Risk Management Team

RM Team

Sichiangmai Hospital

Table of Contents

01 บริบท

02 เป้าหมาย

03 กระบวนการทำงาน

04 แผนพัฒนา

01 บริบทของทีมบริหารความเสี่ยง

01 บริบทของทีมบริหารความเสี่ยง

1. กำหนดความเสี่ยงสำคัญขององค์กร

2. วางแผนการค้นหาความเสี่ยง

3. สนับสนุนระบบบริหารความเสี่ยง

4. ส่งเสริมการเฝ้าระวัง ป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

5. ประเมินและวิเคราะห์อุบัติการณ์ความเสี่ยง

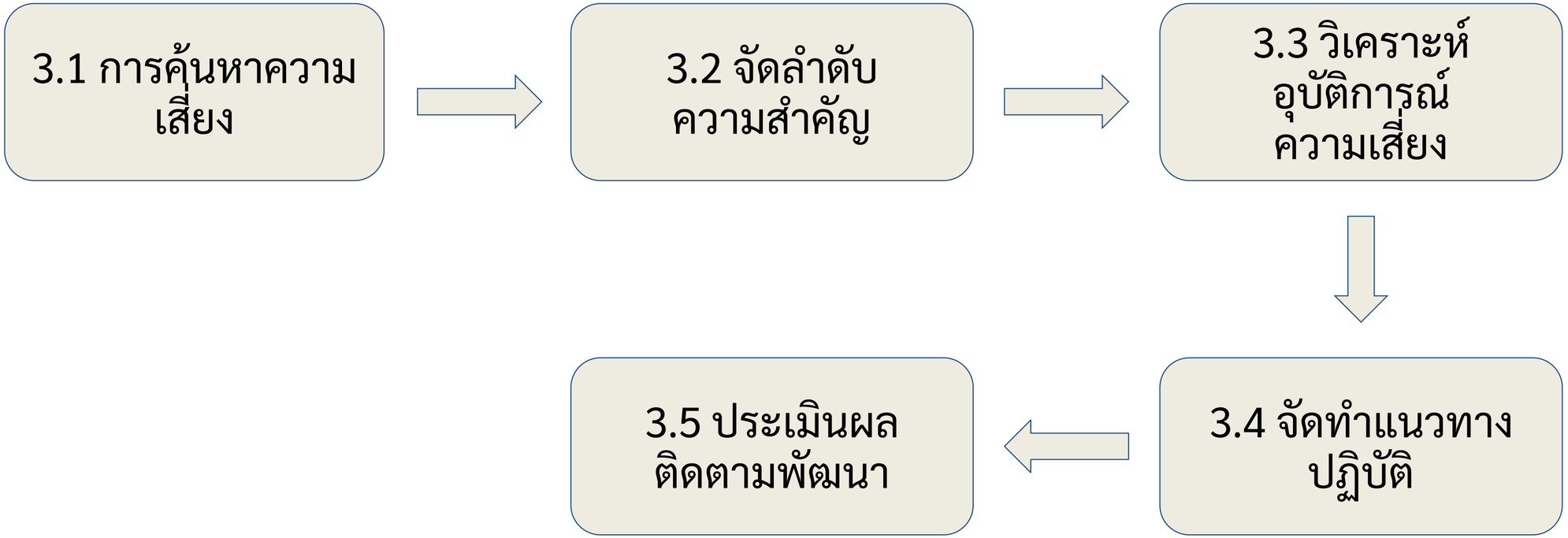
6. ให้ความรู้และสนับสนุนหน่วยงานต่าง ๆ ในการบริหารความเสี่ยง

02 เป้าหมายของทีมบริหารความเสี่ยง

เป้าหมาย

1. ได้รับรายงานมากกว่า 1,000 เรื่อง/ปี
2. ได้รับรายงานจากทุกหน่วยงานในองค์กร
3. Near miss : Miss (70:30)
4. อุบัติการณ์ได้รับการแก้ไข 100%

03 กระบวนการทำงาน



3.1 การค้นหาความเสี่ยง

เชิงรุก

- RM round ทุก 3 เดือน
- ประชุม RM unit 1 ครั้ง/เดือน
- C3THER
- มี Risk profile ทุกหน่วยงาน

เชิงรับ

จากบุคลากร

- โปรแกรมรายงานความเสี่ยง HRMS
- ใบรายงานความเสี่ยง
- มี risk owner เฝ้าระวังความเสี่ยง ตามมาตรฐานสำคัญ 9 ข้อ

จากผู้รับบริการ

- สื่อสังคมออนไลน์
- ศูนย์รับข้อร้องเรียน / กล่องรับความคิดเห็น

3.1 การค้นหาความเสี่ยง

แนวทางการรายงานและแก้ไข

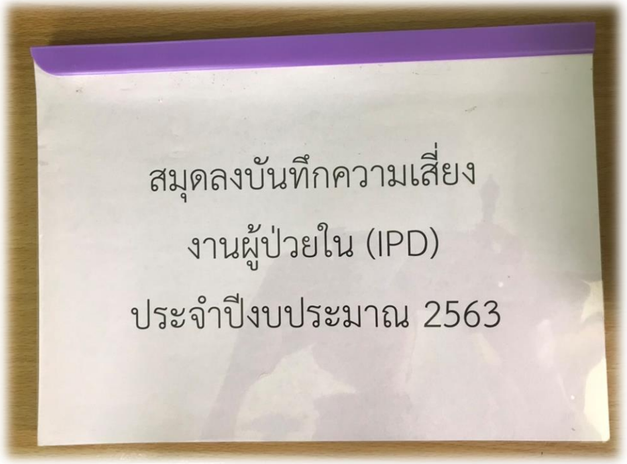
ประเภท			การรายงาน	ส่งรายงานการทบทวน	แนวทางการแก้ปัญหา
ระดับ	Clinic	Non Clinic			
Near Miss	A-B	1	ภายใน 1 วัน	ภายใน 30 วัน	วางมาตรการป้องกัน
รุนแรงต่ำ	C – D	2	ภายใน 1 วัน	ภายใน 14 วัน	ทบทวนหาแนวทาง ปฏิบัติ/จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน
รุนแรง ปานกลาง	E – F	3	ภายใน 1 วัน	ภายใน 7 วัน	ใช้ความคิดสร้างสรรค์ หรือแก้ปัญหาเฉพาะ หน้าในกรณีที่ปัญหานั้น มีผลกระทบอาจจะนำมาวิเคราะห์RCA
รุนแรงสูง	G – I	4-5	ทันที	ภายใน 7 วัน	ให้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบทุกปัญหา

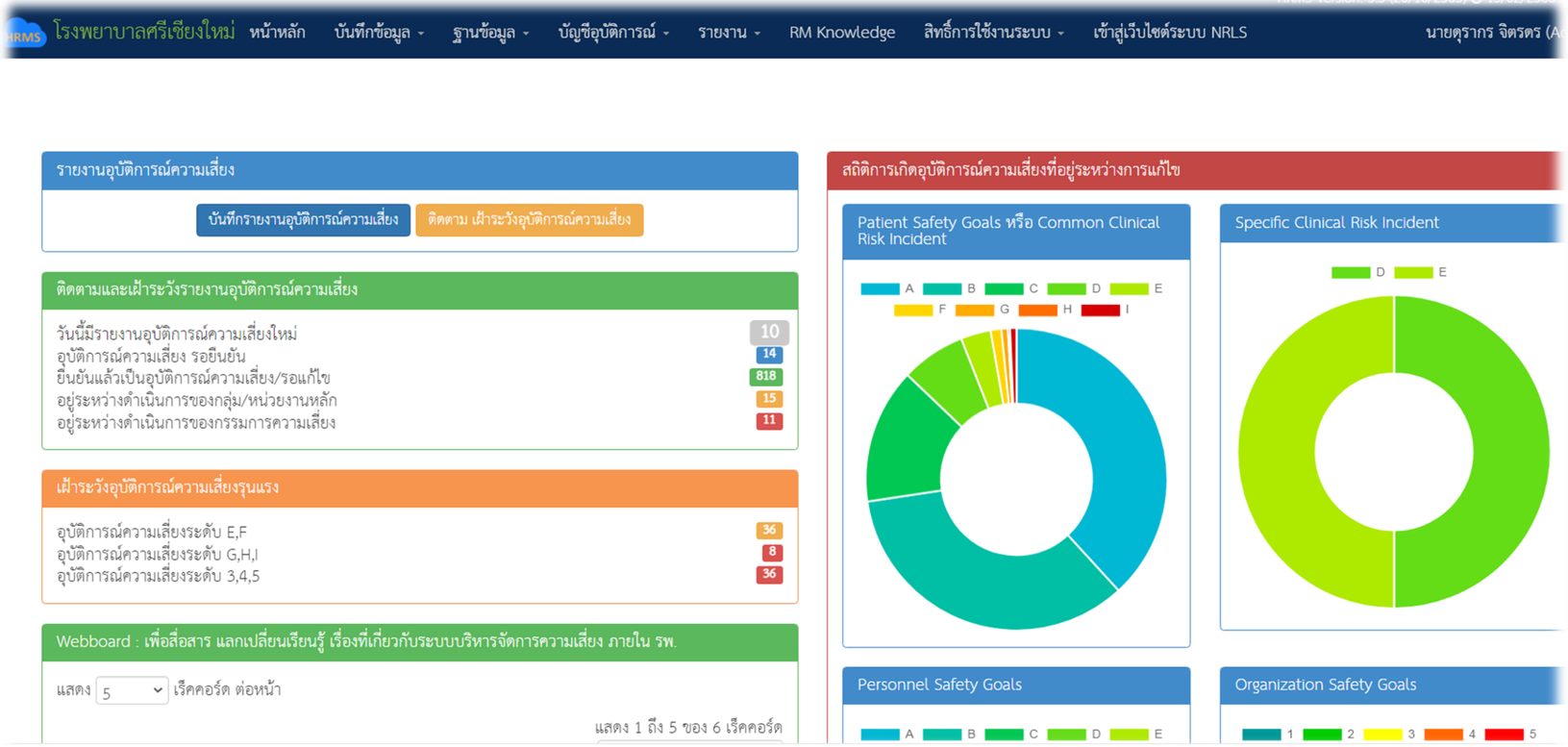
3.1 การค้นหาความเสี่ยง

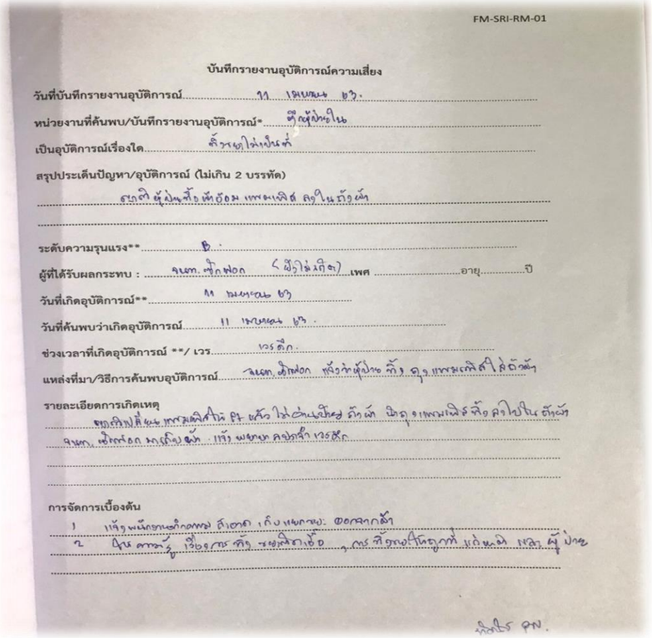
เชิงรุก

3.1 การค้นหาความเสี่ยง

เชิงรับ







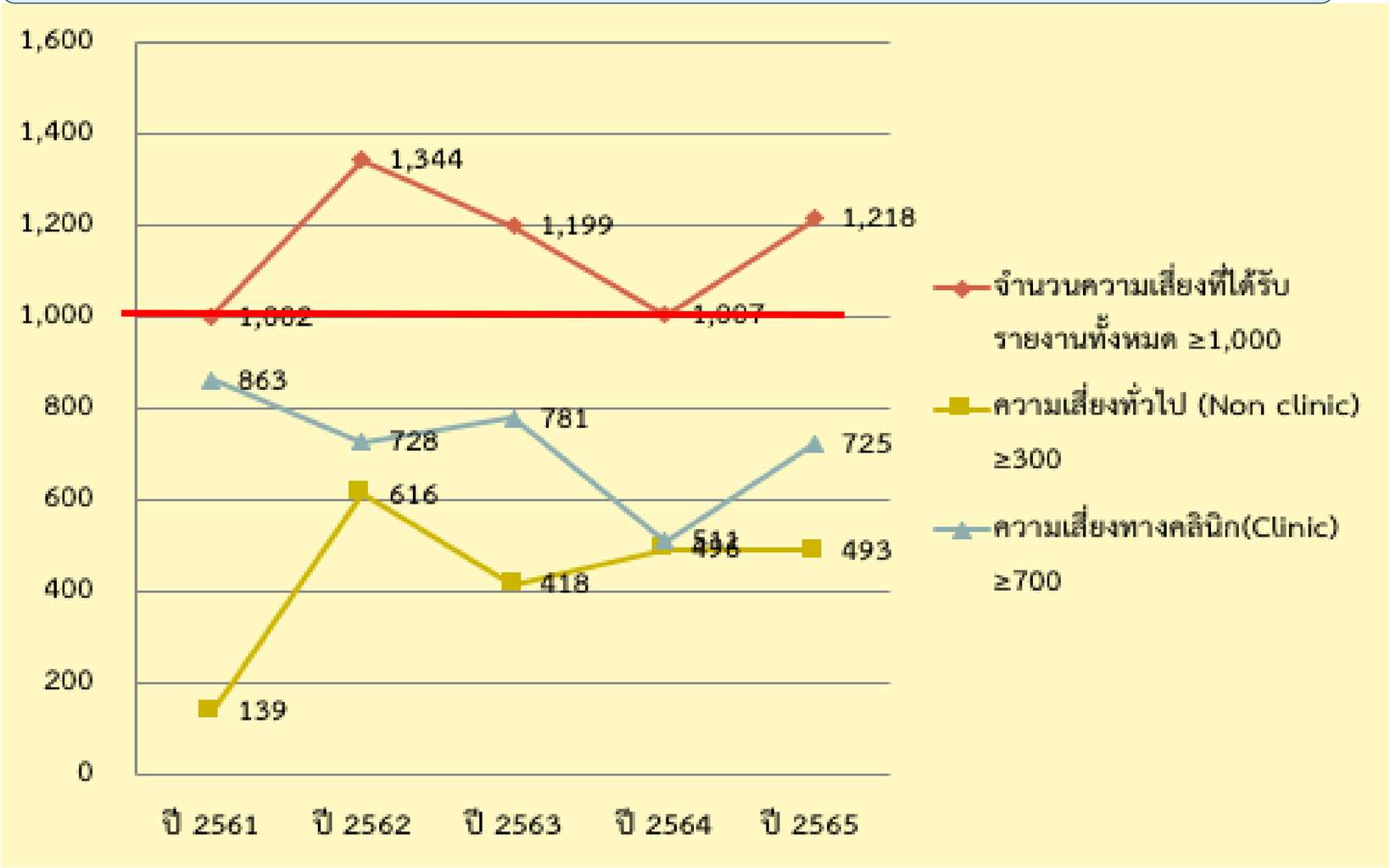
3.1 การค้นหาความเสี่ยง

เป้าหมายที่ 1

รายงานมากกว่า 1,000 เรื่อง/ปี

สัดส่วน Near miss : miss 70:30

กราฟแสดงความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปทั้งหมดของ รพ.ปี 2561-2565



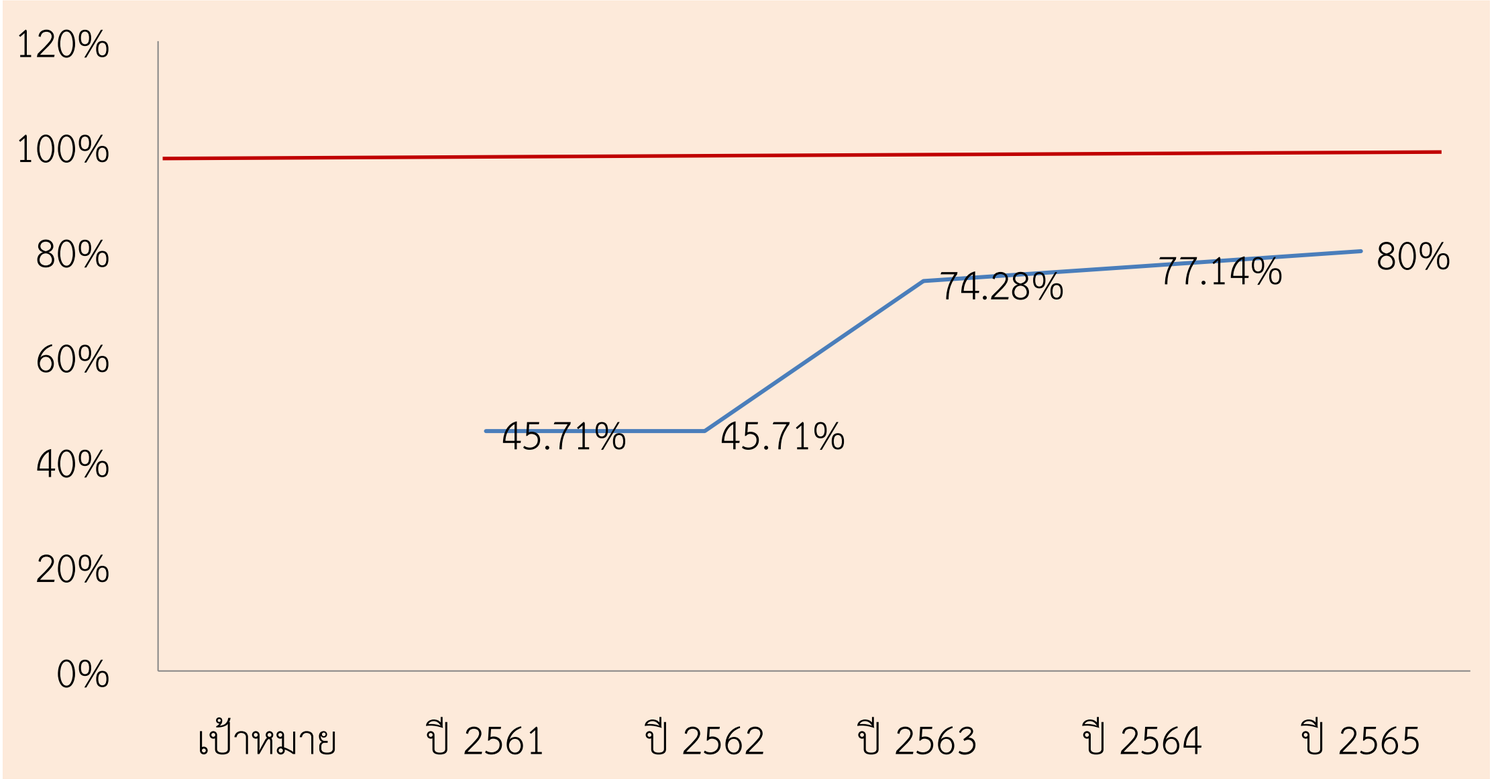
3.1 การค้นหาความเสี่ยง

เป้าหมายที่ 2

ร้อยละของหน่วยงานที่มีการค้นหาและส่งรายงานความเสี่ยง (เป้าหมาย=100%)

ในระบบ HRMS 80%
ใบรายงานความเสี่ยง 20%

กราฟแสดงหน่วยงานที่มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง



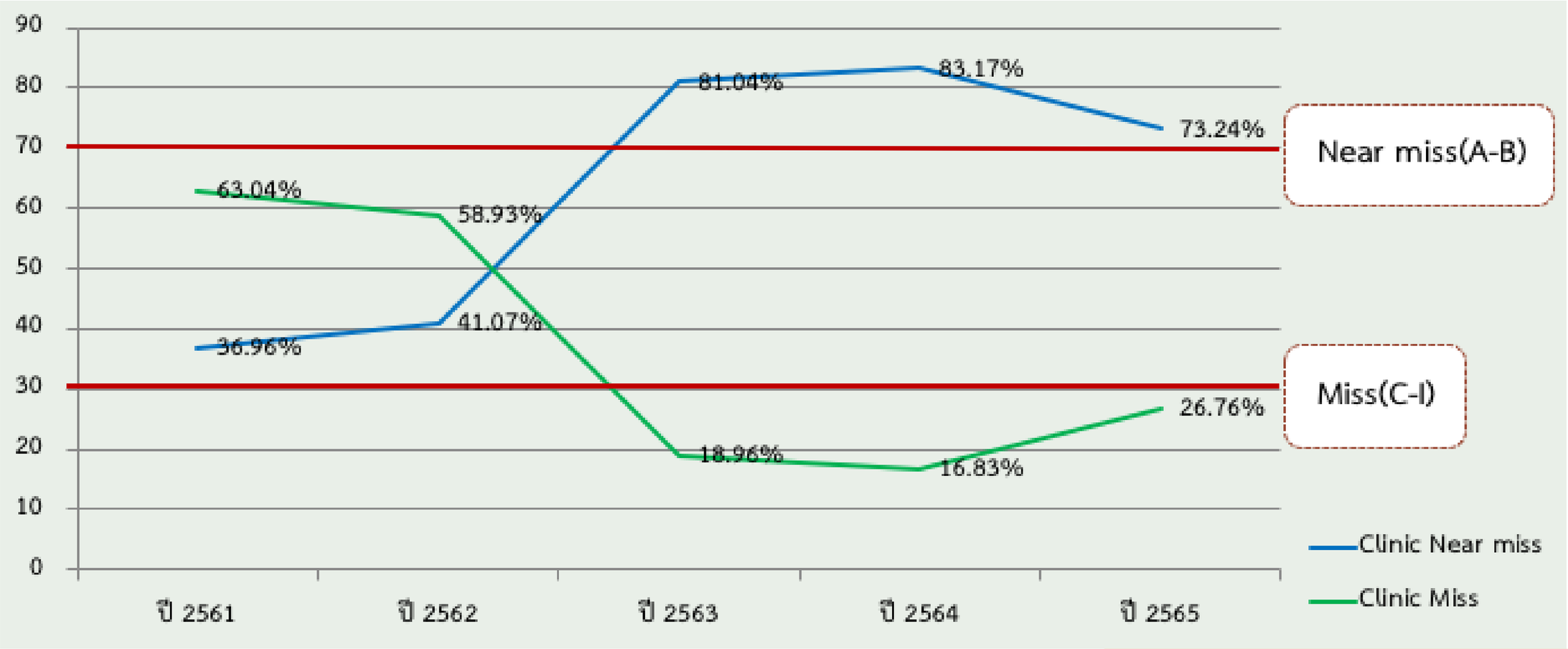
3.1 การค้นหาความเสี่ยง

กระตุ้นรายงานมากขึ้นโดย

1.มีนโยบายความเสี่ยง รายงาน 1 เรื่อง/คน/เดือน
2.RM unit
3.RM Daily Alert ข้อความแจ้งเตือนในไลน์ รพ.
4.ประชุมคณะกรรมการความเสี่ยงทุกเดือน
5.RM round
6.ประชุมประจำเดือนเจ้าหน้าที่ รพ.
7.RM Award
8.จัดอบรม HRMS

3.1 การค้นหาความเสี่ยง

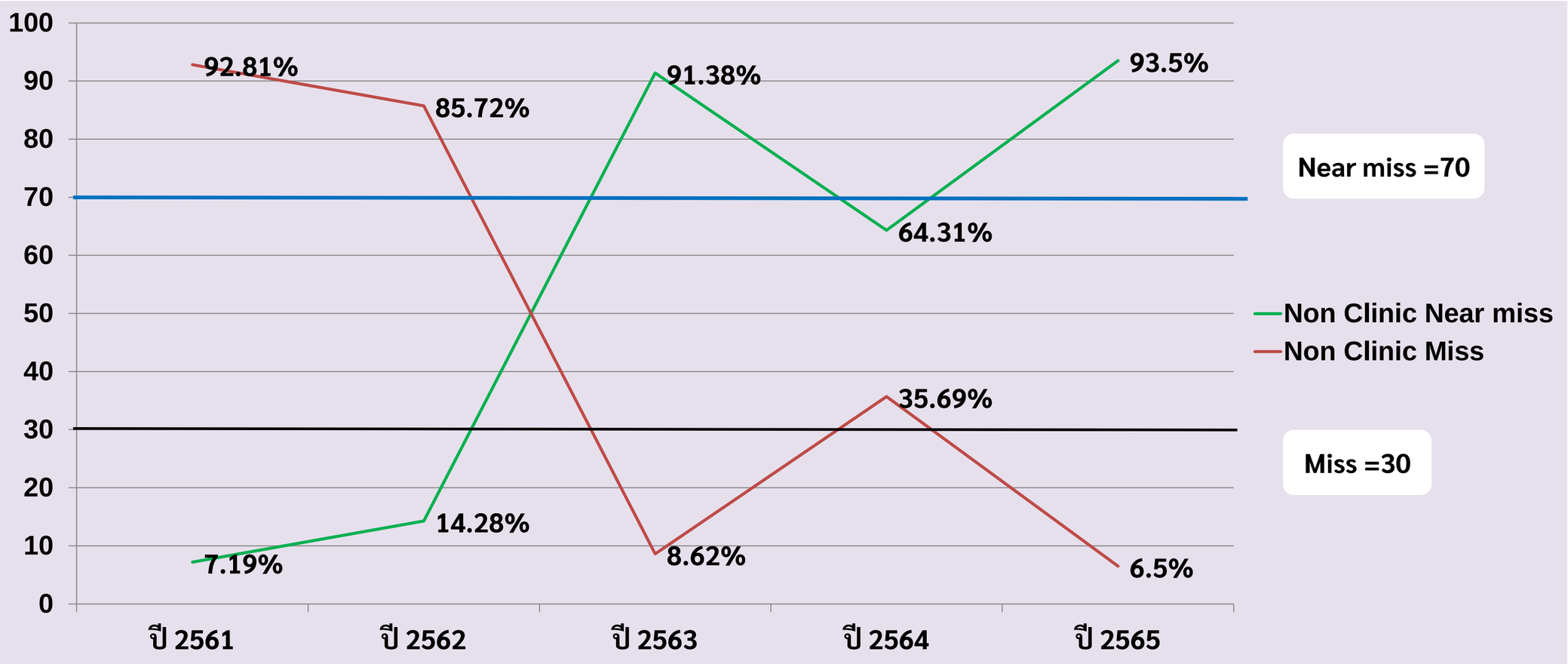
กราฟแสดงร้อยละอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก Near miss : Miss



เป้าหมาย Near miss: Miss 70:30

3.1 การค้นหาความเสี่ยง

กราฟแสดงร้อยละอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป Near miss : Miss



เป้าหมาย Near miss: Miss 70:30

3.2 จัดลำดับความสำคัญ

ความเสี่ยงทางคลินิก 5 อันดับแรก ปี 2563-2565 High Volume Clinic	
1.CPM203 Medication error : Pre-dispensing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการจัดเตรียมจ่ายยา)	19.54%
2.CPM201 Medication error : Prescribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการสั่งใช้ยา)	19.27%
3.CPP204 การสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยผิดพลาด เช่น ไม่สื่อสาร/สื่อสารผิด/สื่อสารไม่ครบถ้วน/สื่อสารล่าช้า	14.02%
4.CPP101 Patient Identification	12.97%
5.CPI204 การไม่ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อโรคในสถานพยาบาล Standard Precautions (ยกเว้นการล้างมือ)	8.06%

3.2 การจัดลำดับความสำคัญ

ความเสี่ยงทั่วไป 5 อันดับแรก ปี 2563-2565 High Volume Non Clinic	
1.GOI105 เกิดปัญหาด้านข้อมูล สารสนเทศ เช่น ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน/ไม่น่าเชื่อถือ/ไม่เป็นปัจจุบัน	40.23%
2.GPI202บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ผ่านละอองฝอย (droplet transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น ไข้หวัดใหญ่ หัดเยอรมัน ฯลฯ	19.78%
3.GPL203บุคลากรบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง	9.71%
4.GOI106เกิดปัญหาด้านระบบ/กระบวนการสื่อสาร เช่น ไม่มีแผน/วิธีการหรือช่องทางการสื่อสาร	6.47%
5.GPE206เกิดปัญหาด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน เช่น ระบบน้ำอุปโภค-บริโภคไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้	5.30%

3.2 การจัดลำดับความสำคัญ

ความเสี่ยงสำคัญทางคลินิก High Risk ที่สำคัญของ รพ.
1.CPE408 : Unplaned ICU
2.CPP303 : Patient Assessment
3.CPM101 : แพ้ยาซ้ำ 4.GPI202 : บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ผ่านละอองฝอย 5.CPI201 : CAUTI

3.2 การจัดลำดับความสำคัญ

ความเสี่ยงสำคัญทางคลินิก
1.PCT : STEMI, Unplaned CPR, Unplaned Refer
2.PTC : MED Error
3.IPC : Covid-19, CAUTI

3.2 การจัดลำดับความสำคัญ

มาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ (Risk register)

1.การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ (ไม่มีห้องผ่าตัด)

2.การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่มCAUTI
ผู้รับผิดชอบ คุณพวงพยอม พิทักเขต

3.บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ ผู้รับผิดชอบ คุณพวงพยอม พิทักเขต

4.การเกิด Medication Error และ Adverse Drug Event ผู้รับผิดชอบ ภก.วิทยา ผิวศิริ

5.การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ผู้รับผิดชอบ คุณปองภพ ดวงดี

6.การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ผู้รับผิดชอบ คุณ อรพิม ปัญญาทิพย์ ,คุณสุพรรณษา สินสวัสดิ์

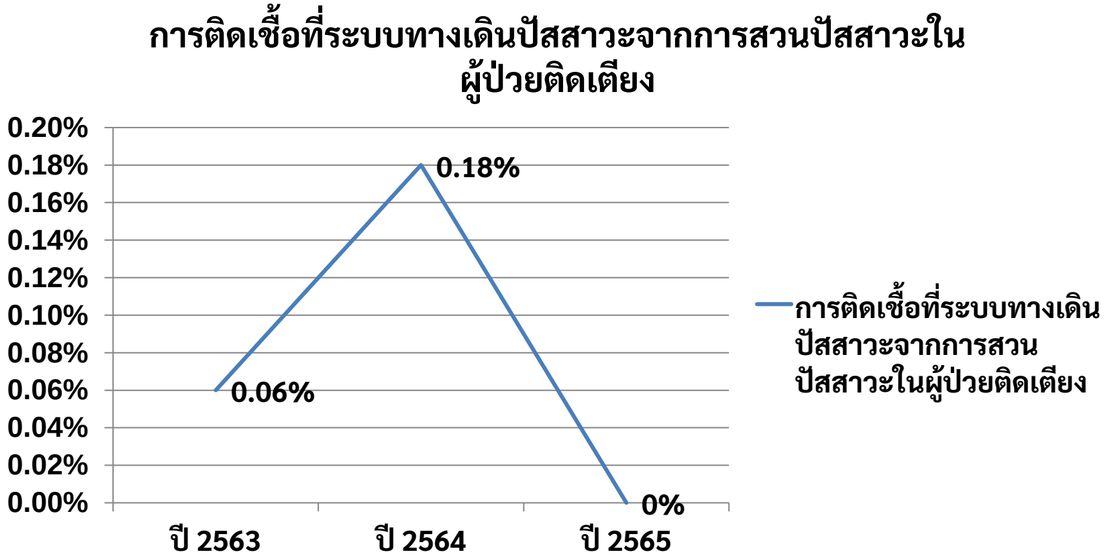
7.ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค ผู้รับผิดชอบ คุณชุตาภา ศรีสุรัตน์

8.การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน ผู้รับผิดชอบ คุณปองภพ ดวงดี

9.การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน ผู้รับผิดชอบ คุณจินดา , คุณสิรรัตน์ สุบิน

3.2 การจัดลำดับความสำคัญ

มาตรฐานข้อ 2. การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม CAUTI

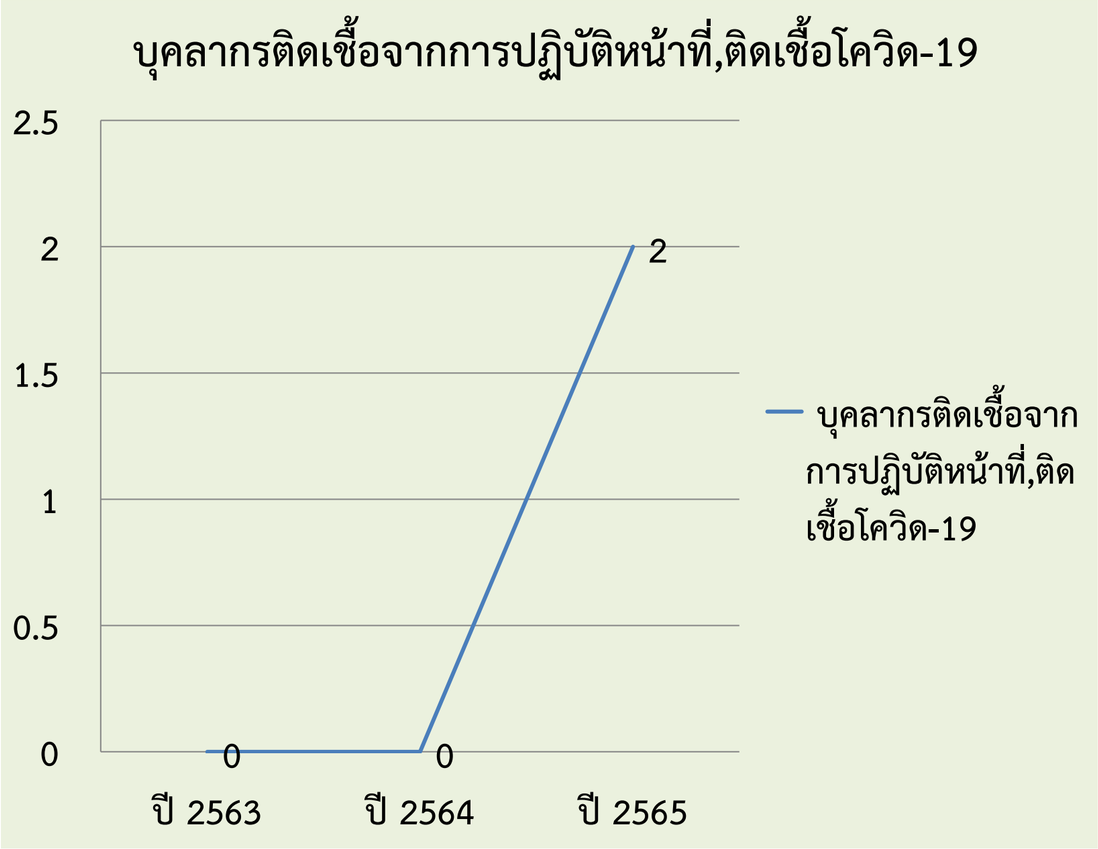


มีนวัตกรรมเป็นสมุดคู่มือ
ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
ที่ใส่สายสวนปัสสาวะสู่ชุมชน

ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อ
จากสายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยติดเตียง

3.2 การจัดลำดับความสำคัญ

มาตรฐานข้อ 3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่

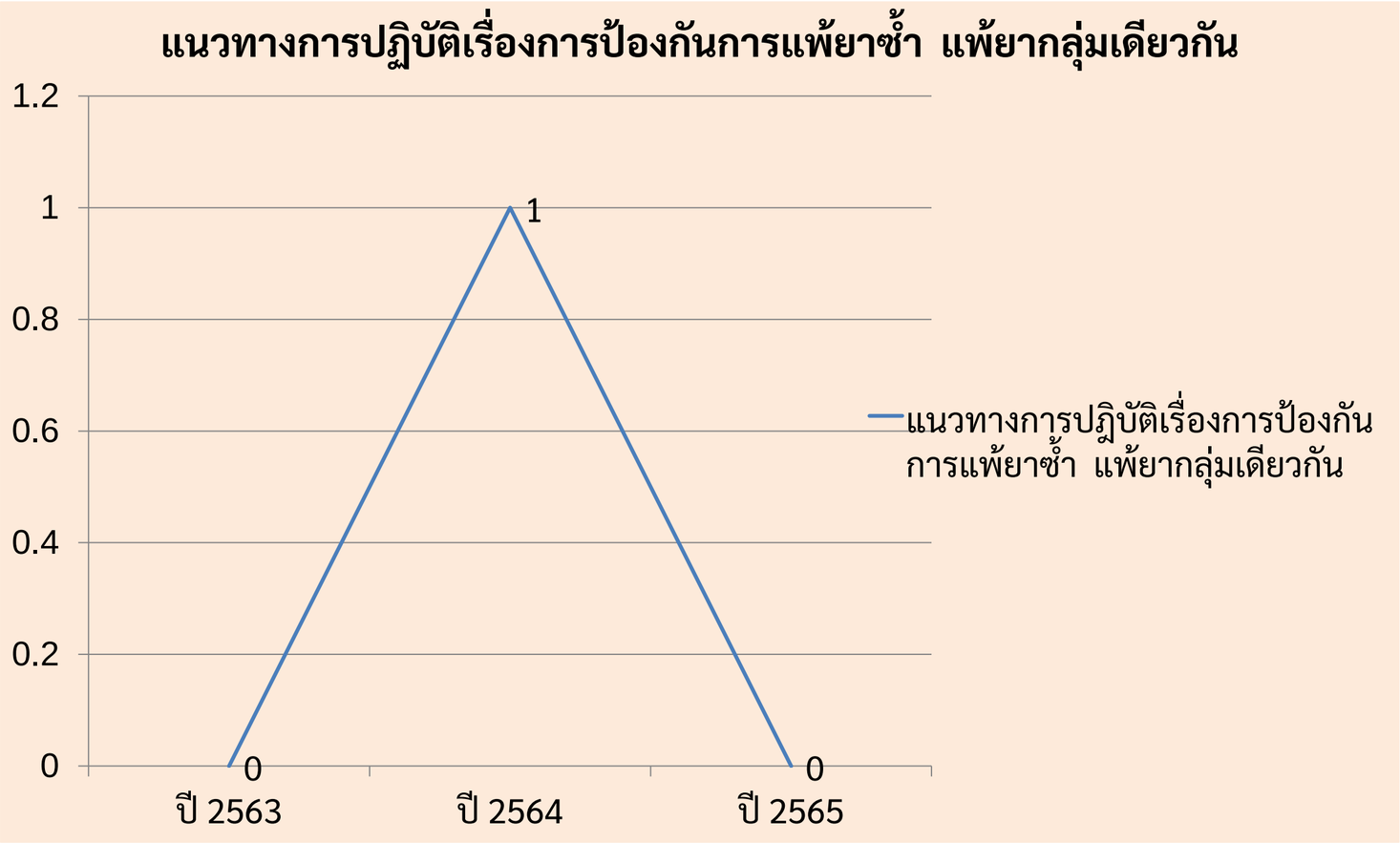


ทำการ RCA พบติดเชื้อจากการทำงาน 2 ราย

1.มีแนวทางการปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ติดเชื้อ COVID-19
2.รณรงค์ให้บุคลากรทุกคนฉีดวัคซีนCOVID-19
3..มีระเบียบปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ก่อนเข้าปฏิบัติงาน

3.2 การจัดลำดับความสำคัญ

มาตรฐานข้อ 4. การเกิด Medication Errors แพ้ยาซ้ำ



การทบทวน : ปี 2564
มีอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ 1 ราย

-POP UP Drug Alert ใน Hosxp
-Double Check
-IPD ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วยแพ้ยา
หน้า chart, Doctor Order
ปลายเตียงผู้ป่วย

3.2 การจัดลำดับความสำคัญ

มาตรฐานข้อ 5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

ปี 2561-2565
ไม่พบอุบัติการณ์การให้เลือดผิด
หมู่ ผิดคน

ปี 2563
พบ Transfusion reaction(E)= 1 ราย

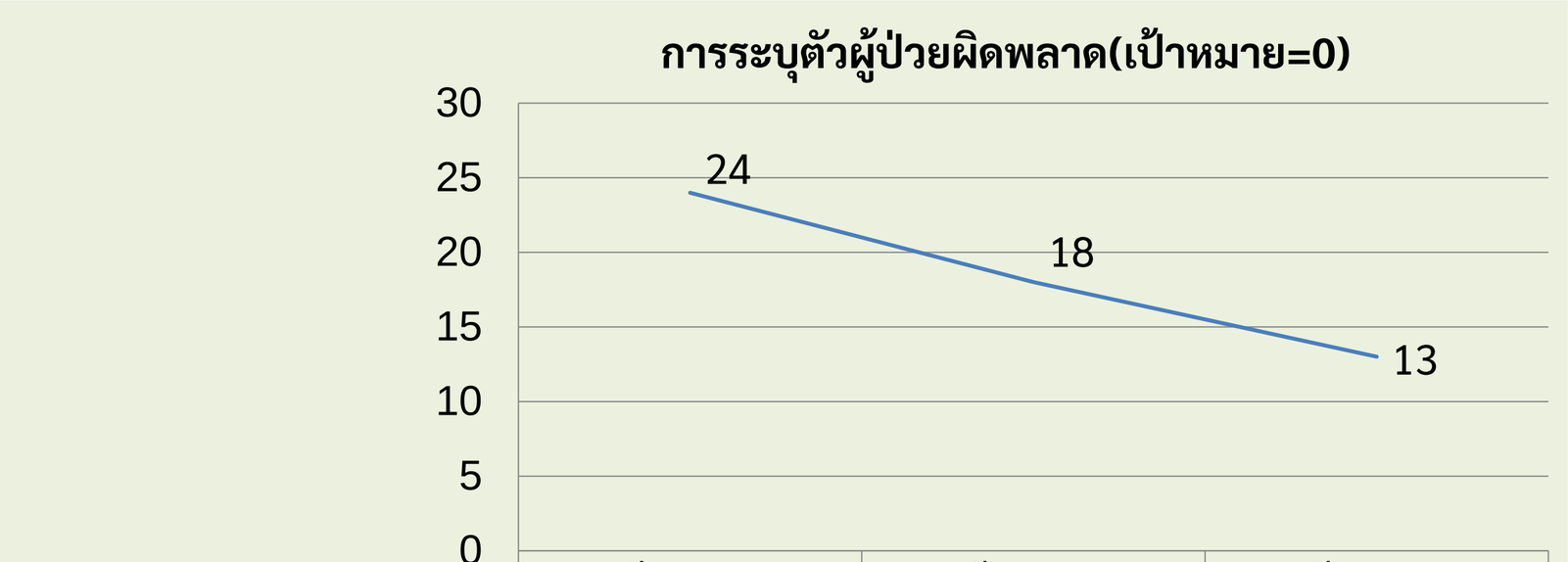
Root cause แพ้ whole blood

PRC / LPRC
แทน

ปี 2565 พบอุบัติการณ์ Near miss 1 ครั้ง เรื่องการติดสติ๊กเกอร์หลอดเลือด ขณะเจาะเลือด แนวทางคือ ถามผู้ป่วยว่าตรงกับชื่อ สกุลผู้ถูกเจาะให้เลือด

3.2 การจัดลำดับความสำคัญ

มาตรฐานข้อ 6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด

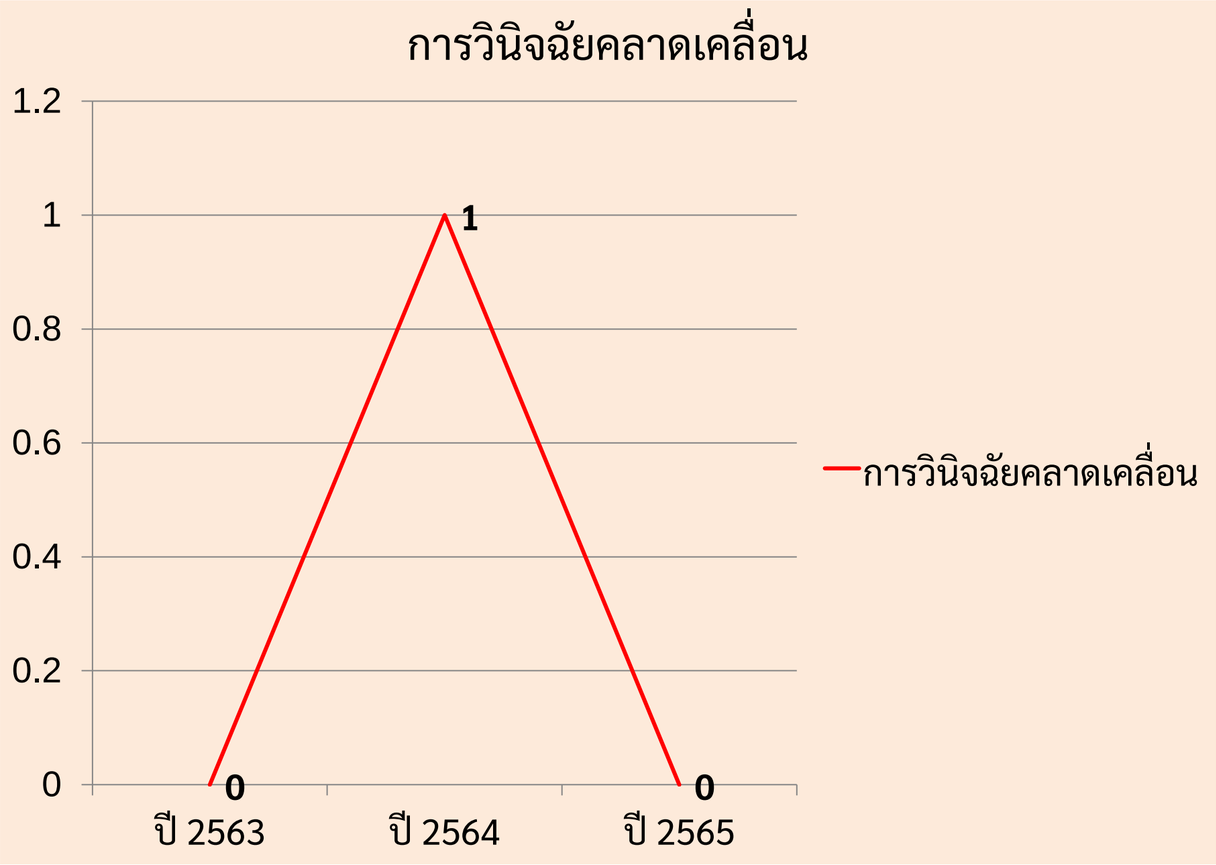


	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	24	18	13

เกิดที่ OPD,มีแนวปฏิบัติเรื่องการระบุตัวผู้ป่วย
(WI-Patient Identification) +Kios ชื่อ-สกุล เลข 13 หลัก

3.2 การจัดลำดับความสำคัญ

มาตรฐานข้อ 7.ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค

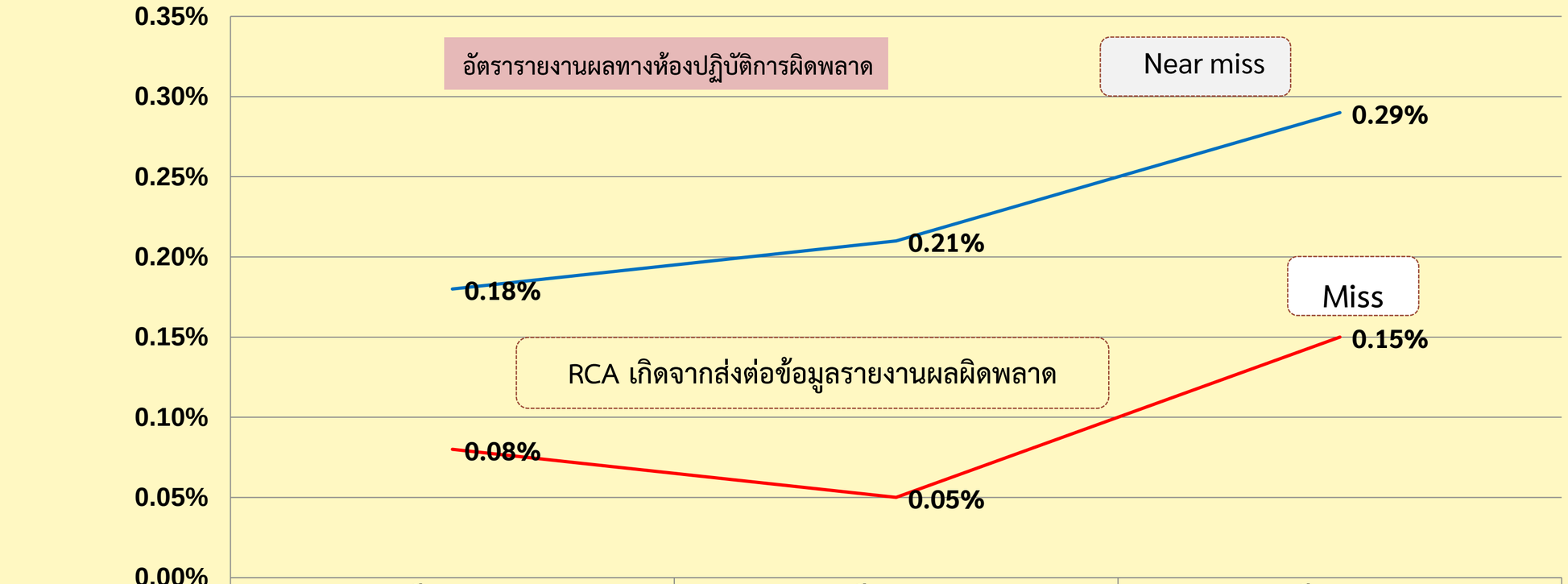


STEMI 1 ราย
ปี 2564

1.ทบทวน CPG STEMI
2.ถ่ายทอดแนวทางปฏิบัติแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.2 การจัดลำดับความสำคัญ

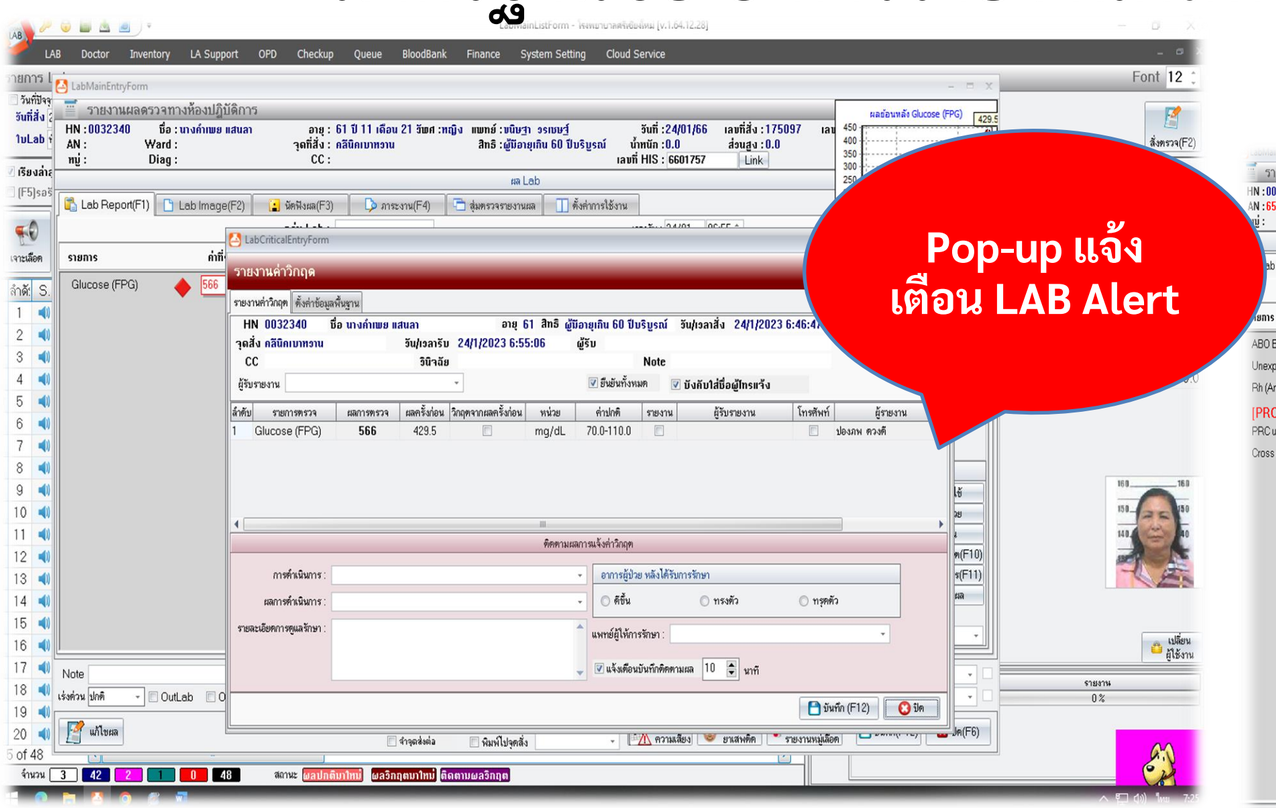
มาตรฐานข้อ 8. การรายงานผลทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด

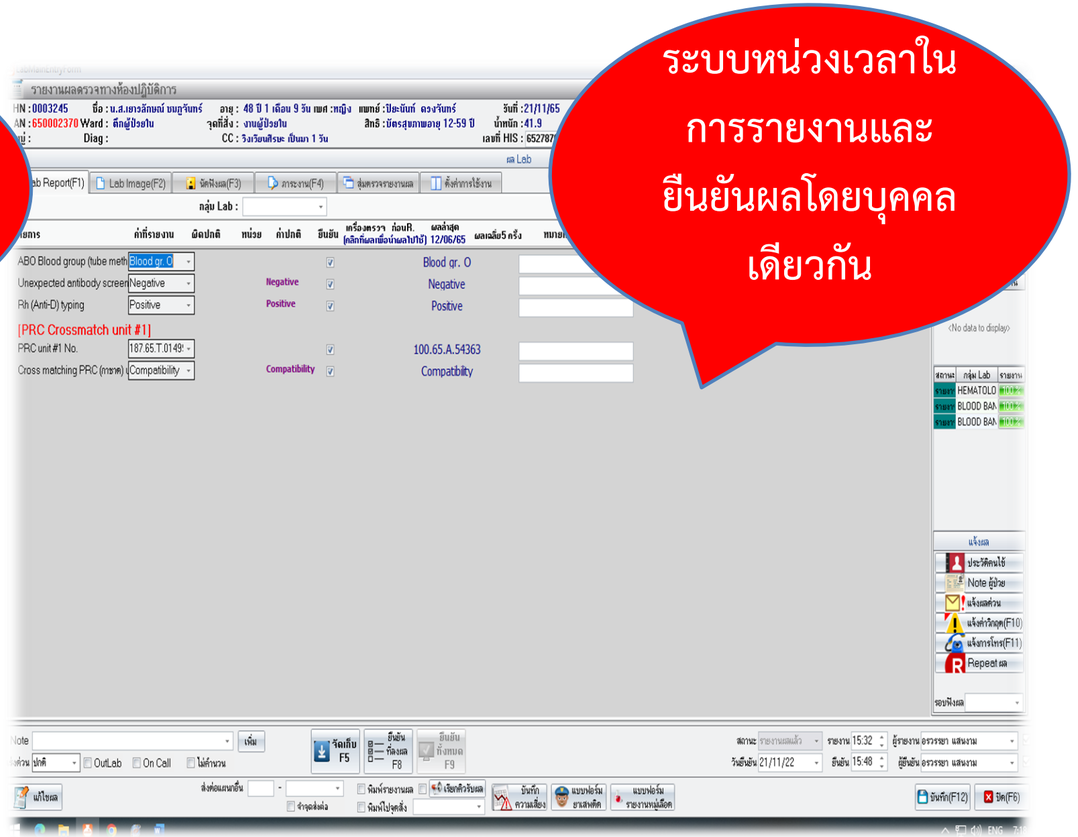


	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
Near miss ≤ 5 %	0.18%	0.21%	0.29%
Miss ≤ 1%	0.08%	0.05%	0.15%

3.2 การจัดลำดับความสำคัญ

มาตรฐานข้อ 8 การรายงานผลทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด (ต่อ)

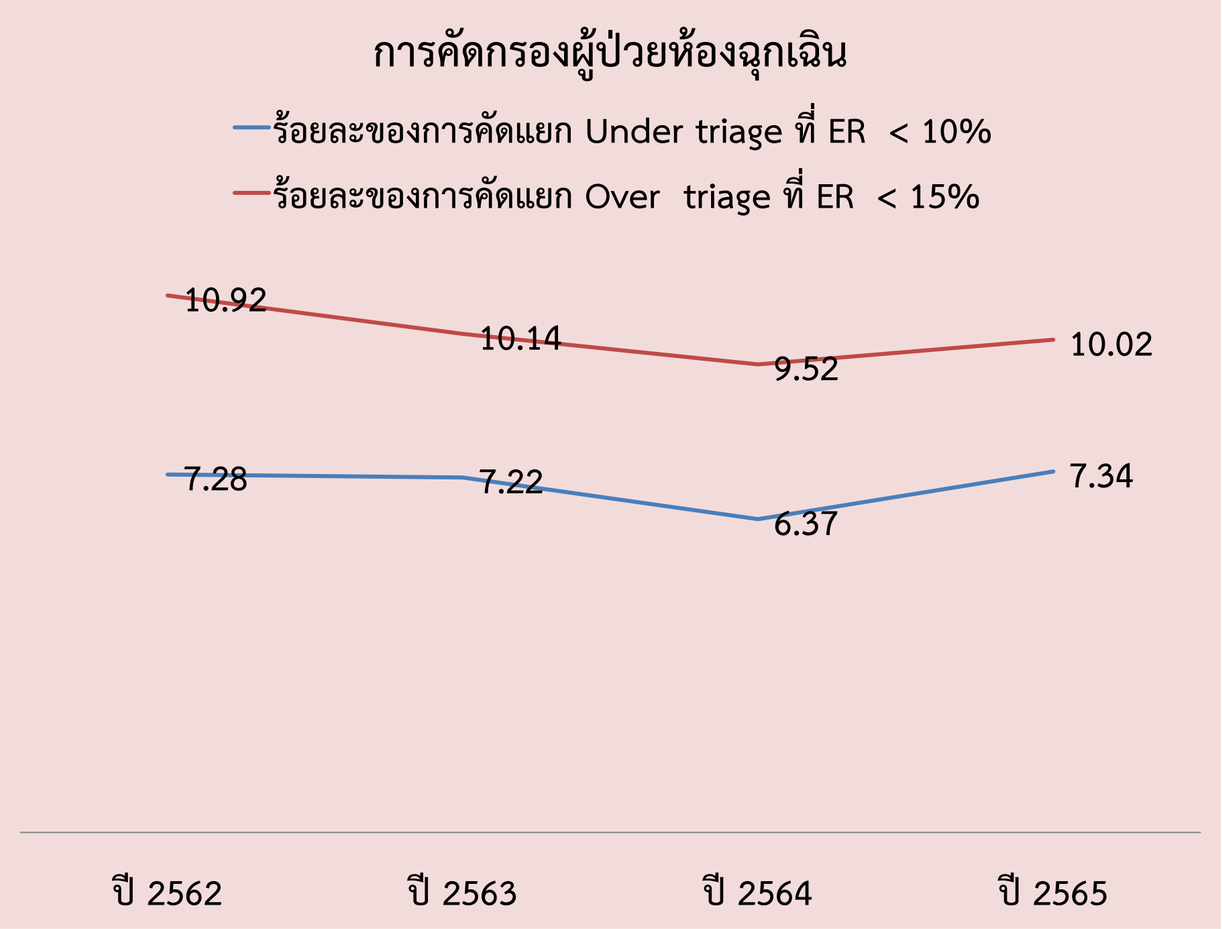




ใช้ระบบสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ(LIS)

3.2 การจัดลำดับความสำคัญ

มาตรฐานข้อ 9 การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน



แนวทางการปฏิบัติ เรื่อง
"การคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วย"
หน่วยตรวจฉุกเฉิน งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน และจัดทำนวัตกรรม
"แยกถูกสี ชีวีปลอดภัย"

Training need การพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการ Triage

3.3 การวิเคราะห์อุบัติการณ์ความเสี่ยง

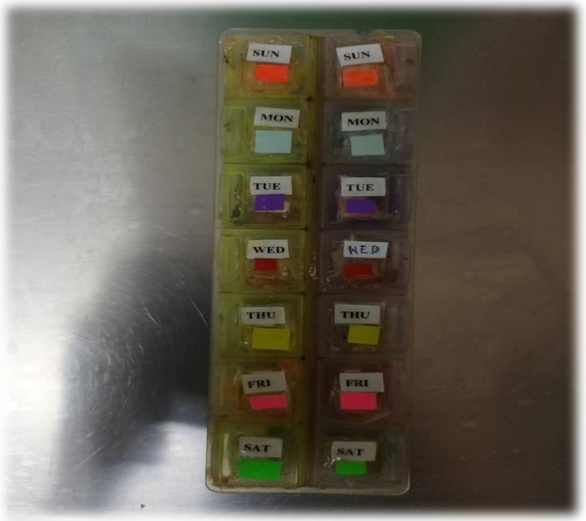
วิธี RCA 5 ขั้นตอน

1.ทบทวนเหตุการณ์
2. มองหาจุดเปลี่ยน
3. ฟังเสียงผู้ปฏิบัติ
4. มองหาช่องโหว่ของระบบ
5. ใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา

3.4 แนวทางปฏิบัติ

INNOVATION

งาน IC = IV สีรุ้ง เปลี่ยนทุก 96 ชม.(4วัน)



1.ทบทวนเหตุการณ์ -เกิดจาก Phlebitis ระดับ 3-5
2. มองหาจุดเปลี่ยน -ระยะเวลาในการเปลี่ยนสาย IV
3. ฟังเสียงผู้ปฏิบัติ -พยาบาลไม่ทราบ/ คนไข้ไม่ทราบข้อมูล
4. มองหาช่องโหว่ของระบบ -การสื่อสารในแต่ละเวร / พยาบาลกับคนไข้
5. ใช้ความคิดสร้างสรรค์ ในการแก้ปัญหา - IV สีรุ้ง

3.4 แนวทางปฏิบัติ

TOMATO Model ของ PCT

แยกสีผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงตามระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต

อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1c<7%) เป้าหมาย ≥ 40%

ปี 63 = 9.48%, ปี 64 = 19.87%

ปี 65 = 52.12%

อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (BP<140/90mmHg) เป้าหมาย ≥ 60%

ปี 63 = 61.95%, ปี 64 = 62.99%

ปี 65 =71.48%

3.4 แนวทางปฏิบัติ

PTC= QR code คำแนะนำในการกิน Favipiravirในผู้ป่วยโควิด-19

3.5 ประเมินผล ติดตามพัฒนา

Success

1.มีการรายงานมากกว่า 1,000 เรื่อง/ปี

2.สัดส่วน Near miss : Miss (70:30)

Opportunity

1.มีรายงานจากทุกหน่วยงานในองค์กร

2.อุบัติการณ์สำคัญระดับ E ขึ้นไปได้รับการทบทวนและหาแนวทางป้องกัน/แก้ไข 100%

04 แผนพัฒนา

1.RM Daily Alert แจ้งเตือน

2.พัฒนาโปรแกรมรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้สอดคล้องกับบริบทของ รพ

3.มีการพัฒนาศักยภาพ RM TEAM

4.มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงที่สำคัญในระดับโรงพยาบาล
ทีมระบบและหน่วยงาน จากมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ

ทีม RM เข้มแข็ง
ตระหนักถึงความปลอดภัย
2P safety