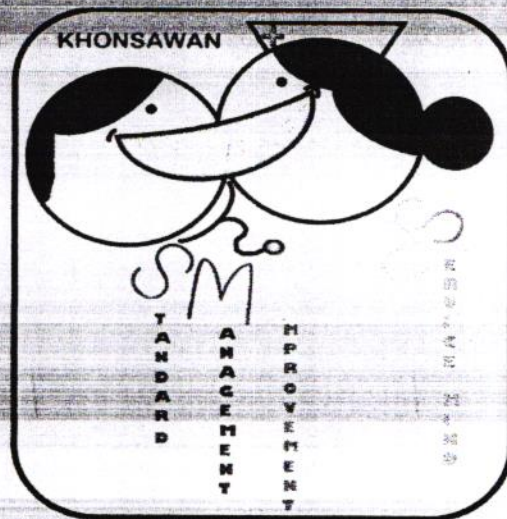


คู่มือ

ระบบการบริหารความเสี่ยง

(RISK Management)



โรงพยาบาลคอนสวรรค์

จังหวัดชัยภูมิ

## Service Profile

### ระบบการบริหารความเสี่ยง (RISK Management)

#### 1. บริบท (Context)

##### ก. หน้าที่หลักและเป้าหมายสำคัญ

ระบบบริหารความเสี่ยง เป็นระบบที่มุ่งเน้นให้เกิดการให้บริการที่มีคุณภาพ และความปลอดภัย สำหรับผู้ให้และผู้รับบริการ เน้นการตรวจจับและแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็ว ควบคุมความเสียหายทันเวลา ส่งเสริมการเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการให้บริการ ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงและนำสู่การปฏิบัติ โดยมี คณะอนุกรรมการความเสี่ยง (Mr.RM) ดำเนินงาน ค้นหา ป้องกัน แก้ไขปัญหาในระดับหน่วยงาน โดยมี เป้าหมายการดำเนินงานให้ค้นหาความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลได้รวดเร็ว

##### ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service) :

1. จัดทำมาตรการเกี่ยวกับความปลอดภัย เพื่อควบคุมความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
2. จัดทำระเบียบปฏิบัติ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยในโรงพยาบาลคอนสวรรค์
3. จัดให้ความรู้ ฝึกอบรม แจกข่าวสาร คำเตือน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงนโยบาย และวิธีปฏิบัติตนด้านความปลอดภัย
4. จัดระบบการจัดการปัญหาข้อร้องเรียนของผู้ป่วย ประชาชน และ เจ้าหน้าที่
5. ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ในการค้นหาความเสี่ยง และการป้องกันความเสี่ยง
6. จัดทำรายงานด้านความปลอดภัยเสนอต่อคณะกรรมการบริหารและศูนย์พัฒนาคุณภาพ

##### ค. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ :

ผู้รับผลงาน	ความต้องการ
- ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ	- ได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย
- เจ้าหน้าที่, บุคลากร	- ทำงานอย่างปลอดภัย - มีความมั่นใจในการทำงาน - ลดความผิดพลาดในการทำงาน
- ผู้บริหาร	- ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่รุนแรง - ลดความสูญเสียด้านชื่อเสียง ,งบประมาณ

##### ง. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ จุดเน้นในการพัฒนา :

##### ความท้าทาย :

1. การสร้างความตระหนักและให้เห็นคุณค่าในการรายงานอุบัติการณ์
2. การสื่อสารข้อมูลการบริหารความเสี่ยงให้ผู้เกี่ยวข้องอย่างทั่วถึง
3. การจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ แก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

##### ความเสี่ยงที่สำคัญ :

1. การรายงานอุบัติการณ์ไม่ครบถ้วนเหตุการณ์ที่เกิดจริง
2. จัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงไม่ถูกต้อง
3. การจัดการความเสี่ยงล่าช้า ไม่ทันเวลา
4. การทบทวนอุบัติการณ์ไม่ต่อเนื่อง

### จุดเน้นในการพัฒนา :

1. การสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
2. การสร้างความรู้ ความเข้าใจ ในการจำแนกประเภทและจัดระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ ความเสี่ยง
3. การค้นหาและวิเคราะห์ความเสี่ยงที่สำคัญจากกระบวนการหลักของหน่วยงาน เพื่อการแก้ไขและพัฒนาเชิงระบบและป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ
4. การติดตามและทบทวนแนวทางในการแก้ไขอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

### ประเด็นสำคัญของคุณภาพในหน่วยงานนี้

**ค้นหาและรายงานความเสี่ยงที่ครอบคลุม** หมายถึง การสนับสนุนให้บุคลากรมีการค้นหาความเสี่ยง และรายงานอุบัติการณ์อย่างครอบคลุม ส่งเสริมให้เกิดการรายงานความเสี่ยงของตนเองอย่างต่อเนื่อง (Self Report) มีการสำรวจ , ค้นหาความเสี่ยงทางกายภาพอย่างสม่ำเสมอ

**ประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงที่ถูกต้อง** หมายถึง การสนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ ในการประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง รายงานความเสี่ยงได้รวดเร็ว ทีมนำมีการทบทวน รายงานความเสี่ยงที่ได้รับรายงานเพื่อประเมินปัญหาเบื้องต้นอย่างเหมาะสม

**การจัดการความเสี่ยงที่เกิดได้ทันเวลา** หมายถึง การจัดการความเสี่ยงที่ได้รับรายงานอย่างทันท่วงที ตามลำดับความสำคัญและความรุนแรงของความเสี่ยง ป้องกันความเสียหายที่เกิดขึ้นจากความเสี่ยงไม่ให้เกิดลุกลาม เป็นอันตราย

**การติดตามประเมินผลลัพธ์และพัฒนาระบบงาน** หมายถึง การประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการบริหาร ความเสี่ยง มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำสู่การแก้ไขปัญหา การคืนข้อมูลความเสี่ยงแก่หน่วยงานหรือระบบงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการแก้ไขและพัฒนา ระบบงาน บุคลากรระบบบริหารความเสี่ยงเข้ากับการปฏิบัติงาน ประจำ เกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

### โครงสร้างคณะกรรมการความเสี่ยง

#### รายชื่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

1. นางศรัญญา พันธุ์ทอง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคอนสวรรค์	ประธานคณะกรรมการ
2. นางอรนุช บุญญา	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	กรรมการ
3. นางเพชรรัตน์ คอนเพ็ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
4. นางจริญญา สุกขันต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
5. นางชุลีพร ต่อชีพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
6. นางสมพิศ สมานญาติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
7. นางสมจิต พัทธไพสิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
8. นางสมลักษณ์ กุศลวงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
9. นางเอ็นดู พุ่มสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
10. นางประไพ เพียรสูงเนิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
11. นายณัฏฐ์ ชันชัยภูมิ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
12. นางสิริดาภัทร์ สรณภัทรสกุล	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการ
13. นางวิภาดา บุตรโคตร	นักเทคนิคการแพทย์	กรรมการ
14. นางพจนา บุญจง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ

15. นางวรรณมา ตีมูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
16. นางอุมารินทร์ กองเงินนอก	จพ.ทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	กรรมการ
17. นางสาววนิษา แก้วกรประดิษฐ์	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
18. นางสาวรชชา รวีสานนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
19. นางสาวพงษ์รাত্রี หิรัญเกิด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
20. นายกิตติศักดิ์ ตุงซีพ	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการและช่วยเลขานุการ

### บทบาทหน้าที่ของทีมบริหารความเสี่ยง

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลคอนสวรรค์ มีบทบาทหน้าที่ในการ

1. กำหนดนโยบายและวางแผนการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลของความเสี่ยง
2. การเฝ้าระวังรายงานอุบัติการณ์ การเกิดความสูญเสีย / ความเสียหายอย่างเป็นระบบ
3. กระตุ้นและประสานกับทีมอื่นให้เข้าใจและสามารถค้นหาและจัดการความเสี่ยงได้
4. ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงและนำลงสู่การปฏิบัติ
5. ประเมินผลและปรับปรุงงานการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ การค้นหา การประเมิน การจัดการ และการประเมินผลการบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

รายชื่อผู้ประสานงานความเสี่ยง (Mr.Risk ,มิสเตอร์ความเสี่ยง) ในแต่ละหน่วยงาน ดังรายชื่อต่อไปนี้

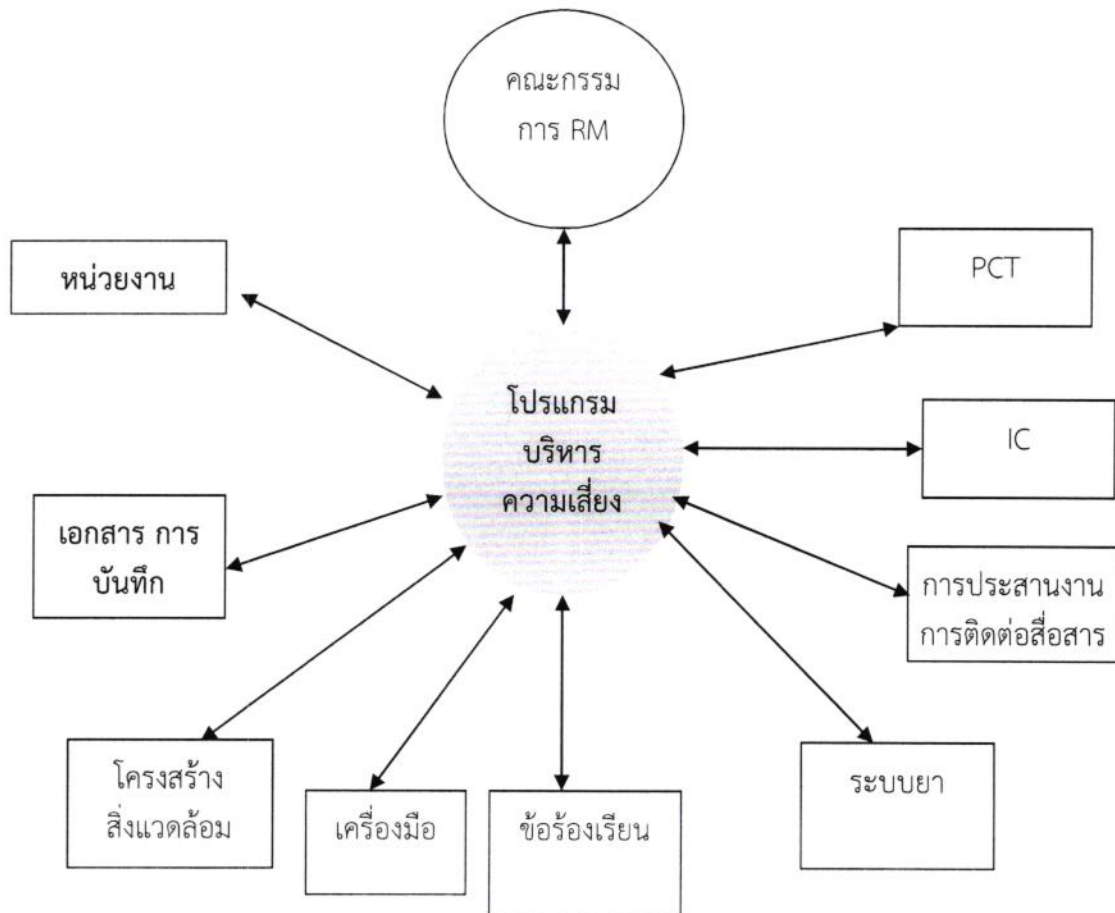
1. นางเพชรรัตน์ คอนเพ็ง	กลุ่มการพยาบาล / ซ้อมร้องเรียน
2. นายอังกูร บุญโนนแต่	องค์กรแพทย์
2. นางสาวโชติกา ช่อขุนทด	งานแพทย์แผนไทย
3. นางสิริดาภัทร์ สรณภัทรสกุล	งานเภสัชกรรม
4. นางภิญญา ชันชัยภูมิ	งานอุบัติเหตุ – อุกเหวิน
5. นางพจนา บุญจุง	งานผู้ป่วยนอก
6. นางสุจิตรา รักดีจรุง	งานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
7. นางวรรณมา ตีมูล	งานห้องคลอด ห้องผ่าตัด
8. นางสินีนุช สมรรถชัย	งานสุขภาพจิต สารเสพติด
9. นางประไพ เพ็ชรสูงเนิน	งานผู้ป่วยใน
10. นางสาวกนกอร เจริญบุตร	ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง
11. นางสาวจันจิรา ทวีเปล่ง	กายภาพบำบัด
12. นางสมลักษณ์ กุศลวงค์	งานยุทธศาสตร์
12. นางสาวบุญญภัส ผดุงโชค	งานห้องบัตร / งานประกันฯ
13. นางสาวนุศรา พันดอนเค็ง	กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
14. นายณัฐ ชันชัยภูมิ	งานสารสนเทศ
15. นางอุมารินทร์ กองเงินนอก	งานทันตสาธารณสุข
16. นางน้ำค้าง วงศ์แก้ว	งานจ่ายกลาง
17. นายวิชิต ตีมโชค	งานยานพาหนะ
18. นายไชยา ชนะน้อย	งานช่างฯ
19. นางอรุณี ชนะชัย	งานบริหารฯ
20. นายอภิรักษ์ ม่วงภูเขียว	งานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (เปล)

- |                             |                       |
|-----------------------------|-----------------------|
| 21. นางสาวศุภณัฐา จันทร์นวล | งานโภชนาการ (โรงครัว) |
| 22. นางสุนี ดานชัยภูมิ      | งานซักฟอก             |

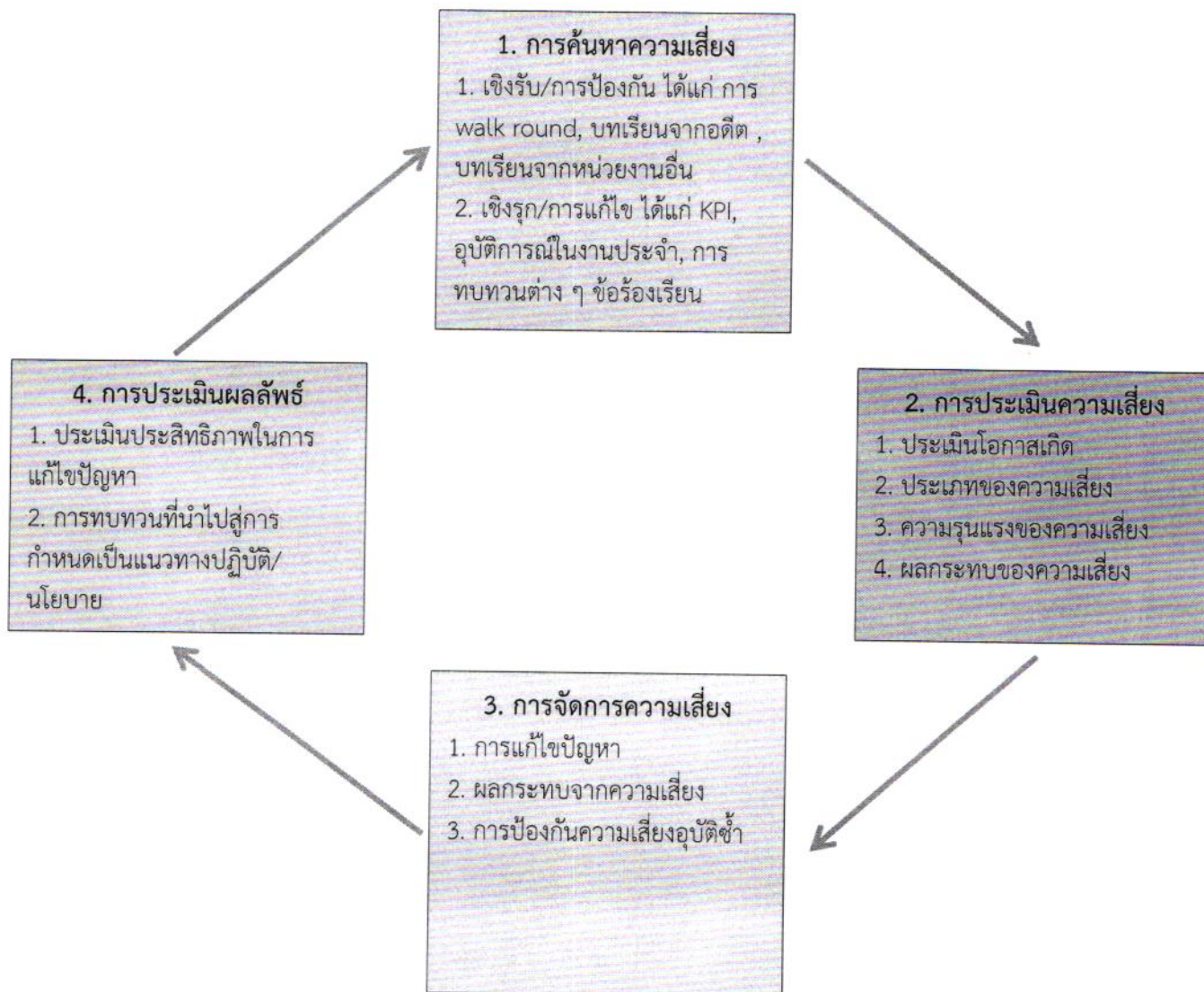
มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

1. ค้นหา ประเมินความเสี่ยง ในหน่วยงาน
2. เผื่อระวัง บันทึก และรายงานอุบัติการณ์ เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นในหน่วยงาน
3. รวบรวม วิเคราะห์ ประเมินผลความเสี่ยงในหน่วยงาน
4. รายงานความเสี่ยงต่อหัวหน้าหน่วยงาน/คณะกรรมการความเสี่ยง
5. จัดทำบัญชี ความเสี่ยงให้หน่วยงาน

การประสานระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง



## 2. กระบวนการการบริหารความเสี่ยง



### กระบวนการสำคัญ

#### 1. การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก

1.1 การค้นหาความเสี่ยงทั่วไป โดยการ Leadership Walk round, ENV-IC Walk Round, RM Walk round เดือนละ 1 ครั้ง ในวันศุกร์ที่ 4 ของเดือน และ/หรือเมื่อพบปัญหาและอุบัติการณ์ต่างๆ ที่สำคัญ, การสำรวจจุดเสี่ยง เช่น จุดเสี่ยงไฟไหม้, ทบทวนกระบวนการทำงาน, ความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นในอดีต,

1.2 การค้นหาความเสี่ยงทบทวนทางคลินิก โดยการทบทวน Trigger Tool, ทบทวน 12 กิจกรรม, ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย ทบทวนเวชระเบียน, นิเทศทางการแพทย์, การรับส่งเวชของพยาบาล, การทบทวนตัวชี้วัด, กล้องรับข้อคิดเห็น, สื่อโซเชียลมีเดียต่างๆ, ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานอื่น

2. การทบทวนความเสี่ยงตั้งรับ ทบทวนเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบข้อร้องเรียน ต่างๆ

### 3. การรายงานความเสี่ยง กำหนดช่องทางในการรายงานความเสี่ยงดังนี้

#### 3.1 ผ่านโปรแกรมความเสี่ยง 9 โปรแกรม ดังนี้

โปรแกรม	ผู้รับผิดชอบ
1.1 ข้อร้องเรียน / การฟ้องร้อง / ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	คณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HRD) , คณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนและเยียวยา
1.2 การประสานงาน / การติดต่อสื่อสาร	คณะกรรมการระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาล (IMS)
1.3 เอกสารการบันทึก / ส่ง / มอบ / เวชระเบียน / ระบบสารสนเทศ	คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (MRS)
1.4 โครงสร้างกายภาพ อาคาร / สถานที่ / สิ่งแวดล้อม / ความปลอดภัย	คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อม (ENV)
1.5 การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ	คณะกรรมการดำเนินงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ICT)
1.6 เครื่องมือ / อุปกรณ์ / เวชภัณฑ์	คณะกรรมการเครื่องมือ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก
1.7 ความคลาดเคลื่อนทางยา Medication Error	คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)
1.8 กระบวนการดูแลผู้ป่วย	คณะกรรมการทีมนำด้านคลินิก(PCT)
1.9 การเงินและบัญชี	กลุ่มงานการจัดการ

#### โปรแกรมบริหารความเสี่ยง

##### การเริ่มต้นใช้งานโปรแกรม

1. เจ้าหน้าที่ทุกคนมีรหัสผู้ใช้งาน (User name) และ รหัสผ่าน (Password) ทุกครั้ง

Risk Management V.3	Username	Password	2559	Sign in
---------------------	----------	----------	------	---------

2. เริ่มต้นใช้งานโปรแกรมเลือกบันทึกความเสี่ยง



### 3. เลือกโปรแกรมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

The screenshot shows the 'รายงานการเกิดความเสี่ยง-อุบัติการณ์' (Risk Incident Report) form. The 'โปรแกรมความเสี่ยง' (Risk Program) dropdown menu is open, showing the following options:

- 01: ชื่อร้องเรียน / การฟ้องร้อง / ความตั้งใจขององค์กร/บริการ
- 02: การประสานงาน / การติดต่อสื่อสาร
- 03: เอกสารการบันทึก / ส่ง / มอบ / เวชระเบียน / ระบบสารสนเทศ
- 04: เครื่องมือ / อุปกรณ์ / เวชภัณฑ์
- 05: การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ
- 06: โครงสร้างกายภาพ อาคาร / สถานที่ / สิ่งแวดล้อม / ความปลอดภัย
- 07: กระบวนการดูแลผู้ป่วย
- 08: ความผิดพลาดหรือข้อผิดพลาด Medication Error
- 09: การเงินและบัญชี

Other form fields include: 'เวลา' (Time), 'สถานที่เกิดเหตุ' (Location), 'วันที่เกิดเหตุการณ์' (Date), 'ต้นตอ/กิจกรรมที่พบ' (Source/Activity), and 'ผู้รายงาน' (Reporter).

### 4. เลือกรายการบัญชีความเสี่ยง



รายงานการเกิดความเสี่ยง-อุบัติเหตุการ

โปรแกรมความเสี่ยง 01 : ชื่อโรงเรียน / การฟ้องร้อง / ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

รายการบัญชีความเสี่ยง

ระดับความรุนแรง

-- เลือกระดับความรุนแรง --

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วันที่เกิดเหตุการณ์

เวลา:

สถานที่เกิดเหตุ

-- เลือกสถานที่ --

รายละเอียดเหตุการณ์

การจัดการการแก้ไขป้องกัน

บันทึกกิจกรรมหน่วน

-- บันทึกกิจกรรมหน่วน --

ผู้รายงาน

พงษ์รัตน์ ธีรภูเกิด

5. เลือกระดับความรุนแรง

รายงานการเกิดความเสี่ยง-อุบัติเหตุการ

โปรแกรมความเสี่ยง 01 : ชื่อโรงเรียน / การฟ้องร้อง / ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

รายการบัญชีความเสี่ยง

ระดับความรุนแรง

-- เลือกระดับความรุนแรง --

-- เลือกระดับความรุนแรง --

A: เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้

B: เกิดอุบัติเหตุขึ้นแต่สามารถตรวจพบได้ก่อนถึงตัวผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่

C: เกิดอุบัติเหตุขึ้นกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่แต่ไม่ได้รับอันตราย

D: เกิดอุบัติเหตุขึ้นกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ต้องมีการเฝ้าระวังเพิ่มขึ้น เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่

E: เกิดอุบัติเหตุขึ้นกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ส่งผลกระทบต่ออันตรายชั่วคราวและต้องมีการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม

F: เกิดอุบัติเหตุขึ้นกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ส่งผลกระทบต่ออันตรายชั่วคราวและต้องรับไว้ใน รพ. หรืออยู่รพ. นานขึ้น

G: เกิดอุบัติเหตุขึ้นกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ส่งผลกระทบต่ออันตรายถาวรแก่ผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่

H: เกิดอุบัติเหตุขึ้นกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ส่งผลกระทบต่ออันตรายเกือบเสียชีวิตต้องได้รับการบำบัดรักษาเพื่อช่วยชีวิต

I: เกิดอุบัติเหตุขึ้นกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

1: เหตุการณ์ไม่ส่งผลกระทบต่อโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้...แต่ยังไม่เกิด

2: เหตุการณ์เกิดขึ้นแต่สามารถรับได้ก่อน @ยังไม่เกิดผลเสียหายต่อทรัพย์สิน ##ชดเชยโดยจนท. ในหน่วยงาน

3: เหตุการณ์เกิดขึ้นกระทบต่อระบบงาน ยังดำเนินการไม่ได้ @ทรัพย์สินเสียหาย ~1,000 บาท ##ชดเชยโดยช่างในหน่วยงาน

4: เหตุการณ์เกิดขึ้นกระทบต่อระบบงาน @ทรัพย์สินเสียหายตั้งแต่ 1,000 - 5,000 บาท

5: เหตุการณ์เกิดขึ้นกระทบต่อระบบงาน ดำเนินการไม่ได้ ~3 วัน @ทรัพย์สินเสียหาย 5,000-10,000 บาท ##ชดเชยโดยผู้เชี่ยวชาญ

6: เหตุการณ์เกิดขึ้นกระทบต่อระบบงาน ดำเนินการไม่ได้ 3-5 วัน @ทรัพย์สินเสียหาย 10,001-20,000 บาท

7: เหตุการณ์เกิดขึ้นกระทบต่อระบบงาน ดำเนินการไม่ได้ ~5-7 วัน @ทรัพย์สินเสียหาย 20,001-50,000 บาท ##ชดเชยโดยบริษัท

8: เหตุการณ์เกิดขึ้นกระทบต่อระบบงาน ดำเนินการไม่ได้ ~7-10 วัน @ทรัพย์สินเสียหาย 50,001-100,000 บาท

9: เหตุการณ์เกิดขึ้นกระทบต่อระบบงาน ดำเนินการไม่ได้ >10 วัน @ทรัพย์สินเสียหาย > 100,000บาท ##ชดเชยในภาคแทนของเดิม

บันทึกกิจกรรมหน่วน

-- บันทึกกิจกรรมหน่วน --

ผู้รายงาน

พงษ์รัตน์ ธีรภูเกิด

6. ระบุหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

**รายงานการเกิดความเสี่ยง-อุบัติเหตุ**

โปรแกรมความเสี่ยง: 01 : ชื่อร้องเรียน / การฟ้องร้อง / ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

รายการบัญชีความเสี่ยง: [ ]

ระดับความรุนแรง: -- เลือกระดับความรุนแรง --

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: -- เลือกหน่วยงาน -- เป็นหน่วยงานที่ก่อให้เกิด

วันที่เกิดเหตุการณ์: [ ]

เวลา: [ ]

สถานที่เกิดเหตุ: [ ]

รายละเอียดเหตุการณ์: [ ]

การจัดการ/การแก้ไขเบื้องต้น: [ ]

บันทึกกิจกรรมทบทวน: -- บันทึกกิจกรรมทบทวน --

ผู้รายงาน: พงษ์ราตรี ธีรบุญเกิด

**เลือกหน่วยงาน --**

- 01.งานคดีพิทักษ์สิทธิ - ไรต์แอดวอคเอต
- 02.งานอุบัติเหตุและประกัน
- 03.งานผู้ป่วยนอก
- 04.งานผู้ป่วยใน
- 05.งานห้องคลอด / ห้องผ่าตัด / สูติศาสตร์ / ยาเสพติด / ผู้ช่วยเหลือคนไข้
- 06.งานควบคุมการติดเชื้อ (IC) / ฉายกลาง / เครื่องมือ
- 07.งานทันตกรรม
- 08.งานเภสัชกรรม
- 09.งานเขตบริการแพทย์
- 10.องค์กรพยาบาล / งานรังสีการแพทย์
- 11.กลุ่มงานเวชฯ / แพทย์แผนไทย
- 12.องค์กรแพทย์
- 13.ประกันสุขภาพ / มทศศาสตร์ / เวชระเบียน / IT / TB&Lep / Aids
- 14.บริหารงานทั่วไป / ยานพาหนะ / ซ่อมบำรุง / พนักงานแปล
- 15.ซัพพลาย / โรงครัว / ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง / เจริญชาญเอก รพ.
- 16.กายภาพบำบัด

7. ระบุวันที่รายงาน รายละเอียดเหตุการณ์และการจัดการ/แก้ไขเบื้องต้น.

**รายงานการเกิดความเสี่ยง-อุบัติเหตุ**

โปรแกรมความเสี่ยง: 01 : ชื่อร้องเรียน / การฟ้องร้อง / ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

รายการบัญชีความเสี่ยง: [ ]

ระดับความรุนแรง: -- เลือกระดับความรุนแรง --

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: -- เลือกหน่วยงาน -- เป็นหน่วยงานที่ก่อให้เกิด ความเสี่ยงหรือเกี่ยวข้องกับต้นเหตุ

วันที่เกิดเหตุการณ์: 2017-02-15

เวลา: < ตุลาคม 2016 > 22:00 หรือ 00:00

สถานที่เกิดเหตุ: -- เลือก --

รายละเอียดเหตุการณ์	1	2	3	4	5	6	7	8
การจัดการ/การแก้ไขเบื้องต้น	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	
	23	24	25	26	27	28	29	
	30	31	1	2	3	4	5	

บันทึกกิจกรรมทบทวน: -- บันทึกกิจกรรมทบทวน --

ผู้รายงาน: พงษ์ราตรี ธีรบุญเกิด

รายการบัญชีความเสี่ยงจากโปรแกรม

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการบัญชีความเสี่ยง
1. ชื่อร้องเรียน / การฟ้องร้อง / ความพึงพอใจ	การคุกคาม/ข่มขู่/กล่าวร้าย/ทะเลาะวิวาท/ทำร้ายร่างกาย
	เจ้าหน้าที่ขาด/ไม่เพียงพอในการให้บริการ

ของผู้รับบริการ	บุคลากรประมาท/ขาดประสบการณ์ก่อให้เกิดความเสียหาย
	เจ้าหน้าที่ไม่อยู่ปฏิบัติงานในขณะที่ต้องให้บริการ
	ผู้รับบริการหลบหนีกลับหรือปฏิเสธการเข้ารับการรักษาตัวใน รพ.
	ผู้รับบริการปฏิเสธการรักษาที่สำคัญ / ไม่มาตามนัด // อาจทำให้เป็นอันตราย
	ผู้รับบริการไม่พึงพอใจการบริการ
	ผู้รับบริการฟ้องร้อง/ร้องเรียน/เรียกค่าเสียหายต่อโรงพยาบาล
	ผู้รับบริการฟ้องร้อง/ร้องเรียนผ่านสื่อหรือองค์การภายนอกให้เกิดความเสื่อมเสีย
2. การประสานงาน / การติดต่อสื่อสาร	การประสานการส่งต่อ / ลำช้า / ไม่เป็นไปตามแนวทางส่งต่อ
	การเคลื่อนย้าย / รับ-ส่ง ผิดคน / ลำช้า / ไม่เป็นไปตามแนวทางการเคลื่อนย้าย
	ติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องไม่ได้
	การให้ข้อมูล ไม่ถูกต้องครบถ้วน / ขัดแย้งกันเอง
	การใช้ตัวย่อ / ลายมือไม่ชัดเจน
	การปฏิบัติไม่ตรงคำสั่ง / ขัดคำสั่ง
	การรับคำสั่ง / รายงานทางโทรศัพท์ หรือทางวาจา / ผิดพลาด / ลำช้า / ไม่รายงาน
	พยาบาล : ติดต่อไม่ได้ / มาช้า
แพทย์ : ติดต่อไม่ได้ / ไม่ติดต่อกลับ / มาช้า	

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการบัญชีความเสี่ยง
3. เอกสารการบันทึก / ส่ง / มอบ / เวชระเบียน / ระบบสารสนเทศ	ข้อมูลในฐานข้อมูล HOSxP หรือโปรแกรมอื่น สูญหาย / ผิดพลาด
	เสี่ยงตามสายไม่ชัดเจน
	กล้องวงจรปิดชำรุด/ใช้การไม่ได้
	ระบบอินเทอร์เน็ตใช้การไม่ได้
	โปรแกรมระบบงานอื่นใช้งานไม่ได้
	โปรแกรม HOSxP ใช้งานไม่ได้
	เครื่องปริ้นเตอร์ชำรุด/ไม่พร้อมใช้งาน
	เครื่องคอมพิวเตอร์ชำรุด/ไม่พร้อมใช้งาน
	เอกสาร / ข้อมูลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง / ไม่ครบถ้วน / ไม่สมบูรณ์
	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง / ไม่ครบถ้วน / ไม่สมบูรณ์
	ข้อมูลผู้ป่วยไม่ได้ถูกโอนหรือ Admit ไม่สมบูรณ์ หรือ D/C ไม่สมบูรณ์
	การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน / ระบุสิทธิผู้ป่วยผิด / ผิดประเภท / Patient Profiles ไม่สมบูรณ์
	ออกเอกสาร ผิดพลาด เช่น ใบรับรองแพทย์ ใบนัด
	ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบหรือการส่งเบิกหรือ Invalid C
	4. เครื่องมือ / อุปกรณ์ / เวชภัณฑ์
หลักฐาน เอกสารสำคัญของผู้ป่วย เวชระเบียนหาย / เสียหาย / สับสน	
ระบบก๊าซทางการแพทย์ขัดข้อง	
เครื่องมือ/อุปกรณ์ ติดไปกับวัสดุอื่น	
เครื่องมือ/อุปกรณ์ ขาด Stock	
เครื่องมือ/อุปกรณ์ สูญหาย	
เครื่องมือ/อุปกรณ์ ปลอดเชื้อ ไม่ sterile/หมดอายุ	
เครื่องมือ/อุปกรณ์ ตกใส่ผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่	
เจ้าหน้าที่ใช้เครื่องมือไม่เป็น/ไม่ถูกวิธีทำให้เกิดความเสียหาย	
เครื่องมือ/อุปกรณ์ ไม่พร้อมใช้	
เครื่องมือ/อุปกรณ์ ไม่เพียงพอ	
อื่น ๆ (ระบุ) .....	
5. การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ	เครื่องมือ/อุปกรณ์ ปลอดเชื้อ ไม่ sterile/หมดอายุ
	ผู้ป่วยกลับมารักษาด้วยแผลติดเชื้อจากหัตถการและการรักษา
	เจ้าหน้าที่/บุคคลากร การไม่ปฏิบัติตามหลัก UP/SP
	การจัดการขยะ การทิ้งขยะผิดประเภท
	อื่น ๆ (ระบุ) .....
6. โครงสร้างกายภาพ อาคาร / สถานที่ / สิ่งแวดล้อม / ความปลอดภัย	ผู้ป่วย/ทารก ถูกลักพาตัว/สูญหาย
	การข่มขู่/คุกคาม/ทำร้ายร่างกาย
	โจรกรรม/ลักขโมย/ทรัพย์สินถูกทำลาย
	เครื่องรัดตั้งหลุด/ได้รับบาดเจ็บจากการรัดตั้ง
	ปีนข้าม/ลอดหลุมที่กั้นเตียง หรืออยู่ในตำแหน่งที่อันตราย

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการบัญชีความเสี่ยง
6. โครงสร้างกายภาพ อาคาร / สถานที่ / สิ่งแวดล้อม / ความ ปลอดภัย (ต่อ)	<p>พลัดตก/กระแทก/ล้ม บาดเจ็บขณะเคลื่อนย้าย</p> <p>พลัดตก/ลื่นล้ม/พบวุ่นนอนอยู่บนพื้น</p> <p>ระบบก๊าซทางการแพทย์ขัดข้อง</p> <p>อุปกรณ์ไฟฟ้าชำรุด เสื่อมคุณภาพ เกิดการรั่ว/ช็อต/ดูด</p> <p>เจ้าหน้าที่ใช้เครื่องมือไม่เป็น/ไม่ถูกวิธีทำให้เกิดความเสียหาย</p> <p>เครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็น...ชำรุด/ไม่มี/ไม่เพียงพอ/มีมากเกินไปจนจำเป็น</p> <p>เครื่องมือ อุปกรณ์ ขัดข้องขณะใช้งาน</p> <p>ได้รับอันตราย บาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์</p> <p>เครื่องมือ อุปกรณ์ตกใส่ผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่</p> <p>ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่</p> <p>จุด/พื้นที่ ที่ลื่นไหลต่อการก่ออาชญากรรม</p> <p>การจัดเก็บขยะไม่ถูกต้อง ทั้งขยะอันตรายติดเชื้อ/ติดเชื้อประเภท</p> <p>อัคคีภัย/ไฟช็อต/อุปกรณ์ดับเพลิงชำรุด</p> <p>ระบบไฟฟ้าขัดข้อง / ไฟตก / เครื่องสำรองไฟไม่ทำงาน</p> <p>ระบบประปาขัดข้อง/น้ำไม่ไหล/รั่วซึม</p> <p>สิ่งแวดล้อมที่ (อาจ) เป็นอันตราย / ปนเปื้อนสารพิษ / ฝุ่น / คิว / เสียงรบกวน</p> <p>อาคารชำรุด/แตกร้าว (อาจ) เกิดอันตราย</p> <p>พื้นลื่น/เป็นหลุมบ่อ (อาจ) เกิดอันตราย</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ) .....</p>
7. กระบวนการดูแลผู้ป่วย	<p>ฟิล์มเสียหาย / อ่านค่าไม่ชัด มืดหรือสว่างเกินไป</p> <p>มีความล่าช้าในการตรวจ X-ray ที่เร่งด่วน และเกิดผลเสีย</p> <p>ส่งตรวจ X-Ray ผิดคน / ผิดตำแหน่ง / ผิดท่า / ผิดขนาดฟิล์ม</p> <p>ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจ X-ray แม้มีข้อบ่งชี้</p> <p>ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วย เสียศักดิ์ศรี</p> <p>ทอดทิ้งผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา</p> <p>บันทึกคำยินยอมไม่ถูกต้อง ไม่ตรงกับเหตุการณ์</p> <p>ไม่ให้ข้อมูล หรือ ไม่ลงนามยินยอมก่อนส่งตรวจ เช่น HIV</p> <p>ไม่ให้ข้อมูล หรือผู้ป่วยไม่ได้ลงนามยินยอม ก่อนทำหัตถการ</p> <p>ความลับของผู้ป่วยถูกเปิดเผยโดยไม่ได้รับอนุญาต</p> <p>แผนการดูแลหลังจำหน่าย เช่น Home med ,การนัด, F/U,ส่ง HHC</p> <p>เกิดแผลกดทับ (ระดับ 2 - 4) /ภาวะแทรกซ้อนหลังรับไว้ใน รพ.</p> <p>การ Re-visit ซ้ำด้วยโรคเดิม 48 ชม. (โดยไม่ได้นัด)</p> <p>การ Re-admit ซ้ำด้วยโรคเดิม 28 วัน</p> <p>การเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด / ก่อนถึง รพ. / ขณะดูแล / ระหว่างส่งต่อ / หลังส่งต่อ</p> <p>การส่งต่อไม่เหมาะสม/เกิดข้อผิดพลาด/มีภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่ง</p> <p>การกู้ชีวิตผิดพลาด/ไม่ถูกวิธี/ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน</p> <p>การรับคัดลอกคำสั่งการรักษา/การส่งตรวจไม่ชัดเจน/ถูกต้อง/ครบถ้วน</p>

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการบัญชีความเสี่ยง
7. กระบวนการดูแลผู้ป่วย	การทำหัตถการไม่ถูกต้อง/ผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง/เกิดภาวะแทรกซ้อน
(ต่อ)	การสั่ง/ให้ การรักษาผู้ป่วยผิดคน/ล่าช้า/ไม่ชัดเจน/ไม่ถูกต้อง
	การวินิจฉัยไม่ถูกต้อง
	การตรวจร่างกายไม่ครอบคลุม/ผิดพลาด
	การ Investigate ไม่เหมาะสม/ล่าช้า
	การประเมินผิดพลาด/ไม่ครอบคลุม/ล่าช้า/ไม่ปฏิบัติตามแนวทางเฉพาะโรค
	การส่งต่อไม่เหมาะสม(อาจเกิดข้อผิดพลาดแก่ผู้ป่วย)
	ผู้ป่วยดึง IV/NG/Foley Catheter อื่นๆ ออกเอง เกิดผลเสีย
	คำสั่งการรักษา/ส่งตรวจไม่ชัดเจน ไม่ครบถ้วน
	ให้การรักษาล่าช้า ทั้งที่ทราบผลตรวจที่ผิดปกติ เช่น ผลlab
	ให้การวินิจฉัย/รักษา ผู้ป่วยผิดคน
	ผู้ป่วยเร่งด่วน ไม่ได้รับการตรวจรักษาในเวลาที่เหมาะสม
	วินิจฉัยผิด รักษาไม่เหมาะสม โดยผู้ตรวจอื่นที่ไม่ใช่แพทย์
	วินิจฉัยผิด รักษาไม่เหมาะสม เกิดผลเสีย โดยแพทย์
	การเลื่อนผ่าตัด หลังจากเตรียมผู้ป่วยแล้ว โดยไม่ได้วางแผน
	การเตรียมผู้ป่วย ส่งผ่าตัดไม่ครบถ้วน ถูกต้อง
	ทำผ่าตัด หัตถการไม่สำเร็จ ต้องทำใหม่/ส่งต่อ
	ทำผ่าตัด หัตถการ ผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง
	เสียชีวิตจากการผ่าตัด/ทำหัตถการ
	เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการหรือผ่าตัดเล็ก
	เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ทำหมันหลังคลอด
	เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก
	ทารกคลอดเสียชีวิตโดยไม่ได้วางแผน
	ทารกที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ/refer หลังการคลอด
	Birth asphyxia/Sepsis/ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ของทารก
	ตรวจพบทารกผิดปกติ/คลอดยาก/ติดไหล่ โดยไม่ได้วางแผน
	ภาวะ Fatal distress ที่ตรวจพบไม่ทันท่วงที
	ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดโดย V/E
	ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด Post partum hemorrhage
	ภาวะแทรกซ้อนจากครรภ์เป็นพิษ เช่น ชัก
	ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด Tear rectum
	ภาวะแทรกซ้อนจากการขูดมดลูก Curettage
	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง/เหมาะสม
	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง/เหมาะสม
	ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง/เหมาะสม
	ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง/เหมาะสม
	ผู้ป่วยจิตเวช ได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น EPS

โปรแกรมความเสี่ยง	รายการบัญชีความเสี่ยง
7. กระบวนการดูแลผู้ป่วย (ต่อ)	<p>ผู้ป่วยจิตเวชที่ทำร้ายตัวเอง/ผู้อื่น โดยมีได้ประเมินมาก่อน</p> <p>ผู้ป่วยในได้รับ Intubation หรือ CPR โดยไม่ได้วางแผนมาก่อน</p> <p>Acute MI ที่ได้รับการวินิจฉัย/รักษา/ส่งต่อล่าช้า</p> <p>แผลกดทับ Bed sore (ระดับ 2-4) เกิดขึ้นภายหลังเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>ภาวะหอบจาก Asthma/COPD ที่อาการแย่งลงต้องใส่ tube</p> <p>ภาวะ Hypo/Hyperglycemia จากยาหรือการรักษาไม่เหมาะสม</p> <p>ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจ / เจาะเลือด</p> <p>ไม่สามารถส่งตรวจได้ น้ำยาหมด / เครื่องเสีย</p> <p>ส่งส่งตรวจสูญหาย / เสียหาย / สัมเก็บส่งส่งตรวจ</p> <p>ส่ง LAB ช้าซ้อน / ส่งผิดคน ผิดชนิด</p> <p>ใบ Request ไม่ครบ เสียหาย</p> <p>ไม่รายงาน ค่า LAB วิกฤต / รายงานช้า</p> <p>มีความผิดพลาดในผลการตรวจ / ผิดคน / ผิดค่า / ผิดขั้นตอน</p> <p>มีความล่าช้าในการตรวจ LAB ที่เร่งด่วน และเกิดผลเสีย</p> <p>ผิดพลาดในการเก็บ specimen ส่งตรวจ เช่น ผิดคน / ผิดวิธี / ผิดชนิด / ผิดจำนวน</p> <p>ไม่ส่ง LAB / ไม่รายงานผล...ในโปรแกรม HosXP</p> <p>ไม่มีสารน้ำ เลือด ที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วย</p> <p>เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จากการให้สารน้ำ เลือด</p> <p>เกิดอาการแพ้ สารน้ำ เลือด</p> <p>รับคำสั่ง/คัดลอก/จัดจ่าย สารน้ำ เลือด ผิดพลาด</p> <p>ให้สารน้ำ เลือด ผิดเวลา/ลืมให้</p> <p>ให้สารน้ำ เลือด ผิดคน/ผิดชนิด/ผิดขนาด/ผิดวิธี</p> <p>การแพร่กระจายเชื้อของแมลงและสัตว์ต่างๆ</p> <p>ผู้ป่วยได้รับสิ่งแปลกปลอมและการปนเปื้อนในอาหาร</p> <p>ผู้ป่วยได้รับอาหารผิดคน / ผิดโรค / ได้รับอาหารช้า / ไม่เหมาะสม</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ) .....</p>
8. ความคลาดเคลื่อนทางยา Medication Error	<p>คัดลอกยาให้ผู้ป่วยผิดคน</p> <p>คัดลอกยาผิดชนิด/ขนาด/วิธีใช้/จำนวน</p> <p>คัดลอกยาที่ไม่มีในคำสั่งแพทย์/ไม่ตามแพทย์สั่ง</p> <p>สั่งใช้ยาที่ออกฤทธิ์ซ้ำซ้อนกัน</p> <p>สั่งใช้ยาให้ผู้ป่วยผิดคน</p> <p>สั่งใช้ยาที่มีปฏิกริยากับโรคเดิมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ก่อน</p> <p>สั่งใช้ยาที่มีปฏิกริยากับยาอื่นที่ผู้ป่วยใช้อยู่ก่อน</p> <p>สั่งใช้ยาในรูปแบบ/วิธีบริหารยา ไม่เหมาะสม</p> <p>สั่งใช้ยา ขนาดมาก/น้อยเกินไป over/under dose</p> <p>สั่งใช้ยาผิดตัวยา/ผิดการรักษาโรค</p>

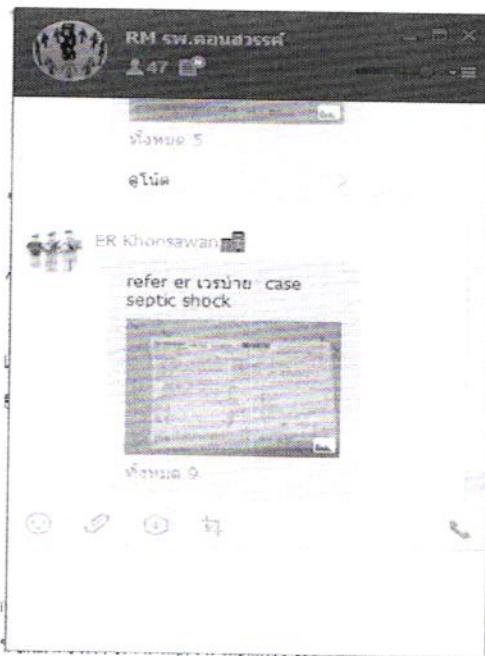
โปรแกรมความเสี่ยง	รายการบัญชีความเสี่ยง
8. ความคลาดเคลื่อนทางยา Medication Error (ต่อ)	สั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ยา/มีข้อห้ามใช้ ขาดยาที่ต้องการสั่งใช้ จ่ายยาหมดอายุ/เสื่อมสภาพ จ่ายยาแล้วไม่หาคำแนะนำที่เหมาะสม จัด Key ที่ไม่มีในคำสั่งแพทย์/ไม่ตามที่แพทย์สั่ง จัด Key ยาผิดรูปแบบ จัด Key ยาผิดจำนวน จัด Key ยาผิดวิธีใช้ จัด Key ยาผิดขนาด จัด Key ยาผิดชนิด จัด Key ยาให้ผู้ป่วยผิดคน จ่ายยาผิดจำนวน จ่ายยาผิดวิธีใช้ จ่ายยาผิดรูปแบบยา จ่ายยาผิดขนาด ความแรง จ่ายยาผิดชนิด จ่ายยาผิดคน ให้อาหารผิดรูปแบบ เตรียมยาไม่ถูกต้องเหมาะสม Preparation error ให้อาหารผิดวิธทาง/เทคนิค/อัตราเร็ว Route error ให้อาหารผิดเวลา Wrong-time error ให้อาหารผิดขนาด dose/strength error ให้อาหารผิดชนิด Wrong drug ให้อาหารผู้ป่วยผิดคน Wrong patients ให้อาหารแก่ผู้ป่วยที่ทราบว่าแพ้ยานั้น อื่น ๆ (ระบุ) .....
9. การเงินและบัญชี	เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน การเบิกจ่ายเงินผิดระเบียบ เอกสารทางการเงินสูญหาย เอกสารใบแจ้งโอนเงินถูก ล้ำซ้ำ ข้อมูลเจ้าหน้าที่ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน/ไม่เป็นปัจจุบัน ข้อมูลลูกหนี้คำรักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน/ไม่เป็นปัจจุบัน คินเงินยืมล้ำซ้ำ รายงานทางการเงินไม่เป็นปัจจุบัน การส่งรายงานทางการเงินล้ำซ้ำ / ไม่ได้ส่ง / ไม่ถูกต้อง / ไม่ครบถ้วน การจ่ายเงินผิด เช่น ไม่ถูกบุคคล จำนวน การรับเงินผิด เช่น จำนวนเงินไม่ถูกต้อง



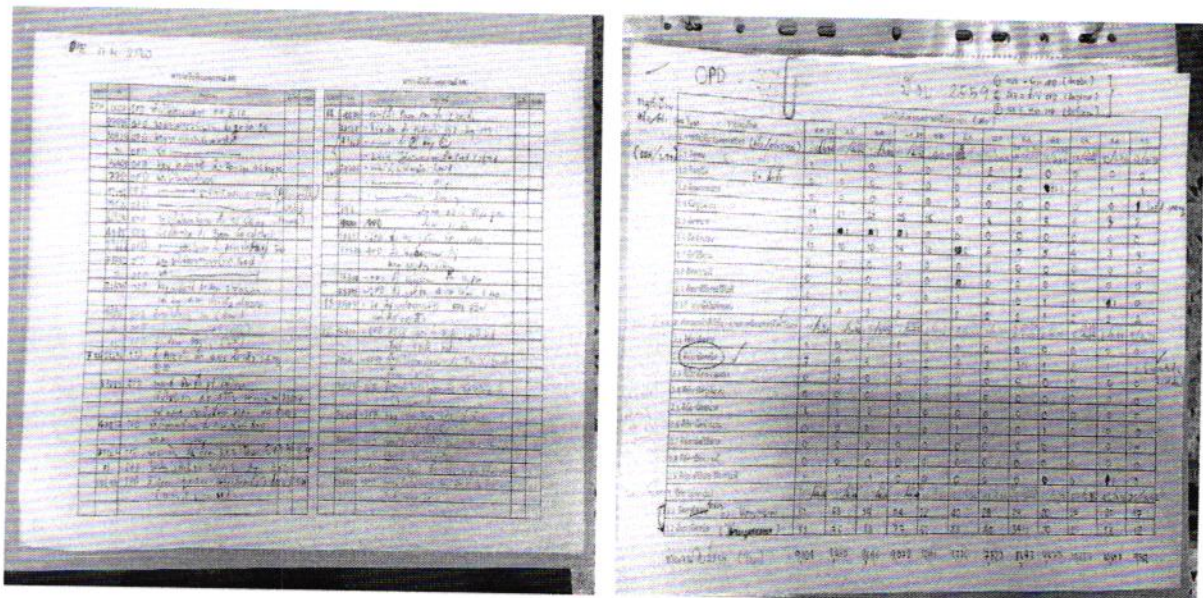
โปรแกรมความเสี่ยง	รายการบัญชีความเสี่ยง
9. การเงินและบัญชี (ต่อ)	การไม่สามารถจ่ายเงิน รับเงิน ได้ตามกำหนดนัดหมาย
	การลงรายการบัญชีทางการเงินผิด
	ออกเอกสารผิดพลาด เช่น ใบเสร็จรับเงิน
	ลืมเก็บเงินค่ารักษา
	เก็บเงิน ทอนเงินผิด ไม่คิดเงิน

3.2 การเขียนใบ IR (เอกสารแนบ)

3.3 ไลน์กลุ่ม RM

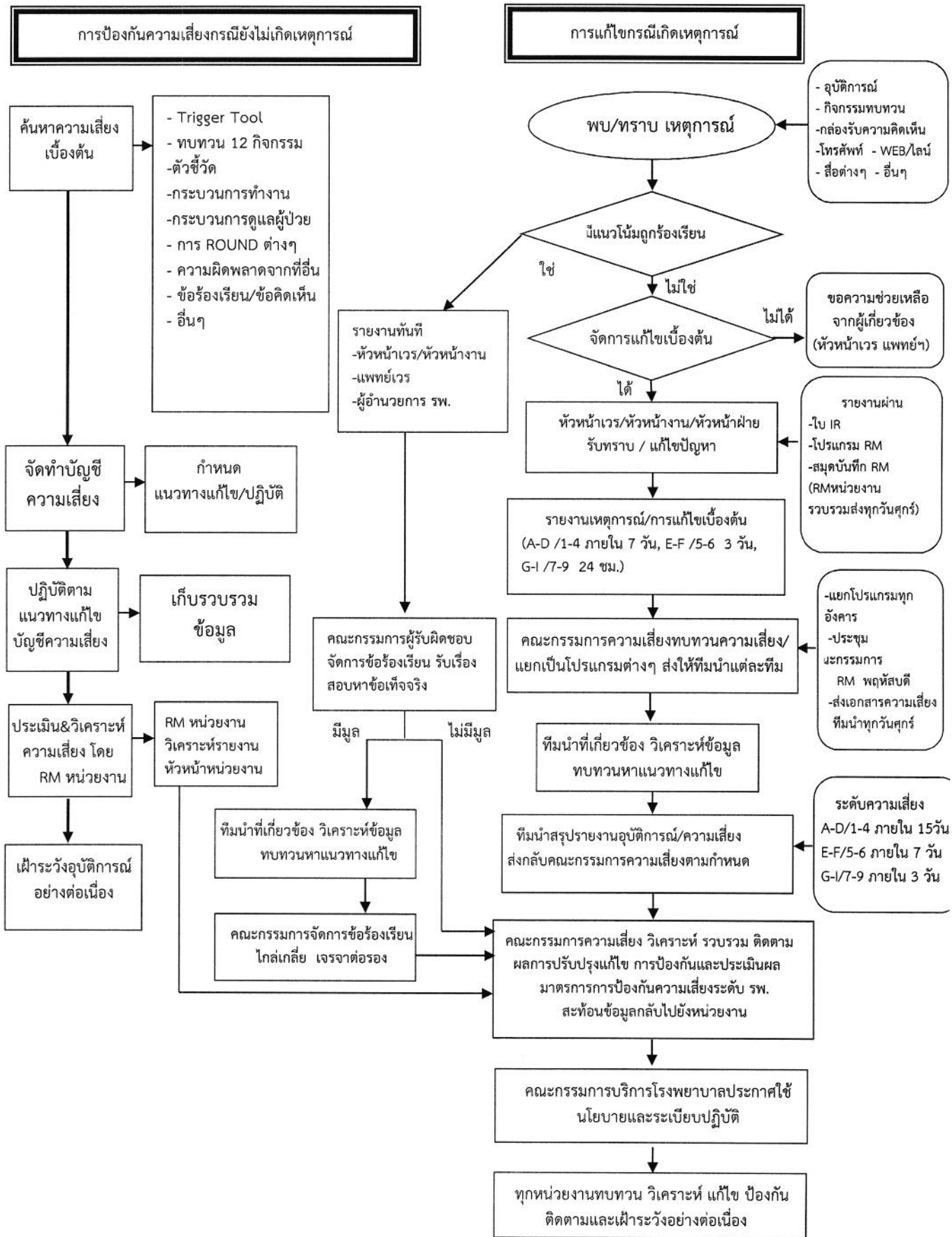


3.4 การบันทึกในสมุดรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงาน (เอกสารแนบ)



สรุปเป็นแผนผังการบริหารความเสี่ยงได้ดังนี้

แผนผังการจัดการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ



## 4. การประเมินความรุนแรงของความเสี่ยง

## 4.1 การกำหนดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป ดังนี้

ระดับความเสี่ยงด้านคลินิกโรงพยาบาลคอนสวรรค์	การจัดกลุ่ม
A : เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้ B : เกิดอุบัติเหตุขึ้นแต่สามารถตรวจพบได้ก่อนยังไม่ถึงตัวผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่	Near Miss
C : เกิดอุบัติเหตุขึ้นกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่แต่ไม่ได้รับอันตราย D : เกิดอุบัติเหตุขึ้นกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ต้องมีการเฝ้าระวังเพิ่มขึ้น เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่	Low RISK
E : เกิดอุบัติเหตุขึ้นกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและ ต้องมีการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม F : เกิดอุบัติเหตุขึ้นกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและ ต้องรับไว้นอน รพ.หรืออยู่รพ.นานขึ้น	Moderate Risk
G : เกิดอุบัติเหตุขึ้นกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ ผู้ป่วยหรือจนท. H : เกิดอุบัติเหตุขึ้นกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ส่งผลให้เกิดอันตรายเกือบเสียชีวิต ต้องได้รับการบำบัดรักษาเพื่อช่วยชีวิต I : เกิดอุบัติเหตุขึ้นกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต	High Risk

ระดับความเสี่ยงด้านคลินิก โรงพยาบาลคอนสวรรค์	การจัดกลุ่ม
1: เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้...แต่ยังไม่เกิด 2: เหตุการณ์เกิดขึ้นแต่สามารถระงับได้ก่อน @ ยังไม่เกิดผลเสียหายต่อทรัพย์สิน ### ช่อมโดย จนท.ในหน่วยงาน	Near Miss
3: เหตุการณ์เกิดขึ้นกระทบต่อระบบงานน้อย ยังดำเนินการต่อไปได้ @ ทรัพย์สิน เสียหาย <1,000 บาท ### ช่อมโดยช่างในหน่วยงาน 4: เหตุการณ์เกิดขึ้นกระทบต่อระบบงาน@ทรัพย์สินเสียหายตั้งแต่1,000-5,000 บาท	Low RISK
5: เหตุการณ์เกิดขึ้นกระทบต่อระบบงาน ดำเนินการไม่ได้ <3 วัน @ทรัพย์สิน เสียหาย 5,000-10,000 บาท ###ช่อมโดยผู้เชี่ยวชาญ 6: เหตุการณ์เกิดขึ้นกระทบต่อระบบงาน ดำเนินการไม่ได้ 3-5 วัน @ทรัพย์สิน เสียหาย 10,001-20,000 บาท	Moderate Risk
7: เหตุการณ์เกิดขึ้นกระทบต่อระบบงาน ดำเนินการไม่ได้ 5-7 วัน @ทรัพย์สินเสียหาย > 20,001-50,000 บาท ###ช่อมโดยบริษัท 8 : เหตุการณ์เกิดขึ้นกระทบต่อระบบงาน ดำเนินการไม่ได้ 7-10 วัน @ทรัพย์สิน เสียหาย 50,001-100,000 บาท: เกิดอุบัติเหตุขึ้นกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ซึ่ง อาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 9: เหตุการณ์เกิดขึ้นกระทบต่อระบบงาน ดำเนินการไม่ได้ >10 วัน @ทรัพย์สินเสียหาย > 100,000 บาท ###ช่อใหม่ทดแทนของเดิม	High Risk

4.2 สนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจในการประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงได้อย่างถูกต้องและรายงานความเสี่ยงได้ทันตามเวลาที่กำหนดไว้ ดังนี้

การจัดกลุ่มความเสี่ยง	ความรุนแรงความเสี่ยง		ระยะเวลาที่ต้องดำเนินการ	ระดับดำเนินการแก้ไขปัญหา
	ทั่วไป	คลินิก		
Near Miss	1 – 2	A – B	บันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งภายใน 15 วัน	- ดำเนินการแก้ไข ภายใน 15 วัน - เก็บเป็นสถิติของหน่วยงานเพื่อพัฒนาและป้องกันการเกิดซ้ำ
Low RISK	3 – 4	C – D	บันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งภายใน 15 วัน	- ดำเนินการแก้ไข ภายใน 15 วัน - ทบทวนข้อมูลนำมาวิเคราะห์สาเหตุ, จัดทำคู่มือ, จัดทำแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดซ้ำ
Moderate Risk	5 – 6	E – F	บันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งภายใน 7 วัน	- ดำเนินการแก้ไข ภายใน 7 วัน - วิเคราะห์สาเหตุ - จัดทำคู่มือ/แนวทางการปฏิบัติในการป้องกัน - เผื่อระวังความเสี่ยง - ทำ RCA/การทบทวนด้วยเครื่องมืออื่นๆตามความเหมาะสม
High Risk	7 - 9	G - I	รายงานด้วยวาจาทันทีและบันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งภายใน 24 ชม.	- ดำเนินการแก้ไข ภายใน 3 วัน - วิเคราะห์สาเหตุ - จัดทำคู่มือ/แนวทางการปฏิบัติในการป้องกัน - เผื่อระวังความเสี่ยง - ทำ RCA/การทบทวนด้วยเครื่องมืออื่นๆตามความเหมาะสม

4.3 Mr.RM มีการสรุปรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน สัปดาห์ละ 1 ครั้งทุกวันศุกร์

4.4 ทีมนำมีการทบทวนรายงานความเสี่ยงที่ได้รับรายงานเพื่อประเมินระดับความเสี่ยง หากมีการกำหนดประเภทและระดับความเสี่ยงไม่ถูกต้อง

4.5 ทีมนำมีการทบทวนความเสี่ยงทุกวันจันทร์ และรวบรวมข้อมูลประสานระบบและ/หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง พร้อมทั้งติดตามผลการแก้ไข ปรับปรุง ตามระยะเวลาที่กำหนด

## 5. การติดตามประเมินผลลัพธ์และพัฒนาระบบงาน

5.1 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีการเก็บรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงระดับต่างๆ เพื่อรวบรวมไว้เป็นหลักฐาน

5.2 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดลำดับความสำคัญในการแก้ไขปัญหา ดังนี้

โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์/ ความถี่	คะแนน	ความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลกระทบที่เกิดตามมา			
		เล็กน้อย	ปานกลาง	รุนแรง	รุนแรงมาก
		1	2	3	4
บ่อยมาก	4	ต่ำ (4)	ปานกลาง (8)	สูง (12)	สูง (16)
ปานกลาง	3	ต่ำ (3)	ต่ำ (6)	ปานกลาง (9)	สูง (12)
น้อย	2	ต่ำ (2)	ต่ำ (4)	ปานกลาง (6)	ปานกลาง (8)
น้อยมาก	1	ต่ำ (1)	ต่ำ (2)	ปานกลาง (3)	ปานกลาง (4)

### โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์

เกิดบ่อยมาก หมายถึง เกิดเหตุการณ์ 1 ครั้ง/วัน

เกิดปานกลาง หมายถึง เกิดเหตุการณ์ 1 ครั้ง/สัปดาห์

เกิดน้อย หมายถึง เกิดเหตุการณ์ 1 ครั้ง/เดือน

เกิดน้อยมาก หมายถึง เกิดเหตุการณ์ 1 ครั้ง/ปี

### ความรุนแรงของเหตุการณ์

**รุนแรงเล็กน้อย** หมายถึง เกิดอุบัติการณ์ขึ้นแล้วแต่สามารถตรวจพบได้ก่อนยังไม่ถึงตัวผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ , สามารถระงับได้ก่อน ยังไม่เกิดผลเสียหายต่อทรัพย์สิน สามารถซ่อมได้โดยช่างในหน่วยงาน

**รุนแรงปานกลาง** หมายถึง เกิดอุบัติการณ์ขึ้นกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ ต้องมีการเฝ้าระวังเพิ่มขึ้น เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย , มีผลกระทบต่อระบบงานน้อย ยังดำเนินการต่อไปได้ ทรัพย์สินเสียหาย มูลค่า ตั้งแต่ 1-5,000 บาท สามารถซ่อมได้โดยช่างในหน่วยงาน

**รุนแรงมาก** หมายถึง เกิดอุบัติการณ์ขึ้นกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และ ต้องมีการรักษาเพิ่มเติม รับไว้นอน รพ.หรืออยู่รพ.นานขึ้น มีกระทบต่อระบบงาน ทำให้ดำเนินการไม่ได้ 1-5 วัน ทรัพย์สินเสียหาย 5,000-20,000 บาท ต้องซ่อมโดยผู้เชี่ยวชาญ

**รุนแรงมากที่สุด** หมายถึง เกิดอุบัติการณ์ขึ้นกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้เกิดอันตรายเกือบเสียชีวิต ต้องได้รับการบำบัดรักษาเพื่อช่วยชีวิต เสียชีวิต กระทบต่อระบบงาน ดำเนินการไม่ได้ 5 วันขึ้นไป ทรัพย์สินเสียหาย 20,001 บาทขึ้นไป ต้องซ่อมโดยผู้เชี่ยวชาญ

5.3 คณะกรรมการความเสี่ยงมีการติดตามผลการดำเนินงาน ภายหลังจากมีการรายงานตามระยะเวลาที่กำหนด ดังนี้

- ความเสี่ยงระดับ A-D และ 1-4 มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาภายใน 15 วัน
- ความเสี่ยงระดับ E-F และ 5-6 มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาภายใน 7 วัน
- ความเสี่ยงระดับ G-I และ 7-9 มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาภายใน 3 วัน

หากยังไม่พบรายงานการแก้ไขปัญหาคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะสอบถามความก้าวหน้าเพื่อเสนอปัญหากับทีมนำของโรงพยาบาลต่อไป

5.3 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ได้จัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติในการป้องกัน- ฝ้าระวังความเสี่ยง กำหนดให้หน่วยงานทำ RCA เพื่อวิเคราะห์ให้ถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และนำเสนอคณะกรรมการบริหาร เพื่อประกาศเป็นนโยบายต่อไป

#### ความเสี่ยงที่ต้องรายงานผู้บริหารสูงสุด

1. ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ ฆ่าตัวตาย / ถูกทำร้ายร่างกาย
2. ผู้ป่วยเสียชีวิต พิกัดและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการให้บริการ/เสียชีวิตโดยไม่คาดฝัน
3. ผู้ป่วยถูกลักพาตัว/หายตัวไปจากโรงพยาบาล
4. เจ้าหน้าที่บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิตจากการปฏิบัติหน้าที่
5. ผู้รับบริการ/ญาติ ต้องการฟ้องร้องหรือมีแนวโน้มจะฟ้องร้องเจ้าหน้าที่/โรงพยาบาล
6. การโจรกรรมทรัพย์สิน
7. แก๊สระเบิด/ไฟไหม้/ภัยธรรมชาติที่ก่อให้เกิดผลเสียหายรุนแรง

#### การจัดการอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน

มีคณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนและเยียวยา โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ดังนี้

๑.	นางศรีัญญา พันธุ์ทอง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคอนสวรรค์	ประธานคณะกรรมการ
๒.	นายวรวงษ์ แสงไชยสุวรรณ	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๓.	นางอรนุช บุญนา	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	กรรมการ
๔.	นางสาวรชชา รวิสานนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕.	นางสมพิศ สมานญาติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖.	นางสินีนุช สมรรถชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗.	นางสาวพงษ์ราตรี หิรัญเกิด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘.	นางเพชรรัตน์ คอนเพ็ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ

#### บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

๑. ดำเนินการฝ้าระวัง จัดการ แก้ไขข้อร้องเรียน ของโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ
๒. ดำเนินการรับเรื่องและสอบถามข้อเท็จจริง
๓. ดำเนินการเยียวยาเมื่อเกิดสถานการณ์ โดยเร็ว เพื่อลดความขัดแย้ง/ความไม่พึงพอใจ
๔. รวบรวม วิเคราะห์ ประเมินผลการดำเนินงาน การจัดการข้อร้องเรียน
๕. รายงานการจัดการข้อร้องเรียน ต่อหัวหน้าหน่วยงาน/คณะกรรมการความเสี่ยง/คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

## ระดับข้อร้องเรียน

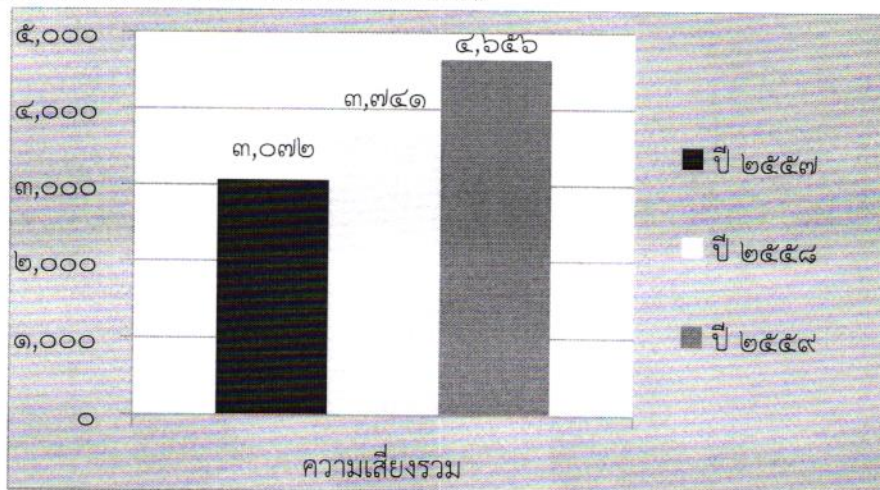
ระดับ	1	2	3
ประเภท	ข้อคิดเห็น, ข้อเสนอแนะ, คำชมเชย, สอบถามหรือร้องขอข้อมูล	ข้อร้องเรียนแก้ไขได้เอง	ข้อร้องเรียนนอกเหนือบทบาทอำนาจหน้าที่ศูนย์
นิยาม	ผู้ร้องเรียนไม่ได้รับความเดือดร้อน แต่ติดต่อมาเพื่อให้ข้อเสนอแนะ / ให้ข้อคิดเห็น/ ชมเชย / สอบถามหรือร้องขอข้อมูล	ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน แต่สามารถแก้ไขได้โดยศูนย์ฯ	- ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน ไม่สามารถแก้ไขได้โดยศูนย์ฯ - ผู้ร้องเรียนร้องขอในสิ่งที่อยู่นอกเหนือบทบาทอำนาจหน้าที่ของศูนย์ฯ
ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม	-การเสนอแนะเกี่ยวกับการให้บริการ -การสอบถามข้อมูล	-การร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล -การร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ	-การร้องเรียนเกี่ยวกับความผิดวินัยร้ายแรงของเจ้าหน้าที่ -การร้องเรียนความไม่โปร่งใสของการจัดซื้อจัดจ้าง -ปรับปรุงคุณภาพของโรงพยาบาล
เวลาในการตอบสนอง	ไม่เกิน 15 วันทำการ	ไม่เกิน 7 วันทำการ	1 วัน (ชี้แจงให้ผู้ร้องเรียนทราบ)
ผู้รับผิดชอบ	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียน	กลุ่ม/ฝ่ายเจ้าของเรื่อง	ศูนย์รับข้อร้องเรียน

## 3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ :						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559
1. จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน	เพิ่มขึ้น 10%	4,047	3,879	3,072	3,741	4,656
1.1 Clinical RISK		3,631	3,448	2,120	2,470	3,095
ระดับความรุนแรง A – B (Near Miss)		3,405	2,995	1,390	1,726	1,810
C – D		215	396	374	482	1,094
E – F		10	51	334	253	181
G – I		1	6	22	9	10
1.2 Non Clinical RISK	เพิ่มขึ้น 10%	416	431	952	1,271	1,561
ระดับความรุนแรง 1 – 2 (Near Miss)		118	156	835	890	991
3 – 4		295	272	105	377	562
5 – 6		2	3	11	3	7
7 – 9		1	0	1	1	1
2. การเกิดอุบัติเหตุซ้ำของความเสี่ยงระดับ G, H, I	0 ครั้ง	0	1	1	1	1
3. อัตราความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไข	100%					
Clinical RISK ระดับ E – I		100%	100%	100%	100%	100%
Non Clinical RISK ระดับ 5 - 9		100%	100%	100%	100%	100%

4. จำนวนอุบัติการณ์เรื่องร้องเรียน	< 20 ครั้ง	14	16	61	18	39
------------------------------------	------------	----	----	----	----	----

แผนภูมิ 1 แสดงความเสี่ยงรวมปีงบประมาณ 2557-2559

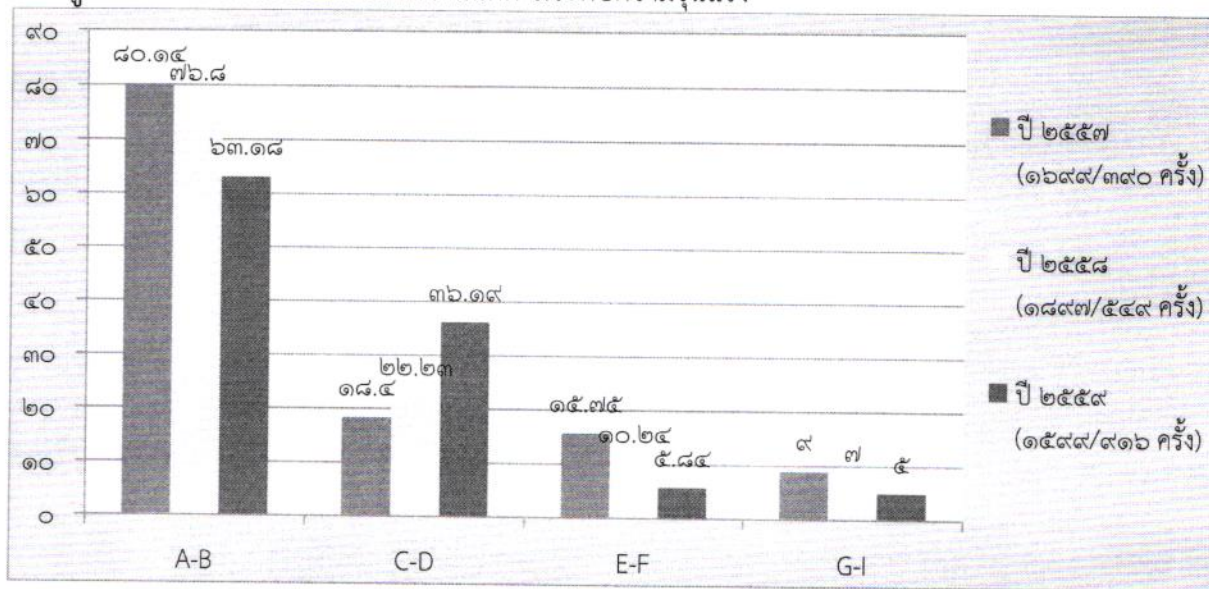


จากแผนภูมิแสดงประเภทความเสี่ยงพบว่า อุบัติการณ์การรายงานความเสี่ยงในปี 2557-2559 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน 3,072 3,741 4,656 ตามลำดับ เป็นผลจากการเพิ่มช่องทางการรายงานความเสี่ยงที่มีหลายช่องทาง ทั้งแบบบันทึก(ใบ IR) การบันทึกผ่านโปรแกรมความเสี่ยงในระบบสารสนเทศ แจ้งความเสี่ยงทางไลน์ ทางโทรศัพท์ กล่องรับข้อความ จัดทีมเคลื่อนที่เร็วในการรับรู้และจัดการความเสี่ยงที่รุนแรงหรือมีแนวโน้มต่อการฟ้องร้อง ส่งผลเสียต่อองค์กร แก้ไขปัญหาเบื้องต้นและต่อเนื่องจนกระทั่งสามารถแก้ไขปัญหาได้ในที่สุด ส่งผลให้การรายงานความเสี่ยงมีความสะดวก ทำได้ง่าย ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น จึงมีรายงานอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น

**ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)**

พบว่าความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้จากการทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า การทบทวนเวชระเบียน การทำ Leader ship walk round การทบทวน 12 กิจกรรม ส่วนใหญ่เป็นอันดับ A-B พบว่ามีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับความเสี่ยงรวม เป็นผลจากการพัฒนาระบบงานเพื่อป้องกันความเสี่ยงทางคลินิก เช่น ระบบยา มีประสิทธิภาพมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 71.33 , 66.03, 63.13 ตามลำดับ ดังแผนภูมิ

แผนภูมิ 2 แสดงความเสี่ยงทางคลินิกจำแนกตามระดับความรุนแรง

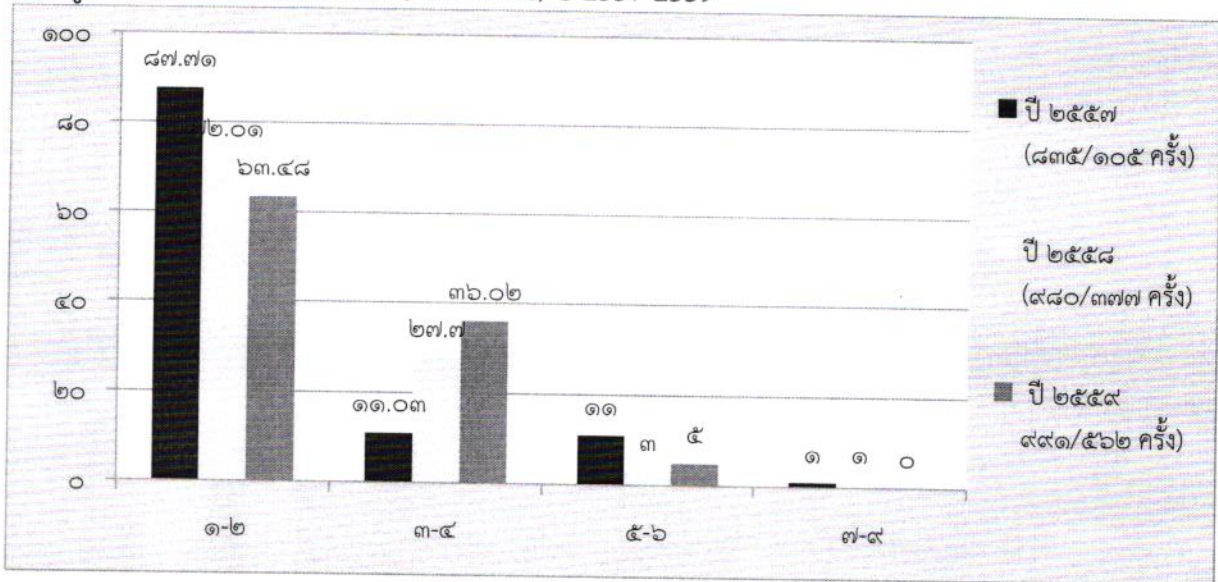




**ความเสี่ยงทั่วไป (non-Clinic)**

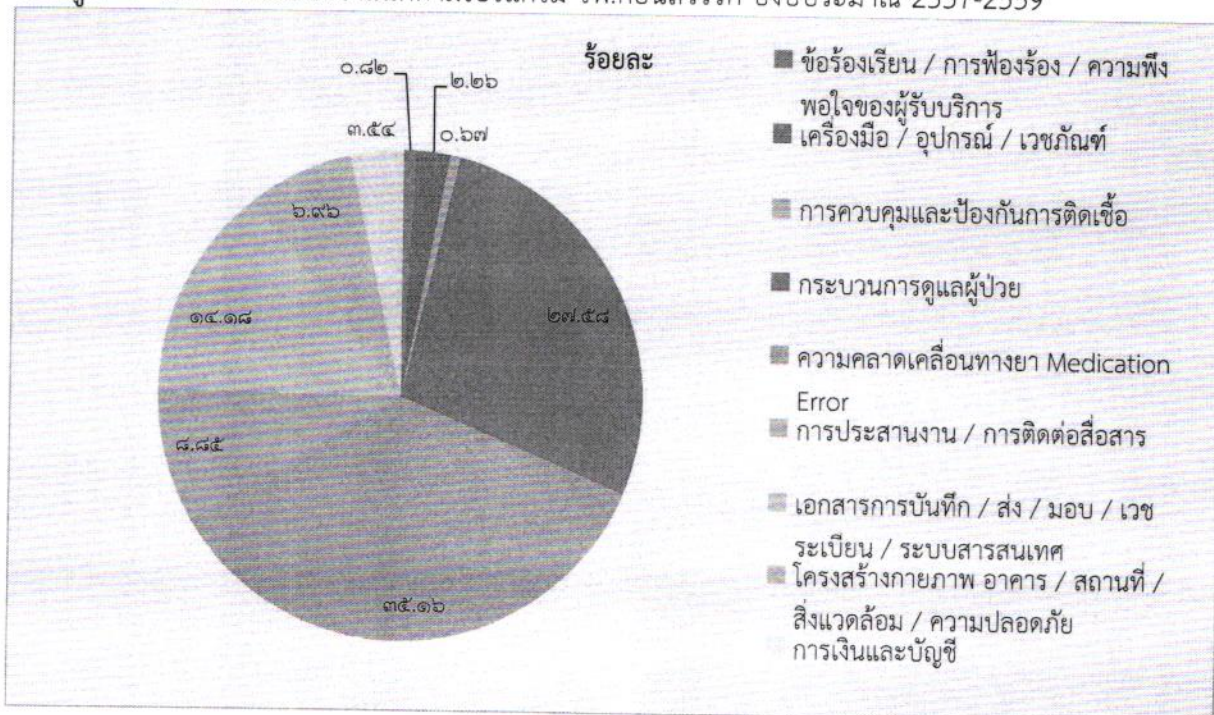
ความเสี่ยงทั่วไปมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เป็นผลจากทุกหน่วยงานมี Mr. RM ประจำ ช่วยกระตุ้นให้เกิดการรวบรวมข้อมูล การบันทึกความเสี่ยง กระตุ้นการค้นหาและรายงานความเสี่ยง การทบทวนให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ สร้างความตระหนักในการรายงานความเสี่ยง และรายงานความเสี่ยงทางกายภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอันดับ 1-2 คิดเป็นร้อยละ 28.67 , 33.93 , 37.86 ตามลำดับ ดังแผนภูมิ

**แผนภูมิ 3 แสดงความเสี่ยงทั่วไป (non-Clinic) ปี 2557-2559**



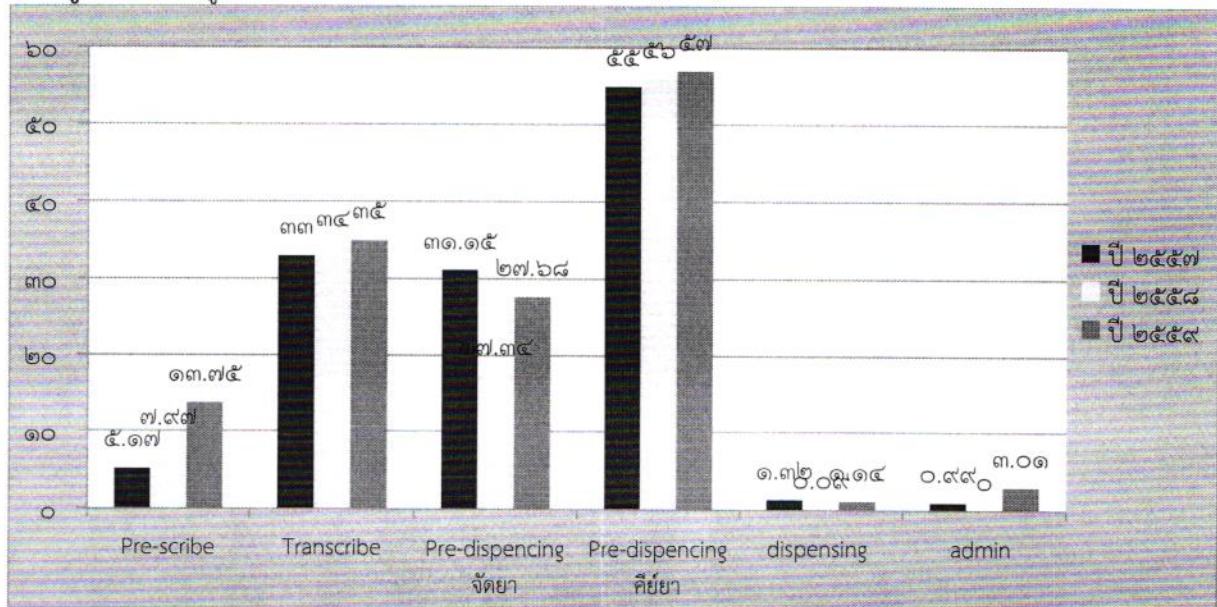
เมื่อจำแนกความเสี่ยงรายโปรแกรม พบว่าความเสี่ยงที่ได้รับรายงานมาก 3 อันดับแรกของโรงพยาบาล ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนทางยา, กระบวนการดูแลผู้ป่วย, และ เอกสารการบันทึก / ส่ง / มอบ / เวชระเบียน / ระบบสารสนเทศ ดังแผนภูมิ

**แผนภูมิ 4 แสดงความเสี่ยงจำแนกตามโปรแกรม รพ.คอนสวรรค์ ปีงบประมาณ 2557-2559**



โดยความเสี่ยงสำคัญ 3 อันดับแรกได้แก่

1. ความคลาดเคลื่อนทางยา จากการรวบรวมข้อมูลพบว่า Medications Error ที่พบมาก 3 อันดับ  
แผนภูมิ 5 แผนภูมิแสดง Medication Error ปี 2557-2559



1.1 ความคลาดเคลื่อนจากการคัดจ่าย (Pre-dispensing Error) จำนวนครั้งการเกิดมีแนวโน้มลดลง แต่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี 2559 ที่พบมากที่สุด คือ การจัดยาไม่ครบจำนวนและรายการรองลงมาคือผิดความแรง ผิดชนิด ผิดคน ตามลำดับ สาเหตุเกิดจากความไม่รอบคอบ และในปี 2559 ขาดยา pre-pack หลายรายการ รวมถึงยาจิตเวชซึ่งเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูงต้องเฝ้าระวัง กำหนดให้ผู้จัดและจ่ายเป็นเภสัชกรเท่านั้น จึงไม่ได้จัดมาพร้อมกัน แก้ไขโดย

1.1.1 ให้ผู้จัดยาติดฉลากยาบนซองยาให้เรียบร้อยและให้ทั้งแผ่นรองฉลากยาและฉลากยาที่ผู้จัดยาไม่ได้ใช้ไว้ในตะกร้ายานั้นๆเพื่อจะได้ตรวจสอบตนเองว่าครบหรือไม่

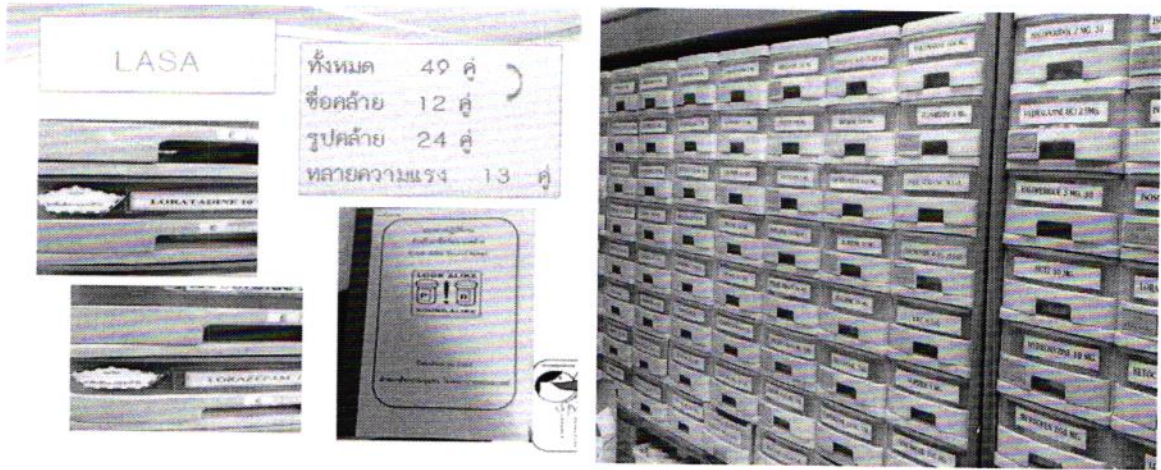
1.1.2 ประสานผู้สั่งซื้อยาให้พยายามหาที่เป็นรูปแบบแผง จึงเริ่มเปลี่ยนจากยานับ pre-pack เป็นรูปแบบแผงมากขึ้น

1.1.3 จัดทำรายการยา LASA โดยเฉพาะคู่ยาที่มักจัดผิดมากที่สุด

- Dicloxacillin tab V.S. Diclofenac tab
- cloxacillin inj. V.S. Ampicillin inj.
- Bromhexine V.S. Benzhexol
- Calcium tab V.S. Colchicine
- Ceftriaxone inj 1 G V.S. Ceftazidime inj 1 G

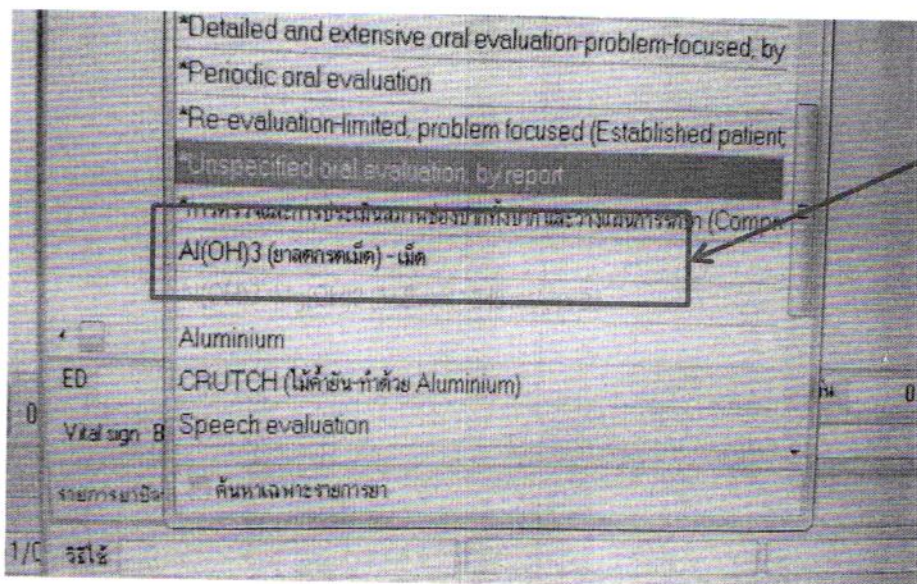
ซึ่งพบว่าเกิดจากคูยานี้วางอยู่ใกล้กันจึงแยกที่เก็บไว้ให้ห่างกัน และเสนอให้ผู้สั่งซื้อยาสั่งยาที่มีรูปแบบเม็ดและ รูปแบบแผงที่แตกต่างกันชัดเจนผลการปฏิบัติพบว่า error ดังกล่าวลดลง

1.1.4 ทำป้ายชื่อยาให้ใหญ่ขึ้น และใช้ตัวอักษรที่อ่านง่ายมองเห็นชัดเจน ดังภาพ



อย่างไรก็ตามความผิดพลาดจากการจัดยา เป็นความเสี่ยงในระดับต่ำ (Low Risk) สามารถตรวจทราบได้จากเภสัชกรผู้จ่ายยาก่อนจ่ายให้แก่ผู้ป่วย จึงไม่มีผู้ป่วยได้รับอันตรายจากความคลาดเคลื่อนจากการจัดยา

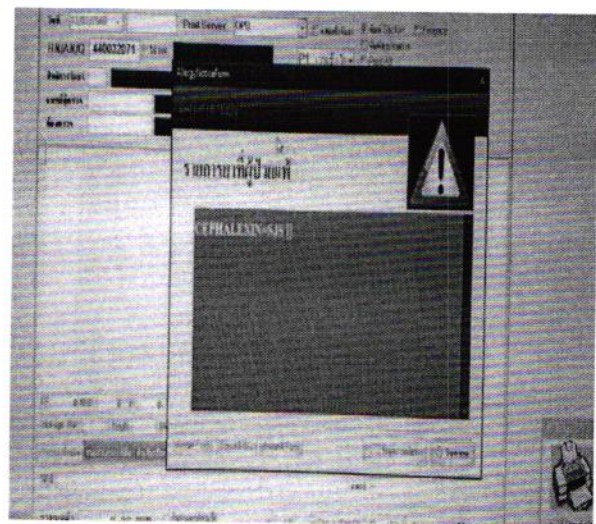
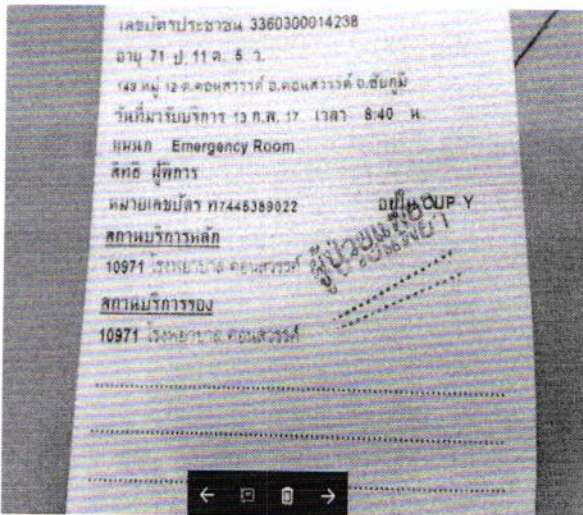
**1.2 ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (Prescribing Error)** ผิดจำนวนโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สั่งใช้น้ำผิดโคซ จะสั่งยาน้ำกลับบ้านเป็นขวดแต่สั่งเป็น ml สั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ จากการทบทวนพบว่า เกิดจากแพทย์ผู้สั่งการรักษามีภาระงานมาก ทำให้มีความเร่งรีบในการสั่งยา ไม่ได้ดูหน่วยของยาที่สั่ง ทำให้สั่งผิดขนาด/ความแรงเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ยังมีความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาโดยผู้ที่ไม่ใช่แพทย์ในการรักษาผู้ป่วยนอกเวลาราชการที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ได้แก่ไขโดย การเปลี่ยนสีของตัวอักษรให้แตกต่างกันเพื่อให้ง่ายต่อการสังเกต และผิดพลาดน้อยลง รองลงมา ได้แก่ จำนวนยาไม่ตรงกับวันนัดเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ขาดการคำนวณจำนวนอินซูลินที่ผู้ป่วยต้องใช้ หรือแพทย์สั่งจำนวนยามาเพียง 1 เดือน (30 วัน) แต่พยาบาลนำห้องนัดผู้ป่วย 35 วัน หรือแพทย์สั่งจำนวนยามาเพียง 1 เดือน แต่พยาบาลนำห้องนัดผู้ป่วย 2 เดือน พยาบาล exit care ระบุวันนัดและจำนวนวันนัดให้ชัดเจนและให้สอดคล้องกับจำนวนยาที่แพทย์สั่ง จากนั้นก็ทำให้ความคลาดเคลื่อนนี้มีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามความผิดพลาดจากการสั่งใช้ยาสามารถตรวจทราบได้จากเภสัชกรผู้จ่ายยาก่อนจ่ายให้แก่ผู้ป่วยจึงไม่มีผู้ป่วยได้รับอันตรายจากความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา ดังภาพ

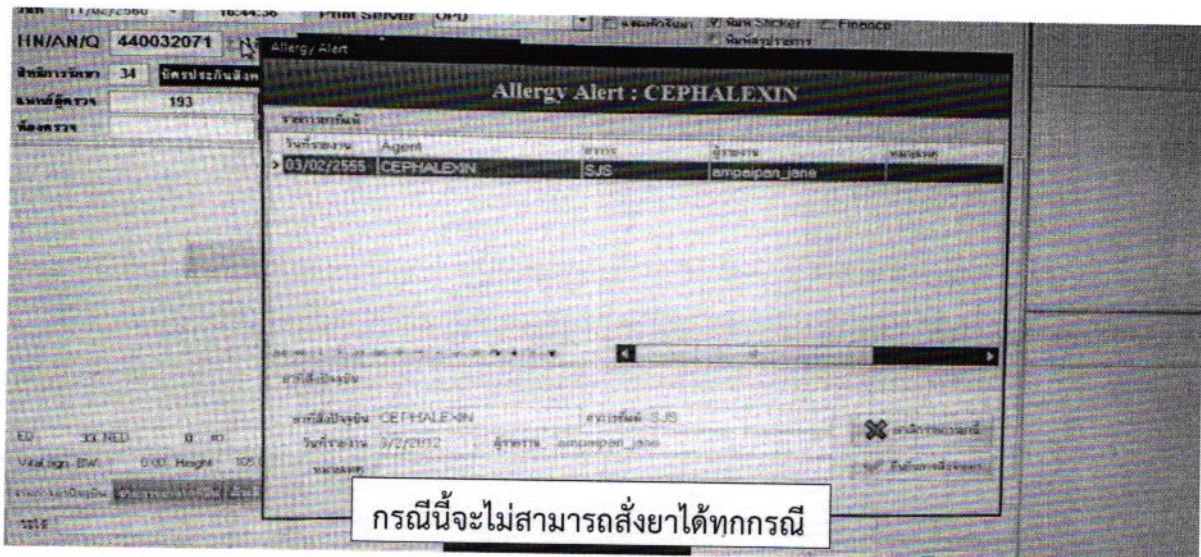


ยาชื่อเดียวกัน/ต่างสี

1.3 การแพ้ยาซ้ำ มีจำนวนที่ผิดพลาดไม่มาก แต่คณะกรรมการ PTC กำหนดเป็นตัวชี้วัดสำคัญ ที่ต้องแก้ไขเร่งด่วน จากการทบทวนข้อมูลพบว่าปี 2557 พบว่าแพ้ในระบบ 1 ครั้ง ได้แก่ Diclofenac inj. ซึ่งเป็นการให้ยาดังกล่าว Stat ที่ห้องฉุกเฉินก่อน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่โรงพยาบาลคอนสวรรค์ออกบัตรแพ้ยาและบันทึกประวัติใน HosXP อยู่ก่อนแล้วแต่ห้องฉุกเฉิน stat ยาก่อนเปิดดูประวัติส่งผลให้คณะ PTC วางแนวทางร่วมกันทางการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ จึงเกิดข้อตกลงร่วมกันก่อนให้ยาผู้ป่วยทุกครั้งต้องถามผู้ป่วยดังนี้ท่านเคยแพ้ยาหรือไม่ ถ้าเคยแพ้ขอบัตรแพ้ยา ถ้าไม่มีบัตรแพ้ยาส่งปรึกษาเภสัชกรและดูประวัติการแพ้ยาในระบบ HosXP ก่อนที่จะให้ยาผู้ป่วยทุกครั้ง และการแพ้ยานอกระบบ ได้แก่ Amoxicillin ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่โรงพยาบาลคอนสวรรค์ออกบัตรแพ้ยาและบันทึกประวัติใน HosXP อยู่ก่อนแล้วแต่ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่คลินิกไม่ได้เอาบัตรแพ้ยาไปด้วยและจำไม่ได้ว่าตนเองเคยแพ้ยา เภสัชกรจึงเน้นย้ำแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องของการพกบัตรผู้ป่วยแพ้ยาติดตัวตลอดและให้ยื่นแก่สถานพยาบาลทุกแห่งที่เข้าไปรับบริการ ปี 2558 แพ้ยาซ้ำ 1 ครั้ง ได้แก่ amoxicillin เป็นเคสที่มีประวัติแพ้ยาใน HosXP แล้วอยู่ในช่วงจ่ายยานอกเวลาที่ห้องฉุกเฉิน เภสัชกรตรวจสอบยาตอนเข้าพบว่าได้จ่ายยาที่ผู้ป่วยแพ้จึงให้ตามเคสโดย รพ.สต. พบว่ามีผื่นขึ้นเล็กน้อย จึงให้หยุดยาและ CPM 1x3 pc ผู้ป่วยปลอดภัยดี ปี 2559 เป็นกรณี ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา Penicillin แล้วได้รับยา Augmentin inj. โดยรับ refer และได้ยาจากโรงพยาบาลชัยภูมิโดยที่มา start ยาที่โรงพยาบาลคอนสวรรค์ พอเภสัชกรจะจ่ายยาจึงพบประวัติใน HosXP จึงจะโทร consult แพทย์ พยาบาลบอกว่าได้ยาผิดมาจากชัยภูมิ จึงฉีดยาก่อนแล้ว เภสัชกรจึงให้เฝ้าระวังอาการแพ้ พอผู้ป่วยเริ่มมีอาการจึงสามารถรักษาได้อย่างรวดเร็ว จึงเน้นย้ำเรื่องกระบวนการก่อนให้ยาแก่ผู้ป่วยให้เปิดดูประวัติการแพ้ยาใน HosXP ก่อนทุกครั้ง

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) จึงได้พัฒนาระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำในโรงพยาบาล เริ่มจากเจ้าหน้าที่รับบัตรได้สอบถามประวัติการแพ้ยาจากผู้ป่วยทุกรายที่มาใช้บริการ หากมีประวัติเคยแพ้ยาจะบีมอักษร “แพ้ยา” ที่บัตร QN และตรวจสอบกับโปรแกรม HosXP หากไม่เคยมีการบันทึกประวัติแพ้ยาในโปรแกรม จะส่งปรึกษาเภสัชกรเพื่อช้กประวัติและบันทึกประวัติการแพ้ยาในโปรแกรม HosXP และมีการส่งต่อข้อมูลต่อสถานพยาบาลอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลใกล้เคียง กรณีส่งต่อรับการรักษา ดังภาพ





2. กระบวนการดูแลผู้ป่วย จากการรวบรวมข้อมูลพบว่า ความเสี่ยงสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วยตาม Patient Care Process ได้แก่

2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การไม่สั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผ่านโปรแกรม Hos XP ทำให้ไม่ได้แจ้งรายงานผลการตรวจในโปรแกรมด้วย การสั่งตรวจไม่ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ การรายงานผลไม่ครบ ไม่ถูกต้อง เป็นต้น จากการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าเกิดจาก การที่แพทย์มีภาระงานมากในการตรวจผู้ป่วย การสั่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมในโปรแกรม HosXP จะทำให้ใช้เวลาในการสั่งเพิ่มมากขึ้น จึงเขียนใส่ OPD card หรือบัตร QN คณะกรรมการ PCT ได้พัฒนาระบบเพื่อแก้ไขปัญหา โดยการให้ผู้ป่วยทุกรายที่ออกมาจากห้องแพทย์ต้องยื่นบัตรที่โต๊ะพยาบาลหน้าห้องตรวจแพทย์ทุกครั้ง เพื่อตรวจสอบก่อนและหลังการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แต่อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงได้รับการติดตาม ตรวจสอบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจึงไม่ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อการรักษา และไม่มีผู้ป่วยได้รับอันตรายจากความเสียดังกล่าว

2.2 กระบวนการทบทวนโดยผู้ชำนาญการกว่า พบประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น

- ไม่พบการบันทึกกายหลังให้การรักษา เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการปวด บันทึก pain score ก่อนรักษา แต่เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไม่มีการประเมิน pain score ซ้ำ
- ไม่พบการบันทึกสัญญาณชีพภายหลังการรักษา, ในผู้ป่วยที่มีไข้ ไม่วัดไข้ซ้ำ ในผู้ป่วยโรคหอบหืดที่อาการดีขึ้นไม่ได้บันทึกการหายใจหลังพ่นยา , ไม่บันทึกการตรวจร่างกายเป็นภาพ เป็นต้น
- ความผิดพลาดในการใช้ ATB Smart Use ในผู้ป่วย URI และ AGE เกินความจำเป็น โดยในปี 2557 คิดเป็นร้อยละ 70.74 และ 61.22 ในปี 2558 ตามลำดับ จากการทบทวนพบว่า เกิดจากพยาบาลที่ทำหน้าที่สั่งการรักษาแทนแพทย์นอกเวลาราชการ ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการสั่งยา ทีม PCT จึงได้พัฒนาแนวทางโดย

1. เภสัชกรให้ความรู้กับผู้เกี่ยวข้องกับการจ่ายยาผู้ป่วย URI และ AGE
2. ตกลงแนวทางในการสั่งใช้ยาผู้ป่วย URI และ AGE
3. ชี้แจงการสั่งใช้ยาแก่แพทย์และพยาบาล URI และ AGE

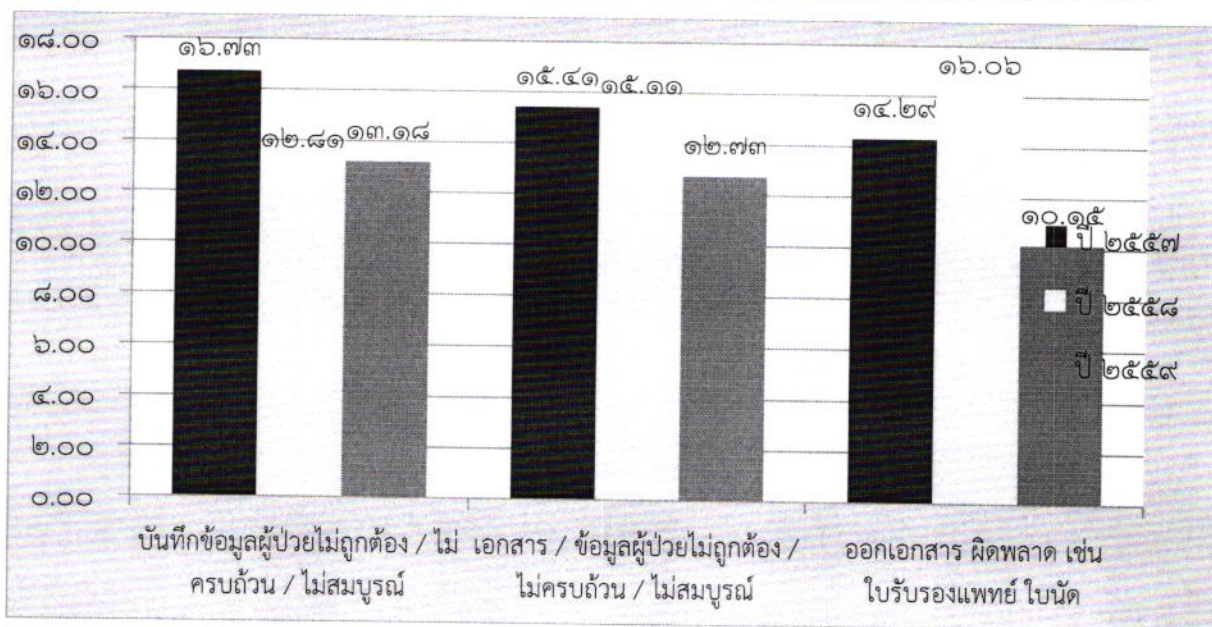
ผลการพัฒนาพบว่า ในปี 2558 มีอัตราการสั่งใช้ยา ATB เกินความจำเป็นในผู้ป่วย URI และ AGE ลดลง เป็นร้อยละ 47.05 และ 36.25 ในปี 2559 มีอัตราการสั่งใช้ยา ATB เกินความจำเป็นในผู้ป่วย URI และ AGE ลดลง เป็นร้อยละ 48.03 และ 36.06 ตามลำดับ

2.3 การประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยผิดพลาด ที่สำคัญได้แก่ การประเมิน Sepsis ไม่ครอบคลุม ไม่มีการตรวจ H/C ผู้ป่วยได้รับ ATB ช้า คณะกรรมการ PCT ได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis กำหนดแนวทางการประเมิน Sepsis โดยใช้ Quick SOFA และ SOS มาประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม มีการประกันเวลาการได้รับ ATB ภายใน 1 ชม.ภายหลังแพทย์วินิจฉัย นำหลัก 5E เป็นแนวทางส่งต่อการรักษา ทำให้ผู้ป่วย Sepsis ได้รับ ATB ภายใน 1 ชม. ครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น อัตราการเสียชีวิตจาก Sepsis ลดน้อยลง

สำหรับการประเมินผู้ป่วย MI ที่มาด้วย Atypical Chest Pain ยังพบการประเมินไม่ถูกต้อง และเหมาะสม มีการส่งผู้ป่วย NSTEMI ไปรอตรวจที่ OPD คณะกรรมการ PCT จึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MI โดย ผู้ป่วยที่มีอาการจุกแน่นท้องเหนือสะดือทุกราย ให้ประเมินโดยใช้ Chest pain check list ไว้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล ทำ EKG และรายงานแพทย์ทุกราย แพทย์เวรสามารถ consult อายุรแพทย์ที่ รพ.ชัยภูมิทาง Line ได้ตลอดเวลา มีการประเมินซ้ำโดยการตรวจ EKG และ Cardiac enzyme ทุก 6 ชั่วโมง

3. เอกสารการบันทึก / ส่ง / มอบ / เวชระเบียน / ระบบสารสนเทศ จากการรวบรวมข้อมูลพบว่า ความเสี่ยงที่พบมาก 3 อันดับ ดังแผนภูมิ

แผนภูมิ 6 แสดงร้อยละของการบันทึก ส่งมอบเวชระเบียน ระบบสารสนเทศผิดพลาด ปี 2557-2559

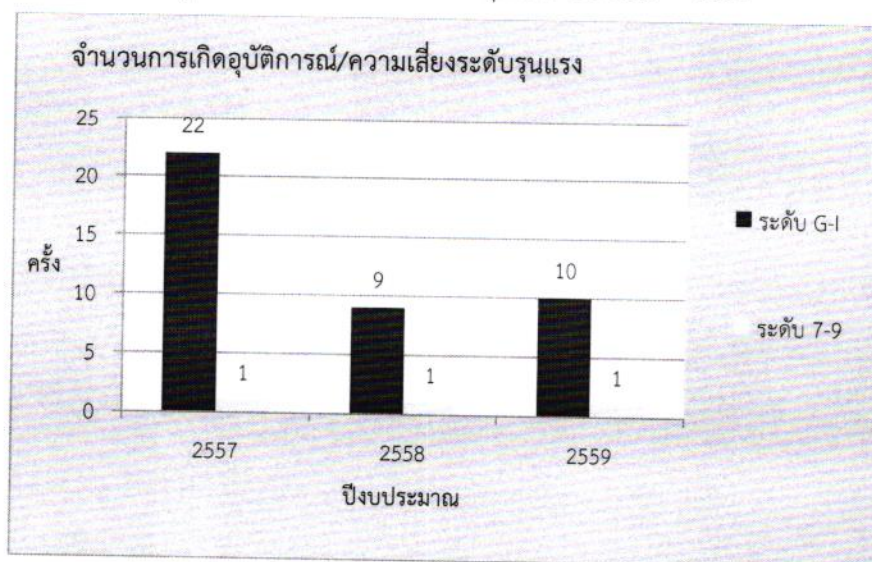


3.1 บันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง / ไม่ครบถ้วน / ไม่สมบูรณ์ เช่น ลืมเขียนชื่อ-สกุลผู้ป่วยในของ เอ็กซ์เรย์ , ออกใบรับรองแพทย์เป็นนามสกุลเดิมของผู้ป่วยที่ให้บัตรประชาชนใบใหม่แล้ว, ไม่ได้ลงทะเบียนรับไว้รักษา (Admit) ในสมุดเบอร์ 2, ไม่ตรวจสิทธิการรักษาของผู้ป่วย เป็นต้น

3.2 เอกสาร / ข้อมูลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง / ไม่ครบถ้วน / ไม่สมบูรณ์ เช่น ออกบัตรนัดให้ผู้ป่วยมาตรงตามคลินิก , คลินิก NCD ลืมส่งรายชื่อผู้ป่วยรับยาที่ รพ.สต. (แต่แจ้งผู้ป่วยแล้วทำให้ผู้ป่วยไปแล้วไม่ได้รับยา) , บันทึกข้อมูลผู้ป่วยผิด OPD card ไม่ได้เปลี่ยนนามสกุล เป็นต้น

3.3 ออกเอกสาร ผิดพลาด เช่น ออกวันนัดไม่ตรงตามวันที่เปิดคลินิก, นัดผู้ป่วยเข้าผิดคลินิก เป็นต้น

ความเสี่ยงทางคลินิกและทั่วไปในระดับรุนแรง G-I, 7-9 และ ความเสี่ยงที่มีการวิเคราะห์ด้วยการใช้ RCA แผนภูมิที่ 7 จำนวนการเกิดอุบัติการณ์/ความเสี่ยงระดับรุนแรง ปี 2555 – 2559



### ความเสี่ยงทางคลินิก ในระดับ G - I

จากแผนภูมิแสดงระดับความรุนแรงของความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2557- 2559 พบว่า ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทางคลินิก ในระดับ G - I มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีการกำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจน และมีการรายงานความเสี่ยงที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น เป็นจำนวน 22, 9 และ 10 ครั้ง จากการทบทวนพบว่า เป็นความเสี่ยงในกระบวนการดูแลผู้ป่วย เช่น

1. การส่งต่อผู้ป่วย Stroke ล่าช้า มีกรณีผู้ป่วย Lt. Hemiparesis แพทย์ส่งตัวไปโรงพยาบาลชัยภูมิ ผู้ป่วยขอไปเองเนื่องจากมีรถส่วนตัวมา แพทย์ออกใบส่งตัวให้แต่ผู้ป่วยไปรักษาที่คลินิกแพทย์ กลับมาโรงพยาบาลซ้ำเนื่องอีกครั้งจากมีอาการอ่อนแรงมากขึ้น แพทย์ได้ส่งต่อโดยรถของโรงพยาบาล คณะกรรมการ PCT ได้ทบทวนแผนการดูแล จึงกำหนดเกณฑ์ในการคัดกรองและแบ่งประเภทผู้ป่วยที่สงสัย Stroke ให้ส่งไป ER ทุกราย พัฒนาระบบ Stroke Fast Tract และส่งต่อโดยรถของโรงพยาบาลทุกราย ทำให้อัตราการส่งต่อผู้ป่วย Stroke ทันเวลาเพิ่มขึ้น

2. การประเมิน Sepsis ไม่ครอบคลุม ไม่มีการตรวจ H/C ผู้ป่วยได้รับ ATB ช้า คณะกรรมการ PCT ได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis กำหนดแนวทางการประเมิน Sepsis โดยใช้ Quick SOFA และ SOS มาประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม มีการประกันเวลาการได้รับ ATB ภายใน 1 ชม.ภายหลังแพทย์วินิจฉัย นำหลัก 5E เป็นแนวทางส่งต่อการรักษา ทำให้ผู้ป่วย Sepsis ได้รับ ATB ภายใน 1 ชม ครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น อัตราการเสียชีวิตจาก Sepsis ลดน้อยลง

3. การประเมินผู้ป่วย MI ที่มาด้วย Atypical Chest Pain พยาบาล Triage ส่งตรวจที่ OPD พยาบาลซักประวัติ พบว่าสูบบุหรี่ จึงนำส่งห้องฉุกเฉินให้ตรวจ EKG และจับ O<sub>2</sub> Sat ส่งพบแพทย์ที่ ER ผลตรวจพบว่า เป็น STEMI ได้ให้ยา SK และ ส่งต่อรพ.มหาราชนครราชสีมา คณะกรรมการ PCT จึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MI โดย

- จัดทำ Chest pain check list ไว้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล
- พัฒนาระบบ 1669 ให้สามารถออกรับเหตุได้ตลอด 24 ชม. โดยจัดรถและเจ้าหน้าที่เพิ่มในแต่ละเวรและมีระบบสำรองในกรณีออกเหตุซ้อน
- พัฒนาระบบส่งต่อภายใน คปสอ.คอนสวรรค์ โดยรพ.สต.สามารถปรึกษา case และส่งต่อผ่าน Line Refer in ER Ksw ได้ตลอด 24 ชม.และมีการประสานแพทย์และเตรียมประวัติผู้ป่วยไว้รอ

- ปรับปรุง CPG ให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่พบในอำเภอคอนสวรรค์
- สอนการอ่านและแปลผล EKG ให้กับพยาบาล
- มีระบบ Fast tract สำหรับกลุ่มโรคเสี่ยงสูง เช่น MI , stroke , sepsis , HI โดยสามารถ consult อายุรแพทย์ที่รพ.ชัยภูมิทาง Line ได้ก่อนการส่งต่อตลอดเวลา

### ความเสี่ยงทั่วไปใน ระดับ 7 - 9

เกิดขึ้นปีละ 1 ครั้ง ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการชำรุดของอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยคณะกรรมการความเสี่ยงได้นำมาทบทวน RCA เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและหาแนวทางการแก้ไขปัญหา มีการตอบสนองความเสี่ยงทุกรายการ คิดเป็นร้อยละ 100

### การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำของความเสี่ยงระดับ G- I

เป็นความเสี่ยงในระดับ I เกิดจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย MI ดังนี้

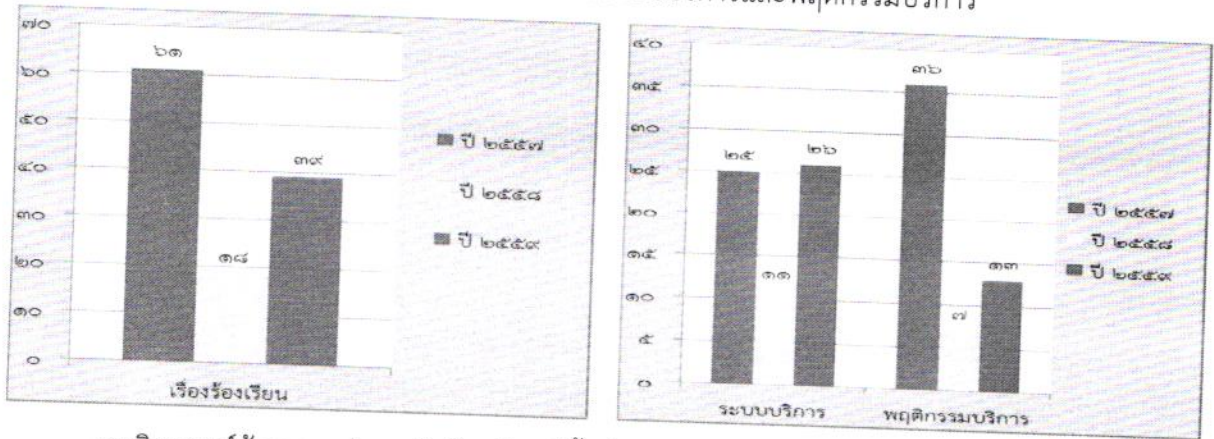
1. ในปี 2557 มีผู้ป่วย MI เสียชีวิต เนื่องจาก
2. ปี 2558 มีการเสียชีวิตของผู้ป่วย MI สาเหตุจากผู้ป่วยไม่มีความรู้ในการประเมินตนเองและการเข้าถึงบริการโดยใช้ 1669
3. ปี 2559 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดฝัน 2 รายจากการประเมินซ้ำไม่ครอบคลุม ดังนั้นจึงพัฒนาแนวทางการประเมินซ้ำโดยการตรวจ EKG และ Cardiac enzyme ทุก 6 ชั่วโมง ผลการดำเนินงาน ทำให้สามารถประเมินผู้ป่วย MI เข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้น ได้รับการประเมิน วินิจฉัย และดูแลได้อย่างเหมาะสม อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดน้อยลง

### การจัดการ/ แก้ไขข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ

การรวบรวมข้อมูลพบว่าเรื่องร้องเรียนในปี 2557 มีมากที่สุดจำนวน 61 เรื่อง คณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนและเยียวยา ได้ทบทวนพบว่าเกิดจากการที่คณะกรรมการข้อร้องเรียนและคณะกรรมการความเสี่ยงไม่ได้ร่วมกันทบทวนเรื่องร้องเรียนร่วมกัน ดังนั้นจึงกำหนดการทบทวนร่วมกันทุกสัปดาห์ พบว่าเรื่องร้องเรียนบางเรื่องมีความซ้ำซ้อนของการรายงาน ในปี 2558 จึงสรุปได้น้อยลง ในปี 2559 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้กำหนดช่องทางกรับร้องเรียนเพิ่มขึ้น เช่น กล้องรับเรื่องความคิดเห็น การประชุมทีมนำร่วมกับผู้นำชุมชนทุกตำบลเดือนละ 1 ครั้ง วิทยุชุมชนเพื่อสุขภาพ และการค้นหาผ่านสื่อโซเชียลมีเดีย รวมถึงการที่เจ้าหน้าที่ใส่ใจในการรับรู้ต่อความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย/การรับเรื่องจากผู้ป่วยโดยตรง จึงได้รับเรื่องร้องเรียนเพิ่มขึ้น

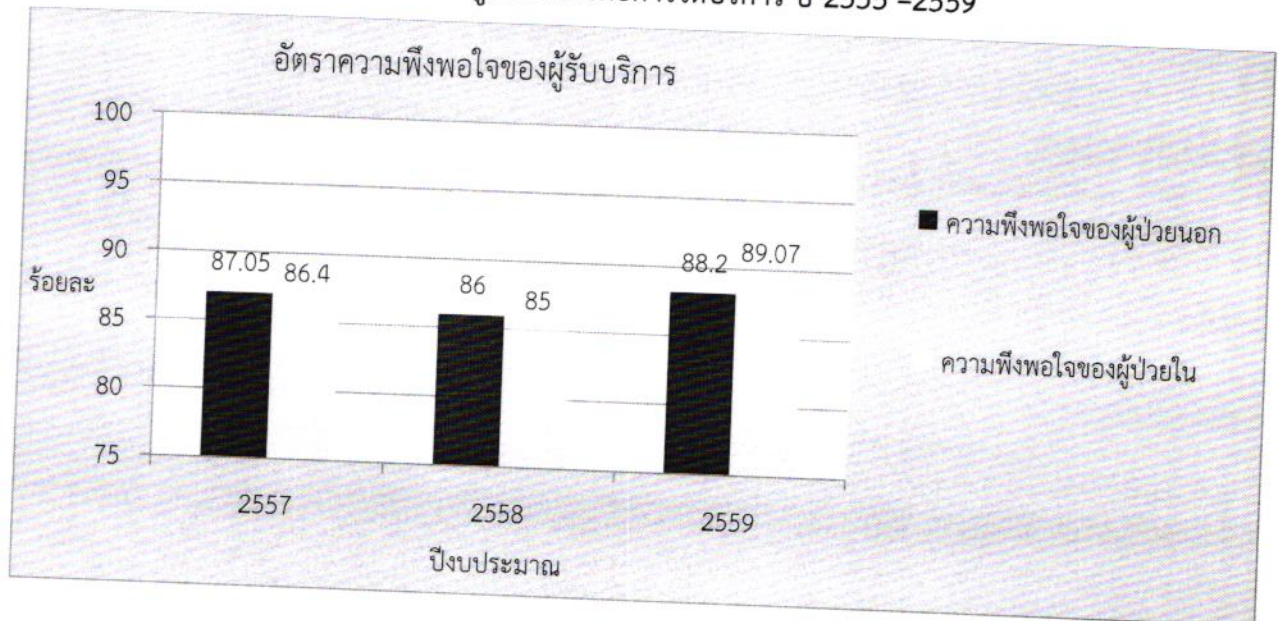


แผนภูมิ 8 แสดงจำนวนเรื่องร้องเรียน จำแนกตามระบบบริการและพฤติกรรมบริการ



การวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ข้อร้องเรียนมีทั้งที่เกิดจากระบบบริการและพฤติกรรมบริการ เรื่องระบบบริการ ได้แก่ มีแพทย์น้อย เวลารอคอยแพทย์ออกตรวจนาน หน่วยงานได้จัดระบบการออกตรวจ OPD ของแพทย์โดยให้แพทย์เวรออก OPD ก่อนเข้าตรวจผู้ป่วยที่นอน Admitted สลับกับแพทย์ท่านอื่น จัดให้แพทย์ออกตรวจรักษาผู้ป่วยเพิ่ม 3 - 4 คน มีการประกันเวลาตรวจและแจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบทุกครั้ง จัดแพทย์ให้บริการประจำหน่วยบริการ เช่น คลินิกโรคเรื้อรัง แพทย์ออกตรวจ OPD และแพทย์ประจำห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน สลับกันในแต่ละวัน และถ้าไม่มี Case ที่หน่วยบริการแพทย์จะช่วยออกตรวจที่ OPD ทำให้มีข้อร้องเรียนลดน้อยลง ส่วนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการเกิดขึ้นในหลายหน่วยงานและกลุ่มสาขาวิชาชีพ ได้แก่ การที่เจ้าหน้าที่พูดไม่เพราะ ไม่ใส่ใจบริการ คณะกรรมการ HRD ได้จัดทำโครงการอบรมการปรับเปลี่ยนแนวคิดเพื่อพัฒนาชีวิตให้กับบุคลากร เป็นการเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการเพื่อพัฒนาองค์กร และใช้การฝึกสมาธิ ฝึกจิต สงบใจ และยังมีการสนับสนุนให้บุคลากรสามารถลา ปฏิบัติธรรมะได้ครั้งละ 3 - 5 วัน โดยไม่ถือเป็นวันลา มีการจัดกิจกรรมโรงพยาบาลคุณธรรมที่ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่เขียนเป้าหมายการทำงานที่ดีๆ ในการให้บริการที่เกิดความคาดหวัง (Beyond Expectation) การชื่นชมความดีผ่านต้นไม้แห่งความดี เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างต่อเนื่อง มีการจัดการแก้ไขข้อร้องเรียน คิดเป็นร้อยละ 100 ผลการพัฒนาพบว่าในปี 2559 ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 9 อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการ ปี 2555 -2559



จากสถิติความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลคอนสวรรค์ แผนกผู้ป่วยนอก ในปีงบประมาณ 2557-2559 พบว่าระดับความพึงพอใจมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลมีนโยบายพัฒนาระบบบริการ มีการกำหนดวัน และแยกคลินิกพิเศษเฉพาะโรค ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจ และบริการที่รวดเร็วขึ้น เช่น ในคลินิกพิเศษ จัดให้บริการแบบ One-Stop Service มีระบบทางด่วน “ผู้สูงอายุไม่มีคิว” “70 ปี ไม่มีคิว” และมียังมีการปรับระบบการให้บริการจากแพทย์ผู้ตรวจโดยจัดให้มีแพทย์ประจำที่แผนกต่างๆ เช่น คลินิกโรคเรื้อรัง ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ทำให้แพทย์สามารถให้บริการในแผนกได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้มีการปรับระบบบริการห้องจ่ายยา โดยจัดให้มีเภสัชกรจ่ายยาได้ตลอด แม้ในเวลาพักกลางวัน ทำให้ผู้ป่วยลดระยะเวลารอคอยลง ส่วนความพึงพอใจในการบริการของผู้ป่วยใน พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน เนื่องจากบุคลากรได้รับการพัฒนาด้านการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การฝึกสมาธิ การสื่อสาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ และมีการปรับภูมิทัศน์บริเวณด้านหน้าตึกผู้ป่วยในให้สะอาด สบายตา มีสิ่งอำนวยความสะดวก ให้กับญาติที่มาเฝ้าและปรับพื้นที่หน้าตึกผู้ป่วยใน จัดทำเป็นเตียงเสริมเพื่อรองรับผู้ป่วยในช่วงเวลาวิกฤตที่ต้องรองรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการวางแผนสร้างตึกผู้ป่วยใน 60 เตียง เพื่อให้เหมาะสมกับการให้บริการผู้ป่วยต่อไป

ตัวอย่างเหตุการณ์ความเสียงรุนแรงที่ได้รับการแก้ไข

ปัญหาที่พบ	แนวทางการแก้ไข
<p>1. การประเมินผู้ป่วย MI ผิดพลาด ไม่เหมาะสม</p> <p>ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงทางคลินิก</p> <p>ความรุนแรงของความเสี่ยง : ระดับ G-I</p> <p>รายละเอียดเหตุการณ์ :</p> <p>1. ผู้ป่วยกลุ่ม ACS ที่มาด้วยอาการ atypical chest pain มีอาการจุกแน่นท้อง ทำให้ไม่ได้รับการทำ EKG ส่งผลให้ Miss Diagnosis</p> <p>2. การคัดกรองอาการเจ็บหน้าอกและการรายงานแพทย์ช้าเนื่องจากพยาบาลไม่สามารถอ่านและแปลผล EKG ได้</p> <p>3. มีผู้ป่วย MI เสียชีวิตจากการประเมินผิดพลาด 2 ราย</p> <p>4. ผู้ป่วย NSTEMI ไปรอตรวจที่ OPD 1 ราย</p>	<p>- จัดทำ Chest pain check list ไว้เป็นแนวทางทั้งโรงพยาบาล</p> <p>- พัฒนาระบบ 1669 ให้สามารถออกรับเหตุได้ตลอด 24 ชม. โดยจัดรถและเจ้าหน้าที่เพิ่มในแต่ละเวรและมีระบบสำรองในกรณีออกเหตุซ้อน</p> <p>- พัฒนาระบบส่งต่อภายใน คปสอ.คอนสวรรค์โดยรพ.สต.สามารถปรึกษา case และส่งต่อผ่าน Line Refer in ER Ksw ได้ตลอด 24 ชม. และมีการเตรียมประวัติผู้ป่วยไว้รอ</p> <p>- ปรับปรุง CPG สอนการอ่านและแปลผล EKG ให้กับพยาบาล</p> <p>- มีระบบ Fast tract สำหรับกลุ่มโรคเสี่ยงสูง เช่น Ac MI, stroke, sepsis, HI โดยสามารถ consult อายุรแพทย์ที่รพ. ชัยภูมิทาง Line ได้ก่อนการส่งต่อ</p>
<p>2. การประเมินซ้ำผู้ป่วย Sepsis</p> <p>ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงทางคลินิก</p> <p>ความรุนแรงของความเสี่ยง : ระดับ E-H</p> <p>รายละเอียดเหตุการณ์ :</p> <p>1. การวินิจฉัย sepsis ล่าช้า</p> <p>2. ไม่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย sepsis ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน</p> <p>3. การรับ Antibiotic ไม่ทันเวลา</p> <p>4. การส่งต่อล่าช้า ไม่เหมาะสม</p>	<p>1. Quick SOFA และ SOS มาประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม</p> <p>2. ประกันเวลาการได้รับ ATB ภายใน 1 ชม. ภายหลังแพทย์วินิจฉัย</p> <p>3. มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis</p> <p>4. นำหลัก 5E เป็นแนวทางส่งต่อการรักษา</p>

ปัญหาที่พบ	แนวทางการแก้ไข
<p>3. การแพ้ยาซ้ำ</p> <p>ประเภทความเสี่ยง : ความเสี่ยงทางคลินิก</p> <p>ความรุนแรงของความเสี่ยง : ระดับ E</p> <p>รายละเอียดเหตุการณ์ :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการให้ยา Diclofenac inj. แก่ผู้ป่วยที่แพ้ซึ่งมีการบันทึกในโปรแกรม HosXP แล้วแต่พยาบาลห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ฉีดยาก่อนการเปิดโปรแกรม ทำให้ไม่ทราบ</li> <li>2. ผู้ป่วยแพ้ยา Amoxycillin มีการบันทึกประวัติแพ้ยาใน HosXP และออกบัตรประจำตัวผู้ป่วยแพ้ยาที่โรงพยาบาลคอนสวรรค์แล้วแต่ผู้ป่วยไปรับบริการที่คลินิกและไม่ได้เอาบัตรไปด้วย ทำให้แพ้ยาซ้ำ</li> <li>3. ผู้ป่วยแพ้ยา Penicillin มีการบันทึกในโปรแกรม HosXP แล้ว แต่เมื่อรับกลับจากโรงพยาบาลชัยภูมิ ได้ยา Augmentin inj. มาฉีดต่อ พยาบาลไม่ได้ตรวจสอบกับโปรแกรม HosXP</li> </ol>	<p>(PTC) จึงได้พัฒนาระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำในโรงพยาบาล โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เจ้าหน้าที่รับบัตรได้สอบถามประวัติการแพ้ยาจากผู้ป่วยทุกรายที่มาใช้บริการ</li> <li>2. หากมีประวัติเคยแพ้ยาจะพิมพ์อักษร “แพ้ยา” ที่บัตร QN และตรวจสอบกับโปรแกรม HosXP</li> <li>3. กรณีไม่เคยมีการบันทึกประวัติแพ้ยาในโปรแกรมจะส่งปรึกษาเภสัชกรเพื่อซักประวัติและบันทึกประวัติการแพ้ยาในโปรแกรม HosXP</li> <li>4. คณะกรรมการ PTC กำหนดให้ก่อนจ่ายผู้ป่วย/ให้ยาทุกครั้งต้องเปิดตรวจสอบในโปรแกรม HosXP ทุกครั้ง</li> <li>5. ส่งต่อข้อมูลต่อสถานพยาบาลอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลใกล้เคียงกรณีส่งต่อรับการรักษา</li> </ol>

#### โอกาสพัฒนาต่อไป

1. การพัฒนาโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาลให้มีความกระชับ สะดวกสำหรับผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ทีมนำสามารถทบทวน/แก้ไข ประเภทของความเสี่ยง ระดับความรุนแรงของความเสี่ยง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้อง
2. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกระดับ สามารถบันทึกความเสี่ยงในโปรแกรมได้ ร้อยละ 100
3. มีการคืนข้อมูลความเสี่ยงทุกระดับความรุนแรงของความเสี่ยงให้แก่ผู้เกี่ยวข้องได้ครบถ้วน ถูกต้อง ร้อยละ 100
4. ส่งเสริมให้เกิดการรายงานความเสี่ยงของตนเอง (Self-Report) อย่างต่อเนื่อง มีการนำข้อมูลเพื่อวางแผนการป้องกันความเสี่ยงอย่างเหมาะสม