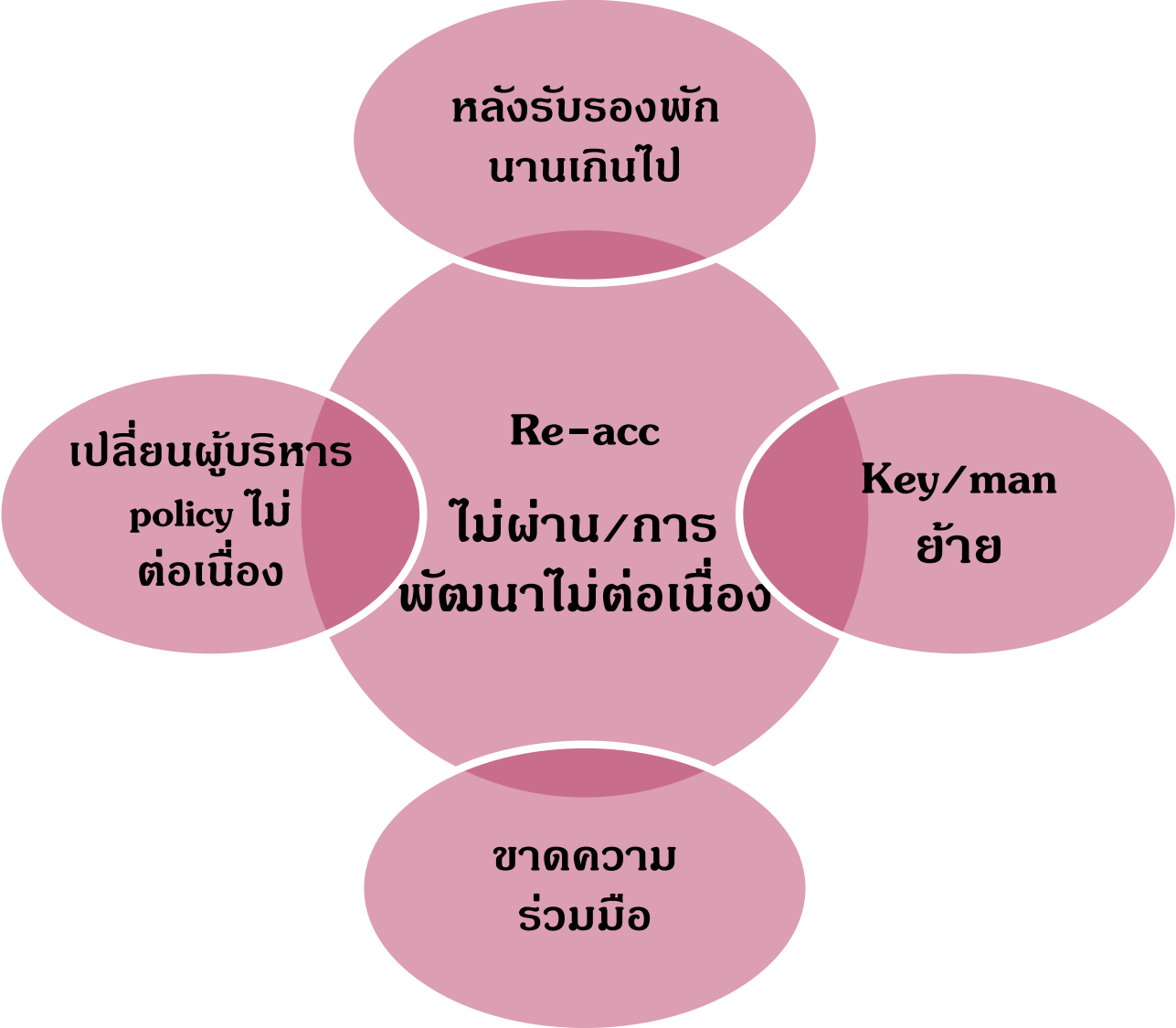


การ RE-ACCREDITATION

อย่างมีความสุข

เรวดี ศรินคร

ที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมชมสำรวจ





เตรียมการ Re-
accreditation อย่างไรให้มี
ความสุข



**•เข้าใจแนวคิดการพัฒนา และบริหาร
รับรอง**

**•เข้าใจกระบวนการ accreditation/
Reaccreditation**

**•สร้างบรรยากาศให้มีความสุข สนุกในการ
ทำงาน/การพัฒนาเรียบง่าย**



เข้าใจแนวคิดการ พัฒนา และ บริบทการรับรอง

- แนวคิด/ปรัชญา
พื้นฐาน HA
- หัวใจการพัฒนา
- บริบทการพัฒนา
แต่ละชั้น
- 3P

แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ Hospital Accreditation (HA)

คุณภาพและความปลอดภัย

การพัฒนาตนเอง

การประเมินตนเอง

กระบวนการ
เรียนรู้

การประเมินจากภายนอก
(เยี่ยมสำรวจ)

การรับรองคุณภาพ

ค่านิยมและแนวคิดหลัก

- HA เป็นกระบวนการเรียนรู้
- มุ่งเน้นผู้ป่วยและสุขภาพ
- พัฒนาต่อเนื่อง

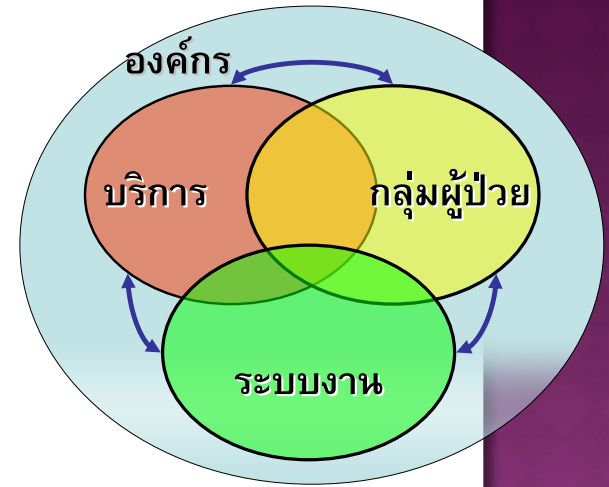
เป้าหมายสำคัญของ HA คือคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ ซึ่งจะเกิดได้ด้วยการประเมินและพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเอง การประเมินและรับรองคุณภาพเป็นเพียงกลไกกระตุ้นให้เกิดขับเคลื่อนการพัฒนาในโรงพยาบาล ทั้งหมดเป็นกระบวนการเรียนรู้ มิใช่การตรวจสอบ

จับหัวใจของการพัฒนามาเชื่อม กัน

หัวใจของการพัฒนาตามกระบวนการ HA

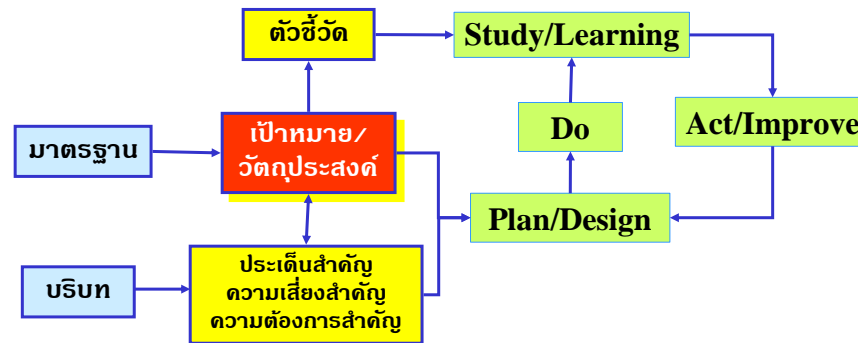


บันได 3 ชั้น ลงทุนน้อยให้ได้มาก
ตรงประเด็น เป็นขั้นตอน



พื้นที่การพัฒนา 4 วง
เพื่อความครอบคลุม

หลักคิดสำคัญ
(Core Values & Concepts)

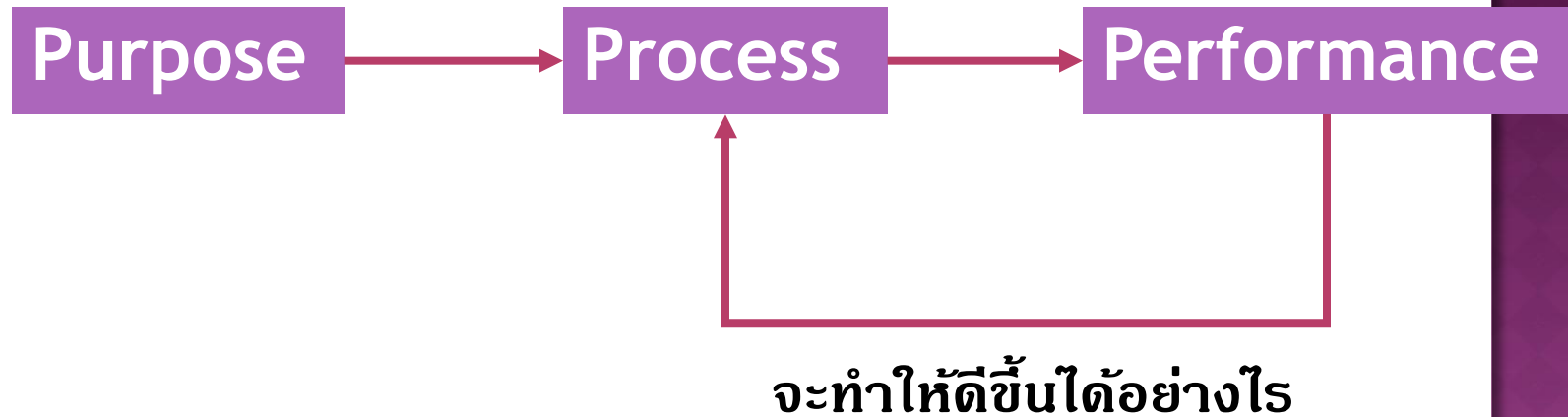


3C PDSA รู้คิด รู้ทำ

เพื่อความลุ่มลึก ตรงประเด็น ต่อเนื่อง

การใช้ 3P แบบเรียบง่ายในทุก พื้นที่ของการพัฒนา

3P : Basic Building Block



3P ในงานประจำวัน

3P ในโครงการพัฒนาคุณภาพ

3P ในระดับหน่วยงาน (service profile)

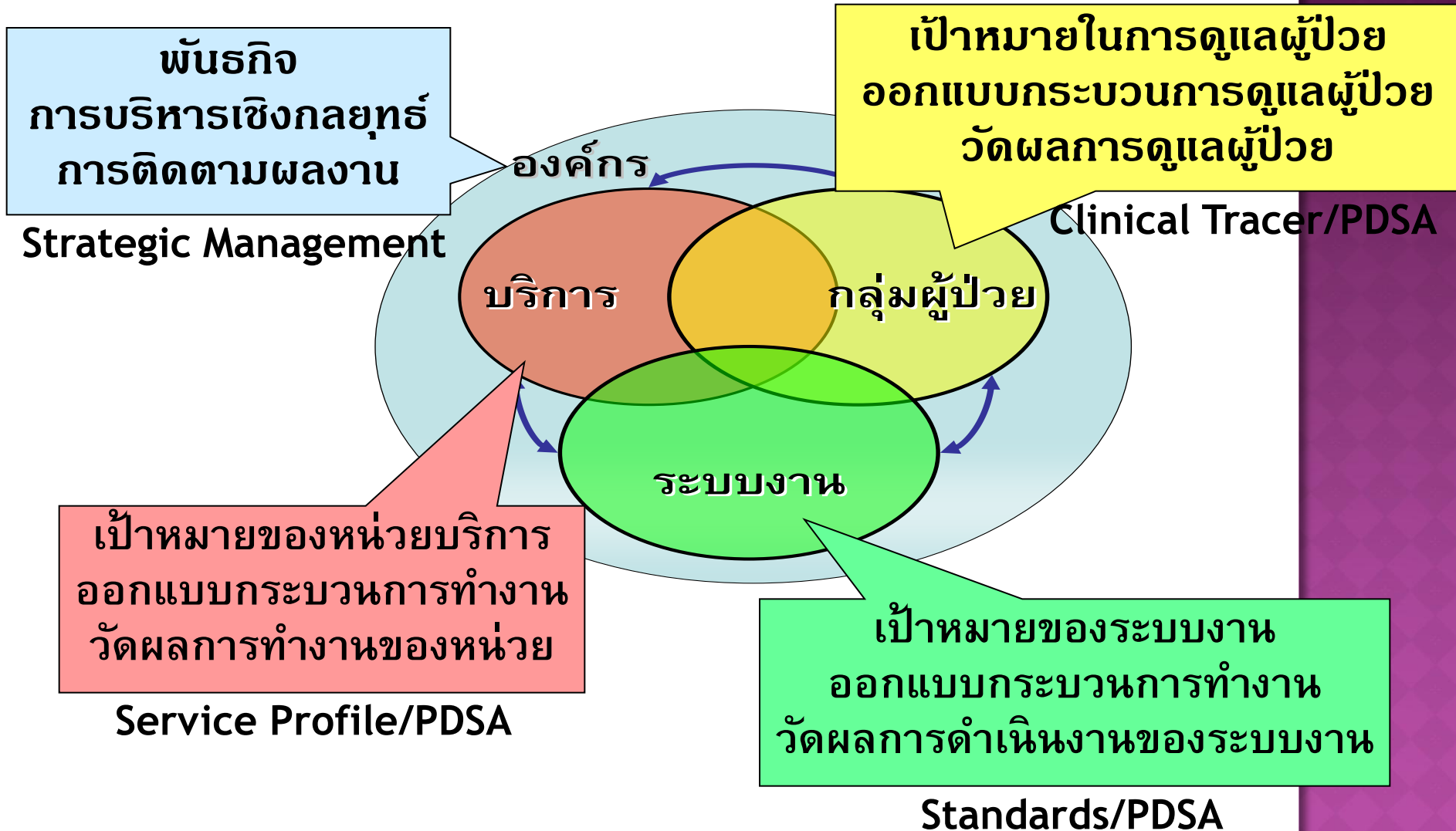
3P กับการพัฒนาระบบงาน

3P กับการดูแลผู้ป่วย (clinical tracer)

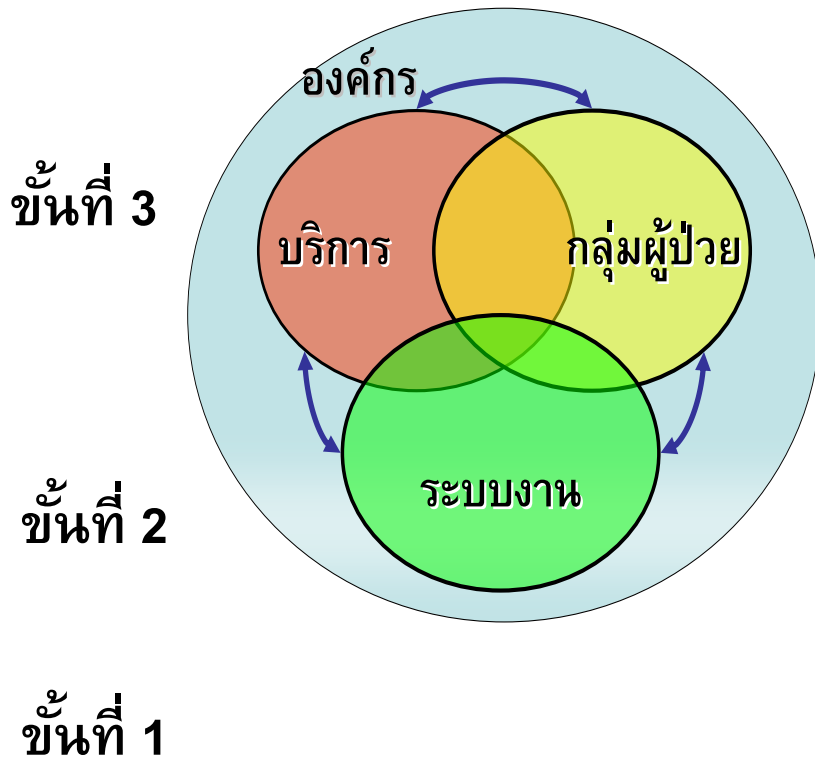
3P กับการบริหารองค์กร (strategic management)

ระบบ/กระบวนการทำงาน ให้สามารถทำหน้าที่ตามเป้าหมายได้อย่างสมบูรณ์

Purpose-Process-Performance



Context ในบันไดแต่ละขั้น



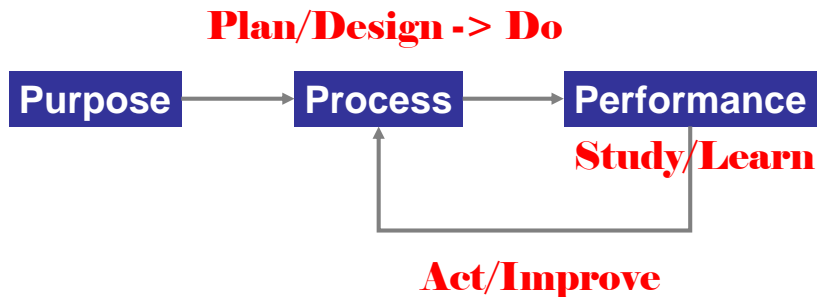
กำหนดโดยการวิเคราะห์หน้าที่
เป้าหมาย ความท้าทาย ศักยภาพ
ของหน่วยงาน กลุ่มผู้ป่วย ระบบงาน
และองค์กร

กำหนดโดยการวิเคราะห์หน้าที่
เป้าหมาย ความท้าทาย ศักยภาพ
ของหน่วยงาน กลุ่มผู้ป่วย ระบบงาน

กำหนดโดยปัญหาที่นำมาทบทวน

ส่งเสริมการคุณภาพของหน่วยงาน/ระบบงานอย่างเรียบง่าย

บริบท: ลักษณะสำคัญของเรา ที่กำหนดการกระทำของเรา



ใช้ 3P เป็นกรอบในการวิเคราะห์
พูดคุยทำความเข้าใจ สรุปลงงาน

- แต่ละคน รู้งาน รู้บทบาทของตนที่สัมพันธ์กับเป้าหมายของระบบ/หน่วยงาน
- ตัวชี้วัดของหน่วยงาน สอดคล้องกับประเด็นสำคัญและเป้าหมายของหน่วยงาน
- กิจกรรมพัฒนาคุณภาพสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน
ความเข้าใจและการลงมือทำ สำคัญกว่าการเขียนเอกสาร



เข้าใจกระบวนการ
Accreditation /
Re-accreditation ?



เป้าหมาย Goal สุดท้าย
Safety

Quality & Safety



RISK MANGEMENT



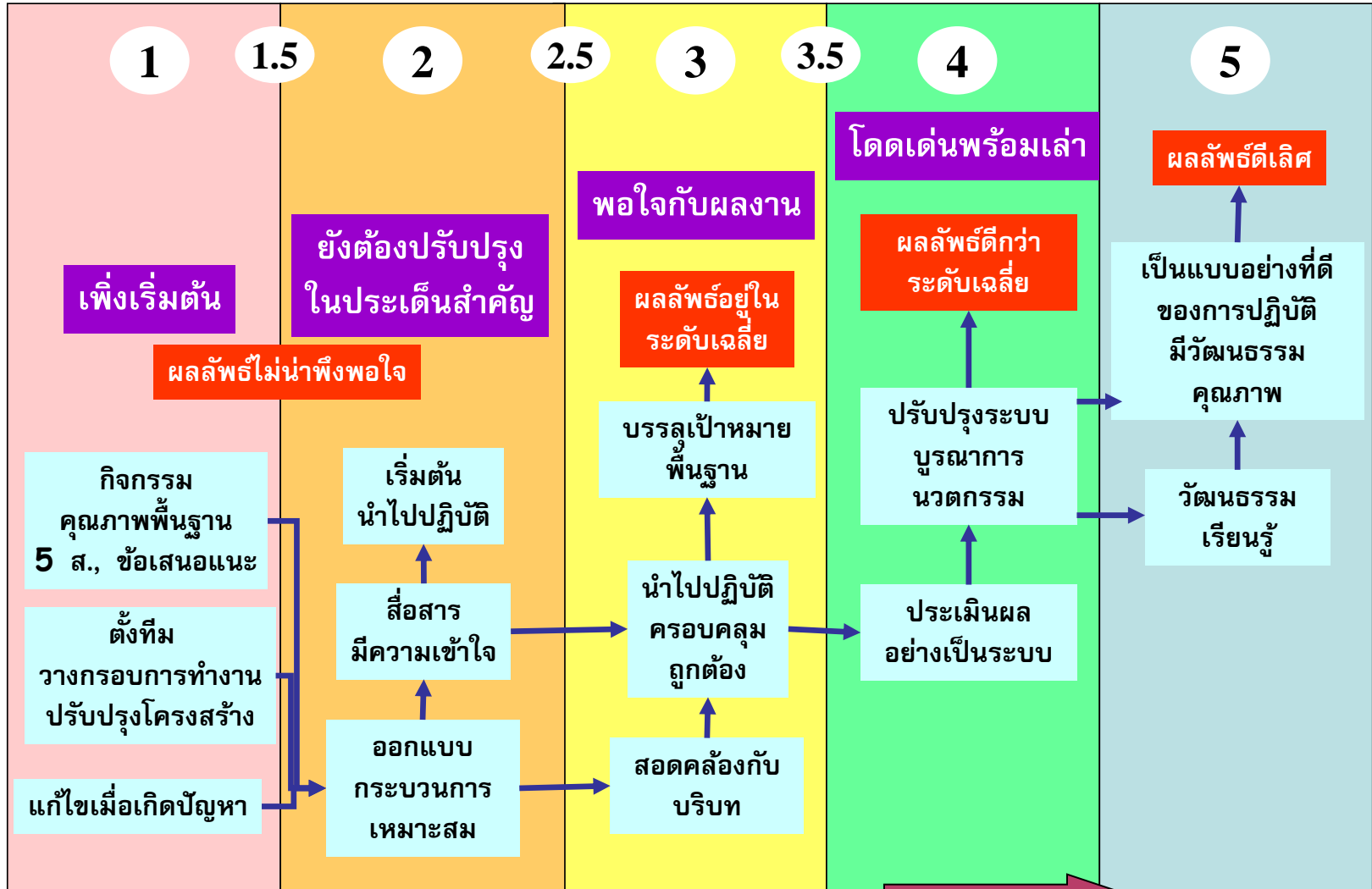

Safety


Risk


Quality

Goals

Scoring Guideline



Acc

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

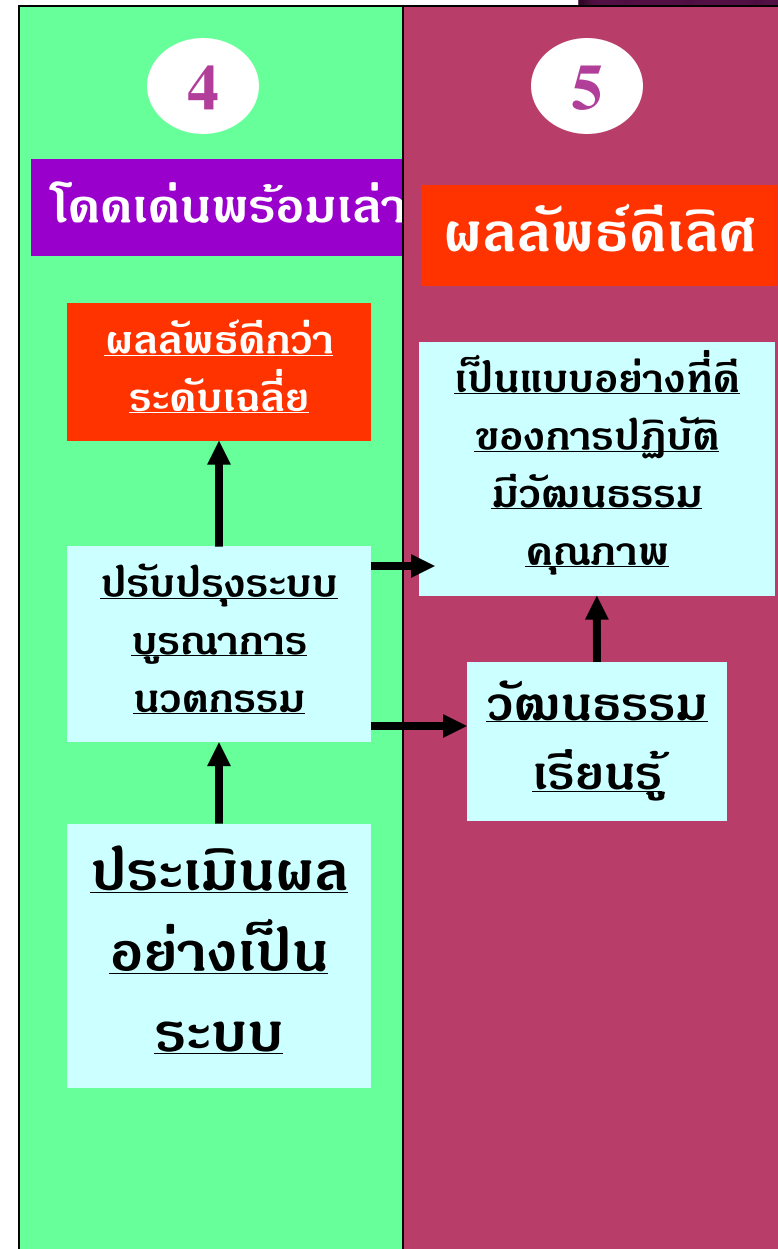
Check & Act

ประเมินผลอย่างเป็นระบบ (Evaluation)

ปรับปรุงระบบ (Improvement)


บูรณาการ (Integration)

นวัตกรรม (Innovation)



คุณสมบัติสำคัญของ รพ.ที่ได้รับ RE-ACCREDITATION

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



การแสดงให้เห็นการ
บรรลุเป้าประสงค์ของ
องค์กร

การแสดงให้เห็นการบรรลุเป้าประสงค์ขององค์กร

- ความสอดคล้องของเป้าประสงค์ แผนงาน และ ปัญหาหรือความท้าทาย
- การกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสม
- การติดตามตัวชี้วัดและการวิเคราะห์เพื่อสร้าง ความรู้ความเข้าใจ
- การตอบสนองต่อผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยทีมนำ

เอกสารที่สำคัญ

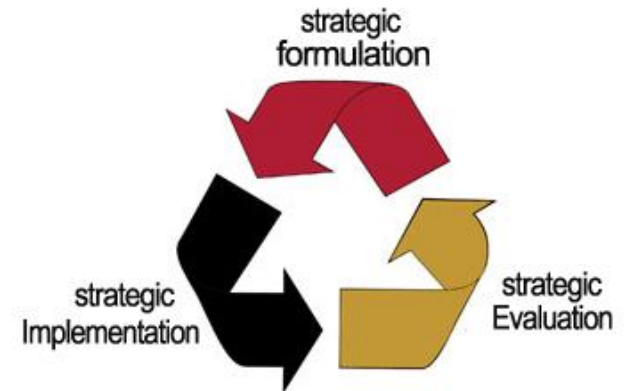
1.แผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

2.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ



แผนยุทธศาสตร์

- ◎ **Strategic formulation**
- ◎ **Strategic Implementation**
- ◎ **Strategic Evaluation**



**มาตรฐานโรงพยาบาล
และบริการสุขภาพ**

**SPA / SPA in
action/AHA**

**PCT , ทีมนำเฉพาะด้าน ทำแผน กลยุทธ์/
แผนปฏิบัติการ ของตนเองให้สอดคล้องกับ
แผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลและ
มาตรฐานโรงพยาบาล หรือยัง ?**



การแสดงให้เห็นผลลัพธ์
ทางด้านคลินิกที่ดีขึ้น

การแสดงให้เห็นผลลัพธ์ทางด้านคลินิกที่ดีขึ้น

- เลือกโรคสำคัญมาไตร่ตรองคลุม
- วิเคราะห์ประเด็นสำคัญและมีคุณภาพที่สำคัญของโรคได้อย่างเหมาะสม
- มีการจัดการกับความเสี่ยงและประเด็นสำคัญได้อย่างเหมาะสม มีการรับรู้และเข้าใจในทีมงานอย่างทั่วถึง
- มีการใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคนั้น ๆ อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเรียนรู้จากการทบทวนเวชระเบียน
- มีการวัดผลที่เหมาะสมทั้งด้าน process & outcome
- ผู้รับบริการและผู้เยี่ยมสำรวจสามารถสัมผัสถึงคุณภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้จริง

Priority Diseases & Quality Dimension

| | Competency | | Efficient | Responsive | | Timeliness |
|------------------|-------------|-----------|-----------|--------------------|--------|------------|
| | Appropriate | Effective | | Holistic/Humanized | Safety | |
| High Risk Preg | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓✓ | ✓ |
| DHF | | | | | | |
| Ac. Appendicitis | ✓ | | | | | ✓ |
| Acute MI/stroke | | ✓ | | | ✓✓ | ✓ |
| COPD | | | | | | |
| DM | | | | | | |
| Hypertension | | | | | | |

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

การทบทวนเวชระเบียน



การทบทวนข้างเตียง

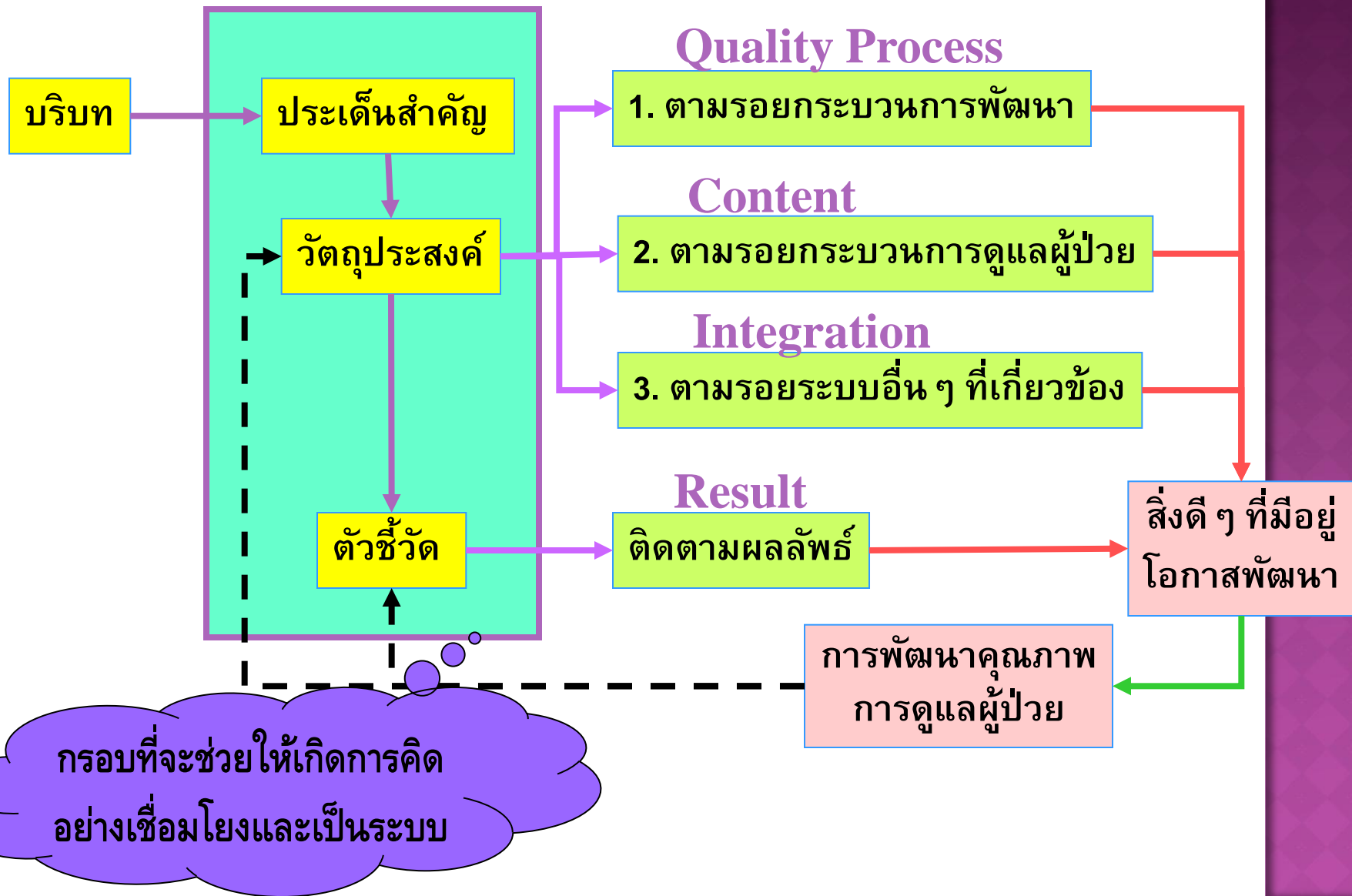
การทบทวนอื่น ๆ

Care & Risk
Communication
Continuity & D/C plan
Team work
HRD
Environment & Equipment

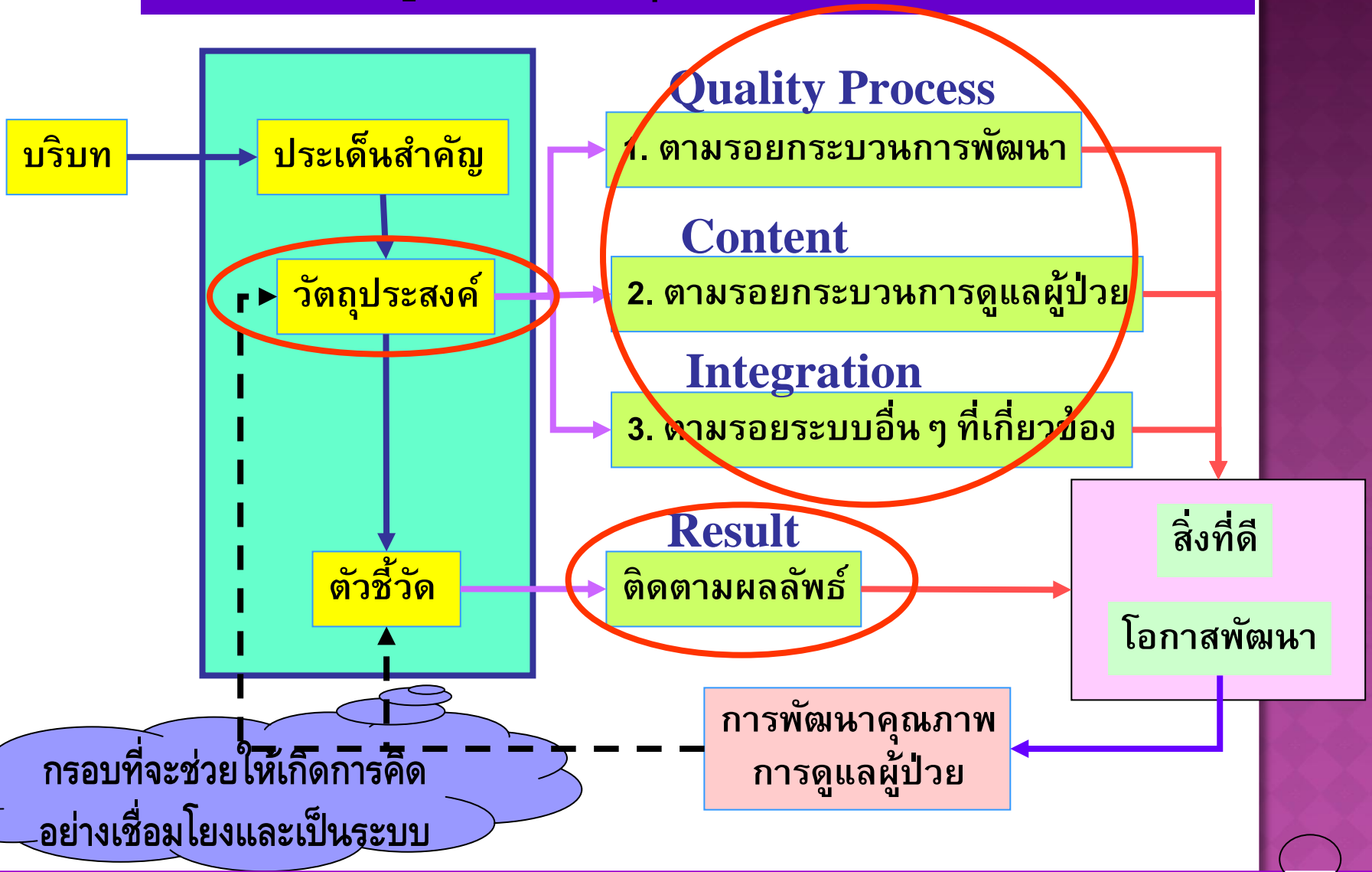
Holistic
Empowerment
Lifestyle
Prevention

การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย
การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ (เสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อน)
การค้นหาความเสี่ยง
การทบทวนศักยภาพ (การส่งต่อ การตรวจรักษา)
การติดเชื้อในโรงพยาบาล
การใช้ยา
การใช้ทรัพยากร
ตัวชี้วัด

ใช้ตัวตามรอยทางคลินิก (Clinical Tracer) เพื่อเรียนรู้และพัฒนาทุกองค์ประกอบในระบบงาน



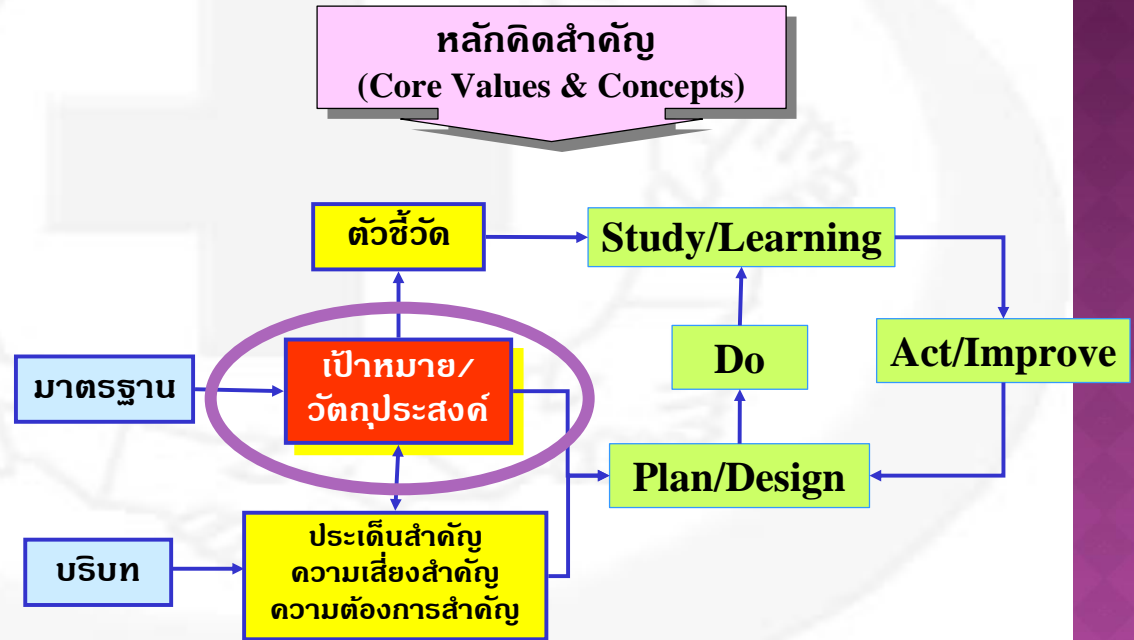
ใช้ตัวตามรอยทางคลินิก (Clinical Tracer) เพื่อเรียนรู้และพัฒนาทุกองค์ประกอบในระบบงาน



Purpose ใน 3C – PDSA

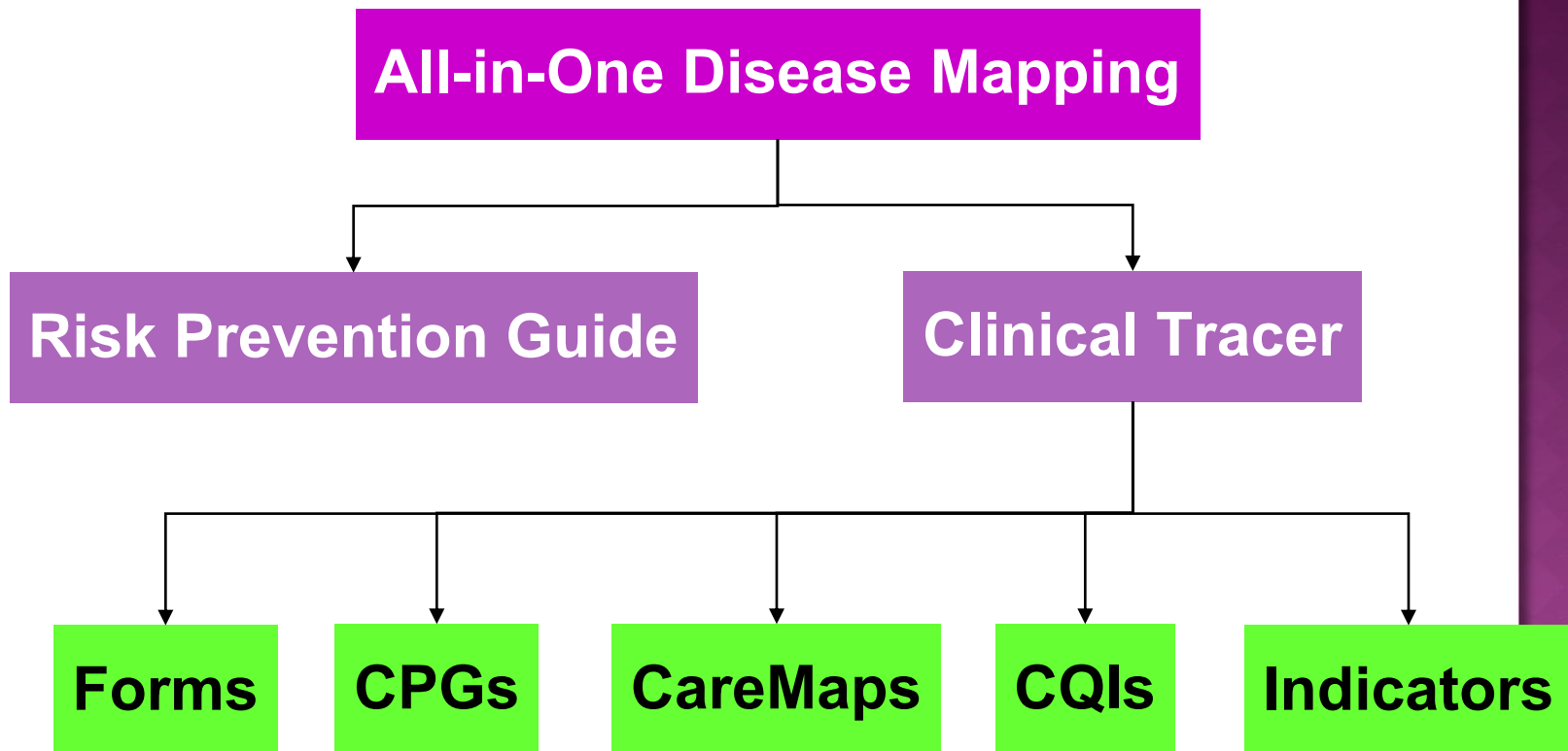
ประยุกต์กับการดูแลผู้ป่วย

- มาตรฐานวิชาชีพ
- Evidence-based CPG



- ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยคือตัวกำหนดบริบทในการดูแล
- ประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย
- ประเมินความต้องการของกลุ่มผู้ป่วย (clinical tracer)

ลำดับชั้นของเอกสาร: ทำให้น้อยที่สุด



Care Process: Ac. Appendicitis

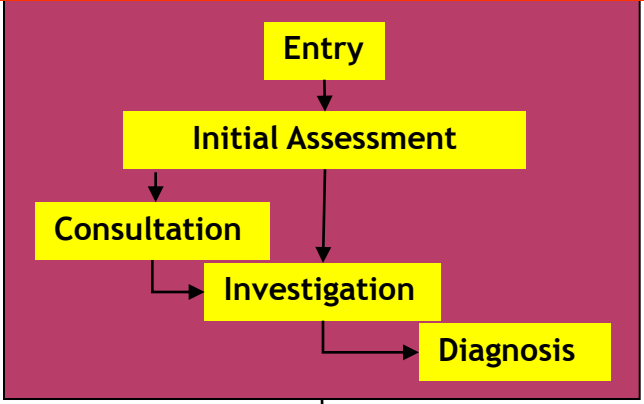
Risk

Prevention

Monitor

CQI

Research

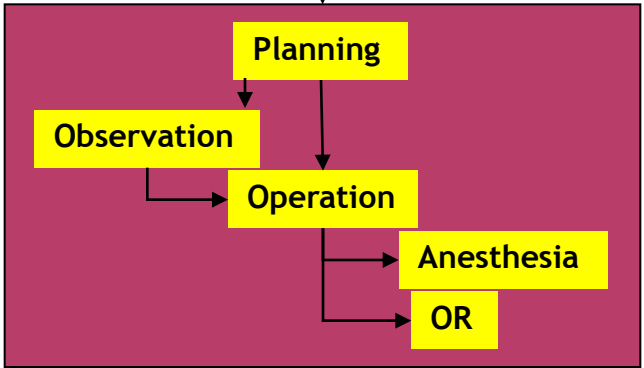


Delayed/missed diagnosis

Patho. Diag. confirmed

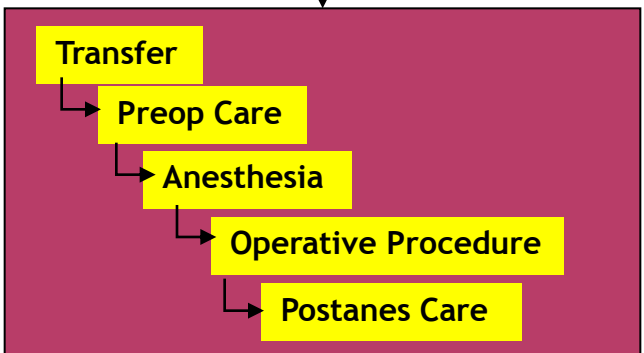
Use of clinical sign

Predictive value of US



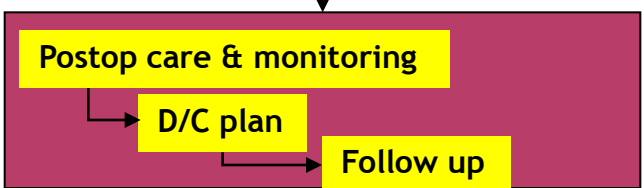
Undetected change

All-in-One Disease Mapping



Anes complication
Delayed operation

“Door to operation” time



SSI

SSI rate

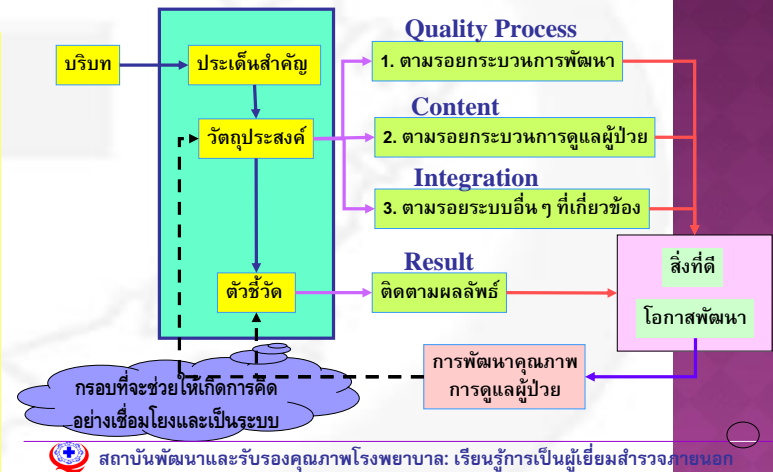
ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ตามรอยการดูแลผู้ป่วยอย่างเรียบง่าย แต่ไม่ไร้หลักการ

- พูดคุยกันในเวลาสั้น ๆ
- ตามรอยผู้ป่วยจริง ดูสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วย
- ใช้ผู้ป่วยเชื่อมโยงจุดบริการต่าง ๆ
- เก็บข้อมูลประเมินผลตามความเหมาะสม (ทั้ง process & outcome)
- ใช้ one page summary สรุปข้อมูล

18

ใช้ตัวตามรอยทางคลินิก (Clinical Tracer) เพื่อเรียนรู้และพัฒนาทุกองค์ประกอบในระบบงาน



ตามรอยการดูแลผู้ป่วยอย่างเรียบง่าย แต่ไม่ไร้หลักการ

- พูดคุยกันในเวลาสั้น ๆ
- ตามรอยผู้ป่วยจริง ดูสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วย
- ใช้ผู้ป่วยเชื่อมโยงจุดบริการต่าง ๆ
- เก็บข้อมูลประเมินผลตามความเหมาะสม (ทั้ง process & outcome)
- ใช้ one page summary สรุปข้อมูล

บทเรียน ALL IN ONE DISEASE MAPPING

- ◎ Key process ของโรคที่คัดเลือกทำ tracer
- ◎ ช่องความเสี่ยง/ประเด็นสำคัญ คือ สาเหตุเบื้องต้น ที่ได้จากการตามรอย key process การดูแล
- ◎ Prevention คือ การแก้ไขปัญหา (กระบวนการตามรอยคุณภาพ)
- ◎ Monitor เครื่องชี้วัดที่เป็นทำได้ process & intermidiat indicator
- ◎ CQI ส่วนแผนการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง
- ◎ Research วิชาการที่นำมาใช้ในการพัฒนา รวมทั้ง plan ทำวิจัย
ในขนาด



มีการประเมิน
ประสิทธิภาพของระบบ
หลัก ๆ

มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบหลัก ๆ


- การประเมินระบบหลักควรครอบคลุม
 - HR, ENV, IM, IC, RM, Drug, ...
- ควรวิเคราะห์มิติของคุณภาพและประสิทธิภาพในแต่ละระบบให้ชัดเจน
- ควรเชื่อมโยงกับมาตรฐานตอนที่ 4 และเป้าหมายขององค์กร
- การกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสม
- การติดตามตัวชี้วัดและการวิเคราะห์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ
- การตอบสนองต่อผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยทีมนำที่รับผิดชอบ



การใช้นวัตกรรมและ
ความคิดสร้างสรรค์

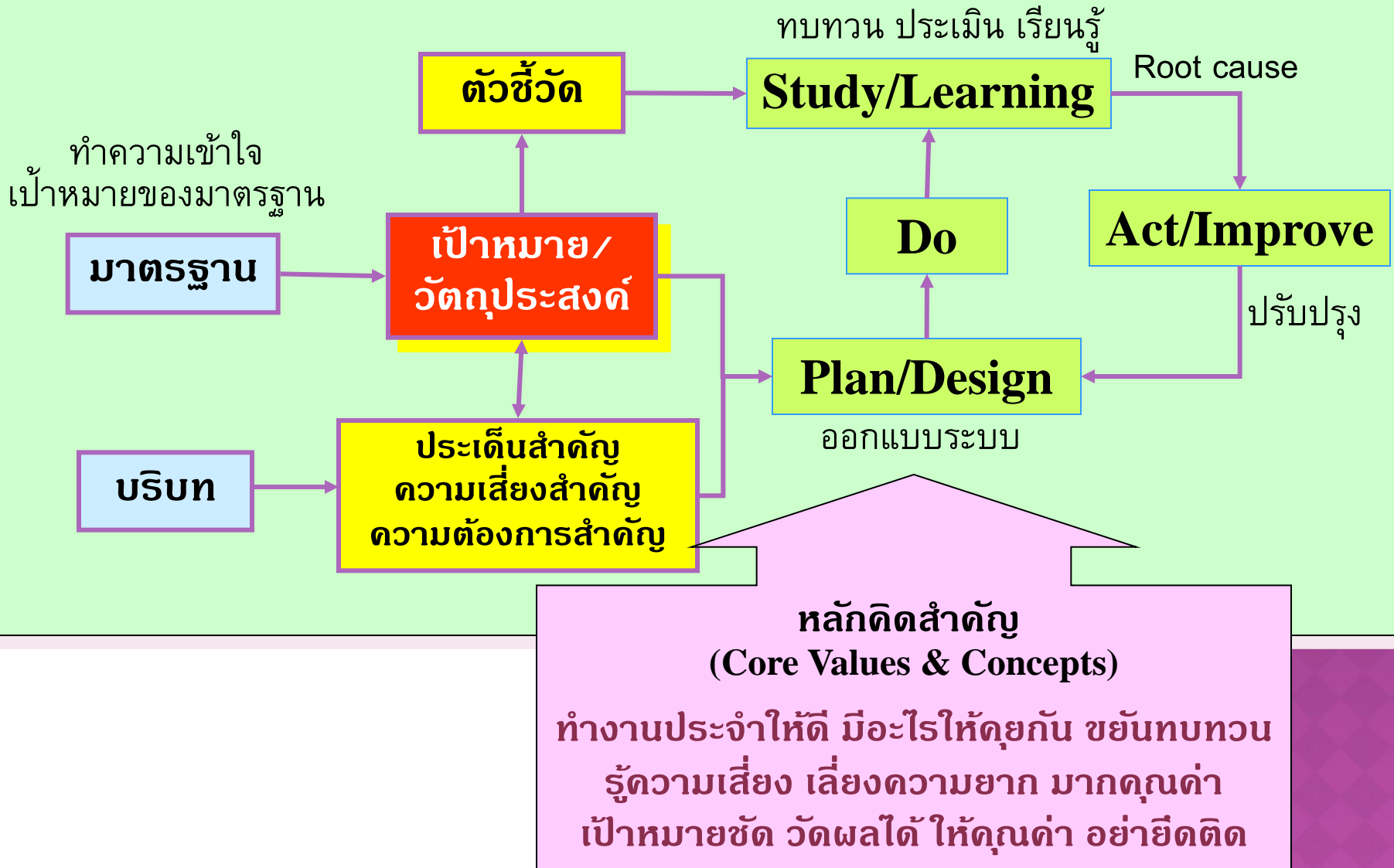
การใช้นวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์

- การสร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการใช้ นวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์
 - การฝึกอบรมให้ทีมงานรู้จักใช้ความคิดสร้างสรรค์
 - การใช้เครื่องมืออย่างง่าย ๆ เช่น HFE
 - การมีแรงจูงใจ/การเปิดโอกาสให้ทดลอง
- การใช้ขยายผลของนวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์
- การค้นหาโอกาสด้วยการตรวจสอบจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ
 - โรงพยาบาลอื่น
 - การเรียนรู้จากผู้ป่วย
 - การค้นหาจาก internet, การประชุมวิชาการ
- การประเมินผลความสอดคล้องกับความต้องการ/ความเสี่ยง

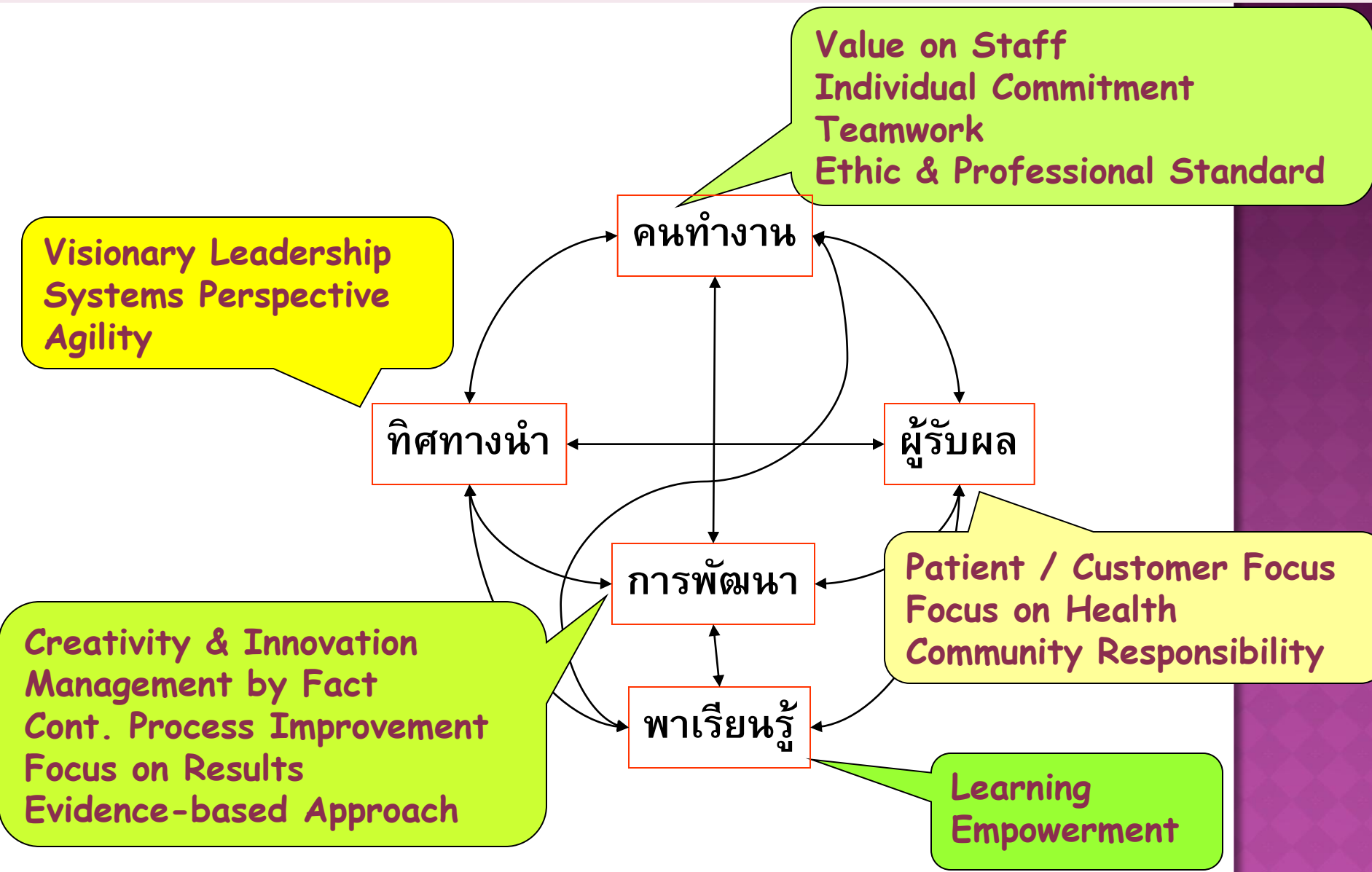


มีวัฒนธรรมคุณภาพ
ความปลอดภัย การ
เรียนรู้

หลักคิดสำคัญอย่างง่าย ๆ



ค่านิยมและแนวคิดหลัก

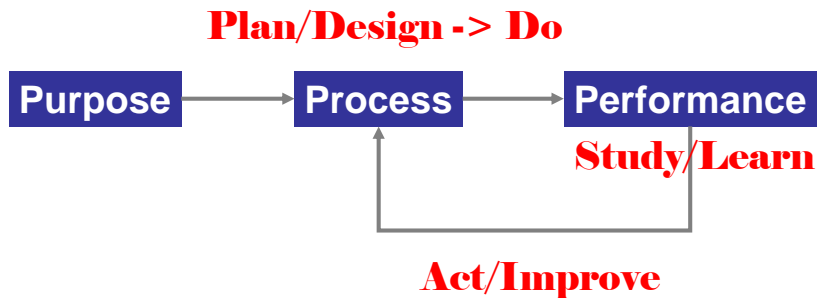


วิธีการนำค่านิยมและแนวคิดหลักไปใช้

- ◎ ใช้ชุดของ core values ง่าย ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น
 - ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ชยันตบททวน
 - จับยอดปัญหา ใช้สามัญสำนึก ศึกษาข้อมูล
 - เป้าหมายชัด วัตถุประสงค์ ให้คุณค่า อย่ายึดติด
- ◎ ทบทวนการใช้ core values ก่อนและหลังทำโครงการ / การตัดสินใจสำคัญ
- ◎ ทบทวนการใช้ core values กับการใช้มาตรฐานทุกเรื่อง

ส่งเสริมการคุณภาพของหน่วยงาน/ระบบงานอย่างเรียบง่าย

บริบท: ลักษณะสำคัญของเรา ที่กำหนดการกระทำของเรา

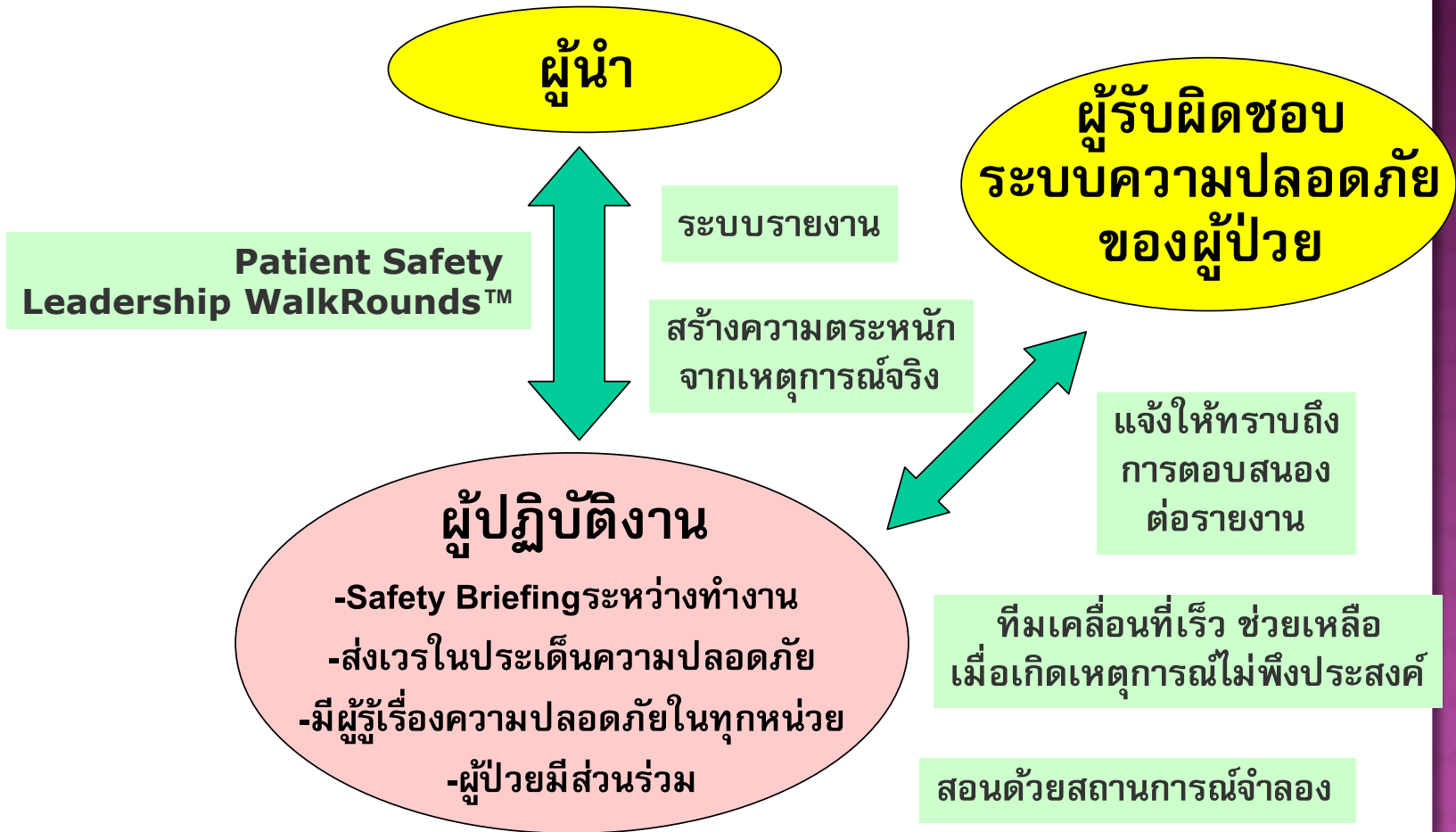


ใช้ 3P เป็นกรอบในการวิเคราะห์
พูดคุยทำความเข้าใจ สรุปผลงาน

- แต่ละคน รู้งาน รู้บทบาทของตนที่สัมพันธ์กับเป้าหมายของระบบ/หน่วยงาน
- ตัวชี้วัดของหน่วยงาน สอดคล้องกับประเด็นสำคัญและเป้าหมายของหน่วยงาน
- กิจกรรมพัฒนาคุณภาพสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน
ความเข้าใจและการลงมือทำ สำคัญกว่าการเขียนเอกสาร

วัฒนธรรมความปลอดภัย

การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย



คุยกันวันละนิด จิตเต็มตัว

ผู้ปฏิบัติงานนำประเด็นความเสี่ยงมาคุยกัน
ในที่ทีมเป็นประจำในทุกเวอร์โดยใช้เวลานั้นๆ

**สรุปย่อ ข้อปลอดภัย
(Safety Brief)**

ตรวจสอบปัญหาที่อาจจะถูกกลະเลย
ไประหว่างการดูแลผู้ป่วยตามปกติ

ทบทวนข้างเตียง

ส่งต่อประเด็นความเสี่ยงและข้อ
พึงระวังที่คุยกันภายในแต่ละเวอร์

ส่งต่อระหว่างเวอร์



ผู้ป่วยที่รับใหม่และปัญหาการดูแลผู้ป่วย
ที่เกิดขึ้นในช่วงเวรป่วยและเวรตึก

**คุยกันยามเช้า
(Morning Brief)**

**ผู้นำออกหน้ารับรู้
(PS Leadership Walkround)**

ตรวจเยี่ยมหน่วยงานต่างๆ อย่างสม่ำเสมอทุกสัปดาห์
เพื่อรับรู้ปัญหาและอุบัติการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น
ให้ความมั่นใจว่าจะมุ่งเน้นการแก้ไขปรับปรุงระบบ
และดำเนินการแก้ไขโดยทันที

การทบทวนข้อมูลและแนวโน้ม

ความเหมาะสมตามข้อบ่งชี้
ผลที่ไม่พึงประสงค์จากยา
ความคลาดเคลื่อนทางยา

การใช้ยา

การสื่อสารกับผู้ป่วย ศักยภาพของ รพ.
และความเหมาะสมของการดูแล

ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ

อัตราการติดเชื้อในตำแหน่งต่างๆ
พฤติกรรมป้องกัน
การติดตามหลังจากผู้ป่วยออกจาก รพ.

การติดเชื้อในโรงพยาบาล



การใช้ทรัพยากร

ที่เกี่ยวกับการตัดสินใจทางการแพทย์
เพื่อนำไปสู่การจัดทำแนวทางดูแลผู้ป่วย
ที่คุ้มค่าและได้ผลดียิ่งขึ้น

ตัวชี้วัดต่างๆ

คำร้องเรียนและข้อเสนอแนะ

Patient Safety Goals : SIMPLE

Safe Surgery

SSI Prevention
Safe Anesthesia
Correct Procedure at Correct Site
Surgical Safety Checklist

Infection Control

Hand Hygiene
Prevention of CAUTI, VAP, Central line infection

Medication & Blood Safety

Safe from ADE, conc e'lyte, High-Alert Drug
Safe from medication error, LASA
Medication Reconciliation
Blood Safety

Patient Care Process

Patient Identification
Communication (SBAR, handovers, critical test results, verbal order, abbreviation)
Proper Diagnosis
Preventing common complications (Pressure Ulcers, Falls)

Line, Tubing, Cathether

Mis-connection

Sepsis

Acute Coronary Syndrome

Emergency Response

Maternal & Neonatal Morbidity
Response to the Deteriorating Patient / RRT



มีวัฒนธรรมการเรียนรู้

วัฒนธรรมการเรียนรู้

1. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ความรู้จากการปฏิบัติ)
2. วิเคราะห์ แปลความหมาย ทำความเข้าใจ ข้อมูลที่มีอยู่
3. ทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพเป็นวิถีชีวิตปกติประจำ
4. เรียนรู้ด้วยการตามรอยคุณภาพทางคลินิก
5. ตรวจสอบการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน/
ทีมงาน/โรงพยาบาล
6. ประเมินระบบงานในภาพใหญ่ของทั้งโรงพยาบาล
7. ตรวจสอบระดับการนำมาตรฐานโรงพยาบาลมาสู่
การปฏิบัติ โดยใช้ scoring guideline

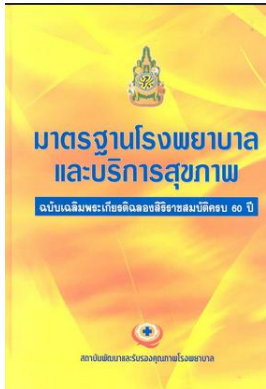


เข้าใจบริบทขององค์กร
เองว่าปัจจุบัน status
เป็นอย่างไร

บริบทองค์กร

- ◎ รพ. มีการวิเคราะห์ องค์กร (Organization Diagnosis) : อาจใช้กรอบบริบทชั้น 3 8nv การวิเคราะห์หน้าที่ เป้าหมาย ความท้าทาย ศักยภาพ ของหน่วยงาน กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ระบบงาน และองค์กร
- ◎ ข้อเสนอแนะ จากการเยี่ยมชมสำรวจครั้งที่ผ่านมา ทั้ง Re-acc , surveillance

SPA in Action



Standards

Practice

Assessment

What? : อะไรคือปัญหาเฉพาะในเรื่องนี้

How? : จะทำอย่างไรกับเรื่องนี้ดี

SPA in Action

SAR2011

ขอรับรอง HA

PDCA

**QI Report
(on PPT)**

ต่ออายุชั้นที่ 2

SPA in Action

SPA

3P

Standards

นำมาตรฐาน

Purpose

Practice

in
มาสู่การปฏิบัติ
↓
Action

Process

Assessment

ประเมินให้เห็นชัด

Performance

SPA in Action

(3) มีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล**ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้**.
ถ้าไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความ**ช่วยเหลือ**
เบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับไว้ และช่วยเหลือผู้ป่วย
ในการหาสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกว่า.

What? : อะไรคือปัญหาเฉพาะในเรื่องนี้

How? : จะทำอย่างไรกับเรื่องนี้ดี

More How? : แล้วจะให้สิ่งดี ๆ นี้ดำรงอยู่อย่างไร

| คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง | ดำเนินการปรับปรุง |
|--|--|
| ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลไม่สามารถรับไว้ดูแลได้ และมีโอกาสที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมาขอรับบริการมีอะไรบ้าง | จัดระบบที่จะให้การดูแลเบื้องต้นและการประสานเพื่อการส่งต่ออย่างเหมาะสม |
| มีการกำหนดเกณฑ์สำหรับตัดสินใจอย่างไรว่าจะรับหรือไม่รับผู้ป่วยไว้ดูแล | ทบทวนเพื่อกำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจน สื่อสารกับผู้ปฏิบัติ ประเมินการปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริง |
| มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเมื่อไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ดูแลได้อย่างไรในเรื่องการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น การให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การช่วยเหลือในการหา รพ.ที่จะส่งต่อ การประสานงานกับ รพ.ที่จะรับผู้ป่วย | ทบทวนและกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ตามรอยการปฏิบัติจริงเพื่อค้นหาโอกาสปรับปรุง และดำเนินการปรับปรุง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประสานงานกับ รพ.ที่ส่งต่อ |
| สถิติผู้ป่วยจาก OPD และ ER ที่โรงพยาบาลไม่สามารถรับไว้ดูแลเป็นอย่างไร ผลการประเมินในประเด็นความเหมาะสมต่าง ๆ เป็นอย่างไร | มองภาพรวมแล้วกำหนดลำดับความสำคัญของประเด็นที่ต้องปรับปรุง ทั้งในเรื่องโรคและขั้นตอนต่าง ๆ |
| มีระบบในการติดตามผลการดูแลในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับไว้ดูแลหรือไม่ | จัดให้มีระบบการติดตามผลจาก รพ.ที่รับส่งต่อ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ |

แนวทางทำกิจกรรมกลุ่ม

- ◎ ศึกษา SPA in Action ในมาตรฐาน III-1(3)
- ◎ ช่วยกัน “ตอบคำถามเพื่อทวนสอบตัวเอง”
- ◎ ท่านพบโอกาสพัฒนาในเรื่องใดบ้าง
- ◎ เลือกเรื่อง ที่ทำไม่ยากและมีประโยชน์มาก มาพิจารณา
- ◎ จากเรื่อง que เลือกมา (โอกาสพัฒนาที่พบ) ถ้าจะลงมือ Action เพื่อดำเนินการพัฒนา ท่านจะวางแผนในการดำเนินการอย่างไร โดยใช้ความคิดสร้างสรรค์
- ◎ และท่านจะประเมินความสำเร็จเรื่องนี้อย่างไร

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย, กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาสุขภาพ / ความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล.

ตรวจเช็ค **Overall Requirement** ว่าสิ่งที่ดำเนินการตอบเป้าหมายมาตรฐานนี้หรือยัง

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

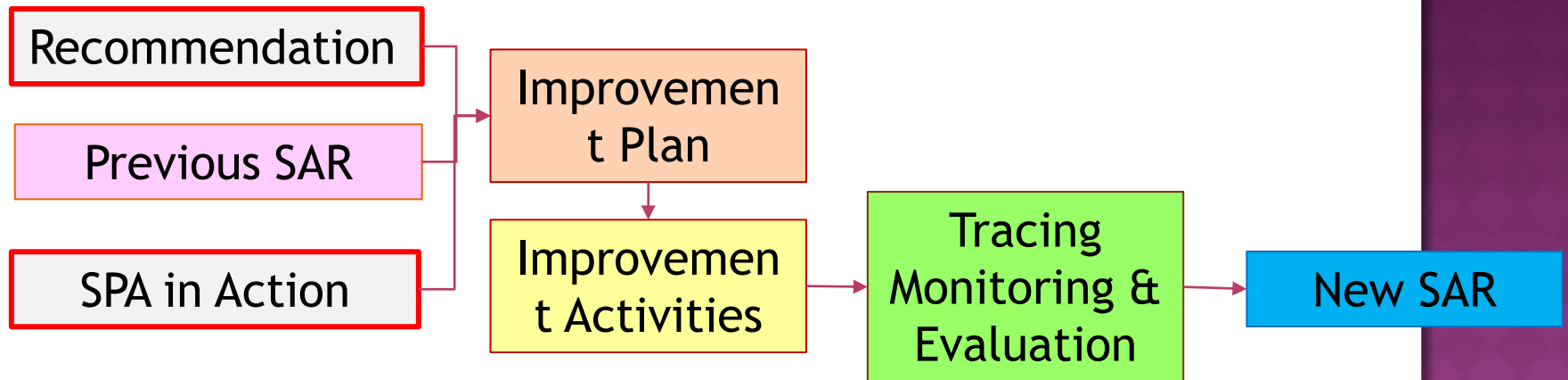
ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย, กระบวนการรับผู้ป่วย
เหมาะกับปัญหาสุขภาพ / ความต้องการของผู้ป่วย
ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและ
สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล.

♥ มาตรฐานนี้มีเป้าหมายอะไร

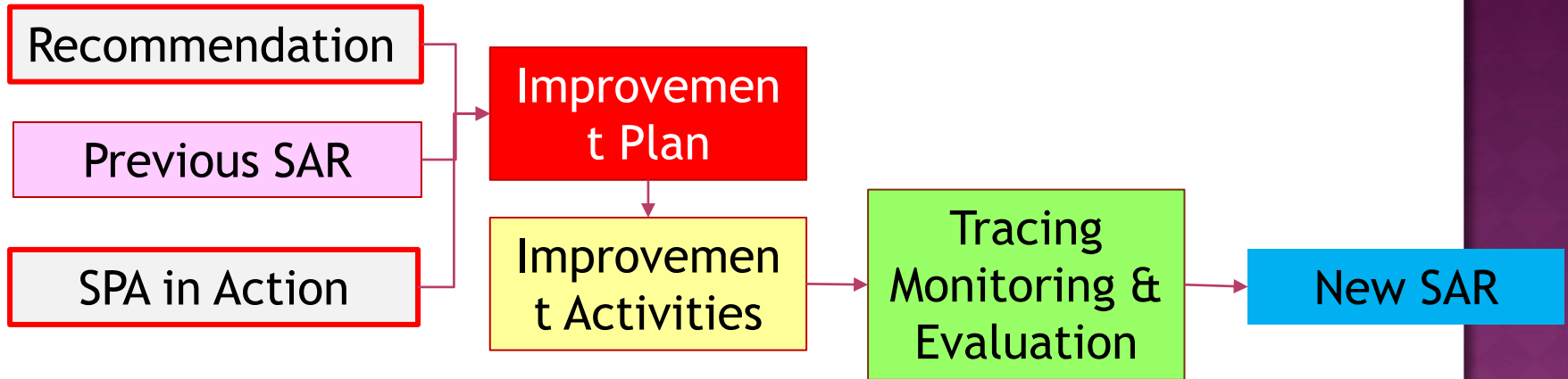
♥ มาตรฐานนี้จะช่วยให้ระบบของรพ.เราดีขึ้นได้อย่างไร

♥ อะไรที่เราทำได้ดี อะไรที่ยังเป็นจุดอ่อน
จุดอ่อนนั้นอยู่ตรงไหน กับใคร เมื่อไร ที่ใด

“SPA in Action” to Re-accreditation



1. วิเคราะห์และปรับปรุงแผนขั้นต้น



| วิเคราะห์แผน | การปรับปรุงถ้าเป็นปัญหา |
|------------------------------------|-------------------------------|
| มีแผนครบตามข้อเสนอแนะหรือไม่ | จัดทำแผน |
| แผนตรงประเด็นหรือไม่ | ปรับแผนให้ตรงประเด็น |
| แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจนหรือไม่ | กำหนดกิจกรรมให้ชัดเจน |
| กิจกรรมกว้างเกินจำเป็นหรือไม่ | กำหนดกิจกรรมที่มุ่งเป้า |
| แผนระบุเป้าหมายและกำหนดเวลาหรือไม่ | กำหนดเป้าหมายและเวลาแล้วเสร็จ |

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย, กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาสุขภาพ / ความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ.

(1) ชุมชนสามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับความต้องการของตน. ทีมผู้ให้บริการพยายามลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ในด้านกายภาพ ภาษา วัฒนธรรม และอุปสรรคอื่นๆ. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองต่อผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว. ระยะเวลารอคอยเพื่อเข้ารับบริการเป็นที่ยอมรับของชุมชนที่ใช้บริการ.

(2)

(3)

(4) (5).....

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

ข้อเสนอแนะ

แผนการพัฒนา

พบว่าผู้ป่วยในหลายจุดบริการยากต่อ การเข้าถึง ได้แก่ ผู้ป่วยวิกฤตที่ห้องฉุกเฉินที่ต้องรอ Admit เป็นเวลานาน ผู้ป่วยรอตรวจหาที่ OPD แล้วมีอาการทรุดลง ผู้ป่วยไตวายที่ต้องการฟอกเลือดฉุกเฉินที่ต้องทำหัตถการในห้องไตเทียมที่พื้นที่คับแคบแออัด เป็นต้น ควรนำ

ข้อมูลปัญหาการเข้าถึงการบริการในแต่

| | |
|-------------------------------|---|
| มีแผน | Y |
| แผนตรงประเด็น | Y |
| กิจกรรมชัดเจน | ? |
| กำหนดเป้าหมายและเวลาแล้วเสร็จ | N |

- 1.การพัฒนากระบวนการเพื่อให้ง่ายต่อการเข้าถึง ได้แก่
 - ผู้ป่วยวิกฤตที่ห้องฉุกเฉินที่ต้องรอ Admit เป็นเวลานาน
 - case ที่ไม่สมควร Admit
 - พัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยต่างสาขา
 - เพิ่ม Refer back โดยช่วยพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน
 - พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Stroke โดยขยายเวลาการดูแลรักษาด้วย rtpa 24 ชั่วโมง และพัฒนาการ
 - การประเมินผู้ป่วย Stroke
 - การ Admit ผู้ป่วยTb เข้าห้องแยก
 - จัดโซนที่นั่งสำหรับผู้ป่วย OPD ที่ต้องเฝ้าระวังอาการ เพื่อให้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย
 - เตรียมห้องสำหรับแก้ไขอาการที่ทรุดลงโดย มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่ทรุดลงไว้ล่วงหน้า (อยู่ที่ OPD อายุรกรรม)
 - ติดป้ายเตือนผู้ป่วยในเรื่องอาการที่ต้องแจ้งพยาบาล
 - การจัดตั้งหน่วยงานฟอกเลือดผู้ป่วยวิกฤต

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

| ข้อเสนอแนะ | แผนการพัฒนา |
|--|--|
| พบว่า มีสถิติ unplanned ICU สูง ดังนั้นทีมควรทบทวน กระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสม กับปัญหาของผู้ป่วย ทันเวลา ตลอดจนส่งเสริมให้มีการ ประสานงานที่ดี | <p>1.แผนปรับปรุงด้านการสื่อสาร โดยวิชาชีพ แพทย์</p> <p>1.1 ผู้อำนวยการพูดคุยกับแพทย์เวรที่เริ่มเข้า ทำงานใหม่เป็นรายบุคคลทุกคน</p> <p>1.2 จัดทำเอกสารเกณฑ์การปฏิบัติงาน และ CPG ที่สำคัญ แจกให้แพทย์เวรทุกคน พยาบาล หัวหน้าER ปฐมนิเทศงานให้พยาบาล</p> |
| มีแผน | Y ER ทุกคน |
| แผนตรงประเด็น | ? งาน ให้พยาบาลตรวจการณ์เมื่อมีการส่ง |
| กิจกรรมชัดเจน | ? sion ER ทุกครั้ง เพื่อเป็นการช่วยกัน |
| กำหนดเป้าหมายและเวลาแล้วเสร็จ | ? รองให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด |

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย, กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาสุขภาพ / ความต้องการของผู้ป่วย ทันท่วงที มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล.

(1) (2) (3)

(4) **การรับย้ายหรือรับเข้าหน่วยบริการวิกฤต**หรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.

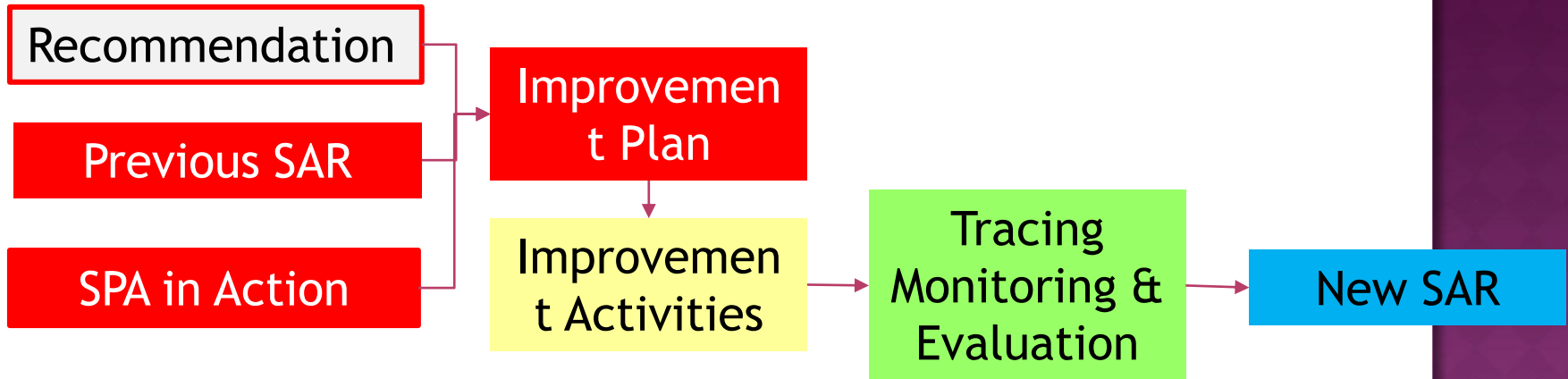
(5) ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล, มีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การดูแลที่จะได้รับ ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น แก่ผู้ป่วย / ครอบครัว อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย. มีกระบวนการขอความยินยอมจากผู้ป่วย / ครอบครัวก่อนที่จะให้บริการหรือกระทำหัตถการสำคัญ และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย / ครอบครัว ได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอด้วยความเข้าใจ มีเวลาที่จะพิจารณาก่อนตัดสินใจ และมีการบันทึกที่เหมาะสม.

SPA in Action

(4) การรับย้ายหรือรับเข้าหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.

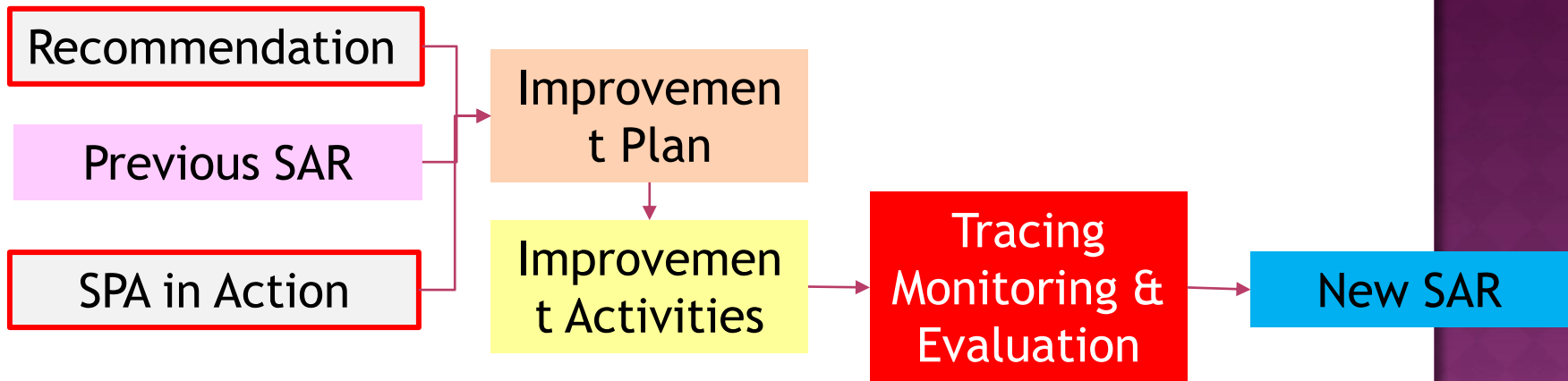
| คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง | ดำเนินการปรับปรุง |
|--|---|
| อะไรคือเกณฑ์การรับย้ายหรือรับผู้ป่วย เข้าไว้ดูแลในหน่วยบริการวิกฤตหรือ หน่วยบริการพิเศษ | ทบทวนให้เกณฑ์มีความเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ |
| มีระบบการประเมินการปฏิบัติตามเกณฑ์ หรือไม่ ผลเป็นอย่างไร | จัดให้มีระบบติดตามประเมินการปฏิบัติตาม เกณฑ์อย่างสม่ำเสมอ |
| มีระบบการทบทวนผลไม่พึงประสงค์ที่ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารับ บริการในหน่วยบริการวิกฤตในเวลาที่เหมาะสมอย่างไร | จัดให้มีระบบการทบทวน นำข้อมูลเข้ารวมกับ ระบบรายงานอุบัติการณ์ และทำ RCA เพื่อ นำไปใช้ปรับปรุงระบบ |

2. เพิ่มเติมความสมบูรณ์ของแผน



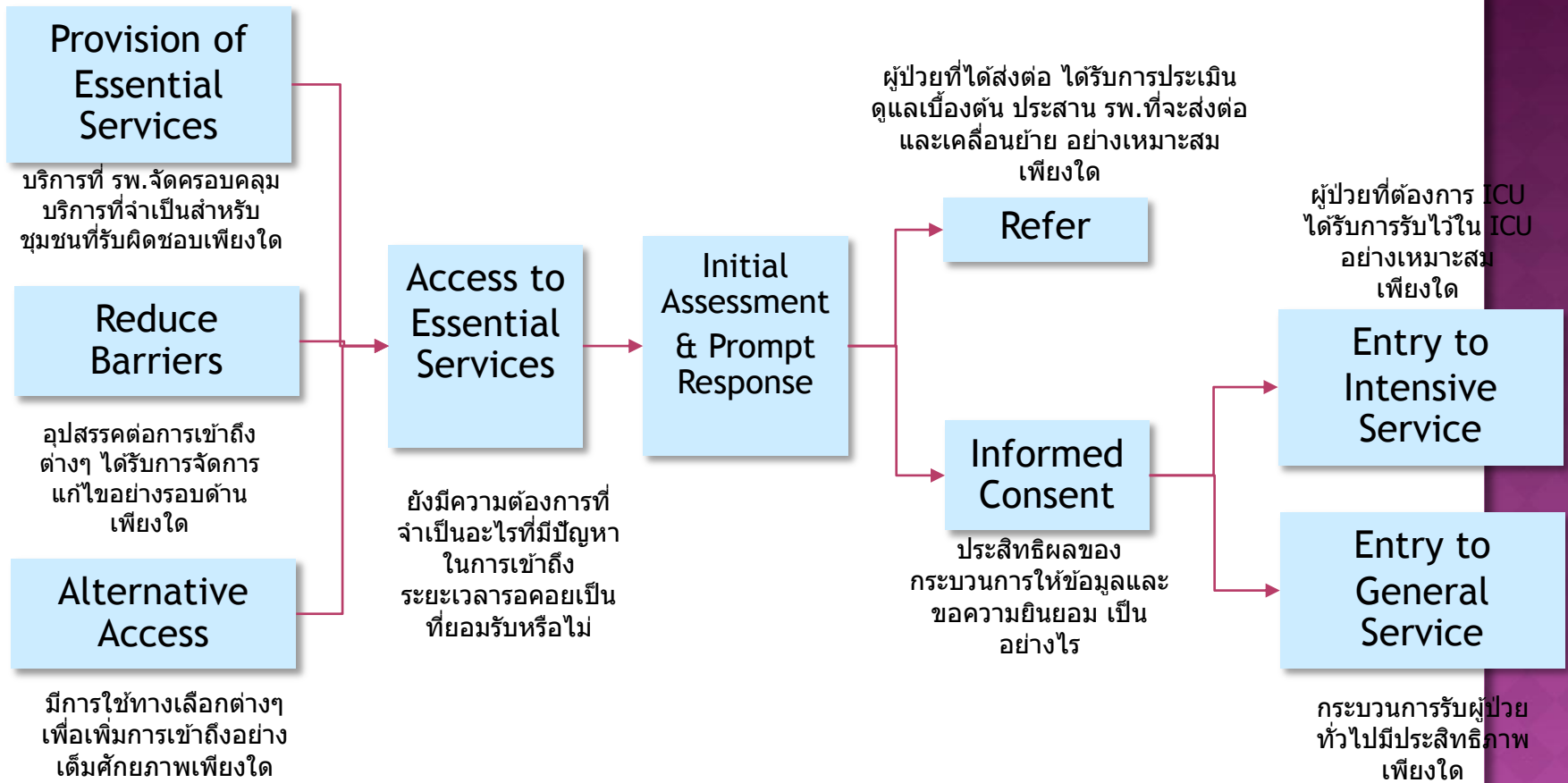
| แหล่งที่มา | การนำมาใช้ |
|----------------------|--|
| SAR | นำแผนการปรับปรุงที่ระบุไว้ในส่วนท้ายของการประเมิน แต่ละมาตรฐานมาทบทวนและผนวกเข้ากับแผน |
| SPA in Action | นำแนวทางคำถามมาใช้ค้นหาปัญหาสำคัญของ รพ. ใช้ตัวอย่างแนวทางปรับปรุงมากำหนดกิจกรรมในแผน |
| Creativity | หาแนวทางสู่เป้าหมายที่เรียบง่ายและได้ผล |
| Force-field | หาวิธีการที่จะลดแรงต้าน เสริมแรงหนุน |

3. กำหนดการติดตามกำกับ



| กิจกรรม/ตัวชี้วัด | ความถี่ | ผู้รับผิดชอบ |
|-------------------|---------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry)



SPA in Action

- จุดมุ่งหมายเพื่อนำไปสู่การวางแผนพัฒนาในประเด็นที่สำคัญขององค์กร ไม่ใช่ให้ตอบ สรพ.
- อาจจะใช้ SPA in Action แทน SPA ได้
- สามารถเพิ่มคำถามได้เองเพื่อความสมบูรณ์
- สามารถวางแผนพัฒนาโดยไม่ต้องปฏิบัติตามแนวทางในคอลัมน์ขวาทั้งหมดก็ได้
- บางเรื่องต้องกลับไปดูรายละเอียดใน SPA

SPA in Action

PDCA

SAR2011



สร้างบรรยากาศให้มี
ความสุข สนุกในการ
ทำงาน/การพัฒนา
เรียบง่าย

**สร้างบรรยากาศให้มีความสุข สนุกใน
การทำงาน/การพัฒนาเรียบง่าย
อย่างไร**

- ◎ เริ่มพัฒนาที่ตนเอง / มีสติ
- ◎ เข้าใจธรรมชาติ/บริบทแต่ละคน
- ◎ ใจเย็น / คิดบวก/ไม่ยึดติด
- ◎ ให้คุณค่ากับทีม/คนอื่น
- ◎ สร้าง 1 คน 1 คำถามเชิงบวก
- ◎ เข้าใจแก่นของเรื่องนั้น ๆ
- ◎ มีทิศทางชัดเจน (องค์กร)

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

มีสุข

ฝากำแพงสู่ความมีจิตใจที่งดงาม



โจทย์ รพ. จะกักตอ
เชื่อมโยง ขับเคลื่อน
องค์กรอย่างไร ให้ได้ผล
และเป็นสุข

**Braiding science , service and
spirit in the practice of medicine.**



SCIENCE

◎ **กรรมการ HRM และ HRD จะพัฒนาบุคลากรทางด้าน
วิชาการ อย่างไร**



SERVICE

- ◎ **กรรมการ HRD จัดให้คนเข้าใจ /ทำงานโดยใช้
ในแนวคิด เรื่อง Process Management ,HRO
อย่างไร**

SPIRIT

- ◎ จะพัฒนาคนอย่างไรให้ได้ใจ ให้สุข มี
จริยธรรม
- ◎ จะทำในระดับใดบ้าง

จะส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศคุณภาพอย่างไร

กิจกรรมมหกรรมคุณภาพ

บทสรุป

1. **Unit Optimization** ทำอย่างไรให้หน่วยงานเข้มแข็ง
2. **Risk Identification**
(Reactive + Proactive)
3. **Patient Safety Goal (SIMPLE)**
4. จัดทำ **Service plan** ขององค์กรที่ชัดเจน สื่อสาร
ผู้เกี่ยวข้อง

แนวคิดในการทำงาน



Organizational Characteristic

1. Key Organization Factors

- Organization Description
 - a. Organizational Environment
 - b. Organizational Relationship
- Organizational Challenges
 - a. Competitive Environment
 - b. Strategic Challenges
 - c. Performance Improvement System

Who we are?

How good we are?

4. Path to Performance Excellence

- The Process Maturity
- The Result Maturity

Organizational Characteristic

2. Organizational Culture

- Organization Concept
- Organizational Value

What do we believe in?

What we do and how we do it?

3. Organization System

- Innovation Management Processes
- Production Management Processes
- Customer Management Processes
- Regulatory and Social Management Processes

พัฒนาวิธีการทำงาน

- สื่อสารทิศทางของโรงพยาบาลให้เจ้าหน้าที่ทราบ
- เน้นการทำงานเป็นทีม
- นำการจัดการความรู้มาใช้ในการทำงาน
- นำค่านิยมสู่การปฏิบัติ
- การติดตามการดำเนินงาน

การทำงานร่วมกันเป็นระบบ

- ◎ **Seeing Systems**
- ◎ **Collaborating Across Boundaries**
- ◎ **Creating Beyond Reactive Problem Solving**

หลักในการทำงาน

- ◎ **Commitment**
- ◎ **Discipline**
- ◎ **Hard work**
- ◎ **Support each other**

การสร้างสภาวะไหลลื่นในองค์กร

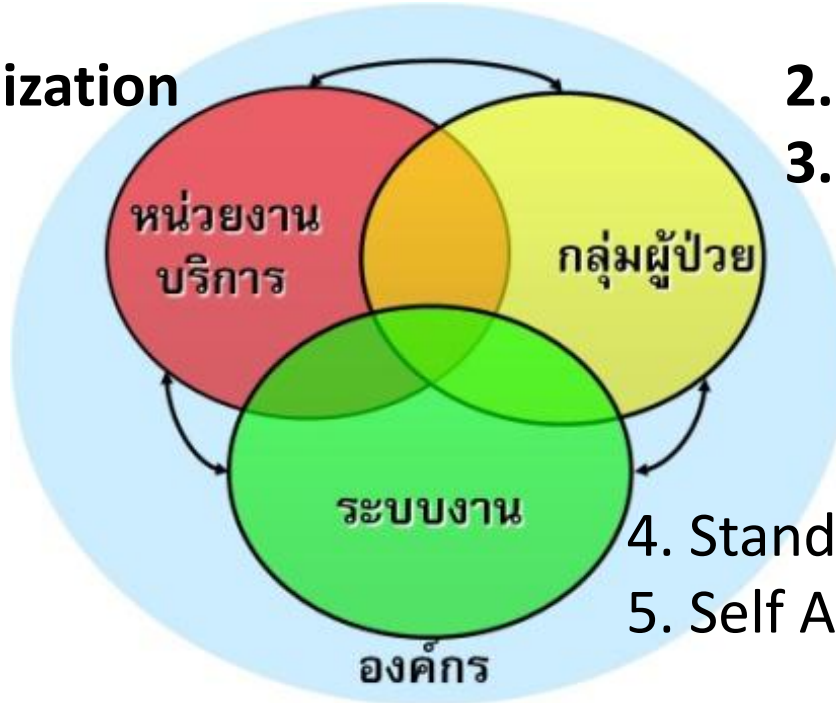
- ◎ การเข้าใจเป้าหมายขององค์กรให้ชัดเจน
- ◎ เป้าหมายในการปฏิบัติงาน
- ◎ การได้รับข้อมูลย้อนกลับ
- ◎ ความสอดคล้องกันระหว่างความท้าทาย และทักษะ

LEVEL OF MANAGEMENT

- ① **Control , Command**
- ② **Participation**
- ③ **Inspiration**

4 Domains & 6 QI Tracks

1. Unit Optimization



2. Patient Safety

3. Clinical Population

4. Standard Implementation

5. Self Assessment

6. Strategic Management

ความสุขหาได้จากที่ไหนบ้าง
บางคนมีเงินทองมากมาย
แต่หัวใจไม่มีความสุข.. รุ่มร้อน.. ทุรนทุราย
แท้ที่จริงแล้วความสุขหาได้จากทุกหนทุกแห่ง
จากดอกไม้เล็กๆข้างทาง
จากสายลมเย็นที่นำมาซึ่งความชุ่มฉ่ำใจ
จากรอยยิ้มจริงใจจากคนรอบข้าง
ความสุขหาได้ง่ายๆ
เพียงแต่เลิกกำหนดตัวเองว่า
อย่างนี้คือสุข อย่างนั้นคือสุข
ความสุขเริ่มต้นเมื่อใจเป็นสุข

