



มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ

ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

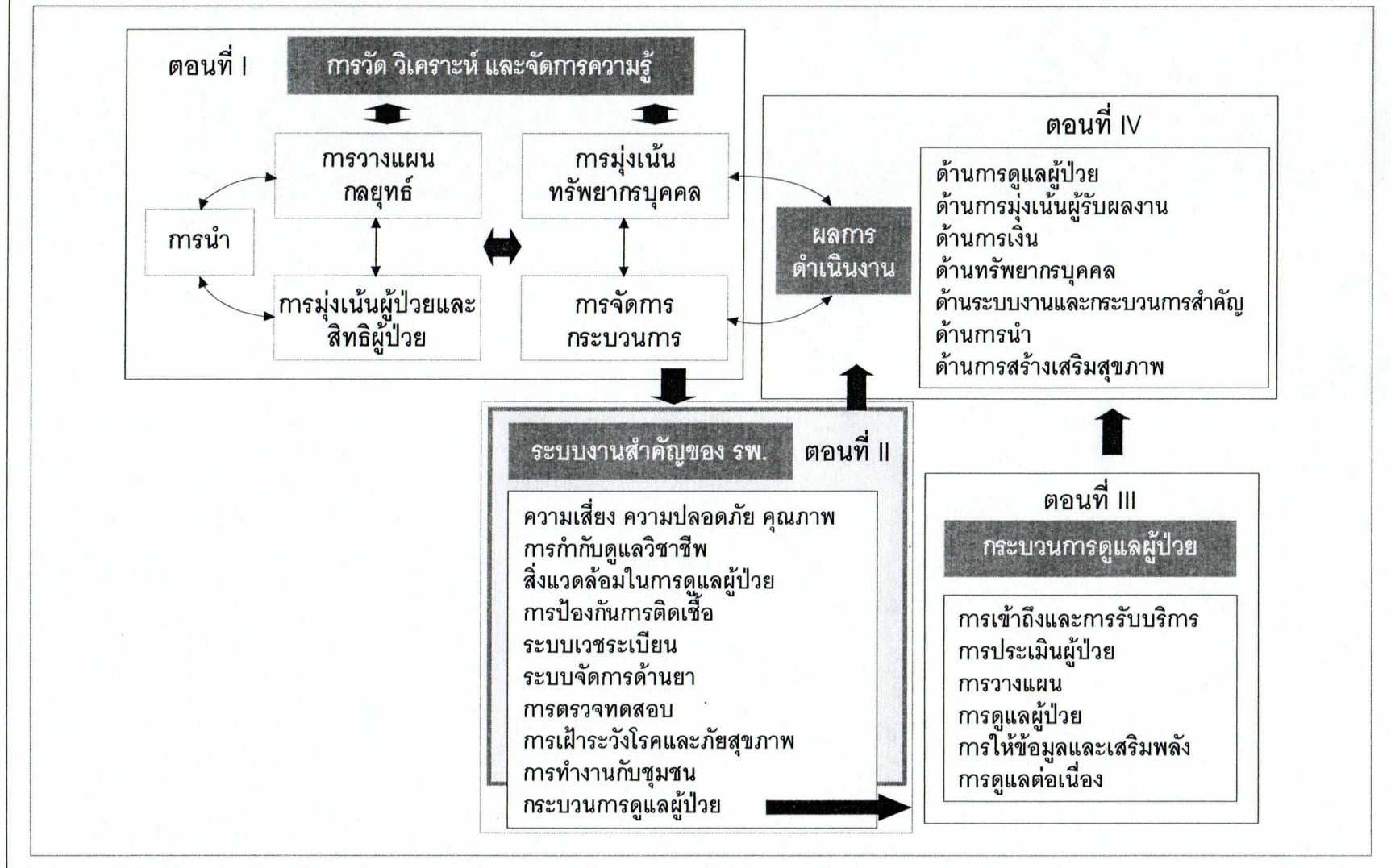
ปรับปรุง มกราคม 2558

ภาษาไทย



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

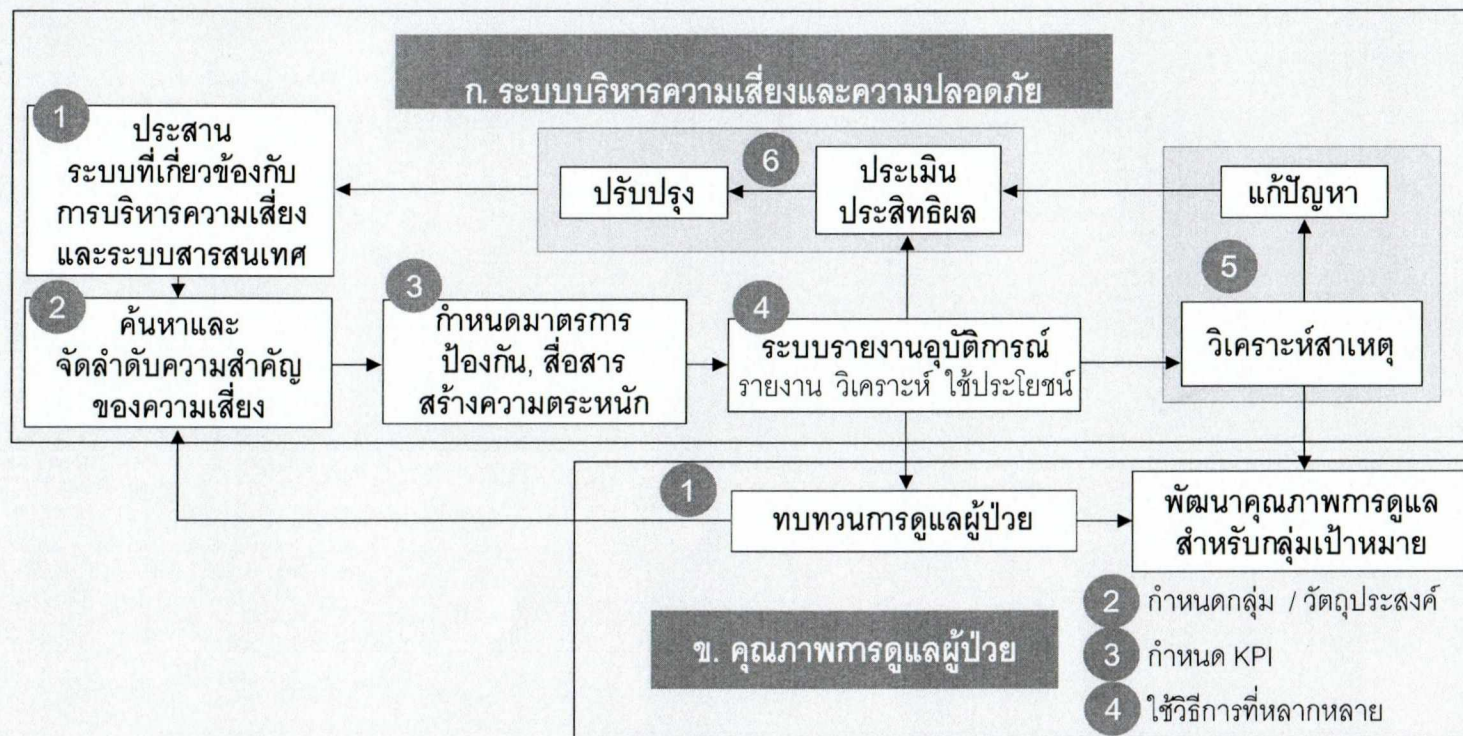
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (Risk, Safety, and Quality Management)

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2)

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ.

ก. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

- (1) มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่างๆ, รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง.
- (2) มีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป⁵⁹ ในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกันที่มุ่งปกป้องผู้ป่วย/ผู้มารับบริการ จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย.
- (3) มีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนักรู้อย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล.
- (4) องค์กรจัดวางระบบจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล ซึ่งครอบคลุมทะเบียนรายงานความเสี่ยง และระบบรายงานอุบัติการณ์. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน. มีการกำหนดขั้นตอนในการแจ้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและญาติ.

⁵⁹ วิธีการค้นหาความเสี่ยง อาจใช้การสังเกตกระบวนการทำงานโดยตรง, การสำรวจสถานที่, การพูดคุยกับบุคลากรและผู้เชี่ยวชาญ, การทบทวน และวิเคราะห์อุบัติการณ์, การวิเคราะห์ FMEA, การทบทวนเวชระเบียน, และการทบทวนวรรณกรรม

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (5) มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (root cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบ⁶⁰ที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม.
- (6) มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น.

⁶⁰ ปัจจัยเชิงระบบ (system factors) ที่อยู่เบื้องหลังปัญหา เช่น การฝึกอบรม การสื่อสาร ข้อมูลข่าวสาร ศักยภาพของบุคลากร การออกแบบระบบงาน ภาระงาน การนิเทศ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

- (1) มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย⁶¹อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.
- (2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก⁶² เป็นเป้าหมายที่จะพัฒนา กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ.
- (3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.
- (4) ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิถืองค์รวม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์ root cause นวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษา พัฒนาตามความเหมาะสม.

⁶¹ การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย, การทบทวนเวชระเบียน / การตรวจสอบทางคลินิก / การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ, การทบทวนอุบัติการณ์ / ภาวะแทรกซ้อน / การเสียชีวิต, การทบทวนการใช้ทรัพยากร, การทบทวนความเหมาะสมในการใช้ยา, การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน, การประเมินความรู้ความสามารถและทักษะ, การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย, การทบทวนการใช้ยา, การทบทวนการใช้เลือด, การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล, การทบทวนตัวชี้วัด

⁶² กลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) คือกลุ่มผู้ป่วยด้วยภาวะใดภาวะหนึ่งหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ทารกแรกเกิด, ผู้ป่วยวัณโรค, ผู้ติดเชื้อ HIV, ผู้รับการผ่าตัดสมอง

SPA Part II (Developing)

คู่มือการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

สำหรับ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

SPA II - 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2)

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ.

ก. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

(1) มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่างๆ, รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ระบบงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง เช่น ระบบบริหารอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม, ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ, ระบบบริการอาชีวอนามัย, ระบบยา, ระบบสารสนเทศ, ระบบพัฒนาบุคลากร, ระบบรายงานอุบัติการณ์, ระบบการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ, ระบบผู้ป่วย/ลูกค้าสัมพันธ์, ระบบเวชระเบียน, ระบบการกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาว่าจะประสานเชื่อมโยงระบบที่เกี่ยวข้องกันอย่างไร
 - ข้อมูลของระบบหนึ่งจะนำไปใช้เป็นประโยชน์สำหรับระบบอื่นๆ ได้อย่างไร เช่น ข้อมูลจากระบบรายงานอุบัติการณ์ จะนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อระบบการพัฒนาบุคลากร ระบบการนิเทศงาน ฯลฯ ได้อย่างไร
 - วิเคราะห์ว่าระบบใดเป็นผู้รับผลงานของระบบที่เรารับผิดชอบ รับผิดชอบต่อความต้องการและดำเนินการตอบสนองความต้องการของระบบที่เป็นผู้รับผลงานของเราหรือทำงานต่อจากเรา
 - การวางแผนดำเนินการของระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง มีอะไรบ้างที่สามารถทำร่วมกันได้ เช่น การวิเคราะห์ความเสี่ยง การตรวจเยี่ยมในสถานที่จริง การออกแบบระบบเพื่อป้องกันความเสี่ยง การจัดทำคู่มือ การฝึกอบรม การรายงาน การติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
 - การบูรณาการระบบบริหารความเสี่ยงสู่การปฏิบัติในแต่ละหน่วยงาน
 - การวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ยังไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง เพื่อกำหนดผู้รับผิดชอบที่เหมาะสม
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาว่าจะบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นต่อไปนี้
 - ข้อมูลความเสี่ยงและอุบัติการณ์ในภาพรวมของโรงพยาบาล ซึ่งควรจะต้องมีความชัดเจนในวิธีการประมวลผลจากหน่วยย่อยมาสู่ภาพรวมเป็นลำดับขั้น ควรสามารถแสดงข้อมูลแนวโน้มตามลำดับเวลา (trend) และการจำแนกข้อมูลที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถวิเคราะห์จุดที่จะดำเนินการปรับปรุงได้
 - การระบุหรือขึ้นทะเบียนความเสี่ยงที่ต้องดำเนินการแก้ไข และการติดตามความก้าวหน้า

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาพรวมของการประสานเชื่อมโยงระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง และการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง

(2) มีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป ในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญเพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจเรื่องการค้นหาความเสี่ยงในประเด็นต่อไปนี้
 - เป้าหมายของการค้นหาความเสี่ยงควรมุ่งเพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการป้องกัน และการนำไปปฏิบัติ มิใช่เพียงแค่การจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง
 - การแบ่งประเภทของความเสี่ยง เป็นเพียงเพื่อให้สามารถค้นหาความเสี่ยงได้ครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้นและช่วยให้ง่ายต่อการส่งข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ ไม่ควรก่อให้เกิดความกังวลว่าจะระบุประเภทของความเสี่ยงได้ถูกต้องหรือไม่
 - ความเสี่ยงคือโอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์ อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วเป็นความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยรายอื่นๆ ในอนาคต การค้นหาความเสี่ยงอาจจะพิจารณาโอกาสที่จะเกิดอุบัติการณ์ร่วมกับสถิติอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น
 - วิธีการค้นหาความเสี่ยง อาจจะทำได้โดย
 - เรียนรู้จากบทเรียนของผู้อื่น เช่น รายงานจากสื่อมวลชน การพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญ การเรียนรู้จากเครือข่าย การสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการกับเพื่อนร่วมวิชาชีพหรือช่องทางอื่นๆ
 - ทบทวนความรู้ทางวิชาการ เช่น การทบทวนวรรณกรรม (รวมทั้ง patient safety guide : SIMPLE)
 - ทบทวนบทเรียนของเราเอง
 - เหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นแล้ว เช่น รายงานอุบัติการณ์ การทบทวนเวชระเบียน กิจกรรมทบทวนคุณภาพหรือการทบทวนทางคลินิก ตัวชี้วัดต่างๆ บันทึกตรวจการ
 - เหตุการณ์ที่ยังไม่เคยเกิดขึ้น เช่น การวิเคราะห์กระบวนการ, การตามรอยทางคลินิก, การวิเคราะห์ FMEA (โอกาสที่จะเกิดปัญหขึ้นในอนาคตในระบบงานที่ยังไม่ได้นำไปใช้ปฏิบัติ)
 - ตรวจสอบสถานการณ์จริงของเรา เช่น การสำรวจในสถานที่จริง การตามรอยกระบวนการทำงาน การตามรอยทางคลินิก

- นำความเสี่ยงที่วิเคราะห์ได้มาจัดทำ Risk Profile ซึ่งเป็นการนำเสนอภาพรวมของความเสี่ยง ซึ่งอาจมีได้หลายรูปแบบ

- บัญชีรายการความเสี่ยง เป็นวิธีที่เรียบง่ายที่สุด
- Risk matrix เป็นการจำแนกแยกแยะความเสี่ยงตามความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยง อาจจะเป็น 2x2, 3x3, 3x4 table
- การวิเคราะห์ลักษณะ การกระจาย แนวโน้มของความเสี่ยงและอุบัติการณ์ต่างๆ และนำเสนอด้วยแผนภูมิ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้น

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนดแนวทางในการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง เพื่อให้หน่วยงาน ทีมงาน และคณะกรรมการในระดับต่างๆ ใช้ปฏิบัติ
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รวบรวมความเสี่ยงที่สำคัญจากส่วนย่อยต่างๆ มาประมวลผลเป็นภาพรวม ความเสี่ยงของโรงพยาบาล และจัดลำดับความสำคัญ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่จัดลำดับความสำคัญเพื่อการสื่อสารใน รพ.

(3) มีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนักรู้อย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ (ทั้งระดับหน่วยงานและทีมในระดับกลาง) ดำเนินการเพื่อป้องกันความเสี่ยงสำคัญที่ได้วิเคราะห์ไว้
 - กำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม โดยใช้การวิเคราะห์ root cause และใช้แนวคิด human factors engineering มาออกแบบระบบงานให้เอื้อต่อการทำในสิ่งที่ถูกต้อง แนวคิด human factors engineering สามารถนำมาใช้ในการออกแบบต่อไปนี้
 - การเขียนฉลาก
 - การส่งสัญญาณเตือน
 - การนำเสนอข้อมูล
 - แบบบันทึก
 - กระบวนการ/ขั้นตอนการทำงาน
 - ซอฟต์แวร์
 - สถานที่ทำงาน
 - การฝึกอบรม
 - เครื่องช่วยการจำ การคิด การตัดสินใจ (cognitive aids)
 - นโยบายและระเบียบปฏิบัติ

- สื่อสารและสร้างความตระหนักในการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
- ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่ออกแบบไว้
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องติดตามประเมินการออกแบบมาตรการป้องกันของทีมงานและระบบงานต่างๆ ว่ามีความรัดกุมเพียงใด และมาตรการในเรื่องที่สำคัญได้รับการนำไปปฏิบัติเพียงใด

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
- ตัวอย่างมาตรการที่ได้รับการออกแบบอย่างรัดกุมโดยใช้แนวคิด human factor engineering

(4) มีระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่เหมาะสม. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงออกแบบรายงานอุบัติการณ์ (รวมทั้ง near miss) ที่เหมาะสมกับบริบทของรพ. เช่น
 - ระบบที่รวมศูนย์รายงานอุบัติการณ์ทุกเรื่องมาที่ศูนย์กลาง โดยผ่านการรับรู้ของหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - ระบบที่กระจายการรายงานอุบัติการณ์ไว้ตามกลุ่มงานต่างๆ มีการประมวลผลที่ระดับกลุ่มงานและรายงานมาที่ศูนย์กลาง รวมทั้งการกำหนดลักษณะอุบัติการณ์สำคัญที่ต้องรายงานรายละเอียดมาที่ศูนย์กลาง
- การออกแบบรายงานอุบัติการณ์ ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ด้วย
 - ทำให้เกิดการรับรู้และตอบสนองอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของอุบัติการณ์ (เช่น อุบัติการณ์ทั่วไป อุบัติการณ์ที่ต้องรายงานให้หัวหน้าหน่วยงานทราบทันที อุบัติการณ์ที่ต้องรายงานให้ผู้บริหารที่สูงกว่าหัวหน้าหน่วยงานทราบโดยทันที)
 - มีระบบที่ทำให้สามารถติดตามการตอบสนองต่ออุบัติการณ์ต่างๆ ได้ เช่น การขึ้นทะเบียนความเสี่ยง (risk register)
 - มีระบบที่จะ feed back ให้ผู้ปฏิบัติงานและทีมงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้ทราบถึงผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการปรับปรุงต่างๆ ที่เป็นผลมาจากการรายงาน
 - โอกาสในการดักจับหรือตรวจพบอุบัติการณ์ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ซึ่งจะนำมาสู่การประมวลผลข้อมูลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น หรือทำให้มีการรายงานอุบัติการณ์ที่สมบูรณ์มากขึ้นในอนาคต เช่น การใช้ safety brief คือการพูดคุยกันสั้นๆ ระหว่างปฏิบัติงาน/ส่งเวร, การเขียนบันทึกเหตุการณ์ที่ทีม concern ใส่ในช่องที่ติดไว้บนแผนภูมิกระบวนการดูแลผู้ป่วย, กิจกรรมทบทวนคุณภาพ เป็นต้น

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น ทีมทางคลินิก ทีมระดับกลางต่าง ๆ) วิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงาน เช่น ความถี่ แนวโน้ม การจำแนกอุบัติการณ์ตามประเภท การกระจายของอุบัติการณ์ตามสถานที่/เวลา/บุคคล ระบบงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปใช้ในการ
 - ประเมินผล - ประสิทธิภาพของมาตรการป้องกันต่างๆ
 - ปรับปรุง - นำอุบัติการณ์ที่ยังคงเป็นปัญหาไปออกแบบระบบและกำหนดมาตรการป้องกันเพิ่มเติม
 - เรียนรู้ - นำอุบัติการณ์และมาตรการป้องกันมาสร้างความตระหนักและสร้างการเรียนรู้ในกลุ่มเจ้าหน้าที่
 - วางแผน - เพื่อการดำเนินการในระดับกลยุทธ์ของ รพ. เช่น การปรับปรุงปัจจัยระดับองค์กร การปรับปรุงที่ต้องมีการลงทุน การสร้างแรงจูงใจ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่างการปฏิบัติที่ดีเพื่อส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์
- ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์และการนำไปใช้

(5) มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (root cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวทางการวิเคราะห์ root cause ต่างๆ และเรียนรู้ที่จะเลือกใช้อย่างเหมาะสมกับอุบัติการณ์ต่างๆ เช่น
 - การวิเคราะห์ลำดับขั้นของการเกิดเหตุการณ์ และจุดเปลี่ยนในการกระทำหรือการตัดสินใจที่เป็นไปได้
 - การขอให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์พูดถึงความรู้สึก ความต้องการ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงานในขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง
 - การตั้งคำถามทำไมซ้ำหลายๆ ครั้ง ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน
 - การวิเคราะห์โดยใช้กรอบ RCA เต็มรูปแบบ
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดข้อบังคับที่ต้องทำ RCA เช่น
 - อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง ควรทำ RCA เฉพาะสำหรับแต่ละครั้งที่เกิดเหตุการณ์
 - อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงไม่มาก แต่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ควรเลือกนำมาทำ RCA ในภาพรวม
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ทบทวนการทำ RCA ที่ผ่านมาเพื่อเรียนรู้ว่าจะทำ RCA ให้เกิดประโยชน์เต็มที่ได้อย่างไร ได้มีการนำปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลังมาพิจารณาเพียงใด เช่น IEC (Information, Education, Communication), ศักยภาพของบุคลากร, ภาระงาน, การนิเทศงาน, สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน, อุปกรณ์ เครื่องมือ เทคโนโลยี, การออกแบบระบบงานและการควบคุมกำกับ เป็นต้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่างการทำ RCA ที่สะท้อนให้เห็นว่าทีมงานมีความเข้าใจและสามารถใช้ RCA ได้อย่างเหมาะสม

(6) มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย อย่างน้อยในประเด็นต่อไปนี้
 - วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
 - ความครอบคลุมในการค้นหาความเสี่ยงและความรัดกุมของมาตรการป้องกัน
 - การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
 - ความครอบคลุมของการรายงานอุบัติการณ์ (เทียบกับอุบัติการณ์ทั้งหมดที่ประมวลได้จากวิธีต่างๆ)
 - ความสามารถในการป้องกันและลดอุบัติการณ์ รวมทั้งความสูญเสียที่เกิดขึ้น
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้องนำผลที่ได้จากการประเมินไปดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(1) มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมนำทางคลินิกและหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทบทวนคุณภาพที่ปฏิบัติผสมผสานในงานประจำวันอย่างเรียบง่าย สม่ำเสมอ ไม่ซับซ้อน ไม่ติดรูปแบบ ได้แก่
 - การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยหรือการทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งการทบทวนโดยผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคนเอง และการทบทวนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ซึ่งควรทำให้อยู่ที่ระดับที่จำเป็นไปได้
 - การทบทวนเวชระเบียน / การตรวจสอบทางคลินิก / การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ ซึ่งอาจจะใช้ trigger tool เป็นเครื่องมือในการคัดกรองเวชระเบียน
 - การทบทวนอุบัติการณ์ / ภาวะแทรกซ้อน / การเสียชีวิต โดยควรทำเร็วที่สุด
 - การทบทวนการใช้ทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ทรัพยากรที่เป็นผลจากการตัดสินใจทางคลินิก เช่น การ investigate, การใช้ยา, การทำหัตถการ โดยเลือกโอกาสที่จะลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็นได้มากที่สุด
 - การทบทวนความเหมาะสมในการใช้ยา (DUR) เป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนการใช้ทรัพยากร
 - การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ส่วนใหญ่ควรเป็นการดำเนินงานในระดับ รพ. แต่อาจมีการพิจารณาคำร้องเรียนในระดับหน่วยงานด้วย
 - การประเมินความรู้ความสามารถและทักษะ อาจเป็นการทบทวนด้วยตนเอง หรือทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า
 - การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อพิจารณาคัญภาพ และความเหมาะสมในการดูแล ควรทบทวนทุกครั้งที่มีการส่งต่อ
 - การทบทวนการใช้เลือด เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด
 - การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล ควรมีทั้งการทบทวนในระดับภาพรวมของ รพ. โดยคณะกรรมการ IC และทบทวนในระดับหน่วยงานโดยทีมงานของหน่วยงาน
 - การทบทวนตัวชี้วัด แต่ละหน่วยงาน/ทีมงานควรทบทวนตัวชี้วัดที่สะท้อนการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน/ทีมงาน
- ทีมงานเชื่อมโยงการทบทวนไปสู่การปรับปรุงระบบงานทั้งด้วยวิธีการง่ายๆ และการพัฒนาในรูปแบบโครงการที่ครอบคลุมแง่มุมต่างๆ โดยใช้เครื่องมือคุณภาพที่หลากหลาย
- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพประเมินความถี่และความครอบคลุมของกิจกรรมทบทวนโดยหน่วยงานและทีมนำทางคลินิกต่างๆ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความถี่และความครอบคลุมของการทำกิจกรรมทบทวนโดยหน่วยงานและทีมนำทางคลินิกต่าง ๆ
- ตัวอย่างบทเรียนจากการทบทวนที่สะท้อนให้เห็นความสามารถในการใช้การทบทวนทางคลินิกเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบงานที่สำคัญ

(2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก เป็นเป้าหมายที่จะพัฒนา กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ.

(3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมนำทางคลินิก (clinical lead team) หรือทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม (patient care team) ทำความเข้าใจกับคำว่ากลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) ว่าหมายถึงกลุ่มผู้ป่วยด้วยภาวะใดภาวะหนึ่งหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ทารกแรกเกิด, ผู้ป่วยวัณโรค, ผู้ติดเชื้อ HIV, ผู้รับการผ่าตัดสมอง
- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม กำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิกสำคัญที่เป็นเป้าหมายในการพัฒนา ซึ่งอาจจะมีแนวทางพิจารณาดังนี้
 - ใช้เกณฑ์ความเสี่ยงสูง มีค่าใช้จ่ายสูง มีปริมาณมาก มีความหลากหลายในวิธีการรักษา มีผลลัพธ์ที่ยังไม่น่าพอใจ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือร่วมกัน
 - ทบทวนกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ ที่ได้ทำมาแล้ว ด้วยเครื่องมือคุณภาพบางอย่าง เช่น CPG, clinical indicator และเห็นว่าสามารถขยายผลให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น
 - กลุ่มผู้ป่วยที่ทีมเห็นว่ามีความสำคัญหรือน่าสนใจด้วยเหตุผลอื่นๆ
- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม วิเคราะห์ประเด็นสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่เลือกมา และกำหนดเป้าหมายการดูแลที่สอดคล้องกับประเด็นสำคัญดังกล่าว โดยพยายามพิจารณาให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบและทุกขั้นตอนของการดูแล (คือขั้นตอนแรกของการตามรอยทางคลินิกนั่นเอง)
- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม กำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตารางแสดงกลุ่มประชากรทางคลินิก เป้าหมายการดูแล ตัวชี้วัด ของแต่ละทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม

(4) ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ฝึกอบรม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์ root cause นวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษาฟื้นฟู ตามความเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่เลือกขึ้นมาด้วยการตามรอยทางคลินิก
 - ตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนหรือความเสี่ยงในขั้นตอนต่างๆ ของการดูแลผู้ป่วย
 - ตามรอยกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เพื่อนำแนวคิดและวิธีการที่ยังไม่ได้ใช้ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ และมีความสมดุลระหว่างแนวคิดต่างๆ
 - สมดุลระหว่างการดูแลแบบองค์รวม (holistic) กับการใช้ความรู้ทางวิชาการ (evidence-based) และเทคโนโลยี
 - สมดุลระหว่างการเรียนรู้จากความบกพร่องของตนเอง (RCA) กับการเรียนรู้แนวทางปฏิบัติที่ดีของคนอื่น (benchmarking)
 - สมดุลระหว่างการปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐาน (CPG / protocol / CareMap) กับการสร้างนวัตกรรม (innovation)
 - สมดุลระหว่างการพัฒนา competency ของแต่ละคน แต่ละวิชาชีพ กับการทำงานร่วมในลักษณะทีมสหสาขา (multidisciplinary team)
 - ตามรอยระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำระบบดังกล่าวมาสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย
 - ตามรอยผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย และตั้งเป้าหมายที่ท้าทายขึ้นอย่างต่อเนื่อง
 - ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มดำเนินการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยตามข้อมูลวิเคราะห์ที่ได้
- ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป
- สรุปผลลัพธ์ของการตามรอยทางคลินิก (clinical tracer) โรคสำคัญของแต่ละทีมดูแลผู้ป่วยไว้ในภาคผนวกของแบบประเมินตนเอง โรคละไม่เกิน 3 หน้า

SPA in Action (Part II)

คู่มือการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

SPA in Action (Part II)

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 2556

II - 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2)

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ.

ก. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

- (1) มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่าง ๆ, รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ในรอบปีที่ผ่านมา มีการนำข้อมูลจากอุบัติการณ์ไปใช้ในการอบรมพัฒนาบุคลากร การนิเทศงาน การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างไร	เพิ่มเติมเพื่อให้มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลอุบัติการณ์ให้มากขึ้น
ในรอบปีที่ผ่านมา มีการวางแผนเพื่อทำกิจกรรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงร่วมกันอย่างไร เช่น การตรวจเยี่ยมในสถานที่จริง การฝึกอบรม การรายงาน	หาโอกาสในการลดความซ้ำซ้อนของการทำกิจกรรม หรือการทำกิจกรรมแบบแยกส่วน
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการประสานความร่วมมือระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงมีอะไรบ้าง	นำตัวอย่างที่ดีไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงมีอะไรบ้าง	นำตัวอย่างที่ดีไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน

- (2) มีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป ในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
รพ.มีวิธีในการสรุปภาพรวมของความเสี่ยงทั้งหมดอย่างไร เพื่อให้ง่ายในการจัดการกับความเสี่ยงที่สำคัญ	พยายามใช้ risk matrix เพื่อจำแนกแยกแยะความเสี่ยงตามความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยง ทั้งในภาพรวมของ รพ. และในแต่ละหน่วยงาน/ระบบงาน

- (3) มีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนักรู้อย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือตัวอย่างของมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่ได้ผล	ทบทวนว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จคืออะไร เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับเรื่องอื่นๆ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือตัวอย่างของมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่ไม่ค่อยได้ผล	ทบทวนว่าจะนำแนวคิดการออกแบบต่างๆ มาใช้เพื่อให้่ายต่อการปฏิบัติได้อย่างไร เช่น การเขียนฉลาก, สัญญาณเตือน, แบบบันทึก, เครื่องช่วยตัดสินใจ
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการสื่อสารและสร้างความตระหนักเกี่ยวกับมาตรการป้องกันความเสี่ยงมีอะไรบ้าง	นำตัวอย่างที่ดีไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน

(4) มีระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่เหมาะสม. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการรายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด มีอะไรบ้าง	นำตัวอย่างที่ดีไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการส่งเสริมให้มีการรายงาน มีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการรับรู้อุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาดด้วยวิธีอื่นๆ นอกจากรายงาน มีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ มีอะไรบ้าง	

(5) มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (root cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ลองนำอุบัติการณ์ขึ้นมามากรณีหนึ่ง แล้ววิเคราะห์ว่ามีขั้นตอนใดที่หากมีการเปลี่ยนแปลงการกระทำหรือการตัดสินใจแล้วอาจจะทำให้ผลลัพธ์เปลี่ยนแปลงไป พูดคุยกับผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์หรือผู้ที่มีประสบการณ์ว่ามีการรับรู้ ความรู้สึก ความต้องการ อะไรบ้าง	นำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาว่าจะออกแบบระบบงานในเชิงสร้างสรรค์ เพื่อป้องกันอุบัติการณ์ในลักษณะดังกล่าวได้อย่างไร ทดลองทำในหลายๆ กรณีให้เกิดความชำนาญ
ใช้กรณีเดิม วิเคราะห์ว่าปัจจัยเชิงระบบเหล่านี้จะเป็นสาเหตุเพียงใด: IEC (Information, Education, Communication), ศักยภาพของบุคลากร, ภาระงาน, การนิเทศงาน, สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน, อุปกรณ์ เครื่องมือ เทคโนโลยี, การออกแบบระบบงานและการควบคุมกำกับ	หาบทสรุปว่าทั้งสองวิธีนี้ได้ผลต่างกันอย่างไร วิธีใดเหมาะสมกับเหตุการณ์แบบไหน

- (6) มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดีขึ้น.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ให้ประเมินโดยใช้ความรู้สึก อะไรเป็นจุดแข็งและจุดอ่อนของระบบบริหารความเสี่ยงของ รพ.	นำข้อมูลที่ได้รับไปออกแบบการประเมินผลโดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อยืนยันความเห็นที่ได้รับ
ให้ประเมินโดยใช้ความรู้สึก ผลงานของ รพ.ในเรื่องต่อไปนี้ในระดับดีเพียงใด: วัฒนธรรมความปลอดภัย, การระบุความเสี่ยง, การออกแบบและปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน, การรายงานอุบัติการณ์, การเรียนรู้จากอุบัติการณ์, การลดลงของความเสี่ยง	

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(1) มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยหรือการทบทวนข้างเตียงที่ผสมผสานเข้ากับงานประจำ	นำตัวอย่างที่ดีไปขยายผลหาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนเวชระเบียน	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนอุบัติการณ์ ภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิต ที่ควรทำเร็วที่สุดและครอบคลุมมากที่สุด	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนการใช้ทรัพยากร รวมทั้งความเหมาะสมในการใช้จ่าย	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า รวมทั้งการประเมินความรู้ความสามารถและทักษะ	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพิจารณาศักยภาพและความเหมาะสมในการดูแล	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนการใช้เลือด	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนการติดเชื้อใน รพ.	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนตัวชี้วัดของหน่วยงาน/ทีมงาน	

(2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก เป็นเป้าหมายที่จะพัฒนา กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ.

(3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างที่ดีของการเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมาพัฒนา และกลุ่มที่ควรเป็นเป้าหมายต่อไป	วางแผนที่จะพัฒนาต่อ
ตัวอย่างที่ดีของการเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาพัฒนา และกลุ่มที่ควรเป็นเป้าหมายต่อไป	วางแผนที่จะพัฒนาต่อ
ตัวอย่างที่ดีของการเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีปริมาณมากมาพัฒนา และกลุ่มที่ควรเป็นเป้าหมายต่อไป	วางแผนที่จะพัฒนาต่อ
ตัวอย่างที่ดีของการเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความหลากหลายในวิธีการรักษามาพัฒนา และกลุ่มที่ควรเป็นเป้าหมายต่อไป	วางแผนที่จะพัฒนาต่อ
ตัวอย่างที่ดีของการเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์การดูแลยังไม่น่าพอใจมาพัฒนา และกลุ่มที่ควรเป็นเป้าหมายต่อไป	วางแผนที่จะพัฒนาต่อ
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมและติดตามผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	นำตัวอย่างที่ดีไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน

(4) ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิถีองค์กรวม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์ root cause นวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริมรักษา พื้นฟู ตามความเหมาะสม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เข้าไปดูในสถานที่จริง	นำตัวอย่างที่ดีไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทำ clinical CQI โดยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทำ clinical CQI ที่คำนึงถึงการดูแลอย่างเป็นองค์รวม	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทำ clinical CQI โดยใช้ข้อมูลวิชาการ	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทำ clinical CQI โดยใช้นวัตกรรม	

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทำ clinical CQI โดยปรับวิถีของปฏิบัติการ	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทำ clinical CQI โดยการเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีกว่า	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทำ clinical CQI ที่ทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องหรือมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทำ clinical CQI ที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	



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

HA Scoring Guideline

www.ha.or.th



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
เลขที่ 88/35 อาคารคุณภาพแห่งชาติ ชั้น 5 ถนนพหลโยธินซอย 6 ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10110
โทรศัพท์ 02 832 7400 โทรสาร 02 832 7540



1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2) มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ.										
32 ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	ตอบสนองปัญหา/เหตุการณ์เฉพาะรายอย่างเหมาะสม			มีระบบรายงานอุบัติการณ์, มีวิเคราะห์สาเหตุและปรับปรุง, มีกิจกรรมสร้างความตื่นตัวในงานประจำ		วิเคราะห์ความเสี่ยงรอบด้าน (ทั้งที่เคยเกิดและที่มีโอกาสเกิด), ระบบงานได้รับการออกแบบอย่างรัดกุมและนำไปปฏิบัติ		บูรณาการระบบงานและระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง		มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยง, มีวัฒนธรรมความปลอดภัยเด่นชัด
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
33 การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย (ที่แนะนำไว้ในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA)	มีการทบทวนเป็นครั้งคราว			มีการทบทวนที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน		มีการทบทวนที่ครอบคลุมโอกาสเกิดปัญหาสำคัญ, นำมาสู่การปรับปรุงระบบงาน		มีการทบทวนที่บูรณาการเข้าเป็นกิจกรรมประจำของหน่วยงาน, มีการติดตามการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น		มีวัฒนธรรมของการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการมีระบบ concurrent monitoring
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
34 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ	เริ่มต้นใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพทางคลินิก เช่น indicator, CPG			ใช้เครื่องมือที่หลากหลายเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลกลุ่มผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามหลัก 3P		การพัฒนาคุณภาพทางคลินิกครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสำคัญในแต่ละสาขา, มีการ monitor KPI อย่างเหมาะสม		ผสมผสานงานวิจัยกับการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก หรือ R2R, ผสมผสานทุกแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก, ผลลัพธ์ทางคลินิกมีแนวโน้มที่ดีขึ้น		มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีเลิศ
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0