






# ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง

## ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

โรงพยาบาลบรเวจ

จังหวัดบรเวจ

จัดเตรียมเอกสารโดย  ..... (นางปฐวพร รทธินนท) ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ วันที่.....1...ต.ค...2562.....	ตรวจสอบเอกสารโดย  ..... (นายธนพัฒน์ มณี) ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ วันที่.....10 ต.ค 2562.....	อนุมัติใช้เอกสารโดย  ..... (นายทศนเทพ ยิ้มแย้ม) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล วันที่.....12 ต.ค 2562.....
ต้นฉบับ	แก้ไขครั้งที่ 0	วันที่เริ่มใช้ .....12 / ต.ค / 2562.....



# คู่มือ

ระบบบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลปลวกแดง

อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง

# ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาลปลวกแดง

การบริหารจัดการความเสี่ยง เป็นกิจกรรมพื้นฐานบุคลากรทุกคนของโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญ และร่วมกันวางแผนป้องกันและดำเนินการตามแนวทางที่วางไว้

## นโยบายบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

การบริหารจัดการความเสี่ยงเป็นหน้าที่ของทุกคน ให้บุคลากรทุกคนมีหน้าที่เฝ้าระวังค้นหาและรายงานความเสี่ยงโดยให้ความสนใจกับระบบบริหารจัดการความเสี่ยงที่คณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้จัดทำคู่มือโดยให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด

1. ให้ทุกหน่วยงาน / ทุกทีม ค้นหาและประเมินความเสี่ยงในหน่วย / ทีม ให้ครอบคลุมประเด็นตามโปรแกรมความเสี่ยงที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนดให้พร้อมทั้งกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่ค้นได้ และบันทึก ไว้เป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมทั้งให้ความสนใจกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้แนวทางที่กำหนดไปปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ
2. ให้ทุกหน่วยงาน / ทุกทีมรายงานอุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานหรือพบเห็น ในโรงพยาบาลพร้อมทั้งดำเนินการตามระบบการรายงานและบริหารจัดการความเสี่ยงที่ทีมบริหารความเสี่ยงกำหนดและบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
3. ให้ทุกหน่วยงาน / ทุกทีมมีการทบทวนและใช้ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกมาวางมาตรการในการป้องกัน และแก้ไขความเสี่ยงอย่างเป็นระบบและให้มีการเฝ้าระวังและทบทวนความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ รายงานการบริหารจัดการความเสี่ยงให้หัวหน้ากลุ่ม / ทีมและกรรมการบริหารความเสี่ยงทราบตามระยะเวลาที่กำหนด

## 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-	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 หรือยึดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป

ระดับ G มีความคลาดเคลื่อน/ความเสี่ยงเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร

ระดับ H มีความคลาดเคลื่อน/ความเสี่ยงเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบเสียชีวิต ส่งผลต้องทำการช่วยชีวิต

ระดับ I มีความคลาดเคลื่อน/ความเสี่ยงเกิดขึ้น และเป็นอันตรายจนถึงแก่ชีวิต (Death)

#### การแบ่งระดับความรุนแรงทาง Non - clinic

ระดับ 1 มีโอกาสเกิดความเสียหาย (Near Miss)

ระดับ 2 เกิดความเสียหายแต่ไม่มีความเสียหาย ไม่สูญเสียรายได้ ไม่เกิดผลเสียต่อชื่อเสียง

ระดับ 3 เกิดความเสียหาย มีความเสียหาย มีผลกระทบต่อชื่อเสียงและสูญเสียรายได้ ซึ่งไม่สามารถรอดได้

ระดับ 4 เกิดความเสียหายที่รุนแรง มีผลกระทบและเกิดผลเสียต่อชื่อเสียง อาจนำไปสู่การร้องเรียน/แจ้งความ /ฟ้องร้อง/สูญเสียรายได้และภาพลักษณ์

3. Sentinel event คือเหตุการณ์ความเสียหายที่รุนแรงสูงสุด ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างร้ายแรง ซึ่งผู้ที่ทราบข้อมูลต้องรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบอย่างเร่งด่วน (ทำ RCA)

##### 3.1 clinic

- ภาวะตกเลือดหลังคลอดจนเสียชีวิต
- ภาวะเด็กขาดออกซิเจนขณะคลอดที่ต้องได้รับการกู้ชีพ
- ผู้ป่วยตกเตียง/หกล้ม จนเกิดภาวะแทรกซ้อน
- ผู้ป่วยแพ้ยาแบบรุนแรงซ้ำ

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

### 3.2 non-clinic

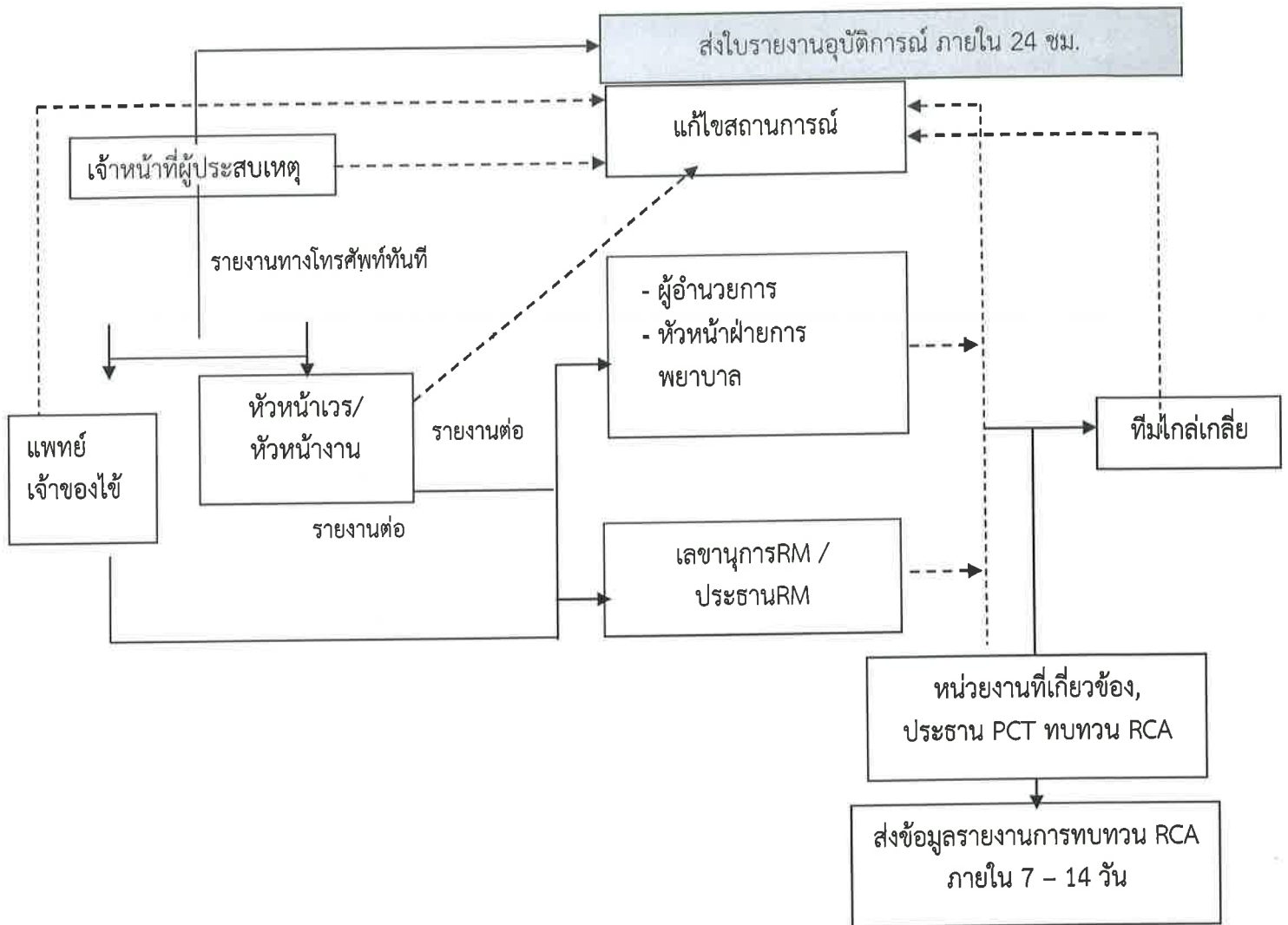
- การฟ้องร้องเผยแพร่ต่อสื่อมวลชน
- เจ้าหน้าที่ถูกทำร้าย
- อัคคีภัย
- ระบบคอมพิวเตอร์ล่มทั้งโรงพยาบาล

### แนวทางการรายงานความเสี่ยงโรงพยาบาล

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

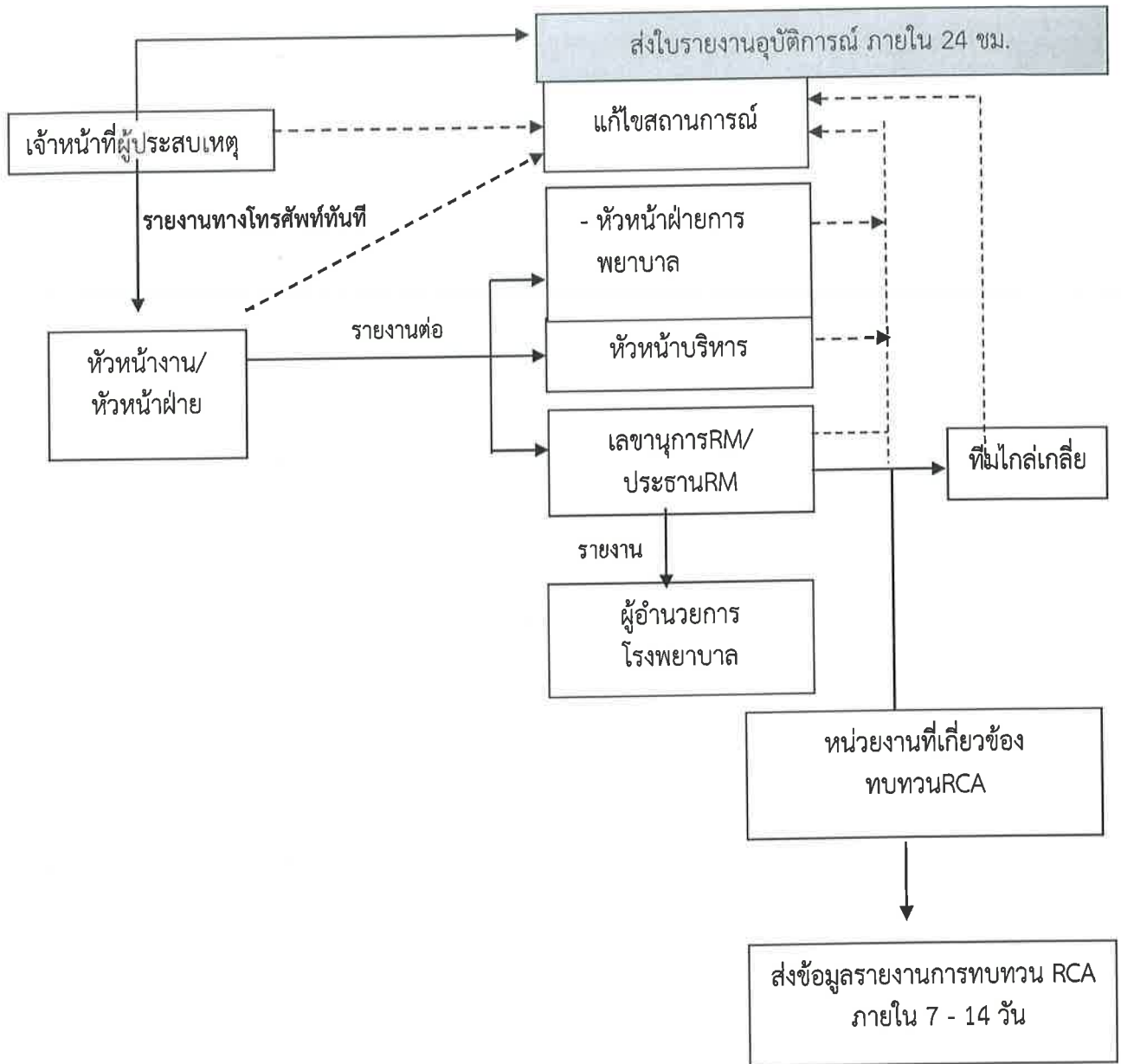
# การรายงานและการจัดการ Sentinel Events (ความเสี่ยง ระดับความรุนแรงสูงสุด)

## 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

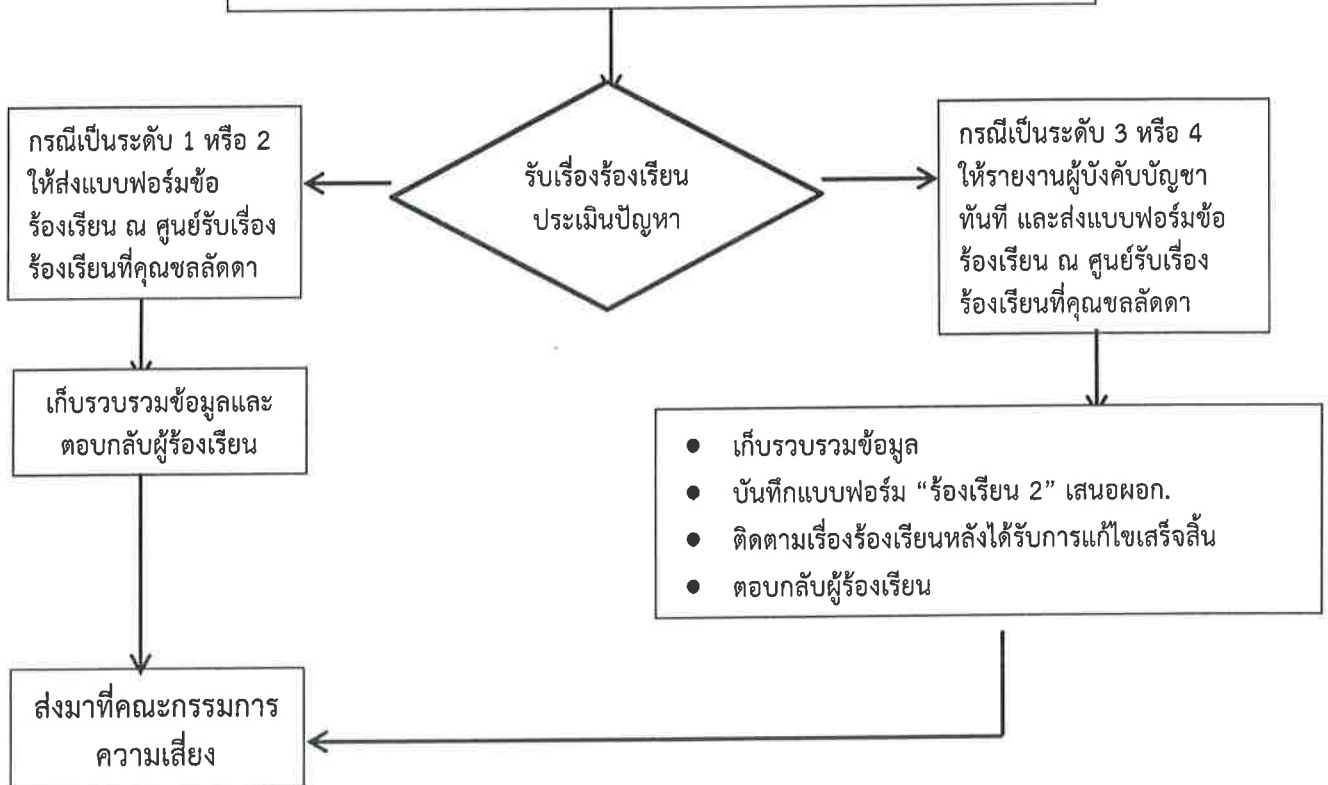


## การจัดการข้อร้องเรียน/การแสดงความคิดเห็น

ผู้รับผิดชอบ 11 ช่องทาง ดังนี้

1. ผู้รับความคิดเห็น (เลขฯผอก.)
2. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ (แบบฟอร์มที่ห้องบัตร)
3. ทางโทรศัพท์ (เจ้าหน้าที่ห้องบัตร)
4. ทางโทรสาร (ฝ่ายบริหารนำส่งคุณชลลัดดา)
5. พยาบาลต้อนรับ
6. เข้าพบผอก.
7. เข้าพบหัวหน้าหน้าฝ่ายการฯ
8. เข้าพบเจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องเรียน (คุณชลลัดดา)
9. ทางไปรษณีย์ (ฝ่ายบริหารนำส่งคุณชลลัดดา)
10. ทางเว็บไซต์ Internet (งานประกันส่งคุณชลลัดดา)
11. ทาง Email (คุณชลลัดดา)

ให้บันทึกในแบบฟอร์ม “ร้องเรียน 1”



# ภาคผนวก





แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยง โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง



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

ผู้ประสบเหตุการณ์  ผู้ป่วย  เจ้าหน้าที่  เจ้าหน้าที  
 ชื่อ..... อายุ..... HN..... AN.....  
 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.....

รายงานอุบัติการณ์ประจำเดือน .....

หน่วยงาน.....

ลำดับ	เรื่อง	โปรแกรม	Clinic	Non Clinic	ความรุนแรงระดับ	ความถี่ (จำนวน)	การจัดการ	ผู้รายงาน

- ❖ โปรแกรมมี 9 โปรแกรม
- ❖ ความรุนแรงระดับ A - I
- ❖ การจัดการ ได้แก่ ทบทวน 12 กิจกรรม, RCA, ประสานผู้ที่เกี่ยวข้อง

.....  
(.....)  
หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน/หัวหน้าฝ่าย

# กล่องรายงานความเสียหาย/อุบัติเหตุการณ์

วันที่พบเหตุการณ์.....  
HN.....ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย..... (ถ้ามี)  
ความเสียหาย/เหตุการณ์  
.....  
.....  
การแก้ไข  
.....

ให้เขียนใส่กระดาษลงกล่องพร้อมรายละเอียดเหตุการณ์

# กล่องรายงานความเสียหาย/อุบัติเหตุการณ์

วันที่พบเหตุการณ์.....  
HN.....ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย..... (ถ้ามี)  
ความเสียหาย/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) ไม่ได้ปั่งซี
- 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) คลอดในห้องรคลอด 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) นึกกลับ 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 ไม่มีมีการประสานงาน/การสื่อสารที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย



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

#### **5. งานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย**

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

