

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2019) รพ.

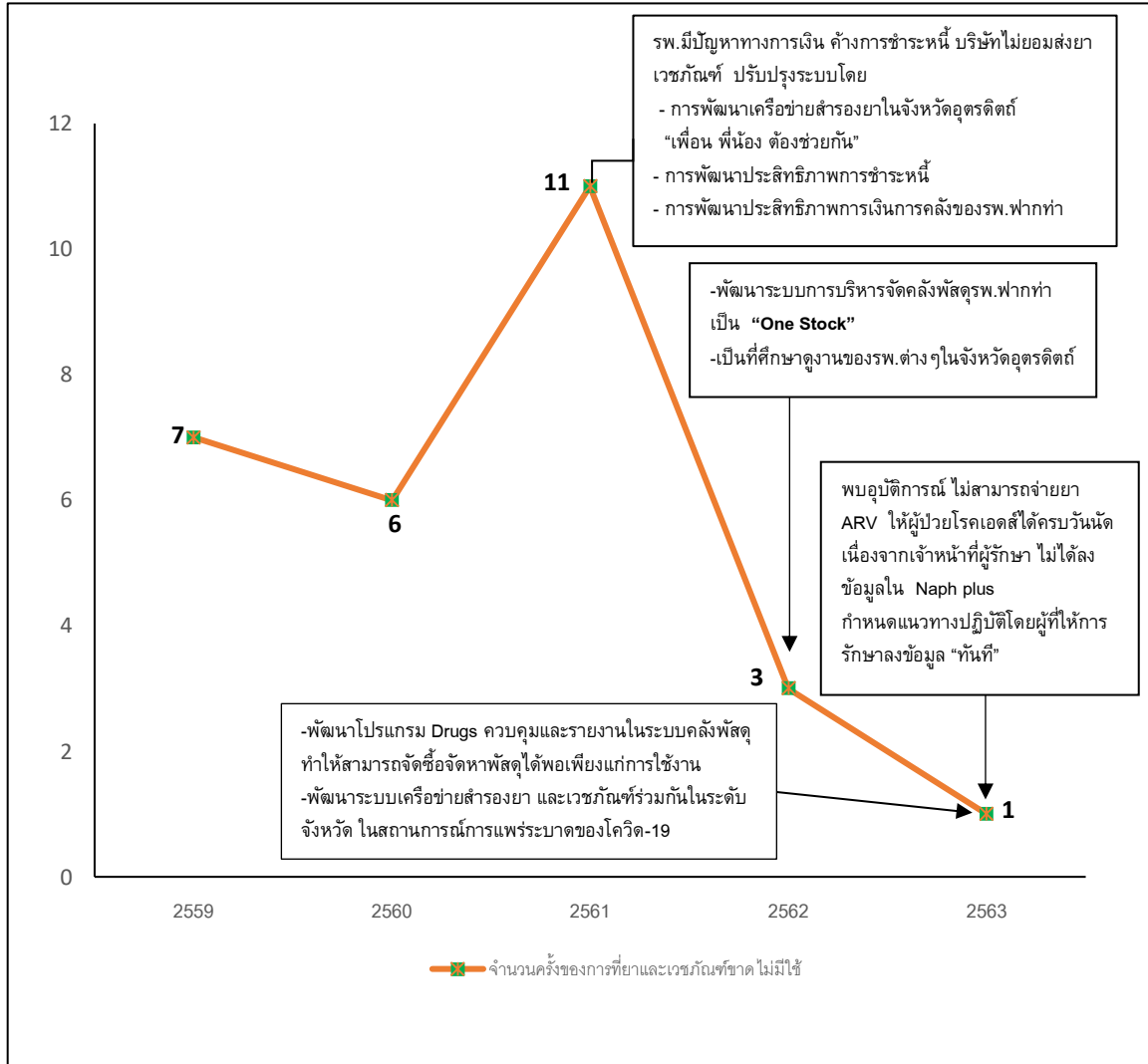
96 ผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.1) จำนวนครั้งของการที่ยาและเวชภัณฑ์ขาดไม่มีใช้	0	7	6	11	3	1 (ยากลุ่ม ARV )
96.2) จำนวนครั้งของการส่งยา/เวชภัณฑ์คืน (ครั้ง)	0 ครั้ง	0	0	0	0	3 (อย.เรียกคืน Ranitidine/TB/ARV)
96.3) จำนวนครั้งของการทำร้ายร่างกายภายในโรงพยาบาล	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
96.4) จำนวนครั้งของผู้รับบริการอาหารที่ได้รับอาหารผิดโรค ผิดคน	0 ครั้ง	2	1	0	1	1
96.5) จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการจัดการขยะของรพ.ฟากท่า	0 เรื่อง	0	0	0	0	0
96.6) ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้ง	100%	50%	50%	66.67%	100%	66.67%
96.7) น้ำประปาผ่านคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย	100%	50%	100%	66.67%	75	100%
96.8) ความมั่นคง ปลอดภัย และพร้อมใช้ของระบบ สารสนเทศ						
-Information system down time > 30 นาที	2 ครั้ง	0	1	0	0	0
96.9) ร้อยละความสำเร็จของการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาตามตัวชี้วัด	100%	70.59	82.45	86.75	93.55	100
96.10) จำนวนครั้งที่ระบบไฟฟ้าสำรองไม่ทำงานตามเวลาที่กำหนด	0	0	0	0	0	0
96.11) จำนวนอุบัติเหตุกรณีด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม ระดับมาก	0	0	0	0	0	0
96.12) จำนวนอุบัติเหตุกรณีความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือแพทย์	< 2 ครั้ง/ปี	0	1	0	2	2
96.13) ร้อยละของบุคลากรที่ผ่านการอบรมอัปเดตภัย	100	96.84	97.05	97	97	100
96.14) อัตราการล้างมือถูกต้อง 7 ขั้นตอน	100%	81 %	84 %	87 %	88 %	95 %
96.15) อัตราการใช้ PPE ที่ถูกต้อง และเหมาะสม	80 %	70%	80%	82 %	85 %	95 %
96.16) จำนวนอุบัติเหตุกรณีความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน	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)	เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.15 (1,898)
96.17) จำนวนอุบัติเหตุกรณีความเสี่ยง near miss	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 30	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 12.50 (450 )	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 49.33 (672)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 30.05 (874)	ลดร้อยละ 27.34 (635)	เพิ่มร้อยละ 13.54 (721)

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2019) รพ.

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.18) ความเสี่ยงระดับ G-I ทั้งหมดได้รับ การแก้ไข	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100
96.19) ร้อยละของอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับ การแก้ไขอย่าง เป็นระบบและทันเวลา	มากกว่า ร้อยละ 80	ร้อยละ 79.45	ร้อยละ 75.68	ร้อยละ 70.12	ร้อยละ 83.89	ร้อยละ 85.00
96.20) ความครอบคลุมในการรายงาน ความเสี่ยงของทุกหน่วยงาน ใน โรงพยาบาล	ร้อยละ 100	ร้อยละ 47	ร้อยละ 84	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
96.21) อัตราการเกิดความเสี่ยงระดับ E-I	ไม่เกิน ร้อยละ 10	5.18	2.76	2.51	4.36	-
96.22) จำนวนรายการ ความเสี่ยงที่อยู่ใน ทะเบียนจัดการความเสี่ยง(Risk Register)	เพิ่มขึ้น	NA	NA	NA	15	77

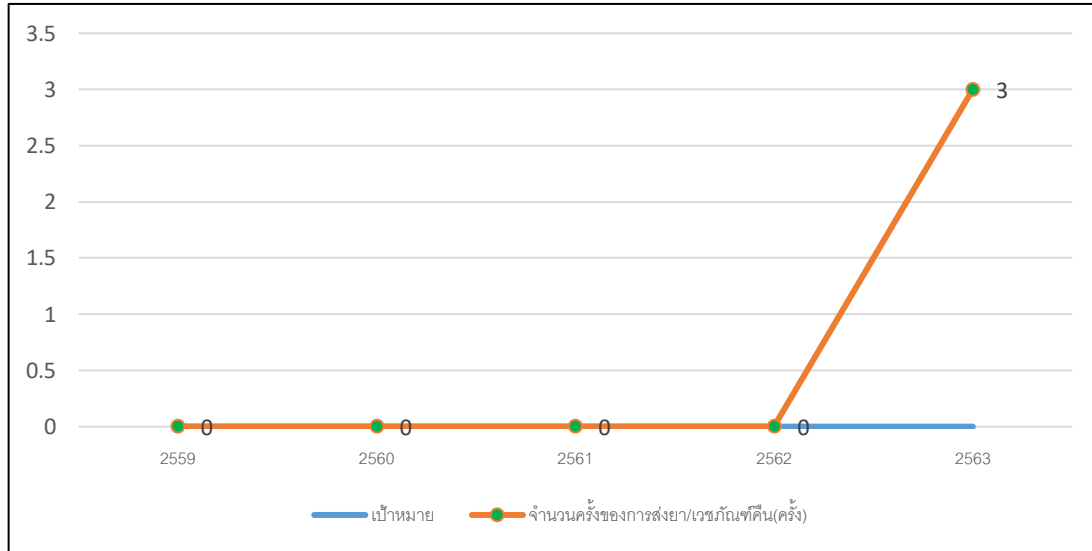
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.1) จำนวนครั้งของการที่ยาและเวชภัณฑ์ขาด ไม่มีใช้	0	7	6	11	3	1 (ยากลุ่ม ARV )

จำนวนครั้งของการที่ยาและเวชภัณฑ์ขาด ไม่มีใช้



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.2) จำนวนครั้งของการส่งยา/เวชภัณฑ์คืน(ครั้ง)	0 ครั้ง	0	0	0	0	3 (อย.เรียกคืน Ranitidine/TB/ARV)

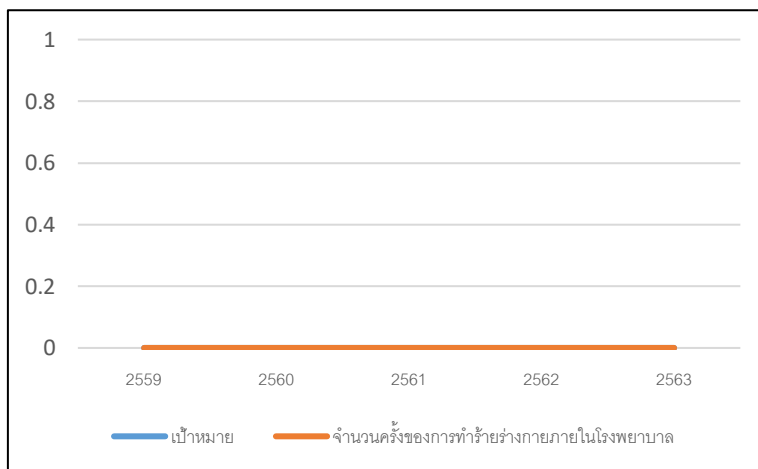
จำนวนครั้งของการส่งยา/เวชภัณฑ์คืน(ครั้ง)



การดำเนินการส่งยาคืน สืบเนื่องจากเนื่องจาก

- 1.สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ตรวจพบสารก่อมะเร็งใน Ranitidineทุกรูปแบบจึงเรียกคืนยากลับบริษัท
- 2.ยากลุ่มวินโรด Ethambutol 500 mg สปสช. เรียกคืนยา
- 3.ยากลุ่ม ARV เรียกคืน ทุกสูตรที่มี Stavudine เป็นส่วนประกอบ เพื่อให้ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาใหม่

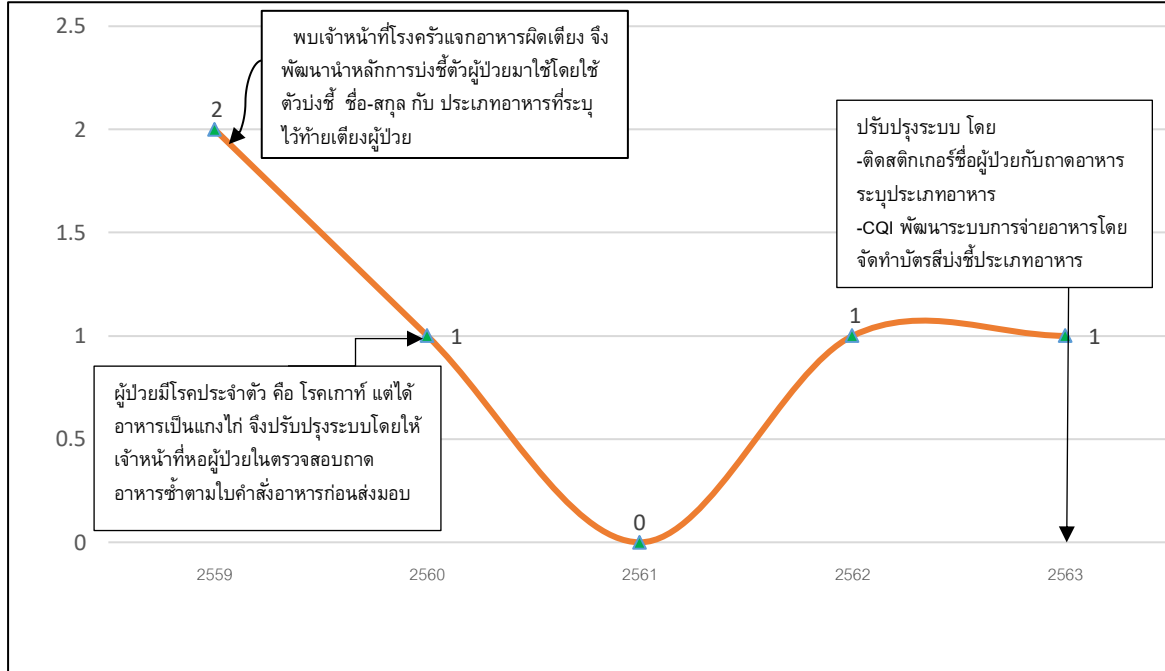
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.3) จำนวนครั้งของการทำร้ายร่างกายภายในโรงพยาบาล	0 ครั้ง	0	0	0	0	0



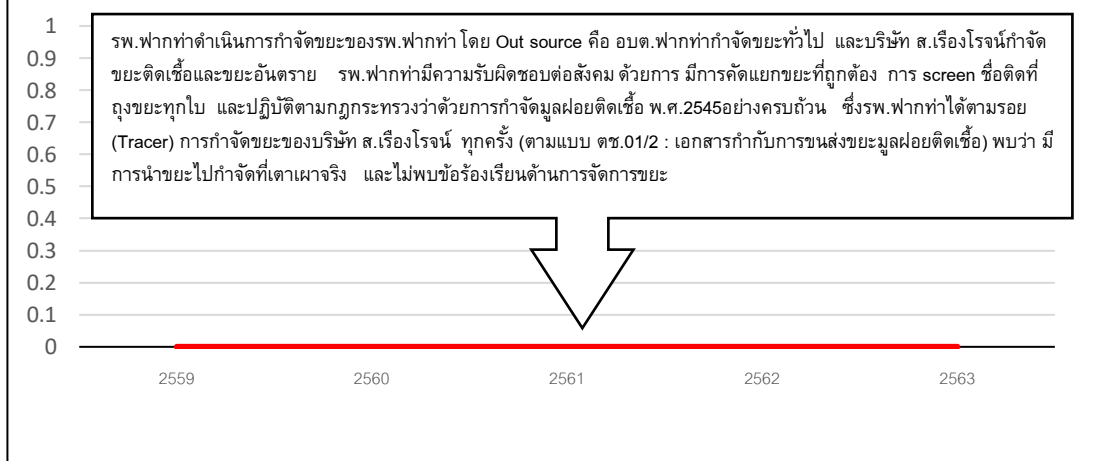
โรงพยาบาลฟากท่าได้จ้างพนักงานรักษาความปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง โดยวางระบบและมาตรการให้เฝ้าระวังเหตุทั้งบริเวณที่บริการผู้ป่วยและบ้านพัก อีกทั้งได้ประสานงานสถานีตำรวจภูธรฟากท่าในการตรวจพื้นที่อีกด้วย ทำให้ไม่มีการทำร้ายร่างกายภายในโรงพยาบาลแต่อย่างใด

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2019) รพ.

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.4) จำนวนครั้งของผู้รับบริการอาหารที่ได้รับอาหารผิดโรค ผิดคน	0 ครั้ง	2	1	0	1	1

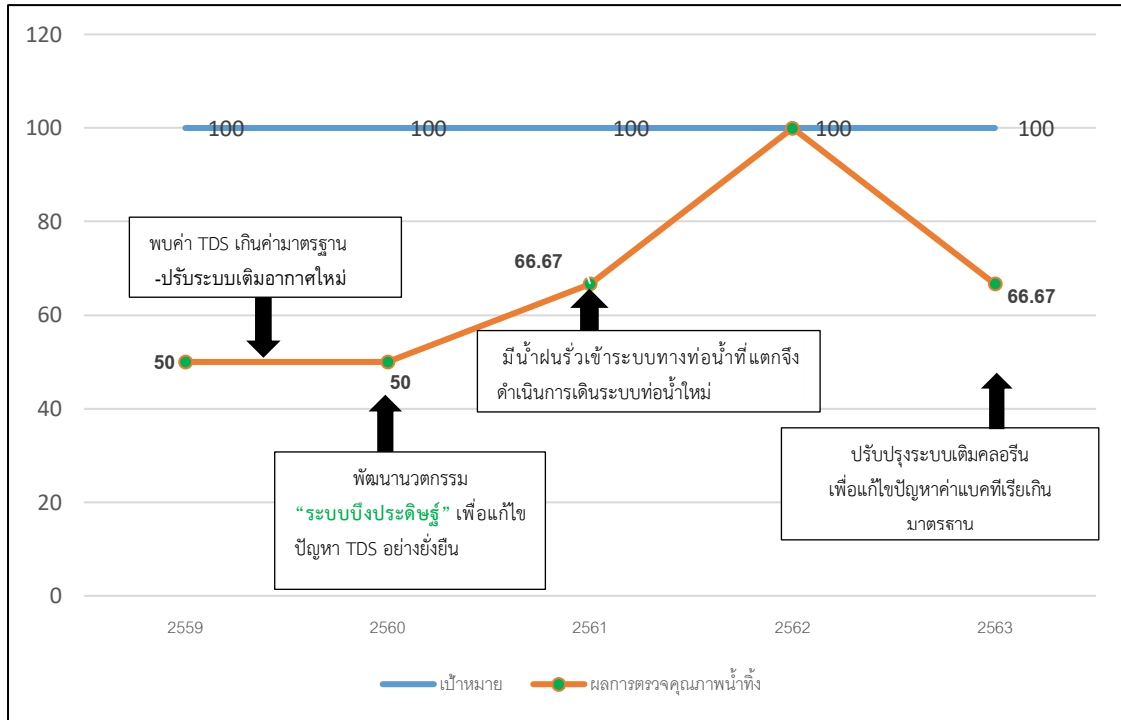


ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.5) จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการจัดการขยะของรพ. ฟากท่า	0 เรื่อง	0	0	0	0	0

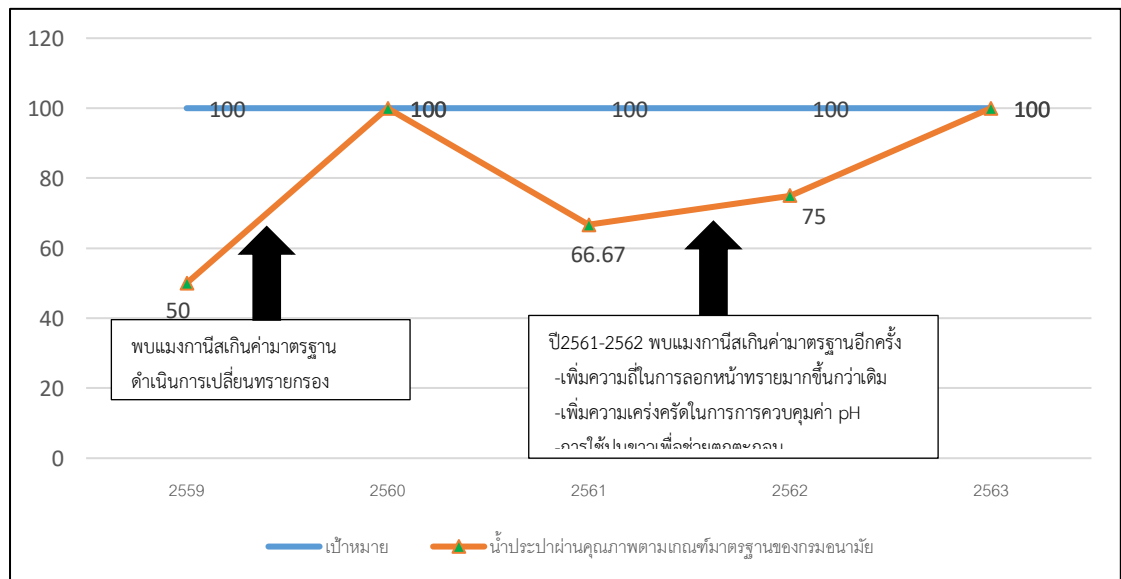


รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2019) รพ.

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.6) ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้ง	100%	50%	50%	66.67%	100%	66.67%

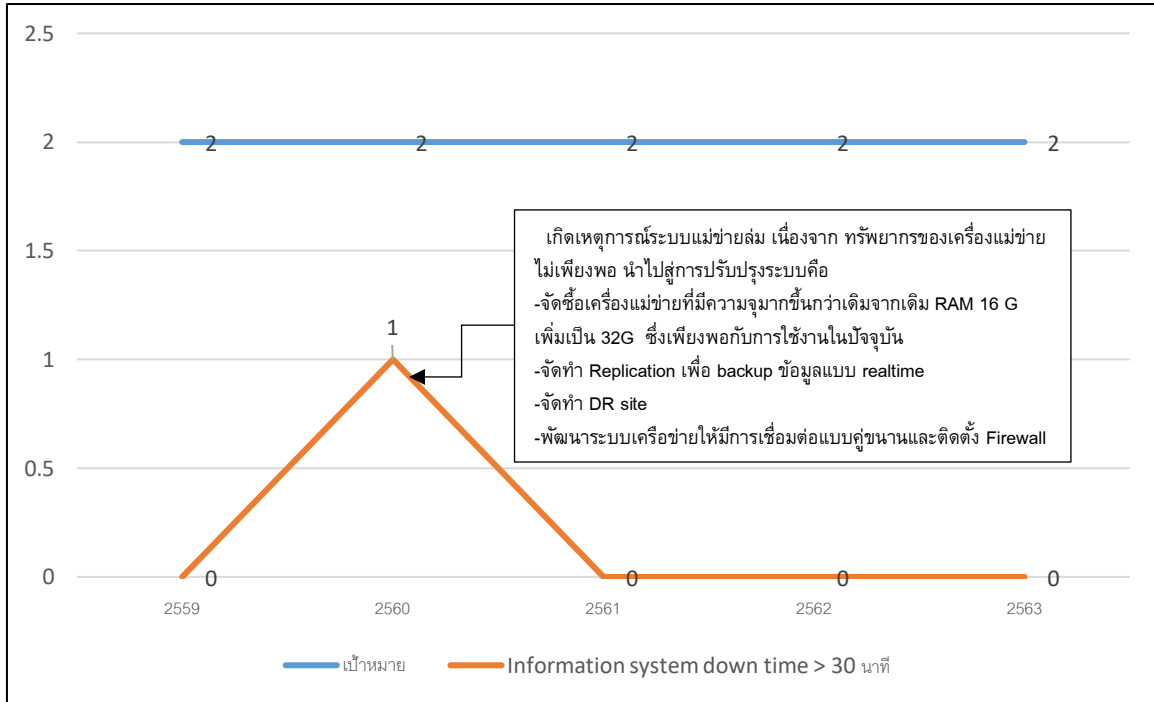


ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.7) น้ำประปาผ่านคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย	100%	50%	100%	66.67%	75	100%

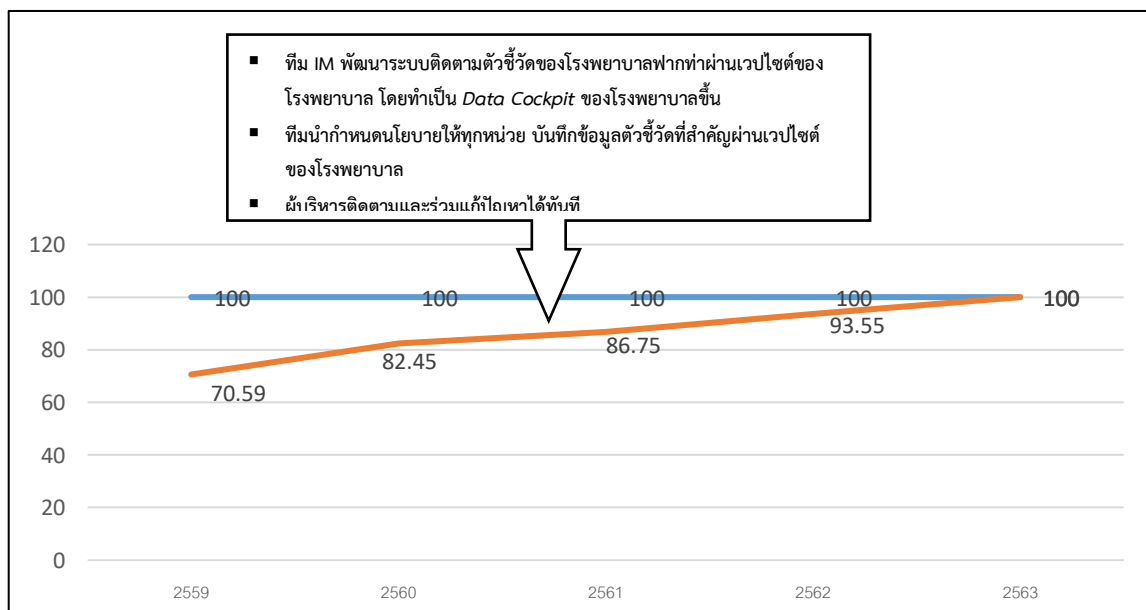


รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2019) รพ.

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.8) ความมั่นคง ปลอดภัย และพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ -Information system down time > 30 นาที	2 ครั้ง	0	1	0	0	0

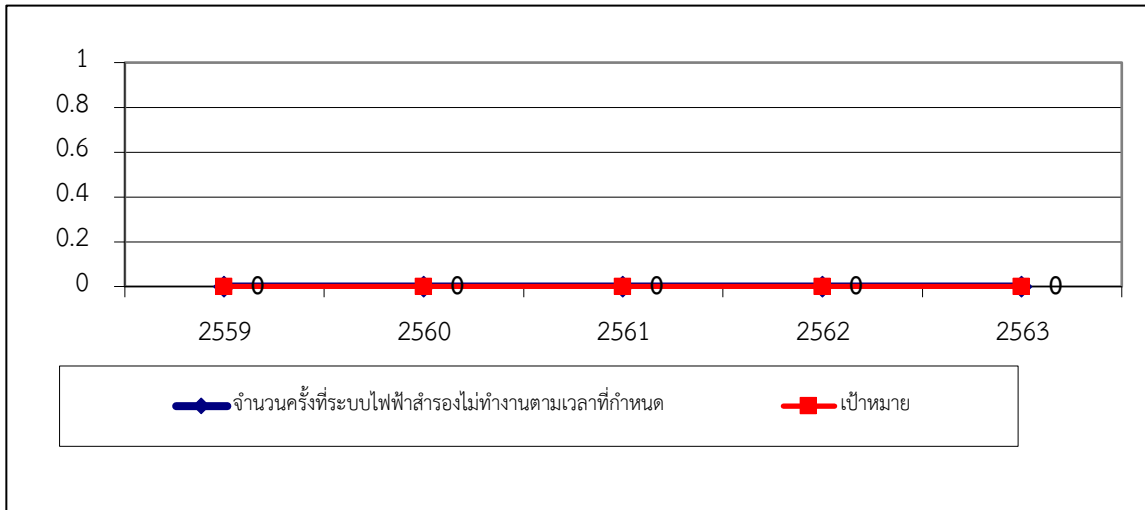


ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.9) ร้อยละความสำเร็จของการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาตามตัวชี้วัด	100%	70.59	82.45	86.75	93.55	100



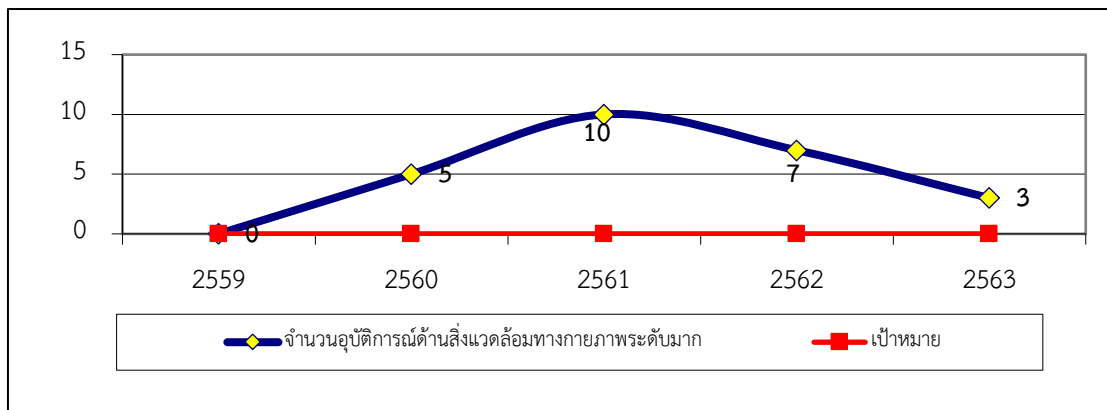
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2019) รพ.

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.10) จำนวนครั้งที่ระบบไฟฟ้าสำรองไม่ทำงานตามเวลาที่กำหนด	0	0	0	0	0	0



ในปี 2559-2563 ไม่พบว่ามีเหตุการณ์ที่โรงพยาบาลมีปัญหาเรื่องการไม่มีไฟฟ้าใช้ เนื่องจากโรงพยาบาลฟากท่ามีระบบไฟฟ้าสำรองที่สามารถใช้การได้ปกติ มีการตรวจเช็คสภาพเป็นประจำทุกวัน แต่เนื่องจากเครื่องกำเนิดไฟฟ้าของทางโรงพยาบาลมีการใช้งานมานาน เมื่อเข้าสู่ช่วงฤดูใน ฤดูร้อน จะมีไฟฟ้ายดับค่อนข้างบ่อย จึงมีความจำเป็นที่ซ่อมบำรุงเป็นประจำ และดำเนินการจัดทำแผนงบประมาณในปี 2565 เพื่อจัดซื้อเครื่องกำเนิดไฟฟ้าเพิ่มอีก 1 เครื่องเพื่อเตรียมการป้องกันการปัญหาไฟฟ้าขัดข้อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.11) จำนวนอุบัติการณ์ด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม ระดับมาก	0	0	0	0	0	0

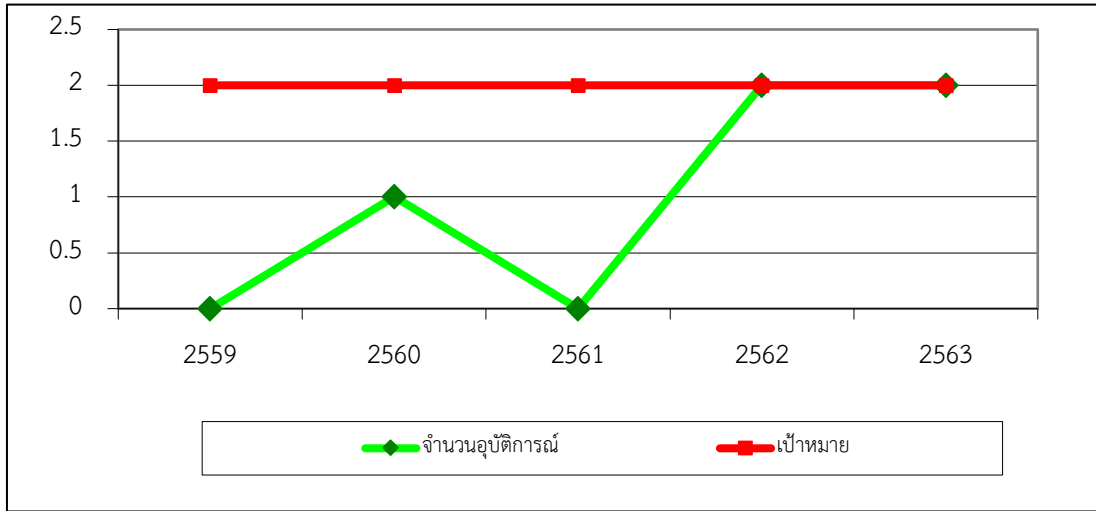


จำนวนอุบัติการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพระดับมาก ในปี 2562 พบจำนวนอุบัติการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพระดับมากที่สุดถึงคือ 10 ครั้ง เพราะโรงพยาบาลได้จัดทำระบบจัดการเรื่องความเสี่ยงภายในโรงพยาบาลแบบคีย์ความเสี่ยงผ่านโปรแกรมความเสี่ยงออนไลน์ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถเข้าถึงการรายงานได้ง่ายขึ้น ทุกอุบัติการณ์ได้รับการแก้ไข ส่วนในปี 2563 มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกโดยคณะกรรมการ ENV ร่วมกับทีม RM, IC เดินสำรวจทุกเดือน และ หากมีความผิดปกติในเรื่องของความปลอดภัย คณะกรรมการ ENV สามารถรับทราบปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ทันที รวมถึงสามารถนำการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกมาวางแนวทางการป้องกันอุบัติการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพได้ จึงทำให้ปี 2563 จำนวนอุบัติการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพระดับมาก ลดลงตามลำดับ



รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2019) รพ.

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.12) จำนวนอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือแพทย์	< 2 ครั้ง/ปี	0	1	0	2	2

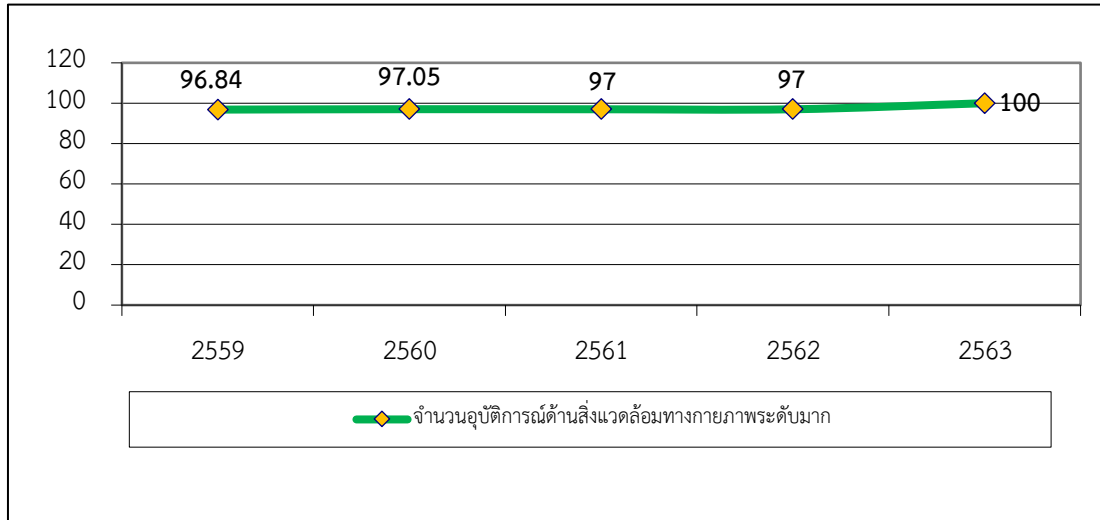


จากตารางข้างต้นแสดงถึงจำนวนอุบัติการณ์ไม่พร้อมใช้งานของเครื่องมือแพทย์ประเภทต่างๆ ระหว่างปี 2559-2563 พบว่าในปี 2560 มีความไม่พร้อมใช้ของเครื่อง EKG 1 ครั้ง เนื่องจากกระดาษ EKG หหมดไม่มีให้ใช้ เพราะบริษัทผู้ผลิตเครื่อง EKG ดำเนินการจัดหาให้ไม่ทันอยู่ในระหว่างนำเข้า จากเหตุดังกล่าว ทางทีมได้วางแนวทางป้องกันแก้ไขร่วมกับทีมจัดซื้อโดยมีการกำหนดปริมาณกระดาษชั้นต่ำที่ต้องสั่งใช้ เพื่อป้องกันการขาดแคลนกระดาษดังกล่าว และกำหนดให้มีเครื่อง EKG สำรองในแต่ละจุด (ER และ IPD) ในปี 2562 มีความไม่พร้อมใช้ของเครื่อง 1. Infusion pump เนื่องจากมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกทำให้ต้องใช้ เครื่องเยาะและใช้บ่อย ทางทีมจึงได้วางแนวทางป้องกันร่วมกับหน่วยงานโดยให้หน่วยงานกำหนดมาตรฐาน ชั้นต่ำของเครื่องมือที่จำเป็นและได้จัดซื้อเครื่องมาสำรองไว้ที่แผนกผู้ป่วยใน 2. เครื่อง patient monitor ดับ บนรถ refer จากปัญหาดังกล่าวทางทีมและหน่วยงานได้มีการจัดทำสมุดตรวจเช็คความพร้อมใช้ของเครื่องมือก่อนนำ ขึ้นรถ refer ทุกครั้ง ปี 2563 พบความไม่พร้อมใช้ของเครื่อง suction และเครื่องวัดความดันโลหิต บนรถ refer ทางทีมและหน่วยงานจึงมีการวางแนวทางป้องกันโดยการจัดให้เจ้าหน้าที่เวรเข้ามีการตรวจเช็คอุปกรณ์บนรถ refer ทุกวันและก่อนการ refer ได้มีการจัดทำสมุดตรวจเช็คความพร้อมใช้ของเครื่องมือก่อนนำขึ้นรถ refer ทุก ครั้ง

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2019) รพ.

Date: 14/01/2563

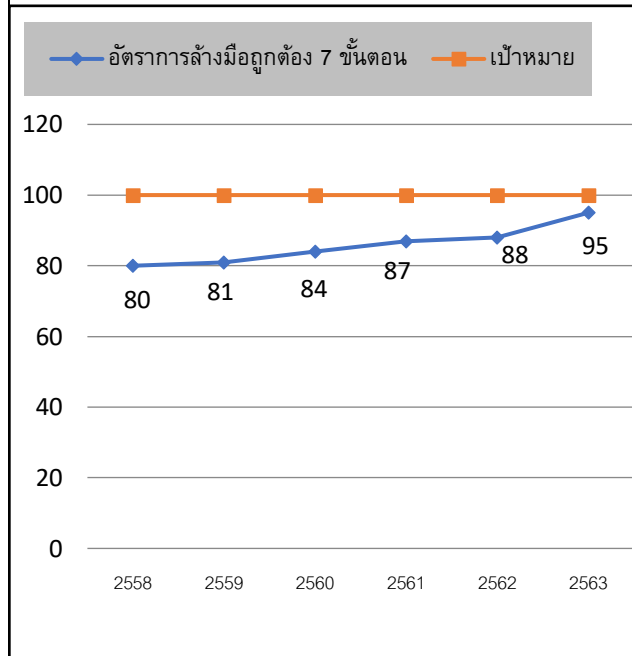
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.13) ร้อยละของบุคลากรที่ผ่านการอบรมอัคคีภัย	100	96.84	97.05	97	97	100



ในปี 2563 มีการจัดทำโครงการฝึกซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย โดยเชิญวิทยากรจากท้องถิ่น มาอบรมเรื่องการดับเพลิงเบื้องต้นฝึกซ้อมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และฝึกการใช้ถังดับเพลิงจัดการอบรมแบ่ง 2 รุ่น เพื่อให้บุคลากรสามารถใช้อุปกรณ์ดับเพลิงได้ รู้จักวิธีป้องกันการเกิดอัคคีภัย และรู้หน้าที่เมื่อเกิดเพลิงไหม้ (อบรมครั้งล่าสุดเมื่อ 21 กรกฎาคม ปี 2563) ผลลัพธ์ บุคลากรได้รับการอบรม คิดเป็นร้อยละ 100 และมีการซ้อมแผนอัคคีภัยบนโต๊ะ ซ้อมการอพยพหนีไฟสถานการณ์เสมือนจริงในเวลากลางคืน ร่วมกับหน่วยงานภายนอก และสรุปแผนหลังการซ้อมอพยพ อัคคีภัย เพื่อหาข้อผิดพลาด และนำมาปรับปรุงแก้ไขในครั้งต่อไป

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2019) รพ.

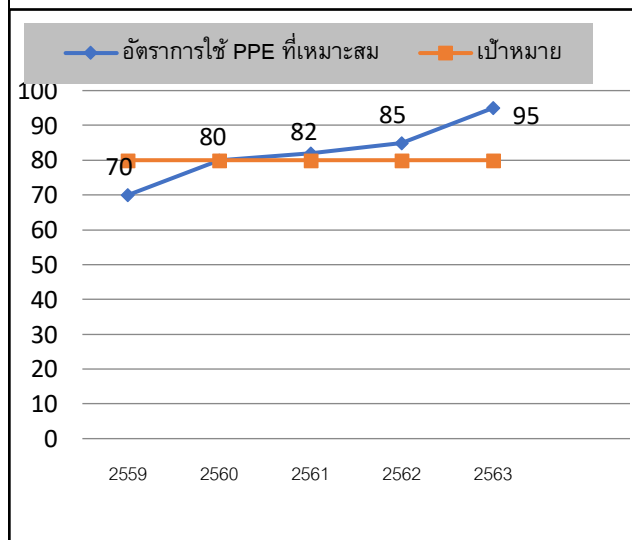
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.14) อัตราการล้างมือถูกต้อง 7 ขั้นตอน	100%	81 %	84 %	87 %	88 %	95 %
96.15) อัตราการใช้ PPE ที่ถูกต้อง และ เหมาะสม	80 %	70%	80%	82 %	85 %	95 %



จากการนำหลักการ SIMPLE ในเรื่องของ hand hygiene มาใช้ ในปี 2559-2561 ผลการประเมิน เป็น 81,84,87 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ คณะกรรมการ IC จึงดำเนินการพัฒนาดังนี้

- จัดกิจกรรมรณรงค์การล้างมือโดยจัดกิจกรรม ดังนี้ ติดป้ายเตือนที่อ่างล้างมือ, IC Round, Work Shop Hand Hygiene
- สาธิตแบบมีส่วนร่วม สอนและสาธิตตาม หน่วยงานและมีการสอบปฏิบัติการล้างมือ ยึดหลัก “หน้าหลัง หน้าซอก ปั่นโป้ง ปลายข้อ”
- รณรงค์เสียงตามสาย คาราวานล้างมือ ประชาสัมพันธ์การล้างมือแก่เจ้าหน้าที่และผู้เข้ารับบริการ

เพิ่มจุดบริการแอลกอฮอล์เจลล้างมือ **ส่งผลให้** ในปี 2563 ผลการปฏิบัติอัตราการล้างมือ ถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 95



พบปัญหาบุคลากรไม่ให้ความสำคัญกับการใส่ PPE และขาดความชำนาญในการใส่และถอดชุด PPE อุปกรณ์ PPE มีไม่เพียงพอ

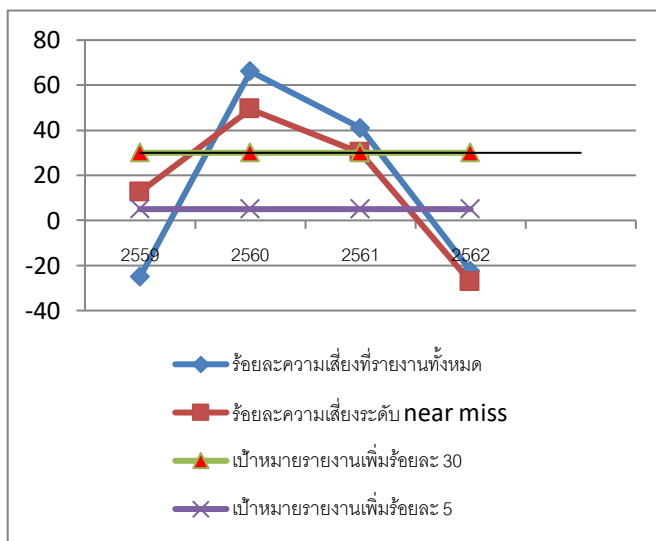
- ทีม IC จึงดำเนินการพัฒนาระบบดังนี้
- IC round ติดตามนิเทศการใส่ PPE ที่เหมาะสม หน่วยงาน
  - หัวหน่วยงาน+หัวหน้าเวร นิเทศหน่วยงานผู้ปฏิบัติ
  - สอน สาธิต หน่วยงาน และ มีการสอบปฏิบัติการ ใส่และถอดชุด PPE และ การทดสอบ Fit test ของการ ใส่ N 95
  - จัดทีมพี่เลี้ยง (ICN) ให้คำแนะนำนิเทศกรณี ระบาดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโควิด-19

- จัดคู่มือตรวจสอบความถูกต้องการใส่ PPE ที่เหมาะสม ก่อนออกไปให้บริการผู้ป่วย
- จัดหา ชุด PPE และ อุปกรณ์ ป้องกันให้เพียงพอ
- นวัตกรรม PPE box set

**ส่งผลให้** ในปี 2563 ผลการปฏิบัติอัตราการใช้ PPE ที่ถูกต้องและ เหมาะสม เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 95

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2019) รพ.

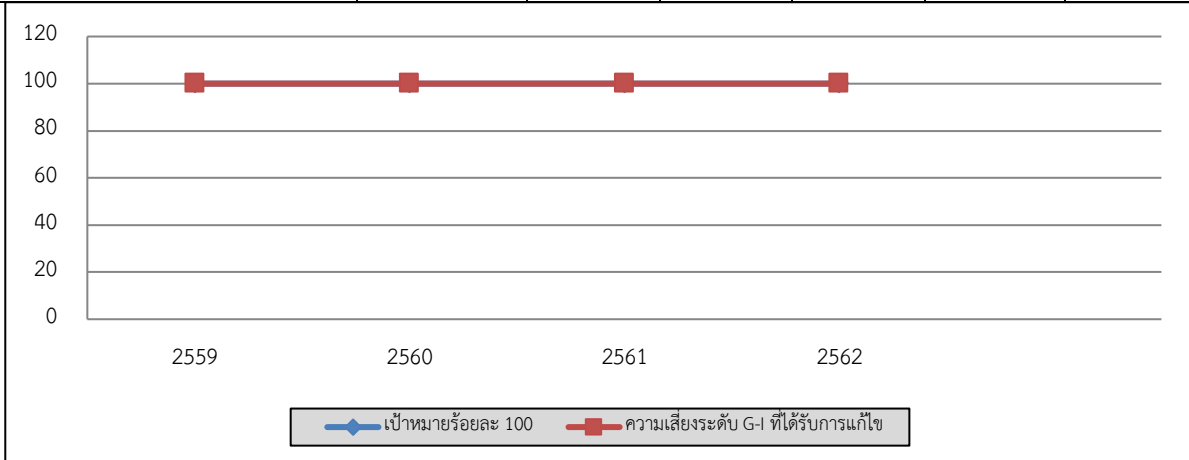
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.16) จำนวนอุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	ลดลง ร้อยละ 25.07 (983)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 66.12 (1,633)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 41.02 (2,303)	ลดลงร้อยละ 22.36 (1,788)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.15 (1,898)
96.17) จำนวนอุบัติการณ์ ความเสี่ยง near miss	เพิ่มขึ้นร้อยละ 30	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 12.50 (450)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 49.33 (672)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 30.05 (874)	ลดลง ร้อยละ 27.34 (635)	เพิ่มร้อยละ 13.54 (721)



ในปี พ.ศ.2560 และ พ.ศ.2561 มีรายงานอุบัติการณ์มากขึ้น สืบเนื่องมาจากเดิมระบบรายงานในปี พ.ศ. 2559มีปัญหา ทำให้จำนวนอุบัติการณ์ที่เข้ามาในระบบความเสี่ยงมีน้อยกว่าความเป็นจริงและทำให้หลายปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข เมื่อมีการใช้โปรแกรมใหม่ที่พัฒนาขึ้นโดยทีม IM ของโรงพยาบาล ในปี พ.ศ.2560 ที่ใช้งานได้สะดวกขึ้น จึงทำให้มีรายงานเข้ามาในระบบอย่างต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ. 2561 และ ในปี พ.ศ. 2562 มีแนวโน้มลดลงจาก 2ปีก่อนหน้า แต่รายงานอุบัติการณ์ที่เข้ามาในระบบยังคงมากกว่าในปี พ.ศ.2559 สาเหตุที่รายงานอุบัติการณ์ลดลง

จากปีก่อนหน้าเนื่องจาก ความเสี่ยงบางอย่างได้รับการแก้ไขแล้ว ไม่กลับมาเป็นใหม่ รวมทั้งบุคลากรในหน่วยงาน อาจขาดการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก หรือไม่เข้าใจและไม่ให้ความสำคัญเรื่องความเสี่ยงระดับ near missเท่าที่ควรจะเห็นได้จากรายงานความเสี่ยงระดับ near miss ในปี พ.ศ.2562 ลดลงจากปี 2561 ดังนั้นในการอบรมให้แก่บุคลากรใหม่และฟื้นฟูความรู้เรื่องระบบความเสี่ยงให้แก่บุคลากรเก่าจะมีการเสริมสร้างความเข้าใจ และให้ตระหนักถึงความสำคัญของความเสี่ยงระดับ near miss พร้อมทั้งมีการเปิดเสียงตามสายเผยแพร่ความรู้และความเข้าใจเรื่องความเสี่ยงภายในโรงพยาบาลเป็นประจำในเวลาราชการ แนวทางพัฒนาต่อไป เพื่อให้บุคลากรสามารถเรียนรู้ระบบความเสี่ยงได้สะดวกขึ้นจะมีการเผยแพร่ชุดเอกสารความรู้ในเว็บเพจของทางโรงพยาบาล และจะร่วมมือกับทีม IM พัฒนาช่องทางรายงานให้ใช้ได้ง่ายและสะดวกกว่าเดิม

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.18) ความเสี่ยงระดับ G-I ทั้งหมดได้รับการแก้ไข	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100



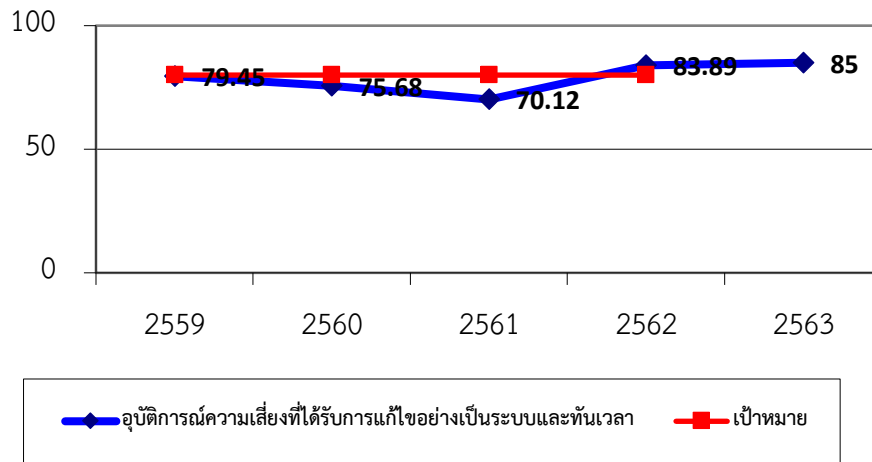
ความเสี่ยงระดับ G-I ทั้งหมดได้รับการแก้ไขเป้าหมายร้อยละ 100 โดยความเสี่ยงระดับ G-I ที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2562 เป็นความเสี่ยงทางด้านคลินิกทั้งหมด ซึ่งเกี่ยวข้องกับโปรแกรม common clinical risk , specific clinical risk ที่มีประสานงานกับทีม PCT และ ได้ ดังนี้ 1. ทบทวนและจัดทำ RCA และมีแบบรายงานการทำ RCA ทำให้เกิดมาตรฐานการป้องกันความเสี่ยงและเกิดเป็นแนวทาง/นโยบายในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล 2. ส่งเสริมให้มีการตามรอยกระบวนการดูแล การใช้ service profile เพื่อหาโอกาสในการพัฒนา 3.ทบทวนแนวคิด 2P safety goal ที่สอดคล้องกับปัญหาของโรงพยาบาล 4.ส่งเสริมให้หน่วยงานทำ 12 กิจกรรมทบทวนอย่างสม่ำเสมอ 5.ส่งเสริมและสนับสนุนให้ใช้ risk register เป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยง

**แนวทางในการพัฒนาต่อไป**

- 1.มีติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย
- 2.ส่งเสริมการนำ ข้อมูลความเสี่ยงมาใช้วิเคราะห์เกิดมาตรฐานและนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงาน
- 3.ส่งเสริมให้มีการใช้ trigger tool ในการค้นหา adverse event
- 4.ส่งเสริมให้มี R2R ทุกกลุ่มงานทางคลินิกเพื่อให้เกิดนวัตกรรมและการเรียนรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการความเสี่ยงที่หลากหลายและเป็นรูปธรรม
- 5.ส่งเสริมให้นำ อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญ รุนแรง หรือเกิดซ้ำ ลงทะเบียนใน risk register เพื่อใช้เป็นเครื่องมือติดตาม วางแผนสร้างมาตรการป้องกัน และบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นพลวัต ทำให้องค์กรมุ่งสู่ความปลอดภัยตามมาตรฐาน 2P safety goal

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2019) รพ.

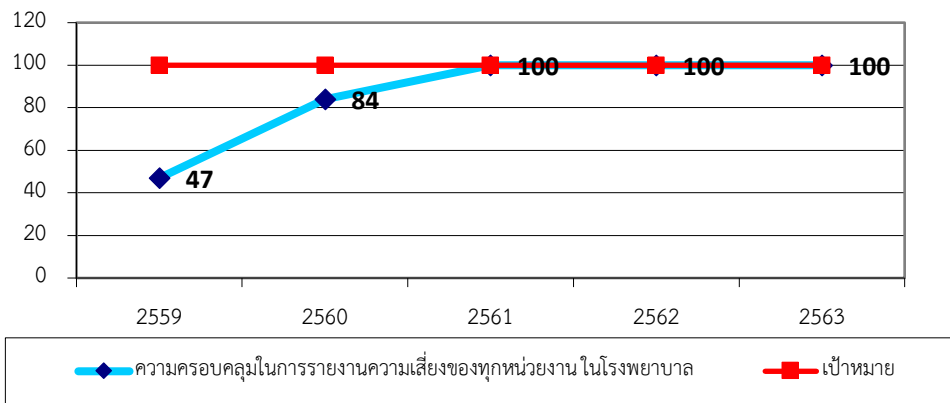
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.19) ร้อยละของอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบและทันเวลา	มากกว่า ร้อยละ 80	ร้อยละ 79.45	ร้อยละ 75.68	ร้อยละ 70.12	ร้อยละ 83.89	ร้อยละ 85.00



ปี พ.ศ.2561 ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ สืบเนื่องมาจากปริมาณความเสี่ยงที่มากขึ้นและบุคลากรและหน่วยงานบางส่วนขาดความเข้าใจในระบบบริหารความเสี่ยงของทางโรงพยาบาล ทางทีมจึงได้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้ ทีมนำลงไปเยี่ยมหน่วยงานสนับสนุนอย่างใกล้ชิด ทีมบริหารความเสี่ยงสะท้อนรายงานอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขให้หน่วยงานรับทราบทุกสิ้นเดือนและมีการรายงานความก้าวหน้าในที่ประชุมโรงพยาบาล มีการจัดอบรมเรื่องระบบบริหารความเสี่ยงให้แก่บุคลากรโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละครั้ง รวมทั้งมีการอบรมถ่ายทอดความรู้ให้แก่บุคลากรใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งผลให้อุบัติการณ์นี้ทั้งหมดได้รับการแก้ไข แต่บางอุบัติการณ์ เช่น อุบัติการณ์ระดับG-I บางรายงาน ได้รับการแก้ไข แต่ไม่สามารถจัดทำ RCA ได้ทันตามเวลาที่กำหนดไว้ ทำให้อัตราการแก้ไขอย่างเป็นระบบและทันเวลาไม่เป็นร้อยละ100 เนื่องจากการทำ RCA ต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลเข้าร่วม ด้วยข้อจำกัดของทางโรงพยาบาลที่มีแพทย์เพียง 2 คน และภาระงานอาจหนักในบางช่วงเวลา ทำให้บางขณะไม่สามารถจัดทำ RCA ได้ทันตามแนวทางที่วางไว้

แนวทางพัฒนาต่อไป จัดอบรม workshop ให้แก่บุคลากร เพื่อพัฒนาศักยภาพการทำ RCA ให้มีคุณภาพและลดระยะเวลาในการทำ

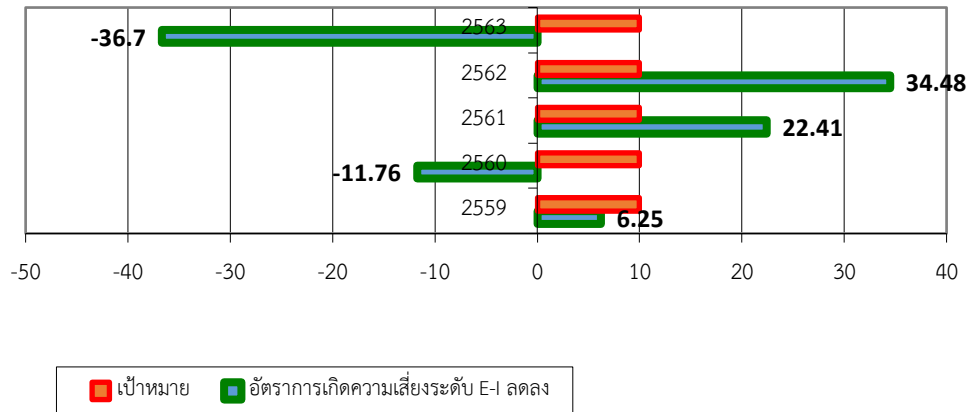
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.20) ความครอบคลุมในการรายงานความเสี่ยงของทุกหน่วยงาน ใน รพ.	ร้อยละ100	ร้อยละ 47	ร้อยละ 84	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100



จากการนำระบบการรายงานความเสี่ยงออนไลน์ที่พัฒนาโดยทีม IM มาใช้ตั้งแต่ พ.ศ.2560 ที่สะดวกต่อการรายงาน ทำให้แนวโน้มการรายงานของหน่วยงานต่าง ๆ ดีขึ้น และในปี พ.ศ.2561 ได้มีการสะท้อนข้อมูลการรายงานตนเองเรื่องความเสี่ยงของหน่วยงานเป็นรายเดือนเพื่อติดตามประเมินผล นอกจากนี้ทางทีมได้พัฒนาระบบโปรแกรมความเสี่ยงออนไลน์ให้สามารถแสดงจำนวนการรายงานของแต่ละหน่วยงานเป็น แผนภูมิแท่งทั้งรายวันและรายเดือนเพื่ออำนวยความสะดวกให้หน่วยงานในการติดตามดูรายงานประจำวันและประจำเดือนได้สะดวกขึ้น ส่งผลให้มีความครอบคลุมของการรายงานเป็น ร้อยละ 100 ได้สำเร็จและยังคงต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

โอกาสพัฒนา คือ กระตุ้นเตือนให้หน่วยงานต่าง ๆ มีการรายงานอย่างต่อเนื่อง และส่งผลการรายงาน คืนกลับไปอย่างหน่วยงาน เพื่อให้นำไปใช้ประโยชน์ตามหน่วยงานของตน รวมทั้งสนับสนุนให้ทุกคนรายงานความเสี่ยงที่ตัวเองพบได้เป็นทุกคนในหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.21) อัตราการเกิดความเสี่ยงระดับ E-I ลดลง	ลดลง ร้อยละ10	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.25 (51)	ลดลง ร้อยละ 11.76 (45)	เพิ่ม ร้อยละ 22.41 (58)	เพิ่ม ร้อยละ 34.48 (78)	ลดลง ร้อยละ 36.7 (49)



จากกราฟดูแนวโน้มตั้งแต่ปี พศ 2561 จะมีการเกิดความเสี่ยงระดับ E-I สูงขึ้น สืบเนื่องมาจาก ทางทีมความเสี่ยง ได้กำหนดให้ทางหน่วยงาน ER รายงานการตายนอกโรงพยาบาลแต่นำมาขึ้นสูตรที่โรงพยาบาลเข้าไปในระบบโปรแกรม รายงานความเสี่ยงและให้ทางผู้ป่วยในรายงานการตายของผู้ป่วย palliative care เข้าไปในระบบด้วย และในปี พ.ศ.2562 มีกรณีตายนอกโรงพยาบาลนำมาขึ้นสูตรและการเสียชีวิตของผู้ป่วย palliative care มากขึ้นทำให้ความเสี่ยงระดับ ระดับ เพิ่มขึ้น การให้รายงานกรณีการตาย palliative case เพื่อนำ มา ทำ RCA และตามรอยการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลพากทำกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุในอนาคตจะมีโอกาสได้ให้การดูแลผู้ป่วยลักษณะนี้มากขึ้น สำหรับการรายงานเหตุการณ์ตายนอกโรงพยาบาล เพื่อนำมาทำ RCA วิเคราะห์และวางมาตรการในกรณีที่สามารถป้องกัน สาเหตุการเสียชีวิตได้ อุบัติการณ์ E ซ้ำตกเตียงในปี พ.ศ.2561 ได้รับการแก้ไขและไม่พบอีกในปีพ.ศ.2562 แต่ยังคงพบ อุบัติการณ์ E ซ้ำเรื่อง hypoglycemia ในผู้ป่วย admit แม้มีการทำ RCA เพื่อวางมาตรการป้องกัน

แนวทางพัฒนา นำอุบัติการณ์ระดับ E-I และ E ซ้ำที่ยังแก้ไขไม่ได้มาทำ RCA วางมาตรการใหม่ และนำไปลงทะเบียน ใน risk register เพื่อการติดตามบริหารความเสี่ยงแบบพลวัต และบรรลุเป้าหมาย 2p safety goal ส่งเสริมและกระตุ้นใช้ 12 กิจกรรมในทุกหน่วยงานเพื่อการทบทวนเหตุการณ์อย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรมมากขึ้น ทีมบริหารความเสี่ยงเป็นตัวแทนประสานงานและจัดแผนกำหนดเวลาในการทบทวนอุบัติการณ์ที่เป็นสหคลินิก เพื่อให้ปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบและทันเวลา



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
96.22) จำนวนรายการ ความเสี่ยงที่อยู่ในทะเบียนจัดการความเสี่ยง(Risk Register)	เพิ่มขึ้น	NA	NA	NA	15	77
<p>ทีมบริหารความเสี่ยงได้นำ Risk Register มาเป็นเครื่องมือบริหารความเสี่ยงสำคัญที่มีในโรงพยาบาล เพื่อให้การติดตาม วางแผนระบบ และมาตรการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายความปลอดภัยตาม 2p safety goal โดยเริ่มต้น นำปฏิบัติการความเสี่ยงสำคัญที่มีในระบบออนไลน์ของโรงพยาบาล และความเสี่ยงสำคัญที่สัมพันธ์กับ patient safety goal มาลงทะเบียนทั้งสิ้น 15 รายการ ซึ่งทั้ง 15 รายการนี้เป็นความเสี่ยงทางคลินิกทั้งหมด ทางทีมพิจารณาแล้วยังไม่ครอบคลุมความเสี่ยงสำคัญและยังไม่สอดคล้องกับ 2P safety goal ที่เป็นเป้าหมายความปลอดภัยที่วางไว้ในปี พ.ศ.2563 ทางทีมจึงได้ทำการทบทวนร่วมกับทีมนำต่างใน โรงพยาบาลเพื่อทำการลงทะเบียนความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากเดิม 15 รายการเป็น 77 รายการซึ่งครอบคลุมทั้งความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปตามมาตรฐาน 2P safety goal และจัดสรรผู้รับผิดชอบที่เหมาะสมต่อรายการความเสี่ยงต่างๆ อบรมให้ความรู้ในการใช้ risk register อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีทีมนำและทีม RM กำกับดูแล</p> <p><u>แนวทางพัฒนา</u> ค้นหาความเสี่ยงสำคัญที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนนำมาลงทะเบียนให้ครอบคลุม กำกับติดตามความเสี่ยงเดิมที่อยู่ในทะเบียนให้ได้รับการแก้ไข ป้องกัน และถ้าเป็นไปได้ให้มีทะเบียนความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะปิดมากที่สุด เพราะเป็นการสะท้อนถึงระบบบริหารความเสี่ยงมีคุณภาพ บรรลุเป้าหมายความปลอดภัยทั้งผู้บริการและผู้ให้บริการ</p>						