



HA UPDATE 2010



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

HA UPDATE 2010



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



HA Update 2010

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 2553

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล.

HA Update 2010.--นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน), 2553.

56 หน้า.

1. โรงพยาบาล--การบริหาร. I. ชื่อเรื่อง.

362.11068

ISBN 978-974-401-516-7

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด

สารบัญ

HA Update 2010

บทนำ	1
Track 1 : Unit Optimization	5
Track 2 : Patient Safety	7
Track 3 : Clinical Population	15
Track 4 : Standard Implementation	21
Track 5 : Strategic Management	28
Track 6 : Self Assessment	39
การพัฒนาที่ยั่งยืน	43
ความคาดหวัง	46
คำอธิบายศัพท์	47

บทนำ

HA Update 2010

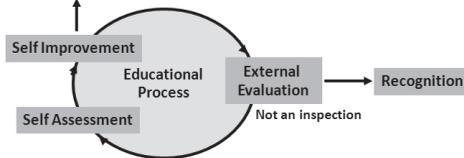
สื่อการเรียนรู้ HA Update 2010 นี้ ได้มาจากการประมวลแนวคิด และแนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่มีความชัดเจนขึ้น ทำให้เป็นปัจจุบันขึ้น ทำให้เป็นระบบขึ้น เพิ่มเติมให้สมบูรณ์ขึ้น เพื่อให้ทีมงานของโรงพยาบาลศึกษาและนำไปใช้ประโยชน์

เนื้อหาหลักของสื่อชุดนี้ จัดทำขึ้นโดยอาศัยเส้นทางของการพัฒนาคุณภาพ 6 เส้นทาง (track) ซึ่งครอบคลุมพื้นที่และระบบงานต่างๆ ของโรงพยาบาลทุกลักษณะ การนำเสนอแนวคิดการพัฒนาโดยอาศัยเส้นทางนี้ ช่วยให้เห็นความต่อเนื่องของการพัฒนาได้ดียิ่งขึ้น ทำให้เห็นว่าในแต่ละเส้นทางนั้นกิจกรรมที่ควรเริ่มต้นคืออะไร กิจกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม หรือมีความซับซ้อนมากขึ้นคืออะไร และจะนำไปสู่การใช้ประโยชน์หรือเชื่อมโยงกับเรื่องอื่นๆ ได้อย่างไร

เครื่องมือและคำอธิบายต่างๆ ที่ปรากฏในสื่อชุดนี้ ยังคงอยู่บนพื้นฐานแนวคิดและมาตรฐาน HA/HPH ที่กำหนดไว้ มิได้เป็นเรื่องใหม่หรือแตกต่างไปจากเดิม เป็นสิ่งที่เชิญชวนให้ทดลองปฏิบัติและนำมาเรียนรู้ร่วมกัน โดยใช้วิจรรณญาณพิจารณาภาระ ความคุ้มค่า และการเสียโอกาสควบคู่ไปด้วยกัน เพื่อนำระบบบริการสุขภาพของประเทศไปสู่ระบบที่พึงประสงค์ของสังคมไทย

แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ HA

Safety & Quality of Patient Care



Hospital Accreditation (HA) คือกลไกประเมิน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดพื้นฐานที่สำคัญที่สุดและใช้เป็นหลักมาตั้งแต่เริ่มต้น คือ **HA** เป็นกระบวนการเรียนรู้ ไม่ใช่การตรวจสอบ

เป้าหมายของกระบวนการ HA สำหรับโรงพยาบาล ควรอยู่ที่คุณภาพและความปลอดภัยที่ผู้ป่วยจะได้รับ มีโซ่อยู่ที่การรับรอง

การรับรองเป็นเพียงแรงจูงใจ เป็นการยกย่องเพื่อให้เกิดกำลังใจในการที่จะทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยให้ดียิ่งขึ้น

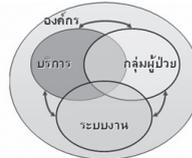
การจะเกิดคุณภาพและความปลอดภัยได้ ขึ้นอยู่กับการประเมินและพัฒนาตนเองของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

เครื่องมือคุณภาพต่างๆ ในกระบวนการ HA เป็นเครื่องมือเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาขององค์กร

แนวคิดสำคัญของกระบวนการ HA



บันได 3 ขั้น ลงทุนน้อยให้ได้มาก
ตรงประเด็น เป็นขั้นตอน



พื้นที่การพัฒนา 4 วง
เพื่อความครอบคลุม

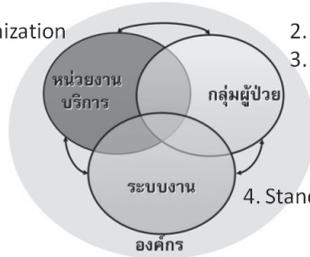


แนวคิดสำคัญของกระบวนการ HA ประกอบด้วย

1. ส่งเสริมและให้การยกย่องการพัฒนาเป็นลำดับขั้น ด้วยแนวคิดนี้อาจหมายความรวมถึง
 - ก. บันไดสามขั้นสู่ HA ส่งเสริมการพัฒนาในส่วนที่จำเป็นตามกำลังความสามารถของโรงพยาบาล และให้การยกย่องตามลำดับขั้น (stepwise recognition)
 - ข. ระบบการให้คะแนนประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐาน (scoring) แบ่งออกเป็น 5 ระดับตาม maturity ของการพัฒนา
 - ค. การต่อยอดไปสู่ความยั่งยืนด้วยการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และด้านความรู้ (การจัดการความรู้และการวิจัย)
2. ความครอบคลุมพื้นที่ภายในองค์กร ซึ่งจัดกลุ่มได้เป็น หน่วยงาน/หน่วยบริการ, กลุ่มผู้ป่วย, ระบบงาน และภาพรวมทั้งองค์กร
3. วงล้อของการเรียนรู้และพัฒนา 3C-PDSA เชื่อมโยงมาตรฐานและค่านิยมเข้ากับบริบทมีเป้าหมายที่ชัดเจน แล้วหมุนวงล้อ PDSA อย่างต่อเนื่อง

6 QI Tracks & 4 Domains

1. Unit Optimization



2. Patient Safety

3. Clinical Population

4. Standard Implementation

5. Strategic Management

6. Self Assessment

4 Domains ของการพัฒนา คือการมองเห็นที่การพัฒนาตามโครงสร้างการทำงาน ได้แก่ หน่วยงาน / หน่วยบริการ, กลุ่มผู้ป่วย, ระบบงาน และองค์กร ช่วยในการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการพัฒนา ช่วยให้เห็นความสัมพันธ์ของพื้นที่การพัฒนาและลดความซ้ำซ้อนในการพัฒนา

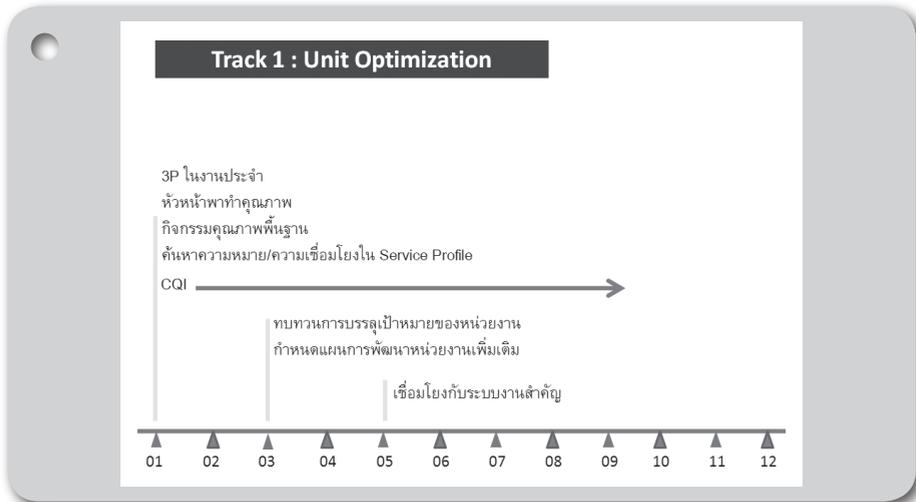
6 Tracks ของการพัฒนา เป็นการให้แนวทางการนำเครื่องมือการพัฒนาที่สอดคล้องกับแต่ละพื้นที่ไปสู่การปฏิบัติเป็นลำดับขั้น ทำให้สามารถวางแผนและติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาได้ดีขึ้น

การพัฒนาในระดับหน่วยงาน / หน่วยบริการ เป็นพื้นฐานของการพัฒนาที่เป็นระบบขององค์กร สามารถใช้คำเรียกกิจกรรมการพัฒนาทั้งหมดในระดับนี้ว่า Unit Optimization

การพัฒนาในระดับกลุ่มผู้ป่วย หรืออาจเรียกให้ครอบคลุมกว้างขึ้นว่า การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย หรือการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก เริ่มต้นจากการนำปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละรายมาวิเคราะห์และวางแนวทางป้องกัน การตามรอยผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อเรียนรู้คุณภาพการดูแลในแต่ละจุด ไปสู่การศึกษาวิเคราะห์ภาพรวมของคุณภาพการดูแลในแต่ละกลุ่มโรค จึงสรุปไว้เป็น 2 tracks คือ patient safety และ clinical population

การพัฒนาในระดับระบบงาน เป็นการใช้ 3C-PDSA เพื่อพัฒนาระบบงานต่างๆ โดยใช้มาตรฐานของแต่ละระบบควบคู่กับการวิเคราะห์บริบทของตน

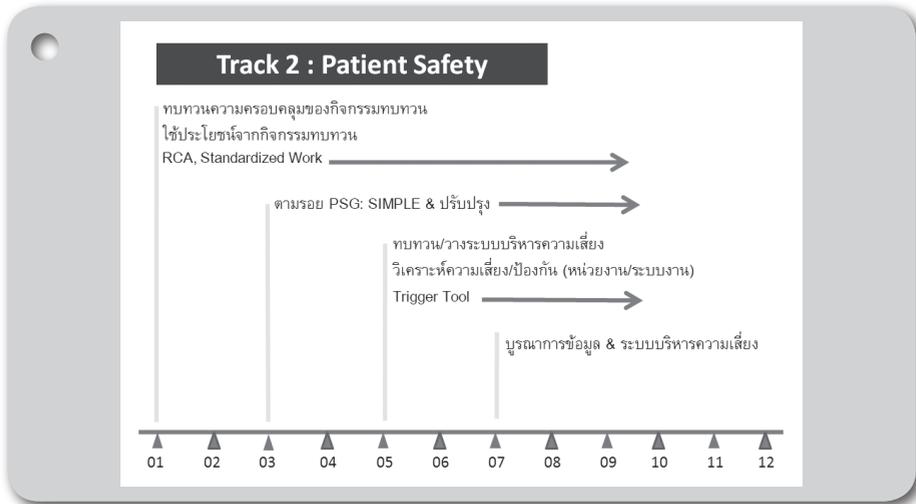
การพัฒนาในระดับองค์กร มี track ที่เกี่ยวข้องคือการบริหารเชิงกลยุทธ์ซึ่งเป็นหน้าที่โดยตรงของผู้นำ และการประเมินตนเองเพื่อให้เห็นความก้าวหน้าในวิวัฒนาการของการพัฒนา และเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารสู่ความเป็นองค์กรเรียนรู้



Track ที่ 1 Unit Optimization

คือการพัฒนาคุณภาพในระดับหน่วยงาน โดยรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับหน่วยงานอื่น ไม่รบกวน ไม่เพิ่มภาระ ไม่จำกัดโอกาสหน่วยงานอื่นจนเกิดความเสียหายหรือกลายเป็นปัญหาขององค์กร เป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนา

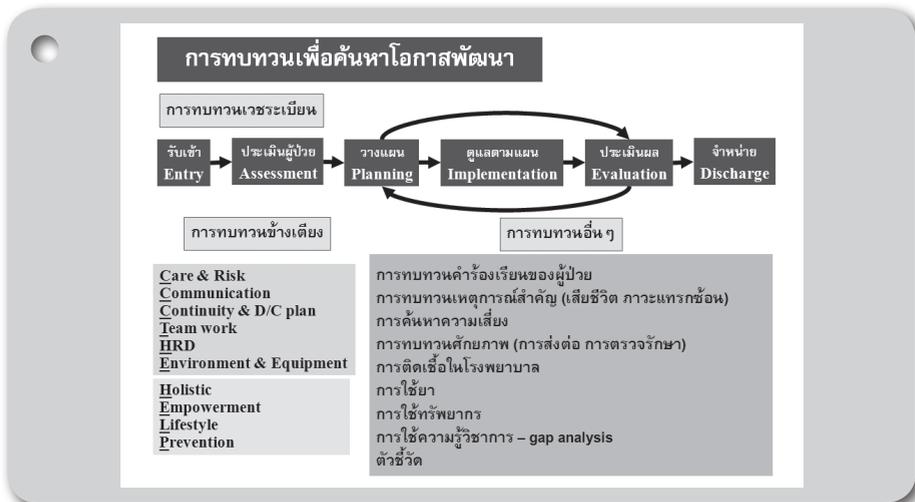
- 1. แนวคิดพื้นฐาน** คือการใช้ **3P** ทั้งในระดับงานประจำและระดับหน่วยงาน ส่งเสริมให้สมาชิกทุกคนใช้ 3P เพื่อทบทวนใคร่ครวญงานประจำของตน สะสมมาเป็น 3P ระดับหน่วยงาน
- 2. หัวหน้าพาทำคุณภาพ** เป็นกิจกรรมที่สร้างการมีส่วนร่วมของทุกคน เป็นคำถามพื้นฐานที่ทำให้เข้าถึงหัวใจของคุณภาพ เรียนรู้ความต้องการของผู้รับผลงานภายในและภายนอก แสวงหาโอกาสในการทำงานพรุ่งนี้ให้ดีกว่าวันนี้
- 3. กิจกรรมคุณภาพพื้นฐานต่าง ๆ** เริ่มต้นที่ระดับหน่วยงาน เช่น ระบบข้อเสนอแนะ พฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ และ 5 ส รวมไปถึงกิจกรรมที่ส่งเสริมจิตตปัญญา เช่น สุนทรียสนทนา การส่งสัญญาณเพื่อให้กลับมาอยู่กับลมหายใจของแต่ละคน การสรุปปัญหาเมื่อจบวันเพื่อไม่นำเป็นภาระกลับไปบ้าน KM ที่เน้นการเล่า how to ตามด้วยการสะท้อนความรู้สึกของผู้ฟัง (มูลนิธิสตศรัย) การเล่าเรื่องและเขียนเรื่อง
- 4. Service profile** เป็นเครื่องมือสำหรับวางแผนและติดตามการพัฒนาคุณภาพและการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน ซึ่งเชื่อมโยงกับเป้าหมายขององค์กร โดยไม่ละเลยบริบทของหน่วยงาน และควรเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง มิใช่เน้นหน่วยงานหรือวิชาชีพเป็นตัวตั้ง
- 5. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ** เป็นกระจกส่องตัวเอง เป็นเครื่องมือในการหาโอกาสพัฒนา ควรเลือกสรรให้เหมาะสมกับแต่ละหน่วยงาน
- 6. การพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน** จะเป็นโครงการหรือไม่เป็นก็ได้ โครงการเล็กหรือใหญ่ก็ได้ สะสม small q (การพัฒนาคุณภาพเรื่องเล็กๆ) โดยไม่ต้องรอโอกาส big Q (การพัฒนาคุณภาพเรื่องใหญ่ๆ มีผลกระทบสูง)
- 7. เชื่อมโยง performance management system** เข้ากับเป้าหมายของหน่วยงานและองค์กร



Track ที่ 2 ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

เป็นเรื่องของการจัดการความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยเริ่มเรียนรู้จากแต่ละเหตุการณ์ ไปสู่การวางระบบและการบูรณาการ

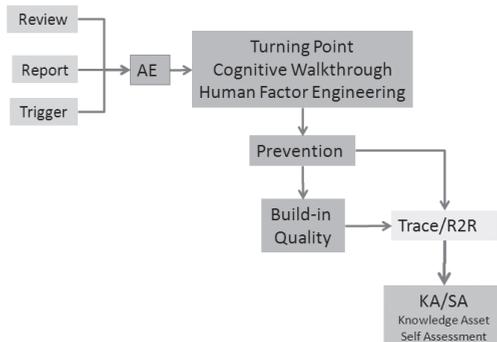
1. **กิจกรรมทบทวนคุณภาพ** ควรส่งเสริมให้มีการทำอย่างสม่ำเสมอ ให้สามารถครอบคลุมเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์สำคัญให้มากที่สุด และใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้รับให้มากที่สุด
2. **แปรเรื่องร้ายให้กลายเป็นดี** เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) ทุกเหตุการณ์ควรให้บทเรียนที่จะนำมาสู่การปรับปรุงระบบให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น ด้วยหลักการของการไม่กล่าวโทษ แต่พยายามหาวิธีสร้างสิ่งอำนวยความสะดวก
3. **ตามรอย patient safety goals/guides : SIMPLE** หาส่วนขาดและเติมเต็ม
4. **ใช้ trigger tool** เพื่อคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวน เรียนรู้และปรับปรุงเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
5. **จัดให้มี patient safety leadership walkround** เพื่อให้ผู้นำได้รับรู้ปัญหา สื่อสารค่านิยม และสนับสนุนการแก้ปัญหา เกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย
6. **ทบทวนหรือวางระบบบริหารความเสี่ยง** ในภาพรวมของโรงพยาบาล และในระดับหน่วยงาน
7. **บูรณาการข้อมูลและระบบบริหารความเสี่ยง** จากระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน



กิจกรรมทบทวนคุณภาพ เป็นพื้นฐานสำคัญของการเรียนรู้คุณภาพที่ควรทำให้ง่าย ไม่ติดรูปแบบ ทำให้อยู่ในงานประจำ ทำให้ครอบคลุมมากที่สุด ไม่สำคัญว่าทบทวนด้วยวิธีไหน และสำคัญว่าเอาผลการทบทวนไปเรียนรู้และพัฒนาอย่างไร

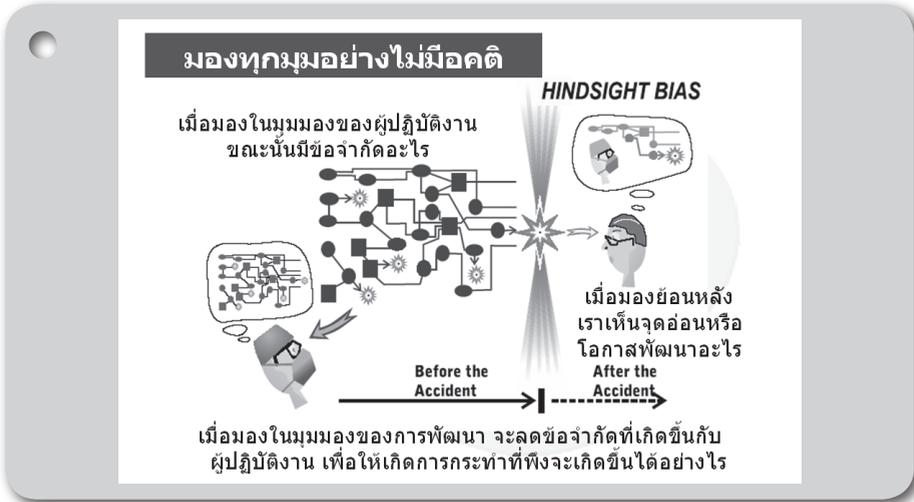
1. การทบทวนข้างเตียง (bedside review) ควรทำทุกวัน ทำทุกโอกาส ทำคนเดียว ทำร่วมกับทีม ใช้ C3THER เป็นแนวทางโดยเลือกประเด็นทบทวนที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย สามารถครอบคลุมเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพด้วย HELP ควรมีส่วนร่วมทำบันทึกเวชระเบียนปกติสมบูรณ์ขึ้น (ไม่ต้องมีแบบบันทึกพิเศษ) และควรมีการสรุปบทเรียนสำคัญจากการทบทวน
2. การทบทวนเวชระเบียน ควรตระหนักว่ามี 3 ลักษณะ (1) ทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก (2) ทบทวนการปฏิบัติตามข้อกำหนด/มาตรฐาน (3) ทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ควรให้เจ้าของใช้มีส่วนร่วมหรือรับรู้
3. การทบทวนคำร้องเรียน สามารถทำได้ในภาพรวมของโรงพยาบาล
4. การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ สามารถเชื่อมโยงได้กับการใช้ trigger tool
5. การค้นหาความเสี่ยง ควรค้นหาด้วยการตามรอยในสถานที่จริง และการวิเคราะห์ความเสี่ยงในขั้นตอนต่างๆ
6. การทบทวนการส่งต่อ ถือเป็นหัวใจสำคัญสำหรับโรงพยาบาลชุมชน
7. การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า ควรสัมพันธ์กับลักษณะงาน โดยวิเคราะห์ว่าตรงไหนมีโอกาสเป็นจุดอ่อน และจะให้ใครเข้ามาเสริม
8. การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล ควรตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ และติดตามอัตราการติดเชื้อจากการเฝ้าระวัง
9. การทบทวนการใช้ยา ควรครอบคลุมทั้งโอกาสเกิด error / ADE และความเหมาะสมในการสั่งใช้
10. การทบทวนการใช้ทรัพยากร (utilization review) ควรเลือกจุดที่มีโอกาสใช้ทรัพยากรที่มีมูลค่าสูง
11. การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ สามารถเชื่อมโยงกับ clinical tracer
12. การทบทวนตัวชี้วัด สามารถเชื่อมโยงกับ service profile และ clinical tracer

แปรเรื่องราวให้กลายเป็นดี



แนวทางการแปรเรื่องราวให้กลายเป็นดี หรือการเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อปรับปรุงระบบงานให้รัดกุม

1. หาวิธีรับรู้เรื่องราวให้มากที่สุดและไวที่สุดด้วย (1) กิจกรรมทบทวนคุณภาพ (2) รายงานอุบัติการณ์ (3) ใช้ trigger tool คัดกรองเวชระเบียนมาทบทวน
2. เรียนรู้จากรายการด้วยการ (1) วิเคราะห์จุดเปลี่ยน/โอกาสเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจหรือการกระทำ (2) รับฟังความคิด ความต้องการ ความรู้สึกของผู้อยู่ในเหตุการณ์ (3) สร้างสิ่งอำนวยความสะดวกด้วยหลักการ human factor engineering
3. จากข้อ 2 วางระบบป้องกันที่รัดกุม สื่อสาร ฝึกอบรม จัดสิ่งอำนวยความสะดวก
4. ตามรอยการปฏิบัติตามมาตรฐานที่วางไว้ หรือสร้างความรู้ด้วยการวิจัย สะสมเป็นชุมชนทรัพยากร ความรู้ขององค์กร และใช้ขับเคลื่อนการพัฒนาต่อเนื่อง



อคติของการมองย้อนหลัง (Hindsight Bias)

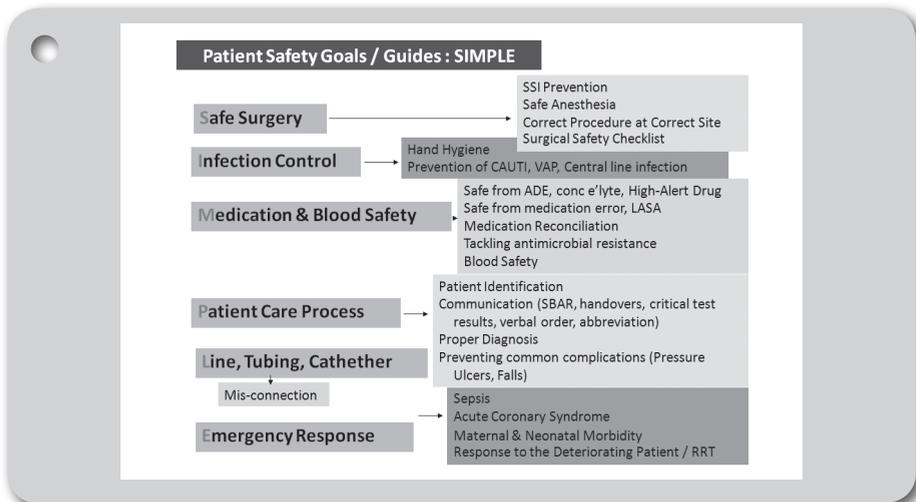
การที่เราทราบผลการวินิจฉัยขั้นสุดท้าย ทำให้เราได้เปรียบผู้ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งเผชิญกับความไม่แน่นอนหลายประการ และภาระงานที่รุมเร้ารอบตัว

การรับรู้ผลดังกล่าวเป็นการเรียนรู้ที่สำคัญ แต่พึงตระหนักถึงอคติที่แฝงอยู่ และต้องมีจิตใจที่เป็นกลาง เข้าใจผู้เกี่ยวข้อง

มองทุกมุมอย่างไม่มีอคติ

เราสามารถใช้ประโยชน์จากอคติของการมองย้อนหลังได้ดังนี้

1. เมื่อมองย้อนหลัง เราเห็นจุดอ่อนหรือโอกาสพัฒนาในขั้นตอนใดบ้าง การกระทำหรือการตัดสินใจที่ควรจะเป็นคืออะไร
2. เมื่อมองในมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน สร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยและเปิดใจ ให้ผู้เกี่ยวข้องแต่ละคนบอกเล่าสิ่งต่อไปนี้ (บางข้อหรือทุกข้อ)
 - ความรู้สึก
 - ข้อมูลที่รับรู้และการแปลความหมายข้อมูล
 - ข้อจำกัด และความหวั่งกังวล
 - ความต้องการ
3. เมื่อมองในมุมมองของการพัฒนา จะสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกหรือลดข้อจำกัดที่เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการกระทำที่พึงประสงค์ได้อย่างไร



Patient Safety Goals/Guides : SIMPLE

ในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 7 เมื่อปี 2549 พรพ.ได้นำเสนอ patient safety goals (PSG) เพื่อชักชวนให้ รพ.ที่พัฒนาคุณภาพมีความตระหนักร่วมกันถึงโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ นำส่วนคล้ายมาชูป็นจุดเน้นเพื่อให้เกิดบทเรียนร่วมกัน โดยประมวลประเด็นความเสี่ยงสำคัญมาจาก JCAHO, IHI และของประเทศไทยเอง จัดทำแนวทางเบื้องต้นให้ รพ.ได้ศึกษาและประยุกต์ใช้ และนำมาแลกเปลี่ยนกัน โดยให้ รพ.พิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของตนเอง

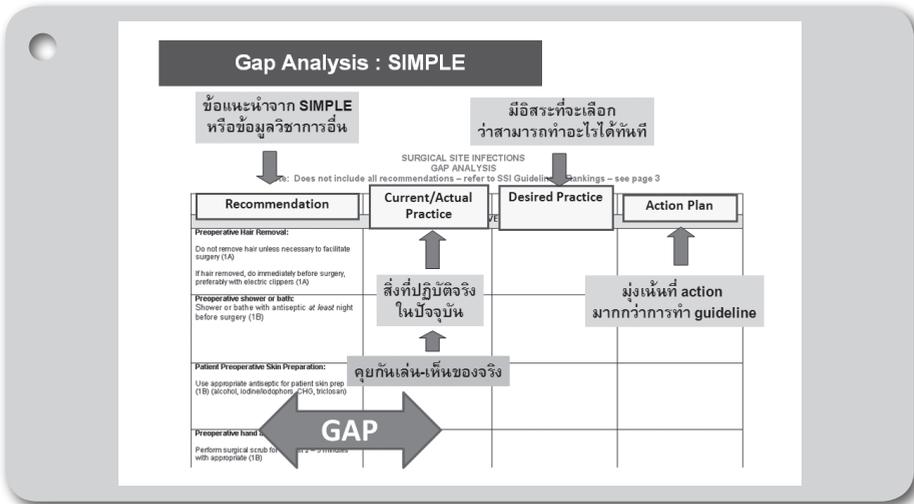
ในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 9 เมื่อปี 2551 พรพ.ได้ปรับโครงสร้างของ patient safety goals เพื่อให้สามารถรองรับประเด็นความปลอดภัยใหม่ๆ ที่องค์กรอนามัยโลกและหน่วยงานต่างๆ ชี้แนะเพิ่มขึ้น โดยแบ่งเป็น 6 กลุ่ม เรียกก่ายๆ ว่า **SIMPLE** ซึ่งย่อมาจาก safe surgery, infection control, medication & blood safety, patient care process, line/tubing/catheter, emergency response

ในปี 2553 มีการเพิ่ม PSG อีกข้อหนึ่งคือ tackling antimicrobial resistance ซึ่งเป็น 3rd global patient safety challenge ที่องค์กรอนามัยโลกกำหนด

เนื้อหาใน SIMPLE มีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่า 30 ประเด็น พรพ.จึงแนะนำให้มอง SIMPLE ในอีกมุมหนึ่ง คือการใช้เป็น patient safety guides นำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติและติดตามการปฏิบัติ เนื่องจากเมื่อมองในลักษณะเป้าหมายความปลอดภัยแล้ว รพ.มักจะจำกัดจำนวนองค์ประกอบให้อยู่ในจำนวนที่สามารถวัดผลได้

SIMPLE ได้รับการส่งเสริมให้นำไปใช้ตามรอยการปฏิบัติเพื่อให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติจริง และต่อมาแนวทางนี้เป็นส่วนหนึ่งของ clinical self enquiry

การเยี่ยม รพ.เพื่อรับรู้และเรียนรู้คุณภาพในปีงบประมาณ 2552 ได้ส่งเสริมให้ รพ.ทำ gap analysis เปรียบเทียบการปฏิบัติกับข้อแนะนำใน SIMPLE เพื่อกระตุ้นให้เกิดการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง



Gap Analysis วิเคราะห์เพื่อเติมเต็ม

Gap analysis เป็นเครื่องมือคุณภาพที่ใช้วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ปฏิบัติจริง กับสิ่งที่ เป็นข้อเสนอแนะทางวิชาการ แล้วพยายามลดความแตกต่างนั้นลง

PSG : SIMPLE คือการประมวลข้อเสนอแนะทางวิชาการเกี่ยวกับ patient safety เพื่อให้ โรงพยาบาลต่างๆ ได้มีโอกาสทบทวนและปรับปรุงตามขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ gap

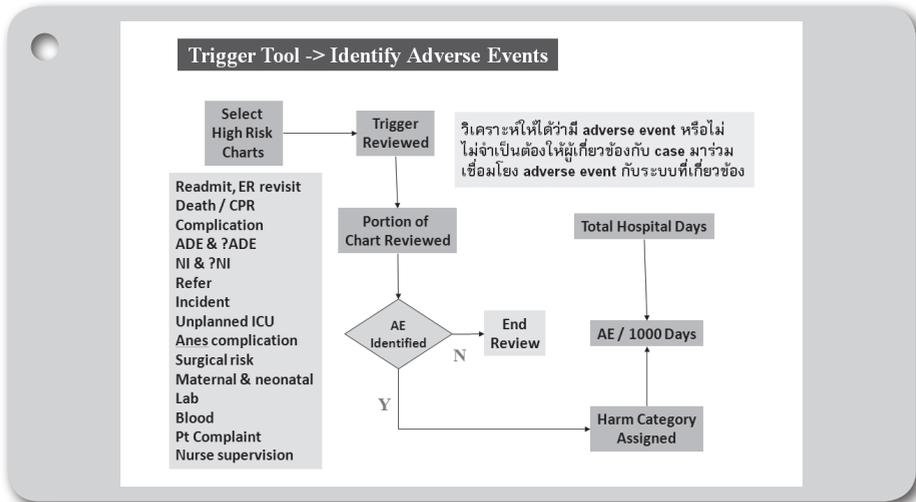
- Recommendation คือสิ่งที่อยู่ใน SIMPLE หรือ evidence-based guideline อื่นๆ
- Current/actual practice คือสิ่งที่ปฏิบัติจริง สามารถรับรู้ได้ด้วยการคุยกันเล่น หรือตาม รอยเพื่อเห็นของจริง หรืออาจจะประเมินด้วยการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ

2. ลด gap

- กำหนดเป้าหมายว่าในแต่ละช่วงเวลาจะสามารถปฏิบัติได้ในลักษณะใด
- วางแผนขั้นตอนในการปรับปรุง
- ดำเนินการปรับปรุง

3. ประเมินซ้ำเป็นระยะ

- มอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบเฉพาะเรื่อง เพื่อติดตามการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

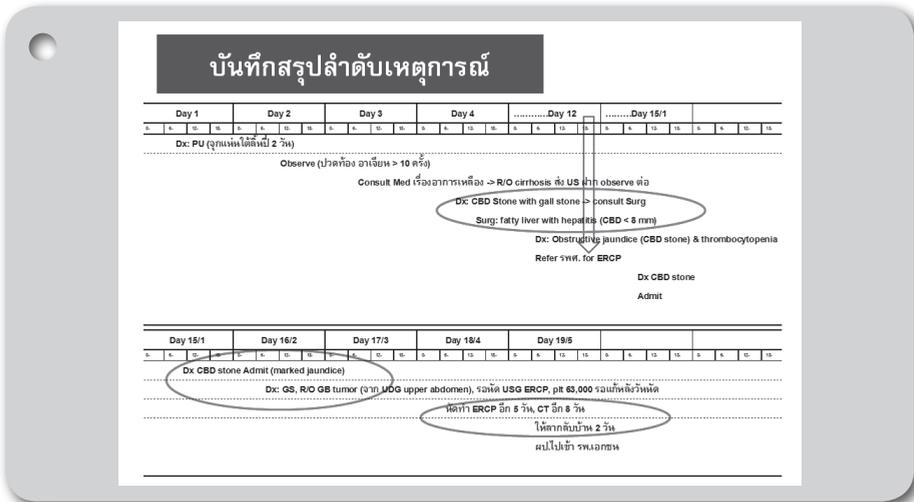


Trigger Tool

Trigger tool หรือตัวส่งสัญญาณ เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event – AE) จากการทบทวนเวชระเบียน

การใช้ trigger tool อาจนำไปใช้ได้ในลักษณะต่อไปนี้

1. ใช้ trigger จำนวนหนึ่งที่มีความไวและมีโอกาสพบ AE สูง เพื่อคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวน วิธีนี้จะพบ AE จำนวนมาก มีประโยชน์ในการวางระบบป้องกันความเสี่ยงให้ครอบคลุม แต่อาจจะมีปัญหาในการคำนวณอัตราการเกิด AE เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง
2. สุ่มเวชระเบียนอย่าง random จำนวนเดือนละ 20 ฉบับ ใช้ trigger เพื่อช่วยพิจารณาว่าผู้ป่วยที่ทบทวนนั้นจะมี AE หรือไม่ วิธีนี้จะพบ AE น้อยกว่าวิธีแรก แต่สามารถคำนวณอัตราการเกิด AE ต่อพันวันนอนเพื่อใช้เปรียบเทียบได้
3. ใช้ trigger ในระหว่างการทำงานปกติ เพื่อดักจับโอกาสเกิด AE แต่เนิ่นๆ และดำเนินการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาโดยทันที วิธีนี้มีประโยชน์ในการป้องกัน AE มากที่สุด



บันทึกสรุปลำดับเหตุการณ์

การบันทึกเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย ตามลำดับวันเวลา ที่แสดงไว้ในตัวอย่าง ทำให้ผู้ทบทวนและผู้อ่านสามารถทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในภาพรวมได้เร็วขึ้น เห็นความเชื่อมโยงและช่วงห่างของเหตุการณ์ต่างๆ ได้ง่ายขึ้น นำไปสู่การวิเคราะห์ขั้นตอนที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ง่ายขึ้น

แบบบันทึกนี้เหมาะสำหรับการใช้บันทึกข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น

Track 3 : Clinical Population

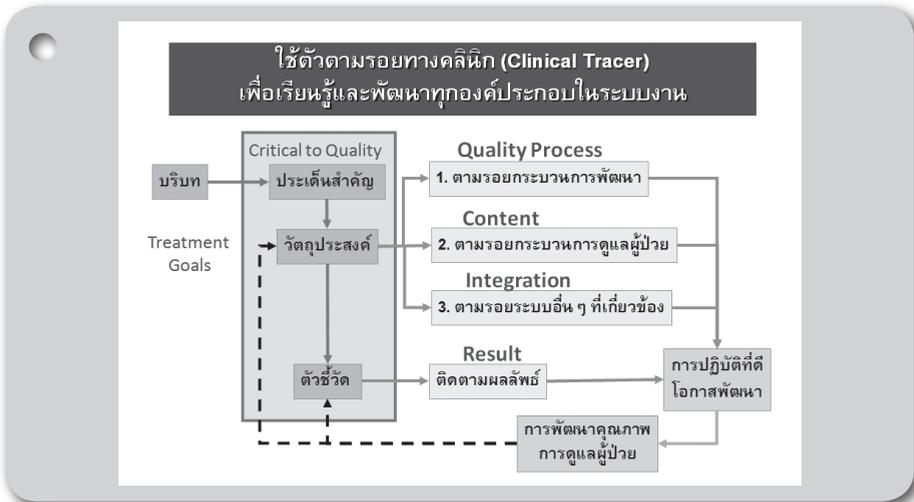


Track ที่ 3 พัฒนาการดูแลกลุ่มประชากรทางคลินิก

การเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลายๆ ครั้งทำให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์โอกาสเกิดปัญหาและวางแผนป้องกันก่อนที่จะเกิดปัญหา

การพัฒนาโดยยึดกลุ่มผู้ป่วยหรือประชากรทางคลินิก (clinical population) เป็นบทบาทโดยตรงของทีมดูแลผู้ป่วย (patient care team) มีแนวทางดังนี้

1. กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่มีความสำคัญ หรือมีประเด็นน่าสนใจ จำนวนมากพอ เช่น 20 กลุ่ม สำหรับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งการจัดกลุ่มนี้อาจจะเป็นตามโรค หัตถการ หรือลักษณะปัญหา โดยเหตุผลของการเลือกกลุ่มผู้ป่วยอาจจะใช้เหตุผลใดก็ได้ เช่น
 - พบบ่อย
 - ค่าใช้จ่ายสูง
 - มีความเสี่ยงสูง
 - ผลการดูแลรักษายังไม่ดี
 - ต้องมีความร่วมมือประสานงานกันสูง
 - มีประเด็นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จิตใจ อารมณ์ สังคม
2. วิเคราะห์ประเด็นสำคัญ คุณค่าที่ผู้ป่วยต้องการ เป้าหมายหรือ treatment goals สำหรับแต่ละกลุ่มผู้ป่วย และควรคำนึงถึงเป้าหมายเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพหรือ empowerment ควบคู่ไปด้วย
3. ใช้การตามรอยทางคลินิกเพื่อหาโอกาสพัฒนาและวิธีการปฏิบัติที่ดี
4. ดำเนินการพัฒนาตามโอกาสพัฒนาที่พบ
5. สรุปสาระสำคัญ (highlight) ที่สะท้อนให้เห็นคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ตามเป้าหมายที่วิเคราะห์ไว้ภายใน 1 หน้า เป็นภาคผนวกของรายงานการประเมินตนเองที่จะส่งให้ สรพ. สรุปบทเรียนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไว้เป็นสินทรัพย์ความรู้ของทีมงาน



ตัวตามรอยทางคลินิก (Clinical Tracer)

เป็นการประมวลเครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่มีอยู่แล้ว มาใช้พร้อมๆ กันสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน ทำให้สามารถถอดยอดจากการทบทวนผู้ป่วยเป็นรายๆ สู่การพัฒนาที่เป็นระบบและครอบคลุมในทุกองค์ประกอบ และประเมินการนำมาตรฐานมาสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น การตามรอยทางคลินิก อาจทำได้ตามลำดับขั้นดังนี้

1. คอยกันเล่น

- ประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมไปถึงคุณค่าที่ผู้ป่วยต้องการ และเป้าหมายการดูแล (อาจจะเสริมด้วยการ search หา treatment goals จาก internet)
- แนวทางเพื่อให้การดูแลในประเด็นดังกล่าวมีคุณภาพ

2. เห็นของจริง

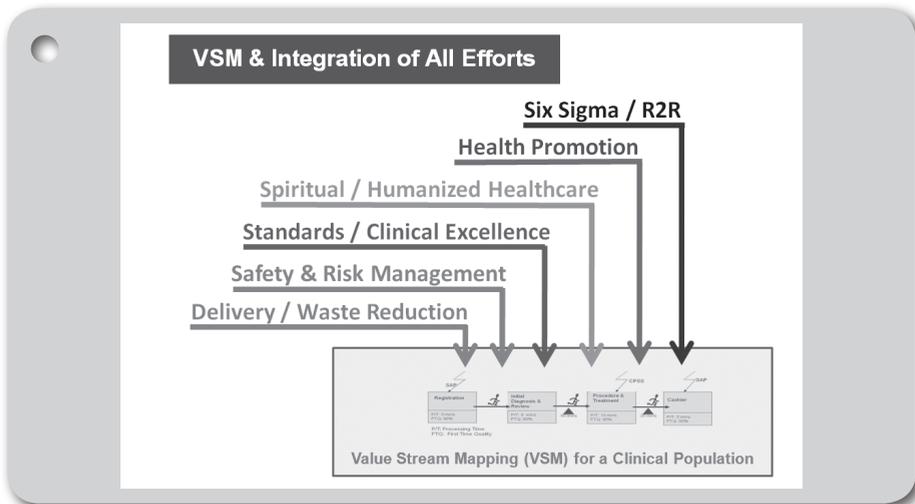
- ตามรอยผู้ป่วยที่ได้เข้ารับบริการไปตามจุดต่างๆ (individual patient tracer)
- ตามรอยกระบวนการดูแลไปในทุกขั้นตอน
- Risk/critical issue ที่จุดนั้น ชักซ้อมความเข้าใจในประเด็นสำคัญของแต่ละขั้นตอน ความเป็นไปได้ที่จะเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และการเตรียมการเพื่อรองรับความไม่แน่นอนต่างๆ
- ความล่าช้า การรอคอย กิจกรรมที่ไม่เกิดประโยชน์
- การสื่อสาร จากจุดก่อนหน้า และสู่จุดต่อไป
- การให้คุณค่า ความเหมาะสม ประสิทธิภาพ ที่จุดนั้น
- โอกาสเพิ่มคุณค่า โอกาสสร้างนวัตกรรม โอกาสใช้ IT โอกาสที่คนเก่งขึ้น
- ตามรอยระบบสำคัญที่เกี่ยวข้อง ว่ามีโอกาสสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวดีขึ้นได้อย่างไร

3. ทบทวน

- ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง ทั้ง process indicator และ outcome indicator
- แนวคิดและกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่นำมาใช้ในโรคนี

4. ต่อยอด

- ใช้แนวคิด Lean มาพัฒนาร่วมกับ clinical tracer



Value stream mapping (แผนภูมิสายธารแห่งคุณค่า)

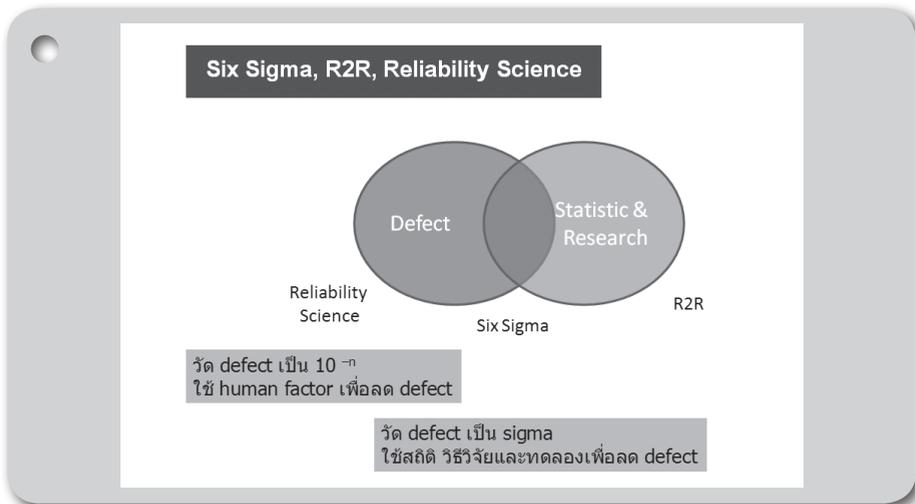
Value Stream Mapping (VSM) เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาคุณภาพตามแนวคิด lean ซึ่งจะช่วยให้เห็นการเคลื่อนไหวของการเพิ่มคุณค่าแก่ผู้รับผลงานเป็นลำดับขั้น ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงจุดที่ผู้รับผลงานได้คุณค่าที่ต้องการ หรือในกรณีบริการสุขภาพ คือการที่ผู้ป่วยมีสภาวะสุขภาพคืนสู่ปกติ

VSM เป็นสิ่งที่ต่อยอดจาก process flowchart แต่เพิ่มข้อมูลต่างๆ ที่แสดงให้เห็นคุณภาพและความสูญเสียที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนชัดเจนยิ่งขึ้น

เมื่อนำ lean มาใช้กับบริการสุขภาพ แนวทางการวิเคราะห์ VSM หนึ่งก็คือการพิจารณาการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรคตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ clinical tracer

เมื่อใช้ VSM หรือ detailed process flowchart เป็นฐานสำหรับวิเคราะห์โอกาสพัฒนา เราสามารถบูรณาการแนวคิดต่างๆ เข้ากับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสำหรับแต่ละโรคได้ ดังนี้

1. ลดการรอคอยหรือความสูญเสียในการส่งมอบบริการ
2. วิเคราะห์ความเสี่ยงในแต่ละขั้นตอน และกำหนดมาตรการป้องกัน
3. พิจารณานำมาตรฐาน ข้อกำหนด ข้อเสนอทางวิชาการ ที่เกี่ยวข้อง มากำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง
4. พิจารณาความต้องการด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ในจุดที่มีความต้องการสูง
5. พิจารณาโอกาสใช้แนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ เสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเอง
6. พิจารณาโอกาสใช้เครื่องมือพัฒนาและสร้างความรู้ที่ซับซ้อนขึ้น เช่น six sigma, R2R

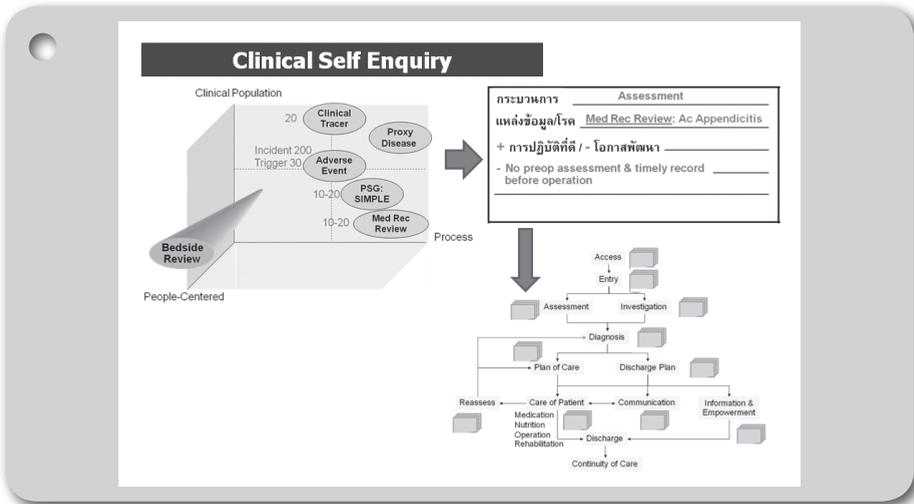


เครื่องมือในการเลือกและขยายภาพเพื่อการพัฒนา

เทคนิคการพัฒนาคุณภาพที่นำเอาสถิติ วิธีวิจัย และการทดลองเข้ามาใช้อย่างมากคือ six sigma ซึ่งมักจะนำมาใช้คู่กับ lean และมุ่งเน้นที่การลด defect ให้เหลือน้อยที่สุดโดยวัดเป็นระดับ sigma

ขณะเดียวกัน IHI นำเสนอสิ่งที่เรียกว่า reliability science คือใช้การวัดระดับ defect เป็น 10^{-n} มุ่งให้ลด defect จาก 10^{-1} หรือ $n \times 10\%$ เป็น 10^{-2} หรือ $n \times 1\%$ โดยการใช้แนวคิด human factor engineering ร่วมกับการมุ่งที่จุดหรือกลุ่มซึ่งเป็นปัญหา

อาจสรุปได้ว่าทั้ง six sigma, reliability science และ R2R เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพในกลุ่มเดียวกัน มีศักยภาพในการขุมรายละเอียดของปัญหาให้เห็นชัดเจนมากขึ้น และสมควรได้รับการพิจารณานำมาใช้ให้มากขึ้น



Clinical Self Enquiry แนวทางการประมวลผลภาพรวมของการดูแลผู้ป่วย

เครื่องมือพัฒนาคุณภาพด้านคลินิกที่เริ่มมีเพิ่มมากขึ้น อาจจะทำให้เกิดความสับสนในการนำมาใช้ หรือลักษณะที่หลากหลายทำให้ไม่สามารถรวบรวมความรู้มาได้อย่างเป็นระบบ

ในเครื่องมือเหล่านี้ บางอย่างเน้นที่กระบวนการดูแลผู้ป่วย (การทบทวนเวชระเบียน) บางอย่างเน้นที่ลักษณะการเจ็บป่วย (clinical tracer) และบางอย่างเน้นสิ่งที่พบข้างเตียง (การทบทวนข้างเตียง) การนำข้อมูลที่เกิดขึ้นมาประมวลเข้าด้วยกันจะทำให้เห็นภาพรวมจากมุมมองต่างๆ

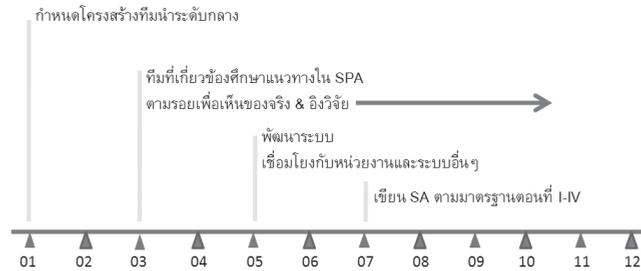
สิ่งที่จะร้อยเรียงข้อมูลเหล่านี้เข้าด้วยกันคือขั้นตอนในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (patient care process) ซึ่งอยู่ในมาตรฐาน HA ตอนที่ III

บัตรบันทึกข้อมูลภาพรวม แสดงให้เห็นถึงการสรุปข้อมูลเฉพาะในสิ่งที่สำคัญจะช่วยลดภาระงานและช่วยให้การประมวลผลทำได้ง่ายขึ้น ข้อมูลเหล่านั้นได้แก่ โรค กระบวนการที่เกิดเหตุการณ์ แหล่งที่มาของข้อมูลหรือเครื่องมือที่ทำให้ได้ข้อมูลนั้นมา สิ่งที่ทำได้ดีสามารถนำไปใช้เป็นแบบอย่างได้ และโอกาสพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งโอกาสพัฒนานั้นควรจะมีชัดเจนพอที่จะสามารถนำไปพัฒนาได้ง่าย

กระบวนการนี้เป็นเสมือนจุดตั้งต้นของการค้นหาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยทีมงานของโรงพยาบาลเอง จึงอาจเรียกได้ว่าเป็น clinical self enquiry ข้อมูลที่ได้จะนำไปสู่การสืบค้นทำความเข้าใจที่ลึกซึ้งมากขึ้น หรือนำไปสู่การพัฒนากระบวนการงานเลยก็ได้

เครื่องมือคุณภาพซึ่งเป็นแหล่งที่มาของข้อมูลดังกล่าวได้แก่ 1) การทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย 2) การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) ผ่านการรายงานและการใช้ trigger เพื่อคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวน 3) การวิเคราะห์ผลการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่างๆ (clinical tracer) 4) การตามรอย PSG: SIMPLE 5) การทบทวนการปฏิบัติตามมาตรฐานตอนที่ III จากเวชระเบียน 6) การวิเคราะห์โรคตัวแทน (proxy disease) ที่สามารถสะท้อนคุณภาพในขั้นตอนที่เราสนใจ

Track 4 : Standard Deployment

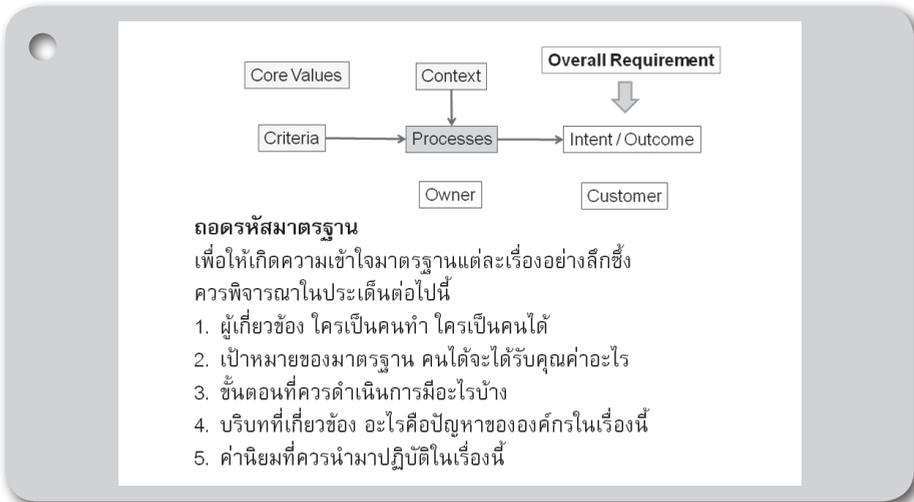


Track ที่ 4 : การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ

มาตรฐาน HA เป็นมาตรฐานที่เน้นระบบในภาพรวมของโรงพยาบาล ตอนที่ I เป็นระบบการบริหารจัดการทั่วไป ตอนที่ II เป็นระบบงานเฉพาะของโรงพยาบาล ตอนที่ III เป็นระบบการดูแลผู้ป่วย และตอนที่ IV เป็นผลลัพธ์

การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ มีสิ่งที่พึงปฏิบัติดังนี้

1. กำหนดบุคคลหรือทีมงานที่จะรับผิดชอบในแต่ละมาตรฐานที่ชัดเจน ทีมหนึ่งอาจได้รับมอบหมายให้ดูแลมาตรฐานมากกว่าหนึ่งเรื่องได้
 - ผู้รับผิดชอบศึกษามาตรฐาน
 - ทำความเข้าใจความหมายและเป้าหมายของมาตรฐานแต่ละเรื่อง แต่ละประเด็น
 - ทำความเข้าใจให้ลึกซึ้งด้วยการถอดรหัสมาตรฐาน
 - ทำความเข้าใจคำขยายความที่อยู่ใน SPA
2. น้อมนำมาตรฐานเข้ากับบริบทขององค์กร
 - ใช้เรื่องเล่าที่ประทับใจ แล้วนำมาเชื่อมโยงกับมาตรฐาน
 - พิจารณาว่ามาตรฐานเรื่องนี้มีความหมายอะไรสำหรับโรงพยาบาล อะไรเป็นปัญหาที่ควรใส่ใจเป็นพิเศษ ถ้าไม่มีการปรับปรุงจะเกิดผลกระทบอะไร
3. ทำให้มาตรฐานเข้าไปอยู่ในงานประจำ ด้วยการ “คุยกันเล่น – เห็นของจริง – อิงการวิจัย”
4. สร้างการเชื่อมโยง
 - ระบบที่กำกับดูแลกับหน่วยงานที่เป็นผู้ปฏิบัติ
 - ระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกัน
5. ประเมินการบรรลุเป้าหมายของระบบ



ถอดรหัสมาตรฐาน

มาตรฐาน HA คือกรอบความคิดที่สื่อให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญของสถานพยาบาลที่มีคุณภาพ (อย่างยั่งยืน) และความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเหล่านั้น

เมื่ออ่านมาตรฐานหลายๆ รอบ จะทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้น และจะพบว่ามีความหมายที่ซ่อนอยู่ในมาตรฐานหลายแง่มุมด้วยกัน ดังภาพ

การพิจารณาว่าใครเป็นผู้รับผลงานของมาตรฐานเรื่องนี้ จะทำให้เราเข้าใจคุณค่าที่ผู้รับผลงานควรได้รับได้ดีขึ้น และนำไปสู่ความเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐานได้ดีขึ้น

การวิเคราะห์ขั้นตอนที่ควรดำเนินการ ทำให้เกิดความคิดที่เป็นระบบในการวางแผน และคิดถึงกิจกรรมอื่นๆ ที่อาจจะไม่ได้ระบุไว้ในมาตรฐาน แต่มีความจำเป็นเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล ความร่วมมือ การใช้ประโยชน์ รวมไปถึงการเชื่อม feed back loop

การฝึกพิจารณาบริบท ทำให้รู้ว่าอะไรเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับเรื่องนี้ และเลือกทำในสิ่งที่มีความหมายต่อองค์กร ไม่เกิดการเลียนแบบที่ไม่เกิดประโยชน์

การฝึกพิจารณาค่านิยม ทำให้ใช้มาตรฐานเรื่องนั้นได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

(3) ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออยู่บนพื้นฐานของความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัย การปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ เป็นไปตามข้อกำหนดในกฎหมาย และจัดทำแนวทางปฏิบัติไว้เป็นลายลักษณ์อักษร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันเลือกสรร scientific evidence (หลักฐานวิธีการที่ได้รับการพิสูจน์ว่าได้ผลจากการศึกษาอย่างเป็นวิทยาศาสตร์) ที่ update จากแหล่งที่เหมาะสม เช่น CDC, ชมรมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล
- นำข้อมูลหลักฐานดังกล่าวมาเปรียบเทียบกับแนวทางปฏิบัติงานที่ใช้อยู่ (ถ้ามีการจัดทำไว้แล้ว) ทบทวนแนวทางปฏิบัติให้ทันสมัยกับ evidence
- ทำ gap analysis เพื่อหาช่องว่างของการปฏิบัติกับมาตรฐานที่ได้รับการพิสูจน์แล้ว กำหนดเป้าหมายและแผนการปรับปรุง
- จัดทำแนวทางปฏิบัติงานเท่าที่จำเป็น เพื่อเป็นที่ใช้อ้างอิง ทำความเข้าใจ และอ้างให้การปรับปรุงที่เกิดขึ้นมีความยั่งยืน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่าง scientific evidence ที่นำมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

SPA ย่อมาจาก Standards – Practice – Assessment

เดิม รพ.สนใจทำเอกสารประเมินตนเอง SA โดยให้ความสำคัญกับการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติน้อย

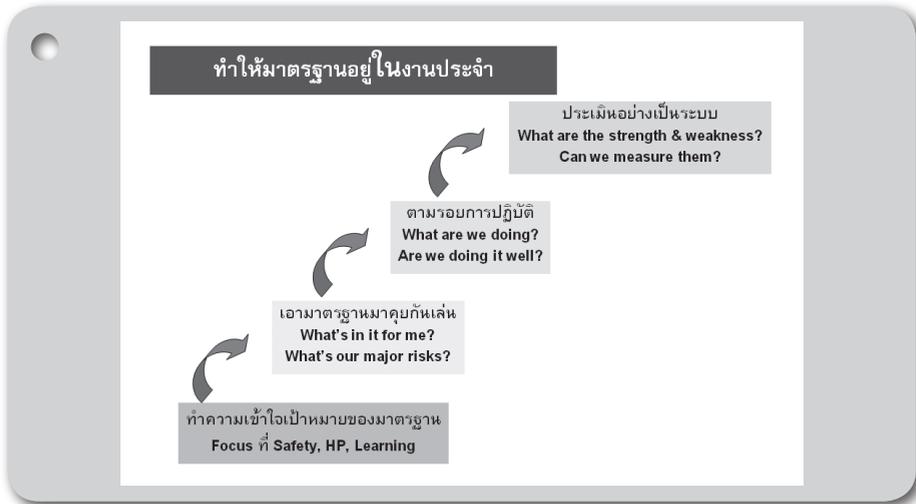
การเพิ่ม P เข้ามาแทรกใน SA เป็นการส่งสัญญาณให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติ เพื่อให้มาตรฐานนั้นเกิดประโยชน์ต่อองค์กรอย่างแท้จริง

Practice หรือ “กิจกรรมที่ควรดำเนินการ” คือการขยายความมาตรฐานให้มีความชัดเจนว่า ธุรกรรมในการปฏิบัติควรเป็นอย่างไร

การขยายความนี้สามารถเชื่อมต่อมาตรฐาน HA/HPH กับมาตรฐานอื่นๆ รวมทั้งชี้แนะแนวทางที่ไปไกลกว่ามาตรฐาน เช่น การดูแลด้วยหัวใจและความรัก

Assessment หรือ “ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป” คือการระบุเฉพาะส่วนสำคัญจริงๆ ที่ รพ.ควรนำมาตอบในเอกสารประเมินตนเอง เพื่อลดภาระงานการจัดทำเอกสาร โดยมีจุดเน้นที่บทเรียนและผลลัพธ์ของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ เป็นบทเรียนที่ผ่านการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญร่วมกันในทีมงานที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่างของบทเรียนในการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ เช่น วิธีการที่ทำให้ได้ผล การแก้ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ความแตกต่างของการประยุกต์ใช้มาตรฐานในสถานการณ์ต่างๆ การวิเคราะห์ข้อมูลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น



ทำให้มาตรฐานเข้าไปอยู่ในงานประจำ

มาตรฐานจะเกิดประโยชน์ต่อเมื่อได้รับการนำไปปฏิบัติในการทำงานปกติประจำ มาตรฐานบางเรื่องเป็นสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้วโดยไม่รู้ตัว บางเรื่องเป็นสิ่งที่ยังไม่ได้รับความสำคัญ บางเรื่องเป็นสิ่งที่เข้าใจว่าทำแต่ยังสามารถทำให้มีคุณค่าเพิ่มขึ้นกว่าที่เป็นอยู่

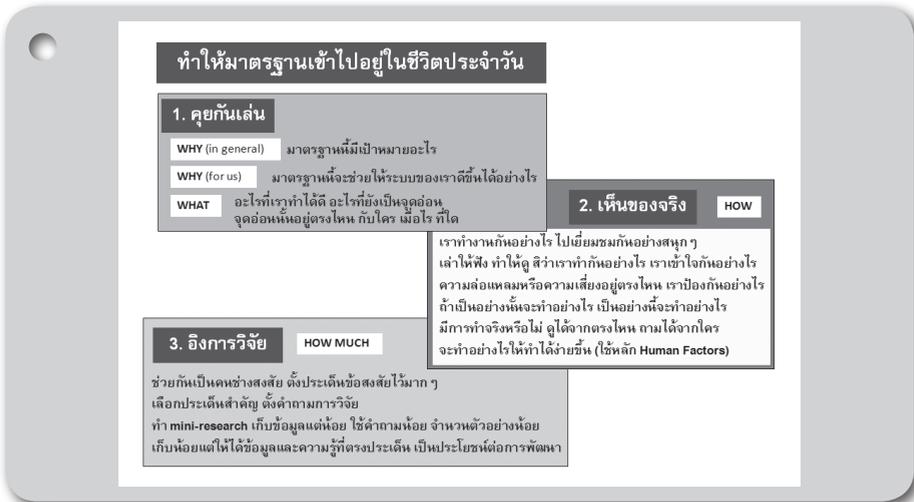
เรื่องที่ปฏิบัติอยู่แล้วโดยไม่รู้ตัว เมื่อนำมาเล่าสู่กันฟังและเชื่อมโยงกับมาตรฐาน จะเกิดความเข้าใจมาตรฐานดีขึ้น

เรื่องที่ยังไม่ได้รับความสำคัญ ต้องศึกษามาตรฐานและวิเคราะห์ว่าส่วนใดบ้างที่ยังไม่ได้มีการปฏิบัติ

เรื่องที่สามารถทำให้มีคุณค่าเพิ่มขึ้น ต้องอาศัยการไปดูของจริง และการไต่ถามคุณค่าของสิ่งที่ทำ และความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะเพื่อนำมาตรฐานเข้าไปอยู่ในงานประจำ ควรเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย ๆ ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน ดังต่อไปนี้

1. ทำความเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐานแต่ละเรื่อง แต่ละประเด็น เน้นการเรียนรู้ที่จะเกิดขึ้นกับผู้เกี่ยวข้อง เน้นคุณค่าที่ผู้รับผลงานหลักจะได้รับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีผู้ป่วย ควรเน้นที่คุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ
2. นำมาตรฐานมาคุยกันเล่นในประเด็นง่ายๆ เกี่ยวกับเป้าหมายของมาตรฐาน และสิ่งที่เป็นความเสี่ยงของโรงพยาบาลในเรื่องนี้
3. ตามรอยการปฏิบัติในสถานที่จริง ในสถานการณ์จริง เพื่อให้เห็นของจริง ว่าเราทำงานกันอย่างไร ทำได้ดีหรือไม่
4. ประเมินระบบงานของเราอย่างเป็นระบบ เริ่มจากการใช้วิธีการเชิงคุณภาพ คือวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของสิ่งที่ทำอยู่ ตรงไหนที่สามารถวัดได้ก็ให้มีการวัดที่ตรงประเด็นและน่าเชื่อถือ



คูกันเล่น – เห็นของจริง – อิงการวิจัย

คูกันเล่น เป็นพื้นฐานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติด้วยความเข้าใจ

เห็นของจริง เป็นกิจกรรมหลักที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง สม่าเสมอ

อิงการวิจัย เป็นการเจาะลึกในบางประเด็นที่น่าสนใจจากการไปพบของจริง เป็นการเสริมสร้างทักษะของความเป็นนักวิจัย แต่ไม่ต้องกังวลกับระเบียบวิธีจนไม่กล้าทำ

การตามรอยเพื่อให้เห็นของจริง คือสิ่งที่ผู้เยี่ยมสำรวจใช้ และเป็นหลักการบริหารงานของญี่ปุ่นที่เรียกว่า Genbutsu ซึ่งจะทำให้ผู้นำได้รับรู้ข้อเท็จจริง เกิดความผูกพันกับผู้คน ได้เรียนรู้ร่วมกัน

การสืบค้นตนเอง (self enquiry) อาจจะหมายความรวมถึงการตามรอยและอิงการวิจัย เป็นกระบวนการเพื่อสร้างความรู้ สร้างการรับรู้ แล้วคืนข้อมูลกลับไปให้ผู้ปฏิบัติเพื่อให้เกิดการปรับปรุง เป็น learning mode ที่ควรได้รับการสนับสนุน และนำมาใช้ทดแทน audit mode ที่พยายามเข้าไปประเมินว่าทำหรือไม่ทำ มีข้อบกพร่องอะไร

แนวทางการตามรอยเพื่อเห็นของจริง

1. คิดถึงเป้าหมายของมาตรฐานเรื่องที่จะตามรอย
2. คิดถึง object หรือข้อมูล หรือเนื้อหาที่สามารถใช้เป็นตัวเชื่อมโยง หรือตามรอยได้ (ถ้ามี) เช่น ผู้ป่วย ยา ข้อมูลข่าวสาร
3. คิดถึงหน่วยงาน/บุคคลที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ต้นทางถึงปลายทาง (ผู้วางแผน ผู้ปฏิบัติ ผู้รับผลงาน)
4. คิดถึงประเด็นสำคัญที่ควรใส่ใจในแต่ละจุด
 - เป้าหมาย คุณภาพ ความเสี่ยง
 - การต่อเชื่อมกับขั้นตอนหรือจุดบริการอื่น
5. คิดถึงวิธีการที่จะรับรู้ข้อมูลในประเด็นสำคัญดังกล่าว (สัมภาษณ์ สังเกต ศึกษาข้อมูล)
6. คิดถึงระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และสามารถตามรอยดูได้

การตามรอยเพื่อเห็นของจริง

การตามรอยเป็นเรื่องสนุก แนวทางข้างต้นเป็นเพียงข้อแนะนำที่ไม่ควรยึดถือเป็นกรอบตายตัว แต่ควรฝึกที่จะใช้วิธีการใหม่ๆ ในการรับรู้ข้อมูลความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

ตัวอย่างที่ดีของการตามรอย คือ รายการ “กบนอกกะลา”

คำถามต่อไปนี้อาจช่วยในการฝึกทักษะการตามรอย

I-1.1ก ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (ซึ่งนำไปสู่การบรรลุความสำเร็จขององค์กร) ได้ดีเพียงใด

I-3.2/3.2 องค์กรมีการรับฟังความคิดเห็น เสี่ยงสะท้อน คำร้องเรียน และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาอย่างไร

I-3.3 ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิในขั้นตอนต่างๆ ของการดูแลอย่างไร

I-4 การวัดผลงานในหน่วยงานและระบบงานต่างๆ สอดคล้องกับเป้าหมายและความต้องการของรพ.เพียงใด มีการวิเคราะห์และนำไปใช้ประโยชน์อย่างไร

I-5 บุคลากรได้รับการปฏิบัติจากรพ.อย่างไรบ้าง ตั้งแต่เริ่มเข้าทำงานจนถึงปัจจุบัน สิ่งเหล่านั้นมีผลต่อการสร้างผลงานที่ดีให้แก่องค์กรอย่างไร

II-2.2 องค์กรแพทย์เผชิญกับความท้าทายอะไรบ้าง มีวิธีการจัดการกับความท้าทายดังกล่าวอย่างไร ประเมินผลความสำเร็จอย่างไร

II-3.1 รพ.มีความพร้อมในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินเพียงใด (รพ.เสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินอะไรบ้าง วางแผนรองรับอย่างไร ฝึกอบรมอย่างไร คนมีความตระหนัก รับรู้ และมีทักษะพอหรือไม่ รพ.ทดสอบระบบของตนเองอย่างไร)

II-3.2k ระบบบำรุงรักษาและซ่อมบำรุงเครื่องมือ มีประสิทธิภาพเพียงใด

II-3.3 การจัดสิ่งแวดล้อมต่างๆ เอื้อต่อการเยียวยาและการเรียนรู้เพียงใด

Patient Care Plan & Discharge Plan

Patient Care Plan

วันที่พบ/วิชาชีพ	ปัญหา/ความต้องการ/ปัจจัยเสี่ยง	เป้าหมายการดูแล	แผนการดูแล	วันที่สิ้นสุด
	Acute MI		Acute MI bundles	
	Smoking	Stop smoking	Anti-smoking counseling	
	Hypertension	BP control	Antihypertensive	

Discharge Plan

	ความต้องการหลังจำหน่าย	เป้าหมายการดูแล	แผนการเตรียมตัวผู้ป่วย/ครอบครัว	
		Cardiac fitness	Cardiac rehabilitation	

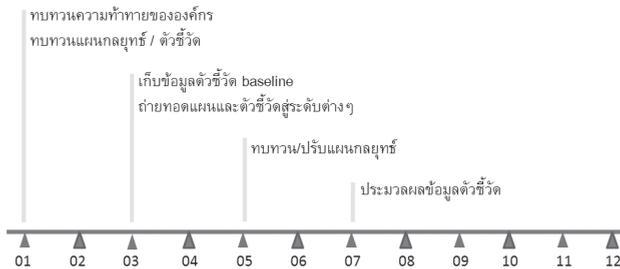
การวางแผนดูแลผู้ป่วยและวางแผนจำหน่าย

การวางแผนดูแลผู้ป่วย (patient care plan) ยังเป็นส่วนที่มีการปฏิบัติกันไม่ชัดเจน ไม่สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประสานงานระหว่างวิชาชีพ และไม่สามารถใช้ตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างข้างต้นเป็นข้อเสนอแนะให้ทีมงานพิจารณาการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งแผนจำหน่าย ในลักษณะที่เรียบง่าย

1. เป็นแผนในภาพรวมของทุกวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
2. ระบุรายการปัญหา ความต้องการ และความเสี่ยงหรือปัจจัยเสี่ยง ที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายไว้อย่างครบถ้วน สามารถใช้ตรวจสอบว่ายังคงเหลือประเด็นใดได้ตลอดเวลา
3. มีการระบุเป้าหมายการดูแลที่ชัดเจน
4. แผนการดูแลจะระบุทิศทางแบบกว้างๆ ส่วนรายละเอียดซึ่งเป็นมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพจะไปปรากฏอยู่ในบันทึกการทำงานของวิชาชีพนั้นๆ
5. รูปแบบเดียวกันสามารถใช้ได้ทั้งแผนการดูแลผู้ป่วยระหว่างที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล และแผนการจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

Track 5 : Strategic Management

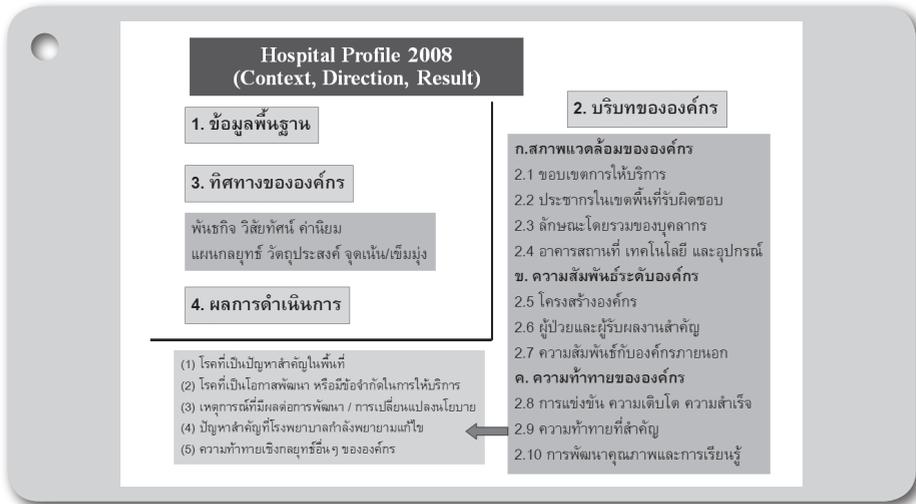


Track ที่ 5 การบริหารเชิงกลยุทธ์

การบริหารเชิงกลยุทธ์ ถือว่าเป็นระบบงานหนึ่งขององค์กร ซึ่งครอบคลุมและมีผลต่อระบบอื่นๆ ทั้งหมด เป็นการเชื่อมโยงข้อกำหนดของมาตรฐานเกี่ยวกับ การวางแผนและการประเมินผลหลายๆ หมวดเข้าด้วยกัน

กิจกรรมสำคัญใน track นี้คือการทำหน้าที่ปกติของทีมงานระดับสูง ได้แก่

1. การทบทวนความท้าทายขององค์กรให้ครอบคลุม
2. การทบทวนแผนกลยุทธ์และตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับความท้าทายขององค์กร
3. การถ่ายทอดแผนและตัวชี้วัดไปสู่การปฏิบัติ
4. การติดตามตัวชี้วัด วิเคราะห์เพื่อประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จขององค์กร
5. การปรับแผนหรือการให้ความช่วยเหลือต่อแผนงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
6. การสรุปทเรียนในเรื่องการบริหารเชิงกลยุทธ์ เช่น การกำหนดกลยุทธ์สำหรับความท้าทายในอนาคต การค้นหาจุดบอดที่มองไม่เห็น การวิเคราะห์ข้อมูล การจัดการเมื่อผลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย



บริบทคือตัวกำหนดทิศทางการทำงานขององค์กร

Hospital profile 2008 เป็นเครื่องมือสำหรับการเชื่อมโยงบริบท ทิศทางขององค์กร และผลการดำเนินการ บริบทกำหนดทิศทางขององค์กร ตัวชี้วัดผลการดำเนินการบ่งบอกถึงความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายตามทิศทางที่กำหนดไว้ การนำข้อมูลทั้งสามส่วนมาไว้ในเอกสารชุดเดียวกัน มีเจตจำนงให้ผู้บริหารของโรงพยาบาลได้ทบทวนความเชื่อมโยงดังกล่าว

บริบทขององค์กร มีหัวข้อที่สอดคล้องกับ organization profile ของ TQA/MBNQA โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ให้แนวทางในการวิเคราะห์ความท้าทายที่สำคัญขององค์กรไว้ด้วย

ทิศทางขององค์กร ครอบคลุมทั้งส่วนที่เป็นทิศทางกว้างๆ ได้แก่ พันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม และทิศทางเฉพาะที่มีความชัดเจนสำหรับแต่ละช่วงเวลา ได้แก่ แผนกลยุทธ์ วัตถุประสงค์ รวมทั้งการจัดลำดับความสำคัญ (จุดเน้นหรือเข็มมุ่ง)

ผลการดำเนินการ ได้แก่การนำเสนอตัวชี้วัดตามมาตรฐานตอนที่ IV ซึ่ง รพ.ควรประสานให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ของตน

มาตรฐานกับ maturity ของการพัฒนา



Scoring Guidelines

Scoring guidelines เป็นเครื่องมือสำคัญเพื่อเป้าหมายสองประการคือ 1) เพื่อส่งเสริมให้ รพ.มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ยกกระดับ maturity ของการพัฒนาให้สูงขึ้นเป็นลำดับ 2) เพื่อช่วยให้มีมาตรฐานในการตัดสินใจรับรองโรงพยาบาล

แนวทางการให้คะแนนนี้ดัดแปลงมาจากแนวทางของ MBNQA/TQA แต่ทำให้ง่ายขึ้นด้วยการปรับให้เป็น 5 ระดับ

คะแนน 1 หมายถึงการเริ่มต้นพัฒนาในเรื่องง่ายๆ เช่น โครงสร้างกายภาพ การตั้งทีม กิจกรรมข้อเสนอแนะ กิจกรรม 5 ส เป็นต้น

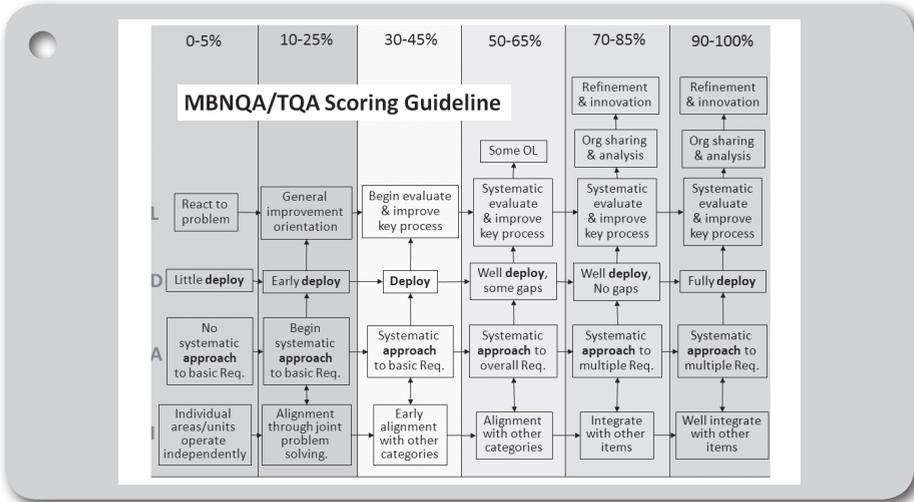
คะแนน 2 หมายถึงการวางระบบที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของ รพ. มีการสื่อสารทำความเข้าใจ และเริ่มนำไปปฏิบัติ ยังมีประเด็นสำคัญที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม

คะแนน 3 หมายถึงการออกแบบระบบที่ดี มีการนำไปปฏิบัติด้วยความเข้าใจ สามารถแสดงให้เห็นการบรรลุเป้าหมายพื้นฐานของมาตรฐานได้ เริ่มมีการประเมินความสำเร็จด้วยวิธีต่างๆ

คะแนน 4 หมายถึงมีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ มีบูรณาการกับหน่วยงาน กระบวนการ ระบบงาน แผนงาน ที่เกี่ยวข้อง และมีการใช้นวัตกรรมเพื่อออกแบบระบบงานใหม่

คะแนน 5 หมายถึงมีผลการดำเนินการที่เด่นชัด มีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่องสูงกว่าค่าเฉลี่ย สามารถเป็นแบบอย่างของการพัฒนาได้

Scoring guidelines นี้เป็นพื้นฐานสำหรับการให้คะแนนทั้ง overall scoring และ detailed scoring



MBNQA/TQA Scoring Guidelines

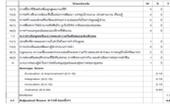
ภาพนี้แสดงให้เห็นหลักเกณฑ์การให้คะแนนการปฏิบัติตามเกณฑ์เชิงกระบวนการของรางวัลคุณภาพแห่งชาติของอเมริกา (MBNQA) และของประเทศไทย (TQA) ซึ่ง HA นำแนวทางนี้มาปรับใช้ให้ง่ายขึ้น

มีสิ่งที่แตกต่างกันดังนี้

1. MBNQA/TQA ใช้เป็นร้อยละตั้งแต่ 0-100 ขณะที่ HA ใช้คะแนน 1-5
2. MBNQA/TQA แบ่งคะแนนเป็น 6 band ขณะที่ HA มีเพียง 5 band
3. MBNQA/TQA แยกการให้คะแนนกระบวนการออกเป็น approach (A), deployment (D), learning (L), integration (I) โดยแต่ละส่วนมีการประเมินตั้งแต่ 0-100 ขณะที่ HA นำมาพิจารณารวมไปด้วยกัน โดยคะแนน 1-2 จะเน้น approach, คะแนน 2-3 จะเน้น deployment, คะแนน 3-4 จะเน้น learning & integration และคะแนน 5 จะเน้นผลลัพธ์
4. MBNQA/TQA ใช้การประเมินนี้ในระดับหัวข้อ (category) หรือบทย่อย ขณะที่ HA ใช้การประเมินนี้ในระดับประเด็นรายละเอียดของข้อกำหนด (multiple requirement)

ประเภทของ HA Scoring

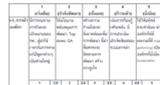
Detailed Scoring



ประเมินในรายละเอียดของแต่ละข้อย่อย
(multiple requirement)

ใช้สำหรับการเตรียมตัวและการเชื่อมสำรวจ
เพื่อการรับรอง HA (บันไดขั้นที่ 3)

Overall Scoring



ประเมินตามข้อกำหนดโดยรวม
(overall requirement)

ใช้เวลาน้อยลงในการเข้าถึงหัวใจของข้อกำหนด
ใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณารับรองขั้นที่ 1 & 2

เป็นคะแนน 5 ระดับทั้งคู่ แต่คะแนนที่ได้จาก Overall Scoring จะสูงกว่า
(การประเมินในรายละเอียด จะทำให้เห็นโอกาสพัฒนามากขึ้น)

HA Scoring

การให้คะแนนระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน ทำให้สามารถทราบได้ว่าจุดแข็งของโรงพยาบาลอยู่ตรงไหน จุดอ่อนอยู่ตรงไหน จุดใดสมควรได้รับการใส่ใจมาก และสามารถติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาได้

การให้คะแนนโดยโรงพยาบาลไม่ควรมุ่งที่จะให้ได้คะแนนเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะในกรณีที่ความเห็นของทีมไม่สอดคล้องกัน ควรใช้เป็นโอกาสที่จะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันมากกว่าพยายามสรุปคะแนน กล่าวคือควรเชิญผู้ที่ให้คะแนนสูงบอกเล่าจุดดีที่ตนเห็น และเชิญผู้ที่ให้คะแนนต่ำบอกเล่าจุดอ่อนที่ตนเห็น แล้วนำจุดอ่อนนั้นไปพัฒนาร่วมกัน

การประเมินโดยใช้ overall scoring ควรทำในช่วงต้นและในระหว่างการพัฒนา ขณะที่ detailed scoring ควรใช้เมื่อโรงพยาบาลมีความพร้อมที่จะขอการรับรอง

Overall Scoring

	1 (เริ่มต้น)	2 (กำลังพัฒนา)	3 (เห็นผล)	4 (ก้าวหน้า)	5 (ยั่งยืน)				
I-1. การนำ องค์กร	มีการทบทวน ภารกิจและ เป้าหมายของ รพ., ผู้นำใช้ เวลากับการตาม แก้ปัญหาต่างๆ เป็นส่วนใหญ่	ให้นโยบาย สนับสนุนการ พัฒนา, Top down, QA	สร้างความ ร่วมมือและ สิ่งแวดล้อมเพื่อ การพัฒนา ชี้นำ สื่อสารและ ติดตามการ พัฒนา สร้าง แรงจูงใจ	เน้นการเรียนรู้ เสริมพลัง, มี การประเมิน ประสิทธิภาพของ ระบบการเฝ้า	ใช้วิสัยทัศน์ และคำนิยาม นำ องค์กรให้มี ผลงานที่ดี (high performing) เป็น องค์กรที่ยั่งยืน (sustainable)				
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5

พรพ. ได้จัดให้มีระบบการประเมินตามลำดับขั้นมาตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ส่งผลโรงพยาบาลต่างๆ ได้รับการรับรองในบันไดขั้นที่ 1 และ 2 จำนวนมาก และทาง สปสช. ได้นำขั้นของการรับรองมาใช้ในการคำนวณอัตราการจัดสรรเงินตามผลงานตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา

ในปี 2551 พรพ. ได้พัฒนาเครื่องมือประมวลผลคะแนนสำหรับการเยี่ยมชมเพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพ (detailed scoring for accreditation) และได้ดัดแปลงให้สามารถใช้ประเมินในระดับภาพรวมของแต่ละองค์กรประกอบ (overall scoring) เพื่อให้ง่ายสำหรับการประเมินได้รวดเร็วโดยไม่ต้องลงรายละเอียดจำนวนมาก ซึ่งเหมาะที่จะนำมาใช้กับโรงพยาบาลที่อยู่ระหว่างการพัฒนา ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบได้ชัดเจน

ในปี 2552 สปสช. สนับสนุนให้ พรพ. เข้าเยี่ยม รพ. ทุกแห่งในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้ overall scoring เพื่อกระตุ้นการพัฒนา และมีคะแนนบอกระดับการพัฒนาของแต่ละโรงพยาบาล คะแนนนี้จะมีผลต่อการจัดสรรงบประมาณด้านคุณภาพให้แก่ รพ.

หลักการกำหนดคะแนนจะอิงตาม scoring guidelines 5 ระดับ และตามสถานะที่เป็นจริงของโรงพยาบาลต่างๆ โดยเลือกประเด็นที่มีความสำคัญสูง ไม่เน้นความสมบูรณ์ในทุกประเด็น เลือกประเด็นที่รับรู้ได้ง่ายโดยไม่ต้องใช้เวลาเจาะลึกมากเกินไป ช่วยให้ผู้เยี่ยมชมและทีมงานของ รพ. ไม่ติดในรายละเอียดจนลืมเป้าหมายของมาตรฐาน เป้าหมายเพื่อช่วยให้ รพ. เห็นตัวเองได้ง่าย เข้าใจหัวใจของมาตรฐานใหม่ได้ง่ายก่อนลงรายละเอียด

HA Overall Scoring กับบันได 3 ชั้น	
Overall Score	Score รายหมวด
บันไดขั้นที่ 1 สู่อุ้ HA รับรอง 1 ปี >= 1.5	หมวด II-1.2 กิจกรรมทบทวนคุณภาพ >= 3
บันไดขั้นที่ 2 สู่อุ้ HA รับรอง 1 ปี >= 2.2 รับรอง 2 ปี >= 3.0	หมวด II-1.2 กิจกรรมทบทวนคุณภาพ >= 3 หมวดคุณภาพอื่นๆ >= 2.5 (I-6, II-1.1, II-1.2ก, II-1.2ข)

HA Overall Scoring กับบันได 3 ชั้น

เพื่อให้การประเมินบันไดขั้นที่ 1 และบันไดขั้นที่ 2 เป็นไปในทิศทางเดียวกันและส่งเสริมความสำเร็จในการพัฒนาในบันไดขั้นที่ 3 ทาง สรพ.จึงใช้คะแนนที่ได้จากการประเมินด้วย overall scoring มาเป็นแนวทางในการตัดสินใจให้กิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 1 และ 2 สู่อุ้ HA โดยพิจารณาทั้งคะแนนรวมทุกหมวด และพิจารณาคะแนนในหมวดคุณภาพ

Detailed Scoring for Accreditation

- ประเมินข้อย่อยด้วยคะแนน 1-3
- ประเมินการรวมของบทเพื่อให้คะแนนเพิ่มในด้าน
 - การประเมินและพัฒนา
 - บูรณาการ
 - นวัตกรรม
 - และผลลัพธ์

Standards		W	S	T
ก(1)	การชี้แจงทิศทางเพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จ	2	3	6
ก(2)	การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา บุคลากรภายใน หน่วยงาน ภายนอก	2	3	6
ก(4)	การสร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน	2	3	6
ข(1)	การสื่อสารให้ข่าวสารคดีถึงใจ รุ่งเรืองให้รวมใจภายใต้ธงชัย	2	3	6
ข(2)	การทำงานคุณประโยชน์ขององค์กรที่ชัดเจน	2	3	6
1.2	การวิจัยคุณลักษณะและความมีขีดความสามารถ			
ก(1)	ประสิทธิภาพและความโปร่งใสในการกำกับดูแล	1	3	3
ก(2)	การประเมินและพัฒนาให้ระบบการนำ	2	3	6
ข(1)	กฎหมาย ความเสี่ยงผลกระทบต่อสังคมชาวบริเวณสาธารณะ การดูแลสิทธิมนุษยชน	2	3	6
ข(2)	การส่งเสริมพฤติกรรมที่เอื้อชุมชน การติดตามกำกับ และดำเนินการต่อการฝ่าฝืน	1	3	3
ค	บทบาทของผู้ให้บริการกับชุมชนและสุขภาพของชุมชน	1	3	3
Average Score				3
Evaluation & Improvement (0-0.15)				0.15
Integration (0-0.10)				0.10
Innovation (0-0.10)				0.10
Outcome (0-0.30)				0.00
Multiplier				1.35
4.1	Adjusted Score การรับรอง			4.05

Detailed Scoring for Accreditation

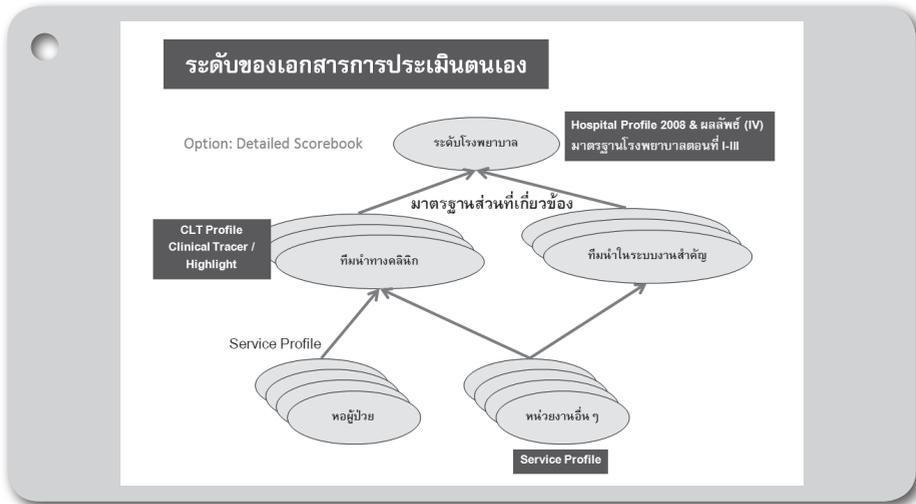
ในปี 2551 พรพ.ได้ปรับปรุงระบบการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐาน โดยผสมผสานแนวคิดของ JCI ซึ่งให้คะแนนเป็น 3 ระดับ (met, partially met, not met) สำหรับแต่ละองค์ประกอบย่อยๆ กับแนวคิดของ MBNQA/TQA ซึ่งให้คะแนนตาม maturity ของการพัฒนาตั้งแต่ 0-100%

จากเดิมที่มีการให้คะแนนในระดับภาพรวมของแต่ละบทเป็น 1-5 ซึ่งทำให้ขาดโอกาสที่จะทราบโอกาสพัฒนาในองค์ประกอบย่อย ได้ปรับมาสู่การให้คะแนนในองค์ประกอบย่อยเป็น 0-3 ตาม scoring guideline และพิจารณาคะแนนบวกเพิ่มในภาพรวมของบท หากมีการปฏิบัติในเรื่องการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ การบูรณาการกระบวนการพัฒนาต่างๆ การใช้นวัตกรรมในเชิงระบบ และการแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีกว่าเกณฑ์เฉลี่ย

ด้วยวิธีการทางคณิตศาสตร์ ทำให้คะแนนบวกเพิ่มนี้ปรับคะแนนขึ้นไปสู่ระดับ 4 และ 5 ตาม scoring guideline ที่กำหนดไว้

การให้คะแนนในระบบนี้ทำให้คณะกรรมการรับรองคุณภาพ สามารถทราบได้ถึงจุดแข็งและจุดอ่อนในรายละเอียดที่มากขึ้น โดยลดภาระการเขียนรายงานที่เป็นรายละเอียดลงได้

สรพ.สนับสนุนให้ รพ.ที่ต้องการขอรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองคุณภาพ ใช้ detailed scoring นี้เพื่อเตรียมความพร้อมของตนเองด้วยการเผยแพร่ spreadsheet ที่ผู้เยี่ยมสำรวจใช้ ให้ รพ.มีโอกาสใช้ได้เช่นเดียวกัน



เอกสารการประเมินตนเอง ที่ สรพ. แนะนำให้ รพ. ใช้ในการทบทวน หาโอกาสพัฒนา และบันทึกเพื่อการเรียนรู้ของ รพ. รวมทั้งเพื่อสื่อสารกับผู้เยี่ยมสำรวจและนำเสนอต่อคณะกรรมการรับรองคุณภาพ มี 3 ระดับ

1. ระดับโรงพยาบาล

- 1.1 Hospital profile 2008 (context, direction, result) ซึ่งมีผลลัพธ์ตามมาตรฐานตอนที่ IV เปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร รวมอยู่ด้วย
- 1.2 การประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลตอนที่ I-III ซึ่งระบุ
 - Approach หรือ practice ที่สะท้อนคุณภาพ, การปรับปรุง, ผลลัพธ์
 - โอกาสพัฒนาและแผนพัฒนา (ถ้ามี)

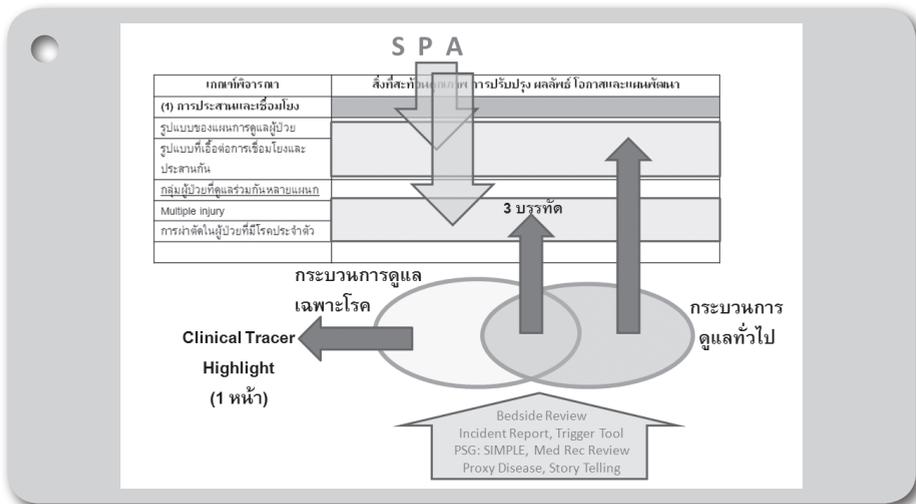
ในประเด็นสำคัญของมาตรฐานแต่ละข้อ รวมทั้ง key area หรือ proxy disease ที่เกี่ยวข้อง

2. ระดับทีมนำทางคลินิก (Clinical Lead Team หรือ Patient Care Team)

- 2.1 CLT profile (ใช้แนวทางเดียวกับ service profile จะเป็นรูปแบบใดก็ได้ ความยาว กระชับที่สุด)
- 2.2 Clinical tracer อย่างย่อ หรือ clinical highlight สรุป highlight ของการดูแลโรคสำคัญในแต่ละหน่วยหรือแต่ละสาขา ความยาวประมาณไม่เกินครึ่งหน้า

3. ระดับหน่วยงาน

- 3.1 Service profile ในรูปแบบใดก็ได้ ความยาวกระชับที่สุด (เฉพาะหน่วยงานที่ไม่ถูกรวมด้วย CLT profile สำหรับหอผู้ป่วยที่ถูกครอบคลุมด้วย CLT profile ควรทำ service profile ไว้เพื่อเป็นเครื่องมือกำกับการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน)



การจัดทำรายงานประเมินตนเองตามมาตรฐานตอนที่ III

เพื่อให้เห็นรูปธรรมที่ชัดเจนในการปฏิบัติตามมาตรฐานตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย สรพ.จึงแนะนำให้นำเสนอรายงานการประเมินตนเองในมาตรฐานแต่ละข้อ ทั้งในลักษณะกระบวนการทั่วไป และกระบวนการดูแลในโรคที่เป็นตัวอย่าง (proxy disease) โดยมี clinical tracer highlight เป็นภาคผนวก

กระบวนการดูแลในโรคที่เป็นตัวอย่างซึ่งจะนำเสนอตามหัวข้อในมาตรฐานตอนที่ III นั้น อาจจะเป็นส่วนที่อยู่ใน clinical tracer highlight หรือเป็นของโรคอื่นๆ ที่เหมาะสมก็ได้

ประเมินตนเอง 3 ประเด็น 3 บรรทัด

- รพ.ได้ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใน รพ. ด้วยการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต เช่น ประสาทหลอน เพิ่มจากที่เคยมุ่งเน้นเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ลงมือฆ่าตัวตายลดลงจากปีละ 10 รายเหลือ 0-1 ราย

ทำอะไร

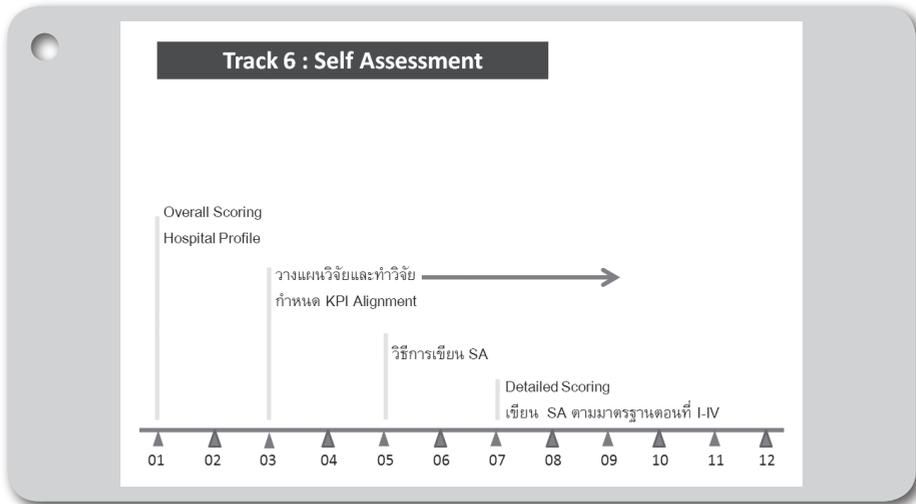
ทำอย่างไร

ผลเป็นอย่างไร

การจัดทำรายงานการประเมินตนเองในเรื่องเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยนั้น สามารถตอบได้ทั้งในลักษณะของระบบงานที่ได้ปฏิบัติกันเป็นปกติประจำ และลักษณะของการพัฒนาซึ่งเพิ่งเสร็จสิ้นไป โดยควรจะระบุประเด็นสำคัญว่า

1. เป็นเรื่องเกี่ยวกับอะไร หรือได้ดำเนินการพัฒนาอะไร
2. ระบบงานที่ได้พัฒนาขึ้นหรือที่ปฏิบัติเป็นมาตรฐานนั้นมีลักษณะสำคัญอย่างไร
3. ผลการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวกับเรื่องที่น่าเสนอเป็นอย่างไร อาจจะนำเสนอเปรียบเทียบให้เห็นแนวโน้มและความแตกต่าง หรือนำเสนอสถานการณ์ในปัจจุบัน หรือนำเสนอในลักษณะการประเมินเชิงคุณภาพก็ได้

ควรพยายามเขียนรายงานแต่ละประเด็นให้สั้น กระชับ โดยเริ่มต้นจำกัดไว้ที่ 3 บรรทัดก่อน ถ้าเห็นว่ายังมีข้อมูลสำคัญที่ควรนำเสนออีกสามารถเพิ่มเติมได้



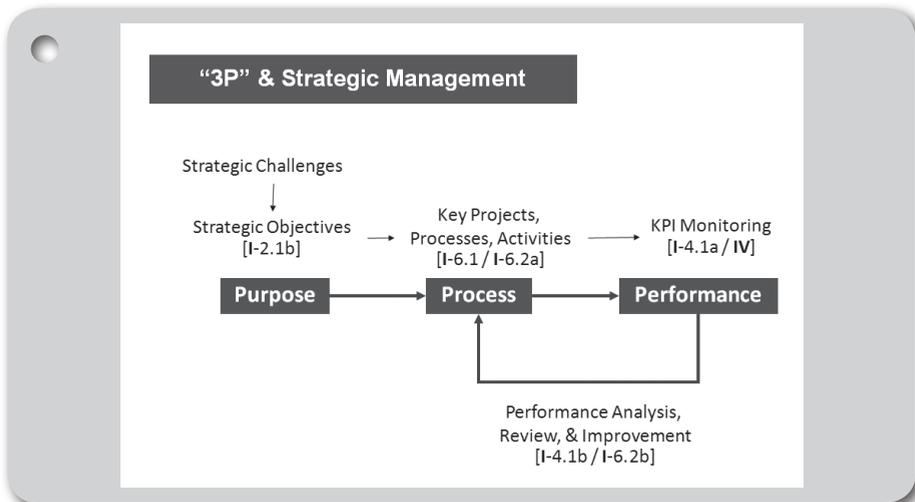
Track ที่ 6 การประเมินตนเอง

การประเมินตนเอง คือข้อต่อระหว่างการทำงานประจำ กับการพัฒนาคุณภาพ เป็นเสมือนการส่องกระจกดูตนเอง ยิ่งส่องบ่อยเท่าไรก็ยิ่งเห็นโอกาสพัฒนามากขึ้นเท่านั้น

การประเมินตนเองบางส่วน ถูกสอดแทรกอยู่ในกิจกรรมการพัฒนาใน track ที่กล่าวมาแล้ว เช่น การใช้ service profile, การตามรอย

การประเมินตนเองในระดับภาพรวมของโรงพยาบาล มีองค์ประกอบสำคัญดังนี้

- 1. Hospital profile** มีเป้าหมายเพื่อให้โรงพยาบาลได้วิเคราะห์บริบทของตนเอง ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาในภาพกว้างได้
- 2. Overall scoring** มีเป้าหมายเพื่อให้โรงพยาบาลรับรู้ระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานของตนเอง โดยใช้เวลาน้อยๆ ไม่ต้องลงในรายละเอียดมากเกินไป แต่สามารถเห็นทิศทางของการพัฒนาในแต่ละเรื่องได้
- 3. ประเมินผลระบบงานต่างๆ อย่างเป็นระบบ** เป็นการพัฒนาจากการเก็บข้อมูลตามปกติ ไปสู่การตั้งประเด็นคำถามที่ชัดเจนว่าต้องการประเมินผลการบรรลุเป้าหมายในเรื่องใดลักษณะใด ใช้หลักการของการวิจัยเข้ามาช่วยในการออกแบบเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล
- 4. ปรับตัวชีวิตในองค์กรให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน** เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน สามารถติดตามผลการพัฒนาและการบรรลุเป้าหมายขององค์กรได้
- 5. การตอบแบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน** อย่างสั้น กระชับ ตรงประเด็น ได้ใจความ เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติ และแสดงถึงแผนการพัฒนาในอนาคต
- 6. Detailed scoring** เป็นการตรวจสอบความพร้อมของโรงพยาบาลก่อนการเยี่ยมชมสำรวจ เพื่อเติมเต็มการปฏิบัติตามมาตรฐานในข้อย่อยต่างๆ ให้ครบถ้วน



3P ในระดับองค์กร

เทียบได้กับการบริหารเชิงกลยุทธ์ (strategic management)

Purpose ในระดับองค์กร คือพันธกิจและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (strategic objectives) ซึ่งกำหนดขึ้นเพื่อรองรับความท้าทายขององค์กรทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

Process คือกระบวนการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ซึ่งอาจจะเป็นโครงการ ระบบงาน กระบวนการ หรือกิจกรรมสำคัญต่างๆ

Performance คือผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น ซึ่งมักแสดงออกด้วยตัวชี้วัดสำคัญ (KPI) ของวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ มีการวิเคราะห์ ประเมินผล และปรับปรุงผลการดำเนินงาน เพื่อให้เข้าใกล้วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ให้มากที่สุด

การมอง 3P ในระดับองค์กร ทำให้เห็นความเชื่อมโยงของมาตรฐานหมวดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การมองภาพใหญ่ขององค์กร

Strategic Plan & KPI Monitoring Interview

วัตถุประสงค์

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

Strategic Plan & KPI Monitoring Interview

เพื่อให้กระบวนการเยี่ยมสำรวจของ HA เกิดประโยชน์สูงสุดแก่โรงพยาบาลในการใช้แผนกลยุทธ์ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนา และมีการพัฒนาองค์ประกอบต่างๆ อย่างเชื่อมโยงกัน ในวันแรกของการเยี่ยมสำรวจจะมี session “**Strategic Plan & KPI Monitoring Interview**” (การสัมภาษณ์เกี่ยวกับแผนกลยุทธ์และการติดตามตัวชี้วัดสำคัญ) โดยผู้เข้าร่วมประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูงที่รับผิดชอบแผนกลยุทธ์แต่ละด้าน

วัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ เพื่อส่งเสริมให้ทีมผู้บริหารของโรงพยาบาลได้ทบทวนภาพรวมของการบริหารเชิงกลยุทธ์ ทั้งในด้านการจัดทำแผน การนำแผนไปปฏิบัติ และการติดตามความก้าวหน้า ตลอดจนการบรรลุวัตถุประสงค์

ผู้เข้าร่วมประชุม: ผู้อำนวยการ ผู้บริหารระดับสูงที่ระดับรับผิดชอบกลยุทธ์หลักๆ ผู้ทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลติดตามผลการดำเนินงาน จำนวนไม่เกิน 7 คน

ลักษณะกิจกรรม

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

เนื่องจากเรื่องการบริหารเชิงกลยุทธ์เป็นเรื่องที่ต้องมองภาพใหญ่ มองอย่างเชื่อมโยง และใช้มุมมองของนักบริหารในการจัดการกับความท้าทายต่างๆ จึงเป็นเรื่องที่น่าเรียนรู้จากประสบการณ์ของการปฏิบัติอย่างยิ่ง แม้ว่าผลลัพธ์ในช่วงแรกๆ อาจจะไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ก็ตาม

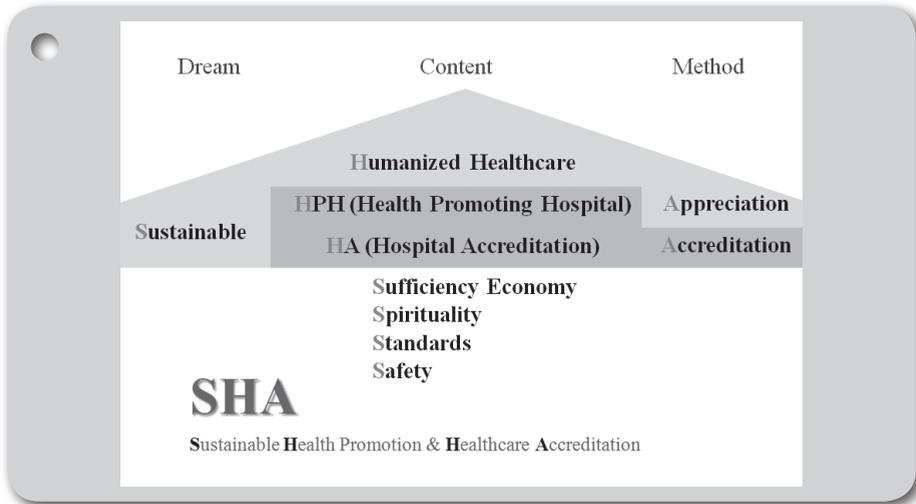
ประเด็นที่ควรทบทวน

1. มีการระบุความท้าทายขององค์กรชัดเจนหรือไม่
2. แผนกลยุทธ์มีการจัดระบบและหมวดหมู่ที่เข้าใจง่าย มีลำดับชั้นของวัตถุประสงค์ และกำหนดความคาดหวังของวัตถุประสงค์ชัดเจนหรือไม่
3. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สอดคล้องกับความท้าทายหรือไม่ ครอบคลุมความท้าทายสำคัญหรือไม่
4. มีตัวชี้วัดที่วัดการบรรลุวัตถุประสงค์แต่ละระดับหรือไม่
5. มีการกำหนดวิธีการประเมินการบรรลุวัตถุประสงค์อื่น ๆ ในกรณีที่ไม่เหมาะที่จะใช้ตัวชี้วัดหรือไม่

แนวทางการทบทวนและเรียนรู้เกี่ยวกับการบริหารเชิงกลยุทธ์

1. เริ่มต้นจากการวิเคราะห์ความท้าทายให้ชัดเจน เพราะเป็นจุดเริ่มของการกำหนดเป้าหมายการทำงานที่ตรงประเด็นกับปัญหาและความต้องการขององค์กร การระบุความท้าทายทำให้เราต้องมองสถานการณ์อย่างรอบด้าน และเลือกเอาความท้าทายที่สำคัญมากๆ มารระบุไว้อย่างชัดเจน
2. จัดระบบและหมวดหมู่ของแผนกลยุทธ์เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถทำความเข้าใจได้ง่าย ตรวจสอบความสัมพันธ์ของวัตถุประสงค์ในระดับต่างๆ และความสมบูรณ์หรือพอเพียงของแผนงานโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ รวมทั้งทำให้ง่ายต่อการสื่อสารไปยังผู้เกี่ยวข้อง การจัดลำดับชั้นของวัตถุประสงค์ทำให้เกิดความเข้าใจทิศทางของแผนและเกิดความมั่นใจที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ในระดับสูง ควรทบทวนด้วยว่าวัตถุประสงค์นั้นกำหนดคุณลักษณะหรือมิติของผลการดำเนินงานที่ต้องการบรรลุ (เช่น ครอบคลุม ประสิทธิภาพ) ซึ่งจะช่วยให้กำหนดตัวชี้วัดได้ง่ายขึ้น
3. ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์กับความท้าทายที่ระบุไว้ รวมทั้งทบทวนดูว่าความท้าทายสำคัญใดที่ยังไม่มีแผนกลยุทธ์รองรับ
4. ทบทวนว่ามีตัวชี้วัดที่วัดการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้แต่ละระดับหรือไม่ ตัวชี้วัดที่ดีควรมาจากความมุ่งหมายที่จะวัดการบรรลุวัตถุประสงค์มากกว่ามาจากการรวบรวมตัวชี้วัดที่มีเก็บอยู่เดิม (ควรใช้มาตรฐาน I-4.1 ในการกำหนดและทบทวนตัวชี้วัด)
5. ในบางกรณีจะพบว่า การประเมินการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้นั้น ไม่สามารถใช้ตัวชี้วัดมาประเมิน หรือไม่เหมาะสมที่จะใช้ตัวชี้วัดมาประเมิน ในกรณีดังกล่าวควรพิจารณาใช้การประเมินด้วยวิธีอื่น เช่น การออกแบบประเมินผลแบบง่าย ๆ

รพ.อาจประสบปัญหาที่มีข้อกำหนดหรือความต้องการจากหน่วยงานต้นสังกัดในเรื่องการจัดทำแผน ซึ่ง รพ.ควรบูรณาการแผนกลยุทธ์ทั้งหมดของ รพ.เข้าเป็นแผนเดียวกัน ที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการจากทุกมุมมองอย่างสมดุล โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาและความต้องการจากมุมมองของ รพ.เอง



การพัฒนาที่ยั่งยืน

SHA เป็นการตกลึกแนวคิดของการพัฒนาที่ควบคู่กัน ระหว่างการประเมินและพัฒนาอย่างเป็นระบบ กับการส่งเสริมการพัฒนาผ่านมิติทางจิตปัญญา เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างมีความสุขและยั่งยืน

S เป็นความฝัน เป็นเป้าหมาย

H เป็นเนื้อหาของการพัฒนา

A เป็นวิธีการขับเคลื่อน

การพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainable development) และองค์กรที่ยั่งยืน (sustainable organization) เป็นความฝันและความมุ่งมาดปรารถนาของการพัฒนาทั้งปวง

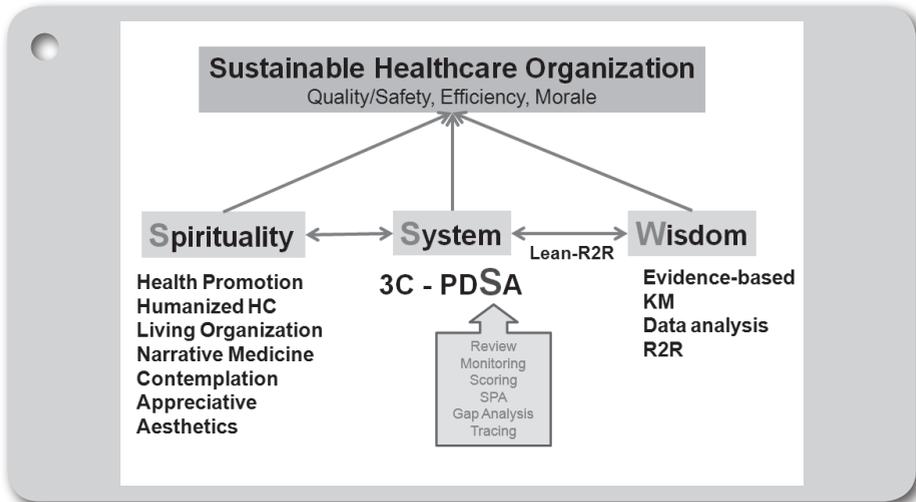
เนื้อหาของพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล มองในกรอบกว้าง มีการต่อยอดและคลี่คลายมาเป็นลำดับ จากการเน้นการดูแลรักษาภายในสถานพยาบาล มาสู่การสร้างเสริมสุขภาพซึ่งขยายขอบเขตออกไปสู่ครอบครัวและชุมชนด้วย แล้วนำแนวคิดการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์มาผนวกให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

มองเนื้อหาของพัฒนาตามลำดับขั้นของการพัฒนา เริ่มจากความปลอดภัยซึ่งเป็นเรื่องพื้นฐาน มาสู่การปฏิบัติตามมาตรฐาน การสร้างเสริมสุขภาพ ยกกระดับขึ้นไปในมิติด้านจิตวิญญาณ และเสริมด้วยปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อความยั่งยืน

การประเมินและรับรองโดยองค์กรภายนอก (accreditation) เป็นกลไกกระตุ้นเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร ซึ่งหากไม่ระวังให้ดีจะกลายเป็นรูปแบบที่ขาดสาระ กลายเป็นการเพิ่มภาระและสร้างแรงกดดัน วิธีการชื่นชม (appreciation) สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ทั้งภายในองค์กรเอง และในกระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ

ภายใต้พื้นที่ HA HPH และ accreditation เป็นการประเมินตามมาตรฐาน เป็นเรื่องของการสร้างระบบที่ชัดเจน

Humanized healthcare และ appreciation เป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนือระบบประเมินที่เป็นทางการ แต่เป็นสิ่งจำเป็นต่อการเพิ่มคุณค่าของสถานพยาบาล

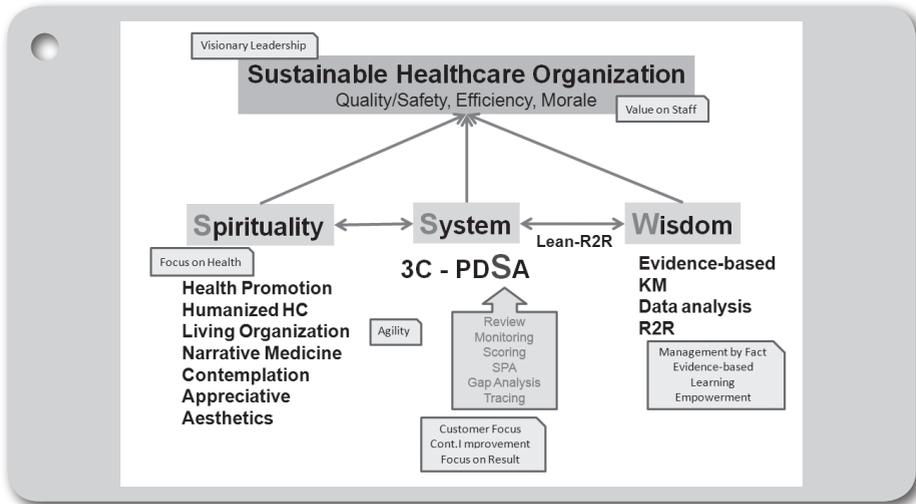


ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลในปัจจุบันมี 3 กระแสหลัก ซึ่งมีความเชื่อมโยงกัน หากมีการนำมาปฏิบัติอย่างสมดุลจะนำไปสู่ความยั่งยืนขององค์กรและบริการสุขภาพ

1. ระบบบริหารองค์กรและระบบบริหารคุณภาพ เช่น performance excellence framework ของ MBNQA/TQA, ระบบบริหารคุณภาพต่างๆ ซึ่งจะหนีไม่พ้นแนวคิด 3C-PDSA โดย HA พยายามส่งเสริมให้มีการทบทวนประเมินผลด้วยเครื่องมือต่างๆ เพื่อหมุนวงล้อ PDSA เช่น กิจกรรมทบทวนคุณภาพ, การเฝ้าติดตามตัวชี้วัดสำคัญ, การใช้ scoring เพื่อประเมิน maturity ของการพัฒนา, การใช้ SPA เพื่อหาโอกาสพัฒนาและเติมเต็ม, การตามรอยการปฏิบัติในพื้นที่จริง รวมถึงเครื่องมือและแนวคิดในการพัฒนาต่างๆ เช่น lean

2. การใช้ การสร้าง และการจัดการความรู้ เริ่มจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ที่ฝังลึกในตัวคน ถอดบทเรียนมาใช้ประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น (knowledge management) การเลือกสรรความรู้ทางวิชาการที่นำเชื่อถือมาสู่การปฏิบัติ (evidence-based practice) และในที่สุดเป็นผู้สร้างความรู้ที่จำเป็นต่อการทำงานขึ้น จากปัญหาที่พบในงานประจำหรือขยายต่อยอดจากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (routine to research – R2R) ซึ่ง R2R นี้ควรนำมาสู่ความสุขของคนทำ เกิดปัญญาความรู้ใหม่ และงานมีความก้าวหน้า

3. การพัฒนาด้านจิตตปัญญา เป็นการพัฒนาชีวิตด้านในของคนทำงาน ใช้งานเป็นเครื่องมือในการพัฒนาจิต เปลี่ยนแปลงความเชื่อและทัศนคติต่อตนเองและต่อสิ่งรอบตัว เช่น ความเชื่อมั่นในความสามารถและความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่จะดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ, การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์, การเปรียบองค์กรเป็นเสมือนสิ่งมีชีวิต มิใช่เครื่องจักร, ความละเอียดอ่อนในการรับรู้และถ่ายทอดเรื่องราวต่างๆ, การตรึงตรองใคร่ครวญประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาเพื่อเข้าถึงความดี ความจริง ความงาม, การมองหา ค้นหา และชื่นชมในสิ่งที่ดีงาม, การนำเสนอหรือศาสตร์มาใช้ในการทำงานและจัดบริการ เป็นต้น



จากทิศทางการพัฒนาคุณภาพหลักๆ ร่วมกับเป้าหมายความยั่งยืนของสถานพยาบาลและระบบบริการสุขภาพ จะพบว่าได้มีการผสมผสาน core values & concepts เข้าไปในส่วนต่างๆ ด้วยความกลมกลืน ดังนี้

1. **Visionary leadership** การมุ่งความยั่งยืนคือสิ่งที่สะท้อนการนำด้วยวิสัยทัศน์
2. **Value on staff** การพัฒนาทั้งสามด้าน ล้วนส่งเสริมการพัฒนาบุคลากร ทั้งในด้านจิตใจ ด้านปัญญา และด้านการงาน รวมไปถึงขวัญกำลังใจและความผูกพันกับองค์กร
3. **Customer focus** เป็นจุดหมายของการพัฒนาทั้งสามด้าน โดยที่ lean จะเป็นเครื่องมือที่ช่วยต่อยอดความตระหนักถึงคุณค่าในมุมมองของผู้รับผลงานอย่างชัดเจน และ spirituality จะช่วยเน้นการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้รับผลงาน
4. **Focus on Health** มุมมองต่อสุขภาพที่กว้างที่สุดคือความครอบคลุมต่อสุขภาพะด้านจิตวิญญาณ มิได้มองเฉพาะการไม่เป็นโรคเท่านั้น แต่ในทุกสถานการณ์ของชีวิตสามารถก่อให้เกิดสุขภาพะได้
5. **Agility** องค์กรที่ยั่งยืนต้องมีความคล่องตัวในการปรับเปลี่ยน แนวคิดเรื่ององค์กรที่มีชีวิต เป็นการปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรมองค์กรที่จำเป็นต่อความอยู่รอดขององค์กรในอนาคต
6. **Continuous improvement** การใช้ value stream mapping ตามแนวคิด Lean ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาตลอดสายธารในแต่ละเรื่อง การทบทวนประเมินตนเองบ่อยๆ นำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และยิ่งมองในด้านจิตวิญญาณก็ยิ่งทำให้เห็นโอกาสพัฒนาในด้านที่ละเอียดอ่อนยิ่งขึ้น
7. **Learning & empowerment** กระบวนการพัฒนาทั้งหมดเป็นการเรียนรู้และเสริมพลังถ้าได้รับการส่งเสริมอย่างถูกทาง
8. **Evidence-based practice** การทำ R2R เป็นการสร้างความรู้เพื่อนำไปใช้

ความคาดหวัง

HA Update 2010

โรงพยาบาลทบทวน พัฒนา
คุณภาพการดูแลผู้ป่วยและระบบงาน
จนระบบของโรงพยาบาล
มีคุณภาพและปลอดภัย
ต่อผู้ป่วยมากที่สุด
เท่าที่มนุษย์จะสามารถทำได้

คำอธิบายศัพท์

HA Update 2010

3C-PDSA	หลักคิดพื้นฐานของการพัฒนาซึ่ง HA นำแนวคิดของ MBNQA/TQA มาสร้างเป็น model ที่เข้าใจง่าย 3C เป็นเรื่องของการคิดและวางแผน PDSA เป็นเรื่องของการลงมือทำ C ทั้งสามได้แก่ (1) core values & concepts (2) criteria (3) context PDSA หมายถึง plan-do-study-act
3P	แก่นของการพัฒนาง่ายๆ ซึ่งสามารถใช้ได้กับการพัฒนาทุกระดับ ตั้งแต่ระดับงานประจำไปถึงการบริหารองค์กร P ทั้งสามได้แก่ purpose-process-performance เป็นการนำหลักคิด 3C-PDSA มาใช้ให้ง่ายขึ้นโดยใช้ purpose เป็นผลสรุปรวมของ 3C และ process กับ performance ก็คือ PDSA นั่นเอง
4 domains	พื้นที่ของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม คือ (1) หน่วยบริการหรือหน่วยงาน (2) กลุ่มผู้ป่วย (3) ระบบงาน (4) องค์กร การแบ่งพื้นที่เช่นนี้ทำให้สามารถตรวจสอบความครอบคลุมของการพัฒนาได้ง่าย วางแผนจัดการเพื่อป้องกันความซ้ำซ้อน ใช้เครื่องมือและเส้นทางการพัฒนาที่เฉพาะเจาะจงสำหรับพื้นที่แต่ละประเภท
ADE	Adverse drug event <i>ภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</i> (ดู AE ร่วมด้วย)
AE	Adverse event <i>เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์</i> หมายถึง การบาดเจ็บ อันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการดูแลรักษา มิใช่กระบวนการตามธรรมชาติของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรืออวัยวะในร่างกายต้องสูญเสียการทำงานที่
appreciation	<i>การชื่นชมยกย่อง</i> การให้คุณค่า การรับรู้สิ่งดีที่สุดในผู้คนหรือในโลกที่อยู่รอบตัวเรา การยืนยันจุดแข็ง ความสำเร็จ และศักยภาพที่ผ่านมาและที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน การสำนึกในสิ่งต่างๆ ที่ให้ชีวิตชีวาแก่ระบบที่มีชีวิต เป็นวิธีการที่มีความสำคัญมากทั้งในการทำงานร่วมกันและการประเมินโดยใช้พลังของการมองด้านบวกแทนที่จะเป็นการมองด้านลบหรือปัญหา
big Q	Q ในที่นี้หมายถึง quality การใช้ Big Q เป็นการเปรียบเทียบว่าหมายถึงการพัฒนาคุณภาพด้วยโครงการใหญ่ๆ ที่ก่อให้เกิดผลกระทบสูง ขณะที่ small q เป็นการพัฒนาในเรื่องเล็กๆ ที่อาจจะมิได้เป็นโครงการด้วยซ้ำ
build-in quality	<i>คุณภาพที่ฝังอยู่ในระบบ</i> เป็นการออกแบบที่เอื้อให้ทุกคนสามารถทำงานได้โดยมีโอกาสผิดพลาดน้อยที่สุด

C3THER	เครื่องเตือนใจในการทบทวนการดูแลที่ข้างเตียงผู้ป่วยว่าควรนึกถึงประเด็นอะไรบ้าง ประกอบด้วย care, communication, continuity, team, human resource, environment & equipment, medical record ทั้งนี้ผู้ป่วยแต่ละรายอาจจะมีจุดเน้นของการทบทวนที่แตกต่างกัน
clinical population	กลุ่มประชากรผู้ป่วย หมายถึงกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้รับบริการ หรือกลุ่มเป้าหมายที่ทีมงานหยิบยกขึ้นมาพิจารณาทบทวนและปรับปรุงกระบวนการดูแล โดยเน้นการพิจารณาในภาพรวมทั้งหมดตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด แล้วนำแต่ละเรื่องที่พิจารณามาเชื่อมต่อกับระบบที่มีอยู่และการพัฒนาเดิมที่ทำไว้ เป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับ Lean ที่พิจารณาตลอดทั้งสายธารแห่งคุณค่า
clinical self enquiry	การสืบค้นเพื่อประเมินคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยโดยทีมดูแลผู้ป่วย ใช้ข้อมูลจากเครื่องมือพัฒนาคุณภาพทางคลินิกทุกอย่าง นำมาร้อยเรียงกันด้วยการจำแนกตามขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการดูแลผู้ป่วย
clinical tracer	การตามรอยทางคลินิก เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง โดยมีการตามรอยหรือทบทวนในสี่ประเด็น ได้แก่ (1) กระบวนการดูแลผู้ป่วย (2) ผลงานที่เกิดขึ้น (3) กระบวนการพัฒนาคุณภาพ (4) การเชื่อมต่อกับระบบที่เกี่ยวข้อง การตามรอยนี้จะทำให้เห็นวิธีการปฏิบัติที่ดีหรือโอกาสพัฒนา เครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับทีมดูแลผู้ป่วย
clinical tracer highlight	สรุปประเด็นสำคัญจากการตามรอยทางคลินิก เป็นการสรุปผลการตามรอยทางคลินิกในประเด็นที่มีความสำคัญสูง ความยาวประมาณครึ่งหน้าถึงหนึ่งหน้า เพื่อนำเสนอเป็นภาคผนวกประกอบรายงานการประเมินตนเองที่จะส่งให้ผู้เยี่ยมสำรวจและคณะกรรมการรับรองได้ศึกษา
cognitive walkthrough	การใคร่ครวญสะท้อนความคิด หรืออาจเรียกว่า การย้อนอดีต เป็นการให้ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์จริงหรือผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือใหม่ ได้บอกเล่าถึงความคิด ความต้องการ ความรู้สึกออกมาเพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นไปปรับปรุงแก้ไข สามารถนำมาใช้เพื่อเรียนรู้เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ ทั้งนี้ต้องสร้างความไว้วางใจให้ได้ก่อน
CQI	Continuous Quality Improvement การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อาจจะหมายความถึงโครงการพัฒนาแต่ละโครงการ หรือแนวคิดการพัฒนาที่พยายามหาโอกาสพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นตลอดเวลาแม้ว่าจะไม่มีปัญหาก็ตาม ซึ่งจะส่งผลให้มีการกำหนดเป้าหมายที่ทำหายขึ้นเป็นลำดับ ไม่ใช่เป้าหมายที่คงที่
CTQ	critical-to-quality ประเด็นที่มีความสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์สำหรับงานแต่ละเรื่อง หรือการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม เป็นสิ่งที่ผู้รับผลงานบอกว่าต้องการอะไรจากงานของเรา ในการใช้กับ six sigma ประเด็นเหล่านี้ต้องเฉพาะเจาะจง สามารถวัดได้และปรับปรุงได้

defect	ข้อบกพร่อง การพัฒนาตามแนวทางของ six sigma หรือ reliability science พยายามหาวิธีการวัดข้อบกพร่องออกมาเป็นตัวเลข โดยกำหนดระดับความคาดหวังของสิ่งที่ต้องการให้ปฏิบัติไว้ ถ้าไม่ได้ตามที่กำหนดก็ถือว่าเป็นข้อบกพร่อง การไม่ปฏิบัติตาม evidence-based guideline ในระดับที่พึงประสงค์ก็ถือว่าเป็น defect ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย
delivery	การส่งมอบ หมายถึงการส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือบริการให้แก่ผู้รับผลงาน ซึ่งตามแนวคิด Lean จะให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของการส่งมอบที่ผู้รับผลงานต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรวดเร็ว
feedback loop	วงจรป้อนกลับ หมายถึงการนำข้อมูลผลลัพธ์ป้อนกลับเพื่อให้มีการปรับปรุงในส่วนของปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ ก่อให้เกิดระบบที่มีการปรับตัวให้เหมาะสมอยู่ตลอดเวลา
gap analysis	การวิเคราะห์ความแตกต่าง หมายถึงการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างข้อแนะนำทางวิชาการกับสิ่งที่ปฏิบัติจริง ซึ่งจะนำมาสู่การลดความแตกต่างดังกล่าว เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการส่งเสริมการนำข้อมูลวิชาการมาสู่การปฏิบัติ
Genchi Genbutsu	เข้าไปเห็นด้วยตาตนเองในสถานการณ์จริง เป็นหลักสำหรับการบริหารคุณภาพของญี่ปุ่น เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการรายงานนั้นมักจะไม่สมบูรณ์ ขาดรายละเอียดในเชิงบริบท ทำให้การแก้ปัญหาเป็นไปอย่างไม่เหมาะสม
HA	Hospital/healthcare accreditation การรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล/สถานพยาบาล เป็นการรับรองว่าโรงพยาบาล/สถานพยาบาลได้ปฏิบัติตามมาตรฐานเชิงระบบซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งโรงพยาบาล/สถานพยาบาลจะต้องมีการเตรียมตัวด้วยการประเมินและพัฒนาตนเอง รวมทั้งยินดีที่จะให้มีการเยี่ยมสำรวจจากภายนอก
HPH	Health promoting hospital โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงโรงพยาบาลที่นำแนวคิดและมาตรฐานเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมาสู่การปฏิบัติ ในความหมายเฉพาะ อาจหมายถึงโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองว่าปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
hindsight bias	อคติจากการมองย้อนหลัง หมายถึงการมองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตโดยรับรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้ว ทำให้สามารถเห็นสถานการณ์ความเสี่ยงหรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุได้ชัดเจนมากกว่าผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ สามารถนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการป้องกันได้ หากไม่นำไปใช้เพื่อการกล่าวโทษ
human factor engineering	การออกแบบโดยพิจารณาความสำคัญของศักยภาพและข้อจำกัดของมนุษย์ เป็นการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมที่ใช้ในการทำงาน เพื่อให้สามารถออกแบบระบบงานหรือสิ่งที่ใช้ในการทำงานให้ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีโอกาสเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด

humanized healthcare	บริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ บริการที่เคารพในคุณค่า ศักดิ์ศรีและศักยภาพของผู้ป่วย ด้วยความรักในเพื่อนมนุษย์ นำไปสู่สุขภาพะของบุคคล ครอบคลุมชุมชน เข้าถึงความจริง ความดี ความงาม ก้าวสู่อิสรภาพ เชื่อมโยงมนุษย์และสรรพสิ่ง
IHI	Institute of Healthcare Improvement เป็นหน่วยงาน NGO ในสหรัฐอเมริกาที่ทำหน้าที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล
JCAHO	The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในสหรัฐอเมริกา ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น The Joint Commission (JC)
JCI	The Joint Commission International เป็นส่วนหนึ่งของ JC ที่ทำหน้าที่ประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลนอกสหรัฐอเมริกา
KM	Knowledge management การจัดการความรู้
Lean	ลีน แนวคิดการบริหารงานที่มุ่งขจัดความสูญเปล่าทุกด้าน เพื่อส่งมอบคุณค่าที่ผู้รับผลงานต้องการ
organization profile	โครงสร้างองค์กร ภาพรวมขององค์กร เป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อวิธีการดำเนินการขององค์กร รวมถึงความท้าทายสำคัญที่องค์กรเผชิญอยู่
Patient Safety Leadership Walkround™	การตรวจเยี่ยมโดยผู้นำเพื่อรับรู้ปัญหาและสื่อสารความมุ่งมั่นเกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการตอบสนองข้อมูลที่ได้รับ
performance management system	ระบบบริหารสมรรถนะหรือระบบบริการผลการดำเนินงาน เป็นเครื่องมือการบริหารที่เน้นการสื่อสารระหว่างผู้บริหารกับบุคลากร ให้ทุกคนมีจุดสนใจร่วมกันที่พันธกิจ ทิศทางและค่านิยมขององค์กร ทำให้ผู้บริหารสามารถนำพลังของบุคลากรมาใช้เพื่อบรรลุประโยชน์ของทั้ง 3 ฝ่าย คือ การบรรลุเป้าประสงค์ขององค์กร ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และประโยชน์ต่อบุคลากร
proxy disease	โรคที่เป็นตัวแทนแสดงคุณภาพการดูแลในแต่ละกระบวนการ
PSG	Patient Safety Goals/Guides เป้าหมายความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและแนวทางเป็นประเด็นความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่มีความสำคัญซึ่งควรใส่ใจพร้อมทั้งแนวทางการดูแลอย่างปลอดภัยที่มาจากข้อมูลวิชาการ
quality process	กระบวนการคุณภาพ กิจกรรมต่างๆ ที่ทีมงานได้ใช้ในการพัฒนาคุณภาพซึ่งจะประกอบด้วยขั้นตอนการพัฒนาและแนวคิดการพัฒนา
R2R	Routine to Research การวิจัยจากงานประจำ เป็นการนำปัญหาจากการปฏิบัติงานประจำมาหาคำตอบด้วยกระบวนการวิจัยที่มีคุณภาพ มีเป้าหมายเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ปรับปรุงการทำงาน

RCA	Root cause analysis การวิเคราะห์สาเหตุเบื้องต้น เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาอย่างได้ผล โดยมากมักจะเป็นปัจจัยเชิงระบบหรือปัจจัยในระดับองค์กร
reliability	ความน่าเชื่อถือ หมายถึงการได้รับผลที่ต้องการโดยปราศจากปัญหา ความล้มเหลวหรือข้อผิดพลาด แต่ในการวัดมักจะมีวัดอัตราการเกิดปัญหาหรือความล้มเหลว
risk	ความเสี่ยง โอกาสที่จะเกิดอันตราย ความสูญเสียหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
service profile	โครงสร้างหน่วยงาน/หน่วยบริการ เป็นข้อมูลสำคัญที่แสดงภาพรวมของหน่วยงาน/หน่วยบริการ ครอบคลุมบริบท เป้าหมาย กระบวนการ และผลการดำเนินการ
SIMPLE	เป็นหมวดหมู่ของ Patient Safety Goals ซึ่งย่อมาจาก safe surgery, infection control, medication safety, patient care process, line/tubing/catheter, emergency response การจัดหมวดหมู่ดังนั้นก็ทำให้สามารถรองรับประเด็นใหม่ๆ ที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต
six sigma	การพัฒนาคุณภาพที่นำการวิเคราะห์ทางสถิติและวิธีวิจัยเข้ามาใช้เพื่อลดข้อบกพร่องในการทำงานให้เหลือน้อยที่สุด โดยวัดข้อบกพร่องเป็น sigma
small q	Q ในที่นี้หมายถึง quality การใช้ small q เป็นการเปรียบเทียบว่าหมายถึงการพัฒนาคุณภาพในเรื่องเล็กๆ ที่อาจจะมิได้เป็นโครงการด้วยซ้ำ การสะสมคุณภาพในเรื่องเล็กน้อยจำนวนมาก อาจจะมีผลมากกว่าการรอทำเรื่องใหญ่ๆ เพียงเรื่องเดียว
SPA	Standards-Practice-Assessment เป็นคู่มือการนำมาตรฐาน HA ไปสู่การปฏิบัติ ขยายความให้เห็นถึงขั้นตอนและวิธีการที่ควรปฏิบัติ และประเด็นบทเรียนสำคัญที่ควรสรุปในรายงานการประเมินตนเอง
spiritual	จิตวิญญาณ เป็นเรื่องของความมีจิตใจสูง ไม่เห็นแก่ตัว ความเชื่อในสิ่งยึดเหนี่ยว การสำนึกภายใน คุณค่า อุดมคติ และพลังชีวิต จิตตปัญญา การรู้จักของตนเองแล้วเกิดปัญญา เป็นกระบวนการเรียนรู้ด้วยใจอย่างใคร่ครวญ เรียนรู้ด้วยหัวใจ ใฝ่ใจเรียน ใฝ่สติเรียน เน้นการพัฒนาด้านใน เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงคุณค่าของสรรพสิ่ง ลดอคติ เกิดความรัก ความเมตตา อ่อนน้อมต่อธรรมชาติ มีจิตสำนึกต่อส่วนรวม สามารถเชื่อมโยงศาสตร์ต่างๆ นำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตอย่างสมดุล เข้าถึงความ เป็นหนึ่งเดียวของทั้งหมด เข้าถึงความจริง ความดี ความงาม เกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานในตัวเอง
TQA/MBNQA	Thailand Quality Award/Malcolm Baldrige National Quality Award เป็นชื่อรางวัลคุณภาพแห่งชาติของไทยและของอเมริกา ซึ่งใช้เกณฑ์และหลักการเดียวกัน
trace	การตามรอย เป็นการติดตามสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เคลื่อนไปในระบบ เพื่อเรียนรู้คุณภาพของงานในจุดต่างๆ ที่สิ่งนั้นเคลื่อนไป

track	เส้นทาง ในที่นี้หมายถึงเส้นทางการพัฒนา เริ่มจากสิ่งที่ทำได้ง่ายๆ พัฒนาให้มีความสมบูรณ์ขึ้น และไปเชื่อมโยงกับองค์ประกอบอื่น
trigger tool	เครื่องมือส่งสัญญาณ หมายถึงเหตุการณ์บางอย่างที่ทำให้เราดูใจคิดว่าอาจจะมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น นำมาใช้เพื่อการทบทวนวิเคราะห์ปัญหาเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
turning point	จุดเปลี่ยน ในที่นี้หมายถึงขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีโอกาสเปลี่ยนแปลงแล้วอาจจะทำให้ผลลัพธ์การดูแลเปลี่ยนไป ได้มาจากการมองย้อนหลังซึ่งทราบผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายแล้ว
unit optimization	การพัฒนาคุณภาพในระดับหน่วยงาน เป็นการพัฒนาในระดับที่เหมาะสมไม่เบียดเบียนหรือตัดโอกาสของหน่วยงานอื่น
VSM	Value Stream Mapping แผนภูมิสายธารแห่งคุณค่า เป็นการวิเคราะห์กระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงาน แสดงถึงความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน

HA Update 2010 นี้ เป็นสื่อการเรียนรู้ที่ได้มาจาก
การประมวลแนวคิดและแนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่มีความชัดเจนขึ้น
ทำให้เป็นปัจจุบันขึ้น ทำให้เป็นระบบขึ้น
เพิ่มเติมให้สมบูรณ์ขึ้น เพื่อให้ทีมงานของโรงพยาบาลศึกษาและนำไปใช้ประโยชน์

เนื้อหาหลักของสื่อชุดนี้

จัดทำขึ้นโดยอาศัยเส้นทางของการพัฒนาคุณภาพ 6 เส้นทาง (track)

ซึ่งครอบคลุมพื้นที่และระบบงานต่างๆ ของโรงพยาบาลทุกลักษณะ:

การนำเสนอแนวคิดการพัฒนาโดยอาศัยเส้นทางนี้

ช่วยให้เห็นความต่อเนื่องของการพัฒนาได้ดียิ่งขึ้น

ทำให้เห็นว่าในแต่ละเส้นทางนั้นกิจกรรมที่ควรเริ่มต้นคืออะไร

กิจกรรมที่ต้องใช้ความพยายามหรือมีความซับซ้อนมากขึ้นคืออะไร

และจะนำไปสู่การใช้ประโยชน์หรือเชื่อมโยงกับเรื่องอื่นๆ ได้อย่างไร

ISBN 978-974-401-516-7



9 789744 015167

ราคา 60 บาท