



SD-ACD-015-00

วันที่ประกาศใช้ 19 กรกฎาคม 2562

คู่มือการใช้มาตรฐาน HA

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

สารบัญ

สารบัญ.....	i
คำนำ.....	ii
I ความเข้าใจทั่วไป.....	1
วัตถุประสงค์ของมาตรฐาน HA	1
ลักษณะของมาตรฐาน HA	1
การใช้มาตรฐานให้ได้ประโยชน์	6
II การนำมาตรฐานไปปฏิบัติตามแนวคิด 3C-PDSA.....	8
1. Criteria – ฐู่เกณฑ์ (ถอครห้สมมาตรฐาน).....	9
2. Core Values and Concepts – ค่านิยมและแนวคิดหลักที่ควรนำมาใช้.....	10
3. Context – ฐู่โจทย์ (คูบริบทขององค์กร)	11
4. Purpose - ตั้งเป้า.....	13
5. Process Design - ออกแบบกระบวนการ.....	16
6. Process Deployment - นำกระบวนการไปปฏิบัติ	19
7. Performance assessment and learning – ติดตาม (รับรูู้และเรียนรูู้ผลการดำเนินการ).....	20
8. Performance Improvement - การปรับปรุงเพื่อให้ผลการดำเนินการดีขึ้น.....	22
9. Spread – การขยายผล.....	24
ชั้นตอนเชิงปฏิบัติ.....	25
III การจัดทำรายงานการประเมินตนเอง	27
Hospital Profile	27
เอกสารการประเมินตนเองการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA (ตอนที่ I-III)	32
รายงานผลการดำเนินการ (ตามมาตรฐานตอนที่ IV).....	36
รายงานการประเมินตนเองทางคลินิกของ Clinical Lead Team / Patient Care Team.....	38
การทำเพิ่มสะสมผลงาน	40
ภาคผนวก	41
1. การประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ I ในระดับหน่วยงาน.....	41
2. มาตรฐานตอนที่ III กับประสบการณ์ของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ.....	47

คู่มือการใช้มาตรฐาน HA ฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับสถานพยาบาลต่างๆ ในการนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาระบบงานที่เป็นพื้นฐานสำคัญ สำหรับการให้บริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย มีคุณค่า และพร้อมสำหรับการขอรับรองกระบวนการคุณภาพ (Healthcare Accreditation-HA) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

แนวคิดสำคัญที่อยู่เบื้องหลังการใช้มาตรฐาน HA ก็คือการขับเคลื่อนการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในทุกพื้นที่ ทุกระดับขององค์กร อย่างสอดคล้องกับบริบทหรือโจทย์ขององค์กร มีข้อกำหนดของมาตรฐานเป็นแนวทาง และใช้ค่านิยมหลักขององค์กรที่ประสบความสำเร็จเป็นพื้นฐานในการสร้างวัฒนธรรมองค์กร หรือเรียกกันง่ายๆ ว่า 3C-PDSA

แนวทางที่ปรากฏอยู่ในคู่มือฉบับนี้มาจากการทบทวนแนวคิดการพัฒนาขององค์กรที่เป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพระดับโลก เช่น Baldrige National Quality Award (BNQA) Program, Institute of Healthcare Improvement (IHI) จากการจัดหลักสูตรอบรมของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล คำถามที่เกิดขึ้นจากสถานพยาบาลต่างๆ ปัญหาที่พบจากการเยี่ยมชมสำรวจ และการระดมสมองของนักวิชาการของสถาบัน

การใช้คู่มือฉบับนี้อาจเลือกพิจารณาให้เหมาะสมกับระดับพัฒนาและความต้องการของแต่ละองค์กร โดยเน้นการใช้แนวทางที่แนะนำไว้เพื่อกระตุ้นความคิดหาทางออกใหม่ๆ เพื่อประโยชน์ต่อผู้รับบริการของสถานพยาบาล

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล

ผู้ทรงคุณวุฒิ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

มีนาคม 2562

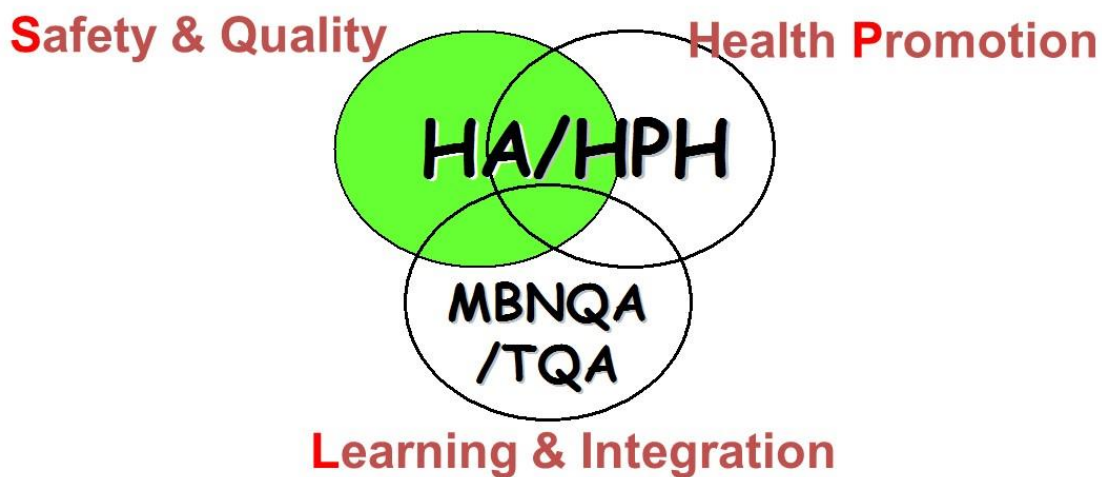
I ความเข้าใจทั่วไป

วัตถุประสงค์ของมาตรฐาน HA

มาตรฐาน HA คือกรอบความคิดที่สื่อให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญของสถานพยาบาลที่มีคุณภาพ (อย่างยั่งยืน) และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบเหล่านั้น

มาตรฐาน HA มิได้เป็นมาตรฐานที่ใช้เพียงเพื่อการประเมินหรือวัดคุณภาพ แต่เป็นมาตรฐานที่ชี้นำการพัฒนา กระตุ้นให้มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้มีการใช้กระบวนการทัศน์ใหม่ในการบริหารและพัฒนาคุณภาพ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และมีผลงานที่ดีขึ้นเป็นลำดับ

ลักษณะของมาตรฐาน HA



ภาพที่ 1 ที่มาของมาตรฐาน HA

มาตรฐาน HA ตั้งแต่ฉบับที่ 3 (มาตรฐาน HA ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี) ที่ประกาศใช้เมื่อปี พ.ศ.2549 เป็นมาตรฐานที่ผสมผสานแนวคิดและข้อกำหนดของมาตรฐานโรงพยาบาล มาตรฐานโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ และเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA/MBNQA) เข้าด้วยกัน ซึ่งแนวคิดสำคัญจากข้อกำหนดดังกล่าวที่เป็นพื้นฐานของมาตรฐาน HA จึงประกอบด้วย (1) safety & quality (2) health promotion (3) learning & integration



ภาพที่ 2 โครงสร้างของมาตรฐาน HA

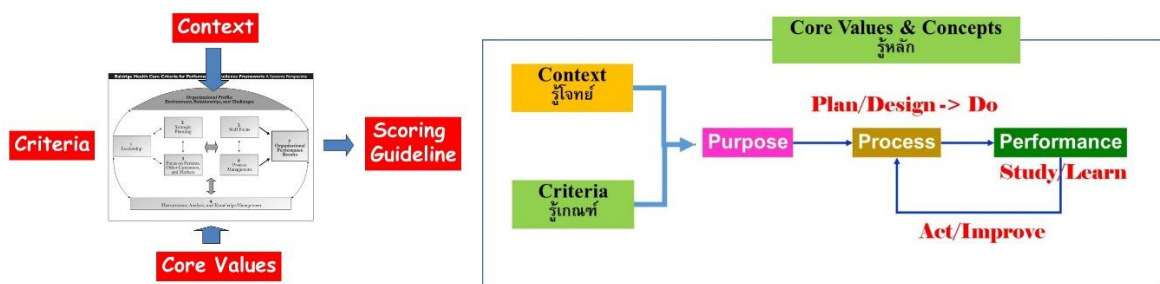
มาตรฐาน HA นำเอาข้อกำหนดทั้ง 7 หมวดของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ มาเป็นโครงสร้างหลัก โดยแบ่งเป็น 4 ตอนคือ (1) ตอนที่ I สอดคล้องกับข้อกำหนดด้านกระบวนการของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (หมวดที่ 1-6) (2) ตอนที่ II เป็นข้อกำหนดด้านระบบงานสำคัญของสถานพยาบาล ซึ่งเป็นการขยายความเกณฑ์รางวัลคุณภาพในหมวดที่ 6 การจัดการกระบวนการหรือปฏิบัติการ (3) ตอนที่ III เป็นข้อกำหนดเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการหลักของสถานพยาบาล (4) ตอนที่ IV สอดคล้องกับข้อกำหนดด้านผลลัพธ์ของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (หมวดที่ 7)

มีคำที่ควรทำความเข้าใจความหมายและที่มาเพื่อลดความสับสนในการใช้มาตรฐาน คือคำว่า “กระบวนการทำงาน” (work process) และคำว่า “ระบบงาน” (work system)

MBNQA ให้ความหมายของคำว่า “กระบวนการทำงาน” คือกระบวนการสร้างคุณค่าภายในที่สำคัญที่สุดขององค์กร เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนส่วนใหญ่ขององค์กร กระบวนการทำงานที่สำคัญขององค์กรมักจะเกี่ยวข้องกับสมรรถนะหลักขององค์กรที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ขณะที่คำว่า “ระบบงาน” คือวิธีการที่ทำงานขององค์กรบรรลุผลซึ่งประกอบด้วยกระบวนการทำงานภายใน และทรัพยากรจากภายนอก ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบงานจะมีทั้งกำลังคนขององค์กร ผู้ส่งมอบ พันธมิตร คู่ความร่วมมือ ผู้รับช่วง และองค์กรประกอบอื่นๆ ของห่วงโซ่อุปทาน การตัดสินใจเกี่ยวกับระบบงานคือการตัดสินใจว่าจะทำอะไรจะทำเอง อะไรจะให้คนอื่นทำ ถือว่าเป็นการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์เพื่อรักษาสมรรถนะหลักขององค์กร และเพื่อให้องค์กรมีประสิทธิภาพสูงสุด

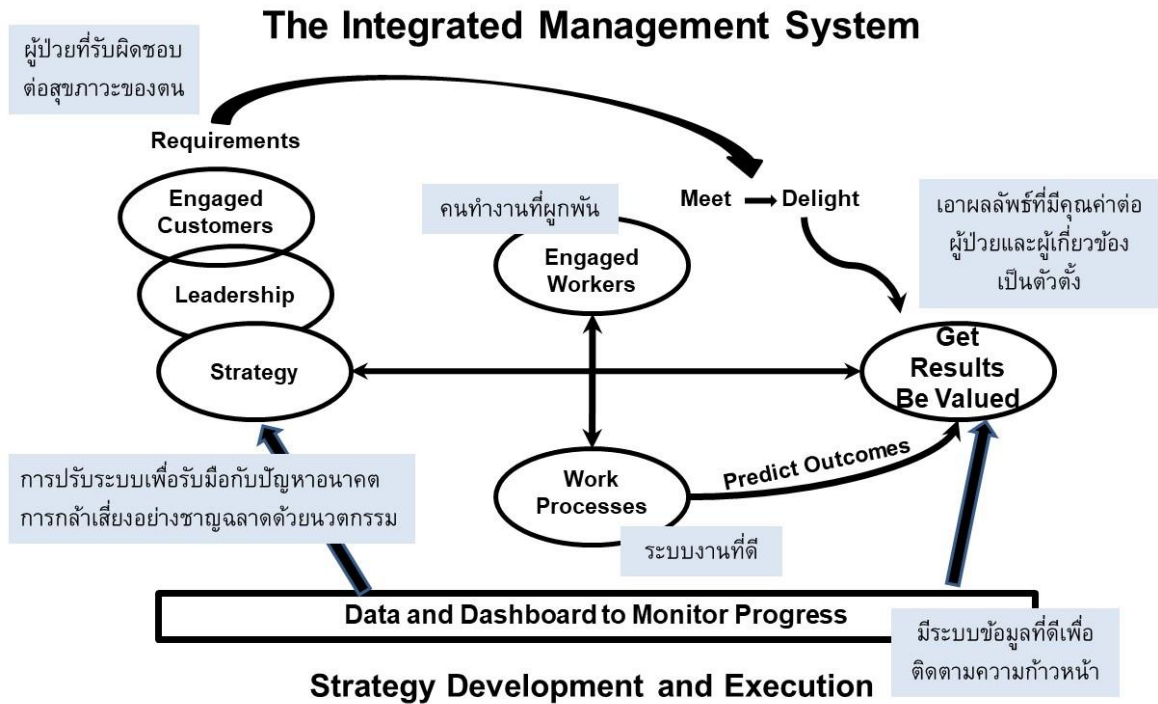
มาตรฐาน HA ที่อิงมาจากเกณฑ์ MBNQA/TQA ในตอนที่ I และตอนที่ IV (รวมทั้งมาตรฐานตอนที่ III) จะมีความหมายในเชิงที่ MBNQA อธิบายไว้

ส่วนชื่อเรียกของมาตรฐาน HA ในตอนที่ II ว่าระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลนั้น เป็นการเรียกตามความคุ้นชินของผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล หรือหากพิจารณาว่าระบบต่างๆ ต่างมีระบบย่อย (subsystem) ที่ซ้อนกันเป็นชั้นๆ อยู่ ก็อาจกล่าวได้ว่าระบบงานในความหมายของ MBNQA เป็นระบบที่ใหญ่ที่สุด ครอบคลุมงานที่องค์กรทำเองและที่ไม่ได้ทำเอง ขณะที่ระบบงานในมาตรฐานตอนที่ II นั้นเป็นระบบย่อยของระบบงานที่องค์กรทำเอง ซึ่งระบบย่อยเหล่านี้ตามภาษาของ MBNQA อาจเรียกว่า key work process หรือ key support process



ภาพที่ 3 แนวคิด 3C-PDSA ในการนำมาตรฐานไปใช้และการพัฒนาคุณภาพ

ในการนำเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติมาปรับเป็นมาตรฐาน HA นั้นมิได้นำมาเฉพาะตัวข้อกำหนดเท่านั้น แต่นำมาซึ่งวิธีการใช้ข้อมูลอื่นๆ ประกอบด้วย ได้แก่ (1) การพิจารณาบริบทขององค์กรตามที่ปรากฏใน organization profile (2) การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (core values and concepts) ขององค์กรที่ประสบความสำเร็จ (3) การใช้ scoring guideline ที่ส่งเสริมให้เกิดการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ การบูรณาการ การสร้างนวัตกรรม นำมาสู่การแนะนำให้ใช้หลัก 3C-PDSA ในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ และการใช้ EI3O เพื่อเพิ่ม maturity ของการพัฒนา



Mark L. Blazey: Insights to Performance Excellence

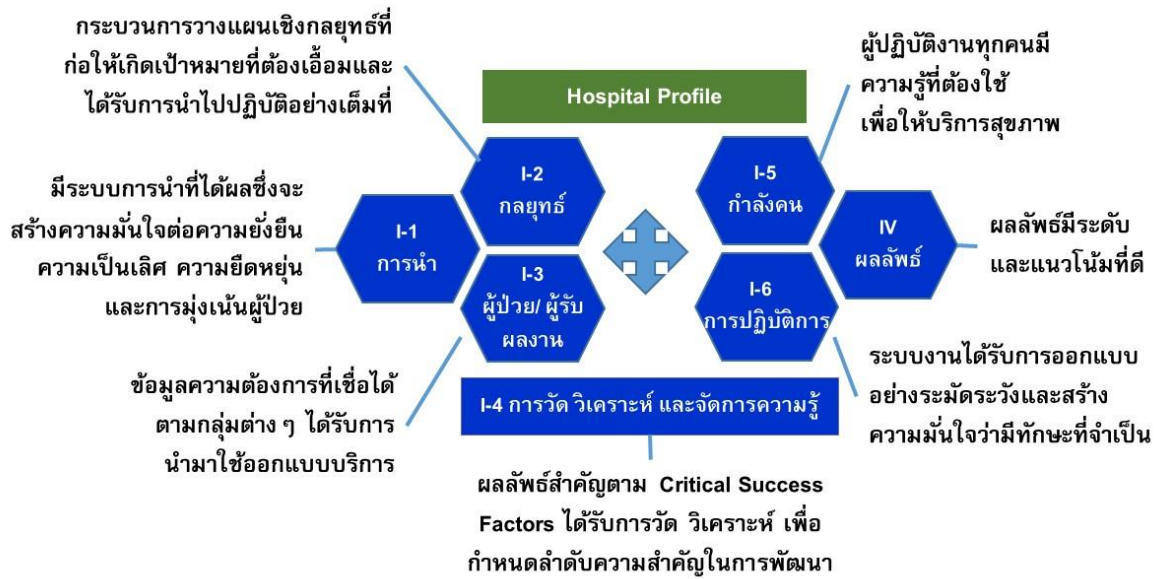
ภาพที่ 4 The Integrated Management System

มาตรฐานตอนที่ I หรือภาพรวมของการบริหารองค์กรนั้น อยู่บนพื้นฐานของค่านิยม systems perspective คือการมององค์กรที่ประสานเป็นหนึ่งเดียว องค์กรประกอบต่างๆ ล้วนมีความสัมพันธ์กันและไม่อาจแยกจากกันอยู่อย่างโดดๆ



ภาพที่ 5 กล้อง สัมผัส และลูกศร แสดงความสัมพันธ์ของมาตรฐานบตต่างๆ

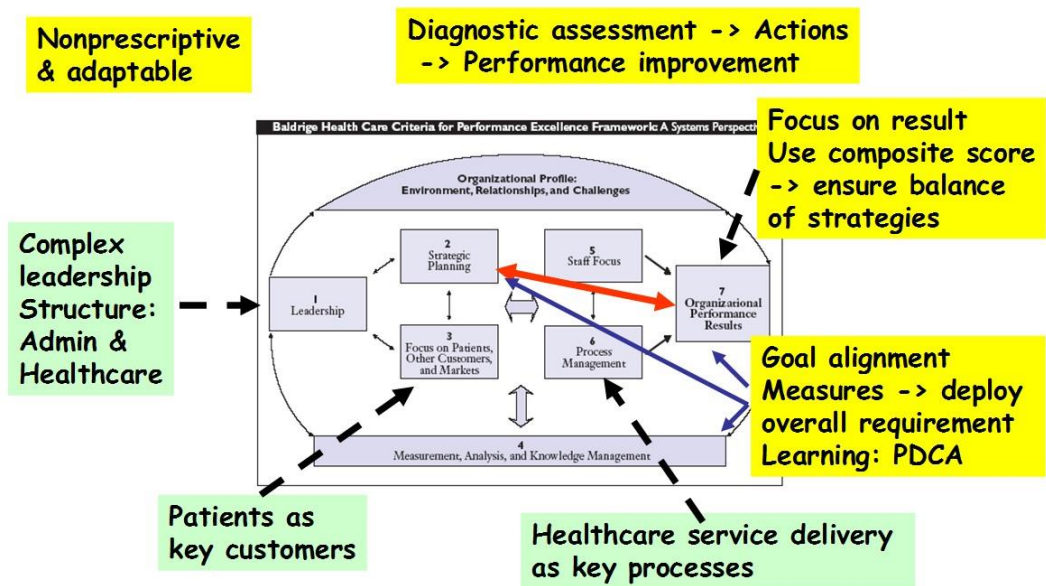
สัมผัสและลูกศร มีความสำคัญไม่น้อยกว่ากล้อง ขอให้สังเกตว่าหน้าสัมผัสและลูกศรสองทางนั้น หมายความว่าแต่ละระบบต่างเป็นผู้ให้ input และเป็นผู้รับผลของกันและกัน



ภาพที่ 6 ความหมายและเป้าหมายที่ลึกซึ้งของแต่ละกล่อง

กล่องมิได้บอกแล้วว่าคืออะไร แต่ต้องคำนึงถึงว่าเป้าหมายที่ลึกซึ้งคืออะไร และจะอย่างไรเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว

Key Characteristics of the Healthcare Criteria for Performance Excellence



ภาพที่ 7 ลักษณะของ MBNQA Criteria for Performance Excellence

มาตรฐาน HA ได้นำเอาลักษณะของ MNBQA Criteria for Performance Excellence มาใช้ดังต่อไปนี้

1. Nonprescriptive & adaptable เป็นมาตรฐานที่ไม่บังคับว่าจะต้องทำอะไร แต่บอกเป้าหมายและหลักการให้สถานพยาบาลสามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับตนเองได้ ลักษณะนี้จะเด่นชัดมากในมาตรฐานตอนที่ I ส่วนมาตรฐานตอนที่ II และ III จะมีส่วนที่ต้องอ้างอิงกับความรู้วิชาการที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย

2. Diagnostic assessment เป็นมาตรฐานเพื่อใช้ในการประเมินวินิจฉัยองค์กร แล้วนำไปสู่การพัฒนาให้องค์กรมีผลการดำเนินการ (performance) ที่ดีขึ้น

3. Focus on results เป็นมาตรฐานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ มีการเชื่อมโยงตัววัดกับเป้าหมายขององค์กร วัดแล้วนำไปสู่การพัฒนา

การใช้มาตรฐานให้ได้ประโยชน์

การใช้มาตรฐาน HA ให้ได้ประโยชน์ คือการใช้หลัก 3C-PDSA ร่วมกับแนวคิดต่อไปนี้

1. ทำความเข้าใจมาตรฐานให้กระจ่างชัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป้าหมายและคำสำคัญ (key words) ของมาตรฐาน จะทำให้รู้ว่ามาตรฐานนี้ให้คุณค่าอะไร แก่ใคร (ดูรายละเอียดในหัวข้อ การถอดรหัสมาตรฐาน)

2. เน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้และยกระดับผลการดำเนินงาน นั่นคือการใช้มาตรฐานในการบริหารงานและในการปฏิบัติงานประจำวันอย่างสม่ำเสมอ มิได้ใช้เฉพาะเมื่อจะมีการเยี่ยมชมเท่านั้น

3. เน้นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ทั้งการเชื่อมโยงภายในแต่ละระบบ และการเชื่อมโยงระหว่างระบบงานต่างๆ ด้วยการศึกษา ทำความเข้าใจ และตีความหมายเส้นที่เชื่อมต่อองค์ประกอบต่างๆ ในแผนภูมิ พยายามมองหาจุดสะดุดหรือการปฏิบัติที่ไม่ต่อเชื่อมกัน ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายของมาตรฐาน

4. เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และทบทวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ในที่ทำงาน ที่ข้างเตียงผู้ป่วย น้อมนำเข้ามาสู่ของจริงของเรา คำสำคัญขององค์กรที่อยู่ใน Hospital Profile มีอะไรบ้าง (เช่น วิสัยทัศน์ ค่านิยม) จะเอามาใช้ประโยชน์ในการทำงานอย่างไร พยายามหยิบยกสถานการณ์จริงหรือปัญหาจริงขึ้นมาพิจารณาว่าจะประยุกต์ใช้มาตรฐานกับสถานการณ์ดังกล่าวอย่างไร

5. เน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) อย่างเชื่อมโยง

6. ประยุกต์ใช้มาตรฐานอย่างเหมาะสม เช่น ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ 1 กับระดับหน่วยงานด้วย ประยุกต์มาตรฐานว่าด้วยการจัดการกระบวนการในทุกเรื่อง

7. เน้นการทบทวนประเมินผลในระดับภาพรวม และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละระบบ มององค์กรให้เห็นทั้งองค์กรเหมือน bird's eye view ถามหาข้อมูลที่สะท้อนภาพใหญ่ของทั้งหมดมากกว่าที่จะ

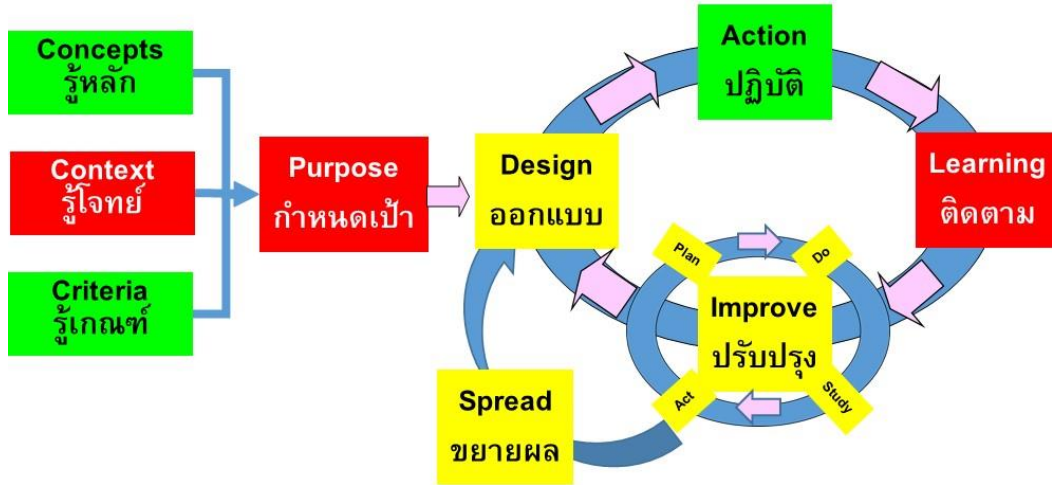
สนใจเฉพาะภาพย่อยๆ หรือเฉพาะงานในหน้าที่รับผิดชอบของ ไม่กลัวที่จะต้องจัดการกับจำนวนที่มาก ถือหลักว่าไม่ว่าจะเลือกทำทั้งหมดหรือบางส่วน เราก็ต้องเหนื่อยเท่ากัน แต่ผลลัพธ์ที่ออกมาแตกต่างกันมาก

8. พัฒนาการใช้ core values & concepts ให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น ทำไปแล้วมาร่วมกันทบทวนว่าได้ใช้ค่านิยมและแนวคิดตัวไหน จะใช้ให้มากขึ้นและลึกซึ้งขึ้นอย่างไร ตัวอย่างค่านิยมเรื่อง continuous process improvement ทำให้เราต้องปรับค่าเป้าหมายให้มีความท้าทายยิ่งขึ้นตลอดเวลา มิใช่พอใจเมื่อบรรลุค่าเป้าหมาย หรือยังคงค่าเป้าหมายไว้เท่าเดิมแม้ว่าจะทำได้ดีกว่าค่าเป้าหมายแล้ว

9. มีอิสระในการที่จะคิดค้นหาวิธีการด้วยตัวเราเอง เป็นตัวของตัวเอง เอาเป้าหมายตั้ง เรียนรู้จากข้อกำหนดในข้อย่อย เรียนรู้จากวงการต่างๆ ทั้งในภาคสุขภาพและกิจการอื่นๆ เพื่อกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์และนำมาใช้ประโยชน์

II การนำมาตรฐานไปปฏิบัติตามแนวคิด 3C-PDSA

การนำมาตรฐาน HA ไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์มากที่สุด คือการใช้แนวคิด 3C-PDSA ซึ่งอาจเริ่ม ณ ขั้นตอนใดหรือองค์ประกอบใดขึ้นกับความพร้อมและความก้าวหน้าในการพัฒนาขององค์กร



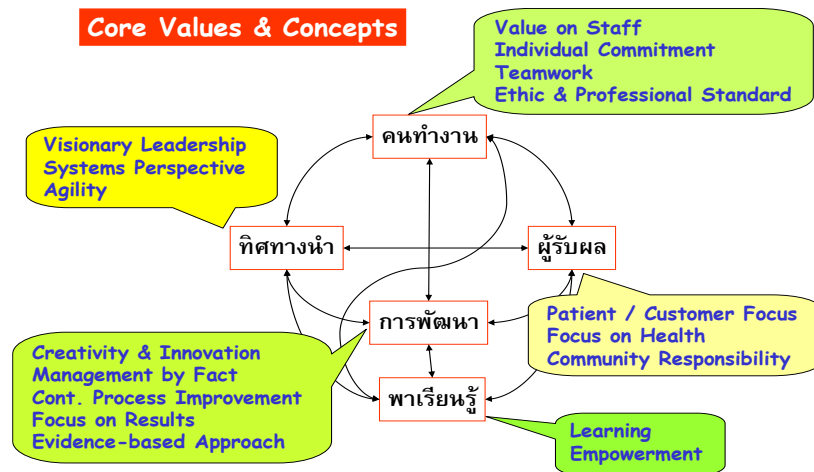
ภาพที่ 8 องค์ประกอบของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติตามแนวคิด 3C-PDSA

1. Criteria – รู้เกณฑ์ (ถอดรหัสมาตรฐาน)

ทำความเข้าใจมาตรฐานโดยพิจารณาจากแผนภูมิและข้อความมาตรฐาน ทำความเข้าใจความเชื่อมโยงของเนื้อความต่างๆ ผลลัพธ์สุดท้ายที่ต้องการ และการสะท้อนกลับข้อมูลเพื่อนำมาสู่การปรับปรุง

1. **เป้าหมายของมาตรฐาน (standard intent)** คือสิ่งที่จะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วย คนทำงาน องค์กร สังคม มักจะปรากฏอยู่ใน overall requirement และเป็นกลไกทางด้านขวามือของแผนภูมิ
2. **ผู้ได้รับประโยชน์จากมาตรฐาน (process customer)** ควรระบุผู้ที่ได้รับประโยชน์จากกระบวนการนั้นโดยตรง เช่น ผู้ได้รับประโยชน์จากการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยน่าจะเป็นบุคลากร
3. **คุณค่าต่อผู้รับผลงาน (value to customer)** อะไรคือสิ่งที่ผู้รับต้องการหรือการนำสิ่งที่ได้รับไปใช้ประโยชน์
4. **เจ้าของกระบวนการ (process owner)** ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบทำให้กระบวนการตามมาตรฐานนี้สำเร็จผลมีใครบ้าง อาจจะมีหลายขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนจะมีเจ้าของกระบวนการที่แตกต่างกัน
5. **กระบวนการหรือขั้นตอนในการดำเนินงาน (processes)** อาจเขียนเป็น flow chart ของทีมงานเองเพื่อทำความเข้าใจในขั้นตอนต่างๆ ที่ละเอียดมากกว่าในแผนภูมิ โดยอาจจะระบุผู้มีหน้าที่รับผิดชอบแต่ละขั้นตอนไว้ที่ส่วนบน (ตามลักษณะของ deployment flowchart)
6. **ข้อกำหนดของกระบวนการ (process requirement)** พิจารณาว่าถ้าจะให้ขั้นตอนนั้นสำเร็จผลอย่างดี และเป็นประโยชน์สำหรับขั้นตอนต่อไป อะไรคือคุณลักษณะหรือสิ่งที่พึงคาดหวังจากขั้นตอนนั้น สรุปเป็นคำสำคัญสั้นๆ

2. Core Values and Concepts – ค่านิยมและแนวคิดหลักที่ควรนำมาใช้



ภาพที่ 9 ค่านิยมและแนวคิดหลักที่สถานพยาบาลควรนำมาใช้ประกอบกับมาตรฐาน

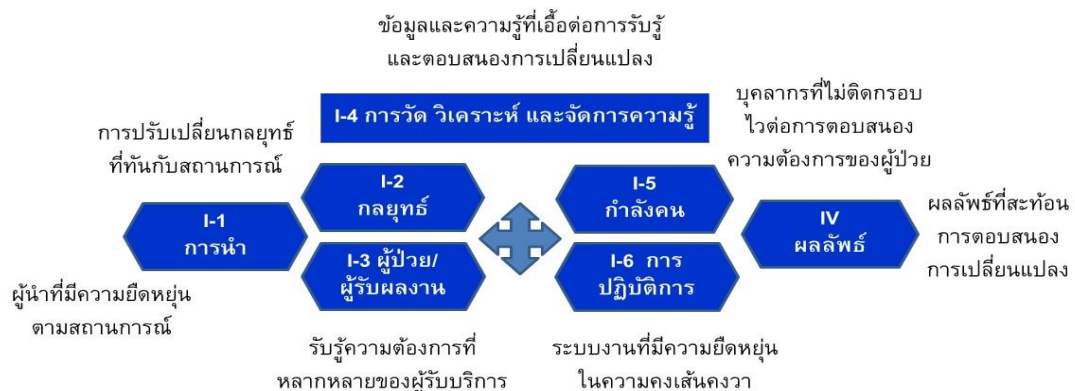
ค่านิยมและแนวคิดหลักของ HA มี 5 กลุ่มคือ ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้ การพิจารณาว่ามาตรฐานที่กำลังจะนำไปใช้นั้นควรนำค่านิยมและแนวคิดหลักในข้อใดมาหนุนเสริม จะทำให้การปฏิบัติตามมาตรฐานเรื่องนั้นเป็นไปอย่างลึกลับยิ่งขึ้น ทำให้ค่านิยมและแนวคิดหลักนั้นฝังลึกเป็นวัฒนธรรมของทีมงาน

ตัวอย่าง

การวางแผนกลยุทธ์ ควรพิจารณาค่านิยมและแนวคิดหลักในเรื่องมุมมองเชิงระบบ การมุ่งเน้นอนาคต การจัดการโดยใช้ข้อมูลจริง ความยืดหยุ่น

การวางแผนจำหน่าย ควรพิจารณาค่านิยมและแนวคิดหลักในเรื่อง การมุ่งเน้นผู้ป่วย การเสริมพลัง การมุ่งเน้นสุขภาวะ เป็นต้น

นอกจากนั้น อาจพิจารณาการนำค่านิยมและแนวคิดหลักตัวใดตัวหนึ่งกับมาตรฐานหมวดต่างๆ ตามตัวอย่างในภาพที่ 10



ภาพที่ 10 ตัวอย่างการนำค่านิยมและแนวคิดหลัก Agility กับมาตรฐานตอนที่ I

3. Context – ฐิติอิจยั (คูลริบทขององคักร)

การทำให้ความเข้าใจอิจยัขององคักรให้ชัดเจน จะทำให้อือกแบบระบบงานได้อย่างเหมาะสม ตรงประเดัน และปัญหาสำคัญได้รับการแก้ไขเป็นอันดับตันๆ

การพิจารณาอิจยัขององคักร อาจมองได้จากมาตรฐานหรือจากกลุ่มเป้าหมายของมาตรฐาน

1. พิจารณาอิจยัจากมาตรฐาน

- อะไรคือมาตรฐานที่ยังปฏิบัติได้ไม่สมบูรณั (gap)
- การต่อเชื่อมระหวางขันตอนตรงไหนที่ขาดหายไป
- ปัญหาที่เป็นผลของเรื่องนี้คืออะไร

2. พิจารณาอิจยัจากกลุ่มเป้าหมายหรือการให้บริการ

- ปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรกลุ่มใดเป็นพิเศษหรือไม่ (who)
- ปัญหาเกิดขึ้นกับจุดบริการใดเป็นพิเศษหรือไม่ (where)
- ปัญหาเกิดขึ้นในช่วเวลาใดเป็นพิเศษหรือไม่ (when)

นอกจากนั้น อาจพิจารณาอิจยัจากทิศทางนโยบายขององคักรและ concern ของผู้ปฏิบัติงานร่วมด้วย

การพิจารณาอิจยัที่ชัดเจนจะนำมาสู่การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา/โอกาสพัฒนา

ขันตอนในเชิงปฏิบัติ อาจใช้หลัก คุยกันเล่น เห็นของจริง อิงข้อมูล/อิงวิจัย

1. คุยกันเล่น ในประเดันต่อไปนี่

- มาตรฐานนี้จะช่วยให้ระบบของเราดีขึ้นอย่างไร
- อะไรที่เราทำได้ดี อะไรที่ยังเป็นปัญหา
- จุดอ่อนนั้นอยู่ตรงไหน กับใคร เมื่อไร ที่ใด อย่างไร

2. เห็นของจริง ด้วยการตามรอยปฏิบัติหรือรับฟังประสบการณัของผู้รับบริการ

- ตามรอยการปฏิบัติ
- เราทำงานกันอย่างไร ไปเยี่ยมชมกันอย่างสนุกๆ
- เล่าให้ฟัง ทำให้ดู สิวว่าเราทำกันอย่างไร เราเข้าใจกันอย่างไร
- ความล่อแหลมหรือความเสี่ยงอยู่ตรงไหน เราป้องกันอย่างไร
- ถ้าเป็นอย่างนั้นจะทำอย่างไร เป็นอย่างนี้จะทำอย่างไร
- มีการทำจริงหรือไม่ ดูได้จากตรงไหน ถามได้จากใคร
- จะทำอย่างไรให้ทำได้ง่ายขึ้น
- รับฟังประสบการณัของผู้รับบริการ

3. อิงข้อมูล/อิงวิจัย

- ช่วยกันเป็นคนช่างสงสัย ตั้งประเด็นข้อสงสัยไว้มากๆ เรียกร้องข้อมูลเพื่อตอบข้อสงสัย
- ใช้ข้อมูลที่มีอยู่หรือเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจ โจทย์ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น
- หาความหมายจากข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำ

4. Purpose - ตั้งเป้า

เป้าหมายของระบบงาน

กำหนดเป้าหมายของระบบงานตามมาตรฐาน ตามระดับที่เหมาะสม (อาจจะเป็นช้อย่อยในมาตรฐาน หรือทั้งหมดของมาตรฐาน – นำมาจากขั้นตอนที่ 1 การถอดรหัสมาตรฐาน และอาจพิจารณา Performance Evaluation Framework ร่วมด้วย) เพื่อเป็นตัวชี้้นำการพัฒนาและการประเมินความสำเร็จ

ในการกำหนดเป้าหมายของระบบงานควรพิจารณาเป้าหมายของมาตรฐานควบคู่กับโจทย์ขององค์กร

เป้าหมายควรมีความชัดเจน โดยพิจารณาสิ่งต่อไปนี้ (1) ผลลัพธ์ที่ต้องการบรรลุ (2) แนวคิดหรือการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดขึ้น (3) เป้าหมายเชิงปริมาณ (ถ้าเป็นไปได้)

วิเคราะห์ปัจจัยขับเคลื่อน (Drivers)

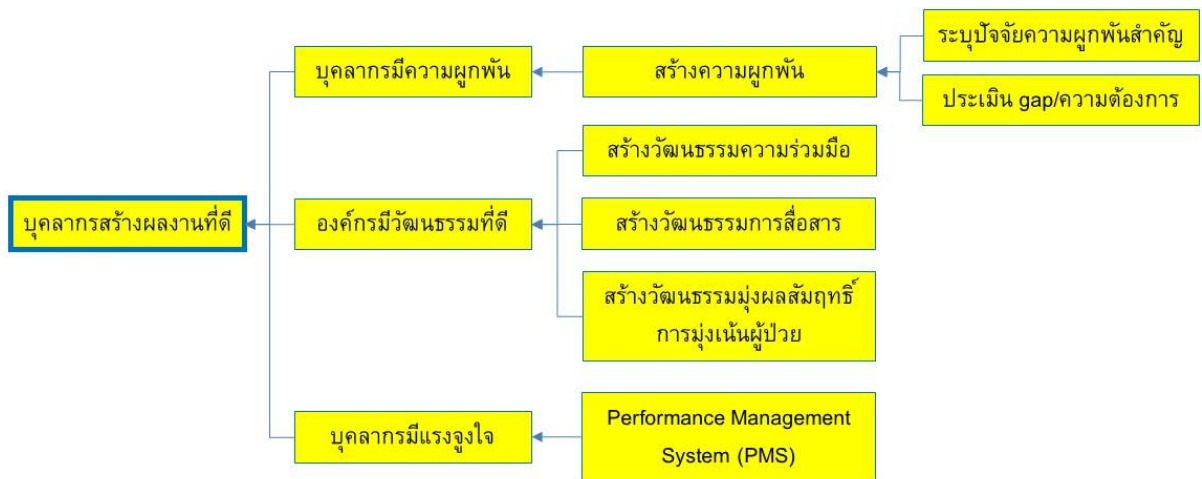
การวิเคราะห์ปัจจัยขับเคลื่อน โดยใช้ driver diagram จะช่วยให้เห็นความสัมพันธ์ของปัจจัยที่จะมีผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้เห็นภาพรวมของแนวทางการพัฒนาที่จะเกิดขึ้น ช่วยตรวจสอบความสมบูรณ์ของสิ่งที่จะทำ ช่วยกำหนดเป้าหมายและตัววัดความก้าวหน้าของการพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบ

วิธีการคือการใช้ template ในลักษณะ tree diagram

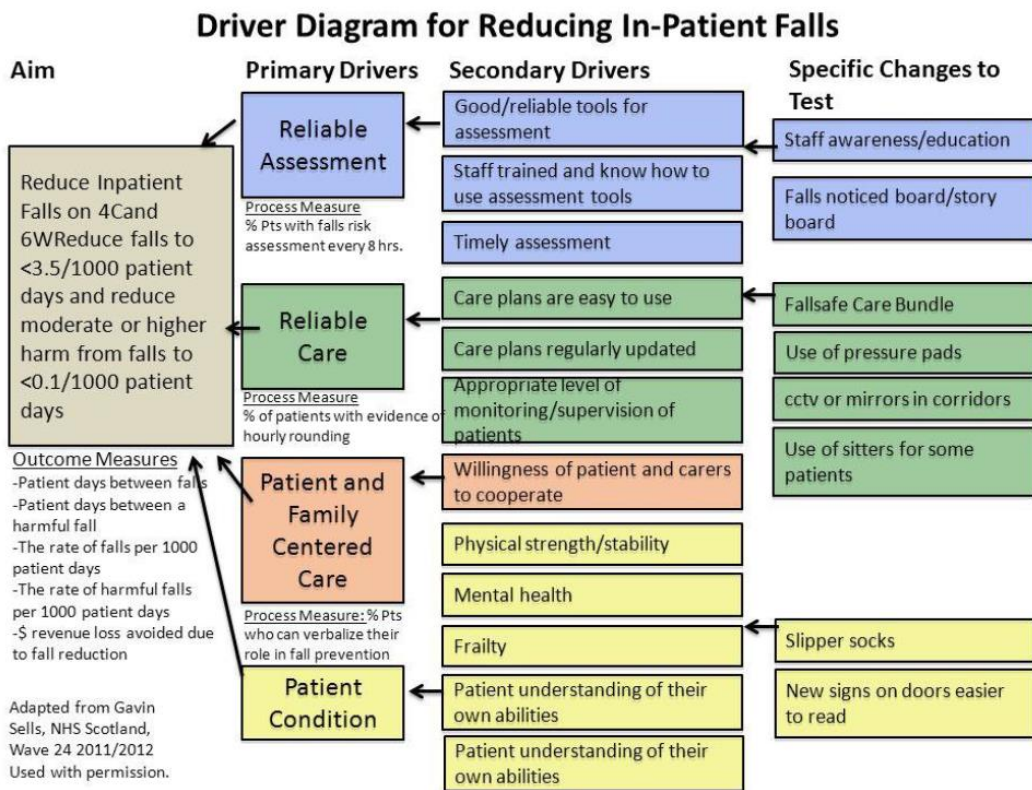
1. ระดมสมองว่าอะไรเป็นปัจจัยขับเคลื่อนหลัก (primary driver) เพื่อความสำเร็จตามเป้าหมาย
2. ระดมสมองว่าในแต่ละปัจจัยขับเคลื่อนหลัก อะไรเป็นปัจจัยขับเคลื่อนรองที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนยิ่งขึ้น (secondary driver)
3. ระดมสมองว่าในแต่ละ secondary driver จะมี **intervention** หรือแนวคิดการเปลี่ยนแปลงอะไร

กำหนดตัวชี้วัด

ใช้ driver diagram ให้เป็นประโยชน์ในการกำหนดตัวชี้วัด ซึ่งอาจจะทำให้เห็นโอกาสวัดความสำเร็จได้ในทุกระดับ ทั้งในระดับกระบวนการ (intervention & driver) และระดับผลลัพธ์ (purpose)



ภาพที่ 11 Driver Diagram เรื่องความผูกพันของบุคลากร



ภาพที่ 12 Driver Diagram หรือ Action Effect Diagram ที่แสดงตัววัดในแผนภูมิ

การจัดทำ Driver Diagram หรือ Action Effect Diagram จะช่วยให้เกิดความคิดอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับมาตรการต่างๆ ในการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมาย และตัวชี้วัดในแต่ละระดับไปพร้อมกัน

- ควรใช้ประโยชน์จากแผนภูมินี้ในการตรวจสอบความสมบูรณ์ด้วยการสอบถามทั้งสองทิศทาง คือ
- (1) การพิจารณาจากซ้ายไปขวาด้วยการถามว่าเพื่อบรรลุเป้าหมายทางซ้ายมือ จะต้องทำอะไรบ้าง (HOW)
 - (2) การพิจารณาจากขวาไปซ้ายด้วยการถามว่าทำไมต้องทำกิจกรรมนี้ (WHY)

5. Process Design - ออกแบบกระบวนการ

Process Flowchart



ภาพที่ 13 ตัวอย่าง Flowchart แสดงกระบวนการสำคัญ

นำ process flowchart ที่เขียนไว้ในขั้นตอนของการทำความเข้าใจมาตรฐานมาทบทวนและปรับปรุงให้สมบูรณ์ขึ้น

- 1) ระบุกระบวนการสำคัญ (key process)
- 2) คิดถึงลำดับขั้นตอนที่ต้องปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมาย
- 3) คิดให้ครอบคลุมไปถึงการเตรียมการข้อมูล และการเตรียมผู้คน
- 4) คิดถึงการมี feedback loop เพื่อสะท้อนข้อมูลกลับ

Process Requirement

จัดทำข้อกำหนดของกระบวนการ (process requirement) หรือสิ่งที่คาดหวังว่าจะได้รับจากกระบวนการในแต่ละขั้นตอน โดยสรุปเป็นคำสำคัญสั้นๆ

การระบุข้อกำหนดของกระบวนการที่ชัดเจน ทำให้มีหลักในการออกแบบกระบวนการทำงาน และใช้กำหนดตัววัดเพื่อให้มั่นใจว่างานส่งผลตามที่ควรจะเป็น

การวิเคราะห์ process requirement อาจทำได้โดยใช้ NEWS

- 1) **Need & experience** ความต้องการและประสบการณ์ของผู้รับผลงาน
- 2) **Evidence** หลักฐานวิชาการ กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง
- 3) **Waste & value** ความสูญเปล่าและคุณค่าในมุมมองของผู้รับผลงาน
- 4) **Safety** ความปลอดภัย หรือมองในมุมมองของความเสียด (โอกาสที่จะไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ)

Process	Risk	Process Requirement	Measures
กำหนดกลุ่มบุคลากร	แบ่งกลุ่มย่อยไป	เหมาะสม	
กำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน	ไม่ใช่ปัจจัยความผูกพันที่แท้จริง	ตรงประเด็นกับแต่ละกลุ่ม	
สร้างความผูกพัน	เป็นกิจกรรมที่ผิวเผิน	เฉพาะเจาะจง ได้ผล	ประสิทธิผลของกิจกรรม
ประเมินความผูกพัน	เครื่องมือไม่ไวพอ	ครอบคลุม สม่่าเสมอ ได้ข้อมูลที่ใช่ประโยชน์ได้	การนำผลประเมินไปปรับปรุง

Process Design

1. ทบทวนว่าปัญหา กลุ่มเป้าหมาย ขั้นตอน การต่อเชื่อมระหว่างขั้นตอน ที่เป็น priorities คืออะไร
2. ทบทวนความรู้ทั้งความรู้ในตำราและความรู้ในตัวคนว่ามีอะไรที่ยังไม่ได้นำมาใช้
3. พิจารณา driver diagram และ process requirement แล้วพิจารณาว่าจะใช้แนวคิดการออกแบบอะไร เช่น simplicity, visual management, human factor engineering, lean thinking, human-centered design
4. ถ้าจำเป็นควรมีการทดสอบมาตรการใหม่ที่จะนำมาใช้
5. เขียนคู่มือการปฏิบัติเพื่อทำให้มั่นใจในความคงเส้นคงวาของการปฏิบัติ
 - ระบุขั้นตอนการปฏิบัติ: ใคร ทำอะไร อย่างไร
 - ระบุเงื่อนไขการปฏิบัติ ว่าถ้ามีทางเลือกในการปฏิบัติ จะใช้เกณฑ์อะไรในการตัดสินใจ
 - ถ้ามีความเสี่ยงสำคัญ ให้พิจารณาว่าจะป้องกันอย่างไร
 - ระบุว่าในสถานการณ์ที่แตกต่างไปจากปกติหรือเกิดเหตุไม่คาดฝัน จะมีแนวทางใช้ดุลยพินิจอย่างไร

- ระบบการมี feedback loop ระหว่างขั้นตอนสำคัญเพื่อให้มั่นใจว่ามีการส่งต่อระหว่างขั้นตอนตามที่คาดหวังไว้

6. Process Deployment - นำกระบวนการไปปฏิบัติ

ทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติจริงตามที่ออกแบบไว้

1. สื่อสาร ฝึกอบรม ให้แก่ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง
2. มีระบบกำกับกรปฏิบัติ รวมทั้งการใช้ตัวชี้วัดเพื่อควบคุมกระบวนการ (in-process measures) ในจุดที่จำเป็น
3. AAR (after action review) ถิ่นบ่อยๆ เพื่อทำความเข้าใจ ค้นหาจุดอ่อนหรือข้อบกพร่อง และปรับปรุงในลักษณะ quick win หรือใช้ visual management เข้ามาช่วย
4. ถ้าเป็นเรื่องซับซ้อนหรือคาดว่าจะมีปัญหาในทางปฏิบัติมาก อาจทดลองนำร่องในบางหน่วยงาน แล้วสรุปบทเรียนเพื่อปรับปรุงสำหรับขยายผล เช่น จาก 1 ไป 3 แล้วปรับปรุงให้เหมาะสมอีกก่อนขยายผลต่อไป

7. Performance assessment and learning – ติดตาม (รับรู้และเรียนรู้ผลการดำเนินการ)

การรับรู้และเรียนรู้ผลการดำเนินการเป็นขั้นตอนสำคัญมาก ที่จะทำให้เกิดการธำรงผลการดำเนินการที่ดี และปรับปรุงหากผลการดำเนินการหากยังมีโอกาสพัฒนา

การรับรู้และเรียนรู้ผลการดำเนินการมีวิธีการที่หลากหลายซึ่งอาจพิจารณาใช้ร่วมกันดังนี้

1. Go & see เข้าไปดูในสถานที่จริง (หรือการตามรอย)

- เข้าไปเพื่อรับรู้ความสำเร็จและข้อติดขัดในการปฏิบัติ มิใช่เข้าไปตรวจสอบ
- ใช้การสังเกต สัมภาษณ์ ศึกษابันทึก/ข้อมูล ร่วมกัน
- ดูการเชื่อมต่อระหว่างขั้นตอนต่างๆ
- ศึกษาการเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหา/สถานการณ์ที่ไม่คาดฝัน

2. KPI monitoring ติดตามตัวชี้วัด

- พิจารณาติดตามตัวชี้วัด โดยใช้แนวคิดวัดเพื่อการพัฒนา
- ติดตามทั้งตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์
- ใช้การสุ่มตัวอย่างเพื่อลดภาระการเก็บข้อมูล
- ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการอาจพิจารณาเก็บในช่วงเวลาหนึ่งจนมั่นใจว่าควบคุมกระบวนการได้ ก็อาจเก็บข้อมูลให้ห่างขึ้น
- วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วย control chart ถ้าเป็นไปได้
- ค้นหาหน่วยงานที่เป็น best practice และวางแผนขยายผล

3. Feedback รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้เกี่ยวข้อง

- รับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วย ด้วยการสัมภาษณ์ ใช้แบบสอบถาม ติดตามเสมือนเงา หรือ patient journey map
- รับฟังประสบการณ์ของคนทำงาน เช่น ใช้การสนทนากลุ่มกับทีมงานและผู้รับผลงานภายใน วิเคราะห์ใคร่ครวญว่าอะไรดี อะไรยังไม่ดี เป็นเพราะอะไร

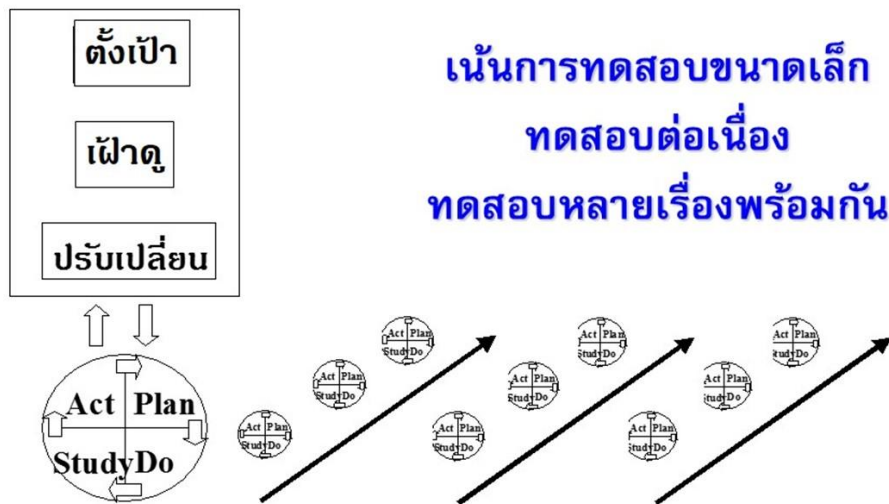
4. Rapid assessment ประเมินผลอย่างฉับไวเพื่อใช้พัฒนา

- เป้าหมายคือประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา มุ่งได้ข้อมูลที่เอาไปใช้ประโยชน์ได้ในเวลาอันสั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ไม่มีตัววัดที่ใช้ติดตามอยู่
- ตั้งเป้าหมายให้ชัดเจนว่าต้องการประเมินในประเด็นอะไร จะเอาไปใช้ประโยชน์อะไร
- สุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดเท่าที่จะได้ข้อมูลที่ต้องการ
- ในด้านโอกาสพัฒนา ถ้าถามแล้วไม่ได้ข้อมูลที่แตกต่างไปจากที่มีอยู่ก็หยุดได้
- ในด้านผลลัพธ์ที่ดี อาจจะต้องการข้อมูลมากกว่าเพื่อยืนยัน

- ใช้คำถามน้อยข้อ ตรงประเด็น ใช้หลัก empathize ผสมผสานทั้งเชิงปรนัยและอันทัย เชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

8. Performance Improvement - การปรับปรุงเพื่อให้ผลการดำเนินการดีขึ้น

1. ใช้แนวคิดและเครื่องมือเช่นเดียวกับในขั้นตอน process design
2. ใช้โมเดลการพัฒนา ตั้งแต่เป้า-เฝ้าดู-ปรับเปลี่ยนด้วยวงล้อ PDSA วงเล็กๆ หลายวงคู่ขนาน



ภาพที่ 14 IHI Improvement Model

3. พิจารณา change concept และความคิดสร้างสรรค์ต่างๆ อาจลองใช้ตัวอย่างแนวคิดการเปลี่ยนแปลงต่อไปนี้กระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ของทีมตามความเหมาะสม

- SCAMPER

- Substitute การแทนที่ หรือหาสิ่งใหม่ๆ หรือวิธีการใหม่มาทดแทน
- Combine การผนวกรวมขั้นตอนเข้าด้วยกัน
- Adapt การปรับวิธีการใช้งานให้แตกต่างออกไป
- Modify or magnify การปรับเปลี่ยนผลิตภัณฑ์หรือการขยายให้ใหญ่ขึ้น
- Put to some other use การนำไปใช้งานอื่น
- Eliminate การลดหรือขจัดส่วนที่ไม่จำเป็นออกไป
- Reverse or rearrange การจัดเรียงลำดับกระบวนการใหม่

- Change concepts¹

- Eliminate waste ขจัดความสูญเปล่า เช่น ลดการบันทึกซ้ำซ้อน ลดตัวกลาง ใช้การสุมตัวอย่างนำกลับมาใช้ใหม่
- Improve work flow ปรับปรุงการไหลของงาน เช่น ลดคอขวด ทำงานคู่ขนาน ใช้หน่วยประมวลผลจำนวนมาก ปรับคนให้เหมาะกับงานในช่วงเวลาสูงสุด

¹ <http://www.calquality.org/storage/documents/16%20-%20change%20concepts.pdf>

- Optimize inventory ปรับระดับคงคลังให้เหมาะสม
- Change the work environment เปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น การเข้าถึงข้อมูล การวัดที่เหมาะสม การฝึกอบรม การสร้างความร่วมมือ
- Provider/customer relationship ปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ เช่น รับฟังเสียงผู้รับบริการ มุ่งเน้นผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการ ทำงานร่วมกับผู้ส่งมอบ
- Manage time ปรับปรุงการบริหารเวลา เช่น ลดระยะเวลาการรอคอย ลดเวลาเตรียมจัดบริการ
- Focus on variation การจัดการกับความแปรปรวน เช่น สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน ปรับปรุงการคาดการณ์ เรียนรู้ความแปรปรวน จัดแบ่งผลิตภัณฑ์เป็นระดับชั้น
- Design to avoid mistake ออกแบบเพื่อป้องกันความผิดพลาด เช่น ใช้ reminder
- Focus on the product or service มุ่งเน้นที่ผลิตภัณฑ์หรือบริการ เช่น จัดบริการในทุกที่ ทุกเวลา เปลี่ยนลำดับของขั้นตอน จัดการกับความไม่แน่นอน

9. Spread – การขยายผล

เมื่อมีการนำมาตรฐาน ไปปฏิบัติในบางส่วนขององค์กร ได้แล้ว ผู้นำควรพิจารณาที่จะขยายผลการปฏิบัติดังกล่าวไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเร็วที่สุด โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้

1. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง

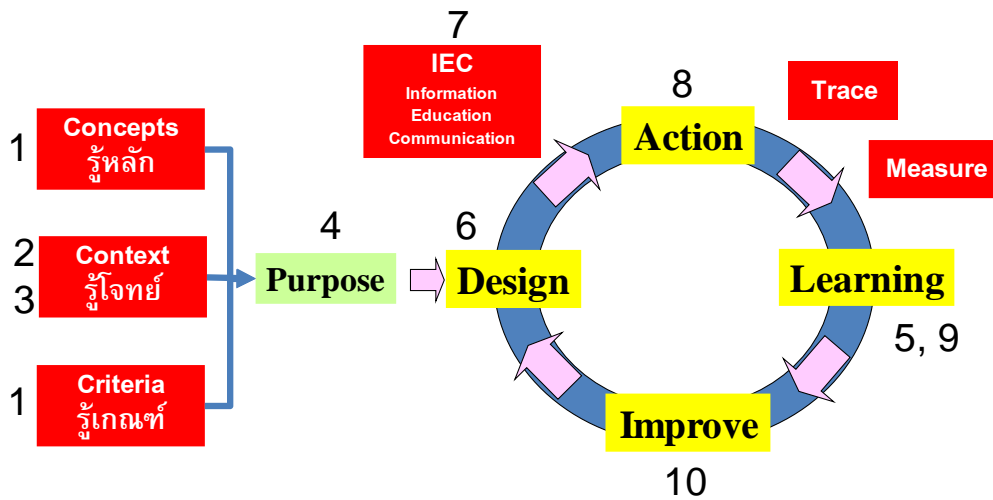
ผู้นำควรพิจารณาว่าเรื่องนี้เป็นประเด็นที่สำคัญขององค์กรเพียงใด จะมอบหมายให้ผู้บริหารระดับสูงท่านใดรับผิดชอบในการขยายผล ใครจะบุคคลหรือทีมงานที่จะดำเนินการขยายผล เป้าหมายหรือแรงจูงใจขององค์กรที่จะทำให้เกิดการขยายผลคืออะไร

2. การเตรียมการขยายผล

ประเด็นที่ควรพิจารณาได้แก่ กลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่ที่จะขยายผล หน่วยนำร่องที่ประสบความสำเร็จ กลยุทธ์ที่จะขยายผล (ขยายบางองค์ประกอบไปทุกหน่วย หรือทุกองค์ประกอบไปบางหน่วย) แผนสื่อสารสองทางระหว่างหน่วยที่รับขยายผลกับหน่วยนำร่อง แนวทางการให้รางวัลและคำชื่นชมในการเข้าร่วมและสร้างความก้าวหน้า และการสนับสนุนทรัพยากร

3. การสื่อสาร การเรียนรู้ และระบบสังคม

ประเด็นที่ควรพิจารณาได้แก่ ผู้ที่จะให้คำอธิบายระบบใหม่กับกลุ่มเป้าหมาย การใช้ชุมชนนักปฏิบัติในการขยายผล สิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานกังวล การทำให้เห็นเห็นภาพใหญ่และนำเทคโนโลยีมาช่วยในการทำงาน การเรียนรู้จากทีมนำร่อง การส่งเสริมให้ทีมนำร่องเรียนรู้จากทีมใหม่ การมีส่วนร่วมของผู้นำ การฝังให้เป็นมาตรฐานและวัฒนธรรมในการทำงาน



ภาพที่ 15 ตัวอย่างขั้นตอนการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ

จากแนวคิด 3C-PDSA ที่กล่าวมา ในทางปฏิบัติ สามารถเรียงลำดับขั้นตอนได้หลายรูปแบบ ดังตัวอย่างในภาพที่ 15 มีข้อที่น่าสนใจดังนี้

1. รวบรวม**รู้เกณฑ์กับรู้หลัก** มาทำความเข้าใจไปพร้อมกัน ว่าอะไรคือเป้าหมายและคุณค่าของมาตรฐาน ใครได้ ใครทำ ต้องทำอะไร ใช้ค่านิยมหลักอะไร
2. ซอຍการ**รู้โจทย์**ออกเป็นสองลักษณะ คือ
 - (ก) รับสถานการณ์จากของจริง (ตามรอย) และจากคำพูดของผู้ป่วย (ตามเงา สัมภาษณ์เชิงลึก)
 - (ข) วิเคราะห์ เก็บข้อมูล ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ หาความหมายจากข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำ
3. เมื่อ**ตั้งเป้า** (วาดภาพให้ชัดว่าอยากเห็นอะไร เปลี่ยน concept เป็นตัววัด) แล้ว **เฝ้าดู** หา baseline ของตัววัดที่กำหนด แล้วติดตามต่อเนื่อง
4. ออกแบบ ใช้แนวคิด human-centered design, human factor engineering ร่วมกับการจัดทำคู่มืออย่างง่าย มีมาตรฐานคู่กับความยืดหยุ่น
5. **สื่อสาร** ใช้การสื่อสารทุกรูปแบบเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติรู้ในสิ่งที่ต้องรู้ ณ จุดปฏิบัติ
6. **ปฏิบัติ** สนับสนุนและทำให้มั่นใจว่าการปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบ กระตุ้นให้เกิดต่อมเอ๊ะในผู้ปฏิบัติงาน
7. **ติดตาม/เรียนรู้** มีผู้รับผิดชอบ เก็บข้อมูล ตามรอย เฝ้าระวัง ประมวลผล สร้างการเรียนรู้ด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย

8. ปรับปรุง ตามโอกาสที่พบ เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลงานที่ดีขึ้น

III การจัดทำรายงานการประเมินตนเอง

Hospital Profile

ลักษณะของ Hospital Profile: เป็นเอกสารสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กรอย่างกระชับ สิ่งสำคัญที่มีผลต่อวิธีทำงานขององค์กร และสภาพแวดล้อมขององค์กร

Hospital Profile ทำให้เห็นอะไร: ทำให้เข้าใจบริบทหรือลักษณะที่เฉพาะเจาะจงขององค์กร เห็นความสัมพันธ์ของข้อมูลต่างๆ

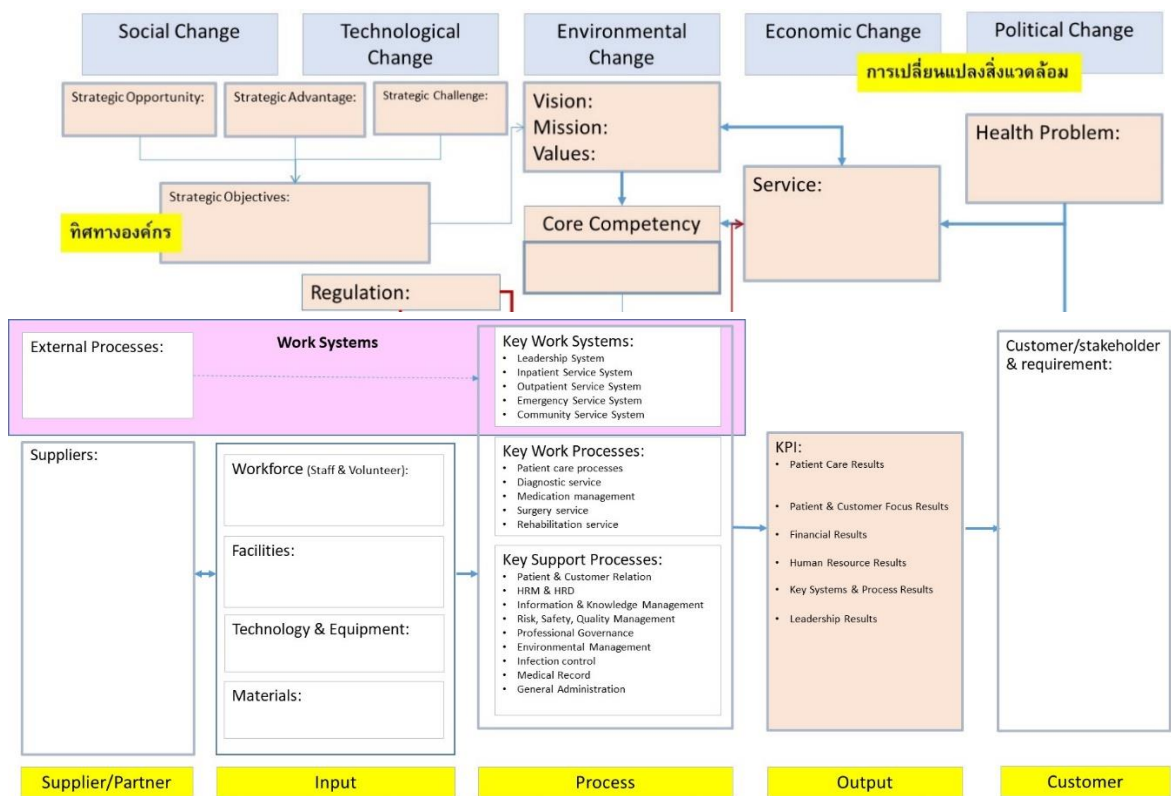
Hospital Profile นำไปใช้ในการบริหารอย่างไร: (1) เป็นตัวเชื่อมโยงให้เกิดการบริหารองค์กรและการปฏิบัติงานในลักษณะที่องค์กรเป็นหนึ่งเดียวกัน (2) ใช้เป็นฐานพิจารณาการกระทำทุกเรื่องขององค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการกำหนดทิศทางหรือการตัดสินใจที่สำคัญ

Hospital Profile นำไปใช้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพอย่างไร: (1) เป็นจุดเริ่มต้นของการประเมินตนเอง ทำให้ทุกคนในองค์กรมองเห็นองค์กรเป็นภาพเดียวกัน และเห็นโอกาสพัฒนาจากข้อมูลดังกล่าว (2) เป็นประโยชน์ในการเขียนรายงานการประเมินตนเองที่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง (3) เป็นประโยชน์สำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจในการทำความเข้าใจบริบทของโรงพยาบาล

การใช้ประโยชน์จาก Hospital Profile ควรดำเนินการดังนี้ (1) สรุปข้อมูลสำคัญในแผนภูมิ 1-2 หน้า (2) พิจารณาความสัมพันธ์ของข้อมูลต่างๆ และปรับให้เกิดความสอดคล้องสัมพันธ์กัน (3) นำไปสื่อสารกับผู้ปฏิบัติงานทุกหน่วยงาน ทุกระดับ ว่าแต่ละคนจะใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าวอย่างไร จะมีบทบาทอย่างไรต่อประเด็นสำคัญขององค์กร (4) นำมาพิจารณาประกอบการจัดทำรายงานการปฏิบัติตามมาตรฐานหมวดต่างๆ ในส่วนที่ระบุให้เขียนบริบท

สรุปข้อมูลสำคัญในแผนภูมิ

การใช้แผนภูมิทำให้เห็นความสำคัญของข้อมูลและเห็นความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ได้ง่ายขึ้น สรพ. ได้จัดทำตัวอย่างแผนภูมิเพื่อสรุปข้อมูลสำคัญใน Hospital Profile ไว้ ซึ่งอาจพิจารณาได้เป็นสองส่วนที่มีความสัมพันธ์กัน



ภาพที่ 16 One Page Summary of Hospital Profile

ส่วนแรกคือการพิจารณาสิ่งแวดล้อมภายนอกที่มีผลกระทบต่อองค์กร และการกำหนดทิศทางขององค์กร (วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ยุทธศาสตร์ สมรรถนะหลัก)

ส่วนที่สองคือการพิจารณาสายธารแห่งคุณค่าจากปัจจัยนำเข้าสู่กระบวนการ ผลลัพธ์ หรือคุณค่าที่จะส่งมอบและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (เป็น high level SIPOC ขององค์กร)

พยายามสรุปเฉพาะ key word ที่สำคัญ ไม่ต้องใส่รายละเอียดทั้งหมดลงไป

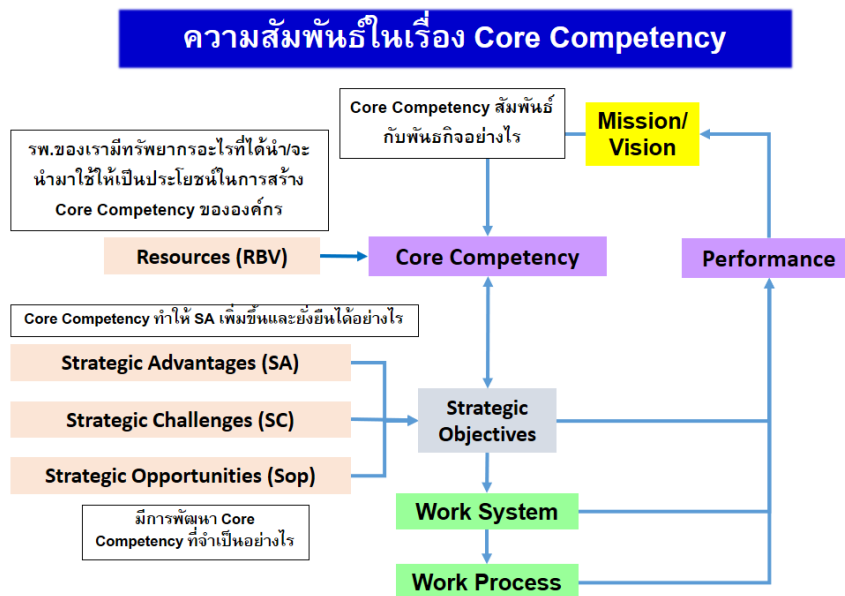
นอกจากนั้น สรพ.ยังได้พัฒนาแบบบันทึกข้อมูลง่ายๆ ใน Excel ที่สามารถแสดงความเชื่อมโยงให้เห็นได้ทันที ทำให้ง่ายในการพิจารณาความสัมพันธ์ของข้อมูล

1. ตรวจสอบความสัมพันธ์ในเรื่องทิศทางองค์กร



ภาพที่ 17 ความสัมพันธ์เรื่องทิศทางองค์กร

2. ตรวจสอบความสัมพันธ์ในเรื่องสมรรถนะหลักขององค์กร



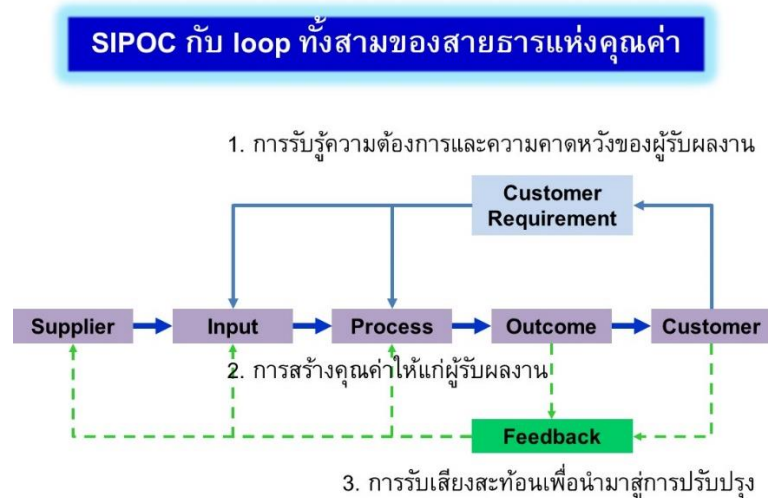
ภาพที่ 18 ความสัมพันธ์สมรรถนะหลักขององค์กร

3. ตรวจสอบความสัมพันธ์ในเรื่องระบบงานกับเป้าหมาย และการใช้โอกาสเชิงกลยุทธ์เพื่อสร้างนวัตกรรม



ภาพที่ 19 ความสัมพันธ์เรื่องระบบงานกับเป้าหมาย และการใช้โอกาสเชิงกลยุทธ์

4. พิจารณาสายธารแห่งคุณค่าว่ามีครบทั้ง 3 loop หรือไม่ ส่งผลให้เกิดคุณค่าได้จริงหรือไม่



ภาพที่ 20 สายธารแห่งคุณค่า

การสื่อสารกับผู้ปฏิบัติงาน

เป็นหน้าที่ของหัวหน้าหน่วยงานทุกหน่วย ที่จะต้องทำความเข้าใจกับข้อมูลสำคัญขององค์กร ดีใจที่ย้ำให้ แต่กว่าหน่วยงานของเราจะมีบทบาทอย่างไรในแต่ละประเด็น แล้วจัดเวลาที่พูดคุยเพื่อทำความเข้าใจ ระดมสมอง ทบทวนผลงานที่ผ่านมา ตามตัวอย่างคำถามต่อไปนี้

- เป้าหมายของหน่วยงานของเราช่วยให้องค์กรบรรลุพันธกิจได้อย่างไร
- หน่วยงานของเรามีบทบาทอย่างไรต่อการบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร
- อะไรคือ DO & DON'T ในหน่วยงานของเรา เพื่อเป็นการแสดงถึงการปฏิบัติตามค่านิยมและแนวคิดหลักขององค์กรและของ HA
- หน่วยงานของเรามีบทบาทในยุทธศาสตร์ขององค์กรข้อใดบ้าง ตัวชี้วัดของหน่วยงานสอดคล้องกับตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์ตัวใด เรามีส่วนในการทำให้องค์กรบรรลุยุทธศาสตร์หรือเกินกว่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์อย่างไร
- หน่วยงานของเรามีบทบาทอย่างไรในการสร้างความเข้มแข็งให้กับสมรรถนะหลักขององค์กร
- หน่วยงานของเราตอบสนองต่อความท้าทายเชิงกลยุทธ์ขององค์กรข้อใดบ้าง เราทำอย่างไรเพื่อเอาชนะความท้าทายเหล่านั้น
- ผู้รับผลงานของเราคือใคร อะไรคือคุณค่าที่ผู้รับผลงานคาดหวัง เราสร้างคุณค่านั้นได้เต็มที่แล้วหรือไม่ เรามีและใช้ประโยชน์จาก feedback loop แล้วหรือยัง เราควรปรับปรุงในขั้นตอนใดของสายธารแห่งคุณค่า

การนำข้อมูลสำคัญใน Hospital Profile มาพิจารณาเป็นโจทย์ในการปฏิบัติตามมาตรฐาน

มาตรฐานแต่ละหมวดจะมีประเด็นสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาเพื่อให้การออกแบบระบบนั้นสอดคล้องกับบริบทขององค์กร ประเด็นเหล่านี้อาจจะเป็นคำสำคัญที่อยู่ในมาตรฐานแต่ละหมวด หรืออาจจะเป็นสิ่งที่ทีมงานพิจารณาว่ามีความสำคัญต่อการดำเนินงาน ดังตัวอย่าง

- ข้อมูลสำคัญที่ต้องพิจารณาในเรื่องการนำองค์กรคือ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระบบกำกับดูแลองค์กร
- ข้อมูลสำคัญที่ต้องพิจารณาในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คือ การติดเชื้อสำคัญที่มีโอกาสเกิดขึ้น ลักษณะของผู้ป่วยและเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ พื้นที่ให้บริการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

เอกสารการประเมินตนเองการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA (ตอนที่ I-III)



ภาพที่ 21 การใช้ประโยชน์จากการประเมินตนเอง

เป้าหมายสำคัญของการจัดทำเอกสารการประเมินตนเองคือ (1) เพื่อหาโอกาสพัฒนา (2) เพื่อติดตามความก้าวหน้า/ระดับการพัฒนา ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการพัฒนา (3) เพื่อการเรียนรู้ ทบทวน ใคร่ครวญการทำงานและการพัฒนาที่ผ่านมา สรุปบทเรียนทั้งด้านความสำเร็จและความสมบูรณ์ของการพัฒนา สร้างการเรียนรู้กับหน่วยงานอื่นและกับผู้บริหาร (4) เป็นฐานข้อมูลสำหรับการต่อยอดและขยายผล (5) เพื่อประกอบการประเมินจากภายนอก สื่อสารและสร้างการเรียนรู้กับผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งทั้งหมดนี้จะนำมาสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การมุ่งหวังทำเอกสารการประเมินตนเองเพียงเพื่อส่งให้ สรพ.หรือผู้เยี่ยมชมสำรวจ นับว่าเป็นสิ่งที่ไม่คุ้มค่าอย่างยิ่ง โรงพยาบาลจึงต้องวางแผนที่จะใช้ประโยชน์จากการประเมินตนเองให้เต็มที่ตั้งแต่เริ่มต้นนำมาตรฐานมาสู่การปฏิบัติ

แบบฟอร์มของรายงานการประเมินตนเองตามมาตรฐานหรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า (SAR: self-assessment report) จะจัดแบ่งออกเป็นรายหมวดตามมาตรฐานทั้ง 4 ตอน สำหรับรายงานตอนที่ I-III ซึ่งเป็นมาตรฐานเชิงกระบวนการนั้นจะมี 5 ข้อย่อยคือ (i) ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในหมวดนั้น ซึ่งจะสอดคล้องกับมาตรฐานตอนที่ IV (ii) บริบทขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานหมวดนั้น (iii) กระบวนการที่ปฏิบัติ (iv) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ (v) แผนการพัฒนาใน 1-2 ปีข้างหน้า

การที่นำข้อมูลตัวชี้วัดซึ่งควรรายงานในตอนที่ IV มาแจกแจงไว้ในมาตรฐานเชิงกระบวนการจะทำให้เห็นความสัมพันธ์ของกระบวนการและผลลัพธ์ได้ดีขึ้น (อาจจะมีความซ้ำซ้อนอยู่บ้างในการจัดทำรายงาน)

ตัวชี้วัด

ในส่วนนี้คือการสรุป 2P ได้แก่ purpose & performance ซึ่งในแบบฟอร์มได้ให้แนวทางในการระบุประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน ซึ่งอิงกับเป้าหมายของเรื่องนั้นๆ ไว้บ้าง โดยเฉพาะในหมวดที่มีข้อกำหนดที่ต้องรายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐานตอนที่ IV ทาง รพ.สามารถกำหนดเป้าหมายและประเด็นผลลัพธ์ที่จะรายงานเพิ่มเติมได้ตามความเหมาะสม

เมื่อระบุเป้าหมายใดไว้ให้พิจารณาว่าจะใช้ตัวชี้วัดอะไรเพื่อติดตามการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยควรพิจารณาตัวชี้วัดที่มีความสำคัญต่อองค์กร หรือเป็นตัวชี้วัดในภาพรวมขององค์กร หรือเป็นตัวชี้วัดที่เป็นตัวแทนขององค์กรได้

ในแบบฟอร์ม SAR 2018 นี้ได้ตัดตัวอย่างตัวชี้วัดทั้งหมดออกไป เพื่อมิให้เข้าใจผิดว่าเป็นตัวชี้วัดที่ต้องรายงาน ผู้สนใจสามารถค้นหาตัวอย่างตัวชี้วัดจากแหล่งความรู้ต่างๆ ได้

โรงพยาบาลควรรายงานตัวชี้วัดในช่วงเวลามากที่สุดเท่าที่ รพ.เก็บข้อมูลไว้ นอกจากนำเสนอในตารางแล้ว ควรเลือกตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงอันเป็นผลจากการพัฒนามาทำเป็นกราฟเส้นแสดงระดับการเปลี่ยนแปลงพร้อมทั้ง annotation ประกอบว่าได้พัฒนาอะไรในช่วงเวลาใด โดยนำเสนอข้อมูลนี้ในส่วนกระบวนการ

บริบท

คือการระบุข้อมูลที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อวิธีการทำงานในมาตรฐานหมวดนี้ บริบทอาจจะเป็น (1) ปัญหา ความท้าทาย (2) ทรัพยากรที่มีอยู่ (ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องความพร้อมหรือความขาดแคลน) (3) ปัจจัยหรือสภาพแวดล้อมหรือการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ที่มีผลต่อวิธีการทำงาน

บริบทที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มเป็นเพียงจุดเริ่มต้น ทีมงานสามารถระบุบริบทเพิ่มเติมได้ตามที่เห็นสมควร

กระบวนการ

สิ่งที่คาดหวังในส่วนนี้คือการตอบว่าทีมงานได้นำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติอย่างไร โดยตอบในลักษณะของ 3P คือต้องการตอบโจทย์หรือเป้าหมายอย่างไร ทีมงานมีวิธีการทำงานหรือมีการพัฒนาอย่างไร ผลลัพธ์ที่รักษาไว้ได้หรือทำให้ดีขึ้นคืออะไร ในส่วนของผลลัพธ์นี้อาจจะอ้างอิงไปถึงตัวชี้วัดที่ระบุไว้ในตารางส่วนต้นหรืออาจจะเป็นผลลัพธ์อื่นๆ ที่มีได้เป็นตัวชี้วัดที่รายงานไว้ก็ได้ การระบุผลลัพธ์ควรให้ความชัดเจนน่าเชื่อถือมากกว่ากล่าวลอยๆ หากทีมมีการทำ rapid assessment ควรสรุปผลการประเมินอย่างสั้นๆ และหากสามารถแสดงการหมุน PDSA ต่อเนื่องด้วยยิ่งดี

แบบฟอร์มได้ระบุหัวข้อย่อยของมาตรฐานไว้เพื่อความสะดวกในการอ้างอิง และรูปแบบการตอบคือการตอบเป็น bullet จึงควรเขียนสรุปอย่างกระชับและแยกเป็น bullet ตามประเด็นสำคัญต่างๆ

ตัวอย่างรูปแบบการเขียนโดยสรุปตามหลัก 3P

- **Good practice:** เพื่อบรรลุเป้าหมาย.... รพ. ได้ปฏิบัติตามระบบงานที่มีมาตรการต่อไปนี้ (1)... (2)... (3)... ทำให้รักษาผลลัพธ์อยู่ที่.....
- **Improvement:** เพื่อปรับปรุงกระบวนการ.... โดยมีเป้าหมาย.... ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุง (1)... (2)... (3)... ทำให้เกิดผลลัพธ์หรือการเปลี่ยนแปลงคือ.....
- **Effort:** เพื่อแก้ปัญหา..... ทีมงานได้ใช้แนวคิด..... โดยดำเนินการต่อไปนี้..... (ระบุความถี่ ความครอบคลุม เนื้อหาด้วยถ้าเป็นไปได้) ทำให้เกิดบทเรียน.....
- นำเสนอด้วยกราฟเส้นแสดงผลลัพธ์ประกอบด้วย annotation

ในกรณีที่ไม่วางแสดงผลลัพธ์ได้ชัดเจน อาจนำเสนอข้อมูลที่แสดงว่ามีการปฏิบัติจริงในเรื่องนั้น ได้แก่ (1) ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น ความถี่ ความครอบคลุมของกิจกรรม (2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น เนื้อหาในกิจกรรมต่างๆ (3) กิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้เห็นความมุ่งมั่นในการปฏิบัติ เช่น การฝึกอบรม, การ monitor, การปรับปรุงต่อเนื่อง

ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและน่าภาคภูมิใจ

ในส่วนนี้เป็นการเปิดโอกาสให้ทีมงานได้ทบทวนและสรุปกันว่ามีกระบวนการใดที่สามารถเป็นบทเรียนให้ผู้อื่นได้เรียนรู้ หรือเป็นการใช้วิธีคิดใหม่ๆ ที่ทีมงานจะนำไปใช้ประโยชน์กับเรื่องอื่นได้

ในหัวข้อนี้อาจจะมีจำนวนเท่าไรก็ได้ หรือไม่มีก็ได้

คะแนนและแผนการพัฒนาต่อเนื่อง

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
1. การชี้แจงองค์กรโดยผู้นำระดับสูง			
2. การสื่อสาร สร้างความผูกพัน โดยผู้นำ			
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา			

ในแต่ละหมวดจะมีหัวข้อสำหรับการประเมินคะแนนตาม scoring guideline ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา

Score ให้ระบุคะแนนการประเมินตนเองตั้งแต่ 1-5 ซึ่งอาจจะมีคะแนนในระดับ .5 ด้วยก็ได้

DALI Gap เป็นตัวช่วยสำหรับการวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาอีกมุมมองหนึ่งว่า รพ. มีจุดอ่อนในขั้นตอนใดในมาตรฐานเรื่องนั้น ถ้าเห็นว่าไม่มี gap ให้ระบุเฉพาะอักษรย่อที่เห็นว่าเป็น gap ซึ่งอาจจะมีมากกว่า

หนึ่งตัวก็ได้ (D=Design การออกแบบระบบงาน, A=Action การนำระบบที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ, L=Learning การประเมินและเรียนรู้, I=Improve การพัฒนาหรือปรับปรุงระบบงานให้ดีขึ้น)
ประเด็นที่จะพัฒนา เป็นการระบุประเด็นสำคัญที่พบจากการวิเคราะห์และทบทวนต่อไปนี้

- การปฏิบัติตามมาตรฐาน
 - Gap ที่พบจากการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ไม่สมบูรณ์
 - Gap ที่พบจากการวิเคราะห์ DALI
 - การยกระดับ maturity ของการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ประเมิน โดยอาศัย scoring guideline
 - ผลการประเมินด้วยเครื่องมือและวิธีการอื่นๆ
- บริบทขององค์กร
 - โจทย์ขององค์กร (ความท้าทาย ความเสี่ยง ปัญหา)
 - กลยุทธ์/เป้าหมายที่องค์กรกำหนด

รายงานผลการดำเนินการ (ตามมาตรฐานตอนที่ IV)

ผลการดำเนินการจะถูกรายงานควบคู่กับกระบวนการในรายงานการประเมินตนเองตอนที่ I-III ไปแล้ว

รายงานผลการดำเนินการในส่วนนี้จะเน้นผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและกระบวนการหรือระบบงานสำคัญที่จะเป็นจุดเริ่มต้นในการประเมินคะแนน ดังต่อไปนี้

Result Ref	Process Ref	ผลลัพธ์ที่กำหนดให้รายงานใน SAR ตอนที่ IV
IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ		
(1) ตัววัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย		
IV-1(1)	III	ผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอนรพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา
IV-1(1)	III-1	ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ
IV-1(1)	III-5, 6	ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล
IV-1(1)	III-2, 3, 4	ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ
IV-1(1)	III-2, 3, 4	ผลด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย
IV-1(1)	III-4.3	ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S)
IV-1(1)	II-4	ผลด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I)
IV-1(1)	II-6, II-7.4	ผลของระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)
IV-1(1)	III	ผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P)
IV-1(1)	III, II-7.2	ผลด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัววัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L)
IV-1(1)	III	ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)
(2) ตัววัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ		
IV-1(2)	III	ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ
IV-1(2)	II-8, 9	ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค/ภัยสุขภาพ ในชุมชน
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติกนเป็นศูนย์กลาง)		
IV (2)	I-3	ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
ผลด้านการบริหารและการจัดการกระบวนการ		
IV-3	I-5	ผลด้านกำลังคน
IV-4	I-1, 2	ผลด้านการนำ
IV-5 (1) (2)	II, I-6.2	ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ (IM, BCM, supply chain, RM, ENV)
IV-6	I-2	ผลด้านการเงิน

รูปแบบการรายงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)						

รูปแบบการรายงานประกอบด้วยสองส่วนคือ

- 1) ตารางแสดงผลลัพธ์ย้อนหลังมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ โดยระบุเป้าหมายค่าปัจจุบันซึ่งควรเป็นเป้าหมายที่ท้าทาย
- 2) กราฟแสดงผลลัพธ์อาจใช้ในรูปแบบของ run chart หรือ control chart พร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟถึงสาเหตุที่มีการเปลี่ยนแปลงค่าผลลัพธ์ (นำเสนอในกรณีที่จะมีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น ไม่จำเป็นต้องนำค่าตัวชี้วัดทุกตัวมานำเสนอเป็นกราฟ)

Scoring Guideline

เกณฑ์การให้คะแนนในส่วนผลลัพธ์มีดังนี้

คะแนน	เกณฑ์
1	มีการนำเสนอตัวชี้วัด
2	มีการวัดที่ตรงประเด็น ครอบคลุมประเด็นสำคัญเป็นส่วนใหญ่
3	มีการวัดที่ตรงประเด็น และครอบคลุมประเด็นสำคัญเป็นส่วนใหญ่ โดยมีการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดเพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง
4	ตัววัดสำคัญส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดีกว่าค่าเฉลี่ย หรือมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
5	ตัววัดสำคัญอยู่ในระดับ top quartile

รายงานการประเมินตนเองทางคลินิกของ Clinical Lead Team / Patient Care Team

พันธกิจ/ความมุ่งหมาย:

ขอบเขตบริการ:

ผู้รับบริการสำคัญและความต้องการ:

จุดเน้นของการพัฒนา:

กลุ่มโรคสำคัญ (Key Clinical Population)

โรค	เกณฑ์				
	High risk	High cost/ Long LOS	High volume	New evidence/ technology	Complex Care

หมายเหตุ:

- เป็นการบอกภาพรวมว่ากลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญของ CLT/PCT มีอะไรบ้าง เพื่อเป็นฐานสำหรับพิจารณาต่อว่าจะทบทวน/สรุปผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มใดบ้าง ในประเด็นใดบ้าง
- ระบุโรคสำคัญให้มากที่สุด ให้คะแนนน้ำหนักความสำคัญของแต่ละโรคตามเกณฑ์ต่างๆ โดยให้น้ำหนักคะแนน 1-5
- ความสำคัญอาจจะมาจากเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อรวมกันก็ได้

ตัวชี้วัดของกลุ่มโรคสำคัญจำแนกตามมิติคุณภาพ

โรค	Access	Continuity	Appropriate	Effective	Efficient	Safe	People-centered	Health Promotion

หมายเหตุ:

- นำโรคที่วิเคราะห์ไว้ในตารางแรกมาระบุตัวชี้วัดตามมิติต่างๆ (ไม่จำเป็นต้องครบทุกมิติ)
- ผลลัพธ์ของตัวชี้วัดที่ระบุจะมีรายละเอียดในข้อมูลรายโรค และนำไปสรุปรวมในรายงานประเมินตนเองตอนที่ IV

ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน

ความเสี่ยง	มาตรการป้องกัน	โรค/กระบวนการ

ผลการดำเนินการสำคัญในภาพรวม:

สรุปการพัฒนา การสร้างนวัตกรรม และการวิจัยสำคัญ:

แผนการพัฒนาในอนาคต:

Clinical Tracer / Clinical Quality Summary:

การดูแลผู้ป่วย (โรค/หัตถการ) _____

สรุปโดยใช้ PowerPoint ให้มีองค์ประกอบต่อไปนี้

1. Purpose: เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยและอาจแสดง driver diagram ที่แสดงองค์ประกอบสำคัญในการให้บริการที่มีคุณภาพ

2. Process: (ก) แผนภูมิแสดง flow chart ของการดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญในแต่ละขั้นตอน (ข) ตารางแสดงการใช้ process management โดยระบุ process, process requirement, process design, in-process measure (ถ้ามี)

3. Performance: อาจแสดงผลในรูปแบบของ run chart หรือ control chart พร้อมคำอธิบายประกอบที่ระบุชัดเจนถึงช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงผลหรือมีการปรับปรุง

4. Improvement Summary: สรุปการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (บางส่วนอาจรวมอยู่ในข้อ 3 performance graph)

5. Plan: ระบุแผนการพัฒนาในอนาคต

การทำเพิ่มสะสมผลงาน

แนวคิด

แนวคิดของการจัดทำเพิ่มสะสมผลงาน คือการเก็บข้อมูลควบคู่ไปกับการพัฒนางาน ซึ่งจะทำได้ ข้อมูลที่สมบูรณ์มากที่สุด มีข้อมูลเชิงคุณภาพหรือแนวคิดที่แจ่มชัดในขณะนั้นร่วมอยู่ด้วย ข้อมูลเหล่านี้จะเป็น input ที่ดีสำหรับการสรุปผลความพยายามในการพัฒนา

วิธีการ

1. **รูปแบบ** รูปแบบที่ง่ายและเหมาะสมที่สุดน่าจะเป็น PowerPoint ซึ่งสามารถเขียนแผนภูมิ กราฟ ตาราง ข้อความ ผสมผสานและจัดวางตำแหน่งที่แสดงความเชื่อมโยงกันได้ง่าย สามารถเพิ่มเติมหรือปรับปรุงข้อมูลได้ตลอดเวลา สามารถที่จะนำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นได้

2. **ตั้งโครง (outline) แต่เริ่มต้น** ควรกำหนดตั้งโครงหรือกำหนดองค์ประกอบที่จะเก็บบันทึกข้อมูล ตั้งแต่เริ่มต้นทำโครงการ และบันทึกข้อมูลที่มีอยู่โดยทันที อย่างน้อยจะมีเป้าหมายของโครงการ องค์ประกอบสำคัญ วิธีการวัดความสำเร็จ โครงนี้จะช่วยกำกับการทำงานและการบันทึกความก้าวหน้าของเราไปในตัว

องค์ประกอบของเพิ่มสะสมข้อมูลควรครอบคลุม 3P เป็นอย่างน้อย คือ (1) ที่มาของปัญหาและเป้าหมาย (2) การปรับปรุงกระบวนการที่เกิดขึ้น (3) ผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

3. **ทำกับทุกหัวข้อในมาตรฐานที่รับผิดชอบ** แต่ละคนที่รับผิดชอบมาตรฐานแต่ละเรื่อง ควรจัดทำเพิ่มสะสมผลงานในส่วนที่ตนรับผิดชอบ และจัดหมวดหมู่ให้สามารถสืบค้นได้ง่าย รวมทั้งการจัดที่เก็บเพิ่มสะสมผลงานให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าไปศึกษาได้โดยง่าย

4. **มีการ update ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ** เช่น ทุกครั้งที่มีการสรุปผลการดำเนินงานในเรื่องนั้น ทุกครั้งที่มีการประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง หรืออย่างน้อยปีละครั้ง

5. **ถือโอกาสวิเคราะห์และเรียนรู้จากข้อมูลที่ใช้ติดตาม** เช่น ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายหรือความคาดหวังหรือไม่ มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มย่อยอย่างไร แนวคิดหรือสมมติฐานที่มีอยู่แต่แรกนั้นยังคงใช้ได้ต่อไปหรือไม่ เป็นต้น

1. การประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ I ในระดับหน่วยงาน

มาตรฐานตอนที่ I เป็นหน้าที่ร่วมกันของทุกคนในองค์กร โดยผู้นำระดับสูงมีหน้าที่ในการกำหนดทิศทางนโยบาย ประสานสู่การปฏิบัติ และติดตามผล หน่วยงาน/ระบบงานต่างๆ มีหน้าที่ในการนำทิศทางนโยบายเหล่านั้นมาสู่การปฏิบัติ การนำประเด็นสำคัญต่างๆ ที่ผู้นำระดับสูงกำหนดมาทบทวนความเข้าใจ และสิ่งที่ปฏิบัติในระดับหน่วยงาน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะเป็นหลักประกันว่ามาตรฐานตอนที่ I ได้รับการปฏิบัติและก่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กร

คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามที่หัวหน้าหน่วยงานทุกหน่วย ควรนำมาสร้างความเข้าใจร่วมกับทีมงานในหน่วยงานของตน (ไม่ได้เน้นการจัดทำเอกสารเพื่อตอบใคร แต่เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและหาโอกาสปรับปรุงการนำไปปฏิบัติ)

I-1.1 การนำองค์กร โดยผู้นำระดับสูง

- 1) วิสัยทัศน์ขององค์กรคืออะไร? สำคัญในวิสัยทัศน์ที่หน่วยงานของเราสามารถมีส่วนร่วมได้คืออะไร? สมาชิกในหน่วยงานของเราทำอะไรบ้างเพื่อให้องค์กรเข้าใจวิสัยทัศน์มากขึ้น?
- 2) ค่านิยมสำคัญขององค์กรที่จะทำให้หน่วยงานและองค์กรของเราประสบความสำเร็จมีอะไรบ้าง? พฤติกรรมอะไรในทีมงานของเราที่สะท้อนการปฏิบัติตามค่านิยมดังกล่าว? พวกเราจะทำให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างไร? พฤติกรรมอะไรที่ไม่พึงปรารถนา? พวกเราจะป้องกันพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างไร?
- 3) เป้าหมายของหน่วยงานคืออะไร? พันธกิจขององค์กรคืออะไร? เป้าหมายของหน่วยงานของเราสนับสนุนพันธกิจขององค์กรอย่างไร?
- 4) หน่วยงานของเราสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ การเรียนรู้ การสร้างนวัตกรรม อย่งไรบ้าง?
- 5) เมื่อใช้คำว่า “วัฒนธรรมความปลอดภัย” ในหน่วยงานของเรา เราคาดหวังพฤติกรรมอะไรบ้างจากทีมงาน? พวกเราพยายามทำอะไรบ้างเพื่อให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว?
- 6) เวทีหรือกลไกการสื่อสารสองทางในหน่วยงานของเรามีอะไรบ้าง? การสื่อสารที่สมาชิกในหน่วยงานต้องการมากที่สุดคือประเด็นอะไร?
- 7) อะไรคือวิธีการจูงใจที่ได้ผลที่สุดที่ทำให้ทีมงานในหน่วยงานมุ่งมั่นทำงานให้ได้ผลงานดีขึ้น?
- 8) อะไรคือจุดเน้นที่การปฏิบัติการ (focus on action) ขององค์กร เพื่อให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์? หน่วยงานของเราดำเนินการอย่างไรต่อจุดเน้นดังกล่าว?

I-1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม

- 1) อะไรคือจุดแข็งของผู้นำและระบบการนำขององค์กร? ถ้าได้พรวิเศษ เราอยากให้มีการปรับปรุงในเรื่องผู้นำและระบบการนำอะไรบ้าง?
- 2) สมมติว่าเราเป็นตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กร เราจะเสนอแนะให้องค์กรทำอะไรบ้าง?
- 3) หน่วยงานของเรามีบทบาทอย่างไรในการป้องกันผลกระทบเชิงลบเนื่องจากการจัดบริการขององค์กร?
- 4) หน่วยงานของเรามีบทบาทอย่างไรในการทำให้องค์กรปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย?
- 5) หน่วยงานของเรามีบทบาทอย่างไรในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม?
- 6) อะไรคือโอกาสเกิดพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรมในหน่วยงานเราท่าน? หน่วยงานของเรามีการป้องกันและป้องปรามพฤติกรรมเหล่านั้นอย่างไร? เราจะรับรู้ได้อย่างไรว่ามีการปฏิบัติที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรมเกิดขึ้น

I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์

- 1) สมรรถนะหลักขององค์กรคืออะไร? หน่วยงานของเรามีส่วนในการสร้างความเข้มแข็งให้กับสมรรถนะหลักขององค์กรอย่างไร?
- 2) ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กรคืออะไร? หน่วยงานของเรามีส่วนในการสร้างและใช้ประโยชน์จากข้อได้เปรียบดังกล่าวอย่างไร?
- 3) องค์กรภายนอกที่ทำงานใกล้ชิดกับหน่วยงานของเรา (พันธมิตร คู่ความร่วมมือ ผู้ส่งมอบ contractor) มีอะไรบ้าง? เป้าหมายของความร่วมมือคืออะไร? มีความคาดหวังต่อกันและกันอะไรบ้าง? วิธีการเพื่อให้ประสบความสำเร็จมีอะไรบ้าง?
- 4) หน่วยงานของเรามีบทบาทอะไรบ้างในการเสนอข้อมูลหรือข้อคิดเห็นเพื่อจัดทำแผนกลยุทธ์ (หรือแผนยุทธศาสตร์) ขององค์กร? เราอยากมีบทบาทอะไรมากกว่าที่เป็นอยู่? เราเห็นปัญหาหรือมีข้อเสนอแนะอะไรต่อการจัดทำแผนกลยุทธ์ขององค์กร?
- 5) สมาชิกในหน่วยงานเห็นว่าแผนกลยุทธ์ขององค์กรที่กำลังใช้อยู่มีความท้าทายมากน้อยเพียงใด? ถ้ามีโอกาสปรับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ได้ เราจะปรับอะไร อย่างไร?
- 6) สมาชิกในหน่วยงานเห็นว่าแผนกลยุทธ์ขององค์กรที่กำลังใช้อยู่ตอบสนองต่อความท้าทายเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญหรือไม่ เพียงใด?
- 7) สมาชิกในหน่วยงานเห็นว่าแผนกลยุทธ์ขององค์กรที่กำลังใช้อยู่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านบริการสุขภาพของชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบหรือไม่ เพียงใด?
- 8) โอกาสเชิงกลยุทธ์ขององค์กรคืออะไร? หน่วยงานของเรามีส่วนร่วมในการใช้โอกาสดังกล่าวอย่างไร?

- 9) หน่วยงานของเรานำแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพมาปฏิบัติอย่างไรบ้าง?

I-2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ

- 1) หน่วยงานของเรามีส่วนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์อะไรบ้าง? นอกจากการจัดทำแผนปฏิบัติการแล้ว มีวิธีการอย่างไรเพื่อให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว?
- 2) หน่วยงานของเราได้รับการสนับสนุนทรัพยากรอะไรบ้างเพื่อปฏิบัติตามแผน? หน่วยงานของเราพบความขาดแคลนที่มีผลกระทบต่อ การบรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนหรือไม่ อย่างไร?
- 3) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของแผนปฏิบัติการและแผนกลยุทธ์ หน่วยงานของเราจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนในด้านทรัพยากรบุคคลอะไรบ้าง (จำนวน ความสามารถ รูปแบบการทำงาน)?
- 4) ตัวชี้วัดของหน่วยงานของเราสอดคล้องกับตัววัดในวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ข้อใดบ้าง? ทีมงานของเรามีโอกาสดูผลงานขององค์กรและของหน่วยงานอื่นๆ ในตัวชี้วัดดังกล่าวหรือไม่? มีการสรุปผลการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานและองค์กรอย่างไร?

I-3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

- 1) กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของหน่วยงานคืออะไร? กลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มที่องค์กรมุ่งเน้นหรือไม่?
- 2) ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสำคัญของหน่วยงานของเรา มีอะไรบ้าง? ความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับบริการที่หน่วยงานของเราเหมือนหรือต่างจากผู้รับบริการที่หน่วยงานอื่นอย่างไร? ความต้องการและความคาดหวังที่ทีมงานตอบสนองได้ดีมีอะไรบ้าง?
- 3) ถ้าจะทำให้หน่วยงานของเรามุ่งเน้นผู้ป่วยให้มากขึ้น ควรทำอะไรบ้าง? มีโอกาสสร้างนวัตกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับบริการอะไรบ้าง?
- 4) หน่วยงานของเรามีวิธีการรับรู้เสียง (ความต้องการ ความคาดหวัง ประสบการณ์) ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างไรบ้าง? วิธีใดที่ได้ผลดี? มีโอกาสปรับปรุงวิธีการรับรู้อะไรได้อีกบ้าง?

I-3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน

- 1) หน่วยงานของเราส่งมอบคุณค่าอะไรให้กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
- 2) ทีมงานของเรามีวิธีสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างไรบ้าง? วิธีการดังกล่าวมีข้อดีอย่างไร? มีโอกาสที่จะปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์อย่างไรบ้าง?
- 3) อะไรคือข้อร้องเรียนหรือโอกาสได้รับข้อร้องเรียนในหน่วยงานของเรา? ข้อร้องเรียนดังกล่าวเหมือนหรือต่างจากหน่วยงานอื่นอย่างไร? มีการดำเนินการอย่างไรเพื่อตอบสนองต่อข้อร้องเรียนหรือโอกาสได้รับข้อร้องเรียนดังกล่าว?

- 4) สิ่งที่คุณ/ผู้รับผลงานมีความพึงพอใจในระดับสูง ต่อบริการที่หน่วยงานของเราจัดมีอะไรบ้าง?
- 5) สิ่งที่คุณ/ผู้รับผลงานยังไม่พึงพอใจต่อบริการที่หน่วยงานของเราจัดมีอะไรบ้าง?
- 6) สมาชิกมีข้อเสนอแนะอะไรต่อระบบการสำรวจความพึงพอใจของคุณ/ผู้รับผลงานที่กำลังใช้อยู่?

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย

- 1) ประเด็นสิทธิผู้ป่วยที่หน่วยงานของเราให้ความสำคัญมีอะไรบ้าง? มีการดำเนินการอย่างไรในเรื่องเหล่านั้น?
- 2) ประเด็นสิทธิผู้ป่วยที่ยังไม่ชัดเจนในการปฏิบัติ หรือยังปฏิบัติได้ไม่ดีมีอะไรบ้าง? มีข้อเสนอเพื่อปรับปรุงอย่างไร?
- 3) หน่วยงานของเรารับผู้ป่วยต่อไปนี้อย่างไรหรือไม่: ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลประคับประคอง เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ? ท่านมีแนวทางปฏิบัติอย่างไรเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยดังกล่าว?

I-4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร

- 1) หน่วยงานของเราใช้ตัวชี้วัดอะไรบ้างเพื่อติดตามผลการปฏิบัติงานประจำวัน หรือควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามข้อกำหนด?
- 2) หน่วยงานของเราใช้ตัวชี้วัดอะไรบ้างเพื่อติดตามการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน? เป้าหมายดังกล่าวสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์อะไรบ้าง?
- 3) การติดตามตัวชี้วัดดังกล่าวนำไปสู่การตัดสินใจหรือการพัฒนาคุณภาพอะไรของหน่วยงาน?
- 4) หน่วยงานมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร เพื่อประเมินผลการดำเนินงานและขีดความสามารถของหน่วยงาน?
- 5) องค์กรมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร? หน่วยงานได้รับทราบและใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์ดังกล่าวอย่างไร?
- 6) หน่วยงานของเรานำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ประโยชน์เพื่อกำหนดโอกาสพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอย่างไร?

I-4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้

- 1) ข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นเพื่อการบริหาร การบริหารและพัฒนาหน่วยงานของเรามีอะไรบ้าง? ระบบสารสนเทศขององค์กรสนับสนุนให้เราได้รับข้อมูลดังกล่าวเพียงใด?
- 2) สมาชิกในหน่วยงานเชื่อมั่นในระบบสารสนเทศขององค์กรเพียงใด? มีเหตุการณ์อะไรที่ทำให้ท่านเกิดข้อสงสัยในเรื่องความพร้อมใช้และความมั่นคงปลอดภัยของระบบสารสนเทศ?

- 3) หน่วยงานของเรามีความต้องการด้านสารสนเทศอะไรเพิ่มเติม? ช่องทางการแสดงความต้องการเป็นอย่างไร?
- 4) หน่วยงานของเรามีกิจกรรมจัดการความรู้อะไรบ้าง? มีความรู้เชิงปฏิบัติอะไรที่หน่วยงานของท่านนำมาใช้ประโยชน์ในการทำงาน? มีความรู้เชิงปฏิบัติอะไรที่ต้องการเพิ่มเติม?
- 5) สมาชิกในหน่วยงานมั่นใจในการปฏิบัติของทีมงานเกี่ยวกับการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศเพียงใด? อะไรเป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง?

I-5.1 ความผูกพันของบุคลากร

- 1) บุคลากรที่มีความผูกพันกับองค์กรในหน่วยงานของเรามีลักษณะอย่างไร? หน่วยงานและองค์กรดำเนินการอย่างไรเพื่อให้บุคลากรมีความผูกพัน?
- 2) อะไรบ้างที่จะช่วยให้บุคลากรของหน่วยงานสร้างผลงานที่ดี? หน่วยงานและองค์กรดำเนินการอย่างไรในปัจจุบันดังกล่าว?
- 3) ระบบประเมินผลงานของหน่วยงานและองค์กรช่วยให้บุคลากรมีการปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนอย่างไร มีอะไรที่ควรรักษาไว้และมีอะไรที่ควรปรับปรุง?
- 4) ในรอบปีที่ผ่านมา บุคลากรในหน่วยงานได้เข้ารับการพัฒนาและฝึกอบรมอะไรบ้าง? การอบรมดังกล่าวมีที่มาหรือเหตุผลอย่างไร? มีการนำสิ่งที่ได้จากการพัฒนาและฝึกอบรมมาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างไร?
- 5) มีการพัฒนาและฝึกอบรมอะไรบ้างที่บุคลากรของหน่วยงานควรได้รับเพิ่มเติม?
- 6) องค์กรและหน่วยงานสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อให้บุคลากรได้พัฒนาและเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างไร?

I-5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร

- 1) หน่วยงานของเรามีกำลังคนจำนวนเพียงพอที่จะปฏิบัติหน้าที่บรรลุเป้าหมายอย่างมีคุณภาพและปลอดภัยหรือไม่? หากไม่เพียงพอ มีวิธีการอย่างไรเพื่อลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์?
- 2) ความรู้และทักษะของบุคลากรในหน่วยงานของเรามีเพียงพอที่จะปฏิบัติหน้าที่ที่กำหนดไว้หรือไม่?
- 3) หน่วยงานของเรามีลักษณะของการจัดระบบงานของบุคลากรเพื่อปฏิบัติหน้าที่ให้สำเร็จตามเป้าหมายอย่างไร?
- 4) ความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรในหน่วยงานของเรามีอะไรบ้าง? หน่วยงานของเรามีแนวทางในการป้องกันและดูแลเมื่อเจ็บป่วยอย่างไร?

I-6.1 การออกแบบระบบงาน

- 1) กระบวนการสำคัญของหน่วยงานของเราที่ส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานคืออะไร? ข้อกำหนดของกระบวนการดังกล่าวคืออะไร?
- 2) หน่วยงานของเราใช้หลักอะไรในการออกแบบกระบวนการทำงานเพื่อให้บรรลุข้อกำหนดของกระบวนการ? ได้นำประเด็นเหล่านี้มาพิจารณาอย่างไร: ความปลอดภัยของผู้ป่วย ข้อมูลวิชาการ เทคโนโลยีใหม่ๆ ประสิทธิภาพ การมุ่งเน้นผู้ป่วย?
- 3) หน่วยงานของเรามีบทบาทอย่างไรในการรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน? มีการเตรียมความพร้อมและฝึกซ้อมอย่างไรบ้าง? ผลการฝึกซ้อมนำมาสู่การปรับปรุงอะไร?

I-6.2 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ

- 1) หน่วยงานของเรามีวิธีการเฝ้าอำนาจและทำให้มั่นใจอย่างไรว่ามีการปฏิบัติตามกระบวนการที่ออกแบบไว้ และบรรลุข้อกำหนดของกระบวนการ?
- 2) หน่วยงานของเรานำตัวชี้วัดอะไรเพื่อควบคุมกระบวนการทำงาน?
- 3) หน่วยงานของเราทำอะไรบ้างเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร หรือลดค่าใช้จ่าย?
- 4) ในรอบปีที่ผ่านมา หน่วยงานของเรามีการปรับปรุงกระบวนการทำงานหรือพัฒนาคุณภาพในเรื่องอะไรบ้าง? ผลลัพธ์ของการปรับปรุงหรือพัฒนาเป็นอย่างไร? กิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับจุดเน้นขององค์กรอย่างไร?
- 5) มีการนำผลการปรับปรุงหรือพัฒนามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่นอย่างไร? มีการขยายผลอย่างไร?

2. มาตรฐานตอนที่ III กับประสบการณ์ของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

การใช้มาตรฐานตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย หากอ่านมาตรฐานแต่เฉินๆ แล้วจะเกิดความรู้สึกว่าได้มีการปฏิบัติตามมาตรฐานเหล่านี้อยู่แล้วในชีวิตประจำวัน แต่หากใช้คำถามเจาะลึกลงไปกับผู้รับบริการโดยตรง หรือแม้กับผู้ให้บริการ ก็จะได้รับข้อมูลจริงจากประสบการณ์ของทั้งสองฝ่าย ที่ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาได้มากมาย ทีมงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสามารถใช้คำถามเหล่านี้เป็นทางลัดในการทำความเข้าใจมาตรฐานและหาโอกาสพัฒนา

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล.

คำถามเพื่อรับรู้ประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง

- 1) ถามผู้ป่วยว่าในการเข้ารับบริการ มีอะไรเป็นสิ่งที่น่าประทับใจ อะไรเป็นสิ่งที่ไม่สะดวกสบายหรือต้องการให้ รพ.ปรับปรุง?
- 2) ถามพยาบาลที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉินว่ามีผู้ป่วยประเภทใดบ้างที่ต้องส่งต่อไปรักษาที่อื่น? โรงพยาบาลได้พยายามทำอะไรเพื่อปรับปรุงศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวหรือไม่?
- 3) ถามผู้ป่วยว่าในการเข้ารับบริการ รู้สึกว่ามีอะไรที่ทำให้เข้าถึงได้ยาก?
- 4) ถามพยาบาลที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉินว่าผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่มีปัญหาในการสื่อสาร? โรงพยาบาลได้พยายามทำอะไรเพื่อให้สามารถสื่อสารกันได้ง่ายขึ้น?
- 5) ถามผู้ป่วยว่าในการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยฉุกเฉิน มีขั้นตอนใดที่ล่าช้าหรือต้องรอนาน?
- 6) ถ้าจะไปคุยกับแพทย์เรื่องเวลารอคอยของผู้ป่วย, จะต้องเตรียมข้อมูลอะไรไปนำเสนอ? จะคุยกับแพทย์ว่าอย่างไร? คาดว่าจะได้รับคำตอบอะไร?
- 7) ถ้ามีข้อร้องเรียนทาง social media เกี่ยวกับเรื่องระยะเวลาเวลารอคอย คาดว่าผู้บริหารของ โรงพยาบาลจะทำอย่างไร?
- 8) ถามผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากหน่วยงานอื่น ว่ามีการประสานงานในการส่งต่ออย่างไร?
- 9) ถามพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยมาจากหน่วยงานอื่น?
- 10) ถามพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินว่าการคัดแยกผู้ป่วย (triage) ทำได้ดีเพียงใด ควรปรับปรุงอะไรบ้าง?
- 11) ถามพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินว่าการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วน ทำได้ดีเพียงใด? มีการประเมินผลอย่างไร? มีอะไรที่ควรปรับปรุง?

- 12) ถามแพทย์เวรห้องฉุกเฉินว่าในการพิจารณาว่าจะรับผู้ป่วยไว้หรือส่งต่อ ใช้หลักเกณฑ์อะไร? หลักเกณฑ์นี้ใช้ปฏิบัติโดยแพทย์ทุกคนเหมือนกันหรือไม่?
- 13) ถามพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินว่าเมื่อจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปที่สถานพยาบาลอื่น มีการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างไร? ให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างไร? ช่วยหาที่ส่งต่ออย่างไร?
- 14) ถามพยาบาลที่หอผู้ป่วยวิกฤตว่าในการรับผู้ป่วยหนักเข้า ICU ใช้เกณฑ์อะไรเป็นสำคัญ? เกณฑ์นี้มีปัญหาในทางปฏิบัติอะไรบ้าง? ถ้ามีความต้องการใช้เตียงมากกว่าเตียงที่มีอยู่ จะดำเนินการอย่างไร?
- 15) ถามผู้ป่วยที่นอนอยู่ในโรงพยาบาลว่าก่อนที่จะเข้านอนโรงพยาบาล ได้รับข้อมูลอะไรบ้าง? มีข้อมูลอะไรที่ผู้ป่วยต้องการแต่ไม่ได้รับคำตอบ?
- 16) ถามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดว่าได้รับข้อมูลอะไร? อะไรทำให้ยอมรับการผ่าตัด ได้สอบถามข้อมูลอะไรจากแพทย์ และได้รับคำตอบที่ต้องการหรือไม่?
- 17) ถามผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ตามมาตรฐาน (7) ว่าก่อนที่จะลงนามยินยอม ได้รับข้อมูลอะไรบ้าง จากใคร?
- 18) ถามผู้ป่วยที่กำลังนอนโรงพยาบาลเกี่ยวกับการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยในขั้นตอนต่างๆ (เช่น การติดป้ายชื่อมือ การเจาะเลือด การให้ยา การส่งตัวไปรับการตรวจรักษานอกหอผู้ป่วย)?

III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.

คำถามเพื่อรับรู้ประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง

- 1) ถามผู้ป่วยว่าในการซักประวัติเมื่อแรกรับ ผู้ป่วยมีโอกาสนอกเล่าสิ่งที่ต้องการบอกได้ครบถ้วนเพียงใด? มีโอกาสนอกว่าอยากได้แบบใดไม่ อยากได้แบบใดหรือไม่? มีการสอบถามเกี่ยวกับเรื่องสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว ปัญหาด้านความรู้สึก ความเครียด ความสัมพันธ์ การทำมาหากินหรือไม่?
- 2) ถามผู้ป่วยว่าในการซักประวัติเมื่อแรกรับ มีการถามเรื่องเดียวกันซ้ำๆ กันเพียงใด โดยใครบ้าง?
- 3) ถามผู้ป่วยว่าได้รับการซักประวัติการใช้ยาอย่างไรบ้าง?
- 4) ถามแพทย์ว่ามีโรคอะไรบ้างที่ควรปรับปรุงแนวทางการตรวจวินิจฉัยให้สอดคล้องกับความรู้และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนไปบ้าง? จะมีข้อพิจารณาในเรื่องความเหมาะสมและความคุ้มค่าอย่างไร?
- 5) ถามแพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด ว่าได้ใช้ประโยชน์จากบันทึกผลการประเมินผู้ป่วยของวิชาชีพอื่นอย่างไรบ้าง? มีข้อเสนอแนะอะไรเพื่อให้ใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น?
- 6) ถามผู้ป่วยว่าแพทย์ได้สรุปให้ฟังหรือไม่ว่าจากผลการตรวจวินิจฉัยต่างๆ แพทย์สันนิษฐานว่าผู้ป่วยเป็นอะไร? คำอธิบายนั้นเข้าใจได้ง่ายหรือไม่?
- 7) ถามแพทย์ว่าความสะดวกและความน่าเชื่อถือของการส่งผู้ป่วยไปตรวจ investigate ต่างๆ เป็นอย่างไร?

- 8) ถามพยาบาลว่ามีความมั่นใจเพียงใดว่าแพทย์จะได้รับผลการตรวจ investigate ต่างๆ อย่างครบถ้วน ในเวลาที่เหมาะสม และมีการรักษาความลับที่เหมาะสม?
- 9) สุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยมาจำนวนหนึ่ง ดูว่ามีการวินิจฉัยโรคที่เหมาะสมกับการตรวจวินิจฉัยหรือไม่? การวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพมีความสอดคล้องกันเพียงใด?
- 10) ถามแพทย์ว่ามีการทบทวนความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคอย่างไรบ้าง? อะไรเป็นปัญหาการวินิจฉัยโรคที่พบบ่อย?

III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (PLN.1)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับ ปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย.

คำถามเพื่อรับรู้ประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง

- 1) ถามผู้ป่วย/ญาติ ว่ามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหรือไม่? ข้อมูลที่ได้รับเพียงพอที่จะช่วยให้ตัดสินใจได้ง่ายหรือไม่?
- 2) ถามผู้ป่วยว่าในดูแลที่ได้รับนั้น แสดงถึงการประสานงานที่ดีระหว่างผู้เกี่ยวข้องเพียงใด? แต่ละฝ่ายรู้บทบาทของตนดีเพียงใด?
- 3) ถามผู้ป่วยว่าการดูแลที่ได้รับนั้น ตอบโจทย์และความต้องการได้ครบถ้วนทุกประเด็นหรือไม่ อย่างไร?
- 4) ถามแพทย์ พยาบาล ว่ากรณีใดบ้างที่จะต้องมีการปรึกษาหารือเพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ? เวทีการปรึกษาหารืออื่นคืออะไร?
- 5) สุ่มเวชระเบียนมาจำนวนหนึ่ง พิจารณาแผนการดูแลผู้ป่วยที่จัดทำขึ้นว่ามีแผนหรือไม่? แผนการดูแลผู้ป่วยอยู่ในรูปแบบใด? มีการระบุปัญหาครบถ้วนหรือไม่? มีการระบุเป้าหมายของการดูแลชัดเจนหรือไม่?
- 6) ถามแพทย์ พยาบาล ว่ามีความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆ อะไรที่ควรนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติม? จะมีข้อพิจารณาในเรื่องความเหมาะสมและความคุ้มค่าอย่างไร?

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (PLN.2)

มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายออกจากองค์กร.

คำถามเพื่อรับรู้ประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง

- 1) ถามผู้ป่วยที่ใกล้จะได้ออกจากบ้านหรือกำลังจะกลับบ้านว่ามีความห่วงกังวลอะไรบ้างเมื่อกลับไปอยู่บ้าน? อะไรที่เป็นเหตุให้กังวลเช่นนั้น? ในแต่ละความห่วงกังวลนั้นได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างไร? ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะจัดการดูแลสุขภาพของตนเองเพียงใด?
- 2) ถามพยาบาลที่ห่อผู้ป่วยและที่ห่อฉุกเฉินว่า ผู้ป่วยที่ต้องกลับมารักษาซ้ำมักเกิดในกลุ่มใดบ้าง? การวางแผนจำหน่ายที่ดีจะช่วยลดปัญหานี้ได้หรือไม่ อย่างไร?

III-4.1 การดูแลทั่วไป (PCD.1)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันที่ทั่วถึงที่ปลอดภัยเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

คำถามเพื่อรับรู้ประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง

- 1) ถามผู้ป่วยว่าสิ่งแวดล้อมในการให้บริการมีความสะดวกสบายเพียงใด? อะไรที่ดี อะไรที่ควรปรับปรุง?
- 2) ถามผู้ป่วยว่าในขณะที่เข้ารับบริการ มีสิ่งรบกวนอะไรบ้าง? มีอะไรที่ก่อให้เกิดความรำคาญ? มีอะไรที่ก่อให้เกิดความเครียด?
- 3) ถามผู้ป่วยว่าสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลทำให้รู้สึกกลัวพูดในเรื่องที่อยากให้ทราบเฉพาะแพทย์เพียงใด? มีความเป็นส่วนตัวเพียงใด?
- 4) ถามผู้ป่วยว่ามีความมั่นใจในความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลเพียงใด?
- 5) ถามผู้ป่วยว่ามีความมั่นใจในตัวผู้ให้บริการเพียงใด? อะไรทำให้มั่นใจ? อะไรทำให้ไม่มั่นใจ?
- 6) ถามผู้ป่วยว่าระหว่างที่นอนโรงพยาบาล เห็นการตอบสนองต่อผู้ป่วยข้างๆ ที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนอย่างไร?
- 7) ถามผู้ป่วยและครอบครัวว่าได้มีโอกาสบอกความคาดหวังในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือดูแลผู้ป่วยอย่างไร?
- 8) ถามผู้ป่วยว่าข้อมูลที่ได้ออกให้กับพยาบาล ได้รับการสื่อสารไปถึงแพทย์หรือไม่?

III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (PCD.2)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

คำถามเพื่อรับรู้ประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง

- 1) ถามพยาบาลในแต่ละหน่วยว่าจะใครคือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง บริการที่มีความเสี่ยงสูง หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง?
- 2) ถามพยาบาลในแต่ละกรณีมีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยไว้ชัดเจนหรือไม่? แนวทางนั้นง่ายในการนำไปปฏิบัติหรือไม่? มีการสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติอย่างไร? สถานที่ เครื่องมือ ผู้ช่วย มีความพร้อมเพียงใด?
- 3) ถามผู้เกี่ยวข้องว่าได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวทางการดูแลในข้อ (2) อย่างไร? มีการติดตามการปฏิบัติอย่างไร? ผลการติดตามเป็นอย่างไร?
- 4) เลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง พิจารณาว่ามีการเฝ้าระวังและตรวจพบการเปลี่ยนแปลงอย่างไร? ถามพยาบาลว่ามีเกณฑ์ในการตัดสินใจเพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างไร? เกณฑ์นี้ถูกใช้อย่างคงเส้นคงวาเพียงใด? ผู้ป่วยที่มีอาการหนักได้รับการย้ายไปดูแลในสถานที่ที่มีความพร้อมกว่าอย่างเหมาะสมหรือไม่?

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (PCD.3)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

คำถามเพื่อรับรู้ประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง

ก. การระงับความรู้สึก

- 1) ถามผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกว่าได้รับการซักประวัติและตรวจร่างกายจากทีมดมยาอย่างไรบ้าง? รู้สึกว่าทีมให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับเรื่องอะไร?
- 2) ถามผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกและมีโรคประจำตัวว่า ทีมงานได้มีการปรึกษาแพทย์ประจำที่เคศดูแลหรือแพทย์ในสาขาที่ตนเป็นโรคอยู่อย่างไรบ้าง?
- 3) ถามผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการระงับความรู้สึกอย่างไร?
- 4) ถามผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกว่าได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อคลายความกังวลอย่างไร?
- 5) ถามผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกว่าได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายอย่างไร? ถูกฝึกให้ทำอะไรบ้าง?

- 6) ถามพยาบาลที่ห่อผู้ป่วยว่าเมื่อรับผู้ป่วยหลังจากผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึก มีความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยเพียงใด?
- 7) ถามทีมศัลยแพทย์ว่ามีการใช้เครื่องมือ วัสดุ และยา ตามที่องค์กรวิชาชีพแนะนำหรือไม่?

ข. การผ่าตัด

- 1) ถามผู้ป่วยว่าได้รับคำอธิบายอะไรบ้างก่อนที่จะตัดสินใจผ่าตัด? การตัดสินใจนั้นทำได้ยากหรือง่าย? เมื่อได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสเกิดความเสี่ยงต่างๆ แล้วรู้สึกอย่างไร?
- 2) ถามผู้ป่วยว่าได้รับการเตรียมพร้อมทางด้านร่างกายอย่างไร?
- 3) ถามผู้ป่วยว่าก่อนที่จะสลบไป มีการตรวจสอบเพื่อให้มั่นใจว่าการผ่าตัดนั้นถูกต้องสำหรับผู้ป่วย (ถูกคน ถูกหัตถการ ถูกตำแหน่ง)
- 4) ถามผู้ป่วยว่าความรู้สึกระหว่างอยู่ในห้องผ่าตัดเป็นอย่างไร?
- 5) ถามผู้ป่วยว่าความรู้สึกเมื่อฟื้นจากการดมยาเป็นอย่างไร?
- 6) ถามผู้ป่วยว่าอะไรคือความต้องการมากที่สุดในช่วงฟื้นขึ้นมา และในวันแรกหลังการผ่าตัด?

ค. อาหารและโภชนาบำบัด

- 1) ถามผู้ป่วยว่าเมื่อแรกเริ่ม ได้รับการประเมินเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวอย่างไร?
- 2) ถามผู้ป่วยทั่วไปว่ามีข้อแนะนำอย่างไรเกี่ยวกับบริการอาหาร? เกี่ยวกับรสชาติอาหาร? เกี่ยวกับโอกาสเลือกอาหาร? เกี่ยวกับปริมาณและคุณค่าของอาหาร?
- 3) ถามผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงว่าได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหาร อย่างไร? มีความรู้สึกอย่างไรต่ออาหารที่ได้รับ?
- 4) ถามญาติผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน หรือมีปัญหาในการรับประทานอาหาร หรือมีภาวะผอมแห้ง ว่าเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสมบูรณ์ของร่างกายในทางที่ดีขึ้นหรือเลวลง?
- 5) ถามผู้ป่วยว่ามีความมั่นใจในเรื่องความสะอาดและการป้องกันการปนเปื้อนเพียงใด?

ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- 1) ถามญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ว่าทีมผู้ให้บริการรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีเพียงใด?
- 2) ถามญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดเพียงใด?
- 3) ถามญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า ทีมงานได้ช่วยกันทำให้ unfinished agenda ของผู้ป่วยคลี่คลายเพียงใด อย่างไร?

จ. การจัดการความปวด

- 1) ถามผู้ป่วยที่มีโอกาสประสบความสำเร็จ (ทั้งเขียนปล้นและเรื้อรัง) ว่าได้รับการดูแลอย่างไร บรรเทาความปวดของผู้ป่วยได้ดีเพียงใด?

ฉ. การฟื้นฟูสภาพ

- 1) ถามผู้ป่วยที่มารับบริการกายภาพบำบัด ว่ามีข้อเสนอแนะอะไรบ้าง?
- 2) ถามผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพแบบเข้ม ว่าได้รับการดูแลอย่างไร? ได้รับการสอนให้ปฏิบัติอย่างไร? ร่างกายฟื้นตัวได้ดีเพียงใด? มั่นใจว่าจะฟื้นตนเองได้ในระยะยาวหรือไม่? มีการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อการฟื้นตนเองอย่างไร?

ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

- 1) ถามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังว่ามีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร หลังจากได้เข้ารับการดูแล?
- 2) ถามผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังว่าภาระงานเป็นอย่างไร มีการช่วยให้ผ่อนคลายอย่างไร?

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP)

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล.

คำถามเพื่อรับรู้ประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง

- 1) ถามผู้ป่วยที่ใกล้จะกลับบ้านหรือกำลังจะกลับบ้านว่าการนอน รพ.ครั้งนี้ได้เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองเพิ่มเติมในเรื่องอะไรบ้าง? เรียนรู้จากอะไร? มีสิ่งใดที่คิดว่าอยากจะเรียนรู้เพิ่มเติมอีก?
- 2) ถามผู้ป่วยว่ามีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจบ้างหรือไม่? ถ้ามี ได้รับการช่วยเหลืออย่างไร?
- 3) ถามผู้ป่วยว่าระหว่างนอน รพ. ได้รับการสอนให้ทำอะไรบ้างเพื่อดูแลตนเอง? การเข้าอบรมนั้นทำให้มีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพียงใด?
- 4) ถามผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเองด้วยความชัดเจนในสิ่งที่ต้องปฏิบัติเพียงใด?
- 5) ถามผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายถึงการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับช่องทางการติดต่อเมื่อมีปัญหา? ถามผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเองทางโทรศัพท์ว่ามีความต้องการช่วยเหลืออะไรเกิดขึ้น ติดต่อขอความช่วยเหลือจากใคร และได้รับการช่วยเหลืออย่างไร?

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.

คำถามเพื่อรับรู้ประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง

- 1) ถ้ามหาวิทยาลัยที่มีประสบการณ์ในการจัดการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลอื่น ว่ามีข้อเสนอแนะอะไรเพื่อให้การจำหน่ายและการส่งต่อเป็นไปอย่างราบรื่น ทันเวลา ปลอดภัย?
- 2) ถ้ามหาวิทยาลัยที่มีประสบการณ์ในการไปส่งผู้ป่วยกับรถพยาบาล ว่าได้รับการฝึกอบรมอย่างไร? มีการเตรียมตัวสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายอย่างไร? มีการ monitor และสื่อสารข้อมูลระหว่างการเดินทางอย่างไร? ยานพาหนะ/อุปกรณ์การแพทย์/เวชภัณฑ์ มีความพร้อมเพียงใด?
- 3) ถ้ามريضที่เข้านอน โรงพยาบาลและมาติดตามที่ OPD ว่าได้รับคำแนะนำอะไรเมื่อออกจากโรงพยาบาล? การนัดติดตามตรวจมีความชัดเจนเพียงใด? ได้รับทราบช่องทางขอคำปรึกษาหรือความช่วยเหลืออะไรบ้าง?
- 4) ถ้ามหาวิทยาลัยหน่วย Home Health Care หรือผู้มีหน้าที่ติดตามสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย ว่ามีการวางแผนและเตรียมตัวอย่างไร? มีการประสานกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่อย่างไร? สุ่มวิเคราะห์เป็นผู้ป่วยในความรับผิดชอบและโทรศัพท์พูดคุยกับผู้ป่วย/สถานพยาบาลในพื้นที่เกี่ยวกับการดูแลที่เกิดขึ้นหลังจำหน่าย.