

คู่มือการใช้งาน

HRMS ON CLOUD

โรงพยาบาลปราณบุรี

ปีงบประมาณ

2567



โดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
โรงพยาบาลปราณบุรี

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
กลุ่มผู้ใช้ และระดับสิทธิการใช้งานระบบ HRMS on Cloud	1
การใช้งานระบบ HRMS on Cloud	3
การเปลี่ยน Password	4
การบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	5
การยืนยันรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (หัวหน้ากลุ่มงาน/หน่วยงาน)	9
การแก้ไขรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (หัวหน้ากลุ่มงาน/หน่วยงาน)	11
Work flow HRMS on Cloud & NRLS	13
ลำดับขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	13
แผนผังรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โรงพยาบาลปทุมธานี ปี 2567	14
ระยะเวลาการรายงาน/ ทบทวนแก้ไขความเสี่ยง	15
Flow Chart กระบวนการรายงานความเสี่ยง	16
ระดับความรุนแรงของกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก และความเสี่ยงทั่วไป	17
ประกาศนโยบายต่างๆของโรงพยาบาลปทุมธานี	18

กลุ่มผู้ใช้ และระดับสิทธิ์ การใช้งานระบบ HRMS on Cloud

1. เจ้าหน้าที่ (ผู้ใช้ทั่วไป)

เป็นกลุ่มบุคลากร/ เจ้าหน้าที่ทุกคนของโรงพยาบาลที่มีชื่อในบัญชีผู้ใช้ในระบบ จึงจะมีสิทธิ์เข้าสู่หน้าจอรระบบ HRMS on Cloud ได้จากเว็บไซต์ที่กำหนดคือ <https://hpran.thai-nrls.org/> เพื่อทำการบันทึกรายงานการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง และเรียกดูรายงานภาพรวมของระบบได้ตามที่กำหนดไว้

➤ การบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

เจ้าหน้าที่ทุกคนของโรงพยาบาลที่มีชื่อในบัญชีผู้ใช้ในระบบ สามารถทำการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้ทุกคน โดยให้รายงานในนามของหน่วยงานที่ตนสังกัด

➤ การติดตามและเฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยง

เป็นการติดตามและเฝ้าระวังข้อมูลจำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ซึ่งอยู่ในสถานะต่างๆ ที่หน่วยงานของตนเองมีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องกับการดำเนินการบริหารจัดการอุบัติการณ์ความเสี่ยง

2. หัวหน้ากลุ่มงาน/ หน่วยงาน

มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยการ ยืนยันว่าเหตุการณ์ที่มีการรายงานนั้นเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงหรือไม่ และ แก้ไขหรือร่วมแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงของหน่วยงาน ซึ่งจะมีสิทธิ์เข้าถึงรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้เฉพาะในหน่วยงานที่ตนสังกัดหรืออยู่ในความรับผิดชอบเท่านั้น

➤ การยืนยันอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “รอยืนยัน”

การยืนยันอุบัติการณ์ความเสี่ยง เป็นการพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมเกี่ยวกับเรื่องอุบัติการณ์ความเสี่ยง ประเด็นปัญหา (เกิดอะไร อย่างไร) และระดับความรุนแรงของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีการบันทึกรายงานเหตุการณ์เข้ามาในระบบ เพื่อยืนยันว่ารายงานเหตุการณ์นั้นเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงหรือไม่อย่างไร และหากเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงจริง ใครควรเป็นผู้ดำเนินการแก้ไข และแก้ไขในระดับใด ได้แก่ ระดับหน่วยงาน หรือระดับประเภทหน่วยงาน (กลุ่มงาน) หรือระดับกลุ่มหน่วยงาน (กลุ่มภารกิจ)

➤ การแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/ รอแก้ไข”

สามารถทำการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/ รอแก้ไข” หรือสถานะ “อยู่ระหว่างการดำเนินการของกลุ่ม/ หน่วยงานหลัก” ได้นั้น จะต้องเป็นผู้ใช้ที่อยู่ในกลุ่ม “หัวหน้ากลุ่มงาน/ หน่วยงาน” โดยจะมีสิทธิ์เข้าถึงได้เฉพาะรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหน่วยงานที่ตนสังกัดหรืออยู่ในความรับผิดชอบเท่านั้น

3. ผู้กรอกข้อมูล Data Set

มีบทบาทหน้าที่ในการกรอก และบันทึกข้อมูลในชุดข้อมูลกลางของระบบ (Data Set) ของหน่วยงานต่างๆ ตามที่ Admin กำหนดให้

➤ การใช้งานระบบในสิทธิ์ของผู้กรอกข้อมูล Data Set

ผู้ใช้ที่อยู่ในกลุ่มผู้ใช้ “ผู้กรอกข้อมูล Data Set” มีสิทธิ์ในระบบบริหารจัดการความเสี่ยงได้ เช่นเดียวกับกับผู้ใช้ในสิทธิ์ของเจ้าหน้าที่ (ผู้ใช้ทั่วไป) แต่มีสิทธิ์เพิ่มเติมเฉพาะของกลุ่มผู้ใช้นี้ คือ มีบทบาทหน้าที่ในการกรอกและบันทึกข้อมูลในรายการชุดข้อมูลกลางของระบบ (Data Set) ตามรูปแบบการบันทึก (บันทึกแบบรายวันหรือแบบรายเดือน) ของหน่วยงานต่างๆ ซึ่งเป็นแหล่งของการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลในรายการชุดข้อมูลกลาง

4. กรรมการบริหารความเสี่ยง

มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาลทั้งระบบ การพิจารณาผลการแก้ไข มาตรการความเสี่ยงระดับกลุ่ม/หน่วยงาน เพื่อ **ปิดเคส** และ **แก้ไข** มาตรการความเสี่ยงในกรณีที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน โดยกรรมการบริหารความเสี่ยงมีสิทธิ์ในการเข้าถึงรายงานความเสี่ยงได้ทั้งองค์กร

➤ การใช้งานระบบในสิทธิ์ของกรรมการบริหารความเสี่ยง

กรรมการบริหารความเสี่ยงมีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาลทั้งระบบ โดยมีสิทธิ์ในการยืนยันว่าเหตุการณ์ที่มีการบันทึกรายงานนั้นเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงหรือไม่ การแก้ไข มาตรการความเสี่ยงที่ผ่านการแก้ไขปัญหาในระดับหัวหน้างาน/ หน่วยงานมาแล้ว (รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง”) การเข้าถึงและเรียกดูข้อมูล รายละเอียดของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมด รวมทั้งการดำเนินการเกี่ยวกับองค์ความรู้หรือวิธีการ/ แนวทางการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงเชิงระบบขององค์กร

5. ผู้ดูแลระบบ (Admin)

มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบทั้งหมด (ยกเว้น การบริหารจัดการความเสี่ยง ซึ่งเป็นการยืนยัน/ แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง) ทั้งในส่วนของการ Set up ระบบการจัดการข้อมูลพื้นฐาน และการให้สิทธิ์การใช้งานระบบแก่ผู้ใช้ ดังเช่น การบันทึกข้อมูลเจ้าหน้าที่, การเพิ่มข้อมูลเจ้าหน้าที่, การแก้ไข หรือดูรายละเอียดข้อมูล, การลบข้อมูลในฐานข้อมูล, การเพิ่มข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงย่อยในโรงพยาบาล, การกำหนดสิทธิ์การใช้งานระบบ และการเข้าถึงข้อมูล เป็นการกำหนดสิทธิ์และขอบเขตในการใช้งานระบบและเข้าถึงข้อมูลของผู้ใช้งานระบบ (Users) ตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ

➤ การบริหารจัดการระบบในสิทธิ์ Admin

ผู้ดูแลระบบ (Admin) มีสิทธิ์ในการเข้าถึง และเรียกดูรายงานความเสี่ยงได้ทั้งหมด (แต่ไม่มีสิทธิ์ ในการบริหารจัดการความเสี่ยง ซึ่งเป็นการยืนยัน/ แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง) รวมถึงมีหน้าที่ในการดูแล และ จัดการฐานข้อมูลของระบบ

การเข้าใช้งานระบบ HRMS on Cloud

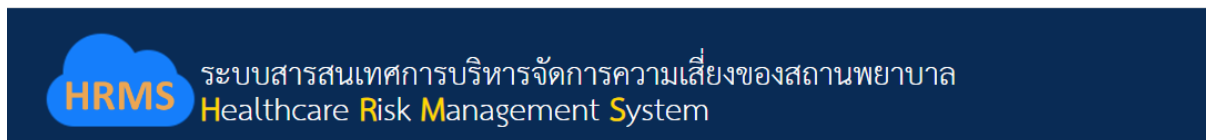
1. เข้าผ่านหน้า Website โรงพยาบาล

➤ <https://www.pranburihospital.com/th>

The screenshot shows the Pranburi Hospital website. A yellow box highlights the link "1. ระบบการรายงานความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (NRLS)" under the "งานพัฒนาคุณภาพและยุทธศาสตร์" section. A blue box with a yellow arrow points to this link, containing the text "คลิกที่เมนู การรายงานความเสี่ยงฯ".

2. เข้า URL โดยตรง

➤ <https://hpran.thai-nrls.org/>



The screenshot shows the HRMS login page. The login form has fields for "User ID:" (Username) and "Password:". A blue callout box with an arrow points to these fields, containing the text "กรอก Username และ Password". The page also includes a "Log in" button and a "Forgot Password" link. The header of the page displays the Pranburi Hospital logo and the version "Version: 3.7 (19/08/2566)".

การเปลี่ยน Password

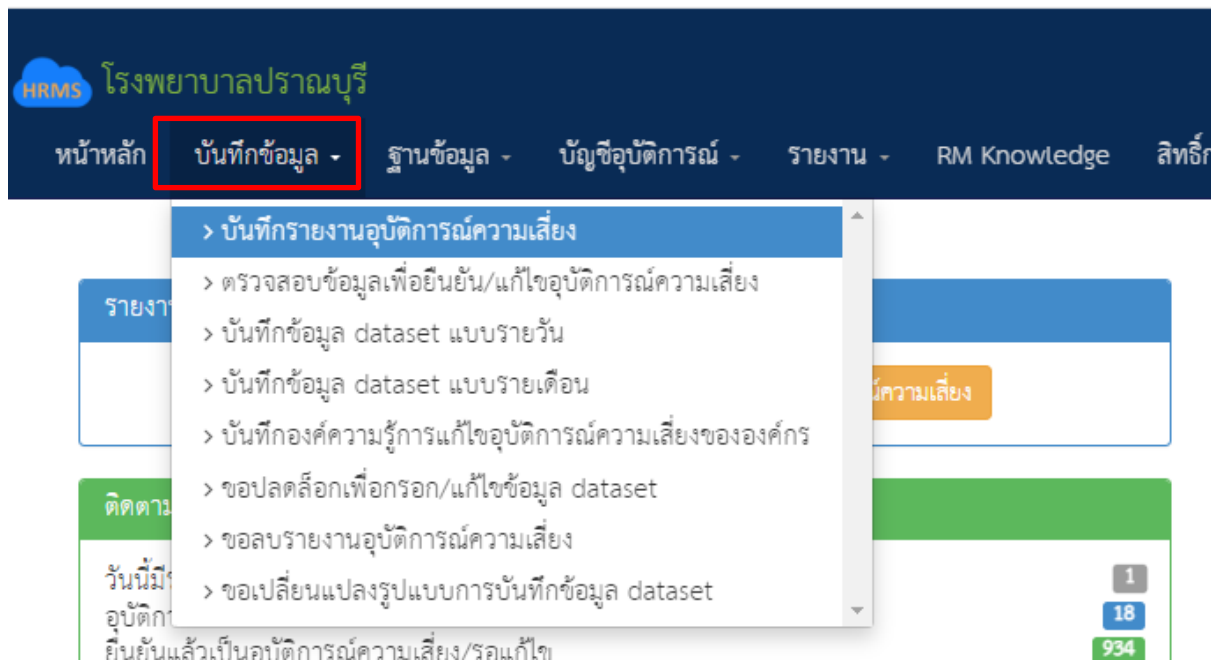
- กรณีเข้าใช้งานครั้งแรก ระบบจะให้เปลี่ยน Password ใหม่

- กรณีผู้ใช้งานต้องการเปลี่ยน Password

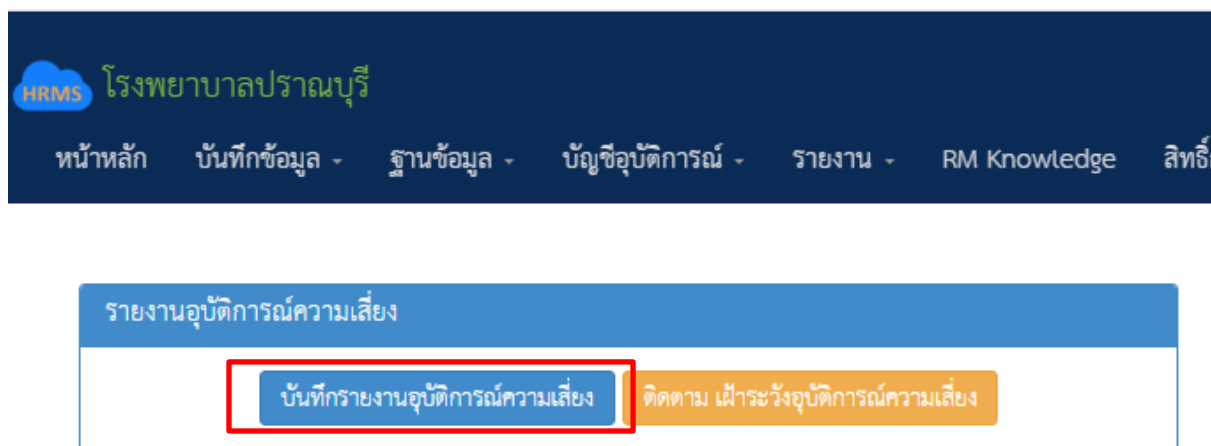
****กรณีผู้ใช้งานลืม Password สามารถแจ้ง Reset Password ได้ที่งานพัฒนาคุณภาพ โทร.315**

การบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

1. บันทึกผ่านทางเมนูระบบ “บันทึกข้อมูล” => แล้วคลิก “บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง”



2. บริเวณซ้ายมือของหน้าจอหลัก เลือก “บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง”



- หลังจากนั้นกรอกข้อมูลในช่องต่างๆของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (หมายเลข 1 – 20)
- เครื่องหมาย * หมายถึง ข้อมูลที่บังคับการกรอก ซึ่งเป็นข้อกำหนดที่ผู้ใช้งานจะต้องกรอกข้อมูลหรือเลือกข้อมูลในช่องนั้น หากไม่กรอกหรือไม่เลือก ระบบจะไม่อนุญาตให้ทำการบันทึกข้อมูล
- เครื่องหมาย ** หมายถึง ข้อมูลตาม Standard Data Set & Terminologies ที่ต้องส่งเข้าสู่ระบบ NRLS

การบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

โรงพยาบาลปราชญ์ [หน้าหลัก](#) [บันทึกข้อมูล](#) - [บัญชีอุบัติการณ์](#) - [รายงาน](#) - [RM Knowledge](#) [เข้าสู่ระบบ](#) [NRLS](#) [บริจาค](#) [ซูเปอร์ \(กรรมการบริหารความเสี่ยง\)](#)

บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

วันที่บันทึกรายงานอุบัติการณ์: 10/11/2023

หน่วยงานที่ค้นพบ/บันทึกรายงานอุบัติการณ์:

ประเภทสถานที่: ในพื้นที่ของโรงพยาบาล

สถานที่เกิดเหตุ:

เป็นอุบัติการณ์เรื่องใด:

เป็นอุบัติการณ์เรื่องย่อยภายใน รพ. เรื่องใด:

สรุปประเด็นปัญหา/การเกิดอุบัติการณ์: เพื่ออธิบายให้ทราบว่า เกิดปัญหาอะไร เกิดได้อย่างไร (Key word/สาเหตุหลัก) มีความยาวติดต่อกันไม่เกิน 5 บรรทัด (ห้ามใส่ข้อมูล HN, AN หรือข้อมูลใด ๆ ที่บอกให้รู้ถึงตัวบุคคล หรือชื่อ รพ.)

ระดับความรุนแรง:

ผู้ที่ได้รับผลกระทบ: เพศ: อายุ: ปี (เฉพาะกรณีที่น้อยกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 0 ปี ถึงแค่ 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี)

วันที่เกิดอุบัติการณ์: ว่าเกิดอุบัติการณ์:

ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์: หรือ เวลา: 21:59

แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติการณ์:

รายละเอียดการเกิดเหตุ:

เอกสารประกอบ: No file selected

การจัดการเบื้องต้น:

เอกสารประกอบ: No file selected

* หมายถึง ข้อมูลที่บันทึก
** หมายถึง ข้อมูลตาม Standard Data Set & Terminologies ที่ต้องส่งเข้าสู่ระบบ NRLS
[การแนบเอกสารประกอบสามารถแนบได้มากกว่า 1 ไฟล์ในแต่ละหัวข้อ แต่ขนาดของไฟล์รวมทั้งหมดต้องไม่เกิน 10 MB. ในแต่ละขั้นตอนการรายงาน ยืนยัน แก้ไขระดับ
หัวหน้า จนถึงกรณีแก้ไขในระดับกรรมการ]

ข้อความแต่ละช่องที่ให้กรอกข้อมูลนั้น มีความหมายดังนี้

รายการ		ความหมาย
1	หน่วยงานที่ค้นพบ/บันทึกรายงานอุบัติการณ์*	หน่วยงานต้นสังกัดของผู้รายงานการเกิดเหตุการณ์นั้นๆ
2	ประเภทสถานที่**	สถานที่ที่เกิดเหตุการณ์ในพื้นที่/ นอกพื้นที่ของโรงพยาบาล
3	สถานที่เกิดเหตุ*	หากเลือกสถานที่ที่เกิดในพื้นที่ยังโรงพยาบาล (ข้อ2) จะเป็นหน่วยงานต่างๆในรพ.ที่เกิดเหตุ หากเลือกสถานที่ที่เกิดนอกพื้นที่โรงพยาบาล (ข้อ2) จะมีให้เลือกในเขตรพ. และไม่ใช่พื้นที่ในเขตโรงพยาบาล
4	เป็นอุบัติการณ์เรื่องใด**	ระบุเหตุการณ์/ อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นว่าเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องใดตามแนวทาง SIMPLE 2P Safety เอกสาร “บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของระบบ HRMS on Cloud” สามารถ Download ได้ทางหน้าเว็บไซต์โรงพยาบาล
5	เป็นอุบัติการณ์เรื่องย่อยภายในรพ. เรื่องใด	หัวข้ออุบัติการณ์ความเสี่ยงย่อยของแต่ละรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องนั้น Admin ของโรงพยาบาลสามารถเพิ่มความเสี่ยงย่อยให้ได้
6	สรุปประเด็นปัญหา/ การเกิดอุบัติการณ์**	การสรุปเรื่องราวการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงพอสังเขป เพื่อบอกให้ทราบว่า เกิดปัญหาอะไร เกิดได้อย่างไร (Key word/สาเหตุหลัก) มีความยาวติดต่อกันไม่เกิน 5 บรรทัด
7	ระดับความรุนแรง**	ระบุระดับความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์/ อุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นอยู่ในระดับใด ความเสี่ยงด้านคลินิก และความเสี่ยงทั่วไป หมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Personnel Safety Goals ระดับ A – I และอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไประดับ 1 -5
8	ผู้ที่ได้รับผลกระทบ**	ระบุว่าการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น ใครเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบ
9	เพศ**	หลังจากเหตุการณ์นั้นๆ ทั้งนี้หากเป็นรายบุคคล ให้ระบุเพศ และอายุด้วยเสมอ
10	อายุ**	
11	วันที่เกิดอุบัติการณ์**	ระบุว่าการเกิดเหตุการณ์/ อุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นเกิดวันที่เท่าไร (วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น อาจไม่ใช่วันที่ค้นพบหรือวันที่ลงบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง)
12	วันที่ค้นพบว่าเกิดเหตุการณ์*	ระบุว่าการค้นพบการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นคือวันที่เท่าไร (อาจเป็นวันเดียวกันกับวันที่เกิดเหตุการณ์ หรือหลังจากที่เกิดเหตุการณ์แล้วก็ได้ แต่ระบบจะไม่อนุญาตให้ระบุวันที่มากกว่าวันที่ปัจจุบัน ซึ่งลงบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนี้)
13	ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์**เวร	เวร หมายถึง ระบุว่ารอบเวรที่เกิดเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นในรอบเวรใด หรือหากสามารถระบุเวลาที่ชัดเจนและต้องการระบุเวลาที่เกิดเหตุการณ์จริง ก็ให้เลือกระบุเวลาที่เกิดเหตุการณ์ในช่องหรือเวลา
14	หรือเวลา	
15	แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติการณ์*	ระบุว่าการค้นพบเหตุการณ์/ อุบัติการณ์ความเสี่ยงรายการนั้นค้นพบด้วยวิธีการใด

รายการ		ความหมาย
16	รายละเอียดการเกิดเหตุ*	ให้ระบุรายละเอียดการเกิดเหตุการณ์/ อุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นๆ สามารถแนบไฟล์เพิ่มเติมที่ช่อง Choose Files (การกดปุ่ม Choose Files ครั้งเดียว สามารถแนบไฟล์ได้มากกว่า 1 ไฟล์ หรือหากกดปุ่มเพื่อแนบไฟล์ทีละครั้งระบบจะบันทึกไฟล์ที่แนบล่าสุดเพียงไฟล์เดียว ทั้งนี้ขนาดของไฟล์แนบรวมกันทั้งหมดต่อการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงครั้งนั้นจะต้องไม่เกิน 10 MB)
17	ปุ่มแนบเอกสารประกอบรายละเอียดการเกิดเหตุ (ถ้ามี)	
18	การจัดการเบื้องต้น*	ให้ระบุจากเหตุการณ์/ อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนี้ ผู้ที่ค้นพบปัญหาและบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมีการจัดการหรือดำเนินการเบื้องต้นอย่างไรไปแล้วบ้าง สามารถแนบไฟล์เพิ่มเติมที่ช่อง Choose Files
19	ปุ่มแนบเอกสารประกอบรายละเอียดการเกิดเหตุ (ถ้ามี)	
20	ปุ่มบันทึกรายงานอุบัติการณ์	ระบบจะแสดงข้อความแจ้งให้ยืนยันการบันทึกข้อมูล จากนั้นกดปุ่ม “ใช่, ยืนยัน!” ระบบจะแสดงข้อความว่าบันทึกข้อมูลสำเร็จ กดปุ่ม “OK” จากนั้นระบบจะแสดงข้อความ (Popup) แจ้งให้ทราบว่าการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นสำเร็จ

การยืนยันรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (หัวหน้ากลุ่ม/หน่วยงาน)

รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ติดตาม เฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ติดตามและเฝ้าระวังรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

วันนี้มีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงใหม่

0

อุบัติการณ์ความเสี่ยง รอยืนยัน

19

ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข

908

อยู่ระหว่างดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก

25

อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง

151

ติดตามระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง					
แสดง: 10	เลือกวิธี: ต่อหน้า			กลับหน้าแรก	รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
				แสดง: 1 ถึง 10 ของ 19 รายการ	ค้นหา: <input type="text"/>
รหัส	เรื่อง	กลุ่ม/หน่วยงานหลัก	กลุ่ม/หน่วยงานร่วม	ความรุนแรง	สถานะ
2311000011	GPE305: เกิดกรณีความไม่ลงใจในสถานพยาบาล เช่น ผ่าตัดขาดขา	งานกายภาพบำบัดผู้ป่วยในหญิง (4)	ร่วม	A	รอยืนยัน วันที่เกิดเหตุ : 09/11/2023 วันที่ค้นพบ : 09/11/2023 วันที่รับแจ้ง : 09/11/2023 วันที่แจ้งเหตุ : - วันที่ของสถานะ : 09/11/2023 วันที่กลุ่มงานรายงานเหตุเกิดเป็นเหตุจริง : - ดูรายละเอียด <input checked="" type="checkbox"/> ยืนยัน
2311000009	GPL106: พนักงานขับรถไม่ปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมและลดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ และรถพยาบาล เช่น ขับรถเร็วเกินกว่ากำหนด	งานกายภาพบำบัดผู้ป่วยผู้ใหญ่และฉุกเฉิน (2)		C	รอยืนยัน วันที่เกิดเหตุ : 08/11/2023 วันที่ค้นพบ : 08/11/2023 วันที่รับแจ้ง : 09/11/2023 วันที่แจ้งเหตุ : - วันที่ของสถานะ : 09/11/2023 วันที่กลุ่มงานรายงานเหตุเกิดเป็นเหตุจริง : - ดูรายละเอียด <input checked="" type="checkbox"/> ยืนยัน
2311000008	CSD110: เกิดการแพร่กระจายใน Oral surgery/Simple-Surgical extraction with Bleeding/Pain and Swelling/Fibrinolytic alveolitis	งานทันตกรรม		E	รอยืนยัน วันที่เกิดเหตุ : 27/10/2023 วันที่ค้นพบ : 28/10/2023

➤ การตรวจสอบเพื่อยืนยันความเสี่ยง*

พิจารณาว่าเหตุการณ์/ อุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น เป็นความเสี่ยง หรือไม่เป็นความเสี่ยง

การตรวจสอบเพื่อยืนยันความเสี่ยง*

-เลือก-

วันที่ Login บันทึกการยืนยัน:

-เลือก-

เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ไม่ใช่อุบัติการณ์ความเสี่ยง

[การแนบเอกสารประกอบสามารถแนบได้มากกว่า 1 ไฟล์ในครั้งเดียว แต่ขนาดของไฟล์รวมทั้งหมดต้องไม่เกิน 10 MB. ในแต่ละขั้นตอนนี้เป็นการรายงาน ยืนยัน แก้ไขระดับหัวหน้า จนถึงกรรมการความเสี่ยง]

บันทึก ยกเลิก

➤ กรณีไม่เป็นความเสี่ยง ให้ระบุเหตุผลและทำการบันทึก

การตรวจสอบเพื่อยืนยันความเสี่ยง* : ไม่มีข้อมูลการประเมินความเสี่ยง

กรณีไม่ใช้ความเสี่ยงเพราะ* :

วันที่ Login บันทึกการยืนยัน : 10/11/2023

* หมายถึง ข้อมูลที่บันทึก
** หมายถึง ข้อมูลตาม Standard Data Set & Terminologies ที่ต้องเข้าสู่ระบบ NPLS
[การแนบเอกสารประกอบสามารถแนบได้มากกว่า 1 ไฟล์ในแต่ละหัวข้อ แต่ขนาดของไฟล์รวมทั้งหมดต้องไม่เกิน 10 MB. ไม่แนบขึ้นตอนเกิน 1 หน้ากระดาษ ยืนยัน แก้ไขระดับหัวหน้า จนถึงการแก้ไขในระดับกรรมการ]

บันทึก ยกเลิก

➤ กรณีเป็นความเสี่ยง

การตรวจสอบเพื่อยืนยันความเสี่ยง* : เป็นข้อมูลการประเมินความเสี่ยง

เป็นการแก้ไขปัญหาระดับ* : -เลือก-

กลุ่ม/หน่วยงานหลักที่แก้ไขปัญห* : -เลือก-

☐ ต้องการระบุหน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหา

ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปัญห* :

เอกสารประกอบ : Choose Files No file chosen

วันที่แจ้งเหตุให้ผู้แก้ไขทราบ* :

วันที่ Login บันทึกการยืนยัน : 10/11/2023

* หมายถึง ข้อมูลที่บันทึก
** หมายถึง ข้อมูลตาม Standard Data Set & Terminologies ที่ต้องเข้าสู่ระบบ NPLS
[การแนบเอกสารประกอบสามารถแนบได้มากกว่า 1 ไฟล์ในแต่ละหัวข้อ แต่ขนาดของไฟล์รวมทั้งหมดต้องไม่เกิน 10 MB. ไม่แนบขึ้นตอนเกิน 1 หน้ากระดาษ ยืนยัน แก้ไขระดับหัวหน้า จนถึงการแก้ไขในระดับกรรมการ]

บันทึก ยกเลิก

1. ระดับกลุ่ม/ หน่วยงานที่แก้ไขปัญห* : เลือกระดับส่งแก้ไขปัญหา

- ระดับภารกิจ
- ระดับหน่วยงาน
- ระดับงาน

2. กลุ่ม/ หน่วยงานหลักที่แก้ไขปัญห* :

เลือกหน่วยงานที่ต้องการให้เป็นหน่วยงานหลักในการแก้ไขปัญห

3. ต้องระบุหน่วยงานร่วมแก้ไขปัญห* :

คลิกบริเวณช่องสี่เหลี่ยมให้ปรากฏเครื่องหมายลูก กรณีที่ต้องการระบุหน่วยงานร่วมในการแก้ไขปัญห

4. กลุ่ม/ หน่วยงานร่วมเพื่อแก้ไขปัญห* :

ระบุหน่วยงานร่วมในการแก้ไขปัญห

5. ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปัญห*

6. วันที่แจ้งเหตุให้ผู้แก้ไขทราบ

การแก้ไขรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (หัวหน้ากลุ่ม/ หน่วยงาน)

รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ติดตาม เฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ติดตามและเฝ้าระวังรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

วันนี้มีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงใหม่
อุบัติการณ์ความเสี่ยง รอยืนยัน
ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข
อยู่ระหว่างดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก
อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง

0

19

908

25

151

ติดตามระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

แสดง 10 | 10 รายการ ต่อหน้า

แสดง 1 ถึง 10 ของ 338 รายการ

ค้นหา :

รหัส	เรื่อง	กลุ่ม/หน่วยงานหลัก	กลุ่ม/หน่วยงานร่วม	ความรุนแรง	สถานะ
2311000010	GO5103: เกิดปัญหาด้านการติดตามประเมินผล เช่น ไม่มีการประเมินความพึงพอใจ/ไม่เขียนข้อเสนอแนะ/ไม่แจ้งผลการประเมินให้ทราบ/ไม่เก็บรวบรวมข้อมูลประเมินและกระบวนการดำเนินงาน	งานอาคารสถานที่		3	ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข วันที่เกิดเหตุ : 01/11/2023 วันที่ค้นพบ : 01/11/2023 วันที่ขึ้นทราตรงาน : 09/11/2023 วันที่ยืนยัน : 09/11/2023 วันที่แจ้งเหตุ : 09/11/2023 วันที่ของสถานะ : 09/11/2023 วันที่กลุ่ม/หน่วยงานหลักแก้ไขเสร็จ : - ดูรายละเอียด แก้ไข
2311000007	CPP311(Continuity of Care) ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง/ไม่ต่อเนื่อง/ไม่สอดคล้อง กับบันทึกและผลการตรวจโรค	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก (1)		D	ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข วันที่เกิดเหตุ : 31/10/2023 วันที่ค้นพบ : 31/10/2023 วันที่ขึ้นทราตรงาน : 02/11/2023 วันที่ยืนยัน : 07/11/2023 วันที่แจ้งเหตุ : 07/10/2023 วันที่ของสถานะ : 07/11/2023 วันที่กลุ่ม/หน่วยงานหลักแก้ไขเสร็จ : - ดูรายละเอียด แก้ไข
2310000017	CPP303(Patient Assessment) ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน/ประเมินผิด/ประเมินไม่ครบถ้วน ตามเกณฑ์ อาจารหรือการดำเนินงานโรค	งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (2)		C	ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข วันที่เกิดเหตุ : 18/10/2023 วันที่ค้นพบ : 18/10/2023 วันที่ขึ้นทราตรงาน : 19/10/2023 วันที่ยืนยัน : 19/10/2023 วันที่แจ้งเหตุ : 18/10/2023 วันที่ของสถานะ : 19/10/2023 วันที่กลุ่ม/หน่วยงานหลักแก้ไขเสร็จ : - ดูรายละเอียด แก้ไข
2310000014	CPL202: สิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม หรือไม่มีสิ่งส่งตรวจ	งานการพยาบาลผู้ป่วยในชาย (3)		B	ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข วันที่เกิดเหตุ : 13/10/2023 วันที่ค้นพบ : 13/10/2023 วันที่ขึ้นทราตรงาน : 13/10/2023 วันที่ยืนยัน : 13/10/2023 วันที่แจ้งเหตุ : 13/10/2023 วันที่ของสถานะ : 13/10/2023 วันที่กลุ่ม/หน่วยงานหลักแก้ไขเสร็จ : - ดูรายละเอียด แก้ไข
2310000013	CPM102: ไม่ปฏิบัติตาม Guideline ของการใช้ High Alert Drug	งานการพยาบาล		D	ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข วันที่เกิดเหตุ : 03/10/2023 วันที่ค้นพบ : 03/10/2023 วันที่ขึ้นทราตรงาน : 12/10/2023 วันที่ยืนยัน : 18/10/2023 วันที่แจ้งเหตุ : 04/10/2023 วันที่ของสถานะ : 18/10/2023 วันที่กลุ่ม/หน่วยงานหลักแก้ไขเสร็จ : - ดูรายละเอียด แก้ไข

การแก้ไขข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข” เป็นการแก้ไขเฉพาะรายการข้อมูลที่ยืนยันอุบัติการณ์ความเสี่ยงคลิกเลือกผิดไปจากความต้องการจริง โดยมีขั้นตอนและวิธีการแก้ไขข้อมูลเช่นเดียวกันกับการแก้ไขข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ที่อยู่ในสถานะ “รอยืนยัน” ทั้งนี้ การแก้ไขข้อมูล สามารถทำการแก้ไขได้ตามต้องการเฉพาะข้อมูลในส่วนที่ระบบเปิดให้แก้ไข ยกเว้น ข้อมูลส่วนที่อยู่ในช่องซึ่งเป็นสีทึบทั้งหมด ระบบไม่อนุญาตให้แก้ไข

แก้ไขรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง(หัวหน้าหน่วยงาน)

ประเภทสถานที่*: ในพื้นที่ของโรงพยาบาล

ชนิดสถานที่*: งานสนับสนุนทางการแพทย์

สถานที่เกิดเหตุ*: งานเภสัชกรรม(ตึกถั่ม)

เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเรื่องใด*: CPP311 (Continuity of Care) ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง/ไม่เชื่อมโยง/ไม่สอดคล้อง กับบริบทและผลภาวะของโรค

อุบัติการณ์ความเสี่ยงย่อย:

สรุปประเด็นปัญหา*: ผู้ป่วยมีอาการปวดจุกท้องหน้ามดลูกและรับฟังการอธิบายการใช้ยาที่ผู้ป่วยนอกติดลม

ระดับความรุนแรง*: ☐

ผู้ที่ได้รับผลกระทบ*: หัวหน้างาน/ ออกร

วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง*: 31/10/2023

วันที่ค้นพบ: 31/10/2023

ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง*: เวร: วันราชการ-เวรเช้า

หรือ เวลา: 14:45 เซ็น 21:59

แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบ*: ขณะปฏิบัติงาน

รายละเอียดการเกิดเหตุ*: ผู้ป่วยหญิงไทยมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้อง จุกแน่นลิ้นปี่ วันที่ 30 พ.ย. 2566 มาปรึกษาที่ รพ. บราณบุรี ด้วยอาการ ปวดแน่นท้องได้ลิ้นปี่ คลื่นไส้อาเจียน ปวดมดลูกท้องเกร็งท้อง และอาการไม่ดีขึ้น แพทย์ให้การรักษาโดยสั่งยา Diclofenac 40 mg in vain ยาธาตุน้ำร้อนให้ผู้ป่วย 14.15 น. ในทำนอง ต่อท้องที่ 6

การจัดการเบื้องต้น*: รายงานแพทย์เวร หัวหน้าเวรรับทราบ

เป็นการแก้ไขปัญหาระดับ*: หัวหน้างาน

กลุ่ม/หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง*: งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก (1)

ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปัญห*: การปฏิบัติงานแนวทางการกำหนดในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะHypoglycemia การใส่ ER หรือการให้สารน้ำ การให้Glucose ควรปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

วันที่ Login บันทึกการแก้ไข: 07/11/2023

วันที่แจ้งเหตุให้ผู้แก้ไขทราบ*: 07/11/2023

วันที่ Login บันทึกการแก้ไข: 10/11/2023

วันที่เริ่มดำเนินการแก้ไขปัญหา(กลุ่ม/หน่วยงานหลัก)*:

สรุปประเด็นการจัดการแก้ไขปัญหากลุ่ม/หน่วยงานหลัก*:

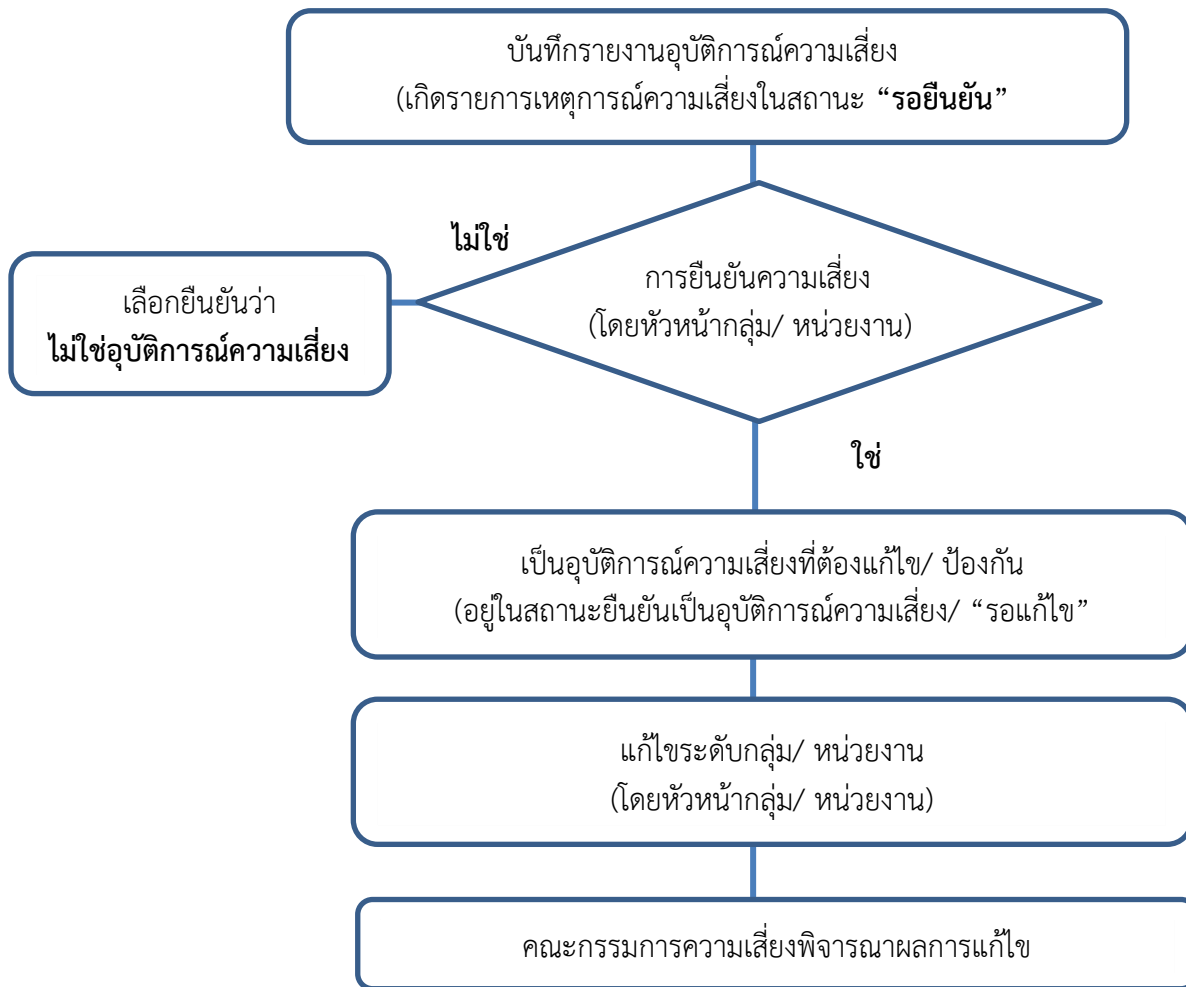
เอกสารประกอบ: No file chosen

ผลการดำเนินการ ในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน*: -เลือก-

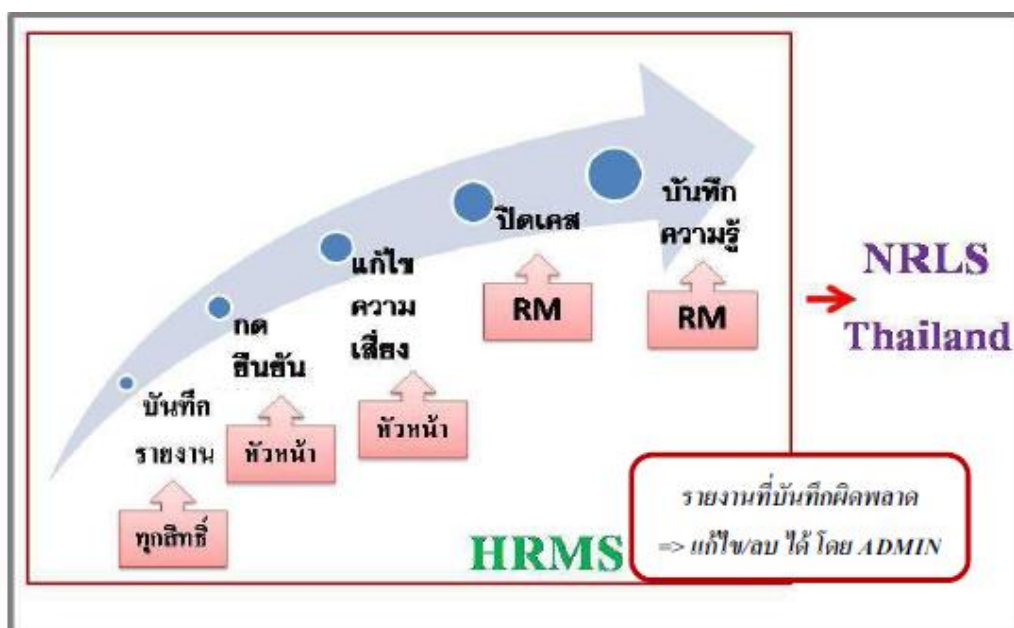
* หมายถึง ข้อมูลที่บันทึก
** หมายถึง ข้อมูลตาม Standard Data Set & Terminologies ที่ต้องนำสู่ระบบ NIRS
[การแนบเอกสารประกอบสามารถแนบได้มากกว่า 1 ไฟล์ในครั้งเดียว แต่ขนาดของไฟล์รวมทั้งหมดต้องไม่เกิน 10 MB. ไม่แนะนำให้แนบเอกสารประกอบเป็นเอกสารงาน อื่นๆ เช่น เอกสารต้นฉบับ จดหมายแจ้งเรื่องร้องเรียน]

1. วันที่เริ่มดำเนินการแก้ไขปัญหา* (กลุ่ม/ หน่วยงานหลัก)
2. สรุปประเด็นการจัดการแก้ไขปัญหาของกลุ่ม/ หน่วยงานหลัก*
3. ปุ่มแนบเอกสารประกอบประเด็นการจัดการแก้ไขปัญหาของกลุ่ม/ หน่วยงานหลัก*
4. ผลการดำเนินการในระดับกลุ่ม/ หน่วยงาน*
 - อยู่ระหว่างการดำเนินการแก้ไขปัญหาระดับหน่วยงาน
 - สิ้นสุดการแก้ไขปัญหาระดับหน่วยงาน โดยยุติปัญหาได้
 - สิ้นสุดการแก้ไขปัญหาระดับหน่วยงาน แต่ไม่สามารถยุติปัญหาได้
5. ระบบงานที่มีการปรับปรุง/ พัฒนา กรอรายละเอียดระบบงานที่มีการปรับปรุงพัฒนา* (ถ้ามี)
6. ปุ่มแนบเอกสารประกอบระบบงานที่มีการปรับปรุง/ พัฒนา (ถ้ามี)
7. วันที่สิ้นสุดการแก้ไขปัญหาระดับกลุ่ม/ หน่วยงาน*

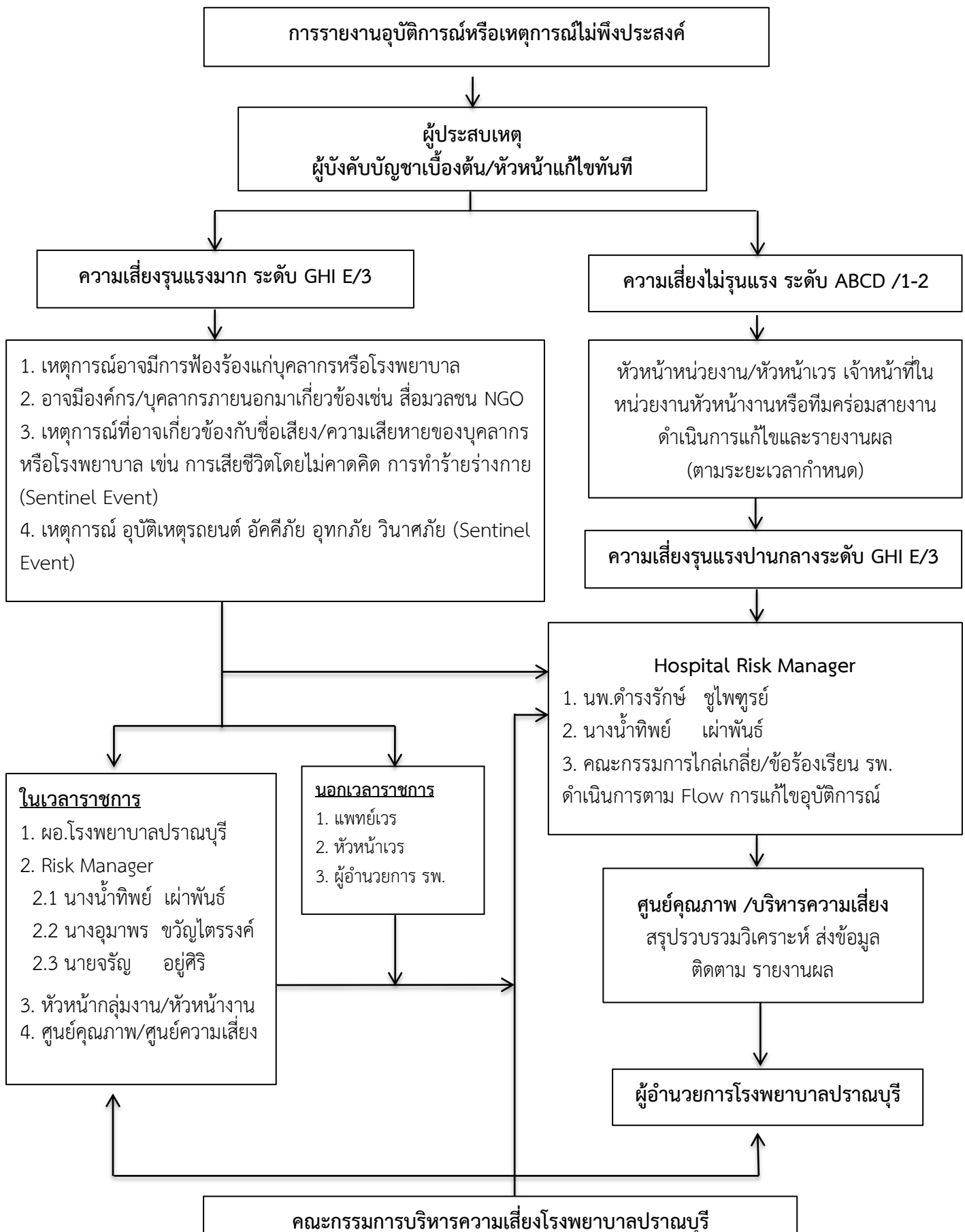
Work Flow HRMS on Cloud & NRLS



ลำดับขั้นตอนการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง



แผนผังรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โรงพยาบาลปทุมธานี ปี 2567



ระยะเวลาการรายงาน/ ทบทวนแก้ไขความเสี่ยง โรงพยาบาลปรางบุรี

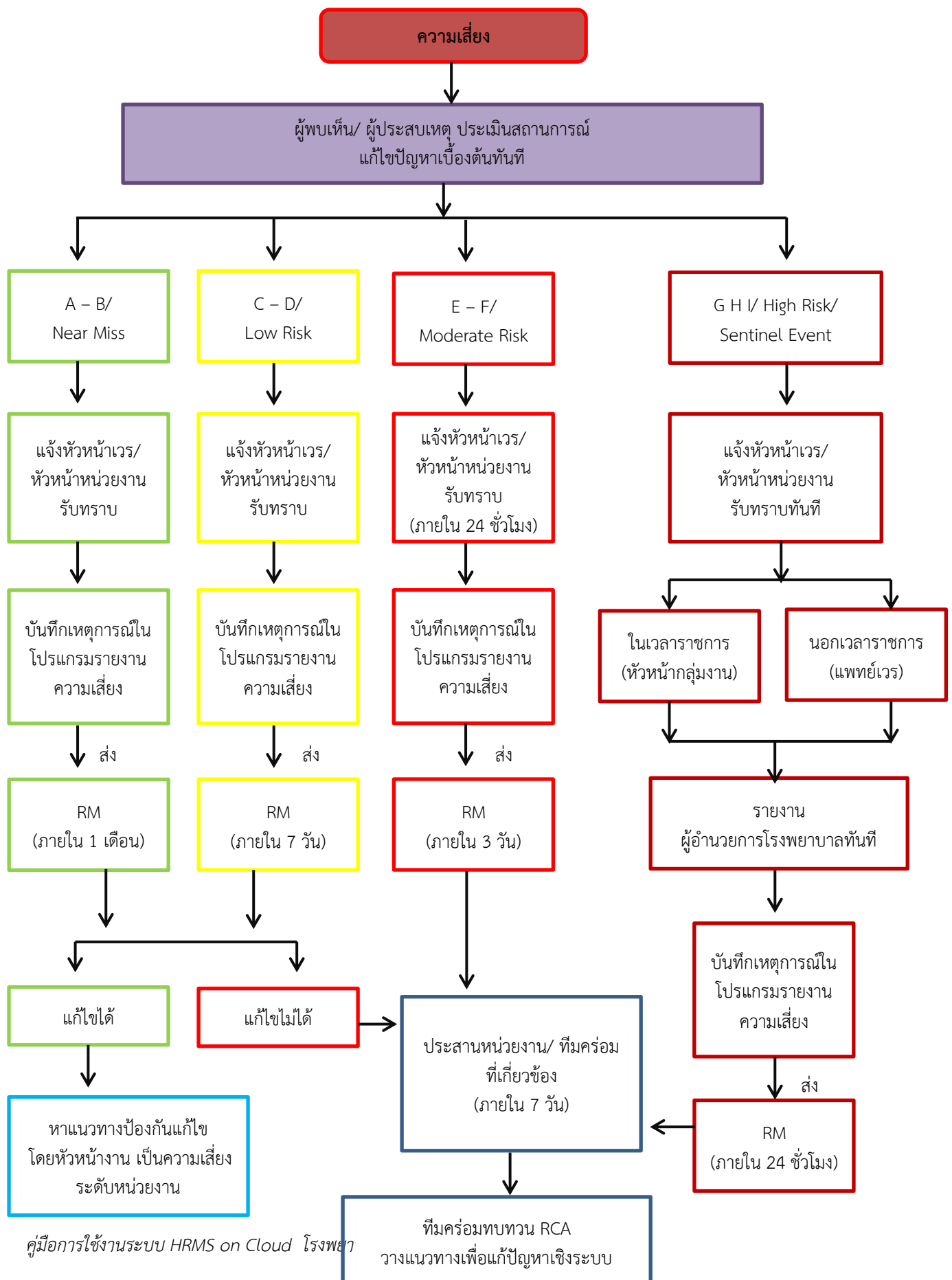
ระดับความรุนแรง (กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยง ด้านคลินิก)	การรายงานใน โปรแกรม	รายงาน ผู้บังคับบัญชา	การแก้ไข/ ปิดเคส อุบัติการณ์ความเสี่ยง	การทบทวน
A	ภายใน 7 วัน		ภายใน 1 เดือน	ทบทวน
B	ภายใน 7 วัน		ภายใน 1 เดือน	ทบทวน
C	ภายใน 7 วัน		ภายใน 1 เดือน	ทบทวน
D	ภายใน 7 วัน		ภายใน 1 เดือน	ทบทวน
E	ภายใน 24 ชม.	หัวหน้างาน	ภายใน 7 วัน	RCA
F	ภายใน 24 ชม.	หัวหน้างาน	ภายใน 7 วัน	RCA
G	ภายใน 24 ชม.	ผู้อำนวยการ	ภายใน 7 วัน	RCA
H	ภายใน 24 ชม.	ผู้อำนวยการ	ภายใน 7 วัน	RCA
I	ภายใน 24 ชม.	ผู้อำนวยการ	ภายใน 3 วัน	RCA
Sentinel Event คลินิก	รายงานทันที	ผู้อำนวยการ	ภายใน 24 ชม.	RCA

ระดับความรุนแรง (กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทั่วไป)	การรายงานใน โปรแกรม	รายงาน ผู้บังคับบัญชา	การแก้ไข/ ปิดเคส อุบัติการณ์ความเสี่ยง	การทบทวน
1	ภายใน 7 วัน		ภายใน 1 เดือน	ทบทวน
2	ภายใน 7 วัน		ภายใน 1 เดือน	ทบทวน
3	ภายใน 24 ชม.	หัวหน้างาน	ภายใน 7 วัน	RCA
4	ภายใน 24 ชม.	ผู้อำนวยการ	ภายใน 7 วัน	RCA
5	ภายใน 24 ชม.	ผู้อำนวยการ	ภายใน 3 วัน	RCA
Sentinel Event ทั่วไป	รายงานทันที	ผู้อำนวยการ	ภายใน 24 ชม.	RCA

หมายเหตุ:

- อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ A และ B เมื่อเกิดซ้ำมากกว่า 4 ครั้ง/ เดือน ไม่ต้องดำเนินการทำ RCA แต่ต้องมีมาตรการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น
- อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ C และ D เมื่อเกิดซ้ำมากกว่า 4 ครั้ง/ เดือน จะต้องดำเนินการทำ RCA
- อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป เมื่อเกิดขึ้น ให้ดำเนินการทำ RCA ทันที

Flow Chart กระบวนการรายงานความเสี่ยง โรงพยาบาลปราณบุรี



ระดับความรุนแรงของกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก

ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง
A	(เกิดที่นี้) เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเอง สามารถปรับแก้ไขได้ ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและผู้ป่วยหรือบุคลากร	Near miss
B	(เกิดที่ไกล) เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยส่งต่อเหตุการณ์/ ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่น แต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบใดๆ ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร	
C	(เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร แต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย	Low Risk
D	(ให้ระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย	
E	(ต้องรักษา) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/ รักษาเพิ่มมากขึ้น	Moderate Risk
F	(เยียวานาน) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ได้รับผลกระทบต้องรักษา/ นอนโรงพยาบาลนานขึ้น	
G	(ต้องพิการ) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ทำให้เกิดความพิการถาวรหรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ ความเชื่อถือ และ/หรือมีการร้องเรียน	High Risk
H	(ต้องการปัม) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร มีผลทำให้ต้องการช่วยชีวิตหรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียง และ/หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล	
I	(จำใจลา) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียง โดยมีการฟ้องร้องทางศาล/สื่อ	

ระดับความรุนแรงของกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป

ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง
1	เกิดความผิดพลาดขึ้น แต่ไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (*เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 0 – 10,000 บาท)	Near miss
2	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยมีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (*เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 10,001 – 50,000 บาท)	Low Risk
3	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบ (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (*เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 50,001 – 100,000 บาท)	Moderate Risk
4	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (*เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 100,001 – 500,000 บาท)	High Risk
5	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง (*เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหายมากกว่า 500,000 บาท)	

นโยบายโรงพยาบาลคุณภาพ



ประกาศโรงพยาบาลปรางบุรี
เรื่อง นโยบายโรงพยาบาลคุณภาพ ปี ๒๕๖๖

วิสัยทัศน์

เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ มุ่งเน้นความปลอดภัย สุขใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

พันธกิจ

๑. พัฒนาระบบบริการคุณภาพตามมาตรฐานความปลอดภัย ๒P Safety
๒. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย
๓. พัฒนาโรงพยาบาล เป็นองค์กรแห่งความสุข
๔. พัฒนาระบบบริหารจัดการดี มีธรรมาภิบาล

ค่านิยม

P : Professional	ความเป็นมืออาชีพ
R : Respect	การยอมรับและการให้เกียรติ
A : Attitude	การมีทัศนคติที่ดี
N : Networks	การทำงานเป็นทีม มีเครือข่ายที่ดี

เข็มมุ่งองค์กร

๑. การดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ (โรคเบาหวานและภาวะฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน)
นโยบาย : กลุ่มโรคตาม Service Plan
๒. ความปลอดภัยตาม ๙ มาตรฐานสำคัญจำเป็นและด้านสิ่งแวดล้อม (ระบบระบายอากาศ, ขยะ, การพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการและสร้างเสริมสุขภาพ)
๓. บุคลากร (ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิต)
๔. การเงิน การคลัง (ระบบการจัดเก็บและการลงทุนเพื่อสร้างรายได้)
๕. โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

สั่งประกาศ ณ วันที่ ๒๐ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายดำรงรักษ์ ชูไพฑูรย์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลปรางบุรี

นโยบายการบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย



ประกาศโรงพยาบาลปรางบุรี เรื่อง นโยบายการบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖

โรงพยาบาลปรางบุรี มีความห่วงใยต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพของบุคลากร เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ผู้รับบริการ ผู้มาเยือน และผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลและเครือข่ายในชุมชน จึงเห็นสมควรให้มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย โดยพัฒนาการดำเนินงาน ประสานให้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ดังนั้น โรงพยาบาลปรางบุรี จึงประกาศนโยบายการบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย ดังนี้

๑. โรงพยาบาลปรางบุรี สนับสนุนการออกประกาศนโยบายการบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย ในการดำเนินงานที่เหมาะสมและสอดคล้องกับมาตรฐาน
๒. โรงพยาบาลปรางบุรี จะดำเนินการเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยงของบุคลากร เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ผู้รับบริการ ผู้มาเยือน และผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลและเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้เกิดความคุณภาพและความปลอดภัย และมีการบริหารจัดการความเสี่ยงครอบคลุมทั้งด้านงานยุทธศาสตร์ การเงิน การปฏิบัติการ ความปลอดภัยและกฎหมาย/ระเบียบ
๓. มีคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงรับผิดชอบ การบูรณาการระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง ในภาพรวมให้เป็นแนวทางเดียวกัน เช่น ITA การควบคุมภายใน การบริหารจัดการความเสี่ยงในภาครัฐ การบริหารจัดการความเสี่ยงตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ๒P Safety Goals เป็นต้น
๔. นำระบบบริหารจัดการความเสี่ยง สู่การปฏิบัติในทุกหน่วยงาน ทุกระบบ ทุกทีม ทุกโปรแกรม ในการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัย มีการป้องกัน และแก้ไขความเสี่ยงที่สำคัญ
๕. ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการประเมินความเสี่ยงในทุกหน่วยงาน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์/อุบัติการณ์ มีการทบทวนเหตุการณ์สำคัญและวางมาตรการ
๖. บุคลากรทุกคนในองค์กร ต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินการพัฒนาระบบระบบบริหารจัดการ ความเสี่ยง มีการค้นหาและการจัดการความเสี่ยงเบื้องต้น มีการรายงานความเสี่ยงที่เป็นโอกาส สู่การนำไปพัฒนา มีใช้เป็นการจับผิดหรือการลงโทษ
๗. โรงพยาบาลปรางบุรี มีการกำหนดให้ ๒P Safety Goals เป็นนโยบายความปลอดภัยของผู้มารับ บริการของโรงพยาบาล รวมทั้งมาตรฐานความปลอดภัยทั้ง ๙ ข้อ มีการกำหนดจุดเน้นในการบริหาร จัดการความเสี่ยงตามเข็มมุ่ง ที่สำคัญตามที่องค์กรกำหนด และนำไปสู่การปฏิบัติในองค์กร
๘. มีการพัฒนาคุณภาพ และความปลอดภัยผ่านระบบ National Report Learning System (NRLS) เพื่อให้เกิดการประสานและเชื่อมโยงข้อมูลทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กร
๙. มีการประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายที่กำหนดไว้ข้างต้น อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เพื่อสนับสนุน การขับเคลื่อนวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลปรางบุรี

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายดำรงรักษ์ ชูไพฑูรย์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปรางบุรี

นโยบายด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย



ประกาศโรงพยาบาลปทุมบุรี
เรื่อง นโยบายด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

นโยบายด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ปี 2566

เหตุการณ์ที่จะไม่ยอมให้เกิดขึ้น ในโรงพยาบาล	เหตุการณ์ที่จะไม่ยอมให้เกิดอันตราย ต่อผู้รับบริการ
- Zero Events -	- Harm Free Care -
<ol style="list-style-type: none"> 1 CPS101 : การผ่าตัดผิดข้าง / ผิดตำแหน่ง CPS102 : การผ่าตัดผิดคน CPS103 : การผ่าตัดผิดชนิด (หัตถการ) 2 CPS307 : อุปกรณ์ตกค้างในตัวผู้ป่วย 3 CPM101 : การแพ้ยาซ้ำ 4 CPM501 : การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด 5 CPP402 : การฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล 6 CPP403 : การสลับตัวทารก / การสลับศพ 7 GOS301 : อักคิภัย 	<ol style="list-style-type: none"> 1 CPS101 : VTE: Venous Thromboembolism 2 CPM102 : High Alert Drug Error 3 CPP405 : Injury from falling 4 CPL201 : การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / พยาธิวิทยาผิดพลาด 5 CPP101 : การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด (Patient Identification) 6 CPE407 : Missed / Wrong Diagnosis CPP301 : Delayed Diagnosis 7 CPE403 : ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินระหว่างรอการตรวจรักษา

จึงประกาศมาให้ทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๕

เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายดำรงรักษ์ ชูไพฑูรย์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมบุรี

นโยบายการบริหารความเสี่ยง เรื่องอุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event)



ประกาศโรงพยาบาลปรางบุรี

เรื่อง อุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event) ตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลปรางบุรี

ตามประกาศโรงพยาบาลปรางบุรี เรื่องนโยบายการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลปรางบุรี เพื่อให้การจัดการบริหารความเสี่ยงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดำเนินงานสอดคล้องตามยุทธศาสตร์และมาตรการ เรื่องระบบคุณภาพความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โรงพยาบาลปรางบุรี จึงขอประกาศอุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event) ด้านนโยบายการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลปรางบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

อุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event) หมายถึง ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก ซึ่งผู้ประสบเหตุการณ์ต้องรายงานหัวหน้างาน ผู้จัดการความเสี่ยง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนทันที หรือโดยเร็วที่สุด ดังนี้

- ๑) ผู้ป่วยได้รับผลกระทบ หรือความเสียหาย อาจถึงกับพิการหรือเสียชีวิต อันเป็นเหตุความบกพร่องของอุปกรณ์/ เครื่องมือทางการแพทย์ รวมถึงจากบุคลากรทางการแพทย์/ กระบวนการรักษา ในโรงพยาบาล (เช่น การผ่าตัด/ หัตถการต่างๆ, Fall, Restraint, Medication Error, Delay Treatment ไม่สามารถส่งต่อ (Refer)
- ๒) การเสียชีวิต พิการ หมดสติ หรือการสูญเสียหน้าที่อันเนื่องมาจากความคลาดเคลื่อนทางยา (Any Patient death, paralysis, coma or other major permanent loss of function from medication errors)
- ๓) แม่ และทารก เสียชีวิตจากการคลอด
 - แม่ หมายถึง หญิงมีครรภ์ ที่มาคลอด แล้วเสียชีวิตระหว่างคลอด หรือขณะอยู่โรงพยาบาลหลังคลอด
 - ทารก หมายถึง ทารกที่เสียชีวิตขณะอยู่ในครรภ์ ระหว่างคลอด หลังคลอด หลังการรับไว้ในความดูแล และ DFU ทุกวัย
- ๔) การลักพาตัวทารก (Infant Abduction)/ การส่งมอบทารกผิดครอบครัว (Infant who was sent home with the wrong parents)/ การส่งมอบศพผิดคน (delivering the dead body to the wrong person)
- ๕) การทำร้ายร่างกาย/ ข่มขืนหรือล่วงเกินทางเพศ/ ฆาตกรรม/ การพยายามฆ่าตัวตาย/ การฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล (Assault/ Rape/ Suicide of a person)
- ๖) ปฏิกิริยาจากการให้เลือดที่รุนแรง (Hemolytic transfusion reaction) การให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน เกิดอันตรายขึ้นรุนแรง และ/ หรือเสียชีวิต
- ๗) ทรัพย์สินสูญหาย/ เกิดการโจรกรรมในโรงพยาบาล
- ๘) การผ่าตัดผิดตำแหน่ง/ ผิดประเภท/ ผ่าตัดผิดคน (Wrong site, wrong procedure surgery, wrong patient)
- ๙) อุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป/ กรณียาเสพติด หรือ เหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล หรือฟ้องร้อง หรือมีสื่อมวลชนเข้ามาเกี่ยวข้อง และผ่านสื่อ Social จนนำไปสู่การฟ้องร้อง ร้องเรียน
- ๑๐) อุบัติภัยหมู่ ที่ต้องประกาศ Code อุบัติภัยหมู่, อัคคีภัย, วิกฤติภัย ที่ส่งผลเสียต่อทรัพย์สินรุนแรง
- ๑๑) อุบัติเหตุการจราจร รถพยาบาลนำส่งผู้ป่วย และอุบัติเหตุรถยนต์ทางราชการ

จึงประกาศมาให้ทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายดำรงรักษ์ ชูโพธิ์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปรางบุรี

