



โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์
Ronphibun Hospital

RBH

Risk Management System

นางจรีรัตน์ มัชฌิมวงศ์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

20 02 2020



RBH Risk Management System

หน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

- ร่วมกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัย
- ออกแบบระบบการบริหารความเสี่ยง
- ส่งเสริม ให้นำหน่วยงานมีการรายงานอุบัติการณ์ อย่างสม่ำเสมอ
- ส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย
- รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง จัดทำ **Risk Register** ระดับองค์กร
- ติดตามกำกับให้มีการทบทวนอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง



RBH Risk Management System

นโยบาย

- การรายงานความเสี่ยงไม่ถือว่าเป็นความผิด
- บุคลากรทุกคน เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น
- ทุกหน่วยงาน มีระบบการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ
- บุคลากรทุกคน มีหน้าที่ในการปกป้องชื่อเสียงขององค์กร



RBH 2 P Safety goal 2563

Pateint Safety Goal

- Hand hygiene
- warfarin safety
- Patient Identification Safety
- Right and Accurate Laboratory Result
- Medical Emergency
 - ACS
 - Ischemic Stroke
 - Sepsis

Personel Safety Goal

Ambulance and Referral Safety





RBH 11 Sentinel events

1. บุคลากร/ผู้รับบริการ เสียชีวิตโดยไม่คาดคิด
2. อัคคีภัย และภัยพิบัติทุกชนิด
3. ข้อร้องเรียนที่อาจมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล หรือเสียงต่อการฟ้องร้อง
4. ความคลาดเคลื่อนทางยา(ระดับ G,H,I)
5. หม่าต้วตายในโรงพยาบาล
6. ถูกทำร้ายร่างกาย คุกคาม ช่มชู้
7. ส่งมอบทารกผิดคน
8. ให้เลือดผิดคน
9. ผู้ป่วยหลบหนีออกจากโรงพยาบาล
10. อุบัติเหตุขณะส่งต่อผู้ป่วย
11. โครงการมทรัพย์สินของทางราชการ

แจ้ง ผอ.

ทันที





โปรแกรมความเสี่ยง และ Risk Owner

| โปรแกรมความเสี่ยง ทางคลินิก | Risk Owner |
|--|---------------------------|
| 1.โปรแกรมด้านการดูแลรักษา (PCT) | นางยุภาวดี จิยพงษ์ |
| 2.โปรแกรมด้านการป้องกันการติดเชื้อ (IC) | นางนริสา วิทยาวัฐ |
| 3.โปรแกรมด้านความคลาดเคลื่อนทางยา | นางปารวี รongพินิจ |
| 4.โปรแกรมด้านการตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการ (Lab) | นางสาวธารรัตน์ ศักดิ์ศิริ |
| 5.โปรแกรมด้านการบันทึกเวชระเบียน (IM) | นางจรีรัตน์ มัชฌิมวงศ์ |
| | |



โปรแกรมความเสี่ยง และ Risk Owner

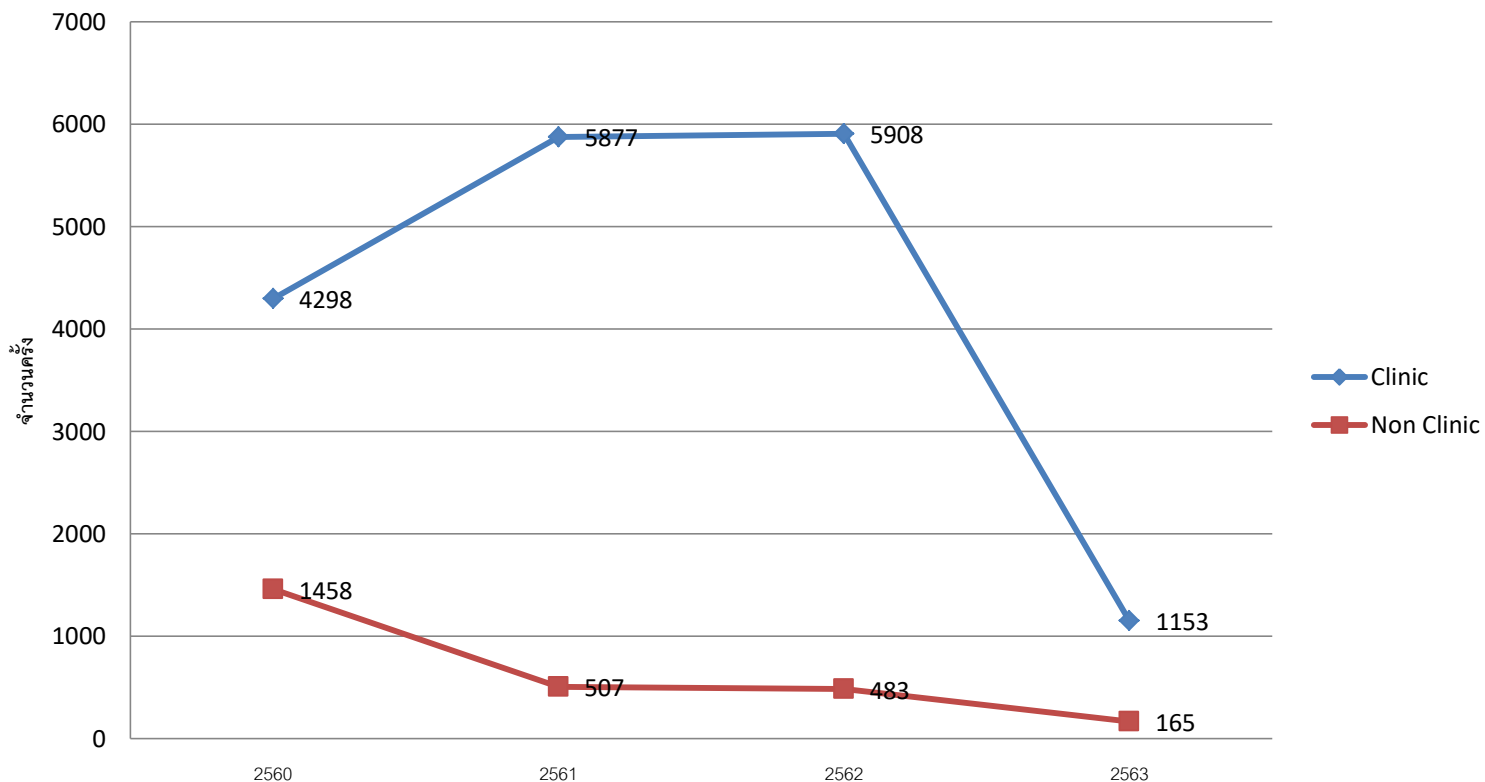
| โปรแกรมความเสี่ยง ทั่วไป | Risk Owner |
|---|--|
| 1. โปรแกรมความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) | นายศุภเวช อยู่คง |
| 2. โปรแกรมด้านการป้องกันการติดเชื้อ (IC) | นางนริสา วิทยารัฐ |
| 3. โปรแกรมด้านการร้องเรียน / สิทธิผู้ป่วย | นางอำไพ ทองเลี่ยมนาค |
| 4. ความเสี่ยงด้านนโยบาย กลยุทธ์ และการควบคุมภายใน | นายสยาม รามคล้าย นางอำไพ ทองเลี่ยมนาค |
| 5. ความเสี่ยงด้านทรัพยากรบุคคล (HRD) | นางปารวี รongพิณีจ |
| 6. ความเสี่ยงด้านการสื่อสาร และเทคโนโลยี (IM) | นางอำไพ ทองเลี่ยมนาค |



ผลการดำเนินงาน

การรายงานความเสี่ยง

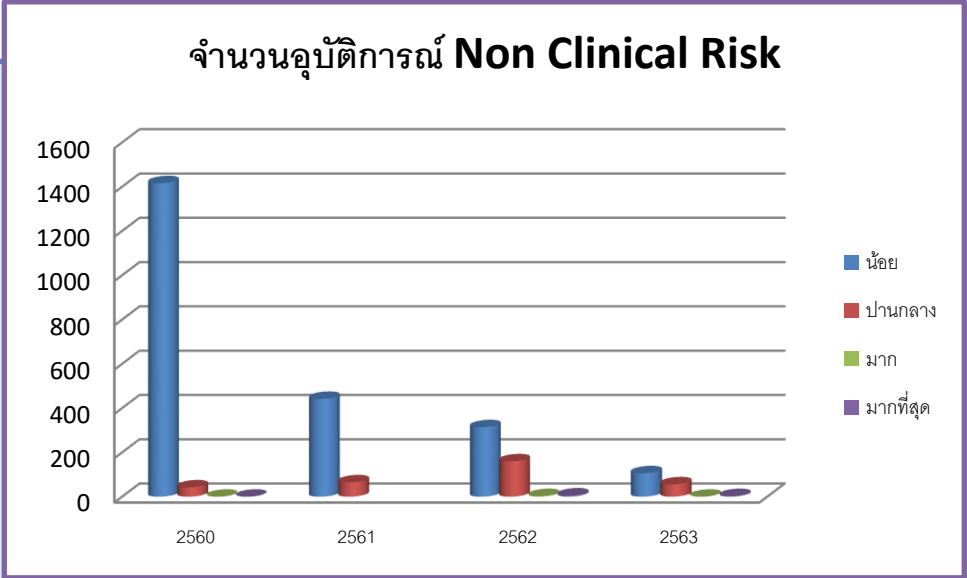
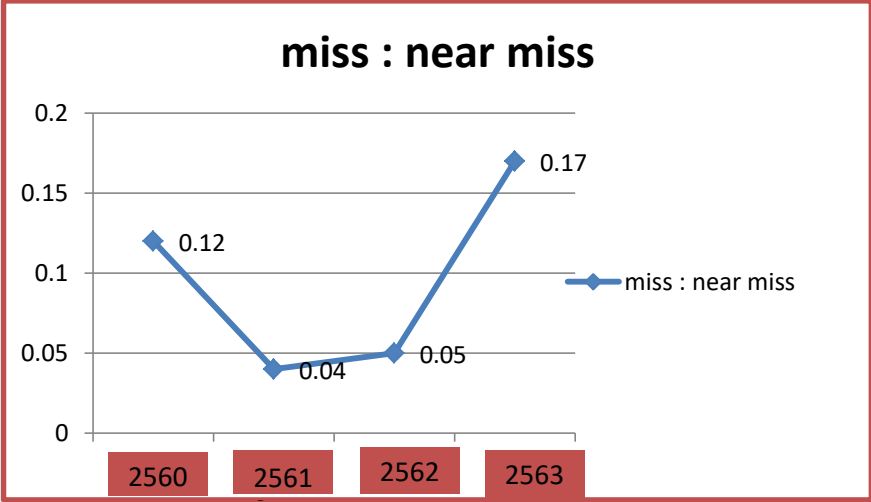
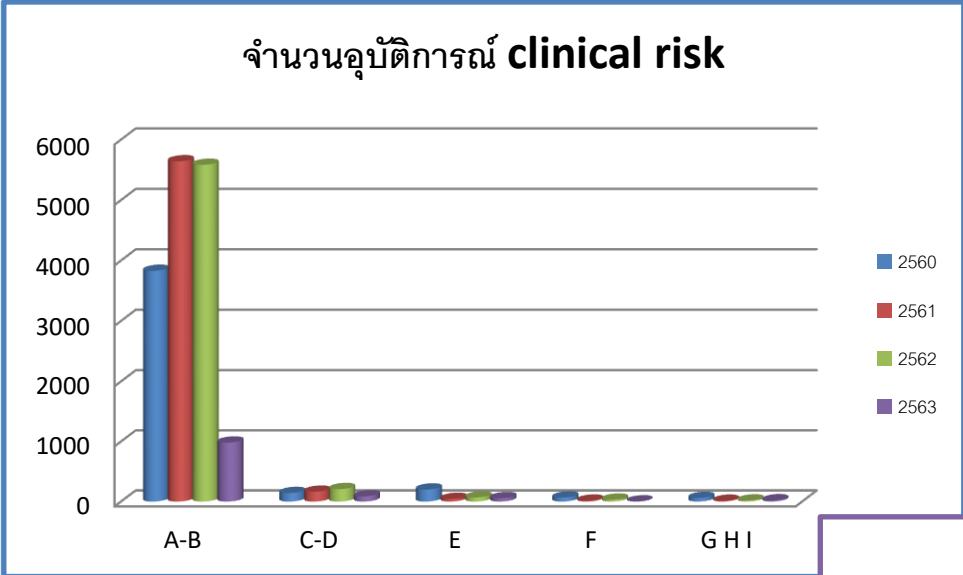
กราฟแสดงจำนวนครั้งการรายงานอุบัติการณ์





ผลการดำเนินงาน

การรายงานความเสี่ยง





ผลการดำเนินงาน 7 ประเด็น PSG

1. Hand hygiene

| Goal | Process | Result | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-------------------------|--------------------------|------------------------------|-------|------|-------|------|----|----|----------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------|------|----|----|----|-----|----|------|----|----|----|-----|----|
| <p>บุคลากรทำ ความสะอาดมือ อย่างถูกต้องและ เป็นนิสัย เมื่อทำ การตรวจหรือ รักษาพยาบาล ผู้ป่วย</p> | <ul style="list-style-type: none"> สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น อย่างเพียงพอ อบรมเชิงปฏิบัติการ ประเมินติดตามการปฏิบัติ และให้ข้อมูลย้อนกลับ มีแผ่นป้ายเชิญชวน/เตือน/ ให้ความรู้เรื่องการทำความ สะอาดมือ ผู้นำมีส่วนร่วมในการ กระตุ้นบุคลากร | <div data-bbox="1099 444 1866 879"> <p>ล้างมือ 7 ขั้นตอน</p> <table border="1"> <caption>ล้างมือ 7 ขั้นตอน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2560</td> <td>93.26</td> </tr> <tr> <td>2561</td> <td>96.48</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>88</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox="1099 908 1866 1372"> <p>อัตราการล้างมือ 5 moment</p> <table border="1"> <caption>อัตราการล้างมือ 5 moment</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>1. ก่อนสัมผัสผู้ป่วย</th> <th>2. หลังสัมผัสผู้ป่วย</th> <th>3. ก่อนทำหัตถการ/ถอด...</th> <th>4. หลังสัมผัสสารคัดหลั่ง</th> <th>5. หลังสัมผัสสิ่งปนเปื้อน...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>64</td> <td>95</td> <td>60</td> <td>100</td> <td>74</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>64</td> <td>95</td> <td>60</td> <td>100</td> <td>74</td> </tr> </tbody> </table> </div> | ปี | คะแนน | 2560 | 93.26 | 2561 | 96.48 | 2562 | 88 | ปี | 1. ก่อนสัมผัสผู้ป่วย | 2. หลังสัมผัสผู้ป่วย | 3. ก่อนทำหัตถการ/ถอด... | 4. หลังสัมผัสสารคัดหลั่ง | 5. หลังสัมผัสสิ่งปนเปื้อน... | 2561 | 64 | 95 | 60 | 100 | 74 | 2562 | 64 | 95 | 60 | 100 | 74 |
| ปี | คะแนน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2560 | 93.26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2561 | 96.48 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2562 | 88 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ปี | 1. ก่อนสัมผัสผู้ป่วย | 2. หลังสัมผัสผู้ป่วย | 3. ก่อนทำหัตถการ/ถอด... | 4. หลังสัมผัสสารคัดหลั่ง | 5. หลังสัมผัสสิ่งปนเปื้อน... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2561 | 64 | 95 | 60 | 100 | 74 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2562 | 64 | 95 | 60 | 100 | 74 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ผลการดำเนินงาน 7 ประเด็น PSG

2.CAUTI Prevention

| Goal | Process | Result |
|---|---|---|
| ป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวน ปัสสาวะ | <ul style="list-style-type: none">มีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อกำหนดแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ คือ คาสายสวนปัสสาวะเมื่อมีความจำเป็นตามข้อบ่งชี้หลีกเลี่ยงการคาสายสวนปัสสาวะโดยไม่จำเป็นส่งเสริมทักษะ Aseptic technique แก่ผู้ปฏิบัติทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยขณะคาสายสวนปัสสาวะสอนญาติ ผู้ดูแล | <ul style="list-style-type: none">อัตราการติดเชื้อขณะคาสายสวนปัสสาวะ = 0 <p><u>โอกาสพัฒนา</u> เพิ่มมาตรการการเฝ้าระวังการติดเชื้อ CAUTI ในชุมชน (Post Discharge Surveillance)</p> |



ผลการดำเนินงาน 7 ประเด็น PSG

3.Safe from HAD - Warfarin

| Goal | Process | Result |
|---|--|--|
| 1.ลดความคลาดเคลื่อนของยาความเสี่ยงสูง 2.ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาความเสี่ยงสูง | <ul style="list-style-type: none">กำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงจัดทำแนวปฏิบัติและสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ที่เกี่ยวข้องติดตามกำกับการใช้ยา เช่น จัดทำชุดคำสั่ง ข้อความเตือน การ double check จัดทำ protocols การใช้ยา ต้านฤทธิ์ แนวทางการช่วยชีวิต | <ul style="list-style-type: none">ปี 2562 เกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในผู้ป่วยที่ on Warfarin ระดับ F = 4 ครั้ง |



ผลการดำเนินงาน 7 ประเด็น PSG

4. Patient Identification

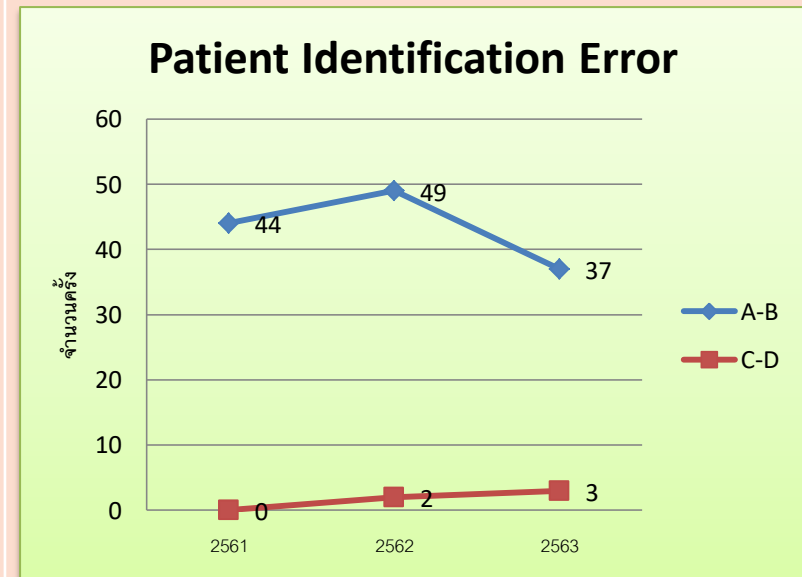
Goal

เพื่อให้การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยเป็นไปทิศทางเดียวกันและป้องกันการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิด

Process

- วางแนวทางปฏิบัติ เรื่องการระบุตัวผู้ป่วย ในการตรวจสอบและระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อนให้การรักษ เช่น การทำหัตถการ การให้เลือด การให้ยา ก่อนการส่งต่อ การเปลี่ยนผ่าน การรายงาน
- กำหนดตัวบ่งชี้อย่างน้อย 2 ตัว คือ ชื่อ-สกุล และ อายุ
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย
- ตรวจสอบซ้ำและทบทวนเพื่อป้องกันการบันทึกข้อมูลซ้ำอัตโนมัติโดยเครื่องคอมพิวเตอร์

Result





ผลการดำเนินงาน 7 ประเด็น PSG

5. Diagnostic Error

| Goal | Process | Result |
|------------------------------|---|--|
| ลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค | <ul style="list-style-type: none">ใช้ Trigger เพื่อทบทวนเวชระเบียนในการเรียนรู้ข้อผิดพลาดการทบทวน ในขณะดูแลผู้ป่วย , grand roundsวางระบบการตรวจประกอบการวินิจฉัยโรคที่ครอบคลุมส่งเสริมให้มีการใช้ความเห็นที่สอง (second opinions) ในการวินิจฉัยโรคเสริมพลังให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการวินิจฉัยโรค | <p>Delayed Diagnosis</p> <p>2561 = 3 ราย (F) 2562 = 3 ราย (F) 2563 = 1 ราย (F)</p> <p>Missed Diagnosis</p> <p>2562 = 2 ราย (F)</p> <p><u>โอกาสพัฒนา</u></p> <p>--จัดให้มีเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจในการวินิจฉัยโรคให้แพทย์สามารถใช้ได้ ณ จุดบริการ</p> |



ผลการดำเนินงาน 7 ประเด็น PSG

6. Effective Triage

| Goal | Process | Result |
|--|---|---|
| เพิ่มประสิทธิภาพของการคัดแยกและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉิน | <ul style="list-style-type: none">ใช้เกณฑ์การคัดแยก และจัดลำดับการบริบาล ตามมาตรฐานของสพฐ.พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการคัดแยกจัดทำ Triage Policy and Procedureผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ได้รับการ Triage ภายใน 4 นาทีกำหนดระยะเวลารอคอยแพทย์ (waiting time) แยกตามระดับการคัดแยก | โอกาสพัฒนา เกี่ยวกับการ Monitoring <ol style="list-style-type: none">การเก็บข้อมูลเพื่อประเมินประสิทธิภาพการคัดแยกการทำ Triage Auditการเก็บตัวชี้วัด<ol style="list-style-type: none">3.1 undertriage3.2 overtriage3.3 ระยะเวลารอคอยแพทย์ |



ผลการดำเนินงาน 7 ประเด็น PSG

7. Right and Accurate Laboratory Result

| Goal | Process | Result |
|--|---|---|
| <p>เพื่อให้ผลการตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและแพทย์ในการ</p> <ul style="list-style-type: none">■ วินิจฉัยโรค■ ให้แนวทางในการรักษา■ ติดตามผลการรักษา■ พยากรณ์โรค■ ป้องกันโรค■ ประเมินภาวะสุขภาพ | <ul style="list-style-type: none">■ Patient Identification Safety■ มีแนวปฏิบัติในการเก็บส่งตรวจที่ถูกต้อง■ ติดฉลากส่งตรวจถูกต้องเหมาะสม ตรวตัวผู้ป่วย อ่านได้ชัดเจน (ใช้ Bar code)■ ปฏิบัติตามมาตรฐานสภาเทคนิคการแพทย์ | <p>IQC อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>อุบัติการณ์</p> <p>ปี 2562 การรายงานผลค่า lab วิกฤติล่าช้า (F = 1)</p> <p>การพัฒนา</p> <p>ระบบการรายงานผล lab วิกฤติ</p> <p>โอกาสพัฒนา</p> <p>ระบบการรายงานความเสี่ยง และการทบทวน</p> |



ผลการดำเนินงาน Personel Safety

Ambulance and Referral Safety

| Goal | Process | Result |
|--|---|---|
| <p>การตาย การบาดเจ็บของ ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่บน รถพยาบาลจากอุบัติเหตุ รถพยาบาลลดลง</p> | <ul style="list-style-type: none">■ รถพยาบาลทุกคันมีเก้าอี้พร้อมเข็มขัดนิรภัยที่ได้มาตรฐาน■ เตียงผู้ป่วยและฐานรองเตียงได้มาตรฐาน■ อุปกรณ์การแพทย์ได้รับการยึดด้วยมาตรฐานความปลอดภัย■ การตรวจสภาพความพร้อมของรถพยาบาลตามมาตรฐาน■ แนวปฏิบัติของพนักงานขับรถพยาบาล | <p>ปี 2562 – 2563 ไม่เกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล</p> |



Risk Register

| Risk Title | Risk Level | QI Plan |
|--|------------|--|
| 1. ผู้ป่วยเสียชีวิตไม่คาดคิด | 7 | พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยง |
| 2. ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤติขณะรับไว้ในโรงพยาบาล | 8 | การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง Early Warning Signs สมรรถนะพยาบาล |
| 3. ผู้ป่วยเกิดภาวะ Septic shock | 7 | CPG , การวินิจฉัยโรค |
| 4. Fetal distress | 7 | ANC & LR คุณภาพ |
| 5. PPH | 6 | แนวทางการประเมิน High Risk Pregnancy |
| 6. Administration Error | 6 | |
| 7. Patient Identification Error | 6 | จัดทำแนวปฏิบัติในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย นำสู่การปฏิบัติ |



โอกาสพัฒนา

- การทำ RCA
- Risk Register