



# นโยบายและวิธีปฏิบัติในการประเมินบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA

---

ฉบับสื่อสารโรงพยาบาล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

## สารบัญ

แนวทางการประเมินความสำเร็จในการปฏิบัติตามบันไดขั้นที่ 1 สู่อำนาจ.....	3
วัตถุประสงค์ .....	3
การประเมินและผู้ประเมิน.....	3
เอกสารที่โรงพยาบาลส่งให้ สรพ.เพื่อขอรับการเยี่ยมประเมินบันไดขั้นที่ 1.....	3
กระบวนการตัดสินใจ.....	3
เกณฑ์การประเมิน .....	4
การให้คะแนนตามประเด็นต่างๆ ของการทบทวนแต่ละลักษณะ มีเกณฑ์ดังนี้.....	5
ขั้นตอนในการประเมิน .....	5
การวางแผนพัฒนาต่อเนื่อง .....	6

## แนวทางการประเมินความสำเร็จในการปฏิบัติตามบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความสำเร็จในการปฏิบัติตามบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA และมอบกิตติกรรมประกาศยืนยันความสำเร็จให้แก่โรงพยาบาล
2. เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และสรุปบทเรียนที่ได้รับจากการทำกิจกรรมที่ผ่านมา และเตรียมพร้อมที่จะพัฒนาต่อไปในบันไดขั้นที่ 2

### การประเมินและผู้ประเมิน

การประเมินความสำเร็จในการปฏิบัติตามบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA โดยผู้เยี่ยมชมสำรวจหรือที่ปรึกษาซึ่ง สรพ. ขึ้นทะเบียนไว้

### เอกสารที่โรงพยาบาลส่งให้ สรพ.เพื่อขอรับการเยี่ยมประเมินบันไดขั้นที่ 1

1. หนังสือแสดงความจำนงขอรับรองบันไดขั้น 1
2. Hospital profile
3. ผลการประเมินตนเองสำหรับการทบทวนที่นำไปสู่การปรับปรุงระบบงาน (ระยะเวลาพัฒนาไม่น้อยกว่า 6 เดือน)

### กระบวนการตัดสินใจ

ที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมชมสำรวจเป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะเบื้องต้นแก่ สรพ.ว่าโรงพยาบาลปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้เพียงใด โดยใช้ความเห็นร่วมของคณะที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมชมสำรวจให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้  
ทีมนักวิชาการผู้พิจารณารายงานของที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมชมสำรวจ ซึ่งจะมีทางเลือกดังนี้

1. เห็นชอบกับข้อเสนอแนะของที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมชมสำรวจ ในการมอบกิตติกรรมประกาศให้แก่โรงพยาบาล
2. ขอข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่มีความชัดเจน
3. เสนอให้ สรพ.ส่งที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมชมสำรวจ ไปประเมินซ้ำ

## เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ มีความเข้าใจในแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ มีการใช้ประโยชน์จากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (ได้แก่การใช้ทักษะในการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ, การเชื่อมโยงกิจกรรมคุณภาพต่างๆ เข้าด้วยกัน, การที่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนรู้ว่าจะทำงานของตนให้มีคุณภาพได้อย่างไร, การปรับปรุงวิธีทำงานให้เรียบง่าย, การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและผู้รับผลงานภายใน, 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 เพื่อป้องกันปัญหาและมีการปฏิบัติตามระบบงานที่วางไว้ต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยได้รับคะแนนจากการทบทวน 12 ลักษณะ ไม่น้อยกว่า 30 จากคะแนนรวม 60 การทบทวนครั้งเดียวกันอาจจะครอบคลุมหลายลักษณะได้พร้อมกัน

3. มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงสำคัญในหน่วยงานต่างๆ มีการติดตามระดับปัญหา/อุบัติการณ์และตอบสนองอย่างเหมาะสม

## การให้คะแนนตามประเด็นต่างๆ ของการทบทวนแต่ละลักษณะ มีเกณฑ์ดังนี้

ประเด็น	เกณฑ์ที่จะให้คะแนน
การทำกิจกรรม	มีการทำกิจกรรม, มีสมาชิกที่เกี่ยวข้อง <b>เข้าร่วม</b> กิจกรรม, สมาชิก <b>เข้าใจ</b> ในจุดมุ่งหมายของการทำกิจกรรม
ความครอบคลุมปัญหาสำคัญ	การทบทวนนั้นครอบคลุมปัญหาที่เป็น <b>ความเสี่ยงสำคัญ</b> ซึ่งอาจจะมีผลต่อความน่าเชื่อถือ และความน่าไว้วางใจของโรงพยาบาล
การวางแผนทางป้องกัน	แนวทางป้องกันที่ตกลงกันได้นั้นสามารถนำไปสู่การป้องกันปัญหาได้ <b>รัดกุม</b> ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ของโรงพยาบาล และมีความ <b>เป็นไปได้</b> ในการปฏิบัติอย่าง <b>ยั่งยืน</b>
การสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ	มีวิธีการสื่อสารและกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน, ยืนยันด้วยการ <b>สนทนา</b> กลุ่มเป้าหมาย
การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้	จากบันทึกปกติในการทำงานหรือการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง ทำให้เชื่อได้ว่ามีการ <b>ปฏิบัติตาม</b> แนวทางที่กำหนดไว้จริง (ไม่เพียงเข้มงวดกับเอกสารหรือรูปแบบของเอกสาร) และ <b>ทั่วถึง</b>

### ขั้นตอนในการประเมิน

1. ในระหว่างการเยี่ยมหน่วยงานแต่ละหน่วย ทีมงานนำเสนอ**กิจกรรมทบทวนที่สำคัญ**ของหน่วยงาน การปรับปรุงวิธีทำงานที่เกิดขึ้น **หลักฐาน**แสดงถึงการปฏิบัติตามแนวทางซึ่งเป็นผลมาจากการปรับปรุง
2. ในระหว่างการเยี่ยมหอผู้ป่วย ทีม**ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วย**เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความเสี่ยงทางคลินิก ซึ่งให้เห็นโอกาสพัฒนาระบบงานที่เกี่ยวข้อง
3. ทีมรักษาและทีมงานของโรงพยาบาล**ร่วม**ประชุมกันเพื่อให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
4. คณะที่**ปรึกษาสรุปความเห็น**ร่วมส่งให้แก่ สรพ.

## การวางแผนพัฒนาต่อเนื่อง

นอกเหนือจากการประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติตามแนวทางในบันไดขั้นที่ 1 สู่อำนาจ แล้ว สิ่งที่ต้องกระทำควบคู่กันไป คือการวางแผนพื้นฐานเพื่อการดำเนินงานต่อเนื่องในบันไดขั้นที่ 2 โดย

- เชื่อมโยงบทเรียนจากการทบทวนในบันไดขั้นที่ 1 ว่านำมาสู่การปรับปรุงระบบงานได้อย่างไร
- ใช้ unit profile เป็นเครื่องมือในการวางแผนและติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนา:  
Purpose/Goals/Process/Risk/Indicator/CQI
- วางแผนเพื่อให้มีการหมุนวงล้อ PDSA ซ้ำแล้วซ้ำอีกอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กิจกรรมการทบทวนที่ทำมาในบันไดขั้นที่ 1 เป็นพื้นฐาน และต่อยอดด้วยการมองหาข้อบกพร่องที่อาจจะเกิดขึ้น วิเคราะห์ root cause และดำเนินการแก้ไขปรับปรุงที่ root cause
- ฝึกฝนการทำกิจกรรม CQI ที่สอดคล้องกับหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงาน/บริการ โดยใช้รูปแบบต่างๆ (ตั้งเป้า-เฝ้าดู-ปรับเปลี่ยน) เน้นการทดสอบเล็กๆ หลายๆ เรื่อง ต่อเนื่องกัน
- นำมาตรฐาน HA ในส่วนที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายมาดำเนินการ