

คู่มือการจัดทำแผน และบันทึกกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

7 ธันวาคม 2540

คำนำ

ในระหว่างการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล และการฝึกอบรม facilitator คำถามต่างๆที่ได้รับทำให้ทีมวิทยากรมีโอกาสปรับปรุงขั้นตอนการทํากิจกรรม การให้คำอธิบาย การกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ รวมทั้งตัวอย่างต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างการประชุม

ทีมวิทยากรพบว่าการมีแบบบันทึกที่ดีและมีคำอธิบายการใช้แบบบันทึกนั้นพร้อมทั้งตัวอย่าง ช่วยให้เกิดข้อขัดข้องสงสัยระหว่างการทำกิจกรรม และทำให้สมาชิกของทีมสามารถให้ความสนใจกับเนื้อหาของเรื่องที่จะพัฒนาได้ดียิ่งขึ้น จึงได้ร่วมกันนำประสบการณ์ที่วิทยากรแต่ละท่านได้รับมาปรับปรุงเอกสารหลายชุดที่เคยใช้ในการฝึกอบรม คัดเลือกเฉพาะที่มีประโยชน์เข้าใจง่าย และมีความจำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพ นำมาทำแบบบันทึกและคำอธิบายการใช้แบบบันทึกนั้น

แบบบันทึกที่จัดทำขึ้นมี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นการกำหนดทิศทางการทำงานของทีมและภาพรวมของการพัฒนา เรียกว่าแผนกำกับการพัฒนาคุณภาพ เป็นแผนที่ทุกหน่วยงานและทุกทีมควรจัดทำ ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ หรืออาจเรียกว่า CQI story เพื่อใช้เป็นสื่อสำหรับพัฒนาและเรียนรู้ร่วมกัน

คณะผู้จัดทำหวังว่าเอกสารชุดนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต่างๆ และยินดีรับข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่างๆจากทุกท่าน

7 ธันวาคม 2540

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (anuwat@hsrint.hsrl.or.th)

ผู้บริหารงานวิจัย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

โทรศัพท์ 9511286-94 โทรสาร 9511295

ผู้ประสานงานกลาง

โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ภาคีความร่วมมือเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพ รพ.

ชั้น 2 อาคารกรมการแพทย์ 6 กระทรวงสาธารณสุข

โทรศัพท์/โทรสาร 5890023-4

ทีมวิทยากรผู้ร่วมจัดทำ

ชานี จิตตรีประเสริฐ

รพ.เลิดสิน กรมการแพทย์

ทัศนีย์ สุมาลย์

กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

น.ต.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์

รพ.นพรัตนราชธานี กรมการแพทย์

วัชรพล ภูนวล

รพ.อุดรดิตถ์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สมเกียรติ โพธิ์สัตย์

รพ.นพรัตนราชธานี กรมการแพทย์

สุริยะ วิไลนรินทร์

รพ.โพธาราม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

	หน้า
1. แผนกำกับการพัฒนาคุณภาพ	1
2. บันทึกสรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	5
สรุปข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมของทีม	5
ข้อมูลพื้นฐานของโครงการ	6
ขั้นที่ 1 การเลือกโครงการ	7
ขั้นที่ 2 การศึกษาระบบ	10
ขั้นที่ 3 สถานการณ์ก่อนการปรับปรุง	15
ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์สาเหตุ	16
ขั้นที่ 5 การวิเคราะห์ทางเลือก	18
ขั้นที่ 6 ทดสอบทางเลือก	19
ขั้นที่ 7 ศึกษาผล	19
ขั้นที่ 8 มาตรฐานและแผนการบำรุงรักษา	20
ขั้นที่ 9 แผนการปรับปรุงต่อเนื่อง	20
ตัวอย่างการเขียนคู่มือนโยบายและแนวปฏิบัติ	21
ผนวก 1 แบบบันทึกแผนกำกับการพัฒนาคุณภาพ	
ผนวก 2 แบบบันทึกสรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	

1. แผนกำกับการพัฒนาคุณภาพ

1. หน่วยงาน/ทีม

แผนกำกับการพัฒนาคุณภาพนี้เป็นเครื่องมือที่นำทิศทางการทำงานและใช้ในการค้นหาปัญหา/โอกาสพัฒนา ซึ่งสามารถใช้ได้กับ

- 1) หน่วยงานทุกหน่วยงานใน รพ.
- 2) ทีมประสานหรือทีมพัฒนาคุณภาพซึ่งมาจากหน่วยงานต่างๆ

2. พันธกิจ

พันธกิจ (mission) คือข้อความที่บ่งบอกว่าทำไมต้องมีเรา เราให้คุณค่าอะไรแก่ลูกค้า ข้อความพันธกิจควรเขียนให้สั้น กระชับ สามารถจดจำได้ง่าย กระตุ้นเร้าใจ แสดงเอกลักษณ์ของทีมหรือหน่วยงาน

พันธกิจไม่ใช่รายละเอียดของกิจกรรมที่ทำ แต่เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมเหล่านั้น

พันธกิจมีไว้สำหรับตรวจสอบการตัดสินใจสำคัญๆของทีม ว่าการตัดสินใจนั้นสอดคล้องหรือนำไปสู่พันธกิจที่กำหนดไว้หรือไม่

พันธกิจของทีมที่อยู่ภายในหน่วยงานเดียวกัน จะเหมือนกับพันธกิจของหน่วยงาน แต่ทีมที่เกิดจากการรวมตัวของสมาชิกจากหน่วยงานต่างๆควรมีพันธกิจเฉพาะของทีมนั้น

ตัวอย่างพันธกิจ:

- พันธกิจของบริการอายุรกรรม คือการทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอายุรกรรมกลับไปใช้ชีวิตปกติโดยเร็วที่สุด ด้วยวิธีการที่คุ้มค่าที่สุด
- พันธกิจของทีมอายุรกรรม คือการร่วมกันปรับปรุงระบบบริการอายุรกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

3. ปรัชญา/อุดมการณ์ร่วม

ปรัชญาหรืออุดมการณ์ร่วมคือสิ่งที่สมาชิกเห็นพ้องกันว่าน่าจะเป็นหลักการที่ทุกคนยึดถือร่วมกัน เพื่อใช้ชี้นำการทำงานของทีม มีลักษณะค่อนข้างเป็นนามธรรม

ตัวอย่างปรัชญา/อุดมการณ์ร่วม:

- มุ่งมั่นสู่ความเป็นเลิศด้วยการพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง
- มุ่งมั่นตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกค้า
- พัฒนาสมาชิกและเปิดโอกาสให้สมาชิกใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่
- สร้างสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้ตลอดเวลา

4. กฎกติกา มารยาท

เป็นเครื่องมือที่สมาชิกแต่ละคนใช้ควบคุมพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้ทีมทำงานร่วมกันได้อย่างราบรื่น

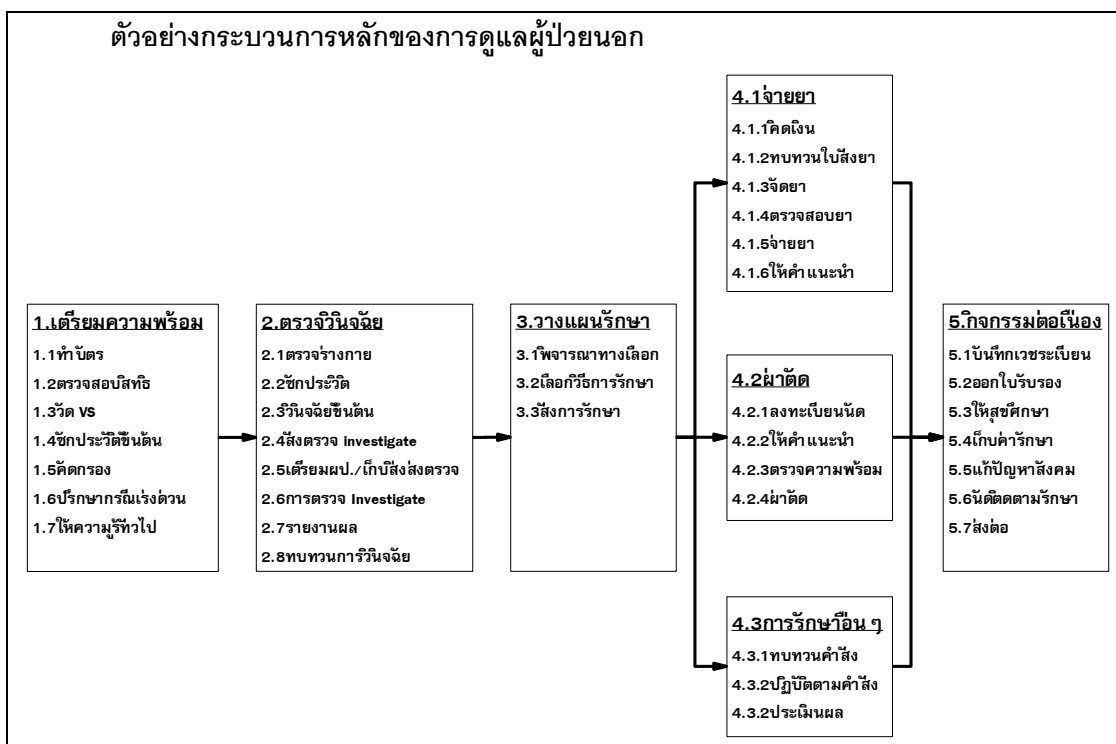
การกำหนดกฎกติกา มารยาทของทีมควรเริ่มต้นวิเคราะห์พฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานของทีมที่ผ่านมา ดังตัวอย่าง

พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์	กฎกติกา มารยาท
ถกเถียงกันมากในการประชุม	เราจะไม่กล่าวโทษ ไม่กดดัน ไม่แก้ตัว
ไม่รับฟังความเห็นของผู้อื่น	เราจะพยายามเปิดใจรับฟังและทำความเข้าใจข้อคิดเห็นของผู้อื่น เราจะไม่พูดแทรกในขณะที่สมาชิกอื่นกำลังพูดอยู่
มีบางคนพูดมากเกินไป บางคนไม่พูด	เราจะให้โอกาสทุกคนแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน
กว่าจะเริ่มประชุมได้ต้องเสียเวลารอนาน	เราจะเริ่มประชุมและเลิกประชุมตรงเวลา
ประชุมแล้วหาข้อสรุปไม่ได้	เราจะพยายามหาข้อสรุปซึ่งสมาชิกทุกคนยอมรับได้

5. กระบวนการหลัก

การวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้เป็นการมองภาพรวมของงานที่ทำทั้งหมดของหน่วยงาน หรือที่ทีมได้รับมอบหมาย เพื่อจะได้ค้นหาปัญหา/โอกาสพัฒนาอย่างเป็นระบบและครบถ้วน

การวิเคราะห์อาจเริ่มต้นด้วยการเขียนขั้นตอนหลักๆตามลำดับแล้วแจกแจงขั้นตอนย่อย หรืออาจจะเริ่มต้นด้วยการเขียนขั้นตอนทำงานที่สำคัญทั้งหมด แล้วนำมาจัดหมวดหมู่



6. ปัญหาหรือสิ่งที่ควรปรับปรุง (จากการวิเคราะห์กระบวนการหลัก)

กระบวนการ	เป้าหมาย	เครื่องชี้วัด	ความต้องการของลูกค้า ภายในและภายนอก	ความเสี่ยง/ความสูญเปล่า/ความซับซ้อน/ปัญหา/ นโยบาย/ข้อกำหนดที่ยังไม่บรรลุ/โอกาสพัฒนาอื่นๆ
1. เตรียมความพร้อม			-ผู้ป่วยต้องการความรวดเร็วในทุก ขั้นตอน	
1.1 ทำบัตร	-มีสื่อสำหรับบันทึกเพื่อ การตรวจรักษาต่อเนื่อง -ถูกต้อง รวดเร็ว ชัดเจน	-%หาบัตรเก่าไม่พบ -เวลาที่ใช้	-ห้องตรวจต้องการให้คั่น OPD card ของผู้ป่วยนัดไว้ล่วงหน้า -ห้องบัตรขอให้ทุกหน่วยคืน OPD card ทันที	-ค้นหาบัตรเก่าไม่พบ -ผู้ป่วยนำบัตรคนอื่นมาใช้ -ระบบบัตรซ้ำซ้อน เช่น ที่ทันตกรรมและกายภาพ -เจ้าหน้าที่เก็บบัตรของตนเองและญาติไว้กับตัว -บัตรสกปรกหลุดลุ่ยไม่นำมาใช้
1.2 ตรวจสอบสิทธิ	-ผู้ป่วยได้รับการ คุ้มครองตามสิทธิ -รพ. ไม่เสียผลประโยชน์	-%การตรวจสอบไม่ ถูกต้อง -เวลาที่ใช้	-ให้มีการตรวจสอบตั้งแต่จุดแรก และประทับใบสั่งยาให้ชัดเจน-	-ตรวจสอบหลายครั้งโดยไม่จำเป็น -หลักฐานไม่ครบถ้วน -ผู้ป่วยไม่แจ้งสิทธิตั้งแต่เริ่มแรก
5. กิจกรรมต่อเนื่อง				
5.1 บันทึกเวชระเบียน	มีการบันทึกที่ครบถ้วน สมบูรณ์เพื่อให้สามารถ ดูแลรักษาต่อเนื่องและ ทบทวนคุณภาพได้	-ระดับความครบถ้วน สมบูรณ์ -การใช้ประโยชน์	-แพทย์ต้องการเขียนสั่งยาครั้ง เดียว -เวชระเบียนต้องการให้แพทย์ บันทึกการวินิจฉัยโรคทุกครั้ง	-ไม่มีการบันทึกประวัติและการตรวจที่สำคัญ -ใช้ประเมินคุณภาพการดูแลรักษาไม่ได้

ตัวอย่างการค้นหาคำปัญหา/โอกาสพัฒนาด้วยมุมมองต่างๆ

ก) ความเสี่ยง
ค้นหาบัตรเก่าไม่พบ, ผู้ป่วยนำบัตรคนอื่นมาใช้, เครื่องมือวัด BP ไม่เที่ยงตรง, ส่งตรวจชนิดแผนก, คัดกรองผู้ป่วยผิดพลาด, ไม่ได้ประวัติสำคัญ, ตรวจร่างกายไม่เพียงพอ, เก็บสิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง, ผลการตรวจไม่ถูกต้อง, ผลการตรวจหาย
ไม่ได้พิจารณาทางเลือกอย่างรอบด้าน, ไม่ได้ปรึกษาผู้ป่วย/ญาติ, ส่งการรักษาไม่เหมาะสม, ไม่มีการบันทึกข้อมูลที่จำเป็น
ส่งยาผิดตัว ผิดขนาด มีปฏิกิริยากัน, จัดยาผิด, ผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้อง, ผู้ป่วยเตรียมตัวผ่าตัดไม่ถูกต้อง, ติดเชื้อหลังผ่าตัด,
ข) ความต้องการของลูกค้าภายใน
ห้องบัตรขอให้ทุกหน่วยคืน OPD card ทันที, พยาบาลและเภสัชกรต้องการให้แพทย์ออกตรวจเร็วขึ้น, แพทย์ต้องการให้พยาบาลช่วยซักประวัติและให้ลูกศึกษา, ชั้นสูตรต้องการให้แพทย์ส่งตรวจเฉพาะที่จำเป็น, แพทย์ต้องการผลชั้นสูตรที่ถูกต้องรวดเร็ว, เภสัชกรต้องการให้แพทย์เขียนใบสั่งยาให้อ่านง่ายและถูกต้อง, แพทย์ต้องการให้เภสัชกรอธิบายวิธีใช้ยาแก่ผู้ป่วย, แพทย์ต้องการให้มีระบบการให้ลูกศึกษาแก่ผู้ป่วยเรื่องสิ่งที่ผู้ป่วยนำไปใช้ได้, ห้องตรวจต้องการให้ค้นหาบัตรผู้ป่วยนัดล่วงหน้า
ค) ความต้องการของลูกค้าภายนอก
ความรวดเร็วในทุกขั้นตอน, การดูแลจุดญาติมิตร, การเอาใจใส่จากแพทย์พยาบาล, ได้รับการตรวจอย่างละเอียดถี่ถ้วน, แพทย์ที่ตรวจมีความรู้ความสามารถ, ได้รับบริการที่จำเป็นครบถ้วนและสมเหตุสมผล, ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง, ค่าบริการเหมาะสม, ไม่กลับเป็นซ้ำอีก, โรคไม่รุกราม, ต้องการรู้ว่ากำลังรออะไร รออีกนานเท่าไร มีปัญหาอะไรเกิดขึ้นในขณะนั้น
ง) การตอบสนองพันธกิจและนโยบายเฉพาะหน้าขององค์กร
ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ, ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น, พฤติกรรมบริการเป็นเลิศ, ให้บริการผู้ได้รับความคุ้มครองต่างๆ อย่างสมเหตุสมผลและมีคุณภาพ, การร้องเรียนจากผู้ป่วยลดลง
จ) ความสูญเสียเปล่า ซ้ำซ้อน ซับซ้อน
การตรวจสอบสิทธิหลายครั้งโดยไม่จำเป็น, การซักประวัติซ้ำซ้อน, การเสียเวลารอคอยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่, การพบแพทย์โดยไม่จำเป็น, การนัด follow up ที่เกินไป, การต้องมายื่นขอ OPD card โดยไม่จำเป็น, การส่ง investigate ที่ไม่จำเป็น, การส่งยาที่ไม่จำเป็น, การวนเวียนพบเจ้าหน้าที่หลายฝ่ายเมื่อมีปัญหา เช่น ไม่มีเงิน ไม่มียา ส่งยานอกบัญชี
ฉ) มาตรฐานโรงพยาบาล
การบันทึกเวชระเบียนที่ครบถ้วนสมบูรณ์เพื่อให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องและทบทวนคุณภาพได้, การติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ, การจัดทำ practice guideline และ peer review, การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการปรับปรุงระบบงาน, ความรับผิดชอบและจริยธรรมของวิชาชีพ
ช) โรคและหัตถการที่พบบ่อย
เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ปวดหลัง, ปวดข้อ, หอบหืด, NCA, การทำแผลเรื้อรัง
ซ) อื่นๆ

จะเห็นว่าการเริ่มต้นค้นหาคำปัญหา/โอกาสพัฒนาด้วยวิธีการต่างๆ ได้ทั้งเรื่องที่เหมาะสมและแตกต่างกัน ซึ่งทีมจะต้องไปสรุปอีกครั้งหนึ่งว่าจะรวมเข้าด้วยกันอย่างไร จะพัฒนาอย่างไร

การใช้คำว่าโอกาสพัฒนามาควบคู่กับคำว่าปัญหา เพราะบางเรื่องแม้ไม่เป็นปัญหา เราก็สามารถหยิบยกมาพัฒนาได้

7. แผนกำกับการพัฒนาคุณภาพของทีม

การมีแผนกำกับจะทำให้เห็นภาพรวมของการพัฒนาที่จะเกิดขึ้น เห็นความมุ่งมั่นตั้งใจของทีมงานว่าจะพัฒนาไปในทิศทางใด ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการ และรวบรวมผลงานการพัฒนาได้อย่างเป็นระบบ ดังตัวอย่าง

วิธีการพัฒนา	ชื่อเรื่อง	ทีมผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
1) จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน	การส่ง OPD card คืนห้องบัตร	มานิตและทีม	1-15 พย. 40
	การทำความสะอาดและ calibrate เครื่องวัด BP	มารีสาและทีม	1-30 ธค. 40
	วิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจที่ OPD	दनัยและจงกล	1-30 ธค. 40
	การทบทวนใบสั่งยาโดยเภสัชกร	อมราและทีม	1-31 มค. 41
	การให้ผู้ป่วยมีส่วนตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา	สัมพันธ์และทีม	1-31 มค. 41
	การตรวจสอบสิทธิผู้ป่วย		
	การให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย		
	การซักประวัติผู้ป่วย		
	ฯลฯ		
2) ปรับปรุงกระบวนการ	ระบบการเตรียม OPD card สำหรับผู้ป่วยนัด	อุษณีย์และทีม	มค.-มีค.41
	ระบบรายงานผลตรวจชิ้นสูตร	दनัยและทีม	มค.-เมย.41
	ระบบการทบทวนการส่งตรวจชิ้นสูตร		
	ระบบการให้ข้อมูลการใช้ยาแก่ผู้ป่วย		
	ระบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก		
	การลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องมาติดตามรักษา		
	ฯลฯ		
3) จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยและ peer review	โรคเบาหวาน	พ.มาลีและทีม	มค.-สค. 41
	โรคความดันโลหิตสูง		
	โรคปวดหลัง		
	โรคปวดข้อ		
	ฯลฯ		
4) กำหนดระบบติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ (quality monitoring)	ระยะเวลารอคอย/ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด		
	การมาติดตามรักษาตามนัด		
	คุณภาพของการวินิจฉัยโรคที่ OPD		
	การมารับบริการฉุกเฉินหลังจากตรวจที่ OPD		
	ค่าใช้จ่ายสำหรับโรคที่พบบ่อย		
	การให้ยาปฏิชีวนะ		
	ฯลฯ		

2. บันทึกสรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

สรุปข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมของทีม (หน้า 1)

หัวข้อ	คำอธิบาย
ชื่อทีม	ระบุชื่อทีม
ปัญหา/โอกาสพัฒนา	ระบุปัญหา/โอกาสพัฒนา หรือชื่อโครงการพัฒนา
สมาชิกทีม	ระบุชื่อสมาชิกทีมทุกคน ประธานและเลขานุการในการประชุมอาจจะมีการหมุนเวียนกันได้
วันที่จัดทะเบียน	ระบุวันที่จัดทะเบียนไว้กับศูนย์พัฒนาคุณภาพ หรือผู้จัดการคุณภาพ
Facilitator	ระบุผู้ที่ทำหน้าที่ facilitator/พี่เลี้ยง/ที่ปรึกษา ประจำทีม
สถิติการประชุม	ระบุวันที่ประชุม จำนวนชั่วโมงที่ประชุม และจำนวนคนที่เข้าร่วม ข้อมูลส่วนนี้จะช่วยบอกประสิทธิภาพการทำงานของทีมได้ดี
แผนการปฏิบัติงาน	แบ่งระยะเวลาตามลักษณะโครงการ เช่น อาจจะเป็นสัปดาห์หรือเดือน แถว P ระบุแผนที่คาดว่าจะใช้สำหรับแต่ละกิจกรรม ให้ใช้ขีดทแยง แถว A ระบุเวลาที่ใช้จริงในกิจกรรมนั้น ให้ใช้แถวที่บ การทำความเข้าใจระบบ คือ ขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล คือ ขั้นที่ 3 และขั้นที่ 4 การวิเคราะห์ทางเลือก คือ ขั้นที่ 5 การทดลองทางเลือก คือ ขั้นที่ 6 การวัดผล คือ ขั้นที่ 7 การนำผลมาปฏิบัติ คือ ขั้นที่ 8 และขั้นที่ 9

ข้อมูลพื้นฐานของโครงการ (หน้า 2)

หัวข้อ	คำอธิบาย
ปัญหา/โอกาสพัฒนา	บรรยายสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมข้อมูลเท่าที่มีอยู่
เหตุผลที่เลือก	บรรยายผลกระทบที่เกิดจากปัญหานี้ พร้อมทั้งโอกาสสุกถามหากไม่มีการปรับปรุง
วัตถุประสงค์โครงการ	ระบุระบบงานที่ต้องการปรับปรุง และเครื่องชี้วัดสำคัญ หลีกเลี่ยงการกำหนดเป้าหมายเป็นตัวเลขว่าจะลดปัญหาลงกี่ % หลีกเลี่ยงการระบุทางออกในการแก้ปัญหาไปในวัตถุประสงค์

ตัวอย่างการกำหนดวัตถุประสงค์โครงการ

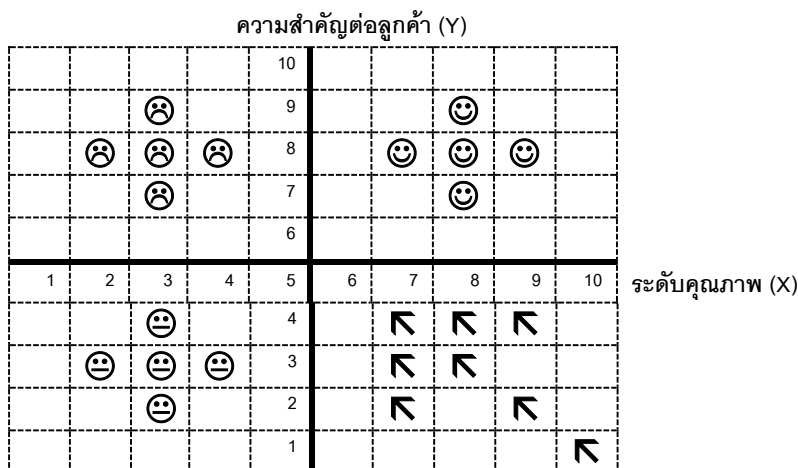
เพื่อปรับปรุงระบบบริการแปล โดยมีระยะเวลารอคอยเป็นเครื่องชี้วัด
เพื่อปรับปรุงระบบการเตรียม OPD card สำหรับผู้ป่วยนัด โดยมีร้อยละของความพร้อมของเอกสารและความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นเครื่องชี้วัด
เพื่อปรับปรุงระบบรายงานผลการตรวจชิ้นสูตร โดยมีระยะเวลาที่ได้รับรายงาน และร้อยละที่ผลการตรวจสูญหายเป็นเครื่องชี้วัด
เพื่อปรับปรุงระบบการให้ข้อมูลการใช้จ่ายแก่ผู้ป่วย โดยมีร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้จ่ายในกลุ่มเป้าหมายถูกต้องเป็นเครื่องชี้วัด
เพื่อปรับปรุงระบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยมีร้อยละของการบันทึกที่ครบถ้วนสมบูรณ์เป็นเครื่องชี้วัด
เพื่อปรับปรุงระบบการนัดผู้ป่วยมาติดตามรักษา โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องนัดมาติดตามรักษาเป็นเครื่องชี้วัด

ขั้นที่ 1 การเลือกโครงการ (หน้า 2)

หัวข้อ	คำอธิบาย
การเลือกโครงการ	<p>อาจจะใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือทั้ง 3 วิธีร่วมกันคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) multivoting (เหมาะสำหรับคัดกรองจำนวนเรื่องให้เหลือน้อยลง) 2) attribute rating map (กำหนดเกณฑ์ตายตัวคือความสำคัญต่อลูกค้าและระดับคุณภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน) 3) ลงคะแนนโดยเกณฑ์ถ่วงน้ำหนัก (กำหนดเกณฑ์ได้หลากหลาย และให้น้ำหนักแต่ละเกณฑ์โดยความเห็นชอบของกลุ่ม)
Multivoting	<p>กำหนดหมายเลขให้กับประเด็นที่ต้องการเลือก</p> <p>กำหนดจำนวนประเด็นที่จะให้สมาชิกเลือก (~1 ใน 3 ของทั้งหมด)</p> <p>ให้แต่ละคนเลือกแล้วรวมคะแนนของทุกคน</p> <p>จัดอันดับความสำคัญตามคะแนน</p> <p>ถ้าอันดับแรกได้คะแนนต่างจากอันดับที่ 2 มาก อาจตกลงเลือกได้เลย</p>

หัวข้อ	คำอธิบาย
Attribute Rating Map	<p>กำหนดรหัสให้แต่ละเรื่อง ระบุชื่อเรื่องในตารางขวามือ</p> <p>ให้คะแนนความสำคัญต่อลูกค้าและระดับคุณภาพ ระหว่าง 0-10</p> <p>ความสำคัญต่อลูกค้ารวมทั้งสิ่งที่ลูกค้ารู้ และลูกค้าไม่รู้</p> <p>ระดับคุณภาพคือสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน คะแนนสูงแสดงว่าคุณภาพดี</p> <p>ใส่คะแนนความสำคัญต่อลูกค้าในคอลัมน์ Y</p> <p>ใส่คะแนนระดับคุณภาพในคอลัมน์ X</p> <p>นำคะแนนมาจุดในกราฟซ้ายมือพร้อมเลขรหัส</p> <p>เรื่องที่อยู่ในช่องซ้ายบนคือเรื่องที่ต้องปรับปรุงก่อน</p> <p>เรื่องที่อยู่ในช่องขวามือคือเรื่องที่ทำดีอยู่แล้ว นำมาเขียนคู่มือได้เลย</p> <p>เรื่องที่อยู่ในช่องซ้ายล่างคือเรื่องที่ทำไม่ดีแต่ไม่สำคัญ</p> <p>เรื่องที่อยู่ในช่องขวาล่างคือเรื่องที่ไม่สำคัญแต่ทำได้ดี ควรพิจารณานำทรัพยากรมาใช้สำหรับเรื่องที่อยู่ในช่องซ้ายบนให้มากขึ้น</p>

Attribute Rating Map



หัวข้อ	คำอธิบาย
<p>ลงคะแนนโดยใช้เกณฑ์ถ่วงน้ำหนัก (Criteria Weighting Technique)</p>	<p>เรื่องที่น่ามาเลือกอาจจะเป็นตัวปัญหา กระบวนการ หรือโรค</p> <p>จำนวนเรื่องที่จะนำมาเลือกไม่ควรจะมากกว่า 5 เพื่อไม่ให้เสียเวลามาก</p> <p>ทีมอาจจะเพิ่มเติมเกณฑ์การตัดสินใจได้ตามความเหมาะสม</p> <p>น้ำหนักของเกณฑ์ขึ้นกับความสามารถของทีม ในช่วงเริ่มต้นควรให้น้ำหนักกับเกณฑ์ทำง่ายสูงกว่าระดับและความสำคัญของปัญหา</p> <p>เมื่อทีมมีประสบการณ์แล้วควรให้น้ำหนักกับระดับปัญหาและความสำคัญให้มากขึ้น</p> <p>การกำหนดน้ำหนักอาจจะใช้เป็นสัดส่วน (0.4, 0.3, 0.3) หรือเป็นจำนวนเท่า (x3, x2, x1)</p> <p>ในกรณีที่ใช้เป็นสัดส่วน เมื่อตัวคูณของทุกเกณฑ์แล้วจะต้องได้ 1</p> <p>ในกรณีที่ใช้เป็นจำนวนเท่า ตัวคูณสูงสุดไม่ควรเกิน 3</p> <p>ในการให้คะแนนให้พิจารณาไปที่ละเกณฑ์ ไม่ใช่ที่ละตัวเลือก กำหนดคะแนนระหว่าง 0-5 ลงคะแนนที่ทีมเห็นชอบในช่อง "คะแนน"</p> <p>คะแนนระดับปัญหาจะเป็นคะแนนที่ตรงข้ามกับระดับคุณภาพใน attribute rating map (ระดับปัญหา= ความถี่ + ความรุนแรง)</p> <p>คูณตัวเลขในช่อง "คะแนน" ด้วยตัวคูณของเกณฑ์นั้น แล้วใส่ในช่อง "ปรับ"</p> <p>รวมคะแนนในคอลัมน์ "ปรับ" ของแต่ละแถว ใส่ในช่อง "รวม"</p> <p>ใช้คะแนนรวมจัดอันดับความสำคัญ</p>

ตัวอย่างการใช้ criteria weighting technique เพื่อคัดเลือกโอกาสพัฒนา

ปัญหา/กระบวนการ/โรค	เกณฑ์ตัดสิน						รวม
	ทำง่าย(x2)		ระดับปัญหา(x1)		ความสำคัญ(x2)		
	คะแนน	ปรับ	คะแนน	ปรับ	คะแนน	ปรับ	
ก) การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	2	4	3	3	4	8	15
ข) การชักประวัติซ้ำซ้อน	5	10	5	5	3	6	21
ค) การสื่อความหมายกับผู้ป่วยเจาะคอ	4	8	4	4	5	10	22
ง) การรายงานผลขั้นสุด	4	8	3	3	2	4	15
จ) การประเมินผู้ป่วย	3	6	2	2	3	6	14

ขั้นที่ 2 การศึกษาระบบ (หน้า 3)

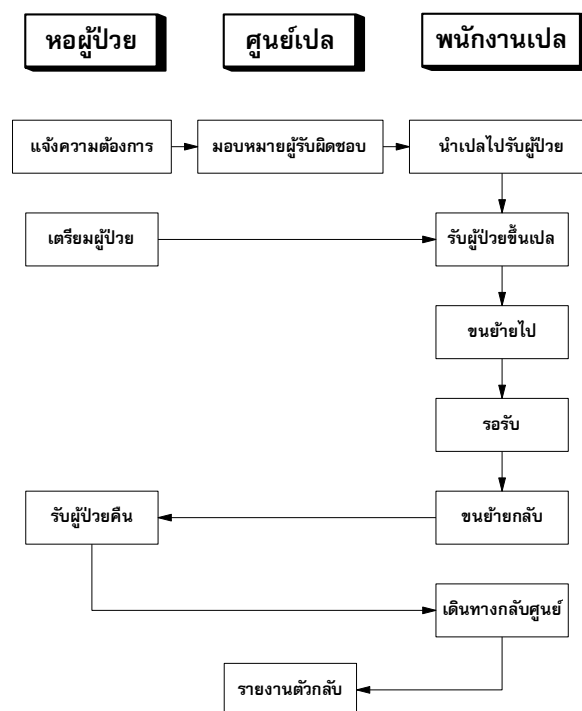
หัวข้อ	คำอธิบาย
แบบแผนของปัญหา	<p>ให้ระบุการกระจายของปัญหาในลักษณะที่สัมพันธ์กับ บุคคล สถานที่ เวลา หรือลักษณะอื่นๆ พร้อมทั้งคำอธิบายเท่าที่จะเป็นไปได้</p> <p>ไม่จำเป็นต้องกรอกให้ครบทุกช่อง</p> <p>ไม่ใช่การระบุสาเหตุของปัญหา เช่น ในเรื่องบุคคล ให้ระบุว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการหรือผู้ป่วยกลุ่มใด ไม่ใช่ระบุว่าใครเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหา</p> <p>การศึกษาแบบแผนของปัญหาอาจนำมาสู่การปรับขอบเขตโครงการ เช่น การซ่อมล่าช้า เมื่อศึกษาปัญหาแล้วพบว่าช้าเฉพาะงานประจำ และการซ่อมเครื่องปรับอากาศ นำให้ปรับโครงการโดยแยกเป็นโครงการปรับปรุงระบบการซ่อมงานประจำ และโครงการปรับปรุงระบบการซ่อมเครื่องปรับอากาศ</p>

ตัวอย่างการวิเคราะห์แบบแผนของปัญหารอเปลنان

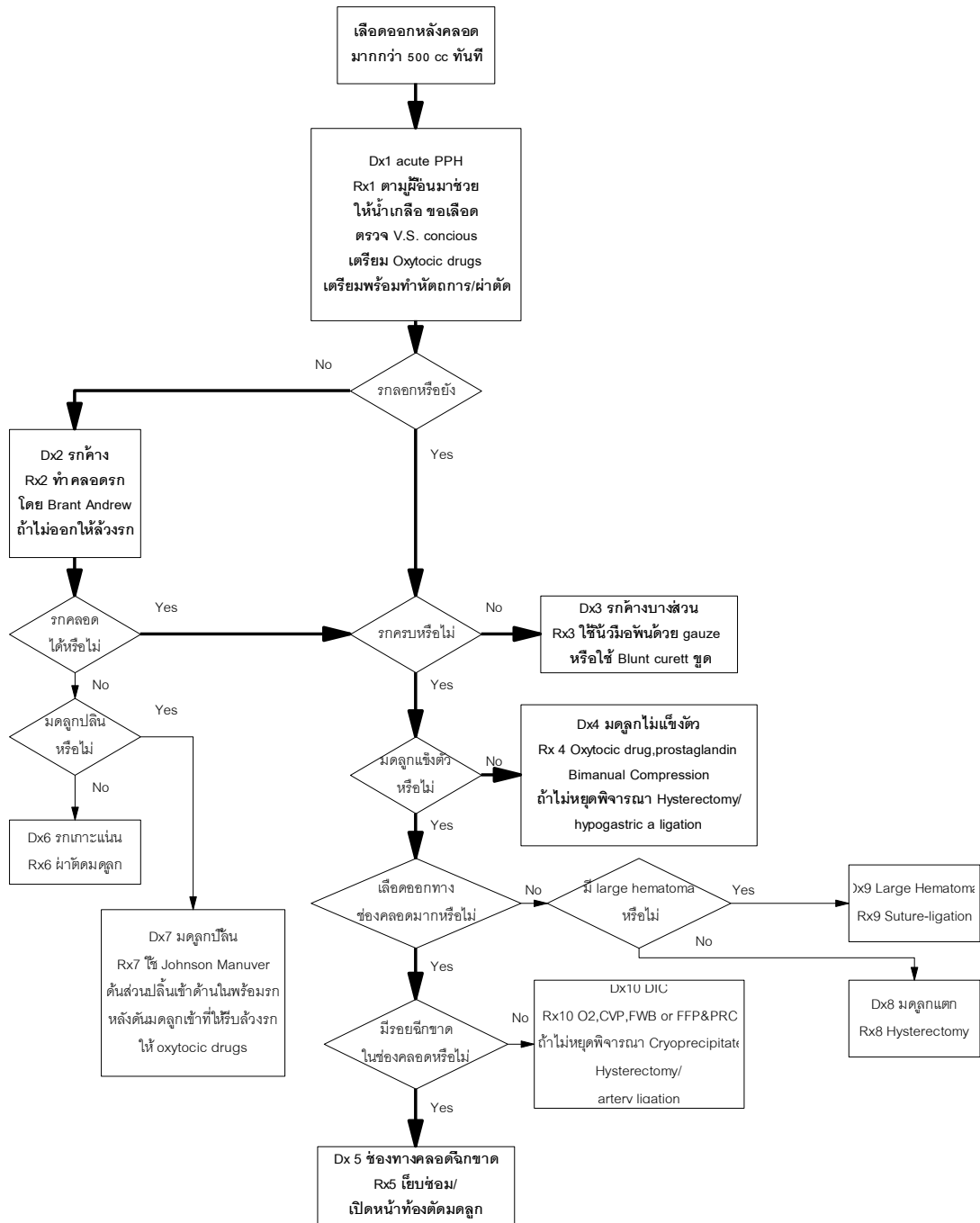
	เป็นปัญหา	ไม่เป็นปัญหา	คำอธิบาย
บุคคล			
สถานที่	หอผู้ป่วยอายุรกรรม	หอผู้ป่วยอื่นๆ	ระยะทางไกลจากศูนย์เปลมาก
เวลา	10.00-12.00 น.	เวลาอื่นๆ	ความต้องการใช้เปลในช่วงนี้สูงกว่าช่วงอื่น
วัน	วันหยุดออก วันจันทร์		รอสิ้น ผู้ป่วยนอกมาก ผู้ป่วยจำหน่ายมาก

หัวข้อ	คำอธิบาย
วิเคราะห์กระบวนการทำงาน	<p>มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกของทีมทำความเข้าใจกับกระบวนการทำงานที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียด</p> <p>หากชื่อโครงการระบุตัวปัญหา ทีมต้องวิเคราะห์ว่าปัญหานั้นเกี่ยวข้องกับกระบวนการใดบ้าง</p> <p>เครื่องมือที่ใช้คือ flowchart ซึ่งอาจจะเป็น top-down หรือ detailed หรือ deployment flowchart (ระบุผู้รับผิดชอบของแต่ละกระบวนการไว้ที่ส่วนบนของ chart)</p> <p>การเขียน flowchart ควรเขียนเพื่อมุ่งอธิบายการเกิดปัญหา เช่น ปัญหาเรื่องการวินิจฉัยโรคผิดพลาด ควรเขียน flowchart ที่เน้นการไหลเวียนของข้อมูลข่าวสารมากกว่าการเน้นที่ตัวผู้ป่วย</p> <p>วิธีการเขียนอาจเริ่มต้นด้วยการกำหนดจุดตั้งต้นและจุดสิ้นสุดแล้วไล่ลำดับกิจกรรม หรือเขียนกิจกรรมทั้งหมดที่เกิดขึ้นแล้วนำมาจัดกลุ่มและเรียงลำดับ</p>

ตัวอย่าง deployment flowchart ของระบบบริการเปล



ตัวอย่าง detailed flowchart ของการดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด



แผนภูมิการวินิจฉัยและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด

(หน้า4)

หัวข้อ	คำอธิบาย
วิเคราะห์ลูกค้า ความต้องการ และเครื่องซีวีดี	<p>แผนภูมินี้รวบรวมแนวคิดที่เป็นหัวใจของการพัฒนาคุณภาพไว้คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เน้นปรับปรุงกระบวนการ 2) เน้นการตอบสนองความต้องการของลูกค้า 3) เน้นการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ <p>กระบวนการในแผนภูมินี้ควรเป็นกระบวนการใหญ่ทั้งหมดของโครงการพัฒนา ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการย่อยๆ</p> <p>ลูกค้าของกระบวนการมีทั้งหน่วยงานภายใน รพ.และผู้ป่วย ควรจัดอันดับความสำคัญของลูกค้าแต่ละกลุ่มด้วย</p> <p>ความต้องการของลูกค้าควรเป็นเป้าหมายของกระบวนการ</p> <p>ควรตรวจสอบความต้องการของลูกค้าที่สมาชิกคิดขึ้น ด้วยการพูดคุยกับลูกค้าจริงๆ</p> <p>เครื่องซีวีดีคือข้อมูลที่จะบอกว่าเราตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้ดีเพียงใด ไม่ต้องกำหนดเป็นเกณฑ์ตัดสิน เช่น กำหนดว่าเครื่องซีวีดีคือ ระยะเวลารอคอย, อัตราการติดเชื้อ, คะแนนความพึงพอใจ แต่ไม่ต้องกำหนดว่า ระยะเวลารอคอยน้อยกว่า 30 นาที, อัตราการติดเชื้อต่ำกว่า 10%, ความพึงพอใจมากกว่า 80%</p> <p>ให้ทีมทบทวนว่าเครื่องซีวีดีตัวใดมีความสำคัญมาก และมีผลต่อการปรับปรุงระบบงานได้ดี เลือกเครื่องซีวีดีมาจำนวนหนึ่ง</p>
คำจำกัดความเครื่องซีวีดี	<p>เป็นการระบุว่าจะเก็บข้อมูลอะไร ด้วยเครื่องมือใด จำนวนเท่าใด ใช้วิธีการอย่างไร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำเชื่อถือมากที่สุด</p>

ตัวอย่างแผนภูมิความสัมพันธ์ของลูกค้า ความต้องการ และเครื่องชี้วัดในระบบบริการเปล



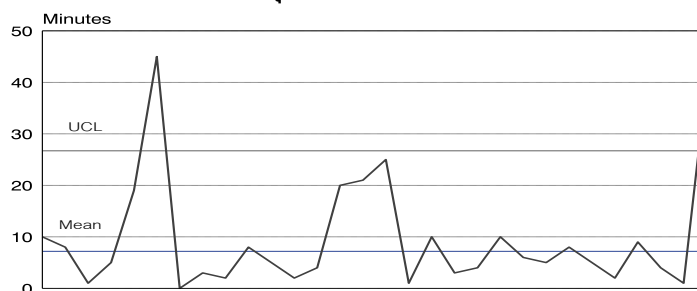
คำจำกัดความเครื่องชี้วัด

วัดอะไร	ความรวดเร็ว	ความเสี่ยง
เครื่องชี้วัด	ระยะเวลารอคอยเปล	อัตราการเกิดอุบัติเหตุบนเปล
ความหมาย	ระยะเวลาตั้งแต่หอผู้ป่วยโทรแจ้งศูนย์เปล จนพนักงานเปลนำเปลที่ต้องการมาถึง	-อัตราการเกิดอุบัติเหตุบนเปลเทียบกับจำนวนครั้งที่มีการขนย้ายผู้ป่วยทั้งหมด -อุบัติเหตุในที่นี่หมายถึงอุบัติเหตุหรือภาวะไม่พึงประสงค์ทุกอย่างที่เกิดขึ้นระหว่างการขนย้ายผู้ป่วย
หน่วยวัด	นาที	ร้อยละ
เครื่องมือวัด	-นาฬิกาที่ห้องทำงานพยาบาล -แบบบันทึกเวลา	แบบบันทึกอุบัติการณ์
การสุ่มตัวอย่าง	วัดเวลารอคอยของการขอเปลทุกครั้ง ของทุกหอผู้ป่วยในเวรเช้า	การเกิดอุบัติเหตุบนเปลทุกครั้ง
วิธีการวัด	ผู้โทรแจ้งเป็นผู้บันทึกเวลาโทรแจ้ง พนักงานผู้ช่วยบันทึกเวลาที่เปลมารับ	พนักงานเปลแจ้งให้พยาบาลทราบ พยาบาลสอบถามจากผู้ป่วยทุกครั้ง
ผู้วัด	พยาบาลและพนักงานผู้ช่วยของหอผู้ป่วย	พยาบาล

ขั้นที่ 3 สถานการณ์ก่อนการปรับปรุง (หน้า 5)

หัวข้อ	คำอธิบาย
Control Chart	<p>เป็นเครื่องมือแสดงระดับคุณภาพหรือผลลัพธ์ของระบบ</p> <p>control chart สำหรับเครื่องจักรแต่ละตัวอาจจะมีหลาย chart ตามปัจจัยที่มีผล เช่น แยกตามระยะเวลา แยกตามห้องตรวจ</p> <p>แกนนอนคือลำดับของการเกิดเหตุการณ์ เช่น ผู้ป่วยรายที่ 1, 2, 3....</p> <p>แกนตั้งคือระดับคุณภาพที่ต้องการแสดงผล</p> <p>x-chart ใช้กับข้อมูลของแต่ละเหตุการณ์ เช่น ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยแต่ละราย จำนวนผ้าที่ไม่พอใช้ในแต่ละวัน</p> <p>p-chart ใช้กับข้อมูลซึ่งนำมาคำนวณเป็นอัตราแล้ว ส่วนมากเป็นข้อมูลจากการนับและจำเป็นต้องมีการเปรียบเทียบกับประชากรที่เกี่ยวข้อง เช่น อัตราการติดเชื้อ แต่ละจุดในกราฟหมายถึงอัตราการเกิดเหตุการณ์ใน 1 ช่วงเวลา</p> <p>ข้อมูลจาก x-chart สามารถนำมาสร้าง p-chart ได้เมื่อมีเกณฑ์ตัดสินแล้ว เช่น อัตราผู้ป่วยที่รอนานเกิน 30 นาที</p> <p>x-chart ต้องการข้อมูลเฉพาะ x</p> <p>p-chart ต้องการข้อมูลทั้ง x, n และ p โดย p เท่ากับ $\frac{x}{n}$</p> <p>จำนวนข้อมูลที่สามารถนำมาคำนวณค่าสถิติได้คืออย่างน้อย 25 ตัว หากข้อมูลไม่ถึง 25 ตัวเราก็สามารถสร้าง chart เพื่อดูระดับปัญหาหรือระดับคุณภาพได้โดยไม่ต้องคำนวณค่าสถิติ</p> <p>การคำนวณค่า control limit ใช้สูตรที่แตกต่างกันระหว่าง x & p-chart</p> <p>เส้น control limit ใช้สำหรับตัดสินว่าเหตุการณ์ใดผิดปกติเนื่องจากสาเหตุพิเศษ ซึ่งจำเป็นต้องค้นหาสาเหตุและดำเนินการป้องกัน</p>

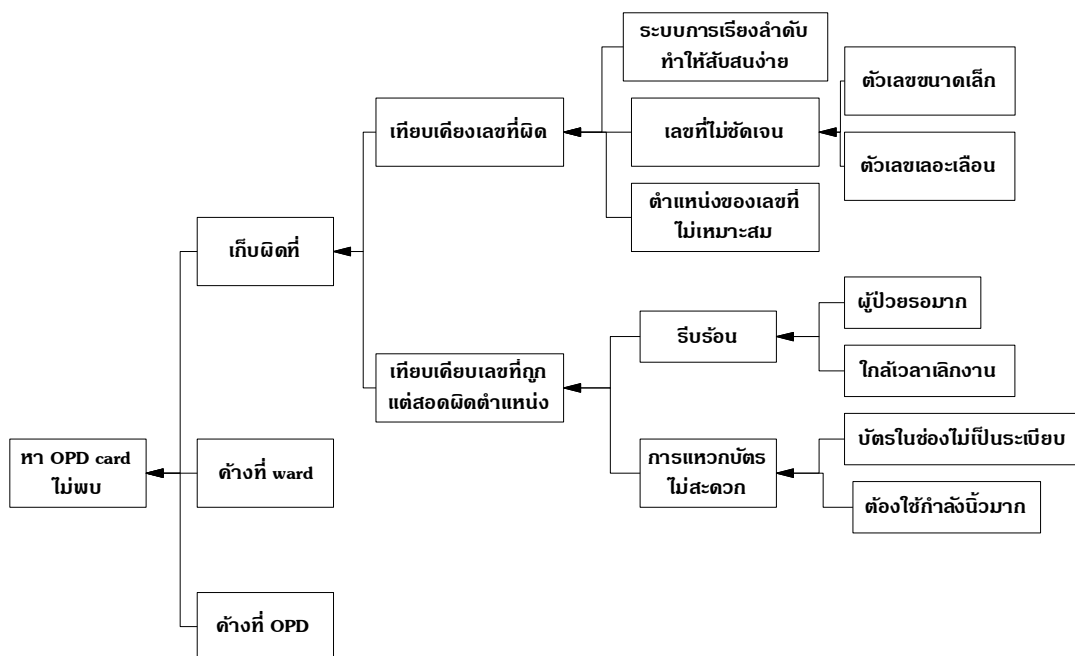
ตัวอย่าง x- chart แสดงระยะเวลารอคอยที่จุดให้บริการแห่งหนึ่ง



ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์สาเหตุ (หน้า 6)

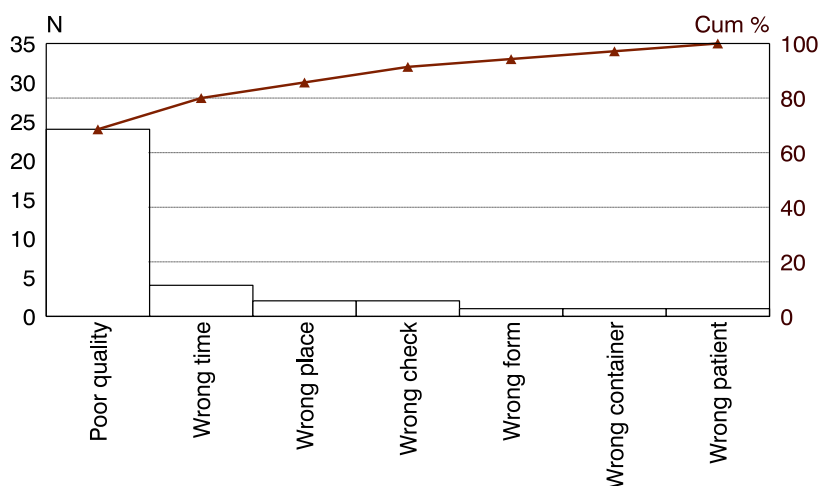
หัวข้อ	คำอธิบาย
<p>แผนภูมิระบบแสดงเหตุและผล</p>	<p>เป็นแผนภูมิที่ใช้สำหรับแสดงความสัมพันธ์ระหว่างต้นสายปลายเหตุ ช่วยให้สืบสาวไปถึงสาเหตุรากเหง้าได้ง่ายขึ้น</p> <p>ทีมควรเริ่มต้นด้วยการทบทวนแบบแผนของปัญหา ทบทวน flowchart ระดมสมองหาสาเหตุของปัญหา จัดกลุ่มสาเหตุ</p> <p>นำสาเหตุของปัญหาแต่ละประเด็นมาวิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้าด้วยการถาม "ทำไม" ต่อสาเหตุของสาเหตุ ซ้ำหลายๆครั้ง</p> <p>ไม่ควรรวมวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาหลายๆประเด็นด้วยแผนภูมิอันเดียวกัน เพราะทำให้ความคิดของสมาชิกกระจัดกระจาย และไม่สามารถหาข้อสรุปได้ว่าควรจัดการกับสาเหตุใดบ้าง</p> <p>เมื่อใดที่มีผู้เสนอสาเหตุเกี่ยวกับคน ให้พิจารณาว่าการสืบสาวหาสาเหตุต่อไปจะเป็นประโยชน์หรือไม่ ส่วนมากจะพบว่าได้ประโยชน์น้อย และอาจจะเป็นปัญหาในการปรับปรุง</p>

ตัวอย่างการวิเคราะห์สาเหตุของการเก็บ OPD card ผิดที่



หัวข้อ	คำอธิบาย
การวิเคราะห์ความถี่หรือความสำคัญของสาเหตุต่างๆ	<p>เป็นการพยายามใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินว่าสาเหตุใดเป็นสาเหตุที่ควรทุ่มเทความพยายามเข้าไปแก้ไข</p> <p>หากสามารถหาข้อมูลได้ ควรนำข้อมูลมาพิจารณา เพราะเป็นวิธีที่หลีกเลี่ยงความขัดแย้งในหมู่สมาชิกที่ดีที่สุด</p> <p>บางครั้งข้อมูลอาจจะได้จากประมาณการอย่างคร่าวๆ</p> <p>หากไม่สามารถหาข้อมูลหรือประมาณการได้ อาจจะใช้วิธี multivoting เพื่อคว่ำสมาชิกให้ความสำคัญกับสาเหตุใดมาก</p> <p>เครื่องมือที่นำเสนอคือ Pareto Diagram ซึ่งใช้ในการแสดงให้เห็นว่าสาเหตุแต่ละข้อมีความสำคัญไม่เท่ากัน</p> <p>การสร้าง Pareto Diagram เริ่มด้วยการนำสาเหตุต่างๆมาเรียงลำดับตามความถี่ที่เกิดขึ้นจากมากไปหาน้อย คำนวณร้อยละของการเกิดเหตุการณ์ และคำนวณร้อยละสะสม</p> <p>แกนตั้งขวามือคือร้อยละสะสม แกนตั้งซ้ายมือคือความถี่ของการเกิดเหตุการณ์</p> <p>นำข้อมูลร้อยละของการเกิดเหตุการณ์มาสร้างกราฟแท่งเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย</p> <p>นำข้อมูลร้อยละสะสมมาสร้างกราฟเส้น</p>

จำนวนครั้งของความผิดพลาดในการส่ง Hemato ตามประเภทของความผิดพลาด



ขั้นที่ 5 การวิเคราะห์ทางเลือก (หน้า 7)

หัวข้อ	คำอธิบาย
ค้นหาทางเลือกที่ทำ ทายวิธีการเดิม ๆ	<p>ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพขึ้นอยู่กับความสามารถในการใช้ ความคิดสร้างสรรค์</p> <p>ความคิดสร้างสรรค์จะเกิดได้ต่อเมื่อสมาชิกมีอิสระที่จะคิดนอกกรอบ คำถามที่กำหนดไว้ เช่น ให้คนอื่นทำ ใช้ทรัพยากรอื่น ทำเวลาอื่น ฯลฯ คือสิ่งที่กระตุ้นให้สมาชิกพยายามคิดนอกกรอบ</p> <p>ขั้นตอนนี้ควรจะใช้วิธีการระดมสมอง ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ เมื่อได้ ความคิดมาแล้ว ให้สมาชิกช่วยกันเสนอทางออกที่มีความเป็นไปได้ มากขึ้น หากมีการใช้หมวกสีม่วง/ดำ ควรทำความเข้าใจกันว่า เปลี่ยนเป็นหมวกสีเหลือง</p> <p>ไม่ควรเสียเวลากับการพิจารณากิจกรรมที่ทำอยู่แล้ว แต่ควรพิจารณา ว่าจะทำอะไรเพิ่มขึ้นจากเดิม หรือทำให้ดีขึ้นกว่าเดิม</p>
การเลือกทางเลือกที่ แข่งขันกัน/จัดลำดับ ความสำคัญของ ทางเลือก	<p>ทางเลือกจำนวนหนึ่งจะส่งเสริมกันและกัน สามารถนำไปใช้ร่วมกันได้ ทางเลือกเหล่านั้นไม่จำเป็นต้องนำมาเลือกหรือจัดลำดับ</p> <p>ทีมต้องพิจารณาว่าทางเลือกใดสามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที ให้กำหนด ผู้รับผิดชอบดำเนินการไปเลย</p> <p>ทางเลือกที่มีการแข่งขันคือเมื่อเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งแล้ว จะไม่สามารถใช้ ทางเลือกอื่นได้</p> <p>ทางเลือกที่ควรจัดลำดับความสำคัญคือทางเลือกที่อาจทำร่วมกัน หรือ อาจทำต่อเนื่องกัน แต่ทีมต้องตัดสินใจว่าจะทำอันใดก่อน</p> <p>เกณฑ์ในการตัดสินใจอยู่ที่สมาชิกจะร่วมกันกำหนด ทั้งตัวเกณฑ์และ น้ำหนักของเกณฑ์</p> <p>วิธีการทำเช่นเดียวกับในขั้นตอนเลือกโครงการ (ลงคะแนนโดยใช้เกณฑ์ ถ่วงน้ำหนัก)</p>

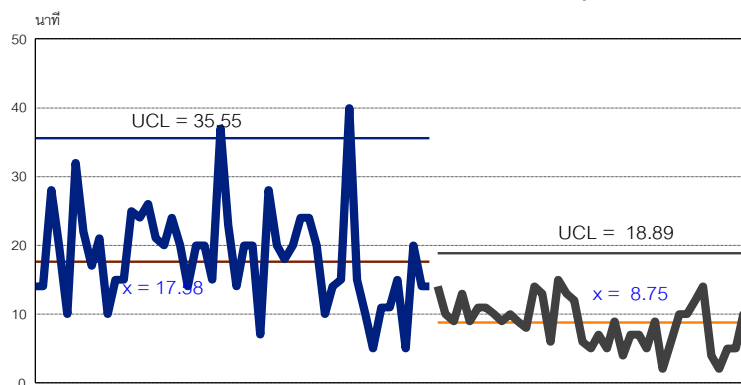
ขั้นที่ 6 ทดสอบทางเลือก (หน้า 7)

หัวข้อ	คำอธิบาย
วางแผนทดสอบทางเลือก	เป็นการเตรียมการเพื่อให้การทดสอบทางเลือกเป็นไปอย่างราบรื่น ทีมควรวิเคราะห์ว่าจะมีใครคัดค้านแนวทางดังกล่าว และจะมีกิจกรรม เพื่อลดแรงต้านดังกล่าวได้อย่างไร ทีมควรวิเคราะห์ว่าจะต้องมีการทำความเข้าใจหรือฝึกอบรมให้แก่ใคร บ้าง เพื่อให้การทดสอบทางเลือกนั้นเป็นไปอย่างถูกต้องเข้าใจ ตรงกัน

ขั้นที่ 7 ศึกษาผล (หน้า 8)

หัวข้อ	คำอธิบาย
Control Chart	เป็นการเก็บข้อมูลหลังการปรับปรุงมาเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนการ ปรับปรุง การนำเสนอควรแสดงให้เห็นว่าเป็นเหตุการณ์ที่ต่อเนื่องกันไป ไม่ใช่ นำ กราฟก่อนและหลังการปรับปรุงมาซ้อนกัน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลหลังการปรับปรุง สามารถเริ่มเก็บได้ทันที เมื่อดำเนินการปรับปรุงได้ราบรื่นแล้ว เพราะทีมจะต้องวัดผลไป เรื่อยๆในระยะยาวอยู่แล้ว
เครื่องมืออื่นๆ	หากมีการเปลี่ยนแปลงความสำคัญของสาเหตุของปัญหา อาจจะ นำเสนอด้วย Pareto Diagram เปรียบเทียบกัน แต่เครื่องมือนี้ไม่ สามารถนำมาใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวได้

ตัวอย่าง control chart แสดงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการปรับปรุง



ขั้นที่ 8 มาตรฐานและแผนการบำรุงรักษา (หน้า 9)

หัวข้อ	คำอธิบาย
เขียนคู่มือปฏิบัติงาน	คู่มือการปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษรจะช่วยให้มาตรการที่นำมาปรับปรุงนั้นยังคงอยู่ต่อไปได้แม้ตัวผู้รับผิดชอบจะเปลี่ยนไป ทำให้ไม่ต้องกลับมาทำกิจกรรมในเรื่องเดิมๆซ้ำแล้วซ้ำอีก แบบฟอร์มที่ใช้จะเหมือนกับในข้อกำหนดของ ISO9000 หัวข้อที่จำเป็นสำหรับการเขียนคู่มือได้แก่ นโยบาย ความรับผิดชอบ วิธีปฏิบัติ และในกรณีที่คู่มือการปฏิบัติงานนี้เกิดจากการกิจกรรมปรับปรุงกระบวนการ ควรกำหนดเครื่องชี้วัดไว้ด้วย การกำหนดเครื่องชี้วัดจะทำให้เกิดการติดตามระดับคุณภาพอย่างเป็นระบบ ทำให้ตรวจพบเมื่อเกิดปัญหาได้ทันที และทำให้มองเห็นโอกาสที่จะพัฒนาต่อเนื่อง

ขั้นที่ 9 แผนการปรับปรุงต่อเนื่อง (หน้า 10)

หัวข้อ	คำอธิบาย
เนื้อหา	ระบุว่าในระบบงานที่ได้ปรับปรุงมานั้น มีประเด็นอะไรที่สมควรได้รับการพัฒนาต่อไป
การทำงานเป็นทีม	ระบุว่าอะไรคือจุดแข็งจุดอ่อนของการทำงานเป็นทีมที่ผ่านมา สมควรรักษาจุดแข็ง และปรับปรุงจุดอ่อนอย่างไร
การสนับสนุน	ระบุว่า การสนับสนุนจากผู้บริหารที่ผ่านมาเพียงพอและเหมาะสมหรือไม่ ควรมีการปรับปรุงอย่างไร

ตัวอย่างนโยบายและแนวปฏิบัติสำหรับการจำหน่ายผู้ป่วย

รพ.	หน้า: 1/1
ระเบียบปฏิบัติเลขที่:	ฉบับที่: A
เรื่อง: การจำหน่ายผู้ป่วย	วันที่: 712/40
แผนก: การพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: หอผู้ป่วย, แพทย์
ผู้จัดทำ:	ผู้อนุมัติ:

วัตถุประสงค์:

นโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับการจำหน่ายผู้ป่วยฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยที่จะออกจากโรงพยาบาล ได้รับการประเมินอย่างรอบคอบ และครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง

นโยบาย:

การจำหน่ายผู้ป่วยจะต้องเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย

ผู้รับผิดชอบ:

- 1) แพทย์ประจำตัวผู้ป่วยมีหน้าที่ประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วย และสั่งการจำหน่ายเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อเห็นสมควร
- 2) พยาบาลวิชาชีพที่รับผู้ป่วย มีหน้าที่ประเมินความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มรับผู้ป่วย
- 3) พยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในขณะที่แพทย์สั่งจำหน่าย มีหน้าที่ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และครอบครัวในการดูแลตนเองที่บ้าน และให้ข้อมูลกับแพทย์ในกรณีที่เห็นว่ายังไม่มีความพร้อมพอ

แนวปฏิบัติ:

- 1) เมื่อมีการรับผู้ป่วยใหม่ ให้พยาบาลวิชาชีพที่รับผู้ป่วยประเมินสิ่งแวดล้อมทางครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย และวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่วันแรก
- 2) เมื่อแพทย์เห็นว่าอาการทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถกลับไปดูแลรักษาต่อที่บ้านได้ ให้แพทย์สอบถามความสมัครใจจากผู้ป่วย และความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วยจากพยาบาล
- 3) เมื่อผู้ป่วยสมัครใจและครอบครัวมีความพร้อม ให้แพทย์เขียนคำสั่งจำหน่ายและการรักษาลงในใบคำสั่งการรักษา
- 4) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในขณะที่แพทย์สั่งจำหน่าย ประเมินความพร้อมและความสมัครใจของผู้ป่วยอีกครั้ง แล้วดำเนินการตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ หากมีปัญหาคงไม่พร้อมหรือไม่สมัครใจ ให้รายงานแพทย์ผู้สั่งจำหน่ายทันที หากไม่สามารถติดต่อแพทย์ผู้สั่งจำหน่ายได้ ให้รายงานแพทย์หัวหน้าแผนกหรือรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ตามลำดับ
- 5) แพทย์ผู้สั่งจำหน่าย หรือแพทย์หัวหน้าแผนก หรือรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ที่ได้รับรายงานมีหน้าที่มาประเมินผู้ป่วยซ้ำและใช้ดุลยพินิจว่าควรให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลต่อไปหรือไม่

เครื่องชี้วัดคุณภาพ:

- 1) จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยที่ถูกสั่งจำหน่ายต้องได้รับการประเมินซ้ำ
- 2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ตอบว่าออกจากโรงพยาบาลด้วยความมั่นใจว่าสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ (โดยการสอบถามทางจดหมายหรือแบบสอบถามเมื่อผู้ป่วยมา OPD ครั้งต่อไป)

teamman3.doc 18-Dec-97

1. องค์กร/หน่วยงาน/ทีม

2. พันธกิจ

3. ปรัชญา/อุดมการณ์ร่วม

ก)

ข)

ค)

ง)

จ)

4. หลักการทำงานร่วมกัน/กฎกติกา มารยาท

ก)

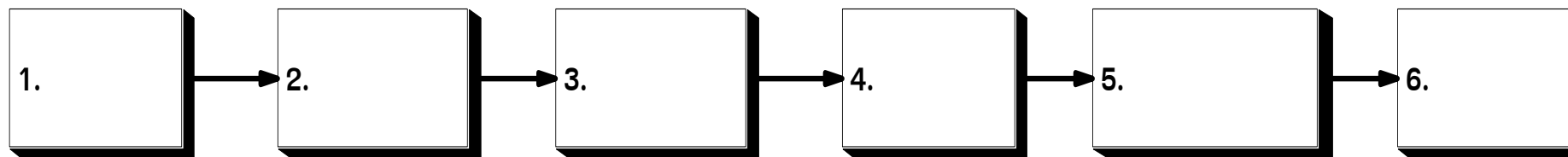
ข)

ค)

ง)

จ)

5. กระบวนการหลัก



- 1.1
- 1.2
- 1.3
- 1.4
- 1.5

- 2.1
- 2.2
- 2.3
- 2.4
- 2.5

- 3.1
- 3.2
- 3.3
- 3.4
- 3.5

- 4.1
- 4.2
- 4.3
- 4.4
- 4.5

- 5.1
- 5.2
- 5.3
- 5.4
- 5.5

- 6.1
- 6.2
- 6.3
- 6.4
- 6.5

6. ปัญหาหรือสิ่งที่ควรปรับปรุง (จากการวิเคราะห์กระบวนการหลัก)

กระบวนการ	เป้าหมาย/ ความต้องการของลูกค้า	เครื่องชี้วัด	ความเสี่ยง/ความสูญเสีย/ความซับซ้อน/ปัญหา/ นโยบาย/ข้อกำหนดที่ยังไม่บรรลุ/โอกาสพัฒนาอื่นๆ

7. แผนกำกับการพัฒนาคุณภาพของทีม

วิธีการพัฒนา	ชื่อเรื่อง	ทีมผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
1) จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน			
2) ปรับปรุงกระบวนการ			
3) จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยและ peer review			
4) กำหนดระบบติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ (quality monitoring)			

pctstor3.doc 18-Dec-97