

การประเมินความสำเร็จในการปฏิบัติตามบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความสำเร็จในการปฏิบัติตามบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA และมอบกิตติกรรมประกาศ ยืนยันความสำเร็จให้แก่โรงพยาบาล
2. เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และสรุปบทเรียนที่ได้รับจากการทำกิจกรรมที่ผ่านมา และเตรียมพร้อมที่จะพัฒนาต่อไปในบันไดขั้นที่ 2

การประเมินและผู้ประเมิน

การประเมินความสำเร็จในการปฏิบัติตามบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA อาจเกิดขึ้นในโอกาสต่างๆ ต่อไปนี้

1. การเยี่ยมสำรวจ (survey) โดยผู้เยี่ยมสำรวจของ พรพ.
2. การเยี่ยมให้คำปรึกษาเข้ม (ICV) โดยผู้เยี่ยมสำรวจหรือที่ปรึกษาซึ่ง พรพ. ขึ้นทะเบียนไว้
3. การเยี่ยมเพื่อประเมินและให้คำปรึกษาตามโครงการพิเศษซึ่ง พรพ. จัดขึ้น

กระบวนการตัดสินใจ

ที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมสำรวจเป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะเบื้องต้นแก่ พรพ. ว่าโรงพยาบาลปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้เพียงใด โดยใช้ความเห็นร่วมของคณะที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมสำรวจให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

คณะกรรมการที่ พรพ. แต่งตั้งขึ้นจะเป็นผู้พิจารณารายงานของที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมสำรวจ ซึ่งจะมีทางเลือกดังนี้

1. เห็นชอบกับข้อเสนอแนะของที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมสำรวจ ในการมอบกิตติกรรมประกาศให้แก่โรงพยาบาล
2. ขอข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่มีความชัดเจน
3. เสนอให้ พรพ. ส่งที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมสำรวจ ไปประเมินซ้ำ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ มีความเข้าใจในแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ มีการใช้ประโยชน์จากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (ได้แก่การใช้ทักษะในการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ , การเชื่อมโยงกิจกรรมคุณภาพต่างๆ เข้าด้วยกัน, การที่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนรู้ว่าจะทำงานของตนให้มีคุณภาพได้อย่างไร, การปรับปรุงวิธีทำงานให้เรียบง่าย, การตอบสนองของความต้องการของผู้รับบริการ และผู้รับผลงานภายใน, การปรับปรุงเพื่อตอบสนองหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงาน) โดยให้คะแนนการใช้ประโยชน์ ความครอบคลุมของหน่วยงานและเนื้อหา ตามแนวทางในตารางข้างล่าง

	การใช้ประโยชน์	ความครอบคลุมหน่วยงาน	ความครอบคลุมเนื้อหา
1	ทำกิจกรรมโดยไม่เข้าใจวัตถุประสงค์	0-20%	0-20%
2	ทำกิจกรรมเพื่อเรียนรู้แนวคิดคุณภาพ	21-40%	21-40%
3	การทำกิจกรรมนำไปสู่การปรับปรุงในบางเรื่อง	41-60%	41-60%
4	มีการปรับปรุงระดับหน่วยงานจำนวนมาก	61-80%	61-80%
5	มีการปรับปรุงในระดับหน่วยงานจำนวนมากและนำไปสู่การจัดทำแผนของ รพ.ที่เป็นระบบ	81-100%	81-100%

สำหรับการใช้ประโยชน์ ระดับที่ควรทำได้คือ 4

สำหรับความครอบคลุมหน่วยงานและเนื้อหา ระดับที่ควรทำได้คือ 5

การประเมินในส่วนนี้ให้ที่ปรึกษาทำร่วมกับทีมงานของโรงพยาบาลโดยมีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง ไม่ใช้ในการตัดสิน

2. มีทบทวนผลงาน/ความเสี่ยง/ปัญหา นำมาสู่การวางระบบงานเพื่อป้องกันปัญหาและมีการปฏิบัติตามระบบงานที่วางไว้ต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยได้รับคะแนนจากการทบทวน 12 ลักษณะ ไม่น้อยกว่า 30 จากคะแนนรวม 60 การทบทวนครั้งเดียวกันอาจจะครอบคลุมหลายลักษณะได้พร้อมกัน

3. มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงสำคัญในหน่วยงานต่างๆ มีการติดตามระดับปัญหา/อุบัติการณ์และตอบสนองอย่างเหมาะสม

การให้คะแนนตามประเด็นต่างๆ ของการทบทวนแต่ละลักษณะ มีเกณฑ์ดังนี้

ประเด็น	เกณฑ์ที่จะให้คะแนน
การทำกิจกรรม	มีการทำกิจกรรม, มีสมาชิกที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมกิจกรรม, สมาชิกเข้าใจในจุดมุ่งหมายของการทำกิจกรรม
ความครอบคลุมปัญหาสำคัญ	การทบทวนนั้นครอบคลุมปัญหาที่เป็นความเสี่ยงสำคัญ ซึ่งอาจจะมีผลต่อความน่าเชื่อถือ และความน่าไว้วางใจของโรงพยาบาล
การวางแผนทางป้องกัน	แนวทางป้องกันที่ตกลงกันได้นั้นสามารถนำไปสู่การป้องกันปัญหาได้ รัดกุมตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ของโรงพยาบาล และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติอย่างยั่งยืน
การสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ	มีวิธีการสื่อสารและกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน, ยืนยันด้วยการสุ่มสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย
การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้	จากบันทึกปกติในการทำงานหรือการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง ทำให้เชื่อได้ว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้จริง (ไม่เพียงเข้มงวดกับเอกสารหรือรูปแบบของเอกสาร) และ ทั่วถึง

ขั้นตอนในการประเมิน

1. ในระหว่างการเยี่ยมหน่วยงานแต่ละหน่วย ทีมงานนำเสนอประเด็นสำคัญและความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงาน การปรับปรุงวิธีทำงานที่เกิดขึ้น หลักฐานแสดงถึงการปฏิบัติตามแนวทางซึ่งเป็นผลมาจากการปรับปรุง
2. ในระหว่างการเยี่ยมหอผู้ป่วย ที่ปรึกษา**สุ่มตรวจเยี่ยมผู้ป่วย**เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความเสี่ยงทางคลินิก ซึ่งให้เห็นโอกาสพัฒนาระบบงานที่เกี่ยวข้อง
3. ทีมปรึกษาและทีมงานของโรงพยาบาลร่วมประชุมกันเพื่อ**ให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้**
4. คณะที่ปรึกษานำข้อมูลของโรงพยาบาลในจังหวัดเดียวกันมาพิจารณา**เปรียบเทียบ** ให้ข้อเสนอแนะให้มีการปรับเปลี่ยนหรือหาข้อมูลเพิ่มเติม และ**สรุปความเห็นร่วมส่ง**ให้แก่ พรพ.

การวางแผนพัฒนาต่อห้อง

นอกเหนือจากการประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติตามแนวทางในบันไดขั้นที่ 1 สู่อี HA แล้ว สิ่งที่ต้องระมัดระวังควบคู่กันไป คือการวางพื้นฐานเพื่อการดำเนินงานต่อห้องในบันไดขั้นที่ 2 โดย

- เชื่อมโยงบทเรียนจากการทบทวนในบันไดขั้นที่ 1 ว่านำมาสู่การปรับปรุงระบบงาน ไดบ้าง
- ใช้ **unit profile** เป็นเครื่องมือในการวางแผนและติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนา: Purpose/Goals/Process/Risk/Indicator/CQI
- วางแผนเพื่อให้มีการ**หมุนวงล้อ PDSA** ซ้ำแล้วซ้ำอีกอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กิจกรรมการทบทวนที่ทำมาในบันไดขั้นที่ 1 เป็นพื้นฐาน และต่อยอดด้วยการมองหาข้อบกพร่องที่อาจจะเกิดขึ้น วิเคราะห์ **root cause** และดำเนินการแก้ไขปรับปรุงที่ **root cause**
- ฝึกฝนการ**ทำกิจกรรม CQI** ที่สอดคล้องกับหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงาน/บริการ โดยใช้รูปแบบง่ายๆ (ตั้งเป้า-เฝ้าดู-ปรับเปลี่ยน) เน้นการทดสอบเล็กๆ หลายๆ เรื่อง ต่อเนื่องกัน
- นำ**มาตรฐาน HA** ในส่วนที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายมาดำเนินการ

แบบประเมินความสำเร็จในการปฏิบัติตามบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA

โรงพยาบาล _____

1. การใช้ประโยชน์จากแนวคิดคุณภาพ (กิจกรรมหัวหน้าพาทำคุณภาพหรือเทียบเท่า)

การใช้ประโยชน์

ความครอบคลุมหน่วยงานและเนื้อหา

2. คะแนนจากกิจกรรมทบทวนทบทวนผลงาน/ความเสี่ยง/ปัญหา

(double click ที่ตาราง บันทึกคะแนน แล้วกด Esc โปรแกรมจะรวมคะแนนให้โดยอัตโนมัติ)

	มีการทำกิจกรรม	ครอบคลุมปัญหาสำคัญ	วางแผนทางป้องกันเหมาะสม	สื่อสารให้ทราบทั่วกัน	ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด	รวม
1. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย						0
2. การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ						0
3. การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา						0
4. การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้มิใช่แพทย์						0
5. การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง						0
6. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล						0
7. การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา						0
8. การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ						0
9. การทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน						0
10. การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ						0
11. การทบทวนการใช้ทรัพยากร						0
12. การติดตามเครื่องชั่งวัดสำคัญ						0
รวม	0	0	0	0	0	0

3. รพ.ปฏิบัติตามระบบที่วางไว้ต่อเนื่องกัน 6 เดือน ยังมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ ใช่ ไม่ใช่

4. มีการติดตามระดับปัญหา/อุบัติการณ์และตอบสนองอย่างเหมาะสม ใช่ ไม่ใช่

ลงชื่อที่ปรึกษา _____ (_____)

วันที่ประเมิน _____

ตัวอย่างปัญหา การปรับปรุง และผลลัพธ์ที่เกิดจากการทำกิจกรรมทบทวน
(สรุปอย่างกระชับหัวข้อละไม่เกินครึ่งหน้า)

1. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย
2. การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ
3. การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา
4. การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้มิใช่แพทย์
5. การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง
6. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
7. การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา
8. การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ
9. การทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
10. การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ
11. การทบทวนการใช้ทรัพยากร
12. การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ