



บทเรียนการพัฒนา เพื่อก้าวสู่การรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)

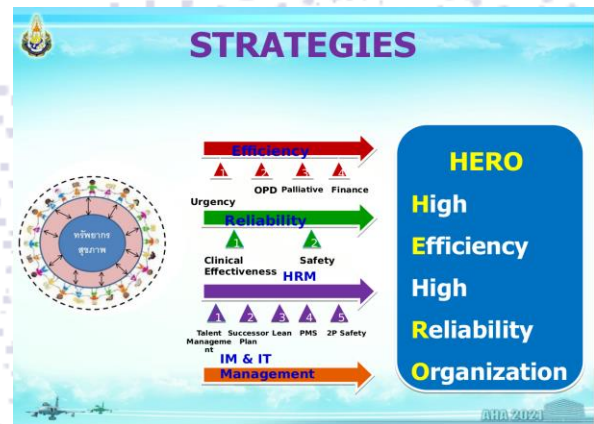
พลอากาศตรีหญิงอิสริยา สุขเจริญ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ





โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ได้พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลากว่า 21 ปี โดยผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล ชั้นก้าวหน้า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 และต่ออายุครั้งที่ 1 เมื่อปี พ.ศ. 2561 และในปี พ.ศ. 2564 ได้รับการเยี่ยมสำรวจ เพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ ชั้นก้าวหน้า ครั้งที่ 2 โดยในห้วงเวลา 20 ปี ได้เปลี่ยนผู้อำนวยการโรงพยาบาล 13 ท่าน ตามบริบทของหน่วยงานที่เป็นทหาร การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอย่างยั่งยืนจึงเป็นความท้าทายอย่างหนึ่งขององค์กร

ผู้นำขององค์กรได้เลือกใช้เครื่องมือที่สำคัญของ HA คือการทบทวน เพื่อจุดประกายพัฒนา การใช้ Scoring Guideline ประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนา มีการประเมินความเสี่ยงของกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ Maturity ของการพัฒนาเพิ่มขึ้นตามลำดับจนใช้ Extended Evaluation Guide เป็นแนวทางในการประเมินตนเองในระดับที่ระบบงานที่สำคัญและทีมนำทางคลินิก เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกำหนดประเด็นการพัฒนาด้วยตนเองและสร้างความเชื่อมโยงในระบบงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ประกอบกับการมีการกำหนดทิศทางองค์กร ที่ผู้นำทุกระดับมีส่วนร่วม โดยการสัมมนาทิศทางเพื่อกำหนดเข็มมุ่งและแผนพัฒนาคุณภาพทุกปี และมีการทบทวนวิสัยทัศน์ทุก 3 ปีมาโดยตลอด การพัฒนาด้วยเครื่องมือต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ Quality Maturity ของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นตามลำดับจนมีผลการดำเนินงานที่ดีในหลายด้าน ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลชั้นก้าวหน้าในที่สุด การพัฒนาระดับชั้นก้าวหน้าไม่ใช่จุดหมายปลายทางขององค์กร แต่เป็น Milestone ที่แสดงให้เห็นถึง Maturity ของการพัฒนาคุณภาพและเป็นสิ่งท้าทายสำหรับส่งต่อไปยังผู้นำองค์กรในรุ่นถัดไป



การเตรียมผู้นำรุ่นถัดไปเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการที่จะทำให้ Maturity ของการพัฒนาคุณภาพมีความยั่งยืน เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพมีการบูรณาการโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้มีการกำหนดโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนา และกำหนดให้หัวหน้าทีมนำทางคลินิกหรือทีมนำเฉพาะด้านเป็นบุคลากรระดับปฏิบัติการที่มีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้และพัฒนา ซึ่งโรงพยาบาลมีการพัฒนาโดยส่งเข้ารับการอบรมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

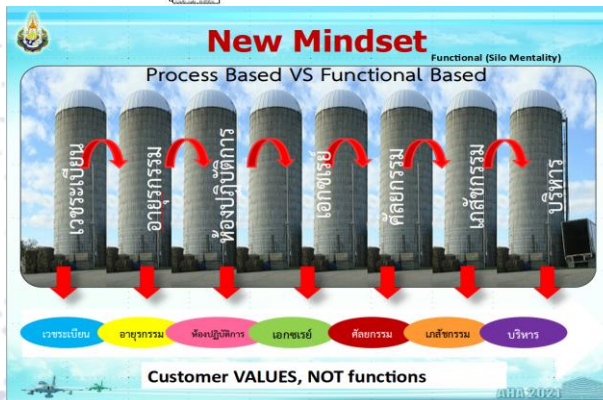
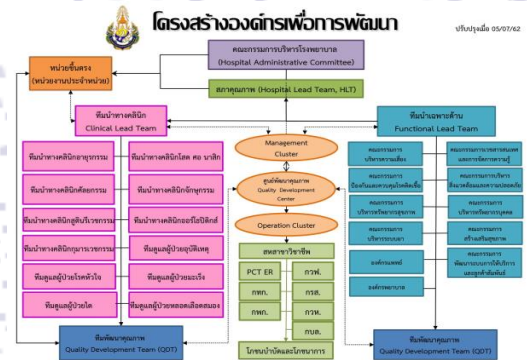
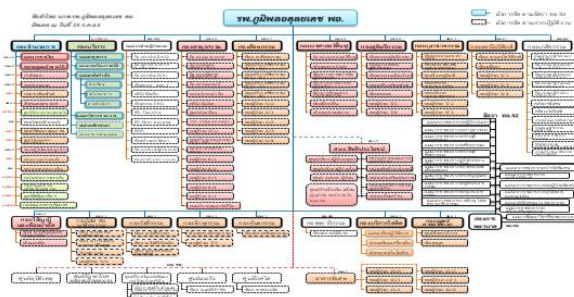




เปิดโอกาสให้นำเสนอผลงานพัฒนาคุณภาพในการประชุมสภาคุณภาพ และการประชุมมหกรรมคุณภาพ ซึ่งจัดขึ้นปีละ 2 ครั้ง ในขณะเดียวกัน เพื่อพัฒนาผู้บริหารในระดับหัวหน้าหน่วยงาน มีการใช้ BAH Cluster Model โดยผู้บริหารระดับสูงจะได้รับการแบ่งมอบหน่วยงานตามโครงสร้างองค์กร เพื่อติดตามการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน ตามเป้าหมายของโรงพยาบาล 5 ด้าน ทุก 1-2 เดือน การดำเนินการดังกล่าว ทำให้มีการเตรียมผู้นำรุ่นถัดไป ในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ฝังลึกในกระบวนการทำงาน ช่วยให้การพัฒนาคุณภาพมีความยั่งยืน ถึงแม้มีการเปลี่ยนแปลงผู้นำระดับสูงทุก 1-2 ปี

ผู้นำขององค์กรได้เลือกใช้เครื่องมือที่สำคัญของ HA คือการทบทวน เพื่อจุดประกายพัฒนา การใช้ Scoring Guideline ประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนา มีการประเมินความเสี่ยงของกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ Maturity ของการพัฒนาเพิ่มขึ้นตามลำดับจนใช้ Extended Evaluation Guide เป็นแนวทางในการประเมินตนเองในระดับที่ระบบงานที่สำคัญและที่มุ่งทางคลินิก เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกำหนดประเด็นการพัฒนาด้วยตนเองและสร้างความเชื่อมโยงในระบบงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ประกอบกับการมีการกำหนดทิศทางองค์กร ที่ผู้นำทุกระดับมีส่วนร่วม โดยการสัมมนาทิศทางเพื่อกำหนดเข็มมุ่งและแผนพัฒนาคุณภาพทุกปี และมีการทบทวนวิสัยทัศน์ ทุก 3 ปีมาโดยตลอด การพัฒนาด้วยเครื่องมือต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ Quality Maturity ของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นตามลำดับจนมีผลการดำเนินงานที่ดีในหลายด้าน ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลชั้นนำในที่สุด การพัฒนา ระดับขั้นก้าวหน้าไม่ใช่จุดหมายปลายทางขององค์กร แต่เป็น Milestone ที่แสดงให้เห็นถึง Maturity ของการพัฒนาคุณภาพและเป็นสิ่งท้าทายสำหรับส่งต่อไปยังผู้นำองค์กรในรุ่นถัดไป

BAH Cluster Model



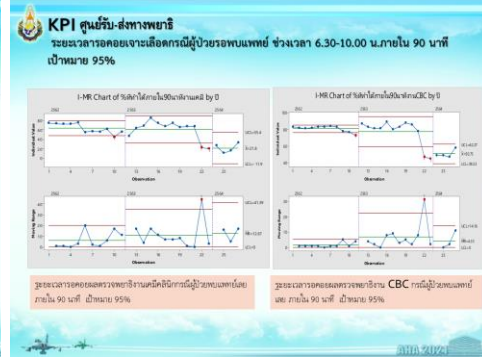
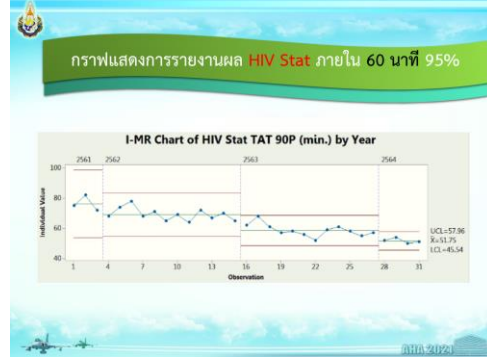


ศูนย์พัฒนาคุณภาพใช้แนวทางการประสานงานและบูรณาการระหว่างทีมงานคุณภาพ ผ่านข้อมูลสารสนเทศและการรับฟังทีมงานที่เกี่ยวข้องอย่างทั่วถึง ใช้ RESPECT Model ในการทำงานร่วมกัน โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ครอบคลุมใน 4 ด้าน ด้านคุณภาพซึ่งส่งเสริมให้ทีมใช้แนวคิด LEAN, Statistic Process Control ในการพัฒนาด้านความเสี่ยงและการบริหารความปลอดภัย ใช้ระบบ RM, Non-Technical Skills อย่างกว้างขวาง มีการติดตามแผนกลยุทธ์และกำกับจุดเน้นในการพัฒนา เพื่อขอรับการสนับสนุนจากผู้นำสูงสุด รวมทั้งมีการใช้กลไกการเยี่ยมสำรวจภายใน (internal survey) ในการรับรู้ กระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ และเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจ ศูนย์พัฒนาคุณภาพเน้นการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ กำกับภาพรวมคุณภาพเชื่อมโยงกับทิศทางนำบูรณาการแก้ปัญหาาร่วมกันด้วยข้อมูลสารสนเทศชุดเดียวกัน ทุกทีมมีการประเมินตนเองด้วยเครื่องมือหลากหลาย หาโอกาสพัฒนาตามบริบทของทีมและระบบเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยและยกระดับคุณภาพ

ทีมนำทางคลินิกในทุกสาขาและทุกระบบ มีการค้นหาและปรับปรุงบริการด้วยแนวคิด Value base LEAN Mindset ปรับปรุงวิธีการรับฟัง ค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติรวมถึงผู้รับผลงาน แล้วนำมาเป็นประเด็นการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย เน้นการค้นหา Pain Point และ Patient Experience คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการและลูกค้าสัมพันธ์ใช้เครื่องมือ Patient Experience Survey หรือ Patient Journey Map / Patient Shadow นำมาสู่การแก้ปัญหาเฉพาะราย และการปรับปรุงบริการเชิงระบบ เช่น ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับคลินิกปฐมภูมิในเครือข่าย (e-Refer) ได้รางวัลบริการภาครัฐ ประเภทพัฒนาการบริการ ระดับดีในปี 2563 และกระทรวงสาธารณสุขมีแผนขยายระบบ ทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด การลดความคับคั่งและลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะในสถานการณ์การระบาดของเชื้อ COVID-19 โดยการพัฒนา Mobile Application BAH connect ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล เป็นต้น

โรงพยาบาลขับเคลื่อนการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยด้วยการใช้มาตรฐาน HA ตามแนวคิด 3C-DALI ใช้สมรรถนะหลักขององค์กรในเรื่องการคิดและปฏิบัติการเชิงระบบและการบริการโดยใช้ข้อมูลสารสนเทศร่วมกับ Core Values & Concepts เรื่อง Management by Fact ในการวัด วิเคราะห์และติดตามการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทีมระบบงานที่สำคัญและทีมนำทางคลินิกร่วมกันกำหนดข้อมูลนำเข้าที่สำคัญ นำมาวิเคราะห์หาความแปรปรวนโดยการใช้ Statistic Process Control ผ่าน Control Chart ติดตามและปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องด้วยแนวคิด Lean ร่วมกับการใช้ข้อมูลจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล BHIS ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและกว้างขวาง ทำให้มีรูปธรรมของการพัฒนาระบบงานและระบบงาน เช่น การจัดการ OR Efficiency, สายพานการจัดยา (สายพานซูชิ) วงรอบบริการของห้องปฏิบัติการกองพยาธิกรรม เป็นต้น





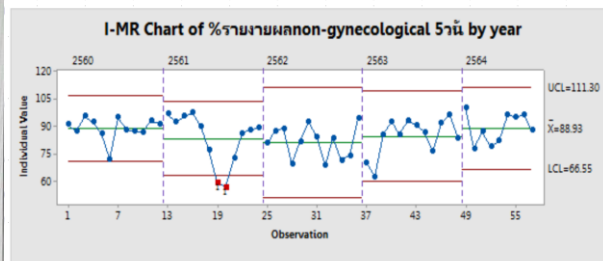
เพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงอันเกิดจากกระบวนการฝึกอบรม โรงพยาบาลได้กำหนดเป็นจุดเน้นเรื่อง Effective Education Risk Management ส่งผลให้มีการป้องกันและจัดการความเสี่ยงดังกล่าวในทุกทีมงานทางคลินิก (CLT) เช่น การนำผลการทบทวน MM Conference มาออกแบบปรับปรุงการเรียนการสอน การนำเรื่องความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค ซึ่งเป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ มาสู่การปฏิบัติในการวิเคราะห์ข้อมูลทบทวนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ในกระบวนการฝึกอบรม นอกจากนี้ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยได้นำเครื่องมือ Risk Register จำนวน 14 เรื่องสำคัญ ครอบคลุมประเด็นที่เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อและ 2P Safety ระดับโรงพยาบาล ติดตามการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย มีการนำรายงานอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงระดับ GHI & Potential to Harm มาวิเคราะห์ Root Cause และออกแบบ Safety Design เพื่อป้องกันต่อไป

Electronic OPD card กรณีผู้ป่วยนอก

ชื่อ - นามสกุล: [Redacted]
วัน เดือน ปี เกิด: 07/10/2489 อายุ: 74-4-4 ปี เพศ: [Redacted]

กรุ๊ปเลือดผู้ป่วยแจ้ง: AB, AB (D+), AB D+
ต้องถูกต้องครบทั้ง 3 แอว จึงให้เลือดได้ ยกเว้น safe life

ถ้าหมู่เลือดไม่ตรงกันทั้ง 3 แอว ให้จะเลือดเพื่อตรวจยืนยันอีกครั้ง ก่อนให้เลือดผู้ป่วย



กราฟแสดงผลการรอผล งานด้านเซลล์วิทยา พยาธิวิทยาวิทยาถึงประมาณ 2560-2564 พบว่าใช้ระยะเวลาการรอคอยค่อนข้างคงที่ แต่มีบางเดือนที่ใช้เวลาออกเพิ่มขึ้น เนื่องจากบาง case มีการทำ cell block และ การย้อม immunohistochemical studies จาก cytology เพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัยโรคจาก cytology





องค์กรพยาบาลสะท้อนถึงความต่อเนื่องของการพัฒนาเชิงวิชาชีพและความเข้มแข็งของการบริหารจัดการทั้งภายใต้สถานการณ์ปกติและวิกฤติของ COVID-19 มีการปรับโครงสร้างการบริหาร "NSO Cluster Management" พัฒนาความสามารถของผู้นำระดับต่าง ๆ จัดอัตรากำลังโดยใช้ข้อมูลเปรียบเทียบภาระงานโดยแยกวิเคราะห์กลุ่มวิกฤต กิ่งวิกฤต สามัญ พิเศษ จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโรค COVID-19 ใช้ค่านิยม "Unity" on Patient Base เกิดความร่วมมือในทุกส่วนของโรงพยาบาล ทั้งการเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ ปรับเปลี่ยนหอผู้ป่วยรองรับ การเตรียมความรู้ และการสื่อสารให้บุคลากรเข้าใจสถานการณ์ การพัฒนาทักษะเรื่องการดูแลผู้ป่วยและป้องกันตนเอง การสำรองแยกทีม สนับสนุนให้กำลังใจแก่บุคลากรที่ต้องปฏิบัติงาน เตรียมพื้นที่กักตัวสำหรับผู้สัมผัสเสี่ยงสูง เพิ่มสวัสดิการด้วยการซื้อประกันการติดเชื้อและป่วยจาก COVID-19

ความท้าทายในก้าวต่อไปคงเป็นความยืดหยุ่นและความคล่องตัว (resilience & agility) ในการปรับทิศทางองค์กรให้ทันกับโลกที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็วและรุนแรง หรือ Disruptive Change ผันผวน ไม่แน่นอน ซับซ้อน และยากจะคาดเดา เช่น ความเปลี่ยนแปลงของความร่วมมือในการให้บริการร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่ายและภาคเอกชน การพัฒนา Telemedicine และบริการที่มีลักษณะบูรณาการ (integrated care) ที่ไร้รอยต่อ มีความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ และหน่วยบริการระดับต่าง ๆ ในระบบสุขภาพ

HAI สว. หรือ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

มีพันธกิจในการส่งเสริม สนับสนุนและ คุ้มครองการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพไว้ซึ่งการประเมินตนเอง การเชื่อมสายตรวจจากภายนอก การรับรองกระบวนการคุณภาพและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นกลไกกระตุ้นการใส่ใจใช้ชีวิตดีมี "ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพและไว้วางใจได้ด้วยมาตรฐาน HA" โดย สว. เป็นภาคีหลักของกลไกในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ความปลอดภัยอย่างมีระบบ และเผยแพร่องค์ความรู้แก่เจ้าพนักงานของสถานพยาบาล และหน่วยงานต่างๆ เพื่อการพัฒนาคุณภาพ.

ติดต่อ :

88/39 ซอยสาทรเกษม 6, อาคารสุขภาพเพื่ออาชีว 5
กระทรวงสาธารณสุข, ตำบลคลองตันวิทย อำเภอกองแก้ว
จังหวัดนนทบุรี, 11000

เบอร์โทรศัพท์กลางสถานี : 02 027 8844

เบอร์โทรสาร : 02 026 6680-1

เว็บไซต์ www.ha.or.th



งานนี้ใช้สัญญาอนุญาตครีเอทีฟคอมมอนส์
แบบ แสดงที่มา ไม่ใช้เพื่อการค้า ไม่คิดแปลง