

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัยในประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ นางสาวเพ็ญพิชญ์ ภู่งศ์พันธุ์
อายุ ๕๗ ปี การศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
- ๑.๒ ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
หน้าที่รับผิดชอบ (โดยย่อ) สนับสนุน ส่งเสริม ให้บุคลากรมีความรู้และทักษะในการพัฒนาคุณภาพ
และความปลอดภัย ตลอดจนกระตุ้นให้หน่วยงาน มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
รวมทั้งนำมาตราฐานโรงพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติงาน
- ๑.๑ นางสาวณพัทธ์ สายสุด
อายุ ๕๖ ปี การศึกษา ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
ปริญญาโท การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
- ๑.๒ ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
หน้าที่รับผิดชอบ (โดยย่อ) สนับสนุน ส่งเสริม ให้บุคลากรมีความรู้และทักษะในการพัฒนาคุณภาพ
และความปลอดภัย ตลอดจนกระตุ้นให้หน่วยงาน มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
รวมทั้งนำมาตราฐานโรงพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติงาน
- ๑.๓ ชื่อเรื่อง/หลักสูตร HA ๕๐๑ การนำมาตราฐานสู่การปฏิบัติ (Standard Implementation)
สาขา -
เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว
 อื่น ๆ ระบุ
- จำนวนเงิน ๑๐,๘๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นแปดร้อยบาทถ้วน)
ระหว่างวันที่ ๒๘ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ สถานที่ ณ ศูนย์การประชุม IMPACT FORUM
เมืองทองธานี นนทบุรี
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศเกียรติบัตร

ที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕
- ๒) เพื่อเรียนรู้การถอดรหัสมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕
- ๓) เพื่อเข้าใจประโยชน์ของมาตรฐาน และแนวทางการนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ ตอนที่ I-III สู่การปฏิบัติ โดยการประยุกต์ใช้ mC-PDSA
- ๔) เรียนรู้คุณค่า และประโยชน์จาก Hospital profile
- ๕) เรียนรู้การประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ I ในระดับหน่วยงาน
- ๖) เรียนรู้การประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ III ผ่านการรับรู้ประสบการณ์ผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วย
- ๗) เข้าใจกระบวนการประเมินตนเอง การเขียนรายงานประเมินตนเองอย่างเรียบง่าย

แก่นของ Hospital Accreditation

คุณภาพ หมายถึง ระดับบริการสุขภาพสำหรับบุคคลและประชากรที่จะเพิ่มความเป็นไปได้ของผลลัพธ์สุขภาพที่พึงประสงค์ และสอดคล้องกับความรู้ของวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป (WHO) หรือ ระดับความเป็นเลิศหรือความสามารถที่องค์กรจะตอบสนองความต้องการหรือวัตถุประสงค์ที่ระบุและทำให้เกิดความคาดหวัง (ISQua)

คุณภาพบริการสาธารณสุข หมายถึง คุณลักษณะของบริการสาธารณสุขที่อยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ทั้งด้านมนุษย สังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและด้านอื่น ๆ และพื้นฐานด้านคุณธรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนและสังคมได้อย่างเหมาะสม

Hospital Accreditation คือ กลไกที่ให้โรงพยาบาลส่งเพื่อสะท้อนดูตัวเอง โดยมีสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน): สรพ. เป็นผู้ส่งเสริมการขับเคลื่อนกระบวนการให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ และการโรงพยาบาลจะก้าวไปสู่องค์กรคุณภาพนั้น จะใช้ค่านิยมและแนวคิดหลักในการขับเคลื่อน ซึ่งค่านิยมและแนวคิดหลักเกิดมาจากการผสมผสานหลักการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ นำมาจัดหมวดหมู่ ดังนี้

๑. ทิศทางนำ

- Visionary leadership เห็นโอกาสในวิกฤติ เห็นในสิ่งที่คนอื่นไม่เห็น รวมพลังทุกคนมาร่วมงาน
- System perspective มองความเป็นทั้งหมด มองความเชื่อมโยง
- Agility ยืดหยุ่น รวดเร็วในการตอบสนอง

๒. ผู้รับผล

- Patient and customer focus ลูกค้าสำคัญที่สุด
- Focus on health สุขภาพ คือ ดุลยภาพ
- Community responsibility เสริมพลังชุมชน

๓. คนทำงาน

- Value on staff คน คือ สินทรัพย์ที่นับวันยิ่งมีค่า ต้องรักษามิให้เป็นเหยื่อของระบบ
- Individual commitment มุ่งมั่น ยึดถือเป้าหมายและความสำเร็จขององค์กรเป็นหลักในการทำงาน
- Teamwork ร่วมทำ ร่วมคิด

Ethic and

- Ethic and professional practice ตัดสินใจบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งกำกับดูแลจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ

๔. การพัฒนา

- Creativity and innovation การเปลี่ยนแปลงที่ใช้วิธีการและแนวคิดใหม่
- Management by fact ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์อย่างเหมาะสม
- Continuous process improvement หาโอกาสพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการต่าง ๆ และขยับเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง
- Focus on results กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ผลลัพธ์และคุณค่า
- Evidence-based approach ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์

๕. พาเรียนรู้

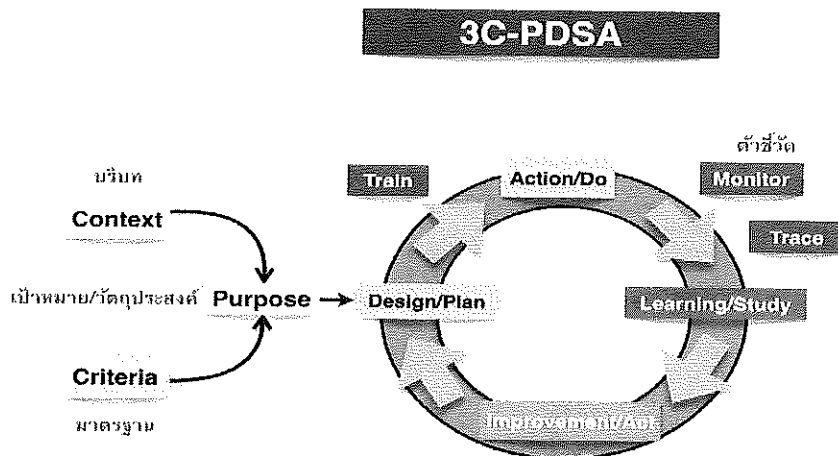
- Learning การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นได้ทุกแห่งทุกเรื่องราว
- Empowerment ให้พลังในการดูแลสุขภาพ

แนวทางการใช้มาตรฐาน Hospital Accreditation: HA

เป้าหมาย เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสมใช้ประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนาสิ่งที่ต้องใช้เวลาควบคู่กับมาตรฐาน ได้แก่

๑. บริบทขององค์กร โดยเฉพาะปัญหา ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ
๒. ค่านิยมและแนวคิดหลักของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ
๓. วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ PDSA/DALI/๓ P
๔. ประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน Scoring guideline

ประยุกต์ ๓ C -PDSA/DALI กับการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ



เริ่มจากการ ...

เริ่มจากการรู้โจทย์หรือบริบทขององค์กร รู้เกณฑ์ รู้หลักการ/แนวคิด และนำไปกำหนดเป้าหมายว่าทำอะไร เมื่อได้เป้าหมายแล้วนำไปออกแบบระบบงานที่เหมาะสมโดยการกำหนดให้เป็นไปตามมาตรฐาน และนำสู่การปฏิบัติซึ่งต้องมีการกำกับติดตามว่า มีการปฏิบัติตามหรือไม่ ผลลัพธ์ที่ได้เป็นอย่างไร มีการนำผลที่ได้ไปพัฒนาและปรับปรุงระบบงานอย่างไร

๑. ถอดรหัสมาตรฐาน อะไรคือเป้าหมายและคุณค่าของมาตรฐาน ใครได้ ใครทำ ต้องทำอะไร
๒. รับรู้ รู้สถานการณ์จากของจริง (ตามรอย) จากคำพูดผู้ป่วย (สัมภาษณ์เชิงลึก)
๓. วิเคราะห์ เก็บข้อมูล ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ หาความหมายจากข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำ
๔. ตั้งเป้า วาดภาพให้ชัดว่า อยากเห็นอะไร เปลี่ยน concept เป็นตัวชี้วัด
๕. เผ่าดู หา baseline ของตัวชี้วัดที่กำหนด แล้วติดตามต่อเนื่อง
๖. ออกแบบ ใช้แนวคิด Human-centered design, human factor engineering ร่วมกับการจัดทำคู่มืออย่างง่าย มีมาตรฐานคู่กับความยืดหยุ่น
๗. สื่อสาร ใช้การสื่อสารทุกรูปแบบเพื่อให้มั่นใจว่า ผู้ปฏิบัติรู้สิ่งในที่ต้องการรู้ ณ จุดปฏิบัติ
๘. ปฏิบัติ สนับสนุนและทำให้มั่นใจว่า มีการปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบ กระตุ้นให้เกิดต่อมเอ๊ะในผู้ปฏิบัติงาน
๙. ติดตาม/เรียนรู้ มีผู้รับผิดชอบ เก็บข้อมูล ตามรอย เผ่าระวัง ประมวลผล สร้างการเรียนรู้ ด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย
๑๐. ปรับปรุง ตามโอกาสที่พบ เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลงานที่ดี

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕

เป็นมาตรฐานเล่มปัจจุบันที่ใช้ในการประเมิน Hospital Accreditation โดยเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ โดยในเล่มประกอบด้วย

๑. มาตรฐาน ๔ ตอน (Part I-IV)
๒. แต่ละตอนแบ่งเป็นบท (chapter) ในบางบทจะมีเป็นหมวดหมู่ (section) ในแต่ละบทจะมีข้อกำหนด (requirement) ๓ ระดับ ได้แก่ ๑) ข้อกำหนดพื้นฐาน (basic requirements) ๒) ข้อกำหนดในภาพรวม (overall requirements) และ ๓) ข้อกำหนดย่อย (multiple requirements)

ในการประเมินตนเองเครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ ประกอบด้วย

๑. ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล (Hospital profile)
๒. รายงานแบบประเมินตนเอง ตอนที่ I-IV (SAR Part I-IV) และ รายงานแบบประเมินตนเอง คุณภาพการดูแลผู้ป่วย (CLT/PCT Profile และข้อมูลคุณภาพของแต่ละโรค/หัตถการ)
๓. รายงานประเมินตนเองโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล (ENV checklist)

Hospital Profile เครื่องมือทำความเข้าใจบริบทโรงพยาบาล

ความสำคัญ สรุบบัญชีข้อมูลสำคัญและเห็นความสัมพันธ์ของข้อมูล ทำให้เข้าใจบริบทโรงพยาบาล ใช้เป็นฐานในการกำหนดทิศทางและตัดสินใจ รวมทั้งทำให้เห็นโอกาสพัฒนา ประกอบด้วย

- ข้อมูลพื้นฐานองค์กร

๑. ข้อมูลพื้นฐานองค์กร

๑.๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๒ สถิติผู้รับบริการ

๑.๓ อัตราค่าจ้าง

๑.๔ ภาระงาน

๑.๕ โครงสร้างองค์กรและส่วนที่เกี่ยวข้อง

๑.๖ แผนที่แสดงที่ตั้งองค์กรและผังอาคารที่เปิดให้บริการ

๒. ลักษณะสำคัญขององค์กร (ข้อมูลสำคัญที่ใช้เพื่อการขับเคลื่อนองค์กร)

๒.๑ สภาพแวดล้อมขององค์กร ประกอบด้วย บริการหลัก วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม สมรรถนะหลักขององค์กร

๒.๒ สถานการณ์เชิงกลยุทธ์ สิ่งแวดล้อม (สถานการณ์)ภายนอก ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและความต้องการ ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ โอกาสเชิงกลยุทธ์ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ จุดเน้น/เข็มมุ่ง ระบบงาน กระบวนการทำงาน สาขาการให้บริการเฉพาะทางที่สำคัญ คุณลักษณะของบริการสุขภาพ อาคารสถานที่ เครื่องมือ/อุปกรณ์

๒.๓ ความสัมพันธ์ระดับองค์กร ระบบกำกับดูแลองค์กร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พันธมิตร คู่ความร่วมมือ เครือข่ายบริการ บริการจ้างเหมา

- Hospital One Page เห็นความเชื่อมโยงที่สำคัญ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ทิศทางองค์กร และ SIPOC (Supplier/Inputs/Processes/Outcomes/Customer)

การเขียน Hospital Profile ต้องแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่สอดคล้องระหว่าง

- สิ่งแวดล้อมขององค์กรกับความท้าทายและโอกาสเชิงกลยุทธ์

- ความท้าทายเชิงกลยุทธ์กับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

- สมรรถนะหลักขององค์กรกับพันธกิจ

การใช้ประโยชน์จาก Hospital Profile

๑. จุดเริ่มต้นของการประเมินตนเอง

๑.๑ ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ ความสัมพันธ์ของข้อมูล

๑.๒ รับรู้สิ่งที่ต้องทำให้สำเร็จ

๑.๓ รับรู้บริบทและเอกลักษณ์ เพื่อเป็นฐานในการพัฒนาและประเมินตนเอง

๒. ใช้สื่อสารและสร้าง Alignment ในองค์กร ผู้ปฏิบัติงานใช้ทบทวนงานประจำ

๓. ผู้เยี่ยมสำรวจใช้ในการประเมินองค์กร โดยไว้ทำความเข้าใจบริบทองค์กร รวมทั้งใช้ประเมินว่าองค์กรพัฒนาได้ตรงตามบริบทองค์กรได้เพียงใด

Hospital profile กับมาตรฐานมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ตอนที่ 1-๑ การนำ: วิสัยทัศน์และค่านิยมที่ผู้นำใช้นำองค์กร คือ อะไร

ตอนที่ 1-๒ กลยุทธ์: ข้อได้เปรียบและความท้าทายเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลมีอะไรบ้าง การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมมีอะไร

ตอนที่ 1-๓

ตอนที่ I-๓ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน: ผู้ป่วยกลุ่มสำคัญของโรงพยาบาลมีอะไรบ้าง อะไร คือ ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญ

ตอนที่ I-๔ การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้: ระบบสารสนเทศ IT ของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร

ตอนที่ I-๕ กำลังคน: ลักษณะสำคัญของคนในองค์กรเป็นอย่างไร

ตอนที่ I-๖ การปฏิบัติการ: ระบบงานสำคัญมีอะไร กระบวนการสำคัญมีอะไร ห่วงโซ่อุปทานเป็นอย่างไร และติดตามผลลัพธ์ในตอน IV ผลลัพธ์

ตอนที่ IV-๑ ผลด้านการดูแลสุขภาพ

ตอนที่ IV-๒ ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน

ตอนที่ IV-๓ ผลด้านบุคลากร

ตอนที่ IV-๔ ผลด้านการนำและการกำกับดูแล

ตอนที่ IV-๕ ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ

ตอนที่ IV-๖ ผลด้านการเงิน

HA Standards Part I

$$\text{Value} = \frac{\text{Clinical outcome} \times \text{Patient experience}}{\text{Cost}}$$

Clinical outcome = Results + Safety

Patient experience = Need + Expectation

Cost = ลด cost / เพิ่ม Efficiency/ ลด Waste

$$\text{Value} = \frac{\text{Results} + \text{Safety} \times \text{Need} + \text{Expectation}}{\text{Waste}}$$

ระบบ (System) คือ กลุ่มที่เป็นองค์ประกอบของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มีความสัมพันธ์กัน มีด้วยกัน ๓ ส่วน คือ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Output/Outcome) ซึ่งต้องมีคุณลักษณะ ๔ ประการ คือ ขั้นตอนชัดเจน สามารถทำซ้ำได้ มีการวัดผลความสำเร็จ และมีการใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา

ในมาตรฐานแต่ละตอนจะระบุเป้าหมาย กระบวนการ และผลลัพธ์ที่ชัดเจน เช่น ในส่วนของ HA Standards ตอนที่ I ตัวอย่างเช่น

ตอนที่ I-๑.๑ การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง

เป้าหมาย คือ ผู้นำระดับสูงชี้แนะและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ

กระบวนการ คือ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง

ผลลัพธ์ คือ องค์กรประสบความสำเร็จ

ตอนที่ I-๓.๓ สิทธิผู้ป่วย

เป้าหมาย คือ องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

กระบวนการ คือ ประกาศสิทธิผู้ป่วย กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

ผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิและศักดิ์ศรี

ตอนที่ 1-๕.๒ ความผูกพันของบุคลากร

เป้าหมาย คือ องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อรักษาบุคคลไว้ และให้บุคคลมีผลปฏิบัติงานที่ดี

กระบวนการ คือ การประเมินความผูกพันของบุคลากร วัฒนธรรมองค์กร การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร

ผลลัพธ์ คือ บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี

ตอนที่ 1-๖.๑ กระบวนการทำงาน

เป้าหมาย คือ องค์กรออกแบบ

กระบวนการ คือ การจัดการเครือข่ายอุปทาน การจัดการนวัตกรรม การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก

ผลลัพธ์ คือ ส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน องค์กรประสบความสำเร็จ

การประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ 1 กับหน่วยงาน

หน่วยงานมักจะเข้าใจว่า ตอนที่ 1 เป็นเรื่องของการนำเป็นเรื่องของผู้บริหารไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ซึ่งจริงแล้วไม่ใช่เช่นนั้น การกำหนดทิศทาง นโยบายผู้นำเป็นผู้กำหนด (มาจากบริบทขององค์กร สถานการณ์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร) ในบทบาทของหน่วยงาน คือ การทำความเข้าใจกับนโยบายและแนวทางที่กำหนด และปฏิบัติตาม โดยผู้บริหารจะติดตามและสนับสนุนเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมาย รวมทั้งหน่วยงานต้องรายงานผลการปฏิบัติเพื่อให้ได้เห็นภาพรวมขององค์กร ซึ่งจะทำให้ผู้บริหารได้นำไปปรับเปลี่ยนหรือวางแผนดำเนินการต่อไปได้

การประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ 1 กับหน่วยงาน จะใช้กระบวนการตอบคำถามที่เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญในมาตรฐาน และนำไปสู่การประเมินตนเองและค้นหาโอกาสพัฒนา

ตัวอย่างคำถาม

๑. ตอนที่ 1-๑.๑ การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง

- อะไรคือวิธีการจูงใจที่ได้ผลดีที่สุดที่ทำให้ทีมงานในหน่วยงานมุ่งเน้นทำงานให้ได้ผลงานที่ดีขึ้น

- หน่วยงานของท่านสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพการเรียนรู้ การสร้างนวัตกรรม อย่างไรบ้าง

๒. ตอนที่ 1-๑.๒ การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม

- หน่วยงานของท่านมีบทบาทอย่างไรในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม

- อะไรคือความเสี่ยงในการปฏิบัติที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรมในหน่วยงานของท่าน และหน่วยงานมีการป้องกันและป้องปรามพฤติกรรมเหล่านั้นอย่างไร

๓. ตอนที่ 1-๒.๑ การจัดทำกลยุทธ์

- หน่วยงานของท่านนำแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพมาปฏิบัติอย่างไรบ้าง

๔. ตอนที่ 1-๒.๒ การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ

- หน่วยงานของท่านได้รับการสนับสนุนทรัพยากรอะไรบ้างเพื่อปฏิบัติตามแผน และพบความขาดแคลนที่มีผลกระทบต่อกระบวนการบรรลุวัตถุประสงค์ตามหรือไม่อย่างไร

๕. ตอนที่ I-๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
- ท่านมีวิธีรับรู้เสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างไรบ้าง วิธีที่ได้ผลดี มีโอกาสปรับปรุงวิธีการรับรู้อะไรได้อีกบ้าง
๖. ตอนที่ I-๓.๒ ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน
- สิ่งที่คุณป่วย/ผู้รับผลงานมีความพึงพอใจสูง ๆ ต่อบริการที่หน่วยงานของท่านจัดมีอะไรบ้าง
๗. ตอนที่ I-๓.๓ สิทธิผู้ป่วย
- ประเด็นสิทธิผู้ป่วยที่หน่วยงานของท่านให้ความสำคัญมีอะไรบ้าง มีการดำเนินการอย่างไรในเรื่องเหล่านั้น
๘. ตอนที่ I-๔.๑ การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร
- หน่วยงานของท่านนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ประโยชน์เพื่อกำหนดโอกาสพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอย่างไร
๙. ตอนที่ I-๔.๒ การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้
- ท่านมั่นใจในการปฏิบัติของทีมงานเกี่ยวกับการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศเพียงใด อะไรเป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง
๑๐. ตอนที่ I-๕.๑ สภาพแวดล้อมของบุคลากร
- ความรู้และทักษะของบุคลากรในหน่วยงานของท่าน มีเพียงพอที่จะปฏิบัติหน้าที่ที่กำหนดไว้หรือไม่
๑๑. ตอนที่ I-๕.๒ ความผูกพันของบุคลากร
- มีการพัฒนาและฝึกอบรมอะไรอีกบ้างที่บุคลากรของหน่วยงานควรได้รับเพิ่มเติม
๑๒. ตอนที่ I-๖.๑ การออกแบบระบบงาน
- หน่วยงานของท่านมีบทบาทอย่างไรในการรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน มีความพร้อมและฝึกซ้อมอย่างไรบ้าง ผลการฝึกซ้อมนำมาสู่การปรับปรุงอะไร
๑๓. ตอนที่ I-๖.๒ การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ
- หน่วยงานของท่านใช้ตัวชี้วัดอะไรเพื่อควบคุมกระบวนการทำงาน
- การนำมาตรฐานตอนที่ II สู่อำนาจปฏิบัติ
- ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ประกอบด้วย
- II-๑ การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยงและความปลอดภัย
 - II-๒ การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ
 - II-๓ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
 - II-๔ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
 - II-๕ ระบบเวชระเบียน
 - II-๖ ระบบการจัดการด้านยา
 - II-๗ การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และการบริการที่เกี่ยวข้อง
 - II-๘ การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
 - II-๙ การทำงานกับชุมชน

๓ C – PDSA/DALI กับการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ นำมาประยุกต์ใช้โดย

๑. ถอดรหัสมาตรฐาน เป้าหมายคือ คุณค่า ใครได้ ใครทำ ต้องทำอะไร อ่านมาตรฐานแล้วสามารถระบุเป้าหมายของมาตรฐานได้ ระบุผู้รับผลงาน (End customers และ Process customers) ได้ ระบุเจ้าของกระบวนการ (Process owners) ในแต่ละระดับได้ และวิเคราะห์กระบวนการโดยระบุขั้นตอน (Process) ผู้รับผิดชอบ (Process owners) และความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น (pain point)

๒. รับรู้ เป้าหมายคือรู้สถานการณ์จากของจริง จากผู้ป่วย คนทำงาน

๓. วิเคราะห์ เก็บข้อมูล ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ หาความหมายจากข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำ การวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือ มีความหมาย ใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจโดยมีเครื่องมือเหล่านี้ คือ

๓.๑ วิเคราะห์แนวโน้ม (Trend)

๓.๒ วิเคราะห์แนวโน้มคู่กับค่าสถิติ (Control chart)

๓.๓ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มย่อย โดย

- วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มย่อย เช่น ตามหอผู้ป่วย หรือตามลักษณะผู้ป่วย
- จำแนกกลุ่มย่อยตามปัจจัยที่ทำให้ผลลัพธ์แตกต่างกัน เช่น อัตราตายของทารกน้ำหนักน้อยที่มีช่วงน้ำหนักแตกต่างกัน

- จำแนกกลุ่มย่อยและตัดออกจากการพิจารณา เนื่องจากไม่ตรงประเด็นที่ต้องการวัด เช่น การเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๓.๔ เปรียบกับคู่แข่ง (Benchmark) เป็นการนำค่าที่เหมาะสมมากำหนดค่าเป้าหมายของเราเพื่อกระตุ้นการพัฒนาและเรียนรู้ best practice ของผู้ที่ได้ดีกว่าเรา ไม่ใช่การเปรียบเทียบเพื่อแข่งขันว่าใครดีกว่ากัน หรือเปรียบเทียบเพื่อให้เราสบายใจว่าเราดีกว่าคนอื่น โดยค่าเทียบเคียงที่เหมาะสมเริ่มต้นด้วยค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในกลุ่มพื้นที่ หรือโรงพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ถ้าได้ไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มก็ไปดูค่าเป้าหมายของประเทศ ถ้าได้ตามค่าเป้าหมายของประเทศก็ไปดูค่า top quartile ของกลุ่ม

๔. ตั้งเป้า วาดภาพให้ชัดว่าอยากเห็นอะไร เปลี่ยนแนวคิด (concept) เป็นตัววัด

๔.๑ กำหนดเป้าหมายว่าสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นคืออะไร โดยพิจารณาจากเป้าหมายของมาตรฐานร่วมกับบริบทหรือความต้องการหรือสถานการณ์ ปัญหาขององค์กร มีการนำมิติคุณภาพต่าง ๆ มาพิจารณาในการกำหนดเป้าหมายด้วย

๔.๒ กำหนดตัววัด โดยเปลี่ยนจากเป้าหมายมาเป็นตัววัด

ตัวอย่างเช่น: มาตรฐานที่ II-๑.๑ การบริหารงานคุณภาพ

เป้าหมาย คือ การประสานงานคุณภาพที่ประสานสอดคล้องไปทุกระดับ

มิติคุณภาพที่ใช้ คือ ประสิทธิภาพ (Effectiveness)

ตัวชี้วัด คือ จำนวนทีมที่มีประสิทธิภาพ ความสำเร็จของแผนพัฒนาคุณภาพ

ผู้รับผิดชอบ คือ ศูนย์คุณภาพ

ตัววัดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็น

- มิติความเหมาะสม (Appropriateness) เป็นการวัดกระบวนการ เช่น compliance ตาม CPG/evidence

- มิติประสิทธิภาพ

- มิติประสิทธิผล (Effectiveness) เป็นการวัดผลลัพธ์ เช่นการหาย/ตาย การฟื้นตัว สภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน การรอดชีวิตที่ X ปี อาจเป็นระยะเวลาของการฟื้นตัว

- มิติประสิทธิภาพ (Efficiency) เป็นการวัดผลลัพธ์ที่ต้องการเทียบกับทรัพยากรที่ใช้ทั้งหมด ทรัพยากรอาจจะเป็น คน เงิน ของ เวลา เครื่องมือ สถานที่ พลังงาน อาจจะวัดเป็น ระยะเวลาการตอบสนอง ระยะเวลาการรอคอย การไหลของผู้ป่วย ขั้นตอนที่ลดลง สัดส่วนของเวลาที่ใช้กับ value-added process

การวัดประสิทธิภาพของระบบ

$$\text{ประสิทธิภาพ} = \frac{\text{ผลลัพธ์ที่ใช้ประโยชน์ได้ (desire result/useful output)}}{\text{สิ่งที่ต้องลงทุนทั้งหมด (total input)}}$$

ผลลัพธ์ที่ใช้ประโยชน์ได้ (Useful output) ต้องสอดคล้องกับเป้าหมาย/สิ่งที่ต้องการได้
สิ่งที่ต้องลงทุน (Input) อาจเป็น คน เงิน ของ เวลา เครื่องมือ สถานที่ พลังงาน

ประสิทธิภาพที่ดี อาจหมายถึง

- ผลลัพธ์เท่าเดิม โดยลงทุนน้อยลง
- ผลลัพธ์เพิ่มขึ้น โดยลงทุนเท่าเดิม

แต่ไม่ควรวัดอัตราการตาย เนื่องจากอัตราการตายโดยรวมไม่ใช่ตัวชี้วัดคุณภาพ การเสียชีวิตอาจเกิดจากปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการดูแล อาจมาจากความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๕. ฝ้าดู หาพื้นฐาน (baseline) ของตัววัดที่กำหนดและติดตามต่อเนื่อง

การฝ้าดู คือ

๑. เก็บข้อมูลพื้นฐานแล้วศึกษาข้อมูลที่ได้
๒. วิเคราะห์ข้อมูล

- นำข้อมูลมาวิเคราะห์แนวโน้มคู่กับค่าสถิติ (control chart) เพื่อพิจารณาความผันแปรของข้อมูล (variation) และเรียนรู้ว่าความผันแปรที่ผิดปกติ (special cause of variation) มีอะไรบ้าง

- พิจารณาว่าข้อมูลมีความแตกต่างกันด้วยปัจจัยอะไร ควรมีการจัดกลุ่มชั้น หรือ stratification ของข้อมูลอย่างไร

๓. วางแผนเก็บข้อมูลเพื่อฝ้าติดตาม (monitor) ต่อเนื่อง

- จะเก็บข้อมูลอะไร (ทั้งที่เคยเก็บเป็นพื้นฐาน (baseline) และที่จะเก็บเพิ่มเติม)

- จะใช้เครื่องมืออะไรในการเก็บข้อมูล
- จะเก็บบ่อยแค่ไหน จะจัดกลุ่มชั้นอย่างไร จะสุ่มตัวอย่างอย่างไร

คุณค่าของการวิเคราะห์แนวโน้มคู่กับค่าสถิติ (control chart)

แสดงให้เห็นความผันแปรของข้อมูล (variation) ในผลการดำเนินการ (performance) ของระบบ ยิ่งขอย่อยจำนวนจุดของการวิเคราะห์เท่าไรยิ่งเห็นความผันแปรของข้อมูลชัดเจนมากขึ้นเท่านั้น ข้อมูลชุดใดไม่มีความผันแปรของข้อมูล ก็ไม่จำเป็นต้องใช้การวิเคราะห์แนวโน้มคู่กับค่าสถิติ

ข้อดีของการใช้การวิเคราะห์แนวโน้มคู่กับค่าสถิติ (control chart)

๑. ทำให้เห็นผลการดำเนินการของกระบวนการ (process performance)

ชัดเจน

๒. พิจารณาว่าการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นการปรับปรุง (improvement) หรือไม่

๓. พิจารณาว่าเราอ้างการปรับปรุงได้หรือไม่

๖. ออกแบบ ใช้แนวคิด การเอาผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง และนำความคิดสร้างสรรค์และมุมมองจากคนหลายๆสายมาสร้างแนวคิด แนวทางการแก้ไข และนำเอาแนวทางต่างๆ มาทดสอบและพัฒนา เพื่อให้ได้แนวทางหรือนวัตกรรมที่ตอบโจทย์กับผู้ใช้และสถานการณ์นั้นๆ (human – centered design), หรือการศึกษาทำความเข้าใจลักษณะของมนุษย์ วิธีการที่มนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับโลกรอบตัว เพื่อประยุกต์ใช้การออกแบบระบบที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ สะดวกสบาย (human factor engineering/HFE) รวมทั้งการจัดทำคู่มืออย่างง่าย มีมาตรฐานคู่กับยึดหยุ่น

ขั้นตอนการออกแบบบริการและกระบวนการ (Service & Process design)

๑. นำข้อมูลความต้องการ หรือปัญหาของผู้รับบริการ/ผู้รับผลงานอื่นเป็นปัจจัยนำเข้าในการจัดทำข้อกำหนดของบริการ (Service requirements) เพื่อจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการ

๒. กำหนดลำดับความสำคัญ เช่น จัดลำดับตามปัญหา กลุ่มเป้าหมาย ขั้นตอนที่มีความ

ความสำคัญสูง

๓. ระบุข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ (Process requirements)

๔. กำหนดแนวทางในการออกแบบบริการและกระบวนการทำงานเพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนด (design concept) โดยใช้ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ แนวปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ เทคโนโลยี เป็นต้น โดยคำนึงถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากบริการและกำหนดแนวทางการป้องกันเพื่อใช้ในการกำหนดแนวทางปฏิบัติ

๕. อาจพิจารณาใช้เครื่องมือช่วยในการออกแบบบริการและกระบวนการ เช่น แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ของเป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน ตัวชี้วัด และการปรับเปลี่ยน (Driver diagram), NEWS, การจัดการการมองเห็น (Visual management), HFE, แนวคิดแบบลีน (Lean thinking) เป็นต้น

ผลของการออกแบบ (มาตรฐานการปฏิบัติงาน)

- ระบุขั้นตอนการปฏิบัติ : ใคร ทำอะไร อย่างไร

- ระบุเงื่อนไขการปฏิบัติ ว่าถ้ามีทางเลือกในการปฏิบัติจะใช้เกณฑ์อะไรในการ

ตัดสินใจ

- ถ้ามีความเสี่ยงสำคัญ ให้พิจารณาว่าจะป้องกันอย่างไร

- ระบุว่าในสถานการณ์ที่แตกต่างไปจากปกติหรือเกิดเหตุไม่คาดฝันจะมีแนวทางใช้

กลยุทธ์อย่างไร

- ระบุการมีวงจรป้อนกลับ (feedback loop) ระหว่างขั้นตอนสำคัญเพื่อให้มั่นใจว่ามีการส่งต่อระหว่างขั้นตอนตามที่คาดหวังไว้

- ระบุข้อมูลที่จะต้องมีการติดตาม (monitor)

๗. สื่อสาร ใช้ทุกรูปแบบเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติรู้ในสิ่งที่ต้องรู้ ณ จุดปฏิบัติ

๘. ปฏิบัติ

๘. ปฏิบัติ สนับสนุนและทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบ
๗/๘ เป็นการนำกระบวนการไปปฏิบัติ (Process Deployment) โดยมีบทบาทของ

หัวหน้างานคือ

- ข้อมูล (Information)
 - คู่มือการปฏิบัติงานที่เป็นมิตรกับผู้ใช้ (user friendly) และเป็นปัจจุบัน
 - การเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็น ณ จุดใช้งาน
- การให้ความรู้และฝึกอบรม (Education & Training)
 - การฝึกอบรมความรู้และทักษะที่จำเป็นทั้งทักษะด้านเทคนิคและทักษะอื่น ๆ

รอบด้าน (Technical & non – technical skill)

- มีสติ มีความตื่นรู้ และตระหนักในสถานการณ์ต่างๆ
 - การควบคุมกระบวนการ (Process control)
 - กลไกการรับรู้การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
 - การใช้ Process indicator เพื่อควบคุมกระบวนการ
 - การไปร่วมเรียนรู้และแก้ปัญหากับผู้ปฏิบัติงานที่หน้างาน
 - การทบทวนปัญหาหลังปฏิบัติงานและปรับปรุงกระบวนการที่เป็นเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ
๙. ติดตาม มีผู้รับผิดชอบ เก็บข้อมูล ตามรอย เผื่อระวัง ประมวลผล
- ๑๐ ปรับปรุงตามโอกาสที่พบ เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลงานที่ดีขึ้น

ใคร่ครวญด้วยการเรียนรู้แบบลูบสามชั้น (Triple Loop Learning)

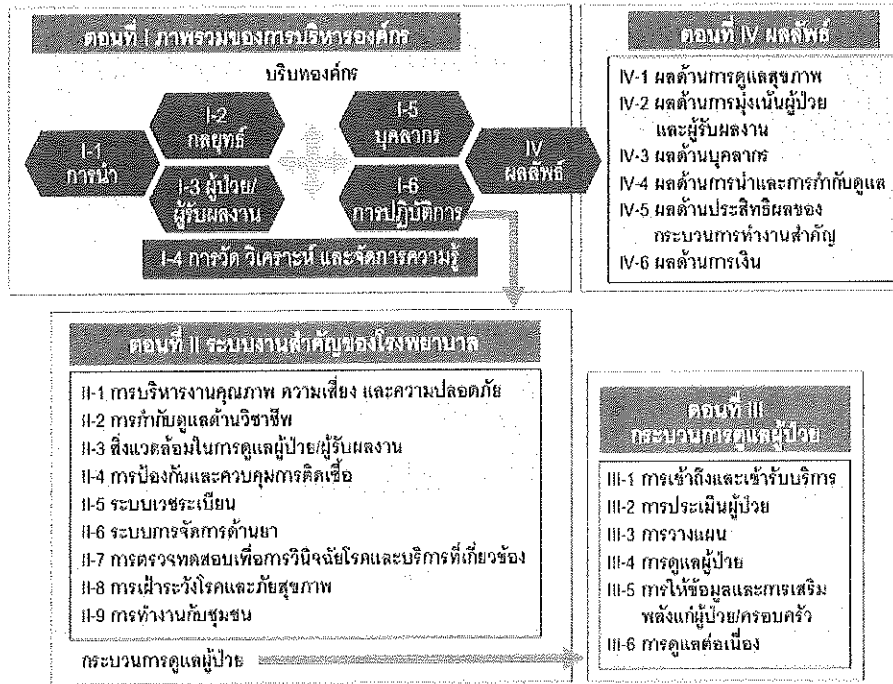
๑. ปฏิบัติได้ตามที่คาดหวังหรือไม่ ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหรือไม่
 ๒. ออกแบบได้เหมาะสมกับโจทย์/บริบทของเราหรือไม่ มีความรู้อะไรที่จะปรับปรุง
- เกณฑ์หรือแนวปฏิบัติสำหรับที่อื่น
๓. ค่านิยมและแนวคิดของทีมงานเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร
 - ๓) ได้หลักคิดในกระบวนการและเครื่องมือคุณภาพต่าง ๆ ไปปรับใช้ในการ

การนำมาตรฐานตอนที่ III สู่อำนาจปฏิบัติ

Standard part III in the view of patient and personal experience

มาตรฐานตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Processes)

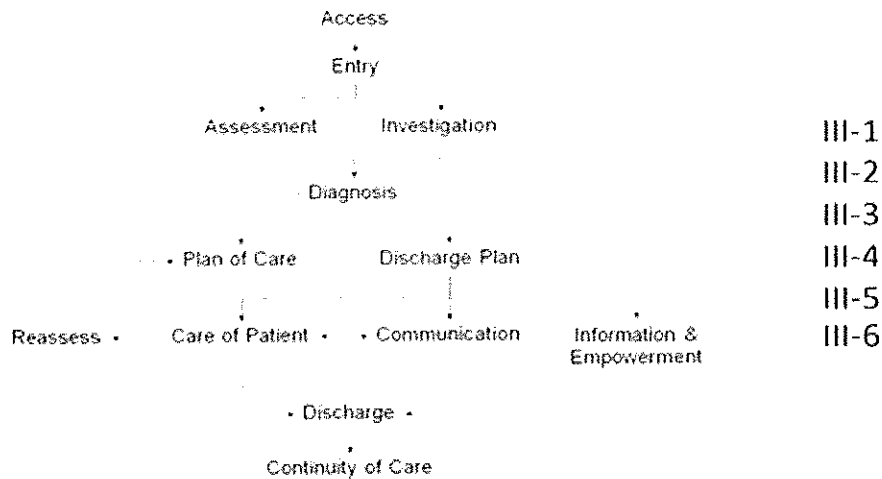
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย



ประกอบด้วย ๖ ขั้นตอน ดังนี้

- III-๑ การเข้าถึงและเข้ารับบริการ
- III-๒ การประเมินผู้ป่วย
- III-๓ การวางแผน
- III-๔ การดูแลผู้ป่วย
- III-๕ การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและญาติ
- III-๖ การดูแลต่อเนื่อง

กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ร้อยเรียงข้อมูลจากการทบทวนด้วยเครื่องมือคุณภาพต่าง ๆ



<p>Value-based Healthcare</p> <p>วัตถุประสงค์หลักของระบบสุขภาพ</p> <p>Source: Programme of Evidence-Based Practice</p> <p>การดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่า</p> <p>การดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นประสิทธิผล</p> <p>การดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นความปลอดภัย</p> <p>วัตถุประสงค์ทางคลินิก Clinical Objectives Appropriateness Effectiveness Safety</p> <p>วัตถุประสงค์ทางสังคม Social Objectives People-centeredness Accessibility Continuity</p> <p>วัตถุประสงค์ทางเศรษฐกิจ Economic Objectives Efficiency</p> <p>คุณค่า = ประโยชน์ต่อผู้อื่น x คุณภาพ x ประสิทธิภาพ</p>	<p>มิติการประเมินคุณภาพจากประสบการณ์ผู้ป่วย ๘ มิติ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เคารพในความเป็นมนุษย์ ๒. ประสานทุกจุดบริการ ๓. สื่อสารข้อมูลให้ถึงพร้อม ๔. สิ่งแวดล้อมสัปปายะ ๕. ภาวะอารมณ์สมดุลดี ๖. เน้นการมีส่วนร่วม ๗. ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ๘. เข้าถึงทุกเรื่องที่เป็น
---	---

SPA (Standard –Practice – Assessment)

เป็นแนวทางการนำมาตรฐานสู่แนวทางปฏิบัติ ระบุแนวคิดที่สำคัญที่ทีมควรศึกษาให้เข้าใจขั้นตอนการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ การประเมินผล และการเรียนรู้ที่ควรเกิดขึ้น และสรุปเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเองอย่างเป็นกระบวนการที่มีระบบ กำหนดขั้นตอน ผู้รับผิดชอบและระยะเวลาที่ชัดเจน มีการวัดและประเมินผลอย่างเหมาะสม จุดเน้นในการตอบแบบประเมินตนเองคือ บทเรียนและผลลัพธ์ของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ แสดงออกมาในแบบ การประเมินสถานการณ์แบบรวดเร็ว(Rapid Assessment) หรือ การทบทวน ๑๒ กิจกรรม (Clinical Self Enquiry) แบบรายงานประเมินตนเอง (SAR)

เป้าหมายเพื่อสร้างการเรียนรู้ในองค์กร ใช้สื่อสารกับผู้เกี่ยวข้อง และเป็นฐานข้อมูลสำหรับการต่อยอดขยายผล แนวทางการเขียนใช้หลัก ๓P และมีข้อมูลยืนยันการปฏิบัติ ประกอบด้วย ๔ ตอน คือ

I บริบท

II ประเด็นพัฒนา/แผนพัฒนา ยึดหลัก ๓ P ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ GAP

III ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

III ผลลัพธ์

ข้อกำหนดมาตรฐานที่ควรให้ความสำคัญ

๑. เกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย มาตรฐานความปลอดภัย ๙ ข้อ

๒. เกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน เลือกลงจากข้อกำหนดในมาตรฐาน เพื่อให้เกิดการกระตุ้นการพัฒนา และขับเคลื่อนให้เป็นโรงพยาบาลคุณภาพคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

เรวดี ศิรินคร, ยุวเรศมศุทธิ์ สิทธิชาญบัญชา, สุรพร ก้อนทอง, ชาญณรงค์ รุจิระชาติกุล, กฤติชาติ กำจรปรีชา, และทรงง พิลาสัย . (๒๕๖๐ ม.ย. ๒๕๖๖). หลักสูตร HA ๕๐๑ การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (Standard implementation).

เอกสารประกอบการอบรม หลักสูตร HA ๕๐๑, นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๑) มีความรู้ ความเข้าใจ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ นำสู่ การปฏิบัติ พัฒนางาน ตลอดจนทำแบบประเมินตนเองได้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการผลักดันให้เกิด กระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๒) ได้เรียนรู้คุณค่า และเข้าใจ Hospital profile มากขึ้น และเชื่อมโยงได้กับ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕

๓) เกิดความมั่นใจในการนำมาตรฐานลงสู่การปฏิบัติในทุกระดับ

๔) สามารถนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ ตอนที่ I-III สู่การปฏิบัติ โดยการประยุกต์ใช้ ๓C-PDSA

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

๑) นำความรู้ที่ได้มาเผยแพร่แก่บุคลากรในหน่วยงานให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕

๒) นำประสบการณ์ไปถ่ายทอดจัดกิจกรรมให้กับทีมในความรับผิดชอบเพื่อให้ สามารถทราบหลักการประยุกต์ใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ ตอนที่ I-III สู่การปฏิบัติ

๓) มีการพัฒนาระบบงานที่ยกระดับให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีขึ้น อย่างต่อเนื่อง

๔) สามารถเชื่อมโยงสิ่งแวดล้อมขององค์กรกับความท้าทาย/โอกาสเชิงกลยุทธ์และ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ)

๑) บรรลุวัตถุประสงค์และเพื่อสนองตอบต่อนโยบายและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล และสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

๒) เกิดประสบการณ์ใหม่จากการพบปะแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกันในเรื่องของ การนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ นำสู่การปฏิบัติ

ส่วนที่ ๓ ปัญหา/อุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

เป็นการอบรมที่มีรายละเอียดค่อนข้างมาก เมื่อเทียบกับระยะเวลาที่จัด

๓.๒ การพัฒนา

ทำความเข้าใจเพิ่มเติมหลังจบการอบรม และสรุปประเด็นที่สามารถนำมาถ่ายทอดให้กับ บุคลากรในโรงพยาบาล

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

สถานที่จัดประชุมค่อนข้างไกลทำให้หมดเวลาไปกับการเดินทางมาก

(ลงชื่อ).....*เสียงทอง พงษ์พิชญ์*.....ผู้รายงาน
(นางสาวเพียงพิชญ์ ภู่งศ์พันธ์)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ลงชื่อ).....*สเนียง สอน*.....ผู้รายงาน
(นางสาวณพัทธ์ สายสุด)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรม เกี่ยวกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ มาประยุกต์ใช้ในการผลักดันให้เกิดกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองนโยบายและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล และถ่ายทอดแก่บุคลากรในหน่วยงานได้



(นางสาวณพัทธ์ สอน)

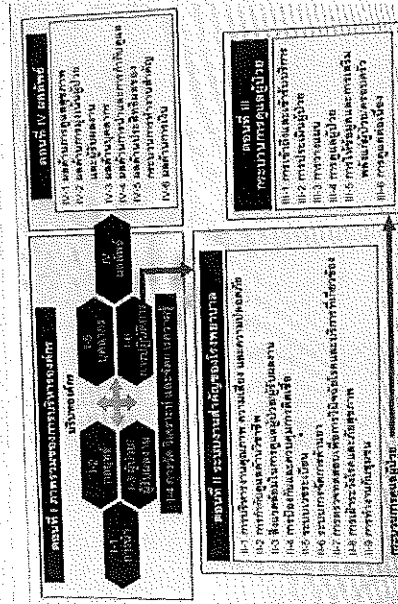
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

INFOGRAPHIC

หลักสูตร HA 501 การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (STANDARD IMPLEMENTATION) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สสพ.) จัดทำโดย นางสาวพัลลภ สายสุด ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

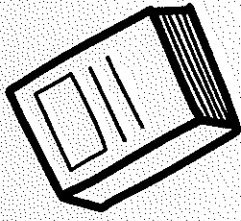
3C-PCSA/DALI กับการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ / ประยุกต์ใช้ 3C-PDSA

- 1.(Concepts) รู้หลัก : ค่านิยมหลักและแนวคิด
- 2.(Context) รู้โจทย์ : ความต้องการของผู้ป่วย, ทิศทางขององค์กร
- 3.(Criteria) รู้เกณฑ์ : มาตรฐาน HA, กฎหมาย มาตรฐานวิชาชีพ



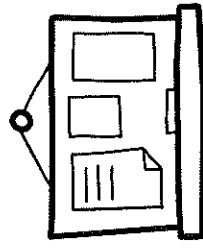
ประโยชน์ที่ได้รับ

- 1.เข้าใจหลักการ และความสำคัญของมาตรฐาน HA ฉบับที่ 5
- 2.เข้าใจสิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐานระดับข้อกำหนดแนวทางการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ



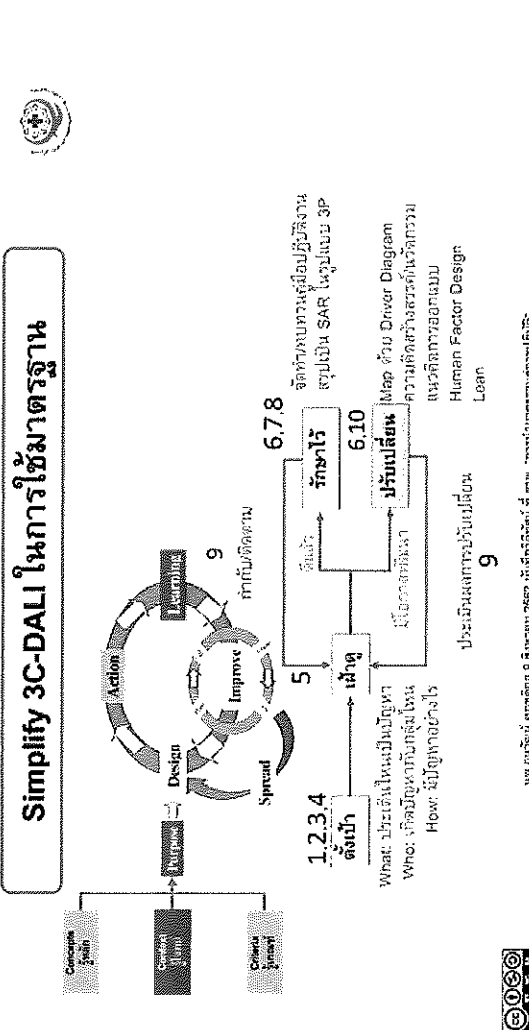
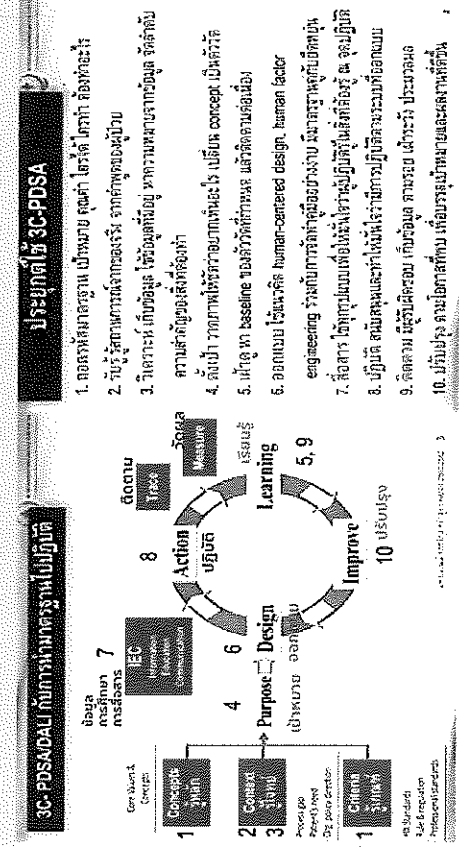
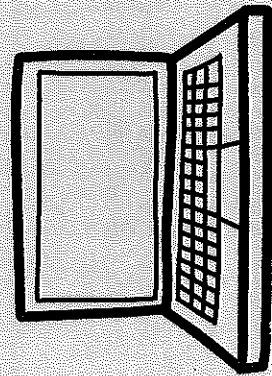
การนำไปใช้ในหน่วยงาน

สามารถเรียนรู้จากมาตรฐาน HA ฉบับที่ 5 เพื่อเป็นแนวทางการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม สำหรับการประเมินตนเอง เป็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพการทำงานให้ตรงตามมาตรฐาน



Simplify 3C-DALI ในการใช้มาตรฐาน

02 Simplify 3C-DALI ในการใช้มาตรฐาน

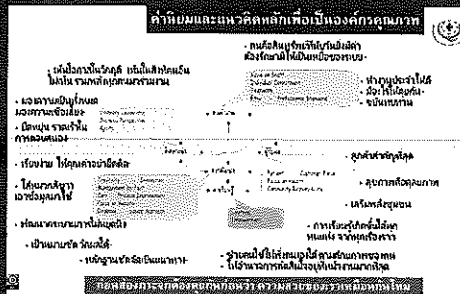


หน้า ๒๖๖-๒๖๗, ๒๖๘, ๒๖๙, ๒๗๐, ๒๗๑, ๒๗๒, ๒๗๓, ๒๗๔, ๒๗๕, ๒๗๖, ๒๗๗, ๒๗๘, ๒๗๙, ๒๘๐, ๒๘๑, ๒๘๒, ๒๘๓, ๒๘๔, ๒๘๕, ๒๘๖, ๒๘๗, ๒๘๘, ๒๘๙, ๒๙๐, ๒๙๑, ๒๙๒, ๒๙๓, ๒๙๔, ๒๙๕, ๒๙๖, ๒๙๗, ๒๙๘, ๒๙๙, ๓๐๐, ๓๐๑, ๓๐๒, ๓๐๓, ๓๐๔, ๓๐๕, ๓๐๖, ๓๐๗, ๓๐๘, ๓๐๙, ๓๑๐, ๓๑๑, ๓๑๒, ๓๑๓, ๓๑๔, ๓๑๕, ๓๑๖, ๓๑๗, ๓๑๘, ๓๑๙, ๓๒๐, ๓๒๑, ๓๒๒, ๓๒๓, ๓๒๔, ๓๒๕, ๓๒๖, ๓๒๗, ๓๒๘, ๓๒๙, ๓๓๐, ๓๓๑, ๓๓๒, ๓๓๓, ๓๓๔, ๓๓๕, ๓๓๖, ๓๓๗, ๓๓๘, ๓๓๙, ๓๔๐, ๓๔๑, ๓๔๒, ๓๔๓, ๓๔๔, ๓๔๕, ๓๔๖, ๓๔๗, ๓๔๘, ๓๔๙, ๓๕๐, ๓๕๑, ๓๕๒, ๓๕๓, ๓๕๔, ๓๕๕, ๓๕๖, ๓๕๗, ๓๕๘, ๓๕๙, ๓๖๐, ๓๖๑, ๓๖๒, ๓๖๓, ๓๖๔, ๓๖๕, ๓๖๖, ๓๖๗, ๓๖๘, ๓๖๙, ๓๗๐, ๓๗๑, ๓๗๒, ๓๗๓, ๓๗๔, ๓๗๕, ๓๗๖, ๓๗๗, ๓๗๘, ๓๗๙, ๓๘๐, ๓๘๑, ๓๘๒, ๓๘๓, ๓๘๔, ๓๘๕, ๓๘๖, ๓๘๗, ๓๘๘, ๓๘๙, ๓๙๐, ๓๙๑, ๓๙๒, ๓๙๓, ๓๙๔, ๓๙๕, ๓๙๖, ๓๙๗, ๓๙๘, ๓๙๙, ๔๐๐, ๔๐๑, ๔๐๒, ๔๐๓, ๔๐๔, ๔๐๕, ๔๐๖, ๔๐๗, ๔๐๘, ๔๐๙, ๔๑๐, ๔๑๑, ๔๑๒, ๔๑๓, ๔๑๔, ๔๑๕, ๔๑๖, ๔๑๗, ๔๑๘, ๔๑๙, ๔๒๐, ๔๒๑, ๔๒๒, ๔๒๓, ๔๒๔, ๔๒๕, ๔๒๖, ๔๒๗, ๔๒๘, ๔๒๙, ๔๓๐, ๔๓๑, ๔๓๒, ๔๓๓, ๔๓๔, ๔๓๕, ๔๓๖, ๔๓๗, ๔๓๘, ๔๓๙, ๔๔๐, ๔๔๑, ๔๔๒, ๔๔๓, ๔๔๔, ๔๔๕, ๔๔๖, ๔๔๗, ๔๔๘, ๔๔๙, ๔๕๐, ๔๕๑, ๔๕๒, ๔๕๓, ๔๕๔, ๔๕๕, ๔๕๖, ๔๕๗, ๔๕๘, ๔๕๙, ๔๖๐, ๔๖๑, ๔๖๒, ๔๖๓, ๔๖๔, ๔๖๕, ๔๖๖, ๔๖๗, ๔๖๘, ๔๖๙, ๔๗๐, ๔๗๑, ๔๗๒, ๔๗๓, ๔๗๔, ๔๗๕, ๔๗๖, ๔๗๗, ๔๗๘, ๔๗๙, ๔๘๐, ๔๘๑, ๔๘๒, ๔๘๓, ๔๘๔, ๔๘๕, ๔๘๖, ๔๘๗, ๔๘๘, ๔๘๙, ๔๙๐, ๔๙๑, ๔๙๒, ๔๙๓, ๔๙๔, ๔๙๕, ๔๙๖, ๔๙๗, ๔๙๘, ๔๙๙, ๕๐๐, ๕๐๑, ๕๐๒, ๕๐๓, ๕๐๔, ๕๐๕, ๕๐๖, ๕๐๗, ๕๐๘, ๕๐๙, ๕๑๐, ๕๑๑, ๕๑๒, ๕๑๓, ๕๑๔, ๕๑๕, ๕๑๖, ๕๑๗, ๕๑๘, ๕๑๙, ๕๒๐, ๕๒๑, ๕๒๒, ๕๒๓, ๕๒๔, ๕๒๕, ๕๒๖, ๕๒๗, ๕๒๘, ๕๒๙, ๕๓๐, ๕๓๑, ๕๓๒, ๕๓๓, ๕๓๔, ๕๓๕, ๕๓๖, ๕๓๗, ๕๓๘, ๕๓๙, ๕๔๐, ๕๔๑, ๕๔๒, ๕๔๓, ๕๔๔, ๕๔๕, ๕๔๖, ๕๔๗, ๕๔๘, ๕๔๙, ๕๕๐, ๕๕๑, ๕๕๒, ๕๕๓, ๕๕๔, ๕๕๕, ๕๕๖, ๕๕๗, ๕๕๘, ๕๕๙, ๕๖๐, ๕๖๑, ๕๖๒, ๕๖๓, ๕๖๔, ๕๖๕, ๕๖๖, ๕๖๗, ๕๖๘, ๕๖๙, ๕๗๐, ๕๗๑, ๕๗๒, ๕๗๓, ๕๗๔, ๕๗๕, ๕๗๖, ๕๗๗, ๕๗๘, ๕๗๙, ๕๘๐, ๕๘๑, ๕๘๒, ๕๘๓, ๕๘๔, ๕๘๕, ๕๘๖, ๕๘๗, ๕๘๘, ๕๘๙, ๕๙๐, ๕๙๑, ๕๙๒, ๕๙๓, ๕๙๔, ๕๙๕, ๕๙๖, ๕๙๗, ๕๙๘, ๕๙๙, ๖๐๐, ๖๐๑, ๖๐๒, ๖๐๓, ๖๐๔, ๖๐๕, ๖๐๖, ๖๐๗, ๖๐๘, ๖๐๙, ๖๑๐, ๖๑๑, ๖๑๒, ๖๑๓, ๖๑๔, ๖๑๕, ๖๑๖, ๖๑๗, ๖๑๘, ๖๑๙, ๖๒๐, ๖๒๑, ๖๒๒, ๖๒๓, ๖๒๔, ๖๒๕, ๖๒๖, ๖๒๗, ๖๒๘, ๖๒๙, ๖๓๐, ๖๓๑, ๖๓๒, ๖๓๓, ๖๓๔, ๖๓๕, ๖๓๖, ๖๓๗, ๖๓๘, ๖๓๙, ๖๔๐, ๖๔๑, ๖๔๒, ๖๔๓, ๖๔๔, ๖๔๕, ๖๔๖, ๖๔๗, ๖๔๘, ๖๔๙, ๖๕๐, ๖๕๑, ๖๕๒, ๖๕๓, ๖๕๔, ๖๕๕, ๖๕๖, ๖๕๗, ๖๕๘, ๖๕๙, ๖๖๐, ๖๖๑, ๖๖๒, ๖๖๓, ๖๖๔, ๖๖๕, ๖๖๖, ๖๖๗, ๖๖๘, ๖๖๙, ๖๗๐, ๖๗๑, ๖๗๒, ๖๗๓, ๖๗๔, ๖๗๕, ๖๗๖, ๖๗๗, ๖๗๘, ๖๗๙, ๖๘๐, ๖๘๑, ๖๘๒, ๖๘๓, ๖๘๔, ๖๘๕, ๖๘๖, ๖๘๗, ๖๘๘, ๖๘๙, ๖๙๐, ๖๙๑, ๖๙๒, ๖๙๓, ๖๙๔, ๖๙๕, ๖๙๖, ๖๙๗, ๖๙๘, ๖๙๙, ๗๐๐, ๗๐๑, ๗๐๒, ๗๐๓, ๗๐๔, ๗๐๕, ๗๐๖, ๗๐๗, ๗๐๘, ๗๐๙, ๗๑๐, ๗๑๑, ๗๑๒, ๗๑๓, ๗๑๔, ๗๑๕, ๗๑๖, ๗๑๗, ๗๑๘, ๗๑๙, ๗๒๐, ๗๒๑, ๗๒๒, ๗๒๓, ๗๒๔, ๗๒๕, ๗๒๖, ๗๒๗, ๗๒๘, ๗๒๙, ๗๓๐, ๗๓๑, ๗๓๒, ๗๓๓, ๗๓๔, ๗๓๕, ๗๓๖, ๗๓๗, ๗๓๘, ๗๓๙, ๗๔๐, ๗๔๑, ๗๔๒, ๗๔๓, ๗๔๔, ๗๔๕, ๗๔๖, ๗๔๗, ๗๔๘, ๗๔๙, ๗๕๐, ๗๕๑, ๗๕๒, ๗๕๓, ๗๕๔, ๗๕๕, ๗๕๖, ๗๕๗, ๗๕๘, ๗๕๙, ๗๖๐, ๗๖๑, ๗๖๒, ๗๖๓, ๗๖๔, ๗๖๕, ๗๖๖, ๗๖๗, ๗๖๘, ๗๖๙, ๗๗๐, ๗๗๑, ๗๗๒, ๗๗๓, ๗๗๔, ๗๗๕, ๗๗๖, ๗๗๗, ๗๗๘, ๗๗๙, ๗๘๐, ๗๘๑, ๗๘๒, ๗๘๓, ๗๘๔, ๗๘๕, ๗๘๖, ๗๘๗, ๗๘๘, ๗๘๙, ๗๙๐, ๗๙๑, ๗๙๒, ๗๙๓, ๗๙๔, ๗๙๕, ๗๙๖, ๗๙๗, ๗๙๘, ๗๙๙, ๘๐๐, ๘๐๑, ๘๐๒, ๘๐๓, ๘๐๔, ๘๐๕, ๘๐๖, ๘๐๗, ๘๐๘, ๘๐๙, ๘๑๐, ๘๑๑, ๘๑๒, ๘๑๓, ๘๑๔, ๘๑๕, ๘๑๖, ๘๑๗, ๘๑๘, ๘๑๙, ๘๒๐, ๘๒๑, ๘๒๒, ๘๒๓, ๘๒๔, ๘๒๕, ๘๒๖, ๘๒๗, ๘๒๘, ๘๒๙, ๘๓๐, ๘๓๑, ๘๓๒, ๘๓๓, ๘๓๔, ๘๓๕, ๘๓๖, ๘๓๗, ๘๓๘, ๘๓๙, ๘๔๐, ๘๔๑, ๘๔๒, ๘๔๓, ๘๔๔, ๘๔๕, ๘๔๖, ๘๔๗, ๘๔๘, ๘๔๙, ๘๕๐, ๘๕๑, ๘๕๒, ๘๕๓, ๘๕๔, ๘๕๕, ๘๕๖, ๘๕๗, ๘๕๘, ๘๕๙, ๘๖๐, ๘๖๑, ๘๖๒, ๘๖๓, ๘๖๔, ๘๖๕, ๘๖๖, ๘๖๗, ๘๖๘, ๘๖๙, ๘๗๐, ๘๗๑, ๘๗๒, ๘๗๓, ๘๗๔, ๘๗๕, ๘๗๖, ๘๗๗, ๘๗๘, ๘๗๙, ๘๘๐, ๘๘๑, ๘๘๒, ๘๘๓, ๘๘๔, ๘๘๕, ๘๘๖, ๘๘๗, ๘๘๘, ๘๘๙, ๘๙๐, ๘๙๑, ๘๙๒, ๘๙๓, ๘๙๔, ๘๙๕, ๘๙๖, ๘๙๗, ๘๙๘, ๘๙๙, ๙๐๐, ๙๐๑, ๙๐๒, ๙๐๓, ๙๐๔, ๙๐๕, ๙๐๖, ๙๐๗, ๙๐๘, ๙๐๙, ๙๑๐, ๙๑๑, ๙๑๒, ๙๑๓, ๙๑๔, ๙๑๕, ๙๑๖, ๙๑๗, ๙๑๘, ๙๑๙, ๙๒๐, ๙๒๑, ๙๒๒, ๙๒๓, ๙๒๔, ๙๒๕, ๙๒๖, ๙๒๗, ๙๒๘, ๙๒๙, ๙๓๐, ๙๓๑, ๙๓๒, ๙๓๓, ๙๓๔, ๙๓๕, ๙๓๖, ๙๓๗, ๙๓๘, ๙๓๙, ๙๔๐, ๙๔๑, ๙๔๒, ๙๔๓, ๙๔๔, ๙๔๕, ๙๔๖, ๙๔๗, ๙๔๘, ๙๔๙, ๙๕๐, ๙๕๑, ๙๕๒, ๙๕๓, ๙๕๔, ๙๕๕, ๙๕๖, ๙๕๗, ๙๕๘, ๙๕๙, ๙๖๐, ๙๖๑, ๙๖๒, ๙๖๓, ๙๖๔, ๙๖๕, ๙๖๖, ๙๖๗, ๙๖๘, ๙๖๙, ๙๗๐, ๙๗๑, ๙๗๒, ๙๗๓, ๙๗๔, ๙๗๕, ๙๗๖, ๙๗๗, ๙๗๘, ๙๗๙, ๙๘๐, ๙๘๑, ๙๘๒, ๙๘๓, ๙๘๔, ๙๘๕, ๙๘๖, ๙๘๗, ๙๘๘, ๙๘๙, ๙๙๐, ๙๙๑, ๙๙๒, ๙๙๓, ๙๙๔, ๙๙๕, ๙๙๖, ๙๙๗, ๙๙๘, ๙๙๙, ๑๐๐๐

INFOGRAPHIC

HA 501 การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (STANDARD IMPLEMENTATION)

Hospital Accreditation คือ กลไกที่โรงพยาบาลส่งเพื่อสะท้อนตัวอง สรพ. เป็นผู้ส่งเสริมการขับเคลื่อนกระบวนการให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพและก้าวไปสู่องค์กรคุณภาพได้จะไม่ใช่คำนิยมและแนวคิดหลักเป็นตัวขับเคลื่อนองค์กร



แนวทางที่ใช้มาตรฐาน Hospital Accreditation: HA (เป้าหมาย เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสมใช้ประเมินเพื่อโอกาสพัฒนาสิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐาน ได้แก่

1. ระบบขององค์กร โดยเอทิกพีช ความกายภาพและความเสี่ยงที่สำคัญ
2. กำหนดและแนวคิดหลักของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ
3. วงจรการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ PDSA/DALI/3 P
4. ระเบียบระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน Scoring guideline

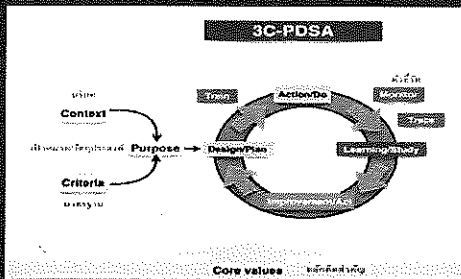
Hospital Profile (เครื่องมือทำความเข้าใจบริบทโรงพยาบาลความสำคัญ สรพมีอยู่สำคัญและเห็นความสัมพันธ์ของข้อมูล ทำให้เข้าใจบริบทโรงพยาบาล ใช้เป็นฐานในการกำหนดทิศทางและตัดสินใจ รวมทั้งทำให้เห็นโอกาสพัฒนา ประกอบด้วย

1. ข้อมูลพื้นฐานขององค์กร
2. ลักษณะสำคัญขององค์กร (ข้อมูลสำคัญที่ใช้เพื่อการขับเคลื่อนองค์กร)
 - 2.1 สภาพแวดล้อมขององค์กร
 - 2.2 สถานการณ์เชิงกลยุทธ์
 - 2.3 ความสัมพันธ์ระดับองค์กร

Hospital Profile ต้องแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่สอดคล้องระหว่าง

- สิ่งแวดล้อมขององค์กรกับความกายภาพและโอกาสเชิงกลยุทธ์
- ความกายภาพเชิงกลยุทธ์กับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
- สรรถนะหลักขององค์กรกับพันธกิจ

ประยุกต์ 3 C - PDSA/DALI กับการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ



การประยุกต์ใช้มาตรฐานตาม 3C | ทรัพยากรช่วยงาน
บทบาทของหน่วยงาน คือ การก้าวข้ามขีดจำกัดนโยบายและแนวทางที่กำหนด และปฏิบัติตามโดยผู้บริหาร-ติดตามและสนับสนุนเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมาย รวมถึงหน่วยงานต้องรายงาน การปฏิบัติตามเพื่อให้ได้เห็นภาพรวมขององค์กร ซึ่งจะทำให้ผู้บริหารได้นำไปปรับเปลี่ยนหรือวางแผนดำเนินการต่อไปได้

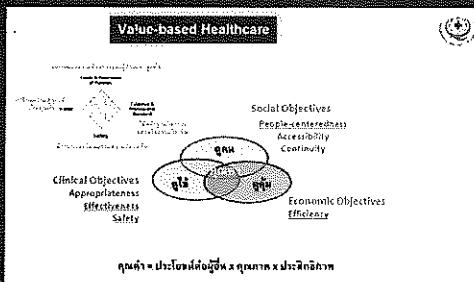
การนำมาตรฐานตอนที่ II สู่การปฏิบัติ

- 3หลัก การถอดรหัสมาตรฐานโดยการหาเป้าหมายของมาตรฐาน เพื่อให้เห็นคุณค่า ผู้รับผิดชอบกิจกรรม การสื่อสารแผนการ และต้องทำอย่างไร รวมทั้งต้องมอบให้คนที่มีความเสี่ยงเปิดโอกาสเกิดในชั้นลงมือระบบต่าง ๆ
- วิธีการ การระบุสถานการณ์ของจริง จากผู้เกี่ยวข้อง และ การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอยู่ บทบาทความหมายและเห็นเพิ่มเติม ตามด้วยจัดลำดับความสำคัญ
- ต้องเป้าหมาย ต้องชัดเจนว่า ต้องทำอะไร เช่น เป้าหมาย concept เป็นตัวตั้ง ซึ่งต้องไม่กระทบทุกฝ่าย
- เป้าหมาย Base line ของตัวชี้วัดกำหนด และติดตามต่อเนื่อง
- ออกแบบ 3C หลัก PDSA รวมทั้งชี้แจงที่ต่อเนื่อง ๆ
- วิธีการ ใช้กลยุทธ์ในการจัดระบบกลไกหน่วยงาน
- วัตถุประสงค์ สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามใจกันแบบ

การนำมาตรฐานตอนที่ III สู่การปฏิบัติ

สรพ. ได้จัดทำคู่มือการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ SPA Part III ออกมาใช้โรงพยาบาลให้เป็นแนวทางในการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ โดยได้ระบุแนวคิดสำคัญ ขั้นตอนในการดำเนินการ ผู้รับผิดชอบ การประเมินผลหรือการเรียนรู้ ตลอดจนแนะนำประเด็นที่โรงพยาบาลจะนำไปใช้ในแบบประเมินตนเองซึ่งควรพิจารณาวิเคราะห์ร่วมกันที่เกี่ยวข้อง

Standard Part III in the view of Patient & Personnel Experience



มีวิธีการประเมินคุณภาพจากประสบการณ์ผู้ป่วย

1. เคารพในความเป็นมนุษย์
2. ประชาชนทุกจุดบริการ
3. สื่อสารข้อมูลให้ถึงพร้อม
4. สิ่งแวดล้อมสบายๆ
5. กว้างขวางมีสนุกลด
6. เน้นการมีส่วนร่วม
7. ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง
8. เข้าถึงทุกเรื่องทั้งจำเป็น

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. สามารถเชื่อมโยง Hospital profile กับมาตรฐานได้เข้าไว้มากยิ่งขึ้น ทำให้สามารถไปสื่อสารกับคนที่อยู่ในความรับผิดชอบได้เข้าใจมากขึ้น
2. มีความเข้าใจในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติตาม โดยการประยุกต์ใช้ 3C-PDSA เป็นเครื่องมือหลัก
3. สามารถชี้แจงกับผู้บริหาร HA ไปถ่ายทอดให้กับบุคลากรในองค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพัฒนาและเป็นองค์กรที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

การนำไปใช้ในหน่วยงาน

นำกระบวนการไปทำอย่างต่อเนื่องที่สัมพันธ์กับในภาพรับผิดชอบเพื่อให้สามารถบรรลุหลักการประยุกต์ใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ตอนที่ 1-11 สู่การปฏิบัติ

