**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, ติดเชื้อในโรงพยาบาล  ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 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:** ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง นโยบายการบริหารความเสี่ยง  ดำเนินการค้นหาความเสี่ยง  ความเสี่ยง ระดับ 3E, 3F, 4G, 4H, 4I  วิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้า (RCA)  และดำเนินการควบคุมป้องกันโดยเร่งด่วนในระดับรุนแรง 3E, 3F, 4G, 4H, 4I  จัดทำแผนควบคุมป้องกันในความเสี่ยงระดับ 2C, 2D และวางระบบเฝ้าระวังในความเสี่ยงระดับ 1A, 1 B  ดำเนินการตามระบบรายงานอุบัติการณ์เมื่อเกิดอุบัติการณ์  ติดตามประเมินผลมาตรการ  ควบคุมป้องกัน  วิเคราะห์หา Root cause  และเพิ่มมาตรการควบคุมป้องกัน  มีประสิทธิภาพ  จัดทำเป็นมาตรฐานการปฏิบัติและ  ติดตามอย่างต่อเนื่อง  YES  NO  YES  NO  YES  NO  YES  **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 และปลูกฝังให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย  มีการนำ 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 ซึ่งทีมบริหารความเสี่ยงจะวางแผนพัฒนาต่อไป  1.3 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 | | | | | |