

สรุปรายงานการประชุม HA National Forum ครั้งที่ ๒๒

ระหว่างวันที่ ๘ - ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๕

ผ่านระบบ online

“รากฐาน สานต่อ ก่อการไกล”

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล(ผู้ทรงคุณวุฒิสรพ.), นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี(ผู้ทรงคุณวุฒิสรพ.), พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ (ผอ.สรพ.) นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล(ผู้ทรงคุณวุฒิสรพ.), นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี(ผู้ทรงคุณวุฒิสรพ.), พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ (ผอ.สรพ.)

๓ กระแสที่นำมาสู่กระบวนการ HA ในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ได้แก่ (๑) การมี พรบ.ประกันสังคมทำให้เกิดการจัดทำมาตรฐานสถานพยาบาลประกันสังคม เป็นแรงจูงใจในการสร้างมาตรฐาน HA ที่มีความสมบูรณ์มากขึ้น (๒) การศึกษาด้านแบบการพัฒนาการใช้ Quality Management ในโรงพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา และนำแนวคิด TQM มานำร่องทดลองใช้ในโรงพยาบาลประเทศไทย (๓) ความสนใจของ สวรส. ในการสร้างกลไกการทำให้มีระบบคุณภาพเกิดขึ้น และได้เรียนรู้กระบวนการเยี่ยมสำรวจที่น่าประทับใจจาก Mr. Anthony Wagemakers ซึ่งเป็นกระบวนการเชิงบวก ที่ไม่คุกคาม ให้เกียรติ และสามารถกระตุ้นให้โรงพยาบาลอยากพัฒนามากขึ้น

มาตรฐาน HA ฉบับแรกได้มีการเพิ่มเติมแนวคิดการพัฒนา (Quality Improvement) เป็นเอกสารที่มีพลังสะท้อนถึงคุณค่าและความหมาย ทั้งต่อผู้ป่วย บุคลากร และโรงพยาบาล โดยการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้อาศัยการทดลองปฏิบัติ เรียนรู้จากประสบการณ์ และแลกเปลี่ยนกัน จากการทำมาตรฐาน HA ไม่มีวิธีให้ปฏิบัติ มีแต่กรอบแนวคิดกว้างๆ ทำให้โรงพยาบาลมีอิสระในการทำงาน ลองผิดลองถูกเอง และเกิดเป็นนวัตกรรม

จาก พรพ. สู่ สรพ. (พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๕๒)

การดำเนินงานสำคัญ ๖ ประเด็น ได้แก่ การพัฒนาด้านจิตตปัญญา การสร้างเสริมสุขภาพ ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย การจัดประชุม HA National Forum การส่งเสริมการประเมินตนเองและกระบวนการเรียนรู้ มาตรฐานการประเมิน การยกย่อง การรับรองและแรงจูงใจ ด้วยแนวคิดการรับรองบันไดสามขั้น (Stepwise Recognition) ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้สามารถขับเคลื่อนแผ่ขยายกระบวนการ HA ในวงกว้างได้อย่างรวดเร็ว จากนั้นมีการบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ (HPH) บูรณาการมาตรฐาน MBNQA/TQA การพัฒนาโลกเทียบเคียงการพัฒนาโปรแกรม THIP การพัฒนา SHA Program นำมาสู่การจัดตั้งเป็น “สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)” ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำงาน

Head: Principle & Knowledge ปรัชญาการรับรองเป็นกระบวนการเรียนรู้ และการติดตามความรู้ต่างๆ ให้ทันโลก นำความรู้ที่ได้มาทดลองทำ

Heart: Respect & Trust ให้ความเคารพและให้ความยอมรับนับถือกับผู้คน และการสร้างความไว้วางใจ

Hand: Pragmatic & Enjoy ต้องทำอะไรที่เป็นเชิงปฏิบัติมากๆ และมีความสุขอยู่กับมัน

ร่วมด้วยช่วยกันนำแนวคิด HA National Forum มาสู่การปฏิบัติ และเรียนรู้จากแหล่งความรู้ HAarchive

“สานต่อ”: นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี

ได้พัฒนาต่อยอดระบบคุณภาพ ๕ ระบบงานคุณภาพ ได้แก่

๑) การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA มีการขยาย/พัฒนาการประเมินคุณภาพสถานพยาบาลให้รอบด้านมากขึ้น ได้แก่ การประเมินรับรองขั้นก้าวหน้า(AHA : Advanced HA), รางวัลจิตวิญญาณในการทำงาน(SHA Award), การประเมินรับรองระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค (DSC : Disease Specific Certification) รวมทั้ง ขยายการประเมินรับรองไปถึงระดับปฐมภูมิด้วยการประเมิน DHSA : District Health System Accreditation

๒) Information & Technology เนื่องจากเริ่มมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ทางการแพทย์มากขึ้นจึงต้องมีมาตรฐานการดูแล และ มาตรการป้องกันความปลอดภัยของระบบ ประกอบกับปัจจุบันเทคโนโลยีเข้ามาในรูปแบบ telemedicine นอกจากนี้ในโลกของอนาคต โลกเสมือนจริงอย่าง metaverse ที่อาจเข้ามามีส่วนช่วยเรื่องของการ training ในโรงพยาบาลที่มีการฝึกอบรมนักศึกษาบุคลากรทางการแพทย์ก็เป็นอีกหนึ่งแนวทางในการสร้าง Metaverse Training Centre ที่ทางสรพ.เริ่มเล็งเห็นถึงความสำคัญและจะนำไปสู่การวางแผนเพื่อรับรองคุณภาพกันต่อไป

๓) Lean & Logistics การนำระบบ flow ของกระบวนการทาง logistic มาใช้ในการจัดทำบริการทางสาธารณสุข

๔) Value-Based Healthcare

๕) COVID-๑๙

ในช่วงยุคการระบาดของ COVID -๑๙ นับเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ทั้งการประเมินรับรอง ,กระบวนการเยี่ยมสำรวจ เป็นรูปแบบ online และมีการเผยแพร่ความรู้ต่างๆผ่านหลายช่องทาง เช่น Facebook Live และ YouTube เพิ่มมากขึ้น เป็นต้น

“ก่อกำเนิด”: พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

ความท้าทายของ สรพ. ในบทบาทของการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital) สู่การพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Healthcare System) สู่การพัฒนา ระบบสุขภาพ (Health System) ที่สังคม/ประชาชนมีส่วนร่วม โดยมีการพัฒนาระบบการประเมินที่นอกเหนือไปจากการดูเป็นรายโรงพยาบาลแบบเดิม ซึ่งในปัจจุบันมีการรับรองรายโรงพยาบาลที่หลากหลาย เช่น HA, การประเมินรายโรค, SHA ก่อกำเนิดแนวกว้าง จึงเพิ่มมุมมองการพัฒนาและรับรอง หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit accreditation) นอกจากนี้เพิ่มมุมมองการประเมินคุณภาพโดยประชาชนมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนพร้อมเป็นเจ้าของ

มุ่งสู่วิสัยทัศน์: ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพและไว้วางใจได้ในระดับสากลด้วยมาตรฐาน HA

สร้างการยอมรับในสังคมระดับประเทศ จาก HA เป็น HA Thailand โดยขับเคลื่อนองค์กรให้เป็น National body เรื่อง External Evaluation Organization โดย สรพ. ได้รับการรับรองจากหน่วยงานสากล ISQua EEA โดยได้รับการรับรอง ครบทั้ง ๓ โปรแกรม ได้แก่ การรับรององค์กร การรับรองมาตรฐาน และการรับรองกระบวนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็น ๑ ใน ๑๓ ประเทศทั่วโลกที่มีองค์กรที่ได้รับการรับรองครบทั้งโปรแกรม ซึ่งเป็นผลมาจากการวางรากฐานและการสานต่อให้เกิดความต่อเนื่อง

ขับเคลื่อนประเด็น Patient Safety ในระดับ Global เป็น ๑ ใน ๑๒ ประเทศที่ได้รับการยอมรับ และการขับเคลื่อนการพัฒนา ๒P-Safety และบูรณาการประเด็นความปลอดภัยในมาตรฐาน HA ฉบับที่ ๕

๔ ปีต่อจากนี้

ปี ๒๕๖๕ ปีแห่งการ อยู่รอด (Living Organization)

ปี ๒๕๖๖ ปีแห่งการ อยู่ร่วม (Friendly Organization)

ปี ๒๕๖๗ ปีแห่งการ อยู่อย่างมีความหมาย (Meaning Organization)

ปี ๒๕๖๘ ปีแห่งความยั่งยืน

Spiritual Well-being Grows Employee Resiliency in Difficulty Time.

รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภริษ (คณะแพทยศาสตร์มช.), พญ.พรพิศตรีบุพชาติสกุล (รพ.พุทธชินราช), ดร.ดวงสมรบุญ ผดุง(ผู้ทรงคุณวุฒิ สรพ.)*

(การเติบโตทางสุขภาพของจิตวิญญาณต่อการฟื้นตัวของคนทำงานในช่วงเวลาที่ลำบาก COVID -๑๙)

เป็นการเล่าเรื่องของรพ.พุทธชินราชที่มีการเยียวยาหัวใจคนทำงานด้วยกัน ผ่านขบวนการเปิดใจคุยกันในเรื่องราวที่ผ่านมามีคำถามง่าย ๆ

๑. เราคนทำงานก็เป็นคนที่มีครอบครัว คนที่เรารักเช่นเดียวกับคนอื่น ความรู้สึกอะไรที่ไม่ดี กลัว ไม่ชอบในช่วงที่มีการระบาด

๒. ในช่วงที่ยากลำบาก ต้องมีการปรับตัวอะไรบ้าง รู้สึกอย่างไร

๓. มีเรื่องอะไรที่ทำให้คุณรู้สึกดีในสถานการณ์โควิด อาจเป็นเรื่องเล็กน้อยที่คุณมองเห็นยกตัวอย่างมา ๑ เรื่อง

๔. พลังอะไรในตัวคุณ ที่มีความหมายที่สุด ในช่วงเวลายากลำบาก ขอคุณพลังนั้น ช่วยเล่าให้ฟังโดยมีเป้าประสงค์ เพื่อสุขภาพทางด้านอารมณ์ เกิดแรงขับเคลื่อนภายใน การมุ่งเน้นไปที่อนาคต และสุขภาพร่างกายและจิตใจ

๓P Safety for Resilience in Healthcare Crisis และ Resilience

เมื่อเกิดภาวะวิกฤติในระบบสุขภาพ คือ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ผลักดันให้องค์กรสุขภาพเข้าสู่การเปลี่ยนแปลง ๓ ประการที่สำคัญ คือ

๑. การเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น

Resilience in Healthcare ส่งผลดีต่อองค์กรสุขภาพใน ๖ ประเด็น ได้แก่ ๑. Morale improvement (จิตใจสงบพร้อมทำงานต่อ) ๒. Employee retention ๓. Cost reduction ๔. Stress mitigation ๕. Job performance improvement และ ๖ Employee engagement

๒. เครื่องมือที่นำมาปรับใช้ในการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ “Design thinking หรือ การคิดเชิงออกแบบ” เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่นำมาปรับใช้ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เป็นกระบวนการ ทำความเข้าใจปัญหาของผู้ใช้ (Users) เสนอทางแก้ไขปัญหาแบบใหม่ ที่อาจไม่เคยคิดมาก่อน ฝึกให้

ผ่าน ๕ ขั้นตอนของ design thinking ได้แก่ การเข้าใจปัญหา (Empathize) การกำหนดปัญหาให้ชัดเจน (Define) การระดมความคิด (Ideate) สร้างสรรค์วิธีแก้ปัญห การสร้างต้นแบบที่เลือกทดลอง (Prototype) และการทดสอบกระบวนการแก้ปัญห (Test)

เมื่อนำ design thinking นำมาใช้ในองค์กรสุขภาพ องค์ประกอบที่ต้องคำนึงถึงจะประกอบด้วย ๓ ส่วน คือ “คน ระบบ และ เทคโนโลยี”

คน หรือ Users ซึ่งจะต้องมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ “คน” ไม่ได้หมายถึงแค่ “ผู้ป่วย (Patient) แต่ต้องคิดถึงบุคลากร (Personnel) และ ชุมชน (People & Public) ด้วย ซึ่งเทียบเคียงกับ ๓P Safety นั่นเอง ตัวอย่าง กรณีมีการติดเชื้อ covid-๑๙ ในผู้ป่วยที่มารักษาตัวในโรงพยาบาล บุคลากรในโรงพยาบาลได้รับความเสี่ยง โรงพยาบาลใช้หลักของ design thinking ในการจัดการปัญหา โดยเริ่มต้นทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น (Empathize) ไม่เฉพาะกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงความปลอดภัยของบุคลากร และคำนึงไปถึงโอกาสการแพร่เชื้อสู่ชุมชนด้วย และนำความต้องการของทั้ง ๓ ฝ่าย มาออกแบบวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม

ระบบ โรงพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการที่พร้อมรับมือกับปัญหา

เทคโนโลยี มีการนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมนำมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพ เป็นกระบวนการที่สำคัญ โดยเฉพาะในช่วงที่ต้องเผชิญหน้ากับ viral pandemic ครั้งนี้ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัด ได้แก่ เทคโนโลยีที่ใช้ผลิตวัคซีนอย่างรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ หรือการนำเทคโนโลยี มาใช้เพื่อประโยชน์ในการรักษาคนไข้ เช่น การเข้าถึงข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย ผ่าน

บัตรที่ติดตัวผู้ป่วย ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะอยู่ที่ไหนก็ตาม หรือเทคโนโลยีที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมอาหาร ด้วยการตรวจสอบแคลอรีหรือปริมาณน้ำตาลจากรูปภาพอาหาร

๓. สุขภาพมีหนึ่งเดียว หรือ “One health” สุขภาพคน สุขภาพสัตว์ สุขภาพสิ่งแวดล้อม ล้วนมีผลกระทบต่อเนื่องกัน วิกฤติการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ไม่ใช่ตัวอย่างแรกทำให้เห็นความสอดคล้องของสุขภาพคน สุขภาพสัตว์ สุขภาพสิ่งแวดล้อม มีหลายครั้งที่โรคติดเชื้ออุบัติใหม่จากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เกิดการติดเชื้อจากสัตว์ สู่คน หรือ คนสู่สัตว์ ที่ส่งผลให้ ระบบสุขภาพ (Healthcare System) ต้องพัฒนามีใช้ให้มีเพียงคุณภาพ แต่ต้องรวดเร็ว มองให้รอบ และใช้เทคโนโลยีที่แม่นยำ เหมาะสม เพื่อรับมือโรคระบาด และโรคที่มีความซับซ้อน ต่อไป

Medication Safety เรื่องนี้ต้องขยาย

ภญ.วิชชุณี พิตรากุล (รพ.สมุทรสาคร), ภญ.ผุสดี บัวทอง (ผู้เยี่ยมสำรวจ), ภก.ภาสกร รัตนเดชสกุล (รพ.พนมไพร), อ.มจรุส ภาสน์พิพัฒน์กุล (สรพ.)*

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ “ระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล” องค์กรกำหนดนโยบาย/แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันความคาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยานำมาสู่การปฏิบัติ และมีการตรวจสอบการปฏิบัติ ทีมให้บริการ ตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและความคาดเคลื่อนทางยาที่เกิดหรือมีโอกาสเกิด

Medication error หมายถึง เหตุการณ์ความผิดพลาดเกี่ยวกับยาซึ่งเกิดขึ้นขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ อันนำไปสู่การใช้ยาไม่เหมาะสมหรือ เป็นอันตรายกับผู้ป่วย แต่เป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับตัวบุคคลที่ทำงาน หรืออาจเป็นความล้มเหลวเชิงระบบที่ฝังตัวมานานแต่ไม่มีใครสังเกต ซึ่งเมื่อวิเคราะห์เชิงลึกแล้วจึงพบมีความเกี่ยวข้อง ต้องแก้ไขหรือวางระบบใหม่เพื่อป้องกันการเกิดความคาดเคลื่อนซ้ำได้อย่างยั่งยืน

Developmental Evaluation (DE), REAM, and Clinical Audit

“Developmental Evaluation : DE เป็นเครื่องมือที่เอื้อต่อการเรียนรู้ร่วมกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อค้นหาหนทางสู่การเปลี่ยนแปลงของผู้เกี่ยวข้อง เป็นการประเมินเพื่อใช้ประโยชน์โดยนำผลไปปรับปรุงผลงานของตนเอง จึงเป็นมุมที่เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวาง”

Developmental Evaluation คือ เครื่องมือที่ใช้ทำความเข้าใจ รวมถึงใช้ในการตีความในสถานการณ์ที่ซับซ้อน (complex situation) และ DE ที่ดี ต้องให้ real-time feedback เพื่อนำไปปรับปรุงได้ทันเวลา อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือสร้าง double-loop learning (การเรียนรู้เพื่อปรับปรุงนโยบายองค์กร), triple loop learning (การเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทิศทางองค์กร) ให้แก่กลุ่มคนที่มีความแตกต่างกันในหน้าที่รับผิดชอบ มุมมอง ความเชื่อ ประสบการณ์ แต่มีเป้าหมายเพื่อความสำเร็จร่วมกัน

Developmental Evaluation ประกอบไปด้วย ๕ ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่

เป้าหมายร่วมที่ทรงพลัง (common purpose) ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในเครื่องมือนี้ ในการเริ่มต้นเกิดจากการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายขององค์กรที่สร้างคุณค่าที่แท้จริงร่วมกัน ไม่ใช่เพียงแต่การสร้างผลงานให้สำเร็จข้อมูลหรือผลประเมินที่ตรงเป้าหมาย และแม่นยำ โดยกำหนดข้อมูลที่ต้องการ รวมถึงขั้นตอน และวิธีการเก็บข้อมูล จนถึงการกำหนดการวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ที่ครบถ้วน เอาจริงเอาจัง และรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ โดยการเป็น stakeholders ที่ดีนั้น จะต้องมาประชุมครบตามนัด ไม่เปลี่ยนคนไปมา อีกทั้งยังเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนพร้อมที่จะเรียนรู้ เปิดใจพูด เปิดใจฟัง คาดหวังคุณค่าจากมุมมองที่แตกต่าง ไม่ยึดมั่นถือมั่นในมุมมองของตน และสุดท้ายก็คือการมีเป้าหมายใหญ่ที่ทรงคุณค่าร่วมกันกระบวนการสนทนา (dialogue) เป็นการตีความร่วมกันจากหลายมุมมอง เพราะเป็นการเรียนรู้ความซับซ้อน (complexity) นำผลไปใช้ปรับปรุง ณ จุดทำงานของตนเอง

ผู้ประเมิน (evaluator) ที่เป็นเหมือน facilitator ของกระบวนการ dialogue และช่วยอำนวยความสะดวกต่างๆ นอกจากการมี stakeholders ที่ดีแล้วนั้น ทีมประเมินที่ดีต้องมีความเข้าใจโจทย์ใหญ่ในระดับที่ซับซ้อน รู้จัก stakeholder แต่ละคน เคารพทุกวิถีคิด ทุกมุมมอง มีวิธีตะล่อมเป้าหมายที่หลากหลาย สู่เป้าหมายร่วมกัน จับประเด็นความคิดที่ฟุ้งกระจาย ให้กลายเป็นข้อเขียนที่ชัดเจนได้ มีความชำนาญในการเชื่อมโยงความคิด หรือตั้งคำถามให้เกิด double-loop learning อีกทั้งทีมประเมินยังต้องเข้าใจใน research / evaluation methodology วิธีเก็บข้อมูล ประมวลผลข้อมูล และนำเสนอข้อมูล ทีม/ผู้ประเมินที่ใช้ Developmental Evaluation เป็นเครื่องมือควรแม่น ๓ เรื่อง ได้แก่ การคิดกระบวนการระบบ (systems thinking), ทฤษฎีความซับซ้อน (complexity theory) และ developmental evaluation ซึ่งเป็น complex adaptive systems Developmental Evaluation ในมุมมองของ HA จึงเป็นเครื่องมือในการหมุนวงล้อการเรียนรู้ในกระบวนการคุณภาพของสถานพยาบาล ของบุคลากรสุขภาพ และของทีม สรพ. โดยมีหัวใจสำคัญคือ การใช้พลังของ stakeholders ที่มีเป้าหมายที่ทรงพลังและเห็นคุณค่าร่วมกัน

ทำอย่างไรจะสามารถปรับตัวได้อย่างสมดุล ในการเปลี่ยนผ่าน COVID-๑๙ เป็นโรคประจำถิ่น?

ปรับรูปแบบระบบการรักษาจาก Home Isolation เป็นการดูแลแบบผู้ป่วยนอก (OPSI) ตลอดสามปีของการรับมือกับ COVID-๑๙ มีการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลที่เหมาะสมกับสถานการณ์แต่ละระยะ ปีแรกมุ่งเน้นการรักษาในโรงพยาบาลเป็นหลัก, ปีที่สองมุ่งเน้นระบบการดูแลที่บ้านแบบ Home Isolation} ปีที่สามในระยะการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่โรคประจำถิ่น สถานการณ์ปัจจุบันที่ความรุนแรงของโรคลดลงและประชาชนได้รับวัคซีนครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น ทำให้สามารถปรับมาเป็นการดูแลแบบผู้ป่วยนอก (OP with Self Isolation: OPSI) ซึ่งยังคงใช้หลักการสำคัญสองข้อ คือ (๑) ทำอย่างไรให้คนไข้ไม่แย่งและคุณภาพการรักษายังดีอยู่ และ (๒) ทำอย่างไรไม่ให้คนไข้ออกมาแพร่เชื้อหากดูแลตนเองที่บ้านได้ไม่ดี ระบบการดูแลแบบผู้ป่วยนอก (OP with Self Isolation: OPSI) มีขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ (๑) การคัดกรองความเสี่ยงและความพร้อม โดยสนับสนุนระบบการคัดกรองสายด่วน ๑๓๓๐ การบริการ ARI/PUI clinic ของสถานพยาบาล รวมถึงการประเมินความพร้อมในการดูแลโดยครอบครัวหรือชุมชน (๒) รูปแบบการรักษายังคงมีการแยกกักตัวที่บ้าน จำยาตามอาการ (ถ้าไม่มีอาการหรือความเสี่ยงสูงไม่จำเป็นต้องได้รับยาต้านไวรัส) และมีระบบการรับส่งต่อเมื่ออาการแย่ง แต่มีสิ่งที่มีความแตกต่างจากเดิม ๓ เรื่อง ได้แก่ (๑) ติดตามอาการครั้งเดียวที่ ๔๘ ชั่วโมง, (๒) ไม่มีการจัดส่งอุปกรณ์ตรวจประเมิน, และ (๓) ไม่มีบริการจัดส่งอาหาร ทั้งนี้แนวทางการรักษา COVID-๑๙ (ปรับปรุง ๑ มีนาคม ๒๕๖๕) มีการเพิ่มรายการยาต้านไวรัส เช่น Nirmatrelvir/ Ritonavir, Molnupiravir, Remdesivir, Favipiravir

Health Services Maintenance = Individual Measures + New Normal Medical Services + Government Measures โดยมุ่งเน้นการดำเนินการสำคัญ ดังนี้ คือต้นแบบสถานพยาบาลในรูปแบบ Sandbox: DMS-Pattani Model มีการปรับระบบบริการวิถีใหม่ (new normal model) ในหน่วยงานสำคัญ เช่น ห้องผ่าตัด (ปรับปรุง negative pressure OR), ห้องฉุกเฉิน (ปรับปรุง negative pressure isolation tent), บริการทันตกรรม (ปรับปรุงการใช้ rubber dam และ external oral suction device), บริการดูแลกลุ่มผู้ป่วย NCD (มีการดูแลผ่าน Telemedicine และการสนับสนุนอุปกรณ์ติดตามอาการที่บ้าน) Long COVID: การดูแลภาวะ Long term effect ของผู้ป่วย ๕-๕๐% (ขึ้นกับเกณฑ์การวัดของแต่ละการวิจัย) หลังติดเชื้อ COVID-๑๙ ซึ่งเป็นผลของ inflammation จากการติดเชื้อซึ่งสามารถเกิดได้ในทุกระบบของร่างกาย ทำให้สามารถมีอาการ Long term side effect ได้ โดยมีการกำหนดแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย Long COVID การดูแลต่อเนื่อง (continuum of care) บูรณาการกับหน่วยบริการปฐมภูมิ โครงการสามหมอ ร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Learning and Renovation of Care

หัวใจสำคัญคือการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอำนาจจากทุกภาคส่วน ทั้งประชาชน ภาคประชาสังคม และการเสริมพลังผู้ป่วยที่มีบทบาทเพิ่มมากขึ้น การพลิกวิกฤตสู่โอกาสโดยการพัฒนา New Normal Medical Services

ประกอบด้วย (๑) ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ สนับสนุนระบบการส่งต่อผู้ป่วย และการบูรณาการฐานข้อมูลระหว่างหน่วยบริการกับหน่วยบริการ และหน่วยบริการกับผู้ป่วย, (๒) ระบบแบ่งกลุ่มและจัดบริการตามความจำเป็นของแต่ละบุคคล โดยพิจารณาจากระดับความรุนแรง ความซับซ้อน ความเร็วของการดำเนินโรค รวมถึงความเข้มแข็งและพฤติกรรมของผู้ป่วย, (๓) ระบบสนับสนุนการดูแลตนเอง มีข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Medical Record) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แอปพลิเคชัน และระบบติดตามรายบุคคล, (๔) ระบบบริการจัดการเตียงร่วมกัน เพื่อลดความแออัด เพิ่มการเข้าถึงบริการที่ง่ายขึ้น และยกระดับความปลอดภัยด้านการป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล, และ (๕) ความร่วมมือกับภาคเอกชนหรือ Startup ในการพัฒนา Metaverse in Healthcare กรมการแพทย์ มีภาพที่อยากเห็นการเปลี่ยนแปลงบริการการแพทย์นอกสถานพยาบาลที่ดูแลพี่น้องประชาชน เป็น personal-based medical service โดยการ Re-design process แล้วนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาสนับสนุน กรมการแพทย์เป็น open platform ในการทำงานร่วมกับทุกภาคส่วน เพื่อผลประโยชน์แก่คนไข้และประชาชน

HA National Forum ๒๒: Towards Scaling Up and Resilience in Healthcare

“Resilience” เป็นคำที่หลายวงการให้ความสนใจ Resilience มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน แปลว่า “กระดอนกลับ” Oxford Dictionary ได้ให้คำนิยามไว้ว่า “The Capacity to Recover Quickly from Difficulties” เป็นความสามารถในการฟื้นตัวอย่างรวดเร็วจากปัญหา แนวคิดนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งในระดับบุคคลและเชิงระบบ

ในแวดวงของงานทรัพยากรบุคคล มีการนำคำว่า “Resilience” มาใช้ในการพัฒนาด้านในและเสริมสร้างศักยภาพของคน ให้มีความสามารถในการปรับตัวอย่างรวดเร็ว ภายหลังการเผชิญกับอุปสรรคความทุกข์ยาก หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เป็นเสมือนความยืดหยุ่นทางจิตใจเพื่อก่อให้เกิดการตอบสนองเชิงบวกและพร้อมรับกับสถานการณ์ต่างๆในทางวิศวกรรม มีการนำคำว่า “Resilience” มาใช้เชิงระบบโดยมีองค์ประกอบสำคัญ ๔ ประการคือ “Rebound” เป็นการฟื้นตัวจากเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่ไม่คาดฝันให้กลับมาทำหน้าที่เหมือนเดิมได้รวดเร็ว โดยอาศัยขีดความสามารถและทรัพยากรที่มีอยู่ “Robustness” เป็นความสามารถที่จะดูดซับความแปรปรวน ความยุ่งเหยิง สามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายได้ “Graceful Extensibility” เป็นความยืดหยุ่น การปรับตัวเชิงระบบขยายความพร้อมรับมือกับทุกเหตุการณ์อย่างสง่างาม และ “Sustained Adaptability” เป็นความสามารถที่จะปรับตัวได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว รับมือกับความท้าทายในรูปแบบต่างๆ ที่จะเข้ามาซ้ำแล้วซ้ำอีกในอนาคต โดยรวม “Resilience” ของระบบใดๆ คือ ความยืดหยุ่น ความสามารถในการกลับสู่สภาพเดิม และความสามารถในการรับมือกับเหตุการณ์ไม่คาดฝัน ทั้งก่อนระหว่างและหลังเหตุการณ์

Resilience

หมายถึง ความสามารถในการฟื้นตัวอย่างรวดเร็วจากปัญหา ให้มีความสามารถในการปรับตัวอย่างรวดเร็ว ในเชิงระบบ Resilience มีองค์ประกอบ ๔ ประการคือ

Rebound การฟื้นตัวจากเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่ไม่คาดฝัน ให้กลับมาทำหน้าที่เหมือนเดิมได้รวดเร็ว โดยใช้ขีดความสามารถและทรัพยากรที่มีอยู่

Robustness เป็นความสามารถดูดซับความแปรปรวน ความยุ่งเหยิง สามารถจัดการกับเหตุการณ์เลวร้ายได้

Graceful extensibility ความยืดหยุ่น การปรับตัวเชิงระบบ ขยายความพร้อมในการรับมือกับทุกเหตุการณ์อย่างสง่างาม

Sustained adaptability ความสามารถในการปรับตัวได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว รับมือกับความท้าทาย ในรูปแบบต่างๆที่จะเข้ามาซ้ำแล้วซ้ำอีกในอนาคต

Resilience คือความยืดหยุ่น ความสามารถในการกลับคืนสู่สภาพเดิมและความสามารถในการรับมือเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน ทั้งก่อน ระหว่างและหลังเหตุการณ์

ในระบบบริการสุขภาพ เริ่มต้นนำคำว่า “Resilience in Healthcare” มาใช้ในประเด็นที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลรักษา เริ่มจากการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยแบบ Safety I ที่เรียนรู้จากข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น เป็น Safety II ที่เรียนรู้จากการประสบความสำเร็จในการสร้างความปลอดภัย ไม่ว่าจะเกิดสถานการณ์หรือข้อจำกัดใดๆ ในสถานพยาบาล นำมาสู่ เรื่อง Resilience in Healthcare System ที่ให้ความสำคัญในการพัฒนาเชิงระบบภาพใหญ่ คือ “the health system’s ability to prepare, manage (absorb, adapt and transform) and learn from shocks” เน้นความสามารถของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมีการเตรียมตัวและการจัดการ (ซึมซับ, ปรับตัว และปรับเปลี่ยน) โดยเรียนรู้จากแรงกระแทกหรือสถานการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ COVID-๑๙ ด้วยการเตรียมความพร้อม มีการบริหารจัดการที่ดีมีการประสานความร่วมมือเพื่อนำระบบบริการสาธารณสุขก้าวไปข้างหน้า เพื่อนำระบบบริการสาธารณสุขก้าวไปข้างหน้า รวมถึงยกระดับ และขยายศักยภาพ เพื่อ scaling up ระบบบริการสุขภาพไทยให้คงอยู่อย่างยั่งยืน

ในสถานการณ์ COVID-๑๙ ที่ผ่านมา เกิด “Resilience” ทั้งในระดับบุคคล ที่ทำให้บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถยืนหยัดทำงานในสถานการณ์ที่ยากลำบาก เกิด “Resilience” เชิงระบบในระดับโรงพยาบาลเพื่อรับมือกับสถานการณ์ COVID-๑๙ ที่มีความหลากหลายเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลทั้งคนไข้ COVID-๑๙ และคนไข้ทั่วไป เกิด “Resilience” ในระดับ Health System ที่ต้องมีการบริหารจัดการกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก ทั้งการควบคุมการระบาดเชื้อกลายพันธุ์การบริหารจัดการวัคซีนให้ครอบคลุม และการสื่อสารกับประชาชน เกิดความร่วมมือ เกิดนวัตกรรม เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เปล่งประกายศักยภาพที่หลากหลาย เกิดความร่วมมือ มีเรื่องราวมากมายจากหลากหลายประสบการณ์ของผู้คนที่ควรค่าแก่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการยกระดับ หรือ “Scaling up” ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

ก้าวกับมาตรฐานใหม่ ด้วยหัวใจ ๓P Safety

พญ.ปวยรรณ ลิ่มปัญญาเลิศ (ผอ.สรพ.)

กระบวนการประเมินรับรองและเรื่อง Patient Safety ทำให้มีความสากล ดำเนินนโยบาย ๒P Safety (Patient, Personnel) ซึ่งที่ผ่านมามีได้บูรณาการเป้าหมายเข้าไปอยู่มาตรฐานสำคัญ จำเป็นต่อความปลอดภัย ผลักดันให้เป็นเกณฑ์รับรองความปลอดภัยของสถานพยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า เมื่อได้รับมาตรฐาน HA ไปแล้ว จะมีระบบป้องกันไม่ให้เกิดการผิดพลาด ฝ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ระบบการป้องกันไม่ให้มีการให้เลือดผิด

นอกจากมีระบบแล้ว ถ้าเกิดเหตุขึ้น เรามีกระบวนการเอาเรื่องเหล่านี้เข้ามาทบทวนแก้ไข เพื่อป้องกันไม่ให้มันเกิดขึ้นอีก การขับเคลื่อนเรื่อง patient and personnel safety หรือ ๒P safety ประเทศไทยได้เริ่ม ช่วงการระบาดของโควิด-๑๙ องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศให้มีเรื่องความปลอดภัยบุคลากรสาธารณสุขด้วยเช่นกัน ซึ่งไทยเราทำมาก่อนหน้านั้น ดังนั้นเราจะขยับเพิ่มเป็น ๓P Safety (Patient, Personnel, People) ให้มีเรื่องของประชาชน (People) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้ระบบบริการสุขภาพของเราแข็งแรง

P ที่ ๓ หรือ ประชาชนเข้ามามีความสำคัญ คือ โควิด-๑๙ กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สปสช. ที่ให้โอกาส สรพ. ดำเนินการประเมิน Home Isolation กักตัวผู้ป่วยอาการน้อยหรือไม่มีอาการดูแลรักษาตัวเองที่บ้าน เรื่องนี้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมาก เพราะว่าการกักตัวที่บ้าน คนในบ้านคือ People เพื่อให้มีความปลอดภัย กล่าวได้ว่าเราใช้สถานการณ์โควิด-๑๙ เป็นตัวขยับ ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการทำให้มีความปลอดภัย ที่สำคัญในเรื่องการประเมินคุณภาพสถานพยาบาล ก็จะมีประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย นี่ถือเป็นภาพต่อไปในอนาคตที่เราอยากให้เกิด”

๓ p safety ในมาตรฐานฉบับที่ ๕ ซึ่งผ่าน international assurance มี ๔ ตอน

- People คือ คนที่เข้ามาในโรงพยาบาลที่ไม่ใช่คนไข้ และ บุคลากรภายในโรงพยาบาล ซึ่งไม่เกี่ยวกับ process of care People ในชุมชนและสังคมของโรงพยาบาล

- มาตรฐานที่ ๑ การนำองค์กร people คือผู้รับผลงาน เช่นครอบครัว ญาติ ชุมชน

๑.๑ ผู้นำต้องให้ความสำคัญกับ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย

- Core business ของ hospital คือ กระบวนการดูแลผู้ป่วย

๑.๒ การกำกับดูแลองค์กร รพ.ต้องทำให้มั่นใจว่าองค์กรทำประโยชน์ให้สังคม ต้องมีระบบการกำกับดูแลทาง clinic คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิก ต้องมีผู้นำทางการแพทย์ร่วมด้วย การปฏิบัติตามกฎหมาย

รพ.ส่งผลกระทบต่อชุมชนไม่ปลอดภัยหรือไม่ เช่นการกำจัดยาเคมีบำบัด radiation hazard เป็นต้น

๑.๓ ผู้ป่วยและผู้รับผลงาน ออกแบบในการรับเสียงสะท้อนของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการ

- บุคลากรต้องมีสวัสดิภาพ ต้องปราศจากอันตราย ต้องมีชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม
- GAP ที่เจอในโรงพยาบาล คือระบบรายงานอุบัติการณ์มีปัญหา การให้เจ้าหน้าที่ของความเสี่ยงมีปัญหา และขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน
- ความยั่งยืนจะเกิดขึ้นผู้นำต้องมีวัฒนธรรมการทบทวนและติดตาม เรื่อง ๓ P safety
- รพ.ต้องนำแพทย์มาเป็นผู้นำใน PCT ให้ได้
- ใน ๓ P safety ต้องมีเรื่องกฎหมายด้วย
- พัฒนาสังคมหรือชุมชนให้เติบโตพร้อมกับโรงพยาบาล
- ความคาดหวังผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย ต้องรอด และหายกลับไปทำงานปกติสุขได้
- รพ. ออกแบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองกับความคาดหวัง

มาตรฐานสำคัญจำเป้น จุดเน้นเพื่อความปลอดภัย

นพ.สุรชัย ปญญาพทธีพงศ์ (ผู้เยี่ยมสำรวจ), อ.เรวดี ศิรินคร (ผู้เยี่ยมสำรวจ), พว.นุชจारी จังวณิชชา (รพ.บำรุงราษฎร์อินเตอร์เนชั่นแนล), นพ.ทรง พิลาลัย (สรพ.)*

มาตรฐานเพื่อให้เกิดความปลอดภัย แนวทางปฏิบัติให้เป็นระบบ หมายถึง มีขั้นตอนอะไรบ้าง ในแต่ละขั้นตอน ใครเป็นคนรับผิดชอบและทำซ้ำได้อีก ต้องสามารถวัดได้ วัดผลลัพธ์ของการทำตามระบบ วัด compliance ของระบบ ว่าระบบวางไว้ได้ทำตามระบบหรือไม่ เช่น risk management เป็นการวัด compliance ส่วน incident เป็นผลลัพธ์ของระบบ โดย มาตรฐานสำคัญต้องมาจากทีมนำ

กรณีเกิดอุบัติการณ์ E ขึ้นไป ต้องทำ RCA โดยมีการทบทวนอุบัติการณ์และทบทวน effectiveness (ระบบใช้ได้จริงๆหรือไม่)

มาตรฐานสำคัญทั้ง ๙ ประกอบด้วย

๑. การฆ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
๒. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSİ
๓. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
๔. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event
๕. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
๖. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
๗. ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค
๘. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาผิดพลาด
๙. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

รายละเอียดสถานพยาบาลต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

๑. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด
๒. สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด
๓. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุราก

๔. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมสำรวจ

สิ่งที่โรงพยาบาลควรทำคือการนำมาตราฐานสำคัญที่จำเป็นต่อความปลอดภัยทั้ง ๙ เรื่อง มาทบทวน

โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อแยกประเภทว่าเรื่องใด “ทำได้ดีแล้ว” และเรื่องใด “ยังมีโอกาสพัฒนา” โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HA อย่างน้อยจะมีระบบการดูแลผู้ป่วยใน ๙ เรื่องนี้ มีการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ มีผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบบริการ ทำให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยที่มารับบริการอย่างมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งที่โรงพยาบาลควรจัดทำและนำมาปฏิบัติคือ

แนวทางปฏิบัติ (Guideline or CPG – Clinical practice guideline) และเฝ้าติดตามให้มีการปฏิบัติจริง เหตุผลที่จะทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติและปฏิบัติจริงจากความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานมีดังนี้

- มีการหมั่นทบทวนปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องกับสถานการณ์
 - มีการสื่อสารทำความเข้าใจที่เกี่ยวข้องและทดลองใช้
 - แนวทางปฏิบัติที่นั้นเกิดจากการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ไม่ใช่โดยใครคนใดคนหนึ่ง
 - เฝ้าติดตาม (Monitor) เก็บข้อมูลอุบัติการณ์ (Incident report – IR) ดังระบบรายงานอุบัติการณ์ในมาตรฐานใหม่ตอนที่ ๔ แบบประเมินตนเองจะมีช่องให้เติมจำนวนอุบัติการณ์ และให้เขียนแนวทางการป้องกันประกอบไว้ด้วยสั้นๆ ๓-๔ บรรทัด การตรวจเยี่ยมของ สรพ.จะสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานที่หน้างานเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง
 - นำอุบัติการณ์ที่อยู่ในระดับรุนแรงระดับ E ขึ้นไปมาทบทวน ต้องมีการวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา (Root cause analysis – RCA) เมื่อเกิดเหตุกับคนไข้ให้เหมาะสมกับปัญหาและความรุนแรงนั้นๆ ทบทวนเพื่อวางแนวทางปฏิบัติ ไม่ให้เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นอีก ถ้ามีแนวทางปฏิบัติที่ดี อุบัติการณ์นั้นๆจะเกิดขึ้นน้อยลงแน่นอน (Potential change)
 - จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยง (Risk register) ดำเนินงานอย่างเป็นระบบเพื่อติดตามผลการปฏิบัติ มาตรฐานสำคัญที่เกิดขึ้นจากคำถามว่าทำไม (WHY) อะไรคือพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe act) เช่น การให้ยาโดยไม่ได้ถามชื่อนามสกุล เกิดจากปัจจัยแวดล้อมหรือสถานการณ์อะไร คิดเชิงระบบ ไม่คิดถึงเฉพาะตัวบุคคล การป้องกันอาจมีการสร้างนวัตกรรมขึ้น โดยใช้ Human factor engineering (HFE) ปรับในแนวทางปฏิบัติ Guideline ที่มีอยู่ ทำให้คนไข้ได้รับความปลอดภัยมากขึ้น
 - เมื่อกำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ มีการบันทึกผลการดำเนินการว่าเกิดแนวทางอะไรขึ้นบ้าง บันทึกข้อมูลในแบบประเมินตนเอง ทีมสหวิชาชีพร่วมกันพิจารณาว่าเรื่องใดที่มั่นใจว่าโรงพยาบาลทำได้ดีแล้ว และเรื่องใดที่โรงพยาบาลต้องใช้ความพยายามในการดำเนินการจึงจะสำเร็จ ทั้งนี้เมื่อพบช่องโหว่ (Gap) ในการปฏิบัติแล้ว จึงวางแผนการปฏิบัติต่อไป (Action plan) ให้เกิดความปลอดภัยแก่คนไข้และบุคลากร ตามมาตรฐานสำคัญและจำเป็นจุดเน้นเพื่อความปลอดภัย (๒P Safety และ National Patient and Personnel safety goal)
- ประกาศมาตรฐานสำคัญ ๙ เรื่องประกาศปลายปี ๒๕๖๓ ที่มีความจำเป็นต้องทำถ้าไม่ทำมีโอกาสติด focus ได้ โดยอิง context ของโรงพยาบาล

Pitfall หลุมพราง จากมุมมองของผู้เยี่ยมสำรวจ

๑. ยังไม่ได้นำคำประกาศของสรพ มาทบทวน
๒. ทีมที่เกี่ยวข้องไม่รู้ตัวเองต้องทำอะไร ยังไม่รู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง
๓. แนวทางปฏิบัติยังไม่ชัดเจนเนื่องจากคิดว่ามีอยู่แล้ว
๔. ไม่พูดถึงบทบาทของทีมจะทำอะไรในมาตรฐานแต่ละประเด็น
๕. ยังไม่มีการอ่าน patient safety goals มาอ่าน

ความคาดหวัง ของผู้เยี่ยมสำรวจ คือ

๑. ต้องประกันคุณภาพของแต่ละมาตรฐาน ประกันที่ target เท่าไหร่ภายใต้ทรัพยากรของโรงพยาบาล วางระบบ คู่มือ แนวทาง ต้องมี

๒. ในมาตรฐานจำเป็น ๙ เรื่อง แต่ละโรงพยาบาลต้องสำรวจเพื่อทบทวนตัวเองว่ามีเรื่องใดบ้าง policy ของโรงพยาบาลและ areaที่สำคัญต้องทำในแต่ละมาตรฐาน โดยตัวที่ควรวิเคราะห์มากที่สุดคือ IC ที่จะประกาศในส่วนมาตรฐานสำคัญของโรงพยาบาลเพราะแต่ละรพ. มีบริบทต่างกัน เลือกให้เข้ากับบริบทของรพ.ตนเอง

๓. work in guild line ต้องจัดทำ และผู้เยี่ยมสำรวจส้อม บางระบบประกาศเป็น QA ได้

๔. ๓ D PDSA ยังต้องทำ ในการประเมินตามมาตรฐานใหม่นี้ จะต้องพิจารณา ๓ C ทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน ๓ C:Core values เป็นสิ่งที่กำกับอยู่ในใจ C:Context ภูมิหลังของเรา C:Criteria /Standards เข้มทิศการเดินทาง

ในส่วนของ PDSA (Plan-Do-Study-Act) เป็นการมาคิดว่าเราได้มีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องหรือไม่จากการออกแบบระบบ/วางระบบ(Plan-Design) แล้วนำไปทำงานประจำให้ดี(Do-Acting) มีอะไรให้คุยกัน(Study-Learning)และขยับทบทวน(Act-Improvement) โดยในขั้นทำนั้นก็ใช้ ๓CTHER+HELP ในขั้นStudyนั้นก็คือมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดCQI/นวัตกรรม โดยอาศัยการตามรอย(Tracing) ส่วนขยับทบทวนคือการวัดผลคุณภาพจากตัวชี้วัดสำคัญๆ

- นำแนวทางลงสู่การปฏิบัติ หัวหน้างานต้องกำกับดูแล ให้ปฏิบัติตาม
- สื่อสาร training ให้เกิด awareness

ถูกหมอ ถูกมาตรฐาน ถูกเวลา ถูกบันทึก ถูกทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยและผู้ที่ชำนาญกว่า trigger tool concurrent trigger toolsเพื่อป้องกัน มาตรฐานเรื่องการวินิจฉัยผิดพลาด

เคลียร์ทุกเรื่อง! กับเพื่อนคุณภาพ: The Virtual Big Room

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (ผู้ทรงคุณวุฒิ สรพ.), อ.ผองพรรณ จันธนมบัติ (ผู้ทรงคุณวุฒิ สรพ.), นพ.สมจิตต์ ชี้เจริญ (รพ.ชุมพรเชตรา), Mr.Anthony Wagemaker, ดร.อาภากร สุปัญญา (สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย (วว.))*

๑. Resilliance hospital
๒. ประเด็นมาตรฐานใหม่ ฉบับ ๒๕๖๕
๓. ประเด็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
๔. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมสำรวจ

คุณภาพคือการทำงานประจำให้ดี

การพัฒนาคุณภาพ เป็นกระบวนการที่ไม่สิ้นสุด กลไกที่ขับเคลื่อนต้องมีผู้จุดประกาย ผู้นำและผู้ปฏิบัติเป็นตัวอย่าง คนต้องมีความสามารถ ๓ อย่าง องค์กรต้องปรับตัวได้ไว มีความเห็นอกเห็นใจ ต้องชอบตั้งคำถามและชอบหาคำตอบ องค์กรจะสามารถอยู่รอดได้

มาตรฐานมีการเปลี่ยนแปลงจาก sustainable อย่างเดียวเป็น การทำร่วมกับ successful จะบรรลุพันธกิจได้ ต้องกลับมามองวิสัยทัศน์ ชีตความสามารถขององค์กรที่ต้องปรับตัว อะไรที่ต้องทำจริงใจ ทำอย่างไร และ ทำเมื่อไหร่ การสร้างเป้าหมายร่วมกัน safety quality ตามมาตรฐานใหม่ทั้ง ๙ ข้อ agility ทำให้เกิดนวัตกรรม สร้าง insight ภายใน สร้าง sense of urgency ไม่ใช่อยูไปเรื่อยๆ ตัวขับเคลื่อนที่ช่วยให้บุคลากรเหนื่อยมากสามารถเดินต่อไปได้ คือ กำลังใจ และคำชม เน้นให้เห็นเป้าหมายในการทำงาน เน้นที่ head hart hand ทำเลยไม่ต้องรอ

การเยี่ยมสำรวจที่มีความสุข ต้องสร้างคุณค่าให้โดยเริ่มจากสิ่งที่โรงพยาบาลมี และมองสิ่งที่ดี อย่ามองในสิ่งที่ขาด

๓P Safety for Resilience in Healthcare

ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา (คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล)

- กำลังสู่ปลายทางของ covid โดยเป็นโรคประจำถิ่น

- การเกิดวิกฤตในกระบวนการสุขภาพ จาก storming phase ควรนำไปสู่สิ่งที่ดีขึ้นไม่ใช่ดีเหมือนเดิม โดยเฉพาะ health care system โดยผ่านเครื่องมือ design thinking
- มีวิกฤตจะมีโอกาสที่ประสบและล้มเหลวได้ โดยความสำเร็จเป็นจุดเริ่มต้นของความล้มเหลว และความล้มเหลวสามารถนำไปสู่ความสำเร็จ เหมือนกัน ดังนั้น ถ้าสำเร็จต้องทำ productive success ต่อไป
- ในภาวะวิกฤตมีโอกาสมือ การเกิดโควิด ทำให้มองโลกได้ง่ายขึ้น เพราะเป็นวัฏจักรตามธรรมชาติ ทุกวิกฤต จะนำไปสู่การปรับตัว สิ่งที่ปรับตัวได้จะสามารถอยู่รอดได้
- นิยามของ resilience การฟื้นตัวจากปัญหาต้องกลับมาให้ดีกว่าเดิม
- ทุกครั้งที่เกิดวิกฤตจะทำให้มีโอกาสดีขึ้นเสมอ
- เครื่องมือ ที่ใช้คือ design thinking ในการที่จะทำให้เกิด resilience เป็นกระบวนการทบทวน ปัญหาที่เกิดขึ้นมีอะไรบ้างและมองไปข้างหน้า มองปัญหาให้ออก เพื่อหาวิธีหรือคำตอบที่จะแก้ไขและป้องกัน โดยการ think off the box หาวิธีแก้ปัญหาก็ไม่เคยมองมาก่อน โดยใช้เทคโนโลยีมาใช้ร่วมด้วย
- การคิดเชิงออกแบบประกอบด้วย ๕ กระบวนการ ๑. เข้าใจปัญหา ๒ กำหนดนิยาม ๓. การสร้างสรรค์แนวคิด ๔. การจำลอง ๕. การทดสอบ
- การเข้าใจคนไข้ ต้องการอะไร คิดหาเรื่องใหม่ หา solution เพื่อแก้ปัญหา
- ในอนาคตของ health care system ๑. คนจะมีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งกายและใจ ๒. ต้องมีความสามารถในการปรับตัว agility ๓. ค่าใช้จ่ายจะมากในตอนแรกและจะลดลงในอนาคต ๔. พร้อมทั้งจะมีการระบาดใหม่
- smart ๕ G. hospital ของศิริราชพยาบาล
 ๑. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินอัจฉริยะ ด้วยเทคโนโลยีเครือข่าย ๕G และระบบปัญญาประดิษฐ์ : Smart EMS
 ๒. ระบบห้องฉุกเฉินอัจฉริยะ ด้วยเทคโนโลยีเครือข่าย ๕G และระบบปัญญาประดิษฐ์ : Smart Emergency Room
 ๓. ระบบการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ด้วยปัญญาประดิษฐ์ ผ่านเครือข่าย ๕G : Pathological diagnosis system with ๕G and artificial intelligence
 ๔. ระบบผู้ช่วยการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ ผ่านเครือข่าย ๕G : ๕G AI Platform for NCD โดยเฉพาะเรื่องของเบาหวาน
 ๕. ระบบทำนายปริมาณการใช้และการจัดการสินค้าคงคลัง ด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ (AI) ผ่านเครือข่าย ๕G : Smart Inventory Management
 ๖. ระบบเวชระเบียนกลางด้วยเทคโนโลยีบล็อกเชน : Permission based block chain for personal health record
- แบ่ง user ๓ กลุ่ม ๑. คนไข้ ๒. บุคลากร ๓. People and public

Major Key Changes in HA Standards ๕th Edition in International Expectations

รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล (รองคณบดีฝ่ายวางแผนและพัฒนา คณะแพทยศาสตร์จุฬาฯ),
 พญ.ปวยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ (ผอ.สรพ.)

- มาตรฐานฉบับที่ ๕ ผ่านการรับรองเป็นสากลโดย ISQAEEA ต้องเน้น ๓ เรื่อง
 - ๑ patient safety ๒. people center ๓. CQI
- กำหนด หลักการ principle ของมาตรฐาน คือ การพัฒนา และถ่ายทอดเพื่อนำไปสู่การประเมินมาตรฐาน
- การพัฒนาต้องสอดคล้องกับกฎหมาย เรื่องที่ดียังต้องทำต่อไป อิงกับ ISQAEEA สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศ ต้องเอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาต่อโรงพยาบาล
- จุดเด่นในมาตรฐานฉบับที่ ๕ เอกลักษณ์ของความเป็นไทยมากำหนดในมาตรฐาน

- เปลี่ยนแปลง ๕ ประเด็น ๑.เปลี่ยนรูปแบบของการเขียน ๒. เปลี่ยนชื่อมาตรฐาน ๓. การเปลี่ยนในข้อกำหนดในภาพรวมแต่ละบท ๔. เพิ่มหมวดหมู่ในมาตรฐาน ๕. การเปลี่ยนแปลงชื่อหมวดมาตรฐาน ๖. การเพิ่มข้อย่อหรือปรับการเขียนข้อย่อ ๗. ทบทวนการเขียนเนื้อหาให้กระชับและครอบคลุม ๘. ใช้คำที่มีความหมายกว้างขึ้นในมาตรฐาน
- ๙. การสลับที่/ควบรวมมาตรฐาน

ภาพรวมในการบริหารองค์การ : การนำองค์กร

- ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ต้องให้มีการปฏิบัติอย่างจริงจัง สนับสนุนให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และผู้รับผลงาน (ผู้เฝ้า ผู้มาเยี่ยม ร้านค้า)
- เพิ่มการสื่อสารทั้งผู้ป่วยและผู้รับผลงาน
- สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง (สนับสนุน, กำหนดความคาดหวัง)
- ให้มีการกำกับดูแลทางคลินิก
- ประเด็นทางจริยธรรมที่มีความขัดแย้งกัน ควรมีความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลาย โดยการมีส่วนร่วมของญาติและผู้ป่วย
- I-๑.๒ เพิ่มการทำประโยชน์ให้สังคมและการเป็นองค์กรที่ทำประโยชน์ให้สังคม
- I-๒.๒ การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ เปลี่ยนจากเป้าประสงค์เป็นวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
- I-๓ ผู้ป่วยและผู้รับผลงาน
- การรับฟังและการกำหนดการบริการสุขภาพ โดยให้สอดคล้องกับสิ่งที่รับฟังมา
- I-๓.๒ ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เปลี่ยนจากสร้างความผูกพัน เป็นสร้างความสัมพันธ์ กำหนดเวลาในการจัดการข้อร้องเรียน
- I-๓.๓ สิทธิผู้ป่วย เพิ่มผู้ป่วยเปราะบาง และ ผู้ได้รับผลกระทบจากการดูแลทางกฎหมาย ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ
- I-๔ การสร้างองค์ความรู้ในองค์กร เช่น WI ให้เป็นแนวทางปฏิบัติ
- I-๕ เปลี่ยนจากกำลังคนเป็นบุคลากร หมายถึงบุคคลทั้งหมดที่เข้ามีส่วนร่วมในโรงพยาบาล ให้มีความเพียงพอ และมีสวัสดิภาพ สุขภาพความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของบุคลากร เพื่อรักษาบุคคลไว้และให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี
- I-๖ เปลี่ยนจากกระบวนการ เป็นกระบวนการทำงาน เพิ่มเติมมีการจัดการเครือข่ายอุปทานและมีการจัดการนวัตกรรม
- II-๒ การประเมินผู้ป่วย ปรับเพิ่มความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแลรักษา
- II-๓.๑ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย เพิ่มการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- II-๔.๒ เพิ่มหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง
- III-๖ ปรับคำว่าดูแลสุขภาพเป็นจัดการสุขภาพซึ่งเน้นการดำเนินการด้วยตนเองและเพิ่มความเรื่องสุขภาพและสุขภาวะที่ดีตามเกณฑ์ของ EEA

Personnel Safety: What Happens When COVID Becomes Endemic?

รศ.นพ.ยงค รุ่งเรือง (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล), รศ.ดร.พญ.เนลินี ไชยเอีย (คณะแพทยศาสตร์ มข.), นพ.สมศักดิ์ อุทัยพิบูลย์ (รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์), อ.สุภาเพ็ญ ศรีสดี (สรพ.)*

- นพ.สมศักดิ์ : ใน phase แรก ถอดชุดต้องมี buddy คนทำงานต้องฉีดวัคซีน ๑๐๐ % เปลี่ยนหอผู้ป่วยพิเศษเป็นผู้ป่วยโควิด จัดเวรหมุนดูแลผู้ป่วยโควิด งดรับประทานอาหารร่วมกัน phase ๒ ออกแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลเอง สื่อสารกับประชาชนโดยการแถลงการณ์ ขอขอบคุณและขอความร่วมมือ สนับสนุนทรัพยากร PPE ที่จำเป็นให้กับบุคลากร สร้างขวัญและกำลังใจให้บุคลากร phase ๓ พบบ cluster เล็กๆกระจายในโรงพยาบาล โดยการลดปริมาณการให้บริการผู้ป่วย ใช้หลัก VUCA Vaccine UP Covid free setting (งดเยี่ยม) ATK

- พญ.เนลินี : จัดสรรทรัพยากรที่มีมาตรฐาน ให้เพียงพอกับบุคลากร กรณีต้อง reuse ต้องเลือกวิธีที่ได้มาตรฐาน และให้อนุมัติในที่ประชุม คัดแยกบุคลากรที่ติดเชื้อ โดยแบ่งเป็น เสียงสูง เสียงกลาง เสียงต่ำ ถ้าบุคลากรไม่พอจะดึงบุคลากรเสียงกลางมาทำงาน feedback ให้บุคลากร

- นพ.ยงค์ :เปลี่ยนผ่านจาก”ระบาดทั่วโลก (pandemic)” ไปสู่เชื้อประจำถิ่น(endemic)”

- โครระบาดทั่วโลกจะเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นเสมอในอัตราที่ต่างกัน ในเวลาที่ต่างกัน ในแต่ละพื้นที่
- โรคประจำถิ่นเกิดขึ้นเมื่ออุบัติการณ์คงที่ ระบาดย่อยได้ คาดการณ์ได้
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภูมิคุ้มกันหมู่ด้วยวัคซีนหรือโดยธรรมชาติ ปัจจัยประชากรและ สายพันธุ์ของเชื้อ การใช้ PPE และ universal precaution และแยกกักตัว การนำ ATK มาทำ retrospective กรณี ATK ลบเชื้อน้อยจะ turn เป็นลบใน day ๕ โดย ATK ลบในกลุ่มที่ไม่มีอาการ โดยใช้ ATK มาใช้ในการ return to work

เรื่องเกี่ยวกับ SAR ที่ “น่าจะรูแบบนี้ตั้งนานแล้ว”

นพ.สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิพงศ์ (ผู้เชี่ยวชาญ), อ.จักษณา ปัญญาชีวิน (สรพ.),

นพ.ชาญณรงค์ รุจิระชาติกุล (รพ.พระพุทธบาท)*

อ.จักษณา - ทำความเข้าใจมาตรฐานทั้งหมดก่อน ที่มีแล้วอ้างไว้ซึ่งคุณภาพ ที่ยังไม่มี พัฒนาและประเมินซ้ำสรุปเขียนตอบใน self-assessment เขียนตามหลัก PDSA และผลลัพธ์การดำเนินงานที่สำคัญเป็นอย่างไร มาตรฐานออกแบบอย่างไร นำไปปฏิบัติหรือไม่ ปฏิบัติแล้วผลเป็นอย่างไรในการเขียน มี CQI QA ความเสี่ยงโดยการใช้ proactive risk ทำสำเร็จไหม คลอบคลุมไหม จัดการความเสี่ยงได้ไหม

การรายงานประเมินตนเองประกอบด้วย ๔ ส่วน คือ บริบท ประเด็นการพัฒนาแผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนน และวิเคราะห์ GAP ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ และผลลัพธ์ของบทนั้นเป็นอย่างไร อาจจะเป็นตัวชี้วัด

บริบท situation assessment ณ ขณะนั้นที่ตนเองรับผิดชอบ ของระบบใด เป็นการระบุข้อมูลสำคัญขององค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติ การดำเนินการ การประเมินความสำเร็จที่สอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวม ของมาตรฐานในแต่ละบทครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยงและโอกาสพัฒนาที่สำคัญขององค์กร

ประเด็นการพัฒนา วิเคราะห์ GAP ของการพัฒนาคืออะไร และถ้าไม่บรรลุผล

การแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นวงกว้าง เป็นสถานการณ์ที่มีความยากลำบาก และมีผลกระทบที่ใหญ่หลวงกับประเทศต่างๆทั่วโลก ทั้งในด้านการดำรงชีวิตของประชาชน การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจ และส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นเสมือนด่านหน้าที่ต้องรับมือกับสถานการณ์โรคระบาดที่เกิดขึ้น บุคลากรทางสาธารณสุขต้องทำงานอย่างหนัก ทั้งการรักษา การส่งเสริม การป้องกัน การเฝ้าระวังและการสอบสวนโรค อีกทั้งยังต้องดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอื่น ๆ รวมถึงดูแลสุขภาพตนเองเพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล มีการใช้ทรัพยากรต่างๆเป็นจำนวนมาก ทั้งวัสดุ อุปกรณ์ ยา และวัคซีน อีกทั้งต้องศึกษาวิจัย ค้นคว้าเพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบในการรับมือกับสถานการณ์โรคระบาดที่มีการเปลี่ยนแปลงและกลายพันธุ์ การบริหารจัดการเพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อ การบริหารจัดการเตียงเพื่อรับผู้ป่วยให้เพียงพอ เหมาะสมทันเวลา และการผดุงไว้ซึ่งระบบบริการสุขภาพที่แข็งแกร่งเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของประชาชนทุกคน สิ่งเหล่านี้เป็นโจทย์ที่ท้าทายบุคลากรทางด้านสาธารณสุขทุกระดับที่ต้องร่วมแรงร่วมใจกันฟันฝ่าเพื่อก้าวข้ามและพร้อมรับมือกับทุกสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ความท้าทายของระบบบริการสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพกับการปรับปรุงมาตรฐาน HA

พัฒนาการของบริการสุขภาพเป็นไปอย่างไม่เคยหยุดยั้ง ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นด้านการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนการนำเทคโนโลยีใหม่ๆในด้านอื่นๆโดยเฉพาะเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ อีกส่วนหนึ่งเป็นผลจากแนวโน้มทางสุขภาพ

และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากแนวโน้มของสังคมผู้สูงอายุที่มาพร้อมกับการเพิ่มขึ้นของความเจ็บป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังและความพิการ การให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพความสามารถในการค้นหาข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ การสนใจเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจและมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชน การเปรียบเทียบทางเลือกของบริการสุขภาพที่นำมาสู่ความต้องการและความคาดหวังต่อบริการที่แตกต่างไปจากเดิม มีการแข่งขันด้านการให้บริการสุขภาพ ทั้งในรูปแบบเดิม และรูปแบบใหม่ๆ เช่น ผ่านสื่อออนไลน์ มีการจัดบริการสุขภาพชนิดใหม่ๆ รวมถึงแรงขับเคลื่อนจากกลไกเชิงระบบของรัฐ เช่น นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศที่ส่งผลให้สถานพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลต้องปรับตัว ยิ่งไปกว่านั้น สถานการณ์การระบาดของ COVID-๑๙ อย่างต่อเนื่องในประเทศไทยตั้งแต่ต้นปี ๒๕๖๓ ได้กลายเป็นบททดสอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพของประเทศ ทั้งในส่วนของสถานพยาบาลและกลไกอื่นในระบบในการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีความไม่แน่นอนสูง ตลอดจนมีผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อเครือข่ายอุปทานของบริการสุขภาพ เช่น ยา เวชภัณฑ์ วัคซีน วัสดุทางการแพทย์และเครื่องมือแพทย์ รวมไปถึงบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างไม่เคยมีมาก่อน ซึ่งผลกระทบดังกล่าวหลายเรื่องเกิดขึ้นในระดับที่เกินกว่าที่สถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง ซึ่งแม้ว่าจะเป็นสถานพยาบาลขนาดใหญ่และมีความพร้อมสูง จะสามารถตอบสนองโดยการเตรียมความพร้อม ป้องกันหรือแก้ไขได้โดยลำพัง

การขับเคลื่อน ๒P Safety ผ่านยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ระยะแรก ในช่วงปี พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๔ เพื่อพัฒนาไปสู่เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข มีแนวคิดสำคัญในการดำเนินการโครงการคือ การบูรณาการ Risk & Safety อยู่ในทุกระบวนการดูแลรักษา และ ๒P safety อยู่ในมาตรฐาน HA และเป็นเรื่องเดียวกัน มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ๕ ด้าน ได้แก่

๑. สร้างศักยภาพและสร้างความตระหนักด้านคุณภาพและความปลอดภัย
๒. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อคุณภาพความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ
๓. สร้างระบบพัฒนากลไก ระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ
๔. สร้างระบบรายงานเรียนรู้ และการวัดผลลัพธ์
๕. เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมกำกับตรวจสอบ และอภิบาลระบบบริการสุขภาพ

การรับรอง Advanced HA คือการรับรองกระบวนการคุณภาพของสถานพยาบาลในระดับที่เหนือชั้นทั้งในด้านผลลัพธ์และระบบงาน รวมถึงความสามารถของทีมงานในการขับเคลื่อนการพัฒนาด้วยตนเอง ทั้งด้านการชี้แนะโดยผู้นำระดับสูง การวางระบบที่รัดกุม และมีการวัดผลลัพธ์ โดยมีการขับเคลื่อนทั้ง ๓ ส่วนคือ

๑. ผู้บริหารและทีมงาน มีความเข้าใจในมาตรฐาน HA และกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลัก mC-PDSA ในระดับที่สามารถค้นหาโอกาสพัฒนาสำคัญได้ด้วยตนเอง
๒. มีการวางระบบงานทุกส่วนขององค์กรโดยใช้แนวคิด Integrated Management System และสร้างความรัดกุมในระบบงานโดยไม่อ้อมมือ
๓. มีการทำ Performance Check ซึ่งแสดงให้เห็นผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ของระบบงานสำคัญ

เกณฑ์ตัดสินใจสำหรับโรงพยาบาลที่จะเข้าโปรแกรม Advance HA มีดังต่อไปนี้

๑. ทีมนำบูรณาการแนวคิดและเครื่องมือคุณภาพ/ความปลอดภัยมาใช้ในการบริหารงานปกติขององค์กร

๒. มีระบบคุณภาพพื้นฐานที่เข้มแข็ง ทั้งโครงสร้าง ทีมคุณภาพ การผสมผสาน การพัฒนา QI (Quality improvement) เข้ากับระบบการดำรงระบบงานที่มีคุณภาพ QA (Quality assurance)

๓. การมีส่วนร่วมของทีมนำและวิชาชีพที่เข้มแข็ง สามารถแปลความหมายของมาตรฐานได้อย่างลึกซึ้ง และระบุโอกาสพัฒนาสำคัญได้

๔. สามารถนำเสนอตัวอย่างการพัฒนาระบบที่มีเป้าหมายบนพื้นฐานของข้อมูล มีการใช้นวัตกรรมที่เห็นผล

๕. มีระบบวัด Performance ของระบบและใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบ

เมื่อโรงพยาบาลได้ประเมินตนเองในระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ข้างต้น สามารถ Empowerment Evaluation โดยคนทำงานที่เห็นโอกาสพัฒนาได้ด้วยตนเอง และพบว่ามีลักษณะที่พร้อมทั้งด้านกาณ์นำ มีการกำหนดเป้าหมายขององค์กรที่ชัดเจน มีการออกแบบระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบท มีระบบการกำกับระบบงาน (alignment) และเรียนรู้ปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อการบรรลุเป้าหมาย ที่มีการวัดผลลัพธ์ที่ดีกว่าอยู่เสมอ สามารถแจ้งความจำนงค์มาที่ สรพ. เพื่อขอรับการประเมินและรับรอง A-HA

องค์ประกอบสำคัญของสถานพยาบาลที่ได้รับรอง A-HA

๑. Performance Excellence คือ เลือกร Performance ที่สำคัญขององค์กร มีการใช้หลัก ๓C-PDSA ในการขับเคลื่อน มีระบบการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อการพัฒนาคุณภาพ พัฒนาการะบวนการในการดูแลโรคสำคัญของสถานพยาบาลให้ Performance ที่สำคัญตามบริบทสถานพยาบาลอยู่ใน Top Quartiles

๒. Systematic Process Design and Implementation คือ มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบคือมีขั้นตอนชัดเจน เป็นไปตามหลักวิชาการ ทำซ้ำได้ วัดผลได้ ทำนายผลได้ โดยเฉพาะระบบพื้นฐานที่สำคัญเกี่ยวกับความปลอดภัย สอดคล้องกับบริบทสัมผัสได้ด้วยมุมมองของประชาชนและมีผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับ Maturity

๓. Quality Improvement Learning Innovation คือ มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ดี สอดคล้องกับหลักวิชาการ บริบท และใช้ผลการวิเคราะห์มากำหนดแผนการพัฒนาได้ชัดเจน เห็นการเปลี่ยนแปลงโดยการนำเสนออย่างเป็นรูปธรรม

๔. Core Values Driven Organization คือ แสดงให้เห็นประโยชน์และการเชื่อมโยงค่านิยมของสถานพยาบาลกับการใช้ค่านิยมของ HA มาใช้เป็นหลักในการสร้างกระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนา โดยสามารถนำเสนอตัวอย่างที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน จากการนำค่านิยมไปใช้ประโยชน์ในระดับสถานพยาบาล และเป็นค่านิยมที่บุคลากรในสถานพยาบาลใช้เป็นหลักในการปฏิบัติและตัดสินใจ

ส่วนนวัตกรรมที่สนใจเกี่ยวกับหน่วยงานทารกแรกเกิด มีดังนี้

๑. การพัฒนาแนวทางการป้องกันและดูแลทารกแรกเกิด ในสถานการณ์ระบาดโรค Covid-๑๙ จาก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เนื้อหาที่สำคัญคือ มีการพัฒนาแนวทางการป้องกันและดูแลทารกแรกเกิดในสถานการณ์ระบาดโรค Covid-๑๙ ให้บุคลากรปฏิบัติครอบคลุมทุกขั้นตอน และเพิ่มช่องทางการสื่อสาร ส่งผลให้ผู้รับบริการ/ญาติไม่ติดเชื่อ จากการเข้ารับการรักษาและบุคลากรไม่ติดเชื่อจากการทำงาน

๒. การพัฒนามาตรฐานการดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากเพื่อป้องกันภาวะความดันในปอดสูงของหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เนื้อหาที่สำคัญคือ การพัฒนามาตรฐานการดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากเพื่อป้องกันภาวะความดันในปอดสูง โดยใช้แนวทางการประเมิน (Early Warning Signs of Respiratory Distress) และดูแลทารกเพื่อป้องกันภาวะ persistent pulmonary hypertension of newborn (PPHN)

ร่วมกับแนวทางการรักษาของแพทย์ในทารกวัยใหม่ทุกราย สามารถทำให้ทีมจัดการในการประเมินดูแลรักษาได้รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยลดอัตราการใส่ท่อทางเดินหายใจ และลดอัตราการเกิดภาวะ PPHN ได้ลดลงจากเดิม

๓. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดเพื่อการลดความคลาดเคลื่อนทางยา จากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เนื้อหาที่สำคัญคือ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นความท้าทายอย่างมากต้องอาศัยความร่วมมือกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทีมสหสาขาวิชาชีพ และความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงาน โดยใช้หลักการ Human factor engineering และการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาใช้เพื่อให้มีการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีความปลอดภัยกับผู้ป่วย

๔. ผลของการใช้ Rama ET-tube intubation Cart ต่อระยะเวลาการเตรียมและความถูกต้องครบถ้วนของอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลรามาธิบดี เนื้อหาที่สำคัญคือ ทางทีมเลือกใช้แนวคิด กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (design thinking process) พัฒนาจากบริษัท ไอดีโอ (IDEO) ซึ่งเป็นบริษัทออกแบบที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับในประเทศสหรัฐอเมริกา และสถาบันสอนการออกแบบ ดี สกูล ของมหาวิทยาลัยแสดนฟอร์ด เป็นกระบวนการเชิงสร้างสรรค์ เน้นมนุษย์เป็นศูนย์กลาง นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมอย่างเป็นระบบทำให้เกิดวิธีการหรือสิ่งประดิษฐ์ที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการ ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอนได้แก่

๑. Empathize สังเกต พูดคุยกับผู้ปฏิบัติงานเพื่อสำรวจปัญหาและความต้องการ พบว่าใช้ระยะเวลาเตรียมอุปกรณ์ล่าช้า ๙-๑๕ นาที

๒. Define ค้นพบปัญหาการเตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้าและเตรียมไม่ถูกต้องครบถ้วน

๓. Ideate ใช้ความคิดสร้างสรรค์หาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบการใช้รถเข็นอุปกรณ์สำหรับการกู้ชีพและการใส่ท่อช่วยหายใจกรณี difficult airway

๔. Prototype พัฒนาดันแบบเกิดเป็นชิ้นงาน RAMA ET-Tube intubation cart รถเข็น อุปกรณ์และยาสำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ

๕. Test นำต้นแบบที่สร้างขึ้นไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อขอคำแนะนำปรับปรุงแก้ไข และเกิดเป็นนวัตกรรม ให้ผลลัพธ์ที่ดีในการช่วยลดระยะเวลาการจัดเตรียมอุปกรณ์และช่วยให้การจัดเตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจถูกต้องครบถ้วน

๕.เตรียมความพร้อมสำหรับรับดูแลทารกที่ติดและเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เนื้อหาที่สำคัญคือ นิยามผู้ป่วยทารกแรกเกิดเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ คือ ทารกที่สัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ และเป็นทารกเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient under investigation, PUI) ได้แก่ ๑. ทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อไวรัส COVID-๑๙ ระหว่าง ๑๔ วันก่อนคลอดถึง ๒๘ วันหลังคลอด ๒. ทารกแรกเกิดที่สัมผัสบุคคลที่ติดเชื้อไวรัส COVID-๑๙ อื่นๆเช่น สมาชิกในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น สำหรับประเทศไทยที่มีการระบาดของโรค COVID-๑๙ ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และพบผู้ติดเชื้อที่เป็นหญิงตั้งครรภ์สูง ดังนั้นคณะผู้จัดทำจึงได้จัดเตรียมด้านสถานที่และอุปกรณ์ ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทั้งด้านการสื่อสารและการปฏิบัติงาน

๖ .การลดอัตราการเกิดภาวะลำไส้เน่าอักเสบในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เนื้อหาที่สำคัญคือ ทบทวนค้นหาปัญหา ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพที่ส่งผลให้เกิด NEC ทั้งในด้านทารก บุคลากร สิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งนำมาเรียงลำดับความสำคัญพบว่า สาเหตุที่สำคัญในกระบวนการนี้ที่พบคือ กระบวนการเตรียมนม และให้นมทารกทางสายยาง

ก้าวกับมาตรฐานใหม่ด้วยหัวใจ ๓P Safety

วัตถุประสงค์

๑. เข้าใจที่มา ๒P Safety สู่ ๓P Safety
๒. เรียนรู้มาตรฐาน HA ฉบับที่ ๕ กับ ๒P และ ๓P Safety
๓. สื่อสารคุณค่าและความหมายของ ๒P Safety สู่ ๓P Safety

การขยับจาก ๒P Safety สู่ ๓P Safety ด้วยมาตรฐาน HA

- Patient Safety ขยับด้วย Individual Passion
- Patient and Personnel Safety ขยับด้วย Nation Policy
- Patient Personnel and People Safety ขยับด้วยพลังสังคม

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕

สถาบันได้รับการรับรองมาตรฐานจากองค์กรสากล คือ The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (IEEA) ซึ่งเป็นการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยครั้งแรกในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๓ และได้รับการรับรองต่อเนื่องเป็นครั้งที่ ๔ สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕

หลักการพัฒนามาตรฐาน แบ่งหลักการเป็น ๒ ประเด็นหลัก

๑. หลักการในการพัฒนามาตรฐาน
 - ๑.๑ พัฒนาให้สอดคล้องกับที่กฎหมายกำหนด
 - ๑.๒ พัฒนาตามหลักการและแนวคิดสำคัญของ HA ได้แก่
 - ๑.๒.๑ มาตรฐานควรเป็นการมองภาพรวมอย่างครบถ้วนครอบคลุมทุกองค์ประกอบเห็นการเชื่อมต่ออย่างเป็นระบบ
 - ๑.๒.๒ การพัฒนามาตรฐานควรมีความยืดหยุ่น ทันต่อสถานการณ์ และมีการปรับตัวอย่างรวดเร็ว
 - ๑.๒.๓ การพัฒนามาตรฐานควรอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์
 - ๑.๒.๔ มาตรฐานต้องทำให้เกิดคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - ๑.๒.๕ ต้องมีการรับฟัง ร่วมคิด ร่วมทำ ประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการพัฒนามาตรฐาน
 - ๑.๒.๖ มาตรฐานนำมาซึ่งการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 - ๑.๒.๗ การพัฒนามาตรฐานควรเน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้
 - ๑.๓ พัฒนาตามหลักการของ International Society for Quality in Healthcare External Evaluation Association: IEEA ซึ่งประกอบด้วย
 - ๑.๓.๑ การพัฒนามาตรฐานต้องประกอบด้วยกระบวนการวางแผนพัฒนาและประเมินผล
 - ๑.๓.๒ ต้องมีการพัฒนากระบวนการวัดประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานสำหรับสถานพยาบาลและผู้เยี่ยมสำรวจ

- ๑.๓.๓ มาตรฐานต้องมีการประเมินครอบคลุมเรื่องบทบาทหน้าที่ ทิศทาง แผนและผลการดำเนินงานขององค์กร
- ๑.๓.๔ มาตรฐานต้องครอบคลุมการบริหารความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วย/ญาติ บุคลากร ผู้มาเยือน และผู้เกี่ยวข้อง
- ๑.๓.๕ มาตรฐานควรสะท้อนให้เห็นการดูแลที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง
- ๑.๓.๖ มาตรฐานควรให้องค์กรสามารถประเมินและวัดผลคุณภาพของบริการได้ และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- ๑.๓.๗ พัฒนาให้สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ของการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งมี ๓ ประเด็น (๓P) คือ ปัญหาสุขภาพของคนไทย บุคลากรสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ชาติ

๒. หลักการในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติและการประเมินผล

- ๒.๑. นำมาตรฐานไปใช้ในกระบวนการเยี่ยมสำรวจให้เป็นกระบวนการเรียนรู้ โดยการทบทวนแบบกัลยาณมิตร
- ๒.๒. กระบวนการประเมินที่มีระบบการวัดที่ชัดเจนตามแต่ละบริบท
- ๒.๓. มีทีมผู้เชี่ยวชาญ ผู้ป่วย และประชาชน มาร่วมกันกำหนดบางประเด็นที่สำคัญ เพื่อการพัฒนาที่มากขึ้น
- ๒.๔. การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติและการประเมินผลเป็นการเพิ่มขีดความสามารถให้สถานพยาบาลพัฒนาได้ด้วยตนเอง

แผนการดำเนินงานพัฒนามาตรฐาน

เพื่อให้กระบวนการพัฒนามาตรฐานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีความเป็นระบบ และได้รับการยอมรับในระดับสากล คณะกรรมการสถาบันจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อกำหนดหลักการพัฒนามาตรฐาน ทบทวน กำกับ ติดตามแผนดำเนินการพัฒนามาตรฐานร่วมกับสถาบัน และกลั่นกรองมาตรฐานสำหรับการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลก่อนเสนอคณะกรรมการพิจารณา

สถาบันได้จัดทำแผนการพัฒนามาตรฐานและดำเนินการตามแผนการพัฒนามาตรฐานอย่างต่อเนื่อง โดยการทบทวนแนวทางการพัฒนามาตรฐานจากองค์กรสากล IEAA มาตรฐานต่างประเทศ งานวิชาการ งานวิจัย และการรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน การมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจ ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ ผู้เชี่ยวชาญ และองค์กรวิชาชีพ ผ่านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการประชุม การรับฟังความคิดเห็นผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ การตอบแบบสอบถาม และการรับฟังความคิดเห็นที่เปิดกว้างจากช่องทาง website และการทดลองใช้มาตรฐาน

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ ๕

เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่างๆ ของโลกและประเทศ ความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมทั้งแนวคิดในการบริหารองค์กร การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย และเป็นไปเพื่อการต่ออายุกระบวนการรับรองมาตรฐานในระดับสากลอย่างต่อเนื่อง สถาบันจึงมีการพัฒนาและปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพขึ้นเป็นมาตรฐานฉบับที่ ๕ โดยมีการเรียบเรียงเนื้อหาให้มีความกระชับและยังคงสาระหลักเดิมไว้ ขณะเดียวกันก็ได้มีการ

ยกเว้นเนื้อหาใหม่ขึ้นอีกจำนวนหนึ่งเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในยุคปัจจุบัน

จุดเด่นของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ ๕

คณะกรรมการสถาบันได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ ในด้านระบบบริการสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพ ร่วมดำเนินการกำหนดหลักการ ทิศทางและพัฒนามาตรฐานของสถาบัน ส่งผลให้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ ๕ มีจุดเด่นดังนี้

๑. มีการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมที่กว้างขวางและครอบคลุมทั้งภาควิชาการและผู้ใช้มาตรฐาน ประกอบด้วย องค์กรด้านสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้เยี่ยมสำรวจ โรงพยาบาล ประชาชน มีการทดลองใช้มาตรฐานในสถานพยาบาลและนำผลการทดลองใช้มาปรับให้เหมาะสม

๒. การนำมาตรฐานต่างประเทศ และหลักการพัฒนามาตรฐานขององค์กรในระดับสากล The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (IEEA) มาเป็นแนวทางการพัฒนามาตรฐานอย่างเป็นรูปธรรม

๓. การบูรณาการบทเรียนและประสบการณ์ของโรงพยาบาลในการตอบสนองในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-๑๙ และวิถีหรือแนวปฏิบัติใหม่ๆ (new normal) ที่โรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยน ๔. การคาดการณ์แนวโน้มการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพและการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อขึ้นและส่งเสริมการเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

๕. การบูรณาการเอกลักษณ์ของไทย เช่น มิติจิตวิญญาณ การแพทย์แผนไทย การสร้างเสริมสุขภาพ การรณรงค์ลดการสูบบุหรี่

๖. การเรียบเรียงเกณฑ์มาตรฐานให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นเพื่อนำไปใช้ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเป็นหลัก ไม่ใช่เพียงเพื่อการประเมินรับรอง

ประเด็นสำคัญในการปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ ๕

๑. การปรับมาตรฐานตาม Recommendation ของ IEEA ที่เสนอไว้ในการต่ออายุการรับรองครั้งที่ ๒

๒. การปรับมาตรฐานตามเกณฑ์ Guideline and Principle for the Development of Health and Social Care Standards ปี ๒๐๑๘ ของ IEEA

๓. การนำประเด็นทางมิติจิตวิญญาณ มาบูรณาการในมาตรฐาน โดยพิจารณาเพิ่ม SHA supplement

๔. การปรับมาตรฐานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ COVID ๑๙

๕. การปรับเพิ่ม/ลด เนื้อหาของมาตรฐานตามข้อเสนอของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้เชี่ยวชาญ สภา/องค์กรวิชาชีพ และผู้กำหนดนโยบาย

๖. การปรับมาตรฐานตามงานวิชาการ มาตรฐานต่างประเทศและมาตรฐานอื่นๆที่เป็นสากล

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ ๕

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ ๕ ได้มีการปรับเปลี่ยนจากฉบับที่ ๔ ในหลายประเด็น โดยเนื้อหาที่ปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมจะแสดงด้วยตัวอักษรสีม่วง ผู้ใช้มาตรฐานสามารถดูหัวข้อหลักของเกณฑ์ในมาตรฐานฉบับที่ ๕ เทียบกับฉบับที่ ๔ ได้จากตารางเปรียบเทียบในภาคผนวกของเล่มหนังสือมาตรฐาน ทั้งนี้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ

สุขภาพ ฉบับที่ ๕ มีประเด็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญดังนี้

๑. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเขียนมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕
๒. การปรับ/เปลี่ยนแปลงชื่อมาตรฐาน
๓. การเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติม/ปรับข้อความในข้อกำหนดในภาพรวมของแต่ละบท
๔. การเพิ่มหมวดหมู่ในมาตรฐาน
๕. การเปลี่ยนแปลงชื่อหมวดมาตรฐาน
๖. การเพิ่มข้อย่อหรือปรับการเขียนข้อย่อให้เหมือนข้อย่อในการอธิบาย
๗. การทบทวนการเขียนเนื้อหาให้กระชับและครอบคลุม
๘. การใช้คำที่มีความหมายกว้างขึ้นในมาตรฐาน
๙. การสลับที่/ควบรวมมาตรฐาน

ขอบเขตและเนื้อหาของมาตรฐาน

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ ๕ ใช้สำหรับการพัฒนาและการประเมินโรงพยาบาลทั้งองค์กร ซึ่งสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ โดยเนื้อหาในมาตรฐานแบ่งเป็น ๔ ตอน (part) ประกอบด้วย

ตอนที่ I ภาพรวมการบริหารองค์กร

ตอนที่ II ระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาล

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ตอนที่ IV ผลลัพธ์ โดยโครงสร้างของมาตรฐานยังคงไว้ซึ่งหลักคิดที่สอดคล้องกับเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ

เนื้อหาในมาตรฐานทั้ง ๔ ตอนได้มีการแบ่งเป็นบท โดยเรียงลำดับแต่ละบทตามตัวเลขอารบิกตามหลังด้วยเลขโรมัน เช่น มาตรฐานตอนที่ I ประกอบด้วยมาตรฐานบทที่ I-๑ ถึง I-๖ โดยบางบทจะมีการจัดหมวดหมู่เป็น ตัวอักษร เช่น ก. ข. และค. และแต่ละบทของมาตรฐานจะมีข้อกำหนด ๓ ระดับ คือ ข้อกำหนดพื้นฐาน ข้อกำหนดในภาพรวม และข้อกำหนดย่อย

เป้าหมายของการใช้มาตรฐาน

เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนองค์กรสามารถแสดงผลการดำเนินงานในระดับที่เป็นที่ยอมรับ มีระบบจัดการความเสี่ยงที่ดี และเห็นโอกาสพัฒนาไปสู่ระดับที่เป็นเลิศ

สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐาน

๑. การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยงที่สำคัญ
๒. การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลักของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ
 - ทิศทางนำ: visionary leadership, system perspective, agility
 - ผู้รับผล: patient & customer focus, focus on health, community responsibility
 - คนทำงาน: value on staff, individual commitment, teamwork, ethic & professional standard

- การพัฒนา: creativity & innovation, management by fact, continuous process improvement, focus on results, evidence-based approach
- พาเรียนรู้: learning, empowerment

๓. วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Purpose-Process-Performance)

๔. แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน

การใช้มาตรฐานที่ก่อให้เกิดคุณค่า

๑. ทำความเข้าใจเป้าหมายและคำสำคัญของมาตรฐานให้กระจ่างชัด สำหรับข้อความหรือศัพท์ที่เข้าใจได้ยากหรือนึกถึงวิธีนำไปปฏิบัติไม่ออก จะมีคำอธิบายหรือตัวอย่างการปฏิบัติเขียนไว้ที่เชิงอรรถ
๒. เน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้และยกระดับผลการดำเนินงาน
๓. เน้นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ในแต่ละระบบและการเชื่อมโยงระหว่างระบบงานต่างๆ
๔. เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และทบทวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริงหรือที่ข้างเตียงผู้ป่วย
๕. เน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) อย่างเชื่อมโยง
๖. ประยุกต์ใช้มาตรฐานอย่างเหมาะสม เช่น ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ ๑ กับระดับหน่วยงานด้วย ประยุกต์มาตรฐานว่าด้วยการจัดการกระบวนการในทุกเรื่อง
๗. เน้นการทบทวนประเมินผลในระดับภาพรวม และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละระบบ

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

| มาตรฐานสำคัญจำเป็น | รายละเอียดการดำเนินงาน |
|--|---|
| ๑. การฆ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ | สถานพยาบาลต้องดำเนินการดังต่อไปนี้ |
| ๒. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABS | ๑. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด |
| ๓. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ | ๒. สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด |
| ๔. การเกิด Medical Errors และ Adverse Drug Event | ๓. กรณีเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย(ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุราก |
| ๕. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด | ๔. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ |
| ๖. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด | |
| ๗. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค | |
| ๘. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน | |

| มาตรฐานสำคัญจำเป็น | รายละเอียดการดำเนินงาน |
|--|------------------------|
| ๙. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน | |

Medication Safety เรื่องนี้ต้องขยาย

๑. บทบาท PTC

- การชี้้นำการพัฒนาระบบยาโดยเฉพาะประเด็นความปลอดภัย
- การผลักดัน สนับสนุน ติดตาม โดยกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล

๒. เกสซ์กรต้องมีใบประกอบวิชาชีพ

- การปฏิบัติตามกฎหมาย/พรบ. ที่เกี่ยวข้อง

๓. การเก็บสำรองยา

- การควบคุมอุณหภูมิโดยเฉพาะยาแช่เย็น (ทุกที่ที่มีการสำรองยา)
- การเก็บรักษายาเสพติด (ต้องรัดกุม)
- คลังเวชภัณฑ์และ Sub stock ควบคุมอุณหภูมิห้องและความชื้น

๔. ทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์

- กำหนดกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยง ผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยเสี่ยง ที่จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์ (ตับ ไต เด็ก สูงอายุ) การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย การเข้าถึงคำสั่งแพทย์

๕. การส่งมอบยาผู้ป่วยนอกโดยเกสซ์กร

การส่งมอบยาผู้ป่วยนอกโดยเกสซ์กร ๒๔ ชม.

- กรณี รพช. ขนาด ๖๐- ๙๐ เตียง อย่างน้อย ๑๒-๑๖ ชม.
- กรณี รพช. ขนาด น้อยกว่า ๖๐ เตียง อย่างน้อย ๘-๑๒ ชม.

๖. ระบบการเฝ้าระวังและรายงาน ME

- ระบบ ME (การค้นหา, การรายงาน ME ในทุกขั้นตอน (prescribe, transcribe, dispensing, administration)
- แสดงให้เห็นถึงการนำข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไข

๗. ระบบเฝ้าระวังและรายงาน ADR

- ระบบป้องกันแพ้ยาซ้ำ (รายการยาเดียวกัน, ยากลุ่มเดียวกัน, ยาข้ามกลุ่ม)
- ADR type A (รพ Reaccreditation)
- แสดงให้เห็นถึงการ Monitor และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

๘. การกระจายยาผู้ป่วยใน

- แบบรายวัน หากจำเป็นไม่เกิน ๓ วัน (ยกเว้น จิตเวชเรื้อรังเตรียมกลับบ้านตามบริบท)
- กำหนดวงรอบการบริหารยาของโรงพยาบาลร่วมกัน โดยทีม PTC

๙. High alert drug

- กำหนดรายการยา
- ระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนของยาแต่ละรายการตามความเสี่ยง และเฝ้าระวังผลใช้ยา
- แสดงให้เชื่อมโยง HAD สู่ ADE, ME

๑๐. Medication Reconciliation

- กำหนดกลุ่มผู้ป่วย (ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่รักษาด้วยแพทย์มากกว่าหนึ่งคน)
- ดำเนินงานให้ครบทุกขั้นตอน Verification, Clarification, Reconciliation, Transmission Discharge counselling by pharmacist

๑๑. งานผลิตยา

- เคมีบำบัด, TPN, Extemporaneous โดยเภสัชกร
- ผลิตยาทั่วไป, แบ่งบรรจุ กำกับดูแลโดยเภสัชกร
- สถานที่ สะอาด สว่าง สงบ

๑๒. ระบบจัดการยาฉุกเฉิน ยาด่วน

- ตามเกณฑ์ของ รพ. (Fast track, stat)
- กำหนดรายการยาและช่วงเวลาที่เหมาะสมไว้ โดย PTC

๑๓. งานบริหารเภสัชกรรม

- ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน
- นโยบายจากผู้บริหาร กำหนดเป้าหมายร่วมกับทีม
- ประสานข้อมูลระหว่างงานบริหารฯ & ระบบงานที่เกี่ยวข้อง (ME&ADE)

ทำ Risk ให้ครบรส

ระบบบริหารความเสี่ยง

ก. ข้อกำหนดทั่วไป

(๑) องค์กรกำหนดกรอบงานการบริหารความเสี่ยง ซึ่งสนับสนุนการออกแบบระบบการนำไปปฏิบัติ การอ้าง และการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งมาตรการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ กรอบงานการบริหารความเสี่ยงควรประกอบด้วยดังต่อไปนี้

- ขอบเขต วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง และเกณฑ์สำหรับการประเมินความเสี่ยง
- หน้าที่และความรับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยง
- รายการความเสี่ยงขององค์กร อย่างน้อยครอบคลุม ด้านกลยุทธ์ ด้านคลินิก ด้านการปฏิบัติการ และด้านการเงิน

- กระบวนการรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์
- สรุปรูปแผนความเสี่ยง สำหรับความเสี่ยงที่สำคัญ
- กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงกับผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- ระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะเรื่องการบริหารความเสี่ยง

(๒) องค์กรสนับสนุนการดำเนินการตามกรอบงานของการบริหารความเสี่ยง โดย

- นโยบายการบริหารความเสี่ยงแสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและแสดงทิศทางในการดำเนินการ
- แผนบริหารความเสี่ยงอธิบายถึงความรับผิดชอบและกรอบเวลาสำหรับการรายงาน การทบทวนและการติดตามความเสี่ยง
- กระบวนการจัดการความเสี่ยง เพื่อป้องกันและสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากโอกาสที่จะเกิดและความรุนแรงหรือผลที่จะตามมา การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงแต่ละชนิด แผนรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยง โดยใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง ที่มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันสม่ำเสมอ

(๓) องค์กรกำหนดและนำกลยุทธ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรที่มีหลักฐานอ้างอิงและเหมาะสมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย.

- คำแนะนำตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย
- คำแนะนำขององค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- คำแนะนำที่มีหลักฐานอ้างอิงอื่นๆ เช่น ความท้าทายระดับโลกเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและกฎบัตรเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

(๔) องค์กรใช้กระบวนการจัดการอุบัติการณ์ที่ได้ผล โดยกระบวนการอาจประกอบด้วย

- การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ ครอบคลุมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร หรือผู้มาเยือน
- การตรวจสอบ สืบค้น วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ๖๗ และตอบสนองต่ออุบัติการณ์
- การนำข้อมูลหรือสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อป้องกัน/ลดอุบัติการณ์ การเกิดซ้ำหรือบรรเทาความรุนแรงและเสียหาย
- การสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- การอบรมบุคลากรเรื่องการระบุความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติการณ์
- การดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

(๕) องค์กรประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา

ข. ข้อกำหนดจำเพาะ

ระบบบริหารความเสี่ยงดำเนินการแบบบูรณาการไปกับระบบงานที่เป็นความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ

(๑) โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร

(๒) การจัดการอาคาร สิ่งก่อสร้าง และสถานที่

- (๓) การจัดการ วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ
- (๔) ยาและเวชภัณฑ์
- (๕) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- (๖) เวชระเบียนและข้อมูลต่างๆของผู้ป่วย

Developmental Evaluation (DE), ERM, and Clinical Audit

Developmental Evaluation (DE)

Developmental Evaluation (DE) คือ เครื่องมือที่เอื้อการเรียนรู้แก่กลุ่มคนที่มีความแตกต่างกันในหน้าที่รับผิดชอบ มุมมอง ความเชื่อ ประสบการณ์ แต่มีเป้าหมายที่ยิ่งใหญ่ร่วมกัน

- เครื่องมือทำความเข้าใจสถานการณ์ที่ซับซ้อนด้วยการตีความข้อมูลจากมุมมองที่ต่างหลากหลาย
- การประเมินที่มีข้อมูลที่ชัดเจน ครบถ้วน และแม่นยำ
- หาข้อตกลงร่วมกันเพื่อนำไปดำเนินการยกระดับผลงาน แล้วเก็บข้อมูลรอบต่อไป
- เครื่องมือสร้าง Double – Loop Learning, Triple – Loop Learning

๕ ปัจจัยสำคัญของ DE

- เป้าหมายร่วมที่ทรงพลัง
- ข้อมูล หรือ ผลประเมิน ที่ตรงเป้าหมาย แม่นยำ
- ผู้มีส่วนได้เสียที่ครบถ้วน เอาจริงเอาจัง
- กระบวนการสุนทรียเสวนา
- ผู้ประเมินที่เป็น Facilitator ของกระบวนการ Dialogue

Enterprised Risk Management (ERM)

ความเสี่ยง คือ เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการหรือกิจกรรมการทำงาน การให้บริการ การดูแลรักษาพยาบาล ทำให้เกิดความเสียหาย การไม่บรรลุเป้าหมาย/ความสำเร็จของหน่วยงาน/องค์กร

- เป็นคุณภาพพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของโรงพยาบาล
- นำไปสู่ความสูญเสียที่รุนแรงได้ และกระทบต่อผู้เกี่ยวข้อง ความยั่งยืน ชื่อเสียง
- ความซับซ้อนของระบบ เทคโนโลยี และบุคลากร ยิ่งทำให้เสี่ยงเพิ่มขึ้น
- ต้องอาศัยความรู้ หลักฐานทางวิชาการในการจัดการอย่างเป็นระบบ

Enterprised Risk Management (ERM) หมายถึง การบริหารปัจจัยและควบคุมกิจกรรม/กระบวนการปฏิบัติงานด้านต่างๆขององค์กรอย่างมีระบบ โดยต้องพยายามลดสาเหตุของความเสี่ยงในแต่ละโอกาสที่เกิดขึ้นแล้วจะทำให้องค์กรเกิดความเสียหาย เพื่อทำให้ระดับความเสี่ยงและขนาดของความเสียหายที่เกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคตให้อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ โดยคำนึงถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรเป็นสำคัญ

การประเมินความเสี่ยง ควรครอบคลุม การจัดการด้านยา การปลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การติดเชื้อ การระบุดัวผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูล โภชนาการ ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ ความเสี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว

การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ ครอบคลุมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน

ระดับความเสี่ยง

- A คือ สถานการณ์ที่อาจเกิด Error ได้ แต่ไม่เกิด
- B คือ เกิด Error แต่ไม่ถึงผู้ป่วย
- C คือ เกิด Error ถึงผู้ป่วย แต่ไม่เกิด Harm
- D คือ ต้อง Monitor ว่าไม่เกิด Harm หรือต้องรักษาเพื่อป้องกัน Harm
- E คือ เกิด Temporary Harm และต้องได้รับการรักษา
- F คือ เกิด Temporary Harm และต้องรับไว้ในอนโรพยาบาลหรือต้องนอนโรพยาบาลนานขึ้น
- G คือ เกิด Permanent Harm
- H ต้องได้รับการรักษาเพื่อช่วยชีวิต เช่น CPR, Defibrillation, Intubation
- I คือ เสียชีวิต

Clinical Audit

เป็นการทบทวนข้อมูลในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อพิจารณาเปรียบเทียบการรักษากับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงการศึกษาวิจัยพัฒนา

กระบวนการทำ Clinical Audit

๑. กำหนดหัวข้อที่ต้องการทบทวนศึกษา
๒. จัดตั้งทีม
๓. กำหนดจุดมุ่งหมาย วัตถุประสงค์ และมาตรฐานในการทบทวนศึกษา โดยมาตรฐานใช้ S.M.A.R.T.
 - Specific มีความเฉพาะเจาะจง
 - Measurable สามารถวัด /ประเมินได้
 - Achievable บรรลุผลได้
 - Relevant มีความเป็นจริง
 - Time-bound มีกรอบเวลาชัดเจน
๔. คำนึงถึงจริยธรรมและกฎหมาย
๕. คัดเลือกตัวอย่าง
๖. วางแผนและศึกษาข้อมูล
๗. วิเคราะห์ข้อมูล
๘. สรุปผลและอภิปราย
๙. แก้ไข/ปรับปรุง

เรื่องเกี่ยวกับ SAR ที่น่าจะรู้แบบนี้ตั้งนานแล้ว

รายงานการประเมินตนเอง (Self-Assessment Report) SAR

เป้าหมายของการประเมิน

- เพื่อหาโอกาสพัฒนา
- เพื่อติดตามความก้าวหน้า/ระดับพัฒนา

- เพื่อเรียนรู้ ทบทวน ใคร่ครวญการทำงานและพัฒนาที่ผ่านมามาภายในทีมงานกับผู้บริหาร
- เป็นฐานข้อมูลสำหรับการต่อยอดและขยายผล
- เพื่อประกอบการประเมินจากภายนอก สื่อสารและสร้างการเรียนรู้กับผู้เยี่ยมชมสำรวจ

ประมวลความคิดเพื่อตอบ SAR เป็นการตั้งคำถามในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- คุณค่าและผลลัพธ์ : คุณค่า / ประโยชน์ที่ผู้รับผลงานได้รับคืออะไร แสดงด้วยข้อมูลอะไร ผลเป็นอย่างไร
- ความเสี่ยง : ความเสี่ยงสำคัญคืออะไร มีการออกแบบหรือมาตรการในการป้องกันอย่างไร
- การปฏิบัติ : แนวทางการปฏิบัติที่ดี การใช้วิธีการใหม่ๆในการทำงานที่ได้ผลมีอะไรบ้าง
- ความหลากหลาย : ความหลากหลายของสถานการณ์มีอะไรบ้าง มีแนวทางในการตอบสนองอย่างไร มีแนวทางในการลดความหลากหลายของการปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละคนอย่างไร
- บูรณาการ : มีความเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการ ระบบงาน วิชาชีพ หน่วยงาน องค์กรต่างๆอย่างไร มีความพยายามที่จะทำให้เกิดการดูแลไร้รอยต่ออย่างไร
- จิตวิญญาณ : มีการใช้จิตวิญญาณ/แนวคิดสุขภาวะทางปัญญาในการทำงานอย่างไร
- ความรู้ : มีการสร้างความรู้จากการทำงานอะไรบ้าง

New Nursing Roles for Shaping Future of Healthcare

แผนในอนาคต

- มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ
- สร้างภาคีเครือข่ายทางสุขภาพ
- สร้างทีมพื้นฐานทางสุขภาพให้แข็งแกร่ง (อสม.)
- รณรงค์ให้ความรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วย/ครอบครัวและชุมชน
- ส่งเสริมความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วย

Resilience in Nursing

EID Management (COVID ๑๙)

บทเรียนที่ได้รับ

- การจัดตั้งรพสนาม
- การรับกักกันผู้สัมผัส
- กักกันผู้ติดเชื้อ
- การให้บริการ swab ผู้ป่วยติดเชื้อจำนวนมากๆนอกสถานที่
- การเฝ้าระวังความเสี่ยงของบุคลากร
- การปรับระบบการทำงานตลอดเวลา รวดเร็ว ตั้งแต่กระบวนการทำบัตร ส่งตรวจ การคัดกรอง
- ใช้การส่งต่อข้อมูลจาก Google drive ในการท างานจัดสรรเตียงรับผู้ป่วย
- Line official สื่อสารกับผู้ป่วย
- ใช้ QR code ลงข้อมูลบุคลากรที่ต้องเฝ้าระวังก่อนตรวจ PCR
- การสร้างขวัญกำลังใจ

- การมีผู้นำที่ดี ส่งเสริมการปฏิบัติงานทุกรูปแบบ
- บุคลากรที่มีสมรรถนะ มีศักยภาพ ปฏิบัติงานได้ทุกสถานการณ์โดยเฉพาะพยาบาล

High Tech, High Touch...การพยาบาลกับเทคโนโลยีที่มีหัวใจ

การนำเทคโนโลยีใช้ในการดูแลผู้ป่วย

- เพื่อเป็นการลดภาระการทำงานของพยาบาล
- เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการพยาบาล
- เพื่อลดขั้นตอน ความยุ่งยากในการพยาบาล
- เป็นการใช้นวัตกรรมของเครื่องมือ สร้างความปลอดภัยเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย
- ติดตามประเมินผลด้านความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือ วัสดุ ที่ได้รับการพัฒนาเทคโนโลยีแล้ว ที่นำเข้ามาใช้ภายในโรงพยาบาล
- กำหนดมาตรฐานของเทคโนโลยีที่นำเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล
- สนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยได้รับบริการที่มีมาตรฐานที่ง่าย เร็วขึ้น
- สามารถพัฒนาผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้มีมาตรฐานเพิ่มขึ้นได้

การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (Adapting to New Current and Future Challenges)

สถานการณ์การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลในปัจจุบัน

- การปรับสิ่งแวดล้อมและอาคารเพื่อการให้บริการแก่ปัญหาในกลุ่มติดเชื้อ COVID-๑๙
- การปรับปรุงสถานที่และการจัดระบบให้บริการเพื่อให้บุคลากรมีความปลอดภัยในการให้บริการผู้ป่วย COVID-๑๙
- สถานที่ในการพักรอรับบริการ/รอตรวจของผู้ป่วยไม่เพียงพอ เพราะต้องปรับพื้นที่ให้มีระยะห่างตามแนวทางที่กำหนด
- การจัดการระบบระบายอากาศที่ไม่เหมาะสมกับการให้บริการ
- การจัดหา เครื่องมือ อุปกรณ์เพื่อใช้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ COVID-๑๙ ของบุคลากร
- การเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการของระบบสนับสนุนต่าง ๆ โดยไม่มีการวางแผนและเตรียมความพร้อม
- การฝึกซ้อมการป้องกันและระงับอัคคีภัยขาดความต่อเนื่อง การจัดระบบป้องกันอัคคีภัยในหอผู้ป่วย COVID-๑๙ ที่ไม่ชัดเจน
- สถานที่พักขยะติดเชื้อไม่เพียงพอ การกำจัดไม่ทัน
- ระบบบำบัดน้ำเสียขาดการดูแลต่อเนื่อง ขาดการส่งตรวจจากภายนอก

แนวคิดในการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อม

๑. Visual management เน้นการออกแบบจัดสิ่งแวดล้อมที่สามารถสัมผัสหรือรับรู้ผ่านการมองเห็น
๒. Human-centered design เน้นการออกแบบจัดสิ่งแวดล้อมที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ/ผู้ป่วย/ญาติ ให้มีความสะดวก ปลอดภัย
๓. User-centered design เน้นการออกแบบจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้งานที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม และมีความปลอดภัย

แนวทางการจัดการเพื่อรองรับการปรับตัวและความท้าทายในอนาคต

๑. บทบาทของผู้บริหาร

- วิเคราะห์สถานการณ์สภาพแวดล้อม การจัดและขยายบริการในปัจจุบันและอนาคตตามแผนกลยุทธ์ แผนการพัฒนาระดับโรงพยาบาลในด้านต่าง ๆ
- วางแผนกลยุทธ์ในด้านการจัดการอาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงานในภาพรวม
- ดำเนินการสนับสนุนให้มีการจัดทำ Master plan ในการก่อสร้างอาคารและดำเนินการให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด
- มอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบดูแลอาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อมในภาพรวม
- สนับสนุนงบประมาณในการก่อสร้าง การปรับปรุง การดูแลบำรุงรักษาอาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในสภาพที่ดี

๒. การบริหารจัดการกำลังคน

- การกำหนดกรอบกำลังคนและขีดความสามารถให้เหมาะสมกับงาน
- การสรรหากำลังคนทั้งในลักษณะประจำและ Outsource
- การพัฒนาศักยภาพของกำลังคนอย่างต่อเนื่องในส่วนที่จำเป็นต่อการทำงาน
- มีระบบกำกับติดตามการปฏิบัติงานของ Outsource
- การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสมทั้งกำลังคนประจำและ Outsource
- มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาอำนวยความสะดวกในการทำงาน การสื่อสาร ลดขั้นตอนระยะเวลาในการทำงาน
- การดูแลสุขภาพและความปลอดภัย
- การจัดอุปกรณ์เครื่องมือและอุปกรณ์ป้องกันตนเองให้เหมาะสม

๓. การออกแบบอาคารสถานที่และจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

- การออกแบบอาคาร ในอนาคตควรพิจารณาเกี่ยวกับ
 - Environmental Responsibility : การปรับเปลี่ยนการออกแบบ, การปรับเปลี่ยนการใช้, การอนุรักษ์พลังงาน, การเพิ่มพื้นที่สีเขียว
 - Patient/Customer Satisfaction : การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
 - Staff and Business Efficiency : มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาอำนวยความสะดวกในการทำงาน ลดขั้นตอนในการทำงาน การให้บริการ
 - Financial Health : มีระบบการจัดการให้เกิดความคุ้มค่าของการใช้อาคาร
- การออกแบบพื้นที่ให้เหมาะสมกับการให้บริการตามกลุ่มผู้ป่วย
 - วิเคราะห์ความต้องการ ความจำเป็นที่สำคัญเพื่อนำมาออกแบบพื้นที่ให้บริการ
 - จัด Flow การให้บริการที่เชื่อมต่อถึงกัน ความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - พิจารณาออกแบบให้เหมาะสมกับประเภทผู้ป่วย คือระบบการเข้าถึงบริการ สถานที่คัด กรอง/สอบถามประวัติ สถานที่รอตรวจ ห้องตรวจโรค ระบบ/เส้นทางเคลื่อนย้าย
 - สิ่งอำนวยความสะดวกของผู้รับบริการ เช่น ห้องน้ำ แสงสว่าง ระบบขอความช่วยเหลือ
 - ระบบการระบายอากาศ ระบบป้องกันอัคคีภัยและสิ่งแวดล้อมโดยรวม
 - สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่ เช่น สถานที่พัก รับประทานอาหาร ห้องน้ำ

๔. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา (Healing Environment)

- การจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ทำให้ผู้ใช้ มีความรู้สึกดี สบายใจ ผ่อนคลาย เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การบำบัดและเยียวยาที่ได้ผล

- การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากร
- การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัวในบางช่วงเวลา
- การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่สามารถนำธรรมชาติเข้ามาให้ผู้เกี่ยวข้องกับสถานที่
- การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้สามารถเข้าถึงที่พึงพอใจหรือความเชื่อของผู้ที่ใช้อาคาร

๕. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

- วิเคราะห์จุดเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอัคคีภัย และหน่วยงานที่ยากลำบากต่อการเข้าช่วยเหลือ เพื่อนำสู่การวางแผนในการจัดการ
- ทบทวนแผนการป้องกันและระงับอัคคีภัยให้เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง และจัดทำแผนเฉพาะหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง
- จัดเตรียมอุปกรณ์ในการแจ้งเตือน ระงับอัคคีภัย และมีการเตรียมความพร้อมการใช้งานอย่างเหมาะสมกับอาคาร/หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง
- การจัดเตรียมอุปกรณ์ในการป้องกันตัวเองและการผจญเพลิง
- การจัดเตรียมวิธีการเคลื่อนย้าย เส้นทางหนีไฟ จุดรวมพลและการส่งต่อกรณีจำเป็น
- การฝึกอบรมและฝึกซ้อมบุคลากรกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้มีทักษะที่เหมาะสม
- การฝึกซ้อมการระงับอัคคีภัยและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยร่วมกับหน่วยงานภายนอกอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๖. การจัดการระบบสาธารณูปโภค

- การวิเคราะห์ปริมาณการใช้ (ตามสถานการณ์) และจัดทำให้เพียงพอ
- การจัดการระบบสำรองให้เพียงพอต่อปริมาณการใช้ที่มีการเปลี่ยนแปลง
- การตรวจสอบเพื่อเตรียมความพร้อมและบำรุงรักษา
- การตรวจคุณภาพน้ำประปา น้ำดื่ม อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
- จัดทำแผนการช่วยเหลือกรณีลิฟต์ติด/ลิฟต์ค้างและการฝึกซ้อม
- การจัดการระบบระบายอากาศ การตรวจสอบและบำรุงรักษา
- แผนผังการเดินระบบสาธารณูปโภคและระบบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- คำนึงถึงความคุ้มค่า การประหยัดพลังงานและผลลัพธ์เกิดขึ้น
- การติดตามรวบรวมข้อมูลปริมาณการใช้/การชำรุด/ความไม่พร้อม เพื่อการปรับปรุงระบบ

๗. การจัดการเครื่องมือแพทย์

- การจัดทำแผนการบริหารจัดการเครื่องมือในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน
- การเตรียมความพร้อมใช้ การบำรุงรักษาเชิงป้องกันและการซ่อมบำรุง
- การสอบเทียบเครื่องมือ(calibrate) การทวนสอบ(verification) และการดำเนินการกรณีไม่สามารถสอบเทียบหรือทวนสอบได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
- ระบบการสำรองเครื่องมือ/การจัดตั้งศูนย์เครื่องมือ
- การจัดทำประวัติเครื่องมือ
- การจัดการกรณีเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับเครื่องมือ
- การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเครื่องมือเพื่อนำมาวางแผน
- การวิเคราะห์ความคุ้มค่าของการบริหารจัดการเครื่องมือ

๘. การจัดการของเสีย

- วิเคราะห์ของเสียที่เกิดจากการใช้บริการ รวมทั้งศึกษากฎหมาย/มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
- ดำเนินการจัดให้มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ (มีขนาดเหมาะสม มีการดูแลบำรุงรักษาระบบโดยบุคลากรที่มีความรู้ มีการตรวจคุณภาพที่ผ่านการบำบัดเป็นประจำทุกวัน/สัปดาห์ และส่งตรวจจากหน่วยงานภายนอกอย่างน้อยปีละ ๔ ครั้ง)

- มีระบบการจัดการขยะ (การรวบรวม การเคลื่อนย้าย การจัดเก็บ การกำจัดและการจัดภาชนะ/สถานที่พัก รอกการกำจัด) ในแต่ละประเภทให้เป็นไปตามมาตรฐาน
- ส่งเสริมให้มีการลดปริมาณของเสีย นำกลับมาใช้ซ้ำ ลดการใช้ มีการแปรรูปและลดการใช้วัสดุ ทำลาย สิ่งแวดล้อม
- มีการร่วมมือกับชุมชนและหน่วยงานอื่นในการจัดการของเสีย แร่เหมินและรับฟังเสียงสะท้อน

หลักการระบายอากาศทั่วไปภายในโรงพยาบาล

ระบบปรับอากาศในโรงพยาบาล ระบบปรับอากาศของโรงพยาบาลมีความแตกต่างจากระบบปรับอากาศของอาคารอื่นๆ คือ

๑. ต้องควบคุมการเคลื่อนที่ของอากาศภายในแผนกและระหว่างแผนก
๒. มีความต้องการพิเศษในการควบคุมอัตราการระบายอากาศและการกรองอากาศ เพื่อเจือจางสิ่งปนเปื้อน ซึ่งอาจอยู่ในรูปกลิ่น จุลชีพชนิดต่างๆ สารเคมี สารกัมมันตรังสี
๓. มีความต้องการอุณหภูมิและความชื้นแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่
๔. มีความต้องการระบบความคุมที่แม่นยำเพื่อควบคุมสภาวะแวดล้อมที่ละเอียดอ่อนภายในโรงพยาบาล

หลักการ ๖ ประการในการควบคุมการติดเชื้อทางอากาศ

๑. ป้องกันเชื้อเข้าหรือออกจากห้อง
๒. กำจัดเชื้อออกจากอากาศ
๓. เจือจางเชื้อในอากาศ
๔. ควบคุมให้อากาศไหลจากที่สะอาดมากไปหาสะอาดน้อย
๕. ป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อภายในห้อง
๖. ฆ่าเชื้อในอากาศ

การนำ Spiritual Healthcare Appreciation (SHA) ลงสู่การปฏิบัติ

ค่านิยมและแนวคิดหลัก

- Spiritual Responsiveness การใส่ใจต่อการเยียวยา
- Human Growth การส่งเสริมให้มนุษย์เติบโตตามศักยภาพของตนเอง
- Appreciation การมองเชิงบวก เพื่อสร้างความหวังและเป้าหมายของการทำงาน
- Inspiration การสร้างแรงบันดาลใจ
- Reflection and Refinement การสร้างระบบให้เกิดการทบทวนสะท้อนความคิด การสะท้อนผลและการรับฟัง

โดยมีแนวทางในการบูรณาการดังนี้

๑. การนำองค์กร
๒. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย
๓. สร้างระบบงานที่ค้ำึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
๔. สิ่งแวดล้อมที่เยียวยาได้
๕. ระบบบริการที่เอื้อให้ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล มีความรู้และทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเองได้
๖. ระบบบริการมีการประเมินและบันทึกความต้องการด้านจิตใจ เพื่อเรียนรู้ความต้องการและตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม
๗. ระบบบริการที่มีการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อส่งเสริมงานด้านสุขภาพและการสร้างเครือข่ายในพื้นที่เพื่อดูแลตนเอง

๘. องค์กรมีทางเลือกในการรักษาอย่างหลากหลาย เชื่อมประสานในการดูแลรักษาและการเยียวยา ส่งผลถึงการดูแลอย่างองค์รวม
๙. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการปฏิบัติด้วยศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ มีอิสระและมีโอกาสทางเลือกในการรักษา
๑๐. ระบบบริการที่สามารถพัฒนาให้ทีมผู้ให้บริการมีความตระหนัก มีความไวในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวได้ดี มีความรักต่อตนเองและผู้อื่น

การใช้ ๓C กับ SHA

๑. Criteria : เกณฑ์เรื่องนี้เกี่ยวกับกระบวนการอะไร ใครเป็นลูกค้า ลูกค้าควรได้รับคุณค่าอะไร
๒. Context เรามีโอกาสทำ SHA ให้มากขึ้นตรงไหน
๓. Core values เราใช้คุณค่าหรือหลักคิดอะไรในการทำ SHA

กระบวนการการเปลี่ยน CQI ให้มีความหมายยิ่งขึ้น

๑. ฟังคนอื่น จนเกิดพลังที่อยากจะทำบางอย่างร่วมกัน
๒. สังเกตด้วยใจที่เปิดกว้าง ค้นหาความหมายในสิ่งที่เรามีบทบาท
๓. วิเคราะห์และใคร่ครวญ เชื่อมต่อกับแรงบันดาลใจและความตั้งใจภายในของเรา ใช้สายตาที่แตกต่างไปจากเดิม
๔. นำพลัง ความหมาย แรงบันดาลใจที่ได้รับมาพัฒนาต้นแบบ
ขยายผลให้เกิดการเติบโตทั้งในตนเองและผลงาน