**II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ**

|  |
| --- |
| **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความปลอดภัย |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด**  | **เป้าหมาย** | **2556** | **2557** | **2558** | **2559** | **2560** |
| 1 ร้อยละการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา | เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 | 200.7 | 133.2 | -19.25 | 47.6 | -16.62 |
| 2 ร้อยละอุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ G ขึ้นไป ได้รับการทำ RCA | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 3. ร้อยละของอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข | 90 | 78.06 | 80.24 | 80.63 | 86.97 | 89.05 |
| 4. จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงทาง Clinic ระดับ E-I มีการเกิดซ้ำ |  |  |  |  |  |  |
| * - ระดับ E-F
 | 5 เรื่อง/ปี | 5 | 7 | 4 | 4 | 3 |
|  - ระดับ G-I | 0 เรื่อง/ปี | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 5. ร้อยละของอุบัติการณ์ความเสี่ยงทาง Non clinic ระดับรุนแรง-ร้ายแรง ได้รับการวิเคราะห์หาปัญหาที่แท้จริง RCA | 100 | 100(2 ครั้ง) | 100(3 ครั้ง) | ไม่มีเหตุการณ์ระดับ E-I | 1(ตัดไฟ CPR ไม่ได้) | ไม่มีเหตุการณ์ระดับ E-I |
| 6. สัดส่วนของการรายงานอุบัติการณ์ระดับ Near miss ต่ออุบัติการณ์ทั้งหมด |  | 209:403(5.1:10) | 583:940(6.2:10) | 582:759(7.7:10) | 880:1121(7.8:10) | 610:757(8.05:10) |
| 7.สัดส่วนของการรายงานอุบัติการณ์ระดับ Near miss ต่ออุบัติการณ์ทั้งหมด (ยกเว้นระบบยา) |  | 207:395(5.2:10) | 61:400(1.5:10) | 67:239(2.8:10) | 116:341(3.4:10) | 64:199(3.2:10 ) |
| **บริบท:** โรงพยาบาลหนองบุญมาก ดำเนินการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงตามนโยบายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วยตัวแทนจากหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างานที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ วางระบบให้มีการค้นหาความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง จัดการความเสี่ยงและติดตามผล โดยมีการประสานเชื่อมโยงกับทุกระบบ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เข็มมุ่ง ปี 2561: - พัฒนาการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก -พัฒนาบุคลากรในองค์กรให้เกิดความตะหนัก และปลูกฝังให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย**ความเสี่ยงสำคัญ:**ความเสี่ยงทาง ทั่วไป ได้แก่  ทรัพย์สินสูญหาย , เครื่องมือไม่พร้อมใช้ , ไฟรั่ว/ไฟดูด , เวชระเบียนสูญหาย, ไม่ประทับใจระบบบริการ และพฤติกรรมเจ้าหน้าที่ ความเสี่ยงทางคลินิก ได้แก่ เสียชีวิตไม่คาดฝัน, ทรุดลงจากการประเมิน วินิจฉัยและรักษาพยาบาลล่าช้า, ความคลาดเคลื่อนทางยา, ติดเชื้อในโรงพยาบาลความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| กลุ่ม | โรค | Specific clinical risk |
| โรคฉุกเฉิน | - MI | Cardiac shock |
|  | - Stroke | เข้าถึงบริการไม่ทันเวลา |
| โรคเรื้อรัง | - DM | Hyperglycemic coma |
|  | - HT | Stroke  |
|  | - COPD | Respiratory failure |
| โรคติดเชื้อ | - Sepsis | Septic shock |
| แม่และเด็ก | - มารดาคลอดบุตร | PPH |
|  | - ทารก | Birth asphyxia |
|  | - DHF | Shock ภาวะน้ำเกิน |

**กระบวนการ:** ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงนโยบายการบริหารความเสี่ยงดำเนินการค้นหาความเสี่ยงความเสี่ยง ระดับ 3E, 3F, 4G, 4H, 4Iวิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้า (RCA)และดำเนินการควบคุมป้องกันโดยเร่งด่วนในระดับรุนแรง 3E, 3F, 4G, 4H, 4Iจัดทำแผนควบคุมป้องกันในความเสี่ยงระดับ 2C, 2D และวางระบบเฝ้าระวังในความเสี่ยงระดับ 1A, 1 Bดำเนินการตามระบบรายงานอุบัติการณ์เมื่อเกิดอุบัติการณ์ติดตามประเมินผลมาตรการควบคุมป้องกันวิเคราะห์หา Root causeและเพิ่มมาตรการควบคุมป้องกันมีประสิทธิภาพจัดทำเป็นมาตรฐานการปฏิบัติและติดตามอย่างต่อเนื่องYESNOYESNOYESNOYES**การสนับสนุนจากผู้นำและการเชื่อมโยง*** จากการที่ผู้นำให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพ จึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ ระดับโรงพยาบาลคือ ทีมนำพัฒนาคุณภาพเพื่ออำนวยการพัฒนา ระดับคร่อมสายงาน ได้แก่ คณะกรรมการ ระบบงานสำคัญต่างๆ รวมถึง ทีมนำทางคลินิก โดยคณะกรรมการ มาจากตัวแทนของหน่วยงานต่างๆ ตามความเหมาะสม และประกาศนโยบายบริหารความเสี่ยง เป็นนโยบายระดับโรงพยาบาล โอกาสพัฒนา คือ เพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารความเสี่ยงโดยใช้เทคโนโลยี

**บทเรียนเกี่ยวกับการสนับสนุนและติดตามการพัฒนาคุณภาพโดยผู้นำระดับสูง:*** ผลของการสนับสนุนด้านการพัฒนาคุณภาพจากผู้นำระดับสูง ทำให้มีนโยบายการบริหารความเสี่ยงจากผู้บริหาร โดยเน้นทางด้านคุณภาพและความปลอดภัยตาม SIMPLE ทำให้มีการทำงานร่วมกันเป็นสหสาขา เช่น มีแพทย์ทำหน้าที่เป็นประธานผู้นำทีมทุกคณะกรรมการ ประธานและเลขาทุกคณะร่วมกันเป็นทีมนำระดับโรงพยาบาล ทุกคณะกรรมการ มีผลงานการนำเสนอความก้าวหน้าในการพัฒนาให้ทีมนำทราบ มีการสนับสนุนบุคลากรให้มีความรู้ด้านบริหารความเสี่ยงโดยการส่งฝึกอบรม และจัดอบรมภายใน สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมให้มีการรายงานความเสี่ยงโดยมอบหมายให้หัวหน้าหน่วยงานกระตุ้นให้บุคลากรเห็นความสำคัญ และสร้างความเข้าใจว่าการรายงานไม่ใช่เป็นการจับผิดและให้ทุกหน่วยงานมีการรายงานความเสี่ยง ระดับ 1, 2 ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ส่วนระดับตั้งแต่ C ขึ้นไปเขียนใบรายงานอุบัติการณ์ส่งศูนย์คุณภาพเพื่อ ลงข้อมูล และมีการนำมาตรฐานโรงพยาบาลมาเป็นกรอบในการดูแลผู้ป่วย
* สนับสนุนให้มีการปรับโครงสร้างทางกายภาพให้มีสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้นและเกิดความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ
* ผลจากการสนับสนุนด้านการพัฒนาคุณภาพจากผู้นำระดับสูง เกี่ยวกับการติดตามเรียนรู้ด้านความเสี่ยง และจากการเรียนรู้บทเรียนของผู้อื่น ทีมนำมีแนวทางในการรักษาความปลอดภัย โดยการติดตั้งวงจรปิดในจุดเสี่ยงทั่วทั้งโรงพยาบาล จัดจ้างพนักงานรักษาความปลอดภัย (รปภ.) เพื่อดูแลความปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง สร้างห้องแยกสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อโดยมีระบบบริหารจัดการทั้งในเชิงโครงสร้างและกระบวนการ
* ผลจากการสนับสนุนด้านการพัฒนาคุณภาพจากผู้นำระดับสูง เกี่ยวกับการเตรียมบุคลากรให้มีความรู้และทักษะอย่างเพียงพอกับการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลมีนโยบายในการพัฒนาบุคลากรโดยการสนับสนุนให้มีการอบรมทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ตามลักษณะของงานเพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ และจัดสรรงบประมาณในการฝึกอบรมแก่บุคลากรทุกระดับ 2 ครั้ง/ปี มีการจัดวิชาการด้านการพัฒนาคุณภาพคุณภาพโรงพยาบาลแก่บุคลากรใหม่ทุกคน นอกจากนี้ยังมีการฝึกอบรมในเรื่องที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การ CPR เด็กและผู้ใหญ่ การช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่ อบรมสาธารณภัย อัคคีภัย
* ผลจากการสนับสนุนด้านการพัฒนาคุณภาพจากผู้นำระดับสูง เกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบยานพาหนะของโรงพยาบาล ได้มีระบบบริหารจัดการทั้งด้านบุคลากรและด้านรถให้เพียงพอ กำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับพนักงานขับรถ กำหนดประเภทของรถพยาบาลให้เหมาะสมในการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย

**บทเรียนในการเชื่อมโยงระบบบริการความปลอดภัย ความเสี่ยง คุณภาพ รวมทั้งแผนกลยุทธ์:** จากการที่การบริหารความเสี่ยงได้รับการสนับสนุนโดยผู้นำสูงสุด มีการส่งบุคลากรเข้าอบรมหลักสูตรบริหารความเสี่ยงที่ จัดโดย สรพ. และหลักสูตร การบริหารความเสี่ยง ทางการพยาบาล ที่จัดโดยสำนักการพยาบาล ทำให้เพิ่มแกนนำในการดำเนินงานภายในโรงพยาบาล มีแผนการจัดการด้านความเสี่ยงความปลอดภัยเป็นกลยุทธ์ และเข็มมุ่งในการพัฒนา ได้แก่พัฒนาการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก พัฒนาบุคลากรในองค์กรให้เกิดความตะหนัก และปลูกฝังให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยมีการนำ SIMPLE มาใช้เป็นหลักปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีการปรับปรุงคู่มือบริหารความเสี่ยง เพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงานปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน จัด ให้มี ผู้รับผิดชอบ RM ประจำหน่วยงาน มีการนิเทศติดตามการบริหารความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน พบว่าผู้รับผิดชอบ RM ของแต่ละหน่วยงาน ยังไม่เข้าใจการลงข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ในการรายงาน และยังให้ระดับความรุนแรงไม่ถูกต้อง ทีมบริหารความเสี่ยงได้จัดอบรมเรื่องการลงข้อมูลและการแบ่งความรุนแรงความเสี่ยงให้แก่บุคคลากร ส่วนความเสี่ยง ระดับ C - I ได้มีการส่งให้ทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อทบทวนและหามาตรการป้องกัน จากการติดตามพบว่า หน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยงสูดสูง คือ ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน รองลงมา คือ หน่วยงานห้องคลอด หน่วยงานที่มีการ รายงาน Near Miss สูงสุดคือ หน่วยงานเภสัชกรรม และยังพบว่า ยังมี อุบัติการณ์ ระดับรุนแรงเกิดซ้ำ ด้วยเรื่องเดิม มีการรายงานล่าช้ากลุ่มโรคสำคัญและด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงได้นำเรื่องนี้เข้าที่ประชุมคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงานได้รับทราบ และถือเป็นเรื่องสำคัญอีกเรื่องหนึ่งที่ต้องตระหนักและถือปฏิบัติ * การเชื่อมโยง RM สู่ HRD อย่างมีรูปแบบจะทำให้บุคลากรมีทัศนคติเชิงบวกต่อการเขียนรายงานอุบัติการณ์ เช่น การปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และการเพิ่มพูนทักษะให้กับบุคลากรใหม่ เพื่อให้บุคลากรใหม่มีความพร้อมสำหรับการปฏิบัติงาน

**การทำงานเป็นทีม** **บทเรียนเกี่ยวกับการกำกับดูแลทิศทางของการพัฒนาโดยทีมนำทางคลินิก/ทีมนำของระบบงาน:** * ผลจากการจัดตั้งทีมเพื่อพัฒนาให้ครอบคลุมทุกด้าน ซึ่งในทีมประกอบด้วยบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละทีมให้ชัดเจน ทำให้หน่วยงานได้รับการเยี่ยมและกระตุ้นการพัฒนา ครบ 100% ทีมนำระบบงานสำคัญได้ทำ IC Round ทำ Internal survey ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงคือ มีการทบทวน ระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคคลากร และให้มีดำเนินการเร่งด่วน เช่น การซ่อมแซมอาคารที่ชำรุด การติดตั้งกล้องวงจรปิดในจุดเสี่ยง การจัดระเบียบการจราจรภายในโรงพยาบาล เป็นต้น
* ผลจากการที่ทีมนำทางคลินิกได้ทบทวนการดูแลผู้ป่วยและ นำอุบัติการณ์ ระดับ E- I มาหา RCA ได้มีการปรับปรุง CPG และทำ Fast Tract โรค MI Stroke Sepsis ผู้ป่วยเด็ก จัดทำ CPG ในโรค ไข้เลือดออก มีการวางแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในกลุ่มโรคที่สำคัญ มีการจัดทำเป็น Clinical tracer highlight และจากการทบทวนเชื่อมโยงกระบวนการดูแลผู้ป่วย ได้ปรับปรุงกระบวนการดูแลทารกแรกเกิดที่มีคุณภาพโดยการอบรม CPR ทารกแรกเกิด ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน โดยการอบรม ACLS และ BCLS ให้กับบุคลากร และมีการอบรมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วย MI stroke Sepsis
* ผลจากการทบทวนความเสี่ยงระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ในช่วงปี 2559 มีข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการถึงผู้ให้บริการ ในเรื่องพฤติกรรมบริการ ได้แก่ การพูดจาไม่เหมาะสม การแสดงท่าทีและท่าทางไม่เหมาะสม การให้บริการล่าช้า ได้มีการกำหนดมาตรฐานพฤติกรรมบริการ และนำมาใช้ ในทุกหน่วย และปรับเวลาทำงาน ของ แพทย์ พยาบาล ห้องบัตร ห้องปฏิบัติการชันสูตร ในวันที่มีคลินิก
* ผลจากทีมนำได้กำหนดให้แต่ละทีมคุณภาพเข้าร่วมรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ทุก 2 เดือน โดยใน ปี 2559 ได้มีการประชุมทั้ง หมด 8 ครั้ง มีทีมต่างๆ ได้นำเสนอผลงานความก้าวหน้าของทีม ทั้งหมด 9 ทีม
* ผลจากการกำหนดให้ทุกทีมกำหนดเป้าหมายของทีมให้สอดคล้องกับเป้าหมายของโรงพยาบาล มีการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ จากการติดตามปัญหาที่สำคัญของหน่วยงาน พบว่า หน่วยงาน ทีมนำระบบงาน มีความกระตือรือร้น ในการพัฒนางาน มีการนำปัญหามาทบทวนร่วมกัน ทำให้สามารถลดอุบัติการณ์และระดับความรุนแรงลง มีการทำนวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว มีการสร้างแรงจูงใจให้นำเสนอผลงานในมหกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลซึ่งจัดทุกปี และมีรางวัลในการประกวดผลงานให้เป็นแรงจูงใจ ผลการดำเนินงานพบว่า มีหน่วยงานร่วมนำเสนอ ผลงาน ปี 2558 จำนวน 13 หน่วยงาน ปี 2559 จำนวน 14 หน่วยงาน ละ ปี 2560 จำนวน 22 หน่วยงาน

**การประเมินตนเอง** **บทเรียนจากการใช้เครื่องมือประเมินตนเองต่างๆ:*** ผลจากการส่งเสริมให้หน่วยงาน ระบบงานมีการประเมินตนเองด้วยวิธีเชิงคุณภาพ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์กระบวนงานหลักเพื่อให้เห็นประเด็นสำคัญความเสี่ยงในการให้บริการหรือการทำงาน และนำมากำหนดเป็นตัวชี้วัดหน่วยงาน เพื่อใช้ในการประเมิน ควบคุมกำกับและนำมาทบทวนแก้ไข เพื่อให้ตรงกับประเด็นปัญหาขององค์กรอย่างแท้จริง ไม่ยึดการประเมินการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามตัวชี้วัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่งผลให้หน่วยงานมีการจัดทำ Service profile ของหน่วยงานชัดเจน ทำให้การวางแผนและการหาแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงได้ครอบคลุมแต่ยังขาดการควบคุมกำกับและติดตามผลการพัฒนางาน ทีมบริหารความเสี่ยงจะนำเข้าเป็นนโยบายในปีงบประมาณ 2560 โดยให้หน่วยงานมีการติดตามผลการพัฒนางานของทุกหน่วยงานที่ชัดเจน
* ผลจากการทบทวน 12 กิจกรรม เช่น
* การทบทวนการดูแลผู้ป่วยในโรค MI, Stroke, Sepsis, Alcohol withdrawal นำไปสู่การซักประวัติ การตรวจร่างกายและการประเมินที่ครอบคลุมมากขึ้น
* ทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย มีการจัดรถในการส่งต่อผู้ป่วยไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลขณะส่งต่อไม่ครบถ้วน เมื่อมีภาวะวิกฤติ ได้มีการทำทบทวนและจัดทำแนวทางจัดทีมการส่งต่อ และมีแนวทางในการเรียกใช้รถให้เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย
* การทบทวนภาวะตกเลือดหลังคลอดจากปัญหามดลูกหดรัดตัวไม่ดีและเศษรกตกค้าง ทำให้มีการเพิ่มแนวทางในการคลึงมดลูกที่ถูกต้องและการให้ยาที่เพียงพอ
* ทบทวนการป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิดได้มีการกำหนดแนวทางการให้ยาในทารกที่มีการติดเชื้อ และการป้องกันการติดเชื้อที่เป็นแนวทางเดียวกัน
* ทบทวนการป้องกันการติดเชื้อจากกรณีแผลฝีเย็บแยก โดยการกำหนดแนวทางการซ่อมแซมแผลฝีเย็บและมีการ Train บุคลากรใหม่โดยหัวหน้างานห้องคลอด
* การทบทวนการป้องกันการติดเชื้อผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยที่มาด้วยอาการที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อ ยังนั่งรอรวมกันกับผู้ป่วยทั่วไป มีโอกาสการแพร่กระจายเชื้อได้ ได้จัดจุดบริการโดยการแยกผู้ป่วยกลุ่มนี้แยกจากผู้ป่วยทั่วไป
* ทบทวนเรื่องอุปกรณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้ มีการตรวจสอบอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ก่อนปฏิบัติงาน และมีระบบการสำรองเครื่องมือ และจัดหาเครื่องมือที่จำเป็นให้เพียงพอ
* จากการทบทวน Med error การเตรียมยา SK ไม่ถูกเทคนิค ทำให้สูญเสียมูลค่ายา และเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายถึงชีวิตแก่ผู้ป่วย เภสัชกรได้มีการสอนการใช้ยากรณีมียาชนิดใหม่ๆ
* จากการทบทวนข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ เรื่องการบริการล่าช้า รอตรวจนาน องค์กรแพทย์ได้มีการจัดตารางการปฏิบัติงานของแพทย์ แพทย์ออกตรวจ OPD ตั้งแต่เวลา 08.30 น. จำนวน 1 ท่าน และปรับเวลาปฏิบัติงาน เป็นเวลา 08.00 น. และมีเจ้าหน้าที่ 1 คน มาปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 07.30 น. เพื่อคัดกรองผู้ป่วย ห้องบัตรและห้องชันสูตรขึ้นมาปฏิบัติงานในวันที่มีคลินิก ตั้งแต่เวลา 07.00 น. เพื่อทำบัตรและส่งตรวจ Lab และออกผล Lab ได้ทันเวลา ปี 2558 มีข้อเสนอแนะเรื่อง รอนาน 13 ใบ และลดลงเหลือ 7 ใบ ในปี 2559 และ 3 ใบ ในปี 2560
* จากการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ เรื่องทรัพย์สินของโรงพยาบาลและทรัพย์สินของผู้รับบริการสูญหาย ได้มีมาตรการป้องกันทรัพย์สินสูญหาย โดยกำหนดผู้รับผิดชอบในการดูแลและตรวจสอบทรัพย์สิน และมีการติดตั้งกล้องวงจรปิดในจุดเสี่ยงและจัดให้พนักงานรักษาความปลอดภัย (รปภ.) เดินตรวจในจุดที่มีความเสี่ยง
* จากการทบทวนการใช้ทรัพยากรในเรื่องการเบิกและใช้วัสดุคงคลังทั้งหมด พบว่ายังมีการเบิกเกินความจำเป็น ทำให้เกิดระบบการปรับ Stock วัสดุคงคลังให้เหมาะสม และมีระบบการเบิกทุกสัปดาห์
* จากการทบทวนความรู้ทางวิชาการ ได้มีการปรับปรุงแนวทางการดูแล ผู้ป่วย Stroke, MI, Sepsis, มารดาและทารก
* จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าการวางแผนการพยาบาลไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ และบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ได้นำมาปรับปรุงแนวทางการบันทึกเวชระเบียน และการนิเทศติดตาม
* จากการทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่าในงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พบว่าปัญหา คือ การวินิจฉัยผิดพลาด การซักประวัติไม่สัมพันธ์กับการวินิจฉัย เช่น กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และโรคระบบกล้ามเนื้อ ระบบย่อยอาหาร แก้ไขโดยการส่งบุคลากรอบรมเพิ่มเติมเวชปฏิบัติทั่วไป และทบทวนการบันทึกประวัติให้ครอบคลุมโดยทีมตรวจสอบเวชระเบียน และทบทวนการใช้ยาโดยแพทย์
* จากการ ใช้ GAP Analysis, SIMPLE จากการประเมินได้เกิดการพัฒนาระบบการรายงานแพทย์ของพยาบาลโดยใช้หลัก SBAR, พัฒนาระบบการบริหารจัดการ HRD, พัฒนาระบบ IC ในเรื่อง Hand Hygiene และการป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด ร่วมกับมีการพัฒนาการตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น การพัฒนาทักษะการ CPR ของบุคลากรในโรงพยาบาลและหน่วย FR
* ผลจากการการใช้แบบประเมิน เพื่อประเมินความต้องการและความหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานในภาพรวมโดยพบว่ามีอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังพบปัญหาในเรื่องพฤติกรรมบริการบุคลากรและการรอรับบริการนาน จึงได้มีการทบทวนพฤติกรรมบริการและแก้ไขปัญหาการรอนานทั้งระบบ และมีการติดตามกำกับการดูแลให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวก สบาย ในการมารับบริการ
* จากการใช้ SPA ในการประเมินพบว่าหน่วยงานและทีมนำยังขาดความรู้ความเข้าใจในการนำไปใช้ ศูนย์คุณภาพได้มีการจัดทำเอกสารคู่มือ อธิบายเพื่อสร้างความเข้าใจและให้แต่ละหน่วยงานทดลองเขียนด้วยตนเองและนำกิจกรรมที่ควรดำเนินการมาทบทวนและดำเนินการจัดทำร่วมกันในหน่วยงาน เพื่อให้เห็นการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจนขึ้น

**ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย** **การบูรณาการระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง:*** เนื่องจากระบบบริหารความเสี่ยง เป็นระบบที่มีความเกี่ยวข้องกับทุกระบบ ดังนั้น จึงมีการส่งกลับข้อมูลความเสี่ยงให้กับระบบที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนพัฒนาปรับปรุง
* ระบบการทบทวน 12 กิจกรรม ช่วยให้ค้นหาอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้มากขึ้น นำสู่การพัฒนาปรับปรุงการทำงานและการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร
* ระบบ HRD มีการประเมินสมรรถนะบุคลากร ทำให้ค้นพบความเสี่ยงและโอกาสพัฒนาบุคลากรได้มากขึ้น
* ระบบบันทึกเวชระเบียนตามแนวทางการบันทึกเวชระเบียนและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของ สปสช. ทำให้ค้นพบความเสี่ยงและนำสู่การพัฒนาได้มากขึ้น
* ระบบสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย มีการค้นหาความเสี่ยงและวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น การป้องกันอัคคีภัย การป้องกันการติดเชื้อ
* ระบบยามีการค้นหาและป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ทำให้เกิดการพัฒนาแนวทางการบริหารยาที่ชัดเจนขึ้น
* ใช้ระบบสารสนเทศเข้ามาช่วยในการบริหารความเสี่ยง และติดตามโดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ซึ่งเป็นตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ

**บทเรียนในการรับรู้รายงานอุบัติการณ์/การส่งเสริมรายงานที่สมบูรณ์:*** จากที่ศูนย์คุณภาพได้รวบรวมรายงานอุบัติการณ์ จำนวนอุบัติการณ์ใน ปี 2556, 2557, 2558, 2559 และ 2560 คือ 403 ครั้ง 940 ครั้ง 759 ครั้ง และ 757 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์ทำให้เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจเรื่องการรายงานอุบัติการณ์จึงใส่ใจรายงานมากขึ้น
* การายงานอุบัติการณ์ที่มากขึ้น ทำให้ระดับทีมนำมีการวางแผนพัฒนาด้านต่างๆ ในองค์กรมากขึ้น
* การออกแบบการรายงานที่ง่ายขึ้น ทำให้บุคลากรมีการรายงานความเสี่ยงมากขึ้น

**ตัวอย่างบทเรียนการวิเคราะห์ RCA / การกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่รัดกุม / การใช้ human factor engineering:****ตัวอย่างบทเรียนการวิเคราะห์ RCA*** จากกรณีการประเมินผู้ป่วย Stroke ผิดพลาด เกิดจากบุคลากรขาดทักษะการประเมินด้านความสามารถด้านการสื่อสารของผู้ป่วย ส่งผลให้การดูแลล่าช้า ได้เพิ่มความรู้ทางด้านวิชาการโดยประธาน PCT และจัดทำป้ายเตือนอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อแจ้งเตือนบุคลากร
* จากกรณีการประเมินผู้ป่วย Head injury ผิดพลาดทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลล่าช้าและมีอาการทรุดลงเกิดจาก แพทย์ฝึกหัดไม่เข้าใจ CPG ที่ได้จัดทำไว้ ได้นำเข้าองค์กรแพทย์และให้แพทย์พี่เลี้ยงชี้แจงแนวทางปฏิบัติให้แพทย์ฝึกหัดรับทราบและปฏิบัติตาม CPG
* จากกรณีจัดรถ Refer ไม่เหมาะสม วิเคราะห์สาเหตุเกิดจาก ไม่มีระบบการจัดระดับรถ Refer ได้มีการแก้ไขโดยจัดระบบการเรียกรถ กรณี Refer ที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ระบุความต้องการใช้โดยหน่วยงานที่ส่งต่อ
* จากกรณีมีข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการ ได้วิเคราะห์สาเหตุแล้วเกิดจากการใช้ภาษาพื้นบ้านกับผู้รับบริการ และการแสดงออกไม่เหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการบางคนไม่พึงพอใจ ได้แก้ไขโดยวางมาตรการให้ผู้ให้บริการทุกคนในโรงพยาบาลใช้ภาษาสุภาพในการสื่อสารกับผู้รับบริการ และจัดทำมาตรฐานพฤติกรรมบริการให้ทุกหน่วยงานปฏิบัติตาม
* จากปัญหาทรัพย์สินของโรงพยาบาล ของผู้รับบริการสูญหาย ได้มีมาตรการป้องกันโดย กำหนดผู้รับผิดชอบในการดูแลและตรวจสอบทรัพย์สิน และมีการติดกล้องวงจรปิดในจุดเสี่ยง และจัดให้มีพนักงานรักษาความปลอดภัย เดินตรวจในจุดที่มีความเสี่ยง
* จากการทบทวนผู้ป่วย Unplan ET-tube และ Unplan refer พบ การดูแลผู้ป่วย Sepsis มีการเฝ้าระวังและ การให้สารน้ำไม่เพียงพอ ได้มีการพัฒนา แนวทางโดยการทำ CPG การดูแลผู้ป่วย Sepsis และการดูแลผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มสุรา พบปัญหาการซักประวัติไม่ครอบคลุม ในผู้ป่วยที่ มีประวัติดื่มสุรา และมาด้วยอาการสับสน ทำให้ Miss Diagnosis ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง

**การกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่รัดกุม เช่น*** การป้องกันการพลัดตกเตียง มีการประเมินการพลักตกเตียงและกำหนดแนวทางการป้องกันโดยดึงเหล็กกั้นเตียงทั้ง 2 ข้างทุกครั้ง หรือให้ญาติเฝ้าไข้ เมื่อผู้ป่วยขึ้นนอนบนเตียงในรายที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการตกเตียงให้ญาติเฝ้าไข้ทุกราย กรณีไม่มีญาติต้องมีเจ้าหน้าที่ดูแลและติดป้ายปลายเตียง “เฝ้าระวังผู้ป่วยตกเตียง”
* การกำหนดมาตรการแพ้ยาซ้ำ
1. มีการซักประวัติการแพ้ยาที่จุดคัดกรอง
2. ในขั้นตอนการจ่ายยามีการเพิ่มจุดตรวจสอบแพ้ยา ในจุดจ่ายยา
3. ปรับระบบการเตือนแพ้ยาให้ชัดเจน คือ มีการแจ้งเตือนในระบบ Computer เป็นอักษรสีแดง
4. ในหอผู้ป่วยมีการติดบัตรเตือนแพ้ยาที่หน้า Chart และปั้มแพ้ยาในใบ Doctor’s order ทุกใบ

 หลังการใช้มาตรการไม่พบอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ* จากปัญหาสิทธิ์การรักษาผู้ป่วยไม่ตรง ได้มีการตรวจสอบสิทธิบัตรผู้ป่วยให้ตรวจสอบผ่าน Web กลางทุกราย ที่มีปัญหาเรื่องสิทธิบัตรที่ห้องงานประกันสุขภาพ และตรวจสอบซ้ำก่อนรับยาที่ห้องเก็บเงิน และระบุสิทธิ์การรักษาในบัตรคิวตรวจด้วย กรณี ผู้ป่วย ที่ ต้อง นอน โรงพยาบาล หรือ ส่งตัวไปรักษาต่อที่อื่น ให้พบงานประกันเพื่อตรวจสอบสิทธิ์ซ้ำ และ พิมพ์ สิทธิการรักษาผู้ป่วยแนบ ชุด Admit และ ใบ ส่งตัวทุกราย

**ตัวอย่างการใช้ Human factor engineering : เช่น*** การติดตั้งถังดับเพลิง มีการปรับติดให้ต่ำลงให้อยู่ในระดับสะโพก เพื่อให้สามารถหยิบได้ง่ายเมื่อต้องใช้งาน
* การจัดพิมพ์สติ๊กเกอร์ติดซองยาผู้ป่วยแทนการเขียนด้วยมือ
* การ Scan ผล Lab ลงคอมพิวเตอร์แทนการคัดลอกด้วยการพิมพ์
* การ Scan ผล EKG ผลการเป่าความจุปอด ลงคอมพิวเตอร์แทนการเก็บเป็นเอกสารในแฟ้ม
* การพิมพ์ชื่อผู้ป่วยออกจากโปรแกรม HosXP เพื่อติด Foot note ใน Chart ผู้ป่วยใน แทนการเขียนด้วยมือ
* การทำสัญลักษณ์เตือนในระบบ Computer เมื่อผู้ป่วยรายนั้นเคยแพ้ยา และลงข้อมูลเตือนในผู้ป่วยที่เคยได้รับยา SK ภายใน 2 ปี เพื่อป้องกันการให้ยาซ้ำ
* การกำหนดโปรแกรมเตือนเมื่อลงข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน เช่น ซักประวัติไม่ครบ ลงข้อมูลไม่ครบ ลงวินิจฉัยไม่ถูกต้องตามคู่มือ ICD 10
* การกำหนดโปรแกรมการแจ้งเตือนในระบบ Hosxp. กรณีคู่ยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน และยาที่ห้ามใช้ในผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น ยาที่ห้ามในหญิงตั้งครรภ์

**ผลการประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:*** 1. จากการทบทวนประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงจาก 3 ตัวชี้วัด ได้แก่

1.1 จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับรายงานพบว่า บุคลากรให้ความสำคัญกับการรายงานมากขึ้น ส่งผลให้จำนวนการรายงานมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในปี 2559 มีจำนวนการรายงาน 1,121 ใบ แต่ยังพบว่าอุบัติการณ์บางส่วนยังไม่มีการรายงานเข้ามาที่ศูนย์ความเสี่ยง เนื่องจากบุคลากรบางส่วน ไม่อยากเขียนรายงานด้วยลายมือ ทีมบริหารความเสี่ยงร่วมกับงานไอทีได้ดำเนินการติดตั้งโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงให้ทุกหน่วยงาน ในการลงข้อมูลเพื่อง่ายต่อการรายงานและประมวลผล 1.2 ร้อยละอุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ G ขึ้นไปได้รับการทำ RCA พบว่า อุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ G ได้รับการทำ RCA 100% แต่ยังมีความล่าช้าในการทบทวน เนื่องจากความไม่พร้อมของทีมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งทางทีมบริหารความเสี่ยงยังไม่สามารถติดตามเพื่อให้การณ์ทบทวนอุบัติการณ์ให้เกิดความทันเวลาได้ ซึ่งทีมบริหารความเสี่ยงจะวางแผนพัฒนาต่อไป1.3 ความเสี่ยงระดับ G ขึ้นไป ไม่เกิดซ้ำด้วยเรื่องเดิม พบว่า อุบัติการณ์ระดับ G ขึ้นไป ในปี 2559 มีจำนวน 7 เรื่อง แต่พบว่าไม่มีการเกิดซ้ำด้วยเรื่องเดิม* 2. จากการวิเคราะห์แนวโน้มภาพรวมระดับความรุนแรงของความเสี่ยงพบว่า ในปี 2559 มีความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป ที่เกิดซ้ำ เป็นความเสี่ยงทางคลินิกได้แก่ ตกเลือดหลังคลอดจากเศษรกค้าง ทารกแรกเกิดมีภาวะ Sepsis มารดาคลอดมีภาวะ PIH หอบทรุดลงขณะดูแล ซึ่งทีม PCT ได้รับเรื่องและดำเนินการหาสาเหตุและวางแนวทางป้องกันแก้ไขต่อไป

**คุณภาพการดูแลผู้ป่วย****บทเรียนในการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทบทวนคุณภาพในงานประจำ:*** จากการส่งเสริมให้มีการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในงานประจำ พบว่าวิธีการทบทวนที่ง่าย เช่น การใช้ 3P ในการทบทวน ทำให้บุคลากรเข้าใจและสามารถนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานประจำได้ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น
* จากการทบทวน 12 กิจกรรม การตามรอยนำไปสู่การปรับปรุงระบบงาน เกิดนวัตกรรม CQI และการวิจัย
* จากการทบทวน การรายงานผล Lab ล่าช้าในผู้ป่วยฉุกเฉินได้กำหนดรายการ Lab วิกฤติที่ต้องสื่อสารและรายงานด่วนระหว่าง ห้องปฏิบัติการ หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วย และแพทย์ผู้ตรวจ
* จากการทบทวน Med error การเตรียมยา SK ไม่ถูกเทคนิค ทำให้สูญเสียมูลค่ายา และเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายถึงชีวิตแก่ผู้ป่วย เภสัชกรได้มีการสอนการใช้ยากรณีมียาชนิดใหม่ๆ
* จากการทบทวนการส่งต่อจากกรณีจัดรถ Refer ไม่เหมาะสม วิเคราะห์สาเหตุเกิดจาก ไม่มีระบบการจัดระดับรถ Refer ได้มีการแก้ไขโดยจัดระบบการเรียกรถ กรณี Refer ที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ระบุความต้องการใช้โดยหน่วยงานที่ส่งต่อ
* จากการทบทวนข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ เรื่องการบริการล่าช้า รอตรวจนาน องค์กรแพทย์ได้มีการจัดตารางการปฏิบัติงานของแพทย์ แพทย์ออกตรวจ OPD ตั้งแต่เวลา 08.30 น. จำนวน 1 ท่าน และปรับเวลาปฏิบัติงาน เป็นเวลา 08.00 น. และมีเจ้าหน้าที่ 1 คน มาปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 07.30 น. เพื่อคัดกรองผู้ป่วย ห้องบัตรและห้องชันสูตรขึ้นมาปฏิบัติงานในวันที่มีคลินิก ตั้งแต่เวลา 07.00 น. เพื่อทำบัตรและส่งตรวจ Lab และออกผล Lab ได้ทันเวลา ปี 2558 มีข้อเสนอแนะเรื่อง รอนาน 13 ใบ และลดลงเหลือ 7 ใบ ในปี 2559 และ 3 ใบ ในปี 2560

**บทเรียนในการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย:*** การใช้กิจกรรมทบทวนคุณภาพเชื่อมโยงกับระบบการประเมินและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร ซึ่งมีตัวอย่างบทเรียนจากการทบทวนนำไปสู่การปรับปรุงระบบงานที่สำคัญ คือ

|  |  |
| --- | --- |
| กิจกรรมทบทวน | ระบบงานที่เกิดขึ้น |
| การทบทวนการดูแลผู้ป่วยโรค MI และ Stroke | * จัดทำแนวทางการซักประวัติผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วย
* จัดทำแนวทางการส่งต่อร่วมกับโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
 |
| การทบทวนการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกโดยใช้ CPG พบว่าการดูแลผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมและขาดการประเมินติดตาม | * พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โดยการส่งทีมแพทย์ พยาบาล ไปอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมจังหวัด และมอบหมายให้เป็น DHF manager
* พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย โดยการจัดอบรมบุคลากรภายในโรงพยาบาล โดยวิทยากรที่ผ่านการอบรมของโรงพยาบาล
* จัดทำแนวทางการส่งต่อร่วมกับโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
 |
| การดูแลผู้ป่วยคลอด โดยการใช้ Clinical tracer เรื่องการตกเลือดหลังคลอดและทารกแรกเกิดเกิดภาวะขาดออกซิเจน | * พัฒนาศักยภาพในการดูแลมารดาและทารกของเจ้าหน้าที่ห้องคลอดและมีการจัดทำ Warning Sign ในการดูแลและประเมิน
* พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลใน รพ.สต. เรื่องการฝากครรภ์
* การให้ความรู้กับชุมชน เช่น การฝากครรภ์ตามนัด
 |

* การใช้ Clinical Tracer highlight (ดูจากเอกสาร Clinical Tracer highlight)

**ผลการพัฒนาที่สำคัญ:*** การมีแนวทางปฏิบัติ CPG ระบบ Fast tract ในโรคที่สำคัญ ได้แก่ MI Stroke Sepsis ผู้ป่วยเด็ก DHF ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ปลอดภัย ทันเวลา
* การมีรางวัลเชิดชูเกียรติเป็นการสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพ

**การพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย:*** มีระบบการรายงาน และการรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงให้ถูกต้อง ทันเวลา และมีการเชื่อมโยงสู่ทีมต่างๆ รวดเร็วขึ้น เกิดความสะดวกต่อการวิเคราะห์ข้อมูลของทีมต่างๆ รวมทั้งมีการสรุปผลการทบทวนของทุกจุดในโรงพยาบาลให้ทุกทีมรับทราบ
* มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เน้น Near Miss ทำให้มีระบบเพื่อป้องกันความเสี่ยง
* มีการใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการจัดเก็บข้อมูล และประมวลผลทำให้เกิดความแม่นยำ รวดเร็ว ครบถ้วนมากขึ้น
* การใช้หลัก SIMPLE เพื่อให้ผู้ป่วย และบุคลากรมีความปลอดภัย

**การพัฒนาระบบบริหารคุณภาพ:*** การประสานร่วมกับทีมนำต่างๆ โดยใช้ข้อมูลจากการรายงาอุบัติการณ์นำมาวิเคราะห์ร่วมกันแล้วกำหนดเป็นแผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การจัดอบรมบุคลากรร่วมกับทีมนำระบบยาและองค์กรพยาบาล กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การทำ Drug reconciliation ทำให้ลด Med error ลงได้ และลดค่าใช้จ่ายในการซื้อยาลง

**การพัฒนาการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก:*** มีการกำหนด Clinical population การทำ Fast Track, Stroke, MI, Sepsis และเด็ก
* มีการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมเฉพาะเจาะจง เฉพาะโรค
* มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลในลักษณะเครือข่าย เช่น DM, HT, TB, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไต จิตเวช
 |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า** |
| 1. การสนับสนุนจากผู้นำ การเชื่อมโยงและประสานงาน
 | 3 | * จัดเวทีให้มีการทบทวนและค้นหาปัญหาอย่างแท้จริง และมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานและระบบงานต่างๆ
* ผู้นำกำกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 |
| 1. การทำงานเป็นทีม
 | 2.5 | * การสร้างความร่วมมือของหน่วยงาน และทีมสหวิชาชีพในการวิเคราะห์ RCA เพื่อแนวทางพัฒนาปรับปรุงอย่างจริงจังและต่อเนื่อง
 |
| 1. การประเมินตนเอง
 | 3 | * พัฒนาระบบการกำกับติดตามการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน
* พัฒนาประสิทธิภาพของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการทบทวน
 |
| 1. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย
 | 2.5 | * ปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยงให้สอดคล้องกับบริบทขององค์กร สร้างและส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย
 |
| 1. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย (ที่แนะนำไว้ในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA)
 | 2.5 | * มีวัฒนธรรมการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล
 |
| 1. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ
 | 3 | * มีการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสำคัญโดยมีการดูแลแบบองค์รวม
* มีการประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง
* ส่งเสริมการทำวิจัยเพื่อการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก ในทุกงานทางคลินิก
 |