

Service Profile

ทีมบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาล ปากพ่อง

1. บริบท¹ (Context)

(ก.) หน้าที่และเป้าหมาย

ค้นหาความเสี่ยงและควบคุมความสูญเสียของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และทรัพยากรของโรงพยาบาล ทำให้เกิดระบบ

บริการที่มีคุณภาพ

(ข.) ขอบเขตการให้บริการ ศักยภาพ ข้อจำกัด

ขอบเขตการให้บริการ :

ทุกหน่วยงาน ทุกทีมคุณภาพ ทำการค้นหาความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง จัดการความเสี่ยงและประเมินผลการแก้ไข

ศักยภาพ :

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงซึ่งประกอบด้วยหัวหน้างานทุกหน่วยงาน สามารถบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัด : เจ้าหน้าที่ไม่คุ้นเคยกับโปรแกรมความเสี่ยงที่ใช้ในปัจจุบัน

(ค.) ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ลูกค้าภายใน

ฝ่าย / หน่วยงาน	ความต้องการ
ทุกหน่วยงาน	- ต้องการรับทราบอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นหรือเกี่ยวข้องของหน่วยงานตนเองในเวลาที่เหมาะสม
เจ้าหน้าที่ทุกคน	- ต้องการการทบทวนตามระยะเวลาที่กำหนด - ต้องการความปลอดภัยจากการให้บริการ

ลูกค้าภายนอก

ผู้รับบริการ	- ได้รับความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ
ประชาชน	- ได้รับความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม จากระบบกำจัดของเสียของโรงพยาบาล

¹ เขียนอย่างสรุป ความยาวไม่เกิน 1 หน้า สามารถใช้ตารางสรุปในบางเรื่องได้

(ง.) ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน

ทุกหน่วยงาน ทีมคุณภาพ บริหารความเสี่ยง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(จ.) ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ (จุดเน้นในการพัฒนา)

* ความท้าทาย

1. การสร้างความตระหนักและให้เห็นคุณค่าในการรายงานอุบัติการณ์
2. การกระตุ้นให้มีการค้นหาความเสี่ยงโดยใช้เครื่องมือต่างๆ
3. การกำหนดระดับความรุนแรงและแก้ไขความเสี่ยงภายในเวลาที่กำหนด

ความเสี่ยงสำคัญ

- 1.การค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานไม่ครอบคลุม
- 2.การทบทวนและแก้ไขอุบัติการณ์ไม่เป็นไปในระยะเวลาที่กำหนด
- 3.การรายงานความเสี่ยงไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน
- 4.เจ้าหน้าที่ไม่คุ้นเคยในการบันทึกอุบัติการณ์ การใช้โปรแกรมความเสี่ยง

* ความเสี่ยงสำคัญ

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1.	การค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานไม่ครอบคลุม การทบทวนและแก้ไขอุบัติการณ์ไม่เป็นไปในระยะเวลาที่กำหนด	1.ทบทวนคู่มือบริหารความเสี่ยง 2.สร้างความเข้าใจกระบวนการบริหารความเสี่ยง การค้นหาความเสี่ยง -ช่องทางการค้นหาความเสี่ยง -การใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น trigger tool โดยกำหนดตัว trigger ทั้งหมด 16 ตัว -ทบทวน 12 กิจกรรม -กระบวนการหลักของหน่วยงาน การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การประเมินผล	-ร้อยละการแก้ไขอุบัติการณ์ตามเวลาที่กำหนด
2.	การรายงานความเสี่ยงไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน	1 ผู้บริหารสูงสุดกำหนดนโยบายความปลอดภัย ปลอดภัย ร่วมกระตุ้นให้หน่วยงานบันทึกอุบัติการณ์และแก้ไข 2.หัวหน้าทุกหน่วยงานเป็นกรรมการบริหารความเสี่ยง	-ร้อยละหน่วยงานมีการรายงานความเสี่ยง

3.	เจ้าหน้าที่ไม่คุ้นเคยการใช้โปรแกรมความเสี่ยง NRLS	1.ประชุมแนะนำการใช้โปรแกรมแก่เจ้าหน้าที่ทุกคน 2.กำหนดให้หัวหน้าหน่วยงานร่วม แนะนำติดตาม การใช้โปรแกรมแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน	-เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานใช้โปรแกรมถูกต้อง
----	---	---	--

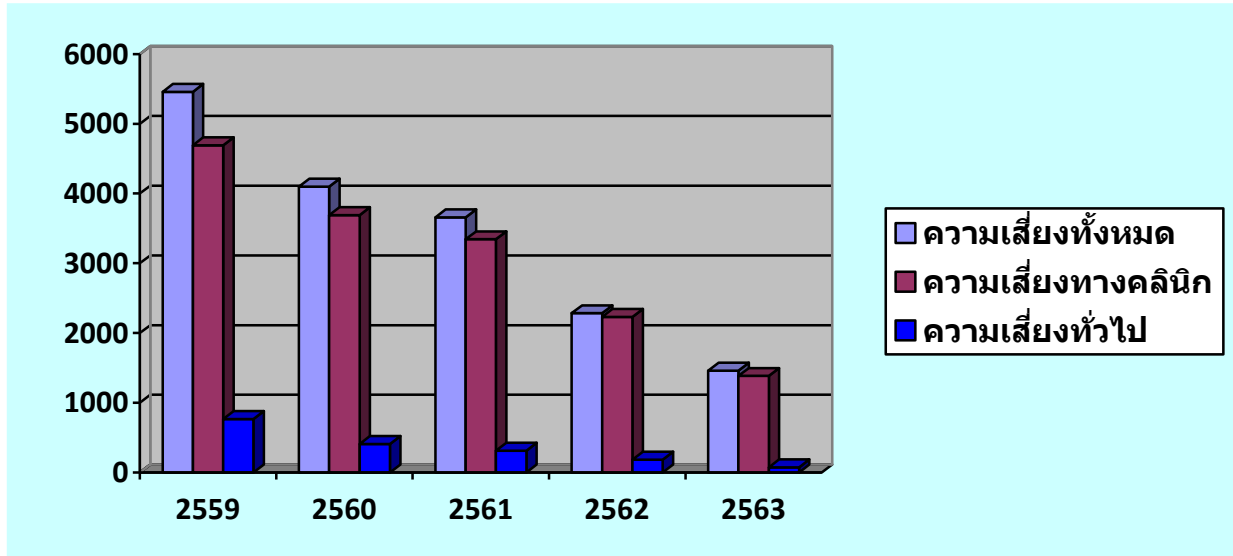
*** จุดเน้นในการพัฒนา**

1. การสร้างความรู้ ความเข้าใจในการใช้โปรแกรมความเสี่ยง
2. การค้นหาความเสี่ยง โดยใช้เครื่องมือต่างๆ
3. การประเมินระดับความรุนแรงและการแก้ไขอุปสรรค
4. ทำ Risk register ทุกหน่วยงาน.

(จ.) ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง :

(ข.) ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) :

จำนวนอุบัติการณ์



	2559	2560	2561	2562	2563
ความเสี่ยงทั้งหมด	5458	4100	3659	2284	1460
ความเสี่ยงทางคลินิก	4692	3691	3345	2232	1385
637ความเสี่ยงทั่วไป	766	409	313	183	75

จากกราฟแท่งแสดงจำนวนอุบัติการณ์ของปี 2559-2563 มีจำนวน 5458,4100,3159,2467 และ 1460 ครั้งจำนวนอุบัติการณ์ลดลงในแต่ละปี พบอุบัติการณ์ที่ลดลงเป็นอุบัติการณ์ที่เกือบพลาดจากความคลาดเคลื่อนทางยา จากการที่มีการทบทวนและการปรับการเฝ้าระวังการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เพิ่มมากขึ้น ส่วนอุบัติการณ์จากการดูแลผู้ป่วยลดลงซึ่งจะต้องกระตุ้นหน่วยงานทางคลินิกให้มีการค้นหาความเสี่ยง จากการใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น Trigger Tool , ทบทวน 12 กิจกรรม

2. อัตรากำลัง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จำนวน 20 คน ประกอบด้วย

- แพทย์ จำนวน 1 คน
- ทันตแพทย์ จำนวน 1 คน
- เกษัตริกร จำนวน 3 คน
- เทคนิคการแพทย์ จำนวน 1 คน
- พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 13 คน
- นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 1 คน

เลขาทีมคุณภาพทุกทีม และหัวหน้างานทุกหน่วยงาน เป็นกรรมการ จำนวน 20 คน

3.เทคโนโลยี

ใช้โปรแกรมความเสี่ยง NRLS (National Reporting Learning System)

4.เครื่องมือที่สำคัญ

ใช้โปรแกรม NRLS ในคอมพิวเตอร์หรือ ผ่านมือถือทาง google chrome

.2.กระบวนการสำคัญ (Key Process)

2.1 กระบวนการหลัก

2.1 กระบวนการหลัก	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
-การค้นหาความเสี่ยง	ทุกหน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับ และบันทึกอุบัติการณ์ในโปรแกรมความเสี่ยง	ความครอบคลุมการรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงาน
-การประเมินและจัดอันดับความรุนแรง	ทุกหน่วยงาน ทีมคุณภาพ ประเมินอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น	
-การจัดการความเสี่ยง	ผู้รับบริการ ประชาชน สิ่งแวดล้อมปลอดภัย	อุบัติการณ์ระดับความรุนแรง E-I ได้ รับการแก้ไข
-การประเมินผล	ทุกหน่วยงานติดตามการดำเนินการตามมาตรการป้องกัน	จำนวนอุบัติการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นซ้ำ

กระบวนการหลัก	กิจกรรม
การค้นหาความเสี่ยง ↓	-กระตุ้นให้หน่วยงานและทีมนำค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากกระบวนการหลัก -รวบรวมความเสี่ยงที่ได้จากการค้นหาในกระบวนการหลัก -รวบรวมอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล -จัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน
การประเมินความเสี่ยง ↓ การจัดการกับความเสี่ยง ↓	-จัดลำดับความสำคัญของอุบัติการณ์ -ประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์ -ประเมินข้อเท็จจริง -ควบคุมความเสียหาย -การป้องกัน/ควบคุมความสูญเสีย -การชดเชยความสูญเสีย -การจัดการความเสี่ยงการบริการของแพทย์
การประเมินผล	-ประเมินการสะท้อนกลับ/ผลการแก้ไขและวิธีการแก้ปัญหา -ประเมินผลการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ -ทบทวนระบบบริหารความเสี่ยง

โปรแกรมความเสี่ยง

ลำดับ	โปรแกรม	ผู้รับผิดชอบ
1	หมวดเวชระเบียนและสารสนเทศ	ทีม IM
2	หมวดป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	ทีม IC
3	หมวดโครงสร้างทางกายภาพ	ทีม ENV
4	หมวดยา สารน้ำ และการให้เลือด	ทีม PTC
5	หมวดการดูแลผู้ป่วย	ทีม PCT
6	หมวดทรัพยากรบุคคล	ทีม RM
7	หมวดสิทธิของผู้ป่วย/ข้อร้องเรียน	ทีม RM

โปรแกรมที่ 1. หมวดเวชระเบียนและสารสนเทศ

อุบัติการณ์	ความรุนแรง	การแก้ไข/ป้องกัน
การบันทึกเวชระเบียนไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน	8	<p>-การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ให้เป็นปัจจุบัน >> สอบถามข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ชื่อ-สกุล หมายเลขโทรศัพท์ ที่อยู่ปัจจุบัน (ไม่เอาที่อยู่ตามบัตรประชาชน) และข้อมูลผู้ติดต่อเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน และตรวจสอบข้อมูลสิทธิการรักษา ทุกครั้ง</p> <p>-การบันทึกข้อมูลประชากร เพิ่ม person</p> <p>1.ห้องบัตรไม่ต้องบันทึกข้อมูลเพิ่ม person >> IT ล็อก การเข้าใช้งาน เพิ่ม person</p> <p>2 นำใบกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ให้กลุ่มงานเวชฯ ตรวจสอบ Type ประชากร</p> <p>3 กลุ่มงานเวชฯนำข้อมูลให้ IT Update เพิ่ม Person ลง Type ประชากร ตามที่กลุ่มงานเวชฯ ตรวจสอบ</p> <p>-audit เวชระเบียน โดยหัวหน้าเวรERประชุมชี้แจงในหน่วยงาน</p> <p>-ทบทวนการลงข้อมูลใน HosXp หน้าจออุบัติเหตุ</p>
เกิดปัญหาด้านข้อมูล สารสนเทศ เช่น ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน/ไม่น่าเชื่อถือ/ไม่เป็นปัจจุบัน	2	<p>-หลังตรวจให้ทำกิจกรรมให้ครบก่อนส่ง admit</p> <p>-การทำบัตรตรวจสอบสิทธิซ้ำทุกครั้ง</p>

โปรแกรมที่ 2. ป้องกันการควบคุมการติดเชื้อ

อุบัติการณ์	ความรุนแรง	การแก้ไข/ป้องกัน
บุคลากรถูกวัสดุอุปกรณ์มีคมทิ่มตำ	2	-การทำหัตถการในการออกเหตุ ให้ทำขณะรูดหยุดเคลื่อนที่ -เพิ่มความระมัดระวังเมื่อใช้ของมีคม
Central Line-Associated Bloodstream Infection	3	-ปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวังตรวจสอบเส้นขณะทำIV round -ใช้หลัก Standard precaution

โปรแกรมที่ 3. โครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม เครื่องมือ การเงิน

อุบัติการณ์	ความรุนแรง	การแก้ไข/ป้องกัน
เกิดปัญหาด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน เช่น ระบบน้ำอุปโภค-บริโภคไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้, ระบบไฟฟ้าไม่เพียงพอไม่พร้อมใช้/ดับ/ช็อต/กระพริบ, การบำบัดน้ำเสีย/กำจัดขยะ ไม่ถูกวิธี/ไม่ได้มาตรฐาน	6	-แจ้งซ่อมตามระบบ หรือตามช่างหากฉุกเฉิน เปลี่ยนหลอดไฟ(เนื่องจากหลอดเดิมช็อต ทำให้ไฟดับทั้งห้อง
เกิดปัญหาด้านการควบคุมการใช้ทรัพยากร เช่น จัดสรรไม่เหมาะสม/ใช้ไม่คุ้ม-ไม่ถูกตามมาตรฐาน/บุคลากรไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด-ขาดทักษะการใช้	4	-ประชุมชี้แจงในที่ประชุมกลุ่มการพยาบาล เรื่องการเก็บอุปกรณ์ หลังส่งต่อผู้ป่วย -สัญญาณฉุกเฉินห้องฟื้น+ห้อง Lab ดั้งขึ้นเองที่ห้องคลอดตรวจสอบจุดกดกริ่ง -ไฟฆ่าเชื้อ UV-C กระพริบ มีผู้ป่วย TB 2+ Admitอยู่เขียนใบส่งซ่อม ใช้ไฟ UV ฆ่าเชื้อ 2 ชั่วโมงก่อนทำความสะอาดและย้ายผู้ป่วยเข้า

อุบัติการณ์	ความรุนแรง	การแก้ไข/ป้องกัน
เกิดกรณีความไม่สงบในสถานพยาบาล เช่น เมาสูราอาละวาด	6	<ul style="list-style-type: none"> - มี รปภ ประจำตึก 4 ชั้นและ 5 ชั้น 24 ชั่วโมง - มีบัตรเฝ้าไข้ - กำหนดการเข้าเยี่ยมถึง 20.00น. - ใส่กุญแจบันไดหนีไฟ - เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยประเมินเหตุการณ์หากเกินกำลัง ประสานงานตำรวจ สอบ - มีการซ้อมแผนกรณีเหตุทะเลาะวิวาทในห้องฉุกเฉินกับตำรวจ
บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางวาจาจากผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลภายนอก	6	<ul style="list-style-type: none"> - การให้ข้อมูลแก่ผู้มารับบริการโดยเจ้าหน้าที่ (แพทย์/พยาบาล) เป็นระยะ ๆ โดยแจ้งว่ามีผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องให้การช่วยชีวิตเร่งด่วน จำนวนเท่าไร - การคัดกรองอาการเบื้องต้น *กรณีไม่ฉุกเฉิน advice แจ้งระยะเวลาการตรวจหลังผู้ป่วยฉุกเฉิน - การเฝ้าระวังเหตุเหตุโดยยาม หรือ เจ้าหน้าที่ตำรวจ

โปรแกรมที่ 4 . ยา สารน้ำ และการให้เลือด

อุบัติการณ์	ความรุนแรง	การแก้ไข/ป้องกัน
Medication error : Prescribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการสั่งใช้ยา)	8	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนวิธีปฏิบัติการพิมพ์ฉลากยา - ตรวจสอบยาซ้ำก่อนจ่ายยา โดยตรวจสอบชื่อ ยา ความแรง จำนวน วิธีใช้ให้ครบถ้วน - ปรับยาตามCr. และทำ pop up in HosXp - ทบทวนยา วิธีการใช้ ขนาด จำนวนของยาเดิม ทุกครั้งก่อนกลับบ้าน

Medication error : Transcribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการคัดลอกยา)	8	<ul style="list-style-type: none"> - กรณีลายมือแพทย์ไม่ชัดเจนให้โทรสอบถามแพทย์ - เกตซ์กรพิมพ์รายการยา วิธีใช้ และจำนวน ลงในโปรแกรม Hos-XP โดยดูจาก copy-order และก่อนสั่งพิมพ์ฉลากยาให้ตรวจสอบชื่อยา ความแรง วิธีใช้ยา และจำนวน เทียบกับ copy - order และ PMP ก่อน หากพบว่าไม่ถูกต้อง ให้แก้ไขให้ถูกต้อง
Medication error : Dispensing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการจ่ายยา)	8	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนวิธีปฏิบัติการรับคำสั่งแพทย์ การจ่ายยา เน้นย้ำวิธีปฏิบัติการเขียนคำสั่งการใช้ยาโดยใช้ชื่อสามัญทางยา - เกตซ์กรตรวจสอบความถูกต้องของฉลากยา และยาที่จัด โดยเทียบกับ copy order และ Patient medication profile : ถูกคน ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา รวมถึงจำนวน-รายการยาครบถ้วน ก่อนการส่งมอบยาให้แก่เด็กผู้ป่วยใน ทำป้ายชื่อยาทั้ง 2 ตัวให้แตกต่างกัน และวางห่างกัน

โปรแกรมที่ 5 การดูแลผู้ป่วย

อุบัติการณ์	ความรุนแรง	การแก้ไข/ป้องกัน
Un-planned Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)	15	<ul style="list-style-type: none"> - การติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพ ขณะให้SK. - การดูแลผู้ป่วยเจ็บหน้าอก -การทำ EKG ชั่ว 15 นาที - ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย palliative care - ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงชักซ้ำ on ET TUBE ก่อนส่งต่อ - ปฏิบัติตามแนวทางการรักษา DKA ระบบปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

<p>Acute Ischemic Stroke ที่ให้การ รักษาไม่ทัน golden period</p>	<p>12</p>	<p>พัฒนาระบบการเข้าถึง -ในคลินิกเรื้อรัง ทำกลุ่มให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ อาการของโรค Stroke และแจกเอกสารให้ผู้ป่วย ติดที่บ้านสื่อสารกันในแต่ละครัวเรือน -รพ.สต. เครื่องข่าย งานเวชปฏิบัติครอบครัว ประชาสัมพันธ์อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องมาโรงพยาบาลทันทีและช่องทางการแจ้ง เหตุ 1669 แก่ประชาชนในพื้นที่</p>
<p>เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินในโรค HT (CVA)</p>	<p>12</p>	<p>-ทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่ม ในผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง คุมไม่ได้ -ติดตามการมาตรวจตามนัด -ส่งข้อมูล ลง รพ.สต. เข็มบ้าน</p>
<p>Hypoxemia /Respiratory failure ใน Exacerbation of COPD</p>	<p>9</p>	<p>-ค้นหาสาเหตุสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ -แนะนำการพ่นยาที่บ้านก่อนมา รพ และอาการ ที่ต้องรีบมา รพผู้ป่วย COPD ระดับ Moderate- Severe ควรได้รับยา LABA +Steroid ทุกราย ใน COPD clinic -ทำกลุ่มในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เรียนรู้การปฏิบัติตน อาการที่ต้องมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่ ส่งคลินิกงคบุหรี -ทวนสอบความถูกต้องของการใช้ยาพ่น โดย เภสัชกรในแต่ละครั้งที่มารับบริการ</p>

โปรแกรมที่ 6 ทรัพยากรบุคคล

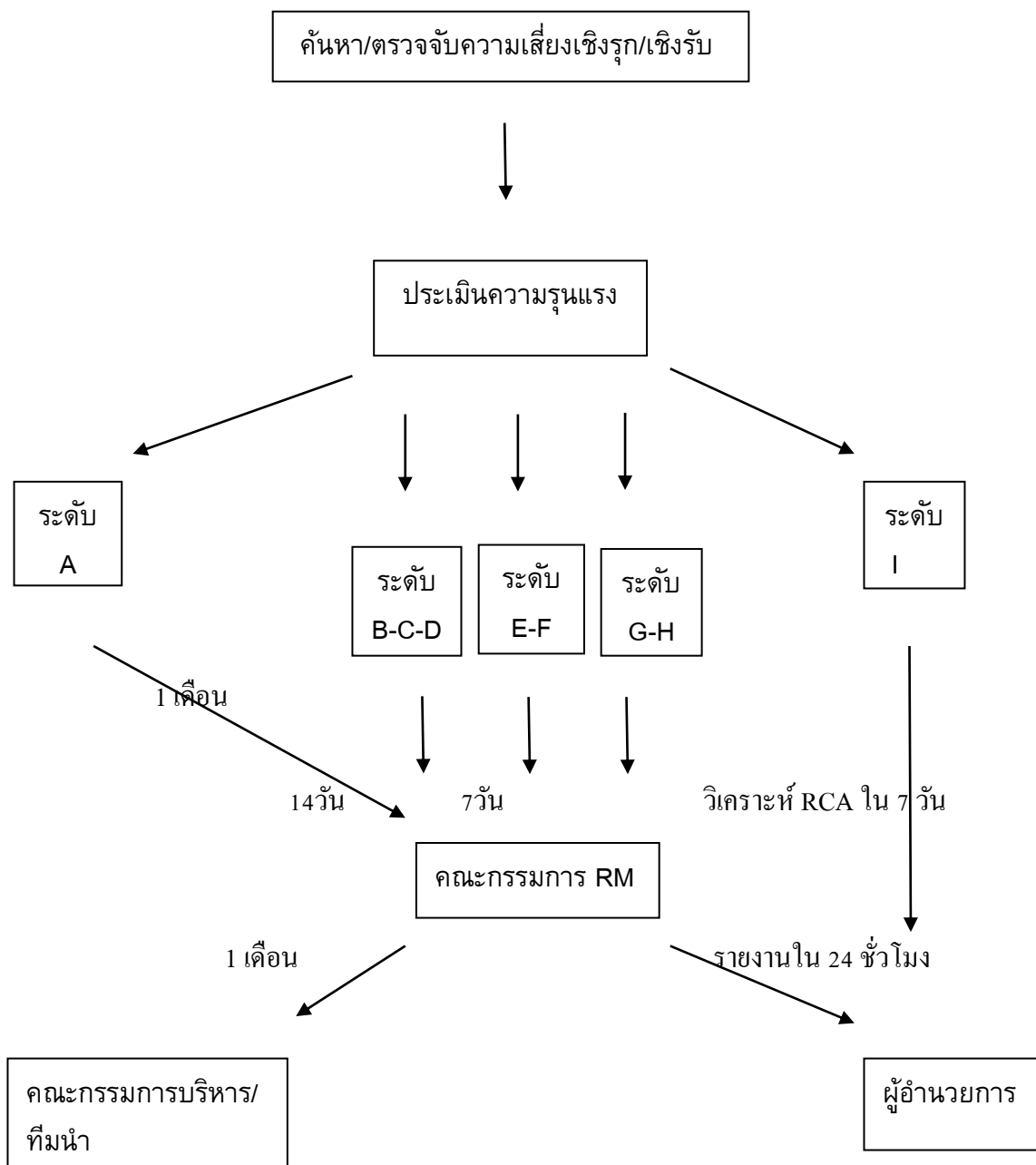
อุบัติการณ์	ความรุนแรง	การแก้ไข/ป้องกัน
บุคลากรไม่มี work-life balance	6	-การเตรียมความพร้อมของพยาบาลเวรส่งต่อนำโทรศัพท์ติดตัวตลอดเวลาและตรวจสอบความพร้อมใช้ของโทรศัพท์ -มีระบบการแลกเวรก่อนทุกครั้ง หากมีการแลกเวรต้องเขียนใบแลกเวรก่อนและแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ -ทบทวนวิธีปฏิบัติการอยู่เวรนอกเวลาราชการห้องยา

โปรแกรมที่ 7 สิทธิของผู้ป่วย/ข้อร้องเรียน

อุบัติการณ์	ความรุนแรง	การแก้ไข/ป้องกัน
เจ้าหน้าที่ถูกร้องเรียน -ห้องน้ำห้องพิเศษไม่สะอาด -พฤติกรรมบริการพยาบาลเรื่องการพูดจา การให้ข้อมูล	4	-แจ้งหัวหน้าพนักงานทำความสะอาดที่รับผิดชอบของพื้นที่นั้น ทำความสะอาด -กำหนดตารางการทำความสะอาดและการตรวจสอบพร้อมทั้งให้มีพนักงานทำความสะอาดอยู่ประจำจุด -หัวหน้างานทุกงาน พุดคุย ทบทวนแนวปฏิบัติการบริการที่ดี การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการและญาติ

กระบวนการบริหารความเสี่ยง

กระบวนการบริหารความเสี่ยง เริ่มจากค้นหา/ตรวจจับความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง (การรายงาน/แก้ไขความเสี่ยง) การติดตามและประเมินผล



ระดับความรุนแรง

A	(เกิดที่นี่) เกิดเหตุการณ์ขึ้นหลังจากตัวเองค้นพบได้ด้วยตัวเอง สามารถปรับแก้ไขได้ ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่น ผู้ป่วย และบุคลากร
B	(เกิดที่ไกล) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งผลต่อเหตุการณ์ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร
C	(เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น และมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร แต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย
D	(ให้ระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบกับผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ ว่าไม่เป็นอันตราย
E	(ต้องรักษา) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/รักษาเพิ่มมากขึ้น
F	(เยียวานาน) เกิดความผิดพลาดมากขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น
G	(ต้องพิจารณา) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ทำให้เกิดความพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง /ความเชื่อถือ หรือมีการร้องเรียน
H	(ต้องการปรับ) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร มีผลทำให้ต้องการช่วยชีวิตหรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล
I	(จำใจลา) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียง โดยมีการฟ้องร้องทางศาล/ สื่อ

ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไป

ระดับ	ผลกระทบ
1	เกิดความผิดพลาดขึ้นแต่ไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 0-10,000 บาท)
2	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยมีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 10,001-50,000 บาท)
3	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบ (ที่ต้องการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 50,001-250,000 บาท)
4	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว (ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 250,001-10,000,000บาท)
5	เกิดความผิดพลาดนั้นแล้ว และมีผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหายมากกว่า 10 ล้านบาท)

3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560	2561	2562	2563
จำนวนความเสี่ยงที่รับการรายงาน(ทั้งหมด/เพิ่มขึ้น		7101	5458	4100	3659	2467	1460
ร้อยละการรายงาน near miss	>70%	0.11	72	76	87	90	56
ร้อยละอุบัติการณ์E-Iที่ได้รับการแก้ไข	100	38	72.6	84.3	83	83.3	65.69
ร้อยละอุบัติการณ์3-5ที่ได้รับการแก้ไข	100	100	100	100	100	100	100
อัตรา AE :1000 วันนอน	<5:1000 วันนอน	1.45	3.75	2.16	3.58	2.67	1.9

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อให้เป็นไปตามที่คาดหวังและป้องกันความเสี่ยงสำคัญของแต่ละกระบวนการ (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

ลำดับ	เรื่อง	กระบวนการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1.	อบรมการบริหารความเสี่ยง	-อบรมการบริหารความเสี่ยง แก่ แกนนำทุกหน่วยงาน	ร้อยละหน่วยงานมีการ บริหารความเสี่ยง 72

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ

ลำดับ	เรื่อง	กระบวนการ	เครื่องชี้วัด
1.	-พัฒนาการค้นหาความเสี่ยง -	-กำหนดเครื่องมือในการค้นหาความเสี่ยง -ติดตามการค้นพบความเสี่ยงเชิงรุกในที่ประชุมกรรมการบริหารความเสี่ยง -สรุปรายงานความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงานต่อทีม -RM round ค้นหาปัญหาของการบริหารความเสี่ยงในแต่ละหน่วยงานและให้ความรู้การบริหารความเสี่ยงแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน -ปรับให้เจ้าหน้าที่ที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์บันทึกเหตุการณ์ในโปรแกรมแทนการลงสมุด	-ร้อยละหน่วยงานในโรงพยาบาลมีการรายงานอุบัติการณ์
2.	อบรมการบริหารความเสี่ยงและการใช้โปรแกรมความเสี่ยง NRLS	อบรมการบริหารความเสี่ยงแก่แกนนำหน่วยงานรุ่นที่ 2 ของทุกหน่วยงานทางคลินิก	-จำนวนอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น

5.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

โครงการ/ วัตถุประสงค์	เครื่องชี้วัด/เป้าหมาย	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับ ผิดชอบ	งบประ มาณ
พัฒนาระบบการรับ เรื่องร้องเรียนและ คุ้มครองสิทธิ วัตถุประสงค์ -เพื่อพัฒนาระบบข้อ ร้องเรียนตามมาตรฐาน สปสช.	-ข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไขร้อยละ 100 -ข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ 80 เป้าหมาย -ทีมนำ/ทุกหน่วยงาน	มีศูนย์รับเรื่องร้อง เรียน/ คณะกรรมการ ไต่สวน	ตุลาคม 2563- กันยายน 2564	RM ทีมไต่สวน	0
อบรมฟื้นฟูความรู้ การบริหารความเสี่ยง และการรายงานผ่าน โปรแกรมความเสี่ยง NRLS แก่ จนทใน หน่วยงานทางคลินิก วัตถุประสงค์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่มี ความรู้ ความเข้าใจใน การค้นหา และการลง รายงานความเสี่ยง โปรแกรมความ เสี่ยง NRLS	บุคลากรสามารถรายงาน ความเสี่ยงจากโปรแกรม ความเสี่ยงได้ มากกว่า ร้อยละ 90 เป้าหมาย -ทีมนำ/พยาบาลทุกหน่วย งานทางคลินิก	หัวหน้างานมีการ ประชุม/สอนการ ใช้โปรแกรมความ เสี่ยง NRLS	ตุลาคม 2563- กันยายน 2564	RM คณะกรรมการ การบริหาร ความเสี่ยง	0
อบรมทีมนำ/หน่วยงาน ในการบริหารความเสี่ยง วัตถุประสงค์ เพื่อให้ทีมนำและทุก หน่วยงานสามารถบริหาร	ทุกหน่วยงานมีการบริหาร ความเสี่ยง เป้าหมาย -ทีมนำ/ทุกหน่วยงาน		สิงหาคม 2564	RM คณะกรรมการ การบริหาร ความเสี่ยง	20,000

ความเสี่ยงได้อย่างมี ประสิทธิภาพ					
<p>ประกวดหน่วยงานการ จัดการความเสี่ยงดีเด่น</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ ทุกหน่วยงานมีการ บริหารความเสี่ยงและมี การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>-จำนวนหน่วยงานที่ส่งเข้า ประกวด</p> <p>-จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ พื้นฐานการประกวด</p> <p>เป้าหมาย ทุกหน่วยงาน</p>	<p>จัดประกวดหน่วย งานที่มีจำนวนการ รายงานความเสี่ยง สูงและหน่วยงาน ที่มีการจัดการ ความเสี่ยงดีเด่น</p>	<p>ตุลาคม 2563- กันยายน 2564</p>	<p>RM</p>	<p>10,000</p>

กิจกรรมทบทวนที่สำคัญ

เหตุการณ์	วิเคราะห์สาเหตุ	การปรับเปลี่ยน	เป้าหมาย	ผลการทบทวน	โอกาสพัฒนา
<p>1.ผู้ป่วยชายไทยสูงอายุ รูปร่างผอม อายุ 60 ปี อยู่บ้านเลขที่ 312 หมู่ 6 ตำบล ภูเงิน อำเภอ กันทรลักษ์ จังหวัด ศรีสะเกษ มารับการรักษาตั้งแต่วันที่</p> <p>20 กรกฎาคม 2553 – 4 สิงหาคม 2553 Dx. CA Ampulla vater with liver lung masstas with right pleural effusion Admitted 20 กรกฎาคม 2553 – 4 สิงหาคม 2553 14 วัน อาการผู้ป่วยไม่ทุเลา (ทรง,ทรุด) ญาติจึงขอกลับบ้าน แพทย์ D/C เวลา 15.30 น. ญาติติดต่อขอรถส่งผู้ป่วยกลับบ้าน 16.00 น. จากนั้นพยาบาลดูแล Off ICD , Dressing แผล</p>	<p>1. ช่วงเวลาที่ญาติร้องขอรถส่งกลับบ้าน 16.00 น. แต่ดีกรอคเคลิเยร์ D/C ให้เรียบริยจึงตามรถเวลา 16.30 น.</p> <p>2. การพิจารณา OT กรณีส่ง case วาระสุดท้ายกลับบ้าน ยังไม่ได้มีกำหนดในข้อปฏิบัติที่ชัดเจน จึงต้องขอคูลยพินิจพยาบาลนิเทศ</p> <p>3.พนักงานขับรถเวร 1 ไม่แจ้งให้ERทราบ ว่าอยู่ที่ไหน เพราะวาคาดว่าเป็นCaseที่รอได้และสามารถมาทัน</p>	<p>1. กำหนดให้ดีกประสานขอรถทันทีที่ได้รับแจ้งจากญาติ เพื่อเป็นเวลาให้ ER ได้มีเวลาในการประสานรถ กรณีรถ refer ยังติดภารกิจอยู่ เพื่อพิจารณารถ refer คันอื่นทดแทน</p> <p>2. กำหนดให้ถือปฏิบัติกรณี case วาระสุดท้าย และกรณีส่งศพเป็นกรณีเดียวกัน สามารถเบิก OT พนักงานขับรถได้</p> <p>3.ปรับปรุงการติดต่อสื่อสารให้ชัดเจนโดยต้องระบุด้วยว่าด่วนหรือไม่ด่วน</p>	<p>1.พยาบาลและผู้ช่วย REFER</p> <p>2.พนักงานขับรถส่งต่อ</p>	<p>1.พนักงานขับรถและพยาบาลส่งต่อต้องมาในเวลา 10 นาทีเมื่อถูกตามส่งต่อ</p>	<p>1.ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ในการอยู่เวรตลอด 24 ชั่วโมง</p>

<p>ICD , Off IV ให้ แนะนำญาติเก็บ ของใช้ แจ้งประสานงานไปที่ ER ขอรถส่งผู้ป่วย เวลา 16.30 น. ER โทรตามเวร1คือคุณจรุงรับทราบ ว่ามีส่งผู้ป่วยที่ตึก4แต่ไม่ยอมบอก ว่าตอนนี้คุณจรุงอยู่ที่ศิริรตนะและ พยาบาลERไม่มั่นใจเรื่องการเบิก OT ของ พนักงานขับรถ จึงขอ ปรึกษาพยาบาลนิเทศ(แต่ก็ได้ตาม คุณจรุงแล้ว) พยาบาลนิเทศรับ consult จาก ER เวลา 16.40 น. มี คำสั่งให้รถเวร 2 ออกมารับ-ส่ง ผู้ป่วย รถมาถึงตึกเวลา 17.00 น. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากตึก เวลา 17.05 น.</p>					
---	--	--	--	--	--

เหตุการณ์	วิเคราะห์สาเหตุ	การปรับเปลี่ยน	เป้าหมาย	ผลการทบทวน	โอกาสพัฒนา
<p>2. สภาพทั่วไป เด็กชายไทย รู้สึกตัวดีผิวสีเหลือง รูปร่างผอม ญาติให้ประวัติว่า ไข้ อาเจียน 3 ครั้ง เหนื่อยเพลีย ขณะรอซักประวัติที่จุดคัดกรองผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมาก คลื่นไส้ อาเจียนตลอด จึงย้ายผู้ป่วยมาตรวจที่ห้องตรวจ อุบัติเหตุฉุกเฉิน แรกรับที่ห้อง อุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยมีอาการ อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียนตลอด สัญญาณชีพแรกรับ T = 38 องศาเซลเซียส P = 100 ครั้ง/นาที R = 40 ครั้ง/นาที BP = 80/50 mmHg O₂ room air = 89%</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วย มาเข้ารับการรักษาวันที่</p>	<ol style="list-style-type: none"> จัดระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่และลดระยะเวลาการรอคอย เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ทันที จัดสถานที่ให้บริการการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกเฉพาะในกลุ่มที่มีอาการไข้หวัด ใช้แนวทางการตรวจรักษาและการวินิจฉัยโรค H1N1 ตามเกณฑ์ที่กำหนด กรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการวิกฤติ เน้นย้ำแพทย์ พยาบาล ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยเป็นระยะๆ ให้ข้อมูลและคำแนะนำญาติที่สัมผัสใกล้ชิดและมีภาวะเสี่ยง ตรวจและรับยา และกลุ่มที่สังเกตอาการ กำหนดแนวทางการดูแลศพ 	<ol style="list-style-type: none"> แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยเฉพาะ H1N1 	<ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก ได้รับการดูแลภายใน 4 นาที = 100 % 	<ol style="list-style-type: none"> ได้ทบทวนแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย จัดสถานที่ให้บริการ H1N1 ที่ด้านหน้า การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การให้ข้อมูลในชุมชนที่รวดเร็ว 	<ol style="list-style-type: none"> การคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องรวดเร็ว

<p>16 กันยายน 53 เวลา 15.56 น. ด้วยอาการ ไข้ ปวดศีรษะ อาเจียน หลังรับประทานอาหาร สัญญาณ ชีพแรกรับ T = 38.5 องศา เซลเซียส P = 98 ครั้ง/นาที R = 22 ครั้ง/นาที BP = 90/60 mmHg แพทย์วินิจฉัย Gastritis ได้รับยา กลับบ้าน ดังนี้ Paracetamol 120mg/5ml SYR 1 ขวด Domperidone 5 mg. SYP ORS เด็ด 10 ซอง Bromhexine 4 mg. หลังรับยากลับไปทานที่บ้าน อาการไม่ดีขึ้น 17 กันยายน 53 เวลา 16.35 น. ไข้ อาเจียน 3 ครั้ง เหนื่อยเพลีย เข้า รับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ขณะรอตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วย</p>	<p>และจัดการศพ 7. แจ้งเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสใกล้ชิด ตรวจและรับยา 8. ติดตามอาการผิดปกติของผู้ สัมผัสโรคอย่างต่อเนื่อง 9. ทีมระบาด SRRT ของ โรงพยาบาลพื้นที่เชิงรุกร่วมกับ ทีมอำเภอหรือตำบลเพื่อให้ข้อมูล ที่ชัดเจน และถูกต้องแก่ญาติและ ประชาชนในพื้นที่</p>				
---	---	--	--	--	--

<p>นอก ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ มาก คลื่นไส้ อาเจียนตลอด จึงย้าย ผู้ป่วยมาตรวจที่ห้องตรวจ อุบัติเหตุฉุกเฉิน</p> <p>ประวัติสุขภาพ ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด</p> <p>การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Lab CBC (17 กันยายน 53) HGB : 14.2 WBC : 10,100 HCT : 41 NEU : 74 MCV : 82 LYM : 20 MCH : 29 MON : 3 MCHC : 35 EOS : 2 PLT : 364,000 CXR พบ Both lung infilltration</p>					
---	--	--	--	--	--

<p>Dx : Influenza with pneumonia ,virus not identified (H1N1) การรักษาขณะอยู่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย เพลีย หายใจ</p>					
<p>3.การออกรับผู้ป่วย EMS ล่าช้า เหตุการณ์เกิดเวรป่วย 27 กันยายน 2553</p>	<p>1. เจ้าหน้าที่ลงพัก ทำให้ อัตรากำลังในการทำงานไม่เพียงพอในขณะนั้น</p> <p>2. มีผู้ป่วยมารับบริการทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน มารอตรวจ และทำหัตถการจำนวนมาก</p> <p>3. ระบบการจัดการของหัวหน้าเวรไม่ชัดเจน</p> <p>4. ขาดการประสานงานระหว่างทีม</p>	<p>1.กรณีมี Case EMS ถ้า อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ให้แจ้งพยาบาลนิเทศทราบเพื่อ ประสานจัดการให้</p> <p>2.กรณีเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน ลงพัก สามารถโทรตามให้มาช่วยได้</p> <p>3.กรณี ER มีผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนมาก ให้ใช้ระบบแผนก เหมือนอุบัติเหตุหมู่โดยโทร</p>	<p>ร้อยละของ การให้บริการ การแพทย์ ฉุกเฉินภายใน 10 นาที คิด เป็น 75</p>	<p>-หลังการพิจารณาปัญหาและแนวทางแก้ไขแล้วนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติยังไม่พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน</p>	<p>พัฒนาที่มงาน EMS ให้บริหาร จัดการพร้อม ปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง</p>

		<p>ประสานระหว่างตึก ขอความช่วยเหลือ</p> <p>4.เรียกทีมกู้ชีพเครือข่ายที่อยู่ใกล้เคียงเช่น กู้ชีพ อบต.น้ำอ้อม นำส่งรพ.</p> <p>5.ให้เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินทำสมุดติดต่อเครือข่ายกู้ชีพอีก 1 ชุด เพื่อสะดวกในการติดต่อ รวมทั้งต้องเช็ควิทยุสื่อสารให้พร้อมสำหรับเวลาออกเหตุการณ์จัดการเหมือนอุบัติเหตุหมู่</p>			
<p>4.รับแจ้งรายงานความเสียหายจากรพ.สปส.จังหวัดอุบลราชธานี วันที่ 10 มกราคม 2554 เวลาประมาณ 14.40 น ว่ามีผู้ป่วยจะ Refer มาที่รพ.สปส. เป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 71 ปี DX: Hypovolemic shock with severe</p>	<p>1.ความเร่งรีบในการส่งต่อทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุม 5 ด้าน</p> <p>2. การบริหารจัดการโดยบุคคลหลายคน ทำให้ผู้ปฏิบัติสับสน ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย shock</p>	<p>1. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย shock</p>	<p>ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน คิดเป็น 0</p>	<p>- ทบทวนแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยชอกผู้ป่วยรายนี้ได้ AMPUTATE ที่ขาอาการอื่น ๆ ดีขึ้น</p>	<p>ทบทวนความรู้ความสามารถเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย shock ตามมาตรฐาน</p>

<p>LW at Lt leg with Open fracture both bone Lt leg BP=60/40 รพ.สปส แนะนำให้เปิด IV 2 เส้น เพื่อเพิ่มสารน้ำให้ร่างกายเพียงพอและให้ Stop bleed เพื่อหยุดเลือด และให้เจาะ Hct. ก่อน Refer</p> <p>เวลา 15.48 น รพ.กล.นำส่งผู้ป่วยถึงรพ.สปส.และพบว่าผู้ป่วยได้รับ IV เพียงเส้นเดียวต่อกับ Three way แต่มีสารน้ำ 2 ถุง และ Stop bleed มาแต่ มีเลือดที่ Spinal board ไม่เจาะ Hct มา Hct ที่รพ.สปส.ได้ 28%</p>	<p>3. ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย shock</p>				
---	---	--	--	--	--