

บันได 3 ขั้นสู่ HA

ทำความเข้าใจ

- HA คือการกระตุ้นให้ทำหน้าที่ตามเป้าหมายขององค์กร
 - ความต้องการของผู้รับผลงาน + ทิศทางการพัฒนาสังคม
 - เน้นสร้างสุขภาพ + ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม + เชิงรุก
- เน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง
- ทำงานเป็นทีม
 - เปิดใจ
 - แลกเปลี่ยน
 - หาทางเลือกและตัดสินใจอย่างเหมาะสม
- ทบทวนประเมินตนเอง ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง



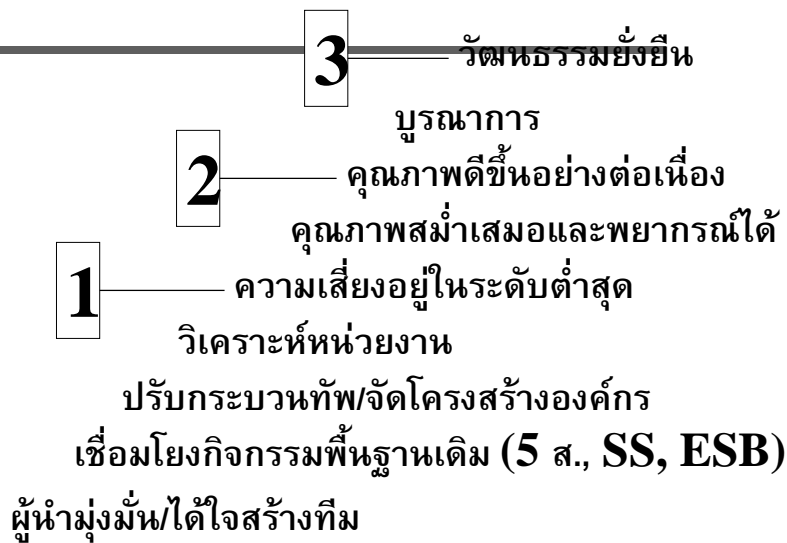
การดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

- ช่วงที่หนึ่ง การเตรียมการ
- ช่วงที่สอง การพัฒนาและเรียนรู้
- ช่วงที่สาม การดำเนินการ
- ช่วงที่สี่ บูรณาการและวางรากฐานเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

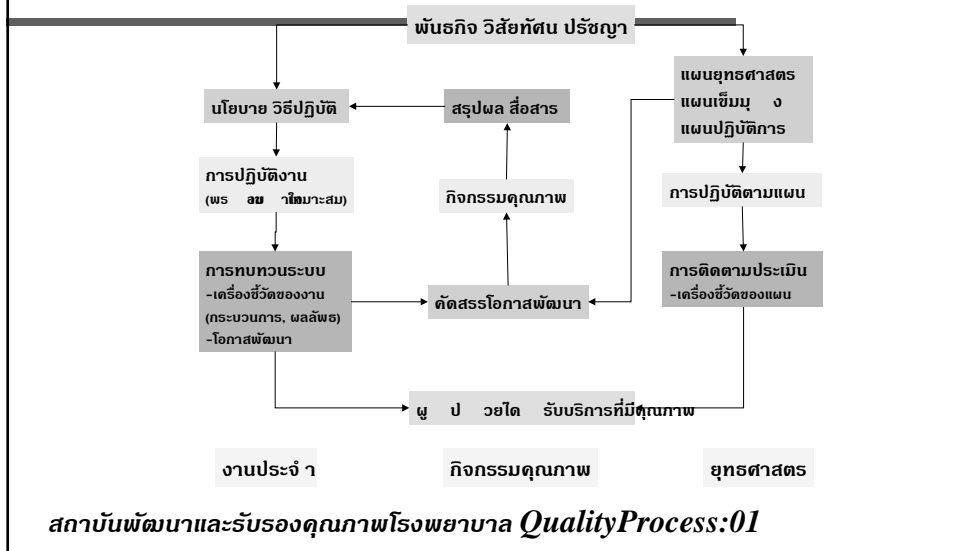
การดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

Preparation	Development	Implementation	Integration
Management Education Workshop	Pilot Project Vision & Mission	Unit Optimization (SS, RM, QA, CQI)	Structure
Quality Structure -Steering Team -Facilitator Team	Strategic Plan Communication	Horizontal Integration Vertical Alignment	Skill
Baseline Assessment -Waste/Gap -Customer need -Environment -Compliance to Standard	Education	Performance Monitor Progress Review	System -Measurement -Compensation
			Culture

ขั้นตอนใดแห่งความสำเร็จ



การเชื่อมโยงกิจกรรมคุณภาพ



การเตรียมการ



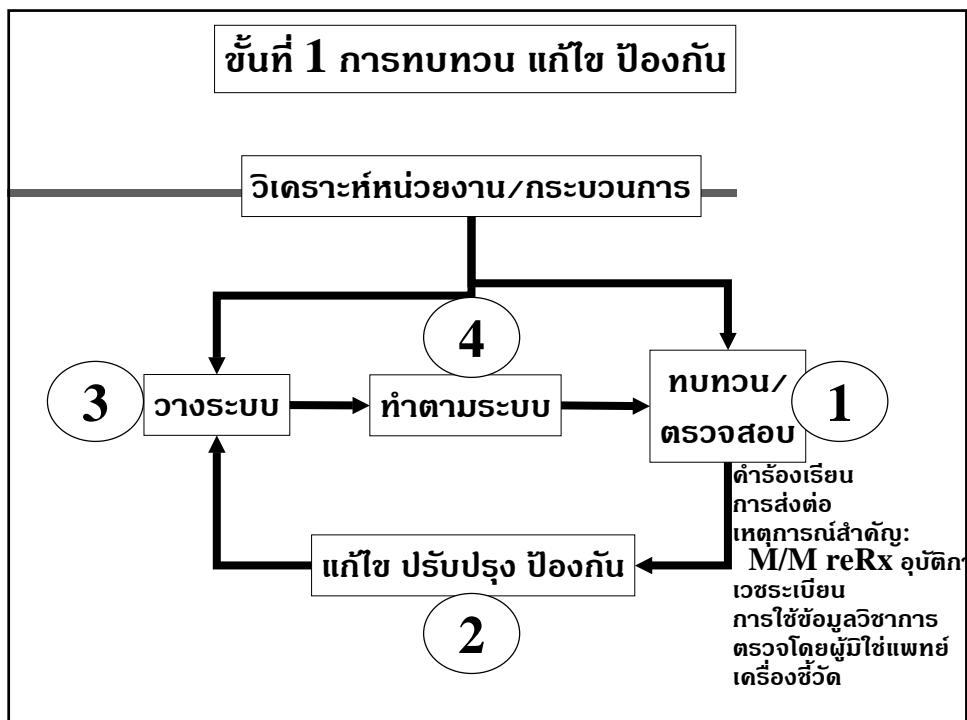
- สร้างความตระหนักในทีมผู้บริหาร/ผู้นำ
- การทบทวนและเชื่อมต่อความพยายามในการพัฒนาคุณภาพ
- ผู้ประสานงานคุณภาพ/กรรมการสนับสนุนและประสานงานการพัฒนาคุณภาพ
- วิเคราะห์บรรยากาศในการทำงาน และดำเนินการปรับปรุง

การพัฒนาและเรียนรู้



- สร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่
- ฝึกฝนทักษะของทีม
- คุณภาพเริ่มที่แต่ละคน
- คุณภาพคือการทำให้งานของเราง่ายขึ้น
- คุณภาพคือการทำงานร่วมกันและกัน (ปรับปรุงความสัมพันธ์ของลูกค้าภายใน)
- คุณภาพคือการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ
- คุณภาพคือการทำหน้าที่ตามเป้าหมายขององค์กร/หน่วยงานอย่างสมบูรณ์
- แผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ

ขั้นที่ 1 การทบทวน แก้ไข ป้องกัน



การทบทวนและแก้ไขป้องกัน (บันไดขั้นที่ 1)

- การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย
- การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ
- การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา
- การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีใช้แพทย์
- การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง
- การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา

การทบทวนและแก้ไขป้องกัน (บันไดขั้นที่ 1)

- การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ
- การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน
- การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ
- การทบทวนการใช้ทรัพยากร (Utilization Review)
- การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ

หลักเกณฑ์การประเมิน

- ความครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและทุกราย
- การวางแผนทางป้องกันโดยใช้การหารากเหง้าและข้อมูลทางวิชาการ
- ผู้ทำงานบอกได้ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางป้องกัน
- มีหลักฐานการปฏิบัติตามแนวทางป้องกัน
- แนวทางปฏิบัติ

ทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย

- Care
- Communication
- Continuity
- Team
- Human resource
- Environment
- Records



แพทย์กับพยาบาลต้องร่วมกันทบทวน

- พยาบาลทบทวนอย่างเดียวนั้นไม่ได้
- ทำทุกสัปดาห์
- ทำในทุกหอผู้ป่วย ด้วยความเข้าใจของเจ้าหน้าที่
- มีการหารากเหง้าของปัญหา
- เจ้าหน้าที่บอกปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางป้องกันได้
- มีการทำตามแนวทางที่ป้องกัน

กรณีที่๓ ในทบทวนที่๑

- ผู้ป่วยมะเร็งได้เคมีบำบัด ทำอย่างไรเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด
- การดูแลแบบองค์รวมของตัวผู้ป่วยเอง
กินไม่ได้
ความกังวล/อาการซึมเศร้า/และแนวโน้มฆ่าตัวตาย
ความเชื่อ
- ผลกระทบของโรคของผู้ป่วยต่อญาติ/สังคม/เศรษฐกิจ
- การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมิน family as a unit

ทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียน

- การรับรู้และตอบสนอง
 - ผู้รับความคิดเห็น/คำร้องเรียน
 - การพูดคุยกับผู้รับบริการ
 - การค้นหาผู้ประสบปัญหาในการรับบริการ
 - จัดเจ้าหน้าที่รับคำร้องเรียน
 - รับความคิดเห็น/คำร้องเรียนทางโทรศัพท์
 - บันทึกประสบการณ์ของผู้ป่วย
 - แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- การบันทึก
- การวิเคราะห์ข้อมูล ปรับปรุงระบบ ติดตามผล

กรณีที่๓ ทบทวนที่๒

- การส่งต่อล่าช้า การแก้ปัญหาไม่ทำให้รู้สึกว่าจะจบผิด
 - ข้อเท็จจริงที่ว่าส่งล่าช้าเป็นอย่างไร
 - ถ้าจริงที่ส่งช้า หาสาเหตุ
 - การดักจับปัญหาที่รวดเร็วจะเป็นการป้องกันความไม่พึงพอใจ
 - การเก็บตัวชี้วัดเวลาในการส่งต่อ โดยแบ่งเป็น
 ๑. เวลาตั้งแต่แพทย์ปรึกษากันจนตัดสินใจให้ส่งต่อ
 ๒. เวลาตั้งแต่ตัดสินใจส่งต่อจนได้ส่งออกจากห้องฉุกเฉิน
- ทีม นาร์.พ. กำหนดหลักประกันคุณภาพในส่วน๒. ว่าถ้าเกินกี่นาทีจึงให้รายงาน

ทบทวนความคิดเห็น

- ตอบสนองทุกหน่วยงาน
- ตอบสนองเรื่องที่มีความสำคัญร้อยละ ๗๕
- มีการจัดระบบรับฟังของร.พ.ฯ
- ใช้การหารากเหง้า
- เจ้าหน้าที่บอกปัญหาที่สำคัญ

ทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา

- การรับรู้
 - การส่งต่อผู้ป่วย
 - ผู้ป่วยที่ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา
- การบันทึก
- การวิเคราะห์ข้อมูล ปรับปรุงระบบ ติดตามผล



กรณีที่๑กิจกรรมทบทวนที่๓
เดือนละ๒๔รายต่อเดือน (๖ถึง๗รายต่อวัน)

- สาเหตุส่วนใหญ่เกิดเพราะขาดแพทย์เฉพาะทาง
 - การทบทวนว่าส่งต่ออะไรบ้าง (ป้องกันได้บ้างไหม)
 - ๑.พิจารณาขยายงานและความสามารถของร.พ.๑
 - ๒.เน้นการป้องกันให้มากขึ้น โดยดูจากข้อมูลว่าเป็นผู้ป่วยอะไรบ้าง
- การส่งมีปัญหาขณะส่ง
กระบวนการแก้ปัญหาฉุกเฉิน (เข่าร.พ.อื่นถ้าเกิดเหตุเฉียบพลัน)
รพพยาบาลมีความพร้อมอย่างไร **COMPETENCY** และความพร้อมของคน
จับ
การฝึกอบรมและประเมินเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉิน

ทบทวนการรักษาโดยผู้ที่มีไข้แพทย์



- บุคคลที่ให้การตรวจรักษาจะต้องได้รับการฝึกอบรมและประเมินว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถพอ
- มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนในการขอคำปรึกษาแพทย์ และสามารถได้รับคำปรึกษาเมื่อต้องการ
- แพทย์ผู้รับผิดชอบทบทวนการตรวจรักษาที่ได้กระทำไปโดยเร็วที่สุด และยืนยันให้ความเห็นชอบกับการตรวจรักษาที่ได้ทำไป นำสิ่งที่สมควรได้รับการแก้ไขปรับปรุงมาทำความเข้าใจ ชี้แนะ จัดทำแนวทางปฏิบัติ หรือฝึกอบรม

- มีการทบทวนทุกวันทำการ

- เลือกกรณีที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองให้แพทย์ทบทวน

- ครอบคลุมความผิดพลาดที่เป็นส่วนใหญ่

กรณีที่ ๕ กิจกรรมที่ ๔

- ขาดความรู้ (ปวดท้องน้อยกับกระเพาะอาหารอักเสบ)

- การซักประวัติ

- เกณฑ์การรับไว้สังเกตอาการที่ห้องสังเกตอาการ

- การติดตามอาการหลังสังเกตอาการ

การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

- ค้นหาความเสี่ยง
- กำหนดแนวทางปฏิบัติ
- การบันทึก
- การวิเคราะห์ ปรับปรุงระบบ ติดตามผล

การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

- กำหนดการติดเชื้อและกระบวนการเฝ้าระวัง
- เก็บข้อมูล
- วิเคราะห์ข้อมูล
- ใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย



การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา

- การเฝ้าระวังเฉพาะความคลาดเคลื่อน โดยไม่เชื่อมโยงกับผลกระทบหรือโอกาสเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์
- การวัดที่เห็นไปที่ยาเฉพาะตัวซึ่งมีโอกาสเกิดปัญหาสูง หรือสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน จะทำให้ป้องกันความคลาดเคลื่อนได้ดีกว่า
- เหตุการณ์ “เกือบพลาด” เป็นการส่งสัญญาณว่าระบบยังมีปัญหา แต่โชคดีที่มีผู้ค้นพบและจัดการแก้ไขได้ก่อน
- การวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในองค์กรอื่น เป็นเสมือนเลนส์ตรวจสอบระบบในองค์กรของเรา



บททวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ

- การเสียชีวิต
- การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ, อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด, ผลข้างเคียงจากยา, ปฏิกริยาจากการให้เลือด
- การรักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน เช่น การผ่าตัดซ้ำ, การรับไว้รักษาซ้ำด้วยโรคเดิม
- อุบัติการณ์อื่น ๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม, ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error), อุบัติการณ์เกี่ยวกับเครื่องมือ (ได้รับอันตราย, ทำงานไม่ปกติ, ไม่มีใช้), การตรวจรักษาผิดรายหรือผิดจากแผนการที่วางไว้
- กรณี “เกือบพลาด”



ทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ

- การรับรู้และทบทวน
- การบันทึก
- การวิเคราะห์ข้อมูล ปรับปรุงระบบ ติดตามผล

ทบทวนความสำเร็จของการบันทึกเวชระเบียน

ข้อมูลของผู้ป่วย	มีชื่อ สกุล อายุ ที่อยู่ของผู้ป่วยของผู้ป่วยในเวชระเบียนผู้ป่วยในครบถ้วน ส่วนชื่อ ที่อยู่ของผู้ติดต่ออย่างน้อยมีอยู่ใน OPD card
ประวัติความเจ็บป่วย	มีบันทึกอาการสำคัญและประวัติปัจจุบัน
การตรวจร่างกาย	มีการตรวจร่างกายทุกระบบที่คาดว่าจะเกี่ยวข้อง
ผลการปฏิบัติการ	มีบันทึกหรือรายงานผลการปฏิบัติการในเวชระเบียน
การวินิจฉัย	ใช้ข้อมูลจากประวัติและการตรวจร่างกายเพื่อการวินิจฉัยโรค ไม่ได้วินิจฉัยจากอาการเพียงอย่างเดียว
แผนการดูแลรักษา	มีการระบุปัญหาของผู้ป่วยครบถ้วนและแผนการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหา
การดำเนินโรค	มีบันทึกการดำเนินโรคเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทุกครั้ง
การผ่าตัด (ถ้ามี)	มีบันทึกการผ่าตัดซึ่งระบุหัตถการ, การวินิจฉัยโรค, สิ่งที่พบโดยสรุป
การตัดชิ้นเนื้อ (ถ้ามี)	เมื่อมีการผ่าตัดชิ้นเนื้อออกจากร่างกาย มีการส่งชิ้นเนื้อตรวจตามที่กำหนดไว้และมีรายงานอยู่ในเวชระเบียน

ทบทวนความสำเร็จของการบันทึกเวชระเบียน

- เหตุใดจึงต้องรับผู้ป่วยไว้ในหอโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยมีสภาพอย่างไรเมื่อแรกรับ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- มีข้อมูลอะไรสนับสนุนการวินิจฉัยโรคที่ให้ไว้ มีข้อมูลอะไรสนับสนุนเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค
- มีแผนการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยหรือไม่
- อะไรทำให้มีการสั่งตรวจ investigate แต่ละครั้ง
- ได้ใช้ผลการตรวจ investigate อย่างไร
- อะไรทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมคำสั่งการรักษา ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างไร
- ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง มีการบันทึกไว้ชัดเจนหรือไม่
- มีการประเมินปัญหาที่จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านหรือไม่ ถ้ามีโอกาสเกิดปัญหา ได้มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร

ทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ



Gap analysis

- ทบทวนสิ่งที่เราปฏิบัติอยู่ (peer review) โดยทบทวนเป็นภาพรวม ไม่ระบุชัดเจนว่าเป็นผู้ป่วยรายไหน ใครเป็นผู้รับผิดชอบ
- พิจารณาความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัย (scientific evidence) ว่าควรนำไปใช้ในระดับใด ไม่จำเป็นต้องถกเถียงกันว่าจะเขียน CPG ว่าอย่างไร ไม่ต้องห่วงว่าทางแพทยสภาหรือราชวิทยาลัยจะไม่เห็นด้วย ไม่ต้องห่วงว่าจะถูกเอาไปเป็นข้อมูลเพื่อการฟ้องร้อง
- เป็นการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (clinical CQI) เปลี่ยนจากสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ไปสู่สิ่งที่ต้องการให้เป็น

ทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ

ตัวอย่าง Gap Analysis สำหรับโรค Osteoarthritis

ข้อแนะนำ/ข้อมูลวิชาการ	สิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	สิ่งที่ต้องการให้เป็น	แผนดำเนินการ
Paracetamol ให้ผลเท่ากับ NSAID ในการบำบัดอาการปวดของ OA แต่มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า	มีการใช้ NSAID ควบคู่กับ Paracetamol เป็นส่วนใหญ่	ลดการใช้ NSAID ในผู้ป่วย OA	-ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย -ทดลองงดใช้ NSAID ในผู้ป่วยใหม่และกลุ่มที่สมัครใจ -มีใบเตือนใจแพทย์

ทบทวนการใช้ทรัพยากร Utilization review

- การรับรู้และทบทวน
 - เหตุผลในการรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเพียงวันเดียว
 - ข้อบ่งชี้ในการส่ง investigation
 - ข้อบ่งชี้ในการใช้ยาและวัคซีน
 - ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด
- การวิเคราะห์ ปรับปรุงระบบ ติดตามผล



ติดตามเครื่องชี้วัดที่สำคัญ



- กำหนดและติดตามเครื่องชี้วัดที่สำคัญ
 - การบรรลุเป้าหมาย/พันธกิจของโรงพยาบาล
 - การบรรลุเป้าหมาย/ภารกิจของหน่วยงาน ตอบสนองความต้องการ/คาดหวังของผู้รับบริการ
 - ตามกลุ่มผู้รับบริการที่สำคัญ ติดตามทั้งกระบวนการและผลลัพธ์
- ต่อเนื่อง นำเสนอให้ง่าย เข้าใจ เห็นการเปลี่ยนแปลง
- เจ้าหน้าที่เห็นโอกาสพัฒนา
- นำไปวิเคราะห์ ปรับปรุงการทำงาน
- เพิ่ม/ลดการติดตามเครื่องชี้วัด

การประกันคุณภาพ²และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

- วิเคราะห์หน่วยงานอย่างเป็นระบบ
- จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน
- ระบบบริหารความเสี่ยง
- การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- โครงสร้างการนำระดับกลาง
- การประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA

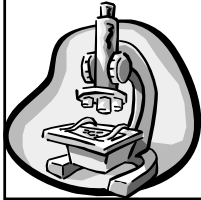




การปฏิบัติตามมาตรฐาน HA

3

- การปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA
- การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ
- การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและวัฒนธรรมเรียนรู้



บันไดขั้นที่ 4

กระบวนการให้คำปรึกษา

- การเตรียมการ
- การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือกับผู้บริหาร/ทีมงานในพื้นที่
- เข้าเยี่ยมและให้คำปรึกษา
- การเขียนรายงานและติดตามผล



การประเมินหลังฝึกอบรม

- อะไรที่ได้ตามคาดหวัง
- อะไรที่ไม่ได้ตามคาดหวัง
- สาเหตุจากผู้เรียนหรือผู้สอน
- จะทำอย่างไรจึงจะให้ได้ตามที่คาดหวัง