ชาว รพ. ค่ายสุรนารี พร้อมใจร่วม สร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย (Patient safety) เพื่อถวายเป็นพระราชกุศล เนื่องในวโรกาส พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเจริญพระชนมายุ 80 พรรษา

การสร้างวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

- **วัฒนธรรมด้านความปลอดภัยมิใช่มองเพียงความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่ควรคำนึงถึงพนักงาน ผู้มาใช้บริการหรือทุกคนที่มาติดต่อร่วมกันกับโรงพยาบาลค่ายสุรนารี**
- **แพทย์ และพนักงานทุกคนร่วมมือกันในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย**
- **สนับสนุนการแลกเปลี่ยนสิ่งที่เรียนรู้จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหากับผู้บริการและทีมให้การดูแลการรักษาพยาบาล**
- **ค้นหาข้อมูลอย่างจริงจังจากงานวิจัยทางวิชาชีพ หรือการปฏิบัติที่เป็นเลิศว่าทำอย่างไรให้เกิดความปลอดภัยจากที่ต่าง ๆ อีกทั้งมองหาแนวทางเชิงรุกที่จะสร้างและรักษาวัฒนธรรมความปลอดภัย**

เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ปี 2550 (2007 HA – Fort Suranari Patient Safety Goals :Version 1)	
1	การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification)
2	การผ่าตัด(Operation Safety)
3	การใช้ยา (Medication Safety)
4	การติดเชื้อจากการดูแลรักษา(Health Care-Associated Infection)
5	ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก (Maternal & Neonatal Morbidity)
6	กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน(Acute Coronary Syndrome)
7	การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน(Communication Failure)

1. การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification)

เป้าหมาย(Goals) เพิ่มความแม่นยำในการระบุตัวผู้ป่วยในกระบวนการดูแลรักษา

เครื่องชี้วัด (Indicator) อัตราการให้การรักษา การทำหัตถการและการระบุตัวผู้ป่วยผิดเป็น 0 %

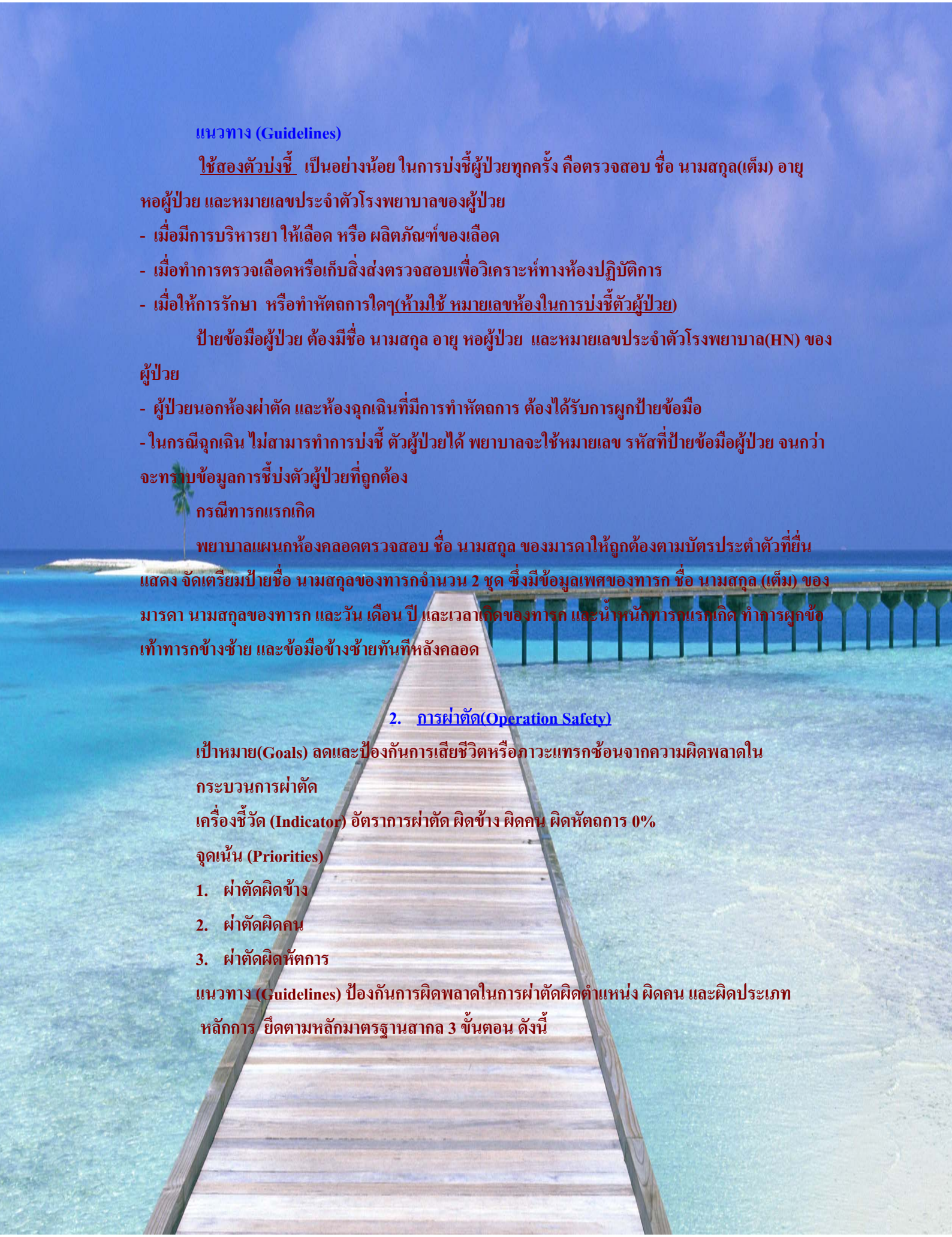
จุดเน้น (Priorities)

1.การระบุตัวผู้ป่วยในการให้ยา (Drug Administration)

2.การระบุตัวผู้ป่วยในการให้เลือด (Blood Transfusion)

3.การระบุตัวผู้ป่วยในการเก็บสิ่งส่งตรวจ (Specimen Collection)

4.การระบุตัวทารกแรกเกิด (Newborn)



แนวทาง (Guidelines)

ใช้สองตัวบ่งชี้ เป็นอย่างน้อย ในการบ่งชี้ผู้ป่วยทุกครั้ง คือตรวจสอบ ชื่อ นามสกุล(เต็ม) อายุ หอผู้ป่วย และหมายเลขประจำตัวโรงพยาบาลของผู้ป่วย

- เมื่อมีการบริหารยา ให้เลือด หรือ ผลิตภัณฑ์ของเลือด
- เมื่อทำการตรวจเลือดหรือเก็บสิ่งส่งตรวจสอบเพื่อวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ
- เมื่อให้การรักษา หรือทำหัตถการใดๆ(ห้ามใช้ หมายเลขห้องในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย)

ป้ายข้อมือผู้ป่วย ต้องมีชื่อ นามสกุล อายุ หอผู้ป่วย และหมายเลขประจำตัวโรงพยาบาล(HN) ของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยนอกห้องผ่าตัด และห้องฉุกเฉินที่มีการทำหัตถการ ต้องได้รับการผูกป้ายข้อมือ
- ในกรณีฉุกเฉิน ไม่สามารทำการบ่งชี้ ตัวผู้ป่วยได้ พยาบาลจะใช้หมายเลข รหัสที่ป้ายข้อมือผู้ป่วย จนกว่าจะทราบข้อมูลการชี้บ่งตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง

กรณีทารกแรกเกิด

พยาบาลแผนกห้องคลอดตรวจสอบ ชื่อ นามสกุล ของมารดาให้ถูกต้องตามบัตรประตำตัวที่ยื่นแสดง จัดเตรียมป้ายชื่อ นามสกุลของทารกจำนวน 2 ชุด ซึ่งมีข้อมูลเพศของทารก ชื่อ นามสกุล (เต็ม) ของมารดา นามสกุลของทารก และวัน เดือน ปี และเวลาเกิดของทารก และน้ำหนักทารกแรกเกิด ทำการผูกข้อเท้าทารกข้างซ้าย และข้อมือข้างซ้ายทันทีหลังคลอด

2. การผ่าตัด(Operation Safety)

เป้าหมาย(Goals) ลดและป้องกันการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนจากความผิดพลาดในกระบวนการผ่าตัด

เครื่องชี้วัด (Indicator) อัตราการผ่าตัด ผิดข้าง ผิดคน ผิดหัตถการ 0%

จุดเน้น (Priorities)

1. ผ่าตัดผิดข้าง
2. ผ่าตัดผิดคน
3. ผ่าตัดผิดหัตการ

แนวทาง (Guidelines) ป้องกันการผิดพลาดในการผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดคน และผิดประเภท

หลักการ ยึดตามหลักมาตรฐานสากล 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การยืนยันก่อนทำการผ่าตัด/หัตถการ

เพื่อตรวจสอบยืนยันก่อนทำการผ่าตัด/หัตถการ โดยทำการบันทึกในใบรายการตรวจสอบ ว่ามีเอกสารระเบียนที่มีการชี้บ่งตัวผู้ป่วยถูกต้อง ใบเซ็นยินยอมรับการผ่าตัด ฟิล์ม x-rays ผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ อย่างครบถ้วนก่อนทำการผ่าตัด/หัตถการ

2. การทำเครื่องหมายบ่งชี้ บริเวณที่ทำผ่าตัด/หัตถการ

- เพื่อบ่งชี้ อวัยวะ หรือส่วนที่ต้องการทำผ่าตัด/หัตถการ โดย ศัลยแพทย์/ แพทย์ผู้ช่วย ทำสัญลักษณ์ในตำแหน่งที่จะทำการผ่าตัดหรือหัตถการ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมด้วย
- การทำเครื่องหมายบ่งชี้บริเวณที่ทำผ่าตัด/หัตถการจะเกี่ยวข้องกับ อวัยวะที่มีด้านซ้ายและด้านขวา อวัยวะที่มีหลายส่วน เช่น นิ้วมือ นิ้วเท้า หรืออวัยวะที่เป็นระดับ (เช่น กระดูกสันหลัง)ต้องทำเครื่องหมายบ่งชี้บริเวณที่จะผ่าตัด ในห้องผ่าตัดก่อนให้การระงับความรู้สึก โดยศัลยแพทย์และวิสัญญีพยาบาล หรือผู้ช่วยแพทย์โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมด้วย

ฟัน - ให้ระบุชี่ฟันที่จะทำการผ่าตัด บนแผนภาพฟันของผู้ป่วย หรือบนแผ่นฟิล์มเอ็กเรย์ฟัน

3. การขอเวลานอก เพื่อเป็นการยืนยันครั้งสุดท้าย

จะทำในห้องผ่าตัด เมื่อทุกคนในทีมผ่าตัดมาพร้อม จึงมีการขานชื่อผู้ป่วย ประเภทและตำแหน่งของการผ่าตัด เครื่องมือและอุปกรณ์พร้อม และทุกคนในทีมรับทราบร่วมกัน ไม่มีความเห็นขัดแย้ง โดยวิสัญญีพยาบาล

หมายเหตุ 1. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่งของการผ่าตัด เนื่องจากความต้องการของผู้ป่วยขณะกำลังจะผ่าตัด (ขณะทำการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ของผู้ป่วย เช่น การทำผ่าตัดโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่,การทำ Brachial block ,การทำ Spinal block) ให้แจ้งทีมงานทราบ และลงลายมือชื่อผู้ป่วยไว้เป็นหลักฐานในใบ ยินยอมผ่าตัด และ/หรือ OPD card

2. กรณีทารกแรกเกิด

วิสัญญีพยาบาลตรวจสอบ ชื่อ นามสกุล ของมารดาให้ถูกต้องตามหลักฐานในเวชระเบียน จัดเตรียมป้ายชื่อ นามสกุลของทารกจำนวน 2 ชุด ซึ่งมีข้อมูลเพศของทารก ชื่อ นามสกุล (เต็ม) ของมารดา นามสกุลของทารก ,วัน เดือน ปี เวลาเกิดของทารก และน้ำหนักทารกแรกเกิด ทำการผูกข้อเท้าทารกข้างซ้าย และข้อมือข้างซ้ายทันทีหลังคลอด

3.การใช้ยา (Medication Safety)

เป้าหมาย(Goals) เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา

จุดเน้น (Priorities) ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรงครอบคลุม

1. ยาที่ต้องระมัดระวังสูง(High Alert drug)
2. การแพ้ยาซ้ำที่มีผลกระทบรุนแรง
3. ผลข้างเคียงจากยาที่มีผลต่อการดำรงชีวิตและส่งผลกระทบกับผู้ป่วยในระยะยาว

แนวทาง (Guidelines) สำหรับกองเภสัชกรรม

1. ยาที่ต้องระมัดระวังสูง/ยาความเสี่ยงสูง

1.1 จัดระบบการป้องกันการจัดการกับรายการยาที่ระมัดระวังสูง ตั้งแต่การจัดเก็บ,การสั่งใช้,การจัด,การจ่าย การเตรียมจนถึงการบริหารยา

ตัวชี้วัด % Predispensing error ยากลุ่มความเสี่ยง = 0

1.2 กำหนดรายการยา ที่ระมัดระวังสูงให้สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละสาขา(ปัจจุบันมีรายการทั้งหมด 42 รายการ)

ตัวชี้วัด % Dispensing error ยากลุ่มเสี่ยง = 0

1.3 กองเภสัชกรรม กำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจนในการเฝ้าระวังการติดตามประเมินผลข้อควรระวังในการใช้ยาแต่ละรายการ และการสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจและปฏิบัติ

2. การแพ้ยาซ้ำที่มีผลกระทบรุนแรง

2.1 มีการวางระบบการค้นหาประวัติการแพ้ยาที่มีประสิทธิภาพโดยเมื่อมีการซักประวัติ / ประเมินการแพ้ยาของผู้ป่วย จะลงบันทึกใน OPD Card บันทึกในระบบคอมพิวเตอร์,ติดสติ๊กเกอร์ สงสัยแพ้ยาบริเวณหน้าปก OPD Card ระบบคอมพิวเตอร์จะมีการเตือนเมื่อแพทย์คีย์ยากลุ่มเดียวกับที่ผู้ป่วยแพ้

ตัวชี้วัด การแพ้ยาซ้ำ = 0

2.2 มีระบบป้องกันการเกิดแพ้ยาซ้ำที่รัดกุมโดยนำข้อมูลที่ได้เชื่อมโยงกับเวชระเบียน ระบบคอมพิวเตอร์และออกบัตรแพ้ยาให้ผู้ป่วย

2.3 มีระบบการซักประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย โดยมีคำถามหลักสำหรับเจ้าหน้าที่ห้องตรวจโรคต่างๆ และส่งต่อข้อมูลเพื่อให้เภสัชกรประเมินความน่าเชื่อถือของ ADR และผู้ป่วยบางรายอาจมีการร่วมประเมินกับแพทย์ผู้รักษา

3. ระบบป้องกันผลข้างเคียงจากยาที่มีผลต่อการดำรงชีวิตและส่งผลกระทบกับผู้ป่วยในระยะยาว

- แนวทางปฏิบัติ ทำเช่นเดียวกับการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

แนวทาง (Guidelines) สำหรับแพทย์

1.ผู้ป่วยนอกให้ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ของ รพ. ในการ Key ยา

2.ผู้ป่วยในให้เขียนชื่อยา และการบริหารยาตามมาตรฐานสากล พยายามเขียนให้ตรวกับชื่อยาที่มีในระบบคอมพิวเตอร์ของ รพ.

ตัวชี้วัด: อัตราการเกิด Med error จากแพทย์ = 0%

แนวทาง (Guideline) สำหรับพยาบาล

1.ปฏิบัติตามคู่มือ WI-NUR-028 อย่างเคร่งครัด

ตัวชี้วัด อัตราการ Administration error ของ NUR = 0%

4. การติดเชื้อจากการดูแลรักษา(Health Care-Associated Infection)

เป้าหมาย(Goal)

เพื่อลดและป้องกันการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อจากการดูแลรักษาโดยเน้นที่ Ventilator associated pneumonia

เครื่องชี้วัด(Indicator)

Ventilator associated pneumonia น้อยกว่า 10: 1000 ใน Ventilator Days

จุดเน้น(priorities)

1. **การล้างมืออย่างมีประสิทธิภาพ**
2. **การ suction อย่างถูกวิธี**
3. **การดูแล Ventilator**

แนวทาง(Guideline)

1. **การล้างมืออย่างมีประสิทธิภาพ**

รพ.ค่ายสุรนารีมีแนวทางการล้างมืออย่างมีประสิทธิภาพแล้วตาม WI-IC- 004 เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวโดยทั่วถึง ควรประสานกับ IC ในการจัดการรณรงค์การล้างมือ, อบรมการล้างมือที่ถูกวิธีตาม WI-IC -004 การจัดเตรียมอุปกรณ์การล้างมือรวมถึง alcohol hand rub ให้พอเพียง

2. การ Suction อย่างถูกวิธี

รพ.ค่ายสุรนารีมีแนวทางการ Suction อย่างถูกวิธีตาม WI-NUR-006 และ WI-IC- 003 ควรเน้นย้ำให้บุคลากรทุกระดับ เห็นความสำคัญและ ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้

3. การดูแล Ventilator

รพ. ค่ายสุรนารี มีแนวทางการดูแล Ventilator และเปลี่ยนวงจร 7 วันต่อสัปดาห์ ควรเน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้โดยเคร่งครัด

5. ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก (Maternal & Morbidity)

เป้าหมาย(Goals) ลดและป้องกันการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารก

จุดเน้น(Priorities)

1. ภาวะตกเลือดหลังคลอด(Postpartum Hemorrhage)
2. ภาวะพิษแห่งครรภ์(Pregnancy Induced Hypertension)
3. ภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิด(Birth Asphyxia)

5.1 ภาวะตกเลือดหลังคลอด(Postpartum Hemorrhage)

แนวทางปฏิบัติ: เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะ Shock / Impending Shock โดย

- มีการค้นหาที่ไวพอโดยมีเกณฑ์การค้นหาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ที่มีภาวะ Placenta Previa หรือ Abruption placenta และมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังคลอด โดยมีเกณฑ์การเฝ้าระวังที่ชัดเจน
- มีการติดตามและประเมินอย่างใกล้ชิดและการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพในเชิงรุก จัดระดับผู้ป่วยเพื่อไว้ดูแลใกล้ชิด
- มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในบุคลากรทางการพยาบาล

ติดตามตัวชี้วัด

1. อัตราการตกเลือดหลังคลอดประจำทุกเดือน
2. อัตราการเกิด Hematoma ประจำทุกเดือน

5.2 ภาวะพิษแห่งครรภ์(Pregnancy Induced Hypertension)

แนวทางปฏิบัติ: เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะพิษแห่งครรภ์

- มีการค้นหาที่ไวพอ โดยมีแนวทางการ ANC ในหญิงฝากครรภ์ ที่มีความเสี่ยง
- ให้การรักษาดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ และมีการเตรียมความพร้อมของยาที่ใช้ เช่น stock ยาเอาไว้ใช้ได้ทันที
- มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในบุคลากรทางการพยาบาล
- มีการให้การดูแลในเชิงรุก โดยการให้ความรู้ในการดูแลตนเองในโครงการคุณแม่คุณภาพ

<u>ติดตามตัวชี้วัด</u>

1. ไม่เกิดภาวะชักในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์นี้
2. ทารกที่เกิดจากมารดาที่มีภาวะครรภ์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หรือเกิดภาวะ Birth asphyxia

5.3 ภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิด(Birth Asphyxia)

<u>แนวทางปฏิบัติ:</u>

- มีการให้การดูแลเชิงรุก โดยการให้ความรู้ในการดูแลตนเองในโครงการคุณแม่คุณภาพ
- มีการให้การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ มีการติด Fetal monitor ผู้ป่วยรอคลอดทุกราย
- มีการป้องกันความเสี่ยงและค้นหาปัญหาที่ไวพอ โดยมีแนวทางการรายงาน กุมารแพทย์ และ สูติแพทย์ เมื่อมีความผิดปกติ

สูติ - น้ำคร่ำสีผิดปกติ
- prolong second stage
- คลอดติดไหล่ ,FHS ที่ผิดปกติ และอื่นๆ ที่เห็นควร
- อายุครรภ์ไม่ครบกำหนด

กุมาร - น้ำคร่ำสีผิดปกติ
- อายุครรภ์ไม่ครบกำหนด และอื่นๆ ที่เห็นควร

- มีการติดตามตัวชี้วัดร่วมกันใน CLT สูติ-กุมาร เป็นประจำทุกเดือน โดยกำหนดเป้า < 4%
- มีการจัดทำ Workshop neonatal resuscitation โดยแผนกกุมารเวชกรรม เป็นประจำทุกปี โดยผู้รับผิดชอบอบรมแก่บุคลากรใหม่ ทั้งแพทย์ และพยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่เก่า ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกแรกเกิด

- แพทย์เพิ่มพูนทักษะได้รับการฝึกสอนรายบุคคล ให้สามารถ resuscitation เด็กได้ทันท่วงที สามารถใส่ท่อช่วยหายใจ Cardiac massage และใส่ Umbilical catheter ได้
- เตรียมทีม และอุปกรณ์เพื่อพร้อม resuscitation ที่ ER ,LR,OR

6. กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน(Acute Coronary Syndrome)

เป้าหมาย(Goal)

ลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะ Acute coronary syndrome

เครื่องชี้วัด(Indicator)

- อัตราตายจาก ACS < 5% กรณีไม่มี complication
- อัตราตายจาก ACS < 20% กรณีมี complication

จุดเน้น(Priority)

1. ความรวดเร็วและแม่นยำในการวินิจฉัย ภาวะ ACS
2. ความรวดเร็วและถูกต้องในการรักษาภาวะ ACS

แนวทาง(Guideline)

- รพ.ค่ายสุรนารีมีแนวทางการดูแลผู้ป่วย ACS แล้ว ควรแจ้งให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญของภาวะ ACS ซึ่งมี golden period ในการรักษาเพื่อให้บุคลากรวินิจฉัยและให้การรักษาได้อย่างรวดเร็ว
- มีการอบรมการอ่าน EKG ให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะ
- มีแนวทางการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง
- ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการพิจารณาเป็นอับดับต้นในการเข้ารักษาใน ICU มีการจ่ายยา streptokinase อย่างเร่งด่วน (fast track)

7.การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน (Communication Failure)

เป้าหมาย(Goals) เพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ

เครื่องชี้วัด (Indicator) อัตราการสื่อสารผิดพลาด 0%

จุดเน้น (Priorities)

1.การสั่งการรักษาหรือการรายงานผลการตรวจที่มีค่าวิกฤตทางโทรศัพท์ หรือด้วยวาจา

2.คำย่อ สัญลักษณ์ และ หน่วยวัดต่างๆ

แนวทาง (Guidelines)

7.1 พัฒนาประสิทธิภาพกระบวนการทวนคำสั่ง

ข้อแนะนำ

1. ต้องทบทวนคำสั่งทุกครั้งเมื่อ รับคำสั่งการรักษาด้วยวาจา รับคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ และ รายงานผลการวิเคราะห์ทางวิกฤต
2. บันทึกคำสั่งการรักษาลงใน Physician Order Sheet เท่านั้นแล้วจึงทวนคำสั่งการรักษา
3. แพทย์เจ้าของไข้ต้องรีบมา sign ภายใน 24 ชม.

7.2 พัฒนาประสิทธิภาพการรายงานวิเคราะห์ผลวิกฤต

ข้อแนะนำ

เมื่อผลการตรวจวิเคราะห์เป็นค่าวิกฤตให้รายงานผลตรงต่อแพทย์หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ได้รับผิดชอบทันที

7.3 การสื่อสารเพื่อส่งข้อมูลของผู้ป่วย

ระหว่างทีมผู้ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีการบันทึกตามหลักการอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ตัวอย่างสถานการณ์ เช่น การรับส่งเวร การส่งผู้ป่วยไปทำหัตถการต่างๆ ในโรงพยาบาล การส่งผู้ป่วยไปตรวจนอกโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาโรงพยาบาลอื่น

ระบบการรายงานเหตุการณ์

ระบบรายงานเหตุการณ์มีไว้เพื่อให้ รายงานเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล ,การบันทึกของแพทย์(Progress note),การบันทึกของพยาบาล (Nurse note) ทำให้เราสามารถสืบค้นหาสาเหตุ วิเคราะห์ และหาแนวทางในการแก้ไข ปรับปรุงหรือพัฒนาระบบการทำงาน รวมถึงวิธีป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์นั้นๆขึ้นอีก

เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ร้ายแรง

หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการคาดการณ์มาก่อน ซึ่งมีผลให้เกิดความเสียหายจนถึงแก่ชีวิต สูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะอย่างถาวร หรือ ส่งผลร้ายแรงทางด้านจิตใจ ซึ่งส่งผลให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป โดยไม่มีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคที่เจ็บป่วยในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ระดับความเสี่ยง

เพื่อนำปัญหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้เข้าตาราง Risk matrix จะสามารถประเมินได้ว่า ความเสี่ยงนั้นอยู่ในระดับใด และควรจะมีการจัดการกับปัญหานั้นอย่างไร

ระดับความเสี่ยงแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- Low Risk / Moderate Risk / High Risk

ADMINISTER SYSTEM WWW.CAECN.COM WWW.JUNSER.COM BBS.JUNSER.COM
COPYRIGHT : 2003 JUNSER DESIGN TEAM . ALL RIGHTS RESERVED

ซึ่งประเมินได้จาก 9 ระดับดังนี้

ระดับความรุนแรง	ตัวอย่าง	ระดับ
A: เหตุการณ์ผู้ป่วยเกิดอันตรายซึ่งมีโอกาสที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน	-เก็บยา High Alert Drug ไว้กับยาทั่วไป - ตรวจพบยา exp. 1เดือน เกินกำหนดในตู้เย็น	LOW RISK
B: เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย	- เขียนชื่อ-สกุลผู้ป่วยในใบ LAB ผิดคน(ตรวจพบก่อน) - ส่งหน้าป้ายไปตรวจผิดเตียง - ติดฉลาก IV ผิดชนิด	
C: เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย	- ให้ยาผู้ป่วยผิดเวลา - ลื่นล้มแต่ไม่เกิดอันตราย -แจกอาหารผิดประเภทแต่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	MODERATE RISK
D: เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้มีการเฝ้าระวัง เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย	- ให้ยาผู้ป่วยผิดชนิดต้องสังเกตอาการ แต่ไม่พบผลไม่พึงประสงค์	
E: มีผลทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเพิ่มมากขึ้นจากเหตุการณ์นั้น	- ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้าย มีแผลที่บริเวณข้อศอก ต้องทำแผล - แจกอาหารผิดประเภททำให้ ผป. ต้องได้รับการใส่ NG tube	
F: มีผลทำให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น	- ผู้ป่วยตกเตียง มีกระดูกสะโพกหัก ต้องทำการผ่าตัด	HIGH RISK
G: มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ	- หลังให้ฉีดยาเข้าเส้น ผู้ป่วยเกิดภาวะแสบร้อนปวดและอักเสบ เกิด Cyanosis ที่แขนสุดท้ายเกิด Gangrene ต้องตัดแขน	
H: มีผลทำให้ ผป. ต้องปฏิบัติการกู้ชีวิต	- ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเข้าห้องน้ำ เป็นลมหมดสติ ต้องทำการกู้ชีวิต	
I: มีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต	- ผู้ป่วยได้รับยาที่เคยแพ้ มีอาการ shock และเสียชีวิต	

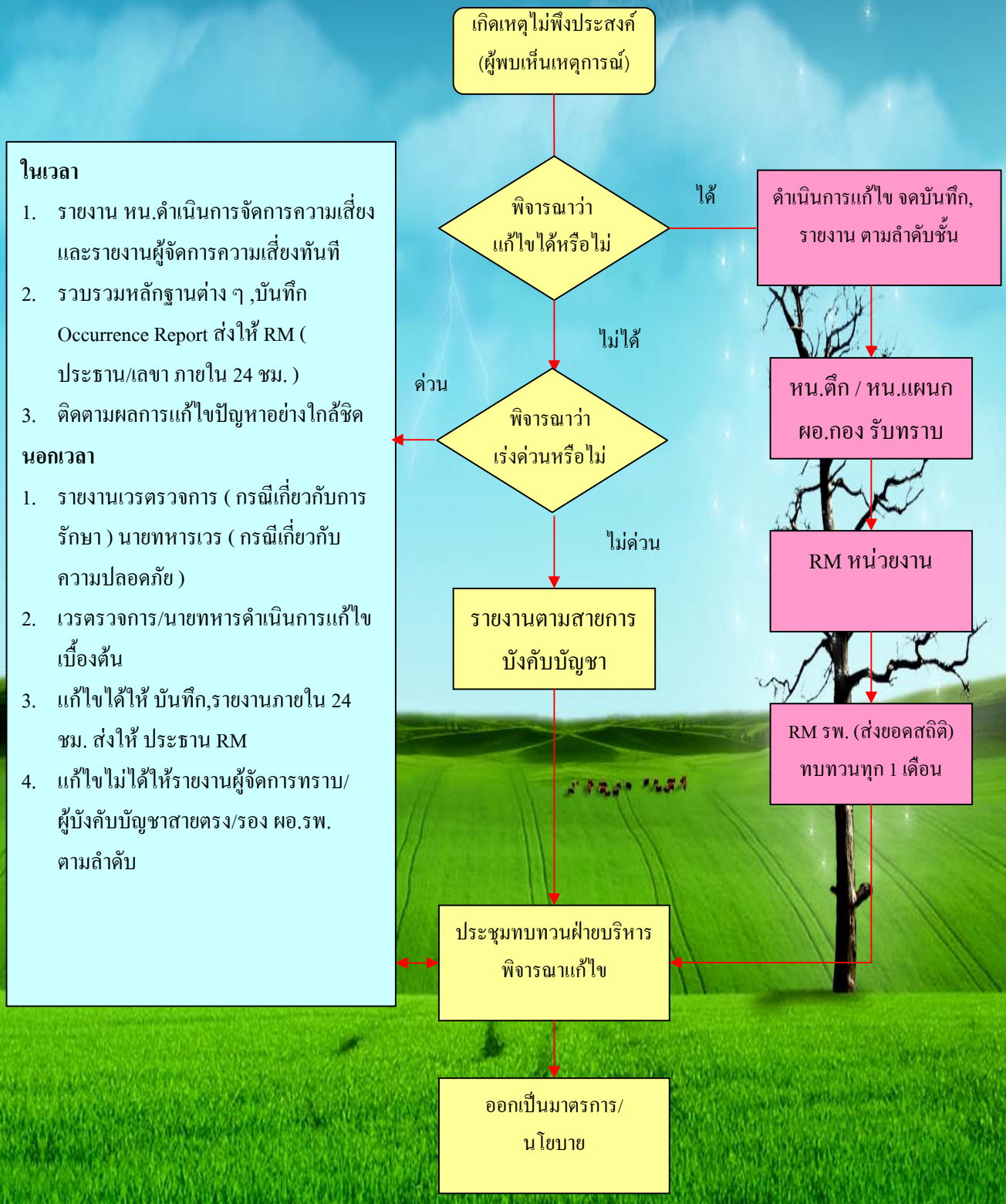
นโยบายการรายงานเหตุการณ์

- เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง ต้องรายงานทันทีเพื่อให้ทีมบริหารจัดการความเสี่ยงรับทราบและดำเนินการ

wallpaper.narak.com

- เหตุการณ์อุบัติเหตุภายใน รายงานภายในเวลา 24 ชั่วโมง หลังรับทราบเหตุการณ์ตามที่ระบุในนโยบาย และแบบรายงานอุบัติเหตุภายใน

ช่องทางการรายงานเมื่อเกิดเหตุไม่พึงประสงค์



ในเวลา

1. รายงาน หน.ดำเนินการจัดการความเสี่ยง และรายงานผู้จัดการความเสี่ยงทันที
2. รวบรวมหลักฐานต่าง ๆ ,บันทึก Occurrence Report ส่งให้ RM (ประธาน/เลขา ภายใน 24 ชม.)
3. ติดตามผลการแก้ไขปัญหาอย่างใกล้ชิด

นอกเวลา

1. รายงานเวรตรวจการ (กรณีเกี่ยวกับการรักษา) นายทหารเวร (กรณีเกี่ยวกับความปลอดภัย)
2. เวรตรวจการ/นายทหารดำเนินการแก้ไขเบื้องต้น
3. แก้ไขได้ให้ บันทึก,รายงานภายใน 24 ชม. ส่งให้ ประธาน RM
4. แก้ไขไม่ได้ให้รายงานผู้จัดการทราบ/ผู้บังคับบัญชาสายตรง/รอง ผอ.รพ. ตามลำดับ

การรับความคิดเห็นของลูกค้า คือ การรับความคิดเห็นและข้อร้องเรียนจากผู้ป่วย และผู้รับบริการในโรงพยาบาลค่ายสุรนารี

การรับเรื่องร้องเรียนลูกค้ามี 2 กรณีคือ

1. การรับความคิดเห็นหรือข้อร้องเรียนจากผู้มารับบริการโดยตรง โดยเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์

2. การรับความคิดเห็นหรือข้อร้องเรียนจากผู้มารับบริการโดยทางอ้อม ซึ่งผ่านทางการแสดงความคิดเห็นการบริการจาก กล่องรับความคิดเห็น จดหมายร้องเรียนทางโทรศัพท์ โทรสาร

ข้อควรจำ

- การตอบสนองความคิดเห็นของลูกค้า เบื้องต้นเป็นความรับผิดชอบของพวกเราทุกคนที่ปฏิบัติ งานในโรงพยาบาลฯ
- ถ้าเหตุการณ์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การตอบกลับลูกค้าต้องทำ ภายใน 24 ชั่วโมง
- ถ้าเหตุการณ์เกี่ยวข้องกับระบบงานสนับสนุนการรักษาพยาบาล การตอบกลับลูกค้าต้องทำภายใน 72 ชั่วโมง

Ali's Dream
www.a-li.com.cn

แนวทางการติดตามคำร้องเรียน ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี

แนวทางการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
เปิดกล่องรับความคิดเห็นตามหน่วยงานต่างๆทุกวัน จันทร์ พุธ ศุกร์	จ.ส.อ.เสงี่ยม/น.ส.ไปรยา
ลงทะเบียน	น.ส.ไปรยา
คัดกรองใบคำร้องเรียนเบื้องต้น → ฉบับจริงนำเรียน ผอ.กพค. ทราบ	พ.ต.หญิงนฤมล/น.ส.
นำเรียน ผอ.รพ. ผ่านรอง ผอ.รพ. ฝ่ายบริหารและ รอง ผอ.รพ. ฝ่ายแพทย์	น.ส.ไปรยา/จ.ส.อ.เสงี่ยม
ส่งกลับ TQM	
สำเนาส่ง บก.กองต่างๆ โดยใส่ซองปิดผนึก พิมพ์ “ลับ” เรียน ผอ.กองโดยตรง	บก. กอง ต่างๆ
นำเรียนต่อ ผอ.กองต่างๆพิจารณาสั่งดำเนินการแก้ไข	
ส่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหาแนวทางแก้ไข ปรับปรุง , เสนอ ผอ.กอง เซ็นทราบการดำเนินการแก้ไข	หน.หน่วยงาน
ส่งกลับ TQM ภายใน 1 สัปดาห์	หน่วยงาน/บก.กอง
รวบรวมและ สรุปผลเพื่อเสนอรายงานต่อ CEO ทุก 1 เดือน	พ.ต.หญิงนฤมล /น.ส.ไปรยา

ตัวชี้วัด: อัตราการตอบกลับใบร้องเรียนของแต่ละ กอง/แผนก

หมายเหตุ - ในกรณีที่มีคำร้องเรียนระบุตัวบุคคลชัดเจน (แพทย์, พยาบาล) สำเนาให้ตัวบุคคลนั้นทราบ โดย ลบ ชื่อ ที่อยู่ ของผู้ร้องเรียน

- กรณีที่เป็นการร้องเรียนแพทย์ ให้นำเรียน รอง ผอ.ฝ่ายแพทย์ทราบ กรณีที่เป็นการร้องเรียนพยาบาลให้นำเรียน รอง ผอ.ฝ่ายการพยาบาลทราบ

COPYRIGHT : 2004 JUNSEA DESIGN TEAM . ALL RIGHTS RESERVED ADMINISTER SYSTEM WWW.CAECN.COM WWW.JUNSEA.COM BBS.JUNSEA.COM