

HA UPDATE 2012



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

HA Update 2012

อนวัณณ์ ศุภชุติกุล



จัดพิมพ์โดย:

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2832-9400 โทรสาร 0-2832-9540

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: มีนาคม 2555

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

HA Update 2012.--นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน), 2555.

72 หน้า.

1. โรงพยาบาล--การบริหาร. 2. โรงพยาบาล--มาตรฐาน.

I. อนวัณณ์ ศุภชุติกุล, บรรณาธิการ. II. ชื่อเรื่อง.

362.11068

ISBN xxx-xxx-xxx-xxx-x

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด



สถานการณ์แวดล้อมด้านหนึ่งก่อให้เกิดความเครียดเนื่องจากต้องตอบสนองความต้องการทั้งด้านปริมาณและด้านคุณภาพ แต่ในอีกด้านหนึ่งก็เป็นแรงจูงใจให้มีการค้นหาวิธีการทำงานที่รวบรัด เรียบง่าย และได้ผลดียิ่งขึ้น กระบวนการพัฒนาคุณภาพก็เช่นเดียวกัน จำเป็นต้องทบทวนและเลือกสรรสิ่งที่เป็นหัวใจของการพัฒนา หรือเคล็ดวิธีในการทำงานที่เป็นไปอย่างธรรมชาติ ไม่รู้สึกเป็นภาระที่ยากจะแบกรับ

ทีมงานของ สรพ.มักจะได้รับคำถามที่ทำทลายถึงวิธีการหรือเคล็ดวิธีในการทำให้เกิดคุณภาพในบริบทต่างๆ ส่วนหนึ่งเราพบว่าความยากเกิดจากความไม่เข้าใจ ความไม่สอดคล้องกับบริบท และความไม่ยืดหยุ่นในการประยุกต์แนวคิดไปสู่การปฏิบัติ จึงเป็นที่มาของคำตอบต่างๆ ที่มาจากการคลุกคลีความคิด และเปลือกกะพี้ที่ไม่จำเป็นออกไป แต่หาหนทางที่ลัดสั้นไปสู่เป้าหมาย กลายเป็นกิจกรรมพื้นฐาน เป็นวิธีการที่เรียบง่ายและรวบรัด เห็นเป้าหมายของสิ่งที่จะทำได้ชัดเจนขึ้น และเป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาที่ประณีตซับซ้อนยิ่งขึ้น

เนื้อหาของ HA Update 2012 ในตอนแรกจึงมีลักษณะของคำแนะนำเชิงปฏิบัติที่เรียบง่าย โดยยังคงพื้นฐานแนวคิดการพัฒนา 4 วง 6 track ใช้ 3P และ 3C-PDSA ในการพัฒนาและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ไว้เช่นเดิม เมื่อขจัดความยากเหี้ยมจากความไม่เข้าใจ การแปลความที่ไม่สอดคล้องกับบริบท และความยากเหี้ยมจากจิตใจที่ไม่อยากเปลี่ยนแปลงออกไป ความยากที่แท้จริงก็จะเหลือเพียงส่วนน้อย เป็นความท้าทายที่ไม่เกินความสามารถที่ทีมงานจะร่วมใจกันฟันฝ่า

ส่วนที่สองของเอกสารชุดนี้เป็นการสรุปทิศทางการทำงานสำคัญของ HA ที่จะเกิดขึ้นในปีนี้เพื่อตอบสนองความต้องการที่หลากหลาย ทั้งส่วนที่เป็นมาตรฐาน และการรับรอง การพัฒนาคุณภาพที่ผสมผสานด้วยมิติจิตวิญญาณหรือ Spiritual HA และกลไกสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ

ส่วนที่สามเป็นเรื่องของความร่วมมือระหว่าง สรพ.กับองค์กรและหน่วยงานต่างๆ ในประเด็นที่จะร่วมมือกันสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล โรคและเป้าหมาย ความปลอดภัยผู้ป่วยซึ่ง สรพ.เชิญชวนให้โรงพยาบาลทบทวนและนำเสนอคุณภาพให้เป็น ที่ปรากฏ

สรพ.หวังว่าข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพเป็นไปได้อย่างก้าวกระโดด มีการใช้การกระบวนกรแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นเครื่องมือสำคัญ และเป็นพื้นฐานสำหรับการ ให้ recognition ที่หลากหลายยิ่งขึ้น

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

มีนาคม 2555

ตอนที่ 1 คุณภาพที่เรียบง่ายและได้ผล

1. คุณภาพคือการทำงานประจำให้ดี	3
2. กิจกรรมคุณภาพพื้นฐานระดับบุคคล	5
3. กิจกรรมคุณภาพพื้นฐานระดับหน่วยงาน	8
หน่วยดูแลผู้ป่วย	8
หน่วยงานทั่วไป	12
4. กิจกรรมคุณภาพพื้นฐานระดับทีมคร่อมสายงาน	13
5. การทบทวนเมื่อเกิดเหตุการณ์สำคัญ	16
ก้าวข้าม RCA สู่การมุ่งหาทางออก	16
เชื่อมโยงสู่เรื่องที่ใหญ่กว่า	17
จากเรื่องร้ายสู่นโยบายทางคลินิก (clinical policy)	18
6. การเยี่ยมและตามรอย	20
ตามรอยแบบจรรวด	20
เยี่ยมเพื่อกระตุ้นการพัฒนา	21
7. ควมรวมการทบทวนกับการตามรอยแล้วต่อด้วยการวิจัย	22
เสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ	22
การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล	23
การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ	23
การทบทวนเมื่อเกิดเหตุการณ์สำคัญ	24
8. การประเมินระบบที่ซับซ้อน	26
9. ใช้ประโยชน์จาก Provincial KM	28
แนวทางการทำกิจกรรม	28
รูปแบบของตัวช่วยในการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา	31

ตอนที่ 2 แผนงานสำคัญของ สรพ. ในปี 2555

1. แผนงานด้านมาตรฐานและการรับรอง	39
1.1 HA Plus	39
1.2 Program & Disease Specific Certification	41
1.3 Provincial KM เพื่อการรํารงันไ้ชั้นที่สองสู่ HA	43
1.4 การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรับรองกระบวนการคุณภาพ HA	45
2. แผนงานด้าน Spiritual HA	47
2.1 SHA Program (Spiritual Healthcare Appreciation & Accreditation)	47
2.2 SHA CUP: โครงการเสริมสร้างมิติจิตตปัญญา ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	48
2.3 โครงการเสริมสร้างเครือข่ายการเรียนรู้และ จิตตปัญญาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้	50
3. แผนงานริเริ่มเพื่อส่งเสริมการพัฒนา	52
3.1 QLN (Quality Learning Network)	52
3.2 THIP (Thailand Hospital Indicator Project)	54
3.3 Safety Innovation Link	55
3.4 Seamless Provincial Healthcare Innovation & Excellence (SPHInX)	56

ตอนที่ 3 จุดเน้นและความร่วมมือ

1. ความร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพ/เครือข่าย	61
1.1 ความร่วมมือกับสภาการพยาบาล	61
1.2 การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์	62
1.3 ความร่วมมือกับสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)	62
1.4 ความร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพและหน่วยงานที่ดูแล มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	63
1.5 บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	63
1.6 ศูนย์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HACC)	64
2. โรคและปัญหาสุขภาพเฉพาะ	66



ตอนที่ 1

คุณภาพที่เรียบง่ายและได้ผล

เริ่มต้นด้วยความสุข
เรียนรู้ ทบทวน สู่เป้าหมาย
คุณภาพ  ง่าย ได้ผล

1. คุณภาพคือการทำงานประจำให้ดี

ฟังดูเป็นหลักการง่ายๆ แต่จะอย่างไรให้เป็นจริงได้

การฝึกฝนง่ายๆ ต่อไปนี้อาจจะช่วยให้

1. **ตระหนักในคุณค่าของงานที่เราทำ** เป็นการขยายค่านิยมเรื่องการมุ่งเน้นผู้ป่วย (patient focus) ไปสู่สิ่งที่ลึกซึ้งกว่าเราให้คุณค่าอะไรแก่ผู้ป่วย (เช่น การดูแลของเรา ทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพที่เป็นปกติ มีศักดิ์ศรี สร้างคุณประโยชน์ให้ผู้อื่น) ซึ่งคุณค่านี้อาจจะเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงตัวเรากับผู้ป่วย และชีวิตกับงานของเราด้วย
2. **ไวต่อการรับรู้สิ่งที่เบี่ยงเบนไปจากสิ่งที่ควรจะเป็น** (เจริญสติด้านคุณภาพ) สิ่งที่เบี่ยงเบนนี้อาจจะเป็นเรื่องเล็กน้อยที่ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายรุนแรง ไปจนถึงการเกิดเหตุการณ์ที่รุนแรง หากเราฝึกการรับรู้ของเราให้มีความไวพอ แฉกอยู่กับคุณค่าในงานของเรา เราจะสามารถป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้มากมาย ยิ่งฝึกฝนมากก็จะยิ่งไวมากขึ้น
3. **ลงมือปฏิบัติอย่างสร้างสรรค์** ไม่ว่าจะเป็นการทำงานในเรื่องอะไร ให้พยายามใช้ศิลปะ ใช้แว่นแห่งความงาม ใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อดูว่าจะสร้างผลงานที่ดีกว่าได้อย่างไร จะทำให้เราประณีตกับงานที่ทำมากขึ้น มีความสุขกับงานที่อยู่ตรงหน้า ผู้ได้รับผลงานเกิดอารมณ์เชิงบวก และได้ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

สิ่งที่พึงหลีกเลี่ยง

1. หลีกเลี่ยงการตั้งเงื่อนไขกับตัวเองและคนอื่น ถ้าจะเริ่มทำอะไรที่เห็นว่าดีและมีคุณค่าด้วยตัวเองได้ก็ควรเริ่มลงมือทำทันทีโดยไม่ต้องตั้งเงื่อนไขว่าคนอื่นจะมาทำร่วมกับเราด้วยการรอเป็นการเสียโอกาส การลงทุนทำทันทีเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า ยิ่งเริ่มเร็วยิ่งต้นทุนต่ำและมีเวลาเก็บเกี่ยวยาวนานกว่า
2. หลีกเลี่ยงการสร้างความซับซ้อนเกินเหตุ ความซับซ้อนทำให้ต้องลงทุนมาก ใช้เวลามาก เข้าใจยาก และมักจะไม่มีที่ยืน ทุกสิ่งทุกอย่างที่เราทำมีวิธีที่

เรียบง่ายกว่าเสมอถ้าเราจะพยายามมองหาวิธีการใหม่ๆ โดยยึดเอาเป้าหมายที่ต้องการบรรลุไว้ให้มัน ใคร่ครวญว่ามีเหตุผลความจำเป็นอย่างไรที่ต้องทำอย่างที่ทำอยู่ ถอยตัวออกไปแล้วมองเข้ามาด้วยสายตาของคนนอกจะเห็นหนทางใหม่ๆ เกิดขึ้นเสมอ

2. กิจกรรมคุณภาพพื้นฐานระดับบุคคล

บุคคลเป็นหน่วยย่อยที่สุดขององค์กร คุณภาพจะเกิดได้ก็เพราะบุคคลมีความตระหนักต่อคุณภาพ ไม่เมินเฉยต่อโอกาสในการพัฒนาคุณภาพ เครื่องมือและเทคนิคต่างๆ จะช่วยให้บุคคลมีส่วนร่วมขับเคลื่อนคุณภาพอาจมีได้ดังต่อไปนี้

1. สมุดบันทึกคุณภาพ (quality diary) แจกสมุดบันทึกเล่มเล็กๆ ที่พกใส่กระเป๋าได้ ขอให้บันทึกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัยที่พบเห็นอย่างสั้นๆ ในทุกโอกาสที่พบหรือที่เกิดขึ้น เขียนสั้นเท่าที่จะทำให้เขียนได้เมื่อพบโอกาส ถ้าเป็นไปได้ควรเขียนในทันที จบใน 1-2 นาที (เพื่อจะได้ไม่มีเงื่อนไขว่าทำไม่ได้)

ถ้าเป็นไปได้อาจจะแบ่งระบบการบันทึก หน้าซ้ายบันทึกเรื่องบวกหรือเรื่องดีๆ หน้าขวบันทึกเรื่องที่นำปรับปรุงหรือโอกาสพัฒนา **เรื่องดี (+)** เช่น เห็นการทำดีของเพื่อนร่วมงาน มีความคิดสร้างสรรค์เกิดขึ้นในใจ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยซับซ้อนหรืออาการหนักได้สำเร็จ เกิดความรู้จากการทำงาน **เรื่องที่นำปรับปรุงหรือโอกาสพัฒนา (-)** เช่น การพบเห็นสิ่งที่ไม่คาดฝันหรือสิ่งที่เป็นความเสี่ยงหรือโอกาสพัฒนาในจุดต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในสายตาหรือในการรับรู้ ไม่ว่าจะเป็นในหน่วยงานของเราหรือในที่อื่นๆ อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น คำตำหนิหรือคำต่อว่าจากเพื่อนร่วมงานหรือผู้รับบริการหรือหัวหน้างาน

การบันทึกจะฝึกให้เราการรับรู้ที่ประณีตยิ่งขึ้น สามารถตรวจจับประเด็นเล็กๆ ได้ไวขึ้น การบันทึกจะทำให้เรามีข้อมูลที่จะใช้ทำงานต่อ เช่น การให้ข้อเสนอแนะ การนำความเสี่ยงมาคุยกับในทีม การรายงานอุบัติการณ์ การบันทึกเป็นพื้นฐานของวัฒนธรรมคุณภาพที่สำคัญ

2. ทบทวนและใคร่ครวญ (reflection) สุดหายใจเข้าออกยาวๆ ซ้ำๆ สัก 5-6 ครั้ง ให้สติอยู่กับลมหายใจ ไม่ฟุ้งซ่าน แล้วเลือกโอกาสใคร่ครวญที่เหมาะสม ถ้าอยู่ในที่ทำงานก็นำ object ของการทำงานมาใคร่ครวญ เช่น ผู้ป่วยที่น่าสนใจ เวชระเบียนที่อยู่ตรงหน้า ข้อมูลในแฟ้มทำงาน สิ่งแวดล้อม ระหว่างการเดินทาง (ถ้าไม่ได้ขับรถเอง) ก็ใคร่ครวญถึงปฏิสัมพันธ์ กิจกรรม หรือโครงการต่างๆ ที่เราเข้าไปมีส่วนร่วม

การใคร่ครวญโดยใช้ผู้ป่วยก็คือการทบทวนข้างเดียวที่เราทำของเราคนเดียว เป็นการทบทวนในใจโดยไม่ต้องอภิปรายกับใครเมื่อได้ประเด็นก็อาจจะนำมาบันทึกไว้ในสมุดบันทึกคุณภาพและพูดคุยกันต่อในทีมได้

ใคร่ครวญข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยและครอบครัวว่า “เราได้ยินอะไร เรารู้สึกอย่างไร เราคิดอย่างไร ข้อมูลที่เราได้ยินสะท้อนให้เราเห็นอะไรในตัวเรา และเราอยากทำอะไรให้กับคนที่อยู่ตรงหน้าของเรา”

การทบทวนเรื่องงาน ทั้งงานประจำ งานโครงการ อาจจะทบทวนโดยใช้หลัก 3P เป้าหมายของเรื่องนั้นคืออะไร กระบวนการที่ทำนั้นเพียงพอหรือไม่ที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย รับรู้ผลที่เกิดขึ้นอย่างไร ผลนั้นเป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่

การทบทวนที่ลึกซึ้งขึ้นไปอีกคือการทบทวนความเชื่อของเรา หยิบยกเอาเหตุการณ์ที่เป็นความไม่สบายใจหรือการมีปฏิสัมพันธ์เชิงลบกับเพื่อนร่วมงานหรือผู้รับบริการขึ้นมาสักเรื่องหนึ่ง แล้วทบทวนว่ามีความแตกต่างในความเชื่อหรือค่านิยม (คุณค่าที่เรายึดถือ) ระหว่างเรากับคนอื่นอย่างไร หากเราลองเปลี่ยนความเชื่อของเรา จะเกิดอะไรขึ้น ถ้าเรารู้สึกว่าความเชื่อของเรานั้นจะให้ประโยชน์มากกว่า อย่างจบแล้วความเชื่อของเรานั้นจะดีกว่าหรือเหมาะสมกว่า ให้ดูต่อว่ากว่าจะถึงจุดที่เราเป็นนั้น เรามีพัฒนาการของการเปลี่ยนแปลงความเชื่อนั้นมาอย่างไร และจะช่วยให้เพื่อนของเราได้ผ่านประสบการณ์นั้นบ้างได้อย่างไร

ทำอย่างนี้ทุกๆ วัน คุณภาพจะฝังอยู่ในเนื้อในตัวของคุณๆ คน

ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อนำมาใคร่ครวญ ผ่านคำถามห้าคำถาม คือ (1) เราได้ยินอะไร (2) เรารู้สึกอย่างไร (3) เราคิดอย่างไร (4) ข้อมูลที่เราได้ยินสะท้อนให้เราเห็นอะไรในตัวเรา และ(5) เราอยากทำอะไรให้กับคนที่อยู่ตรงหน้าของเรา ทำให้เราได้เรียนรู้และรับรู้ถึงความทุกข์ ความกลัว ความกังวล ความรัก ความผูกพัน และอีกหลายสิ่งหลายอย่าง ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกดีๆ เห็นคุณค่าของตนเองต่อทีม ต่อผู้ป่วย ต่อองค์กร ทำให้มีพลังใจ และมีความสุขในการทำงาน และพลังเหล่านี้ส่งผลต่อชีวิตครอบครัว และชีวิตส่วนตัวของเราไปพร้อมๆ กัน

วัชรภรณ์ เชษฐบุรี รพ.ลำพูน

3. พัฒนาศักยภาพในตัวเองทั้งในด้านจิตวิญญาณ (spiritual), ระบบงานที่มีคุณภาพ (system), ความรู้และปัญญา (knowledge & wisdom)

การพัฒนาในด้านจิตวิญญาณคือการบูรณาการชีวิตของเรากับทุกสิ่งทุกอย่าง ฝึกการเจริญสติเพื่อเป็นพื้นฐานที่เข้มแข็ง มีสติที่จะควบคุมพฤติกรรมเชิงลบของตนเอง มีพลังบวกที่จะแบ่งปันให้กับเพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการ

การสร้างพลังบวกในตัวเองคือการมีสติอยู่กับตัว กลับมาอยู่กับลมหายใจเมื่อเริ่มมีอาการผัดปกติ เมื่อไรก็ตามที่รู้สึก หงุดหงิด รำคาญ ไม่พอใจ โกรธ อยากระเบิด อยากต่อว่าผู้คน ก็ให้สติเรียกคืนมาอยู่กับลมหายใจ แล้วฝึกฝนที่จะมองโอกาสต่างๆ ในเชิงบวก มองคุณค่าในงานที่ทำ ดังตัวอย่างเช่น เด็กลี้ยงรถเห็นคุณค่าของการล้างรถทำให้มีโอกาสได้ขับรถยี่ห้อแพงๆ แล้วสร้างความสนุกด้วยการทายเสียงรถและไฟท้ายรถที่คล่าได้ว่าเป็นของรถอะไร เราเองก็สามารถใช้กุศโลบายในการทำงานแต่ละช่วงขณะได้ตามแต่ความเชื่อและศรัทธาของเรา จะเป็นการตอบสนองความท้าทายที่พระเจ้ามอบให้ หรือเป็นการเข้าใกล้ชิดพระเจ้ามากขึ้น หรือเป็นโอกาสให้เราได้ทำบุญ หรือเป็นการได้ทำในสิ่งที่ดีคนอื่นอีกมากไม่มีโอกาส หรือว่าไม่ต้องอะไรเลย นี่เป็นการปฏิบัติหน้าที่ที่เราพึงปฏิบัติขอเพียงเรามีจิตใจปกติ การนำตัวของเราเข้าไปใกล้ตัวผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยด้วยความใส่ใจ เราสามารถแบ่งปันพลังบวกให้กับผู้ป่วย และเพื่อนร่วมงาน ทุกคำพูดและการกระทำของเราย่อมสร้างสรรค์โลกนี้ให้น่าอยู่มากขึ้น

การพัฒนาในด้านระบบงานที่มีคุณภาพคือการเรียนรู้และฝึกฝนที่จะใช้เครื่องมือคุณภาพต่างๆ นำมาประยุกต์ใช้ในงานประจำจนแคล่วคล่อง พลิกแพลงจนเกิดความเรียบง่าย ทักษะที่สำคัญคือทักษะของการเป็นโค้ชหรือ facilitator ซึ่งทุกคนควรฝึกปรือ และช่วยกันทำหน้าที่นี้ในทุกวงประชุม

การพัฒนาด้านความรู้และปัญญา คือการเรียนรู้ที่จะใช้หลักฐานข้อมูลจากการศึกษาต่างๆ มาประยุกต์กับงานประจำ การสร้างความรู้จากงานประจำ ไม่ว่าจะเป็นการวิเคราะห์ข้อมูล การพัฒนาคุณภาพ หรือการทำ R2R การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดความรู้เชิงปฏิบัติ เพื่อสังสมแนวทางที่ง่ายและได้ผลไว้ในตัวเราและทีมงาน

อาจจะมีเรื่องอื่นๆ ที่น่าทำอีกมากมายที่สามารถช่วยกันเพิ่มเติมได้ แต่เลือกมานำเสนอไว้เพียง 3 ข้อใหญ่ๆ เพื่อง่ายแก่การจดจำและนำไปปฏิบัติ

3. กิจกรรมคุณภาพพื้นฐานระดับหน่วยงาน

หน่วยงานเป็นหน่วยย่อยขององค์กรที่มีการจัดตั้ง มีภารกิจที่ชัดเจน มีสมาชิกที่มีศักยภาพร่วมและความหลากหลาย กิจกรรมคุณภาพในหน่วยย่อยเหล่านี้จะเป็นการสร้าง ความเข้มแข็งให้แก่องค์กร

หน่วยดูแลผู้ป่วย

สำหรับหน่วยดูแลผู้ป่วย สมาชิกในหน่วยงานสามารถร่วมกันทำกิจกรรมที่มีคุณค่า อย่างสม่ำเสมอ ชวนกันทำบ่อยๆ ต่อไปนี้

1. **ปฏิบัติการเห็นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient focus on action)** คำว่าผู้ป่วย เป็นศูนย์กลางอาจจะถูกใช้กันจนเผลอและเหมือนไม่ได้ทำอะไรเพิ่มขึ้น จึงขอเน้นว่าเป็นการ ลงมือปฏิบัติการจริงๆ

P-purpose จุดเริ่มต้นและเป้าหมายของปฏิบัติการนั้นวนเวียนอยู่กับสิ่งที่เรียกว่า ความต้องการของผู้ป่วย (healthcare need), เป้าหมายการดูแลผู้ป่วย (patient care goals), ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcome) นั่นคือการใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ รับรู้ความต้องการ วางแผน ให้การดูแล และติดตามผลที่เกิดขึ้น ด้วยความใส่ใจ ด้วยความ ระมัดระวัง และอย่างสุดความสามารถเพื่อบรรลุเป้าหมาย

จาก **spiritual** สู่ **safety & standard** การดูแลที่คุ้มค่าที่สุดคือการใช้มิติ spiritual เป็นตัวตั้ง ทำให้ใส่ใจต่อความต้องการของผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย และด้านอารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ฝึกร่วมกับปัจจุบันและแบ่งปันพลังบวกให้ผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยเสมือนหนึ่งดูแล เพื่อนมนุษย์ที่มีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี ระวังระมัดระวังต่อความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น เลือกรสร ความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ ที่เขียนอย่างนี้ก็เพื่อกระตุ้นให้มองกลับว่าถ้าเรา เข้าถึง spiritual ที่แท้จริงแล้ว safety กับ standard จะตามมาด้วยความทุ่มเทดูแลผู้ป่วย อย่างสุดกำลังออกมาจากภายในของเราเอง

มองอย่างเชื่อมโยง จากตัวผู้ป่วยเชื่อมโยงสู่บ้าน ครอบครัว และชุมชน จากเตียงผู้ป่วยเชื่อมโยงสู่ระบบงานต่าง ๆ ที่เข้ามาสนับสนุน จากหอผู้ป่วยเชื่อมโยงสู่หน่วยงานอื่นที่ต้องทำงานเชื่อมประสานกัน จากกิจกรรมที่ให้แกผู้ป่วยเชื่อมโยงสู่ทรัพยากรต่าง ๆ ที่ต้องใช้ (คน เงิน ของ ข้อมูล)

การจัดสรรเวลาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยคือสิ่งพิสูจน์ว่าเราเห็นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจริงหรือไม่ การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด ทำงานไปทำใกล้ตัวผู้ป่วยให้มากขึ้น (เช่น การบันทึก progress note/nurse note) การลดเวลากับงานเอกสารและการประชุมตามรูปแบบเพื่อมาอยู่กับผู้ป่วยและพูดคุยกันที่หน่วยงานให้มากขึ้น

การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม เช่น การร่วมตัดสินใจในทางเลือกต่าง ๆ การร่วมกำหนดเป้าหมายการดูแลซึ่งเขียนบน white board ไว้ในห้องผู้ป่วยให้เห็นร่วมกัน การร่วมตรวจสอบเพื่อความปลอดภัย เช่น การใช้ยา การร่วมจัดบันทึกความรู้สึกและความก้าวหน้าเป็นส่วนหนึ่งของเวชระเบียน

การมีหลักคิดง่าย ๆ จะช่วยให้ปฏิบัติการเป็นไปอย่างเป็นธรรมชาติและคงเส้นคงวา เช่น หมั่นใคร่ครวญว่าถ้าเป็นญาติเรา เราจะปฏิบัติเช่นนี้หรือไม่, การดูแลผู้ป่วยคือหนทางที่เราได้เข้าไปใกล้ชิดพระเจ้า ฯลฯ

2. การทบทวนคุณภาพและความปลอดภัย (quality & safety review)

กิจกรรมทบทวนคุณภาพที่เริ่มต้นไว้ในปี 2558 ได้ขึ้นที่ 1 สู่ HA ควรได้รับการสานต่ออย่างต่อเนื่อง อย่างเป็นธรรมชาติ และบ่อยครั้งเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อหาช่องโหว่และอุดช่องเหล่านั้น เมื่อทำงานชำนาญก็มีความว่องไวในการมองเห็น ได้เห็นช่องโหว่ที่พลาดสายตาไปก่อน

การทบทวนอย่างเป็นธรรมชาติ เช่น การทบทวนการดูแลผู้ป่วยขณะที่กำลังทำ bed bath, การสุ่มเลือกเวชระเบียนมาทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกและคุณภาพการดูแลเวชระเบียนในช่วงที่มีภาระงานน้อยที่สุด, การทำสัญลักษณ์ติดเวชระเบียนขอให้มีการทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญกว่าหลังจากที่ตรวจรักษาผู้ป่วยเสร็จสิ้น

สำหรับทีมดูแลผู้ป่วย การทบทวนที่สำคัญอย่างยิ่งคือการทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย และการทบทวนเมื่อเกิดเหตุการณ์สำคัญ การทบทวนข้างเตียงผู้ป่วยจะช่วยหนุนเสริมปฏิบัติการเห็นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การทบทวนเมื่อเกิดเหตุการณ์สำคัญจะนำไปสู่ระบบที่รัดกุมยิ่งขึ้น

การรับรู้เหตุการณ์สำคัญ งานอาจจะหากช่องว่างสักโหล่งไปหนึ่งไว้ใส่บัตรเหตุการณ์สำคัญ ซึ่งระบุแต่ผู้ป่วยและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในแต่ละวัน/แต่ละเวร จะมีการทบทวนเพื่อดูความสมบูรณ์ของการตอบสนองปัญหา และรวบรวมไว้จัดลำดับความสำคัญเพื่อวิเคราะห์และปรับปรุงระบบงาน

เหตุการณ์สำคัญ อาจจะเป็นความห่วงกังวล เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ปรากฏชัด หรือที่กำลังจะเกิดขึ้น trigger ต่างๆ ที่ตรวจพบด้วยตนเองหรือจับได้จากระบบสารสนเทศ (เท่ากับเป็นการใช้ concurrent trigger tool)

การวิเคราะห์และปรับปรุงระบบงาน ก็คือการทำ RCA และ redesign the system ซึ่งอาจใช้ขั้นตอนง่ายๆ 3 ขั้นตอนคือ (1) พิจารณาจุดเปลี่ยนที่เป็นไปได้ (2) รับฟังข้อคิดเห็นของคนหน้างาน (3) ใช้ความคิดสร้างสรรค์และหลัก human factor engineering เพื่อออกแบบกระบวนการทำงานใหม่

3. การตามรอยสายธารแห่งคุณค่า (trace the value stream) เป็นการผสมผสานแนวคิด 3P, lean และเครื่องมือคุณภาพต่างๆ เข้าด้วยกัน สำหรับหน่วยดูแลผู้ป่วยแล้ว การเลือกโรคขึ้นมาวิเคราะห์และตามรอยเป็นสิ่งที่เกิดประโยชน์อย่างยิ่ง

P - purpose อะไรคือเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

P - process ใช้ value stream mapping เพื่อศึกษากระบวนการทำงานในแต่ละขั้นตอน วิเคราะห์ด้วยเครื่องมือคุณภาพไปพร้อมๆ กันว่ามีสิ่งต่อไปนี้ตรงขั้นตอนไหนอะไรบ้าง: (1) ความสูญเปล่า, (2) ความเสี่ยง, (3) ความรู้วิชาการที่ควรนำมาใช้, (4) การดูแลที่ใช้มิติด้าน spirituality, (5) การสร้างเสริมสุขภาพ, (6) การสร้างความรู้ใหม่ ในการวิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนานี้ควรใช้การสังเกตการณ์ในพื้นที่จริงและข้อมูลจริงมาประกอบด้วย

วิเคราะห์อย่างรอบด้านแล้วจัดลำดับความสำคัญ ใช้เป็นแผนแม่บทในการพัฒนาการพัฒนานั้นควรใช้ **Rapid Improvement Model** หมุนวงล้อ PDCA วงเล็กๆ ที่ทำได้ง่าย หลายๆ วง พร้อมๆ กัน แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้มาปรับใช้เพื่อหมุน PDCA ต่อเนื่อง หมุนแล้วหมุนอีกจนได้ผลที่น่าพอใจ แต่ละวงควรใช้เวลาสั้นที่สุดเพื่อให้เริ่มวงรอบต่อไปได้อย่างรวดเร็ว

P - performance การรับรู้ performance ควรทำในสองลักษณะควบคู่กัน คือการตามรอยและการติดตามตัวชี้วัดพัฒนาแล้วก็หมั่นตามรอยดูการปฏิบัติจริงว่าเป็นไปตามสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ ตามรอยด้วย learning mode ไปรับรู้ความจริง การปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริง ความรู้สึกที่เป็นจริงของผู้คน ยอมรับความจริงและปรับแก้อย่างสร้างสรรค์

ตัวชี้วัดที่ควรใช้สำหรับแต่ละกลุ่มโรค ควรพิจารณาให้ครอบคลุมถึง clinical outcome indicator, evidenced-based process indicator, และ indicator อื่นๆ

1. Clinical outcome indicator คือการวัดการบรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย กลุ่มโรคนี้ (P - purpose) ซึ่งอาจเริ่มด้วยการถามว่า (1) จะดูว่ารักษาโรคนี้ได้ ผลดูได้จากอะไร เช่น รักษาเบาหวานได้ผลดูได้จากการที่ควบคุมน้ำตาลได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (2) คุณค่าสำคัญที่ผู้ป่วยควรได้รับคืออะไร เช่น ผู้ป่วยหอบหืดสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ (3) ในทางวิชาการ มีการวิเคราะห์เป้าหมายการรักษาและความเสี่ยงในการดูแลโรคนี้ไว้อย่างไร อาจจะ search internet หาคำว่า treatment goal และ risk ของโรคที่เราสนใจ เช่น การวัดผลลัพธ์การดูแลระยะยาวของผู้ป่วย stroke “The goal of long-term treatment after a stroke is to help the patient recover as much function as possible and prevent future strokes. “ทำให้เราต้องนึกถึงตัวชี้วัดของการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และการเกิด stroke ซ้ำ

2. Evidence-based process indicator คือการติดตาม compliance ของการ ปฏิบัติตามข้อแนะนำที่องค์กรวิชาชีพหรือนักวิชาการเสนอแนะว่าเป็นวิธีการที่ ได้ผลคุ้มค่า

3. Other indicator อาจจะเป็นตัวชี้วัดในเชิงกระบวนการหรือผลลัพธ์ก็ได้ สามารถ พิจารณาจากมิติคุณภาพต่างๆ ในแต่ละขั้นตอน แล้วเลือกสิ่งที่มีประโยชน์ต่อ การพัฒนามาติดตามวัด มิติคุณภาพเหล่านั้นได้แก่ accessibility, appropriateness (วัดแล้วใน evidence-based process indicator), competency, continuity, coverage, effectiveness (อาจจะวัดแล้วใน clinical outcome indicator), efficiency, equity, holistic, responsiveness, safety, timeliness หรืออาจจำง่าย ๆ ว่า A²C³E³HRST

พัฒนาแล้วก็นำผลการพัฒนามาบันทึกสรุปไว้ใน service profile ทำให้ service profile เป็นบันทึกผลงานที่มีเสน่ห์ของหน่วยงาน

หน่วยงานทั่วไป

สำหรับหน่วยงานที่ไม่ใช่หน่วยดูแลผู้ป่วย สามารถประยุกต์ใช้แนวคิดข้างต้นได้ดังนี้

1. ปฏิบัติการเห็นลูกค้า/ผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง (customer focus on action)

ลูกค้า/ผู้รับผลงานสำคัญของบางหน่วยงานอาจเป็นลูกค้า/ผู้รับผลงานภายใน ยังคงใช้หลักการสำคัญคือนำความต้องการของลูกค้า/ผู้รับผลงานมาเป็นเป้าหมายในการทำงาน

2. การทบทวนคุณภาพและความปลอดภัย สิ่งที่หน่วยงานต่างๆ สมควรทบทวนอย่างสม่ำเสมอ คือคำร้องเรียนของลูกค้า/ผู้รับผลงาน เหตุการณ์สำคัญอันได้แก่ อุบัติเหตุ อุบัติการณ์ เหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน ข้อติดขัดในการทำงาน ตัวชี้วัด

3. การตามรอยสายธารแห่งคุณค่า เลือกละเอียดกระบวนการสำคัญที่สร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงานมาวิเคราะห์และตามรอย โดยเน้นการวิเคราะห์โอกาสพัฒนาในประเด็น (1) ความสูญเสียเปล่า, (2) ความเสี่ยง, (3) ความรู้วิชาการที่ควรนำมาใช้, (4) การสร้างความรู้ใหม่

ข้อแนะนำข้างต้นเป็นสิ่งที่จะช่วยลดความซับซ้อนและความซ้ำซ้อนในการทำกิจกรรมคุณภาพของหน่วยงานต่างๆ เรียกได้ว่าเป็นการ lean กระบวนการคุณภาพของหน่วยงานก็ว่าได้ และน่าจะเป็นการ reallocate การใช้เวลาของสมาชิกในหน่วยงานให้เกิดประโยชน์ยิ่งขึ้น

4. กิจกรรมคุณภาพพื้นฐานระดับทีมคร่อมสายงาน

องค์กรเป็นระบบที่ซับซ้อน ลักษณะประการหนึ่งของระบบที่ซับซ้อนคือมีเครือข่ายหลายระดับชั้น เป็นเครือข่ายซ้อนเครือข่าย มีการเหลื่อมทับของเครือข่าย การที่ทุกเครือข่ายจะประสานสอดคล้องกันได้ ต้องอาศัยการมีเป้าหมายร่วมกัน การสื่อสาร และการ feed back ที่เป็นปัจจุบัน

ระหว่างหน่วยงานย่อยในโรงพยาบาล กับตัวโรงพยาบาล มีความจำเป็นที่จะต้องมีการสื่อสารดังกล่าวจำนวนหนึ่ง ไม่ว่าจะโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ จะเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ จะมีการรับรู้หรือไม่รับรู้ เครือข่ายดังกล่าวได้เกิดขึ้นแล้ว ส่วนจะทำหน้าที่ได้ดีเพียงใด ขึ้นกับว่าเราเข้าใจความเป็นเครือข่ายและใช้ประโยชน์จากเครือข่ายดังกล่าวหรือไม่

เครือข่ายที่เป็นทางการคือโครงสร้างของคณะกรรมการที่มาจากตัวแทนของหน่วยงานและวิชาชีพต่างๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกัน หรือที่เราเรียกว่าทีมนำระดับกลาง ทีมคร่อมสายงาน ทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่วนเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการคือสายสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในองค์กรด้วยเหตุผลต่างๆ ที่มีพลังในการสื่อสารข้อมูลและสร้างวัฒนธรรมขององค์กร

ทีมคร่อมสายงานซึ่งทำหน้าที่เป็นทีมนำระดับกลางดูแลระบบงานเฉพาะหรือกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ น่าจะทำกิจกรรมพื้นฐานต่อไปนี้อย่างสม่ำเสมอ

1. การวางแผน (planning)

การวางแผนที่เรียบง่ายคือ (1) กำหนดเป้าหมายของระบบที่รับผิดชอบให้ชัดเจน สอดคล้องกับเป้าหมายและยุทธศาสตร์ขององค์กร (2) วิเคราะห์ประเด็นที่ต้องปรับปรุง ซึ่งอาจจะเป็นการออกแบบ การปฏิบัติ การติดตามกำกับ (3) กำหนดกลยุทธ์และโมเดลที่จะใช้ในการปรับปรุง

มีโมเดลที่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนและปรับปรุงได้มากมาย เช่น

1. **PPPO:** purpose, principle, participation, organization เป้าหมายคืออะไร หลักคิดในการทำงานคืออะไร มีใครเข้ามามีส่วนร่วม และจะจัดโครงสร้างองค์กรอย่างไร

2. Outcome Mapping ซึ่งในขั้นตอนการวางแผนหรือกำหนดกรอบการพัฒนา ประกอบด้วย การสร้างวิสัยทัศน์ กำหนดพันธกิจ วิเคราะห์ภาคีหุ้นส่วน กำหนดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ตัวบ่งชี้ความก้าวหน้า แผนที่ยุทธศาสตร์ และแนวปฏิบัติในการจัดการโครงการ

3. Lean thinking วิเคราะห์คุณค่าที่ผู้รับผลงานต้องการ ซึ่งจะนำมาใช้เป็นเป้าหมายของการพัฒนา, วิเคราะห์สายธารแห่งคุณค่าเพื่อนำไปสู่คุณค่าที่ผู้รับผลงานต้องการ, วิเคราะห์ความสูญเปล่าหรือการไม่เป็นไปตามความคาดหวังที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน

4. Rapid Improvement Model ของ IHI ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดคานงัด (lever) หรือสิ่งที่ทำแล้วมีพลังขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสูง, เป้าหมายและวัตถุประสงค์, องค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้งานสำเร็จ, การวางแผนทดสอบแนวคิดการเปลี่ยนแปลงที่ควบคู่กับการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ของการทดสอบรอบต่อไป

2. การจัดการให้บังเกิดผล (execute)

บทบาทในการจัดการให้บังเกิดผลจะตกอยู่ที่หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ขณะที่ทีมคร่อมสายงานเป็นผู้ดูแลให้องค์ประกอบต่างๆ ดำเนินไปตามแผน หน้าที่หลักของทีมคร่อมสายงานคือการทบทวนกันบ่อยๆ ถึงสิ่งที่สมควรดำเนินการ บนพื้นฐานของหลักคิดที่ตกลงร่วมกัน

หลักคิดที่ทีมคร่อมสายงานควรนำมาพิจารณา เช่น แนวคิดชีวิตบูรณาการที่เชื่อมโยงคุณค่าและความหมายของงานกับตัวเราและทีมงาน หรือแนวคิดองค์กรที่มีชีวิต, แนวคิดการเรียนรู้, ค่านิยมหลักของการพัฒนาคุณภาพ HA/TQA

การทบทวนสิ่งที่สมควรดำเนินการเพื่อให้องค์ประกอบต่างๆ ดำเนินไปตามแผน ได้แก่ (1) การทบทวนความพอเพียงและคุณภาพของ input เช่น คน ของ ข้อมูล (2) การทบทวนความสมบูรณ์ของการสื่อสารข้อมูลและความเข้าใจในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง (3) การทบทวนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมถึงทัศนคติ ความรู้สึก แรงจูงใจ ตลอดจนแรงเฉื่อยต่างๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมาย

3. ติดตามประเมินผล (monitoring)

การติดตามประเมินผลเป็นเสมือนกระจกสะท้อนความก้าวหน้าและความสำเร็จของการดำเนินการ ซึ่งทีมคร่อมสายงานอาจพิจารณาวิธีการติดตามประเมินผลต่างๆ ต่อไปนี้ (1) การสะท้อนความรู้สึกของทีมงานต่อสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น (2) การติดตามข้อมูล

พื้นฐานที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (3) การตามรอยหรือการสังเกตการปฏิบัติงานใน
สถานการณ์จริง (4) การประเมินผลระบบงานด้วยวิธีการที่น่าเชื่อถือ

5. การทบทวนเมื่อเกิดเหตุการณ์สำคัญ

ก้าวข้าม RCA สู่มุ่งหาทางออก

เป้าหมายของการทบทวนเมื่อเกิดเหตุการณ์สำคัญคือการปรับปรุงระบบให้มั่นใจว่าจะไม่เกิดเหตุการณ์ในลักษณะดังกล่าวซ้ำขึ้นอีก ดังที่ได้กล่าวไว้ตอนต้นว่า อาจใช้ขั้นตอนง่ายๆ 3 ขั้นตอนคือ 1) พิจารณาจุดเปลี่ยนที่เป็นไปได้ 2) รับฟังข้อคิดเห็นของคนทำงาน 3) ใช้ความคิดสร้างสรรค์และหลัก human factor engineering เพื่อออกแบบกระบวนการทำงานใหม่

1. การพิจารณาจุดเปลี่ยนที่เป็นไปได้ ควรเทียบเคียงกับความคาดหวังของผู้ป่วย/ครอบครัว และความคาดหวังของวิชาชีพ

การเทียบเคียงกับความคาดหวังของผู้ป่วย/ครอบครัว คือการเปิดใจกว้างรับรู้เสียงสะท้อนที่ไม่พึงพอใจในแง่มุมต่างๆ โดยยังไม่ด่วนปฏิเสธ หรือพยายามอธิบายข้อจำกัด แต่ให้รับไว้ด้วยใจเป็นกลางว่ามีขั้นตอนใดที่เราสามารถเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ได้ โดยละเว้นที่จะหยิบยกเอาข้อจำกัดเฉพาะกรณีที่เกิดขึ้นมาเป็นอุปสรรคสำคัญ

การเทียบเคียงกับความคาดหวังของวิชาชีพ ทำได้โดย (1) ทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) หรือข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับการดูแลโรคนั้นๆ (2) รับฟังเสียงสะท้อนจากโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ (3) รับฟังเสียงสะท้อนจากเพื่อนร่วมงาน

ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยถูกไม้ตำเท้ามาที่ รพ.ชุมชน แล้วได้รับการทำแผล ยาป้องกัน การติดเชื้อและป้องกันบาดทะยัก ต่อมาเท้ามีอาการอักเสบเป็นหนองมาผ่าตัดเอาหนองออกหลายครั้ง อีก 6 เดือนต่อมาจึงไปตรวจที่ รพ.จังหวัดแล้วพบว่าไม้เศษไม้คาอยู่ในเท้า แม้ว่า จะดูเหมือนเป็นเรื่องง่ายๆ แต่ก็ควรค้นหาข้อมูลวิชาการมาประกอบการพัฒนาระบบงาน จากการ search internet ด้วยคำว่า foreign body foot อาจทำให้ได้ข้อมูลว่าการใช้ภาพรังสีจะมีประโยชน์น้อยในการตรวจพบเศษไม้หรือเศษแก้ว และเศษไม้ที่ค้างอยู่ในร่างกาย จะมีโอกาสทำให้เกิดการติดเชื้อได้มากกว่าโลหะหรือแก้ว การพบข้อมูลเช่นนี้มิใช่เพื่อนำมา

เป็นข้อแก้ตัวว่าเป็นเรื่องยากในการวินิจฉัย แต่ทำให้เราต้องไปออกแบบในขั้นตอนของการวินิจฉัยให้รัดกุมมากขึ้น และทำให้เราเห็นว่าเมื่อผู้ป่วยซึ่งมีประวัติถูกไม้ตำแล้วมีการอักเสบติดเชื้อไม่หาย น่าจะสงสัยว่ายังมีวัสดุแปลกปลอมทิ้งค้างอยู่

จากข้อมูลดังกล่าว เราอาจกำหนดจุดเปลี่ยนที่เป็นไปได้ดังนี้ (1) การประเมินผู้ป่วยจะประเมินอย่างไรให้ทราบว่ามิใช่ขี้ไม้เหลือค้างอยู่หรือไม่ (2) การวางแผนดูแลผู้ป่วยจะต้องทำขนาดไหน (3) การตรวจติดตาม เมื่อไรจะสงสัยและต้องทำหัตถการที่ aggressive มากขึ้นด้วยการ explore แผล

2. จากจุดเปลี่ยนทั้งสาม จะเป็นหัวข้อให้มีประเด็นไปพูดคุยกับผู้ปฏิบัติงานที่หน้างาน เพื่อรับรู้ถึงสถานการณ์ที่เป็นจริง การรับรู้ข้อมูล ความเชื่อ และข้อจำกัดต่างๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปออกแบบกระบวนการทำงานใหม่

3. ในการออกแบบกระบวนการทำงาน เป็นสิ่งที่จะต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์อย่างมากในการเอาชนะข้อจำกัดและอุปสรรคทั้งปวง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความทรงจำ ความเหนื่อยล้า ความเกรงใจ อารมณ์ ประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้นในอดีต และต้องนึกถึงสภาพความเป็นจริง มิใช่หลักการหรือทฤษฎีเช่น ในการประเมินผู้ป่วยนั้นใครเป็นผู้ประเมิน มีโอกาสที่พยาบาลจะเป็นผู้ประเมินเองหรือไม่ ถ้าพยาบาลมีข้อสงสัยจะมีข้อบ่งชี้ในการปรึกษาแพทย์อย่างไร จะใช้วิธีการประเมินอย่างไร จะซักประวัติอย่างไร จะใช้ภาพรังสีหรือไม่ จะแปลผลภาพรังสีอย่างไร

เชื่อมโยงสู่เรื่องที่ใหญ่กว่า

นอกเหนือจากการออกแบบกระบวนการทำงานใหม่เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ในลักษณะเดียวกันซ้ำแล้ว ควรพิจารณาคำถามที่เชื่อมโยงสู่เรื่องที่ใหญ่กว่า เช่น (1) จะรับรู้เรื่องราวในลักษณะที่ รพ.อื่นเป็นผู้พบปัญหาได้อย่างไร (ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้กลับมารักษาต่อที่ รพ.) (2) มีกรณีใดบ้างที่แพทย์มอบหมายให้พยาบาลเป็นผู้ทำหัตถการ และต้องมีแนวทางที่ชัดเจนในการประเมิน เช่น cut wound บริเวณนิ้วมือที่อาจมีการบาดเจ็บต่อ tendon

สำหรับคำถามข้อแรก ทางออกอาจจะเป็น (1) การสร้างความสัมพันธ์กับ รพ.จังหวัดที่จะขอให้มีการประมวลผลข้อมูลผู้ป่วยจากพื้นที่ของ รพ.ชุมชน ที่ไปรับการรักษาที่ รพ.จังหวัด ซึ่งอาจจะเป็นภาพรวมทั้งหมด หรืออาจจะเป็นการเลือกเฉพาะเจาะจง (2) การจัดระบบประมวลผลของทั้งจังหวัด ซึ่งจะเพิ่มเวลาและความพยายามอีกไม่มาก ก็สามารถสะท้อนกลับ

ให้ รพ.ชุมชนทุกแห่งในจังหวัดได้ (3) รับรู้จากการเยี่ยมบ้าน (4) อาจไม่ได้ปรับที่การรับรู้ปัญหา แต่มาเน้นที่การป้องกันด้วยการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาด้วยอาการเดิมซ้ำ 2-3 ครั้งแล้วอาการไม่ดีขึ้น จัดระบบให้มีทีมเข้ามาประเมินโดยละเอียดอีกชั้นหนึ่ง

จะเห็นว่าจากเรื่องเล็กๆ สามารถขยายไปสู่การวางระบบที่สำคัญและส่งผลกระทบต่ออย่างมาก

จากเรื่องร้ายสู่นโยบายทางคลินิก (clinical policy)

“จำเป็นหรือไม่ต้องใช้ trigger tool ในการทบทวนเวชระเบียน” คำตอบแบบหักมุมก็คือแม้ไม่ทบทวนเวชระเบียนก็พัฒนาระบบได้ อะไรที่ง่ายกว่าการทบทวนเวชระเบียนก็ทบทวนเหตุไม่พึงประสงค์จากความทรงจำดูสิ

ทบทวนดูว่าในสองสัปดาห์ (เลือกเอาแค่นี้เพราะน่าจะยังอยู่ในความทรงจำ) มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในหน่วยงานของเรา จะเป็นพยาบาลทบทวนกันเองก็ได้ พยาบาลทบทวนร่วมกับแพทย์ก็ได้ เช่น พบว่ามีเหตุการณ์ผู้ป่วยชักรับไว้ในหอผู้ป่วยหกล้มขณะเข้าห้องน้ำแล้วพบว่ามีเลือดออกในสมอง

จากเหตุการณ์นี้เรามาทบทวนว่าการที่มีเลือดออกในสมองเป็นธรรมชาติของโรคหรือไม่ ถ้าคิดลึกอาจจะบอกว่าตอบยากเพราะไม่รู้ว่ายารักษาของโรคที่ทำให้ชักกับทำให้เลือดออกนั้นเป็นเรื่องเดียวกันหรือไม่ เช่น stroke อาจเป็นสาเหตุของการชักได้ไม่น้อย ถ้าเป็นเรื่องเดียวกัน การที่มีเลือดออกก็น่าจะเป็นธรรมชาติของโรค แต่ถ้าไม่ใช่เรื่องเดียวกัน ก็น่าจะเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

เราลดความยุ่งยากซับซ้อนด้วยการคิดให้เรียบง่ายขึ้น อนุมานว่าการที่มีเลือดออกในสมองเกี่ยวข้องกับการหกล้มและการหกล้มของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับการชักที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ก็จะเป็นเรื่องของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจหลีกเลี่ยงได้

ถ้าเราลองมองย้อนกลับว่าจะหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ดังกล่าวได้อย่างไร (1) คือการจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยไม่ให้ลุกจากเตียงถ้ามีอาการชักขณะอยู่บนเตียง โอกาสหกล้มและเลือดออกในสมองก็น่าจะลดลง (2) คือการควบคุมการชักให้ได้ผล (3) คือการวินิจฉัยสาเหตุของการชักให้ชัดเจน เป็นการวิเคราะห์จุดเปลี่ยนโดยค่อยๆ มองถอยไปจากจุดที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

เพื่อให้มีการปฏิบัติที่จะหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ดังกล่าวที่ทีมงานสามารถกำหนดเป็นนโยบายทางคลินิก (clinical policy) ซึ่งเป็นข้อความสั้นๆ ที่ระบุจุดยืนของการดูแลผู้ป่วย

ที่มาด้วยลักษณะนี้เช่น “ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการชักจะต้องนอนอยู่กับเตียงจนกว่าจะมั่นใจว่าควบคุมอาการชักได้ และได้รับการสืบค้นหาพยาธิสภาพที่อาจมีวิธีการรักษาเฉพาะได้”

เมื่อได้นโยบายทางคลินิกเบื้องต้นมาแล้ว ก็สมควรนำไปทบทวนเทียบกับ guideline หรือ scientific evidence เพื่อปรับให้เป็นนโยบายที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

ด้วยวิธีการที่เรียบง่ายและรวบรัดเราจะสามารถนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหลายมากำหนดเป็นนโยบายทางคลินิกซึ่งง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ และยิ่งหากใช้ trigger tool ในการคัดเลือกเวชระเบียนมาทบทวนก็จะยังสามารถจัดทำนโยบายทางคลินิกได้มากยิ่งขึ้น

ประเด็นสำคัญจึงไม่ได้อยู่ที่การใช้ trigger tool แต่อยู่ที่ว่าเราสามารถสร้างคุณค่าจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้หรือไม่

6. การเยี่ยมและตามรอย

ตามรอยแบบจรวด

ถ้ามีเวลาเพียงหนึ่งนาที จะนำเสนอให้เห็นว่าระบบงานหรือการดูแลผู้ป่วยของเรามีคุณภาพอย่างไร จะนำเสนอด้วยข้อมูลอะไร

คำถามนี้ชี้ชวนให้เราต้องเลือกเอาโรคหรือระบบงานขึ้นมาสักหนึ่งเรื่องแล้วใครครมู่ว่าจะใช้ข้อมูลอะไรดี ด้วยความเคยชินของผู้ปฏิบัติงานมักจะนึกถึงรายละเอียดของการทำงานที่ตนได้คร่ำเคร่งพัฒนามาจึงมักจะไปไม่ถึงปลายทางหรือผลลัพธ์ของเรื่องนั้น

ถ้าจะเลือกเอาการดูแลผู้ป่วย STEMI ขึ้นมาใช้เวลาแค่หนึ่งนาทีก็ต้องนำเสนอว่าผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย STEMI ในภาพรวมเป็นอย่างไร ดูว่า clinical outcome เช่น อัตรารอดชีวิตในโรงพยาบาล และอัตรารอดชีวิตที่หกเดือนเป็นอย่างไร ถ้าสามารถเทียบเคียงกับ norm ของโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกันได้ยิ่งดี

ถ้ามีเวลามากขึ้นจะนำเสนออะไร หนึ่งนาทีเสนอผลลัพธ์สามนาทีก็จะมีเวลาเสนอเรื่องกระบวนการ เกิดคำถามต่อมาว่าจะเสนอกระบวนการที่ทำได้ดี หรือกระบวนการที่ยังเป็นปัญหา คำตอบอาจจะไม่ใช่ทั้งสองอย่าง หลักคิดก็คือว่าเรื่องง่ายๆ ที่ทำได้แล้วไม่ต้องใช้เวลามาก เพียงกล่าวถึงอย่างสรุป แต่ควรจะใช้เวลากับเรื่องยากๆ ซึ่งอาจจะทำได้แล้วหรือยังทำไม่ได้ นั่นคือต้องวิเคราะห์ความเสี่ยงสำคัญ สำคัญจริงๆ ไล่มาสักสามประเด็น แล้วนำเสนอว่า performance ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างไร (process indicator) เช่น ความถูกต้องในการวินิจฉัย ความรวดเร็วในการให้ยาละลายลิ่มเลือด แต่ละประเด็นมีข้อมูลที่บ่งชี้ถึงเรื่องนี้อะไรบ้างแนวโน้มเปลี่ยนไปอย่างไร การนำเสนอแนวโน้มของข้อมูลมีความสำคัญเพราะจะสะท้อนให้เห็นความพยายามในการปรับปรุงกระบวนการ แนนอนว่าเราไม่อาจทำให้ดีได้สมบูรณ์แบบแต่การมีแนวโน้มที่ดีขึ้นเป็นสิ่งที่สะท้อนความพยายามของทีมงาน และถ้ามีเวลาเหลือเราจึงจะเล่าว่าในแต่ละกระบวนการนั้นมีการปรับปรุงอะไรบ้าง

นี่คือ “การตามรอยแบบจรวด” ที่โรงพยาบาลต่างๆ ควรฝึกฝนทำเป็นประจำ

เป็นกิจกรรมที่ใช้เวลาสั้นแต่กระแทกเข้าตรงประเด็น ไม่อ้อมค้อม จะทำให้ทีมงานไม่เกิดความเบื่อหน่ายและสามารถครอบคลุมโรคต่างๆ ได้มากขึ้น เมื่อทำจนชำนาญแล้วก็จะรู้ว่าอะไรคือประเด็นสำคัญที่ควรไปจัดทำเอกสารรายงานการประเมินตนเองที่กระชับและคงไว้ซึ่งข้อมูลสำคัญคือตัวอย่างของความประณีตรัดกุมในขั้นตอนสำคัญบางขั้นตอนที่ส่งผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

เยี่ยมเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

ขอเสนอสูตรง่าย ๆ ในการเยี่ยมเพื่อกระตุ้นการพัฒนา **“หาส่วนสุด หยุดดูเกณฑ์ เห็นข้างทั้งตัว”**

“หาส่วนสุด” ส่วนสุดคือส่วนปลายสุดของ performance ทั้งด้านบวกและด้านลบ หรือด้านที่เป็นจุดเด่นและโอกาสพัฒนา พยายามหาส่วนสุดให้พบว่าเป็นอะไร การรู้ส่วนสุดจะทำให้รู้ส่วนเฉลี่ยโดยทางอ้อมและใช้เวลาน้อยกว่า

“หยุดดูเกณฑ์” เชื่อมโยงส่วนสุดแต่ละประเด็นเข้ากับเกณฑ์ หรือมาตรฐานเพื่อให้เห็นใจว่าประเด็นที่เราหยิบยกขึ้นมาพิจารณานั้นเป็นองค์ประกอบสำคัญในมาตรฐานจริงๆ มิใช่เป็นเพียงความเห็นส่วนตัวที่หาจุดอ้างอิงมิได้ การใช้ความเห็นส่วนตัวย่อมนำให้เกิดความเจ็บปวดแก่ผู้รับการเยี่ยมเนื่องจากมาจากความเชื่อและประสบการณ์ซึ่งเป็นที่มาของความเห็นส่วนตัวนั้น

“เห็นข้างทั้งตัว” คือการเชื่อมโยงสิ่งที่เราพบกับส่วนที่เหลือหรือภาพใหญ่ในเรื่องนั้นไม่ว่าจะเป็นจุดเด่นหรือโอกาสพัฒนา ย่อมมีด้านที่เราอาจหลงลืมไปได้ คำถามที่น่าจะใช้เพื่อการนี้ก็คือ **“ในประเด็นนี้มีเรื่องอื่นที่สำคัญกว่าอีกไหม”**

ตัวอย่างเช่น ถ้าเราชื่นชมว่า รพ.เตรียมการในด้านทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อรองรับการขยายตัวของบริการ เราก็ต้องเชื่อมโยงไปสู่มาตรฐาน **I-2.2 ก (2) องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ เพียงพอที่จะนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติให้บรรลุผล. องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านการเงินและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กับแผนปฏิบัติการ. องค์กรจัดสรรทรัพยากรอย่างสมดุลเพื่อให้มั่นใจว่าจะมีทรัพยากรเพียงพอสำหรับสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติ.** การจะเห็นข้างทั้งตัวคือการตั้งคำถามว่าในเรื่องทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการนั้นมีกลยุทธ์เรื่องอื่นที่ยังขาดแคลนทรัพยากรอยู่อีกหรือไม่

7. การรวบรวมการทบทวนกับการตามรอยแล้วต่อด้วยการวิจัย

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ เป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้ทีมงานได้สะท้อนเห็นตนเอง ซึ่ง สรพ. แนะนำกิจกรรมทบทวนไว้ชุดหนึ่งตั้งแต่ รพ.เริ่มพัฒนาในบันไดขั้นที่ 1 และยังคงมีความสำคัญที่จะต้องทำอย่างต่อเนื่องให้อยู่ในชีวิตประจำวัน การทบทวนบางอย่างเป็นการพิจารณาข้อมูลที่ผ่านมาในอดีต (เช่น การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ การทบทวนการตัดสินใจ) บางอย่างเป็นการดูการปฏิบัติจริงที่กำลังเกิดขึ้น (เช่น การทบทวนข้างเตียง)

การตามรอยคือการเข้าไปดูในสถานที่จริง การติดตามกระบวนการที่เกิดขึ้นตามขั้นตอนต่างๆ อย่างครบถ้วนและเชื่อมโยง ซึ่งจะทำให้เห็นภาพของการปฏิบัติที่แท้จริง การรับรู้ ความเข้าใจ ทศนคติ ข้อจำกัด และความต้องการต่างๆ ที่เกิดขึ้น

เพื่อให้ง่ายในการปฏิบัติ และได้ผลดียิ่งขึ้น เราสามารถรวบรวมการทบทวนกับการตามรอยเข้าด้วยกันได้ และอาจต่อยอดด้วยการวิจัยง่ายๆ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

เสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ

เราสามารถรับเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยได้ด้วยวิธีการต่อไปนี้ (1) การพูดคุยกับผู้ป่วยในการปฏิบัติงานประจำวัน แล้วจดบันทึกไว้ในสมุด (2) การใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ (3) การโทรศัพท์สอบถามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านไปแล้ว (4) การสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยหรือตัวแทนชุมชน (5) คำร้องเรียนของผู้รับบริการ

เสียงสะท้อนบางเรื่องเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการสอบสวนและตอบสนองทันทีโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขณะที่การทบทวนเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการสามารถทำได้ในภาพรวมของ รพ. เพื่อลดภาระที่แต่ละหน่วยงานจะต้องทำเอง ด้วยการรวบรวมเสียงสะท้อนจากทุกแหล่งมาวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญ

เมื่อได้ประเด็นสำคัญจากการทบทวนแล้ว การตามรอยไปดูในสถานที่จริงจะทำให้ทีมงานได้เห็นบริบทของการเกิดปัญหา ข้อจำกัดต่างๆ รวมทั้งความรู้สึกนึกคิดของ

ผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุง หรืออาจจะเป็นโอกาสให้ได้ทบทวนแนวทางปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้

เราสามารถต่อยอดด้วยการวิจัยที่ใช้คำถามง่ายๆ เพื่อเจาะลึกให้ได้ลักษณะของปัญหาหรือความต้องการที่ชัดเจนขึ้น เช่น “คำพูดที่ไม่อยากได้ยินเมื่อมา รพ.” “สิ่งที่รบกวนมากที่สุดขณะนอน รพ.”

การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ข้อมูลที่มีมักจะนำมาใช้ในการทบทวน คือ อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ได้จากระบบเฝ้าระวัง การปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้อที่ได้จากการสังเกตอย่างเป็นระบบหรือการตามรอย จะเห็นว่าบางครั้งจำเป็นต้องใช้การตามรอยเพื่อให้ได้ข้อมูลมาใช้ในการทบทวน

การตามรอยอาจใช้เพื่อติดตามขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อ เช่น ผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นโรคหัดหรือวัณโรค ผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นไข้หวัดนก การตามรอยอาจใช้เพื่อติดตามข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อว่าเกิดขึ้นอย่างไรและถูกนำไปใช้อย่างไร

เรื่องที่เป็นปัญหาหัวใจก็อาจเอาไปต่อยอดทำวิจัยได้ เช่น “ทำไมพวกเราไม่ล้างมือ” หรือประเด็นที่อยากจะหาทางออกที่สร้างสรรค์ เช่น “ผู้ป่วยจะมีบทบาทอย่างไรในการป้องกันการติดเชื้อ”

การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ

การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการอาจถูกนำมาใช้ได้ในลักษณะต่างๆ เช่น (1) พบผู้ป่วยที่มาด้วยโรคแปลกๆ และอาการแปลกๆ ที่เราไม่คุ้นเคย แล้วไปค้นหาคำความรู้มาเล่าสู่กันฟัง (2) พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (ไม่รู้จะทำอะไร หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น) แล้วไปหาข้อมูลมาใช้แก้ปัญหา (3) ทีมกำหนดว่าจะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่ง ก็ไปค้นหาข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับโรคนั้นมาใช้ (4) ได้รับหรือผ่านไปพบข้อมูลวิชาการหรือ CPG ที่เรามีโอกาสใช้ (5) แนวทางปฏิบัติใน Patient Safety Goals: SIMPLE ก็เป็นข้อมูลวิชาการประเภทหนึ่ง (6) เมื่อมีนโยบายสำคัญของประเทศในการเอาชนะปัญหาสุขภาพ เช่น การบำบัดผู้ติดเชื้อโคติน

การทบทวนคือการเทียบเคียงหรือการหา gap ระหว่างสิ่งที่แนะนำไว้ในข้อมูลวิชาการหรือ CPG กับสิ่งที่เราปฏิบัติจริง การทบทวนควรนำไปสู่การลด gap ดังกล่าว

การตามรอยทำให้เห็นสิ่งที่ปฏิบัติจริงได้ชัดเจนขึ้น นอกจากเห็นการปฏิบัติแล้วยังเห็นโอกาสที่จะปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของการปฏิบัติให้เอื้อต่อการนำข้อมูลวิชาการมาใช้

การนำข้อมูลวิชาการมาปรับปรุงเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติ อาจจะอยู่ในรูปของการใช้ check list, แบบบันทึกข้อมูล, flow chart ที่ให้แนวทางและใช้ประกอบการตัดสินใจ, กราฟบันทึกข้อมูลเพื่อให้ตัดสินใจได้ง่ายขึ้น เช่น Partogram, การจัดชุดอุปกรณ์เครื่องมือพร้อมแนวทางปฏิบัติที่พร้อมใช้ รวมไปถึงการกำหนดให้มีการติดตามตัวชี้วัดที่เหมาะสม

การต่อยอดสู่การวิจัย เช่น “การรับรู้ของผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับ CPG เรื่องนี้เป็นอย่างไร” “อะไรเป็นปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตาม CPG เรื่องนี้”

การทบทวนเมื่อเกิดเหตุการณ์สำคัญ

หัวใจสำคัญของเรื่องนี้คือการรับรู้ว่ามีเหตุการณ์สำคัญหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สมควรนำมาทบทวน การรับรู้อาจเกิดขึ้นโดย (1) เกิดอาการ “เอ๊ะ” ขึ้นแล้วจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกคุณภาพ (2) การกำหนด concurrent trigger ไว้ว่าเหตุการณ์ใดบ้างที่สมควรใส่ใจทบทวน (3) พบเหตุการณ์ที่ผิดคาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (4) การทบทวนเวชระเบียนโดยใช้เกณฑ์คัดกรองเวชระเบียนที่มีโอกาสพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (5) คำร้องเรียนของผู้ป่วย/ญาติ

การทบทวนเมื่อเกิดเหตุการณ์สำคัญมักจะควบคู่ไปกับการตามรอย และควรทำให้เร็วที่สุดเพื่อ (1) ป้องกันปัญหารุนแรงที่จะตามมาหากเหตุการณ์นั้นเป็นเพียง trigger (2) รวบรวมข้อมูลลักษณะการเกิดเหตุ สภาพแวดล้อม สิ่งของ และหลักฐานต่างๆ ไว้ให้มากที่สุด โดยเร็วที่สุด (3) ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุที่เป็นไปได้

การทบทวนควรนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อป้องกันการเกิดเหตุในลักษณะทำนองเดียวกันขึ้นอีกในอนาคต

การตามรอยจะเข้ามาเสริมอีกครั้งหนึ่งว่ากระบวนการที่ออกแบบใหม่นั้นได้รับการปฏิบัติตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ เพียงใด

เพื่อให้ง่ายและทบทวนได้บ่อยที่สุด ผู้ที่พบเหตุการณ์ควรเริ่มต้นทบทวนก่อน ถ้าได้คำตอบแล้วก็อาจข้ามไปสู่การเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการได้เลย ถ้ายังไม่ได้คำตอบเกี่ยวกับสาเหตุที่แท้จริงและแนวทางปรับปรุง ก็ควรขยับระดับของ

การทบทวนให้ผู้มาร่วมทบทวนที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น

การต่อยอดสู่การวิจัย เช่น “อะไรเป็นปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ละปัจจัยมีน้ำหนักเพียงใด จะตรวจพบปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้อย่างไร”

8. การประเมินระบบที่ซับซ้อน

คุณภาพขององค์กรเป็นผลรวมของระบบย่อยในองค์กร ถ้าทำให้ระบบย่อยต่างๆ มีคุณภาพและมีการเชื่อมโยงเพื่อให้ทำงานร่วมกันได้ดีคุณภาพขององค์กรและงานขององค์กรก็จะดีขึ้นเป็นลำดับ

การมีกระจกสะท้อนคุณภาพของระบบต่างๆ จะช่วยขับเคลื่อนให้คุณภาพของระบบนั้นดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กระจกที่ดีควรส่องให้เห็นแง่มุมที่ควรเห็น ส่องได้ทันกาล ส่องได้ทุกครั้งที่ต้องการส่อง การประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบซึ่งส่วนใหญ่มีความซับซ้อนจึงเป็นสิ่งจำเป็น และควรหาทางทำให้เรียบง่ายที่สุดได้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ที่สุด

ลองมาช่วยกันหาแนวทางว่าจะทำได้อย่างไร

ขั้นแรก คือการทำความเข้าใจเป้าหมายของระบบหาเป้าหมายที่รวบรัดที่สุดและกระทบกับผู้รับบริการให้มากที่สุด เช่น เป้าหมายของการกำกับดูแลวิชาชีพคือการสร้างความมั่นใจว่าผู้ประกอบการวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐานและจริยธรรม

ขั้นที่สอง คือการตั้งคำถามที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเป้าหมายของระบบโดยคำถามพื้นฐานน่าจะได้แก่ 1) เราจะรู้ได้อย่างไรว่าเราบรรลุเป้าหมาย 2) ขณะนี้เราบรรลุเป้าหมายได้มากน้อยเพียงใด 3) ลักษณะที่เป็นปัญหาหรือการไปไม่ถึงเป้าหมายที่สำคัญมีอะไรบ้าง ซึ่งในกรณีนี้ก็คือ การไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการบ่มพร่องทางจริยธรรมของผู้ประกอบการวิชาชีพ มีอะไรบ้าง มีมากน้อยเพียงใด

ขั้นที่สาม คือการวิเคราะห์องค์ประกอบย่อยของระบบและกระบวนการในองค์ประกอบย่อยเหล่านั้น เช่น องค์ประกอบย่อยของการกำกับดูแลวิชาชีพ ได้แก่การมีกลไกหาข้อสรุปร่วมหรือจุดยืนของวิชาชีพและประสานความร่วมมือ กลไกการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหา กลไกส่งเสริม กลไกกำกับดูแล

ขั้นที่สี่ คือการตั้งคำถามที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบย่อยและกระบวนการต่างๆ เช่น 1) เรามีกลไกเหล่านี้ครบถ้วนเพียงใด 2) ลักษณะที่พึงประสงค์ของกลไกเหล่านี้

นี้มีอะไรบ้าง 3) กลไกเหล่านี้ function ตามที่ควรจะเป็นหรือไม่ 4) ขั้นตอนต่างๆ ที่วางแนวทางไว้มีความชัดเจนเป็นระบบ เหมาะสม และคำนึงถึงการบรรลุเป้าหมายเพียงใด 5) มีการควบคุมหรือกำกับดูแลการปฏิบัติตามขั้นตอนดังกล่าวอย่างไร 6) ขั้นตอนดังกล่าวนั้นได้รับการปฏิบัติตามเพียงใด

ขั้นที่ห้า คือการนำคำถามต่าง ๆ ข้างต้นมาหาคำตอบซึ่งวิธีการหาคำตอบควรใช้วิธีการที่หลากหลายร่วมกัน ดังตัวอย่าง

- การวิเคราะห์เอกสารและข้อมูลที่มีอยู่ เช่น ข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยคำร้องเรียนจากผู้ป่วยและญาติ หลักฐานแสดงคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพบันทึกรายงานการประชุม
- การเข้าไปดูและสังเกตการณ์ในพื้นที่จริงเช่น ร่วมสังเกตในการประชุมของคณะกรรมการที่กำกับดูแลวิชาชีพ (การสังเกตการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพอาจจะเป็นไปได้แต่ต้องคำนึงถึงเรื่องความอ่อนไหวต่อความรู้สึกของผู้เกี่ยวข้อง)
- การสนทนากลุ่มกับผู้เกี่ยวข้อง เช่น กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ กลุ่มวิชาชีพที่ทำงานร่วมกัน กลุ่มผู้ป่วยและญาติ กลุ่มผู้บริหาร
- การใช้แบบสอบถาม นำประเด็นสำคัญที่ได้จากวิธีการทั้งสามข้างต้นมาออกแบบสอบถามเพื่อหาข้อมูลเชิงปริมาณมายืนยัน
- การสัมภาษณ์เชิงลึกเลือกประเด็นสำคัญหรือประเด็นที่ต้องการทำความเข้าใจในเชิงลึกมาสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง เช่น ประสิทธิภาพของผู้ป่วยเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

บทความนี้เป็นการวางกรอบให้เห็นแนวทางการประเมินที่เป็นระบบอย่างรวบรัด ถ้าทำความเข้าใจเป้าหมายของระบบให้ชัดเจน มีคำถามที่ชัดเจนแล้วเก็บข้อมูลเพื่อตอบคำถามทั้งด้วยวิธีการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกัน ก็น่าจะทำให้เราได้กระจกสะท้อนตนเองที่ดี

9. ใช้ประโยชน์จาก Provincial KM

ในปี 2555 สรพ.ได้ปรับวิธีการร่ำงานสภาพการรับรองบันไดขั้นที่สองสำหรับ รพ. ภาครัฐขนาดเล็ก (ไม่เกิน 120 เตียง) จากการเยี่ยมสำรวจมาเป็นการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยมีเครื่องมือประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนากระบวนการนี้จะเกิดประโยชน์เมื่อมีความเข้าใจ ใช้ความเรียบง่าย และมุ่งมั่นจริงจังในการลงมือทำ

แนวทางการทำกิจกรรม

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นขั้นตอนในช่วงกลางของกิจกรรมทั้งหมดสามขั้นตอนซึ่งมีความสำคัญเท่าเทียมกัน โดยที่แต่ละขั้นตอนมีแนวคิดและเทคนิคดังนี้

ขั้นที่หนึ่ง การทบทวนในแต่ละ รพ.ก่อนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการเตรียมตัวเพื่อให้พร้อมที่จะเข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย

- การเตรียมคน เป็นการมอบหมายให้ผู้ที่ได้รับผิดชอบเรื่องนั้นโดยตรงทำการทบทวน และเข้าร่วมในกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ระดับจังหวัดด้วยตนเอง
- การประเมินตนเอง
 - ทำความเข้าใจกับเครื่องมือประเมินตนเองที่ สรพ.จัดทำขึ้น ซึ่งจะมีรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับมาตรฐานแต่ละตอน หัวใจมิได้อยู่ที่การให้คะแนน แต่อยู่ที่การหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่อง
 - ในแต่ละหมวด รอบแรกให้อ่านเนื้อหาอย่างคร่าวๆ แล้วระบุประเด็นที่ทีมงานทำได้โดดเด่นพร้อมที่จะแบ่งปันช่วยเหลือเพื่อน 2 ประเด็น (อยากช่วยเพื่อน) และประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาอยากจะรับฟังประสบการณ์และความเห็นของเพื่อน รพ.อื่น 2 ประเด็น (อยากให้เพื่อนช่วย)
 - จากนั้นให้อ่านแต่ละหัวข้อย่อยแล้วประเมินว่า รพ.อยู่ตรงไหน ถ้าจะพัฒนาต่อควรทำอะไร

- นำประเด็นที่จะพัฒนาต่อมาจัดลำดับความสำคัญร่วมกับประเด็นที่อยากให้เพื่อนช่วยที่ระบุไว้ในช่วงแรก
- ฝึกฝนการเป็น note taker ให้มีจำนวนมากที่สุด ให้รู้จักจับประเด็นและสามารถบันทึกได้อย่างครอบคลุม
- ใช้หลักความเรียบง่าย คลายความกังวล
 - ไม่ต้องกังวลเรื่องการจัดทำเอกสาร
 - ไม่ต้องกังวลกับข้อความในเครื่องมือประเมินที่ยังไม่เข้าใจ
 - ไม่ต้องกังวลว่าจะประเมินถูกต้องตามเกณฑ์หรือไม่
 - ไม่ต้องกังวลว่าจะต้องให้คะแนนตนเองให้ครบถ้วน
 - เตรียมตัวไปแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยความปลอดภัย

ขั้นที่สอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล เป็นเวทีแห่งการเติมเต็มให้กันและกัน ได้ทั้งความเข้าใจ ได้เห็นทางออกใหม่ๆ และได้เห็นจุดบอดที่ตนเองมองไม่เห็น

- บรรยายภาค
 - เตรียมตัวเตรียมใจมาช่วยกันสร้างเวทีสนทนาที่ผลิดอกออกผลมีพลัง และสร้างสรรค์ หลักเลี่ยงการพูดคุยแบบโต้เถียงหรือดูดรับข้อมูลมาสู่การพูดคุยอย่างเปิดใจและรับฟังกัน (สุนทรียสนทนา หรือสานเสวนา  ดึงกับปัจจุบัน หยั่งเห็นแบบปัญญาญาณ และครุ่นคิดด้วยหัวใจ รวมคลื่นของสมาชิกเป็นมณฑลแห่งพลังในทางบวก
 - ปรับจูนคลื่นใจ ความรู้สึก ความสัมพันธ์กันก่อนที่จะกระโดดเข้าสู่เนื้อหา
- วิธีการเสวนา
 - ใช้เวลาสั้นๆ ในการทำความกระจ่างเนื้อหาที่ไม่เข้าใจกับผู้แทนของ สรพ.
 - แยกวงไปสานเสวนาในกลุ่มที่ได้รับมอบหมาย (อาจจะมีการเสวนาคู่ขนานกันไปหลายๆ กลุ่ม) โดยมีแนวทางหรือกฎกติกาในการเสวนาดังนี้
 - กำหนดให้มี note taker ประจำกลุ่มสองท่าน เพื่อช่วยกันเก็บประเด็นจดบันทึกความรู้เชิงปฏิบัติไว้สำหรับใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด
 - จัดทำ “ตารางเพื่อนช่วยเพื่อน” เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แต่ละโรงพยาบาลระบุสิ่งที่โดดเด่นที่พร้อมจะช่วยเหลือเพื่อนของตน และสิ่งที่อยากจะให้เพื่อนช่วย ซึ่งเมื่อนำมาจับคู่กันก็จะเห็นชัดเจนว่าควรจะดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างไร
 - ใช้ “ตารางเพื่อนช่วยเพื่อน” เป็นเครื่องมือในการเลือกประเด็นเสวนาและ

ผู้ที่จะเสวนา อาจจะเริ่มด้วย รพ.ที่ต้องการขอคำปรึกษาหรือ รพ.ที่อยาก
จะเล่า good practice ถ้าจะเล่า good practice ในเรื่องใด ต้องขอให้
รพ.ที่ต้องการขอคำปรึกษาเรื่องนั้นอธิบายปัญหาหรือประเด็นที่ต้องการ
ปรึกษาก่อน

- ทุกโรงพยาบาลควรมีโอกาสนำประเด็นมาปรึกษาวางเสวนาอย่างน้อย
1 ประเด็น
- ประเด็นที่นำมาปรึกษาควรเป็นจุดอ่อนที่ส่งผลกระทบต่อ
- สมาชิกในวงเสวนาช่วยกันนำประสบการณ์ที่เป็น good practice ของตนมา
แบ่งปัน แนะนำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ขอคำปรึกษา
- สมาชิกในวงเสวนาร่วมกันเจาะลึกด้วยคำถาม “ทำอะไร” ในสถานการณ์
ต่างๆ และอาจใช้เทคนิค “พูดแทนเพื่อน” คือฟังแล้วสรุปข้อคิดที่จะนำไป
ใช้ประโยชน์ในเรื่องอื่นๆ ในลักษณะที่เป็นหลักการทั่วไปด้วยคำพูดของผู้พูด
เองโดยเฉพาะในการเสวนาเรื่องการดูแลผู้ป่วยซึ่งอาจจะนำบทเรียนของโรค
ที่แตกต่างกันมาพูดคุยพร้อมกัน
- สมาชิกที่ยังไม่ได้แบ่งปัน good practice เพราะไม่มีผู้ขอคำปรึกษา ให้นำ
เสนอโดยสรุป ถ้ามีผู้สนใจเจาะลึกค่อยขยายความ
- ผลที่ได้จากการเสวนาคือ
 - ความรู้เชิงปฏิบัติที่ได้จากการแลกเปลี่ยน ที่แต่ละคนซึมซับไป และที่ note
taker บันทึกไว้
 - บัญชีรายการประเด็นที่โรงพยาบาลจะพัฒนาในช่วงเวลาหนึ่งปีข้างหน้า
ถือว่าเป็น self recommendation และคำมั่นสัญญาที่จะนำไปปฏิบัติ โดย
เขียนในลักษณะ bullet ระบุประเด็นที่จะพัฒนาให้ชัดเจนอย่างสั้นๆ และระบุ
ความสำคัญ/ความเร่งด่วน ความยาวประมาณ 1-2 หน้า

ขั้นที่สาม การธำรงคุณภาพ เป็นช่วงที่ต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่องให้ฝังเข้าอยู่
ในงานปกติประจำมีกลไกติดตามภายใน การติดตามจากภายนอก และการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ต่อเนื่อง

- ดำเนินการพัฒนาตามประเด็นที่วางแผนไว้
- มีกลไกติดตามภายในของ รพ.
- มีการติดตามความก้าวหน้าจาก สสจ.
- มีการสุ่มเยี่ยมสำรวจจาก สรพ.

- มีการรับรู้ความก้าวหน้าผ่านการทำ teleconference ระหว่าง รพ. กับ สรพ. และ สสจ.
- มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายเฉพาะประเด็นหรือตามวิชาชีพภายในจังหวัดอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบของตัวช่วยในการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา

รูปแบบที่ 1 ประเมินลำดับขั้นของการพัฒนา โดยนำเอาประเด็นย่อยจาก overall scoring มาขยายให้เป็น 5 ระดับ โดยใช้ภาษาและถ้อยคำที่เข้าใจง่าย เห็นรูปธรรมในการปฏิบัติ ในการประเมินนั้นควรตีความให้ลึกซึ้ง คือคำนึงถึง effectiveness ของการปฏิบัติตัว  แบบนี้จะใช้กับมาตรฐานตอนที่ I และระบบงานใหญ่ๆ

การชี้นำองค์กร

- องค์กรได้รับการชี้นำด้วยนโยบายระยะสั้นของผู้บริหารสูงสุด
- องค์กรได้รับการชี้นำด้วยพันธกิจและนโยบายของต้นสังกัด
- องค์กรได้รับการชี้นำด้วยวิสัยทัศน์และค่านิยมซึ่งมีมาตรฐานระดับสูงกำหนด
- องค์กรได้รับการชี้นำด้วยวิสัยทัศน์และค่านิยมซึ่งมีกระบวนการจัดทำและถ่ายทอดอย่างเป็นระบบ โดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง
- องค์กรแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทิศทางที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และค่านิยม

รูปแบบที่ 2 ตารางประเมินการปฏิบัติในกิจกรรมที่ใช้เกณฑ์ประเมินเดียวกัน ใช้ในการประเมินกิจกรรมทบทวนคุณภาพ 12 กิจกรรม ทุกหน่วยงานไม่จำเป็นต้องทำครบทั้งหมด บางเรื่องควรทำที่ระดับ รพ. บางเรื่องมีเจ้าของระบบรับผิดชอบอยู่แล้ว บางเรื่องเป็นเรื่องเฉพาะของผู้ป่วย บางเรื่องต้องทำทุกหน่วย

ขอให้ประเมินลำดับขั้นของการพัฒนาในแต่ละกิจกรรมทบทวนตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. มีการทบทวนเป็นครั้งคราว
2. มีการทบทวนและปรับปรุงที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ
3. กิจกรรมทบทวนครอบคลุมโอกาสเกิดปัญหาสำคัญ มีการวิเคราะห์ root cause เพื่อหาต้นเหตุเชิงระบบ นำมาสู่การปรับปรุงระบบงานซึ่งเน้นไปที่การป้องกันสาเหตุที่แท้จริงอย่างครบถ้วน

4. มีการทบทวนที่บูรณาการเข้าเป็นกิจกรรมประจำของหน่วยงาน มีความไวในการตรวจพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติงาน, มีการติดตามการปฏิบัติตามระบบงานที่ได้รับการปรับปรุงและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
5. มีวัฒนธรรมของการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการมีระบบ concurrent monitoring ในรูปแบบต่างๆ

แบบประเมิน Performance ของการทบทวนคุณภาพ

กิจกรรมทบทวน	1	2	3	4	5
การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย					
การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ					
การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา					
การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า					
การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง					
การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล					
การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา					
การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ					
การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน					
การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ					
การทบทวนการใช้ทรัพยากร					
การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ					
ภาพรวม					

รูปแบบที่ 3 การตรวจสอบการปฏิบัติในเนื้อหาที่สมควรทำ ว่าทำได้ดี, พอใช้, ไม่มีการปฏิบัติ ใช้ในเรื่องที่มีรายละเอียดของการปฏิบัติจำนวนมาก และไม่สามารถนำมาเรียงเป็นลำดับขั้นได้

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	ดี	พอใช้	ไม่มี
การออกแบบระบบ			
ระบุปัญหา และเป้าหมายในการดำเนินงานของทีม จากการติดเชื้อสำคัญตามลักษณะของ รพ.และผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อหรือการสำรวจ			
มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานวิชาการครอบคลุมประเด็นสำคัญครบถ้วน เลือกสรรแหล่งความรู้ที่น่าเชื่อถือมาใช้ในการทบทวนและปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ มีการออกแบบระบบงานเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติ			
มีการทำ FMEA เพื่อวิเคราะห์โอกาส/ลักษณะที่จะไม่มีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้ และออกแบบวิธีการปฏิบัติงานโดยใช้หลัก HFE เพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติ			
การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่กำหนดไว้ (พิจารณาทั้งความสมบูรณ์ของมาตรการ และการนำมาตรการไปปฏิบัติ)			
1. Standard precautions และ isolation precautions			
2. การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ			
3. การจัดการ (สัมผัส จัดเก็บ กำจัด) กับสิ่งที่ปนเปื้อนเชื้อโรค			
4. การส่งเสริมการล้างมือและสุขอนามัยของบุคคล			
5. การควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจาย และการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม			
6. การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในห้องผ่าตัดห้องคลอด หรือผู้ป่วยวิกฤติ			
7. การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยซักฟอก หน่วยจ่ายกลางโรงครัว กายภาพบำบัด ห้องเก็บศพ			
8. การป้องกันการติดเชื้อในการทำหัตถการสำคัญ			
9. การป้องกันการติดเชื้อสำคัญที่ รพ.ระบุว่าเป็นปัญหา			

10. การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิตและผู้ป่วยที่มีภูมิ ต้านทานต่ำ			
11. การจัดการกับการติดเชื้อที่ดื้อยาและการติดเชื้อที่อุบัติขึ้นใหม่			
มีการสร้างความตื่นตัวด้านการป้องกันการติดเชื้อให้แก่ทีมงานผ่าน 1) การตามรอยดูการปฏิบัติจริง 2) กรณีศึกษา 3) การทำ  lk round ของทีมผู้บริหาร นำมาทบทวน ปรับปรุง ค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติ ใหม่ๆ ที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ บุคลากรร่วมมือในการปฏิบัติตามนโยบาย/ มาตรการการป้องกันและมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นบางส่วน			

รูปแบบที่ 4 การประเมินคุณภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วยรายโรค โดยใช้
เกณฑ์เดียวกัน เป็นเกณฑ์ที่ระบุเฉพาะสภาพ ideal ไว้ที่คะแนนห้า (v) เปิดโอกาสให้ทีมงาน
เพิ่มเติมคุณลักษณะที่ ideal และประเมินว่าระบบของ รพ.อยู่ห่างจากสภาพ ideal อีกเท่าใด

การประเมินตามมาตรฐานตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย จะแตกต่างไปจากตอน
ที่ I-II และที่เคยประเมินในอดีต ซึ่งจะยึดมาตรฐานเป็นตัวตั้งและมองภาพรวมของผู้ป่วย
ทั้งหมด ที่ผ่านมาทำให้วางระบบงานในภาพรวมได้ระดับหนึ่ง ทาง สรพ.ได้พยายามนำโรค
มาเป็นตัวเดินเรื่องในลักษณะของ proxy disease และ clinical tracer แต่ยังไม่เคยใช้การ
ประเมินตามโรคดังกล่าว เพื่อความง่ายในการประเมินสำหรับการต่ออายุบันไดขั้นที่ 2 สู่
HA และเกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก สรพ.จึงได้ปรับให้การประเมินตาม
มาตรฐานตอนที่ III มาประเมินคุณภาพของกระบวนการดูแลขั้นตอนต่างๆ เป็นรายโรค
โดยให้อิสระ รพ.ที่จะคัดเลือกโรคขึ้นมา 5-10 โรค รวมทั้งประเมินในส่วนของตัวชี้วัดสำหรับโรค
เหล่านั้นด้วย

แบบประเมิน Performance ของการดูแลโรคสำคัญ

	โรค									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
การเข้าถึง										
การรับไว้รักษา										
การประเมินผู้ป่วย										
การวางแผนดูแลผู้ป่วย										
การวางแผนจำหน่าย										
การดูแลผู้ป่วย										
การให้ข้อมูลและเสริมพลัง										
การดูแลต่อเนื่อง										
Outcome indicator										
Evidence-based process indicator										
Other process indicator										

เกณฑ์เชิงกระบวนการดูแลผู้ป่วยจะเขียนอธิบายลักษณะในอุดมคติ (ideal situation) ไว้ที่คะแนน v แต่เว้นว่างคะแนน i-iv ไว้เป็นส่วนใหญ่ เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นในการใช้สำหรับแต่ละ รพ. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เริ่มด้วยการที่สมาชิกพิจารณาคำอธิบายในระดับอุดมคติก่อนว่าจะมีการเพิ่มหรือลดอย่างไร จากนั้นให้แต่ละ รพ. นำโรคที่เลือกมาประเมินที่ละโรคตามแบบฟอร์ม ซึ่งทีมงานสามารถขยายคำอธิบายคะแนนระดับที่ตนประเมินได้ ซึ่งคำขยายความของแต่ละ รพ. ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันแต่ควรจะมีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีแนวทางที่ใกล้เคียงกัน

การประเมินผู้ป่วย

- i.
- ii.
- iii.
- iv.

v. ผู้ป่วยได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพเมื่อแรกรับครบถ้วน (ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม) และเหมาะสมตาม CPG/evidence, มีการ investigate ตามความจำเป็นอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งนำผลมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพในการวินิจฉัย และวางแผนดูแล, มีการบันทึกข้อมูลการประเมินและการวินิจฉัยโรคที่สมบูรณ์ พร้อมข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค, มีการประเมินซ้ำอย่างเหมาะสมกับระดับ ความรุนแรงของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย, มีความร่วมมือและประสาน ระหว่างวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วย, มีการทบทวนความถูกต้องครบถ้วนในการ ประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรคพร้อมทั้งนำมาปรับปรุงการประเมินผู้ป่วย, การ วินิจฉัยโรคมีความถูกต้อง ทันเวลา

เกณฑ์การให้คะแนนด้านตัวชี้วัดจะแตกต่างออกไป โดยจะมีการประเมินทั้งในส่วน ของ outcome indicator, evidence-based process indicator, และ process indicator อื่นๆ โดยยึดหลักการวัดที่ตรงประเด็นเป็นสำคัญ การประเมินรอบปี 2555 นี้จะเน้นเพื่อ ช่วยให้ รพ.วางแผนการเก็บข้อมูลให้ตรงประเด็นและครบถ้วนมากขึ้น

- 1 = เริ่มมีการติดตามวัดผลด้วยตัวชี้วัดจำนวนหนึ่ง
- 2 = ตัวชี้วัดครอบคลุมประเด็นสำคัญ
- 3 = ตัวชี้วัดครอบคลุมประเด็นสำคัญครบถ้วน มีการนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา
- 4 = ผลลัพธ์การดำเนินงานอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
- 5 = ผลลัพธ์การดำเนินงานที่นำเสนออยู่ในระดับแนวหน้า

ตอนที่ 2

แผนงานสำคัญของ สรพ. ในปี 2555

ศึกษา   ดินหน้า

HA SHA และ Tools ใหม่ช่วยดำรง

พึงประสงค์ระบบสุขภาพงตาม

1. แผนงานด้านมาตรฐานและการรับรอง

1.1 HA Plus

คืออะไร

เป็นมาตรฐานและการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของสถานพยาบาลที่ต้องการพัฒนาต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศและความเป็นสากลยิ่งขึ้น

ที่มา

สถานพยาบาลที่ได้รับ HA แล้วจำนวนหนึ่งต้องการพัฒนาต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ซึ่งจะสำเร็จได้ง่ายหากยังคงรักษารฐาน HA ให้มั่นคง สถานพยาบาลอีกจำนวนหนึ่งต้องการนำมาตรฐานสากล เช่น JCI มาสู่การปฏิบัติ

ลักษณะของมาตรฐาน HA Plus

เป็นมาตรฐานที่ผสมผสานข้อกำหนดของมาตรฐาน HA และคำขยายความใน SPA เข้ากับข้อกำหนดและคำขยายความของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ MBNQA2011/TQA2012 และมาตรฐาน JCI 4th edition

รูปแบบของมาตรฐานจะยึดข้อกำหนดของมาตรฐาน HA เป็นตัวตั้ง และขยายความด้วยแนวทางพัฒนาและเกณฑ์ประเมินจากแหล่งต่างๆ ให้ประเมินได้ง่ายโดยประเมินเป็น 3 ระดับคือ met (M), partially met (P), not met (N)

กลุ่มเป้าหมาย

สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA แล้วและเต็มใจที่จะใช้มาตรฐาน HA Plus

แนวทางดำเนินการ

1. สถานพยาบาลประเมินตนเอง โดยอาจมีเครือข่ายสถานพยาบาลเข้าร่วมประเมินกันและกันในส่วนที่เป็นการปฏิบัติตามข้อกำหนด (compliance)
2. สรพ.จัดทำแนวทางการประเมิน outcome & impact ของประเด็นสำคัญ และเข้าร่วมรับรู้เรียนรู้กับสถานพยาบาลโดยอาศัยข้อมูลที่สถานพยาบาลวิเคราะห์ไว้

ตัวอย่าง

II - 6.1 การวางแผน การจัดการ การเก็บและสำรองยา (MMS.1)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล พร้อมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย.

ก. การวางแผนและการจัดการ

- (1) มีคณะกรรมการหรือกลุ่มบุคคลที่มาจากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่กำหนดทิศทางและส่งเสริมให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ.

N	P	M		Ref
			คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด	
			• มีคณะกรรมการหรือกลไกกำกับดูแลที่มาจากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่กำหนดทิศทางและส่งเสริมให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ โดยคณะกรรมการมีลักษณะสอดคล้องกับบริบทขององค์กรและมีแนวทางที่ชัดเจนในการประสานงานกับคณะกรรมการอื่นๆ	[HA] SPA, [JCI] MMU.2.1 ME1
			• คณะกรรมการฯ ทำหน้าที่กำหนดทิศทางในด้านการวางแผน การคัดเลือก การจัดหา การเก็บสำรองยา เพื่อให้ได้ยาที่มีคุณภาพสูง ให้เพียงพอและพร้อมใช้	[HA] SPA
			• คณะกรรมการฯ ทำหน้าที่กำหนดทิศทางในด้านการสั่งจ่าย การเตรียม จัดจ่าย และให้ยา เพื่อการให้ยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล	[HA] SPA

		• คณะกรรมการฯ กำหนดแนวทางการประเมินผล และสนับสนุนให้มีการติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างสม่ำเสมอรวมทั้งการรายงานตามวงรอบเวลาที่กำหนด	[HA] SPA
		การจัดระบบงานและการจัดการ	
		• มีแผน หรือนโยบาย หรือเอกสารอื่น ระบุวิธีการจัดระบบและการจัดการยาทั่วทั้งองค์กร	[JCI] MMU.1 ME1
		• Setting บริการ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการด้านยาทั้งหมด ได้รับการระบุนรวมอยู่ในโครงสร้างองค์กร	[JCI] MMU.1 ME2
		• มีนโยบายให้แนวทางการจัดการและการใช้ยาที่ใช้ในองค์กรทุกชั้นตอน	[JCI] MMU.1 ME3

1.2 Program & Disease Specific Certification

คืออะไร

เป็นการเปิดเวทีให้สถานพยาบาลนำระบบงานหรือระบบการดูแลผู้ป่วยซึ่งให้ผลดีมาแบ่งปัน โดยใช้การยกย่องเชิดชูเฉพาะเรื่องเพื่อการคัดเลือกและสรรหา

ที่มา

จากการเยี่ยมสถานพยาบาลเพื่อการรับรอง HA หรือบันไดขั้นที่สองสู่ HA ผู้เยี่ยมสำรวจได้พบแบบอย่างที่ดีในการทำงานเฉพาะเรื่อง เฉพาะระบบ เฉพาะโรค ซึ่งน่าจะได้รับการยกย่องเชิดชูให้เป็นที่ยอมรับและภาคภูมิใจของทีมงาน เป็นแหล่งเรียนรู้และเป็นแบบอย่างสำหรับสถานพยาบาลอื่นๆ

กลุ่มเป้าหมาย

สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA หรือบันไดขั้นที่สองสู่ HA มีระบบงานหรือระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะเรื่องที่มีความโดดเด่นทั้งในส่วนกระบวนการและผลลัพธ์

ลักษณะสำคัญของระบบงานหรือระบบการดูแลผู้ป่วยที่จะได้รับกิตติกรรมประกาศ

1. แสดงให้เห็นการจัดการกระบวนการ (process management) อย่างเป็นระบบมีการวิเคราะห์กระบวนการสำคัญที่ครอบคลุมทั้งสายธารแห่งคุณค่า (value stream),

ข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง, การออกแบบกระบวนการตามข้อกำหนด, การนำสู่การปฏิบัติ, การควบคุมให้เป็นไปตามข้อกำหนดและการติดตามผลลัพธ์, ตลอดจนการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

2. แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีถึงดีมาก และแนวโน้มที่ดีขึ้นมีการใช้ข้อมูลเทียบเคียงที่ท้าทาย
3. แสดงให้เห็นการประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ระบบงานที่มีบูรณาการ การสร้างนวัตกรรม และ/หรืองานวิจัยจากงานประจำ หรือการสร้างองค์ความรู้ที่สำคัญ
4. แสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนาที่ขจัดความสูญเปล่า ป้องกันความเสี่ยง ใช้หลักฐานทางวิชาการ รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพ และมีจิตด้านจิตวิญญาณ

ขอบเขตของการขอรับรองและเผยแพร่ข้อมูล

ระบบงานหรือระบบการดูแลผู้ป่วยที่ขอรับรองอาจจะเป็นอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

1. การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด หรือตลอดธรรมชาติของการดำเนินโรค
2. การผ่าตัดหรือการบำบัดรักษาซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ
3. ระบบงานสำคัญ

แนวทางปฏิบัติในการรับรอง

1. สถานพยาบาลเลือกสรรระบบงานหรือระบบการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในข่ายที่จะได้รับการรับรอง และจัดเตรียมข้อมูลต่อไปนี้ส่งให้ สรพ.
 - a. บริบท ความท้าทาย/ประเด็นสำคัญ เป้าหมาย
 - b. แผนภูมิสายธารแห่งคุณค่า (value stream map) หรือ process flow chart ในระดับที่เหมาะสมสำหรับการทำความเข้าใจ
 - c. การวิเคราะห์ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (รวมทั้งความเสี่ยงและโอกาสพัฒนา) ในแต่ละขั้นตอน คุณลักษณะที่พึงประสงค์ (requirement) ในแต่ละขั้นตอน บทเรียนของการพัฒนาและแนวทางปฏิบัติเพื่อบรรลุคุณลักษณะดังกล่าว (เช่น แนวคิด กลยุทธ์ แบบฟอร์ม การสื่อสาร เครื่องมืออุปกรณ์ สิ่งประดิษฐ์) ในลักษณะที่พร้อมเผยแพร่ให้หน่วยงานที่สนใจสามารถศึกษาและนำไปปฏิบัติได้

- d. ข้อมูลผลการดำเนินการทั้งในส่วนของกระบวนการ (process indicator) และ ผลลัพธ์ (outcome indicator) อย่างน้อย 3 ปี พร้อมทั้งข้อมูลเทียบเคียง (benchmark) โดยนำเสนอผลการดำเนินการทั้งหมดในลักษณะของตาราง และเลือกข้อมูลบางด้านมานำเสนอด้วยกราฟตามความเหมาะสม และขอให้ระบุว่า ข้อมูลใดที่ยินดีเปิดเผยต่อสาธารณะ ข้อมูลใดที่ยินดีนำเสนอเฉพาะกราฟที่เป็น แนวโน้มโดยไม่ระบุค่าตัวเลข และข้อมูลใดที่ไม่ต้องการให้เปิดเผย
2. สรพ.จะส่งผู้แทนเข้าร่วมรับรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมงานที่รับผิดชอบ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อประโยชน์แก่สถานพยาบาล
3. สรพ.จะพิจารณาให้กิตติกรรมประกาศรับรองกระบวนการคุณภาพสำหรับระบบงานหรือระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค หากสถานพยาบาลแสดงให้เห็นคุณลักษณะสำคัญทั้ง 4 ประการข้างต้น
4. กิตติกรรมประกาศรับรองกระบวนการคุณภาพสำหรับระบบงานหรือระบบการดูแลผู้ป่วยมีอายุ 5 ปี โดยในแต่ละปี สถานพยาบาลจะต้องปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยทั้งในส่วนกระบวนการและผลการดำเนินการบน web-site ที่สรพ. จัดให้เป็นเวทีเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้
5. กรณีที่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น สถานพยาบาลจะดำเนินการสืบสวนและวิเคราะห์หามูลเหตุ (root cause analysis) ดำเนินการแก้ไขและหามาตรการป้องกันเชิงรุก และแจ้งให้ สรพ.ทราบเป็นระยะ

1.3 Provincial KM เพื่อการธำรงบันไดขั้นที่สองสู่ HA

คืออะไร

เป็นการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับสถานพยาบาลที่นำกระบวนการ HA ไปใช้ในการพัฒนา โดยเน้นเนื้อหาสำหรับระดับการพัฒนาของสถานพยาบาลส่วนใหญ่ คือ สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองในบันไดขั้นที่สองสู่ HA และกำลังจะพัฒนาสู่การรับรอง HA หรือธำรงบันไดขั้นที่สองไว้

ที่มา

สรพ.จัดให้มีระบบรับรองเป็นลำดับขั้น (stepwise recognition) หรือบันไดสามขั้นสู่ HA เพื่อให้สถานพยาบาลได้พัฒนาคุณภาพเป็นลำดับขั้นตามความพร้อมของตน

ขณะนี้สถานพยาบาลส่วนใหญ่พัฒนาอยู่ในระดับบันไดขั้นที่สองสู่ HA และจำนวนหนึ่งมีความพร้อมที่จะก้าวสู่บันไดขั้นที่สาม ทั้งนี้โดย 3rd party payer นำสถานภาพการรับรองมาพิจารณาในการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลด้วย

เพื่อให้สถานพยาบาลที่อยู่ในบันไดขั้นที่สองสู่ HA สามารถสร้างสถานภาพ มีความตื่นตัวในการพัฒนา และทำงานพัฒนาคุณภาพด้วยความผ่อนคลาย สรพ.จึงปรับวิธีการสร้างสถานภาพการรับรองบันไดขั้นที่สองจากการเยี่ยมสำรวจมาเป็นการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยมีเครื่องมือประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับจังหวัดคือสถานพยาบาลทุกแห่งที่นำกระบวนการ HA ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพของตน ซึ่งประโยชน์ในภาพรวมคือการแบ่งปันบทเรียนระหว่างกัน สำหรับประโยชน์เฉพาะที่สถานพยาบาลซึ่งได้รับการรับรองแต่ละระดับจะได้รับ มีดังนี้

1. สถานพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการรับรองในบันไดขั้นที่สองสู่ HA จะเห็นแนวทางในการพัฒนาเพื่อเตรียมความพร้อมเพื่อการประเมินบันไดขั้นที่สองสู่ HA ได้ชัดเจนขึ้น
2. สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองในบันไดขั้นที่สองสู่ HA จะเห็นแนวทางในการพัฒนาต่อเนื่องสู่การรับรอง HA
3. สถานพยาบาลของรัฐที่ได้รับกิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่สองสู่ HA ซึ่งมีจำนวนเตียงที่เปิดดำเนินการจริงไม่เกิน 120 เตียง จะได้รับสิทธิในการสร้างบันไดขั้นที่สองสู่ HA โดยอัตโนมัติ ภายใต้ระบบการสุ่มเยี่ยมที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้
4. สถานพยาบาลที่ได้รับ HA แล้ว ได้ทบทวนตนเอง ได้เชื่อมโยงเครือข่ายและมีโอกาสเชื่อมโยงระบบให้ไร้รอยต่อยิ่งขึ้น

แนวทางการทำกิจกรรม

ขั้นที่หนึ่ง การทบทวนในแต่ละ รพ. ก่อนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการเตรียมตัวเพื่อให้พร้อมที่จะเข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย การเตรียมคน, การประเมินตนเอง, การฝึกฝนเป็น note taker, ใช้หลักความเรียบง่าย คลายความกังวล

ขั้นที่สอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล เป็นเวทีแห่งการเติมเต็มให้กันและกัน ได้ทั้งความเข้าใจ ได้เห็นทางออกใหม่ๆ และได้เห็นจุดบอดที่ตนเองมองไม่เห็นผ่านเวทีสนทนาที่ผลิดอกออกผล ใช้ตารางเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นเครื่องมือในการเลือก

ประเด็นเสวนา เน้นการแบ่งปันประสบการณ์สำหรับผู้ต้องการความช่วยเหลือ เจาะลึกด้วยคำถาม “ทำอะไร” และสรุปประเด็นด้วยเทคนิค “พูดแทนเพื่อน” ผลที่ได้คือความรู้เชิงปฏิบัติและบัญชีรายการประเมินที่โรงพยาบาลจะพัฒนาในช่วงหนึ่งปีข้างหน้า

ขั้นที่สาม การธำรงคุณภาพ เป็นช่วงที่ต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่องให้ฝังเข้าอยู่ในงานปกติประจำมีกลไกติดตามภายใน การติดตามจากภายนอก และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่อเนื่อง

(รายละเอียดดูจากเนื้อในบทที่ 9 ของตอนที่ 1)

1.4 การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรับรองกระบวนการคุณภาพ HA

คืออะไร

เป็นการจ่ายเงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรับรองกระบวนการคุณภาพให้แก่สถานพยาบาล ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลมีนโยบายชัดเจนที่จะให้สถานพยาบาลใช้กระบวนการ HA เพื่อการพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานพยาบาลของรัฐขนาดเล็กที่มีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ

ที่มา

จากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ สรพ. ได้รับทราบถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลบางแห่ง แต่ด้วยข้อจำกัดทางการเงินจึงสูญเสียโอกาสในการรับรองกระบวนการคุณภาพในปี 2555 สรพ.ได้ตั้งงบประมาณสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรับรองกระบวนการคุณภาพตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่จะให้สถานพยาบาลของรัฐได้รับการรับรอง HA เพิ่มขึ้นปีละ 5%

กลุ่มเป้าหมาย

สถานพยาบาลของรัฐจำนวนประมาณ 80 แห่ง ซึ่งได้รับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ HA ตั้งแต่ 1 มกราคม 2555

แนวทางในการสนับสนุน

สถานพยาบาลที่จะได้รับเงินสนับสนุนจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ได้รับการเยี่ยมสำรวจแล้วพบว่ามีปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในระดับที่จะให้การรับรอง HA ได้ โดย

วงเงินที่สนับสนุนเป็นไปตามเงื่อนไขในตาราง

	จำนวนเตียง	Quick Ratio ≤ 1.0	Quick Ratio > 1.0
การรับรองครั้งแรก	≤ 120 เตียง	100%	50%
	> 120 เตียง	50%	-
การต่ออายุการรับรอง	ทุกขนาด	50%	-

ทั้งนี้สถานพยาบาลจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายเต็มจำนวนให้แก่ สรพ.ตามที่กำหนดไว้ และ สรพ.จะจ่ายเงินคืนให้แก่สถานพยาบาลในภายหลัง ในกรณีที่จะต้องมีการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง (focused survey) สรพ.จะจ่ายเงินคืนให้ต่อเมื่อการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องนั้นแสดงให้เห็นว่าสถานพยาบาลได้ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในระดับที่จะให้การรับรอง HA ได้ และการจ่ายเงินสนับสนุนจะครอบคลุมเฉพาะการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรอง (accreditation survey) ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง (focused survey)

2. แผนงานด้าน Spiritual HA

2.1 SHA Program (Spiritual Healthcare Appreciation & Accreditation)

คืออะไร

เป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเพื่อมุ่งสู่ความยั่งยืนของการพัฒนาโดยนำมิติจิตใจ จิตตปัญญาและการดูแลด้วยความรัก เอื้ออาทรมาผสมผสานในการทำงาน ก่อให้เกิดคุณภาพบนพื้นฐานของความรัก ความเมตตา สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของคนไทย ตระหนักในคุณค่าของคนทำงาน เกิดความสุขทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

ที่มา

สธพ.ได้รับทุนจาก สสส. ในการพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืนโดยใช้กระบวนการ HA ภายใต้ชื่อ SHA Program ซึ่งย่อมาจาก Sustainable Healthcare & Health Promotion by Accreditation จากโครงการดังกล่าวทำให้เห็นความสำคัญในการนำมิติด้าน spiritual หรือจิตตปัญญามาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ ควบคู่ไปกับการมีระบบงานที่ดี มีมาตรฐาน และมีหลักประกันความปลอดภัย รวมไปถึงการใช้ประโยชน์จากประเพณี ความเชื่อ วัฒนธรรม

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างเครือข่ายสถานพยาบาลที่ใช้แนวคิดจิตตปัญญาบูรณาการกับการพัฒนาคุณภาพเกิดรูปที่เป็นแบบอย่างในการพัฒนาคุณภาพแบบผสมผสานมาตรฐานกับมิติทางด้านจิตวิญญาณและบุคลากรทำงานอย่างมีความสุข

กลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพหรือผ่านการรับรองในบันไดขั้น 2 สู่ HA

แนวทางการดำเนินการ

- 1) shared vision แลกเปลี่ยนภาพฝันการทำงานร่วมกันระหว่างผู้นำองค์กรและแกนนำในการขับเคลื่อน
- 2) เสริมองค์ความรู้เครื่องมือและแนวคิดที่สำคัญทางด้านมาตรฐานและจิตวิญญาณ เช่น เรื่องเล่าทางการแพทย์, transformative learning และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา
- 3) พัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการเปลี่ยนแปลงในสถานพยาบาล
- 4) สร้างพื้นที่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพอย่างบูรณาการ มาตรฐานและจิตวิญญาณ

2.2 SHA CUP: โครงการเสริมสร้างมิติจิตตปัญญาในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

คืออะไร

เป็นการส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับชุมชน เชื่อมโยงระบบบริการในรูปแบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่ประกอบด้วย  ช.รพ.สต., สอ., ชุมชนและองค์กรท้องถิ่น เป็นการออกแบบระบบบริการที่เกิดจากความคิด ความต้องการและพื้นฐานชีวิตของประชาชน เอกลักษณ์และวิถีไทย มาบูรณาการในระบบบริการ ใช้แนวคิด safety, standard, spirituality และ sufficiency economy ในการสร้างเครือข่ายระบบบริการและการเรียนรู้

ที่มา

จากการเห็นประโยชน์ของการนำมิติ spirituality มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพในระดับโรงพยาบาล ทำให้เห็นโอกาสที่จะขยายผลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ ซึ่งจุดเน้นสำคัญในนโยบายสุขภาพของประเทศ ในภาวะที่สังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและปัญหาโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นจำเป็นต้องเชื่อมโยงระบบบริการทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน ส่งเสริมให้ภาคีต่างๆ และประชาชนมีส่วนร่วม ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นและการพึ่งพาตนเอง

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมระบบบริการสุขภาพระดับเครือข่ายให้มีความเชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อ มีมาตรฐานการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชน รพ.สต.และชุมชน ส่งผลให้ประชาชน มีความตระหนัก ในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ด้วยตนเอง โดยภาคีเครือข่าย และองค์กรในพื้นที่อย่างมีส่วนร่วมอยู่ร่วมกันอย่างเอื้ออาทร

กลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการพัฒนาคุณภาพและมีประสบการณ์ในการนำ มิติspirituality เข้าไปบูรณาการกับงานประจำแล้วร่วมกับ CUP ที่รับผิดชอบจำนวน 4 CUP ได้แก่ CUP สันทราย จ.เชียงใหม่, CUP หนองวัวซอ จ.อุดรธานี, CUP เสาไห้เฉลิม พระเกียรติ 80 พรรษา จ.สระบุรี, CUP ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์

วิธีการดำเนินงาน

- 1) กำหนดยุทธศาสตร์ ภาพที่ต้องการเห็นร่วม(future scenario)ระหว่าง รพช./รพ. สต./สสจ. /สรพ./ประชาชน
- 2) วางระบบบริการตามบริบทและความต้องการของประชาชนและเป็นไปตาม มาตรฐานที่ดี
- 3) สร้างความเข้าใจในระดับกลุ่มเครือข่าย ในการเสริมสร้างมิติจิตใจในงานบริการที่มีคุณภาพโดยการอบรมเชิงลึกในการทำงานร่วมกับชุมชนโดยใช้เครื่องมือชุมชน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานกับชุมชน ร่วมกับประชาชน/ผู้แทนในการเลือก ปัญหา สภาวะสุขภาพที่ทดลองทำ seamless healthcare โดยใช้ข้อมูลจาก แผนที่เดินดิน และนำข้อมูลที่ได้จากประชาชนมาปรับระบบบริการหรือแนวทาง ของกลุ่มปฐมภูมิ
- 4) พัฒนาระบบบริการเครือข่ายให้มีความปลอดภัย ผสมผสานมิติจิตใจ ใช้ข้อมูล จากประชาชนเพื่อเข้าใจและเข้าถึงเรียนรู้แนวคิดและเครื่องมือที่สำคัญได้แก่ narrative medicine, salutogenesis,แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง และอบรมผู้นำ การเปลี่ยนแปลง (SHA facilitators)
- 5) แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงแสวงหาแนวร่วมและต้นทุนท้องถิ่นเพื่อความยั่งยืน
- 6) พัฒนาและทดสอบรูปแบบการเชื่อมโยงระบบบริการ (seamless healthcare)

2.3 โครงการเสริมสร้างเครือข่ายการเรียนรู้และจิตตปัญญาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

คืออะไร

เป็นการพัฒนาความร่วมมือและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพและการเสริมสร้างมิติจิตตปัญญาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส

มีลักษณะการเสริมสร้างการเรียนรู้ร่วมกับคนทำงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน โดยใช้แนวคิด เข้าใจ เข้าถึง และพัฒนาเน้นการสร้างการมีส่วนร่วม การทำงานร่วมกับชุมชน การใช้มิติด้านจิตใจที่ละเอียดอ่อนผสมผสานในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ สร้างคุณค่าและเปิดโอกาสให้คนทำงานใช้ศักยภาพอย่างสูงสุด รวมทั้งการสร้างขวัญและกำลังใจ

ที่มา

บริการคุณภาพในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นบริการที่จะต้องตอบสนองความต้องการที่มีเอกลักษณ์ อันเนื่องมาจากบริบท วิถีชีวิต และจิตวิญญาณประชาชนในสังคมพหุวัฒนธรรม จำเป็นต้องอาศัยผู้นำและเครือข่ายในการขับเคลื่อน ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทั้งกายภาพ สังคมและพฤติกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพและสุขภาวะในพื้นที่ สร้างขวัญกำลังใจและใช้มิติทางด้านจิตใจ ความรัก ความศรัทธา ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและการเข้าถึงระบบบริการคุณภาพในพื้นที่เฉพาะและมีความต้องการเป็นพิเศษ

กลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลทุกแห่งที่ตั้งอยู่ในบริเวณ จังหวัดยะลา ปัตตานี นราธิวาส อันเป็นพื้นที่ที่ต้องการการขับเคลื่อนเป็นพิเศษ

กลยุทธ์การดำเนินงาน

- 1) ใช้แนวคิดไตรภาคี ในการขับเคลื่อนองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ Quality, Spirituality & Learning

- 2) ใช้แนวคิดปรัชญา การเข้าใจ เข้าถึง พัฒนา
- 3) สร้างการมีส่วนร่วมในลักษณะเครือข่าย สนับสนุนความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงระบบคุณภาพที่ดี ในพื้นที่ที่มีวัฒนธรรมเฉพาะ
- 4) สนับสนุนการสร้างขวัญกำลังใจและสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่ของรัฐและประชาชน
- 5) สนับสนุนการเสริมสร้างมิติจิตใจ ความรัก ความศรัทธา สร้างระบบงานที่ละเอียดอ่อน เข้าถึงความรู้สึกและศรัทธาของประชาชนในระบบบริการสุขภาพ
- 6) พัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพที่มีความคล่องตัว เป็นอิสระและมีศักยภาพสูง ในลักษณะของเครือข่ายและการจัดการความรู้

3. แผนงานริเริ่มเพื่อส่งเสริมการพัฒนา

3.1 QLN (Quality Learning Network)

คืออะไร

เป็นโครงการสนับสนุนกระบวนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลในกลุ่มเครือข่ายอย่างต่อเนื่องด้วยระบบพี่เลี้ยงและเครือข่าย ควบคู่กับการพัฒนาที่ปรึกษาและพี่เลี้ยงในพื้นที่

ที่มา

จากแนวคิดการพัฒนาสู่ความยั่งยืน การพัฒนาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน และส่งเสริมการเข้าถึงการพัฒนาคุณภาพ การประเมินและรับรองคุณภาพ ให้ครอบคลุมสถานพยาบาลทั่วประเทศ โดยใช้คนในพื้นที่ที่มีความเข้าใจบริบท มีความสนใจและมีศักยภาพเป็นพี่เลี้ยงให้กับโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความร่วมมือ เกิดแรงบันดาลใจในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลอย่างกว้างขวางและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยสถาบันทำหน้าที่เสริมองค์ความรู้และพัฒนาทักษะพี่เลี้ยง

กลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพและหรือผู้อำนวยการมีความมุ่งมั่นและสนใจเข้าร่วมเป็นแกนนำกลุ่มเครือข่าย (node manager) จำนวน 12 แห่ง ได้แก่ รพ.องครักษ์ จ.นครนายก, รพ.นครชัยศรี จ.นครปฐม, รพ.วัดเพลง จ.ราชบุรี, รพ.บึงโขงหลง จ.บึงกาฬ, รพ.บุญทริก จ.อุบลราชธานี, รพ.บัว จ.น่าน, รพ.บางมูลนาก จ.พิจิตร, รพ.สังขะ จ.สุรินทร์, รพ.โคกศรีสุพรรณ จ.สกลนคร, รพ.หนองกุงศรี จ.กาฬสินธุ์, รพ.ป่าพะยอม จ.พัทลุง และ รพ.พระนครศรีอยุธยา

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย ระหว่างโรงพยาบาลและพี่เลี้ยง ส่งผลให้รพ.สามารถยกระดับการพัฒนาคุณภาพสู่การรับรองกระบวนการคุณภาพและพี่เลี้ยงมีความรู้ ความสามารถเป็นที่ปรึกษา กระตุ้นและสร้างแรงบันดาลใจให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการดำเนินการ

- 1) ใช้แนวทางการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเครือข่าย ระบบการพึ่งพาระหว่างกันเพื่อช่วยเหลือกัน
- 2) เชิญชวนและคัดเลือกกลุ่มเครือข่ายที่สมัครใจ มอบหมายให้ผู้จัดการเครือข่าย คัดเลือกและเชิญชวนโรงพยาบาลเข้าร่วมเครือข่ายและคัดเลือกพี่เลี้ยงคุณภาพประจำเครือข่าย
- 3) สร้างการมีส่วนร่วมและทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมในโครงการระหว่างสรพ. ผู้จัดการกลุ่มเครือข่ายที่ปรึกษาพื้นที่ และผู้อำนวยการของรพ. กลุ่มเป้าหมาย
- 4) อบรมความรู้ เทคนิคการเป็นพี่เลี้ยงแนวทางการเยี่ยมและเครื่องมือคุณภาพ เพื่อเพิ่มองค์ความรู้และทักษะสำหรับพี่เลี้ยงคุณภาพ
- 5) ที่ปรึกษาพื้นที่ของสรพ.ลงเยี่ยมเพื่อพัฒนาพี่เลี้ยงคุณภาพในโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย
- 6) ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพร่วมเรียนรู้ กระตุ้นการพัฒนาและสร้างการเรียนรู้ในโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

เครื่องมือ

- 1) Appreciative Inquiry
- 2) Quality Improvement track
- 3) การจัดการความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge management)
- 4) เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ เช่นการตามรอย การประเมินตนเอง

3.2 THIP (Thailand Hospital Indicator Project)

คืออะไร

เป็นระบบรายงานข้อมูลตัวชี้วัดเพื่อการเปรียบเทียบ ซึ่งโรงพยาบาลที่รายงานเข้ามาสามารถดูข้อมูลตัวชี้วัดของตนเปรียบเทียบกับค่าสถิติของกลุ่มที่ตนเลือกได้ การรับรู้ performance ของโรงพยาบาลอยู่ตรงไหนเมื่อเทียบกับกลุ่ม เป็นแรงขับเคลื่อนที่ดีในการพัฒนาและการตั้งเป้าหมาย

ที่มา

โรงพยาบาลที่นำเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติเพื่อองค์กรที่เป็นเลิศมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาองค์กร เริ่มตระหนักในความสำคัญของแหล่งข้อมูลตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ในปี 2550 สรพ. ร่วมกับกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยพัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับ IQIP (International Quality Indicator Project) โดยเน้นตัวชี้วัดตามมาตรฐาน HA ตอนที่ IV ที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ ซึ่งในปี 2555 นี้ สรพ. ได้คัดเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปเพื่อให้โรงพยาบาลเลือกรายงานและใช้ประโยชน์

สิ่งที่โรงพยาบาลจะได้รับ

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะเห็นข้อมูลตัวชี้วัดที่ตนรายงานเปรียบเทียบกับกลุ่มโรงพยาบาลที่ตนระบุในการเรียกดูข้อมูลแต่ละครั้ง เช่น ขนาด ประเภท ภูมิภาคที่ตั้ง โดยจะนำเสนอข้อมูลเป็นรายปี พร้อมสถิติของกลุ่ม เช่น ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด, ค่า percentile ที่ 25/50/75

เงื่อนไข

- (1) โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะเห็นข้อมูลของตัวชี้วัดเฉพาะที่ตนรายงานเข้ามาในระบบเท่านั้น
- (2) โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะต้องใช้คำจำกัดความของตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับที่ระบบกำหนดไว้
- (3) โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะต้องสร้างระบบให้มั่นใจว่าข้อมูลที่จัดเก็บเป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

- (4) โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะต้องบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดเข้าในระบบในเวลาที่กำหนดไว้ โดยบันทึกรายงานตัวชี้วัดเป็นรายปี
- (5) โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะต้องแก้ไขข้อมูลที่ถูกรายงานว่าเป็น outlier ที่เกินความเป็นไปได้ ซึ่งจะมีผลให้ข้อมูลของกลุ่มเป็นข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ

3.3 Safety Innovation Link

คืออะไร

เป็นระบบการแบ่งปันข้อมูลการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่รัดกุม มีหลักประกันในเรื่องความปลอดภัย ที่เป็นผลจากการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง และมีการนำไปทดสอบในสถานการณ์จริงว่าได้ผล

ที่มา

ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเป็นความคาดหวังพื้นฐานของสังคม และเป็นเป้าหมายที่สถานพยาบาลต่างๆ ต้องการบรรลุ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ นอกจากจะทำให้สามารถรักษาโรคต่างๆ ได้มากขึ้นแล้ว เมื่อประกอบกับความซับซ้อนกับสถานะของโรค อาจทำให้โอกาสเกิดปัญหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น

สถานพยาบาลต่างๆ ได้จัดวางระบบบริหารความเสี่ยงในระบบงานต่างๆ เพื่อให้สามารถป้องกันและดักจับปัญหาต่างๆ รวมไปถึงสร้างการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้มีระบบการป้องกันที่รัดกุมเพิ่มขึ้นเป็นลำดับซึ่งนับว่าเป็นบทเรียนที่มีค่าและสามารถเอื้อประโยชน์ให้แก่สถานพยาบาลอื่นๆ ที่จะวางแนวทางป้องกันความเสี่ยงได้ง่ายขึ้นและครอบคลุมโอกาสเกิดความเสี่ยงในแง่มุมต่างๆ ที่อาจคาดไม่ถึง

เพื่อการแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและการมีระบบงานต่างๆ ที่ปลอดภัย สถาบันจึงได้สร้างช่องทางการสื่อสารระหว่างสถานพยาบาลต่างๆ ขึ้นเพื่อให้มีส่วนช่วยในการเผยแพร่นวัตกรรมต่างๆ ให้เกิดการรับรู้และนำไปใช้อย่างกว้างขวาง

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างการเรียนรู้ในประชาคมบริการสุขภาพเกี่ยวกับนวัตกรรมเพื่อระบบงานที่ปลอดภัย และความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ในลักษณะที่ไม่บั่นทอนความน่าเชื่อถือหรือสร้างความเสียหายแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

แนวทางดำเนินการ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจะสร้าง web site ขึ้นเพื่อเป็นช่องทางในการรวบรวม คัดกรอง และเผยแพร่ วิธีการหรือนวัตกรรมในการป้องกันปัญหา/ความเสี่ยง ในลักษณะที่ไม่ปรากฏชื่อหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยผู้ให้บริการสุขภาพทุกคนสามารถนำเสนอบทเรียน และปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือได้ มีการให้ความคิดเห็นเพื่อช่วยเหลือกัน และสถานพยาบาลทุกแห่งสามารถส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของตนเข้าถึงข้อมูลได้

ข้อมูลที่นำเข้าสู่ระบบมีสองลักษณะคือ

- 1) บทเรียนของการป้องกันปัญหา/ความเสี่ยง ซึ่งจะขอความร่วมมือจากสถานพยาบาลต่าง ๆ ในการนำเสนอ ทั้งการนำเสนอโดยตรงของสถานพยาบาล/ผู้ประกอบวิชาชีพ การนำเสนอผ่านผู้เยี่ยมสำรวจหรือที่ปรึกษาของ สรพ. โดยไม่ต้องระบุชื่อหรือหน่วยงานผู้เกี่ยวข้อง
- 2) ความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ที่ต้องการความช่วยเหลือในวิธีการป้องกัน ซึ่งจะผ่านเข้าสู่หน้า web ของ social media ที่เป็นห้องแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยไม่ปรากฏชื่อผู้ถาม หัวข้อของบทเรียนที่จะรายงานเพื่อประโยชน์ต่อสถานพยาบาลอื่น ประกอบด้วย
 - 1) วิธีการหรือนวัตกรรมในการป้องกันปัญหา/ความเสี่ยง(รวมทั้ง key word)
 - 2) เหตุการณ์ซึ่งที่มาของการออกแบบวิธีการป้องกันดังกล่าว รวมทั้งสาเหตุที่เป็นไปได้ (เช่น การสื่อสาร, competency)
 - 3) คำอธิบายหรือเหตุผลสนับสนุนว่าวิธีการดังกล่าวจะนำไปสู่ความสำเร็จ
 - 4) ข้อจำกัดที่จะทำให้วิธีการดังกล่าวไม่ได้ผล
 - 5) สิ่งที่จะต้องพัฒนาต่อ

บทเรียนของการป้องกันปัญหา/ความเสี่ยง สามารถเสนอโดยใครก็ได้โดยไม่ต้องระบุชื่อ โดย สรพ.จะวางระบบให้มีการตรวจสอบความเหมาะสมก่อนที่จะนำขึ้นเผยแพร่ สมาชิกที่จะเข้าถึงข้อมูลบทเรียนเหล่านี้จะต้องเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับ สรพ.ผ่านศูนย์คุณภาพของโรงพยาบาล ซึ่งจะมีการ update สถานภาพของสมาชิกผ่านศูนย์คุณภาพเป็นระยะ

3.4 Seamless Provincial Healthcare Innovation & Excellence (SPHInX)

คืออะไร

เป็นการส่งเสริมการพัฒนากระบวนการบริการที่เชื่อมต่อระหว่างสถานพยาบาลในเขตพื้นที่จังหวัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวดเร็ว เสมือนทั้งพื้นที่เป็นหนึ่ง

เดียวกัน โดยใช้หลักคิด ค้นหา พัฒนา สร้างเครือข่าย ถอดบทเรียน ยกย่องเชิดชู

ที่มา

การพัฒนาแต่ละสถานพยาบาลให้มีคุณภาพ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ระดับหนึ่ง แต่ยังคงเป็นความท้าทายสำหรับระบบบริการสุขภาพในการสร้างระบบการดูแลต่อเนื่องเพื่อให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการหนักไปยังสถานพยาบาลที่สูงกว่าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งกลับไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้านหรือชุมชนซึ่งสามารถให้การดูแลได้อย่างมีคุณภาพ

นำมาสู่แนวคิดการบูรณาการระบบสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ภายใต้ความเชื่อที่ว่าตัวขับเคลื่อนการทำงานสุขภาพในพื้นที่ทั้งในระดับจังหวัดและชุมชนนั้นมีพร้อมในสถานบริการทุกระดับ มีท้องถิ่นและหน่วยงานที่พร้อมหนุนเสริมขอเพียงมีเวทีที่จะกระตุ้นส่งเสริมเชื่อมโยง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จะทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับจังหวัดที่มีลักษณะบูรณาการ ไร้รอยต่อ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องระหว่างสถานพยาบาลอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย

เป็นจังหวัดที่มีสถานพยาบาลได้รับการรับรอง HA ไม่น้อยกว่าสองในสาม ผู้บริหารระดับสูงของจังหวัดและสถานพยาบาลมีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในลักษณะที่เชื่อมโยงกัน มีเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพอยู่แล้วในพื้นที่

แนวทางการดำเนินการ

- 1) ใช้เครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเติมเต็มและต่อยอดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในลักษณะที่เชื่อมโยงกัน
- 2) สร้างการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่
- 3) ประยุกต์ใช้ chronic care model ในการออกแบบระบบงานและสร้างนวัตกรรม

- 4) ใช้ปัญหาหรือความต้องการสุขภาพในแต่ละช่วงของรอยต่อเป็นจุดเน้นของการพัฒนา เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระหว่าง primary & secondary care, การดูแลผู้ป่วยเฉียบพลันระหว่าง secondary & tertiary care

ตอนที่ 3

จุดเน้นและความร่วมมือ

ทำงานคนเดียวโดดเดี่ยวเหงา
บูรณาการหลายหน่วยช่วยแบ่งเบา
มุ่งสู่เป้าหมายพิญหาสา'สุขไทย

1. ความร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพ/เครือข่าย

1.1 ความร่วมมือกับสภาการพยาบาล

ที่มา

การประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจากหลากหลายหน่วยงานและวิชาชีพ ทำให้มีเสียงเรียกร้องจากสถานพยาบาลให้มีการประสานการทำงานและความร่วมมือในการประเมิน ให้การประเมินไปในทิศทางเดียวกัน ใช้ข้อมูลร่วมกัน เพื่อลดภาระงานของโรงพยาบาลและทำงานคุณภาพอย่างมีความสุข

สภาการพยาบาลซึ่งเน้นการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ และสรรพ.ซึ่งเน้นกระบวนการคุณภาพในลักษณะการเรียนรู้ในทุกส่วนขององค์กร จึงได้ร่วมมือทำความเข้าใจในแนวคิดและเครื่องมือประเมินของกันและกัน และวางแผนทำงานร่วมกันอย่างกลมกลืน

การดำเนินงานที่ผ่านมา

การดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นการวางพื้นฐานของการทำงานร่วมกัน ได้แก่

- 1) การปรับปรุงแนวคิดและมาตรฐานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งมาตรฐาน HA เป็นสิ่งที่ได้มาจากการสรุปสาระสำคัญในมาตรฐานของสภาการพยาบาลอยู่แล้ว มีการปรับเกณฑ์การประเมินให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยในส่วนของสภาการพยาบาลจะเน้นการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ การดูแลกำกับตามมาตรฐานวิชาชีพ และการยกระดับการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพ รวมถึงการให้คะแนนที่สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน
- 2) การพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ

การดำเนินงานที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

- 1) การใช้ฐานข้อมูลร่วมกันเช่น ผลการเยี่ยมและข้อเสนอแนะที่แต่ละฝ่ายให้ไว้กับสถานพยาบาล
- 2) การประสานความร่วมมือเพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่สถานพยาบาลก่อนการรับรอง HA
- 3) การใช้ผลการเยี่ยมของสภาการพยาบาลสำหรับการต่ออายุการรับรอง (re-accreditation) ในส่วนของการบริหารการพยาบาลและระบบงานบางระบบ ซึ่งจะหาข้อสรุปร่วมกันต่อไป

1.2 การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์

เพื่อให้สังคมมีความมั่นใจว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่ได้รับ HA เป็นผู้ที่มีการศึกษาเรียนรู้ต่อเนื่องให้ทันกับความรู้และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป สรพ.จึงมีนโยบายให้สถานพยาบาลนำกระบวนการ HA ไปใช้ในการพัฒนา ส่งเสริมการจัดกิจกรรมและเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ตามแนวทางที่ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ (<http://ccme.or.th/2011/index.php>) จัดทำขึ้น ทดลองรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของตน เชื่อมโยงกับกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพหรือการประยุกต์ใช้ความรู้ และติดตามตัวชี้วัดที่สะท้อนแนวโน้มของการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์

ทั้งนี้ ในช่วงที่มีการแลกเปลี่ยนและสัมภาษณ์องค์กรแพทย์ ขอให้สถานพยาบาลนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ ร่วมกับการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ

1.3 ความร่วมมือกับสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)

เพื่อให้มั่นใจว่าระบบยาของสถานพยาบาลที่ได้รับ HA มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ สรพ.ได้กำหนดว่าสถานพยาบาลขนาด 90 เตียงขึ้นไปขอรับการรับรอง HA เป็นครั้งแรกขอให้ประสานกับสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) เพื่อให้สมาคมเข้าตรวจเยี่ยมประเมินตามมาตรฐานวิชาชีพก่อนวันเยี่ยมสำรวจของสถาบันและถ้าผลการตรวจเยี่ยมอย่างเป็นทางการจากสมาคมยังไม่แล้วเสร็จ ขอให้โรงพยาบาลติดต่อขอผลเบื้องต้นเป็นลายลักษณ์อักษร ส่งมาที่สถาบัน

ในการต่ออายุการรับรอง HA สถาบันอาจขอให้มีการตรวจเยี่ยมจากสมาคม

ในกรณีที่โรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงเจ้าของหรือผู้บริหารโรงพยาบาล มีการควบรวมกิจการ มีการเปลี่ยนแปลงประเภทหรือศักยภาพการจัดบริการที่สำคัญ

1.4 ความร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพและหน่วยงานที่ดูแลมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

เพื่อให้มั่นใจว่าห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลที่ได้รับ HA มีระบบคุณภาพเพียงพอที่จะให้ผลการตรวจที่ถูกต้องแม่นยำ สรพ.ได้กำหนดว่าสถานพยาบาลขนาด 60 เตียงขึ้นไปที่ต้องรับการรับรอง HA เป็นครั้งแรก จะต้องดำเนินการให้มีการเข้าตรวจเยี่ยมประเมินตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ก่อนวันเยี่ยมสำรวจของสถาบันโดยผลการตรวจเยี่ยมจากองค์กรวิชาชีพและหน่วยงานที่สถาบันยอมรับ คือ

- สมาคมนักการแพทย์ (LA)
- ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ISO15189)
- กรณีที่เป็นโรงเรียนแพทย์ ขอให้ผลการตรวจเยี่ยมเป็นของราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย

สำหรับสถานพยาบาลขนาดต่ำกว่า 60 เตียง ควรมีผลการตรวจเยี่ยมให้คำปรึกษาจากนักเทคนิคการแพทย์ของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ส่งมาให้ สรพ.

ในการต่ออายุการรับรองHA สถาบันอาจขอให้มีผลการตรวจเยี่ยมซ้ำ ในกรณีที่สถานพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงเจ้าของหรือผู้บริหาร มีการควบรวมกิจการ มีการเปลี่ยนแปลงประเภทหรือศักยภาพการจัดบริการที่สำคัญ

1.5 บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จัดว่าเป็นบริการที่มีความเสี่ยงสูงประเภทหนึ่ง ซึ่งต้องอาศัยบุคลากรวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นการเฉพาะมาดูแล มีทรัพยากรและระบบงานที่ให้หลักประกันเรื่องความปลอดภัยและประสิทธิภาพ

แพทยสภาได้มีประกาศเรื่อง “มาตรฐานการให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม” ตั้งแต่ปี 2542 กำหนดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยเป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการดังกล่าว และรักษามาตรฐานการให้บริการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่แพทยสภากำหนด และให้ราชวิทยาลัย

อายุรแพทย์แห่งประเทศไทยเป็นผู้กำกับดูแลการดำเนินการให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ ซึ่งราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) ขึ้นทำหน้าที่ประเมินและรับรองมาตรฐาน

เพื่อให้มั่นใจว่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของสถานพยาบาลที่ได้รับ HA เป็นบริการที่ปลอดภัยและได้ผล สรพ.จึงขอให้สถานพยาบาลที่ขอรับการรับรอง HA ตรวจสอบว่ายังมีสถานภาพได้รับการรับรองมาตรฐานจาก ตรต.อยู่ และดำเนินการปรับปรุงตามข้อแนะนำที่ ตรต.ให้ไว้

ในกรณีที่อยู่ระหว่างขอรับการตรวจ จาก ตรต. ขอให้สถานพยาบาลดำเนินการตามข้อกำหนดที่ในมาตรฐานที่แพทยสมาคมกำหนดไว้

1.6 ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HACC)

สรพ.ได้ทำข้อตกลงกับองค์กรต่างๆ จัดตั้งศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA Collaborating Center: HACC) 6 แห่ง ได้แก่ HACC คณะแพทยศาสตร์ ม.นเรศวร, HACC รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์, HACC คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น, HACC จ.นครราชสีมา, HACC ภาคใต้ และ HACC คณะแพทยศาสตร์ ม.ในการทำหน้าที่เป็นเครือข่าย ส่งเสริมและกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ สำหรับสถานพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีบทบาทหน้าที่หลักได้แก่

- 1) สำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ และติดตามความก้าวหน้าเป็นระยะ
- 2) จัดบริการให้คำปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพให้แก่โรงพยาบาลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ตามความต้องการของโรงพยาบาลหรือตามที่สถาบันมอบหมาย
- 3) เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารวิชาการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และสนับสนุนข้อมูลวิชาการแก่โรงพยาบาลในเขตพื้นที่รับผิดชอบด้วยวิธีการต่างๆ
- 4) ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพระหว่างโรงพยาบาลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งในลักษณะของการประชุมพบปะและการใช้เครือข่ายและถอดบทเรียนไว้เป็นสินทรัพย์ความรู้เพื่อใช้ประโยชน์ในวงกว้าง
- 5) รวบรวมและพัฒนาองค์ความรู้ ตลอดจนจัดทำสื่อการเรียนรู้ต่างๆ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

สรพ.จะส่งเสริมให้ HACCC แต่ละแห่งดำเนินการโดยใช้ศักยภาพและความพร้อมของ
ตนให้มากที่สุด โดยสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของ HACCC ให้สามารถเป็นตัวแทนของ
สรพ.ในการนำความรู้ด้านวิชาการไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับพื้นที่

2. โรคและปัญหาสุขภาพเฉพาะ

สรพ.ได้แนะนำให้สถานพยาบาลต่างๆ ใช้การตามรอยทางคลินิก (clinical tracing) เพื่อประเมินคุณภาพและหาโอกาสพัฒนาของกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่สำคัญต่างๆ และบันทึกสรุปร้อยไว้ในลักษณะ clinical tracer highlight ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการทบทวนความก้าวหน้าและความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว

เพื่อให้โรคและปัญหาสุขภาพที่ยังเป็นเรื่องท้าทายของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ ได้รับการใส่ใจติดตามผล และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง สรพ.โดยความร่วมมือกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องขอสนับสนุนให้สถานพยาบาลที่จะขอการรับรอง HA ดำเนินการตามรอยและปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยสำคัญต่อไปนี้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตน ทั้งนี้โดยอาศัยแนวทางเวชปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ

1. โรงพยาบาลปลอดบุหรี่และการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่
2. การดูแลผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS & STD
3. การดูแลผู้ป่วยวัณโรค
4. การดูแลผู้ป่วย stroke ทั้งในระยะเฉียบพลันและในระยะฟื้นฟู
5. การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
6. การคัดลอก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักตัวน้อย