

บทความ

กระบวนการและผลการดำเนินงานของการพัฒนาคุณภาพบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข 39 ราษฎร์บูรณะ PROCESS AND OUTCOME OF HEALTH SERVICE QUALITY IMPROVEMENT OF THE PUBLIC HEALTH CENTER 39 RATBURANA

ลัดดา ไตรเทพชนะภัย*

บทนำ

กรุงเทพมหานครได้มีการจัดนโยบายสาธารณะในด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยกำหนดทิศทางในแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 12 ปี (พ.ศ. 2552- พ.ศ.2563) ยุทธศาสตร์ที่ 4 มุ่งพัฒนากรุงเทพมหานครให้เป็นมหานครแห่งคุณภาพชีวิตที่ดี และมีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม (Providing good quality of life in cultural mega-city) ได้กำหนดตัวชี้วัด คือ เร่งรัดการพัฒนาโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร เพื่อให้บริการประชาชนแบบครบวงจรและมีคุณภาพเทียบได้กับมาตรฐานสากล เพื่อรับรองกับประชาชนชาวกรุงเทพมหานครว่าหน่วยงานกรุงเทพมหานครจัดบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน โดยมีสำนักอนามัย ทำหน้าที่หน่วยงานในส่วนกลาง และมีหน่วยปฏิบัติคือศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 68 แห่งรวมถึงศูนย์บริการสาธารณสุขสาขาจำนวน 77 แห่ง เป็นหน่วยบริการการแพทย์และสาธารณสุขที่กระจายอยู่ทั่วกรุงเทพมหานคร รับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยที่ทำให้ศูนย์บริการสาธารณสุขจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพบริการ ให้ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เป็นเพราะสภาพแวดล้อมการแข่งขันที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากปัจจุบันสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน

ต่างแข่งขันกันเพื่อยกระดับคุณภาพบริการของตนเอง ให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation: HA) รวมถึงคุณภาพมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจความสามารถและประสิทธิภาพขององค์กรคุณภาพจึงเป็นความท้าทายที่ทุกองค์กรตลอดจนสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนนำมาใช้ในการปรับปรุงและแข่งขันในเรื่องการให้บริการ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชน ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นและยอมรับว่าสถานพยาบาลนั้นมีการทำงานที่ไว้วางใจได้ ผู้รับบริการจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ ประกอบกับการให้บริการด้านสาธารณสุขเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อประชาชนทุกคนสถานบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานในการบริการย่อมทำให้เกิดความศรัทธา ความพึงพอใจ และเกิดความไว้วางใจว่าสถานบริการนั้น สามารถให้การดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน และมีมาตรฐานสากล (ชาญวิทย์ ฤทธิ์เทพ, 2553)

ความเป็นมา

กรุงเทพมหานคร มีภาระหน้าที่ในการบริหารจัดการตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานครพ.ศ. 2528 ตลอดจนถึงกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้มีความสำคัญในการปรับปรุงและพัฒนาระบบงานสาธารณสุขเพื่อ

ผู้รับผิดชอบหลัก: ลัดดา ไตรเทพชนะภัย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลทั่วไป) หัวหน้าพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลและการบริหารทั่วไป ศูนย์บริการสาธารณสุข 39 ราษฎร์บูรณะ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีรัฐภาคเอกชน และประชาชน รวมทั้งส่งเสริมให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร เป็นไปตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและมุ่งให้กรุงเทพฯ เป็นเมืองสุขภาพดี ผู้คนมีความสุข โดยสำนักการแพทย์รับผิดชอบดำเนินการให้บริการตรวจรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การจัดการศึกษา ฝึกอบรมและพัฒนาทางวิชาการแพทย์และพยาบาล สำหรับสำนักอนามัย รับผิดชอบการส่งเสริมสนับสนุน การจัดการบริการ ด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การแพทย์ระดับปฐมภูมิ การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย จึงได้กำหนดแนวทางการพัฒนามาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย (Public health center accreditation: PHCA) ขึ้นภายใต้ยุทธศาสตร์ดังกล่าว เพื่อตอบสนองต่อนโยบายระดับกรุงเทพมหานคร

ศูนย์บริการสาธารณสุข 39 ราชบุรีบูรณะ เป็นหน่วยงานหนึ่งของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการให้บริการสาธารณสุขครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจรักษาโรคในระดับปฐมภูมิ การป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ ได้เริ่มดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2547 ถึงปัจจุบัน และได้ประเมินผลการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยมีผลการรับรองคุณภาพภายในสำนักอนามัย ระดับเงิน ในปี พ.ศ. 2553 ระดับทอง ในปี พ.ศ. 2554 และระดับเพชรในปี พ.ศ. 2555 หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2556 ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการด้วยมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย (Public health center accreditation: PHCA) ผลการ

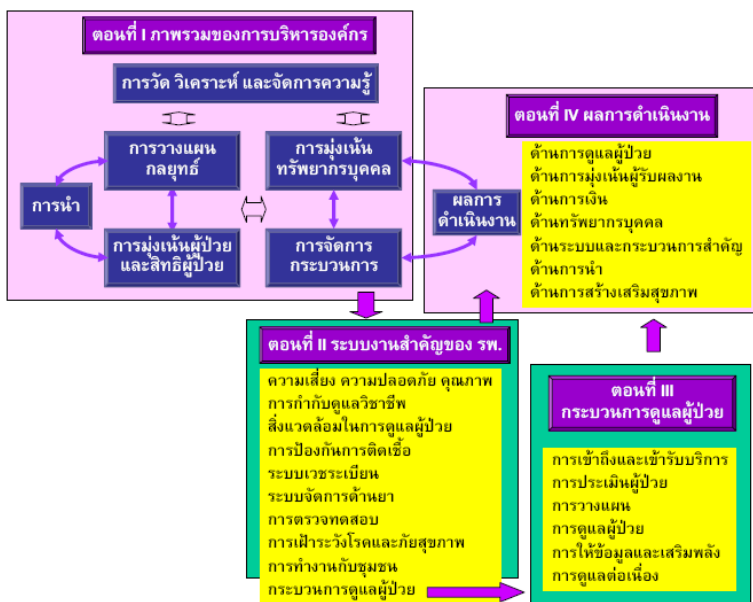
ประเมินจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้คะแนนระดับ B (มีศูนย์บริการสาธารณสุขเข้าร่วมโครงการ 12 แห่ง สามารถผ่านการประเมินจำนวน 3 แห่ง คือศูนย์บริการสาธารณสุข 41,45 และ 56) และในปี พ.ศ. 2557 ผลการประเมินได้คะแนนระดับ A สามารถผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (มีศูนย์บริการสาธารณสุขเข้าร่วมโครงการ 24 แห่ง สามารถผ่านการประเมิน จำนวน 5 แห่ง คือศูนย์บริการสาธารณสุข 6, 21,39,47 และ 67)

มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักอนามัย (Public Health Center Accreditation: PHCA)

การพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขในวงการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย ได้เริ่มดำเนินการระหว่างปี 2536-2542 โดยนำแนวคิดการบริหารจัดการคุณภาพโดยรวม (Total quality management: TQM) ประกอบด้วย 7 หมวด ดังนี้ 1) ภาวะผู้นำ 2) การวางแผนเชิงกลยุทธ์ 3) การมุ่งเน้นลูกค้าและตลาด 4) การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ 5) การมุ่งเน้นให้มีความสำคัญบุคลากร 6) การจัดการกระบวนการ 7) ผลที่ได้รับ ซึ่งเป็นการบริหารที่ส่งเสริมให้บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในการปรับปรุงคุณภาพ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ปฏิบัติภายใต้มาตรฐานวิชาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และต่อมาได้นำแนวคิด (Continuous quality improvement : CQI) จากต้นแบบมาตรฐาน HA ประเทศแคนาดา มาบรรจุในมาตรฐานโรงพยาบาล ฉบับปี ภาญจนานิกิเชก และขยายผลมาตรฐานโรงพยาบาล (HA) นี้ไปทั่วประเทศจนถึงปัจจุบัน (กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2557)

สำนักอนามัย โดยกองการพยาบาลสาธารณสุข มีการพัฒนามาตรฐานเพื่อควบคุมคุณภาพบริการการแพทย์และสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2547 โดยเริ่มพัฒนามาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ฉบับร่างที่ 1 (Draft standard 1: health center accreditation (HCA) และในปี 2548 ได้พัฒนาเป็นมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (Health center accreditation: HCA) และมีการพัฒนาต่อเนื่องระหว่าง พ.ศ.2552 ถึง พ.ศ. 2554 จนกระทั่งเป็นมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย (Public health center accreditation: pHCA) ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐาน HCA เดิมผนวกกับการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการตามแนวคิด Total quality management: TQM มาประยุกต์ใช้ ต่อมาในปี

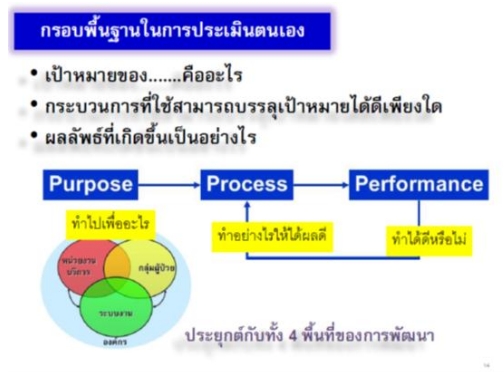
2554-2556 สำนักอนามัย โดยความร่วมมือของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ทำการเทียบเคียงมาตรฐาน pHCA กับมาตรฐานสากล ที่ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยใช้อยู่ คือมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาณจนานิกเชก (Hospital accreditation: HA) ผลจากการเทียบเคียงดังกล่าว ก่อให้เกิดมาตรฐานใหม่คือ มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย (Public health center accreditation: pHCA) พร้อมกับการพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อคุณภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ พัฒนาระบบประกันและรับรองคุณภาพขั้นใหม่ รวมทั้งการขอรับรองคุณภาพจากองค์กรภายนอก คือ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) (กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2557)



รูปที่ 1 แนวคิดการจัดการจัดการคุณภาพโดยรวม (TQM) กับ มาตรฐานงานคุณภาพบริการ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย

(ที่มา : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549)

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย (PHCA)



รูปที่ 2 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ 3P

ที่มา :สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน), 2556

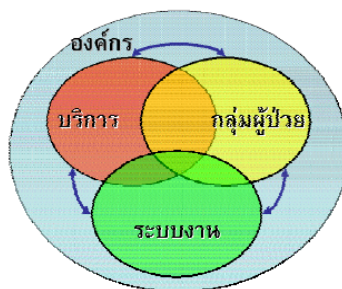
แนวคิดที่นำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ คือ 3C (Context, core values & concepts, criteria)-PDSA (plan-do-study-act), 3P (Purpose-process- performance) เน้นวิธีคิดและการเรียนรู้ การปรับตัวอย่างเป็นระบบ เน้นการประเมินเพื่อการพัฒนา โดยใช้มาตรฐานและการประเมินตนเองเป็น เครื่องมือในการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และการพัฒนา

เป้าหมายของกระบวนการพัฒนาและ ประเมินกระบวนการคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข คือ การกระตุ้นให้ศูนย์บริการสาธารณสุขเกิด กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติและ ผู้บริหารในหน่วยงาน รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

และชุมชน เพื่อพัฒนาระบบบริการทั้งภายใน ศูนย์บริการสาธารณสุขและในชุมชน ให้ตอบสนอง ความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในเขต รับผิดชอบ ผสมผสานกับชุมชนปรับวิธีทำงานตาม หลักการให้เหมาะสมกับบุคคลและสภาพแวดล้อม รวมทั้งทำให้ผู้รับบริการและประชาชนเข้าถึงบริการ ได้ง่าย

กระบวนการคุณภาพของการพัฒนาตาม มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถมองได้ใน 3 มิติ คือ 1) มิติของพื้นที่การพัฒนา 2) มิติของ กระบวนการพัฒนาตามแนวคิด 3C-PDSA 3) มิติของ การประเมิน

1. มิติพื้นที่ของการพัฒนา 4 วง เพื่อความครอบคลุม: กลุ่มของระบบย่อยในศูนย์บริการสาธารณสุข

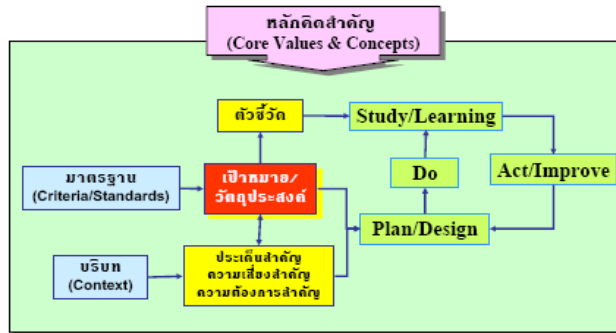


รูปที่ 3 มิติพื้นที่ของการพัฒนา

ที่มา :สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน), 2556

การพัฒนาต่างๆ จะเริ่มต้นที่ระบบย่อยเหล่านี้ แต่ระบบมีเป้าหมาย ผู้รับผลงาน กระบวนการทำงาน และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนสามารถจัดกลุ่มหรือพื้นที่ได้เป็น 1) หน่วยบริการ 2) กลุ่มผู้รับบริการในศูนย์/ในชุมชน 3) ระบบงาน

2. มิติของกระบวนการพัฒนา: 3C-PDSA



รูปที่ 4 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ 3C-PDSA

ที่มา : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2556

การใช้มาตรฐานเพื่อการพัฒนา/ติดตามคุณภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้ในการเชื่อมโยงหลักการสู่การปฏิบัติ

3C (Context, core values & concepts, criteria) คือ องค์ประกอบที่จะทำให้เกิดการคิดการวางแผนที่ดี ลำดับความสำคัญที่จะต้องทำให้เหมาะสมกับสถานการณ์และหลักการการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย 1) การนำองค์กรอย่างมีวิสัยทัศน์ 2) การมองประชาชน/ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 3) ความรับผิดชอบต่อชุมชนและสังคม 4) การทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมกับกลุ่มเป้าหมายรวมทั้งภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน 5) การบริหารจัดการด้วยการใช้ข้อมูลและข้อเท็จจริง 6) การเรียนรู้และการเสริมพลังของศูนย์บริการสาธารณสุขเครือข่ายและทีมสุขภาพ 7) การยึดผลสัมฤทธิ์และการสร้างคุณค่าเป็นเป้าหมายในการทำงานโดยใช้ 3P (Purpose-

process- performance) 8) การบริหารจัดการเพื่อสร้างนวัตกรรม 9) มุมมองเชิงระบบ

Criteria คือ มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย (PHCA)

PDSA (Plan-Do-Study-Act) คือ วงล้อของการปฏิบัติเกิดการพัฒนาและการเรียนรู้ ตั้งแต่การออกแบบ การนำไปปฏิบัติ ทบทวน ติดตามประเมินผล และการปรับปรุงให้ดีขึ้น 3C-PDSA จะเริ่มจากตรงไหนก่อนก็ได้ แต่เริ่มแล้วควรขยับไปจนครบทุกองค์ประกอบที่เหลือ

สิ่งที่เชื่อมระหว่งการคิด (3C) กับการทำ (PDSA) คือ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ซึ่งมาจากการวิเคราะห์ context คู่กับเป้าหมายของ criteria เมื่อได้เป้าหมายสามารถกำหนดตัวชี้วัดเพื่อการติดตามกำกับหรือการประเมินผลได้ เมื่อมีเป้าหมายชัดเจน รู้ประเด็นสำคัญต่างๆ ที่เป็นความเสี่ยง ทำให้สามารถออกแบบระบบงานที่เหมาะสมโดยมีค่านิยม

หลัก (Core values & concepts) เป็นตัวกำกับ เป็นสิ่งที่ทำให้เห็นโอกาสพัฒนามากขึ้น

การเรียนรู้ (Study/Learning) เป็นสิ่งที่จะ ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา ซึ่งครอบคลุมการทบทวน และติดตามประเมินผลในทุกรูปแบบ เช่น 1) การ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge sharing) 2) สุนทรีย- สันทนา (Dialogue) 3) การเขียนบันทึกความ ก้าวหน้า (Portfolio) 4) การใช้ตัวตามรอย (Tracer) 5) การ ทบทวนหลังทำกิจกรรม (After action review) 6) การติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูลและการ ประเมินการบรรลุเป้าหมาย 7) การทำกิจกรรม ทบทวนคุณภาพ (Quality review activities) 8) การประเมินตนเองตามมาตรฐานและการให้ คะแนนตามระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (self- assessment of standard compliance) และ 9) การทบทวนเวชระเบียน (medical record review)

3. มิติของการประเมินผล

การประเมินผลก็คือ S (Study) ใน 3C- PDSA เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบถึงระดับความ ก้าวหน้าในการพัฒนา การบริการด้านการรักษา พยาบาล แบบผสมผสาน การฟื้นฟูสภาพและการ ส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ หน่วยงานต่างๆทำงานร่วมกันอย่างไร ได้รับการ

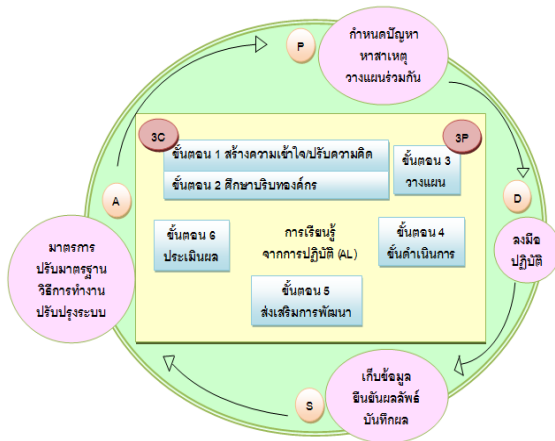
สนับสนุนที่เพียงพอหรือไม่ และเพื่อให้เกิดการ ขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง

การประเมินภายใน เป็นการประเมินเพื่อให้ กำลังใจและให้เห็นโอกาสพัฒนา จะได้ประโยชน์และ จะเป็นกลไกสำคัญเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง

การประเมินจากภายนอก ในการประเมิน มุ่งเน้นที่ระบบงานผลการดำเนินการและเป็น เครื่องมือในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้เยี่ยมสำรวจจาก ภายนอกมาทบทวน/กระตุ้นการเรียนรู้ร่วมกับทีม บุคลากร ได้เข้าใจแนวคิดเชิงระบบที่มองทุกอย่าง เชื่อมกันอย่างเบ็ดเสร็จ ครบแล้วไปประเมินสิ่งที่ ปฏิบัติจริง

กระบวนการพัฒนาเพื่อรองรับการประเมิน

ศูนย์บริการสาธารณสุข 39 ราชบุรีบูรณะ ได้นำแนวคิดเรื่องคุณภาพและจากผลการสังเคราะห์ แนวคิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติของดอททิจซ์และ เจมส์ Dotlich & James (1998), แมคกริลและบีที้ McGill & Beaty (2002), ประสิทธิ์ ชุมศรี (2555) กับกระบวนการพัฒนาตามแนวคิด 3C-PDSA และ 3P ตามขั้นตอนดังนี้ 1) สร้างความเข้าใจ/ปรับ ความคิด 2) ศึกษาบริบท 3) วางแผน 4) ดำเนินการ 5) ส่งเสริม การพัฒนา 6) ผลการดำเนินการ



รูปที่ 5 กระบวนการพัฒนาคุณภาพการบริการของศูนย์ฯ 39 ราชบุรีบูรณะ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความเข้าใจและปรับความคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์บริการสาธารณสุข

เป้าหมาย เพื่อสร้างความเข้าใจรับรู้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ การใช้มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข

กิจกรรมดำเนินการ

1. ประชุมทีมนำสร้างความเข้าใจแนวคิดบทบาทหน้าที่ การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ

2. ประชุมองค์กรเพื่อแจ้งนโยบายการเข้ารับการรับรองคุณภาพ สร้างความเข้าใจ ความตระหนักรู้ในภารกิจของศูนย์บริการสาธารณสุข การให้บริการด้านสุขภาพการใช้มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข แนวคิดการพัฒนา 3C-PDSA และ 3P

3. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพศูนย์ฯ 39 คัดเลือกประธานจากหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก มอบหมาย

4. หน้าที่ความรับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพทีมนำให้การเสริมพลัง เป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำในการดำเนินงานคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาบริบทองค์กร

เป้าหมาย รู้จักองค์กร ศูนย์บริการสาธารณสุข 39 ราชภัฏบูรณะ ลักษณะพื้นฐานและความสัมพันธ์

กิจกรรมดำเนินการ

1. ประชุม ระดมสมองคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ร่วมคิดและวิเคราะห์องค์กร ทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ เข็มมุ่ง สถานการณ์ การจัดการบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย การบริหารความเสี่ยง การควบคุมภายใน และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัจจุบัน

2. สอบถาม/สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ประชาชนในพื้นที่ เครือข่ายในพื้นที่ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมสุขภาพในพื้นที่สำนักงานเขต

ราชภัฏบูรณะ โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครและเอกชน สมาชิกสภากรุงเทพมหานครและสมาชิกสภาเขตราชภัฏบูรณะ สถานีตำรวจ ราชภัฏบูรณะ คณะกรรมการพื้นที่แขวงราชภัฏบูรณะ

3. สังเกตการให้บริการ สถานที่ สิ่งแวดล้อมในการบริการ

4. ปรับเข็มมุ่ง/แผนพัฒนาคุณภาพบริการ พิจารณากำหนดเนื้อหา รายละเอียดให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและบริบทของศูนย์ฯ 39

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผน

เป้าหมาย วางแผนการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์ฯ 39

กิจกรรมดำเนินการ

1. จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อเตรียมรับการประเมินคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล กำหนดระยะเวลาและผู้รับผิดชอบ

2. บูรณาการกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพบริการ ตามแผนปฏิบัติการ/ตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข (PHCA) ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ภาพรวมการบริหารจัดการ ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญมีองค์ประกอบครอบคลุม 1) การบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยและคุณภาพ 2) การพยาบาล 3) สิ่งแวดล้อมในการบริการ 4) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 5) ระบบเวชระเบียน 6) การจัดการระบบยา 7) การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 8) การทำงานกับชุมชน ตอนที่ 3 กระบวนการทางคลินิก

3. จัดการความรู้ (KM) จัดทำปฏิทินการปฏิบัติงานของกิจกรรมงานในศูนย์ฯ/ชุมชน ข้อตกลงในการแบ่งงานกตีกามารยาทในการประชุม จัดตั้งกลุ่มร่วมเรียนรู้ที่มีสมาชิกในแต่ละงานมาประชุมกัน มอบหมายงานหน้าที่ต่างๆในการจัดการความรู้ เช่น คุณเอื้อ คุณอำนวย คุณกิจ คุณประสาน สมาชิกกลุ่ม

ผู้จัดบันทึกการประชุม โดยให้สมาชิกหมุนเวียนเวียนกันในการทำหน้าที่บทบาทต่างๆ ในกลุ่ม

4. ค้นหา “น้องใหม่” คัดเลือกจากงานที่รับผิดชอบในศูนย์ฯ/ชุมชน เพื่อหาความรู้ที่อยู่ในตัวคน (Tacit knowledge) เป็นความรู้ที่มาจากการปฏิบัติ ประสบการณ์ ไหวพริบ ปฏิภาณในการทำงาน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้งานบรรลุผลสำเร็จ และเพื่อเป็นตัวอย่งที่ดีในการทำงาน เป็นตัวแทนจัดตั้งกลุ่มเรียนรู้ร่วมกันในแต่ละงาน

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นดำเนินการ

เป้าหมาย เคราะห์ สังเคราะห์รูปแบบการให้บริการ กำหนดเป้าหมาย ออกแบบระบบ

กิจกรรมดำเนินการ

1. ประชุมหารือร่วมกันในแต่ละระบบงาน 1) การบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยและคุณภาพ 2) การพยาบาล 3) สิ่งแวดล้อมในการบริการ 4) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 5) ระบบเวชระเบียน 6) การจัดการระบบยา 7) การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 8) การทำงานกับชุมชน โดยใช้แนวคิด 3C-PDSA เชื่อมโยงทุกพื้นที่ทั้งหน่วยบริการผู้รับบริการ

2. จัดทำ 3P โดยวิเคราะห์ระบบงานบริบทศูนย์ฯ 39 คู่กับเป้าหมายตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข (PHCA) เพื่อให้ทราบเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ กระบวนการ และผลการดำเนินงานตัวชี้วัดของแต่ละระบบงาน

3. ออกแบบระบบงาน โดยยึดวิสัยทัศน์ เข้มมุ่งค่านิยมหลัก บริบทของศูนย์ฯ 39 (Core values & concepts) รู้ประเด็นต่างๆ ที่เป็นความเสี่ยงสำคัญ ความต้องการของผู้รับบริการ/ประชาชน การใช้ข้อมูลและข้อเท็จจริง (Evidence based) ลำดับความสำคัญที่จะต้องทำให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ทำให้เห็นเป้าหมายของระบบงานที่ชัดเจนขึ้น เห็นโอกาสพัฒนา ช่วยให้ออกแบบระบบงานได้เหมาะสม

4. ดำเนินงานตามกระบวนการที่จัดทำไว้

5. ประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมายและตัวชี้วัดของแต่ละระบบงาน

ขั้นตอนที่ 5 ส่งเสริมกระบวนการพัฒนา

เป้าหมาย เกิดการเรียนรู้สู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง บูรณาการงานคุณภาพให้เป็นงานประจำ

การดำเนินการ

1. เพิ่มสมรรถนะบุคลากรศูนย์ฯ 39 ในด้านความรู้ โดยการส่งประชุม อบรม ค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อให้ได้คำตอบในการทำงานและองค์ความรู้จากหน่วยงานอื่นๆ ร่วมงานมหกรรมคุณภาพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับศูนย์ฯ อื่นๆ และเข้าร่วมการประชุมวิชาการ นวัตกรรม แล้วนำมาปรับปรุงกระบวนการทำงาน

2. สร้างความมีส่วนร่วม โดยทีมนำกำหนดประเด็นปัญหาที่ได้จากการรายงานความเสี่ยง (แบบ R1) ขอร้องเรียนจากผู้รับบริการในศูนย์/ชุมชน นำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์/สนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แบ่งปันความรู้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มสื่อสารกันเพื่อการแบ่งปันความรู้ ประสบการณ์ ตั้งคำถาม ฟัง สะท้อนความคิด ซึ่งจะช่วยให้เกิดความคิด/ความเข้าใจใหม่ ทำให้ได้แนวทางการนำไปปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาในการทำงานร่วมกัน

3. จัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติ (Community of practice, CoP) เพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการในศูนย์/ชุมชน เป็นการแลกเปลี่ยนแบ่งปันความรู้ ประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติงานที่ต้องมีการประยุกต์ใช้ความรู้ เพื่อทำให้งานมีผลสัมฤทธิ์สูง ก่อให้เกิดการทำงานที่มีการประสานร่วมมือกัน เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายการแบ่งปันความรู้ร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

4. ประเมินตนเองตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย (PHCA) เพื่อทราบระดับที่ปฏิบัติได้ (Scoring Guideline)สู่การหาโอกาสพัฒนา

5. นิเทศติดตามผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการ ตามตัวชี้วัด

ขั้นตอนที่ 6 ผลการดำเนินการ

เป้าหมาย ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัย องค์กรศูนย์ฯ 39 ราษฎร์บูรณะ เกิดการเรียนรู้

กิจกรรมดำเนินการ

1. นำแนวทางการปฏิบัติใหม่ ที่ได้บทเรียน/เรียนรู้/ โอกาสพัฒนา มาตรวจสอบแก้ไข/ ปรับปรุงเพื่อกำหนดมาตรการ/ ปรับมาตรฐาน/ ปรับปรุงระบบ/ วิธีการทำงาน ให้สอดคล้องกับงานบริการในศูนย์ฯ/ ชุมชน ผู้รับบริการและเป้าหมายที่กำหนด

2. สร้างผลงานที่เป็นวิธีการอย่างมีระบบ สู่การปฏิบัติการที่เป็นเลิศ/นวัตกรรม นำไปทดลองใช้ ตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงรายงานผล รวบรวมองค์ความรู้ จัดทำรายงานเอกสารเพื่อเผยแพร่

3. รายงานการประเมินตนเองตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย (PHCA) Standard checklist

4. รวบรวมและรายงานผลผลการดำเนินการ ทบทวนปรับปรุงวิเคราะห์ สังเคราะห์ผลการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 6 ด้าน

จากการดำเนินงานปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานของศูนย์ฯ 39 ราษฎร์บูรณะ ตั้งแต่ปี พ.ศ 2555-2557 พบว่าเกิดผลการดำเนินการในด้านต่างๆ ตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการบริการ รักษาพยาบาลแบบผสมผสานและการฟื้นฟูสภาพ (ภายในศูนย์บริการสาธารณสุข)

1.1 ด้านการดูแลผู้รับบริการเป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย พึงพอใจ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557
1. ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยการให้บริการคลินิกโรคเบาหวาน	<111 นาที	95 นาที
2. ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพครบถ้วนตามเกณฑ์	ร้อยละ 100	100
3. จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลง/ เสียบบ้านไม่ได้รับการดูแลภายในเวลาดำเนินการ	0	0
4. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้รับการส่งต่อ	>ร้อยละ 80	100
5. อัตราการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยเรื้อรัง	>ร้อยละ 80	
- ผู้ป่วยเบาหวาน/เบาหวาน-ความดันโลหิตสูง		82.7
- คลินิกความดันโลหิตสูง		78.8

ปี 2557 วิเคราะห์ความต้องการของลูกค้าทั้งภายนอกและภายใน นำข้อมูลจำนวนผู้รับบริการรายคลินิก รวมถึงการคัดกรองสุขภาพ ทรัพยากรทั้งบุคลากร เครื่องมือมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดทำ

แผนภารกิจงานสร้างเสริมสุขภาพในหน่วยบริการ กำหนดประเด็นคุณภาพและความท้าทายที่สำคัญ ทบทวนกระบวนการหลักของหน่วยบริการ ได้แก่ การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ การตรวจรักษา

พยาบาลและการจำหน่าย กำหนดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ

บูรณาการกระบวนการ/ระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายคุณภาพ โดยการพัฒนาระบบเวชระเบียน ค้นหาและป้องกันความเสี่ยง: RM การจัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย: ENV จัดจุดคัดกรอง ประเมินอาการ คัดแยก จัดลำดับผู้รับบริการตาม

ความเร่งด่วนและให้การพยาบาลตามสภาวะการเจ็บป่วย การคัดกรองผู้ป่วยแรกรับเพื่อการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้บริการแบบ Fast tract ณ จุด One stop service: PCT & IC ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการฉีดยาในผู้ป่วย : PCT พัฒนาระบบบริการด้วย Lean ในคลินิกเบาหวาน ก่อนทำ 111.1 นาที หลังทำ 95 นาที

1.2 การบริการ/ ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ กลุ่มโรคสำคัญ (คลินิกเบาหวาน)

เป้าหมาย/ ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ป้องกัน ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถในการดูแลตนเองได้

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557
1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนต้องได้รับการดูแลตามเกณฑ์	> ร้อยละ 70	83.7
- ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสม 1 ครั้ง/ปี		83.7
- ได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อน/ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างน้อย 2 ด้าน		93.5
- ผู้ป่วย และหรือญาติได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในด้านอย่างน้อย 3 เรื่อง/ปี		90.9
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่รับการดูแลตามเกณฑ์สามารถควบคุมระดับ HbA1C ได้ น้อยกว่า 7	ร้อยละ 25	27.9

กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์บริการสาธารณสุข โดยทีม PCT ทำการทบทวนและกำหนดแนวทางการดูแลรักษา การประสานการดูแลที่ต่อเนื่องเชื่อมโยง บูรณาการทุกระบบงานสำคัญจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (ผู้รับบริการที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบแขวงราษฎร์บูรณะ) ผลการดำเนินการได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การจัดบริการส่งเสริมความสามารถในการ

ดูแลตนเอง ผ่านกิจกรรมสุขศึกษา การให้คำปรึกษา สู่การวิจัยจากงานประจำ (R2R): ศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 39 ราษฎร์บูรณะ และกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน สู่การจัดตั้งชมรม “คนสองวัย หัวใจเดียวกัน” นวัตกรรมทุกวันพุธที่ 3 ของทุกเดือน

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคตามกลุ่มประชากร (ในชุมชน)

2.1 การส่งเสริมสุขภาพ เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ประชาชนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี ลดการเกิดโรครายใหม่ คงไว้ซึ่งสุขภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557
1. อัตราการคัดกรองสุขภาพครอบคลุมประชากรในพื้นที่	ร้อยละ 50 เพิ่มขึ้นร้อยละ 10/ปี	34.1	69.0	89.8	93.6
2. ร้อยละของผลการตรวจคัดกรองสุขภาพ					
- กลุ่มปกติ		32.7	32.6	21.4	20.9
- กลุ่มเสี่ยง		54.3	55.5	68.6	68.9
- กลุ่มป่วย		13.0	11.9	10.0	10.2

ผลการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงพบว่า มีปัจจัยจากพฤติกรรมมากที่สุด รองลงมาคือ ปัจจัยจากผลการตรวจสุขภาพ (ระดับความดันโลหิต, ระดับน้ำตาลในเลือด) และพบปัจจัยจากพันธุกรรมน้อยที่สุด จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในกลุ่มเสี่ยงและป่วย ปีละ 2 ชุมชน ผลการดำเนินงานปี 2557 พบกลุ่มเป้าหมายมีความเชื่อในความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความเสี่ยง ร้อยละ 86.1 ส่งต่ออาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมส่งเสริมสุขภาพต่อ ในกลุ่มผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน ดูแลต่อเนื่อง (Home health care) 5 อันดับ

โรคแรกเปรียบเทียบปี 2554 - 2557 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานชนิดที่ 2 โรคหืด หัวใจขาดเลือดและข้อเข่าเสื่อม ตามลำดับ โดยพบแนวโน้มรายใหม่สูงขึ้นทุกปี จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 290, 287, 309 และ 357 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบ 98, 101, 111 และ 127 ตามลำดับ ผลการติดตามเยี่ยมที่บ้านแบ่งเป็น ทุเลา คงเดิม ทรมาน/มีภาวะแทรกซ้อน และดูแลตนเองได้ โดยพบแนวโน้มผู้รับบริการมีอาการคงเดิม ทุเลาและทรมานลดลงทุกปี และพบว่าสามารถดูแลตนเองได้เพิ่มมากขึ้น

2.2 การควบคุมโรคและป้องกันโรคเป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: เฝ้าระวัง ควบคุมโรคได้ทันเวลา

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557
1. อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงต่อแสนประชากร	< 1000	898.2	344.5	568.5	371.6
2. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกต่อแสนประชากร	ลดลงร้อยละ 20 จากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	137.8	189.5	307.6	108.3
3. ร้อยละความทันเวลาในการสอบสวนโรค	> ร้อยละ 90	97.3	98.1	100	100

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคได้ทันเวลา ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ ระบบเฝ้าระวังโรคที่เข้มแข็ง การสอบสวนโรคที่รวดเร็ว การควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพและการป้องกันโรคล่วงหน้า ซึ่งจะต้องมีการ วางแผน ติดตามการทำงานอย่างต่อเนื่องที่สำคัญการพัฒนาทักษะ ศักยภาพของบุคลากรอาสาสมัครสาธารณสุข สร้างเครือข่ายในการควบคุมและป้องกันโรคมีความสำคัญ และสิ่งสำคัญคือการสร้างความตระหนักรู้ สร้างความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคให้เกิดแก่ประชาชนเพื่อความยั่งยืน

2.3 ด้านการเรียนรู้และมีส่วนร่วมของชุมชนเป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557
1. ร้อยละของชุมชนที่มีการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 4 กิจกรรม	>ร้อยละ 80	91.5	95.4	100	100
2. ร้อยละของชุมชนที่มีชมรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรม	>ร้อยละ 80	100	100	100	100
3. ร้อยละของประชาชนในชุมชนที่เข้าร่วมโครงการสร้างเสริมสุขภาพมีภาวะสุขภาพดีขึ้น	>ร้อยละ 80	66.0	74.0	79.0	86.1

ความเข้มแข็งของชุมชนในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีการวางแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาความสามารถชุมชน สร้างความเข้มแข็งสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยศูนย์บริการสาธารณสุขให้การสนับสนุน ผลิตความ

ร่วมมือในการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ เสริมศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยจัดกิจกรรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขสุขภาพทุกปี ละ 1 ครั้ง

มิติที่ 3 ด้านการมุ่งเน้นผู้รับบริการ/ประชากรกลุ่มเป้าหมายและผู้รับผลงาน เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ความพึงพอใจ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557
1. ความพึงพอใจในบริการของผู้รับบริการในศูนย์ฯ	>ร้อยละ 80	89.7	90.1	90.8	83.8
2. ความพึงพอใจในบริการที่ให้ของผู้รับบริการที่บ้าน	>ร้อยละ 80	98.8	97.1	93.3	94.0
3. ความพึงพอใจในบริการที่ให้ของประชาชนในพื้นที่	>ร้อยละ 80	88.8	92.5	87.7	93.9
4. พฤติกรรมความนิยมในการเลือกใช้บริการในศูนย์	>ร้อยละ 80				
- ความสะดวกรวดเร็ว		NA	88.9	90.6	90.6
- คุณภาพในการให้บริการ			88.3	88.5	90.1
- อธิบายและเอาใจใส่			89.6	91.1	91.1
- การให้ข้อมูล/คำแนะนำ			90.8	91.0	90.8
- ค่ายา/ค่าบริการ			92.8	92.1	92.0
- อาคาร สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก			90.8	91.8	91.9

ศูนย์ฯ 39 ราษฎรบุรณะให้ความสำคัญกับการจัดบริการ มีการสำรวจความต้องการและความคิดเห็นของผู้รับบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ติดประกาศสิทธิผู้ป่วย จัดเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูล บริการ

ตอบข้อซักถามแก่ผู้มารับบริการ บอร์ดความรู้สุขภาพ ตารางการปฏิบัติงาน ขั้นตอนการรับบริการในแต่ละคลินิกเพื่อการเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว และจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้รับบริการ จัดอยู่เวรปฐมพยาบาลนอกเวลาปฏิบัติ เวรรับ

โทรศัพท์เปิดช่องทางการรับฟังความคิดเห็น ทั้งทาง
กล่องรับความคิดเห็น โทรศัพท์ สื่อสังคมออนไลน์
(เฟสบุ๊ก) สอบถามความพึงพอใจ นำคำแนะนำ ข้อ
ร้องเรียน นำข้อมูลความพึงพอใจ คำแนะนำ ข้อ

ร้องเรียนมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ หาโอกาสพัฒนา
ปรับปรุงกระบวนการ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา
ความพึงพอใจและความร่วมมือ

4. ด้านทรัพยากรบุคคล

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:สร้างความผูกพันระหว่างบุคลากร จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557
1. ความพึงพอใจในบริการของ ศูนย์ฯ 39	>ร้อยละ 80	88.82	89.2	83.6	83.6
2. บุคลากรที่ตรวจสุขภาพประจำปี	>ร้อยละ 90	NA	95.6	97.7	97.8
- ร้อยละของบุคลากรกลุ่มปกติ			27.3	32.6	31.1
- ร้อยละของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง			59.1	55.8	57.8
- - ร้อยละของบุคลากรกลุ่มป่วย			13.6	11.6	11.1
ผลงานเด่น/นวัตกรรม	>1 เรื่อง/ปี	1	1	5	5

นำข้อมูลบุคลากรมาวิเคราะห์ จัดวาง
อัตรากำลังตามความเหมาะสม ส่งเสริมสมรรถนะ
การทำงานทุกระดับเพิ่มคุณค่า ส่งเสริมวัฒนธรรม
การเรียนรู้ในองค์กร กำหนดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
การจัดการความรู้ของบุคลากร ส่งเสริมการผลิตผล
งานทางวิชาการ วิจัย R2R นวัตกรรมที่สอดคล้อง
ความต้องการและเป็นปัญหาของพื้นที่มีการจัด
สิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงาน ดำเนินกิจกรรม 5 ส

อย่างต่อเนื่องปี 2557 สํารวจด้านความพึงพอใจใน
การปฏิบัติงาน จากผู้ให้บริการ 49 รายพบด้าน
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน สูงสุด ร้อยละ 97.8
ด้านขีดความสามารถของบุคลากร การประเมินผล
การปฏิบัติหน้าที่บุคลากรทุกกลุ่มงาน รวมทั้งค
กรมและบุคลากรช่วยงาน 49 ราย ผ่านการประเมิน
ระดับดีเด่น ร้อยละ 83.67 นอกจากนี้บุคลากรศูนย์ฯ
39 ยังมีการนำเสนอผลงานเด่นอย่างต่อเนื่อง

5. ด้านประสิทธิภาพกระบวนการ

5.1ระบบยาเป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ผู้รับบริการได้รับยาที่มีคุณภาพดี ถูกต้อง ปลอดภัยจากการ
ใช้ยาและมีความพึงพอใจ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557
1.อุบัติการณ์ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	<10 ครั้งต่อพันใบสั่งยา	NA	5.82	5.40
- Prescribing error		0	2.17	2.70
- Pre-dispensing error (พิมพ์ฉลากยา)			2.02	0.94
- Pre-dispensing error (จัดเตรียมยา)			1.56	1.76
- Dispensing error			0.07	0
2.จำนวนเดือนสำรองยาและเวชภัณฑ์คงคลัง	ไม่เกิน 3 เดือน	2.2	2.1	1.7
3.ความพึงพอใจ	>ร้อยละ 80	NA	NA	82.6

ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการเกิดการแพ้ยาซ้ำ ตั้งแต่ ปี 2554 – 2557

ปี 2557 กำหนดกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูง เฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้แก่ Humulin 70/30, Glibenclamide, Glipizide,

Allopurinol และ Theophylline 200 mgพบภาวะ Hypoglycemia 3 ราย จากการเฝ้าระวัง 19 ราย ในการใช้ยา Humulin 70/30, Glibenclamide และ Glipizide รายใหม่ทุกราย

5.2 ระบบเวชระเบียนเป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ครบถ้วน ถูกต้อง ถูกคน รวดเร็ว ปลอดภัย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557
1. จำนวนครั้งของเวชระเบียนสูญหาย	< 5 ครั้ง	2	0	1	1
2. จำนวนครั้งของข้อมูลผู้รับบริการไม่ถูกต้อง (ข้อมูลทั่วไป)	< 5 ครั้ง	1	0	1	0
3. จำนวนแฟ้มที่ถูกยืมไม่คืนในระยะเวลาที่กำหนด	< 5 แฟ้ม	0	0	5	2
4. ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	> ร้อยละ 60	NA	NA	NA	79.2

เวชระเบียนทุกฉบับถูกจัดเก็บในห้องเวชระเบียน ไม่ให้สิทธิผู้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามาเก็บหรือค้น กำหนดแนวทางการเข้าถึงเวชระเบียน การยืม-คืนเวชระเบียนปี 2557 กำหนดแนวทางการทำลายเวชระเบียน ตามมาตรฐาน 5ปี ยึดเกณฑ์ตาม

แพทยสภา มีการติดตามเวชระเบียนที่ขาดการติดต่อเกิน 5 ปี และคืนพื้นที่ในการจัดเก็บเวชระเบียนใหม่ ทำได้ ร้อยละ 100 และกำหนดแบบบันทึกเพื่อใช้สื่อสารกันในสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการดูแลที่เชื่อมโยงและต่อเนื่อง

5.3 ความปลอดภัยของอาคารสถานที่เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: สิ่งแวดล้อม สาธารณูปโภค ปลอดภัย เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและพิทักษ์สิ่งแวดล้อมแก่ผู้มารับบริการและบุคลากร

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557
1. อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ขณะมารับบริการ	< 5 ครั้ง	1	0	1	1
2. อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุวัสดุ ของเสีย อันตรายของผู้ให้บริการขณะปฏิบัติงาน	0	0	2	2	0
3. จำนวนครั้งที่ทรัพย์สินสูญหาย	0	1	0	1	0
4. อุบัติการณ์ความไม่เพียงพอ พร้อมใช้ของเครื่องมือ	0	1	0	1	1
5. การสอบเทียบเครื่องมือที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
6. การประเมินโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์มาตรฐาน(แสงสว่าง คุณภาพอากาศ น้ำประปา*)	ผ่านเกณฑ์	NA	ผ่าน*	ผ่าน*	ผ่าน
7. ความพึงพอใจด้านสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการ	> ร้อยละ 80	90.8	90.8	90.8	89.6

จากการทำ ENV Round ปี 2557 พบ การทิ้งขยะไม่ถูกในส่วนของโถงบริการและนอก อาคารที่มพัฒนาสภาพแวดล้อม ได้จัดทำแผนการ จัดการขยะ จัดหาภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสมกับ ประเภทขยะ และมีจำนวนเพียงพอกับปริมาณขยะ เพื่อให้บริการผู้มารับบริการ/ประชาชน และผู้สูงอายุ จัดวางตามจุดที่ใช้งาน ติดป้ายบอกประเภทของขยะ

ที่จะทิ้ง ภายในศูนย์ฯเขียนเป็นตัวหนังสือบอก ประเภทของขยะที่จะทิ้งติดไว้ที่ฝาของถัง เพื่อ สื่อสารให้กับผู้มารับบริการ/ประชาชน ภายนอก ศูนย์ฯสื่อสารด้วยรูปตามประเภทของขยะที่จะทิ้ง และประชาสัมพันธ์เรื่องการทิ้งขยะสอดแทรกในการ กิจกรรมสุขศึกษา

5.4 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ป้องกันการติดเชื้อ การแพร่กระจายเชื้อเพื่อความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ บุคลากร สิ่งแวดล้อม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557
1. อุบัติการณ์การติดเชื้อสำคัญที่พบบ่อย					
- SSI contaminate wound: suture ใน 6 ชม. (ในศูนย์ฯ)	< 5 ครั้ง	0	0	0	0
- CAUTI (ในชุมชน)		0	0	0	0
2. อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุของมีคมที่ม ต่ำ บาด	0	0	2	2	0
3. อัตราการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเป็น โรค TB	0	0	0	0	0
4. อัตราความครอบคลุมของการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรค	>ร้อยละ 80				
- ไขหวัดใหญ่		95.9	93.5	92.6	84.4
- คอตีบ-บาดทะยัก		NA	NA	76.7	87.1
- ตั๊กแตน ปะ		NA	NA	93.3	90.5
5. ประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่อง นึ่งไอน้ำ	ร้อยละ 100	100	100	100	100
6. บุคลากรได้รับการฟื้นฟูความรู้ IC อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	>ร้อยละ 80	90.8	90.8	90.8	89.6
7. คุณภาพน้ำใช้ผสมยาอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์	NA	NA	ผ่าน	ผ่าน

คงกิจกรรมสำคัญในแผนงานป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อ (Essential components of Infection Prevention Program) 8 กิจกรรม ตั้งแต่ ปี 2556 และจากการวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการ พบว่าโรกระบบทางเดินหายใจติดอันดับ Top 5

ยอดผู้รับบริการอยู่อันดับ 3 ของทุกปี ประกอบกับ บริบทของศูนย์ฯ ที่ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัว และจากข้อมูล รง.506 ที่พบโรคเฝ้าระวังที่เข้าข่ายต้องแยก จึงจัดจุดบริการ One stop service แก่ผู้มีอาการเข้าข่ายโรคที่ต้อง

แยก ทั้ง Airborne, Droplet และ Contact Precautions ตั้งแต่ มกราคม – ตุลาคม 2557 พบ

ผู้รับบริการที่มีอาการเข้าข่ายฯ ได้รับการคัดกรองเฉลี่ย ร้อยละ 93.1

5.5 ด้านการพยาบาล เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ความสำเร็จขององค์กรพยาบาลตามพันธกิจ คุณภาพ มาตรฐาน และการพัฒนาบุคลากรพยาบาล

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557
1. ความสำเร็จตามแผนปฏิบัติการขององค์กรพยาบาล	ร้อยละ 80	100	100	100	100
2. ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิหรือการละเมิดสิทธิของผู้ใช้บริการ/พฤติกรรมบริการของพยาบาล	<ร้อยละ 1	0	0	0	0
3. อุบัติการณ์การติดเชื้อจากการให้บริการ/ปฏิบัติการพยาบาล	<ร้อยละ ๕	0	0	0	0
4. หน่วยบริการพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาล/ดำเนินงานตามมาตรฐานการพยาบาล	ร้อยละ 100	100	100	100	100
5. หน่วยบริการพยาบาลที่มีการตรวจสอบยา/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่หมดอายุ	ร้อยละ 100	100	100	100	100
6. บุคลากรพยาบาล มีสมรรถนะตามวิชาชีพสายงานพยาบาลที่กำหนด	ร้อยละ 80	NA	NA	71.8	62.5
7. บุคลากรพยาบาลได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง/นำความรู้และทักษะใหม่ที่ได้จากการอบรมมาพัฒนางาน	<1 ครั้ง/หลักสูตร/ปี	100	100	100	100
8. บุคลากรพยาบาลได้รับการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	ร้อยละ 80	100	100	100	100
9. บุคลากรพยาบาลมีความพอใจ มีแรงจูงใจในการทำงาน มีความก้าวหน้าในงานและได้รับการกระตุ้นให้มีการพัฒนาตนเอง และใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่	>ร้อยละ 80	96.9	94.6	87.5	82.2
10. บุคลากรพยาบาลได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี	>ร้อยละ 80	100	100	100	100

ความสำเร็จขององค์กรพยาบาลตามพันธกิจ ในปีพ.ศ 2554 – 2557 มีจำนวนโครงการ 6-8 โครงการ/กิจกรรมจำนวน 20-22 กิจกรรม สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และมีการนิเทศติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาลมีการส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่งผลให้ไม่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิการละเมิดสิทธิของผู้ใช้บริการและพฤติกรรมบริการ ด้านความรับผิดชอบต่อผู้ใช้บริการไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อจากปฏิบัติการ

พยาบาลในห้องปฏิบัติการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในชุมชน

ด้านมาตรฐานของการปฏิบัติการพยาบาล ได้ผลการดำเนินงานร้อยละ 100 มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการให้บริการและมีการตรวจสอบ/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่หมดอายุ ส่วนกระบวนการสร้างคุณค่าทางการพยาบาล มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินผู้มารับบริการ คัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ส่วนในชุมชนใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วย วินิจฉัยการพยาบาล ให้การพยาบาลผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ด้านการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล ปี พ.ศ. 2556 มีผลงานการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ

5 เรื่องในการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาแบบการดูแลและจัดการระบบการดูแล (Care management) เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์สูงสุด (Outcome-based goal) และในปี พ.ศ. 2557 มีผลงาน R2R 2 เรื่อง นวัตกรรม 1 เรื่อง

ในปี พ.ศ. 2556 มีการเคลื่อนย้ายบุคลากรพยาบาลจำนวนมากและในปี พ.ศ. 2557 มีการบรรจุพยาบาลใหม่ การสลับเปลี่ยนงานทำให้ผลการสำรวจบุคลากรพยาบาลในเรื่องสมรรถนะตามวิชาชีพความพึงพอใจในการปฏิบัติงานลดลง ได้ทำการเสริมพลังพัฒนาศักยภาพในการทำงาน จัดทำ Training road Map ส่งประชุมอบรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะตามวิชาชีพสายงานพยาบาลและตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

5.6 ระบบบริหารความเสี่ยงเป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ปลอดภัย ลดความผิดพลาด ลดความสูญเสีย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	2555	2556	2557
1. จำนวนความเสี่ยงจากการค้นหาและระบุความเสี่ยง	55	39	28
2. ความเสี่ยงทางคลินิก			
- ด้านการวินิจฉัยและการรักษา	6	3	4
- การปฏิบัติการพยาบาล/หัตถการ	10	3	1
- ความคลาดเคลื่อนทางยา	0	1	1
3. ความเสี่ยงทั่วไป			
- งานเวชระเบียน	7	2	3
- งานธุรการ	11	2	0
- - การเงิน	0	0	4
4. ความปลอดภัย	2	2	2
5. จำนวนข้อร้องเรียน	0	0	1

ศูนย์บริการสาธารณสุข 39 ราษฎร์บูรณะ ให้ความสำคัญเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย วางกลยุทธ์ในแผนยุทธศาสตร์การบริหาร ปีงบประมาณ 2557 – 2560 ค้นหาความเสี่ยงทุกปีในทุกหน่วยงาน

โดยบูรณาการเข้ากับระบบงาน ทั้งด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป ประสานผู้เกี่ยวข้อง ประเมินความเสี่ยง กำหนด Risk Profile กำหนดมาตรการป้องกันร่วมกัน การรายงานอุบัติการณ์ แก้ไขปรับปรุงและ

ประเมินผล และสรุปผลการบริหารความเสี่ยงประจำปี โดยการสรุปและประเมินผลการบริหารความเสี่ยงและทบทวนแผนการบริหารความเสี่ยงใน

ปีที่ผ่านมา เพื่อปรับปรุงและพัฒนาการบริหารความเสี่ยงให้ดียิ่งขึ้น

มิติที่ 6 ด้านการนำ

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ความสำเร็จตามตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ ด้านการเงิน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เกณฑ์	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2555	พ.ศ. 2556	พ.ศ. 2557
1. ความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์ศูนย์ฯ 39	>ร้อยละ 80	100	100	100	97.4
2. ความสำเร็จของการประเมินผล การปฏิบัติการ	>ร้อยละ 80	100	100	100	100
3. การประเมินผลแพทย์ห้วงเวลา					
- การวินิจฉัยโรคสัมพันธ์กับการรักษาสูงสุด	>ร้อยละ 80	NA	NA	NA	100
- รายการยาที่บันทึกในเวชระเบียนตรงกับโปรแกรม HCIS		NA	NA	NA	100
- การลงข้อมูลการวินิจฉัยโรคการรักษา และการติดตามการรักษา		NA	NA	NA	85
- การบันทึกการตรวจร่างกาย					
4. ใช้จ่ายจริงต่อหัวประชากร/ปี ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ชดเชย 120 บาท/หัวประชากร	187.7	181.1	193.7	203.7

ทีมนี้ได้กำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมเข้มมุ่ง วัฒนธรรมองค์กร โดยการร่วมกันวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กร วางแผนยุทธศาสตร์ถ่ายทอดไปยังบุคลากรทุกคนเพื่อนำไปปฏิบัติ มีการติดตาม ผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย ส่วนการประเมินผล

การปฏิบัติการ มีแผนบริหารความเสี่ยงตามกลยุทธ์ ติดตามผลด้วยการรายงานผลความคืบหน้า/ ความสำเร็จตามเป้าหมายกลยุทธ์ มีการประเมินผลแพทย์ห้วงเวลา ส่วนด้านการเงินพบว่าใช้จ่ายจริงต่อหัวประชากรตามสิทธิโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

สรุปการพัฒนาคุณภาพบริการ

ศูนย์บริการสาธารณสุข 39 ราษฎร์บูรณะ ได้นำแนวคิดเรื่องคุณภาพและจากผลการสังเคราะห์แนวคิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติของดอตติชท์และเจมส์ Dotlich & James (1998), แมคกริลและบีทีย์ McGill & Beaty (2002), ประสิทธิ์ ชุมศรี (2555) กับกระบวนการพัฒนาตามแนวคิด 3C-PDSA และ 3P ได้ 6 ขั้นตอน 1) สร้างความเข้าใจ/ปรับความคิด, 2) ศึกษาบริบท, 3) วางแผน, 4) ดำเนินการ, 5) ส่งเสริมการพัฒนา, 6) ผลการดำเนินการมาเป็นกระบวนการในการขับเคลื่อนองค์กรให้มีการดำเนินงานด้านคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพที่เหมาะสมกับบริบท โดยได้ดำเนินการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องจนได้รับการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ในปี 2557 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 1) ทีมผู้บริหารให้ความสำคัญ มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาองค์กร 2) องค์กรมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ เข้มแข็ง วัฒนธรรมองค์กร แผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติราชการ แผนการพัฒนาคุณภาพ มีการกำหนดตัวชี้วัดระดับองค์กร ตัวชี้วัดระดับกลุ่มงาน ตัวชี้วัดระดับรายบุคคลกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด เชิงปริมาณ และคุณภาพ 3) มีระบบการบริหารความเสี่ยง การควบคุมภายในการกำกับติดตามงานเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และเกิดความพึงพอใจสูงสุด 4) บุคลากรมีศักยภาพ ความรับผิดชอบ ความสามัคคี ทำงานเป็นทีม 5) มีการจัดระบบงาน การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในทุกงาน 6) การเรียนรู้ร่วมกันทั่วทั้งองค์กร โดยการเรียนรู้จากการปฏิบัติ การจัดการความรู้โดยการจัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติ การสนทนากลุ่มเพื่อจัดการความเสี่ยงและข้อร้องเรียน 7) มีทรัพยากร งบประมาณที่เพียงพอ 8) มีผลงานนวัตกรรม 1 เรื่อง/ปี (โครงสร้างองค์กรศูนย์ฯ 39, 2558) สร้างสรรค์ผลงานทำให้ได้รับรางวัลจากสำนักอนามัยต่อเนื่องทุกปี สร้าง

ความน่าเชื่อถือ มีภาพลักษณ์ที่ดี เป็นที่รู้จักไว้วางใจจากประชาชน สถานพยาบาล ซึ่งศูนย์บริการสาธารณสุขอื่น ๆ สามารถนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบริการนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนองค์กรเพื่อการรับรองคุณภาพที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง และเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานให้แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาลสาธารณสุข. (2557). การพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข. *แนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขตามมาตรฐาน PHCA บันได 3 ชั้น*. นนทบุรี: บริษัท เอช อาร์ พรินซ์ แอนด์ เทรนนิง จำกัด.
- กองการพยาบาลสาธารณสุข. (กุมภาพันธ์, 2557). *แนวทางการใช้มาตรฐาน*. เอกสารประกอบการบรรยายผู้เยี่ยมชมสำรวจตามมาตรฐาน PHCA: ณ ห้องบอลรูมโรงแรม รามาการ์เด้น, กรุงเทพมหานคร.
- ชาญวิทย์ ทรัพย์. (2553). *การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ*. ประมวลสาระชุดวิชาการ จัดการเชิงกลยุทธ์ในการพัฒนาสุขภาพหน่วยที่ 11-15. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประสิทธิ์ ชุมศรี. (2555). *รูปแบบการพัฒนาบุคลากรด้วยการเรียนรู้จากการปฏิบัติเพื่อการประกันคุณภาพภายในสถานศึกษาของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุราษฎร์ธานีเขต 2*. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานกระทรวงศึกษาธิการ.
- แผนปฏิบัติราชการสำนักอนามัย. (2558). สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.

แผนพัฒนากรุงเทพมหานครระยะ 12 ปี (พ.ศ.2552-2563). กรุงเทพมหานครแห่งความน่าอยู่อย่างยั่งยืน.

ศูนย์บริการสาธารณสุข 39 ราษฎร์บูรณะ. (เมษายน, 2558). *โครงสร้างองค์กร*. เอกสารประกอบการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขตามมาตรฐาน PHCA, กรุงเทพมหานคร.

อนวัฒน์ ศุภชุตีกุล. (2556). *รายงานประจำปี 2555 เรียนรู้บูรณาการงานกับชีวิต*. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). นนทบุรี: หจก. สหพัฒนไพศาล.

Dotlich, D.L. & Noel, J. L. (*Action learning: how the world' s top companies are re-crete their leaders and themselves*. San Francisco: Jossey-BassPublishers.

McGill, & Beaty,. (2002). *Action learning: A guide to professional, management & educational development*. Revised Second Edition. London: Kogan Page.