

รายงานการศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ-สกุล นางสาวศุภัญญา พงศ์ฤกษ์ดี

อายุ ๔๗ ปี การศึกษา การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน วิสัญญีวิทยา

๑.๒ ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ปฏิบัติหน้าที่รักษาการหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลเจริญกรุง-
ประชารักษ์ รับผิดชอบในการกำกับติดตามการดำเนินงานตามระบบคุณภาพของโรงพยาบาลเจริญกรุง-
ประชารักษ์ รับผิดชอบในการกำกับติดตามการดำเนินงานตามระบบคุณภาพของโรงพยาบาลเจริญกรุง-
ประชารักษ์ เพื่อบูรณาการ “เป็นโรงพยาบาลที่เป็นเลิศ เพื่อสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น” ครอบคลุมงานด้านการ
ให้บริการปรึกษา ให้ความรู้ แก่บุคลากร หน่วยงาน และทีมพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งนำเครื่องมือคุณภาพมา
ปรับใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้มีความเข้าใจมาตรฐานสถานพยาบาล(HA) และมาตรฐาน
วิชาชีพและสามารถนำองค์ความรู้ไปทบทวน/ปรับปรุงกระบวนการที่รับผิดชอบ ก่อให้เกิดความปลอดภัยทั้ง
ต่อผู้ป่วย และบุคลากร ตลอดจนเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการ ลดข้อร้องเรียนจากผู้ป่วย ผู้รับบริการ
และบุคลากร

ปฏิบัติหน้าที่วิสัญญีแพทย์ ให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
โดยประเมินสภาพและเตรียมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด วางแผนและเลือกวิธีการให้
ให้การระงับความรู้สึกทั้งการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและการระงับความรู้สึกแบบบริหารยาเฉพาะที่
ให้การดูแลระงับปวดหลังการผ่าตัด รวมทั้งป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้
คำปรึกษา และร่วมให้การรักษาผู้ป่วย โดยการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

๑.๓ ชื่อเรื่อง : SSo๔๘ การเฝ้าระวังและจํารงคุณภาพระหว่างการต่ออายุการรับรอง
(Surveillance workshop) ประจำปี ๒๕๖๖

การอบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตร SSo๔๘ การเฝ้าระวังและจํารงคุณภาพระหว่างการ
ต่ออายุการรับรอง (Surveillance workshop) ประจำปี ๒๕๖๖ รุ่นที่ ๓

เพื่อ ศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๖,๐๐๐.- บาท

ระหว่างวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ รูปแบบการอบรมออนไลน์ (Zoom)

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ -

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบ ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรม

- เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล
 - รับทราบความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลอื่นๆ หลังจากผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ HA และอยู่ระหว่างการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ ทำให้เกิดบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลในกลุ่มซึ่งจะทำให้เกิดการอ้างคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
 - สามารถทำความเข้าใจข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ติโจทย์เพื่อจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- ๒.๒ เนื้อหา

ประเด็นในการติดตามความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพหลังการรับรอง

- การปฏิบัติตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจครั้งที่ผ่านมา
- การปฏิบัติตามเป้าหมายและแนวทางความปลอดภัยของผู้ป่วยมาตรฐานสำคัญจำเป็น (Patient Safety Goals & Guides: SIMPLE)
- การพัฒนาตามบริบทหรือโจทย์ของโรงพยาบาล
- การพัฒนาเพื่อยกระดับ maturity และการเตรียมความพร้อมสำหรับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรอง (re- accreditation) เช่น ระบบ การวัดและการประเมินระบบงาน การเรียนรู้จากการตามรอย การบริหาร ความเสี่ยงและความปลอดภัย การพัฒนาคุณภาพทางคลินิก Strategic Alignment และระบบงานสำคัญอื่นๆ

โดยโรงพยาบาลที่จะขอการรับรองในระดับที่สูงขึ้นควรมีคุณสมบัติดังนี้

- มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (หลายวงรอบ) ในระบบงานและ การดูแลผู้ป่วยต่างๆ
- สามารถแสดงให้เห็นแนวโน้มของผลลัพธ์ย้อนหลังในระยะเวลาที่ เหมาะสม (มากกว่า 3 ปี)
- สามารถแสดงให้เห็นการใช้และได้ประโยชน์จาก HA core values & concepts และการใช้ข้อกำหนดของ process management (มาตรฐาน I-6 หรือ 3C-PDSA)
- มีนวัตกรรมและกระบวนการที่เป็น role model ได้จำนวนหนึ่ง

แนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อต่ออายุการรับรองมาตรฐานฉบับที่ 5

- ทำความรู้จักมาตรฐานฉบับที่ 5 เพื่อหาโอกาสพัฒนา เพิ่มเติมให้สอดคล้อง
- ศึกษาเกณฑ์การต่ออายุการรับรอง
- ศึกษาและเตรียมความพร้อมเพื่อประเมินตนเองตาม รูปแบบ SAR 2022
- เสริมพลังและพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

การใช้ประโยชน์จากมาตรฐานโรงพยาบาลและสถานพยาบาลฉบับที่ 5

- ใช้ HA Scoring ในการประเมินตนเองและจัดทำร่างประเด็นในแผนการพัฒนาเพื่อยกระดับ maturity และสร้างวัฒนธรรมคุณภาพในโรงพยาบาล

Scoring Guideline		
Score	Process	Result
1	เริ่มต้นปฏิบัติ Design & early stage of implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน แต่ครอบคลุม ประเด็นที่สำคัญ Partial implementation	ติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตามประเด็นที่สำคัญ Valid measures
3	มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล Effective implementation	วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด Get use of measures
4	มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง Continuous improvement	มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) Good results (better than average)
5	มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี Role model, good practices, Innovation	มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile)



122 ประเด็นสำคัญหมายถึง 1) ประเด็นสำคัญตามมาตรฐาน 2) ประเด็นสำคัญตามบริบทโรงพยาบาล 3) ประเด็นสำคัญตามระดับศักยภาพโรงพยาบาล

- พาผู้เยี่ยมชมสำรวจตามรอยระบบงานต่างๆ ของโรงพยาบาล
- ใช้ประโยชน์จากข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย และข้อกำหนดที่เป็น เกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability)ในการยกระดับและ ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบคุณภาพในสถานพยาบาลให้มีความอย่างยั่งยืน



ข้อกำหนดของมาตรฐานที่ควรให้ความสนใจ

- เกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย(essential criteria for safety) ของผู้ป่วย/บุคลากร โดยเลือกจาก ข้อกำหนดที่มีในมาตรฐาน เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามที่คณะกรรมการ สถาบันประกาศในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความมั่นใจในระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ความปลอดภัยในประเด็นที่สำคัญ โดยโรงพยาบาลต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมตามที่กำหนด

เกณฑ์ที่จำเป็น

เกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety)		 
มาตรฐานสำคัญที่เป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและนวัตกรรมการแพทย์	<p>สถานพยาบาลต้องดำเนินการในเรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด แสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปี ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ในแบบประเมินตนเองเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพ กรณีเกิดอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหา จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เกี่ยวข้อง
การเข้าถึงฉุกเฉิน ผิดขั้น ผิดตำแหน่ง ผิดข้อมูล	มาตรฐาน 11-4.3 การดูแลเฉพาะ ข. การเข้าถึง (๕)	
การดึงเชื้อเข้าสู่ในสถานพยาบาลตามฉันทมติของแพทย์ในกรณี SSI, VAP, CLABSI, CAUTI	มาตรฐาน 11-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข. การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย (๕)	
บุคลากรผิดใช้ยาจากกรณีปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งกระทบมาตรฐาน	มาตรฐาน 11-6 สถานการณ์ฉุกเฉินบุคลากร ค. สุขภาพ วัฒนธรรมของบุคลากร (100%) มาตรฐาน 11-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข. การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย (๕)	
การเกิด Medication error, Linc, Adverse drug event	มาตรฐาน 11-6.4 การทำที่ปลอดภัยมีระดับในผู้ป่วย ก. การทำที่ปลอดภัยการรักษานาน (๖)	
การไม่แจ้งถึงกลิ่น มีเสียง มีควัน	มาตรฐาน 11-7.4 สถานการณ์ของระบบการนำตัว ค. การนำตัวบริการ (๕)	
การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	มาตรฐาน 11-1 การเข้าถึงบริการ ค. การนำตัวบริการ (๕)	
ความเคลื่อนไหวในการวินิจฉัยโรค	มาตรฐาน 11-2 การประเมินผู้ป่วย ค. วินิจฉัยโรค (๕)	
การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา คลทางเดินอาหาร	มาตรฐาน 11-7.2 บริการที่มุ่งปฏิบัติกิจกรรมการแพทย์พยาธิวิทยา ข. การนำตัวบริการ (๕)	
การคืนยาที่ห้องฉุกเฉินและห้องอื่น	มาตรฐาน 11-1 การเข้าถึงบริการ (๕)	

- เกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability) ของระบบคุณภาพของสถานพยาบาล โดย เลือกจากข้อกำหนดที่มีในมาตรฐาน เพื่อโรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องได้ใช้ประโยชน์ในการกระตุ้นการพัฒนา เพื่อยกระดับการพัฒนาและการขับเคลื่อนการพัฒนาให้เป็นรพ.ที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน โดยเลือกข้อกำหนด ที่มีพลังในการส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ (quality culture) สะท้อนการพัฒนาที่สอดคล้องกับค่านิยม (core value) และการดำเนินการตามข้อกำหนดดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาเชิงระบบและเกิดการดำเนินการใน ข้อกำหนดอื่นๆ ร่วมด้วยซึ่งมีการกำหนดรวมเป็นหัวข้อสำหรับการประเมินตนเองใน HA Scoring จำนวน 27 ข้อ จากจำนวนทั้งหมด 100 ข้อ

เกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability)			 
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร		ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล	
I-1 การนำ	I-5 บุคลากร	II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย	
2. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ (I-1.1a)**	20 ข้อควรสามารภและความเห็นอกเห็นใจของบุคลากร (I-5.1a)**	32 ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการการทำงานเป็นทีม (I-1.1a)(1)(2)(3)(9)**	
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและความสำเร็จขององค์กร (I-1.1b)(1)(2)(3)**	22 สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (I-5.1 b)**	34 การทบทวนและพัฒนาคุณภาพการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย (II-1.1a)(1) (2)(3)(4)**	
5. งบประมาณที่สมดุลทางการเงิน (I-1.2a)(3)**	25 การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร(I-5.2a)**	35 ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย (II-1.2a)(1) (3) (5)**	
I-2 กลยุทธ์	I-6 การปฏิบัติการ	II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย	
7. กระบวนการวางแผนกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล (I-2.1a)(1)(2)(3)(4)**	26 การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การนำกระบวนการสู่การปฏิบัติและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล (I 6.1a b, I 6.2a)**	41 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย (II 3.1a, ข)**	
9. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร (I-2.2a)(1)(2)(3)(4)**	30 การจัดการระบบสารสนเทศ (I-6.2a)**	42 ความปลอดภัยจากอัคคีภัย (II-3.1a)**	
	31 ความพร้อมสำหรับภาวะภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินต่างๆ (I 6.2a)**		
I-3 ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน		II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	
11. การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม (I-3.1a)(1)**		47 การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ (II 4.1a)**	
I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้		II-6 ระบบการจัดการด้านยา	
16. การวัดผลการดำเนินงาน (I 4.1a)**		52 การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (II 6.1 a) **	
19. ความรู้ขององค์กร (I-4.2a)**			

เกณฑ์หลักเพื่อ

เกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability)	
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย	ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ
63 การเข้าถึงบริการ [III-1 ก, ข] **	83 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในภาพรวม [IV-1, III] **
	86 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (มีดีความเหมาะสมและประสิทธิผล) [IV-1, III-2, 3, 4] **
III-2 การประเมินผู้ป่วย	
65 การประเมินผู้ป่วย และการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค [III-2 ก, ข] **	
III-4 การดูแลผู้ป่วย	
70 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง [III-4.2] **	
III-6 การดูแลต่อเนื่อง	
82 การดูแลต่อเนื่อง [III-6] **	

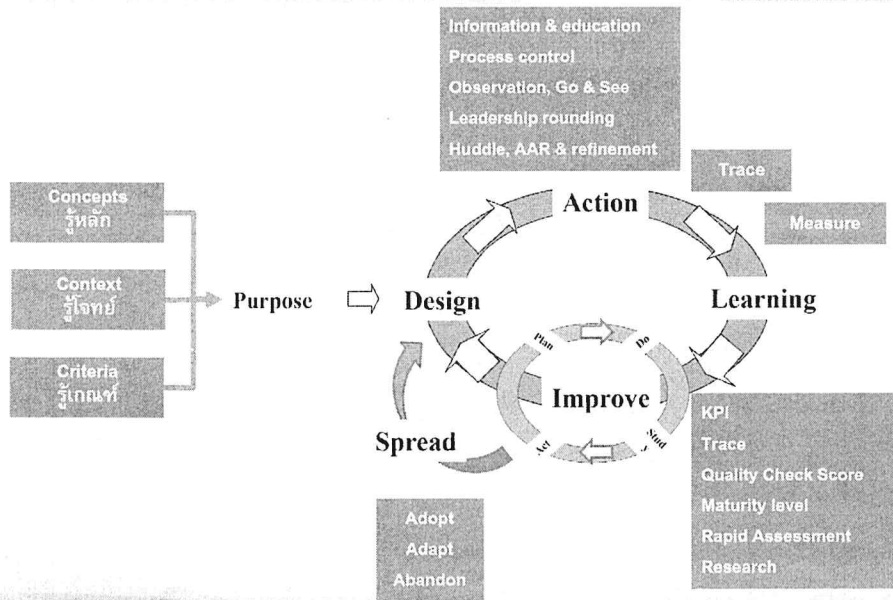
จากข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติ

- ข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจที่ผ่านคือข้อเสนอแนะเพื่อสร้าง maturity ในการปฏิบัติ ตามมาตรฐาน

โดยใช้สำหรับวางแผนพัฒนาในช่วง 1 -3 ปี ข้างหน้า เป็นประเด็นสำคัญสำหรับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง

- ใช้หลัก 3C - DALI (PDSA) ในการทำความเข้าใจและกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะ, จัดทำ Action plan สื่อสารและสนับสนุนการพัฒนา ตลอดจนถึงติดตามการดำเนินการตามระยะเวลาที่กำหนด

วงล้อคุณภาพ 3C - PDSA / DALI



✓ Recommendation to Standard

WHAT: อ่านข้อเสนอแนะแล้วพิจารณาว่าสอดคล้องกับมาตรฐานข้อใดมาตรฐานระบุไว้อย่างไร

WHY: มาตรฐานเป็นฐานของการให้ข้อเสนอแนะและการพัฒนา

HOW: • เลือกมาตรฐานที่ตรงประเด็นที่สุด

- พิจารณาว่าอะไรคือเป้าหมายของมาตรฐาน
- พิจารณาว่า core values & concepts อะไรที่ควรนำมาใช้

การพิจารณาว่ามาตรฐานที่กำลังจะนำไปใช้นั้นควรนำค่านิยมและแนวคิดหลักในข้อใดมาหนุนเสริมทำให้การปฏิบัติตามมาตรฐานเป็นไปอย่างลึกซึ้งขึ้นทำให้ค่านิยม แนวคิดหลักฝังลึกเป็นวัฒนธรรมของทีมงาน

✓ Standard to Context

WHAT: พิจารณาโจทย์ (gap หรือ failure mode) ขององค์กร

WHY: เพื่อให้การพัฒนาตรงประเด็นที่สุด

HOW:

- อะไรคือมาตรฐานที่ยังปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์ (gap)
- การต่อเชื่อมระหว่างขั้นตอนตรงไหนที่ขาดหายไป
- ปัญหาที่เป็นผลของเรื่องนี้คืออะไร
- ปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรกลุ่มใดเป็นพิเศษหรือไม่
- ปัญหาเกิดขึ้นกับจุดบริการใดเป็นพิเศษหรือไม่
- ปัญหาเกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเป็นพิเศษหรือไม่
- จัดลำดับความสำคัญของปัญหา/โอกาสพัฒนา

✓ Context to ...

✓ Context to Purpose

WHAT: กำหนดเป้าหมายของการพัฒนาตามข้อเสนอแนะ

WHY: เพื่อเป็นตัวชี้้นำการพัฒนาและการประเมินความสำเร็จ

HOW:

- ทบทวนเป้าหมายของมาตรฐาน
- ทบทวนโจทย์ขององค์กร
- กำหนดเป้าหมาย แนวคิด/การเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดขึ้น เช่น เพิ่มความครอบคลุม เพิ่มประสิทธิภาพ ลดอัตราอุบัติเหตุ ปริมาณ (เท่าไรในเวลาใด)
- กำหนดตัวชี้วัดตามเป้าหมาย

✓ Purpose to Driver and Process Design

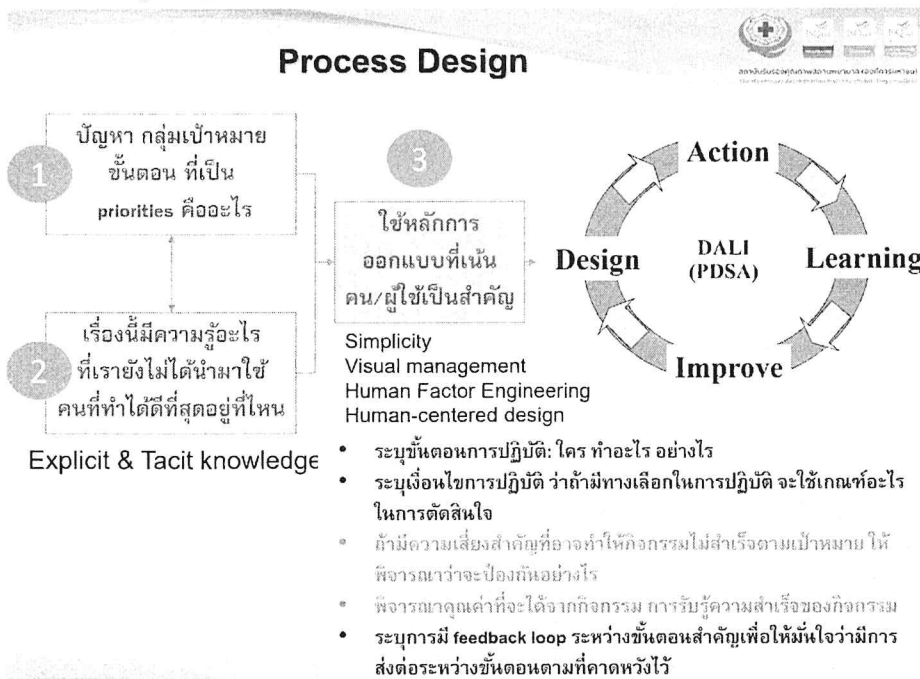
WHAT: การระบุขั้นตอนของการปฏิบัติงานที่ชัดเจนเพื่อใช้สื่อสารและติดตาม

WHY: ทำให้มีการปฏิบัติอย่างคงเส้นคงวา และมีผลลัพธ์ที่คาดหวังได้

HOW: • ระบุกระบวนการสำคัญ (key process)

(อย่างน้อยควรใช้ top down flowchart ร่วมกับตาราง) : คิดถึงลำดับขั้นตอนที่ต้องปฏิบัติ เพื่อบรรลุเป้าหมาย, คิดย้อนกลับถึงการเตรียมการด้านข้อมูล และการเตรียมผู้คน, เตรียม สำหรับ feedback loop เพื่อสะท้อนข้อมูลกลับ

- กำหนด process requirement จากการวิเคราะห์ Need Environment Waste Safety
- กำหนดตัววัดของกระบวนการ
- ออกแบบกระบวนการ
- จัดทำคู่มือปฏิบัติ



การวิเคราะห์

การวิเคราะห์แผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะ

- การวิเคราะห์แผนโดยใช้คำถามในการประเมิน เพื่อประเมินแผนพัฒนาก่อนนำสู่การปฏิบัติหรือปรับแผนให้มีความครบถ้วนตามประเด็น วิเคราะห์โดยผู้เกี่ยวข้อง
 - มีแผนครบถ้วนตามข้อเสนอแนะหรือไม่
 - แผนตรงประเด็นหรือไม่
 - แผนระบุเป้าหมาย ตัวชี้วัดและกำหนดเวลาติดตามหรือไม่
 - แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็นและมีผู้รับผิดชอบหรือไม่
 - แผนมีผลลัพธ์ความก้าวหน้าตามที่กำหนดไว้หรือไม่



๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

- ๑) นำความรู้ความเข้าใจที่ได้ถ่ายทอดสู่บุคลากรในองค์กร
- ๒) นำความรู้ ทักษะ ไปพัฒนางาน พัฒนาคุณภาพของงานโดยเฉพาะในการนำข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติ
- ๓) ช่วยให้องค์กรจะสามารถขับเคลื่อนสู่การพัฒนาขึ้นก้าวหน้าอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

- ๑) มีการพัฒนาระบบงานที่มีทิศทางที่ชัดเจน ส่งผลให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
- ๒) มีการพัฒนาระบบงานที่ยกระดับให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- ๓) นำไปปรับใช้หรือเผยแพร่ให้แก่บุคลากรในหน่วยงานและองค์กร เป็นการส่งเสริม

แนวความคิดการจัดการองค์กรที่มีคุณภาพ

๒.๓.๓ อื่น ๆ บรรลุวัตถุประสงค์และสามารถนำความรู้ที่ได้ต่างๆ มาพัฒนาองค์กรต่อไป

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

เนื่องจากการอบรมออนไลน์ พบปัญหาด้านอุปกรณ์การสื่อสารทำให้ขาดบางช่วงตอน

๓.๒ การพัฒนา

เผื่อระวังและธำรงคุณภาพเกิดประโยชน์สูงสุด ครอบคลุมทุกด้านตามมาตรฐาน ดังนั้น การเพิ่มระยะเวลาการอบรมเป็น ๒-๓ ครั้ง น่าจะทำให้มีเวลาในการอภิปรายภายในกลุ่มและรับข้อเสนอแนะ จากวิทยากรประจำกลุ่มมากขึ้น

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

- ควรส่งเสริมให้เกิดความตระหนักเห็นความสำคัญและการมีส่วนร่วมของการอบรมเชิง ปฏิบัติการนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มนำองค์กร

(ลงชื่อ) (ผู้รายงาน)
(นางสุกัญญา พงศ์ฤกษ์ดี)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรม เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล และรับทราบความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล หลังจากผ่านการรับรองกระบวนการ คุณภาพ HA และอยู่ระหว่างการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ เพื่อให้เกิดการธำรงคุณภาพอย่างมี ประสิทธิภาพและประสิทธิผล และเผยแพร่แก่เพื่อนร่วมงาน


(นายพรเทพ แซ่เอ็ง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์



จากข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติ

Recommendation to Standard

WHAT: อ่านข้อเสนอแนะแล้วพิจารณาว่าสอดคล้องกับมาตรฐานข้อใดมาตรฐานอะไรอย่างไร

WHY: มาตรฐานเป็นฐานของการให้ข้อเสนอแนะและการพัฒนา

HOW:

- เลือกมาตรฐานที่ตรงประเด็นที่สุด
- พิจารณาว่าอะไรคือเป้าหมายของมาตรฐาน
- พิจารณาว่า core values & concepts อะไรที่ควรนำมาใช้
- พิจารณาว่ามาตรฐานที่กำลังจะนำไปใช้นั้นควรนำค่านิยมและแนวคิดหลักในข้อใดมาหนุนเสริม
- ทำให้การปฏิบัติตามมาตรฐานเป็นไปอย่างลึกซึ้งซึ่งทำให้ค่านิยมแนวคิดหลักฝังลึกเป็นวัฒนธรรมของทีมงาน

Standard to Context

WHAT: พิจารณาโจทย์ (gap หรือ failure mode) ขององค์กร

WHY: เพื่อให้การพัฒนาตรงประเด็นที่สุด

HOW:

- อะไรคือมาตรฐานที่ยังปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์ (gap)
- การต่อเชื่อมระหว่างขั้นตอนตรงไหนที่ขาดหายไป
- ปัญหาที่เป็นผลของเรื่องนี้อะไร
- ปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ช่วยหรือบุคลากรกลุ่มใดเป็นพิเศษหรือไม่
- ปัญหาเกิดขึ้นกับจุดบริการใดเป็นพิเศษหรือไม่
- ปัญหาเกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเป็นพิเศษหรือไม่
- จัดลำดับความสำคัญของปัญหา/โอกาสพัฒนา

Context to Purpose

WHAT: กำหนดเป้าหมายของการพัฒนาข้อเสนอแนะ

WHY: เพื่อเป็นตัวชี้นำการพัฒนาและการประเมินความสำเร็จ

HOW:

- บทบาทเป้าหมายของมาตรฐาน
- บทบาทโจทย์ขององค์กร
- กำหนดเป้าหมาย แนวคิด/การเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดขึ้น เช่น เพิ่มความครอบคลุม เพิ่มประสิทธิภาพ ลดอัตราอุบัติเหตุ ปริมาณ (เท่าไรเวลาใด)
- กำหนดตัวชี้วัดตามเป้าหมาย

Purpose to Driver and Process Design

WHAT: การระบุขั้นตอนของการปฏิบัติงานที่ชัดเจนเพื่อใช้สื่อสารและติดตาม

WHY: ทำให้มีการปฏิบัติอย่างคงเส้นคงวา และมีผลลัพธ์ที่คาดหวังได้

HOW:

- ระบุกระบวนการสำคัญ (key process) (อย่างน้อยควรใช้ top down flowchart ร่วมกับตาราง) :
 - คิดถึงลำดับขั้นตอนที่ต้องปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมาย, คิดย้อนกลับถึงการเตรียมการด้านข้อมูล และการเตรียมผู้คน, เตรียมสำหรับ feedback loop เพื่อสะท้อนข้อมูลกลับ
 - กำหนด process requirement จากการวิเคราะห์ Need Environment Waste Safety
 - กำหนดตัววัดของกระบวนการ
 - ออกแบบกระบวนการ
 - จัดทำคู่มือปฏิบัติ

นางสุกัญญา พงศ์ฤกษ์ศิริ ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ