



มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ

ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

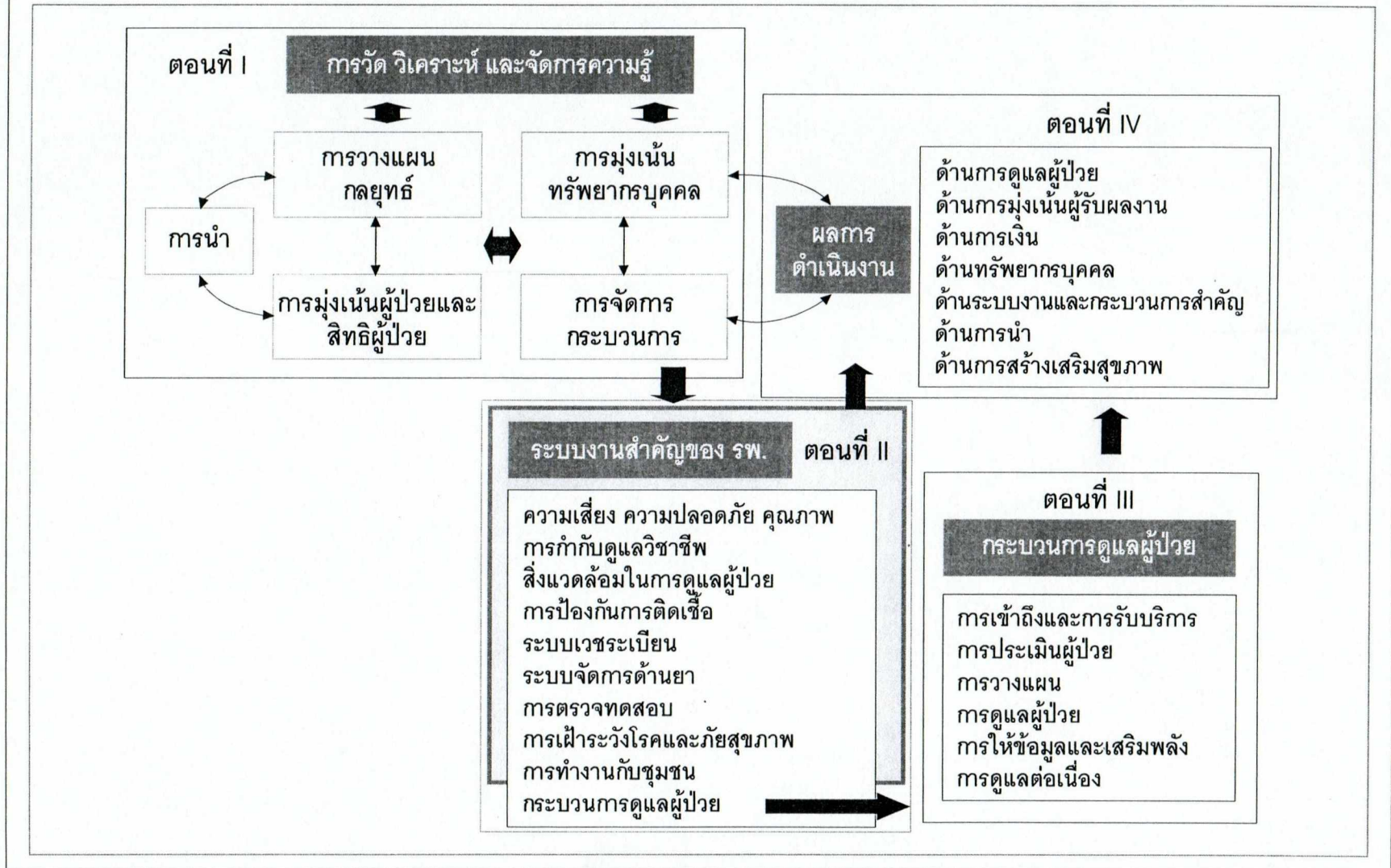
ปรับปรุง มกราคม 2558

ภาษาไทย



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

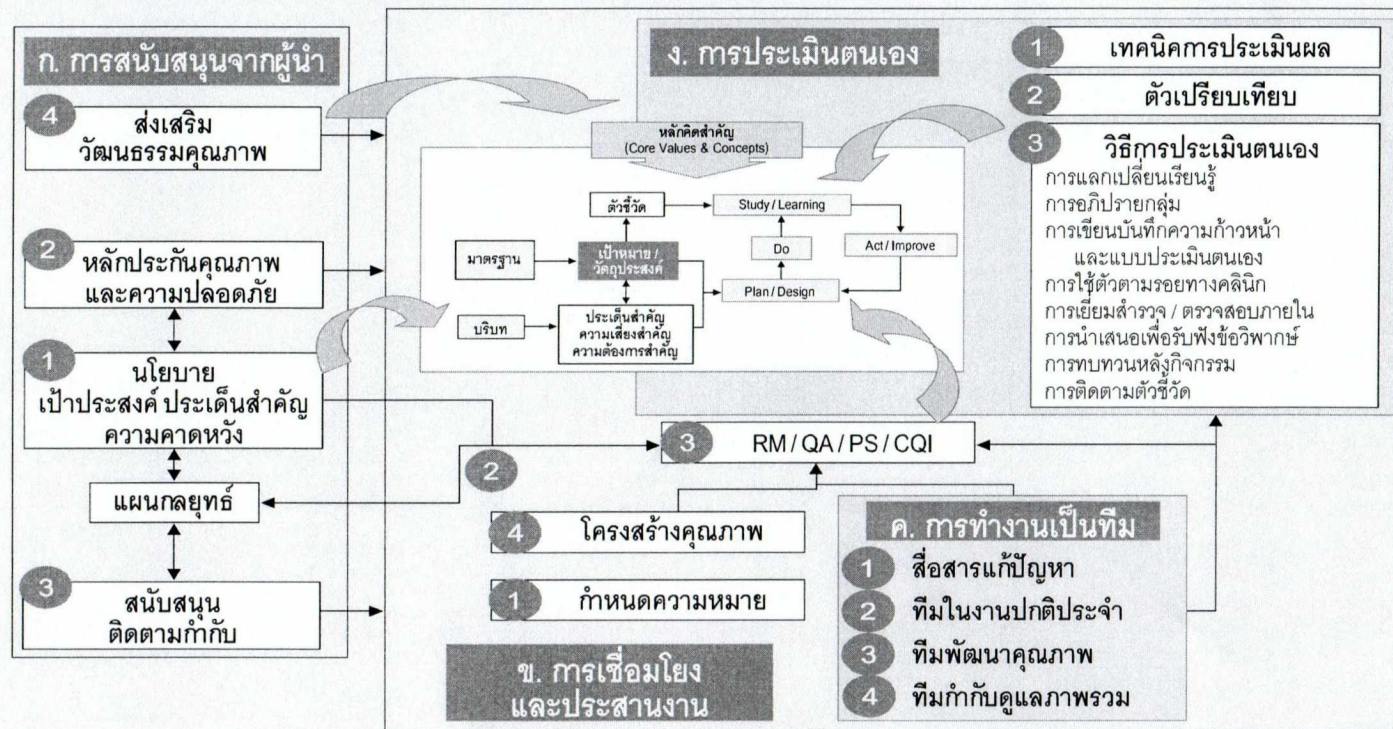


ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)

II-1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Overview)

มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (RSQ.1)

มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

ก. การสนับสนุนจากผู้นำ

- (1) ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย โดยศึกษาทบทวนข้อมูลความรู้จากแหล่งต่างๆ อย่างกว้างขวาง.
- (2) ผู้นำระดับสูงสร้างหลักประกันว่าบริการที่จัดให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ.
- (3) ผู้นำทุกระดับให้การสนับสนุน⁵⁸ และติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย.
- (4) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้.

ข. การเชื่อมโยงและประสานงาน

- (1) มีการกำหนดความหมายของคำว่า “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” ที่จะใช้ในการทำงานขององค์กร.
- (2) โปรแกรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ เป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร.
- (3) มีการบูรณาการและประสานโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในทุกขั้นตอนของการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล.

⁵⁸ การสนับสนุนความพยายามในการพัฒนาคุณภาพโดยผู้นำ ได้แก่ การให้การฝึกอบรมและโอกาส การให้แนวทางและความช่วยเหลือ การจัดอุปสรรคในการพัฒนา การสร้างแรงจูงใจและให้รางวัล การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น การปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) มีโครงสร้างคุณภาพที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับองค์กรเพื่อประสานและช่วยเหลือสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ. มีการกำหนดความรับผิดชอบ (accountability & responsibility) ในการพัฒนาคุณภาพและการพัฒนาผลการดำเนินงาน.

ค. การทำงานเป็นทีม

- (1) มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผล ทั้งภายในหน่วยงาน / วิชาชีพ, ระหว่างหน่วยงาน / วิชาชีพ, ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร, และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ.
- (2) บุคลากรร่วมมือกันให้บริการและดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง โดยตระหนักในความรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ทีมในงานปกติประจำ).
- (3) องค์กรส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย ทั้งทีมที่รวมตัวกันเองและทีมที่ได้รับมอบหมาย, ทีมภายในหน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน / สหสาขาวิชาชีพ, ทีมทางด้านคลินิกและด้านอื่นๆ (ทีมพัฒนาคุณภาพ).
- (4) องค์กรจัดให้มีทีมคร่อมสายงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทางการสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมที่รับผิดชอบระบบงานสำคัญขององค์กร (ทีมกำกับดูแลภาพรวม).

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ง. การประเมินตนเอง

- (1) มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่ใช้วิธีการเชิงคุณภาพ ไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย.
- (2) มีการประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับความต้องการของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร / หน่วยงาน ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากลตามความเหมาะสม.
- (3) มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้าและแบบประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจหรือตรวจสอบภายใน การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.

SPA Part II (Developing)

คู่มือการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

สำหรับ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

SPA II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

SPA II - 1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (RSQ.1)

มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

ก. การสนับสนุนจากผู้นำ

(1) ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดหรือทบทวนทิศทางนโยบายในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งควรเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ของ รพ.
 - นโยบาย (policy) เป็นทิศทางทั่วไปขององค์กรเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยซึ่งประกาศโดยผู้บริหาร
 - เป้าประสงค์ (goals) คือข้อความที่กล่าวอย่างกว้างๆ ถึงผลลัพธ์ (ในที่นี้คือผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความปลอดภัย)
 - ลำดับความสำคัญ (priorities) หรือเข็มมุ่ง (Hoshin) คือจุดเน้นที่องค์กรต้องการพัฒนาในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งควรมาจากการวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม
 - ความคาดหวัง (expectation) ควรมีทั้งเป้า (targets) ของประเด็นที่เป็นลำดับความสำคัญ และความคาดหวังต่อพฤติกรรมของบุคลากรในด้านคุณภาพและความปลอดภัย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปลำดับความสำคัญและความคาดหวังในช่วงเวลาปัจจุบัน

(2) ผู้นำระดับสูงสร้างหลักประกันว่าบริการที่จัดให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะเกิดความไม่ปลอดภัยหรือความด้อยคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ และกำหนดมาตรการที่เป็นหลักประกันคุณภาพและความปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
 - การเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อนำมาสู่การป้องกัน
 - การเตรียมบุคลากรให้มีความรู้และทักษะเพียงพอ

- การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
- การเฝ้าระวังผู้ป่วยเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วทันทั้งที่
- การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์หรือหน่วยงานที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ
- หลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในลักษณะเดียวกัน จะได้รับการรักษาที่จำเป็นเหมือนกัน ไม่
ว่าจะได้รับการคุ้มครองด้วยระบบประกันสุขภาพอะไร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปมาตรการที่เป็นหลักประกันคุณภาพและความปลอดภัย

(3) ผู้นำทุกระดับให้การสนับสนุน และติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทบทวนบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในประเด็นข้างล่างนี้ และ
ดำเนินการให้เข้มข้นมากขึ้น
 - การให้การฝึกอบรมและโอกาส
 - การให้แนวทางและความช่วยเหลือ
 - การจัดอุปสรรคในการพัฒนา
 - การสร้างแรงจูงใจและให้รางวัล
 - การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น
 - การปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพ
- ผู้นำทบทวนบทบาทในการติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย และดำเนินการให้เข้มข้น
มากขึ้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุป good practice ที่เป็นบทบาทของผู้นำในการสนับสนุนการพัฒนา และผลที่เกิดขึ้น

(4) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำเน้นให้บุคลากรทำความเข้าใจกับรูปธรรมของการปฏิบัติตาม core values ในเรื่อง customer focus, continuous improvement และ learning ที่ได้จัดทำไว้ตามมาตรฐาน I-1.1ก (1)
- ผู้นำสร้างสิ่งแวดล้อม แรงจูงใจ และติดตามพฤติกรรมของบุคลากรที่สะท้อนวัฒนธรรมทั้งสามประการ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปการสร้างสิ่งแวดล้อม แรงจูงใจเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
และการเรียนรู้ รวมทั้งวิธีการติดตามพฤติกรรมของบุคลากร

(1) มีการกำหนดความหมายของคำว่า “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” ที่จะใช้ในการทำงานขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำมอบให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนความหมายของคำว่า “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” ที่เข้าใจง่าย และสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับเข้าใจให้ตรงกัน เช่น
 - “คุณภาพ” คือ คุณลักษณะโดยรวมที่แสดงถึงควมมีคุณค่า สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้ หรือเหมาะสมกับเป้าหมายที่กำหนด
 - มิติคุณภาพ คือแง่มุมต่างๆ ของคุณภาพ ซึ่งอาจได้แก่ Accessibility, Acceptability, Appropriateness, Competency, Continuity, Coverage, Effectiveness, Efficiency, Equity, Humanized/Holistic, Responsive / Respect, Safety, Timeliness สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนา การกำหนดตัวชี้วัด การกำหนดประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงานหรือกลุ่มผู้ป่วย
 - “ความเสี่ยง” คือ โอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์ (The probability that an incident will occur)
 - อุบัติการณ์ (incident) คือ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล และ/หรือ คำร้องเรียน การสูญเสีย ความเสียหาย
 - เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (adverse event) คือ อุบัติการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
 - อันตราย (harm) คือ การที่โครงสร้างหรือการทำงานของร่างกายผิดปกติไป และ/หรือผลเสียที่ตามมา อันตรายครอบคลุมถึงโรค การบาดเจ็บ ความทุกข์ทรมาน ความพิการ และการเสียชีวิต และอาจจะเป็นอันตรายทางด้านร่างกาย สังคม หรือจิตใจ
 - sentinel event คือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตหรืออันตรายขั้นรุนแรงต่อผู้ป่วย ที่ต้องตื่นตัว ใส่ใจ ให้ความสำคัญสูง
 - ความผิดพลาด (error) คือ การกระทำ (ในสิ่งที่ผิด) หรือไม่กระทำ (ในสิ่งที่ถูกหรือที่ควรกระทำ) ซึ่งนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือโอกาสที่จะเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ (AHRQ) อาจจะเป็นในขั้นตอนของการวางแผนหรือการนำแผนไปปฏิบัติ การมิได้ให้การดูแลตามแผนที่วางไว้หรือประยุกต์แผนการดูแลที่ไม่ถูกต้อง (WHO)
 - near miss คือ การกระทำหรือละเว้นการกระทำซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ไม่เกิดอันตรายเนื่องจากความบังเอิญ การป้องกัน หรือการทำให้ปัญหาทุเลาลง (IOM)
 - วัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) คือคุณลักษณะขององค์กรในด้านความปลอดภัยดังนี้ (1) การรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาด (2) สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลาดหรือ near miss โดยไม่ต้อง

หวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ (3) มีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันความล่าช้าต่าง ๆ

(4) ความเต็มใจขององค์กรที่จะสนับสนุนทรัพยากรเพื่อความปลอดภัย (AHRQ)

- ผู้นำมอบให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินความเข้าใจ การนำไปใช้ประโยชน์ และความต้องการในการกำหนดความหมายของคำสำคัญที่ควรเข้าใจให้ตรงกัน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปบทเรียนจากความเข้าใจหรือไม่เข้าใจในความหมายของคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความเสี่ยง

(2) โปรแกรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ เป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนว่าแผนกลยุทธ์ขององค์กรมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ แล้วหรือไม่ มีเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานชัดเจนหรือไม่
- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนความก้าวหน้าและการบรรลุตามเป้าหมายของแผน และดำเนินการตอบสนองตามเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปแผนกลยุทธ์และเป้าหมายของแผนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ
- สรุปการประเมินความก้าวหน้า การบรรลุเป้าหมาย และการตอบสนองที่เกิดขึ้น

(3) มีการบูรณาการและประสานโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในทุกขั้นตอนของการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล.

ดู II-2.1 ข. (1)

(4) มีโครงสร้างคุณภาพที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับองค์กรเพื่อประสานและช่วยเหลือสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ. มีการกำหนดความรับผิดชอบ (accountability & responsibility) ในการพัฒนาคุณภาพและการพัฒนาผลการดำเนินงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนความเหมาะสมของโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งอย่างน้อยควรประกอบด้วย
 - ทีมในระดับสูงที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทางพัฒนาคุณภาพ (ถ้าเป็นไปได้ ควรเป็นทีมเดียวกับคณะกรรมการบริหารระดับสูงขององค์กร และควรรับผิดชอบเรื่องการพัฒนาผลการดำเนินการทุกวิธี ไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือหรือมาตรฐานใด)

- ทีมในระดับกลาง ซึ่งรับผิดชอบการพัฒนาเฉพาะเรื่อง รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น Clinical Lead Team/Patient Care Team
 - หน่วยงานและกลุ่มคนที่ทำหน้าที่วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผล สนับสนุน และจัดการความรู้ ในเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกับทบทวนหรือกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพ (quality improvement) และพัฒนาผลการดำเนินงาน (performance improvement) ของโครงสร้างและตัวบุคคล ทั้งโครงสร้างบริหารปกติ และโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ (ต้องไม่ลืมที่จะระบุหน้าที่ของผู้บริหารและบุคลากรทุกระดับต่อการพัฒนา)
 - ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกับทบทวนประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของคณะกรรมการต่างๆ รวมทั้งการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่ใช้อยู่ และวางแผนปรับปรุงประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป
- ผลการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ
 - ผลการประเมินประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของคณะกรรมการต่างๆ
 - การปรับปรุงที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์และประเมินข้างต้น

ค. การทำงานเป็นทีม

- (1) มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผล ทั้งภายในหน่วยงาน / วิชาชีพ, ระหว่างหน่วยงาน / วิชาชีพ, ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร, และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพทบทวนและวิเคราะห์โอกาสพัฒนาเกี่ยวกับการสื่อสารและการแก้ปัญหา
 - ภายในหน่วยงาน / วิชาชีพ
 - ระหว่างหน่วยงาน / วิชาชีพ
 - ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร
 - ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ (อาจครอบคลุมแล้วใน I-3.2)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องนำโอกาสพัฒนาที่พบไปดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับปรุงการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

- (2) บุคลากรร่วมมือกันให้บริการและดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง โดยตระหนักในความรับผิดชอบของวิชาชีพต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ทีมในงานปกติประจำ).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- หัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วย ประเมินความร่วมมือในการทำงานเป็นทีมในงานประจำ เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ
 - กิจกรรมประจำวันทั่วไป เช่น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน การวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย (โดยมีการแบ่งบทบาทหน้าที่อย่างเหมาะสม) การใช้ข้อมูลของแต่ละวิชาชีพ การให้ข้อเสนอแนะและความต้องการของตนแก่เพื่อนร่วมงาน
 - นำอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาทบทวนเพื่อปรับปรุงแนวทางการทำงานร่วมกัน
- หัวหน้าหน่วยงานออกแบบระบบงานหรือกิจกรรมการทำงานที่ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการทำงานเป็นทีม เช่น การจัดให้มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ การกำหนดข้อบังคับที่ต้องมีการประเมินและวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ฯลฯ
- ศูนย์คุณภาพจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในงานปกติประจำ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- วิธีการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในงานปกติประจำ

(3) องค์กรส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย ทั้งทีมที่รวมตัวกันเองและทีมที่ได้รับมอบหมาย, ทีมภายในหน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน / สหสาขาวิชาชีพ, ทีมทางด้านคลินิกและด้านอื่นๆ (ทีมพัฒนาคุณภาพ).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพ ร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานและทีมในระดับกลางร่วมกันประเมินการก่อตัวและการทำหน้าที่ของทีมพัฒนาคุณภาพต่างๆ
 - ทีมพัฒนาคุณภาพที่รวมตัวกันเอง (เช่น กลุ่ม QC/CQI) จากความต้องการแก้ปัญหาที่พบในงานของตนเอง
 - ทีมพัฒนาคุณภาพที่จัดตั้งขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพตามประเด็นสำคัญของหน่วยงาน (จากการวิเคราะห์ service profile)
 - ทีมพัฒนาคุณภาพที่จัดตั้งขึ้นตามการเชิญขององค์กรหรือการชักนำของทีมในระดับต่างๆ (ซึ่งมักจะมีลักษณะเป็นทีมคร่อมสายงาน)
- ประเด็นที่ควรประเมินได้แก่
 - ความสามารถในการจัดให้มีทีมพัฒนาคุณภาพให้มีสมดุลระหว่างจำนวนเรื่องที่ต้องมีการพัฒนาและกำลังคนที่มีอยู่
 - การเลือกประเด็นที่สำคัญมาดำเนินการพัฒนาคุณภาพ
 - ความตื่นตัว ความต่อเนื่อง ความตั้งใจ ในการทำงานของทีมพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งระบบและบรรยากาศที่สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
 - ผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้เพียงใด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อนำมาขยายผลอย่างไร
- ทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกับปรับปรุงการส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพ (เช่น การวิเคราะห์โอกาสพัฒนาและการทำวิจัยร่วมกัน การจัดลำดับความสำคัญ การสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนต่างๆ การฝึกอบรมให้ทีมมีเครื่องมือและวิธีคิดในการทำงานใหม่ๆ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประเมินคุณค่าของผลงาน)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินและปรับปรุงการส่งเสริมการทำงานของทีมพัฒนาคุณภาพ

(4) องค์กรจัดให้มีทีมคร่อมสายงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทาง ให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมที่รับผิดชอบระบบงานสำคัญขององค์กร (ทีมกำกับดูแลภาพรวม).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมในระดับสูงกำหนดให้มีการประเมินทีมคร่อมสายงาน/ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนาแต่ละเรื่อง (ทีมในระดับกลาง) ในประเด็นต่อไปนี้
 - ความเหมาะสมของการมีทีมต่างๆ ในภาพรวม (เทียบกับบริบทขององค์กร)

- ความเหมาะสมขององค์ประกอบของสมาชิกในทีมต่างๆ (รวมถึงการที่สมาชิกแต่ละคนไม่ต้องรับภาระมากเกินไป)
- ช่องทางการสื่อสาร การประสานงาน การรายงาน และการติดตามกำกับ
- ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทาง ให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ
- ทีมในระดับสูงนำผลการประเมินมาปรับปรุงการดำเนินงานของทีมดังกล่าว (เช่น การปรับโครงสร้าง การปรับองค์ประกอบของทีม การกำหนดบทบาทหน้าที่และวิธีทำงานให้ชัดเจนขึ้น การปรับปรุงช่องทางการสื่อสารและการรายงาน การฝึกอบรมให้ทีมมีเครื่องมือและวิธีคิดในการทำงานใหม่ๆ การกำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินและปรับปรุงการทำงานของทีมนำระดับกลางที่ทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนาแต่ละเรื่อง

ง. การประเมินตนเอง

(1) มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่ใช้วิธีการเชิงคุณภาพ ไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพ ศึกษา คัดเลือก พัฒนา เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ และนำไปส่งเสริมให้มีการใช้อย่างเหมาะสม
 - ส่งเสริมให้มีการประเมินผลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพซึ่งสามารถทำได้ง่ายและรวดเร็วอย่างกว้างขวาง เช่น การประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน ความสำเร็จ ความรู้สึก ของการ การนำมาตราฐานไปปฏิบัติ หรือการพัฒนาคุณภาพด้วยเครื่องมือต่างๆ
 - ส่งเสริมให้มีการประเมินอย่างเป็นระบบ (systematic evaluation) สำหรับระบบงานที่สำคัญ (รวมทั้งระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ) เริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญและเป้าหมายให้ชัดเจน และประเมินการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลเท่าที่จำเป็น
 - ส่งเสริมให้มีการนำมาตรฐาน HA/HPH ไปทำวิจัยในลักษณะ mini-research เพื่อรับรู้ระดับการปฏิบัติ ปัญหา ความพยายามในการแก้ปัญหา ความรู้สึกของผู้เกี่ยวข้อง และผลกระทบที่เกิดขึ้น (ไม่จำเป็นต้องครบทุกหัวข้อตามนี้)
 - ส่งเสริมให้มีการทำวิจัยเติมรูปแบบในเรื่องที่ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนว่าวิธีการปฏิบัติเช่นไรเป็นวิธีการที่ให้ผลดีกว่ากัน เน้นการทำวิจัยเพื่อนำคำตอบมาใช้มากกว่าการสร้างผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาพรวมของการใช้เทคนิคประเมินผลต่างๆ และวิธีการส่งเสริมให้มีการนำไปใช้ให้มากขึ้น

(2) มีการประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร / หน่วยงาน ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากลตามความเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพ ร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องกำหนดสิ่งที่จะใช้เปรียบเทียบสำหรับการประเมินตนเอง เช่น
 - ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ทั้งในภาพรวม และเฉพาะกลุ่ม
 - เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร
 - มาตรฐานโรงพยาบาล ข้อกำหนดของวิชาชีพ กฎระเบียบของส่วนราชการ
 - ตัวเทียบ (benchmark) ในระดับชาติหรือระดับสากลที่มีให้เทียบได้

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาสิ่งที่จะใช้เปรียบเทียบในหน้าที่รับผิดชอบของตน และดำเนินการประเมินผลเปรียบเทียบ

สิ่งที่ใช้เปรียบเทียบ	วิธีการ/ทีมงานที่เกี่ยวข้อง
ความต้องการของผู้ป่วยในภาพรวม	ทีมงานผู้ป่วยสัมพันธ์วิเคราะห์ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ, วิเคราะห์การยอมรับได้ของผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น ระยะเวลา รอคอยในจุดต่างๆ
ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยเฉพาะจุดบริการ	หน่วยงานหรือทีมทางคลินิกวิเคราะห์การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในจุดที่เป็นความต้องการเฉพาะสำหรับบริการนั้น
เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร	ทีมงานที่รับผิดชอบกลยุทธ์และระบบงานสำคัญ ประเมินการบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้อง (ควรจะได้ทำตามมาตรฐาน I-2 และ I-4 แล้ว)
มาตรฐานโรงพยาบาล	ทีมงานที่เกี่ยวข้องใช้มาตรฐานเพื่อการตามรอยหรือการทำ mini-research
ข้อกำหนดของวิชาชีพ/CPG	ทีมงานที่เกี่ยวข้องใช้ gap analysis เพื่อวิเคราะห์ข้อแตกต่างระหว่างข้อกำหนดของวิชาชีพหรือข้อแนะนำบนพื้นฐานของ evidence กับสิ่งที่ปฏิบัติจริง และวางแผนปรับปรุง
กฎระเบียบของส่วนราชการ	ทีมงานที่เกี่ยวข้องใช้ gap analysis
ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากล	ทีมงานทางคลินิกเข้าร่วมในโปรแกรมตัวชี้วัดเปรียบเทียบ หรือแสวงหาตัวชี้วัดที่นิยมใช้กันแพร่หลายมาเปรียบเทียบกับผลงานของตน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาพรวมของการเปรียบเทียบที่นำมาใช้ในการประเมินผล การเรียนรู้และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

(3) มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้าและแบบประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจหรือตรวจสอบภายใน การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาและจัดให้มีกิจกรรมประเมินตนเองในรูปแบบต่างๆ โดยเน้นการสร้างวัฒนธรรมการประเมินตนเองเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาต่อเนื่อง มากกว่าการจัดทำเพียงรูปแบบ หรือจัดทำเพื่อให้มีเอกสารไว้แสดง
 - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในบรรยากาศที่สบายๆ เป็นกันเอง เช่น ใช้เวทีสุนทรียสนทนา, การจัดกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) โดยส่งเสริมให้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางและสม่ำเสมอ เน้นการดึงความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) หรือความรู้เชิงปฏิบัติออกมาแลกเปลี่ยนกันและเก็บบันทึกเพื่อใช้ประโยชน์ต่ออย่างเหมาะสม
 - การใช้ service profile เพื่อทำความเข้าใจเป้าหมายและกระบวนการทำงานของหน่วยงาน, วางแผน กำหนดเป้าหมายและติดตามการพัฒนา, บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา, เรียนรู้ประเด็นสำคัญภายในทีมงาน, แลกเปลี่ยนและแบ่งปันประสบการณ์ระหว่างหน่วยงาน
 - การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก (clinical tracer) เพื่อประเมินคุณภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความสำคัญ โดยเน้นการเข้าไปดูในสถานการณ์จริง รวบรวมสิ่งดีๆ ไว้เผยแพร่และหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่อง (ดู II-1.2)
 - การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือที่หลากหลาย (self enquiry ของมาตรฐานตอนที่ III)
 - การเยี่ยมเพื่อซักซ้อมความเข้าใจ รับรู้ทบทวนและปัญหาการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ หรือการเยี่ยมสำรวจภายในด้วยบรรยากาศที่เป็นมิตร ผ่อนคลาย
 - ฯลฯ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาพรวมของวิธีการประเมินตนเองที่นำมาใช้ การเรียนรู้และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

SPA in Action (Part II)

คู่มือการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

SPA in Action (Part II)

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 2556

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

II - 1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (RSQ.1)

มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

ก. การสนับสนุนจากผู้นำ

(1) ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือประเด็นการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญ (priorities) ในปัจจุบันของ รพ.	กระตุ้นให้แต่ละหน่วยงาน แต่ละทีมงานคิดว่าจะทำอะไรบ้างในประเด็นดังกล่าว, พิจารณาว่าในภาพรวมจะขับเคลื่อนร่วมกันอย่างมีพลังได้อย่างไร
ประเด็นการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญข้างต้นเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ของ รพ. ในข้อใด	ทำให้มีความสอดคล้องกันทั้งเป้าหมายและแผนการปฏิบัติ
ประเด็นการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญในอนาคตจะเปลี่ยนไปอย่างไร	ทบทวนสถานการณ์ทั้งภายในและภายนอกเพื่อเตรียมปรับ priorities

(2) ผู้นำระดับสูงสร้างหลักประกันว่าบริการที่จัดให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะเกิดความไม่ปลอดภัย หรือความด้อยคุณภาพที่สำคัญคืออะไร	ผู้นำระดับสูงใช้ PDSA เพื่อสร้างหลักประกันความปลอดภัยสำหรับสถานการณ์ต่างๆ ที่จะไม่ปลอดภัยหรือด้อยคุณภาพ คือตรวจสอบว่ามีการออกแบบระบบที่รัดกุมหรือไม่ บุคลากรมีความพร้อมและนำไปปฏิบัติหรือไม่ ตัวชี้วัดที่ใช้ monitor ความเสี่ยงดังกล่าวมีอะไรบ้าง ผลลัพธ์เป็นอย่างไร

(3) ผู้นำทุกระดับให้การสนับสนุน และติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพคืออะไร	ผู้นำร่วมกันหาวิธีการที่สร้างสรรค์ในการขจัดอุปสรรคเหล่านั้น
ระบบบริหารอะไรที่ทำให้การปรับปรุงระบบงานต่างๆ เป็นไปอย่างล่าช้า	ผู้นำพิจารณาปรับระบบบริหารเหล่านั้นด้วยแนวคิดใหม่

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ ที่หน่วยงานและทีมงานต่างๆ ต้องการจากผู้นำคืออะไร	ผู้นำพิจารณาให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม
การพัฒนาเรื่องใดบ้างที่มีโอกาสไม่เป็นไปตามเป้าหมายหรือมีความล่าช้า	ผู้นำพิจารณาระบบการกำกับติดตามที่เหมาะสม

(4) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การมุ่งเน้นผู้รับผลงานที่ผู้บ่วยอยากได้ เจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถทำได้โดยง่าย และทำได้เป็นปกติประจำมีอะไรบ้าง	ส่งเสริมให้มีการกระตือรือร้นร่วมกัน
แต่ละระบบงาน แต่ละกลยุทธ์ แต่ละโรคที่ให้การดูแล มีการจัดทำพิมพ์เขียวของการพัฒนา ตัวชี้วัดสำคัญ และกลไกรับฟังเสียงสะท้อน เพื่อเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องแล้วหรือไม่ ส่วนใดที่มีแล้ว ส่วนใดที่ยังไม่มี	จะทำอย่างไรให้ส่วนที่ยังไม่มี ได้มีตัวกระตุ้นเหล่านี้ ส่วนที่มีกลไกเหล่านี้อยู่แล้ว เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องหรือไม่
การเรียนรู้ที่ไม่เป็นทางการเกิดขึ้นในลักษณะใดบ้าง	จะส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ดังกล่าวให้มากขึ้นได้อย่างไร จะกระตุ้นการตั้งคำถามเพื่อจุดประกายการเรียนรู้จากงานประจำได้อย่างไร

ข. การเชื่อมโยงและประสานงาน

(1) มีการกำหนดความหมายของคำว่า “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” ที่จะใช้ในการทำงานขององค์กร.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ในคำต่อไปนี้ คำใดเป็นคำที่เข้าใจยากหรือมีความสับสน: “ความเสี่ยง” “อุบัติการณ์” “เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์” “sentinel event” “harm” “error” “near miss”	กำหนดคำจำกัดความ สร้างการเปรียบเทียบที่เข้าใจง่าย พร้อมยกตัวอย่าง (ถ้าสามารถเชื่อมโยงในเหตุการณ์เดียวกันได้ยิ่งดี), ส่งเสริมให้แต่ละหน่วยงานหาตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานของตนเอง
อะไรคือความหมายของคุณภาพที่ รพ. ใช้ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยปฏิบัติงาน	สร้างความเชื่อมโยงระหว่าง “ความต้องการของลูกค้า” “คุณค่า” “ข้อกำหนดในคู่มือการปฏิบัติงาน” “มาตรฐานวิชาชีพ”, ส่งเสริมให้แต่ละหน่วยงานกำหนดคุณค่าของงานที่ตนรับผิดชอบในมุมมองของผู้รับบริการ
อะไรคืออุบัติการณ์ที่นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงวิธีคิดและพฤติกรรมที่สำคัญในองค์กร	ทบทวนว่าลักษณะดังกล่าวจะนำไปสู่วัฒนธรรมความปลอดภัยหรือไม่ จะส่งเสริมให้เกิดมากขึ้นได้อย่างไร

(2) โปรแกรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ เป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
แผนกลยุทธ์ขององค์กร ระบุประเด็นเกี่ยวกับความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพไว้อย่างไร	ทบทวนความชัดเจนของเป้าหมาย ทบทวนความก้าวหน้าและการบรรลุเป้าหมาย

(3) มีการบูรณาการและประสานโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในทุกขั้นตอนของการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล.

ดู II-2.1 ข. (1)

(4) มีโครงสร้างคุณภาพที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับองค์กรเพื่อประสานและช่วยเหลือสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ. มีการกำหนดความรับผิดชอบ (accountability & responsibility) ในการพัฒนาคุณภาพและการพัฒนาผลการดำเนินงาน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่ใช้อยู่ มีจุดแข็ง จุดอ่อนอย่างไร	พิจารณาว่าจะเสริมจุดอ่อนอย่างไร ควบรวมเพื่อลดความซ้ำซ้อนอย่างไร เสริมเพิ่มเพื่อเติมจุดอ่อนอย่างไร

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือ priorities ของการพัฒนาคุณภาพ, ใครบ้างเป็นผู้กำหนด, มีเรื่องสำคัญใดที่ขาดหายไปบ้าง	ทบทวน alignment ของ priorities ดังกล่าว รวมทั้งการรับรู้และให้ความเห็นชอบกับ priorities ดังกล่าว เติมเต็มในเรื่องสำคัญที่ไม่ถูกกำหนดเป็น priorities
เส้นทางการรายงานผลการพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างไร มีการสรุปสาระสำคัญเป็นลำดับขั้นสู่ผู้บริหารระดับสูงอย่างไร	ทบทวนว่ารายงานจากแต่ละหน่วยงาน/ระบบงานควรมีอะไรบ้าง มีความถี่ของการรายงานอย่างไร ก่อนถึงคณะกรรมการบริหารหรือผู้บริหารระดับสูง จะต้องมีการสรุปสาระสำคัญในภาพรวมโดยใครบ้าง ประเด็นสำคัญที่ต้องนำเสนอคืออะไร แล้ววางระบบตรวจสอบเพื่อให้มีการปฏิบัติตาม
การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพที่เป็นความต้องการของผู้ปฏิบัติงานมีอะไรบ้าง	ดำเนินการสำรวจ (ถ้ายังไม่มี) นำความต้องการไปพิจารณาให้การสนับสนุนและติดตามประเมินซ้ำ
ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนมีหน้าที่ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพอย่างไร	กำหนดและสื่อสารความคาดหวังให้ชัดเจน เช่น การร่วมกิจกรรมทบทวนของหน่วยงาน, กิจกรรมข้อเสนอแนะ, กิจกรรม 5 ส., การรายงานความเสี่ยงและการละเมิดหลักจริยธรรม ฯลฯ รวมทั้งติดตามประเมินการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่แต่ละคน
หัวหน้าหน่วยงานแต่ละคนมีหน้าที่ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพอย่างไร	กำหนดและสื่อสารความคาดหวังให้ชัดเจน เช่น การวิเคราะห์และวางแผนการพัฒนาหน่วยงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร, การกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน, การสร้างการเรียนรู้และนวัตกรรมในหน่วยงาน, การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ฯลฯ รวมทั้งติดตามประเมินการทำหน้าที่ดังกล่าว
ทีมในระดับกลางหรือคณะกรรมการคร่อมสายงาน แต่ละคนมีหน้าที่ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพอย่างไร	กำหนดและสื่อสารความคาดหวังให้ชัดเจน (ควรมีอยู่แล้วในคำสั่งแต่งตั้ง) ให้ทีมหรือคณะกรรมการแต่ละชุดทบทวนการทำหน้าที่ดังกล่าว
ผู้บริหารระดับสูง (ผอ., รอง ผอ., ผช.ผอ. และผู้บริหารที่มีระดับสูงกว่าหัวหน้าฝ่าย/แผนก) มีหน้าที่ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพอย่างไร	ทบทวนและสื่อสารความคาดหวังให้ชัดเจน ร่วมกันหาวิธีการที่จะขับเคลื่อนการพัฒนาของทั้งองค์กรอย่างเป็นระบบ

ค. การทำงานเป็นทีม

- (1) มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผล ทั้งภายในหน่วยงาน / วิชาชีพ, ระหว่างหน่วยงาน / วิชาชีพ, ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร, และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ประเด็นสำคัญที่ต้องสื่อสารกันภายในหน่วยงานคืออะไร มีจุดแข็งจุดอ่อนในการสื่อสารอะไรบ้าง	นำจุดแข็งไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน
ในการทำงานประจำ ประเด็นสำคัญที่ต้องสื่อสารกันระหว่างหน่วยงานคืออะไร มีจุดแข็งจุดอ่อนในการสื่อสารอะไรบ้าง	
ในการทำงานประจำ ประเด็นสำคัญที่ต้องสื่อสารกันระหว่างวิชาชีพคืออะไร มีจุดแข็งจุดอ่อนในการสื่อสารอะไรบ้าง	
ประเด็นสำคัญที่ต้องสื่อสารกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหารคืออะไร มีจุดแข็งจุดอ่อนในการสื่อสารอะไรบ้าง	

- (2) บุคลากรร่วมมือกันให้บริการและดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง โดยตระหนักในความรับผิดชอบของวิชาชีพต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ทีมในงานปกติประจำ).

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในเรื่องการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันมีอะไรบ้าง	นำจุดแข็งไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในเรื่องการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกันมีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการร่วมกันให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการใช้ข้อมูลของแต่ละวิชาชีพมีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการให้ข้อเสนอแนะแก่กันและกันมีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเป็นทีมมีอะไรบ้าง	ทบทวนและเรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

- (3) องค์กรส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย ทั้งทีมที่รวมตัวกันเองและทีมที่ได้รับมอบหมาย, ทีมภายในหน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน / สหสาขาวิชาชีพ, ทีมทางด้านคลินิกและด้านอื่นๆ (ทีมพัฒนาคุณภาพ).

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการรวมตัวเป็นทีมพัฒนาคุณภาพโดยกลุ่มผู้ปฏิบัติงานมีอะไรบ้าง	นำจุดแข็งไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพตามประเด็นสำคัญของหน่วยงานมีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพตามเข็มมุ่งขององค์กร	

- (4) องค์กรจัดให้มีทีมคร่อมสายงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทาง ให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมที่รับผิดชอบระบบงานสำคัญขององค์กร (ทีมกำกับดูแลภาพรวม).

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของทีมนำทางคลินิกมีอะไรบ้าง	นำจุดแข็งไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของ ทีมนาระดับกลาง ที่ดูแลระบบงานสำคัญขององค์กรมีอะไรบ้าง	นำจุดแข็งไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน

ง. การประเมินตนเอง

- (1) มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่ใช้วิธีการเชิงคุณภาพ ไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ทีมต่างๆ รวมตัวกันเพื่อวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนในการพัฒนาของทีมบ่อยเพียงใด	ส่งเสริมให้ทีมประเมินตนเองอย่างเรียบง่ายบ่อยเท่าที่จะเป็นไปได้ นำบทเรียนมาแลกเปลี่ยนและประมวลเป็นภาพใหญ่ของ รพ.
มีการหาโอกาสพัฒนาจากการวิเคราะห์กระบวนการของหน่วยงานและทีมงานต่างๆ มากน้อยเพียงใด	สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานและทุกระบบงานวิเคราะห์กระบวนการหลักเพื่อหาโอกาสพัฒนาปีละครั้ง เช่น ใช้ประเด็น NEWS (customers' need, scientific evidence, safety, waste)
มีการใช้แบบสำรวจเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการพัฒนาในเรื่องใดบ้าง	นำแบบสำรวจสำเร็จรูปหรือแบบสำรวจที่ออกแบบเองมาใช้เพื่อตอบโจทย์เป้าหมายขององค์กร
มีการนำเป้าหมายของระบบงานมาหาวิธีการประเมินความสำเร็จตามเป้าหมายดังกล่าวในเรื่องอะไรบ้าง	เรียนรู้ที่จะประเมินผลระบบงานตามเป้าหมายอย่างค่อยเป็นค่อยไป แล้วนำผลการประเมินมาพัฒนาระบบ
มีการทำ R2R ในเรื่องอะไรบ้างที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินผล	ส่งเสริมการนำผล R2R มาใช้ประโยชน์ และส่งเสริมให้มีการนำ R2R ให้มากขึ้น

- (2) มีการประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร / หน่วยงาน ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากลตามความเหมาะสม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผลการสำรวจความต้องการของผู้ป่วยเป็นอย่างไร รพ.ตอบสนองความต้องการได้ดีเพียงใด	หาวิธีรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยที่ลึกซึ้งมากขึ้น รวมถึงระดับการยอมรับได้ของผู้ป่วยในด้านต่างๆ และนำความต้องการดังกล่าวมาประเมินว่า รพ. สามารถตอบสนองได้ในระดับใด
ผู้ป่วยกลุ่มใดที่มีความต้องการและความคาดหวังเฉพาะที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป	รับรู้ความต้องการและประเมินการตอบสนองความต้องการดังกล่าว
วัตถุประสงค์ที่สำคัญของ รพ.คืออะไร ข้อใดที่ประสบความสำเร็จสูง ข้อใดที่ยังต้องพัฒนาอีกมาก	วางแผนและสื่อสารในข้อที่ยังต้องพัฒนาอีกมาก
มาตรฐาน HA ในเรื่องใดที่ทำได้ดี เรื่องใดที่ต้องพัฒนาอีกมาก	วางแผนและสื่อสารในเรื่องที่ยังต้องพัฒนาอีกมาก
ตัวชี้วัดใดที่ รพ.ทำได้ดีเมื่อเปรียบเทียบกับ รพ.อื่น	ถอดบทเรียนเพื่อนำจุดแข็งไปใช้ประโยชน์
ตัวชี้วัดใดที่ รพ.ทำได้ไม่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับ รพ.อื่น	วางแผนว่าจะต้องปรับปรุงในกระบวนการใดบ้าง

- (3) มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึก ความก้าวหน้าและแบบประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจหรือตรวจสอบภายใน การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประเมินตนเองมีอะไรบ้าง	นำตัวอย่างที่ดีไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการใช้ SAR ในการประเมินตนเองมีทีมงานหรือระบบงานใดบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาการใช้ตัวตามรอยทางคลินิกมีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการเยี่ยมสำรวจภายในมีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการทำ AAR มีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการติดตามและทบทวนตัวชี้วัดมีอะไรบ้าง	



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

HA Scoring Guideline

www.ha.or.th



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
เลขที่ 88/35 อาคารศูนย์ภาพแห่งชาติ ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถนนวิภาวดี ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี
โทรศัพท์ 02 832 7400 โทรสาร 02 832 9540



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล										
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)										
1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (RSQ.1)										
มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกกระดับ.										
29 การสนับสนุนจากผู้นำ การเชื่อมโยงและประสานงาน	มีโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่เหมาะสมกับองค์กร, มีการกำหนด operating definition ของ “ความเสี่ยง” และคุณภาพ”			มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพของผู้บริหารและปฏิบัติงานทุกระดับชัดเจน, ผู้นำให้การสนับสนุนการพัฒนา		RM/patient safety, QA, CQI เป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ ซึ่งมีการบูรณาการและประสานในทุกชั้นตอน		ผู้นำติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพ		ผู้นำส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้รับผลงานการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
30 การทำงานเป็นทีม	มีความเป็นทีมในหน่วยงาน ในงานประจำ และการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน, มีแนวทางในการขอคำปรึกษาและการดูแลผู้ป่วยซับซ้อนร่วมกันระหว่างสาขาที่เกี่ยวข้อง			มีความเป็นทีมในระบบงาน/ทีมคร่อมสายงาน/ทีมนำระดับต่าง ๆ		ทีมระบบงาน/คร่อมสายงาน/ทีมนำระดับต่าง ๆ ทำหน้าที่ดูแลภาพรวม ติดตามความก้าวหน้า เชื่อมโยงกับทีมนำสูงสุดและทีมที่เกี่ยวข้อง (effective function of team)		มีความโดดเด่น เช่น ทีมมี maturity สูง, การใช้ข้อมูลและการวิจัยเพื่อการเรียนรู้		มีการติดตามประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของทีมระบบงานต่าง ๆ ส่งผลให้มีวัฒนธรรมของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ เป็นแบบอย่างที่ดี
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0