



RISK MANAGEMENT

BOPHLOI HOSPITAL





คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

เป้าหมาย

“ผู้รับบริการ
ผู้ให้บริการ
ประชาชน
และองค์กร
ปลอดภัย”



แพทย์หญิงนันท์นภัส พูลพุทธพงษ์
กุมารแพทย์
ประธาน



พว.สุรที ดอกยอ
รองประธาน



พว.ยุพิน ธรรมรงค์
เลขาธิการความเสี่ยง



ตัวแทนงานทุกหน่วยงาน

เข็มมุ่ง จุดเน้น



“พัฒนาการค้นหาความ
เสี่ยงก่อนที่จะเกิด
Adverse Event เพิ่มขึ้น”



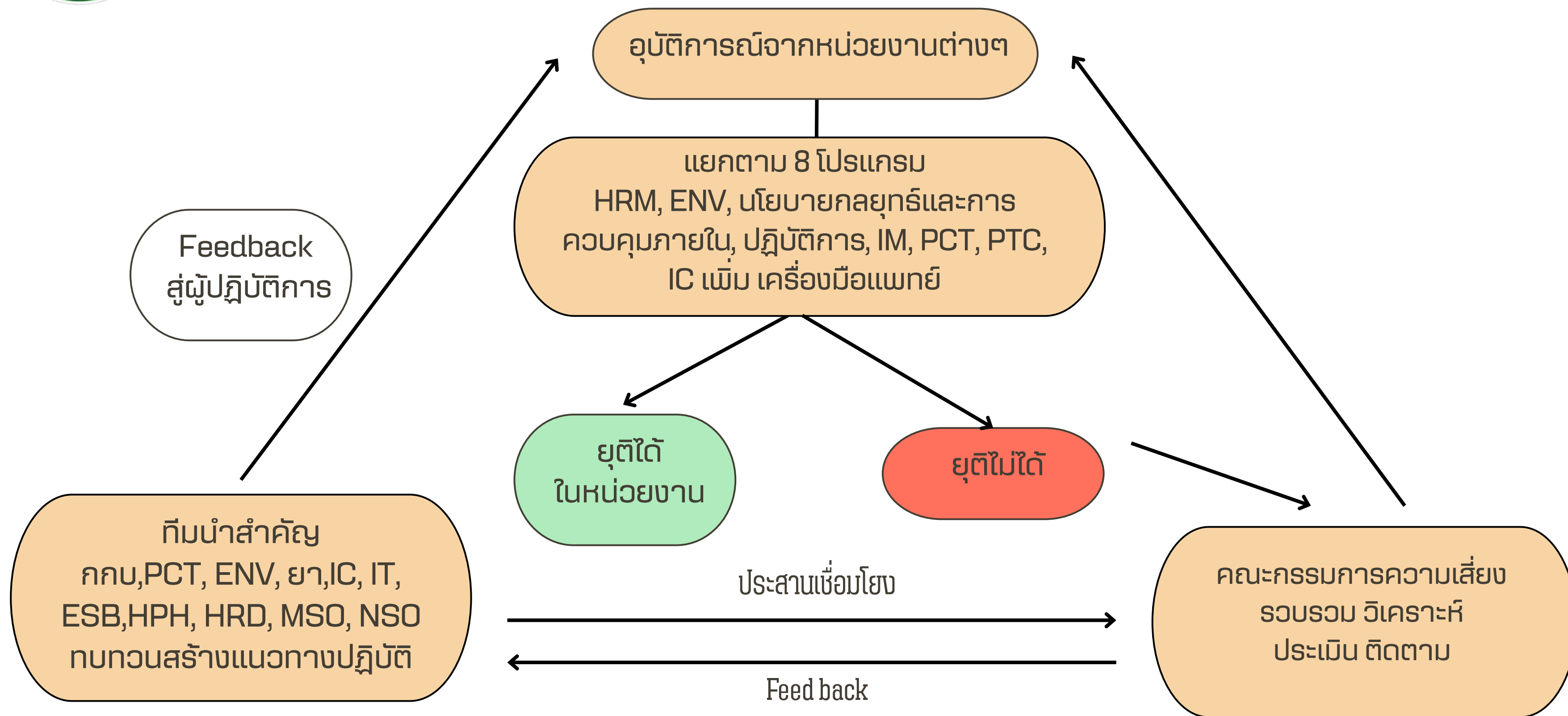
“พัฒนาความปลอดภัย 3P
safety(9 safety)”



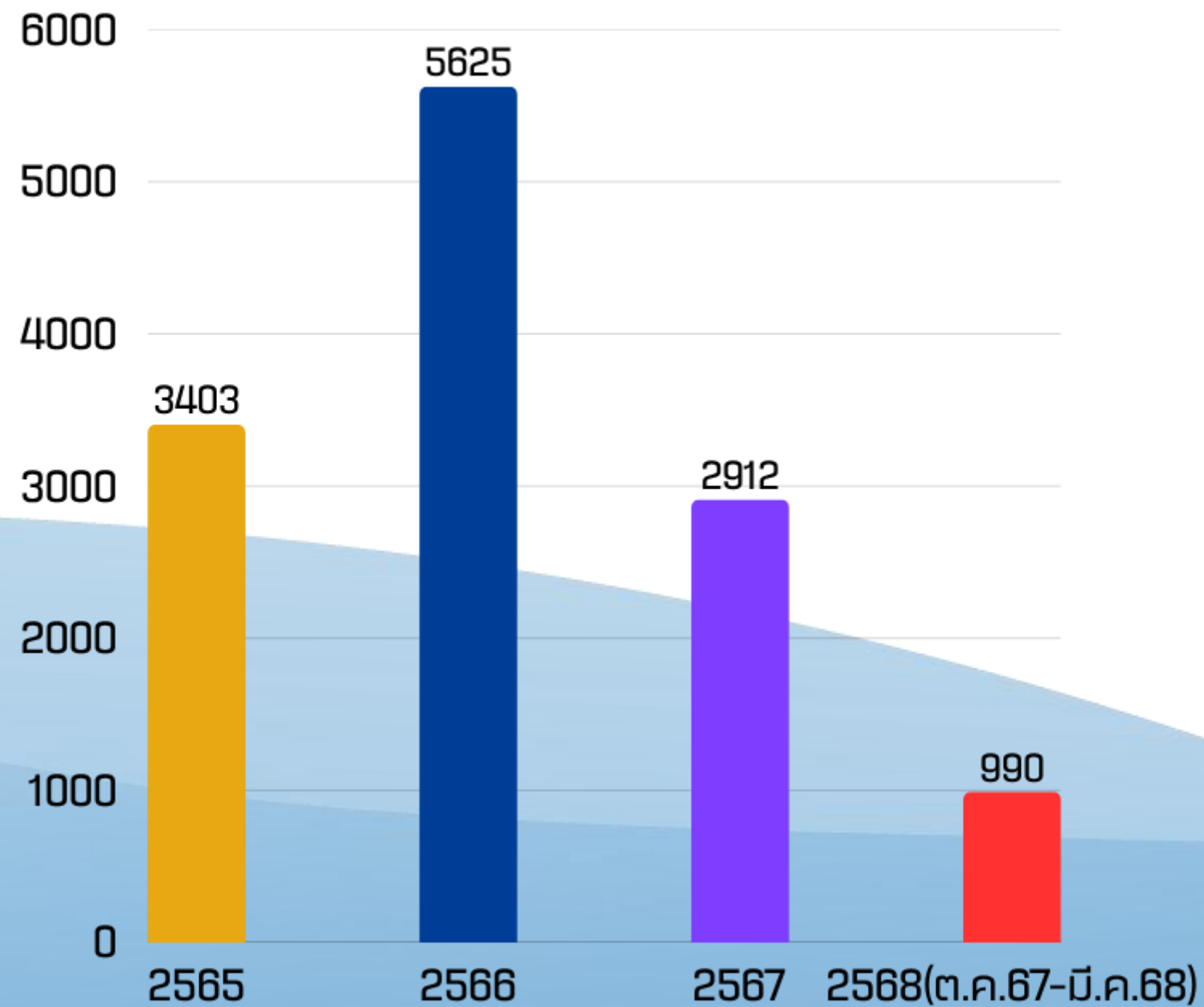
“พัฒนาความต่อเนื่องในการ
รายงานความเสี่ยงผ่าน
โปรแกรม HRMS”



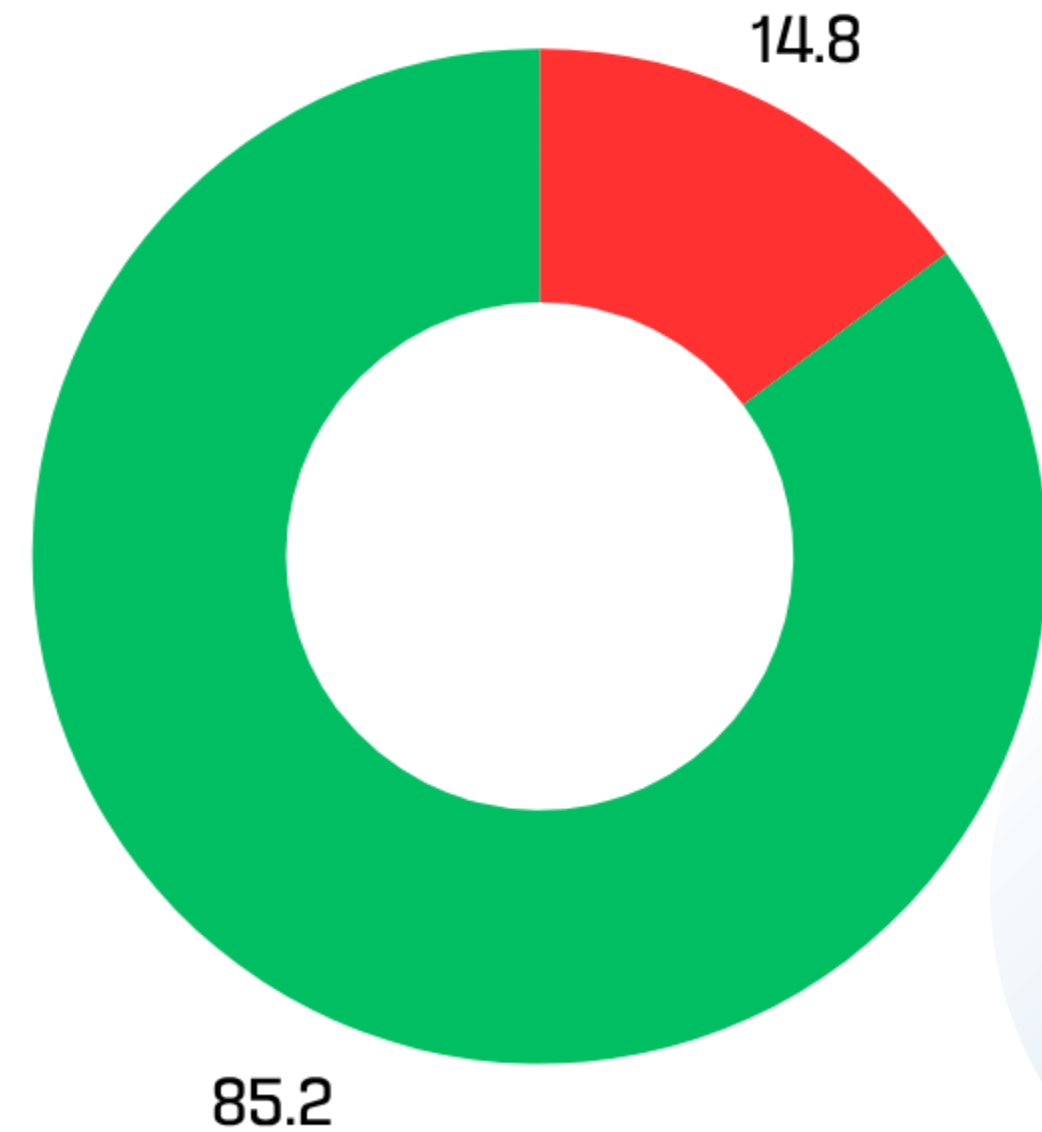
แผนผังระบบบริหารความเสี่ยง



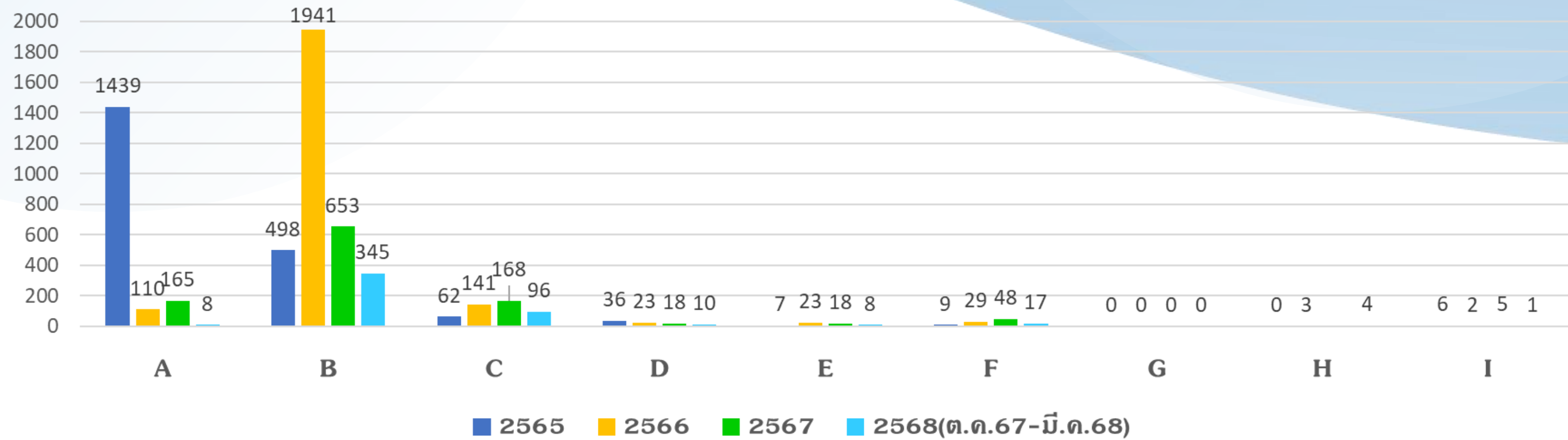
จำนวนรายงานความเสี่ยง และอุบัติการณ์



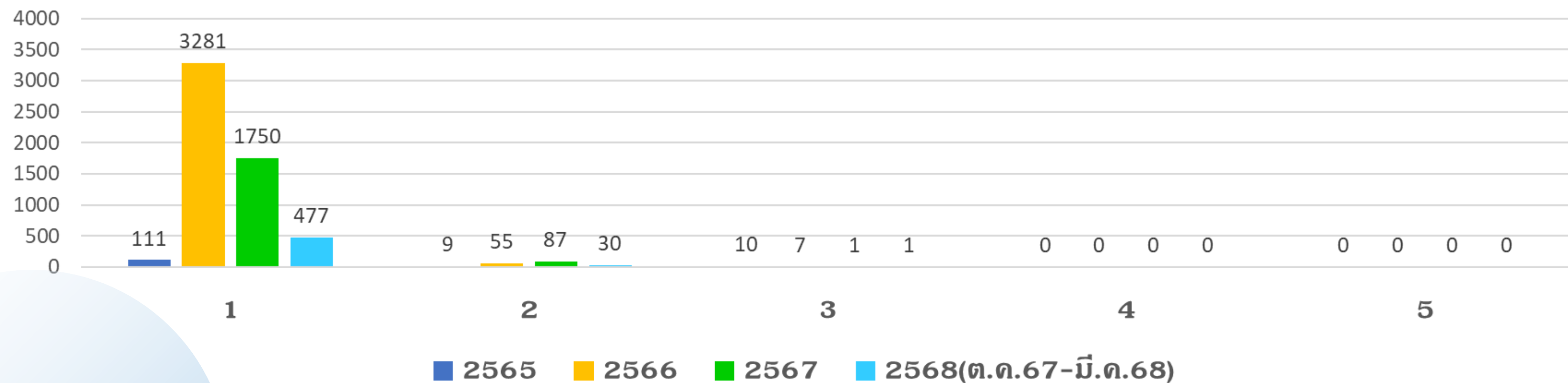
จำนวนรายงานความเสี่ยง และอุบัติการณ์



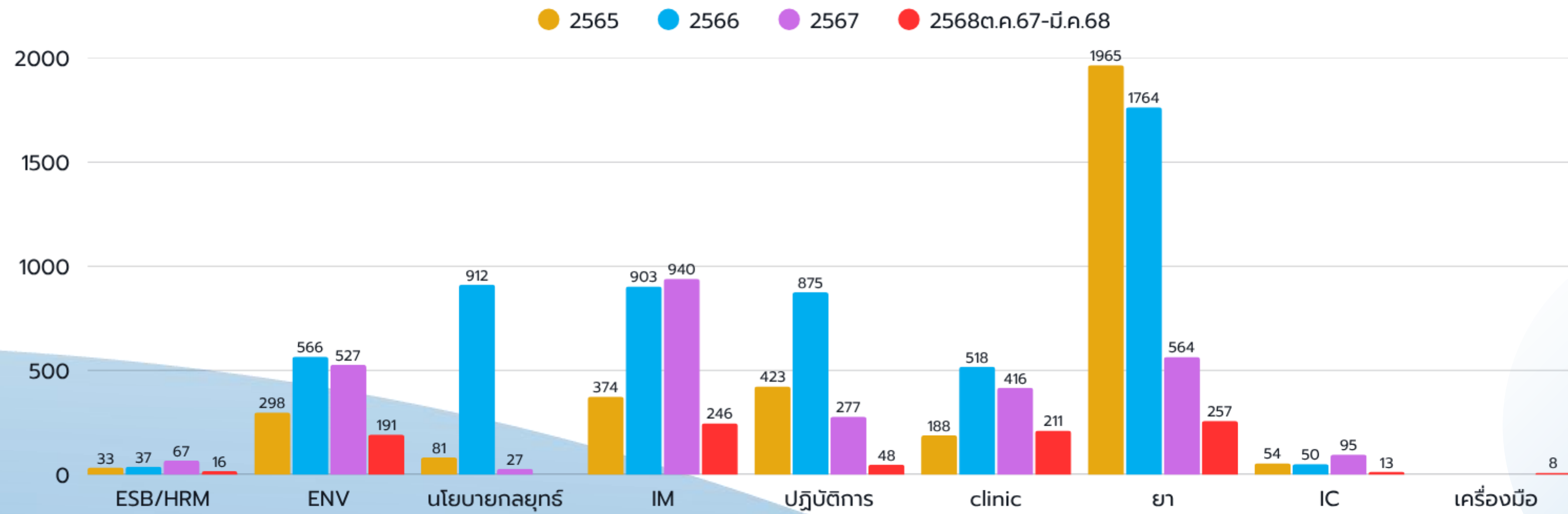
จำนวนความเสี่ยงและอุบัติการณ์ด้านคลินิกแบ่งแยกตามระดับความรุนแรง



จำนวนความเสี่ยงและอุบัติการณ์ด้านไม่ใช่คลินิกแบ่งแยกตามระดับความรุนแรง

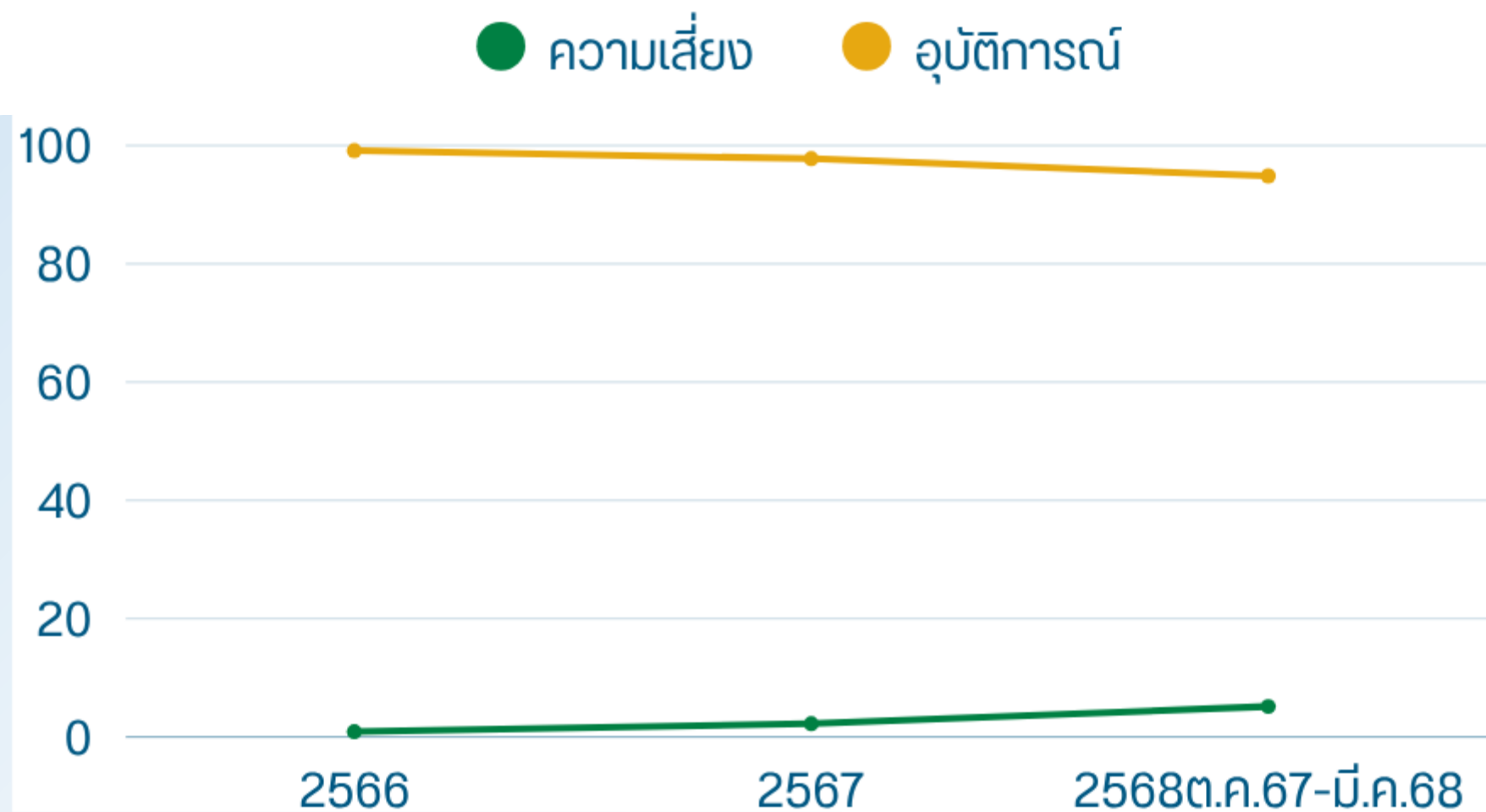


จำนวนความเสี่ยงและอุบัติการณ์แบ่งแยกตามโปรแกรม (ครึ่ง)





ความเสี่ยงและอุบัติการณ์



	จำนวนความเสี่ยง (ครั้ง)	จำนวนอุบัติการณ์ (ครั้ง)
ปี 2566	49	5576
ปี 2567	65	2847
ปี 2568 (ค.ศ. 67-ค.ศ. 68)	51	939



Top 5 Specific Clinical Risk

2565

1. Cardiogenic Shock (I3 F1)
2. Sepsis organ failure (I1F3)
3. Pneumonia with RF (I1 F2)
4. COPD with RF (I1F1)
5. PPH with Hypovolemic shock (I1F11)

2566

1. Sepsis organ failure (I2H1F5)
2. Covid19 with RF (I1H1F1)
3. Pneumonia with RF (I1 F8)
4. Hemorrhagic Stroke (I1)
5. Hemothorax in Trauma (I1)

2567

1. Sepsis organ failure (I1F11)
2. CHF with RF (I1F8)
3. Pneumonia with RF (H2 F10)
4. PPH (F3 E3)
5. Massive PE (I1)

2568

1. STEMI (I1 H1)
2. Pneumonia with RF (H1 F4)
3. TTNB (F6)
4. Sepsis organ failure (F3)
4. Sepsis organ failure (F3)
5. CHF with RF (F2)



Top 5 Common Clinical ด้านระบบยา

2565

- 1.Prescribing error (1379)
- 2.Pre-dispensing error (470)
- 3.Administration error (80)
- 4.Transcribing error (28)
- 5.Dispensing error (14)

2566

- 1.Prescribing error (1352)
- 2.Pre-dispensing error (285)
- 3.Transcribing error (44)
- 4.Administration error (35)
- 5.Dispensing error (35)

2567

- 1.Pre-dispensing error (368)
- 2.Prescribing error (116)
- 3.Administration error (35)
- 4.Dispensing error (27)
- 5.Transcribing error (14)

2568
(ต.ค.-มี.ค.68)

- 1.Pre-dispensing error (195)
- 2.Administration error (12)
- 3.Prescribing error (21)
- 4.Dispensing error (18)
- 5.ยาไม่พอจ่าย(11)



Top 5 Common Clinical Risk ด้านอื่นๆ

2565

1. ไม่ปฏิบัติตาม Universal Precaution (36)
2. สื่อสาร/ส่งต่อข้อมูลการรักษาผิดพลาด/ไม่ครบ (13)
3. สิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม (15)
4. Patient Identify error (8)
5. สื่อสารเพื่อส่ง X-ray ผิดพลาด (6)

2566

1. สิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม (115)
2. Patient Identify error (48)
3. Under Triage (23)
4. สื่อสาร/ส่งต่อข้อมูลการรักษาผิดพลาด/ไม่ครบ (44)
4. สื่อสาร/ส่งต่อข้อมูลการรักษาผิดพลาด/ไม่ครบ (44)

2567

1. สิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม (81)
2. สื่อสารเพื่อส่งตรวจ Lab ผิดพลาด/ไม่ครบถ้วน (65)
3. สื่อสาร/ส่งต่อข้อมูลการรักษาผิดพลาด/ไม่ครบถ้วน (44)
4. Patient Identify error (20)
5. สื่อสารเพื่อส่ง X-ray ผิดพลาด (6)

2568
(ต.ค.-มี.ค.68)

1. Pt. ชีด/ก้นยาลดน้ำตาลก่อนเจาะเลือด (21)
2. Patient Identify error (7)
3. เลื่อนผ่าตัดไม่เร่งด่วนจากประเมินไม่ครบ (5)
4. สื่อสาร/ส่งต่อข้อมูลการรักษาผิดพลาด/ไม่ครบ (39)
5. สื่อสารเพื่อส่งตรวจ Lab ผิดพลาด/ไม่ครบถ้วน (33)



Top 5 Common Clinical Risk ด้านอื่นๆ

2565

- 1.เขียนใบเบิกไม่ตรงกับอุปกรณ์ที่เบิก (196)
- 2.ไม่อัปเดตข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน (136)
- 3.หลังคาอาคารอำนวยการรั่ว (80)
- 4.คิดค่ารักษาไม่ครบ/ไม่ตรวจสอบ (73)
- 5.ไม่แกะปมผ้า (73)

2566

- 1.คิดค่ารักษาไม่ครบถ้วน (912)
- 2.ไม่ขอเลข Authen code (355)
- 3.เขียนใบเบิกไม่ตรงกับอุปกรณ์ที่เบิก (227)
- 4.ไม่อัปเดตข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน (183)
- 5.ให้สิทธิการรักษาผิด (178)

2567

- 1.ไม่ขอเลข Authen Code(284)
- 2.ไม่อัปเดตข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน (225)
- 3.เหตุโจรกรรมในบ้านพัก (1)
- 4.ให้สิทธิการรักษาผิด (154)
- 5.เครื่องปรับอากาศชำรุด/ทำงานผิดปกติ(133)

2568
(ต.ค.-มี.ค.68)

- 1.Auto CPR ไม่ทำงาน(1)
- 2.เครื่อง HFNC ไม่พร้อมใช้/ขาดการซ่อมใช้(1)
- 3.ข้อร้องเรียน (1)
- 4.ไม่ตรวจสอบสิทธิก่อน Admit (95)
- 5.ไม่อัปเดตข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน(72)

บริบทที่เปลี่ยนไป



1

เข้าโครงการ 3 P Safty
ร่วมกับ สรพ.



2

เข้าร่วมกิจกรรม
Cop สรพ.



3

ระบบ HRMS ที่
ครอบคลุม WiFiทุกจุด /
รายงานได้ทุกที่



4

RCA ครบทีมนำสำคัญ
ทุกเดือน / ทุกเหตุการณ์
สำคัญ

การดำเนินงานระบบบริหาร ความเสี่ยงตามข้อเสนอแนะ



ทีมบริหารความเสี่ยงควรทบทวนแนวทางการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ สื่อสาร ถ่ายทอดสร้างความเข้าใจให้บุคลากรและหน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางที่ออกแบบไว้ เพื่อให้ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยมีประสิทธิภาพ



จัดอบรม

ชี้แจงสร้างความเข้าใจระบบ
บริหารความเสี่ยง
สอนการใช้โปรแกรม HRMS



สื่อ Online

VDO 9 safety
VDO ความเสี่ยงและการ
จัดการเบื้องต้น



RM Round

สำรวจหน้างาน ทุก 6 เดือน
ช่วยสอนหน้างานในหน่วยงาน
ที่ยังไม่รายงานความเสี่ยง



vivo V40 Pro | 30mm f/1.88 1/100s ISO577 07/11/2024 13:53

ระบบสื่อสาร

ทีมนำที่เกี่ยวข้องสร้างแนวทาง
ปฏิบัติ แนวทางแก้ไข โดยแจ้ง
ผ่านทางหัวหน้างานเพื่อ
สื่อสาร ควบคุมกำกับ ติดตาม
สู่ผู้ปฏิบัติต่อไป



ผู้บริหาร

สรุปรายงานทุกเดือน
แบ่งเป็น 8 โปรแกรม
จัดลำดับความสำคัญเสนอ
กกบ เพื่อแก้ไข





หน้าหลัก



จัดอบรม



สื่อ Online



RM Round



ระบบสื่อสาร



ผู้บริหาร

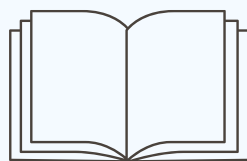
ทีมบริหารความเสี่ยงควรทบทวนแนว
ทางการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ
สื่อสาร ถ่ายทอดสร้างความเข้าใจให้บุคลากร
และหน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางที่ออกแบบ
ไว้ เพื่อให้ระบบบริหารความเสี่ยงและความ
ปลอดภัยมีประสิทธิภาพ

RM Round





หน้าหลัก



จัดอบรม



สื่อ Online



RM Round



ระบบสื่อสาร



ผู้บริหาร

ชี้แจงสร้างความเข้าใจระบบบริหารความเสี่ยง สอนการใช้โปรแกรม HRMS

RM Round





หน้าหลัก



จัดอบรม



สื่อ Online



RM Round



ระบบสื่อสาร



ผู้บริหาร

VDO 9 SAFETY

VDO ความเสี่ยงและการจัดการเบื้องต้น





หน้าหลัก



จัดอบรม



สื่อ Online



RM Round



ระบบสื่อสาร



ผู้บริหาร

สำรวจหน้างาน ทุก 6 เดือน ช่วยสอนหน้างานในหน่วยงาน ที่ยังไม่รายงานความเสี่ยง





หน้าหลัก



จัดอบรม



สื่อ Online



RM Round



ระบบสื่อสาร



ผู้บริหาร

ทีมนำที่เกี่ยวข้องสร้างแนวทางปฏิบัติ แนวทางแก้ไข โดยแจ้งผ่านทางหัวหน้างานเพื่อสื่อสาร ควบคุมกำกับ ติดตามสู่ผู้ปฏิบัติต่อไป

RM Round





หน้าหลัก



จัดอบรม



สื่อ Online



RM Round



ระบบสื่อสาร



ผู้บริหาร

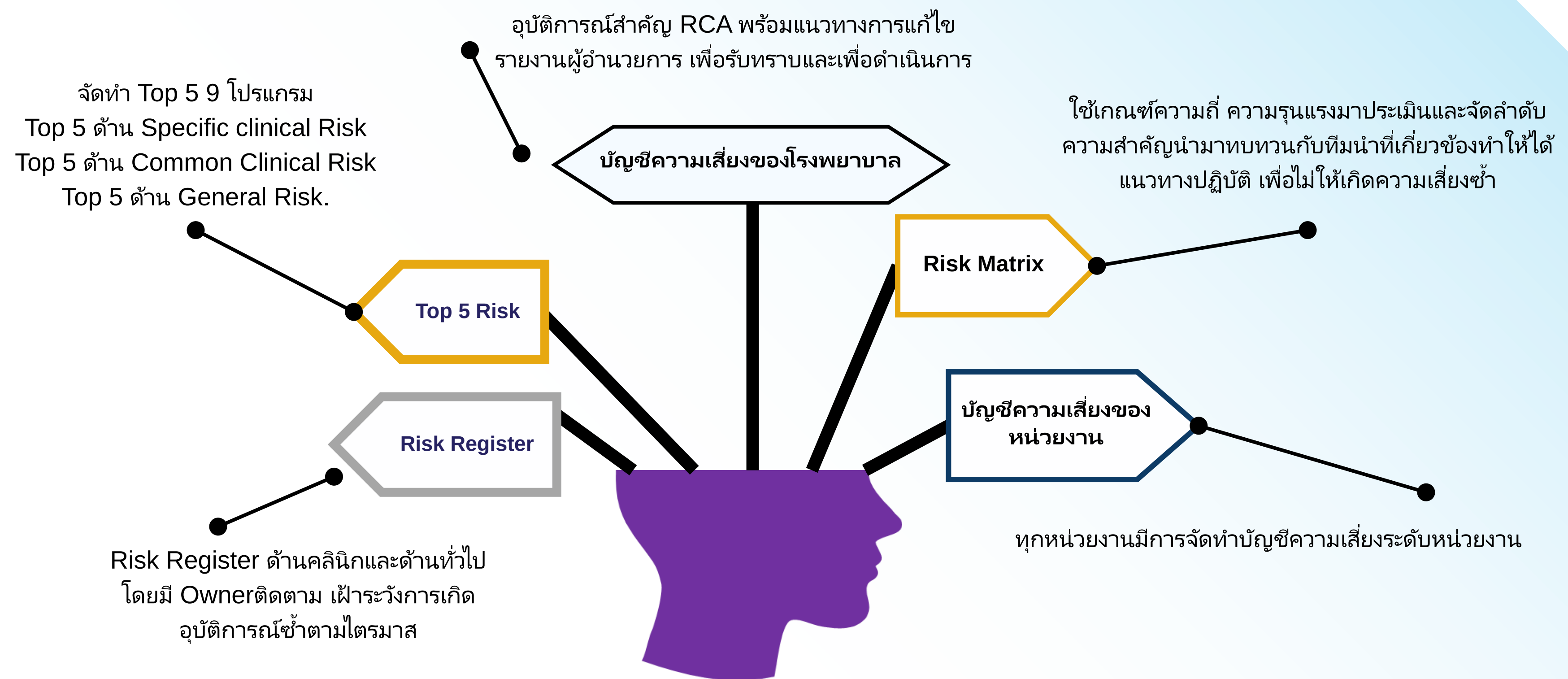
สรุปรายงานทุกเดือนแบ่งเป็น 8 โปรแกรม จัดลำดับความสำคัญเสนอ กทบ เพื่อแก้ไข



RM Round



ควรจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงกำหนดเป็นความเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาลและมีการกำหนดมาตรการในการป้องกันที่เห็นผล รวมทั้งมีการกำกับติดตาม เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำสร้างความปลอดภัย



Risk Matrix ด้าน Clinic ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ระดับผลกระทบ (Impact)	5	5x1 CHF Acute RF F2	5x2 Sepsis with organ failure F3	5x3 TTNB F6	5x4 Pneumonia with ARF H1 F4	5x5 STEMI I1 H1
	4	4x1 PPH E4	4x2 Administration error	4x3 Under triage	4x4	4x5
	3	3x1	3x2	3x3 Dispensing error 195	3x4	3x5
	2	2x1	2x2	2x3 Medication error Administration error	2x4 Pre-dispensing error การเลื่อนผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วน จากการประเมินไม่ครบถ้วน E1C4	2x5 Patients identify ติดชื่อผู้ป่วยผิด/ไม่ติดบนสิ่งส่งตรวจ D1 C3 B3 ผู้ป่วยฉีด Insulin /กินยาDMก่อนมาเจาะเลือด C 21
	1	1x1	1x2	1x3 สิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม 13	1x4 การสื่อสารเพื่อการส่งตรวจ Lab ผิด/ไม่ครบ 33	1x5 การสื่อสาร/ส่งต่อข้อมูลการรักษา พยาบาลผู้ป่วยผิด 39
		1 (เกิดได้ในรอบ 2-3 ปี)	2 (เป็นครั้งคราวในรอบปี)	3 (หลายครั้งในรอบปี)	4 (เกิดทุกเดือน)	5 (บ่อยครั้งในรอบปี ทุกสัปดาห์)
	ระดับโอกาสเกิด (Likelihood)					

Risk Matrix ด้าน General ปี 2568(ต.ค.67-มี.ค.68)

ระดับผลกระทบ (Impact)	5	5x1	5x2	5x3	5x4	5x5
	4	4x1	4x2	4x3	4x4	4x5
	3	3x1	3x2	3x3 เครื่อง HFNC ไม่พร้อมใช้งาน/ขาดการซ่อมใช้	3x4 Auto CPR ไม่ทำงาน ระดับ 2 1 ครั้ง	3x5
	2	2x1	2x2	2x3 ไม่อัปเดตข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน 72 ครั้ง	2x4 ไม่ตรวจสอบสิทธิก่อน Admit 95 ครั้ง	2x5 ข้อร้องเรียน ระดับ 2 1 ครั้ง
	1	1x1	1x2	1x3	1x4 จอดรถในที่ห้ามจอด/ที่จอดรถไม่พอ 70 ครั้ง	1x5
		1 (เกิดได้ในรอบ 2-3 ปี)	2 (เป็นครั้งคราวในรอบปี)	3 (หลายครั้งในรอบปี)	4 (เกิดทุกเดือน)	5 (บ่อยครั้งในรอบปี ทุกสัปดาห์)
		ระดับโอกาสเกิด (Likelihood)				



Risk Register ปี2566-2567

35เรื่อง

Common Clinical Risk

- 1.การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
- 2.การติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 3.ปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ระดับ E ขึ้นไปจากการบริหารยา
- 4.อุบัติเหตุการให้เลือดผิดหมู่/ผิดคน
- 5.การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
- 6.ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค
- 7.การรายงานผล Lab หรือ Patho คลาดเคลื่อน
- 8.การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน
- 9.Fall. 15.ส่งมอบการกักขังพ่อแม่
- 10.Prescribing error 16.ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายใน รพ.
- 11.Pre-dispensing error. 17.ผู้ป่วยพิการ/ทุพพลภาพ
- 12.Dispensing error 18.ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ใน รพ.
- 13.Administration error 19.อุบัติเหตุเหตุหมู
- 14.Transcribing error 20.การกักขังทอดทิ้ง

Specific clinical risk

- 1.Respiratory Failure ใน Pneumonia
- 2.Sepsis/Septic shock
- 3.การเสียชีวิต ACS (STEMI, NSTEMI ใน รพ.)
- 4.Respiratory Failure ใน CHF
- 5.Respiratory Failure ใน COPD c AE
- 6.Still birth

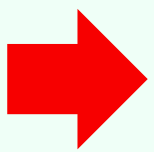
General risk

- 1.บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
- 2.โจรกรรม
- 3.การใช้งานสื่อสังคมออนไลน์
- 4.ข้อร้องเรียนเจรจาไกล่เกลี่ย
- 5.การเกิดเหตุความรุนแรงในโรงพยาบาล
- 6.บุคลากรได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่
- 7.อัคคีภัย
- 8.เจ้าหน้าที่พูดจาไม่ไพเราะ
- 9.ไม่แกะปมผ้าปู

Risk Register ปี 2568

ลบออก 2 เหตุการณ์

1. ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID 19 ใน sw.
2. ไม่แกะปมผ้าออก



33



ผลลัพธ์ด้าน 9Safety Goal

Safety Goal	เป้าหมาย	2566	2567	2568 (ต.ค.- มี.ค.68)	การพัฒนา
1.อัตราการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่งผิดหัตถการ	0 ครั้ง	0	0	0	-มีสลยแพทย์เฉพาะทางในการทำเคสผ่าตัด -ปฏิบัติตาม OR check list -Mark site ตำแหน่งที่ผ่าตัด
2.การติดเชื้อที่สำคัญใน โรงพยาบาล 2.1 SSI	< 0.5 %	0	0	0	-มาตรฐานห้องผ่าตัด -ให้คำแนะนำก่อน-หลัง ผ่าตัด -Group Line HHC
2.2 HAP	< 2 : 1,000 วันนอน	0	1	0	-ปรับปรุงแนวทางการดูแล bed ridden -จัดโซนแยกที่ชัดเจน ตั้งแต่ OPD ER Ward -HAP Bundle มาใช้
2.3 CAUTI	< 2 : 1,000 วันใส่	0	2	0	•CAUTI Bundle มาใช้ •จัดทำป้ายเตือนการเปลี่ยนสายสวนหน้า chart และ urine bag



ผลลัพธ์ด้าน 9Safety Goal

Safety Goal	เป้าหมาย	2566	2567	2568 (ต.ค.- มี.ค.68)	การพัฒนา
3.บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	0 ครั้ง	0	0	0	ปฏิบัติตามหลัก UP อย่างเคร่งครัดเช่น การล้างมือ 5 Moment , ใส่ PPE ป้องกัน
4.การเกิด Medication error และ ADE	0	2 E1 F1	2 E2	0	-พัฒนาระบบ IT ให้สามารถแจ้งเตือน เช่น แพ้ยา แพ้ยาข้ามกลุ่ม ปรับตำแหน่งการวางยาและป้ายชื่อยาให้ตัวอักษรขึ้นต้นใหญ่ -จัดซองยาใส่เพื่อให้ง่ายต่อการ check
5.การให้เลือดผิดคนผิดหมู่ผิดชนิด	0	0	0	0	-WI การให้เลือดที่ปลอดภัยร่วมกับห้องปฏิบัติการ -ระบบ double check ก่อน/ขณะให้
6.การระบุตัวผิดพลาด	<10ครั้ง/ปี	48	1	8	-ปฏิบัติตามแนวทางระบุตัวผู้ป่วย (patient Identifi)อย่างเคร่งครัด -ระบบ double check แต่ละขั้นตอน ถามชื่อ-นามสกุล อายุ วันเดือนปีเกิด -ให้ผู้ป่วยทวนชื่อ-นามสกุลทุกขั้นตอนบริการ -ดำเนินการPDPA ระบบป้องกันข้อมูล Firewall -ดำเนินการ IPD Paperless ทั้งระบบ



ผลลัพธ์ด้าน 9Safety Goal

Safety Goal	เป้าหมาย	2566	2567	2568 (ต.ค.- มี.ค.68)	การพัฒนา
7.ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค (miss Diag)	0	2ครั้ง	1	2 F1/I1	-องค์กรแพทย์ทำเกณฑ์การทำEKG 12 lead -ประสาน ITเรื่อง POP UPกลุ่มอาการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงตามแนวทางโรค(ที่ ER) -ปฏิบัติตามเกณฑ์การตรวจโดยไม่ใช้แพทย์
8.การรายงานผลการตรวจห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน	0	1	1	0	-วางระบบตรวจสอบซ้ำก่อนรายงานผล -สุ่มตรวจรายงานย้อนหลังกรณีเจ้าหน้าที่อยู่เวรนอกเวลา
9.การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน 9.1under triage 9.2 over triage	<5% <15%	23/3.83 51/8.50	7 40	2 25	-กำหนดการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยนอกเป็นแนวทางเดียวกัน -อบรมให้ความรู้พยาบาลคัดกรอง ESI, Fasttrack, CPGต่างๆ -พยาบาลประจำจุด Triageเป็นพยาบาลห้องฉุกเฉินที่ผ่านการอบรมการคัดกรอง -การคัดแยกผู้ป่วยมีการประเมินซ้ำเป็นระยะๆเนื่องจากอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้



การจัดการความเสี่ยงสำคัญ

miss Dx STEMI

Atypical chest pain
Screening error
Assess
Delay investigate
EKG

Tier 1

บุคคล

จนท.น้องใหม่ขาดทักษะ
การประเมิน



แพทย์ miss Dx

Tier 2

ระบบงาน/ทีม/สื่อสาร

ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการคัด
กรอง atypical chest pain



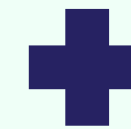
แนวทางปฏิบัติอยู่
ในที่คั่นหายาก

ทีมที่เกี่ยวข้อง
1. NSO/ER
2. MSO/PCT

Tier 3

สิ่งแวดล้อม สถานที่เครื่องมือ

มี case เร่งด่วน
อื่นในช่วงเวลา



สถานที่คับแคบ
clear admit

Creative Solution

- ส่งอบรมการอ่าน EKG สำหรับพยาบาลที่ sw.แม่ข่าย
- ใช้ Early warning signs ทำ EKG ทุกราย
- หน่วยงาน ER ประเมินสมรรถนะโรค ACS รายบุคคล
- ปรีกษา IT pop up แจ้งเตือน อย่าลืมทำ EKG ในกลุ่มที่มี chest pain, Atypical chest pain
- พัฒนาระบบ Triage
- ระบบคู่ Code ช่วยเหลือ

Tier 4

กำกับดูแล บริหารจัดการ
วัฒนธรรมองค์กร

ไม่ได้นำแนวทางปฏิบัติให้
จนท.ใหม่/หมุนเวียนทราบ

Tier 5

ภายนอก

ภาระงานมากในชั่วโมงเร่งด่วน
(ผู้รับบริการนอกเวลาปริมาณมาก)

ปี2568 ยังเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ 1 ครั้ง ในกลุ่ม
ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ Atypical chest pain
เมย68-มิย68 ไม่พบ miss diagnosis STEMI



การจัดการความเสี่ยงสำคัญ

**TTNB c
MAS c
RF**

Tier 1
บุคคล

ขาดการประเมิน ฝ้าระวัง



แพทย์เวรไม่มาดู+รับเด็ก

Tier 2
ระบบงาน/ทีม/สื่อสาร

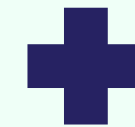
รายงานแพทย์ล่าช้า



บันทึกอาการ
ไม่ครอบคลุม

Tier 3
สิ่งแวดล้อม สถานที่เครื่องมือ

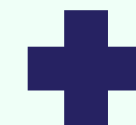
อุปกรณ์HFNC ไม่
สามารถ
ต่อกับ Pine line ได้



ไม่มีอุปกรณ์ที่
เพียงพอ(HFNC
เด็ก/Neo puff)

Tier 4
กำกับดูแล บริหารจัดการ
วัฒนธรรมองค์กร

ขาดการแจ้ง Criteria การ
รับเด็กให้แพทย์หมุนเวียน
ทราบ



อุปกรณ์บนรถ
refer ไม่พร้อมใช้

Tier 5
ภายนอก

ล่าช้า ระบบ refer sw แม่ข่ายต้อง
Consult ก่อนทุก case

2568 อุบัติการณ์ซ้ำ 1 ครั้ง
จึงมีการทบทวน RCA ซ้ำ

ทีมที่เกี่ยวข้อง

1. NSO/LR
2. MSO/PCT
3. เครื่องมือแพทย์

Creative Solution

- แนวทาง Thick meconium ตามแพทย์มาดู
ทุกราย
- LAB early Sepsisกรณี Thick
meconium
- เครื่อง HFNC ประจำไว้ที่ LR
- จัดให้อยู่ในโซน Attend เพื่อ observe
อย่างใกล้ชิด
- ทดสอบและซ้อมใช้ต่อกับ Pipe-line ที่ LR
- ตรวจสอบความพร้อมอุปกรณ์และเครื่องมือ
บนรถ Refer ทุกคัน ร่วมกับ PCT ER
เปลี่ยนหัวต่อ Oxygen ให้เข้าได้กับอุปกรณ์



การจัดการความเสี่ยงสำคัญ

**TTNB c
MAS c
RF**

New Creative Solution

- เพิ่มแนวทางการประเมินเด็ก กรณี Fetal distress, NST ไม่ปกติ, Moderate Thick Meconium ให้เฝ้าระวัง Sepsis ปฏิบัติตาม guideline H/C, ATB, IVF
- ส่งพยาบาล LR ทุกคน ฝึก/ฟื้นฟู ประสพการณ์ LR และ sick NB sw.แม่ข่าย
- ส่งเจ้าหน้าที่อบรม NCPR sw.แม่ข่าย 1 เดือน
- กำหนดระยะเวลาการเฝ้าระวัง ติดตามในกลุ่มเด็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยง คือ 15 นาที 30 นาที และ 1 ชม. ตามลำดับ
- ทำขั้นตอน และ เรียงอุปกรณ์การต่อ HFNC ตามลำดับเพื่อสะดวกและรวดเร็ว



เมย-มิย68 ไม่พบ Fetal distress จาก
Delay treatment Prolong Hypoxia



การจัดการความเสี่ยงสำคัญ

Pneumonia c RF

การประเณนเฝ้าระวัง
Delay treatment
Prolong Hypoxia

Tier 1

บุคคล

ขาดทักษะประเเนนอาการ
เหนื่อย / นับหายใจ

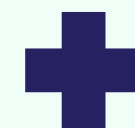


ผู้ป่วยเด็ก 6 เดือน
มีโรคร่วม

Tier 2

ระบบงาน/ทีม/สื่อสาร

การให้ข้อมูลภาวะโรคแก่
ผู้ปกครองและญาติ

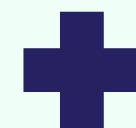


ปฏิเสธ Admit
ไม่มีเอกสาร

Tier 3

สิ่งแวดล้อม สถานที่เครื่องมือ

ความล่าช้าในการนำ
เครื่องมือมาใช้



ขาดทักษะการใช้
HFNC

ทีมที่เกี่ยวข้อง

1. PCT
2. องค์การแพทย์
3. ผู้ป่วยในหญิง

Creative Solution

- หลังให้ข้อมูลผลดี ผลเสียของการ Admit ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจลงรายมือชื่อทุกครั้งเมื่อปฏิเสธการ Admit
- กรณีเด็กป่วย อายุ 0-3 ปี มาตรฐานนอกเวลาราชการให้ Admit ทุกราย
- ช้อมใช้เครื่องมือ ทำขั้นตอนการต่อ
- ทีมเครื่องมือจัดอบรมการใช้เครื่องมือแพทย์

เมย-มิย68 ไม่พบ อัตราการเสียชีวิตและความรุนแรง ระดับH ซ้ำ



การจัดการความเสี่ยงสำคัญ

**sepsis
septic
shock c RF**

Delay Dx septic shock
loss sos sepsis

Tier 1

บุคคล

ไม่ใช่ SIRS คัดกรอง
ค้นหา



ไม่ใช่ SOS Score ประเมิน
ความรุนแรง

Tier 2

ระบบงาน/ทีม/สื่อสาร

ประเมินซ้ำก่อน Admit
ไม่ครอบคลุม



ไม่ใช่ Standing
order Sepsis

ทีมที่เกี่ยวข้อง

1. NSO/ER/Ward
2. MSO/PCT

Tier 3

สิ่งแวดล้อม สถานที่เครื่องมือ

Tier 4

กำกับดูแล บริหารจัดการ
วัฒนธรรมองค์กร

Tier 5

ภายนอก

ผู้ป่วยมีภาวะ sever sepsis
มาจากชุมชน

ปี2568 ยังไม่เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

Creative Solution

- โครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย Sepsis ร่วมกับทีมชุมชนและ อสม
- ให้ความรู้เชิงรุกในโรงเรียน Care giver
- จัดตั้ง Rapid sepsis team ร่วมกับเครือข่าย
- มอบหมายผู้นำชุมชนและ อสม จัดโซนนำส่งกรณีไม่มีญาติ
- ประสานหน่วยกู้ภัยชุมชนออกรับผู้ป่วยไม่มียานพาหนะ
- ประเมิน Competency จนท ความรู้ Sepsis การดูแลผู้ป่วย
- เพิ่ม Standing order ใน IPD Paperless สื่อสารกับแพทย์นำไปใช้



การจัดการความเสี่ยงสำคัญ

ฝังยาคุม
แล้ว
ตั้งครรรภ์

การให้ข้อมูล
มาตรฐานเกินนัดเอา
ยาคุมออก

Tier 1
บุคคล

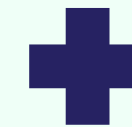
ผู้ป่วยมาหลังวัน
นัดหมาย



ไม่ทราบแนวทาง
Norplant Removal

Tier 2
ระบบงาน/ทีม/สื่อสาร

ไม่ประสานทีมที่เกี่ยวข้อง



ให้เอกสาร ให้ข้อมูล
ไม่ครอบคลุม

ทีมที่เกี่ยวข้อง
1. PCT/MSO
2. เวชฯ
3. OPD/OR

Tier 3
สิ่งแวดล้อม สถานที่เครื่องมือ

สถานที่ทำหัตถการ
ไม่พร้อม

Tier 4
กำกับดูแล บริหารจัดการ
วัฒนธรรมองค์กร

แพทย์ไม่ทราบแนวทางที่
ชัดเจนในการทำหัตถการ

Tier 5
ภายนอก

Creative Solution

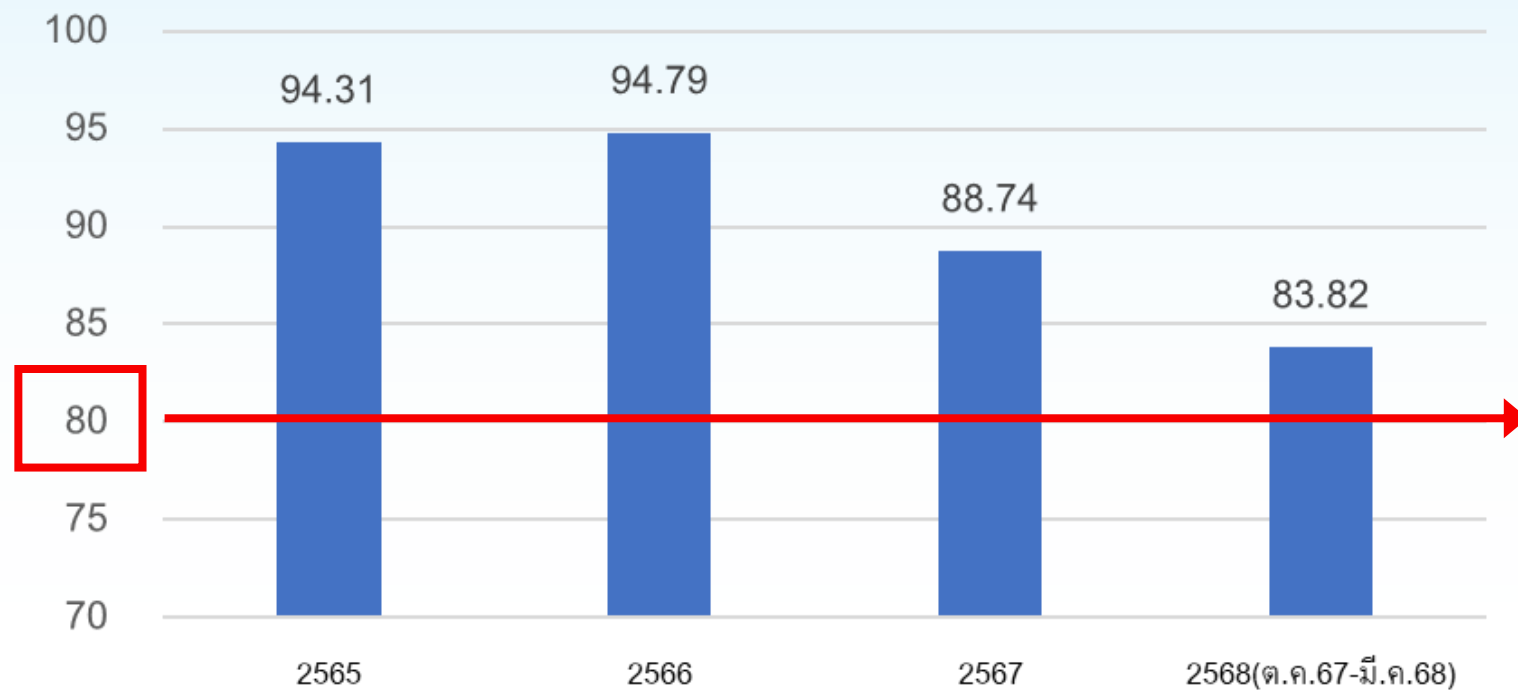
- งานเวชปฏิบัติครอบคลุมและชุมชน ทำ Suggestion วางแผนครอบครัว นัดหมาย ก่อน 1 เดือน
- มีแนวทางการขอใช้สถานที่ OR
- นัดหมายกับ OR ล่วงหน้า
- แจ้งผู้เกี่ยวข้องทุกคนทราบและปฏิบัติ

ยังไม่เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

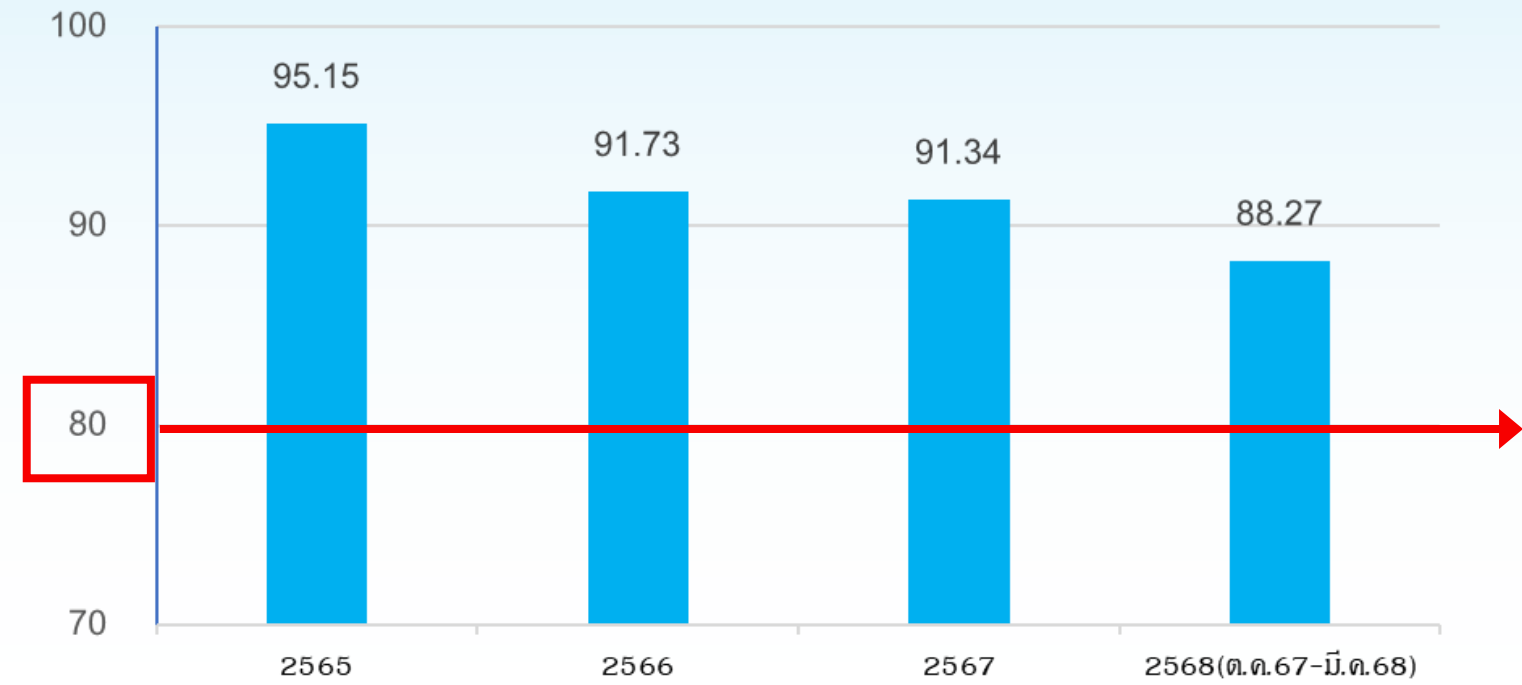


ผลการดำเนินงาน

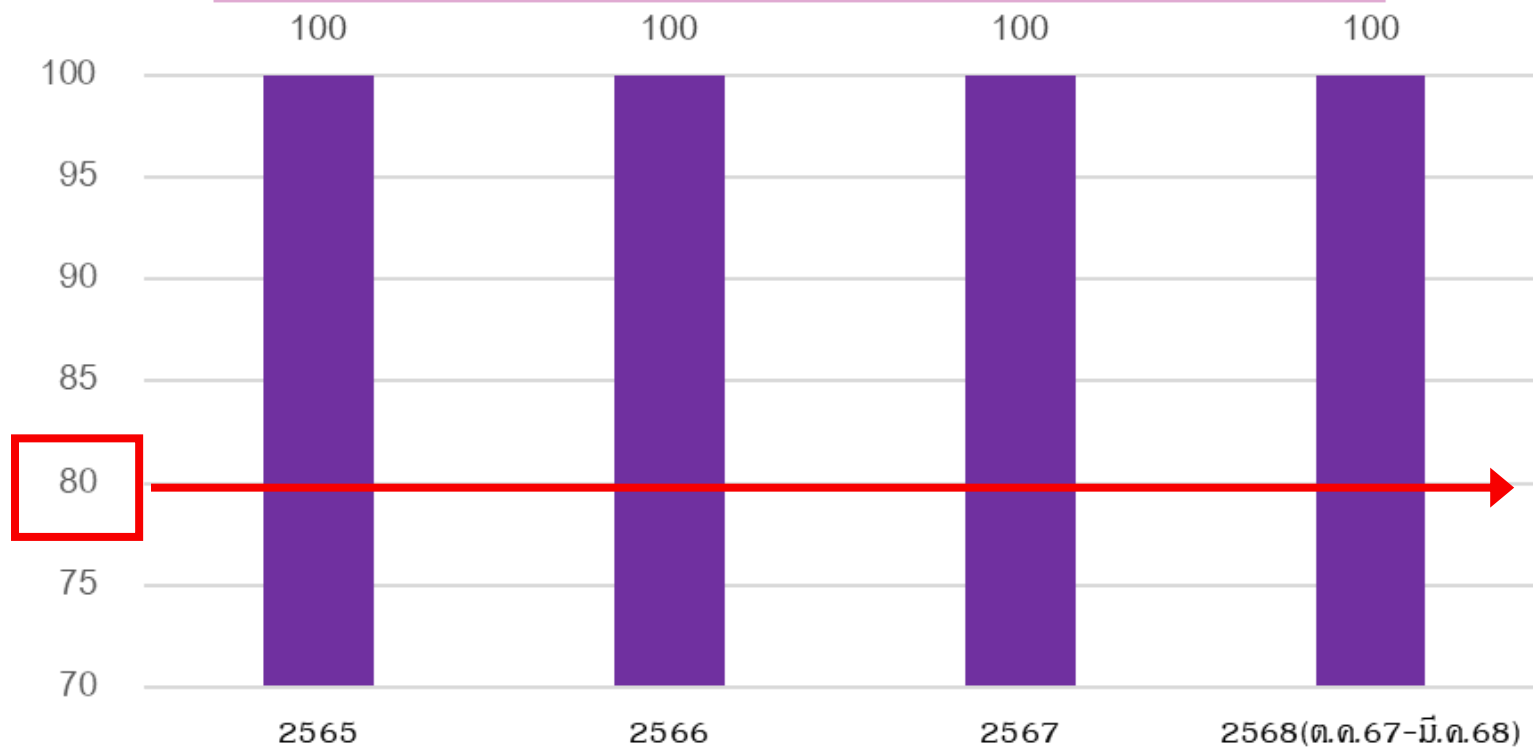
1. อัตราการรายงานอุบัติการณ์ระดับ A-B และ ระดับ 1 (>80%)



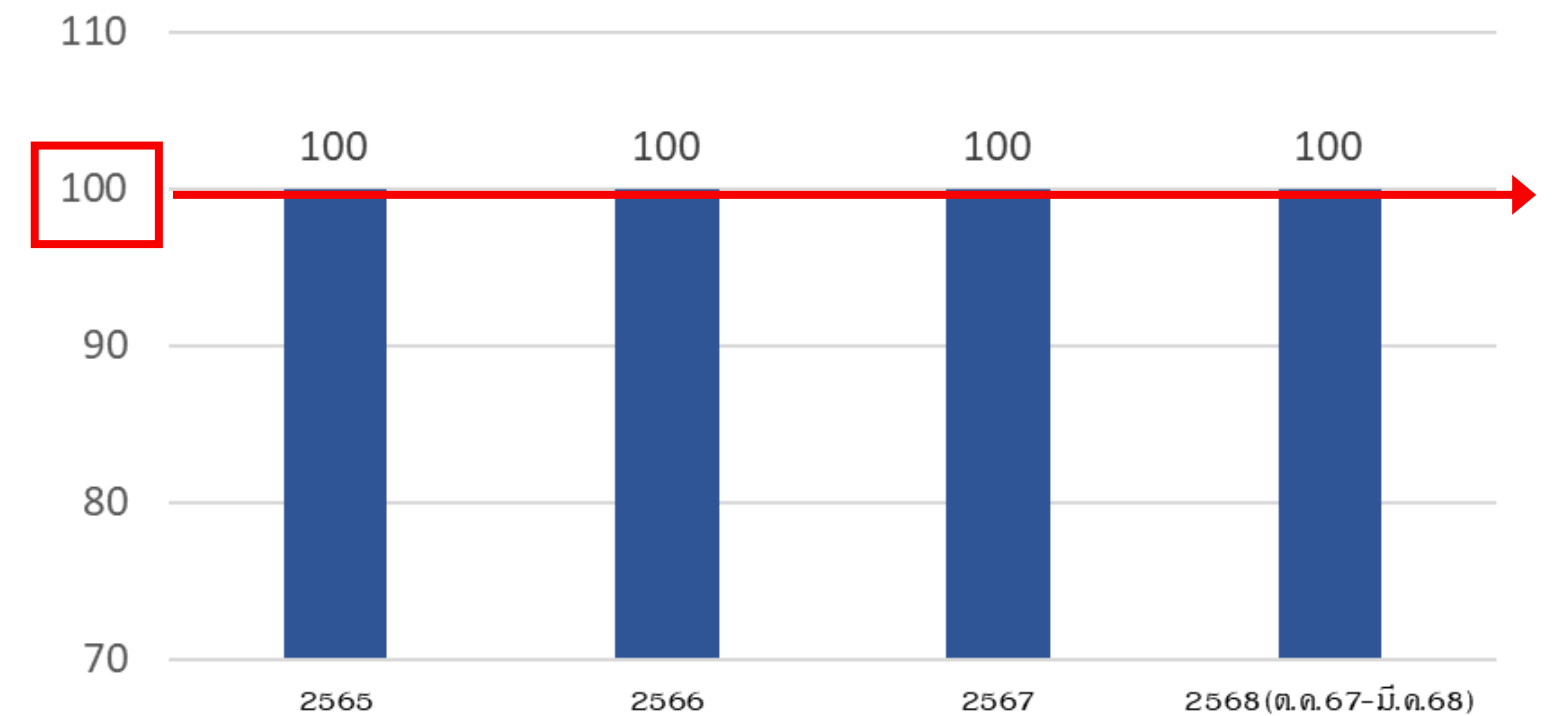
2. ประเมินระดับความรุนแรง A-I, 1-5 ถูกต้อง (>80%)



3. อัตราความเสี่ยงระดับ E-F ได้รับการติดตามการแก้ไขและทบทวนภายใน 15 วัน (>80%)



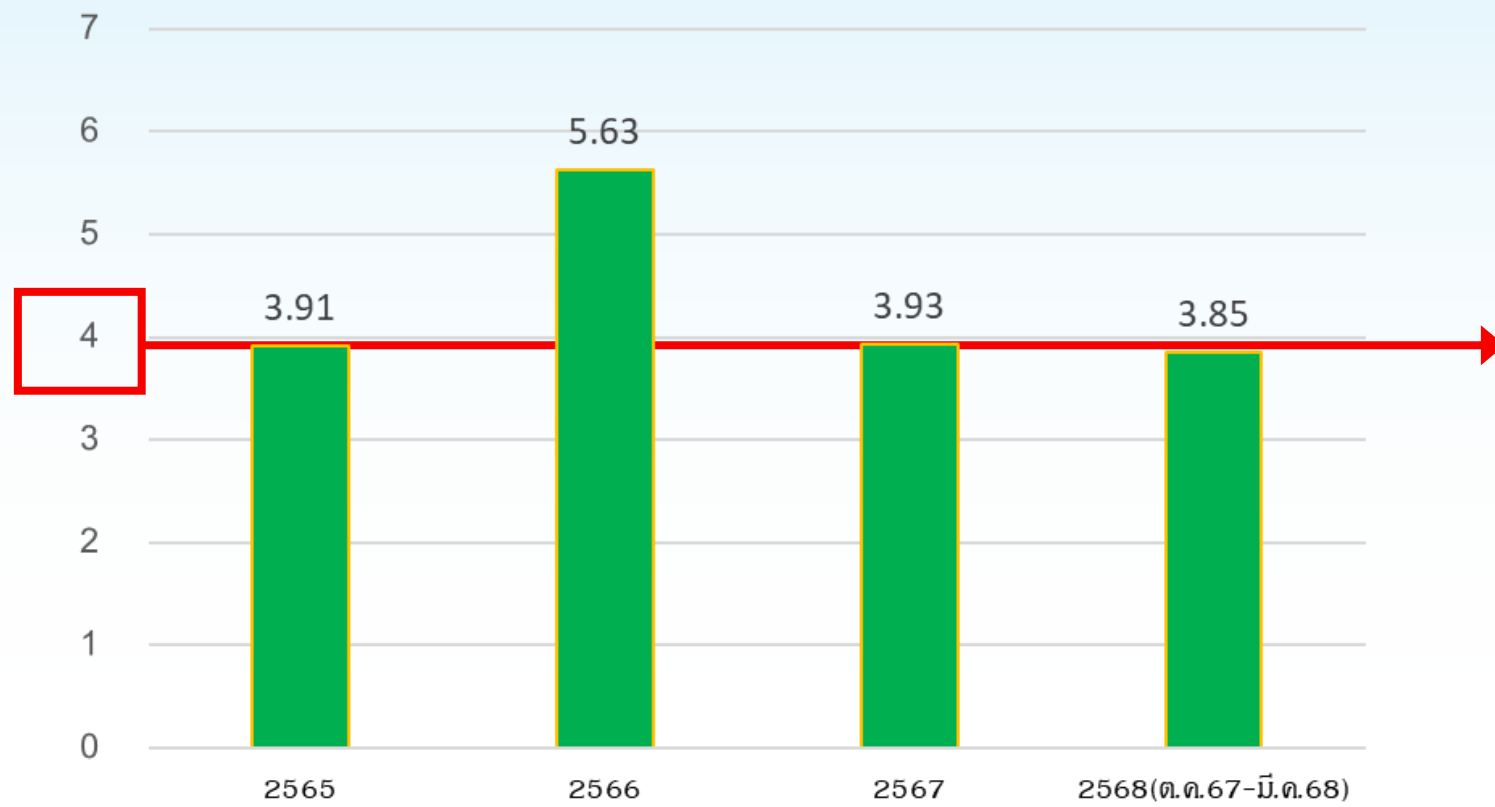
4. ความเสี่ยงระดับ G-I ได้รับการติดตามการแก้ไขและทบทวนภายใน 7 วัน (100%)



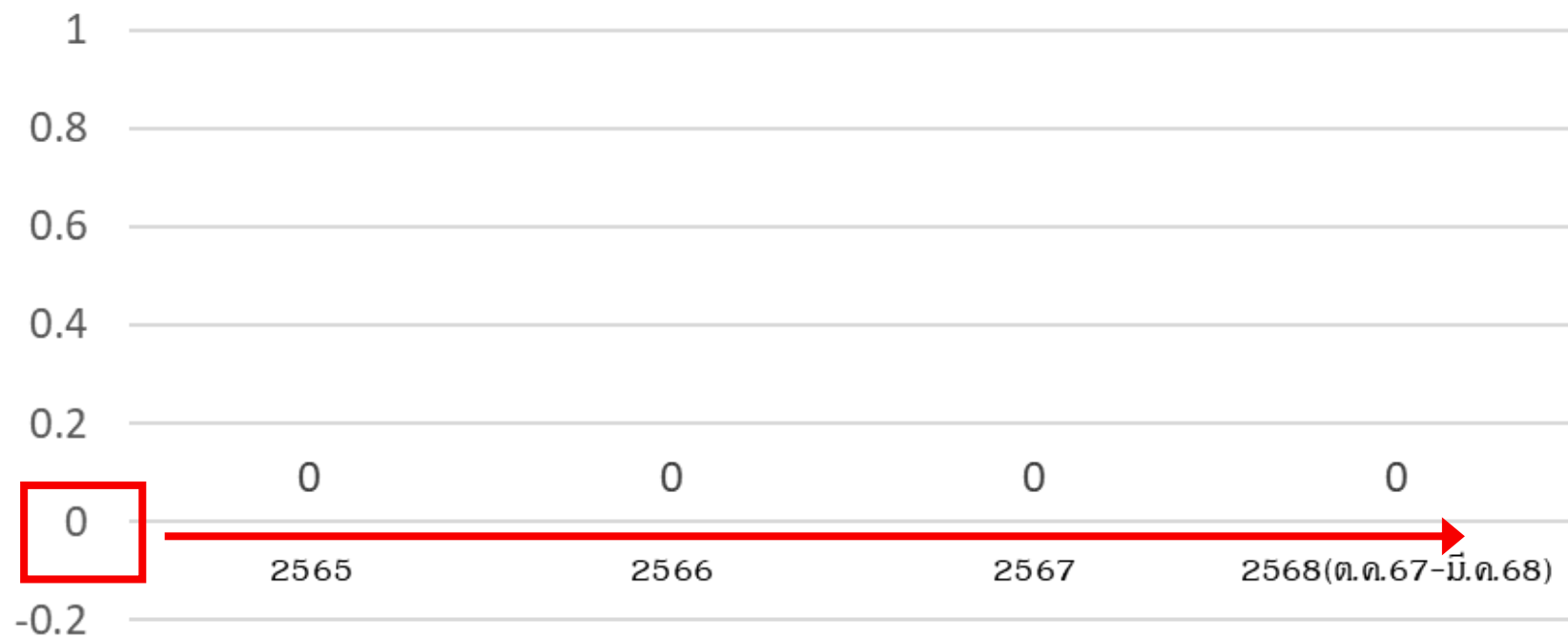


ผลการดำเนินงาน

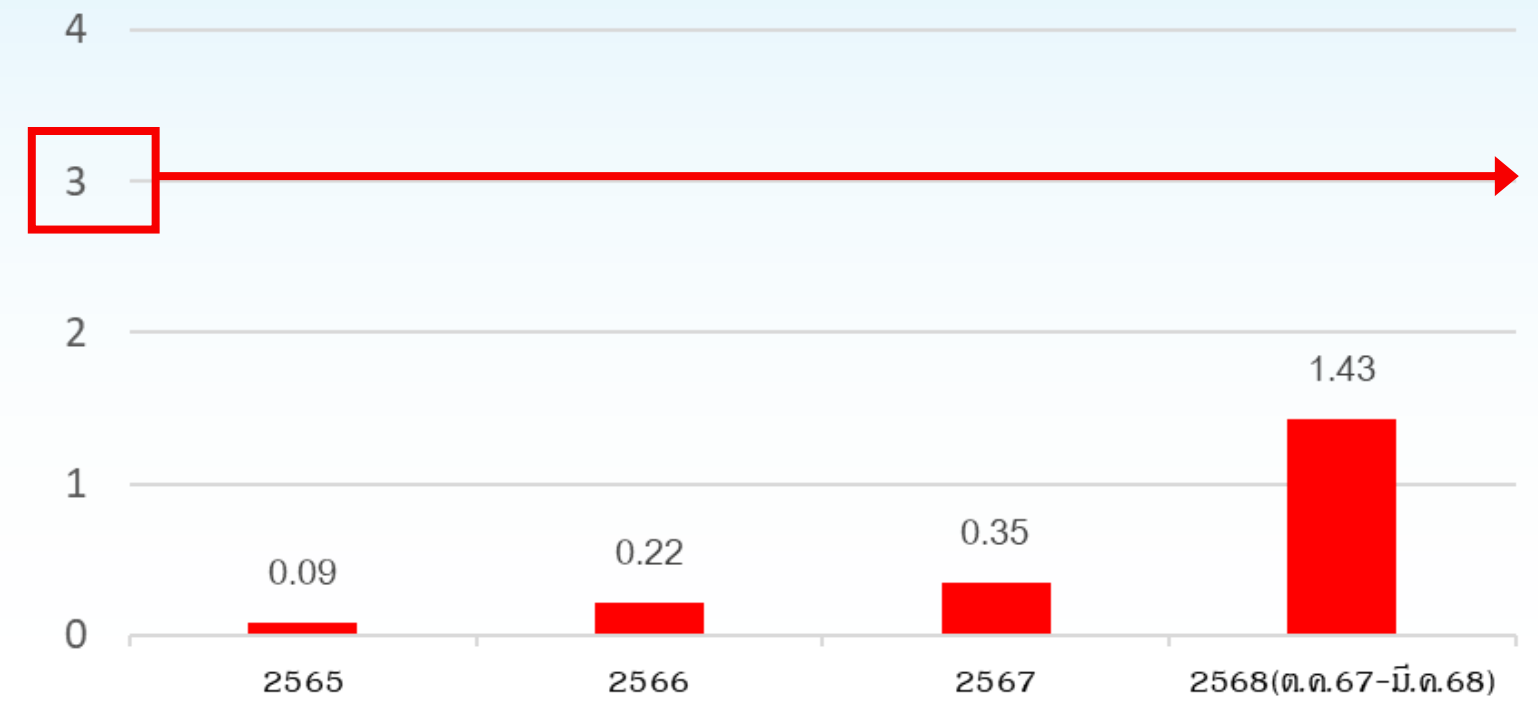
5. อัตราการเกิด AE ระดับ E ขึ้นไป (< 5 ครั้ง/1000 วันนอน)



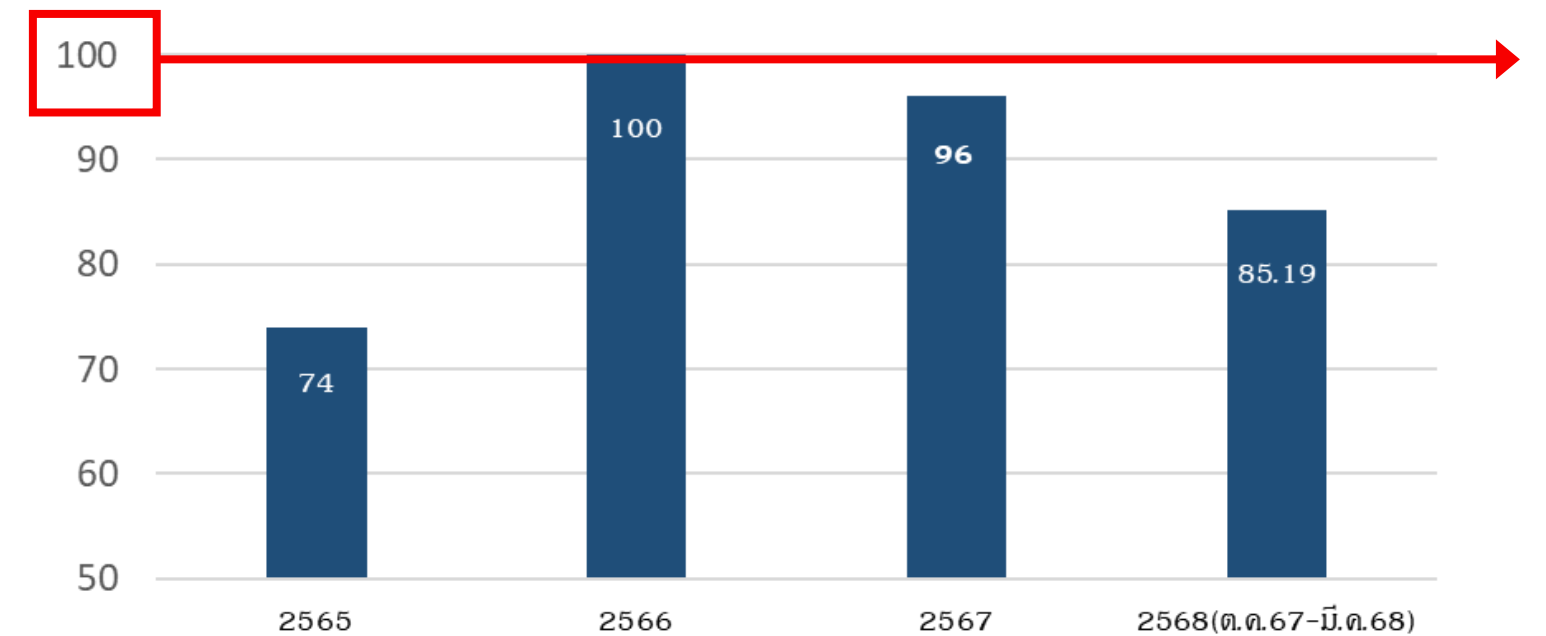
7. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำระดับ G-I (0 ครั้ง)



6. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำที่ระดับความรุนแรง E ขึ้นไป (<3%)



8. ร้อยละหน่วยงานที่รายงานความเสี่ยง (100%)





โอกาส ในการพัฒนา



คณะกรรมการ RCA

- จัดตั้งทีมการวิเคราะห์บทวน RCA เป็นรูปธรรม จากทีมนำสำคัญแบบสหวิชาชีพ เพื่อครอบคลุมมากขึ้น ช่วยมองภาพในหลายแง่มุม
- นำความเสี่ยงคลินิกทั่วไป ระดับ B , C ที่สำคัญเข้ามาทบทวน RCA



Risk Profile และ Risk Register

ให้ทุกหน่วยงานที่มี Risk Profile ทะเบียนความเสี่ยง และ Risk register ในทีมนำต่างๆและหน่วยงานทางคลินิก



ใช้ประโยชน์จาก HRMS

กระตุ้นการรายงาน ยืนยันความเสี่ยงผ่านโปรแกรม HRMS โดยหัวหน้างาน ใช้ข้อมูล เพื่อประเมิน วิเคราะห์ปัญหา แนวทางแก้ไขสู่การปฏิบัติ





ขอบคุณค่ะ

จบการนำเสนอ