

คู่มือนำมามาตรฐานสู่การปฏิบัติ SPA & Self Enquiry Part I

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ
ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

คู่มือนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

SPA & Self Enquiry Part I

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

คำนำ

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี หรือที่เรียกว่ามาตรฐาน HA/HPH 2006 จัดทำเสร็จสิ้นเมื่อปี พ.ศ. 2539 มีเนื้อหาหลักในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพการบริหารจัดการองค์กร โดยรวม

เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาของมาตรฐาน สามารถนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติได้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จึงได้จัดทำคู่มือฉบับนี้ขึ้นเป็นการขยายความกิจกรรมที่ควรดำเนินการสำหรับมาตรฐานแต่ละข้อ โดยอธิบายให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน และให้แนวทางการประเมินตนเองอย่างกระชับซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลของการปฏิบัติตามมาตรฐาน

จากการทดลองใช้คู่มือฉบับนี้ พบว่าเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่โรงพยาบาลใช้ประโยชน์ในการพูดคุยทำความเข้าใจ ใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติซึ่งมีการขยายขอบเขตไปเกินกว่าที่อธิบายไว้ และยังใช้เป็นแนวทางพิจารณาในการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐานอีกด้วย

สรพ.หวังว่าความเข้าใจและการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น รวมทั้งจะมีข้อมูลเชิงปฏิบัติต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย และป้อนกลับมาที่ สรพ.เพื่อให้คู่มือฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ตุลาคม 2552

สารบัญ

| | |
|--|-----|
| คำนำ | iii |
| สารบัญ | iv |
| แนวคิด..... | 1 |
| SPA I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)..... | 4 |
| Self Enquiry I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1) | 9 |
| SPA I-1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)..... | 11 |
| Self Enquiry I-1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2) | 15 |
| SPA I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1) | 17 |
| Self Enquiry I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1)..... | 22 |
| SPA I-2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2)..... | 24 |
| Self Enquiry I-2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2) | 28 |
| SPA I-3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF.1)..... | 30 |
| Self Enquiry I-3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF.1) | 33 |
| SPA I-3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (PCF.2)..... | 34 |
| Self Enquiry I - 3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (PCF.2) | 40 |
| SPA I - 3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3) | 41 |
| Self Enquiry I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3) | 45 |
| SPA I-4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1)..... | 47 |
| Self Enquiry I – 4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1) | 51 |
| SPA I - 4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (MAK.2)..... | 53 |
| Self Enquiry I – 4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (MAK.2) | 57 |
| SPA I-5.1 ความผูกพันของบุคลากร (HRF.1)..... | 58 |
| Self Enquiry I - 5.1 ความผูกพันของบุคลากร (HRF.1)..... | 67 |
| SPA I - 5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (HRF.2) | 67 |
| Self Enquiry 5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (HRF.2) | 75 |
| SPA I-6.1 การออกแบบระบบงาน | 76 |
| SPA I - 6.2 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน | 81 |
| Self Enquiry I – 6. การจัดการกระบวนการ..... | 84 |
| ภาคผนวก ก. Hospital Survey on Patient Safety Culture | 86 |
| ภาคผนวก ข.1 Are We Making Progress as Leader | 93 |
| ภาคผนวก ข.2 Are We Making Progress (แบบสอบถามสำหรับบุคลากร)..... | 98 |

แนวคิด

SPA (Standards – Practice – Assessment)

จาก SA (self assessment) สู่ SPA มีอักษรที่เพิ่มขึ้นคือ “P” “P” คือ practice คือการเน้นความสำคัญของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มาตรฐานนั้นจึงจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กร

การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้ง่าย ๆ โดยใช้วิธีการ “คุยกันเล่น – เห็นของจริง – อิงการวิจัย”

มาตรฐาน HA ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปีนี้มีกรอบข้อกำหนดและค่านิยมหลักที่ประยุกต์มาจากเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA/MBNQA) เป็นมาตรฐานที่เน้นกระบวนการและผลลัพธ์ รวมทั้งเน้นการนำมาตรฐานไปใช้อย่างเชื่อมโยงกันด้วยมุมมองเชิงระบบ

ในส่วน **P – Practice** ของ SPA สรพ.ได้จัดทำเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลในการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ ระบุถึงแนวคิดสำคัญที่ทีมงานควรศึกษาให้เข้าใจ ขั้นตอนในการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ การประเมินผล หรือเรียนรู้ที่ควรเกิดขึ้น ลงท้ายด้วยประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

การจะตอบแบบประเมินตนเองได้จึงต้องนำมาตรฐานไปปฏิบัติแล้วระยะหนึ่ง

เพื่อให้ก้าวหน้าขึ้นในการปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาล สรพ.ได้จัดทำ SPA โดยมีแนวคิดดังนี้

- เน้นการมีกิจกรรมหรือกระบวนการพื้นฐานและการใช้ประโยชน์ในขั้นต้น
- เรียนรู้จากการใช้ประโยชน์กิจกรรมหรือกระบวนการเหล่านั้น เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกิจกรรมหรือกระบวนการให้เป็นระบบยิ่งขึ้น
- กระบวนการที่เป็นระบบ (systematic approach) คือกระบวนการที่กำหนดขั้นตอน ผู้รับผิดชอบ และรอบเวลาดำเนินการที่ชัดเจน ทำให้สามารถทำซ้ำได้เหมือนเดิม มีการวัดและประเมินผลอย่างเหมาะสมเพื่อปรับปรุงกระบวนการนั้นให้ได้ผลดียิ่งขึ้น (ควรแยกแยะให้ชัดเจนระหว่างการปรับปรุงกระบวนการด้านการจัดการภายในองค์กร กับกระบวนการด้านการให้บริการ)
- สิ่งที่จะระบุว่าเป็นแนวทางในการดำเนินการในเอกสารชุดนี้เป็นข้อเสนอให้ผู้นำและทีมงานของ รพ.พิจารณาเท่านั้น ควรเลือกดำเนินการเฉพาะเท่าที่จะเป็นประโยชน์และเหมาะสมกับบริบทของ รพ. แต่อย่างน้อยควรนำมาสู่อะไรที่ตอบในประเด็นสำคัญที่ระบุไว้ได้
- จุดเน้นในการตอบแบบประเมินตนเอง คือบทเรียนและผลลัพธ์ของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ ซึ่งบทเรียนนั้นควรผ่านการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญร่วมกันในทีมงานที่เกี่ยวข้อง นั่นคือการเน้นในส่วนของ context และ study หรือ learning ในวงล้อ PDSA โดยไม่ต้องบรรยายวิธีการหรือหลักคิด เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระในการจัดทำเอกสาร

การตามรอย

สรพ. ได้จัดทำแนวทางเพื่อช่วยให้โรงพยาบาลได้ “เห็นของจริง” ว่ามีการนำมาตรฐานไปใช้ประโยชน์ได้เพียงใด โดยในขั้นแรกตั้งใจที่จะให้เป็นคู่มือสำหรับการเยี่ยมสำรวจภายใน (internal survey) แต่พบว่าการเยี่ยมสำรวจภายในของหลายโรงพยาบาลมีบรรยากาศที่ค่อนข้างจะเครียดและเน้นไปในทางการตรวจสอบมากกว่าการสร้างกระบวนการเรียนรู้ จึงนำเสนอแนวคิดเรื่องของการทำ self enquiry หรือการสืบค้นตนเอง และเพื่อมิให้มีชื่อเรียกที่เกิดความสับสนมากเกินไป จึงขอใช้ชื่อเรียกรวมๆ สำหรับกิจกรรมลักษณะนี้ว่า “การตามรอย” เป็นการตามรอยที่มุ่งเน้นรับรู้การปฏิบัติและการถอดบทเรียนเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

Enquiry มีความหมายในเชิงของการค้นหาความจริง การเจาะลึก การทำความเข้าใจกับสถานการณ์ อาจมีความใกล้เคียงไปทางการวิจัย

คำถามที่อยู่ในแนวทางฉบับนี้มีเป้าหมายเพื่อต้องการกระตุ้นให้เกิดการถอดบทเรียนจากงานที่ทีมงานของโรงพยาบาลได้ทำลงไป การร่วมกันตอบคำถามควรมีลักษณะของการสนทนามากกว่ามุ่งทำเอกสาร การตอบควรนึกถึงรูปธรรมที่แท้จริงๆ เพื่อจะได้สามารถเจาะลึกต่อจากเรื่องดังกล่าวได้ ไม่ควรตอบตามหลักการซึ่งไม่เกิดประโยชน์

บทเรียนที่เกิดขึ้นอาจมีได้หลายลักษณะ เช่น

- ความเข้าใจ
 - ไม่เข้าใจความหมายของมาตรฐานหรือเรื่องราวนั้นๆ
 - ไม่เข้าใจเป้าหมาย คุณค่า หรือประโยชน์ของสิ่งที่ทำอยู่
- ความก้าวหน้าของการดำเนินการ
 - ไม่สามารถนำแนวคิดและเครื่องมือมาสู่การปฏิบัติได้
 - มีการนำแนวคิดและเครื่องมือมาปฏิบัติ แต่ยังไม่ครอบคลุม ไม่ครบถ้วน ไม่ตรงประเด็น ดิดรูปแบบ
 - มีการปฏิบัติแล้วแต่ยังไม่ได้มีการประเมินผลว่าสิ่งที่ทำนั้นเกิดประโยชน์เพียงใด บรรลุเป้าหมายหรือไม่
 - มีการปฏิบัติและมีการประเมินผล
 - มีการปฏิบัติ การประเมินผล และนำผลการประเมินมาปรับปรุง
- บทเรียนเกี่ยวกับเนื้องาน
 - ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน และการใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว
 - สิ่งที่เป็นความสำเร็จ และสิ่งที่ยังต้องดำเนินการต่อ
- บทเรียนและคุณค่าทั่วไป
 - หลักคิดสำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ
 - ความรู้สึกของผู้เกี่ยวข้อง

คำถามที่จัดทำขึ้นสำหรับการตามรอยและการถอดบทเรียนนี้ เป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการสนทนา เมื่อนำเรื่องเล่ามาเล่าสู่กันฟัง จะเห็นประเด็นที่อยากพูดคุยกันต่อเนื่อง ถ้าเป็นไปได้ ควรเชื่อมโยงเรื่องเล่าเข้ากับ core values ของกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

สรรพ.หวังว่าแนวทางฉบับนี้จะช่วยให้ รพ.ต่างๆ ได้เข้าถึงหัวใจของมาตรฐาน HA ใช้ประโยชน์จากมาตรฐาน HA ได้อย่างเต็มศักยภาพ บรรลุเป้าหมายที่ รพ.กำหนดไว้ในรวดเร็วยิ่งขึ้น

I-1 การนำองค์กร

SPA I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)

ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ.

ก. วิสัยทัศน์และค่านิยม

(1) ผู้นำระดับสูงกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม. ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม ผ่านระบบการนำ ไปยังบุคลากรทุกคนและคู่พันธมิตรสำคัญ เพื่อนำไปปฏิบัติ. การปฏิบัติตนของผู้นำระดับสูงสะท้อนถึงความมุ่งมั่นต่อค่านิยมขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทบทวนพันธกิจ วิสัยทัศน์ ขององค์กร ตรวจสอบให้มั่นใจว่าวิสัยทัศน์นั้นจับใจ จำได้ ทำได้ เร้าใจ จุด ประกาย มีความหมายต่อทุกคน
- ผู้นำระดับสูงเทียบเคียงและเชื่อมโยงค่านิยมขององค์กรกับค่านิยมของ HA/HPH และนำไปใช้ประโยชน์
 - ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน
 - เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่างยึดติด
 - ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้ (ขยายความเป็น 18 ข้อ)
- ผู้นำระดับสูงมอบให้มีการจัดทำตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของการปฏิบัติตามค่านิยมเพื่อสื่อสารในองค์กร
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ถ่ายทอดวิสัยทัศน์และค่านิยมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนำไปปฏิบัติ โดยเชื่อมโยงกับบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันพิจารณาว่าจะนำค่านิยมขององค์กรและค่านิยมของ HA/HPH ไปปฏิบัติให้เห็นเป็นตัวอย่างได้อย่างไร
- ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความมุ่งมั่นของบุคลากรที่จะนำวิสัยทัศน์และค่านิยมมาสู่การปฏิบัติเพื่อผลการดำเนินงานที่ดีขององค์กร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การเทียบเคียงค่านิยมขององค์กรกับค่านิยมของ HA/HPH
- ตัวอย่างรูปธรรมของการปฏิบัติตามค่านิยมที่ใช้สื่อสารในองค์กร
- ตัวอย่างผลการดำเนินงานที่เป็นผลมาจากวิสัยทัศน์ ทั้งในระดับบริหารและระดับปฏิบัติ

- ผลการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความมุ่งมั่นของบุคลากรในการนำวิสัยทัศน์และค่านิยมมาสู่การปฏิบัติ

(2) ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมขององค์กรที่ส่งเสริม กำหนด และส่งผลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรมที่ดี. (นำไปประเมินรวมในหัวข้อ 1.2)

(3) ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลงาน, การบรรลุพันธกิจและวัตถุประสงค์ขององค์กร, การสร้างนวัตกรรม, ความคล่องตัวขององค์กร, การเรียนรู้ในระดับองค์กรและบุคลากร, สัมพันธภาพในการทำงานที่ดี, ความร่วมมือและการประสานบริการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลงานหรือการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น (1) การกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ และลำดับความสำคัญในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย (priority หรือเข็มมุ่งในแต่ละช่วงเวลา) (2) การสร้างหลักประกันว่าบริการที่จัดให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ (3) การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพด้วยการฝึกอบรมและให้โอกาส, การให้แนวทางและความช่วยเหลือ, การจัดอุปสรรคในการพัฒนา, การสร้างแรงจูงใจและให้รางวัล, การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น, การปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (4) และติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย (5) การส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบรรลุพันธกิจและวัตถุประสงค์ขององค์กร เช่น การกำหนดความคาดหวังที่ชัดเจน, การติดตามความก้าวหน้า, การให้ความช่วยเหลือในประเด็นที่เป็นความท้าทายมาก ๆ
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างนวัตกรรม เช่น การมีระบบข้อเสนอแนะ, การฝึกอบรมความคิดสร้างสรรค์, การส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมเชิงระบบ, การส่งเสริมให้แสวงหาและนำแนวคิดใหม่ๆ มาทดลองใช้
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความคล่องตัวขององค์กร เช่น การปรับเปลี่ยนข้อบังคับหรือแนวทางปฏิบัติเมื่อจำเป็น การให้อำนาจแก่ผู้บริหารระดับต้นในการตัดสินใจเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การทำให้ระบบงานต่างๆ มีความยืดหยุ่นมากขึ้น
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในระดับองค์กรและบุคลากร เช่น การจัดให้มีแหล่งข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ที่เข้าถึงได้ง่ายรวมทั้งการเรียนรู้ออนไลน์ผ่านระบบ internet, การส่งเสริมให้มีทักษะในการตั้งคำถามเพื่อแสวงหาความรู้ในงานประจำ, การส่งเสริมให้มีการรวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Community of Practice), การนำผลงานด้านการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล มาใช้เรียนรู้เพื่อการตัดสินใจในระดับองค์กร

- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อสัมพันธภาพในการทำงานที่ดี
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อความร่วมมือและการประสานบริการ เช่น การจัดโครงสร้างการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนระบบบริการเฉพาะโรคที่มีการประสานในทุกขั้นตอนและทุกจุดบริการ การเข้าร่วมแก้ไขปัญหาที่มีความอ่อนไหว (sensitive) ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างหน่วยงาน
- ประเมินบรรยากาศด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านการรับรู้ของบุคลากร และผลงานที่เกิดขึ้น และนำไปใช้วางแผนพัฒนาต่อเนื่อง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- วิธีการใหม่ ๆ หรือนวัตกรรมที่นำมาใช้ในการสร้างสิ่งแวดลอมและบรรยากาศ
- ผลการประเมินบรรยากาศในด้านต่าง ๆ ข้างต้น และแผนพัฒนาที่เกิดขึ้น

(4) ผู้นำระดับสูงสร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดเรื่องความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเป็นวัตถุประสงค์สำคัญในแผนกลยุทธ์
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการนำ Patient Safety Goals : SIMPLE มาศึกษา ปฏิบัติ และติดตาม ตามความเหมาะสม (ปฏิบัติให้มากที่สุด เลือกติดตามเท่าที่จำเป็น อาจจะใช้แนวคิดร่วมด้วยช่วยกัน One Staff One Issue แจกประเด็นความปลอดภัยให้บุคลากรที่อาสาสมัครไปติดตามการปฏิบัติในแต่ละประเด็น แล้วนำมารายงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ)
- ผู้นำทุกระดับสร้างความมั่นใจในระบบรายงานอุบัติการณ์ว่าจะไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้รายงาน ทั้งด้วยการกำหนดนโยบาย การทำความเข้าใจ และการปฏิบัติ
- ผู้นำระดับสูงจัดให้มี Patient Safety Leadership Walkround เพื่อสื่อสารทิศทางและค่านิยมในเรื่องความปลอดภัย รับทราบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากเจ้าหน้าที่
- ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้นำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาวิเคราะห์ (ทำ RCA ด้วยวิธีการที่เหมาะสม) และปรับปรุงระบบที่มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น (ใช้แนวคิด Human Factors Engineering)
- ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้ใช้การพูดคุยกันบ่อย ๆ อย่างสั้น ๆ ในทุกโอกาส เพื่อเพิ่มความตระหนักในเรื่องความเสี่ยง เช่น Morning Brief, Safety Brief, การทบทวนข้างเตียง, การส่งต่อระหว่างเวร
- ประเมินปัจจัยและตัวแปรสำคัญที่สะท้อนถึงการมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร เช่น ใช้ Patient Safety Culture Survey ของ AHRQ และนำผลที่ได้มาพิจารณาปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับปรุงที่เป็นผลจากการทำ Leadership Walkround
- ผลการประเมินระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

ข. การสื่อสารและจุดเน้นขององค์กร

- (1) ผู้นำระดับสูงสื่อสารกับบุคลากร, ให้อำนาจการตัดสินใจ, และจูงใจบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กร. ผู้นำระดับสูงกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารสองทางที่ตรงไปตรงมาทั่วทั้งองค์กร. ผู้นำระดับสูงมีบทบาทเชิงรุกในการให้รางวัลและการยกย่องชมเชย เพื่อหนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน, การมุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ, และการมุ่งเน้นผลงานที่ดี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนด/ทบทวนวิธีการสื่อสารกับบุคลากรในองค์กร (อาจจัดทำเป็นตารางแสดงถึงวิธีการสื่อสาร เนื้อหาที่สื่อสาร/กลุ่มเป้าหมาย ความถี่) รวมทั้งการสื่อสารไปสู่เครือข่ายที่ไม่เป็นทางการในองค์กร
- ผู้นำระดับสูงพิจารณาส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารสองทางเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษ
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจความมุ่งหมายของการให้อำนาจตัดสินใจ (empowerment) ในเชิงการบริหารจัดการ ว่ามุ่งให้อำนาจและความรับผิดชอบแก่บุคลากรเพื่อตัดสินใจ ณ จุดที่ใกล้ชิดผู้ป่วย / ผู้รับบริการมากที่สุด เพื่อช่วยให้บุคลากรสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย / ผู้รับบริการตั้งแต่เริ่มแรก รวมทั้งปรับปรุงกระบวนการและผลลัพธ์ของการทำงานในความรับผิดชอบของตน
- ผู้นำระดับสูงกำหนดขอบเขตการให้อำนาจตัดสินใจ (empowerment) แก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ตัวอย่างการตัดสินใจที่ผู้นำต้องการให้เกิดขึ้น รวมทั้งสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินความเข้าใจ (ผลของการสื่อสาร) ความมั่นใจ (ผลของการให้อำนาจตัดสินใจ) ความอยากทำ (ผลของการให้รางวัลและยกย่องชมเชย) ต่อทิศทางและจุดเน้นขององค์กรในด้าน การมุ่งเน้นผู้ป่วย การมุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัย การมุ่งเน้นผลงานที่ดี และนำผลการประเมินมาปรับปรุงการสื่อสาร การให้อำนาจตัดสินใจ การให้รางวัลและยกย่องชมเชย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาพรวมของวิธีการสื่อสารโดยสรุป
- ผลการประเมินประสิทธิผลของการสื่อสาร การให้อำนาจตัดสินใจ การให้รางวัลและยกย่องชมเชย รวมทั้งการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

- (2) ผู้นำระดับสูงกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติเพื่อปรับปรุงผลงาน การบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์ขององค์กร รวมทั้งระดับความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว. ผู้นำระดับสูงทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อระบุการดำเนินการที่จำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินการตามช่วงเวลาที่เหมาะสม วิเคราะห์ความก้าวหน้าในการพัฒนาตามแผน การบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์ขององค์กร นำผลการวิเคราะห์

มากำหนดจุดเน้นในการพัฒนา (หรือเข็มมุ่ง-Hoshin) ในแต่ละช่วงเวลา รวมทั้งระดับความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว (การกำหนดระดับความคาดหวังควรพิจารณาคุณค่าต่อผู้รับผลงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ อย่างสมดุล)

- ผู้นำระดับสูงสื่อสารจุดเน้นในการพัฒนาไปยังหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง ให้การสนับสนุนการนำจุดเน้นไปสู่การปฏิบัติ
- ผู้นำระดับสูงติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามจุดเน้น ให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- จุดเน้นของการพัฒนาที่เป็นผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล และระดับความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว
- บทเรียนหรือนวัตกรรมที่ผู้นำใช้กระตุ้นให้นำจุดเน้นไปสู่การปฏิบัติ
- ผลการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามจุดเน้น

Self Enquiry I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)

ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ.

การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจ core values เรื่อง visionary leadership
- ศึกษาและทำความเข้าใจ พันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม ของโรงพยาบาล จดจำ key word ที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
- ศึกษาวัตถุประสงค์ที่สำคัญและจุดเน้นในการพัฒนาขององค์กร
- ศึกษานโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และปัญหาความเสี่ยงที่สำคัญของโรงพยาบาล
- ทำความเข้าใจเป้าหมายของการสื่อสาร (เพื่อให้เข้าใจ), ให้อำนาจตัดสินใจ (เพื่อให้มั่นใจ), จูงใจ (เพื่อให้อยากทำ)
- ศึกษาจุดเน้นในการพัฒนาคุณภาพของ รพ.

กลุ่มเป้าหมาย:

ผู้ปฏิบัติงานและหัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ

ประเด็นคำถาม

การชี้แจงนำองค์กร

- ใช้ Key word ในพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม ซึ่งอาจจะปรับเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย ถามผู้ที่ถูกสัมภาษณ์ว่า ถ้อยคำเหล่านั้นมีความหมายต่อการทำงานของถูกสัมภาษณ์อย่างไร เช่น ผู้ถูกสัมภาษณ์ถูกคาดหวังให้ทำอะไร ผู้ถูกสัมภาษณ์คิดว่าสิ่งที่ตนทำสอดคล้องกับทิศทางเหล่านั้นอย่างไร หรือมีแผนที่จะทำอะไรเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยพยายามกระตุ้นให้ตอบในสิ่งที่เกี่ยวกับงานในหน้าที่ของผู้ถูกสัมภาษณ์
- ที่มาของความเข้าใจดังกล่าวมาจากการสื่อสารในช่องทางใด จากใคร หรือเห็นการปฏิบัติของใครเป็นตัวอย่างบ้าง
- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์สะท้อนความรู้สึกต่อพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยมของโรงพยาบาลอย่างอิสระ

การสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ

- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เล่าถึงบรรยากาศในการพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงาน ประเด็นที่นำมาพัฒนาครอบคลุมปัญหาต่างๆ ที่หน่วยงานเผชิญอยู่ครบถ้วนหรือไม่, มีความสอดคล้องกับหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงานเพียงใด, มีความสอดคล้องกับจุดเน้นขององค์กรอย่างไร, มีการสร้างนวัตกรรมในด้าน

ระบบงาน (การออกแบบระบบงานด้วยแนวคิดใหม่ ๆ) อย่างไร, การมีส่วนร่วมของทีมงานเป็นอย่างไร, ทีมงานได้ใช้การพัฒนาดังกล่าวในการเรียนรู้ของทีมอย่างไร

- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์วิเคราะห์ว่าบรรยากาศที่เกิดขึ้นนั้น เป็นผลมาจากปัจจัยอะไรบ้าง

วัฒนธรรมความปลอดภัย

- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์นึกถึงเหตุการณ์ที่เป็นความผิดพลาดหรืออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาไม่นานมานี้ ทบทวนดูว่าผู้เกี่ยวข้องมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ดังกล่าวอย่างไร ตั้งแต่ผู้ปฏิบัติงาน หัวหน้าหน่วยงาน ผู้ที่รับผิดชอบเรื่องความเสี่ยงของ รพ. และผู้บริหารระดับสูง
- เหตุการณ์ดังกล่าวนำมาสู่การปรับปรุงระบบงานอย่างไร ผู้ถูกสัมภาษณ์เห็นว่าการปรับปรุงดังกล่าวจะสามารถป้องกันปัญหาในลักษณะเดียวกันได้หรือไม่
- ผู้นำได้มาตรวจเยี่ยมและรับทราบปัญหาการปฏิบัติงานที่หน่วยงานบ้างหรือไม่ ถ้ามา ได้พูดคุยกันในประเด็นใดบ้าง มีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นจากการพูดคุยดังกล่าว

การสื่อสาร

- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทบทวนการสื่อสารที่ได้รับเกี่ยวกับการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน, การมุ่งเน้นคุณภาพ และความปลอดภัย, การมุ่งเน้นให้เกิดผลงานที่ดียิ่งขึ้น ว่าได้รับข้อมูลอะไรบ้าง จากช่องทางใด มีโอกาสซักถามเพื่อทำความเข้าใจเพียงใด และเห็นประเด็นเกี่ยวข้องกับงานที่ตนรับผิดชอบอยู่อย่างไร
- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ระบุว่าได้รับการเสริมพลัง (empower) ให้มีอำนาจตัดสินใจแก้ปัญหาหรือตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอะไรบ้าง ในการตัดสินใจดังกล่าวต้องการข้อมูลหรือสิ่งอื่นใดสนับสนุนบ้าง ได้รับการสนับสนุนอย่างไร
- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เล่าถึงการให้รางวัลและยกย่องชมเชยที่เกิดขึ้นในรอบปีที่ผ่านมา ผู้ถูกสัมภาษณ์มีความรู้สึกอย่างไรต่อวิธีการดังกล่าว

จุดเน้นขององค์กร

- จากจุดเน้นที่ รพ. กำหนด ผู้ถูกสัมภาษณ์เห็นความเชื่อมโยงกับงานของตนเองอย่างไร มีการนำจุดเน้นดังกล่าวมาสู่การปฏิบัติอย่างไร ได้รับการสนับสนุนในการนำมาปฏิบัติอย่างไร

SPA I-1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)

องค์กรแสดงถึงระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ สร้างความมั่นใจว่ามีการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม และมีส่วนสนับสนุนต่อสุขภาพของชุมชน.

ก. การกำกับดูแลกิจการ

(1) องค์กรทบทวนและแสดงให้เห็นระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ในด้านความรับผิดชอบต่อการกระทำของผู้บริหาร, ความรับผิดชอบต่อการเงิน, ความโปร่งใสในการดำเนินงาน, การตรวจสอบที่เป็นอิสระทั้งภายในและภายนอก, และการพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจระบบการกำกับดูแลกิจการ (governance system) ในบริบทขององค์กร (หมายถึงระบบที่อยู่เหนือคณะผู้บริหาร) เช่น
 - คณะกรรมการโรงพยาบาลเอกชนหรือองค์กรมหาชนที่มีอำนาจกำกับดูแลผู้บริหารโรงพยาบาล
 - ส่วนราชการต้นสังกัดของโรงพยาบาล รวมทั้งระบบการนิเทศงาน และการติดตามประเมินผลงานของโรงพยาบาลและผู้บริหาร
- ผู้นำระดับสูงทบทวนคุณค่าเพิ่มเติมที่ได้จากการติดตามประเมินผลและข้อเสนอแนะของระบบการกำกับดูแลกิจการ (รวมถึงระบบตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก), ติดตามการนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติ
- ผู้นำระดับสูงวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อข้อครหาในเรื่องความไม่โปร่งใสในการตัดสินใจของผู้บริหาร และดำเนินการเพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับทราบกระบวนการตัดสินใจและความโปร่งใสในการดำเนินงานของผู้บริหาร
- ผู้นำระดับสูงทบทวนพันธสัญญาและระบบรายงานระหว่างผู้กำกับดูแลกิจการ กับผู้บริหาร เพื่อให้มั่นใจว่าการรับรู้ผลการดำเนินงานสำคัญๆขององค์กรโดยผู้กำกับดูแลกิจการ และให้ข้อคิดเห็นป้อนกลับต่อผู้บริหาร
- ผู้นำระดับสูง อาจมอบหมายให้มีการสำรวจและรับเสียงสะท้อนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานของผู้บริหาร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- คุณค่าเพิ่มและการปรับปรุงระบบงานที่เป็นผลจากข้อเสนอแนะของระบบการกำกับดูแลกิจการ (รวมถึงระบบตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก)

(2) องค์กรประเมินผลงานของผู้นำทุกระดับ. ผู้นำระดับสูงใช้ผลการทบทวนเหล่านี้ไปปรับปรุงประสิทธิภาพของผู้นำแต่ละคน และประสิทธิภาพของระบบการนำ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูง กำหนด competency ในด้านการบริหารจัดการ (managerial competency) นำมาใช้ในการประเมินและพัฒนาผู้นำระดับต่างๆ
- ผู้นำระดับสูง ทบทวนและปรับปรุงประสิทธิผลของระบบการนำขององค์กร ในประเด็นต่อไปนี้ โดยใช้การทบทวนภายในกลุ่มผู้นำ และการรับเสียงสะท้อนจากบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
 - การจัดโครงสร้างองค์กรที่สอดคล้องกับเป้าหมายและหน้าที่
 - การกำหนดความคาดหวังต่อผลการดำเนินงานและการเน้นย้ำค่านิยม
 - กลไกการตัดสินใจของผู้นำ การสื่อสารและนำผลการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ
 - การเลือกสรรและพัฒนาผู้นำ / ผู้บริหาร
 - ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำในสายงานต่างๆ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับปรุงประสิทธิผลของระบบการนำที่เป็นผลมาจากการทบทวน
- Managerial competency ที่เป็นปัญหาร่วมของผู้นำระดับต่างๆ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

ข. พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม

(1) องค์กรระบุและคาดการณ์ถึงความเสี่ยง / ผลกระทบด้านลบต่อสังคม และความกังวลของสาธารณะ เนื่องมาจากบริการ / การดำเนินงานขององค์กร. องค์กรมีการเตรียมการเชิงรุกในประเด็นดังกล่าว รวมถึงการใช้กระบวนการที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสິงแวดล้อม. มีการกำหนดกระบวนการ ตัวชี้วัด และเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้มีการปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย รวมทั้งลดความเสี่ยงหรือผลกระทบด้านลบเหล่านั้น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการวิเคราะห์และคาดการณ์ในประเด็นสำคัญต่อไปนี้
 - กฎหมายและข้อบังคับที่องค์กรจะต้องปฏิบัติตาม และประเด็นที่ยังเป็นปัญหาขององค์กร
 - การคาดการณ์ความเสี่ยง ผลกระทบด้านลบต่อสังคม ความกังวลของสาธารณะ อันเนื่องมาจากการดำเนินงานขององค์กร
 - ความกังวลของสาธารณะ ควรครอบคลุมเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย การได้รับการบริการอย่างเท่าเทียมกันตามข้อบังคับทางการแพทย์ เป็นอย่างน้อย
 - โอกาสในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (เช่น นโยบายในเรื่อง recycle, การลดปริมาณขยะ, การประหยัดพลังงาน, นโยบาย green environment)
- ผู้นำระดับสูงกำหนดมาตรการสำคัญเพื่อตอบสนองต่อการวิเคราะห์ดังกล่าว กำหนดเป้าหมาย และวิธีการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (อาจจะใช้วิธีการประเมินเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพหรือร่วมกัน)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การประเมินผลการบรรลุเป้าหมายในเรื่องการปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ, ความเสี่ยง ผลกระทบด้านลบ และความกังวลของสาธารณะ, การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

(2) องค์กรส่งเสริมและสร้างความมั่นใจว่าจะมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรมในปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี มีการติดตามกำกับ และดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทำความเข้าใจในหลักจริยธรรมต่อไปนี้

| Personal Ethics (Morality) | Professional Ethics |
|---|--|
| ห่วงใยในความผาสุกของผู้อื่น | เป็นกลาง ใช้เหตุผล (impartiality; objectivity) |
| เคารพใน autonomy ของผู้อื่น | เปิดเผยข้อเท็จจริง (openness; full disclosure) |
| ซื่อสัตย์ จริ่งใจ (trustworthiness & honesty) | รักษาความลับ (confidentiality) |
| เต็มใจปฏิบัติตามกฎหมาย | Due diligence / duty of care |
| มีใจเที่ยงธรรม (basic justice; being fair) | ยึดมั่นในความรับผิดชอบของวิชาชีพ |
| ปฏิเสธที่จะใช้โอกาสเอาเปรียบผู้อื่น | หลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน |
| เมตตากรุณา (benevolence: doing good) | |
| ป้องกันอันตราย | |

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการวิเคราะห์โอกาสและลักษณะการเกิดปัญหาจริยธรรมในขั้นตอนต่างๆ ของการปฏิบัติงาน ทั้งในด้านคลินิกและด้านอื่นๆ โดยอย่างน้อยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ และระบุเฉพาะประเด็นที่มีโอกาสเป็นปัญหาขององค์กร
 - การคิดค่าบริการ
 - การประชาสัมพันธ์
 - จริยธรรมและความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ
 - การตัดสินใจยุติการรักษา
 - การรับไว้/การส่งต่อ
 - การวิจัย
 - การรักษาผู้มีบุตรยาก
 - การปลูกถ่ายอวัยวะ
 - การกระทำโดยมีผลประโยชน์ทับซ้อน

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้กำหนดมาตรการป้องกันการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมตามหลักจริยธรรม จัดให้มีระบบติดตามกำกับ และการดำเนินการเมื่อมีการฝ่าฝืน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการนำประเด็นที่ยากลำบากในการตัดสินใจเนื่องจากความไม่ลงตัวระหว่างมุมมองต่างๆ (เช่น การตัดสินใจการยุติการรักษา การเลือกช่วยชีวิตคนหนึ่งแต่ต้องสละโอกาสช่วยชีวิตอีกคนหนึ่ง) มาเรียนรู้ร่วมกัน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ประเด็นจริยธรรมที่องค์กรให้ความสำคัญ มาตรการป้องกันการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม
- บทเรียนจากการทบทวนกรณีที่ยากลำบากในการตัดสินใจ

Self Enquiry I-1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)

องค์กรแสดงถึงระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ สร้างความมั่นใจว่ามีการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม และมีส่วนสนับสนุนต่อสุขภาพของชุมชน.

การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจ core values เรื่อง visionary leadership, community/social responsibility, professional ethics
- ทำความเข้าใจความหมายของระบบการกำกับดูแลกิจการ (governance system) ในบริบทของ รพ. (หมายถึงระบบที่อยู่เหนือคณะผู้บริหาร) เช่น
 - คณะกรรมการโรงพยาบาลเอกชนหรือองค์การมหาชนที่มีอำนาจกำกับดูแลผู้บริหารโรงพยาบาล
 - ส่วนราชการต้นสังกัดของโรงพยาบาล รวมทั้งระบบการนิเทศงาน และการติดตามประเมินผลงานของโรงพยาบาลและผู้บริหาร
- ศึกษาข้อเสนอแนะจากผู้ตรวจสอบภายในและผู้ตรวจสอบภายนอก
- ทำความเข้าใจความหมายของระบบการนำ
 - การจัดโครงสร้างองค์กรที่สอดคล้องกับเป้าหมายและหน้าที่
 - การกำหนดความคาดหวังต่อผลการดำเนินงานและการเน้นย้ำค่านิยม
 - กลไกการตัดสินใจของผู้นำ การสื่อสารและนำผลการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ
 - การเลือกสรรและพัฒนาผู้นำ / ผู้บริหาร
 - ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำในสายงานต่างๆ
- ทำความเข้าใจหลักจริยธรรมต่อไปนี้

| Personal Ethics (Morality) | Professional Ethics |
|--|--|
| ห่วงใยในความผาสุกของผู้อื่น | เป็นกลาง ไร้เหตุผล (impartiality; objectivity) |
| เคารพใน autonomy ของผู้อื่น | เปิดเผยข้อเท็จจริง (openness; full disclosure) |
| ซื่อสัตย์ จริงใจ (trustworthiness & honesty) | รักษาความลับ (confidentiality) |
| เต็มใจปฏิบัติตามกฎหมาย | Due diligence / duty of care |
| มีใจเที่ยงธรรม (basic justice; being fair) | ยึดมั่นในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ |
| ปฏิเสธที่จะใช้โอกาสเอาเปรียบผู้อื่น | หลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน |
| เมตตาการุณา (benevolence: doing good) | |
| ป้องกันอันตราย | |

- วิเคราะห์ประเด็นปัญหาจริยธรรมที่มีโอกาสเกิดขึ้นในบริบทของ รพ. โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้เป็นจุดเริ่ม

- การคิดค่าบริการ, การประชาสัมพันธ์, จริยธรรมและความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ, การตัดสินใจยุติการรักษา, การรับไว้/การส่งต่อ, การวิจัย, การรักษาผู้มีบุตรยาก, การปลูกถ่ายอวัยวะ, การกระทำโดยมีผลประโยชน์ทับซ้อน

กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์:

ผู้นำและผู้ปฏิบัติงาน

ประเด็นคำถาม

ระบบการตรวจสอบภายในและภายนอก

- ถามผู้รับผิดชอบงานการเงิน งานพัสดุว่า จากข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบภายในและผู้ตรวจสอบภายนอก ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา ทางหน่วยงานได้มีการตอบสนองอย่างไรบ้าง ข้อเสนอแนะและการตอบสนองดังกล่าวทำให้ระบบงานของ รพ.ดีขึ้นอย่างไร

ระบบการนำ

- ผู้ถูกสัมภาษณ์มีความเห็นอย่างไรในประเด็นต่อไปนี้
 - การตัดสินใจของผู้นำในเรื่องที่มีความสำคัญ การใช้ความเห็นของผู้เกี่ยวข้องมาประกอบ
 - ความสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้าหน่วยงานที่ต้องการประสานงานหรือทำงานร่วมกัน
 - การสื่อสารทิศทางนโยบายผ่านผู้นำระดับต่างๆ
 - การทำให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจทิศทางและเป้าหมายของ รพ.ที่ต้องการบรรลุ

ผลกระทบด้านลบ การปฏิบัติตามกฎหมาย การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

- หน่วยงานของผู้ถูกสัมภาษณ์มีส่วนร่วมในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าอย่างไร
- จากประเด็นผลกระทบด้านลบและความกังวลของสาธารณะที่ผู้นำให้ความสำคัญ ทางหน่วยงานของผู้ถูกสัมภาษณ์มีการดำเนินงานอย่างไรเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว
- จากประเด็นกฎหมายและข้อบังคับที่ผู้นำให้ความสำคัญ เกี่ยวข้องกับหน่วยงานใดบ้าง ทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินการอย่างไร

การปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรม

- ขอให้เล่าถึงความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจริยธรรม และแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหา
- ขอให้เล่าถึงประสบการณ์ที่เป็นความยากลำบากในการตัดสินใจเนื่องจากความไม่ลงตัวระหว่างมุมมองต่างๆ (เช่น การตัดสินใจยุติการรักษา) และบทเรียนที่เกิดขึ้น

1 – 2 การบริหารเชิงกลยุทธ์

SPA I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1)

องค์กรกำหนดกลยุทธ์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองกับความท้าทายขององค์กร และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์

(1) ผู้นำระดับสูง ด้วยความร่วมมือของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ ดำเนินการวางแผนกลยุทธ์ตามขั้นตอนและใช้กรอบเวลาที่เหมาะสม. มีการวิเคราะห์และกำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์และข้อได้เปรียบขององค์กร. มีกระบวนการที่ช่วยให้องค์กรทราบถึงจุดอ่อนหรือจุดด้อยสำคัญที่อาจถูกมองข้าม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนทำความเข้าใจความหมายต่อไปนี้
 - ความหมายของ “กลยุทธ์” (strategy) ในเชิงกว้าง อาจเป็นผลมาจากหรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้: การจัดการใหม่, รายได้ที่เพิ่มขึ้น, การลงทุน, การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร, ความสัมพันธ์ใหม่ๆ กับบุคลากรหรืออาสาสมัคร, การเป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศ, การเป็นผู้นำในการวิจัย, การเป็นผู้ให้บริการเชิงบูรณาการ, การตอบสนองความต้องการของชุมชนหรือความต้องการด้านสาธารณสุข
 - การจัดทำกลยุทธ์ (strategy development) หมายถึงแนวทางที่องค์กรใช้เตรียมการสำหรับอนาคต ซึ่งอาจจะใช้วิธีการต่างๆ ในการคาดการณ์ พยากรณ์ ทางเลือก ฉากทัศน์ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น นำไปสู่การตัดสินใจและจัดสรรทรัพยากร
- ผู้นำระดับสูงทบทวนกระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล ในประเด็นต่อไปนี้
 - ขั้นตอนและกำหนดเวลาการจัดทำแผน
 - กรอบเวลาของแผน
 - ผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผน
 - ข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการจัดทำแผน
 - กลยุทธ์ที่ได้ มีผลต่อการตัดสินใจและจัดสรรทรัพยากรอย่างไร
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อสรุปสำคัญในเรื่อง
 - ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ขององค์กร (โรคและปัญหาสุขภาพ, ความอยู่รอดและความยั่งยืนขององค์กร, ทุนมนุษย์)
 - ข้อได้เปรียบขององค์กร

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันปรับเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีรับรู้ เพื่อให้ได้รับรู้ในสิ่งที่ไม่เคยรู้มาก่อน จุดที่เรามองไม่เห็นด้วยตัวเราเอง (potential blind spot) ซึ่งอาจจะเป็นทั้งศักยภาพ จุดอ่อน หรือโอกาสและสิ่งคุกคาม (SWOT) ก็ได้ โดยอาศัยวิธีการต่อไปนี้
 - การรับฟังจากภายใน ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารทุกคนมีโอกาสเสนอความคิดเห็น ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานสร้างความสัมพันธ์และรับฟังความต้องการของผู้รับผลงานด้วยวิธีการต่างๆ
 - การรับฟังหรือแสวงหาจากภายนอก ตรวจสอบสิ่งแวดล้อมภายนอก มองไปนอกองค์กร มองไปที่กิจการอื่น มองไปที่พื้นที่อื่น แลกเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศกับองค์กรอื่น นำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาพิจารณาอย่างสม่ำเสมอ และมีการตัดสินใจที่เหมาะสม
 - ทำทนายสมชิกในทีมให้มองผ่านสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนและลองใช้จินตนาการ พิจารณาว่าจุดแข็งขององค์กรจะเป็นจุดอ่อนได้อย่างไร และจุดอ่อนขององค์กรจะเป็นจุดแข็งได้อย่างไร
 - ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างที่เราไม่คาดฝันมาก่อนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา และใช้คำถามต่อไปนี้
 - วันนี้เราเรียนรู้อะไร ที่เราไม่เคยรู้มาก่อนเมื่อ 5 ปีที่แล้ว
 - คนอื่นมีการเตรียมตัวอย่างไร ในสิ่งที่เราไม่ได้เตรียมตัวไว้ก่อน
 - มีความผิดพลาดหรือการเสียโอกาสอะไรที่ดูเหมือนจะเกิดซ้ำได้อีก
 - วัฒนธรรมของเรามีข้อจำกัดอะไร
 - ประเด็นอะไรที่เป็นเรื่องที่น่ามาพูดคุยกันไม่ได้ในองค์กรแห่งนี้
 - แผนกลยุทธ์ซึ่งจัดทำขึ้นเมื่อ 5 ปีที่แล้วมีความเหมาะสมเพียงใด
 - มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างที่เราไม่ได้เตรียมตัวรับมือไว้สำหรับอนาคต (แม้เราจะคิดว่ามีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมากก็ตาม)
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ ดำเนินการวางแผนกลยุทธ์ตามขั้นตอนที่กำหนดไว้และอาศัยข้อมูลที่ประมวลมาได้

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับเปลี่ยนกระบวนการจัดทำกลยุทธ์ที่เกิดขึ้น
- สรุปความท้าทายเชิงกลยุทธ์และข้อได้เปรียบขององค์กร
- สรุป potential blind spot หรือสิ่งที่ไม่เคยรับรู้มาก่อน (อาจจะเป็น SWOT ตัวใดหรือหลายตัวก็ได้)

(2) ในกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ มีการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ / ชุมชนที่รับผิดชอบ, จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคามขององค์กร รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆ และความสามารถในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้เพื่อใช้ในการจัดทำกลยุทธ์

- ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ / ชุมชนที่รับผิดชอบ
 - ข้อมูลการมารับบริการ
 - ข้อมูลระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพในพื้นที่
- จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคาม ขององค์กร
- ปัจจัยอื่นๆ ที่จะมีผลต่อความสำเร็จขององค์กร
 - มุมมอง / ความคาดหวังของผู้รับบริการและชุมชน
 - วัฒนธรรม นโยบาย แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยและการป้องกันความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย
 - สภาพแวดล้อมด้านความร่วมมือ การแข่งขัน และความสามารถขององค์กรเปรียบเทียบกับองค์กรที่มีลักษณะคล้ายกัน
 - วงรอบชีวิต (life cycle) ของบริการสุขภาพ
 - นวัตกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีที่อาจมีผลต่อการจัดบริการ
 - ความต้องการขององค์กรในด้านบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆ
 - โอกาสที่จะปรับเปลี่ยนการใช้ทรัพยากรไปสู่บริการสุขภาพที่มีความสำคัญสูงกว่า
 - ความเสี่ยงทางการเงิน สังคม จริยธรรม กฎระเบียบข้อบังคับ เทคโนโลยี และความเสี่ยงอื่นๆ
 - ความสามารถในการป้องกันและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน
 - สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปของระบบบริการสุขภาพและเศรษฐกิจ
 - ปัจจัยอื่นๆ ที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับองค์กร
- ความสามารถในการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ
 - ความสามารถในการระดมทรัพยากรและความรู้ที่จำเป็น
 - ความคล่องตัวขององค์กรในการปฏิบัติตามแผนสำรอง
 - การปรับเปลี่ยนแผนและปฏิบัติตามแผนที่มีการปรับเปลี่ยน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญ
- SWOT ที่สำคัญ
- ปัจจัยอื่นๆ ที่สำคัญ

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

(1) มีการจัดทำวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญ และกรอบเวลาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เหล่านั้น. (นำเสนอวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญ)

- (2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองต่อความท้าทายที่สำคัญและใช้ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กร, ตอบสนองต่อสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มประชากรที่ให้บริการ และมีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น.
- (3) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งที่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจในความหมายของวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ว่าเป็นความมุ่งหมายที่ชัดเจนขององค์กร เป็นสิ่งที่องค์กรจะต้องบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาว เป็นการกำหนดทิศทางระยะยาวขององค์กร และใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กร วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์จะมุ่งเน้นทั้งภายนอกและภายในองค์กร เกี่ยวข้องกับโอกาสและความท้าทายที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ตลาด บริการ หรือเทคโนโลยี
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนว่าวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่กำหนดขึ้นนั้น
 - เป็นทิศทางระยะยาวขององค์กร เป็นสิ่งที่องค์กรต้องบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาวหรือไม่
 - สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กรได้หรือไม่
 - มีการกำหนดกรอบเวลาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ชัดเจนหรือไม่
 - มีการตอบสนองต่อความท้าทายที่สำคัญขององค์กรอย่างครบถ้วนหรือไม่
 - มีการใช้ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กรเพียงใด
 - ตอบสนองต่อสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มประชากรที่ให้บริการหรือไม่
 - มีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นหรือไม่
 - มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมหรือไม่
 - มุ่งไปที่ประเด็นสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กรหรือไม่ เช่น การเข้าถึงและตำแหน่งที่ตั้ง, การปรับบริการให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย (customization), ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร, การสร้างนวัตกรรมอย่างรวดเร็ว, การบริหารความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้รับบริการอื่นๆ, การใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และเทคโนโลยีสารสนเทศในกระบวนการดูแล, คุณภาพและความปลอดภัย, การสร้างเสริมสุขภาพ, การตอบสนองอย่างรวดเร็ว, การให้บริการในลักษณะบูรณาการ, การให้บริการที่มีต้นทุนต่ำ, การสร้างพันธมิตรและแนวร่วมใหม่ๆ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตารางสรุปแสดงความสัมพันธ์ของความท้าทายขององค์กร, วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์, กรอบเวลาและเป้าหมายที่ต้องการบรรลุในแต่ละช่วงเวลา (รวมทั้งตัวชี้วัดที่จะใช้ติดตาม)

Self Enquiry I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1)

องค์กรกำหนดกลยุทธ์ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองกับความท้าทายขององค์กร และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจ core values เรื่อง visionary leadership
- ทำความเข้าใจความหมายของกลยุทธ์ (strategy) ในเชิงกว้างว่าเป็นแนวทางที่องค์กรใช้เตรียมการสำหรับอนาคต อาจเป็นผลมาจากหรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้: การจัดบริการใหม่, การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร, การเป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศ, การเป็นผู้ให้บริการเชิงบูรณาการ, การตอบสนองความต้องการของชุมชนหรือความต้องการด้านสาธารณสุข
- ศึกษาความท้าทาย ข้อได้เปรียบ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของ รพ.
- ทำความเข้าใจตัวอย่างวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่จะตอบสนองความท้าทายและข้อได้เปรียบ เช่น การตอบสนอง การสร้างนวัตกรรม การบริหารความสัมพันธ์ บริการในลักษณะบูรณาการ การสร้างพันธมิตรและแนวร่วม คุณภาพและความปลอดภัย

กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์

- ผู้นำ ผู้รับผิดชอบเรื่องแผน หัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ

ประเด็นคำถามสำหรับผู้รับผิดชอบเรื่องแผนของ รพ.

- รพ. กำหนดกรอบเวลาในการจัดทำแผนประจำปีไว้อย่างไร, สามารถปฏิบัติตามกรอบเวลาที่กำหนดไว้หรือไม่
- มีการจัดเตรียมข้อมูลประกอบการทำแผนอย่างไร, ผู้บริหาร บุคลากร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีส่วนในการให้ข้อมูลหรือร่วมในการวางแผนอย่างไร
- มีการนำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม นโยบายของรัฐบาล แผนพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข และแผนของจังหวัด มาใช้ในการจัดทำแผนกลยุทธ์ของ รพ. อย่างไร
- มีบทเรียนจากการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ในช่วงการวางแผนกลยุทธ์อย่างไร อะไรคือข้อมูลสำคัญที่มีส่วนต่อการกำหนดกลยุทธ์ใหม่ๆ
- มีกระบวนการอย่างไรที่ทำให้มั่นใจว่าสามารถวิเคราะห์ความท้าทายเชิงกลยุทธ์และข้อได้เปรียบขององค์กรได้อย่างครอบคลุม
- วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของ รพ. มีการกำหนดกรอบเวลาที่จะบรรลุไว้อย่างไร กรอบเวลาและระดับที่คาดหวังมีความเหมาะสมหรือเป็นไปได้เพียงใด

- วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ตอบสนองความท้าทายที่สำคัญของ รพ. ได้ครบถ้วนเพียงใด มีการใช้ข้อได้เปรียบเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จของ รพ. อย่างไร
- วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของ รพ. ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของประชากรที่มาใช้บริการอย่างไร

ประเด็นคำถามสำหรับผู้นำ

- ปัญหาและความท้าทายในอนาคตที่สำคัญยิ่งในมุมมองของผู้นำคืออะไร กลยุทธ์ที่จะตอบสนองปัญหาและความท้าทายดังกล่าวคืออะไร
- อะไรคือจุดอ่อนหรือจุดด้อยสำคัญที่อาจถูกมองข้าม (potential blind spot) และถูกค้นพบในการวางแผนที่ผ่านมา วิธีการหรือกระบวนการที่ช่วยให้พบ potential blind spot ดังกล่าวคืออะไร
- กลยุทธ์ที่จัดทำขึ้นนั้น อะไรบ้างที่เป็นแก้ปัญหในปัจจุบัน อะไรบ้างที่เป็นการเตรียมการสำหรับอนาคต
- กลยุทธ์ที่จัดทำขึ้นนั้น จะตอบสนองความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มาใช้บริการให้ดีขึ้นได้อย่างไร
- อุปสรรคสำคัญที่จะทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามกลยุทธ์ได้ครบถ้วนมีอะไรบ้าง

ประเด็นคำถามสำหรับหัวหน้าหน่วยงาน

- ผู้ถูกสัมภาษณ์มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำกลยุทธ์อย่างไรบ้าง
- กระบวนการจัดทำกลยุทธ์ ทำให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ในอนาคตเพิ่มขึ้นอย่างไร

ประเด็นคำถามสำหรับผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ

- กลยุทธ์สำคัญที่จะทำให้เกิดความเข้มแข็งด้านงานสร้างเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วยคืออะไร

SPA I-2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2)

องค์กรถ่ายทอดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและการถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ

(1) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ, สร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เป็นผลจากแผนปฏิบัติการ. บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบแผนกลยุทธ์แต่ละแผน มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน / ระบบงานต่าง ๆ นำแผนกลยุทธ์ไปจัดทำแผนปฏิบัติการ และนำแผนไปปฏิบัติ
- ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน / ระบบงานต่าง ๆ วิเคราะห์ทิศทางในแผนกลยุทธ์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ร่วมกับบริบทหรือความต้องการของหน่วยงาน / ระบบงาน เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการที่มีเป้าหมายชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ระบุกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงเพื่อบรรลุเป้าหมาย ทรัพยากรที่ต้องใช้ และกำหนดเวลาแล้วเสร็จที่ชัดเจน ซึ่งสามารถติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุผลลัพธ์ได้
- ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน / ระบบงานต่าง ๆ ทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงาน สร้างความตระหนักในบทบาทของแต่ละคน ต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร และเป้าหมายที่หน่วยงานต้องรับผิดชอบ
- ผู้นำระดับสูงจัดให้มีกลไกในการสร้างความเข้าใจและติดตามประเมินการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานในรูปแบบต่าง ๆ เช่น เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตรวจเยี่ยมหน่วยงาน การรายงานความก้าวหน้า ฯลฯ
- ผู้นำระดับสูงสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการพัฒนา
 - วิเคราะห์ความยั่งยืนที่คาดหวัง เช่น วัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมการเรียนรู้
 - วิเคราะห์อุปสรรคต่อความยั่งยืนและปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืน และดำเนินการอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่างแผนปฏิบัติการในประเด็นที่ทำหายมาก ๆ
- ความยั่งยืนของการพัฒนาที่คาดหวังและการดำเนินการเพื่อสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนดังกล่าว

(2) องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่น ๆ เพียงพอที่จะนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติให้บรรลุผล. องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านการเงินและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแผนปฏิบัติการ. องค์กรจัดสรรทรัพยากรอย่างสมดุลเพื่อให้มั่นใจว่าจะมีทรัพยากรเพียงพอสำหรับสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงวิเคราะห์ความต้องการทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อนำแผนปฏิบัติไปปฏิบัติให้บรรลุผล พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับทรัพยากรดังกล่าว จัดหาทรัพยากรที่จำเป็น
- ผู้นำระดับสูงจัดลำดับความสำคัญและจัดสรรทรัพยากรให้แก่แผนงาน ระบบงาน และหน่วยงานต่างๆ อย่างสมดุล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับทรัพยากรด้านการเงินและทรัพยากรด้านอื่นๆ รวมทั้งแผนงานที่อาจจะได้รับผลกระทบ และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว

(3) มีการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการและนำแผนที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติ ในกรณีที่มีความจำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผน การบรรลุเป้าหมาย และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อพิจารณาความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในรอบปีที่ผ่านมาและที่มาของการปรับเปลี่ยนดังกล่าว

(4) องค์กรจัดทำแผนด้านทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ได้. แผนระบุผลกระทบที่มีโอกาสเกิดขึ้นต่อบุคลากร และโอกาสที่จะมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถของบุคลากรและระดับกำลังคนที่ต้องการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันทำความเข้าใจตัวอย่างแผนทรัพยากรบุคคลเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ เช่น
 - การออกแบบระบบงานใหม่เพื่อเพิ่มการให้อำนาจในการตัดสินใจแก่บุคลากร
 - แผนงานริเริ่มเพื่อส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพและผู้บริหาร
 - แผนงานริเริ่มเพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร
 - การปรับระบบบริหารค่าตอบแทนและการยกย่องชมเชย
 - แผนงานริเริ่มเกี่ยวกับการศึกษาและฝึกอบรม เช่น การพัฒนาผู้นำในอนาคต การสร้างความร่วมมือกับมหาวิทยาลัย การฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีใหม่ๆ
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องจัดทำแผนทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ อย่างเหมาะสมกับพันธกิจ / โครงสร้างองค์กร / ทรัพยากร สอดคล้องกับความต้องการด้านกำลังคนในปัจจุบันและในอนาคต

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปแผนทรัพยากรบุคคลที่สำคัญเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ

(5) มีการจัดทำตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผน. ระบบการวัดผลครอบคลุมประเด็นสำคัญ / ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด และหนุนเสริมให้ทั้งองค์กรมุ่งไปในทิศทางเดียวกัน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นสำคัญในแผนปฏิบัติการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผน (ถ้าเป็นไปได้ ควรใช้กรอบมาตรฐาน HA/HPH ตอนที่ IV เป็นตัวช่วยในการจัดกลุ่มของตัวชี้วัด)
- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกับทบทวนตัวชี้วัดที่ใช้อยู่และที่กำหนดขึ้นใหม่ ใช้แนวคิด dashboard ที่เลือกสรรตัวชี้วัดระดับสูงที่ครอบคลุมทุกแง่มุมจำนวนน้อยตัว และ cascade ไปสู่ระดับต่างๆ ในองค์กร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปตัวชี้วัดสำคัญทั้งหมดที่ผู้บริหารระดับสูงใช้ติดตามความก้าวหน้า โดยแสดงความสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์หรือเป้าหมายของแผนปฏิบัติการ

ข. การคาดการณ์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

องค์กรคาดการณ์ผลการดำเนินงานสำหรับตัวชี้วัดสำคัญในข้อ 2.2 ก (5) ตามกรอบเวลาของการวางแผน โดยพิจารณาจากเป้าประสงค์ ผลงานที่ผ่านมา และข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสม. องค์กรตอบสนองต่อความแตกต่างของผลงานเมื่อเทียบกับองค์กรที่ดำเนินงานหรือมีกิจกรรมในลักษณะใกล้เคียงกัน ทั้งความแตกต่างในปัจจุบันและความแตกต่างที่ได้จากการคาดการณ์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันคาดการณ์ผลการดำเนินงานสำหรับตัวชี้วัดในข้อ 2.2 ก(5) ในช่วงเวลาต่างๆ ตามกรอบเวลาของการวางแผน โดยพิจารณาข้อมูลต่อไปนี้
 - เป้าประสงค์ของแผน
 - ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
 - ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสม เช่น ผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ, ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน, ผลงานของคู่แข่ง, ผลงานที่เป็นเลิศ
- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันติดตามตัวชี้วัด วิเคราะห์ความแตกต่างของผลการดำเนินงาน และตอบสนองโอกาสพัฒนาต่างๆ
 - การคาดการณ์ที่แตกต่างจากองค์กรที่ดำเนินงานในลักษณะใกล้เคียงกัน

- ระดับผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามการคาดการณ์
- ระดับผลการดำเนินงานในปัจจุบันที่แตกต่างจากองค์กรที่ดำเนินงานในลักษณะใกล้เคียงกัน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การคาดการณ์ผลการดำเนินงาน การเปรียบเทียบ และการตอบสนองโดยผู้บริหารระดับสูง

Self Enquiry I-2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2)

องค์กรถ่ายทอดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์.

การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจ core values เรื่อง focus on results, focus on staff, teamwork, empowerment, learning
- ศึกษาวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของ รพ.
- ศึกษาผู้รับผิดชอบแผนกลยุทธ์แต่ละแผน และเลือกแผนกลยุทธ์ที่ต้องการสัมภาษณ์

กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์

- ผู้รับผิดชอบแผนกลยุทธ์
- หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้าหน่วยงาน
- ผู้ปฏิบัติงาน

ประเด็นคำถามสำหรับผู้รับผิดชอบแผนกลยุทธ์แต่ละแผน

- แผนปฏิบัติการสำหรับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่รับผิดชอบนั้น ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่กำหนดไว้เพียงใด มีความเฉพาะเจาะจงต่อสิ่งที่ต้องการบรรลุเพียงใด มีการกำหนดช่วงเวลาที่ต้องทำให้แล้วเสร็จหรือไม่
- การเปลี่ยนแปลงสำคัญในกลยุทธ์ดังกล่าวคืออะไร จะทำให้อยู่ยืนได้อย่างไร
- มีการเตรียมการด้านทรัพยากรบุคคลอย่างไรเพื่อปฏิบัติตามแผน
- ตัวชี้วัดที่สามารถบ่งบอกถึงความก้าวหน้าในแผนเรื่องนี้เป็นอย่างไร มีการประมวลผลจากตัวชี้วัดในระดับหน่วยย่อยอย่างไร มีการคัดเลือกให้เหลือตัวชี้วัดเท่าที่จำเป็นอย่างไร
- มีการนำตัวชี้วัดที่แสดงผลงานที่ผ่านมา และตัวชี้วัดในเรื่องเดียวกันขององค์กรอื่น มาพิจารณาเพื่อกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานในอนาคตอย่างไร

ประเด็นคำถามสำหรับหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้าหน่วยงาน

- เลือกว่าวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่น่าจะเกี่ยวข้องของหน่วยงานที่ผู้ถูกสัมภาษณ์รับผิดชอบ ขอดูแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ดังกล่าว รวมทั้งวิธีการในการติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุความสำเร็จ

ประเด็นคำถามสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

- เลือกวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับผู้ถูกสัมภาษณ์นี้มาพูดคุยว่าผู้ถูกสัมภาษณ์จะมีบทบาทในการบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวอย่างไร

1-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

SPA I-3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF.1)

องค์กรเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานของตน เพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว.

ก. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

(1) องค์กรระบุการจำแนกส่วน ของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน กลุ่มผู้รับผลงาน และตลาดบริการสุขภาพ. องค์กรกำหนดว่าจะมุ่งเน้นบริการสุขภาพสำหรับส่วนใดของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน กลุ่มผู้รับผลงาน และตลาดบริการสุขภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องต้องทำความเข้าใจเป้าหมายและแนวทางการจำแนกส่วนผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน
 - เป้าหมายของการจำแนกส่วนเพื่อ
 - กำหนดวิธีการรับฟังความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม
 - รับรู้ความต้องการและความคาดหวังที่แตกต่างกันในผู้ป่วย / ผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม เพื่อสามารถตอบสนองได้อย่างเหมาะสม
 - กำหนดกลุ่มผู้ป่วย / ผู้รับผลงานที่จะมุ่งเน้นหรือต้องใส่ใจเป็นพิเศษ (เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความต้องการที่ซับซ้อน หรือเป็นกลุ่มที่มีความหมายต่อความอยู่รอดของ รพ.)
 - การจำแนกส่วนอาจจำแนกได้ตามภูมิศาสตร์ ตามช่องทางการให้บริการ ตามเทคโนโลยีที่ใช้ ตามระบบประกันสุขภาพ ตามหน้าที่ในการให้บริการ (เพื่อบริการสังคม กับสร้างรายได้ให้ รพ.) ฯลฯ
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องจำแนกส่วนผู้ป่วย / ผู้รับผลงานที่มีความหมายกับ รพ. ไม่ลืมที่จะพิจารณาผู้รับผลงานอื่นๆ ที่มีใช้ผู้รับบริการด้วย เช่น ผู้จ่ายเงิน นักศึกษา ชุมชน
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานพิจารณากลุ่มที่จะมุ่งเน้นหรือต้องใส่ใจเป็นพิเศษ พร้อมทั้งทำความเข้าใจเหตุผลที่ต้องมุ่งเน้นร่วมกัน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการจำแนกผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเป็นกลุ่มต่างๆ ที่มีความหมายต่อ รพ.
- กลุ่มผู้ป่วย / ผู้รับผลงานที่ รพ. จะมุ่งเน้นหรือใส่ใจเป็นพิเศษ พร้อมทั้งเหตุผลประกอบ

- (2) องค์กรรับฟังและเรียนรู้ ความต้องการและความคาดหวัง ของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน รวมทั้งระดับความสำคัญต่อ การตัดสินใจเลือกใช้บริการของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน. วิธีการรับฟังเหมาะสมกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน แต่ละกลุ่ม. มีการนำความรู้นี้ไปใช้ในการวางแผนจัดบริการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจวิธีการรับฟังและเรียนรู้ ว่าอาจจะได้แก่ การสำรวจ การ วิจัยตลาด การใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยา การสนทนากลุ่ม การใช้ข้อมูลจาก web และการใช้ข้อมูลจากแหล่ง อื่นๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจแสวงหาบริการสุขภาพ
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องกำหนดวิธีการรับฟัง / เรียนรู้ ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการรับฟัง / เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน โดยมุ่งให้ได้ข้อมูลตรงจากผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนความต้องการ ลึกๆ (ทั้งด้านบริการทั่วไปและบริการทางคลินิก) ของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการ พัฒนาได้
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับความต้องการที่เป็นปัญหาสุขภาพซึ่งประชาชนอาจจะไม่ทราบ หรือไม่รู้ เช่น พฤติกรรมสุขภาพต่างๆ¹ เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาออกแบบบริการที่สอดคล้องกับปัญหา
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์และสรุปความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ทำความ เข้าใจเหตุผลของความแตกต่างระหว่างผู้ป่วย / ผู้รับผลงานว่าเกิดจากอะไร มีความน่าเชื่อถือเพียงใด เป็น ข้อมูลที่สะท้อนความต้องการลึกๆ อย่างแท้จริงหรือยัง นำเสนอให้ผู้้นำระดับสูงรับทราบเพื่อมอบหมายให้ ผู้เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ
- ผู้นำระดับสูงติดตามการนำความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยไปใช้ประโยชน์ ตั้งคำถามกับตัวเอง ว่าการใช้ประโยชน์ที่ดำเนินการไปนั้นเพียงพอหรือไม่ที่จะสร้างศรัทธา ความเชื่อมั่น และภูมิคุ้มกันต่อ รพ. ข้อมูลที่ได้รับจากการรับฟังนั้นเพียงพอหรือไม่ที่จะทำให้ทีมงานเข้าใจผู้ป่วยและตอบสนองได้อย่างแท้จริง
 - ตัวอย่างวิธีการในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น เสมือนญาติมิตรอย่างง่ายๆ คือการใช้ Momma Test ให้เจ้าหน้าที่ตั้งคำถามว่าถ้าผู้ป่วยรายนี้เป็น แม่ของตัวเอง จะพอใจกับการดูแลที่เป็นอยู่หรือไม่ ถ้าไม่พอใจจะอย่างไร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- วิธีการรับฟังและเรียนรู้ ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม, พร้อมทั้งตัว อย่างการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังที่ทีมงานได้รับรู้

¹ ตัวอย่าง เกษตรกรเป็นโรคปวดหลังมาก อาจจะทำการวิจัยสำรวจว่าเกษตรกรทำงานกันอย่างไรจึงปวดหลัง ทำอย่างไรจึง จะไม่ปวด แล้วนำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ควรเกิดขึ้นมาออกแบบบริการ

- แนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไปของความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

(3) องค์กรใช้ความเห็นและเสียงสะท้อนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเพื่อเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมากขึ้น, ตอบสนองความต้องการและทำให้ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน พึงพอใจมากขึ้น, และเพื่อค้นหาโอกาสสร้างนวัตกรรม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ว่าการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ที่ควรจะเป็นและเป็นไปได้ มีลักษณะอย่างไร (อาจจะใช้เทคนิค Appreciative Inquiry เพื่อนำสิ่งที่ทีมงานเคยทำได้ในบางพื้นที่มาเป็นจุดตั้งต้น)
- ผู้นำระดับสูงจัดเวทีให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่าจะทำให้เกิดสิ่งต่อไปนี้ได้อย่างไร
 - การมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมากขึ้น
 - การทำให้ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมีความพึงพอใจมากขึ้น
 - การสร้างนวัตกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานให้มากขึ้น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องนำข้อมูลที่ได้จากการแสดงความคิดเห็นร่วมกันไปวางแผนและดำเนินการตามความเหมาะสม
- ผู้นำระดับสูงติดตามผลการดำเนินการตามแผน และมอบหมายให้มีการวิเคราะห์ข้อมูลดูความสัมพันธ์ระหว่างการปรับปรุง กับเสียงสะท้อนหรือความพึงพอใจของผู้รับผลงาน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การเปลี่ยนแปลงและนวัตกรรมที่แสดงว่าองค์กรมีการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมากขึ้น
- เสียงสะท้อนหรือความพึงพอใจของผู้รับผลงาน และความสัมพันธ์กับการปรับปรุงต่างๆ (อาจใช้กราฟแสดงแนวโน้มของระดับความพึงพอใจในแต่ละช่วงเวลาที่ยี่กว่ารายปี เช่น เป็นรายเดือนหรือราย 3 เดือน และระบุถึงการปรับปรุงสำคัญในแต่ละช่วงเวลา)

(4) องค์กรปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้ให้ทันความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้ และให้มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ (กำหนดขั้นตอน ผู้รับผิดชอบและช่วงเวลาที่จะดำเนินการ อย่างชัดเจน, มีการฝึกอบรมอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น, มีการติดตามประเมินผลที่เป็นระบบเพื่อนำมาสู่การปรับปรุง)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้

Self Enquiry I-3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF.1)

องค์กรเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานของตน เพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว.

การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจแนวทางการจำแนกส่วนผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เช่น การจำแนกตามภูมิศาสตร์ ตามช่องทาง การให้บริการ ตามเทคโนโลยีที่ใช้ ตามระบบประกันสุขภาพ ตามหน้าที่ในการให้บริการ (เพื่อบริการสังคม กับสร้างรายได้ให้ รพ.)
- ทำความเข้าใจวิธีการรับฟังและเรียนรู้ ว่าอาจจะได้แก่ การสำรวจ การใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยา การสนทนากลุ่ม การใช้ข้อมูลจาก web และการใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจแสวงหาบริการสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์

- ผู้รับผิดชอบด้านผู้ป่วย/ลูกค้าสัมพันธ์ในภาพรวมของ รพ.
- ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

ประเด็นคำถามผู้รับผิดชอบด้านผู้ป่วย/ลูกค้าสัมพันธ์ในภาพรวมของ รพ.

- มีการใช้ประโยชน์จากการจำแนกส่วน (segment) ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ในการทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และการกำหนดส่วนที่มุ่งเน้นอย่างไร
- การจำแนกส่วนทำให้เห็นลักษณะร่วมในความต้องการและความคาดหวังของแต่ละกลุ่มเพียงใด
- มีบทเรียนจากวิธีการรับฟังความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างไร วิธีที่เหมาะสมในการรับฟังสำหรับแต่ละกลุ่มเป็นอย่างไร
- ทาง รพ.ได้ใช้วิธีการรับฟังที่หลากหลายเพียงใด มีช่องทางรับฟังใดที่มีโอกาสใช้เพิ่มขึ้น
- มีการนำความรู้เกี่ยวกับความต้องการ ความคาดหวัง ข้อคิดเห็น เสียงสะท้อนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ไปใช้ประโยชน์อย่างไร

ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

- หากจะจัดกลุ่มผู้ป่วยตามลักษณะความต้องการที่คล้ายคลึงกันสำหรับหน่วยงานนี้ ควรจะจัดกลุ่มอย่างไร
- จากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา วิธีการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่ดีที่สุดคืออะไร
- อะไรคือความต้องการที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยและญาติ (ในมุมมองของผู้ถูกสัมภาษณ์ และจากข้อมูลที่หน่วยงานประมวลผลไว้) มีการตอบสนองความต้องการดังกล่าวอย่างไร
- ถ้าจะให้ผู้ป่วยมีศรัทธา เชื่อมั่น ไว้วางใจต่อบริการของ รพ.ยิ่งขึ้น อะไรคือการเปลี่ยนแปลงที่มีความจำเป็น

SPA I-3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (PCF.2)

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา ความพึงพอใจ และความร่วมมือ. มีการประเมินและนำข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมาใช้ปรับปรุงการดำเนินงาน.

ก. การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

(1) องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความต้องการ, เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา, และเพื่อให้ได้รับความร่วมมือ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจว่าโอกาสในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมีระดับใดบ้าง เช่น
 - ระดับบุคคลระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้รับบริการ ตั้งแต่จุดแรกที่ผู้รับบริการมาถึง และโดยผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ
 - ระดับองค์กรกับตัวแทนของผู้รับบริการ
 - ระดับองค์กรกับผู้รับผลงานอื่นๆ เช่น ผู้จ่ายเงิน
- ผู้นำระดับสูงจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์และหา good practice ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงานแต่ละระดับ (อาจจะใช้เทคนิค Appreciative Inquiry หรือ dialogue) คัดเลือกวิธีการที่สมควรได้รับการขยายผล และมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบดำเนินการขยายผล
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการทำ mini-research เพื่อตอบคำถามเหล่านี้ (ถ้าเป็นไปได้) และนำผลไปใช้ปรับปรุงการสร้างความสัมพันธ์
 - ผู้รับบริการมีความรู้สึกอย่างไรต่อปฏิสัมพันธ์ที่ผู้ให้บริการ ณ จุดต่างๆ แสดงออกต่อตน
 - ระดับความร่วมมือในการบำบัดรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว (ทั้งการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล การตัดสินใจ และการปฏิบัติตามแผน) เป็นอย่างไร ผู้ป่วยกลุ่มใดที่ยังเป็นปัญหาอยู่ มีโอกาสพัฒนาขึ้นได้อย่างไร
 - ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อมั่นศรัทธาของผู้รับบริการมีอะไรบ้าง รพ.สามารถปรับปรุงปัจจัยดังกล่าวอย่างไรได้บ้าง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในระดับต่างๆ และมีการนำไปใช้ทั่วทั้ง รพ.

(2) มีช่องทางสำหรับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ค้นหาข้อมูลข่าวสาร ขอรับบริการ และเสนอข้อร้องเรียน. องค์กรจัดทำข้อกำหนดที่พึงปฏิบัติสำหรับช่องทางการติดต่อแต่ละรูปแบบและสร้างความมั่นใจว่าข้อกำหนดดังกล่าวได้รับการนำไปปฏิบัติโดยบุคลากรทุกคนและในทุกขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง. มีการแสดงถึงความรับผิดชอบต่อสาธารณะในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการและคุณภาพบริการ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนประสิทธิภาพของช่องทางต่างๆ ที่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานติดต่อกับ รพ. ต่อไปนี้
 - ช่องทางการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและบริการของ รพ.
 - ช่องทางการขอรับบริการจาก รพ.
 - ช่องทางการเสนอข้อร้องเรียน
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาช่องทางต่างๆ ให้มีความหลากหลายยิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ เช่น
 - การค้นหาข้อมูลทาง internet ซึ่งมีข้อมูลต่างๆ ที่ผู้รับบริการต้องการ
 - การขอรับบริการด้วยระบบนัด การเพิ่มช่องทางให้บริการต่างๆ เช่น การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การให้บริการร่วมกับชุมชน ฯลฯ
 - ช่องทางในการเสนอข้อร้องเรียนที่สะดวกและมีประสิทธิภาพ เช่น การมองหาผู้รับบริการที่มีโอกาสเกิดปัญหาหรือความไม่พึงพอใจในเชิงรุก, การมี patient representative, การใช้ voice record และการมีระบบตอบสนองที่มีประสิทธิภาพ (ดูข้อต่อไป)
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องจัดทำแนวทางปฏิบัติมาตรฐานสำหรับช่องทางการติดต่อต่างๆ ข้างต้นสื่อสารและติดตามให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตาม
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องประเมินประสิทธิผลของช่องทางการติดต่อต่างๆ และพัฒนาให้เป็นระบบยิ่งขึ้น
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับบริการและคุณภาพบริการที่สมควรเผยแพร่ต่อสาธารณะ ตลอดจนช่องทางต่างๆ ที่จะใช้เผยแพร่ มอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการ
 - ข้อมูลบริการและวิธีการเข้าถึงบริการ
 - ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพของประชาชน
 - ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการของ รพ.ที่สามารถเผยแพร่ได้

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ช่องทางการติดต่อสำหรับผู้รับบริการที่ รพ.มีให้ และประสิทธิผลของช่องทางดังกล่าว
- ข้อมูลเกี่ยวกับบริการและคุณภาพบริการที่ รพ.เผยแพร่ต่อสาธารณะ

(3) องค์กรจัดการกับคำร้องเรียนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผลและทันเวลาที่. มีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจกำหนดเป้าหมายของระบบการจัดการกับคำร้องเรียนของผู้รับบริการ (customer complaint management system) ว่าเพื่อปรับเปลี่ยนประสบการณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการให้เป็นประสบการณ์เชิงบวก
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องจัดระบบการจัดการกับคำร้องเรียนของผู้รับบริการ
 - การฝึกอบรมและสร้างความตระหนักแก่บุคลากรทุกระดับ
 - การจัดตั้งและฝึกอบรมทีมงานลูกค้าสัมพันธ์หรือทีมงานประสานความเข้าใจตามความเหมาะสม
 - การตอบสนองเบื้องต้น ณ จุดรับบริการ เมื่อมีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่พึงพอใจ
 - การสืบค้น แก้ปัญหา และแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบ
 - การดำเนินการในกรณีที่เกิดความสูญเสียรุนแรง
 - การประเมินผลการตอบสนองแต่ละราย (ความรวดเร็วในการตอบสนอง ระดับการแก้ปัญหาจากมุมมองของผู้รับบริการและมุมมองของเจ้าหน้าที่)
 - การจัดระบบรวบรวมข้อมูล
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์คำร้องเรียนอย่างสม่ำเสมอ (เช่น ลักษณะคำร้องเรียน ความถี่ แนวโน้ม และอาจรวมไปถึงการวิเคราะห์ root cause) นำมาจัดลำดับความสำคัญ สื่อสาร เพื่อให้มีการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์คำร้องเรียนที่มีลักษณะต่อไปนี้เป็นพิเศษ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพในประเด็นดังกล่าวอย่างจริงจัง
 - คำร้องเรียนที่สะท้อนถึงจุดอ่อนในระบบการดูแลผู้ป่วยของ รพ. (แม้จะมีเพียงน้อยราย)
 - คำร้องเรียนที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และไม่มีแนวโน้มลดลง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินการตอบสนองคำร้องเรียน
- ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียนและแนวโน้ม
- การพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นเนื่องจากคำร้องเรียน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

(4) องค์กรปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์และช่องทางการติดต่อกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสพัฒนาในการสร้างความสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อ และระบบจัดการกับคำร้องเรียน โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
 - ความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง
 - การบรรลุผลสัมฤทธิ์ของวิธีการที่ใช้อยู่
 - การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น (เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร แนวโน้มของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ)
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการพัฒนาตามโอกาสที่วิเคราะห์ได้

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การพัฒนาการสร้างความสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อ และระบบจัดการกับคำร้องเรียน โดยระบุที่มาและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ข. การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

(1) มีการประเมินความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน และใช้ข้อมูลนี้เพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน. วิธีการวัดผลเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย / ผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม และได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการประเมินความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ โดยพิจารณาวิธีการวัดผลให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม
 - การประเมินความพึงพอใจ อาจจะใช้การสำรวจ การรับเสียงสะท้อนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การรับข้อร้องเรียน
 - การเก็บข้อมูลอาจจะใช้ internet การติดต่อกับบุคคลโดยตรง การใช้หน่วยงานที่สาม หรือโดยไปรษณีย์
 - เนื่องจากคะแนนความพึงพอใจจะมีปัญหาในเรื่องของความน่าเชื่อถือ การให้ความสำคัญกับการติดตามอัตราความพึงพอใจในระดับที่มากที่สุดหรือ top box อาจจะเป็นประโยชน์มากกว่าการติดตามค่าเฉลี่ย และควรให้ความสำคัญกับหัวข้อประเมินที่ได้คำตอบความไม่พึงพอใจมากกว่าหัวข้ออื่นๆ ว่ามีสาเหตุจากอะไร

- ควรกำหนดวิธีการสุ่มตัวอย่างที่ทำให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ใช้จำนวนที่เหมาะสมที่จะไม่เป็นภาระ ดำเนินการในภาพรวมของ รพ. แต่สามารถให้ข้อมูลเฉพาะสำหรับแต่ละหน่วยได้
- ผู้นำระดับสูงสร้างความมั่นใจว่าผู้เกี่ยวข้องนำประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาไปดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความแตกต่างของวิธีการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจในผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม
- ผลการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ
- การพัฒนาที่เป็นผลมาจากการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ

(2) มีการติดตามผลหลังการเข้ารับบริการจากผู้ป่วย / ผู้รับผลงานทันที เพื่อให้ได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้องพิจารณา กำหนดวิธีการติดตามผลหลังการเข้ารับบริการ เพื่อให้ได้ actionable feedback
 - การติดตามข้อมูลป้อนกลับอาจมีส่วนที่ควบไปกับการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ
 - ควรมีระบบที่ proactive ในการติดตามข้อมูลป้อนกลับ โดยมุ่งเน้นไปที่กลุ่มที่มีศักยภาพในการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และกลุ่มที่คาดว่าจะได้รับบริการที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง
 - ระยะเวลาในการติดตาม ควรดำเนินการทันทีเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ
 - วิธีการในการติดตามอาจจะเป็นการใช้โทรศัพท์ การใช้เครือข่ายหน่วยบริการในพื้นที่ การรับฟังจากชุมชน ฯลฯ
- ผู้นำระดับสูงสร้างความมั่นใจว่าผู้เกี่ยวข้องนำประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาไปดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- วิธีการติดตามผล ข้อมูลที่ได้รับ การปรับปรุงระบบบริการที่เกิดขึ้น

(3) องค์กรปรับปรุงวิธีการประเมินความพึงพอใจให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสพัฒนาในการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ และการรับข้อมูลป้อนกลับจากผู้รับบริการ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
 - ความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง
 - การบรรลุผลสัมฤทธิ์ของวิธีการที่ใช้อยู่

- การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น (เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร แนวโน้มของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ)
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการพัฒนาตามโอกาสที่วิเคราะห์ได้

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การพัฒนาวิธีการประเมินความพึงพอใจและติดตามข้อมูลป้อนกลับ
-

Self Enquiry I - 3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (PCF.2)

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา ความพึงพอใจ และความร่วมมือ. มีการประเมินและนำข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมาใช้ปรับปรุงการดำเนินงาน.

การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจ core values เรื่อง patient / customer focus
- ทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องช่องทางการขอรับบริการ ที่สะดวก รวดเร็ว สำหรับผู้รับบริการ เช่น การมีระบบนัดหมายล่วงหน้า การสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับบริการต่างๆ
- ศึกษาการจัดกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานของ รพ.

กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์:

ผู้รับผิดชอบด้านผู้ป่วย/ลูกค้าสัมพันธ์และผู้ปฏิบัติงาน

ประเด็นคำถามผู้รับผิดชอบด้านผู้ป่วย/ลูกค้าสัมพันธ์

- รพ. มีการพัฒนาช่องทางการขอเข้ารับบริการอย่างไร เพื่อความสะดวก รวดเร็ว ลดความแออัด
- รพ. มีระบบการจัดการกับคำร้องเรียนและติดตามการตอบสนองคำร้องเรียนอย่างไร
- จากคำร้องเรียนที่เกิดขึ้น ทำให้เห็นแนวโน้มของความต้องการและความคาดหวังที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร
- มีบทเรียนจากการประเมินความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอย่างไร
- มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลความไม่พึงพอใจอย่างไร
- มีวิธีการอย่างไรที่จะทำให้ข้อมูลที่ได้รับ นำไปสู่การปรับปรุงระบบงานที่เกี่ยวข้อง มีการติดตามการปรับปรุงอย่างไร

ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงาน

- วิธีที่มีความไวที่สุดในการรับทราบความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการคืออะไร
- มีการเก็บรวบรวมประเด็นที่ไม่พึงพอใจและข้อร้องเรียนต่างๆ ที่ผู้รับบริการแสดงออก และนำมาดำเนินการอย่างไร
- มีบทเรียนในเรื่องการจัดการกับคำร้องเรียนที่ผู้รับบริการมีต่อหน่วยงานอย่างไรบ้าง
- มีบทเรียนในเรื่องการสร้างความสัมพันธ์เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นศรัทธาและความร่วมมืออย่างไร
- มีบทเรียนในการรับทราบเสียงสะท้อนจากผู้ป่วย/ครอบครัวหลังจากเข้ารับบริการอย่างไร มีการตอบสนองอย่างไรต่อเสียงสะท้อนดังกล่าว มีวิธีการที่เป็นระบบในการรับรู้เสียงสะท้อนหรือข้อมูลป้อนกลับ (feedback) ใดๆ เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงระบบงาน

SPA I - 3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

(1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมที่เกี่ยวข้องวางระบบในการให้การคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย
 1. สิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการดูแลสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
 2. สิทธิที่จะได้รับการโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติ
 3. สิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน
 4. สิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือโดยทันทีเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต
 5. สิทธิที่จะทราบชื่อ สกุล และประเภท ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ให้บริการแก่ตน
 6. สิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และสิทธิในการขอเปลี่ยนตัวผู้ให้บริการหรือสถานบริการ
 7. สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองโดยเคร่งครัด
 8. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัย
 9. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ
 10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้
- ทีมที่เกี่ยวข้องวางระบบเพื่อค้นหาโอกาสคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเชิงรุก หรือมีระบบคัดกรองเพื่อให้สัญญาณเตือนสำหรับผู้ป่วยที่เข้าข่าย เช่น ผู้บกพร่องทางกายหรือทางจิต
- ทีมที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดปัญหาหรือความไม่พร้อมในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วย (อาจจะใช้ FMEA วิเคราะห์) เช่น การขอความเห็นที่สอง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ปรากฏในเวชระเบียน
- ทีมที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ควรใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย เช่น
 - โอกาสที่จะมีการเลือกปฏิบัติ หรือมีความแตกต่างในการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็น (medical necessity) ในผู้ป่วยที่อยู่ใต้ระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน
 - โอกาสที่ผู้รับบริการจะไม่ได้รับทราบข้อมูล หรือไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือได้รับข้อมูลในลักษณะที่ทำให้เกิดการตัดสินใจอย่างไม่เหมาะสม
 - โอกาสที่ผู้ป่วยที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตจะไม่ได้รับการช่วยเหลือทันเวลาที่

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในการวางระบบเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามประเด็นโอกาสเกิดปัญหาต่างๆ ที่วิเคราะห์มา
ได้

ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

(1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและทราบบทบาทของตนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดกิจกรรมสร้างความตระหนัก และฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ทราบบทบาทในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย
- สร้างเจตคติที่ดีต่อการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย เช่น การทำเรื่องนี้ได้ดีคือการสร้างภูมิคุ้มกันให้องค์กรและเจ้าหน้าที่

(2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดทำสื่อเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วยในลักษณะที่เข้าใจง่าย โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยในควรเป็นเอกสารประจำห้องหรือประจำเตียง

(3) มีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ตามรอยผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไปตามจุดบริการต่างๆ และพิจารณาว่าในแต่ละขั้นตอนของการให้บริการนั้น มีโอกาสอะไรบ้างที่จะละเมิดสิทธิผู้ป่วย
- ประมวลผลข้อมูล จัดลำดับความสำคัญ มอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการปรับปรุงและสร้างความเข้าใจ

(4) ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- วิเคราะห์ว่าในสถานการณ์ใดบ้างที่ผู้ป่วยมีโอกาสถูกทำร้ายจากการให้บริการ
 - การทำร้ายด้านร่างกาย เช่น ในผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเด็ก
 - การทำร้ายด้านจิตใจ เช่น การใช้คำพูดหรือการกระทำที่คุกคาม เป็นปรักษ์ ไม่เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ปิดโอกาสที่จะแสดงความคิดเห็น การข่มขู่ การกักขัง
 - การทำร้ายด้านสังคม เช่น การใช้คำพูดหรือการกระทำบางอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย
- วางแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการทำร้ายผู้ป่วยในสถานการณ์ดังกล่าว

(5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- สํารวจว่าโอกาสที่ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการเคารพความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยม และความเชื่อส่วนบุคคล จะเกิดขึ้นในสถานการณ์ใดบ้าง เช่น การซักประวัติที่ OPD, การ expose ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยรวม, ค่านิยมและความเชื่อตามประเพณี
- วางแนวทางปฏิบัติเพื่อให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในโอกาสดังกล่าว

(6) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์สถานการณ์ต่างที่ผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกัน จะได้รับการดูแลรักษาที่แตกต่างกัน [ครอบคลุมใน 3.3 ก (1) เรื่องการไม่เลือกปฏิบัติแล้ว]

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในกระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย (การสร้างความตระหนัก การสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบ การคำนึงถึงสิทธิในทุกกิจกรรม การปกป้องจากการถูกทำร้าย การเคารพความเป็นส่วนตัว)

ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

(1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์. การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อ และวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายวางระบบการดูแลโดยพิจารณาประเด็นสำคัญต่อไปนี้
 - การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - การเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้จากไปอย่างสงบ
 - การประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม
 - การตัดสินใจเกี่ยวกับการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว
 - การช่วยเหลือ ให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาแก่ญาติหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

(2) ผู้รับบริการที่เป็นเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยเด็ก สร้างความมั่นใจว่าเด็กได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และได้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษตามความจำเป็น
 - การจัดสถานที่เฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยเด็ก
 - การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากไฟฟ้า เครื่องจักรกล น้ำยา หรือสารอันตรายต่างๆ
 - หน่วยบริการผู้ป่วยเด็กมีเครื่องมือและยาเฉพาะสำหรับเด็ก เช่น เครื่องดมยาสลบ เครื่องพ่นยา เครื่องปรับหยดน้ำเกลือ ชุดให้สารน้ำ เครื่องช่วยชีวิต
 - เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและยาสำหรับเด็ก
 - เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษต่อเด็กที่ป่วยหนัก เด็กที่มีความผิดปกติทางร่างกายหรือประสาทสัมผัส เด็กที่เรื้อรัง เด็กที่ไม่มีญาติมาเฝ้าดูแล
 - พ่อแม่หรือผู้ปกครองได้รับการส่งเสริมให้อยู่เฝ้าเด็กระหว่างการนอนโรงพยาบาล
- ทีมดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ วางระบบการดูแลโดยพิจารณาประเด็นสำคัญต่อไปนี้
 - การวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้กลุ่มนี้ และการออกแบบระบบเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว
 - การประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม

(3) มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก หรือผูกยึด อย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้การแยกหรือผูกยึด วางระบบการดูแลโดยพิจารณาประเด็นสำคัญต่อไปนี้
 - กำหนดข้อบ่งชี้ในการใช้การแยกหรือผูกยึด (ซึ่งถือว่าเป็นการจำกัดสิทธิผู้ป่วยอย่างหนึ่ง) โดยให้มีเหตุผลทางคลินิกที่สมควร หรือมีแนวทางในการใช้ทางเลือกทดแทน
 - กำหนดกระบวนการในการได้รับอนุญาตจากแพทย์ที่ดูแล และบันทึกไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียนผู้ป่วย
 - ติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น ประเมินความจำเป็นที่ยังต้องมีการแยกหรือผูกยึดผู้ป่วยและยุติการใช้โดยเร็วที่สุด

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ (ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกหรือผูกยึด)

Self Enquiry I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจ core values เรื่อง patient / customer focus
- ศึกษาคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ ได้แก่
 1. สิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
 2. สิทธิที่จะได้รับบริการโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติ
 3. สิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน
 4. สิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือโดยทันทีเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต
 5. สิทธิที่จะทราบชื่อ สกุล และประเภท ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ให้บริการแก่ตน
 6. สิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และสิทธิในการขอเปลี่ยนตัวผู้ให้บริการหรือสถานบริการ
 7. สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองโดยเคร่งครัด
 8. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัย
 9. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ
 10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์:

ผู้รับผิดชอบด้านสิทธิผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน

ประเด็นคำถามผู้รับผิดชอบด้านสิทธิผู้ป่วย

- ถ้าจะให้ประเมินปัญหาในการคุ้มครองหรือปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย (เช่น อาจจะใช้เครื่องมือ FMEA) อะไรคือประเด็นที่มีโอกาสเกิดปัญหามากที่สุด ทาง รพ.ดำเนินการอย่างไรเพื่อลดโอกาสเกิดปัญหาดังกล่าว
- มีการประเมินการตอบสนองต่อคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ อย่างไร ผลการประเมินเป็นอย่างไร
- ถ้าสังคมมีข้อกังวลเรื่องการเลือกปฏิบัติหรือให้การดูแลที่แตกต่างกันระหว่างผู้ได้รับความคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ท่านจะเข้าไปตรวจสอบและสร้างหลักประกันอย่างไรให้ทุกฝ่ายมั่นใจว่าในสิ่งที่เป็น

ความจำเป็นทางการแพทย์ (medical necessity) นั้น ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับบริการตามความเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย

ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงาน

- ขอให้พาทามรอยการดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนต่างๆ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย และให้อธิบายว่าในแต่ละจุดมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยอย่างไร ทางทีมงานมีมาตรการในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยอย่างไร และมีการประเมินการปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวอย่างไร
- ในหน่วยงานของผู้ถูกสัมภาษณ์ มีโอกาสดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษอะไรบ้าง เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกหรือผูกยึด ประเด็นสำคัญในเรื่องสิทธิผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวคืออะไร ทางทีมงานมีแนวทางปฏิบัติอย่างไร มีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติอย่างไร

1 – 4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

SPA I-4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1)

องค์กรจัดให้มีการวัด วิเคราะห์ ปรับทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน โดยใช้ข้อมูลและสารสนเทศ ในทุกระดับและทุกส่วนขององค์กร.

ก. การวัดผลงาน

(1) องค์กรเลือก รวบรวม และเชื่อมโยงข้อมูล / สารสนเทศ / ตัวชี้วัดสำคัญที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อใช้ติดตามผลการปฏิบัติงานประจำวัน, ติดตามผลงานขององค์กรโดยรวม, ติดตามความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ, สนับสนุนการตัดสินใจและการสร้างนวัตกรรมขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่อง performance measurement system ที่จะช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จ
 - การกำหนดทิศทางของตัวชี้วัดทั้งองค์กรให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน (alignment)
 - การบูรณาการ (integration) ตัวชี้วัดจากแหล่งต่างๆ เพื่อให้เป็นข้อมูลและสารสนเทศที่ครอบคลุมทั้งองค์กร
 - การที่ผู้นำระดับสูงติดตามตัวชี้วัดผลงานที่มีความสำคัญต่อผลงานโดยรวมขององค์กรจากแหล่งข้อมูลทุกระดับ
 - การวัดผลงาน จะถูกนำมาใช้ในการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลจริง เพื่อกำหนดทิศทางขององค์กร และจัดสรรทรัพยากรในระดับต่างๆ ให้สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับทิศทางขององค์กร
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์หรือเป้าประสงค์ของ รพ. รวมทั้งกลยุทธ์หรือแผนปฏิบัติการเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าวเป็นลำดับขั้น
- ผู้นำระดับสูงกำหนดตัวชี้วัดระดับองค์กรเพื่อ
 - ติดตามผลงานขององค์กรโดยรวม (หรือการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์/เป้าประสงค์)
 - ติดตามความก้าวหน้าตามแผน
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้ผู้นำในระดับต่างๆ กำหนดตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการติดตามผลการปฏิบัติงานประจำวัน และติดตามความก้าวหน้าตามแผน ที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดระดับองค์กร หรือสนับสนุนให้ตัวชี้วัดระดับองค์กรเป็นไปตามเป้าหมาย (เช่น อาจจะใช้การถ่ายทอดแผน เป้าหมาย และตัวชี้วัด ขององค์กรไปสู่ scorecard ของหน่วยงานโดยใช้เทคนิค catch ball หรืออาจจะใช้การจัดทำ Hoshin planning แบบญี่ปุ่น)

- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาตัวชี้วัดที่ใช้อยู่ คัดเลือกให้ตรงประเด็นกับเป้าหมายของระบบงานและขององค์กร หาวิธีการประมวลผลให้เป็นข้อมูลที่มีความหมายในระดับองค์กร เช่น การจัดทำ composite score ในกรณีที่มีองค์ประกอบของการวัดในเรื่องนั้นหลายประเด็น สนับสนุนให้มีการเชื่อมโยงตัวชี้วัดระดับองค์กรกับตัวชี้วัดของระบบงานหรือหน่วยงานในลักษณะที่ไม่เป็นภาระในการจัดเก็บข้อมูล
- ผู้นำระดับสูงทบทวนตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามว่าได้นำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจและสร้างนวัตกรรมเพียงใด

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Tree diagram แสดงตัวชี้วัดตามลำดับชั้น

(2) องค์กรเลือกข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบที่สำคัญ และทำให้มั่นใจว่ามีการนำไปใช้สนับสนุนการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบ (comparative data and information) ต่อไปนี้
 - การใช้ประโยชน์
 - เป็นสิ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงผลงานขององค์กร
 - ทำให้เกิดความเข้าใจกระบวนการและผลงานขององค์กรได้ดีขึ้น
 - ช่วยในการวิเคราะห์และตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษและการสร้างพันธมิตร
 - แหล่งข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบอาจจะเป็น
 - ระดับผลงานที่ดีเลิศ
 - ระดับผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ
 - ผลงานของกลุ่มแข่ง
 - ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันคัดเลือกแหล่งข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบที่สำคัญต่อความสำเร็จขององค์กร (ขณะนี้ พรพ.กำลังพัฒนาระบบตัวชี้วัดเปรียบเทียบในกลุ่มโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในส่วนของตนเปรียบเทียบกับตัวเปรียบเทียบ และนำเสนอผู้นำเพื่อให้มีการตัดสินใจอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบ รวมทั้งแหล่งข้อมูลที่ใช้ ผลการเปรียบเทียบและการตัดสินใจที่เกิดขึ้น

(3) องค์กรปรับปรุงระบบการวัดผลงานให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางของบริการสุขภาพ, วัตถุประสงค์ การเปลี่ยนแปลงภายในหรือภายนอกที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสปรับปรุงระบบการวัดผลงานขององค์กร โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
 - ความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง
 - การบรรลุผลสัมฤทธิ์ของวิธีการที่ใช้อยู่
 - การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น (เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร แนวโน้มของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ)
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการพัฒนาตามโอกาสที่วิเคราะห์ได้

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับปรุงระบบการวัดผลงานขององค์กร และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ข. การวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลงาน

(1) องค์กรทบทวนประเมินผลงาน และขีดความสามารถขององค์กร. มีการวิเคราะห์เพื่อสนับสนุนการทบทวน ประเมินผลและสร้างความมั่นใจว่าได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือ. องค์กรใช้การทบทวนนี้เพื่อประเมินความสำเร็จของ องค์กร, ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ, และความสามารถในการตอบสนองการ เปลี่ยนแปลงขององค์กรและสิ่งแวดล้อมภายนอก.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดวงรอบเวลาของการทบทวนประเมินผลงานที่จะดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ (เช่น ทุก 3 เดือน)
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจความหมายและความสำคัญของการวิเคราะห์เพื่อ สนับสนุนการทบทวนประเมินผลงาน
 - การวิเคราะห์ (analysis) หมายถึงการตรวจสอบข้อมูลและข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการ ตัดสินใจที่ดี การวิเคราะห์ขององค์กรในภาพรวมจะช่วยชี้้นำการตัดสินใจและการบริหารจัดการ เพื่อบรรลุผลลัพธ์สำคัญและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร
 - การวิเคราะห์ประกอบด้วย การประเมินแนวโน้ม, การคาดการณ์ทั้งในระดับองค์กร ระดับธุรกิจ โดยรวม การคาดการณ์เทคโนโลยี, การเปรียบเทียบ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล

และการหาความสัมพันธ์ระหว่างกัน เพื่อสนับสนุนการทบทวนผลงานขององค์กร การทราบต้นเหตุของปัญหา และช่วยจัดลำดับความสำคัญในการใช้ทรัพยากร

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามวงรอบเวลาของการทบทวนประเมินผลงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหมาย
- ผู้นำระดับสูงพิจารณาข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์แล้วเพื่อประเมินสิ่งต่อไปนี้
 - ความสำเร็จขององค์กรตามพันธกิจและเป้าประสงค์
 - ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
 - ความสามารถในการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงขององค์กรและสิ่งแวดล้อมภายนอก.
- ผู้นำระดับสูงทบทวนการวิเคราะห์ข้อมูลว่าได้ข้อมูลที่มีความหมายตามความต้องการหรือไม่ มีโอกาสปรับปรุงการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นผลของการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบปีที่ผ่านมา
- โอกาสและการปรับปรุงการวิเคราะห์ข้อมูล

(2) องค์กรนำสิ่งที่ได้จากการทบทวนประเมินผลงานขององค์กรมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงและหาโอกาสสร้างนวัตกรรม, พร้อมทั้งถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร.

(3) องค์กรนำผลการทบทวนประเมินผลงานขององค์กร ไปใช้ในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญอย่างเป็นระบบ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุง (ซึ่งอาจจะเรียกว่าเข็มมุ่งหรือจุดมุ่งเน้นในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ก็ได้)
- ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงที่กำหนดขึ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการ
- ผู้นำระดับสูงติดตามกระตุ้นการปรับปรุงกระบวนการสำคัญอย่างต่อเนื่อง และติดตามผลลัพธ์ของการปรับปรุงในรอบต่อไปของการทบทวนประเมินผลงาน
- ผู้นำระดับสูงทบทวนการกำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุง เพื่อให้มั่นใจว่าได้กำหนดจุดมุ่งเน้นในประเด็นสำคัญจริง ๆ และไม่ละเลยในบางประเด็นที่อาจถูกมองข้ามไป

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา การดำเนินการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

Self Enquiry I – 4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1)

องค์กรจัดให้มีการวัด วิเคราะห์ ปรับทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน โดยใช้ข้อมูลและสารสนเทศ ในทุกระดับและทุกส่วนขององค์กร.

การเตรียมการของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจ core values เรื่อง management by fact, focus on results
- ทบทวนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของ รพ.
- ทำความเข้าใจแนวคิดการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินแนวโน้ม, การคาดการณ์ทั้งในระดับองค์กร ระดับธุรกิจโดยรวม การคาดการณ์เทคโนโลยี, การเปรียบเทียบ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล และการหาความสัมพันธ์ระหว่างกัน เพื่อสนับสนุนการทบทวนผลงานขององค์กร การทราบต้นเหตุของปัญหา และช่วยจัดลำดับความสำคัญในการใช้ทรัพยากร

กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์:

ผู้รับผิดชอบการวิเคราะห์ข้อมูล หัวหน้าหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงาน

ประเด็นคำถามผู้รับผิดชอบการวัดและวิเคราะห์ข้อมูลในระดับ รพ.

- ขอให้ยกตัวอย่างแนวทางการกำหนดตัวชี้วัดการบรรลุวัตถุประสงค์ของ รพ. และการทำให้ตัวชี้วัดของทั้ง รพ. สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ทำอย่างไรให้มีตัวชี้วัดในระดับ รพ.ให้น้อยที่สุด แต่ได้ประโยชน์ที่สุด
- ขอให้ยกตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเชื่อมโยงตัวชี้วัดที่หลากหลายเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ของ รพ. ที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น
- ลำดับความสำคัญในการพัฒนาของ รพ.คืออะไร มีที่มาจากติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลอะไรบ้าง
- มีการใช้ตัวชี้วัดเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นหรือมีแผนที่จะใช้อย่างไรบ้าง

ประเด็นคำถามหัวหน้าหน่วยงาน

- ตัวชี้วัดที่หน่วยงานใช้ในการควบคุมกำกับงานประจำคืออะไร มีทเรียนจากการ monitor ตัวชี้วัดดังกล่าวอย่างไร
- จาก service profile ของหน่วยงาน ตัวชี้วัดที่ใช้วัดการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานคืออะไร มีการนำผลการติดตามไปใช้ประโยชน์อย่างไร
- ตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยงานที่สนับสนุนเป้าหมายของ รพ.คืออะไร ผลงานของหน่วยงานนี้เทียบกับหน่วยงานอื่นๆ และภาพรวมของ รพ.เป็นอย่างไร มีการนำผลการติดตามตัวชี้วัดนี้ไปใช้ประโยชน์ในระดับหน่วยงานอย่างไร คิดว่ามีตัวชี้วัดอื่นที่ควรวัดในเรื่องนี้อีกหรือไม่ อะไรบ้าง

ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงาน

- ประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพที่ รพ.มุ่งเน้นในขณะนี้คืออะไร มีความเกี่ยวข้องกับงานของผู้ถูกสัมภาษณ์อย่างไร

SPA I - 4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (MAK.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีข้อมูล สารสนเทศ ซอฟต์แวร์ และฮาร์ดแวร์ ที่จำเป็น มีคุณภาพ และพร้อมใช้งาน สำหรับบุคลากร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน. องค์กรสร้างและจัดการสินทรัพย์ความรู้ของตนเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร.

ก. การจัดการทรัพยากรสารสนเทศ

- (1) ข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับบุคลากร / ผู้บริหาร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / องค์กรภายนอก มีความพร้อมใช้งาน เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการ การตรวจสอบทางคลินิก การพัฒนาคุณภาพ การศึกษา และการวิจัย. แผนงานและการจัดการสารสนเทศ มีความเหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร.
- (2) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์มีความเชื่อถือได้ ป้องกันไม่ให้ข้อมูลรั่วไหล และใช้งานง่าย.
- (3) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ มีความพร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน.
- (4) องค์กรปรับปรุงกลไกการจัดให้มีข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ที่พร้อมใช้ ให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง ทิศทางของบริการสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศของ รพ.สำรวจความต้องการใช้ข้อมูลและสารสนเทศของ บุคลากร / ผู้บริหาร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / องค์กรภายนอก และดำเนินการสำรวจซ้ำเป็นระยะ
- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศของ รพ.ทบทวนความพร้อมใช้งานของข้อมูลและสารสนเทศที่มีอยู่ เปรียบเทียบกับความต้องการใช้ วางแผนพัฒนาในส่วนที่ยังไม่สามารถตอบสนองได้ โดยพิจารณาให้สมดุลในความต้องการใช้งานต่อไปนี้
 - การดูแลผู้ป่วย
 - การบริหารจัดการ
 - การตรวจสอบทางคลินิกและการพัฒนาคุณภาพ
 - การศึกษาและการวิจัย
- ผู้บริหารระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาข้อกำหนดของมาตรฐานเกี่ยวกับการจัดการระบบสารสนเทศขององค์กร เช่น ข้อกำหนดของ COBIT® (Control Objectives for Information and related Technology) ซึ่งมีองค์ประกอบพื้นฐาน 4 ประการได้แก่ ความต้องการขององค์กร, ทรัพยากรด้าน IT, กระบวนการด้าน IT, และสารสนเทศขององค์กร
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องวางแผนและระบบการจัดการสารสนเทศให้เหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบการจัดการสารสนเทศของ รพ. และดำเนินการปรับปรุงตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความต้องการของผู้ใช้และความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ระบบสารสนเทศในด้านต่างๆ
- ผลการประเมินประสิทธิภาพของระบบการจัดการสารสนเทศและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

ข. การจัดการความรู้ขององค์กร

มีการจัดการความรู้ขององค์กรเพื่อให้เกิดสิ่งต่อไปนี้: การรวบรวมและถ่ายทอดความรู้ของบุคลากร, การถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ที่เป็นประโยชน์จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และองค์กรภายนอก, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่ดีหรือที่เป็นเลิศ และนำไปสู่การปฏิบัติ, การประมวลและนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์, และการนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการดูแลรักษาามาประยุกต์ใช้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันศึกษาแนวคิด กลยุทธ์ และเครื่องมือเกี่ยวกับการจัดการความรู้
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับบุคลากรของ รพ. เพื่อให้ รพ. ประสบความสำเร็จ รวมทั้งแหล่งที่มาของความรู้ดังกล่าว (ครอบคลุมทั้ง explicit knowledge และ tacit knowledge)
- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีโครงสร้างพื้นฐานในการจัดการความรู้ และสร้างระบบแรงจูงใจที่เหมาะสม
- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีการจัดการความรู้ในด้านต่อไปนี้
 - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากร เช่น การจัดตั้ง Community of Practice ในหัวข้อที่บุคลากรสนใจร่วมกัน, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลยุทธ์การนำ scientific evidence ไปสู่การปฏิบัติ, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การแก้ปัญหาที่หน่วยงานซึ่งไม่มีในตำราหรือคู่มือ, การเก็บเกี่ยวความรู้จากผู้อาวุโสหรือผู้ที่จะออกจากที่ทำงาน, การพัฒนาจิตตปัญญาของบุคลากรผ่านสุนทรียสนทนา ฯลฯ
 - การเรียนรู้จากผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และองค์กรภายนอก เช่น การเชิญผู้ป่วยมาร่วมให้ข้อคิดเห็นและนำเสนอความต้องการเพื่อปรับปรุงบริการเฉพาะเรื่อง, การทำ benchmark กับองค์กรภายนอกที่ทำได้ดี, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลภายนอกในเวทีต่างๆ ฯลฯ
 - การค้นหา good practice หรือ best practice และนำไปสู่การปฏิบัติ อาจจะเป็นการดำเนินการใน 2 ข้อที่กล่าวมา หรือมีกิจกรรมเฉพาะในการค้นหา และสร้างกลไกให้สามารถขยายผลการปฏิบัติดังกล่าวไปทั่วทั้งองค์กร
 - การประมวลและนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์ ซึ่งอาจจะเป็นความรู้จากการติดตามประเมินผลงานภายในองค์กร หรือความรู้จากภายนอก

- การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการดูแลรักษาามาประยุกต์ใช้ เช่น การใช้ gap analysis วิเคราะห์โอกาสพัฒนา, การใช้แนวคิด Human Factors Engineering เพื่อออกแบบระบบงานให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ง่าย, การตามรอยการปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยเน้นความครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญให้มากที่สุด และเชื่อมโยงกับการวัดผลทางด้านคลินิก
- ผู้นำระดับสูงพิจารณาประเด็นเหล่านี้ในการจัดการความรู้
 - การปลูกฝังความรับผิดชอบต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
 - การฝังความรู้ลงในบริการหรือการทำงาน
 - การผลิตความรู้ (ซุมทรัพย์ความรู้) จากการทำงานในองค์กรและการสื่อสาร
 - การนำความรู้ไปสู่นวัตกรรม
 - การทำผังเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ
 - การบูรณาการการจัดการความรู้กับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เช่น การใช้ Peer Assist และ AAR ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ, การเรียนรู้จากการประเมินผลโครงการ, ใช้เป้าหมายขององค์กรและหน่วยงานเป็นตัวกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพและการจัดการความรู้
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินประสิทธิภาพของการจัดการความรู้ และนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบการจัดการความรู้

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความรู้ที่จำเป็นสำหรับบุคลากร
- Good practice ในด้านการจัดการความรู้ของ รพ.
- ระดับการจัดกิจกรรมการจัดการเรียนรู้และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ค. คุณภาพของข้อมูล สารสนเทศ และความรู้

- (1) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าข้อมูล สารสนเทศ และความรู้ขององค์กร มีความแม่นยำ เชื่อถือได้ ทันเหตุการณ์ และปลอดภัย.
- (2) องค์กรสร้างความมั่นใจในการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบวิเคราะห์จุดที่จะมีโอกาสเกิดปัญหาในแต่ละมิติของคุณภาพของข้อมูล สารสนเทศ และความรู้ ต่อไปนี้ และประเมินคุณภาพในมิติดังกล่าวเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบ
 - ความถูกต้องแม่นยำ (accuracy)
 - ความน่าเชื่อถือ (reliability)

- ความทันเหตุการณ์ (timeliness)
- ความปลอดภัย (security)
- การรักษาความลับ (confidentiality)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินคุณภาพของข้อมูล สารสนเทศ และความรู้ขององค์กรและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

Self Enquiry I – 4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (MAK.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีข้อมูล สารสนเทศ ซอฟต์แวร์ และฮาร์ดแวร์ ที่จำเป็น มีคุณภาพ และพร้อมใช้งาน สำหรับบุคลากร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน. องค์กรสร้างและจัดการสินทรัพย์ความรู้ของตนเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร.

การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจ core values เรื่อง learning

ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงาน

- ระบบคอมพิวเตอร์ของ รพ. ใช้งานได้ดีตลอดเวลาหรือไม่ เคยมีปัญหาที่ต้องหยุดการใช้งานบ่อยเพียงใด แต่ละครั้งนานเท่าไร
- เมื่อมีปัญหาข้อสงสัยเกี่ยวกับระบบคอมพิวเตอร์ ท่านขอความช่วยเหลือจากใคร ผลเป็นอย่างไรบ้าง
- มีแนวทางในการรักษาความลับของผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์อย่างไร
- ท่านสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ในระดับใด มีข้อมูลอะไรที่ท่านไม่สามารถเข้าถึงได้
- ท่านมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานอย่างไรบ้าง

1 – 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

SPA I-5.1 ความผูกพันของบุคลากร (HRF.1)

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ เพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์กรและระดับบุคคล. บุคลากรและผู้นำได้รับการพัฒนาเพื่อให้สร้างผลงานที่ดี.

ก. การเพิ่มคุณค่าบุคลากร

(1) องค์กรกำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน และความพึงพอใจ ของบุคลากรแต่ละกลุ่ม และแต่ละส่วน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น คณะกรรมการทรัพยากรบุคคล) ร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องความผูกพันของบุคลากร
 - ความผูกพันของบุคลากร หมายถึง ระดับของมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล คำว่า staff engagement บางคนอาจจะแปลว่า “การผูกใจบุคลากร” หรือใช้คำง่ายๆ ว่า “ร่วมด้วย ช่วยกัน”
 - การสร้างความผูกพัน ครอบคลุมการสร้างความสัมพันธ์ การสร้างความพึงพอใจ การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร การบริหารค่าตอบแทนและสร้างแรงจูงใจ การฝึกอบรม
 - บุคลากรที่มีความผูกพันกับองค์กร จะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร งานที่ได้รับมอบหมายเป็นงานที่มีคุณค่า สอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัว สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร มีแรงจูงใจในตนเองสูง มีความมั่นใจที่จะเสนอแนวคิดใหม่ๆ มีความรับผิดชอบต่อความสำเร็จของงาน
- ผู้นำระดับสูงกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนการจำแนกกลุ่มบุคลากร และความต้องการหรือลักษณะร่วมของบุคลากรในแต่ละกลุ่ม
- ผู้นำระดับสูงกับทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่มของ รพ. โดยพิจารณาปัจจัยต่อไปนี้
 - ปัจจัยร่วมที่มีผลต่อความผูกพันและความพึงพอใจ
 - ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและผู้ปฏิบัติงาน การช่วยเหลือของผู้บริหาร
 - ความร่วมมือ ความไว้วางใจ
 - การสื่อสาร
 - การฝึกอบรม การพัฒนาความรู้ความสามารถ
 - ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน ความมั่นคงในงาน
 - การอยู่ร่วมกันเสมือนพี่น้อง การทำงานเป็นทีม

- ปัจจัยที่มีผลด้านการสร้างความพึงพอใจของบุคลากร
 - ภาระงาน
 - ค่าตอบแทน
 - การแก้ไขปัญหาและข้อร้องเรียน
- ปัจจัยที่มีผลด้านความผูกพันของบุคลากร
 - ความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ
 - การให้อำนาจตัดสินใจ
 - การยกย่องชมเชยและการให้รางวัล
 - โอกาสที่เท่าเทียมกัน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้อง นำปัจจัยที่วิเคราะห์ได้ไปประเมินสถานการณ์ในองค์กร (อาจจะใช้การสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ผู้ที่ลาออกหรือผู้ที่ยังคงทำงานอยู่) จำแนกความแตกต่างของปัจจัยดังกล่าวในแต่ละกลุ่ม (ถ้าเป็นไปได้) ดำเนินการปรับปรุงในจุดที่เป็นโอกาสพัฒนาที่สำคัญ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความผูกพันและความพึงพอใจ (ระบุความแตกต่างในแต่ละกลุ่ม ถ้ามี)
- การปรับปรุงระบบงานที่เกิดขึ้นเพื่อให้บุคลากรมีความผูกพันและความพึงพอใจมากขึ้น

(2) องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดี และมีแรงจูงใจ ดังต่อไปนี้

- ความร่วมมือ การสื่อสารและการแบ่งปันทักษะที่มีประสิทธิภาพ ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพต่างสาขา ระหว่างผู้ที่อยู่ต่างหน่วยงาน และต่างสถานที่ (ตามความเหมาะสม)
- การกระจายข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารสองทางกับหัวหน้างานและผู้บริหารที่มีประสิทธิภาพ
- การตั้งเป้าหมายระดับบุคคล การให้อำนาจตัดสินใจ และความคิตรีเริ่ม
- นวัตกรรมภายใต้สภาพแวดล้อมของงาน
- ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากข้อคิด วัฒนธรรม และความคิดเห็นที่หลากหลายของบุคลากร

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันทำความเข้าใจความหมายของการมีผลงานที่ดี (good performance)
 - มีจุดเน้นสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร
 - มุ่งเน้นผู้ช่วยและผู้รับผลงานอื่นๆ ตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันวางแผนเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมที่ช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดีดังนี้

- ความร่วมมือ การสื่อสารและการแบ่งปันความรู้/ทักษะ ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพต่างสาขา ต่างหน่วยงาน และต่างสถานที่ เช่น การส่งเสริมให้เกิดทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับต่างๆ การส่งเสริมให้เกิดชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) หรือการจัดเวทีแลกเปลี่ยนต่างๆ การมีระบบพี่เลี้ยง การใช้ intranet
- การกระจายข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารกับหัวหน้างานและผู้บริหาร เช่น การตรวจเยี่ยมประจำวัน การมีนโยบายเปิดประตูรับข้อคิดเห็นและคำร้องเรียนของบุคลากร (open door policy) การใช้ intranet
- การให้อำนาจตัดสินใจ และความคิดริเริ่ม เช่น การกำหนดทรัพยากรที่บุคลากรสามารถตัดสินใจใช้เพื่อแก้ปัญหาหน้างานได้เอง ระบบข้อเสนอแนะ การมีแรงจูงใจให้เสนอแนะนำความคิดริเริ่มมาปฏิบัติ
- ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากวัฒนธรรม และความคิดเห็นที่หลากหลายของบุคลากร เช่น ระบบข้อเสนอแนะ การสนทนากลุ่มในสมาชิกที่มีลักษณะหลากหลาย การนำวัฒนธรรมในท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ
- การใช้เป้าหมายในระดับต่างๆ เช่น การถ่ายทอดเป้าหมายไปสู่ทีมงานต่างๆ โดยที่ทีมงานสามารถปรับเป้าหมายให้อยู่ในวิสัยที่เป็นไปได้ (catch ball technique หรือ Hoshin planning) การส่งเสริมให้แต่ละคนมีเป้าหมายการทำงานที่วัดได้และความหมาย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในการสร้างวัฒนธรรมเกี่ยวกับความร่วมมือ การสื่อสาร การแบ่งปันความรู้/ทักษะ การให้อำนาจตัดสินใจ ความคิดริเริ่ม การใช้ความคิดเห็นที่หลากหลาย การใช้เป้าหมาย

(3) ระบบประเมินและพัฒนาผลงานบุคลากร (staff performance management system) ส่งเสริมให้บุคลากรสร้างผลงานที่ดี มีความผูกพันกับองค์กร, หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / การให้บริการสุขภาพ, และการนำไปปฏิบัติให้สำเร็จผล. ระบบดังกล่าวนำประเด็นเรื่องการบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่อง ชมเชย และการสร้างแรงจูงใจมาพิจารณาด้วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับ performance management system
 - Performance Management System-PMS เป็นเครื่องมือในการบริหาร ที่เน้นการสื่อสารระหว่างผู้บริหารกับบุคลากร ให้ทุกคนมีจุดสนใจร่วมกันที่พันธกิจ ทิศทางและค่านิยมขององค์กร ทำให้ผู้บริหารสามารถนำพลังของบุคลากรมาใช้เพื่อบรรลุประโยชน์ของทั้ง 3 ฝ่าย คือ การบรรลุเป้าประสงค์ขององค์กร ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และประโยชน์ต่อบุคลากร
 - องค์ประกอบที่สำคัญของระบบ
 - การสื่อสารเพื่อให้ทุกคนเข้าใจเป้าหมายของระบบ PMS และเกิดความตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา

- การที่ทุกคนมีบทบาทที่ชัดเจนในเรื่องนี้ เริ่มจากผู้นำระดับสูงกำหนด strategic priorities ซึ่งจะถูกถ่ายทอดมาเป็นเป้าหมายในระดับต่าง ๆ ที่ผู้นำจะถูกประเมินผลงาน หัวหน้าหน่วยงานใช้ประเมินผลงานของบุคลากรและพูดคุยกับบุคลากรแต่ละคน
 - การพัฒนาทักษะของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งผู้นำและบุคลากร (บุคลากรควรเป็นผู้จัดทำ performance plan ของตนหลังจากที่ได้รับทราบข้อมูลของหน่วยงานและเป้าหมายของหัวหน้า เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการพูดคุยระหว่างหัวหน้างานกับบุคลากรในหน่วยงาน
 - ระบบต่าง ๆ จะต้องสนับสนุน PMS และใช้ข้อมูลจาก PMS เพื่อสนับสนุนระบบที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรบุคคลอื่น ๆ เช่น การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร, การคัดสรรและเลื่อนตำแหน่ง, การบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย และการสร้างแรงจูงใจ
 - การประเมินผลระบบ PMS ที่ชัดเจน เริ่มจากการประเมิน compliance ไปสู่การประเมินคุณภาพและสัมฤทธิ์ผล
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันกำหนด strategic priorities ที่จะใช้ในการประเมินผลงาน และเป้าหมายที่สามารถวัดได้ (เริ่มด้วยสิ่งที่มีความหมายสำหรับทุกคน และสามารถวัดได้ไม่ยาก จำนวนน้อยที่สุด)
 - ผู้นำระดับสูงทดลองใช้ PMS กับผู้นำระดับกลาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นคุณค่าของระบบ
 - ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้พัฒนาทักษะของหัวหน้าหน่วยงานและบุคลากรในการที่จะนำ PMS ไปใช้ให้เกิดประโยชน์
 - ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ นำ PMS ไปสู่การปฏิบัติ โดยเน้นความสำคัญของการสื่อสารระหว่างหัวหน้าหน่วยงานกับบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยทุก 3 เดือน)
 - ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันสร้างความเชื่อมโยงระบบ PMS กับระบบอื่นๆ ตามความเหมาะสม
 - ประเมินผลระบบ PMS เป็นประจำทุกปี เริ่มจากการประเมิน compliance (การปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบไว้) ไปสู่การประเมินคุณภาพและสัมฤทธิ์ผล
 - สำหรับ รพ.ของรัฐ ควรวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของระบบประเมินผลงานบุคลากรที่ใช้อยู่ ชำรงในส่วนที่เป็นจุดแข็ง และพัฒนาระบบเพื่อแก้ไขจุดอ่อนตามข้อเสนอแนะในส่วนนี้ อาจจะต้องดำเนินการทดลองในขอบเขตที่เหมาะสมก่อน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Strategic priorities ที่นำมาใช้ในการประเมินผลงานบุคลากรในระบบ PMS
- ความเชื่อมโยงระหว่างระบบ PMS กับระบบที่เกี่ยวข้องอื่นๆ
- ผลการประเมินระบบ PMS (รวมถึงความครอบคลุมในการนำ PMS ไปใช้ ความถี่ในการพูดคุยเรื่องผลการดำเนินงานระหว่างหัวหน้างานกับบุคลากรแต่ละคน)

ข. การพัฒนาบุคลากรและผู้นำ

(1) ระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากร พิจารณาประเด็นต่อไปนี้

- ความจำเป็นและความต้องการในการเรียนรู้และพัฒนา ซึ่งบุคลากร หัวหน้างาน และผู้บริหารระบุ
- ข้อกำหนดเพื่อการต่อไปอนุญาตการประกอบวิชาชีพ
- ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และการบรรลุแผนปฏิบัติการขององค์กร
- จริยธรรม คุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ
- การปรับปรุงผลงานขององค์กร การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี และนวัตกรรม
- สมดุลระหว่างวัตถุประสงค์ขององค์กรกับความต้องการของบุคลากร
- การเรียนรู้ และสินทรัพย์ความรู้ ขององค์กร
- โอกาสและรูปแบบการพัฒนาที่หลากหลาย รวมทั้งการศึกษา การฝึกอบรม การโค้ช การเป็นพี่เลี้ยง การสะสมประสบการณ์จากการทำงาน (ตามความเหมาะสม)
- การถ่ายทอดความรู้จากผู้ที่ลาออกหรือเกษียณอายุ
- การหนุนเสริมให้นำความรู้และทักษะใหม่ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณากำหนดสมดุลของการพัฒนาบุคลากร ดังตัวอย่างในแนบมต่อไปนี้
 - สมดุลระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเองกับการเรียนรู้ตามหลักสูตรที่มีการจัดอบรม
 - สมดุลระหว่างการเรียนรู้ที่เป็นทางการกับที่ไม่เป็นทางการ
 - สมดุลระหว่างการฝึกอบรมภายในองค์กรกับการฝึกอบรมภายนอกองค์กร
 - สมดุลระหว่างการเรียนรู้ความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับการเรียนรู้ความรู้ที่ชัดแจ้ง (explicit knowledge)
 - สมดุลระหว่างการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ กับการเรียนรู้ทางทฤษฎี
 - สมดุลระหว่างบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับบุคคล หน่วยงาน และ รพ.
 - สมดุลระหว่างความต้องการการเรียนรู้ของบุคลากรกับวัตถุประสงค์ขององค์กร
 - สมดุลระหว่างการพัฒนาความรู้เพื่อการทำงานกับการพัฒนาจิตปัญญา
 - สมดุลระหว่างการพัฒนา technical skill กับ non-technical skill (เช่น การสื่อสาร การตัดสินใจ การทำงานเป็นทีม การแก้ปัญหา การแปลความหมายและใช้ข้อมูล คอมพิวเตอร์)
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องกำหนดองค์ประกอบของระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนด learning need, การออกแบบวิธีการพัฒนาบุคลากรที่หลากหลาย, การดำเนินการฝึกอบรมและสร้างโอกาสการเรียนรู้, การหนุนเสริมให้นำความรู้และทักษะใหม่ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน, การประเมินประสิทธิผลของระบบ, การปรับปรุงระบบ,
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องรวบรวมข้อมูลเพื่อกำหนด learning need ในระดับองค์กรและระดับหน่วยงาน ดังต่อไปนี้

- วัตถุประสงค์ขององค์กร ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร
- การสำรวจเนื้อหาที่จำเป็นต้องเรียนรู้ (Learning need) จากบุคลากร หัวหน้างาน และผู้บริหาร
- การประเมิน competency ของบุคลากร
- ข้อมูลจากฐานข้อมูลความเสี่ยง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนทางคลินิก การตามรอยทางคลินิก
- ประเด็นสำคัญด้านจริยธรรม คุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันออกแบบวิธีการพัฒนาบุคลากรที่หลากหลาย เช่น
 - การฝึกอบรมระหว่างปฏิบัติงาน โดยมีระบบพี่เลี้ยง
 - การเรียนในห้องเรียน
 - การเรียนจากคอมพิวเตอร์
 - การเรียนทางไกล
 - การได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน
- ผู้นำทุกระดับหนุนเสริมให้นำความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่ได้จากการเรียนรู้มาปฏิบัติ
 - หัวหน้าหน่วยงานจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับความจำเป็น ประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรค เกี่ยวกับการนำความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่ได้จากการเรียนรู้มาปฏิบัติ รวมทั้งมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค
 - หัวหน้าหน่วยงานสังเกต ตรวจสอบ หรือประเมินการนำความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่สำคัญมาสู่ปฏิบัติในหน่วยงาน
 - ผู้นำกำหนดระบบแรงจูงใจที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรให้มีความสมดุลยิ่งขึ้น (จุดใดที่ได้รับความสำคัญมากขึ้น)
- สรุป learning need ที่สำคัญของบุคลากรกลุ่มต่างๆ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้ (อาจนำเสนอในลักษณะตาราง)
- การเชื่อมโยงข้อมูลจากฐานข้อมูลความเสี่ยง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนทางคลินิก การตามรอยทางคลินิก มาสู่การกำหนด learning need

(2) ระบบพัฒนาและเรียนรู้สำหรับผู้นำ พิจารณาประเด็นต่อไปนี้

- การพัฒนาคุณสมบัติการเป็นผู้นำเฉพาะตัว
- การพัฒนาความรู้ขององค์กร
- จริยธรรมในการให้บริการสุขภาพและการดำเนินกิจการ
- ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และการบรรลุแผนปฏิบัติการขององค์กร

- การปรับปรุงผลงานขององค์กร การเปลี่ยนแปลง และนวัตกรรม
- โอกาสและรูปแบบการพัฒนาที่หลากหลาย รวมทั้งการศึกษา การฝึกอบรม การโค้ช การเป็นพี่เลี้ยง การสะสมประสบการณ์จากการทำงาน (ตามความเหมาะสม)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงพิจารณาระบบพัฒนาและเรียนรู้สำหรับผู้นำโดยอาศัยแนวทางสำหรับบุคลากรทั่วไป และเพิ่มเติมในประเด็นต่อไปนี้
 - การกำหนด learning need ของผู้นำ เช่น การพัฒนาคุณสมบัติการเป็นผู้นำเฉพาะตัว จริยธรรมในการดำเนินกิจการ
 - รูปแบบการพัฒนาผู้นำที่เหมาะสม
 - บทบาทของผู้นำในการพัฒนาความรู้ขององค์กร
 - การเชื่อมโยงกับการประเมินประสิทธิผลของระบบการนำใน I-1.1

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุป learning need ที่สำคัญสำหรับผู้นำ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้ (อาจนำเสนอในลักษณะตาราง)

(3) องค์กรประเมินประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ โดยพิจารณาผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล และผลงานขององค์กรร่วมด้วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้ โดยอาจพิจารณาประเมินใน 4 ระดับต่อไปนี้
 - Reactive evaluation ประเมินความรู้สึกรู้สึกต่อประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคลากร
 - Learning evaluation ประเมินความรู้ที่เพิ่มขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรม
 - Behaviour evaluation ประเมินการประยุกต์ใช้ความรู้ในงานที่รับผิดชอบ เช่น การสังเกตโดยหัวหน้างาน การสัมภาษณ์ หรือการประเมินตนเอง
 - Result evaluation ประเมินผลกระทบต่อกิจการหรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นตัววัดที่ใช้ในระบบบริหารอยู่แล้ว แต่ต้องเลือกตัวชี้วัดที่สัมพันธ์กับหน้าที่รับผิดชอบของผู้ถูกประเมิน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องนำผลการประเมินมาปรับปรุงระบบการพัฒนาและเรียนรู้ของบุคลากรและผู้นำ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินระบบการพัฒนาและเรียนรู้ของบุคลากรและผู้นำ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(4) องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ. องค์กรมีการวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาแนวทางการจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากรสายงานต่างๆ เช่น โอกาสที่เป็นไปได้ในปัจจุบันและในอนาคตสำหรับแต่ละสายงาน, คุณสมบัติและเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง, การพัฒนาและฝึกอบรม, การประเมินตัวบุคคล
- ผู้นำระดับสูงพิจารณาแนวทางการวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำ ด้วยการกำหนดตำแหน่งบริหารที่ต้องจัดทำ succession plan, กำหนด competency ในด้านการนำและการบริหาร, ค้นหาผู้ที่อยู่ในข่าย (candidate), จัดการพัฒนาและฝึกอบรม, ติดตามผลการปฏิบัติงาน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- แนวทางการจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงาน
- แนวทางการวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำ

ค. การประเมินความผูกพันของบุคลากร

(1) องค์กรประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร ด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม แต่ละส่วนของบุคลากร, และใช้ตัวชี้วัดเหล่านี้เพื่อปรับปรุงความผูกพันของบุคลากร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร โดยพิจารณาปัจจัยสำคัญที่วิเคราะห์ไว้ใน I-5.1 ก (1)
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาพิจารณาปรับปรุงปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของบุคลากร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(2) องค์กรนำผลการประเมินความผูกพันของบุคลากรมาเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ / กิจกรรมขององค์กร ในตอนที่ IV เพื่อระบุโอกาสในการปรับปรุงทั้งความผูกพันของบุคลากรและผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ / กิจกรรมขององค์กร. (ข้อนี้เป็นตัวเลือกให้ รพ.พิจารณาใช้เมื่อมีความพร้อม)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างระดับความผูกพันของบุคลากร กับ ผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ / กิจกรรมขององค์กรในตอนี่ IV วิเคราะห์แนวโน้มของตัวชี้วัดแต่ละคู่ว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร
- ผู้นำระดับสูงพิจารณาว่าจะยกระดับผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ / กิจกรรมขององค์กร ด้วยการปรับปรุงความผูกพันของบุคลากรได้อย่างไร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมโยง และแนวทางการปรับปรุง

Self Enquiry I - 5.1 ความผูกพันของบุคลากร (HRF.1)

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ เพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์กรและระดับบุคคล. บุคลากรและผู้นำได้รับการพัฒนาเพื่อให้อำนาจหน้าที่ที่ดี.

การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจความหมายของคำว่าความผูกพันของบุคลากร (staff engagement) ซึ่งครอบคลุมความมีใจรัก ผูกพัน และต้องการสร้างผลงานให้แก่องค์กรเหนือ

ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงาน

- งานประจำที่ทำคืออะไร มีคุณค่าอย่างไร งานที่มีคุณค่าที่สุดที่ได้รับผิดชอบคืออะไร
- ผู้บริหารเคยมอบงานที่ทำหยาบความสามารถอะไรให้รับผิดชอบบ้าง ผลเป็นอย่างไร มีความรู้สึกอย่างไร
- ได้รับการประเมินผลงานอย่างไร การประเมินนั้นช่วยในการวางแผนพัฒนาตัวผู้ถูกสัมภาษณ์อย่างไร
- มีโอกาสได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาอย่างไรบ้าง มีความสมดุลระหว่างความต้องการของผู้ถูกสัมภาษณ์กับความต้องการขององค์กรอย่างไร
- จากประสบการณ์การทำงานที่รับผิดชอบ ถ้าจะให้ผลงานมีความเป็นเลิศยิ่งขึ้น คิดว่าต้องการได้รับการพัฒนาในด้านใดเพิ่มเติม

SPA I - 5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (HRF.2)

องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลัง เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ. องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพดี และมีความปลอดภัย.

ก. ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร

(1) องค์กรประเมินขีดความสามารถของบุคลากรและระดับกำลังคนที่ต้องการ. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถของบุคลากรและข้อกำหนดในกฎหมาย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจความหมายของขีดความสามารถของบุคลากร (staff capability) ในที่นี้หมายถึงขีดความสามารถของบุคลากรในภาพรวมขององค์กรที่จำเป็นต่อการบรรลุผลสำเร็จของงาน ขีดความสามารถนี้ประกอบด้วยความรู้ ทักษะ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญของบุคลากร อาจพิจารณาขีดความสามารถโดยจำแนกเป็น
 - ขีดความสามารถทั่วไป หรือ core competency เช่น การสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การสร้างนวัตกรรม การพัฒนากระบวนการทำงาน
 - ขีดความสามารถเฉพาะงาน หรือ technical competency
 - ขีดความสามารถด้านการจัดการ หรือ managerial competency
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องกำหนดขีดความสามารถของบุคลากรและระดับกำลังคนที่ต้องการในสายงานต่างๆ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินขีดความสามารถและระดับกำลังคนเทียบกับความต้องการขององค์กร
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องวางแผนและดำเนินการเพื่อให้ได้กำลังคนที่มีขีดความสามารถและจำนวนตามความต้องการ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินขีดความสามารถและระดับกำลังคน และการตอบสนองที่เกิดขึ้น

(2) มีกระบวนการที่มีประสิทธิผลในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุลงตำแหน่ง และธำรงรักษาบุคลากรใหม่. มีการรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของบุคลากรในด้านใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรเป็นตัวแทนของความหลากหลายทางข้อคิด วัฒนธรรม และความคิดอ่านของชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารทรัพยากรบุคคลทำความเข้าใจเป้าหมายหรือ requirement ของกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคล (การสรรหา ตรวจสอบ/ประเมินคุณสมบัติ ว่าจ้าง บรรจุ เก็บบันทึกประวัติ และธำรงรักษาบุคลากร)

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนว่ากระบวนการที่ใช้อยู่นี้บรรลุผลตามเป้าหมายหรือ requirement ของแต่ละกระบวนการเพียงใด
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องปรับปรุงกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินประสิทธิผลของกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคล และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(3) องค์กรบริหารและจัดระบบบุคลากรเพื่อ:

- ให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ
- ใช้ประโยชน์จากความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร
- หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / การให้บริการสุขภาพ
- ให้ผลดำเนินการเป็นไปตามความคาดหวังหรือดีกว่า
- ตอบสนองต่อความท้าทายเชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
- คล่องตัวพอที่จะตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาเป้าหมายของการบริหารและจัดระบบบุคลากรข้างต้น ซึ่งประกอบด้วย การตอบสนองต่อความท้าทาย การบรรลุเป้าหมาย การใช้ core values การตอบสนอง ความเปลี่ยนแปลง
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนว่าการบริหารและการจัดระบบใดบ้างที่หนุนเสริมให้บรรลุเป้าหมายข้างต้น (เช่น โครงสร้าง ทิศทาง แรงจูงใจ การสื่อสาร การกำหนดเป้าหมาย การรายงานและติดตามผล การเรียนรู้) อะไรเป็นจุดแข็ง อะไรเป็นโอกาสพัฒนา
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการพัฒนาการบริหารและจัดระบบบุคลากรตามโอกาสพัฒนาที่พบ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในการบริหารและจัดระบบบุคลากร

- (4) องค์กรเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและความเพียงพอ. องค์กรบริหารบุคลากร ความต้องการของบุคลากรและความต้องการขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง, เพื่อป้องกันการลดบุคลากร, และเพื่อลดผลกระทบจากการที่บุคลากรไม่เพียงพอเมื่อมีความจำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันที่ทีมงานที่เกี่ยวข้องของพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - โอกาสที่จะประสบปัญหาเกี่ยวกับขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร เช่น ปริมาณผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น จำนวนบุคลากรที่ลดลง แบบแผนการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลง ผลกระทบจากการร้องเรียน
 - แนวทางการป้องกันปัญหาข้างต้น
 - จุดที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ รวมทั้งแนวทางเพื่อสร้างความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัย
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวางแผนรองรับในกรณีที่ขีดความสามารถและกำลังคนไม่เพียงพอ (ทั้งระยะสั้นและระยะยาว) เพื่อเป็นหลักประกันว่าองค์กรและหน่วยงานจะทำหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการวิเคราะห์โอกาสเกิดปัญหาและการตอบสนอง

ข. บรรยากาศในการทำงาน

- (1) องค์กรสร้างความมั่นใจและดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้สถานที่ทำงานเอื้อต่อสุขภาพ ปลอดภัย และมีการป้องกันภัย. มีการกำหนดตัววัดผลงานและเป้าหมายการปรับปรุงสำหรับแต่ละประเด็นดังกล่าว. (นำไปประเมินรวมในหัวข้อ II-3.1 ก)
- (2) องค์กรให้การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรด้วยนโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ ซึ่งปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคลากรที่มีความหลากหลายแต่ละกลุ่ม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องสำรวจความต้องการของบุคลากรแต่ละกลุ่มเกี่ยวกับนโยบายการจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ ที่โรงพยาบาลสามารถสนับสนุนให้มีบรรยากาศในการทำงานที่ดี (อาจใช้วิธีการต่างๆ เช่น แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนสิ่งที่โรงพยาบาลจัดให้แก่บุคลากรว่ามีโอกาสปรับปรุงในส่วนใดได้อีก (ควรมีการทบทวนเป็นประจำทุกปี) และดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- นโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ที่จัดให้แก่บุคลากร

ค. สุขภาพบุคลากร

(1) บุคลากรมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติในการดูแลสุขภาพกาย ใจ สังคม ของตน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร และการเรียนรู้แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่บุคลากรเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งสำหรับตนเองและสำหรับผู้ป่วย โดยเน้นบทบาทความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องออกแบบกระบวนการที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและปฏิบัติในการดูแลสุขภาพสำหรับบุคลากรแต่ละกลุ่ม (ควรพิจารณาให้สอดคล้องกับประเด็นสำคัญในบุคลากรกลุ่มที่มีโรคประจำตัว กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และกลุ่มทั่วไป)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดให้มีระบบติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพของบุคลากรทั้งในด้านพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ประเด็นสำคัญในบุคลากรแต่ละกลุ่ม การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง ผลลัพธ์ของการติดตามประเมินผล

(2) บุคลากรมีข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และแบบอย่างวัฒนธรรมองค์กรในการสร้างเสริมสุขภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดเวทีให้บุคลากรร่วมกันพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - ข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
 - การละเว้นจากแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา
 - การเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การใช้รถใช้ถนน อาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย
 - การใช้วิธีการที่หลากหลายในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ศิลปะ ดนตรี งานอดิเรก
 - วิธีการส่งเสริมให้บุคลากรส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพ

- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีระบบ สิ่งแวดล้อม กิจกรรม ที่เอื้อต่อการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและแบบอย่างวัฒนธรรมองค์กรในการสร้างเสริมสุขภาพ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
- วิธีการส่งเสริมให้บุคลากรร่วมเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพ
- ระบบ สิ่งแวดล้อม กิจกรรม ที่โรงพยาบาลจัดขึ้นเพื่อส่งเสริมการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพ

(3) องค์กรประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะการติดเชื้อวัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี และ HIV จากผู้ป่วย, เข็มฉีดยาหรือของมีคมบาด, สารเคมีในห้องปฏิบัติการ, ก๊าซดมสลบ และยาเคมีบำบัด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องศึกษาและทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของบุคลากรสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข CDC
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากรอย่างเป็นระบบ โดยพิจารณาให้สอดคล้องกับลักษณะงานของบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน โดยครอบคลุม
 - ความเสี่ยงจากการทำงานที่พบบ่อย เช่น sprains, strains, contusion, cuts, punctures
 - ความเสี่ยงจากการทำงานที่มีอันตรายสูง เช่น การติดเชื้อ สารเคมี ปัจจัยทางกายภาพ (รังสี ความร้อน ไฟฟ้า เลเซอร์) และสิ่งแวดล้อม
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องวางแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันอันตราย การสร้างภูมิคุ้มกัน และการปฏิบัติเมื่อ expose ต่อความเสี่ยง รวมทั้งจัดระบบรายงานและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อให้สามารถประเมินการปฏิบัติตามแนวทางและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ทั้งในส่วนของบุคลากร และผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของบุคลากร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความเสี่ยงต่อสุขภาพสำคัญจำแนกตามบุคลากรกลุ่มต่างๆ มาตรการป้องกันที่สำคัญ
- ข้อมูลที่ใช้ติดตามประเมินผล และการตอบสนองที่เกิดขึ้น

(4) บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงาน และมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน ได้แก่ การตรวจสุขภาพทั่วไป ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน ประวัติการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน.

(5) บุคลากรได้รับการตรวจสอบสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินการเจ็บป่วยเนื่องมาจากการทำงาน รวมทั้งการติดเชื้อ ซึ่งอาจจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆ ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องขอทบทวนและปรับปรุงระบบการประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าทำงาน การจัดทำข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน และการตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องขอทบทวนความเหมาะสมของข้อมูลสุขภาพพื้นฐานของบุคลากร
 - การตรวจสอบสุขภาพทั่วไปเมื่อแรกรับ
 - ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน
 - ประวัติการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อซึ่งอาจจะทำให้เสี่ยงต่อการรับหรือแพร่กระจายโรคติดต่อ
 - ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ
 - พฤติกรรมสุขภาพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดระบบให้ข้อมูลสุขภาพของบุคลากรมีความเชื่อมต่อกับบันทึกสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และสามารถเข้าถึงได้ตามความเหมาะสม
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดระบบการตรวจสอบสุขภาพประจำปี (หรือบ่อยกว่านั้น) ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ ประมวลผลข้อมูล และตอบสนองอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน
- ผลการตรวจสอบสุขภาพของบุคลากรและการตอบสนอง

(6) บุคลากรได้รับภูมิคุ้มกันโรคติดต่ออย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาความจำเป็นในการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของบุคลากรในสายงาน / หน่วยงานต่างๆ จัดให้ภูมิคุ้มกันโรคหรือทดสอบการมีภูมิคุ้มกันโรคตามความเหมาะสม และบันทึกประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรคในประวัติสุขภาพ
- วัคซีนที่ควรพิจารณา²
 - วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีสำหรับผู้ที่มีโอกาสสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งสูง
 - วัคซีนป้องกันโรคอื่นๆ เช่น influenza, MMR, varicella, DPT, meningococcal vaccine

² ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจาก <http://www.health.state.ny.us/prevention/immunization/toolkits/docs/hospital.pdf>

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- แนวทางการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่บุคลากร และผลการดำเนินงาน

(7) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม. องค์กรจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับทั้งการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อ ข้อบ่งชี้ในการจำกัดการปฏิบัติหน้าที่ และการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อซึ่งครอบคลุมถึงการให้ภูมิคุ้มกันและการจำกัดการปฏิบัติงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย / บาดเจ็บ, ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ, การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อ³ / เจ็บป่วย / บาดเจ็บ, การจำกัดการปฏิบัติงาน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องซักซ้อมความเข้าใจ ตรวจสอบความพร้อม และตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วย / บาดเจ็บจากการทำงานและทบทวนมาตรการป้องกัน / การดูแล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การเจ็บป่วย / บาดเจ็บจากการทำงานที่สำคัญ มาตรการสำคัญในการป้องกันและดูแล
- ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วย / บาดเจ็บจากการทำงาน และการตอบสนองที่เกิดขึ้น

³ Post exposure prophylaxis เมื่อสัมผัสเชื้อ HIV, HVB, rabies

Self Enquiry 5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (HRF.2)

องค์กรบริหารชี้ความสามารถและอัตรากำลัง เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ. องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพดี และมีความปลอดภัย.

ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงาน

- กำลังคนในหน่วยงานของท่านเหมาะสมกับงานหรือไม่ ถ้าไม่ ท่านต้องการคนเพิ่มอย่างน้อยที่สุดเท่าไร หน่วยงานของท่านจัดการอย่างไรกับกำลังคนที่ไม่เพียงพอเพื่อให้ทำงานได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัยต่อผู้รับบริการ
- เพื่อให้ รพ.บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ สามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ผู้ถูกสัมภาษณ์มีข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะอะไรต่อการบริหารบุคลากร ทั้งในระดับหน่วยงานและในระดับ รพ.
- มีข้อเสนอแนะอะไรบ้างที่ต้องการให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่ทำงานเพื่อให้ความปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพมากขึ้น
- มีข้อเสนอแนะอะไรบ้างในเรื่องการจัดบริการและสิทธิประโยชน์ให้แก่บุคลากร
- ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วยและให้การป้องกันโรคอย่างไร
- ผู้ถูกสัมภาษณ์มีบทบาทอย่างไรในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชน

I – 6 การจัดการกระบวนการ

SPA I-6.1 การออกแบบระบบงาน

องค์กรกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษของตน ออกแบบระบบงาน และกระบวนการสำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่นๆ, พร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน, และบรรลุความสำเร็จขององค์กร.

ก. ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร

(1) องค์กรกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษของตน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพันธกิจ สิ่งแวดล้อม และแผนปฏิบัติการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้อง (เช่น CLT องค์กรแพทย์) ทำความเข้าใจความหมายของความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร (organization's areas of greatest expertise) ว่าเป็นความสามารถที่มีความสำคัญในเชิงกลยุทธ์ ซึ่งทำให้เกิดความได้เปรียบผู้อื่น นำไปสู่ความสำเร็จขององค์กรตามพันธกิจ วิสัยทัศน์ ซึ่งองค์กรจะต้องพยายามพัฒนาให้เชี่ยวชาญ
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องศึกษาตัวอย่างการกำหนดความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร
 - Mercy Health System (MBNQA winner 2007)
 - 1) partnering with physicians to create and maintain an effective **integrated healthcare delivery system**
 - 2) engaging employees and physicians using the Servant Leadership Philosophy and the COE model, which provide a balanced approach to **patient focused care**
 - ตัวอย่างอื่นๆ
 - การร่วมมือกับชุมชนและองค์กรในท้องถิ่นเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนและสมาชิกในการดูแลสุขภาพของตนเอง
 - การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์
 - การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บูรณาการเข้าไปในชุมชน
 - การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศในด้านอุบัติเหตุและโรคหัวใจ
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องทบทวนพันธกิจและสิ่งแวดล้อมขององค์กร แล้วร่วมกันกำหนดความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร

- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องนำความเชี่ยวชาญพิเศษที่กำหนดขึ้นมาจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาให้เกิดความเชี่ยวชาญยิ่งขึ้น และใช้แนวคิด 3P หรือ PDSA หรือ process management เพื่อติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร
- แนวทางการพัฒนาความเชี่ยวชาญพิเศษ

(2) องค์กรออกแบบระบบงานโดยรวม และสร้างนวัตกรรมให้กับระบบงาน โดยใช้ทรัพยากรจากภายนอก (และภายใน) อย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันศึกษาตัวอย่างการกำหนดระบบงานโดยรวมของโรงพยาบาล
 - Sharp HealthCare (MBNQA winner 2007) กำหนดระบบงานของ enterprise ว่าประกอบด้วย Emergency Care, Home Care, Hospice Care, Inpatient Care, Long-term-care, Mental Health Care, Outpatient Care, Primary / Specialty, Rehabilitation, Urgent Care
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันศึกษาตัวอย่างการออกแบบและสร้างนวัตกรรมให้กับระบบงาน
 - การพิจารณาว่างานใดจะทำเอง งานใดจะจ้างเหมาภายนอก และงานใดจะร่วมทุน/ร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก การพัฒนา software, การให้เอกชนลงทุนเทคโนโลยีราคาแพงในสถานี่ของ รพ., การร่วมมือกับคลินิกเอกชนในการจัดบริการผู้ป่วยนอก, การร่วมมือกับชุมชนในการดูแลผู้ป่วย
 - การออกแบบระบบงานผ่าน value creation process เชื่อมโยงกระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการบริหาร และกระบวนการสนับสนุนเข้าด้วยกัน
 - การเชื่อมโยงความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กรกับระบบงานหลักขององค์กร
 - การจัดระบบงานที่สนับสนุนการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพและการให้บริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดระบบงานหลักของ รพ. ศึกษาความต้องการของผู้รับบริการ กำหนดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของแต่ละระบบงาน พิจารณาทรัพยากรและกระบวนการเพื่อสนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ สร้างนวัตกรรมให้กับระบบงาน พิจารณาความร่วมมือกับภายนอกที่เป็นไปได้ กำหนดเป็นแผนพัฒนาโดยใช้ช่วงเวลาที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ระบบงานโดยรวมของ รพ. และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของแต่ละระบบงาน

- นวัตกรรมเพื่อให้ระบบงานของ รพ. ได้ผล
- ความร่วมมือกับภายนอกที่ดำเนินการไปแล้ว และที่กำหนดเป็นแผนพัฒนา

ข. การออกแบบกระบวนการทำงาน

- (1) องค์กรกำหนดกระบวนการทำงานสำคัญ ซึ่งสัมพันธ์กับความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร. กระบวนการเหล่านี้ นำไปสู่การส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นๆ และความสำเร็จขององค์กร. (นำเสนอกระบวนการทำงานที่สำคัญ)
- (2) องค์กรจัดทำข้อกำหนด (คุณลักษณะที่คาดหวัง) ที่สำคัญของกระบวนการข้างต้น โดยใช้ข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นๆ ผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอก. (นำเสนอข้อกำหนด / ความคาดหวังที่สำคัญ)
- (3) องค์กรออกแบบและสร้างสรรค์นวัตกรรมสำหรับกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองข้อกำหนด / ความคาดหวังสำคัญข้างต้น โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย หลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร โอกาสที่จะต้องปรับเปลี่ยน ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น รอบเวลา ผลิตภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจมาตรฐานเรื่อง Process Management ซึ่งประกอบด้วย
 - การระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ (key work process) สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม (การกล่าวถึงกระบวนการในมาตรฐานบทนี้ ยังคงเป็นกระบวนการในภาพใหญ่ขององค์กร ซึ่งสามารถแตกย่อยลงไปได้อีกเมื่อไปพิจารณาในระดับหน่วยงาน)
 - กระบวนการจัดบริการสุขภาพ (healthcare process) ซึ่งสร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการ
 - กระบวนการทางธุรกิจหรือการดูแลกิจการ (business process) ซึ่งมีความสำคัญต่อความสำเร็จและความเติบโตขององค์กร เช่น การสร้างนวัตกรรม การวิจัยและพัฒนา การจัดหาเทคโนโลยี การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ การจัดการห่วงโซ่อุปทาน การจ้างเหมาหน่วยงานภายนอก การบริหารโครงการ การขายและการตลาด การระดมทุน กระบวนการนโยบายสาธารณะ
 - กระบวนการสนับสนุน (support process) เพื่อตอบสนองความต้องการภายในองค์กร เช่น การจัดการอาคารสถานที่ การทำความสะอาด เวชระเบียน การเงินการบัญชี บริการด้านกฎหมาย ประชาสัมพันธ์ ความสัมพันธ์กับชุมชน การจัดการห่วงโซ่อุปทาน
 - การระบุข้อกำหนด (คุณลักษณะที่คาดหวัง) ที่สำคัญของกระบวนการ
 - การออกแบบและสร้างสรรค์นวัตกรรมกระบวนการสำหรับกระบวนการ (Design)
 - การนำกระบวนการที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ (Action)

- การใช้ตัวชี้วัดเพื่อควบคุมกระบวนการ และเพื่อประเมินความสำเร็จของกระบวนการ(Learning)
- การปรับปรุงกระบวนการ (Improvement)
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการนำมาตรฐานเรื่อง Process Management หรือ PDSA หรือ 3P ไปสู่การปฏิบัติในขอบเขตต่อไปนี้
 - กระบวนการซึ่งเกี่ยวข้องกับความสำเร็จขององค์กร หรือวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร
 - สนับสนุนให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ขับเคลื่อน PDSA ในกระบวนการสำคัญที่ระบุไว้ใน service profile ของหน่วยงาน (สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน ค้นหาโอกาสพัฒนา ควบคุมกำกับการทำงาน ติดตามการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน และดำเนินการพัฒนาต่อเนื่อง)
 - กระบวนการสำคัญใน 3 กลุ่มที่กล่าวมา คือ กระบวนการจัดบริการสุขภาพ กระบวนการทางธุรกิจ และกระบวนการสนับสนุน (ซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับ service profile ของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือในมาตรฐานตอนที่ II และ III)
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบแต่ละกระบวนการสำคัญ ทำความเข้าใจขอบเขตของกระบวนการสำคัญในที่นี้ ว่าเป็นการมองกระบวนการจากระดับองค์กร หนึ่งกระบวนการอาจจะหมายถึงความถึงงานของหน่วยงานทั้งหน่วย และเราอาจจะคุ้นเคยกันในชื่อของระบบงาน เช่น กระบวนการเวชระเบียน ซึ่งเรารู้คุ้นเคยกันในชื่อระบบเวชระเบียน ขณะที่บางระบบงานอาจจะแตกออกเป็นกระบวนการสำคัญจำนวนหนึ่ง เช่น ระบบ IC อาจจะจำแนกออกเป็นกระบวนการเฝ้าระวังการติดเชื้อ กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ ฯลฯ
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบแต่ละกระบวนการสำคัญ ดำเนินการออกแบบกระบวนการที่รับผิดชอบ
 - วิเคราะห์ความต้องการและความหวังของผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ผู้ส่งมอบ ผู้ร่วมงานจากภายนอก ร่วมกับข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพ มาตรฐานวิชาชีพ และข้อมูลวิชาการต่างๆ เพื่อจัดทำข้อกำหนดของกระบวนการ (process requirement) ซึ่งเป็นวลีสั้นๆ ที่ระบุถึงความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้องต่อกระบวนการนั้นๆ ว่าอยากเห็นผลลัพธ์หรือคุณลักษณะอย่างไร
 - ทบทวนกระบวนการที่ใช้อยู่ว่าสามารถตอบสนองต่อข้อกำหนดของกระบวนการได้ดีเพียงใด
 - ออกแบบและสร้างสรรค์นวัตกรรมสำหรับกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองข้อกำหนด / ความคาดหวังสำคัญข้างต้น โดยใช้แนวคิด human factors engineering เข้ามาประยุกต์ใช้ ร่วมกับหลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร เพื่อเป้าหมาย คุณภาพ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตารางสรุปกระบวนการสำคัญและข้อกำหนดของแต่ละกระบวนการ (ครอบคลุมมากที่สุดเท่าที่จะทำได้)
- ตัวอย่างการออกแบบกระบวนการเพื่อตอบสนองต่อข้อกำหนด

ค. ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน

องค์กรสร้างความมั่นใจในการเตรียมพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานเพื่อรองรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน, โดยพิจารณาการป้องกัน การบริหารจัดการ ความต่อเนื่องของการให้บริการผู้ป่วยและชุมชน การเคลื่อนย้าย และการฟื้นฟู.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกับทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์โอกาสที่ รพ.จะต้องเผชิญกับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน ทั้งที่มีผลกระทบต่อ รพ.โดยตรง และมีผลกระทบต่อชุมชนซึ่งทำให้ รพ.ต้องตอบสนอง
 - ภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉินที่มีผลกระทบต่อองค์กรโดยตรง เช่น อัคคีภัย น้ำท่วม พายุ แผ่นดินไหว ระบบสาธารณูปโภคไม่ทำงาน มลภาวะในอากาศ เหตุระเบิด
 - การมีภาระที่ต้องให้บริการมากขึ้นอย่างฉับพลัน เช่น การระบาดของโรคติดต่อ อุบัติเหตุหมู่ การเจ็บป่วยจากภัยธรรมชาติ
- ผู้บริหารระดับสูงมอบหมายให้ทีมที่เกี่ยวข้องวางแผนเตรียมความพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานเพื่อรองรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน โดยพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย
 - การเตรียมความพร้อมของสถานที่ เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ การสื่อสาร ฯลฯ
 - การบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุ
 - แผนสำรองเพื่อให้สามารถจัดบริการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง
 - การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้อยู่ในที่ปลอดภัย
 - การฟื้นฟูสภาพกิจการหลังเกิดเหตุ
- ทีมที่เกี่ยวข้องเรียนรู้จาก รพ.อื่นๆ ที่เคยมีประสบการณ์ เพื่อวางแผนรองรับให้รัดกุมและครอบคลุมประเด็นที่อาจมองไม่เห็น
- ทีมที่เกี่ยวข้องประเมินความพร้อมของระบบต่างๆ ที่ต้องรองรับเมื่อเกิดภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน จุดที่ไม่สมควรเปิดให้บริการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน จุดต่อแหลมที่จะเกิดความชุกชกในการปฏิบัติเมื่อเกิดสถานการณ์จริงในระดับรุนแรงกว่าที่คาด
- ทีมที่เกี่ยวข้องดำเนินการซักซ้อมทำความเข้าใจ หรือการซ้อมปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอตามความเหมาะสม โดยอาจร่วมกับหน่วยงานภายนอก และนำปัญหาข้อติดขัดมาปรับปรุงแก้ไข

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉินที่ รพ.มีโอกาสเผชิญ
- มีการจัดทำแผนรองรับในภาวะอะไรบ้าง มีการซักซ้อมความเข้าใจหรือซ้อมแผนในแต่ละเรื่องบ่อยเพียงใด
- จากการประเมินความพร้อมของระบบและการซ้อมแผน พบปัญหาข้อติดขัดอะไร และนำมาปรับปรุงอย่างไร

SPA I - 6.2 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน

องค์กรนำกระบวนการทำงานสำคัญไปปฏิบัติ บริหารจัดการ และปรับปรุงกระบวนการดังกล่าว เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น และเพื่อบรรลุความสำเร็จขององค์กร.

ก. การจัดการกระบวนการทำงาน

- (1) องค์กรนำกระบวนการทำงานที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ และสร้างความมั่นใจว่าจะจะเป็นไปตามข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการ (บรรลุคุณลักษณะที่คาดหวัง). มีการนำข้อมูลจากผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่น ผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอก มาใช้ในการจัดการกระบวนการดังกล่าว. องค์กรใช้ตัวชี้วัดผลงานสำคัญ และตัวชี้วัดระหว่างการปฏิบัติงานเพื่อควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.
- (2) มีการพิจารณาความคาดหวังของผู้ป่วย. มีการอธิบายกระบวนการบริการสุขภาพและผลลัพธ์ที่น่าจะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่สามารถตอบสนองได้. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและนำความสนใจ (preference) ของผู้ป่วยมาพิจารณาในการให้บริการ.
- (3) องค์กรพยายามที่ลดค่าใช้จ่ายโดยรวมในการตรวจสอบ ป้องกันการต้องทำงานซ้ำและความผิดพลาด.

ข. การปรับปรุงกระบวนการทำงาน

องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อให้ได้ผลงานที่ดีขึ้น ลดความแปรปรวน ยกย่องการจัดบริการสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพ และเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและทิศทางด้านบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปรับปรุงและบทเรียนระหว่างหน่วยงานและกระบวนการต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้และนวัตกรรมในองค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ ทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติ จัดระบบสื่อสาร / ฝึกอบรม / แหล่งข้อมูลเพื่อการค้นคว้า / สิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติที่พึงประสงค์
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ กำหนดวิธีการที่จะใช้ติดตามและควบคุมการปฏิบัติงานประจำวัน เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นไปตามกระบวนการที่ออกแบบไว้ ซึ่งอาจจะเป็นการติดตามตัวชี้วัดสำคัญ การนิเทศ การสุ่มย่อ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรายงาน ฯลฯ
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ ทบทวนวิธีการปฏิบัติงานที่ใช้อยู่ว่าเป็นไปตามกระบวนการที่ออกแบบไว้หรือไม่ สามารถตอบสนองต่อข้อกำหนดสำคัญของแต่ละกระบวนการหรือไม่
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ทบทวนในประเด็นต่อไปนี้และนำมาปรับปรุง
 - ความสามารถในการตอบสนองความคาดหวังของผู้ป่วย

- ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังกับสิ่งที่ รพ.สามารถตอบสนองได้ และการอธิบายให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่เหมาะสม
- การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ พิจารณาหาโอกาสลดค่าใช้จ่ายโดยรวมสำหรับ
 - การตรวจสอบ
 - การทำงานซ้ำและความผิดพลาด
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ พิจารณาหาโอกาสพัฒนาด้วยการวิเคราะห์ที่หลากหลาย เช่น
 - การวิเคราะห์กระบวนการทำงาน และความต้องการของผู้รับผลงาน (ทั้งภายในและภายนอก)
 - การวิเคราะห์ความสูญเปล่าในกระบวนการทำงานตามแนวคิด lean
 - Defects rework: การทำงานซ้ำเนื่องจากความผิดพลาดหรือข้อบกพร่อง เช่น การตรวจเลือดซ้ำเนื่องจากเขียนฉลากผิด
 - Overproduction: การทำงานหรือให้บริการมากเกินไป เช่น การถ่ายภาพรังสีทุกวันในหอผู้ป่วยวิกฤติ
 - Waiting: การรอคอย เช่น การที่แพทย์ต้องรอคอย portable X-ray ที่ห้องผ่าตัด
 - Not using staff talents: การไม่ใช้ภูมิปัญญาความสามารถของบุคลากร เช่น การที่หัวหน้างานเป็นผู้คิดคำตอบโดยไม่เปิดโอกาสให้บุคลากรใช้ความคิดสร้างสรรค์
 - Transportation: การเคลื่อนย้าย เช่น การผู้ป่วยต้องเคลื่อนย้ายไปตามจุดบริการต่างๆ ในการมาตรวจแต่ละครั้ง
 - Inventory: การมีวัสดุคงคลังมากเกินไป
 - Motion: การเคลื่อนที่ไปมา เช่น การที่แพทย์ต้องเดินไปๆ มาๆ เพื่อบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์
 - Excessive processing: ขั้นตอนที่มากเกินไป เช่น การถามผู้ป่วยในข้อมูลชุดเดียวกันซ้ำๆ
 - อุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น ซึ่งบันทึกไว้ในระบบรายงานหรือการทบทวนเวชระเบียน
 - กิจกรรมทบทวนคุณภาพ ที่เริ่มต้นไว้ในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA
 - การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นกับเป้าหมายที่กำหนดไว้
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการทบทวนเกี่ยวกับ Process Management ในประเด็นต่อไปนี้
 - โอกาสที่จะมีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพไปจากเดิม เช่น จากบริการผู้ป่วยในเป็นบริการผู้ป่วยนอก จากบริการที่โรงพยาบาลเป็นบริการที่บ้าน การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ๆ (เช่น ระบบ IT และการสื่อสาร)
 - การนำข้อมูลจากผู้รับบริการ ผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอก มาใช้ในการออกแบบกระบวนการ และปฏิบัติตามกระบวนการที่ออกแบบไว้

- การพิจารณาปัจจัยต่างๆ ในการปรับปรุงกระบวนการที่ดำเนินการอยู่ เช่น ผลลัพธ์สุขภาพที่ต้องการ ความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง หลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร ความทันเวลา การเข้าถึง การประสานงาน ความต่อเนื่องของการดูแล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจ ความคาดหวังที่หลากหลาย ความเพียงพอหรือขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะที่จำเป็น
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการนำผลการพัฒนาคุณภาพและบทเรียนระหว่างหน่วยงานต่างๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดระบบคัดเลือกผลงานที่สามารถขยายผลไปใช้ได้ และสร้างกลไกเพื่อให้เกิดการขยายผลไปใช้ทั่วทั้ง รพ.
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินความเข้าใจและการนำ PDSA ไปใช้ในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญในหน่วยงานและระบบงานต่างๆ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร คุณลักษณะที่คาดหวังของกระบวนการดังกล่าว
- การปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพที่สำคัญ
- ผลการพัฒนาคุณภาพที่มีการขยายผลไปใช้ทั่วทั้ง รพ.
- ผลการประเมินการนำ PDSA ไปใช้ในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญในหน่วยงานและระบบงานต่างๆ

Self Enquiry I – 6. การจัดการกระบวนการ

องค์กรนำกระบวนการทำงานสำคัญไปปฏิบัติ บริหารจัดการ และปรับปรุงกระบวนการดังกล่าว เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น และเพื่อบรรลุความสำเร็จขององค์กร.

การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจความหมายของความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร ว่าเป็นความสามารถที่สำคัญขององค์กร ทำให้เกิดความได้เปรียบคนอื่น นำไปสู่ความสำเร็จขององค์กร

กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์

- ผู้รับผิดชอบการเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน
- หัวหน้าหน่วยงาน
- ผู้ปฏิบัติงาน

ประเด็นคำถามผู้รับผิดชอบการเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน

- ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่ รพ.มีโอกาสเผชิญมีอะไรบ้าง มีการประเมินความพร้อมของระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องไว้อย่างไร จุดใดที่เป็นจุดอ่อนแหลมที่จะเกิดความขลุกขลักในการปฏิบัติเมื่อเกิดสถานการณ์จริงในระดับรุนแรงกว่าที่คาด

ประเด็นคำถามหัวหน้าหน่วยงาน

- จาก service profile ที่หน่วยงานจัดทำไว้ มีการนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน ค้นหาโอกาสพัฒนา ควบคุมกำกับการทำงาน และติดตามการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานอย่างไร
- เลือกกระบวนการสำคัญของหน่วยงานมาหนึ่งกระบวนการ พุดคุยกันถึงเรื่องการใช้ความต้องการของผู้รับผลงานและข้อมูลอื่นๆ เพื่อสรุปว่า process requirement (ข้อกำหนดของกระบวนการหรือคุณลักษณะที่คาดหวังจากกระบวนการ) คืออะไร แล้วนำ process requirement นั้นไปใช้ออกแบบกระบวนการ และกำหนดวิธีการติดตามกำกับให้บรรลุ requirement ได้อย่างไร
- ถ้ามองภาพรวมการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานทุกรูปแบบ การพัฒนาเหล่านั้นครอบคลุมโอกาสพัฒนาที่ได้รับการระบุไว้เพียงใด การพัฒนาเหล่านั้นสอดคล้องกับเป้าหมายและประเด็นสำคัญของหน่วยงานและของโรงพยาบาลเพียงใด มีอะไรที่เป็นเรื่องสำคัญสมควรเร่งพัฒนาในช่วงนี้
- ได้เรียนรู้จากผลการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอื่นอย่างไร มีการนำผลการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอื่นมาปฏิบัติในหน่วยงานของผู้ถูกสัมภาษณ์อะไรบ้าง การขยายผลนั้นผ่านทางช่องทางใด

ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงาน

- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกงานในหน้าที่ของตนขึ้นมาพูดคุยกัน ให้เล่าถึงเป้าหมายของงานนั้น วิธีการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การรับรู้ว่าสิ่งที่ทำนั้นบรรลุเป้าหมายหรือไม่ โอกาสพัฒนาในงานนั้น อาจจะไปถึงความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้ที่จะรับงานไปทำต่อ



HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE

คำแนะนำ

แบบสอบถามนี้เป็นการถามความเห็นของท่านเกี่ยวกับประเด็นเรื่องความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ความผิดพลาดทางการแพทย์ และการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่าน ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีในการตอบ

- “เหตุการณ์” (event) หมายถึง ความผิดพลาด (error), ความผิดพลาด (mistake), อุบัติการณ์ (incident), อุบัติเหตุ (accident), หรือความเบี่ยงเบน (deviation), ไม่ว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหรือไม่
- “ความปลอดภัยของผู้ป่วย” (“Patient safety”) หมายถึงการหลีกเลี่ยงหรือการป้องกันการบาดเจ็บต่อผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย

SECTION A: พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานของท่าน

ในการสำรวจนี้ ให้นักถึงหน่วยงานของท่านว่าเป็นพื้นที่ปฏิบัติงาน แผนก หรือ clinical area ของโรงพยาบาลซึ่งท่านใช้เวลาทำงานมากที่สุดหรือให้การดูแลทางคลินิกมากที่สุด

พื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานหลักของท่านในโรงพยาบาลนี้คืออะไร ให้ทำเครื่องหมายในวงกลมเพียง 1 ที่

- a. Many different hospital units/No specific unit (ทำงานในหลายหน่วยงาน/ไม่มีหน่วยงานเฉพาะ)
- b. Medicine (non-surgical) g. Intensive care unit (any type) i. Radiology
- c. Surgery h. Psychiatry/mental health m. Anesthesiology
- d. Obstetrics j. Rehabilitation n. Other, please specify:
- e. Pediatrics k. Pharmacy
- f. Emergency department l. Laboratory

โปรดระบุว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความเกี่ยวกับพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่านต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมายในวงกลม

| คิดถึงพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่าน | Strongly Disagree | Disagree | Neither | Agree | Strongly Agree |
|--|-------------------|----------|---------|-------|----------------|
| | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 1. สมาชิกในหน่วยงานนี้ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. เรามีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานของหน่วยงาน..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว, เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม ... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4. สมาชิกในหน่วยงานนี้ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติกัน..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มีชั่วโมงทำงานมากเกินไปที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6. เรากำลังเร่งพัฒนางานเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 7. เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราวหรือเจ้าหน้าที่จากภายนอกมากเกินไป จนทำให้ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 8. เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าการผิดพลาดของตนจะถูกนำมาจัดการลงโทษ (held against them) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 9. ที่นี่ ความผิดพลาดทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 10. การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่นี่เป็นเพราะเหตุบังเอิญ (by chance) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 11. ถ้าส่วนใดในหน่วยนี้มีงานยุ่ง จะมีคนอื่นมาช่วยเหลือ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 12. เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือตัวบุคคล ไม่ใช่ปัญหา | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 13. เราประเมินประสิทธิภาพ หลังจากที่เราดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 14. เราทำงานแบบอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode) พยายามทำงานมากเกินไป เร่งรีบเกินไป..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 15. แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 16. เจ้าหน้าที่ที่กังวลว่าความผิดพลาด (mistake) ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 17. เรามีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงานนี้..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 18. แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

SECTION B: หัวหน้างานของท่าน

โปรดระบุว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความเกี่ยวกับหัวหน้างานที่ใกล้ชิดท่านที่สุดต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมายในวงกลม

| | Strongly Disagree | Disagree | Neither | Agree | Strongly Agree |
|---|-------------------|----------|---------|-------|----------------|
| | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| 1. หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามีการปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่กำหนดไว้..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยอย่างจริงจัง..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานจะขอให้เราทำงานเร็วขึ้น แม้ว่าอาจจะเกิดการทำงานที่ลัดขั้นตอน (shortcuts) และอาจส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4. หัวหน้างานของฉันมักจะมองข้ามปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

SECTION C: Communications

สิ่งต่อไปนี้เกิดขึ้นในพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่านบ่อยเพียงใด ตอบโดยทำเครื่องหมายในวงกลม

| คิดถึงพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่าน | Never | Rarely | Sometimes | Most of the time | Always |
|---|-------|--------|-----------|------------------|--------|
| | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| 1. เราได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด (errors) ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4. เจ้าหน้าที่ตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5. ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6. เจ้าหน้าที่ไม่กล้าซักถามเมื่อเห็นว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

SECTION D: ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์

ในพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่าน เมื่อเกิดความผิดพลาดต่อไปนี้จะมีการรายงานบ่อยเพียงใด ให้คำตอบโดยทำเครื่องหมายในวงกลม

| | Never ▼ | Rarely ▼ | Sometimes ▼ | Most of the time ▼ | Always ▼ |
|--|------------|-------------|----------------|-----------------------|-------------|
| 1. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไขก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วย..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น <u>และอาจจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยแต่ไม่เกิด</u> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

SECTION E: ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)

โปรดให้คะแนนความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวม สำหรับพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่าน ให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ

| | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|
| ○ A Excellent ดีเยี่ยม | ○ B Very Good ดีมาก | ○ C Acceptable ยอมรับได้ | ○ D Poor ไม่ดี | ○ E Failing ตก |
|--|-------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|

SECTION F: โรงพยาบาลของท่าน

โปรดระบุว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความโรงพยาบาลของท่านต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมายในวงกลม

| คิดถึงโรงพยาบาลของท่าน | Strongly Disagree ▼ | Disagree ▼ | Neither ▼ | Agree ▼ | Strongly Agree ▼ |
|--|------------------------|---------------|--------------|------------|---------------------|
| 1. ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลไม่ค่อยร่วมมือกัน..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานมักจะถูกมองข้ามไป..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4. มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลที่ต้องทำงานร่วมกัน.... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5. ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญมักจะสูญหายไปหรือไม่มีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6. มักจะรู้สึกไม่มีความสุขเมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 7. มักจะเกิดปัญหาขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 8. การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด (top priority)..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 9. ดูเหมือนว่าผู้บริหารโรงพยาบาลจะสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น..... | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

10. หน่วยงานในโรงพยาบาลทำงานร่วมกันได้ดีเพื่อให้การดูแลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย... ① ② ③ ④ ⑤

11. มักจะเกิดปัญหากับผู้ป่วยขึ้นในช่วงเปลี่ยนเวร..... ① ② ③ ④ ⑤

SECTION G: จำนวนการรายงานเหตุการณ์

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา, ท่านได้บันทึกและส่งรายงานจำนวนเท่าไร ให้เลือกตอบเพียง 1 ข้อ

- a. ไม่มีรายงาน
- b. 1 - 2 รายงาน
- c. 3 - 5 รายงาน
- d. 6 -10 รายงาน
- e. 11 - 20 รายงาน
- f. 21 รายงานหรือมากกว่า

SECTION H: ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลต่อไปนี้จะช่วยในการวิเคราะห์ผลการสำรวจ ให้เลือก 1 คำตอบโดยทำเครื่องหมายในวงกลม

1. ท่านทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้มานานเท่าไร
 - a. น้อยกว่า 1 ปี
 - b. 1 - 5 ปี
 - c. 6 - 10 ปี
 - d. 11 - 15 ปี
 - e. 16 - 20 ปี
 - f. 21 ปีหรือมากกว่า
2. ท่านทำงานในพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานปัจจุบันมานานเท่าไร
 - a. น้อยกว่า 1 ปี
 - b. 1 - 5 ปี
 - c. 6 - 10 ปี
 - d. 11 - 15 ปี
 - e. 16 - 20 ปี
 - f. 21 ปีหรือมากกว่า
3. โดยทั่วไป ท่านทำงานชั่วโมงละกี่สัปดาห์ในโรงพยาบาลนี้
 - a. น้อยกว่า 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
 - b. 20 - 39 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
 - c. 40 - 59 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
 - d. 60 - 79 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
 - e. 80 - 99 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
 - f. 100 ชั่วโมงต่อสัปดาห์หรือมากกว่า
4. ท่านมีตำแหน่งอะไรในโรงพยาบาลนี้ เลือกข้อที่เหมาะสมที่สุดกับตำแหน่งงานของท่าน
 - a. พยาบาลวิชาชีพ
 - b. ผู้ช่วยแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติ
 - c. LVN / LPN
 - d. พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย
 - e. แพทย์ (Attending/Staff Physician)
 - f. แพทย์ประจำบ้าน / แพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม
 - g. เภสัชกร
 - h. โภชนาการ/นักกำหนดอาหาร
 - i. ผู้ช่วย เสมียน เลขานุการ ของหน่วยงาน
 - j. Respiratory Therapist
 - k. นักกายภาพบำบัด อาชีวบำบัด วชิบำบัด
 - l. เทคนิคเขียน (เช่น, EKG, เทคนิคการแพทย์, รังสีการแพทย์)
 - m. ผู้บริหาร
 - n. อื่นๆ โปรดระบุ:
5. ในตำแหน่งงานของท่าน ท่านมีปฏิสัมพันธ์หรือสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วยหรือไม่
 - a. ใช่
 - b. ไม่ใช่
6. ท่านทำงานในสาขาหรือวิชาชีพนี้มานานเท่าไร
 - a. น้อยกว่า 1 ปี
 - b. 1 - 5 ปี
 - c. 6 - 10 ปี
 - d. 11 - 15 ปี
 - e. 16 - 20 ปี
 - f. 21 ปีหรือมากกว่า

SECTION I: ความคิดเห็นของท่าน

ขอให้ท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาด หรือการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่านอย่างอิสระ

ขอขอบคุณสำหรับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้

ภาคผนวก ข.1 Are We Making Progress as Leader

A Message to Leaders

ในสิ่งแวดล้อมปัจจุบัน ถ้าเราอยู่เฉยๆ เราก็จะกลายเป็นผู้ที่ล้าหลัง การตัดสินใจที่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสมเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง การติดตามการตัดสินใจเหล่านั้นก็เป็นเรื่องท้าทาย ในการสำรวจข้อมูลจากผู้นำ มูลนิธิ Malcolm Baldrige ได้เรียนรู้ว่าผู้นำสูงสุดเชื่อว่าการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัตินั้นยากกว่าการจัดทำกลยุทธ์ถึงสามเท่า ถ้าการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติเป็นเรื่องท้าทาย คำถามก็คือ เราได้ทำให้เกิดความก้าวหน้าขึ้นหรือไม่ บุคลากรของเราเห็นด้วยหรือไม่ เราทราบได้อย่างไร

- ค่านิยม วัฒนธรรม พันธกิจ และแผนงานต่างๆ ได้รับการนำไปปฏิบัติหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- ค่านิยม วัฒนธรรม พันธกิจ และแผนงานต่างๆ เป็นที่เข้าใจและได้รับการสนับสนุนจากทีมงานของท่านหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- ค่านิยม วัฒนธรรม พันธกิจ และแผนงานต่างๆ ได้รับการสื่อสาร เข้าใจ และสนับสนุนโดยบุคลากรของท่านหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- การสื่อสารของท่านได้ผลหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- ข้อมูลที่สื่อ่นั้นเป็นที่ยอมรับหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร

Are We Making Progress As Leaders? เป็นเอกสารคู่กับแบบสอบถามบุคลากร Are We Making Progress? ซึ่งได้รับการออกแบบเพื่อให้ท่านเห็นว่าการรับรู้ของท่านสอดคล้องกับของบุคลากรหรือไม่ ช่วยให้คุณกำหนดจุดเน้นในการพัฒนาและการสื่อสารในจุดที่ต้องการความใส่ใจมากที่สุด

การรับรู้ของท่านในฐานะผู้นำมีความสำคัญต่อองค์กร แบบสอบถามชุดนี้มีคำถาม 40 ข้อ สำหรับคำถามแต่ละข้อ ให้ท่านทำเครื่องหมายในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, ไม่เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, เห็นด้วย, เห็นด้วยอย่างยิ่ง) สิ่งที่ท่านรู้สึกจะช่วยให้เราตัดสินใจว่าจุดใดเป็นจุดที่เราต้องปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงมากที่สุด เรามีโอกาสที่จะเปรียบเทียบการรับรู้ของทีมงานของเรากับบุคลากรของเราเพื่อดูว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ เราจะไม่พิจารณาคำตอบของแต่ละคน แต่จะใช้ข้อมูลจากทีมงานทั้งหมดเพื่อการตัดสินใจ

| | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | ไม่เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | เห็นด้วย | เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
|---|----------------------|-------------|----------|----------|-------------------|
| CATEGORY 1: LEADERSHIP | | | | | |
| 1a บุคลากรของเรารับรู้และเข้าใจพันธกิจขององค์กร (สิ่งที่เราพยายามทำให้บรรลุ) | | | | | |
| 1b บุคลากรของเรารับรู้และเข้าใจวิสัยทัศน์ขององค์กร (จุดหมายที่เราพยายามไปให้ถึงในอนาคต) | | | | | |
| 1c ทีมนำของเราใช้ค่านิยมขององค์กรเพื่อชี้นำองค์กรและบุคลากรของเรา | | | | | |
| 1d ทีมนำของเราสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานซึ่งช่วยในการทำงานของบุคลากร | | | | | |
| 1e ทีมนำของเราแบ่งปันข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับองค์กร | | | | | |
| 1f ทีมนำของเราถามบุคลากรว่ามีความคิดเห็นอย่างไร | | | | | |
| CATEGORY 2: STRATEGIC PLANNING | | | | | |
| 2a ทีมนำของเราถามบุคลากรของเราเพื่อขอความคิดเห็น ในระหว่างการวางแผนสำหรับอนาคต | | | | | |
| 2b องค์กรของเราส่งเสริมให้นำความคิดใหม่ๆ (นวัตกรรม) มาใช้ | | | | | |
| 2c บุคลากรของเราเรียนรู้แผนขององค์กรในส่วนที่จะผลกระทบต่อพวกเขาและงานของพวกเขา | | | | | |
| 2d บุคลากรของเรารู้วิธีการที่จะรายงานความก้าวหน้าในส่วนที่เป็นแผนในความรับผิดชอบของกลุ่มที่ตนเป็นสมาชิก | | | | | |
| 2e องค์กรของเรามีความยืดหยุ่นและสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วเมื่อจำเป็น | | | | | |
| CATEGORY 3: CUSTOMER AND MARKET FOCUS | | | | | |
| 3a บุคลากรของเราเชื่อว่าผู้รับผลงานที่สำคัญที่สุดของพวกเขาคือใคร | | | | | |

| | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | ไม่เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | เห็นด้วย | เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
|--|----------------------|-------------|----------|----------|-------------------|
| 3b บุคลากรของเราหมั่นถามผู้รับผลงานของตนว่าเกี่ยวกับ need and want ของผู้รับผลงาน | | | | | |
| 3c บุคลากรของเราถามผู้รับผลงานว่าพอใจหรือไม่พอใจกับงานที่ตนให้บริการ | | | | | |
| 3d บุคลากรของเราได้รับอนุญาตให้ตัดสินใจแก้ปัญหาให้กับผู้รับผลงาน | | | | | |
| 3e บุคลากรของเราเชื่อว่าผู้รับผลงานที่สำคัญที่สุดขององค์กรคือใคร | | | | | |
| CATEGORY 4: MEASUREMENT, ANALYSIS, AND KNOWLEDGE MANAGEMENT | | | | | |
| 4a บุคลากรของเราวิธีการวัดคุณภาพงานของตน | | | | | |
| 4b บุคลากรของเราใช้ข้อมูลข่าวสารนี้เพื่อปรับปรุงงานของตน | | | | | |
| 4c บุคลากรของเรารู้ว่าตัวชี้วัดที่พวกเขาใช้อยู่ใน fit เข้ากับตัวชี้วัดการพัฒนาโดยรวมขององค์กรอย่างไร | | | | | |
| 4d บุคลากรของเราได้รับข้อมูลข่าวสารทั้งหมดที่จำเป็นสำหรับการทำงานของตน | | | | | |
| 4e บุคลากรของเรารู้ว่าองค์กรโดยรวมของเรากำลังทำอะไรอยู่ | | | | | |
| CATEGORY 5: WORKFORCE FOCUS | | | | | |
| 5a บุคลากรของเราให้ความร่วมมือและทำงานเป็นทีม | | | | | |
| 5b ทีมนำของเราส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรของเราพัฒนาทักษะการทำงานเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ | | | | | |
| 5c บุคลากรของเราได้รับการยกย่องชมเชยจากงานที่กระทำ | | | | | |
| 5d องค์กรของเรามีสถานที่ทำงานที่ปลอดภัย | | | | | |
| 5e ผู้บริหารและองค์กรของเรามีความห่วงใยเกี่ยวกับบุคลากรของเรา | | | | | |
| 5f บุคลากรของเรามุ่งมั่นต่อความสำเร็จขององค์กร | | | | | |

| | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | ไม่เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | เห็นด้วย | เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
|---|----------------------|-------------|----------|----------|-------------------|
| CATEGORY 6: PROCESS MANAGEMENT | | | | | |
| 6a บุคลากรของเราสามารถได้รับทุกสิ่งทุกอย่างที่ต้องการเพื่อทำงานของตน | | | | | |
| 6b องค์กรของเรามีกระบวนการที่ดีเพื่อทำงานขององค์กร | | | | | |
| 6c บุคลากรของเราสามารถควบคุมกระบวนการทำงานที่ตนรับผิดชอบ | | | | | |
| 6d องค์กรของเรามีการเตรียมพร้อมเพื่อรับเหตุฉุกเฉิน/ภัยพิบัติ | | | | | |
| CATEGORY 7: RESULTS | | | | | |
| 7a ผลผลิตจากงานของบุคลากรของเราเป็นไปตามข้อกำหนดทุกประการ | | | | | |
| 7b ผู้รับผลงานของบุคลากรของเราพอใจกับงานที่บุคลากรมอบให้ | | | | | |
| 7c บุคลากรของเราเชื่อว่าองค์กรของเรามีผลงานด้านการเงินดีเพียงใด | | | | | |
| 7d องค์กรของเรามีบุคคลและทักษะที่เหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ | | | | | |
| 7e องค์กรของเราจัดอุปสรรคต่อความก้าวหน้าขององค์กร | | | | | |
| 7f องค์กรของเราปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ | | | | | |
| 7g องค์กรของเราปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมในระดับสูง | | | | | |
| 7h องค์กรของเราช่วยให้บุคลากรให้บริการแก่ชุมชน | | | | | |
| 7i บุคลากรของเราเชื่อมั่นว่าองค์กรของเราเป็นที่ที่ดีสำหรับการทำงาน | | | | | |

ภาคผนวก ข.2 Are We Making Progress (แบบสอบถามสำหรับบุคลากร)

(สำหรับผู้นำ) A Message to Leaders

ในสิ่งแวดล้อมปัจจุบัน ถ้าเราอยู่เฉยๆ เราก็จะกลายเป็นผู้ที่ล้าหลัง การตัดสินใจที่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสมเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง การติดตามการตัดสินใจเหล่านั้นก็เป็นเรื่องท้าทาย ในการสำรวจข้อมูลจากผู้นำ มูลนิธิ Malcolm Baldrige ได้เรียนรู้ว่าผู้นำสูงสุดเชื่อว่าการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัตินั้นยากกว่าการจัดทำกลยุทธ์ถึงสามเท่า ถ้าการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติเป็นเรื่องท้าทาย คำถามก็คือ เราได้ทำให้เกิดความก้าวหน้าขึ้นหรือไม่ ฉันเห็นด้วยหรือไม่ เราทราบได้อย่างไร

- ค่านิยม วัฒนธรรม พันธกิจ และแผนงานต่างๆ ได้รับการนำไปปฏิบัติหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- ค่านิยม วัฒนธรรม พันธกิจ และแผนงานต่างๆ เป็นที่เข้าใจและได้รับการสนับสนุนจากทีมงานของท่านหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- ค่านิยม วัฒนธรรม พันธกิจ และแผนงานต่างๆ ได้รับการสื่อสาร เข้าใจ และสนับสนุนโดยบุคลากรของท่านหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- การสื่อสารของท่านได้ผลหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- ข้อมูลที่สื่อ่นั้นเป็นที่ยอมรับหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร

Are We Making Progress? เป็นเอกสารคู่กับแบบสอบถามบุคลากร Are We Making Progress As Leaders? ซึ่งได้รับการออกแบบเพื่อให้ท่านเห็นว่าการรับรู้ของท่านสอดคล้องกับของบุคลากรหรือไม่ ช่วยให้คุณกำหนดจุดเน้นในการพัฒนาและการสื่อสารในจุดที่ต้องการความใส่ใจมากที่สุด

(สำหรับบุคลากร) Are We Making Progress?

ความเห็นของท่านมีความสำคัญต่อเรา แบบสอบถามชุดนี้มีคำถาม 40 ข้อ สำหรับคำถามแต่ละข้อ ให้ท่านทำเครื่องหมายในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, ไม่เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, เห็นด้วย, เห็นด้วยอย่างยิ่ง) สิ่งที่ท่านรู้สึกจะช่วยให้เราตัดสินใจว่าจุดใดเป็นจุดที่เราต้องปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงมากที่สุด เรามีโอกาสที่จะเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้นำระดับสูงของฉันทันกับบุคลากรของเราเพื่อดูว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ เราจะไม่พิจารณาคำตอบของแต่ละคน แต่จะใช้ข้อมูลจากทีมงานทั้งหมดเพื่อการตัดสินใจ

| | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | ไม่เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | เห็นด้วย | เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
|--|----------------------|-------------|----------|----------|-------------------|
| CATEGORY 1: LEADERSHIP | | | | | |
| 1a ฉันรับรู้และเข้าใจพันธกิจขององค์กร (สิ่งที่องค์กรพยายามทำให้บรรลุ) | | | | | |
| 1b ฉันรับรู้และเข้าใจวิสัยทัศน์ขององค์กร (จุดหมายที่องค์กรพยายามไปให้ถึงในอนาคต) | | | | | |
| 1c ผู้นำระดับสูงของฉันใช้ค่านิยมขององค์กรเพื่อชี้นำพวกเรา | | | | | |
| 1d ผู้นำระดับสูงของฉันสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานซึ่งช่วยในการทำงานของฉัน | | | | | |
| 1e ผู้นำระดับสูงของฉันแบ่งปันข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับองค์กร | | | | | |
| 1f ผู้นำระดับสูงของฉันถามว่าฉันมีความคิดเห็นอย่างไร | | | | | |
| CATEGORY 2: STRATEGIC PLANNING | | | | | |
| 2a องค์กรของฉันขอความคิดเห็นของฉัน ในระหว่างการวางแผนสำหรับอนาคต | | | | | |
| 2b องค์กรของฉันส่งเสริมให้นำความคิดใหม่ๆ (นวัตกรรม) มาใช้ | | | | | |
| 2c ฉันรับรู้แผนขององค์กรในส่วนที่จะผลกระทบต่อฉันและงานของฉัน | | | | | |
| 2d ฉันรู้วิธีการที่จะรายงานความก้าวหน้าในส่วนที่เป็นแผนในความรับผิดชอบของกลุ่มที่ฉันเป็นสมาชิก | | | | | |
| 2e องค์กรของฉันมีความยืดหยุ่นและสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วเมื่อจำเป็น | | | | | |
| CATEGORY 3: CUSTOMER AND MARKET FOCUS | | | | | |
| 3a ฉันรู้ว่าผู้รับผลงานที่สำคัญที่สุดของฉันคือใคร | | | | | |
| 3b ฉันหมั่นถามผู้รับผลงานของฉันเกี่ยวกับ need and want ของพวกเขา | | | | | |

| | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | ไม่เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | เห็นด้วย | เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
|---|----------------------|-------------|----------|----------|-------------------|
| 3c ฉันถามผู้รับผลงานว่าพอใจหรือไม่พอใจกับงานที่ฉันให้บริการ | | | | | |
| 3d ฉันได้รับอนุญาตให้ตัดสินใจแก้ปัญหาให้กับผู้รับผลงานของฉัน | | | | | |
| 3e ฉันรับรู้ว่าคุณรับผลงานที่สำคัญที่สุดขององค์กรคือใคร | | | | | |
| CATEGORY 4: MEASUREMENT, ANALYSIS, AND KNOWLEDGE MANAGEMENT | | | | | |
| 4a ฉันรู้วิธีการวัดคุณภาพงานของฉัน | | | | | |
| 4b ฉันใช้ข้อมูลข่าวสารนี้เพื่อปรับปรุงงานของฉัน | | | | | |
| 4c ฉันรู้ว่าตัวชี้วัดที่ฉันใช้ในงานของฉัน fit เข้ากับตัวชี้วัดการพัฒนาโดยรวมขององค์กรอย่างไร | | | | | |
| 4d ฉันได้รับข้อมูลข่าวสารทั้งหมดที่จำเป็นสำหรับการทำงานของฉัน | | | | | |
| 4e ฉันรู้ว่าองค์กรของฉันโดยรวมกำลังทำอะไรอยู่ | | | | | |
| CATEGORY 5: WORKFORCE FOCUS | | | | | |
| 5a ผู้คนที่ฉันทำงานด้วยให้ความร่วมมือและทำงานเป็นทีม | | | | | |
| 5b ผู้นำระดับสูงของฉันส่งเสริมและสนับสนุนให้ฉันพัฒนาทักษะการทำงานเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ | | | | | |
| 5c ฉันได้รับการยกย่องชมเชยจากงานที่ฉันทำ | | | | | |
| 5d ฉันมีสถานที่ทำงานที่ปลอดภัย | | | | | |
| 5e ผู้บริหารและองค์กรของฉันมีความห่วงใยในตัวฉัน | | | | | |
| 5f ฉันมุ่งมั่นต่อความสำเร็จขององค์กร | | | | | |
| CATEGORY 6: PROCESS MANAGEMENT | | | | | |
| 6a ฉันสามารถได้รับทุกสิ่งทุกอย่างที่ต้องการเพื่อทำงานของฉัน | | | | | |
| 6b เรามีกระบวนการที่ดีเพื่อทำงานของเรา | | | | | |
| 6c ฉันสามารถควบคุมกระบวนการทำงานที่ฉันรับผิดชอบ | | | | | |

| | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | ไม่เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | เห็นด้วย | เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
|--|----------------------|-------------|----------|----------|-------------------|
| 6d เรามีการเตรียมพร้อมเพื่อรับเหตุฉุกเฉิน/ภัยพิบัติ | | | | | |
| CATEGORY 7: RESULTS | | | | | |
| 7a ผลผลิตจากงานของฉันเป็นไปตามข้อกำหนดทุกประการ | | | | | |
| 7b ผู้รับผลงานของฉันพอใจกับงานที่ฉันมอบให้ | | | | | |
| 7c ฉันรู้ว่าองค์กรของฉันมีผลงานด้านการเงินดีเพียงใด | | | | | |
| 7d องค์กรของฉันมีบุคคลและทักษะที่เหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ | | | | | |
| 7e องค์กรของฉันจัดอุปสรรคต่อความก้าวหน้าขององค์กร | | | | | |
| 7f องค์กรของฉันปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ | | | | | |
| 7g องค์กรของฉันปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมในระดับสูง | | | | | |
| 7h องค์กรของฉันช่วยให้บุคลากรให้บริการแก่ชุมชน | | | | | |
| 7i องค์กรของฉันเป็นที่ที่ดีสำหรับการทำงาน | | | | | |

คู่มือนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

SPA & Self Enquiry Part I

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ
ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี