HA UPDATE 2011

ห
5
21H
54

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

b 10221

ที่ระลึกสมัย ๑๐๐ ปี แสน พริ้งพวงแก้ว

HA UPDATE 2011

เลขหมู่ WX155 อ221H 2554
เลขทะเบียน 00013096
วันที่ 12 กค 2555

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

HA Update 2011

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

จัดพิมพ์โดย:
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
ชั้น 2 อาคารกรมการแพทย์ 6 กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร. 0 2951 0102–3 โทรสาร 0 2951 0238, 0 2589 0556
www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: มีนาคม 2554
10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ
อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล.
HA Update 2011.--นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2554.
40 หน้า.
1. โรงพยาบาล--การบริหาร. I. ชื่อเรื่อง.
362.11068

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด

คำนำ

HA เป็นกลไกส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของสถานพยาบาลต่างๆ โดยเน้นสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมไปกับการพัฒนา

หลักการสำคัญของกระบวนการ HA ในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ การมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่ไม่เคยเปลี่ยนแปลง แม้จะมีการปรับปรุงมาตรฐานหนึ่งครั้งเมื่อปี 2549 ก็นับเป็นเวลาถึงสิบปีหลังจากประกาศใช้มาตรฐานฉบับแรก

ในแต่ละปี ผู้ที่อยู่ในกระบวนการ HA ต่างได้รับบทเรียนและประสบการณ์ต่างๆ มากมาย ทั้งจากเครื่องมือการพัฒนาใหม่ๆ ความคิดใหม่ๆ การตอบสนองความท้าทายหรือปัญหา รวมทั้งเกิดคำถามที่ต้องการความกระจ่างขึ้น สถาบันฯ จึงได้นำบทเรียนและคำถามดังกล่าวมาสรุปเป็นเครื่องมือและแนวทางการพัฒนาที่เอื้อให้เกิดการทำงานที่ง่ายขึ้น ในเอกสาร HA Update 2011 ฉบับนี้ ซึ่งเป็นความต่อเนื่องจาก HA Update 2010 ที่ควรใช้ร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวทางการพัฒนา 6 เส้นทางใน HA Update 2010 ยังคงเป็นแนวทางสำคัญที่ให้รายละเอียดไว้อย่างชัดเจน

สถาบันฯ หวังว่ากระบวนการ HA และแนวทางต่างๆ ที่ประมวลเพิ่มเติมนี้จะช่วยให้เกิดความชัดเจนในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คนไทยทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

มีนาคม 2554

สารบัญ

Scoring Guideline 2011 1

การจัดทำรายงานการประเมินตนเอง 4

การสนับสนุนการประเมินระบบงานด้วยตนเอง
(Self Evaluation Support) 7

โครงการตัวชี้วัดโรงพยาบาลเปรียบเทียบ
(Thailand Hospital Indicator Project-THIP) 9

การตามรอย (Tracing) 11

Mini-research 15

Comprehensive Clinical Quality Improvement Model 20

การเชื่อมโยง HA กับข้อกำหนดต่างๆ 23

HA กับ SHA 28

HA กับความร่วมมือและการสนับสนุนนโยบายสำคัญ 30

Patient Safety Goals/Guides (PSGs) 31

Scoring Guideline 2011

Scoring guideline คือแนวทางการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐาน (compliance) เป็นระบบการประเมินที่พยายามจะทำให้การตัดสินใจของผู้ประเมินเป็นไปตามหลักเกณฑ์และหลักฐานให้มากที่สุด ลดความแตกต่างหลากหลายระหว่างผู้ประเมินให้มากที่สุด

เป้าหมายของ Scoring

1. สถานพยาบาลใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารภายใน เพื่อวัดระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน รวมถึงการใช้มุมมองที่แตกต่างในการให้คะแนนเพื่อประมวลความคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ทำได้ดีและโอกาสพัฒนาอย่างรอบด้าน
2. สรพ. ใช้เป็นเครื่องมือในการตัดสินใจให้การรับรองกระบวนการคุณภาพ

นโยบายของ สรพ.

1. เลือกใช้ระบบการประเมินให้คะแนนที่สมดุลระหว่างประโยชน์และความเรียบง่าย
2. ส่งเสริมให้สถานพยาบาลใช้กระบวนการประเมินตนเองด้วยคะแนน เพื่อประโยชน์ในการมองหาโอกาสพัฒนาอย่างรอบด้านมากกว่ามุ่งหวังเพียงสรุปคะแนน

ลักษณะของ Scoring Guideline 2011

1. มีหัวข้อการประเมินทั้งหมด 89 หัวข้อ แบ่งรายละเอียดของหัวข้อมากกว่า overall scoring ซึ่งมี 36 หัวข้อ
2. ใช้ระดับการประเมินเป็นคะแนน 0-5 ในทุกหัวข้อ
3. มีคำอธิบายลักษณะการปฏิบัติสำหรับคะแนนแต่ละระดับตั้งแต่ 1-5 (0 คือไม่มีการปฏิบัติ)
4. EI^{3}O (evaluation-improvement-innovation-integration-outcome) ยังคงใช้อยู่ แต่กระจายเข้าไปอยู่ในแต่ละหัวข้อของการประเมิน มิได้ประเมินในภาพรวมของมาตรฐานทั้งหมวด

5. มีการปรับเพิ่มคะแนนให้กับการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบหรือการวัดเทียบเคียงกับองค์กรอื่น ให้ได้คะแนนมากกว่า 4 และอาจจะได้ 5 ถ้าแสดงให้เห็นว่ามีผลลัพธ์ที่ดีมาก
6. การคิดคะแนนรวม สามารถนำคะแนนที่ปฏิบัติได้บางส่วนในแต่ละระดับมารวมกันได้ ไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามระดับต้นให้ครบก่อนจึงจะสามารถพิจารณาระดับต่อไปได้

Score	อุปมากับความสวย	Approch	Deploy-ment	Result	คำอธิบาย
1	อยากสวย	Beginning	Some areas	Limited	เริ่มต้นพัฒนา จัดตั้งทีม การพัฒนาเน้นที่โครงสร้าง การออกแบบระบบและคู่มือ มีลักษณะตั้งรับปัญหา
2	แนวโน้มจะสวย	Partially met	Some key areas	Fair	มีการนำกระบวนการที่ดีไปสู่การปฏิบัติด้วยความเข้าใจ แต่ยังมีเรื่องสำคัญที่ต้องปรับปรุง
3	สวยเฉลี่ย	Met Average	Many key areas	Good	การปฏิบัติส่งผลให้บรรลุเป้าหมายของมาตรฐาน เหมาะสมกับบริบท เริ่มมีการประเมินเชิงคุณภาพ
4	สวยวันสวยคืน	Systematic & integrated	Most key areas	Very good	กระบวนการมีความโดดเด่น มีบูรณาการ เริ่มมีการประเมินผลเชิงปริมาณ ผลลัพธ์อยู่ในเกณฑ์สูงกว่าเฉลี่ย
5	สวยสุดยอด	Role model	All areas	Excellent	เป็น role model มีวัฒนธรรมของการเรียนรู้และพัฒนา มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบหรือการวัดเทียบเคียงกับองค์กรอื่น ผลลัพธ์อยู่ในเกณฑ์ดีเลิศ

ระบบการให้คะแนนที่หลากหลาย

Scoring ที่ง่ายที่สุด คือการประเมินว่าปฏิบัติตามมาตรฐานได้ครบถ้วน (met) หรือไม่มีการปฏิบัติตามมาตรฐาน (not met) และอาจจะมีกลางๆ ที่เรียกว่าปฏิบัติตามมาตรฐานได้บางส่วน (partially met)

Scoring ที่ซับซ้อนที่สุด คือระบบของรางวัลคุณภาพแห่งชาติ MBNQA/TQA ซึ่งจะให้คะแนนเป็น % ตั้งแต่ 0-100% ในแต่ละหัวข้อ (Item) หรือบทใหญ่ๆ ของเกณฑ์ แนวทางการประเมินจะพิจารณาในมิติต่างๆ คือ ADLI (approach-deployment-learning-integration) สำหรับเกณฑ์ส่วนที่เป็นกระบวนการ และ LeTCI (level-trend-comparison-integration) สำหรับเกณฑ์ส่วนที่เป็นผลลัพธ์ ในแต่ละมิติจะมีแนวทางให้คะแนนโดยกำหนดออกมาเป็น band ทั้งหมด 6 band ซึ่งแต่ละ band ห่างกัน 20% ให้ผู้ตรวจประเมินเลือก band ก่อน แล้วใช้ดุลยพินิจว่าจะอยู่ในช่วงบนหรือช่วงล่างของ band

ระบบที่ซับซ้อนน้อยลงมาอาจจะแบ่ง score เป็น 10 ระดับ 7 ระดับ หรือ 5 ระดับ

สรพ. เลือกใช้ score 5 ระดับ โดยยึดหลักการของ MBNQA แต่ทำให้ลดความซับซ้อนลง

การจัดทำรายงานการประเมินตนเอง

เป้าหมายของรายงานการประเมินตนเอง

1. ทีมงานของสถานพยาบาลได้ทบทวนผลการทำงานและการพัฒนาคุณภาพร่วมกัน ได้เรียนรู้ร่วมกันถึงจุดแข็งและโอกาสพัฒนา และวางแผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
2. เป็นเครื่องมือสื่อสารให้ผู้เยี่ยมสำรวจและคณะกรรมการรับรองได้รับรู้ผลงานการพัฒนาของสถานพยาบาลในลักษณะที่กระชับ

นโยบายของ สรพ.

1. การจัดทำรายงานการประเมินตนเองควรเป็นไปด้วยความเข้าใจ ไม่เป็นภาระ และเกิดประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของสถานพยาบาลมากกว่าเพื่อประโยชน์ของผู้เยี่ยมสำรวจ
2. รายงานการประเมินตนเองถือเป็นส่วนหนึ่งของแผนการติดตามการพัฒนาในช่วงกึ่งระยะเวลารับรอง ซึ่งเท่ากับสถานพยาบาลมีส่วนในการกำหนดทิศทางของการติดตามความก้าวหน้า
3. รายงานการประเมินตนเองของสถานพยาบาลจะนำเสนอต่อคณะกรรมการรับรองในฐานะเป็นภาคผนวกของรายงานการเยี่ยมสำรวจ
4. สถาบันจะสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้รับผิดชอบของสถานพยาบาลก่อนที่จะจัดเยี่ยมสำรวจ หากพบว่ารายงานการประเมินตนเองยังไม่สะท้อนถึงความพร้อมที่จะรับการเยี่ยมสำรวจหรือมีความยาวเกินกว่าที่กำหนดไว้

องค์ประกอบของรายงานการประเมินตนเอง

1. **Hospital Profile 2011** เป็นข้อมูลพื้นฐานและลักษณะสำคัญของสถานพยาบาล
2. **รายงานการประเมินตนเองตามมาตรฐานตอนที่ I-III**
3. **รายงานของทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team) หรือทีมนำทางคลินิก**

(Clinical Lead Team) ประกอบด้วย PCT Profile และ Clinical Tracer Highlight สำหรับโรคสำคัญ

4. **รายงานการประเมินตนเองตามมาตรฐานตอนที่ IV**
5. **สรุปความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ**จากการเยี่ยมสำรวจครั้งที่แล้ว (ถ้ามี)

การใช้ประโยชน์

องค์ประกอบ	การใช้โดยสถานพยาบาล	การใช้โดย HA
Hospital Profile	• ผู้บริหารใช้กำหนดจุดเน้นของการพัฒนา ใช้สื่อสารในองค์กร ทบทวนความสอดคล้องของจุดเน้นกับสถานการณ์ขององค์กร	• ผู้เยี่ยมสำรวจใช้ทำความเข้าใจกับบริบทขององค์กร และประเมินความสอดคล้องของการปฏิบัติกับสถานการณ์ขององค์กร
รายงาน SA ตอนที่ I-III	• ทีมงานต่างๆ ทบทวนบทเรียนจากการพัฒนาและวางแผนการพัฒนาสำหรับอนาคต	• ผู้เยี่ยมสำรวจกำหนดแผนการเยี่ยมที่สอดคล้องกับความพยายามในการพัฒนาของ รพ.
รายงานของทีมดูแลผู้ป่วย	• ทีมงานต่างๆ ทบทวนบทเรียนจากการพัฒนาและวางแผนการพัฒนาสำหรับอนาคต	• ผู้เยี่ยมสำรวจกำหนดแผนการเยี่ยมที่สอดคล้องกับความพยายามในการพัฒนาของ รพ.
รายงาน SA ตอนที่ IV	• ใช้เชื่อมโยงข้อมูลจากส่วนย่อยต่างๆ ฝึกฝนการวิเคราะห์ข้อมูล • ผู้บริหารใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์	• คณะกรรมการรับรองพิจารณา maturity ของการพัฒนา • ผู้เยี่ยมสำรวจใช้สร้างการเรียนรู้กับสถานพยาบาล

ลักษณะการเขียนรายงานการประเมินตนเอง

1. **Hospital Profile 2011**
   a. ส่วนที่ 1 ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐาน ให้กรอกข้อมูลตามที่ระบุไว้ในตาราง สามารถเพิ่มหรือลดแถวได้ตามข้อมูลขององค์กร
   b. ส่วนที่ 2 ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญขององค์กร ให้ตอบประเด็นสำคัญอย่างกระชับในลักษณะ bullet จำกัดความยาวไม่เกิน 6 หน้า

2. **รายงานการประเมินตนเองตามมาตรฐานตอนที่ I-III**
   a. ประกอบด้วยตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับมาตรฐานแต่ละบท บริบทที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่แสดงการปฏิบัติตามมาตรฐานในประเด็นที่สำคัญ การให้คะแนน และแผนการพัฒนา
   b. การตอบข้อมูลที่แสดงการปฏิบัติตามมาตรฐาน ควรตอบให้ครอบคลุมประเด็นว่าทำอะไร ทำอย่างไร ได้ผลอย่างไร (ตอบรูปธรรมที่ปฏิบัติจริง หลีกเลี่ยงการตอบตามหลักการหรือทฤษฎี) ตอบอย่างกระชับในลักษณะ bullet
   c. การให้คะแนนเป็น option สำหรับโรงพยาบาล โดยใช้ scoring guideline 2011 พิจารณาประกอบ
   d. การทำแผนพัฒนาที่ดี ควรจะให้คะแนนมาก่อน ให้สรุปเป็นประเด็นที่จะพัฒนา ไม่ต้องระบุรายละเอียดว่าจะพัฒนาอย่างไร ส่วนนี้จะถูกใช้ในการติดตามเยี่ยม
   e. ความยาวในส่วนนี้ไม่เกิน 150 หน้า
3. **รายงานของทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team) หรือทีมนำทางคลินิก (Clinical Lead Team)**
   a. PCT Profile ความยาวไม่เกิน 5 หน้าสำหรับแต่ละทีม
   b. Clinical Tracer Highlight สำหรับโรคสำคัญ โรคละ 1-2 หน้า โดยในภาพรวมควรให้ความมั่นใจว่าครอบคลุมโรคสำคัญอย่างเหมาะสม โรคสำคัญในที่นี้ไม่จำเป็นต้องเป็นโรคที่พบบ่อยเสมอไป จะสำคัญด้วยเหตุผลใดก็ได้
4. **รายงานการประเมินตนเองตามมาตรฐานตอนที่ IV**
   a. เลือกตัวชี้วัดสำคัญที่เป็นประโยชน์ในการตัดสินใจของผู้บริหาร
   b. นำเสนอด้วยตารางหรือกราฟ ตามความเหมาะสมกับลักษณะข้อมูล
   c. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้สาระที่เป็นประโยชน์ และแสดงถึงการใช้ประโยชน์ที่เกิดขึ้น
   d. ความยาวในส่วนนี้ไม่เกิน 40 หน้า

การสนับสนุนการประเมินระบบงานด้วยตนเอง (Self Evaluation Support)

Self Evaluation Support คือการที่ สรพ.ให้การสนับสนุนสถานพยาบาลในการประเมิน performance ของระบบงานต่างๆ ของตน ในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การพัฒนาเครื่องมือ การให้คำแนะนำในการใช้เครื่องมือ การรับฟังผลประเมินและวางแผนร่วมกัน

เป้าหมายของ Self Evaluation Support

1. สถานพยาบาลสามารถใช้เครื่องมือประเมิน performance ของระบบงานเพื่อระบุการพัฒนาที่จำเป็นด้วยตนเอง
2. ด้วยการสนับสนุนของ สรพ. สถานพยาบาลจะมีทิศทางในการประเมินที่ชัดเจนและได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมตามความจำเป็น

นโยบายของ สรพ.

1. ส่งเสริมให้สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ ใช้เครื่องมือประเมิน performance ของระบบงานสำคัญ โดย สรพ.จัดทำต้นแบบง่ายๆ ให้สถานพยาบาลนำไปประยุกต์ใช้
2. ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนสถานพยาบาลในการใช้เครื่องมือดังกล่าว
3. ปรับกระบวนการเยี่ยมสำรวจเพื่อการเฝ้าระวัง (surveillance) มาเป็นการเยี่ยมเพื่อเรียนรู้ผลการประเมิน performance ของระบบงานร่วมกันเมื่อทั้งสองฝ่ายมีความพร้อม

ตัวอย่างความท้าทายในการพัฒนาเครื่องมือประเมิน Performance ของระบบบริหารความเสี่ยง

1. เครื่องมือประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยมีอยู่หลายฉบับ เช่น Hospital Survey on Patient Safety Culture, Patient Safety Framework (MaPSaf)

จะเลือกฉบับไหนดี หรือจะนำมารวมกันอย่างไรดี

2. จะทราบได้อย่างไรว่าระบบรายงานอุบัติการณ์ที่ใช้อยู่นั้นสามารถครอบคลุมอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเท่าไร จะผสมผสานแหล่งข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูลต่างๆ เข้ามาประมาณจำนวนอุบัติการณ์ที่แท้จริงได้อย่างไร
3. การตอบสนองเมื่อเกิดอุบัติการณ์ในแต่ละขั้นตอนสะท้อนถึงการพัฒนาระบบในระดับใด
4. การติดตามและประเมินผลกระทบของระบบบริหารความเสี่ยงที่ใช้อยู่จะทำได้อย่างไร

โครงการตัวชี้วัดโรงพยาบาลเปรียบเทียบ (Thailand Hospital Indicator Project-THIP)

การวัดผลการดำเนินการ (performance) ของสถานพยาบาลมีความสำคัญต่อการตัดสินใจของผู้บริหาร การวิเคราะห์ที่ดีจะนำไปสู่ความเข้าใจในความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ทำให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจที่ผ่านมา หรือบ่งชี้ประเด็นสำคัญที่จะต้องมีการพัฒนาในอนาคต

การเปรียบเทียบตัวชี้วัดของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งกับโรงพยาบาลอื่นๆ ในภาพรวม ทำให้โรงพยาบาลแห่งนั้นทราบระดับผลการดำเนินการของตนได้ดียิ่งขึ้น และจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่ต้องเร่งพัฒนาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เป้าหมายของโครงการตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

1. เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลเลือกใช้ตัวชี้วัดที่เหมาะสมและใช้คำจำกัดความของตัวชี้วัดที่เป็นแนวทางเดียวกัน
2. เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถเปรียบเทียบผลการดำเนินการของตนกับผลการดำเนินการในภาพรวมของโรงพยาบาลที่มีขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบใกล้เคียงกัน

นโยบายของ สรพ.

1. พัฒนาระบบตัวชี้วัดเปรียบเทียบที่สามารถตอบสนองต่อลักษณะบริการของโรงพยาบาลที่หลากหลาย มีตัวชี้วัดซึ่งเป็นประโยชน์และเป็นที่ยอมรับให้โรงพยาบาลเลือกใช้
2. ส่งเสริมให้โรงพยาบาลที่มีการพัฒนาตั้งแต่ระดับที่ 2 สู่ HA ขึ้นไป ร่วมใช้ระบบตัวชี้วัดเปรียบเทียบเพื่อบ่งชี้โอกาสพัฒนาสำหรับตนเอง

ลักษณะสำคัญของระบบตัวชี้วัดโรงพยาบาลเปรียบเทียบ

1. โรงพยาบาลสามารถเลือกได้ว่าจะเปรียบเทียบตัวชี้วัดใดบ้าง โรงพยาบาลจะได้รับข้อมูลของโรงพยาบาลอื่นในลักษณะข้อมูลรวมของกลุ่มเฉพาะตัวชี้วัดที่ตนส่ง

เข้ามาร่วมในฐานข้อมูลเท่านั้น

2. โรงพยาบาลจะต้องตรวจสอบคำจำกัดความที่ใช้เก็บข้อมูลให้ตรงกับคำจำกัดความที่ สรพ.กำหนด เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่บันทึกเข้ามาในฐานข้อมูลเป็นข้อมูลที่เปรียบเทียบกันได้
3. การบันทึกข้อมูลจะบันทึกเป็นรายปี โดยสามารถบันทึกย้อนหลังได้ในรอบแรก การแก้ไขข้อมูลหลังจากตรวจสอบและยืนยันแล้ว จะกระทำได้ต่อเมื่อทางผู้บริหารระบบอนุญาต
4. การแสดงผลลัพธ์จะแสดงข้อมูลของโรงพยาบาล และข้อมูลของกลุ่มที่เลือกเปรียบเทียบ โดยนำเสนอเป็นข้อมูลต่ำสุด ข้อมูลสูงสุด และ percentile ที่ 25, 50, 75 ของกลุ่ม ในลักษณะกราฟและตาราง

การตามรอย (Tracing)

การตามรอย คือการติดตามกระบวนการในระบบงานหรือการดูแลผู้ป่วย เพื่อรับรู้ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นทั้งในด้านบวกและด้านลบ ทั้งในส่วนที่เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ โดยอาศัยสิ่งที่มีความชัดเจนที่สามารถติดตามได้

การตามรอยมักจะเน้นการเข้าไปในสถานที่จริง ดูสถานการณ์จริง พูดคุยกับผู้เกี่ยวข้อง ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจครอบคลุมรวมไปถึงการวิเคราะห์ข้อมูลหรือออกแบบเก็บข้อมูลเพื่อตอบคำถามบางเรื่อง

เป้าหมายของการตามรอย

1. เพื่อรับรู้และยืนยันการปฏิบัติตามแนวทางที่ออกแบบไว้
2. เพื่อรับรู้ปัญหาในการปฏิบัติหรือโอกาสพัฒนาซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงมาตรการหรือแนวทางปฏิบัติให้มีความเหมาะสมและรัดกุมยิ่งขึ้น
3. เพื่อสร้างความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้อง และลดช่องว่างในเรื่องการสื่อสารระหว่างขั้นตอนต่างๆ

นโยบายของ สรพ.

1. ส่งเสริมให้สถานพยาบาลต่างๆ ใช้การตามรอยเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพด้วยความเข้าใจและเหมาะสมกับสถานการณ์
2. ส่งเสริมให้ผู้เยี่ยมสำรวจใช้การตามรอยเพื่อสร้างการเรียนรู้กับทีมงานของสถานพยาบาล

ลักษณะและเป้าหมายของการตามรอย

การตามรอยสามารถนำไปใช้กับระดับหน่วยงาน การดูแลผู้ป่วย ระบบงาน และทั้งองค์กรได้ โดยมีลักษณะและเป้าหมายของการตามรอยแต่ละเรื่องดังนี้

ระดับ	ลักษณะและเป้าหมายของการตามรอย
หน่วยงาน	**ตามรอย 3P ระดับหน่วยงาน** ดูการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน
การดูแลผู้ป่วย	**ตามรอยอุบัติการณ์** ดูความรัดกุมของการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน
	ตามรอย SIMPLE ดูการปฏิบัติตาม evidence-based guideline
	ตามรอยทางคลินิก ดูกระบวนการและผลลัพธ์ในภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม
	ตามรอยผู้ป่วยแต่ละราย ดูคุณภาพ ความปลอดภัยในแต่ละขั้นตอน และการสื่อสารระหว่างขั้นตอน
ระบบงาน/องค์กร	**ตามรอยมาตรฐาน** ดูการปฏิบัติตามแนวทางในมาตรฐานและ SPA
	ตามรอย 3P ระดับองค์กร ดูการบรรลุเป้าหมายในแผนกลยุทธ์
	ตามรอยการประเมินตนเอง ยืนยันสิ่งที่ตอบในรายงานการประเมินตนเอง

การวางแผนเพื่อการตามรอย

การตามรอยในลักษณะต่างๆ ที่กล่าวมา มีแนวทางในการวางแผนเพื่อการตามรอยคล้ายคลึงกัน ดังต่อไปนี้

1. **Purpose** ทำความเข้าใจกับเป้าหมายของเรื่องที่จะตามรอย เช่น เป้าหมายของหน่วยงาน เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรค เป้าหมายของมาตรฐาน เป้าหมายขององค์กร
2. **Pathway** กำหนดสิ่งที่จะใช้ติดตาม และวิเคราะห์เส้นทางที่จะตามรอย
3. **Process: normal** วางแผนตามรอยวิธีการทำงานในยามปกติ รวมทั้งการสื่อสารและส่งมอบระหว่างขั้นตอนต่างๆ
4. **Preparedness** วางแผนตามรอยการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ไม่ปกติ เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเฉพาะ ช่วงเวลาบางช่วง สิ่งแวดล้อมที่ไม่พร้อมหรือไม่เป็นไปตามคาด อุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น
5. **Performance-Learning** เรียนรู้ภาพรวมของผลงานในเรื่องนั้นๆ โดยอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลรอบด้าน

แนวทางต่อไปนี้เป็นคำแนะนำเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับทีมดูแลผู้ป่วยซึ่งได้จัดทำ clinical tracer highlight ขึ้นในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน โดยจะขอให้เพื่อนซึ่งอยู่นอกทีมซึ่งไม่รู้เนื้อหาในเรื่องนั้นมากนัก ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้อ่านทั่วไปที่จะช่วยเติมเต็มให้กับเพื่อน ศึกษาข้อมูลและตั้งคำถามในแง่มุมต่างๆ

วิธีการพิจารณาให้ใช้ความรู้สึกรวบยอดหรือความรู้สึกรวมๆ เป็นหลักนำ ตามด้วยการมองลงไปในองค์ประกอบย่อยต่างๆ อย่างเป็นระบบ (คือดูทั้งองค์ประกอบ และดูทั้งความสัมพันธ์เชื่อมโยง)

1. เริ่มต้น scan เอกสารอย่างรวดเร็ว เพื่อหาว่าคุณค่าหรือประเด็นสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในโรคนี้มีอะไรบ้าง ระบุ key word เป็นข้อๆ ไว้ในใจ หัวข้อเหล่านี้อาจจะได้นำมาใช้ประโยชน์ในการจำแนกองค์ประกอบย่อย อาจจะเพิ่มเติมคุณค่าหรือประเด็นสำคัญจากความรู้ที่เรามีอยู่ หรือจากการทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัว

2. ใคร่ครวญว่าถ้าจะรับรู้คุณค่าดังกล่าว จะรับรู้ได้อย่างไรด้วยวิธีที่ง่ายและตรงประเด็นที่สุด (อาจจะเป็นตัวชี้วัดหรือเรื่องเล่าหรืออื่นๆ) แล้วไปดูตัวชี้วัดที่นำเสนอไว้ว่าตรงกับที่เราคาดไว้หรือไม่ ครอบคลุมครบถ้วนหรือไม่ ควรจะเพิ่มตัวชี้วัดอะไร ควรจะเพิ่มการประเมินคุณค่าด้วยวิธีใด

3. เลือกจุดที่เป็นความเสี่ยงสำคัญที่สุด 1-2 ประเด็นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พิจารณาว่าทีมงานออกแบบระบบอย่างไรเพื่อป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว เป็นการออกแบบที่รัดกุมเพียงใด มีโอกาสเกิดช่องโหว่ขึ้นได้ในสถานการณ์อย่างไรบ้าง ถ้าจะอุดช่องโหว่เหล่านั้นควรทำอย่างไร

4. พิจารณาว่าทีมงานได้นำ scientific evidence มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนใดบ้าง มีวิธีการอย่างไรเพื่อให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตาม ผลลัพธ์เป็นอย่างไร ตรงจุดไหนที่ทีมควรไปทบทวน evidence เพิ่มเติม

5. พิจารณาตลอดสายธารแห่งคุณค่า (value stream) ของการดูแลผู้ป่วย มีขั้นตอนใดบ้างที่มีข้อสงสัยว่าอาจจะมีความสูญเปล่าในการดูแลผู้ป่วย จะรับรู้ความสูญเปล่านั้นได้อย่างไร มีโอกาสพัฒนาอย่างไร

6. เราจะช่วยเพื่อนของเราวางแผนนำผู้เยี่ยมสำรวจไปชมระบบการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ เราจะพาผู้เยี่ยมสำรวจไปชมอะไรบ้าง ให้ผู้เยี่ยมสำรวจได้เห็น

- คุณภาพ ความปลอดภัย ความรัดกุมของระบบงานที่เพื่อนของเราวางไว้

- ความประณีต การคำนึงถึงหลัก ปรับเป็นตัวเลขทั้งหมด หรือความคิดสร้างสรรค์
- การใช้ core values ที่เด่นชัดในเรื่องนี้
- การคำนึงถึงความเบี่ยงเบนหรือความไม่แน่นอนในสถานการณ์ต่างๆ การแสดงถึงหลักฐานของการปฏิบัติ
- การแสดงถึงการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

Mini-research

Mini-research เป็นการประยุกต์ใช้หลักการวิจัยมาหาคำตอบที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจในงานที่รับผิดชอบ ให้ได้คำตอบที่นำไปใช้งานได้ทันเวลา มุ่งไปที่การปรับเปลี่ยนระบบงานมากกว่าการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ

เป้าหมายของ Mini-research

1. นำ core values เรื่อง management by fact มาสู่การปฏิบัติ คือการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลจริง
2. บ่มเพาะความเป็นนักวิจัยให้กว้างขวางที่สุด (ความช่างสังเกต ความช่างสงสัย ตั้งคำถามเป็น มองและคิดเป็นระบบ ใช้เหตุผลในการวิเคราะห์) หาที่ยืนให้คนที่มีใจ แต่ยังไม่มั่นใจที่จะทำวิจัยเต็มรูปแบบ

นโยบายของ สรพ.

1. สนับสนุนให้โรงพยาบาลต่างๆ ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ทั้งการวิจัยในลักษณะของ Routine-to-Research หรือ mini-research

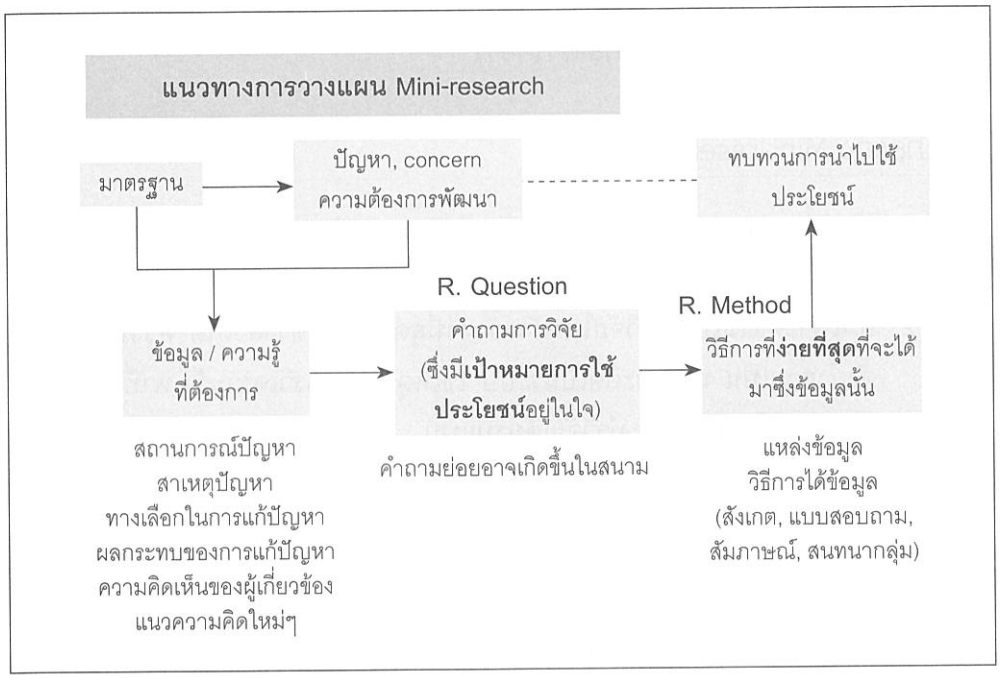
แนวทางการวางแผน

การทำ mini-research ไม่ควรใช้เวลานานทั้งในการวางแผนและในการหาคำตอบ สำหรับในขั้นตอนการวางแผน อาจมีขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดความรู้หรือข้อมูลที่ต้องการ ซึ่งอาจจะเป็นสถานการณ์ปัญหา สาเหตุของปัญหา ทางเลือกในการแก้ปัญหา ผลกระทบของการแก้ปัญหา ความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง และแนวความคิดใหม่ๆ
2. ตั้งคำถามการวิจัยหลัก ซึ่งมีเป้าหมายการใช้ประโยชน์อยู่ในใจ ส่วนคำถามย่อยอาจจะเตรียมไปล่วงหน้าและไปเพิ่มเติมในภาคสนาม

3. กำหนดวิธีการที่ง่ายที่สุดที่จะได้ข้อมูลที่ตรงประเด็น เช่น วิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว สังเกตในสถานที่จริง สัมภาษณ์เจาะลึก สนทนากลุ่ม แบบสอบถาม โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอสมควรที่จะนำผลไปใช้ตัดสินใจได้ ตามบริบทของเรา

ทั้งนี้ ในระหว่างการวางแผน การเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล จะต้องทบทวนการนำไปประโยชน์อยู่ตลอดเวลา



แนวทางการตั้งคำถามวิจัย

1. มาตรฐาน HA ทุกบรรทัด สามารถตั้งคำถามวิจัยได้ ดังตัวอย่างในหน้าถัดไป
2. อาจจะนำความขัดแย้งหรือความรู้สึกคับข้องใจมาตั้งเป็นคำถามวิจัย
3. ทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ (1) มีปัญหาอะไร (2) ปัญหามากน้อยขนาดไหน เกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง (3) สาเหตุของปัญหาคืออะไร (4) มีทางเลือกอะไรบ้าง ควรเลือกทางเลือกใด จะใช้เกณฑ์อะไรในการตัดสินใจ (5) การพัฒนาส่งผลกระทบอย่างไร ผลงานเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ ทำไมจึงไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
4. เมื่อจะมีการจัดทำหรือนำแนวปฏิบัติมาใช้ อาจตั้งคำถามว่าเดิมมีปัญหาอะไร ข้อมูลที่บอกสถานการณ์เดิมมีอะไรบ้าง ผู้เกี่ยวข้องมีมุมมองต่อแนวปฏิบัติใหม่อย่างไร

ประสิทธิผลของการฝึกอบรมเพื่อให้ปฏิบัติตามแนวทางใหม่เป็นอย่างไร อะไรคือสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก มาตรการในแต่ละช่วงเวลาส่งผลอย่างไร

5. สามารถหาจุดที่น่าสนใจจากงานประจำเพื่อสร้างงานวิจัย ด้วยการลดความสนใจกับเรื่องในระดับเฉลี่ย ใส่ใจกับจุดที่ยังเป็นปัญหา ใส่ใจกับความรู้สึกหรือการรับรู้ แบ่งกลุ่มเพื่อทำความเข้าใจกับแต่ละกลุ่ม มองหาทางเลือกใหม่ๆ ที่ยังไม่ได้นำมาใช้

6. ฝึกใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ติดตามเรียนรู้จากผู้ป่วยที่มีปัญหาแต่ละราย อาจจะนำมาสู่การพัฒนาวิธีการประเมินผลงานในเรื่องที่มีความเป็นนามธรรมสูง เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เก็บเรื่องราวของผู้ป่วยแต่ละรายไว้ แล้วนำมาวิเคราะห์ภายหลังว่ามีโอกาสที่เราสามารถทำอะไรให้ผู้ป่วยแต่ละรายเพิ่มขึ้นอีก

ตัวอย่างคำถามจากมาตรฐาน HA

ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเพื่อประเมินสถานการณ์ของโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA หมวดที่ I-1 ถึง I-5 เป็นคำถามสั้นๆ ที่ใช้เวลาพูดคุยไม่นานนัก และสุ่มถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10-20 คน

ความสำคัญอยู่ที่ทีมงานต้องถอดหมวกของความเป็นเจ้าของงานออก ให้ใส่หมวกของความเป็นนักวิจัย อยากรู้อยากเห็น อยากได้ข้อเท็จจริง คำตอบที่ต้องการมิใช่คำตอบที่สวยงามแบบในตำรา แต่เป็นคำตอบจากปากคนทำงานที่มาจากใจ มีรูปธรรมที่สัมผัสได้ถึงเหตุการณ์จริง

กลุ่มที่	กลุ่มตัวอย่าง	คำถามสั้น (กลุ่มละ 1 คำถามเท่านั้น)
1	เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ	ได้นำวิสัยทัศน์ของ รพ.มาเป็นแนวทางหรือแรงกระตุ้นในการทำงานอย่างไร
2	เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ	บรรยากาศการพัฒนาที่เป็นไปตามความคาดหวัง และที่อยากให้มีการเพิ่มเติม
3	แพทย์และพยาบาล	SIMPLE ที่ทำได้ดี และที่ยังทำไม่ได้ดี
4	แพทย์และพยาบาล	วัฒนธรรมความปลอดภัยใน รพ. อะไรที่ดี อะไรที่ต้องทำเพิ่ม
5	เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ	การรับรู้จุดเน้นของ รพ. และการนำไปปฏิบัติ
6	หัวหน้าหน่วยงาน	การพัฒนาศักยภาพด้านการบริหารจัดการที่ได้รับ และที่ต้องการเพิ่มเติม

กลุ่มที่	กลุ่มตัวอย่าง	คำถามสั้น (กลุ่มละ 1 คำถามเท่านั้น)
7	เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ	ประเด็นสำคัญที่สังคมเฝ้าจับตามอง รพ.คืออะไร
8	เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ	ประเด็นจริยธรรมที่ รพ.ควรให้ความสำคัญคืออะไร
9	เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ	อะไรคือศักยภาพและจุดอ่อนสำคัญของ รพ.ที่ถูกมองข้ามหรือถูกละเลยไป
10	หัวหน้าหน่วยงาน แพทย์ พยาบาล	ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ที่ รพ.จัดการได้ดี และที่เป็นเรื่องยากลำบากของ รพ.คืออะไร
11	แพทย์ พยาบาล	ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ที่ รพ.จัดการได้ดี และที่ยังจัดการไม่ได้ดีคืออะไร
12	เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ	ถ้า รพ.ได้รับงบประมาณพิเศษมาก้อนหนึ่ง สิ่งที่อยากให้ทำมากที่สุดคืออะไร
13	เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ	ยุทธศาสตร์ของ รพ.ที่ทีมงานในหน่วยมีส่วนต่อการบรรลุความสำเร็จมีอะไรบ้าง
14	เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ	ถ้าจะให้บรรลุวิสัยทัศน์และเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ของ รพ.ได้เร็วยิ่งขึ้น ท่านอยากได้รับการเพิ่มพูนศักยภาพในด้านใดบ้าง
15	หัวหน้าหน่วยงาน, ตัวแทนทีมสหสาขาวิชาชีพ	มีตัวชี้วัดอะไรบ้างที่ได้พยายามเปรียบเทียบกับ รพ.อื่น ผลการเปรียบเทียบเป็นอย่างไร
16	ผู้ป่วยใน	ระหว่างที่นอนอยู่ใน รพ. มีอะไรที่ไม่ได้รับความสะดวกสบายหรือถูกรบกวนโดยไม่จำเป็น
17	ญาติผู้ป่วย	การประสานงานและความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ของ รพ.ในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร
18	ผู้ป่วยนอก	สิ่งที่อยากให้ รพ.ปรับปรุงเพิ่มขึ้น
19	ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	คำพูดอะไรที่ทำให้เกิดความรู้สึกดีๆ คำพูดอะไรที่ทำให้เกิดเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี
20	พยาบาล	การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ทำได้ดีมีอะไร ที่ควรปรับปรุงให้ดีขึ้นมีอะไร
21	ญาติผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ไม่รู้สึกตัว ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	มีอะไรที่ห่วงกังวลในเรื่องการดูแลผู้ป่วย หรือเกรงว่าจะไม่ได้รับการใส่ใจจากเจ้าหน้าที่ของ รพ.

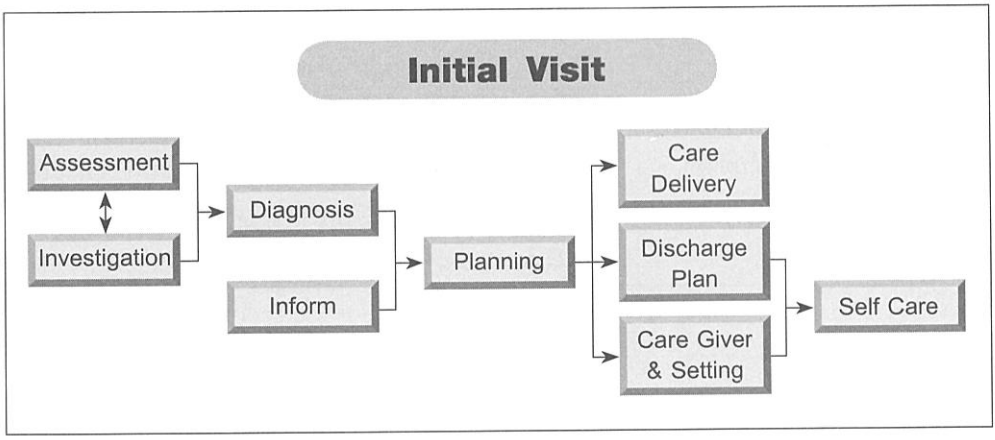
กลุ่มที่	กลุ่มตัวอย่าง	คำถามสั้น (กลุ่มละ 1 คำถามเท่านั้น)
22	หัวหน้าหน่วยงาน	ตัวชี้วัดใดที่ใช้ประโยชน์ได้มาก ตัวชี้วัดใดที่ใช้ประโยชน์ได้น้อยหรือไม่ได้ใช้ประโยชน์ มีข้อคิดเห็นอะไรเกี่ยวกับตัวชี้วัด
23	หัวหน้าหน่วยงาน	มีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือตัวชี้วัดที่เก็บรวบรวมไว้อย่างไร นำผลการวิเคราะห์ไปใช้ประโยชน์อย่างไร
24	พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ	ระบบสารสนเทศที่ช่วยให้ท่านทำงานง่ายขึ้นมีอะไรบ้าง ต้องการให้พัฒนาเรื่องอะไรเพิ่มเติม
25	เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ	มีโอกาสเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงานของเพื่อนร่วมงานอย่างไร ตรงกับที่ต้องการรู้เพียงใด
26	พยาบาล	การรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย อะไรที่ดี อะไรที่ต้องปรับปรุง
27	เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ	บรรยากาศอย่างไรที่ทำให้เกิดผลงานที่ดี จะสร้างบรรยากาศอย่างนั้นให้มากขึ้นได้อย่างไร
28	เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ	มีความรู้สึกอย่างไรต่อระบบประเมินผลงานของบุคลากร
29	เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ	ในรอบปีที่ผ่านมา มีโอกาสเข้ารับการฝึกอบรมในเรื่องใดบ้าง นำมาใช้ประโยชน์ในการทำงานอย่างไร
30	พยาบาล	งานอะไรที่คิดว่าสามารถถ่ายโอนให้เจ้าหน้าที่อื่นรับไปได้ งานดูแลผู้ป่วยอะไรที่คิดว่าพยาบาลควรทำให้มากขึ้น
31	เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ	สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร ท่านดูแลสุขภาพของท่านเองอย่างไร มีส่วนร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพกับเพื่อนร่วมงานอย่างไร

Comprehensive Clinical Quality Improvement Model

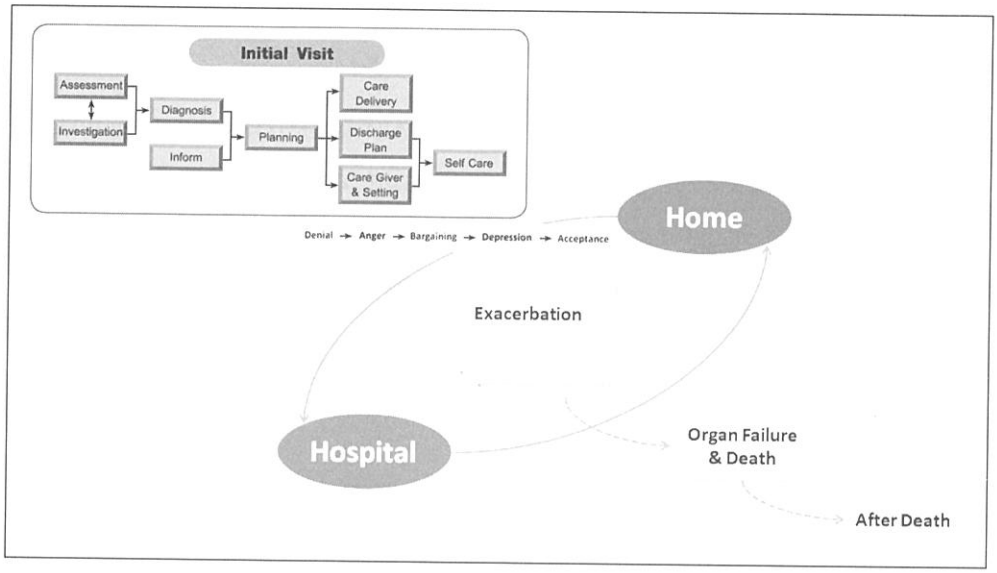
การนำแนวคิด Lean มาใช้กับระบบบริการสุขภาพในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ทำให้เห็นคุณค่าของการมุ่งเน้นไปที่การลดความสูญเปล่า การมองการไหลเลื่อนมากกว่ามองเฉพาะส่วน การมองตลอดสายธารแห่งคุณค่าตั้งแต่ต้นทางจนถึงปลายทาง เห็นโอกาสที่จะเชื่อมโยงแนวคิดของ Lean กับการตามรอยทางคลินิก เป็นที่มาของการเสนอ model การพัฒนานี้

การวิเคราะห์กระบวนการ

กระบวนการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่างๆ มักจะมีขั้นตอนต่างๆ ที่คล้ายคลึงกัน การวิเคราะห์ที่ดีควรสะท้อนจุดเน้นที่เป็นเอกลักษณ์ของการดูแลโรคดังกล่าวได้ เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในครั้งแรกที่ผู้ป่วยมาหา อาจมีลักษณะดังนี้



และเมื่อพิจารณาให้ครอบคลุมตลอดสายธารแห่งคุณค่าอาจจะได้ในลักษณะนี้



การหาโอกาสพัฒนา

เมื่อเห็นภาพของขั้นตอนต่างๆ ในการทำงานตั้งแต่จุดเริ่มจนถึงจุดสิ้นสุดแล้ว ทีมงานสามารถวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาโดยใช้หมวกของแนวคิดการพัฒนาต่างๆ ทีละเรื่อง และวิเคราะห์จนครบทุกแนวคิด ดังนี้

1. Waste มีความสูญเปล่าหรือกิจกรรมที่มิได้ก่อให้เกิดคุณค่าแก่ผู้รับผลงานในขั้นตอนใดบ้าง โดยอาจใช้ DOWNTIME มาวิเคราะห์ ได้แก่ defect rework, overproduction, waiting, not using staff talent, transportation, inventory, motion, excessive processing

2. Risk มีอุบัติการณ์ใดบ้างที่เคยเกิดขึ้นในขั้นตอนต่างๆ ทั้งหมดทั้งที่เคยเกิดขึ้นกับตนเอง (ที่พบจากการรายงานอุบัติการณ์หรือจากการทบทวนเวชระเบียน) เกิดกับคนอื่น และมีโอกาสจะเกิด ซึ่งจะเป็นความเสี่ยงในอนาคตสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้

3. Evidence-based practice มีหลักฐานวิชาการหรือแนวปฏิบัติใดบ้างซึ่งเป็นที่ยอมรับขององค์กรวิชาชีพ หรือส่วนราชการ หรือที่ประชุมของผู้ประกอบวิชาชีพภายในองค์กร ที่สมควรนำมาปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้

4. Spiritual need มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ หรือภารกิจที่ยังไม่เสร็จสิ้นใดบ้างที่มีโอกาสเกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนของการเจ็บป่วย

5. Health promotion มีโอกาสใดบ้างที่จะเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถและมีความต้องการที่จะควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง

6. Advanced tools มีโอกาสใช้เครื่องมือขั้นสูงอะไรบ้าง เช่น เครื่องมือทางสถิติ การวิจัย นวัตกรรม

เมื่อสามารถระบุโอกาสพัฒนาได้แล้ว ก็เท่ากับเห็นช่องทางของการพัฒนาไปได้ระดับหนึ่งแล้ว ความสำเร็จอยู่ที่การสร้างความร่วมมือ ระดมความคิดสร้างสรรค์อย่างหลากหลาย เลือกใช้ visual management หรือ human factor engineering มาใช้ในการออกแบบระบบอย่างเรียบง่าย หมุนวงล้อ PDSA ไปจนถึงขั้นการออกแบบทดลอง

การเชื่อมโยง HA กับข้อกำหนดต่างๆ

การเชื่อมโยงกับรางวัลคุณภาพแห่งชาติ

จากการที่กระบวนการ HA จะนำข้อกำหนด ค่านิยม การใช้บริบท และการประเมินของรางวัลคุณภาพแห่งชาติมาปรับใช้ให้ง่ายขึ้นสำหรับองค์กรทั่วไปเพื่อเป็นพื้นฐานที่จะก้าวไปสู่การมีสมรรถนะขององค์กรที่ดีขึ้น ในการก้าวไปบนเส้นทางนี้จะต้องเชื่อมโยงสิ่งต่อไปนี้

1. เชื่อมโยงการพัฒนาตามกระบวนการ HA ของสถานพยาบาลกับการพัฒนาตามเกณฑ์ TQA
2. เชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพของระบบงานต่างๆ กับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กร
3. เชื่อมโยงความท้าทายและความต้องการขององค์กร กับการจัดลำดับความสำคัญของการพัฒนา
4. นำ ADLI และ LeTCI มาใช้ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ และนำผลการประเมินมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
5. เชื่อมโยงการปฏิบัติตามข้อกำหนดของเกณฑ์แต่ละหมวดเข้าด้วยกันตามความเหมาะสม

มีหัวข้อคำถามเบื้องต้นเพื่อชี้แนะแนวทางในการนำข้อกำหนดของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติมาใช้ให้เกิดประโยชน์ดังนี้

- ทีมนำได้แสดงออกในเรื่องวิสัยทัศน์ ค่านิยม และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กรไว้อย่างชัดเจนหรือไม่ สิ่งเหล่านี้สอดคล้องกับการกำหนดและการประเมินขีดสมรรถนะบุคลากรหรือไม่
- มีแผนการศึกษาและพัฒนาสำหรับบุคลากรที่เป็นรูปธรรมพร้อมดำเนินการหรือไม่ องค์กรสามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความพยายามดังกล่าวกับผลลัพธ์ที่วัดได้หรือไม่
- องค์กรสามารถระบุตัวและยกย่องส่งเสริมผู้ที่มีผลงานโดดเด่น (top performer) ได้หรือไม่ มีการกระตุ้นให้กำลังใจผู้ที่มีผลงานปานกลาง (middle performers)

หรือไม่ มีการดำเนินการแก้ไขสำหรับผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานขั้นต่ำหรือไม่

- วิธีการพัฒนาคุณภาพขององค์กรไม่ว่าจะใช้วิธีใด (เช่น PDCA, TQM, Six Sigma, Lean) สามารถบรรลุผลลัพธ์ที่สำคัญและทำให้ผลนั้นยั่งยืนหรือไม่ ผู้นำองค์กรสามารถระดมให้เกิดการสนับสนุนและทำให้แนวทางนี้เป็นวิธีการทำงานอย่างกว้างขวางทั้งองค์กรหรือไม่ หรือเป็นการมอบหมายให้แผนกคุณภาพหรือแผนกจัดการความเสี่ยงเป็นผู้รับผิดชอบ
- ผู้นำองค์กรมีความมั่นใจมีการออกแบบกระบวนการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย มากกว่าความต้องการภายในหรือไม่
- สามารถแสดงให้เห็นได้หรือไม่ว่าแผนงานริเริ่มในการพัฒนากระบวนการขององค์กรก่อให้เกิดผลระยะยาว ผ่าน control charts, dashboards, balanced scorecards หรือวิธีการอื่นๆ ผู้นำระดับสูงสามารถติดตามความก้าวหน้าในระดับองค์กรและสร้างความมั่นใจในสมดุลระหว่างต้นทุน ผลิตภาพ ความพึงพอใจ และเป้าหมายคุณภาพได้หรือไม่
- สมาชิกในองค์กรรู้สึกฮึกเหิมและได้รับการเสริมพลังให้มีส่วนต่อการหาทางออกที่สร้างสรรค์ต่อความท้าทายร่วมหรือไม่
- องค์กรมีปฏิทินปฏิบัติงานที่ชัดเจนและสอดคล้องกันเพื่อสนับสนุนความพยายามในการวางแผนกลยุทธ์หรือไม่ กลไกและหลักไมล์เฉพาะเป็นที่เข้าใจและยอมรับทั่วทั้งองค์กรหรือไม่
- มีแนวทางร่วมในการแก้ปัญหาและความรู้สึกในการทำงานเป็นทีมทั่วทั้งองค์กรหรือไม่ หรือทำงานแยกส่วนตามสายการบังคับบัญชาซึ่งทำให้การสื่อสารมีลักษณะแข็งตัวและปิดกั้นความคิดสร้างสรรค์
- ระเบียบวิธีการพัฒนาขึ้นกับข้อมูลที่น่าเชื่อถือหรือไม่ มีการทบทวนวิธีการเก็บข้อมูลเพื่อดูผลกระทบต่อความถูกต้องแม่นยำของสารสนเทศหรือไม่
- องค์กรมีกระบวนการที่น่าเชื่อถือพร้อมปฏิบัติสำหรับติดตามความคลาดเคลื่อนในการดูแลผู้ป่วยและเหตุการณ์เกือบพลาดหรือไม่ องค์กรสามารถแสดงให้เห็นการลดลงของความคลาดเคลื่อนดังกล่าวผ่านการควบคุมกระบวนการทางสถิติ (statistical process control) ได้หรือไม่
- องค์กรได้ประเมินเทคโนโลยีของตนในเชิงกลยุทธ์เพื่อพิจารณาว่ามีเทคโนโลยีต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและสามารถแข่งขัน

ได้หรือไม่

- ถ้าองค์กรพิจารณาว่ามีเทคโนโลยีที่เหมาะสม มีการลงทุนในเครื่องมือและการใช้ IT อย่างเหมาะสมหรือไม่ มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการและการไหลเวียนของงานเพื่อใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีใหม่ให้มากที่สุดหรือไม่ หรือว่าแผนกต่างๆ ยังคงติดขัดอยู่กับเรื่องขีดความสามารถ การใช้ทรัพยากร และการบริหารต้นทุน ทั้งที่มีเครื่องมือใหม่แล้ว
- รูปแบบการจัดอัตรากำลังในปัจจุบันเป็นอย่างไร มีการขาดแคลนในบางหน่วยงานหรือไม่ องค์กรมีกลยุทธ์ที่ได้ผลเพื่อสรรหาและธำรงบุคลากรหรือไม่
- คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและพนักงานอยู่ในระดับสูงหรือไม่
- มีการสร้างวัฒนธรรมที่แท้จริงในการใช้ "ขีดสมรรถนะ" หรือ "ผลการดำเนินการ" (performance) ภายในองค์กรตามค่านิยมร่วม ภาระรับผิดชอบ และผลลัพธ์ที่วัดได้หรือไม่

การเชื่อมโยงกับ PMQA

เกณฑ์ PMQA เป็นเกณฑ์ที่มีที่มาจากเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติเช่นเดียวกับ HA ความแตกต่างอยู่ที่การขยายความซึ่ง PMQA นำข้อกำหนดจาก พ.ร.ฎ.ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 มาเป็นส่วนขยายความ ขณะที่ HA นำระบบงานสำคัญและกระบวนการดูแลผู้ป่วยมาเป็นส่วนขยายความ

สำนักงาน ก.พ.ร. ได้ให้แนวทางในการนำ PMQA มาใช้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยให้ยกเว้นโรงพยาบาลในสังกัด ที่ได้นำระบบมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) มาใช้แล้ว หรือจะนำมาใช้ต่อไป โดย PMQA จะพิจารณาขอบเขตการดำเนินการครอบคลุมเฉพาะการดำเนินงานที่เป็นอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบของ สสจ., สสอ. รวมถึงหน่วยงานอื่นใดที่อยู่ภายใต้การบริหารงานของ สสจ.เท่านั้น แต่จะไม่ครอบคลุมถึงโรงพยาบาลในสังกัด สสจ.แต่อย่างใด เช่น รพศ. รพท. และ รพช. ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่จังหวัดและอำเภอ

อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลของรัฐยังคงมีบทบาทในเรื่อง PMQA อยู่ 3 ประการคือ

1. นำส่วนขยายของ PMQA ตาม พ.ร.ฎ.ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ที่ไม่ได้ระบุไว้ในมาตรฐาน HA มาสู่การปฏิบัติ
2. นำเสนอผลงานของโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของผลงานของสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัด

3. ให้ความช่วยเหลือในด้านการพัฒนาคุณภาพให้แก่หน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่

การเชื่อมโยงกับมาตรฐานบริการสาธารณสุข

มาตรฐานบริการสาธารณสุข (Public Health Service Standards-PHSS) ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำขึ้น เป็นมาตรฐานที่มุ่งเน้นว่าผู้รับบริการควรได้รับสิ่งส่งมอบในลักษณะใด ซึ่งสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถนำมาใช้ได้ในสองลักษณะคือ

1. ใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการออกแบบระบบงาน กล่าวคือนำความต้องการของผู้รับบริการมากำหนดเป็นข้อกำหนดบริการหรือมาตรฐานการปฏิบัติงาน
2. ใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินผลบริการที่จัดให้แก่ผู้รับบริการว่าเป็นไปตามข้อกำหนดหรือความต้องการของผู้รับบริการเพียงใด

การเชื่อมโยงกับมาตรฐาน Healthcare Organization อื่นๆ

โดยทั่วไปแล้วมาตรฐานเพื่อการรับรองสถานพยาบาลของประเทศต่างๆ และมาตรฐานสากล จะมีองค์ประกอบและเนื้อหาที่ใกล้เคียงกัน เนื่องจากทุกมาตรฐานจะต้องอ้างอิงไปสู่หลักการสากลซึ่ง ISQua กำหนดไว้ เราสามารถใช้ส่วนที่แตกต่างเพื่อเติมเต็มให้กับมาตรฐานที่เราใช้อยู่ได้ และสามารถใช้ข้อเด่นของมาตรฐานแต่ละฉบับให้เป็นประโยชน์ได้ เช่น มาตรฐาน The Joint Commission International (JCI) มีจุดเด่นที่การกำหนดองค์ประกอบที่วัด (measurable element) ไว้อย่างชัดเจน และประเมินเป็น 3 ระดับ คือ met, partially met และ not met ซึ่งง่ายต่อการนำไปใช้โดยโรงพยาบาล ส่วนมาตรฐานของ The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) จะแบ่งการประเมินเป็น 5 ระดับ ให้ข้อมูลว่าสถานพยาบาลจะต้องเตรียมหลักฐานอะไรไว้แสดง รวมถึงการให้แนวทางในการประเมินผลระบบงานไว้ว่าควรประเมินในประเด็นใดบ้าง

เมื่อนำข้อดีของระบบต่างๆ เข้ามารวมกับมาตรฐาน HA เราจะได้แนวทางการพัฒนาสถานพยาบาลที่ครอบคลุมมากขึ้น ดังตัวอย่างในมาตรฐานเรื่องการให้ข้อมูลและการเสริมพลัง

	ข้อความมาตรฐาน
HA	ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล. [II-5]
JCI	องค์กรจัดให้มีการให้ความรู้ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล. [PFE.1]
ACHS	ผู้กำกับดูแลกิจการมุ่งมั่นต่อการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค. องค์กรตอบสนองต่อผู้บริโภค/ผู้ป่วยซึ่งภูมิหลังทางวัฒนธรรมและภาษาที่แตกต่างกัน และผู้บริโภค/ผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ. [1.6.3]

เมื่อรวมเกณฑ์ประเมินจากทุกมาตรฐานในส่วนของการประเมินผู้ป่วยและสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ จะได้ดังนี้

HA	JCI	ACHS	เกณฑ์ประเมิน
✓	✓		1. มีการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวในองค์ประกอบต่อไปนี้ a) สิ่งที่ต้องเรียนรู้ตามภาวะความต้องการของผู้ป่วย b) ความเชื่อและค่านิยม c) ความสามารถในการเรียนรู้ (การรู้หนังสือ ระดับการศึกษา ภาษาที่ใช้) d) ภาวะทางด้านอารมณ์ จิตใจ แรงจูงใจ e) ความพร้อม/ข้อจำกัดในการรับรู้และเรียนรู้ ความเต็มใจในการรับรู้ f) ความพร้อมในการดูแลตนเอง
	✓		2. มีการบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียนผู้ป่วยในรูปแบบเดียวกัน
✓	✓		3. มีการใช้ผลการประเมินในการวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้
		✓	4. องค์กรบ่งชี้ผู้บริโภค/ผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ อาทิ การไม่รู้หนังสือ ผู้สูงอายุ ผู้ได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บหรือยา ผู้พิการ (ร่างกาย การรับรู้ สมอง สุขภาพจิต)

การประมวลเกณฑ์ประเมินจากมาตรฐานต่าง ๆ นี้จะเป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนมาตรฐาน ซึ่ง สรพ.จะเปิดโอกาสให้สถานพยาบาลที่สนใจ มีส่วนร่วมในการทดลองใช้เกณฑ์ประเมินที่ครอบคลุมและสะท้อนกลับว่าเกณฑ์ดังกล่าวมีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ และมีแนวทางที่เรียบง่ายในการนำไปปฏิบัติอย่างไร

HA กับ SHA

บริการสุขภาพที่จะเกิดประโยชน์ต่อทุกฝ่าย น่าจะเป็นระบบที่ประชาชนให้ความเคารพ เชื่อถือ ตามที่ได้สืบมาในสังคมและวัฒนธรรมไทย

กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่พึงประสงค์ จำต้องอาศัยคน ทรัพยากร ความรู้ ยาและเทคโนโลยี รวมถึงการจัดการเพื่อให้องค์ประกอบต่างๆ ทำงานร่วมกันได้อย่างราบรื่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้มีการประมวลไว้เป็นแนวทางให้โรงพยาบาลนำไปปฏิบัติ ที่เรารู้จักกันว่า "มาตรฐานโรงพยาบาล"

การดูแลผู้เจ็บไข้ได้ป่วย เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นมาพร้อมกับความเป็นมนุษย์ ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลด้านจิตใจของผู้ที่ป่วยไข้หรือทุกข์ทรมาน วัฒนธรรมดั้งเดิมของไทย สังคมจะยกย่องแพทย์ หมอ พยาบาล ว่าเป็นปูชนียบุคคล เป็นผู้ที่ช่วยชีวิตผู้คน มีคุณค่าต่อสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้เชื่อมโยงกับคุณค่าที่ดีของทั้งสองฝ่าย คือ หมอพยาบาลมีความเมตตากรุณาและความรักต่อคนไข้ คนไข้มีความกตัญญูรู้คุณ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล พยายามส่งเสริมให้เกิดสมดุลทั้งสองด้าน คือ การมีระบบการแพทย์ที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ ใช้ความรู้ทางวิชาการ มีระบบการจัดการที่ดี ควบคู่ไปกับการให้ความสำคัญในเรื่องราวของชีวิต มิติจิตใจ ธรรมชาติ วัฒนธรรม ประเพณี และสิ่งแวดล้อม เป็นความสัมพันธ์ที่บูรณาการและผสมกลมกลืนกันอย่างเหมาะสมงดงาม เกิดความพอดีระหว่างวิทยาศาสตร์กับมิติด้านจิตใจ มีการฝึกฝนจิตใจให้พร้อมที่ทำหน้าที่ให้ดีที่สุด อันจะทำให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีความงดงาม เกิดผลที่ดีที่สุดแก่เพื่อนมนุษย์ด้วยกันอย่างมากที่สุด

SHA เป็นโครงการต่อเนื่องในความพยายามที่จะนำกระบวนการ HA มาใช้กับการสร้างเสริมสุขภาพโดยโรงพยาบาล โดยขยายเป้าหมายสู่การสร้างระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืนภายใต้ชื่อยาวๆ ว่า Sustainable Healthcare and Health Promotion by Accreditation เมื่อชื่อ SHA ติดตลาด จึงตกผลึกว่าคำเต็มของ SHA ควรจะเป็น Sustainable Healthcare by AA โดย Healthcare ในที่นี้หมายรวมถึง Health Promotion ด้วย และ AA ก็คือ Appreciation & Accreditation

จากการสร้างฝันและลงมือปฏิบัติ ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าหัวใจสำคัญของ SHA คือ

การทำงานที่มุ่งเข้าถึงมิติด้านจิตวิญญาณ ทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ทั้งในการทำงานประจำ การพัฒนาคุณภาพ และการเยี่ยมโดยผู้แทนของ สรพ.

การมุ่งเข้าถึงมิติด้านจิตวิญญาณคือการประมวลแนวคิดที่มีการนำเสนอในการประชุม HA National Forum ต่อเนื่องกันมา อาทิ humanized healthcare, healing environment, living organization ขยายความรวมไปถึงการใช้สุนทรียศาสตร์และการสร้างคุณค่าให้แก่กันและกัน

HA และ SHA เป็นเสมือนหยินกับหยางซึ่งช่วยเกื้อหนุนและเติมเต็มให้แก่กัน ซึ่งโรงพยาบาลควรนำหลักการ แนวคิด และเครื่องมือของ HA และ SHA ไปปฏิบัติในลักษณะที่เป็นองค์รวม ยิ่งบูรณาการกันได้มากเท่าไร ก็ยิ่งทำให้ทุกคนมีความสุขและองค์กรประสบความสำเร็จมากเท่านั้น

HA กับความร่วมมือและการสนับสนุนนโยบายสำคัญ

1. ความร่วมมือและการสนับสนุนนโยบายสำคัญที่ระบุไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ผ่านการยกร่างมาตรฐานร่วมกัน การบรรจุเนื้อหาที่สนับสนุน หรือการอ้างอิงถึงมาตรฐานของหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ [II-8] การทำงานกับชุมชน [II-9] การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล [II-2.1] ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ [II-7.2 ก.] คลังเลือด [II-7.2 ข.]

2. ความร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพในการเยี่ยมประเมินและให้คำปรึกษาแก่สถานพยาบาล ได้แก่ การเยี่ยมของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) สภาเทคนิคการแพทย์ ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย และขณะนี้กำลังพัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกับสภาการพยาบาลในการประเมินการกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล

3. การสนับสนุนการปฏิบัติตามนโยบายระดับชาติ ได้แก่

- การส่งเสริมการปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- การส่งเสริมจริยธรรมผู้สั่งใช้ยาและยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นการขยายความมาตรฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีจริยธรรม [I-1.2 ข.(2)]
- การส่งเสริมการลดและเลิกบริโภคยาสูบตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557
- การส่งเสริมให้มีการทบทวนกระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญ เช่น ผู้ติดเชื้อ HIV, ผู้ป่วยวัณโรค, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, ผู้พิการ, ผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการใช้ clinical tracer

Patient Safety Goals/Guides (PSGs)

สรพ.ได้ประกาศ Patient Safety Goals: SIMPLE เมื่อปี พ.ศ. 2551 และต่อมาได้เสนอให้พิจารณาในเชิงของการใช้เป็น evidence-based guidelines ด้วยเพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ ลดความกังวลของการติดตามตัวชี้วัดหากจะต้องเรียกว่าเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย

สรพ.สนับสนุนให้ทุกสถานพยาบาลใช้ SIMPLE ทุกตัวที่เกี่ยวข้องกับบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วย และในกรณีที่สถานพยาบาลเห็นว่าการนำ SIMPLE ทุกตัวไปปฏิบัติอาจจะเป็นภาระงานที่มากเกินไป สรพ.จึงได้เลือกสรร SIMPLE จำนวนหนึ่งเพื่อเชิญชวนสถานพยาบาลต่างๆ ที่ต้องการขอรับการรับรอง HA ได้นำแนวทางที่ระบุไว้ในคู่มือไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง

สถานพยาบาลสามารถแสดงถึงการนำ SIMPLE ไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังได้ดังนี้

1. สรุปแนวทางปฏิบัติที่ดีหรือเคล็ดลับของการนำ SIMPLE ไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล
2. นำเสนอตัวชี้วัดที่แสดงถึงกระบวนการ (การปฏิบัติตามแนวทางที่แนะนำ) หรือผลลัพธ์ (การลดลงของปัญหา) ถ้าสามารถทำได้
3. นำเสนอผลการทำวิจัยจิ๋วหรือ R2R ในกรณีที่เห็นว่ายังต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานการณ์ของปัญหา สาเหตุของปัญหา หรือการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

PSGs สำหรับทุกโรงพยาบาล

I 1 Hand hygiene

M 1.2 Improve the safety of high-alert drug

M 3 Assuring medication accuracy at transition in care (Medication Reconciliation)

M 9 Blood safety

P 1 Patients identification

P 2.1 Effective communication - SBAR

P 2.3 Communicating critical test results

E 1 Response to the deteriorating patient

E 3 Acute coronary syndrome

E 4 Maternal & neonatal morbidity

PSGs เพิ่มเติมสำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่

S 1 SSI prevention

S 2 Safe anesthesia

S 3.2 Surgical safety checklist

I 2.2 VAP prevention

I 2.3 Central line infection prevention

L 1 Avoiding catheter and tubing mis-connections

E 2 Sepsis

Scoring Guideline 2011

Mini-research

การเชื่อมโยง HA กับข้อกำหนดต่างๆ

การตามรอย (Tracing)

Comprehensive Clinical Quality Improvement Model

Patient Safety Goals/Guides (PSGs)

การสนับสนุนการประเมินระบบงานด้วยตนเอง (Self Evaluation Support)

HA กับ SHA

โครงการตัวชี้วัดโรงพยาบาลเปรียบเทียบ

(Thailand Hospital Indicator Project-THIP)

HA กับความร่วมมือและการสนับสนุนนโยบายสำคัญ

การจัดทำรายงานการประเมินตนเอง

ห้องสมุด ๑๐๐ ปี เสม พริ้งพวงแก้ว
00013096

ราคา 50 บาท