



# ยกระดับ...การทบทวน สู่...การวางระบบคุณภาพ



ดร. อาภากร สุปัญญา  
นพ.สมจิตต์ ชีเจริญ

ผู้เยี่ยมชมสำรวจสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

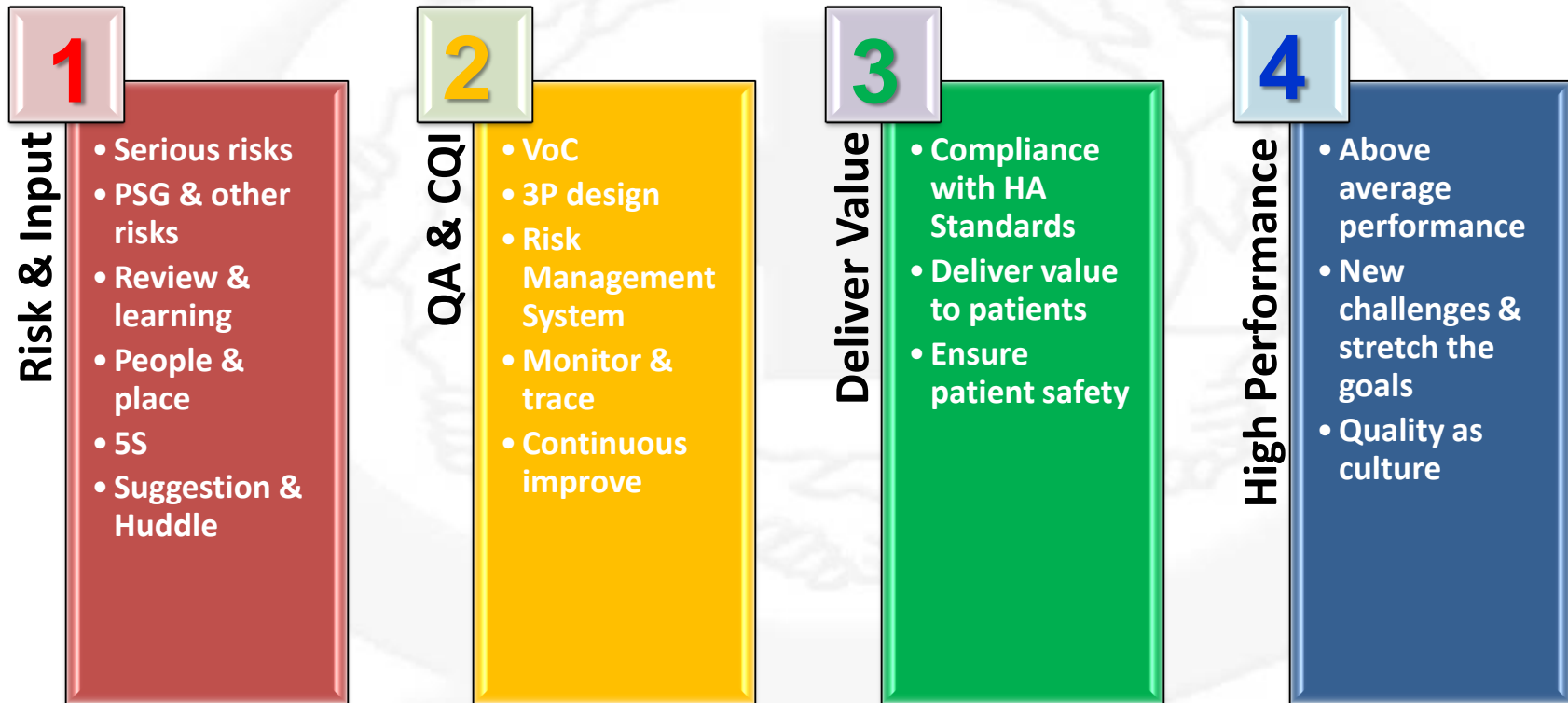
บรรยายในที่ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA/AHA”

13 กรกฎาคม 2559





# Maturity of Quality Journey



การทบทวนเป็นหัวใจสำคัญของการรับรู้และเติมเต็มคุณภาพ

# ทบทวนคือหัวใจ

## ทบทวนกันทุกลมหายใจ



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
(องค์การมหาชน)

### คน

- ทุกคน ทุกหน่วย ทุกระดับ
- ร่วมมือเป็นทีมในหน่วย ระหว่างหน่วย ระหว่างวิชาชีพ ระหว่างผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติ

### งาน

- ทุกระบบ
- ทุกขั้นตอน

### ลูกค้า

- ทุกคน
- ทุกความต้องการ



# ทบทวนทำความเข้าใจคุณภาพ

เครื่องมือสำคัญของ HA คือการทบทวน เพื่อจุดประกายการพัฒนา

## ทบทวนตัวเอง (โดยเจ้าของงาน)

- ทบทวนปัญหาจากการทำงาน (ขั้นที่ 1)
- หาคำถามพื้นฐาน/3P (ขั้นที่ 2)
- ใช้มาตรฐาน HA (ขั้นที่ 3)

## ทบทวนกันเอง (โดยตัวเองหรือเพื่อนต่างหน่วย)

- ตามรอย
- เยี่ยมสำรวจภายใน
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้

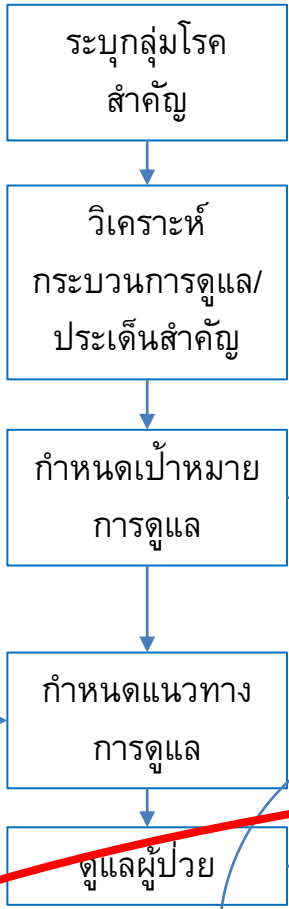
## ทบทวนจาก ภายนอก

- เยี่ยมสำรวจจากภายนอก
- ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

II – 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

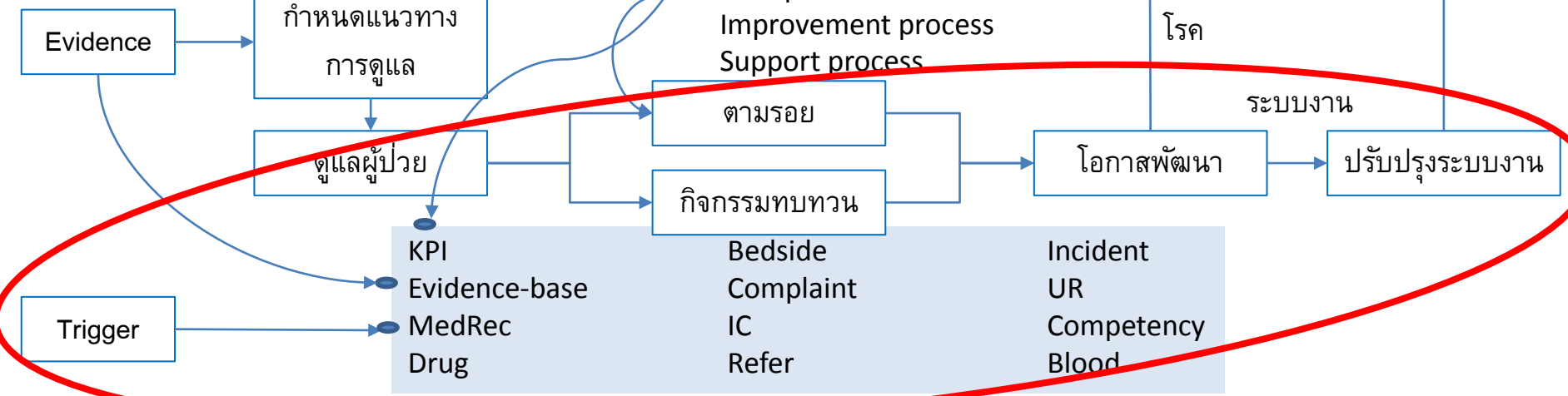
มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ

high risk, high cost  
high volume  
high variation  
High coordination  
area specific



-1.2ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

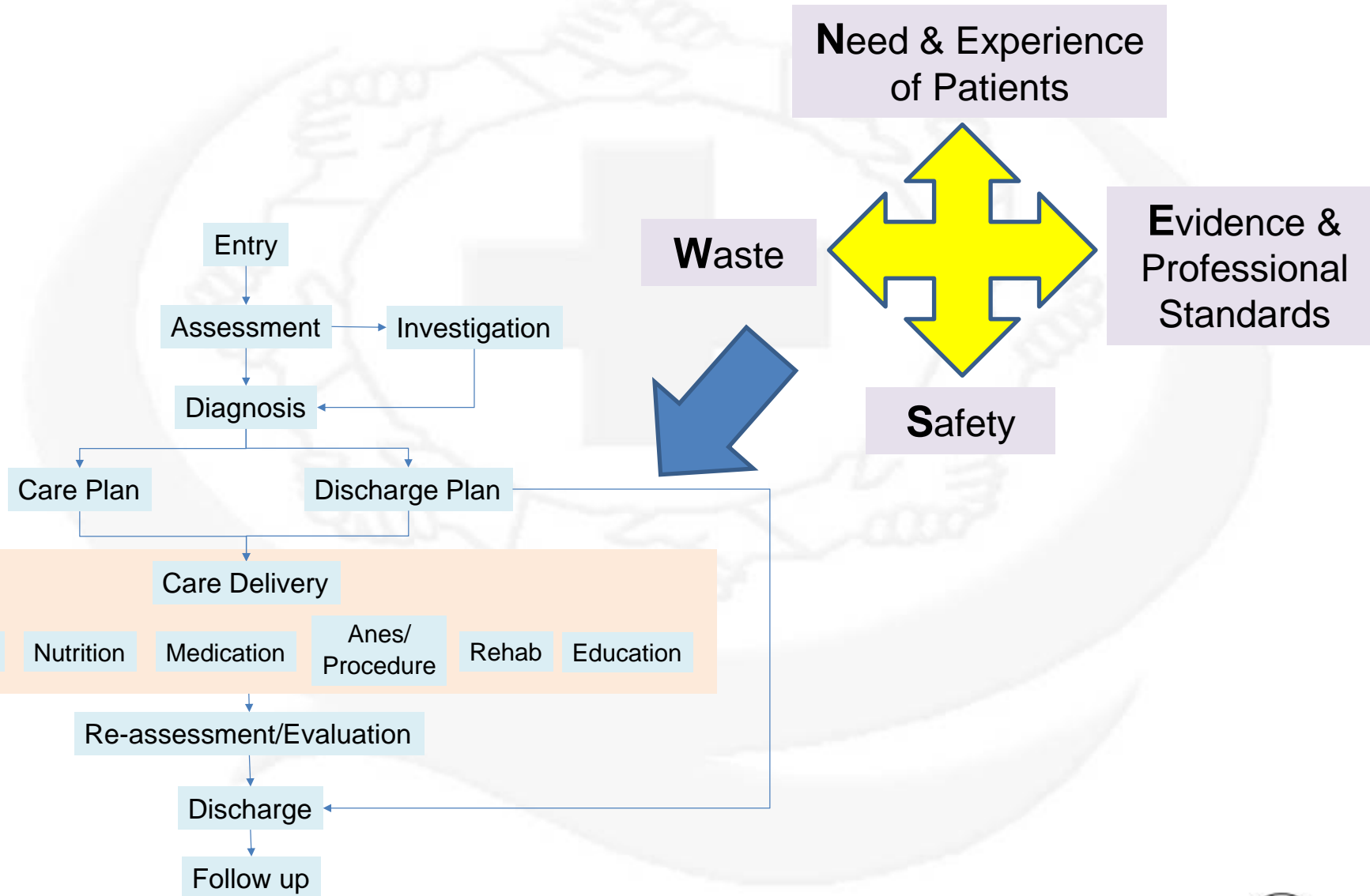
- Need & expectation of patient
- Evidence-base
- Waste reduction (Lean)
- Safety
- Holistic, Innovation, Multidisc. team
- Benchmark, R2R



# ทบทวนเพื่อหาจุดอ่อนในกระบวนการดูแลรักษา



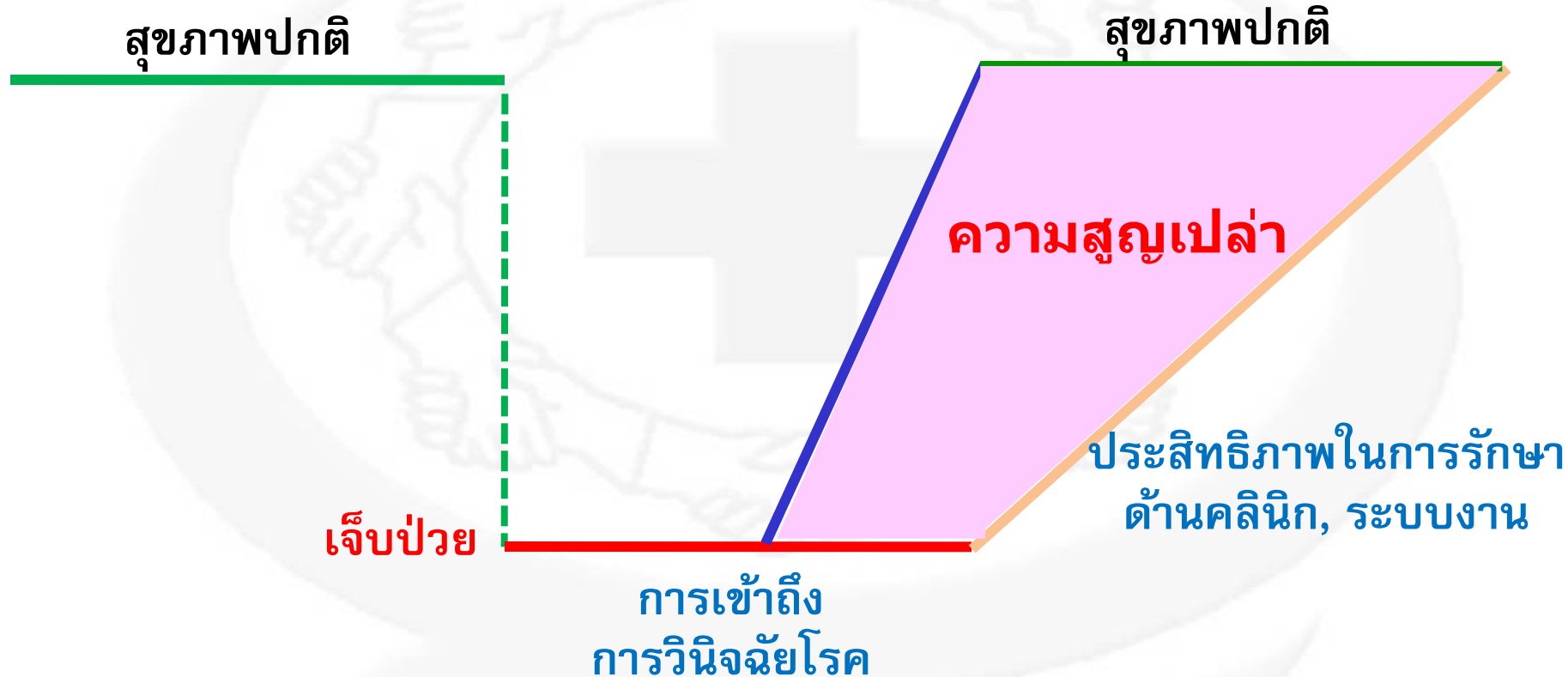
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
(องค์การมหาชน)



# ทบทวนเพื่อหาความสูญเสียที่อาจ เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
(องค์การมหาชน)



- Unable to access, waiting
- Delayed & wrong diagnosis
- Delayed & wrong treatment
- Over-use/under-use intervention & technology
- Error & adverse event
- Communication failure
- Co-ordination failure
- Inadequate knowledge & skill
- Role confusion
- Obsolete technique & technology (& malfunction)

ความสูญเสียเหล่านี้มีมากเพียงใด อยู่ที่ไหนบ้าง





**TABLE 4.4** Summary of the Eight Wastes of Healthcare

Waste	Description
Unnecessary motion	The many physical steps needed to gather equipment, confirm instructions/orders, and organize the treatment space to care for the patient.
Unnecessary transportation	Excess movement of people (patients), supplies, forms, and information throughout a facility.
Defects and errors	Time spent doing something incorrectly, inspecting for errors, or fixing errors.
Waiting	Time spent waiting for the next event to occur or the next work activity.
Inventory	Any supply in excess of the absolute minimum requirements necessary to meet customer demand.
Processing waste	Extra effort that adds no value to the service being provided from the patient/customer point of view. Can occur when the patient is unnecessarily queried or reassessed by multiple providers.
Overproduction	Doing more than what is needed by the patient, or doing it sooner than is required.
Unused human potential	Any situation in which people are not utilized to the utmost of their skills/ability to add value to processes.



Table 1. Categories of Clinical Waste in the Hospital Setting

Category	Adverse Events and Complications	Inappropriate Use of Clinical Services or Providers	Delays in or Lack of Care Coordination
<b>Definition</b>	Adverse events and complications in an inpatient setting	The systematic use of more (or fewer) resources than necessary (e.g., treatment, setting, provider, equipment)	Inefficiencies in flow, throughput, communication, and coordination between providers, and between patients, providers, and families
<b>Examples of Waste</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Readmissions</li><li>• Healthcare-associated infections</li><li>• Central line infections</li><li>• Surgical site infections</li><li>• Ventilator-acquired pneumonias</li><li>• Procedure-related complications</li><li>• Adverse drug events</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unwanted end-of-life services</li><li>• CT scan or MRI instead of an x-ray</li><li>• Longer than expected length of stay (LOS)</li><li>• Unnecessary hospitalization</li><li>• Inappropriate use of antibiotics</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Delayed laboratory results</li><li>• Readmissions</li><li>• Longer than expected LOS</li><li>• Bed held for admission or transfer</li><li>• Bed held for surgical patient or medical patient</li><li>• Artificial variability or inappropriate scheduling due to lack of coordination</li></ul>

# ทบทวนเพื่อหาโอกาสพัฒนา



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
(องค์การมหาชน)

การชี้ประเด็นพัฒนา

NEWS

แนวคิดการพัฒนา

**HIMR:** Holistic  
Innovation  
Multidisciplinary  
Review

**BR:** Benchmarking  
Research

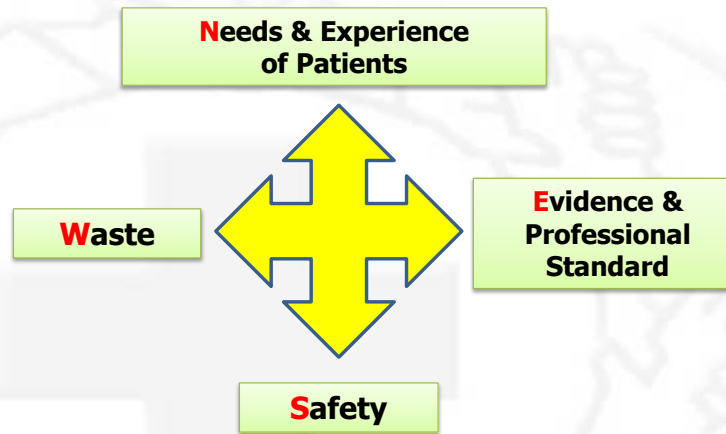
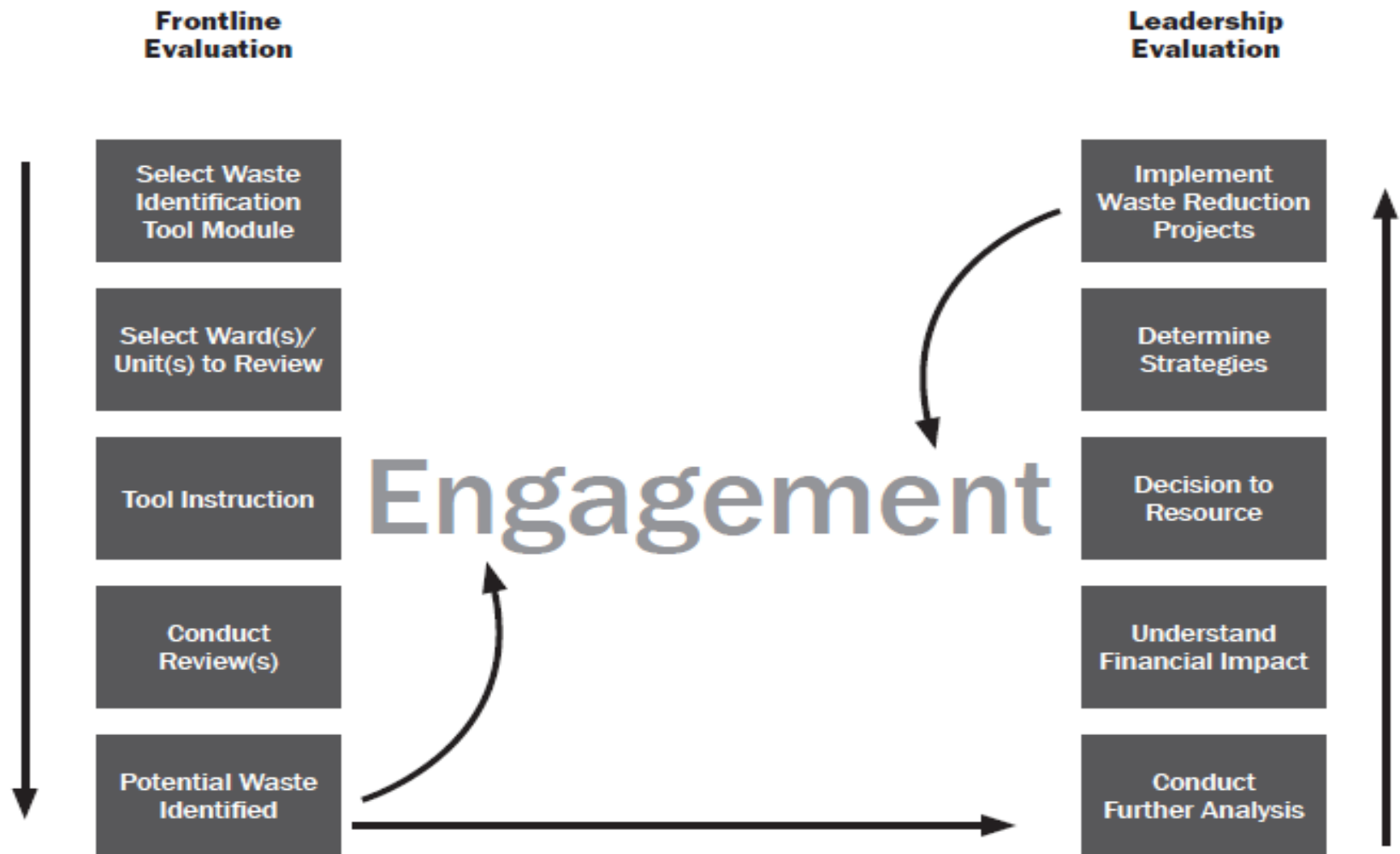


Figure 1. Hospital Inpatient Waste Identification Tool: The Process of Analyzing, Prioritizing, and Executing Waste Reduction Projects





# จุดเน้นที่ความปลอดภัย ทบทวน สู่การวางระบบ

## ทบทวนเพื่อ รับรู้

ความเสี่ยง (ก่อนเกิดเหตุ)  
อุบัติการณ์ (หลังเกิดเหตุ) : สังเกต จดบันทึก

## วางระบบ ป้องกัน

แนวทาง มาตรฐานต่าง ๆ  
การออกแบบ : Human Factors Engineering  
ความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า : Near miss  
Non- technical skill training & design

## ฝึกอบรมให้ จัดการ

การวางระบบ  
การแก้ปัญหาเฉพาะกรณี  
การเรียนรู้สู่การป้องกัน

## ตระหนัก สร้างวัฒนธรรม

เรียนรู้จากเหตุที่เคยเกิดขึ้น  
วัฒนธรรมความปลอดภัย



# About Human Error

As Humans, We Work in 3 Modes



**Skill-Based Performance**

"Auto-Pilot Mode"

**Rule-Based Performance**

"If-Then Response Mode"

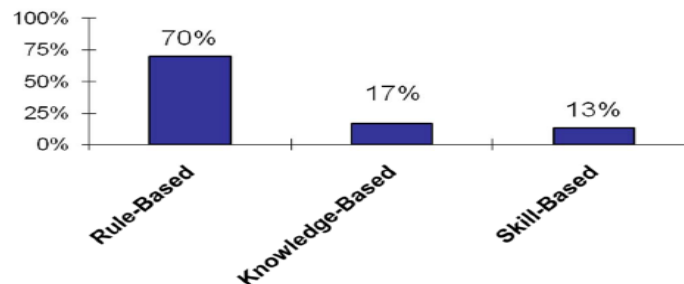
**Knowledge-Based Performance**

"Figuring It Out Mode"

# About Human Error

96 Client Hospitals – Aggregate Baseline CCA  
*Human Error Type*

## Human Error Type:



N = 2986    EE = 1% (80% CF)



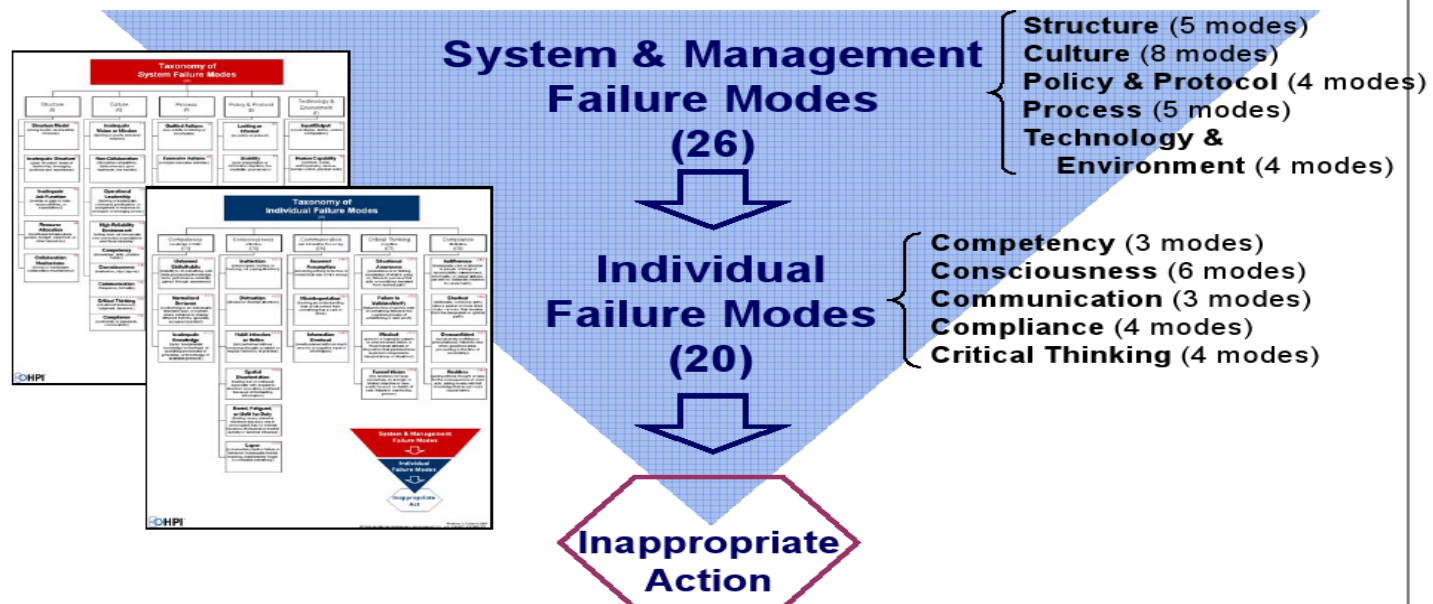
Department/Professional Group  
Key Process  
Key Activity  
✓ **Human Error Type (Skill, Rule, Knowledge)**  
Individual Failure Mode (20)  
System Failure Mode (26)





# About Human Error

## Causal Factors of Inappropriate Acts



HPI © 2006 Healthcare Performance Improvement, LLC. ALL RIGHTS RESERVED.

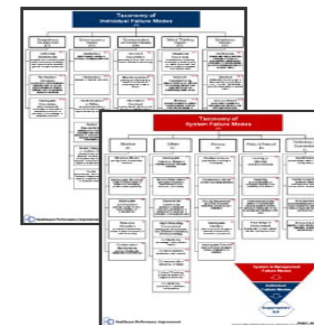




# About Human Error

## 96 Client Hospitals – Aggregate Baseline CCA *Individual & System Failure Modes*

Individual Failure Modes (IFM)		System Failure Modes (SFM)	
Competency	23%	Structure	12%
Consciousness	12%	Culture	54%
Communication	10%	Policy & Protocol	11%
Critical Thinking	22%	Processes	18%
Compliance	33%	Technology/Envir.	5%
N	2934	N	3824
EE	1% (80% CF)	EE	1% (80% CF)



*Based on ability to code and event information available*

Department/Professional Group  
Key Process  
Key Activity  
Human Error Type  
✓ Individual Failure Mode (20)  
✓ System Failure Mode (26)

# สาเหตุความผิดพลาดของมนุษย์

- การขาดความรู้ความสามารถ
- การผิดพลาดทางจิต ได้แก่ “การเผลอ” หรือ “การพลาด” หรือ “การลืม”
- สิ่งรบกวนการทำงานทั้งภายนอก เช่น ความพลุกพล่าน วุ่นวาย จอแจ และสิ่งรบกวนการทำงานภายใน เช่น ความเครียด ความเหนื่อยล้า
- ความผิดพลาดของการรับรู้และตอบสนองของประสาทสัมผัสทั้ง 5
- การขาดการควบคุมอารมณ์ ความโกรธ ความโลธ ความหลง
- ความยากลำบากของงานหรืองานที่ต้องอาศัยความทรงจำและสมาธิสูง



## ทฤษฎี 5M

- **คน (Man)** ลดโอกาสความผิดพลาดจากการตั้งใจกระทำ และไม่ตั้งใจกระทำ
- **เครื่องมือ (Machine)** เน้นเครื่องมือให้มีความเพียงพอ พร้อมใช้ทั้งในสถานการณ์ปกติและฉุกเฉิน
- **สิ่งแวดล้อม (Media)** ส่งเสริมให้มีบรรยากาศการทำงานที่ดีระหว่างวิชาชีพ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริการที่ปลอดภัย
- **ภารกิจ (Mission)** ในแต่ละภารกิจที่อาจมีความเสี่ยงหรือความซับซ้อนต่างกัน ทำให้ต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ทักษะที่เหมาะสมกับภารกิจ
- **การจัดการ (Management)** เป็นองค์ประกอบใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับทุกองค์ประกอบ เพื่อลดความผิดพลาด

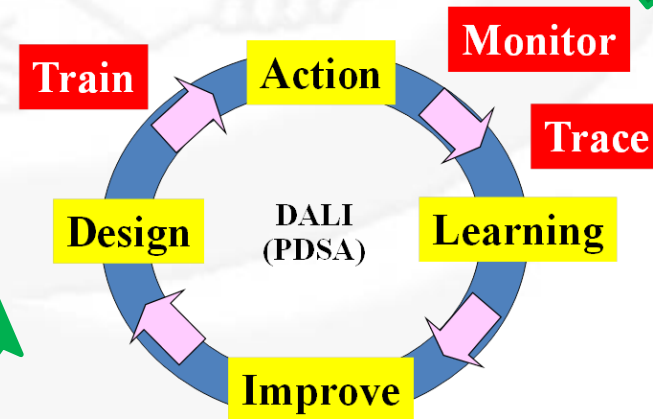
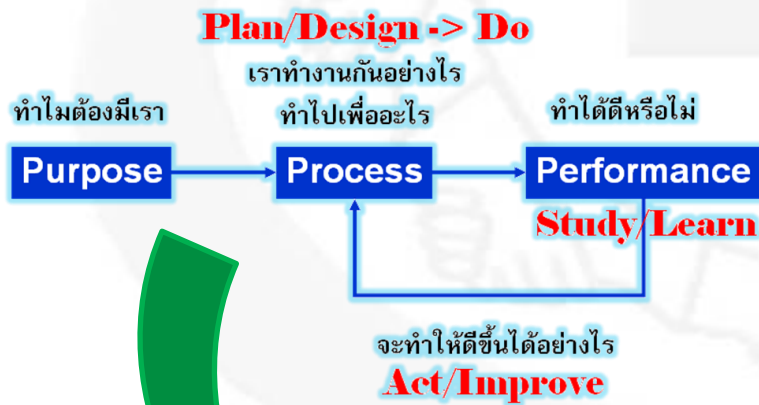
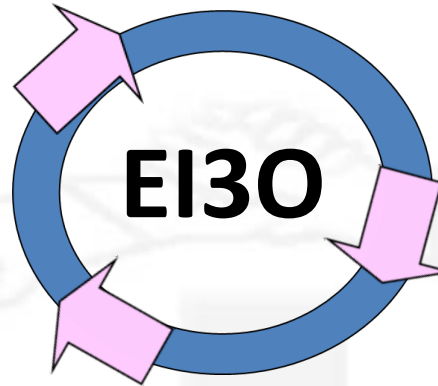


Table 1. Principles of Reliability Science Applied to Planned Care

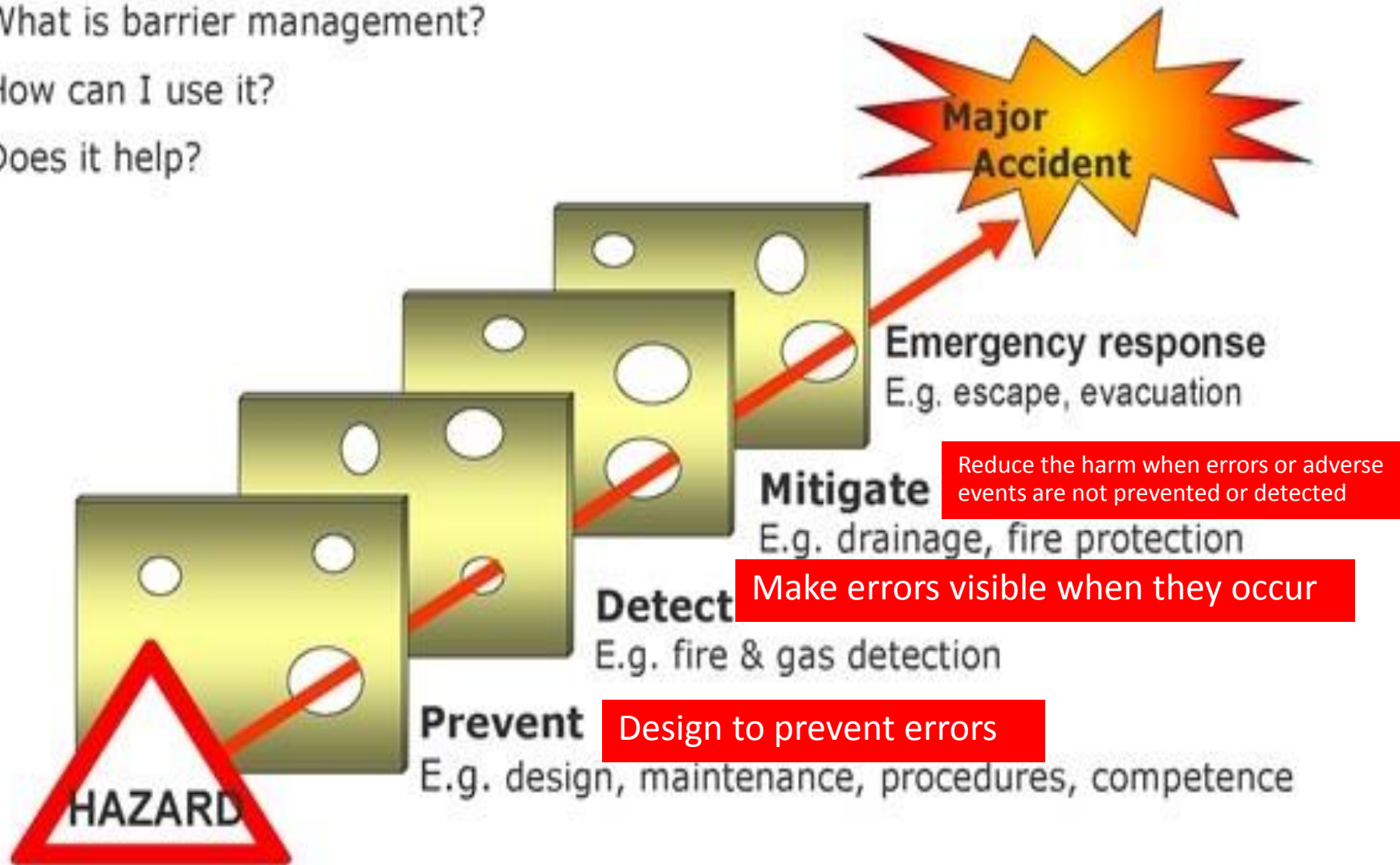
Principles of Reliability Science	Planned Care Concepts Based on These Principles
Prevent failure (by standardizing care)	<ul style="list-style-type: none"><li>• The care team follows evidence-based guidelines for preventive care (e.g., flu shots, mammograms, cancer screening).</li><li>• Patients receive evidence-based care for chronic conditions such as asthma, diabetes, congestive heart failure, and depression.</li></ul>
Identify failures (defects) and mitigate harm caused by failures	<ul style="list-style-type: none"><li>• The medical assistant takes vital signs and screens every patient for depression and pain at intake.</li><li>• The clinical information system (CIS) prompts the clinician to complete standard treatments during a visit, based on the patient's age, sex, and diagnoses.</li><li>• The nurse queries the CIS to find patients with diabetes who have not had their blood sugar checked in over six months and contacts them for follow-up.</li><li>• The care team huddles daily at 2:00 PM to plan for the care of patients coming into the office that day or the next morning.</li><li>• Care plans and action plans are developed with the patient and then shared, in writing, with all providers and caregivers.</li><li>• Visits are planned at regular intervals, and a nurse calls the patient one week before the visit to plan lab tests in advance.</li></ul>
Redesign the process based on the failures identified	<ul style="list-style-type: none"><li>• The care team reviews outcomes for patients as a group and identifies which components of care are missed frequently for those patients with poor outcomes. Visits are redesigned to ensure 100 percent compliance.</li></ul>



# Process Improvement



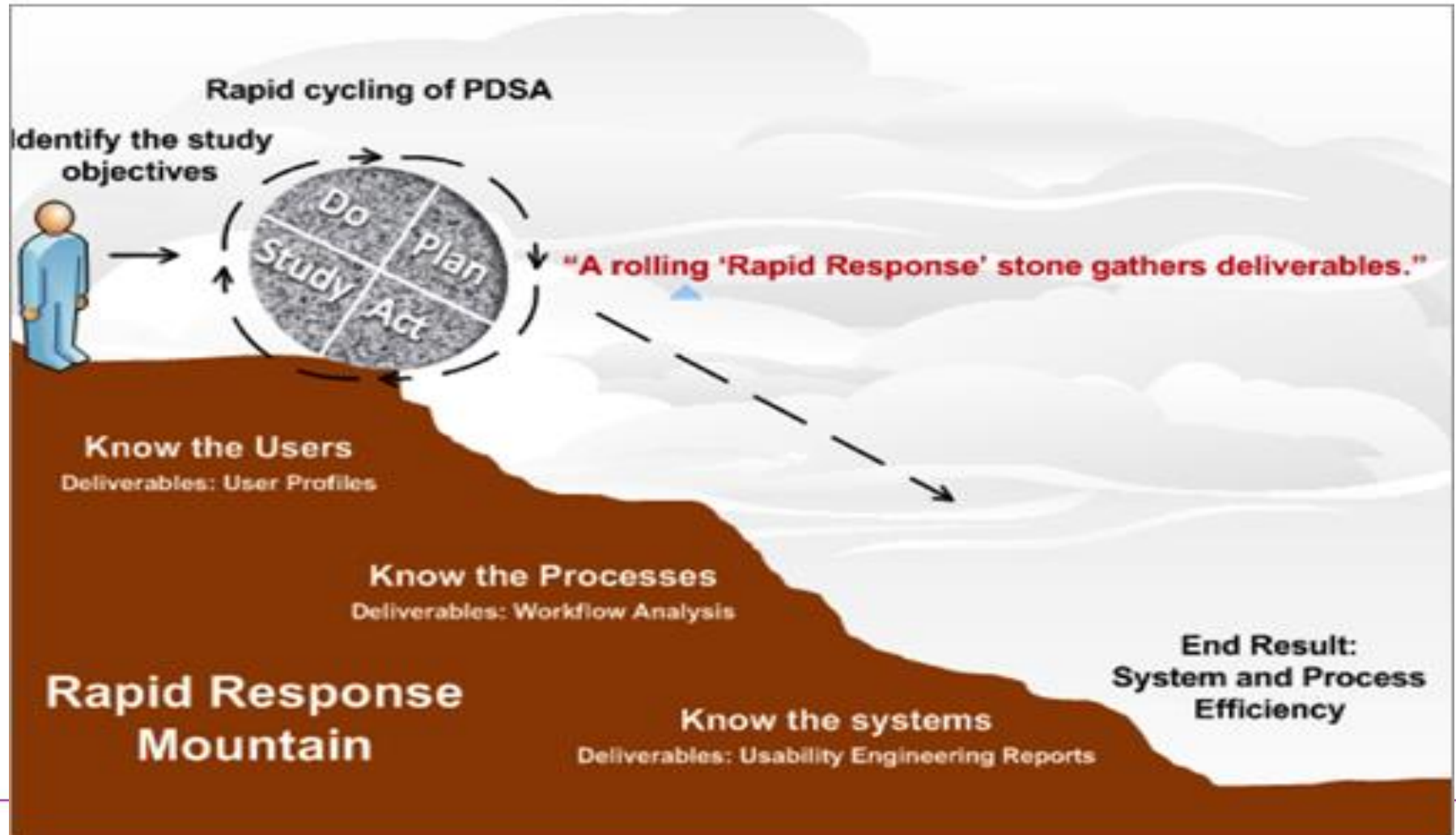
- What is barrier management?
- How can I use it?
- Does it help?







# เร่งระดับคุณภาพด้วย DALI...Cycle Learning and Improvement





# DAI & Risk



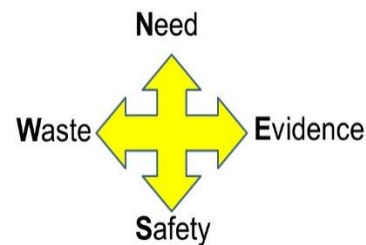
Mindfulness  
(ต่อมเอ๊ะ)

**Action**

**Learning**

**Improve**

**Design**



Monitor  
Trace  
AE Review  
- Reported AE  
- Trigger Tool

Evidence: SIMPLE PSG  
Risk: potential serious AE  
: past AE  
: process analysis

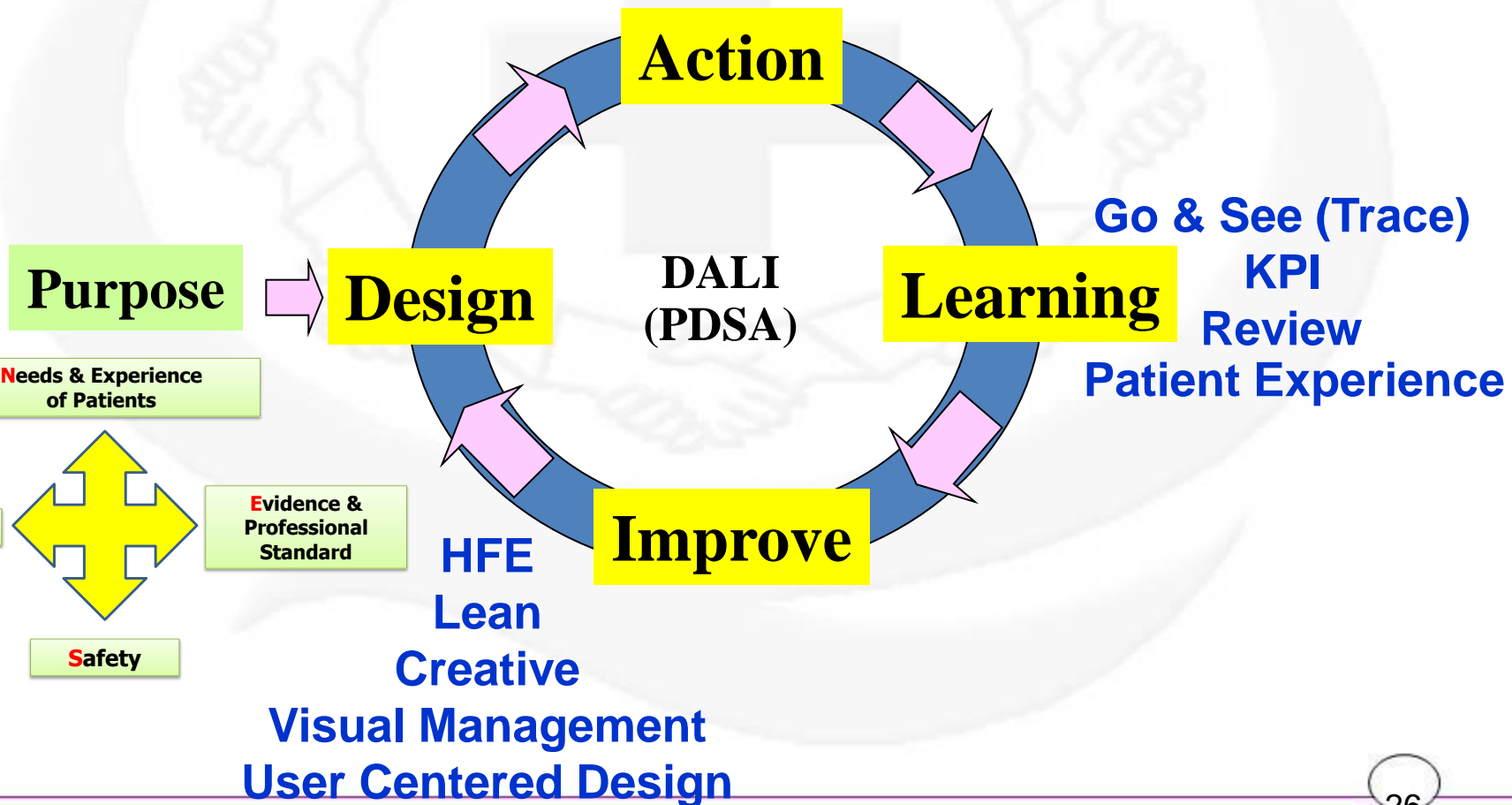
# DALI ในทุกลมหายใจ



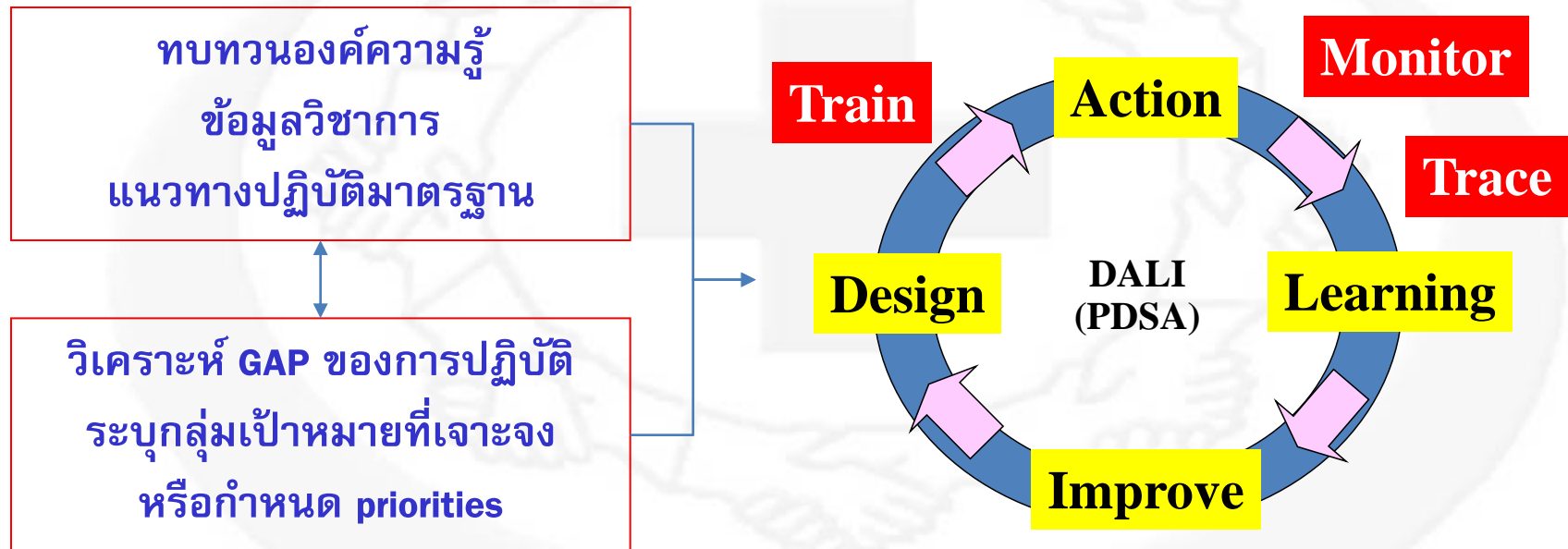
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
(องค์การมหาชน)



เอ๊ะ! & สุ่มหัว  
**Mindfulness  
Daily Huddle**

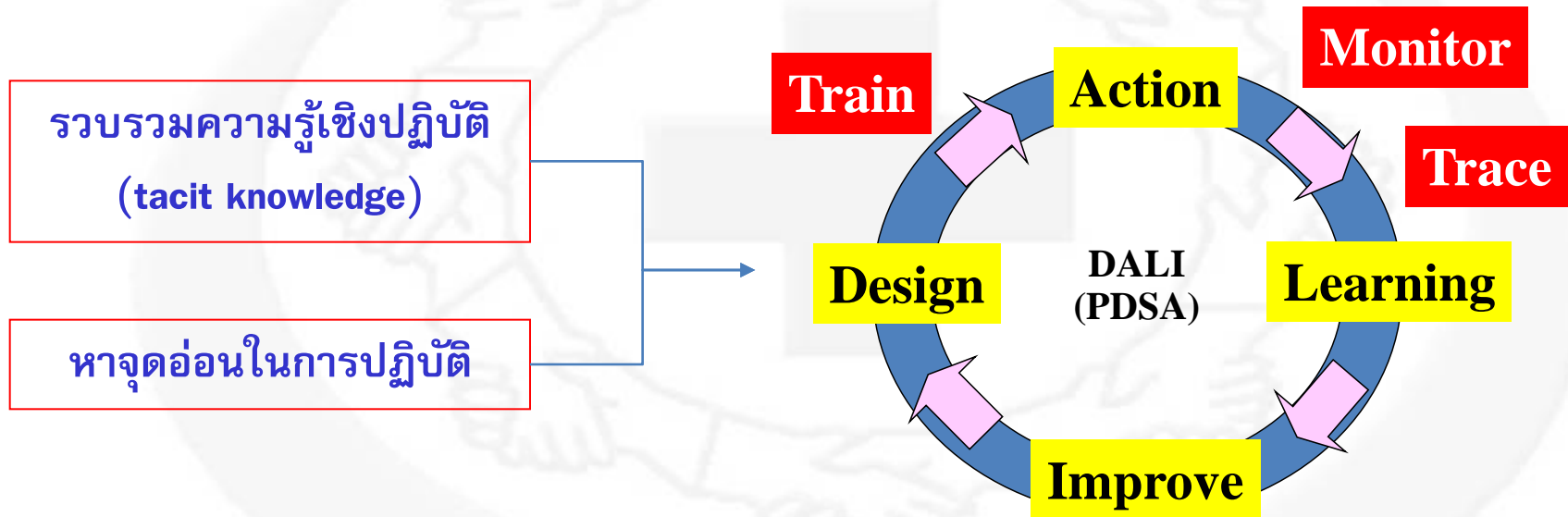


# DALI with Explicit Knowledge or Specific Targets



สำหรับเรื่องที่มีข้อสรุปทางวิชาการที่ชัดเจนว่าการปฏิบัติที่ดีเป็นอย่างไร  
เช่น triage system, performance management system

# DALI with Tacit Knowledge

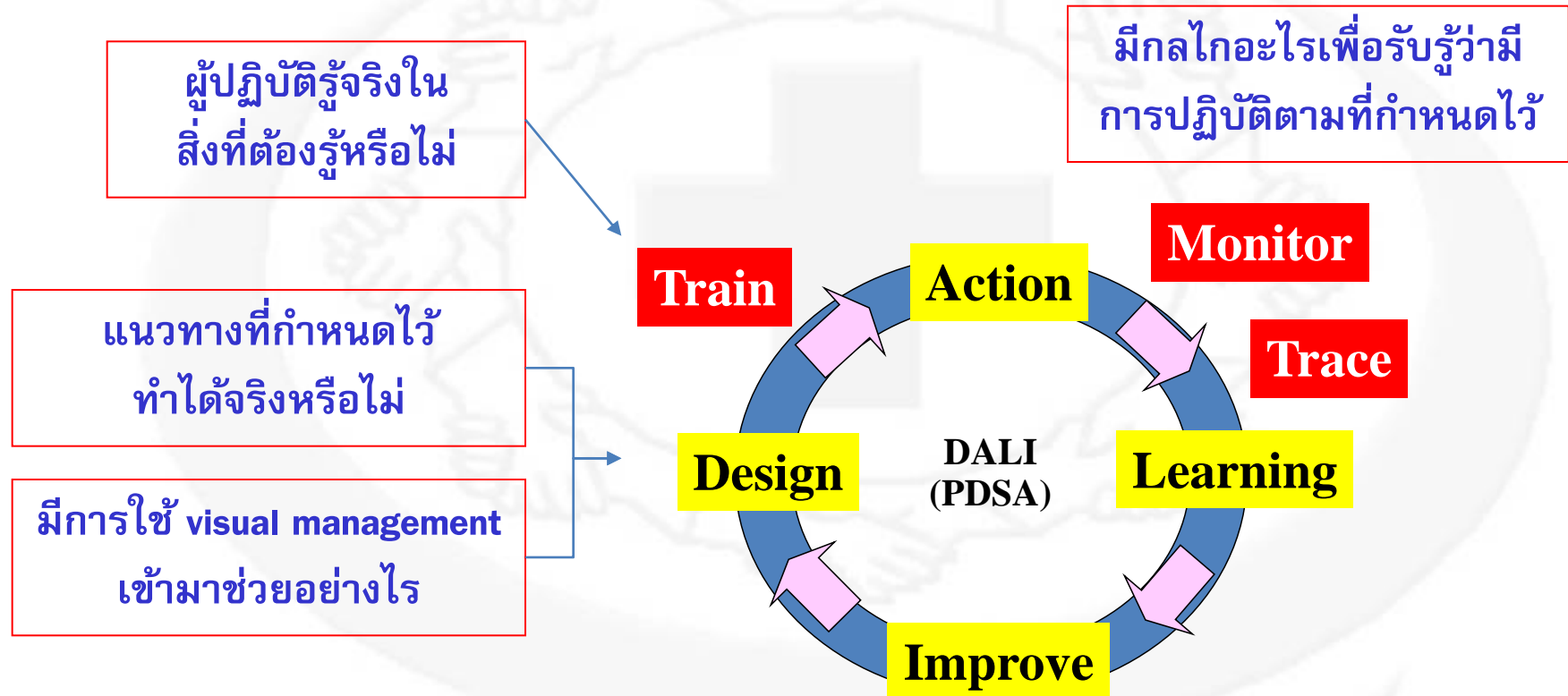


สำหรับเรื่องที่มีลักษณะเป็นนามธรรม มีความเป็นไปได้ที่หลากหลาย  
เช่น การดูแลอย่างองค์รวม

# DALI with Quality Assurance



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
(องค์การมหาชน)



สำหรับเรื่องที่มีข้อสรุปทางวิชาการที่ชัดเจนว่าการปฏิบัติที่ดีเป็นอย่างไร  
เช่น triage system, performance management system

# Process Application

- บูรณาการแนวคิดเข้ากับกระบวนการที่ทำอยู่แล้ว เพื่อให้ได้ระบบที่เรียบง่ายและยั่งยืน ไม่แยกส่วน
- ตกลงกันล่วงหน้าว่าส่วนที่ประหยัดได้จะเอาไปใช้ทำอะไร
- เริ่มต้นด้วยการทำแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ให้เรียบง่าย ให้ผู้คนที่เกี่ยวข้องเห็นการเปลี่ยนแปลงชัดเจน
- ค่อยเป็นค่อยไป ใช้วิธีการเชิงบวก (AIC)

# Designing for Safety

- Reduce complexity
- Optimized information processing
- Automated wisely
- Used constraints
- Limited the unwanted side effects of change

Thomas W. Nolan

