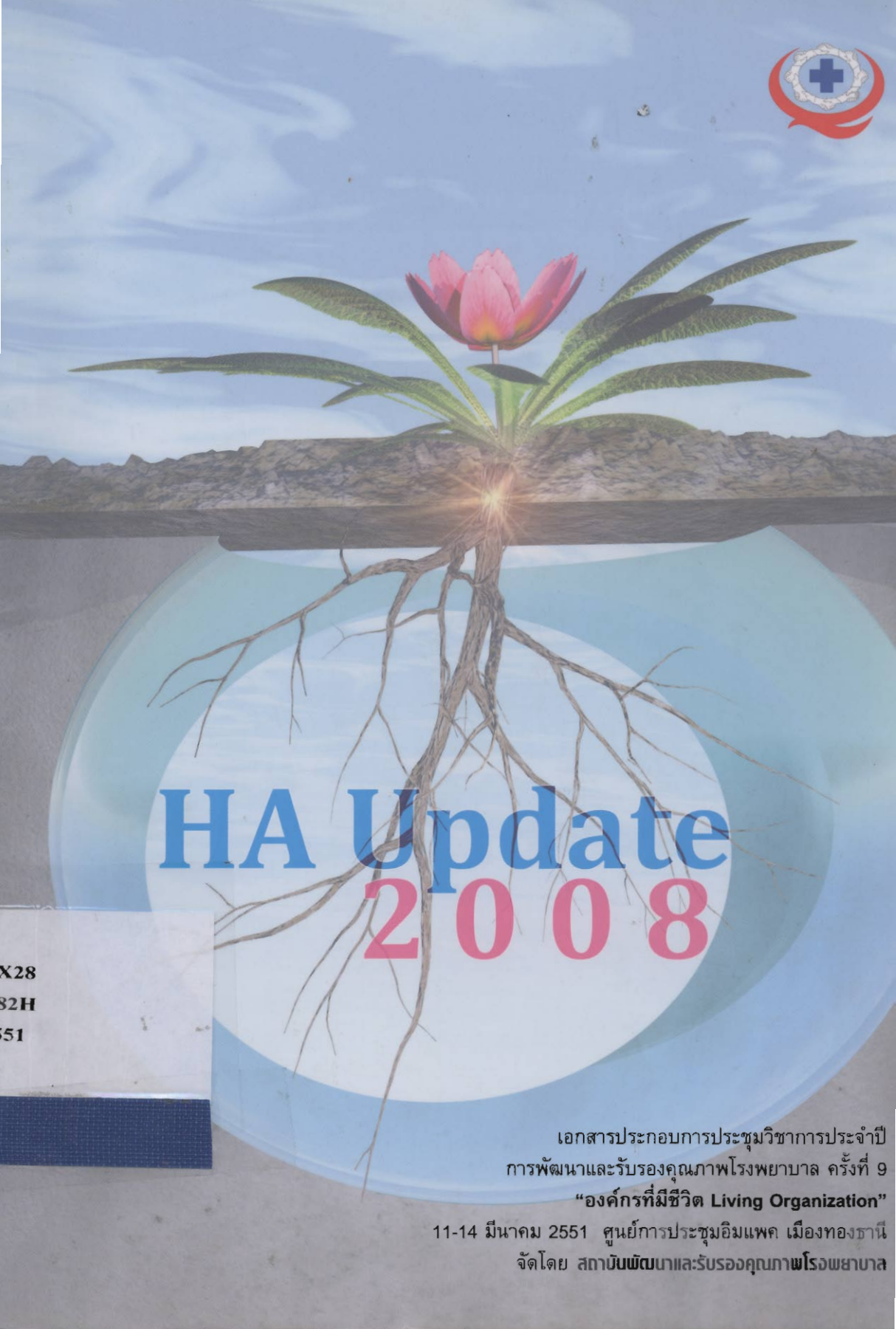


HA Update 2008

X28
82H
551

เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี
การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 9
"องค์กรที่มีชีวิต Living Organization"
11-14 มีนาคม 2551 ศูนย์การประชุมอิมแพค เมืองทองธานี
จัดโดย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ห้องสมุด ๑๐๐ ปี เสม พริ้งพวงแก้ว 3579

HA Update 2008

WX 28 อ182H 2551
RM0000000304
HA Update 2008 เอกสารประกอบการป...
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี
การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 9
"องค์กรที่มีชีวิต Living Organization"
11-14 มีนาคม 2551 ศูนย์การประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

จัดโดย
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

เลขหมู่ .....
เลขทะเบียน ..00.0.0.2.5.7.....
วันที่ .....

HA UPDATE 2008

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล: บรรณาธิการ

จัดพิมพ์โดย:
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)
ชั้น 2 อาคารกรมการแพทย์ 6 กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร. 0-2589-0023–4 โทรสาร 0-2951-0238
www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: มีนาคม 2551
10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ
อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล.
HA UPDATE 2008.---นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551.
68 หน้า.
1. โรงพยาบาล--การบริหาร. I. ชื่อเรื่อง.
362.11068
ISBN 978-974-05-1871-6

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด

คำนำ

เราต่างเรียนรู้จากกันและกัน โรงพยาบาลเรียนรู้จาก พรพ. และ พรพ.เรียนรู้จากโรงพยาบาล

การเรียนรู้ทำให้เกิดการเติมเต็มในส่วนขาดของกันและกัน ในกระบวนการ HA ดูเหมือนว่ามาตรฐานจะเป็นสื่อกลางเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ มาตรฐานช่วยชี้แนะให้แก่โรงพยาบาล ขณะเดียวกัน โรงพยาบาลก็สะท้อนกลับในความไม่สมบูรณ์ของมาตรฐาน ก่อให้เกิดเกลียวแห่งการพัฒนาความรู้เพื่อเพิ่มเติมให้เกิดความสมบูรณ์ในการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ

ข้อมูลใน HA Update 2008 นี้เป็นผลส่วนหนึ่งของความพยายามที่จะเติมเต็ม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและได้ประโยชน์จากมาตรฐานอย่างเต็มที่ เป็นเอกสารที่ใช้ประกอบการนำเสนอในเรื่องเกี่ยวกับมาตรฐานฉบับใหม่ในการประชุม 9th HA National Forum "องค์กรที่มีชีวิต" ในวันที่ 13 มีนาคม 2551

โรงพยาบาลอาจจะใช้มาตรฐานในระดับที่แตกต่างกัน บางโรงพยาบาลใช้มาตรฐานเพื่อชี้นำ บางโรงพยาบาลอาจจะใช้มาตรฐานเป็นเพื่อนร่วมทาง บางโรงพยาบาลอาจจะใช้มาตรฐานเป็นฐานก้าวไปสู่เรื่องอื่นๆ

ไม่ว่าจะใช้ด้วยเป้าหมายใด แนวคิดที่เป็นพื้นฐานสำคัญน่าจะเป็นเรื่องเดียวกัน

ประการแรก คือการที่ไม่มองมาตรฐานเป็นเพียงเอกสารเพื่อใช้ตรวจสอบ ไม่มองการประเมินตนเองตามมาตรฐานเป็นเพียงงานเอกสารอีกชิ้นหนึ่งที่เป็นภาระ แต่หาหนทางที่จะทำให้มาตรฐานเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงาน มีชีวิตชีวา มีคุณค่า มีความหมาย

ประการที่สอง คือการที่สร้างความสมดุลระหว่างการวางระบบซึ่งอาจจะดูแข็งตัว ต้องมีการควบคุมกำกับหรือต้องมีแผนงานเป้าหมายที่ชัดเจน กับการทำให้คุณภาพกลายเป็นเรื่องของวัฒนธรรมที่เป็นการปฏิบัติอย่างเป็นอัตโนมัติ อย่างเป็นธรรมชาติ

ประการที่สาม คือการใช้มาตรฐานอย่างเชื่อมโยง อย่างเข้าถึงหัวใจ จิตวิญญาณ เจตนารมย์ของมาตรฐาน มิใช่เพียงการปฏิบัติตามข้อกำหนดในข้อย่อยแต่ละข้อ สอดแทรกด้วยหลักคือหรือปรัชญาที่เหมาะสม การเชื่อมโยงนี้ควรทำให้องค์กรขับเคลื่อนไปได้อย่างมีทิศทางที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร

ประการที่สี่ การทำให้การพัฒนาคุณภาพกับการเรียนรู้เป็นเรื่องเดียวกัน ส่งเสริมกันและกัน ทำให้เกิด maturity เพิ่มขึ้นทั้งในด้านคุณภาพและการเรียนรู้

ประการที่ห้า การทำให้คุณภาพเป็นเรื่องที่ทำให้เกิดความสุขแก่คนทำงาน

หวังว่าเราจะร่วมกันเดินไปบนแนวคิดพื้นฐานดังกล่าว

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
มีนาคม 2551

สารบัญ

บทนำ III

1. แนวคิดและภาพรวมของมาตรฐาน HA ฉบับเฉลิมพระเกียรติฯ 1

2. วัฒนธรรมคุณภาพ ความปลอดภัย การเรียนรู้ และการสร้างเสริมสุขภาพ 21

3. จากแผนกลยุทธ์สู่ผลการดำเนินงาน 25

4. ประเด็นสำคัญจากมาตรฐานกระบวนการดูแลผู้ป่วย เพื่อการประเมินตนเอง 53

บทส่งท้าย 61

1 แนวคิดและภาพรวมของมาตรฐาน HA ฉบับเฉลิมพระเกียรติฯ

1.1 มาตรฐานกับ Hospital Accreditation

1.1.1 เป้าหมายของ HA

เป้าหมายของ HA คือการส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์สุขภาพที่ดี โดยเริ่มจากบริการสุขภาพในโรงพยาบาล และบูรณาการเข้ากับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

1.1.2 องค์ประกอบสำคัญของ HA

1) **การมีมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้เป็นกติการ่วมกัน** เป็นมาตรฐานเชิงระบบที่ส่งเสริมการพัฒนา

2) การที่โรงพยาบาล**ใช้มาตรฐานเพื่อการประเมินและพัฒนาตนเอง** อย่างสอดคล้องกับบริบทของตน และมีหลักคิดหรือ core values ที่เหมาะสมกำกับ

3) **การประเมินจากภายนอก**ในลักษณะของกัลยาณมิตร เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง เพื่อช่วยค้นหาจุดบอดที่ทีมงานมองไม่เป็น และเพื่อกระตุ้นให้เกิดมุมมองที่กว้างขวางขึ้น

4) **การยกย่องชื่นชม**ด้วยการมอบประกาศนียบัตรรับรอง หรือการมอบกิตติกรรมประกาศในความสำเร็จ

1.1.3 แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ HA

หลักคิดสำคัญที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดจาก HA ก็คือทุกฝ่ายที่

เกี่ยวข้องพยายามทำให้ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายที่คุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ใหญ่และยั่งยืนกว่าการได้รับการรับรอง

การเรียนรู้เกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองของทีมงานในโรงพยาบาล ร่วมกับการเยี่ยมสำรวจจากภายนอก ซึ่งการเยี่ยมสำรวจจากภายนอกคือการยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล และการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น การเยี่ยมสำรวจจากภายนอกเป็นการตรวจสอบความพร้อมของโรงพยาบาลว่าระบบที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเพียงใด

คุณค่าของการเยี่ยมสำรวจจากภายนอก อยู่ที่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง หรือเพื่อการสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการให้มากยิ่งขึ้น การรับรองคือการให้กำลังใจในการทำความดีและส่งเสริมให้ทำดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือควรมองว่าเป็นเพียงผลพลอยได้ของการพัฒนา

1.1.4 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี มีที่มาจากมาตรฐานหรือเกณฑ์คุณภาพที่มีคุณค่า 3 ส่วน ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้มาตั้งแต่ พ.ศ.2540 มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพซึ่งกรมอนามัยจัดทำ และเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติสู่องค์กรที่เป็นเลิศ (TQA)

การบูรณาการมาตรฐานหรือเกณฑ์คุณภาพทั้ง 3 ส่วนเข้าด้วยกัน ช่วยลดความซ้ำซ้อนของเนื้อหามาตรฐานที่มีความใกล้เคียงกันอยู่แล้ว ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติในลักษณะของการบูรณาการระหว่างการรักษากับการสร้างเสริมสุขภาพได้ในชีวิตประจำวัน และเป็นการปูพื้นฐานสำหรับองค์กรที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศให้ก้าวไปสู่เป้าหมายได้เร็วยิ่งขึ้น

โครงสร้างของมาตรฐานจัดแบ่งออกเป็นลำดับตามแนวทางของ MBNQA ดังนี้

ตอน (Part) มี 4 ตอนคือ I-IV

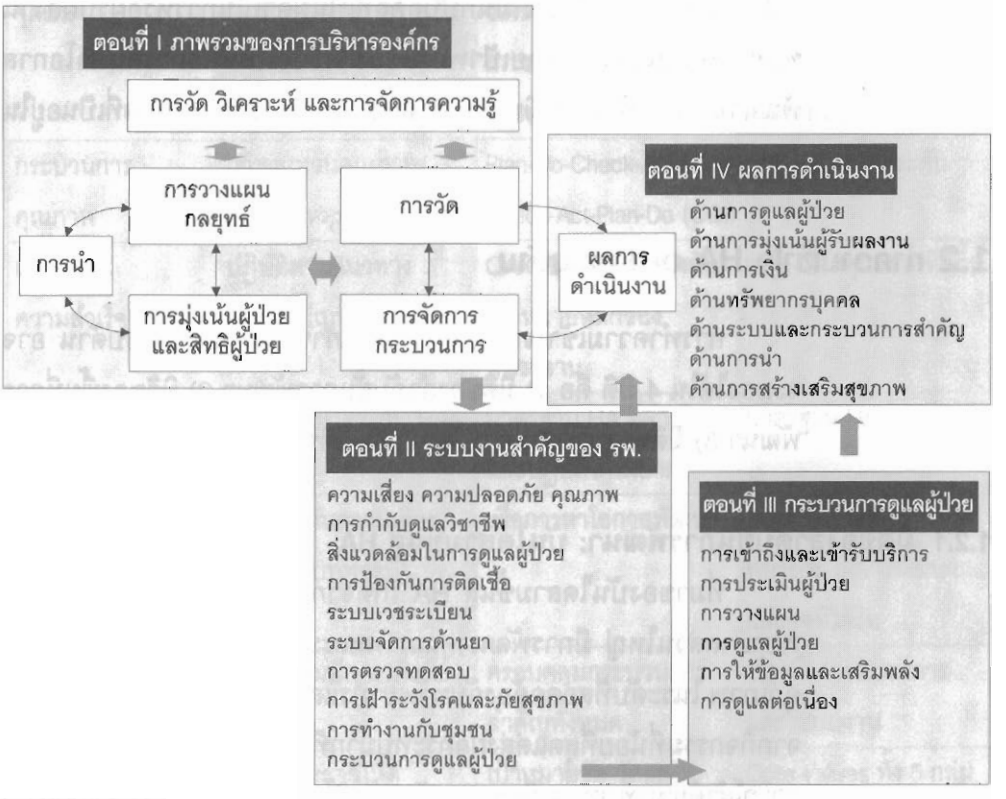
หมวด (Category) หรือ **บท** เช่น หมวดที่ I-1 การนำ

หัวข้อ (Item) หรือ **บทย่อย** เช่น หัวข้อที่ I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง

เรื่อง (Area) เช่น เรื่องที่ I-1.1 ก. วิสัยทัศน์และค่านิยม

ข้อย่อย (bullet) เป็นข้อกำหนดรายข้อโดยละเอียด

ภาพที่ 1.1 โครงสร้างของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฯ



การใช้มาตรฐานฉบับนี้ให้เกิดประโยชน์ จะต้องนำไปใช้ด้วยความเข้าใจในบริบทของตนเอง สามารถระบุยอดเขาแห่งปัญหาหรือประเด็นสำคัญแต่ละเรื่องในหน่วยงานหรือองค์กรของตนได้ ควบคู่ไปกับการใช้หลักคิดการพัฒนาสำคัญที่เป็นพื้นฐาน (core values) 5 ประการ คือ ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้ และการหมุนวงล้อของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (PDSA) หรือที่เรียกกรอบแนวคิดรวมนี้อย่างง่ายๆ ว่า 3C-PDSA

การนำมาตรฐานไปใช้ จำเป็นต้องเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐาน เข้าใจแนวคิดเชิงระบบที่มองทุกอย่างเชื่อมต่อกันอย่างเป็นองค์รวม แล้วพยายามนำไปประเมินสิ่งที่ปฏิบัติจริง เช่น ประเมินกับผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ในโรงพยาบาลจริงๆ ประเมินกับบุคคลที่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้รับผลงานของระบบงานต่างๆ โดยเป้าหมายของการประเมินคือการค้นหาโอกาสพัฒนามากกว่าที่จะประเมินเพื่อความพึงพอใจกับระดับคุณภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

1.2 ทำความเข้าใจ HA อย่างรอบด้าน

การทำความเข้าใจกระบวนการคุณภาพของ HA ให้รอบด้าน อาจจะมองได้ใน 4 มิติ คือ 1) มิติของลำดับขั้นการพัฒนา 2) มิติของพื้นที่การพัฒนา 3) มิติของกระบวนการพัฒนา 4) มิติของการประเมิน

1.2.1 มิติของลำดับขั้นการพัฒนา: บันไดสามขั้นสู่ HA

ที่มาของบันไดสามขั้นสู่ HA เกิดจากความพยายามที่จะทำให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีการพัฒนาคุณภาพและบรรลุผลสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ ในระดับที่สอดคล้องกับทรัพยากรและภาระงานที่เป็นอยู่ โดยเริ่มจากกิจกรรมที่น้อยที่สุดแต่ส่งผลกระทบมากที่สุด คือการนำปัญหาและอุบัติการณ์สำคัญมาทบทวนเพื่อหาทางป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำขึ้นอีก และก้าวไปสู่การออกแบบระบบงานที่เหมาะสม

บันไดสามขั้นสู่ HA ทำให้โรงพยาบาลเห็นจุดเน้นของการพัฒนาในแต่ละช่วงได้ชัดเจนขึ้น โดยได้เลือกสิ่งที่มีผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยที่สังคมห่วงกังวล มาดำเนินการตั้งแต่ในช่วงเริ่มต้น

แม้ว่าบันไดสามขั้นจะชี้แนะลำดับขั้นของการพัฒนา แต่ในทางปฏิบัติจริงการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจะไม่จำกัดตนเองอยู่ที่บันไดขั้นใดขั้นหนึ่ง การประเมินการบรรลุเกณฑ์ของบันไดแต่ละขั้นจึงเป็นเพียงสิ่งสมมติ เพื่อให้การประเมินไม่ซับซ้อนเกินไป

กรอบที่ 1.1 เปรียบลักษณะของการพัฒนาระหว่างบันไดแต่ละขั้น

	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3
ภาพรวม	ตั้งรับแล้วใช้วิกฤติเป็นโอกาส	วางระบบในเชิงรุก	สร้างวัฒนธรรมคุณภาพ
จุดเริ่ม	นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน	วิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการอย่างเป็นระบบ	ประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA และการวัดผลลัพธ์ของงาน
กระบวนการคุณภาพ	การทบทวนคุณภาพ/ปัญหา/เหตุการณ์สำคัญ	Plan-Do-Check-Act (QA) Check-Act-Plan-Do (CQI)	การเรียนรู้ในทุกระดับ
เครื่องชี้วัดความสำเร็จ	ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาที่กำหนด	QA/CQI ที่สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของหน่วยงาน	เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดีขึ้น
มาตรฐาน HA	ยังไม่เน้นมาตรฐาน HA	มาตรฐาน HA ที่จำเป็นและปฏิบัติได้ไม่ยาก	มาตรฐาน HA ครบถ้วน
ประเมินตนเอง	เพื่อป้องกันความเสี่ยง (ไม่เน้นแบบฟอร์ม)	เพื่อการหาโอกาสพัฒนา	เพื่อสังเคราะห์ความพยายามในการพัฒนาและผลที่ได้รับ
ความครอบคลุม	ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิดขึ้น	ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด	เชื่อมโยงกระบวนการและระบบงาน
หลักคิดสำคัญ	ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน	เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด	Core values ทั้ง 5 กลุ่ม (ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้)

บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA คือการเรียนรู้จากปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้หลักคิด "ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน"

บันไดขั้นที่ 1 คือพื้นฐานที่ต้องก้าวย่ำซ้ำแล้วซ้ำอีก เพื่อเป็นฐานที่มั่นคงสำหรับขั้นต่อไป

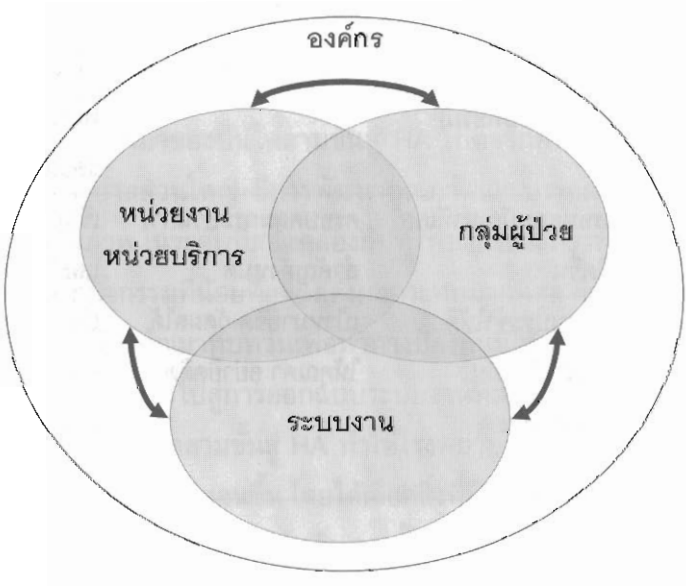
บันไดขั้นที่ 1 เมื่อทำเชี่ยวชาญแล้ว ควรทำให้เป็นเรื่องปกติประจำที่เรียบง่ายของทุกคน ไม่ต้องเน้นรูปแบบ

บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA คือการพัฒนาในส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ส่วนต่างๆ ได้แก่ หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์กร พัฒนาอย่างเป็นระบบได้แก่การหมุนวงล้อการพัฒนและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning-Improvement) ควบคู่กับการใช้หลักคิด "เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด)

บันไดขั้นที่ 3 สู่ HA คือการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ มีการนำมาตรฐานมาปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

1.2.2 มิติของพื้นที่การพัฒนา: กลุ่มของระบบย่อยในองค์กร

ภาพที่ 1.2 พื้นที่การพัฒนา 4 วง เพื่อความครอบคลุม



โรงพยาบาลประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆ จำนวนมาก การพัฒนาต่างๆ จะเริ่มต้นที่ระบบย่อยเหล่านี้ ระบบย่อยแต่ละระบบจะมีเป้าหมาย ผู้รับผลงาน กระบวนการทำงาน และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

การทำความเข้าใจในการมีอยู่ของระบบย่อยต่างๆ ความสัมพันธ์กับระบบย่อยอื่นๆ และโอกาสที่จะมีการทับซ้อนในการพัฒนาระหว่างระบบย่อยต่างๆ จะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพง่าย มีประสิทธิภาพ สมบูรณ์และไม่สับสน

เมื่อวิเคราะห์ระบบย่อยต่างๆ ในโรงพยาบาล สามารถจัดกลุ่มหรือพื้นที่ได้เป็น 1) ระบบย่อยที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการต่างๆ หรือระบบย่อยของแต่ละหน่วยบริการ 2) ระบบย่อยของการดูแลกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ที่เรียกว่ากลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) หรือกลุ่มโรคและหัตถการต่างๆ นั่นเอง 3) ระบบงานต่างๆ ที่สนับสนุนหรือเป็นแกนหลักสำคัญและเกี่ยวข้องกับหน่วยงานและกิจกรรมบริการจำนวนมาก รวมทั้งการขับเคลื่อนและติดตามการพัฒนาในระดับองค์กร เมื่อรวมทั้งสามกลุ่มเข้าด้วยกัน ก็จะเป็นระบบของทั้งองค์กร

การปรับปรุงระบบงานอันเป็นผลจากการทบทวนในบันไดขั้นที่ 1 อาจจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระบบย่อยในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือหลายกลุ่ม และหากใช้แนวคิดพื้นที่ของการพัฒนาไปใช้ ก็จะทำให้เกิดมุมมองที่กว้างขวางยิ่งขึ้น กล่าวอีกนัยหนึ่ง เหตุการณ์แต่ละเหตุการณ์สามารถกระตุ้นให้คิดถึงประเด็นการพัฒนาในทุกกลุ่มของระบบย่อย

การพัฒนาในบันไดขั้นที่ 2 จะเริ่มต้นจากการวิเคราะห์งานในแต่ละระบบย่อย ทำความเข้าใจเป้าหมาย กระบวนการทำงาน และผลการดำเนินงานที่คาดหวัง และออกแบบหรือปรับปรุงระบบงานสามารถส่งผลที่ผู้เกี่ยวข้องคาดหวังได้ การพัฒนาในขั้นนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำให้ครอบคลุมทุกระบบย่อย ในทุกกลุ่ม

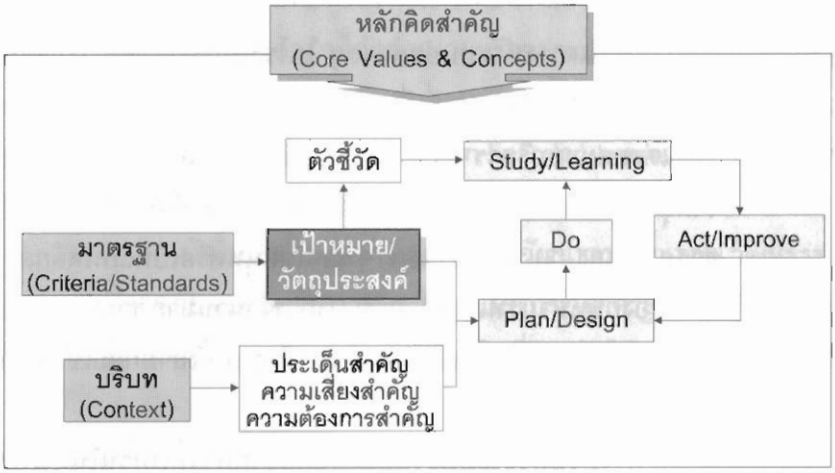
เมื่อจะก้าวเข้าสู่บันไดขั้นที่ 3 จะต้องให้ความสำคัญยิ่งขึ้นกับการบูรณาการระบบย่อยต่างๆ ให้ เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

การทำความเข้าใจความทับซ้อนระหว่างระบบย่อย จะช่วยให้เกิดความร่วมมือ มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ลดการทำงานที่ไม่จำเป็น

การทำความเข้าใจว่าแต่ละระบบย่อยมีความสัมพันธ์เกี้อหนุนกันอย่างไร จะทำให้เกิดบูรณาการระหว่างระบบย่อย

1.2.3 มิติของกระบวนการพัฒนา: 3C-PDSA

ภาพที่ 1.3 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ 3C-PDSA



การใช้มาตรฐานเพื่อการพัฒนาและติดตามคุณภาพถือว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญ เป็นการเชื่อมโยงหลักการและนามธรรมสู่การปฏิบัติ

3C (Context, Core Values & Concepts, Criteria) คือองค์ประกอบที่จะทำให้เกิดการคิดหรือการวางแผนที่ดี เรียกว่า "คิดดี คิดถูก คิดเป็น" ทำให้รู้ว่าอะไรคือลำดับความสำคัญหรือความจำเป็นที่ตนจะต้องทำ

PDSA คือวงล้อของการปฏิบัติ ตั้งแต่การออกแบบ การนำไปปฏิบัติ การเรียนรู้หรือทบทวนติดตามประเมินผล และการปรับปรุงให้ดีขึ้น อาจเรียกว่าเป็นวงล้อเพื่อการ "ทำดี ทำถูก ทำเป็น"

Plan-Do-Study-Act (PDSA) ก็คือ Design-Action -Learning-Improvement (DALI) โดยความหมาย

3C-PDSA จะเริ่มจากตรงไหนก่อนก็ได้ แต่เริ่มแล้วควรขยับไปจนครบทุกองค์ประกอบที่เหลือ

สิ่งที่เชื่อมระหว่างการคิด (3C) กับการทำ (PDSA) คือเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์

เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการทำงานหรือการพัฒนาที่ดี มาจากการวิเคราะห์ context หรือสถานการณ์เฉพาะของตน คู่กับการวิเคราะห์เป้าหมายของ criteria หรือมาตรฐาน

เมื่อได้เป้าหมายชัดเจน ก็สามารถกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพื่อการติดตามกำกับหรือการประเมินผลได้

เมื่อมีเป้าหมายชัดเจน รู้ประเด็นสำคัญต่างๆ ที่เป็นความเสี่ยงหรือความต้องการ ก็สามารถออกแบบระบบงานที่เหมาะสมได้

ในการคิดและการทำที่ดีนั้น ควรจะมีหลักการหรือค่านิยมหลัก (Core Values & Concepts) เป็นตัวกำกับ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความลุ่มลึกในการพัฒนา ยิ่งทำความเข้าใจให้ลึกซึ้ง ยิ่งเห็นโอกาสพัฒนามากขึ้น

การเรียนรู้ (Study หรือ Learning) เป็นสิ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา การเรียนรู้ในที่นี้ครอบคลุมการทบทวนและติดตามประเมินผลในทุกรูปแบบ ซึ่งมีวิธีการมากมาย เช่น

1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติซึ่งเดิมมักจะถือกันว่าเป็นสิ่งที่นอกตำรา ใช้การไม่ได้ แต่ที่จริงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำงาน ส่วนหนึ่งจะได้คำตอบว่าทำอย่างไรให้ความรู้ในตำรามาสู่การปฏิบัติได้จริง และในกรณีที่ไม่สามารถทำตามแนวทางที่ควรจะเป็นได้ จะทำอย่างไรให้ปลอดภัยที่สุด

2) การอภิปรายกลุ่ม (group discussion & learning) เมื่อมีเรื่องใหม่เข้ามาซึ่งยังไม่เป็นที่เข้าใจกันอย่างกว้างขวาง การมอบหมายให้มีผู้ไปศึกษาและนำมาอภิปรายในกลุ่ม จะทำให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งเหล่านั้น และเป็นการจุดประกายให้นำไปปฏิบัติ

3) สุนทรียสนทนา (dialogue) เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มที่ได้ผลทั้งในด้านความเข้าใจผู้อื่น ความเข้าใจตนเอง ก่อให้เกิดความสุขและมีพลังในการที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า

4) การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ เมื่อมีบางหน่วยงานได้ทดลองปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างแล้ว อาจจะจัดเวทีให้ทีมงานได้

นำเสนอ เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ อันจะนำไปสู่การต่อยอดความคิด หรือการปรับทิศทางการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

5) การเขียนบันทึกความก้าวหน้า (portfolio) จะทำให้ผู้เขียนได้ตกผลึกความคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การเขียนบันทึกอาจจะเป็นการเขียนอย่างอิสระ ไม่ต้องมีรูปแบบ หรืออาจจะเป็นการเขียนตามประเด็นที่กำหนดไว้ เช่น service profile, CQI story

6) การใช้ตัวตามรอย (tracer) เป็นการติดตามสิ่งที่เราคุ้นเคย สามารถสังเกตเห็นและติดตามไปตามขั้นตอนหรือกระบวนการต่างๆ ได้ง่าย ตัวตามรอยอาจจะเป็นผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มโรค ข้อมูลข่าวสาร ยา สิ่งส่งตรวจ ฯลฯ การตามรอยช่วยให้เราเข้าไปทำความเข้าใจในสถานการณ์จริง ช่วยให้เราเห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน

7) การเยี่ยมสำรวจ/ตรวจสอบภายใน (internal survey/audit) เป็นการประเมินด้วยคนภายในกันเอง โดยเข้าไปดูในสถานที่จริง เจตคติของการเข้าไปควรเพื่อเข้าไปให้ความช่วยเหลือมากกว่าเพื่อการประเมินเสมือนผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก การเข้าไปพร้อมๆ กันจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายจะให้ผลได้ดีกว่า สามารถเยี่ยมสำรวจในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย สนุกสนาน และได้งานควบคู่กัน

8) การทบทวนหลังทำกิจกรรม (after action review) ทุกครั้งหลังจากทำกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมเล็กหรือใหญ่ ทีมงานที่ร่วมกิจกรรมมาทบทวนร่วมกันว่าสิ่งที่ทำลงไปนั้นบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่แรกหรือไม่ อะไรคือความสำเร็จหรือคุณค่าที่ควรรักษา อะไรคือจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงในโอกาสต่อไป

9) การติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (indicator monitoring, data analysis, & goal achievement assessment) เป็นการเรียนรู้จากข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งจะทำให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง และระดับการปฏิบัติที่แตกต่างจากเป้าหมาย ควรให้ความสำคัญให้มากกับการวิเคราะห์และการเชื่อมโยงข้อมูล ขณะเดียวกันพึงระวังข้อจำกัดหรือผลเสียของการวัดและการประเมินเชิงปริมาณ ซึ่งจะต้องนำเอาการประเมินด้านอื่นๆ มาประกอบด้วย

10) การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ (quality review activities)

เป็นการเรียนรู้จากจุดอ่อน ความเสี่ยง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเสียงสะท้อนต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น พึงระวังว่าจะไม่ใช่การทบทวนเพื่อเป็นการจับผิดตัวบุคคลเป็นเป้าหมายแรก แต่มุ่งเรียนรู้สถานการณ์เพื่อช่วยเหลือบุคคล การเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ได้ย้อนรอยบอกเล่าความรู้สึกและความคิดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ (cognitive walkthrough) จะช่วยให้เห็นโอกาสพัฒนาในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ง่ายขึ้น

11) การประเมินตนเองตามมาตรฐานและประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (self assessment of standard compliance) มาตรฐานเป็นเครื่องมือช่วยให้เราได้มองเห็นว่าระบบงานที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเหมาะสมดีแล้วหรือไม่ มีการนำวงล้อ PDSA มาปฏิบัติอย่างไร สามารถบอกถึงการบรรลุเป้าหมายในแต่ละระบบหรือกระบวนการได้เพียงใด

12) การทบทวนเวชระเบียน (medical record review) การทบทวนเวชระเบียนในขั้นพื้นฐานคือการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก หากจะให้การทบทวนนั้นมีผลถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ควรจะทบทวนให้เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการดูแลผู้ป่วย และทบทวนว่าเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้างจากการดูแลนั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุง มิใช่การกล่าวโทษหรือหาผู้กระทำผิด

13) การวิจัยประเมินผล (evaluation research) แบบเรียบง่าย นำแนวคิดการวิจัยมาประยุกต์ใช้เพื่อประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานในประเด็นสำคัญ เก็บข้อมูลจำนวนน้อยที่สุดที่สามารถแปลผลได้ มีเป้าหมายเพื่อหาโอกาสพัฒนาด้วยข้อมูลที่ละเอียด ชัดเจน และน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

1.2.4 มิติของการประเมินผล

การประเมินผลในมุมมองทั่วไปก็คือ S (Study) ใน 3C-PDSA ซึ่งได้กล่าวถึงวิธีการที่หลากหลายมาแล้วในหัวข้อที่ผ่านมา

การประเมินผลที่เป็นเรื่องเฉพาะของ HA คือการประเมินเพื่อให้ทราบถึงระดับความก้าวหน้าในการพัฒนา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา และเพื่อให้เห็นว่าโอกาสข้างหน้าคือการพัฒนาในเรื่องใด กล่าวอีกนัยหนึ่งเป็นการประเมินเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน

อย่างต่อเนื่องไปข้างหน้า

การให้ recognition ต่างๆ เช่น กิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 สู่ HA หรือประกาศนียบัตรรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล เป็นการให้รางวัลและแรงจูงใจในการพัฒนา เป็นเพียงผลพลอยได้เพื่อตอกย้ำให้เกิดความภาคภูมิใจแก่ทีมงาน แต่เนื้อหาสำคัญอยู่ที่คุณภาพที่ฝังอยู่ในระบบของโรงพยาบาลเอง

การประเมินภายใน เป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย ทำได้บ่อย ซึ่งหากทำด้วยความเข้าใจว่าเป็นการประเมินเพื่อให้กำลังใจและให้เห็นโอกาสพัฒนา จะได้ประโยชน์และจะเป็นกลไกสำคัญเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นรูปแบบของการเยี่ยมสำรวจเพียงอย่างเดียว

การประเมินจากภายนอก เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการรวมตัว การตั้งเป้าหมายระยะเวลาที่จะทำให้สำเร็จ และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องยากๆ ได้ในเวลาที่ไม่นานเกินไป ข้อสำคัญคือการมีความสัมพันธ์แบบ ผู้ใหญ่-ผู้ใหญ่ และทีมงานของโรงพยาบาลไม่มีเจตคติที่ไม่สุดโต่งไปด้านใดด้านหนึ่ง คือ เจตคติของการยอมจำนน และเจตคติของการปกป้องตนเอง

การประเมินจากภายนอกจะเป็นการประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งเป็นมาตรฐานที่มุ่งเน้นที่ระบบงาน

ทีมงานสามารถใช้ scoring guideline ที่จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมการพัฒนา เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาได้

1.3 ความท้าทายในการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ

1.3.1 การทำให้มาตรฐานเข้าไปอยู่ในชีวิตประจำวันเป็นประโยชน์คุ้มค่า

3 ขั้นตอนที่ทำให้มาตรฐานเข้าไปอยู่ในชีวิตประจำวัน

1) คุยกันเล่น นำมาตรฐานประเด็นที่ทีมงานมาคุยกันในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ทำความเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐาน **(WHY)** มองหาว่าข้อกำหนดในมาตรฐานประเด็นนั้นจะช่วยให้งานของเราดีขึ้นอย่างไร มีข้อมูลอะไรบ้างที่เราน่าจะรู้เพื่อให้เห็นสถานการณ์ปัญหาของเราเอง **(WHAT)**

วิธีการพูดคุยอาจจะใช้เทคนิคต่างๆ เช่น สุนทรียสนทนา, World Cafe

2) เห็นของจริง ชวนกันเข้าไปดูในสถานที่จริง สถานการณ์จริง หลักฐานจริง พูดคุยกับผู้คนที่ทำงาน ว่าการปฏิบัติจริงๆ ที่เป็นอยู่นั้นทำกันอย่างไร **(HOW)** มีความเข้าใจอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอะไร มีความต้องการอะไร

3) อิงการวิจัย ใช้การวิจัยประเมินผลแบบเรียบง่ายเพื่อต่อยอดจากการดูเห็นของจริง ให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น **(HOW MUCH)** ทำซ้ำเป็นระยะเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลง

1.3.2 การเข้าถึงหัวใจและจิตวิญญาณของมาตรฐาน

1) อ่านข้อกำหนดโดยรวม ประโยคที่อยู่ในส่วนแรกของมาตรฐานหรือส่วนบนของแผนภูมิ ก่อนที่จะลงไปคำอธิบายในข้อย่อย **ค้นหาคำสำคัญ** ที่ระบุผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติตามมาตรฐานเรื่องนั้น **เชื่อมโยงกับแนวคิดการบริหารและการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ** แปลความหมายเพิ่มเติมด้วยความเข้าใจของเราตามความเหมาะสม

2) น้อมนำเข้ามาสู่ของจริงของเรา ประเมิน gap ระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่กับความคาดหวังของมาตรฐาน ตั้งคำถาม "What if.... ?" ถ้าไม่เปลี่ยนแปลงจะเกิดอะไรขึ้น

3) คิดค้นวิธีการเพื่อบรรลุเป้าหมายที่เป็นหัวใจของมาตรฐานด้วยตัวเราเอง ด้วยทีมงานเอง แล้วเปรียบเทียบกับข้อกำหนดในข้อย่อยว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร ถ้าแตกต่าง เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น นำสิ่งที่ทีมงานเห็นพ้องต้องกันว่าสมควรปฏิบัติ ไปสู่การปฏิบัติ

1.3.3 การใช้มาตรฐานโดยอิงบริบทและ Core Values ตามแนวคิด 3C-PDSA

การอิงบริบท

1) ฝึกวิเคราะห์บริบท อะไรคือลักษณะเฉพาะของเราที่ทำให้เราทำสิ่งที่ทำมาในอดีต และจะเป็นตัวกำหนดให้เราต้องตัดสินใจในปัจจุบันและอนาคต

2) ฝึกใช้บริบท ใช้เพื่อการพัฒนาในทุกระดับ ได้แก่ ระดับองค์กร ระดับระบบงาน ระดับกลุ่มผู้ป่วย ระดับหน่วยงาน ฝึกใช้บริบทกับมาตรฐานที่ทีมงานสนใจ ฝึกใช้บริบทกับ good practice ของผู้อื่นที่ได้รับฟังมาว่า

เจ้าของวิธีการมีบริบทอย่างไร ของเราเป็นอย่างไร

3) ทบทวนทำความเข้าใจว่าบริบทของเราทำให้เราตัดสินใจและกระทำในสิ่งที่แตกต่างจากของคนอื่นอย่างไร ภายใต้บริบทของเรามีทางเลือกอื่นที่ดีกว่าหรือไม่

การอิง Core Values

1) พิจารณา core values ขององค์กร เชื่อมโยง core values ขององค์กรกับ core values ที่เป็นข้อแนะนำทั่วไป เช่น ของ MBNQA/TQA/HA ทบทวน core values ที่ทีมงานได้เคยปฏิบัติมาในชีวิตจริง มองหาคุณค่า และส่งเสริมบรรยากาศให้มีการปฏิบัติตาม core values ที่มีคุณค่าเป็นที่ประจักษ์ให้มากขึ้น

2) พิจารณา core values ที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานที่เรากำลังพิจารณา ใช้ประโยชน์จากความไม่มีขีดจำกัดของ core values ที่จะทำให้นำมาตรฐานไปปฏิบัติได้ลึกซึ้งมากกว่าตัวหนังสือที่เขียนไว้ในมาตรฐาน

เช่น มาตรฐานเขียนเรื่องการสื่อสารสองทาง เราอาจจะนำ core values เรื่อง staff focus เข้ามาพิจารณา และต่อยอดด้วยแนวคิดเรื่อง living organization, informal network, การเปิดโอกาสให้มีอิสระในการแปลความหมายข้อมูล, การแหย่ตัวกระตุ้น ฯลฯ จะทำให้เราไม่ติดกรอบ และก้าวพ้นจากข้อจำกัดของข้อกำหนด

3) จัดทำตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมในการปฏิบัติตาม core values ที่องค์กรต้องการส่งเสริม อาจจะเขียนในลักษณะของข่าวหนังสือพิมพ์หน้าแรกเพื่อดึงดูดความสนใจ

1.3.4 เชื่อมโยงการใช้มาตรฐานกับการพัฒนาที่เป็นลำดับขั้น และการพัฒนาให้ครบทุกพื้นที่

เชื่อมโยงการใช้มาตรฐานกับการพัฒนาตามบันไดสามขั้น

1) บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA คือการปฏิบัติตามมาตรฐานหัวข้อ II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ โดยเฉพาะในเรื่องคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

2) บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA คือการปฏิบัติตามมาตรฐานหมวดที่ I-6 การ

จัดการกระบวนการ (ผ่านการใช้ service profile) และหมวดที่ II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ รวมทั้งมาตรฐานของระบบงานต่างๆ ในตอนที่ I-III

3) บันไดขั้นที่ 3 สู่ HA คือการปฏิบัติตามมาตรฐานทั้งหมด

เชื่อมโยงการใช้มาตรฐานกับการพัฒนามี maturity ที่เป็นลำดับขั้น

1) ใช้ scoring guideline (คะแนน 1-5) เป็นเครื่องมือในการประเมิน maturity ของระบบ

2) ส่งเสริมให้ใช้ EI^{3}O เพื่อให้ระบบมี maturity เพิ่มมากขึ้น EI^{3}O หมายถึง Evaluation & Improvement, Integration, Innovation, Outcome

3) ใช้ core values และแนวคิดการพัฒนาต่างๆ ที่เป็นประโยชน์มาต่อยอดการพัฒนา เช่น แนวคิดเรื่อง humanized healthcare, แนวคิดเรื่อง living organization

กรอบที่ 1.2 การเชื่อมโยงการใช้มาตรฐานให้ครบทุกพื้นที่และพัฒนาเป็นลำดับขั้น

พื้นที่	มาตรฐาน	ขั้นต้น	ขั้นกลาง	ขั้นก้าวหน้า
หน่วยงาน	I-6, II-1	กิจกรรมทบทวน	Service Profile	Innovative Design
กลุ่มผู้ป่วย	II-1.2, III	กิจกรรมทบทวน	Clinical Tracer & CQI	Clinical Research
ระบบงาน	I, II	กิจกรรมทบทวน	PDSA	Innovative Design
องค์กร	I	สร้างทีม ได้ใจ	Conventional Management	Innovative Management

1.3.5 การประเมินผลอย่างเรียบง่าย จนเป็นปกติธรรมดาในชีวิตประจำวัน

1) ฝึกสังเกตและตั้งข้อสงสัย กับทุกสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิตประจำวัน

2) นำข้อสังเกตและข้อสงสัย มาประกอบกับข้อกำหนดในมาตรฐาน ทำการ**ประเมินผลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ** เช่น วิเคราะห์การบรรลุเป้าหมาย จุดแข็งจุดอ่อนและปัญหาอุปสรรคในการทำงาน

3) นำประเด็นสำคัญจากการประเมินผลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ มาออกแบบ**เก็บข้อมูลเชิงปริมาณอย่างง่าย ๆ**

(ดูตัวอย่างประเด็นที่สมควรนำมาประเมินผลในตอนที่ 4)

1.3.6 การประเมินสะสมแต้ม เพื่อวัดความก้าวหน้าในการพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล

พรพ.ได้จัดทำ spreadsheet เพื่อประมวลผลคะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ง่ายต่อการใช้งานสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจขึ้น และจะเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลที่สนใจได้นำไปใช้ประเมินตนเอง เพื่อสามารถใช้คะแนนที่ประเมินอย่างสม่ำเสมอเป็นเครื่องมือในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นเสมือนการสะสมแต้มของตนเองไว้

เพื่อความเรียบง่ายในการให้คะแนนสำหรับตอนที่ I-III จะมีการประเมินใน 2 ระดับ

1) การประเมินในระดับข้อย่อย (buliet) จะเลือกมาเฉพาะในประเด็นสำคัญ และประเมินให้คะแนนในระดับ 1-3

- Score 1 คือเพิ่งจะเริ่มทำในเรื่องง่ายๆ
- Score 2 พิจารณา C-Context ระบุได้ชัดเจนว่าปัญหาสำคัญของเรื่องนั้นในสถานการณ์ของตนเองคืออะไร ออกแบบระบบงานอย่างไรเพื่อบรรลุเป้าหมายของข้อกำหนด เริ่มนำไปปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- Score 3 มีการปฏิบัติในพื้นที่สำคัญอย่างถูกต้อง เหมาะสม ครบถ้วน เห็นผลของการบรรลุเป้าหมายของข้อกำหนด

2) การประเมินในระดับหัวข้อ (Category) หรือบทย่อย

นำคะแนนของข้อย่อยข้างต้นแต่ละข้อย่อยมาถ่วงน้ำหนักและหาค่าเฉลี่ยรวมของหัวข้อ

พิจารณา EI^{3}O ในภาพรวมของทั้งหัวข้อหรือบทย่อย เพื่อไม่เป็นภาระและไม่ซับซ้อน โดยมีอัตราเพิ่มให้ดังนี้

- Evaluation & Improvement เพิ่ม 5-15%
  - มีการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนในการทำงานเพื่อหาโอกาสพัฒนา
  - มีการประเมินผลอย่างเป็นระบบและนำไปปรับปรุง
  - ใช้แนวคิดการทำ mini-research ในการประเมินผล
  - ใช้แนวคิด human factors ในการปรับปรุงระบบ
- Integration เพิ่ม 5-10%,
  - บูรณาการระหว่างกระบวนการหรือระบบงานที่เกี่ยวข้อง

- บูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- บูรณาการกับข้อกำหนดในมาตรฐานหมวดอื่นๆ

- Innovation เพิ่ม 5-10%
  - เน้นนวัตกรรมในระบบงาน
  - ประยุกต์ใช้แนวคิดใหม่ๆ ในการทำงาน
  - ก่อให้เกิดผลกระทบที่มากพอสมควร
  - ต้องใช้ความพยายามในการเปลี่ยนแปลง
- Outcome ในภาพรวม
  - ผลลัพธ์อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และมีแนวโน้มดีขึ้น บวกเพิ่ม 10%
  - ผลลัพธ์อยู่ในระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ยและธำรงไว้ได้ต่อเนื่อง บวกเพิ่ม 20%
  - ผลลัพธ์อยู่ในระดับแนวหน้า บวกเพิ่ม 30%

รวมอัตราเพิ่มสูงสุดที่เป็นไปได้ คือ 65% จากคะแนนเต็ม 3 ก็จะได้เป็นคะแนนเต็มของหัวข้อ = 4.95 ซึ่งใกล้เคียงกับคะแนน 5 ใน scoring guideline

Scoring guideline สำหรับมาตรฐานตอนที่ IV จะใช้เกณฑ์ที่แตกต่างออกไปดังกรอบที่ 1.3

กรอบที่ 1.3 Scoring Guideline **สำหรับมาตรฐานตอนที่** IV **ผลการดำเนินงาน**

Score	ลักษณะการวัดผลและผลการดำเนินงาน
1	เริ่มมีการติดตามวัดผลด้วยตัวชี้วัดจำนวนหนึ่ง
2	ตัวชี้วัดครอบคลุมประเด็นสำคัญ
3	ตัวชี้วัดครอบคลุมประเด็นสำคัญครบถ้วน มีการนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา
4	ผลลัพธ์การดำเนินงานอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
5	ผลลัพธ์การดำเนินงานที่นำเสนออยู่ในระดับแนวหน้า

จะเห็นว่าในระดับคะแนนในส่วนของตอนที่ IV นั้น จะเน้นการวัดที่ครอบคลุมและการนำไปใช้ประโยชน์ ส่วนผลการดำเนินงานที่ดีอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยหรือในระดับแนวหน้านั้น จะใช้เพื่อเป็นคะแนนบวกเพิ่มให้กับ รพ. เป็นเกณฑ์ที่ดัดแปลงไปจาก MBNQA/TQA มากพอสมควร

คะแนนของทุกหัวข้อจะได้รับการถ่วงน้ำหนักตามความสำคัญและปริมาณเนื้อหาอีกครั้งหนึ่ง ก่อนที่จะนำมารวมกันเป็นคะแนนรวมทั้งหมดและคิดเทียบเป็นร้อยละของคะแนนเต็ม

1.3.7 การเยี่ยมสำรวจภายในของโรงพยาบาลในบรรยากาศที่ผ่อนคลายสนุกสนาน

1) ศึกษามาตรฐานที่จะไปเยี่ยมสำรวจให้เข้าใจ วางแผนการเยี่ยมให้เป็นเรื่องสนุก อาจจะเปลี่ยนคำเรียกจากการเยี่ยมสำรวจภายใน เป็น "การซักซ้อมความเข้าใจและความพร้อมในมาตรฐานเรื่อง...."

2) ในระหว่างการเยี่ยม ถอดหัวโขนทั้งหมดที่เคยเรียกกันมา ไม่ว่าจะเป็นผู้เยี่ยมสำรวจภายใน ผู้ประสานงานคุณภาพ หัวหน้างาน ฯลฯ ให้เหลือไว้แต่ความเป็นเพื่อนซึ่งมีความเท่าเทียมกัน เคารพให้เกียรติกันและกัน ทั้งต่อเจ้าหน้าที่และต่อผู้ป่วย ใช้การตามรอยเพื่อให้ได้ความจริงมากที่สุดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรฐานเรื่องนั้น

ตัวอย่างการซักซ้อมความเข้าใจในเรื่องการระบุตัวผู้ป่วย เมื่อทีมมาถึงก็ระบุเป้าหมายให้ชัดๆ เลยว่าจะซักซ้อมความเข้าใจกันเรื่องอะไร ชวนกันไปดูที่ตัวผู้ป่วยว่ามีการติดป้ายชื่อของผู้ป่วยไว้อย่างไร คุยกับผู้ป่วยว่าระหว่างที่เจ้าหน้าที่มาให้ยาหรือเจาะเลือด มีการพูดคุยหรือทำอย่างไรบ้าง คุยกับเจ้าหน้าที่ว่าก่อนที่จะติดป้ายชื่อมีการตรวจสอบอย่างไร และใช้ประโยชน์จากป้ายชื่ออย่างไร ถ้าพบว่าผู้ป่วยไม่มีป้ายชื่อติดอยู่จะต้องปฏิบัติอย่างไร ฯลฯ

อย่างไรก็ตาม คำถามไม่สำคัญเท่ากับท่าทีของการพูดคุย ถึงแม้จะทีมงานจะยังทำไม่ดี ไม่สมบูรณ์ ไม่เข้าใจ ก็ให้ถือว่าเป็นเรื่องสนุกที่ได้มาพูดคุยให้พบความจริง ไม่มีใครผิด ไม่มีการตำหนิ

3) ให้เจ้าของหน่วยงานเป็นผู้สรุปประเด็นและโอกาสพัฒนา แล้วนำข้อสรุปของหน่วยงานต่างๆ มาวางแผนร่วมกันว่าจะดำเนินการอย่างไรต่อ

1.3.8 การเชื่อมโยงข้อกำหนดในมาตรฐาน ไปสู่แนวคิดเรื่ององค์กรที่มีชีวิต

เทียบเคียงและเชื่อมโยงมาตรฐานกับแนวคิดเรื่ององค์กรที่มีชีวิต เช่น

- ผู้นำคือผู้ที่ใส่ตัวกระตุ้นในเวลาที่เหมาะสม ผู้นำต้องรู้ฟ้ารู้ดิน รู้จักรอคอย จนสถานการณ์สุกงอม
- การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ คือการสื่อสารผ่านเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ
- เป้าหมายของคนทำงาน อยู่ที่ความพึงพอใจที่ได้ทำในสิ่งที่มีคุณค่าและความหมายสำหรับตน
- การทำงานเป็นทีมคือการหันหน้าเข้าหากัน เปิดใจรับฟังโดยไม่ตัดสิน
- การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ต้องไม่ละลืมเรื่องการพัฒนาทางจิตวิญญาณ
- ฯลฯ

1.3.9 การใช้ Core Values เรื่อง Systems Perspective กับการประยุกต์ใช้มาตรฐาน

1) ผู้นำองค์กรมีหน้าที่เสมือน conductor ดูแลให้ส่วนย่อยต่าง ๆ ประสานสอดคล้องกันเพื่อตอบสนองเป้าหมายหลักร่วมกัน อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทขององค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งความท้าทายและข้อได้เปรียบขององค์กร

2) เชื่อมโยงการใช้มาตรฐานในหมวดต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เช่น ความท้าทาย-วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์-ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานขององค์กร-การเรียนรู้และพัฒนา **เชื่อมโยงระบบงาน กระบวนการ แผนงาน กิจกรรม** ที่เกี่ยวข้องกันเข้าด้วยกัน

3) มองความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุปัจจัยซึ่งกันและกัน ทั้งเหตุปัจจัยที่เห็นได้ชัดเจน และเหตุปัจจัยที่เห็นไม่ชัดเจน เช่น ความเชื่อ แรงจูงใจ

2 วัฒนธรรมคุณภาพ ความปลอดภัย การเรียนรู้ และการสร้างเสริมสุขภาพ

วัฒนธรรมคือวิถีชีวิตทั้งมวลที่ผู้คนปฏิบัติคล้ายกันโดยอัตโนมัติ ผู้คนยอมรับและปฏิบัติจนเคยชิน

องค์ประกอบที่อยู่ในวัฒนธรรมคือ 1) ความรู้ ความเชื่อ 2) คุณค่า ค่านิยม 3) แบบแผนการปฏิบัติ บางสิ่งบางอย่างเป็นสมมติฐานที่ซ่อนลึกอยู่ในจิตใต้สำนึกของสมาชิกแต่ละคนและชุมชนโดยรวม

วัฒนธรรมเกิดจากการสั่งสมการเรียนรู้ของสมาชิก ต้องใช้เวลาในการสั่งสมพอสมควร

วัฒนธรรมที่พึงประสงค์ในการพัฒนาคุณภาพมีทั้งวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมการเรียนรู้ รวมทั้งวัฒนธรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ความท้าทายในการสร้างวัฒนธรรม

จะทำให้เห็นคุณค่าและเกิดการยอมรับในการสร้างวัฒนธรรมอย่างไร

วัฒนธรรมเป็นศาสตร์ด้านอ่อนที่ช่วยลดความแข็งตัวของการวางระบบ ซึ่งจำเป็นต้องนำมาใช้ควบคู่กันจึงจะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ การวางระบบบริหารความเสี่ยงที่เน้นการออกแบบระบบงานเพื่อป้องกัน การรายงานอุบัติการณ์ การวิเคราะห์สาเหตุ ไม่อาจจะทำให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยได้ หากปราศจากวัฒนธรรมของการเปิดใจที่จะพูดคุยกันเรื่องความเสี่ยง การไม่เพิกเฉยเมื่อเห็นความล่อแหลมที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

การมีวัฒนธรรม คือความยั่งยืนของการพัฒนา ไม่ต้องมีใครมาควบคุมกำกับ ไม่ต้องมีใครมาคอยบอก

จะเชื่อมโยงการใช้ Core Values กับการสร้างวัฒนธรรมอย่างไร

Core values คือหลักคิดที่ใช้ในการกำกับพฤติกรรมและการตัดสินใจ เมื่อสมาชิกฝึกใช้บ่อยๆ ก็จะเกิดเป็นความเคยชินในองค์กร

ทดลองเชื่อมโยง core values แต่ละหัวข้อ เข้ากับวัฒนธรรมแต่ละเรื่อง แล้วแปลความหมายและหารูปธรรมว่า core values แต่ละหัวข้อนั้นจะส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมในเรื่องดังกล่าวได้อย่างไร

กรอบที่ 2.1 แสดงการเชื่อมโยง Core Values กับวัฒนธรรมการพัฒนา

วัฒนธรรม	Core Values
คุณภาพ	Customer Focus และทุกๆ หัวข้อ
ความปลอดภัย	Systems Perspective, Staff Focus, Innovation
การเรียนรู้	Learning, Staff Focus, CQI, Innovation
การสร้างเสริมสุขภาพ	Focus on Health, Learning, Empowerment

จะใช้ความเรียบง่ายเพื่อสร้างวัฒนธรรมได้อย่างไร

ความเรียบง่ายจะเชิญชวนให้ผู้คนมาร่วมปฏิบัติ ขณะที่ความยุ่งยากซับซ้อนผลักไสผู้คนให้หนีห่างออกไป ถ้าอยากจะให้สมาชิกปฏิบัติอย่างไร ต้องทำให้สิ่งนั้นเป็นเรื่องเรียบง่าย

หลักการของความเรียบง่ายคือการมองว่าทุกสิ่งทุกอย่างในโลกนี้ ยังมีวิธีการที่เรียบง่ายกว่าเสมอในการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

พิจารณาใช้ความเรียบง่ายในเรื่องต่อไปนี้

- พูดคุยกันอย่างง่ายๆ เกี่ยวกับความปลอดภัยในทุกโอกาส เช่น ในระหว่างการทำงาน ระหว่างการส่งเวร การตรวจเยี่ยมเพื่อรับรู้และช่วยเหลือในเรื่องความปลอดภัยโดยทีมผู้บริหารอย่างสม่ำเสมอ (วัฒนธรรมความปลอดภัยแบบเรียบง่าย)
- ทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพแบบเรียบง่าย เช่น ทบทวน C3THER ระหว่างเช็ดตัวให้ผู้ป่วย ทบทวนเวชระเบียนแล้วสรุปการดำเนินโรคด้วยแผนภูมิที่เข้าใจได้ง่ายๆ (วัฒนธรรมคุณภาพแบบเรียบง่าย)
- การซักซ้อมความเข้าใจในการปฏิบัติตามมาตรฐานด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลายและสนุกสนาน แทนการเยี่ยมสำรวจภายใน (วัฒนธรรม

คุณภาพแบบเรียบง่าย)

- ถามตัวเองว่าในผู้ป่วยรายนี้จะมีประเด็นสร้างเสริมสุขภาพอะไร และควรได้รับการ empower อย่างไร (วัฒนธรรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบเรียบง่าย)
- มองไปรอบตัว มองดูผู้ป่วยสักรายหนึ่งแล้วถามตัวเองว่ามีความรู้อะไรที่น่าจะแสวงหาเพิ่มเติมเพื่อการดูแลรักษาที่ดีขึ้น หยิบเอกสารใกล้ตัวขึ้นมาแล้วถามตัวเองว่ามีข้อมูลอะไรที่น่านำมาวิเคราะห์ มองอะไรก็ได้แล้วถามตัวเองว่ามีคำถามอะไรที่ควรหาคำตอบ มีงานวิจัยอะไรที่เป็นไปได้ (วัฒนธรรมการเรียนรู้แบบเรียบง่าย)

จะใช้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาเป็นบทเรียนเพื่อสร้างวัฒนธรรมได้อย่างไร

ใช้กระบวนการ Appreciative Inquiry (AI) เพื่อนำประสบการณ์เชิงบวกของสมาชิกมาสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามให้เพิ่มพูน

ใช้อุบัติการณ์ของตนเองและของผู้อื่นมาเรียนรู้อย่างเปิดใจเพื่อหาทางปิดช่องโหว่ในระบบ เพื่อปกป้องคนทำงานมิให้ตกอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก

จะวางสมดุลระหว่างวัฒนธรรมกับระบบที่เป็นทางการอย่างไร

เริ่มต้นอาจจะต้องวางระบบที่เป็นทางการ เพื่อเป็นกรอบให้สมาชิกจำนวนมากได้มีประสบการณ์ และนำประสบการณ์นั้นมาสร้างการเรียนรู้

เมื่อผ่านไประยะหนึ่ง ควรลดความแข็งตัวของระบบลง เพื่อให้วัฒนธรรมได้มีโอกาสก่อตัว การที่ระบบแข็งตัวมากเกินไป จะเป็นการปิดกั้นการเติบโตของวัฒนธรรม

และเมื่อระยะเวลาผ่านไปอีก ระบบที่เป็นทางการบางเรื่องสามารถละเลิกไปได้โดยปริยาย

พิจารณาความสมดุลและการใช้ประโยชน์ร่วมกันในเรื่องต่อไปนี้

กรอบที่ 2.2 แสดงการสร้างวัฒนธรรมที่ควรนำมาเติมเต็มให้กับระบบที่เป็นทางการ

ระบบที่เป็นทางการ	เน้นการสร้างวัฒนธรรม
การวางแผนพัฒนาบุคลากร	ความตื่นตัวที่จะขวนขวายหาความรู้ใส่ตัวเมื่อพบผู้ป่วยแปลกๆ
การรายงานอุบัติการณ์และการทำ RCA	การเปิดโอกาสให้ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์บอกเล่าความคิด ความรู้สึก ความต้องการ ข้อติดขัด (Cognitive Walkthrough)
การติดตามและการรายงานตัวชี้วัด	การนำตัวชี้วัดมาเรียนรู้ร่วมกัน วิเคราะห์ แก้ไข manipulate
การให้ความรู้และ empower ผู้ป่วย	การรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วยจนเข้าใจวิถีชีวิตของผู้ป่วย
การมี CPG	การดูแลผู้ป่วยด้วยความรับผิดชอบ และด้วยความระมัดระวัง

จะใช้แนวคิดเรื่ององค์กรที่มีชีวิตมาสร้างวัฒนธรรมได้อย่างไร

ลองพิจารณาแนวทางในกรอบที่ 2.3 เป็นจุดตั้งต้น

กรอบที่ 2.3 การนำแนวคิดเรื่ององค์กรที่มีชีวิตไปใช้สร้างวัฒนธรรม

แนวคิดเรื่ององค์กรที่มีชีวิต	นำไปใช้สร้างวัฒนธรรม
การพัฒนาจิตตปัญญาของสมาชิกแต่ละคน ให้เป็นจิตที่ ตื่น รู้ เบิกบาน เป็นจิตใหญ่ ไม่คับแคบ	วัฒนธรรมการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง
การสร้างความสัมพันธ์ของสมาชิกในองค์กร หันหน้าเข้าหากัน รวมใจกันเพื่อความอยู่รอด	วัฒนธรรมการทำงานร่วมกัน
การร่วมมือกันสร้างคุณค่าให้กับองค์กรผ่านเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการและโครงสร้างที่เป็นทางการ	วัฒนธรรมและค่านิยมในการมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์
ระบบเปิดใช้ความไม่สมดุลเพื่อหลีกเลี่ยงความเสื่อม	วัฒนธรรมของการเปิดรับความคิดมีความยืดหยุ่น พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง

จะสร้างเงื่อนไขให้ทุกคนอยากทำเพื่อสร้างวัฒนธรรม โดยปราศจากการบังคับได้อย่างไร

ใช้แนวคิดความเป็นชุมชนหรือเครือข่ายทางสังคมที่ก่อกำเนิดตัวเอง ความรู้สึกอันเข้มข้นของความเป็นชุมชนและการมีเอกลักษณ์ร่วมกันกับระบบค่านิยมชุดหนึ่งที่เป็นเจ้าของร่วมกัน เป็นชุมชนที่สมาชิกทั้งมวลจะรู้ว่า พวกเขาได้รับการสนับสนุนในความพยายามที่จะบรรลุเป้าหมายที่พวกเขาเองได้ตั้งไว้ หรืออีกนัยหนึ่ง ทำให้ทิศทางการสร้างวัฒนธรรมที่ต้องการสอดคล้องกับการให้คุณค่าและความหมายของสมาชิกในเครือข่าย

3 จากแผนกลยุทธ์ สู่ผลการดำเนินงาน

3.1 กรอบแนวคิด

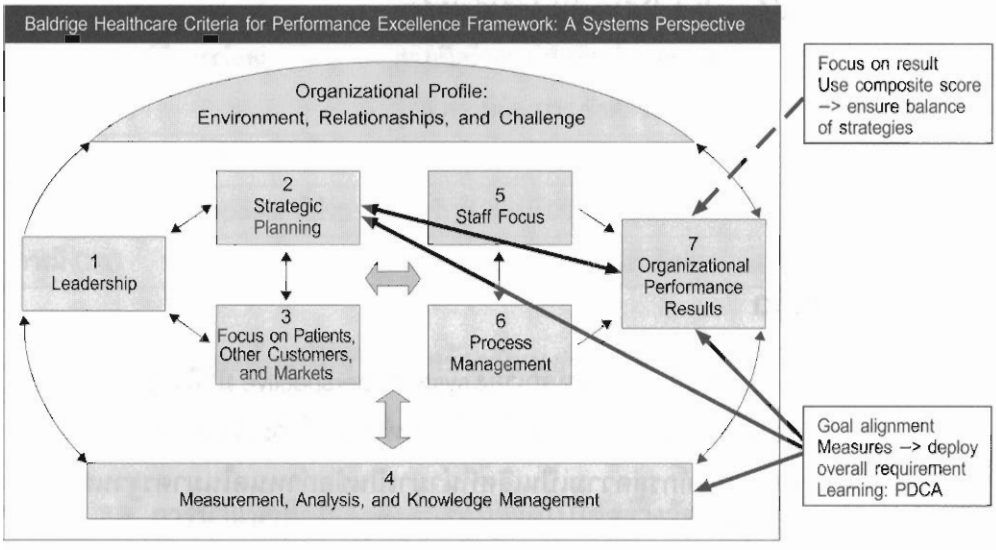
เมื่อนำค่านิยมหลักเรื่อง systems perspective มาพิจารณาโครงสร้างของมาตรฐาน จะพบความเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ในเกณฑ์การจัดการองค์กรสู่ความเป็นเลิศที่นำมาเป็นข้อกำหนดในมาตรฐานตอนที่ 1 กล่าวคือ

1. ความเชื่อมโยงระหว่างบริบทขององค์กรในส่วนที่เป็นความท้าทายและข้อได้เปรียบขององค์กรกับการกำหนดแผนกลยุทธ์

2. ความเชื่อมโยงระหว่างวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง

3. การวัด วิเคราะห์ที่จะช่วยทั้งองค์กรตอบสนองต่อเป้าประสงค์สำคัญเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ภาพที่ 3.1 แสดงความสัมพันธ์ของเกณฑ์ MBNQA/TQA/HA ในหมวดต่าง ๆ เกี่ยวกับการวัด



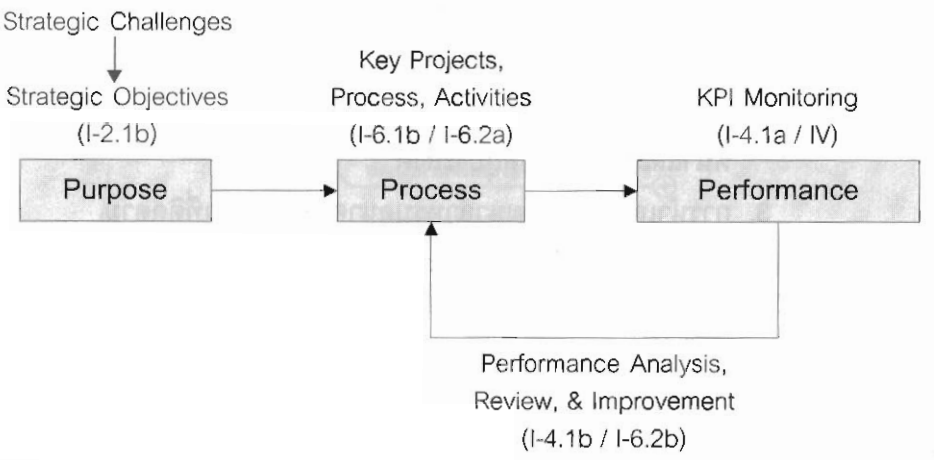
The Highest Level of 3P, from Strategies to Results

3P (Purpose-Process-Performance) คือการใช้ core values "Focus on Results"

3P อาจจะใช้ได้ในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับกระบวนการ, การแก้ปัญหา, การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย, โครงการพัฒนาคุณภาพ (CQI), หน่วยงาน, ระบบงาน, ระบบการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม, ไปจนถึงระดับองค์กร

3P ในระดับองค์กรคือการบริหารเชิงกลยุทธ์นั่นเอง เป็นการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การติดตามความก้าวหน้าและความสำเร็จ หรืออีกนัยหนึ่ง การทบทวนความสอดคล้องของเป้าหมาย กระบวนการหรือกิจกรรมสำคัญ และผลการดำเนินงาน ตามแผนกลยุทธ์ ก็คือระดับสูงสุดของการนำแนวคิด 3P มาประยุกต์ใช้นั่นเอง

ภาพที่ 3.2 แนวคิด 3P เมื่อนำมาใช้กับการบริหารเชิงกลยุทธ์



3.2 Strategic Plan & KPI Monitoring Interview

ในการเยี่ยมสำรวจตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี จะมี session ที่เพิ่มขึ้นมาใหม่ช่วงหนึ่งคือ strategic plan & KPI monitoring interview ซึ่ง session ดังกล่าวมีแนวทางดังนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเรียนรู้วิธีการในการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลที่จะทำให้สอดคล้องกับบริบท รวมทั้งข้อมูลต่างๆ ที่นำมาใช้วิเคราะห์เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และการจัดทำแผนปฏิบัติการ
2. เพื่อเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคในการนำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ
3. เพื่อเรียนรู้วิธีการติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ รวมทั้งการนำข้อมูลต่างๆ มาวิเคราะห์

ผู้เข้าร่วมประชุม

ผู้อำนวยการ ผู้บริหารระดับสูงที่ระดับผิดชอบกลยุทธ์หลักๆ ผู้ทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลติดตามผลการดำเนินงาน จำนวนไม่เกิน 7 คน

ลักษณะกิจกรรม

1. การนำเสนอข้อมูลสรุปในลักษณะตารางสรุปตามตัวอย่าง
2. การนำเสนอประสบการณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้เพื่อการวางแผนกลยุทธ์และการวิเคราะห์แปลความหมายข้อมูลที่ใช้ติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุวัตถุประสงค์
3. การนำเสนอแผนพัฒนาสำหรับอนาคตจากข้อมูลที่ติดตาม
4. การแลกเปลี่ยนบทเรียนและข้อคิดเห็นกับผู้เยี่ยมสำรวจ

ระยะเวลา

2 ชั่วโมง

เนื้อหามาตรฐานหลักที่เกี่ยวข้อง

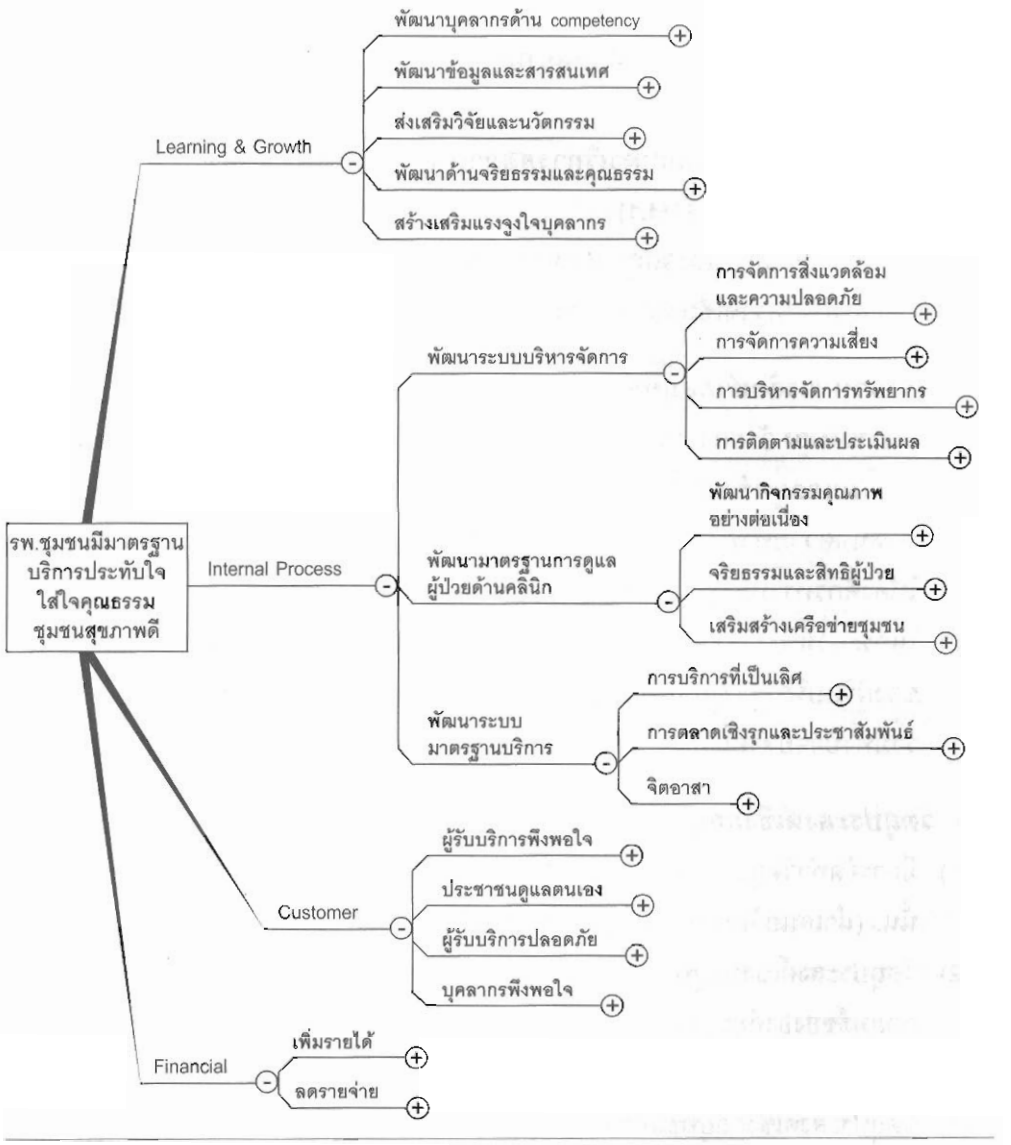
1. I-1 การนำ
2. I-2 การวางแผนกลยุทธ์
3. I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้
4. IV ผลการดำเนินการ

ตัวอย่างการนำเสนอข้อมูล

กรอบที่ 3.1 **ตัวอย่างตารางสรุปแผนยุทธศาสตร์และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง**

Challenges & Strategies	Short term objectives	Long term goals	Key Tactics & action plans	HR plan	KPI	Performance	
						Present	Projected

ภาพที่ 3.3 ตัวอย่างการสรุปภาพรวมของแผนกลยุทธ์



3.3 การจัดทำกลยุทธ์

3.3.1 มาตรฐานว่าด้วยการจัดทำกลยุทธ์

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฯ ตอนที่ I

2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1)

องค์กรกำหนดกลยุทธ์ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองกับความท้าทายขององค์กร และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์

(1) ผู้นำระดับสูง ด้วยความร่วมมือของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ ดำเนินการวางแผนกลยุทธ์ตามขั้นตอนและใช้กรอบเวลาที่เหมาะสม. มีการวิเคราะห์และกำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์และข้อได้เปรียบขององค์กร. มีกระบวนการที่ช่วยให้องค์กรทราบถึงจุดอ่อนหรือจุดด้อยสำคัญที่อาจถูกมองข้าม.

(2) ในกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ มีการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ / ชุมชนที่รับผิดชอบ, จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคามขององค์กร รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆ และความสามารถในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ.

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

(1) มีการจัดทำวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญ และกรอบเวลาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เหล่านั้น. (นำเสนอวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญ)

(2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองต่อความท้าทายที่สำคัญและใช้ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กร , ตอบสนองต่อสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มประชากรที่ให้บริการ และมีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น.

(3) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งที่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี.

3.3.2 ความท้าทายขององค์กรคือจุดเริ่มต้นและตัวเชื่อมโยง

ความท้าทายอาจจะเป็นปัญหาที่ยังแก้ไขไม่สำเร็จ หรืออาจจะไม่ใช่ปัญหาแต่เป็นความความคาดหวังหรือเป้าหมายในระดับที่เหนือไปกว่าที่ปฏิบัติได้ในปัจจุบัน

ความท้าทายขององค์กร (organizational challenge) เป็นตัวกำหนดบริบทขององค์กร ว่าองค์กรควรจะตัดสินใจอย่างไร จะเลือกเดินไปในเส้นทางใด จึงถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการขับเคลื่อนองค์กร

ความท้าทายขององค์กรเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ในเกณฑ์มาตรฐาน MBNQA/TQA/HA นั่นคือ

1. ผู้นำต้องจัดให้มีการวิเคราะห์ความท้าทาย
2. ความท้าทายจะถูกนำไปกำหนดแผนกลยุทธ์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
3. ความท้าทายส่วนหนึ่งมาจากความต้องการของผู้รับผลงาน
4. การวัด วิเคราะห์ จะต้องสนับสนุนการบรรลุวัตถุประสงค์หรือการตอบสนองต่อความท้าทาย
5. กำลังคน จะต้องมีความรู้ความสามารถที่จะรองรับความท้าทายขององค์กรได้
6. กระบวนการหลักขององค์กร ควรตอบสนองต่อความท้าทายขององค์กร

ในเกณฑ์ MBNQA 2008 จะแนะนำให้องค์กรวิเคราะห์ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ (strategic challenges) คู่กับข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ (strategic advantages) และเรียกรวมว่าเป็นบริบทเชิงกลยุทธ์ (strategic context) และเน้นความเชื่อมโยงกับความยั่งยืนขององค์กรด้วย

ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ คือปัจจัยที่จะมีผลต่อความสำเร็จในอนาคต ซึ่งอาจจะมาได้จากสองแหล่งคือ (1) ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร (2) ทรัพยากรจากพันธมิตรภายนอก

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ คือแรงกดดันที่ทำให้องค์กรต้องตัดสินใจบางอย่างเพื่อความสำเร็จในอนาคต ส่วนใหญ่มักจะมาจากภายนอก เช่น ความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับผลงาน เทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป ความเสี่ยงทางด้านการเงินหรือสังคม

กรอบที่ 3.2 **ตัวอย่างความท้าทายเชิงกลยุทธ์ของ** Bronson Methodist Hospital

	Strategic Challenges
Clinical Excellence (CE)	SC1- EBM: การนำ evidence-based medicine มาสู่การปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี
	SC2- Demands: การตอบสนองผู้ป่วยซับซ้อนที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น
Customer & Service Excellence (Case)	SC3- Workforce shortage: การสรรหา ธำรง พัฒนา ผู้นำและเจ้าหน้าที่ที่ขาดแคลน
	SC4- Diversity: สร้างกลยุทธ์การจัดการที่หลากหลายและเหมาะสม
	SC5- Customer service: การบริหารความคาดหวังของผู้รับผลงานที่ทวีสูงขึ้น
Corporate Effectiveness (CORE)	SC6-Capacity: ข้อจำกัดในเรื่องทรัพยากรกำลังขณะที่ความต้องการบริการเพิ่มขึ้น
	SC7- Profitability: การรักษาผลกำไรขณะที่ผู้จ่ายต่างๆ จำกัดการจ่ายค่ารักษาลง

จากความท้าทายนำไปสู่การกำหนดกลยุทธ์และวัตถุประสงค์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

กรอบที่ 3.3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความท้าทายและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของ Bronson Methodist Hospital

Challenges	Strategies	Short term objectives	Long term goals
SC1 EBM SC2 Demands	Clinical Excellence (CE) มุ่งสู่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่เป็นเลิศ	- อัตราตายอยู่ในกลุ่ม 15% ต่ำสุด - Leapfrog รับรองเรื่องสิ่งแวดล้อมปลอดภัย - ตัวชี้วัดหลักดีกว่ามาตรฐานของประเทศ	- ผลลัพธ์อยู่ในกลุ่ม 100 รพ.แรก - อยู่ในกลุ่ม 5 ดาวในเรื่องที่เป็นเป้าหมายหลัก - ผู้จ่ายเงินยอมรับในเรื่องความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
SC3 Workforce SC4 Diversity SC5 Customer	Customer & Service Excellence (CASE) ยกระดับความเป็นเลิศในบริการ ความสามารถของกำลังคน และการนำ	- ได้เป็น รพ.แม่เหล็ก - เป็นผู้นำในเรื่องความพึงพอใจของแพทย์ - การลาออกและอัตราว่างดีกว่า best practice ของประเทศ - ความแตกต่างของผลการสำรวจความพึงพอใจเจ้าหน้าที่ลดลง - คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยดีกว่าค่าเปรียบเทียบ	- เป็น best practice ด้านความพึงพอใจของผู้รับผลงานและแพทย์ - อยู่ในกลุ่ม 100 นายจ้างที่ดีที่สุด - รักษาสถานภาพของ รพ.แม่เหล็ก
SC6 Capacity SC7 Profitability	Corporate Effectiveness (CORE) บรรลุประสิทธิภาพการเติบโต ผลตอบแทนทางการเงินและสังคมตามเป้าหมาย	- บรรลุเป้าหมายการเติบโตในกิจการที่กำหนดรวมทั้งผลกำไร	- มีสัดส่วนการตลาด x% ในบริการเป้าหมายที่กำหนด - อัตราการทำกำไร - ได้รับรางวัลคุณภาพแห่งชาติ

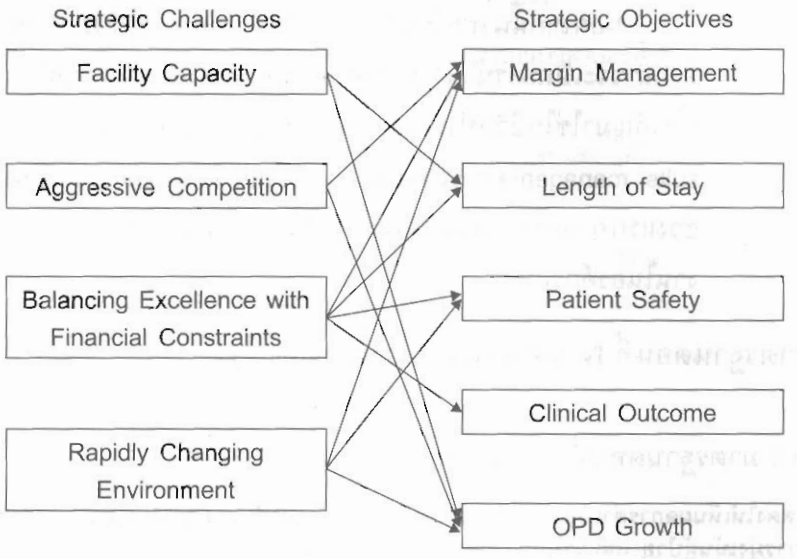
จากกลยุทธ์และวัตถุประสงค์นำไปสู่การกำหนด KPI และเพื่อลดจำนวน KPI ที่ผู้บริหารระดับสูงจะต้อง monitor อาจจะจัดทำเป็น composite score เช่น ดัชนีความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety index) แทนที่จะติดตามตัวชี้วัดแต่ละตัวซึ่งจะทำให้มีจำนวนมากเกินไป

กรอบที่ 3.4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความท้าทาย กลยุทธ์ และ KPI ของ Bronson Methodist Hospital

Challenges	Strategies	KPI
SC1 EBM	Clinical Excellence (CE)	- อัตราตาย
SC2 Demands	มุ่งสู่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่เป็นเลิศ	- อัตรา VAP
		- อัตราพลัดตกหกล้ม
		- อัตราการเกิดแผลกดทับ
		- การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด (SIP)
		- ตัวชี้วัดหลักของโรค acute MI, HF, pneumonia
		- อัตราการล้างมือ
SC3 Workforce	Customer & Service Excellence	- ตำแหน่งว่าง
SC4 Diversity	(CASE)	- ความแตกต่างของการสำรวจ
SC5 Customer	ยกระดับความเป็นเลิศในบริการ	ความเห็นของเจ้าหน้าที่
	ความสามารถของกำลังคน และการนำ	- ความพึงพอใจของแพทย์
		- ความพึงพอใจของผู้ป่วย
		- ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อสิ่งแวดล้อม
		- ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจำหน่าย
		- อัตราการ turnover ของพยาบาล
SC6 Capacity	Corporate Effectiveness (CORE)	- สัดส่วนการตลาด
SC7 Profitability	บรรลุประสิทธิภาพ การเติบโต	- อัตราการทำกำไร
	ผลตอบแทนทางการเงินและสังคม	
	ตามเป้าหมาย	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์อาจจะนำไปสู่การกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ได้มากกว่า 1 ข้อ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ข้อหนึ่ง อาจจะมาจากความท้าทายเชิงกลยุทธ์ได้หลายข้อ ดังตัวอย่าง

ภาพที่ 3.4 แสดงตัวอย่างความสัมพันธ์ระหว่าง Strategic Challenges กับ Strategic Objective



ข้อสังเกตก็คือทั้งหมดนี้เป็นไปเพื่อความสำเร็จในอนาคตและความยั่งยืนขององค์กร มิได้เน้นความครบถ้วนสมบูรณ์ของแผนงานโครงการต่างๆ ซึ่งมีการดำเนินการเป็นปกติประจำอยู่แล้ว การมุ่งเน้นดังกล่าวทำให้ผู้บริหารระดับสูงมีเวลาใส่ใจกับส่วนที่เป็นประเด็นสำคัญจริงๆ

นอกจากนั้นจะเห็นจากตัวอย่างว่ากลยุทธ์ต่างๆ มักจะเป็นกลยุทธ์ที่ทุกส่วนในองค์กรจะต้องเข้ามาเกี่ยวข้องและรับไปปฏิบัติ อาจจะมีบาง area ที่จะเน้นสู่ความเป็นเลิศ แต่ก็ไม่ทำให้ส่วนที่เหลือในองค์กรรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสำคัญ

3.4 การวัดผลการดำเนินงานขององค์กร

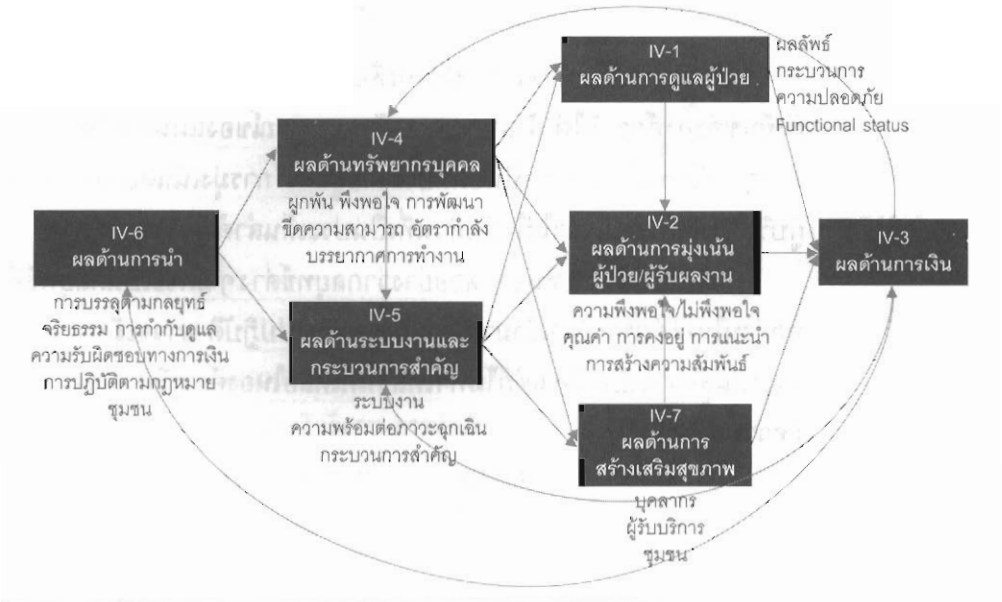
การวัดผลการดำเนินงานขององค์กรมีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ไปปฏิบัติให้ได้ผล ด้วยเป็นการสร้างความมั่นใจต่อสาธารณะทั้งในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และคุณภาพของการบริหารจัดการ

นอกจากนั้น การวัดผลการดำเนินงานและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าวจะเป็นการนำ Core Values & Concepts ของการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญมาใช้ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ systems perspective, focus on results, management by facts, continuous improvement เป็นต้น ซึ่งในช่วงแรกๆ ของการพัฒนาคุณภาพ ผู้ใช้ข้อมูลก็คือทีมผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรเอง

3.4.1 มาตรฐานตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร

ภาพที่ 3.5 มาตรฐานตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร

องค์กรแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานที่ดีและการปรับปรุงในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ผลด้านการดูแลผู้ป่วย ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย และผู้รับผลงานอื่นๆ ผลด้านการเงิน ผลด้านบุคลากร ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการ ผลด้านการนำ และผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ



ตัวชี้วัดที่กำหนดให้โรงพยาบาลจะต้องติดตามตามมาตรฐานตอนที่ IV เป็นตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับแนวคิด BSC เพียงแต่ขยายความในบางด้านให้มีความครอบคลุมและชัดเจนมากขึ้น

กรอบที่ 3.5 ความสัมพันธ์ระหว่าง BSC Perspectives กับข้อกำหนดเรื่องตัวชี้วัดในมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับเฉลิมพระเกียรติฯ

BSC Perspectives	มาตรฐานโรงพยาบาลตอนที่ IV
Customer	IV-1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (PCR)
	IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (CFR)
	IV-7 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (HPR)
Internal Process	IV-5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR)
	IV-6 ผลด้านการนำ (LDR)
Learning & Growth	IV-4 ผลด้านทรัพยากรบุคคล (HRR)
Financial	IV-3 ผลด้านการเงิน (FNR)

3.4.2 แหล่งข้อมูลสำคัญของตัวชี้วัด

ข้อมูลต่างๆ ที่จะใช้เป็นตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลมักจะมีอยู่แล้วในแหล่งต่างๆ ดังกรอบที่ 3.6

กรอบที่ 3.6 แสดงแหล่งข้อมูลสำคัญของตัวชี้วัดในในมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับเฉลิมพระเกียรติฯ

มาตรฐานโรงพยาบาลตอนที่ IV	แหล่งข้อมูล
IV-1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย	Clinical Tracer, Clinical CQI, Clinical Research, Service Profile ของ PCT
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น	Customer Survey
IV-3 ผลด้านการเงิน	งานการเงิน
IV-4 ผลด้านทรัพยากรบุคคล	งานทรัพยากรบุคคล
IV-5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ	Service Profile ของหน่วยงานหรือระบบงานสำคัญ
IV-6 ผลด้านการนำ	แผนกลยุทธ์, การปฏิบัติตามกฎหมาย
IV-7 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	แผนงานสร้างเสริมสุขภาพ

3.4.3 มิติคุณภาพกับตัวชี้วัด

มิติคุณภาพต่อไปนี้จะช่วยในการกำหนดตัวชี้วัดได้ง่ายขึ้น: accessibility, appropriateness, competency, continuity, coverage, effectiveness, efficiency, equity, humanized/holistic, responsiveness, safety, timeliness

การพิจารณามิติคุณภาพจะทำให้กำหนดตัวชี้วัดได้ตรงประเด็นและครอบคลุมยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. ในระดับทีมนำโรงพยาบาล ซึ่งไม่จำเป็นต้องติดตามตัวชี้วัดจำนวนมาก แต่ต้องการความครอบคลุมทุกมิติ หากต้องการกำหนดตัวชี้วัดที่จะใช้ติดตามคุณภาพในภาพรวมให้ครอบคลุมมิติต่างๆ จะตั้งคำถามว่าในแต่ละมิติคุณภาพนั้น จะใช้โรคอะไรบ้างเพื่อติดตามคุณภาพในมิติดังกล่าว อาจจะได้โรคมาจำนวนหนึ่งสำหรับแต่ละมิติคุณภาพ

2. ในระดับ PCT/CLT หากต้องการกำหนดตัวชี้วัดสำหรับโรคใดโรคหนึ่งให้ครอบคลุมมิติต่างๆ ก็จะนำมิติคุณภาพมาตั้งคำถามว่าในโรคดังกล่าวนั้น มิติคุณภาพใดบ้างที่เป็นประเด็นสำคัญซึ่งควรมีตัวชี้วัดติดตามคุณภาพในมิติดังกล่าว

3. ในระดับทีมนำเชิงระบบต่างๆ สามารถนำมิติคุณภาพมากำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่จะใช้ในการติดตามผลการดำเนินงานในระบบนั้นๆ

3.4.4 แนวคิดเกี่ยวกับตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ผลการดำเนินงานของทีมงาน (Study) ซึ่งควรมีความสมดุลระหว่างการเรียนรู้ด้วย**วิธีการเชิงคุณภาพ** (เช่น การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน) กับการเรียนรู้ด้วย**วิธีการเชิงปริมาณ** (เช่น การใช้ตัวชี้วัด การประเมินผลอย่างเป็นระบบ)

การกำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ประโยชน์ได้ ควร**เริ่มจากการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ** แล้วนำประเด็นสำคัญดังกล่าวมากำหนดเป็นตัวชี้วัด

ประเด็นสำคัญอาจมาจากสิ่งต่อไปนี้

- Key word ในเป้าหมายของแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล เช่น "มีระบบแรงจูงใจที่ส่งเสริมการพัฒนาตนเองและการพัฒนางาน"
- ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ปัญหา ความเสี่ยงสำคัญในการดูแลผู้ป่วย
- มิติคุณภาพต่างๆ

ตัวชี้วัดในแต่ละเรื่อง ควร**มีสมดุลของการวัดกระบวนการและผลลัพธ์**

การวัดกระบวนการ ทำให้เห็นโอกาสพัฒนา ตัวชี้วัดกระบวนการที่วัดระดับการปฏิบัติตาม CPG หรือ evidence จะช่วยให้เราทราบว่าจะต้องมีการปรับปรุงการทำเวชปฏิบัติอย่างไร ทำให้เกิด evidence-based practice มากขึ้น

การวัดผลลัพธ์ ทำให้เราทราบว่าผลลัพธ์เป็นอย่างไร เป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ แต่ไม่สามารถระบุได้ว่าจะต้องปรับปรุงอย่างไร

ตัวชี้วัดทางคลินิกควรมีทั้ง process indicator และ outcome indicator ประกอบกันเป็น core measure set

การวัดผลที่ไม่เป็นภาระคือการเลือกวัดและการสุ่มตัวอย่าง เช่น

- การวัด outcome อย่างต่อเนื่อง การเลือกวัด process เท่าที่จำเป็น
- หลังจากทราบ baseline แล้ว เลือกวัดเฉพาะ process indicator ที่เป็นปัญหา
- สุ่มตัวอย่างตามช่วงเวลา กระจายการวัดออกไปทั้งปี
- สุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เพื่อลดภาระในการเก็บและวิเคราะห์

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฯ ตอนที่ I

4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1)

องค์กรจัดให้มีการวัด วิเคราะห์ ปรับทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน โดยใช้ข้อมูลและสารสนเทศ ในทุกระดับและทุกส่วนขององค์กร.

ก. การวัดผลงาน

ข. การวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลงาน

(1) องค์กรทบทวนประเมินผลงาน และขีดความสามารถขององค์กร. มีการวิเคราะห์ เพื่อสนับสนุนการทบทวนประเมินผลและสร้างความมั่นใจว่าได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือ. องค์กรใช้การทบทวนนี้เพื่อประเมินความสำเร็จขององค์กร, ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ, และความสามารถในการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงขององค์กรและสิ่งแวดล้อมภายนอก.

(2) องค์กรนำสิ่งที่ได้จากการทบทวนประเมินผลงานขององค์กรมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงและหาโอกาสสร้างนวัตกรรม, พร้อมทั้งถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร.

(3) องค์กรนำผลการทบทวนประเมินผลงานขององค์กร ไปใช้ในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญอย่างเป็นระบบ.

การวิเคราะห์ข้อมูลจะช่วยทำให้ข้อมูลมีความหมายยิ่งขึ้น สามารถใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจได้ดีขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลจะต้องอาศัยชุดของข้อมูลมาประกอบกัน

แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลอาจจะมีได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์แนวโน้ม (trend)

เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลของตนเองตามช่วงเวลาที่ผ่านมา ซึ่งจะช่วยให้สามารถคาดการณ์ผลการดำเนินงานที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ เครื่องมือที่จะช่วยในการวิเคราะห์แนวโน้มคือกราฟต่อเนื่อง (run chart)

2. การวิเคราะห์แนวโน้มควบคู่กับการวิเคราะห์ทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้คือ control chart ซึ่งเป็น run chart ซึ่งมีค่าสถิติ ได้แก่

ค่าเฉลี่ย ค่าควบคุมด้านบน (upper control limit – UCL)และค่าควบคุมด้านล่าง (lower control limit -LCL) ช่วยให้สามารถพิจารณาได้ว่า ณ จุดใดที่มีความผิดปกติมากกว่า normal variation และจำเป็นต้องสืบค้นหาสาเหตุที่ชัดเจน การสร้าง control chart จะมีนั้น ต้องการข้อมูลตั้งแต่ 25 จุดขึ้นไปจึงจะทำให้ได้ค่าสถิติที่น่าเชื่อถือ

การนำเสนอข้อมูลเป็นรายปี อาจจะเหมาะสมสำหรับกรณีที่มี variation ในระบบไม่มาก หรือจำนวนตัวเลขที่จะนำเสนอมีค่าค่อนข้างต่ำ แต่จะสูญเสียข้อมูลที่แสดง variation ในระบบไป ถ้าเป็นไปได้ควรพยายามซอยช่วงเวลาของการนำเสนอข้อมูลเป็นราย 3 เดือนหรือรายเดือน จะทำให้สามารถนำข้อมูลมาสร้าง control chart ได้

3. การวิเคราะห์ด้วยการจำแนกเป็นกลุ่มย่อยแล้วเปรียบเทียบกัน

ผลการดำเนินงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง อาจจะมีความแตกต่างกันในกลุ่มย่อย ซึ่งหากนำมาเปรียบเทียบกันจะทำให้ทราบว่ากลุ่มใดที่มีผลการดำเนินงานที่ดี กลุ่มใดที่มีผลการดำเนินงานที่ไม่ดี นำไปสู่การทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อผลการดำเนินงานได้ง่ายขึ้น

กลุ่มย่อยที่กล่าวถึงนี้อาจจะเป็น

ก) สถานที่หรือหน่วยงาน เช่น การเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลเปรียบเทียบระหว่างหอผู้ป่วยต่างๆ

ข) ช่วงเวลา เช่น อัตราการรอคอยของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา

ค) ตัวบุคคลหรือกลุ่มบุคคล เช่น อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดของศัลยแพทย์แต่ละคน, อัตราการล้างมือของพยาบาลและแพทย์เปรียบเทียบกัน

4. การวิเคราะห์ด้วยการเทียบกับคู่เปรียบเทียบ (benchmarking)

คือการกำหนดคู่เปรียบเทียบที่เราจะใช้เป็นเป้าหมายการทำงาน ซึ่งคู่เปรียบเทียบอาจจะเป็นผู้ที่ทำได้ดีที่สุดในทุกกิจการ, ผู้ที่ทำได้ดีที่สุดในกิจการที่คล้ายกับเรา, ค่าเฉลี่ยหรือค่า norm ของประเทศ, ค่าเฉลี่ยหรือค่า norm ในกลุ่ม รพ.ในพื้นที่หรือ รพ.ที่ใกล้เคียงกับเรา

5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (cause - effect relationship analysis)

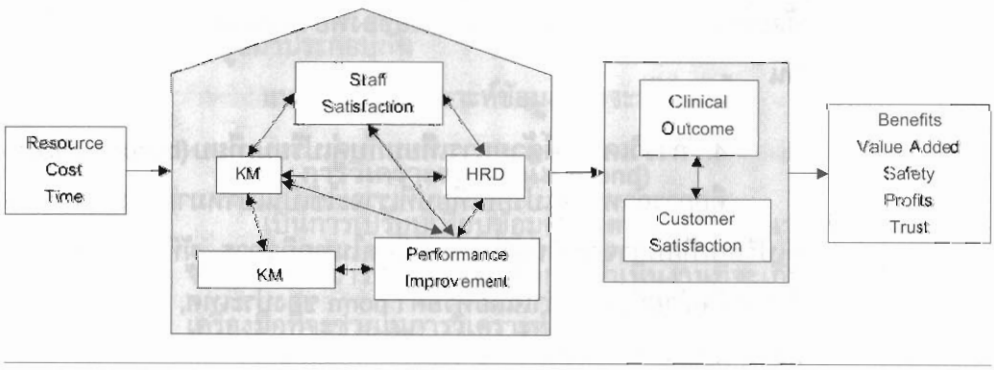
เป็นการนำ parameter สองชุดมาเปรียบเทียบแนวโน้มหรือเปรียบเทียบในกลุ่มย่อยต่างๆ ซึ่งจะทำให้แปลความหมายข้อมูลได้กว้างขวางขึ้น โดยเฉพาะการที่ทราบว่า parameter ตัวใดมีความสัมพันธ์กับ parameter ตัวใด ในสถานการณ์ใด จะทำให้ช่วยในการตัดสินใจได้ดียิ่งขึ้น

Parameter ที่จะนำมาเปรียบเทียบอาจจัดกลุ่มได้ดังนี้

กรอบที่ 3.7 การจัดกลุ่ม Parameter ที่สามารถนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบเชิงเหตุและผลได้

Input	Process	Outcome	Impact
คน ของ	ระดับกิจกรรม	ผลลัพธ์ทางคลินิก	อรรถประโยชน์
เวลา	การพัฒนาบุคลากร	ความพึงพอใจของ	มูลค่าเพิ่ม
ค่าใช้จ่ายโดยรวม	การพัฒนาคุณภาพ	ผู้รับผลงาน	ความปลอดภัย
	นวัตกรรม		ผลกำไร
	การจัดการความรู้		ความน่าเชื่อถือ
	ความพึงพอใจของ		
	บุคลากร		

ภาพที่ 3.6 แสดงความสัมพันธ์ของ Parameter ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้



ทีมงานสามารถเลือก parameter คู่ใดคู่หนึ่งซึ่งอยู่ต่างกลุ่มกัน (หรือในกลุ่มเดียวกันในส่วนของ process) มาเปรียบกัน จะทำให้เราทราบว่าเมื่อลงทุนใส่ input เพิ่มขึ้นแล้ว outcome เพิ่มขึ้นระดับที่เป็นสัดส่วนกันหรือไม่ หรือเมื่อมี process เพิ่มขึ้น ทำให้ outcome หรือ impact เพิ่มขึ้นอย่างไร จะทำให้ทีมงานสามารถตัดสินใจได้ว่าควรจะคงระดับการลงทุนหรือระดับการทำกิจกรรมที่มีอยู่ หรือเพิ่มขึ้น หรือลดลง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลควรทำให้สามารถประเมินความสำเร็จขององค์กร ความก้าวหน้าของการดำเนินการตามแผน และความสามารถในการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงขององค์กรและสิ่งแวดล้อมภายนอก นำมาสู่การจัดลำดับความสำคัญเพื่อการพัฒนาได้อย่างเหมาะสม

3.6 ตัวอย่างตัวชี้วัดทางคลินิกเฉพาะโรค

ขณะนี้ประเทศที่พัฒนาแล้วได้จัดให้มีระบบติดตามตัวชี้วัดทางคลินิกเฉพาะโรคที่มีความชัดเจนมากขึ้น มีความร่วมมือทำข้อตกลงระหว่างองค์กรต่างๆ เพื่อให้เป็นดัวชี้วัดร่วมของประเทศ เมื่อนำตัวชี้วัดของประเทศต่างๆ มาเปรียบเทียบกัน ก็จะพบทั้งความคล้ายและความต่างของจุดเน้นในการวัด

ข้อมูลต่อไปนี้เป็นตัวอย่างของตัวชี้วัดจำนวนหนึ่งที่รวบรวมมา เพื่อให้โรงพยาบาลได้เรียนรู้วิธีคิด เลือกใช้ตัวชี้วัดที่ไม่ยากในการเก็บข้อมูลและเป็นประโยชน์สำหรับ รพ. สำหรับตัวชี้วัดที่ รพ.ไม่ได้เลือกมาใช้ติดตาม ก็ยังสามารถใช้ประโยชน์ในการรับรู้ความสำคัญของประเด็นนั้นๆ และนำไปปรับปรุงระบบของ รพ.แม้จะมิได้เก็บข้อมูลติดตาม

กรอบที่ 3.8 แหล่งที่มาของข้อมูลตัวชี้วัด

ACAM	The Australian Centre for Asthma Monitoring http://www.asthmamonitoring.org
PCPI	Physician Consortium for Performance Improvement http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2946.html
AMA	American Medical Association
BMA	British Medical Association http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/qof06~summclinical
ACHS	Australian Council on Healthcare Standards https://surveyor.achs.org.au/pdf/clinicalindicatoreportfull.pdf
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services http://www.cms.hhs.gov/
JC	Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization http://www.jointcommission.org/PerformanceMeasurement/PerformanceMeasurement/Current+NHQM+Manual.htm
TCEN	Toward Clinical Excellence Network

Indicator for Asthma

% Patients who were evaluated during at least one office visit during the reporting year for the frequency (numeric) of daytime and nocturnal asthma symptoms	PCPI/AMA
% People with current asthma who have an individualised, written asthma action plan, developed in consultation with a health professional.	ACAM
% Patients with mild, moderate, or severe persistent asthma who were prescribed either the preferred long-term control medication (inhaled corticosteroid) or an acceptable alternative treatment	PCPI/AMA
% People with current asthma for whom preventers are indicated and who report using preventer medication daily.	ACAM
% People with asthma who have had recent spirometry (in a given year)	ACAM

% Patients admitted to hospital with a diagnosis of acute asthma for whom there is documented objective assessment of severity on initial presentation.	ACHS
% Patients admitted to hospital with a diagnosis of acute asthma for whom there is documented objective assessment of severity in addition to the initial assessment which facilitates ongoing inpatient management.	ACHS
% Patients admitted to hospital with a diagnosis of acute asthma for whom there is documented evidence of an appropriate discharge plan	ACHS
% Patients discharged with a principal diagnosis of asthma who are re-admitted within 28 days with a diagnosis of asthma.	ACAM
Rate/number of ED attendances assigned to a principal diagnosis of asthma	ACAM

Indicator for COPD

% Patients aged 18 years and older with a diagnosis of COPD who had spirometry results documented	PCPI/AMA
% Patients with COPD in whom diagnosis has been confirmed by spirometry including reversibility testing	BMA
% Patients with COPD with a record of FeV1 in the previous 15 months	BMA
% Patients aged 18 years and older with a diagnosis of COPD who were assessed for COPD symptoms at least annually	PCPI/AMA
% Patients aged 18 years and older with a diagnosis of COPD who were queried about smoking at least annually	PCPI/AMA
% Patients aged 18 years and older with a diagnosis of COPD identified as smokers who received a smoking cessation intervention at least annually	PCPI/AMA
% Patients aged 18 years and older with a diagnosis of COPD and who have an FEV1/FVC < 70% and have symptoms who were prescribed an inhaled bronchodilator	PCPI/AMA
% Patients with COPD receiving inhaled treatment in whom there is a record that inhaler technique has been checked in the previous 15 months	BMA

% Patients aged 18 years and older with a diagnosis of COPD who have oxygen saturation assessed at least annually	PCPI/AMA
% Patients aged 18 years and older with a diagnosis of COPD and an oxygen saturation < 88% or a Pa02 < 55 mm Hg who were prescribed long term oxygen therapy	PCPI/AMA
% Patients aged 18 years and older with a diagnosis of COPD for whom exercise training was recommended	PCPI/AMA
% Patients aged 18 years and older with a diagnosis of COPD who were recommended to receive an influenza immunization annually	PCPI/AMA
% Patients aged 18 years and older with a diagnosis of COPD who received an influenza immunization during the current flu season	PCPI/AMA
% Patients with COPD who have had influenza immunisation in the preceding 1 September to 31 March	BMA
% Patients aged 18 years and older with a diagnosis of COPD who were assessed for pneumococcus immunization status	PCPI/AMA
% Patients aged 18 years and older with a diagnosis of COPD who received a pneumococcus immunization	PCPI/AMA

Indicator for Community-Acquired Pneumonia (CAP)

% Pneumonia patients who had an assessment of arterial oxygenation by arterial blood gas measurement or pulse oximetry within 24 hours prior to or after arrival at the hospital	CMS/JC 1
% Patients with oxygen saturation assessed	PCPI
% Patients who were assessed for co-morbid conditions	PCPI
% patients with vital signs recorded	PCPI
% Patients with mental status assessed	PCPI
% Patients with hydration status assessed	PCPI
% Patients with a chest x-ray performed	PCPI

% Pneumonia patients, age 65 and older, who were screened for pneumococcal vaccine status and were administered the vaccine prior to discharge, if indicated	CMS/JC 2
% Patients who were assessed for pneumococcus immunization status	PCPI
% Blood cultures performed within 24 hours prior to or 24 hours after hospital arrival for patients who were transferred or admitted to the ICU within 24 hours of hospital arrival	CMS/JC 3a
% Blood cultures performed in the emergency department prior to initial antibiotic received in hospital	CMS/JC 3b
% Patients who were queried about smoking	PCPI
% Patients who received a smoking cessation intervention	PCPI
% Adult smoking cessation advice/counseling	CMS/JC 4
% Pneumonia patients who receive their first dose of antibiotics within 4 hours after arrival at the hospital	CMS/JC 5b
% Immunocompetent patients with Community-Acquired Pneumonia who receive an initial antibiotic regimen during the first 24 hours that is consistent with current guideline	CMS/JC 6
% Patients who were prescribed an appropriate empiric antibiotic	PCPI
% Pneumonia patients age 50 years and older, hospitalized during October to March who were screened for influenza vaccine status and were vaccinated prior to discharge, if indicated	CMS/JC 7
% Patients who were assessed for influenza immunization status	PCPI

Indicator for Heart failure

% Patient visits with weight measurement recorded	PCPI
% Patient visits with blood pressure measurement recorded	PCPI
% Patient visits with assessment of clinical symptoms of volume overload (excess)	PCPI
% Patient visits with assessment of activity level	PCPI

% Patients for whom initial laboratory testing was performed	PCPI
% Patients with a diagnosis of heart failure which has been confirmed by an echocardiogram or by specialist assessment.	BMA
% Heart failure patients with documentation in the hospital record that left ventricular systolic (LVS) function was evaluated before arrival, during hospitalization, or is planned for after discharge	CMS/JC 2
% Patients with quantitative or qualitative results of LVF assessment recorded	PCPI
% Heart failure patients who are prescribed an ACEI or ARB at hospital discharge	CMS/JC 3
% Patients with a current diagnosis of heart failure due to LVD who are currently treated with an ACE inhibitor or Angiotensin Receptor Blocker, who can tolerate therapy and for whom there is no contra-indication.	BMA
% HF patients who also have LVSD (LVEF < 40% or moderately or severely depressed left ventricular systolic function) who were prescribed ACE inhibitor or ARB therapy	PCPI
% HF patients who also have LVSD (LVEF < 40% or moderately or severely depressed left ventricular systolic function) who were prescribed beta-blocker therapy	PCPI
% Heart failure patients (cigarette smokers) who receive smoking cessation advice or counseling during the hospital stay	CMS/JC 4
% HF patients who also have paroxysmal or chronic atrial fibrillation	PCPI
who were prescribed warfarin therapy	
% Heart failure patients discharged home with written instructions or educational material given to patient or caregiver at discharge or during the hospital stay addressing all of the following: activity level, diet, discharge medications, follow-up appointment, weight monitoring, and what to do if symptoms worsen	CMS/JC 1
% Patients who were provided with patient education on disease management and health behavior changes during one or more visit(s)	PCPI

Indicator for Hypertension

% Patient visits with blood pressure measurement recorded	PCPI
% Patients with hypertension in whom there is a record of the blood pressure in the previous 9 months	BMA
% Patients with hypertension in whom the last blood pressure (measured in the previous 9 months) is 150/90 or less	BMA
% Patients with last BP < 140/90 mm Hg	CMS/NCQA
% Patient visits during which either systolic blood pressure > 140 mm Hg or diastolic blood pressure > 90 mm Hg, with documented plan of care for hypertension	PCPI

Indicator for Chronic Stable Coronary Artery Disease

% Patients who had a blood pressure measurement during the last office visit	PCPI
% Patients with coronary heart disease in whom the last blood pressure reading (measured in the previous 15 months) is 150/90 or less	BMA
% Patients who received at least one lipid profile (or ALL component tests)	PCPI
% Patients with coronary heart disease whose last measured total cholesterol (measured in the previous 15 months) is 5 mmol/l or less	BMA
% Patients who were evaluated for both level of activity and angina symptoms during one or more office visits	PCPI
% Patients who were queried one or more times about cigarette smoking	PCPI
% Patients who were prescribed anti-platelet therapy	PCPI
% Patients who were prescribed lipid-lowering therapy (based on current ACC/AHA guidelines)	PCPI
% CAD patients with prior MI who were prescribed beta-blocker therapy	PCPI
% CAD patients who also have diabetes and/or LVSD who were prescribed ACE inhibitor or ARB therapy	PCPI
% Patients who were screened for diabetes	PCPI

Indicator for Acute Myocardial Infarction (STEMI/non-STEMI)

% AMI patients who received **aspirin** within 24 hours before or after hospital arrival.	CMS/JC 1
% AMI patients who are prescribed **aspirin** at hospital discharge.	CMS/JC 2
% AMI patients who are prescribed an **ACEI or ARB** at hospital discharge.	CMS/JC 3
% AMI patients (cigarette smokers) who receive **smoking cessation** advice or counseling during the hospital stay	CMS/JC 4
% AMI patients who are prescribed a **beta-blocker** at hospital discharge.	CMS/JC 5
% AMI patients who received a **beta-blocker** within 24 hours after hospital arrival.	CMS/JC 6
% AMI patients who receive **fibrinolytic therapy or primary PCI.** (Within 12 hours of symptom onset)	
Median Time to Fibrinolysis: Time (in minutes) from hospital arrival to administration of fibrinolytic therapy in patients with ST-segment elevation or LBBB on the ECG performed closest to hospital arrival	CMS/JC 7
% AMI patients whose time from hospital arrival to fibrinolytic therapy is 30 min or less.	CMS/JC 7a
Median Time to Primary PCI: Time (in minutes) from hospital arrival to PCI in patients with ST-segment elevation or LBBB on the ECG performed closest to hospital arrival	CMS/JC 8
% AMI patients whose time from hospital arrival to PCI is 90 min or less.	CMS/JC 8a
% Inpatient **mortality** of AMI patients	NQF/JC 9
% AMI patients with documentation of LDL-c level in the hospital record or documentation that LDL-c testing was done either during the hospital stay or is planned for after discharge. (Optional Test Measure)	JC T1a
% AMI patients who are prescribed lipid-lowering medication at hospital discharge. (Optional Test Measure)	JC T2

Indicator for Diabetes Mellitus

% Patients who received one or more A1c test(s)	PCPI
% ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ประจำปี	Thai TCEN
% Patients with diabetes in whom the last HbA1c is 7.5 or less (or equivalent test/reference range depending on local laboratory) in the previous 15 months	BMA 20
% ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c น้อยกว่า 7%	Thai TCEN
% Patients who received at least one lipid profile (or ALL component tests)	PCPI
% ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ lipid profile	
% Patients with diabetes whose last measured total cholesterol within previous 15 months is 5 mmol/l or less	BMA 17
% ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับไขมันตามเป้าหมาย (LDL<100 mg/dl)	Thai TCEN
% Patients who received any test for micro-albuminuria	PCPI
% ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ micro-albuminuria ประจำปี	
% ผู้ป่วยเบาหวานที่มี micro-albuminuria ได้รับการรักษาด้วยยา ACEI หรือ ARB	
% Patients who received a dilated retinal eye exam by an ophthalmologist or optometrist	PCPI
% ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ retinal exam	
% Patients who received a funduscopic photo with interpretation by an ophthalmologist or optometrist	PCPI
% ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการสอนให้ตรวจเท้าด้วยตนเองหรือผู้ดูแล	Thai TCEN
% Patients who received at least one complete foot exam (visual inspection, sensory exam with monofilament, and pulse exam)	PCPI
% ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ complete foot exam	
% Patients who received an influenza immunization during the recommended calendar period	PCPI
% Patients who were prescribed aspirin therapy (dose ? 75 mg)	PCPI
% ผู้ป่วยเบาหวานอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับยา aspirin	Thai TCEN
% Patients who was assessed for smoking status	PCPI

% smokers who were recommended or offered an intervention for smoking cessation (ie, counseling or pharmacologic therapy)	PCPI
% ผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ซึ่งได้รับคำแนะนำปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่	Thai TCEN
% Patients with diabetes in whom the last blood pressure is 145/85 or less	BMA 12
% ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตต่ำกว่าหรือเท่ากับ 130/80 mmHg	Thai TCEN
% ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ FBS อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (>=80 mg/dl และ <=130 mg/dl)	Thai TCEN
อัตราการนอน รพ.ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ	Thai TCEN
% ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า	Thai TCEN
% ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตัดนิ้วเท้า เท้า หรือขา	Thai TCEN

4 ประเด็นสำคัญจากมาตรฐานกระบวนการดูแลผู้ป่วย เพื่อการประเมินตนเอง

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย, กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และมีประสิทธิผล.

- การลดอุปสรรคต่อการเข้าถึง
- ความรวดเร็วหรือทันการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วน (ทั้งที่ OPD, ER และหอผู้ป่วย)
- การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในระดับที่สูงกว่า (คุณภาพของการให้ข้อมูล, ความเหมาะสมในการดูแล, การปรับปรุงศักยภาพ)
- ประสิทธิภาพและความเหมาะสมในการรับผู้ป่วยเข้าหน่วยบริการวิกฤต
- การให้ข้อมูลและการได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย / ครอบครัว

III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.

ก. การประเมินผู้ป่วย

- ความครอบคลุมของการประเมิน
- การประสานงานเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการประเมิน
- การวิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมิน
- การระบุปัญหาและความต้องการเร่งด่วนของผู้ป่วย

- การใช้ข้อมูลวิชาการหรือ CPG เพื่อชี้นำการประเมินในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ
- การประเมินและบันทึกผลการประเมินในเวลาที่กำหนด
- การประเมินซ้ำเพื่อพิจารณาการตอบสนองต่อการดูแลรักษา
- การอธิบายผลการประเมินให้ผู้ป่วยและครอบครัว

ข. การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค

- ความครบถ้วนในการตรวจ investigation ที่จำเป็น
- ความสะดวกและทันการณ์ในการส่งต่อไปตรวจที่อื่น
- ความถี่และประสิทธิภาพของการสื่อสาร/แก้ปัญหา เมื่ออาการทางคลินิกไม่สอดคล้องกับผลการตรวจ
- การได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม
- ความเหมาะสมของรูปแบบและเนื้อหาของรายงานผลการตรวจ
- การสืบค้นผลการตรวจ
- การรักษาความลับของผลการตรวจ
- การปฏิบัติเพื่อพบว่าผลการตรวจมีความผิดปกติ

ค. การวินิจฉัยโรค

- การบันทึกการวินิจฉัยโรคแรกรับในเวลาที่กำหนด
- ความเพียงพอของข้อมูลเพื่ออธิบายเหตุผลของการวินิจฉัยโรค
- การบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค
- ความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคระหว่างแพทย์และพยาบาล
- ระบบการทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรคทั้งในระดับรายผู้ป่วยและในภาพรวม

III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (PLN.1)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา / ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย.

- การบันทึกแผนการดูแลผู้ป่วยในเวชระเบียน
- การเชื่อมโยงและประสานงานระหว่างวิชาชีพ / หน่วยบริการ ในการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย

- ความสอดคล้องของแผนการดูแลผู้ป่วย กับปัญหา / ความต้องการของผู้ป่วย
- ความครอบคลุม ความเป็นองค์รวม ของแผนการดูแลผู้ป่วย
- การใช้ข้อมูลวิชาการหรือ CPG เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ
- การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย / ครอบครัว ในการเลือกวิธีการรักษาและการวางแผน
- ความชัดเจนของเป้าหมายที่ต้องการบรรลุในแผนการดูแลผู้ป่วย
- ประสิทธิภาพในการสื่อสารแผนการดูแลผู้ป่วยภายในทีมผู้ให้บริการ
- การทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วย

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (PLN.2)

มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล.

- ความชัดเจนของแนวทางและข้อบ่งชี้ในการวางแผนจำหน่าย
- ความชัดเจนของโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญซึ่งสามารถวางกรอบการแผนจำหน่ายล่วงหน้าได้
- การพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่เริ่มแรก
- การมีส่วนร่วมของแพทย์ พยาบาล วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วย ครอบครัว
- ความชัดเจนของการระบุปัญหา / ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย
- การใช้หลักการเสริมพลัง (empowerment) ในการปฏิบัติตามแผนจำหน่าย
- การเชื่อมโยงระหว่างการปฏิบัติตามแผนจำหน่าย กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล
- ประสิทธิผลของกระบวนการวางแผนจำหน่าย (ใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)

III-4.1 การดูแลทั่วไป (PCD.1)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- ความเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา ในการดูแลผู้ป่วย
- ความเหมาะสมของคุณสมบัติของผู้ที่ได้รับมอบหมายในการดูแลผู้ป่วย
- การปฏิบัติตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ
- สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ การเคารพในศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัว ความสะดวกสบาย ความสะอาด การป้องกันอันตราย / ความเครียด / เสียง / สิ่งรบกวนต่างๆ
- การเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ ระหว่างได้รับการดูแลในโรงพยาบาล
- ความเหมาะสมในการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน (บทเรียนจากการทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์)
- ความเหมาะสมในการจัดการกับภาวะวิกฤติ ภาวะฉุกเฉิน
- การตอบสนองต่อความต้องการ / ปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตสังคม
- การสื่อสารข้อมูล การประสานงาน เพื่อความต่อเนื่องในการดูแล

III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (PCD.2)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- ความเหมาะสมปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
- ความเหมาะสมปลอดภัยในการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง
- ความเหมาะสมปลอดภัยในการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง
- ประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง การแก้ไข และการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา
- ประสิทธิภาพในการตอบสนองต่อผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเข้าใกล้ภาวะวิกฤติ
- การนำผลการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย

III–4.3 การดูแลเฉพาะ (PCD.3)

ก. การระงับความรู้สึก

- ความสามารถในการค้นหาความเสี่ยงจากการประเมินก่อนการระงับความรู้สึก และความเหมาะสมในการวางแผนระงับความรู้สึก
- การได้รับข้อมูลและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว
- การเตรียมความพร้อมทางร่างกายและจิตใจก่อนการระงับความรู้สึก
- ประสิทธิภาพในการตรวจพบปัญหา / แก้ไขปัญหา ระหว่างการระงับความรู้สึกและระหว่างรอฟื้น
- การปฏิบัติตามแนวทางและมาตรฐานที่องค์กรวิชาชีพแนะนำ
- ผลลัพธ์ของการระงับความรู้สึกโดยรวม

ข. การผ่าตัด

- การวางแผน การประเมินความเสี่ยง การประสานกับแพทย์สาขาที่เกี่ยวข้อง
- ความครอบคลุมของการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ครอบครัว
- การเตรียมความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ
- ความทันการณ์ในการผ่าตัดผู้ป่วยฉุกเฉิน
- การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
- ความพร้อม ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย ของห้องผ่าตัด
- ความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลการผ่าตัด
- การติดตามดูแลหลังการผ่าตัด
- ผลลัพธ์ของการผ่าตัดโดยรวม (การเสียชีวิต การติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ)

ค. อาหารและโภชนบำบัด

- ประสิทธิภาพและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ในการให้บริการอาหาร
- ความเหมาะสมและคุณค่าทางโภชนการในอาหารที่ผู้ป่วยทั่วไปได้รับ
- ความเหมาะสมและคุณค่าทางโภชนการในอาหารที่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโภชนการได้รับ (รวมทั้งความเหมาะสมของกระบวนการประเมินและวางแผน)
- ประสิทธิภาพในการให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ

เตรียมและบริโภคอาหารที่เหมาะกับโรค

- การปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารและความปลอดภัยในการปรุงอาหาร จัดเก็บ ส่งมอบ และการจัดการกับภาชนะ/อุปกรณ์/ของเสีย/เศษอาหาร

ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- ความตระหนักของบุคลากร
- การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว
- ประสิทธิภาพและความครอบคลุมการประเมินความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต ทั้งในด้านการบรรเทาอาการ การตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ

จ. การบำบัดอาการเจ็บปวด

- ความเหมาะสมของการประเมินอาการเจ็บปวดในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม
- ความเหมาะสมของการบำบัดรักษาอาการเจ็บปวด

ฉ. การฟื้นฟูสภาพ

จากการทบทวนประเมินผลการฟื้นฟูสภาพในแง่มุมต่างๆ ได้ผลดังนี้

- ความครอบคลุมของการประเมินผู้ป่วย และความเหมาะสมของการวางแผนฟื้นฟูสภาพตามสภาวะผู้ป่วย
- ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาพในด้านการใช้งานอวัยวะ การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเอง การพึ่งตนเอง และคุณภาพชีวิต

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP)

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว และกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล.

- ความครอบคลุมของการประเมินปัญหา ความต้องการ ความสามารถและความพร้อมในการเรียนรู้
- การวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้

- การให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
- การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษาที่เหมาะสม
- การร่วมกันกำหนดกลยุทธ์ในการจัดการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
- การจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็น
- การประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และเสริมพลัง

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.

- ระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง
- ระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาล
- ความร่วมมือและการประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพและองค์กรอื่น เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย
- การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง
- ความเพียงพอของข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน (สำหรับการดูแลต่อเนื่อง)
- การติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและการปรับปรุง

เราต่างเรียนรู้จากกันและกัน

การเรียนรู้ทำให้เกิดการเติมเต็มในส่วนขาดของกันและกัน

ในกระบวนการ HA ดูเหมือนว่ามาตรฐานจะเป็นสื่อกลางเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ มาตรฐานช่วยชี้แนะให้แก่โรงพยาบาล ขณะเดียวกัน โรงพยาบาลก็สะท้อนกลับในความไม่สมบูรณ์ของมาตรฐาน ก่อให้เกิดเกลียวแห่งการพัฒนาความรู้เพื่อเพิ่มเติมให้เกิดความสมบูรณ์ในการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ

ข้อมูลใน HA Update 2008 นี้เป็นผลส่วนหนึ่งของความพยายามที่จะเติมเต็ม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและได้ประโยชน์จาก "มาตรฐานโรงพยาบาลและและบริการสุขภาพ" อย่างเต็มที่

พัฒนาที่ ๑๐๐ ปี เสม พริ้งพวงแก้ว
00002058

ISBN 978-974-05-1871-6
9 789740 518716
ราคา 70 บาท