

# Surveillance survey



Risk

ทีมบริหารความเสี่ยง

Design:

# การบริหารจัดการความเสี่ยง

ระดับ  
โรงพยาบาล

- มีการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานปกติ
- กำหนดให้มีกระบวนการบริหารความเสี่ยงทั้งโรงพยาบาล โดยมีการจัดการระบบอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
- เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ และปฏิบัติตามระเบียบการบริหารจัดการความเสี่ยง

- ค้นหาและจัดทำรายการบัญชีความเสี่ยงให้เป็นปัจจุบัน
- ประเมินความเสี่ยง จัดการ และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
- ทำความเข้าใจกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ซ้ำ
- ทุกหน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน สรุปและรายงานการบริหารจัดการความเสี่ยงเข้าระบบความเสี่ยงโรงพยาบาลทุกเดือน

ระดับ  
หน่วยงาน

# ปรับนโยบายการบริการจัดการความเสี่ยง



ประกาศสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

เรื่อง นโยบายบริหารจัดการความเสี่ยง (Patient Safety First)

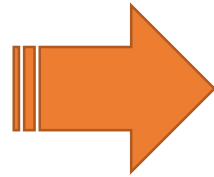


ด้วยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ตระหนักถึงความสำคัญความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยบุคลากรทุกคนมีหน้าที่รายงานอุบัติการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อผู้บังคับบัญชาทุกครั้ง และถือการรายงานเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยได้แก่

๑. ให้มีการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย ต้องใช้ข้อมูลอย่างน้อย ๒ ตัว (เช่น ชื่อ-นามสกุล และ HN. หรือ วัน/เดือน/ปีเกิด) เพื่อยืนยันบุคคลเมื่อแรกรับ หรือเมื่อมีการส่งต่อก่อนให้การดูแลรักษาพยาบาล
๒. การห้ามใช้ตัวย่อ ที่อาจเป็นอันตรายทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนต่อคำสั่งการรักษา
๓. การรับคำสั่งการรักษาด้วยวาจา ต้องมีการบันทึกคำสั่ง การตอบยืนยัน การทบทวนคำสั่งการรักษา และการใช้คำสั่งรักษาที่ชัดเจน แพทย์ผู้สั่งการรักษาเซ็นชื่อกำกับ ภายใน ๒๔ ชั่วโมง
๔. การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ให้มีคณะกรรมการเป็นผู้จัดการ จัดหา และจัดเก็บอย่างปลอดภัย
๕. มีการกำหนดแนวทางการป้องกันและลดความเสี่ยง ในการผ่าตัด ผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และให้ครอบคลุมทั้งการบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
๖. บุคลากรทุกคน ต้องมีส่วนร่วมในการป้องกันและลดความเสี่ยงในเรื่องการติดเชื้อในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
๗. มีการกำหนดแนวทางการป้องกัน และประเมินความเสี่ยงที่เป็นมาตรฐาน เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยง ในเรื่องการพลัดตกหกล้ม/การเกิดแผลกดทับ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๕๖

(นายวีระวุฒิ ลิ้มสัจวาญ)  
ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ



## NCI 2P Safety Goals

Patient Safety ผู้ป่วยปลอดภัย		Personnel Safety บุคลากรปลอดภัย
Safe Surgery and Invasive Procedure กระบวนการผ่าตัดที่ปลอดภัย	S	Security and Privacy of Information and Social Media ข้อมูลและการสื่อสารที่ปลอดภัย
Infection and Prevention Control การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อที่ปลอดภัย	I	Infection and Exposure การป้องกันการติดเชื้อในบุคลากร
Medication & Blood Safety การใช้ยาและให้เลือดที่ปลอดภัย	M	Mental Health and Mediation การดูแลด้านจิตใจของบุคลากรในองค์กร
Patient Care Process กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย	P	Process of Work กระบวนการทำงานของบุคลากรที่ปลอดภัย
Line Tubing & Catheter and Laboratory การดูแลสายและส่งตรวจที่ปลอดภัย	L	Legal Issues บุคลากรปลอดภัยจากด้านกฎหมาย
Emergency Response การตอบสนองภาวะฉุกเฉินที่พร้อมและปลอดภัย	E	Environment and Working Conditions สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับบุคลากร

# Patient and Personnel Safety

**สถาบันมะเร็งแห่งชาติ** มีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัย สำหรับทุกคน 2562-2565

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและสร้างความตระหนักในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย	2. พัฒนาความร่วมมือกับเครือข่ายระบบบริการสุขภาพและชุมชน	3. พัฒนาระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อคุณภาพและความปลอดภัย	4. ส่งเสริมระบบรายงานเรียนรู้และวัฒนธรรมที่มีคุณภาพและความปลอดภัย	5. เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมกำกับและอภิบาลระบบสุขภาพ
Competencies of Healthcare Workers	People-centred Care	2P Safety Goals	Reporting and Learning System	Hospital Accreditation
เพื่อให้บุคลากรมีความเข้าใจและเจตคติที่ดีในด้านคุณภาพและความปลอดภัย	เพื่อให้เกิดความร่วมมือในทุกส่วนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ปลอดภัย	เพื่อให้ทุกหน่วยงานมีความพร้อมและมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย	เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการรายงานและการเรียนรู้เรื่องคุณภาพและความปลอดภัย	เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและมั่นใจในระบบบริการสุขภาพ
KPI ยุทธศาสตร์ที่ 1	KPI ยุทธศาสตร์ที่ 12	KPI ยุทธศาสตร์ที่ 3	KPI ยุทธศาสตร์ที่ 4	KPI ยุทธศาสตร์ที่ 5
1. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัย เป้าหมาย 100%	1. ร้อยละของการพัฒนาคุณภาพ มาจากการรับฟังเสียงสะท้อนของประชาชน เป้าหมาย 100%	1. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการขับเคลื่อนด้านคุณภาพและความปลอดภัย เป้าหมาย 100%	1. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการรายงานอุบัติการณ์ 2. แนวโน้มการรายงานอุบัติการณ์ 3. แนวโน้มอุบัติการณ์ระดับ E-I	1. จำนวนการฟ้องร้องทางการแพทย์ที่เป็นคดีความ 2. จำนวนข้อร้องเรียนด้านคุณภาพและความปลอดภัย

# From Recommendation to Action

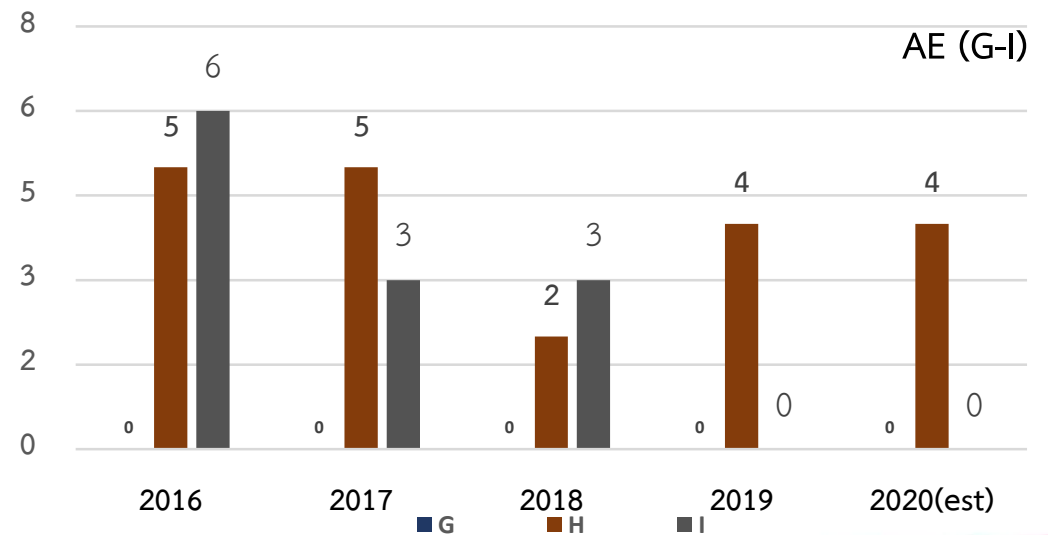
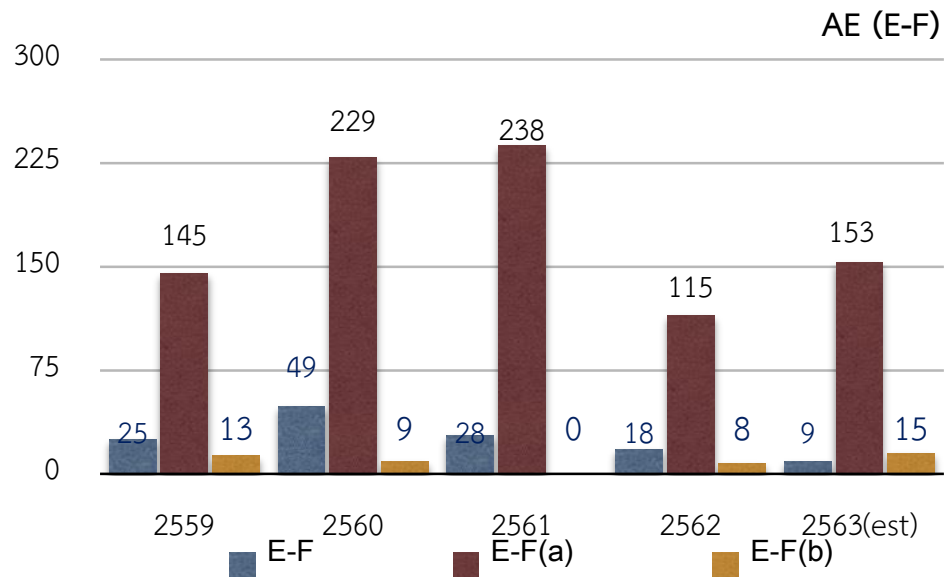
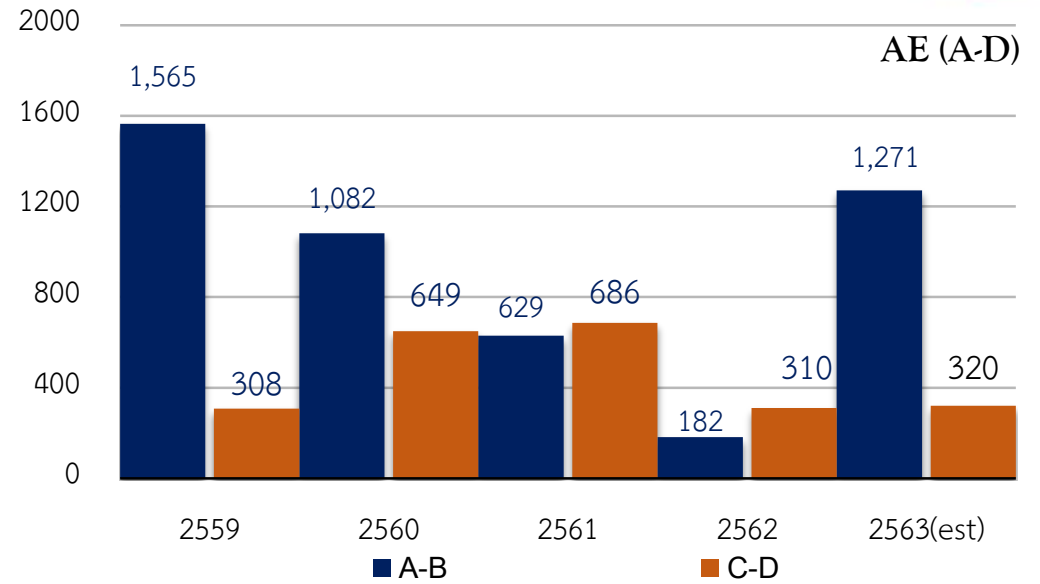
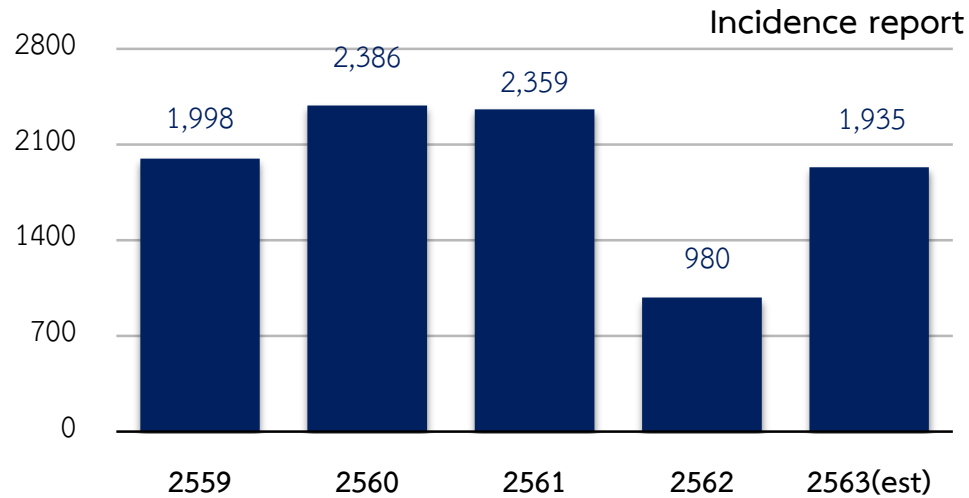
## ข้อเสนอแนะจาก สรพ.

ระบบบริหารความเสี่ยง: ควรสร้างการเรียนรู้ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานมีความรู้ความเข้าใจในการค้นหา/รายงานความเสี่ยง

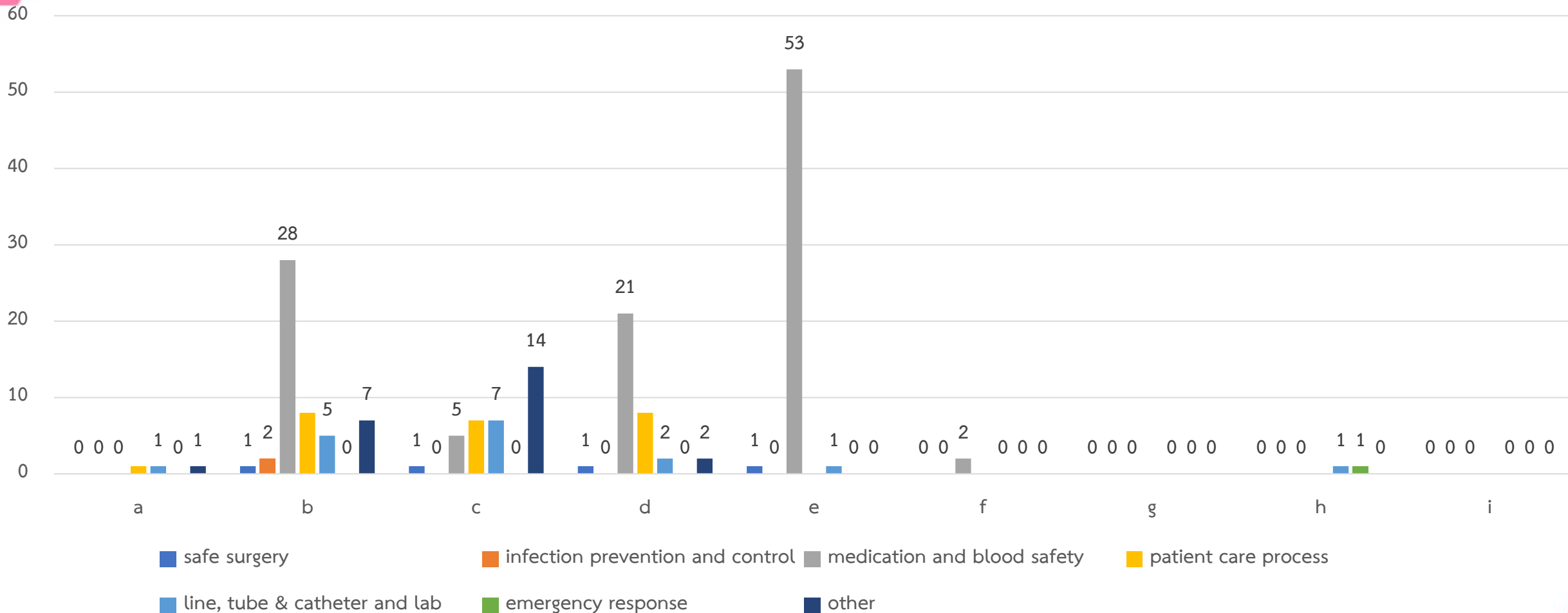
## รายงานความก้าวหน้าของทีมบริหารความเสี่ยง ตามข้อเสนอแนะของ สรพ.

2562				2563			
Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
<ul style="list-style-type: none"> <li>ประชุมคณะกรรมการ RM ร่วมกับทีมนำทางคลินิกเพื่อกำหนดความเสี่ยงเฉพาะทางคลินิกที่ชัดเจน</li> <li>ทบทวนและสื่อสารแนวทางในการบริหารความเสี่ยงเฉพาะทางให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ร่วมมือกับทีมพัฒนาระบบดิจิทัล ในการปรับปรุงโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงในระบบ HIS(ใหม่)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ทำข้อตกลงร่วมกับสรพ.ในการส่งรายงานIR ระบบNRLS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>เข้าอบรม/Work shop การรายงานIR ระบบ NRLS ตามสรพ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ร่วมมือกับทีมพัฒนาระบบดิจิทัล ในการปรับปรุง พัฒนาโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงในระบบ HIS โดยมีการปรับเป็น 2P Safety เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานใหม่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ดำเนินการจัดทำคู่มือการใช้งานโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงในระบบHIS</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>เริ่มเปลี่ยนระบบHIS ๓.๐.61 (เฉพาะส่วนFront OPD-IPD)</li> </ul>						<ul style="list-style-type: none"> <li>อบรมให้ความรู้ / ทำWork Shop/ตามรอยหน้างาน</li> </ul>	

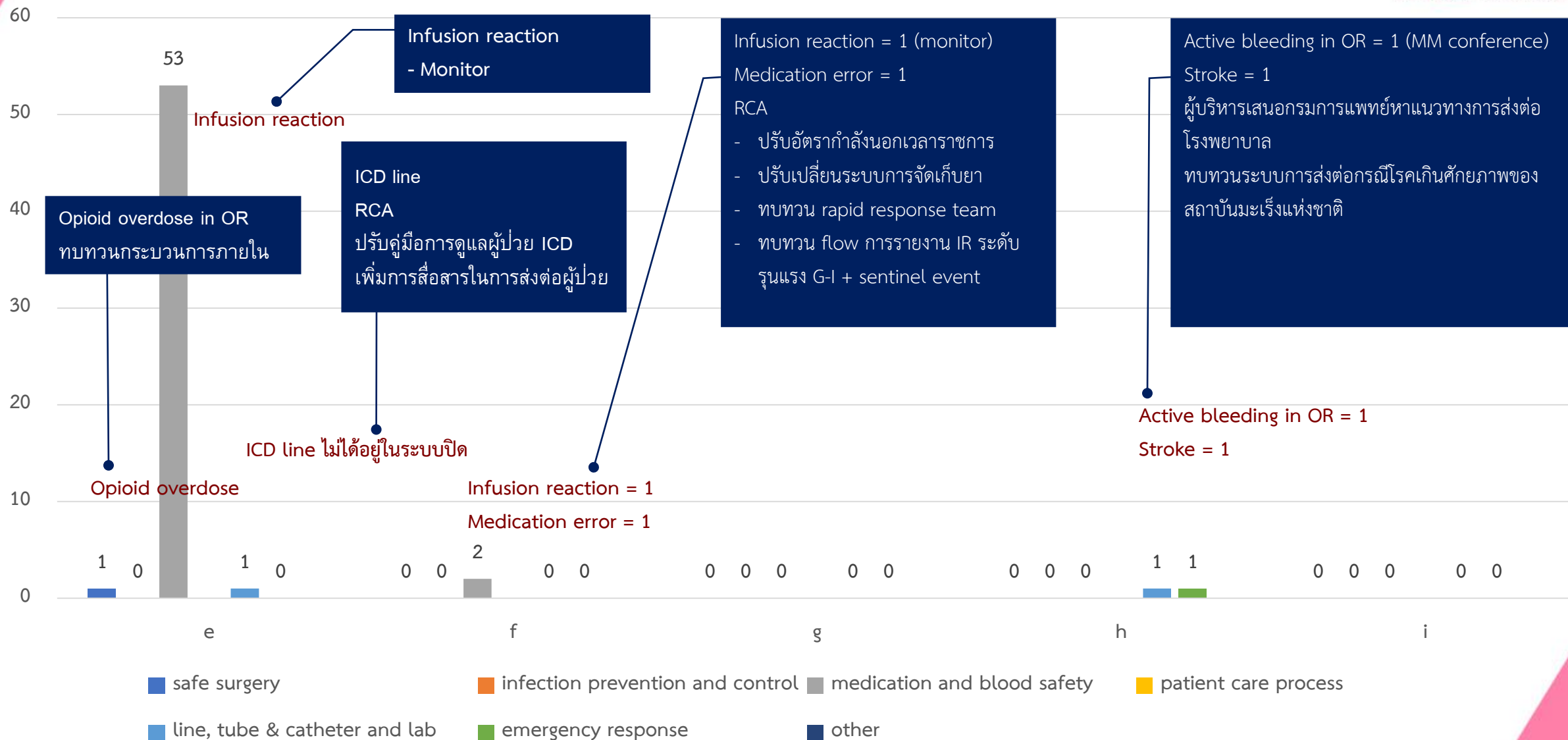
# Risk Management Outcome



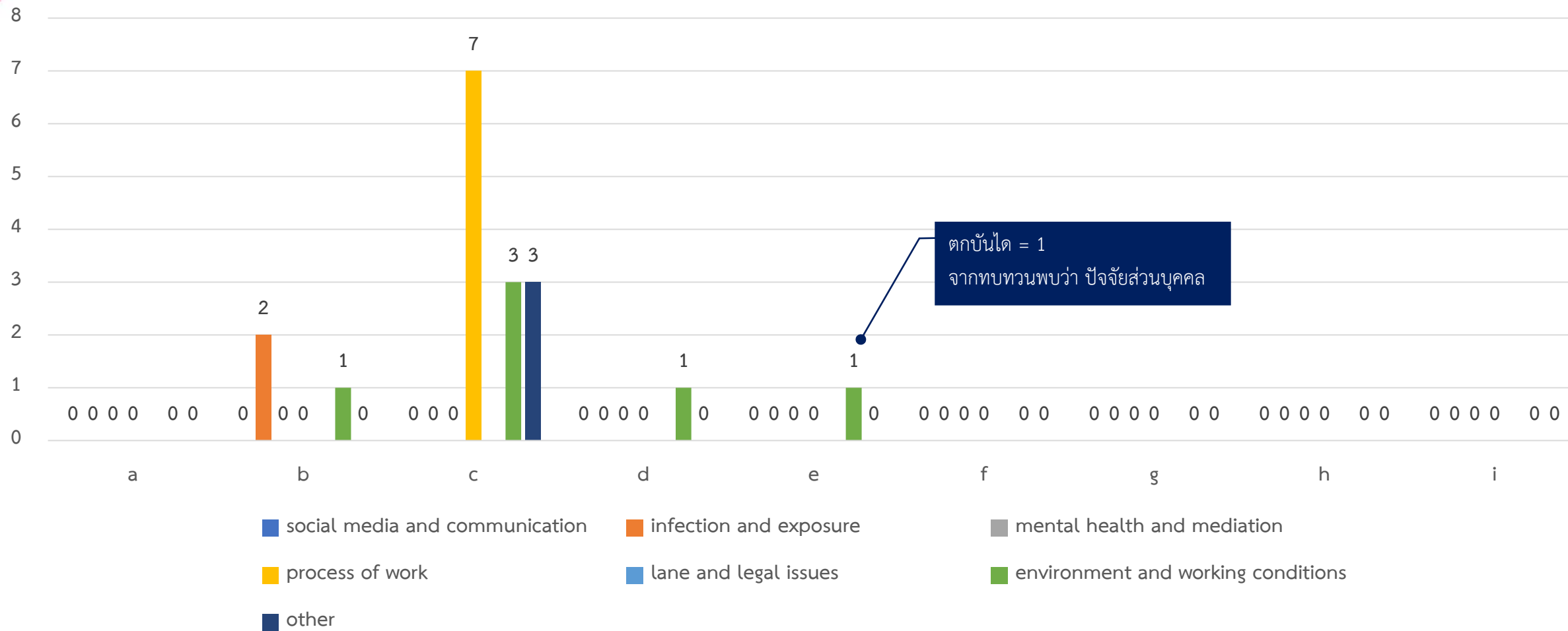
# Incident Report Patient Safety A-I



# Incident Report Patient Safety E-I



# Incident Report Personal Safety A-I





# เป้าหมายสำคัญในการพัฒนา

จุดเน้นคุณภาพ



ระบุตัวถูกต้อง

ป้องกัน Suicide

ได้ยาปลอดภัย

NCI Digital



ระบุตัวถูกต้อง

ป้องกัน suicide

ได้ยาปลอดภัย

NCI Digital



# ผลลัพธ์การพัฒนาตามจุดเน้นโรงพยาบาล



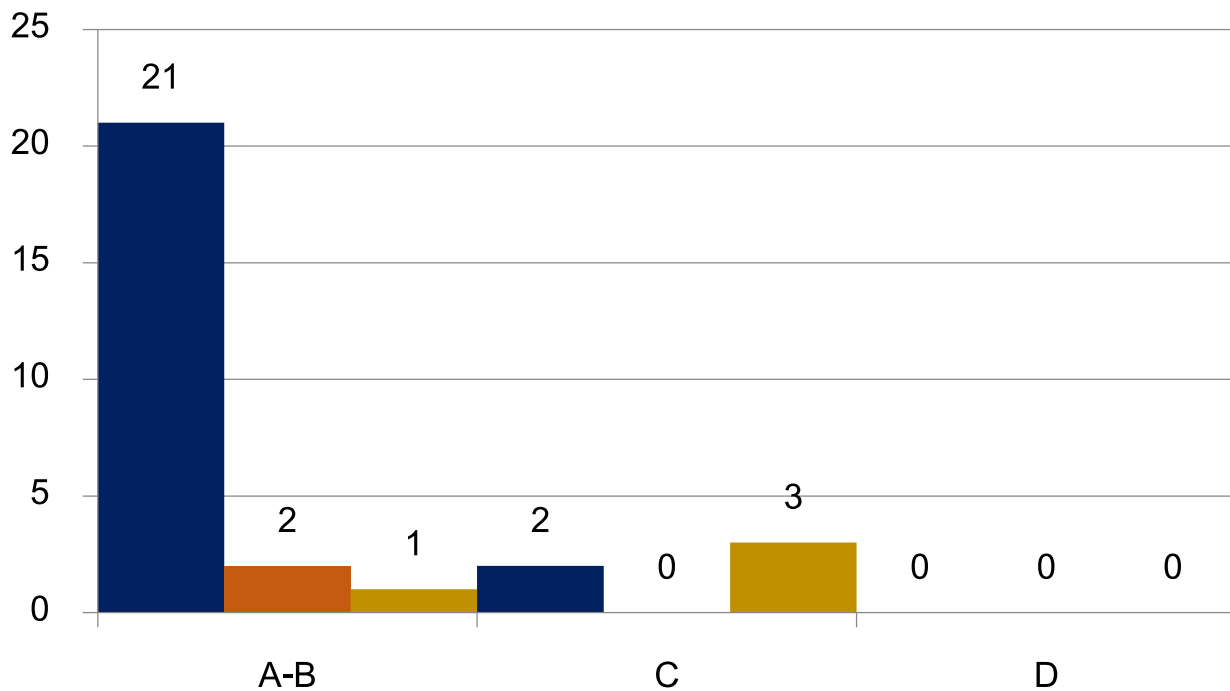
ระบุตัวถูกต้อง

ป้องกัน suicide

ได้ยาปลอดภัย

NCI Digital

อุบัติการณ์บ่งชี้บุคคลคลาดเคลื่อน



กำหนดนโยบาย การบ่งชี้ตัวผู้ป่วย

- 2561
- 2562
- 2563



# ผลลัพธ์การพัฒนาตามจุดเน้นโรงพยาบาล

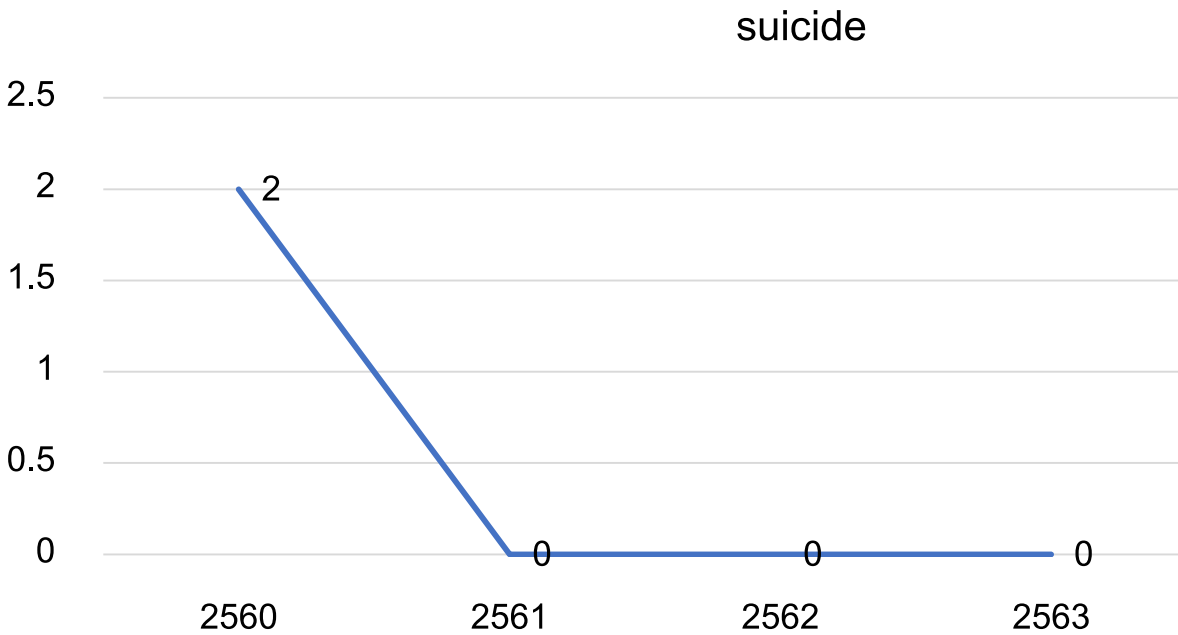


ระบุตัวถูกต้อง

ป้องกัน suicide

ได้ยาปลอดภัย

NCI Digital



1. ทบทวนนโยบายความปลอดภัย
2. ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย
3. ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย

ปี พ.ศ.	ผู้ป่วยส่งปรึกษา SUICIDE	ผู้ป่วยที่พบว่า มีแนวโน้ม SUICIDE	ผู้ป่วยที่ SUICIDE สำเร็จ
2560	23	7	2
2561	43	14	0
2562	31	6	0
2563	36	13	0



# ผลลัพธ์การพัฒนาตามจุดเน้นโรงพยาบาล



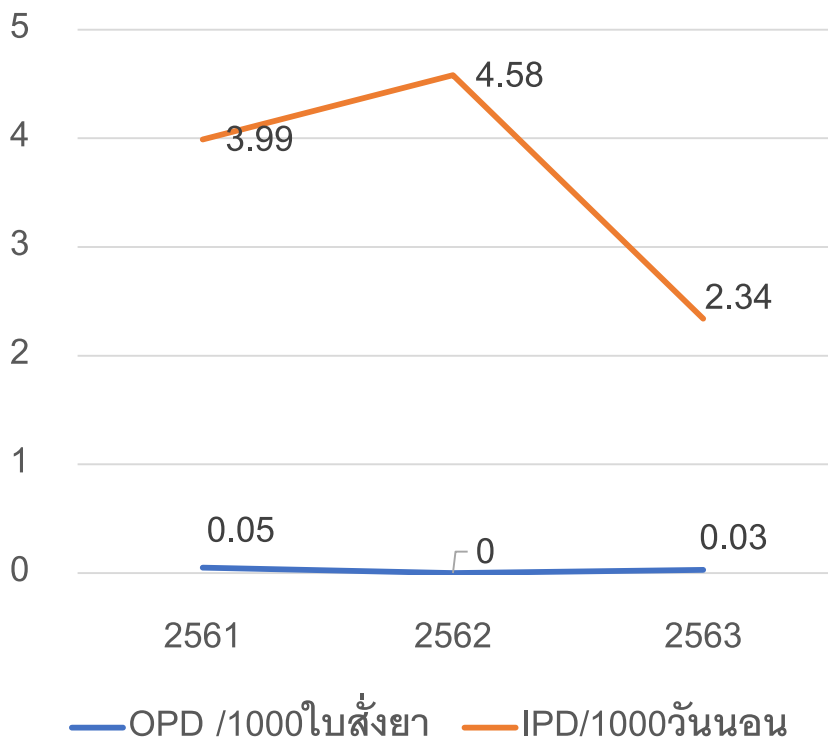
ระบุตัวถูกต้อง

ป้องกัน suicide

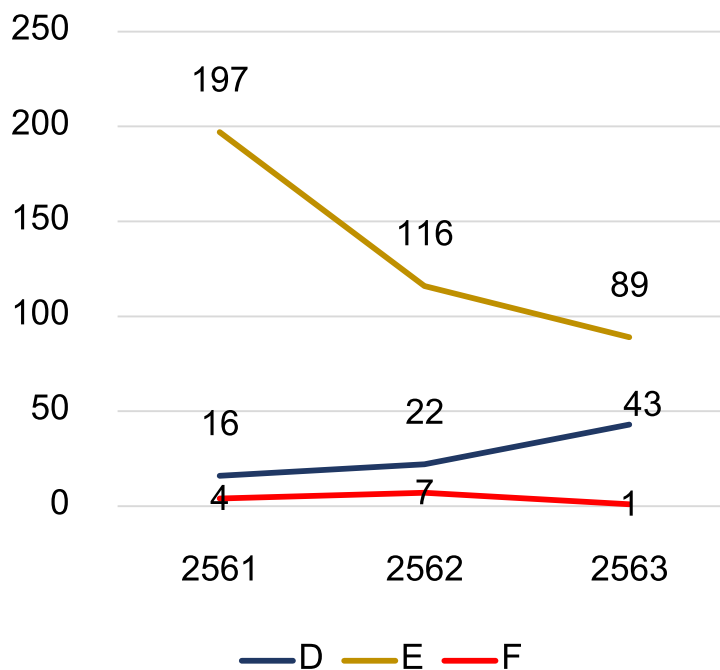
ได้ยาปลอดภัย

NCI Digital

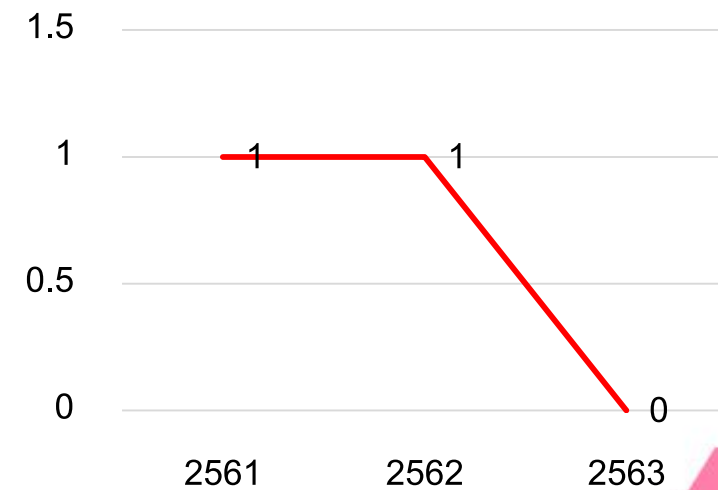
การบริหารยาคลาดเคลื่อน



Hypersensitivity /Infusion reaction จากยาเคมีบำบัดและยากลุ่ม Very High Alert Drugs



อุบัติการณ์การเกิด Infusion reaction ตาม CTCAE Version 5.0 จากยา Very HADs และยาเคมีบำบัดความรุนแรง ระดับ 3 ขึ้นไป และความรุนแรงระดับ F ขึ้นไป





# ผลลัพธ์การพัฒนาตามจุดเน้นโรงพยาบาล



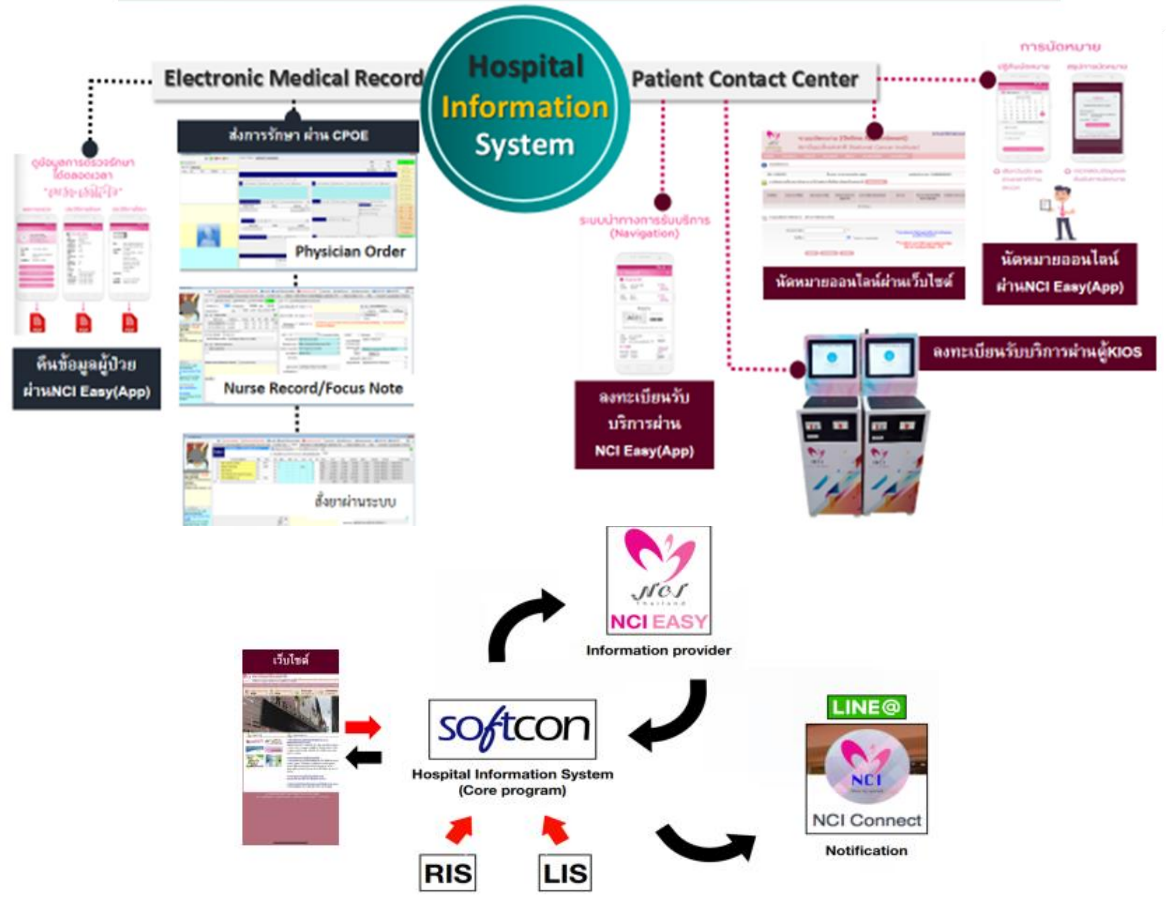
ระบุตัวถูกต้อง

ป้องกัน suicide

ได้ยาปลอดภัย

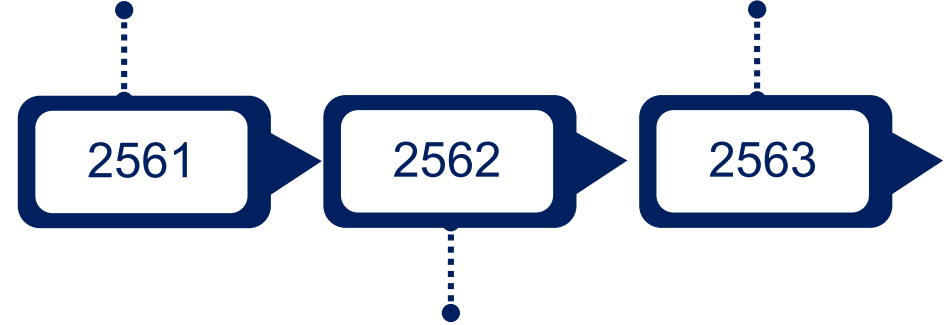
NCI Digital

## Digital Transformation: Smart Service



เปลี่ยนระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล OPD IPD

- เริ่มส่วน Back office เฟส 1
- งานบริหารทั่วไป/งานสารบัญ มิ.ย.63
- App สำหรับแพทย์ Doctor app ส.ค.63

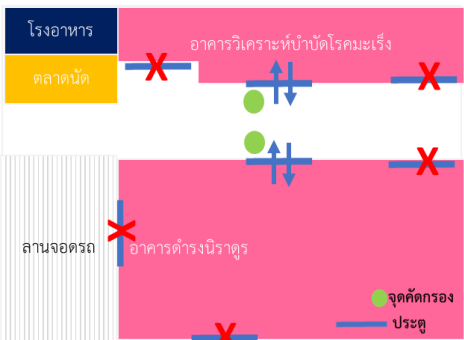


- HIS
- PHR: Personal Health Record (App ประชาชน) NCI Easy เม.ย.62
- App สำหรับผู้บริหาร Dashboard 1 ต.ค.62
- ผ่านการรับรองระบบบริหารจัดการรักษาความมั่นคงปลอดภัยเทคโนโลยีสารสนเทศ ISO /IEC27001 ณ วันที่ 26 ธ.ค.62

# Lesson Learned to New Normal for 2P Safety



ประกาศนโยบาย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
“NCI SAFEZONE”



# WHAT'S NEXT and Now

## ระบบ National Reporting and Learning System : NRLS



ขับเคลื่อน



ระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์  
Hospital Safety Culture Survey Online

การรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ  
(Patient Experience Program)

อบรมให้ความรู้การใช้โปรแกรมบริหารความเสี่ยง ตามระบบ NRLS / ทำWork Shop/ตามรอยหน้างาน

# Thank You

