



แบบรายงานผลการดำเนินการเกี่ยวเรื่องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

รอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖)

รอบ ๑๒ เดือน (๑ เมษายน ๒๕๖๖ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

เดือน	ประเภทของการบริการ				ประเภทของเรียน						อื่นๆ	แนวทางแก้ไข
	พฤติกรรมบริการ	ระบบบริการ/ ทรัพยากร	โครงสร้างอาคาร/ เครื่องมืออุปกรณ์	สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	การบริหารจัดการ	วินัยข้าราชการ	ค่าตอบแทน	ข้อขัดแย้งกับงาน/ หน่วยงานของรัฐ				
ต.ค.-๖๕	๑	๑	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ผู้คุม RM ศึกษาดูงาน
พ.ย.-๖๕	๑	๑	-	-	-	-	-	-	-	-	-	"
ธ.ค.-๖๕	๑	๑	-	-	-	-	-	-	-	-	-	"
ม.ค.-๖๖	-	๑	-	-	-	-	-	-	-	-	-	"
ก.พ.-๖๖	๑	๒	-	-	-	-	-	-	-	-	-	"
มี.ค.-๖๖	๑	๒	-	๑	-	-	-	-	-	-	-	"
เม.ย.-๖๖												
พ.ค.-๖๖												
มี.ย.-๖๖												
ก.ค.-๖๖												
ส.ค.-๖๖												
ก.ย.-๖๖												
ต.ค.-๖๖												

ลงชื่อ..... *ฝยฝฝ* *วนวน* ผู้รายงาน  
 ตำแหน่ง..... *หัวหน้าแผนกสุขภาพจิตพิเศษ*  
 วันที่..... *๓๖ สิงหาคม ๒๕๖๖*

Risk Monitoring & Review (1) [ใบความเข้าใจ] - Microsoft Excel

Risk Identification						Risk Monitoring & Review				Risk Analysis	
Risk ID	Date Added	Process/Project/Activity	Objective	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (Frequency)	Consequence (Impact)
ส่งบัตร	วันที่ส่ง								พบเหตุผิดปกติ สาเหตุ ผิดการป้องกัน ผลการปฏิบัติ	5-6	1-5
1	2/12/2565							2/12/2565 และ 22/2566	<p>อุบัติเหตุรถ คนใช้รถเกินขีดจำกัดความเร็ว รถที่ผู้โดยสารขึ้นรถถึงเขตห้ามรถเวลา 07.00 น. แต่พบว่าตัวรถถึงเขตห้ามเข้าไปไม่ถึง 1 กิโลเมตร จำนวน 2 ครั้ง</p> <p>-ปัจจัยที่เอื้ออำนวยประเภทรถวิ่งในเขตห้ามวิ่ง 07.00 น. เป็นสิ่งไปขอถึงเวลา 07.00 น. ขับรถเร็วเกินขีดจำกัดที่เขียนบนป้ายที่ทางวิ่งในเขตห้ามรถวิ่งมาชนกันแล้วเกิดชนรถวิ่งกับรถบริการและขยายให้ที่ห้ามรถวิ่ง</p> <p>สาเหตุ คือรถคัน (คน) ขับเร็วเกินไป ไม่ค่อยรอบคอบ การตั้งระบบรักษาไม่ชัดเจน โดยสถานีควรมีทีมเฝ้าระวังการสื่อสารกับผู้ใช้รถ</p> <p>ผลของการมีเหตุ 1.พบความเสียหายกับผู้โดยสารในเขตห้ามรถวิ่งจำนวน 1 รายที่ปฏิบัติงาน 2.รถคันชนกับตัวรถทำให้รถคันชนควม 3. เกิดอุบัติเหตุรถวิ่งประจวบที่เขตห้ามรถวิ่งเวลา 7.00น.และชนกับตัวรถ 5.มีระบบที่สถานีควรมีตัวเตือน 6.ส่งให้เจ้าหน้าที่ดูแลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ</p>		

Risk Monitoring & Review (1) [ใบความเข้าใจ] - Microsoft Excel

ชื่อโครงการ/ทีม	ชื่อสถานที่/หน่วยงาน/โครงการ
1. วัตถุประสงค์	
2. วัตถุประสงค์	
3. วัตถุประสงค์	
4. วัตถุประสงค์	
5. วัตถุประสงค์	
6. วัตถุประสงค์	
7. วัตถุประสงค์	
8. วัตถุประสงค์	
9. วัตถุประสงค์	
10. วัตถุประสงค์	
11. วัตถุประสงค์	

### ใช้ Organizational Accident Causation Model เพื่อช่วยหาเหตุ

Adas S & Vincent C. System analysis of clinical incidents. Error bold red case

ข้อควรพิจารณา

1. Work Environment - สภาพแวดล้อมในการทำงาน (ไม่ใช่ตัวสาเหตุ)
2. Team Factors - ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของทีมงาน เช่น ความรู้ ความสามารถ เช่น การสื่อสารกันระหว่างทีม
3. Individual Factors - ความรู้ ความสามารถ ปัญหาต่างๆ จากบุคคลที่นำไปสู่การเกิดเหตุ
4. Task Factors - ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน เช่น ลักษณะของงานที่กระทำ เช่น ความยาก ความเร่งรีบ
5. Patient Factors - ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น ความรู้ ความสามารถ เช่น ความรู้ ความสามารถ

Microsoft Excel - Risk Register Lab

Risk Identification						Risk Monitoring & Review			
Risk ID	Date Added	Process (project /activity)	objective	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	
GPM203-208	1/10/65		1.เจ้าหน้าที่ถูกร้องเรียนลดลง 80 % 2.ข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม 100 %	เจ้าหน้าที่ถูกร้องเรียนที่ร้องเรียน	เจ้าหน้าที่ถูกร้องเรียนผ่านช่องทาง สสจ./ผู้ร้องเรียน / Facebook / โทรศัพท์/สื่อโซเชียลมีเดีย ซึ่งข้อร้องเรียนเจ้าหน้าที่บุคลากรโรงพยาบาลอาจสามารถต่อไปนี้ 1.ด้านพฤติกรรมการบริการ 2.ด้านระบบบริการ 3.ด้านความปลอดภัย 41	อัญญา	1 เดือน	30/10/2565	

Microsoft Excel - Risk Register Lab

Risk Identification			Risk Monitoring & Review				Risk
objective	Risk Title	Risk Definition	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)
						ทบทวนปฏิบัติการตามคู่มือการป้องกันและการปฏิบัติ	1-5
1.เจ้าหน้าที่ถูกร้องเรียนลดลง 80% 2.ข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม 100 %	เจ้าหน้าที่ถูกร้องเรียนที่ร้องเรียน	เจ้าหน้าที่ถูกร้องเรียนผ่านช่องทาง สสจ./ผู้ร้องเรียน / Facebook / โทรศัพท์/สื่อโซเชียลมีเดีย ซึ่งข้อร้องเรียนเจ้าหน้าที่บุคลากรโรงพยาบาลอาจสามารถต่อไปนี้ 1.ด้านพฤติกรรมการบริการ 2.ด้านระบบบริการ 3.ด้านความปลอดภัย 41	อัญญา	1 เดือน	30/10/2565	1.ทบทวนปฏิบัติการจากการทบทวนพบว่าทางห้องปฏิบัติการมีปฏิบัติการข้อร้องเรียนพฤติกรรมการบริการจำนวน ๑ ครั้ง ตั้งแต่วันที่ประมาณ 2566 2.ทบทวนสาเหตุ 1.work Environment ไม่มี 2.Team Factors เกิดจากการสื่อสารไม่เต็มเรื่องการจัดการเวลาที่ความยากในการเจาะเลือดคนไข้ 3.Individual factors เกิดจากทักษะการคัดค้านักในการเจาะเลือด restrain เด็ก 4.Task Factors ขาดแนวทางการจัดการ waste หรือแนวทางการปฏิบัติการเจาะเลือดในเด็กหรือกลุ่มผู้ป่วยเด็ก อายุ 0-3 ปี 5.Patient Factors จำนวนผู้ป่วยเกิดจากที่ผู้ป่วยเด็กอายุ 2-3 ปี จึงมีความต้องการควบคุมจัดทำในการเจาะเลือด อุปกรณ์ restrain ไม่มี 3.มาตรการป้องกันและการปฏิบัติ 3.1 work Environment ไม่มี 2.Team Factors -ไม่มี	

สไลด์ที่ 6 ของ LAB 6.3.66. ภาชีนาพา [โรงพยาบาลมหานิติฯ] - Microsoft Excel

ข้อร้องเรียนสั้น	เชิงลึกเกี่ยวกับข้อร้องเรียน
1. เหตุการณ์เบื้องต้น	
2. รายละเอียด	
3. สาเหตุของปัญหา (LAI)	
4.	
5.	
6.	
7. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	สาเหตุของปัญหา
1. Work Environment	
2. Team Factors	
3. Individual factors	การสื่อสารไม่เพียงพอในการจัดการ Case ซ้ำๆ ซ้ำซาก
4. Task Factors	ทักษะการตัดสินใจในการประเมินผล ไม่เหมาะสม
5. Patient Factors	ข้อมูลผู้ป่วย > 3 ปี หรือ ขึ้น (หากในกรณีการดูแลต่อเนื่อง ไม่ควรใช้)

### ใช้ Organizational Accident Causation Model เพื่อช่วยหาสาเหตุ

Latent Conditions: Organization & Management Culture, Management Decision & Organizational Processes, National, State, Industry, Regulatory Inadequacy factors.

Contributory Factors (PCA): Work Environment, Team Factors, Individual Factors, Task Factors, Patient Factors.

Active Failures: Care Delivery Problems, Unsafe Act, Error, Defenses & Barriers.

Handwritten notes: "สำหรับ RCA แล้ว Error 9/10", "Errors → อันตรายสูง", "Error ไม่ใช่อันตราย", "Error ไม่ใช่อันตราย".

Adapted from S&V and C. System analysis of clinical incidents.

อธิบายเพิ่มเติม

1. Work Environment = สภาพแวดล้อมในการทำงาน (ไม่ใช่ข้อผิดพลาด)
2. Team Factors = ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทีม เช่น ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ การสื่อสาร การทำงานร่วมกัน
3. Individual Factors = ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากร เช่น ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ การสื่อสาร
4. Task Factors = ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน เช่น ลักษณะงาน ความยากง่ายของงาน
5. Patient Factors = ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น อายุ สภาพร่างกาย

\*\*หมายเหตุ: การวิเคราะห์เชิงระบบเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการค้นหาสาเหตุของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

สไลด์ที่ 7 ของ LAB 6.3.66. ภาชีนาพา [โรงพยาบาลมหานิติฯ] - Microsoft Excel

Risk Monitoring & Review		Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan
Review Date	Result of Review	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Transfer	Risk Mitigation	QI Plan
2016/2166	1. ผลการทบทวนความเสี่ยงจากการประเมินความเสี่ยงปฏิบัติการที่มีอยู่เดิม 2. ผลการทบทวน Work Environment 3. Team Factors 4. Individual factors 5. Task Factors 6. Patient Factors	1-4	1-4		การสื่อสารไม่เพียงพอในการจัดการ Case ซ้ำๆ ซ้ำซาก	การสื่อสาร	การสื่อสารไม่เพียงพอในการจัดการ Case ซ้ำๆ ซ้ำซาก	การสื่อสารไม่เพียงพอในการจัดการ Case ซ้ำๆ ซ้ำซาก



แอป: หนังสือนัด 65 - Microsoft Excel

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	หน่วยงาน	พฤติกรรมบริการ	ระบบบริการ	การดูแลรักษา/ม.41 **					
2		ต.ค 65	ต.ค 65	ต.ค 65					
3	กายภาพ	0	1	0					
4	ER	0	1	0					
5	Lab	1	0	0					
6	ทันตกรรม	0	1	0					
7	รวม	1	3	0					
8									
9									
10									
11									
12									

risk register ฉบับเพิ่ม65 ER [โมเดลงานหลัก/16] - Microsoft Excel

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	ชื่อเรื่อง/ภัยคุกคาม	เลือกคำศัพท์หรือชื่อของภัย														
2	พฤติกรรมบริการ															
3	ระบบบริการ	ระบบบริการ														
4	ผลกระทบ/ความเสียหาย															
5																
6																
7	หมายเหตุ/ใช้ระยะเวลา	หมายเหตุ/ระบุ														
8	1. Work Environment	ในแง่ของลักษณะเป็นเชิงป้องกันความเสียหาย														
9	2. Team Factors	ผลการสื่อสารในชมรมบริการ: การให้เวลา														
10	3. Individual factors	การมีแผน code ของหน่วยงานใช้วินิจฉัย ทำการตรวจพบหรือบันทึกความผิดปกติในการตรวจ														
11	4. Task Factors	การปฏิบัติงานของชมรมที่ส่งผลกระทบต่อความเข้าใจของผู้ให้บริการว่า หน้าที่เขาปฏิบัติในสิ่งใด														
12	5. Patient Factors	ผู้ให้บริการไม่เข้าใจในระบอบการตรวจหรือแจ้งเหตุผิดปกติของชมรม														

### โมเดล Organizational Accident Causation Model เพื่อช่วยหาสาเหตุ

Latent Conditions: Organization & Management Culture, Management Decision & Organizational Processes, Regional, State, Industry, Regulatory/Imposed Factors

Contributory Factors (PCA): Work Environment, Team Factors, Individual Factors, Task Factors, Patient Factors

Active Failures: Unsafe Acts, Violations

Care Delivery Problems

Defense & Barriers

Handwritten notes: "นี่คือ RCA กับ Error", "Error ๑ กับ ๒", "Error ๓ คือ Error ที่เกิดจาก Error 1 & 2", "Error 1 & 2 คือ Risk case"

อธิบายเพิ่มเติม

- 1. Work Environment = สภาพแวดล้อมในชมรมบริการ (เป็นวิธีเชิงป้องกัน)
- 2. Team Factors = ปัจจัยที่เชื่อมโยงของชมรม: วัฒนธรรมชมรม การสื่อสารส่งๆในทีม เช่น การตรวจเอกสารสื่อสารชมรม โดยทีม/ การให้เวลา
- 3. Individual Factors = ความรู้/ทักษะ/ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาทางอารมณ์บุคคลที่ส่งผลกระทบต่อชมรม
- 4. Task Factors = ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน: ลักษณะของชมรมบริการที่ชมรมรับผิดชอบ เช่น Personnel, CPO (ทีม)
- 5. Patient Factors = ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้รับบริการ เช่น อายุ/โรค การเจ็บป่วย/ประวัติ

\*\*\*ชมรมบริการที่รับผิดชอบภัยคุกคามที่เลือกชื่อเรื่อง/ภัยคุกคามใน Risk Register



