รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วันและระยะยาวตั้งแต่ ๙๐วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ชื่อเรื่อง /หลักสูตร HA ๕๐๑ : การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (Standard Implementation) รุ่นที่ ๒

สาขา -

เพื่อ ☐ ศึกษา ☒ ฝึกอบรม ☐ ประชุม ☐ ดูงาน ☐ สัมมนา ☐ ปฏิบัติงานวิจัย

งบประมาณ ☒ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร ☒ เงินบำรุงโรงพยาบาล ☐ ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน เป็นเงินคนละ ๕,๔๐๐.- บาท (ห้าพันสี่ร้อยบาทถ้วน)
รวมเป็นเงิน ๑๖,๒๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นหกพันสองร้อยบาทถ้วน)

ระหว่างวันที่ ๓ – ๕ สิงหาคม ๒๕๖๕

สถานที่ ณ ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตร

๑.๑ ชื่อ - สกุล พญ. สุกัญญา พงศ์ฤกษ์ดี
อายุ ๔๗ ปี การศึกษา แพทยศาสตร์บัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน วิสัญญีวิทยา

๑.๒ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ด้านบริหารวางแผนงานพัฒนาคุณภาพและบริหารจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาล

๒.๑ ชื่อ -สกุล นางสาวพีรญา กระต่ายทอง
อายุ ๕๐ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การพยาบาลทารกแรกเกิดระยะวิกฤต

๒.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ด้านบริหารวางแผน การปฏิบัติงานของหน่วยงานหออภิบาลผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ให้สอดคล้องกับนโยบายต่าง ๆ ของทางโรงพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

๓.๑ ชื่อ – สกุล นางอังคณา ใสใจดี
อายุ ๔๖ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

๓.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ๒
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ด้านบริหารวางแผน การปฏิบัติงานของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ๒ ให้สอดคล้องกับนโยบายต่าง ๆ ของทางโรงพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

ส่วนที่๒...

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจแนวคิดพื้นฐานการนำมาตรฐาน HA ลงสู่การปฏิบัติ

๒. เข้าใจมาตรฐาน ประโยชน์ของมาตรฐาน

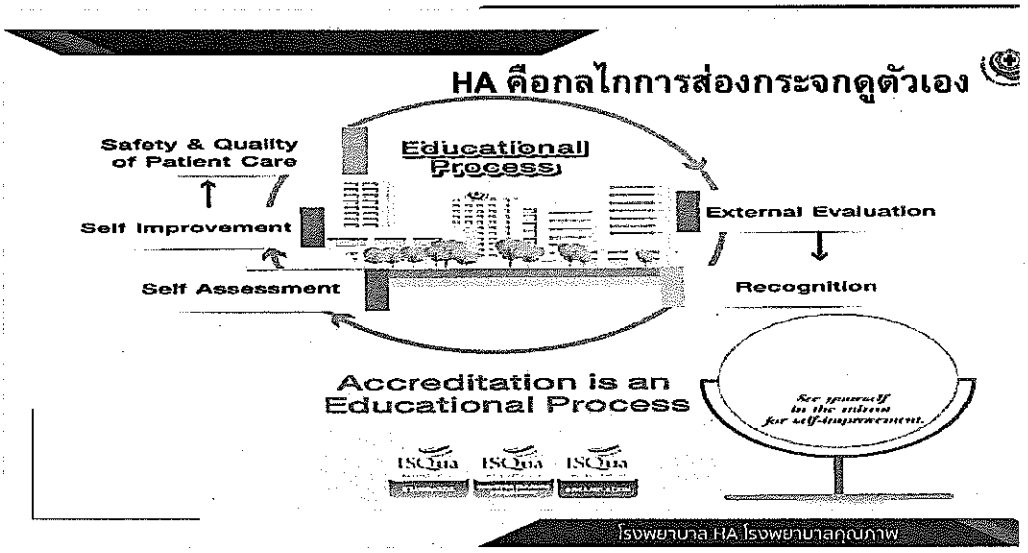
๓. สามารถประยุกต์ใช้มาตรฐานในการปฏิบัติงาน และการพัฒนาคุณภาพได้

๔. เข้าใจกระบวนการประเมินตนเอง รวมทั้งแนวทางการเขียนรายงานประเมินตนเอง และการใช้ประโยชน์

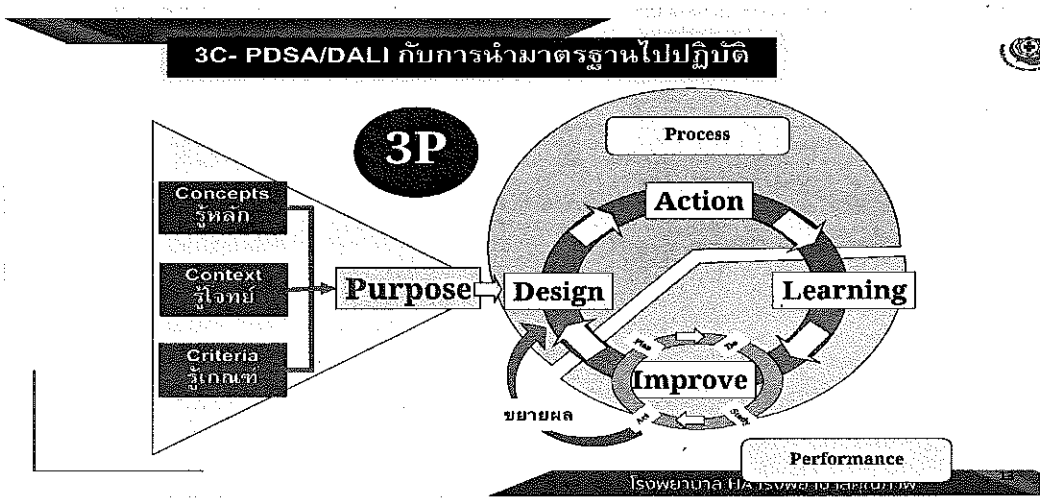
๒.๒ เนื้อหา

<u>แก่น HA</u>

HA คือกลไกการส่องกระจกดูตัวเอง ถ้าเป็นองค์กรก็คือการส่องกระจกให้เห็นในทุกพื้นที่



HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ เครื่องมือที่ใช้ในการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ ได้แก่ ๓P (purpose process performance), ๓C PDSA/DALI ซึ่งจะมี purpose เป็นตัวเชื่อม



มิติคุณ...

มิติคุณภาพ (Quality Dimension) องค์ประกอบของมิติคุณภาพมี ๘ องค์ประกอบ

๑. Accessibility การเข้าถึง

๒. Appropriateness มีความเหมาะสม

๓. Continuity ความต่อเนื่อง

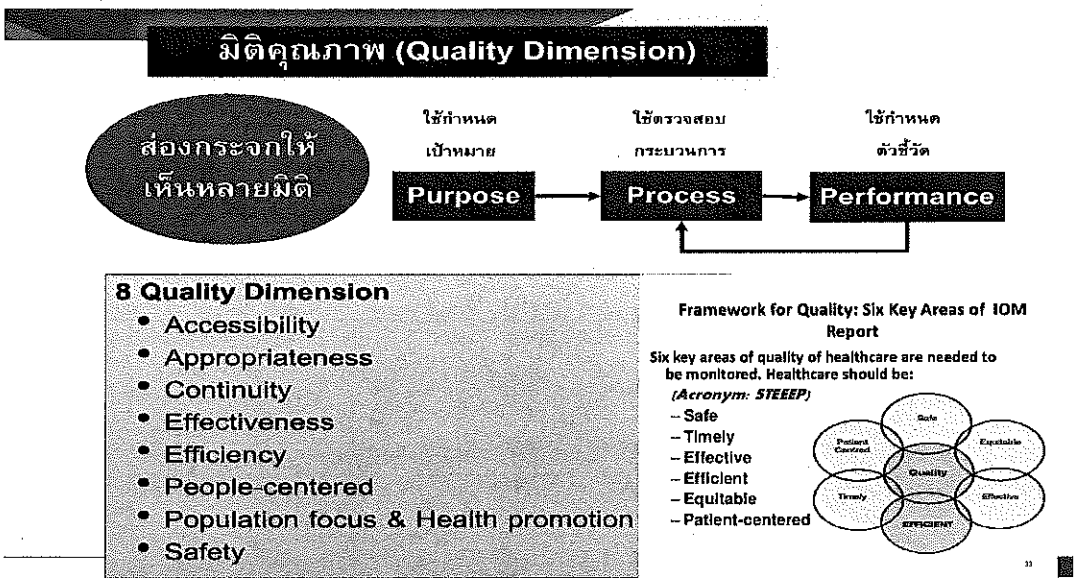
๔. Effectiveness มีประสิทธิผล

๕. Efficiency มีประสิทธิภาพ

๖. People – centered ยึดคนเป็นศูนย์กลาง

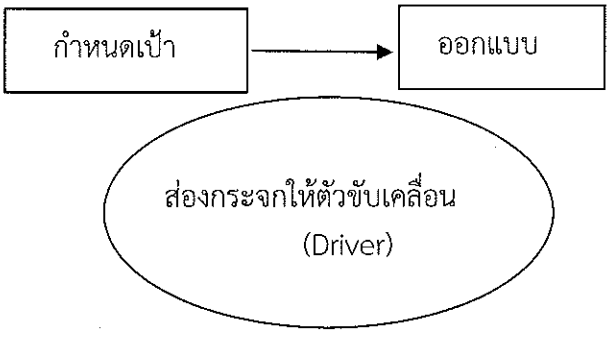
๗. Population focus & Health promotion เน้นไปที่ประชาชนและสร้างเสริมสุขภาพ

๘. Safety ความปลอดภัย



Value – base Healthcare : เป็นการส่องกระจกให้เห็นถึงคุณค่า ดูคน ดูไข้ ดูคุ้ม

คุณค่า = ประโยชน์ต่อผู้อื่น x คุณภาพ x ประสิทธิภาพ



<u>เป้าหมายของการประเมินตนเอง</u>

- เพื่อหาโอกาสพัฒนา
- เพื่อติดตามความก้าวหน้า/ระดับการพัฒนา
- เพื่อการเรียนรู้ ทบทวน ใคร่ครวญการทำงานและการพัฒนาที่ผ่านมา ภายในทีมงานและกับผู้บริหาร
- เป็นฐานข้อมูลสำหรับการต่อยอดและขยายผล
- เพื่อประกอบการประเมินจากภายนอก สื่อสารและสร้างการเรียนรู้กับผู้เยี่ยมสำรวจ

ภาพรวมการ...

ภาพรวมการปรับเกณฑ์ในมาตรฐาน HA ฉบับที่ ๕ และแนวทางการใช้มาตรฐาน HA

ขอบเขตและเนื้อหาของมาตรฐาน

- มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ ประกอบด้วย มาตรฐาน ๔ ตอน (part) ตอนที่ I - ตอนที่ IV

- แต่ละตอนมีการแบ่งบท (chapter) โดยเรียงลำดับแต่ละบทตามตัวเลขอารบิกตามหลังด้วยเลขโรมัน เช่น มาตรฐานตอนที่ I ประกอบด้วยมาตรฐานบทที่ I -1 ถึง I – 6 โดยบางบทจะมีการจัดหมวดหมู่ (section) เป็นตัวอักษร เช่น ก. ข. และ ค.

- แต่ละบทของมาตรฐานจะมีข้อกำหนด (requirement) ๓ ระดับ คือ ๑) ข้อกำหนดพื้นฐาน (basic requirements) ๒) ข้อกำหนดในภาพรวม (overall requirements) ๓) ข้อกำหนดย่อย (multiple requirements)

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ มาตรฐาน HA ฉบับที่ ๕

(๑) การเปลี่ยนแปลงเรื่องใหญ่ ๆ

(๒) เรื่องเดิมที่ยังทำได้ไม่ดี

(๓) การเชื่อมโยงระหว่างมาตรฐานแต่ละบท

(๔) รูปธรรมของการปฏิบัติในสิ่งที่ดูเป็น Abstract

(๕) การยกระดับ maturityที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน

(๖) การประยุกต์ใช้มาตรฐานกับสถานการณ์ COVID – ๑๙

การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) คือ กระบวนการในการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคลเพื่อให้สามารถควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองได้ (Reference : Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva, ๑๙๘๖)

ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาล (Hospital Profile ๒๐๒๒)

เป้าหมายและการใช้ประโยชน์จากเอกสารข้อมูลสำคัญของโรงพยาบาล

Hospital Profile คืออะไร

Profile = รูปโครงร่าง, สรุปข้อมูลสำคัญโดยย่อ

Hospital Profile คือ เอกสารสรุปข้อมูลสำคัญของโรงพยาบาล

- ลักษณะของ Hospital Profile : เป็นเอกสารสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กรอย่างกระชับ สิ่งสำคัญที่มีผลต่อวิธีทำงานขององค์กร และสภาพแวดล้อมขององค์กร

- Hospital Profile ทำให้เห็นอะไร ทำให้เข้าใจบริบทหรือลักษณะที่เฉพาะเจาะจงขององค์กร เห็นความสัมพันธ์ของข้อมูล

- Hospital Profile นำไปใช้ในการบริหารอย่างไร :

(๑) เป็นตัวเชื่อมให้เกิดการบริหารองค์กรและการปฏิบัติงานในลักษณะที่องค์กรเป็นหนึ่งเดียว

(๒) ใช้เป็นฐานพิจารณาการกระทำทุกเรื่องขององค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการกำหนดทิศทางหรือการตัดสินใจที่สำคัญ

- Hospital Profile นำไปใช้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพอย่างไร :

(๑) เป็นจุดเริ่ม...

(๑) เป็นจุดเริ่มต้นของการประเมินตนเอง ทำให้ทุกคนในองค์กรมองเห็นองค์กรเป็นภาพเดียวกัน และเห็นโอกาสพัฒนาจากข้อมูลดังกล่าว

(๒) เป็นประโยชน์ในการเขียนรายงานการประเมินตนเองที่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง

(๓) เป็นประโยชน์สำหรับผู้เยี่ยมสำรวจในการทำความเข้าใจบริบทของโรงพยาบาล

Hospital Profile สำคัญอย่างไร

- HP สรุปข้อมูลสำคัญอย่างกระชับ
- HP ทำให้เข้าใจบริบทขององค์กร เป็นฐานในการกำหนดทิศทางและตัดสินใจ
- HP ทำให้เห็นความสัมพันธ์ของข้อมูลสำคัญต่าง ๆ
- การพิจารณา HP ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาเบื้องต้นได้

Hospital Profile ๒๐๒๒

๑. ข้อมูลพื้นฐานขององค์กร

(๑) ข้อมูลพื้นฐานขององค์กร

๑.๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๒ สถิติผู้มารับบริการ

๑.๓ อัตรากำลัง

๑.๔ ภาระงาน

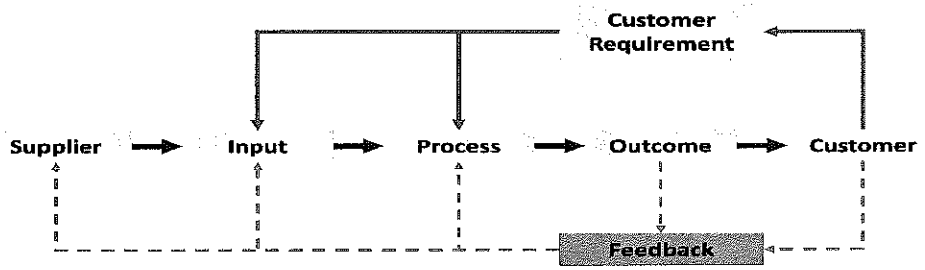
๑.๕ โครงสร้างองค์กรและส่วนที่เกี่ยวข้อง

๑.๖ แผนที่แสดงที่ตั้งองค์กรและผังอาคารที่เปิดให้บริการ

(๒) ลักษณะที่สำคัญขององค์กร(ข้อมูลสำคัญขององค์กรเพื่อการขับเคลื่อน) บันทึกข้อมูลใน sheet entry

๒. Hospital One Page เห็นความเชื่อมโยงที่สำคัญ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ทิศทางองค์กร SIPOC

ความสัมพันธ์ใน SIPOC Model



การใช้ประโยชน์จาก Hospital Profile

(๑) เป็นจุดเริ่มต้นของการประเมินตนเอง

- ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ ความสัมพันธ์ของข้อมูล

- รับรู้สิ่งที่ต้องทำให้สำเร็จ
- รับทราบบริบทและเอกลักษณ์ขององค์กร เพื่อเป็นฐานในการพัฒนาและการประเมินตนเอง

(๒) เพื่อใช้สื่อสารและสร้าง alignmentในองค์กร
- ผู้ปฏิบัติงานทบทวนงานประจำของแต่ละคนอย่างเชื่อมโยงกับ HP

(๓) สำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ
- เพื่อทำความเข้าใจบริบทขององค์กร
- เพื่อเป็นฐานอ้างอิงในการประเมินว่าการพัฒนาขององค์กรตอบโจทย์ของตนได้เพียงใด

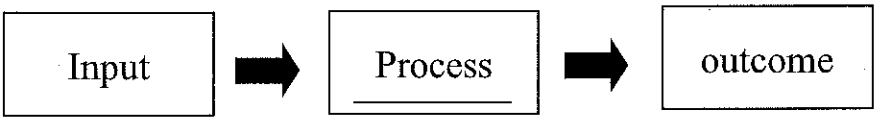
HA Standards Part I
ประยุกต์ใช้กับระดับหน่วยงาน

$$\text{Value} = \frac{(\text{Results} + \text{Safety}) \times (\text{Need} + \text{Expectation})}{\text{waste}}$$

(ลด cost เพิ่ม Efficiency ลด waste)

Clinical outcome = Results + Safety

Patient experience = Need + Expectation

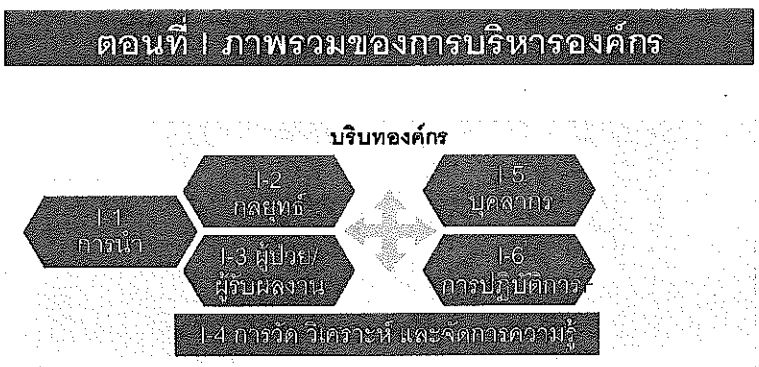


System (ระบบ)

คุณลักษณะ ๔ ประการของระบบ ได้แก่

๑. มีขั้นตอนชัดเจน
๒. สามารถทำซ้ำได้
๓. มีการวัดผลสำเร็จ
๔. มีการใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา

มาตรฐานตอนที่ ๑



บทที่ I– 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

บทที่ I– 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้	
I - 4.1 การวัด การวิเคราะห์ และการใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร	องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้
I - 4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้	องค์กรมีข้อมูล สารสนเทศ สินทรัพย์ ความรู้ที่จำเป็น มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ

บทที่ I – 3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

บทที่ I– 3 ผู้ป่วย /ผู้รับผลงาน	
I - 3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวัง
I - 3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประเมินความพึงพอใจ/ความผูกพัน
I -3.3 สิทธิผู้ป่วย	องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

บทที่ I – 2 กลยุทธ์

บทที่ I– 2 กลยุทธ์	
I - 2.1 การจัดทำกลยุทธ์	องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทายและสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินการขององค์กร
I - 2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

บทที่ I – 6 การปฏิบัติการ

บทที่ I – 6 การปฏิบัติการ	
I - 2.1 กระบวนการทำงาน	องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ มีการจัดการเครือข่ายอุปทาน และมีการจัดการนวัตกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ
I - 2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการบริหารจัดการในการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิผล เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ

บทที่ I – 5...

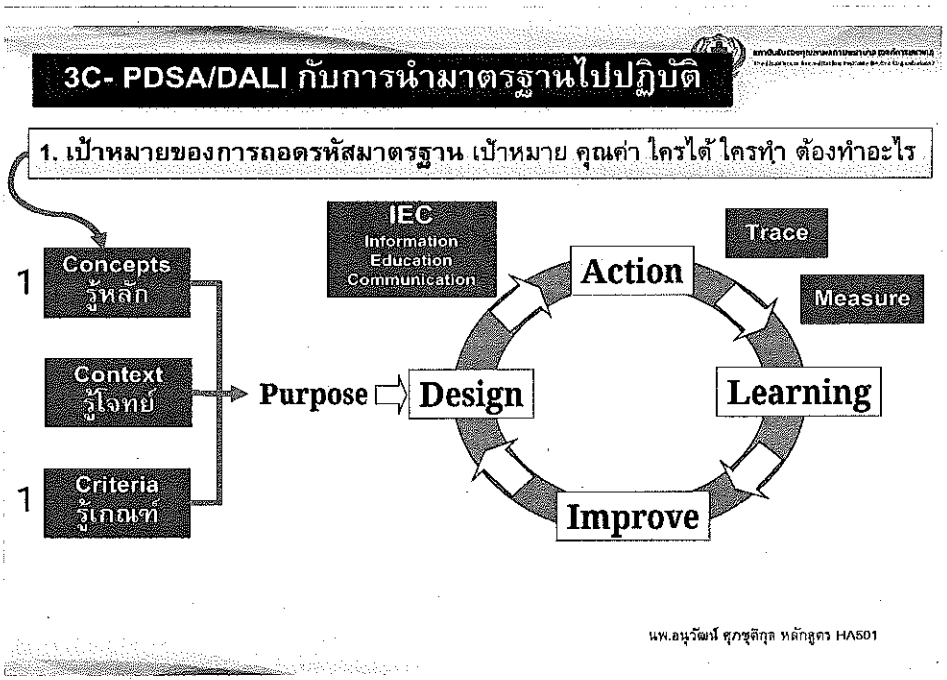
บทที่ I – 5 บุคลากร

บทที่ I – 5 บุคลากร	
I - 5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร	องค์กรบริหารขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงาน และบรรยากาศที่เอื้อต่อสวัสดิภาพ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร
I - 5.2 ความผูกพันของบุคลากร	องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อรักษาบุคลากรไว้ และให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี

บทที่ I – 1 การนำ

บทที่ I – 1 การนำ	
I - 1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง	ผู้นำระดับสูงชี้นำและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง
I - 1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม	องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และการเป็นองค์กรที่ทำประโยชน์ให้สังคม

<u>การนำมาตรฐานตอนที่ II สู่การปฏิบัติ</u>



การประยุกต์...

การประยุกต์แนวคิด ๓C – PDSA / DALI ในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

๑. ถอดรหัสมาตรฐาน อะไรคือเป้าหมายและคุณค่าของมาตรฐาน ใครได้ ใครทำ ต้องทำอะไร

๒. รับรู้ รู้สถานการณ์จากของจริง (ตามรอย) จากคำพูดของผู้ป่วย

๓. วิเคราะห์ เก็บข้อมูล ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ หาความหมายจากข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำ

๔. ตั้งเป้า วาดภาพให้ชัดว่าอยากเห็นอะไร เปลี่ยน concept เป็นตัวชี้วัด

๕. เฝ้าดูหา baseline ของตัวชี้วัดที่กำหนด แล้วติดตามต่อเนื่อง

๖. ออกแบบ ใช้แนวคิด human - centered design, human factor engineering ร่วมกับการจัดทำคู่มืออย่างง่าย มีมาตรฐานคู่กับความยืดหยุ่น

๗. สื่อสาร ใช้ทุกรูปแบบเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติรู้ในสิ่งที่ต้องรู้ ณ จุดปฏิบัติ

๘. ปฏิบัติ สนับสนุนและทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบ

๙. ติดตาม มีผู้รับผิดชอบ เก็บข้อมูล ตามรอย เฝ้าระวัง ประมวลผล สร้างการเรียนรู้ด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย

๑๐. ปรับปรุง ตามโอกาสที่พบ เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลงานที่ดีขึ้น

มาตรฐานตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย (Quality, Risk and Safety Management)

II – 1.1 การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

องค์กรมีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ

II – 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน

II – 2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ

II – 2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing Governance)

องค์กรมีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

II – 2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์ (Medical Staff Governance)

องค์กรมีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

II – 3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Environment of Care)

II – 3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (Physical Environment and Safety)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตรายหรือภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ

II – 3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค (Equipment and Utility System)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ทำหน้าที่ได้ปกติ และมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็น พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา.

II – 3.3 สิ่ง...

II – 3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (Environment for Health Promotion and Environment Protection)

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การเรียนรู้ การสร้างความสัมพันธ์และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

II – 4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control)

II – 4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control Program)

องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี

II – 4.2 การปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention Practices)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ

II – 5 ระบบเวชระเบียน (Medical Record System)

II – 5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (Medication Record Management System)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

II – 5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (Patient Medical Record)

ผู้ป่วยทุกรายเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.

II – 6 ระบบการจัดการด้านยา (Medication Management System)

II – 6.1 การกำกับดูแลด้านยาและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Medication Oversight and Supportive Environment)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียา ที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน

II – 6.2 การปฏิบัติในด้านยา (Medication Use Practices)

องค์กรทำให้มั่นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิภาพของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.

II – 7 การตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง (Diagnostic Investigation and Related Services)

II – 7.1 บริการทางรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ (Radiology / Medical Imaging Services)

บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ใช้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด

II – 7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก (Medical Laboratory / Clinical Pathology Service)

บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/ พยาธิวิทยาคลินิก/พยาธิวิทยากายวิภาค ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม

II – 7.3 พยาธิ...

II – 7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก (Anatomical Pathology, Cell Cytology and Forensic Clinic Service)

II – 8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีระบบเฝ้าระวังเพื่อติดตาม ค้นหา การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้

II – 9 การทำงานกับชุมชน (Working with Communities)

II – 9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (Health Promotion for the Communities)

องค์กรร่วมกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน

II – 9.2 การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment)

องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน

<u>คู่มือการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ SPA (Standards – Practice – Assessment) Part III</u>

<u>แนวคิด SPA (Standards – Practice – Assessment)</u>

- เน้นการมีกิจกรรมหรือกระบวนการพื้นฐานและการใช้ประโยชน์ในขั้นต้น
- เรียนรู้จากการใช้ประโยชน์กิจกรรมหรือกระบวนการเหล่านั้น เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกิจกรรมหรือกระบวนการให้เป็นระบบยิ่งขึ้น
- กระบวนการที่เป็นระบบ (Systematic approach)

คือกระบวนการที่กำหนดขั้นตอน ผู้รับผิดชอบ และรอบเวลาดำเนินการที่ชัดเจน ทำให้สามารถทำซ้ำได้เหมือนเดิม มีการวัดและประเมินผลอย่างเหมาะสมเพื่อปรับปรุงกระบวนการนั้นให้ได้ผลดียิ่งขึ้น (ควรแยกแยะให้ชัดระหว่างการปรับปรุงกระบวนการด้านการจัดการภายในองค์กร กับกระบวนการด้านการให้บริการ)

- สิ่งที่ระบุว่าเป็นแนวทางในการดำเนินการ ควรเลือกดำเนินการเฉพาะเท่าที่จะเป็นประโยชน์และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล แต่อย่างน้อยควรนำมาสู่ข้อมูลที่จะตอบในประเด็นสำคัญที่ระบุไว้ได้
- จุดเน้นในการตอบแบบประเมินตนเอง คือ บทเรียนและผลลัพธ์ของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ ซึ่งบทเรียนนั้นควรผ่านการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญร่วมกันในทีมงานที่เกี่ยวข้อง นั่นคือการเน้นในส่วนของ Context และ study หรือ learning ในวงล้อ PDSA โดยไม่ต้องบรรยายวิธีการหรือหลักการคิด เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระในการจัดทำเอกสาร

<u>Clinical Self Enquiry</u>

- เป็นการเรียนรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยทีมงานของโรงพยาบาล ด้วยการใช้เครื่องมือทางคลินิกที่หลากหลาย
- นำผลทั้งด้านที่เป็นจุดดีและโอกาสพัฒนามาร้องเรียงกันด้วยกระบวนการดูแลผู้ป่วย
- ใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางหรือแผนแม่บทในการกำหนดความรับผิดชอบในการจัดทำแบบประเมินตนเอง
- สะท้อนคุณภาพเชิงลึกด้วยการใช้โรคที่สะท้อนประเด็นคุณภาพในแต่ละขั้นตอนของการดูแล

<u>Clinical Self Enquiry เครื่องมือคุณภาพต่าง ๆ ที่นำมาใช้</u>

๑) การทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย

๒) Clinical tracer...

๒) Clinical tracer

๓) การทบทวน adverse event ซึ่งอาจได้มาจากการรายงานอุบัติการณ์ หรือจากการทบทวนเวชระเบียนซึ่งคัดกรองด้วย trigger ที่สำคัญ

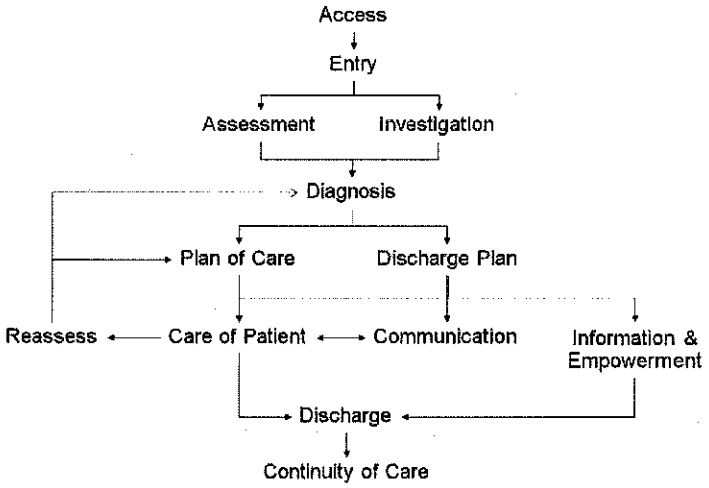
๔) การตามรอย patient safety goals/guides: SIMPLE ว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางได้ครบถ้วนเพียงใด

๕) การทบทวนเวชระเบียนว่ามีการปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐานได้สมบูรณ์เพียงใด

๖) กิจกรรมการทบทวนคุณภาพที่เริ่มต้นในบันไดขั้นที่ ๑ สู่ HA ซึ่งยังไม่ถูกครอบคลุมใน ๕ ข้อที่กล่าวมา รวมทั้งการใช้เรื่องเล่าที่ประทับใจ

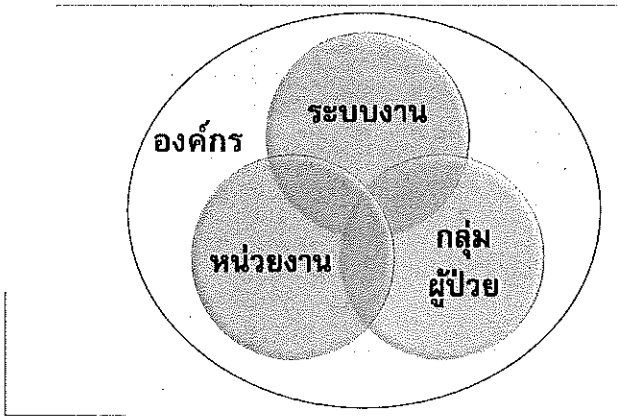
๗) การใช้ proxy disease หรือโรคที่เป็นตัวแทนคุณภาพในขั้นตอนที่ทีมงานสนใจ

กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ร้อยเรียงข้อมูลจากการทบทวนด้วยเครื่องมือคุณภาพต่าง ๆ

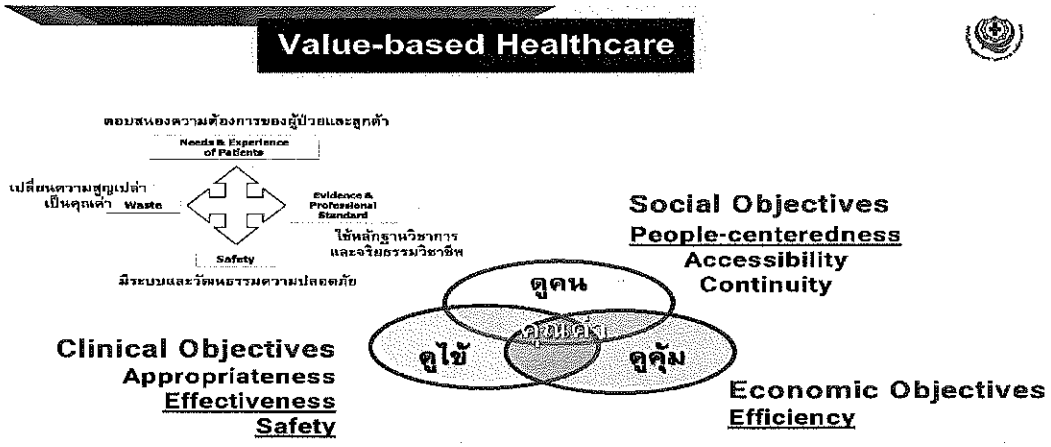


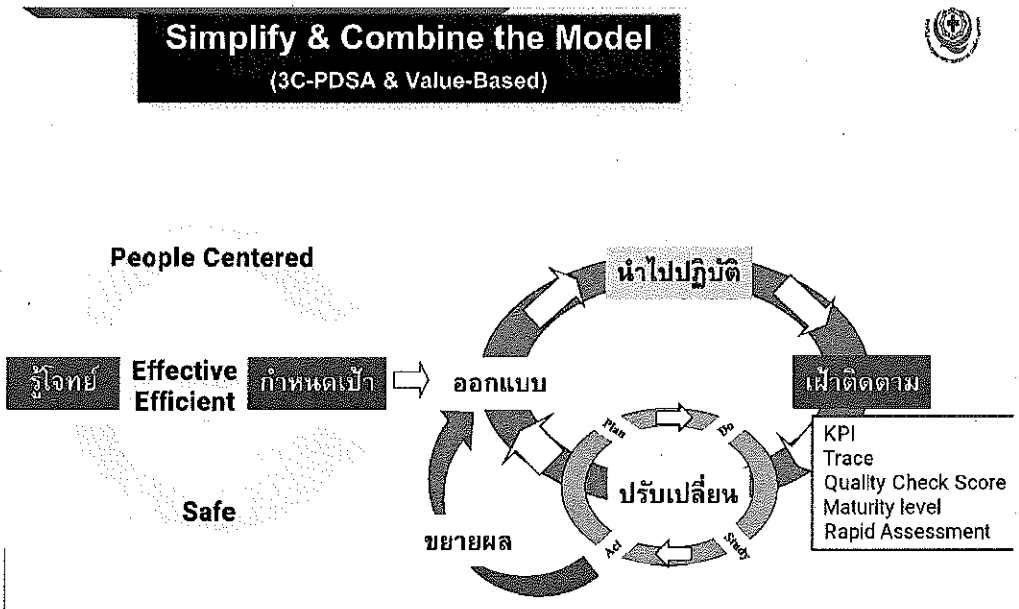
Standard Part III in the View of Patient & Personel Experience

พัฒนาทั้งองค์กร: พื้นที่การพัฒนา ๔ วง



Value-based...





III – 1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วยอย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล

III – 2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม

III – 3 การวางแผน (Planning)

III- 3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

III – 3.2 การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning)

ทีมผู้ให้บริการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการหลังจำหน่ายออกจากองค์กร.

III – 4 การดูแลผู้ป่วย (Patient Care Delivery)

III – 4.1 การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ

III – 4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (High – Risk Patients and High – Risk Service)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การให้บริการและหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ได้อย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ

III – 4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ

III – 5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information Provision and Empowerment for Patients/Families)

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลและจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของตนเองให้คงสุขภาพและสุขภาวะที่ดี รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะของตนเอง

III – 6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี

<u>การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine)</u>

(๑) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเพื่อค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการดูแล และนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการดูแลรักษา รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

(๒) องค์กรมีกลไกกำกับดูแลมาตรฐานและความปลอดภัยของการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย โดยบุคคลที่เหมาะสม

(๓) ทีมผู้ให้บริการ ให้บริการแพทย์แผนไทยโดยการประเมิน ซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรควางแผนการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสภาพและการให้คำแนะนำผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน โดยนำหลักธรรมานัย เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ และองค์ความรู้อื่นที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้

(๔) ทีมผู้ให้บริการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วย/ผู้รับผลงานให้มีความครบถ้วน และเฝ้าระวัง การเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉิน และมีการจำหน่ายผู้ป่วย/ผู้รับผลงานตามเกณฑ์ที่เหมาะสม

(๕) องค์กรมี...

(๕) องค์กรมีกลไกในการกำกับดูแลการทำหัตถการ การใช้เครื่องมือ และยาจากสมุนไพรตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้ถูกต้อง มีความปลอดภัยเหมาะสมกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเฉพาะราย

(๖) องค์กรสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และเป็นองค์รวม

การแพทย์ทางไกล (Tele – Medicine)

(๑) องค์กรวางระบบ แนวทางปฏิบัติ กำหนดกลุ่มผู้ป่วย/โรค รวมถึงสนับสนุนทรัพยากรสำหรับการแพทย์ทางไกล

(๒) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยการแพทย์ทางไกล จะได้รับการประเมิน คัดกรอง ความเหมาะสมเพื่อเข้ารับบริการ และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแล/ข้อจำกัด ก่อนแสดงความยินยอมในการรับบริการ

(๓) ผู้ป่วยได้รับบริการแพทย์ทางไกล ในกระบวนการประเมิน วินิจฉัย วางแผน หรือดูแลรักษา ตามแนวทางปฏิบัติ โดยข้อมูลการให้บริการได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง

(๔) ผู้ให้บริการการดูแลผู้ป่วยการแพทย์ทางไกล สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วยในระบบเวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันกาลโดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย

(๕) ผู้ป่วยได้รับการดูแลการแพทย์ทางไกลในแนวทางที่สอดคล้องกับองค์กรวิชาชีพที่เป็นที่เชื่อถือได้ แนะนำและเป็นไปตามกฎหมาย ที่เกี่ยวข้องกำหนด เช่น การรักษาความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคล

(๖) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผ่านทางการแพทย์ทางไกลจะได้รับการรักษา ยา เวชภัณฑ์ การทำหัตถการหรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผน หรือสั่งการรักษาไว้

(๗) ในกรณีที่คาดว่าการตรวจวินิจฉัยหรือการให้การรักษาผ่านทางการแพทย์ทางไกลอาจทำให้เกิดหรือมีเหตุอันทำให้เชื่อได้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย. ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม

การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน (Home – based care)

(๑) ผู้ป่วยได้รับการประเมิน คัดกรองความเหมาะสมและความจำเป็นในการเป็นผู้ป่วยที่สามารถดูแลสุขภาพที่บ้าน

(๒) ผู้ป่วยได้รับการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม การดูแลประจำวันที่จำเป็นและความพร้อมในการดูแลสุขภาพที่บ้านในด้านอื่น ๆ เพื่อให้สามารถได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิผลและปลอดภัย

(๓) ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านในแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และสอดคล้องกับแนวทางหรือคำแนะนำขององค์กรวิชาชีพ

(๔) ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วยในระบบเวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันเวลา

(๕) ข้อมูลเกี่ยว ...

(๕) ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผน และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

(๖) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านจะได้รับการรักษา ยา เวชภัณฑ์ การทำหัตถการ การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ หรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผน หรือสั่งการรักษา โดยมีระบบการติดตามประเมินผล

(๗) ในกรณีที่คาดว่าการตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาผู้ป่วยที่บ้าน อาจทำให้เกิดหรือมีเหตุอันทำให้เชื่อได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีช่องทางในการติดต่อทีมผู้ให้บริการที่สะดวกและทันเหตุการณ์ ผู้ให้บริการตอบสนองในแนวทางและกรอบเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม

(๘) มีองค์ประกอบของทีมผู้ให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการทางสุขภาพและแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

<u>แบบรายงานการประเมินตนเอง ตอนที่ I – IV</u>

<u>(SAR ๒๐๒๒)</u>

<u>การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลงที่สำคัญ (SAR ๒๐๒๒)</u>

๑. ลดหัวข้อการเขียนแบบประเมินตนเอง เพื่อลดความซ้ำซ้อน

๒. ปรับลำดับการเขียนแบบประเมิน ๔ ส่วน

i) บริบท ii) ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap iii) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ iv) ผลลัพธ์ของบทนั้น

๓. การปรับคำถามในส่วนกระบวนการเพื่อตอบเป้าหมายของมาตรฐานให้ชัดเจนมากขึ้น

- เกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety)* ของผู้ป่วย/บุคลากร (๙ ข้อ)
- เกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability)** ของระบบคุณภาพของสถานพยาบาล (๒๗ข้อ)

๔. การมีแนวทาง (guideline) หรือขยายความเข้าใจในการเขียนส่วนของบริบทเพิ่มขึ้นที่จะสะท้อนการนำไปสู่การออกแบบกระบวนการและแผนการพัฒนา

๕. มีการกำหนดเกณฑ์พิจารณาในการคัดเลือกตัวชี้วัด

- ตัวชี้วัดที่ตรงตามเป้าหมาย
- ตัวชี้วัดที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยสูง โดยวัดแล้วใช้ประโยชน์ได้ ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาที่จำเป็นของโรงพยาบาล
- ตัวชี้วัดที่น่าเชื่อถือ
- ตัวชี้วัดที่ก้าวข้ามตัวชี้วัดพื้นฐานที่ควรปฏิบัติได้เป็นส่วนใหญ่
- ตัวชี้วัดที่มีการใช้หรือยอมรับในระดับสากล

๖. มีรายการตัวชี้วัดที่เป็น Suggested Indicators เพื่อเป็นแนวทางและตัวอย่างให้สถานพยาบาลได้พิจารณาในการเลือกระบุในแบบประเมินตนเองและสร้างการเรียนรู้ร่วมกับทีม โดยมิได้บังคับว่าต้องใช้ตัวชี้วัดดังกล่าว และมีเกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อกำหนดหรือเลือกตัวชี้วัดดังนี้

ตัวชี้วัด...

- ตัวชี้วัดที่มีผลต่อการพิจารณาให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล : เกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ของผู้ป่วย/บุคลากร

- ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญ/ผลกระทบสูงต่อการพัฒนาคุณภาพในภาพรวมของโรงพยาบาล (organization relevance)

- ตัวชี้วัดที่เป็นการรวบรวมข้อมูลระดับประเทศ เพื่อสะท้อนภาพรวมการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลในประเทศไทย

ความหมายของคุณภาพกับ NEWS

Needs & Experience of Patients = ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า

Evidence & Professional Standard = ใช้หลักฐานวิชาการและใช้จริยธรรมวิชาชีพ

Waste = เปลี่ยนความสูญเปล่าเป็นคุณค่า

Safety = มีระบบและวัฒนธรรมความปลอดภัย

Triage

การคัดแยก

Triage	≠	Screen
คัดแยก		คัดกรอง
- จำแนกเป็นกลุ่ม ๆ -เป็นประโยชน์ต่อการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดให้แก่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเร่งด่วน		- จำแนกว่าเข้ากลุ่มหรือไม่ -เป็นหรือไม่เป็น - + หรือ -

การคัดแยกผู้ป่วย (Triage)

การจำแนกผู้ป่วยตามความรุนแรง หนักเบาของอาการเจ็บป่วย/บาดเจ็บ เพื่อให้ผู้ป่วย/บาดเจ็บที่มีระดับความเร่งด่วนแตกต่างกัน ได้รับการดูแลรักษาภายในเวลาที่เหมาะสม

ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency care system หรือ ECS)

ประกอบด้วย ๔ ระบบได้แก่

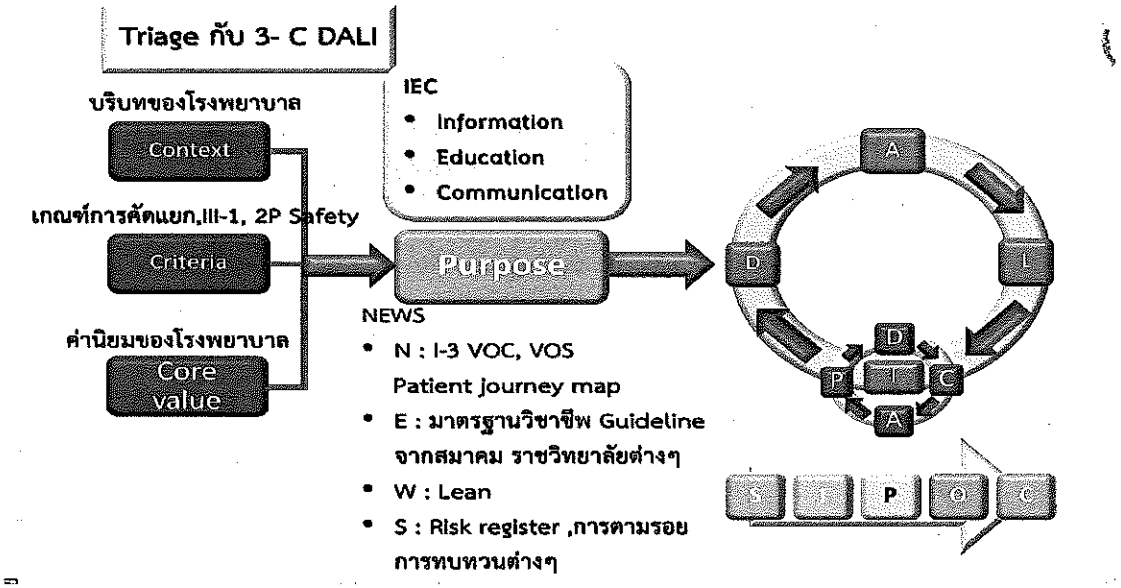
๑. ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน(Emergency medical service :EMS)

๒. ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Hospital bases emergency ED)

๓. ระบบส่งต่อ (Referral system)

๔. ระบบการจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster management)

Triage กับ ๓...



๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๑. มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานคุณภาพมากขึ้นสามารถนำความรู้ไปพัฒนาหน่วยงาน รวมถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้

๒. จากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างเครือข่ายพัฒนาคุณภาพ

๓. นำความรู้ที่ได้มาปรับปรุงการเขียนรายงานประเมินตนเอง (SAR)ของหน่วยงาน

๔. สามารถนำมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital profile) และเครื่องมือทางคุณภาพลงสู่การปฏิบัติได้จริง

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

๑. สามารถนำความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่ได้มาเผยแพร่ในหน่วยงาน ให้บุคลากรในหน่วยงานเข้าใจอันจะนำไปสู่ความร่วมมือในการทำงานคุณภาพในหน่วยงาน

๒. บุคลากรในหน่วยงานสามารถใช้มาตรฐานลงสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

๒.๓.๓ ต่อโรงพยาบาล

๑. พัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและบุคลากร อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าประสงค์ขององค์กร

๒. สามารถร่วมดำเนินการกับผู้บริหารโรงพยาบาลในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนงานต่าง ๆ เพื่อเตรียมความพร้อมการรับรองคุณภาพ

๓. เผยแพร่ความรู้เรื่องเครื่องมือคุณภาพ มาตรฐานโรงพยาบาล ต่อบุคลากรต่าง ๆ ในโรงพยาบาลให้ทราบโดยทั่วถึง

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง เนื่องจากสถานการณ์โควิดการอบรมในรูปแบบที่ไม่ใช่ออนไลน์ ต้องพบกับบุคลากรที่มาจากหลากหลายสถานที่ต้องใช้ความระมัดระวังในการประชุมสัมมนา ควรจัดสถานที่ให้มีการเว้นระยะในการทำกลุ่มกิจกรรม

๓.๒ การพัฒนา ควรมีการจัดการอบรม HA ๕๐๑ (การนำมาตรฐานลงสู่การปฏิบัติ) ให้มีจำนวนรุ่นการอบรมมากกว่า ๒ รุ่นในแต่ละปี เพื่อจะได้ให้มีจำนวนบุคลากรที่เข้าใจเรื่องมาตรฐานโรงพยาบาลมีจำนวนที่หลากหลาย อันจะนำไปสู่กระบวนการทำ HA ให้ประสบผลสำเร็จมากขึ้น

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ควรมีการอบรมหลักสูตรการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเช่นนี้ ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาลให้เกิดความเข้าใจอย่างทั่วถึง

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(พญ. สุกัญญา พงศ์ฤกษ์ดี)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาวพีรญา กระต่ายทอง)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางอังคณา ใสใจดี)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

.....
.....
.....
.....