



HA UPDATE 2007

HA Update 2007 เป็นผลของการทบทวนความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ ที่สั่งสมมาจากการทำงาน และเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่าง พรพ. กับโรงพยาบาล

เป็นบทเรียนจากความสำเร็จ จากความคิดริเริ่ม จากการพัฒนา จากปัญหาข้อติดขัด จากคำถาม จากความไม่เข้าใจ ของโรงพยาบาล ของที่ปรึกษา และของผู้เยี่ยมชมสำรวจ ก่อเกิดเป็นความเข้าใจที่ชัดเจนและลึกซึ้งมากขึ้น บนพื้นฐานของหลักการเดิม ที่วางไว้ตั้งแต่เริ่มต้นของกระบวนการ HA

H update 2007

ISBN 978-974-8455-41-9



ราคา 70 บาท

เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี
การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 8
“Humanized Healthcare... ค่ะหัวใจให้ระบบสุขภาพ”
13-16 มีนาคม 2550 ศูนย์การประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

H update 2007

เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี
การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 8
“Humanized Healthcare... คินหัวใจให้ระบบสุขภาพ”
13-16 มีนาคม 2550
ศูนย์การประชุม IMPACT เมืองทองธานี



จัดโดย

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

HA UPDATE 2007

อนวัณณ์ ศุภชติกุล: บรรณาธิการ

จัดพิมพ์โดย:

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

ชั้น 2 อาคารกรมการแพทย์ 6 กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2589-0023-4 โทรสาร 0-2951-0238

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: มีนาคม 2550

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

อนวัณณ์ ศุภชติกุล.

HA UPDATE 2007.---นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาล, 2550.

80 หน้า.

1. โรงพยาบาล--การบริหาร. I. ชื่อเรื่อง.

362.1168

ISBN 978-974-8455-41-9

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด

แต่ละปี นักเรียนต้องสอบไล่เพื่อเลื่อนชั้น ข้าราชการและพนักงานต้องประเมินความดีความชอบเพื่อเลื่อนเงินเดือน

การพัฒนาคุณภาพก็ต้องเลื่อนระดับความรู้และประสบการณ์

HA National Forum เป็นเสมือนหนึ่งโอกาสที่เราจะได้ทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่สะสมมาในรอบปี ผมนึกรวมเข้าให้แน่น ค้นหาแก่นสาระให้ชัดเจน ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและในส่วนของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

ตลอดช่วงเวลาของการทำงานร่วมกัน พรพ. ก็ได้ร่วมเรียนรู้กับโรงพยาบาลไปด้วย เป็นบทเรียนจากความสำเร็จ จากความคิดริเริ่ม จาก การพยายาม จากปัญหาข้อติดขัด จากคำถาม จากความไม่เข้าใจ ของโรงพยาบาล ของที่ปรึกษา และของผู้เยี่ยมสำรวจ

ความรู้ดังกล่าวมิใช่เรื่องใหม่โดยสิ้นเชิง แต่เกิดจากความเข้าใจที่ชัดเจนและลึกซึ้งมากขึ้น บนพื้นฐานของหลักการเดิมที่วางไว้ตั้งแต่เริ่มต้นของกระบวนการ HA ผสมผสานกับบทเรียน ประสบการณ์ ภายในประเทศ ร่วมกับความสำเร็จในเวทีโลก

เอกสาร HA Update 2007 นี้คือผลของการทบทวนความรู้ความเข้าใจ ซึ่ง พรพ.ขอถือโอกาสเวทีจุดประกายและเติมพลัง HA National Forum มอบให้แก่ท่านผู้ทำงานคุณภาพโรงพยาบาลและผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน

Theme ของการประชุม HA National Forum ในปีนี้ “Humanized Healthcare... คืบหน้าใจให้ระบบสุขภาพ” มีเนื้อหาที่ต่อเนื่องจากสองปีที่ผ่านมา คือ มุมมองเชิงระบบ และการตามรอยซึ่งเป็นภาคปฏิบัติของมุมมองเชิงระบบ เรื่องการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์นั้นจะต้องมีความเข้าใจ

เรื่องสุขภาพในฐานะที่เป็นองค์รวม ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของมุมมองเชิงระบบ

เป็นความท้าทายอย่างยิ่งสำหรับทุกท่านที่ทำงานในระบบสุขภาพ ในการทำความเข้าใจแนวคิดเรื่ององค์รวม มุมมองเชิงระบบ และนำเข้ามาสู่วิถีปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ควบคู่ไปกับการสร้างระบบคุณภาพ สร้างความมั่นใจว่าเราจะสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ภายใต้ข้อจำกัดต่างๆ

เป็นความท้าทายอย่างยิ่งสำหรับทุกท่าน ที่จะผสมผสานแนวคิดต่างๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างสมดุลได้อย่างไร จะใช้การทำงานเป็นเครื่องมือในการขัดเกลาตนเองเพื่อบรรลุศักยภาพสูงสุดได้อย่างไร

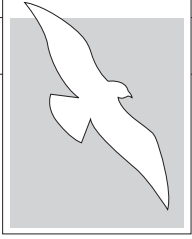
อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มีนาคม 2550

สารบัญ

HA Update 1:	ทำความเข้าใจ HA อย่างรอบด้าน	1
HA Update 2:	Basic Building Block ในการพัฒนาคุณภาพ	12
HA Update 3:	ว่าด้วยการเชื่อมโยง	23
HA Update 4:	การประเมินตนเอง	27
HA Update 5:	การเรียนรู้และพัฒนาต่อเนื่องสำหรับโรงพยาบาล ที่ผ่านการรับรอง HA	41
HA Update 6:	Patient Safety Goals & Solutions	65



HA Update 1:

ทำความเข้าใจ HA อย่างรอบด้าน

เป้าหมายของ HA

เป้าหมายของ HA คือการส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์สุขภาพที่ดี โดยเริ่มจากบริการสุขภาพในโรงพยาบาล และบูรณาการเข้ากับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งในอนาคตอาจจะขยายขอบเขตกว้างขวางกว่าบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ดังนั้น HA จึงมีโอกาสที่ปรับจาก Hospital Accreditation ไปสู่ Healthcare Accreditation

แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ HA

หลักคิดสำคัญที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดจาก HA ก็คือทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพยายามทำให้ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายที่คุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ใหญ่และยั่งยืนกว่าการได้รับการรับรอง

การเรียนรู้เกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองของทีมงานในโรงพยาบาล ร่วมกับการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอก ซึ่งการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกคือการยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล และการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น การเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกเป็นการตรวจสอบความพร้อมของโรงพยาบาลว่าระบบที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเพียงใด

คุณค่าของการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอก อยู่ที่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง หรือเพื่อการสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการให้มากยิ่งขึ้น การ

รับรองคือทำให้กำลังใจในการทำความดีและส่งเสริมให้ทำดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือควรมองว่าเป็นเพียงผลพลอยได้ของการพัฒนา

ทำความเข้าใจ HA อย่างรอบด้าน

การทำความเข้าใจกระบวนการคุณภาพของ HA ให้รอบด้าน อาจมองได้ใน 4 มิติ คือ 1) มิติของลำดับขั้นการพัฒนา 2) มิติของพื้นที่การพัฒนา 3) มิติของกระบวนการพัฒนา 4) มิติของการประเมิน

1. มิติของลำดับขั้นการพัฒนา: บันไดสามขั้นสู่ HA

ที่มาของบันไดสามขั้นสู่ HA เกิดจากความพยายามที่จะทำให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีการพัฒนาคุณภาพและบรรลุผลสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ ในระดับที่สอดคล้องกับทรัพยากรและภาระงานที่เป็นอยู่ โดยเริ่มจากกิจกรรมที่น้อยที่สุดแต่ส่งผลกระทบมากที่สุด คือการนำปัญหาและอุบัติการณ์สำคัญมาทบทวนเพื่อหาทางป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำขึ้นอีก และก้าวไปสู่การออกแบบระบบงานที่เหมาะสม

บันไดสามขั้นสู่ HA ทำให้โรงพยาบาลเห็นจุดเน้นของการพัฒนาในแต่ละช่วงได้ชัดเจนขึ้น โดยได้เลือกสิ่งที่มีผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยที่สังคมห่วงกังวล มาดำเนินการตั้งแต่ในช่วงเริ่มต้น

แม้ว่าบันไดสามขั้นจะชี้แนะลำดับขั้นของการพัฒนา แต่ในทางปฏิบัติจริงการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจะไม่จำกัดตนเองอยู่ที่บันไดขั้นใดขั้นหนึ่ง การประเมินการบรรลุเกณฑ์ของบันไดแต่ละขั้นจึงเป็นเพียงสิ่งสมมติ เพื่อไม่ให้เกิดการประเมินซับซ้อนเกินไป

ตารางที่ 1-1 เปรียบลักษณะของการพัฒนาระหว่างบันไดแต่ละขั้น

	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3
ภาพรวม	ตั้งรับแล้วใช้วิกฤตเป็นโอกาส	วางระบบในเชิงรุก	สร้างวัฒนธรรมคุณภาพ
จุดเริ่ม	นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน	วิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการอย่างเป็นระบบ	ประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA และการวัดผลลัพธ์ของงาน
กระบวนการคุณภาพ	การทบทวนคุณภาพ/ปัญหา/เหตุการณ์สำคัญ	Plan-Do-Check-Act (QA) Check-Act-Plan-Do (CQI)	การเรียนรู้ในทุกระดับ
เครื่องชี้วัดความสำเร็จ	ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาที่กำหนด	QA/CQI ที่สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของหน่วยงาน	เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดีขึ้น
มาตรฐาน HA	ยังไม่เน้นมาตรฐาน HA	มาตรฐาน HA ที่จำเป็นและปฏิบัติได้ไม่ยาก	มาตรฐาน HA ครบถ้วน
ประเมินตนเอง	เพื่อป้องกันความเสี่ยง (ไม่เน้นแบบฟอร์ม)	เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา	เพื่อสังเคราะห์ความพยายามในการพัฒนาและผลที่ได้รับ
ความครอบคลุม	ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิดขึ้น	ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด	เชื่อมโยงกระบวนการและระบบงาน
หลักคิดสำคัญ	ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน	เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด	Core values ทั้ง 5 กลุ่ม (ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้)

บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA คือการเรียนรู้จากปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้หลักคิด “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน”

บันไดขั้นที่ 1 คือพื้นฐานที่ต้องก้าวข้ามแล้วก้าวอีก เพื่อเป็นฐานที่มั่นคงสำหรับขั้นต่อไป

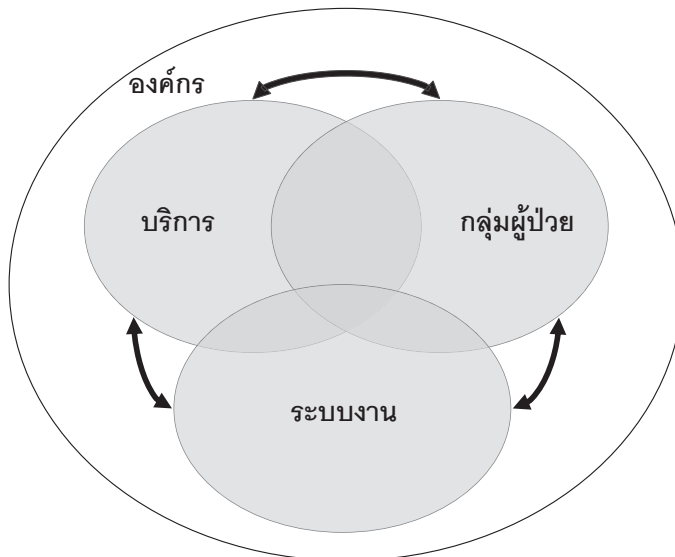
บันไดขั้นที่ 1 เมื่อทำเชี่ยวชาญแล้ว ควรทำให้เป็นเรื่องปกติประจำที่เรียบง่ายของทุกคน ไม่ต้องเน้นรูปแบบ

บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA คือการพัฒนาในส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ส่วนต่างๆ ได้แก่ หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์กร พัฒนาอย่างเป็นระบบได้แก่การหมุนวงล้อการพัฒนาและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning-Improvement) ควบคู่กับการใช้หลักคิด “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อาย่ยึดติด)

บันไดขั้นที่ 3 สู่ HA คือการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ มีการนำมาตรฐานมาปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

2. มิติของพื้นที่การพัฒนา: กลุ่มของระบบย่อยในองค์กร

ภาพที่ 1-1 พื้นที่การพัฒนา 4 วง เพื่อความครอบคลุม



โรงพยาบาลประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆ จำนวนมาก การพัฒนาต่างๆ จะเริ่มต้นที่ระบบย่อยเหล่านี้ ระบบย่อยแต่ละระบบจะมีเป้าหมาย ผู้รับผลงาน กระบวนการทำงาน และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

การทำความเข้าใจในการมีอยู่ของระบบย่อยต่างๆ ความสัมพันธ์กับระบบย่อยอื่นๆ และโอกาสที่จะมีการทับซ้อนในการพัฒนาระหว่างระบบย่อย

ต่างๆ จะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพง่าย มีประสิทธิภาพ สมบูรณ์และไม่
สับสน

เมื่อวิเคราะห์ระบบย่อยต่างๆ ในโรงพยาบาล สามารถจัดกลุ่มหรือ
พื้นที่ได้เป็น 1) ระบบย่อยที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการต่างๆ หรือระบบย่อย
ของแต่ละหน่วยบริการ 2) ระบบย่อยของการดูแลกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ที่เรียก
ว่ากลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) หรือกลุ่มโรคและหัตถการ
ต่างๆ นั้นเอง 3) ระบบงานต่างๆ ที่สนับสนุนหรือเป็นแกนหลักสำคัญและ
เกี่ยวข้องกับหน่วยงานและกิจกรรมบริการจำนวนมาก รวมทั้งการขับเคลื่อน
และติดตามการพัฒนาในระดับองค์กร เมื่อรวมทั้งสามกลุ่มเข้าด้วยกัน ก็
จะเป็นระบบของทั้งองค์กร

การปรับปรุงระบบงานอันเป็นผลจากการทบทวนใน**บันไดขั้นที่ 1**
อาจจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระบบย่อยในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือหลายกลุ่ม
และหากใช้แนวคิดพื้นที่ของการพัฒนาไปใช้ ก็จะทำให้เกิดมุมมองที่กว้าง
ขวางยิ่งขึ้น กล่าวอีกนัยหนึ่ง เหตุการณ์แต่ละเหตุการณ์สามารถกระตุ้นให้
คิดถึงประเด็นการพัฒนาในทุกกลุ่มของระบบย่อย

การพัฒนาใน**บันไดขั้นที่ 2** จะเริ่มต้นจากการวิเคราะห์งานในแต่ละ
ระบบย่อย ทำความเข้าใจเป้าหมาย กระบวนการทำงาน และผลการดำเนินงาน
ที่คาดหวัง และออกแบบหรือปรับปรุงระบบงานสามารถส่งผลที่ผู้เกี่ยวข้อง
คาดหวังได้ การพัฒนาในขั้นนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้อง**ทำให้ครอบคลุมทุกระบบย่อย ในทุกกลุ่ม**

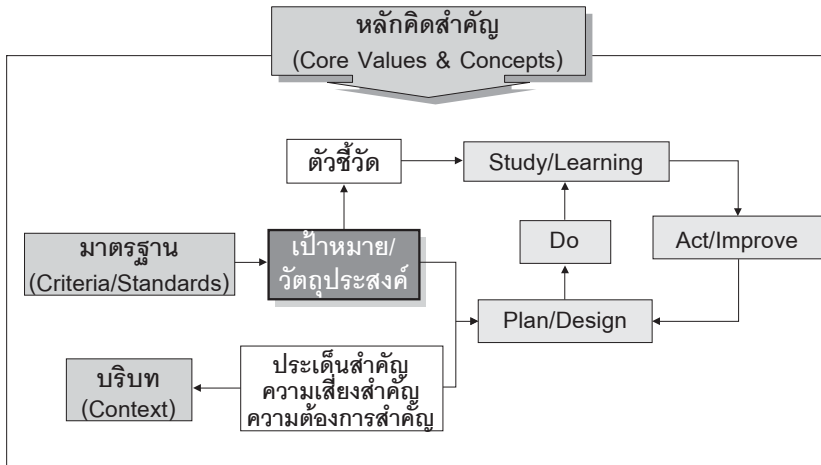
เมื่อจะก้าวเข้าสู่**บันไดขั้นที่ 3** จะต้องให้ความสำคัญยิ่งขึ้นกับการ
บูรณาการระบบย่อยต่างๆ ให้ เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน และเป็นไปในทิศทาง
เดียวกัน

การทำความเข้าใจความทับซ้อนระหว่างระบบย่อย จะช่วยให้เกิด
ความร่วมมือ มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ลดการทำงานที่ไม่จำเป็น

การทำความเข้าใจว่าแต่ละระบบย่อยมีความสัมพันธ์เกื้อหนุนกัน
อย่างไร จะทำให้เกิดบูรณาการระหว่างระบบย่อย

3. มิติของกระบวนการพัฒนา: 3C-PDSA

ภาพที่ 1-2 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ 3C-PDSA



การใช้มาตรฐานเพื่อการพัฒนาและติดตามคุณภาพถือว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญ เป็นการเชื่อมโยงหลักการและนามธรรมสู่การปฏิบัติ

3C (Context, Core Values & Concepts, Criteria) คือองค์ประกอบที่จะทำให้เกิดการคิดหรือการวางแผนที่ดี เรียกว่า “คิดดี คิดถูก คิดเป็น” ทำให้รู้ว่าอะไรคือลำดับความสำคัญหรือความจำเป็นที่ตนจะต้องทำ

PDSA คือวงล้อของการปฏิบัติ ตั้งแต่การออกแบบ การนำไปปฏิบัติ การเรียนรู้หรือทบทวนติดตามประเมินผล และการปรับปรุงให้ดีขึ้น อาจเรียกว่าเป็นวงล้อเพื่อการ “ทำดี ทำถูก ทำเป็น”

Plan-Do-Study-Act (PDSA) ก็คือ Design-Action-Learning-Improvement (DALI) โดยความหมาย

3C-PDSA จะเริ่มจากตรงไหนก่อนก็ได้ แต่เริ่มแล้วควรขยับไปจนครบทุกองค์ประกอบที่เหลือ

สิ่งที่เชื่อมระหว่างการคิด (**3C**) กับการทำ (**PDSA**) คือเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์

เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการทำงานหรือการพัฒนาที่ดี มาจากการวิเคราะห์ context หรือสถานการณ์เฉพาะของตน คู่กับการวิเคราะห์เป้าหมายของ criteria หรือมาตรฐาน

เมื่อได้เป้าหมายชัดเจน ก็สามารถกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพื่อการติดตามกำกับหรือการประเมินผลได้

เมื่อมีเป้าหมายชัดเจน รู้ประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่เป็นความเสี่ยงหรือความต้องการ ก็สามารถออกแบบระบบงานที่เหมาะสมได้

ในการคิดและการทำที่ดีนั้น ควรจะมีหลักการหรือค่านิยมหลัก (Core Values & Concepts) เป็นตัวกำกับ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความลุ่มลึกในการพัฒนา ยิ่งทำความเข้าใจให้ลึกซึ้ง ยิ่งเห็นโอกาสพัฒนามากขึ้น

การเรียนรู้ (Study หรือ Learning) เป็นสิ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา การเรียนรู้ในที่นี้ครอบคลุมการทบทวนและติดตามประเมินผลในทุกรูปแบบ ซึ่งมีวิธีการมากมาย เช่น

1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติซึ่งเดิมมักจะถือกันว่าเป็นสิ่งที่นอกตำรา ใช้การไม่ได้ แต่ที่จริงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำงาน ส่วนหนึ่งจะได้คำตอบว่าทำอะไรให้ความรู้ในตำราไปสู่การปฏิบัติได้จริง และในกรณีที่ไม่สามารถทำตามแนวทางที่ควรจะเป็นได้ จะทำอะไรให้ปลอดภัยที่สุด

2) การอภิปรายกลุ่ม (group discussion & learning) เมื่อมีเรื่องใหม่เข้ามาซึ่งยังไม่เป็นที่เข้าใจกันอย่างกว้างขวาง การมอบหมายให้มีผู้ไปศึกษาและนำมาอภิปรายในกลุ่ม จะทำให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งเหล่านั้น และเป็นการจุดประกายให้นำไปปฏิบัติ

3) สุนทรียสนทนา (dialogue) เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มที่ได้ผลทั้งในด้านความเข้าใจผู้อื่น ความเข้าใจตนเอง ก่อให้เกิดความสุขและมีพลังในการที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า

4) การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ เมื่อมีบางหน่วยงานได้ทดลองปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างแล้ว อาจจะจัดเวทีให้ทีมงานได้นำเสนอ เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ อันจะนำไปสู่การต่อยอดความคิด หรือการปรับทิศทางการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

5) การเขียนบันทึกความก้าวหน้า (portfolio) จะทำให้ผู้เขียนได้ตกลึกความคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การเขียนบันทึกอาจจะเป็นการเขียนอย่างอิสระ ไม่ต้องมีรูปแบบ หรืออาจจะเป็นการเขียนตามประเด็นที่กำหนดไว้ เช่น service profile, CQI story

6) การใช้ตัวตามรอย (tracer) เป็นการติดตามสิ่งที่เรากันเคยสามารถสังเกตเห็นและติดตามไปตามขั้นตอนหรือกระบวนการต่างๆ ได้ง่าย ตัวตามรอยอาจจะเป็นผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มโรค ข้อมูลข่าวสาร ยา สิ่งส่งตรวจ ฯลฯ การตามรอยช่วยให้เราเข้าไปทำความเข้าใจในสถานการณ์จริง ช่วยให้เราเห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน

7) การเยี่ยมสำรวจ/ตรวจสอบภายใน (internal survey/audit) เป็นการประเมินด้วยคนภายในกันเอง โดยเข้าไปดูในสถานที่จริง เจตคติของการเข้าไปควรเพื่อเข้าไปให้ความช่วยเหลือมากกว่าเพื่อการประเมินเสมือนผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก การเข้าไปพร้อมๆ กันจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายจะให้ผลได้ดีกว่า

8) การทบทวนหลังทำกิจกรรม (after action review) ทุกครั้งหลังจากทำกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็กิจกรรมเล็กหรือใหญ่ ทีมงานที่ร่วมกิจกรรมมาทบทวนร่วมกันว่าสิ่งที่ทำลงไปนั้นบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่แรกหรือไม่ อะไรคือความสำเร็จหรือคุณค่าที่ควรรักษา อะไรคือจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงในโอกาสต่อไป

9) การติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (indicator monitoring, data analysis, & goal achievement assessment) เป็นการเรียนรู้จากข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งจะทำให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง และระดับการปฏิบัติที่แตกต่างจากเป้าหมาย ควรให้ความสำคัญให้มากกับการวิเคราะห์และการเชื่อมโยงข้อมูล ขณะเดียวกันพึงระวังข้อจำกัดหรือผลเสียของการวัดและการประเมินเชิงปริมาณ ซึ่งจะต้องนำเอาการประเมินด้านอื่นๆ มาประกอบด้วย

10) การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ (quality review activities) เป็นการเรียนรู้จากจุดอ่อน ความเสี่ยง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเสียสละท่อนต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น พึงระวังว่าจะไม่ใช้การทบทวนเพื่อเป็นการจับผิดตัวบุคคลเป็นเป้าหมายแรก แต่มุ่งเรียนรู้สถานการณ์เพื่อช่วยเหลือบุคคล การเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ได้ย้อนรอยบอกเล่าความรู้สึกและความคิดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา ก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ (cognitive walkthrough) จะช่วยให้เห็นโอกาสพัฒนาในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ง่ายขึ้น

11) การประเมินตนเองตามมาตรฐานและประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (self assessment of standard compliance) มาตรฐานเป็นเครื่องมือช่วยให้เราได้มองเห็นว่าระบบงานที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเหมาะสมดีแล้วหรือไม่ มีการนำวงล้อ PDSA มาปฏิบัติอย่างไร สามารถบอกถึงการบรรลุเป้าหมายในแต่ละระบบหรือกระบวนการได้เพียงใด

12) การทบทวนเวชระเบียน (medical record review) การทบทวนเวชระเบียนในขั้นพื้นฐานคือการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก หากจะให้การทบทวนนั้นมีผลถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ควรจะทบทวนให้เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการดูแลผู้ป่วย และทบทวนว่าเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้างจากการดูแลนั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุง มิใช่การกล่าวโทษหรือหาผู้กระทำผิด

4. มิติของการประเมินผล

การประเมินผลในมุมมองทั่วไปก็คือ S (Study) ใน 3C-PDSA ซึ่งได้กล่าวถึงวิธีการที่หลากหลายมาแล้วในหัวข้อที่ผ่านมา

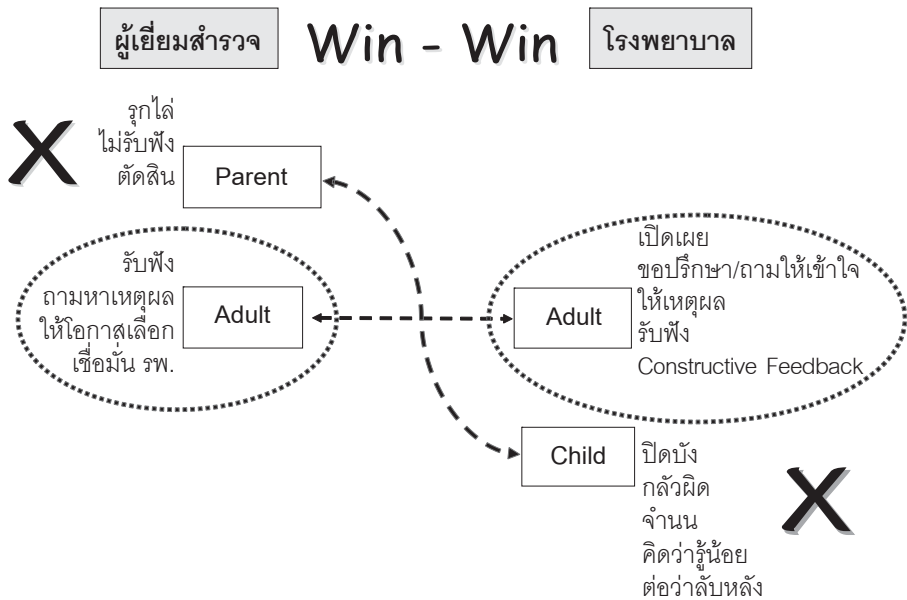
การประเมินผลที่เป็นเรื่องเฉพาะของ HA คือการประเมินเพื่อให้ทราบถึงระดับความก้าวหน้าในการพัฒนา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา และเพื่อให้เห็นว่าโอกาสข้างหน้าคือการพัฒนาในเรื่องใด กล่าวอีกนัยหนึ่งเป็นการประเมินเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องไปข้างหน้า

การให้ recognition ต่างๆ เช่น กิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 สู่ HA หรือประกาศนียบัตรรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล เป็นการให้รางวัลและแรงจูงใจในการพัฒนา เป็นเพียงผลพลอยได้เพื่อตอกย้ำให้เกิดความภาคภูมิใจแก่ทีมงาน แต่เนื้อหาสำคัญอยู่ที่คุณภาพที่ฝังอยู่ในระบบของโรงพยาบาลเอง

การประเมินภายใน เป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย ทำได้บ่อย ซึ่งหากทำด้วยความเข้าใจว่าเป็นการประเมินเพื่อให้กำลังใจและให้เห็นโอกาสพัฒนา จะได้ประโยชน์และจะเป็นกลไกสำคัญเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นรูปแบบของการเยี่ยมสำรวจเพียงอย่างเดียว

การประเมินจากภายนอก เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการรวมตัว การตั้งเป้าหมายระยะเวลาที่จะทำให้สำเร็จ และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องยากๆ ได้ในเวลาที่ไม่นานเกินไป ข้อสำคัญคือ การมีความสัมพันธ์แบบ ผู้ใหญ่-ผู้ใหญ่ และทีมงานของโรงพยาบาลไม่มีเจตคติที่ไม่สุดโต่งไปด้านใดด้านหนึ่ง เจตคติที่สุดโต่งที่ว่าคือ เจตคติของการยอมจำนน (หวั่นไหวต่อทุกคำถามของผู้เยี่ยมสำรวจ ทำตามทุกเรื่องที่คุณเยี่ยมสำรวจแนะ เพียงหวังเพื่อให้ผู้เยี่ยมสำรวจพึงพอใจ) และเจตคติของการปกป้องตนเอง (โต้เถียงเพื่อปกป้องสิ่งที่ตนทำไว้ว่าดีสมบูรณ์แล้ว จนทำให้ไม่เห็นโอกาสเรียนรู้และพัฒนาตามที่ผู้เยี่ยมสำรวจชี้แนะ)

ภาพที่ 1-3 ความสัมพันธ์ที่พึงประสงค์ระหว่างผู้เยี่ยมสำรวจกับโรงพยาบาล



การประเมินจากภายนอกจะเป็นการประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งเป็นมาตรฐานที่มุ่งเน้นที่ระบบงาน

ขณะนี้ในช่วงเริ่มต้นของการนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี มาใช้ โรงพยาบาลที่ได้เริ่มต้นพัฒนามาแล้วตามมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก/

ฉบับบูรณาการ ยังคงสามารถขอการรับรองตามมาตรฐานเดิมได้

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ
ฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี มีที่มาจากมาตรฐานหรือเกณฑ์คุณภาพที่มีคุณค่า 3 ส่วน ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้มาตั้งแต่ พ.ศ. 2540 มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพซึ่งกรมอนามัยจัดทำ และเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติสู่องค์กรที่เป็นเลิศ

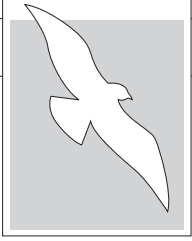
การบูรณาการมาตรฐานหรือเกณฑ์คุณภาพทั้ง 3 ส่วนเข้าด้วยกัน ช่วยลดความซ้ำซ้อนของเนื้อหามาตรฐานที่มีความใกล้เคียงกันอยู่แล้ว ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติในลักษณะของการบูรณาการระหว่างการรักษากับการสร้างเสริมสุขภาพได้ในชีวิตประจำวัน และเป็นการปูพื้นฐานสำหรับองค์กรที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศให้ก้าวไปสู่เป้าหมายได้เร็วยิ่งขึ้น

การใช้มาตรฐานฉบับนี้ให้เกิดประโยชน์ จะต้องนำไปใช้ด้วยความเข้าใจในบริบทของตนเอง สามารถระบุดูจุดแข็งแห่งปัญหาหรือประเด็นสำคัญแต่ละเรื่องในหน่วยงานหรือองค์กรของตนได้ ควบคู่ไปกับการใช้หลักคิดการพัฒนาสำคัญที่เป็นพื้นฐาน 5 ประการ คือ ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้ และการหมุนวงล้อของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (PDSA) หรือที่เรียกกรอบแนวคิดรวมนี้อย่างง่าย ๆ ว่า 3C-PDSA

การนำมาตรฐานไปใช้ จำเป็นต้องเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐาน เข้าใจแนวคิดเชิงระบบที่มองทุกอย่างเชื่อมต่อกันอย่างเป็นองค์รวม แล้วพยายามนำไปประเมินสิ่งที่ปฏิบัติจริง เช่น ประเมินกับผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ในโรงพยาบาลจริงๆ ประเมินกับบุคคลที่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้รับผลงานของระบบงานต่างๆ โดยเป้าหมายของการประเมินคือการค้นหาโอกาสพัฒนามากกว่าที่จะประเมินเพื่อความพึงพอใจกับระดับคุณภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ทีมงานสามารถใช้ scoring guideline ที่จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมการพัฒนา เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาได้





HA Update 2:

Basic Building Block ในการพัฒนาคุณภาพ

Lego เป็นของเล่นที่เด็กๆ ส่วนมากคุ้นเคย มีการออกแบบชิ้นส่วนที่สามารถนำมาต่อเชื่อมกันได้ง่ายๆ เป็นทั้งชิ้นส่วนพื้นฐานที่เอาไปขึ้นรูปเป็นอะไรก็ได้ และชิ้นส่วนที่ออกแบบมาเป็นการเฉพาะ

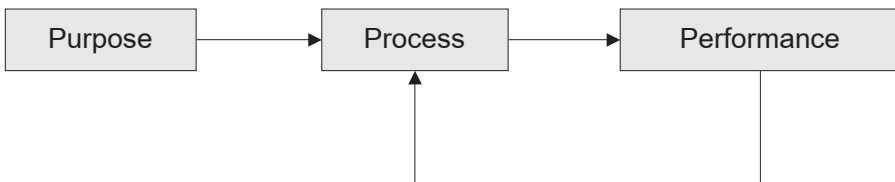
เด็กๆ ที่มีความคิดสร้างสรรค์สามารถนำชิ้นส่วนเหล่านี้มาสร้างเป็นอะไรก็ได้ตามจินตนาการของตนเอง

ถ้าเราสามารถมองได้ว่าอะไรเป็นชิ้นส่วนพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพ จะทำให้ลดความยุ่งยากในการเรียนรู้ ทำให้เราสามารถทำงานคุณภาพได้ง่าย และด้วยความคิดสร้างสรรค์มากขึ้น

ผู้ที่ทำงาน HA จะเริ่มคุ้นเคยกับแนวคิด 3C-PDSA ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในทุกๆระดับ แต่อาจจะมีความยุ่งยากอยู่บ้าง

เมื่อวิเคราะห์หว่าอะไรคือส่วนที่สำคัญที่สุดที่เราจะต้องพิจารณาในการพัฒนาคุณภาพ จะคำตอบอยู่ที่ภาพนี้

ภาพที่ 2-1 Basic Building Block – 3P



เราต้องรู้ เป้าหมาย (Purpose) รู้กระบวนการ (Process) รู้ผลการดำเนินการ (Performance) และนำการเรียนรู้ผลนั้นไปสู่การ

ปรับปรุงกระบวนการทำงาน ขอเรียกง่าย ๆ ว่า 3P

จะเห็นว่า 3P ไม่ต่างอะไรจาก PDSA: Plan คือคือการมีเป้าหมายที่ชัดเจนและออกแบบกระบวนการให้เหมาะสม Do ก็คือการนำกระบวนการไปปฏิบัติ Study ก็คือการวัดผลการดำเนินการ Act ก็คือการปรับปรุงกระบวนการ

ที่เน้นให้ชัดขึ้นคือ เป้าหมาย และ กระบวนการ

เมื่อนำ 3P ไปแทนที่ใน 3C-PDSA ก็จะเป็น 3C-Purpose-Process-Performace

การนำ 3P ไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ

1. ในชีวิตประจำวัน

ทุกกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เราอาจจะใช้ 3P อยู่แล้วโดยไม่รู้ตัว เช่น การออกจากบ้านมาที่ทำงาน เป้าหมายคือมาให้ทันเวลาเริ่มงาน กระบวนการคือการเลือกวิธีเดินทาง เลือกเส้นทาง กำหนดเวลาออกเดินทางที่เหมาะสม เรารับรู้ผลว่าในแต่ละวันเรามาทั้งทำงานเวลาเท่าไร ทันเวลาเริ่มงานหรือไม่ ใช้เวลาเท่าไร ถ้าไม่ทันหรือใช้เวลามากเกินไป เราก็มองพิจารณาว่าจะปรับปรุงวิธีการเดินทางของเราอย่างไร

ที่ยกตัวอย่างง่ายๆ เพื่อให้เห็นว่าเราปรับปรุงการทำงานหรือการปฏิบัติตัวของเรายู่แล้ว ไม่ว่าจะรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม เป็นธรรมชาติพื้นฐานที่อยู่ในตัวของทุกคน

เรื่องคุณภาพจึงไม่ควรจะเป็นเรื่องที่เรารู้สึกแปลกแยก ไม่ควรจะมีมองว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก เพียงแต่ขอให้เรามีสติเรียนรู้จากทุกสิ่งทุกอย่างที่เราทำ

ถ้าทุกคนเข้าใจว่ามีชิ้นส่วนพื้นฐานเหล่านี้อยู่ในตัวของแต่ละคนแล้ว ก็สามารถนำมาเชื่อมต่อหรือสร้างสรรค์ให้เกิดประติษฐกรรมที่เราต้องการได้

2. ในการปฏิบัติงานประจำของแต่ละคน

ลองทบทวนว่าในแต่ละวันเราทำอะไรกันบ้าง

แพทย์อาจจะมีกิจกรรมการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย วางแผนการรักษา สิ่งการรักษา ให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วย บันทึกข้อมูล ตรวจผู้ป่วยนอก ผ่า

ตัด ตรวจสอบพิเศษ ประชุมวิชาการ สอนเจ้าหน้าที่ ฯลฯ

พยาบาลอาจจะมีกิจกรรมการรับส่งเวร การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย การรับคำสั่งการรักษา การวางแผนการพยาบาล การดูแลให้การพยาบาล การบันทึกข้อมูล case conference ฯลฯ

เราสามารถทบทวนไต่ตรองในส่วนของตัวเองได้ว่า เราทำแต่ละกิจกรรมไปเพื่ออะไร เราทำอย่างไรเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น ผลงานที่เกิดขึ้นเป็นไปตามความคาดหวังของเราและผู้เกี่ยวข้องหรือไม่ เราจะปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างไร

นี่คือการสร้างชิ้นส่วนพื้นฐานที่ใหญ่ขึ้น ถ้านำชิ้นส่วนพื้นฐานที่แต่ละคนสร้างไว้มาเชื่อมต่อกัน เราก็จะได้ประติมากรรมที่มีความซับซ้อนขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยหรือการทำหน้าที่ของเราให้สมบูรณ์

3. ในการวิเคราะห์งานของหน่วยงาน

เครื่องมือที่ พรพ.แนะนำให้หน่วยงานใช้เพื่อการวิเคราะห์งานของหน่วยงานต่างๆ คือ unit profile หรือ service profile

Unit profile หรือ service profile ก็มี 3P เป็นองค์ประกอบสำคัญ ถ้าใช้แนวคิด 3P มาเป็นจุดเริ่มต้น จะทำให้เราเข้าถึงหัวใจของการวิเคราะห์ได้ง่ายขึ้น และทำให้เห็นความเชื่อมต่อขององค์ประกอบต่างๆ ได้ดีขึ้น

เป้าหมายของหน่วยงาน ก็คือ purpose statement หรือเจตจำนง หรือความมุ่งหมาย ของหน่วยงาน ซึ่งกำหนดมาจากความต้องการของผู้รับผลงาน ทิศทางนโยบายขององค์กร และข้อกำหนดของวิชาชีพ

กระบวนการของหน่วยงาน ก็คือขั้นตอนการทำงานต่างๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน เนื่องจากมีกระบวนการทำงานจำนวนมากในแต่ละหน่วยงาน เราจึงจำเป็นต้องเลือกในส่วนที่มีความสำคัญ (key process) หรือเป็นกระบวนการที่สร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงาน (value creation process) มาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุง การปรับปรุงในส่วนนี้จะทำได้ง่ายหากมีชิ้นส่วนพื้นฐานที่สมาชิกแต่ละคนได้ทบทวนและปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนอยู่เป็นประจำ

การรับรู้ผลการดำเนินงานของหน่วยงาน คือการที่หน่วยงาน กำหนดและติดตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงานตามเป้าหมายของหน่วยงาน การที่หน่วยงานทบทวนเหตุการณ์หรือปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการ ปฏิบัติงาน ซึ่งทั้งสองส่วนนี้น่าจะนำมาสู่การปรับปรุงกระบวนการทำงาน

4. ในការวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค

เครื่องมือที่ พรพ.แนะนำให้ทีมงานใช้เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การ ดูแลผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรคคือ clinical tracer

Clinical tracer ก็มี 3P เป็นองค์ประกอบสำคัญ

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย มาจากปัญหาสำคัญของผู้ป่วย ความ รู้ทางวิชาชีพ และเทคโนโลยีที่เรามีอยู่ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งมาจากการ วิเคราะห์บริบทและประเด็นสำคัญของโรคนั้นๆ นั้นเอง

กระบวนการดูแลผู้ป่วย คือขั้นตอนต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรลุ เป้าหมาย ซึ่งเราควรจะทบทวนหรือตามรอยดูว่าแต่ละกระบวนการได้รับการ ออกแบบไว้อย่างเหมาะสมหรือไม่ สามารถนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ต้อง การหรือไม่

การรับรู้ผลการดูแลผู้ป่วย คือการกำหนดและติดตามตัวชี้วัดสำคัญ ซึ่งควรสอดคล้องกับเป้าหมายหรือประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคนั้นๆ

การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยและการรับรู้ผลการดูแลผู้ป่วย ควรนำมาสู่การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

นี่คือการสร้างชิ้นส่วนพื้นฐานที่ใหญ่ขึ้น บางส่วนอาจจะมาจาก ชิ้นส่วนพื้นฐานของแต่ละคน แต่ละวิชาชีพ บางส่วนอาจจะมาจากชิ้น ส่วนพื้นฐานของหน่วยงาน

5. ในការวิเคราะห์ระบบงานสำคัญ

เครื่องมือที่ พรพ.แนะนำให้ใช้ในการพัฒนาระบบงานสำคัญคือการ ประเมินและพัฒนาตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลในส่วนของระบบนั้นๆ

เป้าหมายของระบบงาน ทุกระบบล้วนมีเป้าหมายที่ชัดเจน

กระบวนการสำคัญของระบบงาน มีปรากฏเป็นแนวทางอยู่ใน มาตรฐานเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งผู้รับผิดชอบต้องนำไปขยายความ ออกแบบ และ

นำไปปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของระบบ

การรับรู้ผลงานของระบบงาน คือการกำหนดและติดตามตัวชี้วัดสำคัญตามเป้าหมายของระบบงาน

6. ในการบริหารองค์กร

ในแง่มุมมองหนึ่ง 3P ในการบริหารองค์กรคือการบริหารเชิงกลยุทธ์ จากพันธกิจ สู่การวางแผนกลยุทธ์ การปฏิบัติตามแผน การติดตามกำกับ และการปรับแผน

ในอีกแง่มุมมองหนึ่ง ระบบงานของทั้งองค์กรคือการนำชิ้นส่วนพื้นฐานจากหน่วยงาน ระบบงาน และการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ มารวมกันเป็นภาพใหญ่ของทั้งองค์กร

การรวมตัวนี้ ในแนวคิดเชิงระบบระบุว่าจะทำให้เกิดสิ่งใหม่ emerge ขึ้นมา ภาพของทั้งองค์กรจึงมิใช่เป็นเพียงการบวกรวมแต่ละส่วนย่อย แต่จะเกิดความสัมพันธ์ใหม่ เกิดมุมมองใหม่ เกิดความสามารถใหม่ ซึ่งผู้บริหารองค์กรจะต้องมองให้ออกกว่าจะติดตามและขับเคลื่อนสิ่งเหล่านี้ เพื่อก้าวไปสู่วิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ในเวลาที่เหมาะสมได้อย่างไร

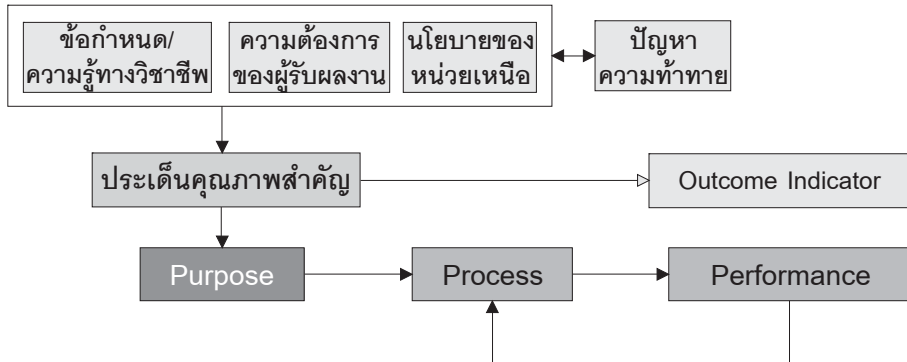
ภาพที่ 2-2 หัวใจของบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA คือการทำ 3P ให้ครบทั้ง 4 วง



ขยายความ 3P

1. ขยายความ Purpose

ภาพที่ 2-3 ที่มาของ Purpose



Purpose คือการระบุว่าทำไมต้องมีเราหรือสิ่งที่เราต้องการบรรลุคืออะไร

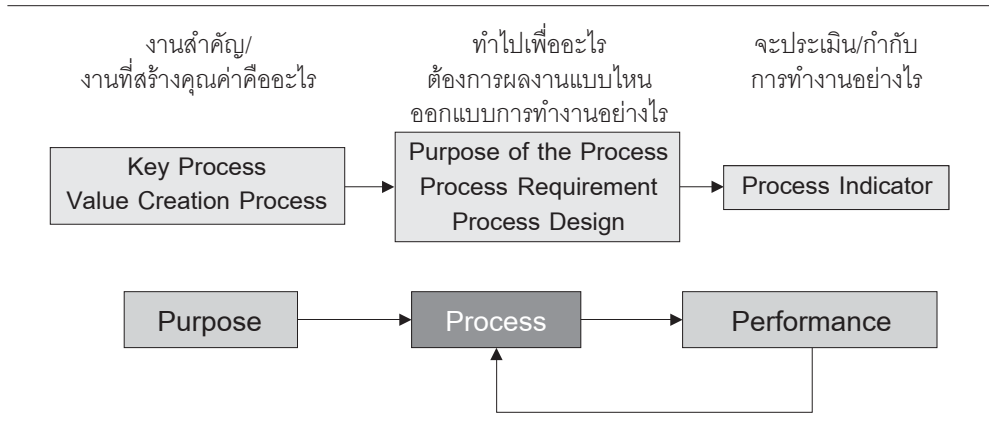
Purpose statement ควรมี key word ที่ระบุประเด็นคุณภาพสำคัญของหน่วยงาน ระบบงาน หรือการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเป้าหมาย

Key word นี้ได้มาจากการพิจารณาข้อกำหนดของวิชาชีพ วิชาการ ความต้องการของผู้รับผลงาน นโยบายของหน่วยเหนือ ปัญหาและความท้าทายที่เราเผชิญอยู่

Key word เหล่านี้ จะมีความสัมพันธ์กับตัวชี้วัดในระดับ outcome ของหน่วยงานหรือระบบงาน

2. ขยายความ Process

ภาพที่ 2-4 การบริหารกระบวนการ



ภาพนี้สรุปมาจากเกณฑ์ MBNQA/TQA/HA ว่าด้วย process management

การจัดการกระบวนการที่ดีประกอบด้วย

1) การวิเคราะห์กระบวนการทำงานและระบุว่าอะไรคือกระบวนการที่สำคัญ (key processes) หรือกระบวนการที่สร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงาน (value creation processes)

2) ทำความเข้าใจว่าเป้าหมายของกระบวนการนั้นคืออะไร (purpose of the processes) ตรงนี้เป็นเป้าหมายย่อยๆ ในแต่ละขั้นตอนของการทำงาน

3) กำหนดให้ชัดเจนว่าคุณลักษณะที่คาดหวังของกระบวนการนั้นคืออะไร (process requirement) การกำหนดคุณลักษณะที่คาดหวังได้ดีย่อมมาจากการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ความต้องการที่สำคัญของผู้รับผลงาน และความเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการนั้น

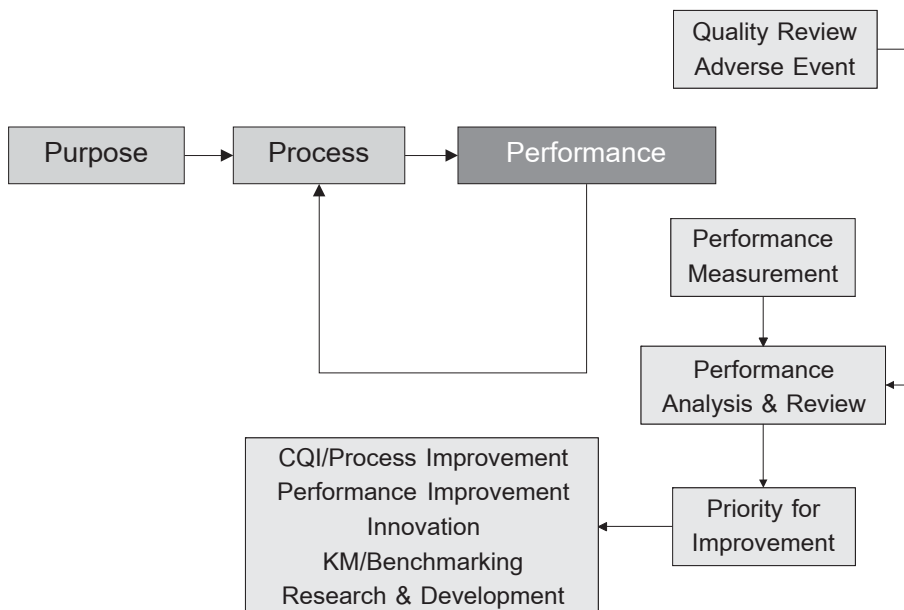
4) ออกแบบกระบวนการ (process design) เพื่อให้มั่นใจว่าเมื่อนำไปปฏิบัติแล้วจะบรรลุคุณลักษณะที่คาดหวังและเป้าหมายของกระบวนการ โดยนำความคิดสร้างสรรค์ บทเรียนของเราเอง บทเรียนของคนอื่น และข้อมูลหลักฐานวิชาการต่างๆ มาใช้ให้มากที่สุด

5) กำหนดตัวชี้วัดที่จะใช้ควบคุมกำกับในแต่ละขั้นตอนของการ

ทำงานเพื่อให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามกระบวนการที่ออกแบบไว้ การติดตามตัวชี้วัดนี้ควรมีทั้งส่วนที่เป็น process indicator ที่วิเคราะห์จากเป้าหมายของกระบวนการ และส่วนที่เป็น outcome indicator ที่วิเคราะห์มาจากเป้าหมายของงานทั้งหมดในภาพรวม

3. ขยายความ Performance

ภาพที่ 2-5 จากการเรียนรู้สู่การปรับปรุง performance



การเรียนรู้ performance มีเป้าหมายเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงให้ดีขึ้น เราสามารถรับรู้ performance ของเราได้จากข้อมูลเชิงพรรณนา (descriptive / qualitative data) และข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data)

ข้อมูลเชิงพรรณนาที่สะท้อน performance ของเรา เช่น เสียงสะท้อนจากผู้รับผลงาน การทบทวนจุดแข็งจุดอ่อนด้วยตนเอง ที่สำคัญคือเนื้อหาของรายงานอุบัติการณ์และการทบทวนคุณภาพต่างๆ

ข้อมูลเชิงปริมาณที่สะท้อน performance ของเราคือตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (performance indicator) หรือตัวชี้วัดคุณภาพ (quality indicator)

ข้อมูลทั้งสองส่วนควรมานำมาทบทวนและวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อนำมาสู่การกำหนดลำดับความสำคัญในการปรับปรุง

แนวทางในการปรับปรุงก็ใช้หลักการเกี่ยวกับการออกแบบกระบวนการ หรือการปรับปรุงก็คือการ redesign the process นั่นเอง

การปรับปรุงอาจจะอยู่ภายใต้ชื่อเรียกต่างๆ ซึ่งมักจะมีเป้าหมายร่วมกัน อาจ会有ความแตกต่างกันในรายละเอียดและแนวคิดบางประเด็น

การวิจัยและพัฒนา ก็สามารถถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการปรับปรุงกระบวนการได้

มิติของ Performance

คุณภาพเป็นส่วนใหญ่และส่วนสำคัญที่สุดของ performance

การพิจารณามิติต่างๆ ของคุณภาพหรือ performance ต่อไปนี้จะช่วยให้กำหนดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมมากขึ้น และช่วยให้มองเห็นโอกาสพัฒนากระบวนการทำงานในมิติดังกล่าว (แม้จะไม่ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดก็ตาม)

Accessibility	การเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่มีความต้องการ การเข้าถึงทางกายภาพอย่างสะดวกสบาย การลดอุปสรรคในการเข้าถึงด้านต่างๆ เช่น การสื่อสาร ภาษา วัฒนธรรม
Appropriateness	สิ่งที่มีหลักฐานชัดเจนว่าได้ผล ได้นำมาปฏิบัติ สิ่งที่มีหลักฐานชัดเจนว่าไม่ได้ผล ได้ยกเลิกการปฏิบัติ สิ่งที่ไม่มีความชัดเจนว่าได้ผล ได้ทบทวนความคุ้มค่าในการปฏิบัติ จุดที่ต้องมีการตัดสินใจหรือใช้ดุลยพินิจ มีการทบทวนความเหมาะสมของเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินใจ
Competency	ความเพียงพอของความรู้ ความสามารถ ทักษะ เจตคติ ของทีมงานสำหรับการดูแลผู้ป่วย/การปฏิบัติงานทั่วไป และสำหรับกรณีที่มีความซับซ้อน เหตุการณ์สำคัญหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ นำมาสู่การพัฒนา competency ของทีมงาน

Continuity	<p>ความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล ระหว่างเวร ระหว่างวิชาชีพ</p> <p>ความต่อเนื่องของการดูแลตนเองและการช่วยเหลือ หลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว</p> <p>ผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละราย ได้รับการประเมินและวางแผนที่มองต่อเนื่องจากอดีตไป ถึงอนาคตจนเห็น trend ของผู้ป่วยรายนั้นๆ</p>
Coverage	<p>ความครอบคลุมของการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</p> <p>ความครอบคลุมของการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยง</p> <p>ความครอบคลุมของการติดตามดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง</p> <p>ความครอบคลุมของการทบทวนเหตุการณ์สำคัญหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์</p> <p>ความครอบคลุมของกลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้ข้อมูลวิชาการหรือมีการพัฒนาคุณภาพ</p>
Effectiveness	<p>สัมฤทธิ์ผลของการดูแลผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรค ในแง่ health outcome, functional status</p> <p>สัมฤทธิ์ผลของแต่ละกระบวนการ</p> <p>สัมฤทธิ์ผลของแต่ละหน่วยงาน</p> <p>สัมฤทธิ์ผลของแต่ละระบบงาน</p> <p>สัมฤทธิ์ผลขององค์กร</p>
Efficiency	<p>ความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร (คน เงิน ของ เวลา สถานที่)</p> <p>ความสามารถในการขจัดความสูญเปล่า</p> <p>การเลือกใช้วิธีการที่คุ้มค่ากว่า เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่เพิ่มขึ้นกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น</p>
Equity	<p>ความเท่าเทียมกันในการได้รับบริการที่เป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐาน</p> <p>การตอบสนองตามระดับความต้องการที่จำเป็น ผู้ที่จำเป็นมากได้รับมาก</p>
Humanized/	ดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ด้วยหัวใจ
Holistic	<p>เคารพในคุณค่า ศักดิ์ศรี และศักยภาพของความเป็นมนุษย์</p> <p>ดูแลอย่างเป็นองค์รวม คำนึงถึงทุกมิติของสุขภาพ</p>
Responsiveness	การตอบสนองต่อความต้องการ ความคาดหวัง ปัญหา และความคิดเห็นของผู้รับบริการ
Safety	<p>ดูแลผู้ป่วยด้วยอย่างเต็มความสามารถด้วยความระมัดระวัง</p> <p>สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย เรียนรู้เพื่อปรับปรุงจากทุกสถานการณ์</p> <p>วิเคราะห์ความเสี่ยงในทุกขั้นตอนของกระบวนการทำงาน</p> <p>มีระบบข้อมูลข่าวสารที่สะท้อนระดับความปลอดภัยที่ครอบคลุม</p>

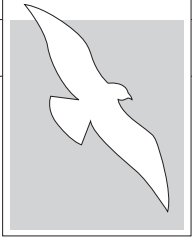
Timeliness

ความทันเวลาในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือวิกฤต

ความเหมาะสมกับเวลาตามความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย

ความรวดเร็วในความรู้สึกของผู้รับบริการ





HA Update 3:

ว่าด้วยการเชื่อมโยง

การเชื่อมโยงเป็นหัวใจสำคัญของระบบงานที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพ การเยี่ยมชมสำรวจเพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล หรือบันไดขั้นที่ 3 จะเน้นที่การเชื่อมโยง การเชื่อมโยงอาจเกิดได้จากวิธีการต่างๆ เช่น

1. เชื่อมโยงภายในหน่วย ภายในระบบ ภายในงานประจำ

1.1 เชื่อมโยงในงานประจำ พูดคุยและประสานงานกับเพื่อนร่วมงานที่เราทำงานด้วย ถามตัวเองว่าเราจะปรับปรุงอะไรเพื่อให้เพื่อนร่วมงานของเราทำงานได้ดียิ่งขึ้น (ใช้แนวคิดลูกค้ำภายใน)

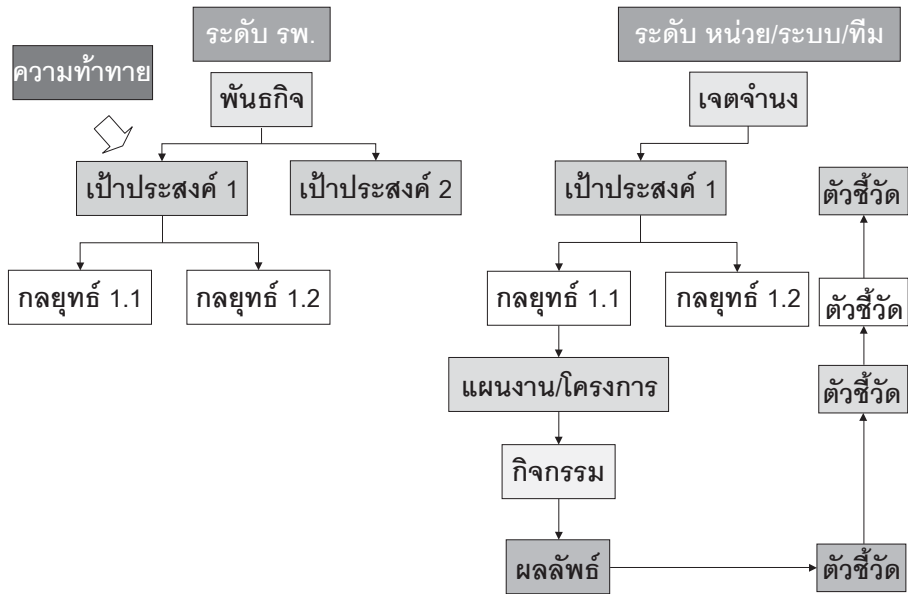
1.2 เชื่อมโยงกระบวนการ ด้วยการเอื้อมมือออกไปจากงานประจำของตนเอง เอื้อมมือไปรับงานจากผู้ส่งมอบ และยื่นมือออกไปส่งต่อให้แก่ผู้ทำงานในขั้นตอนต่อไป

1.3 เชื่อมโยงภายในระบบงาน ด้วยการพิจารณาองค์ประกอบที่ต่อเนื่องกัน พิจารณาความสมบูรณ์ขององค์ประกอบต่างๆ และสร้างระบบ feed back ที่ดีภายในแต่ละระบบ

2. เชื่อมโยงในแนวคิด

การเชื่อมโยงในแนวคิด คือการเชื่อมโยงแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน / ระบบงาน กับแผนกลยุทธ์ขององค์กร กระจายเป้าหมายองค์กรสู่เป้าหมายของระบบย่อย รวมผลงานของระบบย่อยสู่ผลงานขององค์กร

ภาพที่ 3-1 การเชื่อมโยงในแนวดิ่ง



3. เชื่อมโยงในแนวนอน

3.1 เชื่อมโยงแผนปฏิบัติงาน ด้วยการพิจารณาว่าแผนหรือการปฏิบัติที่กำลังจะดำเนินการนั้น ว่าควรเกี่ยวข้องกับใคร หรือมีใครที่ทำงานองเดียวกันอยู่ และประสานเชื่อมโยงเข้าด้วยกัน

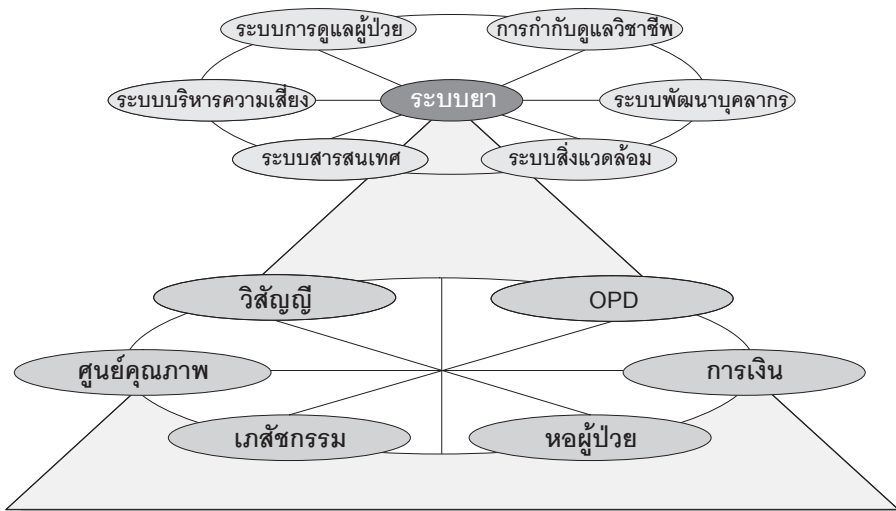
3.2 เชื่อมโยงด้วยการเข้าถึงสถานที่จริง สถานการณ์จริง (แนวคิด Genba Genbutsu ของญี่ปุ่น) ยกทีมที่เกี่ยวข้องไปให้ความช่วยเหลือแต่ละหน่วยงานพร้อมๆ กัน ทั้งผู้รับผิดชอบระบบที่เกี่ยวข้อง และผู้บริหารที่สามารถตัดสินใจได้ ตัวอย่างของกิจกรรม เช่น Patient Safety Leadership Walkround, internal survey โดยผู้แทนจากหลายระบบ, การตามรอยสิ่งที่เคลื่อนที่ไปตามระบบ

3.3 เชื่อมโยงระบบงาน ระบบงานที่เป็นแกนหลักของการพัฒนาระบบต่างๆ คือระบบสารสนเทศ ระบบบริหารความเสี่ยง และระบบพัฒนาบุคลากร การเริ่มต้นง่ายๆ คือผู้รับผิดชอบแต่ละระบบพิจารณาว่าจะให้สามระบบนี้มาสนับสนุนระบบที่ตนรับผิดชอบอย่างไร

ระบบสารสนเทศจะช่วยในการเชื่อมโยงได้มาก ทำให้เกิดฐานข้อมูล ที่ถูกต้องเป็นฐานข้อมูลเดียวกัน มีการเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกันซึ่ง จะอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานและการวิเคราะห์ข้อมูลให้ได้ สารสนเทศใหม่ๆ และยังอำนวยความสะดวกในการติดตามผลการดำเนินการ ตามเป้าหมายร่วม

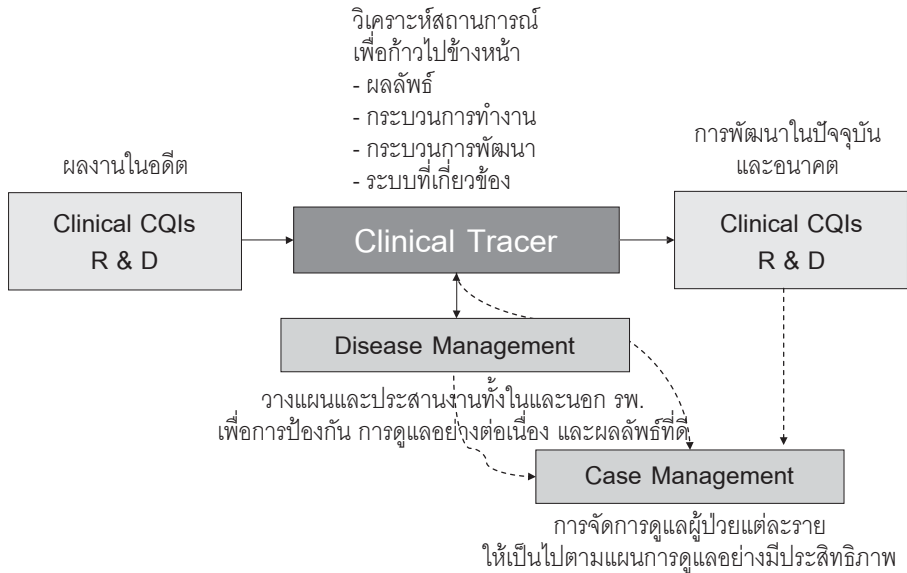
ถ้าจะทำให้การเชื่อมโยงกับระบบต่างๆ มีความสมบูรณ์มากขึ้น อาจ ทดลองเขียนระบบทั้งหมดที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องลงไปรอบๆ ระบบที่เรา กำลังพิจารณา แล้วตั้งคำถามว่าระบบดังกล่าวจะสนับสนุนการทำงานของ ระบบที่เรากำลังพิจารณาอย่างไร จะพบการเชื่อมโยงใหม่ๆ เกิดขึ้นเป็น คำตอบ และยังสามารถพิจารณาไปถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วยว่า แต่ละ หน่วยงานควรจะได้รับประโยชน์อะไรบ้างในระบบดังกล่าว

ภาพที่ 3-2 การเชื่อมโยงระบบกับระบบ ระบบกับหน่วยงาน



4. Clinical Tracer ในฐานะตัวเชื่อมโยง

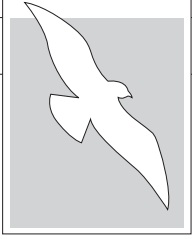
ภาพที่ 3-3 Clinical Tracer ในฐานะตัวเชื่อมโยง



Clinical tracer เป็นเครื่องมือคุณภาพเพื่อการทบทวนตรวจสอบ ผลลัพธ์และกระบวนการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สำคัญ เป็นเครื่องมือที่ช่วย เชื่อมโยงทีมสหสาขาวิชาชีพมาทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ของระบบย่อยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นเครื่องมือที่ช่วยเชื่อมโยงกระบวนการพัฒนาคุณภาพเข้ากับการปฏิบัติงานประจำวัน เป็นเครื่องมือที่เชื่อมโยงผลงานในอดีตสู่การกำหนดแผนการพัฒนาในอนาคต และเป็นเครื่องมือที่เชื่อมโยงแนวคิดการทำงานซึ่งมุ่งเน้นผู้ป่วยใน ชื่อเรียกต่างๆ

ควรมองว่า clinical tracer เป็นเครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อก้าวไปข้างหน้า ซึ่งสามารถใช้ได้แม้การนั่งพูดคุยกันในช่วงเวลาสั้นๆ ยิ่งใช้เวลาน้อยสำหรับแต่ละเรื่อง ยิ่งเพิ่มโอกาสในการเรียนรู้ให้ครอบคลุมปัญหาทางคลินิกได้มากขึ้น ยิ่งปรับปรุงระบบให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการต่างๆ ได้ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยได้กว้างขวางมากขึ้น





HA Update 4:

การประเมินตนเอง

แนวคิดทั่วไป

การประเมินตนเองมีเป้าหมายสำคัญเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาการทำงานของตนเอง

การประเมินและพัฒนาตนเองเป็นของคู่กัน และควรเริ่มจากระดับบุคคล มาสู่ระดับทีมงาน หน่วยงาน กลุ่มผู้ช่วย ระบบงาน และองค์กร

การประเมินตนเองโดยใช้แนวคิด Purpose-Process-Performance สามารถใช้ได้ในทุกระดับ

การประเมินตนเองควรมองทั้งสิ่งที่เป็นด้านบวกหรือจุดแข็ง และส่วนที่เป็นโอกาสพัฒนา

การประเมินตนเองอาจใช้วิธีการเชิงพรรณนา เช่น การทบทวนความสำเร็จและความล้มเหลวที่ผ่านมา จุดแข็งจุดอ่อนที่มีอยู่ เรื่องเล่าที่ภาคภูมิใจ หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น

การค้นหาสิ่งดีๆ ที่มีอยู่รอบตัว ในเพื่อนร่วมงาน ในองค์กร ช่วยให้ เป็นพลังขับเคลื่อนการพัฒนาได้ดีกว่าการมองเฉพาะปัญหา นั่นคือการมองหาสิ่งต่อไปนี้ ความสำเร็จ (achievements), ทรัพย์สิน (assets), ศักยภาพที่ซ่อนตัวอยู่ (unexplored potentials), นวัตกรรม (innovations), จุดแข็ง (strengths), ความคิดบรรเจิด (elevated thoughts), โอกาส (opportunities), ตัวเทียบเคียง (benchmarks), ช่วงเวลาที่หัวใจพองโต (high point moments), ค่านิยมที่ได้รับการปฏิบัติจริง (lived values), ประเพณี (traditions), สมรรถนะที่เป็นกลยุทธ์ (strategic competencies), เรื่องเล่า (stories), การแสดงออกซึ่งภูมิปัญญา (expressions of wisdom), การหยั่งรู้ถึงจิตวิญญาณ

ขององค์กรเบื่องลึก (insights into the deeper corporate spirit or soul), วิสัยทัศน์แห่งอนาคตที่มีคุณค่าและเป็นไปได้ (visions of valued and possible futures)

การประเมินตนเองอาจพิจารณาในเชิงปริมาณ โดยดูจากตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน หรือดูจากระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานซึ่งมีลำดับขั้นของการพัฒนา ควบคู่ไปกับความครอบคลุมของการปฏิบัติในพื้นที่หรือหน่วยงานต่างๆ

การประเมินตนเองมักจะคู่ไปกับการใช้ตัวเปรียบเทียบ เช่น เปรียบเทียบกับผลงานของตนเองในอดีตและเป้าหมายที่ตนเองวางไว้ เปรียบเทียบกับความต้องการและความคาดหวังของผู้รับผลงาน เปรียบเทียบกับผู้อื่นที่ทำงานในลักษณะใกล้เคียงกัน เปรียบเทียบกับข้อกำหนดทางวิชาชีพหรือข้อมูลวิชาการ เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่หน่วยงานต่างๆ จัดทำไว้

การประเมินตนเองควรส่งผลให้เกิดความเข้าใจในงานของตนเองได้ชัดเจนขึ้น ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ผ่านมา ทำให้มองเห็นโอกาสพัฒนาและกำหนดเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ

การใช้มาตรฐานอย่างมีคุณค่า (ใช้มาตรฐานเพื่อการพัฒนาตนเอง)

เป้าหมายหลักของการใช้มาตรฐานคือเพื่อส่งเสริมการพัฒนา การใช้มาตรฐานในการประเมิน เป็นเพียงเครื่องมือหรือวิธีการเพื่อนำไปสู่เป้าหมายคือการพัฒนา

การที่โรงพยาบาลต่างๆ มุ่งทำเอกสารการประเมินตนเองอย่างจริงจัง แต่ไม่เห็นโอกาสพัฒนาจากการประเมินตนเองนั้น หรือไม่หาโอกาสพัฒนาที่พบบนสู่การปรับปรุงระบบงาน จึงเป็นการหลงทางโดยสิ้นเชิง

วิธีการที่จะป้องกันการหลงทาง คือการพักหรือชะลอการจัดทำเอกสารการประเมินตนเองฉบับที่เป็นทางการไว้ก่อน จนกว่าจะมั่นใจว่ามีข้อมูลพร้อม

แนวทางในการใช้มาตรฐานเพื่อส่งเสริมการพัฒนา อันดับแรกจะต้องทำความเข้าใจเป้าหมายหรือคุณค่าของมาตรฐานในข้อนั้น ๆ ให้

ชัดเจน จากนั้นเรียนรู้ว่าการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวันนั้น ได้นำเอา มาตรฐานดังกล่าวมาใช้ประโยชน์เพียงใด โดยอาจใช้วิธีการต่อไปนี้

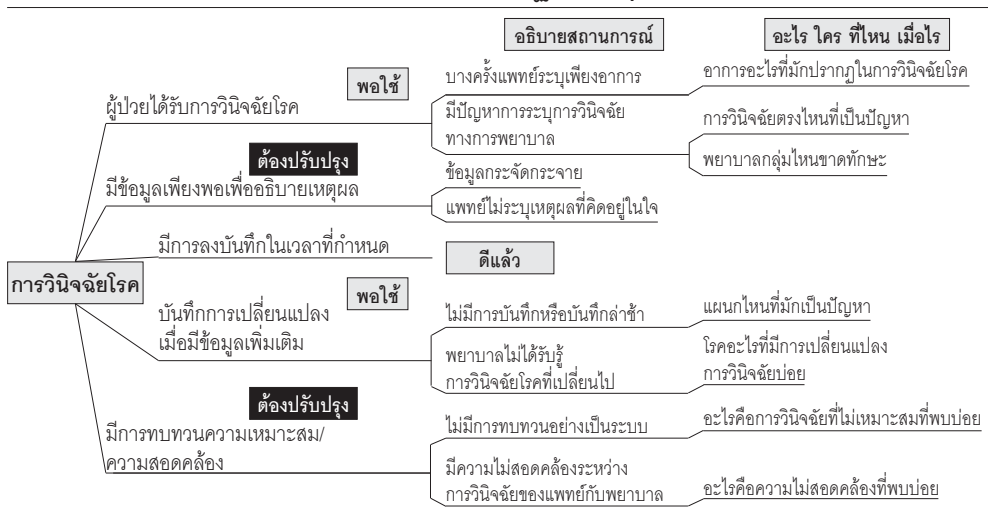
1. เอามาตรฐานมาคุยกันเล่น

คุยให้เห็นสถานการณ์ และรายละเอียดที่สามารถนำไปดำเนินการได้ อย่างตรงประเด็น นั่นคือรายละเอียดว่า อะไร ใคร ที่ไหน เมื่อไร

ผลการพูดคุยอาจจะออกมาเป็นกระตาดความคิด หรือ mind map ดังตัวอย่าง มาตรฐานเรื่องการวินิจฉัยโรคระบุว่า **“ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค โดยมีข้อมูลเพียงพอเพื่ออธิบายเหตุผลของการวินิจฉัยโรค. มีการลงบันทึกการวินิจฉัยโรคภายในเวลาที่กำหนดไว้ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงการเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม. มีการทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพในทีมผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ.”**

กระตาดความคิดที่เป็นผลจากการพูดคุยคือการแตกแขนงออกมา เป็นประเด็นต่างๆ ในมาตรฐาน การประเมินว่าในแต่ละประเด็นนั้นเราทำได้ ดีเพียงใด ในประเด็นที่ยังทำได้ไม่ดีนั้น มีสถานการณ์อย่างไร รายละเอียดของสถานการณ์ดังกล่าวเป็นอย่างไร (ใช้คำถาม What, Who, Where, When เป็นตัวช่วยให้เข้าใจรายละเอียด) จะดำเนินการปรับปรุงอย่างไร

ภาพที่ 4-1 กระตาดความคิดจากเอามาตรฐานมาคุยกัน



2. ตัดมาตรฐานไปผู้ป่วย

ใช้การสังเกต การพูดคุยกับผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียน และการพูดคุยกับทีมงาน เพื่อเรียนรู้ว่าผู้ป่วยได้รับประโยชน์ที่ควรได้รับจากมาตรฐานเรื่องนั้นๆ เพียงใด เช่น ในกรณีของการวินิจฉัยโรค สามารถเรียนรู้ได้ง่ายจากบันทึกเวชระเบียนว่ามีการบันทึกการวินิจฉัยโรคหรือไม่ มีข้อมูลสนับสนุนหรือไม่ มีบันทึกการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติมหรือไม่ การวินิจฉัยโรคมีความเหมาะสมชัดเจนหรือไม่ มีความสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกันระหว่างการวินิจฉัยโรคของแพทย์กับการวินิจฉัยทางการแพทย์

เลือกมาตรฐานมาหนึ่งหัวข้อ ตามไปผู้ป่วยหนึ่งราย เราก็จะได้เรียนรู้ว่าเรานำมาตรฐานนั้นมาสู่การปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด เป็นการยืนยันสิ่งที่เราคุยกันเล่นว่าสถานการณ์ที่แท้จริงเป็นอย่างไร

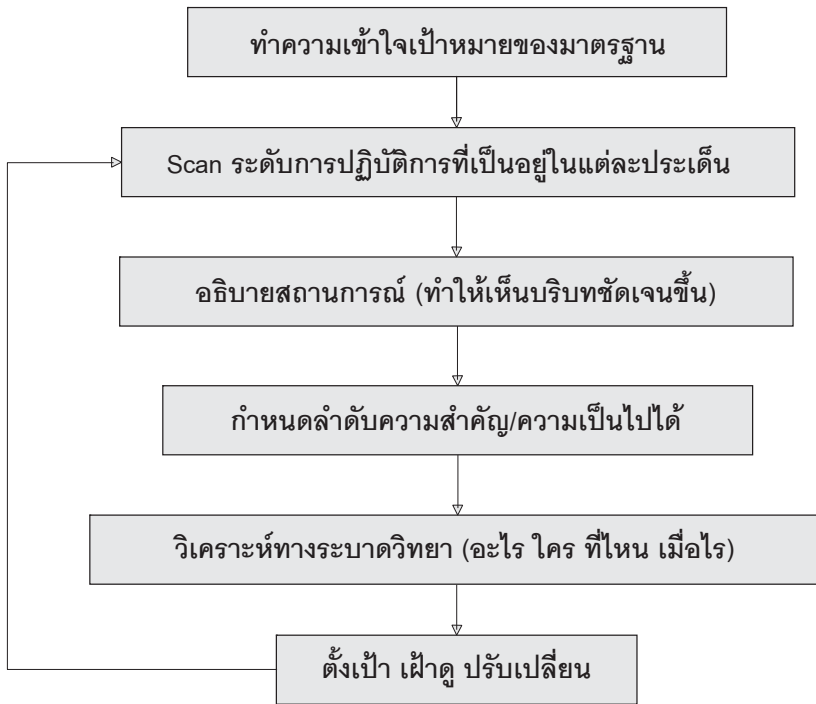
สำหรับมาตรฐานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย แนวทางในหัวข้อนี้อาจจะปรับไปเป็น “ตัดมาตรฐานไปคู่มือปฏิบัติงานประจำวัน”

3. เก็บข้อมูลในลักษณะงานวิจัยชิ้นเล็ก ๆ (mini research)

หรือจะเรียกว่าทำวิจัยเล่นๆ ก็ได้ เลือกมาตรฐานมาหนึ่งหัวข้อ กำหนดเวลาที่เหมาะสม (เช่น 30 นาที) ประมาณว่าในเวลาดังกล่าวจะประเมินการปฏิบัติในมาตรฐานเรื่องนั้นได้ก็ราย แล้วเก็บลงมือเก็บข้อมูล อาจจะทำในหลายๆ หอผู้ป่วยพร้อมกันก็ได้ ข้อมูลนี้คือข้อมูลที่จะสะท้อนระดับการปฏิบัติที่แท้จริง ถ้าผลออกมายังไม่ดี เราก็เก็บไว้เป็น baseline และลงมือปรับปรุง ถ้าผลออกมาดีแล้ว อาจจะมีคำถามว่าข้อมูลน่าเชื่อถือหรือไม่ อาจจะต้องเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้มั่นใจในความน่าเชื่อถือ อาจจะต้องวิเคราะห์แยกแยะตามหน่วยงานต่างๆ หากมีแนวโน้มว่าจะมีความแตกต่างกัน

เมื่อได้ใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งหรือทั้ง 3 วิธีดังกล่าวร่วมกัน น่าจะทำให้เห็นภาพของโอกาสพัฒนาที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนา โดยใช้ขั้นตอนง่ายๆ “ตั้งเป้า ฝึกดู เปลี่ยน”

ภาพที่ 4-2 ขั้นตอนของการประเมินตามมาตรฐานเพื่อนำไปสู่การพัฒนา



การจัดทำเอกสารการประเมินตนเอง

1. ประเด็นที่ควรตอบให้ชัดเจน มีดังนี้

- 1) Context ภายใต้บริบทของเรา อะไรคือประเด็นสำคัญ ปัญหาสำคัญ ความเสี่ยงสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานข้อนี้
- 2) Design เราออกแบบระบบงานอย่างไรเพื่อให้เกิดความรัดกุมเหมาะสมกับบริบทของเรา และบรรลุเป้าหมายของมาตรฐานข้อนี้
- 3) Action เราทำอย่างไรเพื่อให้มั่นใจว่ามีการนำระบบที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติอย่างครอบคลุม เหมาะสม
- 4) Learning ผลลัพธ์ของการนำไปปฏิบัติเป็นอย่างไร ทำได้ดีหรือไม่ ใ้ประโยชน์จากตัวชี้วัดอย่างไร
- 5) Improve เราปรับปรุงระบบงานของเราอย่างไร ทำอะไรไปแล้ว จะทำอะไรต่อ

2. การจัดสรรเนื้อที่

ภาพที่ 4-3 ลักษณะของเนื้อหาและประเด็นที่ควรกลั่นออกมาจากการประเมินตนเอง



ควรจัดสรรเนื้อที่การเขียนรายงานการประเมินตนเองในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันใน 3 ส่วนต่อไปนี้

1) ส่วนที่เป็นสิ่งดี ๆ ความสำเร็จหรือความภาคภูมิใจในเรื่องนั้นมีที่มาและวิธีคิดอย่างไร (design) มีความครอบคลุมหรือการขยายผลในการปฏิบัติอย่างไร (action) ผลลัพธ์ ได้บทเรียนอะไร (learning)

2) ส่วนที่เป็นงานปกติประจำซึ่งปฏิบัติกันมาอยู่แล้ว มีการออกแบบระบบงานเพื่อตอบสนองต่อคุณลักษณะที่คาดหวังของระบบหรือกระบวนการนั้นอย่างไร (design) มีความครอบคลุมในการปฏิบัติอย่างไร (action) อาจจะใช้ตารางให้เป็นประโยชน์ในการนำเสนอ ผลลัพธ์เป็นอย่างไร (learning) ถ้าสามารถนำเสนอผลลัพธ์ในเชิงปริมาณที่ได้รับการติดตามต่อเนื่องกันมาอย่างดี ส่วนนี้เป็นส่วนที่ รพ.มีข้อมูลมากที่สุดและเขียนง่ายที่สุดแต่ควรจะใช้พื้นที่ในการเขียนให้ใกล้เคียงกับอีกสองส่วน

3) ส่วนที่เป็นปัญหา/ความเสี่ยงในบริบทของโรงพยาบาล มีปัญหา/ความเสี่ยงอยู่ตรงไหน ออกแบบป้องกันไว้ได้อย่างไร (design) สร้างความมั่นใจว่าจะมีการปฏิบัติตามอย่างไร (action) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจุดที่ล่อแหลม

ต่อการละเลย ผลลัพธ์ ได้บทเรียนอะไร (learning)

หากมองจากมุมมองของกระบวนการคุณภาพ ส่วนที่ 1 คือการถอดเอาเรื่องของ CQI ออกมาสรุปบทเรียน ส่วนที่ 2 คือการถอดเอาเรื่องของ QA มาสรุปบทเรียน และส่วนที่ 3 คือการถอดเอาเรื่องของ RM มาสรุปบทเรียน โดยทั้งหมดนำมาจากกระบวนการทำงานในเรื่องเดียวกัน

3. การถอดบทเรียน

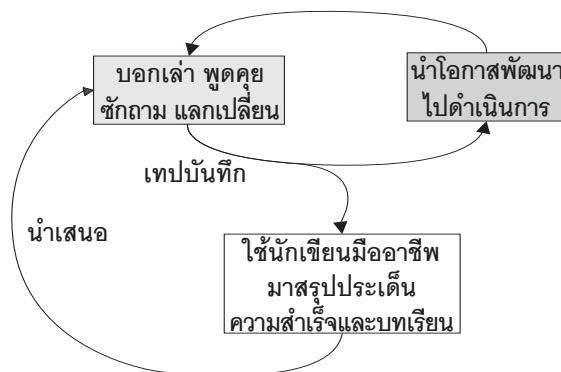
ปัญหาสำคัญของทุกโรงพยาบาลคือการใช้เวลากับเรื่องการเขียนมากจนไม่เป็นทำงานปกติประจำ สาเหตุมาจากสองส่วนคือ การเขียนในช่วงที่ยังไม่เข้าใจ ยังไม่มีข้อมูลหรือประสบการณ์การพัฒนาที่จะเขียน และการเขียนโดยผู้ที่ไม่มีความรู้ในการเขียน

แนวทางต่อไปนี้อาจจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพได้ดีกว่า

1) ไม่เน้นการเขียนในช่วงแรก แต่เน้นการบอกเล่า พูดคุย ซักถาม แลกเปลี่ยน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเป้าหมายของมาตรฐาน เกิดความเข้าใจในบริบทและปัญหาในระบบของตนเอง นำไปสู่การจุดประกายการพัฒนาในส่วนต่างๆ

2) เมื่อมีบทเรียนมากขึ้น มีสาระมากขึ้นพอที่จะนำไปจัดทำเป็นเอกสารได้ ให้มีการบันทึกเทป และใช้ผู้ที่มีความชำนาญ มาสรุปประเด็น และจัดทำเอกสารนำเสนอให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาเพิ่มเติมหรือปรับแก้ข้อมูลให้ถูกต้อง

ภาพที่ 4-4 ถอดบทเรียนด้วยการคุยกันก่อน เขียนทีหลัง



แนวทางการใช้ Scoring Guideline

พรพ.ใช้ระบบการให้คะแนน 1-5 เพื่อประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน โดยตัดแปลงมาจากแนวทางของ MBNQA/TQA โดยมีเป้าหมายที่จะให้การประเมินด้วยระบบคะแนนนี้เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หรือยกระดับการพัฒนาให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

คะแนนระดับ 1 คือการมีกิจกรรมคุณภาพพื้นฐานต่างๆ มีการตั้งทีมวางกรอบการทำงาน ปรับปรุงด้านโครงสร้างต่างๆ และจัดการแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา

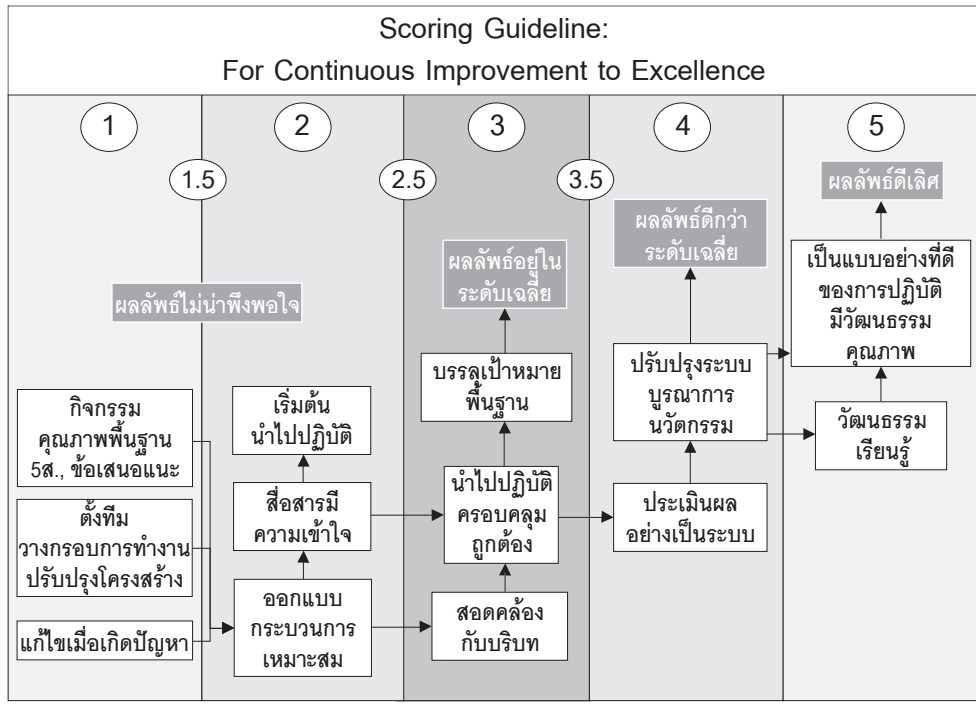
คะแนนระดับ 2 คือมีการออกแบบกระบวนการทำงานเพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายของมาตรฐาน มีการสื่อสารทำความเข้าใจ และหน่วยงานต่างๆ เริ่มต้นนำไปปฏิบัติ

คะแนนระดับ 3 คือมีการนำกระบวนการที่ออกแบบไว้อย่างสอดคล้องกับบริบทไปปฏิบัติครอบคลุมในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้อง ทำให้บรรลุเป้าหมายของมาตรฐาน โดยเริ่มมีการประเมินด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ

คะแนนระดับ 4 คือมีการบูรณาการกระบวนการต่างๆ เข้าด้วยกัน มีการใช้นวัตกรรม มีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ มีการใช้ตัวชี้วัดที่เหมาะสม และนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้ดียิ่งขึ้น ตัวชี้วัดแสดงให้เห็นผลที่ดีกว่าระดับเฉลี่ย การที่โรงพยาบาลสามารถบรรลุระดับนี้ได้ จะเป็นหลักประกันของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ความยั่งยืนของการพัฒนา และโอกาสที่จะไปสู่ความเป็นเลิศ

คะแนนระดับ 5 คือการที่มีวัฒนธรรมของการเรียนรู้ วัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยฝังอยู่ในการปฏิบัติงาน เป็นแบบอย่างที่ดีของการปฏิบัติ และมีผลลัพธ์ที่โดดเด่นอย่างชัดเจน

ในการใช้ scoring guideline โดยทีมงานของโรงพยาบาล มีข้อแนะนำดังนี้



1. ใช้ Scoring Guideline เป็นจุดเริ่มของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ไม่ต้องพยายามหาข้อสรุปของตัวเอง
2. ผู้ที่ให้คะแนนน้อย ให้บอกว่าเห็นจุดอ่อนอะไร ควรจะมีอะไรเพิ่มเติมเพื่อยกระดับคะแนนให้เพิ่มมากขึ้น
3. ผู้ที่ให้คะแนนมาก ให้บอกว่าเห็นจุดแข็งอะไร มีข้อมูลสนับสนุนอย่างไร มีการใช้ค่านิยมหลักอะไร สอดคล้องกับบริบทอย่างไร
4. หา consensus ว่า “จะทำอะไรต่อ” ไม่ต้องสนใจเรื่องคะแนน
5. ในระยะแรกอาจจะประเมินที่ระดับข้อย่อย เมื่อมีความสอดคล้องมากขึ้นจะประเมินในระดับที่สูงขึ้นมา ถึงระดับหัวข้อ

เอกสารการประเมินตนเองเพื่อสื่อสารกับ พรพ.

โรงพยาบาลควรจัดทำเอกสารเท่าที่จำเป็น ลดความซ้ำซ้อนด้วยการอ้างอิงถึงเอกสารที่เกี่ยวข้อง และพยายามรวบรวมทำเอกสารในระดับสูงเพื่อลดความจำเป็นในการจัดทำเอกสารระดับล่าง

ควรเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลในการที่จะทำให้ทุกหน่วยงานใช้ service profile ของตน เพื่อวิเคราะห์และติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ (หรือวิธีการวิเคราะห์อื่นที่ใกล้เคียงกัน) แม้ว่าทาง พรพ.จะไม่ขอให้หน่วยงานดังกล่าวต้องส่งเอกสาร service profile มาให้ เอกสารที่จะสื่อสารกับผู้เยี่ยมสำรวจของ พรพ.มีดังนี้

1. ระดับโรงพยาบาล

1.1 Hospital Profile และข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ

1.2 การประเมินตนเองตามมาตรฐานทั้ง 4 ตอน (มาตรฐานใหม่) โดยใช้แนวทางที่ได้กล่าวมาข้างต้นสำหรับ 3 ตอนแรก ส่วนตอนที่ 4 ซึ่งเป็นเรื่องของผลลัพธ์ โรงพยาบาลควรใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าวด้วยการวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูล ก่อนที่จะส่งมาให้ พรพ. การนำเสนอข้อมูลควรนำเสนอด้วยกราฟซึ่งแสดงแนวโน้มของข้อมูลประมาณ 3 ปี และมีการวิเคราะห์จำแนกตามกลุ่มของผู้รับผลงานหรือผู้ปฏิบัติงาน (ถ้าเป็นไปได้)

2. ระดับ Clinical Lead Team

2.1 Service Profile ของ clinical lead team

2.2 Clinical Tracer หรือเอกสารสรุประบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ การพัฒนา และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

3. ระดับหน่วยงาน

3.1 Service Profile หรือ Unit Profile ของหน่วยงาน/หน่วยบริการ ที่ยังมีได้นำข้อมูลเข้าไปรวมไว้ใน Service Profile ของ clinical lead team

3.2 แบบประเมินตนเองส่วน ค. ของหน่วยงานเฉพาะ (ตามมาตรฐานเดิม)

Service Profile¹

1. บริบท² (Context)

- ก. หน้าที่และเป้าหมาย
- ข. ขอบเขตการให้บริการ (ถ้าเป็นหอผู้ป่วยให้ระบุกลุ่มโรคสำคัญในหน่วยงานนี้ด้วย) ศักยภาพ ข้อจำกัด
- ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)
- ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ
- จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ จุดเน้นในการพัฒนา
- ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

2. กระบวนการสำคัญ³ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน⁴ (Performance Indicator)

- 1 ควรมีความยาวประมาณ 5-10 หน้า
- 2 เขียนอย่างสรุป ความยาวไม่เกิน 1 หน้า สามารถใช้ตารางสรุปในบางเรื่องได้
- 3 สรุปภายใน 1 หน้า วิเคราะห์โดยเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง เช่น หอผู้ป่วย ให้พิจารณาว่ามีกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างไร โดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มิใช่เฉพาะกระบวนการที่พยาบาลรับผิดชอบ
- 4 นำเสนอกราฟแสดงข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ (ก) ตัวชี้วัดของหน่วยงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงานและมีการติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง (พร้อมคำอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นประกอบภาพอย่างสั้นๆ) (ข) ข้อมูลผลการพัฒนาตามโครงการสำคัญในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเพื่อให้เป็นไปตามสิ่งที่คาดหวังและป้องกันความเสี่ยงสำคัญของแต่ละกระบวนการ (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว⁵)

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

5. แผนการพัฒนาต่อห้อง⁶

การใช้ One Page Summary

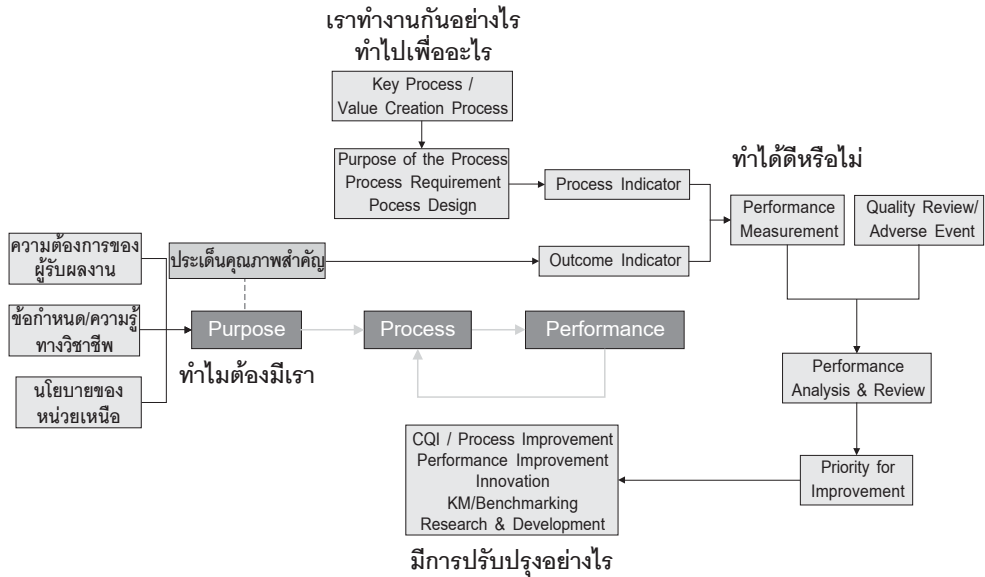
เพื่อช่วยในการประมวลและเชื่อมโยงความคิดของทีมงาน ทีมงานสามารถใช้แนวคิด One Page Summary เพื่อสรุปประเด็นสำคัญต่างๆ ใน service profile หรือ clinical tracer โดยมีหน้าแรกเป็นแผนภูมิที่สรุปภาพรวมทั้งหมดของหน่วยงานหรือของโรคนั้น และหน้าต่อๆ ไปเป็นหน้าที่ขยายความในแต่ละเป้าหมาย แต่ละกระบวนการ แต่ละโรคออกไปเป็นลำดับ พยายามถ่ายทอดข้อมูลทั้งหมดออกมาเป็นแผนภูมิแสดงความเชื่อมโยง กราฟแสดงข้อมูลผลการดำเนินงาน (การ link ใน file powerpoint จะช่วยได้มากในการจัดเก็บและเรียกดูข้อมูล)

One Page Summary หน้าแรกของ Service Profile อาจจะอิงกรอบความคิดตัวอย่างต่อไปนี้

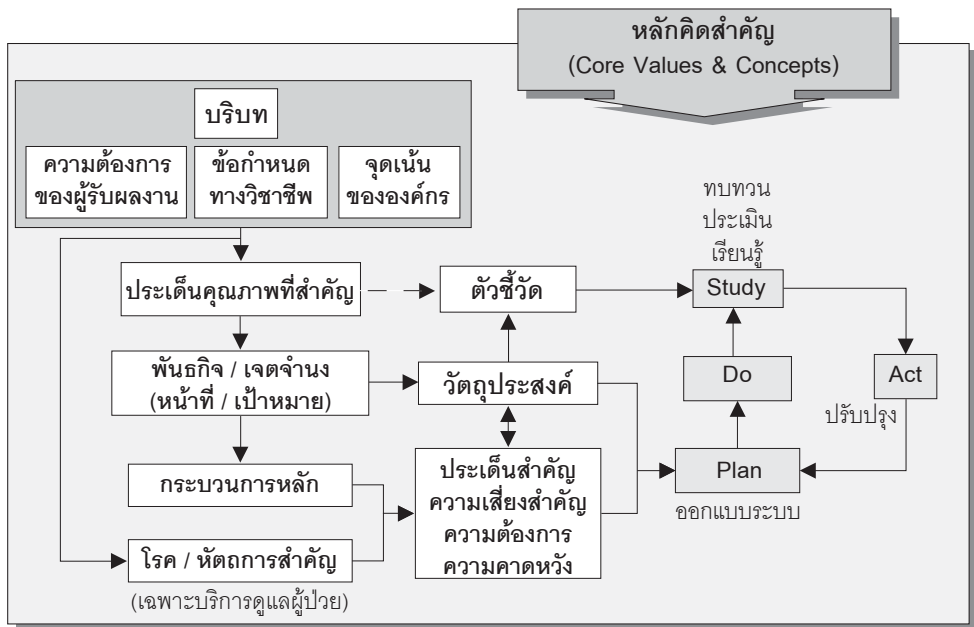
5 สรุปความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญในช่วงเวลาที่ผ่านมา อย่างสั้นๆ ระบุแนวคิด ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และวิธีการทำงานสำคัญที่เป็นข้อสรุปจากการพัฒนา

6 อาจระบุทิศทางของการพัฒนา, โครงการสำคัญที่วางแผนไว้ หรืออาจจะระบุรายละเอียดของโครงการ (วัตถุประสงค์ กรอบเวลา ข้อมูลที่จะใช้ติดตามกำกับ)

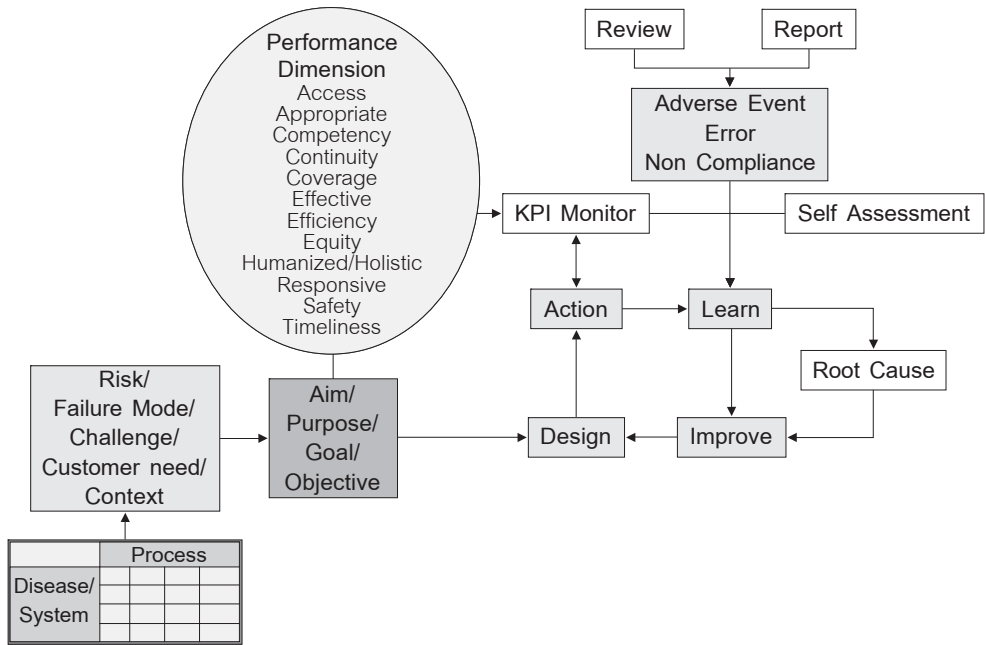
ภาพที่ 4-6 กรอบแนวคิด 3P การเริ่มต้นที่เรียบง่าย



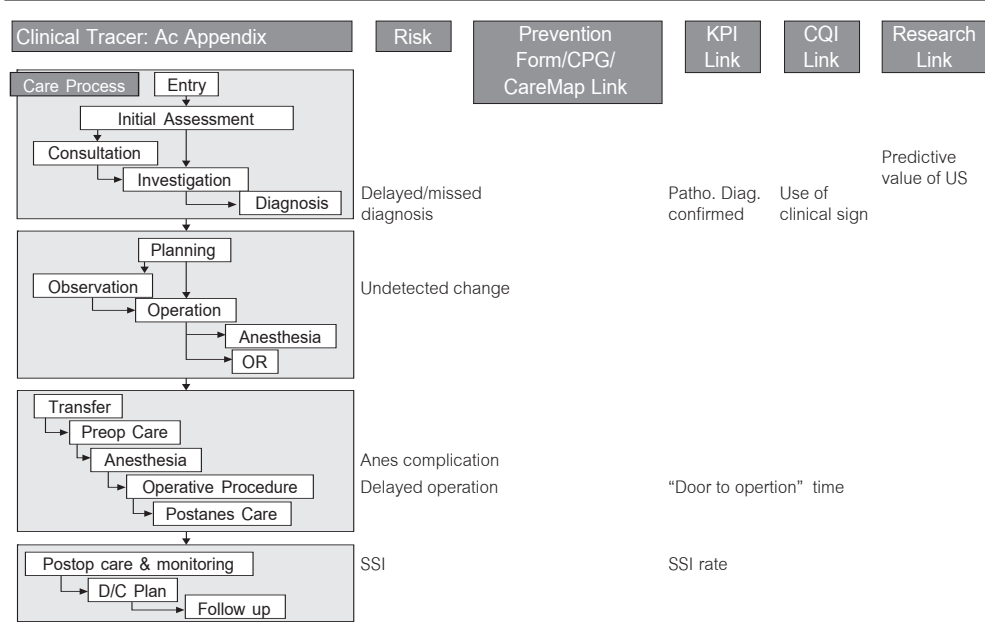
ภาพที่ 4-7 กรอบแนวคิด 3C-PDSA เมื่อประยุกต์กับ Service Profile

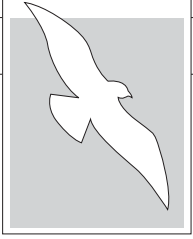


ภาพที่ 4-8 กรอบแนวคิด 3C-PDSA เพื่อการประยุกต์ใช้โดยทั่วไป (หน่วยงาน ระบบงาน โรค)



ภาพที่ 4-9 หน้าแรกของ Clinical Tracer





HA Update 5:

การเรียนรู้และพัฒนาต่อเนื่องสำหรับ โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HA

ความเป็นมา

การขำรงรักษาคุณภาพหลังจากได้รับการรับรอง HA เป็นสิ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยกว่าการพัฒนาเพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพ หลายโรงพยาบาลประสบปัญหาว่าเมื่อผ่านการรับรอง HA ไปแล้ว ระดับความตื่นตัวในการพัฒนาและกิจกรรมลดลง บางโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนทีมผู้รับผิดชอบ เมื่อถึงระยะเวลาที่จะต้องมีการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองซ้ำ (re-accreditation survey) ก็ต้องใช้พลังอย่างมากในการรื้อฟื้นกระบวนการคุณภาพขึ้นมาใหม่ อาจจะต้องได้รับการเยี่ยมสำรวจหลายครั้ง เป็นการสูญเสียเปล่าที่ไม่ควรเกิดขึ้น

การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลานาน ในช่วงแรกๆ ของการพัฒนาและการขำรงรักษาคุณภาพ จำเป็นต้องอาศัยแรงกระตุ้นจากภายนอกค่อนข้างมาก เสี่ยงสะท้อนจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่จึงต้องการให้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพเข้าไปกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การกระตุ้นด้วยการเยี่ยมสำรวจหลังการรับรองในรูปแบบต่างๆ เป็นมาตรการหนึ่งที่ได้ผล แต่ต้องใช้ทรัพยากรบุคคลและเวลาค่อนข้างมาก ทำให้ต้องทิ้งช่วงห่างเป็นเวลานาน อีกทั้งเกิดความเครียดในการเตรียมตัวของโรงพยาบาลมากพอสมควร แทนที่จะเกิดกระบวนการเรียนรู้ที่มีความสุข

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ขึ้นอย่างต่อเนื่อง หลังจากที่โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพแล้ว โดยมีหลักการว่า หากโรงพยาบาลสามารถแสดงให้เห็น

เห็นถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น, มีการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยมสำรวจ มีแนวทางที่ชัดเจนสำหรับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง, มีการ monitor ผลงานของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ อย่างเหมาะสม, ทีมงานมีความเข้าใจเป้าหมายงานของตนและรู้ว่าคุณภาพงานของตนเป็นอย่างไร, และมีผลงานที่เป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับโรงพยาบาลอื่น ก็จะได้รับพิจารณาให้มีการต่ออายุการรับรองโดยเข้าเยี่ยมเฉพาะในจุดที่มีความสำคัญสูงหรือเป็นปัญหาของโรงพยาบาล ควบคู่กับการวางแผนร่วมกับผู้บริหาร

วัตถุประสงค์

1. พัฒนากลไกการเรียนรู้ที่โรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง ร่วมกับการกระตุ้นจากผู้แทนของ พรพ.เป็นระยะ
2. โรงพยาบาลที่เข้าร่วมในกระบวนการเรียนรู้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีผลการดำเนินการที่ดีขึ้นเป็นลำดับ

วิธีการ

1. ทบทวนเครื่องมือสำหรับการพัฒนาคุณภาพต่างๆ นำมาเชื่อมโยงให้ง่ายต่อการปฏิบัติและการเรียนรู้
2. จัดให้มีช่องทางการสื่อสารทำความเข้าใจในรูปแบบต่างๆ
3. ผู้แทนของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จะเข้าเยี่ยมโรงพยาบาลทุก 8 ± 2 เดือน (6-10) เดือน เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับโรงพยาบาลผ่านกิจกรรมต่อไปนี้
 - ติดตามการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยมสำรวจ และ/หรือ ผู้แทนของสถาบันฯ ที่เข้าเยี่ยมในครั้งที่ผ่านมา
 - รับทราบข้อมูลการพัฒนาคุณภาพและการ monitor ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลในประเด็นที่มีความสำคัญสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความปลอดภัย และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย
 - รับทราบการวิเคราะห์สถานการณ์และความท้าทายของโรง

- พยาบาล และแผนการดำเนินงานของโรงพยาบาล
- รับทราบผลการดำเนินงานที่เป็นแบบอย่างที่ดี (good practice) สำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ
 - สุ่มเยี่ยมหน่วยงานเพื่อประเมินความเข้าใจในเป้าหมายการทำงานของตนเองและการใช้กระบวนการ/ค่านิยมการพัฒนาคุณภาพ
4. โรงพยาบาลที่มีความมุ่งมั่นในการพัฒนา มีกระบวนการเรียนรู้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีผลการดำเนินงานที่ดี จะได้รับแรงจูงใจ เช่น การต่ออายุการรับรองโดยเข้าเยี่ยมเฉพาะในจุดที่มีความสำคัญสูงหรือเป็นปัญหาของโรงพยาบาล
 5. โรงพยาบาลที่การหยุดชะงักของการพัฒนา จะได้รับการเยี่ยมจากผู้แทนตามโครงการนี้เร็วขึ้นกว่ากำหนด หรือได้รับการเยี่ยมสำรวจในประเด็นที่มีความเสี่ยงสูง

กลไกการเรียนรู้ที่โรงพยาบาลจะต้องดำเนินการในการเข้าโครงการนี้

1. การคัดเลือก ทบทวน และใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามผลการดำเนินงานที่ตรงประเด็นตามเป้าหมายของโรงพยาบาล ทีมงาน หน่วยงาน และกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ
2. การใช้ผู้ป่วย เวชระเบียน และเหตุการณ์สำคัญต่างๆ (พัฒนาต่อเนื่องจากการทบทวน 12 กิจกรรม) เป็นโอกาสในการเรียนรู้ ทั้งการวิเคราะห์สาเหตุ การวางระบบงานที่รัดกุม การพัฒนาศักยภาพบุคลากร
3. การวัดอัตราการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วย ด้วยการทบทวนเวชระเบียนอย่างเป็นระบบ เรียนรู้จากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ควบคู่กับการวางระบบเพื่อรักษาความลับของข้อมูลดังกล่าว
4. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กลุ่มประชากรทางคลินิกเป็นฐาน (clinical population oriented approach) บูรณาการเครื่องมือและแนวคิดคุณภาพทุกเรื่องที่เป็นประโยชน์เพื่อ

ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญอย่างเป็นองค์รวมและ
ต่อเนื่อง

5. การใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระ
เกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี เพื่อการประเมินและพัฒนา
ตนเองสู่ระดับผลการดำเนินงานที่สูงขึ้น
6. การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ ความปลอดภัย และการเรียนรู้ โดย
ฝัง core values ในการทำงานและการพัฒนาคุณภาพเข้าไปใน
ชีวิตประจำวัน

Post-Acc. Guide 1:

แนวทางการจัดทำแผนดำเนินงานหลังการรับรอง

แนวคิด

ข้อเสนอแนะที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจของ พรพ.จัดทำให้แก่โรงพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อชี้ให้เห็นโอกาสพัฒนาในช่วงระยะเวลาต่อไป เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทาง พรพ.จะมีการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในการเยี่ยมครั้งต่อไป ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าทีมงานของโรงพยาบาลมีความเข้าใจในข้อเสนอแนะ และนำไปสู่การปฏิบัติ ทาง พรพ.จึงขอให้โรงพยาบาลจัดทำแผนดำเนินงานในการนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติ ส่งให้แก่ พรพ.ภายใน 30 วันหลังจากได้รับรายงานจาก พรพ.

นอกจากแผนดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของ พรพ.แล้ว ทางโรงพยาบาลยังมีความจำเป็นที่จะต้องทำแผนการพัฒนาตามบริบทและเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของตนเอง ซึ่งทั้งสองส่วนนี้จะเป็นกรอบสำหรับการติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพโดยผู้แทนจาก พรพ.

แนวทางการจัดทำแผนดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของ พรพ.

- 1) ทำความเข้าใจกับ **key word** และเป้าหมายของข้อเสนอแนะให้ชัดเจน
- 2) วิเคราะห์พื้นที่สำคัญที่เป็นจุดอ่อนหรือจุดล่อแหลมซึ่งควรเป็นเป้าหมายของการพัฒนาตามข้อเสนอแนะ ซึ่งอาจจะเป็นระบบ งาน กระบวนการ หน่วยงาน กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มบุคคล หรือช่วงเวลา เพื่อให้แผนการดำเนินงานมีความชัดเจน
- 3) จัดทำกลยุทธ์การพัฒนา (ซึ่งเป็นกรอบการพัฒนาอย่างกว้างๆ) โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของกลยุทธ์ต่างๆ อย่างรอบด้าน ส่งเสริมให้นำความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม และ good practice ของที่ต่างๆ มาพิจารณา

- 4) กำหนดระยะเวลา วิธีการประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จในการดำเนินงาน
- 5) มอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบ มีการถ่ายทอดกลยุทธ์ไปสู่แผนปฏิบัติการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

Post-Acc. Guide 2:

การพัฒนาคุณภาพโดยใช้กลุ่มประชากรทางคลินิกเป็นฐาน (Clinical Population Oriented Quality Improvement)

แนวคิด

การพัฒนาคุณภาพที่จะให้ผลดี ควรยึดผู้รับผลงานหรือผู้ป่วยเป็นตัวตั้ง มีเป้าหมายที่ชัดเจน มีการติดตามตัวชี้วัดที่เหมาะสม ใช้เครื่องมือและวิธีการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายร่วมกัน

กลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) คือกลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีสภาพปัญหาคล้ายคลึงกัน สามารถวิเคราะห์ความต้องการได้ชัดเจน สามารถกำหนดเป้าหมายและวัดผลได้ชัดเจน ทำให้สามารถนำ core values เรื่อง patient focus ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมได้

clinical population oriented quality improvement มิใช่ disease oriented approach เนื่องจากเน้นผู้ป่วยที่เป็นทั้ง “คน” “คนไข้” และ “ครู” มิได้เน้นแต่เพียงการรักษาโรค ดังนั้นจึงต้องพิจารณาความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องตามความจำเป็น

ข้อแนะนำเพื่อประโยชน์สูงสุดในการพัฒนา

ปัญหาที่พบบ่อย	ข้อแนะนำ
ใช้เครื่องมือและวิธีการพัฒนาเป็นตัวตั้ง เช่น ตัวชี้วัด CPG การทบทวน เป็นการทำแบบแยกส่วน ใช้เครื่องมือคุณภาพเป็นพื้นฐานในการนำเสนอข้อมูล	ใช้ clinical population เป็นตัวตั้ง วิเคราะห์ประเด็นสำคัญ กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดให้ชัดเจน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามผลสำเร็จของการพัฒนา
ใช้เกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งในการคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วย เช่น top 5 หรือ high volume	ใช้เกณฑ์ที่หลากหลายในการคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเป็น high volume, high risk, high cost, high variation, high burden, high need for coordination & continuity

ปัญหาที่พบบ่อย	ข้อเสนอแนะ
เลือกกลุ่มผู้ป่วยมาทำจำนวนน้อยด้วยเหตุผลว่ามีภาระงานมาก	ตั้งคำถามกับตนเองว่าเท่าที่ทำมาแล้วครอบคลุมร้อยละเท่าไรของ bed day ทั้งหมดที่ทีมงานรับผิดชอบ จะทำอย่างไรให้ครอบคลุมได้มากขึ้น โดยใช้ effort น้อยที่สุด
มีเอกสารที่ซ้ำซ้อนจำนวนมาก โดยไม่เข้าใจเป้าหมายและขาดความเชื่อมโยง	ใช้ one page summary สำหรับประชากรทางคลินิกแต่ละกลุ่ม ซึ่งระบุประเด็นสำคัญทั้งหมดไว้ และสามารถเชื่อมโยงไปสู่เอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้
ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม เป็นตัวชี้วัดที่เก็บง่ายหรือเก็บตามๆ กันมาแต่ไม่สอดคล้องกับประเด็นสำคัญของเรื่องนั้น	วิเคราะห์ประเด็นสำคัญและกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน มองหาตัวชี้วัดที่เหมาะสมที่สุดที่สะท้อนการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว
นำเสนอแผนการเก็บตัวชี้วัด แต่ไม่มีการนำเสนอข้อมูลตัวชี้วัด	พยายามนำข้อมูลเท่าที่มีอยู่ หรือทำการสุ่มข้อมูลย้อนหลังในจำนวนที่ไม่เป็นภาระเกินไป นำมาวิเคราะห์ให้เห็นความเข้าใจในการใช้ประโยชน์ของข้อมูล

ความคล้ายและความต่าง

Clinical CQI	การพัฒนาคุณภาพทางคลินิก อาจจะเป็นโครงการย่อย หรือการดูแลโรคใดโรคหนึ่งในภาพรวม (เน้นบทบาทการพัฒนา)
Clinical Tracer	การประเมินกระบวนการดูแลผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มประชากรทางคลินิกในภาพรวม รวมทั้งกระบวนการพัฒนาและระบบงานที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การติดตามผลลัพธ์การดูแล และการบ่งชี้โอกาสพัฒนาคุณภาพ (เน้นบทบาทการประเมินและวางแผน)
Case Management	การมีผู้รับผิดชอบจัดการให้การดูแลผู้ป่วยในโรคที่กำหนดไว้ เป็นไปตามแผนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ (เน้นบทบาทการปฏิบัติ)
Disease Management	การวางแผนและประสานงานทั้งภายในและระหว่างสถานพยาบาล เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยในโรคเป้าหมาย ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเกิดผลลัพธ์ที่ดี (เน้นบทบาทการวางแผนและประสานงาน)

เครื่องมือ แนวคิด และวิธีการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายซึ่งควรนำมาใช้ร่วมกัน

Patient Focus	ใช้กลุ่มประชากรทางคลินิกเป็นพื้นฐานในการศึกษาความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย
Holistic Care	มองความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน
Multidisciplinary Team	ใช้ความต้องการของผู้ป่วยเป็นตัวกำหนดสมาชิกของทีมที่ควรจะมีเชิญชวนเข้ามาาร่วม
Improvement Model	ตั้งเป้า ใ้วัด ปรับเปลี่ยน (Aim-Measure-Change)
Clinical Indicator	ใช้เป็นส่วนหนึ่งของการปรับปรุงการดูแลกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ
Incident/Adverse Event	เรียนรู้จากความผิดพลาดภายในองค์กรของตนเอง เพื่อนำมาปิดช่องโหว่ที่ยังเหลืออยู่
Evidence-based Practice	ทบทวน scientific evidence & guideline ต่างๆ ที่ทันสมัย เพื่อเลือกสรรนำมาปฏิบัติอย่างเหมาะสม ทำในสิ่งที่ได้ผล เลิกทำในสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่
Knowledge Sharing & Benchmarking	แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ที่มีประสบการณ์และผู้ประสบความสำเร็จ
Creativity & Innovation	ใช้ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม เพื่อหาทางเลือกใหม่ๆ ที่เรียบง่าย และได้ผลกว่าเดิม

Post-Acc. Guide 3: การติดตามตัวชี้วัดสำคัญ

แนวคิด

การติดตามตัวชี้วัดสำคัญ จะทำให้ผู้บริหารและทีมงานทราบถึงระดับผลการดำเนินงานของทีมงานและองค์กร ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการสำคัญที่จะก่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการยกระดับเป้าหมายของตัวชี้วัดให้มีความท้าทายอยู่ตลอดเวลา

การมองภาพรวมของตัวชี้วัดโรงพยาบาล

วิธีการมองภาพรวมของตัวชี้วัดโรงพยาบาลที่ดีที่สุดคือการใช้เกณฑ์ที่กำหนดไว้ในมาตรฐานฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี เป็นกรอบการพิจารณา ซึ่งจะสอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง Balanced Scorecard และ Clinical Indicator ไปพร้อมกัน

	ระดับองค์กร	ระดับ PCT	ระดับหน่วย
1. ผลด้านการดูแลผู้ป่วย	✓	✓	✓
2. ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น	✓		
3. ผลด้านการเงิน/การตลาด	✓		
4. ผลด้านทรัพยากรบุคคล/การเรียนรู้	✓		
5. ผลด้านประสิทธิภาพองค์กร	✓	✓	✓
6. ผลด้านการนำและความรับผิดชอบต่อสังคม	✓		
7. ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	✓	✓	

จะเห็นว่าในระดับองค์กรนั้นควรจะมีตัวชี้วัดที่แสดงผลในทั้ง 7 ด้าน ซึ่งควรจะสอดคล้องกับตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ผลด้านการดูแลผู้ป่วยและการสร้างเสริมสุขภาพ น่าจะเป็นตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลให้ความสำคัญสูงสุด แต่ละ PCT หรือแต่ละ clinical micro-

system จะมีตัวชี้วัดที่ชัดเจนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ซึ่งทางโรงพยาบาลควรจัดระบบที่จะรวบรวมตัวชี้วัดเหล่านี้ของทุกทีม เพื่อให้สามารถติดตามได้ง่าย

ไม่ควรพยายามที่จะแบ่งแยกตัวชี้วัดของการดูแลผู้ป่วยออกเป็นระดับโรงพยาบาล ระดับ PCT และระดับหน่วย เพราะจะทำให้เกิดความสับสนและแยกส่วน โรงพยาบาลควรจะมองที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันเป็นหลัก จึงจะเป็นการแสดงจุดยืนในเรื่อง patient focus ที่ชัดเจน

โรงพยาบาลสามารถเลือกตัวชี้วัดของกลุ่มผู้ป่วยบางกลุ่มที่สำคัญมานำเสนอในลักษณะตัวแทนตัวชี้วัดผลการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลได้

ผลด้านประสิทธิผลองค์กรอาจมองได้ในหลายแง่มุม เช่น เป็นตัวชี้วัดเชิงกระบวนการเพื่อบรรลุเป้าหมายคุณภาพและประสิทธิภาพ เป็นการตอบสนองความต้องการของลูกค้าภายใน เป็นตัวชี้วัดเฉพาะของหน่วยงานต่างๆ (ใน service profile) ซึ่งจะมีจำนวนมากและจำเป็นต้องคัดเลือกตัวที่มีความสำคัญสูงมา monitor ในระดับโรงพยาบาล

ประเด็นสำคัญที่โรงพยาบาลควรพิจารณาในเรื่องตัวชี้วัด

- 1) การกำหนด หรือคัดเลือก หรือทบทวน เพื่อให้ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามนั้น มีความสอดคล้องกับประเด็นสำคัญที่ต้องการวัด สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงอันเป็นผลจากการพัฒนาได้
- 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงสถานการณ์ของปัญหาและสาเหตุของปัญหาได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น
- 3) การใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดในการกำหนดลำดับความสำคัญของการพัฒนา หรือการใช้ขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่องไปสู่ระดับที่ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม

ข้อแนะนำเพื่อประโยชน์สูงสุดในการพัฒนา

ปัญหาที่พบบ่อย	ข้อแนะนำ
ตัวชี้วัดที่ติดตามไม่ตรงประเด็น เป็นตัวชี้วัดที่ถูกออกแบบไว้เดิมเพื่อวัตถุประสงค์อื่น	ตั้งคำถามว่าจะใช้ประโยชน์จากข้อมูลตัวชี้วัดที่มีอยู่ให้ได้ประโยชน์สูงสุดอย่างไร ควบคู่กับการเริ่มต้นวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่เหมาะสมใหม่ โดยทำความเข้าใจกับประเด็นสำคัญของเรื่องนั้นและ concept ที่ต้องการวัดให้ชัดเจน
ไม่สามารถแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของเหตุและผล หรือกระบวนการกับผลลัพธ์ ที่จะทำให้ประเมินความเพียงพอของกิจกรรมที่ทำไว้ได้	ใช้ mind map ง่ายๆ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวชี้วัดทั้งหมดที่มีอยู่ในเรื่องเดียวกัน
นำเสนอตัวชี้วัดเป็นรายปี ทำให้วิเคราะห์ trend ได้ยาก	ขอการประมวลผลให้มากกว่าปีละครั้ง เช่น อาจจะเป็นปีละ 3-12 ครั้ง แล้วแต่ลักษณะของข้อมูล นำ control chart มาใช้วิเคราะห์ variation
ไม่สามารถอธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่ปรากฏนั้นเกิดจาก intervention อะไรเป็นสำคัญ	ใช้ control chart เพื่อระบุช่วงเวลา que เริ่มมีการเปลี่ยนแปลง และกลับไปทบทวนว่าในช่วงเวลาดังกล่าว มี intervention ที่สำคัญอะไร
ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจในความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ เช่น การกระจายตัวของปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ผลกระทบของปัญหาในแง่มุมต่างๆ	ควรฝึกฝนที่จะตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้เกิดการวิเคราะห์ข้อมูลให้มากขึ้น
ตัวชี้วัดทางคลินิกไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ คำจำกัดความไม่เป็นมาตรฐาน ไม่สามารถเปรียบเทียบกับ รพ.อื่นได้	เข้าร่วมโครงการที่สนับสนุนให้มีการวัดผลด้วยตัวชี้วัดชุดเดียวกัน
ข้อมูลที่ประมวลผลแล้วไม่ถึงมือผู้ใช้ ผู้ใช้ได้แต่รอขาดการประสานกันในการระบุความต้องการของผู้ใช้	มีระบบการติดตามประเมินผลการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้รับการประมวลผลแล้ว รวมทั้งหาทางเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารข้อมูล

Post-Acc. Guide 4:

เรียนรู้จากเวชระเบียนเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Medical Record Review for Patient Safety)

ความเป็นมา

ขณะนี้ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญที่โรงพยาบาล สังคม และชุมชนโลกให้ความสนใจ ข้อมูลระดับความไม่ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากงานวิจัยซึ่งแสดงถึงตัวเลขที่มากกว่าที่คาด อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่โรงพยาบาลใช้ในการติดตามผลการดำเนินงานของตนเอง ในเรื่องความปลอดภัย ยังไม่สามารถแสดงให้เห็นภาพรวมของความถี่และความรุนแรงที่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย

การวัดและติดตามระดับของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีความสำคัญที่จะสร้างความตื่นตัวและนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข

ความพยายามในการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ผ่านมา มักจะมุ่งเน้นการรายงานความผิดพลาดหรือความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นด้วยความสมัครใจ ซึ่งจากการวิจัยพบว่ามีเพียงร้อยละ 10-20 ของความผิดพลาดเท่านั้นที่ได้รับรายงาน และจากรายงานดังกล่าวนั้น ร้อยละ 90-95 มิได้ก่อให้เกิดอันตรายใดๆ แก่ผู้ป่วย จึงจำเป็นที่โรงพยาบาลจะต้องมองหาวิธีการที่ได้ผลกว่าในการค้นหาเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย และดำเนินการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานเพื่อลดอันตรายดังกล่าว

การวัดอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อเนื่องเปรียบเทียบในช่วงเวลาต่างๆ เป็นวิธีการที่มีประโยชน์มากในการชี้ให้เห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงผลในด้านความปลอดภัยเกิดขึ้นหรือไม่

Institute of Healthcare Improvement (IHI) ได้แนะนำให้ใช้ trigger tool เป็นเครื่องมือในการค้นหาอัตราการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยปรับมาจากระเบียบวิธีการวิจัยที่มีการเก็บตัวอย่างจากเวชระเบียนจำนวนมาก มาเป็นการสุ่มเวชระเบียนจำนวน 20 ฉบับต่อเดือน ใช้ trigger หรือตัวส่งสัญญาณ เป็นเครื่องมือในการคัดกรอง อัตราที่ได้จะคิดเทียบจากวันนอนโรงพยาบาลของเวชระเบียนที่สุ่มมาศึกษา อีกทั้งนำระดับความรุนแรง

ของความคลาดเคลื่อนทางยาที่ NCC MERP (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention) กำหนดขึ้นมาประยุกต์ใช้ โดยเลือกนับเฉพาะเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย (harm) ต่อผู้ป่วยเท่านั้น ไม่ว่าจะเหตุการณ์นั้นจะเป็นผลจากความผิดพลาดหรือไม่ก็ตาม

อันตราย (harm) คือ การสูญเสียโครงสร้างหรือการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายหรือจิตใจ ซึ่งอาจเป็นการสูญเสียชั่วคราวหรือถาวรก็ได้

อันตรายในที่นี้จึงได้แก่หัวข้อ E, F, G, H, และ I ของ NCC MERP Index

E: อันตรายชั่วคราวต่อผู้ป่วยซึ่งต้องให้การบำบัดรักษา

F: อันตรายชั่วคราวต่อผู้ป่วยซึ่งต้องทำให้อนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

G: อันตรายถาวรต่อผู้ป่วย

H: ต้องรับการบำบัดรักษาเพื่อช่วยชีวิต

I: ผู้ป่วยเสียชีวิต

จากการทดลองปฏิบัติในประเทศไทย พบว่าการสุ่มเวชระเบียนในจำนวนดังกล่าวอาจจะพบหรือไม่พบการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ หากจะให้ได้ผลที่น่าเชื่อถือ จำเป็นต้องมีการสุ่มเวชระเบียนจำนวนมากกว่าที่ IHI แนะนำไว้ ซึ่งจะเป็นภาระหนักของโรงพยาบาล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จึงปรับวิธีการโดยมุ่งเป้าศึกษาเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และค้นหา trigger จากแหล่งข้อมูลต้นกำเนิด เช่น ห้องปฏิบัติการ การรายงานของพยาบาลเวรตรวจการ ด้วยวิธีการนี้จะทำให้พบเห็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น การคำนวณตัวหารด้วยวิธีนี้จะต้องใช้วันนอนโรงพยาบาลรวมทั้งหมดของผู้ป่วยทุกรายในช่วงเวลาที่ศึกษา แทนที่จะเป็นวันนอนรวมของเวชระเบียนที่สุ่มมาทบทวนดังเช่นวิธีของ IHI ดังนั้นอัตราที่คำนวณได้อาจจะต่ำกว่าความเป็นจริง จนกว่าจะพัฒนาวิธีการค้นหาเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มยิ่งขึ้น

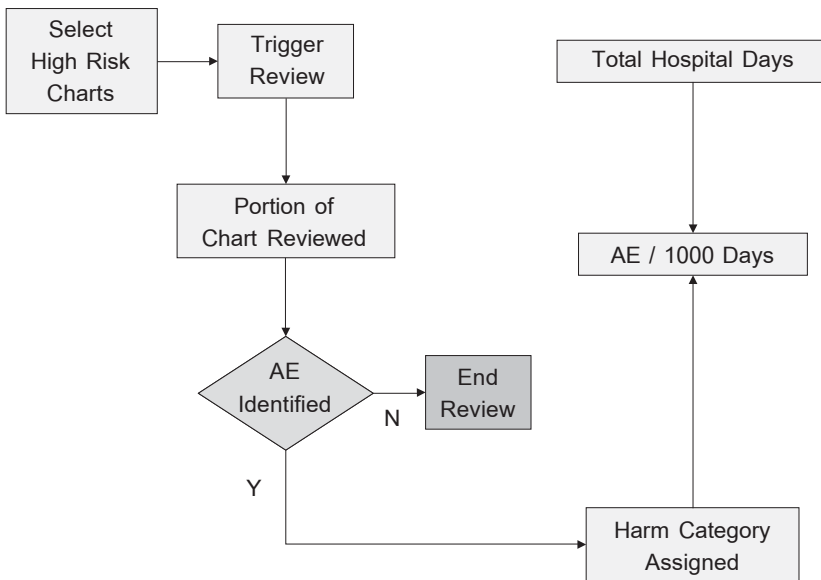
คำจำกัดความ

เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (adverse event) หมายถึงการบาดเจ็บ อันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการดูแลรักษา มิใช่กระบวนการ ตามธรรมชาติของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือต้องนอนโรงพยาบาลนาน ขึ้น หรืออวัยวะในร่างกายต้องสูญเสียการทำงานที่

การดูแลรักษาในที่นี้ ครอบคลุมทั้งการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการแต่ละคน ระบบและกระบวนการที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมทั้งการที่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยหรือรักษาได้ และการวินิจฉัยหรือรักษาที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่เป็นไปอย่างที่ควรจะเป็น

วิธีการ

ภาพที่ 5-1 ขั้นตอนการทบทวนเวชระเบียนเพื่อค้นหาเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์



1. กำหนดช่วงเวลาของการวิเคราะห์ข้อมูล เช่น 2 สัปดาห์ หรือ 1 เดือน ซึ่งจะมีการทำอย่างต่อเนื่องตลอดปี และควรวิเคราะห์ข้อมูลของเมื่อ 2 หรือ 3 เดือนที่แล้ว เพื่อให้สามารถติดตามเวชระเบียน

- ของผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลซ้ำได้
2. กำหนดแหล่งข้อมูลและ trigger ที่จะค้นหา high risk chart
 3. นำ high risk chart มาทบทวนเพื่อพิจารณาว่ามีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ อันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอยู่ในระดับใด
 4. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อคำนวณอัตราการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อพันวันนอน และวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
 5. สรุปลักษณะการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เพื่อใช้ประโยชน์ในการสร้างความตระหนักและการพัฒนาบุคลากร

แหล่งข้อมูลและเกณฑ์การคัดกรองเวชระเบียนเพื่อกบฏเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

แหล่งข้อมูล	เวชระเบียนที่ต้องการ
ระบบเวชระเบียน	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน - ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำที่ ER โดยมีได้นัดหมายภายใน 48 ชั่วโมง - ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (ยกเว้นผู้ป่วยระยะสุดท้าย) - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า sepsis หรือ septicemia
ระบบเฝ้าระวังการใช้ยา	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่แพ้ยาหรือสงสัยว่าจะมีอาการแพ้ยา และมีความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป
ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อในโรงพยาบาล - ผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อในโรงพยาบาล
ระบบส่งต่อ	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยในที่ได้รับการส่งต่อไปดูแลในระดับที่สูงขึ้น
ระบบรายงานอุบัติการณ์	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่ประสบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป (เช่น ผู้ป่วยตกเตียง, ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ, ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย)
ระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤต	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่ย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน - ผู้ป่วยที่มี cardiac arrest หรือ pulmonary arrest และช่วยชีวิตรอด
ระบบเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนการระงับความรู้สึก	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่ประสบภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกซึ่งมีความจากรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป

แหล่งข้อมูล	เวชระเบียนที่ต้องการ
ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยผ่าตัด	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนานเกินกว่า 6 ชั่วโมง - ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแตกต่างไปจากที่วางแผนไว้ - ผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะระหว่างผ่าตัด หรือต้องถูกตัดอวัยวะ - ผู้ป่วยที่ได้รับการฉีด epinephrine หรือการทำ CPR ระหว่างผ่าตัด - ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด - ผู้ป่วยที่ได้รับการถ่ายภาพรังสีระหว่างผ่าตัดหรือใน RR - ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ ET tube ใน RR - ผู้ป่วยที่ต้องรับไว้ใน ICU หลังการผ่าตัด - ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหลังการผ่าตัดเกินกว่า 24 ชั่วโมง - ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ้ำโดยมิได้มีการวางแผน - ผู้ป่วยที่ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นปกติหรือไม่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด
ระบบเฝ้าระวังมารดาแรกเกิด	<ul style="list-style-type: none"> - มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด (เช่น severe pre-ทารก eclampsia/eclampsia, PPH, obstructed labor, 3rd or 4th degree laceration) - ทารกแรกเกิดที่มี APGAR score < 7 ที่ 5 นาที หรือมีการทำ exchange transfusion
ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไปนี้: ค่า blood sugar < 50 mg/dl, Hemoculture ให้ผลบวก, PTT>100 sec, INR>6, Troponin > 1.5 ng/ml ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
ห้องเลือด	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่ได้รับ massive transfusion - ผู้ป่วยที่มีอาการหรือสงสัยว่าจะมีการแพ้เลือด/ส่วนประกอบของเลือด
ระบบรับคำร้องเรียน	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่มีการฟ้องร้องหรือเป็นคดีความ
รายงานพยาบาลเวรตรวจการ	<ul style="list-style-type: none"> - เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจมีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลการทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากเวชระเบียน

ID	Trigger	Background	Intervention	LOS	# AE	Adverse Event	Level
1	Re-operation	Cataract	Peripheral Iridectomy -> air block		1	Secondary glaucoma	E
2	Re-operation	Adenomyosis with myoma uteri	TAH		1	Stump bleeding & shock	F
3	Re-operation	Parathyroid adenoma	Parathyroid-ectomy		1	Hypocalcemia after discharge (ไม่ได้ให้ Ca replacement)	E
4	ADR	Hx of allergy to Bactrim from a Community Hospital	Bactrim prescribed		1	Drug allergy	E
5	ADR	Hx of allergy to Pen	Amoxy/Cloxa prescribed		1	Drug allergy	E
6	CPR	COPD exacerbation with sepsis	Intubation		1	Delayed response to physiologic change	I
7	CPR	Upper GI bleeding	Dopamine		1	No appropriate response to clinical condition	I

ID	Trigger	Background	Intervention	LOS	# AE	Adverse Event	Level
8	ไม่สมัครอยู่	Intracerebral hemorrhage DM HT	Tracheostomy, ventilator		2	1. VAP 2. Pressure sore at coccyx	H/I
9	Unplanned ICU	Acute cholecystitis	Cholecystectomy		1	Pulmonary edema	F
10	Unplanned ICU	Fall at home	Appendectomy -> normal		2	1. Missed diagnosis of appendicitis 2. EKG change/ ?acute MI in OR	I

การวัดน่าจะนำมาสู่ผลลัพธ์ 2 ด้านคือ

- 1) นำเสนอระดับการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เทียบต่อพื้นวันนอนโรงพยาบาลในช่วงเวลานั้น (แม้ตัวเลขจะ underestimate แต่ก็ under อย่างเป็นระบบ)
- 2) นำเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มาปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างรอบด้านเป็นระบบ ดังตัวอย่าง

ตัวอย่างแนวทางการปรับปรุงระบบงาน อันเป็นผลมาจากการทบทวน

Case	System	Objective	Component
9	การให้สารน้ำในผู้ป่วยผ่าตัด/อุบัติเหตุ	ผู้ป่วยผ่าตัด/อุบัติเหตุได้รับสารน้ำในระดับที่เหมาะสม แก่ไขภาวะขาดสารน้ำได้ทันโดยไม่ได้รับสารน้ำมากจนเกิด pulmonary edema สามารถวินิจฉัยและแก้ปัญหาได้ทันท่วงที	แนวทางการให้สารน้ำ การติดตามเฝ้าระวัง การวินิจฉัยและการแก้ปัญหา pulmonary edema
10	การวินิจฉัยผู้ป่วยอุบัติเหตุหกล้ม	ผู้ป่วยอุบัติเหตุหกล้มได้รับการประเมินการบาดเจ็บอย่างถูกต้องและ/หรือ มีการเฝ้าระวังที่เหมาะสม	
	การเตรียมผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัด	ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการประเมินความเสี่ยงอย่างรอบด้าน และเลือกตัดสินใจวิธีการผ่าตัด/ระงับความรู้อีกอย่างเหมาะสม	Routine Lab การปรึกษาอายุรแพทย์ การวางแผนร่วมกับวิสัญญี

จะเห็นว่าเป็นกระบวนการที่เริ่มต้นด้วยการ check -> ปรับปรุง/ออกแบบ -> นำไปปฏิบัติ

ในการเยี่ยมชมสำรวจ โรงพยาบาลควรนำเสนอข้อมูลส่วนนี้ให้ชัดเจนว่าเห็นปัญหาอะไร นำมาปรับปรุงอย่างไร สร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางที่ปรับปรุงอย่างไร และแนวโน้มหรือระดับผลลัพธ์ในปัจจุบันเป็นอย่างไร

หากสามารถทบทวนเวชระเบียนได้อย่างสม่ำเสมอทุกเดือน จะทำให้เห็นแนวโน้มต่างๆ ได้ดี โดยอาจจะไม่ต้องวางแผนเก็บข้อมูลเฉพาะเรื่องหรือตัวชี้วัดเฉพาะตัว ต้องการทราบเรื่องใดก็มาใช้ฐานข้อมูลนี้ในการวิเคราะห์

แนวทางการเข้าเยี่ยมโรงพยาบาลหลังการรับรอง

แนวคิด

ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้แทนของ พรพ.เข้าเยี่ยมโรงพยาบาลเพื่อเป็น สักขีพยานในการธำรงระบบคุณภาพของโรงพยาบาล รวมทั้งการมีแผนงาน สำหรับการพัฒนาในช่วงต่อไปที่เหมาะสมและชัดเจน

ข้อแนะนำสำหรับกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา

1. พบผู้บริหาร

ช่วงเวลา	เมื่อแรกถึงโรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที
ผู้เข้าร่วม	ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ หัวหน้าศูนย์คุณภาพ
สถานที่	ห้องผู้อำนวยการ
วัตถุประสงค์	1. ทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยกับผู้บริหาร 2. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน
วิธีการ	พูดคุยกันในบรรยากาศที่เป็นกันเอง

2. โรงพยาบาลนำเสนอความก้าวหน้า

ช่วงเวลา	หลังจากพบผู้บริหารแล้ว ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที
ผู้เข้าร่วม	ผู้บริหารระดับสูง หัวหน้าทีมคุณภาพต่างๆ
สถานที่	ห้องประชุม
วัตถุประสงค์	1. รับทราบความก้าวหน้าของการนำข้อเสนอแนะของ พรพ. ไปปฏิบัติ 2. รับทราบความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามเป้าหมายของโรงพยาบาล 3. รับทราบปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนา
วิธีการ	นำเสนอในลักษณะของการสรุปประเด็นที่กระชับ แสดงให้เห็นการประเมินผลตามเป้าหมายเท่าที่เป็นไปได้

3. การเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วยและหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง

ช่วงเวลา	หลังจากรับฟังการนำเสนอความก้าวหน้าของโรงพยาบาลแล้ว ใช้เวลาประมาณ 90 นาที
ผู้เข้าร่วม	ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ
สถานที่	เริ่มจากหอผู้ป่วย และตามรอยไปตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. รับทราบวิธีการปฏิบัติงานที่แสดงถึงคุณภาพในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้ป่วย 2. รับทราบคุณภาพของการส่งมอบงานหรือการประสานงานระหว่างหน่วยงาน 3. รับทราบปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยงาน
วิธีการ	<p>เริ่มจากหอผู้ป่วย เลือกผู้ป่วย 1-3 ราย ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อพิจารณาคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน HA (หลักเลี้ยงที่จะเจาะลึกในเรื่องที่เป็นประเด็นทางเทคนิคเฉพาะ)</p> <p>ใช้ผู้ป่วยที่เลือกมาเป็น tracer เพื่อตามไปดูคุณภาพในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยรายนั้น เช่น ER, OR, lab, หองยา</p>

4. การรับทราบข้อมูลที่ใช้ติดตามคุณภาพในระบบงาน

ช่วงเวลา	หลังจากรับฟังการนำเสนอความก้าวหน้าของโรงพยาบาลแล้ว ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที
ผู้เข้าร่วม	ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบระบบและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
สถานที่	หน่วยงานที่รับผิดชอบหรือที่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้สะดวก ได้แก่ ระบบบริหารความเสี่ยง, ระบบควบคุมการติดเชื้อ, ระบบยา, ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. รับทราบลักษณะของข้อมูลที่ใช้ติดตามเป็นปกติประจำ การวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล การใช้ประโยชน์ข้อมูลของผู้เกี่ยวข้อง
วิธีการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ขอให้ผู้รับผิดชอบระบบและข้อมูลนำเสนอรายงานสรุปข้อมูลที่ได้จากการประมวลผล การแปลผลข้อมูล และการใช้ประโยชน์หรือการตัดสินใจที่เป็นผลจากข้อมูลดังกล่าว 2. ผู้ทรงคุณวุฒิอาจจะขอข้อมูลดิบซึ่งเป็นที่มาของรายงานสรุปดังกล่าวในบางประเด็น

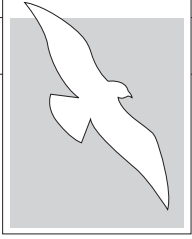
5. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้แทนของทีม PCT/ระบบงานต่าง ๆ

ช่วงเวลา	หลังอาหารกลางวัน ใช้เวลาประมาณ 90 นาที
ผู้เข้าร่วม	ประธานและเลขานุการของทีมคุณภาพต่างๆ ได้แก่ PCT/CLT, ระบบงานต่างๆ ที่สำคัญ (อย่างน้อยได้แก่ RM, IC, Env, HR, IM, PTC, HPH) รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ที่ รพ.มี
สถานที่	ห้องประชุม (อาจจะแยกเป็น 2 ห้องตามจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่เข้าเยี่ยม วิธีการแยกขึ้นกับการชี้แนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และหน่วยงานที่เข้าเยี่ยมในภาคเช้า)
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อรับทราบความก้าวหน้าและแผนงานในอนาคต 2. เพื่อกระตุ้นให้ทีมได้ประเมินประสิทธิภาพและผลลัพธ์การทำงาน 3. เพื่อกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือและการทำงานที่เชื่อมโยงกัน
วิธีการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. แต่ละทีมจัดเตรียมข้อมูลสรุปไม่เกิน 2 หน้า ระบุถึงความก้าวหน้าของการดำเนินงานตั้งแต่หลังการเยี่ยมสำรวจ, ปัญหาและความท้าทายที่มีอยู่, แผนงานที่จะดำเนินการต่อไป, และการประเมินประสิทธิภาพและผลลัพธ์การทำงานของทีม เพื่อประกอบการสนทนากับผู้ทรงคุณวุฒิ (ไม่ต้องนำเสนอด้วย powerpoint) 2. ผู้ทรงคุณวุฒิจะตั้งประเด็นสนทนาเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนและการเชื่อมโยงระหว่างทีมงานต่างๆ

6. การวางแผนร่วมกับทีมผู้บริหาร

ช่วงเวลา	หลังการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีม PCT/ระบบงาน ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที
ผู้เข้าร่วม	ผู้บริหารระดับสูงของ รพ., ผู้รับผิดชอบหลักด้านคุณภาพและความเสี่ยง จำนวนไม่เกิน 10 คน
สถานที่	ห้องประชุม
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสรุปประเด็นที่ผู้บริหารและผู้ทรงคุณวุฒิเห็นร่วมกันว่ามีความสำคัญสูงที่จะต้องดำเนินการในช่วงต่อไป เป็นประเด็นที่จะใช้ติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป 2. เพื่อพิจารณาการเชื่อมโยงแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพกับงานประจำและการพัฒนาคุณภาพที่กำลังดำเนินการ
วิธีการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. สนทนาแลกเปลี่ยน โดยทีมผู้บริหารนำเสนอ priority ในมุมมองของผู้บริหาร และผู้ทรงคุณวุฒิช่วยเสริม 2. ร่วมกันปรึกษาว่าจะติดตามผลสำเร็จของการพัฒนาในประเด็นดังกล่าวอย่างไร





HA Update 6:

Patient Safety Goals & Solutions

ในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 7 พรพ.ได้นำเสนอ Patient Safety Goals เพื่อชักชวนให้โรงพยาบาลต่างๆ กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญและมีความเป็นไปได้ในการลดระดับของปัญหา

แนวคิดเรื่อง Patient Safety Goals

เหตุการณ์ความเสียหาย เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลต่าง ๆ นั้นมีทั้งความคล้ายกันและต่างกัน มีทั้งสิ่งที่เราตระหนักและไม่ตระหนัก

ในการกำหนด patient safety goals นั้นได้เลือกประเด็นความปลอดภัยมาจำนวนหนึ่งเพื่อที่จะชูจุดเน้นที่คล้ายกัน เพื่อเป็นบทเรียนหรือเครื่องมือในการเรียนรู้ที่จะทำให้เราเกิดความตระหนักร่วมกัน มาแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ที่เราได้ทดลองปฏิบัติ และที่สำคัญคือให้เราสามารถเปรียบเทียบกันได้

การรู้ตัวเองว่าเราอยู่ตรงไหนเมื่อเทียบกับผู้อื่น จะทำให้เกิดความตระหนักและนำไปสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

พรพ. หวังว่าจะช่วยย่อเส้นทางของการแก้ปัญหาที่พบบ่อย ทำให้กำหนด priority ของการพัฒนาได้ง่ายขึ้น

การใช้ Patient Safety Goals ให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ ควรคิดถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและความเป็นไปได้ มีทิศทางร่วมกันและเป็นตัวของตัวเอง มุ่งการเรียนรู้เป็นสำคัญ

Patient Safety Solutions

เป็นที่น่ายินดีที่ว่า เป้าหมายความปลอดภัยที่ พรพ.เสนอเมื่อปี 2549 จำนวน 8 เรื่องนั้น 5 เรื่องได้มีแนวทางที่ชัดเจนออกมาจาก WHO Collaborating Center and Solutions คือ drug safety, patient identification, communication, operation safety, healthcare associated infection และอีก 2 เรื่องกำลังอยู่ระหว่างการพิจารณาในรอบต่อไป ได้แก่ maternal health และ RRT

Thai Patient Safety Goals	WHO CC's Patient Safety Solutions	Next Round ¹ of Patient Safety Solutions
Drug safety	1. Look-alike, sound-alike medication (LASA) 5. Concentrated electrolyte solution 6. Medical reconciliation 7. Catheter and tubing connections	Multiple dose medication vials
Patient identification	2. Patient Identification	
Communication failure	3. Communication during Hand-overs	
Operation safety	4. Wrong site, wrong procedure, wrong person surgery	Safer surgery
Healthcare associated infection (VAP, sepsis)	8. Single use of needles 9. Hand hygiene	Infection control Ventilation systems
Acute coronary syndrome		
Medical unstable/rapid		Response to the deteriorating response team patient (RRTs)
Maternal & neonatal morbidities		Maternal health

1 กำลังอยู่ระหว่างปรึกษาหารือเพื่อจัดลำดับความสำคัญ

Thai Patient Safety Goals	WHO CC's Patient Safety Solutions	Next Round of Patient Safety Solutions
Diagnosis ²		Follow-up of critical test results
		Falls
		Pressure sores
		Kernicterus
		Device safety
		In-patient suicide
		Transfusion safety
		Patient and family involvement
		Naso-gastric tube misplacement
		Restraint use
		Apology and disclosure

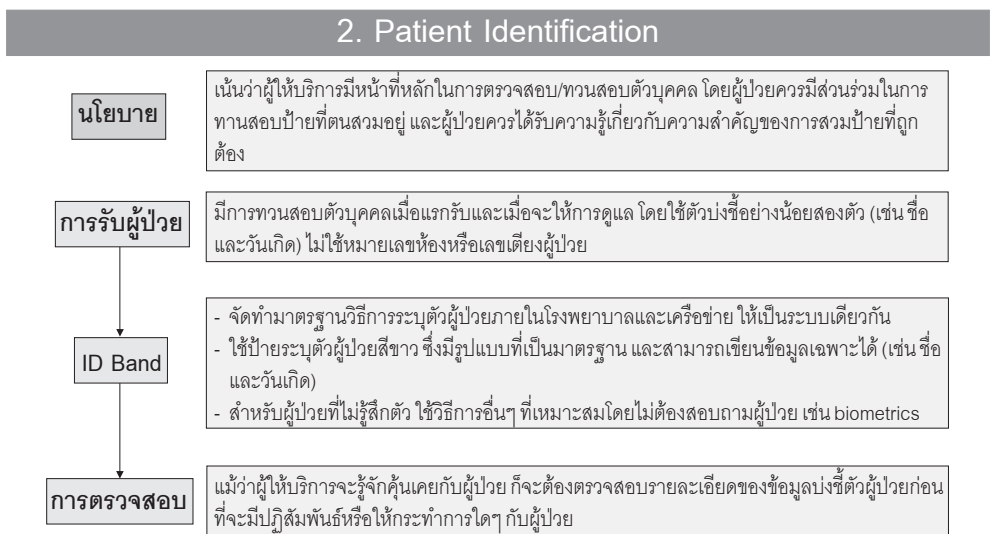
พรพ.ได้นำ Patient Safety Solutions ดังกล่าวซึ่งอยู่ระหว่างการขอความคิดเห็นในรอบสุดท้าย มาจัดทำแผนภูมิเพื่อใ้่ง่ายต่อการทำความเข้าใจและการนำไปปฏิบัติ ดังนี้

2 เพิ่มในปี 2550

ภาพที่ 6.1 Look-Alike, Sound-Alike Medication (LASA)



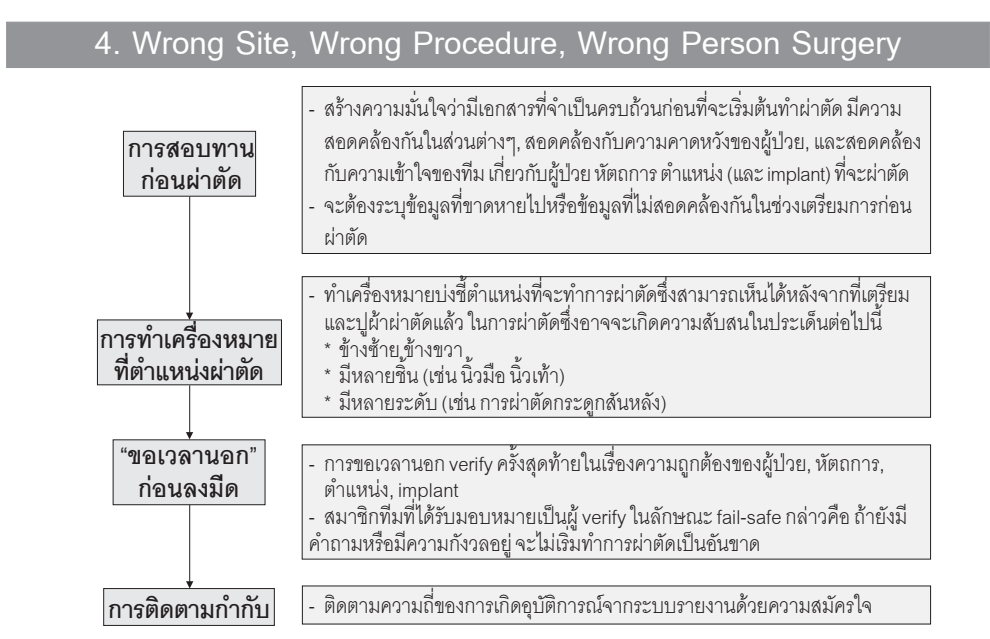
ภาพที่ 6.2 Patient Identification



ภาพที่ 6.3 Commication during Hand-overs



ภาพที่ 6.4 Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery



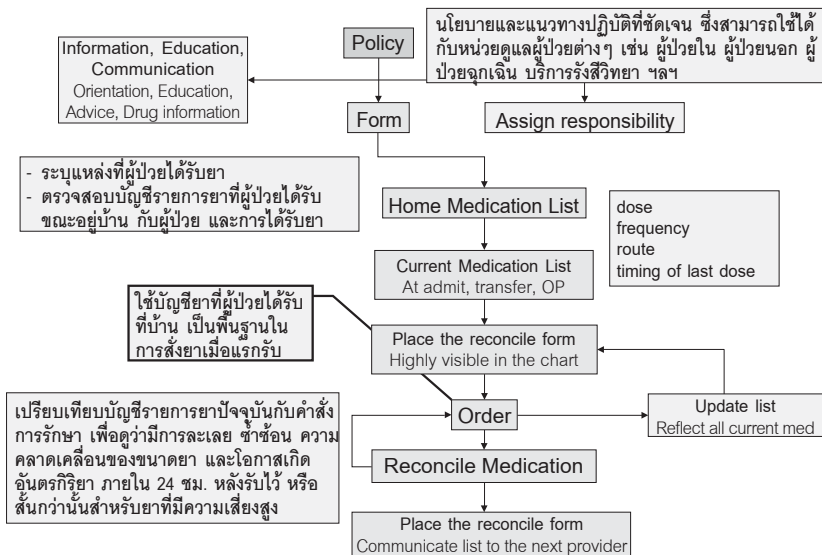
ภาพที่ 6.5 Concentrated Electrolyte Solution

5. Concentrated Electrolyte Solution



ภาพที่ 6.6 Medication Reconciliation

6. Medication Reconciliation




การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง ทันเวลา: Patient Safety Goal ที่เพิ่มในปี 2550

จากการทบทวนเวชระเบียนในระหว่างการเข้าเยี่ยมโรงพยาบาล พบว่าปัญหาที่พบบ่อยประการหนึ่งคือปัญหาในการวินิจฉัยโรค ซึ่งอาจจะมี ความล่าช้าหรือมีความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค ทำให้แผนการดูแลรักษา และกิจกรรมการดูแลรักษาที่ตามมาไม่สอดคล้องกับสถานะของผู้ป่วย อาจ จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนตามมา

ขณะเดียวกัน คณะทำงานด้านการกำหนดลำดับความสำคัญของ ประเด็นวิจัยเกี่ยวกับเรื่อง Patient Safety ขององค์การอนามัยโลกก็ได้ ทบทวนปัญหาเรื่องนี้และพบว่าเป็นปัญหาสำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา อาทิ

1. การวินิจฉัยโรคติดเชื้อสำคัญผิดพลาด เช่น มาเลเรีย วัณโรค HIV
2. การวินิจฉัยภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมและสูติหรือเวชกรรมที่ไม่ทัน การณ์ เช่น ทางเดินอาหารทะลุ การตั้งครรภ์นอกมดลูก เลือดออก ในสมอง ภาวะฉุกเฉินเกี่ยวกับเส้นเลือด
3. การวินิจฉัยโรคมะเร็งที่ล่าช้าหรือผิดพลาด
4. ความผิดพลาดในการแปลผลการตรวจทางรังสีวิทยาและการ ตรวจทางพยาธิวิทยา
5. ความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเนื่องจากการใช้ดุลยพินิจที่ไม่ เหมาะสม

พรพ. จึงเห็นว่าสมควรกำหนดเรื่องการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง ทันเวลา เป็นเป้าหมายความปลอดภัยเพิ่มเติมขึ้นอีกหัวข้อหนึ่งในปี 2550 และขอเชิญ ชวนให้โรงพยาบาลต่างๆ ให้ความสำคัญในการศึกษาสถานการณ์ปัญหา เรื่องนี้ โดยใช้การทบทวนเวชระเบียนตามแนวทางที่ระบุไว้ใน Post-Acc. Guide 4: เรียนรู้จากเวชระเบียนเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ควบ คู่ไปกับการพัฒนากระบวนการที่เกี่ยวข้องเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว

อนึ่ง ในการทบทวนเวชระเบียนตามแนวทางข้างต้น จะทำให้โรง พยาบาลมีข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เนื่องจากการผ่าตัดที่ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และสามารถกำหนดเป้าหมายที่จะเพิ่มความปลอดภัยในการ ผ่าตัดที่กว้างขวางกว่าเรื่องของการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง 

กัายเล่ม

วิธีคิดของเรา คือปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เราประสบความสำเร็จ หรือ ความยุ่งยาก สับสน

การฝึกฝนแก้ปัญหาและทบทวนไตร่ตรองวิธีการแก้ปัญหาของเรา คือ บทเรียนที่ยิ่งใหญ่ซึ่งแต่ละคนสามารถสร้างได้ด้วยตนเอง และจะนำมาสู่การ ปรับวิธีคิดให้มีความเรียบง่าย สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เครื่องมือที่แต่ละคนใช้แก้ปัญหาอาจจะไม่เหมือนกัน แต่สามารถเรียนรู้จากกันได้

การเรียนรู้ของแต่ละคนก็ไม่เหมือนกัน บางคนเรียนเริ่มต้นด้วยการ ลอกเลียนแบบก่อน แล้วค่อยๆ ทำความเข้าใจในแต่ละขั้นตอน นำมาสู่การ ปรับประยุกต์ให้เป็นของตัวเอง บางคนเพียงพิจารณาทำความเข้าใจที่มาก็ ไป และเหตุผลของวิธีการต่างๆ ก็สามารถออกแบบให้เป็นเอกลักษณ์ของ ตัวเองได้

ทุกวิธีล้วนถูกทั้งสิ้น หากนำมาสู่วิธีคิดที่สามารถแก้ปัญหาที่ได้ผลดี กว่าเดิม นำมาสู่ความสุขของเราเอง ของเพื่อนร่วมงาน และของผู้รับบริการ

แนวคิด แนวทางต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้ เป็นเสมือนเครื่องนำทาง เป็นเสมือนเพื่อนร่วมทาง ให้แต่ละท่านได้พิจารณา ให้ทีมงานได้มาเสวนา และทดลองปฏิบัติเพื่อพัฒนาและขัดเกลาวิธีคิดที่เอื้อต่อความสำเร็จร่วมกัน

ณ วันนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่เราจะต้องเร่งสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ระบบ บริการสุขภาพที่เราทำงานอยู่ เพื่อสังคมของเรา เพื่อน้องๆ ที่จะก้าวเข้ามา ในระบบ และเพื่อตัวเราเอง



