



เรียนรู้ Patient safety research เพื่อการพัฒนาคุณภาพ

รศ.ดร.นพ. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม และ
ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (TRC-HS)
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แลกเปลี่ยนกันวันนี้

- งานวิจัย vs. โครงการพัฒนาคุณภาพ
- เราเรียนรู้อะไรได้จากงานวิจัยด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย
- แหล่งข้อมูลของงานวิจัยด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่น่าสนใจ
- ความต้องการด้านงานวิจัยด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทย

งานวิจัย vs. โครงการพัฒนาคุณภาพ

| | งานวิจัย | โครงการพัฒนาคุณภาพ |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| จุดมุ่งหมาย และ การใช้ประโยชน์ | ความรู้ใหม่ เพื่อสามารถนำไปใช้ต่อ หรือขยายได้ | การพัฒนาหรือปรับปรุงภายในองค์กร |
| การใช้ทฤษฎีและ องค์ความรู้ | -การทบทวนองค์ความรู้อย่างรอบด้านเพื่อสร้างกรอบแนวคิด -การวิเคราะห์เนื้อหา/สถิติ | -มักขึ้นกับทีมงาน ปัญหาและความต้องการหาสาเหตุ -เครื่องมือของกลุ่มคุณภาพ |
| จุดเน้นของวิธีการดำเนินงาน | -ความถูกต้อง (Validity) -ความเชื่อถือได้ (Reliability) -ความสามารถนำไปขยายผล (Generalizability) | -การนำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการปรับปรุง -การนำไปปฏิบัติได้ ภายใต้สถานการณ์จริงขององค์กร |
| ประเด็นเชิงบริหารจัดการ | -ทุนและค่าใช้จ่ายในการวิจัย -จริยธรรมการวิจัย -มักใช้ระยะเวลานาน | -บริบทเฉพาะของแต่ละองค์กร -ความคุ้มค่าด้านงบประมาณ แรงงานและเวลา |

เราเรียนรู้อะไรได้จากงานวิจัยด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

- Understand the problems
 - Definitions, Classification, Measurements
- Update the situations
 - Epidemiological data (Person, Time, Place, etc.)
- Provide insights into root causes
 - Causation models, Risk factors
- Learn effective interventions
 - Recommendations, Guidelines, Bundles
- Benchmark management approaches

Understand the problems

Defining and classifying medical error: lessons for patient safety reporting systems

M Tamuz, E J Thomas, K E Franchois

See editorial commentary, p 8

Qual Saf Health Care 2004;13:13-20. doi: 10.1136/qshc.2002.003376

Background: It is important for healthcare providers to report safety related events, but little attention has been paid to how the definition and classification of events affects a hospital's ability to learn from its experience.

Objectives: To examine how the definition and classification of safety related events influences key organizational routines for gathering information, allocating incentives, and analyzing event reporting data.

Methods: In semi-structured interviews, professional staff and administrators in a tertiary care teaching hospital and its pharmacy were asked to describe the existing programs designed to monitor medication safety, including the reporting systems. With a focus primarily on the pharmacy staff, interviews were audio recorded, transcribed, and analyzed using qualitative research methods.

Results: Eighty six interviews were conducted, including 36 in the hospital pharmacy. Examples are presented which show that: (1) the definition of an event could lead to under-reporting; (2) the classification of a medication error into alternative categories can influence the perceived incentives and disincentives for incident reporting; (3) event classification can enhance or impede organizational routines for data analysis and learning; and (4) routines that promote organizational learning within the pharmacy can reduce the flow of medication error data to the hospital.

Discussion: These findings from one hospital raise important practical and research questions about how reporting systems are influenced by the definition and classification of safety related events. By understanding more clearly how hospitals define and classify their experience, we may improve our capacity to learn and ultimately improve patient safety.

Update the situations

Abstract

Background: Research into adverse events (AEs) has highlighted the need to improve patient safety. AEs are unintended injuries or complications resulting in death, disability or prolonged hospital stay that arise from health care management. We estimated the incidence of AEs among patients in Canadian acute care hospitals.

Methods: We randomly selected 1 teaching, 1 large community and 2 small community hospitals in each of 5 provinces (British Columbia, Alberta, Ontario, Quebec and Nova Scotia) and reviewed a random sample of charts for nonpsychiatric, nonobstetric adult patients in each hospital for the fiscal year 2000. Trained reviewers screened all eligible charts, and physicians reviewed the positively screened charts to identify AEs and determine their preventability.

Results: At least 1 screening criterion was identified in 1527 (40.8%) of 3745 charts. The physician reviewers identified AEs in 255 of the charts. After adjustment for the sampling strategy, the AE rate was 7.5 per 100 hospital admissions (95% confidence interval [CI] 5.7–9.3). Among the patients with AEs, events judged to be preventable occurred in 36.9% (95% CI 32.0%–41.8%) and death in 20.8% (95% CI 7.8%–33.8%). Physician reviewers estimated that 1521 additional hospital days were associated with AEs. Although men and women experienced equal rates of AEs, patients who had AEs were significantly older than those who did not (mean age [and standard deviation] 64.9 [16.7] v. 62.0 [18.4] years; $p = 0.016$).

Interpretation: The overall incidence rate of AEs of 7.5% in our study suggests that, of the almost 2.5 million annual hospital admissions in Canada similar to the type studied, about 185 000 are associated with an AE and close to 70 000 of these are potentially preventable.

The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada

G. Ross Baker, Peter G. Norton, Virginia Flintoft, Régis Blais, Adalsteinn Brown, Jafna Cox, Ed Etchells, William A. Ghali, Philip Hébert, Sumit R. Majumdar, Maeve O'Beirne, Luz Palacios-Derflingher, Robert J. Reid, Sam Sheps, Robyn Tamblyn

BACKGROUND

Risk factors for medical errors remain poorly understood. We performed a case-control study of retained foreign bodies in surgical patients in order to identify risk factors for this type of error.

METHODS

We reviewed the medical records associated with all claims or incident reports of a retained surgical sponge or instrument filed between 1985 and 2001 with a large malpractice insurer representing one third of the physicians in Massachusetts. For each case, we identified an average of four randomly selected controls who underwent the same type of operation during the same six-month period.

RESULTS

Our study included 54 patients with a total of 61 retained foreign bodies (of which 69 percent were sponges and 31 percent instruments) and 235 control patients. Thirty-seven of the patients with retained foreign bodies (69 percent) required reoperation, and one died. Patients with retained foreign bodies were more likely than controls to have had emergency surgery (33 percent vs. 7 percent, $P < 0.001$) or an unexpected change in surgical procedure (34 percent vs. 9 percent, $P < 0.001$). Patients with retained foreign bodies also had a higher mean body-mass index and were less likely to have had counts of sponges and instruments performed. In multivariate analysis, factors associated with a significantly increased risk of retention of a foreign body were emergency surgery (risk ratio, 8.8 [95 percent confidence interval, 2.4 to 31.9]), unplanned change in the operation (risk ratio, 4.1 [95 percent confidence interval, 1.4 to 12.4]), and body-mass index (risk ratio for each one-unit increment, 1.1 [95 percent confidence interval, 1.0 to 1.2]).

CONCLUSIONS

The risk of retention of a foreign body after surgery significantly increases in emergencies, with unplanned changes in procedure, and with higher body-mass index. Case-control analysis of medical-malpractice claims may identify and quantify risk factors for specific types of errors.

Provide insights into root causes

PATIENT SAFETY

Risk Factors for Retained Instruments and Sponges after Surgery

Atul A. Gawande, M.D., M.P.H., David M. Studdert, LL.B., Sc.D., M.P.H.,
E. John Orav, Ph.D., Troyen A. Brennan, M.D., J.D., M.P.H.,
and Michael J. Zinner, M.D.

N ENGL J MED 348:3 WWW.NEJM.ORG JANUARY 16, 2003

Learn effective interventions

Medication safety program reduces adverse drug events in a community hospital

M M Cohen, N L Kimmel, M K Benage, M J Cox, N Sanders, D Spence, J Chen

Qual Saf Health Care 2005;14:169–174. doi: 10.1136/qshc.2004.010942

Background: There is widespread interest in improving medication safety, particularly in the hospital setting. Numerous suggestions have been made as to how this should be done, but there is a paucity of data demonstrating the effectiveness of any of the interventions that have been proposed.

Objectives: To assess the impact of a wide ranging, community hospital based patient safety program on patient harm as measured by the rate of adverse drug events.

Design: An audit of discharged hospital patients was conducted from January 2001 to December 2003. Baseline data were collected for the first 6 months and multiple drug protocols and other interventions were instituted on the nursing units and in the pharmacy department over the subsequent 9 months (transition period). These interventions were largely based on information about medication risks acquired from internal medication event reporting. Each month of the study adverse drug events (ADE) were sought from a random sample of inpatient charts. A trigger tool was used to detect clues to ADEs, the presence of which was confirmed or excluded by detailed manual chart review. The severity of these events was categorized using the classification system of the National Coordinating Council for Medication Error and Reporting and Prevention.

Main outcome measures and results: Median ADEs per 1000 doses of medication dispensed declined significantly from 2.04 to 0.65 ($p < 0.001$). Median ADEs per 100 patient days declined significantly from 5.07 to 1.30 ($p < 0.001$). The proportion of inpatients with one or more ADE in the baseline period was 31% and declined threefold ($p < 0.001$). The severity of reported medication events also declined. The number of ADEs associated conclusively with patient harm was 1.67 per total doses delivered in the baseline period and declined eightfold ($p < 0.001$).

Conclusion: The implementation of a carefully planned series of low cost interventions focused on high risk medications, driven by information largely from internal event reporting, and designed to improve a hospital's medication safety leads to a significant decrease in patient harm.

Benchmark management approaches

Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review

Ali Baba-Akbari Sari, Trevor A Sheldon, Alison Cracknell, Alastair Turnbull

BMJ, doi:10.1136/bmj.39031.507153.AE (published 15 December 2006)

Abstract

Objective To evaluate the performance of a routine incident reporting system in identifying patient safety incidents.

Design Two stage retrospective review of patients' case notes and analysis of data submitted to the routine incident reporting system on the same patients.

Setting A large NHS hospital in England.

Population 1006 hospital admissions between January and May 2004: surgery (n = 311), general medicine (n = 251), elderly care (n = 184), orthopaedics (n = 131), urology (n = 61), and three other specialties (n = 68).

Main outcome measures Proportion of admissions with at least one patient safety incident; proportion and type of patient safety incidents missed by routine incident reporting and case note review methods.

Results 324 patient safety incidents were identified in 230/1006 admissions (22.9%; 95% confidence interval 20.3% to 25.5%). 270 (83%) patient safety incidents were identified by case note review only, 21 (7%) by the routine reporting system only, and 33 (10%) by both methods. 110 admissions (10.9%; 9.0% to 12.8%) had at least one patient safety incident resulting in patient harm, all of which were detected by the case note review and six (5%) by the reporting system.

Conclusion The routine incident reporting system may be poor at identifying patient safety incidents, particularly those resulting in harm. Structured case note review may have a useful role in surveillance of routine incident reporting and associated quality improvement programmes.

Patient safety research priorities



| | Developing Countries | Countries with Economies in Transition | Developed Countries |
|----|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Counterfeit & substandard drugs | Inadequate competence & training skills | Lack of communication & coordination (including coordination across organizations, discontinuity & handovers) |
| 2. | Inadequate competence training & skills | Lack of appropriate knowledge & transfer | Latent organizational failures |
| 3. | Maternal & newborn care | Lack of communication & coordination (including coordination across organizations, discontinuity & handovers) | Poor safety culture & blame-oriented processes |
| 4. | Health care-associated infections | Health care-associated infections | Inadequate safety indicators |
| 5. | Unsafe injection practices | Maternal & newborn care | Adverse drug events due to drugs & medication errors |
| 6. | Unsafe blood practices | Adverse drug events due to drugs & medication errors | Care of the frail & elderly |

| Topic # | Quality domain | Patient safety topic |
|---------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Structure | Organisational determinants and latent failures |
| 2 | Structure | Structural accountability: the use of accreditation and regulation to advance patient safety |
| 3 | Structure | Safety culture |
| 4 | Structure | Inadequate training and education, manpower issues |
| 5 | Structure | Stress and fatigue |
| 6 | Structure | Production pressures |
| 7 | Structure | Lack of appropriate knowledge and availability of knowledge, transfer of knowledge |
| 8 | Structure | Devices, procedures without human factors engineering |
| 9 | Process | Errors in process of care through misdiagnosis |
| 10 | Process | Errors in the process of care through poor test follow-up |
| 11 | Process | Errors in the structure and process of care: counterfeit and substandard drugs |
| 12 | Process | Measures of patient safety |
| 13 | Process | Errors in process: unsafe injection practices |
| 14 | Outcomes | Adverse events and injuries due to medical devices |
| 15 | Outcomes | Adverse events due to medications |
| 16 | Outcomes | Adverse events: injury to patients due to surgical errors |
| 17 | Outcomes | Adverse events due to healthcare associated infections |
| 18 | Outcomes | Adverse events due to unsafe blood products |
| 19 | Outcomes | Patient safety among pregnant women and newborns |
| 20 | Outcomes | Patient safety concerns among older adults |
| 21 | Outcomes | Adverse events due to falls in the hospital |
| 22 | Outcomes | Injury due to pressure sores and decubitus ulcers |
| 23 | Outcomes | How to bring the patients' voices into the patient safety agenda |

Patient safety research: an overview of the global evidence

A K Jha,^{1,2,3} N Prasopa-Plaizier,⁴ I Larizgoitia,⁴ D W Bates,^{1,2} On Behalf of the Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety

Qual Saf Health Care 2010;**19**:42–47. doi:10.1136/qshc.2008.029165

แหล่งข้อมูลของงานวิจัยด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่น่าสนใจ

- Agency for Health Research and Quality
www.ahrq.org
- World Alliance for Patient Safety
www.who.int/patientsafety/research/en/
- Journals
 - Patient safety, quality of health care, health services research, outcome research, healthcare management
 - Clinical / Medical / Professional journals
- Universities' patient safety research centers
 - USA, UK, Canada, Australia
- Google search

ความต้องการด้านงานวิจัยด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทย

- งานวิจัยด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทยยังมีไม่มากนัก ในขณะที่ยังมีความต้องการความรู้เพื่อยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทยและประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ อีกมาก
- ตัวอย่างของผลงานที่มีความโดดเด่น
 - Health care associated infection
 - Safety in anesthesia services
- อุปสรรคที่สำคัญ :
 - เจตคติของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการทำวิจัยในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - ฐานข้อมูล และการบันทึกข้อมูล
 - ทรัพยากรการวิจัย: นักวิจัย และทุนวิจัย
 - ระบบและมาตรฐานการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

Occurrence of adverse events in Thailand

Asian Biomedicine Vol. 3 No. 5 October 2009; 545-550

Brief communication (Original)

Identifying adverse events in hospitalized patients using global trigger tool in Thailand

Santawat Asavaroengchar*, Jiruth Sriratanaban*, Narin Hiransuthikul*, Anuwat Supachutikul*

*Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, *The Institute of Hospital Quality Improvement and Accreditation (HA-Thailand), Nonthaburi 11000, Thailand

| Subgroup | Number of cases | Percent |
|----------------------|-----------------|---------|
| Male | 221 | 38.4 |
| Female | 355 | 61.6 |
| <1 | 108 | 18.8 |
| 1-14 | 46 | 8.0 |
| 15-29 | 89 | 15.5 |
| 30-44 | 107 | 18.6 |
| 45-59 | 89 | 15.5 |
| >60 | 137 | 23.8 |
| Acute | 326 | 56.6 |
| Appointment | 250 | 43.4 |
| Obstetric-Gynecology | 140 | 24.3 |
| Surgery | 154 | 26.7 |
| Medicine | 113 | 19.6 |
| Pediatrics | 148 | 25.7 |
| Orthopedics | 21 | 3.6 |
| Mean (95% CI) | 7.7 (6.5-9.0) | |
| Median (Q1-Q4) | 4.0 (2.0-7.0) | |

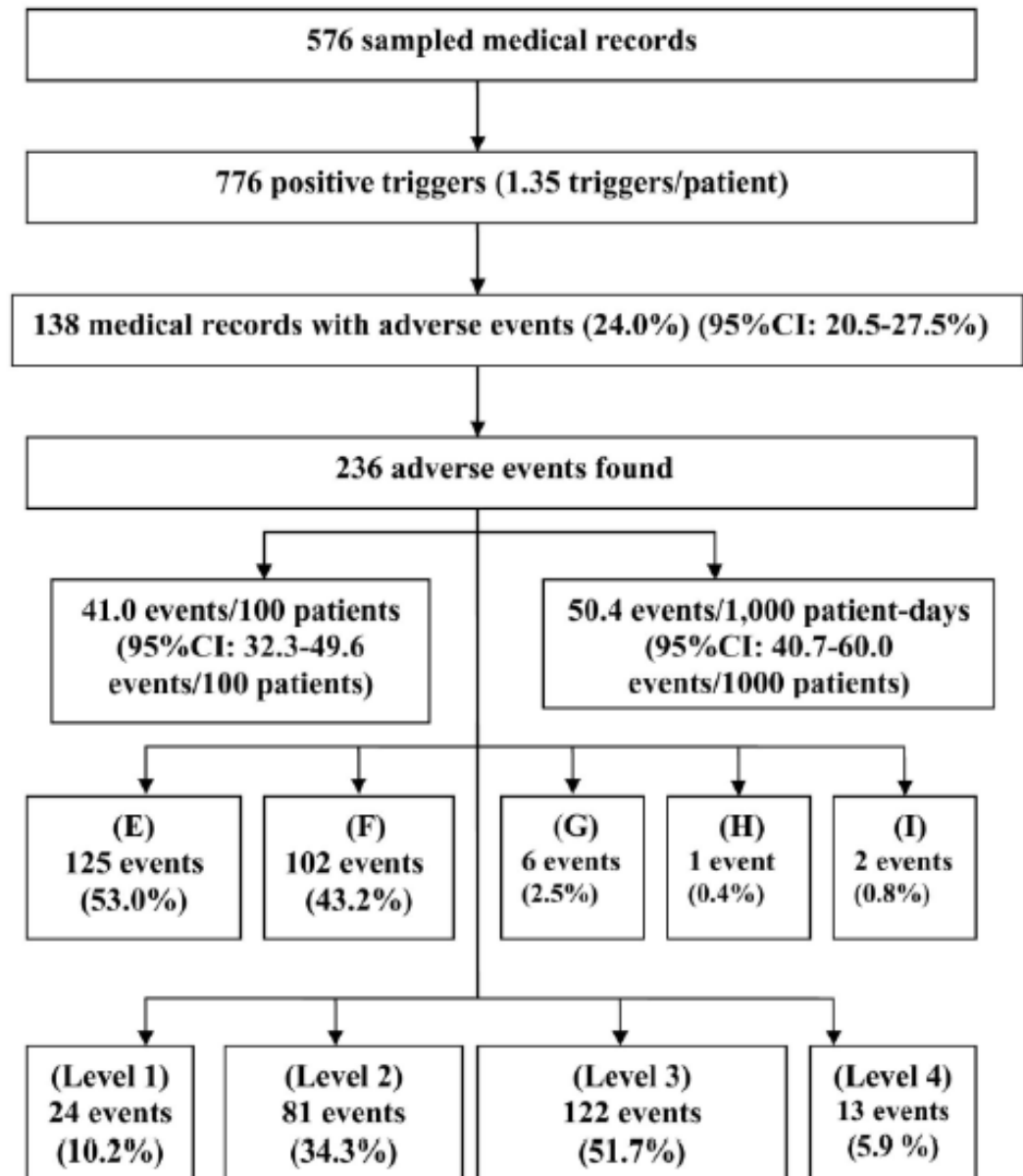


Fig. 1 Number of result in each process of review. E, F, G, H, and I indicate severity-rating.

| | Patient Safety Goals (SIMPLE) | Amount | Percent |
|----------|------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|
| <i>S</i> | <i>Safe surgery</i> | <i>48</i> | <i>20.3</i> |
| S1 | Surgical site infection (SSI) prevention | 5 | 2.1 |
| S2 | Safe anesthesia | 7 | 3.0 |
| S3 | Safe surgical team | 9 | 3.8 |
| S3.1 | Correct procedure at correct body site | 4 | 1.7 |
| S3.2 | Surgical safety checklist | 23 | 9.7 |
| <i>I</i> | <i>Infection control</i> | <i>40</i> | <i>16.9</i> |
| I1 | Hand hygiene/clean hand | 8 | 3.4 |
| I2 | Prevention of healthcare associated infection | 14 | 5.9 |
| I2.1 | Catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) prevention | 8 | 3.4 |
| I2.2 | Ventilator-associated pneumonia (VAP) prevention | 6 | 2.5 |
| I2.3 | Central line infection prevention | 4 | 1.7 |
| <i>M</i> | <i>Medication and blood safety</i> | <i>42</i> | <i>17.8</i> |
| M1 | Safe from adverse drug events (ADE) | 31 | 13.1 |
| M1.1 | Control of concentrated electrolyte solutions | 0 | 0 |
| M1.2 | Improve the safety of high-alert drug | 4 | 1.7 |
| M2 | Safe from medication error | 1 | 0.4 |
| M2.1 | Look-alike sound-alike medication names | 0 | 0 |
| M3 | Medication reconciliation/assuring medication accuracy at transition in care | 0 | 0 |
| M4 | Blood safety | 6 | 2.5 |
| <i>P</i> | <i>Patient care processes</i> | <i>75</i> | <i>31.8</i> |
| P1 | Patients identification | 0 | 0 |
| P2 | Communication | 0 | 0 |
| P2.1 | Effective communication | 0 | 0 |
| P2.2 | Communication during patient care handovers | 0 | 0 |
| P2.3 | Communicating critical test results | 0 | 0 |
| P2.4 | Verbal or telephone order/communication | 0 | 0 |
| P2.5 | Abbreviations, acronyms, symbols and dose designation | 0 | 0 |
| P3 | Proper diagnosis | 14 | 5.9 |
| P4 | Preventing common complications | 53 | 22.5 |
| P4.1 | Preventing pressure ulcers | 5 | 2.1 |
| P4.2 | Preventing patient falls | 3 | 1.3 |
| <i>L</i> | <i>Line, tube and catheter</i> | <i>4</i> | <i>1.6</i> |
| L1 | Avoiding catheter and tubing misconnections | 4 | 1.6 |
| <i>E</i> | <i>Emergency response</i> | <i>27</i> | <i>11.4</i> |
| E1 | Response to the deteriorating patient/ Rapid response team (RRT) | 3 | 1.3 |
| E2 | Sepsis | 0 | 0 |
| E3 | Acute coronary syndrome | 2 | 8.0 |
| E4 | Maternal and neonatal morbidity | 22 | 9.3 |

Self efficacy and adverse events

Table 2 Occurrences of adverse events and occurrences of adverse events plus near misses recorded at the end of Months 3, 6, 9 and 12

| | Months 1–3 (<i>n</i> = 310) | Months 4–6 (<i>n</i> = 308) | Months 7–9 (<i>n</i> = 306) | Months 10–12 (<i>n</i> = 299) | Overall incident rate (per 100 man-month) |
|-------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|
| Adverse events | | | | | |
| Low self-efficacy group (total = 157) | 11 (<i>n</i> = 157) | 8 (<i>n</i> = 155) | 11 (<i>n</i> = 153) | 9 (<i>n</i> = 149) | 2.12 |
| High self-efficacy group (total = 153) | 1 (<i>n</i> = 153) | 2 (<i>n</i> = 153) | 3 (<i>n</i> = 153) | 2 (<i>n</i> = 150) | 0.44 |
| Period-by-period unadjusted RR | 10.7 [1.5–461.4] | 3.9 [0.7–37.9] | 3.6 [0.9–20.2] | 4.4 [0.9–42.4] | <i>P</i> < 0.001 ^a |
| Adverse events plus near misses | | | | | |
| Low self-efficacy group (total = 157) | 73 (<i>n</i> = 157) | 58 (<i>n</i> = 155) | 68 (<i>n</i> = 153) | 61 (<i>n</i> = 149) | 14.11 |
| High self-efficacy group (total = 153) | 30 (<i>n</i> = 153) | 34 (<i>n</i> = 153) | 41 (<i>n</i> = 153) | 43 (<i>n</i> = 150) | 8.10 |
| Period-by-period unadjusted RR | 2.4 [1.5–3.7] | 1.7 [1.1–2.6] | 1.6 [1.1–2.5] | 1.4 [0.9–2.1] | <i>P</i> < 0.001 ^a |

International Journal of Quality in Health Care 2013, Volume 25, Number 6: pp 673–681
Advance Access Publication: 16 October 2013

10.1093/ijq/hct071

Self-efficacy in diabetic care and occurrence of adverse events in an ambulatory setting

BENJAMAS SIRIKAMONSATHIAN¹, JIRUTH SRIRATANABAN², NARIN HIRANSUTHIKUL² AND SOMRAT LERTMAHARIT²

^aStatistically significant difference in the overall incidence rates between the low- and high self-efficacy groups.

Table 5 Adjusted relative risk of risks of AEs of the LOW self-efficacy group relative to the HIGH self-efficacy group, controlled for significant confounders from bivariate analyses, estimated by Poisson regression using GEE

| | Adjusted RR | 95% confidence interval | <i>P</i> -value |
|----------------------------------------------------|-------------|-------------------------|-----------------|
| Self-efficacy: 'low' relative to 'high' | 4.7 | 2.1–10.2 | <0.001 |
| Age: '60+' relative to '<60' years old | 2.2 | 0.9–5.1 | 0.051 |
| SMBG: 'no' relative to '1–3 times per day' | 0.8 | 0.4–1.5 | 0.60 |
| Use of long-acting insulin: 'Yes' relative to 'No' | 3.1 | 1.7–10.9 | 0.008 |
| Body mass index: '25+' relative to '< 25' | 1.4 | 0.7–2.7 | 0.28 |
| Dose insulin: '>50 unit' relative to '<50 unit' | 1.2 | 0.6–2.1 | 0.51 |
| Status: 'single/window' relative to 'married' | 0.7 | 0.3–1.4 | 0.35 |

Note: total number of subjects = 310 (1223 observations).

Findings from HA Evaluation Study (2013-14)

🍌 Hospital experience :

- Improvements could be identified in areas, such as :

- ❖ *Risk management system*

- ❖ *Prevention and control of hospital acquired infection*

- ❖ *Medication safety*

- ❖ *Environmental safety (Physical)*

- Effective and context-sensitive measures for monitoring patient safety in hospitals are needed
- Patient safety culture needs continuous strengthening

Surveyors' comments: Opportunities for improvements

| หัวข้อมาตรฐาน (N: ปี'52=14; ปี'53=33; ปี'54=41; ปี'55=72) | จำนวนความเห็นของผู้เยี่ยมสำรวจ | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----|----|----|-------------------|----|----|-----|
| | ประเด็นขึ้นชม | | | | ประเด็นโอกาสพัฒนา | | | |
| | 52 | 53 | 54 | 55 | 52 | 53 | 54 | 55 |
| 3. สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV) | 7 | 23 | 33 | 61 | 23 | 67 | 20 | 12 |
| 3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1) | 3 | 7 | 12 | 38 | 5 | 24 | 43 | 102 |
| 3.2 เครื่องมือ/ระบบสารสนเทศ(ENV.2) | 2 | 6 | 9 | 13 | 13 | 22 | 32 | 87 |
| 3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3) | - | 3 | 4 | 17 | 4 | 22 | 32 | 90 |
| 4. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) | 7 | 14 | 24 | 42 | 24 | 63 | 43 | 76 |
| 4.1 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) | - | - | 2 | 10 | 1 | - | 7 | 33 |
| 4.2 ปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ (IC.2) | - | - | - | 14 | 2 | - | 1 | 36 |
| 4.3 การเฝ้าระวัง ติดตามกำกับ และควบคุมการระบาด (IC.3) | - | - | 4 | 3 | 1 | 3 | 14 | 37 |
| 6. ระบบการจัดการด้านยา (MMS) | 8 | 17 | 33 | 55 | 26 | 75 | 86 | 157 |
| 6.1 การวางแผน การจัดการ การเก็บและสำรองยา (MMS.1) | - | - | - | 6 | 5 | - | 7 | 31 |
| 6.2 การใช้ยา (MMS.2) | - | - | - | 9 | 1 | 2 | 11 | 60 |

Patient safety challenges in the Thai health system

- Aging society and chronic diseases
- Resource limitation and practice variation
- Diversity of healthcare providers by ownership, type, levels of competency
- Need for effective and safe facility design and infrastructure
- Work system and job redesign
- Reliance on referral systems (Upstream and Downstream)
- Patient safety in daily operations
- Consumer empowerment, and patient roles in patient safety
- Legal issues

ขอความอนุเคราะห์ ตอบแบบสอบถามที่ส่งไปยัง โรงพยาบาลของท่านทางไปรษณีย์ จำนวน 4 หน้า 16 ข้อ (สั้นๆ)

“การใช้ประโยชน์การประเมิน
ความพึงพอใจของผู้ป่วย...”
โดย TRC-HS ร่วมกับ สรพ.

กรุณาส่งกลับภายใน
4 กันยายน 2558

แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการให้บริการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ ผู้ให้บริการของโรงพยาบาลในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA

แบบสอบถามฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการของโรงพยาบาลที่อยู่ในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปวิเคราะห์และจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนากิจกรรมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และรวบรวมเป็นรายงานจัดส่งกลับให้กับโรงพยาบาลที่ตอบกลับแบบสอบถามนี้ ให้นำไปใช้ประโยชน์ในเชิงการเทียบเคียงเพื่อการพัฒนา (Benchmarking) ต่อไป

ขอขอบพระคุณสำหรับการใช้เวลาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งของท่าน

รศ.พ. ฐพร ศิริพนมรัตน์ และคณะ

ด้วยความสนับสนุนของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สพอ.)

คำชี้แจง แบบสอบถามมีจำนวน 4 หน้า ประกอบด้วย 5 ตอน รวมคำถาม 16 ข้อย่อย
โปรดเติมค่าในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ หรือ X ในช่อง ☐ ในข้อเลือกที่ท่านเห็นว่าเหมาะสมที่สุด

ตอนที่ 1 การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

1. โรงพยาบาลของท่านได้มีการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการหรือไม่ อย่างไร
 - 1.1. ผู้ป่วยนอก ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุความถี่หรือจำนวนครั้งต่อปี: _____)
 - 1.2. ผู้ป่วยใน ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุความถี่หรือจำนวนครั้งต่อปี: _____)
 - 1.3. ผู้ป่วยฉุกเฉิน ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุความถี่หรือจำนวนครั้งต่อปี: _____)
 - 1.4. ประชาชนในชุมชน ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุความถี่หรือจำนวนครั้งต่อปี: _____)
 - 1.5. ผู้ป่วยอื่นๆ ได้แก่ _____ (โปรดระบุความถี่หรือจำนวนครั้งต่อปี: _____)

2. โรงพยาบาลใช้วิธีใดบ้างเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการในระดับโรงพยาบาล ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

| | ใช่ | ไม่ใช่ |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 ดำเนินด้วยแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ภายในโรงพยาบาลโดยบุคลากรของโรงพยาบาลเอง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 ดำเนินด้วยแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ภายในโรงพยาบาล โดยจ้างบุคคลภายนอกเก็บข้อมูล | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 ดำเนินด้วยแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ในชุมชน พื้นที่โดยรอบของโรงพยาบาล | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 ดำเนินด้วยแบบสอบถามให้ผู้ป่วยส่งกลับจากบ้านทางไปรษณีย์ หรือให้ตอบกลับทาง e-mail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.5 จัดเวทีสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้ป่วย / ผู้ให้บริการ โดยเฉพาะ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.6 สัมภาษณ์เชิงลึก โดยนักวิจัย หรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยเฉพาะ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.7 จัดเวทีรับฟังหรือเสวนาให้ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมให้ข้อมูล รวมถึงความพึงพอใจ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.8 ประเมินความพึงพอใจ ผ่านเสียงสะท้อนหรือการตอบคำถามผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Social media) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.9 รวบรวมข้อมูลจากบุคลากรและหน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาล มาสรุปเป็นภาพรวมขององค์กร | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.10 ใช้วิธีการอื่นๆ โปรดระบุ : | | |

