The Foundation for Excellence

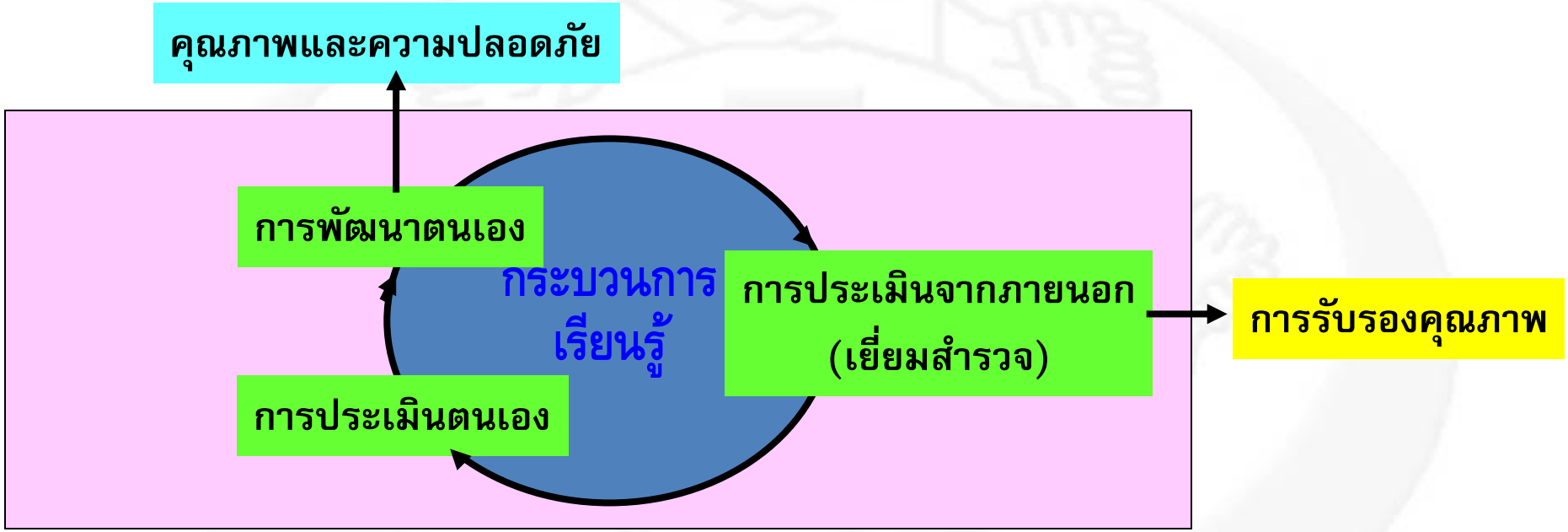
นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

7 มิถุนายน 2559

HA คือมรดกที่พวกเรา ร่วมกันสร้างให้คนไทยทุกคน

กว้างขวาง ยืนยง ทรงคุณค่า

แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ Hospital Accreditation



ค่านิยมและแนวคิดหลัก

- HA เป็นกระบวนการเรียนรู้
- มุ่งเน้นผู้ป่วยและสุขภาพ
- พัฒนาต่อเนื่อง

HA คือกระบวนการเรียนรู้ การเรียนรู้สำคัญเกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองในโรงพยาบาล เป้าหมายของ HA คือการส่งเสริมให้โรงพยาบาลเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

HA คืออะไร (โดยความหมาย)

โดยความหมาย hospital accreditation คือกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบงานภายในของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาทั้งองค์กรมีความจำเป็นเนื่องจากงานแต่ละส่วนล้วนพึ่งพิงการทำงานซึ่งกันและกัน การแยกส่วนพัฒนาจึงไม่สามารถบรรลุจุดสูงสุดที่เราต้องการ

HA คืออะไร (โดยความหมาย)

การเรียนรู้ขององค์กรเกิดจากการประเมินตนเอง การลงมือทำด้วยตนเอง การเรียนรู้แลกเปลี่ยนกับที่ปรึกษา/โรงพยาบาลอื่น และการได้รับข้อเสนอแนะจากผู้เยี่ยมสำรวจ

การเยี่ยมสำรวจเปรียบเสมือนการซ้อมรบ ข้าศึกที่แท้จริงคือความเสี่ยงที่โรงพยาบาลเผชิญอยู่ทุกวัน

การรับรองเป็นเพียงส่วนเล็ก ๆ เดียวในขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการทั้งหมด ซึ่งควรมองว่าเป็นผลพลอยได้ของการทำงานหนัก เป้าหมายของการพัฒนาที่แท้จริงน่าจะอยู่ที่คุณภาพบริการซึ่งผู้ป่วยจะได้รับ

ผู้ได้รับประโยชน์จาก HA

มีข้อมูลเพื่อ
ประกอบการตัดสินใจ

เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้
ประชาชนมีสุขภาพดี

ประชาชน → **สังคม**

ความเสี่ยงลดลง
คุณภาพการดูแลดีขึ้น
ได้รับการพิทักษ์สิทธิ/ศักดิ์ศรี

ผู้บริหาร ← **ผู้ป่วย/ญาติ** → **ผู้จ่ายเงิน**

โรงพยาบาล ← **ผู้ปฏิบัติงาน**

ความเสี่ยงลดลง
ทำงานง่ายขึ้น
สิ่งแวดล้อมในการทำงานดีขึ้น
ได้เรียนรู้และพัฒนาตนเอง
ขายฝันและทำฝันให้เป็นจริง

เป็นองค์กรเรียนรู้
พัฒนาอย่างต่อเนื่อง
สู่ความเป็นเลิศ
อยู่รอดและยั่งยืน
โปร่งใส รับผิดชอบ

องค์กรวิชาชีพ

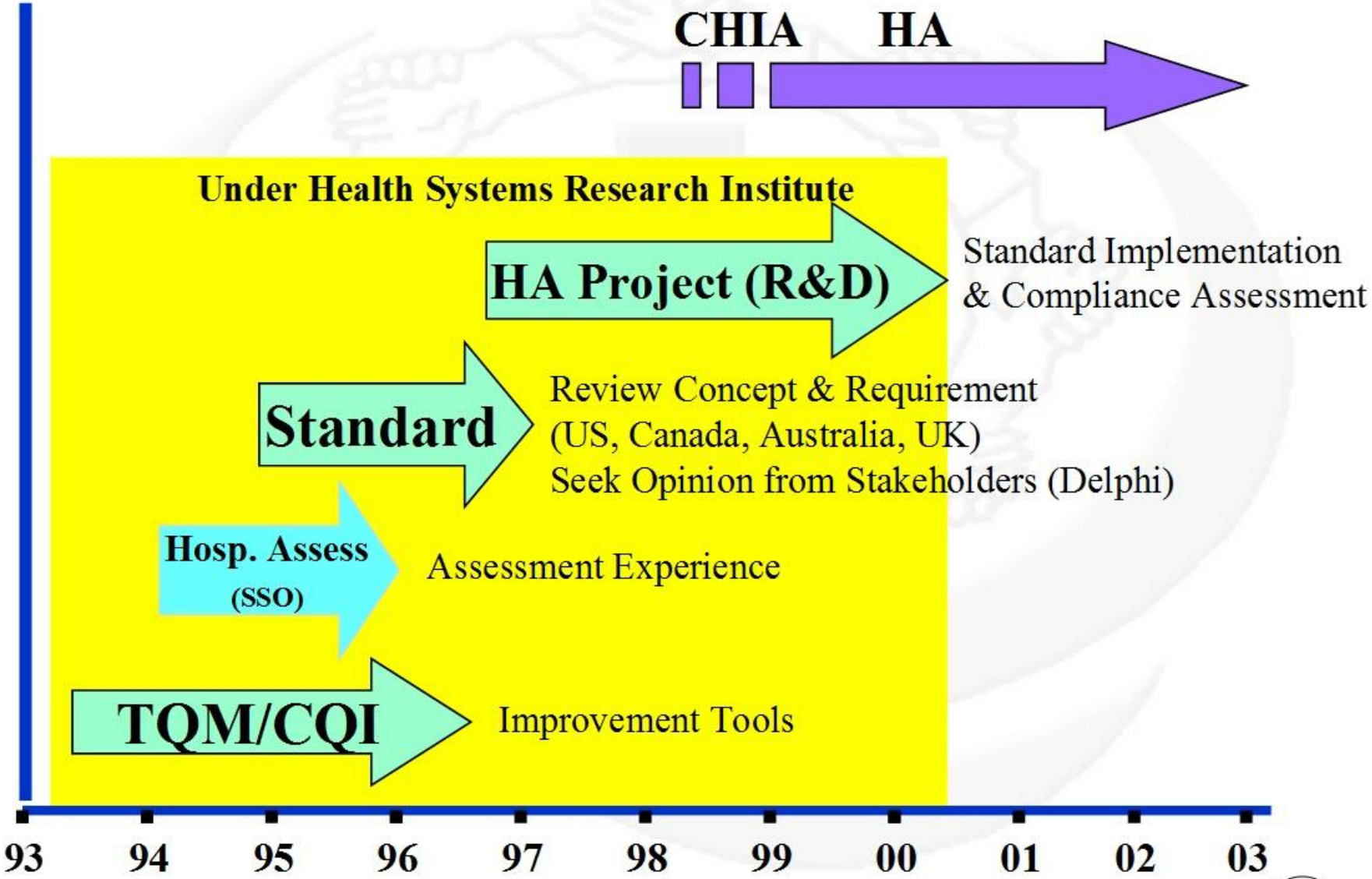
Force Field Analysis

Forces **FOR** change		Forces **AGAINST** change
Simple & easy →	People-Centred Healthcare	← Workload
Joyful →		← Complicate, difficult
Visible benefits →		← Overwhelm with changes
Recognition →		← Professional autonomy
Social demand →		← Never heard before
Professional responsibility →		
Reputation →		

ลักษณะของ HA ไทย

- มาตรฐานและองค์กรได้รับการรับรองจาก ISQua เทียบเท่ามาตรฐานสากลอื่น ๆ
- ใช้หลักการสร้างการเรียนรู้มากกว่าการตรวจสอบ ใช้การประเมินเพื่อเสริมพลังด้วยความเป็นกัลยาณมิตร
  - เรียนรู้ผ่านเครื่องมือคุณภาพและการเยี่ยมสำรวจ
  - เน้นความสอดคล้องกับบริบทขององค์กร
- เป็นมาตรฐานที่เน้นการพัฒนาต่อเนื่อง โดยบูรณาการแนวคิดต่าง ๆ
  - เป้าหมายอยู่ที่คุณภาพและความปลอดภัยที่ผู้ป่วยจะได้รับ
- เน้นการพัฒนา ใช้การประเมินเพื่อกระตุ้นการพัฒนา
  - พัฒนาสามกระแส: ระบบคุณภาพ, จิตวิญญาณ, ความรู้
- เป็นฐานเพื่อการต่อยอด
  - ต่อยอดสู่ TQC/TQA, มาตรฐานสากลอื่น ๆ

Early Phase of QI & HA Program



TQM คืออะไร

- เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน
- ในการปรับปรุงระบบงานขององค์กร
- ซึ่งประยุกต์ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์
- เป็นกระบวนการบริหารจัดการ

หัวใจของการพัฒนาคุณภาพคือแนวคิด TQM

หลักคิดสำคัญ
(Core Values & Concepts)

ลูกค้าสำคัญที่สุด (customer focus)
จุดความฝันร่วมกัน (common vision)
มุ่งมั่นกระบวนการ (process focus)
ทีมงานสัมพันธ์ (teamwork)
สานด้วยอริยสัจสี่ (problem solving)
ดีที่ผู้นำ (visionary leadership)
ทำดีอย่างต่อเนื่อง (cont. improve)

- ใคร: ทุกคนทำด้วยใจ ไปกันเป็นทีม
- ทำอะไร: ทำงานปกติให้ดี ปรับปรุงงานประจำให้ดีขึ้น (ทุกกระบวนการ ทุกความต้องการของผู้รับผลงาน)
- เพื่ออะไร: เพื่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อองค์กร เพื่อตัวเอง
- ในสิ่งแวดล้อมอย่างไร: มีเป้าหมายร่วม, เสริมพลัง, วัฒนธรรมของการเรียนรู้และพัฒนา

Total คือ ทุกลมหายใจ

คน

- ทุกคน ทุกหน่วย ทุกระดับ
- ร่วมมือเป็นทีมในหน่วย ระหว่างหน่วย ระหว่างวิชาชีพ ระหว่างผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติ

งาน

- ทุกระบบ
- ทุกขั้นตอน

ลูกค้า

- ทุกคน
- ทุกความต้องการ

เครื่องมือสำคัญของ HA คือการทบทวน เพื่อจุดประกายการพัฒนา

ทบทวนตัวเอง
(โดยเจ้าของงาน)

- ทบทวนปัญหาจากการทำงาน (ขั้นที่ 1)
- ห้าคำถามพื้นฐาน/3P (ขั้นที่ 2)
- ใช้มาตรฐาน HA (ขั้นที่ 3)

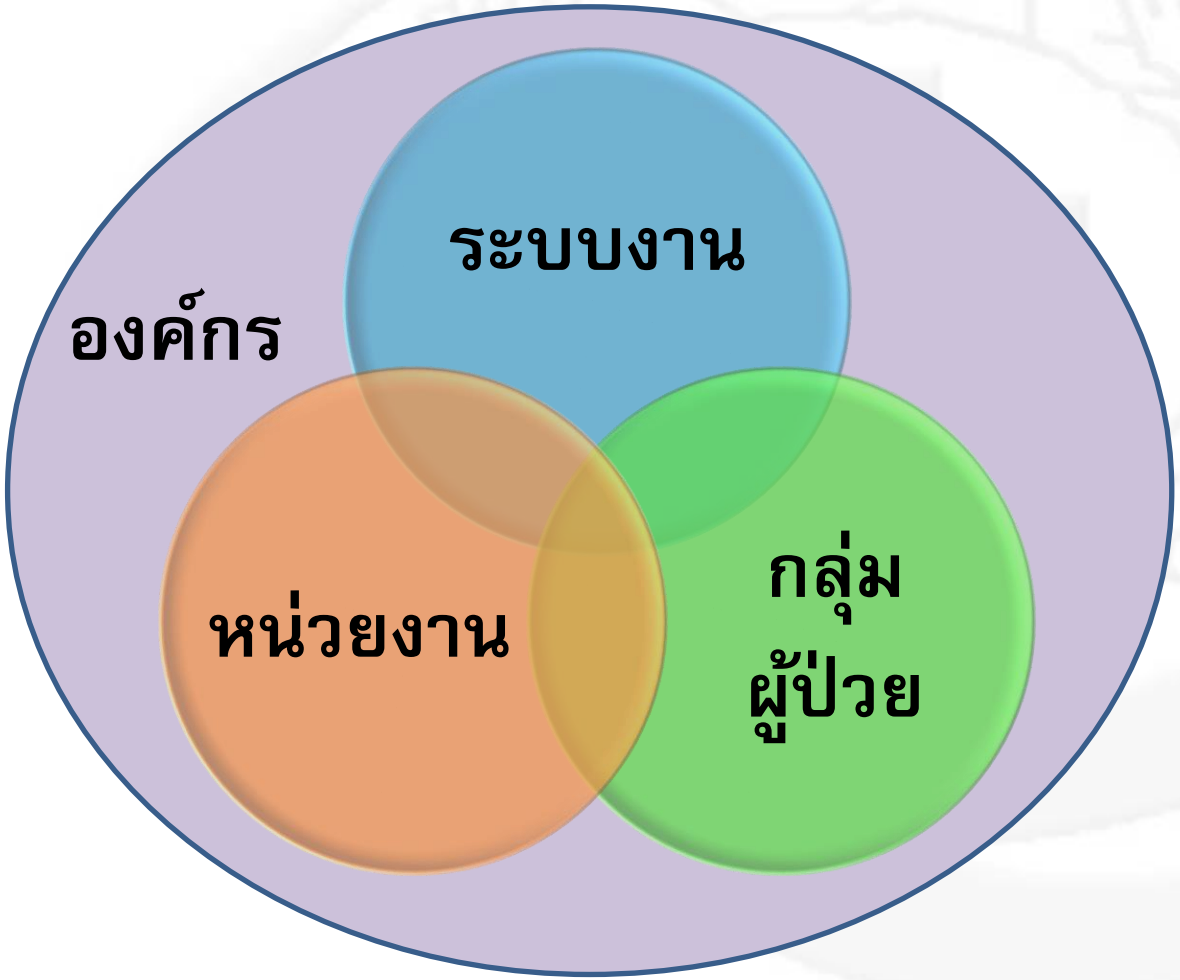
ทบทวนกันเอง
(โดยตัวเองหรือเพื่อนต่างหน่วย)

- ตามรอย
- เยี่ยมสำรวจภายใน
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้

ทบทวนจากภายนอก

- เยี่ยมสำรวจจากภายอก
- ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

พื้นที่การพัฒนา 4 วง



พื้นที่การพัฒนา 4 วง คือการนำแนวคิด Total ที่หมายถึงทุกคน ทุกระบบ และผู้ป่วยทุกกลุ่ม มาสู่การปฏิบัติ อาจจะมีการทับซ้อนกันบ้างก็ให้พิจารณามุ่งเน้นตามความเหมาะสม

กำหนดพื้นที่และความรับผิดชอบ

	ตัวอย่าง	ผู้รับผิดชอบ	รายงานต่อ
หน่วยงาน/บริการ	OPD	(หัวหน้าหน่วย)	
	ห้องยา	(หัวหน้าหน่วย)	
กลุ่มผู้ป่วย	ทันตกรรมทั่วไป	(หัวหน้าทีม)	
	รักษารากฟัน	(หัวหน้าทีม)	
ระบบงาน	HR	(ประธาน กก.ระบบ)	
	IT	(ประธาน กก.ระบบ)	
องค์กร			

การกำหนดให้ชัดเจนในลักษณะนี้ทำให้ทุกหน่วยงานและทุกระบบงานมีความชัดเจนในหน้าที่รับผิดชอบ.
ผู้รับผิดของขับเคลื่อนคุณภาพของหน่วยงานควรเป็นหัวหน้าหน่วยงาน.
ความชัดเจนในรายงานและกำกับดูแล ทำให้เกิดการขับเคลื่อนต่อเนื่อง และรับรู้ปัญหาอุปสรรคได้รวดเร็ว

ระบบงานในมาตรฐาน HA

- ระบบการดูแลผู้ป่วย
- ระบบลูกค้าสัมพันธ์
- ระบบสารสนเทศ
- ระบบทรัพยากรมนุษย์
- ระบบบริหารคุณภาพ ความเสี่ยง ความปลอดภัย
- ระบบกำกับดูแลวิชาชีพ
- ระบบสิ่งแวดล้อม
- ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- ระบบยา

Don’t Mask Quality with Documents

อย่าให้งานเอกสาร บดบังงานคุณภาพ

อย่าให้แบบฟอร์ม ปิดกั้นความคิด

บันไดสามขั้นสู่ HA

ขั้นที่ 3 <u>วัฒนธรรมคุณภาพ</u>
เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA
พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้
ผลลัพธ์คุณภาพที่ดีขึ้น
ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน

ขั้นที่ 2 <u>ประกันและพัฒนาคุณภาพ</u>
เริ่มด้วยการวิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการ
ประกันและพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วย
ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด
ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป

ขั้นที่ 1 สำรวจและป้องกัน<u>ความเสี่ยง</u>
นำปัญหามา<u>ทบทวน</u> เพื่อแก้ไขป้องกัน
ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหา
ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง

หลักคิดในบันไดขั้นที่ 1

ทำงานประจำให้ดี

รู้เป้าหมาย
รู้ว่าจะทำให้ดีได้อย่างไร
รู้ว่าทำได้ดีหรือไม่

มีอะไรให้คุยกัน

คุยกันภายในหน่วยงาน
คุยกันระหว่างหน่วยงาน
คุยกันระหว่างวิชาชีพ

ขยันทบทวน

ทบทวนหลังทำกิจกรรม (AAR)
ทบทวนเมื่อมีเหตุการณ์
ทบทวนข้อมูลที่เป็นประโยชน์

Quality Journey: Step by Step

1 Risk & Input

- Serious risks
- PSG & other risks
- Review & learning
- People & place
- 5S
- Suggestion & Huddle

2 QA & CQI

- VoC
- 3P design
- Monitor & trace
- Continuous improve

3 Deliver Value

- Standard review & improve
- Strengthen quality culture
- New challenges & stretch the goals

Quality Journey: Step by Step

1 Risk & Input

- Serious risks
- PSG & other risks
- Review & learning
- People & place
- 5S
- Suggestion & Huddle

2 QA & CQI

- VoC
- 3P design
- Monitor & trace
- Continuous improve

3 Deliver Value

- Standard review & improve
- Strengthen quality culture
- New challenges & stretch the goals

1.1 Serious Risks

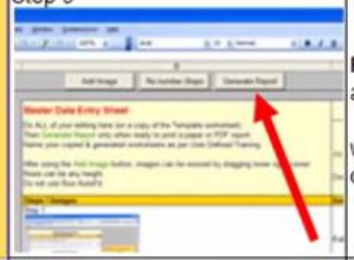
Identify Serious Risks

Death
Anaphylaxis
Infection
Bleeding
Etc.

Prevention

Prompt Recognition & Response

Detailed Work Instructions

	A	B	C	D
4	Step 9 	**Press the Generate Report button** at the top of the page when you're ready to generate your final deliverable report	Step 10	**Distribute your report in a non-editable format** such as printed paper, or PDF http://www.systems2win.com/c/portal/pdf.htm
5	Step 11	**Use the Add Image button** to add pictures which might come from your camera, or from a computer screen shot http://www.systems2win.com/c/worksheets.htm#PrintScreen	Additional clarification	When you use the Add Image button, your picture is automatically sized to fit perfectly.
6	Step 12			**To resize an image** just drag the lower right corner The row height will automatically resize when you click the Renumber Steps
	Step 13		Step 14	

Prevention

Prompt Recognition & Response

OR Critical Event Checklists

READ OUT LOUD:
Has somebody called for help?

Who is going to be the team leader?

Air Embolism	1
Anaphylaxis	2
Bradycardia - Unstable	3
Cardiac Arrest - Asystole/PEA	4
Cardiac Arrest - VF/VT	5
Failed Airway	6
Fire	7
Hemorrhage	8
Hypotension	9
Hypoxia	10
Malignant Hyperthermia	11
Tachycardia - Unstable	12

All reasonable precautions have been taken to verify the information contained in this publication. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader.

Operating Room Crisis Checklists

ARIADNE LABS | BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL | HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

A JOINT CENTER FOR HEALTH SYSTEMS INNOVATION

>> Do not remove book from this room <<

Revised July 2013 (072413.1)

Based on the OR Crisis Checklists at www.projectcheck.org/crisis.
All reasonable precautions have been taken to verify the information contained in this publication.
The responsibility for the interpretation and use of the materials lies with the reader.

© 2013 Ariadne Labs: A Joint Center for Health Systems Innovation

1 Air Embolism – Venous

Decreased end-tidal CO_2, decreased oxygen saturation, hypotension

START

1. **Call for help and a code cart**
   - **Ask**: "*Who will be the crisis manager?*"
2. **Turn FiO_2 to 100%**
3. **Turn off nitrous oxide**
4. **Stop source of air entry**
   - Fill wound with irrigation
   - Lower surgical site below level of heart, if possible
   - Search for entry point (including open venous lines)
5. **Consider...**
   - Positioning patient with left side down
     - Continue appropriate monitoring while repositioning
   - Placing bone wax or cement on bone edges
   - Transesophageal echocardiography (TEE) if diagnosis unclear
   - Using $ETCO_2$ to monitor progression and resolution of embolus or for assessment of adequate cardiac output

Critical CHANGES

If **PEA** develops, *go to* ▷ CHKLST 4

Prompt Recognition & Response

Quality Journey: Step by Step

1 Risk & Input

- Serious risks
- PSG & other risks
- Review & learning
- People & place
- 5S
- Suggestion & Huddle

2 QA & CQI

- VoC
- 3P design
- Monitor & trace
- Continuous improve

3 Deliver Value

- Standard review & improve
- Strengthen quality culture
- New challenges & stretch the goals

1.2 Patient Safety Goals: SIMPLE

- **S** Surgical/Invasive Procedure Safety
- **I** Infection Free
- **M** Medication Safety
- **P** Process Safety
- **L** Line, Tubing, Catheter Safety
- **E** Emergency Response

Start with evidence -> Gap -> Design -> Trace - Monitor

Quality Journey: Step by Step

1 Risk & Input

- Serious risks
- PSG & other risks
- Review & learning
- People & place
- 5S
- Suggestion & Huddle

2 QA & CQI

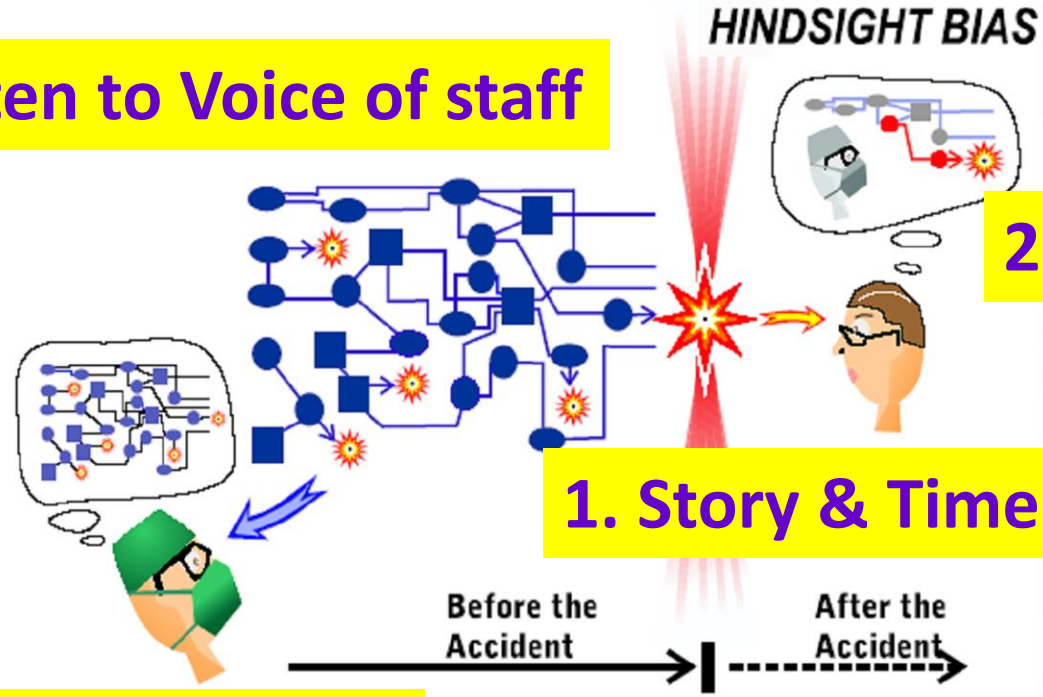
- VoC
- 3P design
- Monitor & trace
- Continuous improve

3 Deliver Value

- Standard review & improve
- Strengthen quality culture
- New challenges & stretch the goals

1.3 Review & Learn

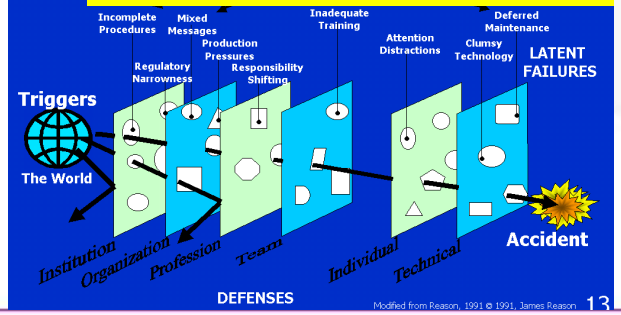
3. Listen to Voice of staff



2. Potential Change

1. Story & Timeline

4. Swiss Cheese



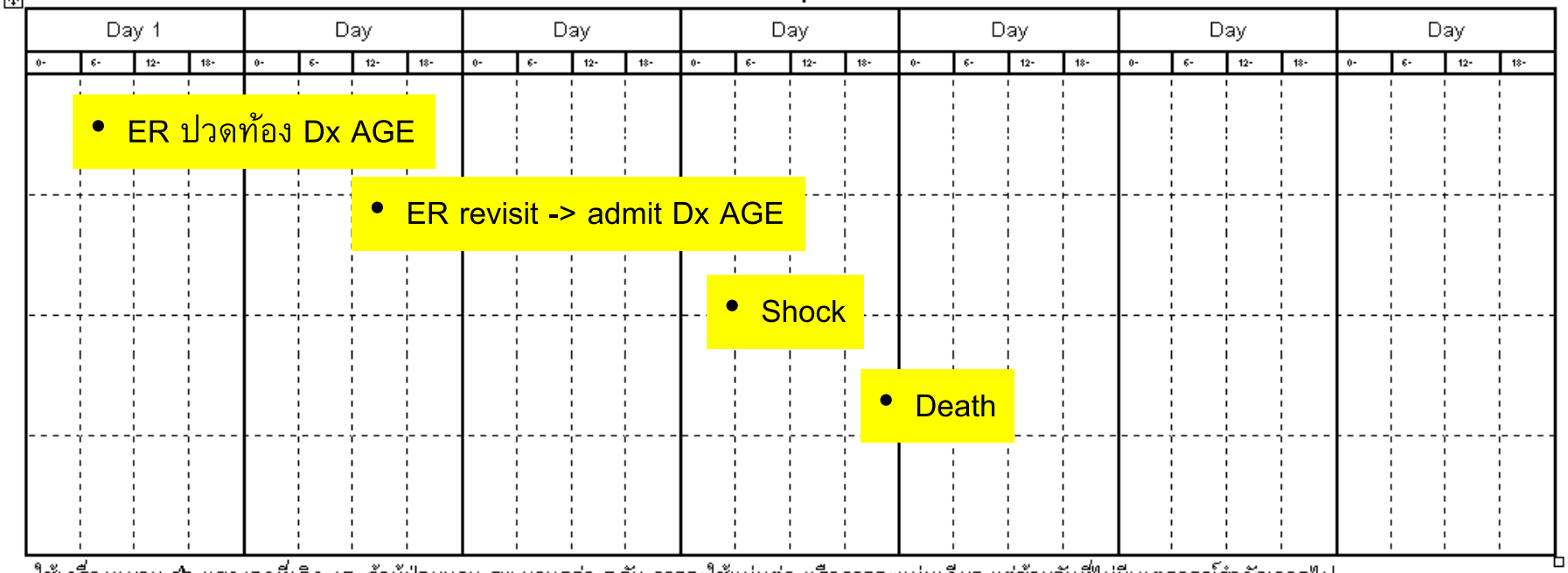
5. Creative solution

How to prevent it?
How to make it better?
How to detect it earlier?
How to do it earlier?
How to do it more appropriate?

Story & Timeline

ID	Trigger	ข้อมูลสำคัญก่อนเกิด AE	Adverse Event	# AE	Level	การแก้ไขเยียวยาหลัง AE	LOS
	Death	ถูกลูกบอลเตะกระแทกท้อง	Missed Dx & Rx as AGE	1	I	ไม่มี	4

ลำดับเหตุการณ์

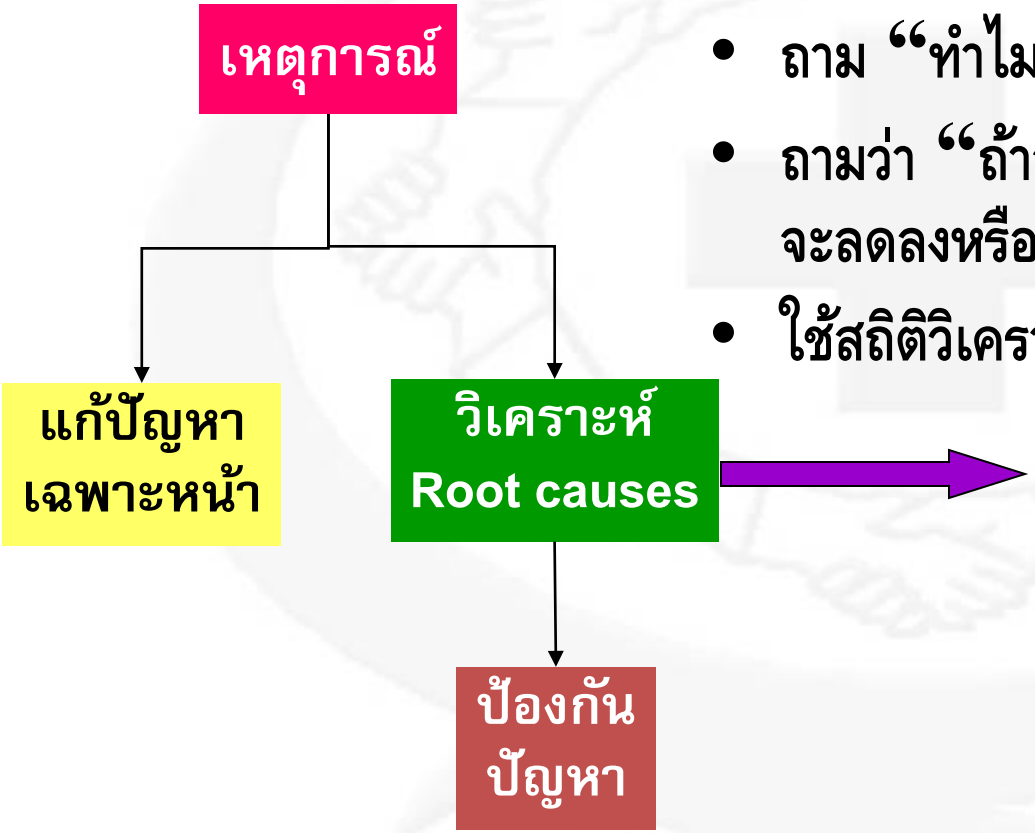


ใช้เครื่องหมาย ☆ แสดงจุดที่เกิด AE, ถ้าผู้ป่วยนอน รพ.นานกว่า 7 วัน อาจจะใช้แผ่นต่อ หรืออาจจะแผ่นเดียว แต่ข้ามวันที่ไม่มีเหตุการณ์สำคัญออกไป

ขั้นตอนที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจหรือการกระทำ การประเมินและการวินิจฉัย, การเฝ้าระวังและประเมินซ้ำ, การตัดสินใจส่งต่อ

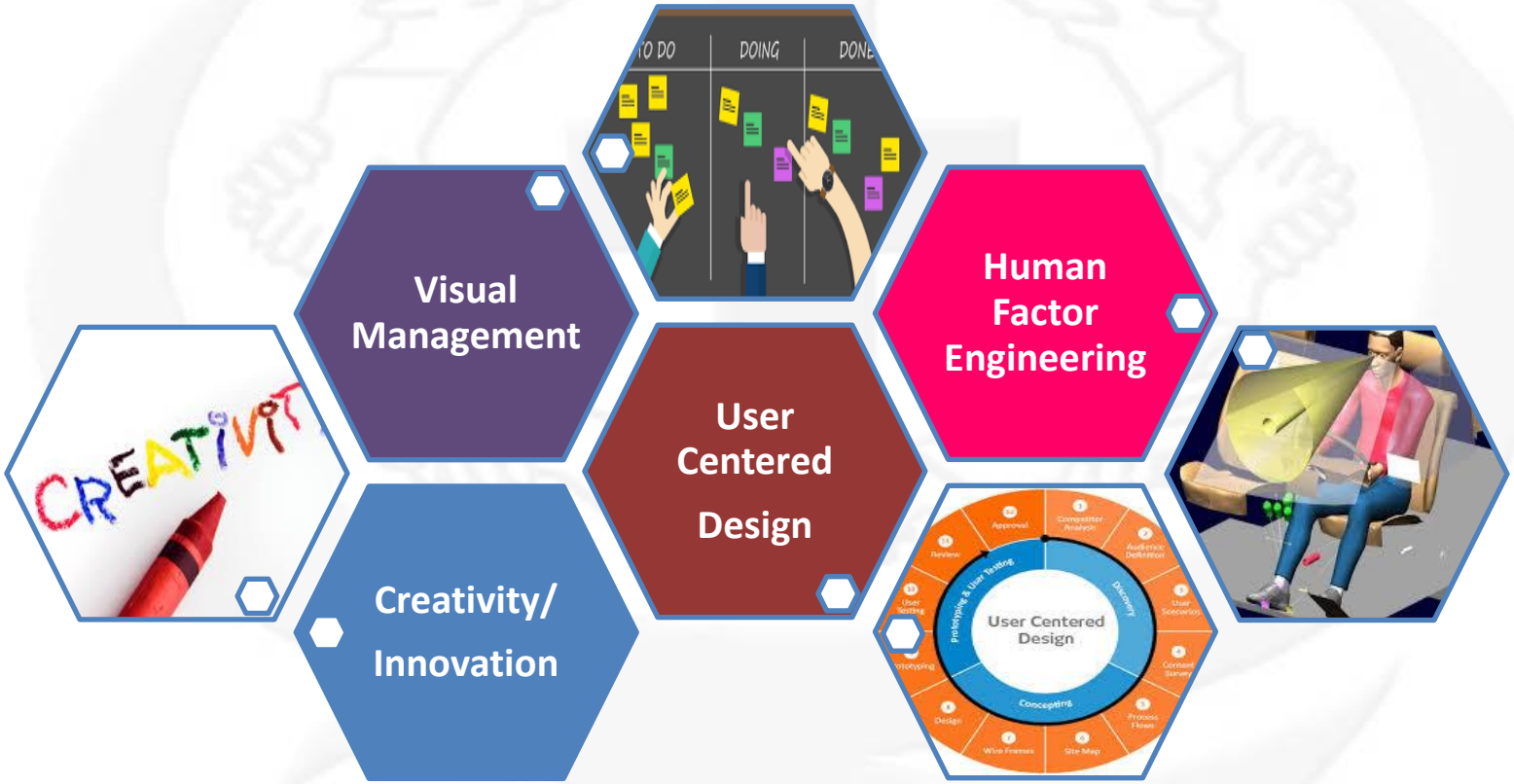
เมื่อเกิดเหตุการณ์ ควรเข้าใจสาเหตุที่แท้จริง (Root Causes)

- วิเคราะห์จากเหตุการณ์จริง เข้าไปดูในสถานที่จริง คุยกับผู้คนที่เกี่ยวข้อง
- ถาม "ทำไม" เพื่อโยงไปสู่ปัจจัยองค์กร
- ถามว่า "ถ้าจัดการตรงสาเหตุนี้แล้ว ปัญหาจะลดลงหรือหมดไปหรือไม่"
- ใช้สถิติวิเคราะห์เมื่อจำเป็น



ข้อมูลข่าวสาร
การศึกษา/ฝึกอบรม
การสื่อสาร
สิ่งแวดล้อมในการทำงาน
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ
ความพร้อมของเครื่องมือ
การออกแบบกระบวนการทำงาน
การควบคุมกระบวนการทำงาน
การบริหารความเสี่ยง
การนำและวัฒนธรรมองค์กร

ทบทวนเพื่อออกแบบป้องกัน

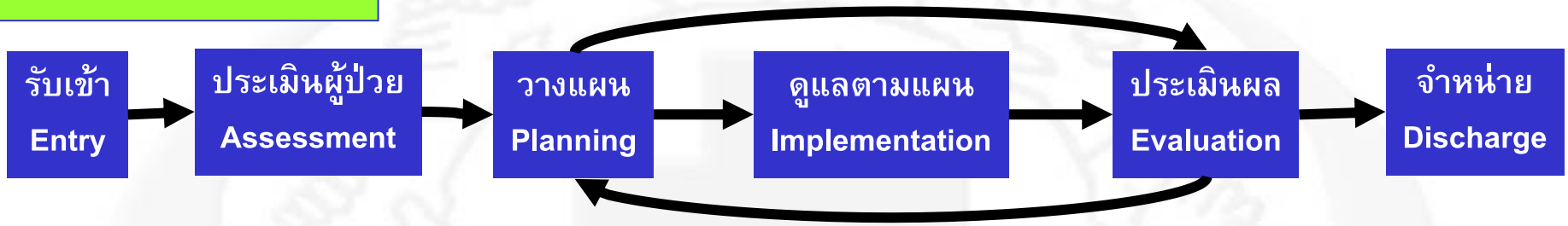


ออกแบบสร้างสรรค์ ทุกลมหายใจ

ในทุกโอกาสของการปรับปรุง เราจะใช้หลักง่าย ๆ ของการออกแบบที่เน้นผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง ใช้ **visual management, creativity, lean concept** รวมทั้ง**R2R** ถ้าเป็นไปได้.

การทบทวนเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา

การทบทวนเวชระเบียน



การทบทวนข้างเตียง

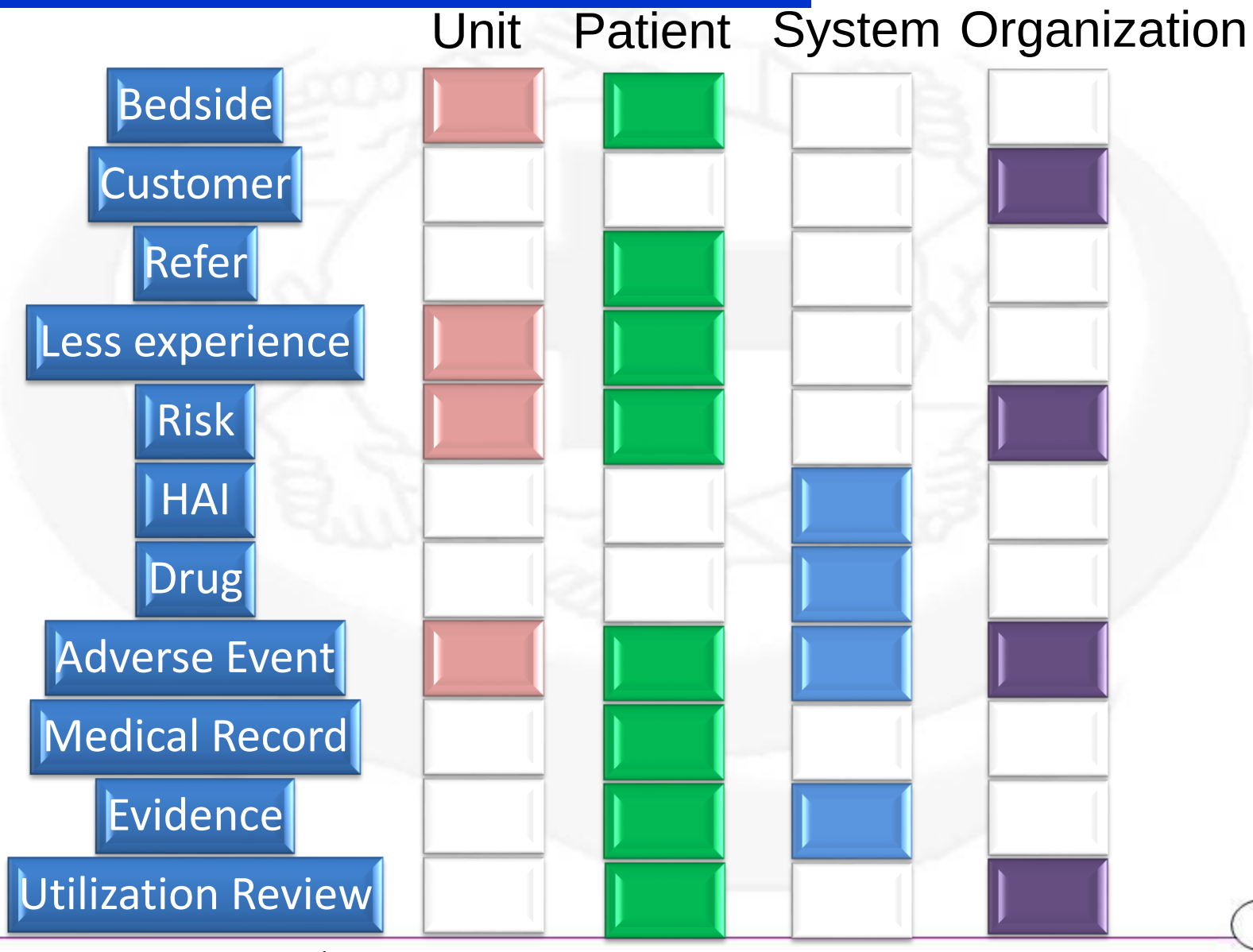
Care & Risk
Communication
Continuity & D/C plan
Team work
HRD
Environment & Equipment

Holistic
Empowerment
Lifestyle
Prevention

การทบทวนอื่น ๆ

- การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย
- การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ (เสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อน)
- การค้นหาความเสี่ยง
- การทบทวนศักยภาพ (การส่งต่อ การตรวจรักษา)
- การติดเชื้อในโรงพยาบาล
- การใช้ยา
- การใช้ทรัพยากร
- การใช้ข้อมูลวิชาการ

ช่วยกันทำกิจกรรมทบทวน

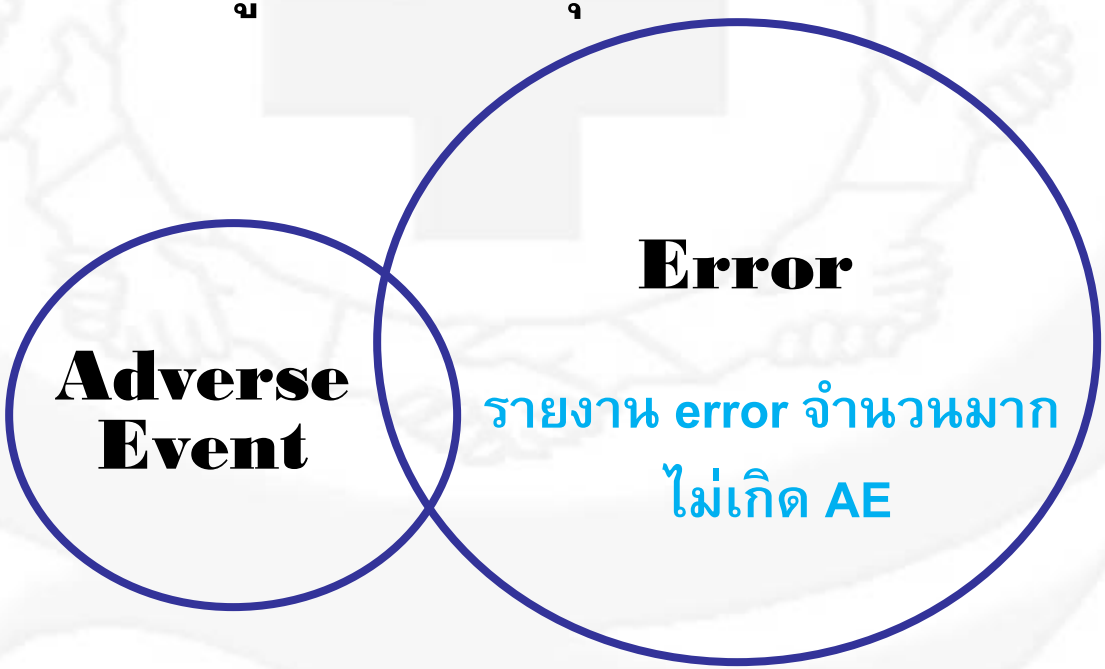


Adverse Event & Error

Error (ความผิดพลั้ง) มุ่งเน้นที่กระบวนการ เน้นว่าเป็นสิ่งที่ป้องกันได้

Adverse Event (เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์) มุ่งเน้นการระบุอันตราย ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เป็นการมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์

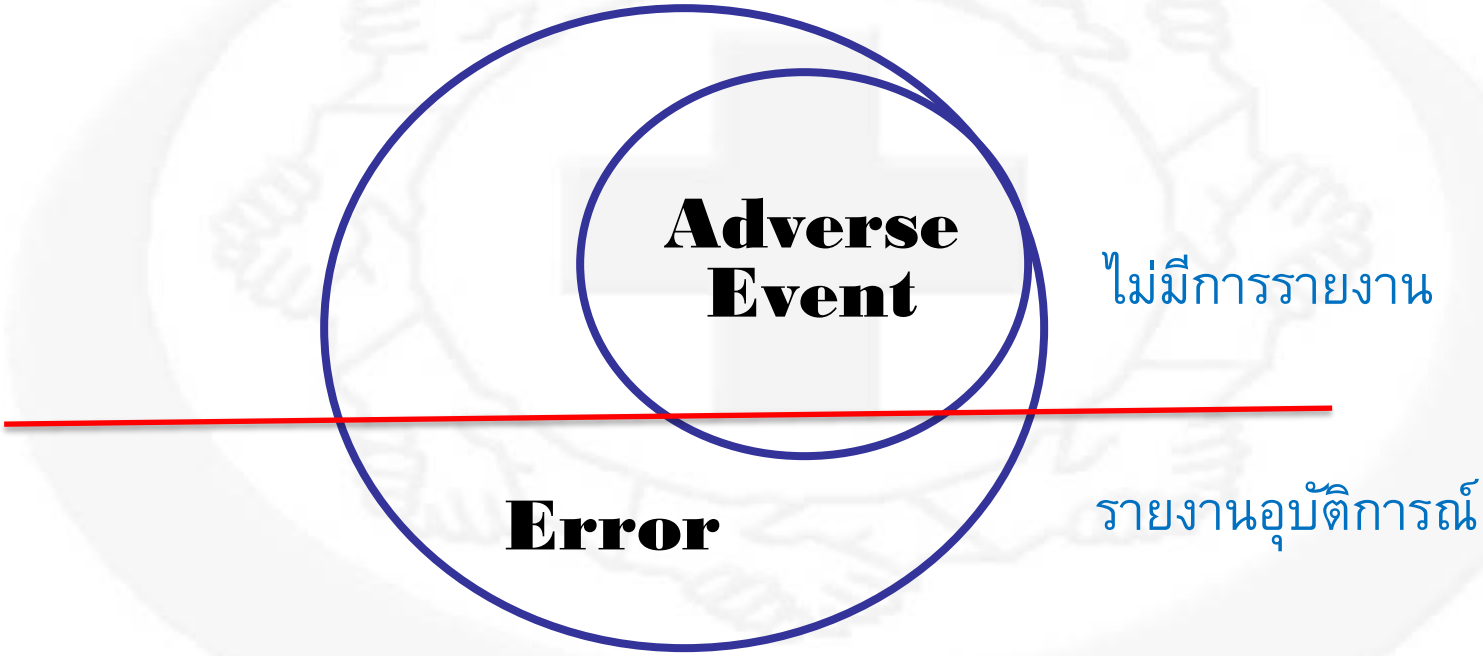
AE จำนวนมาก
ไม่ถูกรายงาน



ภาพนี้อธิบายเฉพาะเรื่องของการรายงานเท่านั้น

ไม่ควรนำไปใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง error กับ AE

Adverse Event & Error



การค้นหา AE ไม่อาจพึ่งการรายงานเพียงอย่างเดียว

ภาพนี้อาจแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง AE กับ error ร่วมด้วย

การทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ Trigger

Trigger

- กำหนด Trigger จาก AE ที่เคยพบ
- ใช้ Trigger เลือกเวชระเบียนมาทบทวน

Adverse Event?

- ทบทวนเวชระเบียน
- ตัดสินว่ามี AE หรือไม่ โดยพิจารณาว่าเป็นกระบวนการธรรมชาติของโรคหรือไม่

Improve

Anes complication
Blood
Critical Care
Drug (ADE)
ER revisit
Grievant/complaint
Infection (NI & ?NI)
Lab
Med Rec (death, readmit, complication)

Nurse supervision
Obstetrics
Report (incident)
Surgical care
Transfer

Trigger Tool มีประโยชน์
สิ่งที่ควรนำมาเสริมคือ
การใช้ต่อมเอ๊ะระหว่างส่งเวร/ระหว่างวัน
มาเป็นตัวส่งสัญญาณเพื่อการทบทวนทันที
หรือเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย
(Concurrent Review)

Quality Journey: Step by Step

1 Risk & Input

- Serious risks
- PSG & other risks
- Review & learning
- People & place
- 5S
- Suggestion & Huddle

2 QA & CQI

- VoC
- 3P design
- Monitor & trace
- Continuous improve

3 Deliver Value

- Standard review & improve
- Strengthen quality culture
- New challenges & stretch the goals

1.5 People & Place

People

- ความเพียงพอของจำนวนเจ้าหน้าที่ในแต่ละส่วน
- ความรู้ความสามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และข้อกำหนดเกี่ยวกับวิชาชีพ

Place

- ทบทวนข้อกำหนดในกฎหมาย ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับอาคารสถานที่ของสถานพยาบาล
- สำรวจสถานที่เพื่อหาโอกาสพัฒนา
- วางแผน
- ดำเนินการพัฒนา

Quality Journey: Step by Step

1 Risk & Input

- Serious risks
- PSG & other risks
- Review & learning
- People & place
- 5S
- Suggestion & Huddle

2 QA & CQI

- VoC
- 3P design
- Monitor & trace
- Continuous improve

3 Deliver Value

- Standard review & improve
- Strengthen quality culture
- New challenges & stretch the goals

1.6 5S

5ส
สะดวก
Neatness
2
เป้าหมาย
เพิ่ม
ประสิทธิภาพ
การทำงาน
แนวทาง
จัดให้เป็น
ระเบียบ
สร้างมาตรฐาน
Standardization
4
เป้าหมาย
ลดความ
ผันแปร
แนวทาง
รักษาภาวะ
ที่ดีของ3ส.
สะสาง
สะดวก
สะอาด
สะสาง
Just In Time
1
เป้าหมาย
ลดความ
สูญเปล่า
แนวทาง
แยก สิ่งที่ไม่จะเป็น
ออกจากระบบ
เพิ่ม สิ่งที่จำเป็น
แต่ยังไม่มี
สะอาด
Cleaning
3
เป้าหมาย
ตรวจสอบ
ความผิดปกติ
แนวทาง
ทำความสะอาด
เป็นประจำจะ
สังเกตเห็น
ความผิดปกติ
สร้างนิสัย
Training & Discipline
5
เป้าหมาย
รักษา
มาตรฐาน
แนวทาง
ปฏิบัติตาม
กฎเกณฑ์
จนเป็นนิสัย
เพื่อให้เกิดมาตรฐานที่ดี
ASTV ผู้จัดการ
infoGraphics
www.manager.co.th

Quality Journey: Step by Step

1 Risk & Input

- Serious risks
- PSG & other risks
- Review & learning
- People & place
- 5S
- Suggestion & Huddle

2 QA & CQI

- VoC
- 3P design
- Monitor & trace
- Continuous improve

3 Deliver Value

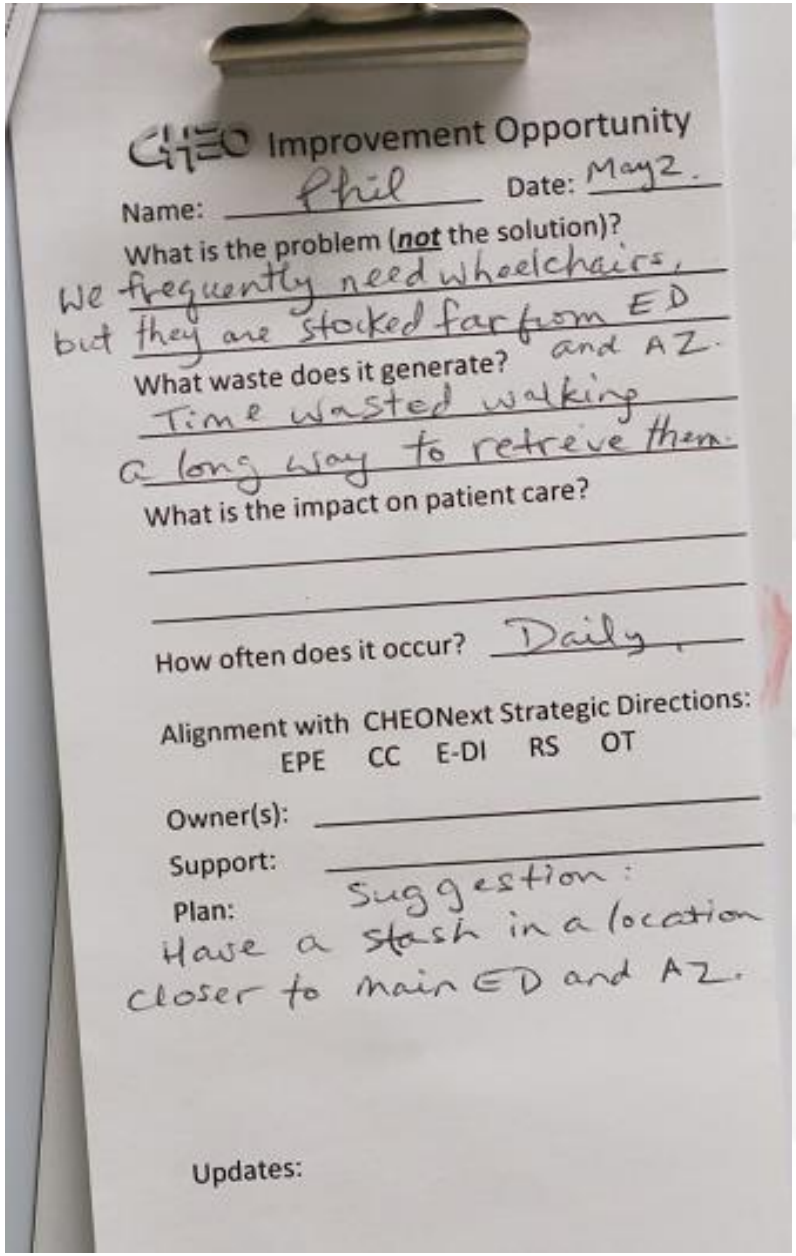
- Standard review & improve
- Strengthen quality culture
- New challenges & stretch the goals

1.7 Suggestion & Huddle

The Suggestions Cycle

Source: Kaizen Teian 1 - Developing Systems for Continuous Improvement Through Employee Suggestions

© Operational Excellence Consulting. All rights reserved. 11



CHEO Improvement Opportunity

Name: Phil Date: May 2.

What is the problem (**not** the solution)?

We frequently need wheelchairs, but they are stocked far from ED and AZ.

What waste does it generate?

Time wasted walking a long way to retreive them.

What is the impact on patient care?

How often does it occur? Daily.

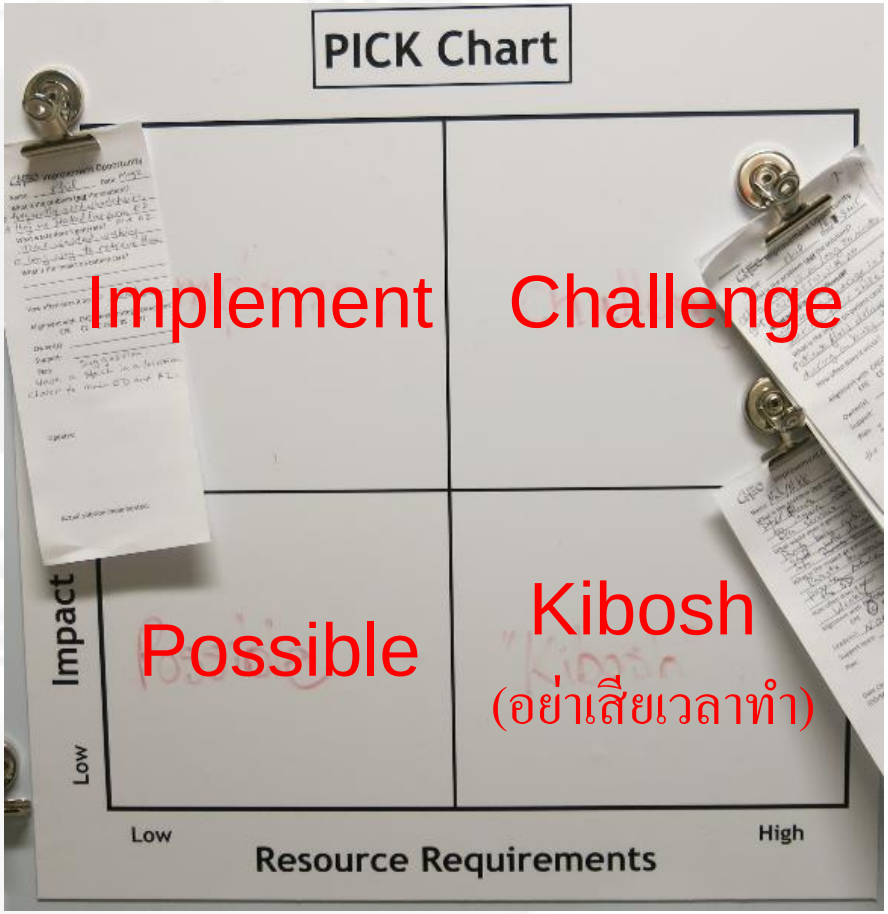
Alignment with CHEONext Strategic Directions:
EPE CC E-DI RS OT

Owner(s):

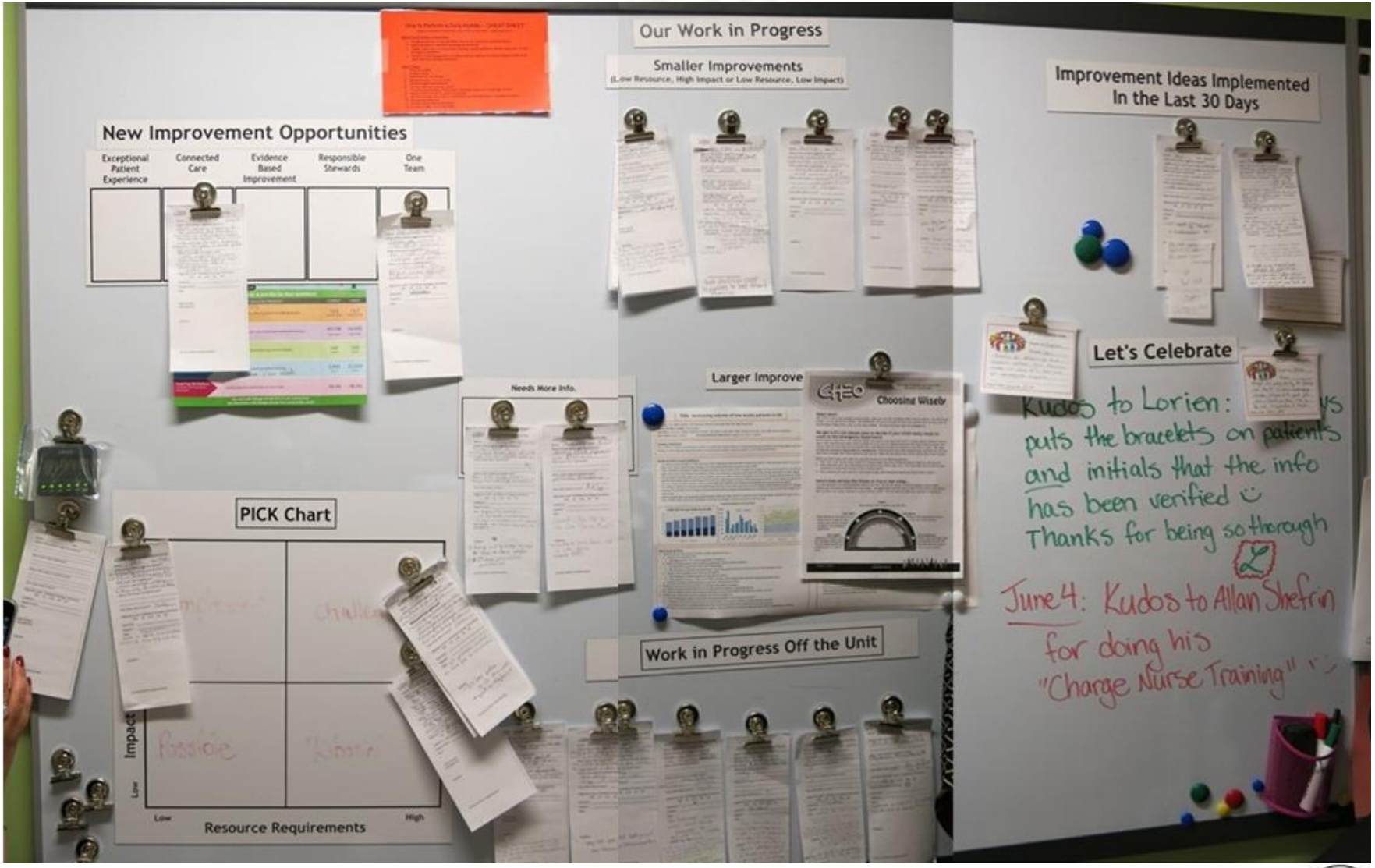
Support:

Plan: Suggestion: Have a stash in a location closer to main ED and AZ.

Updates:

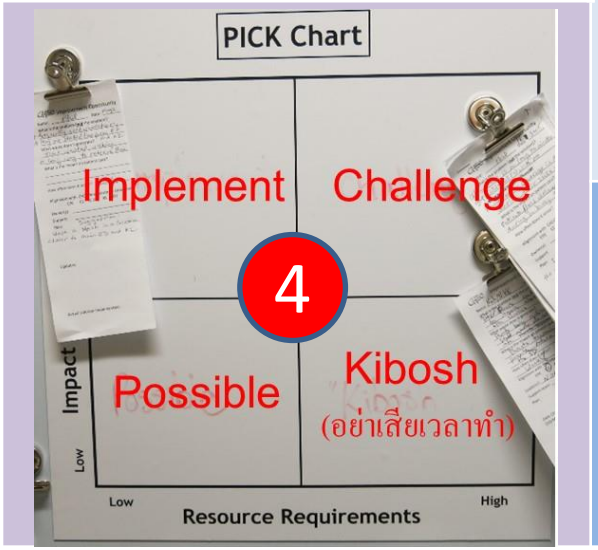


Huddle Board (กระดานจับกลุ่มสุมหัว)



Huddle Board (กระดานจับกลุ่มสุมหัว)

	ความก้าวหน้า	การนำแนวคิดไปปฏิบัติ ในรอบ 30 วัน
โอกาสพัฒนาใหม่ 3	โครงการเล็ก 1	5
	โครงการใหญ่ 2	ฉลองความสำเร็จ 6
	โครงการคร่อมสายงาน	



The Purpose

- เป้าหมายคือการ check in กับสมาชิกทีมว่า **what your day will look like**, ไม่ใช่การวางแผนทั้งสัปดาห์หรือโครงการ.
- เป้าหมายคือการบอกเล่าว่าอยู่ตรงไหน (share the status) ไม่ใช่การแก้ปัญหา.
- เป็นโอกาสที่สมาชิกทีมจะแบ่งปันข้อมูลให้กันและกันทราบ และตรวจสอบสถานภาพของโครงการ.
- การยืนจะช่วยให้ใช้เวลาสั้นและตรงประเด็น.
- อาจทำเป็นกฎว่าคนที่จะพูดต้องถือลูกบอลล์หนัก 5 กก.

http://blog.sandglaz.com/how-to-run-a-morning-huddle-with-your-team/

Why a Huddle Works

- เป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล (It is **personal)** การสัมผัสสายตากันโดยตรง เป็นวิธีการสื่อสารที่กระตุ้นความสนใจได้มากที่สุด
- เป็นการส่งสัญญาณว่าเรา**เคารพและเชื่อใจ**ทีมงาน และต้องการแชร์ข้อมูลข่าวสารกับทีมงาน
- การถามความเห็นโดยกล่าวว่า “ผมอยากได้ยินว่าพวกเราอยากบอกอะไร ผมสนใจในคุณค่าที่พวกเราจะช่วยกันสร้างให้แก่ทีม” เป็นการเปลี่ยนแนวคิดจาก "they" มาเป็น **"we"**
- เป็นการช่วยให้ความรู้และจูนทิศทางการทำงานของทีม ทำให้ทีมมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ เป็นส่วนหนึ่งขององค์กร

https://www.americanexpress.com/us/small-business/openforum/articles/the-power-of-the-daily-huddle/

The Basics

- **Frequency -** ทุกวัน
- **Time of Day** — เริ่มตั้งแต่เช้าที่สุดที่เป็นไปได้
- **Length of Time** — 5 ถึง15 นาที
- **Number of Attendees** — 7 คนหรือน้อยกว่า
- **Who Attends** — ทุกคนในองค์กรควรเข้าร่วมอย่างน้อยหนึ่ง Daily Huddle.
- **Who Runs It** — เลือกผู้บริหารที่อาวุโสของแต่ละทีมเป็นผู้ดำเนินการ
- **Where** Does it Take Place — พบหน้ากัน หรือผ่านทางโทรศัพท์ หรือใช้ videoconferencing

http://robdkelly.com/blog/getting-things-done/daily-huddle/

Who Speaks

- ทุกคนต้องพูดอะไรสักอย่างหนึ่ง เกี่ยวกับสิ่งที่ตนหรือทีมกำลังทำงานอยู่. การออกปากพูดจะทำให้เกิด **commitment & accountability** มากขึ้น.
- ใครจะพูดก่อน (ทำได้หลายวิธี ทำให้สนุก)
  - **Pass the ball** (คนที่พูดคนสุดท้ายเมื่อวานเป็นคนโยนลูกบอลล์)
  - **Clockwise/counter-clockwise**
  - มาทีหลัง พูดก่อน, มารองหลัง พูดคนที่สอง
- เป็นการพูดให้เพื่อนฟัง ไม่ใช่การรายงานให้หัวหน้า

http://blog.sandglaz.com/how-to-run-a-morning-huddle-with-your-team/

The Agenda

1. **What's Up** — หลังจากพบกันครั้งที่แล้ว แต่ละคนไปทำอะไรสำเร็จมา (คนละไม่เกิน 30 วินาที)
2. **Appreciation** — ชื่นชมความสำเร็จของเพื่อนสมาชิก
3. **Roadblocks** — อุปสรรคที่สมาชิกต้องการความช่วยเหลือ
4. **Progress** – ความก้าวหน้าของการปรับปรุงระบบและการฉลองความสำเร็จ
5. **Priorities** – ภารกิจสำคัญ 3 อันดับแรกในวันนี้/สัปดาห์นี้
6. **The Words** —คำขอบคุณหรือถ้อยคำประเทืองปัญญา

หลักคิดในบันไดขั้นที่ 2

เป้าหมายชัด

พิจารณาจากมิติคุณภาพต่าง ๆ

วัดผลได้

วัดการบรรลุเป้าหมาย
วัดคุณภาพในกระบวนการทำงาน
ทำให้สมดุลกับการประเมินโดยไม่ต้องวัด

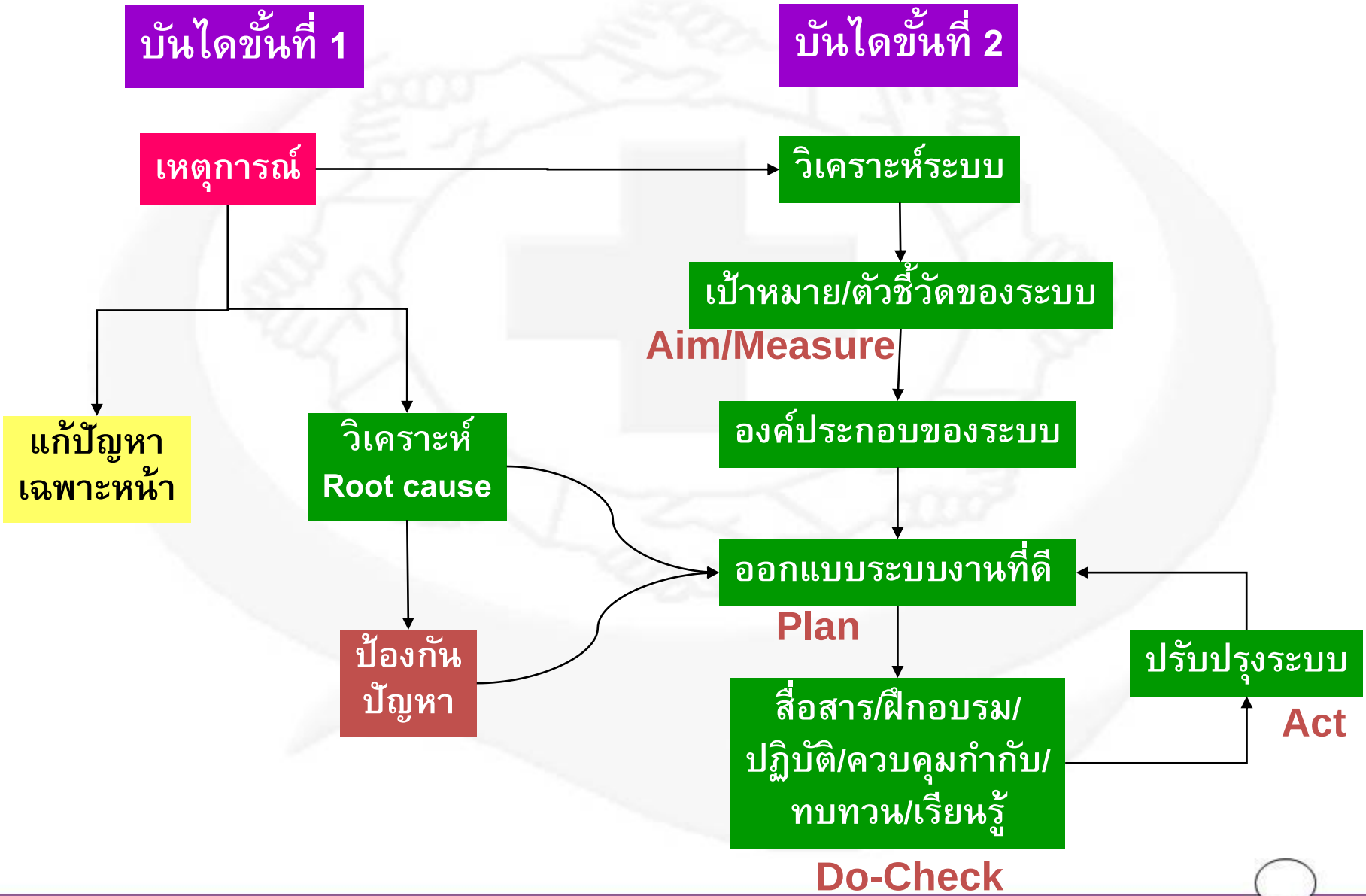
ให้คุณค่า

ให้คุณค่าแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

อย่ายึดติด

ไม่ติดรูปแบบ
ใช้แว่นความงามจัดการกับระบบที่น่าเบื่อ
จุดกำเนิดของนวตกรรมคือคนขี้รำคาญ

การต่อเชื่อมระหว่างบันไดขั้นที่ 1 กับ บันไดขั้นที่ 2



จากบันไดขั้นที่ 1

พรุ่งนี้จะทำอะไรให้ดีขึ้น
จะทำให้งานง่ายขึ้นอย่างไร
จะทำให้เพื่อนของเราทำงานง่ายขึ้นอย่างไร
จะเพิ่มคุณค่าให้ลูกค้าของเราอย่างไร
เราทำหน้าที่ตามเป้าหมายสมบูรณ์หรือยัง

จุดพลังส่งต่อเนื่อง

- ถามคำถามพื้นฐานสม่ำเสมอ
- ทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ทุกครั้ง

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- C3THER เป็นประจำทุกวัน
- รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยทุกวัน
- สำรวจความเสี่ยงทุกวัน

ปรับเปลี่ยนระบบงาน

- จากตั้งรับสู่การป้องกันที่เป็นระบบ — Purpose, Priority, Process Improvement, KPI
- จากป้องกันความเสี่ยงสู่การเพิ่มคุณค่า — องค์รวม สร้างเสริม
- จากทบทวนรายผู้ป่วยไปสู่กลุ่มผู้ป่วย
- เชื่อมโยงการพัฒนาหน่วยกับทิศทางองค์กร

สร้างการเรียนรู้

- เรียนรู้ทุกครั้งที่ทำกิจกรรม — C3THER, After Action Review
- นำเนื้อหามาใช้ประโยชน์ — กรณีศึกษา, บอกเล่าเรื่องราว, อ้างอิงในคู่มือ
- สร้างนวตกรรมเพื่อการเรียนรู้

ปรับเปลี่ยนระบบงาน

- จากตั้งรับสู่การป้องกันที่เป็นระบบ

  เชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบเฉพาะ
  พัฒนางานอย่างเป็นระบบ: Purpose, Priority, Process Improvement, KPI

- จากป้องกันความเสี่ยงสู่การเพิ่มคุณค่า

  คิดนอกกรอบ
  แนวคิดองค์รวม
  แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

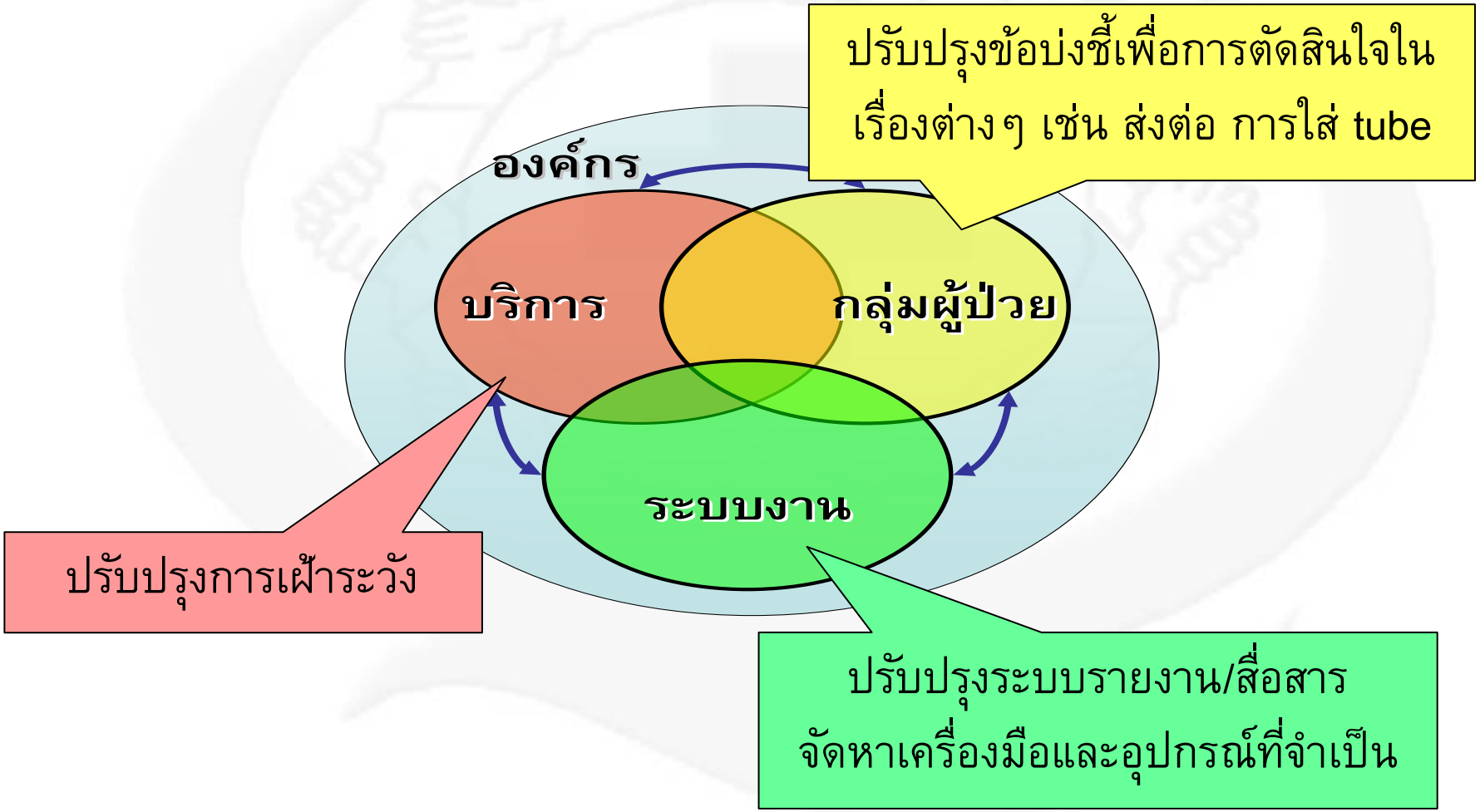
- จากทบทวนรายผู้ป่วยไปสู่กลุ่มผู้ป่วย

  ติดตามเครื่องชี้วัดทางคลินิกในประเด็นที่เรา concern
  ใช้มุมมองสหสาขาวิชาชีพมาร่วมกันพัฒนา
  ใช้มุมมองแบบองค์รวมเข้ามาเพิ่มคุณค่า
  ใช้ gap analysis เพื่อตรวจสอบหาข้อมูลวิชาการมาใช้
  ใช้อุบัติการณ์ที่เกิดมาวิเคราะห์ root cause และปรับระบบ
  ใช้จุดอ่อนที่พบจากการทบทวนเวชระเบียนมาปรับปรุง
  เรียนรู้จากคนที่ทำได้ดีกว่าเรา

- เชื่อมโยงการพัฒนาหน่วยกับทิศทางองค์กร

บันไดขั้นที่ 1 จากปัญหา มาปรับแก้จุดสำคัญ

COPD exacerbation -> death



บันไดขั้นที่ 2 เพื่อออกแบบระบบ/กระบวนการทำงาน ให้สามารถทำหน้าที่ตามเป้าหมายได้อย่างสมบูรณ์

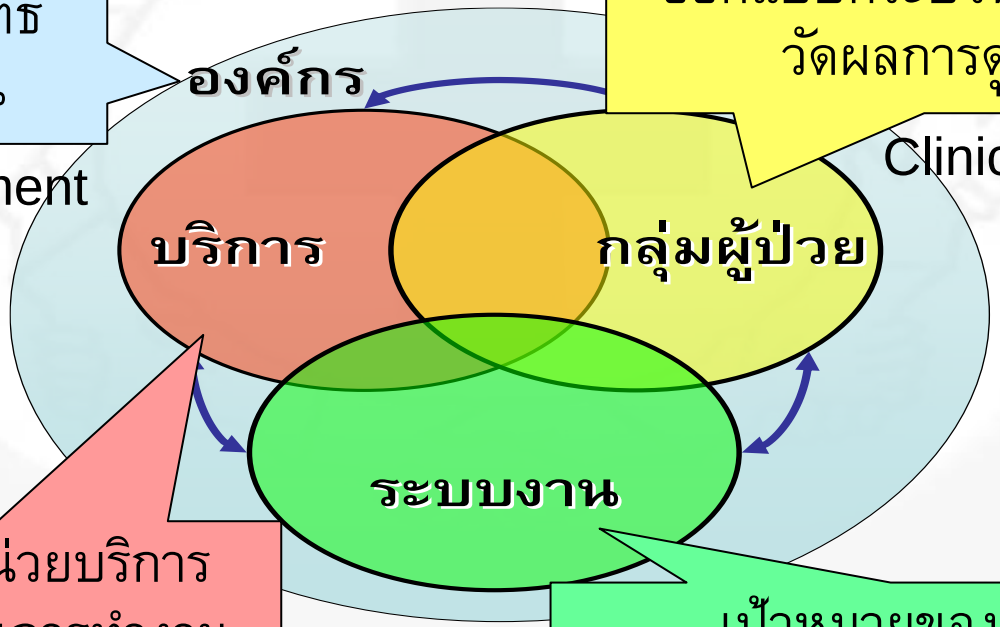
Purpose-Process-Performance

พันธกิจ
การบริหารเชิงกลยุทธ์
การติดตามผลงาน

Strategic Management

เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย
ออกแบบกระบวนการดูแลผู้ป่วย
วัดผลการดูแลผู้ป่วย

Clinical Tracer/PDSA



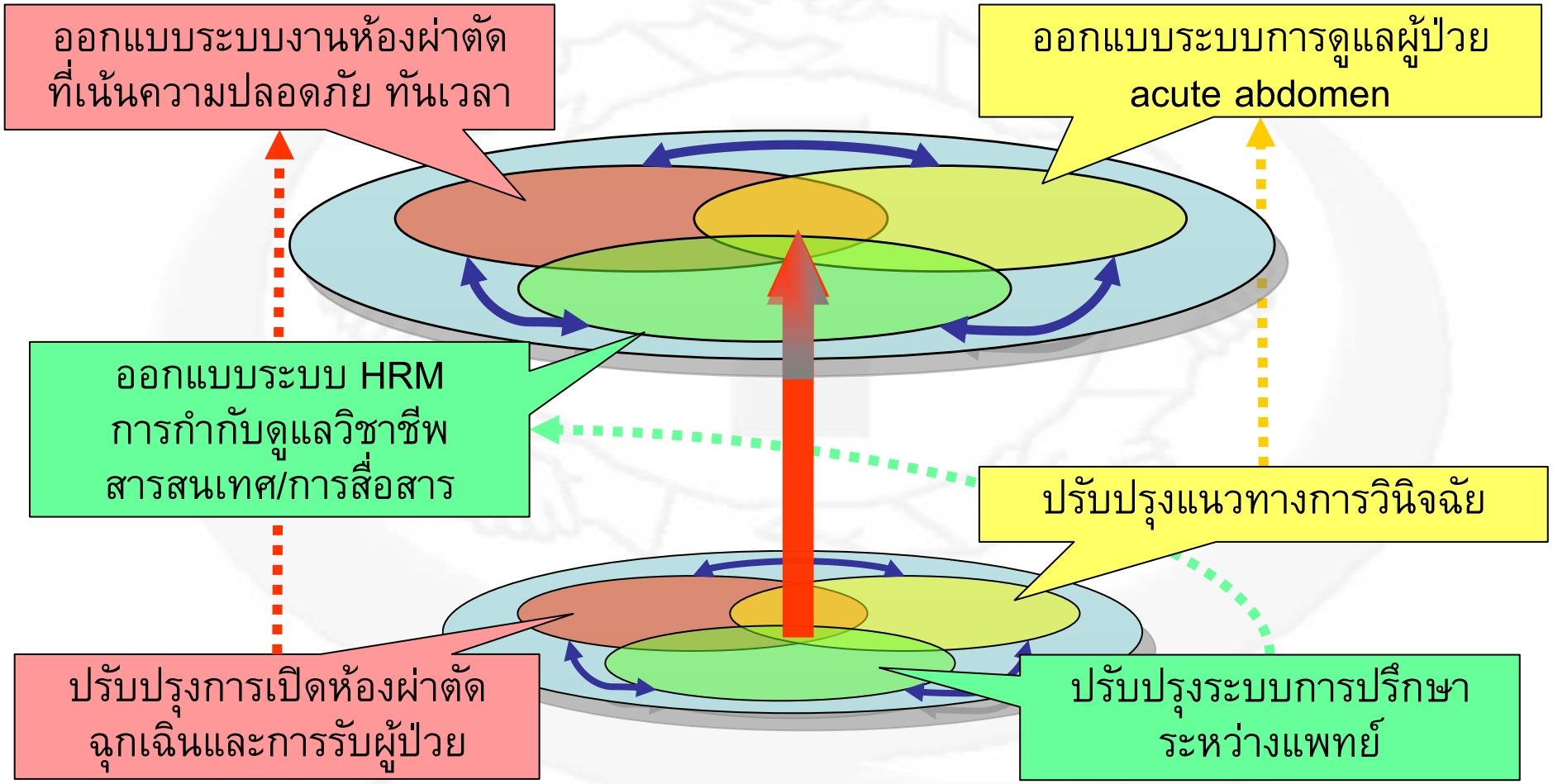
เป้าหมายของหน่วยบริการ
ออกแบบกระบวนการทำงาน
วัดผลการทำงานของหน่วย

Service Profile/PDSA

เป้าหมายของระบบงาน
ออกแบบกระบวนการทำงาน
วัดผลการดำเนินงานของระบบงาน

Standards/PDSA

การเชื่อมต่อระหว่างบันไดขั้นที่ 1 กับบันไดขั้นที่ 2 จากปัญหาสู่การออกแบบระบบ



เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์: ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบล่าช้า ทำให้ไส้ติ่งแตก แผลติดเชื้อ

Quality Journey: Step by Step

1 Risk & Input

- Serious risks
- PSG & other risks
- Review & learning
- People & place
- 5S
- Suggestion & Huddle

2 QA & CQI

- VoC
- 3P design
- Risk Management System
- Monitor & trace
- Continuous improve

3 Deliver Value

- Standard review & improve
- Strengthen quality culture
- New challenges & stretch the goals

มหาตมะ คานธี กล่าวถึง "ลูกค้า"

ลูกค้าคือแขกคนสำคัญที่สุดที่ได้มาเยือนเรา ณ ที่แห่งนี้
เขามิได้มาเพื่อพึ่งพิงเรา เราต่างหากที่ต้องพึ่งพิงเขา
เขามิใช่บุคคลที่มาขัดจังหวะการทำงานของเรา
หากแต่การรับใช้เขาคือเจตจำนงแห่งงานของเรา
เขามิใช่บุคคลแปลกหน้า
หากแต่เขาคือส่วนหนึ่งของสถานที่นี้
บริการจากพวกเรามิใช่การสงเคราะห์เขา
เขาต่างหากที่กำลังสงเคราะห์พวกเรา
ด้วยการยอมให้พวกเรามีโอกาสบริการเขา

ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย

ดูแลผู้ป่วยเหมือนคนคนหนึ่งซึ่งมีหัวใจ มีความรู้สึก
รับฟังและแก้ปัญหาของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ
ให้ผู้ป่วยได้รับรู้และมีส่วนร่วมตัดสินใจ
ให้การดูแลรักษาอย่างเต็มความรู้ความสามารถ
ตรวจรักษาด้วยความพอดี ไม่มากไป ไม่น้อยไป
ปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวัง
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่ได้ของแถมที่ไม่ต้องการ
เอาใจใส่ รวดเร็ว สะดวกสบาย

Customers

- Customer journey
- Buying signals
- Churn indicators
- Segmentation
- Influencers, promoters and detractors

Product and services

- Unmet market needs
- New product ideas
- Missing features
- Customer satisfaction
- Perception maps

Company

- Reputation
- Early crisis detection and avoidance

Effective Listening to Voice of Customer
Being Concerned
Installing Effective Feedback Tools
Understanding Your Customers and their Complaints
Empowering Customer-Concerned Employees
Overall Monitoring of Customer's Behaviour
Getting Involved Personally

8 มิติการประเมินคุณภาพจากประสบการณ์ผู้ป่วย

1. เคารพในความเป็นมนุษย์
2. ประสานทุกจุดบริการ
3. สื่อสารข้อมูลให้ถึงพร้อม
4. สิ่งแวดล้อมสัปปายะ
5. ภาวะอารมณ์สมดุลย์ดี
6. เน้นการมีส่วนร่วมของญาติมิตร
7. ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง
8. เข้าถึงทุกเรื่องที่จำเป็น

Quality Journey: Step by Step

1 Risk & Input

- Serious risks
- PSG & other risks
- Review & learning
- People & place
- 5S
- Suggestion & Huddle

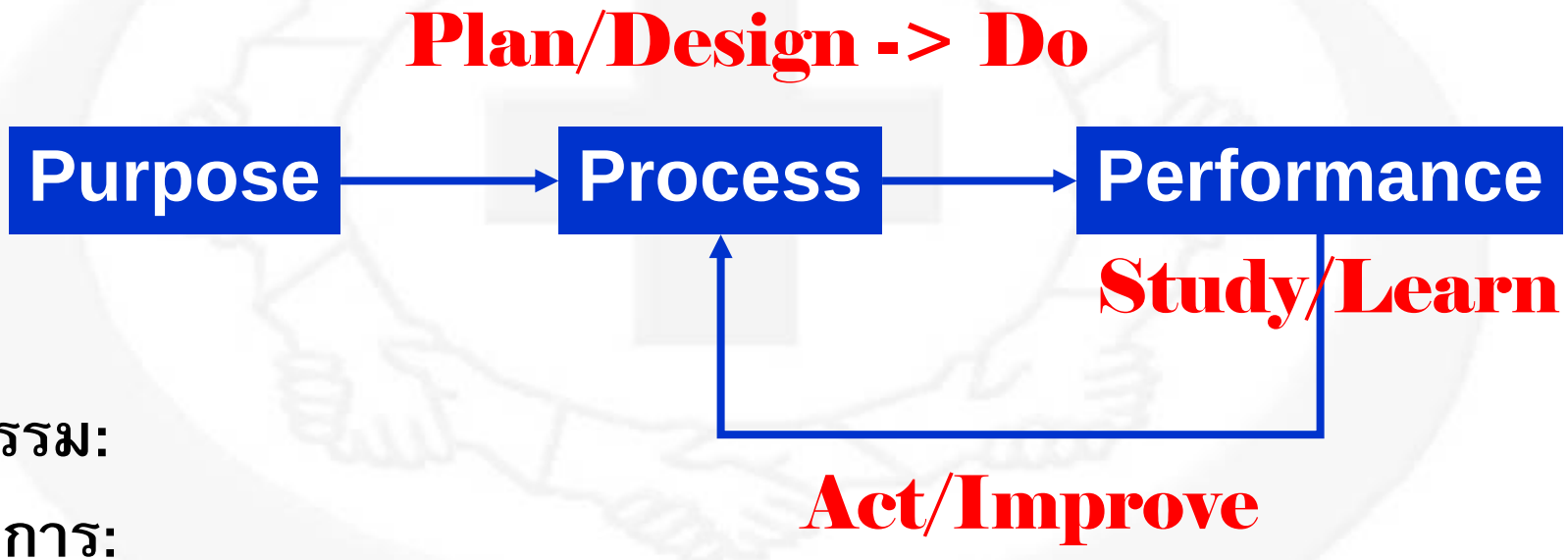
2 QA & CQI

- VoC
- 3P design
- Monitor & trace
- Continuous improve

3 Deliver Value

- Standard review & improve
- Strengthen quality culture
- New challenges & stretch the goals

3P: การพัฒนาที่เรียบง่าย



กิจกรรม:

โครงการ:

หน่วยงาน:

องค์กร:

3P & Coaching

Process Management/Innovation
Lean Thinking/Visual Management
Risk Management/HFE
Evidence-based Practice
Spiritual/Health Promotion
Research/KM

Purpose → **Process** → **Performance**

ประเด็นคุณภาพสำคัญ

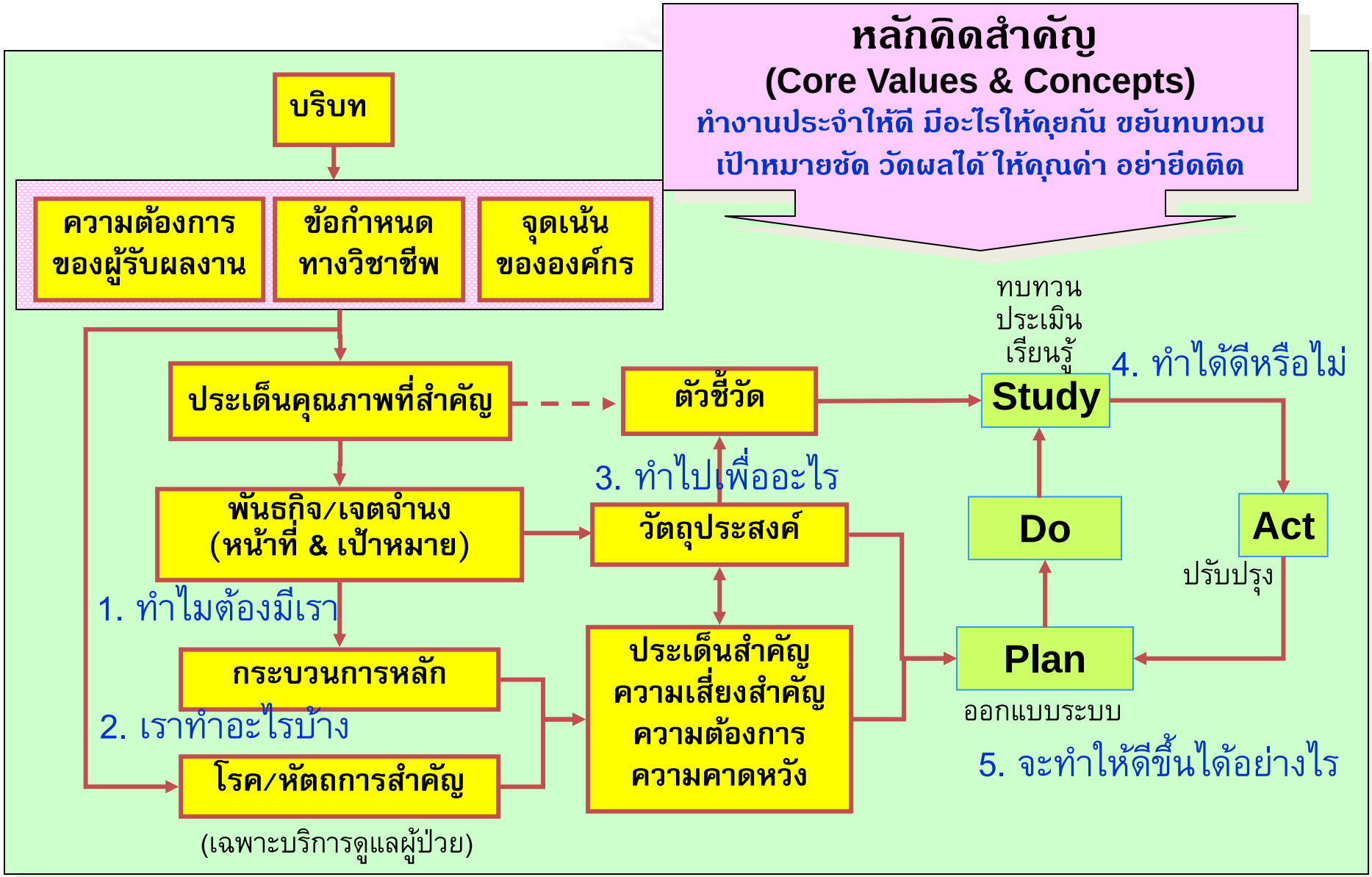
มิติคุณภาพ
ตัวชี้วัด

5 Questions for Self Assessment at 3 Levels

ห้าคำถาม สามระดับ

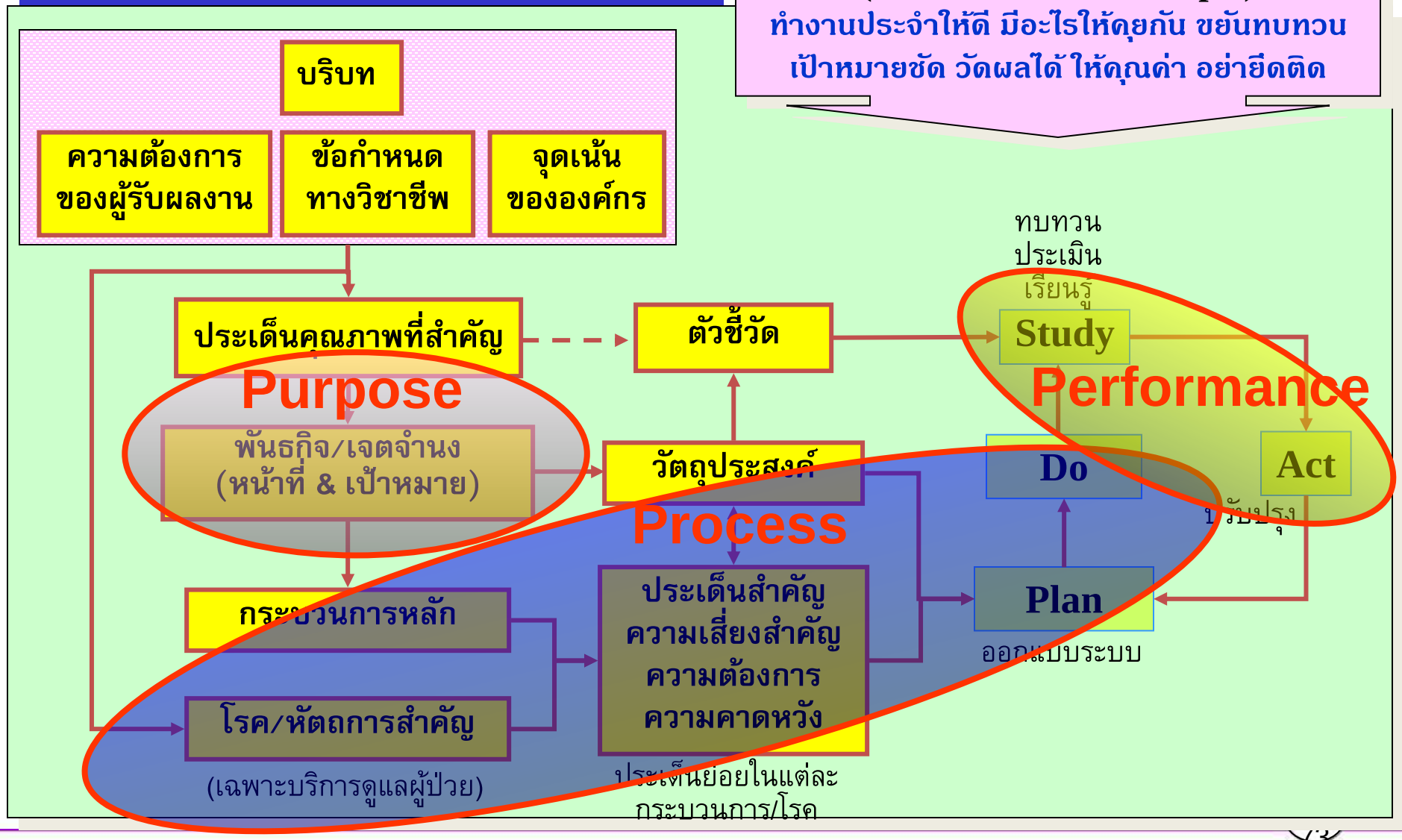
	Hospital Level →	Unit Level ←	Individual Level
Why do we exist?	Mission	Purpose of Unit	Aim of Life
What do we do?	Key Systems	Key Processes	Key Activities
Why?	Purpose of Key Systems	Purpose of Key Processes	Purpose of Key Activities
How well?	SWOT analysis	Indicator	Achievement Opportunity
How can we improve?	Strategic Plan	Performance Improvement Plan	Individual Improvement

Service/Unit Profile: กรอบที่ใช้กำกับการพัฒนาคุณภาพ



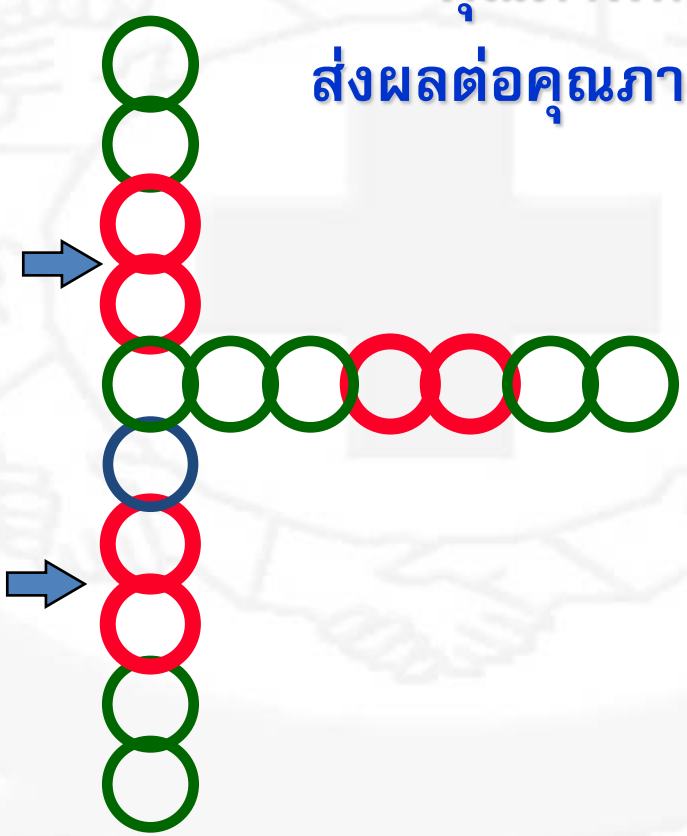
Service Profile
กรอบที่ใช้กำกับการพัฒนาคุณภาพของแต่ละหน่วยในองค์กร

หลักคิดสำคัญ
(Core Values & Concepts)
ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน
เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด



ความสำคัญของ “ลูกค้าภายใน”

คุณภาพที่ให้แก่ลูกค้าภายใน
ส่งผลต่อคุณภาพที่ลูกค้าภายนอกได้รับ



คำถามที่แสดงความเข้าใจแนวคิด “ลูกค้าภายใน”

ฉัน จะทำให้งานของ **คุณ** ง่ายขึ้นได้อย่างไร

ลูกศิษย์ จะช่วยให้การสอนของ **ครู** ง่ายขึ้นได้อย่างไร

นศพ. จะช่วยให้งานของ **พยาบาล** ง่ายขึ้นได้อย่างไร

ห้องตรวจ จะช่วยให้งานของ **ห้องยา** ง่ายขึ้นได้อย่างไร

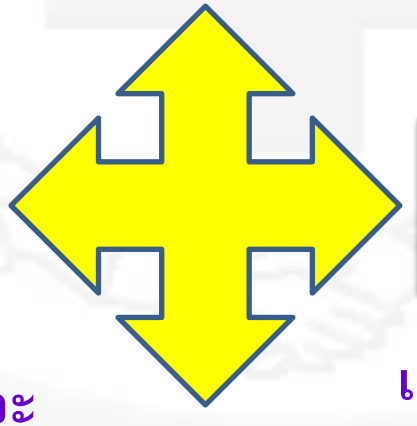
รพ.สต. จะช่วยให้งานของ **รพ.ชุมชน** ง่ายขึ้นได้อย่างไร

ต่อมเอ๊ะตื่นตัว ทุกลมหายใจ

เอ๊ะเป็นตัวแทนผู้ป่วยที่จะถามถึงความต้องการของพวกเขา

Needs & Experience of Patients

Waste



Evidence & Professional Standard

Safety

เอ๊ะเป็นตัวแทนของทุกฝ่ายที่จะมองหาโอกาสของความไม่ปลอดภัย และความไร้ประสิทธิภาพในระบบ

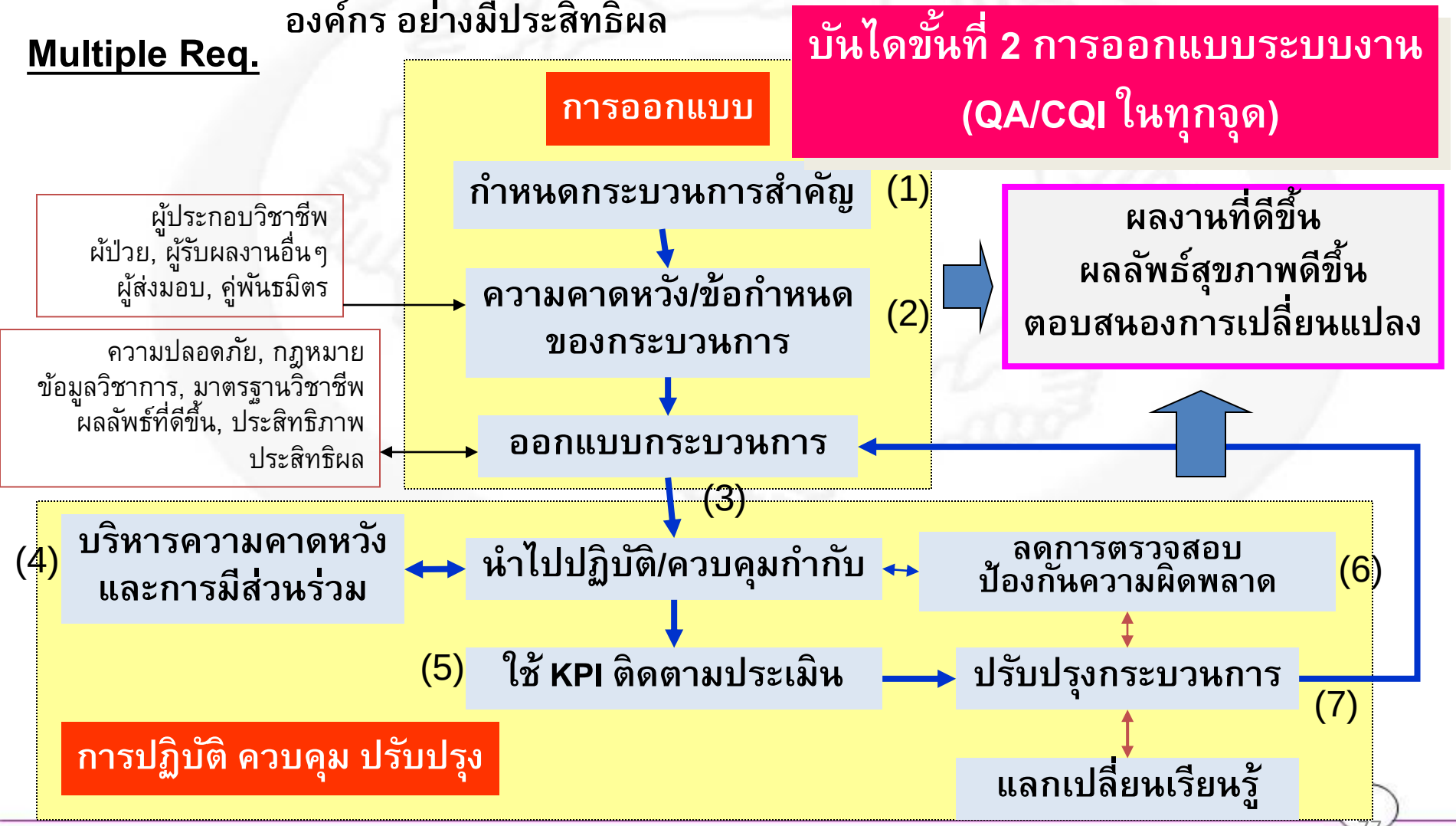
เอ๊ะเป็นตัวแทนของวิชาชีพที่จะถามถึงการปฏิบัติตามความรู้ที่ทันสมัย

6.1 การจัดการกระบวนการ

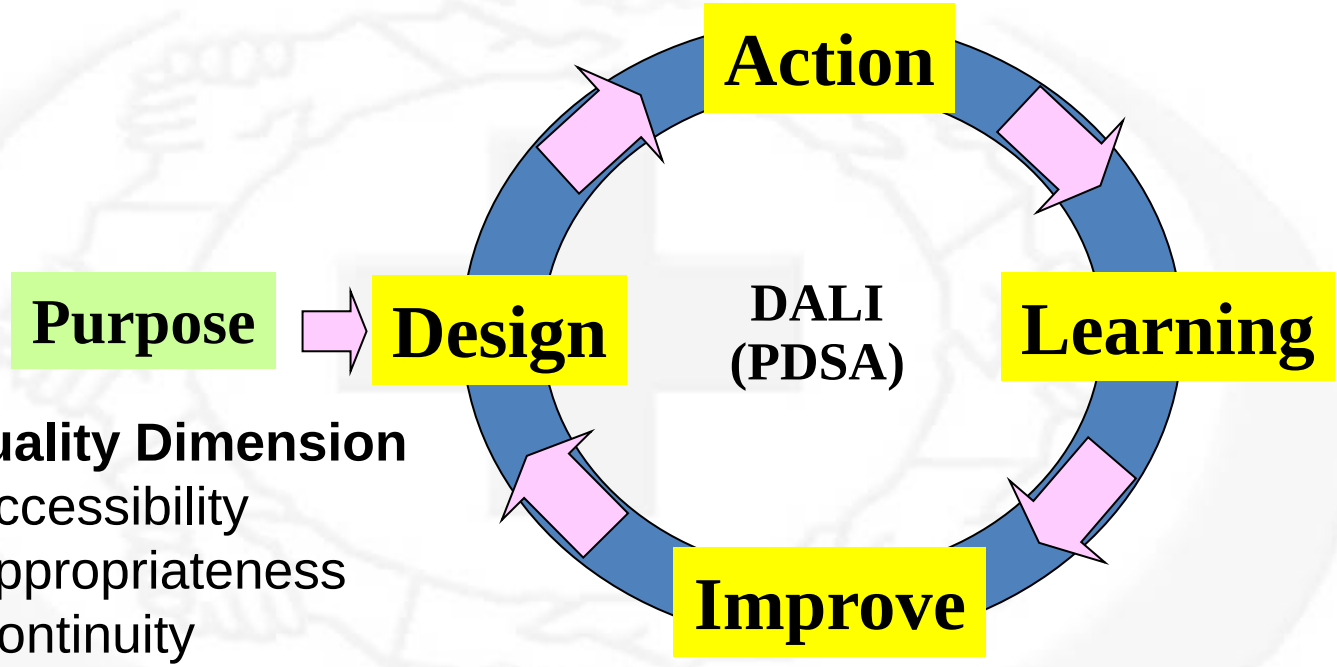
Basic Req.

Overall Req. กระบวนการสำคัญได้รับการออกแบบ ควบคุม ติดตามกำกับ และปรับปรุง เพื่อให้ตอบสนองความต้องการและสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และองค์กร อย่างมีประสิทธิผล

Multiple Req.



หมุน PDSA/DALI อย่างต่อเนื่อง ทุกลมหายใจ



Quality Dimension
-Accessibility
-Appropriateness
-Continuity
-Effectiveness
-Efficiency
-People-centered
-Population focus
-Safety
-Timeliness

ควรส่งเสริมให้สหสาขาวิชาชีพมีการประเมินผู้ป่วยร่วมกันอย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยเฉพาะการประเมินแรกรับโดยแพทย์ เพื่อระบุปัญหาสำคัญนำไปสู่การวางแผนการดูแลที่ดีและการประเมินซ้ำที่เหมาะสมทันเวลา	- จัดให้นักกายภาพบำบัดและนักโภชนากรมา round ผู้ป่วยในทุกวันและใช้ระบบการ consult - กำหนดแนวทางในการรายงานแพทย์ และกำหนดแนวทางเพื่อให้แพทย์มาประเมินผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล - กำหนดแนวทางการประเมินซ้ำตามมาตรฐานรายโรค	
	จัดให้มีการตรวจ Electrolyte ด่วนใน case arrest	

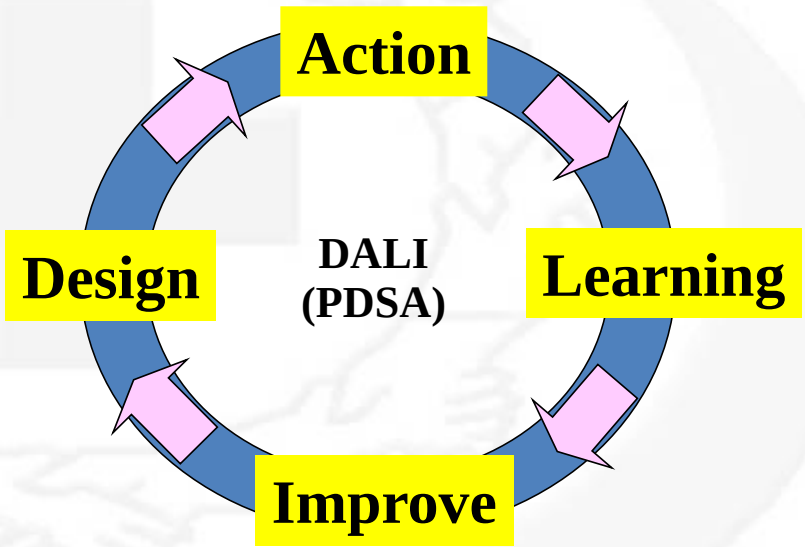
2. ควรทบทวนการค้นหาความเสี่ยงทั้งในเชิงรับและเชิงรุก (รายงานอุบัติการณ์/ข้อร้องเรียน/กิจกรรมทบทวน 12 กิจกรรม กิจกรรมทบทวน ทบทวนทางคลินิกของ PCT การทำ ENV/IC/RM/PTC round, trigger tool โดยให้ครอบคลุมทั้งเหตุการณ์ที่ missed/near missed) เพื่อให้ระบบมีข้อมูลมากเพียงพอในการวิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยงภาพรวม เพื่อนำสู่การปรับปรุงแก้ไข

ควรทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ตั้งแต่การกำหนดกลุ่มโรค/หัตถการเสี่ยงสูง ทบทวนแนวทางการประเมิน/เฝ้าระวัง การขอคำปรึกษา จัดทำเกณฑ์การส่งต่อ แนวทาง

ทุกลมหายใจกับการออกแบบระบบ

เรื่องนี้มีความรู้อะไร
ที่เรายังไม่ได้นำมาใช้
คนที่ทำได้ดีที่สุดอยู่ที่ไหน

ปัญหา กลุ่มเป้าหมาย ขั้นตอน
ที่เป็น priorities คืออะไร



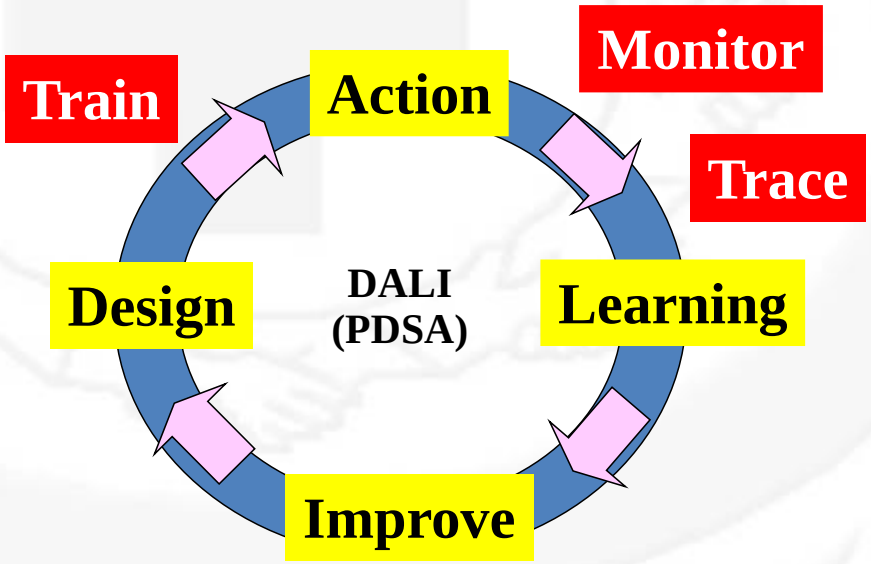
ทุกลมหายใจกับการทำให้มีการปฏิบัติจริง

ผู้ปฏิบัติรู้จริงในสิ่งที่ต้องรู้หรือไม่

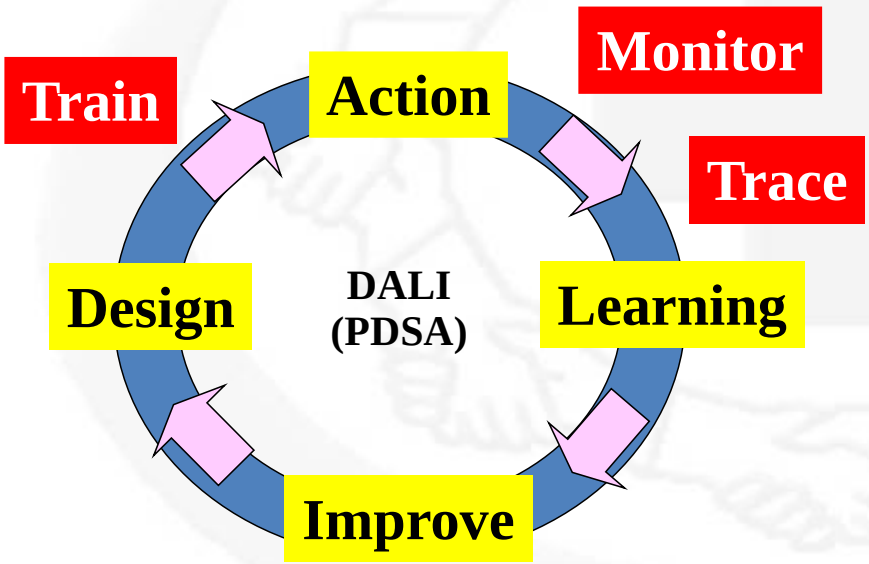
แนวทางที่กำหนดไว้ทำได้จริงหรือไม่

มีการใช้ visual management เข้ามาช่วยอย่างไร

มีกลไกอะไรเพื่อรับรู้ว่ามีการปฏิบัติตามที่กำหนดไว้

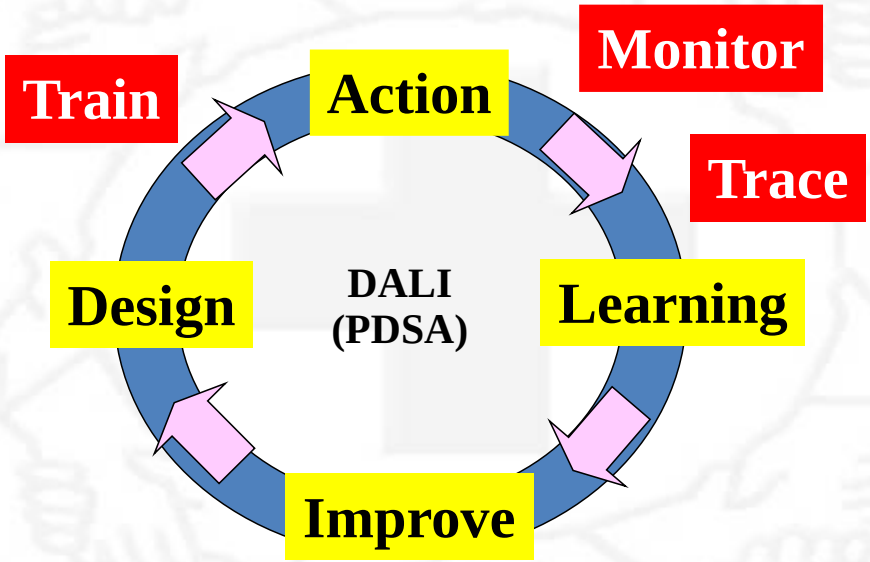


ทุกลมหายใจกับการเรียนรู้



วิเคราะห์ ใคร่ครวญ ประเมิน
อะไรดี ดีเพราะอะไร
อะไรยังไม่ดี ไม่ดีเพราะอะไร

ทุกลมหายใจกับการปรับปรุง



จะก้าวออกนอกกรอบความคิดเดิม ๆ ได้อย่างไร
จะหาแนวคิดใหม่ ๆ ได้อย่างไร
จะชวนผู้คนมาทำเรื่องใหม่ ๆ ได้อย่างไร
จะฝึกหาแนวคิดใหม่ ๆ วันละเรื่องได้ไหม

Quality Journey: Step by Step

1 Risk & Input

- Serious risks
- PSG & other risks
- Review & learning
- People & place
- 5S
- Suggestion & Huddle

2 QA & CQI

- VoC
- 3P design
- Risk Management System
- Monitor & trace
- Continuous improve

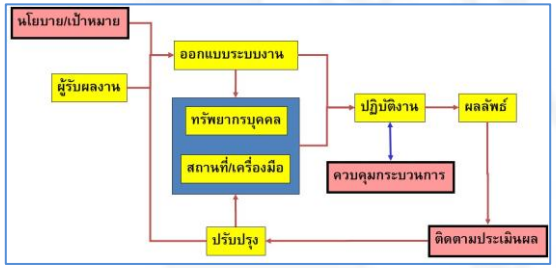
3 Deliver Value

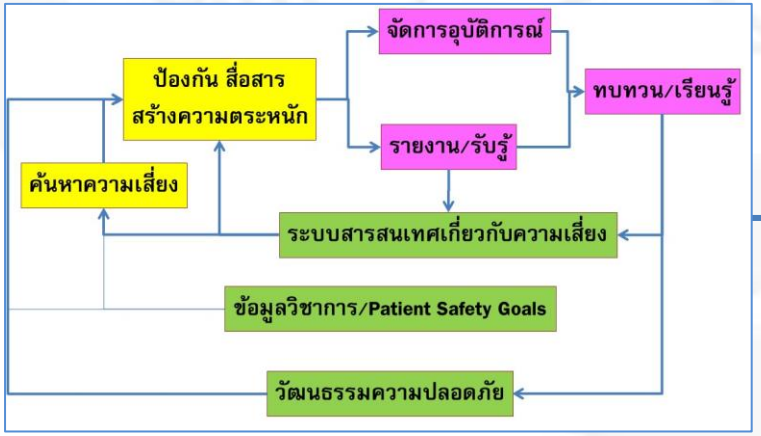
- Standard review & improve
- Strengthen quality culture
- New challenges & stretch the goals

พื้นฐานสู่ High Reliability Org.

ฐานคิด → ตื่นรู้ → ปฏิบัติโดยอัตโนมัติ

Mindset → Mindfulness → Culture → Reliability





ระบบบริหารความเสี่ยง คุณภาพและความปลอดภัย

แนวทางการจัดการตามผลการประเมินความเสี่ยง

ความถี่ \ ความรุนแรง	ต่ำ	สูง
ต่ำ	ของหาย **ทำคู่มือ**	ผลไม่พึงประสงค์ในบริการสูติกรรมและวิสัญญี **ให้ความสำคัญ, ค้นหาสาเหตุ, สร้างความตระหนัก** **CQI, วางมาตรการให้รัดกุม**
สูง	ตกเตียง, ให้ยาผิด **ทำคู่มือ, เฝ้าระวัง, CQI**	เสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุติดๆ กัน **วิกฤต, ค้นหาสาเหตุ, จัดการโดยเร่งด่วน**

ISO31000 Risk Management System

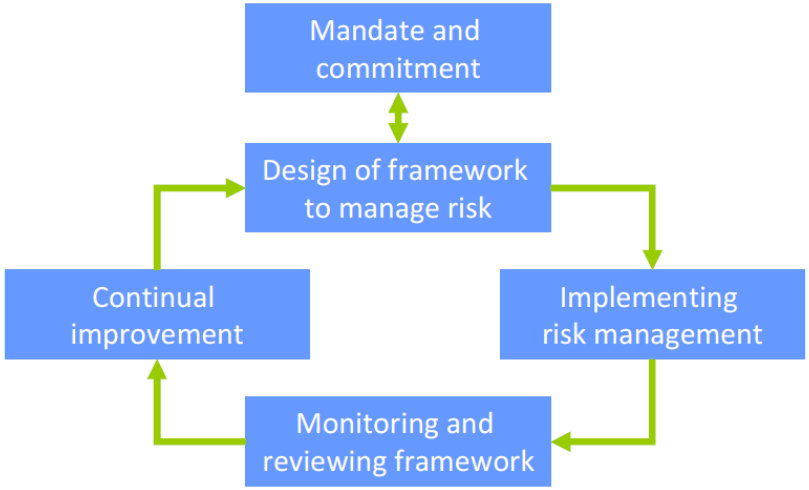


Figure 1: The relationship between various components of the risk management framework

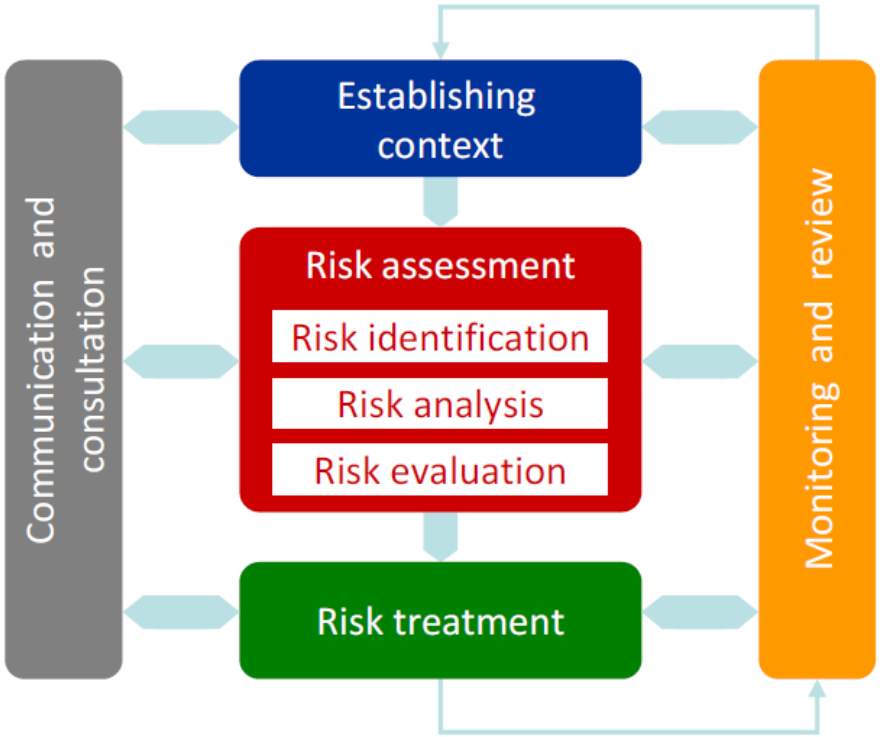


Figure 2: The risk management process

The Principle of Risk Management

- RM create and protect value
- RM is an integral part of organization processes
- RM is part of decision making
- RM explicitly addresses uncertainty
- RM is systematic, structured, and timely
- RM is based on best available information
- RM is tailored
- RM takes human and cultural factors into account
- RM is transparent & inclusive
- RM is dynamic, iterative and responsive to change
- RM facilitates continual improvement and enhancement of the organization

Quality Journey: Step by Step

1 Risk & Input

- Serious risks
- PSG & other risks
- Review & learning
- People & place
- 5S
- Suggestion & Huddle

2 QA & CQI

- VoC
- 3P design
- Risk Management System
- Monitor & trace
- Continuous improve

3 Deliver Value

- Standard review & improve
- Strengthen quality culture
- New challenges & stretch the goals

การตามรอยคือภาคปฏิบัติของการมองเชิงระบบ

การตามรอยสิ่งที่คุ้นเคยอย่างตั้งใจ
ทำให้มองเห็นสิ่งที่ถูกละเลย
และเห็นการเชื่อมต่อภายในระบบที่ซับซ้อน

ชี้ให้เห็นการเชื่อมต่อของ HA National Forum ครั้งที่ 6 แนวคิดเชิงระบบ กับครั้งที่ 7 นวตกรรม ตามรอย และวัดผลคุณภาพ

ประโยชน์ของการตามรอย

- เป็นรูปธรรมที่เห็นชัดเจน
- เชิญชวนผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วม
- ตามรอยคุณภาพได้ทุกองค์ประกอบ
- นำไปสู่ CQI กระตุ้นให้ใช้เครื่องมือคุณภาพที่หลากหลาย
- Clinical Tracer แต่ละตัว ช่วยเสริมมุมมองที่แตกต่างกัน ทำให้มองเห็นระบบในภาพรวมได้สมบูรณ์ขึ้น
- นำ Core Values & Concepts ที่สำคัญมาใช้อย่างเป็นธรรมชาติ
  - Patient Focus, Management by Fact, Focus on Result, Evidence-based

3P กับการตามรอยผู้ป่วยกินยาฆ่าตัวตาย

ER: การวินิจฉัย, การล้างท้อง, การใช้ antidote

ICU: เฝ้าระวังให้ปลอดภัย, การใช้เครื่องช่วยหายใจ

หอผู้ป่วย: การเฝ้าระวังฆ่าตัวตายซ้ำ, การให้คำปรึกษา, การนำครอบครัวมาร่วมวางแผน

Purpose → **Process** → **Performance**

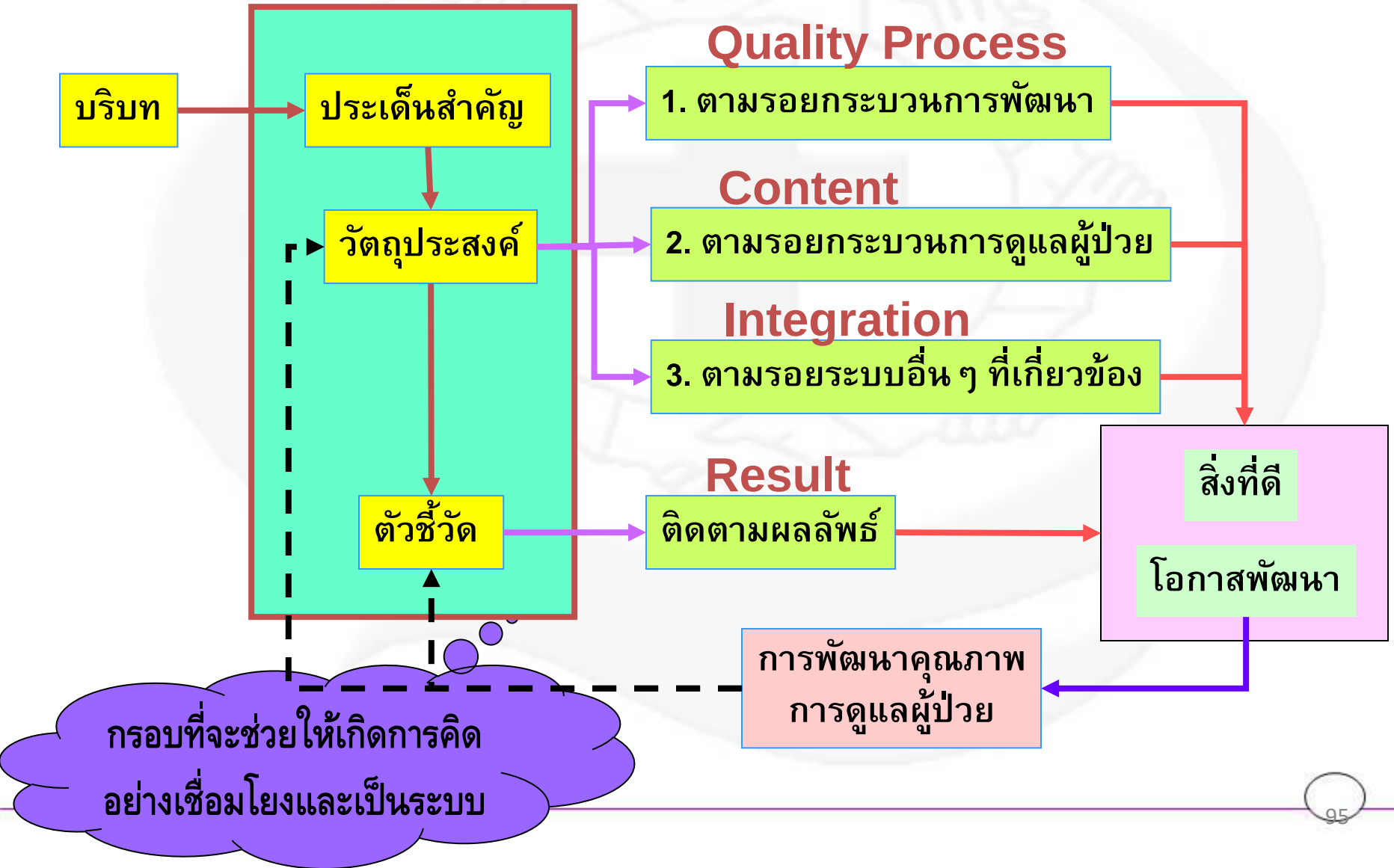
1) ช่วยให้รอดชีวิต
2) ป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ
3) ส่งเสริมให้ครอบครัวสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี

จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

มีการรับรู้และนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาอย่างไร

เชิงกระบวนการ
เชิงผลลัพธ์ในภาพรวม

ใช้ตัวตามรอยทางคลินิก (Clinical Tracer) เพื่อเรียนรู้และพัฒนาทุกองค์ประกอบในระบบงาน



Detailed Planning	What to Trace?	5P
(1) ระบุโรค/ระบบที่จะตามรอย		
(2) ระบุ Purpose (Quality Dimension)		Purpose
(3) วิเคราะห์ Pathway/Flow/Value Stream Map		Pathway
(4) ระบุ Key Risk/Quality Issue & ขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง		
(5) วางแผนตามรอยคุณภาพในกระบวนการที่วิเคราะห์ไว้	Patient care process Support process	Process
(6) วางแผนตามรอยคุณภาพในลักษณะการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์		Preparedness
(7) วางแผนตามรอยคุณภาพในการสื่อสารและส่งมอบ (Hand over)		
(8) วางแผนตามรอยระบบ Monitoring โดยหัวหน้า/ทีมนำที่กำกับดูแล		
(9) วางแผนตามรอยผลลัพธ์ (Performance/Results) และการเรียนรู้	Outcome	Performance
(10) วางแผนตามรอยกระบวนการพัฒนา NEWS-HIM-BR	Quality process	

การตามรอย: หัวใจสำคัญอยู่ที่การกัดไม่ปล่อย

กัดไม่ปล่อยจนกว่า

จะเห็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
จะเห็นทางออกใหม่ ๆ ที่สร้างสรรค์
จะเห็นผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลง

ตามรอยเพื่อการเรียนรู้
มิใช่เพื่อส่งการบ้าน

การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อ

มีการเก็บ & วิเคราะห์ข้อมูล
มีการตั้งคำถามจากข้อมูลที่ได้
มีการค้นหาความรู้เพิ่มเติม

Clinical Tracer กับกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

วิเคราะห์สถานการณ์
เพื่อก้าวไปข้างหน้า
-ผลลัพธ์
-กระบวนการทำงาน
-กระบวนการพัฒนา
-ระบบที่เกี่ยวข้อง

ผลงานในอดีต

Clinical CQIs R & D

Clinical Tracer

การพัฒนาในปัจจุบัน
และอนาคต

Clinical CQIs R & D

Disease Management

วางแผนและประสานงานทั้งในและนอก รพ.
เพื่อการป้องกัน การดูแลต่อเนื่องและผลลัพธ์ที่ดี

Case Management

การจัดการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย
ให้เป็นไปตามแผนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

Quality Journey: Step by Step

1 Risk & Input

- Serious risks
- PSG & other risks
- Review & learning
- People & place
- 5S
- Suggestion & Huddle

2 QA & CQI

- VoC
- 3P design
- Risk Management System
- Monitor & trace
- Continuous improve

3 Deliver Value

- Standard review & improve
- Strengthen quality culture
- New challenges & stretch the goals

IHI CQI Model ที่เรียบง่ายและเร่งการพัฒนา

ตั้งเป้า

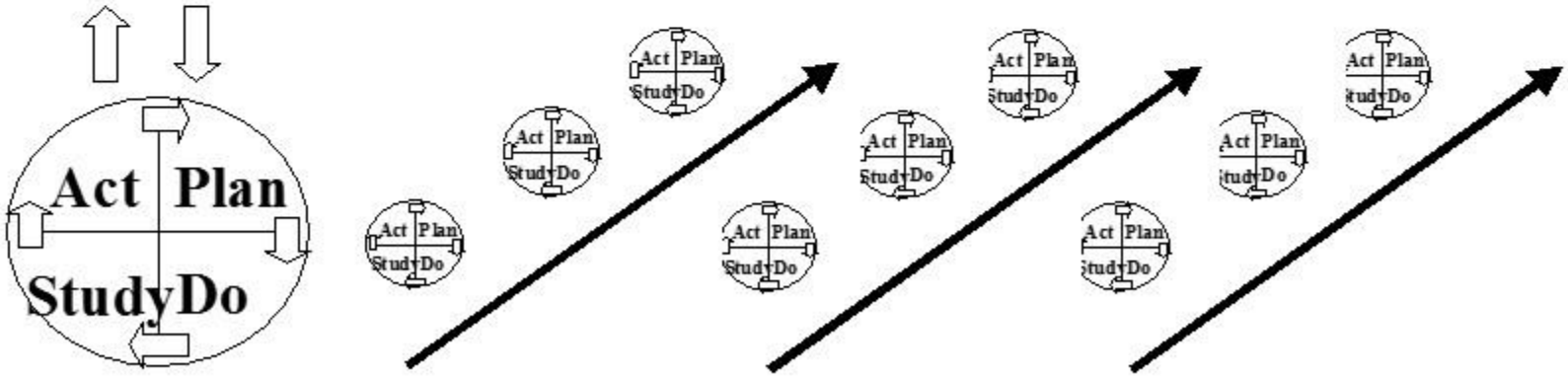
เฝ้าดู

ปรับเปลี่ยน

เน้นการทดสอบขนาดเล็ก

ทดสอบต่อเนื่อง

ทดสอบหลายเรื่องพร้อมกัน



ตัวอย่างกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลง

- **ขจัดความสูญเปล่า** Eliminate Waste
- **ปรับปรุงการไหลเวียนของงาน** Improve Work Flow
- **จัดให้มีวัสดุคงคลังในระดับที่เหมาะสม** Optimize Inventory
- **เปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน** Change the Work Environment
- **สร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการ** Producer/Customer Interface
- **บริหารเวลา** Manage Time
- **มุ่งลดความแปรปรวน** Focus on Variation
- **ป้องกันความผิดพลั้ง** Error Proofing
- **มุ่งเน้นที่ผลผลิตหรือบริการ** Focus on the Product or Service

ขจัดความสูญเปล่า

มองหาวิธีการที่จะขจัดกิจกรรมหรือการใช้ทรัพยากรในองค์กรที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่าและผู้รับผลงานภายนอก

- ขจัดตัวคั่นกลาง (Remove Intermediaries)
- ใช้การสุ่มตัวอย่าง (Use Sampling)
- ใช้ของอื่น/คนอื่นแทน (Use Substitution)
- ลดหรือขจัดการทำลายล้างที่มากเกินจำเป็น (Reduce or Eliminate Overkill)
- ลดการจัดกลุ่มเพื่อขจัดความซับซ้อน (Reduce Classifications to Remove Complexity)
- กำจัดสิ่งที่ไม่ถูกใช้งานออกไป (Eliminate Things That Are Not Used)
- ลดการควบคุมระบบ (Reduce Controls on the System)
- ขจัดการบันทึกซ้ำซ้อน (Eliminate Multiple Entry)
- ปรับปริมาณให้เหมาะสมกับความต้องการ (Match the Amount to the Need)
- หมุนเวียนการใช้หรือนำมาใช้ใหม่ (Recycle or Reuse)
- ปรับเปลี่ยนตัวเป้า (Change Targets)

ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

- ใช้การวัดที่เหมาะสม (Use Proper Measurements)
- มุ่งเน้นที่กระบวนการหลักและเป้าหมาย (Focus on Core Processes and Purpose)
- เปิดโอกาสให้ผู้คนเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร (Give People Access to Information)
- ลงทุนมากขึ้นในการพัฒนาระบบงาน (Invest More Resources in Improvement)
- เริ่มต้นการฝึกอบรมคร่อมสายงาน (Implement Cross-Training)
- สร้างความสัมพันธ์เชิงพันธมิตร/หุ้นส่วน (Develop Alliances/Cooperative Relationships)
- แบ่งปันความเสี่ยง (Share Risks)
- จัดการฝึกอบรม (Conduct Training)
- Take Care of Basics
- มุ่งเน้นผลที่จะเกิดขึ้นตามธรรมชาติและตามตรรกะ (Emphasize Natural and Logical Consequences)
- ลดการบั่นทอนกำลังใจในระบบจ่ายค่าตอบแทน (Reduce Demotivating Aspects of the Pay System)

มุ่งเน้นที่ผลผลิตหรือบริการ

- ค้นหาการใช้ข้อบกพร่องหรือปัญหาในเชิงบวก (Find Positive Uses for Defects and Problems)
- ลดจำนวนองค์ประกอบ (Reduce the Number of Components)
- แยกแยะผลิตภัณฑ์โดยใช้มิติคุณภาพ (Differentiate Product Using Quality Dimensions)
- Mass Customization
- มุ่งเน้นในสิ่งที่สัมผัสไม่ได้ (Emphasize Intangibles)
- เสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการในทุกที่ ทุกเวลา (Offer the Product or Service Any Place, Any Time)
- Influence or Take Advantage of Fashion Trends

Quality Journey: Step by Step

1 Risk & Input

- Serious risks
- PSG & other risks
- Review & learning
- People & place
- 5S
- Suggestion & Huddle

2 QA & CQI

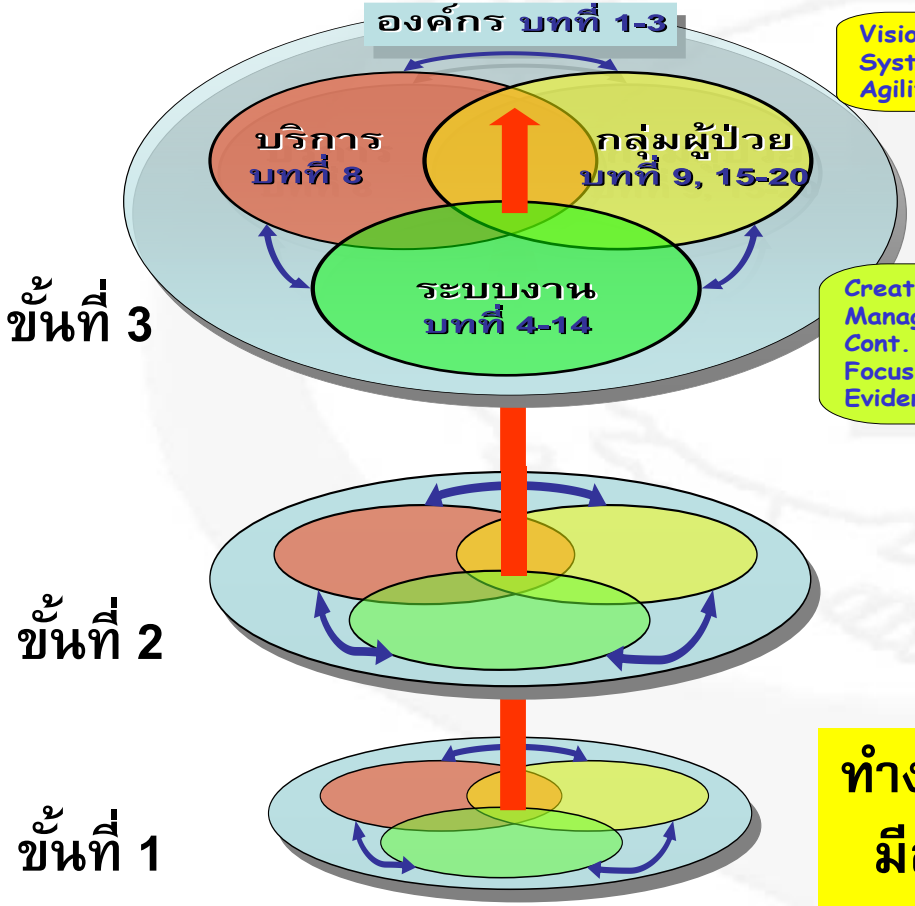
- VoC
- 3P design
- Risk Management System
- Monitor & trace
- Continuous improve

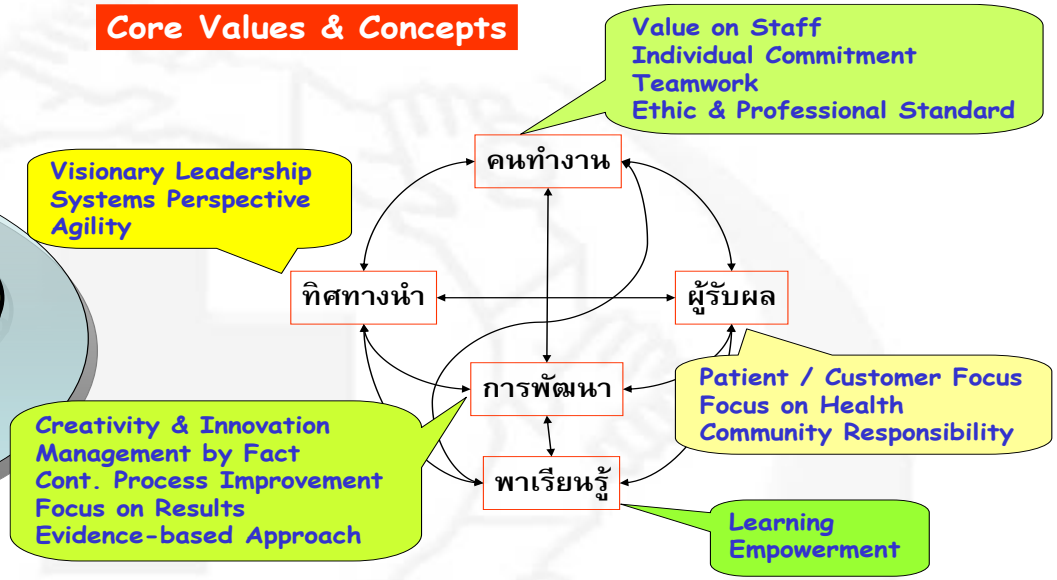
3 Deliver Value

- Standard review & improve
- Strengthen quality culture
- New challenges & stretch the goals

	Step 1	Step 2	Step 3
Overview	Reactive	Proactive	Quality Culture
Starting Point	Review Problems & Adverse Events	Systematic Analysis of Goal & Process	Evaluate Compliance with HA Standards
Quality Process	Check-Act-Plan-Do	QA: PDCA CQI: CAPD	Learning & Improvement
Success Criteria	Compliance with Preventive Measures	QA/CQI Relevant with Unit Goals	Better Outcomes
HA Standard	Not Focus	Focus on Key Standards	Focus on All Standards
Self Assessment	To Prevent Risk	To Identify Opportunity for Improvement	To Assess Overall Effort & Impact of Improvement
Coverage	Key Problems	Key Processes	Integration of Key Systems

Core Values ในบันไดแต่ละขั้น





เป้าหมายชัด วัดผลได้
ให้คุณค่า อย่ายึดติด

ทำงานประจำให้ดี
มีอะไรให้คุยกัน
ขยันทบทวน

Get the Most Out of HA Standards

แนวทางใช้มาตรฐาน HA

เป้าหมาย เป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เพมาะสม ใช้ประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา

สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐาน

1) การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยง ที่สำคัญ (SPA-in-Action ช่วยถามหาโจทย์ของ รพ.)
2) การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values & Concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ
3) วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan–Do–Study–Act หรือ Purpose–Process–Performance) (SPA เน้นการนำไปปฏิบัติและเรียนรู้)
4) แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

ทำให้มาตรฐานอยู่ในงานประจำ

ประเมินอย่างเป็นระบบ
What are the strength & weakness?
Can we measure them?

ตามรอยการปฏิบัติ
What are we doing?
Are we doing it well?

ไปดูที่ผู้ป่วย ดูเวชระเบียน

เอามาตรฐานมาคุยกันเล่น
What's in it for me?
What's our major risks?

ทำไมต้องกระบวนการพยาบาล
จุดอ่อนในการใช้กระบวนการพยาบาลคืออะไร

ทำความเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐาน
Focus ที่ Safety, HP, Learning

พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาล
เพื่อการดูแลที่มีคุณภาพสูง

การใช้มาตรฐานอย่างมีคุณค่า

ระบบสารสนเทศขององค์กร สนับสนุนระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

เอามาตรฐานมาคุยกันเล่น

ผู้เกี่ยวข้องต้องการใช้ข้อมูลอะไรบ้าง
ข้อมูลเหล่านั้นมีอยู่ในระบบสารสนเทศหรือไม่ ที่ไหน
เราต้องการใช้ประโยชน์จากการเชื่อมโยงข้อมูลอย่างไร
เราต้องการใช้ประโยชน์จากการประมวลผลข้อมูลอย่างไร

ตามรอยการปฏิบัติ (เช่น ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ)

มีการใช้ข้อมูลจากระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังที่ง่ายขึ้นอย่างไร
มีการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อ entry และสื่อสารข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างไร
มีการประมวลผลและนำเสนอผลการเฝ้าระวังอย่างไร
หน่วยงาน / ทีมงานต่างๆ ใช้ประโยชน์จากข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างไร

สุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูล

สุ่มตัวอย่างผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากระบบสารสนเทศและความพึงพอใจ

มาตรฐาน -> ประเมิน -> พัฒนา

ทำความเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐาน

↓

Scan ระดับการปฏิบัติที่เป็นอยู่ในแต่ละประเด็น

↓

อธิบายสถานการณ์ (ทำให้เห็นบริบทชัดเจนขึ้น)

↓

กำหนดลำดับความสำคัญ/ความเป็นไปได้

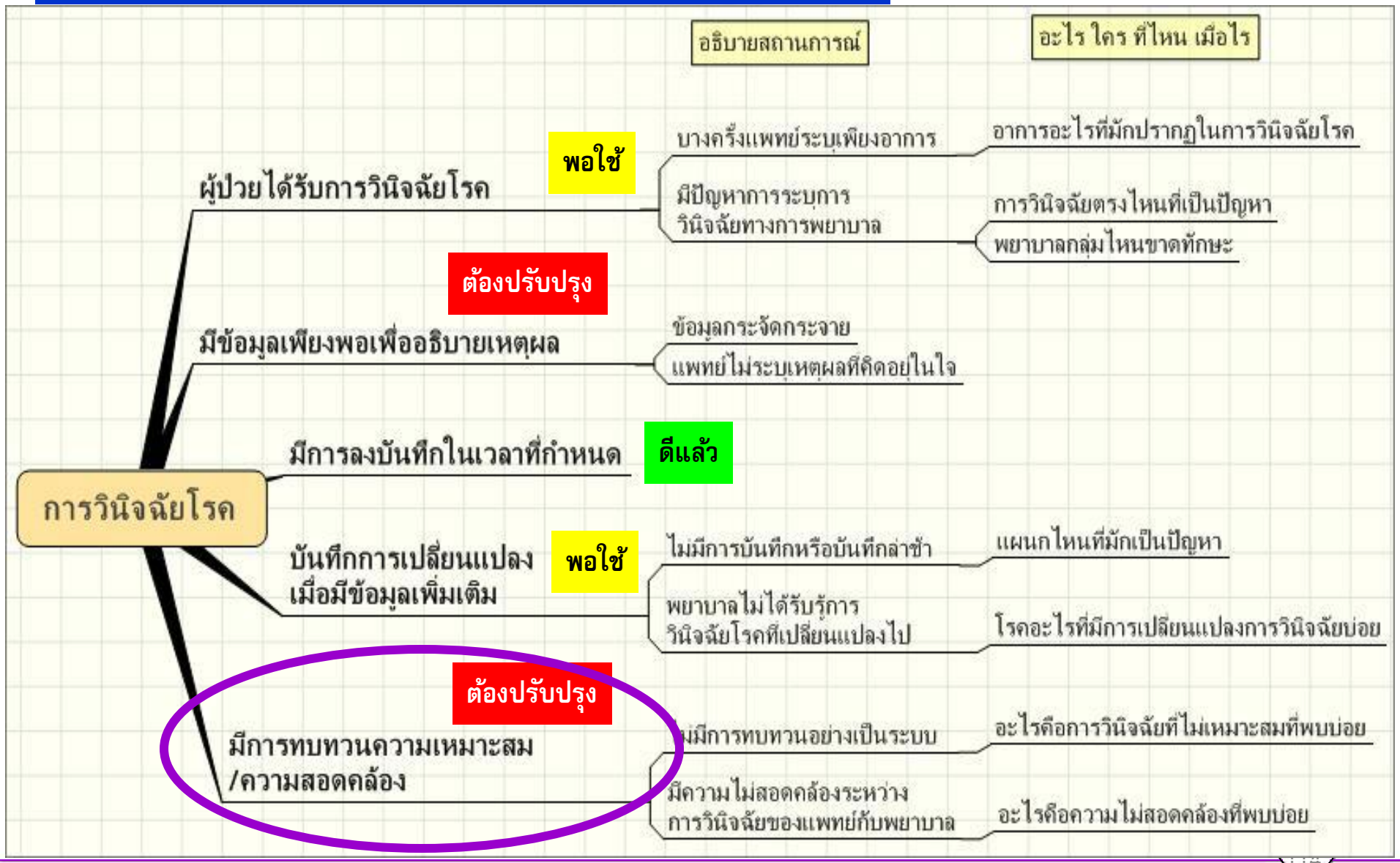
↓

วิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (อะไร ใคร ที่ไหน เมื่อไร)

↓

ตั้งเป้า เฝ้าดู ปรับเปลี่ยน

มาตรฐาน -> ประเมิน -> พัฒนา



ตั้งเป้า–เฝ้าดู–ปรับเปลี่ยน

การทบทวนความเหมาะสม/สอดคล้องของการวินิจฉัยโรค

ตั้งเป้า

ทุกสาขามีการทบทวนการวินิจฉัยโรคเพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานภายใน สค.49
ทุกสาขามีการทบทวนการวินิจฉัยโรคในจุดที่เป็นปัญหาทุก 3 เดือน
อัตราการวินิจฉัยที่ไม่เหมาะสมลดลงร้อยละ.... /เหลือ....
อัตราความไม่สอดคล้องของการวินิจฉัยระหว่างแพทย์กับพยาบาลลดลง....

เฝ้าดู

การทบทวนตามกำหนด
อัตราการวินิจฉัยที่ไม่เหมาะสม
อัตราความไม่สอดคล้องของการวินิจฉัย

ปรับเปลี่ยน

จัดทำเครื่องมืออำนวยความสะดวกในการประเมินและวินิจฉัยโรคที่มักจะเป็นปัญหา
จัดเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนในประเด็นการวินิจฉัยโรคที่เป็นปัญหาทั้งในสาขาและทั้ง รพ.
Direct feedback ให้แก่เจ้าตัว
เลือกผู้ป่วยที่ซับซ้อนมาทบทวนความสอดคล้องของการวินิจฉัยวันละ 1 ราย

เรียนรู้เพื่อเตรียมพร้อมรับการเยี่ยม

คุณภาพที่นี่ เดี๋ยวนี้ สำหรับทุกคน

พูดคุณภาพจากใจ ใส่คุณภาพเข้างานประจำ

ใช้แบบประเมินตนเองเพื่อตนเอง กระชับ ปรับปรุงตลอดเวลา

คุณภาพหนึ่งนาที ฝึกพูดให้สั้น ได้ใจความ

ถาม “ทำไม” กับทุกอย่างที่จะทำ

ฝึกให้หัวหน้าหุบปาก

ฝึกการเชื่อมโยง จากเรื่องเล็กสู่เรื่องใหญ่ ฯลฯ

Measurement System

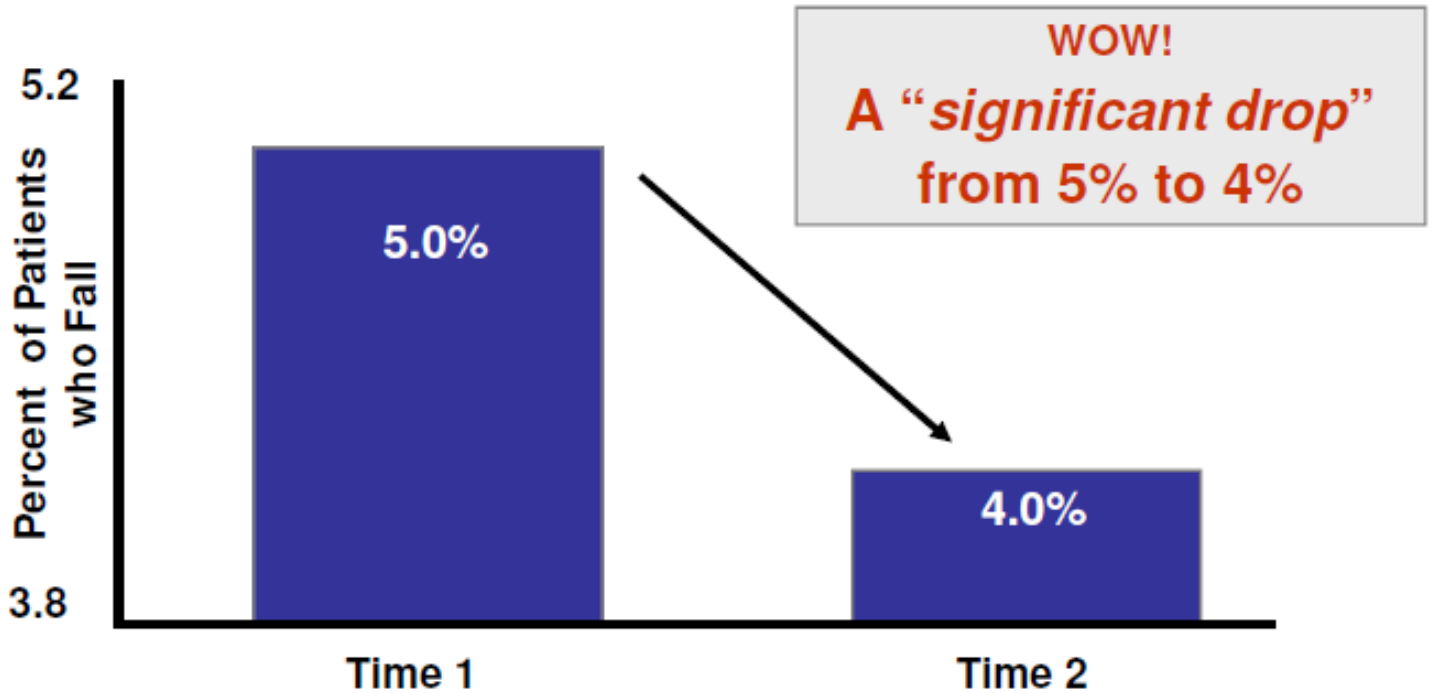
The Problem!

Aggregated data presented in tabular formats or with summary statistics, will not help you measure the impact of process improvement efforts.

Aggregated data and summary statistics can only lead to judgment, not to improvement.

Average Percent of Patients who Fall

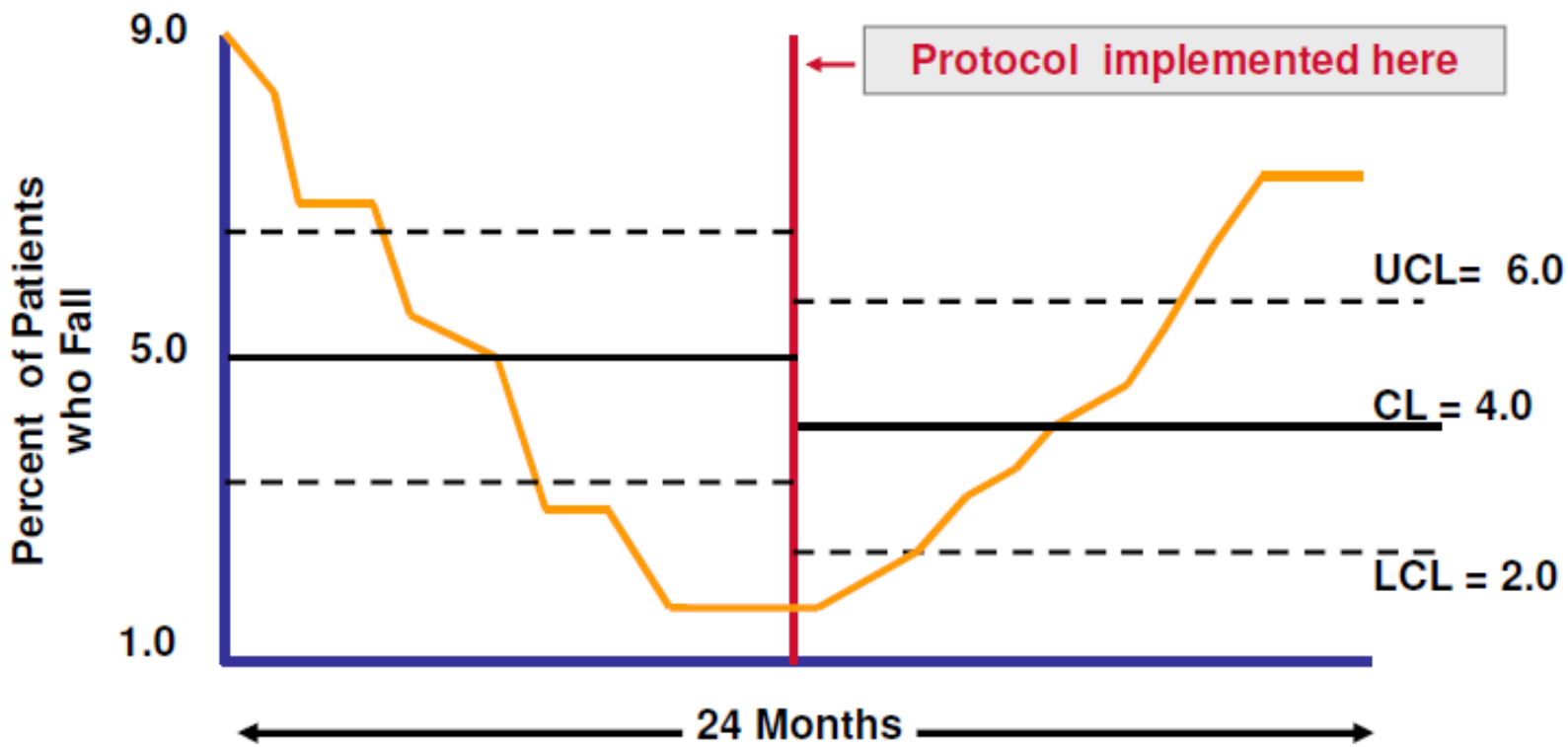
Before and After the Implementation of a New Protocol



Conclusion -The protocol was a success!
A 20% drop in the average mortality!

Average Percent of Patients who Fall

Before and After the Implementation of a New Protocol

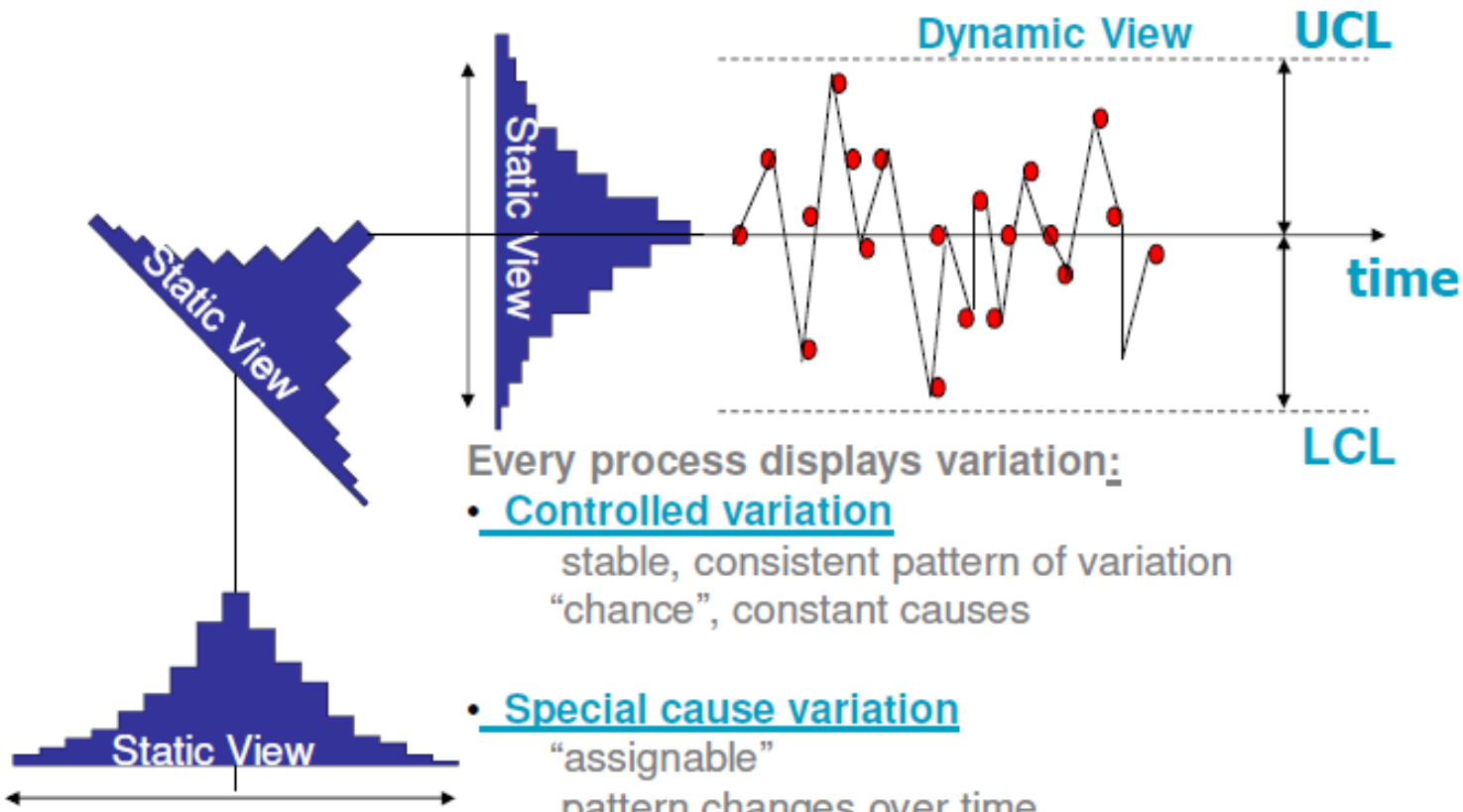


Now what do you conclude about the impact of the protocol?

If you don't understand the variation that lives in your data, you will be tempted to ...

- Deny the data (It doesn't fit my view of reality!)
- See trends where there are no trends
- Try to explain natural variation as special events
- Blame and give credit to people for things over which they have no control
- Distort the process that produced the data
- Kill the messenger!

"What is the variation in one system over time?" Walter A. Shewhart - early 1920's, Bell Laboratories



Every process displays variation:

- Controlled variation
  stable, consistent pattern of variation
  "chance", constant causes
- Special cause variation
  "assignable"
  pattern changes over time

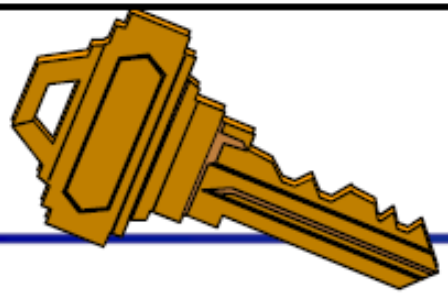
Types of Variation

Common Cause Variation

- Is inherent in the design of the process
- Is due to regular, natural or ordinary causes
- Affects all the outcomes of a process
- Results in a "stable" process that is predictable
- Also known as random or unassignable variation

Special Cause Variation

- Is due to irregular or unnatural causes that are not inherent in the design of the process
- Affect some, but not necessarily all aspects of the process
- Results in an "unstable" process that is not predictable
- Also known as non-random or assignable variation



Point …Variation exists!

Common Cause does not mean "Good Variation." It only means that the process is **stable** and **predictable**. For example, if a patient's systolic blood pressure averaged around 165 and was usually between 160 and 170 mmHg, this might be stable and predictable but completely unacceptable.

Similarly, **Special Cause** variation should not be viewed as "Bad Variation." You could have a special cause that represents a very good result (e.g., a downward trend in the turnaround time for a particular med), which you would want to sustain. Special cause variation merely means that the process is **unstable** and **unpredictable**.

NHS
Improving Quality

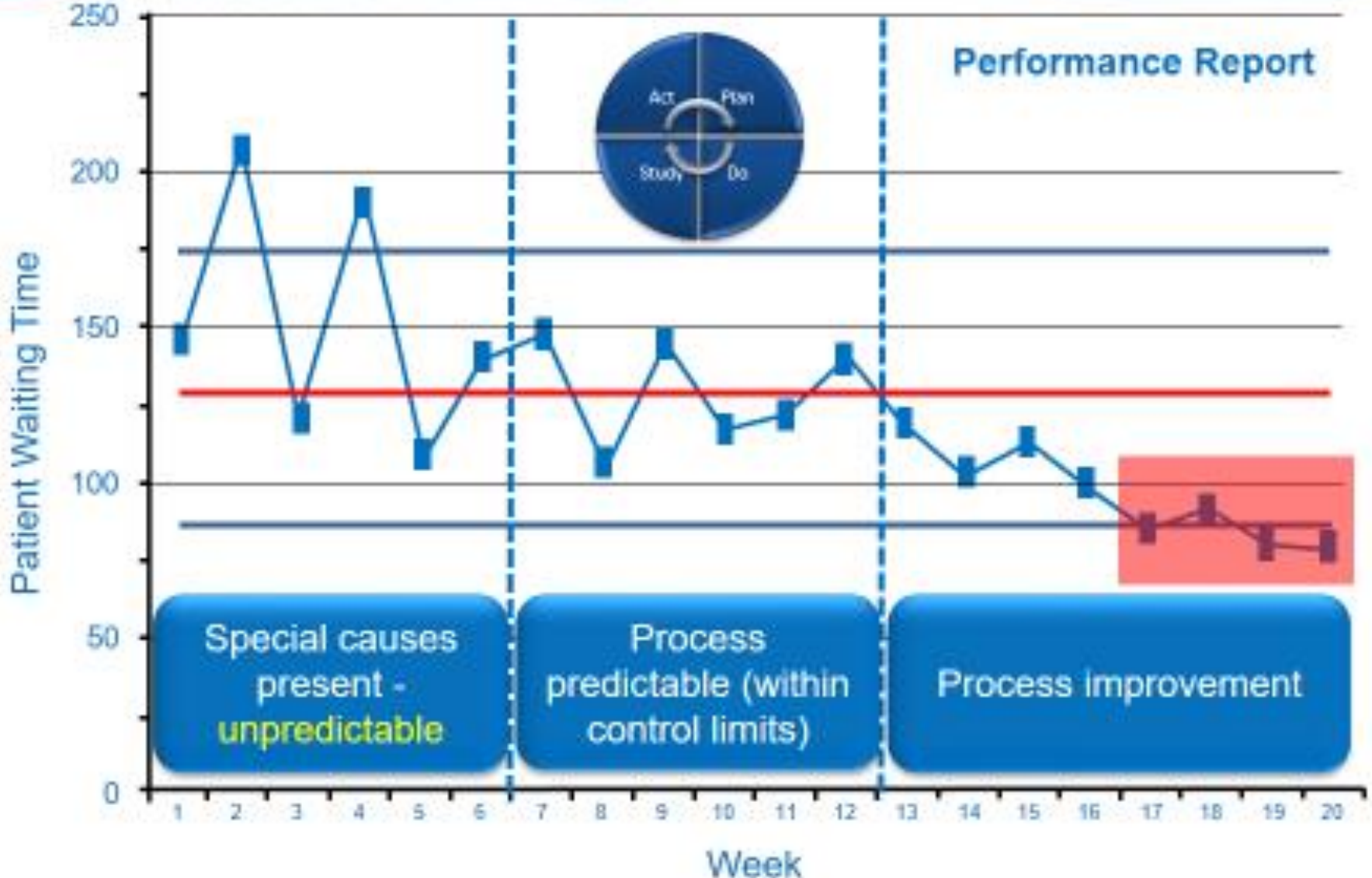
Two ways to improve a process

If uncontrolled (special) variation	Process is unstable and unpredictable
	Variation caused by factors outside process
	External cause should be identified and sorted
If controlled (common) variation	Process is stable and predictable
	Variation is inherent to the process
	Therefore the process must be changed

© NHS Improving Quality 2014

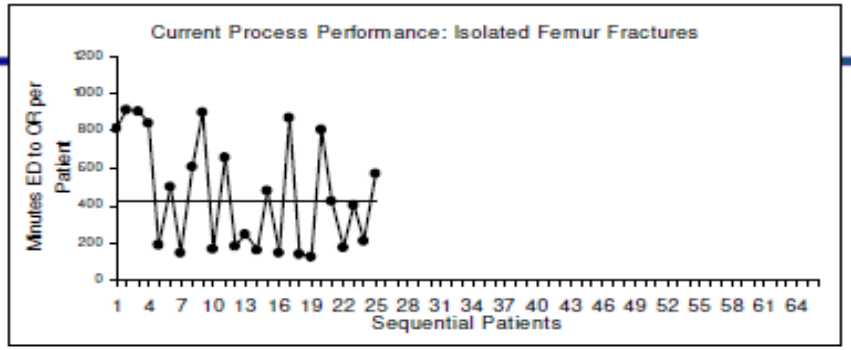
NHS
Improving Quality

The improvement process

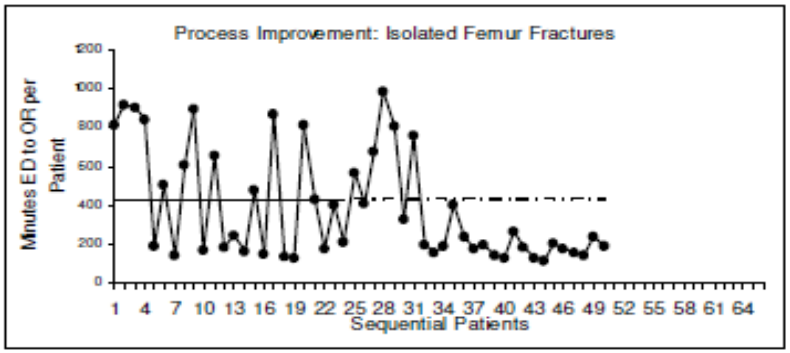


Three Uses of SPC Charts

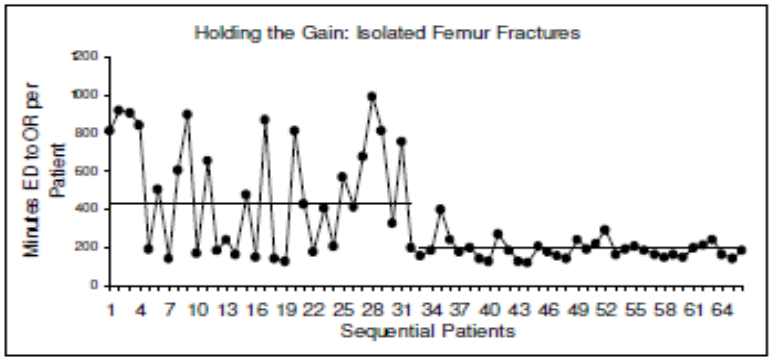
1. Make process performance visible



2. Determine if a change is an improvement



3. Determine if we are holding the gains



Question #2
What is your motivation for measuring?

Old Way
Quality Assurance
(Data for judgment))

New Way
(Quality Improvement)

Source: Robert Lloyd, Ph.D., 2009.

Why are you measuring?

Research?

Judgment?

Improvement?

The answer to this question will guide your entire quality measurement journey!

©Copyright 2013 Institute for Healthcare Improvement/R. Lloyd

"The Three Faces of Performance Measurement: Improvement, Accountability and Research"

by
Lief Solberg, Gordon Mosser and Sharon McDonald
Journal on Quality Improvement vol. 23, no. 3, (March 1997), 135-147.

"We are increasingly realizing not only how critical measurement is to the quality improvement we seek but also how <u>counterproductive</u> it can be to mix measurement for accountability or research with measurement for improvement."

©Copyright 2013 Institute for Healthcare Improvement/R. Lloyd

แง่มุม	การพัฒนา (Improvement)	ภาระรับผิดชอบ (Accountability)	การวิจัย (Research)
เป้าหมาย	ปรับปรุงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการดูแล	เปรียบเทียบ, ทางเลือก, ทำให้มั่นใจ, แรงจูงใจเพื่อเปลี่ยนแปลง	ความรู้ใหม่ (efficacy)
วิธีการ			
-test observability	สามารถสังเกตการทดสอบได้	ไม่มีการทดสอบ ประเมินจากผลงานในปัจจุบัน	การทดสอบแบบ blinded หรือ controlled
-bias	ยอมรับอคติที่เกิดขึ้นอย่างคงเส้นคงวา	วัดและปรับเพื่อลดอคติ	ออกแบบเพื่อขจัดอคติ
-sample size	สุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ต่อเนื่อง ให้ได้ just enough data	ใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 100% ที่สามารถหาได้	ชุดข้อมูลขนาดใหญ่ เพื่อรับสถานการณ์ที่อาจเป็นไปได้ (just in case)
-flexibility of hypothesis	มีสมมติฐานที่ยืดหยุ่น เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเกิดการเรียนรู้ขึ้น	ไม่มีสมมติฐาน	มีสมมติฐานที่แน่นอน
-testing strategy	ทดสอบเป็นลำดับไปตามช่วงเวลา	ไม่มีการทดสอบ	ทดสอบขนาดใหญ่ครั้งเดียว หรือเปรียบเทียบระหว่างช่วงเวลาสองช่วง
-การตัดสินว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น	สถิติวิเคราะห์ (SPC)	เน้นที่การไม่เปลี่ยนแปลง	สถิติแจงนับ
-การรักษาความลับของข้อมูล	ใช้ข้อมูลเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา	มีข้อมูลเพื่อให้สาธารณะรับรู้และทบทวน	มีการรักษาความลับของตัวบ่งชี้ผู้เป็น subject

The Model for Improvement

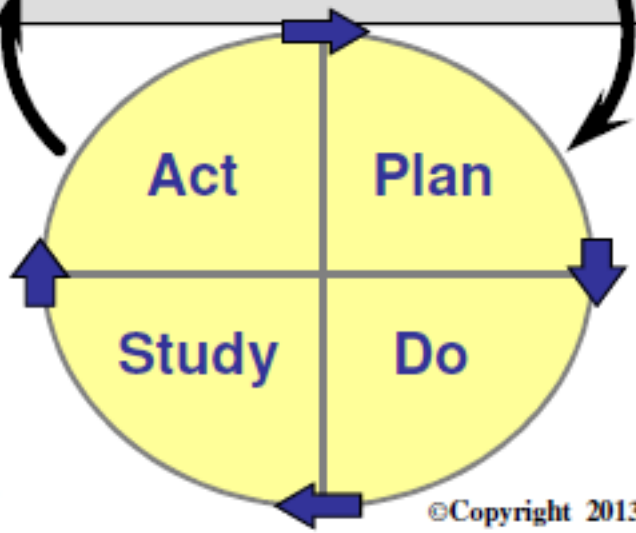
The three questions provide the strategy

What are we trying to Accomplish?

How will we know that a change is an improvement?

What change can we make that will result in improvement?

Our focus today



The PDSA cycle provides the tactical approach to work

Source:

Langley, et al. *The Improvement Guide, 1996.*

©Copyright 2013 Institute for Healthcare Improvement/R. Lloyd

Milestones in the Quality Measurement Journey

- AIM (How good? By when?)
- Concept
- Measure
- Operational Definitions
- Data Collection Plan
- Data Collection
- Analysis → ACTION

Source: R. Lloyd. *Quality Health Care: A Guide to Developing and Using Indicators.* Jones and Bartlett Publishers, 2004.

Driver Diagrams – weight loss example

Every concept can have many measures

Source: R. Lloyd. *Quality Health Care: A Guide to Developing and Using Indicators. Jones and Bartlett, 2004.*

Concept	Potential Measures
Hand Hygiene	Ounces of hand gel used each day Ounces of gel used per staff Percent of staff washing their hands (before & after visiting a patient) Percent of inpatients with *C.Diff*
Patient Falls	Percent of patients who fell Fall rate per 1000 patient days Number of falls Days between a fall
Employee Evaluations	Percent of evaluations completed on time Number of evaluations completed Variance from completion due date

Tips for building an effective measurement system

- Seek useful measures not perfection
- Think about stratification
- Use sampling (when appropriate)
- Integrate measurement into daily routine
- Collect qualitative and quantitative data
- Plot data over time

An Operational Definition...

... is a description, in quantifiable terms, of what to measure and the steps to follow to measure it consistently.

- ✓ It gives communicable meaning to a concept
- ✓ Is clear and unambiguous
- ✓ Specifies measurement methods and equipment
- ✓ Identifies detailed criteria for inclusion and exclusion.
- ✓ Provides guidance on sampling

Source: R. Lloyd. *Quality Health Care: A Guide to Developing and Using Indicators.* Jones and Bartlett Publishers, 2004.

Operational Definition Worksheet

ชื่อทีมและผู้ติดต่อ _____

ชื่อกระบวนการที่เลือก _____

ชื่อตัววัด _____

(ควรเป็นชื่อที่เฉพาะเจาะจงและวัดได้ เช่น เวลาที่ใช้ในการ ..., จำนวนของ ..., ร้อยละของ ..., หรืออัตรา ...)

คำนิยามเชิงปฏิบัติ (operational definition)

ระบุองค์ประกอบที่เฉพาะเจาะจงของตัววัดนี้. ระบุเศษและส่วนถ้าตัววัดเป็นร้อยละหรือหรืออัตรา. ถ้าตัววัดเป็นค่าเฉลี่ย ให้ระบุการคำนวณสำหรับการได้มาซึ่งค่าเฉลี่ย. ระบุเครื่องมือหรืออุปกรณ์พิเศษที่จำเป็นในการเก็บข้อมูล. ถ้าเป็นคะแนน (เช่น คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย) ให้อธิบายวิธีการได้มาซึ่งคะแนน. ถ้าเป็นตัววัดที่สะท้อนแนวคิด เช่น ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา หรือข้อผิดพลาด ให้อธิบายเกณฑ์ที่จะใช้ในการตัดสิน "ความถูกต้อง".

แผนการเก็บข้อมูล (data collection plan)

ใครเป็นผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล?

จะเก็บข้อมูลบ่อยเพียงใด? (เช่น ทุกชั่วโมง ทุกวัน ทุกสัปดาห์ หรือทุกเดือน)

อะไรคือแหล่งข้อมูล? (ระบุให้เฉพาะเจาะจง)

อะไรที่จะนำรวมเข้ามา (inclusion) อะไรที่จะไม่นำรวมเข้ามา (exclusion)

จะเก็บข้อมูลอย่างไร? (เก็บด้วยมือ เก็บจากสมุดบันทึก เก็บจากระบบอัตโนมัติ)

การวัดพื้นฐาน (baseline measurement)

อะไรคือตัวเลขข้อมูลพื้นฐานที่แท้จริง?

ข้อมูลพื้นฐานนั้นเก็บในช่วงเวลาใด?

เป้าหมายสำหรับตัววัดนี้ (target or goal for this measure)

มีเป้าหมายสำหรับตัววัดนี้หรือไม่?

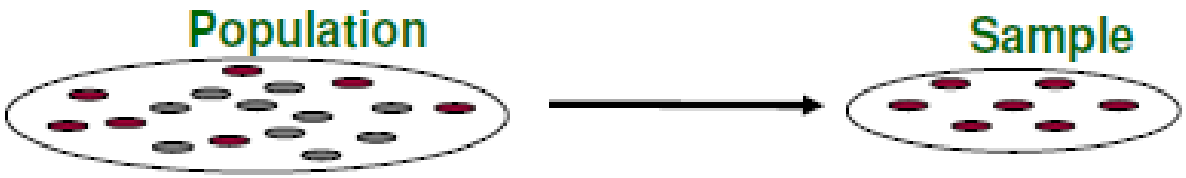
ระบุเป้าหมายจากภายนอก (จำนวนหรืออัตรา และแหล่งข้อมูลที่มาของเป้าหมาย).

Conclusions: Developing Operational Definitions

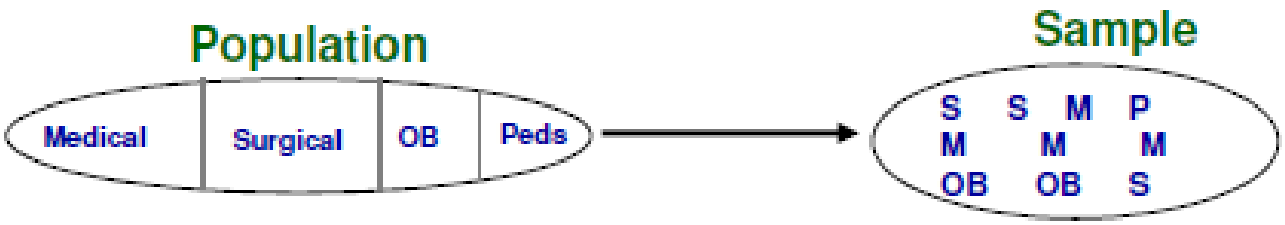
- *Operational definitions are not universal truths!*
- *Operational definitions require agreement on terms, measurement methods and decision criteria.*
- *Operational definitions need to be reviewed periodically to make sure everyone is still using the same definitions and that the conditions surrounding each measure have not changed.*

Sampling Options

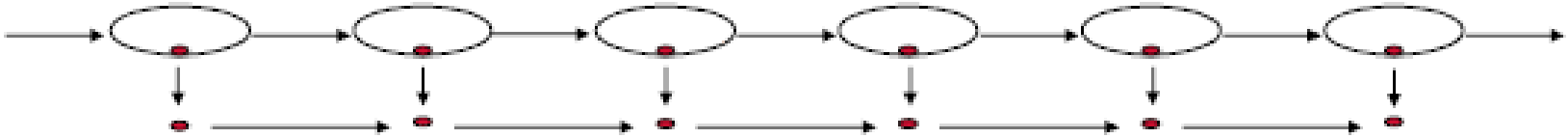
Simple Random Sampling



Stratified Proportional Random Sampling



Judgment Sampling



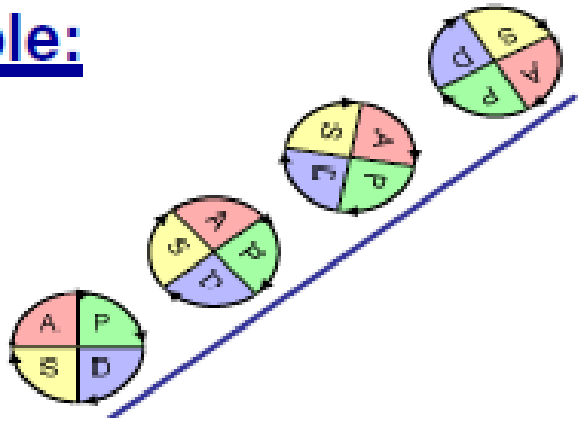
©Copyright 2013 Institute for Healthcare Improvement/R. Lloyd

Judgment Sampling

- Appropriate for improvement and PDSA testing.
- Involve people with process knowledge to help select the sampling frame and the items to be sampled.

Characteristics of a Judgment Sample:

- Include a wide range of conditions
- Selection criteria may change as understanding increases
- Successive small samples instead of one large sample



©Copyright 2013 Institute for Healthcare Improvement/R. Lloyd

Judgment Sampling takes advantage of the knowledge of those who work in the process

©Copyright 2013 Institute for Healthcare Improvement/R. Lloyd

Milestones in the Quality Measurement Journey

- AIM (How good? By when?)
- Concept
- Measure
- Operational Definitions
- Data Collection Plan
- Data Collection
- Analysis → ACTION

Source: R. Lloyd. *Quality Health Care: A Guide to Developing and Using Indicators.* Jones and Bartlett Publishers, 2004.

ภาพที่ขอเชิญชวนมาฝันร่วมกัน

บริการสุขภาพของไทย
เป็นบริการที่มีคุณภาพ น่าไว้วางใจ
ในทุกมิติ ทุกขั้นตอน ทุกเวลา สำหรับทุกคน
ด้วยการพัฒนาอย่างไม่ออมมือ
เต็มศักยภาพที่มนุษย์สร้างสรรค์พึงทำได้

https://www.youtube.com/watch?v=P0zVPZBykSE&feature=share

I feel happy of myself.

I feel happy of yourself too. Well, do you get any words of wisdom? What about for all the other kids trying to learn how to ride their bike? Can you say anything to them?

Everybody, I know you can believe in yourself! If you believe in yourself, you will know how to ride a bike! If you don't, you just keep practicing. You will get the hang of it! I know. If you keep practicing, you will get the hang of it, and then you can get better and better at it if you do it! Thumb up everybody. For rock and roll!!!