



RISK MANAGEMENT

โรงพยาบาลบางคล้า

ข้อเสนอแนะครั้งสุดท้าย

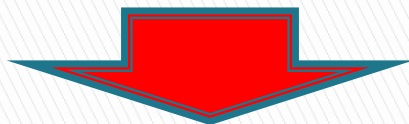
1. ควรส่งเสริมการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกเพิ่มขึ้นในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกันด้วยการเรียนรู้จากช่องทางการค้นหาที่มีตั้งแต่การทบทวนเวชระเบียนเชิงคุณภาพ/หน้างาน/team round
ควรเพิ่มการทบทวนโดยใช้แนวคิด trigger tool ที่สอดคล้องตามบริบทเพื่อให้สามารถค้นหา adverse event ที่ไม่ถูกรายงานโดยเฉพาะความเสี่ยงทางคลินิก
เรียนรู้การวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (root cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลังและการวิเคราะห์ข้อมูล อุบัติการณ์อย่างมีส่วนร่วมของ(ความถี่ แนวโน้ม การกระจายของอุบัติการณ์ตามสถานที่/เวลา/บุคคล ระบบงานที่เกี่ยวข้อง) แล้วรวบรวมประเด็นความเสี่ยง/ปัญหาที่พบ ประมวลผลเป็นภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่เชื่อมโยงกับระดับความรุนแรงและจัดลำดับความสำคัญ สื่อสาร สร้างความตระหนักรู้อย่างทั่วถึงและติดตามประเมินการนำไปปฏิบัติของมาตรการป้องกัน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล ลดการเกิดอุบัติการณ์ที่รุนแรงหรือการเกิดซ้ำ

ข้อเสนอแนะครั้งสุดท้าย

2. การประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยง ด้วยการทบทวนตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงผลการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้เห็นโอกาสพัฒนาและนำไปสู่การปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยงให้ดีขึ้น

การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก

ช่องทาง	จำนวน	AE ที่พบ
เวชระเบียนเชิงคุณภาพ	559	81
Trigger tool	152	76
<u>รวม</u>	711	157



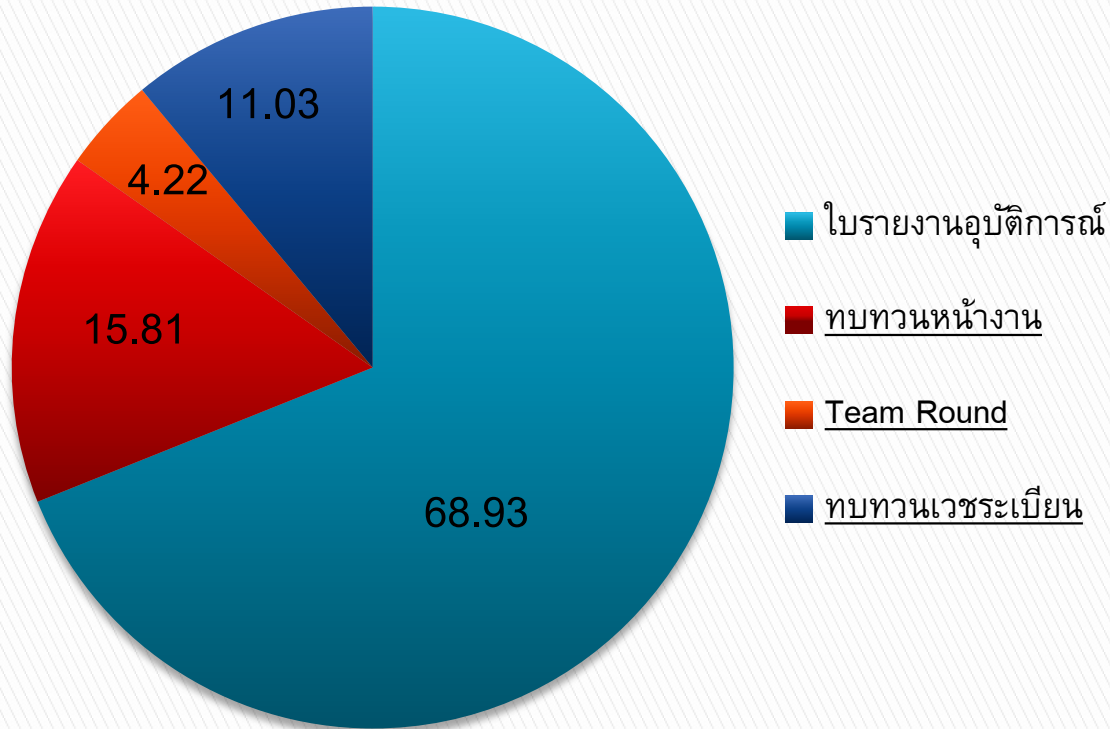
Purpose : ลดการเกิดภาวะ hypoglycemia ขณะ admit

Process : ปรับ CPG, Human factor engineering, ความรู้เจ้าหน้าที่/ผู้ป่วย

Performance : การเกิดภาวะ hypoglycemia ขณะ admit ลดลง

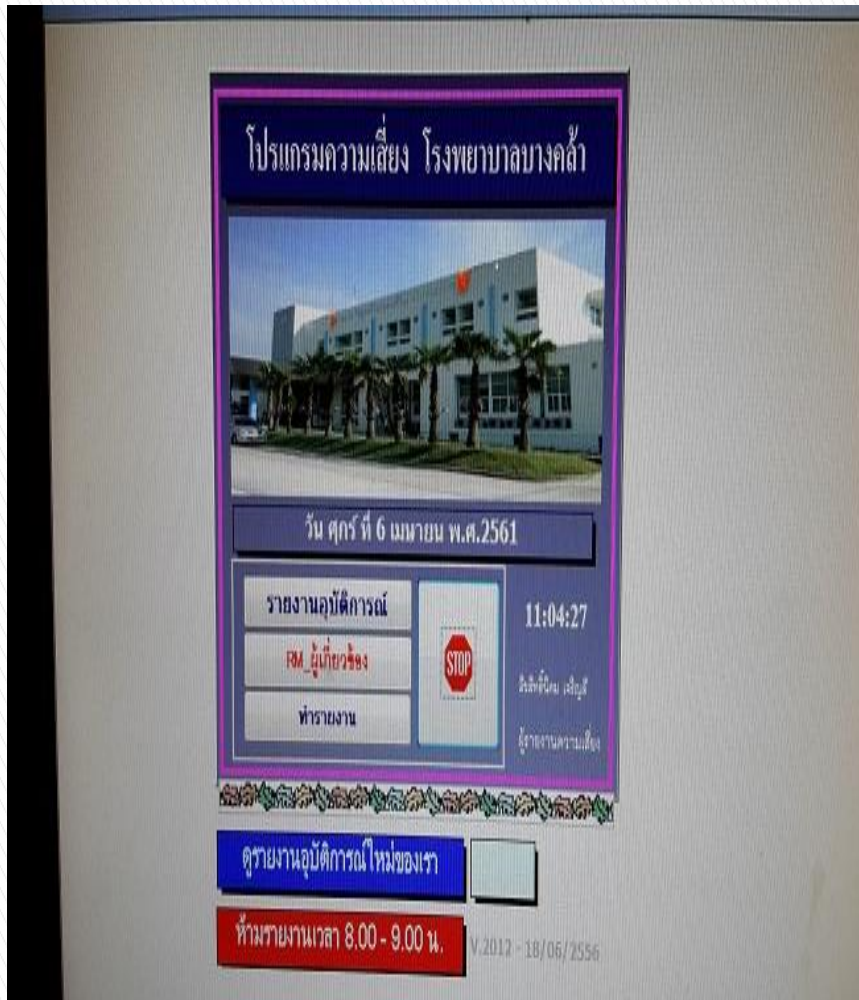
ปี 59-61 เท่ากับ 10, 7, 0 ราย ตามลำดับ

ประเมินประสิทธิภาพของช่องทางการค้นหาความเสี่ยง



การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ระบบการรายงานอุบัติการณ์



ปี 2559 เริ่มใช้โปรแกรมรายงานและ
วิเคราะห์ความเสี่ยง

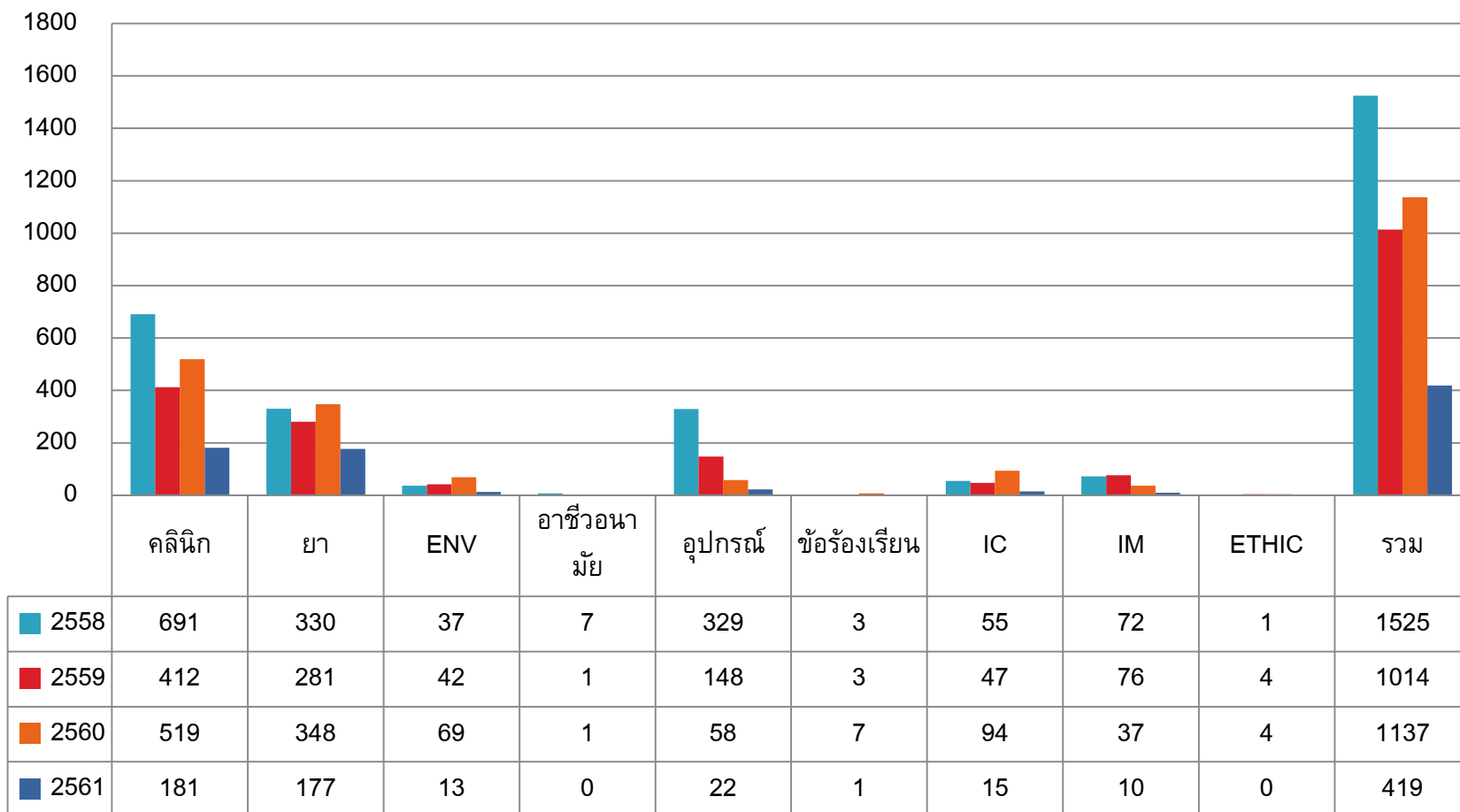
ปัญหาที่พบ :

- การเข้าถึงโปรแกรมรายงาน
- เจ้าหน้าที่ใช้โปรแกรมไม่เป็น ร้อยละ 30

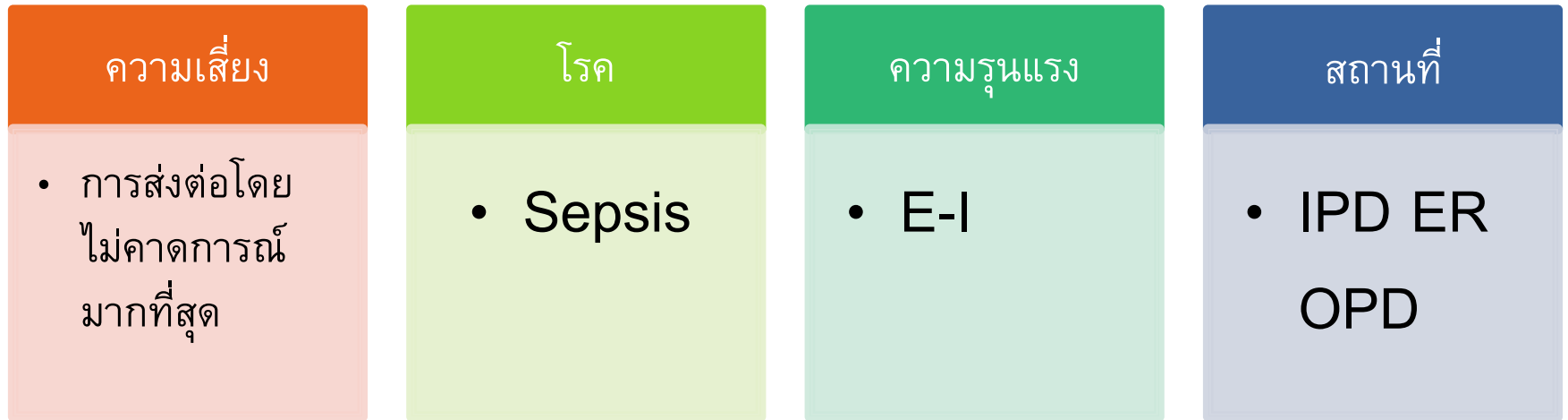
การพัฒนา :

- ปี 61 วางแผนเปลี่ยนโปรแกรมรายงาน
- RM round การใช้โปรแกรมของ
เจ้าหน้าที่

Matrix Program : วิเคราะห์รายโปรแกรม คืบข้อมูล



วิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์



ปี 2559 กำหนด sepsis เป็นกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล
สื่อสารปัญหาไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ แพทย์ ER LAB X-ray PHA IPD
จัดทำและติดตามการปฏิบัติตาม CPG เท่ากับ 84.61
อุบัติการณ์ unplaned tube, unplaned refer ลดลง

การทบทวนอุบัติการณ์ RCA

แบบฟอร์ม ภาวะฉุกเฉิน (RCA)

BM No. วันที่เกิดเหตุการณ์ 1 มี.ค. 66 - วันที่ยกรอก 2- มี.ค. 66
 HN 00023589 AN 00000991

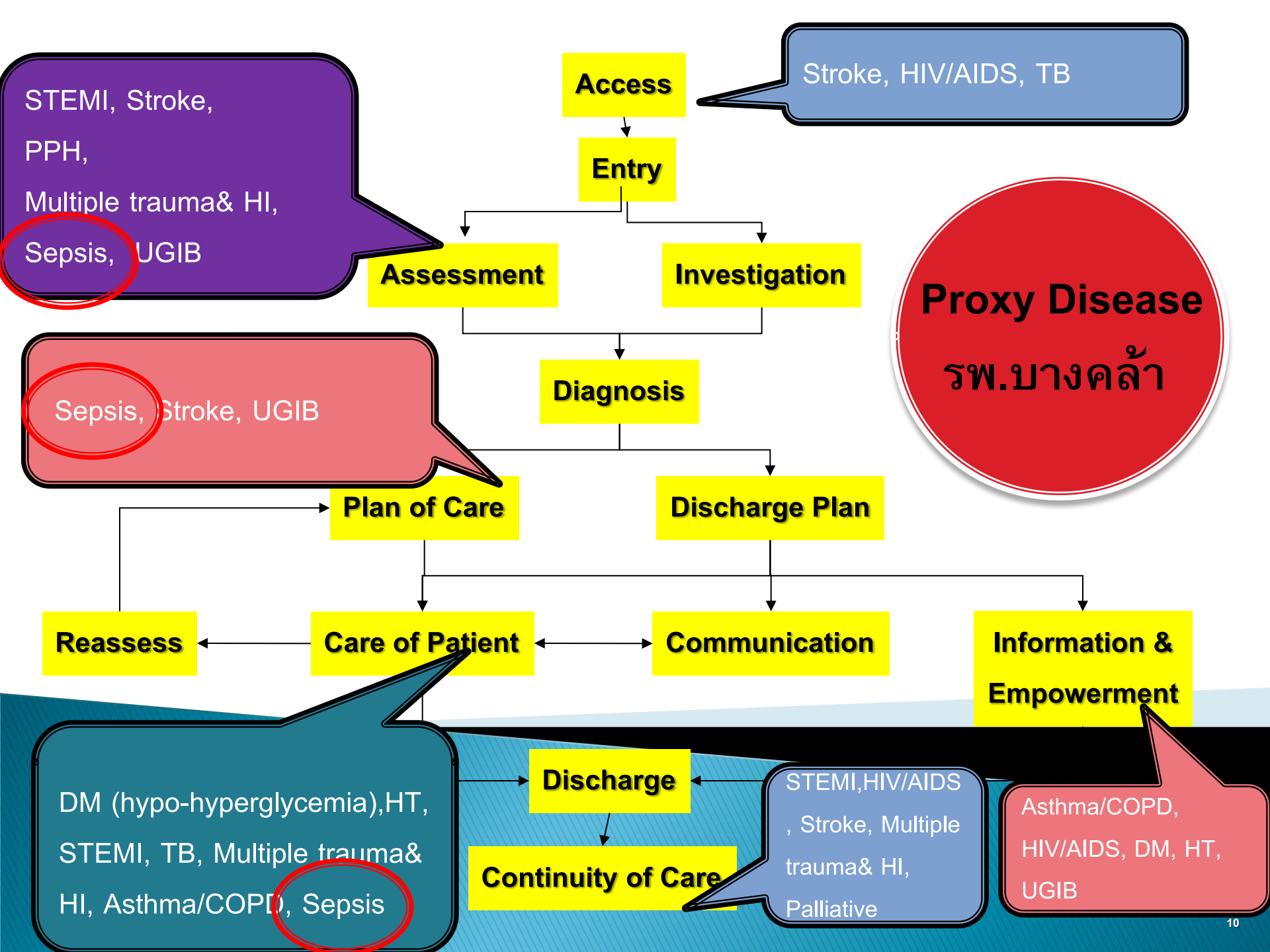
Pre-Diagnosis Pneumonia
 Post-Diagnosis Pneumonia

Incident Report	สาเหตุ	การปรับปรุง
หญิงไทย อายุ 67 ปี CC : หนี้ออก 2 วัน PTA ED : COPD , HT 160/70 มม.ปรอท แพทย์ ปฏิเสธ แรกพบที่ ER T 36.5 c P 88 mm R 36 mm BP 120/70 mmHg dyspnea - Lung clear Rtl lung O2 sat 98% RA - แพทย์ให้ O ₂ HL , IV DTX sat 128 mg% , CBC , Bun , Cr E'lyte ทั้ง EKG - Complete Right Bundle Branch Block เมื่อมาขอเคาะ หัว CXR : same แพทย์ดูกับญาติ ปฏิเสธการ Refer into ปฏิเสธ ET tube เห็นชื่อ IT Admit T มี R. 69 (20.56 hr) รู้สึกตัวดี หนี้ออก 2 วัน ล้างระบบหายใจ Long sweep O ₂ O ₂ mask c bag 10 LPM O ₂ sat 99 - 100 % พบ HT Berdaal 1.3 NB pm q 4 hr , 80 เคาะ lung Cef - 4 2 gm iv q 8 hr VS T 36 c P 82 mm R 40 /min BP 130/70 mmHg แพทย์ให้ O ₂ Ventilator c facial mask , Record PO 3101 mmHg LAB K 2.9 mmol/L แพทย์ ให้ E'KCl 30 ml q 4h * 3 dose 22.25 น. พบระบบหายใจดีขึ้น ตรวจระบบประสาท ตรวจตลับดี เป็น	1.25 mm cefazolin ที่ไม่ปลอดภัย Consideration การให้ข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง และญาติ และสิทธิผู้ป่วย 2.0 mm เปลี่ยนคิวดม CPG <input type="checkbox"/> ไม่มี CPG <input checked="" type="checkbox"/> มี CPG <input type="checkbox"/> ปฏิเสธคิวดม CPG <input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติตามคิวดม CPG 3.1 ประเมินข้อมูลเบื้องต้น <input type="checkbox"/> คน <input checked="" type="checkbox"/> ความรู้ก่อน เมื่อ 01 011 Palliative care 011 111 จัดดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน ภาวะฉุกเฉิน ภาวะฉุกเฉิน palliative เข้าไปจ่าย <input type="checkbox"/> อีตัวบ่งชี้ <input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติตามระบบ เรื่อง <input type="checkbox"/> สิ่งๆ <input type="checkbox"/> อุปกรณ์หรือเครื่องมือ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่เคยใช้	1.25 mm cefazolin ที่ไม่ปลอดภัย การให้ข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและญาติ อาจจำเป็นต้องคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็น ลำดับแรกควร ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ แผนการรักษาร การตัดสินใจในภาวะฉุกเฉิน อาจพิจารณาในภาวะฉุกเฉิน จึงควรจัดตั้งทีม Palliative care 2. CPG ผู้รับผิดชอบ <input type="checkbox"/> จัดทำ CPG เรื่อง <input type="checkbox"/> สิ่งๆ 3. ประเมินข้อมูลเบื้องต้น ผู้รับผิดชอบ <input checked="" type="checkbox"/> ประเมินก่อนเริ่ม หลักการ Palliative care 011 111 ที่พูด คน <input type="checkbox"/> เมื่อมีอาการหรือเหตุ <input type="checkbox"/> เมื่อเริ่มเปลี่ยนระบบงาน <input type="checkbox"/> CPG <input type="checkbox"/> วัตถุประสงค์ <input type="checkbox"/> วิธี <input type="checkbox"/> สิ่งๆ <input type="checkbox"/> จัดซื้อหรือเครื่องมือ <input type="checkbox"/> จัดระบบการส่งมอบข้อมูล เครื่องมือ

▶ ปี 2559

หน่วยงานทบทวนอุบัติการณ์ RCA โดยใช้ Comprehensive scan พบปัจจัยที่อยู่เบื้องหลัง เช่น

- Stroke, MI เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการคัดกรอง
- COPD ไม่ปฏิบัติตาม CPG



อัตราการเกิดอุบัติเหตุการฉ້า

Sepsis

STEMI / Stroke

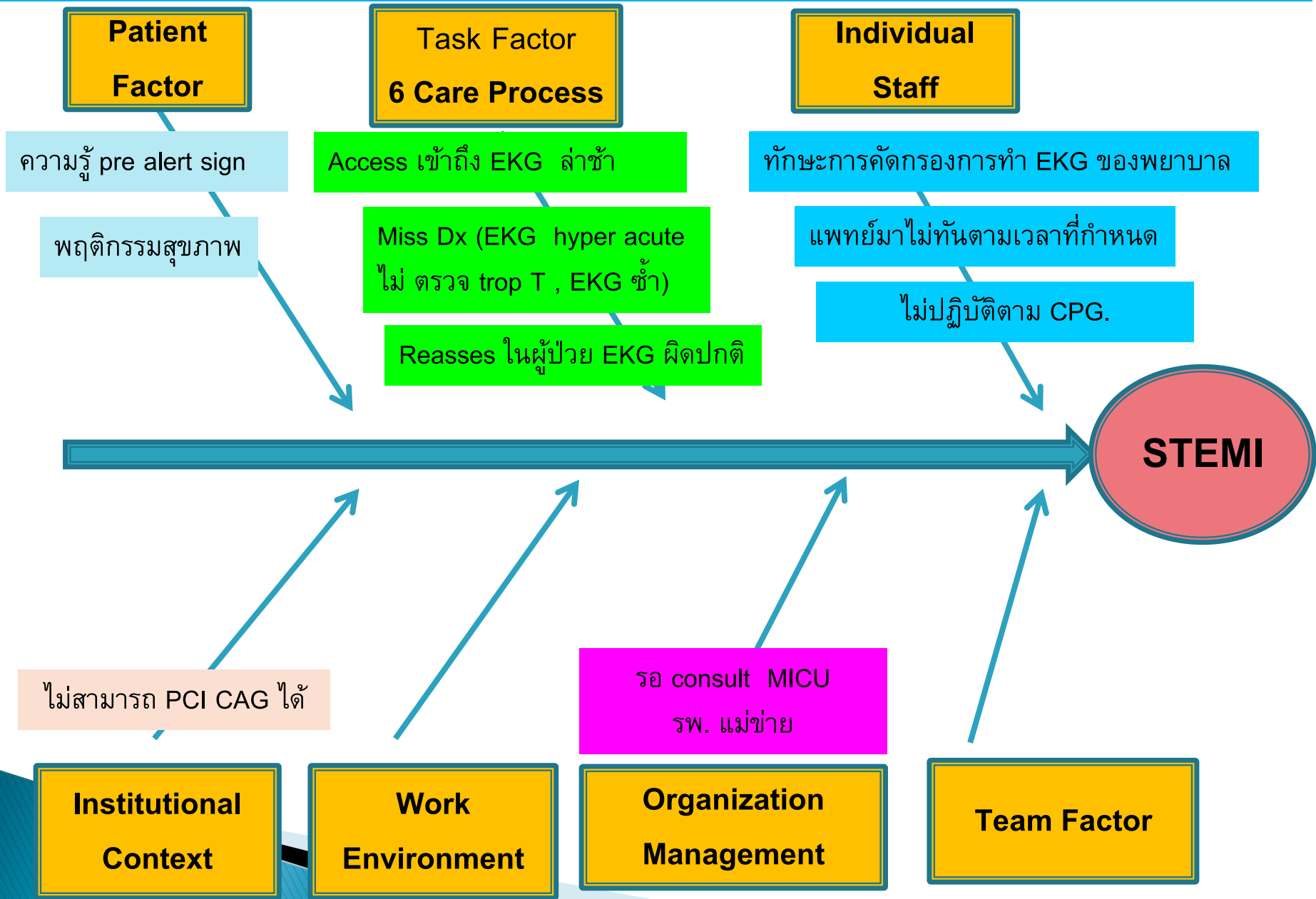
อุบัติเหตุการฉ້า

DM

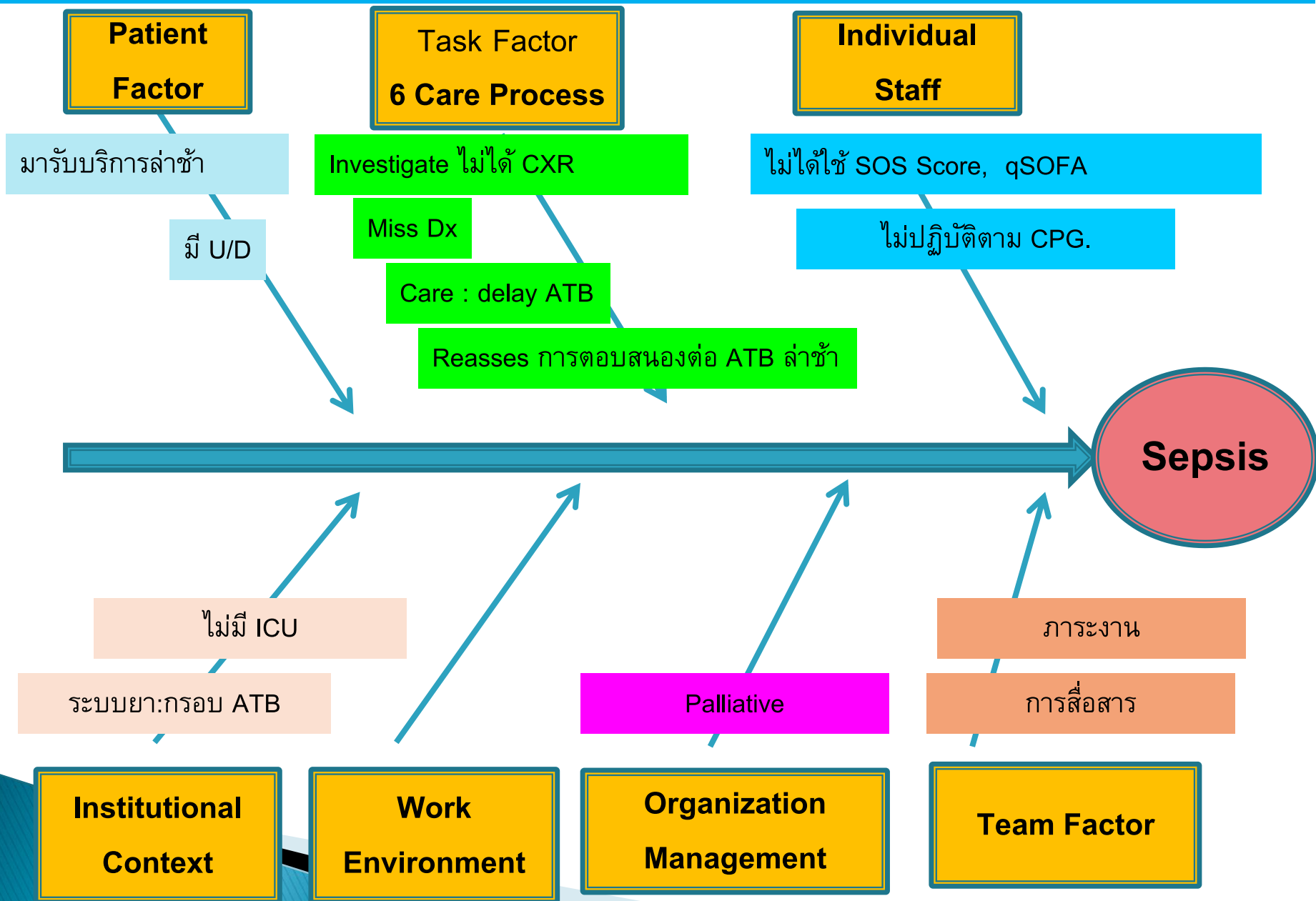
hypoglycemia

COPD

RCA : Miss Dx./Delay refer /Delay SK STEMI ปี 59-60



RCA : Dead /Delay refer /Miss/Delay Dx Sepsis ปี 59-60



กระบวนการพัฒนา

early detection โดยใช้ qSOFA score, SOS score



Early resuscitation โดยทำเป็นรูปแบบมาตรฐาน Checklist เน้นการปฏิบัติให้ครบ Sepsis bundles



ผลลัพธ์ Septic shock มีแนวโน้มลดลง

ปี 58-61=3.03,0,7.96,6.66

