

คุณภาพแบบเรียบง่าย ด้วย SPA



เรวดี ตีรินคร
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ Hospital Accreditation (HA)

คุณภาพและความปลอดภัย

การพัฒนาตนเอง

กระบวนการ
เรียนรู้

การประเมินจากภายนอก
(เยี่ยมชมสำรวจ)

การประเมินตนเอง

การรับรองคุณภาพ

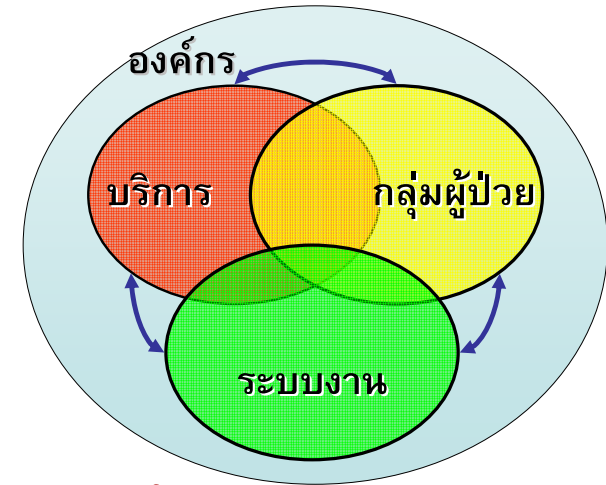
ดำนิยมและแนวคิดหลัก

- HA เป็นกระบวนการเรียนรู้
- มุ่งเน้นผู้ป่วยและสุขภาพ
- พัฒนาต่อเนื่อง

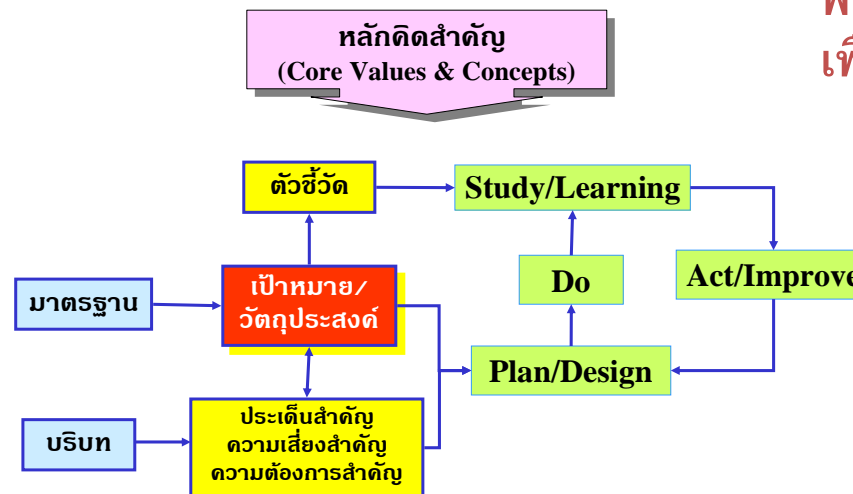
หัวใจของการพัฒนาตามกระบวนการ HA



บันได 3 ชั้น ลงทุนน้อยให้ได้มาก
ตรงประเด็น เป็นขั้นตอน

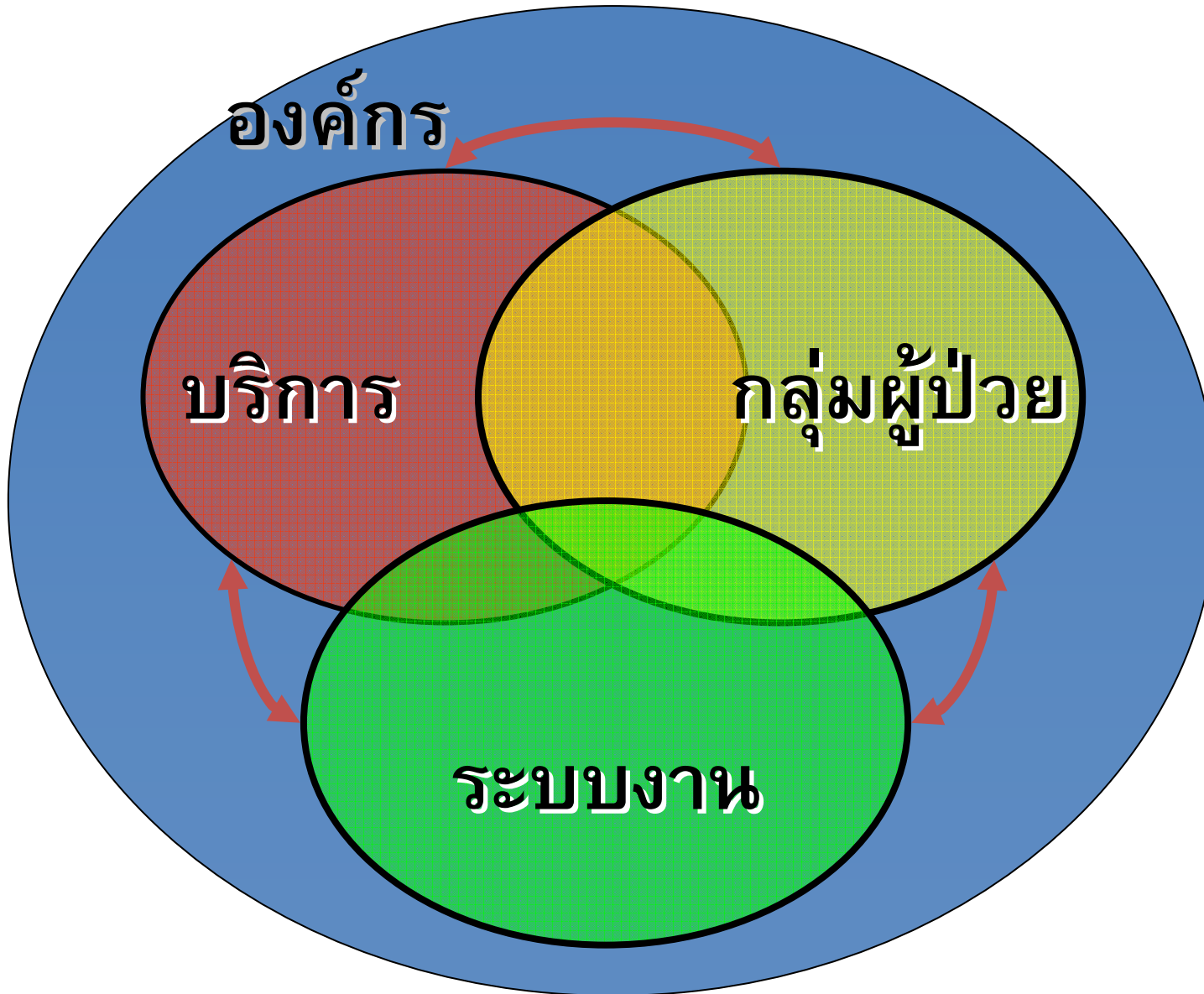


พื้นที่การพัฒนา 4 วง
เพื่อความครอบคลุม



3C PDSA รู้คิด รู้ทำ
เพื่อความลุ่มลึก ตรงประเด็น ต่อเนื่อง

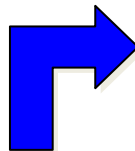
พื้นที่การพัฒนาในโรงพยาบาล



บันไดสามขั้นสู่องค์กรที่มีคุณภาพ

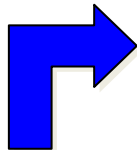
ขั้นที่ 3 วัฒนธรรมคุณภาพ

เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA/PMQA
พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้
ผลลัพธ์คุณภาพที่ดีขึ้น
ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA/PMQA ได้ครบถ้วน



ขั้นที่ 2 ประกันและพัฒนาคุณภาพ

เริ่มด้วยการวิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการ
ประกันและพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วย
ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด
ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA/PMQA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป

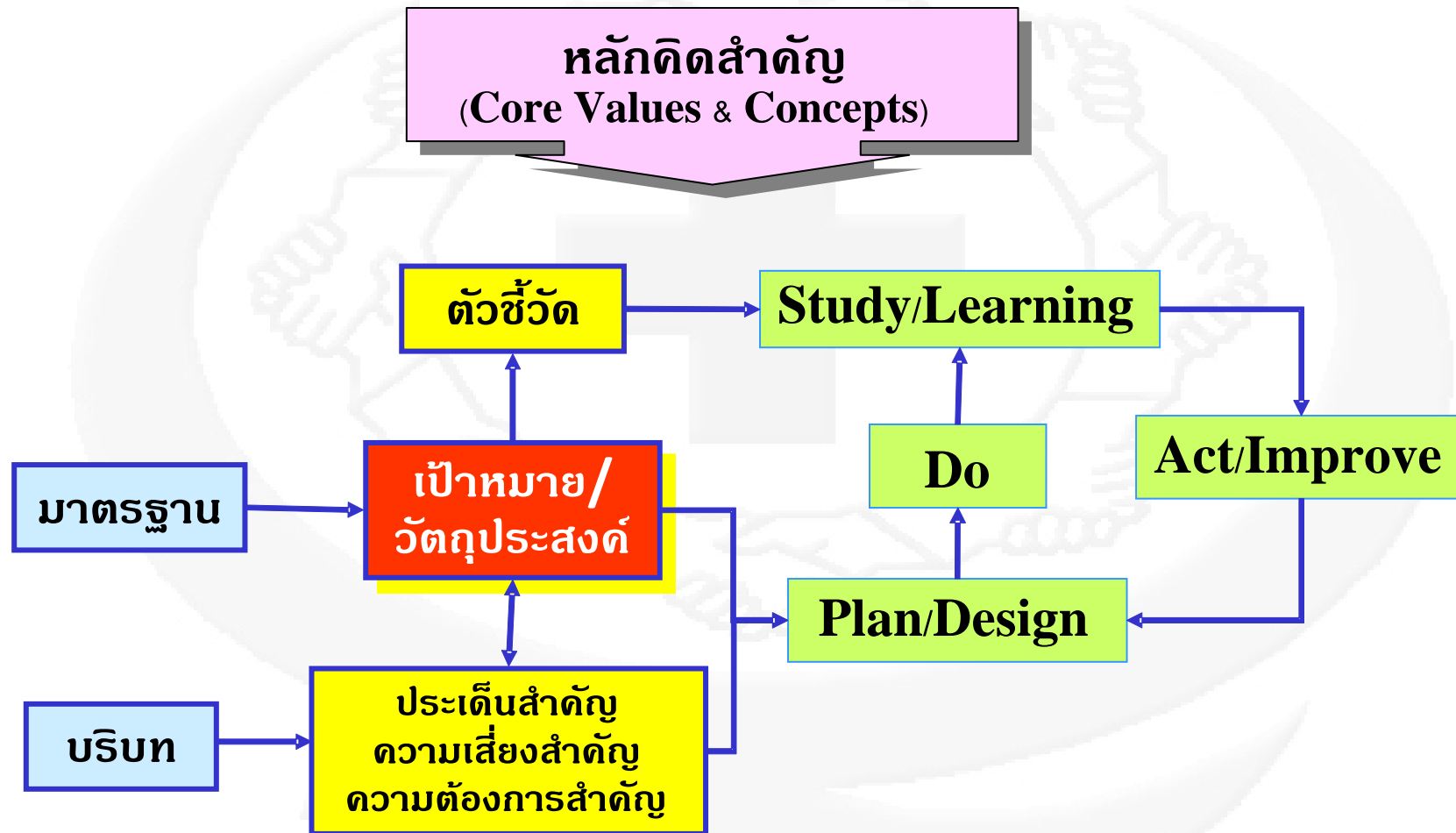


ขั้นที่ 1 สำรวจและป้องกันความเสี่ยง

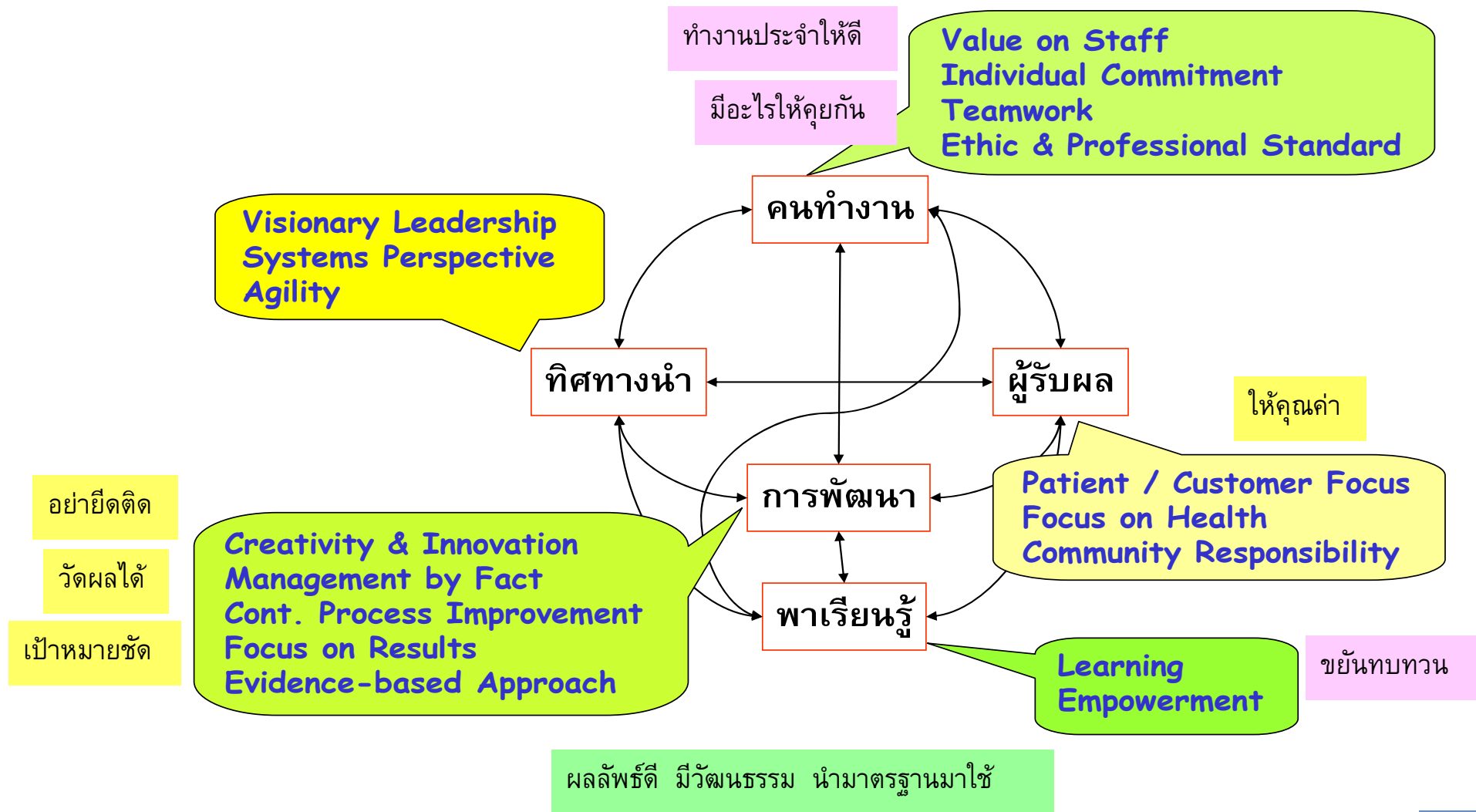
นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน
ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหา
ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง



3C - PDSA



Core Values & Concepts



การใช้มาตรฐาน HA เพื่อพัฒนาองค์กร

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

มาตรฐาน HA

**คือกรอบความคิดที่สื่อให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญ
ของสถานพยาบาลที่มีคุณภาพ (อย่างยั่งยืน)
และความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเหล่านั้น**

มาตรฐาน HA มีใช้เป็นเพียง

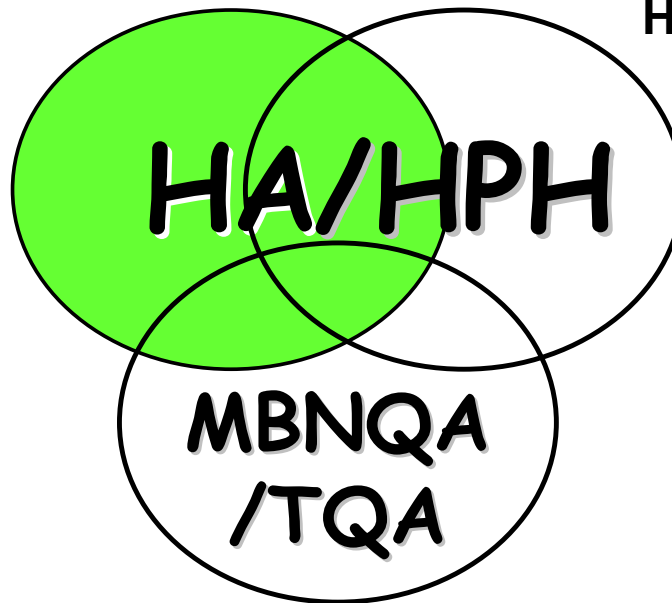
- ฐานสำหรับการวัดเปรียบเทียบ (A basis for comparison)**
- เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพ (A principle use for the measure of quality)**

มาตรฐานเป็นเครื่องชี้นำการพัฒนา

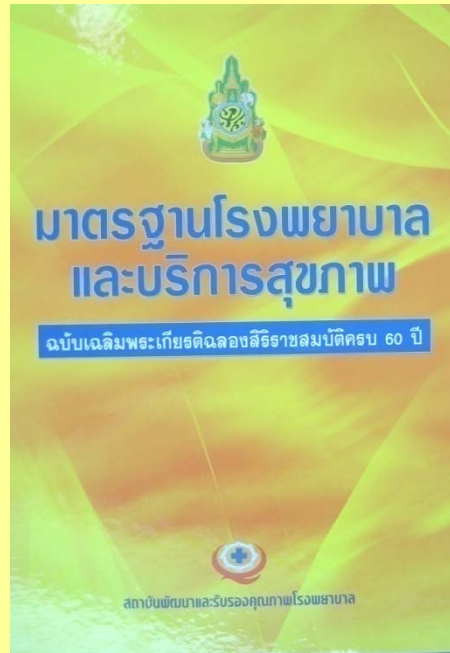
มาตรฐานเป็นกรอบในการประเมินตนเองและการประเมินจากภายนอก

Safety & Quality

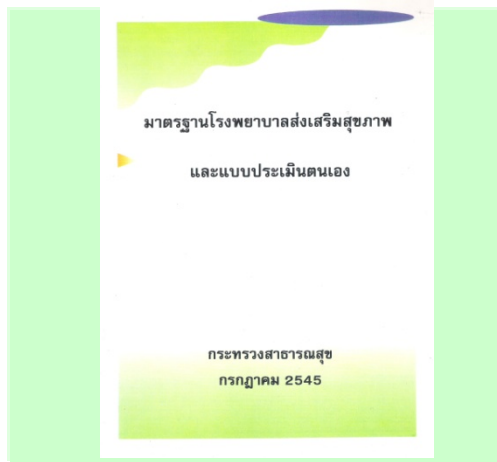
Health Promotion



Learning & Integration

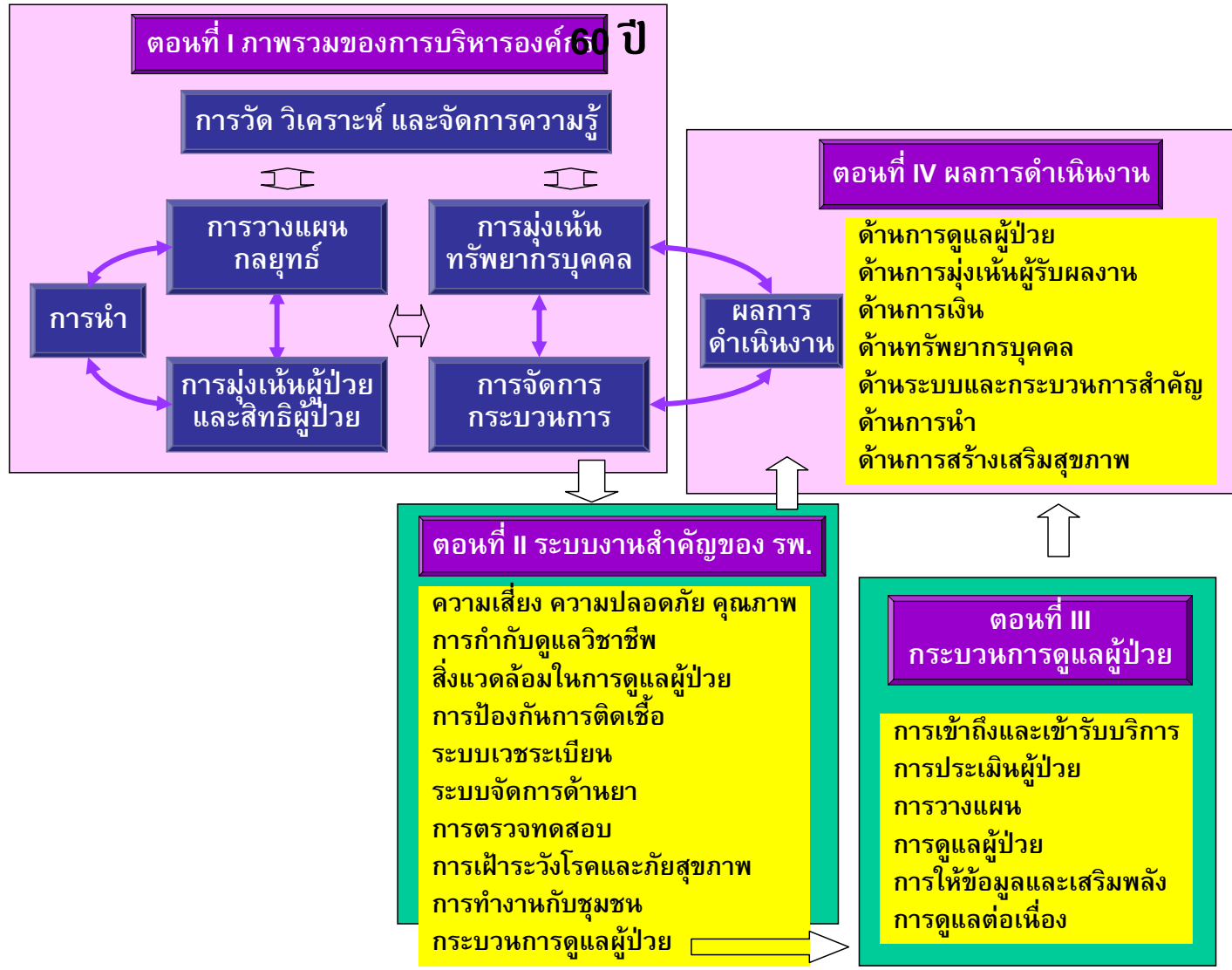


มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

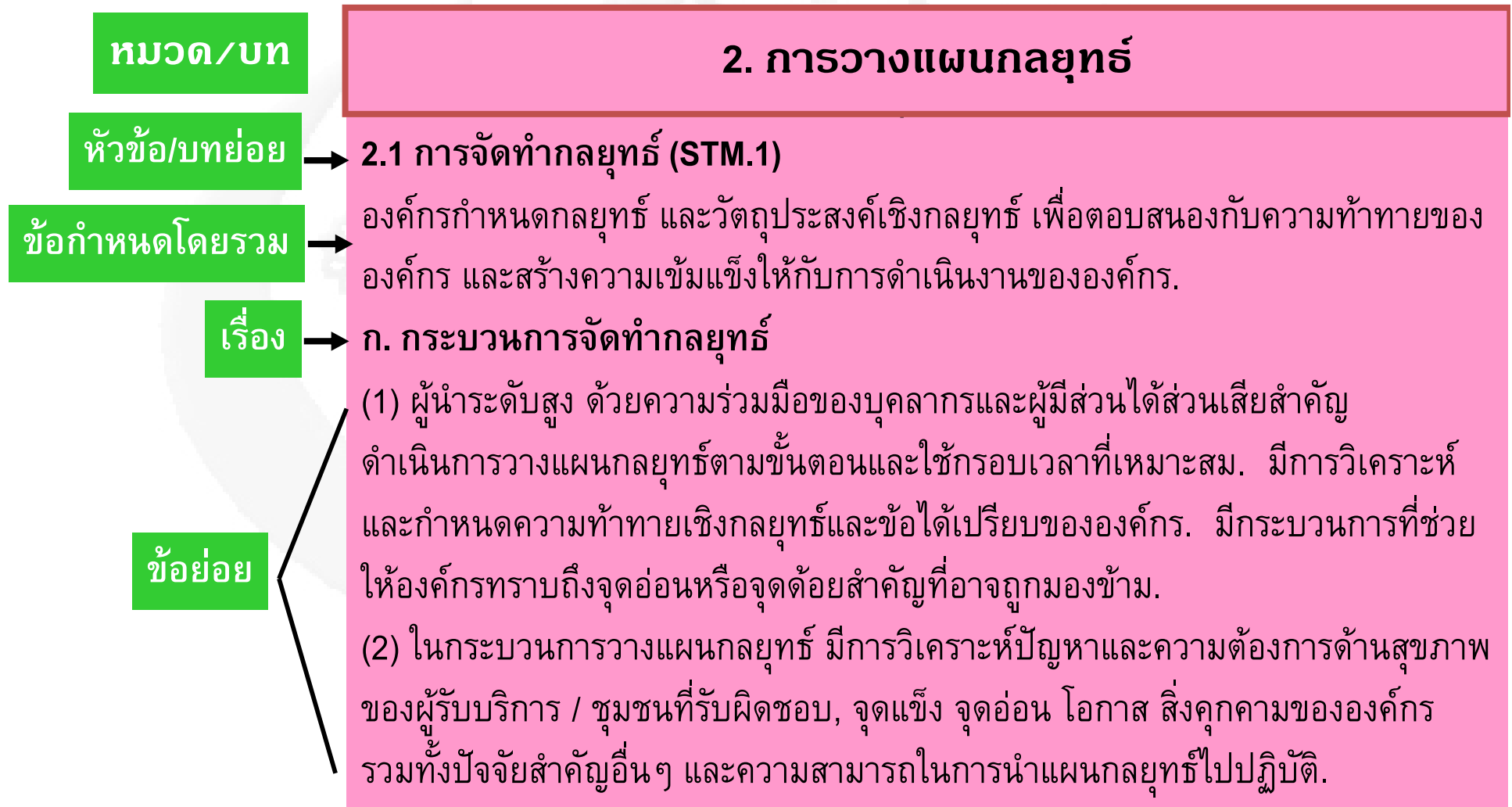


โครงสร้างมาตรฐาน HA/HPH (2006)

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ฉลองสิริราชสมบัติ ครบ

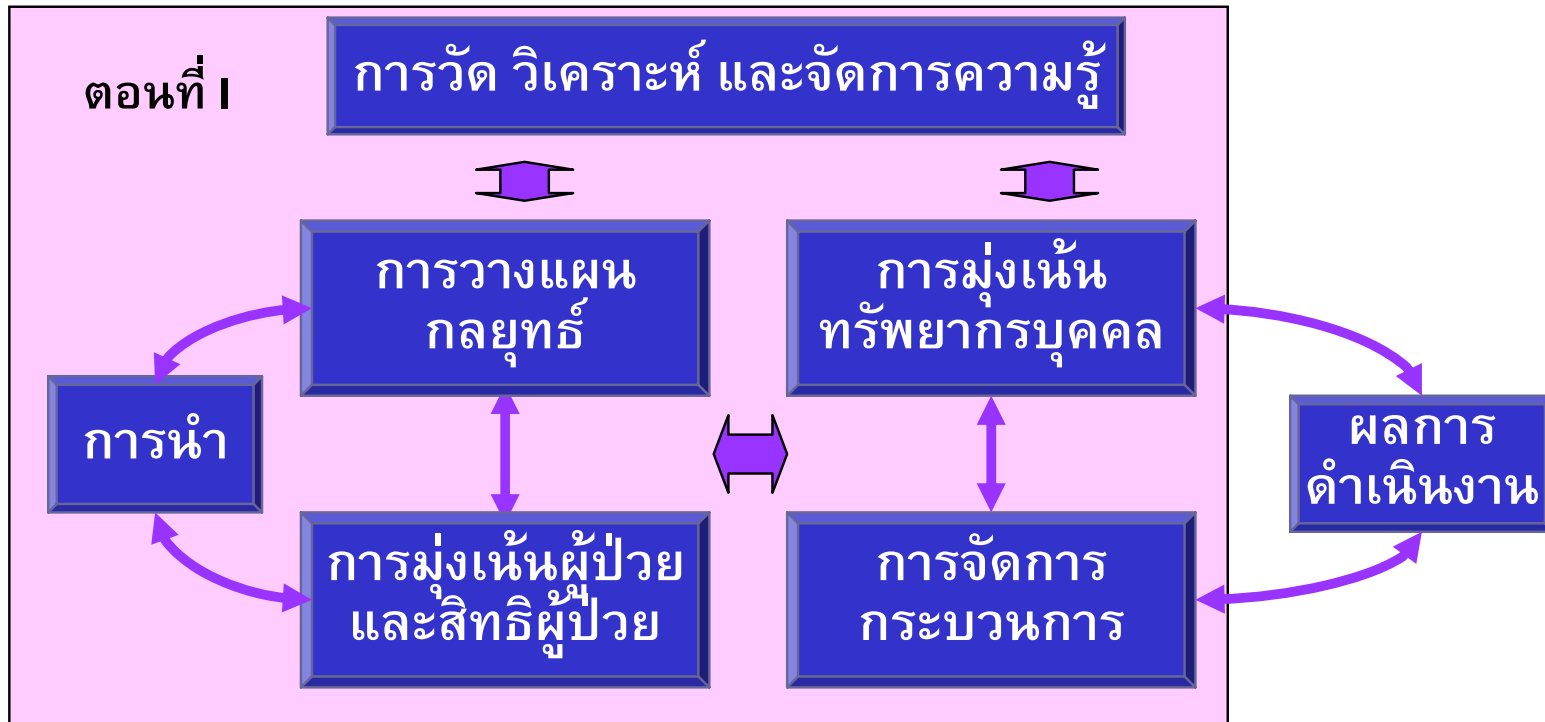


โครงสร้างของมาตรฐานแต่ละหมวด



ความหมายของกล่องและเส้น

กล่องมีได้บอกแต่มีอะไร แต่ต้องดำเนินถึงว่าทำอะไรด้วย
เส้นและลูกศร มีความสำคัญไม่น้อยกว่ากล่อง

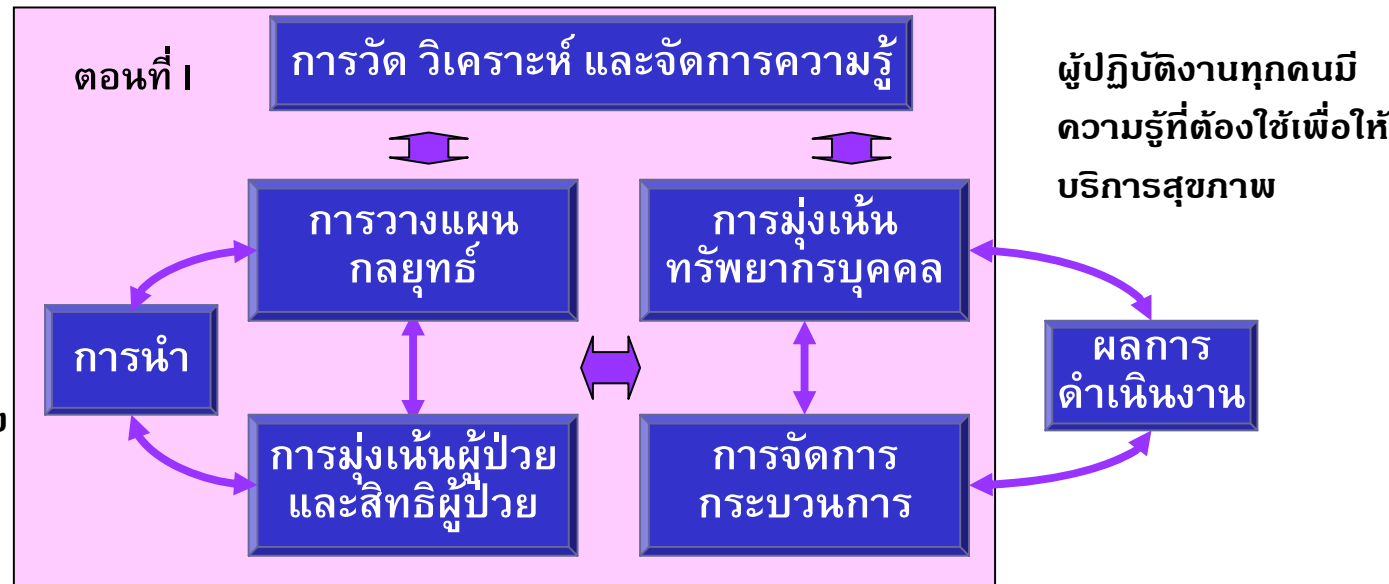


เข้าให้ถึงแนวคิดที่ลึกซึ้งของแต่ละกล่อง

กระบวนการวางแผนเชิงกลยุทธ์ที่
ก่อให้เกิดเป้าหมายที่ต้องเฝ้าและ
ได้รับการนำไปปฏิบัติอย่างเต็มที่

ผลลัพธ์สำคัญตาม Critical Success
Factors ได้รับการวัด วิเคราะห์ เพื่อ
กำหนดลำดับความสำคัญในการพัฒนา

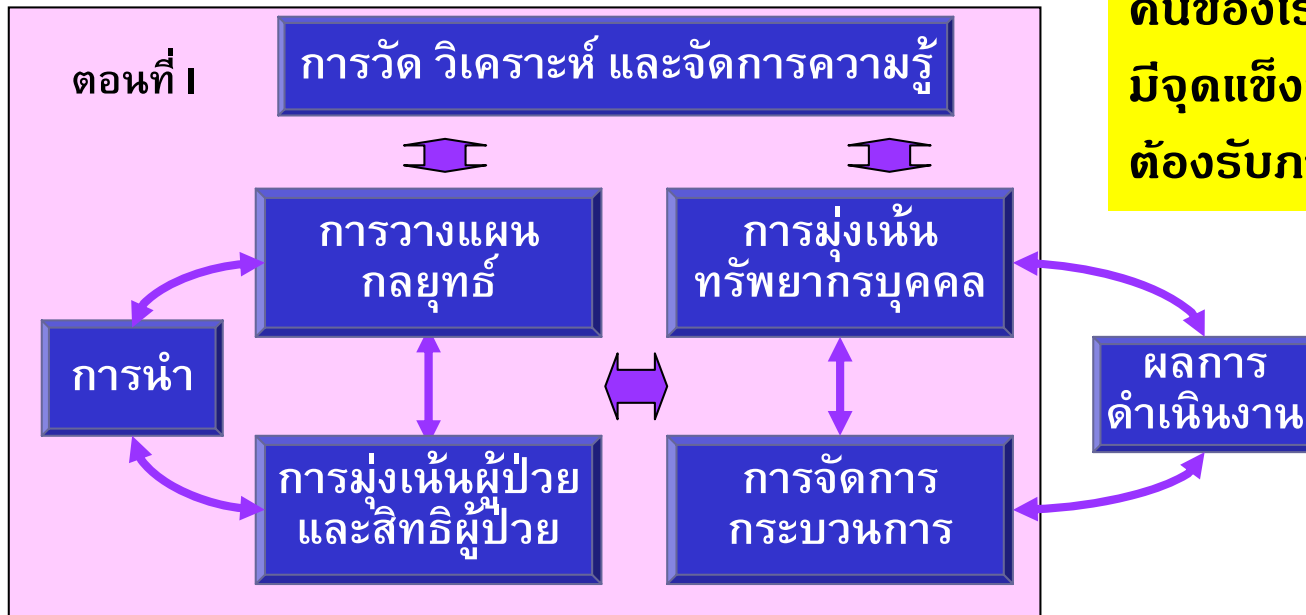
มีระบบการนำที่ได้ผลซึ่งจะ
สร้างความมั่นใจต่อความ
ยั่งยืน ความเป็นเลิศ ความ
ยืดหยุ่น และการมุ่งเน้นผู้ป่วย
โดยไม่ผ่อนผัน



ข้อมูลความต้องการที่เชื่อถือได้
ตามกลุ่มต่าง ๆ ได้รับการ
นำมาใช้ออกแบบบริการ

ระบบงานได้รับการออกแบบ
อย่างระมัดระวังและสร้างความ
มั่นใจว่ามีทักษะที่จำเป็น

ใช้มาตรฐานโดย**อิงบริบท**

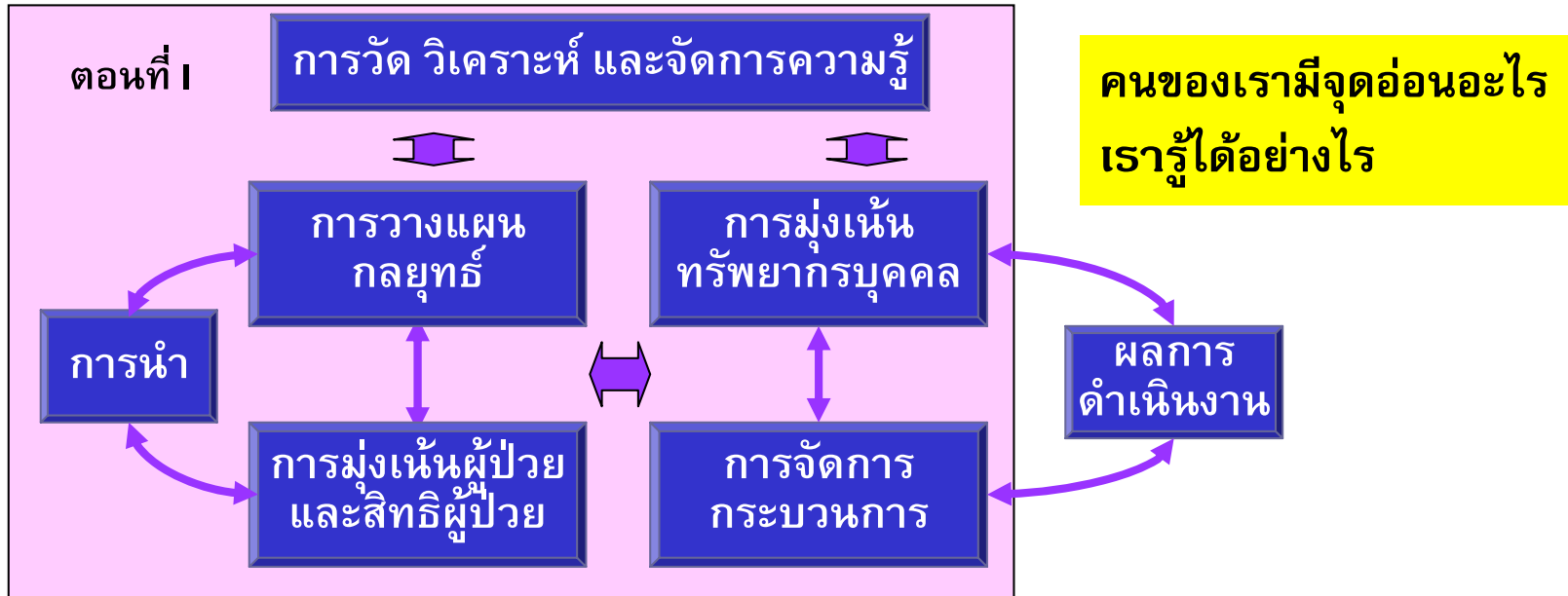


คนของเราเป็นอย่างไร
มีจุดแข็งจุดอ่อนอย่างไร
ต้องรับภาระงานอะไร

ผู้ป่วยสำคัญของเราคือใคร
มีความต้องการและคาดหวังอะไร
สิ่งที่ยังตอบสนองไม่ได้คืออะไร

งานของเราคืออะไร
ปัจจัยนำเข้าที่จำเป็นมีอะไร
จุดที่เป็นความเสี่ยงสำคัญคืออะไร

ใช้มาตรฐานโดยยึดดำเนินม



ผู้ป่วยของเราต้องการอะไร เรารู้ได้อย่างไร

งานของเราดีหรือไม่ เราใช้ข้อมูลอะไรมาบอก

Management by Fact

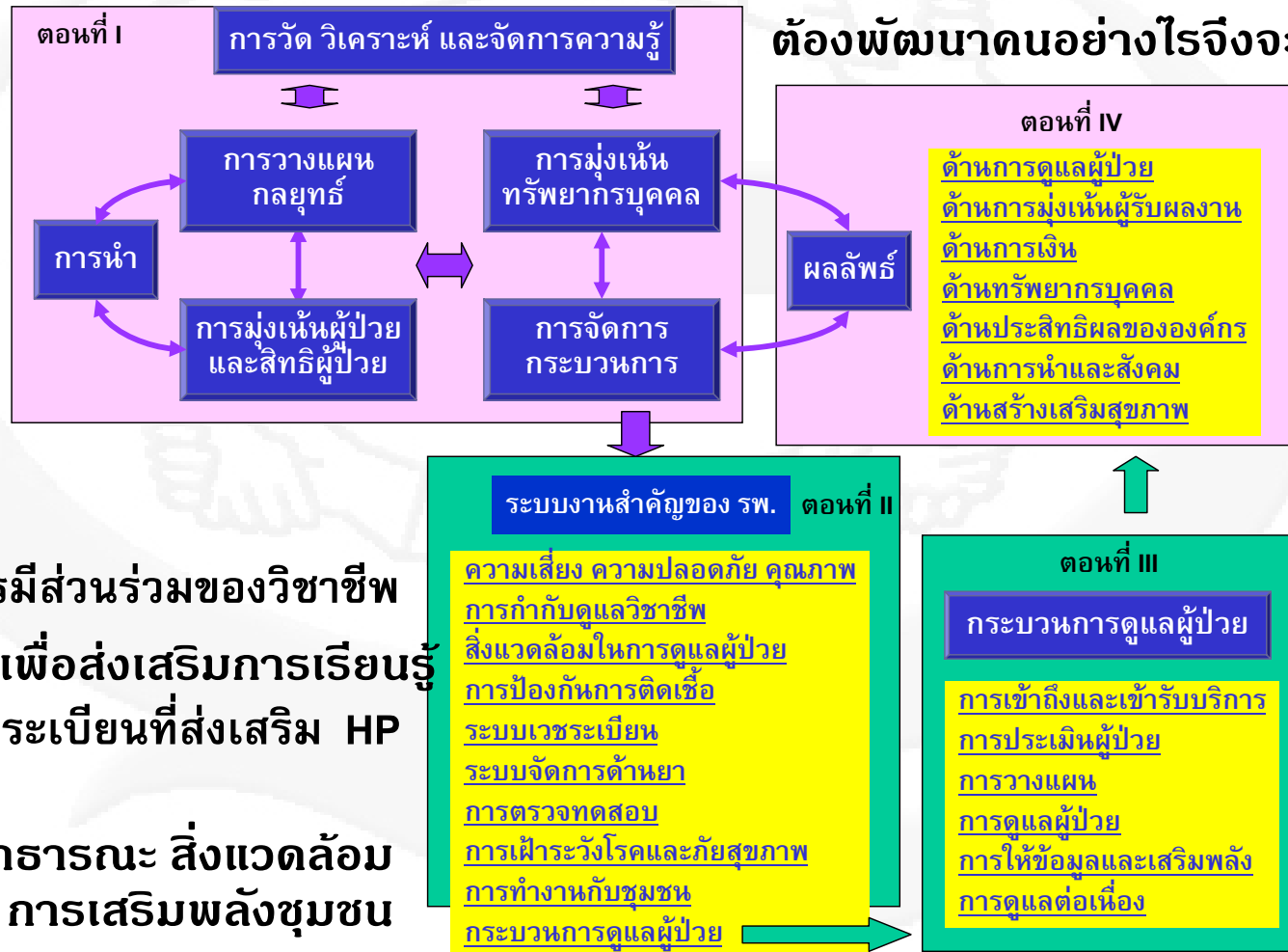


บูรณาการ Health Promotion ในการใช้มาตรฐาน

เป้าหมายและกลยุทธ์ HP ระดับองค์กรเป็นอย่างไร

IS & KM จะมาสนับสนุน HP อย่างไร

ต้องพัฒนาดนอย่างไรจึงจะเข้าใจ HP



ความตื่นตัวและการมีส่วนร่วมของวิชาชีพ
สิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้
บันทึกเวชระเบียนที่ส่งเสริม HP
นโยบายสาธารณะ สิ่งแวดล้อม
การเสริมพลังชุมชน

หลักพื้นฐานในการทำงานคุณภาพ

Simplicity

ง่าย

ทำงานประจำให้ง่ายขึ้น
พัฒนาคุณภาพแบบเรียบง่าย

Simplicity
Innovation
Human Factors

Joyful

มัน

มันจากการได้ทำสิ่งแปลกใหม่
มันจากการไม่ถูกกดดัน
มันจากสัมพันธภาพระหว่างการทำงาน
มันเพราะเห็นเป็นความท้าทาย

Effective

ดี

ดีต่อตัวเองและทีมงาน
ดีต่อผู้รับผลงาน
ดีต่อองค์กร

CQI
Evidence-based
Patient Safety
Clinical Tracer
Trigger Tools

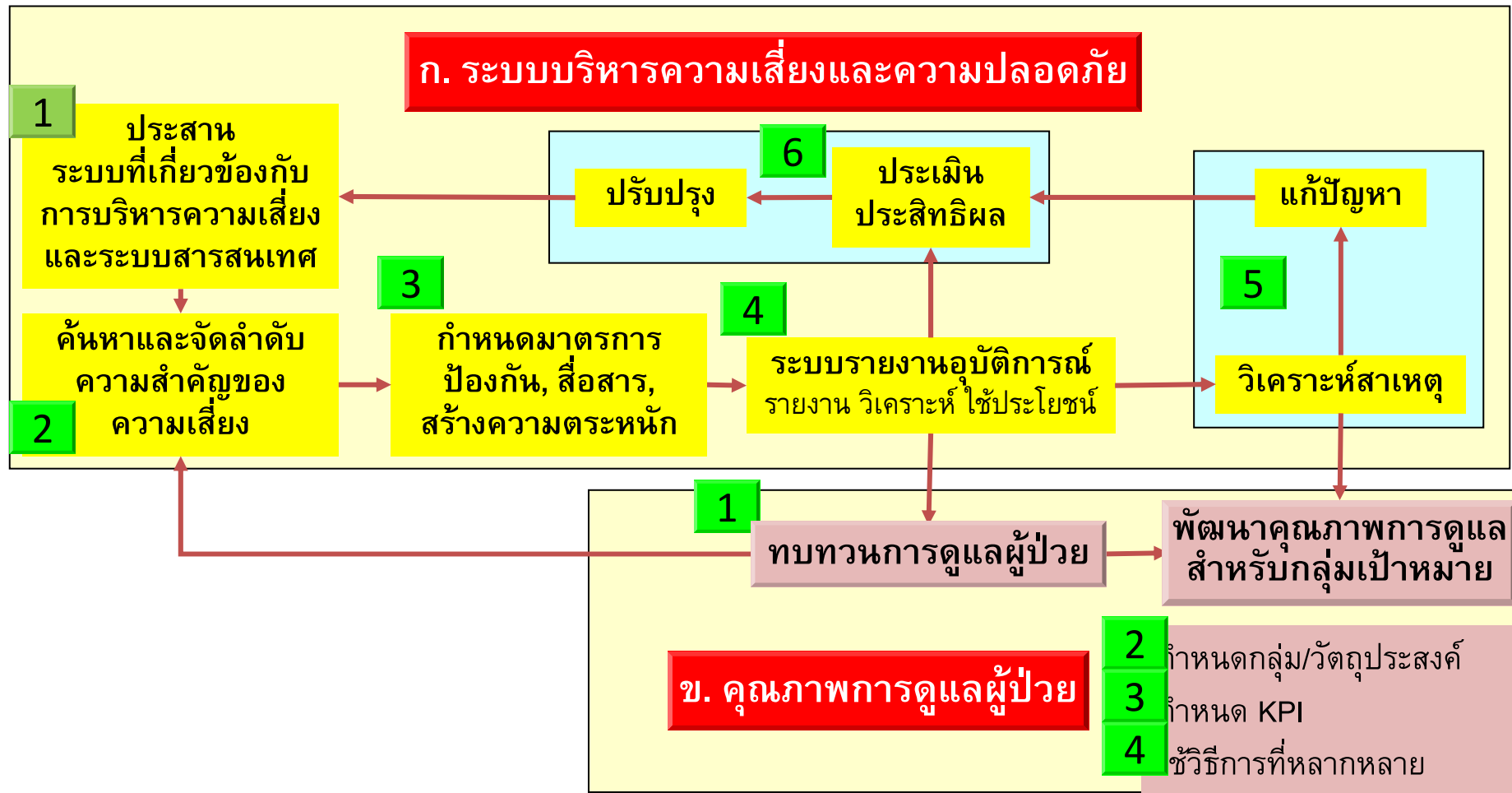
Spirituality

มีความสุข

ฝากำแพงสู่ความมีจิตใจที่งดงาม

II – 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ
(Risk, Safety, and Quality Management System)

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและ
ประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ



S P A

เป็นเครื่องมือ
ที่จะช่วยลดภาระ
ทั้งของ รพ.
และ ผู้เยี่ยมสำรวจ
เรื่องการจัดทำเอกสาร”



SPA : Standards – Practice - Assessment



เน้นความสำคัญของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน
มาตรฐานนั้นจึงจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กร



การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้ง่าย ๆ

“คุยกันเล่น – เห็นของจริง – อิงการวิจัย”



SPA เป็นเครื่องมือช่วยให้ รพ.เห็นแนวทางการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน
และบอกแนวทางการสรุปข้อมูลสำคัญที่จะบันทึกส่งให้คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ
ซึ่งจะช่วยลดภาระของ รพ.และผู้เยี่ยมชมสำรวจในเรื่องการจัดทำเอกสาร

ทำให้มาตรฐานเข้าไปอยู่ในชีวิตประจำวัน

1. คุยกันเล่น

WHY (in general)

มาตรฐานนี้มีเป้าหมายอะไร

WHY (for us)

มาตรฐานนี้จะช่วยให้ระบบของเราดีขึ้นได้อย่างไร

WHAT

อะไรที่เราทำได้ดี อะไรที่ยังเป็นจุดอ่อน จุดอ่อนนั้นอยู่ตรงไหน กับใคร เมื่อไร ที่ใด

อิงบริบท

Management by Fact
Genba Genbutsu

2. เห็นของจริง

HOW

เราทำงานกันอย่างไร ไปเยี่ยมชมกันอย่างสนุก ๆ
เล่าให้ฟัง ทำให้ดู สิวว่าเราทำกันอย่างไร เราเข้าใจกันอย่างไร
ความปลอดภัยหรือความเสี่ยงอยู่ตรงไหน เราป้องกันอย่างไร
ถ้าเป็นอย่างนั้นจะอย่างไร เป็นอย่างนี้จะอย่างไร
มีการทำจริงหรือไม่ ดูได้จากตรงไหน ถามได้จากใคร
จะอย่างไรให้ทำได้ง่ายขึ้น (ใช้หลัก Human Factors)

Management by Fact

3. อิงการวิจัย

HOW MUCH

ช่วยกันเป็นคนช่างสงสัย ตั้งประเด็นข้อสงสัยไว้มาก ๆ

เลือกประเด็นสำคัญ ตั้งคำถามการวิจัย

ทำ mini-research เก็บข้อมูลแต่น้อย ใช้คำถามน้อย จำนวนตัวอย่างน้อย

เก็บน้อยแต่ให้ได้ข้อมูลและความรู้ที่ตรงประเด็น เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา



(2) มีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป ในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน

S

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจเรื่องการค้นหาความเสี่ยงในประเด็นต่อไปนี้ (เป้าหมายของการค้นหาความเสี่ยง , การแบ่งประเภทของความเสี่ยง , ความเสี่ยงคือโอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์ และ วิธีการค้นหาความเสี่ยง , การนำความเสี่ยงที่วิเคราะห์ได้มาจัดทำ risk profile ซึ่งนำเสนอภาพรวมของความเสี่ยง เป็นต้น)
- คณะกรรมการ RM กำหนดแนวทางในการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงเพื่อให้หน่วยงาน ทีมงาน และคณะกรรมการในระดับต่าง ๆ ใช้ปฏิบัติ
- คณะกรรมการฯ รวบรวมความเสี่ยงสำคัญจากส่วนย่อยต่าง ๆ มาประมวลผลเป็นภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาล และจัดลำดับความสำคัญ

P

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

A

- ภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่จัดลำดับความสำคัญเพื่อการสื่อสารในโรงพยาบาล

(5) มีการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง(root cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม

S กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ RM cและทีมงานที่เกี่ยวข้องศึกษาแนวทางการวิเคราะห์ RCA ต่าง ๆ และเรียนรู้ที่จะเลือกใช้อย่างเหมาะสมกับอุบัติการณ์ต่าง ๆ เช่น การตั้งคำถามทำไมซ้ำหลาย ๆ ครั้งต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน , การวิเคราะห์โดยใช้กรอบ RCA เต็มรูปแบบ

P

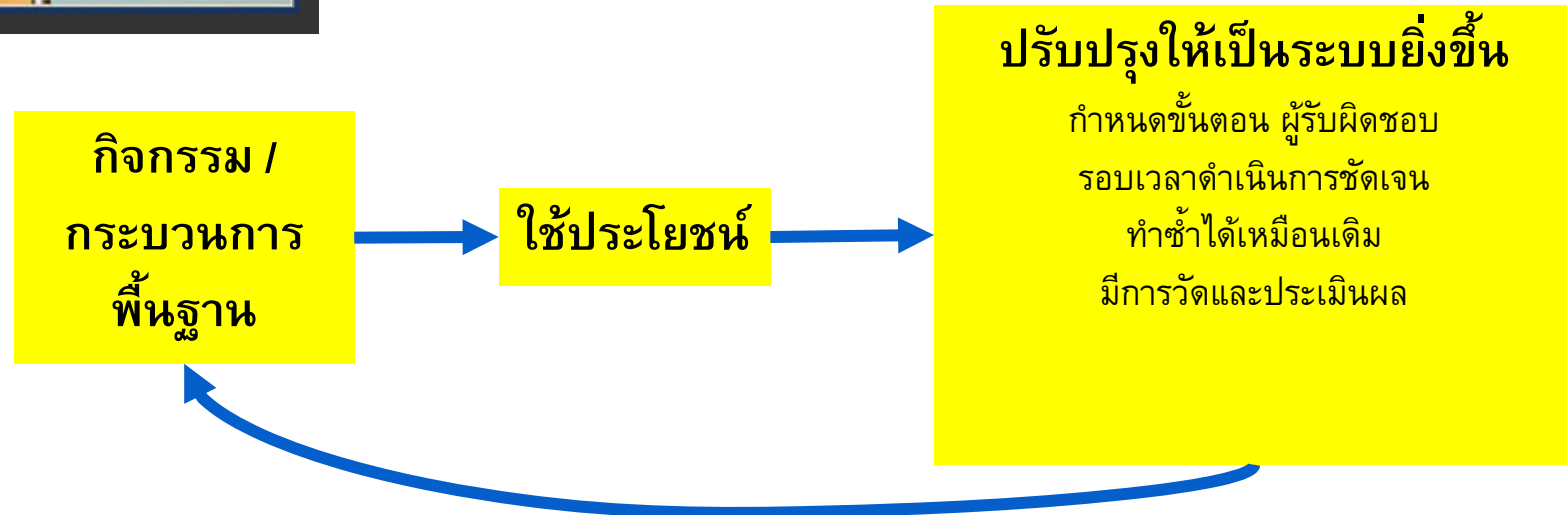
- คณะกรรมการ RM และทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดข้อบ่งชี้ที่ต้องทำ RCA เช่น (1) อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูงควรทำ RCA เฉพาะ เฉพาะสำหรับแต่ละครั้งที่เกิดเหตุการณ์ (2) อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงไม่มาก แต่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ควรเลือกนำมาทำ RCA ในภาพรวม ฯลฯ
- คณะกรรมการฯ และทีมงานที่เกี่ยวข้อง ทบทวนการทำ RCA ที่ผ่านมาเพื่อการเรียนรู้ว่าจะทำ RCA ให้เกิดประโยชน์เต็มที่ได้อย่างไร ฯลฯ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

A

- ตัวอย่างการทำ RCA ที่สะท้อนให้เห็นว่าทีมงานมีความเข้าใจและสามารถใช้ RCA “ได้อย่างเหมาะสม

แนวคิด SPA



แนวคิด SPA

สิ่งที่ระบุว่า เป็นแนวทางในการดำเนินการ
ในเอกสารชุดนี้เป็นข้อเสนอให้ ผู้นำ และ
ทีมงานของรพ.พิจารณา เท่านั้น

**ควรเลือกดำเนินการเฉพาะเท่าที่จะเป็น
ประโยชน์และเหมาะสม กับบริบทของ รพ.
แต่อย่างน้อย ควรนำมาสู่ข้อมูลที่
จะตอบในประเด็นสำคัญที่ระบุไว้ได้**



แนวคิด SPA

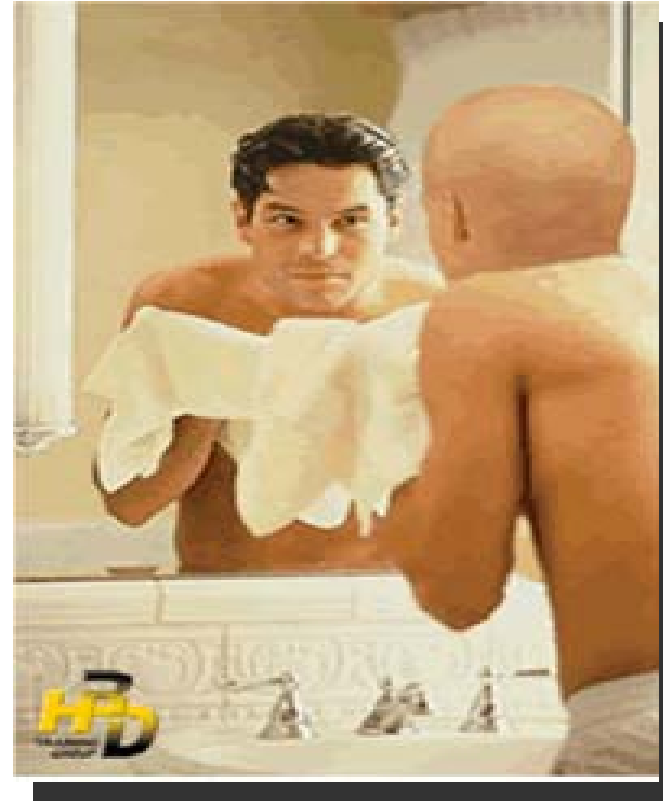


จุดเน้น

ในการตอบแบบประเมินตนเอง
คือ บทเรียนและผลลัพธ์ของ
การนำมาตรฐานไปปฏิบัติ

ซึ่งบทเรียนนั้นควรผ่านการวิเคราะห์
ประเด็นสำคัญร่วมกันในที่ทำงานที่เกี่ยวข้อง
นั่นคือการเน้นในส่วนของ context และ
study หรือ learning ในวงล้อ PDSA โดย
ไม่ต้องบรรยายวิธีการหรือหลักคิด เพื่อจะ
ได้ไม่เป็นภาระในการจัดทำเอกสาร

กระจกเงาขยาย ใช้ส่องตนเอง



Mini-research

Self Enquiry

**Overall Scoring
& OS enquiry
Guide**

**Hospital survey
On Patient
safety**

กระจกเงาขยาย ใช้ส่องตนเอง

Mini-research

ตั้งคำถามชัด ใช้วิธีเก็บข้อมูลหลากหลาย ทำให้ง่ายและกระชับ

Self Enquiry

สังเกต พูดคุย สัมภาษณ์ แบบเจาะลึก เพื่อรับรู้ความคิด
ความเข้าใจ และความก้าวหน้าในการพัฒนา

Overall scoring

เป็นเครื่องมือทำความเข้าใจกับความมุ่งหมายของ
มาตรฐานมาตรฐานและใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการ
พัฒนาอย่างต่อเนื่อง

Mini - research



คืออะไรกันแน่

เป็นเพียงการประยุกต์หลักการวิจัย มิใช่ทำงานวิจัย มิใช่ R2R
เริ่มด้วยการตั้งคำถามที่ชัดเจน (ถ้าให้ดีให้ตั้งคำถามจากมาตรฐาน)
ตั้งประเด็นไม่ต้องใหญ่ เก็บข้อมูลแต่น้อย
กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย พอให้ได้ความเชื่อมั่น (เช่น 10-30)
เก็บข้อมูลเสร็จใน 2-3 ชั่วโมง
ประมวลผลได้ในหนึ่งคืน (ถ้าทำได้)
ทำได้สัปดาห์ละหลายเรื่อง หลายจุด ทำกันทุกสัปดาห์
ข้อมูลมีคุณค่า: เป็นโอกาสพัฒนาและตอบแบบประเมินตนเอง

Mini - research

ต้องทำให้ง่าย

Simplify



Mini - research

ตัวอย่างคำถามเพื่อทำ Mini-research

ความเข้าใจของบุคลากรต่อระบบ RM อยู่ใน
ระดับใด

ความเข้าใจของบุคลากรต่อการจัดระดับความ
รุนแรงความเสี่ยงอยู่ในระดับใด

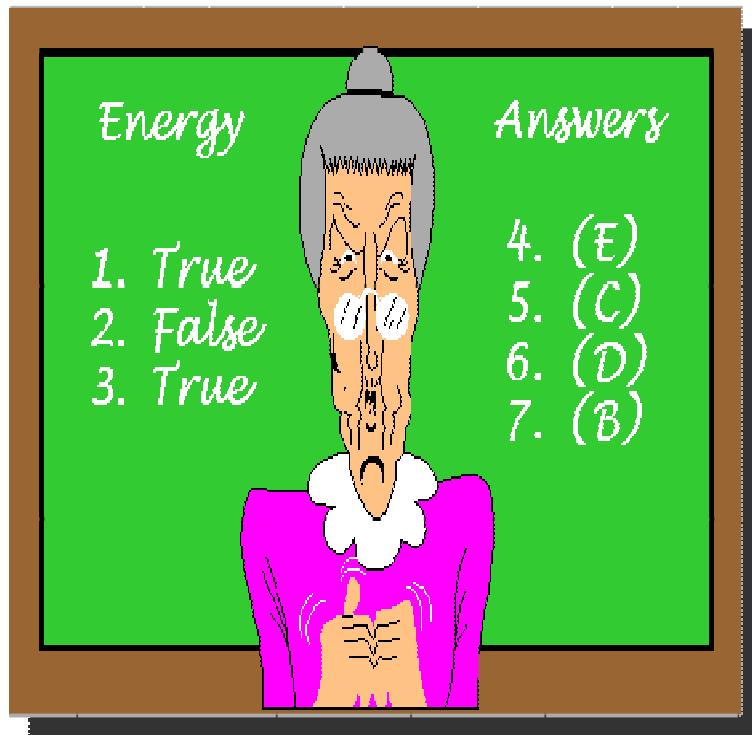
Self Enquiry

Enquiry

การสำรวจ ตรวจสอบ สืบสวน เจาะลึก
มีความหมายในเชิงของ
การค้นหาคำความจริง การเจาะลึก
การทำความเข้าใจกับสถานการณ์
อาจจะมีความใกล้เคียงไปทางการวิจัย



Self Enquiry



Self Enquiry

น่าจะช่วยการพัฒนาคุณภาพ
ของโรงพยาบาลได้ใกล้เคียงกับ

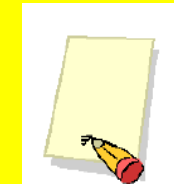
การทำ **internal survey**

หรืออาจจะทดแทนกันได้

Self Enquiry

Self Enquiry Guide

เป็นแนวทางคำถามเพื่อให้ทีมงานของโรงพยาบาลใช้
กระตุ้นให้เกิดการถอดบทเรียนจากงานที่ทีมงานของ
โรงพยาบาลได้ทำลงไป



การร่วมกันตอบคำถามควรมีลักษณะของการสนทนา
มากกว่ามุ่งทำเอกสาร

การตอบควรนึกถึงรูปธรรมที่ทำจริง ๆ เพื่อจะได้สามารถ
เจาะลึกต่อจากเรื่องดังกล่าวได้ ไม่ควรตอบตามหลักการซึ่งไม่
เกิดประโยชน์

Self Enquiry

Self Enquiry Guide



ควรร่วมกันสนทนาบทเรียนจากงานที่ได้ทำจริง ๆ
มากกว่ามุ่งทำเอกสารแบบประเมินตนเอง

Self Enquiry

การถอดบทเรียนที่เป็นเป้าหมายของ Self Enquiry

- ความเข้าใจ: ความหมายของมาตรฐาน, เป้าหมายและคุณค่าของสิ่งที่กำลังทำ
- ความก้าวหน้าของการดำเนินการ
 - ปฏิบัติได้หรือไม่ ครอบคลุม ครบถ้วน ตรงประเด็นหรือไม่
 - ประเมินการบรรลุเป้าหมายหรือไม่
- บทเรียนเกี่ยวกับเนื้อหา
 - ปัญหาที่เกิดขึ้น การใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อแก้ปัญหา
 - สิ่งที่เป็นความสำเร็จ และสิ่งที่ยังต้องดำเนินการต่อ
- บทเรียนและคุณค่าทั่วไป
 - หลักคิดสำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ
 - ความรู้สึกของผู้เกี่ยวข้อง



Self Enquiry

ตัวอย่างแนวทางคำถามในประเด็นวัฒนธรรมความปลอดภัย

- ขอให้นึกถึงเหตุการณ์ที่เป็นความผิดพลาดหรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาไม่นานมานี้ ทบทวนดูว่าผู้เกี่ยวข้องมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ดังกล่าวอย่างไร ตั้งแต่ผู้ปฏิบัติงาน หัวหน้าหน่วยงาน ผู้ที่รับผิดชอบเรื่องความเสี่ยงของ รพ. และผู้บริหารระดับสูง
- เหตุการณ์ดังกล่าวนำมาสู่การปรับปรุงระบบงานอย่างไร การปรับปรุงดังกล่าวจะสามารถป้องกันปัญหาในลักษณะเดียวกันได้หรือไม่
- ผู้นำได้มาตรวจเยี่ยมและรับทราบปัญหาการปฏิบัติงานที่หน่วยงานบ้างหรือไม่ ถ้ามา ได้พูดคุยกันในประเด็นใดบ้าง มีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นจากการพูดคุยดังกล่าว

Facilitated Self Assessment

ส่งเสริมให้ รพ.ให้คะแนนตนเอง โดยที่
 ปรึกษาเป็นผู้ facilitate
 ผู้แทนของ พรพ. ทำหน้าที่เป็นสักขี
 พยานและยืนยันการประเมิน
 ใช้คะแนนเป็นเครื่องบ่งชี้จุดที่จะต้อง
 พัฒนา และให้รางวัลแก่ รพ.
 ลดความกังวลในเรื่องการสอบได้สอบตก

	Standards	W	S	T
ก(1)	การชี้แจงที่มีพลังเพื่อมุ่งสู่ผลงานที่ดี	2		6
ก(3)	การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา บรรลุเป้าหมาย ประสานงาน เรียนรู้	2		6
ก(4)	การสร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย	2		6
ข(1)	การสื่อสาร ให้อำนาจตัดสินใจ จูงใจให้รางวัล/ยกย่องชมเชย	2		6
ข(2)	การกำหนดจุดเน้นขององค์กรที่ชัดเจน	2		6
1.2	การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม			
ก(1)	ประสิทธิภาพและความโปร่งใสในการกำกับดูแล	1		3
ก(2)	การประเมินและพัฒนาผู้นำ/ระบบการนำ	2		6
ข(1)	กฎหมาย ความเสี่ยง/ผลกระทบต่อสังคม/ความกังวลของสาธารณะ การอนุรักษ์ทรัพยากร	2		6
ข(2)	การส่งเสริมพฤติกรรมที่มีจริยธรรม การติดตามกำกับ และดำเนินการต่อการฝ่าฝืน	1		3
ค	บทบาทของผู้นำในการสนับสนุนชุมชนและสุขภาพของชุมชน	1		3
	Average Score			3
	Evaluation & Improvement (0-0.15)			
	Integration (0-0.10)			
	Innovation (0-0.10)			
	Outcome (0-0.30)			
	Multiplier			1.35
1.1	Adjusted Score การนำองค์กร			4.05

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล นำเสนอในการประชุมคณะกรรมการบริหาร พรพ. 25 กรกฎาคม 2551

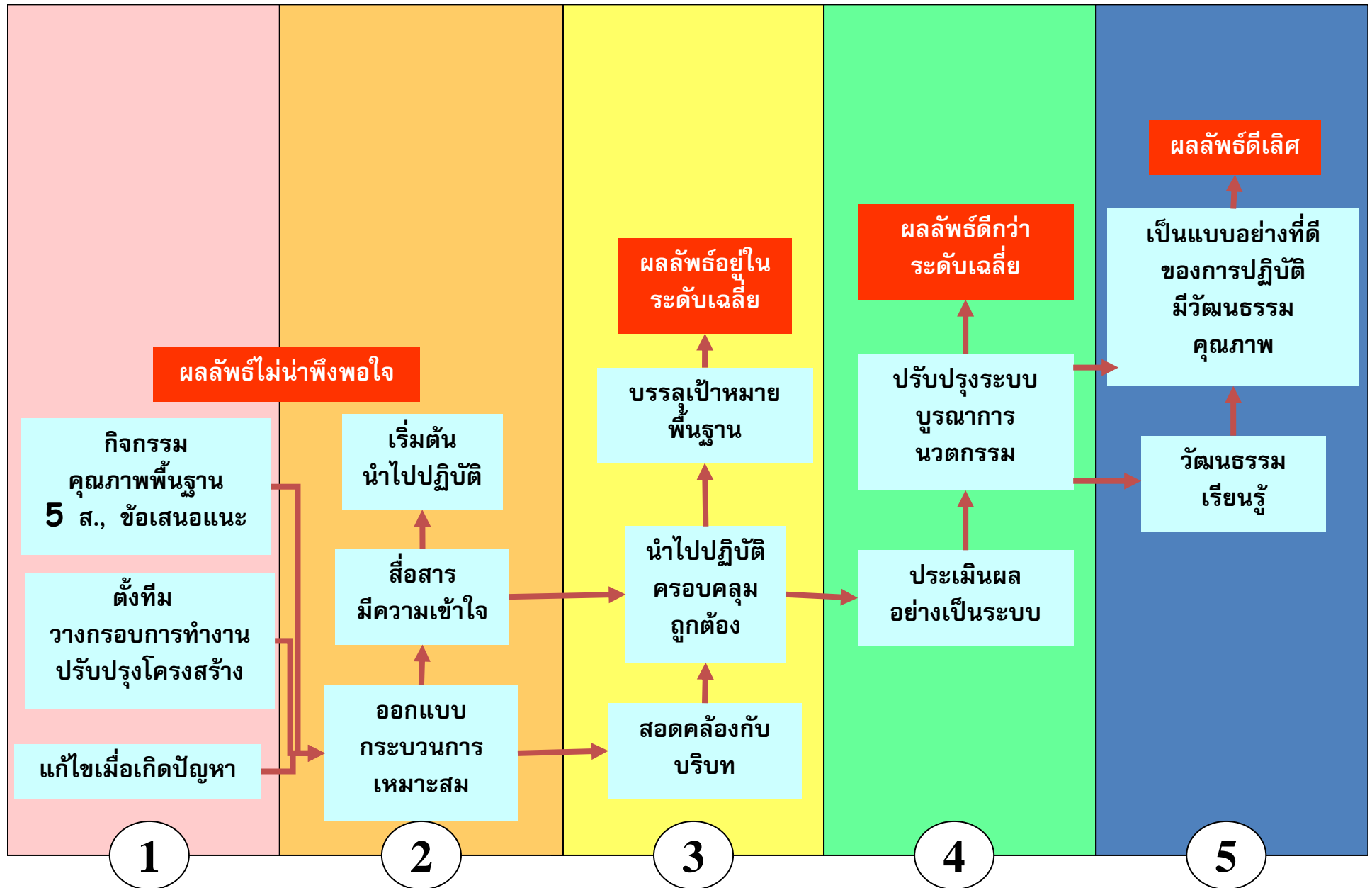


โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง
ควรมีการใช้ HA scorebook
ร่วมด้วย

คุณสมบัติสำคัญของ รพ.ที่ได้รับ Re-accreditation

- สามารถแสดงให้เห็นการบรรลุเป้าประสงค์ขององค์กร
- สามารถแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้น โดยเฉพาะ clinical outcome
- มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบหลัก ๆ
- มีการใช้นวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์
- มีวัฒนธรรมคุณภาพ ความปลอดภัย การเรียนรู้ สร้างเสริมสุขภาพ
- มีบูรณาการของการพัฒนา
- มีการพัฒนาที่สามารถใช้เป็นแบบอย่างให้แก่โรงพยาบาลอื่น

การรับรอง



แนวทางการประเมิน

Scoring Guideline

วัตถุประสงค์ของ **scoring guideline**

- เป็นเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล
- เป้าหมายสำคัญของการให้คะแนนนั้น คือให้ทราบถึงทิศทางการพัฒนาข้างหน้า

แนวทางการใช้

- ใช้ประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐาน หรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายของหน่วยงาน
- การตัดสินใจต้องอาศัยการมองในภาพรวม และการใช้ดุลยพินิจร่วมกัน

การใช้ **scoring guideline** ของผู้เยี่ยมชมสำรวจ

- เพื่อเสนอแนะต่อคณะกรรมการรับรอง
- เพื่อเขียนข้อเสนอแนะต่อโรงพยาบาล

การพัฒนาที่มี maturity เป็นลำดับขั้น

1) ใช้ scoring guideline เพื่อส่งเสริมการพัฒนาจากง่ายไปหายาก

2) เน้นการยกระดับ maturity ด้วย EI³O

- Systematic **E**valuation & **I**mprovement
- **I**ntegration
- **I**nnovation
- Good **O**utcome

3) นำแนวคิดที่เป็นนามธรรมมาใช้ร่วม

- Core Values
- Humanized Healthcare
- Living Organization

ใช้ Scoring Guideline เพื่อยกระดับการพัฒนา

1

1.5

เพิ่งเริ่มต้น

กิจกรรม
คุณภาพพื้นฐาน
5 ส., ข้อเสนอแนะ

ตั้งทีม
วางกรอบการทำงาน
ปรับปรุงโครงสร้าง

แก้ไขเมื่อเกิดปัญหา

Set Up

กำหนดผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน

กำหนดแนวทางการทำงาน

วิเคราะห์ปัญหาสำคัญที่เคยเกิดขึ้นหรือมีโอกาสจะเกิดขึ้น

แก้ไขปัญหาแบบตั้งรับ

ปรับปรุงในส่วนที่เป็นเรื่องง่าย ๆ

ใช้ Scoring Guideline เพื่อยกระดับการพัฒนา



Plan & Do

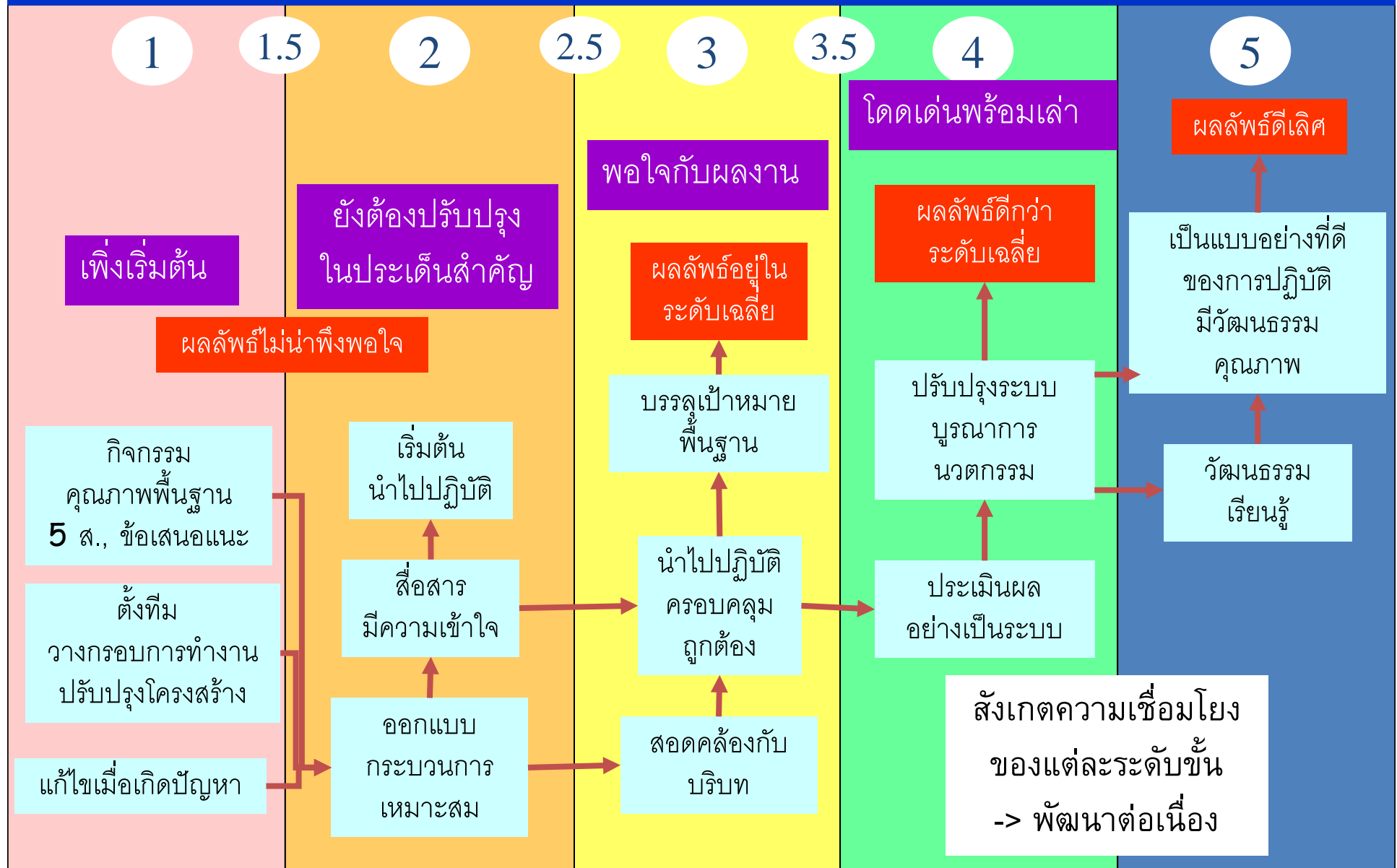
ออกแบบกระบวนการทำงานให้เหมาะสมกับปัญหา
สื่อสารทำความเข้าใจ
เริ่มต้นนำไปปฏิบัติด้วยความเข้าใจ
การปฏิบัติครอบคลุมพื้นที่สำคัญจำนวนหนึ่ง

ใช้ Scoring Guideline เพื่อยกระดับการพัฒนา



Do & Check
 การออกแบบที่ดี (HFE)
 การปฏิบัติครอบคลุมพื้นที่สำคัญ
 การปฏิบัติถูกต้องตามที่ออกแบบ
 เริ่มประเมินเชิงคุณภาพ
 เห็นผลการปฏิบัติที่บรรลุ
 เป้าหมาย

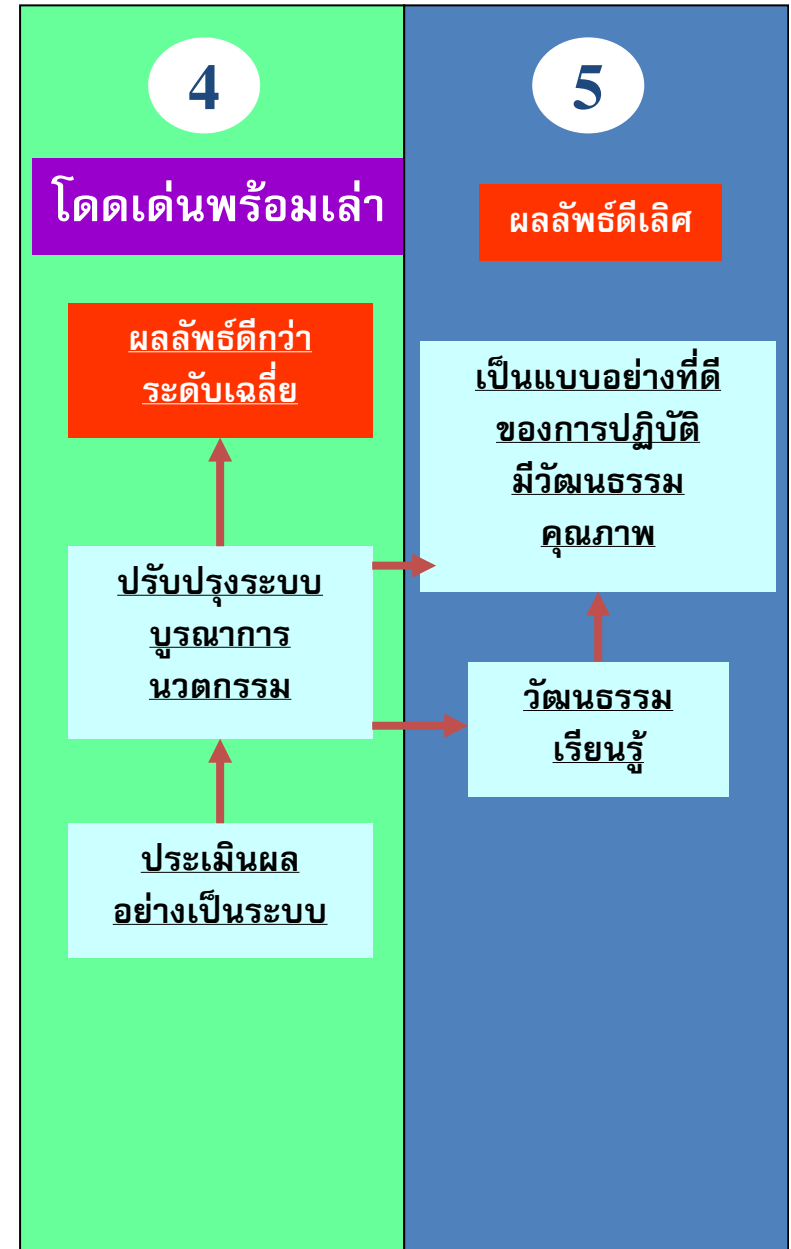
Scoring Guideline: For Continuous Improvement to Excellence



- สามารถแสดงให้เห็นการบรรลุเป้าประสงค์ขององค์กร
- สามารถแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้น โดยเฉพาะ clinical outcome
- มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบหลัก ๆ
- มีการใช้นวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์
- มีวัฒนธรรมคุณภาพ ความปลอดภัย การเรียนรู้
- มีบูรณาการของการพัฒนา
- มีการพัฒนาที่สามารถใช้เป็นแบบอย่างให้แก่โรงพยาบาลอื่น

Check & Act

ประเมินผลอย่างเป็นระบบ (Evaluation)
 ปรับปรุงระบบ (Improvement)
 บูรณาการ (Integration)
 นวัตกรรม (Innovation)



การคิดคะแนนบวกเพิ่ม

Evaluation & Improvement	5%	มีการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนในการทำงานเพื่อหาโอกาสพัฒนา
	10%	มีการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนและนำไปพัฒนา หรือมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ หรือใช้แนวคิดการทำ mini-research ในการประเมินผล
	15%	มีการประเมินผลอย่างเป็นระบบและนำไปพัฒนา ใช้แนวคิด human factors ในการปรับปรุงระบบ
Integration	5-10%	บูรณาการระหว่างกระบวนการหรือระบบงานที่เกี่ยวข้อง บูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บูรณาการกับข้อกำหนดในมาตรฐานหมวดอื่น ๆ
Innovation	5-10%	เน้นนวัตกรรมในระบบงาน ประยุกต์ใช้แนวคิดใหม่ๆ ในการทำงาน ก่อให้เกิดผลกระทบที่มากพอสมควร ต้องใช้ความพยายามในการเปลี่ยนแปลง
Outcome	10%	ผลลัพธ์มีแนวโน้มดีขึ้น จากระดับที่ยอมรับได้
	20%	ผลลัพธ์อยู่ในระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ยและชี้แจงไว้ได้ต่อเนื่อง
	30%	ผลลัพธ์อยู่ในระดับแนวหน้า

overall scoring

- Overall Scoring คือการให้คะแนนตาม Overall Requirement (ข้อกำหนดโดยรวม) ของมาตรฐาน
- เป็นการมองภาพรวมของทิศทางการพัฒนาว่าจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายได้เพียงใด โดยไม่ต้องลงในรายละเอียดจำนวนมาก ไม่เน้นความสมบูรณ์ในทุกประเด็น
- ช่วยให้ รพ.พัฒนาได้ง่ายขึ้น เน้นเฉพาะในสิ่งที่มีความจำเป็น

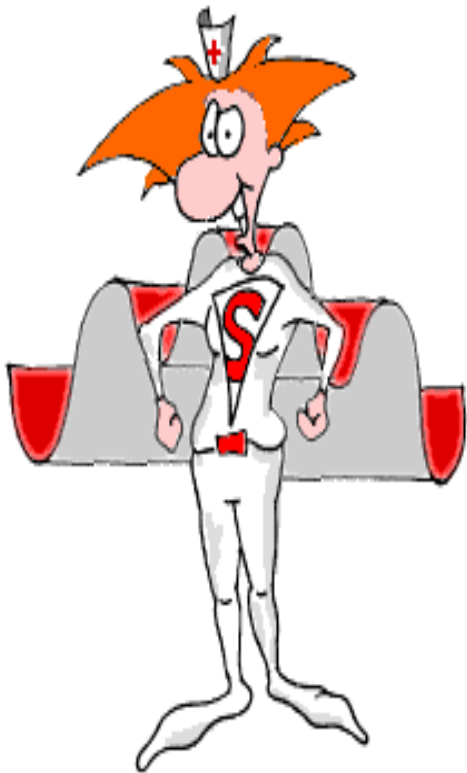
หลักคิดของการแบ่งระดับคะแนน

1. เริ่มต้น มีกิจกรรมพื้นฐาน เริ่มวางแนวทาง เริ่มทำเรื่องง่าย ๆ
2. กำลังพัฒนา มีการปฏิบัติในกระบวนการที่สำคัญ
3. เห็นผล บรรลุเป้าหมายพื้นฐานในประเด็นสำคัญ
4. ก้าวหน้า มี Evaluation & Improvement, Innovation, Integration (EI3), มีกระบวนการที่เพิ่มความสมบูรณ์แก่การบรรลุเป้าหมายและทำได้ยาก
5. ยั่งยืน เกิดวัฒนธรรม เป็นลักษณะในอุดมคติที่เป็นเป้าหมายของเรื่องนั้น และต้องการให้ รพ.กำหนดเป็นเป้าหมายระยะยาว

หลักคิดของการตัดสินใจคะแนน

- เป็นการบอกระดับของกิจกรรมหรือแนวคิดหลักที่ รพ.ยึดถือ เป็นส่วนใหญ่
- ก่อนที่จะได้คะแนน 3, 4, 5 ต้องได้คะแนนในระดับก่อนหน้านั้น มาก่อน
- ถ้ามีข้อสงสัย ให้พิจารณาว่า
 - สิ่งที่ทำนั้นเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการหรือไม่
 - สิ่งที่ทำนั้นครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้พอสมควรหรือยัง มีแนวโน้มที่จะขยายตัวอย่างเหมาะสมหรือไม่

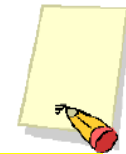
Overall | Scoring enquiry guide



ช่วยสร้างความเข้าใจในการประเมิน
ตนเองของโรงพยาบาลพิจารณาเมื่อ
ตอบว่าระดับการปฏิบัติของตนอยู่
ระดับใด

Hospital Survey on Patient Safety culture

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับเรื่อง
วัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร



overall scoring

- Overall Scoring คือการให้คะแนนตาม Overall Requirement (ข้อกำหนดโดยรวม) ของมาตรฐาน
- เป็นการมองภาพรวมของทิศทางการพัฒนาว่าจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายได้เพียงใด โดยไม่ต้องลงเินรายละเอียดจำนวนมาก ไม่เน้นความสมบูรณ์ในทุกประเด็น
- ช่วยให้ รพ.พัฒนาได้ง่ายขึ้น เน้นเฉพาะในสิ่งที่มีความจำเป็น

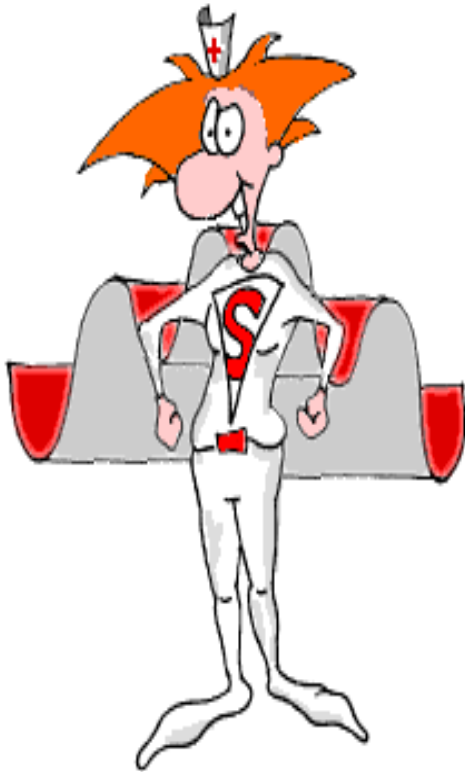
หลักคิดของการแบ่งระดับคะแนน

1. เริ่มต้น มีกิจกรรมพื้นฐาน เริ่มวางแนวทาง เริ่มทำเรื่องง่าย ๆ
2. กำลังพัฒนา มีการปฏิบัติในกระบวนการที่สำคัญ
3. เห็นผล บรรลุเป้าหมายพื้นฐานในประเด็นสำคัญ
4. ก้าวหน้า มี Evaluation & Improvement, Innovation, Integration (EI3), มีกระบวนการที่เพิ่มความสมบูรณ์แก่การบรรลุเป้าหมายและทำได้ยาก
5. ยั่งยืน เกิดวัฒนธรรม เป็นลักษณะในอุดมคติที่เป็นเป้าหมายของเรื่องนั้น และต้องการให้ รพ.กำหนดเป็นเป้าหมายระยะยาว

หลักคิดของการตัดสินใจคะแนน

- เป็นการบอกระดับของกิจกรรมหรือแนวคิดหลักที่ รพ.ยึดถือ เป็นส่วนใหญ่
- ก่อนที่จะได้คะแนน 3, 4, 5 ต้องได้คะแนนในระดับก่อนหน้านั้น มาก่อน
- ถ้ามีข้อสงสัย ให้พิจารณาว่า
 - สิ่งที่ทำนั้นเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการหรือไม่
 - สิ่งที่ทำนั้นครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้พอสมควรหรือยัง มี แนวโน้มที่จะขยายตัวอย่างเหมาะสมหรือไม่

Overall | Scoring enquiry guide



ช่วยสร้างความเข้าใจในการประเมิน
ตนเองของโรงพยาบาลพิจารณาเมื่อ
ตอบว่าระดับการปฏิบัติของตนอยู่
ระดับใด

Hospital Survey on Patient Safety culture

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับเรื่อง
วัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร



ขอบคุณค่ะ

