



รายงานสรุป

โครงการการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วย
เอดส์ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพระยะที่ 2
เขตนครชัยบุรินทร์ ปี 2556



อาจารย์นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล
สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



ศูนย์บรรณสารและสื่อการศึกษา
มหา



สารบัญ	หน้า
บทสรุป	ก
แบบเสนอโครงการ	1
ผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์	6
รายงานผลการดำเนินการโครงการฯ	7
กิจกรรมที่ 1	8
กิจกรรมที่ 2	9
กิจกรรมที่ 3	20
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม	23
ภาคผนวก ข ตัวอย่างผลการพัฒนาคุณภาพ	27
ภาคผนวก ค ผลงานนำเสนอ National forum	28
ภาคผนวก ง รายชื่อผู้เข้ารับการอบรม	29
ภาคผนวก จ เอกสารประกอบการอบรม	30
ภาคผนวก ฉ ภาพกิจกรรม	31





บทสรุป

โครงการการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ระยะที่ 2 เขตนครชัยบุรินทร์มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อสร้างและพัฒนาศักยภาพทีมในการติดตามพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV และค้นหา Good practice/Tracer/QI HIV ของหน่วยบริการที่ติดตามเยี่ยม ในเขตนครชัยบุรินทร์ เป้าหมายในการดำเนินการคือ ทีมพี่เลี้ยงปรึกษาในการติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ เขตนครชัยบุรินทร์ จำนวน 44 คน และหน่วยบริการที่เข้าร่วมเครือข่ายในปี 2556 จำนวน 14 โรงพยาบาล ระหว่างเดือนธันวาคม-กันยายน 2556 กิจกรรมที่ดำเนินการประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลักๆ ประกอบด้วย 1)การอบรมทีมและที่ปรึกษาในการติดตามพัฒนาคุณภาพ 2) กิจกรรมติดตามเยี่ยมเสริมพลังอำนาจหน่วยบริการที่ระบบการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ และ 3) กิจกรรมการสรุปถอดบทเรียนผลการพัฒนา การค้นหาเชิงปฏิบัติที่ดีในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์

ผลการดำเนินการโครงการฯ พบว่า มีจำนวนพี่เลี้ยงที่เข้ารับการอบรม 44 คน แบ่งเป็นทีมพี่เลี้ยงสาย HIV ในปี 2555 12 คน พี่เลี้ยงเครือข่าย HIV ในปี 2556 32 คน มีการอบรมทักษะการเป็น Facilitator และการเขียน Clinical Tracer และมาตรฐาน HA ในการบูรณาการเชื่อมโยงเครือข่าย HIVQUAL-T ติดตามเยี่ยมเพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วย HIV ในปี 2556 มี 14 โรงพยาบาลได้แก่ รพ.จักราช รพ.ชุมพวง รพ.ปักธงชัย รพ.นาโพธิ์ รพ.คูเมือง รพ.พุทไธสง รพ.ภักดี รพ.เสนา รพ.สุรินทร์ รพ.ลำดวน รพ.คอนสาร รพ.หนองบัวระเหว รพ.หนองบัวแดง รพ.เนินสง่า ซึ่งพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการฯมีความพึงพอใจในระดับมาก คือ 4.5 จาก 5 คะแนน และเป็นโครงการที่ผู้เข้าร่วมโครงการฯสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการบูรณาการต่อยอดกับงานประจำรวมทั้งการบูรณาการบริการวิชาการที่เป็นความต้องการของสังคมในเขตนครชัยบุรินทร์ซึ่งพบว่าความพึงพอใจในระดับมากคะแนน 4.59 และในแต่ละจังหวัดสามารถนำรูปแบบในโครงการนี้ไปขยายให้ครอบคลุมบริการสุขภาพ ทีมพี่เลี้ยงในหน่วยบริการสุขภาพจังหวัดสุรินทร์สามารถพัฒนาต่อยอดได้ด้วยตนเองได้ในระยะต่อไป

โครงการฯนี้เป็นการต่อยอดความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ในปี 2555 และบูรณาการบริการวิชาการที่ตอบสนองความต้องการของสังคมในเขตนครชัยบุรินทร์เพื่อให้เข้าถึงสุขภาพ ต้องขอขอบพระคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 9 นครราชสีมาที่สนับสนุนงบประมาณ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่สนับสนุนองค์ความรู้ด้านวิชาการ ทั้งที่ปรึกษาการพัฒนาคุณภาพ ที่ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้เกิดบทเรียนในการดูแลผู้ป่วย หน่วยพี่เลี้ยงสละเข้าร่วมโครงการจนเกิดเป็นรูปแบบที่จะสามารถนำไปพัฒนาต่อเนื่องเพื่อประโยชน์ของบริการ



โครงการการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ โดยกระบวนการมีส่วนร่วม
ของทิมสหวิชาชีพระยะที่ 2 เขตนครชัยบุรินทร์

ผู้รับผิดชอบโครงการ และผู้ประสานงานสำหรับติดต่อ (ไม่จำเป็นต้องเป็นหัวหน้าองค์กร)

1.ชื่อ-นามสกุล นางสาวนริลักษณ์ สุวรรณโบล

ตำแหน่ง อาจารย์

สถานที่ปฏิบัติงาน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

จังหวัด นครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ 30000

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก 044-223990 , 081-9771668 โทรสาร 044-223506

Email: nareeluk@sut.ac.th, nareelux1@gmail.com

วันที่เริ่มโครงการ: 1 พฤศจิกายน 2555

วันที่สิ้นสุดโครงการ: 30 มิถุนายน 2556

งบประมาณที่เสนอ

จำนวน 500,000 บาท(ห้าแสนบาทถ้วน)





ความสำคัญและเหตุผล

ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัย ในความต้องการของทุกฝ่ายร่วมกัน การสร้างหลักประกันด้านคุณภาพและความปลอดภัยจึงมีความจำเป็น ปุกับหลักประกันด้านการเข้าถึงบริการ และจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 50(3) ได้กำหนดมาตรการส่งเสริมมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการและเพื่อให้ ประชาชนผู้รับบริการสาธารณสุขตามพรบ.นี้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ เข้าถึงบริการและมาตรฐานด้วยความ ปลอดภัย

สำหรับโครงการการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมในระดับประเทศ และการรักษาด้วยยาต้าน รัสเอดส์ ตั้งแต่ปี 2544 ทำให้ผู้ติดเชื้อเอช ไอวีและผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงการดูแลรักษามากยิ่งขึ้น มีผู้ป่วยเอดส์ นวนมากกว่า 80,000 คน ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ภายใต้การดำเนินงานโครงการใน ทั่วประเทศ (national program) ในข้อตกลงความร่วมมือฉบับแรกของ GAP Thailand (2545-2549) ยทางสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ ฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคเหนือ นบนของประเทศไทย โดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เป็นเครื่องมือในการวัดศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพ ให้บริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพใน พยาบาลหลายแห่งเป็นอย่างมาก และในปัจจุบันโรงพยาบาลได้ดำเนินการกระบวนการพัฒนาคุณภาพเพื่อ รับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สำหรับด้านงานรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ซึ่งเป็น ในกิจกรรมสำคัญของกระบวนการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลจะต้องดำเนินการแบบบูรณาการด้วย เสาวิชาชีพให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่สามารถจะดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการ นาระบบการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างเป็นระบบ จึงถือเป็นความร่วมมือขององค์กรทั้ง ภาครัฐและเอกชนภายใต้การดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ระบบการดูแล แลว่ามีศักยภาพและเข้มแข็ง

ในปีงบประมาณ 2555 สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 9 ราชสีมา ได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์โดยใช้ทีมพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาสหสาขา วิชาในเขตนครชัยบุรินทร์ ในการติดตามเยี่ยมกระตุ้นเสริมพลังอำนาจโรงพยาบาลนาร่อง 12 โรงพยาบาล กอด้วยโรงพยาบาลโชคชัย สีคิ้ว ประทาย บำเหน็จณรงค์ เกษตรสมบูรณ์ ภูเขียว ปราสาท นางรอง มย์ พลับพลาไชย ท่าตูม และสุรินทร์ พบว่าโรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ มี



การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการทำงานร่วมกัน ทำให้ได้แนวทางปฏิบัติที่ดีที่สามารถส่งเข้าร่วมนำเสนอในงานมหกรรมคุณภาพ HACC-Forum และSHA Conference ของ สรพ. นอกจากนั้นยังได้มีการทบทวนหาช่องว่างของโครงสร้างองค์กรคุณภาพของการพัฒนาระบบที่บูรณาการร่วมกันทำงานกับกระบวนการคุณภาพ HA ที่มีความเข้าใจกันมากขึ้นได้แนวทางปฏิบัติที่ดี มีความเข้าใจความใจในการทำงานร่วมกันเพียงพอที่จะสามารถผลักดันให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ที่ดีในระยะยาว

ดังนั้นในปีงบประมาณ 2556 สำนักวิทยบาลศาสตร์ จิงขยายโครงการการพัฒนาในระยะที่ 2 เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพ เขตนครชัยบุรินทร์โดยผ่านการพัฒนาอบรมเข้มที่ปรึกษากระบวนการ HA และพี่เลี้ยงในเขตนครชัยบุรินทร์ที่พัฒนามาจากโรงพยาบาลในระยะแรกในการที่จะติดตามเยี่ยมให้คำปรึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV เพิ่มอีก 12 โรงพยาบาล ซึ่งเป็นแนวทางที่เชื่อว่าจะสามารถสร้างความเข้มแข็งให้กับกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเหล่านี้ในระยะยาวไปได้อย่างต่อเนื่อง

2. วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดความสำเร็จ
1. เพื่อสร้างและพัฒนาศักยภาพทีมที่ปรึกษาและพี่เลี้ยงในระยะที่ 2 การติดตามพัฒนาระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ในเขตนครชัยบุรินทร์	1. จำนวนพี่เลี้ยงที่สามารถติดตามเยี่ยมพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์
2. เพื่อติดตามเยี่ยมกระตุ้นการพัฒนาหน่วยบริการพัฒนาระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ในเขตนครชัยบุรินทร์	2. จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการติดตามเยี่ยมเพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วย HIV
3. เพื่อค้นหา Good practice ของหน่วยบริการที่ติดตามเยี่ยม	3. จำนวน Good practice /Tracer ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV 4. จำนวนบทความทางวิชาการ 1 บทความ

3. กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินการ

3.1 ที่ปรึกษาและพี่เลี้ยงในการติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ เขตนครชัยบุรินทร์ จำนวน 30 คน(ประกอบด้วยทีมพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลนำร่องในระยะที่ 1 และทีมที่ปรึกษาระบบคุณภาพ HA)



3.2 กรรติดตามเยี่ยม Coaching ตามมาตรฐาน HA เชื่อมโยงกับ HIVQUAL-T โรงพยาบาลในเขต นครชัยบุรินทร์ระยะที่ 2 จำนวน 12 โรงพยาบาล (จังหวัดละ 3 โรงพยาบาล)

4. การดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การอบรมพัฒนาที่ปรึกษาและทีมพี่เลี้ยงการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ

HIV บูรณาการกระบวนการคุณภาพ HA

กิจกรรมที่ 2 การติดตามเยี่ยมโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV และ

ค้นหา Good Practice/Tracer/QI story HIV

กิจกรรมที่ 3 การสรุปถอดบทเรียนผลงานและนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเขตนครชัยบุรินทร์ทั้งใน

ระยะที่ 1 และระยะที่ 2

5. ผลของโครงการที่คาดว่าจะได้รับ เมื่อการดำเนินงานเสร็จสิ้นที่เป็นรูปธรรม

1. จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการติดตามเยี่ยม Coaching

2. จำนวนพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาที่สามารถติดตามเยี่ยม

3. บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV มีความเข้าใจในมาตรฐาน HA และสามารถบูรณาการเชื่อมโยงกับเกณฑ์เครื่องชี้วัด HIVQUAL-T และนำไปเป็นเครื่องชี้วัดในการประเมินงานของตนเองได้

4. จำนวน Good Practice HIV ที่เกิดขึ้นและสามารถนำไปเผยแพร่ให้หน่วยบริการอื่นได้ใช้ประโยชน์

5. โรงพยาบาลทั้งในระยะที่ 1 และ 2 มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วย เอดส์

6. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และกระบวนการผลักดันผลงานดังกล่าวออกสู่การใช้ประโยชน์

สามารถนำรูปแบบหน่วยบริการที่ประสบความสำเร็จ และ บทเรียนของแต่ละหน่วยงานไป ประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขและร่วมมือกันในการสร้างเครือข่าย การเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพเป็นทีมที่เข้มแข็งในเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่ 9 โดยเข้าร่วมนำเสนอในเวที งานพัฒนาคุณภาพ HACC-Forum ของ HACC_KR และการนำเสนอบทความวิชาการในระดับเขต



รายละเอียดกิจกรรมที่ 1 วันที่ 11-12 มิถุนายน 2556
การอบรมพัฒนาพี่เลี้ยงการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วย HIV

วันแรก

- เวลา 08.30-09.00น. พิธีเปิดการประชุมโดย คณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มทส.
เวลา 09.00-10.00น. แนวคิดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลผู้ป่วย HIV
เวลา 10.00-12.00น. หลักการสำคัญในการเป็นโค้ช โดย นพ.สุรัชย์ ปัญญาพฤกษ์พงศ์
เวลา 12.00-13.00น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
เวลา 13.00-17.00น. เมื่อ HIV จับมือกับ HA มุ่งสู่คุณภาพและความปลอดภัย

วันที่สอง

- เวลา 08.30-09.00น. ลงทะเบียน
เวลา 09.00-12.00น. การพัฒนาคุณภาพด้วยเครื่องมือ QI, Clinical tracer และ CQI
เวลา 12.00-13.00น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
เวลา 13.00-14.30น. แบ่งกลุ่มย่อยเพื่อฝึกทักษะการ Coaching และการใช้เครื่องมือ
เวลา 14.30-14.45 น. รับประทานอาหารว่าง
เวลา 14.45-16.00 น. รูปแบบการติดตามเยี่ยมและการเขียนรายงานการเยี่ยม

รายละเอียดกิจกรรมที่ 2 เดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2556

การติดตามเยี่ยม Coaching การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV

- เวลา 09.00-10.00 น. พบผู้บริหารโรงพยาบาลและทีมงานการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV
เวลา 10.00-11.00 น. แนวคิดการพัฒนาระบบบริการการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV
เวลา 11.00-12.00น. การเยี่ยม Coaching ตามรูปแบบ HA เชื่อมกับเกณฑ์ HIVQUAL-T โดยทีมพี่เลี้ยง
เวลา 12.00-13.00น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
เวลา 13.00-16.00น. แลกเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV และค้นหา Good Practice
เวลา 16.00-17.00น. สรุปผลการติดตาม Coaching การพัฒนาระบบบริการแก่หน่วยงาน

รายละเอียดกิจกรรมที่ 3 วันที่ 12 กันยายน 2556 การประชุมสรุปถอดบทเรียนโครงการฯ

- เวลา 08.30-09.00น. ลงทะเบียนพิธีเปิดการประชุมโดย คณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
เวลา 09.00-10.00น. ทบทวนแนวคิดการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV
เวลา 10.00-12.00น. นำเสนอข้อค้นพบในการเข้าร่วมโครงการแก่หน่วยบริการสาธารณสุขเขต 14 โดย อ. นริลักษณ์ สุวรรณโนบล
เวลา 12.00-13.00น. พักรับประทานอาหารกลางวัน



เวลา 13.00-15.00น. ชักถามรายละเอียดและจัดทำเอกสารสรุปทเรียน

เวลา 15.00-16.00น. อภิปรายทั่วไป

.1 การเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาระบบบริการผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ระยะที่ 1 และระยะที่ 2

เวลา 08.30-09.00น. ลงทะเบียนพิธีเปิดการประชุมโดย คณะบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มทส.

เวลา 09.00-10.00น. ผลการพัฒนาระบบบริการผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ระยะที่ 1 โดย อ.นริลักษณ์ สุวรรณโนบล

เวลา 10.00-12.00น. การเสวนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพัฒนาระหว่างหน่วยบริการ

เวลา 12.00-13.00น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

เวลา 13.00-15.00น. การใช้เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพที่จำเป็น ได้แก่ Clinical tracer, CQI และ QI story โดย อ.นริลักษณ์ สุวรรณโนบล

เวลา 15.00-16.00น. สรุปทเรียนเพื่อนำไปพัฒนาต่อเนื่อง

3.2 การประกวด Good Practice การดูแลผู้ป่วย HIV ร่วมกับงานมหกรรม HACCC Forum ครั้งที่ 7
วันที่ 17-18 ธันวาคม 2556

เวลา 08.00-08.30น. ลงทะเบียน

เวลา 08.30-09.00น. พิธีเปิดการประชุมโดย คณะบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มทส.

เวลา 09.00-12.00น. นำเสนอ Good Practice ในแต่ละหน่วยบริการ

เวลา 12.00-13.00น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

เวลา 13.00-16.00น. นำเสนอ Good Practice ในแต่ละหน่วยบริการ(ต่อ)

เวลา 16.00-17.00 น. ประกาศผลการประกวด Good practice และสรุปทเรียนเพื่อนำไปเผยแพร่ต่อ



สรุปผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดความสำเร็จ
1. เพื่อสร้างและพัฒนาศักยภาพทีมที่ปรึกษาและพี่เลี้ยงในระยะที่ 2 การติดตามพัฒนาระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ในเขตนครชัยบุรีรินทร์	1. จำนวนพี่เลี้ยงที่ได้รับการอบรมและสามารถติดตามเยี่ยมพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์จำนวน 32 คน
2. เพื่อติดตามเยี่ยมกระตุ้นการพัฒนาหน่วยบริการพัฒนาระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ในเขตนครชัยบุรีรินทร์	2. จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการติดตามเยี่ยมเพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วย HIV จำนวน 14 แห่งประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมาคือ รพ.จักราช รพ.ชุมพวง รพ.ปักธงชัย จังหวัดบุรีรัมย์คือ รพ.นาโพธิ์ รพ.คูเมือง รพ.พุทไธสง รพ.ลำปลายมาศ จังหวัดสุรินทร์ คือ รพ.ศีรขรภูมิ รพ.สุรินทร์ รพ.ลำดวน จังหวัดชัยภูมิ คือ รพ.คอนสาร รพ.หนองบัวระเหว รพ.หนองบัวแดง รพ.เนินสง่า
3. เพื่อค้นหา Good practice ของหน่วยบริการที่ติดตามเยี่ยม	3. จำนวน Good practice /Tracer ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV มีดังนี้ 3.1 ผลงานที่ได้รับการคัดเลือกเข้าประกวดในงานมหกรรม HACC_Forum ครั้งที่ 7 ระหว่างวันที่ 17-18 ธันวาคม 2556 จำนวน 9 เรื่อง (Poster presentation) 3.2 ผลงานที่ได้รับการคัดเลือกนำเสนอแบบ oral presentation ในงานมหกรรม HACC_Forum ครั้งที่ 7 ระหว่างวันที่ 17-18 ธันวาคม 2556 จำนวน 1 เรื่อง 3.3 ผลงานที่ได้รับการคัดเลือกเสนองานมหกรรมคุณภาพ National forum ครั้งที่ 15 ระหว่างวันที่ 11-14 มีนาคม 2557 จำนวน 1 เรื่อง (Poster presentation) 3.4 ผลงานการดำเนินโครงการได้รับการคัดเลือกเสนองานมหกรรมคุณภาพ National forum ครั้งที่ 15 ระหว่างวันที่ 11-14 มีนาคม 2557 (Oral presentation) 4. จำนวนบทความทางวิชาการ 1 บทความ (อยู่ระหว่างการดำเนินการเสนอบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์)



รายงานผลการดำเนินงานโครงการฯ

รายละเอียดกิจกรรมที่ 1 วันที่ 11-12 มิถุนายน 2556

การอบรมพัฒนาพี่เลี้ยงการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วย HIV

เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับพี่เลี้ยงทั้งระยะที่ 1 และระยะที่ 2 และโรงพยาบาลที่ต้องเข้ารับการเยี่ยมเสริมพลังอำนาจ จึงได้จัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการทักษะการเป็น Coaching & Facilitator และการเขียน Clinical Tracer และมาตรฐาน HA ในการบูรณาการเชื่อมโยงเกณฑ์เครื่องชี้วัด HIVQUAL-T เพื่อนำไปเป็นเครื่องชี้วัดในการประเมินงาน ให้กับทีมพี่เลี้ยง โดยวิทยากร นพ.สุรัชย์ ปัญญาพฤตพงศ์ ที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมสำรวจสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)

ผลการดำเนินการโครงการในกิจกรรมแรกพบว่า มีจำนวนพี่เลี้ยงที่เข้ารับการอบรม 74 คน แบ่งเป็น ทีมพี่เลี้ยงเครือข่าย HIV ในปี 2555 12 คน พี่เลี้ยงเครือข่าย HIV ในปี 2556 32 คน พี่เลี้ยงเครือข่าย IC 30 คน ติดตามเยี่ยมเพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วย HIV ในปี 2556 โดยผู้เข้าร่วมอบรมในโครงการฯ มีความพึงพอใจในระดับมาก คือ 4.5 จาก 5 คะแนน

จากการจัดทำโครงการฯ ในระยะที่ 2 ได้มีการรับสมัครหน่วยบริการที่มีความพร้อมในการที่จะพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ และสามารถให้ทีมพี่เลี้ยงเข้าร่วมติดตามเยี่ยมเสริมพลังอำนาจ จำนวน 14 แห่ง

จังหวัด	ลำดับ	โรงพยาบาล	จังหวัด	ลำดับ	โรงพยาบาล
นครราชสีมา	1.	จักราช	สุรินทร์	1.	สุรินทร์
	2.	ปักธงชัย		2.	ลำดวน
	3.	ชุมพวง		3.	ศีร์ษะภูมิ
ร้อยเอ็ด	1.	นาโพธิ์	ชัยภูมิ	1.	คอนสาร
	2.	คูเมือง		2.	หนองบัวระเหว
	3.	พุทไธสง		3.	หนองบัวแดง
	4.	ลำปลายมาศ		4.	เนินสง่า



รายงานผลการดำเนินงานโครงการฯ

รายละเอียดกิจกรรมที่ 1 วันที่ 11-12 มิถุนายน 2556

การอบรมพัฒนาพี่เลี้ยงการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย HIV

เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับพี่เลี้ยงทั้งระยะที่ 1 และระยะที่ 2 และโรงพยาบาลที่ต้องเข้ารับการเยี่ยมเสริมพลังอำนาจ จึงได้จัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการทักษะการเป็น Coaching & Facilitator และการเขียน Clinical Tracer และมาตรฐาน HA ในการบูรณาการเชื่อมโยงเกณฑ์เครื่องชี้วัด HIVQUAL-T เพื่อนำไปเป็นเครื่องชี้วัดในการประเมินงาน ให้กับทีมพี่เลี้ยง โดยวิทยากร นพ.สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิ์พงศ์ ที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมสำรวจสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)

ผลการดำเนินการโครงการในกิจกรรมแรกพบว่า มีจำนวนพี่เลี้ยงที่เข้ารับการอบรม 74 คน แบ่งเป็น ทีมพี่เลี้ยงเครือข่าย HIV ในปี 2555 12 คน ทีมพี่เลี้ยงเครือข่าย HIV ในปี 2556 32 คน ทีมพี่เลี้ยงเครือข่าย IC 30 คน ติดตามเยี่ยมเพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วย HIV ในปี 2556 โดยผู้เข้าร่วมอบรมในโครงการฯ มีความพึงพอใจในระดับมาก คือ 4.5 จาก 5 คะแนน

จากการจัดทำโครงการในระยะที่ 2 ได้มีการรับสมัครหน่วยบริการที่มีความพร้อมในการที่จะพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ และสามารถให้ทีมพี่เลี้ยงเข้าร่วมติดตามเยี่ยมเสริมพลังอำนาจ จำนวน 14 แห่ง

จังหวัด	ลำดับ	โรงพยาบาล	จังหวัด	ลำดับ	โรงพยาบาล
นครราชสีมา	1.	จักราช .	สุรินทร์	1.	สุรินทร์
	2.	ปักธงชัย		2.	ลำดวน
	3.	ชุมพวง		3.	ศีร์ษะภูมิ
บุรีรัมย์	1.	นาโพธิ์	ชัยภูมิ	1.	คอนสาร
	2.	คูเมือง		2.	หนองบัวระเหว
	3.	พุทไธสงค์		3.	หนองบัวแดง
	4.	ลำปลายมาศ		4.	เนินสง่า



กิจกรรมที่ 2 การติดตามเยี่ยมเสริมพลังอำนาจโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV บูรณาการด้วยกระบวนการคุณภาพ HA

กิจกรรมติดตามเยี่ยมเสริมพลังอำนาจในระยะที่ 2 คัดเลือกจากโรงพยาบาลที่สมัครใจโดยมีข้อตกลงร่วมกันในการติดตามเยี่ยมที่โรงพยาบาลต้องเตรียมการดังนี้

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนับสนุนกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
2. ผู้ประสานงานคุณภาพเข้าใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพสามารถบูรณาการเข้าสู่มาตรฐาน HA ได้
3. มีโครงสร้างองค์กรพัฒนาคุณภาพและมีการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนาด้วยเครื่องมือ Quality

structure

4. มีการดำเนินการกระบวนการพัฒนาคุณภาพด้วยเครื่องมือต่างๆ เช่น QI story, CQI, Clinical tracer , เรื่องเล่า
5. การลงบันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์เช่น HIVQUAL T
6. มีแผนปฏิบัติการที่หาโอกาสพัฒนามาจากการประเมินโครงสร้างองค์กร
7. มีกิจกรรม

กิจกรรมเยี่ยมประกอบด้วย

1. ทีมพี่เลี้ยงครั้งละ 3-4 คน

2. กิจกรรมเยี่ยม ประกอบด้วย

- ☐ พบผู้อำนวยการ และผู้ประสานงานคุณภาพ
- ☐ นำเสนอภาพรวมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์บูรณาการในงานคุณภาพ
- ☐ ลงเยี่ยมพื้นที่ดูกิจกรรมคุณภาพรูปแบบต่างๆ และทำความเข้าใจการประเมิน Quality structure
- ☐ ทบทวนกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพรูปแบบต่างๆ เช่น QI story, CQI, Clinical tracer, เรื่องเล่า

(Narrative medicine)

เอกสารสำหรับการติดตามเยี่ยมเพิ่มพลังอำนาจ

๑. เอกสารสรุปผลการประเมินโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ(Quality structure assessment)
๒. Clinical Tracer Highlight , CQI Story หรือโครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์
๓. เอกสารเครื่องชี้วัด HIVQUAL หรือโปรแกรมจากข้อมูลอื่นๆที่หน่วยบริการดำเนินการ
๔. Service Profile ของหน่วยบริการการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์

การส่งเอกสารทั้งหมดที่ E-mail nareelux1@gmail.com, nareeluk@sut.ac.th, tanaproma@sut.ac.th



ตารางกำหนดการการติดตามเยี่ยมฯ

เวลา ๐๙.๐๐-๐๙.๓๐ น. พบปะแลกเปลี่ยนทำความรู้จักกับทีมผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ

เวลา ๐๙.๓๐-๑๐.๐๐ น. หน่วยงานนำเสนอภาพรวมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV

เวลา ๑๐.๐๐-๑๒.๐๐ น. แลกเปลี่ยนการพัฒนาระบบงานการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV และเยี่ยมหน่วยงาน
หมายเหตุ ประเด็นแลกเปลี่ยนพูดคุยทำความเข้าใจ

1. Quality structure assessment
2. แนวทางพัฒนาตามเครื่องมือต่างๆ เช่น COI, Storytelling, Clinical tracer highlight
3. การใช้ประโยชน์จาก Service profile ในการพัฒนางาน
4. ข้อมูลเครื่องชี้วัดและการลงบันทึกตามโปรแกรมของ สปสช.
5. ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาระบบบริการ HIV





ผลการเยี่ยมติดตามเพิ่มพลังอำนาจหน่วยบริการ HIV ระยะที่ 2 :จังหวัดสุรินทร์

โรงพยาบาล	ภาพรวม/จุดเด่น	โอกาสพัฒนา
1.รพ.ศรีณรงค์	-ความร่วมมือในสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ดี -ผู้ปฏิบัติงานทำงานเต็มที่ รับผิดชอบสูง	-HIV ไม่ได้บูรณาการชัดเจนในงาน PCT -ภาพรวม Quality structure , service profile ยังไม่ครอบคลุมชัดเจนตามบริบท -แผนไม่ได้มาจากการวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย(Patient care process) มีเฉพาะแผนนโยบาย -การบริหารจัดการข้อมูลไม่ชัดเจน การสังเคราะห์ข้อมูล Napdar และ HIVQUAL ยังไม่ได้นำไปใช้ประโยชน์เต็มที่
2.รพ.สุรินทร์	-ทีมนำ PCT /HIV เชื่อมโยง -มองภาพรวม HIV -สามารถใช้ข้อมูลจากทุกระบบได้ดี -มีเภสัชกร/นักจิตวิทยา/นักสังคมสงเคราะห์สนับสนุนเชื่อมโยง -มีแกนนำผู้ติดเชื้อที่เข้มแข็ง	-ต่อยอดเชื่อมโยงเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน -ระดับนโยบาย สสจ./รพ.สุรินทร์ ยังไม่เชื่อมโยง
3.รพ.ลำดวน	-ผู้นำให้ความสนใจและสนับสนุน -HIVเชื่อมPCTมีกุมารแพทย์และพยาบาลที่เป็นแกนนำระดับเขต -กิจกรรมทำดี จิตอาสาดี หาเงินมาเป็นกองทุนสงเคราะห์ HIV	-การเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยทั้งระบบ -วิเคราะห์ผลลัพธ์จากข้อมูลที่มีอยู่และนำมาพัฒนา
สรุปภาพรวม จังหวัดสุรินทร์	-มีทีมแกน/ทีมประสานระดับกลางเป็นเครือข่ายในการผลักดัน -มีการกำหนด KPI การวัดผลลัพธ์ภาพรวมชัดเจน -ผู้บริหารให้การสนับสนุนให้ทีมพี่เลี้ยงออกเยี่ยมกระตุ้น -รพ.ต่างๆ มีเวทีแลกเปลี่ยนครอบคลุม -หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคให้ความสำคัญ	-จังหวัดต้องเขียนนโยบายชัดเจนนำสู่การปฏิบัติได้ วัด output outcome -สนับสนุนให้ทีมแม่ข่ายหรือ node เข้มแข็งเป็นที่เลี้ยงลูกข่าย -พัฒนาเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งทั้งจังหวัด



ผลการเยี่ยมชมติดตามเพิ่มพลังอำนาจหน่วยบริการ HIV ระยะที่ 2 : จังหวัดบุรีรัมย์

โรงพยาบาล	ภาพรวม/จุดเด่น	โอกาสพัฒนา
4. คูเมือง	- ทีมนำ, PCT/ แพทย์ ดี รับผิดชอบ เชื่อมโยง HA&HIV ได้ - มีการดูแลแบบมีจิตวิญญาณ ระบบเน้นองค์รวมและความต้องการของผู้รับบริการ สหสาขาวิชาชีพมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง -มีเรื่องเล่าจัดบริการ/ออกแบบ	-ดึงข้อมูลได้ดี ขาดการวิเคราะห์และนำมาใช้ -การลงบันทึก
5. ภูโพนี	- CEO และทีม PCT ให้การสนับสนุนเป็นรูปธรรม -รพ.เข้าใจกระบวนการคุณภาพ -ทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นแกนนำที่ดี (LAB, RM) – PCT วิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยได้ดี -มีแผนพัฒนาคุณภาพดี -มีเรื่องเล่าที่เป็นการบูรณาการ SHA	-การเชื่อมโยง HA&HIV การนำข้อมูลจากการดูแลผู้ป่วยมาใช้ในการพัฒนายังไม่ครอบคลุม -การดูแลที่ ward ยังไม่เชื่อมโยง การดูแล HIV ที่แตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ -การดูแลแบบ palliative ยังไม่ชัด -การบันทึกเวชระเบียนยังไม่เป็นแบบองค์รวม ไม่เห็นปัญหา -การบันทึกข้อมูลล่าช้า ไม่ real time ไม่ตรงตามความจริง สาเหตุจากไม่มีเวลา ไปเรียน ไม่มีคนทำแทน
6.ลำปลายมาศ	-ทีมนำ และ ภาควิชาช่วยให้การสนับสนุนดีมากทั้งโรงเรียน อบต เทศบาล สสอ.และ แกนนำ -PCT ชัดเจนสูง มีแพทย์ทั้งอายุรแพทย์และกุมารแพทย์ -ผู้รับผิดชอบงาน (HIV-CO) สามารถสร้างการยอมรับ ให้องค์กรภายนอกมีส่วนร่วมสูง สร้างการยอมรับในสังคมรวมทั้งการมีพื้นที่ให้คน HIV มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน -การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและมีปัญหาสุขภาพด้วย อบต. -จังหวัดมีเครือข่ายคณะอนุกรรมการเอดส์ระดับอำเภอ -ส่วนใหญ่ได้รับงบสนับสนุนจากท้องถิ่น	-เชื่อมโยงระบบการดูแลให้เห็นทั้งระบบ (clinical tracer) C.T.H. -จัดแบ่งกลุ่มของ Clinical pop ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น



สปลช.

โรงพยาบาล	ภาพรวม/จุดเด่น	โอกาสพัฒนา
7.รพ.พุทธโสธร	-ทีมนำ และทีม PCT มีความเข้มแข็ง -หัวหน้าให้การสนับสนุน เชื่อมโยงคนทำงานทั้งระบบ HA HCC ทีมสนับสนุน	-การลงข้อมูล ดึงข้อมูลจาก NAPDA ไม่ได้ -การทำ HIVQUAL-T ไม่ได้ทำ QI project ปี 55 มองยังไม่ชัดเจน ยังไม่นำมาพัฒนา -ขาดการวิเคราะห์ GAP Analysis จึงทำให้ส่งผลต่อการวิเคราะห์ -ทีมมีการเชื่อมโยงกับทั้งระบบอย่างไร -ตัวชี้วัดที่ใช้ ไม่ได้ตอบโจทย์คุณภาพ -การเชื่อมโยงระหว่างทีม PCT/HIV/HA ยังขาดประสิทธิภาพ -การบริหารจัดการบุคลากร -เพิ่มบทบาท PCT และความเข้าใจในงานคุณภาพ
ภาพรวมจังหวัดบุรีรัมย์	-ภาคีเครือข่าย องค์การระดับภายนอก มีการขับเคลื่อนด้วยคณะกรรมการการเอดส์ในแต่ละอำเภอ -บทบาทสหสาขาวิชาชีพชัดเจน เพราะมีต้นทุนทางสังคมที่เป็น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวนมาก -การทำงานเชื่อมกับโรงพยาบาลชุมชนเป็นระบบที่ช่วยน้องทั้งเครือข่าย รพ.ใหญ่สนับสนุนรพ.เล็ก -การพัฒนาติดตามงาน ด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ และจะให้วิชาชีพเดียวกันได้คุยกัน แล้วนำมาสรุปภาพรวม ซึ่งจะมี ความเข้าใจและทราบปัญหาที่แท้จริง -งานคุณภาพของผู้ป่วยเอดส์เริ่มจาก HIVQUAL-T จึงมีการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง	-การบันทึกในแต่ละโปรแกรม และการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์ในการพัฒนาต่อเนื่อง -การพัฒนาบุคลากรเพื่อทดแทน HIV-CO

 ผลการเยี่ยมชมตามเพิ่มพลังอำนาจหน่วยบริการ HIV ระยะที่ 2 :จังหวัดชัยภูมิ

โรงพยาบาล	ภาพรวม/จุดเด่น	โอกาสพัฒนา
8.คอนสาร	- ทีมนำ/ทีม PCT เข้มแข็ง สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ - ประธาน PCT ดูแลงานรับผิดชอบ HIV Clinic - บทบาททีมสหสาขาวิชาชีพชัดเจน	-กระบวนการ การดูแล HIV ในชุมชน stigma/ การยอมรับในชุมชน การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เปิดเผยตัว -เพิ่มการวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย(Patient Care Process) ให้มองเห็น GAP -การนำข้อมูลมาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์ และเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นไปตามบริบท -การสรุป Service profile และ Clinical tracer ยังไม่ดึงข้อมูลมาใช้ประโยชน์ -ความเข้าใจในการเชื่อมโยงของผู้ปฏิบัติงาน
9.หนองบัวแดง	-มีอายุรแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบงานร่วมกับผู้รับผิดชอบงาน clinic ที่มีจิตอาสาสูง -มีเรื่องเล่าเป็นองค์รวมที่สะท้อนการดูแลในมิติจิตวิญญาณ	-นโยบายไม่ชัดเจน / การเชื่อมโยงระหว่าง PCT/HIV/HA -การสนับสนุนทรัพยากร สถานที่ในการให้บริการไม่ชัดเจน/คอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอ -การนำข้อมูลมาใช้ ยังไม่สามารถวิเคราะห์เชื่อมโยง และนำมาใช้ประโยชน์ได้ -การบันทึกข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน -การยอมรับในสังคม /เจ้าหน้าที่ในรพ.ยังมี Stigma
10. หนองบัวระเหว	-ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีนโยบายชัดเจน เกี่ยวกับ Disease management ทุกโรค -แกนนำผู้ติดเชื้อ เข้มแข็ง จิตอาสา -ทีมนำ PCTและองค์กรพยาบาลมีการประสานเชื่อมโยงชัดเจน -มีที่ปรึกษาหลักด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ	-ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้กับเครือข่ายภายนอก/และบทบาทที่เลี้ยงในเครือข่าย/โซน -การนำข้อมูล NAPDA มาวิเคราะห์ และใช้ประโยชน์ในการพัฒนา -การลงข้อมูล NAPDA ให้ครอบคลุม



สสส

สำนักงานระดับพื้นที่สุขภาพแห่งชาติ

โรงพยาบาล	ภาพรวม/จุดเด่น	โอกาสพัฒนา
11.เนินสง่า	-ต้นทุนเดิมผู้รับผิดชอบเข้มแข็ง เป็นอำเภอเข้มแข็งนำร่อง -การเชื่อมโยงการป้องกันชัดเจน มีการร่วมทำงานกับชุมชนเข้มแข็ง โดยเฉพาะ รพ.สต.ที่เข้มแข็ง -การkey ข้อมูล การพัฒนาระบบบริการป้องกันคั่นข้างดี -มีNGO ทำงานเข้มแข็ง	- การร่วมมือและการยอมรับในทีมสหสาขาวิชาชีพ - การสื่อสารงานการดูแลผู้ป่วย HIV สู่ทีม PCT - การพัฒนาบุคลากรการ HIV-CO ทดแทน - เพิ่มกระบวนการวิเคราะห์กระบวนการดูแล(Patient Care Process) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ - การนำข้อมูลมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ในการพัฒนา
ภาพรวมจังหวัดชัยภูมิ	-ต้นทุน/ผู้รับผิดชอบ HIV- CO เข้มแข็ง ทำงานมานานมีจิตอาสา -มีองค์กร NGO ที่ช่วยในการขับเคลื่อนการทำงาน (ศูนย์องค์รวม ,มูลนิธิเด็ก) -มีผู้มีความรู้ความสามารถเรื่องกระบวนการพัฒนาคุณภาพ	- การเชื่อมโยงเครือข่ายอนุกรรมการเอดส์ระดับอำเภอ และผลักดันนโยบาย - การสื่อสารลงสู่การปฏิบัติอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม - การบริหารจัดการระดับจังหวัด/นำทีมเก่งมาช่วยในพื้นที่ - พัฒนาทีมพี่เลี้ยงเครือข่ายให้มากขึ้น - การนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนา - การเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการพัฒนากระบวนการดูแล



ผลการเฝ้าติดตามเพิ่มพลังอำนาจหน่วยบริการ HIV ระยะที่ 2 : จังหวัดนครราชสีมา

โรงพยาบาล	ภาพรวม/จุดเด่น	โอกาสพัฒนา
12.ชุมพล	- ทีมนำ ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การสนับสนุนชัดเจน - บทบาทการดูแล HIV clinic อยู่ในกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว	- การเพิ่มบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนในการวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย(PCP) - การวิเคราะห์ข้อมูลจาก NAPDA นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ - การเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยทั้งระบบถึงชุมชน
13.ปักธงชัย	- ทีมนำ ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การสนับสนุน - แพทย์มีบทบาทในช่วยพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสูง - ผู้ประสานงานคุณภาพมีความพยายามในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนา HA สู่ HIV - แก่นนำมีความเข้มแข็ง	- การวิเคราะห์ข้อมูลจาก NAPDA นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ - การเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยทั้งระบบถึงชุมชน - การวิเคราะห์กระบวนการดูแลด้วย PCP
14.จักราช	- ทีมนำ ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การสนับสนุน - แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวมีบทบาทในช่วยพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสูง - มีการวิเคราะห์กระบวนการดูแลด้วย PCP ละเอียดยเป็นราย case - แก่นนำมีความเข้มแข็ง	- กระบวนการพัฒนา HA สู่ HIV การเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยทั้งระบบถึงชุมชน - พัฒนาบุคลากรใหม่ที่เข้ามารับผิดชอบงาน HIV clinic - การกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพที่สะท้อนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่พัฒนามาจาก PCP - ยังไม่สามารถลงและดึงข้อมูล NAPDA เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ
ภาพรวมจังหวัดนครราชสีมา	- มีระบบการพัฒนาคุณภาพที่เข้มแข็ง - มีทีมที่ปรึกษาหลักในพื้นที่ - มีทีมจังหวัดในการพัฒนาระบบงานที่เข้มแข็ง	- พัฒนาด้วยตนเองในแต่ละแห่ง - บุคลากรที่เริ่มเข้ามาทำงาน HIV ใหม่ยังได้รับโอกาสการพัฒนาไม่เท่ากัน - สะท้อนการเป็นเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในภาพรวมจังหวัดยังไม่ชัดเจน



กิจกรรมที่ 3 การสรุปถอดบทเรียนผลงานและนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเขตนครชัยบุรินทร์ทั้งใน ระยะที่ 1 และระยะที่ 2

กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมสุดท้าย หลังจากที่ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการรวมทั้งที่เลี้ยงและหน่วยบริการ HIV และใช้กระบวนการติดตามเยี่ยมเสริมพลังอำนาจบูรณาการ HA เข้าสู่การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วย HIV ทั้ง 14 เป็นกิจกรรมที่เชิญหน่วยบริการทั้งระยะที่ 1 และ 2 มาแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ดีในการพัฒนางาน และสรุปถอดบทเรียนในการพัฒนาต่อเนื่องในอนาคต โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการวันที่ 12 กันยายน 2556 ณ ห้องสุรนารี สโมสรมณฑล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ด้วยรูปแบบทั้งการนำเสนอผลงานของแต่ละ บทเรียน กิจกรรม world café” เป็นฐานการเรียนรู้ และ After action review(AAR) ซึ่งผลการสรุปได้ข้อค้นพบเพิ่มเติมดังนี้

สะท้อนจากผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ

จากการประชุมการเขียน Tracer

1. ความต้องการผู้เข้าร่วมประชุมต้องการรูปแบบที่ต้องการให้ชัดเจน
2. การเขียนควรยึดเป้าหมาย กระบวนการมีหลากหลาย
3. ใช้หลักการ 3 P ประเมิน outcome ตามเป้าหมาย

สะท้อนจากที่เลี้ยงที่ออกติดตามเยี่ยมเสริมพลังอำนาจ

1. ความเชี่ยวชาญด้าน HA มีน้อย แต่ใช้ประสบการณ์ในการทำงานในการแนะนำ
2. การได้ร่วมแลกเปลี่ยนหลายครั้งทำให้มีมุมมองในการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น
3. การต่อยอดของแต่ละจังหวัด เช่น การเขียน tracer service profile PCPทำให้ชัดเจนมากขึ้น
4. การต่อยอดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลสู่ระบบบริการ
5. การเพิ่มขึ้นในทักษะการโค้ช การชวนคิดของทีมที่เลี้ยง จากการได้ฝึกเยี่ยม
6. การฝึกประสบการณ์ทักษะการพูด เรื่องเล่า
7. มุมมองของ คลินิก HIV ที่เปลี่ยนไป เข้ามาสู่บทบาทของกลุ่มการพยาบาล
8. สุรินทร์ : เปลี่ยนตัวชีวิต บทบาทของ HIV-CO จากสสจ. การทำงานคือ ดึงคนเก่งมาทำงานร่วมกัน แต่ละแห่ง มาเป็นทีมที่เข้มแข็ง
9. เห็นประเด็นคุณภาพที่ดีของแต่ละจังหวัด ที่แตกต่างกันตามบริบท
10. ได้เรียนรู้การทำงานของแกนนำแต่ละที่จะมีความแตกต่างในแต่ละแห่ง การใช้ประโยชน์



11. ทีมที่ไปเป็นกัลยาณมิตร ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน
12. การออกแบบระบบในการทำงานโครงการ ต้องดูต้นทุนทางสังคมที่มี เช่น ทรัพยากรบุคคล หน่วยบริการ การใช้เครื่องมือคุณภาพ การดูแลรายโรค การใช้ประโยชน์จากเครื่องมือ การดูบรรยากาศหน่วยบริการ การให้เกียรติซึ่งกันและกัน ระหว่างทีม การตรงต่อเวลา
13. การปรับรูปแบบจากการนิเทศ เป็น แบบกัลยาณมิตร
14. การพัฒนาที่ปรึกษา ต้องมีการเตรียมพร้อม และต้องเป็นกัลยาณมิตร และต้องต่อยอดการทำงานของทีม เราออกมาเขาต้องทำงานได้ รพ.ต้องสามารถทำงานได้
15. Model ของเราเป็นการพัฒนาคนทำงานให้เก่งก่อน
16. การต่อยอดจากโครงการทำให้เต็มเต็ม และตื่นตัวมากขึ้นในการพัฒนาคุณภาพระบบงานดูแลผู้ป่วย HIV
17. เครือข่ายแน่นแฟ้น เหนียวแน่น และหาที่พึ่งได้ มีเพื่อนร่วมทางในการพัฒนาคุณภาพ
18. รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลัง จะมีความต่างและได้ผลที่ดีกว่า จุดประกายการทำงานในคนทำงานได้ดีกว่าและจะยั่งยืนในอนาคต





กลยุทธ์ที่เอื้อต่อความสำเร็จของพนักงาน HIV

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้นำและทีมสนับสนุน
2. ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วม
3. ความรู้ความเข้าใจในกระบวนการคุณภาพของพนักงาน
4. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน

การพัฒนารูปแบบการบูรณาการ HA สู่ HIV แบบต่อยอดในอนาคต

1. การขยายเครือข่ายการพัฒนาระบบการดูแล HIV ในแต่ละจังหวัด โดยเฉพาะในจังหวัดสุรินทร์ จะสามารถนำไปสู่รูปแบบการพัฒนาด้วยตนเองได้
2. การทำงานเชื่อมโยงกันและร่วมกันของระดับจังหวัด-หน่วยบริการสุขภาพ-สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
3. สร้างความเข้มแข็งของทีมที่เลี้ยงในการติดตามเยี่ยมเสริมพลังอำนาจ&ขยายเครือข่าย
4. การมีรูปแบบและแนวทางการพัฒนาและการเยี่ยมเสริมพลังที่ชัดเจน





กิจกรรมที่ 3 การค้นหา Good practice /Tracer ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ซึ่งมีผลลัพท์ดังนี้

3.1 ผลงานที่ได้รับการคัดเลือกเข้าประกวดในงานมหกรรม HACC_Forum ครั้งที่ 7 ระหว่างวันที่ 17-18 ธันวาคม 2556 จำนวน 9 เรื่อง (Poster presentation) มีดังนี้

ผลการคัดเลือกผลงานวิชาการ(CQI)ประชุมวิชาการ HACC Forum ครั้งที่ 7 ประจำปี 2556

ระหว่างวันที่ 17-18 ธันวาคม 2556 ณ โรงแรมดุสิตปรีนเซส จ.นครราชสีมา

จังหวัด	โรงพยาบาล	ชื่อผลงาน	ผู้นำเสนอ	ระบบ	รหัส
สุรินทร์	ลำดวน	การดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	ธีรเดช จิตรศิลป์	HIV	7-001
ชัยภูมิ	หนองบัวระเหว	พัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์	นงเยาว์ เพชรประภาศรี	HIV	7-002
สุรินทร์	ศีขรภูมิ	การดูแลผู้ป่วย HIV/AIDS	ภก.กัลยารัตน์ สมบุญ	HIV	7-003
ชัยภูมิ	เนินสง่า	Clinical Tracer Highlight การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์	บังอร ยมชัยภูมิ	HIV	7-004
สุรินทร์	ปราสาท	Clinical Tracer Highlight การดูแลผู้ติดเชื้อ HIV/ผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่	ศรียุตา มานูจำ	HIV	7-005
บุรีรัมย์	นาโพธิ์	Clinical Tracer Highlight การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์	จำปูน	HIV	7-006
บุรีรัมย์	คูเมือง	การเปิดผลเลือดแก่เด็กติดเชื้อเอช ไอ วี	พญ.จารุวรรณ ประภาสอน	HIV	7-007
ชัยภูมิ	ภูเขียว	Clinical Tracer Highlight การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงติดเชื้อเอชไอวี	อรุณี จันทร์แสง	HIV	7-008
นครราชสีมา	ปักธงชัย	CQI การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี	ปวีณา บุญเกิด	HIV	7-009



ผลการประกวดผลงานทางวิชาการ HACC Forum 7th ระบบ HIV

รางวัลที่ 1	รหัส 7-009	ชื่อ CQI การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเอดส์	โรงพยาบาลปทุมธานี
รางวัลที่ 2	รหัส 7-006	ชื่อ Clinical Tracer Highlight การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์	โรงพยาบาลนาโพธิ์
รางวัลที่ 3	รหัส 7-004	ชื่อ Clinical Tracer Highlight การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์	โรงพยาบาลเนินสง่า

ลงชื่อกรรมการ อ.พัชรี บุญสุวรรณ อ.ลักขณา สุวะจันทร์ และคุณธัญญา อาซากิจ

3.2 ผลงานที่ได้รับการคัดเลือกนำเสนอแบบ oral presentation ในงานมหกรรม HACC Forum ครั้งที่ 7 ระหว่างวันที่ 17-18 ธันวาคม 2556 จำนวน 1 เรื่อง (Oral presentation) คือ การพัฒนาระบบบริการคลินิกยาต้านไวรัสที่ได้มาตรฐาน รพ.สีคิ้ว นครราชสีมา นำเสนอโดย คุณศิริกร ทินราช

3.3 ผลงานที่ได้รับการคัดเลือกเสนอในงานมหกรรมคุณภาพ National forum ครั้งที่ 15 ระหว่างวันที่ 11-14 มีนาคม 2557 จำนวน 1 เรื่อง (Poster presentation) คือ

CQI การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลปทุมธานี

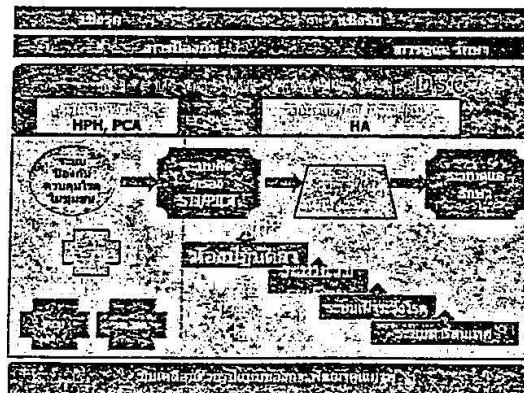
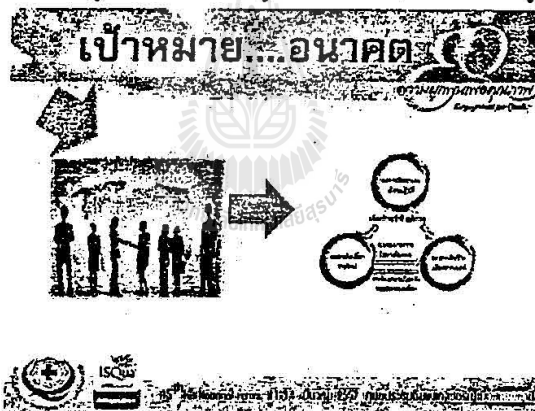
3.4 ผลงานการดำเนินโครงการได้รับการคัดเลือกนำเสนอเป็น Oral presentation ในงานมหกรรมคุณภาพ National forum ครั้งที่ 15 ใน Theme “ความผูกพัน เพื่อคุณภาพ” ระหว่างวันที่ 11-14 มีนาคม 2557 จัดโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ในหัวข้อ “สายใจ สายใย เครือข่าย HIV นครชัยบุรินทร์” ร่วมกับเครือข่าย HIV โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา วันที่ 12 มีนาคม 2557 ณ



จากผลการเข้าร่วมโครงการนี้ ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจในการติดตามเยี่ยมจากการตอบแบบสอบถามอยู่ใน ระดับมาก 4.5 จาก 5 คะแนน และเป็นโครงการที่มีระดับความพึงพอใจใน ระดับมาก ค่าคะแนน 4.59 ที่ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการบูรณาการกับงานประจำรวมทั้งสอดคล้องกับความต้องการ

และมีข้อเสนอแนะเพื่อต่อยอดภาพรวมจากโครงการนี้ในอนาคต คือ

- 1.การสนับสนุนนโยบายทุกระดับเชื่อมโยงกัน
- 2.การสร้างเครือข่ายครอบคลุมพื้นที่
- 3.การพัฒนาบุคลากรทดแทน
- 4.การวิเคราะห์ Gap Analysis ของ Quality structure tool นำสู่แผนปฏิบัติการ
- 5.การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยตาม Patient care process
- 6.การใช้ประโยชน์จากข้อมูลเครื่องชี้วัดที่มีอยู่ (HIVQUAL-T,NAPDA) นำสู่การพัฒนา





ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม





แบบสอบถามความคิดเห็น

การพัฒนาทีมพี่เลี้ยง การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ เขตนครชัยบุรินทร์ ระยะที่ 2

ระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2556

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามหรือให้ข้อมูลมากที่สุด เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุง

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน

- เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ.....ปี

- ตำแหน่ง.....

- หน่วยงาน ☐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ☐ โรงพยาบาล ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

- ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งนี้ (ถ้ามี).....ปี

2. ความคิดเห็นต่อการพัฒนา : ระดับความคิดเห็น 5=มากที่สุด 4=มาก 3=ปานกลาง 2=น้อย 1=น้อยที่สุด

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ระดับความพึง		
		5	4	3
	ด้านวิชาการ			
1	ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพตามขั้นตอนการประเมินของกระบวนการ HA และเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาเช่น Tracer, Trigger, CQI เป็นต้น			
2	ท่านพึงพอใจรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ในการติดตามเยี่ยมเสริมพลังอำนาจ			
3	ทีมพี่เลี้ยงติดตามเยี่ยม มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้และตอบข้อซักถามในการพัฒนาระบบฯ			
4	ท่านได้รับความรู้ รูปแบบ แนวทางปฏิบัติงาน มากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนอบรม			
5	ท่านได้รับความรู้ ประสบการณ์ใหม่ๆ ที่ท่านไม่เคยรู้มาก่อน			
6	ความรู้ที่ท่านได้รับ สามารถนำไปต่อยอดองค์ความรู้ของท่าน			
7	ท่านสามารถนำความรู้และรูปแบบการพัฒนา PDCA ไปประยุกต์ใช้กับงานการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ รวมทั้งปรับปรุงและพัฒนางานได้			
8	ท่านมั่นใจว่าความรู้ที่ท่านได้รับ จะส่งผลต่อการพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น			
9	ท่านมั่นใจว่า ถ้าประยุกต์ใช้ความรู้ที่ท่านได้รับ จะทำให้การปฏิบัติงานบรรลุผลมากยิ่งขึ้น			
10	ท่านสามารถเข้าไปช่วยกระตุ้นสนับสนุนทีมพี่เลี้ยง นำเชิงระบบและบุคลากร ในหน่วยงานที่เข้าเยี่ยมกระตุ้นให้สามารถจัดลำดับความสำคัญของการวางแผนงานการพัฒนาคุณภาพ การสร้างเสริมความเข้มแข็งของโครงสร้างพื้นฐานขององค์กรในการพัฒนาคุณภาพได้ และวิเคราะห์ Gap analysis ได้			
11	ท่านสามารถเข้าไปถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับให้กับเพื่อนร่วมงาน ช่วยกระตุ้นสนับสนุนให้หน่วยงานสามารถเกิดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้			
12	ท่านสามารถช่วยกระตุ้นให้หน่วยงานสามารถพัฒนาเครื่องชี้วัดทั้งด้านการรักษาพยาบาลการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการ และด้านอื่นๆที่เหมาะสมตามบริบทขององค์กร โดยใช้ข้อมูลที่สำคัญจากโปรแกรม HIVQUAL-T ,NAPDA			
13	ท่านสามารถช่วยกระตุ้นให้ทีมสหสาขาวิชาชีพในหน่วยงานสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพได้มากขึ้น ด้วยการใช้อุปกรณ์ PDCA, Clinical tracer หรือเรื่องเล่า			
14	ท่านสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพต่อความสำเร็จขององค์กรของท่านให้ผู้อื่นหรือหน่วยบริการใกล้เคียงได้			



15	ท่านสามารถเข้าใจแนวคิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการ หรือเครื่องมือต่างๆ เช่น การให้ข้อเสนอแนะ การพัฒนา CQI เพื่อที่จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
16	ท่านมีความสามารถในการชักชวนบุคลากรทุกระดับให้มาร่วมงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อหรือการพัฒนากระบวนการอื่นๆ ได้ ท่านมีความสามารถในการชักชวนบุคลากรทุกระดับให้มาร่วมงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อหรือการพัฒนากระบวนการอื่นๆ ได้
17	ท่านสามารถแลกเปลี่ยนและบอกเล่าถึงการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานของท่านและหน่วยงานที่ท่านเข้าเยี่ยมกระตุ้นได้
18	ท่านสามารถที่จะเข้าไปช่วยเหลือ กระตุ้นให้องค์กรของท่านหรือหน่วยงานที่ท่านเข้าเยี่ยมกระตุ้นนั้นสามารถจัดทำแผนงาน แนวทางปฏิบัติการพัฒนากระบวนการทำงาน จนทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อได้
19	ท่านสามารถให้การเข้าเยี่ยมกระตุ้นโดยใช้หลักการพูดคุยแบบกัลยาณมิตรและทำให้หน่วยงานเกิดพลังในการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น
20	ท่านมีความมั่นใจในการเป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาคุณภาพได้
21	ทีมบริหารหรือทีมนำของท่านให้การสนับสนุนท่านในการเป็นพี่เลี้ยงและสร้างเครือข่าย
22	ท่านคิดว่าโครงการนี้ควรได้รับการสนับสนุนในระดับนโยบายตั้งแต่ระดับประเทศ ระดับเขต ระดับจังหวัด รวมถึงระดับหน่วยบริการของท่าน
23	ท่านคิดว่าโครงการนี้ควรเป็นการพัฒนาแบบสร้างเครือข่ายเพื่อให้เกิดความยั่งยืน
24	ท่านคิดว่าโครงการนี้คุ้มค่าสำหรับท่าน
25	ท่านพึงพอใจโครงการพัฒนาทีมพี่เลี้ยงในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา

ท่านเคยเข้าร่วมแลกเปลี่ยนและติดตามเยี่ยมกระตุ้นโรงพยาบาล ในเขตนครชัยบุรีรินทร์

☐ เข้าร่วม.....ครั้ง

☐ ไม่ได้เข้าร่วม

ในปีงบประมาณต่อไป ท่านคิดว่าโครงการนี้ยังคงมีอยู่หรือไม่

☐ ควรมี

☐ ไม่ควรมี

ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

เนื้อหาวิชาการที่ท่านต้องการให้จัดในครั้งต่อไป

สิ่งที่ท่านได้นำกลับไปใช้ในการพัฒนางาน

รูปแบบการแลกเปลี่ยน ติดตามเยี่ยมที่ต้องการให้ปรับปรุง

ถ้ามีโครงการปีต่อไป ท่านต้องการให้คัดเลือกหน่วยบริการแบบใด

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ขอขอบพระคุณ สำนักวิทยานุบาลศาสตร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี





ภาคผนวก ข

ผลงานการพัฒนาคุณภาพที่ดี

CQI การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี

1. ชื่อผลงาน/ โครงการพัฒนา : เพิ่มความครอบคลุมการตรวจหาระดับ CD4 และ VL ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
2. คำสำคัญ :
 - 1) CD4คือเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 (CD4 cell counts) ในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเพื่อพยากรณ์ระยะโรค พิจารณาให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ให้การรักษาและประเมินผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
 - 2) Viral load (VL) คือ ปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดเพื่อติดตามผลการรักษาและการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัส
3. สรุปผลงานโดยย่อ :

การเพิ่มความครอบคลุมของการตรวจหาระดับ CD4 และ VL ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยพัฒนาการบริการให้ครอบคลุมการตรวจ CD4 VL ตามเกณฑ์สิทธิประโยชน์ จัดทำ CPG HIV Laboratory for monitoring พัฒนาแบบบันทึกการติดตาม lab รายบุคคล ปรับปรุงแนวทางการส่งตรวจ CD4 และ VL และเตรียมความพร้อมการตรวจสอบประวัติก่อนให้บริการ ทำให้ความครอบคลุมของการตรวจ CD4 และ VL ผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับระยะของโรค
4. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร : กลุ่มงานควบคุมและป้องกันโรค โรงพยาบาลปทุมธานี อ.ปทุมธานี จ.ปทุมธานี
5. สมาชิกทีม :
 - 1) นางปวีณา บุญเกิด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลประจำคลินิก ARV
 - 2) คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคเอดส์
6. เป้าหมาย :
 - 1) เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับการตรวจ CD4 อย่างน้อย 2 ครั้งในปีที่ประเมิน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90
 - 2) เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้ง ในปีที่ประเมิน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90
7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

จากการวัดคุณภาพบริการด้านเอชไอวี/เอดส์ ด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T ปี 2552, 2553 และ 2554 พบผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการตรวจ CD4 คิดเป็น ร้อยละ 26.7, 89.2 และ 88.3 ตามลำดับ และ VL คิดเป็น ร้อยละ 56.0, 82.8 และ 85.5 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ≥ 90 % จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามสิทธิประโยชน์ของ สปสช. โรงพยาบาลยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน และระบบการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลไม่ชัดเจน

8. กิจกรรมการพัฒนา :

- 1) พัฒนาศักยภาพพยาบาลผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อบรมระยะสั้น 2 สัปดาห์
- 2) จัดทำแนวทางการติดตามการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์
- 3) พัฒนาแบบบันทึกการติดตามการตรวจทางห้องปฏิบัติการรายบุคคล
- 4) ปรับปรุงแนวทางการส่งตรวจ CD4 และ VL
 - 4.1) กรณีรายเก่า เดิมส่งตรวจได้ 1 ครั้ง/เดือน เพิ่มส่ง 2 ครั้ง/เดือน
 - 4.2) กรณีรายใหม่ เดิมนัดตรวจ CD4 1 ครั้ง/เดือน เพิ่มส่งตรวจได้ทุกวันเมื่อพบผู้ป่วย
- 5) เข้าร่วมโครงการการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ฯ แลกเปลี่ยนรู้กระบวนการทำงานกับเครือข่าย

NAP NO
ADR ALG
D₁₄
2555
ก.พ. มี.ค. เม.ย. พ.ค. มิ.ย. ก.ค. ส.ค. ก.ย. ต.ค. พ.ย. ธ.ค.
2556
ก.พ. มี.ค. เม.ย. พ.ค. มิ.ย. ก.ค. ส.ค. ก.ย. ต.ค. พ.ย. ธ.ค.
2557
ก.พ. มี.ค. เม.ย. พ.ค. มิ.ย. ก.ค. ส.ค. ก.ย. ต.ค. พ.ย. ธ.ค.

ตารางนัดผู้ป่วยโครงการ รวมค่า CD4 < 350 นัดทุก 3 เดือน

D ₁ 1		D ₁ 2		D ₁ 3		D ₁ 4		D ₁ 5		D ₁ 6	
เมื่อ	ตรวจ	เมื่อ	ตรวจ	เมื่อ	ตรวจ	เมื่อ	ตรวจ	เมื่อ	ตรวจ	เมื่อ	ตรวจ
ก.ค.	นัด ตรวจ	ก.ค.	นัด ตรวจ	ก.ค.	นัด ตรวจ	ก.ค.	นัด ตรวจ	ก.ค.	นัด ตรวจ	ก.ค.	นัด ตรวจ
ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด
ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด
ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด

ตารางนัดผู้ป่วยโครงการ รวมค่า CD4 > 350 นัดทุก 6 เดือน

D ₁ 1		D ₁ 2		D ₁ 3		D ₁ 4		D ₁ 5		D ₁ 6	
เมื่อ	ตรวจ	เมื่อ	ตรวจ	เมื่อ	ตรวจ	เมื่อ	ตรวจ	เมื่อ	ตรวจ	เมื่อ	ตรวจ
ก.ค.	นัด ตรวจ	ก.ค.	นัด ตรวจ	ก.ค.	นัด ตรวจ	ก.ค.	นัด ตรวจ	ก.ค.	นัด ตรวจ	ก.ค.	นัด ตรวจ
ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด
ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด
ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด	ก.ค.	นัด

LAB ชุดใหญ่ ประกอบด้วย
CD4, HbCD4, VL, CBC, ALT, Cx, TC, TG, FB5, HbA_{1c}, HbA_{1c}, Anti HCV, VDRL, Pap smear, CMV
กรณี ผู้ป่วยกิน TDF, IDV เก็บตรวจ UA
ส่งมอบผู้ป่วยตามแผนนัด ให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด

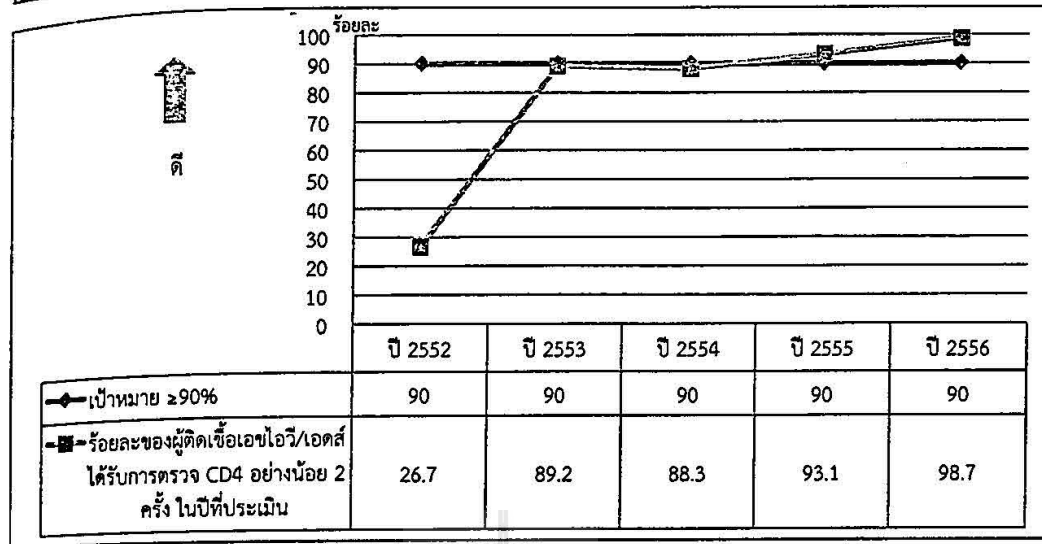
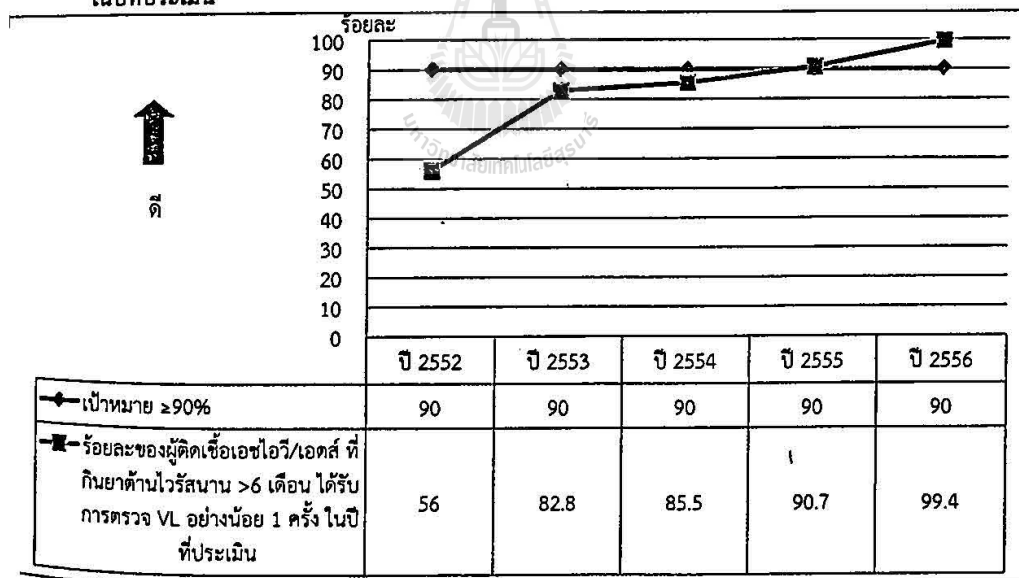
9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

การวัดผล

จากโปรแกรมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIVQUA-T) และระบบบริการข้อมูล
สารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPDAR)

การเปลี่ยนแปลง

กราฟที่ 1 ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับการตรวจ CD4 อย่างน้อย 2 ครั้งในปีที่ประเมิน

กราฟที่ 2 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัสนาน > 6 เดือนได้รับการตรวจ VL ≤ 1 ครั้งในปีที่ประเมิน

10. บทเรียนที่ได้รับ :

- 1) การนำข้อมูลที่รวบรวมมาทบทวน วิเคราะห์นำมาพัฒนาและใช้ประโยชน์ ส่งผลให้มีการปรับปรุงการทำงานให้มีคุณภาพได้ตรงประเด็นและชัดเจนมากขึ้น
- 2) การส่งเสริมพัฒนาทีมผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายทำให้เกิดมุมมองที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

โอกาสพัฒนา

พัฒนาเรื่องการขาดนัด และผลการรักษาล้มเหลว

11. การติดต่อกับทีมงาน :นางปวีณา บุญเกิด กลุ่มงานควบคุมและป้องกันโรค โรงพยาบาลปทุมธานี
อำเภอปทุมธานี จ.ปทุมธานี 30150 โทร 044- 969042 ต่อ 7152



Clinical Tracer Highlight
การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ข้อมูล / ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๕๒	๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕	๒๕๕๖
๑.จำนวนการให้การปรึกษาเพื่อเจาะเลือดหาร้อยรอยการติดเชื้อเอชไอวี		๖๑๒	๖๘๕	๗๐๐	๗๐๐	๘๗๑
๒. จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่	๐	๓๒	๒๐	๑๖	๑๖	๓๒
๓.จำนวนผู้ป่วยเริ่มยาด้านรายใหม่		๒๙	๒๕	๒๒	๒๒	๒๕
๔.อัตราการเริ่มยาด้านไวรัสเอดส์ ที่ CD๔ < ๑๐๐	< ๒๐	๗๓.๑	๖๓.๖	๖๓.๒	๖๖.๓	๒๕
๕.ค่ามัธยฐานของ CD๔ ขณะเริ่มยาด้านไวรัส		๖๗.๐	๕๔.๕	๖๓	๑๕๐	๒๘๔
๖.จำนวนผู้ป่วยเอชไอวีรับยาด้านไวรัสต่อเนื่อง	๑๐๐	๑๙๖	๒๕๒	๒๘๒	๓๑๓	๓๒๘
๗. ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ ได้รับการตรวจ viral load ปีละ ๑ ครั้ง	> ๘๕	๘๘.๑	๕๘.๗	๖๙.๕	๘๖.๗	๙๒.๗๐
๘. ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการตรวจ CD๔ ทุก ๖ เดือน	> ๘๕	๗๑.๒๘	๗๐.๘๙	๗๘.๑๙	๘๑.๑๑	๙๒.๖๗
๙. ร้อยละของผู้ที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์สามารถควบคุม viral load < ๕๐ copies/ml	> ๘๕	๘๖.๐	๘๔.๗	๗๘.๑๙	๘๑.๑๑	๙๔.๐
๑๐. ร้อยละของผู้ที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์มี viral load > ๑๐๐๐ copies/ml	< ๕	๕.๙	๕.๖	๕.๑	๕.๒	๒.๑๒
๑๑. ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาด้านได้รับการประเมินติดตาม และมีค่า adherence > ร้อยละ ๙๕	> ๙๐	๙๔.๕	๙๔.๖	๙๕.๕	๙๖.๐	๙๘.๕๔
๑๒.อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยรายใหม่ยังไม่เริ่มยาด้านไวรัส	< ๑๐	๑๖.๙	๑๓.๑	๕.๕	๒๑.๓	๓.๑๒ (๒)
๑๓. อัตราการเสียชีวิตด้วยโรค ใน ๑๒ เดือนแรก	๐	๑๒.๕	๙.๑	๐	๐	๐
๑๔. อัตราการเสียชีวิตใน ๑๒ เดือนแรกหลังเริ่มยาด้านไวรัส	< ๑๐	๕.๑	๖.๙	๓.๘	๙.๑	๘.๒
๑๕.อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เริ่มยาด้านไวรัส	< ๓	๓.๓	๒.๑	๐.๘	๒.๓	๒.๑๐
๑๖. ร้อยละของผู้ที่ขาดการติดตามรักษา	< ๑๐	๓.๐	๘.๙	๘.๘	๖.๔	๓.๙๖
๑๘.อัตราการตรวจมะเร็งปากมดลูก	> ๘๐	๒๘.๔๐	๓๔.๘๖	๕๘.๖๔	๘๕.๔๕	๖๗.๕

๑. บริบท

โรงพยาบาลปราสาท เป็นโรงพยาบาลขนาด ๑๕๐ เตียง สถิติจำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่นีมา
รับบริการในคลินิกยาด้านไวรัส ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๓ ถึง ๒๕๕๖ จำนวนสะสม ๔๑๔ ราย มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เฉลี่ย
ปีละ ๓๐ ราย ผู้ป่วยเริ่มยาด้านไวรัสรายใหม่เฉลี่ย ๒๘ รายต่อปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เปิดบริการบริการยา

ด้านไวรัส แบบ one stop service ในวันอังคารสัปดาห์ที่ ๑ และ ๓ ของเดือน มีผู้รับบริการเฉลี่ย ๙๕ ราย ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยอายุรแพทย์ ๑ คน แพทย์ทั่วไป ๑ คน เภสัชกร ๒ คน พยาบาลให้การปรึกษาในหน่วยงานผู้ป่วยเฉพาะโรค ๓ คนจากงานอายุรกรรมผู้ป่วยใน ๒ คน พยาบาลผู้ประสานงาน ๑ คน และแกนนำผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี /ผู้ป่วยเอดส์ ในนาม มิตรใหม่ปราสาท ๔ คน มีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินกิจกรรมในการสื่อสารเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน เพื่อประเมินพฤติกรรมเสี่ยงเปิดบริการช่องทางด่วนในการรับบริการโดยไม่ต้องผ่านระบบผู้ป่วยนอก จัดให้มีพยาบาลที่สามารถให้การปรึกษาเพื่อคัดกรองรอยการติดเชื้อเอชไอวีทุกหน่วยบริการ

๒. ประเด็น/ความเสี่ยงสำคัญ

๑. เพิ่มการเข้าถึงระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยเร็วเนื่องจากมีผู้ป่วยเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ ที่ $CD4 < ๑๐๐$ อัตราสูง
๒. ยังพบผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตในขณะที่ยังไม่เริ่มยาต้านและเสียชีวิตใน ๑๒ เดือนแรกหลังเริ่มยาต้านไวรัส
๓. ยังมีผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษา

๓. เป้าหมายการพัฒนาและตัวชี้วัด

๑. อัตราการเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ ที่ $CD4 < ๑๐๐$ ร้อยละ ๒๕
๒. อัตราการเสียชีวิตในขณะที่ยังไม่เริ่มยาต้านไวรัส ร้อยละ ๑๐
๓. อัตราการเสียชีวิตใน ๑๒ เดือนแรกหลังเริ่มยาต้านไวรัส ร้อยละ ๓
๔. ร้อยละของผู้ที่ขาดการติดตามรักษา ร้อยละ ๑๐

๔. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

๑. การเข้าถึง และการเข้ารับบริการ สร้างเครือข่ายแกนนำสื่อสารเพชฌิโนชุมชน การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในประชากรกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่มโดยวิทยุชุมชน จัดตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอจากทุกภาคส่วน มีผู้ประสานงาน กำหนดบทบาทที่ชัดเจน จัดช่องทางด่วนในการรับบริการโดยไม่ต้องผ่านระบบผู้ป่วยนอก มีพยาบาลให้การปรึกษาเพื่อคัดกรองรอยการติดเชื้อเอชไอวีทุกหน่วยงาน รวมเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๒. การดูแลทั่วไป จัดระบบบริการดูแลรักษาในโรงพยาบาลแบบ One Stop Service ในวันอังคารที่ ๑ และ ๓ ของเดือน ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตาม CPG ประสานความร่วมมือในทีมสหวิชาชีพเภสัชกรในการประเมินผลข้างเคียงของยา ความสม่ำเสมอของการกินยาต้าน แกนนำมิตรใหม่ปราสาทร่วมออกแบบระบบบริการการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน

๓. การวางแผนการดูแล มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพในกรณีผู้ป่วยไว้ใน การวางแผนการจำหน่าย และทบทวนเหตุการณ์สำคัญต่างๆเพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง

๔. การดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนการจำหน่ายดูแลผู้ป่วย ขณะรับการรักษาใน และการรับเข้าในโรงพยาบาลแบบสหวิชาชีพและส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน กรณีผู้ป่วยเปิดเผยตัว กรณีไม่เปิดเผยตัว ร่วมทบทวนการดูแลร่วมในทีมแกนนำมิตรใหม่ปราสาท เพื่อติดตามเยี่ยมและประเมินร่วมกัน

๕. การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง ออกแบบการจัดกิจกรรมการสื่อสารเกี่ยวกับการให้ความรู้โดยใช้คู่มือชุดความรู้การดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โดยตรง ซึ่งจะมีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะเกี่ยวกับความเข้าใจ ประกอบพฤติกรรม การดูแลตนเอง อย่างสม่ำเสมอ

๕. ผลการพัฒนา

๑. การประชาสัมพันธ์โดยวิทยุชุมชนและการสร้างเครือข่ายในการสื่อสารเพศในชุมชน ส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงประเมินความเสี่ยงตนเองเข้ารับบริการปรึกษาและเข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ด้วยอัตราการเริ่มยาด้านไวรัสเอดส์ ที่ $CD4 < 100$ จากร้อยละ ๗๓.๑ เป็นร้อยละ ๒๕

๒. การจัดให้มีพยาบาลผู้ประสานงาน และผู้รับผิดชอบทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลเพื่อประสานความร่วมมือในการส่งต่อข้อมูล และกำกับปฏิบัติตาม CPG มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ แกนนำมิตรใหม่ปราสาทร่วมออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยและร่วมติดตามเยี่ยมในชุมชน ส่งผลให้อัตราการขาดการติดตามรักษา มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ ๘.๙๐ เป็นร้อยละ ๓.๙๖ อัตราการเสียชีวิตในขณะที่ยังไม่เริ่มยาด้านไวรัส ร้อยละ ๓.๑๒ และอัตราการเสียชีวิตใน ๑๒ เดือนแรกหลังเริ่มยาด้านไวรัส ร้อยละ ๘.๒

๖. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๖.๑. สร้างเครือข่ายชุมชนในการค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยงเชิงรุกเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่

๖.๒. พัฒนาศักยภาพแกนนำจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ในผู้ป่วยที่เริ่มยาด้านไวรัสกรณีผู้ป่วยไม่เปิดเผยตัว



Clinical Tracer Highlight: การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงติดเชื้อเอชไอวี

โรงพยาบาล	ภูเขียว
สาขา	คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลภูเขียว ชัยภูมิ
สถานะทางคลินิก	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงติดเชื้อเอชไอวี
วันที่	22 พ.ย. 2556

1.บริบท

รพ.ภูเขียวเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ 150 เตียง รับผิดชอบประชากร ประมาณ 120,000 คน มีอายุรแพทย์ 3 คน กุมารแพทย์ 2 คน ปี 2556 มีจำนวนผู้ติดเชื้อ 465 คน คลินิกยาด้านไวรัส มีผู้ติดเชื้อรับยาด้าน ปี 2554, 2555 และ 2556 จำนวน 313 , 348 และ 365 คนตามลำดับ หญิงติดเชื้อเอชไอวีได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ปี 2553 , 2554 และ 2555 จำนวน ร้อยละ 41.66, 35.02, 45.23 จากการทบทวนการดูแลรักษาที่ผ่านมาและวิเคราะห์ปัญหา พบว่าหญิงติดเชื้อเอชไอวีมีการตรวจมะเร็งปากมดลูกน้อยมาก เนื่องจากการจัดระบบบริการคลินิกตรวจมะเร็งปากมดลูกบริการวันจันทร์ คลินิกยาด้านให้บริการวันพุธและวันศุกร์ และเกิดจากหญิงติดเชื้อเองซึ่งมีความกลัว อาย ขาดความรู้ ความตระหนักในเรื่องมะเร็งปากมดลูก การลางาน ส่งผลให้หญิงติดเชื้อมารับบริการล่าช้า เสียชีวิต 1 คน จากมะเร็งปากมดลูก และเมื่อพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อรักษาช้า 1 คน ทีมสหวิชาชีพจึงได้ทบทวนและปรับระบบบริการให้มีความสะดวกและสอดคล้องกับการมารับบริการ

2.ประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ

- 2.1.หญิงติดเชื้อได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อย
- 2.2.หญิงติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลการตรวจผิดปกติได้รับการดูแลรักษาส่งต่อช้า

3.เป้าหมายการพัฒนาและตัวชี้วัด

- 3.1.หญิงติดเชื้อเอชไอวีได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้ง ต่อปี ร้อยละ 60
- 3.2.หญิงติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลการตรวจผิดปกติได้รับการดูแลรักษา ส่งต่อ รวดเร็ว และครอบคลุม ร้อยละ 100

4.กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 การเข้าถึงบริการ

4.1.1 ปรับระบบบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก 2 ครั้ง คือ เดิมจากวันจันทร์ มาเป็นวันพุธ และวันศุกร์ เวลา 13.00-16.30 น. ในปี 2553 แต่ผลการคัดกรองยังตรวจได้น้อย จึงประสานนักวิชาการสาธารณสุข มาตรวจคัดกรองในวันที่มีคลินิกยาด้านไวรัส ในปี 2554-2556

4.1.2 แนะนำตรวจมะเร็งปากมดลูกที่คลินิกสูติ-นรีเวชทั่วไปตามความสมัครใจ

4.2 การคัดกรองและการสร้างความตระหนัก

4.2.1 ประสานนักวิชาการสาธารณสุขมาตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ในวันที่มีคลินิกยาด้านไวรัส

4.2.2 ประสานผู้ติดเชื้อที่ผ่านการตรวจคัดกรอง และพบความผิดปกติให้มาเล่าประสบการณ์ก่อนตรวจให้เพื่อนฟังว่า ก่อนมาตรวจไม่มีอาการผิดปกติมาก่อนเลย

4.2.3. ประสานแกนนำผู้ติดเชื้อที่ผ่านการตรวจคัดกรอง มาเล่าประสบการณ์ให้ เพื่อนฟังว่าไม่เจ็บ ไม่น่าอาย เจ้าหน้าที่เป็นกันเองดี

4.3 การตรวจวินิจฉัย

4.3.1 ปรับปรุงระบบการส่งตรวจให้รวดเร็วยิ่งขึ้น จากที่ต้องส่ง Slid ไปตรวจที่โรงพยาบาลชัยภูมิ เป็น
ในปัจจุบันส่งตรวจที่งานPAP smear โรงพยาบาลภูเขียวซึ่งจะได้ผลการตรวจภายใน 1 สัปดาห์

4.4 การดูแล ติดตามรักษาและการส่งต่อ

4.4.1 ประสานเจ้าหน้าที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอภูเขียว เพื่อขอส่งผู้ติดเชื้อไปรับบริการตรวจ
มะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้าน ในรายที่สมัครใจ

4.4.2 ผู้ติดเชื้อที่ผ่านการตรวจคัดกรองและมีผลการตรวจผิดปกติ จะมีระบบการติดตามมารับการ
รักษา 3 ทาง คือ ทางโทรศัพท์ ทางไปรษณียบัตร และติดตามโดยแกนนำผู้ติดเชื้อในรายที่เปิดตัว

4.4.3 ในกรณีที่มีผลการตรวจผิดปกติหรือมีปัญหาส่งปรึกษาคลินิกสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลภูเขียว
5.ผลการพัฒนาที่สำคัญ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556
1.หญิงติดเชื้อ ได้รับการตรวจ มะเร็งปากมดลูก 1 ครั้ง/ ปี	ร้อยละ 50	35.02	45.23	79.20
2.หญิงติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลการ ตรวจผิดปกติได้รับการดูแล รักษา ส่งต่อ	ร้อยละ 100	100	100	100

5.แผนการพัฒนาคัดกรอง

1. จัดระบบการ ติดตามหญิงติดเชื้อเอชไอวี ที่รับบริการในคลินิกยาต้าน เพื่อมาตรวจคัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูกให้ครอบคลุมมากขึ้น
- 2.กลุ่มหญิงติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ได้รับยาต้าน และรายใหม่ที่มาใช้บริการ เจ้าหน้าที่จะให้การศึกษา
เน้นการให้ข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักถึงข้อดี-ข้อเสียของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี
พัฒนาระบบการส่งต่อ รักษา ให้รวดเร็ว ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

Clinical Tracer Highlight

การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2553	2554	2555	2556
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสมีผล viral load อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	≥85	88.23	90.63	100	100
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสมีผล viral load <50copies	≥85	97	98	94.33	92
ค่ามาตรฐานของผลการตรวจCD4ก่อนเริ่มยา≥	≥100cells	151	144	156	297.67

บริบท

โรงพยาบาลนาโพธิ์ ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม ตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการทำงานเป็นทีม โดยมีแพทย์ประจำคลินิก 1 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง และให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในการรักษา ผู้ป่วยเอดส์นั้นต้องให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ชนิดร่วมกัน (HAART) เพื่อลดปริมาณไวรัสในเลือดลงถึงระดับที่วัดไม่ได้หรือต่ำกว่า 50 Copies/ mL ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น ลดอัตราการเจ็บป่วย อัตราการเสียชีวิต และยืดระยะเวลาการ เกิดเชื้อดื้อยาให้นานที่สุด ผู้ป่วยต้องมีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างเคร่งครัด จึงจะทำให้การรักษาได้ผลดี จากการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับบริการเมื่อมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส มีระดับCD4 ที่ค่อนข้างต่ำ ทำให้ผู้ป่วยมีการเสียชีวิตก่อนรับยาต้านไวรัส และในกลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัสมีอัตราการขาดนัด ทำให้ประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ARV success rate ค่า Viral load < 50 copies/ml) ไม่บรรลุตามเป้าหมายส่งผลให้ผู้ป่วยดื้อยา และการส่งตรวจเลือดค่า Viral load ต้องส่งที่รพ.รามาธิบดีทำให้ผู้ป่วยที่มาไม่สะดวกไม่ได้รับการตรวจค่า Viral load ปีละ 1 ครั้งตามสิทธิ ซึ่งจากการตามรอยการดูแลผู้ป่วย พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยดื้อยาคือ การไม่เปิดแผลแผลเลือด และการเปลี่ยนสิทธิการรักษาเป็นสิทธิประกันสังคม

ประเด็นสำคัญ

- เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาการรักษาดูแลด้วยยาต้านไวรัส (ค่า Viral load < 50 copies/ml)
- ผู้ป่วยเข้าถึงบริการก่อนมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

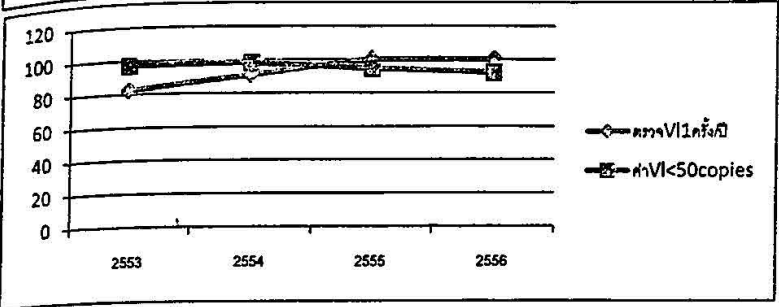
กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

1. เปลี่ยนที่ส่งตรวจViral load เป็น โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยมีบริษัท โรส เป็นผู้รับส่งส่งตรวจ ซึ่งสามารถ ส่งได้ทุกวันในเวลาราชการ โดยการโทรแจ้งล่วงหน้า 1 วัน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ
2. พัฒนาระบบการให้คำปรึกษา และระบบการประเมิน adherence โดยเน้นการประเมินทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับยา การให้การปรึกษาและค้นหา สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสขาดยาและ ขาดนัด และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการหาแนวทางแก้ไขและเลือกวิธี กรณีที่ไม่สามารถมารับยาด้วยตนเองได้
3. รณรงค์เชิงรุกให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ในกลุ่มเยาวชน เจาะ Anti HIV โดยสมัครใจในผู้ป่วยวัยโรค เจาะ Anti HIVโดยสมัครใจในกลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ ตรวจสุขภาพผู้ติดเชื้อรายใหม่ CXR sputum AFB CBC VDRL HBsAg ตรวจCD4 ผู้ป่วยรายใหม่ และได้ผลภายใน 1 เดือน หลังทราบผลเลือด เริ่มให้ยาด้านไวรัสผู้ป่วยทุกรายที่มีข้อบ่งชี้ภายใน 2 สัปดาห์หลังทราบผล CD4 เริ่มให้ยาด้านไวรัสเมื่อระดับ CD4 <350 cells
4. เปลี่ยนสิทธิการรักษาเป็นประกันสังคม รพ.บุรีรัมย์กรณีเป็นสิทธิประกันสังคมแต่ไม่ต้องการไปรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิ ผู้ป่วยที่ไม่สะดวกรับยาที่รพ.บุรีรัมย์ ให้สมัครขึ้นทะเบียนที่รพ.บุรีรัมย์แล้วรับยาที่รพ.นาโพธิ์ โดยเบิกจ่ายยาจากรพ.บุรีรัมย์ และส่งตรวจเลือดที่รพ.บุรีรัมย์ตามสิทธิ์
ขอเบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยทุกรายเพื่อติดตามหลังเริ่มยาด้านไวรัส และติดตามกรณีไม่มาตามนัดและให้เบอร์โทรศัพท์ผู้รับผิดชอบคลินิกให้ผู้ป่วยติดต่อได้เมื่อต้องการคำปรึกษาหรือเปลี่ยนวันนัด

การพัฒนาที่สำคัญ

จากการพัฒนาการดูแลผู้ติดเชื้อ /ผู้ป่วยเอดส์ที่ผ่านมา ถึงแม้ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านไวรัสมี viral load อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปีและค่ามัธยฐานของผลการตรวจCD4ก่อนเริ่มยา มีแนวโน้มดีขึ้นแต่ประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาด้านไวรัส(ARV success rate ค่า Viral load< 50 copies/ml) กลับมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีอัตราการขอกลับเข้ามารับยาต่อในผู้ป่วยที่ออกจากโครงการยาด้านไวรัส ไปแล้ว เมื่อ 5 ปีก่อน ดังแผนภูมิด้านล่าง

กราฟแสดงร้อยละอัตราการตรวจ Viral Load 1 ครั้ง/ปี และร้อยละของผู้ป่วยที่มีผล Viral Load <50



แผนการพัฒนาคัดกรอง

- ออกบัตรนัดล่วงหน้า เป็นรายปีแจ้ง วัน เวลา ที่ต้องตรวจ CD4, blood chem. ทุก 6 เดือน และ Viral load 1 ครั้ง/ปี ในผู้ป่วยทำงานต่างจังหวัด เพื่อให้ผู้ป่วยวางแผนเพื่อมาตรวจตามนัด
- พัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษารายบุคคล ในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มขาดนัดและขาดยา และผู้ป่วยนอกเขตเพื่อเข้าถึงบริการก่อนมีโรคติดต่อช่วยโอกาส

CQI งานเอดส์ โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ชื่อผลงาน: การเปิดเผยผลเลือดแก่เด็กที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

คำสำคัญ: เอช ไอ วี ยาต้านไวรัส การดูแลแบบองค์รวม

สรุปผลงานโดยย่อ : การให้การดูแลแบบองค์รวม ในผู้ป่วยเด็ก เอช ไอ วี เพื่อให้สามารถเข้าใจโรคที่เป็นอยู่ และเด็กสามารถที่จะมีชีวิต ไปเรียนหนังสือ ไม่ถูกเพื่อนๆ รังเกียจ รวมทั้งการป้องกันตนเองและการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นเพื่อให้เด็กที่ติดเชื้อเติบโตเป็นผู้ใหญ่และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

ชื่อและที่อยู่ขององค์กร : โรงพยาบาลคูเมือง 101 ม.6 ต.คูเมือง อ.คูเมือง จ.บุรีรัมย์ 31190

สมาชิกทีม : แพทย์หญิงจารุวรรณ ประภาสอน

นางคณภา จีระออน

เป้าหมาย: การเปิดเผยผลเลือดเพื่อให้เด็กสามารถเข้าใจโรคที่เป็นอยู่และสามารถที่จะมีชีวิตรวมทั้งการป้องกันตนเองและการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นต่อไป เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่และดำรงชีวิตอยู่ได้

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: ปัจจุบันโรงพยาบาลคูเมืองมีผู้ติดเชื้อที่เป็นเด็ก 7 ราย รับประทานไวรัส 5 ราย 2 ราย ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส เนื่องจากยังมีเด็กบางรายยังมีปัญหาเรื่องการเข้าสังคม การขาดโรงเรียนบ่อยๆ เนื่องจากสภาพร่างกายที่มีผื่นคันตามร่างกาย เพื่อนรังเกียจ ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำการเปิดเผยผลเลือดเพื่อให้เด็กรับทราบผลเลือดตนเองและสามารถดูแลตนเองต่อไปรวมถึงให้เห็นความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสเพื่อที่จะไม่ให้เชื้อดื้อยาเพิ่มมากขึ้นและให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ดำรงชีวิตและสามารถไปเรียนหนังสือกับเพื่อนได้

การเปลี่ยนแปลง:

- 1.จัดคลินิกเป็นทั้ง one stop service
- 2.นัดเด็กเข้ากลุ่มทุกวันศุกร์ ที่ 4 ของเดือน
- 3.นัดผู้ดูแลเข้ากลุ่มทุกวันศุกร์ ที่ 4 ของเดือน
- 4.ทำกิจกรรมวาดภาพ บรรยายภาพ ดู CD เรื่อง ไวรัสเดวิดมอน เล่นเกมต่างๆที่อยู่ในกล่องกระเป๋ากลับ
- 5.อธิบายเนื้อหาที่อยู่ในเกมแต่ละเกมรวมถึงการสาเหตุของการเกิดโรคและการป้องกัน
- 6.สรุปกิจกรรมที่ได้ในแต่ละครั้ง

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง : จากการดำเนินงานตั้งแต่ 1 กันยายน 2551 ถึงปัจจุบันสามารถ
เปิดเผยผลเลือดเด็กได้ 5 ราย อีก 2 ราย ยังเป็นเด็กเล็กอายุ 2-3 ปีและ กำลังอยู่ในช่วงการดำเนินกิจกรรม

บทเรียนที่ได้รับ: ผู้ดูแลยังมีความกังวลใจที่จะเปิดเผยผลเลือดกับเด็กกลัวเด็กโกรธเมื่อทราบผลเลือดตนเอง
ทำให้ยังไม่กล้าบอกผลเลือดกับเด็ก จึงต้องให้ความมั่นใจและกำลังใจต่อไป เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ใน
สังคมต่อไปได้

การติดต่อกับทีมงาน : นางตลนภา จีระออน พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โทร 044-699238 ต่อ 102 มือถือ 086-5843755



CQI เอดส์โรงพยาบาลลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2556

1. ชื่อผลงาน พัฒนาระบบบริการคลินิกยาต้านไวรัส ให้ได้มาตรฐาน
2. คำสำคัญ ระบบบริการ มาตรฐาน
3. สรุปผลงานโดยย่อ สร้างระบบเพื่อจัดการบริการตามมาตรฐาน
4. ชื่อและที่อยู่องค์กร กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน
5. สมาชิกทีม เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน
6. เป้าหมาย ผู้รับบริการได้รับการที่ครอบคลุมและตามมาตรฐาน
7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อและรักษาได้แต่ไม่หายขาด การรักษา ก็เพื่อยับยั้งเชื้อไม่ให้เพิ่มจำนวน ซึ่งต้องอาศัยยาในเลือดให้มีระดับคงที่ตลอด ผู้รับบริการจึงต้องปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด ในการดูแลสุขภาพ การกินยา ให้ตรงเวลาและสม่ำเสมอไปตลอด รวมทั้งการไม่รับเชื้อเพิ่ม ต้องมีระบบที่มาตรฐาน ปลอดภัย ซึ่งผู้รับบริการ ต้องมารับบริการต่อเนื่องทั้งระยะก่อนรับยา ขณะรับยา และชีวิตหลังรับยาด้าน ตลอดจนผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบครัวและผู้ได้รับผลกระทบ

กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลลำปลายมาศให้บริการคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ มีผู้ติดเชื้อที่ขึ้นทะเบียน รับยาด้านไวรัสสะสมเมื่อปีงบประมาณ 2552- 2556 จำนวน 111,144,164,192 และ 196 ราย ตามลำดับ และยังไม่รับยา 55 รายซึ่งผู้รับบริการต้องมารับบริการต่อเนื่องทั้งระยะก่อนรับยา ขณะรับยา และชีวิตหลังรับยาด้าน ตลอดจนผู้ป่วยระยะสุดท้ายครอบครัวและผู้ได้รับผลกระทบเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางขึ้นไป และความพึงพอใจต่อระบบบริการ

ข้อมูลบริการคลินิกยาต้านไวรัส	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.				
		2552	2553	2554	2555	2556
ยละของผู้ติดเชื้อที่ลงทะเบียนได้รับการตรวจCD4	ร้อยละ	98.73	100	98.7	96.0	99.82
ยละของผู้ติดเชื้อที่รับยาด้านไวรัสได้รับตรวจViral load	ร้อยละ	76.4	81.85	78.02	97.72	98.88
ยละคื้อยาของผู้ติดเชื้อที่รับยาด้านไวรัส	ร้อยละ	1.8	2.08	1.83	2.08	1.02
การขาดการรักษา(Loss follow up) ผู้ติดเชื้อที่รับยาด้านไวรัส	ร้อยละ	1.8	2.08	1.83	1.56	1.02
ภาพชีวิตระดับปานกลาง	ร้อยละ	97.67	83.34	88.89	90.12	92.31
มีพึงพอใจต่อระบบบริการ	ร้อยละ	92.37	90.89	91.66	90.12	90.48

8. กิจกรรมการแก้ปัญหา / พัฒนา

แนวปฏิบัติในการพัฒนาระบบบริการคลินิกยาต้านไวรัส ให้ได้มาตรฐาน

1. จัดทำมาตรฐานการให้บริการในคลินิกที่ครอบคลุม การประเมิน คัดกรอง ป้องกัน ตรวจรักษา ติดตาม
2. ประสานงานกับทีม สหสาขาในการร่วมการดูแล
3. จัดบริการคลินิกฝากครรภ์ตามมาตรฐาน

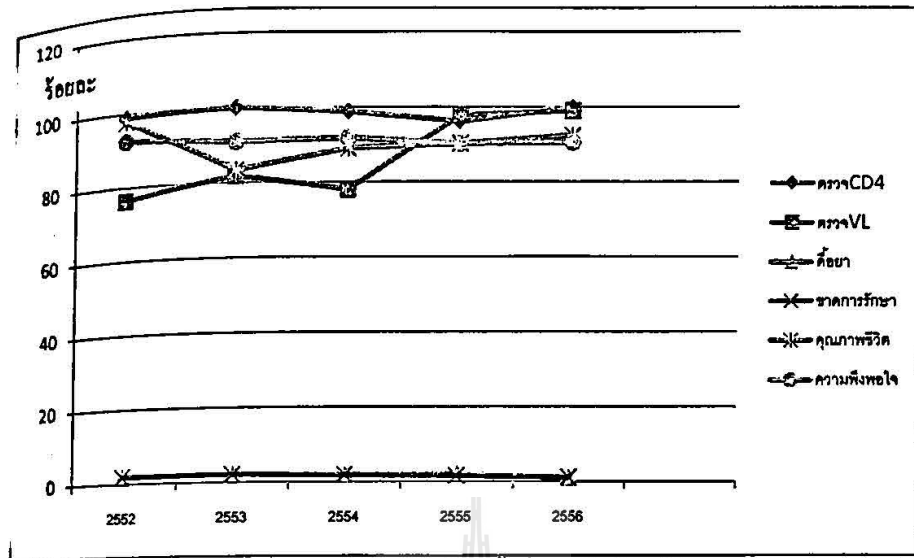
4. จัดบริการการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีตามมาตรฐาน
5. จัดบริการการดูแลมารดาและทารกหลังคลอดที่มารดาติดเชื้อเอชไอวีตามมาตรฐาน
6. ติดตามทารกตรวจ PCR ตามเกณฑ์

วิธีปฏิบัติ

1. ลงทะเบียนผู้มีคุณสมบัติรับยาต้าน โดยพยาบาลงานเอดส์/พยาบาลให้คำปรึกษา
2. นัดผู้ติดเชื้อและญาติมาเข้ากลุ่มทำกิจกรรมเตรียมความพร้อมโดยแกนนำผู้ติดเชื้อ
3. ให้ความรู้เรื่องกลไกการทำงานเม็ดเลือดขาว กลไกการติดเชื้อ HIV ระดับ CD4 และการเกิดโรคฉวยโอกาส กลไกการทำงานของยาต้านโดยพยาบาลหรือแกนนำผู้ติดเชื้อ
4. ทวนสอบหลังการให้ความรู้โดยพยาบาลงานเอดส์หรือแกนนำผู้ติดเชื้อ
5. ประเมินความพร้อมก่อนกินยาด้วยการสัมภาษณ์โดยพยาบาลงานเอดส์
6. วางแผนเลือกเวลากินยาโดยผู้ป่วยและญาติ(ถ้ามี)ให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันที่จะสะดวกและปฏิบัติได้ ลดการเกิดปัญหาในอนาคตเกี่ยวกับลการกินยาไม่ต่อเนื่อง
7. ให้ความรู้เรื่องยา ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
8. จัดยา unit dose การตั้งเวลา การดูเวลา การเตือนการกินยา
9. การบันทึกเวลากินยาตามจริงทุก dose
10. การปฏิบัติเมื่อลืมกินยา ให้กินทันทีที่นึกได้ แต่ถ้าเหลือเวลาไม่ถึง 2 ชั่วโมงไม่ต้องกินรอเวลากินยาเมื่อถัดไปเลยในขนาดปกติ
11. อาการข้างเคียงที่ควรมาพบแพทย์ หรือโทรมาปรึกษา
12. การมาติดตามการรักษาตามนัด ข้อปฏิบัติก่อนมาวันนัด
13. การเยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์ กรณีให้เยี่ยมบ้าน
14. การส่งเสริมสุขภาพ การใช้ สมุนไพรแพทย์ ทางเลือก การออกกำลังกาย การพักผ่อน
- การทำสมาธิ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ
15. การเสริมกำลังใจในการกินยา
16. ตรวจสอบข้อมูลผู้รับบริการยินยอมให้ติดตามหรือไม่ ถ้ายินยอมจะมีการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่และแกนนำผู้ติดเชื้อ
17. ถ้าไม่ให้ติดตาม ให้โทรศัพท์ติดต่อกับผู้รับบริการโดยตรงหรือฝากข้อความไว้ในเครื่องโทรศัพท์ให้ติดต่อกลับ ไม่ฝากข้อความกับบุคคลอื่น
18. ให้ติดตาม ถ้ามีโทรศัพท์ติดต่อทางโทรศัพท์ ถ้าไม่มีโทรศัพท์ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ(กรณียินยอม) ติดตามถ้าไม่สามารถติดต่อได้ให้ส่งจดหมายติดตาม
19. ถ้ามีเหตุจำเป็นให้โทรศัพท์ หรือแจ้งโดยวิธีอื่นล่วงหน้า
20. แกนนำรับยาแทน และส่งยาให้
21. จ่ายยาให้ครบตามวันนัดจะไม่เผื่อยา และมีการนับยาต้านไวรัสทุกตัว โดยเจ้าหน้าที่หรือแกนนำผู้ติดเชื้อกับผู้ป่วย แล้วเซ็นรับยาเมื่อนับครบถ้วนตรงกัน
22. การนัด การมาตามนัด การส่งตรวจ CD4 Viral load blood chemistry และการตรวจอื่นๆตามมาตรฐานและตามความจำเป็นของปัญหา

9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

แผนภูมิแสดงข้อมูลบริการ



ผู้ติดเชื้อที่ลงทะเบียนได้รับการตรวจCD4 และผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านไวรัสได้รับการตรวจViral load มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

การคื้อยาของผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านไวรัส และขาดการรักษา (Loss follow up) ในผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านไวรัสมีแนวโน้มลดลง

คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และความพึงพอใจต่อระบบบริการมีอัตราที่เพิ่ม

10. บทเรียนที่ได้รับ

-การพัฒนากระบวนการนอกจากในหน่วยบริการแล้วการสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและประชาชน ชุมชนเข้มแข็ง ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์โดยชุมชนมีการทำแผนและดำเนินงาน สนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากร และบุคลากรร่วมกันมา ภายใต้คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อำเภอ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ชุมชนเข้าใจการอยู่ร่วมกันมากขึ้น ลดการตีตรา ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยและเข้าระบบการรักษามากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

11. การติดต่อกับทีมงาน

นางสมสวย ไกรคุ้ม งานเอดส์ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลลำพูนมาศ
โทรศัพท์ 044 - 661242 ต่อ 4431 , E-mail address : Som7364@hotmail.com

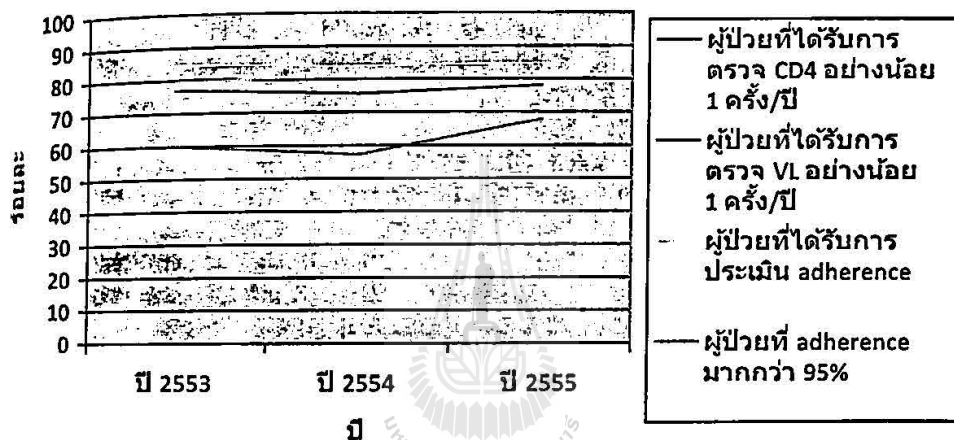
1. ชื่อผลงาน / โครงการพัฒนา : การดูแลผู้ป่วยโรค HIV/AIDS
2. คำสำคัญ : ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์
3. สรุปผลงานโดยย่อ : เป็นการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลศิครินทร์ เพื่อให้มีการบริการที่ครบถ้วนตามมาตรฐานคุณภาพและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
4. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร : โรงพยาบาลศิครินทร์ 42/1 หมู่ 1 ต.ระแงง อ.ศิครินทร์ จ.สุรินทร์
5. สมาชิกทีม : ภก.กัลยารัตน์ สมบุ๋ม นาสักรชำนาญการและทีมงานคลินิกฟ้าใส เบอร์โทรศัพท์ 0-4456-1341 ต่อ 151
6. เป้าหมาย :

เป้าหมาย	ร้อยละ
เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ	60
เพิ่มความครอบคลุมในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	80
เพิ่มความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส	80
ลดอัตราการขาดนัด	5

7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :
 1. ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิครินทร์เข้าถึงระบบบริการล่าช้า โดยประเมินจาก ค่ามัธยฐานของผลการตรวจ CD4 ขณะเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ค่อนข้างต่ำ และผู้ป่วยมักมีการติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมด้วย เช่น ปอดอักเสบ วัณโรค เชื้อราที่เยื่อหุ้มสมอง เป็นต้น ทำให้การดูแลรักษายุ่งยากมากขึ้น และใช้เวลาานานกว่าที่ระดับ CD4 จะสูงขึ้น และก่ระดับ Viral load ได้
 2. การตรวจ Viral load เป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดในการประเมินประสิทธิภาพการรักษาด้วย ยาต้านไวรัสเอดส์ แต่โรงพยาบาลศิครินทร์ยังมึผลการดำเนินงานในด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งควรมีกระบวนการพัฒนาให้ผลการดำเนินงานสูงขึ้น
 3. ผลการดำเนินงานด้านการประเมินความสม่ำเสมอในการกิน ยาต้านไวรัสเอดส์ อยู่ในเกณฑ์ที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตามพบว่าอัตราการดื้อยาเริ่มสูงขึ้น เนื่องจากการดื้อยามีหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง หรือจากตัวเชื้อไวรัสเอชไอวีก็ตาม
 4. อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยยังค่อนข้างสูง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำงานต่างจังหวัด บางครั้งไม่สามารถมาตามนัดได้ หรือรู้สึกว่าคุณภาพแข็งแรงดีก็ขาดนัดไป ซึ่งส่วนใหญ่จะกลับมารักษาต่อเมื่อสุขภาพเริ่มไม่แข็งแรง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะดื้อยาสูง
8. กิจกรรมการพัฒนา :
 - 8.1 จัดทำโครงการส่งเสริมการเข้าถึงบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี อำเภอศิครินทร์ ปี 2556
 - 8.2 จัดทำทะเบียนการนัดตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 8.3 กิจกรรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์
- 8.4 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่เปิดตัว และโทรศัพท์ติดตามกรณีที่ไม่เปิดตัว
- 8.5 บริการจัดส่งยาที่บ้านกรณีผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ได้ ไม่มีญาติดูแล
- 8.6 กิจกรรมการให้คำปรึกษาด้านยาเฉพาะรายที่ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ต่ำกว่า ร้อยละ 95
- 8.7 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพ
- 8.8 ส่งเสริมให้แกนนำมีส่วนร่วมในการดูแลกันแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :
 แผนภูมิที่ 1 แสดงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงความครอบคลุมในการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการประเมินความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ (Adherence)



จากแผนภูมิที่ 1 แสดงให้เห็นว่าร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ Viral load มีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ยังไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนไม่มาตรวจเลือดตามวันนัด และยังไม่มียุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงควรมีการพัฒนากิจกรรมที่จะส่งเสริมให้มีการตรวจ Viral load ตามเกณฑ์ เนื่องจากเป็นวิธีการประเมินประสิทธิภาพการรักษาที่ดีที่สุด และจะช่วยแจ้งเตือนเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีแนวโน้มที่จะดื้อยา

๔. ผลการดำเนินงานด้านการตรวจ CD4 และการประเมิน Adherence ยังคงค่อนข้างคงที่ แสดงว่ากิจกรรมการพัฒนาต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการไปแล้วยังไม่เหมาะสมในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่พบ เพื่อให้ผลการดำเนินการถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทีมงานจำเป็นต้องมีการทบทวนกระบวนการและจัดกิจกรรมการพัฒนาในรูปแบบอื่นที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหามากขึ้น

10. บทเรียนที่ได้รับ :

การพัฒนากระบวนการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลศิครินทร์ ควรดำเนินการโดยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งมีแกนนำผู้ติดเชื้อเป็นส่วนหนึ่งของทีม รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานด้วย เพื่อเพิ่มมุมมองในด้านของผู้รับบริการ เนื่องจากกิจกรรมการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในมุมมองของผู้ให้บริการ ซึ่งจะไม่ทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ส่งผลให้กิจกรรมที่ดำเนินการไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าว ๆ ที่มีได้อย่างเหมาะสม

11. การติดต่อกับทีมงาน : ภา.กัลยารัตน์ สมปู เกษตรชำนาญการและทีมงานคลินิกฟ้าใส สถานที่ทำงาน
โรงพยาบาลศรีภูมิ จังหวัดสุรินทร์ โทร. 0-4456-1341 ต่อ 151

12. เลือกประเภทของการส่งผลงาน : ด้านคลินิก



Clinical Tracer Highlight

การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลเนินสง่า อ.เนินสง่า จ.ชัยภูมิ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2553	2554	2555	2556
ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัสครบ 6 เดือนขึ้นไป ได้รับการตรวจติดตามระดับ CD4 ทุก 6 เดือน	>90	NA	86.05	89.13	88.56
ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่กินยาต้านไวรัสนานมากกว่า 6 เดือน รับการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	>95	60.37	95.35	95.65	96.67
ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัส ได้รับการประเมินหรือติดตาม Drug Adherence	≥95	NA	67.44	45.65	56.34
อัตรา ARV Success rate (Viral Load <50 copies/ml)	>90	44.1	85.4	95.2	90.20
ร้อยละของการ Loss F/U ยาต้านไวรัส	<10	2.3	2.1	4.1	3.8

บริบท

โรงพยาบาลเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ เป็นโรงพยาบาล 30 เตียง มีการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยเอดส์ บริการแบบ One stop service โดยให้บริการในทุกวันศุกร์ที่ 2 ของเดือน จำนวนผู้ป่วย ณ ปัจจุบัน 59 คน (13ส.ค.56) ดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส จำนวน 57 คน โดยให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์แบบรวม ตามมาตรฐานวิชาชีพ จากการติดตามประเมิน Drug Adherence ปี 2554-2555 ผล 7.44,45.65 ต่ำกว่าเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งในการรักษาผู้ป่วยเอดส์นั้นต้องให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี เพื่อลดปริมาณไวรัสในเลือดลงถึงระดับที่ได้ไม่ได้อีกหรือต่ำกว่า 50 copies/ml (เป้าหมาย >90 ในปี 2553-2555 ประเมินได้ 44.1 ,85.4 และ 5.2 ตามลำดับ) ซึ่งจะส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น ลดอัตราการเจ็บป่วย อัตราการเสียชีวิตและยืดระยะเวลาการเกิดเชื้อื้อยาให้นานที่สุด ผู้ป่วยต้องมีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างเคร่งครัด โดยรับประทานยาถูกต้องตรงเวลา คลาดเคลื่อนเกินครึ่งชั่วโมง ไม่เกิน 2 ครั้ง/เดือน จึงจะทำให้การรักษาได้ผลดี มีคุณภาพชีวิตเช่นเดียวกับคนทั่วไป และลดค่าใช้จ่ายของประเทศ

ประเด็นคุณภาพ:

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัส ได้รับการประเมินหรือติดตาม Drug Adherence

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการติดตามผลการรักษาโดย CD4 และ Viral load ตาม

เกณฑ์

ผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสมีผลลัพธ์การรักษาที่ดี

เป้าหมายการพัฒนาและตัวชี้วัด

วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด
1. เพื่อประเมินผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	1. ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสครบ 6 เดือนขึ้นไปได้รับการตรวจติดตามระดับ CD4 ทุก 6 เดือน
2. เพื่อติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	2. ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส มากกว่า 6 เดือนมีผลการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้ง / ปี
3. เพื่อประเมินผลของการกินยาต้านไวรัส	3. ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการประเมินและติดตาม Drug Adherence
4. เพื่อวัดประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสว่าผู้ป่วยกินยาถูกต้องสม่ำเสมอต่อเนื่อง	4. ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสที่มีผล VL < 50 copies เพิ่มขึ้น

กระบวนการคุณภาพ

1. การรักษาเฉพาะโรคตามมาตรฐาน
2. การติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องและ ติดตามหลังการรักษา

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย

1. บริการปรึกษาผู้ติดเชื้อที่ยังไม่เข้าเกณฑ์รักษาด้วยยาต้านฯ ในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อป้องกันเชื้อฉวยโอกาสและมีสุขภาพที่แข็งแรงอยู่ในสังคมได้ปกติ
2. บริการปรึกษาผู้ติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์รักษาด้วยยาต้านฯ ก่อนการเริ่มยาและจะเริ่มยาต้านฯ เมื่อผู้ป่วยพร้อม

3. จัดระบบติดตามผลการรักษาเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาและภาวะ ADR โดยการ

- ประเมินและติดตาม Drug Adherence ทุกวันและทุกครั้งก่อนการรับยา
- ตรวจติดตามระดับ CD4 หลังการรักษาด้วยยาต้านฯ 6 เดือนขึ้นไป 2 ครั้ง/ ปี
- มีผลตรวจ VL หลังรักษาด้วยยาต้านฯ 6 เดือนขึ้นไปในปีแรกและอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี
- นัดติดตามดูแลผู้ป่วยทุก 1-2 เดือนตามสภาวะและอาการของผู้ป่วย-

4. จัดให้ความรู้เพื่อเสริมศักยภาพ พลังอำนาจ ให้กับผู้รับบริการใน Day care clinic ทุกเดือน เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง

5. ให้การปรึกษา แบบเพื่อนช่วยเพื่อน พัฒนาศักยภาพของกลุ่มพลังใจ เพื่อให้กลุ่มช่วยติดตาม เยี่ยมบ้านในชุมชน ติดตามเพื่อนที่ขาดนัด หรือไม่สะดวกมารับยา

ระบบงานที่สำคัญ

1. ระบบยา
2. ระบบการสนับสนุนการตรวจชั้นสูตร
3. ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
4. ระบบบริหารความเสี่ยง
5. ระบบงานชุมชน

ผลการพัฒนางานที่สำคัญ

ระบบการรักษาเฉพาะโรค

1. จัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้บริการด้วยความเต็มใจเข้าใจจิตใจผู้ป่วยเหมือนดังญาติ เน้นหลักการให้ "ให้กำลังใจ ,ให้ทางเลือก ,ให้คำปรึกษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง
 2. มีเภสัชกรผู้รับผิดชอบร่วมให้คำปรึกษาผู้ป่วยในทุกขั้นตอนตั้งแต่เข้ารับบริการในคลินิกครั้งแรกทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและมั่นใจในการรักษากลับเปิดเผยตัวมากขึ้น
 3. กรณีผู้ป่วยที่ไปทำงานต่างจังหวัดไม่สามารถกลับมารับยาตามนัดได้อนุญาตให้ญาติรับแทนได้ก่อนนัดเพื่อการส่งไปรษณีย์ถึงก่อนยาหมดโดยโทรศัพท์แจ้งล่วงหน้าให้ทราบ
 4. กรณีผู้ป่วยมีประวัติขาดนัดเพราะไม่มีค่ารถเนื่องจากยังถึงเวลาเบิกเงินค่าจ้างให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบเพื่อให้มีการจ่ายยาเพิ่มถึงวันที่สามารถมีค่ารถกลับมารับยาตามนัดได้
8. มีแพทย์ตรวจ ร่วมให้คำปรึกษา สร้างความมั่นใจยิ่งขึ้น

ระบบการติดตามหลังการรักษา

- มีแกนเครือข่ายผู้ติดเชื้อเป็นผู้ให้คำปรึกษาขณะติดตามเยี่ยมบ้านกรณีผู้ป่วยยินยอม
2. เครือข่ายการดูแล ในชุมชน อสม. หรือ รพ.สต. ในกรณีที่ผู้ป่วยยินยอม

พัฒนาศักยภาพกลุ่มพลังใจสร้างภาคีเครือข่ายอำเภอเข้มแข็ง

มีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

องค์กรเอกชน จัดทำโครงการพัฒนาทักษะเยาวชนในการป้องกันโรคเอดส์

- โรงพยาบาล ร่วมกับโรงเรียนจัดกิจกรรม รณรงค์ป้องกันเอดส์ ในโรงเรียน

แผนพัฒนาต่อเนื่อง

1.พัฒนาศักยภาพให้กับทีมงานด้านความรู้เรื่องเสริมพลังให้กับผู้ป่วยใน Day care clinic

2.จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนแบบกลุ่มย่อยให้กับผู้ป่วยในแต่ละนัดเพื่อสร้างความตระหนักในการ

รักษาอย่างต่อเนื่อง

3. พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ครอบคลุมทุกชุมชน

4. พัฒนาเครือข่ายการรักษา ใน รพ.สต.ทุกแห่ง ในเขตอำเภอเนินสง่า



หลักการและเหตุผล

1.1 ชื่อเรื่อง พัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

1.2 ชื่อเจ้าของผลงาน นางเยาว์ เพชรประภาศรี 089-5841866 โรงพยาบาลหนองบัวระเหว

1.3 ปัญหาและสาเหตุ

การติดเชื้อ HIV เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สำคัญ ที่ก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อตัวเอง ครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันเป็นปัญหาของสังคมโลก เนื่องจากผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์มีจำนวนเพิ่มขึ้น อีกทั้งกลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนไป ซึ่งพบว่าเป็นกลุ่มเยาวชน การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เป็นการดำเนินงานที่ต้องดำเนินงานพร้อมกันทั้งเชิงรุก และเชิงรับ และการดูแลแบบองค์รวมโดยสหสาขาวิชาชีพ จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการรักษาได้ตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีเครือข่ายการดำเนินงานที่เข้มแข็งเพื่อดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายั่งยืน

การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลหนองบัวระเหว มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เริ่มเข้ารับการรักษา โดยที่ยังไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน เป็นเพียงการรับผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยในกรณีที่ต้องมีการรักษาต่อเนื่อง โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบแต่ละหน่วยงานนั้นๆ ไม่มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ไม่มีการให้คำปรึกษาที่เป็นระบบ ยังไม่มีแนวทางการดูแลรักษา รวมทั้งการให้ยาต้านไวรัสที่ชัดเจน

และจากความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสและผลการขยายโอกาสการเข้าถึงการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทำให้ผู้รับบริการได้มีโอกาสรับการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ประกอบกับได้มีการเปลี่ยนแปลงในการปรับระบบการให้บริการของโรงพยาบาล ให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยทีมสหวิชาชีพ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงระบบบริการและการได้รับยาต้านไวรัสและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และจนถึงปัจจุบันปี 2556 มีผู้รับบริการเพิ่มขึ้น

1.4 วิธีการปฏิบัติในอดีต

สรุปสภาพปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในอดีต

1. ขาดบุคลากรที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ ทั้งแพทย์ พยาบาล ผู้ให้คำปรึกษา เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์
2. ขาดการจัดระบบบริการที่เอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์
3. ขาดระบบการบริหารจัดการ ผู้ประสานงาน การทำงานเป็นทีม ที่จะเชื่อมโยงข้อมูลและวางแผนการดำเนินงานอย่างชัดเจนต่อเนื่อง เพื่อให้การบริการที่มีประสิทธิภาพ
4. ขาดการผลักดันเชิงนโยบายด้านการดูแล และให้การรักษามือถือและผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์
5. ขาดระบบการติดตาม การดูแลการดำเนินงาน การประเมินผลการรักษา เช่น การติดตาม การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรับประทานยา เป็นต้น
6. เครือข่ายทางสังคมไม่เข้มแข็ง ไม่เข้าใจและไม่ตระหนักถึงสภาพปัญหาและสถานการณ์ รวมทั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

1.5 เป้าหมายการพัฒนา

1. เพื่อให้มีระบบการบริหารจัดการ เกิดแนวทางที่ชัดเจนและได้มาตรฐานในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์
2. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น
3. เพื่อให้เครือข่ายทางสังคมมีความรู้ เข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาเอดส์ และร่วมมือในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

1.6 แนวทางการปรับปรุง

1. ด้านการจัดองค์กร / การบริหารจัดการ

1.1 ด้านนโยบายและแผน สืบเนื่องจากนโยบายระดับโรงพยาบาลที่เน้นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม และได้ตามมาตรฐาน จึงเกิดการพัฒนาระบบ disease manager จึงได้มีคำสั่งแต่งตั้งให้มีผู้รับผิดชอบ ดูแลและประสานงานผู้ป่วยรายโรค ประกอบกับ สปสช. ให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ จึงให้กำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินงานเป็น Coordinator หรือผู้ประสานงานเพื่อเชื่อมต่อกันทั้งระบบ

1.2 ด้านโครงสร้างการดำเนินงาน จัดตั้งทีมดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เป็นคำสั่งแต่งตั้งชัดเจน ซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพได้แก่ แพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ พยาบาลให้คำปรึกษา พยาบาลดูแลทั่วไปได้แก่ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน พยาบาลห้องคลอด พยาบาลที่ดูแลมารดาในระยะตั้งครรภ์

1.3 ด้านแผนงานโครงการ จัดเป็นแผนปฏิบัติงานเฉพาะโรค รวมทั้งการจัดทำตัวชี้วัดของงานเอดส์ เพื่อการประเมินผลการดำเนินงาน

2. ด้านการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

- มีการจัดบริการแบบ One Stop Service เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรจึงต้องจัดเตรียมอุปกรณ์มาให้บริการเจาะเลือดที่คลินิกเฉพาะโรค

- มีการจัดทำแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทั้งการตรวจเลือดเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ติดเชื้อที่เข้าสู่ระบบการรักษาแล้ว เป็นสายลักษณะอักษรและสื่อสารกันในทีมผู้ดูแล แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีดังนี้

1. ตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน สำหรับผู้ติดเชื้อทุกคนที่เริ่มยาและไม่ได้รับยา กรณี $CD4 \leq 300$ ตรวจซ้ำทุก 3-6 เดือน
2. ตรวจ Viral load ทุก 1 ปี สำหรับผู้ที่รับยาแล้ว ภายหลัง 6 เดือนขึ้นไป กรณี viral load $\geq 2,000$ ให้ส่งตรวจการดื้อยา
3. ตรวจ pap smear ทุก 1 ปี สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเพศหญิง
4. ตรวจ blood chemistry ทุก 6 เดือน สำหรับผู้ติดเชื้อที่รับยาแล้ว เป็นต้น

3. ด้านการป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

- ปรับเปลี่ยนระบบการซักประวัติ จากเดิมการซักประวัติในคลินิกเฉพาะโรคเป็นการซักประวัติเหมือนกับผู้ป่วยนอกปกติ ได้ปรับเปลี่ยนการซักประวัติโดยให้ถึงโรคติดเชื้อฉวยโอกาสทุกครั้ง เช่น วัณโรค ปอดอักเสบ ลิ้นเป็นฝ้า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การ Safe sex เป็นต้น

- จัดทำแนวทางเกี่ยวกับการซักประวัติ ทั้งผู้ติดเชื้อรายใหม่และผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง
- จัดทำตารางประทับเพื่อเป็นการสื่อสารในเรื่องการคัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

- มีระบบการให้ยาเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแบบปฐมภูมิในผู้ป่วยผู้ใหญ่ตามแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ
- มีระบบและมีการคัดกรองการสัมผัสเชื้อวันโรคทั้งในผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่าอย่างต่อเนื่อง ปีละ 2 ครั้ง
- มีระบบการตรวจและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสตามแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ
- มีระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก pap smear ทุก 1 ปี สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

4. ด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

- จัดทำแนวทางการให้คำปรึกษา และการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนรับยา ได้แก่ ประเมินสภาพทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมทั่วไป ประเมินผลทางห้องปฏิบัติการได้แก่
- มีระบบการให้ยาด้านไวรัส (HAART) ตามเกณฑ์ที่กำหนดในทางการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอด ทารกหลังคลอด และเด็ก
- มีระบบการติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งทางด้านคลินิกและทางห้องปฏิบัติการ
- มีระบบการประเมินและส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยการชักประวัติ และการนับเม็ดยา เป็นต้น
- มีระบบการติดตามการขาดนัดเมื่อพบว่าผู้ติดเชื้อไม่มารับบริการตามนัด โดยการโทรศัพท์ติดตามภายในวันที่รับบริการ ใช้ไปรษณียบัตร หรือให้แกนนำหรือผู้ติดเชื้อติดตาม
- ด้านแกนนำให้มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยตัว ทั้งผู้ป่วยรายใหม่ โดยเยี่ยม 2 ครั้ง / เดือน และผู้ติดเชื้อที่รับยาต่อเนื่องแล้ว เดือนละ 1 ครั้ง
- มอบหมายให้เภสัชกรเป็นผู้ดูแลเกี่ยวกับเรื่องการได้รับยาของผู้ติดเชื้อ ทั้งระบบการติดตามการกินยา บริหารจัดการยาสำหรับใช้ในคลินิก

5. ด้านบริการปรึกษา

- มีระบบบริการให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ทั้งกรณีการค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่ (ระบบ VCT , VCCT) และระบบการให้คำปรึกษาต่อเนื่อง โดยผู้ให้การปรึกษาเป็นพยาบาลให้คำปรึกษาที่ผ่านการอบรมแล้ว
- มีการให้คำปรึกษาต่อเนื่องกรณีผู้ติดเชื้อมีปัญหาในด้านอื่นๆ

6. ด้านบริการทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม

- ประสานการสนับสนุนจากอบต. ทุกแห่งในเขตอำเภอหนองบัวระเหวสนับสนุนงบประมาณกองทุนเอดส์เฉลิมพระเกียรติแห่งละ 10,000 บาทเพื่อสนับสนุนเบี้ยยังชีพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และสนับสนุนงบประมาณสำหรับค่าเดินทางมารับบริการวันละ 100 บาท / คน และค่าปลงศพ ศพละ 2,000 บาท
- ร่วมมือในการรณรงค์ป้องกันผู้ติดเชื้อรายใหม่โอกาสต่างๆ

7. ด้านการป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี

เชิงรับ

มีการจัดอบรมเรื่องการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี (Prevention with positive) ให้กับบุคลากรคณะทำงานและกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มาใช้บริการ รวมทั้งการชักประวัติ ติดตามอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง

- มีระบบการการให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกตามแนวทางการป้องกันจากแม่สู่ลูกระดับชาติ

- มีระบบการให้บริการนมผสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกตามแนวทางการป้องกันจากแม่สู่ลูกระดับชาติ

- มีระบบการให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรที่ประสบอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน

- มีระบบการให้บริการปรึกษาและการให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในกลุ่มที่ถูกกระทำทางเพศ

เชิงรุก

- นำเสนอสถานการณ์การปัญหาเอดส์ในพื้นที่ ในที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการเพื่อให้เห็น

- ความสำคัญและตระหนักถึงปัญหา

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และปรับทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษากับหัวหน้าส่วนราชการ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครหมู่บ้าน

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และปรับทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษาในกลุ่มเยาวชนทั้งในและนอกระบบ

- ประชาคมระดับหมู่บ้านเพื่อให้ทราบสถานการณ์ของโรคเอดส์และตระหนักถึงปัญหาของโรคเอดส์ในพื้นที่

- ร่วมโครงการพัฒนารูปแบบการบูรณาการยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของหน่วยงานระดับจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการสนับสนุนงบประมาณของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและจัดทำแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับอำเภอ

8. ด้านจริยธรรมและสิทธิ

- มีระบบการรักษาความลับเกี่ยวกับข้อมูลและสถานภาพการติดเชื้อของผู้รับบริการ

- มีระบบการรับบริการตามสิทธิผู้ป่วยได้แก่การรับบริการของผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยตัว รับบริการที่

- คลินิกเฉพาะโรค ให้บริการแบบ One Stop Service ในคลินิกเฉพาะโรค ในวันพุธที่ 3 ของเดือน ทุกเดือน โดยรับเฉพาะผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยตัว ทั้งต่อครอบครัวและชุมชน มีการพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการในการบอกผลเลือดกรณีที่ผู้รับบริการยังไม่พร้อมที่จะเปิดเผยตัว

- มีเครือข่ายที่ปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องสิทธิของผู้ป่วยกรณีถูกละเมิดสิทธิ

- กรณีผู้ป่วยที่ได้รับการ admit รับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในจะมีการติดตามเยี่ยมโดยผู้ประสานงานหลักหรือแกนนำผู้ติดเชื้อ

9. ด้านระบบข้อมูล

เปลี่ยนระบบการลงข้อมูลเข้าสู่ระบบ NAP program ของ สปสช. และนำข้อมูลมาสู่การพัฒนากระบวนการ

1.7 ประสิทธิภาพ

1. เกิดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ซึ่งเป็นผู้ประสานงานในการบริหารจัดการรายโรค ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

2. เกิดแผนปฏิบัติการและตัวชี้วัดเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เฉพาะโรค และผู้รับผิดชอบติดตามที่ชัดเจน

3. เกิดแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ชัดเจน และมีการสื่อสารให้กับทีมผู้ดูแล ประเมินผลแนวทางและปรับแนวทางให้เป็นปัจจุบัน ตามแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ได้แก่

3.1 แนวทางการรับยาต้านไวรัส

3.2 แนวทางการให้คำปรึกษา

3.3 แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.4 แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ รวมทั้งมารดาคลอดหลังคลอด

3.5 แนวทางการดูแลเด็กทารกที่เกิดจากการติดเชื้อ

3.6 แนวทางการติดตามเยี่ยมบ้าน

3.7 แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อที่เปิดเฝ้าวและไม่เปิดเฝ้าว

3.8 แนวทางการให้ยาต้านไวรัสและยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

4. เกิดเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ แกนนำผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้ชื่อว่ากลุ่มสายใจ ดูแลแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เครือข่ายทางสังคมอื่น ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งในระดับอำเภอ จังหวัด และ เขต รวมทั้งเครือข่ายเยาวชนทั้งในและนอกระบบ

5. ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐและเอกชนมากขึ้น ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนโลก กรมควบคุมโรค สปสช. และ สวรส. ให้เป็นอำเภอนำร่องในการดำเนินงานโครงการต่างๆ เช่น โครงการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มชายรักชาย โครงการบูรณาการแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับอำเภอ เป็นต้น

6. เกิดแผนยุทธศาสตร์เพื่อการบูรณาการระดับอำเภอหนองบัวระเหว

7. ผู้รับบริการมั่นใจ และเปิดตัวเข้าสู่ระบบการรักษามากขึ้น

ข้อมูล / ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2553	2554	2555
1.ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ได้รับการตรวจ CD4 baseline	>90%	100%	100%	100%
2.ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสครบ 6 เดือนขึ้นไปได้รับการตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน	>95%	50%	45.8%	47.1%
3.ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาต้านไวรัส	>95%	97.9%	50%	N.A.
4.ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัส >6	>90%	75%	88.9%	91.2%

ข้อมูล / ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2553	2554	2555
เดือน ได้รับการตรวจ viral load อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี				
5.ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการประเมินหรือติดตาม Drug adherence อย่างน้อย 2 วิธีอย่างสม่ำเสมอ	100%	25%	0	0
6.ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ PCP ปฐมภูมิ	100%	83.3%	100%	100%
7.ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อรา cryptococcosis ปฐมภูมิ	100%	50%	100%	100%
8.ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอด	>90%	97.9%	97.4%	100%
9.ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิส	>90%	61.5%	100%	N.A.
10.ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเพศหญิงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	>50%	17.2%	66%	21.7%
11.ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อได้รับข้อมูลคำแนะนำเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี	>100%	96%	82.1%	100%
12.ร้อยละของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสขาดการติดตามการรักษา (ขาดนัดนานกว่า 90 วัน)	<5%	7.2%	7.6%	5.1%
13.อัตราผู้ป่วยเอดส์ที่ประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Viral Load undetectable)		23.40	42.46	30.77
14.ระดับภูมิคุ้มกันขณะเริ่มรักษาหรือเข้าสู่กระบวนการรักษา (median CD4)		166	225	47
15.ร้อยละของผู้ที่มีปริมาณไวรัส (VL) < 50 copies/ml ที่ 12 เดือนหลังเริ่มยาต้านไวรัส	>/85%	75%	60%	100%

1.8 สรุปวิธีปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างที่ดีเยี่ยม

- นโยบายที่ชัดเจนจากผู้นำ มีผู้รับผิดชอบ และแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน
- การสื่อสารและการทำงานเป็นทีม
- การดูแลที่คำนึงถึงความครอบคลุมแบบองค์รวม
 - มีระบบการทำงานแบบ disease management ที่มีผู้รับผิดชอบและผู้ประสานงานชัดเจน

1.9 สรุปผลและข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ควรมีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งต้องมีแกนนำผู้ติดเชื้อในการร่วมดูแลด้วย มีผู้ประสานงานดูแลภาพรวม ติดตามและประเมินผลการทำงานเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด
2. การทำให้ผู้ติดเชื้อเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับการดูแลสุขภาพของตนเอง
3. การดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ต้องมีการดำเนินงานควบคู่กันไปทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ

1.10 ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ด้านผู้ให้บริการ

- เกิดการทำงานเป็นทีม การสื่อสาร และการประสานงาน มีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นระบบ มีผลให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ มีแผนปฏิบัติงาน และตัวชี้วัดการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีผู้ดูแลติดตามและประเมินผล ทำให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์มีคุณภาพ
- มีแนวทางการดำเนินงานที่ครอบคลุมการดูแลผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยแบบองค์รวม เป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน แนวทางเดียวกัน
- ทีมผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งเครือข่ายได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านวิชาการ เป็นการเพิ่มองค์ความรู้ และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค
- มีระบบฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ทำให้การวางแผนการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ด้านองค์กร

- บุคลากรในหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ทำให้มีความรู้และมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค
- เกิดเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ ทั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อและเครือข่ายทางสังคมอื่นๆ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชนของอำเภอ

ด้านผู้รับบริการ

- มีช่องทางเข้าถึงการบริการได้ง่ายและชัดเจนทั้งผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยตัว และยังไม่เปิด เผยตัว ได้รับการบริการที่เป็นระบบได้มาตรฐาน มีคุณภาพ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- ได้รับการดูแลโดยบุคลากรที่มีความรู้ มีศักยภาพในการดูแลเฉพาะโรค ประกอบกับการติดตามและประเมินผล การรักษาอย่างเป็นระบบ ได้รับการติดตามเยี่ยมโดยกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อ
- ได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง
- มีความมั่นใจในการรับบริการและกล้าเปิดเผยตัวเข้าสู่ระบบการรักษามากขึ้น

1.11 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ผู้นำองค์กร

ผู้อำนวยการมีวิสัยทัศน์ มียุทธศาสตร์สำคัญในเรื่องการพัฒนานุคลากรให้เกิดการเรียนรู้ จึงนำมาซึ่งนโยบาย พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค มีการจัดตั้งทีมทางคลินิกเพื่อดูแลภาพรวมของการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมิน ติดตามการดำเนินงาน

2. นโยบาย และแผน

สืบเนื่องจากนโยบายระดับโรงพยาบาลนำมาสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการ การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีแผนงานโครงการที่เน้นการพัฒนาอย่างครอบคลุม ทั้งในด้านการพัฒนาทักษะของบุคลากร การจัดทำมาตรฐานการดูแลต่างๆ การติดตามและประเมินผล รวมทั้งการสร้างเครือข่ายทางสังคม

3. ผู้รับผิดชอบ

มีพยาบาลวิชาชีพชำนาญการเป็นผู้ประสานงาน (HIV – Coordinator) จึงดำเนินงานในเรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และเกิดทักษะการดำเนินงาน ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงงาน หรือโยกย้าย ทำให้เกิดความเชื่อมโยงและความต่อเนื่องของการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

4. เครือข่ายการดำเนินงาน

เครือข่ายการดำเนินงานที่เข้มแข็งทั้งแกนนำผู้ติดเชื้อและเครือข่ายทางสังคมทุกระดับ ที่รับทราบสถานการณ์ ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและบูรณาการงานร่วมกัน จะมีแนวโน้มในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

1.12 แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. พัฒนาระบบการติดตามการรับประทายยา

เพื่อให้การรับประทายยาของผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง ถูกต้องทั้งขนาด ประเภท และเวลาในการรับประทาย ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพการรักษาดีขึ้น

2. พัฒนาระบบการติดตามตัวชี้วัด

เพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการดูแลเฉพาะและจัดทำตัวชี้วัดเพื่อติดตามผลการดำเนินงานซึ่งพบว่าตัวชี้วัดบางตัวยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เช่น

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- การประเมินติดตามโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
- การตรวจมะเร็งปากมดลูก

3. การนำข้อมูลจาก Program HIV Qual-T มาใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์

4. การพัฒนาและสร้างเครือข่ายทางสังคมให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น และเชื่อมโยงการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ อย่างบูรณาการในภาพรวมของอำเภอ รวมทั้งสร้างเครือข่ายเยาวชนทั้งในและนอกระบบ เพื่อการป้องกันการท้องไม่พร้อมในเยาวชน และป้องกันผู้ติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มเยาวชน รวมทั้งปรับพฤติกรรมให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

5. พัฒนาระบบการติดตามการขาดนัด

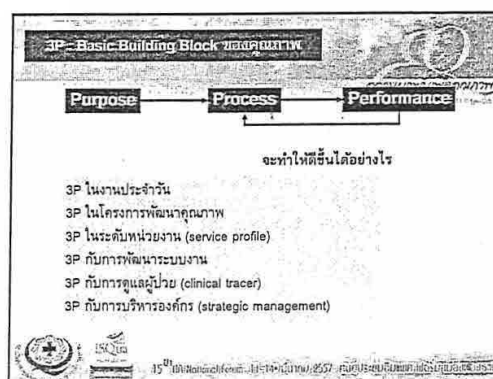
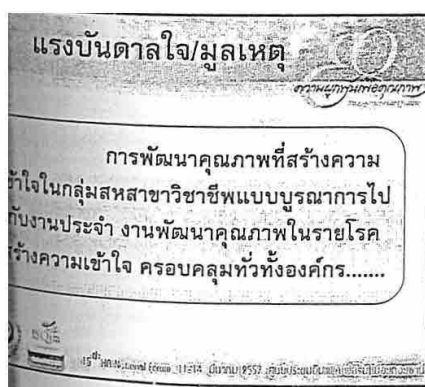
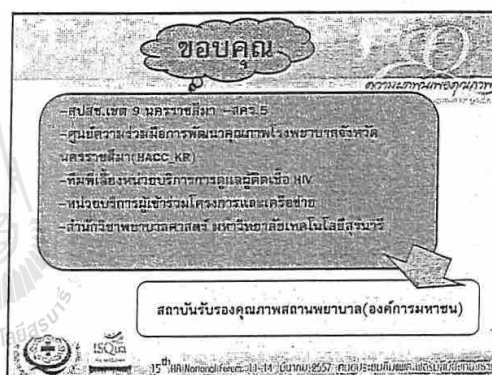
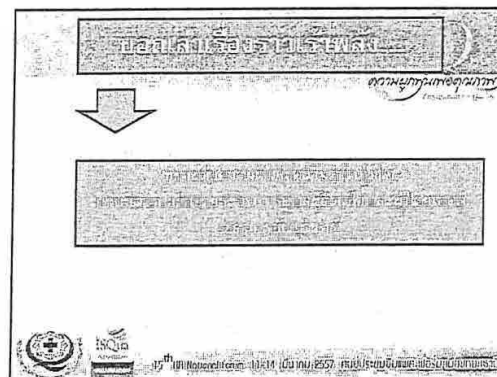
6. การสร้างศูนย์ข้อมูลโรคเอดส์ และเพศศึกษา อำเภอหนองบัวระเหว โดยมีศูนย์กลางอยู่ที่โรงพยาบาลหนองบัวระเหว โดยจัดทำเป็น blog ของศูนย์ข้อมูลด้านเอดส์ อำเภอหนองบัวระเหว

7. ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลโรคเอดส์ และเพศศึกษา รวมทั้งเรื่องของการบริการที่เป็นมิตรกับ
เยาวชน โดยการประชาสัมพันธ์ และพัฒนาช่องทางที่หลากหลายมากขึ้น





ภาคผนวก ค
ผลงานนำเสนอ
National Forum ครั้งที่ 15



กิจกรรม

1. อบรมพัฒนาศักยภาพเพื่อการติดตามเชื่อมพัฒนา
ระบบบริการและเสริมพลังอำนาจเครือข่ายร่วมกันระหว่าง มทส+
สสจ.เขต 5+ศูนย์ HACC_KR+ หน่วยบริการ ด้วย
กระบวนการคุณภาพ

2. ติดตามเชื่อมเพิ่มพลังอำนาจเครือข่ายในการพัฒนาระบบบริการ
การดูแลผู้ติดเชื้อบูรณาการด้วยกระบวนการคุณภาพ HA

3. สุ่มทบทวนและแนวทางปฏิบัติที่ดีในหน่วยบริการ และรูปแบบ
การเชื่อมกระตุ้นเพิ่มพลังอำนาจ

4. การนำเสนอผลงานทางวิชาการระดับเขต ระดับประเทศ

ISQ

อบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่าย

กิจกรรมพัฒนาศักยภาพเครือข่าย

ISQ

อบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่าย

กิจกรรมพัฒนาศักยภาพเครือข่าย

เน้น การ Coaching & การเขียน Clinical tracer highlight

ISQ

กิจกรรมติดตามเชื่อมเสริมพลังอำนาจเครือข่าย

กิจกรรมติดตามเชื่อมเสริมพลังอำนาจเครือข่าย

ISQ

รูปแบบการติดตามเชื่อม

กำหนดการติดตามเชื่อม

ก) ๑๕๐๐-๑๕๐๐ น. พบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ

ก) ๑๕๐๐-๑๕๐๐ น. พบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ

ก) ๑๕๐๐-๑๕๐๐ น. พบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ

ประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้

Quality structure assessment

แนวทางพัฒนาระบบบริการ

การให้บริการจาก Service profile ในการพัฒนางาน

ข้อมูลเชิงลึกและการเชื่อมโยงกับโปรแกรมของ สสจ.

ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาระบบบริการ HIV

ISQ

รูปแบบการติดตามเชื่อม

กำหนดการติดตามเชื่อม

ก) ๑๕๐๐-๑๕๐๐ น. พบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ

ก) ๑๕๐๐-๑๕๐๐ น. พบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ

ก) ๑๕๐๐-๑๕๐๐ น. พบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ

ประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้

Quality structure assessment

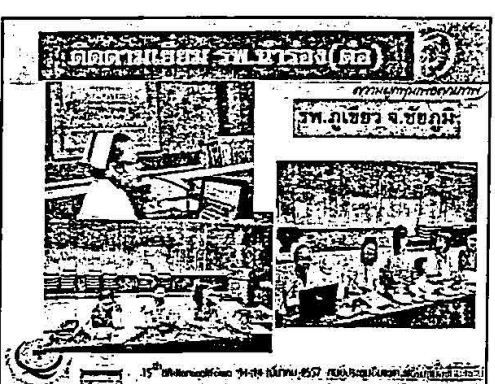
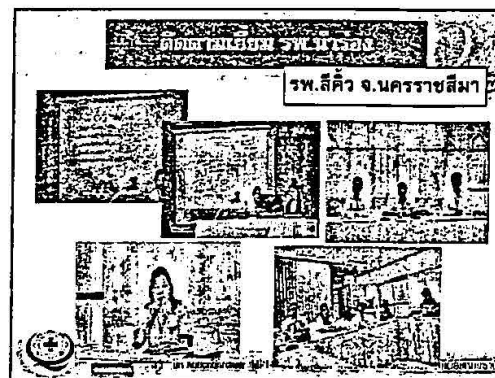
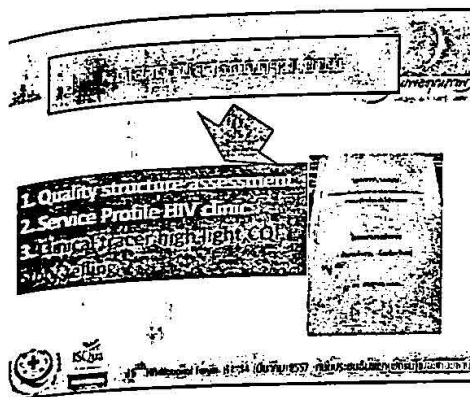
แนวทางพัฒนาระบบบริการ

การให้บริการจาก Service profile ในการพัฒนางาน

ข้อมูลเชิงลึกและการเชื่อมโยงกับโปรแกรมของ สสจ.

ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาระบบบริการ HIV

ISQ







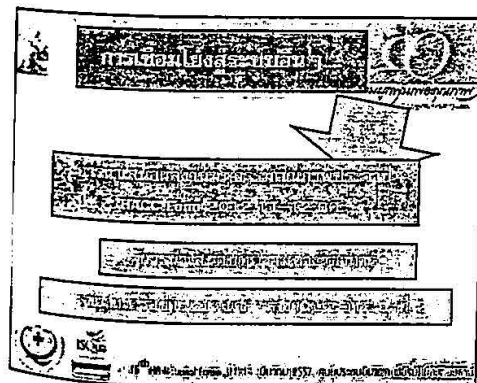
ผลการประเมิน Quality Structure เขตนครชัยบุรีนทร์	
A โครงสร้างคุณภาพ (Quality Structure)	
A.1 มีโครงสร้างเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ด้าน HIV	3.4
A.2 คุณภาพด้าน HIV ได้รับการสนับสนุน	3.4
A.3 ผู้บริหารให้การสนับสนุนด้านพัฒนาคุณภาพด้าน HIV	3.4
A.4 มีการประเมินด้านคุณภาพด้าน HIV สม่ำเสมอ	3.4
โรงพยาบาลส่วนใหญ่ ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร และ มีโครงสร้างการพัฒนาเชื่อมโยงในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ มีการวางแผนงานการพัฒนาคุณภาพเป็นโครงการกิจกรรมที่ชัดเจน	

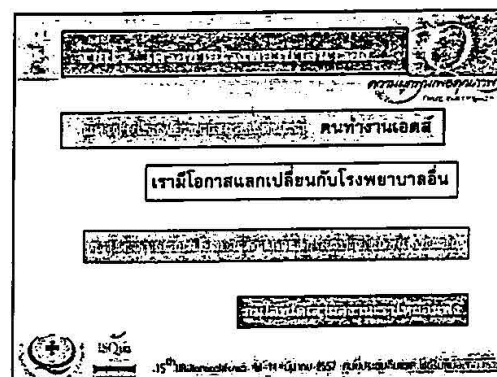
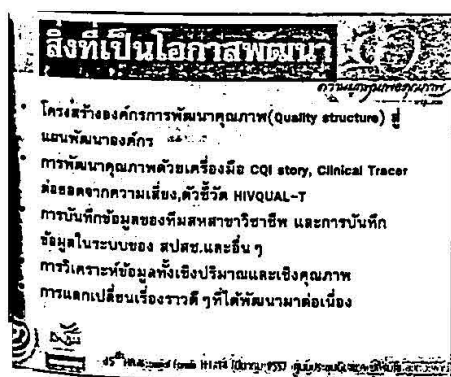
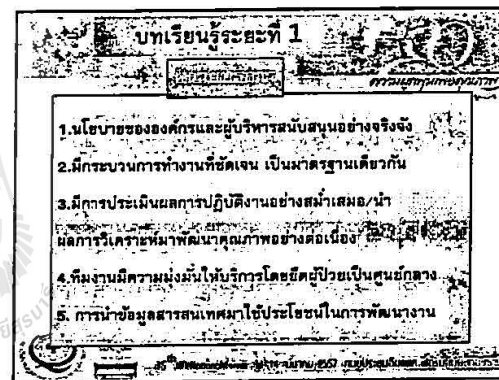
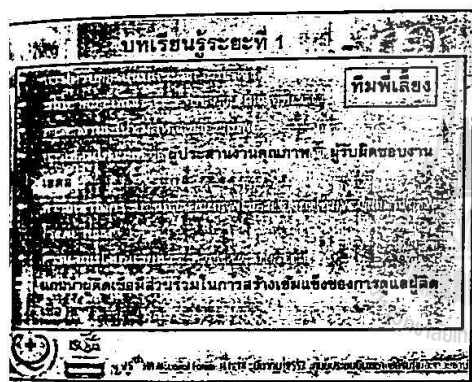
ผลการประเมิน Quality Structure เขตนครชัยบุรีนทร์(ต่อ)	
Recommendation	
การวางแผนด้านคุณภาพ (Quality Planning)	
A.1 มีการกำหนดเป้าหมายประจำปี ด้านพัฒนาคุณภาพด้าน HIV	3.3
A.2 มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบชัดเจนในแผนพัฒนาคุณภาพ	3.3
A.3 โฉนดปฏิบัติงานมีการกำหนด ครอบคลุมในการดำเนินงาน	3.3
โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีการ กำหนดปฏิบัติการเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ แต่ยังคงขาดการ พัฒนาระบบเวลาการดำเนินการที่ชัดเจน	

ผลการประเมิน Quality Structure		รวม
เขตนครชัยบุรีนทร์(ต่อ)		
ลำดับ	Recommendation	คะแนน
C การวัดผลการดำเนินงานด้านคุณภาพ (Quality Performance Measurement)		
C.1	มีการกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในงานพัฒนาคุณภาพด้าน HIV	3.3
C.2	โครงการพัฒนาคุณภาพด้าน HIV มีการวัดผลการปฏิบัติงานเป็นประจำ	3.3
โรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีการกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ แต่ยังคงขาดการกำหนดกรอบเวลาการดำเนินการที่ชัดเจน		

ผลการประเมิน Quality Structure เขตนครชัยบุรีนทร์(ต่อ)	
Recommendation	
กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Activities)	
D.1 มีการจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพ เพื่อปรับปรุง คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ด้าน HIV	3
D.2 มีการทำงานเป็นทีมในการพัฒนาคุณภาพ	3

ผลการประเมิน Quality Structure เขตนครชัยบุรีนทร์(ต่อ)	
E การมีส่วนร่วมของบุคลากร (Staff Involvement)	
E.1 บุคลากรสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลด้าน HIV	3.25
มีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ	3.25
F การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Consumer Involvement)	3.25
F.1 ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ	3.25
G การประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพ (Evaluation of Quality Program)	
G.1 มีการประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพ	3
ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System)	
H.1 มีการจัดเก็บข้อมูลเพื่อการวัดคุณภาพบริการอย่างเป็นระบบ	3.4





ศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์

1. ให้โรงพยาบาลอื่น ๆ เข้าร่วมเครือข่ายมากกว่าปี 2555

2. มีการติดตามเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าและความปลอดภัย

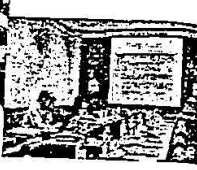
3. นำมาสู่กระบวนการเรียนรู้จากการพัฒนาเครือข่าย HIV ลงสู่การปฏิบัติในกลุ่มโรคอื่น ๆ

4. จัดการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในเครือข่าย จัดทำกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดระหว่าง รพ. และนำเสนอผลงานเพื่อเป็นแนวทางให้กับสมาชิกในเครือข่ายได้นำไปสู่การพัฒนาใน รพ. ของตน

5. นำผลของการติดตามให้มีความรู้อย่างต่อเนื่อง

ISQ6

ศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์

ISQ6

ศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์

- Service profile
- Clinical tracer ทุกหน่วยบริการ
- Gap analysis และ Quality structure tool

ISQ6

ศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์

ISQ6

ศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์

รพ. ศิริราชภูมิ จ. สุรินทร์

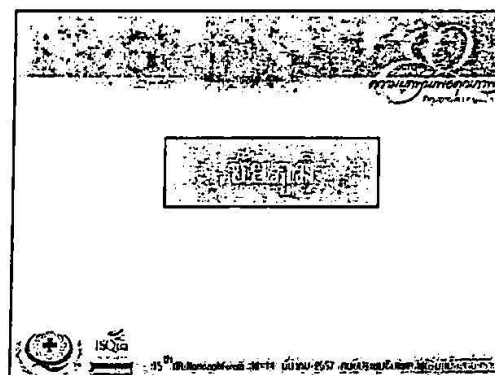
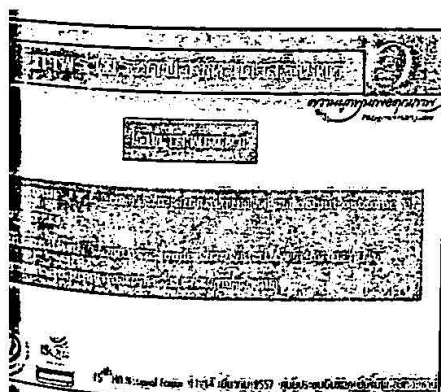
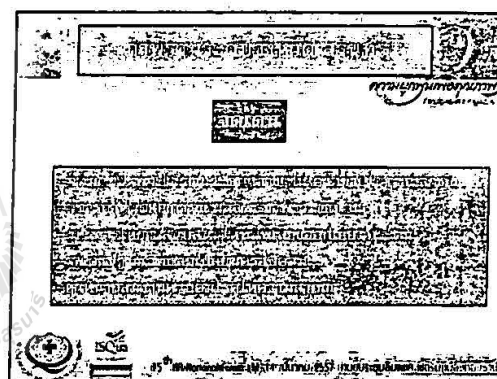
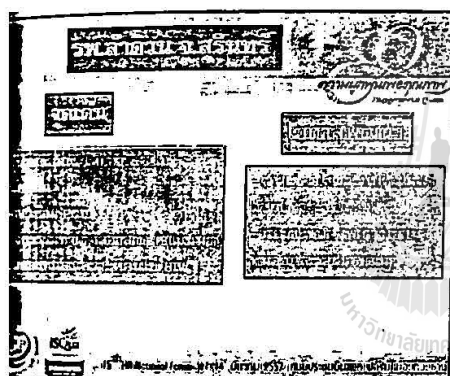
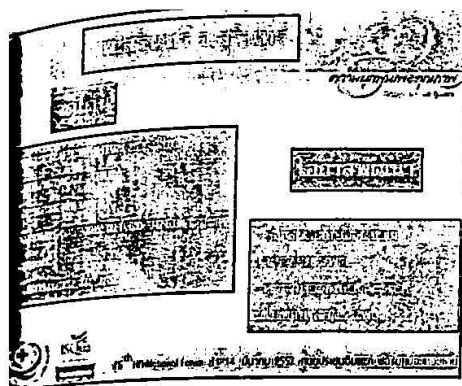
29 กรกฎาคม 2556

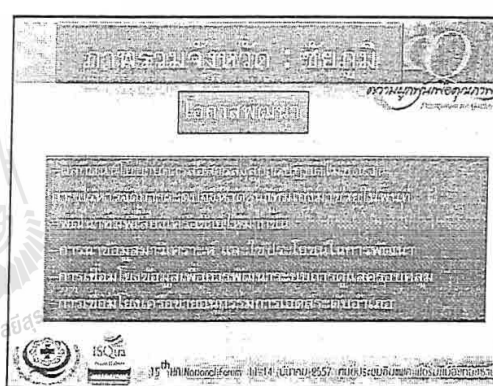


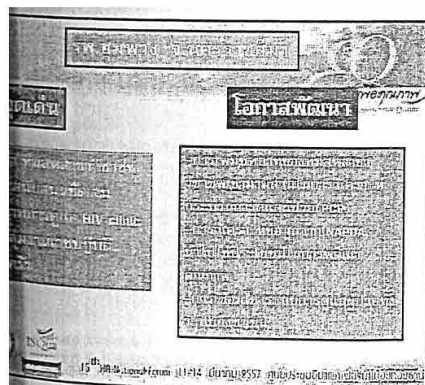
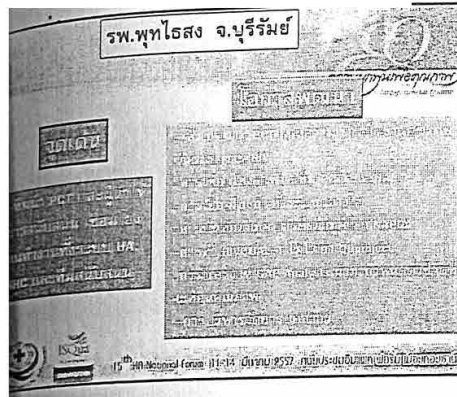

ISQ6

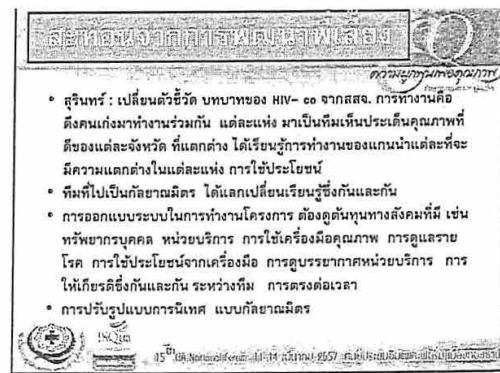
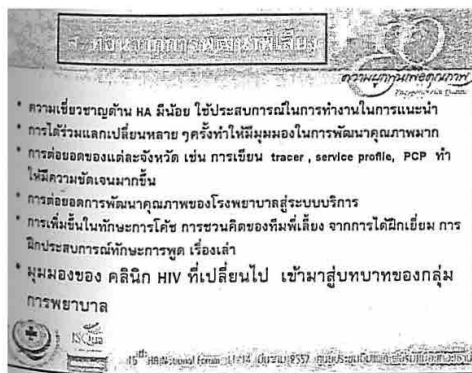
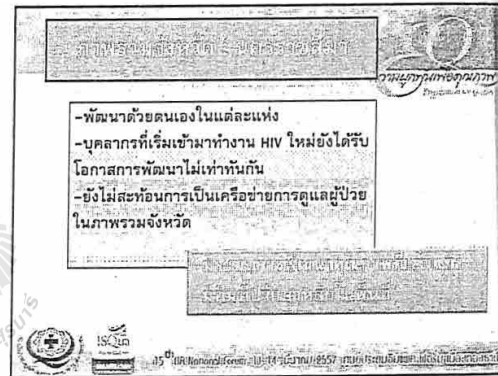
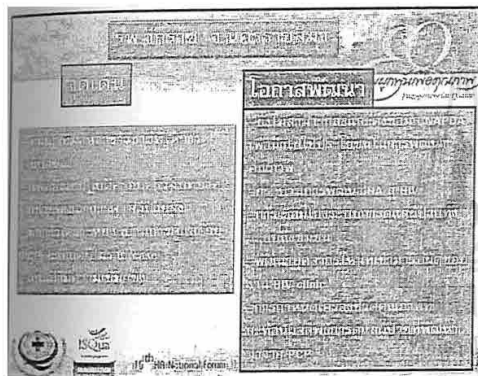
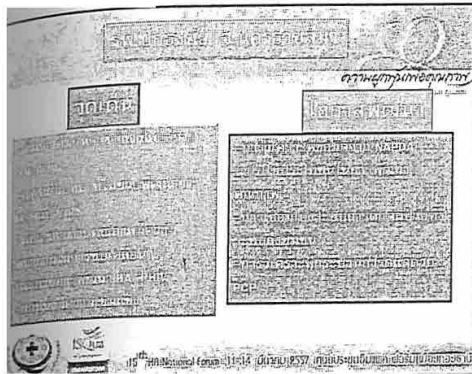
ศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์

ISQ6











ปัญหา/อุปสรรค

- ปัญหาที่โครงการกิจกรรมของหน่วยงาน
- คลินิกบริการมีหลาย
- ความสะดวกสบายในการประเมินผู้ป่วย
- เจ้าหน้าที่ขาดความมั่นใจในการทำงาน
- ผลการดูแลผู้ป่วยไม่ได้มาตรฐาน

15 ปี HIV National Forum 11-14 ธันวาคม 2557 ศูนย์ประสานงานและสนับสนุนวิชาการ

หลังเข้าร่วมโครงการ

15 ปี HIV National Forum 11-14 ธันวาคม 2557 ศูนย์ประสานงานและสนับสนุนวิชาการ

การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลสิริ

- Day care clinic ให้บริการทุกวันจันทร์ ตั้งอยู่ในคลินิกให้ยา 7 วัน
- ให้บริการแบบ One stop service จัดหน่วยบริการแยกจาก OPD ทั่วไป
- ให้บริการทุกวันจันทร์ เวลา 8.00 - 16.00 น.
- ทีมแพทย์ แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน
- นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 1 คน
- มานับผู้ติดเชื้อเอชไอวี(ศูนย์องค์รวม) 2 คน

15 ปี HIV National Forum 11-14 ธันวาคม 2557 ศูนย์ประสานงานและสนับสนุนวิชาการ

บทบาทหน้าที่

- แพทย์ รับผิดชอบวินิจฉัยและรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์
- พยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบดูแลคลินิกบริการ ประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา ให้ความรู้และคัดกรองวัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อื่นๆ ให้คำปรึกษาเรื่องยาต้านไวรัส ติดตามการขึ้นทะเบียน และประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
- นักวิชาการสาธารณสุข รับผิดชอบ HIV-co บันทึกข้อมูล/รายงาน (NAP Program, VCT, STI, NAPHA Extension, AIDSOL, HIVQUAL-T, HIVQUAL-T Pediatric) และประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

15 ปี HIV National Forum 11-14 ธันวาคม 2557 ศูนย์ประสานงานและสนับสนุนวิชาการ

บทบาทหน้าที่

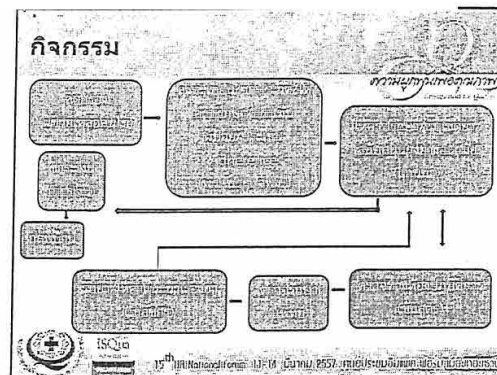
- เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน รับผิดชอบช่วยดูแลคลินิกบริการ ประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา ให้ความรู้และคัดกรองวัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อื่นๆ ให้คำปรึกษาเรื่องยาต้านไวรัส ติดตามการขึ้นทะเบียน บันทึกข้อมูล/รายงาน (NAP Program) และประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
- มานับผู้ติดเชื้อเอชไอวี(ศูนย์องค์รวม) ให้คำปรึกษา ติดตามเยี่ยมบ้าน
- นักจิตวิทยา รับผิดชอบให้การปรึกษาและประเมินสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

15 ปี HIV National Forum 11-14 ธันวาคม 2557 ศูนย์ประสานงานและสนับสนุนวิชาการ

บทบาทหน้าที่

- เกสเซอร์ รับผิดชอบ ให้ความรู้เรื่องยาและอาการผิดปกติของยาแก่ผู้ป่วย จัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ให้ถูกต้องตามมาตรฐานเพียงพอและพร้อมใช้
- เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ รับผิดชอบตรวจและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรค บันทึกข้อมูลการตรวจขั้นสุดใน NAP Program
- นักจิตวิทยา รับผิดชอบให้การปรึกษาและประเมินสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

15 ปี HIV National Forum 11-14 ธันวาคม 2557 ศูนย์ประสานงานและสนับสนุนวิชาการ



ขอบเขตบริการ (Scope of service)

ขอบเขตบริการ (Scope of service)

บริการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี โดยสมัครใจ
และรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ แก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกเชื้อชาติ ในเขตอำเภอสีคิ้ว ด้วยมาตรฐาน ครอบคลุม เท่าเทียมและทั่วถึง
การคัดกรองและติดตามการติดเชื้อด้านไวรัสเอดส์
ส่งเสริมพฤติกรรมทางกายภาพที่เหมาะสม
บริการด้านจิตใจ ลดความเครียด ลดความรู้สึกถูกตีตรา (Stigma)
เชื่อมโยงระบบการช่วยเหลือทางสังคม โดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
รวมถึงสิทธิของผู้ป่วย การเก็บรักษาความลับ

15 ปี Thai Hospital Forum 11-14 เมษายน 2557 ศูนย์บริการและพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพ

ผลการพัฒนาด้านโครงสร้างคุณภาพ

- อยู่กลุ่มงาน วคช. ซึ่งไม่ตรงภารกิจหลักของหน่วยงาน - ในวันให้บริการมีคลินิกหลายหลาย - การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไม่ชัดเจน	- อยู่กลุ่มงานการพยาบาลซึ่งมีการจัดการด้านการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน - จัดหน่วยบริการแยกจาก OPD ทั่วไป - มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนมากขึ้น
---	---

15 ปี Thai Hospital Forum 11-14 เมษายน 2557 ศูนย์บริการและพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพ

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

- ไม่มีการทำ Service Profile - ทีม PCT มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อย - มีการนำเสนอผลการดำเนินงาน	- มีการจัดทำ Service Profile - ทีม PCT มีการจัดทำ Clinical tracer night light - มีการนำเสนอผลการปฏิบัติงานเพื่อจัดทำตัวชี้วัดของโรงพยาบาล - มีเรื่องเอดส์ เป็น KPI ของ รพ. 3 ข้อ ใน 10 ข้อ
---	---

15 ปี Thai Hospital Forum 11-14 เมษายน 2557 ศูนย์บริการและพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพ

ผลการพัฒนาด้านสารสนเทศ

การจัดเก็บข้อมูลและการสืบค้นข้อมูลยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน	ทีม MIS ของ รพ. เข้ามามีบทบาทในการวางรูปแบบการเก็บข้อมูลที่สำคัญ
---	--

15 ปี Thai Hospital Forum 11-14 เมษายน 2557 ศูนย์บริการและพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพ



ภาคผนวก ง

รายชื่อผู้เข้ารับการอบรม

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวน การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์

และ ทีมเครือข่าย Infectious Control ระยะที่ ๒ เขตนครชัยบุรินทร์

วันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๕๖ ณ ศูนย์สนับสนุนฯ สวสนครราชสีมา

รายชื่อโรงพยาบาลเครือข่าย HIV ปี ๒๕๕๕ (วันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๕๖)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	โรงพยาบาล	โทรศัพท์	e-mail	ลายมือชื่อ	
						เข้า	ป่วย
1	นายยุทธ วัฒนสันเทียะ	นวก.สาธารณสุข	รพ.สีคิ้ว จ.นครราชสีมา	๐๘๐๙๓๔๘๔๑๕	kob-yut@hotmail.com		
2	นางสิริกร ทินราช	รพ.สีคิ้ว จ.นครราชสีมา	รพ.สีคิ้ว จ.นครราชสีมา	๐๘๖-๗๒๓๐/๐๐	msaww-tbai@hotmail.com		
3	นางรัชฎาภรณ์ วัฒนศิริ	รพ.ประทาย จ.นครราชสีมา	รพ.ประทาย จ.นครราชสีมา	๐๘๒-๑๔๒๓๓๕๓	SUKAPRATTHA19@gmail.com		
4	นางอรุณี จันทน์แสง	รพ.เกษรสมบุญ จ.ชัยภูมิ	รพ.เกษรสมบุญ จ.ชัยภูมิ	๐๔๕-๗๔๖๘๕๖	ARUNEE1193@hotmail.com		
5	นางอัมพร อนุชา	รพ.เกษรสมบุญ จ.ชัยภูมิ	รพ.เกษรสมบุญ จ.ชัยภูมิ	๐๔๕-๖๓๕๖๖๐	Amphacharnut44@hotmail.com		
6	นางเบญญาภา บุชพิเรนทร์	รพ.บำเหน็จณรงค์ จ.ชัยภูมิ	รพ.บำเหน็จณรงค์ จ.ชัยภูมิ	๐๔๕๖๑๗๔๒๔๘	benyapa_9@hotmail.com		
7	นางวิไลลักษณ์ ไผ่จืด	รพ.บำเหน็จณรงค์ จ.ชัยภูมิ	รพ.บำเหน็จณรงค์ จ.ชัยภูมิ				
8	นางสววย บังสันเทียะ	รพ.บำเหน็จณรงค์ จ.ชัยภูมิ	รพ.บำเหน็จณรงค์ จ.ชัยภูมิ				
9	นางสมปอง ชาลีเครือ	รพ.บำเหน็จณรงค์ จ.ชัยภูมิ	รพ.บำเหน็จณรงค์ จ.ชัยภูมิ				
10	นางวิจิตรา อุดมศิลป์	รพ.พลับพลาชัย จ.บุรีรัมย์	รพ.พลับพลาชัย จ.บุรีรัมย์	๐๘๑-๙๕๕๒๔๐	noideeying@hotmail.com		
11	นางศุภรัตน์ เทียนพาส	รพ.สุรินทร์ จ.สุรินทร์	รพ.สุรินทร์ จ.สุรินทร์	๐๘๕-๑๔๒๒๔๑๙	HIVSUFIN@hnt.ris.go.th		
12	นางจรัสศรี พรไวย	รพ.ปราสาท จ.สุรินทร์	รพ.ปราสาท จ.สุรินทร์	๐๔๑-๔๖๔๖๔๔	pink.mek@gmail.com		
13	นางปราณี อินทผุย	รพ.ปราสาท จ.สุรินทร์	รพ.ปราสาท จ.สุรินทร์	๐๘๗-๖๕๑๕๕๙๔			

วันที่

ชื่อ

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	โรงพยาบาล	โทรศัพท์	e-mail	ลายมือชื่อ	
						เข้า	ป่วย
14	จิราภรณ์ นนทะระนัง	พยาบาลวิชาชีพ	ศิริราช	081-9999976	jiapan.nantaran@khet...	น	น
15	ไพรัช บดินศิริ	เภสัชกร	ศิริราช	084 280022	pharatch.badin...	น	น
16	ศาสตราจารย์ สิริวัตร	ศาสตราจารย์	ศิริราช	087 8442545	sirawat.siriwat@khet...	น	น
17	ศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก	ศาสตราจารย์	ศิริราช	08446571684	dirak.direk@khet...	น	น
18	นาย พิชัย วัฒนานนท์	นายแพทย์	ศิริราช	086-2052088	pisit.wattanant@khet...	น	น
19	นายแพทย์สุธา พงษ์ไพฑูริ	นายแพทย์	ศิริราช	084-2856666	sutha.pongpaituri@khet...	น	น
20	นางสาวนันทิยา อุดมทิพย์	นางสาว	ศิริราช	0804674092	nantaya.udomthip@khet...	น	น
21	นายแพทย์วิวัฒน์ วิเศษ	นายแพทย์	ศิริราช	086-6480507	vitawat.wisesh@khet...	น	น
22	นายแพทย์วิวัฒน์ วิเศษ	นายแพทย์	ศิริราช	087 244194	vitawat.wisesh@khet...	น	น
23	นายแพทย์วิวัฒน์ วิเศษ	นายแพทย์	ศิริราช	0847275591	vitawat.wisesh@khet...	น	น
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							



รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการที่มึนเสี่ยง การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV

และ ทีมเครือข่าย Infectious Control ระยะที่ ๒ เขตนครชัยบุรินทร์

วันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๕๖ ณ ศูนย์สมมนา สำนักรั้วนครราชสีมา

รายชื่อโรงพยาบาลเครือข่าย HIV ปี ๒๕๕๖ (วันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๖)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	โรงพยาบาล	โทรศัพท์	e-mail	ลายมือชื่อ	
						เข้า	ป่วย
1	นางรชยา ดัวงนิล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.จักรราช จ.นครราชสีมา				
2	นางเพียรพิศ เองสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา				
3	นางมะลิจันทร์ ณะลิทธิ	นวก.สาธารณสุข	รพ.ชุมพวง จ.นครราชสีมา				
4	นางปวีณา บุญเกิด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ปักธงชัย จ.นครราชสีมา				
5	นางพรทิล โกสินทร์รักษา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ปักธงชัย จ.นครราชสีมา	081-8466552	PMR.PAK@gmail.com		
6	นางนงเยาว์ เพชรประภาศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.หนองบัวระเหว จ.ชัยภูมิ	089-5441866	tom999tam@hotmail.com		
7	นางนงนาคค์ดาว มาดัวง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.หนองบัวระเหว จ.ชัยภูมิ				
8	นางบังอร ยมชัยภูมิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เนินสง่า จ.ชัยภูมิ	089 4279246	byyee99@yahoo.com		
9	นางวิไลพร เพียรทิวเพิ่ม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.หนองบัวแดง จ.ชัยภูมิ	086-5781030	Tutu - PPP@hotmail.com		
10	นางกัลป์ยานี มาเมือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.หนองบัวแดง จ.ชัยภูมิ				
11	นส.ศุภฎี กวนคอนสาร	พยาบาลวิชาชีพ	รพ.คอนสาร	087-2202052	DTON2010@hotmail.com		
12	นส.ชนิษฐา ชีพอุบัติ	พยาบาลวิชาชีพ	รพ.คอนสาร	087-2202052	khaniha918@hotmail.com		
13	นส.ณรินทร์ พาชชอบ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พุทธโสธร จ.บุรีรัมย์				
14	นางปัทมา มาลีนันท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พุทธโสธร จ.บุรีรัมย์	085-2111518			



รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการที่เสี่ยง การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์

และ ทีมเครือข่าย Infectious Control ระยะที่ ๒ เขตนครชัยบุรินทร์

วันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๕๖ ณ ศูนย์สัมมนา สวนสัตว์นครราชสีมา

รายชื่อทีมที่ปรึกษาโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ปี ๒๕๕๕ (วันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๕๖)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	โรงพยาบาล	โทรศัพท์	e-mail	ลายมือชื่อ	
						เข้า	บ่าย
1	นางนงนภัส มากน่าน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ประทาย จ.นครราชสีมา	081-5483120	nanan.123@gmail.com		
2	ภก.ภูวิศ บุญรักษา	เภสัชกร	รพ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา				
3	นางวารุณี เอี้ยวฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เสด็จ จ.นครราชสีมา	081-8993544	waruni.123@gmail.com		
4	นางชีนีนาถ ศรีสุริยชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พลับพลาชัย จ.บุรีรัมย์	0810735437	hircencw72@gmail.com		
5	นางรัชราภรณ์ หุนตะคุ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.นางรอง จ.บุรีรัมย์				
6	นางปณิดา สุวานิช	นวก.สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สสจ.สุรินทร์ จ.สุรินทร์	084-0391700	rattana.9@gmail.com		
7	อ.นริศลักษณ์ สุวรรณโณบล	อาจารย์	มทส.	081-9771668	nanee.123@gmail.com		
8	อ.จินตนา ตาปิ่น	อาจารย์	มทส.				
9	อ.ลักขณา สุวะจันทร์	อาจารย์	มทส.				
10	อ.รัชฎาภรณ์ ใจอ้าย	อาจารย์	มทส.				
11	นางสาวกัญญา งามพิศล	พยาบาลวิชาชีพ	รพ.บ้านด่าน	0905043333	nanan.123@gmail.com		
12							

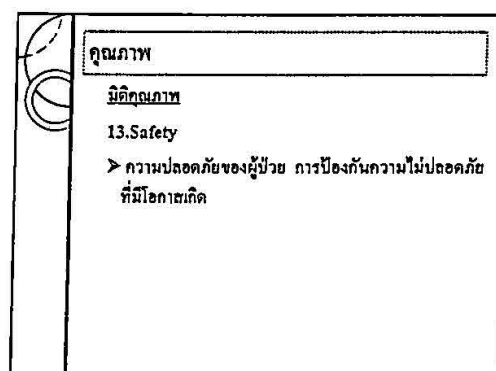
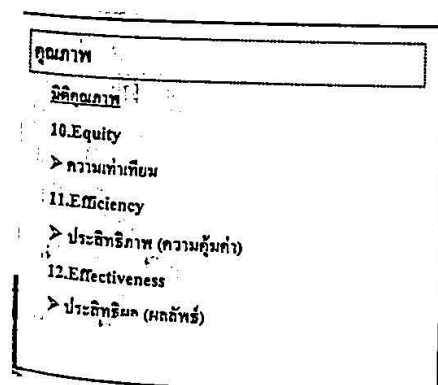
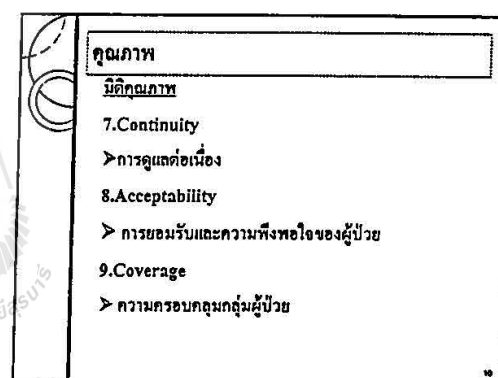
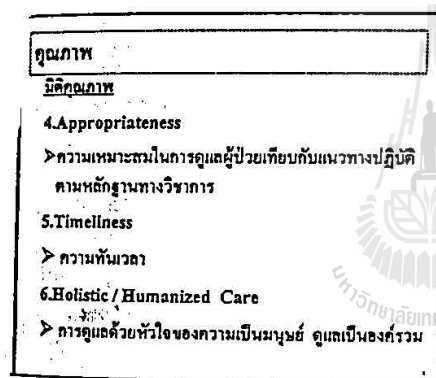
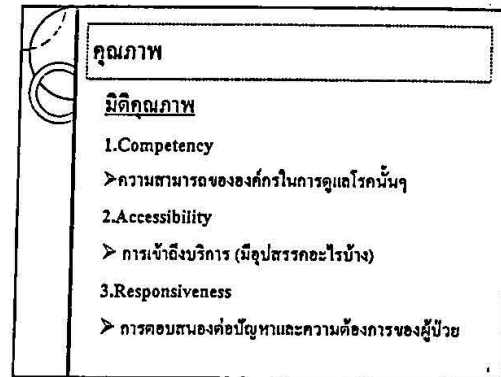
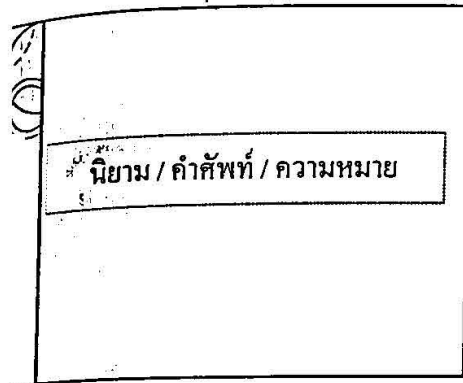
ร.ร.	ร.ร. / ร.ร.	ร.ร. / ร.ร.	ร.ร. / ร.ร.	ร.ร. / ร.ร.	ร.ร. / ร.ร.	ร.ร. / ร.ร.	ร.ร. / ร.ร.
17	นส.สุณิสา เล็งสุ่ย	เภสัชกรชำนาญการ พ	รพ.ลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์	084-088 0832	supat-lours@hotmail.com	๑	๑
18	นางกัลยาณี ศิริพานิชย์ศกุนต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ศรีนครินทร์ จ.สุรินทร์	๐๙-๔๕๓๕-๖๖๖	donnyga.15@hotmail.com	๑	๑
19	จก. ดลนภ พรหม	พหุศาสตร์บริหาร	ร.ร. ๑๙๓๖	0๒๖๕๕๖๖๖	donnyga.15@hotmail.com	๑	๑
20	นส. ธิษฏยา ลาภคำ	นักวิชาการบริหาร	รพ.ลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์	08๗-๗๖๐๙๗๘๙	nonnoid123@hotmail.com	๑	๑
21	นส. ธิษฏยา ลาภคำ	นักวิชาการบริหาร	รพ.ลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์	0๙๙-๗๖๐๙๗๘๙	jikoya-55@yahoo.com	๑	๑
22	นส. ธิษฏยา ลาภคำ	นักวิชาการบริหาร	รพ.ลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์	๐๙๙-๗๖๐๙๗๘๙	ksongpud99@hotmail.com	๑	๑
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							



ภาคผนวก จ

เอกสารประกอบการอบรม/ตาราง

เยี่ยมชมเสริมพลังอำนาจหน่วยบริการ



ความเสี่ยง

- > โอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์ (Incident)
- > Incident คือ เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย (Harm)
- > Harm คือ ผลที่ทำให้โครงสร้างหรือการทำงานของร่างกายผิดปกติ หรือผลเสียที่ตามมาทางจิตใจ

13

ความเสี่ยง

- > Error คือ การกระทำในสิ่งที่ผิดจากมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ
- > Adverse Event คือ อันตรายต่อผู้ป่วยที่เกิดจาก Error ของผู้รักษาพยาบาล

14

**ประเด็นสำคัญ
ในมาตรฐานแต่ละบท**

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

15

การประเมินผู้ป่วย

- > การวินิจฉัย
- > การระบุปัญหา ความสำคัญ ความเร่งด่วนอย่างเป็นองค์รวม (Problem List)
- > การประเมินซ้ำในช่วงเวลาที่เหมาะสม

16

การวางแผนการดูแลผู้ป่วย

- > แผนการรักษาเหมาะสมกับปัญหา ความสำคัญ ความเร่งด่วน
- > แผนการรักษาประสานกันระหว่างวิชาชีพ
- > ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม

17

การวางแผนจำหน่าย

- > การระบุปัญหา/ข้อจำกัด ของผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่บ้าน
- > การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เพื่อเผชิญปัญหา/ข้อจำกัด ดังกล่าว
- > การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ
- > การสร้างเครือข่าย

18

เป้าหมาย
วิธีการ
กิจกรรมคุณภาพ

3P

P : Purpose
 >เป้าหมายการดูแลผู้ป่วย (Treatment Objective)

3P

P : Process
 >การพิจารณากระบวนการดูแลผู้ป่วย แล้วใช้แนวคิดในการพัฒนาประยุกต์

3P

P : Process
 แนวคิด ได้แก่
 > Process Management / Innovation
 > Lean Thinking
 > Risk Management
 > Evidence – Based Practice

3P

P : Process
 แนวคิด ได้แก่
 > Spirituality
 > Health Promotion
 > Knowledge Management

3P

P : Performance
 >ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย
 >ตัวชี้วัด Process indicator, Outcome Indicator

การทบทวนทางคลินิก

- > การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วย (ที่ยังยากจับช้อนอย่างเป็นองค์รวม) ให้ผู้ป่วยปลอดภัย

การทบทวนทางคลินิก

- > การทบทวนย้อนหลัง เพื่อให้ทราบ Error, Adverse Event
- > การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (RCA = Root Cause Analysis)

มีความสามารถในการถ่ายทอด / สื่อสาร

- > ทำสิ่งที่เป็นนามธรรมให้เป็นรูปธรรม
- > เปิดโอกาสให้มีการสื่อสาร 2 ทาง

**ความสามารถ
ในการถ่ายทอด / สื่อสาร**

การตั้งคำถาม

- > เริ่มต้นด้วยการถามต่อทีม ไม่เฉพาะเจาะจงคนหนึ่งคนใด (ไม่ทำให้เกิดความหวาดหวั่น)
- > เปลี่ยนคำถาม ถ้าไม่มีใครตอบ
- > ใช้คำถามปลายเปิด ที่กระตุ้นการแสดงความคิดเห็น เช่น อะไร อย่างไร ช่วยอธิบาย

การฟัง

- > การฟังที่ดีจะต้องใช้ภาษาากายทั้งหมด
- > ฟังเพื่อให้รับรู้ ไม่ใช่ฟังเพื่อให้ได้ยิน

การฟัง

การฝึกฝน

- > ฟังอย่างตั้งใจ
- > ให้มองผู้พูด
- > สรุปความคิด
- > เข้าใจจิตใจ ความรู้สึก

21

การฟัง

การฝึกฝน

- > ฝึกทวนสอบความเข้าใจเป็นระยะ
- > ขจัดอารมณ์ของตัวเอง
- > เก่งการบันทึกประเด็นสำคัญ
- > การตอบสนองเหมาะสม

22

การสังเกต

- > ใช้การสังเกตเป็นประโยชน์ ในการจับประเด็น (บางเรื่องไม่ต้องถาม)
- > ใช้ผลการสังเกตกระตุ้นเพื่อสร้างการเรียนรู้

23

การFeedback

- > Supportive Feedback คือ การชื่นชม เพื่อสร้างกำลังใจและทำความดีต่อไป
- > Constructive Feedback คือ การเสนอแนะอย่างสร้างสรรค์ เพื่อให้เกิดการพัฒนา

24

บันทึกกิจกรรม

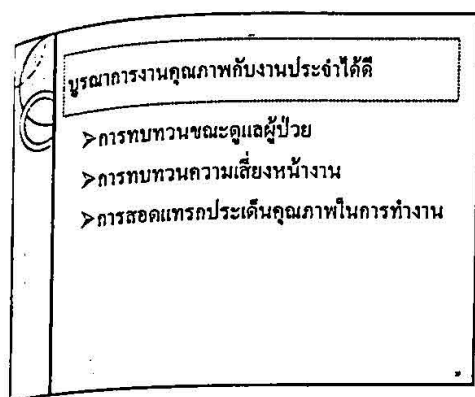
- > การทบทวนกระบวนการ / ผลลัพธ์
- > การทบทวนอุบัติการณ์ / เหตุการณ์สำคัญ
- > การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ KM
- > ส่งเสริม CQI, R2R, นวัตกรรม

25

หมั่นติดตามผลงาน

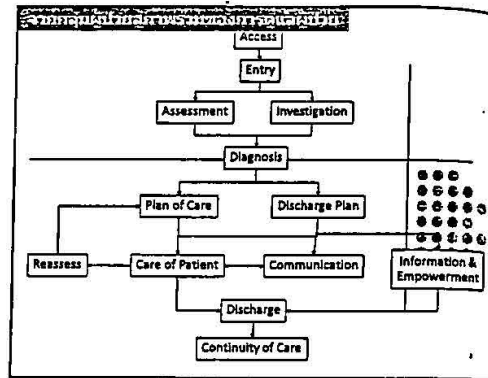
- > เพื่อกระตุ้นเสริมพลัง
- > การคาดการณ์ การเปรียบเทียบ
- > การวิเคราะห์แนวโน้ม

26



Care process

1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ
2. การประเมินผู้ป่วย
3. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย
4. การวางแผนจำหน่าย
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังผู้ป่วย
6. การดูแลต่อเนื่อง
7. การสร้างเสริมสุขภาพ



ประเด็นสำคัญ / ความเสี่ยงสำคัญ

- ๖ เลือกเฉพาะประเด็นที่สำคัญของการดำเนินโรค จากการตามรอยจริง โดยพิจารณาจากสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว และสิ่งที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น

ตัวชี้วัดและเป้าหมายการพัฒนา

- ผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ต้องการ

ตัวชี้วัด

- การกำหนดตัวชี้วัดเพื่อวัดผลลัพธ์และประเด็นสำคัญ / ความเสี่ยงสำคัญ

กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

- กระบวนการที่สำคัญในแต่ละ Care Process
- กระบวนการสำคัญที่ปรับเปลี่ยน
- กระบวนการที่ปรับเปลี่ยน ควรยึดจากมาตรฐานวิชาชีพ Best Practice (ใช้กระบวนการ Gap Analysis)

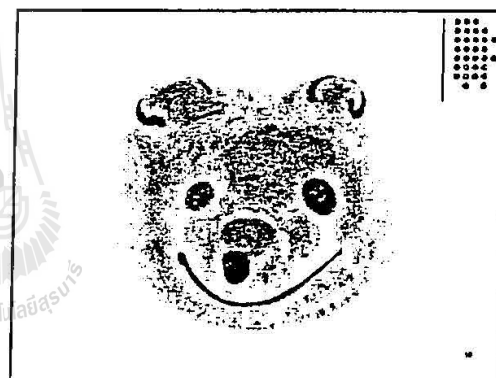
ผลการพัฒนาที่สำคัญ
 รูปแบบเรียน (การเรียนรู้=Learning) จากการพัฒนา

Learning

- ☐ Evaluation
- ☐ Improvement
- ☐ Innovation
- ☐ Integration
- ☐ Outcome

แผนการพัฒนาคือเรื่อง

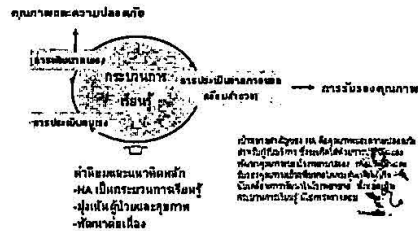
- ๑ ในกรณีผลการพัฒนายังไม่ดี จะทำอะไรต่อ
- ๒ ในกรณีผลการพัฒนาดีแล้ว จะทำอะไรให้ดียิ่งขึ้นหรือไม่





มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ Hospital Accreditation (HA)



องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการ HA

- การมีมาตรฐานเชิงระบบส่งเสริมการพัฒนา ใช้ร่วมกัน
- โรงพยาบาลใช้มาตรฐานเพื่อการประเมินและพัฒนาตนเอง สอดคล้องกับบริบท มี Core value กำกับ
- การประเมินภายนอกเป็นลักษณะกัลยาณมิตร เพื่อ ยืนยันผลการประเมินตนเอง
- การยกย่องชื่นชม ด้วยการมอบกิตติกรรมประกาศ

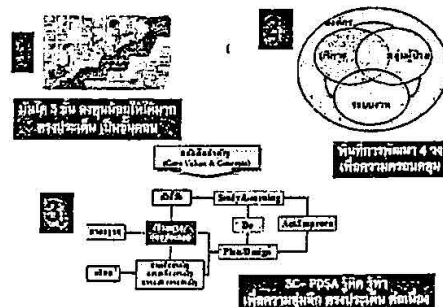
แนวคิดพื้นฐานกระบวนการ HA

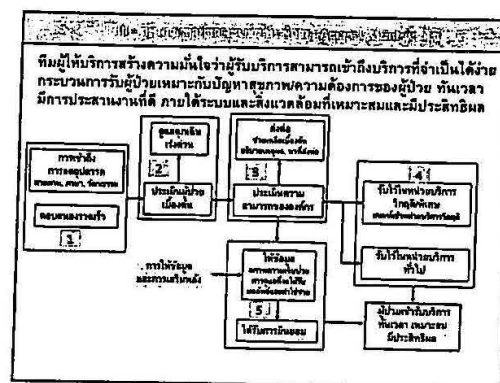
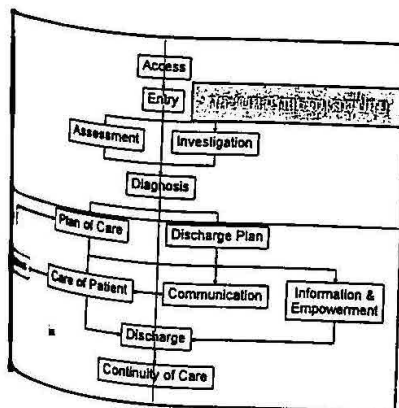
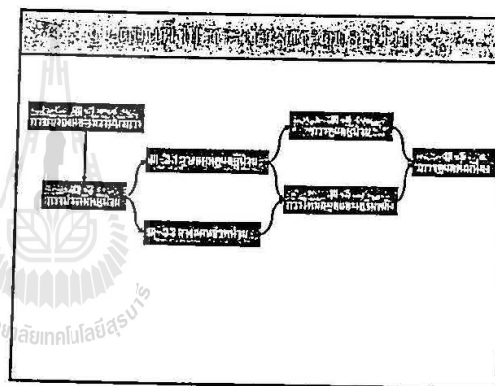
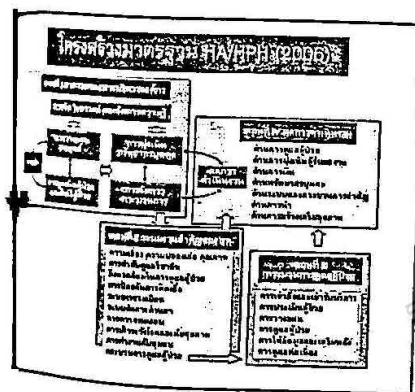
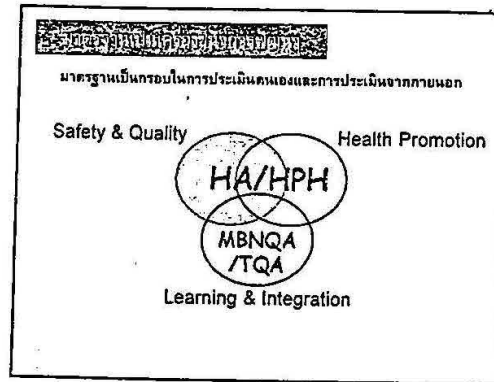
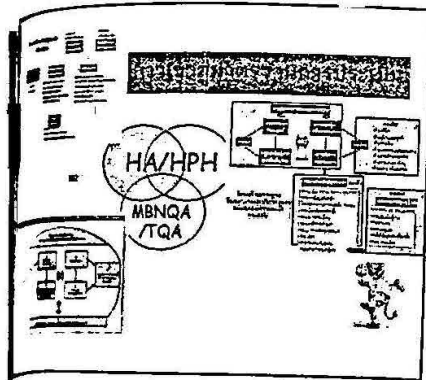
- กระบวนการเรียนรู้ที่มีเป้าหมาย ที่ คุณภาพ และ ความปลอดภัย
- กระบวนการเรียนรู้เกิดจาก การประเมินและพัฒนาตนเองของทีม ร่วมกับเยี่ยมสำรวจจากภายนอก
- การเยี่ยมสำรวจจากภายนอก เพื่อการยืนยันผล ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาเป็นการสร้างคุณค่า
- การรับรองคือ กำลังใจในการทำความดีและส่งเสริมให้ทำต่อเนื่อง

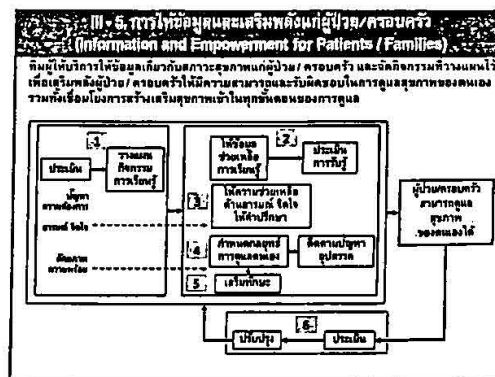
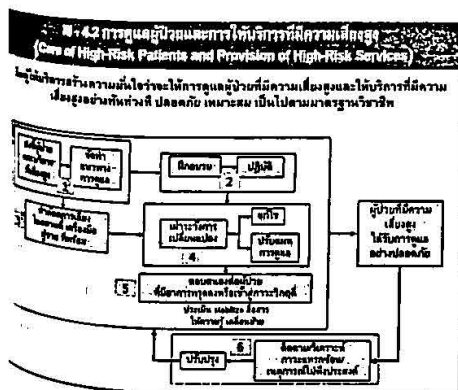
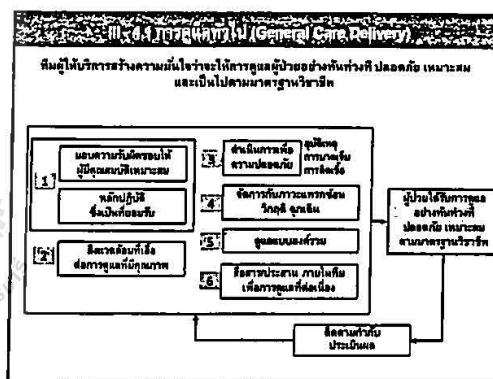
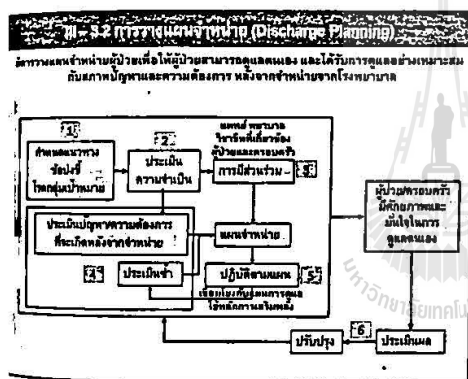
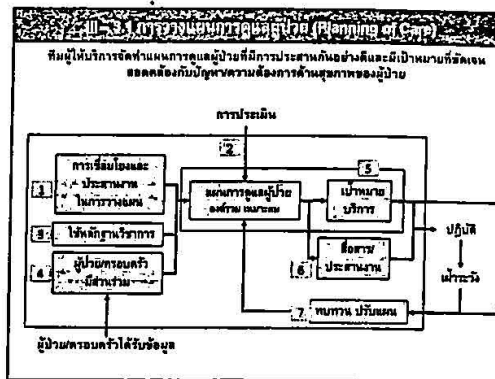
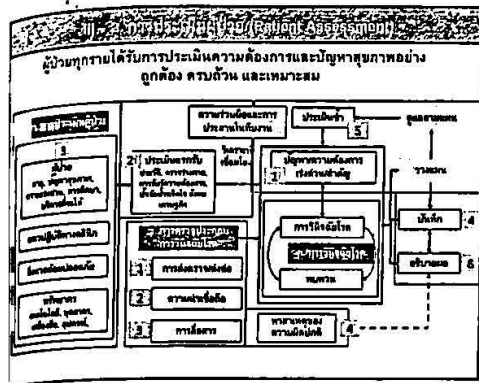
ทำความเข้าใจ HA รอบด้าน

มิติลำดับขั้นการพัฒนา : บันไดสามขั้นสู่ HA
มิติพื้นที่การพัฒนา : กลุ่มของระบบย่อยในองค์กร
มิติกระบวนการพัฒนา : 3 C-PDSA
มิติการประเมินผล : ตามบันไดแต่ละขั้น ตาม มาตรฐาน ตาม overall scoring ,PKM

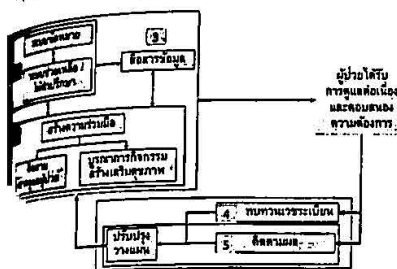
หัวใจของการพัฒนาตามกระบวนการ HA



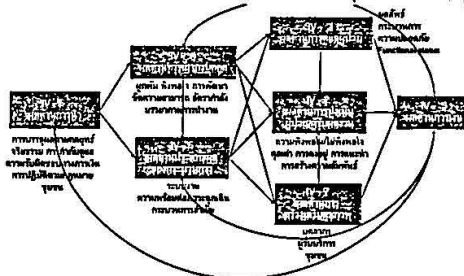




๓. ใช้หาความสัมพันธ์และประสานงานเพื่อให้มีการติดตาม และดูแลผู้ช่วย
ต่อเนื่องที่ให้มีผล



องค์กรของไอทีเพิ่มผลกำไรผ่านงานที่คณะกรรมการปรับปรุงในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ผลด้านการดูแลผู้ว่า
ผลด้านการเงินและผู้บริหารอื่น ๆ ผลด้านการเงิน ผลด้านบุคลากร
ผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการ ผลด้านการนำ และผลด้านการปรับเปลี่ยนสภาพ



1020

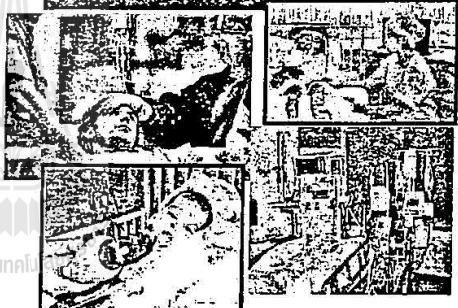


ใช้สมอง



กับสองมือ

บอกถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในคลินิก



Clinical Tracer Highlight

การดูแลผู้ป่วยโรค

[illegible]

1.บริบท:

มหาวิทยาลัยสุโขทัย

ประเด็นสำคัญ :

.....

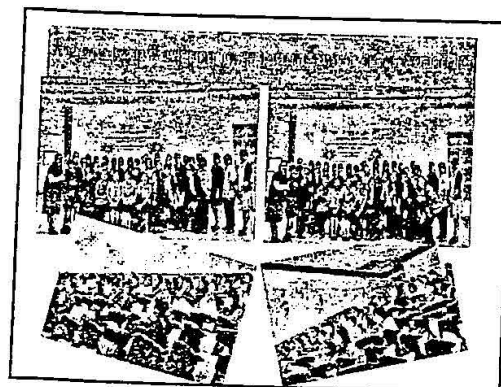
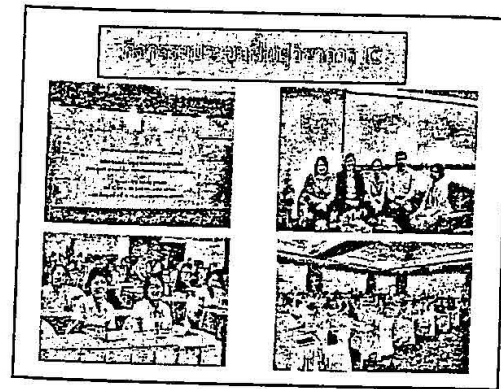
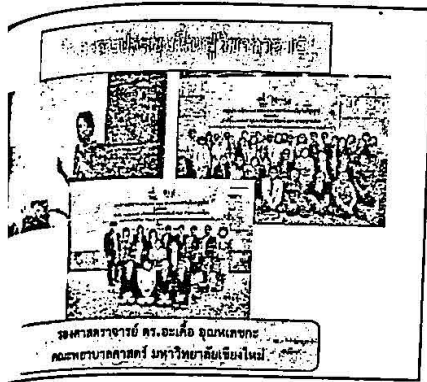
เป้าหมายการพัฒนาและตัวชี้วัด.....

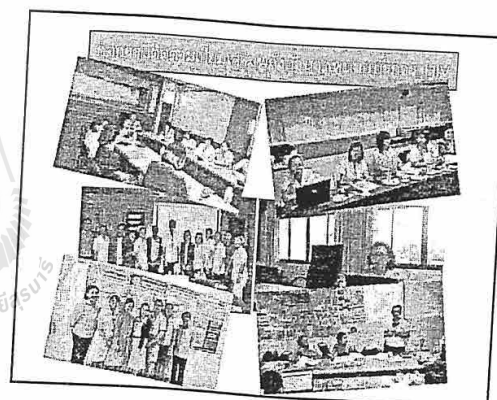
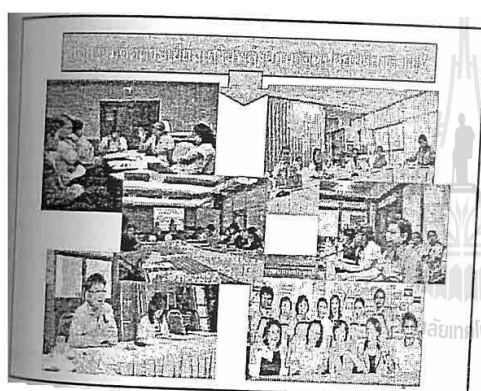
This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears to be from a notebook or a set of legal pads. The edges of the paper are slightly irregular, suggesting it might be a scan of a physical document. There is no handwriting or other markings on the page.

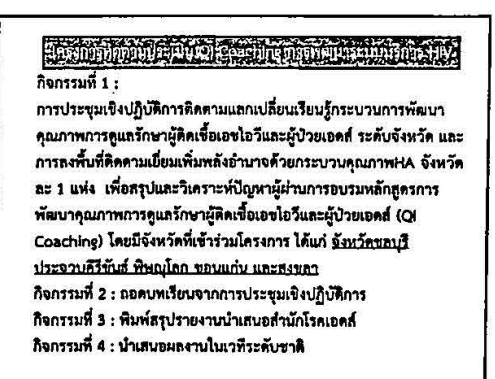
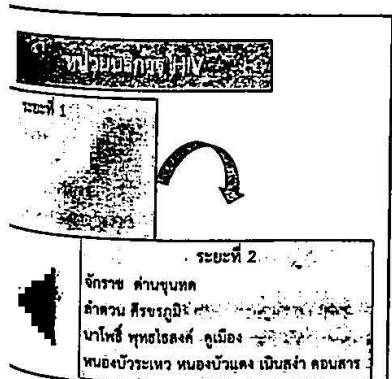
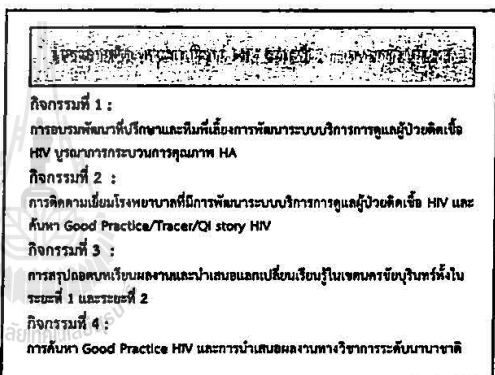
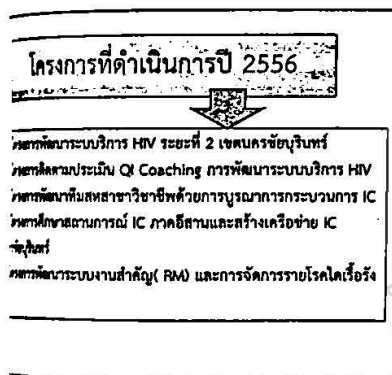
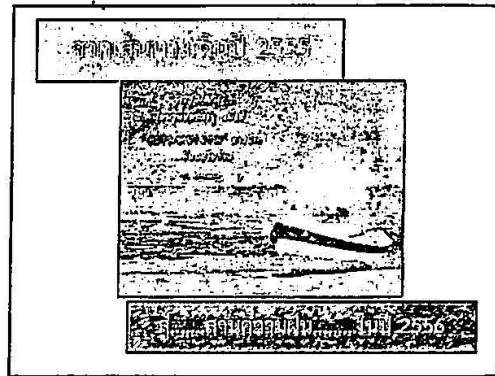
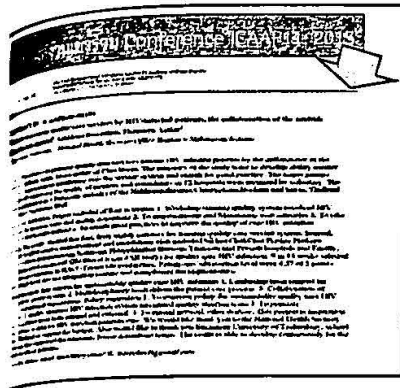
กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ:

การพัฒนาที่สำคัญ:

การพัฒนาต่อเนื่อง :







กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การสร้างเครือข่ายอย่างน้อยเครือข่ายละ 3 ครั้ง รวมเป็น 9 ครั้ง และการประชุมทีมผู้บริหาร IC

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมประชุมสรุปถอดบทเรียนการสร้างเครือข่ายละ 1 ครั้ง

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการติดตามเยี่ยม Good practice ที่ดีในแต่ละเครือข่ายละ 1 ครั้ง

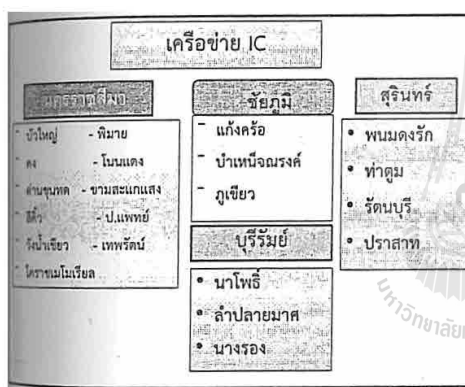
กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการนำเสนอ Good Practice ในเวทีวิชาการระดับชาติ

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาหลักสูตรฯ หัวหน้าหน่วยย่อยกลาง (รศ.ดร.ระเคื้อ อุณหเลขกะ)

สำหรับนักศึกษาสาขาวิชาบัณฑิต ศึกษาค้นคว้าอิสระ

ผู้ว่าจ้างคืออาจารย์ C ผู้คนกรอชมเชยผู้ว่าจ้าง

1. ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน การดำเนินงานการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในหน่วยบริการ สาธารณสุขและอัตราการติดเชื้อที่สอดคล้องกับบริบท (เขาดอกไม้สีขาวและเขาดอกไม้เขียว)
2. วิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันกับหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (เขาดอกไม้เขียว)
3. จัดทำรูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อลดอัตราการติดเชื้อที่สอดคล้องกับบริบท และนำผลสู่การปฏิบัติ (เขาดอกไม้เขียว)
4. นำเสนอผลงานทางวิชาการและบทความทางวิชาการระดับชาติ นานาชาติ จำนวน 1 ครั้งและ 1 ผลงาน



กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างเครือข่าย
ระบบงานสำคัญระบบบริหารความเสี่ยง อย่างน้อย 3 ครั้ง
กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการติดตามเยี่ยมหน่วยบริการ CKD เพื่อ
วิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาคูณภาพในระบบบริการการดูแล
ผู้ป่วย CKD
กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่บ้าน
และหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 4 ครั้ง
กิจกรรมที่ 4 สรุปลงทอดบทเรียนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้



The image shows a computer screen with a complex, multi-layered interface. At the top, there is a large, textured rectangular area containing the text "MULTIMEDIA CENTER" and "2556". Below this, the screen is divided into several sections. On the left, there is a vertical sidebar with icons and labels for "Internet", "My Computer", "My Recent Places", "My Network Places", and "Control Panel". The main area of the screen is filled with various data fields, including "Name", "Address", "City", "State", "Zip", and "Phone", each with a corresponding input field. The interface has a classic Windows 95/98 aesthetic with a taskbar at the bottom showing the "Start" button and several open application windows.

ผู้ประสานงานโครงการฯ

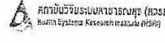
1. น.ส. นิลกมล สุวรรณโบล , 081-9771668, 044-223990
 Email: nareelux1@sut.ac.th, nareelux1@gmail.com

2. อ. จันทนา คาปิ่น, 084-6803062, 044-223543
 Email: jintana.ta@sut.ac.th

3. คุณหญิงพงศ์ ธนพรหมาวีวัฒน์, 084-4984564, 044-223510
 Email: tanaproma@sut.ac.th ;

ขอบคุณในความร่วมมือเพื่อ
ประโยชน์ของประชาชน




AID@THAI.org



เกริ่นนำ

ทบทวนความเข้าใจกับ HA

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
5 มิถุนายน 2556

วิสัยทัศน์ (VISION)

ประเทศไทยมีบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจของสังคม โดย สรพ. มีบทบาทในการส่งเสริมการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ

พันธกิจ (MISSION)

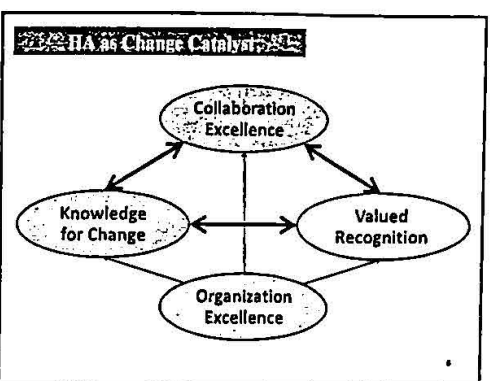
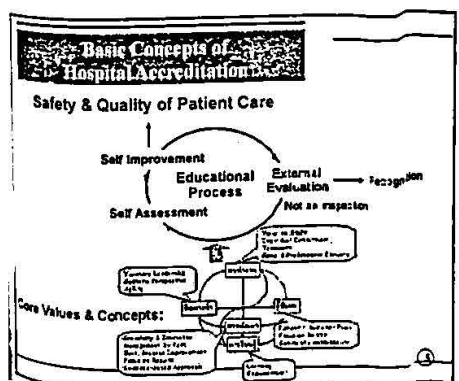
"ส่งเสริม สนับสนุน และขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยใช้การประเมินตนเอง การเปิดเผยข้อมูลจากภายนอกและการรับรอง กระบวนการคุณภาพ เป็นกลไกกระตุ้น ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล อย่างสมบูรณ์"

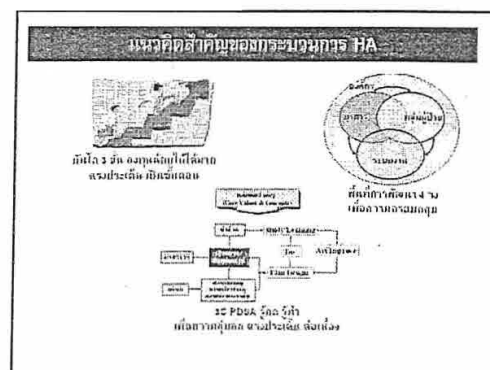
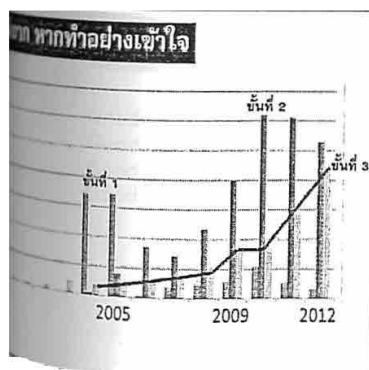
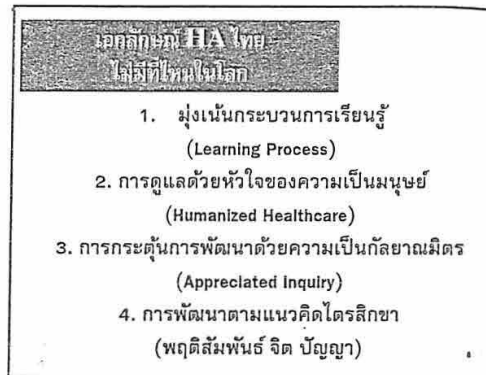
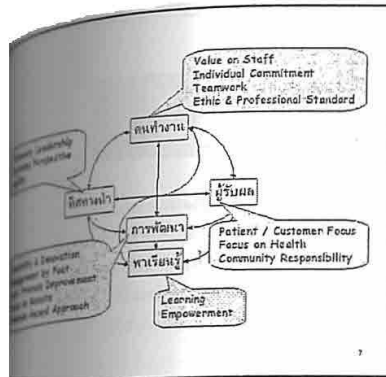
ภาพของหน่วยงานที่มีคุณภาพ

บริการสุขภาพของโฮ
เป็นบริการที่มีคุณภาพ นำใจไว้วางใจ
ในทุกมิติ ทุกขั้นตอน ทุกเวลา สำหรับทุกคน

บริการที่มีคุณภาพในทุกมิติ

มี	Effective	Accept
เข้าถึง	Access	Access
พึงพอใจ	Accept/Responsive	Appropriate
ด้วยหัวใจ	Humanize	Competency
เหมาะสม	Appropriate	Continuity
คุ้มค่า	Efficient	Coverage
เวลาเหมาะสม	Timeliness	Effective
สามารถ	Competency	Efficient
ปลอดภัย	Safety	Equity
ต่อเนื่อง	Continuity	Humanize
ทั่วถึง	Coverage	Responsive
เป็นธรรม	Equity	Safety
		Timeliness

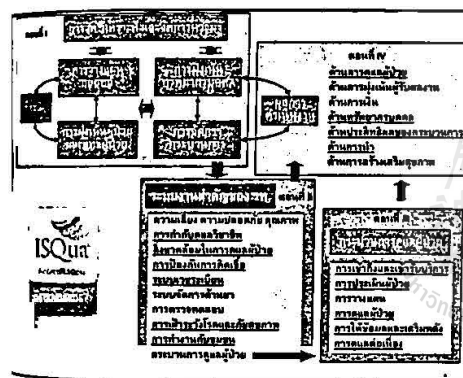
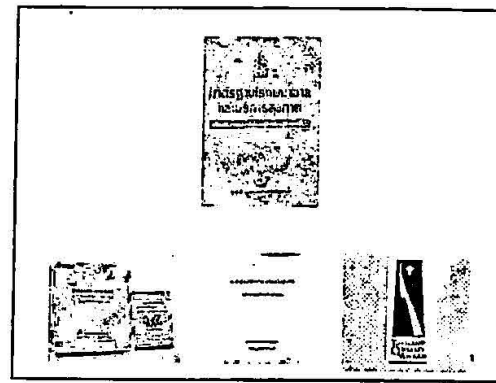




การใช้มาตรฐาน HA เพื่อพัฒนาองค์กร

Hospital Accreditation (HA) คือกลไกประเมิน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของ โรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และ พัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการ ประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

13



Looking From Both Sides

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
5 มิถุนายน 2558

14

Good Practice

Good Outcome
Good Process
Good Effort
Good Learning

Evaluation & Improvement
Understand WHY
Get New Idea, New Concept
Find New Approach

15

ถามคน คน Good practice

ให้จับคู่คนร่วมค้น สลับกันเล่าถึงสิ่งที่คิดว่าเป็น
Good Practice ของตน
อีกคนคิดว่า เป็น Good Practice แบบไหน
โปรดชื่นชมและชมชอบ

16

Good practice

What ?
Where ?
Why ?
Who ?

How to implementation

Good Practice อยู่ทุกที่ มีทุกคน ค้นให้เจอ

SPAIN Action

What? อะไรคือปัญหาเฉพาะในเรื่องนี้

How? : จะทำอย่างไรกับเรื่องนี้

More How? : แล้วจะให้สิ่งต่างๆ นี้อยู่ได้อย่างไร

MIND THE GAP

Find the Gap

การทบทวนเวชระเบียน
กิจกรรมทบทวนคุณภาพอื่นๆ
รายงานอุบัติการณ์
การวิเคราะห์ข้อมูล
การตามรอยในพื้นที่จริง

Trigger vs. Med. Rec. Review

เริ่มจากอันไหนดี

- ไม่รู้ว่าเริ่มอย่างไรก็เริ่มจากเอา Trigger ที่มีกำหนดไว้ไปเลือกเวชระเบียนมาทบทวน
- อยากจะเป็นตัวของตัวเองก็ทบทวนเวชระเบียนที่มีปัญหาจำนวนหนึ่ง แล้วมองกลับมาหา Trigger แต่ต้องทำใจว่าไปเปรียบเทียบข้อมูลกับคนอื่นไม่ได้

ต้องขออย่างไร

- ทำ Concurrent Trigger Tool ระบุ Trigger ขณะยังไม่เกิดเหตุการณ์ แล้วเร่งรัดไประงับเหตุ

Analysis จิตวิเคราะห์ความผิดพลาด

Recommendation

Current/Actual Practice

Desired Practice

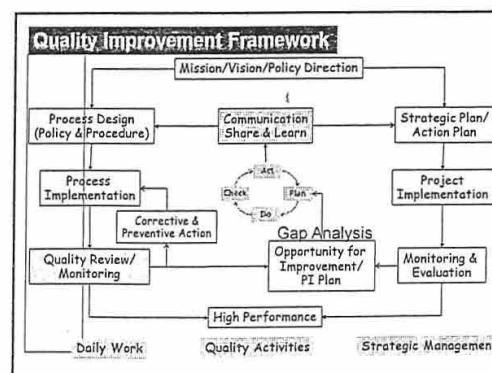
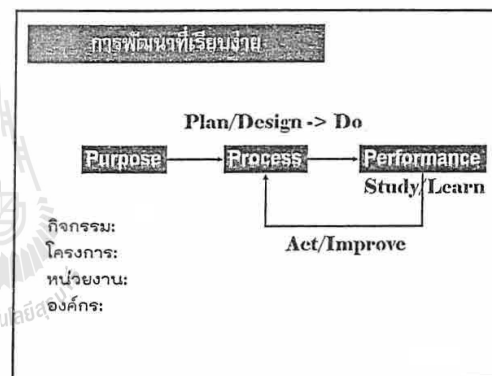
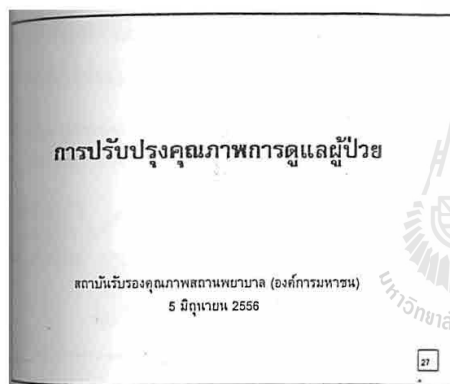
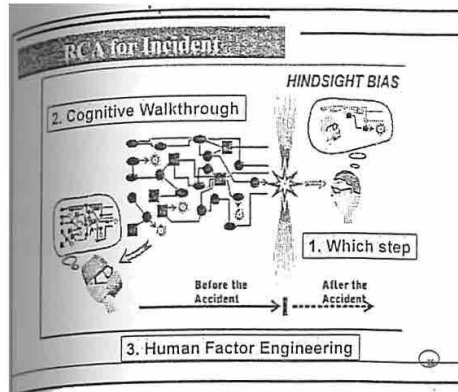
Action Plan

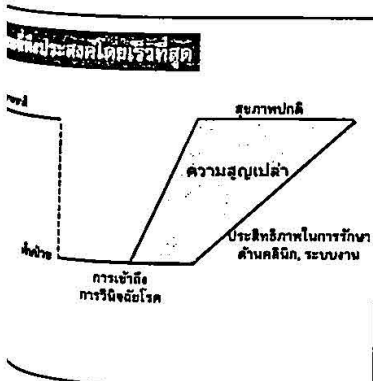
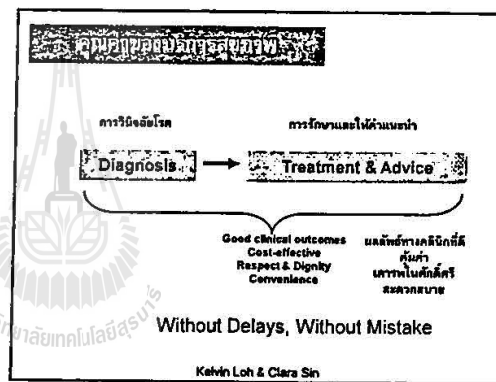
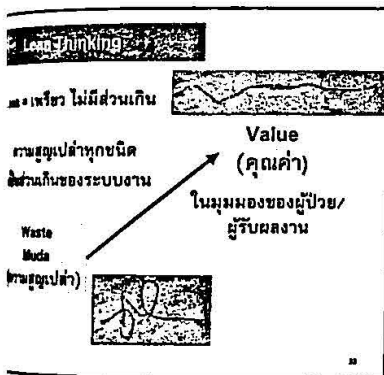
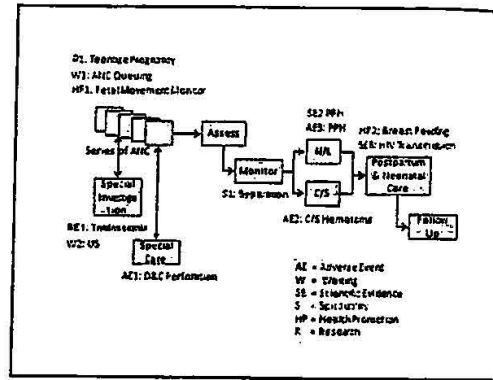
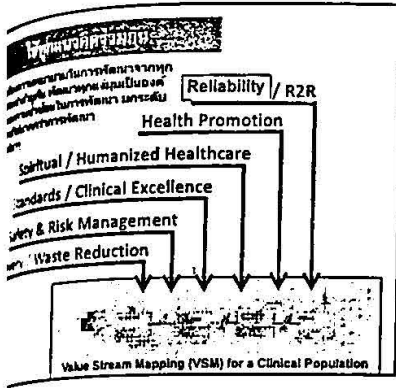
Gap

Response to patients with...
...by...
...at the time of...
...phase...
...normals), if...
...positive...
...of the patient...
...should...
...at 3...
...positive...
...responsibility...
...be performed.

Bedside Review

Risk & Care
Communication & Empowerment
Continuity & D/C plan
Team work
HRD
Environment & Equipment





ต้องฟังลูกค้าด้วยความใส่ใจ
และเปิดใจขึ้นกว่าเดิม

ปัจจัยเสี่ยงด้านเวลา

อยากให้ลดขั้นตอนเวลาที่ไปยื่นบัตร วัดความดัน เรื่องข้อไปตรวจ เพราะทำแต่ละอย่างก็ต้องไปนั่งรอให้เขาเรียกชื่อถึง 3 ครั้ง ซึ่งมันน่าจะจบในกระบวนการเดียวไปเลย (unnecessary process & waiting)

เวลาที่ไปหาหมอที่ไม่ใช่หมอคนเดิม อยากให้มีประวัติในคอม เพื่อหมอจะได้อ่าน ไม่จำเป็นต้องคอยนั่งเล่าใหม่ทุกครั้ง (inventory)

ปัจจัยเสี่ยงด้านเวลา

เวลาที่ต้องไปพบแพทย์ในวันเดียวกัน เพื่อตรวจหลายโรค อยากให้มีระบบเรื่องเวลานัดเพื่อไม่ให้มันซ้อนกันหรือนัดเวลาใกล้กัน เพราะแต่ละโรคกว่าจะหาหมอเสร็จก็ใช้เวลานาน ทำให้ต้องคอยวิ่งไปรายงานตัวหลายรอบว่ามาแล้ว แต่ตรวจอีกแผนกอยู่ (motion)

ปัจจัยเสี่ยงด้านเวลา

- Defects rework (การทำงานซ้ำเพื่อแก้ไขข้อบกพร่อง)
- Overproduction (การผลิต/บริการมากเกินไป)
- Waiting (การรอคอย)
- Not using staff talents (ไม่ใช้ภูมิรู้ของเจ้าหน้าที่)
- Transportation (การเดินทาง)
- Inventory (วัสดุคงคลัง)
- Motion (การเคลื่อนที่)
- Excessive processing (กระบวนการที่มากเกินไป)

ปัจจัยเสี่ยงด้านเวลา

- 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)

มีเรื่องให้ทำทั้งเรื่องเล็กและเรื่องใหญ่
เรื่องเล็กๆ เราทำเอง
เรื่องใหญ่ๆ ต้องให้เจ้านายเล่น

การรอคอย
ที่ไหนมีคิว ที่นั่นเป็นโอกาสให้ Lean
คุยกับผู้ป่วยแล้วจะรู้ว่าเขารอมากกว่าที่เราคิด

กฎระเบียบ เงื่อนไข
เป็นข้อควรพิจารณาที่ทำให้ไม่เพรียว
จะลองศึกษาว่าใน รพ.มีอะไรบ้าง
สำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
เช่น การส่งเคลื่อนรพพยาบาล

การไหลเวียนและการดึง (Flow & Pull)
ลองไปดูว่า flow ของผู้ป่วยใน อะไรเป็นคอขวด
จะ pull โดยจำหน่ายผู้ป่วยให้เร็วขึ้นอย่างไร

Rework
Case Event ต้องได้รับการแก้ไขเยียวยา
การแก้ไขเยียวยา คือ rework
ป้องกัน AE ได้ก็ไม่ต้อง rework

Refer
Acute appendicitis, preterm baby
โทรหาเตียงกันให้วุ่น ก็หาไม่ได้
มีทั้ง delay และนำมาสู่ AE & rework

Emergency Case
จะคนแรกคือคนที่เหมาะสมที่สุดหรือไม่
ตั้งแต่ FR มาถึงแพทย์เวร ER

Routine Service
เราใช้ staff talent อย่างเหมาะสมแล้วหรือไม่
คุ้มหรือไม่
มีการฝึกคนมาทำหน้าที่ที่ต้องการเฉพาะหรือไม่

ผู้ป่วยมะเร็ง
มี waste อะไรบ้างตั้งแต่ในขั้นตอนการวินิจฉัย
การแจ้งผล
การบำบัดรักษา

การรับส่งเวร
ใช้เวลาเท่าไร พุดเรื่องอะไรกัน
จะลดเวลา ลดการพุด และใช้วิธีอื่นแทนได้หรือไม่
ลองออกแบบบัตรส่งเวรดู
High risk patient: name, risk, measure
To be done:
To follow:

เวชระเบียน
ลองศึกษาสิ่งที่ยืนยันว่ามีคุณค่าอะไร
เอาไปใช้ประโยชน์อย่างไร
จะเลิกบันทึกสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์ได้อย่างไร

reliability

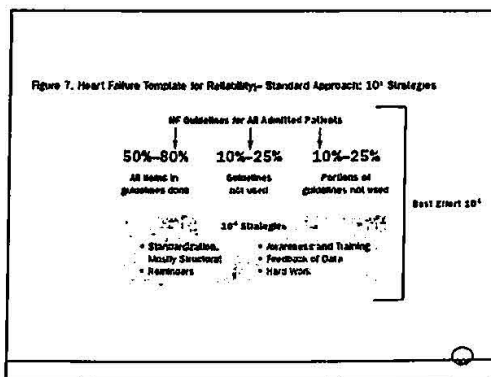
Reliability หมายถึงการทำงานที่ปราศจากปัญหา ความล้มเหลว หรือข้อผิดพลาดในช่วงเวลาที่ต่อเนื่องกัน (Reliability is defined as failure-free operation over time.)

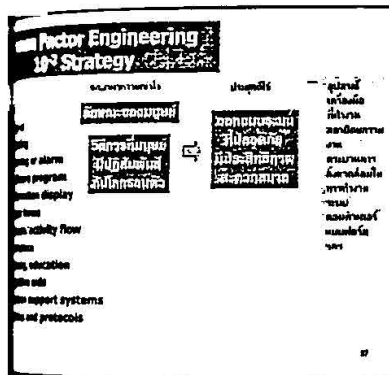
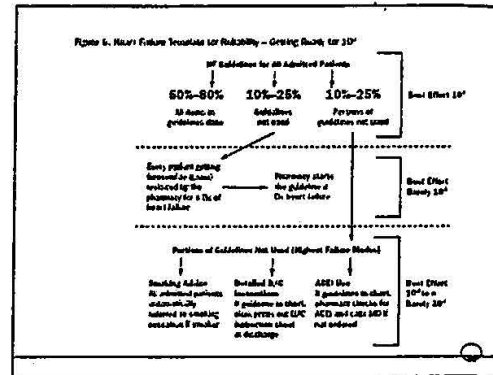
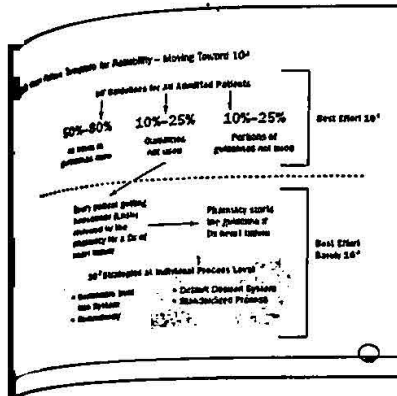
Reliability = จำนวนปฏิบัติการที่ได้รับผลที่ต้องการ ÷ จำนวนปฏิบัติการทั้งหมด

Unreliability หรือ failure rate = 1-Reliability

10^{-1} = ความบกพร่อง 1 ครั้ง / การกระทำ 10 ครั้ง
 10^{-2} = ความบกพร่อง 1 ครั้ง / การกระทำ 100 ครั้ง
 10^{-3} = ความบกพร่อง 1 ครั้ง / การกระทำ 1,000 ครั้ง

Reliability กับลักษณะการออกแบบระบบ	
10^{-1} performance	แสดงถึง no articulated common process มีจุดเน้นในเรื่องการฝึกอบรมและ reminder เป็นระดับที่ระบบบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นอยู่
10^{-2} performance	มีการออกแบบกระบวนการด้วยเครื่องมือและแนวคิดหลักการของ human factors engineering
10^{-3} performance	เป็นระบบที่ได้รับการออกแบบอย่างดี ใส่ใจต่อกระบวนการ โครงสร้าง และความสัมพันธ์กับผลลัพธ์



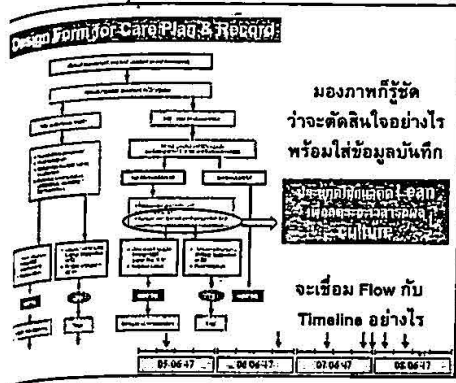


การ ออกแบบ	• ระบบไมโครโฟนในห้องประชุมที่กำหนดให้บุคคลได้ที่จะ คน
ระบบ สัญญาณ เตือน	• การใช้แถบสีต่าง ๆ ถูกนำมาใช้มีผู้ป่วยเพื่อแจ้งสถานะ บางอย่าง • การเขียนชื่อยาที่ผู้ป่วยแพ้ไว้ในแผ่นคำสั่งการรักษายของ แพทย์ทุกแผ่น ทำให้ลดโอกาสที่แพทย์จะสั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้
การ แสดงผล ข้อมูล	• การใช้ white board ในห้องผู้ป่วยเพื่อให้การนัดหมายการ ดูแลประจำวันของผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการกับ ผู้ป่วยและญาติ • การบันทึกข้อมูลสำคัญในฟอร์มปรอทที่ทำให้แพทย์เวรซึ่ง ไม่ใช่เจ้าของไข้สามารถทำความเข้าใจความเป็นมาของ ผู้ป่วยในเวลานั้นรวดเร็ว

- การออกแบบเพื่ออย่างกระชั้นชิดส่งเสริมให้มีการบันทึกข้อมูลที่เป็นสำหรับการประเมินผู้ปฏิบัติงานประเภท
- มนุษย์กับการทำงาน การเจ้าหน้าที่ พัดดู ที่ออกแบบให้สวยงามน่าดู เห็นจุดเน้นที่ต้องการบันทึกข้อมูลเป็นพิเศษ
- การใช้รหัส CPR
- การใช้ระบบหมายเลขงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุ
- การใช้ alcohol hand rub ที่ปลายเตียงผู้ป่วยทุกเตียง ทำให้ compliance ในการปฏิบัติตามข้อแนะนำให้ล้างมือทุกครั้ง
- ฝักรวมและล้างมือให้ผู้ป่วยเป็นไปโดยดี
- การนำภาพผลงานติดที่ลิ้นเพิ่มเพื่อให้ทราบว่าควรจัดวางพื้นที่ใดที่อย่างไร

59

[illegible]



Standard 18. All providers of care for patients with tuberculosis should ensure that persons who are in close contact with patients who have infectious tuberculosis are evaluated and managed in line with international recommendations. The highest priority contacts for evaluation are:

- Persons with symptoms suggestive of tuberculosis
- Children aged <5 years
- Contacts with known or suspected immunocompromise, particularly HIV infection
- Contacts of patients with MDR/ADR tuberculosis

Performance เป็นระบบที่ได้รับการออกแบบอย่างดี ใ้ใจต่อ
กระบวนการโครงสร้าง และความสัมพันธ์กับผลลัพธ์

Key Body to improve TB treatment adherence

- ensure the stability of TB programme in the community, might also increase knowledge and progress other health TB
- provide support from family, peers, and social network
- ensure care and implementation related to clinic visit and treatment facility and patient's knowledge
- ensure stability in terms of patient's choice of treatment plan and type of support
- ensure the patient's understanding of tuberculosis between providers and others
- ensure "recovery" and "personal" factors, for example through psycho-social and other support strategies
- ensure care attention about the effects of medication to reduce the risk of patients' becoming resistant when supervising treatment side effects

Source: WHO, 2010. *Global Tuberculosis Report 2010*. Geneva: World Health Organization.

การบริหารความเสี่ยง

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
5 มิถุนายน 2558

**หากฉันโดน ขอบอันไหน
ฉันโดน เพราะอะไร**

Incident Report

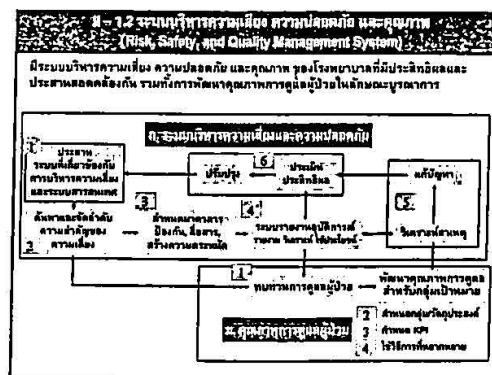
Bedside review Risk Round

ADR Report Trigger Tools

IC Report Case Conf / Peer

Med-Record review

Med-Error Report



จับกลุ่ม 4 แลกเปลี่ยนเรื่อง ระบบบริหารความเสี่ยง

ประเด็นความถดถอย

1.2ก. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยทำได้ดี
เพียงใด มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพหรือไม่

ที่ท่ายูเป็น เจริญ หรือเจริญ
จะเปลี่ยนจากรับเป็นรุกดีไหม
จะเปลี่ยนจากรับเป็นรุกได้อย่างไร

ประเด็นความถดถอย

กิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยได้มีการนำมาใช้
เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลและเพิ่มความปลอดภัย
หรือไม่ อย่างไร

ที่ท่ายูเป็น เจริญ หรือเจริญ
จะเปลี่ยนจากรับเป็นรุกดีไหม
จะเปลี่ยนจากรับเป็นรุกได้อย่างไร

ประเด็นความถดถอย

รับ incidence report

รอกิดเหตุ แล้ว RCA

รวมรวมความถี่ที่เกิดด้วยวิเคราะห์

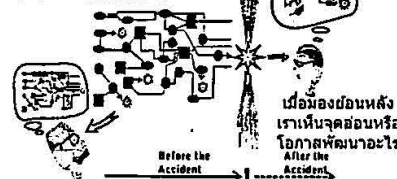
จะตั้งรูกความเสี่ยงได้อย่างไร

เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้น

มองทุกมุมอย่างไม่มีอคติ

มุมมองในมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน
ขณะนั้นมีข้อจำกัดอะไร

HINDSIGHT BIAS



มุมมองในมุมมองของการพัฒนา จะลดข้อจำกัดที่เกิดขึ้นกับ
ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการกระทำที่พึงจะเกิดขึ้นได้อย่างไร

ท้าทายใหม่....ท้าทายดีใหม่

72

FMEA

การวิเคราะห์โอกาสเกิดปัญหาหรือข้อบกพร่องต่าง ๆ ตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบระบบงาน เพื่อให้ได้ระบบที่ปลอดภัยที่สุด

เรียกว่า

การวิเคราะห์จุดบกพร่องและผลกระทบ
(Failure mode and effect analysis : FMEA)

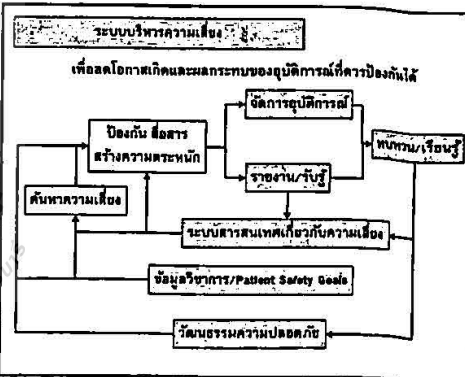
การตั้งรับสู่การเรียนรู้

- ครอบคลุม incidence
- เกิดเหตุแล้วทบทวน
- ขวนทัก RCA
- แก้ปัญหาเฉพาะหน้า
- สร้างระบบรายงาน
- จากกระหนก



ค้นหาโอกาสเสี่ยง
ขวนทบทวนก่อนเกิดเหตุ
เจาะลึกลง FMEA
ศึกษา HFE
สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย
เป็นกระหนก

73



Force Field Analysis

Forces FOR change

Forces AGAINST change



The 8th Regional Forum of Medical Training Institutions on People-Centred Health Care, Philippines, 1 July 2008 77

ข้อห้าม จากคุณเอี่ยม

- * คิดว่าเข้าใจมาตรฐาน แต่ไม่เข้าใจมาตรฐาน
- * คิดว่าทำงานเป็นทีมแต่ไม่ทำงานเป็นทีม ขาดการติดตาม
- * ผู้นำขาดการติดตามผลการสื่อสาร เป้าหมาย ทิศทาง ค่านิยม
- * ขาดความเข้าใจใน 3P
- * ขาดการมองภาพรวม ทำให้ไม่เห็นแนวโน้ม และประเด็นสำคัญของความเสี่ยง
- * ขาดการเรียนรู้ความเสี่ยงที่หน้างาน ระหว่างแพทย์/พยาบาล
- * การฝึกจับปัญหาซ้ำ
- * ความไม่เข้าใจการประเมินตนเอง
- * การวิเคราะห์ความเสี่ยงรอบคัน ยังเป็นเฉพาะส่วน

78

กบฏวังหลวงกรุงเทพมหานคร (องค์การมหาชน)
5 มิถุนายน 2558

□ เปรียบเทียบ วิเคราะห์ ตอบสนอง

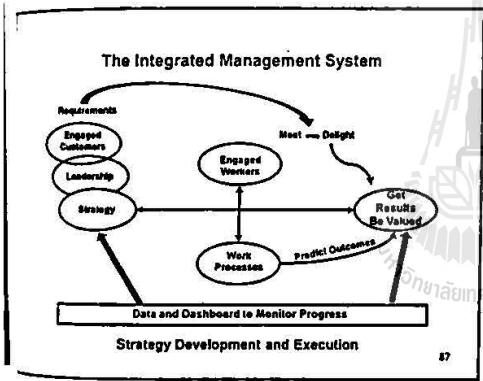
	Criteria
1	Has performance management/development system
2	Are personnel with a written statement describing outlining their role, responsibility and communication.
3	Has clear goals, including demonstrating how regularly reviewed.
4	Personnel are provided immediate feedback to demonstrate their standing regarding with the performance regulatory body.
5	Adopted an complete personnel controls, including setting standards and objectives and target indicators.
6	Performance measurement and review include the active participation of both management and staff.
7	The system support high performance work.
8	The system involves consultation, reward, recognition and incentive provision.
9	The system support skill development.
10	The system addresses a performance/management/HR service focus.
11	Performance development system is integrated with any relevant service plans or changing service requirements.
12	The system development between staff and the department and subsequently for their work.
13	The system includes the achievement of action plan.
14	Performance is reviewed in accordance with organizational business requirements.
15	The performance development system identifies areas for improvement and additional educational and development needs.

- ประเด็นในการประเมินร่วมกัน
- ความสามารถในการประเมินของโรงพยาบาล
- ประเมิน compliance ด้วยการใช่ checklist ง่ายๆ MPN
- ประเมิน performance ด้วยเครื่องมือที่ร่วมกันพัฒนา
- ประเมินและประเมินการดำเนินงานคุ้มครองคน evidence
- ความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาขององค์กร

Evaluation Toolkit

Evaluation Toolkit Example:
Information & Knowledge Management
Measurement System: alignment , analysis, use
Information Availability & Reliability
 • ขอให้ รพ.สร้างกระบวนการรับเสียงสะท้อนจากผู้ไ้
 ระบบสารสนเทศแต่ละกลุ่ม นำข้อมูลที่ได้มาใ้
 ประโยชน์ และมานำเสนอในระหว่างการประชุม
Information Security
Knowledge Management
 • Tacit Knowledge
 • Explicit Knowledge
ISMP Medication Safety

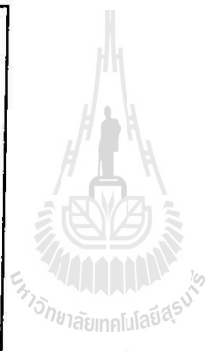
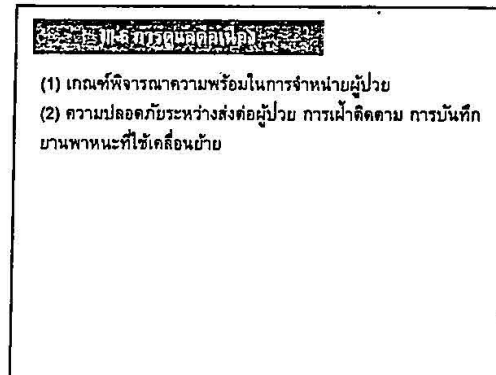
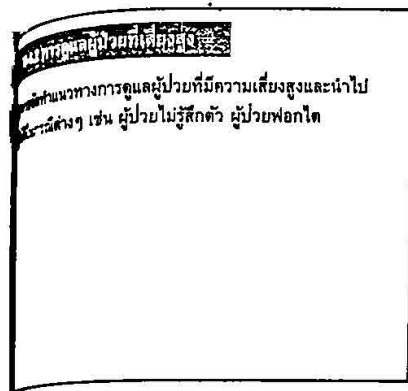
ใช้มาตรฐาน HA ให้คุ้ม
Systematic Approach
 • Defined, Repeatable, Measurable, Learning
Effective Approach
 • Sound & appropriate process
 • Good outcome (qualitative & quantitative)
Coverage of Deployment
Maturity of Development
 • Evaluation & Improvement
 • Integration, Innovation
 • Benchmarking
 เป็นฐานสู่ความเป็นเลิศ ด้วย Integrated Management



ตัวอย่างมาตรฐานส่วนที่เพิ่ม

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ
(1) Informed Consent
 - การมีบุคคลอื่นซึ่งมิใช่ผู้ป่วยจะสามารถให้ความยินยอมได้
 - การแจ้งขอบเขตของการให้ความยินยอมทั่วไป
 - การขอความยินยอมเพิ่มเติมสำหรับการผ่าตัด, หักกระดูกหัก,
 การรับความรู้สึกร, การใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด

III-2 การประเมินผู้ป่วย
ก (3) วิธีการประเมิน
 - คุณสมบัติของผู้มีสิทธิประเมินผู้ป่วย
 - การคัดกรองและส่งต่อเพื่อประเมินเพิ่มเติมด้านโภชนาการและ functional needs
 - การประเมินผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ เช่น อายุน้อยมาก สูงอายุ ระยะสุดท้าย มีปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ
 - การส่งไปรับการประเมินเพิ่มเติมพิเศษตามข้อบ่งชี้
ก (4) การใช้ผลการประเมินจากภายนอกหรือ OPD
ก (5) กำหนดความถี่ของการประเมินซ้ำ



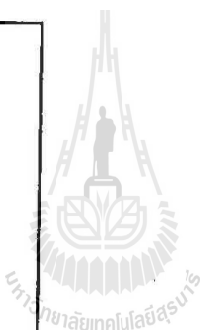
๓-๔.๒ การดูแลผู้ป่วยที่เสียสติ

(2) การจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและนำไปปฏิบัติในกรณีต่างๆ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยฟอกไต

๓-๔.๒.๑ การดูแลผู้ป่วยที่เสียสติ

- (1) เกณฑ์พิจารณาความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วย
- (2) ความปลอดภัยระหว่างส่งต่อผู้ป่วย การนำติดตาม การบันทึกยานพาหนะที่ใช้เคลื่อนย้าย

อภิปราย
ซักถาม
ประจำวัน



คู่มือการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

SPA (Part III) in Action

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี



สำนักงานรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 2556

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี หรือที่
 มาตรฐาน HA/HPH 2006 จัดทำเสร็จสิ้นเมื่อปี พ.ศ. 2549 มีเนื้อหาหลักในด้านคุณภาพและความ
 ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพการบริหาร
 องค์กรโดยรวม

เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาของมาตรฐาน สามารถนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติได้
 ร่วมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จึงได้จัดทำคู่มือ SPA
 ในการขยายความกิจกรรมที่ควรดำเนินการสำหรับมาตรฐานแต่ละข้อ โดยอธิบายให้เห็นรูปธรรมของการ
 อย่างเป็นขั้นตอน และให้แนวทางการประเมินตนเองอย่างกระชับซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลของการ
 มาตรฐาน

SPA in Action Part III นี้เป็นการนำคู่มือ SPA สำหรับมาตรฐานตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย มา
 เป็นลำดับเริ่มต้นเพื่อให้โรงพยาบาลเข้าใจบริบทของตนเอง และนำไปสู่การดำเนินการปรับปรุงที่มีความ
 เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้นำไปปฏิบัติควรนึกถึงวงล้อของระบบงานที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
 เป็น PDCA หรือ DALI (Design-Action-Learning-Improvement) อันได้แก่การออกแบบระบบ การปฏิบัติ
 ระบบที่ออกแบบไว้ การกำกับติดตาม/ทบทวน/เรียนรู้ และการปรับปรุง การถว้ถามหาระบบการกำกับติดตาม
 ต่างๆ นับว่าเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้วงล้อนี้หมุนไปอย่างต่อเนื่อง

สพ.หวังว่าความเข้าใจและการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ
 และปลอดภัยยิ่งขึ้น รวมทั้งจะมีข้อมูลเชิงปฏิบัติต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

พ.ศ. 2556

คำนำ	i
สารบัญ	ii
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN).....	1
III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)	5
III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (PLN.1)	12
III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (PLN.2)	14
III-4.1 การดูแลทั่วไป (PCD.1)	16
III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (PCD.2).....	18
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว (IMP)	20
III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC).....	22



III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

3.1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

ผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย, กระบวนการของผู้ป่วยเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ / ความต้องการของผู้ป่วย ทันท่วงที มีการประสานงานที่ดีภายในระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ.

ชุมชนสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เหมาะสมกับความต้องการของตน. ทีมผู้ให้บริการพยายามลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ในด้านกายภาพ ภาษา วัฒนธรรม และอุปสรรคอื่นๆ. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองต่อผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว. ระยะเวลารอคอยเพื่อเข้ารับบริการเป็นที่ยอมรับของชุมชนที่ใช้บริการ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
บริการใดที่เป็นความต้องการสำคัญของชุมชน แต่โรงพยาบาลยังไม่สามารถจัดให้บริการได้	ทีมนำและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาว่า รพ.ควรจัดบริการดังกล่าวหรือไม่ ถ้าไม่มีวิธีการให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างไร
โรคใดบ้างที่การสื่อสารและให้ข้อมูลผ่านเทคโนโลยีสามารถช่วยดูแลผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องมา รพ.	จัดให้มีระบบให้คำปรึกษาผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศตามความเหมาะสม
โรคใดบ้างที่ต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วน แต่ผู้ป่วยในบางพื้นที่มีปัญหาในการเดินทาง	ประสานกับแหล่งทรัพยากรต่างๆ ในเรื่องการสื่อสารและการเดินทาง/ขนย้าย
ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่โรคเดียวตนเอง ไม่ยอมมารับบริการ ถูกหน่วงเหนี่ยวหรือไม่ถูกพามารับบริการ	จัดให้มีบริการเชิงรุกหรือร่วมมือกับชุมชนในการค้นหาผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม
อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการในด้านกายภาพมีอะไรบ้าง	ปรับปรุงแก้ไขโครงสร้างกายภาพ
อุปสรรคต่อการเข้าถึงในด้านภาษามีอะไรบ้าง	จัดหาอุปกรณ์ช่วยสื่อสารหรือล่าม
อุปสรรคต่อการเข้าถึงในด้านวัฒนธรรมมีอะไรบ้าง	ทำความเข้าใจ บ่งชี้ ตอบสนอง
อุปสรรคต่อการเข้าถึงด้านอื่นๆ มีอะไรบ้าง	ปรับปรุงแก้ไขตามความเหมาะสม
ระยะเวลารอคอยก่อนที่จะได้รับการตรวจจากแพทย์ที่ OPD ของแผนกต่างๆ เป็นเท่าไร	กำหนดเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับปรุงระบบเพื่อบรรลุเป้าหมาย เช่น เพิ่มจุดบริการ กระจายผู้ป่วยลดชั้นคอน
ระยะเวลารอคอยก่อนที่จะได้รับการตรวจจากแพทย์ที่ ER ในผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนต่างๆ เป็นเท่าไร (การตรวจขั้นต้น, การตัดสินใจส่งการรักษา)	กำหนดเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับปรุงระบบเพื่อบรรลุเป้าหมาย

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีผู้ป่วยที่ต้องนัดคิวมาเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาอะไรบ้าง ต้องรอคิวนานเท่าไร	ปรับปรุงเพื่อให้ระยะเวลารอคอยในคิวสั้นลง อาจพิจารณาการส่งต่อหรือการสร้างความร่วมมือ
มีขั้นตอนที่ไม่เกิดประโยชน์ในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยอะไรบ้าง	ใช้แนวคิด Lean เพื่อจัดขั้นตอนที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่าออกไป

(2) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการประเมินและดูแลรักษาเป็นอันดับแรก.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนที่ ER มีอะไรบ้าง	วิเคราะห์ข้อมูลหรือตามรอยการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ปรับปรุงให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในเวลาที่เหมาะสม อาจพิจารณานำแนวคิด Lean มาใช้
กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนที่ OPD มีอะไรบ้าง	
กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนที่ ward หรือหน่วยดูแลผู้ป่วยในมีอะไรบ้าง	
กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินหรือเร่งด่วนมีอะไรบ้าง	
มีผู้ป่วยอะไรบ้างที่ควรได้รับการดูแลจากแพทย์ที่มีความสามารถที่เหมาะสมโดยไม่ต้องผ่านการปรึกษาหลายขั้นตอน	กำหนดขั้นตอนการขอคำปรึกษาที่เหมาะสม จัดให้มีช่องทางการสื่อสารที่สะดวกในการเข้าถึง
มีระบบในการติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรวดเร็วและผลที่ไม่พึงประสงค์เนื่องจากความล่าช้าในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มข้างต้นอย่างไร	จัดให้มีระบบการติดตามและทบทวน (ถ้ายังไม่มี) และกำหนดความถี่ที่เหมาะสมเพื่อให้มั่นใจ รพ. ให้บริการเป็นที่น่าไว้วางใจ

(3) มีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้. ถ้าไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับไว้และช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกว่า.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลไม่สามารถรับไว้ดูแลได้และมีโอกาสที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมาขอรับบริการมีอะไรบ้าง	จัดระบบที่จะให้การดูแลเบื้องต้นและการประสานเพื่อการส่งต่ออย่างเหมาะสม
มีการกำหนดเกณฑ์สำหรับตัดสินใจอย่างไวว่าจะรับหรือไม่รับผู้ป่วยไว้ดูแล	ทบทวนเพื่อกำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจน สื่อสารกับผู้ปฏิบัติ ประเมินการปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริง
มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเมื่อไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ดูแลได้อย่างไรในเรื่องการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น การให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การช่วยเหลือในการหา รพ.ที่จะส่งต่อ	ทบทวนและกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ตามรอยการปฏิบัติจริงเพื่อค้นหาโอกาสปรับปรุง และดำเนินการปรับปรุง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประสานงานกับ รพ.ที่ส่งต่อ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การประสานงานกับ รพ.ที่จะรับผู้ป่วย	
สถิติผู้ป่วยจาก OPD และ ER ที่โรงพยาบาลไม่สามารถรับไว้ดูแลเป็นอย่างไร ผลการประเมินในระดับความเหมาะสมต่าง ๆ เป็นอย่างไร	มองภาพรวมแล้วกำหนดลำดับความสำคัญของประเด็นที่ต้องปรับปรุง ทั้งในเรื่องโรคและขั้นตอนต่าง ๆ
ระบบในการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับไว้ดูแลหรือไม่	จัดให้มีระบบการติดตามผลจาก รพ.ที่รับส่งต่อ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์

ในการรับย้ายหรือรับเข้าหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือเกณฑ์การรับย้ายหรือรับผู้ป่วยเข้าไว้ดูแลในหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษ	ทบทวนให้เกณฑ์มีความเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ
ระบบการประเมินการปฏิบัติตามเกณฑ์หรือไม่เป็นอย่างไร	จัดให้มีระบบติดตามประเมินการปฏิบัติตามเกณฑ์อย่างสม่ำเสมอ
ระบบการทบทวนผลไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารับบริการในหน่วยบริการวิกฤตในเวลาที่เหมาะสมอย่างไร	จัดให้มีระบบการทบทวน นำข้อมูลเข้าร่วมกับระบบรายงานอุบัติการณ์ และทำ RCA เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงระบบ

ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล, มีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การดูแลที่จะได้รับ ผลลัพธ์ และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น แก่ผู้ป่วย / ครอบครัว อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย. มีกระบวนการขอความยินยอมจากผู้ป่วย / ครอบครัวก่อนที่จะให้บริการหรือกระทำหัตถการสำคัญ และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย / ครอบครัว ได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอด้วยความเข้าใจ มีเวลาที่จะพิจารณาก่อนตัดสินใจ และมีการบันทึกที่เหมาะสม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีแนวทางในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเมื่อแรกรับไว้ดูแลหรือไม่ อย่างไร (ครอบคลุมข้อมูลอะไรบ้าง ใครเป็นผู้ให้ข้อมูลแต่ละประเภท)	จัดทำแนวทางถ้ายังไม่มี หรือปรับปรุงถ้าแนวทางยังไม่ครอบคลุมตามมาตรฐาน (สภาพการเจ็บป่วย การดูแลที่จะได้รับ ผลลัพธ์และค่าใช้จ่าย)
กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรับรู้และเข้าใจข้อมูลมีกลุ่มใดบ้าง มีแนวทางปฏิบัติอย่างไร	ปรับปรุงให้มั่นใจว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรับรู้สามารถเข้าใจข้อมูลที่จำเป็น
มีระบบการสำรวจความครอบคลุมในการให้ข้อมูล ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร	จัดให้มีระบบการสำรวจความครอบคลุมและประสิทธิผลของการให้ข้อมูลถ้ายังไม่มี
ข้อมูลสำคัญที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับทราบก่อนที่จะลงนามใน informed consent หัวใจมีอะไรบ้าง	ร่วมกันทบทวนข้อมูลที่สำคัญที่ต้องรับทราบ
ผู้ป่วยได้รับและเข้าใจข้อมูลดังกล่าวดีเพียงใด	ปรับปรุงวิธีการให้ข้อมูลถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลหรือไม่เข้าใจข้อมูลดังกล่าว
ข้อมูลสำคัญที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับก่อนที่จะลง	ร่วมกันทบทวนข้อมูลที่สำคัญที่ต้องรับทราบ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
นามใน informed consent ก่อนที่จะทำ invasive procedure มีอะไรบ้าง ผู้ป่วยได้รับและเข้าใจข้อมูลดังกล่าวดีเพียงใด	ปรับปรุงวิธีการให้ข้อมูลถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลหรือไม่เข้าใจข้อมูลดังกล่าว
ข้อมูลอะไรที่แพทย์จะต้องเป็นผู้ให้แก่ผู้ป่วยเอง ข้อมูลอะไรที่พยาบาลสามารถให้ข้อมูลแทนแพทย์ได้ แนวทางที่จะให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากแพทย์โดยตรงเมื่อจำเป็นคืออะไร	ร่วมกันกำหนดข้อมูลที่แพทย์ต้องเป็นผู้ให้แก่ผู้ป่วยให้ชัดเจน ปรับปรุงช่องทางและวิธีการให้ข้อมูลถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับ
การทำหัตถการใดบ้าง ที่ควรมีการจัดทำสื่อเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นพิเศษ	จัดทำสื่อเพื่อให้ข้อมูลสำหรับการทำหัตถการเฉพาะเรื่องที่จำเป็น (ถ้ายังไม่มี)
ข้อมูลอะไรที่ให้แก่ผู้ป่วยแล้วควรมีการบันทึกไว้ใน informed consent ด้วยเพื่อเป็นที่ยืนยันในอนาคตเมื่อจำเป็น	รวมคกลงแนวทาง ออกแบบฟอร์มให้เอื้อต่อการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นซึ่งมีความยืดหยุ่น กระตุ้นเตือน ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีการบันทึกข้อมูลดังกล่าว
ทีมงานพอใจกับผลการแจ้งข่าวร้าย (โรคที่ไม่มีทางรักษา, เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์) แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพียงใด	ปรับปรุงแนวทางการแจ้งข่าวร้ายและฝึกอบรมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง



III-2 การประเมินผู้ป่วย

การประเมินผู้ป่วย (ASM)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.

การประเมินผู้ป่วย

การประเมินผู้ป่วยครอบคลุมรอบด้านและประสานงานกันเพื่อลดความซ้ำซ้อน, ผู้ประกอบวิชาชีพที่มีคุณสมบัติและผู้ป่วยร่วมมือกันวิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมิน, มีการระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนและสำคัญ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผู้ในกลุ่มได้บ้างที่มีความซับซ้อนและต้องอาศัยการประสานงานระหว่างวิชาชีพหรือระหว่างหน่วยงานเพื่อการประเมินที่ครอบคลุม	ผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม/โรค ร่วมกันจัดทำแนวทางประเมินที่ส่งเสริมและเอื้อต่อกัน และลดความซ้ำซ้อน ซึ่งอาจจะเป็นการออกแบบบันทึกการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน การมีข้อป่งชี้ในการขอคำปรึกษาและระยะเวลาที่ต้องตอบสนองที่ชัดเจน ข้อป่งชี้ที่ต้องมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันหรือประชุมร่วมกัน
กรรมการประสานและเชื่อมโยงผลการประเมินผู้ป่วยที่ซ้ำมากที่สุดคืออะไร	พิจารณากิจกรรมการประสานและเชื่อมโยงผลการประเมินผู้ป่วยอื่นๆ ที่ยังใช้น้อยหรือไม่ได้ใช้ว่าจะนำมาใช้ให้มากขึ้นได้อย่างไร จะมีข้อป่งชี้ในการใช้อย่างไร เช่น การตรวจเยี่ยมร่วมกัน กรณีบันทึกร่วมกัน การสรุปข้อมูลจาก รพ.ที่ส่งผู้ป่วย ฯลฯ
อย่างไร้ปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนและสำคัญอะไรบ้าง มีการนำข้อมูลนี้ไปใช้ประโยชน์ในการตอบสนองปัญหาได้อย่างเหมาะสมกับเวลาหรือไม่	ทบทวนว่ามีการบันทึกปัญหาและความต้องการดังกล่าวอย่างไร มีการนำไปใช้ประโยชน์อย่างไร ปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับการบันทึกและใช้ประโยชน์

- (2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย ประวัติสุขภาพ, การตรวจร่างกาย, การรับรู้ความต้องการของตนโดยผู้ป่วย, การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การประเมินผู้ป่วยแรกรับตามมาตรฐานข้างต้น มีรายการใดที่ยังมีปัญหากับการประเมิน หรือประเมินได้ไม่สมบูรณ์	ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันหาแนวทางที่จะทำให้การประเมินในรายการดังกล่าวมีความสมบูรณ์ขึ้น
แผนกที่มีการซักประวัติและตรวจร่างกายโดยแพทย์ที่สมบูรณ์ที่สุดคือแผนกใด	วิเคราะห์ความสำเร็จของแผนกดังกล่าว และนำบทเรียนไปปรับปรุงในแผนกอื่นๆ
หน่วยที่มีการประเมินการรับรู้ความต้องการโดยผู้ป่วย การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ที่สมบูรณ์ที่สุดคือหน่วยงานใด	วิเคราะห์ความสำเร็จของหน่วยดังกล่าว และนำบทเรียนไปปรับปรุงในหน่วยอื่นๆ
ปัญหาและความต้องการประเภทใดที่ควรได้รับการใส่ใจเป็นพิเศษ เช่น การกิน การนอน การขับถ่าย ความกังวล	ร่วมกันหาวิธีจัดการกับปัญหาดังกล่าว และทำให้เป็นระบบที่มีการปฏิบัติอย่างทั่วถึง
มีระบบการประเมินความถูกต้อง ครบถ้วน เหมาะสมของการประเมินผู้ป่วยอย่างไร	ทดลองตามรอยผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ รพ. นำข้อมูลที่ได้จากการตามรอยมาเทียบกับข้อมูลในเวชระเบียน ร่วมกันพิจารณาว่าจะปรับปรุงอย่างไร

- (3) วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ. มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและทรัพยากรเพื่อชี้้นำการประเมินผู้ป่วย ถ้ามีแนวทางดังกล่าว.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
กลุ่มโรคที่มีปัญหามีปัญหาการประเมินที่ไม่เหมาะสม ไม่ถูกต้อง หรือมีความล่าช้า มีอะไรบ้าง	ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวางแนวทางการประเมินที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค โดยเลือกสรร CPG ที่เหมาะสมมาใช้
กลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมีแนวทางในการประเมินเฉพาะตามเอกลักษณ์ของปัญหาที่ รพ. ต้องให้การดูแลมีอะไรบ้าง เช่น ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมาก, ผู้ป่วยสูงอายุที่อ่อนแอ, ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีอาการเจ็บปวด, หญิงมีครรภ์ที่อยู่ระหว่างการคลอด, ผู้ป่วยที่มีปัญหาความผิดปกติทางอารมณ์หรือจิตใจ, ผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะติดเชื้อ และ/หรือสุรา, เหยื่อที่ถูกกระทำทารุณหรือถูกทอดทิ้ง	ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวางแนวทางการประเมินที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถระบุความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างตรงประเด็นและครอบคลุม
การประเมินด้วย investigation หรือ invasive procedure ใดบ้างที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	ออกแบบระบบที่ปลอดภัยโดยคำนึงถึงสิ่งแวดล้อม เครื่องมืออุปกรณ์ บุคลากร วิธีการ และมาตรการ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
	รองรับเมื่อเกิดปัญหา
การประเมินไต่ถามที่อาจมีความจำเป็น แต่ไม่มีให้บริการใน รพ.	จัดระบบประสานงานหรือส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินนั้นในเวลาที่เหมาะสม
การประเมินในโรคไต่ถามที่ต้องการความเร่งด่วนเป็นพิเศษเนื่องจากมีผลต่อการตัดสินใจและผลลัพธ์ทางคลินิก	จัดระบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินในเวลาที่มีจำกัด เช่น fast track
การประเมินในโรคไต่ถามที่ต้องมีการแบ่งระดับความรุนแรงหรือระบุ staging ของโรค	จัดระบบเพื่อให้สามารถแบ่งระดับความรุนแรงหรือระบุ staging ของโรคได้ โดยพิจารณา เครื่องมือ อุปกรณ์ บุคลากร วิธีการ การสื่อสารและประสานงาน การนำผลไปใช้วางแผน การติดตามผู้ป่วยมารับการดูแลรักษา
การประเมินภาวะไต่ถามที่มีผลต่อการเลือกใช้อาหารหรือเทคโนโลยีที่มีราคาแพง	จัดระบบเพื่อให้สามารถประเมินภาวะดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อให้การตัดสินใจเป็นไปอย่างเหมาะสม
การประเมินภาวะไต่ถามที่มีผลต่อการป้องกันอุบัติเหตุซึ่งสามารถป้องกันได้ เช่น falling, pressure sore, suicide	จัดระบบเพื่อให้สามารถตรวจพบภาวะเสี่ยงดังกล่าวและนำไปใช้ในการวางแผนป้องกัน
การคัดกรองภาวะไต่ถามที่ควรทำเพื่อส่งต่อไปรับทราบประเมินอย่างละเอียดต่อไป เช่น ภาวะโภชนาการ, ทัศนคติ, การได้ยิน, การเจ็บปวด	จัดระบบให้มีการคัดกรองอย่างทั่วถึงด้วยวิธีที่เรียบง่าย และมีระบบส่งต่อเพื่อรับการประเมินอย่างละเอียด

ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่กำหนดโดยองค์กร. มีการบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียนผู้ป่วยและพร้อมที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีการกำหนดเวลาที่ต้องประเมินและบันทึกผลการประเมินให้แล้วเสร็จหรือไม่	ทบทวนกำหนดเวลาให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยสังเกตอาการ, ผู้ป่วยในทั่วไป, ผู้ป่วยในวิกฤติ, ผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินที่รับไว้นอนในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งระบุกำหนดเวลาที่สั้น อาจระบุข้อมูลที่จำเป็นต้องบันทึกตามความเหมาะสม
ข้อมูลการซักประวัติผู้ป่วยนอกที่แพทย์ได้ใช้ประโยชน์จากบันทึกของพยาบาลมีอะไรบ้าง (เฉพาะกรณีที่มีการซักประวัติผู้ป่วยนอกโดยพยาบาล)	ออกแบบระบบที่จะทำให้มีการบันทึกข้อมูลที่ได้ใช้ประโยชน์เพื่อลดภาระงานที่ไม่จำเป็นของพยาบาล
ข้อมูลสำคัญที่แพทย์เวชซึ่งไม่ใช่เจ้าของใช้ใช้	ร่วมกันออกแบบว่าจะทำให้ข้อมูลส่วนนั้นสามารถ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ประโยชน์มากที่สุดคืออะไร	บันทึกได้โดยง่าย ดูแล้วเข้าใจปัญหาโดยรวมของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว สามารถตัดสินใจได้โดยง่าย
ข้อมูลสำคัญที่จะต้องใช้ในการจำหน่ายผู้ป่วยคืออะไร เพื่อให้การดูแลที่บ้านครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยทั้งหมด	ร่วมกันออกแบบว่าจะทำให้มีข้อมูลดังกล่าวอยู่ในที่เดียวและใช้งานได้ง่ายอย่างไร
การบันทึกข้อมูลที่จะก่อให้เกิดปัญหาเมื่อต้องเปิดเผยทะเบียนแก่บุคคลภายนอกมีอะไรบ้าง	ร่วมกันกำหนดแนวทางการบันทึกข้อมูลที่ควรและไม่ควรกระทำ โดยคำนึงถึงความเป็นจริง ความสมบูรณ์ และการแปลความหมายโดยบุคคลภายนอก
แผนกใดที่มีการใช้ข้อมูลข้ามสาขาวิชาชีพมากที่สุด ข้อมูลของวิชาชีพใดถูกใช้โดยวิชาชีพอื่น	วิเคราะห์ความสำเร็จของแผนกดังกล่าว และนำบทเรียนไปปรับปรุงในแผนกอื่นๆ

(5) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การเปลี่ยนแปลงหรือปัญหาอะไรบ้างที่สามารถตรวจพบได้จากการมีระบบประเมินซ้ำที่ดี	ร่วมกันวางระบบเพื่อให้สามารถตรวจพบปัญหาดังกล่าวได้อย่างทันการณ์ เช่น การออกแบบบันทึก vital sign ใหม่ที่ควบ early warning sign ไว้ด้วย
ผู้ป่วยกลุ่มโรคใดหรือสภาวะใดบ้าง ที่การประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบมีความสำคัญสูง เช่น ผู้ป่วยที่นอน ICU, ผู้ป่วยระดับ 3-4, DHF, traumatic brain injury, sepsis	ร่วมกันออกแบบระบบการประเมินซ้ำสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค โดยพิจารณาถึงสภาวะผู้ป่วย แผนการรักษา ความถี่ วิธีการประเมิน การบันทึก การปรับแผน
ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้าง ที่การประเมินซ้ำไม่จำเป็นต้องบ่อยขนาดประเมินทุกวัน	ร่วมกันกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมในการประเมินผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมถึงแนวทางการเฝ้าระวังเพื่อตรวจพบปัญหาผิดปกติที่เกิดขึ้นก่อนถึงกำหนดเวลาที่ต้องประเมินซ้ำ
ปัญหาอะไรบ้างที่การติดตามการเปลี่ยนแปลงด้วยความถี่ที่เหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็น เช่น ผู้ป่วยที่มาด้วย progressive symptom และยังไม่สามารถให้ definite diagnosis ได้ (ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน)	ร่วมกันกำหนดแนวทางและระยะเวลาที่เหมาะสมในการประเมิน รวมทั้งการขอคำปรึกษาจากผู้ที่เกี่ยวข้องว่า นำเวชระเบียนของผู้ป่วยกลุ่มนี้มาทบทวนเพื่อให้เห็นปัญหาในเชิงปฏิบัติ

๖) ทีมผู้ให้บริการอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผู้ป่วยกลุ่มใดที่อาจจะมีปัญหาในเรื่องการสื่อสารผลการประเมินผู้ป่วย	ร่วมกันกำหนดแนวทางสื่อสารสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ทีมที่จำเป็นต้องมีวิธีการสื่อสารเป็นพิเศษเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจผลการประเมินได้ง่ายมีอะไรบ้าง	ทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดประเด็นสำคัญและแนวทางการสื่อสารสำหรับแต่ละกลุ่มโรค
ได้บ้างที่ควร empower ให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาและทางเลือกสำหรับแก้ปัญหาของตนเอง	ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดแนวทางที่เป็นไปได้ เช่น counseling, การใช้เรื่องเล่า

การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นครบถ้วน หรือได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่นในเวลาที่เหมาะสม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีการตรวจ investigate อะไรที่จำเป็นต้องส่งไปตรวจที่อื่น หรือมีความไม่คล่องตัวในการได้รับบริการ	ร่วมกันวางระบบการส่งตรวจที่คล่องตัว รวมทั้งมีระบบกำกับติดตามคุณภาพ ความรวดเร็ว และการได้รับการตรวจที่จำเป็น
มีอะไรที่การตรวจ investigate ที่ รพ.มีอยู่ ยังไม่เพียงพอที่จะเอื้อต่อการวินิจฉัยโรคอย่างมีประสิทธิภาพ	ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนพิจารณาว่าสมควรมีการขยายบริการดังกล่าวหรือไม่ อย่างไร

มีการประเมินความน่าเชื่อถือของผลการตรวจประกอบการวินิจฉัยโรค โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับสถานะของผู้ป่วย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีการตรวจ investigate ใดบ้างที่แพทย์ผู้ส่งตรวจจะมีข้อสงสัยเกี่ยวกับผลการตรวจ	ทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาหาข้อมูลเพื่อนำมาปรับปรุง
มีการตรวจ investigate อะไรที่หากเกิดความคลาดเคลื่อนแล้วจะมีผลกระทบต่อ clinical outcome อย่างรุนแรง	สร้างความมั่นใจว่าผลการตรวจ investigate ดังกล่าวมีความน่าเชื่อถือ
มีการตรวจ investigate อะไรบ้าง ที่อาจจะไม่ได้ทำโดยผู้ที่มีความชำนาญหรือได้รับการฝึกฝนในเรื่องนั้น เช่น lab, x-ray, GI series	ทบทวนการตรวจ investigate ในกรณีดังกล่าวและวางมาตรการว่าจะสร้างความมั่นใจในคุณภาพการตรวจอย่างไร

ระบบสื่อสารและบันทึกผลการตรวจที่มีประสิทธิภาพ ทำให้มั่นใจว่าแพทย์ได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม สามารถสืบค้นผลการตรวจได้ง่าย ไม่สูญหาย และมีการรักษาความลับอย่างเหมาะสม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
แนวทางการสื่อสารผลการตรวจในกรณีที่ต้องการ	ทบทวนความทันเวลาของการได้รับผลการตรวจ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผลเร่งด่วนเป็นอย่างไร	เร่งด่วน และผลต่อการดูแลผู้ป่วย
ช่องทางการสื่อสารผลการตรวจที่มีค่าวิกฤติเป็นอย่างไร	ทบทวนความทันเวลาของการได้รับผลการตรวจที่มีค่าวิกฤติ และผลต่อการดูแลผู้ป่วย
ผลการตรวจอะไรที่ได้รับการบันทึกในเวชระเบียนอะไรที่มีได้บันทึก มีความสะดวกในการใช้ผลการตรวจในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างไร	ร่วมกันปรับปรุงเพื่อให้สะดวกในการใช้ผลการตรวจเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
ข้อมูลผลการตรวจอะไรบ้างที่ต้องเก็บรักษาเป็นความลับ	ทบทวนและทำให้มั่นใจว่าข้อมูลดังกล่าวถูกเก็บรักษาเป็นความลับ
มีโอกาสที่ข้อมูลผลการตรวจ investigate จะสูญหายในขั้นตอนใดบ้าง เพราะเหตุใด	ทบทวนและทำให้มั่นใจว่าจะป้องกันการสูญหายของข้อมูลได้

(4) มีการอธิบายหรือส่งตรวจเพิ่มเติม เมื่อพบว่าผลการตรวจมีความผิดปกติ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
สถานการณ์ให้การอธิบายผลการตรวจที่มีความผิดปกติเป็นเรื่องยากที่จะทำความเข้าใจมีอะไรบ้าง	วางแนวทางการอธิบายในลักษณะที่คนทั่วไปสามารถเข้าใจความหมายได้ง่าย เช่น การใช้ถ้อยคำ การใช้สื่อประกอบ รวมทั้งพิจารณาความรู้สึของผู้รับฟัง
ผลการตรวจผิดปกติซึ่งยากต่อการอธิบายหรือต้องใช้ความละเอียดอ่อนหรือระมัดระวังในการให้ข้อมูลมีอะไรบ้าง	วางแนวทางการอธิบายที่ชัดเจนทั้งในเรื่องผู้ให้ข้อมูล สิ่งแวดล้อมของการให้ข้อมูล การนำครอบครัวมาร่วมรับรู้ การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว
มีแนวทางที่ชัดเจนในการส่งตรวจเพิ่มเติมเมื่อพบว่าผลการตรวจมีความผิดปกติในเรื่องอะไรบ้าง	ทบทวนการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว ทบทวนความหลากหลายของการปฏิบัติในกรณีที่ยังไม่มีแนวทางเพื่อพิจารณาจัดทำแนวทางเพิ่มเติม

การวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูลเพียงพอเพื่ออธิบายเหตุผลของการวินิจฉัยโรค. มีการทบทวนที่กการวินิจฉัยโรคภายในเวลาที่กำหนดไว้ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม. มีการทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของคณะวิชาชีพในทีมผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ .

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การวินิจฉัยโรคที่ไม่เฉพาะเจาะจงหรือการวินิจฉัยโรคตามอาการที่พบบ่อยมีอะไรบ้าง	ร่วมกันวางแผนทางเพื่อให้มีการวินิจฉัยโรคที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น
โรคที่มีกจะเป็นปัญหาในการวินิจฉัยโรค เช่น วินิจฉัยผิด วินิจฉัยคลาดเคลื่อน วินิจฉัยล่าช้า	
ระบบในการทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรคและข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรคอย่างไร	ร่วมกันจัดระบบทบทวน เช่น เปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับและการวินิจฉัยโรคเมื่อจำหน่าย, เปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ, ทบทวนผู้ป่วยที่มาตรวจซ้ำหลายๆ ครั้งด้วยโรคเดิม, ทบทวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง
ระบบในการทบทวนความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคระหว่างวิชาชีพอย่างไร	ร่วมกันจัดระบบทบทวนและใช้ประโยชน์จากการทบทวน



III – 3. การวางแผน

III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (PLN.1)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา / ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย.

- (1) การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการ ต่างๆ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
โรคอะไรบ้างที่จำเป็นต้องวางแผนดูแลผู้ป่วยอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆ	กำหนดข้อบ่งชี้ แนวทางการวางแผนร่วมกัน รวมทั้งรูปแบบการสื่อสารและการบันทึก

- (2) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองต่อปัญหา / ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินอย่างเป็นองค์รวม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
แผนการดูแลที่ใช้อยู่มีรูปแบบ แต่ละรูปแบบสามารถตอบสนองปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมได้ดีเพียงใด	ทบทวนและเลือกสรรรูปแบบของแผนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม สามารถตรวจสอบความครบถ้วนของแผนในการตอบสนองปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย
แผนการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องอยู่ในคำสั่งการรักษาหรือบันทึกต่างๆ เป็นสิ่งที่ยากต่อการใช้ประโยชน์ในการดูแลและประเมินผลเพียงใด	พิจารณาปรับปรุงให้แผนการดูแลมีความชัดเจนและง่ายต่อการใช้ โดยไม่เป็นการมากเกินไป

- (3) มีการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีโรคอะไรบ้างที่แผนการดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามหลักฐานวิชาการ (scientific evidence) หรือ CPG, มีโรคอะไรบ้างที่ควรนำหลักฐานวิชาการหรือ CPG มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้น	ทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันหาทางนำ CPG มาเป็นแนวทางในการวางแผนดูแล ใช้เครื่องมือที่ง่ายต่อการปฏิบัติ เช่น flow chart ช่วยตัดสินใจ, แบบบันทึก, CareMap

- (4) ผู้ป่วย / ครอบครัวมีโอกาสดัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และร่วมในการวางแผนการดูแล.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีโรคอะไรบ้างที่มีทางเลือกในวิธีการรักษาที่ควรให้ผู้ป่วย / ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ, แนวทางที่ทีมงานให้ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย / ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจนั้นได้ผลดีเพียงใด	วางแนวทางให้ข้อมูลที่เป็นแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ทำให้มั่นใจว่าเป็นการเลือกด้วยความเข้าใจ

ฉ) แผนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมเป้าหมายที่ต้องการบรรลุและบริการที่จะให้เพื่อบรรลุเป้าหมาย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
รูปแบบของแผนการดูแลผู้ป่วยในแผนกใดหรือผู้ป่วยกลุ่มใด ที่มีการระบุเป้าหมายการดูแลและกิจกรรมบริการเพื่อบรรลุเป้าหมายไว้อย่างชัดเจน	ศึกษารูปแบบที่ดี และร่วมกันหาแนวทางขยายผล

ค) มีการสื่อสาร / ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลในเวลาที่เหมาะสม โดยสมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
รูปแบบของการสื่อสารและประสานงานที่ดีเพื่อให้มีการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยมีอยู่ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มใดบ้าง	ศึกษารูปแบบที่ดี และร่วมกันหาแนวทางขยายผล

ง) มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
โรคหรือสภาวะอะไรบ้างที่มักจะต้องมีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วย (เช่น การติดเชื้อ)	กำหนดข้อบ่งชี้ รวมถึงแนวทางการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยให้มีความชัดเจน

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (PLN.2)

มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม กับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล.

- (1) มีการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
โรคอะไรบ้างที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย	กำหนดแนวทางการวางแผนจำหน่ายสำหรับโรคดังกล่าว

- (2) มีการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่เริ่มแรกที่เป็นไปได้.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่สามารถรับรู้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่ายได้ตั้งแต่แรกเริ่ม ปัญหาเหล่านั้นคืออะไร	ร่วมกันกำหนดแนวทางการรับรู้ความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่ม ออกแบบระบบบันทึกหรือแบบตรวจสอบเพื่อให้ปัญหาดังกล่าวไม่ถูกละเลยเมื่อจะจำหน่ายผู้ป่วย

- (3) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
หน่วยงานใด แผนกใด ที่นำแพทย์ พยาบาล วิชาชีพอื่น ผู้ป่วย/ครอบครัว มามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย	ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและร่วมกันขยายผล

- 4) มีการประเมินและระบุปัญหา / ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และประเมินซ้ำเป็นระยะ ในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีหน่วยงานใดที่มีรูปแบบในการระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย ที่เอื้ออำนวยต่อการวางแผนจำหน่าย	ศึกษารูปแบบที่ดีและร่วมกันขยายผล

- (5) มีการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ทักษะอะไรที่ต้องใช้ความพยายามของทั้งสองฝ่าย	ประเมินสัมฤทธิ์ผลของการเสริมสร้างทักษะเหล่านี้

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ) ในการเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเอง	แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ปรับปรุงวิธีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย/ครอบครัว
เพื่อให้ถึงสิ่งที่สามารถทำร่วมกันหรือเชื่อมโยงกันระหว่างการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองที่บ้าน	ออกแบบกิจกรรมการดูแลที่สามารถทำได้เชื่อมโยงกัน

การประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ระบบติดตามผลการดูแลผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลอย่างไร (ทั้งจากผู้ป่วยโดยตรงและจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)	จัดให้มีระบบติดตามผล นำข้อมูลจากการติดตามผลมาปรับปรุงกระบวนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและพัฒนาบุคลากร
ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่มักจะมีปัญหาการดูแลตนเองที่บ้านหรือต้องกลับมา admit ซ้ำ	พิจารณาว่าจะเตรียมตัวผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองมากขึ้นอย่างไร รวมทั้งจัดระบบสื่อสารและสนับสนุนที่เหมาะสม



III - 4. การดูแลผู้ป่วย

III-4.1 การดูแลทั่วไป (PCD.1)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- (1) มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา โดยมอบหมายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม. การดูแลในทุกจุดบริการเป็นไปตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดขึ้นมีอะไรบ้าง	วิเคราะห์ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นและวางแผนทางป้องกัน
กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และที่เป็นข้อกำหนดว่าต้องปฏิบัติโดยผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมมีอะไรบ้าง	สร้างความมั่นใจอย่างไรว่ากิจกรรมดังกล่าวได้รับการปฏิบัติโดยผู้ที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้
แนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในเรื่องใดบ้างที่อาจถูกละเลยไม่ได้รับการปฏิบัติตาม	จัดระบบติดตามกำกับกับการปฏิบัติในเรื่องดังกล่าว

- (2) มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความสะดวกสบายและความสะอาด การป้องกันอันตราย / ความเครียด / เสี่ยง / สิ่งรบกวนต่างๆ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อันตราย ความเครียด เสี่ยง สิ่งรบกวนต่างๆ ต่อผู้ป่วยมีอะไรบ้าง	สำรวจเพิ่มเติมและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อลดอันตรายและสิ่งรบกวนดังกล่าว
สิ่งที่ไม่เอื้อต่อความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยมีอะไรบ้าง	ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม
โอกาสพัฒนาเพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา เช่น การมองเห็น แสง เสียง ความปลอดภัย สิ่งเร้า ความสะอาด ความสะดวกสบายมีอะไรบ้าง	สำรวจเพิ่มเติมและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

- (3) ทีมผู้ให้บริการดำเนินการทุกวิถีทางเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ หรือการติดเชื้อ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
โอกาสเกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บต่อผู้ป่วยมีอะไรบ้าง	วางแผนทางป้องกันและติดตามกำกับ

4) ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน อย่างเหมาะสมและปลอดภัย.

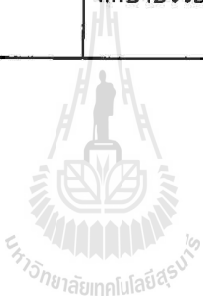
คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ ภาวะฉุกเฉิน ที่มีโอกาสพบมีอะไรบ้าง	วางระบบเพื่อให้ตรวจพบและจัดการภาวะดังกล่าวอย่างรวดเร็ว

5) ทีมผู้ให้บริการตอบสนองต่อความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตสังคม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ปัญหาด้านอารมณ์ จิตสังคมที่พบบ่อยมีอะไร	วางแนวทางประเมินที่มีความไว และตอบสนองอย่างเหมาะสม

6) มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความต่อเนื่องในการดูแล.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ทีมงานที่มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยที่ดีคือทีมใดบ้าง	ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและนำไปขยายผล



III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (PCD.2)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันทั่วทั้งที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- (1) ทีมผู้ให้บริการวิเคราะห์ผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง และร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงดังกล่าว.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในความรับผิดชอบมีอะไรบ้าง เช่น ผู้ป่วยโรคติดต่อ ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด ผู้สูงอายุ ผู้ทุพพลภาพ	ร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ดังกล่าว โดยใช้ข้อมูลวิชาการที่เหมาะสม ระบุการดูแลที่ต้องใส่ใจเป็นการเฉพาะ สิ่งที่ต้องบันทึกเพื่อสื่อสารกันในทีม การติดตามประเมินผู้ป่วย
บริการที่มีความเสี่ยงสูงในความรับผิดชอบมีอะไรบ้าง เช่น การให้เลือด การฟอกไต การให้ยาเคมีบำบัด	คุณสมบัติหรือทักษะพิเศษของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดูแล ความพร้อมและการใช้เครื่องมืออุปกรณ์พิเศษ

- (2) บุคลากรได้รับการฝึกอบรม เพื่อนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงมาสู่การปฏิบัติด้วยความเข้าใจ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อุบัติการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่เคยพบหรือมีโอกาสพบมีอะไรบ้าง	วิเคราะห์ training need สำหรับทีมผู้ให้การดูแลกลุ่มต่างๆ และดำเนินการฝึกอบรม

- (3) การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง จะต้องทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือและผู้ช่วยที่จำเป็น.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงในความรับผิดชอบมีอะไรบ้าง	ร่วมกันจัดทำแนวทางการทำหัตถการดังกล่าว โดยใช้ข้อมูลวิชาการที่เหมาะสม ระบุผู้มีคุณสมบัติที่จะทำหัตถการดังกล่าวได้ ระบุการจัดเตรียมสถานที่ เครื่องมือ และผู้ช่วยที่เหมาะสม

- (4) มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
โรคหรือสภาวะที่อาการของผู้ป่วยมีโอกาสเปลี่ยนแปลงและจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมมีอะไรบ้าง	ระบุสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังและวิธีการเฝ้าระวังที่เหมาะสม ทบทวนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ว่ามี

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
	การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงและปรับเปลี่ยนแผนการรักษาในเวลาที่เหมาะสมหรือไม่
การช่วยฟื้นคืนชีพนอก ICU เกิดขึ้นในผู้ป่วยหรือภาวะการณใด มีการกำหนด early warning sign จะเป็นสัญญาณเตือนว่าผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤตอย่างไร	ปรับปรุงให้มี early warning sign เข้าไปอยู่ในบันทึกสัญญาณชีพ และชี้้นำการปฏิบัติที่ควรเกิดขึ้น

๕. เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤต, มีความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเข้ามาช่วยทีมผู้ให้บริการอย่างทันเวลาที่ในการประเมินผู้ป่วย การช่วย stabilize ผู้ป่วย การสื่อสาร การให้ความรู้ และการย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีการจัดทีม Rapid Response Team (RRT) อย่างไร	วิเคราะห์แรงหนุนแรงต้านในการจัดให้มี RRT จัดให้มีระบบตอบสนองผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของ รพ.

๖. ทีมผู้ให้บริการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมีแนวโน้มเป็นอย่างไร	ทบทวนความไวในการตรวจจับหรือบ่งชี้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และการนำผลการวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนมาปรับปรุงระบบ

III – 5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว (IMP)

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว และกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล.

- 1) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้. การประเมินครอบคลุม ปัญหา / ความต้องการของผู้ป่วย, ชีตความสามารถ, ภาวะทางด้านอารมณ์ จิตใจ, ความพร้อมในการเรียนรู้และดูแลตนเอง.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
กลุ่มผู้ป่วยควรได้รับความใส่ใจเป็นพิเศษในการให้ข้อมูลและเสริมพลังมีอะไรบ้าง เช่น ผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองไม่ได้ การใช้เทคโนโลยีหรือวิธีการรักษาที่ผู้ใช้ต้องมีความเข้าใจเป็นอย่างดี ผู้ป่วยที่คาดหวังให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	

- (2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่จำเป็นและช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเองและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี แก่ผู้ป่วยและครอบครัว, อย่างเหมาะสมกับปัญหา เวลา มีความชัดเจนและเป็นที่ยอมรับ. มีการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง

- (3) ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์จิตใจและคำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ความต้องการความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ คำปรึกษา ที่มักเป็นปัญหามีอะไรบ้าง	

- (4) ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย / ครอบครัว ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์การดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย, รวมทั้งติดตามปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผู้ป่วยที่การวางแผนดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวมีความสำคัญมีอะไรบ้าง เช่น ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ต้องทำการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยที่อาศัยวิธีการรักษาหลายอย่างประกอบกัน	
ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่มีการจัดทำกลยุทธ์หรือแผนการดูแลตนเองโดยผู้ป่วย / ครอบครัวอย่างชัดเจน	

ให้ผู้ให้บริการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย / ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
กิจกรรมเสริมทักษะที่โรงพยาบาลจัดให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวมีอะไรบ้าง เช่น การทำแผล นิदानยา ประคบอาหาร กายภาพบำบัด ดูแลสายทาง ทดสอบหะ เปลี่ยนถุงอุจจาระ ฯลฯ	

ให้ผู้ให้บริการประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และการเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัว.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง

III -6 การดูแลต่อเนื่อง

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่
ให้ผลดี.

- 1) มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาค่อยๆเมื่อมีข้อบ่งชี้. มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่
ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการกลับมาติดตามรักษา ต่อเนื่องมีอะไรบ้าง	เรียนรู้เหตุผลความจำเป็นหรือข้อจำกัดในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อนำมาปรับปรุงระบบงานของ โรงพยาบาล และแก้ไขปัญหาลักษณะเฉพาะราย
กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือและคำปรึกษา อย่างต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล มีอะไรบ้าง	รับรู้ปัญหาอุปสรรคและความยากลำบากของผู้ป่วย แต่ละรายในการเข้าถึงระบบช่วยเหลือและให้ คำปรึกษาของโรงพยาบาล เพื่อนำมาปรับปรุง ระบบงานของโรงพยาบาล และแก้ไขปัญหาลักษณะ เฉพาะราย

- 2) องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ ชุมชน และองค์กรอื่นๆ เพื่อให้เกิด
ความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยและบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแล
ผู้ป่วย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ความรู้สึก ปัญหาอุปสรรคที่ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องเผชิญ เมื่อได้รับการส่งต่อไปรับบริการในระดับ ที่สูงขึ้นมีอะไรบ้าง	สัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มเติม นำ ข้อมูลที่ได้มาวางแผนปรับปรุงระบบงานของ โรงพยาบาล รวมทั้งปรับปรุงระบบประสานงานกับ โรงพยาบาลที่รับการส่งต่อเพื่อสร้างความมั่นใจและ ความอบอุ่นใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
ความรู้สึก ความมั่นใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อ สถานพยาบาลใกล้บ้าน เป็นอย่างไร	สัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มเติม ติดตามคุณภาพของการดูแลที่เกิดขึ้น วางแผน ร่วมกันสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ เช่น การพัฒนาศักยภาพ ทรัพยากร การสื่อสารข้อมูล การให้คำปรึกษาแก่สถานพยาบาล

๓) มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง ทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย.

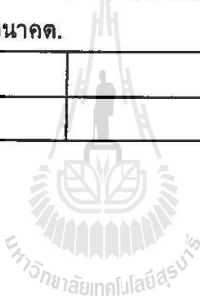
คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
รูปแบบและช่องทางการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยให้สถานพยาบาลอื่นเพื่อการดูแลต่อเนื่องมีอะไรบ้าง	ทบทวนว่าจะปรับปรุงรูปแบบและช่องทางการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพดีขึ้นได้อย่างไร โดยพิจารณาเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย การรักษาความลับ รวมทั้งโอกาสทำความเข้าใจและติดตามผล

๔) มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูลสำหรับการดูแลต่อเนื่อง.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง

๕) มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำผลการติดตามมาใช้ในการปรับปรุง/วางแผนบริการในอนาคต.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง



**แบบสรุปผลการประเมินโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ
(Organizational Quality Assessment Tool)**

โรงพยาบาล จังหวัด.....
ผู้ประเมิน

- () คณะกรรมการบริหาร/คณะกรรมการคุณภาพขององค์กร
() ทีมนำด้านคุณภาพขององค์กร
() ทีมพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีขององค์กร
() ทีมประเมินจากภายนอกองค์กร ระบุ

หัวข้อการประเมิน	คะแนน					
โครงสร้างด้านคุณภาพ (Quality Structure)	0	1	2	3	4	5
1 มีโครงสร้างเพื่อการพัฒนาคุณภาพงานด้านเอชไอวีหรือไม่						
2 งานคุณภาพด้านเอชไอวีได้รับการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเหมาะสมหรือไม่						
3 ผู้บริหารให้การสนับสนุนงานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีหรือไม่						
4 มีการวางแผนงานคุณภาพด้านเอชไอวีที่ครบวงจรหรือไม่						
การวางแผนงานด้านคุณภาพ (Quality Planning)	0	1	2	3	4	5
1 มีการกำหนดเป้าหมายประจำปีสำหรับงานคุณภาพด้านเอชไอวีหรือไม่						
2 มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนในงานคุณภาพด้านเอชไอวีหรือไม่						
3 ในแผนปฏิบัติงานมีการกำหนดกรอบเวลาในการดำเนินงานหรือไม่						
การวัดคุณภาพการดำเนินงานด้านคุณภาพ (Quality Performance Measurement)	0	1	2	3	4	5
1 มีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพที่เหมาะสมในงานคุณภาพด้านเอชไอวีหรือไม่						
2 โครงการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีมีการวัดผลการปฏิบัติงานเป็นประจำหรือไม่						
กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Activities)	0	1	2	3	4	5
1 มีการจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยด้านเอชไอวีหรือไม่						
2 มีการทำงานเป็นทีมในการพัฒนาคุณภาพหรือไม่						
การมีส่วนร่วมของบุคลากร (Staff Involvement)	0	1	2	3	4	5
1 บุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านเอชไอวีมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพหรือไม่						
การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Consumer Involvement)	0	1	2	3	4	5
1 ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพหรือไม่						
การประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพ (Evaluation of Quality Program)	0	1	2	3	4	5
1 มีกระบวนการเพื่อประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพด้าน เอชไอวีหรือไม่						
ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System)	0	1	2	3	4	5
1 มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อการวัดคุณภาพบริการหรือไม่						
คะแนนรวม						

A. โครงสร้างด้านคุณภาพ (Quality Structure)				
คำถาม	A.1 มีโครงสร้างเพื่อการพัฒนาคุณภาพงานด้านเอชไอวีหรือไม่	A.2 งานคุณภาพด้านเอชไอวีได้รับการสนับสนุนหรือทรัพยากรบุคคลเพื่อการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีหรือไม่	A.3 ผู้บริหาร*ให้การสนับสนุนงานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีหรือไม่	A.4 มีการวางแผนงานคุณภาพด้านเอชไอวีที่ครบวงจรหรือไม่
ค่าคะแนน	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
0	ไม่มีโครงสร้างด้านคุณภาพด้านเอชไอวี มีเพียงการให้บริการและจัดทรัพยากรตามระบบ และไม่มีการนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ	ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณหรือทรัพยากรบุคคลเพื่อการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี	ไม่มีหลักฐานว่าผู้บริหารให้การสนับสนุนงานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี	ไม่มีแผนงานที่ระบุชัดเจนถึงการปฏิบัติงานคุณภาพด้านเอชไอวี
1	- ไม่มีโครงสร้างด้านคุณภาพด้านเอชไอวีที่ชัดเจน - มีการประชุมด้านคุณภาพเป็นบางครั้งและมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านเอชไอวีเพียงไม่กี่คนที่เข้าร่วม - ความรู้เรื่องคุณภาพด้านเอชไอวีมีจำกัดอยู่เพียงแค่บุคลากรบางคนเท่านั้น	- มีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมคุณภาพ - ผู้ให้บริการเอชไอวีเท่านั้นที่รับผิดชอบและประสานงานการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี - งานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีไม่ได้ถูกคาดหวังว่าเป็นส่วนหนึ่งในบทบาทหน้าที่ของบุคลากร	- ผู้บริหารได้มีโอกาสทบทวนข้อมูลคุณภาพด้านเอชไอวี - ผู้บริหารให้การสนับสนุนแต่ไม่ต่อเนื่องจะมีส่วนร่วมเมื่อมีการร้องขอเป็นครั้งๆ ไป - ผู้บริหารมีประสบการณ์จำกัดในงานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี	- มีแผนงานกว้างๆเกี่ยวกับโครงการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี - แผนงานไม่ได้สะท้อนให้เห็นถึงกิจกรรมเพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาในเรื่องเอชไอวี
2				
3	- ไม่มีโครงสร้างคุณภาพที่ชัดเจนแต่มีการประชุมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานด้านคุณภาพด้านเอชไอวี < 4 ครั้ง/ปี - ในการประชุมมีตัวแทนจากสหสาขาวิชาชีพ 5 ด้านเข้าร่วม - มีการบันทึกงานการประชุมทุกครั้งเป็นลายลักษณ์อักษร	มีบุคลากรที่ทำงานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีที่พอเพียงแต่ไม่สามารถจัดสรรเวลาทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	- ผู้บริหารให้การสนับสนุนและให้ความสำคัญงานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี - ผู้บริหารกำหนดและสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเอชไอวีให้อยู่ในระบบงานปกติ - ผู้บริหารมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่จะนำมาพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี	- ในแผนงานระบุถึง โครงสร้างของบุคลากรในงานพัฒนาคุณภาพ, ระยะเวลาดำเนินงาน, และ วัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน - มีการทบทวนและปรับปรุงแผนพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีเป็นประจำทุกปี - ในแผนงานยังไม่ครอบคลุมในหัวข้อหลักของการพัฒนาคุณภาพ - ยังไม่มีการชี้แจงแผนงานให้ผู้ปฏิบัติงานทราบ
4				
5	- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีอย่างเป็นทางการที่เชื่อมโยงกับงานพัฒนาคุณภาพขององค์กร - มีการประชุม > 4 ครั้ง/ปีและมีการบันทึกรายงานการประชุมเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการนำเสนองานด้านคุณภาพของเอชไอวีต่อผู้บริหารหรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเพื่อวางแผนและกำหนดนโยบาย	- มีการจัดสรรเวลาเพียงพอให้แก่บุคลากรเพื่อทำงานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี - มีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง	- ผู้บริหารมีความวิสัยทัศน์ในการจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี - ผู้บริหารมีความสนใจในการเพิ่มพูนความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี - ผู้บริหารมีการนำประเด็นการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีไปอภิปรายในการประชุมกรรมการบริหาร หรือคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายของโรงพยาบาล	- มีการทบทวน และปรับปรุง พร้อมทั้งมีแผนงานที่ครอบคลุมในหัวข้อหลักของการพัฒนาคุณภาพ - แผนงานมีความเชื่อมโยงกับงานพัฒนาคุณภาพอื่นๆขององค์กรรวมทั้งมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพขององค์กรได้ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะต่อโครงการ - มีการชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการทบทวนแผนการดำเนินงาน

*ผู้บริหาร หมายถึง คณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ หรือ ทีมนำด้านคุณภาพ

เครื่องมือประเมินองค์กรในการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีโดยใช้รูปแบบ HIVQUAL-T 29/09/2010

B. การวางแผนงานด้านคุณภาพ (Quality Planning)			
คำถาม	B.1 มีการกำหนดเป้าหมายประจำปีสำหรับการพัฒนาคุณภาพด้านเลขไอวีหรือไม่	B.2 มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนในงานคุณภาพด้านเลขไอวีหรือไม่	B.3 ในแผนปฏิบัติงานมีการกำหนดกรอบเวลาในการดำเนินงานหรือไม่
ค่าคะแนน	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
0	ไม่มีการกำหนดเป้าหมายประจำปีในการพัฒนาคุณภาพเลขไอวี	ไม่มีการกำหนดบทบาทในโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพด้านเลขไอวี	ไม่มีแผนปฏิบัติงานและไม่มีกำหนดกรอบเวลา
1	มีการกำหนดเป้าหมายประจำปี แต่ถูกกำหนดขึ้นจากภายนอกองค์กร	- ไม่มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - ผู้ปฏิบัติไม่ทราบบทบาท หน้าที่ อย่างชัดเจน	- ไม่ระบุการติดตามผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นทางการและจะติดตามเมื่อมีความจำเป็น - มีแผนปฏิบัติงานแต่ไม่มีการทบทวนและนำเสนอความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ
2			
3	- มีการกำหนดเป้าหมายในแต่ละปี มีการอภิปรายและเห็นชอบจากคณะกรรมการคุณภาพด้านเลขไอวี - การกำหนดเป้าหมายขึ้นกับผลการดำเนินงานที่ผ่านมาขององค์กรและถูกกำหนดจากภายนอกองค์กร - ขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญและการกำหนดเป้าหมายยังไม่ชัดเจน	- มีการกำหนดบทบาทหลักและหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพด้าน เลข ไอวี - มีที่มาจากการพัฒนาคุณภาพด้านเลขไอวี - ผู้ปฏิบัติได้รับการชี้แจงในบทบาทที่แตกต่างกัน	- กิจกรรมพัฒนาคุณภาพและกรอบเวลาถูกระบุไว้ในแผน - มีการระบุการติดตามผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นทางการ และจะติดตามเมื่อมีความจำเป็นมีแผนปฏิบัติงานและทบทวนแผนและนำเสนอความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ
4			
5	- มีการกำหนดเป้าหมายประจำปี - การกำหนดเป้าหมายประกอบไปด้วยการวัดผลการดำเนินงานและการจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพ - เป้าหมายมีความสอดคล้องกับการให้บริการด้านเลขไอวี - มีขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญและกำหนดเป้าหมายอย่างชัดเจน	- บทบาทและหน้าที่ของผู้ปฏิบัติแต่ละคนมีกำหนดไว้อย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ในงานพัฒนาคุณภาพด้านเลขไอวี ในด้านต่างๆ ดังนี้ ○ การมีส่วนร่วมในโครงสร้างของทีมงาน ○ การวัดผลการดำเนินงาน (PM) ○ การจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพ (QI) ○ การติดตามผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ	- ในแผนปฏิบัติงานประกอบไปด้วยกรอบเวลาและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติ - มีการติดตามแผนปฏิบัติงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและผู้ปฏิบัติระดับถึงการจัดการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและกรอบเวลาทำงาน - มีการระบุการติดตามผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นทางการและได้ติดตามผลตามที่ระบุไว้

C. การวัดผลการทำงานของงานด้านคุณภาพ (Quality Performance Measurement)		D. กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Activities)		
คำถาม	C.1 มีการกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในงานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีหรือไม่	C.2 โครงการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีมีการวัดผลการปฏิบัติงานเป็นประจำหรือไม่	D.1 มีการจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยด้านเอชไอวีหรือไม่	D.2 มีการทำงานเป็นทีมในการพัฒนาคุณภาพหรือไม่
ค่าคะแนน	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
0	ไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน	ไม่มีการวัดผลการปฏิบัติงานเป็นระบบงานประจำ	ไม่มีโครงการหรือกิจกรรมด้านการพัฒนาคุณภาพ	ไม่มีการทำงานเป็นทีม
1	มีการเลือกเฉพาะตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดจากระดับนโยบาย (เช่น กรมควบคุมโรค, สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ)	- มีการวัดผลการปฏิบัติงานเป็นบางครั้งตามสถานการณ์ - มีเพียงผู้ปฏิบัติงานคนที่มีส่วนร่วมในการวัดผลการปฏิบัติงาน	- มีกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่มุ่งเน้นไปที่ผู้มีส่วนเฉพาะรายและเป็นวิธีการตรวจสอบ - ไม่ใช้ข้อมูลการวัดผลการปฏิบัติงาน เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและจัดกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพ	- มีการปรึกษาหารือกันเรื่องการปรับปรุงงานในกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน - บุคลากรที่เข้าร่วมปรึกษากันส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเดิมๆ - ยังไม่ได้นำหลักการทำงานเป็นทีมเพื่อการพัฒนาคุณภาพมาใช้
2				
3	- การเลือกตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับหลักการดูแลรักษาด้วยวิธีมาตรฐานและการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพขององค์กรเอง - มีการระบุความหมายของตัวชี้วัดและความถี่ในการวัด - ผู้ปฏิบัติงานทราบว่ามีตัวชี้วัดในงานด้านเอชไอวี	- มีการวัดผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นตอนในระบบงานประจำและกำหนดระยะเวลาการวัด - ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการวัดผลการปฏิบัติงาน - มีการอภิปรายผลการวัดการปฏิบัติงานในทีมพัฒนาคุณภาพ	- กิจกรรม/โครงการ เกิดขึ้นเนื่องจากผลการวัดการปฏิบัติงาน - มีกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ ที่มุ่งเน้นใช้กระบวนการ PDCA - ผลที่ได้จากกิจกรรม/โครงการ ได้มีการนำเสนอให้แก่คณะกรรมการคุณภาพ - ใช้หลักการของการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ การมีส่วนร่วมของบุคลากร และการทำงานร่วมกันเป็นทีม - มีกิจกรรม/โครงการ อย่างน้อย 1 กิจกรรม ที่เสร็จสมบูรณ์	- ใช้หลักการทำงานเป็นทีมเพื่อการพัฒนาคุณภาพ - บุคลากรมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมเพื่อการพัฒนาคุณภาพ - มีการนำเสนอผลที่ได้จากการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพในคณะกรรมการคุณภาพ - มีการทำงานเป็นทีมในขบวนการพัฒนาคุณภาพ เช่น PDCA การวิเคราะห์แผนภูมิการไหล หรือ Flow Chart
4				
5	- มีการมอบหมายการทบทวนตัวชี้วัดที่ต้องการวัดโดยหน่วยงานเองที่เพิ่มเติมจากตัวชี้วัดที่กำหนดจากนโยบายเป็นประจำทุกปี - ผู้ปฏิบัติได้รับการชี้แจง มีความเข้าใจในนิยาม (ความหมาย) ของแต่ละตัวชี้วัด	- ระบุ ขั้นตอนในการประเมินและวัดผลไว้อย่างชัดเจน - ผู้ปฏิบัติได้รับการชี้แจงและอบรมในขั้นตอนการวัดผลการปฏิบัติงาน - ทบทวนและวัดการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดจากภายในองค์กรอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 1 ครั้งโดยผลการวัดถูกนำไปใช้และตอบสนองโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล	- มีการมอบหมายที่เป็นรูปแบบในการคัดเลือกกิจกรรมและเรียงลำดับความสำคัญของกิจกรรม - กิจกรรม/โครงการในการพัฒนาคุณภาพมีการระบุความต้องการของผู้รับบริการและนำไปเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ - มีการเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินงานกิจกรรม/โครงการในการพัฒนาคุณภาพ - บุคลากรส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพ - มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผลการดำเนินงานโครงการกับในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านเอชไอวี - มีการขยายผลกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพทั้งในหน่วยงานหรือภายนอกหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ	- ใช้หลักการทำงานเป็นทีมเพื่อจัดการปัญหาทางด้านคุณภาพเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง - บุคลากรในทีมได้รับการอบรมความรู้ความหมายของตนเอง - มีการติดตามการเปลี่ยนแปลงของ 'กิจกรรม/โครงการ' การพัฒนาคุณภาพ โดยทีมทำงานอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือประเมินองค์กรในการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีโดยใช้รูปแบบ HIVQUAL-2008-2012

หัวข้อการประเมิน	E. การมีส่วนร่วมของบุคลากร (Staff Involvement)	F. การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Consumer Involvement)	G. การประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพ (Evaluation of Quality Program)	H. ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System)
คำถาม	E.1 บุคลากรสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านเอชไอวีมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพหรือไม่	F.1 ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพหรือไม่	G.1 มีกระบวนการเพื่อประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีหรือไม่	H.1 มีการจัดเก็บข้อมูลเพื่อการวัดคุณภาพบริการอย่างเป็นระบบหรือไม่
คะแนน	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
0	- ไม่มีบุคลากร ด้านเอชไอวีคนใดได้รับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ - บุคลากร ด้านเอชไอวีขาดความตระหนักในเรื่องของกรวางแผนและ การจัดการด้านคุณภาพ - บุคลากร ด้านเอชไอวีไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ	ผู้รับบริการไม่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรือสะท้อนปัญหา ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการด้านเอชไอวี	ไม่มีกระบวนการที่ชัดเจนในการประเมินกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี	- ไม่มีระบบข้อมูลเพื่อวัดคุณภาพของบริการด้านเอชไอวี - มีระบบเก็บแบบกระดาษแต่ไม่จัดเก็บอย่างเป็นระบบ ไม่สามารถในการนำมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพ - มีระบบการรายงานผลไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ แต่มีปัญหาในการนำข้อมูลจากเวชระเบียนมาใช้
1	- มีบุคลากร ด้านเอชไอวีบางคนมีโอกาสได้รับการฝึกอบรมความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพ - ไม่มีงบประมาณ(ทรัพยากร)เพียงพอที่จะสนับสนุนการฝึกอบรมความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพ - มีบุคลากร ด้านเอชไอวี บางคนเท่านั้นที่มีความตระหนักให้ความสำคัญในเรื่องของการวางแผนการจัดการด้านคุณภาพ - บุคลากร ด้านเอชไอวีมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพเป็นบางครั้ง	- มีการพูดคุยกันเรื่องผู้รับบริการตามปัญหาที่ผู้รับบริการได้พบ - ไม่มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างเป็นประจำสม่ำเสมอ - ไม่มีระบบรับความคิดเห็นของผู้รับบริการ	- มีการทบทวนกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพเป็นประจำ - ไม่มีการทบทวนแบบพัฒนาคุณภาพ - ไม่มีการทบทวนเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพและโครงสร้างคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	- มีระบบจัดเก็บเวชระเบียนแบบกระดาษ (คือใช้บุคลากร) เพื่อรายงานผลไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ - มีการรายงานผลการดำเนินงานเป็นจำนวนรวม เช่น จำนวนผู้ป่วย, จำนวนผู้รับยาต้านไวรัส
2				
3	- ไม่มีกระบวนการที่เป็นทางการเพื่อให้บุคลากร ด้านเอชไอวีมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ - ไม่มีกระบวนการที่เป็นทางการเพื่อให้บุคลากร ด้านเอชไอวีได้รับความรู้ในเรื่องหลักการของการพัฒนาคุณภาพ - บุคลากร ด้านเอชไอวีบางคนได้รับการฝึกอบรมในด้านคุณภาพจากที่อื่นๆที่ไม่ใช่แผนกของหน่วยงาน - บุคลากร ด้านเอชไอวีมีความตระหนักในเรื่องของการวางแผนการจัดการด้านคุณภาพ - บุคลากร ด้านเอชไอวีบางคนมีส่วนร่วมในกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพ	- มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ - มีระบบให้แสดงความคิดเห็นและความต้องการของผู้รับบริการ (ผู้ป่วย ครอบครัว และอื่นๆ) - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพนำข้อเสนอแนะของผู้รับบริการมาอภิปราย	- มีการทบทวนกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพโดยคณะทำงานด้านคุณภาพเอชไอวี เช่น มีการประเมินความสำเร็จของทันตเป็นประจำ - มีการนำผลการประเมินมาใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพในอนาคต แต่ยังไม่ใช้อย่างเป็นความครอบคลุมในหัวข้อหลักของการพัฒนาคุณภาพ - มีการสรุปผลการประเมินโดยเขียนเป็นรายงาน	- มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ (ทั้งแบบอิเล็กทรอนิกส์และแบบบันทึก) เพื่อติดตามผู้รับบริการและการให้บริการ - มีการจัดเก็บข้อมูลและนำมาใช้ในงานพัฒนาคุณภาพ แต่ยังมีข้อจำกัดในระบบข้อมูลที่มีอยู่

เครื่องมือประเมินองค์กรในการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีโดยในรูปแบบ HIVQUAL-T 29/09/2010

ประเด็น (Staff Involvement)	การมีส่วนร่วมของบุคลากร (Consumer Involvement)	การประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพ (Evaluation of Quality Program)	สารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information System)	
คำถาม	E.1 บุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านเอชไอวีมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพหรือไม่	F.1 ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพหรือไม่	G.1 มีการประเมินเพื่อประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีหรือไม่	H.1 มีการจัดเก็บข้อมูลเพื่อการวัดคุณภาพบริการอย่างเป็นระบบหรือไม่
4	- บุคลากรฯ ด้านเอชไอวีทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ - บุคลากรฯ ด้านเอชไอวีทุกคนได้เข้าร่วมในการฝึกอบรมด้านคุณภาพอย่างต่อเนื่อง - บุคลากรฯ ทุกคนรู้ถึงหลักการของการพัฒนาคุณภาพ - มีการสื่อสารเรื่องการพัฒนาคุณภาพเอชไอวีในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านเอชไอวีเป็นประจำ โดยมีการจัดประชุมนำเสนอผลงานและความก้าวหน้า	- มีการจัดระบบข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ให้บริการ และนำเสนอแนะของผู้รับบริการมาใช้ในการกำหนดเป้าหมายของโครงการพัฒนาคุณภาพ - มีการนำผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการมาใช้ในโครงการพัฒนาคุณภาพอยู่เป็นประจำ โดยกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพได้สะท้อนถึงปัญหาของผู้รับบริการ - มีการแจ้งให้ผู้รับบริการทราบถึงผลของกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอยู่เป็นประจำ - ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง	- มีระบบเพื่อนำผลการประเมินมาใช้วางแผนพัฒนาคุณภาพในอนาคต โดย นำผลการวัดคุณภาพการทำงานที่ผ่านมา และบทเรียนจากกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพ มาใช้เพื่อ - หาโอกาสในการพัฒนาคุณภาพบริการ และ วางแผนการดำเนินงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในอนาคต - ปรับแผน กำหนดเป้าหมายประจำปี และกำหนดระยะเวลา - ขยายผลการดำเนินงานในวงกว้าง - มีการติดตามการมีส่วนร่วมของบุคลากร ในโครงการพัฒนาคุณภาพ - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพได้มีส่วนร่วมในขั้นตอนการประเมินอย่างแท้จริง	- มีระบบข้อมูลทางคลินิกที่ใช้ได้ เพื่อติดตามการให้บริการแก่ผู้ป่วย - ติดตามและตรวจสอบด้วยตัวชี้วัดหลักของโครงการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีได้ - สามารถจัดทำรายงานการให้บริการจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์หรือข้อมูลการให้บริการด้านสุขภาพ
5	- บุคลากรฯ ด้านเอชไอวีทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการทบทวนเรื่องแผนการพัฒนาคุณภาพ - บุคลากรฯ ด้านเอชไอวีทุกคนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมและกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพ - บุคลากรฯ ด้านเอชไอวีทุกคนมีแนวคิดหลักว่า การทำงานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ			

คำอธิบาย เกณฑ์การให้คะแนน เครื่องมือประเมินการทำงานขององค์กรด้านคุณภาพ การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

เกณฑ์การให้คะแนน 2 คะแนน หมายถึง กิจกรรม หรือการปฏิบัติงานด้านเอชไอวีต่าง ๆ มีมากกว่าในคำอธิบาย 1 คะแนน แต่น้อยกว่า 3 คะแนน
 เกณฑ์การให้คะแนน 4 คะแนน หมายถึง กิจกรรม หรือการปฏิบัติงานด้านเอชไอวีต่าง ๆ มีมากกว่าในคำอธิบาย 3 คะแนน แต่น้อยกว่า 5 คะแนน

เครื่องมือประเมินองค์กรในการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีโดยใช้รูปแบบ HIVQUAL-T 29/09/2010



ตารางการเยี่ยมกระตุ้นโรงพยาบาล 14 แห่ง ในเขตนครชัยบุรี



โครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพระบบบริการ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมงานวิชาชีพ

เขตนครชัยบุรีระยะที่ 2 ระหว่างเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2556

พยาบาล	วันที่	จำนวน	พี่เลี้ยง	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	จังหวัด
ศิริภูมิ	29 กค.56	1	อาจารย์นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล	อาจารย์	มทส.	นครราชสีมา
		2	นางศรียุตา มานูจำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ปราสาท	สุรินทร์
		3	นางอินันารด ศรีสุริยชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พลับพลาชัย	นครราชสีมา
		4	นางปณิดา สุวานิช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สสจ.สุรินทร์	สุรินทร์
		5	อาจารย์จินตนา ตาปิน	อาจารย์	มทส.	นครราชสีมา
สุนทร	30 กค.56	1	อาจารย์นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล	อาจารย์	มทส.	นครราชสีมา
		2	นางศรียุตา มานูจำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ปราสาท	สุรินทร์
		3	นางอินันารด ศรีสุริยชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พลับพลาชัย	บุรีรัมย์
		4	นางปณิดา สุวานิช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สสจ.สุรินทร์	สุรินทร์
ไพทณ	31 กค.56	1	อาจารย์จินตนา ตาปิน	อาจารย์	มทส.	นครราชสีมา
		2	นางศรียุตา มานูจำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ปราสาท	สุรินทร์
		3	นางอินันารด ศรีสุริยชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พลับพลาชัย	บุรีรัมย์
		4	นางปณิดา สุวานิช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สสจ.สุรินทร์	สุรินทร์
โสม	3 กย.56	1	อาจารย์นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล	อาจารย์	มทส.	นครราชสีมา
		2	อาจารย์จินตนา ตาปิน	อาจารย์	มทส.	นครราชสีมา
		3	อาจารย์ลักขณา สุวะจันทร์	อาจารย์	มทส.	นครราชสีมา
		4	นางอินันารด ศรีสุริยชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พลับพลาชัย	บุรีรัมย์
		5	นางสตาพร สันธรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.บุรีรัมย์	บุรีรัมย์
		1	อาจารย์นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล	อาจารย์	มทส.	นครราชสีมา
		2	นางนงนภัส มากมาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ประทาย	นครราชสีมา
		3	นางอินันารด ศรีสุริยชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พลับพลาชัย	บุรีรัมย์
		1	อาจารย์นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล	อาจารย์	มทส.	นครราชสีมา
		2	นางนงนภัส มากมาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ประทาย	นครราชสีมา
		3	นางวารุณี เอี้ยวฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เสิงสาง	นครราชสีมา
ศค	26 สค.56	1	อาจารย์นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล	อาจารย์	มทส.	นครราชสีมา
		2	นางอินันารด ศรีสุริยชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พลับพลาชัย	บุรีรัมย์
		3	นางปณิดา สุวานิช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สสจ.สุรินทร์	สุรินทร์
		4	นางวราภรณ์ หินราช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เสิงสาง	นครราชสีมา
		5	นางเพชรินทร์ กำแพงเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.นางรอง	บุรีรัมย์



ตารางการเยี่ยมกระตุ้นโรงพยาบาล 14 แห่ง ในเขตนครชัยบุรีรินทร์



การส่งเสริมพัฒนาคุณภาพระบบบริการ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ

วันที่	จำนวน	พี่เลี้ยง	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	จังหวัด
30 สค.56	1	อาจารย์รวิลักษณ์ สุวรรณโนบล	อาจารย์	มทส.	นครราชสีมา
	2	นางวารุณี เอียวฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สีคิ้ว	นครราชสีมา
	3	นางอรุณี จันทร์แสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ภูเขียว	ชัยภูมิ
	4	นางเบญญาภา นุชพิเรนทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เกษตรสมบูรณ์	ชัยภูมิ
	5	นางวารินทร์ วงศ์กาจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เกษตรสมบูรณ์	ชัยภูมิ
23 สค.56	1	อาจารย์จินตนา ตาปิน	อาจารย์	มทส.	นครราชสีมา
	2	นางวารุณี เอียวฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สีคิ้ว	นครราชสีมา
	3	นางนงนภัส มากมาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ประทาย	นครราชสีมา
	4	นางสิริกร ทินราช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สีคิ้ว	นครราชสีมา
27 สค.56	1	อาจารย์รวิลักษณ์ สุวรรณโนบล	อาจารย์	มทส.	นครราชสีมา
	2	นางวารุณี เอียวฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สีคิ้ว	นครราชสีมา
	3	พญ.จิตทิพย์ เชื้อมโสรงค์	นายแพทย์ชำนาญการ	รพ.นาโพธิ์	บุรีรัมย์
	4	นางสิริกร ทินราช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สีคิ้ว	นครราชสีมา
	5	นางศรียุตา มานูจำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ปราสาท	สุรินทร์
	6	นางธินันทร ศรีสุริยชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พลับพลาชัย	บุรีรัมย์
	7	นางปณิดา สุวานิช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สสจ.สุรินทร์	สุรินทร์
29 สค.56	1	อาจารย์รวิลักษณ์ สุวรรณโนบล	อาจารย์	มทส.	นครราชสีมา
	2	พญ.จิตทิพย์ เชื้อมโสรงค์	นายแพทย์ชำนาญการ	รพ.นาโพธิ์	บุรีรัมย์
	3	นางสิริกร ทินราช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สีคิ้ว	นครราชสีมา
	4	นางศรียุตา มานูจำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ปราสาท	สุรินทร์
21 สค. 56	1	อาจารย์จินตนา ตาปิน	อาจารย์	มทส.	นครราชสีมา
	2	นางอรุณี จันทร์แสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ภูเขียว	ชัยภูมิ
	3	นางเบญญาภา นุชพิเรนทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เกษตรสมบูรณ์	ชัยภูมิ
	4	นางวารินทร์ วงศ์กาจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เกษตรสมบูรณ์	ชัยภูมิ
22 สค.56	1	อาจารย์จินตนา ตาปิน	อาจารย์	มทส.	นครราชสีมา
	2	นางกุศลสิน สิบคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.บำเหน็จณรงค์	ชัยภูมิ
29 สค.56	1	อาจารย์จินตนา ตาปิน	อาจารย์	มทส.	นครราชสีมา
	2	อาจารย์ลักษณ์ สุวะจันทร์	อาจารย์	มทส.	นครราชสีมา
	3	นางอรุณี จันทร์แสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ภูเขียว	ชัยภูมิ
	4	นางกุศลสิน สิบคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.บำเหน็จณรงค์	ชัยภูมิ



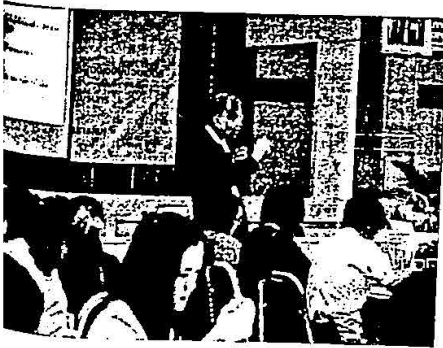
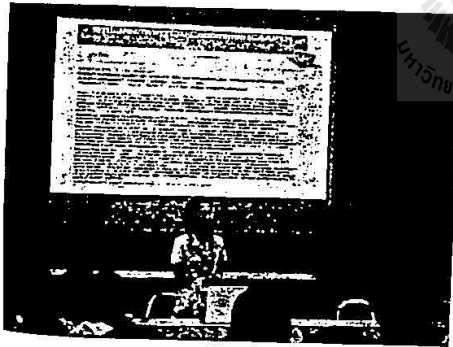
ภาคผนวก จ

ภาพกิจกรรมต่างๆ

ภาพกิจกรรมการประชุมทีมพี่เลี้ยงระหว่างวันที่ 11-12 มิถุนายน 2556

ณ ศูนย์สัมมนาสวนสัตว์ นครราชสีมา

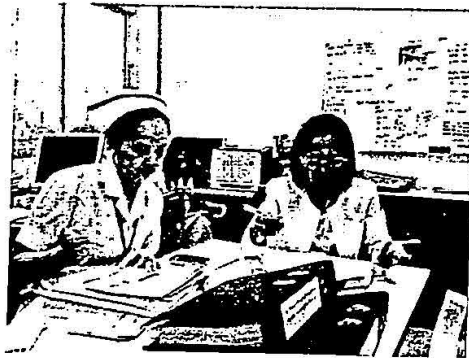




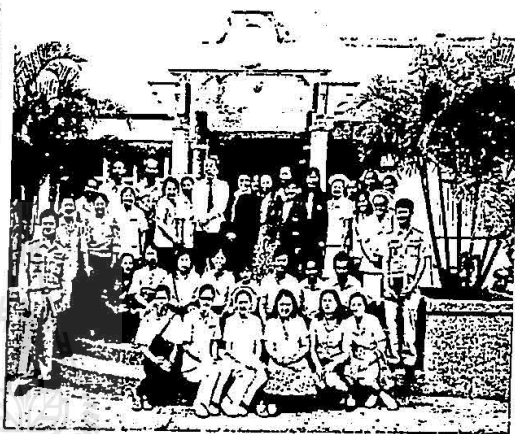
ภาพกิจกรรมติดตามเยี่ยมเพิ่มพลังอำนาจหน่วยบริการ

ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2556





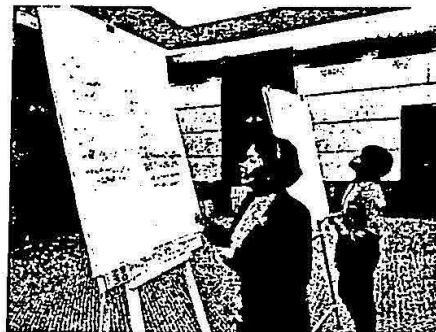


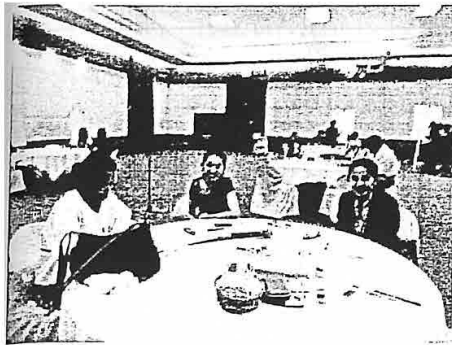




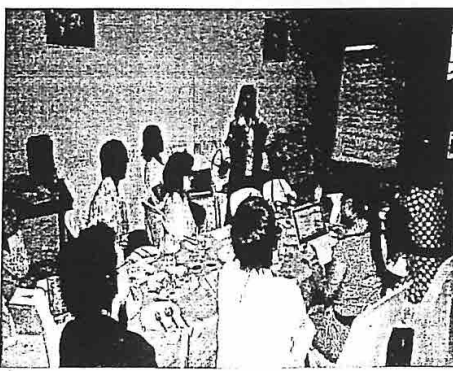
ภาพกิจกรรมการสรุปถอดบทเรียนโครงการฯวันที่ 12 กันยายน 2556

ณ ห้องสุรนารี สโมสรธนาคาร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

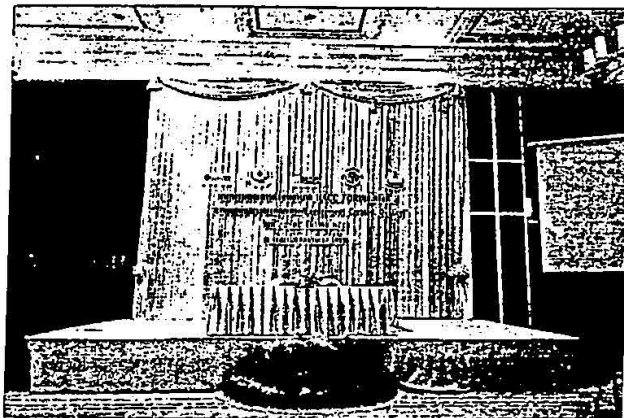


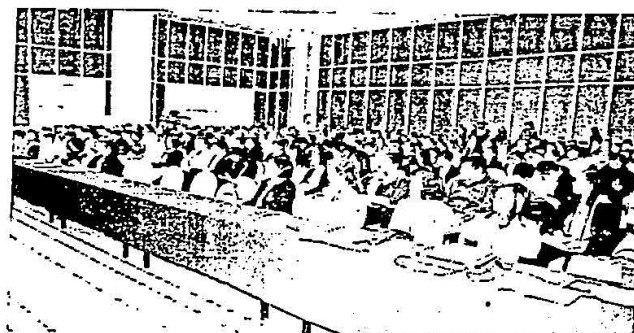
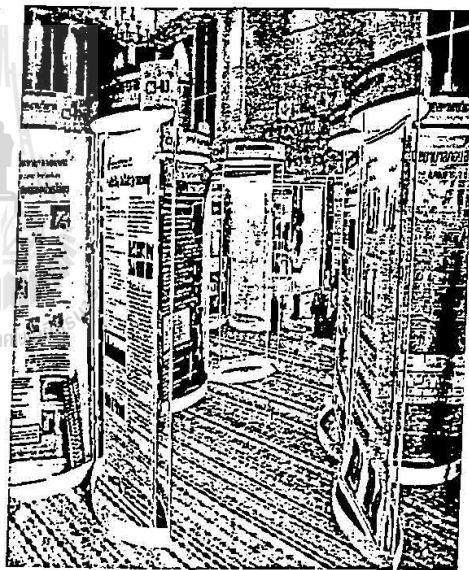
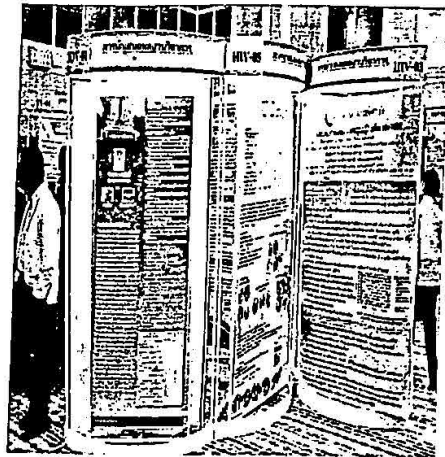


โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ประจำปี 2556	
• วัตถุประสงค์	90 ชั่วโมง
• ระยะเวลา	10 วัน
• ค่าใช้จ่าย	4,000 บาท
• ค่าตอบแทน	2,000 บาท
• ค่าเบี้ยเลี้ยง	1,000 บาท
• ค่าที่พัก	1,000 บาท
• ค่าอาหาร	4,000 บาท
• ค่าเดินทาง	20,000 บาท

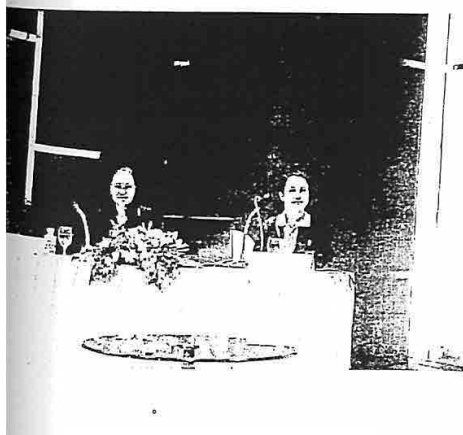
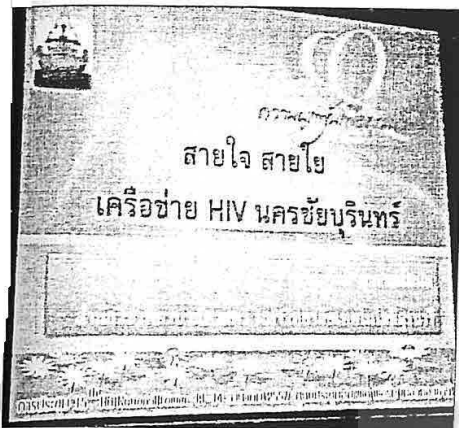


ภาพกิจกรรมการนำเสนอผลงานวิชาการ HACCC Forum ครั้งที่ 7
ระหว่างวันที่ 17-18 ธันวาคม 2556 ณ โรงแรมดุสิตปรีนเซส โคราซ





ภาพกิจกรรมนำเสนอผลงานการประชุมวิชาการ National Forum ครั้งที่ 15
ระหว่างวันที่ 11-14 มีนาคม 2557 ณ ศูนย์ประชุมอิมแพค ฟอรัม เมืองทองธานี



ศูนย์บรรณสารและสื่อการศึกษา
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี