

มาตรฐานเชิงนโยบาย
เรื่อง “เข้มงวดด้านความปลอดภัย” ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๖
(TOD Suandok's Safety Goal ๒๐๑๑ – ๒๐๑๓)

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ้างถึง นโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร	รหัสเอกสาร : นย.๐๐๐๑/๒๕๕๔	หน้า ๑-๙
<p>ผู้เขียน/เรียบเรียง(ต้นฉบับ)</p> <p>๑ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล</p> <p>ผู้เสนอ ๑..... (กรกฎาคม./๒๕๕๑) รศ.จรัล กังสนารักษ์ : ผู้จัดการความเสี่ยงโรงพยาบาล</p> <p>ผู้รับรอง (กรกฎาคม / ๒๕๕๑) (อ.นพ.วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข: QMR)</p> <p>ผู้อนุมัติ (กรกฎาคม / ๒๕๕๑) (รศ.นพ.วัฒนา นาวาเจริญ...: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)</p> <p>ผู้อนุมัติ (กรกฎาคม / ๒๕๕๑) (รศ.นพ.นิเวศน์ นันทจิต: คณบดีคณะแพทยศาสตร์)</p>	<p style="text-align: right;">ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๕๔</p> <p>ผู้เขียน/ เรียบเรียง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล</p> <p>ผู้เสนอ ๑..... (๒๒ / ..ก.ย../๒๕๕๔) รศ.จรัล กังสนารักษ์ : ผู้จัดการความเสี่ยงโรงพยาบาล</p> <p>ผู้รับรอง (๒๒ / ..ก.ย../๒๕๕๔) (อ.นพ.วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข: QMR)</p> <p>ผู้อนุมัติ (..๒๔.. / ..ก.ย./ ๒๕๕๔) (รศ.นพ.วัฒนา นาวาเจริญ...: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)</p> <p>ผู้อนุมัติ (๔. / ต.ค.../ ๒๕๕๔) (รศ.นพ.นิเวศน์ นันทจิต: คณบดีคณะแพทยศาสตร์)</p>	

๑ วัตถุประสงค์

- ๑ เพื่อลดอุบัติเหตุการณ์สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย หรือการปฏิบัติงาน ที่พบบ่อยในระบบ training ของวิชาชีพต่างๆ
- ๒ เพื่อสร้างความตระหนักในการลดความเสี่ยงจากการทำงาน (on the job risk) ของ หน่วยงาน ภาควิชา และ PCT (clinical risk) และลดอุบัติเหตุการณ์เกิดขึ้น
- ๓ เพื่อสร้างความตระหนักให้แก่หน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติ ให้สนใจ และทบทวน อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในระดับ D ลงมา ก่อนที่จะส่งผลรุนแรงในอนาคต

๒ ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ TOD คือ T = Training risk , On the job risk control และ D-down level review

T = Training risk : ผลแทรกซ้อนในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย หรือการปฏิบัติงาน ที่เกิดขึ้นในระบบ training

O = On the job risk control : เป็นความเสี่ยงจากการทำงานตามบริบทของหน่วยงานหรือ PCT เช่น common clinical risk (Med. Error, สารน้ำ & เลือด, การติดเชื้อ, ดิ่งท่อ, fall, ข้อร้องเรียน, การบาดเจ็บ, การตาย, เวชระเบียนไม่สมบูรณ์ และความเสี่ยงต่างๆ) และ specific clinical risk ของ PCT

D = D-down level review : อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ D ลงมา ตามเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของ The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention : NCC MER ที่กำหนดให้ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยกำหนดไว้ตั้งแต่ระดับ A ถึง I (ภาคผนวก ก)

๓ นโยบายปฏิบัติ

๓.๑ ทุกภาควิชา ฝ่ายฯ งานฯ นำเข็มมุ่งด้านความปลอดภัย ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๖ (TOD Suandok's

Safety Goal ๒๐๑๑ – ๒๐๑๓) เป็นแนวทางในการควบคุม กำกับ ติดตาม

๓.๒ ทุกภาควิชา ฯ ฝ่ายฯ งานฯ ได้นำอุบัติการณ์ตามเข็มมุ่งมาทบทวน และรายงานให้ทีมนำระบบ และ RMC ทราบทุก ๓ เดือน

๔ ขั้นตอนปฏิบัติ

๔.๑ T = Training risk :

๑) ขอให้ทุกทีม คัดเลือก risk ที่เกิดจาก trainee ที่พบบ่อยมา monitor เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ทั้งนี้ T risk นี้ อาจซ้ำหรือสึกๆแล้วมีสาเหตุรากใกล้เคียงกันกับ O (on the job risk) แต่ monitoring จะต่างกันตรงที่ หาก risk ที่เกิดขึ้น หลังการทบทวนพบว่าเกิดจากการขาดการกำกับดูแลที่เหมาะสม ก็ให้นำมาเป็น T monitor ดังนี้

- I. ระดับ PCT หรือภาควิชาที่ไม่มีPCT จะได้ safety indicator (RMC จะส่งไปให้ หรือ ภาควิชาที่ไม่มีPCTขอให้พิจารณาจากปัญหาที่พบบ่อยในขั้นตอนการทำงาน) ไป monitor ความสำเร็จในการบริหารความเสี่ยง T risk นี้จึงขึ้นกับภาควิชาหรือ หน่วยงาน ที่จะกำหนด to do, to do with และ not to do ให้กับtraineeอย่างเป็นทางการในหน่วยงาน

- II. ระดับ Unit ขอให้ทีมนำระบบ(NUR, ENV, ICC, Rxเป็นต้น) ชี้แนะหรือร่วมทบทวนให้หน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลทราบถึงT- riskของตน ๒-๓เรื่อง แล้วนำไปmonitor ทั้งนี้ขอให้ส่งผล Unit T risk monitor ให้ RMC เพื่อบรรจุเป็นข้อมูลในการติดตาม
- III. ในการ I.S. ทูกริชาชีพอจะถามหาmonitoringนี้ ทุกการเยี่ยม

ตัวอย่าง T risk ที่พบบ่อยมักเกิดจาก trainee เช่นการปล่อยให้ trainee บริหารยา HAD, การปล่อยให้ trainee ประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง, การปล่อยให้ trainee การทำหัตถการสำคัญ และการปล่อยให้ traineeตัดสินใจแก้ปัญหาสำคัญเอง เป็นต้น

๑๒ O = On the job risk control

- ๑ **ให้ทุกหน่วย และ PCT ได้ควบคุม** กำกับความเสี่ยงจากการทำงาน (on the job risk) ของหน่วยงาน และ PCT (clinical risk) และพยายามลดอุบัติเหตุการเกิดซ้ำ
 - I. ในระดับหน่วยงาน
 - ๑ ควรเน้น Riskในกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั่วไป หรือ กระบวนการหลัก หรือ ขั้นตอนของการทำงาน
 - ๒ riskในโรค หรือ procedure ที่เป็น top ของหน่วยงาน
 - II. ในระดับPCT หรือภาควิชา
 - ๑ ควรเน้น riskในการดูแล ผู้ป่วยหรือ โรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย หรือ proxy disease ของภาควิชาโดยใช้ clinical tracer เป็นหลัก
 - ๒ ในPCTที่ผู้ป่วยหลากหลาย งานส่วนใหญ่เป็นprocedure เช่น รังสีวินิจฉัย วิสัญญี และ rehab. เป็นต้น ก็ให้เน้น clinical tracer ของ procedure หรือการป้องกันcomplication ระหว่างทำprocedure
 - ๓ **ภาควิชาที่ยังไม่เป็นPCT** ควรค้นหาปัญหาที่พบบ่อยในกระบวนการหลัก หรือ ขั้นตอนของการทำงาน เช่นการรับ-ส่ง-รายงานผล เอกสาร หรือสิ่งตรวจ(ชิ้นเนื้อ, เลือด, ฯลฯ)

๓.๓ D = D-down level review

ระดับหน่วยงาน

- ๑ ทบทวนอุบัติการณ์ที่ยังไม่ส่งผลถึงผู้ป่วย หรือไม่ถึงเจ้าหน้าที่ (A,B,C,D level) แต่พบบ่อย และหากส่งผลถึงผู้ป่วย โอกาสที่จะเกิดความรุนแรงมีมาก เช่น ผู้ป่วยลื่นล้มแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ สารเคมีกระเด็นโดนเสื้อผ้าเจ้าหน้าที่ มีผ้าตัดตกเกือบโดนเท้า เกือบให้ยาผิดหรือเกือบรายงานผลผิดคน เป็นต้น
- ๒ ทบทวนอุบัติการณ์ตั้งแต่ระดับ D ลงมา จาก กระบวนการหลัก เวชระเบียน และอุบัติการณ์
- ๓ เลือก อุบัติการณ์ตั้งแต่ระดับ D ลงมา ที่คิดว่าสำคัญ หน่วยงานละ ๒-๓ เรื่อง มาทบทวนว่า
 - ๓.๑ ทำไมไม่กลายเป็น E เป็นเพราะ ระบบตรวจจับได้ก่อน, โชคดี หรือ คนใช้หรือญาติมาบอกทัน ฯลฯ
 - ๓.๒ อุบัติการณ์ตั้งแต่ระดับ D ลงมา ดังกล่าวมีความสัมพันธ์ กับ E+ หรือไม่ เท่าใด (จาก สัดส่วน E+ / D- จะทำให้เห็น ประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง)
 - ๓.๓ จะทำอย่างไรต่อดี (เพื่อให้ E+ / D- ratio ลดลงเรื่อยๆ)
- ๔ ส่งผลการทบทวนให้ ฝ่ายการ ทิมนำระบบ และ RMC ทุก ๓ เดือน

ระดับ PCT / งาน

- ๑ ให้ Unit รวบรวม (อาจเป็นหัวหน้างาน) นำเสนอในการที่ประชุม PCT เพื่อให้เห็นภาพรวม
- ๒ นำเสนอใน การเยี่ยม IS ต่างๆ ทุกครั้ง

๕. กลุ่มเป้าหมาย

ทุก PCT, ทุกภาควิชา, ทุกหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาล

๖. ผู้รับผิดชอบ

- ๑ ผู้บริหารโรงพยาบาล
- ๒ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาล

๗. เกณฑ์ชี้วัด

- ๗.๑ การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างถูกต้องของบุคลากร
- ๗.๒ อุบัติการณ์ใน TOD มีแนวโน้มลดลง

๔ การประเมินผล

๔.๑ ประเมินโดยภาพรวมของโรงพยาบาล

มาตรฐานฉบับนี้			เหตุผลในการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงมาตรฐาน						เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ	
มาตรฐานใหม่	ปรับรูปแบบ Re – formatted	ปรับปรุงใหม่ Revised	แก้ไข / เพิ่มเติม ข้อความที่ จำเป็น	แก้ไขให้ สอดคล้อง กับ มาตรฐาน	ปรับเปลี่ยน กฎ-ระเบียบ	มีความ เสี่ยง	เป็น ความรู้ / วิทยาการ ใหม่	เพิ่ม ประสิทธิ ผล	Yes	No
การปรับปรุงแก้ไข : ครั้งที่ ๑										
วัน / เดือน / ปี ที่สร้างครั้งแรก : กรกฎาคม ๒๕๕๔										
วัน / เดือน / ปี ที่ปรับปรุงแก้ไข : สิงหาคม ๒๕๕๔										
วัน / เดือน / ปี ที่เผยแพร่ :										
File Name : เชื่อมุ่งด้านความปลอดภัย ๒๕๕๔-๒๕๕๖										

ภาคผนวก ก

เกณฑ์แบ่งระดับอุบัติการณ์ตามความรุนแรง

ช่องทางการรายงาน	กลุ่ม	ระดับของ อุบัติการณ์	ความรุนแรง
อุบัติการณ์ไม่รุนแรง รายงานตามสายงาน ปกติ	ยังไม่เกิด อุบัติการณ์	A	เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดอุบัติการณ์ เช่น เกือบ off ICD ผิดคน เนื่องจากมีการย้ายเตียงผู้ป่วยและแพทย์คิดว่าผู้ป่วยอยู่เตียงเดิม เขียนใบ request X-ray/lab ผิด แต่ยังไม่ทันได้ order เป็นต้น
		B	เกิดอุบัติการณ์ขึ้น แต่ไม่ส่งผลถึงผู้ป่วย เช่น ส่งผู้ป่วยไป X-ray ผิดคน แต่ยังไม่ทันได้ X-ray หรือ จ่ายเลือดผิดแต่ตรวจสอบพบก่อนที่จะให้ผู้ป่วย หรือ แพทย์ set ผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง แต่ทราบก่อนที่ ward จะเตรียมผ่าตัดผู้ป่วย เป็นต้น
	เกิดอุบัติการณ์, ไม่รุนแรง	C	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย เช่น แพทย์ set ผ่าตัดผู้ป่วยผิดรายและผู้ป่วยได้รับการเตรียมผ่าตัดไปแล้วแต่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด หรือ X-ray ผู้ป่วยผิดข้าง/คนแต่ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย หรือ เจาะเลือดผู้ป่วยผิดรายแต่ทราบก่อนที่จะส่ง เป็นต้น
		D	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย และต้องการการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายหรือต้องมีการบำบัดรักษา
อุบัติการณ์รุนแรง รายงาน PSC	เกิดอุบัติการณ์, รุนแรง	E	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา
		F	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องนอนโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น
		G	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวร
		H	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต
	เกิดอุบัติการณ์, เสียชีวิต	I	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วยซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention : NCC MER

ภาคผนวก ข

Hospital Patient Safety Indicator สำหรับ PCT

ตาม TOD Suandok's safety goal ๒๐๑๑-๑๓

Clinical risk ทั้งหมดนี้ ได้รวบรวมมาจากแนวโน้ม risk สำคัญทั้งหมดที่เกิดขึ้นในแต่ละ PCT ในช่วง ๒ ปีที่ผ่านมา ดังนั้นเพื่อให้เกิดรูปธรรมในการดำเนินการ และเป็นประโยชน์มาสู่การปฏิบัติ ขอให้ แต่ละPCT หรือ ภาควิชาต่างๆ ได้นำ Special risk เหล่าไปปรึกษากันโดยเฉพาะกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อ

- ๑ ดำเนินการ monitor ในที่ประชุมPCTแต่ละเดือน
- ๒ ขอความกรุณาส่งผลลัพธ์มาให้ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ
- ๓ นำเสนอผลลัพธ์การบริหารจัดการ (PDCA) อนึ่ง ข้อมูลส่วนใหญ่สามารถรวบรวมได้จากรายงานอุบัติการณ์ที่ฝ่ายพยาบาลมีอยู่แล้ว ส่วนรายงานการติดเชื้อสามารถขอได้จาก ICWN/ICN และ รายงานเกี่ยวกับยานอกจากขอจากฝ่ายพยาบาลยังสามารถขอเพิ่มเติมได้จากฝ่ายเภสัชกรรม

๑ PCT Medicine

๑๑ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ เช่น Pneumothorax, Tear / injury to internal organหัตถการผิดคน/ข้าง/ชนิด

- ๑๒ delay detect /Failure to rescue / unexpected transfer to ICU / Unplanned re-admission in ๔๘ hrs
- ๑๓ N.I. (VAP, UTI, SSI, Sepsis)
- ๑๔ ความผิดพลาดในการให้เลือด, ให้ยา และhigh alert drug,
๑๕. Falling, การเกิดแผลกดทับ

๒ PCT Surgery

- ๒๑ Unplanned re-operation in same visit
- ๒๒ การรักษา – หัตถการ – ผ่าตัดผิดคน / ข้าง / ชนิด
- ๒๓ Unexpected transfer to ICU
- ๒๔ N.I. (VAP, UTI, SSI, Wound separation sepsis)
- ๒๕ ความผิดพลาดในการ ให้เลือด, ให้ยา และhigh alert drug, Falling

๓. PCT OB-GYN

- ๓.๑ การบาดเจ็บของทารกหลังคลอด ปกติ, ใช้เครื่องมือ, C/S
- ๓.๒ ภาวะแทรกซ้อนของมารดาระหว่างการคลอด ปกติ, ใช้เครื่องมือ, C/S
- ๓.๓ Retained F.B. หลังทำหัตถการ
- ๓.๔ N.I. (VAP, UTI, SSI)
- ๓.๕ ความผิดพลาดในการให้เลือด, ให้ยา และ high alert drug, Falling

๔. PCT Pediatrics

- ๔.๑ ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ เช่น Pneumothorax, Tear / injury to internal organ
- ๔.๒ Unplanned re-visit at ER in ๗๒ hrs
- ๔.๓ Unexpected transfer to ICU
- ๔.๔ N.I. (VAP, UTI, SSI, Neonatal sepsis)
- ๔.๕ ความผิดพลาดในการ ให้เลือด, ให้ยา(โดยเฉพาะ small dose) และ high alert drug , Falling
- ๔.๖ การรักษา – หัตถการ – ผ่าตัด ผิดคน / ข้าง / ชนิด

๕. PCT Orthopedic

- ๕.๑ Unplanned re-operation in same visit
- ๕.๒ การรักษา – หัตถการ – ผ่าตัด ผิดคน / ข้าง / ชนิด
- ๕.๓ Delay detection/ correction in multiple injury
- ๕.๔ N.I. (VAP, UTI, SSI, Wound separation sepsis)
- ๕.๕ ความผิดพลาดในการให้เลือด, ให้ยา และ high alert drug, Falling

๖. PCT Anesthesia

- ๖.๑ ภาวะแทรกซ้อนสำคัญทางวิสัญญี (ในระหว่างการผ่าตัด และที่ RR)
- ๖.๒ Failure to rescue / unexpected transfer to ICU / delay detect

๗. PCT Rehabilitation

- ๗.๑ ภาวะแทรกซ้อนสำคัญในระหว่างให้การรักษา/หัตถการ (การบาดเจ็บ)

๘. PCT Eye

- ๘.๑ Post-op decreasing in visual acuity
- ๘.๒ Post-op ophthalmitis
- ๘.๓ Local anes complication (pre/intra / post-op)
- ๘.๔ การรักษา – หัตถการ – ผ่าตัด ผิดคน / ข้าง / ชนิด

๙. PCT ENT

- ๙.๑ Local anes complication (pre/intra / post-op)
- ๙.๒ Post-op complication(airway,SSI, bleeding)
- ๙.๓ Unplanned secure airway (ET, tracheotomy)
- ๙.๔ Failure to rescue / unexpected transfer to ICU / delay detect

๑๐. PCT Psychiatry

- ๑๐.๑ ผลแทรกซ้อนและความคลาดเคลื่อนทางยา
- ๑๐.๒ การบาดเจ็บของผู้ป่วยใน / เจ้าหน้าที่
- ๑๐.๓ ผู้ป่วยหนี ทำร้ายตนเอง ฆ่าตัวตาย

๑๑. PCT Radiation

- ๑๑.๑ ภาวะแทรกซ้อนในการการรักษา / investigation
- ๑๑.๒ ความคลาดเคลื่อนในการให้การรักษา / ยา / contrast (wrong ; patient, dose, route)
- ๑๑.๓ Transit, Transfer complication

๑๒. PCT OPD-ER

- ๑๒.๑ Unexpected re-visit in ๓๒ hrs
- ๑๒.๒ Delay rescue (investigation, consult-evaluation, treatment, transfer)
- ๑๒.๓ Incomplete correction in multiple injury
- ๑๒.๔ Medication error รวมทั้ง การแพ้ยาซ้ำ
- ๑๒.๕ ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงขณะรอดตรวจ และ prolong observation

สำหรับ ภาควิชาที่ไม่ได้เป็น หรือยังไม่มี PCT

ขอให้นำหรือทบทวน ปัญหาที่พบบ่อยใน ขั้นตอนการปฏิบัติงาน หรือ มาตรฐานการปฏิบัติงาน

มาประยุกต์กับ TOD safety goal
