

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ – นามสกุล นาย ปิยะ รัตนเสรีกุลชัย

อายุ ๓๑ ปี การศึกษา แพทย์ศาสตร์บัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน อายุรกรรมทั่วไป

๑.๒ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) รักษาการในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ อาชีวอนามัยและ
สิ่งแวดล้อม

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร HA ๕๐๑ การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

สาขา

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ งบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๖,๐๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๓-๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗ สถานที่ โรงแรม อัครวิณ แกรนด์ คอนเวนชั่น

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ ได้เข้าร่วมการอบรมหลักสูตร การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (Standard
Implementation) (HA๕๐๑)

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อเรียนรู้ด้านการพัฒนาโรงพยาบาล HA

๒.๑.๒ เพื่อเรียนรู้การนำมาตรฐาน HA สู่การปฏิบัติ

๒.๑.๓ เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลให้มีมาตรฐาน HA

๒.๒ เนื้อหา

แนวทางการนำมาตรฐาน HA สู่การปฏิบัติ

มาตรฐานรพ.และบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ ได้รับการรับรองโดยองค์กรนานาชาติ ISQuaEEA ๒๐๒๒ – ๒๐๒๖

มุ่งเน้น

Patient safety / Continuous quality improvement / Person centered care

สิ่งสำคัญ คือ รู้จัก เข้าใจ ใช้เป็น เห็นประโยชน์ เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสมใช้ประเมินเพื่อหา
โอกาสพัฒนา

สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐาน

๑. การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยง ที่สำคัญ
๒. การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (core values & concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริม สุขภาพ
๓. วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Purpose-Process-Performance)
๔. แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

เราต้องรู้ว่าทิศทางขององค์กรเรามุ่งเน้นค่านิยมแบบไหน แล้วออกแบบระบบใดให้ตอบค่านิยม

การประยุกต์แนวคิด ๓C – PDSA/DALI ในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ตอนที่ ๑ ในแต่ละกล่องจำเป็นต้องเชื่อมโยงกัน ถึงจะแบ่งกันไปเขียน

ตอนที่ ๒ ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลเชื่อมโยงกับ ๑ - ๖ การปฏิบัติการ

ตอนที่ ๓ เชื่อมกับตอนที่ ๒

ตอนที่ ๑ การนำ

๑.๑ ผู้นำระดับสูง(ในระดับรพ.ก็คือ ผอ.) ชี้นำและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง สีม่วงเป็นข้อความที่บรรจุใหม่ในมาตรฐานฉบับ ๕ มีขยายข้อความด้านล่างในบางคำควรอ่านเป็นส่วนขยาย

ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน >> / = หรือ

HA standard implementation

Standard >> SPA (แนวทางการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ) >> SAR (เครื่องมือประเมินตนเอง) >> accreditation ปัญหา คือคนเขียน SAR อาจไม่เข้าใจมาตรฐาน เพราะเราต้องเขียนในลักษณะ ๓P เรามีการปรับเปลี่ยนกระบวนการ แต่ปัญหาที่ผ่านมาคือเราตั้งเป้าหมายไม่ชัด

II-๑.๑

ระบบบริหารงานคุณภาพเป็นเรื่องของศูนย์พัฒนาคุณภาพ หรือคณะกรรมการ

คุณภาพการดูแลผู้ป่วย patient care quality เป็นเรื่องของ pct ที่พบปัญหาบ่อย ๆคือ PCT ไม่ได้ศึกษาข้อนี้ก่อน

I – ๒.๑ การจัดทำกลยุทธ์ ๒.๒ การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

I – ๓ ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน

I – ๔ การวัดวิเคราะห์

I – ๕ บุคลากร

I – ๖ การปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ของการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล คือ การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การประเมินตนเองเทียบกับมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนดร่วมกับการเยี่ยมสำรวจจากภายนอก เป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมการพัฒนา

HA standard part I ประยุกต์ใช้กับระดับหน่วยงาน

สิ่งสำคัญของผู้เข้าเรียนคือกลับไปถ่ายทอดให้กับบุคลากรในรพ.

Quality = clinical outcome (result + safety) X patient experience (ความคาดหวังของผู้รับบริการ need + expectation)

Cost = ประสิทธิภาพ(effectiveness) คือเป็นไปตามเป้าหมาย เช่นตั้งเป้าผลิตรถได้ปีละ ๕๐ คันก็ทำได้ตามเป้า แต่อาจไม่ได้กำไร = output

ลด cost >> เพิ่ม efficiency (ประสิทธิภาพ ลดคน เงิน ของ ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เพิ่มรอบการผลิตโดยเพิ่ม output) >> ลด waste

$$Value = \frac{(results + Safety) X (Need + Expectation)}{Waste}$$

ยังมีความสูญเปล่าในรพ.อีกเยอะที่เรายังพัฒนาได้ Output คือสิ่งได้เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการ outcome คือความคาดหวังอาจมีคำถามเช่นอะไรคือ outcome ของผู้ป่วยรายนี้ เช่นคนไข้ stroke ความคาดหวังคืออยากกลับเดินได้ ใช้ชีวิตได้

System (ระบบ)

คุณลักษณะ ๔ ประการของระบบได้แก่

๑. มีขั้นตอนชัดเจน
 ๒. สามารถทำซ้ำได้
 ๓. มีการวัดผลสำเร็จ
 ๔. มีการใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา
- >> ทำซ้ำได้ เสริมสร้างความผูกพัน ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

การนำ leadership

สิ่งสำคัญคือการตั้งเป้าหมายว่าคืออะไร >> องค์กรประสบความสำเร็จ คือ outcome/performance

เป้าหมายมาก่อน จากนั้นไปตั้งตัวชี้วัด ค่อยตามมาด้วยกระบวนการ วิธีคิด

ทางวิทยากรเสนอ เริ่มจาก I-๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ >> ข้อมูลเป็นสิ่งที่มีความมากที่สุด ถ้าข้อมูลไม่ดี ก็จะวิเคราะห์ไม่ได้ garbage in >> garbage out

I - ๔.๒ การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้องค์กรมีข้อมูล สารสนเทศ สินทรัพย์ ความรู้ ที่จำเป็น มีคุณภาพและพร้อมใช้ งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ

เราพบว่ามี part I -๔ เรามีตัวชี้วัดที่ไม่ตรงกว่าครึ่ง ไม่ validity เช่น ข้อมูลที่ดี

Accuracy ความแม่นยำ ชั่งนน. ต้องได้นน. Reliability วัดกี่ครั้งก็ได้เท่าเดิม

Availability ข้อมูลที่ออกทันที ดึงมาใช้ได้เลย Integrity ความคงสภาพของข้อมูล น้ำไหล ไฟดับ ถูกแฮ็กข้อมูลยังอยู่

Privacy ความเป็นส่วนตัว Security IT เป็นของแพงแต่จำเป็น ความมั่นคงทางไซเบอร์เป็นสิ่งที่ถูกรพ. ต้องลงทุน

I - ๔.๑ การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูล เพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร >> องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อ ปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร และส่งเสริมการเรียนรู้

Mathematic Measurable วัดได้ Achievable สามารถเป็นไปได้ และท้าทาย

ถ้าเราทำไม่ได้ตามตัวชี้วัดแสดงว่าเรายังทำได้ดีกว่านี้อีก ถ้าไม่วัดก็ไม่เท่ากับไม่เกิดผลสำเร็จ

ใช้ AI ช่วยวิเคราะห์ RCA, time line, action plan ให้ได้

จัดการความสำคัญ ของการพัฒนาและสร้างนวัตกรรม โดยต้องได้รับการสนับสนุน คน เงิน ของ และ เวลา

I-๓.๑ ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (patient/customer needs and expectations)

- ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงาน >> รับฟัง สังเกต มีปฏิสัมพันธ์ ทางรพ. มีวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่าง ๆ อย่างไร เช่น ๗ -๑๑ สามารถปรับบริการสินค้าตรงตามข้อมูลของผู้ซื้อได้โดยที่ไม่ได้ไปถามคนไข้ ในรพ.เอกชน เรา มี customer service เพื่อบริการความต้องการของลูกค้า ในหลายรพ.ที่เปิด excellent center แต่อาจไม่ตอบโจทย์ความต้องการของลูกค้าหรือไม่

การรับฟังข้อมูลป้อนกลับทันที >> นำทั้งสองเรื่องเอาข้อมูลที่ได้นำไปใช้ประโยชน์ ตามความต้องการและความคาดหวัง

นำข้อมูลไปใช้ สร้างวัฒนธรรม โดยผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง และใช้กำหนดทิศทาง วางแผนกลยุทธ์ ออกแบบระบบบริการ ปรับปรุงบริการ สนับสนุนการตัดสินใจ >> วางแผนกลยุทธ์ การออกแบบและปรับปรุงบริการ

I - ๓.๒ ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (patient/customer engagement) องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/และ ประเมินความพึงพอใจ/ความผูกพัน

- ก. ประสบการณ์ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน รับข้อร้องเรียน ตรวจสอบและแก้ไข ทันท่วงที มีประสิทธิผล รวบรวม วิเคราะห์

- ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน ทำอย่างไรให้คนไข้ผูกพันและคอยป้องกันเราด้วย มี royalty การ ออกแบบระบบตอบสนองต่อการ complain ระบบบริหารความเสี่ยง

ระบบคิวของรพ.ทำเพื่อให้รู้ว่ามีความคิวดแต่ไม่ได้ช่วยให้คนไข้กลับบ้านได้เร็วขึ้น ซึ่งมักไม่ตรงความต้องการของคนไข้

I - ๓.๓

- ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย
ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย สร้างหลักประกันอย่างไรให้คนไข้ปลอดภัยเช่นในรพ.ที่มีระบบเทรนนิ่งทำอย่างไรให้คนไข้ปลอดภัย ระบบพร้อมตอบสนอง
ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ ๑. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ๒. ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ๓. ผู้ที่ต้องแยกตัว/ถูกผูกติด ๔. ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดูแลตามกฎหมาย

I - ๒ กลยุทธ์ ทำอย่างไรก็ตามให้มีผลการดำเนินการที่ดีในระยะยาว และเพิ่มความสามารถในการแข่งขัน superior long-term performance

I - ๒.๑ การจัดทำกลยุทธ์ (strategy development) องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการ บริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินการขององค์กร

- ก. กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ ต้องเริ่มจากการวิเคราะห์ ปัจจัยภายนอกภายใน จุดอ่อน จุดแข็ง นำข้อมูลมา วิเคราะห์ปัจจัยทางกลยุทธ์ โอกาส/ความท้าทายเชิงกลยุทธ์
ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เป้าประสงค์ กำหนดเวลา ตอบสนองความท้าทายขององค์กร ตอบสนองความจำเป็น ด้านสุขภาพ >> output ที่เราอยากได้ คือเป้าหมายเพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ต้องเป็นเรื่อง ๆ ใหม่ ๆ ที่ไม่เคยทำ การทำประสิทธิภาพไม่อยู่ในกลยุทธ์ เพราะเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องทำ เช่นการออกแบบ application ของสายการบินแอร์เอเชีย ให้ลูกค้าสามารถเลือกได้ตามต้องการ เช่น ประกัน ข้าว หมอน

I – ๒.๒ การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และ ติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

ปัญหาที่พบคือเราไม่มีการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ชัดเจนทำให้ทำ action plan ไม่ได้ action plan ต้องมีเป้าหมายชัดเจน สามารถทำได้จริง provide คน เงิน ของเพื่อถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ KPI >> keep people informed/involve/inspire อีกความหมายของ key performance index

I-๖ กระบวนการทำงาน (work process)

- ก. การออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการ
- ข. การนำกระบวนการสู่การปฏิบัติและปรับปรุง เช่น ผู้เยี่ยมแจ้งว่าให้ไปทบทวนแนวทางผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ไม่ได้แปลว่าแนวทางที่ใช้ไม่ได้มาตรฐาน ไม่ได้ไปสร้างมาตรฐานใหม่ แต่ให้ไปทบทวนว่าทำตามแนวทางหรือไม่อย่างไร ทำให้มั่นใจว่าการปฏิบัติงานประจำวันเป็นไปตามข้อกำหนดของกระบวนการ มีการวัดหรือไม่
- ค. การจัดการเครือข่ายอุปทาน supplier คนที่ทำงานที่สำคัญที่เราทำไม่ได้ ทำไม่ดีแทนเรา ดังนั้นเราจำเป็นต้องมีกระบวนการคัดเลือกที่ดี >> เลือกผู้ส่งมอบ ข้อกำหนด วัดประเมินผล การดำเนินการของผู้ส่งมอบ ให้ข้อมูลป้อนกลับ กับจัดการกับผู้ที่มีผลงานไม่ดี ยกตัวอย่างเช่น การ stock น้ำเกลือ ไม่เกิน ๒ ชม. Supplier ต้องมาส่งให้ทันทุกเที่ยง อาจฟังดูไม่ดี แต่ข้อดีก็เยอะ ไม่เปลืองที่ ไม่ต้องเก็บของ ของไม่เก่า
- ง. การจัดการนวัตกรรม ข้อสำคัญคือต้องไม่กระทบกระเทือนธุรกิจรพ. และมีกระบวนการตัดสินใจในการยุติ
- จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก มีหน่วยงานตรวจประเมินต่างหากอยู่แล้ว integrate patient safety เข้าไปใน curriculum

I – ๖.๒ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (operation effectiveness)

- ก. แก้ประสิทธิภาพ ก่อน ประสิทธิภาพ เช่น อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตมักเกิดบ่อยตอนเวรตึก เป็นเพราะเรื่องของคน เราอาจต้องแก้โดยการเพิ่มคน เพื่อหวังลดอัตราการตาย ที่ ER เป็นแนวคิดที่ไม่แบ่งแยกเรื่องสิทธิ์
- ข. การจัดการระบบสารสนเทศ ความเชื่อถือได้ ความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลและสารสนเทศ การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยโดยสื่อสังคมออนไลน์และการแพทย์ทางไกล
- ค. ความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติฉุกเฉิน ไม่ใช่แค่ไฟไหม้ น้ำท่วม มีอะไรบ้างที่ทำให้เราไม่สามารถให้บริการได้อย่างปกติ เราต้องมีแผนในการรับมือ เช่น มีอบ โดยทั่วไปเรามักซ้อมแผน แต่ไม่เอาจริง เรามักทำตัวชีวิตแค่ว่าซ้อมก็ครั้งต่อปี ซึ่งไม่สื่อ ผู้เยี่ยมต้องการ feed back ที่ได้จากการซ้อม เพื่อส่งมอบคุณค่าอย่างต่อเนื่อง

I – ๕ บุคลากร

I – ๕.๑ สภาพแวดล้อมของบุคลากร (workforce environment) ขาดคนแก้โดยการเพิ่มคน ไม่ใช่ rotation คนไม่เก่ง เพิ่มความสามารถ competency

- ก. ชีตความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร
 - a. แผนบุคลากร ชีตความสามารถและบุคลากรที่ต้องการเพื่อ ตอบสนองพันธกิจ แผนกลยุทธ์ และจัดบริการ
 - b. บุคลากรใหม่ สรรหา ตรวจสอบ ว่าจ้าง บรรจุ >> ปฐมนิเทศ ฝึกอบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดูแล
 - c. เตรียมพร้อมรับบริการ
 - d. จัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากร

ข. การสนับสนุนและสวัสดิภาพ สวัสดิการที่ตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากร การเข้าถึงสิ่งที่จำเป็นในการทำงาน สวัสดิภาพและความปลอดภัย(ประเมินและปกป้อง) ชม.การทำงาน

ค. สุขภาพและความปลอดภัย

ง. ชีวิตและความเป็นอยู่

I - ๕.๒ ความผูกพันขององค์กรหมายถึงความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้สำเร็จ อยากรมาทำงาน ไม่ใช่อัตราลาออก

ก. การประเมินความผูกพันของบุคลากร

ข. วัฒนธรรมขององค์กร การสร้างวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการปฏิบัติงานที่ดี สิ่งที่ชุมชนนั้น ๆ ประพฤติปฏิบัติมาอย่างยาวนาน ถูกหรือผิดก็ได้แต่ต้องเป็นที่ยอมรับ

ค. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร >> ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน ให้เกิดความยุติธรรม มีการบริหารค่าตอบแทน รางวัล ยกย่องชมเชย แรงจูงใจ มีการดำเนินการกับผู้มีผลการปฏิบัติงานต่ำกว่าเกณฑ์ มีระบบการเรียนรู้และพัฒนา และการประเมินระบบรวมถึงความก้าวหน้าในอาชีพการงาน สร้างผู้นำในอนาคต เป้าหมายเพื่อให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี

I - ๑ การนำ ผู้นำที่ดีต้องเรียนรู้เกณฑ์ทั้งหมด และ บริบทขององค์กร >> ดูจาก hospital profile

I - ๑.๑ การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง

ก. กำหนดวิสัยทัศน์ นั่นคือสิ่งที่อยากจะเป็นอยากจะทำไปวันนี้อย่างไรไปไม่ถึง พันธกิจ หน้าตาขององค์กร การวิเคราะห์ stake holder ที่เกี่ยวข้องมาพูดคุย ตกลง

ข. การสื่อสาร สร้างความผูกพัน สร้างแรงบันดาลใจ จูงใจ บุคลากร

ค. ความสำเร็จขององค์กร: สร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ decentralized อำนาจ การหาผู้นำในอนาคต ต่อ การปฏิบัติอย่างจริงจัง การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย

I - ๑.๒ การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม

ก. การกำกับดูแลองค์กร รวมถึงการกำกับดูแลทางคลินิก สร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลที่มีคุณภาพ

ข. กฎหมายและจริยธรรม

ค. การทำประโยชน์ให้สังคม >> social responsibility ปลูกต้นไม้ ทอดผ้าป่า เก็บขยะ กวาดถนน >> ไม่ใช่ CSR ต้องได้ประโยชน์กลับมารพ. เช่นการสอนชุมชนเรื่องท้องก่อนวันเรียน การดูแลผู้สูงอายุเสพติด โดยต้องใช้ core competency ของรพ. มาปรับใช้

การนำมาตรฐานตอนที่ ๒ สูการปฏิบัติ

ประยุกต์ใช้ ๓C-PDSA: ถอดรหัสมาตรฐาน รับรู้ วิเคราะห์ ตั้งเป้า ฝ้าดู ออกแบบ สื่อสาร ปฏิบัติ ติดตาม ปรับปรุง ออกแบบอย่างไรเพื่อลด human factor error >> การ double check, triple check ก็ยังขึ้นกับมนุษย์อยู่ดี คงต้องหากระบวนการใหม่ ๆ

Pitfall II-๑ เขียนแต่ RM ไม่ได้เขียนมาตรฐานคุณภาพ หรือ PCT แต่อย่างไร

II - ๓.๑ เป้าหมาย ความปลอดภัย ความผาสุกของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

End customer ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่

Process customer หน่วยงานภายในและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง บางครั้ง RM, IC, ENV ก็เป็นได้

Process owner ENV, RC, IM ซ่อมบำรุง อาชีวอนามัย

II – ๓.๒ (ก) เป้าหมาย ระบบที่พร้อมใช้งาน เชื่อถือได้ปลอดภัย

Process customer หอผู้ป่วย x-ray Lab OR ICU OPD CFO

Process owner หอผู้ป่วยต่าง ๆ

II – ๓.๒ (ข) เป้าหมาย ระบบที่พร้อมใช้งาน เชื่อถือได้ ปลอดภัย ตลอดเวลา

End customer ผู้ป่วย บุคลากร ญาติ

Process customer

Process owner ENV, ผู้บริหาร, หน่วยซ่อมบำรุง

II – ๔ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ >> เป้าหมาย ลดการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ

II – ๔.๒ (ข ๑) การติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร

Process: ICC ร่วมกันทบทวนการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กรและกำหนด แนวทางปฏิบัติตาม scientific evidence ที่ทันสมัย

- ICC มอบให้ทีมรับผิดชอบทำ CQI เพื่อลดอัตราการติดเชื้อ ควรรวมพลังในการพัฒนาเข้าด้วยกัน

II – ๔.๑ ก จากการเยี่ยมสำรวจพบว่า พยาบาล IC มีไม่เพียงพอ หรืออบรมน้อยไป และก็ไม่ในส่วนให้ความรู้ชุมชน เช่นให้คนไข้ติดเชื้อดื้อยากลับบ้าน ชุมชนต้องทำอะไร

II – ๔.๒ ก ๒ การควบคุมสิ่งแวดล้อม ก็จะเชื่อมโยงกับ I

วิเคราะห์กระบวนการ

Value-based healthcare >> คุณคน ดูไข้ ดูคัม >> คุณค่า

รู้โจทย์: หาโจทย์ที่มีความเฉพาะเจาะจง

Who: เกิดกับใคร

Where

When: ปัญหาเกิดช่วงใดเป็นพิเศษหรือไม่

II – ๑.๑ ข คุณภาพการดูแลผู้ป่วย PCT

Clinical tracer ๔ กระบวนการ >> Care process กระบวนการพัฒนา ระบบงานสำคัญที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์

II – ๖ ระบบการจัดการด้านยา (medication management system)

ระบบยาทบทวนทั้ง ชุกสูง และ เสี่ยงสูง

ระยะเวลาในการให้ยา เป็นได้หลายมิติ ทั้ง appropriate, safety, timeliness

การเข้าถึงข้อมูลด้านยา ปรับตามค่าไต หรือการใช้ในคนท้อง จะวางระบบอย่างไรให้แพทย์ผู้สั่งยาสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านนี้

II – ๖.๑ medication oversight and supportive environment

II – ๖.๒ การปฏิบัติในการให้ยา ๖ (medication use practices)

เป้าหมาย Purpose

เป้าหมายที่ดีเป็นอย่างไร

• ชัดเจนในผลลัพธ์ที่ต้องการบรรลุ

- ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิด ระบุปริมาณและเวลาที่จะบรรลุถ้าเป็นไปได้ (กรณีที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนา)

วิธีการกำหนดเป้าหมายที่ดี

- ตรงประเด็นกับสิ่งที่ต้องการบรรลุ
- วิเคราะห์ปัจจัยขับเคลื่อนและมิติคุณภาพสำคัญ
- ใช้ baseline data มาช่วยกำหนด

ใครเป็นผู้กำหนด

- ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ร่วมกันกำหนดทำอะไรให้ผู้เกี่ยวข้องยอมรับเป้าหมาย
- มีส่วนร่วม มีเหตุผล ทำทนายแต่มีความเป็นไปได้

หลักของ SMART >> Specific Measurable Attainable Relevant Time based (ควรกำหนดระยะเวลา มีเป้าที่ชัดเจน)

เป้าหมาย >> แนวคิด >> ตัววัด

- เป้าหมายมีหลายระดับ
- ทำเป้าหมายให้สมบูรณ์ขึ้น (โดยพิจารณา context, criteria, quality dimension)
- ค้นหาแนวคิดในเป้าหมาย
 - หา keyword ที่เป็นคำคุณศัพท์ ลักษณะคุณภาพ หรือ มิติคุณภาพ
- จากแนวคิดสู่ตัววัด
 - วิเคราะห์ value stream ของเรื่องนั้นว่ามีตัววัดในแต่ละขั้นตอนอะไรบ้าง
 - นำมิติคุณภาพมากำหนดเป็นตัววัด
 - วิเคราะห์ปัจจัยขับเคลื่อน (driver) ของปัจจัยหรือแนวคิดนั้น
 - นำลักษณะคุณภาพของกระบวนการ (Process Requirement) มากำหนดเป็นตัววัด
- มองตัวเลขจากมุมมองต่างๆ
 - จำนวน - อัตราเมื่อเทียบกับฐานประชากร
 - อัตราที่สูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด - ระยะห่างระหว่างการเกิดเหตุการณ์

เป้าหมายการดูแลผู้ป่วย แต่ละโรคอาจไม่ได้มีทุกมิติ

Three types of measures

- Outcome: • คุณค่าที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะได้รับ • การตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน
- งานพัฒนาของเราจะทำให้มีผลกระทบที่มีความหมายอย่างไร
- Process: • ขั้นตอนต่างๆ ในระบบเป็นไปตามที่วางแผนไว้หรือไม่ • กระบวนการมีความเหมาะสม น่าเชื่อถือ มีประสิทธิภาพ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางหรือไม่ • บอกว่าเราอยู่ on track เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการหรือไม่
- Balancing: • ปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน/ผลลัพธ์ • ผลกระทบอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในเป้าหมายของโครงการ
- มองระบบจากมุมมองอื่น ๆ >> เช่นบางรพ. ไม่มีห้องคลอด ก็วัดอัตราตายปริกำเนิดไม่ได้ หรือ VAP ในรพ.ที่ไม่มี ventilator ก็ไม่ได้

Cascading of indicator: Macro level >> Meso level >> Micro level

เช่นรพ.ต้องการเก็บ AE / ๑๐๐๐ patient days ซึ่งต้องออกแบบจาก I - ๔.๑

เชิงเหตุและผลคือเปรียบเทียบ input output ใส่อะไรลงไปแล้วได้ outcome เท่าไหร่

Segmentation >> วิเคราะห์เกิดที่ไหน เวลาไหน

องค์กรแพทย์ เป้าหมายเพื่อ ส่งมอบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง กล่อง ๕ เป็นกระบวนการทำ
หน้าที่สำคัญ

II - ๒.๑ Nursing governance

ก การบริหารการพยาบาล (๒) ปัญหาคือด้านบุคลากรด้านการพยาบาล การวาง HR ส่งอบรมทดแทน

II - ๕.๒ เวชระเบียนผู้ป่วย (patient medical record)

ในปัจจุบันรพ.เน้นพัฒนาในส่วน EMR ไม่ว่าจะพิมพ์ หรือสแกนเอาหมด ระบบสำรองข้อมูล รักษาความลับกลุ่ม
อ่อนไหว พอเป็นระบบคอมพิวเตอร์ เข้าถึงข้อมูลได้โดยบุคคลที่ไม่กำหนด

คณะกรรมการ MRA: medical record audit >> ๑ ใน ๑๒ กิจกรรมทบทวน

Pitfall จากผู้เยี่ยม ปัจจุบัน EMR ๙๐% at OPD แต่ใน ER ยังใช้ไม่ต่อเนื่อง ทางสรพ. แนะนำควรใช้กระดาษไปก่อน
เพราะเราต้อง monitor ต่อเนื่อง ซึ่งระบบ EMR ปัจจุบันยังไม่ครอบคลุม กระบวนการสั่งยา หลังจากแพทย์ได้สั่งยา บาง
ที่ยังมีเขียนส่วนหนึ่ง สั่งยาในคอมพิวเตอร์ส่วนนี้ >> ซึ่งมันจะนำมาวิเคราะห์ได้ยาก EMR ใช้เป็นหลักฐานชั้นศาลได้ แต่
ทางเวชระเบียนเราต้องเก็บเป็นแฟ้มก่อน โดยอย่างน้อย ๑๐ ปีในเคสอายุความ

Smart IPD >>อาจไม่สามารถ รคส. ได้ อาจต้องปรับเป็นเข้าถึงอุปกรณ์จากนอกรพ.โดยวิธีการกำหนดสิทธิ์

การกำหนดสิทธิ์เข้าถึง OSCC, HIV รวมถึงการกรอกข้อมูลอะไรบ้างลงในเวชระเบียน แล้วใครบ้างที่จะเห็น การขึ้นว่าปกปิด
ก็ยิ่งทำให้อยากค้นหา ระบบการรักษาความลับของคนไข้แต่ละกลุ่ม เชื่อมโยงกับสิทธิผู้ป่วย

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาพัฒนางานคุณภาพของโรงพยาบาล

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน พัฒนางานคุณภาพของโรงพยาบาล

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ) ต่อเพื่อนร่วมงาน สามารถถ่ายทอดความรู้ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลให้

เพื่อนร่วมงาน

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง ควรมีการฝึกอบรมในหลายๆ ภาคส่วนของโรงพยาบาล

๓.๒ การพัฒนา จัดประชุมเพื่อกำหนดทิศทาง และแนวทางในการพัฒนาโรงพยาบาล

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เป็นการฝึกอบรมที่ดีมาก

ลงชื่อ.....^{๗๕}.....ผู้รายงาน
(นายปภัฏ รัตนเสรีกุลชัย)

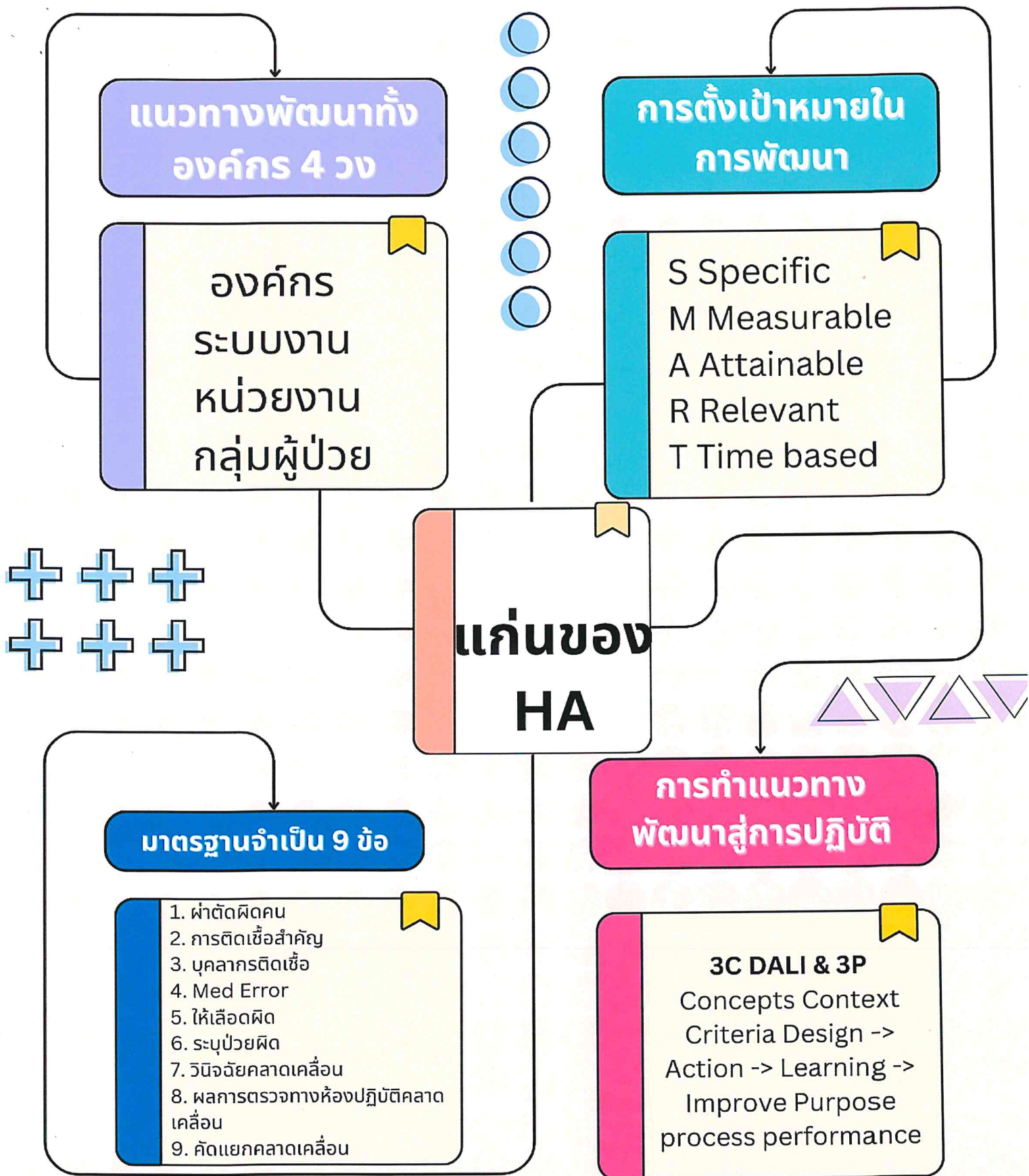
ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

บุคลากร หน่วยงาน ใ้บังคับบัญชา

ลงชื่อ.....หัวหน้าส่วนราชการ

(นายสุภกริช สวัสดิ์พิมพ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครราชสีมา



นำความรู้ไปพัฒนาองค์กรหรือหน่วยงานโดย

1. นำความรู้ที่ได้รับมาพัฒนาองค์กรให้เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ
2. ถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและวางแผนพัฒนาร่วมกัน
3. เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลให้ผ่านมาตรฐาน HA

จัดทำโดย นพ. ปิภย์ รัตนเสรีกุลชัย