

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: บรรยากาศที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย ประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงและกระบวนการบริหารความเสี่ยง (risk register)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
1.จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5	ลดลง ร้อยละ 25.07 (983)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 66.12 (1,633)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 41.02 (2,303)	ลดลง ร้อยละ 22.36 (1,788)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.15 (1,898)
2.จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยง near miss	เพิ่มขึ้นร้อยละ ละ30	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 12.50 (450)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 49.33 (672)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 30.05 (874)	ลดร้อยละ ละ 27.34 (635)	เพิ่ม ร้อยละ 13.54 (721)
3.ความเสี่ยงระดับ G-I ทั้งหมดได้รับ การแก้ไข	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100
4.ร้อยละของอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขอย่าง เป็นระบบและทันเวลา	มากกว่า ร้อยละ 80	ร้อยละ 79.45	ร้อยละ 75.68	ร้อยละ 70.12	ร้อยละ 83.89	ร้อยละ 100
5.ความครอบคลุมในการรายงาน ความเสี่ยงของทุกหน่วยงาน ใน โรงพยาบาล	ร้อยละ100	ร้อยละ 47	ร้อยละ 84	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
6.อัตราการเกิดความเสี่ยงระดับ E-I ลดลง	ลดลงร้อยละ ละ 10	51 รายงาน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.25	45 รายงาน ลดลง ร้อยละ 11.76	58 รายงาน เพิ่ม ร้อยละ 22.41	78 รายงาน เพิ่ม ร้อยละ 34.48	49 รายงาน ลดลง ร้อยละ 36.70
7.จำนวนรายการ ความเสี่ยงที่อยู่ในทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk Register)	เพิ่มขึ้น	NA	NA	NA	15	77

ii. บริบท

โครงสร้างการบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัย:

โรงพยาบาลฟากท่า มีคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและทีมนำคุณภาพที่เชื่อมโยงกัน ทำหน้าที่ วางแผน ยุทธศาสตร์ มอบนโยบาย ด้านบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัย โรงพยาบาลมีที่ระบบความเสี่ยงของโรงพยาบาล(RM)ซึ่งมีทันตแพทย์เป็นประธาน นักรังสีการแพทย์เป็นเลขานุการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษา และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนจากสาขาชีพ ตัวแทนจากระบบงานสำคัญ PCT , ENV , IC,CRC,IM,PTC และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นคณะทำงาน ทำหน้าที่ วางระบบและปรับปรุงการบริหารความเสี่ยงให้เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลสอดคล้องกับนโยบายพัฒนาคุณภาพ และเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย ประสานงาน กระตุ้นให้มีการบริหารความเสี่ยงในทุกหน่วยงาน เพื่อก่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร รวมทั้งมีการตรวจเยี่ยมความปลอดภัยทั้งองค์กรโดยทีม RM และทีมนำคุณภาพ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัย:

1) พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพ ปลอดภัย พึงพอใจและได้มาตรฐาน

จุดเน้นหรือเข็มมุ่งขององค์กรด้านคุณภาพและความปลอดภัย:

สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในองค์กร โดยใช้ 2P safety และการบริหารความเสี่ยง

เป้าหมายความปลอดภัย:

ผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความปลอดภัย และ มีการพัฒนาด้านความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

โรคที่มีความเสี่ยงสูง: ได้แก่ Acute MI, Stroke, Acute Exacerbation of COPD,CHF,Head Injury,Chronic kidney disease Stage 5,UGIH,Sepsis,DSS,DHF และ Multiple Trauma

หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง: ได้แก่ การเจาะทรวง เจาะปอด การทำ ICD การทำ CPR การใส่ท่อช่วยหายใจ การเจาะเข้า/ข้อ การทำ Vacuum extraction, Barki Ballon Tamponade การทำ Close Reduction Fracture

iii. กระบวนการ

II-1.1 ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ

(1) การนำระบบบริหารงานคุณภาพตามแนวคิด 3C-PDSA มาใช้:

- รพ.ฟากท่าโดยทีมนำได้มีการนำหลัก 3C-PDSA มาปรับใช้ ดังนี้

- ในส่วนของบริบทของรพ.ฟากท่า เรานำบริบทตั้งแต่ในระดับภาพรวมของอำเภอฟากท่าที่ครอบคลุมทั้งโรคของชุมชน อาชีพ สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลง สภาพแวดล้อม และเทคโนโลยีที่มีของอำเภอฟากท่า ความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับบริการอื่น รวมถึงศักยภาพและข้อจำกัดในบริการของรพ.ฟากท่ามาพิจารณาเพื่อจัดทำข้อกำหนดของการจัดบริการสุขภาพของรพ.ฟากท่าที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชน

- ในประเด็นหลักคิดหลัก ทีมนำได้มีการกำหนดค่านิยมหลักขององค์กรร่วมกันเป็น “MOPH” และเชื่อมโยงค่านิยมขององค์กรกับค่านิยมของ HA และจัดทำตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของการปฏิบัติตามค่านิยม ดังปรากฏอยู่ในคำตอบของ I-1.1 ก. (1) ผู้นำชี้แจงองค์กร:ผู้นำเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตามค่านิยม:

- ในส่วนของหลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ (Criteria) ได้มีการนำข้อกำหนดในมาตรฐานของ HA แนวปฏิบัติของวิชาชีพ CPG ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งแนวทางปฏิบัติต่างๆ มาปรับใช้และนำไปสู่การกำหนดกระบวนการทำงานที่เหมาะสมสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ดังกล่าว

- ในส่วนของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องขององค์กรได้นำหลักการของ PDSA มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลฟากท่าในทุกๆระดับทั้งในการกำหนดกลยุทธ์ของโรงพยาบาล ระดับทีมคร่อมสายงาน และหน่วยงานในการพัฒนาการทำงานอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยและผู้รับบริการที่สอดคล้องกับบริบท ข้อกำหนดและแนวคิดหลักขององค์กร

(2) บทบาทของผู้นำในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:

- ทีมนำและทีมคร่อมประสานงาน ร่วมกันกำหนดนโยบายงานคุณภาพที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- ผู้นำส่งเสริมให้บุคลากรของโรงพยาบาลทำความเข้าใจวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรผ่านการกำหนด 2P Safety เป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล และมีนโยบายให้ทุกหน่วยงานมีการทำกิจกรรมทบทวนอย่างสม่ำเสมอในงานประจำ
- ผู้นำสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรมีการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เช่น การสนับสนุนและให้โอกาสแก่บุคลากรในการฝึกอบรม และช่วยเหลือจัดอุปสรรคในการพัฒนางาน ด้วยการลงไปดูที่หน้างาน การให้แรงจูงใจและให้รางวัลตามผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น
- มีการกำกับติดตามของผู้นำ เช่นจัดให้มีระบบการรายงานความก้าวหน้าและผลการพัฒนาตามแผน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการพัฒนา และช่วยแก้ไขปัญหา เช่นการนำเสนอผลการดำเนินงานในที่ประชุมงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล และประสานเชื่อมโยงงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลจากการทำ RM Round, ENV

Round, IC Round เป็นต้น

(3) การประสานงานและบูรณาการ QM/PS/RM และการทำให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์:

- รพ.ฟากท่ามีเป้าหมายการพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานHA จึงมีการพัฒนาดังนี้
1) จัดทำโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ 2) จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ ความปลอดภัย โดยในปี 2563 โรงพยาบาลกำหนดให้ 2P Safety เป็นเข็มมุ่งขององค์กรซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งที่กำหนดอยู่ในแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลฟากท่า มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนโดยทีมที่มนำ ซึ่งมีการลงตรวจเยี่ยมทุกหน่วยงาน
- ทีมนำและทีมที่เกี่ยวข้องมีการสรุปผลการดำเนินงานและการบรรลุเป้าหมายของแผนกลยุทธ์ ความสอดคล้องของการพัฒนาคุณภาพกับแผนกลยุทธ์ รวมทั้งสรุปปัญหา อุปสรรคเพื่อดำเนินการแก้ไขและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในทุกปี

(4) การทำงานเป็นทีม

- ทีมนำระดับกลางทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนาแต่ละมาตรฐาน ได้แก่ ทีม PCT ทีมบริหารยา ทีมบริหารความเสี่ยง ทีม IC ทีมสารสนเทศ ทีมทรัพยากรบุคคล องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล ทีมดูแลสิ่งแวดล้อม ทีมทำงานร่วมกับชุมชน
- มีการกำกับติดตามโดยนำเสนอผลการดำเนินงานในที่ประชุมงานพัฒนาคุณภาพ และประสานเชื่อมโยงงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลจากการทำ RM Round, ENV Round, IC Round มีการตอบสนองต่อปัญหาที่พบ

(5) การประเมินตนเอง:

- รพ.ฟากท่ามีการประเมินตนเอง ในหลายรูปแบบ ตัวอย่างเช่น
 - ทีมที่เกี่ยวข้องเช่น PCT ทีม HR ประเมินตนเองโดยใช้ gap analysis เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างข้อกำหนดใน 2P safety ในหัวข้อที่รพ.ฟากท่าเลือกนำมาใช้ กับสิ่งที่รพ.ฟากท่าปฏิบัติอยู่จริง และนำมาวางแผนปรับปรุงกระบวนการทำงาน
 - หน่วยงาน / ทีมที่เกี่ยวข้องประเมินตนเองโดยใช้ gap analysis เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างข้อกำหนดของมาตรฐานวิชาชีพ เช่น มาตรฐานระบบบริการสุขภาพของสภรศ. มาตรฐาน Service Plan มาตรฐาน LA มาตรฐานรังสีการแพทย์ มาตรฐาน TDSA เป็นต้น กับสิ่งที่ปฏิบัติจริง และนำมาวางแผนปรับปรุงกระบวนการทำงาน
 - ทีม CRC และทีม PCT วิเคราะห์ความพึงพอใจในด้านต่างๆที่รพ.ฟากท่าสนองตอบต่อความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการอื่นว่าอยู่ในระดับใด ต้องพัฒนาในด้านใดอีก หรือมีความต้องการด้านใดที่ยังไม่ได้ตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าว
 - ทีมนำและทีมที่เกี่ยวข้องของรพ.ฟากท่าประเมินการบรรลุเป้าหมายของแผนกลยุทธ์
 - ทีมนำและทีมที่เกี่ยวข้องของรพ.ฟากท่าประเมินตนเองเทียบกับมาตรฐาน HA ในทุกปี
 - หน่วยงานต่างๆที่มีกฎหรือระเบียบบังคับ เช่นกลุ่มงานบริหารทั่วไป งานพัสดุ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ประเมินตนเองตามมาตรฐาน ITA EIA เป็นต้น
 - ในระดับหน่วยงานมีการจัดทำ service profile เพื่อใช้ทำความเข้าใจเป้าหมายและกระบวนการทำงานของหน่วยงาน ใช้ติดตามการพัฒนา และบันทึกความก้าวหน้า เพื่อใช้ประกอบในการประเมินตนเองของหน่วยงาน
 - การสรุปผลการปฏิบัติงานประจำปีที่เปรียบเทียบผลงานของตนเองกับรพ.อื่นในจังหวัดอุตรดิตถ์ จังหวัดอื่นในเขตสุขภาพเดียวกัน หรือเปรียบเทียบกับผลงานหรือเป้าหมายระดับประเทศ

(8) การทำแผนพัฒนาคุณภาพ:

- รพ.ฟากท่าจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยนำผลการดำเนินงาน รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการประเมินตนเอง นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มาจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ที่ครอบคลุมการพัฒนาทั้งในส่วนของระบบงาน ทีมผู้ดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการอื่น และหน่วยงานต่างๆของรพ.ฟากท่า

(9) การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล:

- รพ.ฟากท่าส่งเสริมให้ทีมระบบงาน และหน่วยงานนำแผนการพัฒนาคุณภาพไปใช้ในการปฏิบัติและพัฒนางาน โดย
 - การตรวจเยี่ยมผลงานโดยทีมนำทุก 6 เดือน
 - ทีม FA เข้ากระตุ้นเสริมพลังการดำเนินงานของหน่วยงานทุกเดือน
 - รายงานผลความก้าวหน้าในการประชุมประจำเดือนของกรรมการบริหารและที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทุกเดือน
 - สรุปผลการดำเนินงานตามแผนทุก 6 เดือน

II-1.1 ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(1) การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย:

- เพื่อให้บริการและการดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ โรงพยาบาลฟากท่าได้ดำเนินการคือ
 - กำหนดให้หน่วยงานทางคลินิกทำ 12 กิจกรรมทบทวนในงานประจำ ดังตาราง

ลำดับ	หน่วยงาน	การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย	การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ	การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา	การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า	การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง	การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	การป้องกันและเฝ้าระวังความปลอดภัยเคลื่อนที่ทางยา	การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ	การทบทวนเวชระเบียน	การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ	การทบทวนการใช้ทรัพยากร	การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ
หน่วยงานทางคลินิก													
1	IPD	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	LR	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	OPD		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	ER		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	LAB		✓		✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓
6	ทันตกรรม		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	ห้องยา		✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
8	X-ray		✓		✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓
9	กายภาพ		✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
10	แผนไทย		✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
11	กลุ่มงานปฐมภูมิฯ		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

- ตัวอย่างการทำกิจกรรมทบทวนที่นำไปสู่การปรับปรุงระบบงานที่สำคัญ โดยหน่วยงานมีกระบวนการทบทวนการให้บริการเพื่อค้นหาโอกาส ดังนี้ 1) ทีมนำคุณภาพร่วมจัดทำแผนจัดกิจกรรมทบทวน ทุกทีม ทุกเดือน 2) นำผลการทบทวนสู่การปฏิบัติปรับปรุง ในรูปแบบระเบียบปฏิบัติ หรือจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน 3) กรณีที่ผลการทบทวน ต้องใช้งบประมาณจะนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหาร ของงบประมาณสนับสนุน 4) ติดตามประเมินผลการทบทวนสู่การปฏิบัติ จากการรายงานความเสี่ยง การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ การตรวจเยี่ยมหน่วยงาน การตามรอยรายงานของทีมนำRM ,ENV ,IC, FA ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1) บุคลากรมีความมั่นใจและได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพ 2) มีระบบการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยทุกหน่วยบริการ

(2)(3) การกำหนดเป้าหมายและการติดตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย:

- กลุ่มโรคเสี่ยงสูง ได้แก่ STEMI , Stroke เป้าหมายมีการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการที่ทันเวลาและปลอดภัย กำหนดตัวชี้วัดของ STEMI คือ ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้มาตรฐานเวลาที่กำหนด (Door to needle time) \geq ร้อยละ 50 ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตัวชี้วัดคือ ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย Stroke ภายใน 60 นาที นับจากมีอาการ ร้อยละ 100 และอัตราการส่งต่อ Stroke fast track หลังวินิจฉัยภายใน 30 นาที เท่ากับ 100
- กลุ่มโรคติดต่อ ได้แก่ 1) Covid-19 เป้าหมายมีการจัดการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง PUI และ Covid-19 ตามมาตรฐานเพื่อความปลอดภัย กำหนดตัวชี้วัดคือ อุตการณ์เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการติดเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาล 2) โรคไข้เลือดออก เป้าหมายมีการพัฒนาระบบการควบคุมโรคไข้เลือดออกและการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน กำหนดตัวชี้วัด อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 44 ต่อแสนประชากร, อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออกไม่เกินร้อยละ 0.11

- กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ HT, DM เป้าหมายคือพัฒนา ความรู้ ฝึกทักษะและการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถดูแลตนเองได้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้, อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค DM, HT, อัตราการเกิดผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง, CKD เป้าหมายมีการพัฒนาความรู้ ฝึกทักษะและการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ตามเป้าหมาย ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของeGFR < 5ml/min/1.73m2/yr
- การพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care :IMC) มีการพัฒนาระบบความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการและการฟื้นฟูสุขภาพให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด กำหนดตัวชี้วัด อัตราผู้ป่วย IMC เข้าถึงบริการฟื้นฟูอย่างครอบคลุม ร้อยละ 100, อัตราผู้ป่วย IMC ที่มี BI เพิ่มขึ้น (ขณะนอนโรงพยาบาล) ร้อยละ 60 และ อัตราผู้ป่วยที่มี BI เพิ่มขึ้นหลังการฟื้นฟู (OPD/เยี่ยมบ้าน) ร้อยละ 70

(4) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย:

- กลุ่มผู้ป่วย STEMI และ Stroke ถูกคัดกรองร่วมกับ NCD Team มีการพัฒนาระบบ Fast Tract และจัดทำแบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลที่เป็นแนวทางเดียวกัน
- จัดทำแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค COVID-19, DF, CKD และทบทวนแนวทางปฏิบัติผู้ป่วยโรค Acute MI, STROKE, DM, HT

II-1.2 ก. ระบบบริหารความเสี่ยง

(1) องค์ประกอบสำคัญและโครงสร้างของการบริหารความเสี่ยง (PDSA ของระบบบริหารความเสี่ยง):

- เพื่อให้ระบบบริหารความเสี่ยง ของโรงพยาบาลฟากท่า บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ทางทีมบริหารความเสี่ยงได้ดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่บริหารความเสี่ยง ซึ่งประกอบไปด้วย ตัวแทนจากหน่วยงานและทีมต่างๆ โดยทางทีมบริหารความเสี่ยง จะทำหน้าที่ในการประสานการดำเนินการบริหารความเสี่ยง กำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงและถ่ายทอดลงไปสู่ทุกระดับจนถึงผู้ปฏิบัติงาน มีการทบทวนปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยงใน 4ขั้นตอนได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล มีคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารความเสี่ยง ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานและทีมนำมีการทบทวนกระบวนการทำงานและค้นหาความเสี่ยงที่สำคัญ จัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง(risk profile)เพื่อนำไปสู่มาตรการป้องกัน 2) มีนโยบายบริหารความเสี่ยงที่กำหนดให้เจ้าหน้าที่ทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง และให้ปฏิบัติตามแนวทางการที่คณะกรรมการความเสี่ยงกำหนดไว้ มีการกำหนดให้ทุกหน่วยงานและทีม นำ ค้นหาความเสี่ยงและจัดทำบัญชีความเสี่ยงให้ครอบคลุม วางแผนมาตรการป้องกัน และแก้ไขไม่ให้เกิดซ้ำ รวมทั้งให้ปรับปรุงเป็นประจำ 3) ทีมบริหารความเสี่ยง กำหนดให้ทุกรายงานอุบัติการณ์ต้องถูกรายงานเข้าสู่ระบบรายงานออนไลน์ที่ถูกพัฒนาขึ้นจากทางทีม IM หากกรณีเร่งด่วนบางเรื่องสามารถรายงานเบื้องต้นโดยทางโทรศัพท์หรือวาจา แล้วจึงมารายงานในโปรแกรมภายหลังอุบัติการณ์ความเสี่ยงของทางโรงพยาบาลแบ่งเป็นทางด้านคลินิกและด้านทั่วไป และแบ่งเป็น 6โปรแกรม ได้แก่ ด้านคลินิก/การตรวจรักษา ด้านป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ด้านการบริหารยาและความปลอดภัยเคลื่อนที่ทางยา ด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม/เครื่องมือและอุปกรณ์ ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร ด้านงานสารสนเทศ ทีม RMจะนำผลประมวลเชื่อมโยงอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นไปสู่ทีมหน้าที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดกระบวนการ การแก้ไขระบบ และมาตรการป้องกัน หากมีอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจะต้องนำมาทบทวนใหม่ เพื่อปรับปรุงมาตรการป้องกันให้รัดกุมยิ่งขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำอีก 4) ตั้งแต่ต้นปี 2562 ทางโรงพยาบาลฟากท่าได้เริ่มนำเครื่องมือ ทะเบียนความเสี่ยง (risk register)เข้ามาใช้ในการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ โดยทบทวนจากอุบัติการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นโรงพยาบาลแล้วนำมาลงทะเบียนในทะเบียนความเสี่ยง และมีแผนค้นหาความเสี่ยงร่วมกับสหวิชาชีพและทีมต่างๆเพื่อนำมาลงทะเบียนความเสี่ยงโดยให้ครอบคลุมความเสี่ยงที่เกิด

และเป็นไปตามหลัก 2p safety

(2)(3) แผนการบริหารความเสี่ยง ระเบียบปฏิบัติ กระบวนการบริหารความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง และ risk register:

- เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพบรรลุเป้าหมาย คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาล ได้กำหนดให้ทุกหน่วยงานทบทวน Risk Profile และทบทวนมาตรการป้องกันอย่างสม่ำเสมอ
- กำหนดให้ทุกทีมนำ ทุกหน่วยงานดำเนินการรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นผ่านระบบโปรแกรม ที่ทีม IM ของโรงพยาบาลจัดทำให้ เน้นการรายงานที่เป็นปัจจุบัน จากการบริหารความเสี่ยงที่ผ่านมา มีความเสี่ยงสำคัญที่ยังเป็นปัญหา โรงพยาบาลจึงนำระบบ risk register มาใช้ในการบริหารความเสี่ยง
- มีการปรับเพิ่มตัวแทนจากทีมต่างๆมาเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยง สอดคล้อง และ สะดวกในการประสานงาน ทำให้เกิดการบูรณาการในการบริหารความเสี่ยงตรงตามบริบทขององค์กร นำไปสู่การปรับปรุงให้ สอดคล้องกับสถานการณ์และความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
- มีการทบทวนระบบการรายงาน และปรับเปลี่ยนช่องทางการรายงานเป็นระบบออนไลน์ทางหน้าเว็บโรงพยาบาล เป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้รายงาน มีการทำ RCA ในเหตุการณ์ที่ตรงกับข้อกำหนดการทำRCA ของทีมบริหารความเสี่ยงของทาง โรงพยาบาล มีการจัดทำ risk profile ทั้งในระดับหน่วยงาน ทีมนำและโรงพยาบาล มีการวิเคราะห์ สรุป และนำไปปรับปรุง กระบวนการทำงานเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำ หรือลดระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น
- กำหนดเป็นนโยบายให้ทุกหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยงตามแนวทางที่กำหนดไว้ และเน้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก มีการร่วมมือกับทีม PCT ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานใช้ 12กิจกรรมทบทวนในการหาความเสี่ยงเชิงรุกในหน่วยงานของตน รวมทั้งมีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกด้วยกิจกรรม risk round เดือนละครั้งโดยร่วมกับทีมนำ ENV
- จากการทบทวนความถูกต้องของระดับความรุนแรงของรายงานอุบัติการณ์พบว่ามีการให้ระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่ ถูกต้อง หรือมีการรกรอกรายละเอียดของเหตุการณ์ไม่ครบถ้วน ทางทีมจึงมีการจัดฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องระบบบริหารความเสี่ยงกับ บุคลากร พบว่ามีการให้ระดับความรุนแรงถูกต้องเพิ่มขึ้น และทีมได้จัดทำแผนการพัฒนาเพิ่มเติมโดยมีแผนจัดประชุมฟื้นฟู ความรู้ให้แก่บุคลากรเดิมปีละ 2 ครั้ง และมีการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนในโรงพยาบาล
- เพื่อตอบสนองนโยบาย 4.0 ทีมร่วมกับทีม IM ได้พัฒนาระบบการรายงานผ่านโปรแกรมออนไลน์ทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาล ทำให้สามารถใช้งาน ได้สะดวกขึ้น ทำให้มีการสะท้อนกลับข้อมูลการรายงานที่รวดเร็วและต่อเนื่อง
- Risk register เริ่มมีการจัดการทำทะเบียนข้อมูลความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลโดยเริ่มจากความเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาลก่อนในต้นปี พ.ศ. 2562 มีทั้งสิ้นจำนวน 15 เรื่อง ซึ่งทั้งหมดเป็นความเสี่ยงทางคลินิก ในต้นปี พ.ศ. 2563 ทางทีมบริหารความเสี่ยงจึงได้ร่วมมือกับทีมต่างๆ ทบทวนอุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้น ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก และ แนวปฏิบัติ 2P Safety เพื่อนำความเสี่ยงสำคัญต่างๆ มาลงทะเบียนให้ครอบคลุมความเสี่ยงในโรงพยาบาล ทั้ง ความเสี่ยงด้านคลินิกและด้านทั่วไป มีการอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้งาน risk register ให้แก่ทีมนำและผู้รับผิดชอบรหัสทะเบียนต่าง เพื่อให้หน้าบัญชีความเสี่ยงไปใช้บริหารความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมายด้านความปลอดภัยทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ

(4) การรายงาน การเรียนรู้ปรับปรุง จากอุบัติการณ์ (incident) และเหตุเกือบพลาด (near miss):

- เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ จากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ดำเนินการอบรมทบทวนความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับทั้งเก่าและใหม่ ให้มีความตระหนักในการบริหารความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ และ กำหนดให้มีการตระหนักเหตุการณ์เกือบพลาด (near miss) , อุบัติการณ์ที่มีระดับความรุนแรงทุกระดับต้องได้รับการทบทวน และระดับความรุนแรงตั้งแต่ E-I จะต้องได้รับการทำ RCA ปรับปรุงระบบและจัดทำมาตรการป้องกัน ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการดำเนินการครบ 100 % โดยมีตัวอย่างดังนี้

อุบัติการณ์	การปรับปรุงระบบ	ผลลัพธ์
การเกิดภาวะ Hypoglycemia ระหว่างนอนโรงพยาบาล	-กำหนดระดับค่าวิกฤติของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำที่ต้องรายงานและเฝ้าระวัง -CQI เรื่อง “สัญญาณเตือนก่อนเกิดเหตุร้าย”	อุบัติการณ์การเกิดภาวะ Hypoglycemia ระหว่างนอนโรงพยาบาลลดลงจาก 5 ครั้งในปี 2562 เป็น 0 ในปี 2563
เจ้าหน้าที่ถูกเข็มทิ่มตำ	-กำหนดให้มีระบบพี่สอนน้องในการถ่ายทอดทักษะการทำงาน -กำหนดให้ทุกหน่วยงานใช้ Safty box ในการทิ้งเข็มและของมีคม -ทบทวนโดยการทำกิจกรรมทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า	อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ถูกเข็มทิ่มตำ -เดือนตุลาคม 2562-มกราคม 2563 เกิด 3 ครั้ง -ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2563 ไม่เกิดอุบัติการณ์
ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยไม่ผ่านการคัดกรองโควิด-19	-กำหนดเส้นทางเข้า-ออกโรงพยาบาลเป็นทางเดียว -กำหนดบุคลากรประจำจุดคัดกรองตลอด 24 ชั่วโมง	เดือนมีนาคม -เมษายน 2563 เกิดอุบัติการณ์ 9 ครั้ง -ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2563 ถึงปัจจุบันไม่พบอุบัติการณ์

(5) การจัดการเพื่อบรรลุป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (PSG):

- 1) โรงพยาบาลกำหนดนโยบายและเข็มมุ่งประเด็น 2P Safety
- 2) โรงพยาบาลกำหนดให้ทีม PCT เผยแพร่ SIMPLE (P Patient) จำนวน 18 รายการ ให้บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล และมอบหมายให้ ทีม HR ประเมินผลการรับรู้ ความเข้าใจ
- 3) ทีม RM นำประเด็น SIMPLE (P Patient) กำหนดใน Risk Register เพื่อใช้ในการกำกับ ติดตาม เฝ้าระวัง อย่างเป็นพลวัต

(6) การประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:

- การประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล พบว่าในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ทั้ง 4 ขั้นตอนได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล มีการดำเนินการได้ครอบคลุมในระดับหนึ่ง แต่มีโอกาสพัฒนาในเรื่องการกระตุ้นให้มีการรายงานอุบัติการณ์ให้ครบถ้วน และสม่ำเสมอ มีแผนจัดทำทะเบียนจัดการความเสี่ยงให้สมบูรณ์ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบริหารความเสี่ยงที่ผ่านมา ทำให้จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญบางเรื่องลดลง และข้อร้องเรียนบางด้านลดลง

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ทีมร่วมกับทีม IM พัฒนาโปรแกรมการรายงานความเสี่ยงแบบออนไลน์ขึ้นมาใช้เองโดยอยู่บนหน้าเว็บไซต์ของโรงพยาบาล เพื่อ สะดวกในการรายงานและเรียกใช้ข้อมูล นอกจากนี้ยังมี line alert เตือนยังกลุ่มผู้จัดการความเสี่ยงเพื่อให้ตอบสนองได้ ทันที
- มีการทำ RCA และนำผลที่ได้ไปสร้างมาตรการป้องกัน ยกตัวอย่างเช่น การทำ RCA จากอุบัติการณ์การเกิดการเสียชีวิตด้วย AMI ทีม PCT ร่วมกับหน่วยงานทบทวนการดูแลผู้ป่วย AMI เกิดแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยเจ็บอก / เจ็บลิ้นปี่การติดป้ายแจ้ง เตือนอาการสำคัญของ AMI ทุกแผนก รวมถึงพัฒนาบุคลากรในการทำและอ่านผล EKG ที่สำคัญ มีการติดโปสเตอร์ตัวอย่าง EKG ประเภทต่างๆไว้ที่ ER พัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ต้องให้ยา SK
- มีการดำเนินการติดกล้องวงจรปิดทั้งในส่วนให้บริการและบริเวณบ้านพักอย่างครอบคลุม ทำให้โรงพยาบาลมีความปลอดภัยทั้ง ผู้รับบริการและให้ผู้บริการ
- ในส่วนระบบ Medication Reconciliation มีการพัฒนา โปรแกรม EMR Viewer ซึ่งจะเป็นโปรแกรมที่ใช้เชื่อมต่อ

- ข้อมูลยา ผู้ป่วยจาก รพ.สต. กับโรงพยาบาลฟากท่า ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่เดิมไม่ครบถ้วน
- ห้องปฏิบัติการ ได้รับรองตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ 4 มีนาคม 2563 ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างถูกต้องแม่นยำและปลอดภัย
 - ห้องปฏิบัติการทางรังสีวินิจฉัย ได้รับรองตามมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างถูกต้องแม่นยำและปลอดภัย
 - ใช้ Sticker สีแดงติดบนยา high alert drug ทุกชั้น มีการใช้ใบเฝ้าระวังการใช้ยา high alert drug เพื่อเป็นการติดตามและ ประเมินอาการระหว่างการให้ยา พร้อมทั้งทำป้าย HAD แขนงที่เตียงเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยรายนี้ได้รับยา high alert drug อยู่ในขณะนี้ ทำให้อุบัติการณ์การเกิด HAD error ระดับ E ขึ้นไปเป็น 0

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
31. ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม	3.5	L	<ul style="list-style-type: none"> ● พัฒนาโปรแกรมการรายงานออนไลน์อย่างต่อเนื่อง หลัง สะท้อนกลับข้อมูลไปสู่หน่วยงานมีการติดตาม กำกับผลการ แก้ไขทบทวนอย่างเป็นระบบและนำผลการทบทวนของทีม นำพัฒนาคุณภาพหรือหน่วยงานลงในระบบฐาน ข้อมูลคอมพิวเตอร์เพื่อสะดวกในการเรียกดูข้อมูลและนำไป ให้เกิดประโยชน์ ● จัดทำ risk register ระดับโรงพยาบาลให้ครอบคลุมทุก ความเสี่ยง เพื่อให้เกิดการกระตุ้นและติดตามอุบัติการณ์ ความเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่อง ● จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากร เป็นประจำปีละ 2 ครั้ง เพื่อทบทวนให้บุคลากรเข้าใจ
32. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ	3.5	L	<ul style="list-style-type: none"> ● พัฒนาระบบการสำคัญ / แผนการพัฒนาคุณภาพ และมีการนำผลการประเมินตนเองมาเรียนรู้ร่วมกัน
33. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย	3.0	L	<ul style="list-style-type: none"> ● ติดตาม กำกับให้หน่วยงานมีการทำกิจกรรมทบทวนในงานประจำอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ
34. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	3.0	L I	<ul style="list-style-type: none"> ● มีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งในและนอกโรงพยาบาล ประเมิน และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
35. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	3.0	L	<ul style="list-style-type: none"> ● การพัฒนาระบบการวิเคราะห์และการติดตามความเสี่ยงและความปลอดภัย
36. กระบวนการบริหารความเสี่ยง	3.0	L	<ul style="list-style-type: none"> ● กำหนดผู้รับผิดชอบในการติดตาม และประเมินผลตาม แนวทางที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง ● กระตุ้นให้ทีมและหน่วยงานทำตามแนวทางที่ทีมระบบ บริหารความเสี่ยงได้วางไว้
37. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์	3.0	L	<ul style="list-style-type: none"> ● พัฒนาระบบการวิเคราะห์ RCA ทั้งในกรณีที่มีความรุนแรงและเหตุเกือบพลาดที่พบบ่อย นำมาสู่การปรับปรุงที่ปัจจัยองค์กรโดยเชื่อมโยงผลการทำ RCA กับการทบทวนมาตรการป้องกัน (ใน risk register)