SPA & Self Enquiry Part I

แนวคิด....2
SPA 1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)....4
Self Enquiry 1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)....10
SPA 1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)....12
Self Enquiry 1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)....16
SPA 2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1)....18
Self Enquiry 2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1)....22
SPA 2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2)....24
Self Enquiry 2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2)....28
SPA I-3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF.1)....30
Self Enquiry 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 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)....52
SPA I - 4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (MAK.2)....54
Self Enquiry I – 4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (MAK.2)....58
SPA I-5.1 ความผูกพันของบุคลากร (HRF.1)....59
Self Enquiry I - 5.1 ความผูกพันของบุคลากร (HRF.1)a....68
SPA I - 5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (HRF.2)....69
Self Enquiry 5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (HRF.2)....76
SPA I-6.1 การออกแบบระบบงาน....77
SPA I - 6.2 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน....82
Self Enquiry I – 6. การจัดการกระบวนการ....85
ภาคผนวก ก. Hospital Survey on Patient Safety Culture....87
ภาคผนวก ข.1 Are We Making Progress as Leader....94
ภาคผนวก ข.2 Are We Making Progress (แบบสอบถามสำหรับบุคลากร)....99

แนวคิด

SPA (Standards – Practice – Assessment)

จาก SA (self assessment) สู่ SPA มีอักขระที่เพิ่มขึ้นคือ **"P"** "P" คือ practice คือการเน้นความสำคัญของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มาตรฐานนั้นจึงจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กร

การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้ง่ายๆ โดยใช้วิธีการ "คุยกันเล่น – เห็นของจริง – อิงการวิจัย"

SPA เป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลในการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งมีการขยายความมาตรฐานครอบคลุมแนวคิดที่ทีมงานควรศึกษาให้เข้าใจ ขั้นตอนในการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ การประเมินผลหรือเรียนรู้ที่ควรจะเกิดขึ้น ลงท้ายด้วยประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

การจะตอบแบบประเมินตนเองได้จึงต้องนำมาตรฐานไปปฏิบัติแล้วระยะหนึ่ง

มาตรฐาน HA ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปีนี้มีกรอบข้อกำหนดและค่านิยมหลักที่ประยุกต์มาจากเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA/MBNQA) เพื่อให้ง่ายขึ้นในการปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาล พรพ.ได้จัดทำ SPA โดยมีแนวคิดดังนี้

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

Self Enquiry

Enquiry มีความหมายในเชิงของการค้นหาความจริง การเจาะลึก การทำความเข้าใจกับสถานการณ์ อาจจะมีความใกล้เคียงไปทางการวิจัย

พรพ.เห็นว่าการใช้แนวคิดเรื่อง enquiry น่าจะช่วยการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลได้ใกล้เคียงกับการทำ internal survey หรืออาจจะทดแทนกันได้ จึงได้จัดทำแนวทางสำหรับการสืบค้นตนเองขึ้น

คำถามที่อยู่ในแนวทางฉบับนี้มีเป้าหมายเพื่อต้องการกระตุ้นให้เกิดการถอดบทเรียนจากงานที่ทีมงานของโรงพยาบาลได้ทำลงไป การร่วมกันตอบคำถามควรมีลักษณะของการสนทนามากกว่ามุ่งทำเอกสาร การตอบควรนึกถึงรูปธรรมที่ทำจริงๆ เพื่อจะได้สามารถเจาะลึกต่อจากเรื่องดังกล่าวได้ ไม่ควรตอบตามหลักการซึ่งไม่เกิดประโยชน์

บทเรียนที่เกิดขึ้นอาจมีได้หลายลักษณะ เช่น

- ความเข้าใจ
  - ไม่เข้าใจความหมายของมาตรฐานหรือเรื่องราวนั้นๆ
  - ไม่เข้าใจเป้าหมาย คุณค่า หรือประโยชน์ของสิ่งที่ทำอยู่
- ความก้าวหน้าของการดำเนินการ
  - ไม่สามารถนำแนวคิดและเครื่องมือมาสู่การปฏิบัติได้
  - มีการนำแนวคิดและเครื่องมือมาปฏิบัติ แต่ยังไม่ครอบคลุม ไม่ครบถ้วน ไม่ตรงประเด็น ติดรูปแบบ
  - มีการปฏิบัติแล้วแต่ยังไม่ได้มีการประเมินผลว่าสิ่งที่ทำนั้นเกิดประโยชน์เพียงใด บรรลุเป้าหมายหรือไม่
- บทเรียนเกี่ยวกับเนื้องาน
  - ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน และการใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว
  - สิ่งที่เป็นความสำเร็จ และสิ่งที่ยังต้องดำเนินการต่อ
- บทเรียนและคุณค่าทั่วไป
  - หลักคิดสำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ
  - ความรู้สึกของผู้เกี่ยวข้อง

คำถามที่จัดทำขึ้นใน self enquiry guide เป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการสนทนา เมื่อนำเรื่องเล่ามาเล่าสู่กันฟังจะเห็นประเด็นที่อยากพูดคุยกันต่อเนื่อง ถ้าเป็นไปได้ ควรเชื่อมโยงเรื่องเล่าเข้ากับ core values ของกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

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

I-1 การนำองค์กร

SPA 1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)

ผู้นำระดับสูงชี้นำองค์กร 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 อย่ายึดติด
  - 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, การสร้างนวตกรรม, ความคล่องตัวขององค์กร, การเรียนรู้ในระดับองค์กรและบุคลากร, สัมพันธภาพในการทำงานที่ดี, ความร่วมมือและการประสานบริการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสัมพันธภาพในการทำงานที่ดี
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความร่วมมือและการประสานบริการ เช่น การจัดโครงสร้างการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนระบบบริการเฉพาะโรคที่มีการประสานในทุกขั้นตอนและทุกจุดบริการ การเข้าร่วมแก้ไขปัญหาที่มีความอ่อนไหว (sensitive) ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างหน่วยงาน
- ประเมินบรรยากาศด้านต่างๆ ทั้งในด้านการรับรู้ของบุคลากร และผลงานที่เกิดขึ้น และนำไปใช้วางแผนพัฒนาต่อเนื่อง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- วิธีการใหม่ๆ หรือนวตกรรมที่นำมาใช้ในการสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศ
- ผลการประเมินบรรยากาศในด้านต่างๆ ข้างต้น และแผนพัฒนาที่เกิดขึ้น

(4) ผู้นำระดับสูงสร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดเรื่องความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเป็นวัตถุประสงค์สำคัญในแผนกลยุทธ์
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการนำ Patient Safety Goals : SIMPLE มาศึกษา ปฏิบัติ และติดตาม ตามความเหมาะสม (ปฏิบัติให้มากที่สุด เลือกติดตามเท่าที่จำเป็น อาจจะใช้แนวคิดร่วมด้วยชวยกัน 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)
- ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้ใช้การพูดคุยกันบ่อยๆ อย่างสั้นๆ 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) ต่อทิศทางและจุดเน้นขององค์กรในด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย การมุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัย การมุ่งเน้นผลงานที่ดี และนำผลการประเมินมาปรับปรุงการสื่อสาร การให้อำนาจตัดสินใจ การให้รางวัลและยกย่องชมเชย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาพรวมของวิธีการสื่อสารโดยสรุป
- ผลการประเมินประสิทธิผลของการสื่อสาร การให้อำนาจตัดสินใจ การให้รางวัลและยกย่องชมเชย รวมทั้งการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(2) ผู้นำระดับสูงกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติเพื่อปรับปรุงผลงาน การบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์ขององค์กร รวมทั้งระดับความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว. ผู้นำระดับสูงทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อระบุการดำเนินการที่จำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินการตามช่วงเวลาที่สมควร วิเคราะห์ความก้าวหน้าในการพัฒนาตามแผน การบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์ขององค์กร นำผลการวิเคราะห์มากำหนดจุดเน้นในการพัฒนา (หรือเข็มมุ่ง-Hoshin) ในแต่ละช่วงเวลา รวมทั้งระดับความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว (การกำหนดระดับความคาดหวังควรพิจารณาคุณค่าต่อผู้รับผลงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ อย่างสมดุล)
- ผู้นำระดับสูงสื่อสารจุดเน้นในการพัฒนาไปยังหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง ให้การสนับสนุนการนำจุดเน้นไปสู่การปฏิบัติ
- ผู้นำระดับสูงติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามจุดเน้น ให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค

<u>ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป</u>

- จุดเน้นของการพัฒนาที่เป็นผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล และระดับความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว
- บทเรียนหรือนวตกรรมที่ผู้นำใช้กระตุ้นให้นำจุดเน้นไปสู่การปฏิบัติ
- ผลการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามจุดเน้น

Self Enquiry 1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)

ผู้นำระดับสูงชี้นำองค์กร 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:

ผู้ปฏิบัติงานและหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ

ประเด็นคำถาม

<u>การชี้นำองค์กร</u>

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

<u>การสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ</u>

- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เล่าถึงบรรยากาศในการพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงาน ประเด็นที่นำมาพัฒนาครอบคลุมปัญหาต่างๆ ที่หน่วยงานเผชิญอยู่ครบถ้วนหรือไม่, มีความสอดคล้องกับหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงานเพียงใด, มีความสอดคล้องกับจุดเน้นขององค์กรอย่างไร, มีการสร้างนวตกรรมในด้าน

ระบบงาน (การออกแบบระบบงานด้วยแนวคิดใหม่ๆ) อย่างไร, การมีส่วนร่วมของทีมงานเป็นอย่างไร, ทีมงานได้ใช้การพัฒนาดังกล่าวในการเรียนรู้ของทีมอย่างไร

- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์วิเคราะห์ว่าบรรยากาศที่เกิดขึ้นนั้น เป็นผลมาจากปัจจัยอะไรบ้าง

วัฒนธรรมความปลอดภัย

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

การสื่อสาร

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

จุดเน้นขององค์กร

- จากจุดเน้นที่ รพ.กำหนด ผู้ถูกสัมภาษณ์เห็นความเชื่อมโยงกับงานของตนอย่างไร มีการนำจุดเน้นดังกล่าวมาสู่การปฏิบัติอย่างไร ได้รับการสนับสนุนในการนำมาปฏิบัติอย่างไร

SPA 1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)

องค์กรแสดงถึงระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ สร้างความมั่นใจว่ามีการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม และมีส่วนสนับสนุนต่อสุขภาพของชุมชน.

ก. การกำกับดูแลกิจการ

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจระบบการกำกับดูแลกิจการ (governance system) ในบริบทขององค์กร (หมายถึงระบบที่อยู่เหนือคณะผู้บริหาร) เช่น
  - คณะกรรมการโรงพยาบาลเอกชนหรือองค์การมหาชนที่มีอำนาจกำกับดูแลผู้บริหารโรงพยาบาล
  - ส่วนราชการต้นสังกัดของโรงพยาบาล รวมทั้งระบบการนิเทศงาน และการติดตามประเมินผลงานของโรงพยาบาลและผู้บริหาร
- ผู้นำระดับสูงทบทวนคุณค่าเพิ่มที่ได้จากการติดตามประเมินผลและข้อเสนอแนะของระบบการกำกับดูแลกิจการ (รวมถึงระบบตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก), ติดตามการนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติ
- ผู้นำระดับสูงวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อข้อครหาในเรื่องความไม่โปร่งใสในการตัดสินใจของผู้บริหาร และดำเนินการเพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับทราบกระบวนการตัดสินใจและความโปร่งใสในการดำเนินงานของผู้บริหาร
- ผู้นำระดับสูงทบทวนพันธสัญญาและระบบรายงานระหว่างผู้กำกับดูแลกิจการ กับผู้บริหาร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการรับรู้ผลการดำเนินงานสำคัญขององค์กรโดยผู้กำกับดูแลกิจการ และให้ข้อคิดเห็นป้อนกลับต่อผู้บริหาร
- ผู้นำระดับสูง อาจมอบหมายให้มีการสำรวจและรับเสียงสะท้อนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานของผู้บริหาร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- คุณค่าเพิ่มและการปรับปรุงระบบงานที่เป็นผลจากข้อเสนอแนะของระบบการกำกับดูแลกิจการ (รวมถึงระบบตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก)

(2) องค์กรประเมินผลงานของผู้นำทุกระดับ. ผู้นำระดับสูงใช้ผลการทบทวนเหล่านี้ไปปรับปรุงประสิทธิผลของผู้นำแต่ละคน และประสิทธิผลของระบบการนำ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูง กำหนด competency ในด้านการบริหารจัดการ (managerial competency) นำมาใช้ในการประเมินและพัฒนาผู้นำระดับต่าง ๆ
- ผู้นำระดับสูง ทบทวนและปรับปรุงประสิทธิผลของระบบการนำขององค์กร ในประเด็นต่อไปนี้ โดยใช้การทบทวนภายในกลุ่มผู้นำ และการรับเสียงสะท้อนจากบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
    - การจัดโครงสร้างองค์กรที่สอดคล้องกับเป้าหมายและหน้าที่
    - การกำหนดความคาดหวังต่อผลการดำเนินงานและการเน้นย้ำค่านิยม
    - กลไกการตัดสินใจของผู้นำ การสื่อสารและนำผลการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ
    - การเลือกสรรและพัฒนาผู้นำ / ผู้บริหาร
    - ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำในสายงานต่าง ๆ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับปรุงประสิทธิผลของระบบการนำที่เป็นผลมาจากการทบทวน
- Managerial competency ที่เป็นปัญหาร่วมของผู้นำระดับต่าง ๆ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

ข. พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการวิเคราะห์และคาดการณ์ในประเด็นสำคัญต่อไปนี้
    - กฎหมายและข้อบังคับที่องค์กรจะต้องปฏิบัติตาม และประเด็นที่ยังเป็นปัญหาขององค์กร
    - การคาดการณ์ความเสี่ยง ผลกระทบด้านลบต่อสังคม ความกังวลของสาธารณะ อันเนื่องมาจากการดำเนินงานขององค์กร
        - ความกังวลของสาธารณะ ควรครอบคลุมเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย การได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกันตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ 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 จริงใจ (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

<u>ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป</u>

- ประเด็นจริยธรรมที่องค์กรให้ความสำคัญ มาตรการป้องกันการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม
- บทเรียนจากการทบทวนกรณีที่ยากลำบากในการตัดสินใจ

Self Enquiry 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 ใช้เหตุผล (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)	ยึดมั่นในความรับผิดชอบของวิชาชีพ
ปฏิเสธที่จะใช้โอกาสเอาเปรียบผู้อื่น	หลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน
เมตตากรุณา (benevolence: doing good)	
ป้องกันอันตราย	

- วิเคราะห์ประเด็นปัญหาจริยธรรมที่มีโอกาสเกิดขึ้นในบริบทของ รพ.โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้เป็นจุดเริ่ม

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

กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์:

ผู้นำและผู้ปฏิบัติงาน

ประเด็นคำถาม

ระบบการตรวจสอบภายในและภายนอก

- ถามผู้รับผิดชอบงานการเงิน งานพัสดุว่า จากข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบภายในและผู้ตรวจสอบภายนอกในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา ทางหน่วยงานได้มีการตอบสนองอย่างไรบ้าง ข้อเสนอแนะและการตอบสนองดังกล่าวทำให้ระบบงานของ รพ.ดีขึ้นอย่างไร

ระบบการนำ

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

ผลกระทบด้านลบ การปฏิบัติตามกฎหมาย การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

- หน่วยงานของผู้ถูกสัมภาษณ์มีส่วนร่วมในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าอย่างไร
- จากประเด็นผลกระทบด้านลบและความกังวลของสาธารณะที่ผู้นำให้ความสำคัญ ทางหน่วยงานของผู้ถูกสัมภาษณ์มีการดำเนินงานอย่างไรเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว
- จากประเด็นกฎหมายและข้อบังคับที่ผู้นำให้ความสำคัญ เกี่ยวข้องกับหน่วยงานใดบ้าง ทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินการอย่างไร

การปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรม

- ขอให้เล่าถึงความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจริยธรรม และแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหา
- ขอให้เล่าถึงประสบการณ์ที่เป็นความยากลำบากในการตัดสินใจเนื่องจากความไม่ลงตัวระหว่างมุมมองต่างๆ (เช่น การตัดสินใจการยุติการรักษา) และบทเรียนที่เกิดขึ้น

I – 2 การบริหารเชิงกลยุทธ์

SPA 2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1)

องค์กรกำหนดกลยุทธ์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองกับความท้าทายขององค์กร และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์

(1) ผู้นำระดับสูง ด้วยความร่วมมือของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ ดำเนินการวางแผนกลยุทธ์ตามขั้นตอนและใช้กรอบเวลาที่เหมาะสม. มีการวิเคราะห์และกำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์และข้อได้เปรียบขององค์กร. มีกระบวนการที่ช่วยให้องค์กรทราบถึงจุดอ่อนหรือจุดด้อยสำคัญที่อาจถูกมองข้าม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนทำความเข้าใจความหมายต่อไปนี้
  - ความหมายของ “กลยุทธ์” (strategy) ในเชิงกว้าง อาจเป็นผลมาจากหรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้: การจัดบริการใหม่, รายได้ที่เพิ่มขึ้น, การลงทุน, การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร, ความสัมพันธ์ใหม่ๆ กับบุคลากรหรืออาสาสมัคร, การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ, 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
    - ท้าทายสมาชิกในทีมให้มองผ่านสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนและลองใช้จินตนาการ พิจารณาว่าจุดแข็งขององค์กรจะเป็นจุดอ่อนได้อย่างไร และจุดอ่อนขององค์กรจะเป็นจุดแข็งได้อย่างไร
    - ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างที่เราไม่คาดฝันมาก่อนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา และใช้คำถามต่อไปนี้
        - วันนี้เราเรียนรู้อะไร ที่เราไม่เคยรู้มาก่อนเมื่อ 5 ปีที่แล้ว
        - คนอื่นมีการเตรียมตัวอย่างไร ในสิ่งที่เราไม่ได้เตรียมตัวไว้ก่อน
        - มีความผิดพลาดหรือการเสียโอกาสอะไรที่ดูเหมือนจะเกิดซ้ำได้อีก
        - วัฒนธรรมของเรามีข้อจำกัดอะไร
        - ประเด็นอะไรที่เป็นเรื่องที่นำมาพูดคุยกันไม่ได้ในองค์กรแห่งนี้
        - แผนกลยุทธ์ซึ่งจัดทำขึ้นเมื่อ 5 ปีที่แล้วมีความเหมาะสมเพียงใด
        - มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างที่เราไม่ได้เตรียมตัวรับมือไว้สำหรับอนาคต (แม้เราจะคิดว่ามีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมากก็ตาม)
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ ดำเนินการวางแผนกลยุทธ์ตามขั้นตอนที่กำหนดไว้และอาศัยข้อมูลที่ประมวลมาได้

<u>ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป</u>

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

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

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้เพื่อใช้ในการจัดทำกลยุทธ์

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

<u>ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป</u>

- 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
    - มุ่งไปที่ประเด็นสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่ความสำเร็จขององค์หรือไม่ เช่น การเข้าถึงและตำแหน่งที่ตั้ง , การปรับบริการให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย (customization), ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร, การสร้างนวตกรรมอย่างรวดเร็ว, การบริหารความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้รับบริการอื่นๆ, การใช้เวชระเบียนอิเล็คโทรนิคและเทคโนโลยีสารสนเทศในกระบวนการดูแล, คุณภาพและความปลอดภัย, การสร้างเสริมสุขภาพ, การตอบสนองอย่างรวดเร็ว, การให้บริการในลักษณะบูรณาการ, การให้บริการที่มีต้นทุนต่ำ, การสร้างพันธมิตรและแนวร่วมใหม่ๆ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตารางสรุปแสดงความสัมพันธ์ของความท้าทายขององค์กร, วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์, กรอบเวลาและเป้าหมายที่ต้องการบรรลุในแต่ละช่วงเวลา (รวมทั้งตัวชี้วัดที่จะใช้ติดตาม)

Self Enquiry 2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1)

องค์กรกำหนดกลยุทธ์ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองกับความท้าทายขององค์กร และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

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

กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์

- ผู้นำ ผู้รับผิดชอบเรื่องแผน หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ

ประเด็นคำถามสำหรับผู้รับผิดชอบเรื่องแผนของ รพ.

- รพ.กำหนดกรอบเวลาในการจัดทำแผนประจำปีไว้อย่างไร, สามารถปฏิบัติได้ตามกรอบเวลาที่กำหนดไว้หรือไม่
- 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 อะไรบ้างที่เป็นแก้ปัญหาในปัจจุบัน อะไรบ้างที่เป็นการเตรียมการสำหรับอนาคต
- กลยุทธ์ที่จัดทำขึ้นนั้น จะตอบสนองความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มารับบริการให้ดีขึ้นได้อย่างไร
- อุปสรรคสำคัญที่จะทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามกลยุทธ์ได้ครบถ้วนมีอะไรบ้าง

ประเด็นคำถามสำหรับหัวหน้าหน่วยงาน

- ผู้ถูกสัมภาษณ์มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำกลยุทธ์อย่างไรบ้าง
- กระบวนการจัดทำกลยุทธ์ ทำให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ในอนาคตเพิ่มขึ้นอย่างไร

ประเด็นคำถามสำหรับผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ

- กลยุทธ์สำคัญที่จะทำให้เกิดความเข้มแข็งด้านงานสร้างเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วยคืออะไร

SPA 2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2)

องค์กรถ่ายทอดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและการถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ

(1) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ, สร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เป็นผลจากแผนปฏิบัติการ. บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบแผนกลยุทธ์แต่ละแผน มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน / ระบบงานต่างๆ นำแผนกลยุทธ์ไปจัดทำแผนปฏิบัติการ และนำแผนไปปฏิบัติ
- ผู้รับผิดชอบหน่วยาน / ระบบงานต่างๆ วิเคราะห์ทิศทางในแผนกลยุทธ์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ร่วมกับบริบทหรือความต้องการของหน่วยงาน / ระบบงาน เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการที่มีเป้าหมายชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ระบุกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงเพื่อบรรลุเป้าหมาย ทรัพยากรที่ต้องใช้ และกำหนดเวลาแล้วเสร็จที่ชัดเจน ซึ่งสามารถติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุผลลัพธ์ได้
- ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน / ระบบงานต่างๆ ทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงาน สร้างความตระหนักในบทบาทของแต่ละคน ต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร และเป้าหมายที่หน่วยงานต้องรับผิดชอบ
- ผู้นำระดับสูงจัดให้มีกลไกในการสร้างความเข้าใจและติดตามประเมินการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานในรูปแบบต่างๆ เช่น เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตรวจเยี่ยมหน่วยงาน การรายงานความก้าวหน้า ฯลฯ
- ผู้นำระดับสูงสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการพัฒนา
    - วิเคราะห์ความยั่งยืนที่คาดหวัง เช่น วัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมการเรียนรู้
    - วิเคราะห์อุปสรรคต่อความยั่งยืนและปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืน และดำเนินการอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่างแผนปฏิบัติการในประเด็นที่ท้าทายมากๆ
- ความยั่งยืนของการพัฒนาที่คาดหวังและการดำเนินการเพื่อสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนดังกล่าว

(2) องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ เพียงพอที่จะนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติให้บรรลุผล. องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านการเงินและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับแผนปฏิบัติการ. องค์กรจัดสรรทรัพยากรอย่างสมดุลเพื่อให้มั่นใจว่าจะมีทรัพยากรเพียงพอสำหรับสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงวิเคราะห์ความต้องการทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อนำแผนปฏิบัติไปปฏิบัติให้บรรลุผล พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับทรัพยากรดังกล่าว จัดหาทรัพยากรที่จำเป็น
- ผู้นำระดับสูงจัดลำดับความสำคัญและจัดสรรทรัพยากรให้แก่แผนงาน ระบบาน และหน่วงานต่างๆ อย่างสมดุล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับทรัพยากรด้านการเงินและทรัพยากรด้านอื่นๆ รวมทั้งแผนงานที่อาจจะได้รับผลกระทบ และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว

(3) มีการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการและนำแผนที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติ ในกรณีที่มีความจำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผน การบรรลุเป้าหมาย และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อพิจารณาความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในรอบปีที่ผ่านมาและที่มาของการปรับเปลี่ยนดังกล่าว

(4) องค์กรจัดทำแผนด้านทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ได้. แผนระบุผลกระทบที่มีโอกาสเกิดขึ้นต่อบุคลากร และโอกาสที่จะมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถของบุคลกรและระดับกำลังคนที่ต้องการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันทำความเข้าใจตัวอย่างแผนทรัพยากรบุคคลเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ เช่น
  - การออกแบบระบบงานใหม่เพื่อเพิ่มการให้อำนาจในการตัดสินใจแก่บุคลากร
  - แผนงานริเริ่มเพื่อส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพและผู้บริหาร
  - 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 วิเคราะห์ความแตกต่างของผลงการดำเนินงาน และตอบสนองโอกาสพัฒนาต่างๆ

- การคาดการณ์ที่แตกต่างจากองค์กรที่ดำเนินงานในลักษณะใกล้เคียงกัน
- ระดับผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามการคาดการณ์
- ระดับผลการดำเนินงานในปัจจุบันที่แตกต่างจากองค์กรที่ดำเนินงานในลักษณะใกล้เคียงกัน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การคาดการณ์ผลการดำเนินงาน การเปรียบเทียบ และการตอบสนองโดยผู้บริหารระดับสูง

Self Enquiry 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 จะทำให้ยั่งยืนได้อย่างไร
- มีการเตรียมการด้านทรัพยากรบุคคลอย่างไรเพื่อปฏิบัติตามแผน
- ตัวชี้วัดที่สามารถบ่งบอกถึงความก้าวหน้าในแผนเรื่องนี้คืออะไร มีการประมวลผลจากตัวชี้วัดในระดับหน่วยย่อยอย่างไร มีการคัดเลือกให้เหลือตัวชี้วัดเท่าที่จำเป็นอย่างไร
- มีการนำตัวชี้วัดที่แสดงผลงานที่ผ่านมา และตัวชี้วัดในเรื่องเดียวกันขององค์กรอื่น มาพิจารณาเพื่อกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานในอนาคตอย่างไร

ประเด็นคำถามสำหรับหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้าหน่วยงาน

- เลือกวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่น่าจะเกี่ยวของหน่วยงานที่ผู้ถูกสัมภาษณ์รับผิดชอบ ขอดูแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ดังกล่าว รวมทั้งวิธีการในการติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุความสำเร็จ

ประเด็นคำถามสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

- เลือกวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับผู้ถูกสัมภาษณ์ขึ้นมาพูดคุยว่าผู้ถูกสัมภาษณ์จะมีบทบาทในการบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวอย่างไร

I – 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

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจเป้าหมายและแนวทางการจำแนกส่วนผู้ป่วย / 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 ที่มิใช่ผู้รับบริการด้วย เช่น ผู้จ่ายเงิน นักศึกษา ชุมชน
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานพิจารณากลุ่มที่จะมุ่งเน้นหรือต้องใส่ใจเป็นพิเศษ พร้อมทั้งทำความเข้าใจเหตุผลที่ต้องมุ่งเน้นร่วมกัน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

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

(2) องค์กรรับฟังและเรียนรู้ ความต้องการและความคาดหวัง ของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน รวมทั้งระดับความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน. วิธีการรับฟังเหมาะสมกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน แต่ละกลุ่ม. มีการนำความรู้นี้ไปใช้ในการวางแผนจัดบริการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจวิธีการรับฟังและเรียนรู้ ว่าอาจจะได้แก่ การสำรวจ การวิจัยตลาด การใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยา การสนทนากลุ่ม การใช้ข้อมูลจาก web และการใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจแสวงหาบริการสุขภาพ
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องกำหนดวิธีการรับฟัง / เรียนรู้ ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการรับฟัง / เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน โดยมุ่งให้ได้ข้อมูลตรงจากผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนความต้องการลึกๆ (ทั้งด้านบริการทั่วไปและบริการทางคลินิก) ของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาได้
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับความต้องการที่เป็นปัญหาสุขภาพซึ่งประชาชนอาจจะไม่ทราบหรือไม่รับรู้ เช่น พฤติกรรมสุขภาพต่างๆ[1] เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาออกแบบบริการที่สอดคล้องกับปัญหา
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์และสรุปความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ทำความเข้าใจเหตุผลของความแตกต่างระหว่างผู้ป่วย / ผู้รับผลงานว่าเกิดจากอะไร มีความน่าเชื่อถือเพียงใด เป็นข้อมูลที่สะท้อนความต้องการลึกๆ อย่างแท้จริงหรือยัง นำเสนอให้ผู้นำระดับสูงรับทราบเพื่อมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ
- ผู้นำระดับสูงติดตามการนำความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยไปใช้ประโยชน์ ตั้งคำถามกับตัวเองว่าการใช้ประโยชน์ที่ดำเนินการไปนั้นเพียงพอหรือไม่ที่จะสร้างศรัทธา ความเชื่อมั่น และภูมิคุ้มกันต่อ รพ. ข้อมูลที่ได้รับจากการรับฟังนั้นเพียงพอหรือไม่ที่จะทำให้ทีมงานเข้าใจผู้ป่วยและตอบสนองได้อย่างแท้จริง
    - ตัวอย่างวิธีการในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นเสมือนญาติมิตรอย่างง่ายๆ คือการใช้ Momma Test ให้เจ้าหน้าที่ตั้งคำถามว่าถ้าผู้ป่วยรายนี้เป็นแม่ของตัวเอง จะพอใจกับการดูแลที่เป็นอยู่หรือไม่ ถ้าไม่พอใจจะทำอย่างไร

<u>ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป</u>

- วิธีการรับฟังและเรียนรู้, ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม, พร้อมทั้งตัวอย่างการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังที่ทีมงานได้รับรู้

[1] ตัวอย่าง เกษตรกรเป็นโรคปวดหลังมาก อาจจะทำการวิจัยสำรวจว่าเกษตรกรทำงานกันอย่างไรจึงปวดหลัง ทำอย่างไรจึงจะไม่ปวด แล้วนำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ควรจะเกิดขึ้นมาออกแบบบริการ

- แนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไปของความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การเปลี่ยนแปลงและนวตกรรมที่แสดงว่าองค์กรมีการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมากขึ้น
- เสียงสะท้อนหรือความพึงพอใจของผู้รับผลงาน และความสัมพันธ์กับการปรับปรุงต่างๆ (อาจใช้กราฟแสดงแนวโน้มของระดับความพึงพอใจในแต่ละช่วงเวลาที่ถี่กว่ารายปี เช่น เป็นรายเดือนหรือราย 3 เดือน และระบุถึงการปรับปรุงสำคัญในแต่ละช่วงเวลา)

(4) องค์กรปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้ให้ทันความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้

Self Enquiry 3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF.1)

องค์กรเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานของตน เพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว.

การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจแนวทางการจำแนกส่วนผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เช่น การจำแนกตามภูมิศาสตร์ ตามช่องทางการให้บริการ ตามเทคโนโลยีที่ใช้ ตามระบบประกันสุขภาพ ตามหน้าที่ในการให้บริการ (เพื่อบริการสังคมกับสร้างรายได้ให้ 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) มีช่องทางสำหรับให้ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ค้นหาข้อมูลข่าวสาร ขอรับบริการ และเสนอข้อร้องเรียน. องค์กรจัดทำข้อกำหนดที่พึงปฏิบัติสำหรับช่องทางการติดต่อแต่ละรูปแบบและสร้างความมั่นใจว่าข้อกำหนดดังกล่าวได้รับการนำไปปฏิบัติโดยบุคลากรทุกคนและในทุกขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง. มีการแสดงถึงความรับผิดชอบต่อสาธารณะในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการและคุณภาพบริการ

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- 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 ข้างต้น สื่อสารและติดตามให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตาม
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องประเมินประสิทธิผลของช่องทางการติดต่อต่างๆ และพัฒนาให้เป็นระบบยิ่งขึ้น
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับบริการและคุณภาพบริการที่สมควรเผยแพร่ต่อสาธารณะ ตลอดจนช่องทางต่างๆ ที่จะใช้เผยแพร่ มอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการ
    - ข้อมูลบริการและวิธีการเข้าถึงบริการ
    - ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพของประชาชน
    - ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการของ รพ.ที่สามารถเผยแพร่ได้

<u>ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป</u>

- ช่องทางการติดต่อสำหรับผู้รับบริการที่ รพ.มีให้ และประสิทธิผลของช่องทางดังกล่าว
- ข้อมูลเกี่ยวกับบริการและคุณภาพบริการที่ รพ.เผยแพร่ต่อสาธารณะ

(3) องค์กรจัดการกับคำร้องเรียนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผลและทันท่วงที. 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 และควรให้ความสำคัญกับหัวข้อประเมินที่ได้คับคำตอบความไม่พึงพอใจมากกว่าหัวข้ออื่นๆ ว่ามีสาเหตุจากอะไร

- ควรกำหนดวิธีการสุ่มตัวอย่างที่ทำให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ใช้จำนวนที่เหมาะสมที่จะไม่เป็นภาระ ดำเนินการในภาพรวมของ รพ. แต่สามารถให้ข้อมูลเฉพาะสำหรับแต่ละหน่วยได้

- ผู้นำระดับสูงสร้างความมั่นใจว่าผู้เกี่ยวข้องนำประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาไปดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

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

(2) มีการติดตามผลหลังการเข้ารับบริการจากผู้ป่วย / ผู้รับผลงานทันที เพื่อให้ได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้องพิจารณากำหนดวิธีการติดตามผลหลังการเข้ารับบริการ เพื่อให้ได้ actionable feedback
  - การติดตามข้อมูลป้อนกลับอาจจะมีส่วนที่ควบไปกับการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ
  - ควรมีระบบที่ proactive ในการติดตามข้อมูลป้อนกลับ โดยมุ่งเน้นไปที่กลุ่มที่มีศักยภาพในการให้ข้อแนะนำที่เป็นประโยชน์ และกลุ่มที่คาดว่าได้รับบริการที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง
  - 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) อย่างไร เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงระบบงาน

SPA I - 3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

(1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมที่เกี่ยวข้องวางระบบในการให้การคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย
    1. สิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
    2. สิทธิที่จะได้รับบริการโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ
    3. สิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน
    4. สิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือโดยทันทีเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต
    5. สิทธิที่จะทราบชื่อ สกุล และประเภท ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ให้บริการแก่ตน
    6. สิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน 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
    - โอกาสที่ผู้ป่วยที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตจะไม่ได้รับการช่วยเหลือทันท่วงที

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในการวางระบบเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามประเด็นโอกาสเกิดปัญหาต่าง ๆ ที่วิเคราะห์มาได้

ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

(1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและทราบบทบาทของตนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดกิจกรรมสร้างความตระหนัก และฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ทราบบทบาทในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย
- สร้างเจตคติที่ดีต่อการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย เช่น การทำเรื่องนี้ได้ดีคือการสร้างภูมิคุ้มกันให้องค์กรและเจ้าหน้าที่

(2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดทำสื่อเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วยในลักษณะที่เข้าใจง่าย โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยในควรเป็นเอกสารประจำห้องหรือประจำเตียง

(3) มีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ตามรอยผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไปตามจุดบริการต่าง ๆ และพิจารณาว่าในแต่ละขั้นตอนของการให้บริการนั้น มีโอกาสอะไรบ้างที่จะละเมิดสิทธิผู้ป่วย
- ประมวลผลข้อมูล จัดลำดับความสำคัญ มอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการปรับปรุงและสร้างความเข้าใจ

(4) ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- วิเคราะห์ว่าในสถานการณ์ใดบ้างที่ผู้ป่วยมีโอกาสถูกทำร้ายจากการให้บริการ
    - การทำร้ายด้านร่างกาย เช่น ในผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเด็ก
    - การทำร้ายด้านจิตใจ เช่น การใช้คำพูดหรือการกระทำที่คุกคาม เป็นปรปักษ์ 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 ความเชื่อและวัฒนธรรม 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 เด็กที่เรียนรู้ช้า 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 3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจ core values เรื่อง patient / customer focus
- ศึกษาคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ ได้แก่
  1. สิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
  2. สิทธิที่จะได้รับบริการโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ
  3. สิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน
  4. สิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือโดยทันทีเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต
  5. สิทธิที่จะทราบชื่อ สกุล และประเภท ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ให้บริการแก่ตน
  6. สิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน 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
- ถ้าสังคมมีข้อกังวลเรื่องการเลือกปฏิบัติหรือให้การดูแลที่แตกต่างกันระหว่างผู้ได้รับความคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพต่างๆ ท่านจะเข้าไปตรวจสอบและสร้างหลักประกันอย่างไรให้ทุกฝ่ายมั่นใจว่าในสิ่งที่เป็น

ความจำเป็นทางการแพทย์ (medical necessity) นั้น ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับบริการตามความเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย

ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงาน

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

I – 4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

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

องค์กรจัดให้มีการวัด วิเคราะห์ ปรับทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน โดยใช้ข้อมูลและสารสนเทศในทุกระดับและทุกส่วนขององค์กร.

ก. การวัดผลงาน

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่อง performance measurement system ที่จะช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จ
  - การกำหนดทิศทางของตัวชี้วัดทั้งองค์กรให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน (alignment)
  - การบูรณาการ (integration) ตัวชี้วัดจากแหล่งต่างๆ เพื่อให้เป็นข้อมูลและสารสนเทศที่ครอบคลุมทั้งองค์กร
  - การที่ผู้นำระดับสูงติดตามตัวชี้วัดผลงานที่มีความสำคัญต่อผลงานโดยรวมขององค์กรจากแหล่งข้อมูลทุกระดับ
  - การวัดผลงาน จะถูกนำมาใช้ในการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลจริง เพื่อกำหนดทิศทางขององค์กร และจัดสรรทรัพยากรในระดับต่างๆ ให้สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับทิศทางขององค์กร
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์หรือเป้าประสงค์ของ รพ. รวมทั้งกลยุทธ์หรือแผนปฏิบัติการเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าวเป็นลำดับชั้น
- ผู้นำระดับสูงกำหนดตัวชี้วัดระดับองค์กรเพื่อ
  - ติดตามผลงานขององค์กรโดยรวม (หรือการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์/เป้าประสงค์)
  - ติดตามความก้าวหน้าตามแผน
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้ผู้นำในระดับต่างๆ กำหนดตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการติดตามผลการปฏิบัติงานประจำวันและติดตามความก้าวหน้าตามแผน ที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดระดับองค์กร หรือสนับสนุนให้ตัวชี้วัดระดับ

องค์กรเป็นไปตามเป้าหมาย (เช่น อาจจะใช้การถ่ายทอดแผน เป้าหมาย และตัวชี้วัด ขององค์กรไปสู่ scorecard ของหน่วยงานโดยใช้เทคนิค catch ball หรืออาจจะใช้การจัดทำ Hoshin planning แบบญี่ปุ่น)

- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาตัวชี้วัดที่ใช้อยู่ คัดเลือกให้ตรงประเด็นกับเป้าหมายของระบบงานและขององค์กร หาวิธีการประมวลผลให้เป็นข้อมูลที่มีความหมายในระดับองค์กร เช่น การจัดทำ composite score ในกรณีที่มีองค์ประกอบของการวัดในเรื่องนั้นหลายประเด็น สนับสนุนให้มีการเชื่อมโยงตัวชี้วัดระดับองค์กรกับตัวชี้วัดของระบบงานหรือหน่วยงานในลักษณะที่ไม่เป็นภาระในการจัดเก็บข้อมูล
- ผู้นำระดับสูงทบทวนตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามว่าได้นำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจและสร้างนวต กรรมเพียงใด

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Tree diagram แสดงตัวชี้วัดตามลำดับชั้น

(2) องค์กรเลือกข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบที่สำคัญ และทำให้มั่นใจว่ามีการนำไปใช้สนับสนุนการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิผล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบ รวมทั้งแหล่งข้อมูลที่ใช้ ผลการเปรียบเทียบและการตัดสินใจที่เกิดขึ้น

(3) องค์กรปรับปรุงระบบการวัดผลงานให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางของบริการสุขภาพ, ไวต่อการเปลี่ยนแปลงภายในหรือภายนอกที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับปรุงระบบการวัดผลงานขององค์กร และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ข. การวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลงาน

(1) องค์กรทบทวนประเมินผลงาน และขีดความสามารถขององค์กร. มีการวิเคราะห์เพื่อสนับสนุนการทบทวนประเมินผลและสร้างความมั่นใจว่าได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือ. องค์กรใช้การทบทวนนี้เพื่อประเมินความสำเร็จขององค์กร, ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ, และความสามารถในการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงขององค์กรและสิ่งแวดล้อมภายนอก.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดวงรอบเวลาของการทบทวนประเมินผลงานที่จะดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ (เช่น ทุก 3 เดือน)
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจความหมายและความสำคัญของการวิเคราะห์เพื่อสนับสนุนการทบทวนประเมินผลงาน
  - การวิเคราะห์ (analysis) หมายถึงการตรวจสอบข้อมูลและข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจที่ดี การวิเคราะห์องค์กรในภาพรวมจะช่วยชี้นำการตัดสินใจและการบริหารจัดการเพื่อบรรลุผลลัพธ์สำคัญและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร

- การวิเคราะห์ประกอบด้วย การประเมินแนวโน้ม, การคาดการณ์ทั้งในระดับองค์กร ระดับธุรกิจโดยรวม การคาดการณ์เทคโนโลยี, การเปรียบเทียบ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล และการหาความสัมพันธ์ระหว่างกัน เพื่อสนับสนุนการทบทวนผลงานขององค์กร การทราบต้นเหตุของปัญหา และช่วยจัดลำดับความสำคัญในการใช้ทรัพยากร

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นผลของการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบปีที่ผ่านมา
- โอกาสและการปรับปรุงการวิเคราะห์ข้อมูล

(2) องค์กรนำสิ่งที่ได้จากการทบทวนประเมินผลงานขององค์กรมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงและหาโอกาสสร้างนวตกรรม, พร้อมทั้งถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร.

(3) องค์กรนำผลการทบทวนประเมินผลงานขององค์กร ไปใช้ในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญอย่างเป็นระบบ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา การดำเนินการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

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

องค์กรจัดให้มีการวัด วิเคราะห์ ปรับทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน โดยใช้ข้อมูลและสารสนเทศในทุกระดับและทุกส่วนขององค์กร.

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 มีที่มาจากการติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลอะไรบ้าง
- มีการใช้ตัวชี้วัดเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นหรือมีแผนที่จะใช้อย่างไรบ้าง

ประเด็นคำถามหัวหน้าหน่วยงาน

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

- ประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพที่ รพ.มุ่งเน้นในขณะนี้คืออะไร มีความเกี่ยวข้องกับงานของผู้ถูกสัมภาษณ์อย่างไร

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

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีข้อมูล สารสนเทศ ซอฟท์แวร์ 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) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าฮาร์ดแวร์และซอฟท์แวร์มีความเชื่อถือได้ ป้องกันไม่ให้ข้อมูลรั่วไหล และใช้งานง่าย.

(3) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟท์แวร์ มีความพร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน.

(4) องค์กรปรับปรุงกลไกการจัดให้มีข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟท์แวร์ที่พร้อมใช้ ให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง ทิศทางของบริการสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศของ รพ.สำรวจความต้องการใช้ข้อมูลและสารสนเทศของ บุคลากร / ผู้บริหาร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / องค์กรภายนอก และดำเนินการสำรวจซ้ำเป็นระยะ
- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศของ รพ.ทบทวนความพร้อมใช้งานของข้อมูลและสารสนเทศที่มีอยู่เปรียบเทียบกับความต้องการใช้ 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
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องวางแผนและระบบการจัดการสารสนเทศให้หมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบการจัดการสารสนเทศของ รพ. และดำเนินการปรับปรุงตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความต้องการของผู้ใช้และความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ระบบสารสนเทศในด้านต่างๆ
- ผลการประเมินประสิทธิภาพของระบบการจัดการสารสนเทศและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

ข. การจัดการความรู้ขององค์กร

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

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, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การแก้ปัญหาที่หน้างานซึ่งไม่มีในตำราหรือคู่มือ, 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

- การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการดูแลรักษามาประยุกต์ใช้ เช่น การใช้ gap analysis วิเคราะห์โอกาสพัฒนา, การใช้แนวคิด Human Factors Engineering เพื่อออกแบบระบบงานให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ง่าย, การตามรอยการปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยเน้นความครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญให้มากที่สุด และเชื่อมโยงกับการวัดผลทางด้านคลินิก

- ผู้นำระดับสูงพิจารณาประเด็นเหล่านี้ในการจัดการความรู้
  - การปลูกฝังความรับผิดชอบต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
  - การฝังความรู้ลงในบริการหรือการทำงาน
  - การผลิตความรู้ (ขุมทรัพย์ความรู้) จากการทำงานในองค์กรและการสื่อสาร
  - การนำความรู้ไปสู่นวตกรรม
  - 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) องค์สร้างความมั่นใจในการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศ.

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 ซอฟท์แวร์ และฮาร์ดแวร์ ที่จำเป็น มีคุณภาพ และพร้อมใช้งาน สำหรับบุคลากร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน. องค์กรสร้างและจัดการสินทรัพย์ความรู้ของตนเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร.

การเตรียมตัวของผู้แยี่ยม

- ทำความเข้าใจ core values เรื่อง learning

ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงาน

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

I – 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

<u>ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป</u>

- ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความผูกพันและความพึงพอใจ (ระบุความแตกต่างในแต่ละกลุ่ม ถ้ามี)
- การปรับปรุงระบบงานที่เกิดขึ้นเพื่อให้บุคลากรมีความผูกพันและความพึงพอใจมากขึ้น

(2) องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดี และมีแรงจูงใจ ดังต่อไปนี้

- ความร่วมมือ การสื่อสารและการแบ่งปันทักษะที่มีประสิทธิผล ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพต่างสาขา ระหว่างผู้ที่อยู่ต่างหน่วยงาน และต่างสถานที่ (ตามความเหมาะสม)
- การกระจายข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารสองทางกับหัวหน้างานและผู้บริหารที่มีประสิทธิผล
- การตั้งเป้าหมายระดับบุคคล การให้อำนาจตัดสินใจ และความคิดริเริ่ม
- นวตกรรมภายใต้สภาพแวดล้อมของงาน
- ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากข้อคิด วัฒนธรรม และความคิดเห็นที่หลากหลายของบุคลากร

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

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

- ความร่วมมือ การสื่อสารและการแบ่งปันความรู้/ทักษะ ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพต่างสาขา 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) การส่งเสริมให้แต่ละคนมีเป้าหมายการทำงานที่วัดได้และมีความหมาย

<u>ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป</u>

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

(3) ระบบประเมินและพัฒนาผลงานบุคลากร (staff performance management system) ส่งเสริมให้บุคลากรสร้างผลงานที่ดี มีความผูกพันกับองค์กร, หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / การให้บริการสุขภาพ, และการนำแผนไปปฏิบัติให้สำเร็จผล. ระบบดังกล่าวนำประเด็นเรื่องการบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย และการสร้างแรงจูงใจมาพิจารณาด้วย.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- 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 ซึ่งจะถูกถ่ายทอดมาเป็นเป้าหมายในระดับต่างๆ ที่ผู้นำจะถูกประเมินผลงาน หัวหน้าหน่วยงานใช้ประเมินผลงานของบุคลากรและพูดคุยกับบุคลากรแต่ละคน
- การพัฒนาทักษะของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งผู้นำและบุคลากร (บุคลากรควรเป็นผู้จัดทำ performance plan ของตนหลังจากที่ได้รับทราบข้อมูลของหน่วยงานและเป้าหมายของหัวหน้า เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการพูดคุยระหว่างหัวหน้างานกับบุคลากรในหน่วยงาน
- ระบบต่างๆ จะต้องสนับสนุน PMS และใช้ข้อมูลจาก PMS เพื่อสนับสนุนระบบที่เกี่ยวกับทรัพยากรบุคคลอื่นๆ เช่น การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร, การคัดสรรและเลื่อนตำแหน่ง, การบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย และการสร้างแรงจูงใจ
- การประเมินผลระบบ PMS ที่ชัดเจน เริ่มจากการประเมิน compliance ไปสู่การประเมินคุณภาพและสัมฤทธิผล

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันกำหนด strategic priorities ที่จะใช้ในการประเมินผลงาน และเป้าหมายที่สามารถวัดได้ (เริ่มด้วยสิ่งที่มีความหมายสำหรับทุกคน และสามารถวัดได้ไม่ยาก จำนวนน้อยที่สุด)
- ผู้นำระดับสูงทดลองใช้ PMS กับผู้นำระดับกลาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นคุณค่าของระบบ
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้พัฒนาทักษะของหัวหน้าหน่วยงานและบุคลากรในการที่จะนำ PMS ไปใช้ให้เกิดประโยชน์
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ นำ PMS ไปสู่การปฏิบัติ โดยเน้นความสำคัญของการสื่อสารระหว่างหัวหน้าหน่วยงานกับบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยทุก 3 เดือน)
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันสร้างความเชื่อมโยงระบบ PMS กับระบบอื่นๆ ตามความเหมาะสม
- ประเมินผลระบบ PMS เป็นประจำทุกปี เริ่มจากการประเมิน compliance (การปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบไว้) ไปสู่การประเมินคุณภาพและสัมฤทธิผล
- สำหรับ รพ.ของรัฐ ควรวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของระบบประเมินผลงานบุคลากรที่ใช้อยู่ ธำรงในส่วนที่เป็นจุดแข็ง และพัฒนาระบบเพื่อแก้ไขจุดอ่อนตามข้อแนะนำในส่วนนี้ อาจจะดำเนินการทดลองในขอบเขตที่เหมาะสมก่อน

<u>ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป</u>

- Strategic priorities ที่นำมาใช้ในการประเมินผลงานบุคลากรในระบบ PMS
- ความเชื่อมโยงระหว่างระบบ PMS กับระบบที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

- ผลการประเมินระบบ PMS (รวมถึงความครอบคลุมในการนำ PMS ไปใช้ ความถี่ในการพูดคุยเรื่องผลการดำเนินงานระหว่างหัวหน้างานกับบุคลากรแต่ละคน)

ข. การพัฒนาบุคลากรและผู้นำ

(1) ระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากร พิจารณาประเด็นต่อไปนี้

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณากำหนดสมดุลของการพัฒนาบุคลากร ดังตัวอย่างในแง่มุมต่อไปนี้
    - 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 ประสบการณ์ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรค เกี่ยวกับการนำความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่ได้จากการเรียนรู้มาปฏิบัติ รวมทั้งมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค
    - หัวหน้าหน่วยงานสังเกต ตรวจสอบ หรือประเมินการนำความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่สำคัญมาสู่ปฏิบัติในหน่วยงาน
    - ผู้นำกำหนดระบบแรงจูงใจที่เหมาะสม

<u>ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป</u>

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

(2) ระบบพัฒนาและเรียนรู้สำหรับผู้นำ พิจารณาประเด็นต่อไปนี้

- การพัฒนาคุณสมบัติการเป็นผู้นำเฉพาะตัว
- การพัฒนาความรู้ขององค์กร
- จริยธรรมในการให้บริการสุขภาพและการดำเนินกิจการ
- ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และการบรรลุแผนปฏิบัติการขององค์กร
- การปรับปรุงผลงานขององค์กร การเปลี่ยนแปลง และนวตกรรม
- โอกาสและรูปแบบการพัฒนาที่หลากหลาย รวมทั้งการศึกษา การฝึกอบรม การโค้ช การเป็นพี่เลี้ยง การสะสมประสบการณ์จากการทำงาน (ตามความเหมาะสม)

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

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

<u>ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป</u>

- สรุป learning need ที่สำคัญสำหรับผู้นำ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้ (อาจนำเสนอในลักษณะตาราง)

(3) องค์กรประเมินประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ โดยพิจารณาผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล และผลงานขององค์กรร่วมด้วย.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินระบบการพัฒนาและเรียนรู้ของบุคลากรและผู้นำ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(4) องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิผล. องค์กรมีการวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิผล.

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 / กิจการขององค์กรในตอนที่ IV เพื่อระบุโอกาสในการปรับปรุงทั้งความผูกพันของบุคลากรและผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ / กิจการขององค์กร. **(ข้อนี้เป็นตัวเลือกให้ รพ.พิจารณาใช้เมื่อมีความพร้อม)**

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างระดับความผูกพันของบุคลากร กับผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ / กิจการขององค์กรในตอนที่ IV วิเคราะห์แนวโน้มของตัวชี้วัดแต่ละคู่ว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร
- ผู้นำระดับสูงพิจารณาว่าจะยกระดับผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ / กิจการขององค์กร ด้วยการปรับปรุงความผูกพันของบุคลากรได้อย่างไร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมโยง และแนวทางการปรับปรุง

Self Enquiry I - 5.1 ความผูกพันของบุคลากร (HRF.1)a

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ เพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์กรและระดับบุคคล. บุคลากรและผู้นำได้รับการพัฒนาเพื่อให้สร้างผลงานที่ดี.

การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจความหมายของคำว่าความผูกพันของบุคลากร (staff engagement) ซึ่งครอบคลุมความมีใจรัก ผูกพัน และต้องการสร้างผลงานให้แก่องค์กรเหนือ

ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงาน

- งานประจำที่ทำคืออะไร มีคุณค่าอย่างไร งานที่มีคุณค่าที่สุดที่ได้รับผิดชอบคืออะไร
- ผู้บริหารเคยมอบงานที่ท้าทายความสามารถอะไรให้รับผิดชอบบ้าง 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 การสร้างนวตกรรม 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)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนว่ากระบวนการที่ใช้อยู่นั้นบรรลุผลตามเป้าหมายหรือ requirement ของแต่ละกระบวนการเพียงใด
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องปรับปรุงกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินประสิทธิผลของกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคล และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(3) องค์กรบริหารและจัดระบบบุคลากรเพื่อ:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาเป้าหมายของการบริหารและจัดระบบบุคลากรข้างต้น ซึ่งประกอบด้วยการตอบสนองต่อความท้าทาย การบรรลุเป้าหมาย การใช้ core values การตอบสนองความเปลี่ยนแปลง
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนว่าการบริหารและการจัดระบบใดบ้างที่หนุนเสริมให้บรรลุเป้าหมายข้างต้น (เช่น โครงสร้าง ทิศทาง แรงจูงใจ การสื่อสาร การกำหนดเป้าหมาย การรายงานและติดตามผล การเรียนรู้) อะไรเป็นจุดแข็ง อะไรเป็นโอกาสพัฒนา
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการพัฒนาการบริหารและจัดระบบบุคลากรตามโอกาสพัฒนาที่พบ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในการบริหารและจัดระบบบุคลากร

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
  - 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

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องสำรวจความต้องการของบุคลากรแต่ละกลุ่มเกี่ยวกับนโยบาย การจัดบริการ 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
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องออกแบบกระบวนการที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและปฏิบัติการการดูแลสุขภาพสำหรับบุคลากรแต่ละกลุ่ม (ควรพิจารณาให้สอดคล้องกับประเด็นสำคัญในบุคลากรกลุ่มที่มีโรคประจำตัว กลุ่มที่มีพฤติรรมเสี่ยง และกลุ่มทั่วไป)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดให้มีระบบติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพของบุคลากรทั้งในด้านพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ประเด็นสำคัญในบุคลากรแต่ละกลุ่ม การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและปฏิบัติการการดูแลสุขภาพตนเอง 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
- วิธีการส่งเสริมให้บุคคลากรร่วมเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพ
- 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) บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินการเจ็บป่วยเนื่องมาจากการทำงาน รวมทั้งการติดเชื้อ ซึ่งอาจจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆ ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนและปรับปรุงระบบการประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าทำงาน การจัดทำข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน และการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนความเหมาะสมของข้อมูลสุขภาพพื้นฐานของบุคลากร
    - การตรวจสุขภาพทั่วไปเมื่อแรกรับ
    - ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน
    - ประวัติการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อซึ่งอาจจะทำให้เสี่ยงต่อการรับหรือแพร่กระจายโรคติดต่อ
    - ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ
    - พฤติกรรมสุขภาพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดระบบให้ข้อมูลสุขภาพของบุคลากรมีความเชื่อมต่อกับบันทึกสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และสามารถเข้าถึงได้ตามความเหมาะสม
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดระบบการตรวจสุขภาพประจำปี (หรือบ่อยกว่านั้น) ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ ประมวลผลข้อมูล และตอบสนองอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน
- ผลการตรวจสุขภาพของบุคลากรและการตอบสนอง

(6) บุคลากรได้รับภูมิคุ้มกันโรคติดต่ออย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาความจำเป็นในการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของบุคลากรในสายงาน / หน่วยงานต่างๆ จัดให้ภูมิคุ้มกันโรคหรือทดสอบการมีภูมิคุ้มกันโรคตามความเหมาะสม และบันทึกประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรคในประวัติสุขภาพ
- วัคซีนที่ควรพิจารณา[2]
    - 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, การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อ[3] / 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)

องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลัง้ เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ. องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพดี และมีความปลอดภัย.

ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงาน

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

I – 6 การจัดการกระบวนการ

SPA I-6.1 การออกแบบระบบงาน

องค์กรกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษของตน ออกแบบระบบงาน และกระบวนการสำคัญเพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / 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 และสร้างนวตกรรมให้กับระบบงาน 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
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันศึกษาตัวอย่างการออกแบบและสร้างนวตกรรมให้กับระบบงาน
    - การพิจารณาว่างานใดจะทำเอง งานใดจะจ้างเหมาภายนอก และงานใดจะร่วมทุน/ร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก การพัฒนา software, การให้เอกชนลงทุนเทคโนโลยีราคาแพงในสถานที่ของ รพ., การร่วมมือกับคลินิกเอกชนในการจัดบริการผู้ป่วยนอก, การร่วมมือกับชุมชนในการดูแลผู้ป่วย
    - การออกแบบระบบงานผ่าน value creation process เชื่อมโยงกระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการบริหาร และกระบวนการสนับสนุนเข้าด้วยกัน
    - การเชื่อมโยงความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กรกับระบบงานหลักขององค์กร
    - การจัดระบบงานที่สนับสนุนการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพและการให้บริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดระบบงานหลักของ รพ. ศึกษาความต้องการของผู้รับบริการ กำหนดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของแต่ละระบบงาน พิจารณาทรัพยากรและกระบวนการเพื่อสนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ สร้างนวตกรรมให้กับระบบงาน พิจารณาความร่วมมือกับภายนอกที่เป็นไปได้ กำหนดเป็นแผนพัฒนาโดยใช้ช่วงเวลาที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ระบบงานโดยรวมของ รพ. และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของแต่ละระบบงาน

- นวตกรรมเพื่อให้ระบบงานของ รพ.ได้ผล
- ความร่วมมือกับภายนอกที่ดำเนินการไปแล้ว และที่กำหนดเป็นแผนพัฒนา

ข. การออกแบบกระบวนการทำงาน

(1) องค์กรกำหนดกระบวนการทำงานสำคัญ ซึ่งสัมพันธ์กับความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร. กระบวนการเหล่านี้นำไปสู่การส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นๆ และความสำเร็จขององค์กร. (นำเสนอกระบวนการทำงานที่สำคัญ)

(2) องค์กรจัดทำข้อกำหนด (คุณลักษณะที่คาดหวัง) ที่สำคัญของกระบวนการข้างต้น โดยใช้ข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นๆ ผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอก. (นำเสนอข้อกำหนด / ความคาดหวังที่สำคัญ)

(3) องค์กรออกแบบและสร้างสรรค์นวตกรรมสำหรับกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองข้อกำหนด / 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 การสร้างนวตกรรม 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
  - การออกแบบและสร้างสรรค์นวตกรรมกระบวนการสำหรับกระบวนการ (Design)
  - การนำกระบวนการที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ (Action)

- การใช้ตัวชี้วัดเพื่อควบคุมกระบวนการ และเพื่อประเมินความสำเร็จของกระบวนนการ(Learning)
- การปรับปรุงกระบวนการ (Improvement)

- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการนำมาตรฐานเรื่อง Process Management หรือ PDSA หรือ 3P ไปสู่การปฏิบัติในขอบเขตต่อไปนี้
  - กระบวนการซึ่งเกี่ยวข้องกับความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร 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 หนึ่งกระบวนการอาจจะหมายความถึงงานของหน่วยงานทั้งหน่วย และเราอาจจะคุ้นเคยกันในชื่อของระบบงาน เช่น กระบวนการเวชระเบียน ซึ่งเราคุ้นเคยกันในชื่อระบบเวชระเบียน ขณะที่บางระบบงานอาจจะแตกออกเป็นกระบวนการสำคัญจำนวนหนึ่ง เช่น ระบบ IC อาจจะจำแนกออกเป็นกระบวนการเฝ้าระวังการติดเชื้อ กระบวนทำให้ปราศจากเชื้อ ฯลฯ
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบแต่ละกระบวนการสำคัญ ดำเนินการออกแบบกระบวนการที่รับผิดชอบ
  - วิเคราะห์ความต้องการและความหวังของผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ผู้ส่งมอบ ผู้ร่วมงานจากภายนอก ร่วมกับข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพ มาตรฐานวิชาชีพ และข้อมูลวิชาการต่างๆ เพื่อจัดทำข้อกำหนดของกระบวนการ (process requirement) ซึ่งเป็นวลีสั้นๆ ที่ระบุถึงความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้องต่อกระบวนการนั้นๆ ว่าอยากเห็นผลลัพธ์หรือคุณลักษณะอย่างไร
  - ทบทวนกระบวนการที่ใช้อยู่ว่าสามารถตอบสนองต่อข้อกำหนดของกระบวนการได้ดีเพียงใด
  - ออกแบบและสร้างสรรค์นวตกรรมสำหรับกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองข้อกำหนด / ความคาดหวังสำคัญข้างต้น โดยใช้แนวคิด human factors engineering เข้ามาประยุกต์ใช้ ร่วมกับหลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร เพื่อเป้าหมายคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย

<u>ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป</u>

- ตารางสรุปกระบวนการสำคัญและข้อกำหนดของแต่ละกระบวนการ (ครอบคลุมมากที่สุดเท่าที่จะมากได้)
- 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
    - การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้อยู่ในที่ที่ปลอดภัย
    - การฟื้นฟูสภาพกิจการหลังเกิดเหตุ
- ทีมที่เกี่ยวข้องเรียนรู้จาก รพ.อื่นๆ ที่เคยมีประสบการณ์ เพื่อวางแผนรองรับให้รัดกุมและครอบคลุมประเด็นที่อาจมองไม่เห็น
- ทีมที่เกี่ยวข้องประเมินความพร้อมของระบบต่างๆ ที่ต้องรองรับเมื่อเกิดภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน จุดที่ไม่สมควรเปิดให้บริการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน จุดล่อแหลมที่จะเกิดความขลุกขลักในการปฏิบัติเมื่อเกิดสถานการณ์จริงในระดับรุนแรงกว่าที่คาด
- 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 และสร้างความมั่นใจว่าจะเป็นไปตามข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการ (บรรลุคุณลักษณะที่คาดหวัง). มีการนำข้อมูลจากผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่น ผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอก มาใช้ในการจัดการกระบวนการดังกล่าว. องค์กรใช้ตัวชี้วัดผลงานสำคัญ และตัวชี้วัดระหว่างการปฏิบัติงานเพื่อควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.

(2) มีการพิจารณาความคาดหวังของผู้ป่วย. มีการอธิบายกระบวนการบริการสุขภาพและผลลัพธ์ที่น่าจะเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่สามารถตอบสนองได้ . ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและนำความสมัครใจ (preference) ของผู้ป่วยมาพิจารณาในการให้บริการ.

(3) องค์กรพยายามที่ลดค่าใช้จ่ายโดยรวมในการตรวจสอบ ป้องกันการต้องทำงานซ้ำและความผิดพลาด.

ข. การปรับปรุงกระบวนการทำงาน

องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อให้ได้ผลงานที่ดีขึ้น ลดความแปรปรวน ยกระดับการจัดบริการสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพ และเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและทิศทางด้านบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปรับปรุงและบทเรียนระหว่างหน่วยงานและกระบวนการต่าง ๆ เพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้และนวตกรรมในองค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ ทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติ จัดระบบสื่อสาร / ฝึกอบรม / แหล่งข้อมูลเพื่อการค้นคว้า / สิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติที่พึงประสงค์
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ กำหนดวิธีการที่จะใช้ติดตามและควบคุมการปฏิบัติงานประจำวัน เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นไปตามกระบวนการที่ออกแบบไว้ ซึ่งอาจจะเป็นการติดตามตัวชี้วัดสำคัญ การนิเทศ การสรุปย่อ 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: การทำงานหรือให้บริการมากเกินจำเป็น เช่น การถ่ายภาพรังสีทุกวันในหอผู้ป่วยวิกฤติ
    - Waiting: การรอคอย เช่น การที่แพทย์ต้องรอคอย portable X-ray ที่ห้องผ่าตัด
    - Not using staff talents: การไม่ใช้ภูมิปัญญาความสามารถของบุคลากร เช่น การที่หัวหน้างานเป็นผู้คิดคำตอบโดยไม่เปิดโอกาสให้บุคลากรใช้ความคิดสร้างสรรค์
    - Transportation: การเคลื่อนย้าย เช่น การผู้ป่วยต้องเคลื่อนย้ายไปตามจุดบริการต่างๆ ในการมาตรวจแต่ละครั้ง
    - Inventory: การมีวัสดุคงคลังมากเกินจำเป็น
    - Motion: การเคลื่อนที่ไปมา เช่น การที่แพทย์ต้องเดินไปๆ มาๆ เพื่อบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์
    - Excessive processing: ขั้นตอนที่มากเกินจำเป็น เช่น การถามผู้ป่วยในข้อมูลชุดเดียวกันซ้ำๆ
  - อุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น ซึ่งบันทึกไว้ในระบบรายงานหรือการทบทวนเวชระเบียน
  - กิจกรรมทบทวนคุณภาพ ที่เริ่มต้นไว้ในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA
  - การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นกับเป้าหมายที่กำหนดไว้
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการทบทวนเกี่ยวกับ Process Management ในประเด็นต่อไปนี้
  - โอกาสที่จะมีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพไปจากเดิม เช่น จากบริการผู้ป่วยในเป็นบริการผู้ป่วยนอก จากบริการที่โรงพยาบาลเป็นบริการที่บ้าน การใช้นวตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ๆ (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

<u>ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป</u>

- 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 จุดใดที่เป็นจุดล่อแหลมที่จะเกิดความขลุกขลักในการปฏิบัติเมื่อเกิดสถานการณ์จริงในระดับรุนแรงกว่าที่คาด

ประเด็นคำถามหัวหน้าหน่วยงาน

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

- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกงานในหน้าที่ของตนขึ้นมาพูดคุยกัน ให้เล่าถึงเป้าหมายของงานนั้น วิธีการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การรับรู้ว่าสิ่งที่ทำนั้นบรรลุเป้าหมายหรือไม่ โอกาสพัฒนาในงานนั้น อาจจะรวมไปถึงความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้ที่จะรับงานไปทำต่อ

HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE

คำแนะนำ

แบบสอบถามนี้เป็นการถามความเห็นของท่านเกี่ยวกับประเด็นเรื่องความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ความผิดพลั้งทางการแพทย์ และการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่าน ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีในการตอบ

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

SECTION A: พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานของท่าน

ในการสำรวจนี้ ให้นึกถึงหน่วยงานของท่านว่าเป็นพื้นที่ปฏิบัติงาน แผนก หรือ clinical area ของโรงพยาบาลซึ่งท่านใช้เวลาทำงานมากที่สุดหรือให้การดูแลทางคลินิกมากที่สุด

พื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานหลักของท่านในโรงพยาบาลนี้คืออะไร ให้ทำเครื่องหมายในวงกลมเพียง 1 ที่

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

โปรดระบุว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความเกี่ยวกับพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่านต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมายในวงกลม

คิดถึงพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่าน	**Strongly Disagree** ▼	**Disagree** ▼	**Neither** ▼	**Agree** ▼	**Strongly Agree** ▼
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. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มีชั่วโมงทำงานมากเกินกว่าที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด	①	②	③	④	⑤
6. เรากำลังเร่งพัฒนางานเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย	①	②	③	④	⑤
7. เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราวหรือเจ้าหน้าที่จากภายนอกมากเกินไป จนทำให้ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด	①	②	③	④	⑤
8. เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าความผิดพลาดของตนจะถูกนำมาจัดการลงโทษ (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. เราประเมินประสิทธิผล หลังจากที่ดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย	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. เจ้าหน้าที่กังวลว่าความผิดพลาด (mistake) ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ	①	②	③	④	⑤
17. เรามีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงานนี้	①	②	③	④	⑤
18. แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลั้ง (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 ▼	Some-times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. เราได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์.....	①	②	③	④	⑤
2. เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วย.....	①	②	③	④	⑤
3. เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลั้ง (errors) ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้.....	①	②	③	④	⑤
4. เจ้าหน้ากล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า.....	①	②	③	④	⑤
5. ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลั้ง (errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก.....	①	②	③	④	⑤
6. เจ้าหน้าที่ไม่กล้าซักถามเมื่อเห็นว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง	①	②	③	④	⑤

SECTION D: ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์

ในพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่าน เมื่อเกิดความผิดพลาดต่อไปนี้ จะมีการรายงานบ่อยเพียงใด ให้คำตอบโดยทำเครื่องหมายในวงกลม

	Never ▼	Rarely ▼	Some-times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไขก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วย	①	②	③	④	⑤
2. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	①	②	③	④	⑤
3. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น *และอาจจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยแต่ไม่เกิด*	①	②	③	④	⑤

SECTION E: ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)

โปรดให้คะแนนความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวม สำหรับพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่าน ให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ

○	○	○	○	○
A	**B**	**C**	**D**	**E**
Excellent	Very Good	Acceptable	Poor	Failing
ดีเยี่ยม	ดีมาก	ยอมรับได้	ไม่ดี	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. หน่วงานในโรงพยาบาลทำงานร่วมกันได้ดีเพื่อให้การดูแลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย...	①	②	③	④	⑤
11. มักจะเกิดปัญหากับผู้ป่วยขึ้นในช่วงปลี่ยนเวร.....	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 วจีบำบัด
   - ○ l. เทคนิเชี่ยน (เช่น, EKG, เทคนิคการแพทย์, รังสีการแพทย์)
   - ○ m. ผู้บริหา
   - ○ n. อื่นๆ โปรดระบุ:
5. ในตำแหน่งงานของท่าน ท่านมีปฏิสัมพันธ์หรือสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วยหรือไม่
   - ○ a. ใช่
   - ○ b. ไม่ใช่
6. ท่านทำงานในสาขาหรือวิชาชีพนี้มานานเท่าไ
   - ○ 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 ความผิดพลั้ง หรือการายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่านอย่างอิสระ

ขอขอบคุณสำหรับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้

ภาคผนวก ข.1 Are We Making Progress as Leader

A Message to Leaders

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

- ค่านิยม วิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนงานต่างๆ ได้รับการนำไปปฏิบัติหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- ค่านิยม วิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนงานต่างๆ เป็นที่เข้าใจและได้รับการสนับสนุนจากทีมนำของท่านหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- ค่านิยม วิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนงานต่างๆ ได้รับการสื่อสาร เข้าใจ และสนับสนุนโดยบุคลากรองท่านหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- การสื่อสารของท่านได้ผลหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- ข้อมูลที่สื่อนั้นเป็นที่ยอมรับหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร

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

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

	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
CATEGORY 1: LEADERSHIP					
1a บุคลากรของเรารับรู้และเข้าใจพันธกิจขององค์กร (สิ่งที่เราพยายามทำให้บรรลุ)					
1b บุคลากรของเรารับรู้และเข้าใจวิสัยทัศน์ขององค์กร (จุดหมายที่เราพยายามไปให้ถึงในอนาคต)					
1c ทีมนำของเราใช้ค่านิยมขององค์กรเพื่อชี้นำองค์กรและบุคลากรองเรา					
1d ทีมนำของเราสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานซึ่งช่วยในการทำงานของบุคลากร					
1e ทีมนำของเราแบ่งปันข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับองค์กร					
1f ทีมนำของเราถามบุคลากรว่ามีความคิดเห็นอย่างไร					
CATEGORY 2: STRATEGIC PLANNING					
2a ทีมนำของเราถามบุคลากรของเราเพื่อขอความคิดเห็น ในระหว่างการวางแผนสำหรับอนาคต					
2b องค์กรของเราส่งเสริมให้นำความคิดใหม่ๆ (นวตกรรม) มาใช้					
2c บุคลากรของเรารับรู้แผนขององค์กรในส่วนที่จะผลกระทบต่อพวกเขาและงานของพวกเขา					
2d บุคลากรของเรารู้วิธีการที่จะรายงานความก้าวหน้าในส่วนที่เป็นแผนในความรับผิดชอบของกลุ่มที่ตนเป็นสมาชิก					
2e องค์กรของเรามีความยืดหยุ่นและสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วเมื่อจำเป็น					
CATEGORY 3: CUSTOMER AND MARKET FOCUS					
3a บุคลากรของเรารับรู้ว่าผู้รับผลงานที่สำคัญที่สุดของพวกเขาคือใคร					

	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3b บุคลากรของเราหมั่นถามผู้รับผลงานของตนว่าเกี่ยวกับ need and want ของผู้รับผลงาน					
3c บุคลากรของเราถามผู้รับผลงานว่าพอใจหรือไม่พอใจกับงานที่ตนให้บริการ					
3d บุคลากรของเราได้รับอนุญาตให้ตัดสินใจแก้ปัญหาให้กับผู้รับผลงาน					
3e บุคลากรของเรารับรู้ว่าผู้รับผลงานที่สำคัญที่สุดขององค์กรคือใคร					
CATEGORY 4: MEASUREMENT, ANALYSIS, AND KNOWLEDGE MANAGEMENT					
4a บุคลากรของเรารู้วิธีการวัดคุณภาพงานของตน					
4b บุคลากรของเราใช้ข้อมูลข่าวสารนี้เพื่อปรับปรุงงานของตน					
4c บุคลากรของเรารู้ว่าตัวชี้วัดที่พวกเขาใช้อยู่นั้น fit เข้ากับตัวชี้วัดการพัฒนาโดยรวมขององค์กรอย่างไร					
4d บุคลากรของเราได้รับข้อมูลข่าวสารทั้งหมดที่จำเป็นสำหรับการทำงานของตน					
4e บุคลากรของเรารู้ว่าองค์กรโดยรวมของเรากำลังทำอะไรอยู่					
CATEGORY 5: WORKFORCE FOCUS					
5a บุคลากรองเราให้ความร่วมมือและทำงานเป็นทีม					
5b ทีมนำของเราส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรองเราพัฒนาทักษะการทำงานเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่					
5c บุคลากรของเราได้รับการยกย่องชมเชยจากงานที่กระทำ					
5d องค์กรของเรามีสถานที่ทำงานที่ปลอดภัย					
5e ผู้บริหารและองค์กรของเรามีความห่วงใยเกี่ยวกับบุคลากรองเรา					
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 บุคลากรของเรารับรู้ว่าองค์กรของเรามีผลงานด้านการเงินดีเพียงใด					
7d องค์กรของเรามีบุคคลและทักษะที่เหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ					
7e องค์กรของเราขจัดอุปสรรคต่อความก้าวหน้าขององค์กร					
7f องค์กรของเราปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ					
7g องค์กรของเราปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมในระดับสูง					
7h องค์กรของเราช่วยให้บุคลากรให้บริการแก่ชุมชน					
7i บุคลากรของเราเชื่อมั่นว่าองค์กรของเราเป็นที่ที่ดีสำหรับการทำงาน					

ภาคผนวก ข.2 Are We Making Progress (แบบสอบถามสำหรับบุคลากร)

(สำหรับผู้นำ) A Message to Leaders

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

- ค่านิยม วิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนงานต่างๆ ได้รับการนำไปปฏิบัติหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- ค่านิยม วิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนงานต่างๆ เป็นที่เข้าใจและได้รับการสนับสนุนจากทีมนำของท่านหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- ค่านิยม วิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนงานต่างๆ ได้รับการสื่อสาร เข้าใจ และสนับสนุนโดยบุคลากรองท่านหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- การสื่อสารของท่านได้ผลหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- ข้อมูลที่สื่อนั้นเป็นที่ยอมรับหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร

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

(สำหรับบุคลากร) Are We Making Progress?

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

	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 (นวตกรรม) มาใช้					
2c ฉันรับรู้แผนขององค์กรในส่วนที่จะผลกระทบต่อฉันและงานของฉัน					
2d ฉันรู้วิธีการที่จะรายงานความก้าวหน้าในส่วนที่เป็นแผนในความรับผิดชอบของกลุ่มที่ฉันเป็นสมาชิก					
2e องค์กรของฉันมีความยืดหยุ่นและสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วเมื่อจำเป็น					
CATEGORY 3: CUSTOMER AND MARKET FOCUS					
3a ฉันรับรู้ว่าผู้รับผลงานที่สำคัญที่สุดของฉันคือใคร					
3b ฉันหมั่นถามผู้รับผลงานของฉันเกี่ยวกับ need and want ของพวกเขา					

	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3c ฉันถามผู้รับผลงานว่าพอใจหรือไม่พอใจกับงานที่ฉันให้บริการ					
3d ฉันได้รับอนุญาตให้ตัดสินใจแก้ปัญหาให้กับผู้รับผลงานของฉัน					
3e ฉันรับรู้ว่าผู้รับผลงานที่สำคัญที่สุดขององค์กรคือใคร					
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 ฉันรับรู้ว่าองค์กรของฉันมีผลงานด้านการเงินดีเพียงใด					
7d องค์กรของฉันมีบุคคลและทักษะที่เหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ					
7e องค์กรของฉันขจัดอุปสรรคต่อความก้าวหน้าขององค์กร					
7f องค์กรของฉันปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ					
7g องค์กรของฉันปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมในระดับสูง					
7h องค์กรของฉันช่วยให้บุคลากรให้บริการแก่ชุมชน					
7i องค์กรของฉันเป็นที่ที่ดีสำหรับการทำงาน					