**II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** บรรยากาศที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย ประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงและกระบวนการบริหารความเสี่ยง (risk register) | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | | **เป้าหมาย** | | **2557** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** |
| 1.จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน | | | เพิ่มขึ้น | | 1,453 | 1,962 | 3,349 | 2,035 | 2,346 |
| 2.อัตราการส่งรายงานความเสี่ยงครอบคลุมทุกหน่วยงาน | | | >80% | | 85% | 94% | 100% | 100% | 100% |
| 3.ร้อยละความทันเวลาในการส่งรายงานระดับ G-I,2-3 | | | >80% | | 85% | 95% | 100% | 95% | 91% |
| 4.ร้อยละความเสี่ยง G-I และ ระดับ 3 มีการทำ RCA | | | 100% | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 5.จำนวนครั้งของการเกิดความเสี่ยงซ้ำด้านคลินิกระดับ G-I | | | 0 ครั้ง | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 6.จำนวนครั้งของการเกิดความเสี่ยงซ้ำด้านทั่วไประดับ 3 | | | 0 ครั้ง | | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 7.ร้อยละการตอบสนองข้อร้องเรียนที่เข้า ม.41 ไม่ฟ้องร้องนอกระบบ | | | 100% | | 100%  (1) | 100%  (0) | 100%  (0) | 100%  (1) | 100%  (0) |
| **ii. บริบท**  โครงสร้างการบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัย:  โครงสร้างการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลน้ำยืนประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษา แพทย์เป็นประธาน ตัวแทนจากทุกหน่วยบริการเป็น RM man มีเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ มีการประชุมคณะกรรมการอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หรือ มากกว่ากรณีมีความเสี่ยงที่เร่งด่วน หรือ ความเสี่ยงไม่รุนแรงที่เกิดบ่อย สามารถประชุมทีมย่อยได้ โดยประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะเป็นประธานในที่ประชุมให้ทุกครั้ง มีการกำหนดระบบการสื่อสารจาก RM man โดยเลขานุการจะทำการบันทึกและนำรายงานการประชุม ความรู้ต่างๆ และอื่นๆ เข้าสู่ Face book ในกลุ่มปิด ที่ชื่อ RM Team NY Hospital ซึ่ง RM man สามารถ Download รายงานการประชุม และ ทุกๆอย่างทาง Face book และนำไปสื่อสารในหน่วยงานผ่านการประชุมหน่วยงาน หรือ ผ่าน Morning Talk ของหน่วยงานต่างๆ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะมีการสื่อสารให้ RM man set ผู้แทนในหน่วยงานไว้กรณีไม่สามารถเข้าร่วมประชุมต้องมีผู้เข้าแทน หากไม่มีผู้เข้าแทนจะต้องติดตามข่าวสารผ่านทาง Face book ซึ่งทุกหน่วยงานสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ นอกจากนี้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงยังได้เชื่อมโยง ส่งต่อข้อมูลให้ทีมคร่อมสายงานทุกทีมได้บริหารจัดการตามระดับที่กำหนดไว้ หน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย   * กำหนดเป้าหมายในการบริหารจัดการความเสี่ยง * สนับสนุนทรัพยากร ความรู้ และประสานงานการบริหารจัดการความเสี่ยง * วางแผน ควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผลการบริหารจัดการความเสี่ยง * แก้ปัญหาเฉพาะหน้ากรณีเร่งด่วนเพื่อลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ * ประสานงานกับทีมคร่อมสายงายอื่นๆเพื่อพัฒนางานคุณภาพร่วมกัน   วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัย:   * เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย * เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปลอดภัย   จุดเน้นหรือเข็มมุ่งขององค์กรด้านคุณภาพและความปลอดภัย:   * Patient safety goals * Personnel safety goals * ประสิทธิภาพการจัดการความเสี่ยง * การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก * การพัฒนาระบบการวางมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ * กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่มองความเสี่ยงเป็นการพัฒนาให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย   เป้าหมายความปลอดภัย:   * ผู้รับบริการปลอดภัย * เจ้าหน้าที่ปลอดภัย * จัดการความเสี่ยงทุกระดับได้ตามมาตรฐาน   โรคเข็มมุ่ง:   * กลุ่มโรคเสี่ยงสูง : SEPSIS STEMI STROKE * กลุ่มโรคแม่และเด็ก : PPH Birth Asphyxia * กลุ่มโรคเรื้อรัง : DM CKD COPD * กลุ่มโรคชายแดน : DHF MALARIA TB * กลุ่มโรคจิตเวช : การฆ่าตัวตาย   หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง: TR ICD V/E  **iii. กระบวนการ**  II-1.1 ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ  (1) การนำระบบบริหารงานคุณภาพตามแนวคิด 3C-PDSA มาใช้:   * ผู้นำสร้างหลักประกันว่าการบริการที่จัดให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ : มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยง มีการรายงาน มีการจัดการ มีการประเมินผล ลดการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ มีการควบคุมกำกับและติดตามผลการดำเนินงานในการประชุมทุกเดือนกระตุ้นการเขียนความรายงานความเสี่ยง นำความเสี่ยงที่มีความสำคัญประชุมทีมคร่อมที่เกี่ยวข้อง หาแนวทางแก้ไข ป้องกัน จัดทำเป็น CQI งานคุณภาพ แลกเปลี่ยนโดยการทำ KM   (2) บทบาทของผู้นำในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:   * ผู้นำให้การสนับสนุนและติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย : อบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ ประชุมคร่อมหน่วยงานกรณีพบความเสี่ยงสูง และความเสี่ยงบ่อย มีการกำหนดให้การเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ ผู้นำให้มีการนำเสนอรายงานอุบัติการณ์ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ในเรื่องการดำเนินการแก้ไข ป้องกัน ได้ทันเวลา และ รวดเร็ว   (3) การประสานงานและบูรณาการ QM/PS/RM และการทำให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์:   * 1. มีการเชื่อมโยงกับนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยตาม Patient Safety Goals ได้แก่  1. S : Surgery : Maternal & Neonatal Morbidity (PPH) 2. I : Infection : Hand hygiene 3. M : Medication :Drug safety (HAD, Med Reconciliation, LASA, ADE) 4. P : Patient Identification 5. L : Line tube and Laboratory Safety : Blood Supply 6. E : Emergency response : AMI    1. มีการเชื่อมโยงกับนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยตาม Personnel Safety Goals ได้แก่ 7. S : Social Media Safety การวางระบบที่ปลอดภัยในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร 8. I : Infection and Exposure การวางระบบเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการทำงานของบุคลากร 9. M : Mental Health and Mediation สภาวะจิตใจของผู้ปฏิบัติงาน ระบบเจรจาไกล่เกลี่ย 10. P : Process of work การให้ความสำคัญกับโอกาสเกิดโรคจากการประกอบอาชีพ 11. L : Lane and Legal Issue ความปลอดภัยด้านรถพยาบาล คนขับ เส้นทางการจราจร และข้อกฎหมายที่สำคัญต่อการทำงาน 12. E : Environment and working condition ความปลอดภัยของบุคลากรในด้านสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน   (4) การทำงานเป็นทีม  มีการกำหนดเข็มมุ่งของโรงพยาบาลและนำสู่การปฏิบัติโดยทีมระบบงานต่างๆ มีการอบรมเจ้าหน้าที่ และมีการควบคุมกำกับโดยการติดตามตัวชี้วัดในการทำงานและมีการรายงานผลการดำเนินงานในที่ประชุมทีมนำทุกเดือน มีทิศทางองค์กรร่วมกันโดยมีการกำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมร่วมกัน กรณีเกิดความเสี่ยงจะแก้ไข ป้องกัน เชิงระบบ มีการประชุมคร่อมหน่วยงาน การรายงานความเสี่ยงเป็นวัฒนธรรมองค์กร เน้นที่ระบบ ไม่เน้นตัวบุคคล มีการประชุม Morning talk ในหน่วยงานพร้อมทั้งบรรจุเรื่องความเสี่ยงเข้าเป็นวาระด้วย รพ.มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีแนวทางการ empowerment คณะกรรมการและเจ้าหน้าที่ โดยทุกปีจะมีการมอบรางวัลให้กับคณะกรรมการที่เข้าประชุมสม่ำเสมอ และ มีรางวัลให้หน่วยงานส่งรายงานอุบัติการณ์สูงสุด 3 อันดับแรก สม่ำเสมอทุกปี อีกทั้งมีการเชื่อมโยงกับคณะกรรมการต่างๆ ใน รพ. เช่น Facilitator PCT PTC IC HRD ENV IM NSO MSO นอกจากนี้ยังมีคณะกรรมการที่มีส่วนช่วยสนับสนุนงาน เช่น คณะกรรมการ KM คณะกรรมการ 5ส คณะกรรรมการองค์กรไร้พุง คณะกรรมการเยี่ยมบ้าน คณะกรรมการจริยธรรม คณะกรรมการ MCATT เป็นต้น ทีมคร่อมสายงานทุกทีมมีการประชุมอย่างต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง และนำมาเชื่อมโยงในการประชุมทีมนำอีกทั้งเลขานุการความเสี่ยงสิทธิในการประสานงานในโรงพยาบาลทันทีกรณีมีประเด็นที่เสี่ยงสูงและสำคัญ  (5) การประเมินตนเอง:  จากการใช้ gap analysis ในการประเมินตนเองและวางแผนการพัฒนาพบว่ายังไม่ครอบคลุม ในส่วนที่พัฒนาได้สามารถกำหนดกิจกรรมพัฒนาบุคคลได้ จากการใช้แบบประเมินตนเองระดับหน่วยงานทำให้เห็นโอกาสพัฒนาของหน่วยงาน และเป็นเครื่องมือที่เป็นการประเมินผลและติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน การใช้ overall scoring ในการสื่อสารกับทีมเกี่ยวกับลำดับขั้นของการพัฒนาของโรงพยาบาลแต่ละระบบงาน สามารถวางแผน ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลงานได้ เช่น จากการรวบรวมข้อมูลในแต่ละทีม พบว่าโอกาสพัฒนาหลังจากประเมิน overall scoring แล้ว มีการทำผลงานวิชาการพัฒนาต่อยอดจากงานประจำ  (8) การทำแผนพัฒนาคุณภาพ:  เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพได้มีการจัดทำแผนร่วมกับคณะกรรมการทีมนำคุณภาพ และ เชื่อมโยงสู่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จัดให้มีการประชุม การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกร่วมกับทีมอื่น นำความเสี่ยงที่พบมาวางแผนป้องกัน แก้ไขเชิงระบบ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น และ ปลอดภัยทั้งทางด้านผู้ป่วย และ ผู้ให้บริการ  (9) การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล:  คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงสามารถประชุมหารือได้อย่างต่อเนื่อง ตามสถิติ ดังนี้ ปี 57 = 2 58 = 8 59 = 10 60 = 11 61 = 8 และ 62 (ต.ค.-มี.ค. = 5) ประชุมในแต่ละครั้งมีรายงานการประชุมบันทึก และ สื่อสารทีมโดย upload file ใน Face Book ทีม RM Team NY Hospital ซึ่งเป็นกลุ่มปิด ในวาระการประชุมหากมีเชื่อมโยงทีมใด เลขานุการจะประสานงานภายใน 1 วัน เพื่อแก้ไข และ วางระบบไม่ให้เกิดซ้ำ  (10) การประเมินตนเอง การทำแผนพัฒนาคุณภาพ การดำเนินการตามแผน:  ใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนความรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึก ความก้าวหน้าและแบบประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด ทบทวน 12 กิจกรรมในทุกหน่วยงาน กิจกรรม C3THER ในแผนกที่บริการผู้ป่วย สรุปรายงาน นำส่งรายงานอุบัติการณ์อย่างสม่ำเสมอทบทวนร่วมกันในการประชุมประจำเดือน Morning talk ในทุกหน่วยงาน การเข้าหน่วยงานโดยทีม Facilitator กิจกรรมต่างๆสามารถดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้  II-1.1 ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย  (1) การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย:   1. มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ clinical tracer ในกลุ่มโรคสำคัญ ตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาล ได้แก่ SEPSIS STEMI Stroke CKD DM COPD PPH Birth Asphyxia DHF Malaria TB การฆ่าตัวตาย การใช้ C3THER ในการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ ทบทวนแนวทางการตรวจแทนแพทย์นอกเวลาราชการ จากการทบทวนอุบัติการณ์ G-I ได้มาซึ่งแนวทางในในการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ แนวทางการดูแลผู้ป่วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยขณะ refer เป็นต้น การปฏิบัติงานมีแนวทางที่ชัดเจน เช่น แผนกฉุกเฉินมีการพัฒนาระบบการ refer โดยใช้เทคนิค IT มาใช้ ใช้ Line ในการสื่อสารที่รวดเร็วโดยการส่งข้อมูลทางของผู้ป่วยให้แพทย์ที่ รพ.สรรพสิทธิประสงค์เพื่อพิจารณาให้ยา SK ซึ่ง รพ.น้ำยืนมียา SK หากแพทย์มีแผนการรักษาสามารถให้ได้ทันที โรคเบาหวานมีการทำโรงเรียนให้กับผู้ป่วยเข้าคอร์ส 3อ 2ส ได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ โรควัณโรคจากความเสี่ยงที่อัตราการรักษาสำเร็จต่ำกว่าเกณฑ์ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้ 3C model (Client Care team Community) เชื่อมโยงด้วยทฤษฎี empowerment และใส่กิจกรรมต่างๆเข้าไป ประเมินผล พบว่า อัตราการรักษาหายผ่านเกณฑ์ ผู้ป่วยหายจากโรค ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน อัตราการฆ่าตัวตายพบสูงสุดปี 2561 = 11 ราย นำความเสี่ยงทางคลินิกมาปรับระบบให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการดูแลคนในชุมชน หน่วยงานรัฐ ช่วยเหลือกัน อสม. สอดส่องดูแล ช่วยเหลือกันเป็นระบบมากขึ้น ปี 2562 ยังไม่พบผู้ป่วยฆ่าตัวตาย   (2)(3) การกำหนดเป้าหมายและการติดตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย:   1. ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิกเป็นเป้าหมายที่จะพัฒนากำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ : ทีม PCT มีการทำ clinical tracer ร่วมกับหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้แก่ เบาหวาน ไข้เลือดออก AMI ภาวะตกเลือดหลังคลอด Stroke จิตเวช 2. ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย : มีการกำหนดตัวชี้วัดร่วมกันกับหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย   (4) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย:   1. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยรายโรคตามโรคเข็มมุ่ง เช่น โรคฉุกเฉินมีการทำสื่อสุขศึกษาคลิปเสียงให้ความรู้ที่ชุมชนให้ประชาชนมีความรู้ โรคเรื้อรังมีการคัดกรองในชุมชน มีการจัดโรงเรียนเบาหวาน โรงเรียนโรคไต โรคจิตเวชเชื่อมโยงลงชุมชนเพิ่มศักยภาพ อสม. ในชุมชนในการเฝ้าระวังอาการของคนในชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นต้น   II-1.2 ก. ระบบบริหารความเสี่ยง  (1) องค์ประกอบสำคัญและโครงหลักของการบริหารความเสี่ยง (PDSA ของระบบบริหารความเสี่ยง):   1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีผู้แทนทุกจุดในคณะกรรมการถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการขับเคลื่อน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีแผนงานชัดเจน การรายงานความเสี่ยงถือเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ทุกคน   (2)(3) แผนการบริหารความเสี่ยง ระเบียบปฏิบัติ กระบวนการบริหารความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง และ risk register:   1. วางแผนการบันทึกความเสี่ยงโดยใช้โปรแกรมการบันทึกรายงานความเสี่ยงเข้ามาอำนวยความสะดวกในการรายงาน การนำรายงานความเสี่ยงไปใช้ และ การลดการใช้กระดาษ โดยรายละเอียดในการบันทึกผ่านโปรแกรมนั้นได้เชื่อมโยงมาจากหลักการบริหารความเสี่ยงกำหนดด้าน โปรแกรม ระดับความรุนแรง ค่าคะแนนที่สามารถนำไปสู่ risk matrix และ เชื่อมโยงไปที่ risk register (การทำ risk register อยู่ระหว่างขั้นแรก) พัฒนาโปรแกรมให้ใช้ประโยชน์เชื่อมโยง   (4) การรายงาน การเรียนรู้ปรับปรุง จากอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด:   1. รายงานตามระบบที่วางไว้ นำสู่การประชุม สื่อสารในหน่วยงาน เชื่อมโยงทีมคร่อมที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางระบบแก้ไข   (5) การจัดการเพื่อบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (PSG):  Safe surgery : PPH :จัดตั้งคลินิกครรภ์เสี่ยง มีคณะกรรมการ MCH พัฒนากระบวนการดูแลตามทีมสูติกรรมจังหวัด-CPG ระบบพี่เลี้ยง consult  Infection control : Hand hygiene : จัดกิจกรรม hand hygiene ประเมินการล้างมือของบุคลากรทุกปี IC Round  Medication safety : HAD, Med Reconciliation, LASA ADE : การปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ การนิเทศที่หน้างาน  PCT round Tall man letter ใน computer การเข้าถึงประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยนอก เภสัชกรทุกคนสามารถตรวจสอบได้  Patient care process : Patient Identification : พัฒนากระบวนการทวนสอบผู้ป่วยทุกจุดบริการ กรณีผู้ป่วยในมีการชี้บ่งโดยป้ายข้อมือ การถ่ายรูป  Emergency response : AMI : พัฒนาระบบการคัดกรองและป้องกัน การใช้ chest pain check list ในการคัดกรองผู้ป่วย พัฒนาระบบ fast track ร่วมกับ รพศ.สรรพสิทธิประสงค์ การสื่อสารที่รวดเร็วโดยใช้ Line สามารถ consult แพทย์เฉพาะทาง หากแพทย์มีแผนการรักษาให้ Streptokinase สามารถให้ได้เพราะมี stock ยาและพยาบาลห้องฉุกเฉินผ่านการอบรม  (6) การประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:   1. ประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงที่ประเมินได้ ได้แก่ จำนวนการรายงานที่เพิ่มขึ้น การจัดการความเสี่ยงกรณีระดับสูง เพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ หรือ เกิดน้อยที่สุด กรณีมีข้อร้องเรียนสามารถจัดการในระบบโดยคณะกรรมการไกล่เกลี่ยของโรงพยาบาล ไม่มีการฟ้องร้องโรงพยาบาลนอกระบบ   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีการประชุมอย่างต่อเนื่อง 2. สามารถเชื่อมโยง ประสานหน่วยงาน ทีมคร่อมสายงานทุกทีม 3. RM man ทุกหน่วยงานสามารถนำเสนอความเสี่ยงในที่ประชุม และได้ดำเนินการช่วยเหลือทันทีเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย และ เจ้าหน้าที่ เช่น ห้องฉุกเฉินนำเสนอความเสี่ยงไม่มี Serum งูในโรงพยาบาลทำให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทีม RM ประสานห้องยา PCT ให้นำเข้า Serum งู หลังจากนั้นมี Serum งูนำมาใช้ใน รพ.ผู้ป่วยปลอดภัย แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องพึงพอใจ 4. ประสาน IM ทำการพัฒนาโปรแกรม RM อย่างต่อเนื่อง ให้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้สูงสุด และมีแผนที่จะพัฒนาต่อเนื่องเชื่อมโยงกับ risk register 5. รพ.ทุ่งศรีอุดมมาศึกษาดูงาน RM ในเดือน ก.พ.62 เมื่อติดตามผลพบว่างาน RM ของ รพ.ที่มาดูงานมีความคืบหน้าในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง   **v. แผนการพัฒนา**   1. พัฒนาโปรแกรมต่อเนื่องให้สามารถเชื่อมโยง risk register 2. พัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีความรู้เรื่องความเสี่ยง 3. การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกให้เพิ่มขึ้น | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | | |
| 1. ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม | **3** | **Learning** | | **-เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ เชื่อมโยงให้ทันเวลาตามระบบที่วางไว้**  **-นำ SIMPLE ในส่วน Personnel มาใช้ในองค์กร** | | | | | |
| 1. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ | **3** | **Learning** | | **-วิเคราะห์ความเสี่ยงนำสู่การวางแผน** | | | | | |
| 1. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย | **3** | **Learning** | | **-เชื่อมโยง PCT นำผลการทบทวนมาวางแผนพัฒนารายโรค** | | | | | |
| 1. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย | **3** | **Learning** | | **-เชื่อมโยง PCT และการวางแผนระดับการพัฒนาในหน่วยงาน** | | | | | |
| 1. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย | **3** | **Learning** | | **-ประสิทธิภาพของ risk register** | | | | | |
| 1. กระบวนการบริหารความเสี่ยง | **3** | **Learning** | | **-ประเมินทุกกระบวนการ** | | | | | |
| 1. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ | **3** | **Learning** | | **-วางแผนทำ KM จากรายงานอุบัติการณ์** | | | | | |