



ระบบข้อมูลการ จัดการความเสี่ยง

ทีมบริหารความเสี่ยง(RM)
โรงพยาบาลสามง่าม
จังหวัดพิจิตร



สาธารณสุขยุคใหม่ สร้างสังคมสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย



คณะกรรมการ RM

- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| 1. นพ.ปริญญ์ นากปณบุตร | ประธานฯ |
| 2. นพ.สุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์ | กรรมการ |
| 3. ทพ.วิกรม อมรคารา | กรรมการ |
| 4. น.ส.เบญจมาศ หวาจ้อย | กรรมการ |
| 5. นายวิวัฒน์ อุปคำ | กรรมการ |
| 6. นางสมบูรณ์ สิงห์พรม | กรรมการ |
| 7. นางขวัญจิต พฤษะวัน | กรรมการ |
| 8. นางมณีพรรณ นพศิริ | กรรมการ |
| 9. นางบุญส่ง แจ่มจำรัส | กรรมการ |
| 10. น.ส.สุทธิดา อัญฐานนท์ | กรรมการ |
| 11. น.ส.วรรณภา เขียวขำ | กรรมการ |
| 12. น.ส.พรณิภา พลอยกิติกุล | กรรมการ |
| 13. น.ส.อารีย์ ขุนสม | กรรมการ |
| 14. นายสุรกุล สุขพันธ์่อำ | กรรมการ |
| 15. นางสาวเพชร ว่องไวพิทยา | กรรมการและเลขฯ |
| 16. นายณัฐวุฒิ ประสานจิตร | กรรมการและผู้ช่วยเลขฯ |



สาธารณสุขยุคใหม่ สร้างสังคมสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย

ความเป็นมา

นโยบาย (Policy)



- * การค้นหาและป้องกันความเสี่ยงเป็นหน้าที่ของทุกคน
- * เมื่อเกิดอุบัติการณ์ เจ้าหน้าที่ผู้ประสบเหตุมีหน้าที่รายงานโดยไม่ถือเป็นการผิดและเป็นความลับ

ความเป็นมา

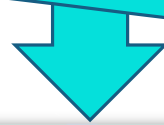
เป้าหมาย (Goal)



- * ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานปลอดภัย
- * ผู้ให้บริการปลอดภัยจากการปฏิบัติงาน
- * สิ่งแวดล้อมปลอดภัย

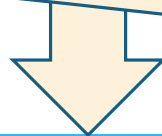
ความเป็นมา

โครงสร้างคณะกรรมการ



ความเป็นมา

ทีมเฉพาะรับผิดชอบโปรแกรมทั้ง 7 โปรแกรม

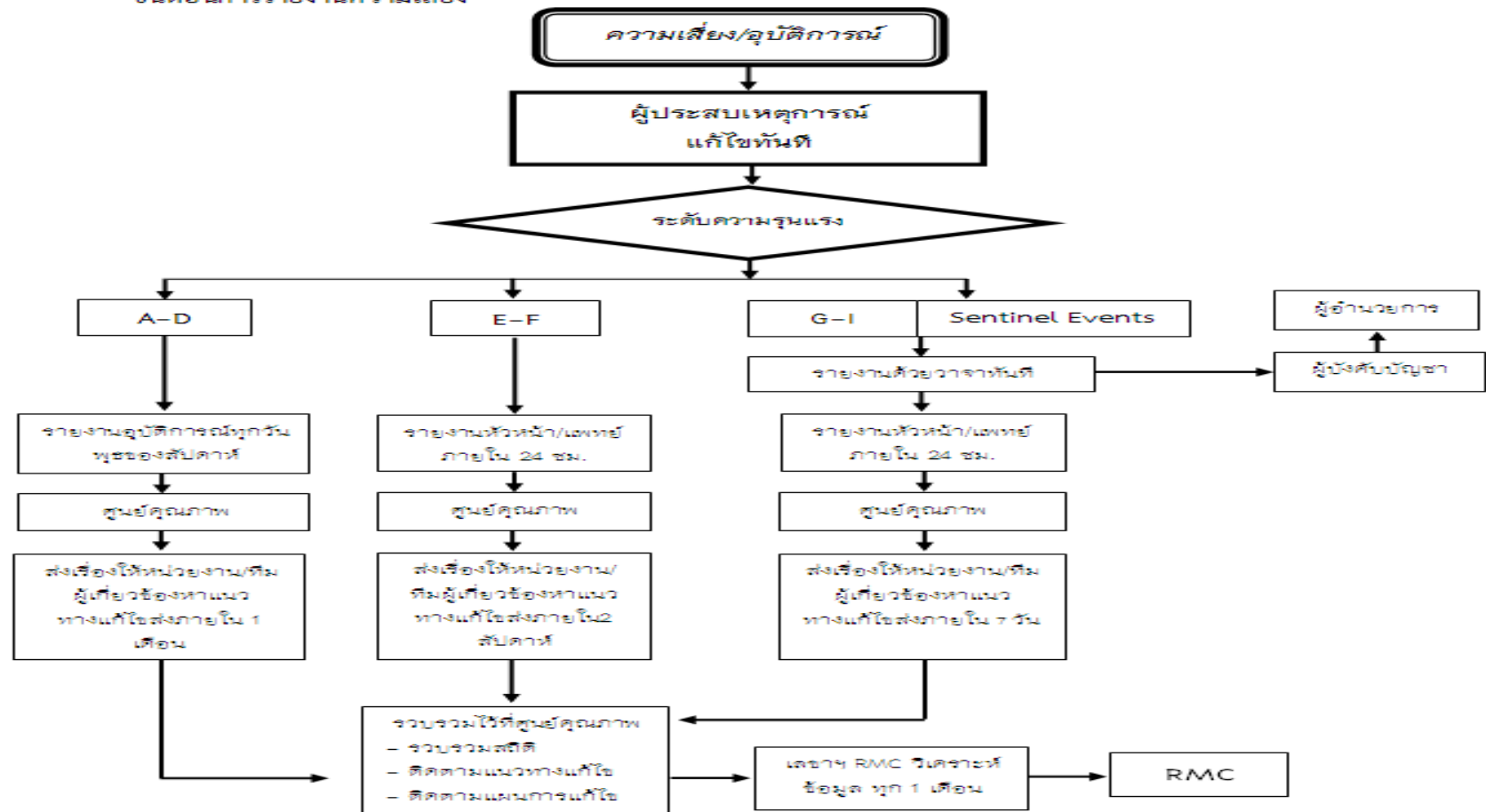


โปรแกรมความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ
1. ด้านการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก	ทีม PCT
2. ด้านการจัดการข้อร้องเรียนและสิทธิของผู้ป่วย	ทีม HRD
3. ด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและเครื่องมือ	ทีม ENV
4. ด้านการควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ.	ทีม IC
5. ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	ทีม PTC
6. ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ	ทีม IM
7. ด้านการบริหารจัดการบุคลากร	ทีม HRD

ความเป็นมา

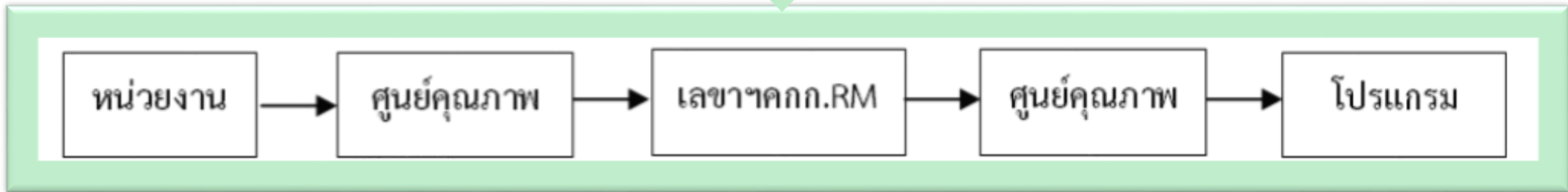
แนวทางการจัดการความเสี่ยง

ขั้นตอนการรายงานความเสี่ยง



ปัญหาและสาเหตุ

1. ความล่าช้าในการแจ้งกลับโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง
สาเหตุจาก มีขั้นตอนดำเนินงาน 5 ขั้นตอน



2. ไม่ได้รายงานการแก้ไขปัญหา
สาเหตุจาก ทีมเฉพาะกำกับติดตามการการแก้ไขปัญหา
ไม่ครอบคลุม

เป้าหมาย

ระบบข้อมูลการจัดการ
ความเสี่ยงมีคุณภาพ
สามารถนำข้อมูลไปใช้
ในการดำเนินงานจัดการ
ความเสี่ยงได้

กิจกรรมพัฒนา

1. จัดทำทะเบียนบันทึกข้อมูลให้ครอบคลุมและสะดวกต่อการเฝ้าจับ ใน 1 เรื่อง (One record) จนครบขั้นตอนตั้งแต่หน่วยงานรายงานเข้ามา จนการแก้ไขปัญหาลิ้นสุด

ลำดับ	ว.ด.ป. ที่ เกิด อุบัติเหตุ	อุบัติเหตุโดยสรุป	ประเภท	โปร แกรม	ระดับ	โปรแกรม ย่อย	Key word	การดำเนินการ	ผู้รายงาน	สถานที่เกิดเหตุ..	ว.ด.ป. ที่ รายงาน เข้า ศูนย์	ว.ด.ป. ที่จ่าย เรื่องให้โปรแกรม	ว.ด.ป. ที่รับ แผนแก้ไขจาก โปรแกรม	ว.ด.ป. ที่ ดำเนินการ แล้วเสร็จ	ระยะเวลา ดำเนินการ	Risk Profile
1	1-ต.ค.-58	หน่วยจ่ายกลางจัดของไม่ตรงตามที่เบิก	Non Clinic	5	B			แจ้งหน่วยจ่ายกลางแก้ไข	อุบัติเหตุและฉุกเฉิน		1-ต.ค.-58	5-พ.ย.-58				
2	1-ต.ค.-58	ห้องบัตรไม่ได้ออก Visit	Non Clinic	5	C		การออกบัตร	แจ้งห้องบัตรแก้ไข	ทันตกรรม		9-ต.ค.-58	5-พ.ย.-58				
3	6-ต.ค.-58	ห้องบัตรไม่ได้ออก Visit	Non Clinic	5	C		การออกบัตร	แจ้งห้องบัตรแก้ไข	ทันตกรรม		10-ต.ค.-58	5-พ.ย.-58				
4	6-ต.ค.-58	ชื่อคนไข้ไม่ตรงกับเวชระเบียน	Clinic	1	C		การออกบัตร	แจ้งห้องบัตรแก้ไข	ทันตกรรม		10-ต.ค.-58	5-พ.ย.-58				
5	6-ต.ค.-58	ชุดทันตผู้ป่วย P=135/m	Clinic	1	C			ปฏิบัติตามแนวทาง	ทันตกรรม		10-ต.ค.-58	5-พ.ย.-58	8-ก.ค.-59			
6	7-ต.ค.-58	ใช้รีโมทปิดเครื่องปรับอากาศตอนพักเที่ยง แต่ยังไม่เปิดอยู่	Non Clinic	3	B			ตรวจสอบก่อนออกจากห้อง	ทันตกรรม		10-ต.ค.-58	5-พ.ย.-58				
7	7-ต.ค.-58	ห้องบัตรไม่ได้ออก Visit	Non Clinic	5	B		การออกบัตร	แจ้งห้องบัตรแก้ไข	ทันตกรรม		10-ต.ค.-58	5-พ.ย.-58				
8	9-ต.ค.-58	จนท.ถูกเห็บกัดที่ห้องชันสูตร	Non Clinic	3	B			แจ้งห้องชันสูตรแก้ไข	ทันตกรรม		10-ต.ค.-58	5-พ.ย.-58				
9	2-ต.ค.-58	ออกบัตรผู้ป่วยผิดคน	Clinic	1	B		การออกบัตร	แจ้งห้องบัตรแก้ไข	ทันตกรรม		10-ต.ค.-58	5-พ.ย.-58				
10	7-ต.ค.-58	พบไข้หนูและรอยกัดแทะที่ห้องทันตกรรม	Non Clinic	3	B			แจ้งบริหารแก้ไข	ทันตกรรม		10-ต.ค.-58	5-พ.ย.-58				

กิจกรรมพัฒนา

2. กำหนดเวลาในการกำกับติดตาม(Time line)ระหว่างศูนย์คุณภาพกับเลขาฯคกก.RM โดยยึดกรอบแนวทางRM ของรพ.

ระดับ	โปรแกรมแก้ไขส่งศูนย์ฯ	เวลาที่กำหนด		
		ศูนย์ฯส่งให้เลขาฯRM	เลขาฯRMส่งคืนศูนย์ฯ	ศูนย์ฯส่งให้โปรแกรม
A-D	ภายใน 1 เดือน	ภายใน 3 วัน	ภายใน 3 วัน	ภายใน 3 วัน
E-F	ภายใน 2 สัปดาห์	ภายใน 2 วัน	ภายใน 2 วัน	ภายใน 2 วัน
G-I+SE	ภายใน 7 วัน	ภายใน 1 วัน	ภายใน 1 วัน	ภายใน 1 วัน

กิจกรรมพัฒนา



3. ติดตามการแก้ไขปัญหา
จากทีมเฉพาะที่รับผิดชอบ
โปรแกรมในที่ประชุม
คณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพโรงพยาบาล
(QMR)

กิจกรรมพัฒนา

4. สรุปปัญหาการดำเนินงาน
รอบ 9 เดือน ให้คณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล(QMR)
และคณะกรรมการบริหาร
ความเสี่ยง(RM) ได้รับทราบข้อมูล
และให้ข้อเสนอแนะรวมทั้ง
มีการทบทวนแนวทางการรายงาน
ความเสี่ยง/อุบัติการณ์



การวัดผลและ ผลการเปลี่ยนแปลง

ลดขั้นตอนในการแจ้งข้อมูลอุบัติการณ์กลับไปยังโปรแกรม
ที่เกี่ยวข้อง เหลือ 3 ขั้นตอน โดยให้ศูนย์คุณภาพและ
เลขาฯคกก.RM อยู่จุดเดียวกัน



หน่วยงาน



ศูนย์คุณภาพ+เลขาฯคกก.RM



โปรแกรม

การวัดผลและผลการเปลี่ยนแปลง

มีระบบข้อมูลความเสี่ยงและอุบัติการณ์ที่มีคุณภาพ ซึ่งสามารถแสดงข้อมูลการรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์จากหน่วยงานต่างๆ และมีการรายงานการแก้ไขปัญหามาจากทีมเฉพาะ

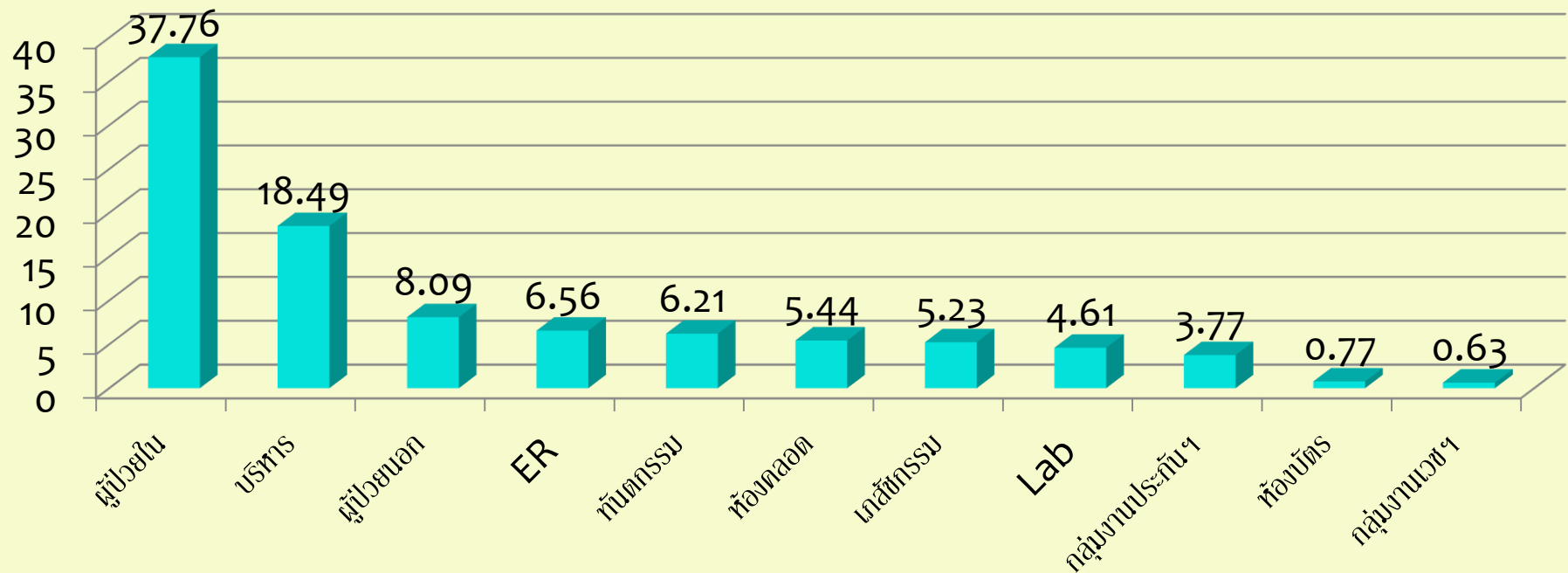


โปรแกรมความเสี่ยง	รวมทั้งปี				
	รวมทั้งหมด				
	รับรายงาน	ส่งทีมเฉพาะ	แก้ไขเบื้องต้นแล้ว	รายงานผลการดำเนินการ	ร้อยละการรายงาน
1. ความปลอดภัยผู้ป่วย	572	572	542	2	0.35
2. สิทธิและจริยธรรมองค์กร	69	69	33	0	0.00
3. สิ่งแวดล้อมอาชีวอนามัยและเครื่องมืออุปกรณ์	106	106	82	0	0.00
4. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	16	16	10	0	0.00
5. เทคโนโลยีและสารสนเทศ	269	269	153	0	0.00
6. ความคลาดเคลื่อนทางยา	235	235	234	90	38.30
7. การบริหารจัดการ	153	153	88	0	0.00
รวมด้าน Clinic	823	823	786	92	11.18
รวมด้าน Non Clinic	597	597	356	0	0.00
รวมทั้งหมด	1420	1420	1142	92	6.48
ร้อยละ		100.00	80.42	6.48	

การวัดผลและผลการเปลี่ยนแปลง

ร้อยละอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน

หน่วยงาน



บทเรียนที่ได้รับ

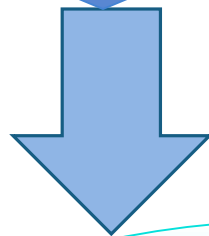
1. ผู้รับผิดชอบศูนย์คุณภาพไม่ได้เป็นบุคลากรที่มีความรู้ด้านการแพทย์และการพยาบาลโดยตรงทำให้อาจมีความคลาดเคลื่อนในการบันทึกข้อมูลการรายงานความเสี่ยง



นำโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงมาใช้เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัดการบันทึกข้อมูลและเพิ่มความแม่นยำในการจัดการแจ้งนับข้อมูลมากขึ้น

บทเรียนที่ได้รับ

2. ผู้รายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์
ยังขาดความชัดเจนในแนวทางการรายงาน



ชี้แจงแนวทางการรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์ควบคู่ไปกับการชี้แจงการใช้โปรแกรมการจัดการความเสี่ยง

บทเรียนที่
ได้รับ

3. ทีมเฉพาะรายการการแก้ไขปัญหา
ยังไม่ครบถ้วน

คืนข้อมูลการรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์
ในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
โรงพยาบาล (QMR)

ขอขอบคุณ
Thank you



สาธารณสุขยุคใหม่ สร้างสังคมสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย