



รายงานการวิเคราะห์ด้านความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว(องค์การมหาชน)

การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ	ผลการวิเคราะห์แนวโน้มการรายงานความเสี่ยง
๑. ประสิทธิภาพการรายงานความเสี่ยง	โรงพยาบาลมีระบบรายงานความเสี่ยงที่เป็นระบบ โดยใช้ HRMS และ NRLS ร่วมกับการรายงานผ่าน QR Code เพื่อเพิ่มความสะดวกและความรวดเร็วในการเข้าถึงระบบ รวมทั้งมีการอบรมหัวหน้างานด้านการรายงานและวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงครบถ้วน ๑๐๐% และกำหนดให้บุคลากรทุกหน่วยงานมีหน้าที่ ค้นหา ประเมิน รายงาน และจัดการความเสี่ยง เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์และป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ ผลการดำเนินงานสะท้อนแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยจำนวนรายงานความเสี่ยงเพิ่มจาก ๒,๕๔๘ เรื่องในปี ๒๕๖๗ เป็น ๓,๔๔๖ เรื่อง ในปี ๒๕๖๘ และ ๔,๙๙๓ เรื่องในปี ๒๕๖๙ ๑.๑ จากข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ในปี ๒๕๖๗-๒๕๖๙ แบ่งเป็น ความเสี่ยงทาง clinic และ non clinic เท่ากับ ๒,๕๔๘ / ๓๖ เรื่อง ๓,๔๔๖ / ๑๕๕ เรื่อง และ ๔,๙๙๓ / ๑๔๓ เรื่องตามลำดับ โดยพบว่าในปี ๒๕๖๙ มีการรายงานความเสี่ยงทาง clinic และความเสี่ยงทั่วไปในระบบ HRMS มีแนวโน้มจำนวนเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่มากซึ่งสอดคล้องกับการทำ safety survey ในปี ๒๕๖๙ พบบุคลากรในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีการรายงานความเสี่ยงถึง ๕๔.๗% อีกทั้งยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายต่อตนเองในภายหลังเพิ่มขึ้นจาก ๓๖.๗๐% เป็น ๔๘.๖% ซึ่งส่วนใหญ่พบในกลุ่มสายวิชาชีพ และเป็นความเสี่ยงทาง clinic ที่ส่งผลกระทบต่อผู้รายงานโดยตรง ต่างจากความเสี่ยงทั่วไปที่ส่งผลกระทบต่อหน่วยงานน้อยส่งผลให้การรายงานทาง clinic ถึงแม้จะเพิ่มขึ้นแต่ไม่มากซึ่งต้องเร่งพัฒนาในหัวข้อดังกล่าว ส่วนรายงานที่ under report Underreport มีแนวโน้มลดลงในปี ๒๕๖๗-๒๕๖๙ จาก ๑.๙๕ % เหลือ ๐.๕๑% แสดงถึงการเข้าถึงระบบและการรายงานที่ดีขึ้น ทั้งนี้มีการใช้ข้อมูล Near Miss เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาป้องกันความเสียหาย ซึ่งพบเป็นอุบัติการณ์ทาง clinic นอกจากนี้ยังมีรายงานความเสี่ยงจากช่องทางอื่นๆ ได้แก่ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ๑๗๗ เรื่อง โดยแบ่งเป็น ด้านพฤติกรรมบริการจำนวน ๖๕ เรื่อง ด้านกระบวนการ ๑๐๑ เรื่อง ด้านสิ่งแวดล้อม ๑๒ เรื่อง ด้านจริยธรรม ๑ เรื่อง ด้านสิทธิผู้ป่วย ๑ เรื่อง ประเด็นที่ยังเป็นข้อห่วงใย: แม้จำนวนรายงานเพิ่มขึ้น แต่การรับรู้ว่าคุณภาพมีการรายงานเหตุการณ์อย่างสม่ำเสมออยู่เพียงประมาณ ๕๔.๗% ต่ำกว่าเป้าหมาย >๘๐% และผลสำรวจด้านการตอบสนองต่อความผิดพลาดโดยไม่มุ่งลงโทษยังอยู่ประมาณ ๔๘.๖% สะท้อนว่าการสร้าง Safety Culture และ No Blame-No Shame ยังต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ	ผลการวิเคราะห์แนวโน้มการรายงานความเสี่ยง
	สรุปการวิเคราะห์: ระบบรายงานความเสี่ยงมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น แต่ควรพัฒนาจาก “การเพิ่มจำนวนรายงาน” ไปสู่ การรายงานที่ครบถ้วน ทันเวลา มีคุณภาพ และนำไปสู่การปรับปรุงระบบอย่างเห็นผล
๒. ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังความเสี่ยง	โรงพยาบาลมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงทั้งเชิงรับและเชิงรุก ครอบคลุม Clinical Risk, Operational Risk, Patient Safety Goal, Risk Register, Incident Report, Near Miss, Trigger, RCA, Leadership Walk Round และการเฝ้าระวังจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และศูนย์พัฒนาคุณภาพทำหน้าที่ประสานระบบ รวมทั้งมีการติดตาม Patient Safety Goal ในที่ประชุมทีมบริหารเป็นประจำ จุดแข็งของระบบเฝ้าระวัง มีการกำหนดความเสี่ยงสำคัญทั้งด้านผู้ป่วย บุคลากร ผู้มาเยือน และระบบ สนับสนุนมีการใช้ Risk Register และการจัดการความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เหตุการณ์ความรุนแรงระดับสูงมีการทบทวน RCA และนำผลไปกำหนด มาตรการป้องกันมีการนำ Near Miss มาใช้เป็นข้อมูลเชิงป้องกัน มีการเฝ้าระวังเหตุการณ์สำคัญ เช่น การผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง การติดเชื้อ การให้ ยา การให้เลือด การระบุตัวผู้ป่วย และความเสี่ยงด้าน IT/Cybersecurity มีการซ้อมแผน BCP/IRP/DRP และทบทวนเหตุการณ์จริง เช่น Cyber Attack, ระบบไฟฟ้าขัดข้อง และเหตุการณ์ฉุกเฉิน จากการทบทวนข้อมูลความเสี่ยงทาง clinic ในปี ๒๕๖๗-๒๕๖๘ พบระดับ ความรุนแรงส่วนใหญ่อยู่ในระดับ A,B คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๔๑ , ๗๕.๘๗และ ๘๓.๗๑ตามลำดับ ส่วนอัตราส่วนอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ A-B:E-I พบความ เสี่ยงระดับ E-I เริ่มมีแนวโน้มลดลงเท่ากับ ๙๓.๗๕ : ๖.๒๕ , ๙๔.๖๓ : ๕.๓๗ และ ๙๖.๕๕ : ๓.๔๕ อุบัติการณ์ความเสี่ยง nearmiss :miss มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่มากในปี ๒๕๖๗-๒๕๖๘ เท่ากับ ๗๐.๖๒:๒๙.๓๘ ,๗๖.๗๑:๒๓.๒๙ และ ๘๓.๗๑: ๑๖.๒๙ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกหรือดักจับความเสี่ยงในแบบที่เป็น proactive risk แต่ละหน่วยงานยังค่อนข้างน้อย จึงพบเมื่อมีผลกระทบต่อ ผู้รับบริการแล้ว ซึ่งมีการวางแผน risk round ให้สม่ำเสมอมากยิ่งขึ้นและมีการ สอนการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อให้เจ้าหน้าที่มี risk awareness เพิ่มขึ้น ในหน่วยงานผู้ป่วยในโดยมีหน่วยงานสามัญเวชเป็นหน่วยงานนำร่องและเป็น

การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ	ผลการวิเคราะห์แนวโน้มการรายงานความเสี่ยง
	ต้นแบบให้เกิดการเรียนรู้แก่หน่วยงานอื่นๆ ส่วนอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับ E ขึ้นไปที่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการทำให้ต้องมีการรักษาเพิ่มและมีโอกาสส่งผลกระทบต่อชื่อเสียง - ส่วนอุบัติการณ์การฟ้องร้องตามกฎหมายในปี ๒๕๖๗-๒๕๖๙ เท่ากับ ๐ ครั้ง แต่พบว่ามียุติการณ์มีผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการให้บริการทางการแพทย์ ทางโรงพยาบาลได้ให้การช่วยเหลือตามมาตรา ๔๑ และมาตรา ๖๓(๗) ปี ๒๕๖๗ จำนวน ๒ /๐ราย ปี ๒๕๖๘ จำนวน ๑ /๐รายและปี ๒๕๖๙ จำนวน ๑ /๑ราย - อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไปในปี๒๕๖๘พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับ๑-๒ เท่ากับ ๑๘๕ เรื่อง ระดับ ๓ เท่ากับ ๙ เรื่องไม่พบในระดับความรุนแรงที่ ๔-๕ ส่วนในปี๒๕๖๙ มีรายงานความเสี่ยงทั่วไปเท่ากับ ๑๗๔ เรื่อง แต่พบในระดับความรุนแรงที่ ๕ จำนวน ๑เรื่องจากเหตุการณ์เกิดอัคคีภัยที่แผนกกายภาพบำบัด ซึ่งมูลค่าความเสียหายมากกว่า๒๗ล้านบาท ประเด็นที่ต้องเฝ้าระวังต่อเนื่อง: ผลลัพธ์บางตัวชี้วัดยังไม่บรรลุเป้าหมาย เช่น VAP และ CABSİ รวมทั้งความคลาดเคลื่อนทางยาและการระบุตัวผู้ป่วยระดับ A-D มีแนวโน้มที่ต้องติดตาม จึงควรเน้นการเฝ้าระวังแบบ Early Warning และการวิเคราะห์แนวโน้มรายหน่วยงาน/รายกระบวนการ มากกว่าการรอให้เกิด Incident แล้วจึงแก้ไข สรุปการวิเคราะห์: ระบบเฝ้าระวังมีความครอบคลุมและพัฒนาสู่การบริหารความเสี่ยงเชิงรุกมากขึ้น แต่ยังคงเพิ่มความสามารถในการ คาดการณ์ความเสี่ยง ค้นหาสัญญาณเตือนล่วงหน้า และเชื่อมโยงข้อมูล Risk Register-Incident-RCA-ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ให้เป็นระบบเดียวกัน <u>แนวทางแก้ไข</u> - มีการประกาศนโยบายความปลอดภัย Zero harm / Zero event และ no blame no shame โดยผู้อำนวยการ โดยสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบ - มีการประชุมชี้แจงแก่หัวหน้าทุกหน่วยงานโดยขอความร่วมมือให้มีการรายงานความเสี่ยงอย่างน้อย ๕ เรื่อง/เดือนโดยเฉพาะความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังความเสี่ยงระดับ near miss เพิ่มขึ้น - มีการรายงานผลตัวชี้วัดในเรื่องคุณภาพและอุบัติการณ์ความเสี่ยงในทีมผู้บริหารทุกเดือน

การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ	ผลการวิเคราะห์แนวโน้มการรายงานความเสี่ยง
	- มีการจัดอบรมเพื่อทบทวนการรายงานความเสี่ยงให้หัวหน้างานและผู้ปฏิบัติรับทราบให้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีการทำ workshop การรายงานในระบบ HRMS ครบ ๑๐๐% ในทุกหน่วยงานช่วยให้ผู้รายงานรายงานได้ถูกต้องทั้งการเลือกรหัส และระดับความรุนแรง - มีการทำ risk round โดยทีมนิเทศขององค์กรพยาบาลและทีมกิจกรรม ๕ส. ของโรงพยาบาล - กำหนดให้เจ้าหน้าที่ใหม่ต้องได้รับการปฐมนิเทศเรื่องการบริหารความเสี่ยง ๑๐๐% - ส่งเสริมความรู้แก่หัวหน้างานและพัฒนาสมรรถนะในเรื่องการบริหารความเสี่ยงเพื่อเป็นแกนนำ/พี่เลี้ยงแก่หน่วยงานอื่น -มีการประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้นโดยมีการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมในการบริหารความเสี่ยง การเข้าถึงการลงข้อมูลของผู้ใช้งานพบว่า ยังมีปัญหาการเข้าถึงของระบบช้าต้องผ่าน Internet จึงได้มีการประสานงานกับฝ่าย IT ของโรงพยาบาลโดยการปรับให้โปรแกรมอยู่หน้า Intranet ของ รพ. และหน้า Desktop ของคอมพิวเตอร์ในทุกหน่วยงานและเพิ่มช่องทางการรายงานความเสี่ยงโดยใช้ QR Code เพิ่มความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่ในการรายงานความเสี่ยงและตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้เร็วขึ้น ในส่วนของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (๑) ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแลและค้นหาโอกาสพัฒนา: การทบทวนในมิติ Safety ๑. ในส่วนของวิชาชีพ จะมีการประชุมกันในวันพุธ ทุกสัปดาห์ โดยองค์กรแพทย์มีการทบทวนผู้ป่วยผ่านทาง MM conference เพื่อสร้างการเรียนรู้ให้กับกลุ่มแพทย์เพิ่มพูนทักษะและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป, ส่วนทางองค์กรพยาบาล จะมีการนำความเสี่ยงสำคัญทางการพยาบาลมาทบทวนเช่น Fall ที่ทำให้เกิดความเสี่ยงระดับ D ขึ้นไป, Case administration error ระดับ D ขึ้นไป, Case Unplanned ICU เป็นต้น ผลของการทบทวนนำมาสู่การวางแผนการพัฒนาและป้องกันความเสี่ยงไม่ให้เกิดซ้ำหรือถ้าเกิดจะสามารถ Early detection ทำให้ความรุนแรงลดลงได้ ๒. มีการทบทวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ In appropriate dead โดยใช้ Trigger tool เช่น เสียชีวิตโดยไม่คาดฝันเช่นมีอุบัติเหตุ ACS, Acute PE,

การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ	ผลการวิเคราะห์แนวโน้มการรายงานความเสี่ยง
	เสียชีวิตตามหลังการผ่าตัดทั้ง Elective and emergency surgery, case ที่มีข้อร้องเรียน, case ทางสูติกรรมและกุมารเวชกรรม ๓. ทบทวน Case ที่ไม่ได้เสียชีวิตแต่มีความเสี่ยงสำคัญ โดยใช้ Trigger tool เช่น BBA, Amniotic fluid embolism, Euglycemic DKA, Warfarin overdose, Case rupture appendicitis หรือ rupture ectopic pregnancy เพื่อหาสาเหตุของการ Ruture เกิดจากสาเหตุ Delay ที่ รพ.หรือจากผู้ป่วยเอง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การแพ้ยาซ้ำ การให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน การติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น การทบทวนในมิติ Appropriate และ Efficiency ระดับทีมนำระบบ เช่น ทีม AMR (ประสานกันระหว่างทีม IC และทีมระบบยา) ทบทวนข้อมูลการติดเชื้อดื้อยาโดยอาศัยจุดแข็งแต่ละวิชาชีพเช่นพยาบาล IC เป็นผู้ประสานงาน รวบรวมข้อมูลการติดเชื้อ Nosocomial infection (NI) ซึ่งต้องอาศัยอายุรแพทย์เป็นผู้ทบทวนการวินิจฉัยว่าเชื้อที่เกิดขึ้นเป็น True pathogen หรือไม่ ในส่วนของนักเทคนิคการแพทย์เป็นผู้รวบรวมเชื้อดื้อยา, Alarm ผลเชื้อ Pathogen ที่สำคัญให้ทีม IC ทราบ รวมทั้งการทบทวน Antibigram, ส่วนเภสัชทำหน้าที่ทบทวนความเหมาะสมของใบ DUE กลุ่ม Controlled Antibiotic ร่วมกับอายุรแพทย์ ทบทวนค่า DDD ให้กับทีม IC และระบบยาเป็นต้น ผลของการทบทวนของทีมนำระบบ นำมาใช้ในการพัฒนากำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย HAP ใน ward สามัญที่ไม่ใช่ ICU ให้ใช้ Empirical Antibiotic ในกลุ่ม Ceftazidime ร่วมกับ Clindamycin แต่ผู้ป่วย HAP ใน ICU ให้ Empirical antibiotic ด้วย Tazocin เป็นต้น การทบทวนในมิติ People-Centred ของผู้ป่วย จากศูนย์รับเรื่องร้องเรียนของ รพ. ได้มีการแก้ไขเหตุการณ์สำคัญ เช่น มาตรา ๔๑ มาตรา ๖๓(๗) แก้ไขข้อร้องเรียนเรื่อง ที่จอดรถไม่เพียงพอ ต้องไปใช้บริการเอกชน ซึ่งในปัจจุบันได้สร้างอาคารจอดรถใหม่ ๙ ชั้น มีการแก้ไขข้อร้องเรียน เรื่อง ความล่าช้าในการให้บริการ ได้แก้ไขโดย เพิ่มช่องทางออนไลน์ เช่น การลงทะเบียน Online โดยใช้ Google form ที่รพ.จักษุ Self register, Self payment เพื่อเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการมากขึ้น เป็นต้น สรุปภาพรวม โรงพยาบาลมีระบบบริหารความเสี่ยงที่ครอบคลุมทั้ง การค้นหา-รายงาน-ประเมิน-จัดการ-เฝ้าระวัง-ทบทวน-เรียนรู้ และมีแนวโน้มผลการรายงานดีขึ้น โดยเฉพาะจำนวนรายงานที่เพิ่มขึ้นและ Underreport ที่ลดลง อย่างไรก็ตาม ยัง

การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ	ผลการวิเคราะห์แนวโน้มการรายงานความเสี่ยง
	มีช่องว่างด้าน Safety Culture การรายงานอย่างสม่ำเสมอ การตอบสนองต่อความผิดพลาดโดยไม่มุ่งลงโทษ และการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกในความเสี่ยงบางกลุ่ม จึงควรพัฒนาระบบในระยะ ๑-๒ ปีให้เชื่อมโยง Context → Risk → Incident/Near Miss → RCA → Action → Performance → Learning → Improvement และใช้ Risk Dashboard/Trigger เพื่อยกระดับจากการแก้ไขเมื่อเกิดเหตุไปสู่ การคาดการณ์และป้องกันความเสี่ยงก่อนเกิด ความเสียหาย. สรุปแผนพัฒนาประสิทธิภาพผลการรายงานความเสี่ยง ๑.ส่งเสริมวัฒนธรรม No Blame-No Shame และสร้างความมั่นใจว่าการรายงานนำไปสู่การแก้ไขระบบ ไม่ใช่การลงโทษบุคคล ๒.เพิ่มการสื่อสารผลการแก้ไขจากรายงานความเสี่ยงกลับสู่หน่วยงานผู้รายงาน ๓.กำหนดให้การรายงานและการจัดการความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดหัวหน้างาน และติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ ๔.ส่งเสริมการรายงาน Near Miss เพื่อป้องกันเหตุการณ์ก่อนเกิดความเสียหาย พัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง ๕.ทบทวน Risk Register ให้ครอบคลุมความเสี่ยงสำคัญและความเสี่ยงที่เกิดซ้ำ กำหนด Risk Owner ที่ชัดเจน พร้อมตัวชี้วัดและเกณฑ์แจ้งเตือน วิเคราะห์แนวโน้ม Incident/Near Miss และตัวชี้วัดสำคัญ เพื่อค้นหาความเสี่ยงก่อนเกิดเหตุ ๖.ทบทวนประสิทธิภาพของมาตรการหลัง RCA โดยประเมิน Risk Profile ก่อน-หลังการแก้ไข ๗.เน้นกลุ่มความเสี่ยงที่ยังมีผลลัพธ์ไม่ถึงเป้าหมาย เช่น VAP, CABS, Medication Error และ Patient Identification เชื่อมโยงการเรียนรู้กับการปรับปรุงระบบ ๘.ใช้ RCA และบทเรียนจากเหตุการณ์จริงเป็นข้อมูลในการปรับปรุงกระบวนการ ขยายการใช้ Human Factors Engineering และการออกแบบระบบที่ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ๙.ทบทวนมาตรการจากเหตุการณ์สำคัญและติดตามว่ามาตรการสามารถลดการเกิดเหตุซ้ำได้จริง