

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: 1. ผู้รับบริการมีความปลอดภัย 2. ผู้ให้บริการมีความปลอดภัยจากในการปฏิบัติงาน 3. ผู้ให้บริการมีความรู้และความเข้าใจในระบบบริหารความเสี่ยง 4. สิ่งแวดล้อมปลอดภัย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2553	2554	2555	2556	2557 ม.ค.-ก.ค.
1. จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงานทั้งหมด		55	69	32	2,200	5,293
1) Clinic		29	36	9	273	885
2) Medication error		N/A	N/A	N/A	276	583
3) Non-Clinic		26	33	23	1,651	3,825
2. ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงอุบัติการณ์ ด้านคลินิก (clinical risk)						
● A-B		14	21	3	477	1,177
● C-D		12	11	5	65	266
● E-F		3	4	1	7	24
● G-I		0	0	0	0	1
● near miss/miss ratio	>5:1	0.93 : 1	1.4 : 1	0.5 : 1	6.62 : 1	4.06 : 1
3. ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงอุบัติการณ์ทั่วไป (non-clinical risk)						
● ระดับ 1		12	14	12	1,519	3,220
● ระดับ 2		13	17	9	121	596
● ระดับ 3		1	2	2	11	9
● ระดับ 4		0	0	0	0	0
● near miss/miss ratio	>5:1	0.85 : 1	0.74 : 1	1.09 : 1	11.5 : 1	5.32 : 1
4. near miss/missratio จากอุบัติการณ์ทั้งหมด	>5:1	1.11 : 1	1.03 : 1	0.88 : 1	9.78 : 1	4.91 : 1
5. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการจัดทำ risk profile	100	N/A	N/A	N/A	75	97
6. อัตราอุบัติการณ์ระดับ E-I , sentinel event ที่ได้รับทบทวนแก้ไขตามระบบ	100	N/A	N/A	N/A	60	70

7. อัตราการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับต่ำกว่า E-I ภายใน 1 เดือน	100	N/A	N/A	N/A	70	80
8. อัตราการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับ E-I ภายใน 1 สัปดาห์	100	N/A	N/A	N/A	60	70
9. อัตราการเกิด Re-incident ระดับ E-I	0	N/A	N/A	N/A	N/A	3.3

บริบท:

โรงพยาบาลชุมแสงดำเนินการวางแผนกำกับดูแลระบบบริหารความเสี่ยงตามแผนกลยุทธ์ มีการจัดแบ่งความเสี่ยงทางคลินิกเป็น 9 ระดับ (A-I) ความเสี่ยงทั่วไป 4 ระดับ(1-4) มีความมุ่งหมายในการดำเนินงานคือ ลดความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดความเสียหายแก่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มาใช้บริการ มีรูปแบบการดำเนินงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงในโรงพยาบาล และวางระบบการป้องกันความเสี่ยงเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยทำงานสอดคล้องประสานกับทีมคร่อมสายงานและหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลในการสร้างระบบความปลอดภัยให้กับผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เพื่อลดความเสียหายทุกรูปแบบที่จะเกิดขึ้น โดยจัดความเสี่ยงแบ่งเป็น 7 โปรแกรม ได้แก่

1. ความเสี่ยงทางคลินิก/การดูแลผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ทีม Patient care team (PCT)
2. ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ทีม Pharmaceutical and therapeutic committee (PTC)
3. ด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ทีม Infectious control (IC)
4. ด้านสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย อาชีวอนามัย อาคารสถานที่และสาธารณูปโภค เครื่องมือ อุปกรณ์ ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ทีม Environment team (ENV)
5. ด้านสิทธิผู้ป่วยและข้อร้องเรียน ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ ทีมรับเรื่องร้องเรียน
6. ด้านความคลาดเคลื่อนทางเวชระเบียน, เทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ทีม Information management (IM)
7. ด้านบุคลากรและพฤติกรรมบริการ ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ทีม Human resource development (HRD)

ความเสี่ยงสำคัญ : ปี 2557

ความเสี่ยงทางคลินิก

1. เจ้าหน้าที่ถูกสารคัดหลั่ง/ sharp injury
2. แผลกดทับหลังรับไว้ในโรงพยาบาล
3. ความคลาดเคลื่อนทางยา
4. การระงับตัวผู้ป่วยผิดพลาด

5. การแพ้ยาซ้ำ

ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค

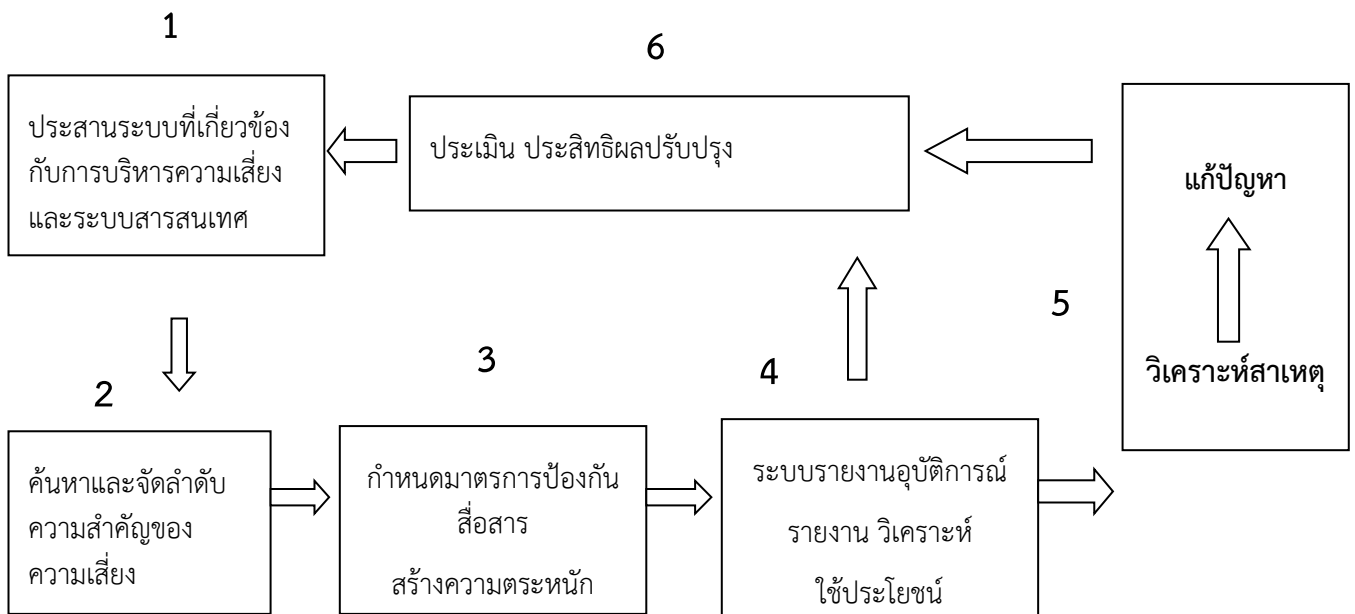
1. Asthma : Respiratory failure / Asthmatic attack
2. COPD : Exacerbation
3. DM : Hypo/Hyperglycemic Coma
4. HT : Hypertensive urgency / Stroke
5. DHF : Shock
6. Stroke : Heart failure / Respiratory failure
7. MI : Cardiogenic Shock

ความเสี่ยงสำคัญ : ปี 2557

ความเสี่ยงทั่วไป

1. น้ำฝนรั่วซึมในอาคารจากอาคารชำรุดทำให้เครื่องมือเสียหาย
2. น้ำฝนท่วมโรงจอดรถผู้รับบริการและคลังเวชภัณฑ์
3. สัตว์รบกวนทำลายอุปกรณ์สำคัญ
4. ระบบ HOS-OS ขัดข้องใช้งานไม่ได้
5. ระบบจราจรภายในโรงพยาบาล

กระบวนการ:



การสนับสนุนจากผู้นำและการเชื่อมโยง

บทเรียนเกี่ยวกับการสนับสนุนและติดตามการพัฒนาคุณภาพโดยผู้นำระดับสูง:

- มีการประกาศนโยบายการบริหารความเสี่ยงโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อให้บุคลากรทราบ และปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล ส่งเสริมให้มีการค้นหาความเสี่ยงและกำหนดให้การเขียนรายงานอุบัติการณ์เป็นหน้าที่และไม่ถือเป็นความผิด
- ผู้นำสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง และ เข้าร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่จัด โดยหน่วยงานต่างๆ
- ส่งเสริมให้หน่วยงาน/ทีมคร่อมสายงานประชุมร่วมกันเพื่อวางแผนป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของโรงพยาบาล
- ผู้นำสนับสนุนให้มีการนำเรื่องความเสี่ยงเข้าเป็นวาระในการประชุมกรรมการบริหาร โรงพยาบาลเพื่อให้มีการรายงานและให้มีการร่วมแก้ไขปัญหา
- สนับสนุนให้นำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาวิเคราะห์หาสาเหตุ โดยเฉพาะความเสี่ยงทางคลินิก และร่วมวางมาตรการป้องกัน
- ผู้อำนวยการร่วมเป็นวิทยากรในการอบรม HA ด้วยตนเอง ในกิจกรรมอบรม HA และระบบบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากร 100%

บทเรียนในการเชื่อมโยงระบบบริการความปลอดภัย ความเสี่ยง คุณภาพ รวมทั้งแผนกลยุทธ์:

- มีโครงสร้างคุณภาพของโรงพยาบาลเพื่อประสานและช่วยเหลือ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วยศูนย์คุณภาพ, คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล, ทีมนำระดับกลาง (RM , IC , ENV ,HRD, IM , PCT, PTC , ทีมรับเรื่องร้องเรียน) หน่วยงานต่างๆ
- มีการประชุมในเรื่องคุณภาพ ในการประชุมกรรมการชุดต่างๆ ในรพ.เป็นประจำ การประชุม คณะกรรมการบริหารงาน โรงพยาบาลที่มีทุกทีมนำเข้าร่วมประชุม และมีการนำเสนอความเสี่ยงที่สำคัญ เพื่อการพิจารณาาร่วมกัน และกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดการความเสี่ยงนั้น
- การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

การทำงานเป็นทีม

บทเรียนเกี่ยวกับการกำกับดูแลทิศทางของการพัฒนาโดยทีมนำทางคลินิก/ทีมนำของระบบงาน:

- มีการประสานข้อมูลกับทีมต่างๆ โดยการส่งต่อข้อมูลความเสี่ยงเพื่อวางแผนทางป้องกันตามโปรแกรมความเสี่ยงและรับข้อมูลความเสี่ยงจากทีมนำ เพื่อนำมารวบรวมวิเคราะห์เป็นความเสี่ยงที่สำคัญภาพรวมของโรงพยาบาล

- การดูแลทางคลินิก (PCT)

มีการประสานข้อมูลความเสี่ยงทางคลินิกจากทีม RM นำมาวิเคราะห์ความถี่และความรุนแรงจัดทำเป็นบัญชีความเสี่ยง และเลือกประเด็นสำคัญเร่งด่วนมาทำ RCA เพื่อวางแผนป้องกันและแก้ไข เช่น กรณี Dead Case จาก MI ที่ห้อง ER เนื่องจากการประเมินผู้ป่วยล่าช้า ทีมได้ร่วมกำหนด แนวทางคัดกรองผู้ป่วยทำ EKG ใน Atypical chest pain และได้วางระบบการทบทวน Unplanned Death case , Unplanned refer case ให้ทีมสหวิชาชีพร่วมทบทวน RCA เร็วที่สุด

- ความคลาดเคลื่อนทางยา (PTC)

ทีม PTC มีการประชุม PTC อย่างน้อยปีละ 3 ครั้งมีนโยบายการคัดเลือกยา นโยบายการจัดซื้อยา นโยบายความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลพิจารณา เพิ่มยา – ตัดยา ตามบัญชียา จัดทำบัญชียาโรงพยาบาล : กลุ่มยาประเภทต่างๆ ระดับ เครื่องช่วย กำหนดหลักเกณฑ์การสั่งใช้ยาโดยพยาบาล สนับสนุนใช้ยาตามบัญชียา ED / NED 90:10 กำหนดจัดซื้อยาที่สอบราคาระดับ เขต/จังหวัด/โรงพยาบาล จัดซื้อเพื่อสำรองยา 2 เดือน

นโยบาย- การควบคุม /เก็บรักษา / การสำรองยาแนวทางการควบคุมอุณหภูมิ ความชื้นในคลังยาทุกแห่ง การจัดการคลังยาสำรอง ในหน่วยงาน (รายการและจำนวน การจัดเก็บ การเบิกจ่าย การตรวจสอบ การคืน-แลกเปลี่ยน ฯลฯ) แนวทางการจัดเก็บยาในตู้เย็น และ แนวทางปฏิบัติกรณีไฟดับ แนวทางการจัดการยาใกล้หมดอายุ ยาหมดอายุ แนวทางการจัดเก็บ จำกัดการเข้าถึงยาประเภท ยาควบคุมพิเศษ ยาเสพติด และวัตถุออกฤทธิ์

ได้กำหนดประเด็นคุณภาพ 5 ด้าน ได้แก่

1. ความเพียงพอ : คลังยาประหยัด , complete floor stock
2. คุณภาพ และความถูกต้อง : การจัดการด้าน ME
3. ประสิทธิภาพ: MED RECONCILE, บริบาลเภสัชกรรมในหอผู้ป่วย, AMBULATORY CARE
4. ความปลอดภัย: ยากลุ่มเสี่ยงสูง , อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
5. ความเหมาะสม :Antibiotic smart use , DUR/DUE

- การติดเชื้อ(IC)

- ทีม IC ประชุมทบทวน การติดเชื้อคือยาในโรงพยาบาลประสานข้อมูลกับงานชันสูตรให้มีระบบการรายงานผลเพาะเชื้อแบคทีเรีย เป็น 3 วัน และ 7 วันกรณีเร่งด่วนประสานขอผลจากหน่วยตรวจ และมีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และจัดระบบการใช้ Antibiotic ในโรงพยาบาล โดยมีการกำหนดการใช้ 5 รายการ ที่แพทย์ใช้ครั้งแรก ให้รายงานผล Sensitive ผ่านการเห็นชอบจากผู้อำนวยการ
- ทีม IC ร่วมกับ ENV ปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงต่อผู้มารับบริการ / บุคลากร รวมทั้งพัฒนาให้สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดี ลดการแพร่กระจายเชื้อระบบทางเดินหายใจในงานผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน ให้ใส่ Mask กำหนดบริเวณตรวจเฉพาะที่ ไม่ปนกับผู้ป่วยทั่วไป , งานซักฟอก ติดขัดด้านโครงสร้าง ได้ปรับโดยแบ่งเขตและกำหนดแบ่งพื้นที่เขตปนเปื้อน เขตสะอาด จัดเวรตามลักษณะงานตามโซนเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม, งานโภชนาการจัดเส้นทาง Flow ของวัตถุที่ประกอบอาหารเป็น one way จุดบริเวณผลิตอาหารเหลวไม่ปะปนกับการปรุงปกติ การทำความสะอาดภาชนะหลังใช้ผ่านความร้อนและเก็บมิดชิด , พื้นที่ที่กำหนดให้แบ่งเขต ได้แก่ งาน ผ่าตัด งานส่องกล้อง งานสูติกรรม ทันตกรรม กำหนดให้จุดล้างเครื่องมือแยกชัดเจน
- กำหนดพื้นที่สำหรับผู้ป่วย MDR MRSA ห่างจากผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ > 3 ฟุต หรือให้อยู่ห้องแยก ปรับปรุงให้งานผู้ป่วยในมีพื้นที่จัดเก็บขยะ ผ้าที่ใช้แล้ว อุปกรณ์ที่ปนเปื้อน เป็นสัดส่วน
- การเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วย : จากการเฝ้าระวังแบบ Targeted Surveillance ในผู้ป่วยยังพบอัตราการเกิด CAUTI , Phlebitis แนวโน้มสูงขึ้น ในผู้ป่วยสูงอายุ ติดเตียง และไม่สมดุลของเกลือแร่,ติดตามการแยกของแผลฝีเย็บ ต.ค. 56 –ก.ค. 57 พบ 9 ราย บุคลากรใหม่เพิ่มทักษะการเย็บแผล ทบทวนการสอนการล้างแผลฝีเย็บมารดาหลังคลอด 7 รายล้างไม่ถูกต้อง
- ทีม IC สนับสนุนหน่วยงานต่างๆ และร่วมกับหน่วยงานในการทำ CQI , ได้แก่การปรับโคมรถส่งต่อให้เอื้อต่อการลดการแพร่เชื้อ , นวัตกรรมการซักผ้ายางให้แห้งและนุ่ม , การจัดทำ GIFT SET เอนกประสงค์ของหน่วยจ่ายกลาง , การใช้ประโยชน์จากความร้อนในเครื่องอบสายยาง ลดเวลาให้เครื่องมือแห้ง ,การติดเชื้อในโรงพยาบาลยังพบCAUTI แผลกดทับการติดเชื้อตำแหน่งอื่น ๆ ได้แก่ VAP HAP และการติดเชื้อคือยา ในกลุ่มที่ Refer กลับจากโรงพยาบาลศูนย์ กำลังประสานกับทีมPCT PTC วางระบบการวินิจฉัยการติดเชื้อ การวางแผนดูแล การติดตามผล ต่อไป
- ผู้ป่วยวัณโรคคือยามารับบริการทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อ เนื่องจากระบายอากาศใน OPD ไม่เหมาะสม จัดให้มีระบบของ คลินิก One stop Service ในผู้ป่วยวัณโรค

โดยจัดแยกโซนการบริการจากผู้ป่วยนอกอื่น ๆ ผลยังไม่พบผู้รับบริการ/ผู้ให้บริการติดเชื้อวัณโรคจากในโรงพยาบาล

- มีกระบวนการให้คำแนะนำแก่ญาติ และผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเมื่อกลับไปอยู่บ้านให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อและไม่ให้แพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นโดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเช่น การดูแลผู้ป่วยวัณโรคขณะอยู่โรงพยาบาลพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำในการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในขณะที่อยู่โรงพยาบาลให้กับผู้ป่วยญาติ และต้องส่งผู้ดูแลพบเจ้าหน้าที่แผนกเวชปฏิบัติเพื่อรับคำแนะนำ /เตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน มีการให้คำแนะนำ มีการติดตามการปฏิบัติจากการมารับบริการที่คลินิก DOTS
- มีกระบวนการให้คำแนะนำแก่ญาติ การดูแลสายสวนปัสสาวะ มีการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ในโรงพยาบาลประเมินการปฏิบัติ มีการเริ่มประเมินความรู้และการนำไปปฏิบัติในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้านพร้อมทีมเยี่ยมบ้านด้านยา

- สิทธิผู้ป่วยการร้องเรียน

รพ.ชุมแสงมีศูนย์รับข้อร้องเรียนและมีทีมรับเรื่องราวร้องเรียนรับผิดชอบ รับข้อร้องเรียนหลายช่องทาง ที่ผ่านมามีนโยบายนำเสนอ ข้อร้องเรียนในเวทีทีมนำทุกเดือน รพ.สามารถตอบสนองข้อร้องเรียนของผู้รับบริการได้แก่ การจัดระบบคิวเข้าตรวจ การดำเนินการตามมาตรา 41 เป็นต้น

- การพัฒนาทรัพยากรบุคคลและพฤติกรรมบริการ (HRD)

ทีม HRD มีนโยบายจัดทำ training need ทุกหน่วยงาน โดยเฉพาะหน่วยงานทางคลินิก เช่นการส่งพยาบาลไปเรียนคมนา , การฝึกทำ spirometer เพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือและการปฏิบัติต่างๆให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยต่อการให้บริการ

- ด้านสารสนเทศและการจัดการข้อมูล (IM Information Management)

มีการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนตามหลักเกณฑ์ของ สปสช. ผู้ป่วยใน 3 แพ้ม/แพทย์ 1 คน/เดือน และผู้ป่วยนอกปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้มีการติดตามการบันทึกอย่างครบถ้วนสม่ำเสมอเนื่องจากการเปลี่ยนแพทย์บ่อยประมาณ 3 เดือน - 1 ปี จากผลการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในพบว่าได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของ สปสช. โดยเฉพาะในส่วนการบันทึกของแพทย์ จึงมีการพัฒนารูปแบบเอกสารของเวชระเบียนผู้ป่วยในส่วนของแพทย์ 3 ใบ เพื่อสะดวกในการบันทึกและเพิ่มความสมบูรณ์ของเวชระเบียน คือ ใบซักประวัติ ใบตรวจร่างกาย และบันทึกความก้าวหน้าของการรักษา และทำเป็นตารางในเบื้องต้น หลังจากทดลองใช้งานพบว่ามีการบันทึกได้ครบถ้วนมากขึ้น จึงจัดเป็นรูปแบบเวชระเบียนผู้ป่วยในต่อไป

- ในปีที่ผ่านมา มีการส่งออกข้อมูล 43 แฟ้ม โดยมีข้อมูลที่ส่งออกไม่ครบถ้วน จึงมีการปรับปรุงระบบคอมพิวเตอร์ Hospital – os โดยทีมงานของ Hospital – os เพื่อเพิ่มศักยภาพการใช้งานให้ตอบสนองต่อการส่งข้อมูล 50 แฟ้มต่อไป
- คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศกำลังดำเนินการจัดทำระบบ Data Center โดยให้มีศูนย์กลางเก็บข้อมูลที่สำคัญของหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล และในระบบเครือข่าย เพื่อให้เป็นระบบและสะดวกสำหรับการใช้ข้อมูล

การประเมินตนเอง

บทเรียนจากการใช้เครื่องมือประเมินตนเองต่างๆ :

- ในระดับหน่วยงานมีการประเมินตนเองโดยการประชุมการทำ Risk profile , การทบทวน 12 กิจกรรมการติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญ ทำให้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- ในระดับทีม จากการประเมินตนเองโดยใช้ Service Profile พบว่าการเก็บข้อมูลยังไม่ครอบคลุม จึงได้ปรับปรุงแบบการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยให้มีการรายงานอุบัติการณ์ด้านคลินิกที่เป็นตัวชี้วัดในหน่วยงานด้วย ซึ่งเดิมหน่วยงานจะไม่ได้นำมารายงานอุบัติการณ์
- เพิ่มช่องทางในการส่งต่อข้อมูลและนำไปใช้ประโยชน์ โดยการเชื่อมโยงข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศภายใน รพ. โดยมี folder งาน HA ในทุกหน่วยงาน ให้สามารถลงบันทึกข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ได้

ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

การบูรณาการระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงรวมทั้งระบบสารสนเทศ:

- มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่มาจากทุกสาขา หน่วยงาน และทีมงานระบบสำคัญต่างๆ นำข้อมูลจากทีมต่างๆ เช่น IC, ENV, PCT, PTC , ใบรายงานอุบัติการณ์ และการวิเคราะห์ Service Profile ของหน่วยงาน นำมารวบรวมและวิเคราะห์ จัดทำเป็น Risk profile ของโรงพยาบาล
- มีการส่งต่อข้อมูลกันโดยผ่านทางการประชุมคณะกรรมการบริหาร ประชุมทีมต่างๆ
- มีการส่งผ่านข้อมูลสารสนเทศทางระบบคอมพิวเตอร์เชื่อมโยงข้อมูลในทุกหน่วยงานในแฟ้มข้อมูล HA ให้ทุกหน่วยงานสามารถใส่ข้อมูล ซึ่งช่วยลดปัญหาการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อนหรือข้อมูลไม่ตรงกัน และสามารถเรียกดูและนำไปใช้ได้อย่างรวดเร็ว

- ร่วมกับทีม HRD ในการประชุมพิเศษเจ้าหน้าที่ใหม่เกี่ยวกับระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
- นำข้อมูลอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งต่อทีมนำที่เกี่ยวข้อง อุบัติการณ์เวชระเบียนผู้ป่วยในหาย ได้รับและดำเนินการทำ chart ร้อยรู เจาะรูที่ชาร์ตติด OPD ผลไม่พบการหายเพิ่มจากงานผู้ป่วยนอก
- ทีม IC ได้มีการนำข้อมูลจากความเสี่ยงวางระบบ ดังนี้
 1. การแยกขยะไม่ถูกต้อง ได้มีการทบทวนประเภทขยะ การเก็บที่ต้นทางเพื่อลดต้นทุน การเคลื่อนย้าย ความรับผิดชอบเฉพาะพื้นที่กำหนดจุดและจัดเตรียมถุงขยะให้เหมาะสมกับพื้นที่
 2. การได้รับอุบัติเหตุจากเข็มแทง จัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อให้บุคลากรปลอดภัยจากการรับเชื้อ จัดชุดเป็น CPG +แบบรายงาน ให้ทุกหน่วย , เตรียมยาต้านไวรัสไว้ที่ ER WARD start ยาภายใน 2 ชั่วโมง
 3. จัดเตรียม Ig ไวรัส ไว้พร้อมใช้ในกรณี Hep Antigen +, จัดทำ Card LAB
 4. จัดทำชุดข้อมูลในระบบ Hos – os. บัตรนัด FU ประเมินสุขภาพ
- ทีม PTC ได้มีการ ได้มีการนำข้อมูลจากความเสี่ยงวางระบบ ดังนี้
 1. การวางระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำ มีการติดสติ๊กเกอร์แพ้ยาด้วยสีสะท้อนแสงติดหน้าปกเวชระเบียน การออกบัตรแพ้ยาและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย การมี Pop up Drug Allergy Alert ในระบบคอมพิวเตอร์เมื่อพิมพ์ใบสั่งยา ช่วยเตือนในกรณีที่มีการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ และการสอบถามการแพ้ยาทุกครั้ง
 2. การวางระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนด้านยา มีการปรับเปลี่ยนระบบการรับยาของผู้ป่วยนอก จากเดิมพยาบาลจะสามารถสำรองยาชนิดและสามารถนิตยาให้ผู้ป่วยนอกได้ทันทีก่อนที่จะมารับยาที่ห้องจ่ายยา ซึ่งอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ทั้งการแพ้ยา ชนิดยาที่ผิด ปริมาณและวิธีบริหารยา ในปี 2555 พบการแพ้ยา 1 ราย นิตยาผิดชนิด 1 ราย จึงเปลี่ยนระบบ โดยไม่มีการสำรองยาชนิดที่งานผู้ป่วยนอก และให้ผู้ป่วยนำใบสั่งยามายื่นรับยาที่ห้องจ่ายยาก่อนที่จะนำไปให้พยาบาลนิตให้ ไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำหรือนิตยาผิดชนิดที่งานผู้ป่วยนอก
 3. การวางระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนด้านยามีการปรับเปลี่ยนระบบการรับยาของผู้ป่วยคลินิก Asthma และ คลินิก COPD ซึ่งเป็นคลินิก one stop service ซึ่งเดิมจะนำยาไปจัดและจ่ายให้ผู้ป่วยทุกชนิดที่หน่วยบริการ โดยไม่ต้องมารับยาที่ห้องจ่ายยาและไม่ผ่านการพิมพ์ยาและฉลากยา ในระบบ Hos-os ก่อนจ่ายยา พบมีการแพ้ยาซ้ำ 1 ครั้ง เนื่องจากไม่ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ซึ่งมีการเตือนแพ้ยาและการตรวจสอบยาซ้ำ จึงปรับระบบให้มีการลงข้อมูลและพิมพ์ใบสั่งยาก่อนมีการจำกัดรายการยาที่จ่ายในคลินิก one stop service โดยรายการยานอกเหนือจากที่กำหนดต้องไปรับที่ห้องจ่ายยาไม่พบอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำที่หน่วยบริการ one stop service

4. การบริหารยากลุ่มเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) รายการยา HAD ของโรงพยาบาลจำนวน 20 รายการ มีแนวทางการจัดการ : ติดสติ๊กเกอร์ยาเสี่ยงสูง, มีข้อมูลการบริหารยา/ การ monitor ในฉลากยา/ สัญลักษณ์ “HAD” บนฉลากยา, มีการแยกจัดเก็บ, การสำรองยา/การตรวจสอบ/การคืนยา/การทำลายยาที่เหลือ แนวทางการป้องกันการสั่งใช้ยา ไม่ใช่คำย่อและไม่ตั้งด้วยวาจา เกสเซอร์ จ่ายยาที่มีการติดสติ๊กเกอร์ยาเสี่ยงสูง, พยาบาลผู้บริหรยา การเตรียมยา/ การให้ยา (double check), แนบใบ HAD-monitor เพื่อช่วย warning alarm alert และติดตามการใช้ยา

- ทีมรับเรื่องร้องเรียน

1. จากการวิเคราะห์ช่องทางที่ได้รับเรื่องร้องเรียนตั้งแต่ปี 2555-2557 การร้องเรียนผ่านผู้รับเรื่องร้องเรียน เท่ากับ 34 ,15 และ 10 เรื่องตามลำดับ เห็นได้ว่าช่องทางผู้รับเรื่องร้องเรียนได้รับรายงานลดลงตามลำดับ เนื่องมาจากจำนวนผู้ไม่เพียงพอ ไม่ครอบคลุมพื้นที่บริการทั้งหมดและขาดการดูแลเอาใจใส่ จึงได้มีการจัดทำคู่มือและติดตั้งเพิ่มขึ้น มีการกำหนดระบบรับเรื่องร้องเรียนทางผู้รับเรื่องร้องเรียนให้ชัดเจน ให้มีการปฏิบัติต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งอยู่ในช่วงติดตามผลการดำเนินงานต่อไป
2. พบว่าช่องทางที่ผู้รับบริการใช้ในการร้องเรียน มีช่องทางโซเชียลมีเดียเพิ่มขึ้นมา ได้แก่ facebook ในปี 2557 จำนวน 2 เรื่อง จึงได้มีแนวทางโดยแจ้งในการประชุมผู้จัดการความเสี่ยงหน่วยงาน เมื่อทราบว่ามีการร้องเรียนทางโซเชียลมีเดีย ให้บุคลากรมีหน้าที่แจ้งทีมรับเรื่องร้องเรียนทันทีเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วทั้ง
3. จากการวิเคราะห์ข้อร้องเรียนผู้รับบริการพบว่าด้านพฤติกรรมบริการมีมากที่สุดในปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 , 2556 และ 2557 เท่ากับร้อยละ 42.55, 50 และ 42.86 ตามลำดับ ทีมรับเรื่องร้องเรียนร่วมกับทีม HRD และชมรมจริยธรรม จึงได้มีโครงการอบรมพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม บุคลากรโดยการจัดอบรมนอกสถานที่และเชิญวิทยากรภายนอกมาเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ในปี 2555 และ 2556 และมีแผนการต่อเนื่องในทุกปี
4. มีการจัดทำบันทึกความดีเพื่อเปิดโอกาสให้บุคลากรได้บันทึก เพื่อลดความคับข้องใจ และอยากจะทำสื่อสารลงในกระดาษเช่น ถึงบุคลากรที่คาดหวัง เช่นการขอโทษ, การขอบคุณ ,การให้อภัยโดยตั้งไว้ที่จุดเซ็นชื่อทำงาน
5. มีแผนการจัดกิจกรรมคนดีโดยร่วมกับชมรมจริยธรรมให้แต่ละหน่วยงานเสนอชื่อบุคลากรที่ทำความดี 5 ประเภทได้แก่ คนดีเพื่อผู้ป่วยและญาติ คนดีเพื่อบุคลากร หน่วยงาน/ รพ.คนดี

เพื่อประชาชน สังคม ประเทศชาติบริการประทับใจมองคนในด้านดี (บุคคลที่เขียนชื่นชม
ความดีของคนอื่น)

บทเรียนในการรับรู้รายงานอุบัติการณ์/การส่งเสริมรายงานที่สมบูรณ์:

1. พัฒนารูปแบบและช่องทางการรายงาน โดยการเพิ่มการรายงานอุบัติการณ์ผ่านการบันทึกความเสี่ยง
ของแต่ละหน่วยงาน ทำให้จำนวนรายงานจากเดิม 32 เรื่อง เป็น 2,200 เรื่อง , 5,293 เรื่อง โดยเทียบ
ในช่วงปี 2555, 2556, 2557 ตามลำดับ
2. มีการกระตุ้นให้มีการรายงานความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ มีการประกาศเสียงตามสายทุกสิ้นเดือนให้ม
ีการส่งรูปเสี่ยง และมีการติดบอร์ดประกาศหน่วยงานที่ไม่ส่งความเสี่ยงและที่ไม่มีความเสี่ยง
รวมทั้งยังมีการรายงานหน่วยงานที่ไม่มีความเสี่ยงและไม่รายงานความเสี่ยงในที่ประชุม
คณะกรรมการบริหารทุกเดือน
3. เพิ่มความรวดเร็วในการรายงาน โดยให้รายงานตรงถึงผู้จัดการความเสี่ยง, ลดขั้นตอนการประสาน
ทีม/หน่วยงาน โดยให้ผู้จัดการเป็นผู้ดำเนินการประสานโดยตรง, มีการ Feedback การแก้ไขปัญหา
ให้หน่วยงานรวมถึงผู้บริหารในการประชุมคณะกรรมการบริหาร
4. พบว่ามีการรายงานความเสี่ยงไม่ถูกต้อง โดยมีการจัดระดับความรุนแรง ระยะเวลาในการส่งความ
เสี่ยงแต่ละระดับไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วนในช่วงแรกที่มีการปรับระบบขึ้นมาในปี 2556
คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจึงได้จัดอบรมและฝึกปฏิบัติการแก่ผู้จัดการความเสี่ยงทุก
หน่วยงานฝึกหัดเขียนความเสี่ยงจากตัวอย่างความเสี่ยงที่หน่วยงานเคยส่งมา เพื่อให้มีความรู้และ
นำไปเผยแพร่ในหน่วยงาน ทำให้มีแนวโน้มการรายงานที่สมบูรณ์ขึ้น
5. จัดให้มีรางวัลสำหรับหน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยงดีเด่น คือ จำนวนรายงานมากที่สุดและการ
รายงานที่สม่ำเสมอ 3 หน่วยงานในปี 2557 เพื่อเป็นการกระตุ้นการรายงานและเป็นขวัญกำลังใจ
6. สนับสนุนส่งเสริมทุกหน่วยงานจัดทำบัญชีความเสี่ยงเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญโดยใช้ค่าความ
เสี่ยง นำมาจัดลำดับความสำคัญ มีการปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงปีละ 2 ครั้ง พบว่าหน่วยงานมีการ
จัดทำบัญชีความเสี่ยงร้อยละ 75 ในปี 2556 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97 ในปี 2557
7. ปัจจุบันรายงานอุบัติการณ์ที่ทีมพบว่ายังมีจำนวนน้อยคือความเสี่ยงด้านคลินิก เมื่อเทียบกับความ
เสี่ยงด้านทั่วไปซึ่งมีการรายงานมากกว่าเท่าตัว จึงมีการกระตุ้นให้มีการบันทึกและรายงานความ
เสี่ยงด้านคลินิกให้มากขึ้นเพื่อนำไปสู่การแก้ไขป้องกันความเสี่ยงต่อไป

ตัวอย่างบทเรียนการวิเคราะห์ RCA /การกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่รัดกุม / การใช้ human factor
engineering:

ความเสี่ยงสำคัญ PCT

- จาก กรณี Dead Case จาก MI ที่ห้อง ER เนื่องจากการประเมินผู้ป่วยล่าช้า ทีมได้ร่วมกำหนดแนวทางคัดกรองผู้ป่วยทำ EKG ใน Atypical chest pain
- จากกรณี ทบทวน dead case ผู้ป่วย COPD exacerbation ทีมได้ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย Exacerbation ให้เป็นปัจจุบัน และ เน้นการป้องกันจากปัจจัยเสี่ยง สิ่งกระตุ้น เช่น การใช้ยา ICS บุหรี่ ควันไฟ ใน Discharge plan และ การเยี่ยมบ้าน
- การพัฒนาระบบการรักษาความลับผู้ป่วยโดยทีม PCT และ IM เพื่อรักษาความลับของผู้ป่วยเวชระเบียนพิเศษ (เวชระเบียนผู้ป่วยถูกกระทำชำเรา)จากเดิมจะทำการเป็นระบบเดียวกันกับผู้ป่วยทั่วไป จึงได้พัฒนารูปแบบในปี 2557 เพื่อรักษาความลับผู้ป่วย โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจในการนำผู้เสียหายมาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเท่านั้นไม่ผ่านห้องบัตรและหากให้ผู้เสียหายนำไปคดีมาเอง ให้ประสานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยตรงไม่ต้องยื่นทำบัตรที่ห้องบัตรเจ้าหน้าที่ศูนย์ OSCC (ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน) มีหน้าที่ติดต่อทำบัตรใหม่ หรือค้นบัตรเก่าบันทึกข้อมูลใน OPD Card ลงบันทึก วัน เดือน ปี บันทึกคำว่า OSCC และเลขที่ OSCC ตามทะเบียน ที่เก็บแยกโดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายลงบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง Vital sign ลงบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ ในช่องอาการเจ็บป่วย OSCC และลงบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง Vital sign ลงวินิจฉัย Physical Assault (T79.9 , Y09) แพ้ม OSCC จะถูกแยกเก็บต่างหากโดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเท่านั้น ไม่ได้ถูกเก็บไว้ในห้องบัตร

ความเสี่ยงสำคัญ PTC

- จากอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำพบการแพ้ยาในกลุ่ม HAD สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยคลินิก One stop service ไม่ผ่านระบบพิมพ์ใบสั่งยา จึงไม่สามารถตรวจสอบจากคอมพิวเตอร์ก่อนได้ จึงมีแนวทางจากทีมระบบยา คือให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบการแพ้ยาจากปก OPD Card ทุกครั้ง สอบถามการแพ้ยาและเขียนชื่อยาที่แพ้เป็นภาษาไทยใบบัตรแพ้ยาไว้ด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยแจ้งชื่อยาที่แพ้ได้ และใน OPD Card และได้เพิ่มเครื่องคอมพิวเตอร์และเครื่องพิมพ์ใบสั่งยาไว้ในคลินิกบริการเพื่อพิมพ์รายการยาลงระบบ Hos-os ก่อนทุกครั้งเพื่อตรวจสอบการแพ้ยาโดยจะมี Pop-up alert เตือน นอกจากนี้ยังกำหนดรายการยาที่มีได้ในคลินิกแต่ละประเภท รายการนอกเหนือจากที่กำหนดให้ผู้รับบริการติดจอร์บายยาที่ห้องจ่ายยา
- จากอุบัติการณ์ผู้ป่วยใน ได้รับยาฉีดเบาหวานเกินจำนวน(HAD) เกิดภาวะ hypoglycemia ในปี 2556 ทีม PTC วิเคราะห์สาเหตุเกิดจากการเขียนจำนวนฉีดไม่ชัดเจน โดยเขียน ยูนิต เป็น U ทำให้อ่านเป็น 0 ต่อท้ายจำนวนจริงทำให้ฉีดยาเกินขนาด ประกอบกับเป็นพยาบาลที่ยังไม่มีประสบการณ์มากนัก จึงวางแนวทางโดยทำข้อตกลงคำสั่งใช้ยาที่ห้ามใช้ แจ้งในการประชุม PTC

และประกาศใช้ มีการ Alert โดยการเขียนเตือนการใช้ยากลุ่มอินซูลินหน้าตู้เย็นแช่ยาทุกหน่วย บริการลดการคัดลอกคำสั่งใช้ยาฉีดอินซูลินลงบนการ์ดยา โดยพิมพ์ฉลากยาฉีดอินซูลินแทนการ์ดยา ยังไม่พบอุบัติการณ์ฉีดยาเบาหวานเกินขนาดในปี 2557

- จากอุบัติการณ์ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับยาไม่ครบ/ผู้ป่วยไม่ทราบว่าแพทย์สั่งหยุด ปรับขนาด เพิ่มรายการยา ได้มีการจัดทำ Medication Reconciliation ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยได้รับยา warfarin เป็นต้น โดยมีการจัดบันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลสื่อสารกันระหว่างโรงพยาบาลและรพ.สต. มีการแนะนำให้ผู้ป่วยนำสมุดติดตัวไปด้วยทุกครั้งที่ได้รับบริการตามสถานพยาบาลต่างๆ หากแพทย์สั่งหยุดยา ปรับขนาด เพิ่มรายการยา เกสซ์ก็จะเน้นย้ำและจัดบันทึกรายการยาที่มีการเปลี่ยนแปลงทุกครั้ง
- มีข้อตกลงจากการประชุม PTC หากแพทย์สั่งหยุดยา ปรับขนาด เพิ่มรายการยา ให้มีการเขียนสัญลักษณ์ หรือเขียนกำกับที่รายการยานั้น ว่าเพิ่ม ลด หรือหยุดยาชนิดนั้นๆ เพื่อสื่อสารกับบุคลากรการแพทย์ในการแจ้งผู้ป่วยและเพื่อการตรวจสอบ ถ้ามีการปรับยาโดยไม่มีการเขียนกำกับ อาจเกิดจากความผิดพลาดจะมีการ consult เพื่อให้มั่นใจว่าไม่ได้เกิดจากความคลาดเคลื่อนการสั่งใช้ยา
- มีการนำ OPD card ของผู้ป่วยทุกรายแนบมาห้องจ่ายยา ใช้ในการจ่ายยาควบคู่กับใบสั่งยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนของการสั่งใช้ยาและการจ่ายยา

มีการจัดทำคู่มือยา ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้พยาบาลสืบค้นข้อมูลได้รวดเร็วและเข้าถึงข้อมูลโดยตรงลดจำนวนครั้งการปรึกษาเภสัชกรได้แก่

- 1) การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง
- 2) ความคงตัวของยาหลังผสม
- 3) ยา Multiple dosage form
- 4) ยาที่ต้องเก็บให้พ้นแสง
- 5) รายการยาแช่เย็น
- 6) รายการยาห้ามแบ่ง บด เคี้ยว
- 7) ยาและADR ที่พบบ่อย
- 8) แนวทางบริหารยาฉีด
- 9) ความคงตัวของยาหลังเปิดใช้

ความเสี่ยงสำคัญของ IC

- การเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วย : จากการเฝ้าระวังแบบ Targeted Surveillance ในผู้ป่วยยังพบอัตราการเกิด CAUTI , Phlebitis แนวโน้มสูงขึ้น ในผู้ป่วยสูงอายุ ดัดเตียง และไม่สมดุลของเกลือแร่, ติดตามการแยกของแผลฟิเย็บ ต.ค. 56 –ก.ค. 57 พบ 9 ราย บุคลากรใหม่เพิ่มทักษะการเย็บแผล ทบทวนการสอนการล้างแผลฟิเย็บมารดาหลังคลอด 7 รายล้างไม่ถูกต้อง

- ทีม IC สนับสนุนหน่วยงานต่างๆ และร่วมกับหน่วยงานในการทำ CQI , ได้แก่การปรับโฉมรถส่งต่อให้เอื้อต่อการลดการแพร่เชื้อ , นวัตกรรมการซักผ้ายางให้แห้งและนุ่ม , การจัดทำ GIFT SET เอนกประสงค์ของหน่วยจ่ายกลาง , การใช้ประโยชน์จากความร้อนในเครื่องอบสายยาง ลดเวลาให้เครื่องมือแห้ง , การติดเชื้อในโรงพยาบาลยังพบ CAUTI แผลกดทับการติดเชื้อตำแหน่งอื่น ๆ ได้แก่ VAP HAP และการติดเชื้อดื้อยา ในกลุ่มที่ Refer กลับจากโรงพยาบาลศูนย์ กำลังประสานกับทีม PCT PTC วางระบบการวินิจฉัยการติดเชื้อ การวางแผนดูแล การติดตามผล ต่อไป
- ผู้ป่วยวัณโรคคือยามารับบริการทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อ เนื่องจากการระบายอากาศใน OPD ไม่เหมาะสม จัดให้มีระบบของ คลินิก One stop Service ในผู้ป่วยวัณโรคโดยจัดแยกโซนการบริการจากผู้ป่วยนอกอื่น ๆ ผลยังไม่พบผู้รับบริการ/ผู้ให้บริการติดเชื้อวัณโรคจากในโรงพยาบาล มีกระบวนการให้คำแนะนำแก่ญาติ และผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเมื่อกลับไปอยู่บ้านให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อและ ไม่ให้แพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นโดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเช่น การดูแลผู้ป่วยวัณโรคขณะอยู่โรงพยาบาลพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำในการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในขณะที่อยู่โรงพยาบาลให้กับผู้ป่วย ญาติ และต้องส่งผู้ดูแลพบเจ้าหน้าที่แผนกเวชปฏิบัติเพื่อรับคำแนะนำ /เตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน มีการให้คำแนะนำ มีการติดตามการปฏิบัติจากการมารับบริการที่คลินิก DOTS

ความเสี่ยงสำคัญของ ENV

- ทรัพย์สินสูญหายมีการติดตั้งกล้องวงจรปิดในตำแหน่งที่สำคัญ ได้แก่ทางเข้า ออก รพ. อาคารผู้ป่วยมีการกำชับให้งานรักษาความปลอดภัยตรวจสอบจุดที่มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะมีมิจนาฬิกาได้ และให้มีการเขียนบันทึกเหตุการณ์รายงานความเสี่ยงที่มีโอกาสเสี่ยง เช่น บริเวณที่แสงสว่างไม่เพียงพอ พบบุคคลแปลกปลอม โดยเขียนรายงานในสมุดบันทึก และรายงานความเสี่ยงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ
- การป้องกันการสับเปลี่ยนเด็กทารกจากห้องคลอดมีการติดตั้งกล้องวงจรปิด และกำหนดพื้นที่ในการเยี่ยมและเวลาเข้าเยี่ยม
- อุบัติการณ์สัตว์และแมลงรบกวนจากการพบหนูทำลายอุปกรณ์สายไฟและเครื่องมือในหลายหน่วยงาน ทีม ENV สนับสนุน กรงดักหนูและการดักหนูในหน่วยงานและนำหนูไปทิ้งทีม 5 ส รับผิดชอบการทำให้เป็นงานประจำ มีกิจกรรม 5 ส. ระดับ รพ.เดือนละ 1 ครั้งแต่ยังพบว่ามีการเข้าทำลายของหนูในหน่วยงานต่างๆเป็นระยะ จึงต้องมีการดูแลและติดตามอย่างสม่ำเสมอ

- อุบัติการณ์น้ำฝนรั่วลงมาจกเพดานอาคารทำให้อุปกรณ์เสียหายได้มีการสำรวจและซ่อมแซม
หลังคา กำจัดเศษมูลฝอยที่อุดกั้นการระบายน้ำและติดตั้งเครื่องสูบน้ำในกรณีที่มีฝนตกหนักน้ำ
ระบายไม่ทัน แต่ยังคงพบว่ายังมีน้ำรั่วซึมลงมาจกเพดานเมื่อมีฝนตกหนัก ซึ่งกำลังดำเนินการทำแผน
เพื่อการซ่อมแซมแก้ไขโครงสร้างต่อไป
- อุบัติการณ์น้ำท่วมอาคารคลังยาและเวชภัณฑ์ โรงซักฟอก ไรจจอจรถ จากฝนตกน้ำระบายออกไม่
ทันมีเครื่องสูบน้ำประจำจุดที่เสี่ยงและให้ เจ้าหน้าที่รับผิดชอบดูแลการสูบน้ำเมื่อได้รับแจ้งหรือ
ตรวจพบว่ามีน้ำท่วมขังนอกจากนี้ยังมีแผนการในอนาคต ยกพื้นของอาคารให้สูงขึ้นให้พื้นน้ำท่วม
- อุบัติการณ์จากระบบการจราจรในโรงพยาบาล ในปี 2557 ได้มีการตีเส้นจราจร ซ่อมแซมพื้นผิว
จราจร จัดทำและติดป้ายแสดงต่างๆ ได้แก่ป้ายแสดงที่จอดรถ ป้ายแสดงทางไปอาคารต่าง ๆ ป้าย
ห้ามต่างๆมีการตั้งกรวยเพื่อกำหนดเส้นทางการจราจร ติดตั้งไฟให้สว่างในเวลาากลางคืนบริเวณ
ถนนและทางไปบ้านพักในเขตโรงพยาบาล และกำลังดำเนินการพัฒนา ทางเดินรถเข็น รถนอนซึ่ง
ไม่มีช่องทางที่ชัดเจนและบางพื้นที่ใช้ร่วมกับทางเดินรถซึ่งเสี่ยงต่ออันตราย พื้นไม่ราบเรียบขรุขระ
บางจุดทางลาดชันลงไม่มีสำหรับรถเข็น

ผลการประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:

1. จกการพัฒนาปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยงในปี 2556 และ 2557 พบว่ามีการรายงานความเสี่ยง
เพิ่มขึ้นมาก เกิดจกมีการพัฒนาปรับปรุงและดำเนินตามระบบบริหารความเสี่ยง
2. ความเสี่ยงที่ได้รับรายงานในปี 2555, 2556, 2557 มีทั้งหมด 32 , 2,200 และ 5,293 รายงาน
ตามลำดับ เป็นความเสี่ยงประเภทเชิงรับโดยได้จกการเขียนรายงานความเสี่ยงส่งตามระบบ ความ
เสี่ยงเชิงรุกมีการค้นหาบ่อยและยังมีการดำเนินงานไม่สม่ำเสมอ มีการวางแผนดำเนินการโดยทีมนำ
ต่างๆ ได้แก่ การนำบทเรียนจกรพ.อื่นๆ , การตรวจ Chart , การใช้ trigger tool ,การทบทวนต่างๆ
เป็นต้น เพื่อให้สามารถตรวจจับความเสี่ยงที่สำคัญก่อนที่จะเกิดขึ้นให้ได้มากขึ้น
3. การรายงานความเสี่ยงที่ถูกต้องและสมบูรณ์ พบว่ามีการรายงานความเสี่ยง โดยมีการจัดระดับความ
รุนแรง และระยะเวลาในการส่งความเสี่ยงแต่ละระดับไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วนในช่วงแรกที่มีการ
ปรับระบบขึ้นมาในปี 2556 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจึงได้จัดอบรมและฝึกปฏิบัติการเขียน
ความเสี่ยงจกตัวอย่างความเสี่ยงที่หน่วยงานเคยส่งมา โดยจัดอบรมผู้จัดการความเสี่ยงทุก
หน่วยงานในปี 2557 เพื่อให้มีความรู้และนำไปเผยแพร่ในหน่วยงาน ทำให้มีแนวโน้มการรายงานที่
ถูกต้องสมบูรณ์เพิ่มขึ้น
4. สัดส่วนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงระหว่างเกือบพลาดต่อพลาด(near miss: miss) ในปี 2556
และ 2557 เท่ากับ 9.78 : 1 และ 4.91 : 1 ตามลำดับ แสดงถึงการรายงานจกการตรวจพบและ
รายงานความเสี่ยงเพื่อการจัดการแก้ไขป้องกันได้ก่อนที่จะเกิดเหตุรุนแรง

5. การทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงปี 2557 ในระดับต่ำกว่า E-I ภายใน 1 เดือนร้อยละ 100 อัตราการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับ E-I ภายใน 1 สัปดาห์หรือร้อยละ 70 อัตราอุบัติการณ์ระดับ E-I , sentinel event ที่ได้รับทบทวนแก้ไขตามระบบ ร้อยละ 70 ซึ่งการทบทวนอุบัติการณ์รุนแรงสูงบางเรื่องล่าช้าและไม่ได้รับการทบทวน เนื่องจากการไม่ตระหนักและไม่ให้ความสำคัญ ทีมบริหารความเสี่ยงจึงต้องมีการกระตุ้นและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
6. การปฏิบัติตามมาตรการสำคัญ การรายงานเหตุการณ์พึงสังวร (Sentinel Event) โดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนดให้มีการรายงานเหตุการณ์พึงสังวรต้องรายงานทันที มีทั้งหมด 12 เหตุการณ์ โดยมีระบุในคู่มือการบริหารความเสี่ยงในทุกหน่วยงาน มีในแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ และในใบรหัสความเสี่ยง เพื่อช่วยกระตุ้นเตือนให้มีการรายงานได้ถูกต้องและทันทั่วทั้งไต่บ้างต้องรายงานทันทีและบางรายการเหตุการณ์พึงสังวรจาก 12 ข้อยังไม่ชัดเจน จึงได้มีการชี้แจงและยกตัวอย่างเพื่อทำความเข้าใจในการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลและการประชุมผู้จัดการความเสี่ยงหน่วยงาน มีการวางแผนจัดอบรมการบริหารความเสี่ยงต่อเนื่องทุกๆ ปี และได้มีการตรวจเยี่ยมหน่วยงานโดยทีม RM ในปี 2557 เพื่อเป็นการติดตามการทำงาน กระตุ้นเตือนให้บุคลากรมีความสนใจเข้าใจ และตระหนักในการบริหารความเสี่ยง
7. อุบัติการณ์เกิดซ้ำความรุนแรงระดับ E-I พบว่าในปี 2557 พบอุบัติการณ์เข็มตำเกิดซ้ำ 1 รายงานซึ่งทีม IC ได้รับเรื่องและดำเนินการหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขป้องกันต่อไป

คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

บทเรียนในการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทบทวนคุณภาพในงานประจำ:

- กิจกรรมทบทวน Acute Myocardial Infarction มีความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจวายและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินในปี 2554-2556 เนื่องจาก ยังไม่มีการวางระบบการดูแลผู้ป่วย ทำให้การคัดกรองล่าช้า การประเมินผิดพลาด ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ FAST TRACK ยังเข้ามาไม่ถึง ทีมการดูแลผู้ป่วยจึงได้มีการทบทวน ารดูแลผู้ป่วยโดยมีการนำระบบ FAST TRACK มาใช้ มีการประเมินวัดผล ที่เป็นระบบมากขึ้น และมีการพัฒนานุคลากรไปพร้อมๆกัน พัฒนาระบบ EMS ให้พร้อมรับชี้แจงประชาสัมพันธ์ช่องทางในการเข้ารับบริการฉุกเฉิน 1669 ในกลุ่มเสี่ยง
- การคัดกรองและการประเมิน ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย ACS ให้สอดคล้องกันทั้งระบบใช้ระบบ FAST TRACK มาใช้ในองค์กร ประชุมชี้แจงเตรียมความพร้อมให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องและอบรมให้ความรู้เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วย ACS และปรับปรุงแบบคัดกรองความเสี่ยงให้ชัดเจน ครอบคลุม และให้เข้าใจตรงกันในการใช้ เพิ่มศักยภาพของห้องปฏิบัติการ

ในการตรวจ Cardiac enzymeทำชุดLAB FAST TRACK และ เน้น การรายงานผลด่วน มีระบบสื่อสารทางโซเชียลมีเดียโดยใช้โปรแกรม Line ส่งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายงานแพทย์

- การดูแลรักษาและการส่งต่อ จัดทำ CPG ในการดูแลผู้ป่วย ACS และปรับปรุงให้ใช้ได้กับบริบทของโรงพยาบาลเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ในด้านเครื่องมือช่วยชีวิตฉุกเฉิน มีเครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ (AED), ventilator, EKG monitor มีการเตรียมความพร้อมของรถกู้ชีพและอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็นในรถ จัดสถานที่ให้พร้อมในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น มีการแยกโซนผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉิน มีเครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ (AED), ventilator, EKG monitor ประจำ ZONE พัฒนาทักษะการอ่านแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยการส่งอบรมภายในและเข้าร่วมโครงการ 10,000 ดวงใจ กับสถาบันโรคหัวใจและทรวงอกร่วมกับโรงพยาบาลจังหวัดในการกำหนดแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยและการประสานงาน มีระบบปรึกษาแพทย์เฉพาะทางก่อนส่งต่อทุกราย ระหว่างส่งต่อต้องมีพยาบาลดูแล 2 คน มีแบบฟอร์มการดูแลขณะนำส่งนำระบบ THAI REFER มาใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยมีการติดตามประเมินผลร่วมกันกับโรงพยาบาลจังหวัดที่รับส่งต่อในรูปแบบคณะกรรมการการส่งต่อ

กิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด

- การจัดตั้งทีมดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยมีสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ สาธารณสุข การรักษาวัณโรคโดยใช้แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ ปี 2556 ตั้งคลินิกวัณโรค แบบ One Stop Service แยกจากพื้นที่ส่วนอื่น มีทุกพุธที่ 1 และ 3 ของทุกเดือน การจ่ายยาโดยเภสัชกรทุกราย เพื่อรับประทานยาวัณโรคอย่างครบถ้วน ถูกต้อง และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาวัณโรค
- การจัดระบบติดตามนัดล่วงหน้า โทรศัพท์กระตุ้นเตือนก่อนถึงวันนัดอย่างน้อย 2 วัน และระบบติดตามถ้าผู้ป่วยไม่มาตามนัด ประสานเจ้าหน้าที่ประจำพื้นที่ /ออกติดตามเอง
- การพัฒนาพี่เลี้ยงกำกับกำกับการรับประทานยาวัณโรค (DOT) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขแทนญาติ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาวัณโรคอย่างสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา โดยใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยบันทึกการการยา

- การส่งต่อข้อมูลการรักษาวันโรคให้กับ DTC อำเภอและรพ.สต.ได้รับทราบ ภายใน 3 วันหลังการพบผู้ป่วย และดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สัปดาห์ละครั้ง ในช่วง 2 เดือนแรก และทุกเดือน ในช่วง 4 เดือนหลังของการรักษาป้องกันการขาดยาของผู้ป่วยวันโรค
- ผลการทบทวนอัตราการมาไม่ตรงตามนัดของผู้ป่วยวันโรคลดลงจากปี 2556 จากร้อยละ 10.40 เป็นร้อยละ 3.32 ในปี 2557
- ทบทวนผู้ป่วยบาดเจ็บจากการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าการบาดเจ็บจากการผูกยึด
- ทบทวนการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการค่าวิกฤต
- ทบทวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด PIH
- ทบทวนการค้นเวชระเบียนผิดคน
- ทบทวนระบบการรักษาความลับผู้ป่วย
- ทบทวนการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ
- ทบทวนระบบป้องกันความเสี่ยงในยากลุ่มเสี่ยงสูง (HAD)
- ทบทวนอุบัติการณ์แผลฝีเย็บแยกและติดเชื้อ
- ทบทวนเรื่องมีเครื่องมือหรืออุปกรณ์ปนมากับผ้าที่ส่งซัก
- ทบทวนเรื่องข้อปฏิบัติในการทิ้งขยะติดเชื้อ
- ทบทวนการคัดกรองผู้ป่วยโรคติดต่อที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก

บทเรียนในการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย:

- กำหนด Clinical tracer highlight ในกลุ่มโรคที่สำคัญของโรงพยาบาล ได้แก่ DM, HT, Asthma, COPD, MI, Stroke ,PPH ,TB,DF/DHF, Neonatal jaundice
- ทบทวนความสมบูรณ์จากเวชระเบียนมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน (MRA) AE trigger โดยใช้เกณฑ์ของ สปสช. โดยสุ่มเวชระเบียน 3 แฟ้ม /แพทย์ 1 คน / เดือน รวมทั้งหมด 18 – 24 แฟ้ม / เดือน ตามจำนวนแพทย์ที่เปลี่ยนแปลง
- มีกิจกรรมการทบทวนการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง ในตึกผู้ป่วยใน โดยมีแฟ้มบันทึกเหตุการณ์สำคัญในแต่ละเวรและนำมาทบทวนเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน
- ใช้ข้อมูลจากใบรายงานอุบัติการณ์ ส่งต่อข้อมูลให้ทีมนำผู้รับผิดชอบ จัดการแก้ไขปัญหา และวางแนวทางป้องกันการเกิดซ้ำ

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

การพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

การพัฒนาระบบการรายงาน

- ปัญหาในเรื่องความถูกต้องของการจัดประเภทและระดับความรุนแรงอุบัติการณ์ความเสี่ยง จัดให้มีผู้จัดการความเสี่ยงทุกหน่วยงาน และมีการอบรมฝึกปฏิบัติการจัดความรุนแรงและการรายงานความเสี่ยงแก่ผู้จัดการความเสี่ยงทุกหน่วยงานเพื่อนำไปสอนภายในหน่วยงานต่อไป
- การบันทึกการวิเคราะห์ RCA พบว่าเมื่อเกิดเหตุแล้วมีการรายงานอุบัติการณ์ แต่ไม่ได้ทำการวิเคราะห์หาสาเหตุรากเพื่อป้องกันแก้ไข ทีมจึงวางแผนที่จะให้ใบบันทึกการวิเคราะห์ RCA ใส่ในใบรายงานอุบัติการณ์ด้านหลังเพื่อให้วิเคราะห์ได้ทันทีและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป

การพัฒนาระบบบริหารคุณภาพ:

กระตุ้นให้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การพัฒนาคุณภาพทางคลินิก:

- พัฒนาคุณภาพทางคลินิกโดย PCT PTC ทีมนำต่างๆมีบทบาทสำคัญในการวางแผนป้องกันและตอบสนองต่อการรายงานอุบัติการณ์
- จัดทำ Clinical tracer highlight ในกลุ่มโรคสำคัญ
- ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วย จัดทำ Fast Tract MI, Fast Tract Stroke
- พัฒนาคลินิก Asthma และ COPD จัดให้มีบริการแบบ One stop service
- พัฒนาคลินิกกึ่งวันโรคจัดให้มีบริการแบบ One stop service และมีการดูแลติดตามผู้ป่วย
- คลินิก Warfarin มีการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ
- คลินิก CKD (Chronic kidney disease) มีการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ
- การจัดการรายกรณีโรคเบาหวาน (Case Management)

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปี ข้างหน้า
29.การสนับสนุนจากผู้นำการเชื่อมโยงและประสานงาน	3.5	<ul style="list-style-type: none">● ผู้นำติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ● ร่วมติดตามการดำเนินการตาม CPG มาตรการการป้องกันแก้ไขที่วางไว้และหาแนวทางแก้ไขตามวงล้อ PDCA
30.การทำงานเป็นทีม	3.0	<ul style="list-style-type: none">● ส่งเสริมให้มีการตามรอยทางคลินิกร่วมกันระหว่างทีมต่างๆที่เกี่ยวข้อง● ส่งเสริม/กระตุ้นให้หัวหน้าหน่วยมีการทำ Morning

		talk ในหน่วยงาน
31.การประเมินตนเอง	3.0	<ul style="list-style-type: none"> ● หมั่นทบทวนอย่างสม่ำเสมอ
32.ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	3.0	<ul style="list-style-type: none"> ● วิเคราะห์ความเสี่ยงรอบด้าน เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างทีมนำและหน่วยงานต่างๆเพื่อให้ระบบงานได้รับการออกแบบอย่างรัดกุมและนำไปปฏิบัติ ● เน้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและทบทวนอุบัติการณ์ให้ครอบคลุมมากขึ้น ● ติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญ
33.การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย (ที่แนะนำไว้ในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA)	3.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.กระตุ้นให้หน่วยงานมีการทบทวนกระบวนการทำงานที่สำคัญเป็นประจำ 2. ให้หน่วยงานทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นถี่/รุนแรงและทำเป็นวัฒนธรรมองค์กร
34.การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ	3.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ดูแลผู้ป่วยทางคลินิกที่สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล 2.มีการตั้ง KPI ในการทำงานทางคลินิกที่ชัดเจนและมีการติดตามผลงานเพื่อหาแนวทางในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้ตาม KPI ที่ตั้งไว้