารญาติระหว่างการรักษา เช่น โทรรายงานอาการ, นัดเวลาปรึกษาแพทย์ • กำหนด Fast Track / Referral Protocol สำหรับกรณีฉุกเฉิน 3 ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย <ul style="list-style-type: none"> • การจัดพื้นที่บริการให้เป็นส่วนตัวมากขึ้น (ลดความอับอาย/ความโกรธ) • เพิ่มป้ายประชาสัมพันธ์อธิบายขั้นตอนการรักษาใน ER, OPD, Ward 4 ด้านงานประชาสัมพันธ์และภาพลักษณ์ <ul style="list-style-type: none"> • มีแผนรับมือเหตุการณ์สื่อออนไลน์ (Social Crisis Protocol) • ใช้ โฆษกโรงพยาบาลเพียงรายเดียว ในการให้ข้อมูลต่อสาธารณะเมื่อจำเป็น 	RM

ที่	เรื่อง	การแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ (Immediate Response)	มาตรการป้องกัน (Prevention & Safety System)	Owner
Non Clinic				
2	<p>อัคคีภัยที่ไม่สามารถควบคุมได้/ภัยธรรมชาติที่มีผลต่อการบริการ(หยุด/ล่าช้ามากกว่า 1 ชม.)</p>	<p>1. แจ้งเตือนและประกาศสัญญาณ</p> <ul style="list-style-type: none"> - พยาบาล/เจ้าหน้าที่ที่พบเหตุแจ้ง Code Fire / Code Disaster ตามระบบของโรงพยาบาล - แจ้งเวรเปล, แพทย์เวร, หัวหน้าหน่วยงาน, ผู้บริหารในสายเวร - แจ้ง ดับเพลิง / ปก. / อปท. / ตำรวจ / EMS หากจำเป็น <p>2. ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ตั้ง Incident Commander (ผู้อำนวยการ / ผู้บริหาร) กำหนดทีมปฏิบัติการ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> • ทีมดับเพลิงเบื้องต้น • ทีมอพยพผู้ป่วย • ทีมควบคุมระบบไฟฟ้า/แก๊ส/ออกซิเจน • ทีมประสานภายนอก • ทีมบันทึกเหตุการณ์และรายงาน <p>3. อพยพและดูแลผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ย้ายผู้ป่วยตามลำดับความเร่งด่วน <p>1.ผู้ป่วยที่เดินได้/ญาติช่วยย้ายได้ ให้ออกไปยังจุดปลอดภัยที่กำหนด</p> <p>2.ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ เจ้าหน้าที่ขนย้าย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้ Evacuation Route และพื้นที่ปลอดภัยที่กำหนดไว้ล่วงหน้า - ปิดวาล์วออกซิเจน / ระบบไฟฟ้า / ระบบแก๊ส ตามมาตรฐาน <p>4. คงความต่อเนื่องในการให้บริการ (Business Continuity)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินไป ห้องฉุกเฉินเคลื่อนที่ / จุดบริการสำรอง - หากจำเป็นให้ ส่งต่อผู้ป่วย ไปโรงพยาบาลเครือข่าย - ประกาศแจ้งประชาชน/ญาติอย่างเป็นทางการ (ลดข่าวลือ) 	<p>1.ด้านโครงสร้างและอุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบ ถังดับเพลิง, Fire Pump, สัญญาณแจ้งเหตุเพลิงไหม้ ทุกเดือน - ตรวจสอบระบบสายไฟ,ป้องกันไฟฟ้าลัดวงจร,ระบบแก๊ส/ออกซิเจน - กำหนด จุดรวมพล (Assembly Point) และทางหนีไฟที่ชัดเจน <p>2. ด้านระบบบริการและเอกสาร</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำและเผยแพร่ แผนอพยพอาคาร (Evacuation Plan) - จัดทำแผนความต่อเนื่องในการให้บริการ (Business Continuity Plan: BCP) - จัดเตรียม แผนสำรองสถานที่ให้บริการ (Alternative Site) <p>3 ด้านบุคลากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ซ้อม แผนอพยพ/อัคคีภัย อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง - ซ้อมแผน Mass Evacuation สำหรับ IPD <p>4 ด้านประสานงานภายนอก</p> <ul style="list-style-type: none"> • ทำ MOU และช่องทางประสานงานกับ <ul style="list-style-type: none"> ○ รพ.เครือข่าย ○ อปท. ○ ปก. ○ ทีมดับเพลิงท้องถิ่น • จัดระบบสื่อสารสำรอง เช่น วิทยุสื่อสาร / โทรศัพท์ฉุกเฉิน 	ENV

ที่	เรื่อง	การแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ (Immediate Response)	มาตรการป้องกัน (Prevention & Safety System)	Owner
Non Clinic				
3	ส่งทารกผิดพ่อ แม่/ลักพาทารกหรือผู้ป่วย	<p>1 รับแจ้งเหตุ / ยืนยันข้อมูลทันที</p> <ul style="list-style-type: none"> • พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่พบเหตุแจ้ง หัวหน้าหอผู้ป่วย, งานความเสี่ยง (RM), แพทย์เวร และผู้บริหารเวรทันที • ห้ามแก้ไขเอกสารย้อนหลังหรือบันทึกเกินจริง <p>2 กักกันพื้นที่และบุคคลที่เกี่ยวข้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> • หยุดเคลื่อนย้ายทารกและปิดทางเข้าออกที่เกี่ยวข้อง • แจ้ง รปภ. ตรวจสอบกล้องวงจรปิดทันที <p>3 ยืนยันตัวตนทารกอย่างเป็นระบบ</p> <p>ใช้ 3 จุดยืนยันร่วมกัน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สายรัดข้อมือทารก 2. สายรัดข้อมือมารดา 3. ข้อมูลในทะเบียนคลอด/เวชระเบียน <p>ห้ามใช้การจำเพาะรูปร่างหรือความจำของบุคลากร</p> <p>4 สื่อสารกับบิดามารดาด้วยความระมัดระวัง</p> <ul style="list-style-type: none"> • ใช้การสื่อสารแบบเห็นอกเห็นใจ (Empathy) • ให้ ผู้บริหาร/หัวหน้าหน่วย/แพทย์ เป็นผู้พูดคุย • ห้ามตำหนิบุคลากรต่อหน้าญาติ <p>5 กรณีพบว่า “ทารกถูกนำออกนอกพื้นที่”</p> <ul style="list-style-type: none"> • ประกาศ Code Pink / Code Security • แจ้งตำรวจ / โรงพักพื้นที่ทันที • ตรวจสอบกล้องวงจรปิดทุกรายต่ออาคาร 	<p>1.ระบบยืนยันตัวตน (Identification System)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องตรวจสอบ 2 Nurse Check ทุกครั้งก่อนส่งทารกให้มารดา - ใช้ สายรัดข้อมือแม่-ลูกคู่กัน (Mother-Baby Matching Band) <p>2.ระบบควบคุมพื้นที่ (Access Control)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nursery / DR ต้องเป็นพื้นที่ ควบคุมเฉพาะ (Restricted Area) - จำกัดผู้เข้าเฉพาะ: <ul style="list-style-type: none"> o บุคลากรประจำหอผู้ป่วย o มารดาที่ผ่านการยืนยันสิทธิ <p>- ติดตั้งกล้อง CCTV ครอบคลุมครบทุกทางเข้าออก และจัดเก็บข้อมูลไม่น้อยกว่า 30 วัน</p> <p>3.ระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยทารก (Infant Safety)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้ามวางทารกไว้โดยไม่มีบุคลากรดูแล - ห้ามทารกออกนอก หอผู้ป่วยถ้าไม่มีการลงบันทึก - บุคลากรที่เคลื่อนย้ายทารกต้องติดบัตรแสดงตัวชัดเจน <p>4.การอบรมและซ้อมแผน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฝึกอบรมบุคลากรทุกคนในการใช้ Mother-Baby ID Check - ซ้อม แผนป้องกันการลักพาทารก (Code Pink Drill) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง - สร้าง Awareness เรื่อง “ป้องกันเด็กสูญหาย = ป้องกันวิกฤตชื่อเสียงโรงพยาบาล 	LR

ที่	เรื่อง	การแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ (Immediate Response)	มาตรการป้องกัน (Prevention & Safety System)	Owner
Non Clinic				
4	มีการทำร้ายเจ้าหน้าที่/ผู้ป่วย/ญาติ ภายใน โรงพยาบาล	<p>1.แจ้งเตือนสถานการณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรที่พบเหตุแจ้ง หัวหน้าเวร / หน.หอผู้ป่วย / ความปลอดภัย รปภ. ทันที - หากมีอาวุธ / ผู้ก่อเหตุคุมไม่ได้ให้ แจ้งตำรวจ (191) ในทันที <p>2.แยกผู้ก่อเหตุและควบคุมสถานการณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - รปภ. / เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เข้าควบคุมพื้นที่ - แยกผู้ก่อเหตุออกจากพื้นที่ผู้ป่วย - ลดผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องเพื่อลดความรุนแรงของสถานการณ์ <p>3.ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้การปฐมพยาบาล / ส่งเข้ารับการรักษาใน ER หรือหอผู้ป่วย - บันทึกบาดแผล / เก็บหลักฐานตามความจำเป็น - หากรุนแรงให้ออก ไปรับรองแพทย์เพื่อประกอบการแจ้งความ <p>4.การสื่อสารกับคู่กรณี</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้การสื่อสารแบบ สงบ สุภาพ ไม่ได้เถียง - เจ้าหน้าที่ระดับอาวุโสหรือหัวหน้าหอผู้ป่วย/แพทย์เวรเป็นผู้พูดคุย - ห้ามตอบโต้ทางร่างกายหรือคำพูด ยกเว้นเป็นการป้องกัน แต่ต้องไม่เกินกว่าเหตุ <p>5.การบันทึกเหตุการณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - บันทึกเหตุการณ์ลงใน แบบรายงานความเสี่ยง (Incident Report) ทันที - แนบ CCTV / ภาพถ่าย / พยานผู้เห็นเหตุการณ์ (ถ้ามี) 	<p>1.การป้องกันเชิงระบบบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัด ระบบคัดกรองความเสี่ยงพฤติกรรมรุนแรง ใน ER / OPD เช่น ประวัติเมาสุรา ยาเสพติด มีภาวะก้าวร้าว - จัด Fast Track สำหรับเคสที่มีอาการปวดรุนแรง / เครียดสูง เพื่อลดเวลารอคอย - กำหนด พื้นที่ที่ปลอดภัย สำหรับพูดคุยกับญาติหรือผู้ก่อเหตุ <p>2.ด้านบุคลากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - อบรมทักษะ การสื่อสารลดความรุนแรง (De-escalation Techniques) - ฝึกปฏิบัติร่วม รปภ. + บุคลากร เรื่องการควบคุมสถานการณ์ - ให้ความรู้เรื่อง ห้ามตอบโต้ หรือใช้กำลังเกินจำเป็น <p>3.ด้านความปลอดภัยและอาคารสถานที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตั้ง CCTV ครอบคลุม หน้า ER / OPD / Ward และโถงกลาง - จัด ปุ่มเรียกขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน (Panic Button) ในจุดเสี่ยง - เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ รปภ. ในพื้นที่ให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง <p>4.การประสานเครือข่ายภายนอก ทำ MOU กับ:</p> <ul style="list-style-type: none"> o สถานีตำรวจท้องที่ o หน่วยกู้ภัย o อปท. <p>5.กำหนดช่องทางเรียกสนับสนุนเมื่อเกิดเหตุ (One Call System)</p>	RM

ที่	เรื่อง	การแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ (Immediate Response)	มาตรการป้องกัน (Prevention & Safety System)	Owner
Non Clinic				
5	มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย/ฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล	<p>1.รับแจ้งเหตุและประเมินความปลอดภัยทันที</p> <ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรที่พบเหตุ แจ้งหัวหน้าหอผู้ป่วย / แพทย์เวร / RM / ผู้บริหารเวร ทันที - รปภ. ช่วยจัดพื้นที่ให้ปลอดภัย - ห้ามมีการตำหนิหรือกล่าวโทษผู้ป่วยในที่เกิดเหตุ <p>2.การช่วยเหลือผู้ป่วย</p> <p>กรณี พยายามฆ่าตัวตายแต่ยังมีสัญญาณชีพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - รีบปฐมพยาบาล / ส่งต่อห้องฉุกเฉินเพื่อประเมิน ABC - ควบคุมภาวะฉุกเฉิน (Airway, Breathing, Circulation) กรณี เสียชีวิต - แพทย์ยืนยันการเสียชีวิต - แจ้งตำรวจ หากเป็นคนไข้ ต้องดำเนินการแนวทางการเสียชีวิตที่อยู่ใต้การควบคุมของเจ้าหน้าที่ - ดูแลญาติด้วยการสื่อสารที่อ่อนโยนและเห็นใจ <p>3. สื่อสารกับญาติ/ครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้แพทย์หรือผู้บริหารเป็นผู้ให้ข้อมูล - ใช้การสื่อสารแบบ Empathy ไม่กล่าวโทษ - จัดสถานที่พูดคุยเป็นสัดส่วน เพื่อความเป็นส่วนตัว <p>4.การบันทึกและรายงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - บันทึกเหตุการณ์ลงใน Incident Report (IR) ทันที - บันทึกเวชระเบียนให้ครบถ้วนตามข้อเท็จจริง - แนบข้อมูลประกอบ เช่น CCTV / ภาพสถานที่ / พยาน 	<p>1.การคัดกรองผู้ป่วยทุกคน</p> <p>ใช้แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายที่เป็นมาตรฐาน เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8Q / PHQ-9 / C-SSRS <p>ประเมินที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้องฉุกเฉิน - OPD - ผู้ป่วยใน (ทุกครั้งที่รับใหม่ และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง) <p>2.การจัดการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้ระบบ "Suicide Risk Alert" ติดหน้าเวชระเบียน - จัดเตียงใน พื้นที่มองเห็นได้ชัด (Visibility Zone) - งดของใช้ที่อาจเป็นอันตราย เช่น เชือก,สายชาร์จ,กรรไกร,มีดโกน - ให้ พยาบาลเฝ้าระวังใกล้ชิด ตามระดับความเสี่ยง <p>3.ด้านบุคลากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - อบรมบุคลากรทุกระดับเรื่อง <ul style="list-style-type: none"> o การประเมินภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย o การสนทนาเพื่อประเมินเจตนา (Suicide Talk) o ทักษะลดความรุนแรงทางอารมณ์ (De-escalation) <p>4.ด้านระบบอาคารสถานที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - เตียงผู้ป่วยจิตเวชหรือกลุ่มเสี่ยง ต้องปลอดภัยต่อการทำร้ายตัวเอง - ติด CCTV (ไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัว) - มี ปุ่มเรียกพยาบาลฉุกเฉิน (Call Bell) ใกล้มือผู้ป่วย <p>5.การติดตามต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลจิตเวช - ทำ Care Plan แบบร่วมมือครอบครัว (Family Engagement) 	เวช

ที่	เรื่อง	การแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ (Immediate Response)	มาตรการป้องกัน (Prevention & Safety System)	Owner
Non Clinic				
6	ระบบ Hos XP/คอมพิวเตอร์ถูกโจมตี/เสียหายจนไม่สามารถทำงานได้	<p>1.รับแจ้งและประเมินสถานการณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> • เจ้าหน้าที่ที่พบเหตุแจ้งทันทีให้หัวหน้างาน IT / หัวหน้าเวร / RM / ผู้บริหาร • แยกประเภทเหตุ <ul style="list-style-type: none"> ○ ระบบล่ม (System Down) ○ ไวรัส / Ransomware / การโจมตี ○ อุปกรณ์ Server/Network ชัดข้อง <p>2.หยุดความเสียหายเพิ่มเติม</p> <ul style="list-style-type: none"> • ตัดการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต/เครือข่าย (Disconnect Network) • หยุดการใช้งานคอมพิวเตอร์ที่สงสัยถูกโจมตี • ห้าม Copy File, ห้าม Restart โดยไม่มีคำแนะนำจาก IT <p>3.ดำเนินระบบสำรอง (Downtime Procedure)</p> <ul style="list-style-type: none"> • เปลี่ยนมาใช้ แบบบันทึกกระดาษ (Paper Chart / OPD Card / IPD Note) • ใช้ แบบฟอร์ม Paper LAB / Paper RX / แบบฟอร์มสั่งยา ที่เตรียมไว้ <p>4.ระบบห้องยาใช้การจ่ายยาแบบ Manual ควบคุม 2 คนตรวจสอบ</p> <p>5.คงความต่อเนื่องบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • OPD: จัดคิวซ้ำ-เร็ว / ลดบริการที่ไม่เร่งด่วน • IPD/ER: จัดลำดับความสำคัญเคสวิกฤตก่อน <p>6.การสื่อสาร</p> <ul style="list-style-type: none"> • แจ้งผู้มารับบริการ ด้วยความสุภาพ ว่าระบบกำลังแก้ไข • ห้ามให้ข้อมูลที่ไม่ยืนยัน เช่น “ระบบพัง” หรือ “โดนแฮกหนัก” 	<p>1.ระบบ Backup และความต่อเนื่องบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • สำรองข้อมูล รายวัน/รายสัปดาห์/รายเดือน • ทดสอบการกู้ข้อมูล (Data Restore Test) ปีละ 1-2 ครั้ง • จัดทำ Downtime Kit ใช้ในกรณีระบบล่ม <p>2.ความปลอดภัยระบบเครือข่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> • ติดตั้งและอัปเดต Firewall / Anti-virus / Anti-malware • แยกเครือข่าย HosXP / Internet / Wi-Fi ผู้ป่วย ออกจากกัน • ใช้ Password ที่รัดกุม + เปลี่ยนตามรอบเวลา <p>3.การอบรมบุคลากร</p> <ul style="list-style-type: none"> • อบรม Cyber Hygiene เช่น <ul style="list-style-type: none"> ○ ห้ามเปิดไฟล์แนบจากแหล่งที่ไม่รู้จัก ○ ห้ามเสียบแฟลชไดรฟ์ส่วนตัวลงเครื่องงาน • ฝึกซ้อม Plan Downtime / Restore SOP <p>4.ด้านนโยบายและการกำกับ</p> <ul style="list-style-type: none"> • จัดทำ นโยบายรักษาความมั่นคงปลอดภัยข้อมูล (Information Security Policy) • ปฏิบัติตามหลัก PDPA 	IT

ที่	เรื่อง	การแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ (Immediate Response)	มาตรการป้องกัน (Prevention & Safety System)	Owner
Non Clinic				
7	ไฟฟ้าดับ เครื่องปั่นไฟไม่ทำงานนานกว่า 15 นาที	<p>1.รับแจ้งเหตุ เจ้าหน้าที่ที่พบเหตุแจ้งทันทีให้ ช่างไฟ / ช่างซ่อมบำรุง → หัวหน้าเวร → ผู้บริหาร</p> <p>2.ตรวจสอบจุดควบคุมไฟฟ้า</p> <ul style="list-style-type: none"> • ตรวจสอบ ตู้ควบคุมไฟฟ้าหลัก (MDB) • ตรวจสอบ สวิตช์ ATS (Automatic Transfer Switch) ว่าเปลี่ยนภาระไปยัง Generator หรือไม่ • ตรวจสอบ ระดับน้ำมันและสภาพเครื่องยนต์ Generator <p>3.ดำเนินระบบสำรองฉุกเฉิน</p> <ul style="list-style-type: none"> • เปิดใช้งาน เครื่องสำรองไฟ UPS สำหรับอุปกรณ์สำคัญ • แจก ไฟฉายฉุกเฉิน ให้ทุกหอผู้ป่วย • จัดเตียง/ผู้ป่วยวิกฤตให้อยู่ ใกล้จุดให้แสงฉุกเฉิน <p>4.คงความปลอดภัยผู้ป่วยวิกฤตเป็นลำดับแรก (Patient Safety Priority)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ → จัดหา ถังออกซิเจน + Ambu Bag พร้อมเฝ้ายาม 1:1 <p>5. การประสานงานภายนอก (ในกรณีไฟฟ้าดับยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> • แจ้ง การไฟฟ้า (PEA/MEA) พร้อมเลขผู้ใช้ไฟ • ประสาน รพ.เครือข่าย ในกรณีจำเป็นต้อง ส่งต่อผู้ป่วยวิกฤต <p>6.การสื่อสารกับผู้รับบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • อธิบายสถานการณ์ด้วยถ้อยคำสุภาพ ลดความวิตกกังวล • ห้ามให้ข้อมูลแบบตื่นตระหนก เช่น “โรงพยาบาลไฟดับหมดแล้ว” 	<p>1.ด้านเครื่องจักรและการบำรุงรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> • ตรวจสอบและบันทึกการทดสอบการทำงานของ Generator ทุกสัปดาห์ • ตรวจสอบและทดสอบ ATS ทุกเดือน • ตรวจสอบระดับ น้ำมันเครื่อง + น้ำหล่อเย็น + น้ำมันเชื้อเพลิง ตามรอบ • มี ถังน้ำมันสำรอง เพียงพออย่างน้อย 8-24 ชั่วโมง <p>2.ระบบไฟฟ้าฉุกเฉินและ UPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • หอผู้ป่วยใน / ER / OR ต้องมี UPS สำหรับอุปกรณ์ช่วยชีวิต • เปลี่ยนแบตเตอรี่ UPS ตามอายุการใช้งานมาตรฐาน <p>3.ด้านบุคลากรและการซ้อมแผน</p> <ul style="list-style-type: none"> • จัดแผนซ้อมเหตุไฟฟ้าดับ ปีละ 1-2 ครั้ง (Simulation Drill) • อบรม ขั้นตอน Downtime สำหรับทุกหอผู้ป่วย <p>4.ด้านการจัดลำดับความสำคัญการใช้ไฟ</p> <ul style="list-style-type: none"> • กำหนด เส้นทางไฟสำคัญ (Critical Electrical Line) เช่น IPD / LR / ER • ลดการใช้ไฟในส่วนไม่จำเป็นทันทีเมื่อไฟฟ้าสำรองทำงาน 	ENV

ที่	เรื่อง	การแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ (Immediate Response)	มาตรการป้องกัน (Prevention & Safety System)	Owner
Non Clinic				
8	อุบัติเหตุรถของโรงพยาบาล มีผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิต	<p>1.แจ้งเหตุทันที</p> <p>ผู้ที่พบเหตุ หรือพนักงานขับรถ ต้องแจ้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> • หัวหน้าเวร / พยาบาลเวรประจำหน่วย • ผู้บริหาร <p>พร้อมแจ้ง 1669 / ตำรวจท้องที่ เพื่อบันทึกเหตุและช่วยเหลือ</p> <p>2.การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ใช้หลัก ความปลอดภัยก่อน (Scene Safety) • ประเมินอาการและคัดแยกผู้บาดเจ็บ (START Triage) • ให้การปฐมพยาบาล / นำส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด • กรณีมีผู้ป่วยในรถ → ให้ความสำคัญ Airway / Breathing / Circulation ก่อนเคลื่อนย้าย <p>3.การควบคุมสถานการณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> • ห้ามเคลื่อนย้ายรถหรือซากยนต์ก่อนตำรวจเก็บหลักฐาน • ถ่ายภาพในที่เกิดเหตุ / สภาพรถ / ป้ายทะเบียน / ถนน / จุดชน • บันทึกชื่อพยานที่เกี่ยวข้อง <p>4.การสื่อสาร</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผู้ที่มีอำนาจสื่อสารต่อสาธารณะ: ผู้อำนวยการ • ห้ามเจ้าหน้าที่โพสต์รูป/ข้อความลงโซเชียล 	<p>1.ด้านบุคลากร</p> <ul style="list-style-type: none"> • ฝึกอบรม ขับขี่ปลอดภัย / Defensive Driving • ประเมินสมรรถนะพนักงานขับรถประจำปี • กำหนดเวลา พักก่อนขับ และจำนวนชั่วโมงการขับต่อวัน อย่างชัดเจน • ห้ามขับเมื่อดื่มแอลกอฮอล์ / ง่วง / ป่วย / ใช้ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท <p>2.ด้านยานพาหนะ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ตรวจสอบสภาพรถก่อนออกเดินทางทุกครั้ง (ใช้ Checklist) • บำรุงรักษาตามรอบระยะทางและเวลาที่กำหนด • จัดให้มี เข็มขัดนิรภัยทุกที่นั่ง และบังคับใช้อย่างเคร่งครัด • ติดตั้ง GPS / กล้องบันทึกหน้า-ในรถ เพื่อใช้ตรวจสอบพฤติกรรมการขับ <p>3.ด้านระบบงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> • จัดทำ แผนควบคุมเส้นทางเดินทาง (Route Risk Assessment) • กำหนด ความเร็วสูงสุด ตามประเภทถนนและสภาพผู้โดยสาร • มีระบบรายงานความล่าช้า/ภาวะพร้อมทำงานของพนักงานขับรถก่อนเดินทาง <p>4.ด้านการสื่อสารและความปลอดภัยผู้โดยสาร</p> <ul style="list-style-type: none"> • แจ้งให้เจ้าหน้าที่และผู้ป่วย คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง • พยาบาลประจำรถ (หากมี) ต้องคอยสังเกตอาการผู้ป่วยระหว่างเดินทาง 	บริหาร

มาตรการแก้ไข ป้องกัน 9 Safety

มาตรการแก้ไข ป้องกัน 9 Safety

ที่	เรื่อง	การแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ (Immediate Response)	มาตรการป้องกัน (Prevention & Safety System)	Owner
1.หัตถการผิด ตำแหน่งผิด หัตถการ (correct procedure & correct site)				
1	หัตถการผิด ตำแหน่งผิด หัตถการ (correct procedure & correct site) ทางทันตกรรม	<ol style="list-style-type: none"> มีทีมเจรจาไกล่เกลี่ยเมื่อเกิดความเสียหาย ในกรณีที่มีการถอนฟันผิดซี่ จะมีการวางแผน รักษา ร่วมกับผู้ป่วยเพื่อให้การบูรณะฟันให้มีความ สมบูรณ์ ไกล่เคียงสภาพเดิมมากที่สุด 	แนวทางปฏิบัติ <ol style="list-style-type: none"> กำหนดแนวทาง Patient identification 2 ตัวบ่งชี้ (ชื่อ - สกุล/ วัน เดือนปีเกิด) ทุกกระบวนการให้บริการ การถ่ายภาพรังสีก่อนถอนฟัน/ผ่าฟันคุด ทุกครั้งก่อนทำหัตถการ ผู้ป่วยระบุซี่ฟันโดยการส่องกระจกและชี้ ซี่ฟันที่มีปัญหาพร้อมกับทันตแพทย์ก่อนการทำหัตถการ กำหนดแนวทางการทำ Indirect mark site โดย Label ระบุซี่ฟันที่จะทำหัตถการ ลงบนภาพรังสี และใบส่งการรักษา (บัตร OPD) 	ทันตกรรม
2	ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	<ol style="list-style-type: none"> ให้การรักษามาตรฐาน หรือประสานส่งต่อหากเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือ ผู้ป่วยแสดงความประสงค์ รายงานความเสี่ยงทันที ประสานงานทีมไกล่เกลี่ยเพื่อรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าชดเชยความเสียหาย หรือกรณีฟ้องร้อง" 	<ol style="list-style-type: none"> ยึดหลัก surgical safety checklist โดย ยืนยันความถูกต้อง (verification) ของชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งที่ทำหัตถการ ชนิดของการทำหัตถการ และใบยินยอมการทำหัตถการ โดยมีหลักการสำคัญคือ ต้องยืนยันกับตัวผู้ป่วย และลงลายมือชื่อก่อนการทำหัตถการ 	PCT

ที่	เรื่อง	การแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ (Immediate Response)	มาตรการป้องกัน (Prevention & Safety System)	Owner
2.การติดเชื้อสำคัญ				
3	การติดเชื้อสำคัญ	1.พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าทันที หากมีอาการหรือการวินิจฉัยที่ต้องเกินศักยภาพ หรือผู้ป่วยแสดงความประสงค์	1.ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) 2.ใช้ CAUTI bundle = HARM ในการทวนสอบการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ 3.ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลสายสวนปัสสาวะ ดังนี้ 3.1 ล้างมือและสวมถุงมือก่อนสัมผัสสายสวนปัสสาวะ หรือเทปัสสาวะทิ้ง 3.2 วางถุงเก็บปัสสาวะต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะและสูงกว่าพื้น 6 นิ้ว 3.3 ดูแลสายสวนและถุงเก็บปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด 3.4 ยึดตรึงตำแหน่งบริเวณหน้าขาและเปลี่ยนตำแหน่งทุก 2 วัน 3.5 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำและสบู่ วันละ 2 ครั้งและหลังการขับถ่าย 3.6 เช็ดรอบๆรูเปิดของถุงเก็บปัสสาวะด้วย 70% alcohol ก่อนและหลังเทปัสสาวะ	IC

ที่	เรื่อง	การแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ (Immediate Response)	มาตรการป้องกัน (Prevention & Safety System)	Owner
3.บุคลากรติดเชื้อ				
4	บุคลากรติดเชื้อ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้การรักษาและหยุดพักตามแผนการรักษา 2. พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าทันที หากมีอาการหรือการวินิจฉัยที่ถูกต้องเกินศักยภาพ หรือเจ้าหน้าที่แสดงความประสงค์ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้และเน้นย้ำในการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยและหัตถการแต่ละประเภท 2. คณะกรรมการ IPC ทำวิธีปฏิบัติความรู้ต่างๆ เช่น การใส่ PPE แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ให้เข้าถึงง่ายขึ้นโดยการทำเป็น one page สร้างลิงค์ให้ ทุกคนสามารถดูได้จากโทรศัพท์มือถือ 3. ปฏิบัติตาม แนวทางปฏิบัติ Isolation Precaution 4. ปฏิบัติตาม แนวทางปฏิบัติในการป้องกันอุบัติเหตุและการใช้อุปกรณ์อันตรายส่วนบุคคล 	IC
4. ความคลาดเคลื่อนทางยา				
5	Dispensing Error	แจ้งการเปลี่ยนแปลงของโรคให้ผู้ป่วยและญาติทราบ	<p>ปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา โดยมี การตรวจสอบที่เป็นระบบทุกขั้นตอน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบชื่อยา ขนาดยา ความแรง จำนวนยา ที่แพทย์สั่ง 2. ใช้คำถามหลัก prime question ในการ จ่ายยาเพื่อเป็นการตรวจสอบ ความถูกต้อง การแพ้ยา และยืนยันตัวตนผู้รับยา 3. double check ก่อนการจ่ายยาทุกครั้ง 4. คนรับคำสั่งใช้ยากับคนจัดยาหรือคนจ่ายยาต้องเป็นคนละคนกัน 5. ตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับว่ามีอัตราการระหว่างยาหรือไม่ 	PTC

ที่	เรื่อง	การแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ (Immediate Response)	มาตรการป้องกัน (Prevention & Safety System)	Owner
6	Pre Dispensing Error	1. รายงานแพทย์ เพื่อแก้ไขการเฉพาะหน้า 2. หากเกิดความขัดแย้ง แจ้งเรื่องให้ทีมใกล้เคียงของโรงพยาบาลทราบโดยทันที	ปฏิบัติตามแนวทางตรวจสอบก่อนจ่ายยา ดังนี้ 1. ตรวจสอบซ้ำกับ doctor order sheet ทุกครั้ง 2. ข้อความตัวไหนที่ไม่ชัดเจน อ่านไม่ออก หรือมีการใช้ชื่อการค้าซึ่งอาจก่อให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ ให้สอบถามแพทย์เพื่อยืนยันคำสั่ง 3. ทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการจ่ายยาโดย double check ก่อนการจ่ายยาทุกครั้ง 4. ตรวจสอบเช็คสต็อกยาทุกสิ้นเดือน เพื่อป้องกันยาหมดอายุเสื่อมสภาพ 5. จัดวางคนละแห่งในรายการยา ชื่อพ้อง มองคล้าย 6. ผู้จ่ายยาต้องปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา โดย อ่านชื่อยา และขนาดเป็นอย่างน้อย 3 ครั้ง (หน้าซอง-ชั้นยา-แผงยา)	PTC
7	Prescribing Error	1. รายงานแพทย์ เพื่อแก้ไขการเฉพาะหน้า 2. หากเกิดความขัดแย้ง แจ้งเรื่องให้ทีมใกล้เคียงของโรงพยาบาลทราบโดยทันที	ปฏิบัติตามแนวทางการสั่งยา ดังนี้ 1. หน่วยงานเภสัชกรรมจะทำการ Lock รายการยาที่ผู้ป่วยแพ้ และเฝ้าระวังการ Cross allergy (ผู้ป่วยรายปัจจุบัน) 2. เฝ้าระวังการเกิด ADR type A โดยทุกครั้งที่มีการสั่งยาจะต้องมีการใช้คู่กับยาที่ใช้บรรเทาอาการ 3. แจ้งแพทย์ กรณีสั่งยาโดยใช้ลายมือให้ใช้ชื่อสามัญเท่านั้น หรือตัวย่ออื่นตามที่ตกลงกัน 4. กรณีสั่งยาไม่ตรงกับที่ระบุใน PE ได้ตกลงร่วมกับองค์การแพทย์ ให้แจ้งปรึกษาทุกราย 5. ขณะนี้สามารถใช้อุปกรณ์ในระบบ Hosxp โดยใช้การคีย์แบบ Ver 2 เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา	PTC

ที่	เรื่อง	การแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ (Immediate Response)	มาตรการป้องกัน (Prevention & Safety System)	Owner
5.การให้เลือดผิดคนผิดหมู่				
8	การให้เลือดผิดคนผิดหมู่	<p>1.ทันทีที่ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติขณะให้เลือด ให้หยุดการให้โลหิตโดยและแจ้งแพทย์โดยทันที</p> <p>2.แพทย์ทำการตรวจร่างกายตามมาตรฐาน ก่อนพิจารณาว่าจะให้โลหิตต่อหรือไม่ บันทึกรายละเอียดที่เกิดขึ้นลงในเวชระเบียนให้ครบถ้วน</p> <p>3.หากพิจารณาหยุดการให้โลหิต ต้องนำส่งถุงโลหิตกลับธนาคารเลือด เพื่อตรวจสอบตามแนวทาง transfusion reaction protocol</p> <p>4.ให้การรักษามาตรฐานกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (AHTR, TACO,TRALI)</p> <p>5.รายงานความเสี่ยงทันที</p> <p>6.ประสานทีมใกล้เคียงเพื่อรับผิดชอบความเสียหาย เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าชดเชยความเสียหาย หรือกรณีฟ้องร้อง</p>	<p>1.จัดทำแนวทางการขอ/จ่ายโลหิตภายในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านคา</p> <p>2.ปฏิบัติตามแนวทางการระบุตัวผู้ป่วย</p>	PCT

ที่	เรื่อง	การแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ (Immediate Response)	มาตรการป้องกัน (Prevention & Safety System)	Owner
6.Patient Identification การระบุตัวผู้ป่วย ผิดพลาด				
9	Patient Identification การระบุตัวผู้ป่วย ผิดพลาด	<ol style="list-style-type: none"> 1.แก้ไขทันที ระบุตัวตนให้ถูก 2.ติดตามผลเสีย ความเสียหาย 3.กรณีเกิดความเสียหายรุนแรง รายงานหัวหน้า/ผู้ที่เกี่ยวข้องทันที 	<p>ขั้นตอนการปฏิบัติงาน “การบ่งชี้ผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สุ่มถามบุคลากรหน้างาน ถึงแนวทางปฏิบัติ เดือนละ 1-2 ครั้ง 2. หน.หน่วย มีการนิเทศ พร้อมสุ่มประเมินโดยวิธีการ สังเกต พฤติกรรม - การถามชื่อ-สกุล , วันเดือนปีเกิด , เพื่อยืนยันตัวตนเมื่อแรกรับ พร้อมตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร ที่มากับผู้ป่วย และในระบบ HosXP <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของ กระบวนการบ่งชี้ผู้ป่วย - ส่งเสริมให้มีการเขียนฉลากที่ภาษาสำหรับใส่เลือด และสิ่งส่งตรวจอื่นๆ พร้อมติดต่อนำผู้ป่วย - ถามชื่อ-สกุล ดูป้ายข้อมือผู้ป่วย ก่อนทำกิจกรรมทุก ครั้ง - อ่านชื่อ-สกุล HN ก่อนคัดลอก หรือติดลงในเอกสาร 	MR
7.Diagnostic Errors การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน				
10	Diagnostic Errors การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน	<ol style="list-style-type: none"> 1.พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าทันที หากอาการหรือการวินิจฉัยที่ถูกต้องเกินศักยภาพ หรือผู้ป่วยแสดงความประสงค์ 2.ให้การรักษาตามมาตรฐานของโรคที่เป็นสาเหตุแท้จริง 3.แจ้งการเปลี่ยนแปลงของโรคให้แก่ผู้ป่วยและญาติ 4.หากเกิดความขัดแย้ง แจ้งเรื่องให้ทีมใกล้เคียงของโรงพยาบาลทราบโดยทันที 	<ol style="list-style-type: none"> 1.จัดทำแนวทาง เกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยที่เกินศักยภาพโรงพยาบาล บ้านคา สำหรับแพทย์และพยาบาล 2.จัดทำคู่มือ oriented สำหรับแพทย์หมุนเวียน เพื่อให้ปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง 3.จัดทำคู่มือ การปฏิบัติงานนอกเวลาโรงพยาบาลบ้านคา เพื่อเป็นแนวทางการทำงานสำหรับแพทย์หมุนเวียน 4.สร้างระบบการทำงานทีมแพทย์เข้มแข็ง เพื่อให้คำปรึกษาแพทย์หมุนเวียน หรือช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีเกิดปัญหา 	PCT

ที่	เรื่อง	การแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ (Immediate Response)	มาตรการป้องกัน (Prevention & Safety System)	Owner
8.การรายงานผลการ ตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ/ พยาธิวิทยา ผิดพลาด (Lab Report Error)				
11	การรายงานผลการ ตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ/ พยาธิวิทยา ผิดพลาด (Lab Report Error)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ติดต่อสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจเมื่อเกิดปัญหา 2. ตั้งทีมเจรจาไกล่เกลี่ยเมื่อประนีประนอมความเสียหาย ที่เกิดขึ้น 	<p>แนวทางการปฏิบัติและแก้ไข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. জনท.ต้องปฏิบัติตามหลัก PI (Patient Identification) 2. การเตรียมตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามประเภท ของการทดสอบ - ใช้ชนิดของสารกันเลือดแข็งหรือสารรักษาสภาพ อย่างเหมาะสม กับปริมาณเลือดที่เก็บ - สิ่งส่งตรวจไม่ปนเปื้อนหรือถูกเจือจางด้วย สารน้ำ ที่ให้ทางหลอดเลือดดำ - ต้องคำนึงถึงระยะเวลาและ อุณหภูมิในการขนส่ง หรือเก็บ และสิ่งรบกวนที่อาจมีผลต่อการ วิเคราะห์ - มีการสอบกลับสิ่งส่งตรวจที่แบ่งมาใช้วิเคราะห์ จาก Primary Sample 3. เครื่องมือ และอุปกรณ์การตรวจวิเคราะห์ มีการสอบเทียบ เครื่องมือและอุปกรณ์ตามวงรอบที่ กำหนด บำรุงรักษาเครื่องมือ และอุปกรณ์ทั้งก่อนและหลัง ปฏิบัติงานตามตารางของเครื่องมือ -แจ้งให้บริษัทของเครื่องตรวจวิเคราะห์มา Maintenance เครื่อง อยู่เสมอ <p>-ติดตั้งเครื่องปรับอากาศเพิ่ม ให้อุณหภูมิห้องได้ มาตรฐานงาน เทคนิคการแพทย์๒๕๖๐ เปิดเครื่องปรับอากาศให้ทิศทางอากาศ ไหลไปใน ทิศทางเดียวกัน</p>	Lab

ที่	เรื่อง	การแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ (Immediate Response)	มาตรการป้องกัน (Prevention & Safety System)	Owner
9.การคัดกรอง ที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน				
12	การคัดกรอง ที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน	<p>1. ทบทวนปัญหาเมื่อพบว่าการคัดแยกผู้ป่วยได้เป็น Over/Under triage</p> <p>2. จัดให้มีพยาบาล ทำหน้าที่สื่อสารให้ข้อมูลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และญาติ ตลอดเวลาในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต (Level 1,2)</p>	<p>แนวทางปฏิบัติ</p> <p>1. จัดอัตรากำลังหมุนเวียนตรงจุดคัดกรองให้สามารถปฏิบัติงานได้ตลอดเวลา</p> <p>2. จัดทำคู่มือการคัดกรองผู้ป่วย</p> <p>3. จัดอบรมแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย</p> <p>4. กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงาน การคัดกรองผู้ป่วย</p>	ER

ความรุนแรงความเสี่ยงทางคลินิกแบ่งเป็น 9 ระดับ

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
A	ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่มีโอกาสทำให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้นได้ หรือถ้าไม่ให้ความสนใจที่อาจเกิดอุบัติการณ์ขึ้น	Near Miss
B	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ เนื่องจากอุบัติการณ์นั้นไม่ไปถึงตัวผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่	
C	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่/แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามดูแลและเฝ้าระวังเพิ่มเติม	Low Risk
D	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่/แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามดูแลและเฝ้าระวังเพิ่มเติม	
E	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ เพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม	Moderate Risk
F	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ เพียงชั่วคราวรวมถึงต้องได้รับการดูแลรักษาใน รพ. หรือยืดระยะเวลาในการรักษาตัวใน รพ.ออกไป	
G	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่/เกิดความพิการอย่างถาวร	High Risk
H	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ จนเกือบถึงแก่ชีวิต	
I	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ จนถึงแก่ชีวิต	

จำง่าย ๆ ดังนี้ A เกิดที่นี้ B เกิดที่ไหน C เกิดกับใคร D ให้ระวัง E ต้องรักษา F เยียวยานาน

G ต้องพิการ H ต้องการปัม I จำใจลา

ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไปมี 5 ระดับ

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
1	มีโอกาสเกิดความเสียหาย/เกิดความเสียหายแต่ไม่ถึงผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/สิ่งแวดล้อมและองค์กร	Near Miss
2	มีความเสี่ยงเกิดขึ้นแต่ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ/ผู้รับผลงาน/สิ่งแวดล้อม/องค์กร ไม่เสียค่าใช้จ่าย	Low Risk
3	มีความเสี่ยงเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อร่างกายหรือจิตใจต่อผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/สิ่งแวดล้อม/องค์กร ทำให้ต้องมีการเฝ้าระวังหรือมีการเสียค่าใช้จ่ายไม่เกิน 5,000 บาท	Moderate Risk
4	มีความเสี่ยงเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อร่างกายหรือจิตใจต่อผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/สิ่งแวดล้อมและองค์กร มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายมูลค่ามากกว่า 50,000 บาทขึ้นไป	High Risk
5	ความเสี่ยงรุนแรงมากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายขั้นร้ายแรงที่สุด ส่งผลกระทบต่อชีวิต ความปลอดภัย และองค์กร ไม่สามารถยอมรับได้ และต้องจัดการอย่างเร่งด่วนทันที	SE

โดยมีการแบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับความเสี่ยง	ระดับความรุนแรงทางคลินิก	ระดับความรุนแรงทั่วไป
1.Near miss	A-B	1
2.ความเสี่ยงต่ำ	C-D	2
3.ความเสี่ยงปานกลาง	E-F	3
4.ความเสี่ยงรุนแรง	G-H	4
5.ความเสี่ยงรุนแรงมาก	I	5

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับความเสี่ยง (Action to Manage Risk)

3.1 ก่อนเกิดเหตุ

3.1.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่น งดทำหัตถการที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยโรคติดต่อ

3.1.2 การป้องกันการติดเชื้อ เช่น การส่งต่อผู้ป่วย การทำประกันชั้น 1

3.1.3 การป้องกันความเสี่ยง เช่น ใส่ของมีคมในกล่องที่หนา การมีระบบบำรุงรักษา เชิงป้องกัน เช่น การตรวจสอบเครื่องมือ การสอบเทียบเครื่องมือต่าง ๆ มีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา การตรวจอุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน การให้ความรู้เจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดความตระหนักและเป็นเจ้าของการป้องกันความเสี่ยง

3.1.4 การแบ่งแยกความเสี่ยง เช่น ระบบสำรองไฟ เครื่องมืออุปกรณ์ การสำรองข้อมูล

3.1.5 มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้แก่

-ทุกหน่วยงานมีระบบรายงานความเสี่ยง

-ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรายงานความเสี่ยงได้หลายช่องทาง สะดวก มีการสื่อสารย้อนกลับและไม่เปิดเผยแก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกรณีที่เป็นความลับ

-จัดทำฐานข้อมูลความเสี่ยงสื่อสารทั้งองค์กร

3.2 หลังเกิดเหตุ

3.2.1 ลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ เป็นการดูแลแก้ปัญหาฉับพลันโดยการเอาใจใส่ ให้ข้อมูลตรงไปตรงมา ภายใต้คำแนะนำ การสื่อสาร ความเข้าใจที่ดีต่อกัน ประคับประคองจิตใจ ขวัญกำลังใจทั้งผู้ป่วยญาติ และเจ้าหน้าที่รายงานผู้บริหารสูงสุด, คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และติดตามประเมินผลภายหลังการไต่ถ้อยคำอย่างต่อเนื่อง

3.2.2 การบริหารเงินชดเชยค่าเสียหาย กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหายที่มควมคุมค่าเสียหาย/ไต่ถ้อยคำ จะเป็นผู้สรุปข้อมูล ปัญหา นำเสนอผู้บริหารสูงสุดและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาลร่วมกันพิจารณาชดเชยค่าเสียหายอย่างเหมาะสม

แนวทางในการจัดการความเสี่ยงตามลักษณะการเกิดอุบัติการณ์และระดับของความเสี่ยง ดังนี้

1.ความเสี่ยงในระดับ Near miss (A-B,1) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกือบก่อให้เกิดอันตราย หรือเกิดเหตุขึ้นแล้วแต่ไม่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร เพราะตรวจพบ แก้ไข หรือหยุดได้ทันเวลา และรายงานความเสี่ยงภายใน 1 วันและแก้ปัญหาภายใน 1 เดือน

2. ความเสี่ยงต่ำ (C-D,2) หมายถึง เหตุการณ์ที่มีผลกระทบเพียงเล็กน้อย ต่อผู้ป่วย บุคลากร หรือการให้บริการ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายชัดเจน และสามารถแก้ไขได้ทันที โดยให้รายงานภายใน 1 วัน และจัดการแก้ไข ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นภายใน 14 วัน

3. ความเสี่ยงปานกลาง (E-F,3) หมายถึง เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือการทำงานในระดับปานกลาง แต่ไม่รุนแรง และไม่เกิดผลเสียถาวร สามารถแก้ไขได้ โดยกำหนดให้มีการรายงาน ภายใน 2 วัน และแก้ไขความเสี่ยงภายใน 10 วันหลังเกิดเหตุการณ์

4. ความเสี่ยงรุนแรง (G-H,4) หมายถึง เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร แต่ยังไม่ถึงขั้นเสียชีวิตหรือพิการถาวร และส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือองค์การอย่างชัดเจน โดยกำหนดให้มีการรายงานภายใน 1 วัน และแก้ไขความเสี่ยงภายใน 14 วันหลังเกิดเหตุการณ์

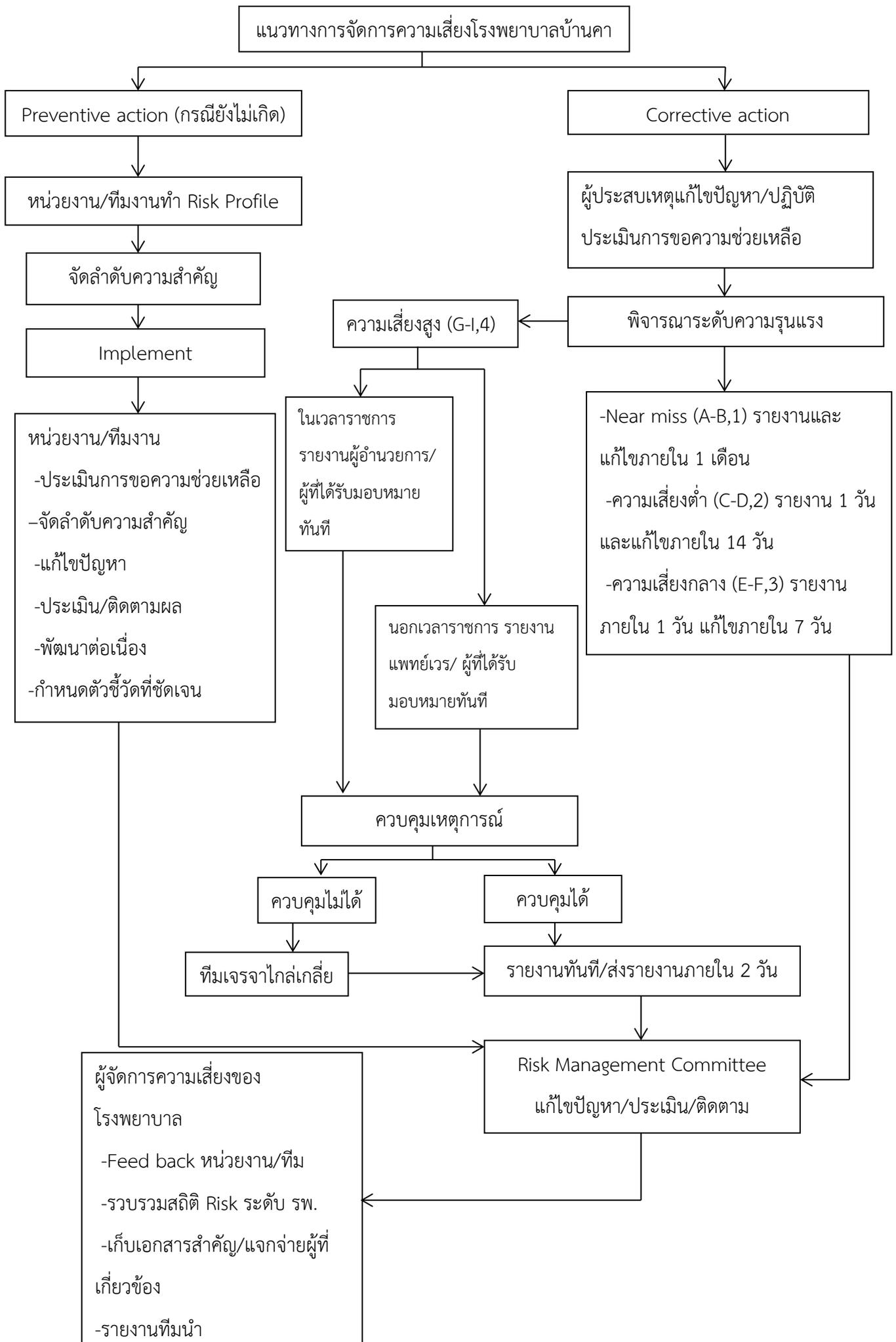
5. ความเสี่ยงรุนแรงมาก (I,5) และเหตุการณ์พียงสังวร (SE) หมายถึง เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายขั้นร้ายแรงที่สุด ส่งผลกระทบต่อชีวิต ความปลอดภัย และองค์กร ไม่สามารถยอมรับได้ และต้องจัดการอย่างเร่งด่วนทันที โดยกำหนดให้มีการรายงานภายใน 1 วัน และแก้ไขความเสี่ยงภายใน 7 วันหลังเกิดเหตุการณ์

แนวทางการรายงานและแก้ไข

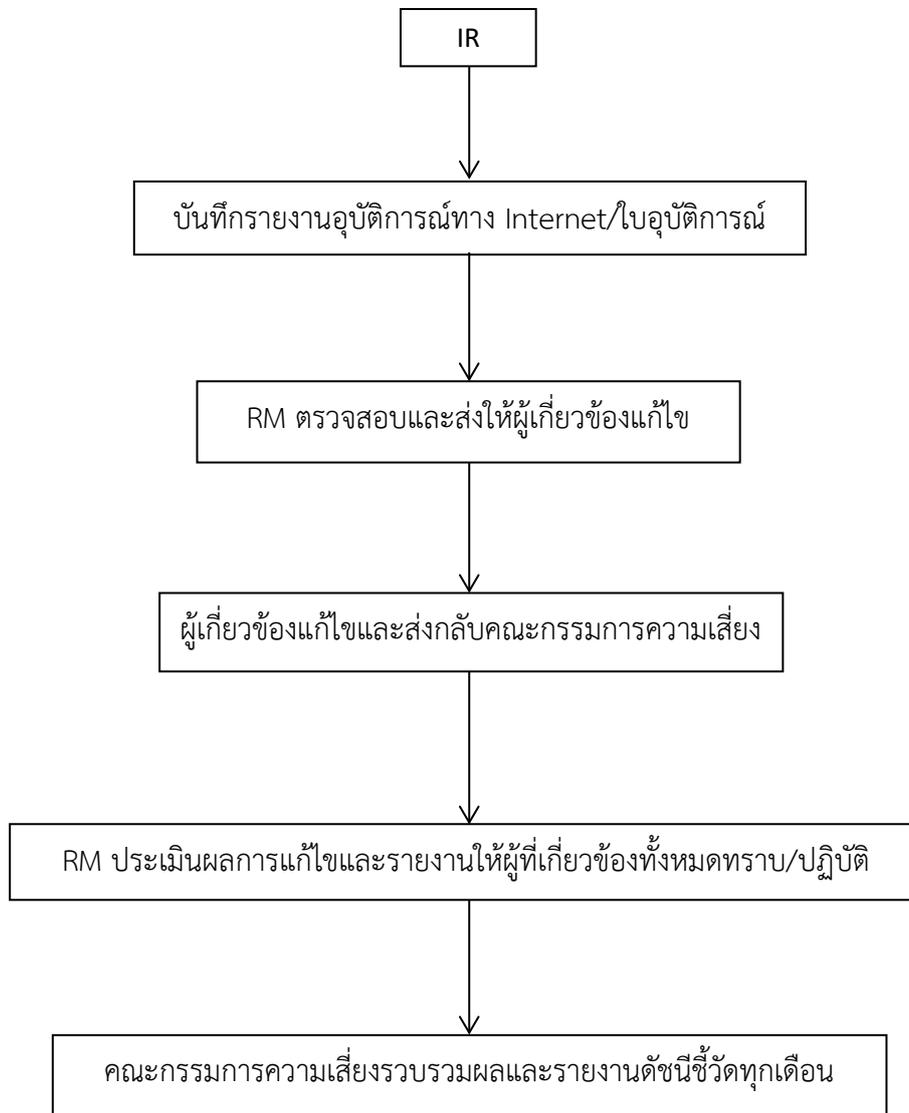
ประเภท			การรายงาน	ส่งรายงาน การทบทวน	แนวทางการแก้ปัญหา
ระดับ	Clinic	Non Clinic			
Near Miss	A – B	1	ภายใน 14 วัน	ภายใน 14 วัน	วางมาตรการป้องกัน
รุนแรงต่ำ	C – D	2	ภายใน 7 วัน	ภายใน 14 วัน	ทบทวนหาแนวทางปฏิบัติ/ จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน
รุนแรง ปานกลาง	E – F	3	ภายใน 3 วัน	ภายใน 7 วัน	ใช้ความคิดสร้างสรรค์หรือ แก้ปัญหาเฉพาะหน้าใน กรณีปัญหาที่มี ผลกระทบอาจจะนำมา วิเคราะห์ RCA
รุนแรงสูง	G – H	4	ทันที	ภายใน 2 วัน	ให้ทำการวิเคราะห์ปัจจัย เชิงระบบทุกปัญหา
รุนแรงสูงมาก	I	5	ทันที	ภายใน 1 วัน	ให้ทำการวิเคราะห์ปัจจัย เชิงระบบทุกปัญหาทันที

กลยุทธ์ในการบริหารความเสี่ยง

รายการ	ระดับหน่วยงาน	ระดับทีมนำ	ระดับโรงพยาบาล
1. การค้นหาและรวบรวมความเสี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนกระบวนการหลัก - สำรวจสิ่งแวดล้อม - ทบทวนเวชระเบียน - ค้นหาข้อมูลจากข่าว และสื่อต่างๆ - ระดมสมองจากประสบการณ์เจ้าหน้าที่ - ตรวจสอบและสอบเทียบมาตรฐานที่กำหนด - การตรวจการและการนิเทศ - การทบทวน 12 กิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - จากระบบรายงานที่มีอยู่ - จากข้อมูลข่าวสาร สื่อ - จากการระดมสมองประสบการณ์ทีมงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - จากรายงานของหน่วยงานต่างๆ - จากรายงานทีมนำต่างๆ - สำรวจ สัมภาษณ์หน่วยงาน - จากข่าวสาร สื่อต่างๆ - การเรียกร้องค่าเสียหาย
2. ประเมินและวิเคราะห์	<ul style="list-style-type: none"> - ทำบัญชีรายการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน - แยกประเภท/ระดับ - จัดลำดับความสำคัญ 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำบัญชีรายการความเสี่ยงระดับทีมนำ - แยกประเภท/ระดับ - จัดลำดับความสำคัญ 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำบัญชีรายการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
3. การจัดการความเสี่ยง - แนวทางการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์เหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (RCA) - ถ้าปัญหาคร่อมสายงานนำส่ง RM Team เข้าทีมที่เกี่ยวข้อง - สรุปรูปจัดทำคู่มือ - ติดตามผลการปฏิบัติ - ทบทวนคู่มือและมาตรการที่กำหนดไว้เป็นระยะๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - วางมาตรการในการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ 5 อันดับทางคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติ 	<ul style="list-style-type: none"> - มอบนโยบายและให้การสนับสนุนปัจจัยในการดำเนินการ - มอบหมายผู้รับผิดชอบแก้ไข
4. การประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามตัวชี้วัด - ทบทวนอุบัติการณ์ซ้ำ/เกือบพลาด 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามตัวชี้วัด - ทบทวนเชิงระบบ 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามตัวชี้วัด - ทบทวนเชิงระบบ



เส้นทางการเดินของ
ใบรายงานอุบัติการณ์โรงพยาบาลบ้านคา



ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผล หมายถึง การนำเหตุการณ์ และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเพียงพอของวิธีการที่ใช้ป้องกันความเสี่ยง ซึ่งสิ่งที่ต้องประเมิน ได้แก่

- 4.1 การติดตามประเมินผลตามตัวชี้วัดทุกเดือนและประเมินผลระบบการบริหารความเสี่ยงทั้งระบบ
- 4.2 การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ต้องตั้งคำถามว่า
 - อุบัติการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไร ทั้งที่มีมาตรการป้องกันแล้ว
 - อุบัติการณ์เป็นเหตุการณ์เดี่ยวหรือเรื่องของระบบ มีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้อีกหรือไม่
 - ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่
- 4.3 การทบทวนความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
- 4.4 มีการสื่อสารการตอบสนองของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบว่าได้พิจารณา และให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ และทรัพย์สินของโรงพยาบาล



QR code สำหรับรายงานความเสี่ยง

แผนพัฒนาการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลบ้านคา ปี 2568-69

แผนงาน	เป้าหมาย	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ	KPI
1.แผนการกระตุ้นการ รายงานความเสี่ยง 1.1 ประชาสัมพันธ์ผ่านหน้า web. รพ. 1.2 กิจกรรม risk round กระตุ้นหน่วยงาน 1.3 กำหนดรางวัลสำหรับ หน่วยงาน	ทุกหน่วยงานมี การรายงาน ความเสี่ยง	พ.ค. – ก.ย.68	-หัวหน้างาน ทุกหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ใน หน่วยงาน	อัตราการรายงาน ความเสี่ยง ครอบคลุม 100%
2.แผนค้นหาความเสี่ยงเชิง รุก ครอบคลุมทุกหน่วยงาน 2.1 กิจกรรม risk round 2.2 กิจกรรมทบทวนเวช ระเบียนผู้เสียชีวิต 2.3 กิจกรรมทบทวนข้อ ร้องเรียนด้านการ รักษาพยาบาล 2.4 จัดทำ Risk Profile ระดับหน่วยงานและ โรงพยาบาล	-ทุกหน่วยงานมี การค้นหาความ เสี่ยงและจัดทำ Risk Profile	-ทุกเดือน	-หัวหน้างาน ทุกหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ใน หน่วยงาน	
3.แผนบริหารจัดการความ เสี่ยง 3.1 Feed back ข้อมูล ระดับ GHIทุกข้อมูลภายใน 1 วัน 3.2 ติดตามความเสี่ยงระดับ GHI ให้ได้รับการทบทวน ภายใน 7 วัน		-พ.ค.68 - ก.ย. 69	เลขาและผู้ช่วยฯ RM	ความเสี่ยงระดับ GHI ได้รับการ ทบทวน 100%
4.แผนพัฒนาบุคลากร 4.1 ประชุมวิชาการใน รพ. แก่เจ้าหน้าที่ 4.2 จัดอบรมเจ้าหน้าที่ใหม่	-เจ้าหน้าที่ทุก คนมีความรู้ใน เรื่องการบริหาร ความเสี่ยง	พ.ย.68	RM	ร้อยละ 80 ของ เจ้าหน้าที่

แผนงาน	เป้าหมาย	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ	KPI
5.โครงการรณรงค์ความปลอดภัยใน รพ. 5.1 ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5.2 กำหนด PSG รพ.บ้านคา -กำหนดแนวปฏิบัติตาม PSG -รวบรวมรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง/วิเคราะห์ผล 5.3 ติดตั้งระบบรับข้อร้องเรียนทุกพื้นที่ใน รพ. 5.4 จัดตั้งศูนย์หน่วยบริการรับข้อร้องเรียน	-เจ้าหน้าที่เกิดความตื่นตัวและตระหนักในเรื่องความปลอดภัย -เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการกำหนดความปลอดภัยใน รพ. -สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยใน รพ. การดูแลผู้ป่วยตามหลัก PSG	ธ.ค.68-ม.ค.69	RM	-เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมตามแผน -ร้อยละการปฏิบัติตาม WI PSG 100%

