

SPA II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (RSQ.1)

มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

ก. การสนับสนุนจากผู้ห้า

(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
 - การเฝ้าระวังผู้ป่วยเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วทันทั่วทั้ง
 - การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์หรือหน่วยงานที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ
 - หลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในลักษณะเดียวกัน จะได้รับการรักษาที่จำเป็นเหมือนกัน ไม่ว่าจะได้รับการคุ้มครองด้วยระบบประกันสุขภาพอะไร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปมาตรการที่เป็นหลักประกันคุณภาพและความปลอดภัย

(3) ผู้นำทุกระดับให้การสนับสนุน และติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทบทวนบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในประเด็นข้างล่างนี้ และดำเนินการให้เข้มข้นมากขึ้น
 - การให้การฝึกอบรมและโอกาส
 - การให้แนวทางและความช่วยเหลือ
 - การขจัดอุปสรรคในการพัฒนา
 - การสร้างแรงจูงใจและให้รางวัล
 - การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น
 - การปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพ
- ผู้นำทบทวนบทบาทในการติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย และดำเนินการให้เข้มข้นมากขึ้น

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

1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (RSQ.1)

มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

ข. การเชื่อมโยงและประสานงาน

(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 สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาการกำหนดตัวชี้วัด 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/หรือ ผลเสียที่ตามมา 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 การมีได้ให้การดูแลตามแผนที่วางไว้หรือประยุกต์แผนการดูแลที่ไม่ถูกต้อง (WHO)
 - near miss คือ การกระทำหรือละเว้นการกระทำซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ไม่เกิดอันตรายเนื่องจากความบังเอิญ การป้องกัน หรือการทำให้ปัญหาทุเลาลง (IOM)
 - วัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) คือคุณลักษณะขององค์กรในด้านความปลอดภัยดังนี้ (1) การรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาด (2) สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิด

พลั้งหรือ near miss โดยไม่ต้องหวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ (3) มีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันความล่อแหลมต่างๆ (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
 - ทีมในระดับสูงที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทาง การพัฒนาคุณภาพ (ถ้าเป็นไปได้ ควรเป็นทีมเดียวกับคณะกรรมการบริหารระดับสูงขององค์กร และควรรับผิดชอบเรื่องการพัฒนาผลการดำเนินการทุกวิธี ไม่ว่าจะใช้เครื่องมือหรือมาตรฐานใด)

- ทีมนำระดับกลาง 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)
- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกับทบทวนประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของคณะกรรมการต่าง ๆ รวมทั้งการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่ใช้อยู่ และวางแผนปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ
- ผลการประเมินประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของคณะกรรมการต่าง ๆ
- การปรับปรุงที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์และประเมินข้างต้น

1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (RSQ.1)

มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

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 โดยตระหนักในความรับผิดชอบของวิชาชีพ ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ทีมในงานปกติประจำ).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- วิธีการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในงานปกติประจำ

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพ ร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานและทีมในระดับกลางร่วมกันประเมินการก่อตัวและการทำหน้าที่ของทีมพัฒนาคุณภาพต่างๆ
 - ทีมพัฒนาคุณภาพที่รวมตัวกันเอง (เช่น กลุ่ม QC/CQI) จากความต้องการแก้ปัญหาที่พบในงานของตนเอง
 - ทีมพัฒนาคุณภาพที่จัดตั้งขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพตามประเด็นสำคัญของหน่วยงาน (จากการวิเคราะห์ service profile)
 - ทีมพัฒนาคุณภาพที่จัดตั้งขึ้นตามการเชิญขององค์กรหรือการชี้แนะของทีมในระดับต่างๆ (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 ทีมทางคลินิก ทีมที่รับผิดชอบระบบงานสำคัญขององค์กร (ทีมกำกับดูแลภาพรวม).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินและปรับปรุงการทำงานของทีมนำระดับกลางที่ทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนาแต่ละเรื่อง

1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (RSQ.1)

มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

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)
 - ส่งเสริมให้มีการทำวิจัยเต็มรูปแบบในเรื่องที่ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนว่าวิธีการปฏิบัติเช่นไรเป็นวิธีการที่ให้ผลดีวกว่ากัน 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

สิ่งที่จะใช้เปรียบเทียบ	วิธีการ/ทีมงานที่เกี่ยวข้อง
ความต้องการของผู้ป่วยในภาพรวม	ทีมงานผู้ป่วยสัมพันธ์วิเคราะห์ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ, วิเคราะห์การยอมรับได้ของผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น ระยะเวลา รอคอยในจุดต่างๆ
ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยเฉพาะจุดบริการ	หน่วยงานหรือทีมนำทางคลินิกวิเคราะห์การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในจุดที่เป็นความต้องการเฉพาะสำหรับบริการนั้น
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	ทีมนำทางคลินิกเข้าร่วมในโปรแกรมตัวชี้วัดเปรียบเทียบ หรือแสวงหาตัวชี้วัดที่นิยมใช้กัน แพร่หลายมาเปรียบเทียบกับผลงานของตน

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) หรือความรู้เชิงปฏิบัติออกมาแลกเปลี่ยนกัน และเก็บบันทึกเพื่อใช้ประโยชน์ต่ออย่างเหมาะสม
- การใช้ service profile เพื่อทำความเข้าใจเป้าหมายและกระบวนการทำงานของหน่วยงาน, วางแผน กำหนดเป้าหมายและติดตามการพัฒนา, บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา, เรียนรู้ประเด็นสำคัญภายในทีมงาน, แลกเปลี่ยนและแบ่งปันประสบการณ์ระหว่างหน่วยงาน
- การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก (clinical tracer) เพื่อประเมินคุณภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความสำคัญ โดยเน้นการเข้าไปดูในสถานการณ์จริง รวบรวมสิ่งดี ๆ ไว้เผยแพร่ และหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่อง (ดู II-1.2)
- การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือที่หลากหลาย (self enquiry ของมาตรฐานตอนที่ III)
- การเยี่ยมเพื่อซักซ้อมความเข้าใจ รับรู้บทเรียนและปัญหาการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ หรือ การเยี่ยมสำรวจภายในด้วยบรรยากาศที่เป็นมิตร ผ่อนคลาย
- ฯลฯ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาพรวมของวิธีการประเมินตนเองที่นำมาใช้ การเรียนรู้และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2)

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ.

ก. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

(1) มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่าง ๆ , รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ระบบงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง เช่น ระบบบริหารอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม, ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ, ระบบบริการอาชีวอนามัย, ระบบยา, ระบบสารสนเทศ, ระบบพัฒนาบุคลากร, ระบบรายงานอุบัติการณ์, ระบบการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ, ระบบผู้ป่วย/ลูกค้าสัมพันธ์, ระบบเวชระเบียน, ระบบการกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาว่าจะประสานเชื่อมโยงระบบที่เกี่ยวข้องกันอย่างไร
 - ข้อมูลของระบบหนึ่งจะนำไปใช้เป็นประโยชน์สำหรับระบบอื่น ๆ ได้อย่างไร เช่น ข้อมูลจากระบบรายงานอุบัติการณ์ จะนำไปใช้เป็นประโยชน์ต่อระบบการพัฒนาบุคลากร ระบบการนิเทศงาน ฯลฯ ได้อย่างไร
 - วิเคราะห์ว่าระบบใดเป็นผู้รับผลงานของระบบที่เรารับผิดชอบ รับผิดชอบต่อความต้องการและดำเนินการตอบสนองความต้องการของระบบที่เป็นผู้รับผลงานของเราหรือทำงานต่อจากเรา
 - การวางแผนดำเนินการของระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง มีอะไรบางอย่างที่สามารถทำร่วมกันได้ 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 จัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจเรื่องการค้นหาความเสี่ยงในประเด็นต่อไปนี้
 - เป้าหมายของการค้นหาความเสี่ยงควรมุ่งเพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการป้องกัน และการนำไปปฏิบัติ มิใช่เพียงแต่การจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง
 - การแบ่งประเภทของความเสี่ยง เป็นเพียงเพื่อให้สามารถค้นหาความเสี่ยงได้ครบถ้วน สมบูรณ์มากขึ้นและช่วยให้ง่ายต่อการส่งข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ ไม่ควรก่อให้เกิดความกังวลว่าจะระบุประเภทของความเสี่ยงได้ถูกต้องหรือไม่
 - ความเสี่ยงคือโอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์ อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วเป็นความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยรายอื่นๆ ในอนาคต การค้นหาความเสี่ยงอาจจะพิจารณาโอกาสที่จะเกิดอุบัติการณ์ ร่วมกับสถิติอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น
 - 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 (โอกาสที่จะเกิดปัญหาขึ้นในอนาคตในระบบงานที่ยังไม่ได้นำไปใช้ปฏิบัติ)
 - ตรวจสอบสถานการณ์จริงของเรา เช่น การสำรวจในสถานที่จริง การตามรอยกระบวนการทำงาน การตามรอยทางคลินิก
 - นำความเสี่ยงที่วิเคราะห์ได้มาจัดทำ Risk Profile ซึ่งเป็นการนำเสนอภาพรวมของความเสี่ยง ซึ่งอาจมีได้หลายรูปแบบ
 - บัญชีรายการความเสี่ยง เป็นวิธีที่เรียบง่ายที่สุด
 - Risk matrix เป็นการจำแนกแยกแยะความเสี่ยงตามตามความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยง อาจจะเป็น 2x2, 3x3, 3x4 table

- การวิเคราะห์ลักษณะ การกระจาย แนวโน้มของความเสี่ยงและอุบัติการณ์ต่างๆ และนำเสนอด้วยแผนภูมิ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้น
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนดแนวทางในการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงเพื่อให้หน่วยงาน ทีมงาน และคณะกรรมการในระดับต่างๆ ใช้ปฏิบัติ
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รวบรวมความเสี่ยงที่สำคัญจากส่วนย่อยต่างๆ มาประมวลผล เป็นภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาล และจัดลำดับความสำคัญ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่จัดลำดับความสำคัญเพื่อการสื่อสารใน รพ.

(3) มีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนกอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ (ทั้งระดับหน่วยงานและทีมนำระดับกลาง) 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
 - สื่อสารและสร้างความตระหนกในการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
 - ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่ออกแบบไว้
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องติดตามประเมินการออกแบบมาตรการป้องกันของทีมงานและระบบงานต่างๆ ว่ามีความรัดกุมเพียงใด และมาตรการในเรื่องที่สำคัญได้รับการนำไปปฏิบัติเพียงใด

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
- ตัวอย่างมาตรการที่ได้รับการออกแบบอย่างรัดกุมโดยใช้แนวคิด human factor engineering

(4) มีระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่เหมาะสม. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงออกแบบรายงานอุบัติการณ์ (รวมทั้ง near miss) ที่เหมาะสมกับบริบทของ รพ. เช่น
 - ระบบที่รวมศูนย์รายงานอุบัติการณ์ทุกเรื่องมาที่ศูนย์กลาง โดยผ่านการรับรู้ของหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - ระบบที่กระจายการรายงานอุบัติการณ์ไว้ตามกลุ่มงานต่างๆ มีการประมวลผลที่ระดับกลุ่มงานและรายงานมาที่ศูนย์กลาง รวมทั้งการกำหนดลักษณะอุบัติการณ์สำคัญที่ต้องรายงานรายละเอียดมาที่ศูนย์กลาง
- การออกแบบรายงานอุบัติการณ์ ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ด้วย
 - ทำให้เกิดการรับรู้และตอบสนองอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของอุบัติการณ์ (เช่น อุบัติการณ์ทั่วไป อุบัติการณ์ที่ต้องรายงานให้หัวหน้าหน่วยงานทราบทันที อุบัติการณ์ที่ต้องรายงานให้ผู้บริหารที่สูงกว่าหัวหน้าหน่วยงานทราบโดยทันที)
 - มีระบบที่ทำให้สามารถติดตามการตอบสนองต่ออุบัติการณ์ต่างๆ ได้
 - มีระบบที่จะ feed back ให้ผู้ปฏิบัติงานและทีมงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้ทราบถึงผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการปรับปรุงต่างๆ ที่เป็นผลมาจากการรายงาน
 - โอกาสในการดักจับหรือตรวจพบอุบัติการณ์ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ซึ่งจะนำมาสู่การประมวลผลข้อมูลที่มีบูรณยิ่งขึ้น หรือทำให้มีการรายงานอุบัติการณ์ที่สมบูรณ์มากขึ้นในอนาคต เช่น การใช้ safety brief คือการพูดคุยกันสั้นๆ ระหว่างปฏิบัติงาน/ส่งเวร, การเขียนบันทึบบันทึกเหตุการณ์ที่ทีม concern ใส่ในช่องที่ติดไว้บนแผนภูมิกระบวนการดูแลผู้ป่วย, กิจกรรมทบทวนคุณภาพ เป็นต้น
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมนำระดับกลางต่างๆ) 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
- คณะกรรมการความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง 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

1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2)

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ.

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(1) มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมนำทางคลินิกและหน่วยดูแลผู้ป่วยต่าง ๆ ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทบทวนคุณภาพที่ปฏิบัติผสมผสานในงานประจำอย่างเรียบง่าย สม่ำเสมอ ไม่ซ้ำซ้อน ไม่ติดรูปแบบ ได้แก่
 - การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยหรือการทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งการทบทวนโดยผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคนเอง และการทบทวนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ซึ่งควรทำให้อย่างน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
 - การทบทวนเวชระเบียน / การตรวจสอบทางคลินิก / การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ ซึ่งอาจจะใช้ trigger tool เป็นเครื่องมือในการคัดกรองเวชระเบียน
 - การทบทวนอุบัติการณ์ / ภาวะแทรกซ้อน / การเสียชีวิต โดยควรทำเร็วที่สุด
 - การทบทวนการใช้ทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ทรัพยากรที่เป็นผลจากการตัดสินใจทางคลินิก เช่น การ investigate, การฉายยา, การทำหัตถการ โดยเลือกโอกาสที่จะลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็นได้มากที่สุด
 - การทบทวนความเหมาะสมในการใช้ยา (DUR) เป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนการใช้ทรัพยากร
 - การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ส่วนใหญ่ควรเป็นการดำเนินงานในระดับ รพ. แต่อาจมีการพิจารณาคำร้องเรียนในระดับหน่วยงานด้วย
 - การประเมินความรู้ความสามารถและทักษะ อาจเป็นการทบทวนด้วยตนเอง หรือทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า
 - การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อพิจารณาศักยภาพ และความเหมาะสมในการดูแล ควรทบทวนทุกครั้งที่มีการส่งต่อ
 - การทบทวนการใช้เลือด เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด
 - การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล ควรมีทั้งการทบทวนในระดับภาพรวมของ รพ. โดยคณะกรรมการ IC และทบทวนในระดับหน่วยงานโดยทีมงานของหน่วยงาน
 - การทบทวนตัวชี้วัด แต่ละหน่วยงาน/ทีมงานควรทบทวนตัวชี้วัดที่สะท้อนการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน/ทีมงาน
- ทีมงานเชื่อมโยงการทบทวนไปสู่การปรับปรุงระบบงานทั้งด้วยวิธีการง่าย ๆ และการพัฒนาในรูปแบบโครงการที่ครอบคลุมแง่มุมต่าง ๆ โดยใช้เครื่องมือคุณภาพที่หลากหลาย

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพประเมินความถี่และความครอบคลุมของกิจกรรมทบทวนโดย
โดยหน่วยงานและทีมนำทางคลินิกต่างๆ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความถี่และความครอบคลุมของการทำกิจกรรมทบทวนโดยหน่วยงานและทีมนำ
ทางคลินิกต่างๆ
- ตัวอย่างบทเรียนจากการทบทวนที่สะท้อนให้เห็นความสามารถในการใช้การทบทวนทางคลินิก
เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบงานที่สำคัญ

(2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก เป็นเป้าหมายที่จะพัฒนา กำหนดเป้าหมายและ
วัตถุประสงค์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ.

(3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมนำทางคลินิก (clinical lead team) หรือทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม (patient care team) ทำ
ความเข้าใจกับคำว่ากลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) ว่าหมายถึงกลุ่มผู้ป่วยด้วย
ภาวะใดภาวะหนึ่งหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ทารกแรกเกิด,
ผู้ป่วยวัณโรค, ผู้ติดเชื้อ HIV, ผู้รับการผ่าตัดสมอง
- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม กำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิกสำคัญที่เป็นเป้าหมายในการพัฒนา ซึ่ง
อาจจะมีแนวทางพิจารณา ดังนี้
 - ใช้เกณฑ์ความเสี่ยงสูง มีค่าใช้จ่ายสูง มีปริมาณมาก มีความหลากหลายในวิธีการรักษา
มีผลลัพธ์ที่ยังไม่น่าพอใจ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือรวมกัน
 - ทบทวนกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ที่ได้ทำมาแล้ว ด้วยเครื่องมือ
คุณภาพบางอย่าง เช่น CPG, clinical indicator และเห็นว่าสามารถขยายผลให้มีความ
สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
 - กลุ่มผู้ป่วยที่ทีมเห็นว่ามีความสำคัญหรือน่าสนใจด้วยเหตุผลอื่นๆ
- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม วิเคราะห์ประเด็นสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่เลือกมา และกำหนด
เป้าหมายการดูแลที่สอดคล้องกับประเด็นสำคัญดังกล่าว โดยพยายามพิจารณาให้ครอบคลุมทุก
องค์ประกอบและทุกขั้นตอนของการดูแล (คือขั้นตอนแรกของการตามรอยทางคลินิกนั่นเอง)
- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม กำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยตาม
เป้าหมายที่กำหนดไว้

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตารางแสดงกลุ่มประชากรทางคลินิก เป้าหมายการดูแล ตัวชี้วัด ของแต่ละทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะ
กลุ่ม

(4) ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความ
ร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิธีองค์กรรวม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์ root cause นวัตกรรม

การเปรียบเทียบกับผู้ที่ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษา ฟื้นฟู ตามความเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่เลือกขึ้นมาด้วยการตามรอยทางคลินิก
 - ตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนหรือความเสี่ยงในขั้นตอนต่างๆ ของการดูแลผู้ป่วย
 - ตามรอยกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เพื่อนำแนวคิดและวิธีการที่ยังไม่ได้ใช้ มาใช้ให้เกิดประโยชน์และมีความสมดุลระหว่างแนวคิดต่างๆ
 - 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 และตั้งเป้าหมายที่ทำหายขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มดำเนินการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยตามข้อมูลทีวิเคราะห์ได้ ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป
 - สรุปผลลัพธ์ของการตามรอยทางคลินิก (clinical tracer) โรคสำคัญของแต่ละทีมดูแลผู้ป่วยไว้ในภาคผนวกของแบบประเมินตนเอง โรคละไม่เกิน 3 หน้า