

คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

สัมมนาวิชาการ “QA to Quality of Life”
ณ โรงแรมเอเชีย แอร์พอร์ท รังสิต ปทุมธานี
ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๑๘ มีนาคม ๒๕๕๗



**ถึงเวลาแล้วหรือยัง...ที่เราจะ ตระหนักและให้
ความสำคัญ กับ Patient Safety**

WHAT & WHY



Patient Safety





Patient Safety

องค์การอนามัยโลก (WHO)

- ให้นิยามว่า : ความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากภัยหรืออันตรายที่ไม่ควรเกิดขึ้นจากการบริการสุขภาพให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดเท่าที่สามารถยอมรับได้ กล่าวคือ ระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้บนพื้นฐานของข้อมูลความรู้ ทรัพยากร และบริบทที่เกี่ยวข้อง รวมถึงความเสี่ยงระหว่างการไม่ได้รับหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ



Patient Safety

World Health Organization definition

**"freedom...from unnecessary harm
or potential harm associated with
healthcare"**





WHO Global Study – 2009

(on burden of harm to patients)

- Most evidence comes from developed countries and little from developing countries
- 1.5 million patients are harmed and thousands are killed every year in USA
- 70% of patients' medication histories have errors (in some countries)
- 28-56% of adverse effects are preventable
- 10% of patients in acute care settings in developed countries experience adverse effects
- 1 in 4 patients in ICUs will acquire an infection



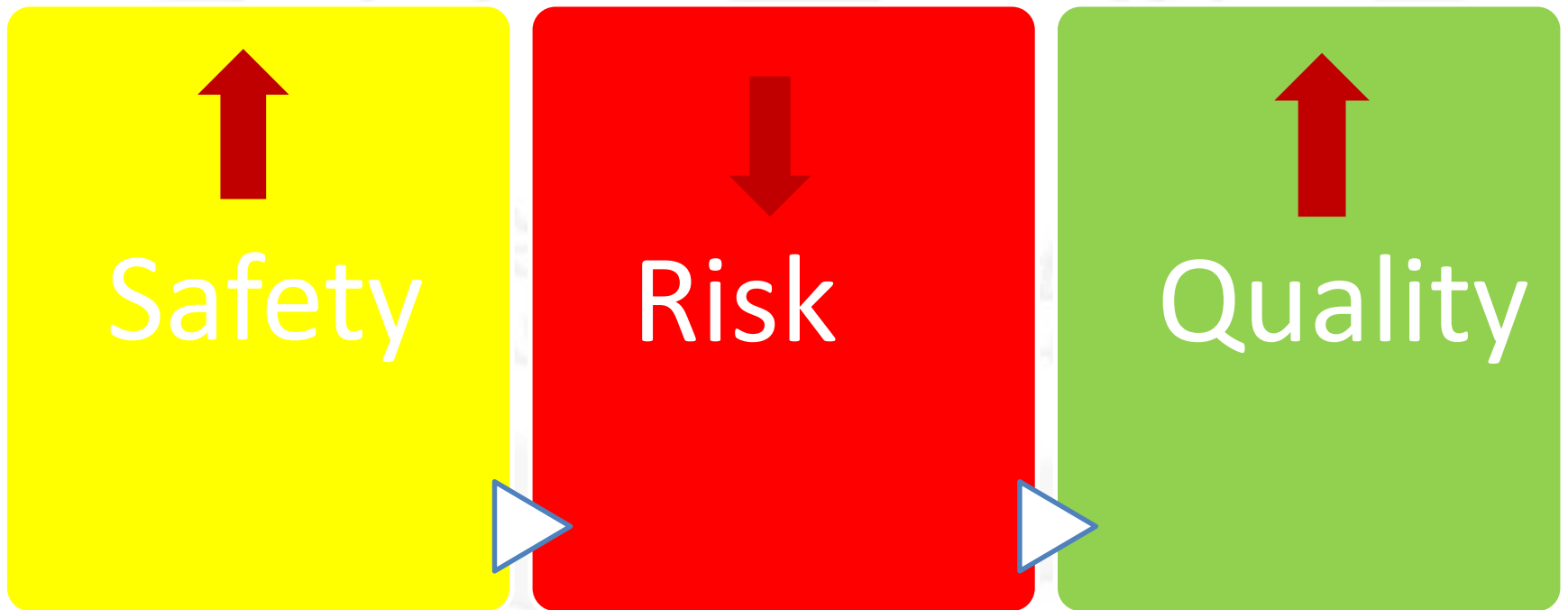
The Study We Have All Heard



- **The Institute of Medicine (IOM) study “To Err is Human; Building a Safer Healthcare System”**
- **Adverse events occur in 2.9 to 3.7% of all hospitalizations**
- **44,000 to 98,000 patients die a year as a result of medical errors**
- **More than motor vehicle accident deaths in US**



ถ้าตั้งเป้าต้องการความปลอดภัย



Goals





Quality and Safety

สำคัญไฉน





สำรวจความต้องการคุณภาพในทุกมิติ

	ดี	Effective
43%	ดี	Effective
36%	เข้าถึง	Access
27%	พึงพอใจ	Accept/Responsive
64%	ด้วยหัวใจ	Humanize
18%	เหมาะสม	Appropriate
18%	คุ้มค่า	Efficient
20%	เวลาเหมาะสม	Timeliness
31%	สามารถ	Competency
93%	ปลอดภัย	Safety
15%	ต่อเนื่อง	Continuity
7%	ทั่วถึง	Coverage
21%	เป็นธรรม	Equity

- Accept
- Access
- Appropriate
- Competency
- Continuity
- Coverage
- Effective
- Efficient
- Equity
- Humanize
- Responsive
- Safety
- Timeliness



จำนวนผู้ได้รับเงินช่วยเหลือตาม มาตรา ๔๑ ปี ๒๕๔๓ - ๒๕๕๒ แยกรายสาขา

	สาขา	เสียชีวิต	พิการ	บาดเจ็บ	รวม
๑	กุมารเวชกรรม	๑๘๔	๒๐	๕๘	๒๖๒
๒	อายุรกรรม	๒๘๕	๓๖	๓๐	๓๕๕
๓	ศัลยกรรม	๒๑๖	๖๕	๑๒๕	๔๑๐
๔	สูตินรีเวชกรรม	๕๒๘	๑๘๐	๓๒๔	๑,๐๓๒
๕	อื่นๆ	๔๖	๕๑	๖๕	๑๖๒
	รวม	๑,๒๖๓	๓๕๖	๖๔๖	๒,๒๖๕

รายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๓

วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓



จำนวนผู้ได้รับเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41

แผนก	เสียชีวิต	พิการ/สูญเสียวัยวะ	บาดเจ็บ	รวม
อายุรกรรม	118	5	28	151 (15.18)
สูติกรรม	228	70	85	383
นรีเวช	4	6	19	29
ทำหมัน	-	2	77	79
ศัลยกรรม	79	13	48	140
ศัลยกรรมกระดูก	15	10	15	40
กุมาร	78	8	38	124
ทันตกรรม	3	-	8	11
หูดตา คอ จมูก	2	10	5	17
อื่นๆ	6	1	14	21
รวม	533	125	337	995



กรณีคลอดและทำหมัน

สาเหตุของความเสียหาย	จำนวน(ราย)	สัดส่วน(ร้อยละ)
ทำหมันแล้วตั้งครรภ์	85	45.0
บาดเจ็บจากการคลอด	29	15.3
น้ำคร่ำอุดตันในปอดฝกกระแสเลือด	13	6.9
ตกเลือดหลังคลอด/ตัดมดลูก	29	15.3
ผิดพลาดจากการคลอด	6	3.2
มดลูกแตก	4	2.1
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม/โรคจากการตั้งครรภ์/พยาธิสภาพของโรค	13	6.9
อื่นๆ	10	5.3
รวม	189	100



กรณีเข้ารับบริการคลอดบุตร(ความเสียหายทารกแรกเกิด)

สาเหตุความเสียหาย	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ภาวะขาดออกซิเจน, RDS, aspiration	115	51.3
คลอดติดไหล่	83	15.8
สายสะดือพันคอ/สายสะดือข้อยอย	45	8.6
บาดเจ็บจากการคลอด	25	7.2
คลอดก่อนกำหนด	14	6.6
ติดเชื้อในกระแสเลือดหลังคลอด	12	6.0

6 อันดับแรก



'Wrong' leukaemia jab teenager dies in hospital

THE teenager who was mistakenly injected with an anti-cancer drug into his spine while being

SUNDAY TELEGRAPH
11/02/01

Patient dies following fatal injection blunder

by JENNY BOOTH

A HOSPITAL patient who was wrongly injected with painkiller into a vein rather than into the spine died yesterday.

gave unreservedly to the family for this error and offered to pay for the patient's funeral. The patient's family were appalled to learn that the doctor had been so careless. The patient's family were appalled to learn that the doctor had been so careless.

INDEPENDENT
03/02/01

Teenage patient dies after doctors' injection mistake

BY JEREMY LAURANCE
Health Editor

DOCTORS could face manslaughter charges over the death of a teenage patient who died after being given the wrong drug.

GUARDIAN
20/04/01

Drug mix-up killed leukaemia sufferer

THE EXPRESS

Cancer boy dies after blunder over injection

TWO junior doctors who mistakenly injected an anti-cancer drug into an 18-year-old's spine could face manslaughter charges after the teenager died yesterday.

By Sarah Harris

following the mistake on January 4 and the hospital launched its own inquiry.

The GMC, the University Hospital of Leeds and the local authority are all expected to launch inquiries.

vein. We now wish to be left to grieve in peace.'

Ten other patients are known to have died since 1985 after similar errors at other hospitals.

The Jowetts' solicitor, Paul Balen, said: 'My clients have been appalled to learn so many patients have suffered as a result of these mistakes.'

THE EXPRESS
03/02/01

Doctors may face death charges after drug-blunder teenager dies

BY ANTHONY MITCHELL

TWO doctors could be charged with manslaughter after a teenage patient died following a drug blunder.

Yielding death from the anti-cancer drug injected on January 4.

Yesterday the app

Crown Prosecution Service. The hospital, which once treated Prince Charles, has been told by Wayne, from the north of England, that the hospital should have been more careful.

GUARDIAN
03/02/01

Teenager given wrong drug dies

Clare Dyer
Legal correspondent

Two doctors could face manslaughter charges after a teenage patient died following a drug blunder.

The medical centre suspended two junior doctors after the incident and an investigation was launched. A police in

Doctors will make mistakes

But a simple failsafe system is all it takes to stop

Patient Safety



- ฟ้องหมอ-รพ.เรียก31.2ล้าน แม่ตายขณะที่ลูกน้อยรอด
- แม่ลูกอ่อน! จ่อฟ้องหมอลืมผ้าก๊อตในห้องหลังใกล้เกลี่ยไม่สำเร็จ



- ศาลฎีกาสั่ง รพ.ตั้ง “ ” จ่ายเกือบ 10 ล้าน ทำคลอดเมียเสียชีวิต ขณะที่มีคนตายหวังให้คนไข้รายอื่นใช้เป็นแสงสว่างให้แพทย์ตระหนักและมีความรับผิดชอบมากขึ้น



ฟ้องร้อง ไม่พอใจ

- แม่ค้าขายเสื้อเตรียมฟ้องหมอซีลิม รพ..... หลังทำคลอดทิ้งผ้า ก๊อชไว้ดูต่างหน้า ส่งผลให้ปวดท้อง-หน้ามืดนานนับปี แรกคิดว่าปวดท้องปกติจึงกินยาขับน้ำคาวปลา แต่ดันมีผ้าก๊อชทะลัก ออกมาทางช่องคลอด แทนที่ รพ.จะรับผิดชอบแต่กลับเพิกเฉย ขณะที่ ตร.ได้สอบปากคำผู้เสียหาย และหาช่องเอาผิด รพ.ต้นเรื่อง

“สุขภาพร่างกายยังไม่ค่อยแข็งแรง และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก อยากให้ทางโรงพยาบาลออกมาแสดงความรับผิดชอบช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายบ้าง แต่ก็ไม่ได้รับการเหลียวแลจึงมาพบเจ้าของคดี เพื่อหาทางดำเนินคดี” น.ส..... กล่าว

เราป้องกันได้ไหม ไม่เกิดได้ไหม เกิดแล้วไม่มีปัญหาได้ไหม



การฟ้องร้องที่เกิดผล

- เกือบ 8 ปี ที่นาย..... เรียกร้องความเป็นธรรมให้กับภรรยาที่เสียชีวิตเพราะการชูดมดลูก แต่การรอคอยความยุติธรรมไม่สูญเปล่า เมื่อล่าสุดศาลฎีกาได้ตัดสินยืนตามคำพิพากษาศาลอุทธรณ์ว่าสาเหตุการเสียชีวิตของภรรยาเป็นเพราะความประมาทเลินเล่อของแพทย์โรงพยาบาลสังกัดกรม..... และมีคำสั่งให้จ่ายเงินชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น
- คำบอกเล่าของ นาย..... ที่อุทิสบุญกุศลให้กับนาง..... อดีตภรรยา เพื่อบอกเล่าเรื่องราวที่ศาลฎีกาพิพากษาให้เขาชนะคดีหลังยื่นฟ้องกรม... หน่วยงานต้นสังกัดของโรงพยาบาล..... ที่เป็นต้นเหตุให้อดีตภรรยาของเขาเสียชีวิต
- วันที่ 7 กันยายน 2547 นาง..... เพิ่งรู้ว่าตั้งครรภ์ได้ 2 เดือน แต่จากการอัลตราซาวด์ กลับไม่มีตัวเด็ก หรือที่เรียกว่าไข่ฝ่อ แพทย์สูตินรีเจ้าของไข้ จึงนัดให้นาง..... มาชูดมดลูกในสัปดาห์ถัดมา แต่ปรากฏว่าแพทย์ที่ชูดมดลูกให้เป็นแพทย์ฝึกหัด ทำให้นาง..... ตกเลือดมาก เนื่องจากมดลูกทะลุ แพทย์เจ้าของไข้ จึงตัดสินใจตัดมดลูก ขณะที่ความดันไม่ปกติ และเสียเลือดมาก ในที่สุดเธอก็เสียชีวิตในวันที่ 14 กันยายน 2547 ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว และไตวาย





- นาย...จึงฟ้องศาลเพื่อเรียกร้องความเป็นธรรม แต่ศาลชั้นต้นพิพากษาให้ยกฟ้อง แต่เขาไม่ละความพยายามยื่นฟ้องศาลอุทธรณ์ ซึ่งพิพากษากลับให้เขาชนะคดี และสุดท้ายศาลฎีกาก็พิพากษายืนตามคำตัดสินของศาลอุทธรณ์ โดยเห็นว่าเป็นความประมาทเลินเล่อของแพทย์ และสั่งให้โรงพยาบาลชดใช้ค่าเสียหายให้กับครอบครัว...เป็นเงิน 735,000 บาท ซึ่งเขายอมรับว่าดีใจที่เรียกร้องความเป็นธรรมให้กับอดีตรภรรยาได้สำเร็จ แม้ต้องรอคอยมานานถึง 8 ปีเต็ม
- ปัจจุบัน นาย...เออร์รี่ไทร์มาอยู่ดูแลลูกชายซึ่งเกิดกับภรรยาที่เสียชีวิต โดยย้ายอยู่ที่ จ.พิษณุโลก กับภรรยาใหม่ และมีครอบครัวที่อบอุ่น ซึ่งต่างฝ่ายต่างคอยเป็นกำลังใจให้กัน และกัน คอยให้คำปรึกษาในการต่อสู้คดีมาตลอด
- นาย...เตรียมนำเงินที่ได้ 735,000 บาท มาแบ่งเป็นทุนการศึกษาให้กับลูก และมอบให้กับครอบครัวของนาง..... แม้เงินจำนวนนี้ อาจเทียบไม่ได้กับชีวิตของอดีตรภรรยา ประธานเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ยอมรับว่าคดีนี้ทำให้ผู้เสียหายทางการแพทย์มีความหวังขึ้นอีกครั้งในรอบ 2 ปี หลังจากเรียกร้องให้รัฐบาลเร่งผลักดันร่างกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการ รับบริการสาธารณสุขโดยเร็ว เพื่อเรียกร้องความเป็นธรรม และลดความขัดแย้งระหว่างแพทย์ และคนไข้
- ประธานเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ระบุว่า ขณะนี้ยังมีผู้ป่วย และญาติจำนวนมากที่อยู่ระหว่างการต่อสู้เรียกร้องความเป็นธรรม ซึ่งอุปสรรคสำคัญคือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างเอื้อประโยชน์กัน เช่น พบการปรับเปลี่ยนเวชระเบียนการรักษาแล้วนำพยานทางการแพทย์เบิกความให้สอดคล้องกัน ประชาชนจึงยากที่จะได้รับความเป็นธรรม





คำถามจากโลกโซเชียล ปากต่อปาก

- คนท้อง ฝากท้องแบบพิเศษ (ฝากเป็นการส่วนตัวกับแพทย์) ต่อมามีเจ็บท้อง จึงได้ไปที่โรงพยาบาล แต่ปรากฏว่าแพทย์ที่ฝากท้องไว้ ไม่อยู่ไปกรุงเทพ คนไข้จึงได้โทรศัพท์ไปบอกแพทย์ที่ฝากท้องด้วย หลายครั้ง ไม่ยอมรับสาย ทางโรงพยาบาลก็ไม่ยอมทำอะไรให้ อ้างว่า ต้องได้รับคำสั่งจาก แพทย์ที่ฝากพิเศษไว้ สุดท้ายเด็กในท้องเสียชีวิต อยากทราบว่า จะฟ้องร้องผู้ใดบ้าง
 - 1 ฟ้องแพทย์ที่รับฝากพิเศษไว้ ในคดีอาญาและ แพ่งได้หรือไม่
 - 2 ฟ้องทางโรงพยาบาลด้วยได้หรือไม่
 - 3 ฟ้องคดีอาญาข้อหาใดบ้างครับ

ง่าย เร็ว และมากขึ้นเรื่อยๆ แกดด **Like** ก็ไปไกลแล้ว



Health care is a complex system

Complexity = increased chance of something going wrong!





เราตระหนัก แต่ไม่ตระหนัก
Patient จะ Safety ได้อย่างไร

ควรตั้ง Safety เป็น Goals ใหม่
แล้ว Safety Goals ในปัจจุบันจะเคลื่อนไปอย่างไร



“มันเป็นเรื่องปรกติที่ผลงานออกมามี
ผิดพลาดบ้าง”

ท่านคิดอย่างไรกับคำนี้
บุคลากรในองค์กรของเรามีทัศนคติเช่นนี้มาก
น้อยเพียงไร



ทางวิศวกรรม

ต้องเป็นเป้าหมาย!

ZERO DEFECTS

A STANDARD OF
QUALITY PERFORMANCE

ทางการแพทย์ควรเป็นอย่างไร ?



แต่คำถามคือ
เราพยายามจนถึงที่สุดแล้วหรือยัง
ที่จะทำให้
Patient Safety



WHAT IS SAFETY

- S** – Sense the error
- A** – Act to prevent it
- F** – Follow Safety Guidelines
- E** – Enquire into accidents/Deaths
- T** – Take appropriate remedial measure
- Y** – Your responsibility



เรื่องเล่าที่ 1

- “เรื่องหรือเราดีไม่พอ” เป็นเรื่องราวของแพทย์ทั่วไปในรพ.ชุมชนเล็กๆที่ห่างไกลความเจริญ ตัดสินใจผ่าตัดให้เด็กอายุ 10 ขวบด้วยเจตนาอยากช่วยหวังให้เด็กปลอดภัย แต่ด้วยเจตนาที่ดีนั้นกลับไม่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้”



เรื่องเล่าที่ 2

- “เรื่องครั้งแรกของที่นี่” เป็นเรื่องราวของหมอสูติ จบใหม่ไปใช้ทุกในโรงพยาบาลชุมชน 120 เดียงที่ไม่เคยมีหมอสูติมานานเจอผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดที่ทำทุกวิถีทางแล้วเลือดก็ยังไหลไม่หยุด จนต้องตัดสินใจใช้วิธีผ่าตัดเพื่อตัดมดลูกออกกับทีมงานที่ไม่เคยทำมาเลยหรือบางคนก็เคยช่วยเมื่อเกือบสิบปีก่อน เลือดก็ไม่มีส่งต่อก็ไกล ผลเป็นอย่างไร เกิดเปลี่ยนแปลงระบบอะไรในโรงพยาบาลแห่งนี้



เรื่องเล่าที่ 3

- “เรื่องความเกรงใจ” เป็นเรื่องราวความสัมพันธ์อันดีของพี่น้องหมอโรงพยาบาลชุมชน ที่พี่หมอสูติตั้งครรภ์ 7 เดือน แคมมีภาวะน้ำเดินต้องนอนพัก น้องหมอทั่วไปไปดูคนไข้ห้องให้ช่วยพี่จัดการทุกปัญหา แม้แต่คนไข้ตกเลือดจนช็อค ยังไม่ตามพี่กลัวพี่เกิดภาวะแทรกซ้อน แต่ในที่สุดพี่ก็ต้องมา มาเมื่อไหร่ แล้วเราได้บทเรียนอะไรที่จะทำให้ Patient Safety



เรื่องเล่าที่ 4

- “เรื่องของฝากไม่ตั้งใจ” คนไข้หลังผ่าตัดมดลูก รายต้นๆของโรงพยาบาล กลับมาใหม่ ด้วยอาการคล้ายก่อนได้ที่ท้องน้อยข้างขวา ดูแล้วก็ไม่แน่ใจว่าเป็นอะไร จึงส่งตัวไปรักษาต่อที่จังหวัด ประมาณ 1 สัปดาห์ได้รับโทรศัพท์จากพี่หมอโรงพยาบาลจังหวัด ผู้รับถึงขั้นน้ำตาซึม และซาบซึ้งใจ รวมถึงก่อให้เกิดการปรับระบบห้องผ่าตัดใหม่และเกิดทีมที่เข้มแข็งเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย



เรื่องเล่าที่ 5

- “เรื่องซื่อหนึ่งแถมหนึ่ง” เกิดมาก็พึ่งเคย ผ่าตัด คนไข้คนเดียวกันถึงสองครั้ง โดยในการนอน โรงพยาบาลครั้งเดียว ซึ่งครั้งที่สองแผลใหญ่ กว่าครั้งแรก ทึ่มมากกว่าครั้งแรก ใจก็สู้กว่า ครั้งแรก แต่เมื่อสำเร็จเกิดการประสานงานที่ดี ของทีมและระบบใหม่ๆรวมทั้งคนไข้ ยังเป็น คนไข้ประจำจนคนไข้เกษียณ



เรื่องเล่าที่ 6

- “เรื่องคิดถึงบุญคุณอาจารย์” เมื่อสมัยเป็นแพทย์ประจำบ้านเคยแอบบ่นนิดๆกับการเคี้ยวเช็ญของอาจารย์เรื่อง Post op round “ไม่ว่าผ่าตัดนานแค่ไหน เหนื่อยแค่ไหน หรือดึกแค่ไหน ก็ต้องทำ มาถึงวันนี้รู้แล้วค่ะว่าสำคัญมากจริงๆ ทำให้ช่วยชีวิตคนได้เพียงแค่ว่าเราควรทำงานตามมาตรฐานที่ควรจะเป็น



เรื่องเล่าที่ 7

- “เรื่องคุณพระช่วย” ยามดึกโดนตามให้มาทำ ผ่าตัดหญิงตั้งครรภ์สายสะดือย่อย ทุกอย่าง เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เตรียมพร้อมที่จะทำผ่าตัด แต่เราไม่สามารถทำได้ ถ้าวิสัญญีไม่อนุญาต ก็มีครั้งนี้แหละที่วิสัญญีอนุญาต แล้วเราไม่ยอม ทำ เกิดอะไรขึ้น และได้อะไร แต่ที่แน่ๆแนวคิด Human factor engineering เป็นสิ่งที่ควร ประยุกต์ใช้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย



เรื่องเล่าที่ 8

- “เรื่องดูดีไม่พอ” ค้นหาภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ อธิบายการปฏิบัติตัว และโอกาสเสี่ยงทุกครั้งที่พบว่าเขามีภาวะเสี่ยง แต่ไม่น่าเชื่อว่า สิ่งที่ทำยังดีไม่พอก่อให้เกิดแนวคิดใหม่ที่ปลอดภัยสำหรับการฝากครรภ์

เรื่องเล่าที่ 9

- “เรื่องสามเราเท่ากัน” นานๆทีที่สูติแพทย์ทั้งโรงพยาบาล 3 คน จะมารวมตัวกันในตอนดึก ด้วยเป้าหมายเดียวกัน และความกลัวเดียวกัน แต่ทุกอย่างก็ผ่านไปได้อย่างดีด้วยทีม เชื่อเถอะว่าทีมช่วยคุณได้

เรื่องเล่าที่ 10

- “เรื่องขอบคุณน้ำท่วม” สูติแพทย์จะรับคนไข้หนึ่งรายโดยเฉพาะครรภ์เสี่ยงมีปัจจัยมากมายเมื่อมีหญิงตั้งครรภ์เป็นพิษ อายุครรภ์ไม่ครบกำหนด นำเดิน มารพ. จะตัดสินใจดูแลต้องคิดถึงกุมารแพทย์ คิดถึงทั้ง ICU, NICU เมื่อที่รพ. จำกัด รับไว้ไม่ได้จะไม่ปลอดภัย จะส่งไปไหนก็ไม่มีใครอยากรับเหมือนกันเพราะมันไม่ได้ตัดสินใจคนเดียว”



HOW & WHEN



Patient Safety





การขับเคลื่อน Patient Safety ด้วยบทบาท สรพ.



สรพ.

บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจของสังคม

วิสัยทัศน์ (Vision)

พันธกิจ (Mission)

ยุทธศาสตร์ (Strategies)

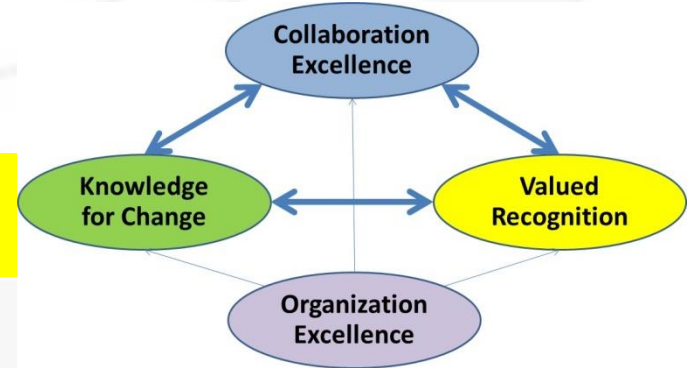
สรพ.ส่งเสริม สนับสนุน ขับเคลื่อน
การพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพ
ของระบบบริการสุขภาพ

การพัฒนาตนเอง
การเรียนรู้
การประเมินตนเอง

กระบวนการ
เรียนรู้

การประเมินจากภายนอก
(เยี่ยมสำรวจ)



กลไก HA

คือการส่งเสริมให้ รพ.มีกระจกส่องตนเอง แล้วปรับปรุงตัว
HA ช่วยเข้าไปดูคุณภาพของกระจก และดูการใช้กระจกให้เป็นประโยชน์



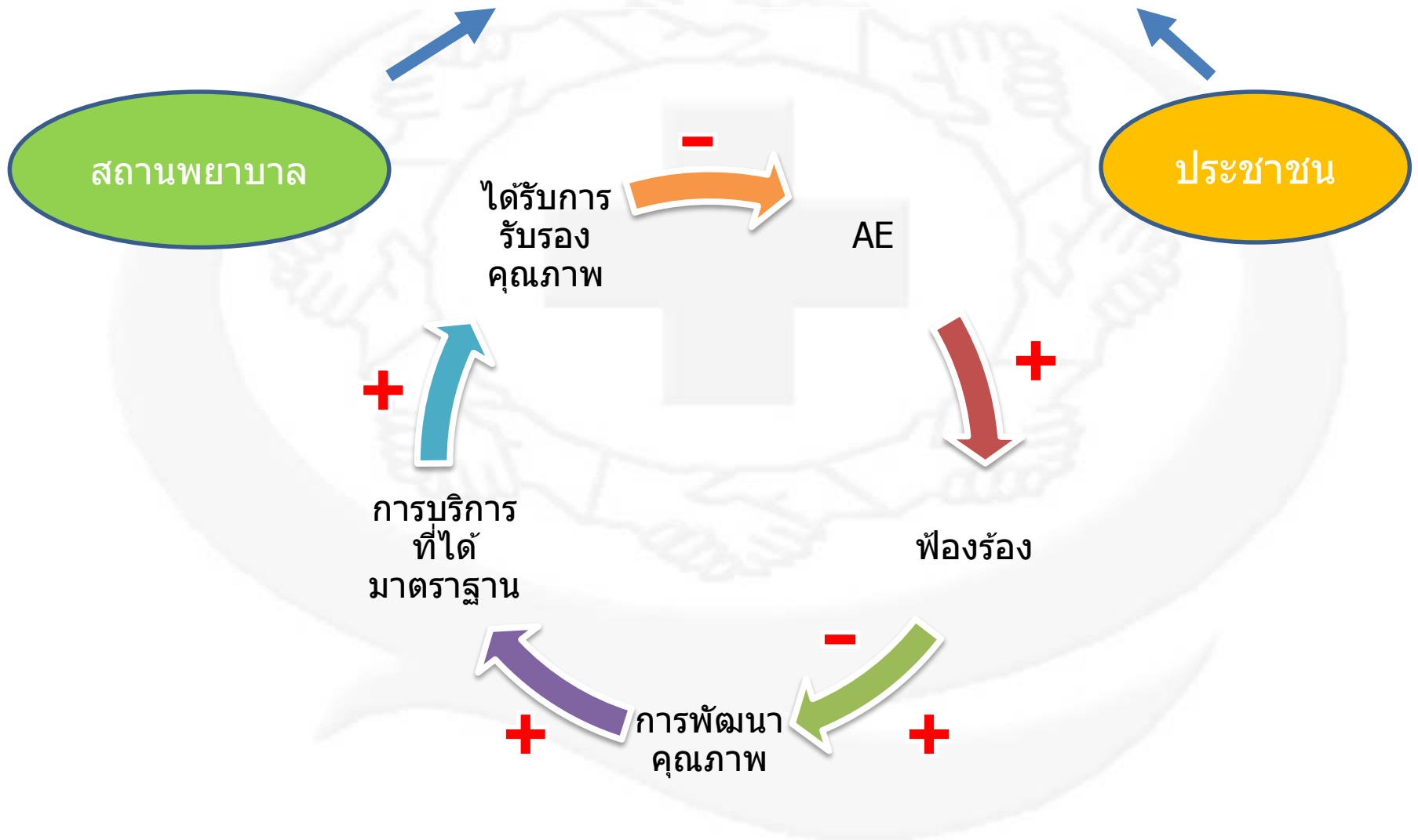
Accreditation by ISQua



You don't just talk quality, but you walk quality



บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน และเป็นที่น่าไว้วางใจ





Patient Safety ในประเทศไทย

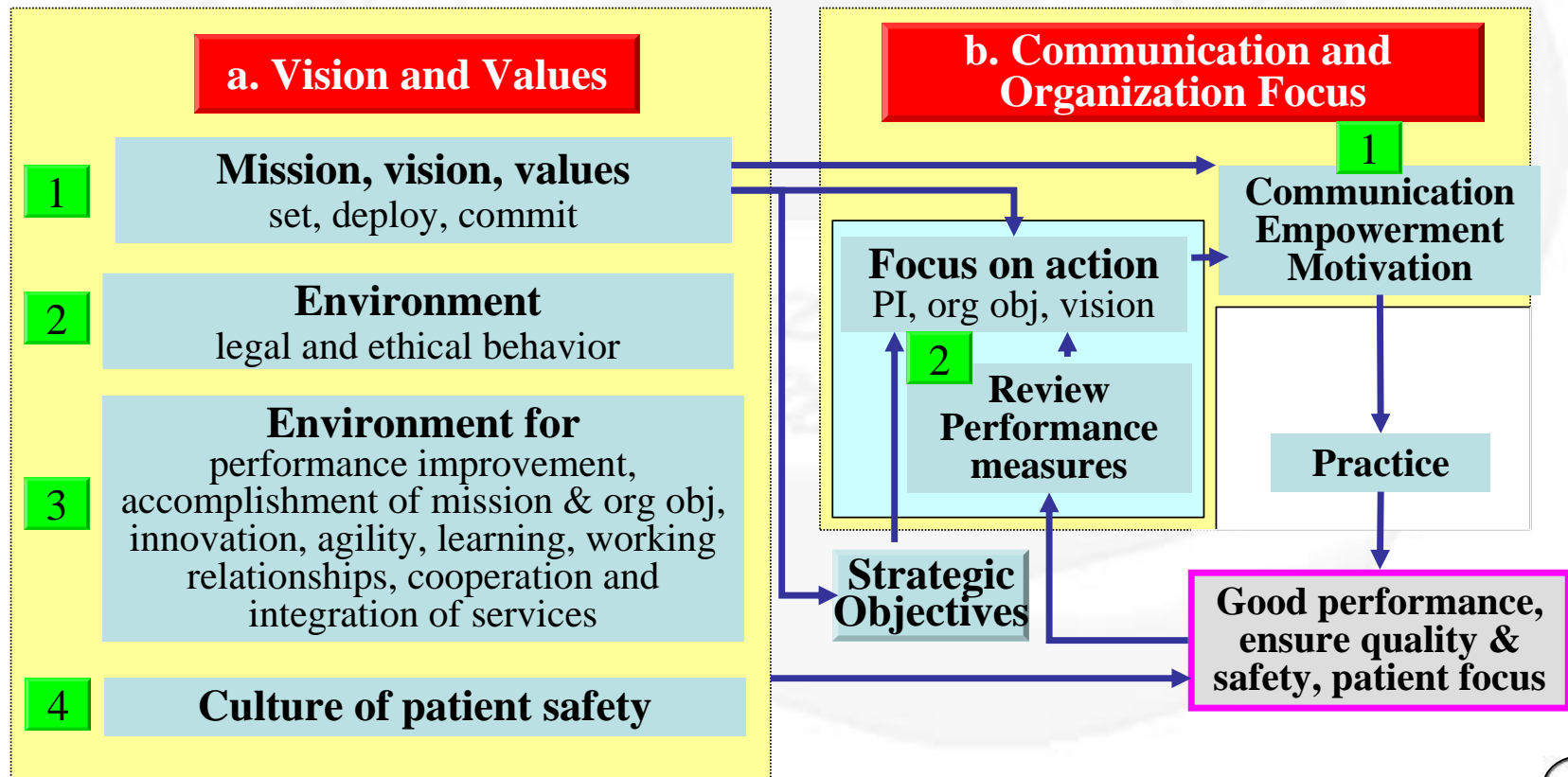




HA Standards Part I: Management Overview

I – 1.1 Senior Leadership

Senior leaders guide the organization. Senior leaders communicate with staff and encourage good performance, ensure quality and safety of care.





HA Standards Part II: Key Hospital Systems

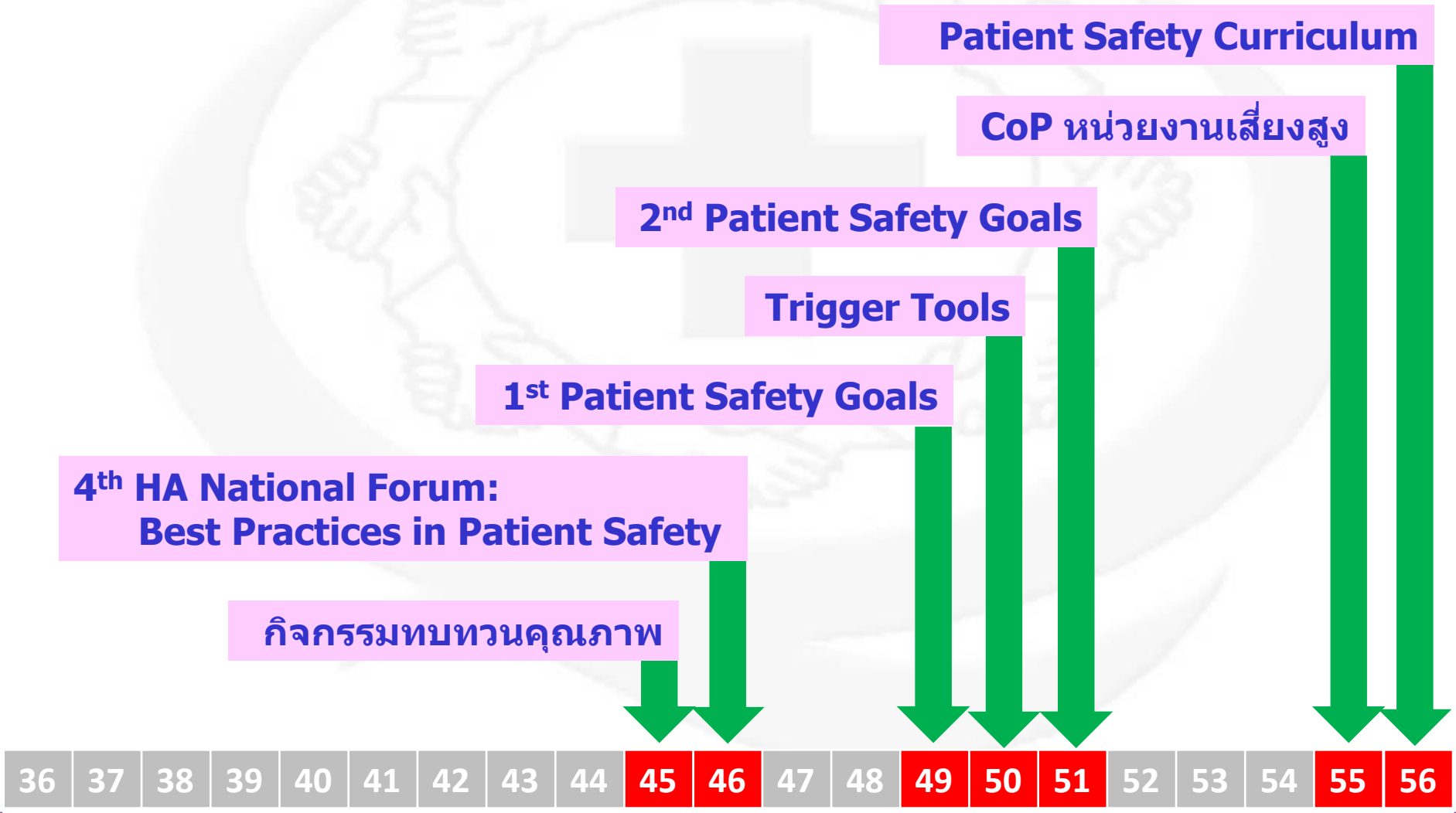
II – 1.2 Risk, Safety, and Quality Management System

There is an effective and coordinated hospital risk, safety, and quality management system, including integrated approach for patient care quality improvement.





Patient Safety Initiatives



36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----



Quality Review : Tools to Identify the Case in Step 1





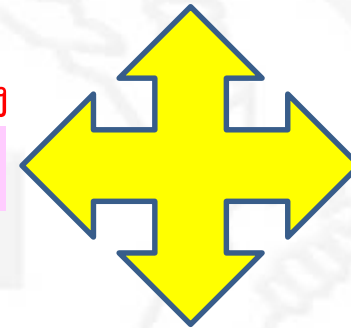
ถามผู้ป่วย

Need & Experience
of Patients

ถามตำรา/ผู้รู้

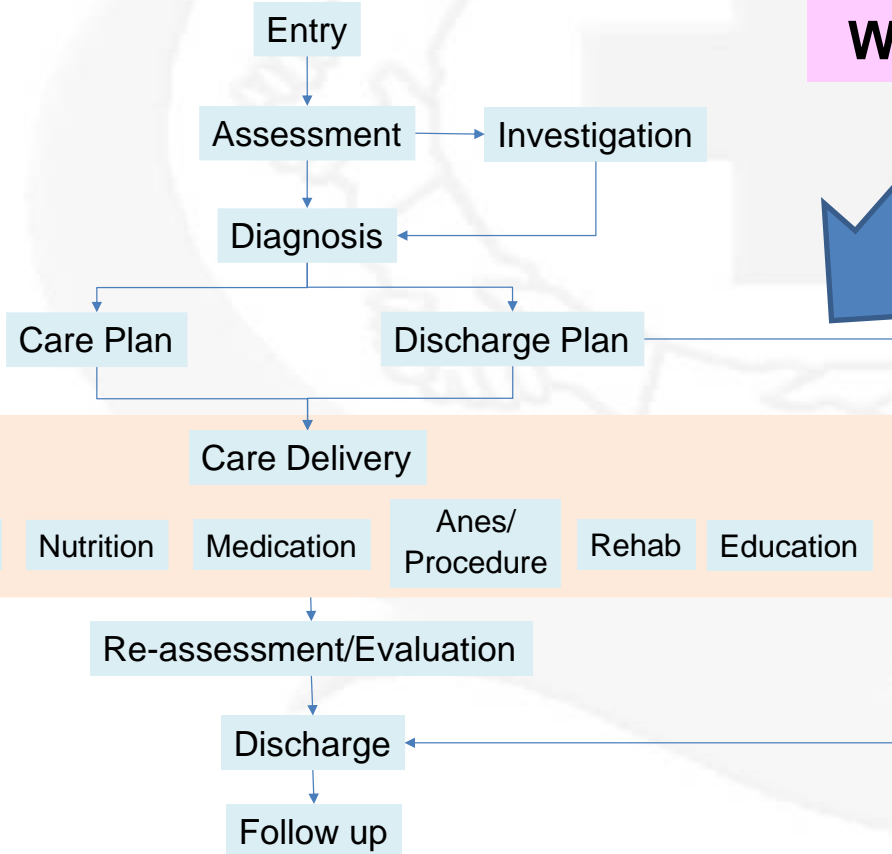
Evidence &
Professional
Standards

ถามตัวเอง
Waste



Safety

ถามทุกคน ทุกแห่ง





Thai Patient Safety Goals 2006

Patient Identification
Operation Safety
Communication Failure

HA

Maternal & Neonatal Morbidities

Acute Coronary Syndrome
Medical Unstable/
Rapid Response Team

**PI
OS
CF**

**ACS
MU/RRT**

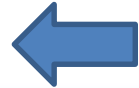
**HAI
(VAP, Sepsis)
Drug Safety**

Infusion Pump
Clinical Alarm System
Drug Reconcile
Fall
Influenza
Surgical Fire

**HAI
(others)**

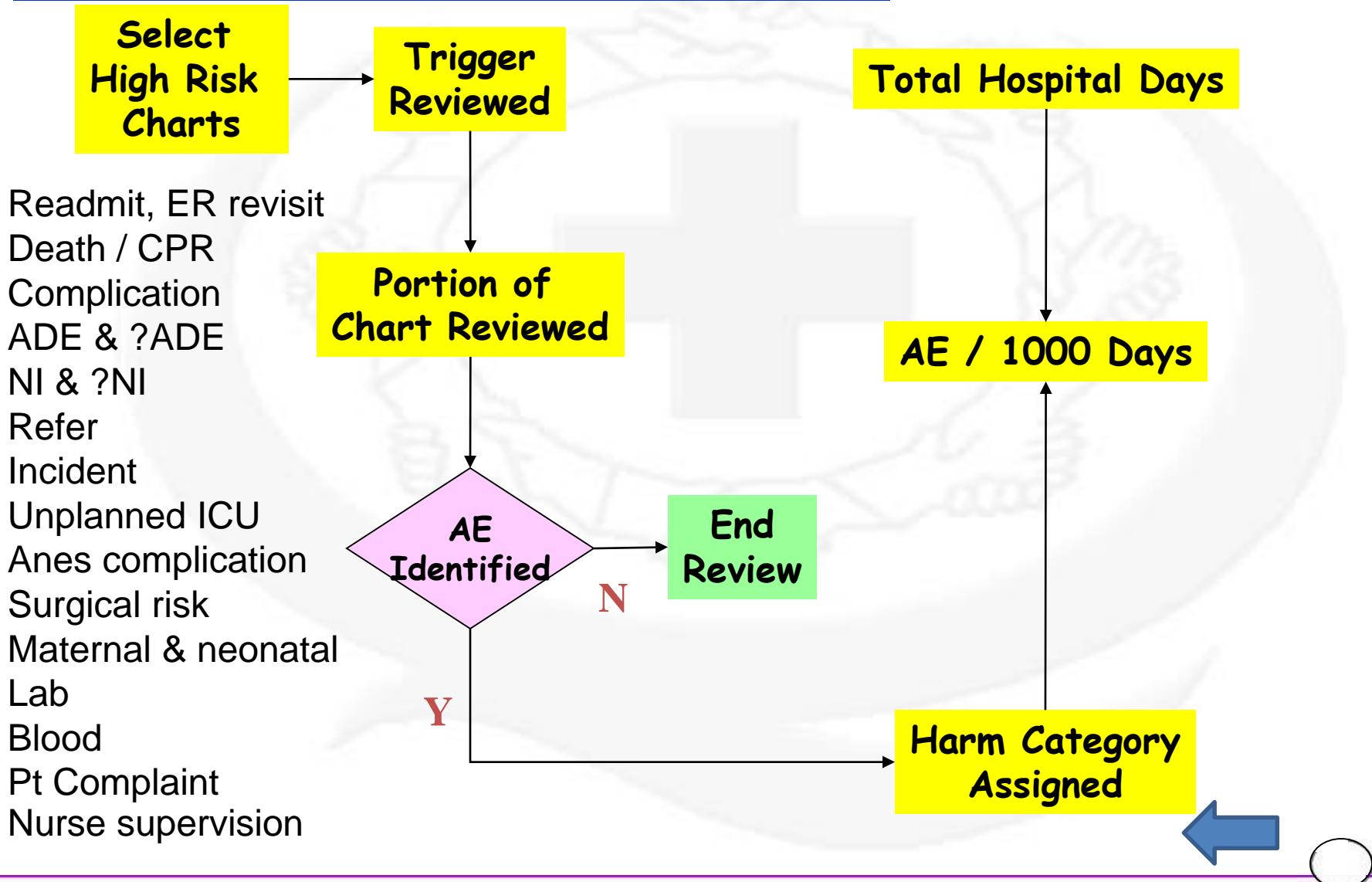
IHI

JCAHO

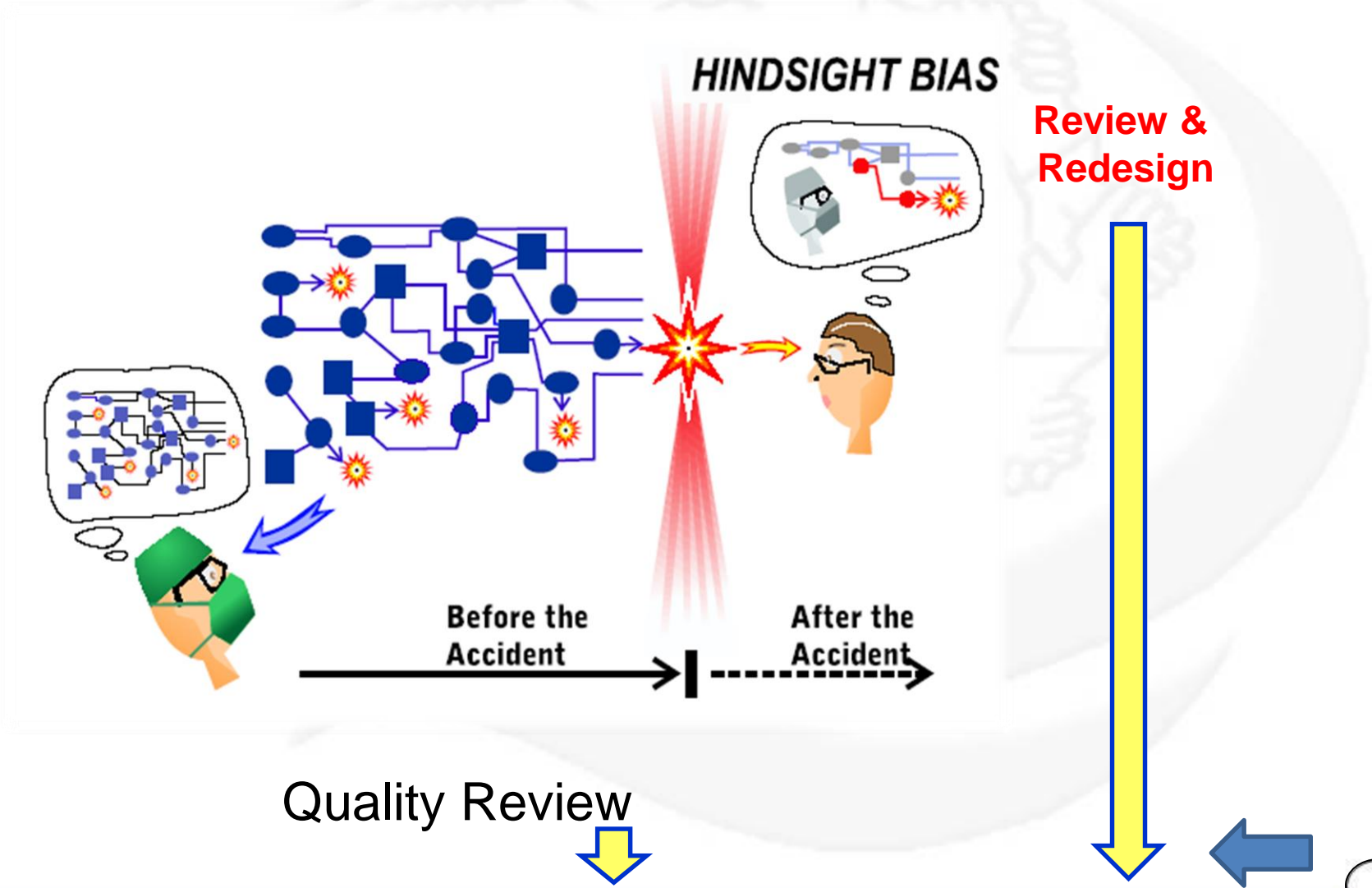




Triggered Chart Review to Identify Adverse Events



Review & Redesign



ความเป็นมาในประเทศไทย

- 2549 รวบรวมความเสี่ยงที่พบจากรพ.ต่างๆในประเทศ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) และ Institute for Healthcare Improvement (IHI) นำส่วนคล้ายกันมาชูเป็นจุดเน้น และชักชวนโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งมาเรียนรู้ร่วมกัน ถึงโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ และจัดทำแนวทางเบื้องต้นให้รพ.ได้ศึกษาและประยุกต์ใช้
- 2551 มีการปรับโครงสร้างของ Patient Safety Goals ร่วมกับประเด็นความปลอดภัยใหม่ๆ ที่องค์การอนามัยโลกและหน่วยงานต่างๆ ชี้แนะเพิ่มขึ้น โดยแบ่งเป็น 6 กลุ่ม เรียกก่ายๆ ว่า **SIMPLE** (35 เรื่อง)
- 2553 มีการเพิ่ม PSG อีกข้อคือ tackling antimicrobial resistance ซึ่งเป็น 3 rd patient safety challenge ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (เรื่องที่ 36)





Patient Safety Goals / Guides : SIMPLE

Safe Surgery

SSI Prevention
Safe Anesthesia
Correct Procedure at Correct Site
Surgical Safety Checklist

Infection Control

Hand Hygiene
Prevention of CAUTI, VAP, Central line infection

Medication & Blood Safety

Safe from ADE, conc e'lyte, High-Alert Drug
Safe from medication error, LASA
Medication Reconciliation
Tackling antimicrobial resistance
Blood Safety

Patient Care Process

Patient Identification
Communication (SBAR, handovers, critical test results, verbal order, abbreviation)
Proper Diagnosis
Preventing common complications (Pressure Ulcers, Falls)

Line, Tubing, Catheter

Mis-connection

Emergency Response

Sepsis
Acute Coronary Syndrome
Maternal & Neonatal Morbidity
Response to the Deteriorating Patient / RRT





Gap Analysis : SIMPLE





ข้อแนะนำจาก SIMPLE
หรือข้อมูลวิชาการอื่น

มีอิสระที่จะเลือก
ว่าสามารถทำอะไรได้ทันที

SURGICAL SITE INFECTIONS GAP ANALYSIS



Note: Does not include all recommendations – refer to SSI Guidelines for rankings – see page 3

Recommendation	Current/Actual Practice	Desired Practice	Action Plan
Preoperative Hair Removal: Do not remove hair unless necessary to facilitate surgery (1A) If hair removed, do immediately before surgery, preferably with electric clippers (1A)	 สิ่งที่ทำปฏิบัติจริง ในปัจจุบัน		 มุ่งเน้นที่ action มากกว่าการทำ guideline
Preoperative shower or bath: Shower or bathe with antiseptic at least night before surgery (1B)	 คุยกันเล่น-เห็นของจริง		
Patient Preoperative Skin Preparation: Use appropriate antiseptic for patient skin prep (1B) (alcohol, iodine/iodophors, CHG, triclosan)			
Preoperative hand & gown: Perform surgical scrub for at least 2 – 5 minutes with appropriate (1B)			





Community of Practice

แลกเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานความเสียงสูง





ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice/CoP)

กลุ่มคนที่มีความสนใจเรื่องเดียวกัน

กลุ่มคนที่มีเป้าหมายเรื่องเดียวกัน

ลงมือปฏิบัติจริงเรื่องนั้น

แลกเปลี่ยนเรียนรู้แบ่งปันประสบการณ์ แล้ว
นำไปปรับใช้ในงานของตน



รู้จัก

ไว้ใจ

เชื่อถือ

คุ้นเคย

สนิท

สนุก



เกิดการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และประสบการณ์อย่างมีความสุข



มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญคอยให้คำแนะนำ
รับฟัง และมองภาพกว้างที่จะสานต่อ

มีการพูดคุยกันแบบสหสาขาในผู้ปฏิบัติจริง จากต่าง
พื้นที่เพื่อแลกเปลี่ยน **tacit knowledge**





ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นถูกถ่ายทอด เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้
หาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยความเข้าใจ ด้วยหลายประสบการณ์

“สิ่งสำคัญที่พี่ได้จาก **CoP** คือพี่ไม่อายุที่จะเล่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
เป็นบทเรียนเพื่อหาโอกาสพัฒนา เหมือนที่หมอบอกเสมอ
AE เป็นที่มาของ **Best practice**”

จากประสบการณ์แพทย์ผ่าตัดที่เคยผ่าผิดข้าง เช็กผ่าตัดอย่างไรก็ไม่สำคัญเท่า
“เช็กด้วยตัวเรากับผู้ป่วยอีกครั้งก่อนลงมีด”

ความเสี่ยงส่วนมากป้องกันได้

การศึกษาของมหาวิทยาลัย Harvard (HMPS, 1984)

สถานที่ที่เกิดภาวะไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้..

ER

93.3% ป้องกันได้

ห้องคลอด

78.7% ป้องกันได้

ICU

70.3% ป้องกันได้

ห้องผ่าตัด

71.4% ป้องกันได้

หน่วยงานฉุกเฉิน

- ❖ PRE hospital
- ❖ Intra hospital
- ❖ Referral system
- ❖ Fast track
- ❖ Triage
- ❖ Communication system
- ❖ Core Competency
- ❖ การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ
- ❖ ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่/ผู้ป่วย
- ❖ การจัดการภาวะฉุกเฉิน



หน่วยงานวิกฤติ

- ❖ Criteria admit ICU (ICU Triage)
- ❖ ICU management (บริหารเตียงเหมาะสม)
- ❖ แผนการดูแล/รักษา
- ❖ การจำหน่ายผู้ป่วยของ ICU
- ❖ Communication system
- ❖ Core Competency
- ❖ การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ
- ❖ ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่/ผู้ป่วย
- ❖ แนวทางการผูกมัดผู้ป่วย
- ❖ การจัดการภาวะฉุกเฉิน



หน่วยงานห้องผ่าตัด

- ❖ การผ่าตัดที่ปลอดภัย (ถูกคนถูกตำแหน่ง.....)
- ❖ การป้องกันอันตรายจากการระงับความรู้สึก
- ❖ การเตรียมการและดูแลทางเดินหายใจ
- ❖ การเตรียมการสำหรับการให้เลือด
- ❖ การป้องกันการแพ้ยา
- ❖ การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
- ❖ Communication system
- ❖ Core Competency
- ❖ การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ
- ❖ ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่/ผู้ป่วย
- ❖ การจัดการภาวะฉุกเฉิน



- ❖ การป้องกันการลื่นเครื่องมือและก๊อชในร่างกายผู้ป่วย
- ❖ การจัดการสิ่งส่งตรวจ
- ❖ การเฝ้าระวังศักยภาพ ปริมาณและผลลัพธ์ของการผ่าตัด

หน่วยงานห้องคลอด

- ❖ กระบวนการดูแลก่อนคลอด/รอคลอด
(การเข้าถึง/เข้ารับและการประเมิน)
- ❖ กระบวนการดูแลระหว่างรอคลอด
(การประเมิน การให้ข้อมูล ระบบเฝ้าระวังแต่ละระยะของการคลอด)
- ❖ กระบวนการดูแลหลังคลอด
- ❖ Communication system
- ❖ Core Competency
- ❖ การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ
- ❖ ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่/ผู้ป่วย
- ❖ การจัดการภาวะฉุกเฉิน



แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นหาแนวทางปฏิบัติที่
เหมาะสมเกิดคู่มือ “ความรู้คู่ความจริง”
คู่มือที่มีชีวิต เพื่อความปลอดภัย



Patient Safety Curriculum



ขับเคลื่อนผ่าน Education



บรรยายเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยให้กับนักศึกษาแพทย์



สอนนิสิตแพทย์จุฬาปี5เรื่องคุณภาพเพื่อเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนเรื่องpatient safetyในบริการสาธารณสุขในอนาคตเป็นอย่างยิ่งอย่างก้าวสำคัญที่สรวท.ตระหนักถึงค่ะ

Chiraporn Khit, Tipicha Posayanonda, Jynx Patteera Jiraurai Phong และ คนอื่นอีก 126 คน ถูกใจสิ่งนี้





การดำเนินงานโครงการ “พัฒนาหลักสูตรคุณภาพและความปลอดภัย”

ประสานขอเป็นองค์กรกลางในการ
การแปลและบริหารจัดการ
หลักสูตรจาก WHO

เริ่มแปลหลักสูตร
พร้อมกับพบกับ DR.
Agnes ผู้เป็นเจ้าของ
โครงการเพื่อประสาน
ดำเนินการ และเขียน
โครงการสนับสนุนจาก
สรพ.

ประชาสัมพันธ์และ
ประสานความ
ร่วมมือ จัดประชุม
วางยุทธศาสตร์และ
แนะนำหลักสูตร
แนะนำหลักสูตรโดย
Agnes จาก WHO

Implement
หลักสูตรในสถาบัน
ที่สนใจ

July 2013

Sep. 2013

Oct. 2013

Dec. 2013

Jan. 2014

May 2014

Jun.2014

ได้รับการอนุมัติให้เป็น
องค์กรที่รับผิดชอบแปล
หลักสูตร & เขียนโครงการ
ขอสนับสนุนจาก SEARO

ประชุมแลกเปลี่ยนความ
คิดเห็นเพื่อวางแผน
ขับเคลื่อนกับตัวแทน
สถาบันการศึกษา

•Workshop Training for
trainer from WHO



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

The **Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide** released by WHO in October 2011 promotes the need for patient safety education. The comprehensive guide assists universities and schools in the fields of dentistry, medicine, midwifery, nursing and pharmacy to teach patient safety. It also supports the training of all health-care professionals on priority patient safety concepts and practices.

Patient Safety Curriculum Guide

Multi-professional Edition



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน)

• GLOBAL PATIENT SAFETY PRIORITIES AND WHO SOLUTIONS

Patient Safety Programme, Geneva ,Switzerland
Dr Agnès Leotsakos





WHO PATIENT SAFETY: EDUCATION AND TRAINING



Building capacity for patient safety of health-care leaders, managers, providers educators and students. WHO has developed:

- 1. WHO Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide:** strengthen academic capacity to teach patient safety to undergraduate and postgraduate students
- 2. Comprehensive patient safety training workshops** of health-care educators, leaders, providers, students, and train-the trainers
- 3. eLearning** on the WHO platform based on the courses of the Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide planned to start in 2014
- 4. Development of a Patient Safety Guide for Leaders**



การเริ่มต้นของสรพ.

The translation of WHO patient safety curriculum guide

วันที่: 07/12/2013 08:49PM

หัวข้อเรื่อง: 118903 Thai translation of the Patient safety multi prof guide[

Dear Dr Limpanyalert,

Thank you for your interest in WHO and our published information.

We acknowledge receipt of your application form (ID 118903) for the translation and publication of the WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition in the Thai language. Can you please let us know if you are planning to translate the entire publication or only parts? If only parts, please indicate which parts.

I look forward to hearing from you soon.

Best regards,

Carla

Translation and Licensing Rights

World Health Organization Press

Department of Knowledge Management and Sharing

Innovation, Information, Evidence and Research Cluster

20 Avenue Appia ,CH-1211 Geneva 27, Switzerland

วันที่: 07/16/2013 07:43PM

Dear Piyawan,

Thank you for your message. We are pleased to give the authorization through an official translation and publication agreement to be signed by WHO and your organization.

Carla ABOUMRAD



“การเข้าร่วมประชุม ISQua ครั้งนี้ได้มีโอกาสพบกับ Agnes เจ้าของหลักสูตร Patient Safety curriculum ของ WHO ได้มีการพูดคุยกันถึงแนวทางการขับเคลื่อนเรื่องดังกล่าวในประเทศไทยโดยเราจะจัด Workshop ร่วมกับ WHO เพื่อทำความเข้าใจแนวคิดและเรียนรู้หลักสูตรนี้ร่วมกันเพื่อนำมาสร้างกระบวนการเรียนการสอนในประเทศไทย มีแนวโน้มจะจัดวันที่ 24-25 มกราคมที่จะถึงนี้ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง โดยสพร.จะเชิญตัวแทนจากสถาบันที่เปิดการเรียนการสอนบุคลากรทางสาธารณสุขทั้งแพทย์ ทันตะ เภสัช พยาบาล เข้าร่วม เพื่อนำไปขยายผลต่อในการพัฒนาหลักสูตรเรื่อง Patient Safety ในสถาบันการศึกษาประเทศไทยร่วมกันค่ะ”

- [Chiraporn Khit](#), [Ake Sukkul](#), [Tunyakorn Satangput](#) และ [คนอื่นอีก 119 คน](#) ถูกใจสิ่งนี้
- [1 การแบ่งปัน](#)



Patient Safety Workshops

Patient safety training and education of health-care professionals have not kept pace with advances in patient safety, nor with workforce requirements. The introduction of patient safety in health professional training is therefore necessary and timely. In 2012, the World Health Organization initiated implementation of patient safety workshops based on the topics of the Patient Safety Curriculum Guide. The workshops lay the foundations for building knowledge and skills in essential patient safety principles and concepts





เชิญชวนร่วมด้วยช่วยกันพัฒนาให้เกิดหลักสูตร

Patient Safety Curriculum

ในประเทศไทย โดยขับเคลื่อนร่วมกัน

“Engagement for Patient Safety”

สรพ.พร้อมเป็นผู้ประสานงานให้เกิดการขับเคลื่อนร่วมกันในภาพรวม



ประธานในที่ประชุม: นพ.ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ ประธานคณะกรรมการบริหารสรพ.

ผู้เข้าร่วมประชุม: ผู้บริหารหรือตัวแทนจากสถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ
และราชวิทยาลัยเป็นต้น

ประกอบด้วย: แพทย์ 25 ท่าน ทันตะแพทย์ 1 ท่าน เภสัชกร 6 ท่าน พยาบาล 18 ท่าน



WHO Patient Safety Curriculum Guide

- สรพ.ได้รับการอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทยทั้งเล่ม
- รศ.นพ.สมพันธ์ ทักษิณม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นผู้แปล ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2556 และเสร็จเรียบร้อย มกราคม 2557 เป็นฉบับร่าง และเตรียมนำมาช่วยกันตรวจสอบก่อนนำเผยแพร่
- Part A: Teacher s Guide
- Part B: Curriculum Guide Topics (11 topics)



WHO Patient Safety Curriculum Guide

- 1. What is patient safety?**
- 2. Why applying human factors is important for patient safety**
- 3. Understanding systems and the effect of complexity on patient care**
- 4. Being the effective team player**
- 5. Learning from errors to prevent harm**
- 6. Understanding and managing clinical risks**



WHO Patient Safety Curriculum Guide

- 7. Using quality improvement method to improve care**
- 8. Engaging with patients and carers**
- 9. Infection prevention and control**
- 10. Patient safety and invasive procedure**
- 11. Improving medication safety**



High Reliability Organization





High Reliability Organization

การนำแนวคิดองค์กรที่น่าไว้วางใจ

มาสู่การปฏิบัติ

ผสมผสาน mindset & culture

เข้ากับการพัฒนาระบบงาน

จุดบรรจบของการพัฒนาด้านระบบงาน

กับการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ





Reliability หมายถึงอะไร

Ability of a

System
Service
Product
Procedure
Process
Machine
Device
Person?

การทำหน้าที่ที่กำหนด

to perform its
intended or required
function or mission

without failure or
failure-free over time

ด้วยความคงเส้นคงวา ทุกลมหายใจ

The ability of an apparatus, machine, or system to consistently perform its intended or required function or mission, on demand and without degradation or failure. (Business Dictionary)

Reliability is failure-free operation over time--the measurable capability of a process, procedure, or service to perform its intended function.

Reliability in the broad sense is the science aimed at prediction, analyzing, preventing and mitigating failures over time.

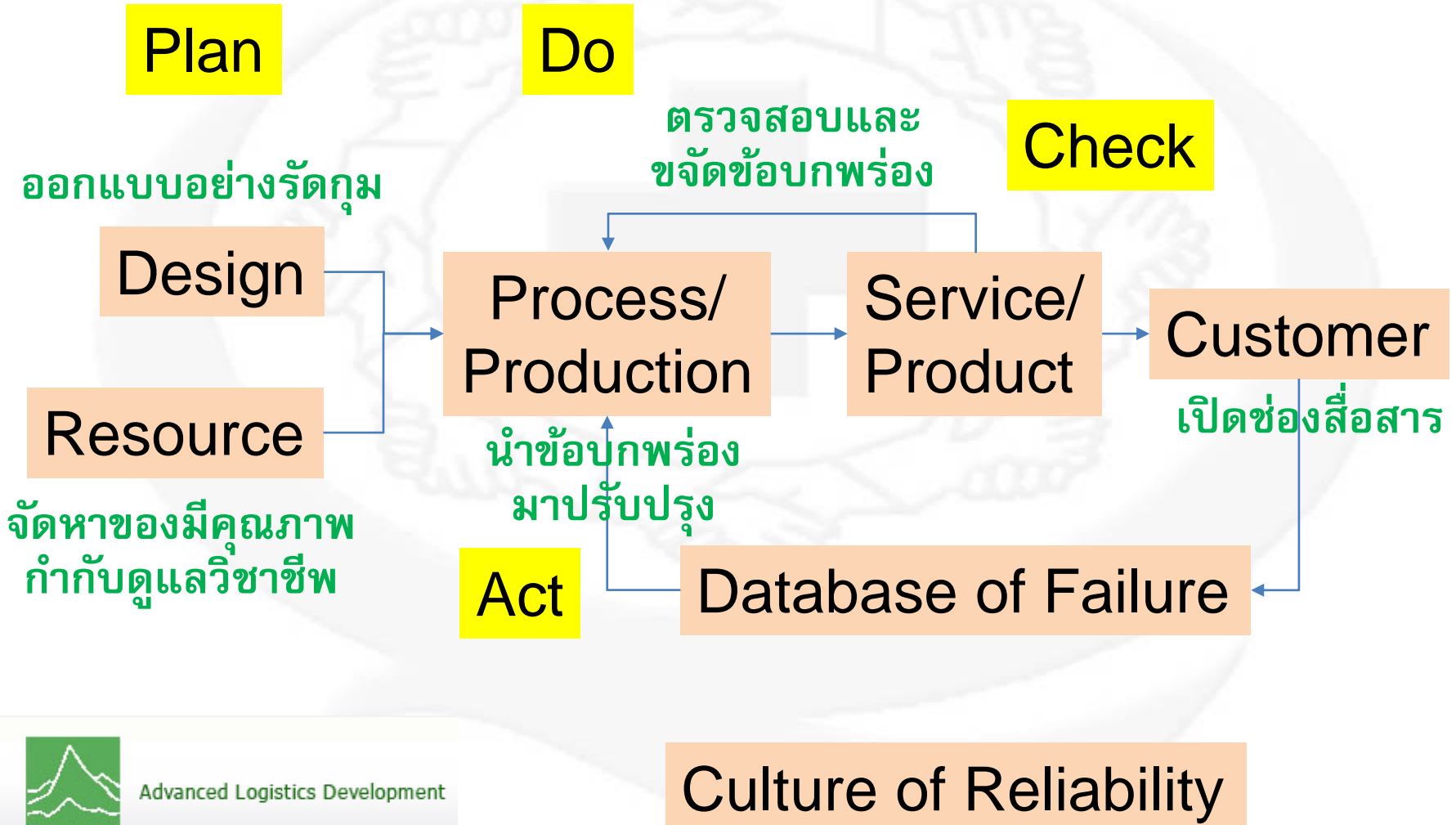
Quality & Reliability

Quality	Reliability
Perform the intended function	Quality over time Probability of mission success
Minimize variation	Failure-free
Customer focus	+ Process owner gain



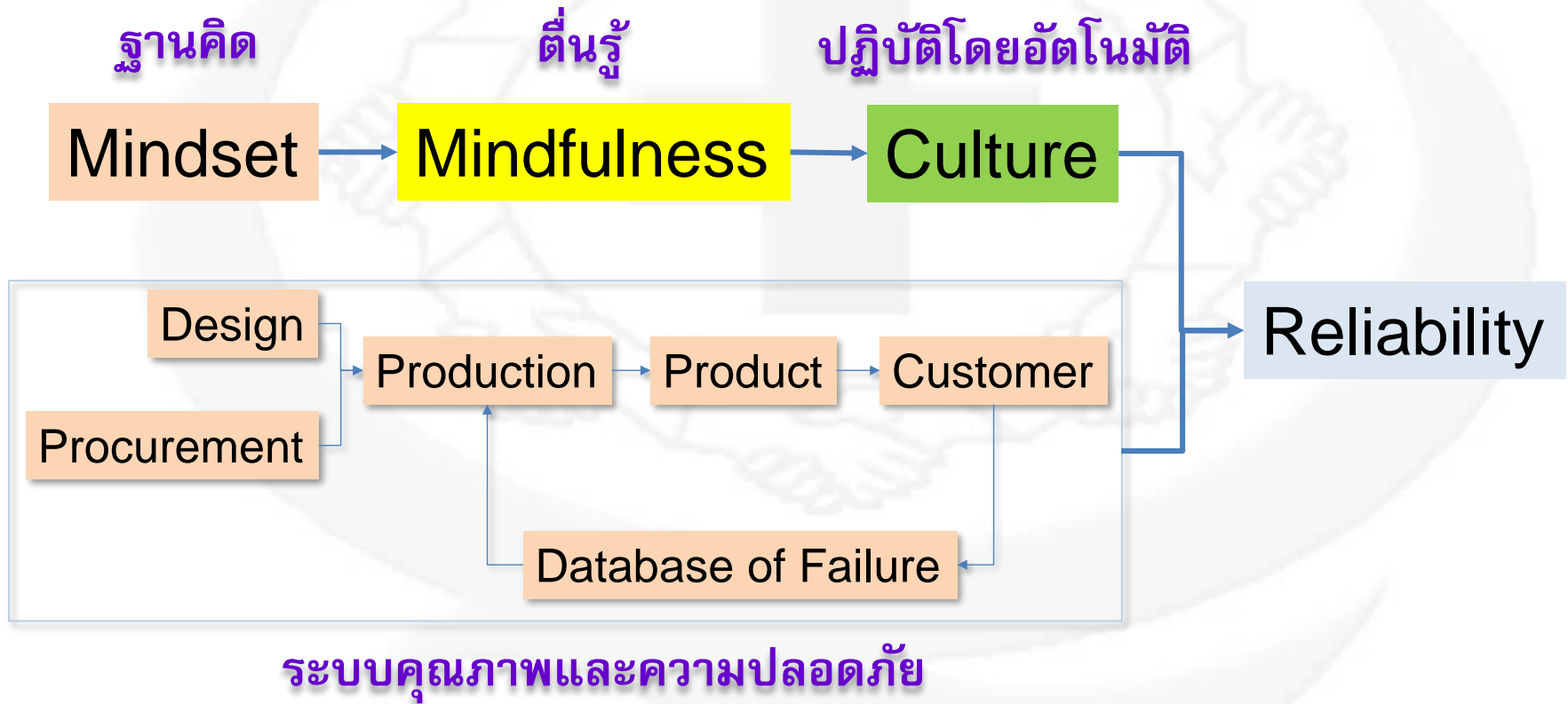
คำว่า "คุณภาพ" ทำให้เกิดความรู้สึกว่าผู้ได้คือผู้รับผลงานฝ่ายเดียว แต่คำว่า "น่าไว้วางใจ" นั้นทำให้เกิดความรู้สึกว่าได้กันทั้งสองฝ่าย ผู้รับได้รับสิ่งที่ดี น่าไว้วางใจ ผู้ให้ได้รับความไว้วางใจ

Service/Product Reliability



ผสมผสาน mindset & culture

เข้ากับการพัฒนาระบบงาน





Spirituality ที่ฝังใน Safety & Standard

ดูแลคนไข้ อย่างเต็มความสามารถ

ด้วยความระมัดระวัง และด้วยความปรารถนาดี

Momma Test: ถ้าเป็นแม่ของเรา จะทำเช่นนี้หรือไม่

คนไข้เป็นทั้ง “คน” และ “ครู”

เราได้รับสิทธิพิเศษในการรुकล้าร่างกายผู้ป่วย

เราได้รับสิทธิพิเศษในการดูแลเพื่อนในวิชาชีพกันเอง





คุณภาพทุกกลมหายใจ

Total Quality: ผู้ป่วยทุกราย ทุกความต้องการ ทุก
ขั้นตอนของการดูแล ทุกกลมหายใจ

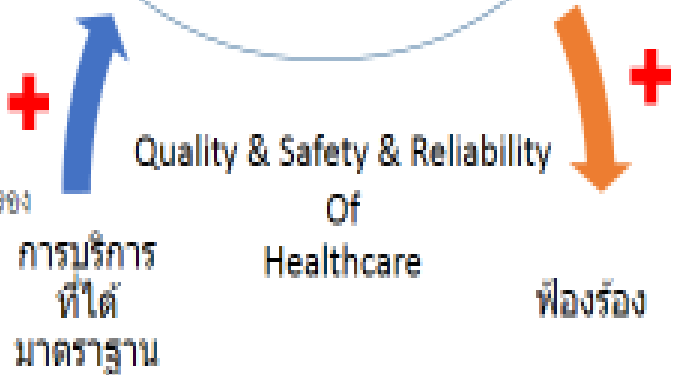
Reliability: Quality without failure over time



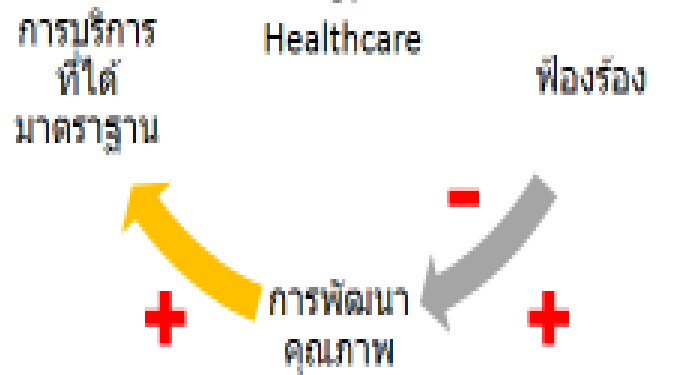
บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน และเป็นที่น่าไว้วางใจ



- จะทำอย่างไรให้ผู้ให้บริการมีบริการที่เป็นมาตรฐาน และตระหนักในความปลอดภัย
- จะทำอย่างไรให้ผู้ให้บริการมีความมั่นใจในการให้บริการ
- จะทำอย่างไรให้สถานพยาบาลมั่นใจในการพัฒนาและรับรอง



- จะทำอย่างไรให้ประชาชนมั่นใจในความปลอดภัย
- จะทำอย่างไรให้ประชาชนเข้าใจเหตุผลด้วย
- จะทำอย่างไรให้เกิดความเข้าใจของผู้ให้และผู้รับบริการ



บริการที่มาตรฐานมีคุณภาพและได้รับการรับรอง ควรจะทำให้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลง เพราะคือจุดสำคัญของความไว้วางใจจากประชาชน



ความรู้
(Knowledge)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 training & Sharing
ยุทธศาสตร์ที่ 2 Information & Data

Quality & Safety & Reliability
Of
Healthcare

ยุทธศาสตร์ที่ 7 Accreditation

เคลื่อนไหวทางสังคม
(Social movement)

เชื่อมผ่านโยบาย
(Policy link)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 Patient & people center

ยุทธศาสตร์ที่ 4 Innovation & Communication

ยุทธศาสตร์ที่ 5 National program & Committee

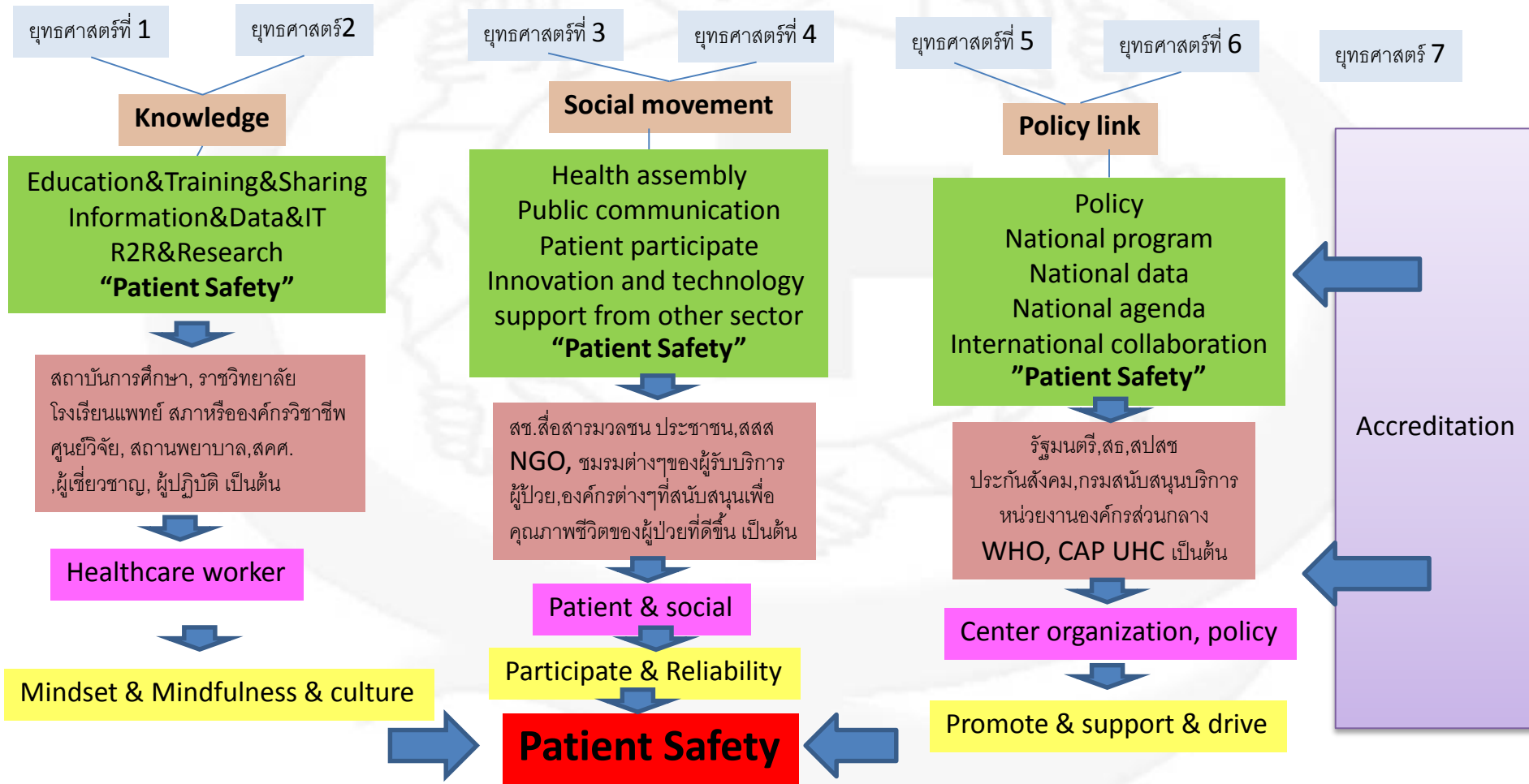
ยุทธศาสตร์ที่ 6 international collaboration

ทฤษฎี สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเกี่ยวกับการขับเคลื่อน Patient Safety





Patient Safety





THIP



โครงการพัฒนาระบบเปรียบเทียบวัด ระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP II)



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน)



การดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ เปรียบเทียบวัดคุณภาพโรงพยาบาล THIP I

คำสั่งที่ 11 ลงวันที่ 19 ธันวาคม 2550
แต่งตั้งกรรมการ THIP โดยกลุ่ม
สถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

สมาชิกรุ่นที่ 2 เริ่ม
ลงทะเบียน มกราคม 2553
รวม 10 รพ.

สมาชิกรุ่นที่ 4 เริ่ม
ลงทะเบียน ธันวาคม
2555 รวม 13 รพ.



Dec 2007

May 2008

Jan 2010

Jan 2011

Dec 2012

Sep 2013



สมาชิกรุ่นที่ 1 เริ่มลงทะเบียน
เข้าใช้โปรแกรม พฤษภาคม
2551 จำนวน 11 รพ.

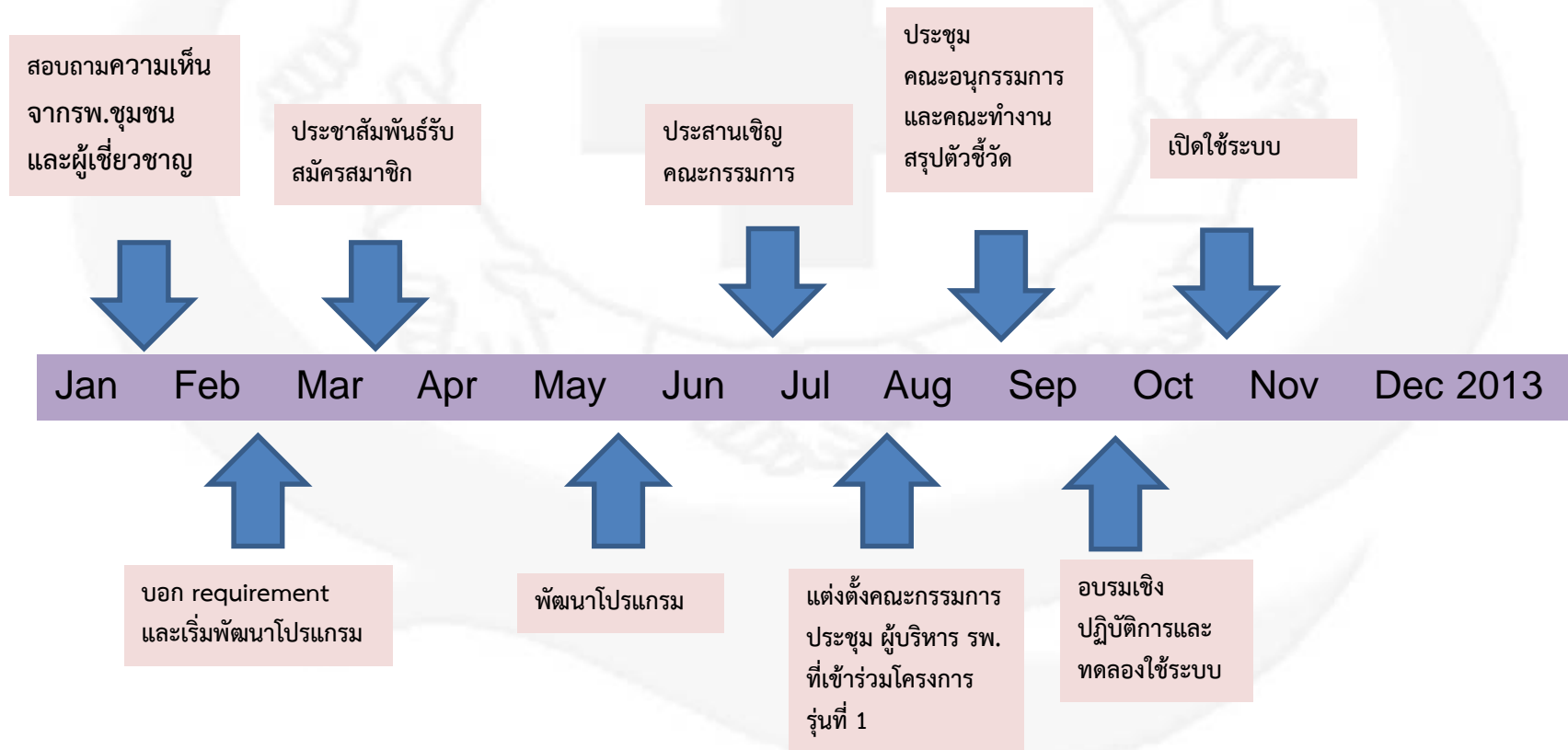
สมาชิกรุ่นที่ 3 เริ่มลงทะเบียน
มกราคม 2554 รวม 10 รพ.

• สมาชิกรุ่นที่ 5 เริ่มลงทะเบียน
(รพศ.)

• **Start THIP II**



การดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ เปรียบเทียบวัดคุณภาพโรงพยาบาล THIP II

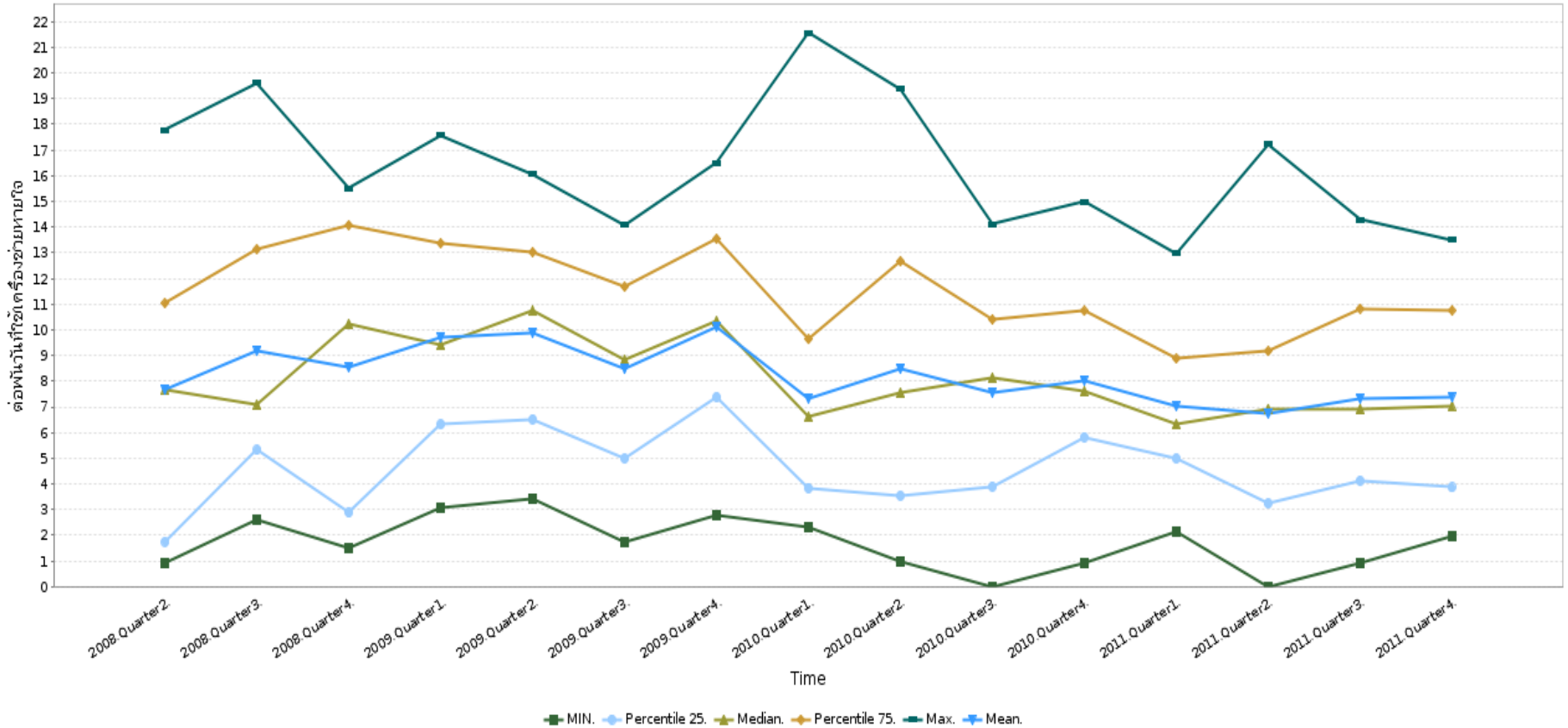




ตัวอย่าง รายงานสถานการณ์ ที่สมาชิกได้ใช้ประโยชน์

[20] อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของผู้ป่วยใน ICU

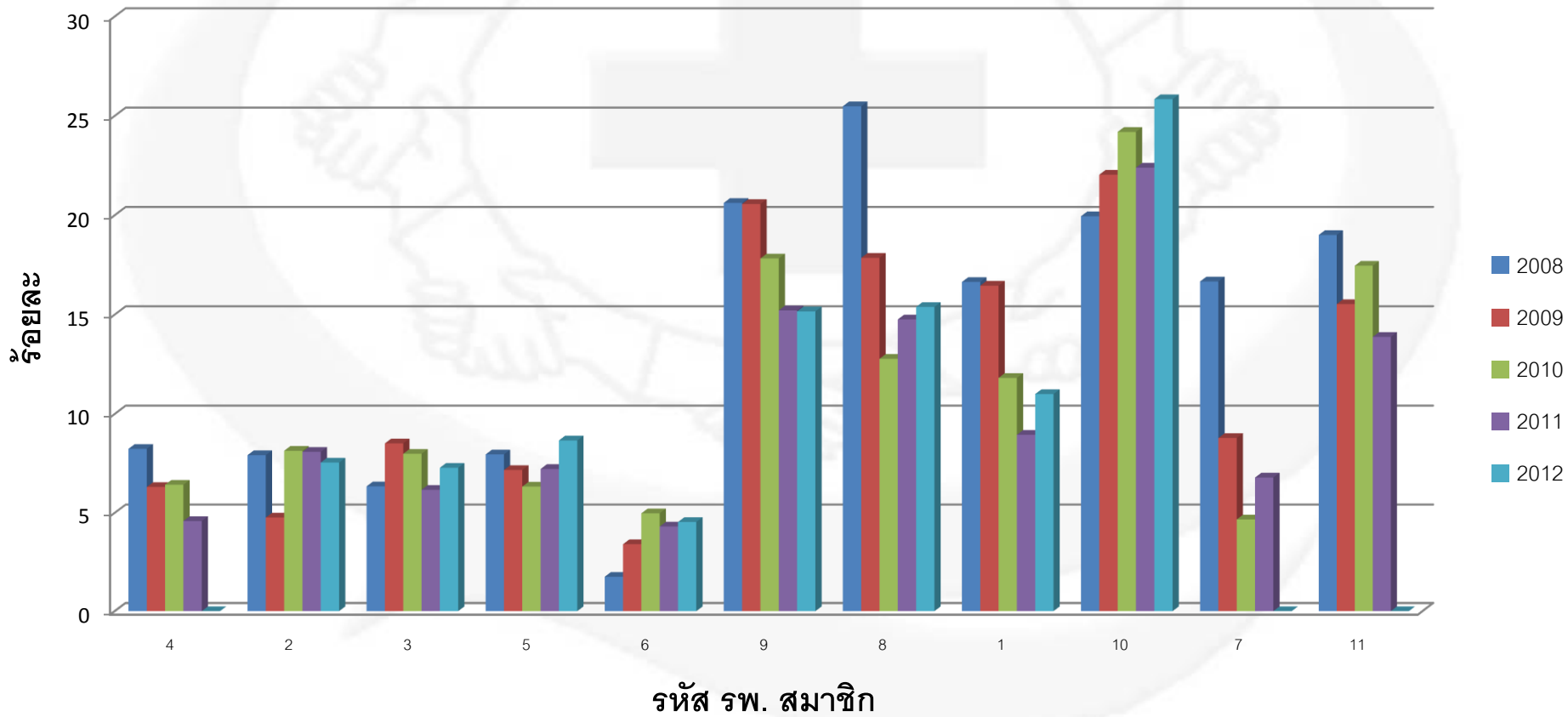
Slicer: Input Name=1.20 อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของผู้ป่วยใน ICU



ข้อมูล KPI อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของผู้ป่วยใน ICU

ตัวอย่างการเปรียบเทียบเพื่อการพัฒนาเรียนรู้

ตัวอย่าง : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke





ประเด็นที่น่าสนใจ

AE



Best practice

Risk innovation





Social movement



Patients for Patient Safety

Patients for Patient Safety



Partnerships for safer care

Patient safety is a major public health issue. Globally, millions of patients experience preventable harm every year.

Evidence supports the importance of the role of engaged patients in the drive to improve safety.

Patients for Patient Safety is a WHO programme that aims to incorporate the patient voice in all levels of health care.

Patients for Patient Safety empowers and facilitates patients and their families to advocate for change collaboratively.



"A world in which patients are treated as partners in efforts to prevent all avoidable harm in health care. PFPS calls for honesty, openness and transparency, and aims to make the reduction of health-care errors a basic human right that preserves life around the world."

London Declaration, 2005

Patients for Patient Safety

- Unsafe use of medication is a major global health problem. PFPS is collaborating with others to promote patient and community involvement in efforts to improve medication safety around the world
- [2013 World Health Assembly session on medication safety](#)
- [2013 PFPS webinar on patient engagement in medication safety](#)



ประชาชนและผู้รับบริการมีส่วนร่วมในเรื่อง
Patient Safety



ต้องฟังผู้รับบริการด้วยความใส่ใจ
และเปิดใจซึ่่นกว่าเดิม



ฟังเสียงผู้รับบริการ

อยากให้ลดขั้นตอนเวลาที่เป็นบัตร วัด
ความดัน เรื่องชื่อไปตรวจ เพราะทำแต่ละ
อย่างก็ต้องไปนั่งรอให้เขาเรียกชื่อถึง 3 ครั้ง
ซึ่งมันน่าจะจบในกระบวนการเดียวไปเลย
(unnecessary process & waiting)

เวลาที่ไม่หาหมอที่ไม่ใช่หมอคนเดิม
อยากให้มีการนัดในคอม เพื่อหมอมจะได้อ่าน
ไม่จำเป็นต้องคอยนั่งเล่าใหม่ทุกครั้ง (inventory)



ฟังเสียงผู้รับบริการ

เวลาที่ต้องไปพบแพทย์ในวันเดียวกัน เพื่อตรวจหลายโรค อยากให้มีระบบเรื่องเวลานัดเพื่อไม่ให้มันซ้อนกันหรือนัดเวลาใกล้กัน เพราะแต่ละโรคกว่าจะหาหมอเสร็จก็ใช้เวลานาน ทำให้ต้องคอยวิ่งไปรายงานตัวหลายรอบว่ามาแล้ว แต่ตรวจอีกแผนกอยู่ (motion)



การรอคอย

ที่ไหนมีคิว ที่นั่นเป็นโอกาสให้ Lean
คุยกับผู้ป่วยแล้วจะรู้ว่าเขารอมากกว่าที่เราคิด



โครงการ Patient Experience

Safer Primary Care



The WHO Patient Safety programme held the inaugural meeting of the Safer Primary Care Expert Working Group early 2012 with the aim of reflecting and prioritising the key knowledge gaps and challenges that surround the safety of primary care.

During the course of the meeting, the Expert Working Group discussed and debated the available evidence on the burden of harm resulting from errors in primary care settings, shared experiences and insights from different parts of the world, and developed a shared frame of reference to work collectively to improve the quality and safety of primary care provision. The summary report of the meeting is now available.



Policy link



Patient Safety วาระแห่งชาติ



สมดุลของการพัฒนาสามแนวทาง

Visionary Leadership

Sustainable Healthcare Organization

Quality/Safety, Efficiency, Morale

Value on Staff

Heart

Hand

Head

Spirituality

System

Knowledge

Lean-R2R

Focus on Health

- Health Promotion
- Humanized HC
- Living Organization
- Narrative Medicine
- Contemplation
- Appreciative
- Aesthetics

Agility

3C - PDSA

Review
Monitoring
Scoring
SPA (Standards-Practice-Assessment)
Gap Analysis
Tracing

- Evidence-based Practice
- KM (Knowledge Management)
- Data analysis
- R2R (Routine to Research)

ใช้ความรู้และปัญญา เพื่อสลายการติดกรอบ

ฝึกรอยู่กับปัจจุบัน
แบ่งปันพลังบวกให้ผู้ป่วย

สร้างระบบคุณภาพ
ด้วยจิตอิสระ สร้างสรรค์

พัฒนางาน พัฒนาคคน เพื่อประโยชน์ของผู้รับผลงาน



ความผูกพัน เพื่อคุณภาพ (Engagement for Quality)



ผู้เกี่ยวข้องของประชาชน
และสังคม

บุคลากรและวิชาชีพ
(Staff & Professionals)



สถานพยาบาล
(Healthcare Organization)

ผู้ป่วยและครอบครัว
(Patient & Family)

ชุมชน
(Community)



ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
(Stakeholders)

- ครอบคลุม ครอบคลุม ครอบคลุม
- ครอบคลุม ครอบคลุม ครอบคลุม
- ครอบคลุม ครอบคลุม ครอบคลุม
- ครอบคลุม ครอบคลุม ครอบคลุม
- ครอบคลุม ครอบคลุม ครอบคลุม



Community Engagement Process



Community Engagement Continuum

Substrate	Consult	Involve	Collaborate	Shared Leadership
Substrate	Substrate	Substrate	Substrate	Substrate
Consult	Consult	Consult	Consult	Consult
Involve	Involve	Involve	Involve	Involve
Collaborate	Collaborate	Collaborate	Collaborate	Collaborate
Shared Leadership	Shared Leadership	Shared Leadership	Shared Leadership	Shared Leadership

Community Engagement

การที่ทั้งฝ่ายที่ให้บริการสุขภาพ กับ ครอบครัว และชุมชนที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพ

Level of Patient and Family Engagement



Spiritual & Social Dimension of Patient Engagement



องค์ประกอบความผูกพัน



องค์ประกอบความผูกพัน

องค์ประกอบความผูกพัน

องค์ประกอบความผูกพัน

องค์ประกอบความผูกพัน

องค์ประกอบความผูกพัน

องค์ประกอบความผูกพัน

องค์ประกอบความผูกพัน

องค์ประกอบความผูกพัน

องค์ประกอบความผูกพัน





15th HA National Forum “Engagement for Quality”

11-14 มีนาคม 2557

Impact Forum

Staff engagement, professional engagement
Patient & family engagement
Community engagement

ประทับใจ -> ฟังพอใจ -> เห็นคุณค่า -> มุ่งมั่นที่จะทำ ->
ให้คำมั่นสัญญาว่าจะทำ -> ลงมือทำอย่างจริงจัง