แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็ปไซต์ของหน่วยงานในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ
ตามประกาศโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ
เรื่อง กรอบแนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็ปไซต์ของหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ชื่อหน่วยงาน โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

วัน/เดือน/ปี ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๕

หัวข้อ การดำเนินงาน MOIT ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

MOIT๑๘ หน่วยงานมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อนประจำปีของหน่วยงาน

๑. หนังสือแสดงหลักฐานการจัดการประชุมเพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ของหน่วยงาน
๒. มีสรุปผลการประชุมเพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ของหน่วยงาน
๓. มีรายงานการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ของหน่วยงาน และแนบแบบรายงานการประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (หน้า ๘๑) ที่จัดทำเป็นรูปเล่มรายงาน
๔. มีหนังสือเสนอผู้บริหารเพื่อทราบ และมีการขออนุญาตนำเผยแพร่บนเว็บไซต์ ของหน่วยงาน
๕. มีแบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

(นางสาวอาทิตยา พิกุลศรี)
นิติกร

ผู้อนุมัติรับรอง

(นายกิตติศักดิ์ ฐานวิเศษ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

(นางสาวอาทิตยา พิกุลศรี)
นิติกร

บทที่ ๓

แบบรายงานการประเมินความเสี่ยง เกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

แบบรายงานการประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ชื่อแผนบริหารความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน	แผนบริหารความเสี่ยงด้านดำเนินการ ด้านพัสดุ/ด้านเทคโนโลยี/ด้านทรัพยากรบุคคล/ ด้านความปลอดภัย/ด้านบริหาร แผนบริหารความเสี่ยงด้านกฎหมาย แผนบริหารความเสี่ยงด้านคลีนิค
เหตุการณ์ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน	**มาตรการ/แนวทาง/การแก้ไข**
๑.มีเรื่องร้องเรียนการดำเนินการสอบคัดเลือกบุคลากรในหน่วยงาน	-ดำเนินการตามระเบียบของทางราชการ และชี้แจงตอบผู้ร้องเรียนให้ทราบการดำเนินการที่ได้ทำตามระเบียบของทางราชการครบถ้วนทุกขั้นตอน
๒.เรื่องร้องเรียนการจัดซื้อจัดจ้างโดยสำนักงานตรวจเงินแผ่นเป็นผู้ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริง	-ประสาน สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน เตรียมเอกสาร และพร้อมให้เข้าตรวจสอบข้อเท็จจริงที่หน่วยงาน

แผนบริหารความเสี่ยง ด้านการกฎหมาย ระเบียบ (C) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

แผนบริหารความเสี่ยงด้านการกฎหมาย ระเบียบ (C) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

แผนบริหารความเสี่ยง : ด้านกฎหมาย
ผู้รับผิดชอบ : นางสาวอาทิตยา พิกุลศรี ตำแหน่งนิติกร

ประเด็นความเสี่ยง ที่เกิดขึ้นจากกาทำงาน	มาตรการจัดการความเสี่ยง ป้องกัน/แก้ไข	ระยะเวลาดำเนินการ	
		ต.ค. – มี.ค.	เม.ย. - ก.ย.
๑. บุคลากร มีความรู้ความเข้าใจด้านกฎหมาย เกี่ยวกับความประพฤติที่มีผลต่อการเกิดเป็นคดีวินัย	-จัดอบรมบุคลากรให้มีความรู้ความประพฤติที่อาจก่อให้เกิดการร้องเรียนส่งผลให้มีคดีวินัย	/	
๒. ภาระงานมีความซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้และทักษะในการแก้ปัญหา	-ปรึกษาผู้มีความรู้และผู้มีประสบการณ์เพื่อให้ชี้แนะแนวทางการปฏิบัติงานที่มีความยุ่งยากซับซ้อนให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างถูกวิธี	/	/
๓. เนื่องจากบุคลากรมีจำนวนเพียงคนเดียว ภาระงานที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันหลายงาน ทำให้ต้องใช้เวลาในการดำเนินงานที่ยาวนานกว่าปกติ	-จัดลำดับความสำคัญของภาระงานรวมทั้งวางแผนการทำงานในแต่ละวัน กำหนดวันแล้วเสร็จของแต่ละกิจกรรมการปฏิบัติงาน	/	/
๔. การขอความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น เช่น ขอข้อมูลของบุคลากร ข้อมูลสำหรับการสืบข้อเท็จจริง เพื่อดำเนินการสอบสวนคดี บางหน่วยงานต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลให้	-ประสานหน่วยงานต่างๆให้เร็วที่สุดเพื่อให้แต่ละหน่วยงานมีเวลาจัดเตรียมข้อมูลให้อย่างรวดเร็ว	/	/

ลงชื่อ.....
(นางสาวอาทิตยา พิกุลศรี)
ผู้เสนอแผน

ลงชื่อ ว่าที่ร้อยตรี.....ผู้เห็นชอบแผน
(สมพนธ์ จันทรจุลเจิม)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

อนุมัติ/ไม่อนุมัติ

(นายกิตติศักดิ์ ฐานวิเศษ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน

ประชาชนหรือผู้ที่ได้รับความเสียหาย/ไม่ได้รับความเป็นธรรมในการบริการทางการแพทย์ร้องเรียน

ช่องทางการร้องเรียน

หน่วยงานภายนอก

๑.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒.ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดอุบลราชธานี

หน่วยงานภายใน

๑.ร้องเรียนด้วยตนเอง งานนิติการ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ โทรศัพท์.๐๔๕-๓๑๙-๓๐๐ ต่อ ๑๓๔๗

๒.ร้องเรียนออนไลน์ที่ https://www.facebook.com/๕๐pansahospital

๓. เว็บไซต์ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ http://www.๕๐pansa.go.th/

๔. ไปรษณีย์ ที่อยู่ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ เลขที่ ๓๐๐ หมู่ ๓ ตำบลไร่น้อย อำเภอเมืองอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ ๓๔๐๐๐

หน่วยงานภายในที่รับผิดชอบ

งานนิติการ

รับเรื่องร้องเรียนทุกเรื่อง

กลุ่มงานประชาสัมพันธ์

รับเรื่องร้องเรียนทางโทรศัพท์/ช่องทางออนไลน์

คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย

ติดตาม/พิจารณา ดำเนินการเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์

ขั้นตอนการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียน
โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ร้องเรียนผ่านช่องทางต่างๆ

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ รับเรื่องและคัดแยกประเภทข้อร้องเรียน

เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ พิจารณาสั่ง

ลงนาม/สั่งการ
แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
พิจารณาดำเนินการ/ตรวจสอบข้อเท็จจริง

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์

ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริง หรือแจ้งเจ้าหน้าที่ผู้ถูกร้องเรียน/ให้แล้วเสร็จ ภายใน ๓ วัน แต่ไม่เกิน ๑๕ วัน

กรณีมีมูล : แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ถูกร้องเรียนให้ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงและแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบ ภายใน ๓ วัน แต่ไม่เกิน ๑๕ วัน

กรณีไม่มีมูล : ยุติเรื่อง

แจ้งผู้ร้องเรียนและแจ้งหน่วยงานที่รับเรื่องร้องเรียนผ่านช่องทางต่างๆ ให้ทราบ ภายใน 3 วัน

แจ้งหน่วยงานที่รับผิดชอบทราบและดำเนินการพร้อมส่งสำเนาแจ้งให้ผู้ร้องเรียนรับทราบ

หน่วยงานที่รับผิดชอบรับเรื่องและดำเนินการต่อให้เสร็จ ภายใน 3 วัน

สำเนาแจ้งหน่วยงานที่รับเรื่องร้องเรียนผ่านช่องทางต่างๆ

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ งานนิติการ
ที่ อบ ๐๐๓๒.๑๑๗.๐๑๑/๓๓ **วันที่** ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕
เรื่อง ขออนุมัติจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (O)
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ต้นเรื่อง

ด้วยงานนิติการ รับผิดชอบงานควบคุมภายใน ตามระบบตรวจสอบอัตโนมัติ ๕ มิติ ของกลุ่มตรวจสอบภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินงานตามมิติที่ ๕ คือ มิติด้านควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน ตามแบบประเมิน ข้อ ๒ การบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์การบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานของรัฐประจำปี พ.ศ.๒๕๖๒ ในข้อ ๒.๓.๒.๒ หน่วยงานต้องจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง ได้แก่ ด้านการดำเนินงาน (O) นั้น

การดำเนินการ

ในการนี้เพื่อสามารถดำเนินการตามระบบการประเมินการควบคุมภายใน มิติด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง งานนิติการ จึงขออนุมัติจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (O) สำหรับใช้ประเมิน บริหารและควบคุมความเสี่ยงต่อไป รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

ข้อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นางสาวอาทิตยา พิกุลศรี)
นิติกร

ว่าที่ร้อยตรี
(สมพนธ์ จันทรจุลเจิม)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

อนุมัติ/ไม่อนุมัติ

(นายกิตติศักดิ์ ฐานวิเศษ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (O)

แผนบริหารความเสี่ยง : ด้านกฎหมาย
ผู้รับผิดชอบ : นางสาวอาทิตยา พิกุลศรี ตำแหน่งนิติกร

ประเด็นความเสี่ยง ที่เกิดขึ้นจากกาทำงาน	มาตรการจัดการความเสี่ยง ป้องกัน/แก้ไข	ระยะเวลาดำเนินการ	
		ต.ค. – มี.ค.	เม.ย. - ก.ย.
๑. บุคลากร มีความรู้ความเข้าใจด้านกฎหมาย เกี่ยวกับความประพฤติที่มีผลต่อการเกิดเป็นคดีวินัย	-จัดอบรมบุคลากรให้มีความรู้ความประพฤติที่อาจก่อให้เกิดการร้องเรียนส่งผลให้มีคดีวินัย	/	
๒. ภาระงานมีความซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้และทักษะในการแก้ปัญหา	-เรียนปรึกษาผู้มีความรู้และผู้มีประสงการณ์ เพื่อให้ชี้แนะแนวทางการปฏิบัติงานที่มีความยุ่งยากซับซ้อนให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างถูกวิธี	/	/
๓. เนื่องจากบุคลากรมีจำนวนเพียงคนเดียว ภาระงานที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันหลายงาน ทำให้ต้องใช้เวลาในการดำเนินงานที่ยาวนานกว่าปกติ	-จัดลำดับความสำคัญของภาระงานรวมทั้งวางแผนการทำงานในแต่ละวัน กำหนดวันแล้วเสร็จของแต่ละกิจกรรมการปฏิบัติงาน	/	/
๔. การขอความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น เช่น ขอข้อมูลของบุคลากร ข้อมูลสำหรับการสืบข้อเท็จจริง เพื่อดำเนินการสอบสวนคดี บางหน่วยงานต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลให้	-ประสานหน่วยงานต่างๆให้เร็วที่สุดเพื่อให้แต่ละหน่วยงานมีเวลาจัดเตรียมข้อมูลให้อย่างรวดเร็ว	/	/

ลงชื่อ.....
(นางสาวอาทิตยา พิกุลศรี)
ผู้เสนอแผน

ลงชื่อ ว่าที่ร้อยตรี.....
(สมพนธ์ จันทรจุลเจิม)
ผู้เห็นชอบแผน

อนุมัติ/ไม่อนุมัติ

(นายกิตติศักดิ์ ฐานวิเศษ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ผู้เห็นชอบแผน

ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (O)

แผนบริหารความเสี่ยง : ด้านเทคโนโลยี (งานบัญชี)
ผู้รับผิดชอบ : นางเด่นนภา สำราญสุข ตำแหน่งหัวหน้างานบัญชี

ประเด็นความเสี่ยง ที่เกิดขึ้นจากกาทำงาน	มาตรการจัดการความเสี่ยง ป้องกัน/แก้ไข	ระยะเวลาดำเนินการ	
		ต.ค. – มี.ค.	เม.ย. - ก.ย.
๑. การจัดการข้อมูลที่เกิดจากการดำเนินงานตามระเบียบยังคงมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยงกับการแยกประเภทข้อมูลและไม่ให้ความสำคัญกับการรวบรวมข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน ก่อนจัดส่งข้อมูลให้งานบัญชีทำการบันทึกข้อมูลทางบัญชี	๑. กลุ่มงานที่ต้องจัดทำข้อมูลรายงานเพื่อส่งงานบัญชีจะต้องมีการลงชื่อรับรองความถูกต้องของข้อมูลและรายงานผู้บริหารทราบก่อนนำข้อมูลมาบันทึกบัญชี	/	/
๒. การปรับเปลี่ยนนโยบายบัญชีตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มีการเปลี่ยนวิธีการบันทึกบัญชีและมีการเปลี่ยนแปลงทุกปี ทำให้เกิดความสับสนของนักบัญชี	๒. มีการพูดคุยทำความเข้าใจในการจัดทำของข้อมูลให้ครบถ้วน การจัดทำทะเบียบคุมต่างๆเพื่อใช้สำหรับการตรวจสอบความถูกต้องระหว่างกัน	/	/
๓. เจ้าหน้าที่บัญชีขาดความรอบคอบในการบันทึกบัญชี เช่น การบันทึกบัญชีผิดพลาด เกิดจากการลงตัวเลขไม่ตรงกับเอกสาร	๓. มีการตรวจสอบการบันทึกบัญชีให้ถูกต้องกับเอกสารจากผู้ตรวจและให้มีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด	/	/

ลงชื่อ.....
(นางเด่นนภา สำราญสุข)
ผู้เสนอแผน

ลงชื่อ ว่าที่ร้อยตรี.....
(สมพนธ์ จันทรจุลเจิม)
ผู้เห็นชอบแผน

อนุมัติ/ไม่อนุมัติ

(นายกิตติศักดิ์ ฐานวิเศษ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (O)

แผนบริหารความเสี่ยง : ด้านบริหาร/ด้านพัสดุ/ด้านบุคคล/ด้านความปลอดภัย/ด้านเทคโนโลยี
ผู้รับผิดชอบ : นางสาวสิริพร เกษียรสินธุ์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานการเงิน

ประเด็นความเสี่ยง ที่เกิดขึ้นจากกาทำงาน	มาตรการจัดการความเสี่ยง ป้องกัน/แก้ไข	ระยะเวลาดำเนินการ	
		ต.ค. – มี.ค.	เม.ย. - ก.ย.
๑. ลงรายการค่ารักษาพยาบาลไม่ครบถ้วนตามความเป็นจริง ทำให้สูญเสียรายได้	๑. ทบทวนแนวทางปฏิบัติแจ้งเวียนหอผู้ป่วยทราบ ๒. โทรแจ้งประสานเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยขอความร่วมมือปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัด		✓
๒. เครื่องEDCสัญญาณขัดข้องบ่อยครั้ง	๑. มีการบำรุงรักษาและตรวจสอบระบบอย่างต่อเนื่อง		✓
๓.๑ ยืมไม่ส่งใช้เงินยืมตามกำหนดหลังจากได้รับหนังสือติดตามทวงถามใช้ส่งใช้เงินยืม ๓.๒ ผู้ยืมส่งเอกสารประกอบการยืมเงินกระทันหัน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการตรวจสอบเอกสารไม่ทันและอาจเกิดความผิดพลาดได้	๑. แจ้งให้ผู้บริหารสูงสุดรับทราบปัญหา ๒. แจ้งผู้ยืมให้รับทราบถึงความสำคัญและผลกระทบที่จะเกิดกับตัวผู้ยืมเอง		✓
๔.การเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ ๔.๑ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการตรวจสอบเอกสารฯยังขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดความละเอียดรอบคอบในการตรวจสอบความถูกต้อง ๔.๒ ผู้เบิกกรอกข้อมูลรายละเอียดการเบิกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วนแนบเอกสารไม่ครบ	๑. กำชับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการตรวจสอบฯศึกษาระเบียบวิธีปฏิบัติและมีความระเอียดรอบคอบในการตรวจสอบความถูกต้อง ๒. แจ้งเจ้าหน้าที่ที่ส่งเอกสารประกอบการเบิกฯกรอกข้อมูลรายละเอียดให้ครบถ้วนและเบิกให้ถูกต้องตามระเบียบฯ	✓	

ลงชื่อ.....
(นางสาวสิริพร เกษียรสินธุ์)
ผู้เสนอแผน

อนุมัติ/ไม่อนุมัติ

รักษาราชการแทน .....ผู้เห็นชอบแผน
(สมพนธ์ จันทรจุลเจิมศิ)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

(นายกิตติศักดิ์ ฐานวิเศษ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (O)

แผนบริหารความเสี่ยง : ด้านเทคโนโลยี (งานคอมพิวเตอร์)

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานศูนย์คอมพิวเตอร์

ประเด็นความเสี่ยง ที่เกิดขึ้นจากกาทำงาน	มาตรการจัดการความเสี่ยง ป้องกัน/แก้ไข	ระยะเวลาดำเนินการ	
		ต.ค. – มี.ค.	เม.ย. - ก.ย.
๑. การบำรุงรักษาระบบคอมพิวเตอร์เครือข่าย และคอมพิวเตอร์เครือข่าย	๑. การประสานงานวางแผนร่วมกันทั้งระบบที่เกี่ยวข้อง ในการปรับปรุงอาคารเพื่อรองรับการขยายบริการ	/	
๒. ให้บริการซ่อมบำรุงระบบคอมพิวเตอร์	๒. ในกรณีที่เครื่องคอมพิวเตอร์ หรือเครื่องพิมพ์ชำรุด ไม่สามารถใช้งานได้ การจัดหาเครื่องทดแทนเป็นมาตรการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมเพียงพอ	/	/
๓. การรักษาความปลอดภัยระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์	๓. การรักษาความปลอดภัยของระบบคอมพิวเตอร์ มีโปรแกรม Anti Virus ระบบ Fire Wall หากพบปัญหาต้องแจ้งให้ผู้บริหารสูงสุดทราบทันที	/	/

ลงชื่อ.....

(นายเฉลิมชัย พันทวี)

นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

หัวหน้างานศูนย์คอมพิวเตอร์

ผู้เสนอแผน

ลงชื่อ.....

(สมพนธ์ จันทรจุลเจิม)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

ผู้เห็นชอบแผน

อนุมัติ/ไม่อนุมัติ

(นายกิตติศักดิ์ ฐานวิเศษ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (๐)

แผนบริหารความเสี่ยง : ด้านบริหาร /ด้านพัสดุ /ด้านบุคคล/ด้านความปลอดภัย/ด้านเทคโนโลยี
ผู้รับผิดชอบ :

ประเด็นความเสี่ยง ที่เกิดขึ้นจากการทำงาน	มาตรการจัดการความเสี่ยง ป้องกัน /แก้ไข	ระยะเวลาดำเนินการ	
		ต.ค. – มี.ค.	เม.ย. – ก.ย.
๑. รายการการตรวจรับพัสดุล่าช้า	เปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ	กพ.๖๔	
๒. บิลส่งของหาย	ต้องทำทะเบียนคุมรับบิลส่งของ	ก.ค.๖๔	
๓. มีการขออนุมัตินอกแผน	เสนอคณะกรรมการทีมนำโรงพยาบาล เพื่อพิจารราอนุมัติ	ต.ค ๖๓.-๓๐ ก.ย. ๖๔	
๔. Mask ๙๕ - ขาดตลาดหาซื้อไม่ได้	มีการ REUSE Mask ๙๕ โดยใช้เครื่องพลาสม้าของโรงพยาบาล	ก.ค-ส.ค.๖๔	
๕. ทะเบียนคุมครุภัณฑ์ยังไม่เป็นปัจจุบัน	ดำเนินการลงเลขทะเบียนคุมครุภัณฑ์ให้เป็นปัจจุบัน	มิ.ย.๖๔	
๖. คลังพัสดุสำนักงาน ชั้น ๓ มีอากาศร้อน	ดำเนินการติดตั้งพัดลมดูดอากาศหรือแอร์	ก.พ.-พ.ค.๖๔	

ลงชื่อ.....

(นายวุฒิชัย ศรีจันทร์)
นักวิชาการพัสดุชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานพัสดุ

ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (O)

แผนบริหารความเสี่ยง : ด้านบริหาร/ด้านพัสดุ/ด้านบุคคล/ด้านความปลอดภัย/ด้านเทคโนโลยี
ผู้รับผิดชอบ : นางสาวปรัชญาภรณ์ แสนทวีสุข ตำแหน่งหัวหน้างานทรัพยากรบุคคล

ประเด็นความเสี่ยง ที่เกิดขึ้นจากกาทำงาน	มาตรการจัดการความเสี่ยง ป้องกัน/แก้ไข	ระยะเวลาดำเนินการ	
		ต.ค. – มี.ค.	เม.ย.- ก.ย.
๑. การรับสมัครงาน	ตรวจสอบและคัดกรองเอกสารให้ถูกต้อง	ทุกครั้งที่เปิดรับ	ทุกครั้งที่เปิดรับ
๒. เรื่องสิทธิประโยชน์พกส.	ติดตามข่าวสารอย่างสม่ำเสมอ	ตลอดทั้งปี	ตลอดทั้งปี
๓. การจ่ายค่าตอบแทนOT,ฉ.๑๑	ตรวจสอบเอกสารการจ่ายค่าตอบแทนให้ครบถ้วน	ทุกเดือน	ทุกเดือน
๔. ด้านอุปกรณ์(เครื่องสแกนหน้า)	ให้ผู้บังคับบัญชารับรองการปฏิบัติงานกรณีคนที่สแกนหน้าไม่ได้ และนำเข้าแผนเพื่อขออนุมัติจัดซื้อเครื่องสแกนทุกปี	ทุกเดือน/ช่วงเสนอแผนประจำปี	ทุกเดือน/ช่วงเสนอแผนประจำปี
๕. การเบิกจ่ายค่าตอบแทนพตส.	ตรวจสอบเอกสารการเบิกจ่ายให้ถูกต้องครบถ้วนตามสิทธิและระเบียบการเบิกจ่ายเงิน ค่าตอบแทนพตส. ทบทวนระเบียบการเบิกจ่ายและหากมีข้อสงสัยปรึกษาและสอบถามหัวหน้างาน หัวหน้าฝ่าย หัวหน้ากลุ่มภารกิจและผู้มีความรู้	ทุกเดือน	ทุกเดือน
๖. การส่งใบลาล่าช้า	ทบทวนกระบวนการส่งใบลา และแจ้งเวียนแนวทางการปฏิบัติทุกกลุ่มภารกิจและเจ้าก้าที่ให้ทราบ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแก้ไข เพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน	กุมภาพันธ์	

ลงชื่อ.....
(นางสาวปรัชญาภรณ์ แสนทวีสุข)
ผู้เสนอแผน

ว่าที่ร้อยตรี .....ผู้เห็นชอบแผน
(สมพงษ์ จันตรชุลเจิม)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

อนุมัติ/ไม่อนุมัติ

(นายกิตติศักดิ์ ฐานวิเศษ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (O)

แผนบริหารความเสี่ยง : ด้านบริหาร/ด้านพัสดุ/ด้านบุคคล/ด้านความปลอดภัย/ด้านเทคโนโลยี
ผู้รับผิดชอบ : นายณฏฐพงษ์ พิมพ์โคตร กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์

ประเด็นความเสี่ยง ที่เกิดขึ้นจากกาทำงาน	มาตรการจัดการความเสี่ยง ป้องกัน/แก้ไข	ระยะเวลาดำเนินการ	
		ต.ค. – มี.ค.	เม.ย. - ก.ย.
๑.ความไม่ปลอดภัยด้านอาคารสถานที่	มีการตรวจสอบโครงสร้างอาคารสถานที่โดยตรวจสอบอาคารสถานที่โดยกรมโยธาธิการและผังเมืองทุก ๕ ปี และตรวจสอบอาคารสถานที่ด้วนตนเอง เป็นประจำทุก ๖ เดือน รวมถึงตรวจสอบเมื่อมีการรายงานความเสี่ยงด้านอาคารสถานที่โดยช่างซ่อมบำรุงของโรงพยาบาล	ทุก ๖ เดือน	ทุก ๖ เดือน
๒. ความไม่ปลอดภัยด้านการจราจร	ขัดให้มีการอำนวยความสะดวกด้านการจราจรจุดเสี่ยงในช่วงเวลาที่มีการสัญจรคับคั่ง จัดทำสัญลักษณ์จราจรเพิ่ม	ทุกวัน	ทุกวัน
๓. ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย	มีการตรวจสอบบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ทุก ๓ เดือน และทำการสอบเทียบเครื่องมือจากสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต ๑๐ เป็นประจำ ปีละ ๑ ครั้ง	ทุก ๓ เดือน	ทุก ๓ เดือน
๔. ความไม่พร้อมใช้ของระบบสาธารณูปโภค ๔.๑ เครื่องกำเนิดไฟฟ้า ๔.๒ เครื่องดับเพลิง ๔.๓ หม้อแปลงไฟฟ้า ๔.๔ ปั๊มสูบน้ำ ๔.๕ ปั๊มบาดาล ๔.๖ ระบบโซล่าเซลล์ ๔.๗ ลิฟท์ ๔.๘ เครื่องปรับอากาศ ๔.๙ สัญญาณเตือนเพลิงไหม้	๑. เครื่องกำเนิดไฟฟ้า ตรวจสอบความพร้อมใช้ โดยช่างโรงพยาบาลทุกวัน และบำรุงรักษาโดยช่างผู้เชี่ยวชาญภายนอก ทุก ๓ เดือน ๒. เครื่องดับเพลิง ตรวจสอบความพร้อมใช้ โดยช่างโรงพยาบาลทุกวัน และบำรุงรักษาโดยช่างผู้เชี่ยวชาญภายนอก ทุก ๓ เดือน ๓. หม้อแปลงไฟฟ้า ตรวจสอบและบำรุงรักษาโดยการไฟฟ้า ปีละ ๑ ครั้ง ๔. ปั๊มสูบน้ำ ตรวจสอบความพร้อมใช้ทุกวัน และบำรุงรักษา โดยช่างโรงพยาบาล ทุก ๓ เดือน ๕. ปั๊มบาดาล ตรวจสอบความพร้อมใช้ทุกวัน และบำรุงรักษา โดยช่างโรงพยาบาล ทุก ๓ เดือน ๖. ระบบโซล่าเซลล์ ตรวจสอบความพร้อมใช้ทุกวัน และบำรุงรักษา โดยช่างโรงพยาบาลทุก ๓ เดือน	รายวัน/ รายเดือน/ ราย ๓ เดือน/รายปี	รายวัน/ รายเดือน/ ราย ๓ เดือน/รายปี

ประเด็นความเสี่ยง ที่เกิดขึ้นจากกาทำงาน	มาตรการจัดการความเสี่ยง ป้องกัน/แก้ไข	ระยะเวลาดำเนินการ	
		ต.ค. – มี.ค.	เม.ย. - ก.ย.
	๗. ลิฟท์ บำรุงรักษาโดยช่างผู้เชี่ยวชาญภายนอกทุกเดือน ๘. เครื่องปรับอากาศ บำรุงโดยช่างโรงพยาบาลทุก ๖ เดือน และบำรุงรักษาโดยช่างผู้เชี่ยวชาญภายนอกทุก ๖ เดือน ๙. สัญญาณเตือนเพลิงไหม้ บำรุงโดยช่างโรงพยาบาลทุก ๓ เดือน	รายวัน/ รายเดือน/ ราย๓ เดือน/ราย ปี	รายวัน/ รายเดือน/ ราย ๓ เดือน/ราย ปี
๕. ความไม่ปลอดภัยและสวัสภาพของผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่	๑. ให้มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยปฏิบัติงานประจำอยู่ตามจุดเสี่ยงต่างๆทั่วบริเวณโรงพยาบาล และจัดให้มีการเดินตรวจสอบบริเวณตึกผู้ป่วยทุกเวร ๒. การประชาสัมพันธ์ให้จัดเก็บทรัพย์สินในที่ปลอดภัย เช่น มีระบบล็อคประชาสัมพันธ์ ติดป้ายให้ผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ ระมัดระวังภัยจากการลักขโมยทรัพย์สิน ๓. ติดตั้งกล้อง CCTV ในจุดเสี่ยงวางระบบการกำกับดูแล การเข้าถึงข้อมูลจากกล้องวงจรปิด ๔. จัดให้มีพยาบาลเวรตรวจการนอกเวลาราชการเพื่อตรวจสอบและกำกับความปลอดภัยนอกเวลาราชการ ๕. ให้มีระบบการระบุตัวตนบุคคลภายนอกที่เข้ามาติดต่อในกิจการของโรงพยาบาล เช่น กลุ่มช่างภายนอก โดยการแลกบัตร Visitor ๖. ปรับระบบการเข้าถึงห้องที่จำกัดการเข้าถึง ห้ามผู้ไม่เกี่ยวข้องเข้า ได้แก่ ห้องควบคุมไฟฟ้า, ห้องควบคุมลิฟท์, ห้อง Server เป็นต้น ๗. ปรับระบบการระบุรถยนต์ของเจ้าหน้าที่ เพื่อให้สามารถคัดแยกตรวจสอบและเพิ่มระบบความปลอดภัยของทรัพย์สิน	ทุกวัน	ทุกวัน
๖. ความไม่ปลอดภัยด้านภัยพิบัติฉุกเฉินและสารเคมีอันตราย	๑. จัดทำแผนป้องกันและระงับภัยด้านอัคคีภัยและสารเคมีภายในโรงพยาบาล และซ้อมแผนฯเป็นประจำปี ตรวจสอบถังดับเพลิงเป็นประจำทุกเดือน	รายเดือน/ รายปี	รายเดือน/ รายปี

ประเด็นความเสี่ยง ที่เกิดขึ้นจากกาทำงาน	มาตรการจัดการควาเสี่ยง ป้องกัน/แก้ไข	ระยะเวลาดำเนินการ	
		ต.ค. – มี.ค.	เม.ย. - ก.ย.
	๒. จัดสรรอุปกรณ์ดับเพลิง, ไฟฉุกเฉิน, ป้ายบอกเส้นทางหนีไฟสะท้อนแสง ให้ครอบคลุมเพียงพอ ๓. กำกับ ติดตาม การตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ป้องกันและระงับอัคคีภัย ๔. ซ้อมแผนอพยพทั้งในและนอกเวลาปีละ ๑ ครั้ง ต่อเนื่อง ๕. มีการซ้อมแผนอัคคีภัยระดับหน่วยงานให้ครอบคลุม	รายเดือน/รายปี	รายเดือน/รายปี

ลงชื่อ.....
(นายณฏฐพงษ์ พิมพ์โคตร)
รักษาการหัวหน้ากลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน
และวิศวกรรมทางการแพทย์
ผู้เสนอ

ลงชื่อ ว่าที่ร้อยตรี.....
(สมพนธ์ จันทรจุลเจิม)
ผู้เห็นชอบแผน

อนุมัติ/ไม่อนุมัติ

(นายกิตติศักดิ์ ฐานวิเศษ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ งานนิติการ

ที่ อบ ๐๐๓๒.๑๑๗.๐๑๑/๖๐ **วันที่** ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านการเงิน (F)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ต้นเรื่อง

ด้วยงานนิติการ รับผิดชอบงานควบคุมภายใน ตามระบบตรวจสอบอัตโนมัติ ๕ มิติ ของกลุ่มตรวจสอบภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินงานตามมิติที่ ๕ คือ มิติด้านควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน ตามแบบประเมิน ข้อ ๒ การบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์การบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานของรัฐประจำปี พ.ศ.๒๕๖๒ ในข้อ ๒.๓.๒.๒ หน่วยงานต้องจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง ได้แก่ ด้านการเงิน (F)นั้น

การดำเนินการ

ในการนี้เพื่อสามารถดำเนินการตามระบบการประเมินการควบคุมภายใน มิติด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง งานนิติการ จึงขออนุมัติจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านด้านการเงิน (F)สำหรับใช้ประเมินบริหารและควบคุมความเสี่ยงต่อไป รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

ข้อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นางสาวอาทิตยา พิกุลศรี)
นิติกร

ว่าที่ร้อยตรี
(สมพนธ์ จันทรจุลเจิม)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

อนุมัติ/ไม่อนุมัติ

(นายกิตติศักดิ์ ฐานวิเศษ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

แผนบริหารความเสี่ยงด้านการเงิน (F)

แผนบริหารความเสี่ยงกลยุทธทางการเงินของคณะกรรมการCFO โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ปีงบประมาณ 2565

กลยุทธ	เป้าหมาย	กิจกรรมสนับสนุนกลยุทธ์	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
การเพิ่มรายรับของโรงพยาบาล				
1.เพิ่มรายรับจากบริการ ตามกลุ่มเป้าหมายดังนี้				
1.1) กลุ่มผู้ป่วยในสิทธิ UC 1.2) กลุ่มผู้ป่วยสิทธิ์ Non-UC ได้แก่ ข้าราชการจ่ายตรง/เบิกต้นสังกัด/อปท. 1.3) กลุ่มผู้ป่วยนอก ต่างชาติ 1.4) ผู้ป่วยศัลยกรรม	15% 20% 15% 30%	1.การจัดประชุมโรงพยาบาลในเครือข่ายโซน1 และ 2 เพื่อจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่โรงพยาบาล NODE 2.การจัดทำGuideline การรับ-ส่งต่อกลุ่มโรค/หัตถการที่แม่ข่ายสามารถดูแลได้ 5. พัฒนาระบบบริการชาวต่างชาติ 6. การขยายห้องผ่าตัดห้องที่5 7.มีเจ้าหน้าที่นักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการทวงหนี้ (กรณีลูกหนี้ค้างชำระ)	ตค-กย.	CFO-รายรับ
2 เพิ่มรายได้ 4 กองทุน				
2.1) .กองทุน OP UC –CR เพิ่มรายรับ	15%	แต่งตั้งคณะกรรมการรายกองทุนเป็นผู้รับผิดชอบ	ตค.-กย.	
2.2) .กองทุน IP PREPAID เพิ่มรายรับ	20%	จัดประชุมติดตามการดำเนินงาน	ตค.-กย.	
2.3) .กองทุน NON-UC เพิ่มรายรับ	20%	ออกแบบระบบสารสนเทศเพื่อสะดวกในการเชื่อมโยงข้อมูลการเงิน	ตค.-กย.	
2.4) .กองทุน IP UC-CR เพิ่มรายรับ	30%			

3.การปรับ ประสิทธิภาพ ในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง				
3.1) การจัดทำแผนเงินนอกงบประมาณ	จัดทำแผนเกินดุล		ตค-กย.	cfo
3.2)แผนควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา(ลดการจ่ายยาราคาแพง เน้นใช้ยาสามัญ	ควบคุมไม่ให้เกินแผน>5%	๑.๒.๑)สัดส่วนยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) ต่อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) ๑.๒.๒)ลดระยะเวลาสำรองยาให้มีเท่าที่จำเป็นไม่ให้สำรองยาเกิน ๑ เดือน)	ตค-กย.	cfo-รายจ่าย
3.3) แผนควบคุมค่าใช้จ่ายด้านวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Lab.)	ควบคุมไม่ให้เกินแผน>5%	๑.๓.๑) ลดการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และตามความจำเป็นเท่านั้น ๑,๓.๒) ลดระยะเวลาสำรองน้ำยา/วัสดุวิทยาศาสตร์สำหรับตรวจทางห้องปฏิบัติการให้มีการสำรองเท่าที่จำเป็น	ตค-กย.	cfo-รายจ่าย
3.5) แผนเงินลงทุน (ลงทุนตามความจำเป็นจริง ๆ เท่านั้น ทั้งนี้ต้องสอดคล้องกับแผนพัฒนาการบริการตาม Service plan และเพื่อสร้างรายรับ	ควบคุมให้เป็นไปตามแผน	แผนลงทุนที่มีในแผนเงินบำรุงได้แก่ --การปรับปรุงพื้นที่บริการแพทย์แผนไทย/ทางเลือก --การปรับปรุงคลีนิกตรวจสุขภาพ/ จ่ายกลาง --ครุภัณฑ์เฉพาะทางสาขาจักษุ	ตค-กย.	cfo-รายจ่าย

ลด/ควบคุมรายจ่าย				
2.ลดและควบคุมค่าใช้จ่าย				
๒.๒.๑)ค่าไฟฟ้าลดลง	ควบคุมค่าใช้จ่ายไม่เกินแผนมากกว่าร้อยละ 5%	ทบทวนการใช้ทรัพยากรของทุกหน่วยงาน	ตค-กย.	cfo-รายจ่าย
๒.๒.๒) ค่าใช้จ่ายไปราชการลดลง		กำหนดนโยบายการประหยัดพลังงาน		cfo-รายจ่าย
๒.๒.๓) ค่าใช้สอยอื่นๆ		การควบคุมติดตาม กำกับการดำเนินการตามแผน		cfo-รายจ่าย
๒.๒.๔) ค่า LAB นอก		นโยบาย Paperless		cfo-รายจ่าย
๒.๒.๕) ค่าโทรศัพท์		ทบทวนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU)		cfo-รายจ่าย
๒.๒.๖) วัสดุสำนักงานลดลง		ทบทวนการบันทึกทางบุญชี		cfo-รายจ่าย
๒.๒.๗) วัสดุเชื้อเพลิงลดลง		มาตรการตรวจสอบและควบคุมภายใน		cfo-รายจ่าย
๒.๒.๘) ยาลดลง				cfo-รายจ่าย
๒.๒.๙)วัสดุวิทยาศาสตร์				cfo-รายจ่าย
๒.๒.๑๐ วัสดุทันตกรรม				cfo-รายจ่าย

นางสาวอาทิตยา พิกุลศรี
นิติกร

รักษาราชการแทน
(สมพนธ์ จันทรจุลเจิม)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

(นายกิตติศักดิ์ ฐานวิเศษ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

คู่มือ แผนบริหารความเสี่ยง ระดับองค์กร
โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

การบริหารความเสี่ยง (RM ; Risk Management)
โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

การบริหารความเสี่ยง เป็นกิจกรรมพื้นฐานบุคลากรทุกคนของโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญและร่วมกันวางแผนป้องกันและดำเนินการตามแนวทางที่วางไว้โดยใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง ที่ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง (เหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้นในอดีตมีการค้นหาเพื่อนำมาวางแนวทางป้องกันเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก) และ การรายงานอุบัติการณ์ (คือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้นเรียกอีกอย่างว่า ความเสี่ยงเชิงรับ)

หน้าที่ของคณะกรรมการ

1. กำหนดนโยบาย และวางแผนกลยุทธ์ในการบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล
2. จัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลและสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ
3. รวบรวมความเสี่ยง อุบัติการณ์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
4. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวนอุบัติการณ์ จัดการความเสี่ยง และการแก้ไข เชิงระบบ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
5. ให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลและสร้างความตื่นตัวทั้งองค์กรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง
6. พัฒนาระบบฐานข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล
7. ติดตามผลการดำเนินงาน การบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่าง ๆ
8. สรุปรายงาน และประมวลผลความเสี่ยง เพื่อวางมาตรการบริหารความเสี่ยง

บทบาทหน้าที่หัวหน้างาน

1. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน ดำเนินการทบทวนและแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน และกระตุ้นให้มีการรายงานความเสี่ยง
2. ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและจัดทาบัญชีรายการความเสี่ยงภายในหน่วยงาน และวางมาตรการป้องกัน ควบคุมความเสียงที่สำคัญ
3. ตรวจสอบความถูกต้องของการจัดประเภท การประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานดำเนินการ ลงนามรับทราบบันทึกรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ภายในหน่วยงานที่เจ้าหน้าทีภายในหน่วยงานบันทึกรายงาน
4. นำทีมทบทวนอุบัติการณ์ภายในหน่วยงาน และลงข้อมูลในโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง
5. รวบรวมสถิติ วิเคราะห์ ตัวชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงภายในหน่วยงาน
6. นำเสนอข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานแก่คณะกรรมการ RM

บทบาททีมคร่อมสายงาน

1. ทีมคร่อมสายงาน/ทีมนำด้านต่าง ๆ จัดทำมาตรการป้องกันให้สอดคล้องกับนโยบายความเสี่ยงของโรงพยาบาล
2. ร่วมจัดการและแก้ไขปัญหาเชิงระบบ ในระบบงานที่เกี่ยวข้อง

บทบาทตัวแทนความเสี่ยงของหน่วยงาน (RM Unit)

1. เป็นผู้ประสานงานด้านการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน
2. เป็นแกนนำในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน
3. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานค้นหาและรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน
4. รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยงของหน่วยงาน

บทบาทหน้าที่บุคลากรทุกระดับ

1. ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคู่มือการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล
2. เป็นผู้จัดการความเสียงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์/อุบัติการณ์เบื้องต้น
3. บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไข และรายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด
4. ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์/อุบัติการณ์ซ้ำ

วัฒนธรรมความเสี่ยง/ความปลอดภัยในองค์กร

1. มีการทบทวนความเสี่ยง และรายงานความเสี่ยงทุกวัน ทุกหน่วยงาน ในโปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาล โดยเข้าทาง Google chrome เข้าที่ www.50pansa.go.th/rm
2. การรายงานความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และองค์กร ไม่ใช่เพื่อการจับผิดหรือกล่าวโทษกัน
3. มีการเยี่ยมหน่วยงานต่าง ๆ ในเรื่องความปลอดภัยเป็นระยะ (Quality Round)
4. มีการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทุกเดือน

เป้าหมายคุณภาพ

การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และทุกโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ

ความหมายและคำจำกัดความของการบริหารความเสี่ยง

เพื่อให้เข้าใจความหมายของการบริหารความเสี่ยง ผู้อ่านควรทำ ความเข้าใจกับความหมายของคำ ที่เกี่ยวข้องต่อไปนี้

ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง “โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์” สิ่งที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล ได้แก่ อันตรายหรือการบาดเจ็บต่อร่างกายและจิตใจ, เหตุร้าย, ภาวะคุกคาม, ความไม่แน่นอน, exposure และการเปิดเผยความลับ ความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยมีทั้งด้านกายภาพ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ความเสี่ยงที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยเรียกว่า ความเสี่ยงทางคลินิก ซึ่งอาจจำแนกเป็นความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป และความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค

อุบัติการณ์ (Incidence) คือ เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนอกเหนือความคาดหมายจากการทำงานปกติ รายงานอุบัติการณ์เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้หน่วยงานและองค์กรทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นหรือเกือบจะเกิดขึ้นในระหว่างการทำงาน

ความผิดพลั้ง หรือ ผิดพลาด (Medical error) คือ การปฏิบัติงานที่ไม่รักษามาตรฐานหรือตัดสินใจใช้การรักษาที่ไม่ถูกต้อง อันอาจเป็นเหตุให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นอันตราย ความเสียหายต่อผู้ป่วย (หรืออาจไม่เกิดอันตรายก็ได้)

เหตุการณ์เกือบพลาด (Near miss) คือ เหตุการณ์ที่เกือบจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) แต่ไม่เกิดขึ้น

เหตุการณ์พึงสังวร (Sentinel event) คือ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดการณ์มาก่อนและอาจจะมีผลทำให้เกิดความเสียหายจนถึงแก่ชีวิตหรือส่งผลร้ายแรงทางด้านจิตใจ โดยไม่มีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น หรือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วไม่สามารถระงับได้ใน รพ. และอาจทำ ให้เสื่อมเสียชื่อของโรงพยาบาล **ต้องรายงานทันที และบันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งภายใน 24 ชม. ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ**

1. การเสียชีวิตของผู้ป่วยโดยไม่คาดฝัน
   ** ขณะหรือหลังผ่าตัดไม่เกิน24ชั่วโมง
   ** เสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุขณะอยู่โรงพยาบาล เช่น หกล้ม/ตกเตียง/ตกตึก
   ** เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น ให้ยาผิด ให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ เป็นต้น
2. เกิดความเสียหายร้ายแรงกับผู้ป่วย
   ** ผ่าตัดหรือทำหัตถการ ผิดคน ผิดข้าง ผิดอวัยวะ/ลืมเครื่องมือหรือวัสดุทางการแพทย์ไว้ในตัวผู้ป่วยจากการผ่าตัด
   ** ผู้ป่วยถูกทำร้ายร่างกาย
   ** ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย
3. ผู้ป่วยหนีออกจากโรงพยาบาล /ผู้ป่วยมีอันตรายถึงชีวิต
4. มีการแพร่ระบาด/การติดเชื้อในโรงพยาบาล
5. เกิดอัคคีภัย วาตภัย และตึกถล่ม
6. การรั่วไหลของสารเคมี/กาซชีวภาพ/กัมมันตรังสี
7. เหตุการณ์ใดๆที่เสี่ยงต่อการเสื่อมเสียชื่อเสียงต่อบุคลากรและโรงพยาบาล

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Events : AE) คือ การบาดเจ็บ อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการดูแลรักษา มิใช่กระบวนการตามธรรมชาติของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต นอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรืออวัยวะสูญเสียทำหน้าที่ เป็นเหตุการณ์/อุบัติการณ์ซึ่งนา ไปสู่อันตราย ที่มีการจัดระดับผลกระทบรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป **ยกเว้น**

- เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจาก การดำเนินตามธรรมชาติของโรคไม่เป็น AE
- เหตุการณ์หรือเป็นผลโดยตรง ที่ต้องเกิดขึ้นจากการรักษาวิธีนั้น เช่น รอยแผลจากการผ่าตัด ไม่เป็น AE
- ผลกระทบหรืออันตรายต่อจิตใจ เช่น อาการวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ไม่เป็น AE

เมื่อสงสัยว่าเป็น AE หรือไม่ให้ ใช้คำถาม 4 ข้อนี้

1. ถ้าเรื่องนี้เกิดกับเราจะสบายใจไหม
2. เกิดจากธรรมชาติของโรค หรือ เกิดจากการรักษาพยาบาล
3. เรื่องที่เกิดเราตั้งใจให้เกิดขึ้นหรือไม่
4. เป็นผลทางจิตใจหรือไม่

ทำไมโรงพยาบาลต้องค้นหา Adverse Events : AE

1. AE เป็นอันตรายที่เกิดขึ้นกับคนไข้ที่แท้จริง และยังเป็นผลจากการรักษาพยาบาล
2. AE เกิดได้บ่อยมากในทุกโรงพยาบาลทั่วโลก (3 - 16%)
3. AE เป็นความผิดคาดอย่างมากของผู้ป่วย ญาติ และสังคม (ต้องการความปลอดภัยและหายจากโรคอย่างรวดเร็ว) เมื่อเกิด AE จึงมีแนวโน้มจะมีผลกระทบทางลบกับโรงพยาบาล และบุคลากรที่รุนแรงเห็นได้ในสื่อทั่วไปและการฟ้องร้องในศาล

นโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ทุกคนจะต้องรับทราบและปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงเพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ ญาติ และเจ้าหน้าที่
2. ให้ทุกหน่วยงาน มีการค้นหาความเสี่ยงทุกด้าน จัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง จัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงสำคัญ ติดตาม/ประเมินผล และเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง
3. เจ้าหน้าที่ทุกคน เมื่อพบอุบัติการณ์ความเสี่ยง ให้มีความรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง และรายงานความเสี่ยงตามขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีการกล่าวโทษซึ่งกันและกัน ทั้งผู้รายงานและผู้ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์
4. ให้หน่วยงาน/ทีมเฉพาะด้านนำความเสี่ยงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป มาทบทวน วิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้า เพื่อหาโอกาสพัฒนา และติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง
5. หน่วยงาน/ทีมเฉพาะด้านจะต้องกำหนดให้ “การทบทวนความเสี่ยงสำคัญ” เป็น 1 ในวาระการประชุมทุกครั้ง
6. ทุกหน่วยงานจะต้องมีการสรุปรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกเดือน และส่งรายงานให้ทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล แม้ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น

เป้าหมายความปลอดภัย 50 PANSA + 2P Safety goal

Patient		Personnel
Safe surgery	S	Security and privacy of information and social media
Infection control	I	Infection and Exposure
Medication and blood safety	M	Mental health and Mediation
Patient care process	P	Process of work
Line & Tube /Lab	L	Lane and legal tissue
Emergency response	E	Environment /working condition

50 PANSA + 2p safety goal (version ภาษาไทย)

Patient		Personnel
ผ่าตัดปลอดภัย	S	ระวังสื่อสาร on line
ใส่ใจ ล้างมือ	I	ปลอดภัยไม่ติดเชื้อ
เชื่อถือเรื่องยา	M	ช่วยเหลือด้านจิตใจ
สื่อสารถูกต้อง ป้องกันผิดตัว , แผลกดทับและ ตกเตียง	P	ทำงานได้อย่างปลอดภัยและราบรื่น
ตรวจทานเรื่องสายต่อ และรายงาน LAB อย่างถูกต้อง	L	ไม่ฝืนกฎจราจร
ฉุกเฉินไม่รอ รีบประเมิน	E	เอื้ออาทรสิ่งแวดล้อม

เป้าหมายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ ผู้รับบริการ , เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัดการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

1. ร้อยละความเสี่ยงตั้งแต่ระดับ G – I ขึ้นไป ได้รับการทบทวน (100 %)
2. ความครอบคลุมของหน่วยงานในการรายงานความเสียง (>80%)
3. สัดส่วนอุบัติการณ์ Near missed : Missed (≥ 90 : 10)
4. จำนวนรายงานความเสี่ยงทั้งหมด (เพิ่มขึ้น >50% จากปีที่ผ่านมา)
5. อัตราการเกิดความเสี่ยงซ้ำ < 10 %
6. จำนวนการเกิด Sentinel event = 0

คำสั่งโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี
ที่ ๑๖ / ๒๕๖๕
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการทีมบริหารความเสี่ยง
โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

ตามที่ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA เพื่อเตรียมการรับ Re-accreditation และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยและการทำงานแต่ละระบบดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ ทีมผู้รับผิดชอบด้านการบริหารความเสี่ยง จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการทีมบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ดังต่อไปนี้

๑. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงความปลอดภัย (Risk Safety Management Team - RM Team) ประกอบด้วย

๑.	นางรัชพร	คงบำรุง	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธานกรรมการ
๒.	นางสาวคนึงนิตย์	ตั้งเสงี่ยมวิสัย	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	รองประธานกรรมการ
๓.	นางแพรว	วรกฤษเรืองกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๔.	นางสาวสมจิตร	การะสา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๕.	นางเพ็ญศรี	ศิริรังสรรค์กุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๖.	นางฐานิตาภัทร์	รฐาวลัยธนายศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๗.	นางศุภมาศ	ตีระสิทธิพล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๘.	นางรุ่งรัตน์	สายทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๙.	นางลัดดาวัลย์	หนองคู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๐.	นางชุติมา	หาระสาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๑.	นางยุวดี	ศุภโกศล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๒.	นางสาวพัสวีนิษฐ์	มานุพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๓.	นางสาวเพียรพันธ์	ตั้งวงศ์ไชย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๔.	นางเยาวภา	เจริญพร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๕.	นางสุภร	รุ่งเรืองวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๖.	นางฐิติพร	เชาว์พลกรัง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๗.	นางวิมานแมน	โอฬารบัณฑิตกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๘.	นางวราภรณ์	ศิริญาณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๙.	นางสาววลีรัตน์	บุตรน้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๐.	นางสาวธัญญาภรณ์	จันทราช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๑.	นางสุกัญญา	พลทรัพย์ศิริ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๒.	นางพัชรินทร์	มูลสาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ

/๒๓. นางศรีสมร...

๒๓. นางศรีสมร	สาระพล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๔. นางสาวดาวศิริ	พิมพ์หล่อ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๕. นางสุพินดา	ศรีราช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๖. นางเอี้ยง	ตระกาลจันทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๗. นางชัชนี	ดอกพุฒ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๘. นางพลอยไพลิน	วงษ์สิงห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๙. นางอริญชยา	พัฒนสาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๓๐. นางมนิดา	ศรีล้วน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๓๑. นายนำชัย	โอฬารบัณฑิตกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๓๒. นายสมคิด	เครือคุณ	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๓๓. นายณฏฐพงษ์	พิมพ์โคตร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๓๔. นางสาววราลักษณ์	สาธิสุข	นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๓๕. นางสาวนวรัตน์	ปัตไตร	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	กรรมการ
๓๖. นางธัญลักษณ์	ภาษี	นักโภชนาการปฏิบัติการ	กรรมการ
๓๗. นางสาวมัชธิตา	พิมพ์ทอง	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
๓๘. นางชดาภัทร	พิมพ์โคตร	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
๓๙. นางสาวพัชรี	ส่งเสริม	เจ้าพนักงานธุรการ	กรรมการ
๔๐. นางประภาพรรณ	พนาลาภ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๔๑. นางธัญยธรณ์	ไชยนา	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขาฯ ๑
๔๒. นางสาวพรรณธิดา	ศิลาเกษ	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขาฯ ๒

ให้คณะกรรมการที่ได้รับแต่งตั้ง มีหน้าที่ดังนี้

๑) กำหนดนโยบายและวางแผนการบริหารความเสี่ยง ระดับโรงพยาบาล ประกอบด้วยการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การประสานโปรแกรมความเสี่ยงการจัดการความเสี่ยง และรวบรวมวิเคราะห์การประเมินผลของความเสี่ยง

๒) ค้นหา/วิเคราะห์/ประเมิน/จัดการความเสี่ยง

๓) ประสานโปรแกรมความเสี่ยง

๔) จัดเวทีเพื่อเชื่อมความเสี่ยงในแต่ละโปรแกรม/หน่วยงาน

๕) จัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านความเสี่ยงแก่บุคลากรในโรงพยาบาล

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายกิตติศักดิ์ ฐานวิเศษ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ตาราง matrix 5x5

ระดับ				ความถี่ ติดต่อ 3 เดือน					
ความรุนแรง		มูลค่า	ข้อร้องเรียน	คะแนน	1 ครั้ง	2 ครั้ง	3 ครั้ง	4 ครั้ง	5 ครั้ง
สูงมาก	I	>50,000	ฟ้องร้อง ,ขึ้นศาล	**5**	5	10	15	20	25
สูง	G,H	>5,000 – 50,000	ไม่ฟ้องร้อง ,ร้องเรียนระดับภูมิภาค	**4**	4	8	12	16	20
ปานกลาง	E,F	>1,000-5,000	ร้องเรียน ภายในรพ.และถึงสื่อ	**3**	3	6	9	12	15
ต่ำ	C,D	<1,000	แก้ไขได้ระดับหนึ่ง ต้องเฝ้าระวัง	**2**	2	4	6	8	10
ต่ำมาก	A,B	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ยังไม่ถึงผู้ป่วย /จนท.	**1**	1	2	3	4	5

แปลผล	สี	ค่าคะแนน	การแก้ไข
	เขียว	1 – 3	แก้ที่หน่วยงาน
	เหลือง	4 – 9	แก้ที่หน่วยงาน/ข้ามหน่วยงาน
	ส้ม	10 - 16	แก้โดยทีมคร่อม/ฝ่าย
	แดง	20 - 25	แก้โดยทีมคร่อม/ทีมนำ

สรุปขั้นตอน	
1	เลือกความเสี่ยงมา
2	วิเคราะห์ตามหลัก matrix
3	ลงทะเบียน register สีส้มกับแดง
4	ติดตามทุก 3 เดือน ว่า สีเปลี่ยนไหม

เลือก **ส้ม** กับ **แดง** ต้องไปทำ register

หมายเหตุ ที่เกิดน้อยแต่มีความรุนแรง คะแนนที่ให้ต้องให้มากที่สุด

ขั้นตอนการรายงาน และจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ความเสี่ยง

ผู้พบเหตุ : บันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง + รายงานหัวหน้างาน/เวร

หัวหน้างาน/เวรคัดกรองเบื้องต้น + ดูระดับความรุนแรง

ระดับ A-B-C-D

หน่วยงาน
- จัดการ (ภายใน 2 วัน)
- หามาตรการป้องกัน
- สรุปผลการจัดการ+รายงาน

รวบรวม+ส่งรายงานผู้ประสานงานความเสี่ยงทุกสิ้นเดือน

หากพบความเสี่ยงเกิดซ้ำ เกิดบ่อย
ผู้ประสานงานความเสี่ยงออกใบแก้ไข และแจ้งทีม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
เพื่อทบทวน/หาRCA ภายใน 30 วันหลังออกใบแก้ไข

ระดับ E-F

หัวหน้าเวร/หน่วยงานรายงานผู้ประสานงานความเสี่ยง ภายใน 3 วัน
และผู้ประสานงานความเสี่ยงแจ้งทีม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงาน
- จัดการ
- ทบทวน/หา RCA ภายใน 14 วัน
- หามาตรการป้องกัน
- สรุปผลการจัดการ+รายงานผู้ประสานงานความเสี่ยง ภายใน 30 วัน

ผู้ประสานงานความเสี่ยง
ติดตามสรุปผลการจัดการในเดือนถัดไป หลังเกิดเหตุการณ์

ระดับ G-H-I

หัวหน้าเวร/หน่วยงานรายงานผู้ประสานงานความเสี่ยง ภายใน 24 ชม.

หากเป็นความเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการได้
ต้องดำเนินการแก้ไขทันทีเพื่อลดความเสียหายที่เกิดขึ้น
ให้ผู้ประสานงานความเสี่ยงรายงานผู้อำนวยการทันที

ผู้อำนวยการ สั่งการ / แต่งตั้งคณะทำงาน
- จัดการแก้ไข
- สืบสวนข้อเท็จจริง
- ทบทวน/หา RCA ภายใน 14 วัน
- หามาตรการป้องกัน
- สรุปผลการจัดการ+รายงานผู้ประสานงานความเสี่ยง ภายใน 30 วัน

ผู้ประสานงานความเสี่ยง
ติดตามสรุปผลการจัดการในเดือนถัดไป หลังเกิดเหตุการณ์

Feed back **ความเสี่ยงแต่ละหน่วยงาน ให้หน่วยงานที่ก่อเหตุในเดือนถัดไป**

Feed back **ความเสี่ยงแต่ละโปรแกรม ให้ทีมที่เกี่ยวข้องในเดือนถัดไป**

รายงาน กกบ. ทุก 3 เดือน

ข้อปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล

1. ทีม RM ออกหนังสือเวียน แจ้งในที่ประชุมเจ้าหน้าที่ประจำเดือน และแจ้งในไลน์ รพ.ให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับเห็นความสำคัญของระบบบริหารความเสี่ยง โดยขอให้เป็นหน้าที่ของทุกคนในการช่วยกันให้ค้นหาความเสี่ยงรุนแรงและให้รายงานความเสี่ยง โดยไม่มีการทำโทษและให้ความมั่นใจในความปลอดภัย
2. ให้หน่วยงานรายงานความเสี่ยงตามขั้นตอนรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล และรายงานความเสี่ยงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ทุกเดือน
3. ผู้จัดการความเสี่ยงสื่อสารและสนับสนุนให้มีประชุมกันทุกทีมเฉพาะ / หน่วยงานเพื่ออธิบายโครงสร้างและวิเคราะห์หาสาเหตุพร้อมทั้งวางแนวทางในการแก้ไข / ป้องกันและกระตุ้นให้ผู้ที่พบเหตุเป็นผู้รายงาน

โปรแกรมความเสี่ยง ของโรงพยาบาล ๕๐พรรษา มหาวชิราลงกรณ แบ่งออกเป็น 9 โปรแกรม ดังนี้

1. โปรแกรมความเสี่ยง ด้านการดูแลรักษา หรือทางคลินิก (CLT)
2. โปรแกรมความเสี่ยง ด้านควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล(IC)
3. โปรแกรมความเสี่ยง ด้านระบบยา (PTC)
4. โปรแกรมความเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยและเครื่องมืออุปกรณ์ (ENV)
6. โปรแกรมความเสี่ยง ด้านข้อร้องเรียนและข้อเสนอแนะ
7. โปรแกรมความเสี่ยง ด้านสารสนเทศ
8. โปรแกรมความเสี่ยง ด้านการเงิน,บัญชีและพัสดุ
9. โปรแกรมความเสี่ยง ด้านอาชีวอนามัย

หมายเหตุ โปรแกรม 1-3 เป็นด้านคลินิก (clinic) ส่วน โปรแกรม 4-8 เป็นด้านความเสี่ยงทั่วไป (non-clinic)

รายละเอียดโปรแกรมความเสี่ยง ปรับปรุง ใหม่ ปี 2562 มีทั้งหมด 9 โปรแกรม

1	โปรแกรม ด้านการดูแลรักษา (CLT)
C1	ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลโดยสาเหตุที่ป้องกันและหลีกเลี่ยงได้ (unexpected dead)
C2	ผู้ป่วยทรุดลง ต้อง refer โดยมิได้คาดหวัง (unexpected refer) ไม่ถึง 2 ชม.
C3	ผู้ป่วยอาการทรุดลง ต้องเข้า ICU โดยมิได้คาดหวัง (unexpected ICU)
C4	ผู้ป่วยทรุดลงขณะดูแลรักษา หรือขณะรอตรวจ เช่น หอบ, ซึม, bleed, shock, ชัก
C5	เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแล และ / หรือทำหัตถการ
C6	อุบัติการณ์เกี่ยวกับการคัดกรองผิดพลาด , ประเมินผู้ป่วยผิดพลาด
C7	อุบัติการณ์เกี่ยวกับการสื่อสารผิดพลาด
C8	ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยผิดพลาด
C9	อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม (fall)

C10	อุบัติการณ์เกิดแผลกดทับ (bed sore)
C11	อุบัติการณ์การให้บริการผิดคน , ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด (ถึงผู้ป่วย)
C12	อุบัติการณ์การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อน admit ไม่ครบถ้วน
C13	อุบัติการณ์การดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อไม่เหมาะสม
C14	อุบัติการณ์ รถ refer ไม่พร้อมใช้ , ไม่มีรถ , มี refer ซ้อน
C15	อุบัติการณ์การเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
C16	อุบัติการณ์ off case OR / เลื่อนผ่าตัด
C17	อุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด
C18	ผ่าตัดผิดข้าง ผิดคน
C19	เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก
C20	อุบัติการณ์ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา / หนีกลับ/ ไม่ใช่ palliative หรือ end of life
C21	อุบัติการณ์เกี่ยวกับการไม่ปฏิบัติตามแนวทาง / ระบบงานที่กำหนด
C22	อุบัติการณ์นัดผิดพลาด , ผิดคลินิก , ผิดวัน
C23	อื่นๆ
1	**โปรแกรม CLT ด้านการดูแลรักษา ด้านการส่งตรวจ วินิจฉัย (lab, cxr)**
L1	ผู้ป่วยได้รับเลือดผิดหมู่ /ผิดคน
L2	จ่ายเลือดผิดคน
L3	ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการให้เลือด
L4	เก็บสิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้องเช่น hemolyte , เลือด clot , ปริมาณน้อย , เก็บไม่ครบ
L5	เก็บสิ่งส่งตรวจผิดพลาด สิ่งส่งตรวจไม่ตรงกับชนิดที่ส่งตรวจ , ไม่ครบในระบบคอมฯ
L6	สิ่งส่งตรวจสูญหาย
L7	เจาะเลือดผิดคน
L8	รายงานผล lab คลาดเคลื่อน
L9	ส่งเอกซเรย์ผิดข้าง ผิดคน
L10	เอกซเรย์ ผิดคน ผิดข้าง ผิดส่วน
L11	ผล เอกซเรย์ สูญหาย
L12	ได้ถ่ายเอกซเรย์ซ้ำ
L13	แพ้สารทึบแสงขั้นรุนแรง
L14	ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
L15	อื่นๆ

2	โปรแกรม การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC)
IC1	ติดเชื้อในโรงพยาบาล (NI)
IC2	เจ้าหน้าที่ถูกเข็มทิ่มตำ
IC3	เจ้าหน้าที่สัมผัสสารคัดหลั่ง
IC4	การทำให้ปราศจากเชื้อไม่มีประสิทธิภาพ
IC5	การเจ็บป่วย / ติดเชื้อของเจ้าหน้าที่
IC6	มีการระบาดของโรคติดต่อ / เชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล
IC7	เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตาม Isolation precaution
IC8	ผู้ป่วยเกิด pheblitis
IC9	อื่นๆ
3	**โปรแกรมการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา (PTC)**
M1	ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error)
M2	ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (transcribing error)
M3	ความคลาดเคลื่อนในการจัดยา (predispensing error)
M4	ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error)
M5	ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (administration error)
M6	อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug event)
M7	อุบัติการณ์การใช้ยา HAD
M8	อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของยา
M9	อื่นๆ
4	**โปรแกรมสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย,อุปกรณ์เครื่องมือ**
E1	การเกิดอัคคีภัย ไฟไหม้ ไฟช็อต
E2	อุบัติการณ์การเกี่ยวกับระบบป้องกันและระงับอัคคีภัย
E3	ปัญหาการจัดระเบียบจราจร
E4	อุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยด้านอาคารสถานที่
E5	อุบัติการณ์เกี่ยวกับระบบลิฟต์
E6	ทรัพย์สินสูญหาย
E7	อุบัติการณ์เกี่ยวกับระบบลิฟต์
E8	อุบัติการณ์ระบบน้ำ
E9	อุบัติการณ์ระบบไฟฟ้า

E10	อุบัติการณ์ระบบโทรศัพท์
E11	อุบัติการณ์ระบบก๊าซทางการแพทย์
E12	อุบัติการณ์เกี่ยวกับระบบบำบัดน้ำเสีย
E13	อุบัติการณ์การจัดการมูลฝอย
E14	อื่นๆ
	ด้าน เครื่องมือ อุปกรณ์
E15	วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ (เครื่องมือ,ผ้า) ไม่พร้อมใช้งาน
E16	วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ (เครื่องมือ,ผ้า) ไม่เพียงพอ
E17	วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เครื่องมือ ติดไปกับผ้า
E18	เครื่องมือช่วยชีวิตฉุกเฉินไม่พร้อมใช้
	อื่นๆ
5	**โปรแกรมอาชีวอนามัย**
R1	อุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยด้านร่างกายของเจ้าหน้าที่
R2	เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน
R3	เจ้าหน้าที่ไม่ใช้เครื่องป้องกันขณะปฏิบัติงาน
R4	อุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยในทรัพย์สิน
R5	เจ้าหน้าที่ได้รับผลกระทบจากการร้องเรียน
R6	เจ้าหน้าที่ทะเลาะวิวาท
R7	อื่นๆ
6	**โปรแกรม สารสนเทศและเวชระเบียน (IM)**
IM1	คอมฯไม่พร้อมใช้งาน /ขัดข้อง/ล่าช้า
IM2	เวชระเบียนสูญหาย
IM3	ปัญหาการเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียน (ล่าช้า / เปิดเผยความลับ)
IM4	ตรวจสอบสิทธิ์ผิดพลาด
IM5	การบันทึกเวชระเบียนผิดพลาด (ผิดคน, ผิดสิทธิ์,ติดสติกเกอร์ผิด, ติด LAB ผิด, สั่ง LAB ผิด)ไม่มีผลกระทบกับผู้ป่วย
IM6	ระบบ Hos-XP ล่มใช้งานไม่ได้
IM7	ส่ง CHART ล่าช้า
IM8	อื่นๆ

7	โปรแกรมข้อร้องเรียน
SS1	พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่
SS2	บริการล่าช้า /ไม่สะดวก
SS3	การดูแลรักษา
SS4	สิ่งแวดล้อม
SS5	การเปิดเผยข้อมูล
SS6	การให้ข้อมูลไม่เพียงพอ
SS7	มีข้อร้องเรียนในสื่อ social
SS8	อื่นๆ
8	**โปรแกรม การเงิน / บัญชี และพัสดุ**
B1	การเงินอยู่ในระดับ7
B2	เก็บเงินค่ารักษาพยาบาลผิดพลาด
B3	เก็บเงินค่ารักษาพยาบาลไม่ได้
B4	ส่งเคลมค่ารักษาไม่ทัน
B5	เคลียร์โครงการไม่ทันตามเวลา
B6	เบิกพัสดุไม่ได้ ไม่มีของให้เบิก
B7	วัสดุการแพทย์ขาด stock ไม่มีให้เบิก
B8	อื่นๆ
9	**โปรแกรมระบบปฏิบัติงานอื่นๆ**
R1	เอกสาร/หนังสือราชการล่าช้า
R2	เอกสาร/หนังสือราชการสูญหาย
R3	แพทย์ออกตรวจช้า
R4	ไม่มีแพทย์ออกตรวจ opd
R5	ติดต่อแพทย์ไม่ได้
R6	พฤติกรรมบริการไม่ดีของเจ้าหน้าที่ ต่อเจ้าหน้าที่ในรพ.ด้วยกัน
R7	ขาดอัตรากำลัง ไม่สามารถหาคนมาทดแทนได้
R8	เจ้าหน้าที่แต่งกายไม่เรียบร้อย
R9	เจ้าหน้าที่มาสาย/ไม่ปฏิบัติหน้าที่
R10	อื่นๆ

	โปรแกรม CLT ด้าน specific clinical risk
CL1	Pt.HI มี IICP , BRIAN ANOXIA
CL2	Pt.appendecitis มี rupture appendicitis /sepsis
CL3	CA breast มี MRA Bleeding /wound infection
CL4	Case dm มีภาวะ DKA ,hypo,hyper ขณะ admit
CL5	Cataract เกิด Endopthalmitis
CL6	Case หลังผ่าตัด ของ OR Ortho เกิด fail plate
CL7	Case หลัง TKA เกิด infection
CL8	Case stemi เกิด arrthymia , cardiac arrest
CL9	Case stroke เกิด IICP , เกิด aspirate pneumonia
CL10	Case sepsis เกิด prolong shock
CL11	Case copd มีภาวะ exacerbation , respiratory failiure
CL12	Case UGIB มี hypovolemic shock
CL13	Case pneumonia มีภาวะ respiratory failure , dead
CL14	Case neonatal sepsis เกิด septic shock
CL15	Case DHF มีภาวะ hypovolemic shock , hypervolume
CL16	Case new born มี hypoglycemia , jaundice

การประเมินระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์

Clinic	Non clinic	การรายงาน/การจัดการ
☐ ระดับ A เกือบพลาดพลั้ง เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อน, เหตุการณ์ที่เกือบพลาด ตรวจพบหรือ แก้ไขได้ทันก่อนเกิดเหตุ	, เหตุการณ์ที่เกือบพลาด ตรวจพบหรือ แก้ไขได้ทันก่อนเกิดเหตุ	จัดการภายใน 2 วัน รวบรวม+ส่งรายงานทุกสิ้นเดือน
☐ ระดับ B รั้งไม่อยู่ เกิดความคลาดเคลื่อนระหว่างหน่วยงาน เกิดผิดพลาดขึ้นแล้ว แต่ถูกตรวจพบก่อน ยังไม่ถึงผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่	แต่ถูกตรวจพบก่อน ยังไม่ถึงผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่	
☐ ระดับ C ผู้ป่วยรับ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย หรือเกิดความคลาดเคลื่อนกับคน/องค์กร แต่ไม่เกิดอันตราย สามารถ แก้ไขเหตุการณ์ได้ มีผลน่าพอใจ	ไม่เกิดอันตราย สามารถ แก้ไขเหตุการณ์ได้ มีผลน่าพอใจ	
☐ ระดับ D จับตามอง เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังอาการเพิ่ม / เกิดความคลาดเคลื่อนกับคน/องค์กร ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวัง หรือทำให้ต้องหยุดปฏิบัติงานชั่วคราว แก้ไขได้ระดับหนึ่ง	ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวัง ไม่มีข้อร้องเรียน	
☐ ระดับ E รักษาเพิ่ม เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยเป็นการชั่วคราว ต้องมีการบำบัดรักษาเพิ่มหรือแก้ไข / เกิดกับคน/องค์กร	มูลค่าเสียหายไม่เกิน 1,000 บาท / ร้องเรียนภายในโรงพยาบาล	รายงานภายใน 3 วัน ทบทวน+หาRCA ใน 14 วัน ส่งสรุปรายงานใน 30 วัน
☐ ระดับ F เริ่มอยู่นาน เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยเป็นการชั่วคราวต้องรับไว้นอนรพ หรือต้องรักษานานเกินกว่ากำหนด / เกิดกับคน/องค์กร	มูลค่าเสียหาย 1,001-5,000 บาท /ร้องเรียนผ่านสื่อวิทยุชุมชน	
☐ ระดับ G พิการด้วย เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเป็นการถาวร เช่น เกิดความพิการถาวร หรือเกิดกับคน/องค์กร	มูลค่าเสียหาย 5,001-10,000 บาท / ร้องเรียนผ่านสื่อระดับจังหวัด	รายงานภายใน 24 ชม. ทบทวน+หาRCA ใน 14 วัน ส่งสรุปรายงานใน 30 วัน
☐ ระดับ H ช่วยชีวิต เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยถึงขั้นต้องช่วยชีวิต หรือเกิดกับคน/องค์กร	มูลค่าเสียหาย 10,001-50,000 บาท / ร้องเรียนผ่านสื่อระดับภูมิภาค/เสียชื่อเสียง/เสียความน่าเชื่อถือ แต่ไม่ฟ้องร้อง	
☐ ระดับ I ปลิดชีวา เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยถึงขั้นเสียชีวิต หรือเกิดกับคน/องค์กร	มูลค่าเสียหาย 50,000 บาท / มีการฟ้องร้องทางสื่อ, ทางศาล	

Patient Safety Goal ปี 2562

SIMPLE	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
S : safe surgery	**2 ข้อ 7ตัวชี้วัด**		
	อุบัติการณ์การผ่าตัดผิดพลาด ผิดคน ผิดข้าง	0 ครั้ง	คุณฐานิตาภัทร์
1.พัฒนาระบบการป้องกันการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง	อัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัด	<5	คุณฐานิตาภัทร์/IC
	อุบัติการณ์การผ่าตัดซ้ำใน30 วันโดยไม่ได้วางแผน	0	คุณยุวดี
	อัตราการเลื่อน/งดผ่าตัด	<5%	คุณฐานิตาภัทร์
	ร้อยละการใช้ Check list	>80%	คุณฐานิตาภัทร์
	อัตราตายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดภายใน30 วัน	0	คุณยุวดี
2.พัฒนาความปลอดภัยจากการให้ยาระงับความรู้สึก	การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ	0	คุณชุติมา
	ร้อยละผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 2ชม.หลังถอดท่อช่วยหายใจ	0	คุณชุติมา
I : Infection control	**6 ข้อ 7 ตัวชี้วัด**		
	อัตราการติดเชื้อรวม	<3ครั้ง	คุณพัสวีนิษฐ์
3.พัฒนาระบบการล้างมือที่มีประสิทธิภาพ	อัตราการล้างมือถูกต้อง	≥80%	คุณพัสวีนิษฐ์
4.การป้องกันการเกิด CA- UTI	อัตราการเกิด CA-UTI	< 5%	คุณพัสวีนิษฐ์
5. การป้องกันการเกิด VAP	อุบัติการณ์การเกิด VAP	<7ครั้ง	คุณพัสวีนิษฐ์
6.การป้องกันการเกิด HAP	อัตราการเกิด HAP	<0.5%	คุณพัสวีนิษฐ์
7.การป้องกันการเกิด Central line infection	อุบัติการณ์การเกิด Central line infection	0 ครั้ง	คุณพัสวีนิษฐ์
8.พัฒนาระบบการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา	อัตราการเกิดเชื้อดื้อยา	ลดลง	คุณพัสวีนิษฐ์
M : Medication	**2 ข้อ 3 ตัวชี้วัด**		
9.การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา HAD	อุบัติการณ์การเกิดmed error ของยาHAD	0 ครั้ง	PTC
	จำนวนครั้งการเกิด AE ของยา HAD	0 ครั้ง	
10 การพัฒนาระบบMR	ร้อยละผู้ป่วยได้รับการทำ MR ภายใน 24ชม.	>80%	

SIMPLE	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
P : patient care process	**5 ข้อ 6 ตัวชี้วัด**		
11. พัฒนาการระบุตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง	อุบัติการณ์การidentify ผิดพลาด	0 ครั้ง	คุณสุภร
12. พัฒนาระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละการใช้ S-BAR อย่างมีประสิทธิภาพ	>80%	คุณสุภร
	อุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการสื่อสาร	0	คุณสุภร
13. พัฒนาระบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ	อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4	0	คุณยุวดี
14. การป้องกันการเกิด fall	จำนวนครั้งการเกิดพลัดตกหกล้มทั้งหมด	0	คุณสมจิตร
	จำนวนผู้ป่วยที่เกิดพลัดตกหกล้มระดับ E ขึ้นไป	0	คุณสมจิตร
Pain			
15. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บปวด	ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บปวดได้รับการประเมินความเจ็บปวดทุกราย	100%	พญ.อติพรและทีม
L : line & k ; tube/Lab	**2ข้อ 3 ตัวชี้วัด**		
16.พัฒนาระบบการป้องกันการเลื่อนหลุดของ tube	**อุบัติการณ์การเกิด miss connection**	0	คุณเพ็ญศรี
	อุบัติการณ์การเกิดการเลื่อนหลุดของ tube	0	
17 พัฒนาระบบการรายงานผลLAB	อุบัติการณ์การรายงานผลLab ผิดพลาด	0	คุณวราลักษณ์
E : Emergency response	**3 ข้อ 10 ตัวชี้วัด**		
18. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยSEPSIS	อัตราการเสียชีวิตจาก Septic shock	<50%	คุณเพ็ญศรี
	อัตราการได้รับ ATB ภายใน 1 ชม	>90	
	อัตราการทำ HC ก่อนให้ ATB	>90	
	อัตราการได้ IV ตาม gold	>90	
19. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยSTEMI	อัตราการเสียชีวิตด้วย STEMI	<8%	คุณชาญณรงค์
	Door to needle time <30 นาที	>90	
	Door to refer <90 นาที	>90	
20. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย stroke	อัตราการเสียชีวิตจาก stroke	0	คุณสมจิตร
	Door to needle <60 นาที	>90	

SIMPLE	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
	ร้อยละผู้ป่วย stroke ได้รับการ rehab	>80	
PERSONEL SAFETY GOAL			
S : social media &communication professionalism	**ตัวชี้วัด**		**ผู้รับผิดชอบ**
1.พัฒนาระบบการใช้สื่อ social ที่ปลอดภัย	จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์		ทีม IM
I : infection &exposure			
2.พัฒนาระบบการดูแลป้องกันไม่ให้บุคคลากรติดเชื้อจากการทำงาน	อัตราการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล		ทีม IC
M : mental health &mediation			
3.พัฒนาระบบการดูแลเจ้าหน้าที่ที่ได้รับผลกระทบ	ร้อยละความเครียดของเจ้าหน้าที่จากการทำงาน จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการ		ทีม เจรจาไกล่เกลี่ย
P : Process of work			
4 พัฒนาระบบการป้องกันสิ่งคุกคามทางกายภาพในการทำงาน	อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ผลการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่		ทีม ENV
L : Lane traffic			
พัฒนาระบบ refer ให้มีประสิทธิภาพ	อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถ refer		ER
E : Environment			
การพัฒนาระบบการป้องกันความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน	จำนวนอุบัติการณ์การเกิดความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน		ER/บริหาร

การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา RCA (Root Cause Analysis)

RCA หมายถึง การค้นหาปัจจัยที่เป็นรากของปัญหาหรือสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยมุ่งเน้นที่ “ระบบ/กระบวนการ” เพื่อที่จะหาโอกาสที่จะปรับปรุง อันจะนำไปสู่การลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำ

RCA เชิงรับ คือ การวิเคราะห์เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเกิดเหตุเกือบพลาด เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางป้องกัน

RCA เชิงรุก คือ การวิเคราะห์โอกาสเกิดปัญหาหรือข้อบกพร่องต่าง ๆ โดยมีสมมติฐานว่าความบกพร่องสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่เหตุการณ์ยังไม่เกิด อาจเรียกว่า Failure Mode Analysis

RCA 5 Steps

1. Story & Timeline

บันทึกเหตุการณ์ตามลำดับเวลา เพื่อให้สามารถพิจารณาความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ และการรับรู้ข้อมูลว่าเกิดอะไร ก่อน หลัง โดยให้แผนภูมิบันทึกเหตุการณ์ตามลำดับเวลา

2. Potential change

ใช้ข้อได้เปรียบของการมองย้อนหลังพิจารณาว่าจุดที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจหรือการกระทำซึ่งอาจมีผลทำให้เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงไปมีอะไรบ้างพิจารณาด้วยใจที่เป็นกลาง ไม่กล่าวโทษหรือตำหนิ

3. Listen to Voice of staff

รับฟังข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องด้วยบรรยากาศที่ผู้บอกเล่ารู้สึกปลอดภัยรับฟังว่า ณ จุดที่มีโอกาสการตัดสินใจหรือการกระทำนั้น ผู้เกี่ยวข้องอยู่ในสถานการณ์อย่างไร เห็นอะไร ได้รับข้อมูลอะไร ประเมินสถานการณ์ว่าอย่างไร ต้องการความช่วยเหลือและสิ่งอำนวยความสะดวกอะไรบ้าง มีความไม่แน่ใจหรือมีสมมติฐาน อะไรบ้าง สิ่งที่ช่วยตัดสินใจในขณะนั้นคืออะไร

4. Swiss cheese model

พิจารณาปราการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีการกำหนดไว้ และรอยโหว่ที่เกิดขึ้นในปราการดังกล่าวเน้นปราการที่เกี่ยวข้องกับจุดที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงเป็นสำคัญ การออกแบบระบบงาน เช่น

1. การให้ข้อมูลและฝึกอบรม การสื่อสาร
2. การมอบหมายงาน
3. การนิเทศงาน
4. สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน
5. อุปกรณ์/เครื่องมือ/เทคโนโลยี
6. การควบคุมกำกับ
7. ปราการป้องกัน เช่น การใช้เครื่องคิดเลขคำนวณ นาฬิกาเตือนความจำ ไม่ใช้การจำซึ่งอาจลืมได้

5. Creative solution

นำช่องโหว่ของปราการป้องกันที่พบมาสร้าง Creative Solution เพื่อป้องกันปัญหา ทำให้ดีขึ้น, ตรวจจับได้เร็วขึ้น ลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น การฝึกฝนหา Creative Solution ตามขั้นตอนเหล่านี้บ่อยๆ กับเรื่องที่เหมือนเป็นเรื่องเล็กน้อย เช่น ลืมให้ยาผู้ป่วย, ผล Lab ที่ไม่ถูกนำมาใช้, ประวัติบางเรื่องที่ไม่ถูกซัก จะทำให้เรามีความชำนาญและสามารถจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อนมากขึ้นได้ไม่ยาก

1. Human factor engineering
2. User centered Design คนที่จะทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ก็คือคนที่มีส่วนร่วมกับกระบวนการนั้นๆ
3. Visual management เช่น ป้ายห้องน้ำ ชายหญิง
4. Creativity/innovation

ตารางสำหรับ การทำ RCA

Process	Information	บันทึก
1.Story & timeline	โรคอะไร เป็นประเด็นความเสี่ยงอะไรช่วงเวลาใด หน่วยงานใด	
2.Potential change	ขั้นตอนสำคัญ: กระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นที่ กระบวนการไหน	
3.Listen to Voices of staff	ต้องการความช่วยเหลือและสิ่งอำนวยความ สะดวกอะไรบ้างสิ่งที่ช่วยตัดสินใจในขณะนั้นคือ อะไร	
4.Swiss Cheese	การเปลี่ยนแปลงเชื่อมโยงกับระบบงาน สำคัญ อะไร	
5.Creative solution	ออกแบบระบบงานใหม่ อย่างไร จะควบคุมกระบวนการ ประเมินผลอย่างไร	

หาปัจจัยกระบวนการและระบบที่เกี่ยวข้อง (Process & System Analysis)

ปัจจัยระบบกระบวนการ	ตัวอย่าง
ผู้ป่วย(Patient Factors)	☐ ความซับซ้อนของโรค ☐ ความรุนแรงของโรค ☐ ภาษาและการสื่อสาร ☐ ความเชื่อไม่ถูกต้อง ☐ บุคลิกภาพที่เสี่ยง
ผู้ปฏิบัติงาน (Staff Factors)	☐ ขาดความรู้ ☐ ขาดทักษะ ☐ เหนื่อยล้า ☐ ขาดแรงจูงใจ ☐ ไม่ทำตามวิธีปฏิบัติที่มีอยู่ ☐ จัดลำดับสำคัญของงานผิดพลาด ☐ มีงานอื่นที่มีความเร่งด่วน ☐ มีปัญหาสุขภาพทางกาย/จิต ☐ ภาระงานมาก ☐ สัมพันธภาพกับผู้รับบริการไม่ดี ☐ อัตรากำลังไม่เหมาะสม ขาดความรู้
ทีมงาน/การสื่อสาร (Team & Communication Factors)	☐ ขาดการบันทึกข้อมูลส่งต่อที่สำคัญ ☐ ขาดการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ ☐ ผลตรวจวินิจฉัยไม่พร้อม/คลาดเคลื่อน ☐ มีปัญหาในระบบ Consult ☐ หัวหน้าทีมตัดสินใจไม่เหมาะสม ☐ ขาดการให้ข้อมูลกับผู้รับบริการ ☐ ให้ข้อมูลกับญาติไม่เพียงพอ ☐ ทีมไม่ตระหนักเรื่องความปลอดภัย
สิ่งแวดล้อม เครื่องมือ (Environment Equipment Factors	☐ ระบบไม่ดี / ไม่เหมาะสม ☐ ไฟ ☐ แสง ☐ เสียงดัง ☐ ไม่มีระบบ/สัญญาณเตือนอันตราย ☐ ไม่มีรหัส/สัญญาณ/แผนปฏิบัติ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ/เหตุวิกฤต ☐ เครื่องมืออุปกรณ์ช่วยชีวิตไม่พร้อม ☐ เตรียมพร้อม/ตรวจสอบเครื่องมือไม่ดี
นโยบาย/ระเบียบปฏิบัติ (Policy & Procedure Factors)	☐ ไม่มีแนวทางการดูแล/ป้องกันความเสี่ยงชัดเจน ☐ ขาดการสื่อสารแนวทางการดูแล/ป้องกันความเสี่ยงให้ผู้ปฏิบัติรับทราบ ☐ ขาดการประเมินผลกระบวนการทำงานที่มีความเสี่ยงสูง ☐ ขาดระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงสำคัญ ☐ ไม่ให้ความสำคัญกับรายงาน ☐ ไม่ให้ความสำคัญแก้ไขความเสี่ยง/อุบัติการณ์เล็ก ๆ น้อย ๆ / เกือบพลาด
การนำองค์กร/หน่วยงาน (Organizational & Factors)	☐ ขาดการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น ☐ หน่วยงาน/กลุ่มงานไม่ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานตามแนวทาง ไม่ให้ ความสำคัญกับการปฏิบัติงานตามแนวทางที่สำคัญของ รพ. ☐ สมาชิกในหน่วยงานขาดความตระหนัก/ให้ความเรื่องความปลอดภัย

คัดเลือกหา Root Cause

ทีมต้องพิจารณาตัดทอนให้เหลือสาเหตุที่เป็น Root Cause จริง ๆ โดยการตั้งคำถามดังนี้

1. ถ้าเราแก้ไขสาเหตุนี้แล้ว จะเกิดปัญหาซ้ำขึ้นอีกได้หรือไม่
2. ถ้าปัจจัยนี้เป็น Root Cause จริง จะอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างไร

Failure Modes & Effects Analysis (FMEA)

Root cause analysis เป็นการหาสาเหตุเพื่อป้องกันในเชิงรับ มีโอกาสที่จะเกิดอคติได้ง่ายจากผู้คนที่เกี่ยวข้อง เราสามารถค้นหาว่ากระบวนการใดบ้างที่มีความเสี่ยงสูง ประเมินความเสี่ยงในเชิงรุก และออกแบบกระบวนการใหม่ให้มีความปลอดภัยมากขึ้น

Failure modes & effects analysis คือ วิธีการที่เป็นระบบในการค้นหาว่ากระบวนการใดกระบวนการหนึ่งจะล้มเหลวได้อย่างไรทำไมจึงล้มเหลว และจะทำให้ปลอดภัยได้อย่างไร

Patient Safety Goals : SIMPLE

SIMPLE คือ อักษรย่อของหมวดหมู่สำหรับ Patient Safety Goals

S = Safe Surgery
I = Infection Control
M = Medication and Blood Safety
P = Patient Care Process
L = Line, Tube, Catheter
E = Emergency Response

- ใช้เป็นแนวทางเพื่อให้โรงพยาบาลเลือกใช้อย่างเหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาล
- ระบุรายละเอียดแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานและ Evidence base

S = Safe Surgery

S1 = SSI Prevention

เป้าหมาย

1. การป้องกันการติดเชื้อในแผลผ่าตัด
2. บุคลากรทุกระดับมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

แนวทาง

1. Elective Surgery ค้นหาและรักษาการติดเชื้อทุกอย่างให้หาย ก่อนทำผ่าตัด
2. ไม่โกนขนก่อนผ่าตัด อาจใช้ Electric Clipper กำจัดขนทันทีก่อนผ่าตัด
3. Prophylactic Antibiotic ให้ยา IV ขณะเริ่มดมยา
4. Perioperative Glucose Control

ตัวชี้วัด

- .อัตราการติดเชื้อในแผลสะอาด (SSI) เป้าหมาย < 5 %

S2 = Safe Anesthesia

เป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการทางวิสัญญีตามมาตรฐาน
2. เพื่อเป็นแนวทางการให้ยาระงับความรู้สึกของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล
3. เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการวิสัญญี
4. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการบริการทางวิสัญญี
5. เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ
6. เพื่อให้บุคลากรมีความสุขและปลอดภัยจากการทำงาน

จุดเน้น

1. ผู้ป่วยที่รับบริการต้องปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้บริการทางวิสัญญี
2. ผู้รับบริการทางวิสัญญีพึงพอใจ
3. บุคลากรมีความสุขและปลอดภัยจากการทำงาน

แนวทาง

1. สนับสนุนให้มีการดูแลผู้ป่วยโดยวิสัญญีแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ
2. พัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลก่อนและหลังระงับความรู้สึกโดยการเปิดห้องตรวจวิสัญญีที่ชั้น 5 อาคาร9 ชั้น งานวิสัญญี ซึ่งจะมีวิสัญญีให้คำแนะนำในผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจาก OPD
3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน
    - 3.1 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉพาะอย่าง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อาการปวด
    - 3.2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนเชิงระบบ
        - 3.2.1) ประเมินความเสี่ยง
        - 3.2.2) การให้ข้อมูลผู้ป่วยและความยินยอม
        - 3.3.3) การสื่อสารกับผู้ร่วมงาน
        - 3.3.4) การระบุตัวผู้ป่วย ชนิดและข้างของการผ่าตัด
        - 3.3.5) การดูแลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น
        - 3.3.6) การเฝ้าระวังสัญญาณชีพตลอดระยะเวลาที่ได้รับการระงับความรู้สึก
        - 3.3.7) การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด
4. มีแนวทางการจัดการเมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์
5. ใช้แนวทางการให้บริการทางวิสัญญีวิทยาของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย
6. สนับสนุนให้มีแผ่นพับและสื่อสารสนเทศเพื่อให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ

ตัวชี้วัด

- .ร้อยละผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 2 ชม เป้าหมาย 0
- .จำนวนอุบัติการณ์การเกิด Aspirate เป้าหมาย 0
- .อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ เป้าหมาย 0

S3.1 = Correct Procedure at Correct Body Site

เป้าหมาย

เพื่อป้องกันการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดระดับ

จุดเน้น

1. การป้องกันการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดระดับ
2. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดระดับ

แนวทาง

1. Verification ยืนยันตัวผู้ป่วย หัตถการ ตำแหน่ง/ข้าง และ Implant /Prosthesis เอกสารที่เกี่ยวข้อง ฟิล์มเอ็กซเรย์ ผลการตรวจพิเศษ การระบุฉลากเหมาะสม

2. Mark Site ให้แพทย์ที่จะทำหัตถการทำเครื่องหมายแสดงตำแหน่งที่จะลงมีดผ่าตัดหรือสอดใส่ อุปกรณ์อย่างชัดเจน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

3. Time – out กำหนดช่วงเวลาก่อนที่จะให้การระงับความรู้สึกและลงมือทำหัตการเพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคนตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องตรงกันถ้ามีข้อมูลขัดแย้งกัน ต้องกลับไปทบทวนใหม่ทั้งหมด

ตัวชี้วัด

อุบัติการณ์การผ่าตัด ผิดข้าง ผิดคน ผิดตำแหน่ง เป้าหมาย 0 ครั้ง

S3.2. = Surgical Safety Checklist

เป้าหมาย

การทำ Surgical Safety Checklist

จุดเน้น

1. มีการทำ Surgical Safety Checklist
2. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการทำ Surgical Safety Checklist

แนวทาง

Sign In - ก่อนให้การระงับความรู้สึกต้องตรวจสอบความถูกต้องอะไรบ้าง

Time Out - ก่อนลงมีดผ่าตัด ต้องตรวจสอบความถูกต้องอะไรบ้าง

Sign Out - ก่อนเสร็จสิ้นการผ่าตัด ต้องตรวจสอบความถูกต้องอะไรบ้าง

ตัวชี้วัด

ร้อยละการใช้ surgical check list เป้าหมาย >80 %

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....HN.....วันที่ผ่าตัด.....

OPERATION.....ห้องผ่าตัด..... .แพทย์ผ่าตัด.....

SIGN IN .....น. การดูแลผู้ป่วยก่อนบริการระงับความรู้สึก	TIME OUT .....น. การดูแลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด	SIGN OUT .....น. การดูแลผู้ป่วยก่อนออกจากห้องผ่าตัด
1.ระบุตัวผู้ป่วย/หัตถการ/แพทย์ผ่าตัด/ตำแหน่งที่ผ่าตัด รวมทั้งการกล่าวยืนยันยินยอมจากตัวผู้ป่วย ☐ มีการตรวจสอบชื่อ-สกุล , ป้ายข้อมือ , Chart ตรงกันมีการลงนามยินยอมรับการผ่าตัดและรับการระงับความรู้สึก ☐ ผู้ป่วยยืนยันชื่อการผ่าตัดและตำแหน่งที่จะผ่าตัด ☐ ตรวจสอบว่ามีการmark site 2.มีเลือด/สารน้ำทดแทน/ยาฉีดที่ต้องใช้ ครบถ้วนหรือไม่ ☐ เตรียม ☐ไม่เตรียม -มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือด(7 ml/kg in children) ☐ มี ☐ไม่มี 3.ได้ประเมินความเสี่ยงทางวิสัญญีแล้ว ☐ มีการเตรียมเครื่องดมยาสลบและยาทางวิสัญญี ☐ Patient Monitor พร้อมใช้งาน ☐ ไม่มีความเสี่ยงเรื่อง Difficalt airway 4.ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาหรือไม่ ☐ มี ☐ไม่มี ลงชื่อทีมงานในห้องผ่าตัด 1. Scrub nurse..... 2. Anesth.....	5.ได้ยืนยันระบุตัวผู้ป่วยซ้ำ/ชื่อหัตถการ/แพทย์ผ่าตัดและตำแหน่งลงแผลผ่าตัดอีกครั้ง ☐ ถูกต้อง ☐ ไม่ถูกต้อง 6.ให้Antibiotic prophylaxis in last 60 min ☐ ให้ ☐ ไม่ให้ 7.ศัลยแพทย์ระบุขั้นตอน/ข้อควรระวังที่อาจเกิดขึ้นขณะผ่าตัด ☐ มีการสื่อสารกับทีมเกี่ยวกับOperationที่ทำ ☐ มีการประมาณระยะเวลาผ่าตัด ☐ มีการประมาณการสูญเสียเลือด 8.ทีมวิสัญญีระบุถึงสิ่งที่ระวังเป็นพิเศษเฉพาะกรณีนี้ ☐ มี ☐ไม่มี 9.ทีมพยาบาลส่งเครื่องมือยืนยันเครื่องมือผ่าตัดปลอดเชื้อและอุปกรณ์ต่างๆมีความพร้อม ☐ เครื่องมือผ่าตัดผ่านกระบวนการ Sterilization และไม่หมดอายุ ☐ เครื่องมือพิเศษ(ระบุ)..... 10.มี X-ray , CT scan , อุปกรณ์ที่มาพร้อมผู้ป่วย ☐ ติดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด ลงชื่อทีมงานในห้องผ่าตัด 1. Scrub nurse..... 2. Anesht.....	11.ทีมผ่าตัดสรุปการผ่าตัดและสภาวะผู้ป่วยหลังการผ่าตัด <u>แพทย์ผ่าตัด</u> ☐ ทบทวนสิ่งที่ทำการผ่าตัดและเหตุการณ์สำคัญขณะผ่าตัด ☐ วางแผนการดูแลรักษา <u>ทีมวิสัญญี</u> ☐ เหตุการณ์สำคัญขณะให้บริการวิสัญญี ☐ การวางแผนการดูแลต่อเนื่องในห้องพักฟื้น 12.มีการตรวจสอบ/ตรวจนับเครื่องมือ/ผ้าซับเลือดและเข็มเย็บครบถ้วน ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ 13.มีการเขียนป้ายชื่อระบุและสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้อง ☐ ไม่มีสิ่งส่งตรวจ ☐ ส่งตรวจ(ระบุ)..... 14.ปัญหาเครื่องมือ/อุปกรณ์/สิ่งแวดล้อมขัดข้อง/ชำรุดระหว่างผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ ปัญหาที่พบ(ระบุ)..... 15.ทีมผ่าตัดร่วมกันระบุประเด็นสำคัญและแนวทางที่ต้องดูแลต่อในหอผู้ป่วย ☐ ส่งต่อข้อมูลในการดูแลที่ห้องพักฟื้นหรือหอผู้ป่วย..... ลงชื่อทีมงานในห้องผ่าตัด 1. Scrub nurse..... 2. Anesth.....

I = Infection Control

I 1 : Hand Hygine

เป้าหมาย

เพื่อกำจัดเชื้อโรค ป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อจากมือบุคลากรสู่ผู้ป่วย สู่สิ่งของเครื่องใช้ผู้ป่วย และรวมถึงสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

จุดเน้น

บุคลากรทุกระดับต้องล้างมือได้อย่างถูกต้องครบ 7 ขั้นตอน และตามข้อบ่งชี้ตามมาตรการ 5 – Moment forhand hygiene

แนวทาง

1. จัดให้มี Alcohol based hand rubs ณ.จุดที่ให้บริการผู้ป่วย โดยกำหนดจุดวาง Alcohol based hand rubs ดังนี้

1.1 ที่ปลายเตียงผู้ป่วยที่ใส่สายสวน (device) ต่างๆ เช่น ET-tube, Foley's cath, central line, เชื้อดื้อยาเป็นต้น

1.2 ที่รถ treatment, รถตาม round แพทย์

1.3 ที่ห้องพิเศษทุกห้อง

1.4 ที่ Counter ต่างๆ ของ OPD, ห้องบัตร, เคาน์เตอร์ประชาสัมพันธ์ และลิฟต์

2. จัดให้มีน้ำสะอาดและสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับการล้างมือ

3. ให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับวิธีการล้างมือที่ถูกต้อง โดยปฏิบัติตามแนวทาง "5 – Moment for hand hygiene " หมายถึง 5 โอกาส / สถานการณ์ / กิจกรรม ในการล้างมือของบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย 1. ก่อนสัมผัสผู้ป่วย 2. ก่อนทำหัตถการสะอาด / ปราศจากเชื้อ 3. หลังสัมผัสสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย 4. หลังสัมผัสผู้ป่วย 5. หลังสัมผัสสิ่งรอบตัวผู้ป่วย

4. แสดงสิ่งเตือนใจในที่ทำงานเพื่อกระตุ้นให้มีการล้างมือ โดยติดตั้งโปสเตอร์ขั้นตอนการล้างมือทุกที่ ที่มีอ่างล้างมือ

5. สังเกต ติดตาม และวัดระดับการปฏิบัติและให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติงาน โดยใช้ แบบประเมินการล้างมือสุ่มประเมินทุก 1 เดือน

ตัวชี้วัด

- ร้อยละการล้างมือที่มีประสิทธิภาพ เป้าหมาย > 80 %

I 2.1. : CA-UTI Prevention

เป้าหมาย

ลดอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จากการใส่สายสวนปัสสาวะให้มากที่สุด

จุดเน้น

เพื่อให้ผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ ได้รับการดูแลทั้งขณะใส่สายสวนปัสสาวะ ระหว่างคาสายสวนปัสสาวะ และหลังถอดสายสวนปัสสาวะ ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ไม่เกิดการติดเชื้อ

แนวทาง

การประเมินความจำเป็นที่จะต้องใส่สายสวนปัสสาวะ และถอดสายสวนปัสสาวะออกเร็วที่สุด

1. เลือกขนาดของสายสวนปัสสาวะให้เหมาะสม
2. ใส่สายสวนปัสสาวะ โดยใช้หลัก aseptic technique
3. การดูแลระหว่างคาสายสวนปัสสาวะ
    - 3.1 รักษาระบบระบายปัสสาวะให้เป็นระบบปิด
    - 3.2 ล้างมือและใส่ถุงมือสะอาดก่อนที่จะสัมผัสสายสวนปัสสาวะและล้างมือหลังจากถอดถุงมือ
    - 3.3 เก็บตัวอย่างปัสสาวะโดยใช้ Aseptic technique
    - 3.4 จัดวางตำแหน่งของถุงเก็บปัสสาวะให้ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะโดยไม่สัมผัสกับพื้น
    - 3.5 ระบายปัสสาวะออกจากถุงเก็บปัสสาวะบ่อยพอที่จะให้ปัสสาวะไหลได้สะดวกและไม่ไหลย้อนกลับโดยใช้ภาชนะสะอาดที่แยกเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายและหลีกเลี่ยงอย่าให้ urinary drainage tap สัมผัสกับภาชนะ
    - 3.6 ไม่เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะโดยไม่จำเป็น หรือไม่เปลี่ยนเป็น routine
    - 3.7 ดูแล meatal hygiene ประจำวันวันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น หรือหลังขับถ่าย
    - 3.8 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่

ตัวชี้วัด

- อัตราการเกิด CA-UTI (เป้าหมาย < 5 ครั้ง ต่อพันวันใส่)

I 2.2. : VAP Prevention

เป้าหมาย

ลดอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจให้มากที่สุด

จุดเน้น

เพื่อให้ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการดูแลก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ ระหว่างใส่เครื่องช่วยหายใจ ประเมินความพร้อมในการถอดอุปกรณ์และเครื่องช่วยหายใจ และหลังถอดท่อช่วยหายใจ ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยไม่เกิดการติดเชื้อ

แนวทาง

1. Wean ถอดอุปกรณ์และเครื่องช่วยหายใจออกจากผู้ป่วยให้เร็วที่สุด ตามข้อบ่งชี้ โดยใช้ แบบฟอร์ม weaning protocol weaning protocol

2. Hand Hygiene

2.1 ล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือ Alcohol based hand rubs ก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ สัมผัสเยื่อบุ สารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ

2.2 เปลี่ยนถุงมือและล้างมือระหว่างสัมผัสผู้ป่วยแต่ละราย จับต้องสารคัดหลั่งหรือวัตถุปนเปื้อนสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยรายหนึ่ง และก่อนที่จะไปสัมผัสผู้ป่วยรายอื่น วัตถุ หรือสิ่งแวดล้อม

3. Aspiration Precaution

3.1 ป้องกันการสำลักเนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจ

- ใช้ noninvasive positive-pressure ventilation เพื่อลดความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจ
- หลีกเลี่ยงการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ
- ก่อนที่จะปล่อยลมจาก cuff หรือถอดท่อช่วยหายใจ ให้ดูดเสมหะบริเวณเหนือ cuff ออกให้หมด
- ระบาย circuit condensate ก่อนจัดท่าผู้ป่วย
- รักษาระดับความดันใน cuffให้อยู่ระหว่าง 20 – 30 cmH_2O

3.2 ป้องกันการสำลักเนื่องจากการให้อาหารทางสายยาง

- ให้ยกหัวเตียงผู้ป่วยทำมุม 30 -45 องศาถ้าไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์
- ตรวจสอบตำแหน่งของสายยางให้อาหารและวัด gastric residual volumes ก่อนให้ tube feeding

4. Prevent Contamination

5. Oral Care

5.1 ลด colonization dental plaque โดยการแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง

5.2 ดูแลความชุ่มชื้นของเยื่อบุโดยใช้ moisturizer ทุก 2- 4 ชั่วโมง

ตัวชี้วัด

- อัตราการเกิด VAP (เป้าหมาย <7ครั้ง ต่อพันวันนอน)

I2.3 : Central line Infection Prevention

เป้าหมาย

ลดอัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางให้มากที่สุด

จุดเน้น

เพื่อให้ผู้ป่วยใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง ได้รับการดูแลก่อนใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง ระหว่างคาสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง และประเมินความจำเป็นในการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ไม่เกิดการติดเชื้อ

แนวทาง

1. ปฏิบัติตาม Checklist สำหรับป้องกัน central line infection
2. มี Hand Hygiene ที่เหมาะสมในการดูแล Central lineก่อนและหลังการคลำตรงตำแหน่งที่จะสอดใส่สาย, ก่อนและหลังสัมผัส central line
3. ใช้ Maximal barrier precautions ในการใส่ Central line ได้แก่หมวก, mask, เสื้อกาวน์ปราศจากเชื้อและถุงมือปราศจากเชื้อ สำหรับผู้ป่วยให้คลุมผ้าปราศจากเชื้อตั้งแต่ศีรษะถึงปลายเท้า โดยมีช่องเปิดเล็กๆ ที่จะสอดใส่ central line
4. ใช้ Chlorhexidine 2 % in 70% isopropyl alcohol เช็ดผิวหนังเป็นเวลา 30 วินาทีและปล่อยให้แห้งสนิทก่อนเจาะผิวหนัง
5. เลือกตำแหน่งที่เหมาะสมในการใส่ Central line พยายามหลีกเลี่ยง femoral catheter
6. จัดทำ Protocol ในการดูแล Central line, Hand hygiene และ Aseptic technique โดยปฏิบัติตามรายละเอียดใน checklist สำหรับป้องกัน central line infection
7. ทวนความจำเป็นที่จะต้องมี Central line ทุกวัน โดยประเมินตาม checklist สำหรับป้องกัน central line infection
8. ให้ความรู้และฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกัน Bloodstream infection
9. ประเมินประสิทธิผลของ Protocol ว่ามีการติดเชื้อหรือไม่

ตัวชี้วัด

- อัตราการเกิด central line infection เป้าหมาย <0.5ครั้ง ต่อ พันวันใส่

I3 : Isolation precautions

เป้าหมาย

เพื่อป้องกันไม่ให้โรคติดเชื้อติดต่อไปยังผู้ป่วยรายอื่น บุคลากร และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

จุดเน้น

เป็นแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคสู่ผู้ป่วย บุคลากร และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

แนวทาง

1. **ให้ความรู้บุคลากรในเรื่อง Isolation precautions** ดังนี้ Isolation precautions หมายถึงการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจุลชีพจากผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่มีเชื้ออยู่แต่ไม่ปรากฏอาการ ไปสู่ บุคลากรและและผู้รับบริการอื่นๆ ตลอดจน หมายถึง การแยกผู้ป่วยให้อยู่ในห้องแยกหรือการจัดผู้ป่วยที่ติดเชื้อเดียวกันอยู่ในห้องเดียวกัน

การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายต่างๆการล้างมือและการนำส่งสิ่งส่งตรวจที่ปนเปื้อนเชื้อโรค แบ่งการปฏิบัติออกเป็น 2 วิธี คือStandard precautions และ Transmission – Based Precautions.

2. **Standard precautions** หมายถึง มาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่จะต้องปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางเลือด สารน้ำ สารคัดหลั่งของผู้ป่วย โดยให้คำนึงว่าผู้ป่วยทุกรายอาจจะมีเชื้อโรคในร่างกายที่สามารถติดต่อโดยเลือดและสารคัดหลั่ง ได้แก่ อุจจาระ ปัสสาวะเสมหะน้ำครำ น้ำในเยื่อหุ้มปอด น้ำไขสันหลัง เป็นต้น

3. **Transmission – based precautions** หมายถึง วิธีการป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อในผู้ป่วยที่ทราบการวินิจฉัยแล้ว โดยป้องกันตามกลวิธีการติดต่อเพิ่มเติมจากการดูแลผู้ป่วยด้วยStandard precautions ดังต่อไปนี้

3.1 Airborne precautions หมายถึง วิธีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่แพร่ทางอากาศ ทีมีขนาดเล็กกว่า 5 ไมครอน หรือเล็กกว่า ซึ่งลอยอยู่ในอากาศ ได้แก่ วัณโรค (TB),โรคหัด (Measles), อีสุกอีใส (chickenpox) เป็นต้น ใช้มาตรการ Standard precautions คู่กับ N-95 respirator

3.2 Droplet precautions หมายถึง วิธีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากละอองฝอย เสมหะ น้ำมูก น้ำลาย โดยที่เชื้อโรคมีขนาดใหญ่กว่า 5 ไมครอน ที่มาสัมผัสกับร่างกาย บริเวณเยื่อบุตา เยื่อบุจมูกและปาก หรือฝอยละอองที่เกิดจากผู้ป่วยที่มีเชื้อโรคไอ จาม พูด หรือขณะดูดเสมหะ ส่องกล้องตรวจหลอดลม ฝอยละอองนี้มีขนาดใหญ่ลอยอยู่ในอากาศได้ไม่นานในระยะไม่เกิน 3 ฟุต จากแหล่งโรค ได้แก่ หัดเยอรมัน (rubella), คางทูม (mumps), ไอกรน (pertussis) เป็นต้น ใช้มาตรการ Standard precautions คู่กับ Surgical mask

3.3 Contact precautions หมายถึง วิธีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากการสัมผัส ทั้งทางตรงและทางอ้อม การสัมผัสทางตรง เช่น การสัมผัสผิวหนังที่มีบาดแผลการสัมผัสทางอ้อม เช่น การสัมผัสสิ่งของเครื่องใช้ที่ปนเปื้อนเชื้อ ได้แก่ เชื้อดื้อยา, herpes simplex/zoster, infectious diarrhea, infectious wound ใช้ Standard precautions คู่กับ glove

4. ติดตามนิเทศการปฏิบัติ ตามแนวทางต่อไปนี้ Isolation precautions ประกอบด้วย

4.1 การล้างมือ

4.2 การจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วย

4.3 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

4.4 การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล

4.5 การทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อในวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

4.6 การบริหารจัดการผ้าเปื้อน

4.7 อุปกรณ์การรับประทานอาหาร

4.8 การดูแลสิ่งแวดล้อม และการเก็บ/แยก/กำจัดขยะในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด

- ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทาง Isolation precaution
- อุบัติการณ์การไม่ปฏิบัติตามแนวทาง Isolation precaution

I 4 : Prevention and Control Spread of multidrug-resistant Organism (MDRO)

เป้าหมาย

เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา

จุดเน้น

เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา จากผู้ป่วยสู่บุคลากร จากบุคลากรสู่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องทุกคน

แนวทาง

1. ห้อง lab มีการ Alert lab ที่ต้องเฝ้าระวังไปยังผู้เกี่ยวข้อง

2. ปฏิบัติตามหลัก Contact precautions อย่างเคร่งครัด ร่วมกับตามกลวิธีการติดต่อ เช่น Airborne precautions ติดป้าย AP และ Droplet precautions ติดป้าย DP เป็นต้นการปฏิบัติตาม Contact precautions ได้แก่

2.1 แยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยก กรณีไม่มีห้องแยก ให้จัดผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาตามที่ รพ.กำหนดอยู่ห้องเดียวกัน อาจกั้นเป็นพื้นที่จำเพาะหรือ การจัดระยะห่างระหว่างเตียงอย่างน้อย 3 ฟุต

2.2 แขวนป้าย CP (Contact Precautions) แจ้งเตือน และส่งเวร

2.3 แยกอุปกรณ์ทางการแพทย์เครื่องใช้เฉพาะราย เช่น stethoscope, ปรอทวัดอุณหภูมิ, เครื่องวัดความดันโลหิต, กะละมังเช็ดตัว,__ผ้าเช็ดตัว เป็นต้น

2.4 ใช้เครื่องป้องกันร่างกาย ได้แก่ สวมถุงมือ (gloves) ทุกครั้งที่ดูแลผู้ป่วย และสวมเสื้อคลุม(gown) เมื่อต้องสัมผัสผู้ป่วย หรือคาดว่าจะต้องสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมและสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย เช่น bed bath

2.5 ใช้น้ำยาทำลายเชื้อ 4% Chlorhexidine ฟอกตั้งแต่คอลงไป (ยกเว้นใบหน้า) แทนสบู่ วันละ 1 ครั้ง โดยใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดให้ทั่วตัว ใช้น้ำยา 3-5 ซีซี ฟอกน้ำยาให้ทั่ว (ยกเว้นใบหน้า)แล้วใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดออก เสร็จแล้วใช้ผ้าเช็ดให้แห้ง หากมีผื่นแพ้ให้หยุดใช้ทันที ห้ามใช้ในเด็กและผู้ป่วยที่ผิวหนังมีแผล

2.6 ให้ทำลายเชื้อที่อาจติดอยู่กับอุปกรณ์การแพทย์เครื่องใช้ทันทีด้วย 70% alcohol

3. การปฏิบัติเมื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

3.1 แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบว่าเป็นการย้ายผู้ป่วยเชื้อดื้อยา

3.2 ใช้ผ้ายาง/ผ้าผืนใหญ่ปูรองรถนั่ง เปลนอน ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

3.3 เจ้าหน้าที่ที่ต้องสัมผัสผู้ป่วย หรือเตียงผู้ป่วยสวมเสื้อคลุมและใส่ถุงมือ

4. ทำความสะอาด/ทำลายเชื้ออุปกรณ์เครื่องใช้ประจำวันและเมื่อย้ายหรือจำหน่ายผู้ป่วย โดยเช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำผสมสารขัดล้าง เช็ดตามด้วยน้ำสะอาด และเช็ดชุ่มด้วย 70% Alcohol หรือเช็ด/แช่ 0.5% hypochlorite

5. เฝ้าระวังและติดตามการติดเชื้อในผู้ป่วยรายต่อไป

ตัวชี้วัด

- อัตราการเกิดเชื้อดื้อยา เป้าหมาย ลดลง

M: Medication Safety

M1: Safe from Adverse Drug Event การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

เป้าหมาย

เพื่อป้องกันการเกิดแพ้ยาซ้ำ = 0 ครั้ง

จุดเน้น

1. มีแนวทางดำ เนินการที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม ในแต่ละสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล
2. ไม่พบการแพ้ยาซ้ำที่เกิดจากสาเหตุเดิม
3. มีการส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพ้ยาซ้ำอย่างรวดเร็ว
4. มีการสื่อสารเพื่อเพิ่มความระมัดระวังแก่ผู้เกี่ยวข้อง

แนวทาง:

1. พยาบาลควรสอบถามและบันทึกข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วยทุกราย
2. แพทย์ควรตรวจสอบประวัติแพ้ยาของผู้ป่วยจาก hos-XP และ Chart ที่เภสัช note และprogress note
3. เภสัชกรคัดกรองข้อมูลที่อาจเกี่ยวข้องกับการแพ้ยา เพื่อประสานผู้เกี่ยวข้อง
4. เภสัชกรควรให้ข้อมูลการแพ้ยาที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยและญาติ และทดสอบความเข้าใจเกี่ยวกับการแพ้ยา
5. เภสัชกรลงข้อมูลทันทีภายในเวร
6. มีการส่งต่อข้อมูลแพ้ยาในโรงพยาบาล
7. มีการสรุปรายการยาที่มีโอกาสเกิดการแพ้ยาข้ามกันเนื่องจากโครงสร้างทางเคมีของยาเพื่อเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลในกรณีที่มีการสั่งยาในกลุ่มดังกล่าว
8. พยาบาลควรสอบถามและบันทึกข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วยทุกราย
9. ให้พยาบาลส่งพบเภสัชกรทุกครั้งที่พบว่าผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา รายใหม่ และรายเก่าถ้าไม่มีในHos-XP
10. เมื่อ admit ทุกครั้ง พยาบาลใส่ป้ายข้อมือ สีชมพู 2 ข้าง และติดสติกเกอร์ หน้า chart ระบายปากกาเน้นข้อความ เพื่อสื่อสารให้ทีมทราบ
11. มีการแขวนป้ายสัญลักษณ์ที่เตียงผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา
12. การรับคำสั่งแพทย์ทางโทรศัพท์ ควรเพิ่มความระมัดระวังในการตรวจสอบประวัติการแพ้ยาก่อนให้ยาทุกครั้ง
13. ควรให้ยาที่ผ่านโปรแกรมจ่ายยา เพื่อตรวจสอบข้อมูลการแพ้ยา
14. ไม่ควรนำยาที่เหลือจากผู้ป่วยรายอื่นมาใช้ต่อ
15. ไม่ควรนำยา Stock ward มาใช้ ควรตรวจสอบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยทุกครั้ง
16. ควรสอบถามผู้ป่วย หรือตรวจสอบประวัติแพ้ยาของผู้ป่วยก่อนการให้ยาทุกครั้ง
17. ปั๊มตรายางผู้ป่วยแพ้ยาบน Doctor Order Sheet และ ใบ MAR

ตัวชี้วัด

อุบัติการณ์การเกิดการแพ้ยาซ้ำ เป้าหมาย =0

M 1.1 : safety from High-Alert Drug

1. วิธีการเพื่อป้องกันอันตราย

- จัดทำ protocols ซึ่งสะท้อนวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหา สภาวะของโรค หรือความต้องการที่คล้ายคลึงกัน
- ลดความหลากหลายโดยการกำหนดมาตรฐานความเข้มข้นและขนาดยาให้มีน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น
- จำกัดจำนวนยากลุ่มเสี่ยงให้อยู่ในหน่วยบริการน้อยที่สุดและหากจำเป็นต้องมี ให้ติด Sticker สีแดง แพทย์เป็นผู้สั่งการใช้ยากลุ่มเสี่ยงมีการติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนยากลุ่มเสี่ยง
- จัดให้มีข้อความเตือนใจและข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการติดตามการใช้ยาที่เหมาะสมอยู่ใน protocols

2. วิธีการเพื่อค้นหาความผิดพลั้งและอันตราย

- บรรจุข้อความเตือนใจและข้อมูลเกี่ยวกับ parameter ที่เหมาะสมสำหรับการติดตามการใช้ยาใน protocols
- ผู้ที่ต้องการใช้ข้อมูลผลการตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ สามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้
- นำแนวทาง double-checks โดยอิสระแก่กันไปใช้ เมื่อมีความเหมาะสม

3. วิธีการเพื่อบรรเทาอันตราย

- สร้างความมั่นใจว่ามี antidotes และสารต้านฤทธิ์ (reversal agents) พร้อมใช้
- มีแนวทางช่วยชีวิต (rescue protocols)

กำหนดรายการยากลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาล มีทั้งหมด 11 ตัว ได้แก่

- ยาระบบหัวใจและหลอดเลือด ทั้งหมด 5 ตัว

  Amiodarone injection 150 mg/3 ml.

  Digoxin injection 0.5mg/2 ml.

  Dopamine injection 250m/10 ml.

  Norepinephrine injection 4mg/4 ml.

  Streptokinase 1.5 mU injection

- Opiate narcotics ทั้งหมด 2 ตัว

  Morphine injection 10mg/ ml. (ยาเสพติด)

  Pethidine injection 50mg/ml (Meperidine injection) (ยาเสพติด)

- Electrolyte ที่มีความเข้มข้นสูง

  Potassium chloride (KCL) injection 20mEq/10 ml.

- ยารักษาโรคเบาหวานชนิดฉีด

  Regular insulin injection

- สารละลายความเข้มข้นสูง 3%NACL
- 50%Magnesium sulfate

การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ Anticoagulants

STREPTOKINASE

- ใช้แบบฟอร์มการให้ยาละลายลิ่มเลือดสำหรับผู้ป่วย ST-Elevation Myocardial infraction (STEMI checklist) เพื่อประเมินข้อห้ามหรือความเสี่ยงก่อนการบริหาร streptokinase
- ใช้แบบฟอร์มการสั่งใช้ที่พิมพ์ล่วงหน้า (preprinted order forms) หรือแนวทางการสั่งใช้ยา (ordering protocols) คือ แบบฟอร์ม Doctor's order sheet for STEMI ในการบริหารยา streptokinase รวมถึงการติดตามผลข้างเคียงของคนไข้ระหว่างบริหารยา streptokinase
- การเก็บสำรองยาที่หน่วยดูแลผู้ป่วยให้สำรองยา streptokinase เฉพาะหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤต (ICU) เท่านั้น โดยให้ปฏิบัติต่อยา streptokinase เสมือนยาที่ต้องควบคุม มีการกำจัดการสั่งใช้ การจัดเก็บ และการบันทึก

WARFARIN

- ลดรายการยาที่มีหลายความแรงของยารับประทานให้เหลือน้อยที่สุด
- จัดทำแนวทางการปรับขนาดยาที่เป็นมาตรฐานในการเริ่มให้ยา, การให้ยาต่อเนื่อง, แนวทางการปรับขนาด Vitamin K, การหยุดยาเพื่อการผ่าตัด
- ปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อปรับขนาดยา
- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามระดับความสามารถในการรับรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการกินยา การติดตามผลการใช้ยาด้วยตนเอง ยาและอาหารที่ควรเหลีกเลี่ยง
- จัดทำสมุดประจำตัวของผู้ป่วย เพื่อบันทึกประวัติการรักษา การใช้ยา และปัญหาที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง
- จัดให้มี warfarin clinic ใน setting ของผู้ป่วยนอก

การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ Narcotics

- มีแนวทางการประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดและผู้ป่วย palliative care
- เมื่อประเมิน pain scale แล้ว ให้บันทึกไว้ในจุดปรอท และกรณีที่ให้การรักษาความเจ็บปวดให้ประเมินซ้ำภายใน 30 - 60 นาที

- ใช้วิธีการที่เหมาะสมในการติดตามผลข้างเคียงจาก narcotic และ opiate
- ปรึกษา pain specialist (อาจจะเป็นพยาบาล เภสัชกร แพทย์ ที่ได้รับการฝึกอบรม) ถ้าแพทย์ผู้ดูแลไม่เชี่ยวชาญในเรื่องการควบคุมอาการปวด
- ใช้วิธีการระงับอาการปวดและความกังวลที่ไม่ใช่ยาให้มากขึ้น
- ลดหรือขจัดการใช้ยาที่มีความแรงหลายขนาดถ้าเป็นไปได้

การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ Insulin

- กำหนดให้มี double-check ยา, ขนาดยา, pump setting, วิธีการให้, การระบุตัวผู้ป่วย และห้อยป้าย “high alert drug” ก่อนที่จะมีการให้ IV insulin (RI)
- แยกยาที่ชื่อพ้องมองคล้ายโดยการเขียนฉลาก เวลา และระยะห่าง
- มอบให้ผู้ป่วยบริหารยา insulin ด้วยตนเองถ้าสามารถทำได้
- ประสานเวลาที่ให้อาหารกับเวลาที่ให้ insulin
- ใช้ diabetic management flow sheet
- มีการติดตามผลการใช้ยาอย่างเหมาะสมโดยการตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยวิธี rapid testing บ่อยขึ้น

การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ Sedatives

- จัดทำคำสั่งที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้าสำหรับการสั่ง narcotic และ sedative ในผู้ป่วย alcohol withdrawal patient
- ติดตามผู้ป่วยเพื่อดูอาการแสดงของการกดการหายใจจากระดับ O_2 saturation หรือ CO_2

ตัวชี้วัด

- อุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา High alert drug เป้าหมาย <0.05ต่อพันวันนอน

M 2.1: Look-Alike Sound-Alike Medication Names (LASA)

มีแนวทางเรื่อง Look-Alike Sound-Alike (LASA) ขึ้น ดังนี้

1. มีการค้นหาและจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย (LASA) ในเชิงรุกโดย
    ก) ทบทวนยาชื่อพ้องมองคล้าย (LASA) ที่มีใช้ในโรงพยาบาลเป็นประจำทุกปี
    ข) นำแนวทางทางคลินิก (clinical protocol) ต่อไปนี้ไปปฏิบัติ
        - ลดการใช้คำสั่งการรักษาด้วยวาจาและคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์

- เน้นความจำเป็นที่จะต้องอ่านฉลากอย่างระมัดระวังทุกครั้งที่หยิบยา และอ่านซ้ำก่อนที่จะให้ยา โดยไม่วางใจกับการจดจำภาพ ที่เก็บ หรือสิ่งที่ไม่เจาะจงอื่นๆ
- เน้นความจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบเป้าหมายของการใช้ยาในคำสั่งใช้ยา และตรวจสอบการวินิจฉัยโรคที่เป็นปัจจุบันกับเป้าหมายหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยาก่อนที่จะให้ยาอีกครั้งหนึ่ง
- ระบุทั้งชื่อสามัญและชื่อการค้าในคำสั่งใช้ยาและฉลากยา โดยให้ชื่อสามัญมีขนาดใหญ่กว่าชื่อการค้า

ค) จัดทำกลยุทธ์เพื่อป้องกันความสับสนหรือการแปลความหมายผิดเนื่องจากคำสั่งใช้ยาที่เขียนไม่ชัดหรืออ่านไม่ออก รวมทั้งระบุกรณีที่จะต้องเขียนชื่อยาและขนาดยาด้วยตัวพิมพ์ กรณีที่จะต้องระบุความแตกต่างของชื่อยาให้ชัดเจน เช่น การใช้ตัวอักษรที่สูงกว่าปกติ (tall man letter)

ง) จัดเก็บยาที่มีปัญหาไว้ในสถานที่ที่แยกเฉพาะหรือจัดเก็บโดยไม่เรียงลำดับตัวอักษร เช่น จัดเก็บห่างกันในชื่อพ้องกัน, ใช้ Sticker สีฟ้าติดบางตัวที่คล้ายกัน

จ) ใช้เทคนิค เช่น ตัวหนาหรือสีที่แตกต่าง เพื่อลดความสับสนเกี่ยวกับการใช้ชื่อยาบนฉลาก กล่องและชั้นเก็บ หน้าจอคอมพิวเตอร์

ฉ) จัดทำกลยุทธ์เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการลดความเสี่ยงโดย

- ให้ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ในการใช้ยา ชื่อสามัญและชื่อการค้า ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้
- หากลยุทธ์เพื่อช่วยผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องสายตา ภาษา และผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
- ให้เภสัชกรทบทวนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อยืนยันข้อบ่งชี้ รูปลักษณ์ที่คาดหวังของยาที่จ่ายให้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการจ่ายยาที่รู้ว่ามีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องชื่อ

ช) สร้างความมั่นใจว่ากระบวนการจัดการเกี่ยวกับยาในทุกขั้นตอนได้รับการปฏิบัติโดยผู้มีคุณสมบัติที่เหมาะสมและมีความรู้ความสามารถ

2. จัดให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่มีชื่อพ้องมองคล้ายในหลักสูตรการศึกษา การปฐมนิเทศ และการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ

3. สร้างความมั่นใจว่าในการจัดซื้อยาใหม่ มีการพิจารณาเรื่องชื่อพ้องมองคล้ายและการทดสอบกับผู้ใช้ และมีความตื่นตัวว่ายาที่มีชื่อการค้าตัวหนึ่งนั้นอาจจะมีชื่อที่แตกต่างกันในประเทศต่างๆ และจัดซื้อยาที่มีรูปร่างแตกต่างกัน

4. สนับสนุนการเน้นย้ำความปลอดภัยของผู้ป่วยในการตั้งชื่อยาและการขจัดยาที่ชื่อพ้องมองคล้ายออก โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการผู้ควบคุม ผู้กำหนดมาตรฐานและที่ปรึกษาในระดับชาติและระดับสากล

5. ร่วมคือกับผู้ผลิต/จำหน่ายยาเพื่อนำสิ่งต่อไปนี้ไปปฏิบัติ

- การพิจารณาชื่อยาที่ใช้อยู่ซึ่งมีโอกาสเกิดความสับสนกับชื่อยาใหม่ ก่อนที่จะมีการรับยาใหม่เข้าในบัญชียาโรงพยาบาล

M2 : Safe from Medication Error การจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา

เป้าหมาย

เพื่อลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาและถูกรายงานเข้าสู่ระบบและได้รับการแก้ไขเชิงระบบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ

จุดเน้น:

1. มีการทบทวนรายงานอุบัติการณ์และค้นหาสาเหตุที่แท้จริง เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ
2. นำเสนอผลการวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนทางยาต่อคณะกรรมการจัดการความเสี่ยงด้านยาคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เพื่อกำหนดนโยบายแนวทางความคลาดเคลื่อนทางยา
3. สื่อสารให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและปฏิบัติตามแนวทาง

แนวทาง

1. กำหนดแนวทางการสั่งใช้ยาของแพทย์
2. กรณีที่คำสั่งใช้ยาไม่ชัดเจน จะมีการติดต่อประสานงานเพื่อยืนยันคำสั่งแพทย์ทุกครั้ง
3. การจ่ายยาสามารถดูข้อมูลผู้ป่วยทั่วไป เช่น การวินิจฉัยโรค น้ำหนัก ส่วนสูง ภาวะตั้งครรภ์ ประวัติการแพ้ยาและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. สามารถคัดกรองคำสั่งแพทย์ โดยดูประวัติการใช้ยาเดิม จากระบบคอมพิวเตอร์
5. มีการรวบรวมรายงานการจ่ายยาคลาดเคลื่อนเพื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกันทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
6. สรุปรายการยาที่มีชื่อพ้อง มองคล้าย (LASA) จากรายงานอุบัติการณ์ นำ มาสื่อสารกับผู้ปฏิบัติงานและแจ้งฝ่ายจัดซื้อเพื่อพิจารณาเปลี่ยนบรรจุภัณฑ์
7. เปลี่ยนการจัดเรียงยาที่คล้ายกัน เพื่อสามารถหยิบยาได้อย่างถูกต้อง
8. จัดทำรายงานสรุปความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา และนำเข้าที่ประชุม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ระหว่างเภสัชกร, เจ้าพนักงานเภสัชกรรมและเจ้าหน้าที่ เพื่อหาแนวทางลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อน
9. มีระบบ double check ในการจ่ายยาผู้ป่วยในกลับบ้าน
10. มีการตรวจสอบใบ MAR กับ คำสั่งแพทย์ในเวรดึก
11. มีการตรวจสอบยากับใบ MAR ถ้าไม่ตรงกัน ให้ตรวจสอบกับคำสั่งแพทย์อีกครั้ง
12. มีการตรวจสอบซ้ำทุกขั้นตอนในการให้ยา High Alert Drugs
13. ทำฉลากยาฉีดให้เท่ากับจำนวนครั้งที่ฉีดในแต่ละวัน เพื่อลดการคัดลอก med card
14. มีการตกลงร่วมกันถึงนิยาม 7R และเหตุการณ์ที่ต้องมีการบันทึกรายงานความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
15. มีการทบทวนเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทั้งที่เป็น near miss (sentinel event) และความคลาดเคลื่อน**ระดับ E ขึ้นไป โดยการทำ RCA** เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงระบบ

ตัวชี้วัด

- อัตราการเกิด med error เป้าหมาย <10 ครั้งต่อ 1000 วันนอน

M3 : Medication Reconciliation

การค้นหาประวัติยาโรคเรื้อรังเพื่อประสานรายการยาให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

จุดเน้น

1. มีแบบบันทึกประวัติการใช้ยาโรคเรื้อรังของผู้ป่วยอยู่ใน Chart
2. ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับโรคและสภาวะของผู้ป่วย
3. มีการสรุปรายการยาโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยได้รับขณะกลับบ้าน เพื่อนำไปสื่อสารกับสถานพยาบาลอื่น

แนวทาง:

1. สร้างระบบที่เป็นมาตรฐานในการรวบรวมและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยแต่ละรายกำลังใช้อยู่ และส่งมอบบัญชีรายการให้กับผู้ที่ให้การดูแลคนต่อไป เมื่อมีการเปลี่ยนจุดให้บริการ (การรับไว้นอนโรงพยาบาล, การย้าย/ส่งต่อ, การจำหน่าย, การมาติดตามตรวจที่ OPD) ข้อมูลที่ควรรวบรวมประกอบด้วย

- ยา วิตามิน อาหารเสริม อาหารที่อาจมีอันตรกิริยากับยา สมุนไพร ที่แพทย์สั่งและที่ผู้ป่วยซื้อเอง
- ขนาด ความถี่ วิธีใช้และเวลาที่ได้รับยาครั้งสุดท้าย ตรวจสอบการได้รับยาที่บ้านเทียบกับที่แพทย์สั่งถ้าเป็นไปได้
- แหล่งที่รับยาของผู้ป่วย ถ้าเป็นไปได้ให้ตรวจสอบข้อมูลยาที่ผู้ป่วยได้รับที่บ้านกับผู้ให้บริการปฐมภูมิหรือเภสัชกรชุมชน

2. มีนโยบายและวิธีปฏิบัติที่กำหนดในเรื่องต่อไปนี้

- กรณีเป็นผู้ป่วยใน และแพทย์ต้องการให้ตามประวัติยาเดิม เภสัชกรจะ note รายการยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วย ในเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อรายงานให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ
- ใช้รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อเนื่องและเป็นปัจจุบันเป็นจุดอ้างอิง เมื่อจะสั่งยาที่ห้องตรวจโรค ห้องฉุกเฉิน หรือเมื่อรับไว้เป็นผู้ป่วยใน
- เปรียบเทียบรายการยาของผู้ป่วยกับยาที่แพทย์สั่ง (reconciliation) เพื่อดูว่ามีการละเลย การสั่งซ้ำ หรือความไม่สอดคล้องระหว่างยาของผู้ป่วยกับสภาวะทางคลินิก ความคลาดเคลื่อนในขนาดยา และโอกาสเกิดอันตรกิริยา
- มีการสรุปรายการยาของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย แสดงถึงรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยจะต้องใช้หลังจากจำหน่ายในสมุดประจำตัวผู้ป่วยหรือใบสั่งยา ซึ่งมีทั้งยาที่แพทย์สั่งใหม่ และยาเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับเมื่ออยู่ที่บ้านที่แพทย์สั่งใช้ต่อ

3. นำการฝึกอบรมวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับ medication reconciliation เข้าบรรจุในหลักสูตรการศึกษา การปฐมนิเทศ และการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ

ตัวชี้วัด

- ร้อยละผู้ป่วยในได้รับการทำ Medication reconcillation ภายใน 24 ชม เป้าหมาย >80 %
- อุบัติการณ์ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้ เป้าหมาย จำนวนครั้งต่อพันวันนอน

M4 : Rational Drug Use การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย

จุดเน้น

1. ทบทวนบัญชียาของโรงพยาบาล ให้มีรายการยาที่ควรมีและไม่ควรมีในบัญชียาของโรงพยาบาล
2. ส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
3. พัฒนาฉลากยาและฉลากยาเสริม ให้มีชื่อยาภาษาไทย ขนาด/วิธีใช้ ข้อควรระวัง และข้อบ่งใช้
4. ดำเนินการให้เกิดจริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยาและส่งเสริมจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา
5. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (Responsible Use of Antibiotics : RUA) ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ และในสตรีคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด
6. ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCD) ได้แก่ ภาวะความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหอบหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
7. สร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้รับบริการต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

แนวทาง

1. มีคณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับจังหวัด
2. ตัดยาที่ไม่ควรมีออกจากบัญชียาโรงพยาบาล ได้แก่ Cinnarizine, Glibenclamide
3. เพิ่มขนาดฉลากยาจาก 6 x 6.5 cm เป็น 8 x 8.5 cm เพื่อเพิ่มขนาดตัวอักษรให้อ่านชัดเจนมากขึ้น เพิ่มข้อความที่จำเป็น เช่น ข้อบ่งใช้ สรรพคุณ อาการข้างเคียง ระบุ pregnancy category มีชื่อยาภาษาไทย ระบุคำว่า “ยาหลักแห่งชาติ” และเพิ่ม QR code ในกลุ่มยาสำคัญ เพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยที่ต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมสามารถเข้าไปอ่านได้
4. สร้างสื่อประชาสัมพันธ์ ได้แก่ โปสเตอร์ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ทำป้ายรณรงค์ และเปิดสื่อวีดีทัศน์ให้ผู้ป่วยรับชมขณะรอรับบริการจ่ายยา
5. ประสานให้ห้องตรวจปฏิบัติการคำนวณค่า GFR ในผู้ป่วยทุกราย ที่สั่งตรวจ Cr เพื่อนำมาใช้พิจารณายาที่มีผลต่อไต

6. อบรมให้ความรู้แก่พยาบาลเวชปฏิบัติถึงแนวทางการใช้ยาสมเหตุสมผล และมีการกำกับติดตามตัวชี้วัด โดยแจ้งผลการดำเนินงานให้ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิทราบ ผ่านศูนย์ประสานงานหน่วยบริการปฐมภูมิ และสำนักสาธารณสุขอำเภอ

ตัวชี้วัด

- อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุสมผล ครั้งต่อพันวันนอน

M5 : Blood Transfusion Safety

M5.1 การป้องกัน การจ่ายเลือดผิดตึก / ผิดคน / ผิดหมู่

เป้าหมาย

เพื่อป้องกันความผิดพลาด ในการจ่ายเลือดให้กับผู้ป่วย อันเป็นเหตุให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ (blood transfusion reaction)

จุดเน้น

1. ป้องกันตัวอย่างส่งตรวจไม่ถูกต้อง ได้แก่ การเจาะเลือดผู้ป่วยผิดคน
2. ป้องกันความผิดพลาด ของการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ (blood grouping , cross –matching)
3. ป้องกันการจ่ายเลือดให้หอผู้ป่วยผิดพลาด
4. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เข้าใจและปฏิบัติตามแนวทางการขอเลือดได้อย่างถูกต้อง

แนวทาง

1. กำหนดแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การใช้บริการห้องปฏิบัติการคลังเลือด โดยมีรายละเอียดที่สำคัญได้แก่การเจาะตัวอย่างเลือด การเขียนใบนำส่ง การส่งตัวอย่าง การมาขอรับเลือด เป็นต้น

2. ทบทวน และจัดทำแนวทางปฏิบัติงาน โดยเน้นปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้แก่ การควบคุมคุณภาพการทดสอบ การควบคุมคุณภาพน้ำยา การควบคุมคุณภาพเครื่องมือทดสอบ และกำหนดให้มีระบบตรวจสอบซ้ำ ในทุกขั้นตอนที่มีผลต่อระบบคุณภาพ

3. สื่อสารให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเตรียมเลือดให้ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามแนวทางมีการติดตามเมื่อเกิดอุบัติการณ์สิ่งที่ไม่สอดคล้องตามข้อกำหนด บันทึกและทบทวนแก้ไข

4. มีการเก็บข้อมูลตัวชี้วัด อัตราการจ่ายเลือดผิดพลาด อัตราการเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์หลังจากได้รับเลือด เพื่อหาโอกาสพัฒนาให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับเลือด มีความเสี่ยงน้อยที่สุด

ตัวชี้วัด

- อุบัติการณ์การให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน ผิดชนิด เป้าหมาย =0
- อุบัติการณ์การไม่ปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือด เป้าหมาย =0

M5.2 การป้องกัน ผู้ป่วยเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ หลังจากได้รับเลือด

เป้าหมาย

เพื่อให้เลือด และผลิตภัณฑ์ต่างๆของเลือด ที่เตรียมให้กับผู้ป่วยมีความปลอดภัยสูงสุด

จุดเน้น

1. รับเลือดจากผู้บริจาคที่ไม่มีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อ
2. ขั้นตอนเจาะเก็บเลือด และเตรียมผลิตภัณฑ์ของเลือดชนิดต่างๆมีความปลอดภัย ไม่มีการปนเปื้อนของเชื้อ
3. เลือด และเตรียมผลิตภัณฑ์ต่าง ๆของเลือด เตรียมโดยวิธีที่ถูกต้อง มีการตรวจสอบคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ
4. มีระบบตรวจคัดกรองการติดเชื้อ การแยกเก็บเลือดที่ผ่านการตรวจคัดกรอง และที่ยังไม่ผ่านการตรวจคัดกรอง
5. มีระบบจัดเก็บเลือด และผลิตภัณฑ์ต่าง ๆของเลือดตามอุณหภูมิที่เหมาะสม

แนวทาง

1. กำหนดแนวทางการคัดเลือดผู้บริจาค การเจาะเก็บเลือดตามแนวทางของมาตรฐานงานบริการโลหิต
2. กำหนดแนวทางปฏิบัติงาน เรื่อง การเตรียมเลือด และส่วนประกอบของเลือด โดยอ้างอิงแนวทางปฏิบัติตามวิธีมาตรฐาน มีการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพทุกขั้นตอน
3. ตรวจคัดกรองการติดเชื้อตามมาตรฐาน ได้แก่ ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี ไวรัส เอชไอวี และตรวจคัดกรองโดยวิธี Neucleic Acid Testing เพื่อลดความเสี่ยงการติดต่อของเชื้อ ในระยะ Window period
4. เลือด และผลิตภัณฑ์ต่างๆของเลือดแยกเก็บในตู้เย็นเก็บเลือดโดยเฉพาะ มีการควบคุม บันทึกอุณหภูมิวันละสามครั้ง 8.30 น. 16.00น.และ 24.00น. มีการสอบเทียบปีละ 1 ครั้ง

ตัวชี้วัด

- อุบัติการณ์การเกิดปฏิกิริยาจากเลือดของผู้ป่วย เป้าหมาย = 0

P = Patient Care Process

P1 : Patients Identification การบ่งชี้ตัวบุคคลของผู้รับบริการ

เป้าหมาย

1. ป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยผิดคน
2. เพิ่มความแม่นยำในการระบุตัวผู้ป่วยในกระบวนการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง

จุดเน้น

1. การระบุตัวผู้ป่วยรับใหม่
2. การระบุตัวผู้ป่วยในการเก็บสิ่งส่งตรวจ
3. การระบุตัวผู้ป่วยและตำแหน่งในการผ่าตัด / การทำหัตถการ

4. การระบุตัวผู้ป่วยในการเจาะเลือด / ให้เลือด

5. การระบุตัวผู้ป่วยในการให้ยา

แนวทาง

1. ให้มีการติดป้ายข้อมือหรือสิ่งที่แสดงถึงการระบุชื่อผู้ป่วย/ทารก ทุกราย

2. ให้มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งเมื่อติดป้ายข้อมือให้ผู้ป่วย

3. ให้มีการตรวจสอบว่าป้ายข้อมือสามารถอ่านได้อย่างสม่ำเสมอ และเปลี่ยนใหม่เมื่อเลอะเลือนไม่สามารถอ่านได้

4. ให้มีการใช้ตัวบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ (เช่น ชื่อ – นามสกุล และ วันเกิด) หรือ ใช้ระบบการทวนซ้ำและการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพทุกครั้ง ดังนี้

4.1 กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ให้สอบถามชื่อ – สกุลกับป้ายข้อมือ (โดยไม่มีการถามนำ)

4.2 กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว/สับสน ถามตอบไม่รู้เรื่อง รวมทั้งผู้ป่วยเด็ก/ทารกให้ตรวจสอบ ชื่อ – สกุล ตามป้ายข้อมือ กับ เลขประจำตัวผู้ป่วย, เพศ , อายุ ,การวินิจฉัยโรค เป็นต้นโดยให้ญาติ ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแทนได้

5. การระบุตัวผู้ป่วยในการเก็บสิ่งส่งตรวจ

5.1 พิมพ์ sticker ติด container ของสิ่งส่งตรวจ ก่อนนำไปเก็บจากตัวผู้ป่วย

5.2 ให้มีการยืนยันการระบุตัวผู้ป่วยตามตัวบ่งชี้ในข้อ 4.1/4.2 และชนิดของสิ่งส่งตรวจที่ ต้องการเก็บ กับ sticker ที่ติด container อีกครั้ง ก่อนทำการเก็บสิ่งส่งตรวจนั้น

5.3 หลังเก็บสิ่งส่งตรวจให้ตรวจสอบ ชื่อ – นามสกุล ตามข้อ 4.1/ 4.2 กับ sticker ที่ติด container อีกครั้ง

5.4 ในกรณีที่มีใบ request ให้มีการยืนยันรายละเอียดของผู้ป่วย ตามข้อ 4 – 1)/4 - 2)กับใบส่ง ตรวจนั้นให้ตรงกันก่อนส่งใบ request และก่อนทำการตรวจ

6. การระบุตัวผู้ป่วยและตำแหน่งในการผ่าตัด / การทำหัตถการ

6.1 พยาบาลตรวจสอบแผนการรักษา

6.2 Set ผ่าตัด / หัตถการ ตรวจสอบชื่อ – นามสกุล และ HN วันที่ผ่าตัด และชนิดของการผ่าตัด/หัตถการ ให้ตรงกับแผนการรักษา ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย

6.3 ให้มีการทำเครื่องหมายระบุตำแหน่งที่จะทำผ่าตัด/หัตถการ โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมกรณีที่รู้สึกตัว

6.4 ให้มีกระบวนการตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้องก่อนเริ่มผ่าตัด/หัตถการ ระหว่างศัลยแพทย์และพยาบาลผู้ร่วมทีม ให้ถูกคน ถูกหัตถการ และถูกตำแหน่ง ก่อนเริ่มลงมือทำการผ่าตัด และให้มีการบันทึกที่ชัดเจน

7. การระบุตัวผู้ป่วยในการให้เลือด / เจาะเลือด

7.1 ตรวจสอบแผนการรักษา

7.2 ผู้เจาะเลือด / ผู้เตรียม tube เลือดต้องเป็นคนเดียวกัน โดยเขียนชื่อ – สกุล HN ของผู้ป่วย,ชนิดของเลือดชื่อผู้เจาะบน bar code

7.3 ส่ง tube เลือดให้ธนาคารเลือด

7.4 รับเลือดตามกระบวนการรับเลือดของธนาคารเลือด

7.5 เมื่อได้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือดมาจากธนาคารเลือดแล้ว ตรวจสอบความถูกต้องร่วมกับเจ้าหน้าที่พยาบาลอีกคนหนึ่ง(Double check)โดย

7.6 ตรวจสอบชื่อ นามสกุล เลขที่โรงพยาบาลของผู้ป่วย และหอผู้ป่วยให้ตรงกันทั้งในใบรับเลือด (Blood bank report) และใบคล้องเลือดโดยเซ็นชื่อกำกับไว้ในใบรับเลือด (เซ็นทั้งสองคน)

7.7 ตรวจสอบหมู่เลือด (ABO & Rh) ชนิด หมายเลขเลือด (blood number) บนถุงเลือดให้ตรงกับใบรับเลือด ถ้าไม่ตรงกันต้องส่งกลับไปตรวจสอบใหม่ที่ธนาคารเลือดโดยมีหลักฐานยืนยันการตรวจ สอบครั้งที่ 2 ของเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด

7.8 ตรวจสอบหมู่เลือดซ้ำอีกครั้งก่อนให้เลือด ถ้าไม่ตรงกันให้ทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติข้อ 4 ใหม่อีก เมื่อพบว่าไม่ตรงให้งดการให้เลือดไว้ก่อนและเจาะเลือดเพื่อตรวจสอบหมู่เลือดซ้ำ พร้อมกับนำเลือด ไปฝากธนาคารเลือดไว้ก่อน รอการตรวจสอบ จนแน่ใจจึงนำเลือดมาให้ผู้ป่วย

8. การระบุตัวผู้ป่วยในการให้ยา

8.1 ตรวจสอบแผนการรักษา รับคำสั่ง คัดลอกยาลงในใบ MAR

8.2 ตรวจสอบชื่อ – สกุลของผู้ป่วย ในใบ MAR , และป้ายฉลากยา จากห้องยา ให้ตรงกันก่อนเตรียมยา

8.3 กรณีเป็นยาฉีด ให้ติด Striker ฉลากยา ที่มาจากห้องยา ที่Syringe ยาฉีด

8.4 สอบถามชื่อ – สกุลของผู้ป่วย ให้ตรงกับ Sticker ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถตอบได้ ให้ตรวจสอบกับป้ายข้อมือ / สอบถามจากญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยแทน

ตัวชี้วัด

- อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
- อุบัติการณ์การให้บริการผิดคน

P 2.1 : Effective Communication SBAR

เป้าหมาย

เพื่อให้การช่วยเหลือผู้รับบริการได้อย่างมีคุณภาพและทันท่วงทีโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤติส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและเกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดี

จุดเน้น

1. เน้นการดูแลผู้รับบริการให้มีประสิทธิภาพ ทันเวลา ป้องกันความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดในกระบวนการดูแลรักษาพยาบาล
2. นำ SBAR มาใช้การสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้บริการเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤต

แนวทาง

1. กำหนดมาตรฐานการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้บริการเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้ SBAR
2. จัดอบรมให้ความรู้แก่ทีมผู้ให้บริการเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วยทุกหน่วยงานในการใช้ S-BAR เป็นแนวทางในการสื่อสาร
3. จัดเตรียมอุปกรณ์สื่อสารให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ (หากชำรุดรีบหาทดแทน)
4. หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงานนิเทศติดตามผลการใช้ S-BAR ในการสื่อสาร เพื่อหาโอกาสพัฒนา/ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย

กรณีการรายงานแพทย์ในกรณีผู้ป่วยภาวะวิกฤติ

1. ใช้รูปแบบการสื่อสารที่หลากหลายและเหมาะสมกับแพทย์ เช่น

1.1 โทรศัพท์มือถือ โดยไม่ควรรอนานกว่า 5 นาทีสำหรับความพยายามในการติดต่อใหม่ มือถือของรพ.และของส่วนตัว ให้ใช้วิธีการทุกวิธีก่อนที่จะสรุปว่าไม่สามารถติดต่อแพทย์ได้

1.2 แนวทางการตามแพทย์ ในและนอกเวลาราชการ

1.2.1) แพทย์เวรใน

1.2.2) ตาม Second Call/Staff

2. ก่อนที่พยาบาลวิชาชีพจะรายงานแพทย์ให้ทบทวนตนเองตามขั้นตอนต่อไปนี้

2.1 ถามตัวเองว่าได้เห็นและประเมินผู้ป่วยด้วยตนเองหรือไม่

2.2 ได้พูดคุยเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วยกับพยาบาลที่มีความรู้มากกว่าหรือไม่

2.3 ทบทวนเวชระเบียนว่าควรรายงานแพทย์ท่านใด

2.4 ทบทวนการวินิจฉัยเมื่อแรกรับและวันที่รับไว้

2.5 ได้อ่านบันทึกความก้าวหน้าที่แพทย์และพยาบาลเวรก่อนได้บันทึกไว้หรือยัง

2.6 เตรียมข้อมูล/เวชระเบียนผู้ป่วยให้พร้อมก่อนรายงานแพทย์

3. การรายงานแพทย์โดยใช้ SBAR มีแนวทางดังนี้

S = Situation

1) ระบุตัวผู้รายงาน หน่วยงาน ชื่อ-สกุลของผู้ป่วย หมายเลขเตียง/ห้อง

2) ระบุปัญหาสั้นๆเวลาที่เกิดสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่พบแบบรวบรัดกระชับความรุนแรงที่เกิด

B = Black ground

1) การวินิจฉัยเมื่อแรกรับและวันที่รับไว้

2) บัญชีรายการยาสารน้ำที่ได้รับ ประวัติการแพ้ยา

3) ผลการตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการ วันเวลาที่ทำการทดสอบและผลการตรวจทดสอบครั้งที่แล้วเพื่อเปรียบเทียบ

4) สัญญาณชีพล่าสุด

5) ข้อมูลทางคลินิกอื่นๆ (ถ้ามี)

A = Assessment การประเมินสถานการณ์ของพยาบาล ได้แก่

1) การสรุปสิ่งที่สังเกตเกี่ยวกับสถานการณ์ในมุมมองของตนเอง

2) รายงานสิ่งที่ตนเองสังเกตเห็น

3) ภาวะรุนแรงของปัญหา เช่น ผู้ป่วยมีปัสสาวะสีน้ำล้างเนื้อ

4) ผลการวิเคราะห์และพิจารณาทางเลือกต่างๆ ของตนเอง

5) ปัญหานี้เป็นปัญหารุนแรงหรืออันตรายถึงชีวิตหรือไม่

R = Recommendation การให้ความเห็นหรือข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย เช่น

1) อะไรที่คิดว่าจำเป็นสำหรับผู้ป่วย

2) ข้อเสนอแนะหรืออะไรที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

3) ทางออกอะไรที่สามารถเสนอแก่แพทย์

4) อะไรที่คิดว่าต้องการจากแพทย์ในการช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น

5) การย้ายผู้ป่วยไป ICU

6) ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลจากแพทย์โดยด่วน

7) การเปลี่ยนแปลงคำสั่งการรักษา

8) บันทึกการเปลี่ยนแปลงสภาวะของผู้ป่วยและการรายงานแพทย์

P 2.2 = Communication During Patient Care Handovers

เป้าหมาย

มีการส่งต่อข้อมูลในระหว่างสมาชิกทีมผู้ให้บริการเมื่อมีการเปลี่ยนเวรหรือระหว่างหน่วยงาน และเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพที่จะให้การดูแลต่อได้รับข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแลรักษา

จุดเน้น

1. ทุกหน่วยงานนำ S-BAR เป็นแนวทางมาตรฐานในการสื่อสารส่งมอบข้อมูลผู้ป่วยระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้วยกัน

2. เมื่อมีการเปลี่ยนเวรหรือย้ายผู้ป่วยไปหน่วยงานอื่น และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลต้องมีการสื่อสารส่งมอบข้อมูลระหว่างสมาชิกทีมผู้ให้บริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยรายเดียวกันขณะเดียวกันเกี่ยวกับ

2.1 การวินิจฉัยโรค

2.2 สภาวะของผู้ป่วยและการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ

2.3 แผนการรักษา

2.4 ยาที่ผู้ป่วยได้รับ

2.5 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แนวทาง

1. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยโดย สร้างช่องทางการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลหรือระหว่างหน่วยงานเช่น แบบบันทึกเวชระเบียน เอกสารใบส่งต่อ/ปรึกษา รายการยา/ขนาดยาที่มีใช้ในโรงพยาบาล เป็นต้น

2. ส่งเสริมให้มีการสื่อสารระหว่างสมาชิกทีมผู้ให้บริการหรือหน่วยงานหรือองค์กรที่ให้การดูแลผู้ป่วยรายเดียวกัน/ในขณะเดียวกัน โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วยและการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญและข้อมูลเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยเปิดโอกาสให้มีเวลาสื่อสารเพียงพอสำหรับการสื่อสารที่เป็นข้อมูลสำคัญ

3. ใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร เช่น Automatic medication reconcile,Line group

4. ใช้เทคนิค Read- back, Check-back, Teach-back

5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษา การตัดสินใจ

ตัวชี้วัด

- อุบัติการณ์การสื่อสารผิดพลาดส่งผลกระทบถึงผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) เป้าหมาย =0
- ร้อยละการใช้ S-BAR ที่มีประสิทธิภาพ เป้าหมาย >80 %

P3 : Reduction of Diagnostic Errors

เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานอย่าง ถูกต้อง รวดเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และพึงพอใจ

จุดเน้น

1. การที่ไม่สามารถวินิจฉัยได้ทันเวลาในกรณี Life threatening surgical and trauma emergencies
2. ความล่าช้าและความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย
3. มีแนวทางการกับกำดูแลผู้ที่มีศักยภาพต่ำกว่าโดยผู้เชี่ยวชาญ
4. มีช่องทางให้คำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
5. มีหน่วยงานสนับสนุนที่ช่วยในการวินิจฉัย เช่น เอ็กซเรย์ ห้อง LAB ที่มีประสิทธิภาพแนวทาง
    - 5.1 มีการใช้ evidence เป็นแนวทางในการประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วย
    - 5.2 มีแนวทางการปรึกษาในกรณีผู้ป่วยที่ซับซ้อนหรือผู้ป่วยที่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะในการวินิจฉัยดูแล
    - 5.3 ทบทวนการวินิจฉัยโรคที่ไม่ชัดแจ้ง ผู้ป่วยที่มารักษาซ้ำ หรือผู้ป่วยส่งต่อ
    - 5.4 ปรับปรุงระบบการใช้เวชระเบียนเพื่อให้สามารถรวบรวมข้อมูล ติดตามความก้าวหน้าและประมวลผลข้อมูลในผู้ป่วยที่ซับซ้อนได้ง่ายขึ้น

5.5 มีแนวทางการขอ Investigate Emergency และพัฒนาการสื่อสาร Alert LAB เพื่อให้มั่นใจว่าแพทย์ผู้สั่งตรวจจะได้ผลที่น่าเชื่อถือในเวลาที่เหมาะสม

6. ให้และทบทวนความรู้เพื่อสร้างความมั่นใจว่าเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีความรู้ความสามารถในการวินิจฉัยโรคอย่างเพียงพอ

7. ใช้ trigger tool เมื่อค้นพบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ นำมาทบทวนว่ามีเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคที่ไม่เหมาะสมหรือไม่

8. ใช้แนวคิด Human factors engineering เพื่อออกแบบแบบบันทึกและการประมวลผลการประเมินที่ช่วยในการสรุปผลการวินิจฉัยโรคได้ง่ายขึ้น

ตัวชี้วัด

- อุบัติการณ์การวินิจฉัยผิดพลาด

P 4 : Preventing Common Complication

P 4.1: Preventing Pressure Ulcers (WHO PSS)

เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ได้รับการประเมินและดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้รับการรักษาพยาบาลแผลกดทับได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

จุดเน้น

1. พยาบาลสามารถระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ
2. พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
3. พยาบาลสามารถให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

แนวทาง

1. ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ได้รับการประเมินทุกรายและเมื่อพบว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงประเมินความเสี่ยงด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden Scale) ภายใน 24 ชั่วโมง แรกที่รับผู้ป่วยและประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอทุกวัน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงประเมินซ้ำเมื่อผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

1.1 ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว/เป็นอัมพาต

1.2 ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว/จำกัดกิจกรรม

1.3 ผู้ป่วยสูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

1.4 ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของระบบประสาทและไขสันหลัง

1.5 ผู้ป่วยที่ถ่ายอุจจาระปัสสาวะราดบ่อยครั้ง

1.6 ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสารอาหาร และ หรือมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำปกติ

1.7 ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ต่อการไหลเวียนโลหิตเช่น ภาวะโลหิตจาง เบาหวาน มะเร็ง เอดส์ ความดันโลหิตต่ำ

1.8 ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกหลังการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง

1.9 ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก

1.10 ผู้ป่วยที่มีไข้ อุณหภูมิกาย >38°องศาเซลเซียส

2. ค้นหาและรักษาปัจจัยที่มีผลต่อการคงทนของเนื้อเยื่อต่อแรงกด (tissue tolerance to pressure) ได้แก่ อายุ, การทำงานของเส้นเลือด, การควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน, น้ำหนักตัว,ภาวะทุพโภชนาการ

3. จัดทำแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายโดยความร่วมมือกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการอื่นๆ ระบุปัจจัยเสี่ยงและเป้าหมายสำหรับผู้ป่วย แผนการดูแลประกอบด้วย

3.1 การตรวจดูผิวหนังในตำแหน่งที่มีความเสี่ยงสูง การทำความสะอาดและดูแลผิวหนัง

3.2 แนวทางการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้

3.3 การจัดท่าที่เหมาะสม ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้ควรได้รับการพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมงโดยจัดทำตารางเวลาการพลิกตัวและบันทึกการปฏิบัติ

3.4 ใช้อุปกรณ์ลดแรงกด เช่น ที่นอนโฟม ที่นอนลม

3.5 ใช้อุปกรณ์รองรับเฉพาะตำแหน่งที่มีปุ่มกระดูก เช่น หมอน แผ่นรองข้อศอก แผ่นรองเพื่อยกส้นเท้า

3.6 ประเมินและวางแผนดูแลด้านโภชนาการ

3.7 การเพิ่มหรือธำรงความสามารถในการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรม

3.8 ใช้แผ่นรองเพื่อลดแรงกดวางรองผู้ป่วยบนเตียงผ่าตัด

3.9 ใช้การจัดท่า การเคลื่อนย้ายและการพลิกตัวที่เหมาะสม เพื่อป้องกันอันตรายต่อผิวหนังจากการเสียดสีหรือแรงเฉือน

4. มีทรัพยากรพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ moisturizers, skin barriers,equipment (therapeutic surfaces), และผู้ที่จะให้คำปรึกษา (นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ผู้เชี่ยวชาญการดูแลแผล โภชนากร ฯลฯ)

ตัวชี้วัด

- อัตราการเกิดแผลกดทับ เป้าหมาย 0 ต่อพันวันนอน

P 4.2 :Preventing Patient Falls

เป้าหมาย

เพื่อป้องกัน / ลดการบาดเจ็บจากการลื่นล้มตกเตียง

จุดเน้น

1. การประเมินกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่แรกรับ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และเมื่อมีแผนการรักษา
2. เปลี่ยนแปลงการป้องกัน / ลดการบาดเจ็บจากการลื่นล้มตกเตียงในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดย

2.1 การมีส่วนร่วมของแพทย์ - พยาบาล- ญาติผู้ป่วย ในการประเมิน รับรู้ภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการลื่นล้ม ตกเตียง

2.2 การเฝ้าระวัง ดูแลช่วยเหลือ ตามมาตรการการป้องกันการลื่นล้ม ตกเตียง

แนวทาง

1. มีการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการลื่นล้ม ตกเตียงในวันแรกรับทุกราย
2. ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมิน ดูแลและรับรู้ภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการลื่นล้ม ตกเตียง
3. ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการลื่นล้ม ตกเตียงในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามสภาวะผู้ป่วย
4. เมื่อเกิดอุบัติการณ์ลื่นล้ม ตกเตียงให้การดูแลโดยมีการประเมินผู้ป่วยตามแนวทางการประเมินผิวหนัง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท และให้การดูแลช่วยเหลือ รายงานแพทย์ตามความเหมาะสม
5. มีการประเมินกลุ่มเสี่ยงซ้ำทุกครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงการรักษาเช่น การให้ยาหรือมีหัตถการเพิ่ม
6. เมื่อมีการใช้ยาที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง หรือการทรงตัวให้มีการประเมินซ้ำและให้มีการเฝ้าระวัง
7. มีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุรากของอุบัติการณ์ลื่นล้ม ตกเตียงเพื่อหาแนวทางการจัดการเชิงระบบ ลดการเกิดซ้ำในอุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยในรายที่รุนแรง (Sentinel Event) ระดับ E ขึ้นไป

ตัวชี้วัด

- อุบัติการณ์การเกิด การพลัดตกหกล้มของผู้มารับบริการทั้งหมด
- อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม ระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป
- อัตราการเกิดการพลัดตกหกล้ม ที่เกิดการบาดเจ็บปานกลางและรุนแรง ต่อพันวันนอน

P5 : Pain Management การจัดการความปวด

เป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาทุกข์ทรมานจากความปวด
2. เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล
3. เพื่อสื่อสารผลการประเมินความปวดของผู้ป่วยและการจัดการให้กับทีมการรักษาพยาบาล
4. เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ
5. เพื่อลดอุบัติการณ์และภาวะแทรกซ้อนจากความปวด

จุดเน้น

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5

แนวทาง

1. การประเมินความปวด

1.1 พยาบาลให้ความรู้ในการประเมินความปวดกับผู้ป่วยและญาติ

1.2 เลือกใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดให้เหมาะสม ตามแนวทางของโรงพยาบาล

1.3 ประเมินความปวดพร้อมการวัดสัญญาณชีพหลังการทำหัตถการ หรือเมื่อผู้ป่วยบอกปวดรวมทั้งก่อนและหลังการจัดการความปวดทุกครั้ง

1.4 กรณีใช้ยาแก้ปวด กลุ่ม Strong Opioids ต้องประเมินSedation score (ระดับความง่วงซึม)ทั้งก่อนและหลังได้รับยาทุกครั้ง และจะให้ได้ เมื่อ Sedation score 0 หรือ 1 เท่านั้น

1.5 การประเมินความปวดอย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง

1.6 มีการประกันคุณภาพเรื่องการจัดการความปวดโดย คะแนนความปวดไม่เกิน 3

2. การจัดการความปวด แบ่งเป็น 2 วิธี คือ

2.1 การจัดการความปวดโดยใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

2.2 การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล

2.1.1) การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาอาจใช้ร่วมกับการใช้ยาบรรเทาปวดหรือประยุกต์ใช้บรรเทาปวด เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของยาบรรเทาปวดและลดการใช้ยาบรรเทาปวด ได้แก่

- การลดความวิตกกังวลโดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
- การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (Relaxation technique)
- การจัดท่าผู้ป่วย (Positioning) หรือการจัดท่าทางขณะที่ทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป

- การนวด (Massage) ช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ และหลอดเลือดขยายตัวทำให้การไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงกล้ามเนื้อมากขึ้น

- การสัมผัส (Touch) การสัมผัสด้วยความตั้งใจและสนใจเป็นการสื่อถึงการสร้างความมั่นใจ ความอบอุ่นใจต่อผู้ที่ได้รับการสัมผัส ช่วยลดความวิตกกังวล

- การใช้ความร้อน ความเย็น เช่น Heating pad, Warming towel,Cold-Hot packประคบลงบนผิวหนังที่มีอาการปวดหรือรอบๆบริเวณที่ปวด

3. การดูแลหลังการจัดการความปวด ภายหลังการจัดการความเจ็บปวดแล้วต้องติดตามประเมินผลของการจัดการความปวดดังนี้

3.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดโดยใช้ยา ประเมินระดับความปวดตามระยะเวลาดังนี้

3.1.1) ประเมินภายหลังได้รับยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ประมาณ 15 นาที

3.1.2) ประเมินภายหลังได้รับยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ประมาณ 30 นาที

3.1.3) ประเมินภายหลังได้รับยารับประทานประมาณ 1 ชั่วโมง

3.1.4) ประเมินภายหลังได้รับ opioid ทาง Epidural/Spinal ทุก 4 ชั่วโมง ภายใน 24 ชั่วโมงแรก

3.2 ประเมินสัญญาณชีพหลังการจัดการความปวด

3.3 สังเกตติดตามอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดแต่ละชนิด หากพบความผิดปกติ ให้การพยาบาลและรายงานแพทย์ทันที

3.4 ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ประเมินระดับความปวดภายหลังการจัดการความปวดโดยพิจารณาตามความเหมาะสมในแต่ละกิจกรรม

4. การบันทึก บันทึกระดับความปวดและการจัดการความปวดลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลดังนี้

4.1 Vital signs graphic record (ใบฟอร์มปรอท)

4.1.1) การลงบันทึกคะแนนความปวดลงในฟอร์มปรอท จุดที่ตำแหน่ง 0 -10 ตามระดับความปวดที่วัดได้ โดยใช้ปากกาสีน้ำเงินจุด และขีดต่อกันเป็นเส้นกราฟ ถ้าได้รับการจัดการความปวดแล้วระดับความปวดลดลงให้ จุดไข่ปลาจากจุดเดิมลงมาถึงระดับที่ยังคงปวดอยู่และถ้ามีการประเมินความปวดในเวลาถัดไป ให้ลากจากจุดคะแนนความปวดเดิมก่อนการจัดการความปวดในครั้งก่อน ทั้งนี้ได้กำหนดเครื่องชี้วัดความปวดไว้ไม่เกิน 3

4.1.2) การบันทึกทางการพยาบาลเรื่องความปวด การจัดการและผลการจัดการความปวดในแบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurse’s Note)

4.1.3) การลงบันทึกการประเมินและจัดการความปวดอย่างน้อยเวรละ 1ครั้ง

4.1.4) กรณีเป็นผู้ป่วยเด็กให้บันทึกชื่อเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินลงในฟอร์มปรอทช่อง Pain scale

4.1.5) ในกรณีที่มีความปวดหลายตำแหน่งให้ใช้คะแนนความปวดที่มากที่สุด จุดลงใบฟอร์มปรอทและเขียนบันทึกอาการปวดและตำแหน่งในใบ Nurse’s Note

ตัวชี้วัด

- ความพึงพอใจในการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วย Acuteและ chronic เป้าหมาย >80 %
- ผู้ป่วยที่มีภาวะปวดได้รับการประเมิน pain ทุกราย
- ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวด > 80 %

L = Line, Tube & Catheter and Laboratory

L1: Catheter and tubing Connection, and infusion pump

เป้าหมาย

เพื่อป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วยจากความผิดพลาดในการดูแล Catheter and Tubing

จุดเน้น

1. ความรู้ของบุคลากรทางการพยาบาล ผู้ป่วย ครอบครัว
2. ความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะ 0n Line, Tube & Catheter
3. คุณภาพของ Tube, Catheter ที่ใช้กับผู้ป่วย
4. ประสิทธิภาพของเครื่องมือควบคุมการไหลของสารน้ำ (infusion pump) เครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์ ข้อต่อต่างๆ

แนวทาง

1. มีระบบ และวิธีปฏิบัติการ

1.1 ให้ข้อมูลเน้นย้ำกับผู้ช่วย ผู้ป่วย และครอบครัวว่าไม่ควรถอด หรือต่ออุปกรณ์ต่างๆด้วยตนเองควรขอความช่วยเหลือจากพยาบาลเมื่อมีปัญหา

1.2 กำหนดให้มีการ label high-risk catheter (เช่น arterial, epidural, Intrathecal), ควรหลีกเลี่ยงการใช้ catheter ซึ่งมี injection ports สำหรับตำแหน่งเหล่านี้

1.3 กำหนดให้ผู้ดูแล trace (ตรวจสอบ) สายทุกเส้นตลอดเส้นทางก่อนที่จะมีการ Connect ,Reconnect , ให้ยา สารละลาย หรือเวชภัณฑ์อื่นๆ

1.4 ให้กระบวนการ line reconciliation ที่เป็นมาตรฐานเป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารส่งมอบข้อมูล (handover communication) โดย recheck tubing connection และ trace tube & catheters ทุกเส้นไปยังแหล่งต้นทาง เมื่อรับผู้ป่วยใหม่ที่หน่วย และเมื่อมีการเปลี่ยนเวร

1.5 ห้ามใช้ standard luer syringes ในการให้ยากิน หรืออาหารทางสายยาง

1.6 ค้นหาโอกาสเกิด misconnection เมื่อจะซื้อ Catheter และ Tube ชนิดใหม่

1.7 มีการให้ทดลองใช้ และประเมินคุณภาพให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานเพื่อตรวจสอบคุณภาพสินค้า Catheter และ Tube จากผู้ใช้ก่อนสั่งซื้อ

2. จัดอบรม ปฐมนิเทศและการศึกษาต่อเนื่องแก่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการพยาบาล เกี่ยวกับอันตรายของ Tube & Device misconnection

3. ส่งเสริมให้จัดซื้อ Tube และ Catheter ซึ่งถูกออกแบบเพื่อความปลอดภัยและป้องกันMisconnection กับอุปกรณ์หรือ Tube อื่นๆ

4. มีระบบและวิธีปฏิบัติในการ Care Line, Tube & Catheter เรื่องการทำความสะอาด injectionports ตามจุดต่างๆ

5. มีการสอบเทียบเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการ connection กับ Line, Tube & Catheter อย่างน้อยทุก 1 ปี เช่น เครื่อง Infusion pump

ตัวชี้วัด

- อุบัติการณ์การเกิด tube เลื่อนหลุด
- อุบัติการณ์การเกิด mis connection

L2: Right and Accuracy LAB Results

เป้าหมาย

1. ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์โดยวิธีมาตรฐาน
2. ผลการตรวจวิเคราะห์ถูกต้องแม่นยำ
3. ให้บริการทันเวลา
4. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

จุดเน้น

1. กระบวนการเก็บสิ่งส่งตรวจ
2. การตรวจวิเคราะห์
    2.1 มีเครื่องตรวจวิเคราะห์เพียงพอและพร้อมใช้งาน
    2.2 การควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์
3. การรายงานผลที่ถูกต้องทันเวลา

แนวทาง

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเก็บสิ่งส่งตรวจแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
    1.1 จัดประชุม อบรมเกี่ยวกับการเก็บสิ่งส่งตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

1.2 จัดทำคู่มือบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเก็บสิ่งส่งตรวจแจกให้กับแต่ละหน่วยงาน

1.3 จัดทำสื่อความรู้เกี่ยวกับการเก็บสิ่งส่งตรวจผ่านทาง website ของโรงพยาบาล

2. จัดหาเครื่องตรวจวิเคราะห์ที่มีศักยภาพรองรับภาระงานที่มีอยู่ในปัจจุบัน

3. ทำการบำรุงรักษาเครื่องมือตรวจวิเคราะห์ที่ใช้งานตามมาตรฐานคุณภาพ

4. ทำการควบคุมคุณภาพภายใน (internal quality control-IQC) ทุกการทดสอบที่ให้บริการตรวจวิเคราะห์

5. เข้าร่วมการประเมินคุณภาพระหว่างองค์กร (external quality assessment schemes – EQAS)

6. ทำการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (interlaboratory comparison) ปีละ 2 ครั้ง

7. จัดหาระยะเวลารายงานผล (turnaround time) สำหรับรายการทดสอบทุกชนิด ระบุในคู่มือบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

8. จัดทำ Program สำหรับรายงานผล online ครอบคลุมทุกการทดสอบ

ตัวชี้วัด

- อุบัติการณ์การเก็บสิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง
- อุบัติการณ์การรายงาน Lab คลาดเคลื่อน

E = Emergency Response

E1 : Response to The Deteriorating Patient

เป้าหมาย

เพื่อตอบสนองในการดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะทรุดลงให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

จุดเน้น

1. เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือ ในกรณีอาการของคนไข้ทรุดลง

2. กำหนดเกณฑ์สำหรับการร้องขอความช่วยเหลือ

3. สร้างความมั่นใจว่าเจ้าหน้าที่ มีความรู้ ความสามารถที่จำเป็นในการติดตาม วัด แปลความหมายและตอบสนองโดยทันทีอย่างเหมาะสม

4. ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่อาจจะต้องขอความช่วยเหลือและผู้ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ

แนวทาง

1. กำหนดเกณฑ์สำหรับการร้องขอความช่วยเหลือเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย หรือเมื่อเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัวรู้สึกต้องการความช่วยเหลือ

2. วัดอัตราการเกิด cardiopulmonary arrest และอัตราการเสียชีวิตก่อนและหลังการดำเนินการตามระบบนี้ ปรับปรุงคำจำกัดความของกรณีที่สามารถป้องกันได้โดยแยกเอาผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่คาดว่าจะต้องเสียชีวิตและผู้ป่วยที่มีคำสั่งไม่ต้องช่วยฟื้นชีพออกจากการคำนวณ

3. ประเมินผลได้และประสิทธิผลของ intervention ที่ใช้เพื่อค้นหาและรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงเช่น จำนวนการเรียก code ช่วยชีวิตที่ลดลง, จำนวนการย้ายผู้ป่วยเข้า ICU ที่ลดลง, จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตที่ลดลง

4. ส่งเสริมการทบทวนและวิเคราะห์ (เช่น RCA) เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและไม่มีการให้intervention ในเวลาที่เหมาะสม

ตัวชี้วัด

- อัตราผู้ป่วยทรุดลงในโรงพยาบาล
- อัตราผู้ป่วยทรุดลงระหว่างส่งต่อ
- จำนวนข้อร้องเรียนในผู้ป่วยที่ทรุดลงในโรงพยาบาล

E2 : Medical Emergency .

E2.1 sepsis

E2.2 STEMI

E2.3 stroke

E2.4 safe CPR

เป้าหมาย

การรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์ เพื่อป้องกันการสูญเสียอวัยวะและชีวิต

จุดเน้น

1. รวดเร็วทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลในจุดเกิดเหตุ ขณะนำส่งและนำส่งไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสม ปลอดภัย

แนวทาง

1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection)
2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting)
3. การออกปฏิบัติการของชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน (Response)
4. การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ (On Scene care) การประเมินสภาพผู้ป่วยฉุกเฉิน (Patient assessment) มีขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

4.1 สภาพทั่วไปของผู้ป่วยฉุกเฉิน (General appearance)

4.2 ระดับความรู้สึกตัว (Mental status)

4.3 ทางเดินหายใจ (Airway)

4.4 การหายใจ (Breathing)

4.5 การไหลเวียนโลหิต (Circulation)

5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit)

6. การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care)

E 2.1: Sepsis

A. Early goal-directed resuscitation

ให้ resuscitate ผู้ป่วย septic shock ตาม protocol ทันทีที่พบว่ามี hypoperfusion โดยไม่ต้องรอเข้า ICU และมีเป้าหมายต่อไปนี้ภายใน 6 ชั่วโมง: CVP 8-12 mmHg, MAP >-65 mmHg, urine >= 0.5mL/kg/hr, central venous O_2 saturation ($Scvo_2$) >= 70% หรือ mixed venous O_2 saturation (SVo_2)> 65%

ภายใน 6 ชั่วโมงของการ resuscitate ถ้า O_2 saturation ไม่ได้ตามเป้าหมาย ให้ PRC เพื่อให้ระดับ Hct >= 30% และ/หรือ ให้ dobutamine infusion เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว

B. Diagnosis

ให้ทำ blood culture อย่างน้อย 2 specimen ก่อนที่จะให้ antibiotic โดยเจาะผ่านผิวหนังอย่างน้อย 1 specimen และดูดเลือดจาก vascular access device แต่ละจุด (ถ้า device นั้นสอดใส่มามากกว่า 48 ชั่วโมง) รวมทั้งการเพาะเชื้อจากตำแหน่งอื่นๆ ที่มีโอกาสเป็นแหล่งของการติดเชื้อได้

ถ่ายภาพรังสีหรือทำ imaging study โดยทันทีเพื่อค้นหาแหล่งติดเชื้อที่เป็นไปได้โดยพิจารณาถึงความเสี่ยงและผลได้ให้สมดุล

C. Antibiotic therapy

ให้ IV antibiotic ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากที่พบว่ามี septic shock โดยเลือก antibiotic ที่คาดว่าจะมีผลต่อเชื้อที่เป็นไปได้ทุกตัว และสามารถมีความเข้มข้นในอวัยวะที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อสูงพอ

ให้ประเมิน antibiotic regimen ทุกวัน เพื่อป้องกันการดื้อยา ลด toxicity และลดค่าใช้จ่าย ควรใช้ combination therapy สำหรับการติดเชื้อที่ทราบหรือสงสัยว่าจะเป็น Pseudomonas infection หรือผู้ป่วยที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำ แต่ในการใช้แบบ empirical ไม่ควรใช้ combination therapy มากกว่า 3-5 วัน

ควรให้ antibiotic เป็นเวลา 7-10 วัน หรือนานกว่านี้ถ้าผู้ป่วยมีการตอบสนองช้า ยังมีแหล่งติดเชื้อที่ยังไม่ได้ระบายออก หรือมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เม็ดเลือดขาวต่ำ

เมื่อพบว่าอาการของผู้ป่วยมิได้เกิดจากการติดเชื้อ ให้หยุดการใช้ antibiotic ทันทีเพื่อป้องกันการติดเชื้อดื้อยาหรือผลข้างเคียงจากยา

D. Source control

ควรค้นหาและวินิจฉัยการติดเชื้อในบางตำแหน่งเป็นข้อบ่งชี้ที่จะต้องทำการผ่าตัดเพื่อควบคุมแหล่งติดเชื้อแบบฉุกเฉิน เช่น necrotizing fasciitis, diffuse peritonitis, cholangitis, intestinal infarction โดยควรวินิจฉัยให้ได้ภายใน 6 ชั่วโมง รวมทั้งแหล่งติดเชื้ออื่นๆ ที่สามารถควบคุมได้

ถ้าสงสัยว่า infected peripancreatic necrosis เป็นแหล่งของการติดเชื้อ ให้ชะลอการให้ definitive intervention ไปจนกว่าจะมีเส้นแบ่งที่ชัดเจนระหว่างเนื้อเยื่อที่มีชีวิตกับเนื้อเยื่อที่ตาย

วิธีการควบคุมแห่งติดเชื้อ ควรจะวิธีที่กระทบต่อสรีรวิทยาของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด เช่น ใช้การเจาะดูดแทนกว่าผ่าระบายฝีหนอง

ถ้าสงสัยว่า intravascular access device เป็นแหล่งของการติดเชื้อ ควรถอดออกทันทีหลังจากที่สอดใส่อุปกรณ์เส้นใหม่แล้ว

E. Fluid therapy

การใช้ fluid resuscitation จะใช้ natural/artificial colloids หรือ crystalloids ก็ได้ โดยมีเป้าหมายที่ CVP >= 8 mmHg (หรือ >=12 mmHg ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ)

แนะนำให้ใช้ fluid challenge technique ถ้า hemodynamic (arterial pressure, heart rate, urine output) ของผู้ป่วยดีขึ้นเรื่อยๆ

ควรลดอัตราการให้สารน้ำถ้าพบว่า CVP เพิ่มขึ้นโดยที่ไม่มี hemodynamic improvement

F. Vasopressors

รักษาระดับ mean arterial pressure ที่ระดับ >= 65 mmHg เพื่อให้สามารถคง autoregulation ใน vascular bed ต่างๆ ได้

ยาที่แนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรกคือ norepinephrine หรือ dopamine ทาง central catheter หากไม่ได้ผลแนะนำให้ใช้ epinephrine เป็นอันดับต่อมา (ไม่ควรใช้ epinephrine, phenylephrine, vasopressin ในช่วงแรกๆ)

ผู้ป่วยที่ต้องใช้ vasopressor ควรได้รับการใส่ arterial catheter โดยเร็วที่สุดที่เป็นไปได้ เพื่อให้สามารถวัด arterial pressure ได้

G. Inotropic therapy

แนะนำให้ใช้ dobutamine infusion ถ้ามี myocardial dysfunction

H. Corticosteroids

แนะนำให้ใช้ IV hydrocortisone สำหรับ septic shock ในผู้ใหญ่เมื่อความดันโลหิตไม่ตอบสนองต่อ fluid resuscitation และ vasopressor therapy ไม่ควรใช้ dexamethasone ถ้ามี hydrocortisone

ตัวชี้วัด SEPSIS

- อัตราการทำ H/C ก่อนได้ ATB เป้าหมาย >90%
- 1st ATB ภายใน 1 ชม. เป้าหมาย >90%

- %Achive goal with in 6 hr เป้าหมาย >90%
- % Mortality เป้าหมาย <30 %
- อัตราการได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ICU) >50 %

E 2.2: Acute Coronary Syndrome

เป้าหมาย

ลดและป้องกันการเสียชีวิตหรือภาวะ แทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

จุดเน้น

1. การค้นหาและประเมินผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว ด้วยอาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยอาการเจ็บหน้าอกที่ชัดเจน การตรวจคลื่นหัวใจและแปลผลอย่างแม่นยำ และการใช้ biochemical cardiac marker ที่เหมาะสม

2. การให้การรักษาที่ทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ เช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือการทำ reperfusion therapy อย่างถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม การให้การรักษาที่ลดอัตราตายตาม evidence-based (aspirin, beta-blocker, antithrombotic) และ secondary prevention

3. การตัดสินใจอย่างรวดเร็วในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังที่มีศักยภาพ

ตัวชี้วัด

- Door to EKG IN 5 นาที
- DOOR TO ASA IN 5นาที
- Door to SK in 30 นาที
- Door to refer in 30 นาที
- อุบัติการณ์การเสียชีวิต ด้วย ACS

E2.3 STROKE

เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยรอดชีวิตจากภาวะ acute stroke มากที่สุด
2. ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลือจาก acute stroke น้อยที่สุด
3. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาน้อยที่สุด

แนวทาง

1. Early recognition
2. Early CT

3. Early revascularization
4. Optimal stroke care
5. Optimal rehabilitation

ตัวชี้วัด

- อัตราการเสียชีวิตจาก stroke
- จำนวนผู้ป่วย stroke fast tract
- Door to needle time <60 นาที
- อัตราผู้ป่วย stroke ได้รับการ Rehabilitation

E4 : ER Safety

เป้าหมาย

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ที่รวดเร็ว เหมาะสมและปลอดภัย

จุดเน้น

1. การรอดชีวิต
2. ป้องกันภาวะแทรกซ้อน
3. บรรเทาความทุกข์ทรมาน
4. เพิ่มการรับรู้ข้อมูลการดูแลตนเอง
5. ลดความสะเทือนใจจากการสูญเสียของญาติ

แนวทาง

1. การคัดกรอง โดยพยาบาลวิชาชีพที่จุดคัดกรอง
   - ผู้ป่วยได้รับการวัดสัญญาณชีพ ซักประวัติ ประเมินแยกประเภทผู้ป่วย โดยพยาบาลวิชาชีพ
   - ญาติได้รับคำแนะนำให้ทำบัตรและการตรวจสอบสิทธิการรักษา
2. การพยาบาลเบื้องต้น โดยพยาบาลวิชาชีพ
   - ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเบื้องต้นตามภาวะเร่งด่วน
3. การตรวจวินิจฉัย โดยแพทย์
   - ซักประวัติเพิ่มเติม
   - การตรวจร่างกาย
   - การส่งตรวจเลือด ปัสสาวะ เอ็กซเรย์และตรวจพิเศษอื่นๆ
4. การวางแผนและการรักษาพยาบาล โดยแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ
   - ผู้ป่วยได้รับการวางแผนและรักษารักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย
5. กิจกรรมดูแลรักษาและประเมินซ้ำ โดยแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ

- ผู้ป่วยได้รับยา สารน้ำ หัตถการที่ถูกต้องต่อเนื่อง ได้รับการเตรียมผ่าตัด ที่รวดเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือได้รับการดูแล โดยแพทย์เฉพาะทางรวดเร็ว เหมาะสม

6. กิจกรรมต่อเนื่องและการจำหน่าย โดยแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง การนอนโรงพยาบาล ส่งต่อการรักษา หรือกลับบ้าน โดยที่ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

ตัวชี้วัด

- จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยที่ไม่รอแพทย์ตรวจ
- Delay diagnosis and delay treatment ในผู้ป่วย Fast tract
- Undertrige <5%
- Overtrige <15%

Personnel Safety Goals : SIMPLE

SIMPLE คือ อักษรย่อของหมวดหมู่สำหรับ Personnel Safety Goals

S = Social Media and Communication

I = Infection and Exposure

M = Mental Health and Mediation

P = Process of Work

L = Lane(Traffic) and Legal Issues

E = Environment and Working Conditions

S1 : Security and Privacy of information

เป้าหมาย

เพื่อให้ความมั่นคงปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสารสนเทศของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการได้รับความคุ้มครอง

จุดเน้น

ความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ(Information Security) หมายถึง การคุ้มครองข้อมูลสารสนเทศของบุคคลหรือองค์กร จากการถูกเข้าถึง ใช้ เปิดเผย แก้ไข หรือทำลายโดยไม่ได้รับอนุญาต

แนวทาง

1. ความมั่นคงปลอดภัยทางกายภาพ (Physical Security)

2. มาตรการคุ้มครองความเป็นส่วนตัว (Privacy)ของข้อมูลสารสนเทศ ทั้งที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับบุคลากรและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย

ตัวชี้วัด

- จำนวนอุบัติการณ์ด้านความมั่นคง ปลอดภัยด้านสารสนเทศ

S2 : Social Media and Communication Professionalism

เป้าหมาย

เพื่อให้บุคลากรของสถานพยาบาลมีการใช้งานและการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์(Social Media) และสื่ออื่นๆ อย่างเหมาะสมและมีความเป็นมืออาชีพ(Professionalism) และลดปัญหาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับตัวเองและองค์กร

จุดเน้น

สื่อสังคมออนไลน์(Social Media)หมายความว่า สื่อหรือช่องทางในการติดต่อสื่อสารหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคคลโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ที่เน้นการสร้างและเผยแพร่เนื้อหาระหว่างผู้ใช้งานด้วยกัน (Creation and exchange of user-generated content) หรือสนับสนุนการสื่อสารสองทาง หรือการนำเสนอและเผยแพร่เนื้อหาในวงกว้างได้ด้วยตนเอง เช่น กระดานข่าว, Facebook, Youtube, Line เป็นต้น

แนวทาง

1. มีการเชื่อมโยงกับจริยธรรมวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

2. เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และหลีกเลี่ยงการโจมตี กลั่นแกล้ง หรือคุกคาม ทำให้ผู้อื่นเสียหาย (Cyber-bullying)

3. มีพฤติกรรมหรือการวางตัวอย่างเหมาะสม(Appropriate Conduct)

4. คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว(Privacy)ของบุคคลอื่น

5. ไม่เป็นการโฆษณาที่ผิดกฎหมายหรือจริยธรรมวิชาชีพ

6. การเผยแพร่ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือเป็นอันตราย

7. การใช้งานเพื่อการปรึกษา ให้คำปรึกษา ติดตามสั่งการรักษา หรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพที่เหมาะสม

ตัวชี้วัด

- จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ที่ส่งผลกระทบกับบุคลากร

I : Infection and Exposure

I1 : Fundamental of Infection Control and Prevention for workforce

เป้าหมาย

ความปลอดภัยของบุคลากรสุขภาพทุกระดับจากติดเชื้อในระหว่างปฏิบัติงานในระดับ National personnel safety goals

จุดเน้น

การป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรสุขภาพที่ระหว่างการปฏิบัติงาน(Occupationally acquired infection)

แนวทาง

1. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน
2. การให้การป้องกันการติดเชื้อแก่บุคลากรสุขภาพหลังสัมผัสโรคเชื้อที่อาจติดต่อได้ระหว่างปฏิบัติงาน
3. บุคลากรสุขภาพที่ติดเชื้อหรือสัมผัสโรคติดเชื้อที่ จะต้องพักการปฏิบัติหน้าที่หรือจำกัดการปฏิบัติหน้าที่รวมทั้งการลาป่วย การชดเชยตามสิทธิ
4. การประเมินบุคลากรผู้สัมผัสโรคติดเชื้อที่อาจติดต่อได้มีการจัดหาการป้องกันด้วยยาต้านจุลชีพหรือการให้ภูมิคุ้มกันภายหลังการสัมผัส
5. การปฏิบัติตามแนวทาง standard precaution
6. การจัดให้มีและการใช้งานอย่างถูกต้องของเครื่องป้องกันร่างกายส่วนบุคคล

ตัวชี้วัด

- ร้อยละเจ้าหน้าที่ได้รับการตรวจสุขภาพ
- ร้อยละเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนป้องกัน
- อุบัติการณ์การไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร

I2 : Specific Infection Control and Prevention for workforce

I2.1 Airborne Transmission

เป้าหมาย

1. อัตราอุบัติการณ์วัณโรคในบุคลากรสุขภาพต่ำกว่าอัตราในประชากรทั่วไปในประเทศไทยเท่ากับ 102 - 259 รายต่อ 100,000 คน
2. อุบัติการณ์อีสุกอีใส หัดและโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในระหว่างปฏิบัติงานเท่ากับศูนย์

จุดเน้น

ป้องกันการติดเชื้อทางอากาศ(airborne) ได้แก่ วัณโรค อีสุกอีใส หัด และโรคติดเชื้ออุบัติใหม่

แนวทาง

1. การให้วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน

2. การให้การป้องกันการติดเชื้อแก่บุคลากรสุขภาพหลังสัมผัสโรค

3. การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลในห้องแยกระดับ airborne isolation ที่มีอัตราการไหลเวียนอากาศไม่ต่ำกว่า 15-12 air change ต่อชั่วโมง ความดันเป็นลบแตกต่างจากห้องภายนอกไม่ต่ำกว่า 2.5 pascal (Pa)

4. บุคลากรสุขภาพที่ติดเชื้อหรือสัมผัส จะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย การดูแลรักษาอย่างถูกต้อง พักการปฏิบัติหน้าที่หรือจำกัดการปฏิบัติหน้าที่รวมทั้งการลาป่วย การชดเชยตามสิทธิ

5. การปฏิบัติตามแนวทาง airborne precaution

6. การจัดให้มีและการใช้งานอย่างถูกต้องของเครื่องป้องกันร่างกายส่วนบุคคล ได้แก่ หน้ากากไส้กรองละเอียด N95 หรือ powered air respirator(PAPR)อุปกรณ์ป้องกันบริเวณดวงตาใบหน้า ศีรษะ ถุงมือและเสื้อคลุม ตามประเภทกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อก่อโรค

I2.2 : Droplet Transmission

เป้าหมาย

1. อัตราอุบัติการณ์ไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรสุขภาพต่ำกว่าหรือไม่เกินอัตราในประชากรทั่วไปใน ประเทศไทย เท่ากับ 27-34 ราย ต่อ 100,000 คน

2. อุบัติการณ์ไข้หวัดใหญ่, คอตีบ, ไอกรนฯลฯ ที่เกี่ยวข้องกับ, ปฏิบัติงานเท่ากับศูนย์

จุดเน้น

การป้องกันการติดเชื้อผ่านละอองสารคัดหลั่งทางเดินหายใจ(droplet) ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่, คอตีบ, ไอกรน, ฯลฯ

แนวทาง

1. การให้วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน

2. การให้การป้องกันการติดเชื้อแก่บุคลากรสุขภาพหลังสัมผัสโรค

3. การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลในห้องเดี่ยวหรือห้องรวมที่แยกผู้ป่วย(Cohort)

4. บุคลากรสุขภาพที่ติดเชื้อหรือสัมผัสโรคจะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย การดูแลรักษาอย่างถูกต้องพักการปฏิบัติหน้าที่หรือจำกัดการปฏิบัติหน้าที่รวมทั้งการลาป่วย การชดเชยตามสิทธิ

5. การจัดให้มีและการใช้งานอย่างถูกต้องของเครื่องป้องกันร่างกายส่วนบุคคล ได้แก่ หน้ากากอนามัย อุปกรณ์ป้องกันบริเวณดวงตา ใบหน้า ถุงมือและเสื้อคลุม ตามประเภทกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อก่อโรค

I2.3 Contact Transmission

เป้าหมาย

1. อัตราอุบัติการณ์ HIV , HBV , HCV ในบุคลากรสุขภาพต่ำกว่าในประชากรทั่วไปในประเทศไทยเท่ากับร้อยละ 0.3-0.2, 1.6-3.1, 0.5-6.5 ตามลำดับ

2. อุบัติการณ์ HIV, HBV, HCV ที่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติงานเท่ากับศูนย์

จุดเน้น

การติดเชื้อผ่านการสัมผัสเชื้อ(Contact)ได้แก่ HIV, HBV, HCV

แนวทาง

1. การให้วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน
2. การให้การป้องกันการติดเชื้อแก่บุคลากรสุขภาพหลังสัมผัสโรค
3. การป้องกันการบาดเจ็บจากเข็ม มีด ของมีคมปนเปื้อนเลือด สารคัดหลั่งในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย
4. การจัดให้มีและการใช้งานอย่างถูกต้องของเครื่องป้องกันร่างกายส่วนบุคคลได้แก่ หน้ากากอนามัย อุปกรณ์ป้องกันบริเวณดวงตา ใบหน้า ศีรษะ ถุงมือ รองเท้า ผ้ากันเปื้อน และเสื้อคลุม ตามประเภทกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อก่อโรค

ตัวชี้วัด

- จำนวนอุบัติการณ์การติดเชื้อของเจ้าหน้าที่

M : Mental Health and Mediation

M1 : Mental Health

M1.1 Mindfullness at work

เป้าหมาย

ลดความเสี่ยงจากการทำงานที่ขาดการจดจ่อในงาน และลดความเสี่ยงจากการกระทบกระทั่งทางอารมณ์ระหว่างกันและระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการ

จุดเน้น

การมีสติในงานหมายถึงการทำงานในสภาวะจิตที่อยู่กับปัจจุบัน ทำให้ทำกิจกรรมต่างๆ โดยไม่วอกแวก ไม่ถูกสอดแทรกด้วยอารมณ์

แนวทาง

ทำงานอย่างมีสติให้อยู่กับปัจจุบัน โดยรู้ลมหายใจ รู้ในจิตที่ทำมีสัญญาณเตือนที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร (เช่น เสียงระฆัง, visual sing) เพื่อเตือนเป็นระยะๆ ให้กลับมามีสติในงาน

ตัวชี้วัด

- จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน

M1.2 Second victim

เป้าหมาย

ลดความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาของผู้ป่วยและญาติ เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นปฏิกิริยาของผู้ที่ประสพภาวะวิกฤติ รวมทั้งเข้าใจปรากฏการณ์ในโลก Social ทำให้สามารถยอมรับและให้อภัย

จุดเน้น

เมื่อผู้ป่วยหรือญาติได้รับความเสียหายจากบริการหรือไม่พึงพอใจในบริการ มักจะแสดงอารมณ์กับเจ้าหน้าที่ รวมทั้งไปแสดงออกใน Social media ทำให้เจ้าหน้าที่ตกเป็นเหยื่อในการถูกตำหนิ กล่าวหา ว่าร้าย และเกิดผลกระทบทางจิตใจตามมา

แนวทาง

1. มีการอำนวยความสะดวกผู้รับบริการ และสอดส่องความเสี่ยงที่จะเกิดความไม่พอใจในบริการพื้นฐานของรพ. เช่น OPD, ER
2. จัดระบบป้องกันความเสี่ยงจากการกระทบกระทั่งกันในบริการที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ER
3. เมื่อเกิดความขัดแย้งบริการด่านหน้าจะต้องเข้าดำเนินการด้วยทักษะและความเข้าใจอย่างมืออาชีพ
4. ติดตามการสื่อสารใน Social Media และให้การชี้แจงโดยไม่ปกป้องตนเอง แสดงความเห็นใจ/เข้าใจ ในความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งขออย่าให้ส่งต่อข้อความทางลบ

ตัวชี้วัด

- เจ้าหน้าที่ที่ได้รับผลกระทบ ได้รับการช่วยเหลือ

M2 : Mediation

เป้าหมาย

การจัดการข้อร้องเรียน ฟ้องร้องโดยใช้หลักการเจรจาไกล่เกลี่ย เหตุเกิดที่ใด ยุติที่นั่น ไม่สร้างความทุกข์ให้บุคลากร

แนวทาง

มีแนวทางการจัดการเรื่องร้องเรียนและบริหารจัดการความขัดแย้งในระบบบริการสุขภาพ เพื่อเป็นการพัฒนาและส่งเสริม การสร้างเครือข่ายให้เข้มแข็งเสริมสร้างความสมานฉันท์และจัดการความขัดแย้งอย่างมีประสิทธิภาพ

จุดเน้น

เมื่อเกิดกรณีความไม่ปลอดภัยจากการรักษาพยาบาลเกิดขึ้นจะเกิดผลกระทบทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคมของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ เกิดปัญหาการฟ้องร้องและการสูญเสีย จึงควรมีแนวทางการพัฒนาเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีนโยบายในเรื่องการพัฒนาระบบคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วย(Patient Safety) และลดปัญหาการฟ้องร้อง เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ สร้างความเชื่อมั่น และความไว้วางใจให้กับผู้รับบริการ

ตัวชี้วัด

- จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับระบบการให้บริการตามมาตรา 41

P : Process of Work

P1 : Fundamental Guideline for prevention of work - Related Disorder

เป้าหมาย

มีระบบการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อลดการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงาน และมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการทำงาน

จุดเน้น

การบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน และมีการดูแลสุขภาพที่อาจจะเกิดผลกระทบจากการสัมผัสสิ่งคุกคามในสิ่งแวดล้อมในการทำงาน สิ่งคุกคามทางเคมี เช่น ยาเคมีบำบัด สารฟอร์มมาลีน สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เช่น เชื้อไวรัสตับอักเสบบี เชื้อวัณโรค สิ่งแวดล้อมทางชีวกลศาสตร์ เช่น การยกเคลื่อนย้าย และสิ่งแวดล้อมทางจิตสังคม และการทำงานล่วงเวลาความเครียดจากการทำงาน และตลอดจนสภาพการทำงานที่ไม่เหมาะสม ซึ่งได้แก่ (การออกแบบการทำงาน ชั่วโมงการทำงานและคุณลักษณะของบุคลากร)

แนวทาง

1. ประกาศนโยบาย ความปลอดภัย อาชีวอนามัย สภาพแวดล้อมในการทำงาน ภายใต้กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย

2. กำหนดแผนงานและแผนงบประมาณ ของกิจกรรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ที่สอดคล้องกับนโยบายที่ได้ประกาศไว้ สอดคล้องกับความเสี่ยงที่ได้ประเมินไว้ และสอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและการบริการสุขภาพ

3. โรงพยาบาลต้องมีการจัดกิจกรรมการดูแลสภาพแวดล้อมและสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้กับบุคลากรทุกระดับรวมไปถึงผู้รับเหมาให้มีสภาพการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ รวมทั้งส่งเสริม

สนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรไม่ให้ได้รับอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย จิตใจ และสุขภาพอนามัยให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล

4. ให้มีผู้รับผิดชอบด้านความปลอดภัยในการทำงานและอาชีวอนามัยในทุกระดับ

5. โรงพยาบาลควรมีโครงสร้างการบริหารและจัดการ ความปลอดภัยในการทำงาน อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

6. ตัวชี้วัดที่สำคัญของการบริหารและจัดการ ความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการ ทำงานได้แก่

6.1 การลดลงของการบาดเจ็บและเจ็บป่วยที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงานของบุคลากรลดลง

6.2 การลดลงของจำนวนการลางานจากการบาดเจ็บและเจ็บป่วยที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน

6.3 การลดความสูญเสียที่เกิดจากภาวะฉุกเฉินในที่ทำงาน

6.4 บุคลากรมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี

6.5 การลดลงของอุบัติหรือเหตุการณ์ใกล้เกิด

7. มีระบบการตรวจสอบ(Audit)การบริหารและการจัดการความปลอดภัยและอาชีวอนามัย และการประเมินผล (Evaluate)ผลลัพธ์จากการบริหารและการจัดการ

8. มีการติดตามตัวชี้วัดด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอและมีการศึกษาแนวโน้มและการแก้ไข

9. สร้างระบบการมีส่วนร่วมทั้งในระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ

ตัวชี้วัด

- จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน

P2 : Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder

P2.1 Physical Hazard (สิ่งคุกคามทางกายภาพ)

เป้าหมาย

ควบคุมสิ่งคุกคามด้านกายภาพให้อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ ถึงปานกลาง และให้เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงานหรือตามกฎกระทรวง เช่น

1. ความร้อน (heat) ได้แก่ ห้องติดตั้งหม้อไอน้ำ งานโภชนาการ แผนกซัก-รีด เป็นต้น ทำให้บุคลากรอาจอาการของการสูญเสียน้ำหรือเกลือแร่ หรืออาจเกิดผื่นความร้อนได้
2. เสียงดัง (noise) ได้แก่ แผนกช่าง ศูนย์เครื่องมือแพทย์ ห้องผ่าตัดห้องเฝือก แผนกซัก-รีด หน่วยจ่ายกลาง ทันตกรรม กายอุปกรณ์ อาจทำให้เกิดการสูญเสียการได้ยิน
3. แสงสว่าง (light) ได้แก่ สถานที่ทำงานทุกแห่ง ซึ่งอาจเกิด จากการจัดระบบแสงสว่างไม่เหมาะสมกับสถานที่ การจัดผังการทำงาน ไม่เหมาะสมกับแหล่งหรือบริเวณทำงาน การทาสีผนัง เพดานที่มีผลต่อการสะท้อแสงสว่างต่ำ

จุดเน้น

สิ่งคุกคามทางกายภาพในสถานที่ทำงาน ได้แก่ เสียงดัง แสงสว่าง ความร้อน

P2.2 Chemical hazard (สิ่งคุกคามด้านสารเคมี)

เป้าหมาย

มีระบบการบริหารจัดการสานเคมี และยาอันตราย ทำให้สามารถควบคุมสิ่งคุกคามด้านเคมีให้อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ หรือสารเคมีอันตรายต้องได้รับการควบคุมโดยลดโอกาสการสัมผัส

จุดเน้น

1. สิ่งคุกคามทางเคมีในสถานที่ทำงาน สารเคมีที่จัดอยู่ในเกณฑ์ของ สารเคมีและวัตถุอันตราย
2. สารเคมีอันตราย วัตถุอันตราย สารอันตราย

แนวทาง

1. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (work instruction)ที่ระบุขั้นตอนการทำงานกับสารเคมีอย่างปลอดภัยไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ
2. การประเมินการสัมผัสกับสารเคมีของบุคลากรในแต่ละงาน และแต่ละสารเคมี
3. มีการประเมินความเสี่ยงและการเฝ้าระวังต่อสุขภาพ
4. จัดหาอุปกรณ์ให้ถูกต้อง เหมาะสมและติดตามการสวมใส่อุปกรณ์ดังกล่าว

P2.3 Radiation hazards (สิ่งคุกคามรังสีชนิดก่อไอออน)

เป้าหมาย

ควบคุมสิ่งคุกคามด้านรังสีไอออนแตกตัวให้อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ โดยใช้หลักการให้การดำเนินการใดๆ ในทางปฏิบัติที่ทำให้งาน สำเร็จตามวัตถุประสงค์ โดยได้รับรังสีชนิดก่อไอออนน้อยที่สุด เท่าที่จะเป็นไปได้ (aslow as reasonably achievable, ALARA)

จุดเน้น

รังสีทางการแพทย์ชนิดก่อไอออน หมายถึง กัมมันตภาพรังสี ซึ่งหมายถึงรังสีที่ธาตุกัมมันตรังสีปลดปล่อยออกมา

แนวทาง

1. ตรวจวัดรังสีของสถานที่ปฏิบัติการ โดยตรวจวัดระดับรังสีตรวจสอบการรั่ว การเปรอะเปื้อน และการฟุ้งกระจายของวัสดุกัมมันตรังสีอย่างน้อย 3 เดือนต่อครั้ง
2. จัดแบ่งพื้นที่รังสีเป็นพื้นที่ควบคุมได้แก่ พื้นที่จัดเก็บวัสดุกัมมันตรังสี ซึ่งมีโอกาสได้รับรังสีสูงกว่า1 ใน 3 ของปริมาณที่กฎกระทรวงกำหนด (20 msv/year) หรือเป็นพื้นที่ตรวจตราได้แก่พื้นที่ที่มีโอกาสได้รับรังสีต่ำกว่า 1 ใน 3 ของปริมาณที่กฎกระทรวงกำหนด
3. ต้องจัดหาอุปกรณ์เพื่อระงับหรือป้องกันอันตรายจากรังสีที่เหมาะสมให้กับผู้ปฏิบัติงาน ตามมาตรฐาน

P2.4 Biomechanical hazard (สิ่งคุกคามจากชีวกลศาสตร์)

เป้าหมาย

ควบคุมสิ่งคุกคามด้านชีวกลศาสตร์ให้อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ ถึงปานกลางและลดอัตราการบาดเจ็บ และเจ็บป่วย ตลอดจนการลาป่วยจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยของโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ

จุดเน้น

ชีวกลศาสตร์ได้แก่ ท่าทางในการทำงาน การยกเครื่องย้ายสิ่งของ ทำให้เกิดการบาดเจ็บของโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ

แนวทาง

1. ประเมินการศาสตร์ของบุคลากรที่ต้องทำงานการยกเคลื่อนย้ายสิ่งของและมีท่าทางในการทำงาน
2. บุคลากรควรได้รับการเฝ้าระวังสุขภาพด้านโครงร่างของกระดูกและกล้ามเนื้อ
3. จัดกิจกรรมยืด เหยียดให้บุคลากร และมีระบบเตือนหากบุคลากรนั่งปฏิบัติงานในท่าเดิมนานๆ หรือทำงานซ้ำๆ (repetition)
4. การใช้เครื่องทุ่นแรงเป็นการออกแบบสถานที่ทำงานให้เหมาะสมแก่บุคลากรในสถานพยาบาล

ตัวชี้วัด

- บุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจตามความเสี่ยง ,สิ่งคุกคามทุกด้าน

P3 : Fitness for Duty Health Assessment

P3.1 Pre-placement and return to work health examination

เป้าหมาย

การป้องกันไม่ให้บุคลากรเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพหากต้องทำงานที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การสัมผัสสารคัดหลั่งเลือด น้ำเหลือง สารเคมี รังสี เสียงดัง

จุดเน้น

การประเมินความพร้อมต่อสุขภาพสำหรับการทำงานที่มีความเสี่ยงสูง สามารถ ประเมินความพร้อมของสุขภาพก่อนเริ่มงานและการประเมินความพร้อมของสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงานหลังจากเจ็บป่วย

แนวทาง

1. บุคลากรที่ต้องทำงานสัมผัสกับผู้ป่วยหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยต้องมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบชนิดบี
2. บุคลากรที่ต้องสัมผัสกับเสียงดังตั้งแต่ 85 เดซิเบลเอ ต้องได้รับการตรวจการีได้ยินเป็นพื้นฐาน

3. บุคลการที่ปฏิบัติงานกับสารเคมี รังสี แสงสว่าง ต้องได้รับการตรวจสุขภาพก่อนเข้างานตามแนวปฏิบัติที่แนะนำให้เหมาะสม ถูกต้องกับสิ่งคุกคามนั้นๆ
4. บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพควรได้รับภูมิคุ้มกันต่อ ไวรัสตับอักเสบชนิดบี โรคอีสุกอีใส โรคหัด
5. คางทูม และไข้หวัดใหญ่

P3.2 Medical surveillance program

เป้าหมาย

การป้องกันระดับทุติยภูมิ กรณีที่ต้องมีการสัมผัสสารคัดหลั่ง เลือด น้ำเหลือง สารเคมีรังสี เสียงดัง

จุดเน้น

การเฝ้าระวังทางการแพทย์ ระหว่างสัมผัสและหลังสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจะทำให้ลดผลกระทบต่อสุขภาพที่ร้ายแรงหรือถาวรได้

แนวทาง

บุคลากรได้สัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่มีเชื้อ ตับอักเสบชนิดบี/HIV ให้ปฏิบัติตามแนวทาง Post exposure prophylaxis to bloodborne pathogens ของโรงพยาบาล หรือหากบุคลากรมีการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ แต่ไม่ได้มีการสวมอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล ให้ปฏิบัติตามแนวทาง CDC 2005,2010 หรือการสัมผัสสารเคมีแบบอุบัติเหตุ ตลอดจนสารกัมมันตภาพรังสี จำเป็นต้องมีการดำเนินการแบบ Post exposure prophylaxis ตามแนวทางเฉพาะต่อสารนั้นๆ

ตัวชี้วัด

- บุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนครบถ้วน และได้รับการตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาความเสี่ยง

L : Lane(Traffic and Legal Issues)

L1 : Ambulance and Referral safety

L1.1 In-Transit Ambulance safety

เป้าหมาย

การตายการบาดเจ็บของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่บนรถพยาบาลจากอุบัติเหตุรถพยาบาลลดลง

จุดเน้น

รถพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกคันที่จัดซื้อหลังจากงบประมาณ พ.ศ.2561 ทุกคันมีเก้าอี้พร้อมเข็มขัดนิรภัยที่ได้มาตรฐาน เตียงผู้ป่วยและฐานรองเตียงที่ได้มาตรฐาน และอุปกรณ์การแพทย์ได้รับการยึดด้วยมาตรฐานความปลอดภัย

L1.2 On-site safety

เป้าหมาย

การตาย การบาดเจ็บ ของเจ้าหน้าที่ประจำรถพยาบาลจากการปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุลดลง

แนวทาง

1. การถูกชนซ้ำซ้อนขณะปฏิบัติการบนถนน เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติการต้องสวมชุดที่มีแถบสะท้อนแสงทุกครั้ง งดการใช้ไฟส่องสว่างที่หันทิศทางไปกระทบการมองเห็นของผู้ขับขี่ที่อยู่บนถนนสายเดียวกัน ให้ปิดไฟหน้ารถใช้แสงไฟฉุกเฉิน
2. การสัมผัสสารเคมีหรือสารพิษ
    - 2.1 ไม่เข้าพื้นที่เกิดเหตุในระยะ 600 เมตรจากจุดศูนย์กลางของเหตุและอยู่เหนือลมเสมอ
    - 2.2 พยาบาลสืบค้นจากประจักษ์พยานว่าเป็นสารชนิดใดรั่วเช่น ใช้กล้องส่องทางไกล มองหาเลขระบุชนิดสารเคมี (UN number)(ref)จากนั้นเปิดดูระยะปลอดภัยจากคู่มือ Emergency Response Guide Book
    - 2.3 เข้าในพื้นที่เกิดเหตุแต่ไม่ทราบชนิดสาร ให้สวมชุดป้องกันสารเคมีระดับ
3. มีการระเบิดซ้ำได้เสมอ โดยระยะปลอดภัยจำแนกตามขนาดของระเบิดศึกษาจากเอกสารอ้างอิง

L1.3 Ambulance Driving safety (แนวปฏิบัติขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และรถพยาบาลปลอดภัย)

เป้าหมาย

ทุกชีวิตปลอดภัยในรถพยาบาล(บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และญาติ)

แนวทาง

พนักงานขับรถ

1. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือยาเสพติด รวมถึงยาที่ทำให้ง่วงนอน ก่อนและขณะขับรถ
2. ห้ามขับรถพยาบาลฝ่าสัญญาณไฟแดงทุกกรณี
3. เคารพกฎจราจร ไม่ขับรถเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด จำ กัดความเร็วรถพยาบาล ไม่เกิน 80 กม./ชม.
4. พนักงานขับรถผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมพนักงานขับรถพยาบาล
5. ให้รถพยาบาลติดตั้ง GPS
6. ให้รถพยาบาลติดตั้งกล้องวงจรปิดอย่างน้อย 2 จุด
7. ไม่ใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับขี่
8. ตรวจสอบความพร้อมของรถ ก่อนออกเดินทาง
9. พักทุกๆ 2 ชั่วโมง หรือระยะทางทุกๆ 150 กิโลเมตร
10. การบำรุงรักษารถให้พร้อมใช้งาน

ผู้บริหาร

1. ประกาศนโยบายวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรและมีการสื่อสารให้บุคลากรในองค์การ ให้ทราบและเข้าใจ ให้ทั่วถึง ตลอดจนกำกับติดตามประเมินผล
2. จัดให้มีห้องพักสำหรับพนักงานขับรถ เพื่อป้องกันการเหนื่อยล้า
3. ทำประกันภัยรถพยาบาล
4. กรณีเดินทางไกล เกินกว่า 400 กิโลเมตร ควรมีพนักงานขับรถ 2 คน

ตัวชี้วัด

- ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทาง
- จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุขณะไปrefer

L2 : Legal Issues

L2.1 Informed consent

เป้าหมาย

ผู้ให้บริการให้ข้อมูลการบริการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและเพียงพอสำหรับการตัดสินใจของผู้รับบริการในการตัดสินใจรับหรือไม่รับบริการ เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องทำให้เกิดความไว้วางใจระหว่างกันและกัน รวมทั้งลดความเสี่ยงของการถูกฟ้องร้อง

จุดเน้น

การให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ(Informed consent) หมายถึง การที่ผู้ให้บริการแจ้งข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลและด้านสาธารณสุขรวมทั้งค่าใช้จ่ายในการที่จะต้องดำเนินการให้แก่ผู้รับบริการได้รับทราบก่อนการดำเนินการให้บริการ

แนวทาง

1. ข้อมูลที่จะต้องให้แก่ผู้รับบริการ ประกอบด้วย
    1.1 การตรวจวินิจฉัย โรค อาการ และผลที่ตามมา
    1.2 แนวทางการรักษาโรค
    1.3 ความเสี่ยงทางการรักษา
    1.4 ทางเลือกของการรักษา ข้อดี ข้อเสีย
    1.5 ความเสี่ยงของทางเลือก
2. ผู้ให้ข้อมูล
3. แนวทางการให้ข้อมูล
    3.1 การสื่อสาร
    3.2 รูปแบบการให้ข้อมูล
    3.3 ขั้นตอน วิธีการให้ข้อมูล

4. ผู้รับข้อมูล คือ ผู้ป่วยหรือญาติผู้มีอำนาจกระทำการแทน
5. การประเมินค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล
6. ความยินยอม หรือข้อตกลงในการรับหรือไม่รับบริการ

ตัวชี้วัด

- ความพึงพอใจของผู้รับบริการเกี่ยวกับการให้ข้อมูล

L2.2 Medical Record and Documentation

เป้าหมาย

บันทึกเวชระเบียนมีความถูกต้องสมบูรณ์ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเป็นสำคัญนำไปสู่การลดความเสี่ยงของการฟ้องคดี

จุดเน้น

บันทึกเวชระเบียน หมายถึง เอกสารที่แพทย์ใช้บันทึกประวัติสุขภาพผู้ป่วย การดำเนินการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย รวมถึงเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

แนวทาง

การดำเนินการในขั้นตอนต่างๆ โดยระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยถูกต้องตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสารบรรณ พ.ศ. 2526 และที่แก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติว่าด้วยธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2544

ตัวชี้วัด

- อัตราความบูรณ์ของเวชระเบียน

E : Environment and Working Conditions

E1 :Safe Physical Environment

เป้าหมาย

บุคลากร และผู้ป่วยในสถานพยาบาล รวมถึงญาติผู้ป่วยและผู้มาติดต่อกับสถานพยาบาล มีความปลอดภัยจากภาวะการติดเชื้อทางอากาศ สถานพยาบาลมีคุณภาพอากาศที่ดี ไม่เป็นแหล่งสะสมเชื้อโรคและสารพิษภายในอาคารบริการ

จุดเน้น

สภาพการระบายอากาศและปรับอากาศในสถานพยาบาล ที่ไม่เหมาะสม อันเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อทางอากาศจากผู้ป่วยสู่บุคลากร หรือจากบุคลากรสู่ผู้ป่วย หรือจากผู้ป่วยสู่ผู้ป่วย นอกจากการติดเชื้อทางอากาศแล้วยังมีสภาวะการขาดอากาศและการสะสมของอากาศเสีย และสารพิษตกค้างในอากาศ

แนวทาง

1. การปฏิบัติงานที่ถูกต้อง จะไม่เป็นสาเหตุให้เกิดเชื้อราในอาคาร เช่น การเช็ดถูพื้นด้วยน้ำเปียกมากเกินไป และปล่อยให้แห้งเอง ไอน้ำจากการระเหยจะช่วยให้มีความชื้นในอากาศสูง ทำให้เชื้อราเจริญเติบโตได้ง่าย

2. การใช้เครื่องมือที่ถูกต้องในห้อง เช่น ติดตั้งหม้อต้มน้ำร้อนในตำแหน่งที่อยู่ใต้เครื่องปรับอากาศ จะทำให้ความชื้นในอากาศสูง เครื่องปรับอากาศไม่สามารถทำความเย็นได้ตามที่ต้องการ

3. การใช้สารเคมีอันตราย ในพื้นที่อับอากาศ หรือ การทำงานในพื้นที่อับอากาศ จะต้องมีป้ายเตือนอันตราย และมีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในกรณีปฏิบัติงานปกติ

4. ส่วนใหญ่จะพบว่าการบำรุงรักษาไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามแผน เป็นเหตุให้คุณภาพอากาศไม่เป็นไปตามมาตรฐาน

E2 : Working conditions

เป้าหมาย

1. บุคลากรทุกคนทำงานภายใต้สภาพการทำงานที่มั่นคง ปลอดภัย ตลอดเวลา

2. บุคลากรมีความพึงพอใจ มีความปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตการทำงาน

จุดเน้น

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ The Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ)รายงานว่า สภาพการทำงานในระบบบริการสุขภาพ(Health care working conditions) ที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของบุคลากร และผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ คือ Workforce staffing, Workflow design, Personnel/Social issues, Physical environment และ Organizational factors

แนวทาง

1. Workforce staffing

1.1 การบริหารจัดการอัตรากำลังให้มีบุคลากรเพียงพอกับภาระงานทั้งปริมาณอัตรากำลัง และทักษะ (Workload management and adhere to safe staffing levels)

1.2 พัฒนาบุคลการอย่างต่อเนื่องและจัดหา/ธำรงรักษาบุคลการที่มีความรู้ ความสามารถ และทักษะเพียงพอต่อการทำงานที่รับมอบหมาย

1.3 การจัดตารางการทำงานให้มีชั่วโมงการทำงาน และการพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยเฉพาะบุคลากรที่ทำงานให้มีชั่วโมงการทำงาน และการพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยเฉพาะบุคลากรที่ทำงานแบบเวรผลัด (Shift work) หลีกเลี่ยงการมอบหมายให้บุคลากรทำงานต่อเนื่องยาวนานเกิน 12 ชั่วโมงต่อวัน

1.4 Regularly review scopes of practice and competencies

2. Workflow design

2.1 ออกแบบกระบวนการทำงานให้บุคลากรทำงานได้อย่าง ราบรื่น เช่น creating a clinical decision lgorithm มีการป้องกันความเสี่ยงจากการทำงาน ในแต่ละขั้นตอน

2.2 จัดหาอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล, เครื่องมือ อุปกรณ์ ในการทำงาน ให้เพียงพอ มีการฝึกอบรมและระบบประเมินเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการทำงาน

2.3 ส่งเสริมการใช้ ergonomic systems approach และเทคโนโลยี/อุปกรณ์ช่วยใน การทำงานให้ง่ายขึ้น สะดวกขึ้น เร็วขึ้น และไม่ผิดพลาด

2.4 ออกแบบระบบงานที่เอื้อต่อการทำงานตามมาตรฐานอย่างเคร่งครัด

3. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการออกแบบการทำงานที่ปลอดภัย Personnel/Social หรือ psychosocial factors

3.1 จัดระบบการดูแลบุคลากรที่ต้องทำงานท่ามกลางความกดดันทั้งด้านร่างกายหรือจิตใจ (Physical and mental demanding work) ซึ่งจะมีความเครียด เหนื่อยหน่าย (Burn out) ขาดแรงจูงใจ/ไม่พึงพอใจในการทำงาน

3.2 ส่งเสริม healthy work-life balance

3.3 ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และให้โอกาสบุคลากรแต่ละวิชาชีพได้ ทำงานอย่างเต็มศักยภาพตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ

3.4 ให้ความสำคัญกับการยกย่อง ให้รางวัลเชิดชู บุคลากรที่มีผลงานเป็นที่ประจักษ์

3.5 มีระบบการประเมินความพึงพอใจของบุคลากร และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

4. Physical environment

4.1 ดำเนินการตามหลักอาชีวอนามัยอย่างเคร่งครัด ในการบริหารจัดการความปลอดภัยของอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ อาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

4.2 ให้ความสำคัญกับการจัดการ/ควบคุม/ป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดจาก Workplace hazard, discrimination, physical and psychological violence and issues pertaining toPersonnel security

5. Organizational factors

5.1 ลงทุนเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากร

5.2 สร้างสรรค์วัฒนธรรมการทำงานทีมีความไว้วางใจ ให้ความเคารพกันและกันระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงาน ระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้วยกัน และระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วย และญาติ

5.3 Encourage open communication, collegiality, team work and supportiverelationships

5.4 Adopt policies and procedures that positively encourage the reporting of professional misconduct or violation of laws/regulations.

5.5 Commit to equal opportunity and fair treatment.

5.6 Support opportunities for professional training, development and careeradvancement.

ตัวชี้วัด

- อัตราการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่

E3 : Workplace Violence(Prevent Violence in Emergency room)

เป้าหมาย

ป้องกันความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน(Prevent violence in emergency room)

จุดเน้น

ความรุนแรงในห้องฉุกเฉินเป็นปัญหาที่สำคัญ จากการศึกษา Emergency Department Violence study ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า พยาบาลห้องฉุกเฉิน 54.5% ประสบกับเหตุการณ์ความรุนแรงในที่ทำงาน (Workplace Violence) และ 95.5% ของพยาบาลเชื่อว่าความรุนแรงในที่ทำงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 26.6%ของพยาบาลไม่มีความสุขและมีความคิดจะลาออกหรือย้ายงานเนื่องจากความรุนแรงในที่ทำงาน 38.5 และ 76.9% ของเหตุการณ์ความรุนแรงเกิดที่บริเวณจุดคัดแยก (Triage) และ เตียงผู้ป่วย (ตามลำดับ) ความรุนแรงในห้องฉุกเฉินมี 3 ประเภท คือ การถูกทำร้ายด้วยวาจา (Verbal threat)การถูกทำร้ายร่างกาย (Physicalassault) และการสะกดรอยตาม (Stalking)

แนวทาง

ระยะป้องกัน

1. ผู้บริหารต้องกำหนดนโยบายความปลอดภัยบุคลากรและการป้องกันความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน
2. จัดทำนโยบาย ไม่ยอมรับความรุนแรง ประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการทราบถึงสิทธิ์ของผู้ให้บริการและโรงพยาบาลที่จะดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่โรงพยาบาลกำหนดทันทีกรณีเกิดความรุนแรงทั้งร่างกาย วาจา
3. Environment Control เช่น ประตู access control ในห้องฉุกเฉิน, กล้องวงจรปิด, มีเจ้าหน้าที่ รักษาความปลอดภัยประจำห้องฉุกเฉิน 24 ชั่วโมงระบบ Scan อาวุธ
4. จัดสถานที่หรือห้องรอคอย ที่สะดวกสบาย มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น โทรทัศน์ น้ำดื่ม เป็นต้น
5. จัดทำแนวปฏิบัติกรณีเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของบุคลากรและผู้รับบริการรายอื่น เช่น กรณียกพวกตีกัน การใช้อาวุธ ในห้องฉุกเฉิน เป็นต้น
6. ประสานงานกับตำรวจ ทหาร เพื่อกำหนดแนวทางร่วมกันในการป้องกันและลดความเสี่ยงกรณีเกิดความรุนแรง
7. จัดทำแนวทางการประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยและญาติที่มีแนวโน้มจะก่อนความรุนแรง (Behavioral emergency screening)
8. จัดตั้ง Behavioral Emergency response team (BERT) ซึ่งควรจะประกอบไป แพทย์ พยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยระยะเกิดเหตุ

1. ขอความช่วยเหลือด่วน (Call for help early)
2. หลีกหนีจากเหตุการณ์ความรุนแรง
3. ประสานกับเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ตำรวจ ทหาร
4. ประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ถ้าความเสี่ยงสูง พิจารณาปิดบริการ
5. บันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและรายงานต่อผู้บริหารทันที

ระยะหลังเกิดเหตุหรือระยะฟื้นฟู

1. รายงานเหตุการณ์ตามแนวปฏิบัติที่โรงพยาบาลกำหนด
2. ค้นหาสาเหตุ (Root cause analysis) และแนวทางป้องกัน
3. จัดทำมาตรการเยียวยาบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรง

ตัวชี้วัด

- จำนวนครั้งการเกิดความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน
- มีflow แนวทาง การจัดการ เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง