

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ. โรงพยาบาลก้นดั่ง

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	2556	2557	2558	2559	ต.ค.-ธ.ค. 2560
จำนวนการรายงานความเสี่ยงที่ได้รับ รายงาน	เพิ่ม	4,978	3,826	4,111	3,249	1,160
สัดส่วน Clinic : non clinic	เพิ่ม	9:1	10:1	17:1	16:1	5:1
สัดส่วน near miss :miss	เพิ่ม	7:1	6:1	9:1	0.4:1	0.3:1
อุบัติการณ์ระดับ EFได้รับการทำ RCA	≥70%	68.75	84.66	62.67	50.84	50.00
อุบัติการณ์ระดับ GHI ได้รับการทำ RCA	100%	100	100	91.66	100	100
อุบัติการณ์ซ้ำระดับ EF	0%	12.61	17.64	30.93	17.80	10.16
อุบัติการณ์ซ้ำระดับ GHI	0%	0	0	0	0.06	0
จำนวน AE ที่ค้นพบจากการทำ trigger tool	เพิ่ม	35	5	10	14	7
<p>● <b>บริบท:</b></p> <p>ทีมบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลก้นดั่ง มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วยตัวแทนจากสาขาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร ทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศ เจ้าหน้าที่การเงิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นประธานทีมทำหน้าที่ร่วมกำหนดแผนกลยุทธ์เพื่อ กำกับ ดูแล จัดระบบบริหารความเสี่ยงครอบคลุม ความผิดพลาด ความสูญเสีย อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นต่อโรงพยาบาล มีรูปแบบการดำเนินงานทั้งเชิงรับและเชิงรุก ดำเนินการค้นหา วิเคราะห์ประเมินแก้ไข ติดตามความเสี่ยง มีการประสานเชื่อมโยงข้อมูลผ่านโปรแกรมความเสี่ยง 9 โปรแกรม ครอบคลุมความเสี่ยงด้านคลินิกและด้านทั่วไป มีการเสนออุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญต่อการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล นโยบายและแนวทางปฏิบัติที่สำคัญสำหรับดูแลผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาเชิงระบบถ่ายทอดผ่าน Patient safety goal เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร</p> <p><b>ความเสี่ยงสำคัญ</b></p> <p><b>ความเสี่ยงด้าน Clinic</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Referหลังรับไว้ในโรงพยาบาลไม่ถึง 6 ชั่วโมง</li> <li>2.Readmit COPD</li> <li>3. บริหารยาผิดพลาด</li> <li>4. สัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง ของมีคมบาด</li> </ol>						

5. ข้อผิดพลาดในการบริการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

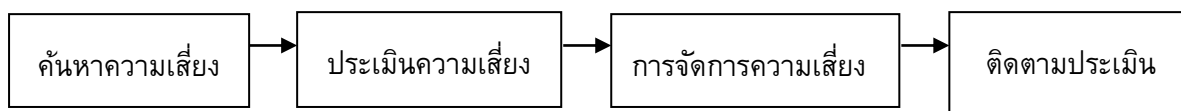
**ความเสี่ยงด้าน Specific clinic**

1. DM with hypoglycemia ขณะดูแล
2. Stemi C cardiac arrest
3. Non Stemi C cardiac arrest
4. COPD C respiratory failure
5. Sepsis C shock

**ความเสี่ยง Non clinic**

1. ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรม
2. อุบัติเหตุเกี่ยวกับการจราจรในโรงพยาบาล
3. ข้อร้องเรียนด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
4. ข้อร้องเรียนด้านระบบบริการ
5. อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ

**กระบวนการ:**



การสนับสนุนจากผู้นำและการเชื่อมโยง

**บทเรียนเกี่ยวกับการสนับสนุนและติดตามการพัฒนาคุณภาพโดยผู้นำระดับสูง:**

ผู้นำให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพมีการจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพประจำโรงพยาบาล ประกอบด้วย ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล คณะทำงานที่นำพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และ กรรมการทีมหาระบบต่าง ๆ โดยกำหนดให้แพทย์หรือหัวหน้ากลุ่มงานเป็นประธานทีม ผู้นำกำหนดให้มีการพัฒนาคุณภาพด้านความปลอดภัยของโรงพยาบาล มีการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานของทีมต่าง ๆ โดยเฉพาะทีมนำทางคลินิกเพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย พบว่าทีมบริหารความเสี่ยงยังพบจุดอ่อนดังนี้

1. วัฒนธรรมการรายงานความเสี่ยง น้อย มีการปรับปรุงโดย
  - กำหนดนโยบายการรายงานความเสี่ยงโดยไม่ถือเป็นความผิด
  - มีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับระบบงานบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่ทุกคนอย่างสม่ำเสมอ มีการประชุมพิเศษให้ความรู้เจ้าหน้าที่ใหม่เกี่ยวกับระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
2. การวิเคราะห์สาเหตุรากของอุบัติการณ์ไม่มีประสิทธิภาพ
  - ปีงบประมาณ 2559 ผู้นำสนับสนุนให้มีการส่งตัวแทนจากหน่วยงาน ตัวแทนจากทีมนำเข้าร่วมอบรมการทำ RCA อย่างเรียบง่ายได้ผล
  - กำหนดการทบทวนคุณภาพและความปลอดภัยในขั้นตอนต่างๆของการดูแลผู้ป่วยความเสี่ยงเป็นงาน

## รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ. โรงพยาบาลก้นดั่ง

### ประจำ

-ปีงบประมาณ 2560เปลี่ยนแปลงระบบรายงานความเสี่ยงโดยการใช้โปรแกรม HRMS แทนโปรแกรมเดิม

**บทเรียนในการเชื่อมโยงระบบบริการความปลอดภัย ความเสี่ยง คุณภาพ รวมทั้งแผนกลยุทธ์:**

-โรงพยาบาลกำหนดแผนกลยุทธ์ให้มีการพัฒนาระบบบริการทุกระบบ ทุกงานเพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีความปลอดภัย ปีงบประมาณ 2559กำหนดให้นำอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญของ

โรงพยาบาลคือโรค DM HT COPD AMI stroke CKD มาจัดทำแผนกลยุทธ์ระดับ โรงพยาบาล มีการทบทวนเพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย และติดตามตัวชี้วัดทุก เดือน ปี 2557 มีการจัดตั้งคลินิก warfarin ตามแผนการพัฒนาระบบบริการ โรคหัวใจ พบว่าร้อยละ100เจ้าหน้าที่สามารถพัฒนาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยรับยา warfarin

-พัฒนาระบบการให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ผู้ป่วยญาติ เจ้าหน้าที่ ในการดูแลสุขภาพหลังรับยา warfarin

- การสร้างแรงจูงใจ การสร้างบรรยากาศ การสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย รวมทั้งการติดตามพฤติกรรมของบุคลากรด้านความปลอดภัยโดย

-กระตุ้นการเรียนรู้ patient safety goals โดยการประกวดคำขวัญ patient safety goals และมอบรางวัลแก่ผู้ที่เขียนคำขวัญได้ครอบคลุมกระชับ ได้ใจความเข้าใจง่ายใช้สื่อสารในองค์กร

-อบรม R2R แก่ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลส่งผลให้เกิดผลงานเพื่อการพัฒนาระบบงานให้ผู้ป่วยบริการปลอดภัยเพิ่มขึ้น

-กำหนดมาตรการที่เป็นหลักประกันคุณภาพและความปลอดภัยดังนี้

1.การกำหนดให้มีวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรที่ทุกคนเห็นว่าเป็นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับทุกคนทุกงานที่ให้บริการผู้ป่วยได้แก่

-Safety Identify กำหนดแนวทางการ identify ผู้ป่วยสำหรับทุกหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วย

- safety brief ส่งเสริมให้ทุกงานที่ดูแลผู้ป่วยโดยการพูดคุยปัญหาความเสี่ยงของผู้ป่วยสั้นๆก่อนระหว่าง หลังหรือตามบริบทของงานเพื่อเป็นการดักจับหรือค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและเพื่อส่งต่อข้อมูลในการป้องกันความเสี่ยง

-การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ กำหนดแนวทางการป้องกันสำหรับทุกหน่วยงานที่มีการบริหารยา

2. การส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ปฏิบัติงาน

3. ให้หน่วยงานบริการผู้ป่วยทำการปรับปรุง SP, WI, CPG ที่ง่ายต่อการตัดสินใจปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงาน

### การทำงานเป็นทีม

บทเรียนเกี่ยวกับการกำกับดูแลทิศทางของการพัฒนาโดยทีมนำทางคลินิก/ทีมนำของระบบงาน:

ทีมนำของระบบงานที่สำคัญได้ทำ การ Round 1 ครั้ง/ เดือนเช่น ENV IC RM MUS

## รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ. โรงพยาบาลก้นดั่ง

เลขาทีมนำความเสี่ยงเสนออุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีระดับ high risk high volume near miss ต่อหัวหน้าทีมนำ หัวหน้างาน คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อกระตุ้นการรับรู้แก้ไขอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่รับผิดชอบ ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเดือนละครั้ง ส่งผลให้ ปีงบประมาณ 2559เกิดการเปลี่ยนแปลงจาก การทบทวนความปลอดภัยของผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่พิจารณาให้มีการดำเนินการเร่งด่วน เช่น การสร้างระบบเปิด-ปิดประตูอัตโนมัติหลัง22.00น. ประจำหอผู้ป่วยใน ชาย หญิง และตึกพิเศษการจัดระเบียบการจอดรถในโรงพยาบาลสำหรับผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่

การทำ Bedside review ผู้ป่วยร่วมกันในหอผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล เภสัชกร โภชนากรโดยแพทย์เป็นแกนนำ

Safety brief ก่อน ระหว่าง หลังการทำงาน ในหน่วยงานให้บริการผู้ป่วย เช่นหอผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก

### การประเมินตนเอง

บทเรียนจากการใช้เครื่องมือประเมินตนเองต่างๆ:

- ระดับโรงพยาบาลมีการประเมินตามแบบประเมินมาตรฐานศูนย์บริการหลักประกันแห่งชาติ การประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA การประเมินตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด Service plan การประเมินตามมาตรฐานระบบสุขภาพเขต12 จากการใช้แนวทางการประเมินดังกล่าวทำให้มีการพัฒนาศักยภาพด้านโครงสร้างสิ่งแวดล้อม ด้านเครื่องมือแพทย์ และด้านระบบการจัดการสุขภาพและความปลอดภัย ผู้รับบริการ
- ระดับทีม มีการทำ Internal surveyโดยการใช้มาตรฐาน HA กำกับเพื่อ กระตุ้นการปฏิบัติตามมาตรฐานเพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงระบบงานเพิ่มเติมให้ได้ตามมาตรฐานกำหนดมีผลให้เจ้าหน้าที่มีการเรียนรู้มาตรฐานมากขึ้นมีการนำ แบบประเมินตนเอง ด้วย SAR 2011
- ระดับหน่วยงานมีการใช้ service profile ในการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาและติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ผลการประเมินตนเองทำให้ทิศทางการพัฒนาตามขอบเขตหน้าที่ มีการประสานเชื่อมโยงกับทีมต่างๆและสอดคล้องกับมาตรฐานที่เกี่ยวข้องมีการติดตามประเมินผลโดยใช้ตัวชี้วัดของหน่วยงาน ได้นำมาตรฐานที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการประเมินตนเองเช่น องค์กรพยาบาลใช้มาตรฐาน QA ของสำนักการพยาบาลและมาตรฐานสภาการพยาบาล การประเมินตนเองโดยใช้มาตรฐานบริหารคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิค การแพทย์ เป็นต้น

### ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

การบูรณาการระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง:

- การประสานเชื่อมโยงระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงและการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงดังนี้
  - จากการติดตามผลการดำเนินงานการให้บริการรับ-ส่งผู้ป่วยของพนักงานเปลที่แผนกผู้ป่วยนอกเกิดอุบัติการณ์มีการเชื่อมโยงงานบริหาร งานกลุ่มการพยาบาล กับทีม HRD จากการทบทวนพบว่า

## รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ. โรงพยาบาลกันตัง

เจ้าหน้าที่ รปภ ต้องมาปฏิบัติงานแทน พนักงานเปลที่ต้องเข้ามาปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินเป็นการชั่วคราวทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลด้านความปลอดภัยของสถานที่และ การดูแลเรื่องความปลอดภัยทางด้านการจราจรภายในโรงพยาบาล มีผลให้มีการปรับปรุงจัดสรรอัตรากำลังพนักงานขึ้นเปลแผนกผู้ป่วยนอกให้เหมาะสมกับภาระงาน

### บทเรียนในการรับรู้อุบัติการณ์/การส่งเสริมรายงานที่สมบูรณ์:

- ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะ Hypoglycemia ขณะดูแลทั้งหอผู้ป่วยในชาย และหญิงพบว่ามักเกิดในเวรตึกช่วงเวลาประมาณ 07.00 น.สาเหตุผู้ป่วยได้รับอาหารมือเย็นเร็วเกินไป นำเสนอข้อมูลผ่านทีม PCT ให้โภชนาการปรับเวลาการแจกอาหารผู้ป่วยโดยแจกอาหารเช้าเร็วขึ้นเวลา 07.10 น มือเที่ยง เวลา 11.30น มือเย็น เวลา 17.00น. จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังสำหรับพยาบาล กำหนดให้ซักถามเวลาเมื่ออาหารที่รับประทานที่บ้าน เพื่อเทียบเคียงกับเวลาอาหารของโรงพยาบาล แนะนำญาติเตรียมอาหารว่างสำหรับผู้ป่วยมือก่อนนอน 20.00 น จัดเตรียมน้ำหวานสำรองสำหรับผู้ป่วยประจำหน่วยงาน

### ตัวอย่างบทเรียนการวิเคราะห์ RCA /การกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่รัดกุม / การใช้ human factor engineering:

-การทำ RCA ระดับ EF ปีงบประมาณ 2559 การบริหารยา ผิดพลาดในผู้ป่วย stemi ผู้ป่วยได้รับยา SK ซ้ำรายเดิมใน 1เดือน สาเหตุ ไม่มีแนวทางการแจ้งเตือนการระงับยากลุ่มเสี่ยง ไม่ได้ตรวจสอบข้อมูลประวัติการรักษา พบในช่วงเวรบ่าย ประสานข้อมูลต่อ MUS IT NSO ได้ทำการแก้ไขโดยทำ pop up การให้ยา SK ในฐานข้อมูล HOS XP เพื่อช่วยเตือนความจำ การทบทวนการดูประวัติย้อนหลังของผู้ป่วยทุกราย มีผลให้ ต.ค. 2559- ก.พ.60 ไม่พบอุบัติการณ์การให้ยา SK ซ้ำในผู้ป่วยรายเดิม

-การทำ RCA ระดับ GHI ปีงบประมาณ 2559ผู้ป่วย Stemi พบว่า เกิดได้ทุกเวร ขั้นตอนที่เกิดผิดพลาดคือ Assessment diagnosis investigate care of patient มีผลให้ วินิจฉัยล่าช้า การดูแลรักษาล่าช้าไม่เหมาะสม ได้ส่งข้อมูลให้PCT เพื่อปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย revisit ด้วยอาการโรค Dyspepsia Heart ประสานข้อมูลต่อ MSO เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค stemi NSO แนวทางการคัดกรองผู้ป่วย ACS ที่จุดคัดกรอง OPD INS ความเพียงพอพร้อมใช้ของเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ RM ปรับปรุงแนวทาง Early signs นวัตกรรมการคัดกรองผู้ป่วย ACS มีผลให้ ต.ค. 2559- ก.พ.60 ผู้ป่วย AMI เสียชีวิตลดลง

### ผลการประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:

ปีงบประมาณ2558 พบว่า การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงลดลง จำนวนหน่วยงานที่รายงานความเสี่ยง ร้อยละ 54.55 หน่วยงานสังกัดกลุ่มการพยาบาลมีการรายงานความเสี่ยงทุกงาน จำนวนหน่วยงานที่ไม่รายงานความเสี่ยงร้อยละ 45.45 ได้แก่หน่วยงานสังกัดกลุ่มงานสนับสนุนบริการ งานกลุ่มสายวิชาชีพทางการแพทย์บางหน่วยงาน จากการทำHospital survey onPatient Safety culture พบว่าเจ้าหน้าที่รายงานอุบัติการณ์ 1-2 รายงาน ร้อยละ 32.4ไม่มีการรายงานอุบัติการณ์ ร้อยละ26.2 รายงานอุบัติการณ์ 3-5รายงาน ร้อยละ 13.4

## รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ. โรงพยาบาลก้นดั่ง

### วิเคราะห์สาเหตุ

1. เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจต่อระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลได้แก่
  - ความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทความเสี่ยงไม่ถูกต้องระหว่าง common clinical risk กับ specific risk และ common clinical risk กับ Non clinical risk
  - ความเข้าใจเกี่ยวกับ โปรแกรมความเสี่ยง ระดับความรุนแรงไม่ถูกต้อง
2. ไม่ให้ความสำคัญต่อการรายงานความเสี่ยง ไม่เชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความเสี่ยง
3. มีความกังวลการรายงานอุบัติการณ์ กลัวความผิด

### การแก้ไข

1. กำหนดนโยบายการรายงานความเสี่ยงไม่ถือเป็นความผิด
2. พัฒนาความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลต่อระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
3. พัฒนาให้ความรู้ความเข้าใจแก่คณะกรรมการความเสี่ยงประจำหน่วยงานทุกงานต่อระบบบริหารความเสี่ยงเพื่อนำไปชี้แนะเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานตนเองต่อไป
4. ส่งเสริมหน่วยงาน ในการค้นหาความเสี่ยงโดยเน้นการการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและร่วมกันทบทวน ได้แก่ 12 กิจกรรมทบทวน trigger tool เพื่อค้นหา AE การ round ของทีมนำต่าง ๆ
5. ชี้แจงการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล และ หัวหน้าหน่วยงานเพื่อรับทราบและกระตุ้นเตือนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้มีความร่วมมือการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
6. การปรับเปลี่ยนการเก็บข้อมูล Near miss จากระดับความรุนแรง A-B เป็นระดับ A-D
7. นำโปรแกรม HRMS มาใช้รายงานอุบัติการณ์ในเดือนเมษายน 2560

### ผลการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ 2559 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีความรู้เข้าใจระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลร้อยละ 78 มีการกระตุ้นเตือนและส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ต.ค. 59- ก.พ. 2560 การรายงานความเสี่ยงยังคงที่

- การค้นหาเชิงรุกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 28.28, 7.89 ตามลำดับ

- ช่องทางที่สามารถค้นหาความเสี่ยงได้มากเรียงตามลำดับ คือ การค้นหาจากความคาดเคลื่อนทางยา 12 กิจกรรมทบทวน การรายงานอุบัติการณ์ ผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ข้อร้องเรียน trigger tool Patient experience Round ของทีม

-จากการติดตามตัวชี้วัด พบว่าปี 2558-2559 การประเมินระดับ ความรุนแรงผิดพลาดโดยเฉพาะระดับ A,B,C, D,E,F ร้อยละ 1.05, 0.34 ไม่พบการประเมิน ระดับ GHI และ sentinel event ผิด

### ประสิทธิภาพการจัดการ

การติดตามการจัดการปีงบประมาณ 2558-พบว่า เจ้าหน้าที่ใน หน่วยงานให้ความสำคัญต่อการทบทวนอุบัติการณ์ น้อยเนื่องจากภาระงานต้องรับผิดชอบมาก มีการทำRCAเฉพาะ ระดับรุนแรง GHIในบางหน่วยงาน การวิเคราะห์ยังไม่ถึงสาเหตุรากที่แท้จริงยังพบอุบัติการณ์ซ้ำ เกินค่าเป้าหมาย ทั้งระดับ EF

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ. โรงพยาบาลกันตัง

และGHI การทำ RCA ระดับความรุนแรง EF GHI ยังคงน้อยไม่ถึงค่าเป้าหมาย น้อยกว่า ร้อยละ 70 ตามลำดับมีการปรับปรุงแก้ไขโดย

1. กำหนดการทำ RCA เป็นจุดเน้นของระบบบริหารความเสี่ยงโดยการทำ RCA ดังนี้

- High risk High volume ที่มีแนวโน้มการเกิดซ้ำ

-ทำ RCA ร่วมกับทีม หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีแพทย์ร่วมด้วย ทุกครั้ง

-มีการติดตามผลการดำเนินงานหลังการทำ RCA

2.จัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบบริหารความเสี่ยงและการทำ RCA กับบุคลากรโรงพยาบาล 100%ในปีงบประมาณ 2559

3 พัฒนาความรู้เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงาน OPDIPDER LR OR IC MUS ในการทำ RCA อย่างเรียบง่ายและได้ผล ที่เกี่ยวกับ ประเด็นความเสี่ยงที่เกิด โรคที่เป็น ช่วงเวลาที่เกิด หน่วยงานที่เกิด ข้อผิดพลาดของกระบวนการดูแลผู้ป่วย การพิจารณาแนวทางการป้องกันที่มีแล้วว่าเป็นเพียงพอหรือไม่การ ออกแบบระบบงานที่เหมาะสมใหม่

ผลการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ 2559-2560(ต.ค.-ก.พ.)

- ร้อยละอุบัติการณ์ระดับ GHI ที่ได้รับการทำRCA ร้อยละ100อุบัติการณ์ระดับ EF ที่ได้รับการทำRCA ร้อยละ 50.84 และ 50 ตามลำดับ

-ร้อยละอุบัติการณ์ระดับ EF เกิดซ้ำเป้าหมายร้อยละ 0 ปฏิบัติได้ร้อยละ 17.80 และ 10.16 ตามลำดับ ได้แก่ COPD with AE DM with hypoglycemia admit  $\leq$  6ชั่วโมงแล้ว refer PPH

-ร้อยละอุบัติการณ์ระดับ GHI เกิดซ้ำเป้าหมายร้อยละ 0 ปฏิบัติได้ร้อยละ 0.06 และ0 ตามลำดับ ได้แก่ การดูแลระบบทางเดินหายใจไม่เหมาะสม ขณะนำส่ง

- ประสิทธิภาพจัดการข้อร้องเรียนร้อยละ 100 ไม่มีข้อร้องเรียนที่ใช้ มาตรา 41

ปีงบประมาณ 2559 การพัฒนาที่เกิดขึ้นหลังทำ RCA ระดับ E-I

อุบัติการณ์	ระดับ	Care process	ช่วงเวลา	การพัฒนา
Hypoglycemia ขณะดูแล	E/F	-assessment -plan of care - care of patient	ด/ช	-NSO กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง -หน่วยงานจัดทำแนวทางการเฝ้าระวัง การดูแลผู้ป่วย DM RM-เน้น SBAR+ Early warning sign
Sepsis with shock	F/I	-investigate - care of patient	ในเวลา/ นอก เวลา	- PCT ร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วย sepsis.สำหรับแพทย์ พยาบาล
Acute respiratory	I	-assessment - re assessment	ในเวลา/ นอก	NSO->พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย วิกฤติขณะอยู่ในร.พ /ส่งต่อ

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ. โรงพยาบาลกันตัง

failure		- care of patient	เวลา	
การดูแลระบบทางเดินหายใจไม่เหมาะสม	6 ราย	care of patient -การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงใส่ ET tubeลงท้อง	ในเวลา/นอกเวลา	MSO ->พัฒนาศักยภาพการใส่ท่อช่วยหายใจ

การพัฒนาที่เกิดขึ้นหลังทำ RCA ระดับ E-I

อุบัติการณ์	ระดับ	Care process	ช่วงเวลา	การพัฒนา
		ใส่ ET tubeลงท้อง -ET tubeเลื่อน -ใช้Ambu bagผู้ใหญ่กับเด็ก -ประเมินเวลาArrestผู้ป่วยขณะส่งต่อ ไม่ได้		NSO-> -พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย -พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยใส่ET tube
AMI	H-I	-Assessment->ขาดการนำแนวทางการประเมิน AMi -Diagnosis-> Delay -การตรวจวินิจฉัยไม่ครอบคลุม -investigate->การทำ EKG Trop I -re assessment (ขาดกาประเมินซ้ำ) - care of patient	ในเวลา/นอกเวลา	-PCT->กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย AMI - MSO->พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยAMI -NSO ->กำหนดCNPG AMI MUS->จัดทำpop upเตือนการใช้ยา SK INS->เตรียมความพร้อมใช้ของ defibrillator RM->ปรับปรุง สื่อสาร Early warning sign

การติดตามการปฏิบัติตาม guideline ใน patient safety goal

จากการนำ simple มาใช้ทำให้เกิดการพัฒนาการทำงานให้ได้มาตรฐานและสร้างความตระหนักให้เกิดการยึดความปลอดภัยเป็นหลัก ปีงบประมาณ 2557-2559 การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ผลงานที่ปฏิบัติได้เกินค่าเป้าหมาย ได้แก่

- การล้างมือตาม 5 moment
- ข้อผิดพลาดการให้เลือด ประสานรายการยา
- การสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ แนวทางการระบุตัวผู้ป่วยการประสานรายการยา



## รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ. โรงพยาบาลกันตัง

การรายงานคำวิฤติทางห้องปฏิบัติการ

- Emergency response (ความปลอดภัยเรื่องการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน)

การปฏิบัติที่ปฏิบัติได้ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ได้แก่

- เจ้าหน้าที่ถูกของมีคมที่มตำหรือสัมผัสสารคัดหลังขณะปฏิบัติงาน
- มารดาตกเลือดหลังคลอด
- Medication safety (ความปลอดภัยจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง )

### ผลการดำเนินงาน

จากการติดตามการปฏิบัติตาม guideline ใน patient safety goal พบว่าปีงบประมาณ 2558 พบอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดถูกของมีคมที่มตำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เกิดมากในหน่วยงานให้บริการผู้ป่วย เช่น อุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน ห้องคลอด สาเหตุ จากไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ และขาดทักษะการทำงานที่ปลอดภัย ประสานให้ทีม IC ทรนรงค์การปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้อ และเพิ่มมาตรการในการควบคุมกำกับและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องปีงบประมาณ 2559-มีแนวโน้มอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดถูกของมีคมที่มตำมีแนวโน้มลดลง ปีงบประมาณ 2560 ( ต.ค.-ธ.ค. 59 ) พบอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดถูกของมีคมที่มตำที่งานทันตกรรม เนื่องจากระบบการทำงาน และการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ ประสานทีม IC ติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

- ในปี 2558-2559 พบความคลาดเคลื่อนทางยา HAD ในระดับ C ขึ้นไป แนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นการบริหารยา HAD ผิดพลาด ระดับความรุนแรง C/ E /สาเหตุ การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ขาดการตรวจสอบ ประวัติการได้รับยา HAD การทักษะการให้ยา ประสานทีม MUS ให้มีการทบทวนในทีม มีข้อตกลงร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ยาตามคำสั่งใช้ของแพทย์ตามความเร่งด่วน จัดทำแนวทางการใช้ยา HAD ได้แก่ SK RI warfarin และ

ให้เจ้าหน้าที่ยึดหลักการ double check และ 7R ทุกครั้งและทำ pop up เรื่องการใช้ยา SK ปีงบประมาณ 2560 (ต.ค.-ธ.ค.59) ไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา HAD ในระดับ C ขึ้นไป

- 2558 มารดาตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้นสาเหตุจาก 1)มดลูกหดตัวไม่ดีจากการประเมินไม่ครอบคลุม 2 รกติดแน่นล้วงรกนาน 3 วินิจฉัยการตกเลือดล่าช้า

แก้ไขโดย

- ปรับปรุง แบบ admission record ให้เข้ากับบริบทของหน่วยงาน ประเมินความเสี่ยงแรกรับ และให้การดูแลรักษา วางแผนการพยาบาลตามความเสี่ยง
- ใช้ถุงรองเลือดประเมินปริมาณเลือดหลังรกคลอดทันที เพื่อให้การรักษาได้รวดเร็ว
- กำหนด early warning sign ของปริมาณเลือดเพื่อวางแผนการรักษา
- ปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษา
- ทบทวนร่วมกับทีมสูติแพทย์จังหวัดพิจารณาการส่งต่อกรณีรกติดแน่นล้วงรกนาน

## รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ. โรงพยาบาลกันตัง

- ส่งทีมแพทย์ พยาบาล เข้าร่วมฝึกทักษะการทำสูติศาสตร์หัตถการที่ รพ.ราชวิถี
- ควบคุมกำกับติดตามตัวชี้วัดการตกเลือดหลังคลอด

2559 พบว่าอุบัติการณ์ลดลง คิดเป็นร้อยละ 1.05 ในปีงบประมาณ 2560 ( ต.ค.-ธ.ค. 2559) พบอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอด 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 1.9 มีการวิเคราะห์หาสาเหตุ ควบคุมกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

ปีงบประมาณ 2560 ประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา ใน patient safety goal ได้แก่

- Infectious control เรื่อง การใส่สายสวนปัสสาวะ
- Patient care process เพิ่มเติม เรื่อง การดูแลป้องกันแผลกดทับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การจัดการความเจ็บปวด
- Emergency response เพิ่มเติม เกี่ยวกับ ความปลอดภัยเรื่องการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน เรื่อง spinal cord injury ,Head injury ,chest injury ,stroke ,sepsis

### การติดตามแนวโน้มอุบัติการณ์ความเสี่ยง

แนวโน้มความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล 2557- 2559

ความเสี่ยงทางด้านคลินิก ( Common Clinical risk)ที่พบตลอดระยะ 3ปีต่อเนื่องได้แก่ การเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ การประเมินผู้ป่วยผิดพลาด ได้แก่ การ รับไว้ไม่ถึง 6 ชั่วโมงต้องส่งต่อ ประสาน PCT เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วย และนำ earlywarning signs และควบคุมกำกับติดตามโดยหัวหน้างาน มีผลให้ ปี 2559 แนวโน้มการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอลดลง

-ความเสี่ยงทางด้านคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical risk ) พบตลอดระยะ 3ปีต่อเนื่องได้แก่

AMI é cardiac arrest DM é hypoglycemia ขณะรับไว้ดูแล

ประสาน PCT เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วย และควบคุมกำกับติดตามโดยหัวหน้างาน มีผลให้ ปี 2559 AMI é cardiac arrest DM é hypoglycemia ขณะรับไว้ดูแล แนวโน้มลดลง

- ความเสี่ยงทางด้านทั่วไป ( Common risk)ที่พบตลอดระยะ 3ปีต่อเนื่องได้แก่ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรม ได้เสนอผ่านคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและทีมหน้าที่เกี่ยวข้องร่วมกันปรับปรุงพัฒนาพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ และมอบหมายให้ หัวหน้ากลุ่มงานและหัวหน้างานควบคุมกำกับเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการอย่างต่อเนื่อง

### แนวโน้มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางด้านคลินิกแยกตามโปรแกรมความเสี่ยง

อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางด้านคลินิกพบว่าโปรแกรมคลินิกบริการด้านยา มีการรายงานจำนวนอุบัติการณ์มากที่สุดปี 2559 ร้อยละ 60.14 เทียบกับอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมด อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นได้แก่ medication error ขั้นตอนที่พบมาก เกินค่าเป้าหมายคือ prescribing OPD case มีความรุนแรงระดับ A-B

Admin errorพบมากกรณี IPD case ได้แก่การให้สารน้ำผิดชนิดไม่ตรงกับคำสั่งการรักษาจาก ER ผู้ป่วยได้รับยาไม่ตรงเวลาหรือไม่ได้รับยา ได้รับยาไม่ครบตามจำนวน ให้ยาผิด มีความรุนแรงระดับ C-F

อุบัติการณ์ด้านการดูแล/วินิจฉัยรักษาเป็นอุบัติการณ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2559 ร้อยละ 9.04 มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ A-I เป็นความรุนแรงที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย อุตการณ์ที่พบมากของโปรแกรมตามลำดับดังนี้ readmit COPD with AE ข้อผิดพลาดเกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ refer หลังรับไว้ไม่ถึง 6 ชั่วโมงการ เฝ้าระวังผู้ป่วยไม่เพียงพอ ,การประเมิน/คัดกรองผิดพลาด เช่น AMI ,specific clinical risk , ข้อผิดพลาดในการส่งต่อ หัตถการผิดพลาด

อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางด้านคลินิกด้านการสื่อสาร/เวชระเบียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2559 เพิ่มขึ้นร้อยละ 29.82 อุตการณ์ที่พบมากของโปรแกรมตามลำดับดังนี้ การบันทึกข้อมูลทางเวชระเบียนผู้ป่วยไม่ครบถ้วน การนัดผิดพลาดพบได้ทุกหน่วยงานที่มีการนัดพบมากในแผนกที่มีการนัดมากเช่น ER OPD ระบุตัวผู้ป่วยผิด เวชระเบียนผิดพลาด พบมากในแผนกห้องบัตร และหอผู้ป่วยในมีการบันทึกเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ A-D

อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านระบบบริการแนวโน้มไม่คงที่ปี 2559 เพิ่มขึ้นร้อยละ 1. อุตการณ์ที่พบมากคือรอรับบริการนานที่แผนกผู้ป่วยนอกในช่วงเวลา 8.30-10.00น มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ B-C อุตการณ์ความเสี่ยงทางด้านคลินิกโปรแกรมควบคุมการติดเชื้อแนวโน้มเพิ่มปี 2559 เพิ่มขึ้นร้อยละ 2 อุตการณ์ที่พบมากของโปรแกรมตามลำดับดังนี้การสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง ของมีคมบาด การไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ การคัดแยกขยะไม่ถูกวิธี มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ B-E

#### แนวโน้มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางด้านทั่วไปแยกตามโปรแกรมความเสี่ยง

- งบประมาณ 2559 อุตการณ์ความเสี่ยงทางด้านทั่วไปที่พบมาก ได้แก่
- โปรแกรมข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2558
  - โปรแกรมด้านบริหาร การเงิน พัสดุ แนวโน้มไม่คงที่ มีระดับความรุนแรงปานกลาง ได้แก่ สนับสนุนรถสำหรับ EMS ไม่เพียงพอ อัตรากำลังไม่เพียงพอ
  - โปรแกรมสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยมีแนวโน้มลดลงจาก ปี 2558 มีระดับความรุนแรงต่ำ ปานกลางได้แก่ ความไม่เป็นระเบียบของพื้นที่ภายใน อุตัติตู่ทางด้านการจราจร ความไม่พร้อมใช้ไม่ปลอดภัย ของระบบไฟฟ้าและอุปกรณ์ ไฟฟ้าหลังคา เพดานอาคารรั่วมีสัตว์ไม่พึงประสงค์

#### คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

#### บทเรียนในการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทบทวนคุณภาพในงานประจำ:

พบว่าหน่วยงานที่ให้บริการดูแลผู้ป่วย เช่น หอผู้ป่วยใน ห้องคลอด อุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องผ่าตัดมีการ 12กิจกรรมทบทวน สม่่าเสมอสำหรับหน่วยงานที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ ต้องมีการส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมทบทวนอย่างสม่ำเสมอต่อไป

- ตัวอย่างการนำผลการทบทวนไปใช้การปรับปรุงระบบงาน
  - การฝังยาคุมกำเนิดให้ผู้รับบริการที่ตั้งครรภ์ทำให้มีการพัฒนาโดยการตรวจ urine pregnancy test ก่อนฝังยาคุมกำเนิดทุกราย ผลการตรวจต้องปกติ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนฝังยาคุมกำเนิดมีผลให้ ปีงบประมาณ 2558-กุมภาพันธ์ 2560 ไม่พบอุบัติการณ์

## รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ. โรงพยาบาลกันตัง

- ทบทวนผลการตรวจ Lab electrolyte คลาดเคลื่อนทำให้การรักษาของแพทย์คลาดเคลื่อน มีการปรับปรุงแนวทางโดยกำหนดเวลาในการปฏิบัติการไม่เกิน 1 ชั่วโมงและเขียนระบุเวลาที่เจาะเลือดติดข้าง tube lab ให้ชัดเจน ปี 2559 พบผลการรายงานผล lab คลาดเคลื่อน 3 ครั้ง
- การคัดกรองผู้ป่วยที่ให้ประวัติแขนขาอ่อนแรง ชา พูดไม่ชัด โดยการพัฒนาทำข้อตกลงร่วมกัน เพื่อออกแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย stroke และ TIA ในการส่งจุดบริการที่เหมาะสม ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย stroke ที่ รพ.ศูนย์ตรังกำหนดดังนี้

1. ผิดปกติ  $\leq$  72 ชั่วโมง ให้ส่งตรวจห้องฉุกเฉิน

2. ผิดปกติ  $\geq$  72 ชั่วโมง มีอาการซึม GCS < 15 คะแนน ให้ส่งตรวจห้องฉุกเฉิน

3. ผิดปกติ  $\geq$  72 ชั่วโมง รู้สึกตัวดี ไม่ซึม ส่งตรวจ OPD

ปีงบประมาณ 2559 -2560 (ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560) ไม่พบอุบัติการณ์

- ผู้ป่วย DKA admit น้อยกว่า 6 ชั่วโมงแล้วส่งต่อ รพ.ตรัง จากการประเมินอาการเบื้องต้นไม่เพียงพอ ไม่ได้เจาะ DTX ซ้ำ ไม่รอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อน admit มีการปรับปรุงระบบงานโดย

1. ผู้ป่วยในกลุ่ม DM with hyperglycemia ต้องรายงานผล urine ketone เพื่อพิจารณา admit หรือ refer

2. หลังให้ ยา regular insulin ต้องประเมิน DTX ซ้ำทุกครั้ง เพื่อดูผลการรักษา

3. พยาบาลต้องบันทึกการให้ยาและการพยาบาลอย่างละเอียด

ปีงบประมาณ 2559 -2560 (ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560) ไม่พบอุบัติการณ์

- ปี 2558 มีการทบทวนอุบัติการณ์พบผู้ป่วย Severe Hypertension ให้เดินมาห้องฉุกเฉินเอง มีผลให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้ มีการปรับระบบงานโดยการประสานกับหน่วยงาน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยคลินิกพิเศษ ให้ผู้ป่วยนั่งรถนั่งมาหรือกรณีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ มีปวดศีรษะให้มาเปลนอน หลังจากนั้นปีงบประมาณ 2559-กุมภาพันธ์ 2560 ไม่พบผู้ป่วยเดินมาห้องฉุกเฉิน

### บทเรียนในการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย:

1 การตามรอยทางคลินิกต่างๆ และผลการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

- พบว่าการดูแลทารกที่เกิดภาวะ Birth asphyxia ต้อง NST ในมารดาตลอดทุกราย ต้องเตรียม Radiant warmer และสาย suction ทุกราย

- การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จัดตั้ง Clinic High Risk Pregnancy นวัตกรรม PIH Box จัดตั้ง Line LR Trang

- การดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอด พัฒนาคำรู้ทักษะเจ้าหน้าที่ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตกเลือดหลังคลอด ระบบติดตามมารดาหลังคลอดที่มีภาวะหลังคลอดให้ครอบคลุมทุก รพ.สต

- การดูแลผู้ป่วย STEMI มีความจำเป็นต้องรักษาด้วยการเปิดเส้นเลือดหัวใจ ซึ่งมี Golden Period ภายใน 6 – 12 ชั่วโมง โรงพยาบาลกันตัง อยู่ห่างจากโรงพยาบาลตรัง 24 กิโลเมตร พัฒนาจัดให้มีแพทย์เวร First call , Second call ทุกเวร เพื่อให้บริการผู้ป่วยทันที พัฒนาระบบการส่งต่อ ปี 2559 ได้

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ. โรงพยาบาลก้นดั่ง

รถ Ambulance 1 คัน วางแผน ปี 2560 เพิ่มรถ Ambulance 1 คัน และมีเครื่อง Monitor AED ในรถ Ambulance ทุกคัน

-การดูแลผู้ป่วย Stroke พบว่า ปี 2557 – 2559 มีผู้ป่วย 130 , 155 , 181 ราย Recurrent Stroke 18 , 8 , 21 มีกระบวนการพัฒนาประชาสัมพันธ์เรื่อง โรค Stroke และอาการสำคัญที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล เข้าระบบเสียงตามสายโรงพยาบาล ,เทศบาล และ อบตพัฒนาระบบ EMS ขยายเครือข่ายให้ครอบคลุม พื้นที่ ปี 2559 เพิ่มหน่วย FR บางเป้า 1 หน่วย และวางแผนปี 2560 เพิ่มหน่วย FR บางสัก อีก 1 หน่วย

2 การตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยจาก self-Enquiryตามโรคหรือกลุ่มอาการในระดับความรุนแรง E-I

กระบวนการ	โรคที่พบ	การปรับปรุง
Access/Entry	ACS stroke BA	ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค -เพิ่มหน่วย FR ในพื้นที่
Assessment	COPD ACS stroke Acute appendicitis -การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย	-เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ -ปรับปรุง CPG
Plan -plan of care -Discharge plan	DM COPD Stroke ACS การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย	-ฟื้นฟูศักยภาพการอ่าน EKGแก่แพทย์ พยาบาลห้องฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วย ACS -พัฒนาเจ้าหน้าที่ในการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วย
care	DM PPH febrile convulsion	-CPG ผู้ป่วย DM -ให้มีพยาบาลดูแลระหว่างการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วย febrile convulsion -การฝึกทักษะการทำคลอดรก การเย็บแผล ฝีเย็บแก่พยาบาล
Empowerment	ACS DM COPD Stroke AIDS	-คำแนะนำ ACS DM COPD Stroke AIDS -การส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้าน
Continuity of care	CA AIDS COPD stroke STEMI การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย	การพัฒนาระบบ HHC/ Home oxygen/ palliative care

- การใช้ service profile และการพัฒนา

มีการสนับสนุนให้ทำ service profile ทุกหน่วยงาน ทุกทีมนำมามีผลให้หน่วยงานและทีมต่างๆ เข้าใจบริบท และ เป้าหมายในกระบวนการทำงานมีการนำปัญหามาทบทวนวิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนาต่อไป เช่น ทีมRM นำผลการวิเคราะห์มาพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่เรื่องการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและการใช้เครื่องมือคุณภาพอื่นเช่น RCA เป็นต้น

**ผลการพัฒนาที่สำคัญ:**

**การพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย:**

-ปีงบประมาณ 2558- ปัจจุบัน พัฒนาการค้นหาความเสี่ยง โดยให้ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล เภสัชกร แพทย์ ร่วมกันทบทวน ในการค้นหา/ดักจับความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิด/เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะดูแลผู้ป่วย ( bedside review ) โดยให้แพทย์เป็นแกนนำและสื่อสารให้ทีมรับรู้ปัญหา/ผลการดูแลผู้ป่วยมาทบทวนปรับปรุงเพื่อ การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยมากขึ้น แพทย์ระบุความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้ป่วยแต่ละรายในใบ doctor order sheet สำหรับพยาบาลเฝ้าระวังดูแล

-แพทย์ร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยทำการทบทวน case ที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E-I และ high volume เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยมากขึ้นเช่น Stroke/ AMI /COPD with AE/ Med error เช่น การจ่ายยาผิด บริหารยาผิด/ DM with Hypoglycemia / refer หลัง admit  $\leq 6$  ชม.

-RM ประสานข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงของ ทีมระบบต่างๆเช่น PCT NSO IC MUS รับทราบเพื่อ ทบทวนปรับปรุง แก้ไข ระบบงาน ทุก 1 เดือน

-การพัฒนาการ ประเมิน near miss จากระดับ A-B เป็น A-D โดยการชี้แจงนิยาม near miss

- อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านทั่วไปเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ต่ำมาก ต่ำ ปานกลาง สูง

-พัฒนาการกำหนดอุบัติการณ์ sentinel event

-พัฒนาการรายงานผ่านโปรแกรม HRMS

- พัฒนาการทำ RCA ที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้จริง

- การปรับปรุงเป้าหมายตัวชี้วัดที่สำคัญ

**การพัฒนากระบวนการบริหารคุณภาพ:**

- การกระตุ้นการพัฒนาโดยใช้ค่านิยมขององค์กร โดยมุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม การบริหารจัดการภายใต้ข้อมูลที่เป็นปัญหา นำมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

- การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพการทำงาน และ สร้างแรงจูงใจในการทำงาน โดยประกวด CQI R2R นวัตกรรมภายในและภายนอกโรงพยาบาล

**พัฒนาคุณภาพทางคลินิก:**

- การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- พัฒนาการทำ Fast track Stroke STEMI sepsis DHF ผู้ป่วยอายุ 0-14ปี

- พัฒนาการให้บริการคลินิก warfarin CKD DM foot Asthma ในเด็ก

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ. โรงพยาบาลก้นดั่ง

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
29. การสนับสนุนจากผู้นำ การเชื่อมโยงและประสานงาน	3.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ระบบวิเคราะห์ความเสี่ยงบูรณาการร่วมกับผู้นำทีมต่างทุก 3 เดือน</li> </ul>
30. การทำงานเป็นทีม	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การปรับปรุงการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน(ระบบงานสำคัญ เช่น IC ENV, PCT,MUS,RM)</li> </ul>
31. การประเมินตนเอง	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ส่งเสริมให้มีการประเมินตนเองโดยใช้ service profile SAR2011</li> </ul>
32. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	3.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การทำ Bedside review ในหน่วยงานบริการผู้ป่วยอย่างครบถ้วน</li> <li>● การวิเคราะห์หาสาเหตุรากที่มีประสิทธิภาพ</li> <li>● การส่งเสริมการปฏิบัติตามPatient safety Goal</li> <li>● การรายงานความเสี่ยงผ่านโปรแกรม HRMS ทุกงาน</li> </ul>
33. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย (ที่แนะนำไว้ในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA)	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การทบทวน 12 กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง</li> <li>● ขยายการทำ trigger tool ไปใช้ในการทบทวนเวชระเบียนเชิงคุณภาพในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก</li> </ul>
34. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ	3.35	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ส่งเสริมการออกแบบระบบงานโดยใช้ HFE ในการป้องกันการผิดพลาดของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย</li> </ul>

## รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ. โรงพยาบาลก้นดั่ง