



24TH
HA
National Forum

GROWTH MINDSET
FOR BETTER HEALTHCARE SYSTEM

FM-ICT-043-00

วันที่ 26 มกราคม 2567

C1-119

แผนพัฒนาคุณภาพและการปฏิบัติเพื่อความยั่งยืน

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล
ดร.อำพันธ์ วิมลวัฒนา
ทพญ.รัตนอร จุห้อง

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
รองคณบดี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

15 มีนาคม 2567 เวลา 8.30-10.00 น.

ระบบบริการสุขภาพที่ก้าวหน้า ด้วยกรอบความคิดที่กว้างไกล



Quality Improvement Plan in HA Standards



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (5) องค์กรรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินการขององค์กรและผลการดำเนินการของบริการ. (ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1 และตอนที่ IV)
- (6) องค์กรนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินตนเองและการวัดผลการดำเนินการมาใช้ในการทบทวนและชี้้นำการพัฒนาคุณภาพ. (ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1ค.)
- (7) องค์กรจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาที่ระบุไว้:
- (i) มีการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน;
 - (ii) ระบุกิจกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์;
 - (iii) ครอบคลุมการพัฒนาของทั้งองค์กร;
 - (iv) ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง;
 - (v) ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ;
 - (vi) สามารถใช้ติดตามประเมินผลได้.
- (8) องค์กรสื่อสารแผนพัฒนาคุณภาพกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง นำแผนไปดำเนินการ โดยมีการติดตามประเมินผลการพัฒนา.
- (9) องค์กรเผยแพร่ข้อมูลผลการดำเนินการขององค์กรและผลการดำเนินการของบริการต่อสาธารณะ.

Quality Improvement Plan



Purpose		Performance	Process		
เป้าหมาย (Goal)	วัตถุประสงค์ (Objective)	ตัวชี้วัด (Indicator)	กิจกรรม/โครงการ	ระยะเวลา (เริ่ม-เสร็จ)	ผู้รับผิดชอบ

ระดับคุณภาพที่ต้องการ



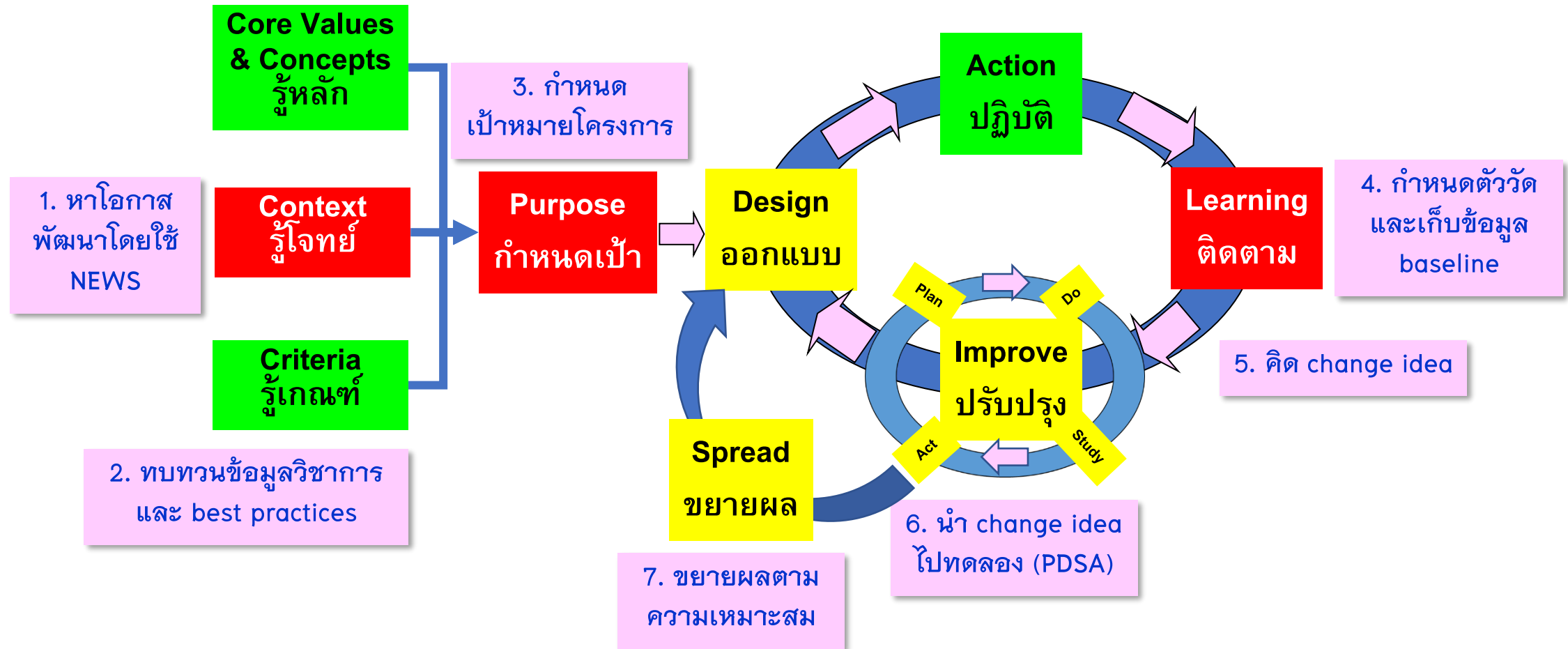
แผนพัฒนาคุณภาพ

ระดับคุณภาพในปัจจุบัน

ระดับ

- ระดับองค์กร โดยศูนย์คุณภาพ
 - ระดับระบบงาน/CLT/PCT โดยคณะกรรมการระบบงาน/CLT/PCT
 - ระดับหน่วยงาน โดยหน่วยงาน
- (ศูนย์คุณภาพให้คำปรึกษาและติดตามการจัดทำแผนคุณภาพในทุกระดับ)

การประยุกต์ใช้ 3C – DALI กับโครงการพัฒนาคุณภาพ



Development & Implementation of a QI Plan

- Include patients & families
- Ensure active participation & buy-in of leaders & frontlines

3. Engagement of stakeholder

- Evidence-based intervention
- Best practices & innovative solutions

4. Design improvement strategy

5. Implementation

7. Education & training

8. Communication plan

1. Assessment of current performance

Context
รู้โจทย์

Purpose
กำหนดเป้า

Design
ออกแบบ

Learning
ติดตาม

6. Monitoring & measurement

- patient outcome
- safety incidents
- satisfaction surveys
- SWOT
- Benchmark

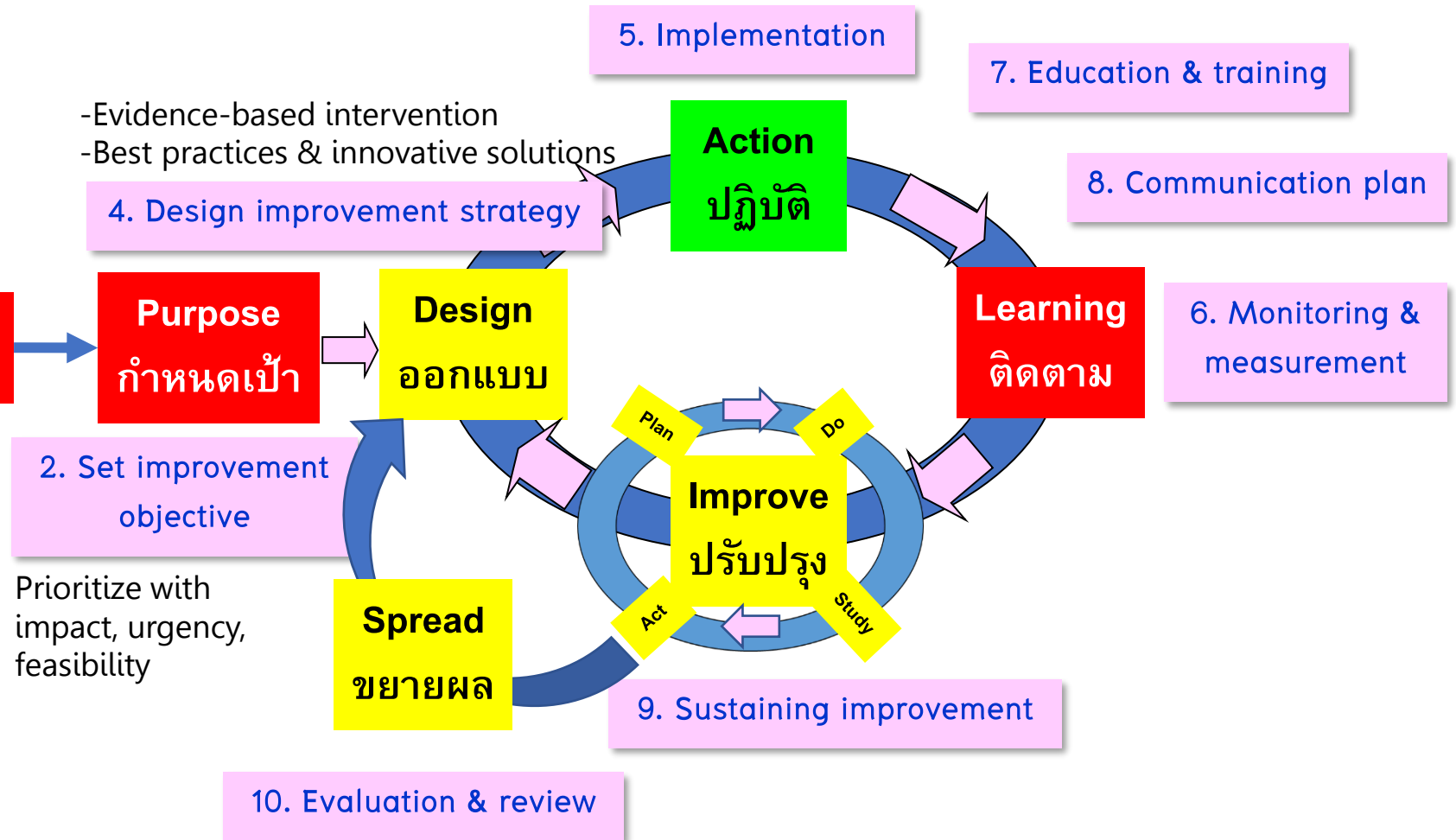
2. Set improvement objective

Prioritize with impact, urgency, feasibility

Spread
ขยายผล

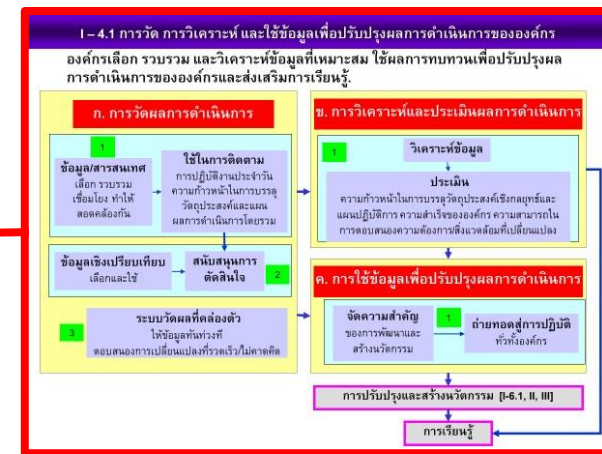
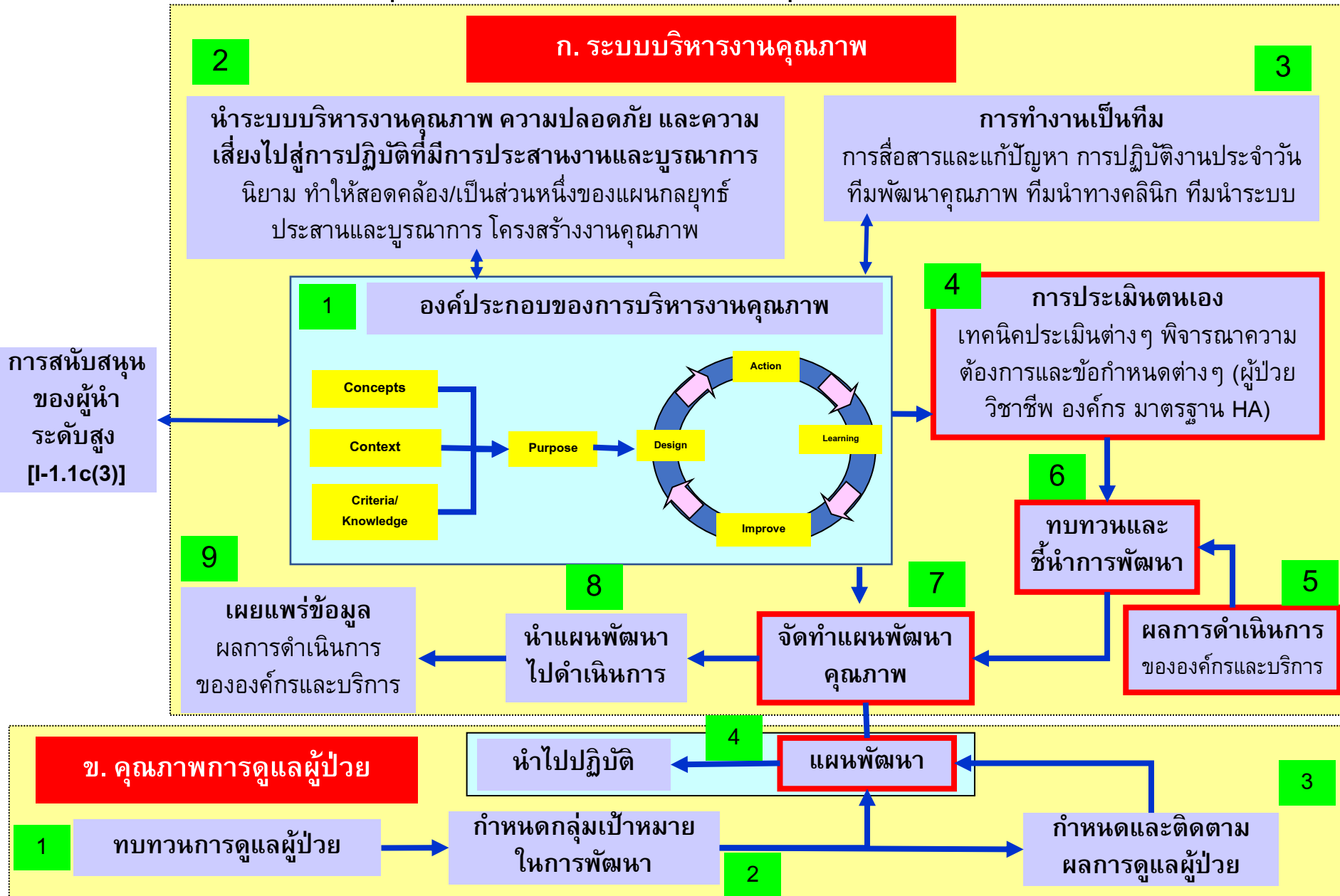
9. Sustaining improvement

10. Evaluation & review



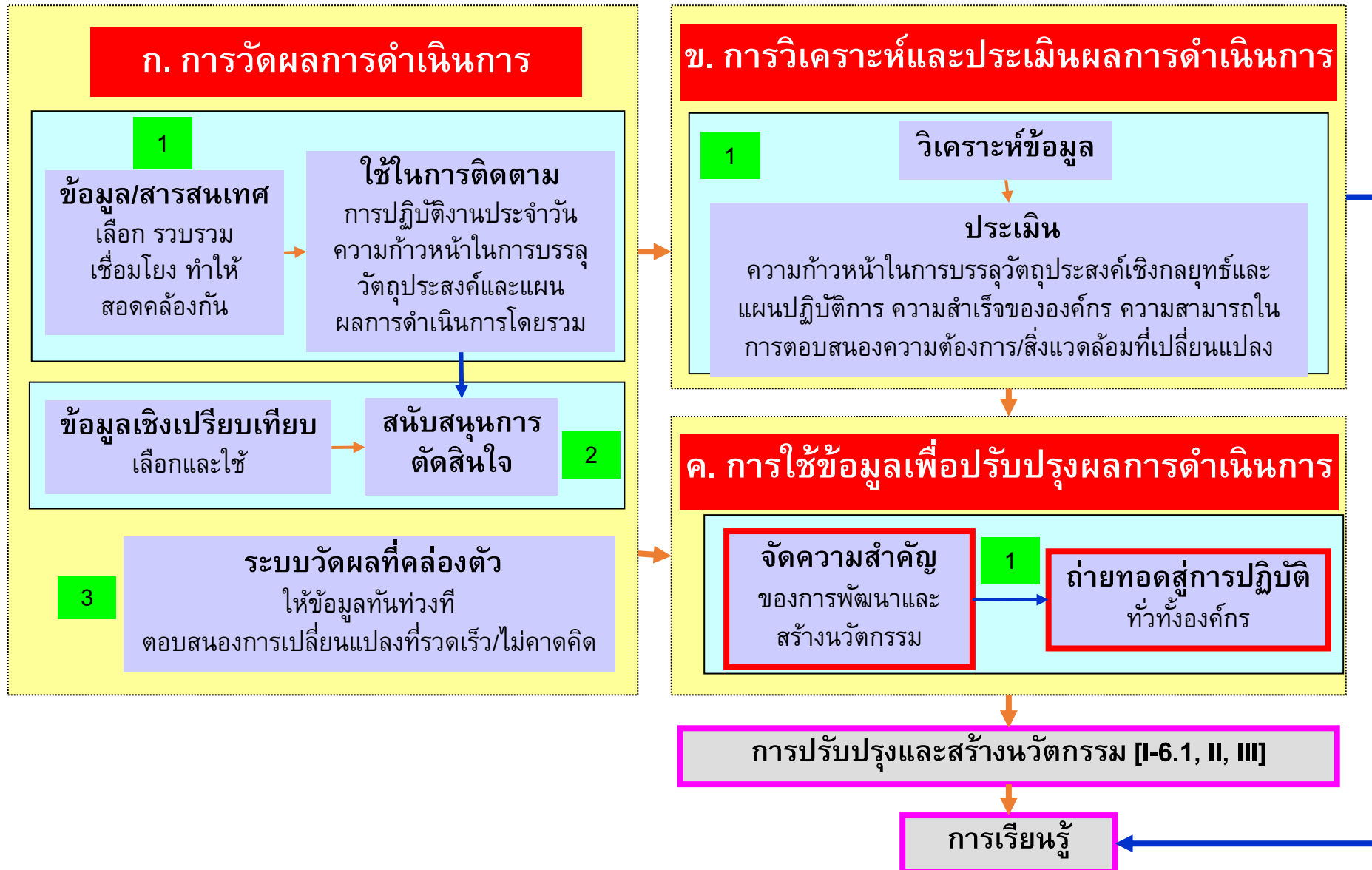
II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ

องค์กรมีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

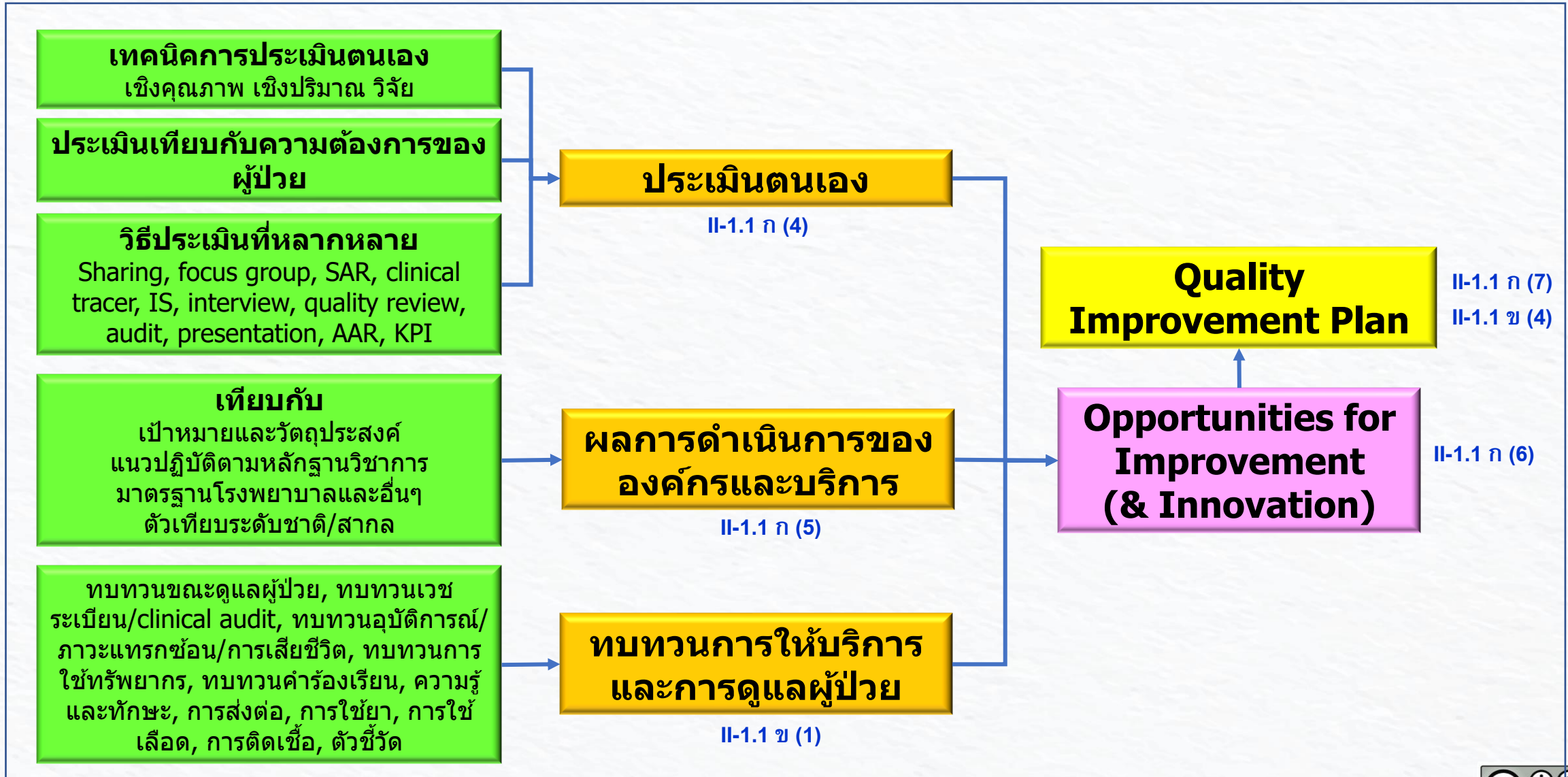


I-4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร

องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.



ที่มาของแผนพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA



From Surveyor Recommendation to QI Plan

นำคำสำคัญจากข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยมสำรวจมาจัดแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามตารางข้างล่าง

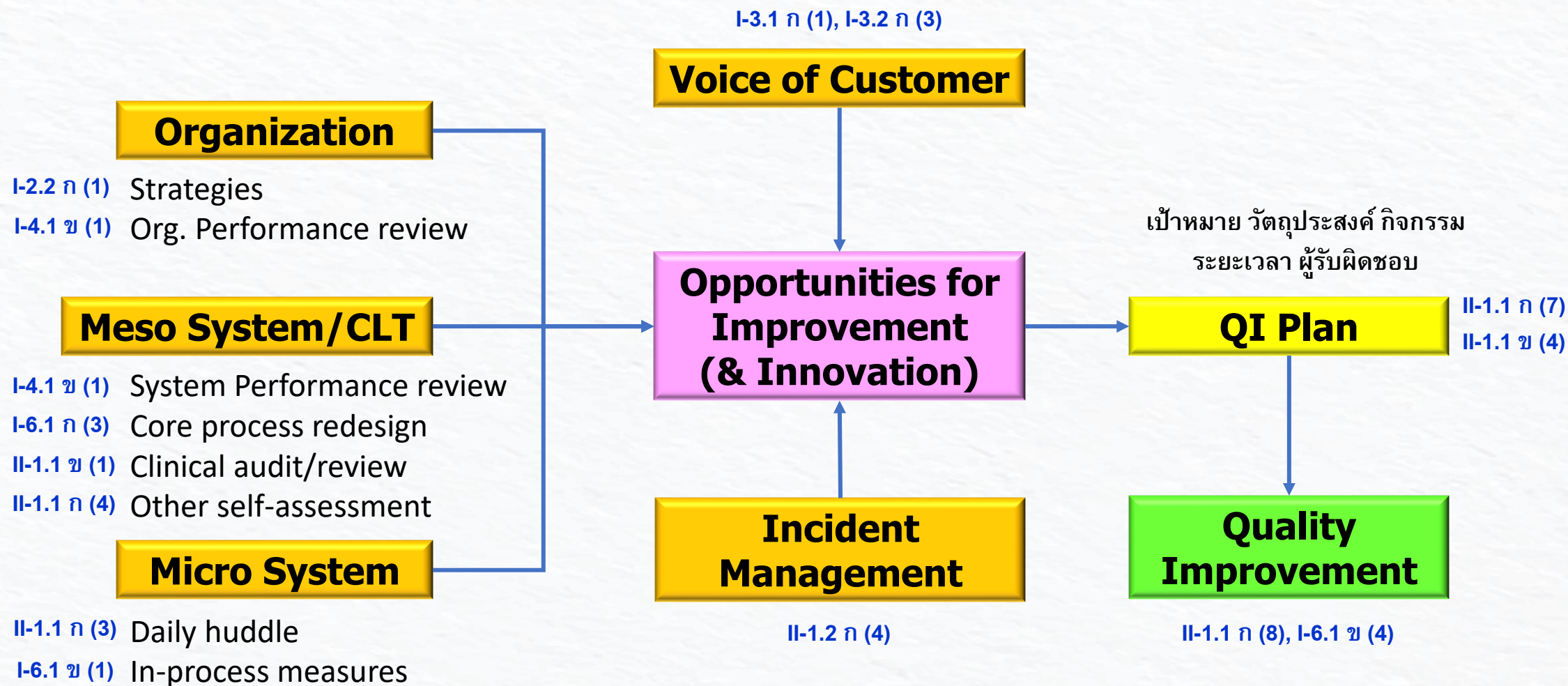


Problems/Context	Processes	Purpose
From recommendation		
Add by hospitals		

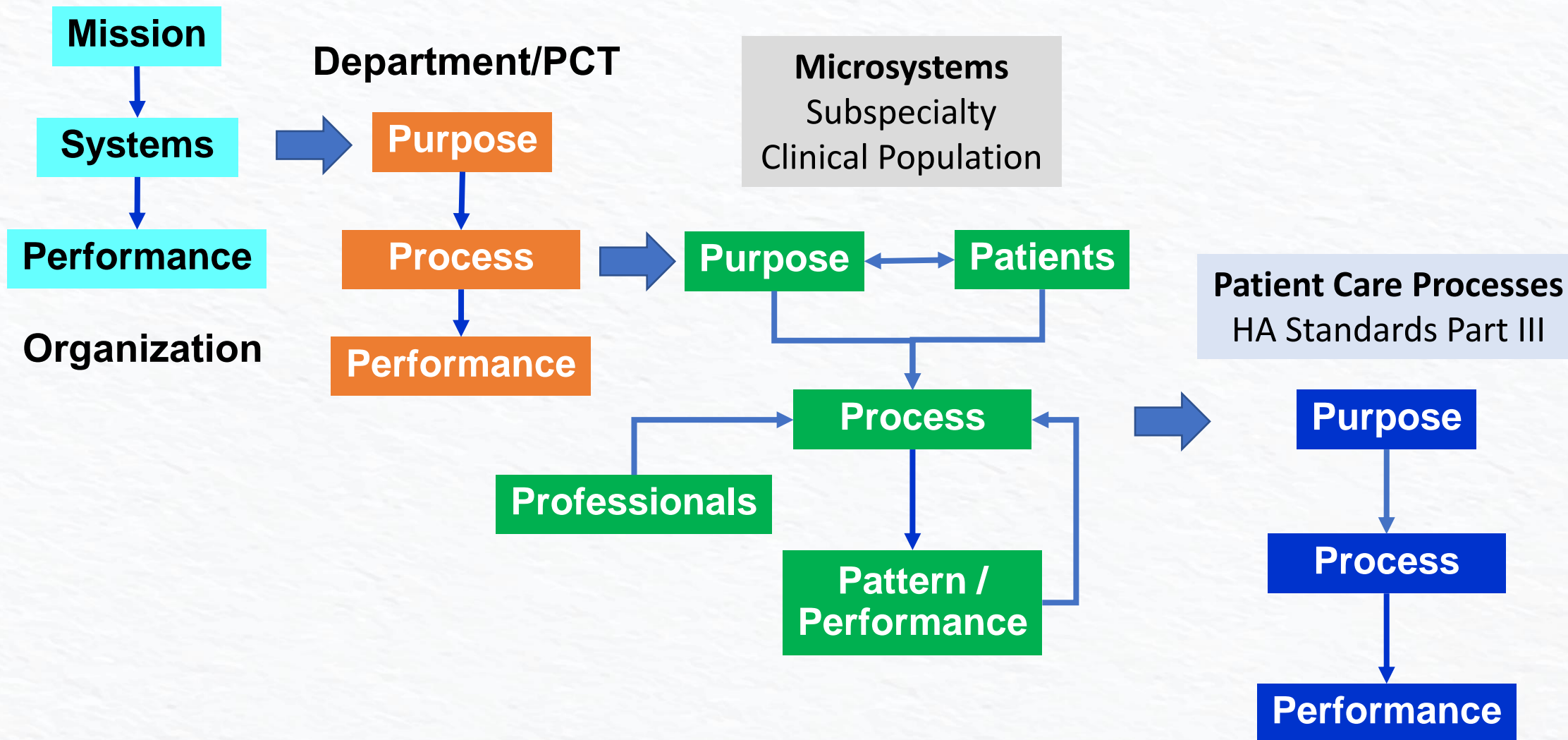


เพิ่มเติมด้วยโจทย์ที่ รพ.ค้นพบเอง

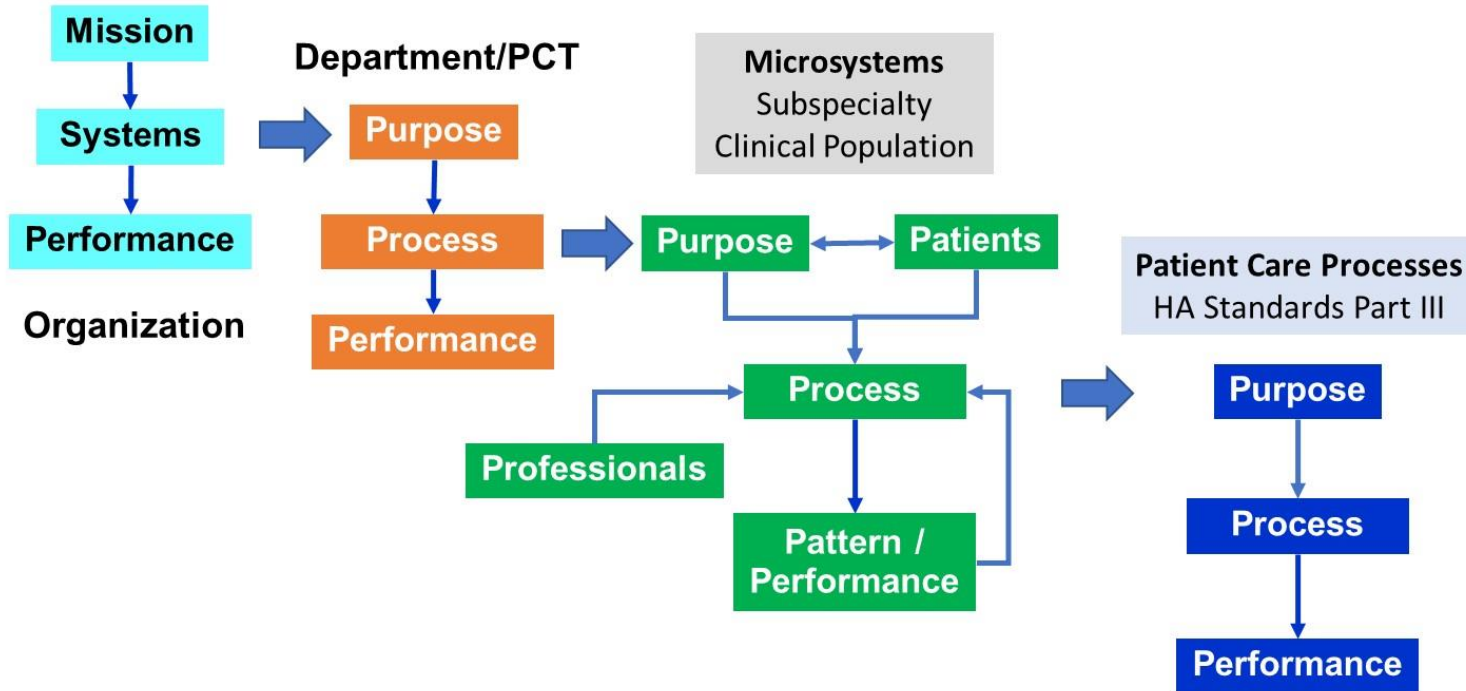
แผนพัฒนาคุณภาพที่ครอบคลุมการพัฒนาทั้งองค์กร



แผนพัฒนาคุณภาพที่ครอบคลุมการพัฒนาทั้งองค์กร



แผนพัฒนาคุณภาพเป็นแผนใหญ่ที่ดูภาพรวม หรือแผนกิจกรรมเป็นเรื่อง ๆ



ถ้าเป็นไปได้ ทุกระดับควรมีแผนพัฒนาคุณภาพเฉพาะของตนเอง
ผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาคุณภาพก็คือผู้บริหารสูงสุดในระดับนั้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

แผนพัฒนาคุณภาพควรมี 3 ลักษณะร่วมกัน



แผนระดับองค์กร

1 Top-down directional setting

Top-down plan

- Concepts: Lean, SHA, VBH
- Major risks
- Performance below target
- Cross-functional process (ศูนย์คุณภาพควรมาช่วยดูแลส่วนนี้)

3 Core process redesign

แผนของ CLT/ ระบบงาน/ศูนย์คุณภาพ

2 Bottom-up performance-improvement problem solving

แผนระดับหน่วยงาน

Vision

เลือกกระบวนการที่มีความสำคัญในเชิงกลยุทธ์หรือการแข่งขัน

เลือกวัตถุประสงค์สำคัญของกระบวนการมา กำหนดเป้าเพื่อวัดผล เน้นคุณค่าต่อลูกค้า

Clean sheet redesign เริ่มต้นจากกระดาษเปล่า ตั้งข้อสงสัยกับสมมติฐานของวิธีการทำงานเดิม

ทดสอบด้วยโครงการนำร่องและต้นแบบ

ใช้ความสำเร็จระยะสั้นเป็นทุนสำหรับการเปลี่ยนแปลงระยะยาว

มีหมุดหมาย ตัววัด และค่าเทียบเคียงที่ชัดเจน

Major Project: Key Process Improvement / Core Process Redesign

1. ระบุกระบวนการสำคัญ (key processes) เริ่มจากระดับสูงที่สุด (starting at the highest level)
2. มอบหมายให้เป็นหน้าที่ของใครบางคน (part-time role) ที่จะดูแล cross-functional processes
3. กำหนดตัววัด performance สำคัญ 2-3 ตัว สำหรับกระบวนการเหล่านั้น
4. รวบรวมข้อมูล current performance และประเมินเทียบกับเป้าหมาย
5. ลงมือปรับเปลี่ยนตามความจำเป็น (intervene as required) เพื่อแก้ไขหรือป้องกันปัญหา หรือทำให้โอกาสเป็นจริง (to realize an opportunity)
6. ทำซ้ำ ทำต่อเนื่อง (repeat, continuously)

แผนพัฒนาคุณภาพกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลต่างกันอย่างไร



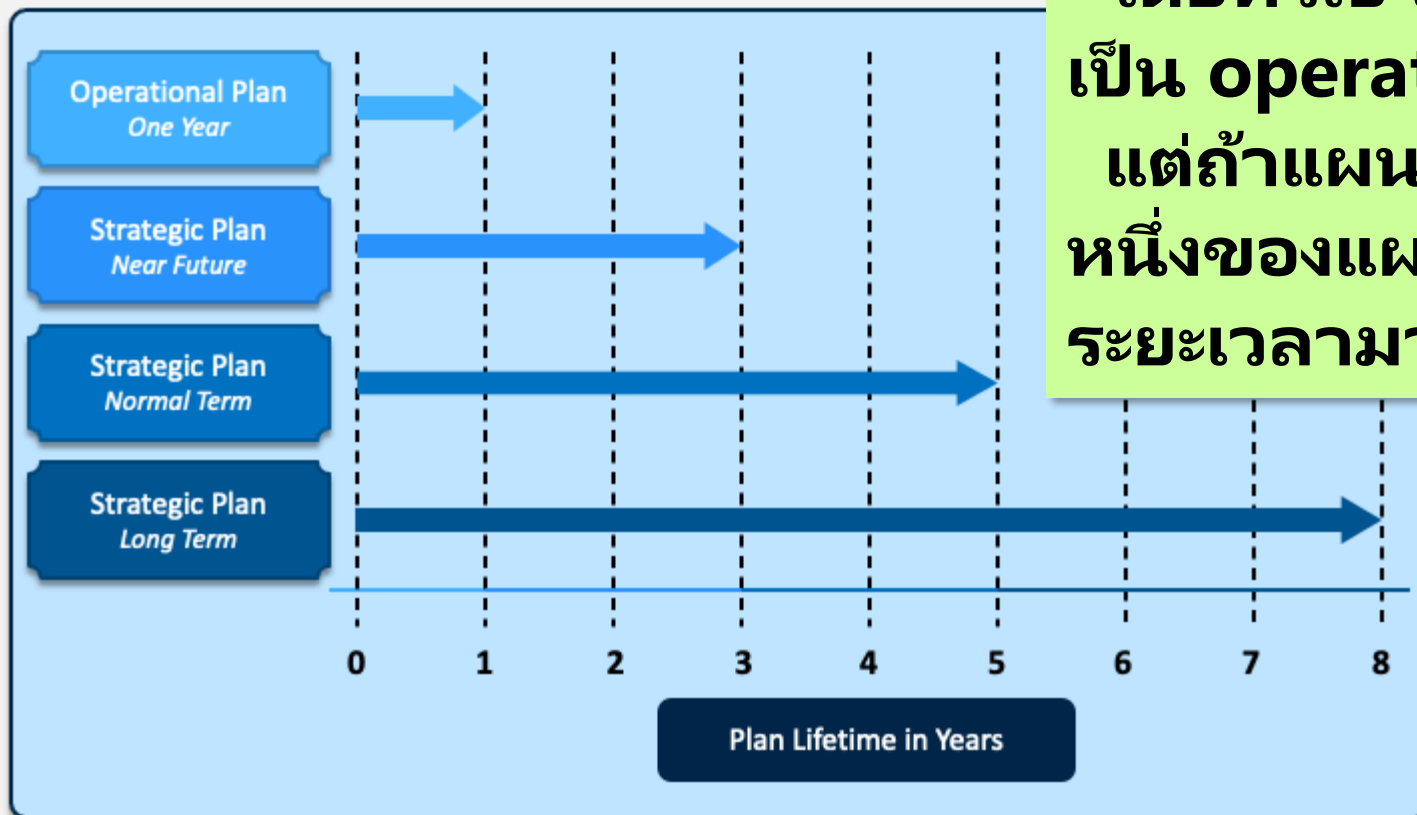
กลยุทธ์/ยุทธศาสตร์ คือ สิ่งที่ทำให้ได้มาซึ่งผลิตภัณฑ์/บริการ กระบวนการ ลูกค้า/ตลาด ระบบนิเวศ ธุรกิจ ความสัมพันธ์ สมรรถนะหลักใหม่ๆ (มักมาจากโอกาสและความท้าทายที่สำคัญขององค์กร)

แผนพัฒนาคุณภาพ คือ แผนที่ระบุกระบวนการพัฒนาคุณภาพเพื่อยกระดับผลการดำเนินการขององค์กร และระดับสุขภาวะของผู้รับบริการ ที่วัดผลได้ในมิติต่างๆ

จากแผนกลยุทธ์สู่แผนพัฒนาคุณภาพ

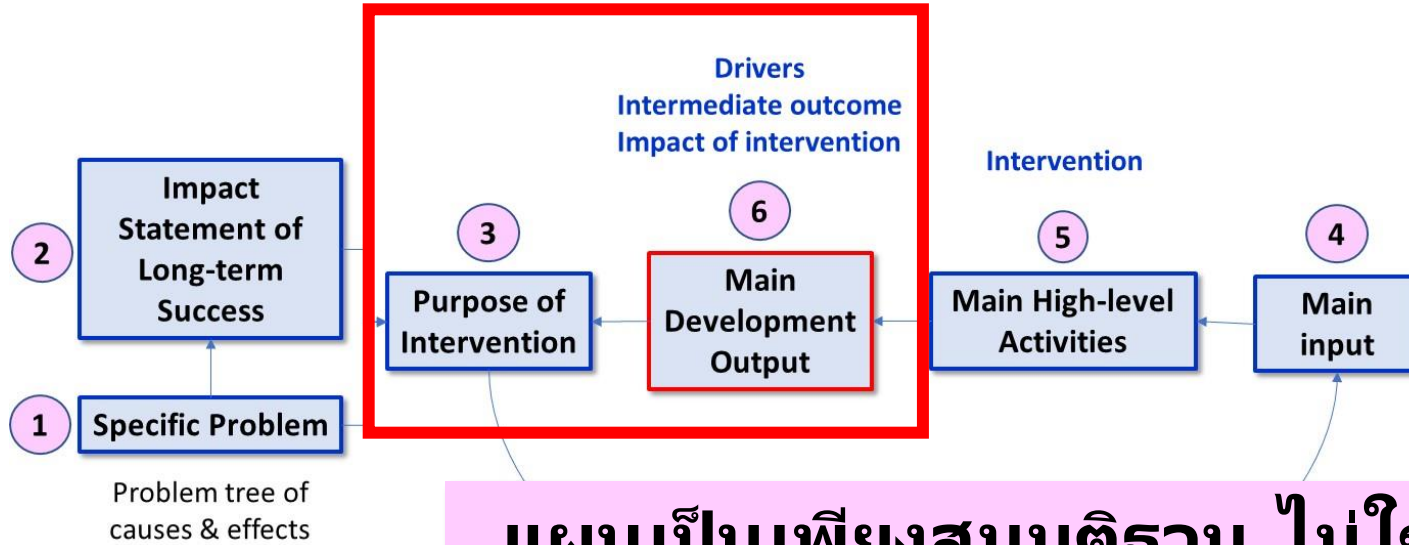
Strategic Objective	Strategic Initiative	QLT QI Plan	Unit QI Plan
3.1 บูรณาการการดูแลสุขภาพกับการศึกษาและวิจัย	SI 1 2P safety & education SI 2 R2R	From MMC to system redesign CLT R2R	Q&S resource/corner Unit R2R
3.2 สร้างความผูกพันและเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว	SI 3 ให้ความรู้และเสริมพลัง P/F SI 4 ใช้ PEx ในการพัฒนาคุณภาพ	Patient empower/engagement	Everyday Patient Experience
3.3 เพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและบุคลากร	SI 5 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มสำคัญ SI 6 short A / amb C / home C SI 7 2P Safety Goals in action		
3.4 ยกระดับการดูแลผู้ป่วยโรคซับซ้อน	SI 8 ผลการรักษาระดับสากล SI 9 DSC		
3.5 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อความเป็นเลิศ	SI 10 มาตรฐานสากล SI 11 มาตรฐาน A-HA		
3.6 สร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา	SI 12 สิ่งสนับสนุน/IT SI 13 ความผูกพันกับบุคลากร SI 14 เพิ่มรายได้จากบริการสุขภาพ SI 15 ศักยภาพในการบริหาร QS		

แผนพัฒนาคุณภาพควรเป็นแผนกี่ปี



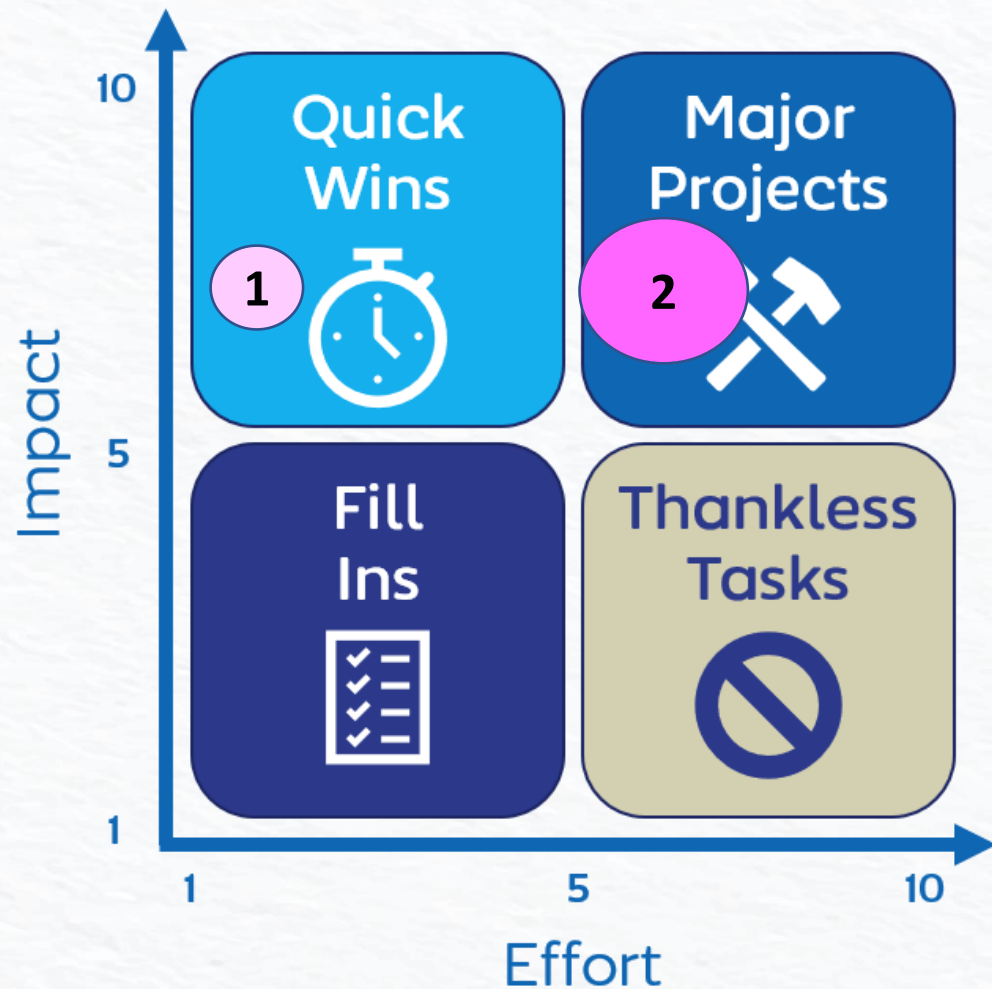
โดยทั่วไป แผนพัฒนาคุณภาพถือว่าเป็น operation plan จะเป็นแผน 1 ปี แต่ถ้าแผนพัฒนาคุณภาพนั้นเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ ก็อาจจะมีระยะเวลามากกว่า 1 ปีได้

ตัวชี้วัดของแผนพัฒนาคุณภาพ วัดการจัดกิจกรรมตามแผนเพียงพอหรือไม่



**แผนเป็นเพียงสมมติฐาน ไม่ใช่ของจริง
ของจริงจะพิสูจน์ได้ด้วยผลที่เกิดจากแผน การออกแบบ
กิจกรรมเป็นเพียงสมมติฐาน
การวัดผลสำเร็จของแผนพัฒนาคุณภาพ จึงต้องวัดการ
บรรลุวัตถุประสงค์ซึ่งเป็นที่มาของแผนนั้น (3 & 6)**

จะเลือกเรื่องอะไรมาทำก่อน



Type of Improvement Plan

- Start with Quick Wins as these have the highest priority (1).
- Use the remaining and majority of your time for Major Projects (2).
- If you have any time left, complete some Fill Ins. If possible, delegate or stop doing these tasks.
- Eliminate Thankless Tasks. Ideally you should not spend any time on these.

จะเลือกเรื่องอะไรมาทำก่อน



Prioritization Matrix

ผลกระทบ	ความเป็นไปได้		
	น้อย (ทำยาก)	ปานกลาง	สูง (ทำง่าย)
สูง		Major Project	Quick Win
ปานกลาง			
น้อย	Thankless Task		Fill Ins

ใครจะเป็นคนใช้ประโยชน์จากแผน



- ทุกคนที่เกี่ยวข้องในระบบ/หน่วยงาน จะรู้ว่าในรอบหนึ่งปีข้างหน้า มีโครงการพัฒนาคุณภาพอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับระบบ/หน่วยงานของตน
- ผู้รับผิดชอบโครงการ สามารถใช้แผนการพัฒนาคุณภาพเพื่อสื่อสารขอความเห็น/ความช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้อง
- ผู้นำของระบบ/หน่วยงาน สามารถใช้แผนการพัฒนาคุณภาพเพื่อติดตามความก้าวหน้า ให้ความช่วยเหลือแก้ไขข้อติดขัด และประเมินความสำเร็จของโครงการพัฒนาคุณภาพ
- ผู้นำระดับสูงขององค์กร ควรรับทราบผลการติดตามความก้าวหน้าของโครงการพัฒนาคุณภาพทั้งหมดขององค์กรในภาพรวม

ทีมหน้าจะรู้ได้อย่างไรว่ามีการปฏิบัติตามแผน



- แผนพัฒนาระดับองค์กร หรือแผนที่เป็น top down
 - ควรมีการรายงานความก้าวหน้าและผลลัพธ์ให้ทีมนำองค์กรทราบทุก 3 เดือน
- แผนพัฒนาของระบบงาน, PCT
 - ควรมีการรายงานในภาพรวมว่าในลักษณะไฟจราจรของแต่ละระบบหรือ PCT
 - อาจมีการรายงานความก้าวหน้าและผลลัพธ์ในประเด็นที่ทีมนำให้ความสำคัญ
- แผนพัฒนาของหน่วยงาน
 - เป็นหน้าที่ของผู้บริหารที่กำกับดูแลสูงขึ้นไปชั้นหนึ่งจะติดตามความก้าวหน้าและผลลัพธ์อย่างสม่ำเสมอ แล้วรายงานให้ผู้บริหารที่สูงขึ้นไปรับทราบหากมีปัญหาข้อติดขัด

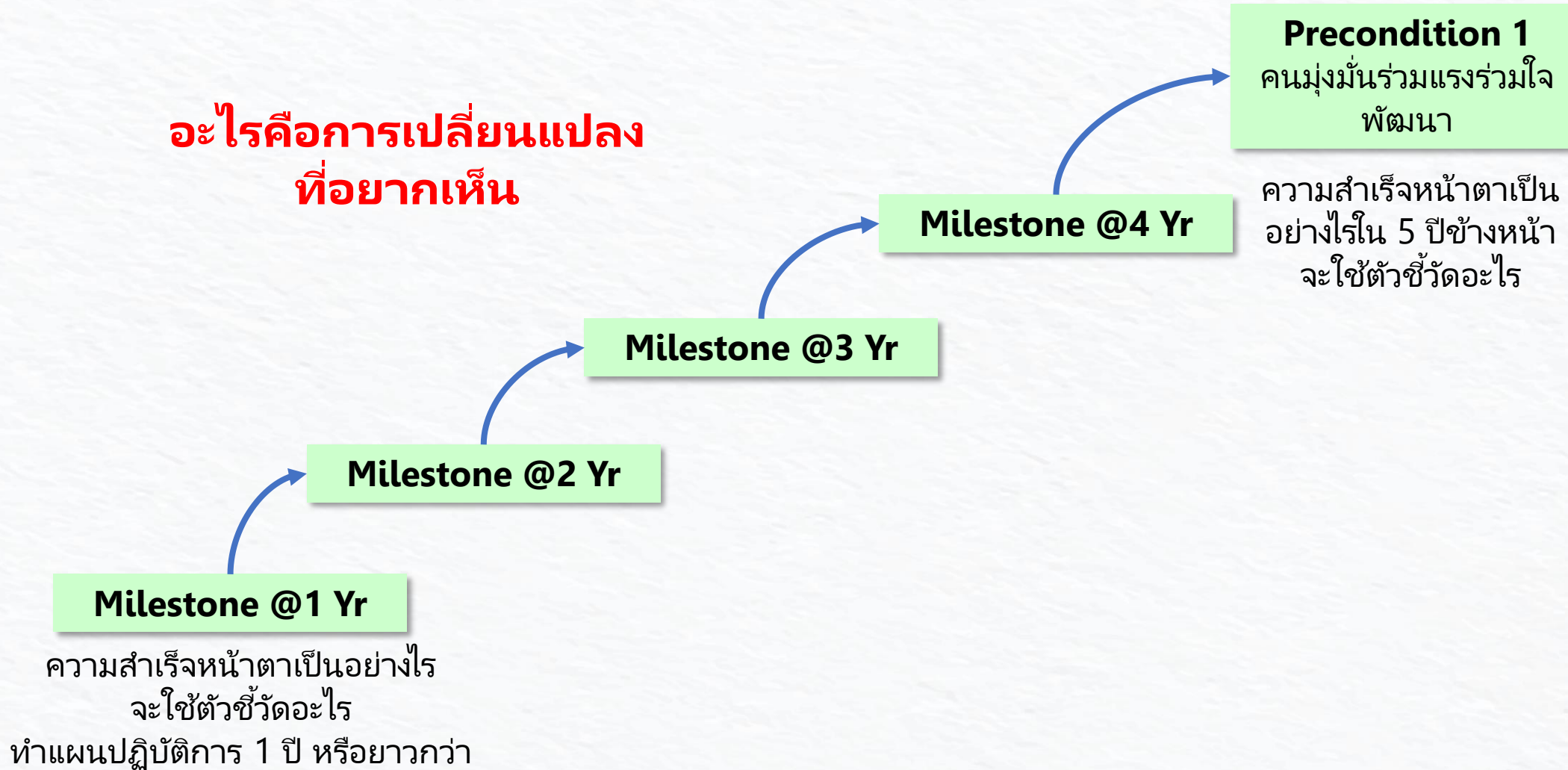
การขยายความแผนพัฒนาคุณภาพสู่การปฏิบัติ



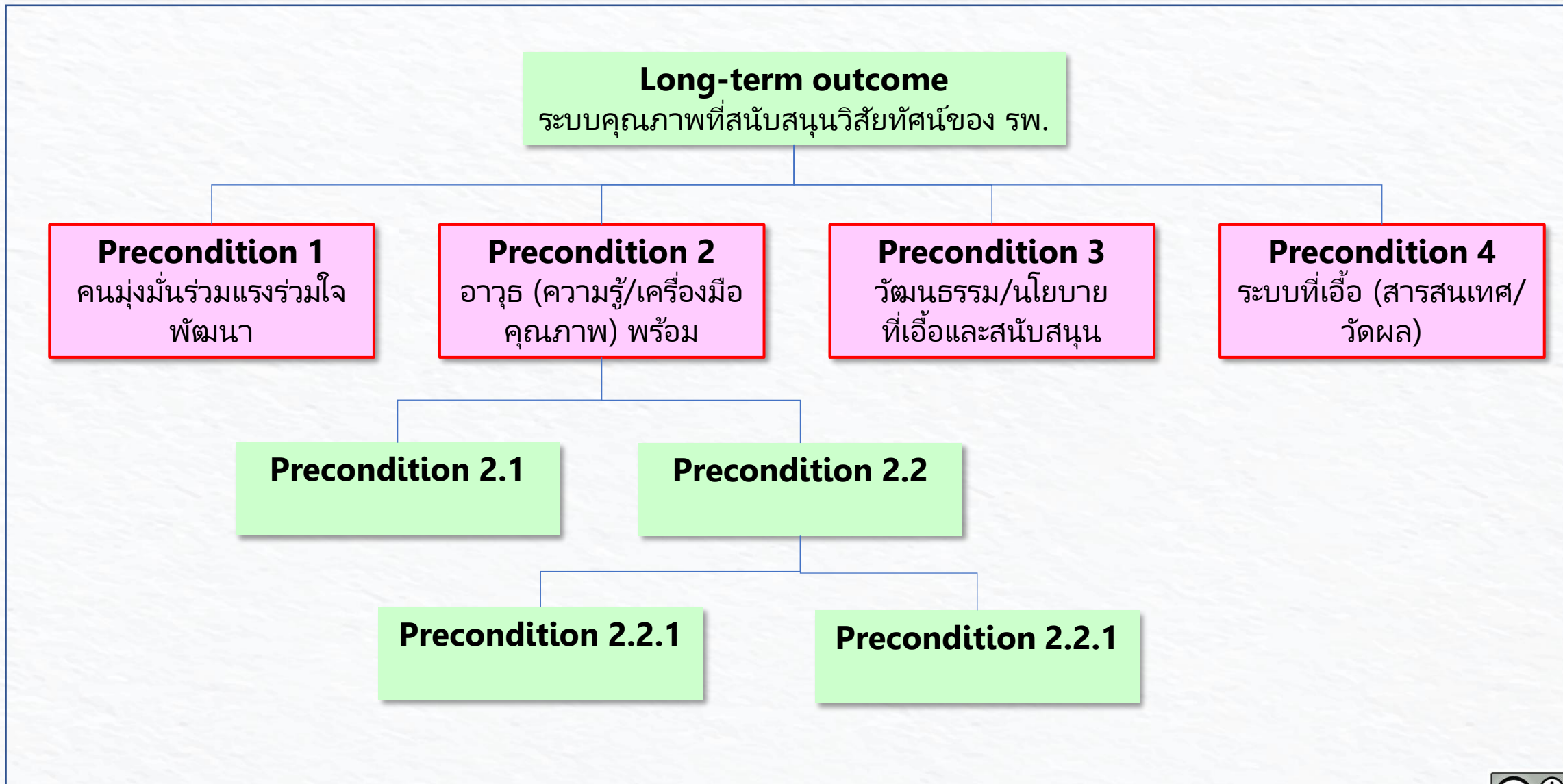
- ใช้คำถาม “ความสำเร็จหน้าตาเป็นอย่างไร” “จะใช้อะไรวัดความสำเร็จ”
- ใช้ logic model แสดงตัวเชื่อม (missing middle) ระหว่างกิจกรรมกับเป้าหมายการพัฒนา
- ใช้ CPM (critical path method) แยกแยะกิจกรรมที่จะทำให้เกิดการทำงานคู่ขนานของกิจกรรมต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ
- ใช้ process indicator ติดตามความสำเร็จในขั้นตอนต่างๆ
- ใช้ team reflection เพื่อสร้างการเรียนรู้คู่การพัฒนาในหมู่สมาชิก

จินตนาการความสำเร็จ: แผนส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ

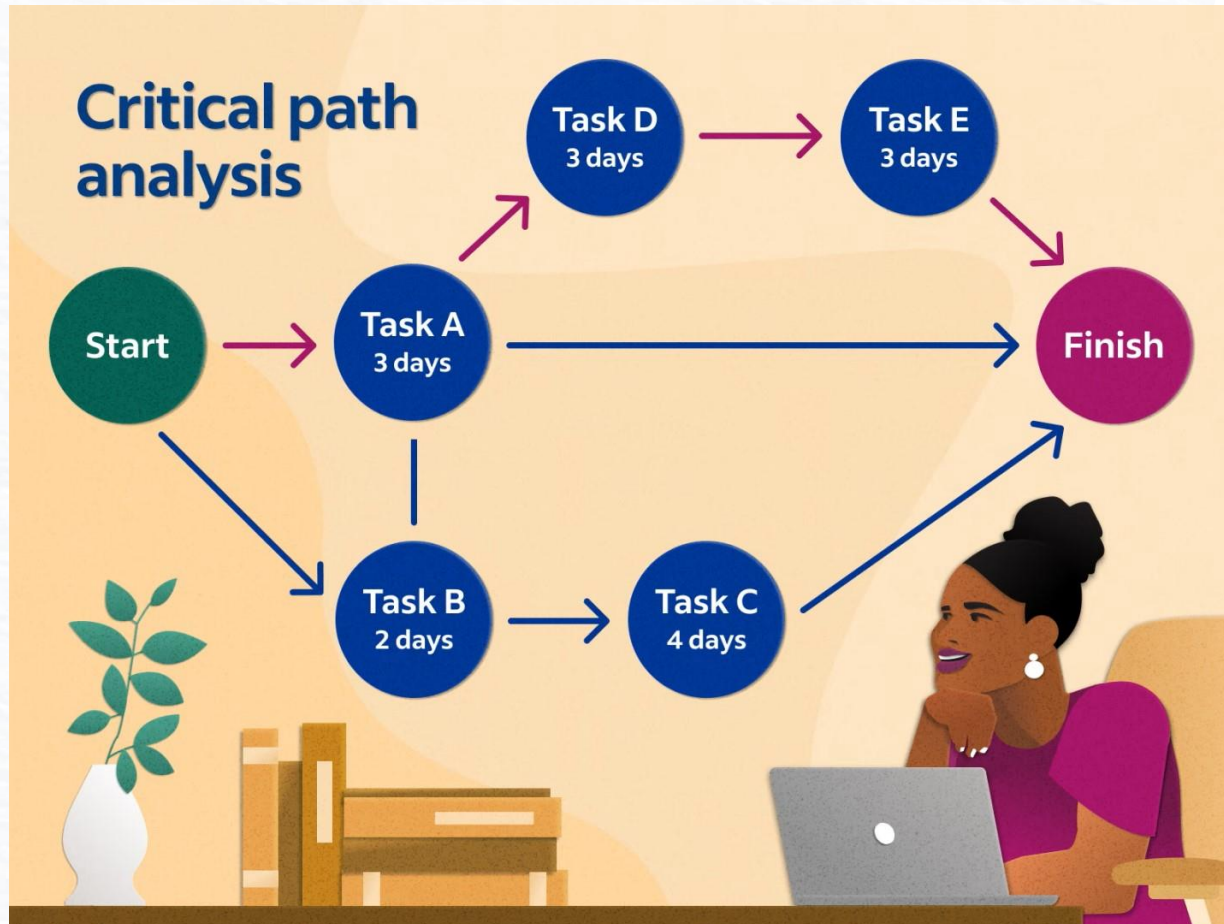
**อะไรคือการเปลี่ยนแปลง
ที่อยากเห็น**



ตัวอย่าง missing middle ของแผนส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ



Critical Path Method (CPM) ทำกิจกรรมคู่ขนานเพื่อให้โครงการสำเร็จเร็วที่สุด

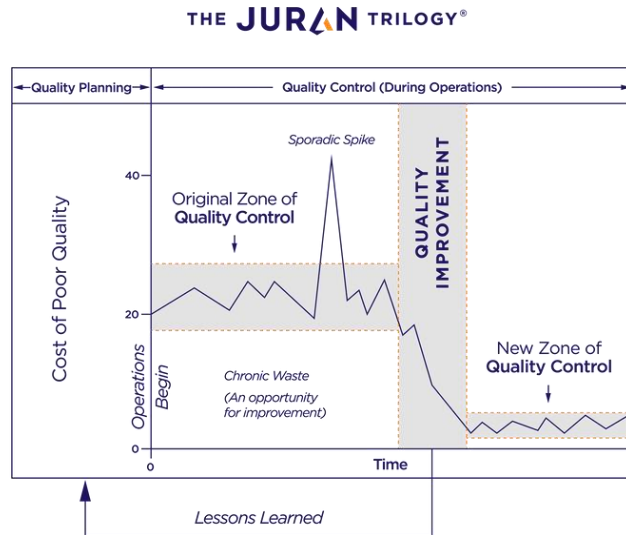


CPM

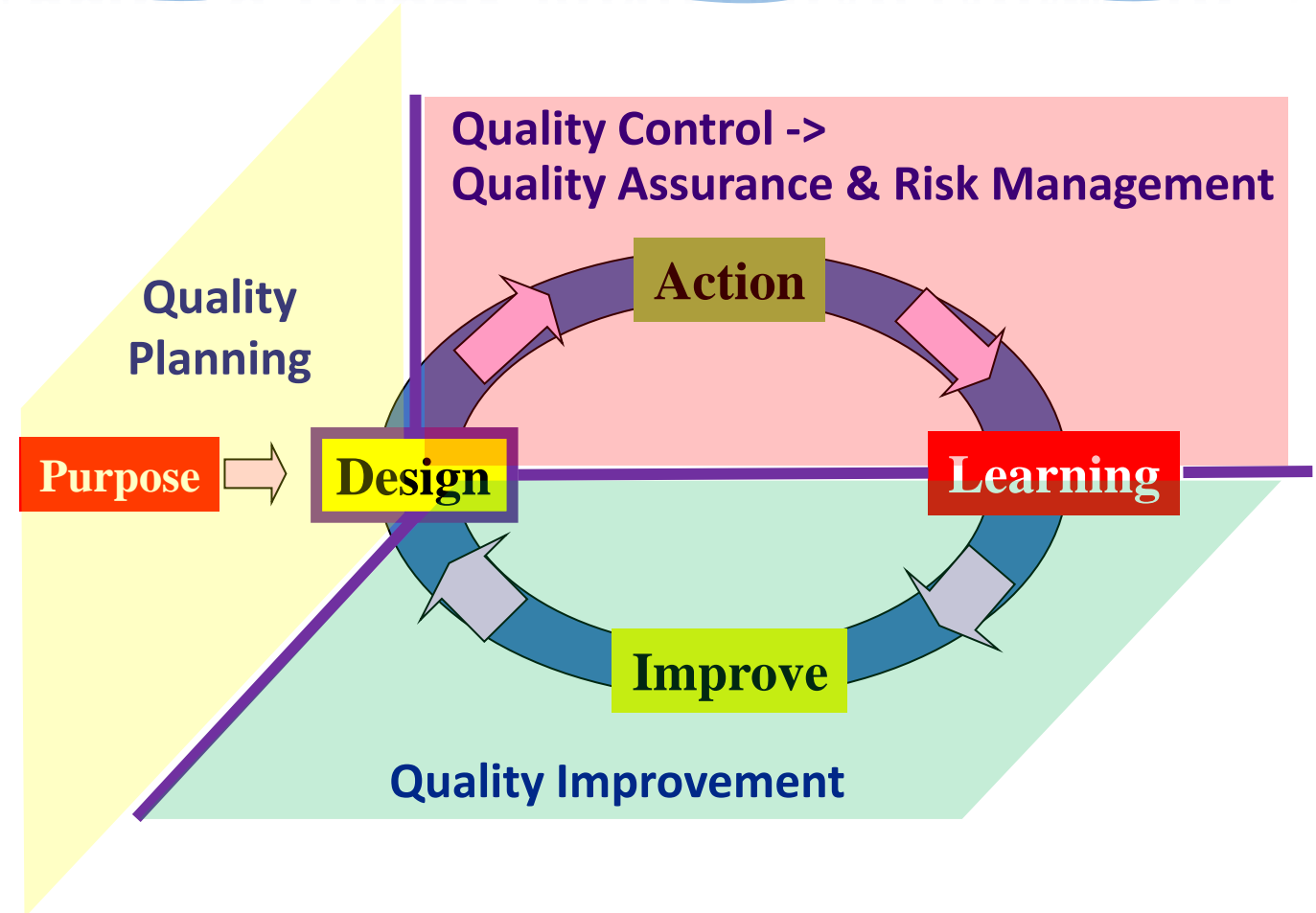
- CPM Full form **Critical Path Method**.
- It is **activity oriented** technique
- CPM manages the **predictable** activities
- It focus on **cost optimization**
- It was developed in **1957**.
- It is **single time estimates**.
- It is a **deterministic model**.

แผนคุณภาพ (Quality Plan)

แผนคุณภาพ (Quality Plan) ใน Juran's Trilogy ของการบริหารคุณภาพ



Quality planning (Quality by Design) : This step involves identifying the customer's needs and expectations, and determining how to meet those needs. This could be a new product, service, process, etc.



แผนคุณภาพ (Quality Plan) ในระบบ ISO9000

A quality plan is a document, or several documents that, together, specify quality standards, practices, resources, specifications, and the sequence of activities relevant to a particular product, service, project, or contract. Quality plans should define:



คำถามที่ควรพิจารณาในการประเมินแผนคุณภาพ (Quality Plan)

1. **อะไรคือเป้าหมายหลักของแผนคุณภาพ** ชัดเจนหรือไม่ วัดได้หรือไม่ สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาลและวัตถุประสงค์การดูแลผู้ป่วยหรือไม่
2. **อะไรคือตัววัดผลการดำเนินการที่สำคัญ (KPI)** เลือกมาอย่างไร สอดคล้องกับเป้าหมายหรือไม่ มีการติดตามต่อเนื่องหรือไม่
3. **ใครเป็นผู้รับผิดชอบในการนำแผนไปปฏิบัติ** มีทีมที่ได้รับมอบหมายชัดเจนหรือไม่ มีการกระจายหน้าที่รับผิดชอบระหว่างผู้เกี่ยวข้องอย่างไร
4. **มีการระบุเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในแผนอย่างไร** มี protocol สำหรับความปลอดภัยเรื่องต่างๆ หรือไม่ มีแนวทางในการป้องกันหรือลดความเสี่ยงจากการดูแลรักษาในโรงพยาบาลอย่างไร
5. **มีกลยุทธ์ในการศึกษาอบรมของบุคลากรอย่างไร** มีโปรแกรมต่อเนื่องหรือไม่ ทำให้มั่นใจว่าบุคลากรมีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับ best practice และข้อมูลทางการแพทย์ใหม่ๆ อย่างไร
6. **แผนคุณภาพสอดคล้องกับมาตรการการรับรองอย่างไร**
7. **มีกลไกอะไรเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง** เช่น การรายงาน วิเคราะห์ และเรียนรู้จากอุบัติการณ์
8. **มีการวัด patient outcome & experience อย่างไร** ใช้เครื่องมืออะไรในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย นำข้อมูลไปใช้ปรับปรุงอย่างไร
9. **แผนครอบคลุมเรื่องเทคโนโลยีและ informatics อย่างไร** ใช้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงการประสานงานและผลลัพธ์อย่างไร
10. **มีแผนสำหรับการจัดการทรัพยากรอย่างไร**
11. **มีกลยุทธ์ในการสร้างความผูกพันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างไร** (ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สถานพยาบาล ผู้จ่ายเงิน)
12. **มีแผนการสื่อสารแผน ความพยายาม และผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพอย่างไร**

การประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนา

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (iv) จัดให้มีทีมคร่อมสายงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทางให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมนำของระบบงานสำคัญขององค์กร.
- (4) องค์กรใช้การประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสในการพัฒนา:
- (i) มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่วิธีการเชิงคุณภาพ ไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย;
 - (ii) มีการประเมินกระบวนการที่ออกแบบระบบบริการเทียบกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน;
 - (iii) มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินการกับ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร/หน่วยงาน แนวปฏิบัติที่มีหลักฐานวิชาการรองรับ มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ และตัวเทียบ (benchmark) ในระดับชาติหรือระดับสากลที่เหมาะสมเพื่อยกระดับคุณภาพบริการ⁵⁹;
 - (iv) มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้าและรายงานการประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจภายใน การสำรวจและสัมภาษณ์ผู้ป่วย การทบทวนเชิงคุณภาพ การตรวจสอบและป้อนกลับข้อมูล การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.

⁵⁹ องค์กรสามารถเข้าร่วมโปรแกรมตัวชี้วัดเปรียบเทียบต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ เช่น ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Program: THIP)

การประเมินตนเอง

การประเมินเชิงคุณภาพ

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing)
การสนทนากลุ่ม (Focus Group)
การจัดทำรายงานการประเมินตนเอง (SAR)
การตามรอยทางคลินิก (Clinical Tracer)
การเยี่ยมสำรวจภายใน (Internal Survey)
กิจกรรมทบทวนคุณภาพ (Quality Review)
การทบทวนหลังทำกิจกรรม (AAR)
การนำเสนอผลงานและรับฟังคำวิพากษ์
การสัมภาษณ์เชิงลึก

การประเมินเชิงปริมาณ

การสำรวจ (Survey)
การตรวจสอบทางคลินิก (Clinical Audit)
-Compliance with standards of best practices
การติดตามและวิเคราะห์ตัววัด/สถิติ
-วิเคราะห์แนวโน้ม
-วิเคราะห์กลุ่มย่อย
-เปรียบเทียบกับเป้าหมาย
-เปรียบเทียบกับคู่แข่ง
-เปรียบเทียบกับความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้อง
การประเมินแบบฉับไว (Rapid Assessment)
-วัดระดับ maturity
-วัดการบรรลุเป้าหมาย
-วัดการรับรู้ของผู้เกี่ยวข้อง

การวิจัย

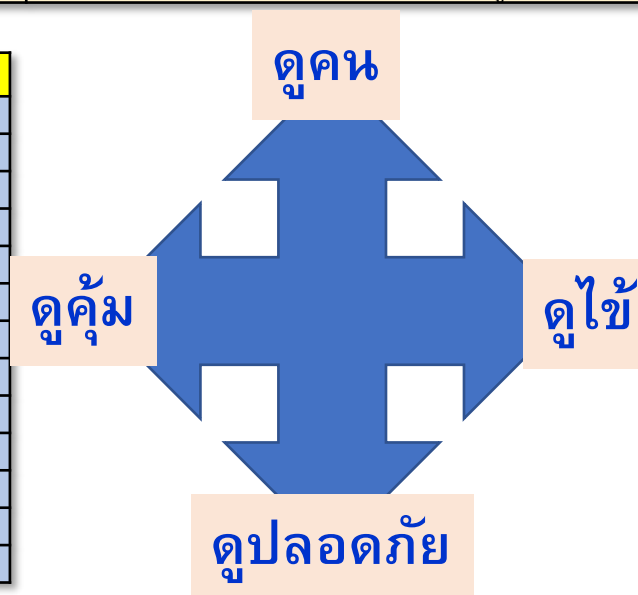
ประเมินตนเองด้วยการอภิปรายกลุ่มของ PCT/CLT

- **Focus Group:** จุดแข็ง จุดอ่อน ของการดูแลผู้ป่วยในสาขานี้
- **Clinical Analysis:** โรคที่ดูแลได้ดี vs โรคที่ยังมีปัญหาในการดูแล
- **Process Analysis:** กระบวนการที่มีการพัฒนาต่อเนื่องจากจนที่มั่นใจ vs กระบวนการที่ยังมีปัญหา
- **Customer need:** สิ่งที่เกิดความคาดหวัง vs ความต้องการที่ยังตอบสนองได้ไม่ดี
- **Evidence based:** evidence ที่นำมาปฏิบัติได้เต็มที่ vs evidence ที่ยังไม่สามารถนำมาปฏิบัติ
- **Utilization review:** การใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ vs ความสูญเปล่าที่มีโอกาสปรับปรุง
- **Risk Analysis:** ความเสี่ยงที่ป้องกันได้รัดกุม vs ความเสี่ยงที่ยังจัดการไม่ถึง root cause
- **Capability review:** ความเก่งของคนที่มีแล้ว vs ศักยภาพที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม
- **Benchmarking:** สิ่งที่อยู่ในระดับ top quartile vs สิ่งที่อยู่ใน bottom quartile

การทบทวนเพื่อจุดประกายการเรียนรู้

Needs & expectation of patients & customers	
I-3.1ก(1)	ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน
I-3.2ข(1)	กลุ่มผู้ป่วยที่ underserve ซึ่งควรเป็นจุดมุ่งเน้น
I-3.2ก(3)	คำร้องเรียนของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน
III-3.1(2), III-4.1(5)	การตอบสนองความต้องการที่เป็นองค์รวม
I-3.2ข(1)(2), IV-2	ประสบการณ์และความพึงพอใจของผู้ป่วย

W: Waste	
I-3.2ข(1)	ระยะเวลารอคอย
I-4.2ก(2)	โอกาสนำระบบ IT มาเพิ่มประสิทธิภาพงาน
I-6.1ค(1)	การจัดซื้อ คลังพัสดุ และเครือข่ายอุปทาน
I-6.2ก(1)	วงรอบเวลา (turn-around-time)
I-6.2ก(1)	การลดการใช้ การนำกลับมาใช้ซ้ำ
II-1.1ข(1)	การใช้สถานที่ (OPD, ER, ward, ICU)
II-1.1ข(1)	Patient flow
II-1.1ข(1)	โอกาสบูรณาการกระบวนการดูแลผู้ป่วย
II-1.1ข(1), III-2ข(1)	การตรวจ investigation
II-1.1ข(1), II-6ก(5)	การใช้ยา
II-1.1ข(1), III-4.3ข	การทำหัตถการ
II-3.1ก, II-3.2ก	การบำรุงรักษา
II-3.2ข	การใช้สาธารณูปโภค



E: Evidence & Effectiveness	
II-1.1ข(1)	Clinical audit, clinical tracer
III-2ก(3)	การใช้ evidence ในการประเมินผู้ป่วย
III-3.1(4)	การใช้ evidence ในการวางแผนดูแลผู้ป่วย
I-4.1ก(1), IV-1	ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ
I-4.1ก(1), IV-3/4/5/6	ประสิทธิผลของระบบงาน

S: Safety	
II-1.2ก(3)	การทบทวนการปฏิบัติตามเป้าหมายความปลอดภัย
II-1.2ก(2)	ความครอบคลุมของการระบุความเสี่ยง
II-1.2ก(4)	การทบทวนและเรียนรู้จากอุบัติเหตุ
II-1.1ก(4)	การทบทวนและเรียนรู้จากสถานการณ์ประจำวัน
I-4.1ข(1)	การทบทวน reliability / defect rate
I-6.1ก(3)	การทบทวนการใช้ stronger action / HFE

การทบทวนคือพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ

NEWS	ประเด็นการทบทวน	12 กิจกรรมทบทวนในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA
N: Need & expectation of customer		
I-3.1ก(1)	ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน	2. การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ
I-3.2ข(1)	กลุ่มผู้ป่วยที่ underserve ซึ่งควรเป็นจุดมุ่งเน้น	
I-3.2ก(3)	คำร้องเรียนของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน	
III-3.1(2), III-4.1(5)	การตอบสนองความต้องการที่เป็นองค์รวม	
I-3.2ข(1)(2), IV-2	ประสบการณ์และความพึงพอใจของผู้ป่วย	
E: Evidence & effectiveness		
II-1.1ข(1)	การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย	1. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย
III-6ข(6)	การทบทวนข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุงการส่งต่อและการดูแลก่อนส่งต่อ	3. การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธรักษา
II-2.2(5)	การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า (รวมทั้งให้คำแนะนำ ปรีกษา ควบคุม)	4. การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า
II-1.1ข(1)	Clinical review/audit	9. การทบทวนเวชระเบียน
III-2ก(3)	การใช้ evidence ในการประเมินผู้ป่วย	10. การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ
III-3.1(4)	การใช้ evidence ในการวางแผนดูแลผู้ป่วย	
I-4.1ก(1), IV-1	ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ	12. การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ
I-4.1ก(1), IV-3/4/5/6	ประสิทธิผลของระบบงาน	

การทบทวนคือพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ

NEWS	ประเด็นการทบทวน	12 กิจกรรมทบทวนในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA
W: Waste		
I-3.2ข(1)	ระยะเวลาารอคอย	
I-4.2ก(2)	โอกาสนำระบบ IT มาเพิ่มประสิทธิภาพงาน	
I-6.1ค(1)	การจัดซื้อ คลังพัสดุ และเครือข่ายอุปทาน	
I-6.2ก(1)	วงรอบเวลา (turn-around-time)	
I-6.2ก(1)	การลดการใช้ การนำกลับมาใช้ซ้ำ	
II-1.1ข(1)	Patient flow	
II-1.1ข(1)	โอกาสบูรณาการกระบวนการดูแลผู้ป่วย	
II-1.1ข(1)	การใช้สถานที่ (OPD, ER, ward, ICU)	11. การทบทวนการใช้ทรัพยากร
II-1.1ข(1), III-2ข(1)	การตรวจ investigation	
II-1.1ข(1), II-6ก(5)	การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	
II-1.1ข(1), III-4.3ข	การทำหัตถการ	
II-3.1ก, II-3.2ก	การบำรุงรักษา	
II-3.2ข	การใช้สาธารณูปโภค	

การทบทวนคือพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ

NEWS	ประเด็นการทบทวน	12 กิจกรรมทบทวนในขั้นตอนที่ 1 สู่ HA
S: Safety		
II-1.2ก(3)	การทบทวนการปฏิบัติตามเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย (PSG)	
II-1.2ก(2)	ความครอบคลุมของการระบุความเสี่ยง	5. การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง
II-4.1ข(1)(2)	การเฝ้าระวังการติดเชื้อ	6. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
II-6.1ก(3)	การทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา	7. การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา
II-1.2ก(4)	การทบทวนและเรียนรู้จากอุบัติการณ์	8. การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ
II-1.1ก(4)	การทบทวนและเรียนรู้จากสถานการณ์ประจำวัน	
I-4.1ข(1)	การทบทวน reliability / defect rate	
I-6.1ก(3)	การทบทวนการใช้ stronger action / HFE	

More About QI Plan

What is a Quality Improvement Plan



แผนพัฒนาคุณภาพ (QI Plan) ระบุ

- วิธีการที่องค์กรออกแบบ นำไปปฏิบัติ จัดการ และประเมินคุณภาพ
- เป็น framework สำหรับการริเริ่มและปรับปรุงกระบวนการต่างๆ
- ประกอบด้วยทิศทาง กำหนดเวลา กิจกรรม ตัววัดเพื่อประเมินคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพ
- เป็นเอกสารที่มีชีวิต มีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอเพื่อบันทึกความสำเร็จ บทเรียน และลำดับความสำคัญที่เปลี่ยนแปลงไป

องค์ประกอบของแผน

- เป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ของ QI
- กิจกรรมเพื่อการบรรลุเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์
- วิธีการจัดการและประเมิน quality initiatives
- การฝึกอบรม และ/หรือ สนับสนุน
- แผนการสื่อสารกิจกรรม QI ไปยังบุคลากรทุกคนอย่างสม่ำเสมอ

Quality Improvement Plan



แผนพัฒนาคุณภาพ (QI Plan) คือแผนซึ่งแสดงถึง

- **การใช้กระบวนการพัฒนาที่กำหนดไว้อย่างรอบคอบ (เช่น PDSA)**
- **มุ่งเน้นที่กิจกรรมซึ่งตอบสนองความต้องการขององค์กรและการยกระดับสุขภาพของประชากร**
- **ความพยายามอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรลุการพัฒนาที่วัดผลได้ในมิติต่างๆ เช่น ประสิทธิภาพหรือประสิทธิผล**

A Quality Improvement (QI) plan uses a deliberate and defined improvement process, such as plan-do-study-act, focused on activities that are responsive to organizational needs and improving population health. It refers to a continuous and ongoing effort to achieve measureable improvements in areas such as efficiency or effectiveness

Characteristics of a Good QI Plan (ระดับองค์กร)



1. **Purpose & scope** ระบุ ขอบเขต เป้าหมาย และภาพอนาคตด้านคุณภาพขององค์กร
2. **Structure of QI program** ระบุผู้มีหน้าที่และกลไกในการกำกับดูแล/ชี้นำทิศทางสำหรับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ทรัพยากรและการสนับสนุนต่างๆ
3. **Process for identification of QI efforts** กระบวนการในการระบุและจัดลำดับความสำคัญกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่จะเกิดขึ้นในรอบปีที่กำลังจะมาถึง รวมทั้งวิธีการที่โครงการจะต่อเชื่อมกับแผนกลยุทธ์ วิสัยทัศน์ พันธกิจ หรือตัวชี้วัดขององค์กร
4. **Goals, objectives & measures** ระบุเป้าประสงค์โดยรวม วัตถุประสงค์ ผู้รับผิดชอบแต่ละวัตถุประสงค์ ตัววัดตามกรอบเวลาที่องค์กรจะติดตาม (อาจรวมกิจกรรมหรือโครงการสำหรับแต่ละวัตถุประสงค์ หรือนำไปขยายความใน work plan)
5. **Monitoring progress** ระบุวิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล การรายงานความก้าวหน้า การตอบสนอง
6. **Training plan** เช่น การปฐมนิเทศ หลักสูตรพื้นฐาน หลักสูตรก้าวหน้า หลักสูตรต่อเนื่อง หลักสูตรเฉพาะตำแหน่ง
7. **Communication plan** ระบุแผนการสื่อสารความพยายามในการพัฒนาคุณภาพทั้งหมด ช่วงเวลา วิธีการ (เช่น จดหมายข่าว, story boards, recognition wall) ผู้รับผิดชอบ ความถี่ กลุ่มเป้าหมาย
8. **Evaluation of QI plan** ระบุการประเมินแผน เช่น การทบทวนความก้าวหน้า การใช้ประโยชน์จากรายงานเพื่อปรับปรุงแผน

แนวทางจัดทำแผนพัฒนาคณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพ



1. **ประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน** การบรรลุวัตถุประสงค์ของกรรมการ วิเคราะห์ SOWT รับฟังความเห็นของสมาชิก
2. **ทำความเข้าใจในเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของคณะกรรมการ** ทำให้มั่นใจว่าสอดคล้องกับทิศทางและกลยุทธ์ของ รพ. และสื่อสารให้สมาชิกเข้าใจ
3. **ทบทวนและปรับปรุงโครงสร้างของคณะกรรมการ** เช่น องค์กรประกอบ ความถี่ในการประชุม บทบาทหน้าที่
4. **กำหนดบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบให้ชัดเจน** สำหรับสมาชิกแต่ละคน ทำความชัดเจนในความคาดหวังต่อการเข้าร่วม การให้ข้อคิดเห็น และการตัดสินใจ มอบหมายภาระรับผิดชอบสำหรับหัวข้อปฏิบัติการ (action items) และงานที่จะต้องติดตาม (follow-up tasks)
5. **ปรับปรุงการสื่อสารและความร่วมมือ** จัดให้มีช่องทางการสื่อสารที่ได้ผล มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นที่เปิดกว้างระหว่างสมาชิก สร้างวัฒนธรรมของความร่วมมือและการทำงานเป็นทีมเพื่อสนับสนุนการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ
6. **ปรับปรุงประสิทธิภาพของการตัดสินใจ** เช่น การมีเกณฑ์จัดลำดับความสำคัญ การมีขั้นตอนที่ชัดเจนในการทบทวนและอนุมัติข้อเสนอ
7. **ใช้ประโยชน์จากข้อมูลและการวิเคราะห์** เพื่อประกอบการตัดสินใจและติดตามผลการดำเนินการ ใช้ insight ที่เกิดจากข้อมูลเพื่อระบุโอกาสพัฒนา
8. **จัดให้มีการฝึกอบรมและพัฒนาต่อเนื่อง** ในความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้อง
9. **ประเมินและปรับเปลี่ยน** ประเมินประสิทธิผลและผลงานของ คกก.อย่างสม่ำเสมอ รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้เกี่ยวข้อง
10. **ส่งเสริมความโปร่งใสและการรับผิดชอบ** เช่น เผยแพร่ข้อมูลและการตัดสินใจให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ