

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นายสุรียา คำโสภา

อายุ ๓๔ ปี การศึกษา สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -

๑.๒ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ดำเนินการเกี่ยวกับด้านวิชาการภายในกลุ่มงาน จัดทำโครงการรวมไปถึงสรุปผลการดำเนินโครงการ ประสานงานเกี่ยวกับการเสนอโครงการวิจัย เพื่อดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ผู้บังคับบัญชามอบหมาย

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร HA ๓๐๕ : การพัฒนาคุณภาพสำหรับงานสนับสนุนบริการ รุ่นที่ ๒

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๔,๕๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๖ สถานที่ โรงแรมอัศวิน แกรนด์ คอนเวนชั่น

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ -

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ สามารถวิเคราะห์หน้าที่/เป้าหมาย ติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพหรือประเมินการบรรลุเป้าหมาย ของหน่วยงานสนับสนุนบริการได้อย่างเหมาะสม สามารถประยุกต์และเชื่อมโยงกิจกรรมการพัฒนา คุณภาพกับงานประจำได้

๒.๑.๒ เรียนรู้ประเด็นสำคัญ และสามารถนำไปปรับปรุงหน่วยงานสนับสนุนบริการให้มีคุณภาพ

๒.๑.๓ เรียนรู้เป้าหมายและสามารถนำมามาตรฐานด้านกำลังคน,สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย และกฎหมายที่ เกี่ยวข้องไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาได้อย่างเหมาะสม

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นายสุรียา คำโสภา

อายุ ๓๔ ปี การศึกษา สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -

๑.๒ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ดำเนินการเกี่ยวกับด้านวิชาการภายในกลุ่มงาน จัดทำโครงการรวมไปถึงสรุปผลการดำเนินโครงการ ประสานงานเกี่ยวกับการเสนอโครงการวิจัย เพื่อดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ผู้บังคับบัญชามอบหมาย

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร HA ๓๐๕ : การพัฒนาคุณภาพสำหรับงานสนับสนุนบริการ รุ่นที่ ๒

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๔,๕๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๖ สถานที่ โรงแรมอัสคิน แกรนด์ คอนเวนชั่น

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ -

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ สามารถวิเคราะห์หน้าที่/เป้าหมาย ติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพหรือประเมินการบรรลุเป้าหมาย ของหน่วยงานสนับสนุนบริการได้อย่างเหมาะสม สามารถประยุกต์และเชื่อมโยงกิจกรรมการพัฒนา คุณภาพกับงานประจำได้

๒.๑.๒ เรียนรู้ประเด็นสำคัญ และสามารถนำไปปรับปรุงหน่วยงานสนับสนุนบริการให้มีคุณภาพ

๒.๑.๓ เรียนรู้เป้าหมายและสามารถนำมามาตรฐานด้านกำลังคน,สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย และกฎหมายที่ เกี่ยวข้องไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาได้อย่างเหมาะสม

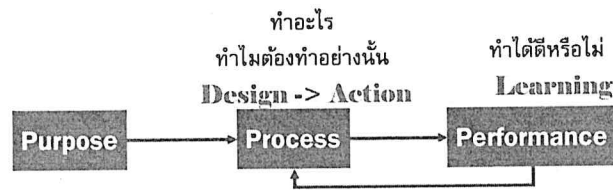
๒.๒ เนื้อหา

การพัฒนาคุณภาพงานสนับสนุนบริการ

เครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการพัฒนา

๑. ๓P : Basic Building Block of Quality

3P: Basic Building Block of Quality



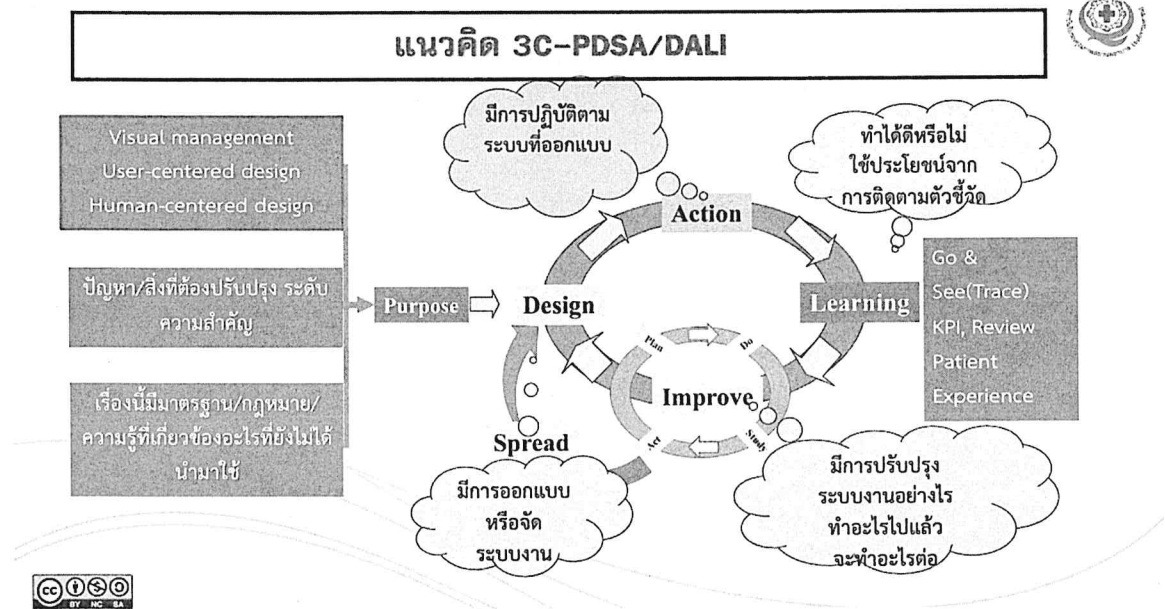
- 3P ในงานประจำวัน
- 3P ในโครงการพัฒนาคุณภาพ
- 3P ในระดับหน่วยงาน/บริการ (service profile)
- 3P กับการพัฒนาระบบงาน
- 3P กับการดูแลผู้ป่วย (clinical tracer)
- 3P กับการบริหารองค์กร (strategic management)

P : Purpose จุดมุ่งหมาย สิ่งที่ต้องการ (ทำเพื่ออะไร) Purpose คือ ความฝัน คือเป้าหมายที่เราต้องการไปให้ถึง เป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพงานคือ การทำงานประจำในหน่วยงานให้ดี ให้งานมีคุณภาพ มีความปลอดภัยและผู้รับผลงานพึงพอใจ เป้าหมายจะบรรลุได้ด้วย การลงมือทำ การทบทวน เรียนรู้ การปรับปรุง พัฒนา

P : Process ทำอย่างไรเพื่อไปสู่จุดมุ่งหมาย (ใช้กระบวนการอะไร) Process คือวิธีการ คือกระบวนการ คือเส้นทางที่จับต้องได้ กระบวนการ เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติที่นำไปสู่เป้าหมาย กระบวนการ ที่ส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพยั่งยืน มีคุณภาพและเชื่อมโยงคือ ทำงานเป็นทีม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารระหว่างกันเพื่อความต่อเนื่องของข้อมูลและข้อมูลเป็นปัจจุบัน

P : Performance ผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ (ทำได้ดีหรือไม่) Performance คือส่วนสำคัญที่ทำให้เรารู้ว่า “เราบรรลุเป้าหมาย” หรือไม่ ผลการดำเนินงาน คือ การรับรู้ การเรียนรู้ ว่าเราทำได้ดีหรือไม่ ต้องปรับปรุงอย่างไร เราเรียนรู้ ผลที่เกิดขึ้นได้จาก การติดตามผ่านตัวชี้ วัดคุณภาพ การประเมินตนเอง การตามรอย การทำวิจัย การเยี่ยมสำรวจ ติดตามคุณภาพภายในการประกันคุณภาพการศึกษา การประกันหลักสูตร

๒. แนวคิด ๓C-PDSA/DALI



๓C (Context, core values & concepts, criteria) คือ องค์ประกอบที่จะทำให้เกิดการคิดการวางแผนที่ดี ลำดับความสำคัญที่จะต้องทำให้ เหมาะสมกับสถานการณ์และหลักการการพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

Context การรับรู้บริบทคือภูมิหลังที่เป็นเรื่องราวเฉพาะของเรา เป็นการมองภาพรวมๆ โดยสรุปคือการระบุสถานการณ์ หรือลักษณะของสิ่งที่มีอยู่ ณ ปัจจุบัน บริบทไม่ใช่แผนงาน หรือรายละเอียดของความพยายามในการพัฒนา บริบทมีส่วนสำคัญต่อวิธีการทำงานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น บริบทอาจมีทั้งศักยภาพและข้อจำกัด (จุดแข็งและจุดอ่อน) บริบทอาจครอบคลุมทั้งในระบบของเราและสิ่งที่อยู่ภายนอก

Core values & Concepts รู้ใจตัวเอง หลักคิด แนวคิด ค่านิยม ปรัชญา ที่ใช้กำกับอยู่ในใจหลักง่ายๆคือ ทำงานประจำให้ดี (Commitment) มีอะไรให้คุยกัน (Team Work) ชยันตบทวน (Learning, Continuous Improvement)

Criteria คือ ข้อกำหนด กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ต่างๆ

การนำวงล้อ DALI มาปรับใช้เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนา

D : Design คือ การออกแบบกระบวนการ วางแผนกระบวนการต่างๆ เทียบได้กับคำว่า P : Plan : การวางแผน ในวงจร PDSA คือ การออกแบบกระบวนการ

A : Action คือ การนำสู่การปฏิบัติหรือการลงมือทำนั่นเอง รวมทั้งในการประเมินผลเป็นระยะๆ เทียบได้กับคำว่า D : DO : การลงมือทำ ในวงจร PDSA คือ การนำลงปฏิบัติ

L : Learning คือ การเรียนรู้จากสิ่งที่เราลงมือทำหรือการปฏิบัติที่เราได้กำหนดขั้นตอนไว้และเรียนรู้ร่วมกัน เทียบได้กับคำว่า S : Study : การเรียนรู้ในวงจร PDSA คือ การเรียนรู้จากการลงมือทำ

I : Improvement คือ การปรับปรุง พัฒนาจากสิ่งที่เราเรียนรู้มา นั่นคือในส่วนที่ดีเราจะขยายผลต่ออย่างไร และในส่วนที่ยังทำได้ไม่ดีหรือมีโอกาสพัฒนา เราจะปรับปรุงหรือออกแบบกระบวนการใหม่อย่างไร เทียบได้กับคำว่า A : Action : การปรับปรุง เปลี่ยนแปลง ในวงจร PDSA คือ การนำโอกาสในการพัฒนามาปรับปรุงกระบวนการใหม่ให้มีคุณภาพ และความปลอดภัยมากขึ้น

๓. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ 5th Edition Hospital and Healthcare Standards Effective for Healthcare Accreditation 1st October 2022 มีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕

มาตรฐานสำคัญจำเป็น	รายละเอียดการดำเนิน
๑. การฆ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	สถานพยาบาลต้องดำเนินการดังต่อไปนี้ ๑. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อ การป้องกันความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ในประเด็นที่กำหนด ๒. สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด ๓. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มี ผลกระทบถึงตัวผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาล ทบทวนวิเคราะห์หา สาเหตุราก ๔. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมี ผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยม สำรวจ
๒. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSİ	
๓. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	
๔. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event	
๕. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	
๖. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	
๗. ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค	
๘. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / พยาธิวิทยาผิดพลาด	
๙. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	

๔. ๒P Safety Goals

P๑: Patient safety goal ผู้ป่วย

P๒: Personnel safety goal เจ้าหน้าที่

Patient Safety Goals		Personnel Safety Goals	
S	Safe Surgery	S	Security and privacy of information and Social Media, Communication
I	Infection and Prevention Control	I	Infection & Exposure
M	Medication & Blood Safety	M	Mental Health and Mediation
P	Patient Care Processes	P	Personnel work (Occupational)
L	Line, Tube & Catheter, Device and Laboratory	L	Lane (Traffic), Law
E	Emergency Response	E	Environment & Social

๕. ระบบ ๕ ส.

๑. สะสาง just in time คือ แนวทางแยกสิ่งที่ไม่จำเป็นออกจากระบบ เพิ่มสิ่งที่จำเป็นแต่ยังไม่มี มีเป้าหมายเพื่อลดความสูญเปล่า
๒. สะดวก Neatness คือ แนวทางจัดให้เป็นระบบ มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
๓. สะอาด Cleaning คือ แนวทางทำความสะอาดเป็นประจำ จะสังเกตเห็นความผิดปกติ มีเป้าหมายเพื่อตรวจสอบความผิดปกติ
๔. สร้างมาตรฐาน Standardization คือ แนวทางรักษาภาวะที่ดีของ ๓ส. ได้แก่ สะสาง สะดวก สะอาด มีเป้าหมายเพื่อลดความผันแปร
๕. สร้างนิสัย Training & Discipline คือ แนวทางปฏิบัติตามกฎเกณฑ์จนเป็นนิสัย เพื่อให้เกิดมาตรฐานที่ดี มีเป้าหมายเพื่อรักษามาตรฐาน

ประเด็นสำคัญงาน Back Office

หน่วยจ่ายกลาง

ประเด็น : การปนเปื้อน, การแพร่กระจายเชื้อ, ปราศจากเชื้อ, ความเพียงพอ, ความทันเวลา, ความปลอดภัย

- การจัดพื้นที่ให้เป็นไปตามมาตรฐานหน่วยจ่ายกลาง (ทั้งการรวมศูนย์หรือการแยกจัดการ)
- การจัดการและควบคุมกระบวนการล้าง ทำความสะอาด การจัดหีบห่อ การกำหนดอายุให้เป็นไปตามมาตรฐาน
- การควบคุมประสิทธิภาพของการทำให้ปราศจากเชื้อ
- การควบคุมการจัดเก็บ การเคลื่อนย้ายให้เป็นไปตามมาตรฐาน

หน่วยโภชนาการ

ประเด็น : ความสะอาด, ความถูกต้อง, ทันทเวลา, คุณค่าทางโภชนาการ, ความปลอดภัย

- การจัดสถานที่และระบบการไหลเวียนภายในสามารถลดโอกาสปนเปื้อน มีความสะอาด เช่น บริเวณรับวัตถุดิบ ล้างวัตถุดิบ เตรียมปรุง ปรุงอาหาร จัดจ่ายอาหาร สถานที่ปรุงอาหาร สายยาง เป็นต้น
- มีการควบคุมคุณภาพวัตถุดิบ (อุณหภูมิ) มีการตรวจสอบการปนเปื้อนของวัตถุดิบ และ ผู้ผลิต/ผู้ปรุง
- มีระบบการตรวจสอบความถูกต้องของการรับคำสั่ง การผลิต การจัดและจ่ายอาหารแก่
- โภชนบำบัด (ตามบริบทโรงพยาบาล) มีกิจกรรมโภชนาการ สุขศึกษา เช่น การให้สุขศึกษา รายกลุ่ม รายคน ในโรคสำคัญ มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมาย โดยร่วมประสานกับ ทีมนำทางคลินิกแต่ละสาขาในการดูแล ให้คำแนะนำผู้ป่วยด้านโภชนาการตามความเหมาะสม
- ในโรงพยาบาลที่ไม่มีโภชนาการ จัดให้มีผู้ควบคุม กำกับที่เหมาะสม และประสานกับทีม นำทางคลินิกในการออกแบบระบบบริการอาหาร
- สถานที่จัดเก็บแก๊สและอุปกรณ์เครื่องมือมีความปลอดภัย

หน่วยซักฟอก

ประเด็น : การปนเปื้อน, การแพร่กระจายเชื้อ, ความสะอาด, ความเพียงพอ, ความทันเวลา, ความปลอดภัย

• การจัดพื้นที่ให้เป็นสัดส่วน มีการไหลเวียนทางเดียว การจัดพื้นที่พักสำหรับผ้าเปื้อนในแต่ละประเภท (ผ้าเปื้อนห้องไอซอล ผ้าติดเชื้อ ผ้าเปื้อนเคมีบำบัด) การป้องกันฝุ่นจากกระบวนการซักผ้าตามประเภทของผ้าเปื้อน

- การควบคุมการใช้น้ำยาในการซักผ้า และการจัดเก็บน้ำยา
- การจัดการกระบวนการซัก การจัดเก็บ การเคลื่อนย้ายและปริมาณการใช้ผ้า
- การกำกับดูแลบริษัทรับซักผ้า และการติดตามผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการระบบบำบัดน้ำเสีย

ประเด็น : ความเพียงพอ คุณภาพ การมีส่วนร่วม ความรู้/ ความเข้าใจ

- ขนาดเพียงพอกับปริมาณน้ำเสีย มีเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมดูแลระบบ
- มีการตรวจคุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัดประจำวัน/สัปดาห์
- การตรวจคุณภาพจากหน่วยงานภายนอกอย่างน้อยปีละ ๔ ครั้ง
- รายงานผลการดูแลระบบบำบัดน้ำเสียตามที่กฎหมายกำหนด
- มีข้อบกพร่องที่พิกน้ำได้ไม่น้อยกว่า ๔๘ ชั่วโมงก่อนปล่อยลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย (กรณีมี

หน่วยฟอกไต)

การจัดการขยะ

ประเด็น : ลดโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อ

- การแบ่งประเภทขยะต้องสอดคล้องกับภาระหน้าที่ของโรงพยาบาล (ขยะทั่วไป ขยะติดเชื้อ ขยะอันตราย ขยะRecycle)
- การจัดภาชนะรองรับ อุปกรณ์ในการเคลื่อนย้าย สถานที่ที่พักขยะ การกำจัดขยะให้เป็นไปตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
- การจัดเตรียมอุปกรณ์ในการป้องกันตัวเอง สถานที่ในการทำความสะอาดตัวผู้ปฏิบัติ อ่างล้างมือและอุปกรณ์ในการล้างมือ
- การอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ ระบบการติดตาม

ประเมินผล

หน่วยซ่อมบำรุง

ประเด็น : ความรวดเร็ว ความพร้อมใช้ คุณภาพการซ่อม ความปลอดภัย

- ระบบการสำรองอะไหล่ในกรณีการซ่อมเร่งด่วน และที่มีการชำรุดบ่อย
- ซ่อมแยกตามการซ่อมเร่งด่วน การซ่อมปกติ หรือการส่งซ่อมภายนอก
- การมีส่วนร่วมในการวางระบบการเตรียมความพร้อมใช้การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน การสอบเทียบ และจัดทำประวัติการซ่อมของเครื่องมือ/อุปกรณ์
- การประเมินประสิทธิภาพของระบบการซ่อม การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (เช่น Downtime

อัตราการซ่อมซ้ำ ความสามารถในการซ่อม เป็นต้น)

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง ได้เรียนรู้หลักแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ การวิเคราะห์ประเด็นคุณภาพของงาน Back Office การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) การใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพ (KPI) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ทำให้สามารถมองประเด็นที่ต้องพัฒนา การตั้งเป้าหมาย เห็นปัญหา และความเสี่ยง ออกแบบตัวชี้วัดได้ และสุดท้ายสามารถทำวงล้อ CQI เพื่อพัฒนางานได้อย่างต่อเนื่อง

ยกตัวอย่างหน่วยซักฟอก มีเป้าหมายคือ การทำความสะอาดผ้า ปลอดภัยจากเชื้อโรคต่างๆ เมื่อทราบเป้าหมายแล้ว ก็มาวิเคราะห์ระบบงานว่ามีปัญหาหรือความเสี่ยงตรงไหนบ้าง เช่น การเก็บผ้า อาจจะมีความเสี่ยงที่เจ้าหน้าที่ผู้เก็บผ้าได้รับเชื้อโรค เกิดเข็มทิ่มมือ ระบบแยกผ้าไม่ดีทำให้ผ้าปนเปื้อน เมื่อได้ปัญหาหรือประเด็นความเสี่ยงก็นำมาวิเคราะห์และใช้เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ และนำเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ต่อไป

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน สามารถเข้าใจบริบทของงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีการจัดทำ Service profile ,Risk Profile, Risk Register, Risk Management และ CQI โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพสถานบริการ ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีมาตรฐาน มีคุณภาพ ปลอดภัย


๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ) ในการอบรมมีการจัดกลุ่มให้ทำกิจกรรม ฝึกกำหนดเป้าหมายของหน่วยงานที่รับผิดชอบ กระบวนการหลัก ประเด็นสำคัญ วิเคราะห์ปัญหา วิเคราะห์ความเสี่ยง กำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพ และทำ CQI ทำให้เกิดทักษะจากแบบฝึก ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากเพื่อนต่างโรงพยาบาล เพื่อพัฒนางานคุณภาพของโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง ในการแบ่งกิจกรรมกลุ่มควรให้เวลากลุ่มได้นำเสนองานให้มากขึ้น เพื่อจะได้มองเห็นประเด็นปัญหาที่ละเอียดมากขึ้น

๓.๒ การพัฒนา เพิ่มจำนวนวิทยากรเพื่อดูแลกระบวนการกลุ่มให้มากขึ้น

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เป็นการอบรมที่ทำให้เกิดทักษะในการเขียนประเด็นคุณภาพของโรงพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล ควรให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานได้เข้าร่วมอบรมในครั้งต่อไป

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน
นายสุรียา คำโสภา
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรม เกี่ยวกับหลักแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพ-โรงพยาบาล เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ การวิเคราะห์ประเด็นคุณภาพของงาน Back Office การบริหารความเสี่ยง การใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถมองประเด็นที่ต้องพัฒนา การตั้งเป้าหมาย เห็นปัญหาและความเสี่ยง สามารถออกแบบตัวชี้วัดได้ และสุดท้ายสามารถทำวงล้อ CQI เพื่อพัฒนางานได้อย่างต่อเนื่อง



QR code รายงานอบรม

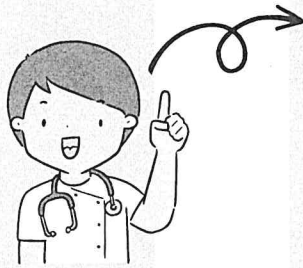

(นายพรเทพ แซ่เฮ้ง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

หลักสูตร HA 305 การพัฒนาคุณภาพสำหรับงานสนับสนุนบริการ

สิ่งที่ได้เรียนรู้

เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ

- ทบทวนตัวเอง
- ทบทวนกันเอง
- ทบทวนจากภายนอก



การประเมินตนเอง (Service Profile)

3P : Basic Building Block of Quality

- เป้าหมาย (Purpose)
- กระบวนการ (Process)
- การดำเนินการ (Performance)

แนวคิด 3C-PDSA/DALI

- 3C
 - รู้หลัก (Concepts)
 - รู้โจทย์ (Context)
 - รู้เกณฑ์ (Criteria)
- PDSA/DALI
 - การออกแบบ (Plan / Design)
 - การลงมือทำ (DO / Action)
 - การเรียนรู้ (Study/ Learning)
 - การปรับปรุง (Action/Improvement)

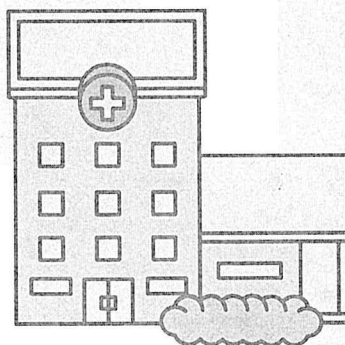


การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

- ชุดความเสี่ยง (Risk Profile)
- ชุดเครื่องมือบริหารความเสี่ยง (Risk Register)

เครื่องชี้วัดคุณภาพ (KPI)

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)



จัดทำโดย นายสุริยา คำโสภา
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย

การนำไปใช้

เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ

- การทบทวนตัวเอง มีปัญหาอะไรบ้างในการทำงาน เป้าหมายคืออะไร โดยใช้การตามรอย เชื่อมสำรวจภายใน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อทราบปัญหาของหน่วยงานและนำไปแก้ไขในขั้นต่อไป

การประเมินตนเอง (Service Profile)

- กรอบบริบท (Context) ของหน่วยงาน เพื่อการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนในการให้บริการ
- กระบวนการสำคัญ (Key Process) อะไรคือกระบวนการสำคัญของหน่วยงาน
- เครื่องชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance indicator) เมื่อทราบเป้าหมายแล้วต้องมีเครื่องมือชี้วัด โดยการกำหนดว่าอะไรคือเครื่องชี้วัดผลการดำเนินการ
- กระบวนการเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยใช้ช่วงล่อ CQI เพื่อปรับปรุง กระบวนการหลักให้พัฒนาๆ ยิ่งขึ้น

แนวคิด 3P เพื่อการวางเป้าหมาย กระบวนการ และการดำเนินการของหน่วยงานที่ชัดเจน

แนวคิด 3C-PDSA/DALI มีการจัดการออกแบบระบบงาน (Plan / Design) ปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบไว้ (DO / Action) ทำได้ดีหรือไม่โดยใช้ประโยชน์จากการติดตามตัวชี้วัด (Study/ Learning) มีการปรับปรุงระบบงานอย่างไร ทำอะไรไปแล้วจะทำอะไรต่อ (Action/Improvement)

การบริหารความเสี่ยง คือการรับรู้ ป้องกัน จำกัด ความเสี่ยง/อันตราย ที่อาจจะเกิดขึ้น ในหน่วยงาน

เครื่องชี้วัดคุณภาพ (KPI) โดยการกำหนดประเด็นคุณภาพ ตัวเลขข้อมูล และเป้า (ค่ามาตรฐาน) เพื่อให้ทราบว่าอะไรคือค่าชี้วัดคุณภาพของหน่วยงาน

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) เป็นกระบวนการและความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้ง โดยมีหลักง่ายๆคือ ตั้งเป้า ฝ้าดู เปลี่ยน เกิดเป็นวงล้อที่หมุนพัฒนาไปเรื่อยๆ

