

คู่มือที่ปรึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
(*HA Consultant Manual*)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๔

สารบัญ

ตอนที่ ๑ ปรัชญา จริยธรรม ธรรมชาติ ของที่ปรึกษา	๑
๑. ปรัชญาของกระบวนการ HA	๑
๒. จริยธรรมของที่ปรึกษา	๒
๓. ข้อควรปฏิบัติสำหรับที่ปรึกษาระหว่างการปฏิบัติหน้าที่	๓
๔. ธรรมชาติของที่ปรึกษา	๔
๕. บทบาทของที่ปรึกษา	๕
๖. แนวทางสำหรับที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมสำรวจ	๕
๗. คุณสมบัติของที่ปรึกษา	๖
๘. ที่มาของที่ปรึกษา	๗
๙. กระบวนการเลือกสรรที่ปรึกษา	๗
๑๐. การฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติ	๘
ตอนที่ ๒ เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ	๙
๑. ภาพรวมของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	๙
๒. จุดเริ่มของการพัฒนาคุณภาพและการเชื่อมต่อ	๑๐
๓. ลำดับขั้นของการพัฒนา	๑๒
๔. การเริ่มต้นที่เรียบง่าย	๑๔
๕. ระบบการทบทวนผลงาน	๑๗
๖. แบบประเมินตนเอง	๒๗
๗. การพัฒนาที่เน้นเป้าหมาย	๓๒
ตอนที่ ๓ กระบวนการให้คำปรึกษา	๓๕
๑. การเตรียมการ	๓๕
๒. การเข้าเยี่ยมและให้คำปรึกษา	๓๕
๓. การเขียนรายงานและติดตามผล	๓๗
ตอนที่ ๔ กระบวนการเยี่ยมสำรวจ	๔๐
๑. การพบปะครั้งแรกกับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล	๔๐
๒. การทบทวนเอกสาร	๔๒
๓. แนวทางทั่วไปในการเยี่ยมสำรวจและสัมภาษณ์	๔๔
๔. แนวทางในการเยี่ยมสำรวจงานคลินิกบริการ	๔๗
๕. การพบปะกับตัวแทนของโรงพยาบาลเมื่อสิ้นสุดการเยี่ยมในแต่ละวัน	๕๓
๖. การประชุมสรุปข้อมูลประจำวัน	๕๔
๗. การทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	๕๗
๘. แนวทางสำหรับการนำเสนอสรุปผลการเยี่ยมสำรวจ (exit conference)	๕๘
ตอนที่ ๕ ทักษะของที่ปรึกษา	๖๐

๑. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม.....	๖๐
๒. ทักษะการโค้ช.....	๖๕
๓. ทักษะการนำเสนอ.....	๖๘
๔. ทักษะการสัมภาษณ์.....	๖๙
๕. การฟัง.....	๘๐
๖. การจดบันทึก.....	๘๒
๗. ทักษะการสังเกต.....	๘๓
ตอนที่ 6 ความมุ่งหมายของมาตรฐานและตัวอย่างคำถาม.....	๘๔
บทที่ 1 การนำองค์กร.....	๘๔
บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย.....	๘๕
บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ.....	๘๗
บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล.....	๘๗
บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย.....	๘๙
บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ.....	๙๐
บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล.....	๙๑
บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป.....	๙๒
บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ.....	๙๔
บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล.....	๙๔
บทที่ 11 องค์กรแพทย์.....	๙๕
บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล.....	๙๕
บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย.....	๙๖
บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร.....	๙๖
บทที่ 15 การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย.....	๙๗
บทที่ 16 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว.....	๙๘
บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา.....	๙๙
บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/การดูแลรักษาผู้ป่วย.....	๑๐๐
บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย.....	๑๐๑
บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง.....	๑๐๑

ตอนที่ ๑ ปรัชญา จริยธรรม ธรรมะ ของที่ปรึกษา

๑. ปรัชญาของกระบวนการ HA

คุณภาพ

- ๑) คุณภาพเกิดจากการทำงานด้วยใจ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- ๒) การพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืนเกิดจากการสร้างกระบวนการและบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในองค์กร และการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย

กระบวนการ HA

- ๓) HA คือกระบวนการเรียนรู้ มิใช่การตรวจสอบ
- ๔) การเรียนรู้สำคัญเกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองในโรงพยาบาล
- ๕) เป้าหมายของ HA คือการส่งเสริมให้โรงพยาบาลเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- ๖) การเยี่ยมสำรวจคือการยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลและการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น
- ๗) ผู้เยี่ยมสำรวจเป็นผู้แทนของ พรพ. เป็นแขกรับเชิญของโรงพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจมิใช่ผู้พิพากษา มิใช่ผู้ตรวจสอบ
- ๘) การรับรองคือการให้กำลังใจในการทำความดีและส่งเสริมให้ทำดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มิใช่การตัดสินได้ตก

ที่ปรึกษา

- ๙) ที่ปรึกษาทำหน้าที่เป็นโค้ช มิใช่ผู้แสดงหรือผู้เล่น โค้ชทำหน้าที่สนับสนุนให้บุคลากรในโรงพยาบาลได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ให้เต็มที่
- ๑๐) การเยี่ยมของที่ปรึกษาเป็นการกระตุ้นให้เกิดการทำงานที่มีเป้าหมายชัดเจนอย่างต่อเนื่อง
- ๑๑) การให้คำปรึกษาของ HA จะเน้นที่การสร้างกระบวนการเรียนรู้และทบทวนตนเอง
- ๑๒) ความสำเร็จของการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมสำรวจคือความสุขของผู้ได้รับการเยี่ยมสำรวจ แม้ว่าจะมีสิ่งที่จะต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ๑๓) ความเข้าใจโครงสร้าง วัฒนธรรม ทรัพยากร ที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของโรงพยาบาลจะช่วยให้การวางแผนสอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น

๒. จริยธรรมของที่ปรึกษา

สภาพภาพของที่ปรึกษา

- ที่ปรึกษาพึงตระหนักว่าตนเป็นผู้แทนของ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

การเคารพสิทธิและศักดิ์ศรี

- ที่ปรึกษาพึงเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้เกี่ยวข้อง (ผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ ที่ปรึกษา)
- ที่ปรึกษาไม่พึงวิพากษ์วิจารณ์ที่ปรึกษาท่านอื่น โรงพยาบาล และ พรพ.
- ที่ปรึกษาพึงรักษาความลับของโรงพยาบาลที่ได้มาระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจ การนำข้อมูลเชิงบวกของโรงพยาบาลไปเผยแพร่ควรได้รับความยินยอมจากโรงพยาบาลก่อน
- ที่ปรึกษาไม่พึงถ่ายภาพ อัดเสียง ถ่ายวิดีโอ ในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่

การให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

- ที่ปรึกษาพึงให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะด้วยความเป็นกลาง
- ที่ปรึกษาพึงเปิดโอกาสให้ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลมีความยืดหยุ่นในการตัดสินใจเลือกทางเลือก ไม่ให้ข้อมูลในเชิงบงการหรือชี้นำว่าต้องทำด้วยวิธีการที่ที่ปรึกษาเสนอแนะเพียงอย่างเดียว
- ที่ปรึกษาพึงพิจารณาถึงทรัพยากร ลำดับความสำคัญ และความเป็นไปได้ของการนำข้อเสนอไปปฏิบัติ
- ที่ปรึกษาพึงใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เป็นประโยชน์แก่โรงพยาบาลที่ได้รับการเยี่ยมชมสำรวจ มิใช่เพื่อตอบสนองความต้องการของที่ปรึกษา
- ที่ปรึกษาไม่พึงเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับโรงพยาบาลของที่ปรึกษา
- ที่ปรึกษาไม่พึงทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่าโรงพยาบาลจะได้รับการรับรอง หรือมีโรงพยาบาลใดได้รับการรับรองแล้วโดยที่ยังไม่มีประกาศอย่างเป็นทางการจาก พรพ.

การไม่สร้างภาระแก่โรงพยาบาล

- ที่ปรึกษาไม่พึงใช้สถานะที่ปรึกษาเพื่อหาผลประโยชน์ส่วนตัว และไม่เรียกร้องความสะดวกอื่นใดในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่
- ที่ปรึกษาไม่พึงเรียกร้องผลประโยชน์ที่ไม่ชอบธรรมหรือไม่เหมาะสมจากโรงพยาบาล
- ที่ปรึกษาไม่พึงขอเอกสารหรือตัวอย่างจากโรงพยาบาลที่ไปให้คำปรึกษา
- ที่ปรึกษาไม่พื่อนำเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลของตนไปดูงานในโรงพยาบาลที่ไปเยี่ยมชมสำรวจ

๓. ข้อควรปฏิบัติสำหรับที่ปรึกษาระหว่างการปฏิบัติหน้าที่

- ที่ปรึกษาพึงตระหนักในความสำคัญของข้อมูลในแบบประเมินตนเอง และกระตุ้นให้โรงพยาบาลใช้ประโยชน์จากแบบประเมินตนเองให้มากที่สุด
- ที่ปรึกษาพึงศึกษาข้อมูลที่ได้รับจากโรงพยาบาลและเตรียมประเด็นสำคัญในการให้คำปรึกษา
- ที่ปรึกษาพึงทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพและตรงประเด็น
- ที่ปรึกษาพึงแต่งกายสุภาพ เรียบร้อย
- ที่ปรึกษาพึงตรงต่อเวลาหรือไปก่อนเวลานัดหมาย
- ที่ปรึกษาพึงวางตนเป็นกลาง แสดงออกด้วยความสุภาพเรียบร้อย ไม่ก้าวร้าว
- การขอข้อมูลเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่โรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ จะต้องขออนุญาตเจ้าของสถานที่ทุกครั้ง ทั้งนี้ต้องเป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาเท่านั้น
- ข้อมูลทุกชิ้นที่ได้รับจากโรงพยาบาล ทางสถาบันขอให้ถือเป็นความลับ
- ที่ปรึกษาพึงยึดหลักการให้คำปรึกษาตามแนวทางที่ พรพ.กำหนดไว้ และเป็นไปตามมาตรฐานโรงพยาบาล ฉบับปีกัญจนภิเชก และมาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการ

๔. ธรรมะสำหรับที่ปรึกษา

๔.๑ กัลยาณมิตรธรรม

กัลยาณมิตร คือ บุคคลที่เพียบพร้อมด้วยคุณสมบัติที่จะสั่งสอน แนะนำ ชี้แจง ชักจูง ช่วยบอกช่องทาง หรือเป็นตัวอย่างให้ผู้อื่นดำเนินไปในมรรคาแห่งการฝึกฝนอบรมอย่างถูกต้อง กัลยาณมิตรควรมีคุณสมบัติพื้นฐานดังนี้

- ๑) น่ารัก (ปิโย) เข้าถึงจิตใจ เป็นกันเอง ชวนให้อยากเข้าไปปรึกษาได้ตาม
- ๒) น่าเคารพ (ครุ) ประพฤติสมควรแก่ฐานะ ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ เป็นที่พึ่งได้และปลอดภัย
- ๓) น่ายกย่อง (ภาวนีโย) ทรงความรู้และภูมิปัญญา ควรเอาอย่าง
- ๔) รู้จักพูดให้ได้ผล (วัตตะวา) พูดเป็น รู้จักชี้แจงให้เข้าใจ เป็นที่ปรึกษาที่ดี
- ๕) ทนต่อถ้อยคำ (วจนัฏฺเฐ) พร้อมที่จะรับฟังคำปรึกษาซักถามแม้จุกจิกหรือล่วงเกิน อุดหนุนฟังได้ ไม่เบื่อหน่าย ไม่เสียอารมณ์ (ถ้าไม่อดทนฟังให้จบจะไม่รู้ว่าเขาคิดอย่างไร)
- ๖) แกล้งเรื่องเล็กน้อยได้ (คัมภีรญจะ กถัง กัตตา) สามารถอธิบายเรื่องยุ่งยากซับซ้อนให้เข้าใจ
- ๗) ไม่แนะนำในเรื่องเหลวไหล (โนจัญญูเน นโยชเย)

๔.๒ พรหมวิหาร ๔ ธรรมประจำใจอันประเสริฐ

- ๑) เมตตา (ความรักใคร่) พวกเราควรมีเมตตา ทั้งผู้ที่มีรับคำแนะนำจากเรา และให้แม่เมตตาไปยังผู้มารับบริการด้วย
- ๒) กรุณา (ความสงสาร) เราอยากให้ผู้มารับบริการได้พ้นจากความทุกข์โดยเร็วที่สุด
- ๓) มุทิตา (ความยินดี) ควรจะดีใจด้วยกับ รพ. ที่มาตรฐานเขาดีขึ้นตามลำดับ
- ๔) อุเบกขา (ความวางใจเป็นกลาง) เราไปให้ข้อเสนอแนะให้มาตรฐานเขาดีขึ้น ถ้าไม่ดีขึ้นก็ต้องวางใจให้เป็นกลางว่าอีกหน่อยเขาก็ต้องดีขึ้น ไม่ใช่ไปว่าเขาเสียหาย

๔.๓ ละอคติ ๔

อคติคือความลำเอียง เป็นสิ่งที่เราควรหลีกเลี่ยง ได้แก่

- ๑) ฉันทาคติ ลำเอียงเพราะรัก
- ๒) โทสาคติ ลำเอียงเพราะชัง
- ๓) โมหาคติ ลำเอียงเพราะหลงหรือเขลา
- ๔) ภยาคติ ลำเอียงเพราะความกลัว

๔.๔ อธิบาท ๔ คุณธรรมไปสู่ความสำเร็จ

- ๑) ฉันทะ พอใจในคุณค่าของสิ่งที่เราทำ งานที่มีประโยชน์ต่อมนุษยชาติ
- ๒) วิริยะ ความพากเพียร
- ๓) จิตตะ ความเอาใจใส่
- ๔) วิมังสา ความไตร่ตรอง

๕. บทบาทของที่ปรึกษา

ที่ปรึกษาเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในสาขาต่างๆ (รวมทั้งด้านการบริหาร) ซึ่งมีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล มีความเข้าใจแนวคิดและปรัชญาของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) พร้อมทั้งจะอุทิศตนเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ในชุมชนระบบบริการสุขภาพด้วยความเสียสละ ที่ปรึกษาจะเป็นตัวแทนของ พรพ. มีความเข้าใจในนโยบาย, ระเบียบปฏิบัติ, หลักการ และเป้าหมายของ พรพ. ในระดับที่สามารถสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจได้

ที่ปรึกษามีบทบาทหน้าที่ต่อไปนี้

- ๑) สร้างความคุ้นเคยและรับทราบปัญหาในการในการปฏิบัติงานจากผู้บริหารและเจ้าหน้าที่
- ๒) ใช้การเยี่ยมสำรวจเพื่อสังเกตกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ควบคู่ไปกับการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานได้เรียนรู้จากงานที่ทำอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย
- ๓) เสริมสร้างความเข้าใจและเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
- ๔) กระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ขึ้นในองค์กร ใช้การประเมินทบทวนตรวจสอบตนเองเพื่อจุดประกายการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง นำผลการดำเนินงานของทีมงานต่างๆ มาอภิปรายเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้ง

๕) สรุปข้อเสนอแนะทั้งในด้านวิชาการ บริการ และบริหารเพื่อให้โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข

การให้คำปรึกษามีได้เป็นการบอกข้อสอบสำหรับการเยี่ยมสำรวจ แต่เป็นการกระตุ้นให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพที่ยั่งยืนในโรงพยาบาล

การให้คำปรึกษาคือการสร้างกระบวนการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ มิใช่การสอนเด็ก ซึ่งจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและนำประสบการณ์ของผู้เรียนเข้ามาใช้

โดยการอภิปรายกับผู้นำของโรงพยาบาลและรายงานที่ให้แก่โรงพยาบาล ที่ปรึกษาจะนำเสนอสิ่งที่พบเห็นและให้คำปรึกษาเพื่อให้โรงพยาบาลสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐานได้ดีขึ้น นำไปสู่คุณภาพบริการที่ดีขึ้น

๖. แนวทางสำหรับที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมสำรวจ

1. เป็นเสมือนพ่อแม่ที่ช่วยให้ลูกเรียนหนังสือโดยตัวเองไม่รู้เนื้อหา ไปให้กำลังใจ ชี้แนะวิธีหาคำตอบ แต่ไม่ได้ให้คำตอบ ใช้คำถามเชิงบวกโดยไม่ลงไปในรายละเอียดของปัญหานั้น ไม่กล่าวโทษหรือเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงาน กระตุ้นให้หาวิธีการที่ดีขึ้นกว่าเดิม กระตุ้นให้วางแผนหรือดำเนินการตามแผนที่วางไว้

2. ทิ้งภูมิหลังความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาของตนเองให้หมด ควรเข้าไปเหมือนคนที่ไม่รู้เรื่องอะไรเลยในเทคนิคการปฏิบัติงานด้านนั้น แต่เข้าไปตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ทำงานได้ทบทวนว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นดีพอหรือยัง ไม่ควรสอนวิธีการของเรา แต่ควรให้แนวทางพิจารณาวิธีแก้ปัญหาที่รอบด้าน

3. ทิ้งความสนใจเฉพาะตัวไว้เบื้องหลัง พึงตระหนักว่าที่ปรึกษาเข้ามาเพื่อประโยชน์ของโรงพยาบาล ไม่ใช่เพื่อสนองความอยากรู้อยากเห็นของที่ปรึกษา หากสนใจและต้องการได้ข้อมูลของหน่วยงาน ควรนัดหมายพบกันในภายหลัง

4. ยึดมาตรฐานโรงพยาบาลเป็นกรอบในการตั้งคำถามทุกคำถาม เพื่อให้การทำงานของที่ปรึกษาเป็นมาตรฐานเดียวกัน สื่อสารเข้าใจกับผู้รับคำปรึกษา และครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญครบถ้วน

5. ไม่เจาะลึกในคำตอบซึ่งควรเป็นหน้าที่ของผู้บริหาร ที่ปรึกษาควรทำหน้าที่เพียงชี้ให้เห็นจุดแข็ง จุดอ่อนของระบบที่เป็นอยู่อย่างนุ่มนวล เป็นหน้าที่ที่ผู้บริหารของโรงพยาบาลจะต้องหาคำตอบและตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งอาจจะมีวิธีการที่หลากหลาย จุดอ่อนที่พบบ่อยก็คือการมีระบบแล้วไม่สามารถพิสูจน์กับตนเอง หรือไม่สามารถแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลมีระบบนั้นอยู่ และระบบนั้นทำงานได้ดี ไม่มีหลักฐานว่าได้ปฏิบัติตามสิ่งที่เล่าให้ฟัง

6. ใช้ความคิดรวบยอดในการตั้งประเด็น ความคิดรวบยอดเกี่ยวกับภาพของหน่วยงานจะได้จาก (1) ข้อมูลการประเมินตนเองที่หน่วยงานส่งให้ (2) พันธกิจของหน่วยงานและโรงพยาบาล (3) การนำเสนอของหน่วยงาน (4) การสังเกตสิ่งที่พบเห็น ในการตั้งประเด็นเพื่อสอบถามนั้นควรประมวลข้อมูลทั้งหมดเข้ามาเชื่อมโยงกัน

๗. คุณสมบัติของที่ปรึกษา

๑. การศึกษา

ที่ปรึกษาจะต้องเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีเป็นอย่างน้อยในสาขาวิทยาศาสตร์ สุขภาพ หรือการบริหารจัดการ หรือ พฤติกรรมศาสตร์

๒. ประสบการณ์

ที่ปรึกษาต้องมีประสบการณ์การประกอบวิชาชีพในสาขาของตนอย่างน้อย ๕ ปี และมีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพหรือให้คำปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพอย่างน้อย ๒ ปี

๓. การยินยอมจากหน่วยงานต้นสังกัด

ที่ปรึกษาต้องได้รับการยินยอมจากหน่วยงานต้นสังกัดให้มาปฏิบัติหน้าที่ที่ปรึกษาในลักษณะอาสาสมัครอย่างน้อยเดือนละ ๔ วัน โดยจ่ายเงินเดือนเต็ม ทั้งนี้จะต้องขอความเห็นชอบจากผู้บังคับบัญชาก่อนการสมัคร

๔. คุณลักษณะส่วนบุคคล

- ความสามารถในการบริหารจัดการ ได้แก่ ความมีวินัย, การเตรียมตัว, การบริหารเวลา, การแก้ปัญหา
- มนุษยสัมพันธ์ ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์กับผู้เกี่ยวข้อง, การสร้างบรรยากาศในการสนทนา, การทำงานเป็นทีม, ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น
- มีความเข้าใจในพฤติกรรมองค์กร
- ความน่าเชื่อถือ ประวัติการทำงานซึ่งเป็นที่ยอมรับ
- สุขภาพ สมบูรณ์แข็งแรง
- ความรู้และความมุ่งมั่น ในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

- **ความสามารถในการวิเคราะห์** ได้แก่ การสังเกตและการรวบรวมข้อมูล (objective evidence), การสังเคราะห์ข้อมูล, การคิดแบบวิพากษ์ (critical thinking), การสรุปผลข้อมูลซึ่งเป็นที่ยอมรับ
- **การสื่อสารและการให้คำปรึกษา** ได้แก่ การสัมภาษณ์, การนำเสนอ, การเขียน, การให้คำปรึกษา, การพูดในที่สาธารณะ
- **พร้อมที่จะปรับตัว** ตามข้อมูลที่ได้รับจากเพื่อนร่วมทีมและจากโรงพยาบาล

๕. การอ้างทักษะและความสามารถ

ที่ปรึกษาจะต้องอ้างทักษะและความสามารถอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอด้วยการ

- เพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
- เข้ารับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ที่ พรพ.จัดให้ (ที่ปรึกษาจะได้รับคะแนนสะสมวันละ ๒ คะแนน)
- ปฏิบัติการให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลอย่างน้อยเดือนละ ๓ วัน (ที่ปรึกษาจะได้รับคะแนนสะสมวันละ ๒ คะแนน)

๘. ที่มาของที่ปรึกษา

ที่ปรึกษามีที่มาได้ ๒ ลักษณะดังนี้

๑. ผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการพัฒนาคุณภาพ และด้านวิชาชีพ/หรือด้านบริหาร เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางแล้ว
๒. ผู้ที่ส่งเสริมประสบการณ์ด้านการพัฒนาคุณภาพตามลำดับขั้น จากการเป็นพี่เลี้ยงทีมพัฒนาคุณภาพ, การเป็นผู้ประสานงานคุณภาพ/วิทยากรภายใน, การเป็นวิทยากรของ พรพ.
ผู้ที่จะเป็นที่ปรึกษาจะต้องเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรที่ พรพ.กำหนด และออกฝึกซ้อมปฏิบัติงานในภาคสนาม

๙. กระบวนการเลือกสรรที่ปรึกษา

กระบวนการเลือกสรรที่ปรึกษาประกอบด้วยขั้นตอน ๔ ขั้นตอน ดังนี้:

๑. การสมัครหรือการเสนอชื่อ
ผู้สมัครหรือผู้ได้รับการเสนอชื่อจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับที่ปรึกษา แบบฟอร์มใบสมัคร reference form ซึ่งผู้สมัครจะต้องกรอกใบสมัครและส่งให้ พรพ.
๒. การตรวจสอบกับผู้ร่วมงาน
ผู้สมัครจะต้องส่ง reference form ให้ ก) หัวหน้าหน่วยงานหรือผู้บังคับบัญชา, ข) เพื่อนร่วมงาน ค) ผู้ใต้บังคับบัญชา ๒ คน ง) บุคคลต่างวงการ เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นกรอกข้อมูลเกี่ยวกับตัวที่ปรึกษาส่งมาให้ พรพ.โดยตรง
๓. การสัมภาษณ์
ที่ปรึกษาซึ่งมีคุณสมบัติตามใบสมัครเหมาะสม จะได้รับเชิญเข้ารับการสัมภาษณ์เพื่อประเมินความเหมาะสมในการทำหน้าที่ที่ปรึกษา
๔. การประเมินด้านพฤติกรรมและความรู้

ผู้ที่ผ่านการสัมภาษณ์จะได้รับเชิญเข้าร่วมในโปรแกรมการฝึกอบรมขั้นต้น ซึ่งเป็นการให้ความรู้ด้วยการแสดงบทบาทสมมติ, มีการประเมินความสามารถด้านพฤติกรรมและการ feed back, รวมทั้งการสอบข้อเขียน

ผู้ที่ผ่านการเลือกสรรแล้วจะผ่านเข้าไปสู่ขั้นตอนการฝึกอบรมและการฝึกปฏิบัติ

๑๐. การฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติ

๑๐.๑ การฝึกอบรม

ผู้ที่ผ่านการเลือกสรรแล้วจะได้รับการฝึกอบรมในเรื่องต่อไปนี้ก่อนที่จะเข้าสู่ขั้นฝึกปฏิบัติ:

- คุณภาพ การประกันคุณภาพ (QA) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)
- การใช้มาตรฐานโรงพยาบาล ในการพัฒนาและประเมินคุณภาพ
- ทักษะในการให้คำปรึกษา ได้แก่ การสังเกต การตั้งคำถาม การประเมิน การเขียนรายงาน
- ทักษะในการบริหาร ได้แก่ การวางแผน การจัดการ การสื่อสาร

๑๐.๒ การฝึกภาคสนาม

ที่ปรึกษาเป็นผู้ที่เข้าไปเยี่ยมสถานบริการสุขภาพในลักษณะของกัลยาณมิตรซึ่งได้รับการเชิญให้เข้าไปรับรู้ความพยายามในการพัฒนา ระบบคุณภาพที่มีอยู่ และระดับคุณภาพบริการของสถานบริการสุขภาพนั้น

ที่ปรึกษาคือผู้ที่เข้าไปช่วยเหลือทีมงานของโรงพยาบาลในลักษณะของกัลยาณมิตร จำเป็นต้องอาศัยทักษะพิเศษในการสื่อสารและการโค้ช รวมทั้งต้องมีทักษะในการสังเคราะห์ข้อมูลออกมาเป็นความคิดรวบยอด จึงจำเป็นต้องใช้การปฏิบัติงานในภาคสนามเป็นโอกาสในการสร้างเสริมศักยภาพของผู้เยี่ยมสำรวจ

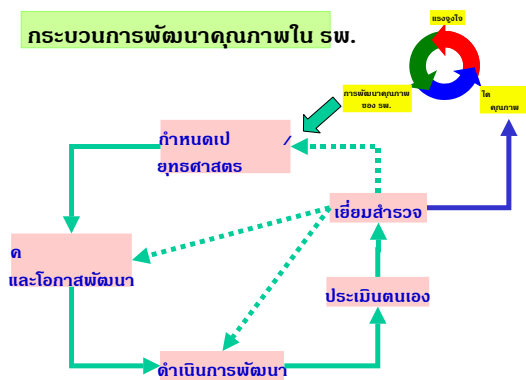
ตอนที่ ๒ เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ

๑. ภาพรวมของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

กระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพของ รพ. เริ่มต้นด้วยการกำหนดเป้าหมายและประเด็นสำคัญในภาพใหญ่ กระจายให้ทุกหน่วยงานค้นหาความเสี่ยงและโอกาสพัฒนา สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาและธำรงรักษาระบบงานที่ดีในทุกหน่วยงาน ประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาและเปรียบเทียบกับมาตรฐาน HA เตรียมตัวเพื่อรับการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอก และใช้ผลการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อกระตุ้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการพัฒนาคุณภาพใน รพ.



แนวคิดสำคัญพื้นฐานของ HA คือการ

พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) กิจกรรมต่างๆ จึงถูกออกแบบมาเพื่อให้เกิด CQI เช่น การมีเป้าหมาย การค้นหาความเสี่ยงและโอกาสพัฒนา การประเมินตนเอง การเยี่ยมชมสำรวจ

ที่ปรึกษามีหน้าที่ทำให้ทีมงานของ

โรงพยาบาลเกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตนเองเดียวกันยังค้นหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยั้ง อยู่เพียงเท่านั้น

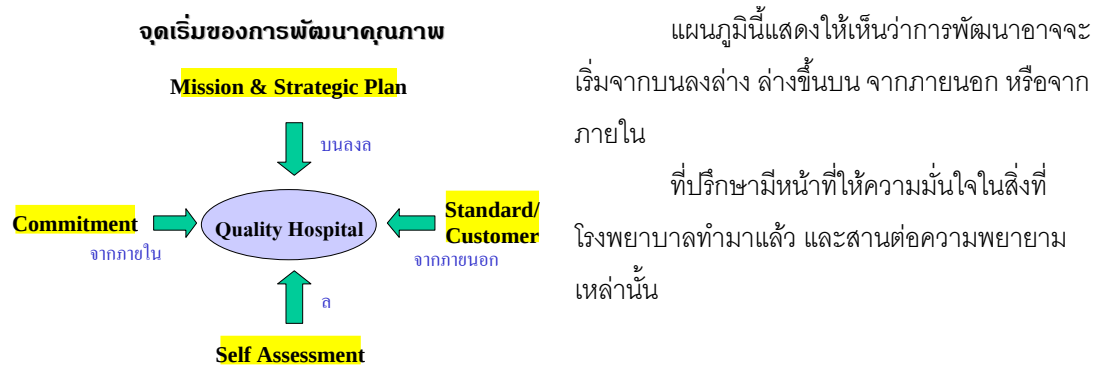
ความคาดหวังต่อโรงพยาบาล

การพัฒนาจะดำเนินการไปอย่างราบรื่นและต่อเนื่อง ในแต่ละระดับควรมีสิ่งต่อไปนี้เกิดขึ้น

ผู้บริหารระดับสูง	เข้าใจแนวคิด มีนโยบายชัดเจน มีผู้รับผิดชอบและโครงสร้างสนับสนุน กำหนดทิศทางนโยบาย สนับสนุนทรัพยากร ติดตามความก้าวหน้าและแก้ไขข้อติดขัด
ผู้ประสานงานคุณภาพ/ศูนย์คุณภาพ	มีทักษะในการเป็น facilitator, มีการจัดทำ QI implementation plan ของโรงพยาบาล, มีข้อมูลและผู้ช่วยเหลือสนับสนุนหน่วยงานต่างๆ, สร้างกระบวนการเรียนรู้ที่จำเป็น
หัวหน้าหน่วยงาน/สมาชิกในหน่วยงาน	หัวหน้าหน่วยงานรับผิดชอบการประเมินและพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน, สมาชิกให้ความร่วมมือกับกิจกรรมคุณภาพ
ทีมคร่อมสายงาน	ช่วยเหลือกันและกันเพื่อพัฒนาในส่วนที่แต่ละหน่วยงานไม่สามารถทำเองได้สำเร็จ

๒. จุดเริ่มของการพัฒนาคุณภาพและการเชื่อมต่อ

จุดเริ่มของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอาจจะเริ่มได้หลายลักษณะ ประเด็นสำคัญไม่ได้อยู่ที่ว่าควร
จะเริ่มตรงไหนก่อน แต่สำคัญที่การเชื่อมต่อสิ่งที่ได้เริ่มไว้แล้ว หรือเพิ่มเติมในส่วนที่ยังขาดอยู่



การเริ่มในลักษณะต่าง ๆ

การเริ่มจากบนลงล่าง คือการกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ขององค์กร จัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อบรรลุ
พันธกิจ นำแผนยุทธศาสตร์ไปถ่ายทอดเป็นแผนปฏิบัติการของแต่ละหน่วยงาน

การเริ่มจากล่างขึ้นบน คือการประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนาในจุดย่อยๆ ขององค์กร
ดำเนินการพัฒนาในแต่ละหน่วยงานและสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

การเริ่มจากภายนอก คือการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ และการใช้มาตรฐานมาประเมินสิ่งที่
ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน

การเริ่มจากภายใน คือการสร้างการมีส่วนร่วมและความมุ่งมั่นให้เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่แต่ละคน

การเชื่อมต่อ

การเชื่อมต่อระหว่างการเริ่มจากบนลงล่าง และการเริ่มจากล่างขึ้นบน คือการประสานแผนการพัฒนา
คุณภาพที่แต่ละหน่วยวิเคราะห์ด้วยตนเองเข้ากับแผนปฏิบัติการซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของ
โรงพยาบาล

การประเมินตนเองในระดับบุคคลอาจจะทำให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาในตัวบุคคลนั้น ด้วยเห็นว่า
เป็นเรื่องใกล้ตัวและเป็นสิ่งที่ควรจะทำอยู่แล้ว

การประเมินตนเองโดยใช้มาตรฐาน HA ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาได้อย่างเป็นระบบ และนำไปสู่การ
จัดลำดับความสำคัญของโอกาสพัฒนา ซึ่งกลายไปเป็นแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

การให้เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนในการกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล ทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม
เป็นเจ้าของ และต้องการที่จะทำให้เป้าหมายที่กำหนดไว้นั้นเป็นความจริง

บทบาทของที่ปรึกษาในการเชื่อมต่อให้สมบูรณ์

ที่ปรึกษามีบทบาทสำคัญในการเชื่อมต่อความพยายามในการเริ่มต้นให้เกิดภาพที่สมบูรณ์ ที่ปรึกษาที่ดีจะต้องช่วยให้โรงพยาบาลก้าวเดินต่อไปข้างหน้า มิใช่ทำให้โรงพยาบาลต้องถอยหลังกลับมาเริ่มต้นใหม่

กลยุทธ์ที่สำคัญคือ

- ๑) การทบทวนบทเรียนที่ได้รับจากกิจกรรมที่ทำมาแล้ว ทั้งด้านบวกและด้านลบ
- ๒) การใช้ข้อมูลจากกิจกรรมที่ทำมาแล้วเพื่อประโยชน์ในกิจกรรมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่างการเริ่มต้นของโรงพยาบาลและการสานต่อของที่ปรึกษา

การเริ่มต้นของโรงพยาบาล	การสานต่อของที่ปรึกษา
มีกิจกรรมคุณภาพ เช่น ๕ส., OD, ESB, QC	ทบทวนหรือประเมินตนเอง (self assessment) ว่าได้ประโยชน์และได้เรียนรู้อะไรจากกิจกรรมเหล่านั้น ทั้งในส่วนของ การสร้างทีม (commitment) และการบรรลุเป้าหมายขององค์กร (mission) มีจุดอ่อนอะไรที่ควรนำมาปรับปรุง
มีการสร้างวิสัยทัศน์ร่วมโดยใช้กระบวนการ A-I-C	นำวิสัยทัศน์ขององค์กรมาเชื่อมโยงกับหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงาน ทบทวนว่าแต่ละคนมีบทบาทอะไรเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์และเป้าหมายดังกล่าว ประเมินตนเองว่าขณะนี้ได้ทำบทบาทหน้าที่ที่สมบูรณ์แล้วหรือยัง
ได้รับการรับรอง ISO9000 แล้ว	ทบทวนบทเรียน จุดแข็งจุดอ่อน ของระบบที่เป็นอยู่ นำมาตรฐาน HA มาประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการดูแลผู้ป่วย
กำลังดำเนินการ QA ทางโรงพยาบาล	วิเคราะห์หน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงาน ใช้ข้อมูลและกระบวนการที่กำลังดำเนินการอยู่มาตอบคำถามในแบบประเมินตนเอง
ประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA ในระดับหน่วยงานแล้ว	เชื่อมโยงโอกาสพัฒนาที่พบจากการประเมินตนเองในระดับหน่วยงานกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

๓. ลำดับขั้นของการพัฒนา

ลำดับขั้นการพัฒนาในภาพรวมของโรงพยาบาล

พรพ.ได้แบ่งลำดับขั้นของการพัฒนาออกเป็นสี่ขั้น เพื่อช่วยโรงพยาบาลในการวางแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ (QI implementation plan) ดังนี้ (ดูรายละเอียดจากหนังสือ เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ)

ขั้นที่หนึ่ง การเตรียมการ เป็นการทำความเข้าใจเพื่อตัดสินใจ กำหนดผู้รับผิดชอบ รับฟังเสียงสะท้อนทั้งจากภายในและภายนอก ประเมินตนเองเพื่อกำหนดแนวทางพัฒนากว้างๆ

ขั้นที่สอง การพัฒนาและเรียนรู้ เป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ด้วยวิธีการต่างๆ โดยเน้นการลงมือปฏิบัติกับของจริงในลักษณะของโครงการนำร่อง รวมทั้งการจัดทำแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ (QI implementation plan)

ขั้นที่สาม การดำเนินการ เป็นการทำกิจกรรมคุณภาพซึ่งบูรณาการแนวคิดการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน เป็นการดำเนินงานทั้งในระดับบุคคล หน่วยงาน ทีมคร่อมสายงาน และทั้งองค์กร โดยหัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วยจะต้องรับผิดชอบกระบวนการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานของตนและร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นที่สี่ บูรณาการและวางรากฐานเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง เป็นการปรับโครงสร้างองค์กรเพิ่มเติม ปรับระบบแรงจูงใจ บูรณาการกิจกรรมคุณภาพที่เกี่ยวข้องกัน วางระบบเพื่อจุดประกายการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการทบทวนความก้าวหน้าและกำหนดเป้าหมายให้สูงขึ้น

ลำดับขั้นของการพัฒนาในระดับหน่วยงาน

การพิจารณาลำดับขั้นของการพัฒนาในระดับหน่วยงานเป็นสิ่งที่เห็นรูปธรรมชัดเจนกว่า ทำความเข้าใจได้ง่ายกว่า และเป็นงานที่ที่ปรึกษาจะต้องให้ความช่วยเหลือกับแต่ละหน่วยงานโดยตรง

จากการขั้นตอนในการพัฒนาออกมาเป็นตารางต่อไปนี้ ที่ปรึกษาอาจจะขอให้สมาชิกในหน่วยงานร่วมกันพิจารณาว่าในแต่ละขั้นตอนดังกล่าว จะมีกิจกรรมอะไรที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ปฏิบัติได้ง่าย และส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น เติมกิจกรรมที่เหมาะสมในคอลัมน์ขวามือ รวมทั้งอาจจะกำหนดเวลาและ ผู้รับผิดชอบเพื่อให้เป็นแผนสำหรับกำกับกิจกรรมของหน่วยงาน

ขั้นตอน	กิจกรรม
1. สร้างความตระหนักในทีมผู้บริหาร/ผู้นำของหน่วย	
2. วิเคราะห์บริบทรายการในการดำเนินงานของหน่วยงาน	
3. สร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่/ได้ใจ/สร้างทีม	
4. ฝึกฝนทักษะของทีม/ทักษะในการตรวจสอบตนเองให้เจ้าหน้าที่ทุกคน	
5. รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ และหน่วยงานอื่นที่ทำงานร่วมกัน พยายามตอบสนองความต้องการ	
6. ดำเนินการวิเคราะห์ตนเองในระดับบุคคล และปรับปรุงตามโอกาสพัฒนาที่พบ	
7. ดำเนินการวิเคราะห์หน่วยงาน กำหนดแผนพัฒนา	
8. กำหนดมาตรฐานพฤติกรรม และนำไปปฏิบัติ	
9. กำหนดมาตรฐานการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการในจุดต่างๆ และนำไปปฏิบัติ	
10. ฝึกทักษะความคิดสร้างสรรค์และจัดระบบข้อเสนอแนะ เพื่อให้ทำงานง่ายขึ้น	
11. กำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยง และระบบรายงานข้อมูลอุบัติการณ์	
12. จัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่จำเป็นของหน่วยงาน	
13. ติดตามเครื่องชี้วัดของหน่วยงาน	
14. ทบทวนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียน	
15. ทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วย	
16. หาโอกาสพัฒนาและทำกิจกรรม CQI อย่างต่อเนื่อง	

หมายเหตุ: ตัวอย่างกิจกรรมที่เป็นไปได้มีดังนี้

- การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
- การทำกิจกรรมกลุ่ม
- การสัมภาษณ์รายบุคคล
- การเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการ
- การ round ผู้ป่วยร่วมกัน
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- การทบทวนเวชระเบียน

๔. การเริ่มต้นที่เรียบง่าย

การเริ่มต้นที่เรียบง่ายคือการ**เริ่มที่สมาชิกในหน่วยงาน**ทุกคน และค่อยๆ ขยายออกไปสู่ผู้ทำงานเกี่ยวข้องกัน พิจารณาความต้องการของผู้รับผลงาน พิจารณาความรู้ทางวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ หาโอกาสพัฒนาจากมุมมองเหล่านี้ ดำเนินการปรับปรุงในส่วนที่แต่ละคนรับผิดชอบ แล้วนำส่วนที่ยังเหลืออยู่มาคุยกันในระดับหน่วยงาน

ในระดับหน่วยงานจะเป็นการวิเคราะห์หน้าที่ เป้าหมาย กระบวนการ เครื่องชี้วัด และโอกาสพัฒนาต่างๆ อย่างเป็นระบบ

เมื่อหน่วยงานได้ปรับปรุงในส่วนที่ตนรับผิดชอบแล้วยังมีบางส่วนที่แต่ละหน่วยไม่สามารถปรับปรุงได้ด้วยตนเองโดยปราศจากความร่วมมือของหน่วยงานหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ก็นำประเด็นเหล่านั้นมาคุยกันใน **ทีมสหสาขาวิชาชีพหรือทีมคร่อมสายงานหรือในระดับองค์กร**

หากจะสรุปคำถามที่ใช้กระตุ้นการพัฒนา จะพบว่าใช้คำถามเดียวกันในทุกระดับดังภาพ

	ห สามระดับ		
	ระดับองค์กร	ระดับหน	ระดับบุคคล
ทำไม	พันธกิจ	ความม	เป
เราทำอะไร	ระบบงานหลัก	กระบวนการหลัก	กิจกรรมหลัก
ทำไมเพื่ออะไร	เป หมายของระบบงาน	เป หมายของกระบวนการ	เป หมายของกิจกรรม
ทำได	SWOT analysis	เครื่องชี้วัด	ความสำเร็จ
จะทำไ ้วย	แผนยุทธศาสตร์	แผนพัฒนาคุณภาพ	ปรับปรุงตนเอง

คำถามต่อไปนี้จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนได้มีส่วนร่วมวิเคราะห์งานของตน และทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องคุณภาพไปพร้อมกัน นี่คือการเริ่มคำถามในขั้นที่ ๖ การวิเคราะห์ตนเองในระดับบุคคล และขั้นที่ ๗ การวิเคราะห์หน่วยงาน ของตารางในหัวข้อลำดับขั้นของการพัฒนาในระดับหน่วยงาน

คุณภาพเริ่มที่แต่ละคน

- งานหลัก/งานรองของเราคืออะไร
- งานนั้นมีเป้าหมายอะไร
- เราทำงานนั้นได้ดีหรือไม่
- จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

คุณภาพคือการฟังฟังกันและกัน

ในฐานะผู้รับผลงาน

- เราทำงานอะไร จากใคร
- เราต้องการงานที่มีลักษณะอย่างไร

- เราได้ในสิ่งที่ต้องการหรือไม่
- จะบอกให้ผู้ส่งงานแก่เรา ทราบในสิ่งที่เราต้องการ และสิ่งที่เราได้รับอย่างไร

ในฐานะเจ้าของงาน

- เราส่งงานอะไร ให้ใคร
- เพื่อนผู้รับงานต่อจากเรา ต้องการงานที่มีลักษณะอย่างไร
- จะทราบได้อย่างไรว่าเพื่อนผู้รับงานต่อจากเรา ได้รับในสิ่งที่เขาต้องการหรือไม่
- จะส่งมอบงานที่ดีขึ้นให้เพื่อนผู้รับงานต่อจากเรา ได้อย่างไร

คุณภาพคือการทำให้งานของเราง่ายขึ้น

- มีงานอะไรที่ต้องทำซ้ำซ้อน (ทำในสิ่งเดียวกันซ้ำแล้วซ้ำอีก)
- มีงานอะไรที่มีความซับซ้อนมากเกินไป (หลายขั้นตอน ยุ่งยากในการปฏิบัติ)
- มีงานอะไรที่ทำแล้วสูญเปล่า ไม่เกิดประโยชน์ ไม่เกิดคุณค่าเพิ่มขึ้น
- มีอะไรบ้างที่มีโอกาสสูญหายไประหว่างการทำงาน
- มีอะไรบ้างที่เป็นการเสียเวลาโดยใช่เหตุ
- มีอะไรบ้างที่เป็นการเสียโอกาสที่จะให้สิ่งดีๆ แก่ผู้รับบริการ

คุณภาพคือการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

- ผู้รับบริการของเราคือใคร โรคหรือหัตถการสำคัญที่เราต้องดูแลมีอะไรบ้าง
- เรามีช่องทางรับรู้ความต้องการและความคิดเห็นของผู้รับบริการอะไรบ้าง ช่องทางเหล่านั้นเพียงพอหรือไม่
- ปัญหาหรือความต้องการสำคัญของผู้รับบริการมีอะไรบ้าง (ความต้องการทั่วๆ ไป, สิทธิผู้ป่วย, ความต้องการทางด้านคลินิก) คำร้องเรียนรุนแรงที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้มีอะไรบ้าง
- เราแก้ปัญหาหรือตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ดีหรือยัง ตรงไหนที่ทำได้ดีแล้ว ตรงไหนที่เป็นโอกาสพัฒนา
- จะตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้ดีขึ้นได้อย่างไร

คุณภาพคือการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ/กฎระเบียบ/ข้อมูลวิชาการ

- ในการให้บริการแก่กลุ่มผู้รับบริการที่มีความสำคัญหรือมีความเสี่ยงสูง มีมาตรฐานวิชาชีพ/กฎระเบียบ/ข้อมูลวิชาการอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง สิ่งที่ต้องปฏิบัติตามคืออะไร
- สิ่งที่ต้องปฏิบัติจริงอยู่ในขณะนี้คืออะไร
- สิ่งที่เราอยากให้เกิดขึ้นและมีความเป็นไปได้คืออะไร
- จะทำให้เกิดขึ้นได้อย่างไร

รวบรวมเป็นคุณภาพของหน่วยงาน

- หน่วยงานของเรามีหน้าที่อะไร มีเป้าหมายอะไร (ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อทำหน้าที่ได้สมบูรณ์)
- กระบวนการหลักในการทำงานของหน่วยงานมีอะไรบ้าง
- แต่ละกระบวนการมีเป้าหมายอะไร
- หน่วยงานของเราทำงานได้ดีหรือยัง อะไรเป็นจุดแข็ง อะไรเป็นโอกาสพัฒนา จะวัดการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานได้อย่างไร
- หน่วยงานของเราจะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

คุณภาพคือการเชื่อมโยงทุกกิจกรรมที่ต้องรับผิดชอบเข้าด้วยกัน

ระบบงานในโรงพยาบาล

- ระบบงานที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานของเรามีอะไรบ้าง (เช่น การควบคุมการติดเชื้อ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การพัฒนาทรัพยากรบุคคล ระบบสารสนเทศ การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย การรายงานอุบัติการณ์ ฯลฯ)
- เรามีหน้าที่อย่างไรต่อระบบงานเหล่านั้น
- เราทำได้ดีหรือไม่
- จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

โครงการจากภายนอก

- โครงการจากภายนอกที่เข้ามาถึงเรามีอะไรบ้าง (เช่น การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การประกันคุณภาพการพยาบาล)
- โครงการเหล่านั้นมีเป้าหมายอะไร เป้าหมายนั้นเกี่ยวข้องกับเป้าหมายของหน่วยงานของเราอย่างไร ตรงไหนเป็นส่วนร่วม ตรงไหนเป็นส่วนเพิ่ม
- จะทำให้หน่วยงานของเราตอบสนองต่อเป้าหมายของโครงการกับเป้าหมายของหน่วยงานไปพร้อมๆ กันได้อย่างไร (การตอบสนองต่อเป้าหมายของหน่วยงานคือสิ่งที่ HA ต้องการ)

๕. ระบบการทบทวนผลงาน

การรับรองกระบวนการคุณภาพ (Hospital Accreditation-HA) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปี กาญจนภิเษก ครอบคลุมองค์ประกอบที่กว้างขวาง คาดหวังการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังด้วยความเข้าใจ ความร่วมมือประสานงาน และเห็นผลลัพธ์ได้ในระดับหนึ่ง ทำให้โรงพยาบาลต่างๆ ต้องใช้เวลาค่อนข้างมากในการ พัฒนาและเกิดความรู้สึกล้มเหลว

เพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย กล่าวคือ ประชาชนในทุกพื้นที่ที่ต้องการได้รับ บริการที่มีคุณภาพโดยเร็วที่สุด สถานพยาบาลต้องการพัฒนาด้วยวิธีการที่รัดกุมที่สุดและเห็นความสำเร็จเป็น ลำดับขั้น สถานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึงได้เสนอลำดับขั้นของการบรรลุความสำเร็จในการ พัฒนาเป็น ๕ ขั้นตอนดังตาราง

ลำดับขั้นของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

	การบริหาร ทรัพยากร	บริการ ทั่วไป	คลินิก บริการ
1. โครงสร้ง กำลังคน	กองโรคติดต่อ		
2. ติดตามเครื่องชี้วัด, ทบทวน ผลงาน, แก้อิโ ป งบกับ	ISO9000:1994		
3. ทำงานตามมาตรฐาน/แนวทาง ที่กำหนดไว้(ประกันคุณภาพ)			
4. ปรับปรุง ผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้น	ISO9000:2000		
5. ระบบที่เชื่อมโยง มีวัฒนธรรมคุณภาพ	Hospital Accreditation		

เพื่อความสะดวกในการประเมิน พรพ.ได้แบ่งลำดับขั้นของการประเมินเป็น ๓ ขั้นดังนี้

ขั้นที่ ๑ เน้นการมีเป้าหมายของงาน การทบทวนผลงาน การแก้ไขป้องกัน ซึ่งทำต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน

ขั้นที่ ๒ เน้นการมีระบบประกันคุณภาพทั้งในส่วนของวิธีการทำงานและผลลัพธ์ของงาน โดยบูรณา การเข้ากับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)

ขั้นที่ ๓ การปฏิบัติตามระบบและกระบวนการที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนภิเษกอย่างครบถ้วน (คือได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ - HA)

กิจกรรมที่จะให้ความสำคัญมากที่สุดในระยะแรกคือการสร้างระบบทบทวนผลงาน ซึ่งจะช่วยให้ ผู้เกี่ยวข้องเห็นปัญหาและโอกาสพัฒนาได้ชัดเจนขึ้น ระบบทบทวนผลงานนี้จะเน้นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการ ให้บริการและดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เครื่องชี้วัดทั่วไปและเครื่องชี้วัดทางคลินิก คำร้องเรียน การส่งต่อ เหตุการณ์วิกฤติ (การเสียชีวิต การแพ้ทรานซัน อุตุนิการณ) เวชระเบียน ความเหมาะสมทางวิชาชีพและวิชาการ ความเหมาะสม ของการใช้ทรัพยากร ปัญหาของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ การทบทวนเหล่านี้จะต้องนำมาสู่การแก้ไขป้องกันซึ่ง ผู้เกี่ยวข้องรับทราบและปฏิบัติ

๕.๑ การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ

จุดมุ่งหมายของการทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการเพื่อเพิ่มความไวในการรับรู้ความต้องการและความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นสิ่งที่แก้ไขได้ไม่ยากนัก แต่หากปล่อยไว้จะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชื่อเสียงขององค์กร

นอกเหนือจากระบบรับความคิดเห็น/คำร้องเรียนทั่วไปแล้ว โรงพยาบาลควรพิจารณาหน่วยงานที่มีความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนสูงซึ่งควรจัดระบบรับคำร้องเรียนเป็นการเฉพาะ เช่น ห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนัก ห้องตรวจผู้ป่วยนอก

๑) การรับรู้และตอบสนอง

พิจารณาวิธีการรับรู้ปัญหาและดำเนินการตอบสนองอย่างเหมาะสม วิธีการต่อไปนี้เป็นข้อเสนอแนะเพื่อให้โรงพยาบาลเลือกใช้ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ของตน

ก) ผู้รับความคิดเห็น/คำร้องเรียน

เป็นช่องทางรับรู้ปัญหาที่มักจะมีอยู่แล้ว แต่ควรพิจารณาปรับปรุงดังต่อไปนี้

- จัดให้มีผู้รับความคิดเห็น/คำร้องเรียนให้เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่มีโอกาสเกิดความเข้าใจผิดหรือความไม่พึงพอใจสูง
- จัดให้มีอุปกรณ์การเขียนความคิดเห็น/คำร้องเรียน เช่น กระดาษ ดินสอ/ปากกา ให้เพียงพออยู่ตลอดเวลา
- เปิดผู้รับความคิดเห็น/คำร้องเรียนทุกวัน (การเปิดตู้สลิปดาห้ละครั้งหรือเดือนละครั้ง ไม่ทันการณ์)
- ดำเนินการแก้ไขปัญหาทันทีและหาวิธีการแจ้งให้ผู้รับบริการได้ทราบถึงการแก้ปัญหาเหล่านั้น เช่น อาจจะมีบอร์ดอยู่ข้างๆ ผู้รับคำร้องเรียนระบุนการแก้ปัญหาที่ได้ดำเนินการไป (พยายามหลีกเลี่ยงการอธิบายซึ่งส่อไปในทางการแก้ตัว)

ข) การพูดคุยกับผู้รับบริการ

เป็นการสร้างวัฒนธรรมใหม่ในการรับทราบความรู้สึกและข้อคิดเห็นของผู้รับบริการ ด้วยการขอให้เจ้าหน้าที่ทุกคนตั้งปณิธานว่าจะพูดคุยกับผู้รับบริการเป็นประจำทุกวัน อย่างน้อยวันละหนึ่งคน เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้รับบริการพึงพอใจและสิ่งที่ต้องการให้มีการปรับปรุงแก้ไข

ข้อมูลที่ได้รับจากการพูดคุยจะเทียบเท่ากับข้อมูลในส่วนคำถามปลายเปิดในแบบประเมินพึงพอใจของผู้รับบริการ แต่สิ่งที่ได้มากกว่าคือการสัมผัสถึงความรู้สึกที่แท้จริงของผู้รับบริการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลมากกว่า (เพราะผู้รับบริการส่วนใหญ่จะชอบพูดมากกว่าเขียน) และการสร้างจิตสำนึกผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางขึ้นในจิตใจของทุกคน

ค) การค้นหาผู้ประสบปัญหาในการรับบริการ

โดยทั่วไปเรามักจะตั้งรับรอให้ผู้ที่มีปัญหา เกิดความไม่พึงพอใจเข้ามาบอกเล่าว่าเกิดอะไรขึ้นกับตน ซึ่งผู้รับบริการที่ไม่พึงพอใจจำนวนหนึ่งอาจจะไม่เข้ามาแจ้งแก่เจ้าหน้าที่

วิธีการนี้เป็นการค้นหาในเชิงรุกด้วยการกวาดตามองหาผู้รับบริการที่มีท่าทีหรือสีหน้าไม่เป็นที่สບ
อารมณ์ เข้าไปพูดคุยเพื่อรับทราบปัญหา ค้นหาสาเหตุ และดำเนินการแก้ไขทันที ข้อสำคัญที่สุดคือจะต้องมี
ท่าทีรับฟังอย่างตั้งใจ ไม่แก้ตัว และความยืดหยุ่นในการตอบสนอง

ง) การจัดให้มีเจ้าหน้าที่รับคำร้องเรียน

โดยทั่วไปมักจะมีเจ้าหน้าที่ต้อนรับหรือเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ทำหน้าที่นี้อยู่แล้ว ควรพิจารณาแนว
ทางการปฏิบัติงานดังต่อไปนี้

- มีป้ายหรือวิธีการที่จะสื่อให้ผู้รับบริการทราบว่า จุดนี้ บุคคลนี้ คือผู้ที่ช่วยแก้ปัญหาให้เขาได้
- ทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ว่าในขณะรับทราบปัญหาของผู้ป่วยนั้น **ให้ทำความรู้สึกเหมือนกับเป็นญาติของผู้ป่วย มิใช่เป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล** หน้าที่คือการช่วยแก้ปัญหาและสร้างความรู้สึกที่ดีแก่ผู้รับบริการ หลีกเลี่ยงการอธิบายกฎระเบียบหรือคำชี้แจงต่างๆ ซึ่งผู้รับบริการไม่อยู่ในอารมณ์ที่จะรับฟัง
- สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่รับคำร้องเรียนสามารถประสานงาน แก้ปัญหา และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ร้องเรียน เช่น อนุญาตให้ลัดคิวบางอย่างได้เมื่อมีเหตุผล อนุญาตให้ใช้เงินเพื่อซื้อเครื่องดื่มให้ผู้ร้องเรียนได้ ฯลฯ (จะให้อำนาจหรือ empower อย่างไร เพียงใด ขึ้นกับลักษณะปัญหาที่พบบ่อย)
- บันทึกข้อมูลคำร้องเรียนและการแก้ไขที่นำไปลงในแบบบันทึกมาตรฐานเพื่อรวบรวมวิเคราะห์

จ) รับความคิดเห็น/คำร้องเรียนทางโทรศัพท์

โรงพยาบาลอาจจะจัดให้มีระบบรับคำร้องเรียนทางโทรศัพท์ ในรูปแบบต่างๆ เพื่อรับเรื่องราวจากผู้ที่ไม่ต้องการแสดงตัว เช่น

- โทรศัพท์พูดคุยกับเจ้าหน้าที่รับคำร้องเรียน
- โทรศัพท์ถึง operator และบันทึกเทปไว้
- โทรศัพท์ซึ่งรับสัญญาณแล้วบันทึกเทปโดยอัตโนมัติ

ฉ) บันทึกประสบการณ์ของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล มีการศึกษา และสามารถจดบันทึกได้ ควรได้รับการกระตุ้นและสนับสนุนให้จัดทำ “บันทึกประสบการณ์ในโรงพยาบาล” เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับทราบความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ควรพิจารณาแนวทางปฏิบัติต่อไปนี้

- ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยหรือญาติในการจดบันทึก
- จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการจดบันทึกให้ เช่น สมุด ดินสอ
- ขอให้ผู้ป่วยหรือญาติจดบันทึกอาการ ความรู้สึกของผู้ป่วย การดูแลรักษาที่ได้รับ และสิ่งที่ต้องการเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลในแต่ละวัน โดยชี้แจงด้วยว่าข้อมูลเหล่านี้จะถูกนำมาใช้เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยด้วย
- เจ้าหน้าที่ขอข้อมูลบันทึกของผู้ป่วยเป็นประจำทุกวัน ดำเนินการตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยทันทีและบันทึกปัญหา/การแก้ไขนั้นในเวชระเบียนด้วย

ข) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

เป็นสิ่งที่หลายโรงพยาบาลทำอยู่แล้ว แต่ยังใช้ประโยชน์ไม่เต็มที่และไม่ทันการณ์ ควรพิจารณาปรับปรุงดังต่อไปนี้

- ออกแบบประเมินในภาพรวมแทนที่จะแยกประเมินของแต่ละหน่วยบริการ และให้มีคำถามให้น้อยข้อที่สุด
- นำข้อเสนอแนะในส่วนคำถามปลายเปิด ส่งต่อให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบทันที

๒) การบันทึก

จัดให้มีระบบการบันทึกข้อมูล การแก้ไขที่ได้ดำเนินการไป และพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำซ้อน (หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นผู้รับผิดชอบ อาจจะมอบหมายให้ผู้รับทราบข้อมูลเป็นผู้บันทึก อาจจะปรึกษาหาวิธีการปรับปรุงระบบกับสมาชิกในหน่วยงานตามความเหมาะสม)

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลมาตรฐานซึ่งใช้ได้กับช่องทางการรับรู้ข้อมูลที่กำลังมาแล้ว

ข้อมูลที่ได้รับ/ผู้รับข้อมูล	การแก้ไขเฉพาะราย	ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงระบบ

๓) การวิเคราะห์ข้อมูลและปรับปรุงระบบ

นำข้อมูลมาวิเคราะห์แนวโน้มเพื่อดำเนินการปรับปรุงระบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยทีมผู้บริหารหรือทีมงานที่ผู้บริหารมอบหมาย ในช่วงแรกควรทบทวนเป็นประจำทุกเดือน ในกรณีที่ผู้บริหารมอบหมายให้ทีมผู้รับผิดชอบจะต้องมีระบบรายงานให้ทีมผู้บริหารรับทราบอย่างสม่ำเสมอ

ตัวอย่างแบบบันทึกสรุปแนวโน้มของปัญหาและการปรับปรุงระบบ

ลักษณะของปัญหา	ความถี่	การปรับปรุงระบบที่ดำเนินการไปแล้ว

๔) การติดตามผล

ทีมผู้บริหารควรติดตามผลการปรับปรุงระบบเป็นระยะ ในแง่ความเหมาะสมของการปรับปรุงระบบ การปฏิบัติตามแนวทางใหม่ที่กำหนดขึ้น และการลดลงของปัญหา

๕.๒ การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา

จุดมุ่งหมายของการทบทวนนี้เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล รวมทั้งความเหมาะสมในการดูแลก่อนที่จะมีการส่งต่อ

๑) การรับรู้

ก) การส่งต่อผู้ป่วย

แหล่งข้อมูลสำหรับการทบทวนมักจะอยู่ในสำเนาใบส่งต่อผู้ป่วย แต่ข้อมูลในใบส่งต่ออาจจะไม่สมบูรณ์พอที่จะนำไปสู่การปรับปรุงระบบได้ ควรพิจารณาแนวทางปฏิบัติต่อไปนี้

- ทันทีที่มีการส่งต่อผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยควรปรึกษากับแพทย์ผู้ดูแลเกี่ยวกับเหตุผลของการส่งต่อ (ควรวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงว่าเป็นเพราะความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ ความไม่เชื่อมั่นในโรงพยาบาล โรงพยาบาลไม่มีศักยภาพที่จะดูแล หรือโรงพยาบาลมีศักยภาพในการดูแลแต่ไม่พร้อมด้วยสาเหตุอื่นๆ) และความเป็นไปได้ในการปรับปรุงเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย
- ติดตามรับเสียงสะท้อนจากโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยต่อ เกี่ยวกับความเหมาะสมของการดูแลรักษาที่ได้ให้ไป รวมทั้งข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

ข) ผู้ป่วยที่ขอย้ายหรือปฏิเสธการรักษา

ผู้ป่วยที่ขอย้ายหรือปฏิเสธการรักษาส่วนหนึ่งมาจากความไม่พึงพอใจหรือไม่มั่นใจ ซึ่งเป็นโอกาสดีที่จะทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามในระบบที่เป็นอยู่มักจะไม่มีการบันทึกข้อมูลดังกล่าว ควรพิจารณาแนวทางปฏิบัติทำนองเดียวกับการส่งต่อผู้ป่วยดังนี้

๒) การบันทึก

จัดให้มีระบบการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค สาเหตุที่ส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา และพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและการสื่อสารกับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นมากขึ้น

หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีหน้าที่รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลไว้เพื่อประโยชน์ในการทบทวน

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา

ผู้ป่วย/การวินิจฉัย	สาเหตุ	ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง

๓) การวิเคราะห์ข้อมูลและปรับปรุงระบบ

นำข้อมูลมาวิเคราะห์แนวโน้มเพื่อดำเนินการปรับปรุงระบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยทีมผู้บริหารหรือทีมงานที่ผู้บริหารมอบหมาย ในช่วงแรกควรทบทวนเป็นประจำทุกเดือน ในกรณีที่ผู้บริหารมอบหมายให้มีทีมผู้รับผิดชอบจะต้องมีระบบรายงานให้ทีมผู้บริหารรับทราบอย่างสม่ำเสมอ

ตัวอย่างแบบบันทึกสรุปแนวโน้มของปัญหาและการปรับปรุงระบบ

ลักษณะของปัญหา	ความถี่	การปรับปรุงระบบที่ดำเนินการไปแล้ว

๔) การติดตามผล

ทีมผู้บริหารควรติดตามผลการปรับปรุงระบบเป็นระยะ ในแง่ความเหมาะสมของการปรับปรุงระบบ การปฏิบัติตามแนวทางใหม่ที่กำหนดขึ้น และการลดลงของปัญหา

๕.๓ การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ

เป็นการนำเหตุการณ์ที่มีความสำคัญมาวิเคราะห์หาวิธีป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้นอีก การลงทุนกับสิ่งที่มีปัญหาเป็นวิธีการที่คุ้มค่า เพราะช่วยป้องกันความเสี่ยงให้กับทุกฝ่าย

เหตุการณ์สำคัญได้แก่

- การเสียชีวิต
- การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ, อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด, ผลข้างเคียงจากยา, ปฏิกริยาจากการให้เลือด,
- การรักษาที่ไม่ได้วางแผน เช่น การผ่าตัดซ้ำ, การรับไว้รักษาซ้ำด้วยโรคเดิม
- อุบัติการณ์อื่นๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม, ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error), อุบัติการณ์เกี่ยวกับเครื่องมือ (ได้รับอันตราย, ทำงานไม่ปกติ, ไม่มีใช้), การตรวจรักษาผิดรายหรือผิดจากแผนการที่วางไว้
- กรณี “เกือบพลาด” กล่าวคือมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ขึ้น แต่ตรวจพบและดำเนินการแก้ไขเสียก่อน

๑) การรับรู้และทบทวน

การรับรู้ ทบทวน และรายงานเหตุการณ์ต่างๆ ควรเป็นไปอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นๆ

การเสียชีวิต	ทบทวนเบื้องต้นให้เร็วที่สุดโดยแพทย์และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย และรายงานให้ผู้บริหารทราบทันที
การเกิดภาวะแทรกซ้อน	แพทย์และพยาบาลร่วมกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อน แล้วทบทวนสาเหตุและโอกาสป้องกันทันที
การรักษาซ้ำ	แพทย์และพยาบาลร่วมกันทบทวนสาเหตุและโอกาสป้องกันทันที
อุบัติการณ์อื่นๆ	ใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ มีการมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการตามระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ รวบรวมอุบัติการณ์มาทบทวนเป็นประจำทุกเดือน
กรณี “เกือบพลาด” หรือ “ใกล้พลาด”	อาจตรวจพบได้จากกระบบรายงานอุบัติการณ์ปกติ หรือระบบการตรวจสอบเฉพาะ (เช่น การตรวจสอบยาก่อนจ่ายให้ผู้ป่วย) หรือการตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วยที่กำลังนอนรักษาอยู่ว่ามีโอกาสที่จะเกิดผลที่ไม่ดีขึ้น (potential bad outcome)

หลักการสำคัญในการทบทวนเหตุการณ์เหล่านี้คือการหาแนวทางป้องกัน มิใช่หาตัวบุคคลผู้รับผิดชอบ ดังนั้นในการทบทวนจะต้องไม่มีการกล่าวโทษกัน เมื่อใดก็ตามที่จะมีการกล่าวโทษกัน ผู้ดำเนินการจะต้องยุติการอภิปรายในทิศทางนั้น

อาจจะมีความจำเป็นที่จะต้องวินิจฉัยสาเหตุของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การวินิจฉัยผิด การวินิจฉัยล่าช้า การวินิจฉัยไม่ชัดเจน การเฝ้าระวังที่ไม่เพียงพอ การรักษาที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายเดียวคือเพื่อตอบคำถามว่า “เรื่องนี้รุนแรงขนาดไหน จำเป็นต้องปรับปรุงวิธีการทำงานหรือไม่ จะป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในลักษณะดังกล่าวขึ้นอีกได้อย่างไร”

ควรกำหนดระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานต่อ เช่น

- ระดับ ๑ รับผิดชอบ ไม่ต้องทำอะไรต่อ
- ระดับ ๒ สิ่งที่ทำเป็น routine แต่ไม่ได้คาดว่าจะเป็นปัญหา ไม่ต้องทำอะไรต่อ
- ระดับ ๓ การทำงานไม่ปกติ ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน แต่ไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย
- ระดับ ๔ ขาดมาตรฐานการดูแล มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ต้องระบุแผนที่ต้องทำและส่งให้ผู้รับผิดชอบ

ในกรณีที่แพทย์และพยาบาลไม่มีโอกาสที่จะทบทวนร่วมกัน อาจจะให้แต่ละฝ่ายทบทวนในส่วนของตนเองก่อน และมอบให้ผู้รับผิดชอบประสานข้อมูลจากทุกฝ่าย

ในบางกรณี ผู้บริหารอาจจำเป็นต้องมอบหมายให้ทีมคนกลางเข้าไปรับรู้หรือค้นหาข้อมูล

๒) การบันทึก

จัดให้มีระบบการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สาเหตุของเหตุการณ์ ดังกล่าว และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเพื่อป้องกันเหตุการณ์ดังกล่าว

สำคัญอย่างยิ่งว่าในการบันทึกนี้จะต้องไม่ระบุตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความมั่นใจว่าจะให้ความเห็นอย่างตรงไปตรงมาโดยไม่ต้องกังวลว่าจะเกิดผลเสียต่อตนเองและโรงพยาบาลในภายหลัง

บันทึกการทบทวนเหตุการณ์สำคัญควรเก็บรวมไว้ในที่แห่งเดียวและมีการจำกัดการเข้าถึงให้เหมาะสม

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ

การวินิจฉัย/เหตุการณ์	สาเหตุ	ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง

๓) การวิเคราะห์ข้อมูล การปรับปรุงระบบ และการติดตามผล

ทีมนำทางคลินิก (Clinical Lead Team) หรือทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team) มีหน้าที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์แนวโน้มเพื่อดำเนินการปรับปรุงระบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยจะต้องวิเคราะห์ความพอเพียงของการปรับปรุงระบบที่ได้ดำเนินการไปแล้ว รวมทั้งติดตามความเข้าใจและการนำไปปฏิบัติโดยผู้เกี่ยวข้อง

ตัวอย่างแบบบันทึกสรุปแนวโน้มของปัญหาและการปรับปรุงระบบ

ลักษณะของปัญหา	ความถี่	การปรับปรุงที่ดำเนินการไปแล้ว/การนำไปปฏิบัติ

๕.๔ การทบทวนเวชระเบียน

การทบทวนเวชระเบียนในขั้นต้น ควรเน้นประเด็นต่อไปนี้ และพยายามปรับปรุงให้สมบูรณ์

ข้อมูลของผู้ป่วย	มีชื่อ สกุล อายุ ที่อยู่ของผู้ป่วยของผู้ป่วยในเวชระเบียนผู้ป่วยในครบถ้วน ส่วนชื่อ ที่อยู่ของผู้ติดต่ออย่างน้อยมีอยู่ใน OPD card
ประวัติความเจ็บป่วย	มีบันทึกอาการสำคัญและประวัติปัจจุบัน
การตรวจร่างกาย	มีการตรวจร่างกายทุกระบบที่คาดว่าจะเกี่ยวข้อง
ผลการปฏิบัติการ	มีบันทึกหรือรายงานผลการปฏิบัติการในเวชระเบียน
การวินิจฉัย	ใช้ข้อมูลจากประวัติและการตรวจร่างกายเพื่อการวินิจฉัยโรค ไม่ได้วินิจฉัยจากอาการเพียงอย่างเดียว
แผนการดูแลรักษา	มีการระบุปัญหาของผู้ป่วยครบถ้วนและแผนการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหา
การดำเนินโรค	มีบันทึกการดำเนินโรคเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทุกครั้ง
การผ่าตัด (ถ้ามี)	มีบันทึกการผ่าตัดซึ่งระบุเหตุการ, การวินิจฉัยโรค, สิ่งที่พบโดยสรุป
การตัดชิ้นเนื้อ (ถ้ามี)	เมื่อมีการผ่าตัดชิ้นเนื้อออกจากร่างกาย มีการส่งชิ้นเนื้อตรวจตามที่กำหนดไว้และมีรายงานอยู่ในเวชระเบียน

๕.๕ การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ

การทำ CPG และ peer review ที่เป็นรูปแบบปกตินั้นยังไม่สามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้มากเท่าที่ควร เครื่องมือง่ายๆ ที่ควรนำมาใช้ประโยชน์ได้แก่ Gap Analysis ซึ่งใช้การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างข้อแนะนำซึ่งเป็นความรู้ทางวิชาการ กับสิ่งที่ป็นจริงอยู่ในปัจจุบัน เมื่อพบว่ามีความแตกต่าง เราสามารถกำหนดเป้าหมายของเราได้ว่าสิ่งที่ต้องการให้เป็นในสถานการณ์ของเราเป็นอย่างไร และวางแผนดำเนินการเพื่อให้เกิดขึ้น

การใช้ Gap Analysis เท่ากับเป็นการ**ผนวกกิจกรรม 3 เรื่อง**เข้าไว้ในคราวเดียวกัน คือ

1. ทบทวนสิ่งที่เราปฏิบัติอยู่ (peer review) โดยทบทวนเป็นภาพรวม ไม่ระบุชัดเจนว่าเป็นผู้ป่วยรายไหน ใครเป็นผู้รับผิดชอบ ทำให้ลดแรงต่อต้านลงไปได้ระดับหนึ่ง
2. พิจารณาความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัย (scientific evidence) ว่าควรนำไปใช้ในระดับใด ไม่จำเป็นต้องถกเถียงกันว่าจะเขียน CPG ว่าอย่างไร ไม่ต้องห่วงว่าทางแพทยสภาหรือราชวิทยาลัยจะไม่เห็นด้วย ไม่ต้องห่วงว่าจะถูกเอาไปเป็นข้อมูลเพื่อการฟ้องร้อง
3. เป็นการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (clinical CQI) เปลี่ยนจากสิ่งที่ป็นอยู่ในปัจจุบัน ไปสู่สิ่งที่ต้องการให้เป็น

นอกจากการผนวกกิจกรรมทั้ง 3 เรื่องเข้าด้วยกันแล้ว สิ่งที่เราสมควรได้ประโยชน์จาก gap analysis คือ **การพัฒนาได้ทีละมากๆ เรื่อง ไม่ต้องกังวลกับการหาข้อสรุป**ที่ทุกคนยอมรับ เพราะสิ่งที่ต้องการให้เป็น อาจจะเป็นเพียง “พยายามลดการใช้ยาต้านจุลชีพใน URI” **ไม่ต้องกังวลว่าจะทำ CPGs ออกมาในรูปแบบใด**

Gap Analysis

ข้อแนะนำ	สิ่งที่ป็นในปัจจุบัน	สิ่งที่ต้องการให้เป็น	แผนดำเนินการ

๖. แบบประเมินตนเอง

การใช้มาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อประเมินตนเองสามารถทำได้ในทุกช่วงเวลาของการพัฒนา โดยมีรูปแบบในการประเมินที่หลากหลาย ได้แก่:

๑) การประเมินที่เน้นการสนทนาเพื่อทำความเข้าใจกับมาตรฐานและหาโอกาสพัฒนา หรือเวทีเสวนา (team dialogue).

๒) การประเมินที่เน้นการดูของจริง ในสถานที่จริง พูดคุยกับผู้ปฏิบัติงานจริง (quality round หรือ internal survey) เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับกระบวนการเยี่ยมสำรวจ และนำปัญหาที่พบจริงมาดำเนินการแก้ไขปรับปรุง.

๓) การประเมินและบันทึกตามแบบฟอร์มที่ พรพ.กำหนดไว้.

ในช่วงแรกๆ ของการพัฒนา ควรเน้นรูปแบบการประเมินใน 2 รูปแบบแรก คือเน้นที่การสนทนาและการเข้าไปในสถานที่จริง มากกว่าที่จะเน้นการเขียนตามแบบฟอร์มให้สมบูรณ์.

การบันทึกตามแบบฟอร์มในแต่ละระยะจะมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน คือ:

๑) ในระยะแรกเป็นการวิเคราะห์ตนเอง หาโอกาสพัฒนาและวางแผน.

๒) ในระหว่างการพัฒนาเป็นการบันทึกผลลัพธ์และบทเรียนที่เกิดขึ้น รวมทั้งตรวจสอบความก้าวหน้าในการพัฒนา.

๓) ในการเตรียมพร้อมสำหรับการเยี่ยมสำรวจจะเป็นการวิเคราะห์อย่างลึกซึ้งเพื่อเชื่อมโยงกิจกรรมและผลลัพธ์ที่ได้ทำไป กับเป้าหมายของมาตรฐานโรงพยาบาล.

รูปแบบของแบบประเมินตนเอง

๑) แบบประเมินฉบับย่อ

เป็นแบบประเมินที่มีเฉพาะข้อเนื้อเรื่องที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน HA และให้ทีมงานประเมินด้วยความรู้สึกของตนว่าทำเรื่องนั้นได้ดีเพียงใด มีเป้าหมายเพื่อค้นหาประเด็นสำคัญสำหรับแผนยุทธศาสตร์ในเวลาเร็วที่สุด

๒) คู่มือการวางแผนพัฒนาตามมาตรฐาน HA

เป็นแบบประเมินที่ใช้สำหรับการทำงานของโรงพยาบาลในขั้นตอนการวางแผนซึ่งจะช่วยชี้ให้เห็นประเด็นที่ต้องพัฒนาในรายละเอียดมากขึ้น

๓) ข้อมูลประกอบการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล

เป็นแบบประเมินที่เปิดโอกาสให้โรงพยาบาลบอกเล่าข้อมูลความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยแยกเป็น ๓ ส่วนคือ ข้อมูลระดับโรงพยาบาล, ข้อมูลระดับทีมงานทางคลินิก, ข้อมูลระดับหน่วยงาน

แบบประเมินฉบับย่อ

คำแนะนำ: ให้ทำเครื่องหมายในช่องคะแนนที่คิดว่าสอดคล้องกับระดับที่โรงพยาบาลปฏิบัติได้

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ										
1. การนำองค์กร										
2. ทิศทางนโยบาย										
การบริหารทรัพยากร										
3. การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ										
4. การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล										
5. การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย										
6. เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ										
7. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล										
กระบวนการคุณภาพ										
8. กระบวนการคุณภาพทั่วไป										
9. กิจกรรมคุณภาพด้านคลินิกบริการ										
10. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ										
มาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ										
11. องค์กรแพทย์										
12. การบริหารการพยาบาล										
สิทธิผู้ป่วยและจรรยาบรรณองค์กร										
13. สิทธิผู้ป่วย										
14. จรรยาบรรณองค์กร										
กระบวนการทำงาน										
15. การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย										
16. การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว										
17. การประเมินและวางแผนดูแลรักษา										
18. กระบวนการให้บริการ/ดูแลผู้ป่วย										
19. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย										
20. การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง										

คู่มือการวางแผนพัฒนาตามมาตรฐาน HA

บทที่ 1 การนำองค์กร

ประเด็น	OK ¹	P1 ²	P2 ³	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
GOV.1 โรงพยาบาลมีองค์กรบริหารสูงสุด ทำหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดการที่มีคุณภาพ โดยกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล ดูแลการบริหารจัดการ การวางแผน และการติดตามผลการปฏิบัติงาน				
(1) มีบุคคลหรือกลุ่มบุคคลทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ดูแลการบริหาร วางแผน ติดตามผล (GOV.1.1)				
(2) องค์กรบริหารสูงสุดมีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ (GOV.1.2, GOV.1.9, GOV.1.10)				
(3) มีกลไกเพื่อให้มีการดูแลด้านนโยบายและการอำนวยความสะดวกอย่างต่อเนื่อง (GOV.1.3, GOV.1.5)				
(4) มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดทิศทางของโรงพยาบาล (GOV.1.4)				
(5) รับผิดชอบต่อการจัดการที่มีคุณภาพ (GOV.1.6, GOV.1.8, GOV.1.11)				
(6) รับผิดชอบด้านการจัดการทรัพยากร (GOV.1.7, GOV.1.12)				
LED.1 โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมในการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า				
(1) มีการศึกษาความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงานทั้งภายนอกและภายใน (LED.1.1)				
(2) แต่ละหน่วยงานมีการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอย่างเหมาะสม (LED.1.2)				
(3) ทีมผู้บริหารทุกระดับใช้ภาวะผู้นำในการสนับสนุน/ติดตาม/ให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดการปรับปรุงระบบงานและพัฒนาสมรรถนะในการทำงานอย่างต่อเนื่อง (LED.1.3)				
(4) มีความเคารพในสิทธิของผู้ป่วยและ				

¹ ประเด็นที่ทำได้ดีแล้ว² ประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งสามารถทำได้ง่าย³ ประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งมีความซับซ้อนหรือยากลำบาก

ประเด็น	OK ¹	P1 ²	P2 ³	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
จริยธรรมองค์กร (LED.1.4)				

ข้อมูลประกอบการเยี่ยมชมสำรวจโรงพยาบาล

ก. สรุปข้อมูลสำคัญของโรงพยาบาล

1. หน้าที่ เป้าหมาย วัตถุประสงค์

ชื่อโรงพยาบาล

พันธกิจ (mission)

ขอบเขต (scope)

ความต้องการของผู้รับบริการ

ความต้องการของผู้ร่วมงานใน รพ.

เป้าประสงค์ด้านผู้รับบริการ

เป้าประสงค์ด้านผู้ให้บริการ

เป้าประสงค์ด้านองค์กร

เครื่องชี้วัด

แผนงานและเป้าหมาย

จุดเน้นในการพัฒนา/เข้มแข็ง

2. สถิติเครื่องชี้วัดของโรงพยาบาล

ข. รายละเอียดของการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA⁴

บทที่ 1 การนำองค์กร⁵

GOV.1 องค์กรบริหารสูงสุด

โรงพยาบาลมีองค์กรบริหารสูงสุด ทำหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ โดยการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล ดูแลการบริหารจัดการ การวางแผน และการติดตามผลการปฏิบัติงาน

ใครคือบุคคล/กลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ดูแลการบริหาร วางแผน ติดตามผล ในระดับสูงสุด (ทีมนำสูงสุดของโรงพยาบาล)? ในรอบปีที่ผ่านมา บุคคล/กลุ่มบุคคลดังกล่าวมีการประชุมกันบ่อยเพียงใด ได้พิจารณาหรือตัดสินใจในเรื่องสำคัญที่เกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอะไรบ้าง? มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อรับผิดชอบงานเฉพาะเรื่องอะไรบ้าง? มีการติดตามผลงานของคณะกรรมการดังกล่าวอย่างไร?

ทีมนำสูงสุดของโรงพยาบาลมีบทบาทอย่างไรในการกำหนดทิศทางของโรงพยาบาล? มีการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามทิศทางที่กำหนดไว้ได้อย่างไร?

⁴ การประเมินส่วนนี้เทียบเท่ากับการประเมินตอนที่หนึ่ง (เดิม) ขอให้ทีมตอบอย่างกระชับแต่ครอบคลุมคำถามและกิจกรรมที่ทีมได้ทำมาอย่างครบถ้วน ไม่ว่ากิจกรรมเหล่านั้นจะทำภายใต้ชื่อหรือโครงการใดก็ตาม

⁵ ประเมินโดยทีมนำสูงสุดของโรงพยาบาล

ทีมนำสูงสุดของโรงพยาบาลมีบทบาทอย่างไรในการสร้างหลักประกันว่าโรงพยาบาลจะให้บริการที่มีคุณภาพ และมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง?

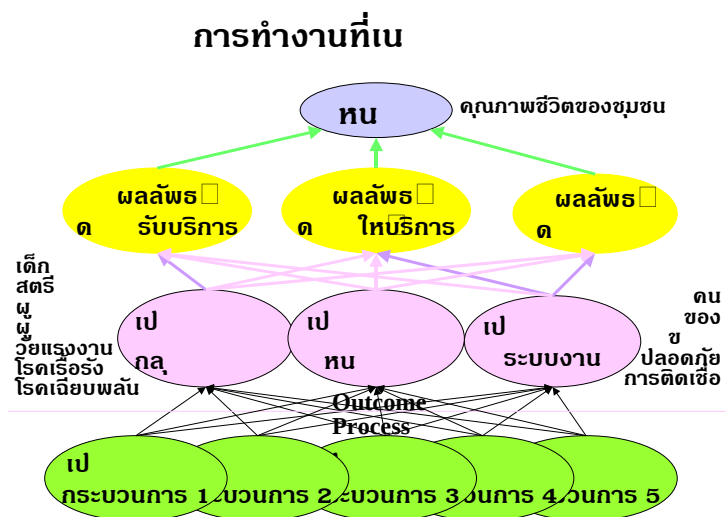
๗. การพัฒนาที่เน้นเป้าหมาย

ระดับของเป้าหมาย

HA กระตุ้นให้ทุกคนตรวจสอบงานของตนเองกับเป้าหมายทุกระดับ ทุกเรื่อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และไม่สับสนเกี่ยวกับเรื่องเป้าหมาย จึงขอสรุปรวมไว้ดังนี้

ระดับ		เป้าหมาย
โรงพยาบาล	Organization	Mission (พันธกิจ/หน้าที่): รพ.ของเรามีไว้เพื่ออะไร Vision (วิสัยทัศน์): รพ.ของเราจะเป็นอย่างไรในอนาคต
หน่วยงาน	Unit	Purpose (ความมุ่งหมาย/หน้าที่): หน่วยงานของเรามีไว้เพื่ออะไร Goal (เป้าประสงค์): ผลลัพธ์ที่จะเกิดกับผู้รับบริการอย่างกว้างๆ มีอะไรบ้าง
ระบบงาน	System	Purpose: ระบบงานนี้ (เช่น IC, HRD) มีเป้าหมายอะไร
กระบวนการ	Process	Purpose: กระบวนการนี้ (เช่น การเฝ้าระวังการติดเชื้อ) มีเป้าหมายอะไร
แผนงาน	Program	Program Goal: เป้าประสงค์ที่ต้องการบรรลุของแผน
แผนปฏิบัติการ	Plan of Action	Objective: ผลลัพธ์ที่ต้องการบรรลุจากการปฏิบัติตามแผน
โครงการ CQI	CQI Project	Objective: ผลลัพธ์ที่ต้องการบรรลุจากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

ความเชื่อมโยงของเป้าหมาย



เป้าหมายสูงสุดคือการบรรลุพันธกิจขององค์กรหรือการทำหน้าที่ตามที่ถูกกำหนดไว้อย่างดีที่สุด ซึ่งจะวัดได้ด้วยผลลัพธ์ 3 ด้าน คือด้านผู้รับบริการ (ผู้ป่วยและชุมชน) ด้านผู้ให้บริการ (การพัฒนาและความพึงพอใจ) ด้านองค์กร (เป็นที่ยอมรับและอยู่รอด)

เนื่องจากบริการของโรงพยาบาลมีความหลากหลายมาก การวัดที่ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการในภาพรวมทั่วๆ ไป เช่น ความพึงพอใจ อัตราการเสียชีวิต อัตราการติดเชื้อ อาจจะไม่สามารถแสดงให้เห็นคุณภาพที่แท้จริงได้ จึงจำเป็นต้องพิจารณาในองค์ประกอบที่ย่อยลงมาอีก ได้แก่ เป้าหมายของหน่วยงานย่อยในโรงพยาบาล,

กลุ่มผู้ป่วยในแต่ละหน่วยงานให้บริการ และเป้าหมายของระบบงานต่างๆ ซึ่งจะสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย การวัดในระดับนี้จะเป็นการวัดที่สำคัญที่สุดที่นำไปสู่การมองภาพรวมที่ชัดเจนขึ้น และนำไปสู่การกำหนดเครื่องชี้วัดในระดับกระบวนการที่จำเป็น

เครื่องชี้วัดในแต่ละระดับ

เป้าหมายขององค์กร	พันธกิจเป็นนามธรรม การวัดจึงต้องกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการเห็นในด้านผู้รับบริการ ด้านผู้ให้บริการ ด้านองค์กร แต่มีปัญหาในการแปลผลเนื่องจากลักษณะงานกลุ่มผู้รับบริการที่ heterogeneous ของโรงพยาบาล
เป้าหมายของหน่วยย่อย	การวัดความสำเร็จในการทำหน้าที่ของแต่ละสามารถกำหนดได้ชัดเจนมากขึ้น และควรเป็นเอกลักษณ์ของหน่วยงานนั้นๆ โดยพิจารณาจากภารกิจหลักหรือกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่หน่วยงานนั้นรับผิดชอบ (โรงพยาบาลหลงผิดให้ความสำคัญแต่เครื่องชี้วัดโรงพยาบาล 22 ตัว โดยไม่คำนึงถึงเครื่องชี้วัดที่เป็นเอกลักษณ์ของหน่วยงาน หรือพยายามให้ทุกหน่วยงานใช้เครื่องชี้วัดเหมือนกันหมดทั้งโรงพยาบาล)
เป้าหมายของระบบงาน	เป็นสิ่งที่วัดได้ชัดเจน โดยควรมองไปที่ ultimate goal มองให้ไกลกว่ากิจกรรมที่อยากทำ เช่น เป้าหมายของงาน IC คืออัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ต่ำที่สุด, เป้าหมายของการพัฒนากำลังคน คือการที่คนมีความสามารถเหมาะสมกับงาน มีการพัฒนา มีการเติบโต
เป้าหมายตามกลุ่มประชากร/ผู้รับบริการ	หน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านสร้างเสริมสุขภาพหรือทำงานเชิงรุก อาจพิจารณาตามกลุ่มประชากร เช่น เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ หน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านดูแลผู้ป่วย อาจพิจารณากลุ่มโรคที่สำคัญซึ่งหน่วยงานรับผิดชอบอยู่จำนวนหนึ่ง และถามตนเองว่า “ถ้าจะวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะวัดอะไร”
เป้าหมายของกระบวนการ	เป็นสิ่งที่เจ้าของกระบวนการควรทบทวนทำความเข้าใจว่าแต่ละงานที่ตนทำอยู่นั้นทำไปเพื่ออะไร การประเมินว่าบรรลุเป้าหมายของกระบวนการหรือไม่ อาจจะไม่จำเป็นต้องพยายามเก็บข้อมูลที่เป็นตัวเลข อาจจะใช้การประเมินเชิงคุณภาพซึ่งใช้เวลาน้อยกว่าได้

บทสรุปเรื่องนี้คือ **ควรให้ความสำคัญกับเป้าหมายระดับหน่วยงานและเป้าหมายระดับกลุ่มประชากร/ผู้รับบริการที่หน่วยงานนั้นรับผิดชอบให้มากขึ้น กำหนดเป้าหมายระดับหน่วยงานที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเองให้มากขึ้น**

ที่ปรึกษาจะช่วยผ่อนแรงของทีมงานในโรงพยาบาลได้ด้วยการกระตุ้นให้วัดผลเทียบกับเป้าหมายที่มีความหมายต่อหน่วยงาน

ความสัมพันธ์ของหน้าที่ เป้าหมาย ความต้องการ เครื่องชี้วัด

ทั้งหมดคือเรื่องเดียวกันที่มักจะมองไม่เห็นความเชื่อมโยง

หน้าที่	เหตุผลที่ต้องมีหน่วยงาน ต้องมีใครบางคนได้รับประโยชน์จากงานของเรา เราเรียกว่า “ผู้รับผลงาน” หรือ “ลูกค้า”
ความต้องการของผู้รับผลงาน	เป็นสิ่งที่เราต้องตอบสนอง เพื่อการทำหน้าที่ที่สมบูรณ์ของเรา
เป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการตอบสนองความต้องการของลูกค้า และการทำหน้าที่ที่สมบูรณ์ของเรา
เครื่องชี้วัด	การวัดผลลัพธ์สำคัญที่เป็นเป้าหมายออกมาเป็นตัวเลข

หากไม่ได้เน้นให้เห็นความเชื่อมโยงในสิ่งเหล่านี้ กิจกรรมที่เกิดขึ้นจะเป็นการแยกส่วน และทำด้วยความไม่เข้าใจ เช่น กำหนดเป้าหมายโดยไม่ได้นำความต้องการของผู้รับผลงานหรือสิ่งที่ผู้รับผลงานให้คุณค่ามาพิจารณา กำหนดเครื่องชี้วัดโดยไม่ได้ทบทวนกับเป้าหมายสำคัญ

ที่ปรึกษามีหน้าที่ทำให้ทีมงานของโรงพยาบาลเข้าใจความสัมพันธ์เชื่อมโยงเหล่านี้

ผลึกความคิด

1. เป้าหมายเป็นหลักให้ผูกพันอยู่กับเรื่องสำคัญ ไม่วอกแวกวอกแวกกับเรื่องที่ไม่สำคัญ แนวคิดนี้ควรนำไปเน้นย้ำและแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมในการฝึกอบรม การให้คำปรึกษา และการเยี่ยมสำรวจ
2. การวัดผลลัพธ์โดยจำแนกเป็นสามด้านคือการสร้างสมดุลในการมองเป้าหมาย (เทียบได้กับแนวคิดเรื่อง balanced scorecard)
3. ความเข้าใจระดับของเป้าหมาย ทำให้เห็นการเชื่อมโยงในแนวดิ่ง ช่วยในการวิเคราะห์ว่าวัดพอหรือยัง วัดถูกหรือไม่
4. เป้าหมายที่ควรเน้นให้มากขึ้น คือเป้าหมายระดับหน่วยงาน และกลุ่มผู้ป่วย (กำหนดง่าย แปลผลง่าย)
5. การวัดที่ดีคือวัดในจุดที่เป็นเอกลักษณ์ของงาน วัดส่วนที่เป็นหัวใจสำคัญ วัดให้น้อย แต่เห็นภาพ ต้องให้เจ้าของคิดและใช้ประโยชน์
6. การวัดทางคลินิก ควรพิจารณาทั้งผลลัพธ์ (effectiveness เช่น การเกิดทุพพลภาพ/การเสียชีวิต) และกระบวนการ (appropriateness)

ตอนที่ ๓ กระบวนการให้คำปรึกษา

กระบวนการให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลประกอบด้วย

- ๑) การเตรียมการ
- ๒) การเข้าเยี่ยมและให้คำปรึกษา
- ๓) การเขียนรายงานและติดตามผล

๑. การเตรียมการ

สิ่งที่จะต้องมีการเตรียมการได้แก่

- ๑) กำหนดแผนการเยี่ยมให้คำปรึกษาพร้อมทั้งวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมแต่ละครั้ง ซึ่งที่ปรึกษา พรพ. และโรงพยาบาลปรึกษาร่วมกัน
- ๒) โรงพยาบาลกำหนดเตรียมกลุ่มบุคคลที่จะมาเรียนรู้ร่วมกับที่ปรึกษา
- ๓) ข้อมูลที่โรงพยาบาลจะต้องส่งให้ที่ปรึกษาก่อนการเยี่ยมให้คำปรึกษา เช่น ข้อมูลทั่วไป การบ้านที่ที่ปรึกษามอบหมาย
- ๔) ที่ปรึกษาจะต้องศึกษาข้อมูลที่ได้รับก่อนเข้าเยี่ยม

๒. การเข้าเยี่ยมและให้คำปรึกษา

ตัวอย่างตารางการปฏิบัติงานของที่ปรึกษามีดังนี้

เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
๐๘๓๐-๐๙๐๐	พบผู้บริหารระดับสูง	รับทราบทิศทางนโยบาย จุดเน้นในการพัฒนา
๐๙๐๐-๑๑๐๐	เยี่ยมหน่วยงาน/สัมภาษณ์ทีมสหสาขา	สังเกตการปฏิบัติงาน สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องและเจ้าหน้าที่เพื่อรับรู้สถานการณ์จริงและนำประเด็นมาพูดคุยกับผู้เกี่ยวข้อง
๑๑๐๐-๑๒๐๐	ทีมผู้ประสานงานคุณภาพ	รับทราบปัญหาและวางแผนร่วมกัน
๑๓๐๐-๑๕๐๐	เจ้าหน้าที่ผู้สนใจและหัวหน้าหน่วยงาน	อภิปรายผลงานที่ทีมงานทำส่งให้ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน
๑๕๐๐-๑๖๐๐	หัวหน้าหน่วยงาน	มอบหมายงานในขั้นต่อไป อธิบายรายละเอียดให้เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติได้
๑๖๐๐-๑๖๓๐	พบผู้บริหารระดับสูง	สรุปประเด็นสำคัญให้รับทราบ

คู่มือที่ปรึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ตัวอย่างแผนการเยี่ยมให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลชุมชน

	ครั้งที่				
	๑	๒	๓	๔	๕
ศึกษา รพ.	โครงสร้าง, ผู้นำ				
ประเมินตนเอง	ระดับบุคคล, unit profile	ประเมินเพื่อ วางแผนพัฒนา	ประเมินเพื่อบันทึก ความก้าวหน้า	ประเมินเพื่อบันทึก ความก้าวหน้า	สื่อสารข้อมูลเพื่อ การเยี่ยมส
Planning	พันธกิจ, SWOT, ร่างแผนพัฒนา คุณภาพ	ทบทวน แผนพัฒนา คุณภาพ	แผนยุทธศาสตร์	การกระจายแผนสู่ การปฏิบัติ	แผนพัฒนา คุณภาพสำหรับปี ต่อไป
RM		ระดับหน่วยงาน	IC	ระดับ รพ.	
CQI		CQI อย่างง่ายจาก การประเมินระดับ บุคคลและ unit profile	เชื่อมโยงกับการ ประเมินตาม มาตรฐานและ แผนยุทธศาสตร์	ทำต่อเนื่อง	ทำต่อเนื่อง หาแนวกรรม ขยายผล
Document		นโยบายและ ภาพรวม (quality policy)	คู่มือในเรื่องหลักๆ (system procedure)	วิธีปฏิบัติ (work instruction)	ติดตามการปฏิบัติ
Indicator			กำหนดและเก็บ ข้อมูล	ติดตามใช้ ประโยชน์	
Clinical				แนวทางและการ ทบทวนการดูแล ผู้ป่วย	ทำต่อเนื่อง
Training		กำหนด/วิเคราะห์ ความต้องการและ วางแผน	ดำเนินการ ฝึกอบรม	ฝึกอบรมต่อเนื่อง	ฝึกอบรมต่อเนื่อง
Visit Patient Care	สัมภาษณ์ผู้ป่วย สัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ ดูเวช ระเบียน	สัมภาษณ์ผู้ป่วย สัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ ดูเวช ระเบียน			
Coaching	ระดมสมอง จัดระบบความคิด			สอนทักษะ	Mock Survey เพื่อประเมิน
Integration		RM กับการ ฝึกอบรม	มาตรฐาน, ประเมินตนเอง, แผนยุทธศาสตร์, CQI; RM, QA, CQI	เชื่อมโยงกับ CQI	คู่มือกับการ ปฏิบัติ, การเยี่ยมสำรวจ กับ CQI

๓. การเขียนรายงานและติดตามผล

รายงานการให้คำปรึกษาที่ดีจะช่วยให้โรงพยาบาลใช้ประโยชน์ได้เต็มที่ และสามารถติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลได้

ที่ปรึกษาจะต้องจัดทำรายงานซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาล, ต้นสังกัด และ พรพ. โดยส่งให้ พรพ. ภายใน ๗ วันหลังการเยี่ยมสำรวจ และ พรพ. จะเบิกจ่ายค่าตอบแทนให้ทันทีที่ได้รับรายงาน

ก) รายงานสำหรับโรงพยาบาล

รายงานนี้ควรจะเป็นเสมือนจดหมายจากพ่อแม่อิงลูกแสดงความชื่นชม ให้กำลังใจ พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปรับปรุงซึ่งอ่านแล้วมีความอยากที่จะทำตาม

หัวข้อในรายงานสำหรับโรงพยาบาลประกอบด้วย

- ๑) ความก้าวหน้าตามขั้นตอนและความสำเร็จของการพัฒนาในมุมมองของที่ปรึกษา เพื่อให้ทีมงานของ รพ. เห็นว่าตนเองก้าวหน้าถึงไหนแล้ว
- ๒) ผลงานความก้าวหน้าที่เพิ่มจากการเยี่ยมครั้งก่อน เพื่อให้ผู้บริหารได้รับทราบและเห็นภาพรวมของการพัฒนา
- ๓) คำนิยมต่อจุดเด่น ความพยายาม หรือผลสำเร็จของงาน เพื่อเป็นกำลังใจให้แก่เจ้าของงาน เป็นตัวอย่างให้แก่ทีมงานอื่นๆ
- ๔) สิ่งที่ต้องสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ (ตามสภาพปัญหาที่พบ แต่ไม่ควรเกินครั้งละ 5 ประเด็น)
- ๕) งานที่ไม่บรรลุตามแผนที่ร่วมกันวางไว้ ซึ่งจะต้องขอให้ทีมงานเร่งรัดการดำเนินงานในเรื่องดังกล่าว
- ๖) ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงในเรื่องที่มีความสำคัญสูง เช่น ความเสี่ยง การเชื่อมโยงระบบที่เกี่ยวข้องกัน มาตรฐานวิชาชีพ โดยเชื่อมโยงกับจุดแข็งที่โรงพยาบาลมีอยู่ให้มากที่สุด
- ๗) การบ้านที่ทีมงานของ รพ. จะต้องทำก่อนการเยี่ยมครั้งต่อไป (ซึ่งปรับให้สอดคล้องกับแผนของแต่ละ รพ.)

ความยาวของรายงาน ประมาณ 3-4 หน้า ไม่ควรน้อยกว่าหรือมากกว่านี้ กำหนดเวลาในการส่งรายงาน ควรส่งถึง พรพ. ภายใน 1 สัปดาห์ หลังการเยี่ยม

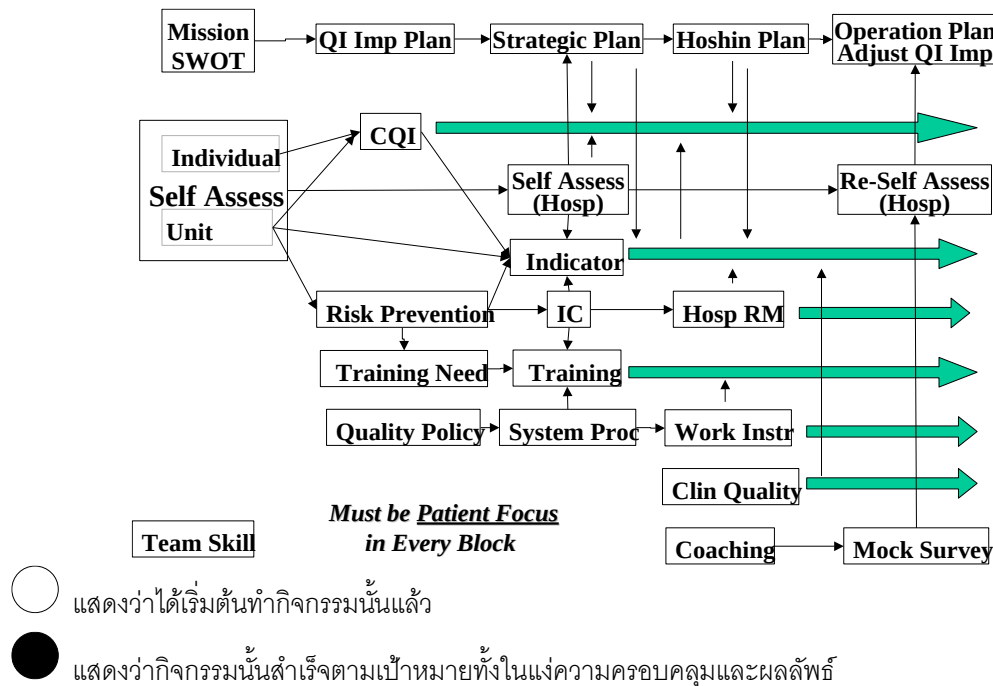
ข) รายงานต่อ พรพ.

เป็นส่วนที่เพิ่มเติมจากรายงานสำหรับโรงพยาบาล โดยแยกเป็นเอกสารต่างหาก ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- ๑) สิ่งที่เป็นปัญหาอุปสรรคสำคัญในการพัฒนา
- ๒) ข้อเสนอแนะต่อ พรพ. เพื่อให้การสนับสนุน (ในมุมมองของที่ปรึกษา)
- ๓) ข้อเสนอแนะต่อต้นสังกัด เพื่อให้การสนับสนุน (ในมุมมองของที่ปรึกษา)

ค) แบบฟอร์มติดตามความก้าวหน้า

๑) ลำดับขั้นตอนของการทำกิจกรรม



๒) ผลสัมฤทธิ์

	การนำและ ทิศทางนโยบาย	ทรัพยากรบุคคล /การดูแลวิชาชีพ	สิ่งแวดล้อมและ ความปลอดภัย	ระบบ สารสนเทศ	บริการทั่วไป	การดูแลผู้ป่วย/ สิทธิผู้ป่วย
โครงสร้าง						
ทบทวน						
ประกัน						
พัฒนา						
วัฒนธรรม						

๑ = เริ่มต้นทำกิจกรรม

๒ = ต่ำกว่าระดับเฉลี่ย ทำด้วยความไม่เข้าใจ

๓ = อยู่ในระดับเฉลี่ยที่ยอมรับได้

๔ = สูงกว่าระดับเฉลี่ย

๕ = ดีเลิศ สมควรเป็นแบบอย่าง

ตัวอย่างการเขียนข้อเสนอแนะ

- ๑) ได้มีการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team) ขึ้นในทุกสาขา โดยแต่ละทีมมีแนวทางและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน สมควรพัฒนาบทบาทของทีมดังกล่าวไปสู่การมองภาพรวมของกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพทั้งหมด เป็นเวทีสำหรับการสื่อสารและประสานงานที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งทำหน้าที่ประสานและประเมินสัมฤทธิ์ผลของกลไกต่างๆ ที่มีอยู่ (เช่น คณะกรรมการต่างๆ การทบทวนการดูแลผู้ป่วย)
- ๒) จากตัวอย่างบทเรียนความสำเร็จของการทำงานร่วมกันในลักษณะทีมสหวิชาชีพซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทั้งในระดับทีมย่อยและทีมหลัก สมควรที่จะส่งเสริมให้นำบทเรียนความสำเร็จเหล่านี้ไปขยายผลในส่วนที่เหลืออยู่ให้มากที่สุด
- ๓) หน่วยงานและทีมสหวิชาชีพได้มีประสบการณ์ในการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA มาแล้ว สมควรส่งเสริมให้ใช้การประเมินตนเองโดยมองภาพรวมของผู้ป่วยแต่ละสาขาเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ๔) ทีมนำขององค์กรได้กำหนดนโยบาย ระบบงาน และแผนปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพไว้ อย่างครอบคลุมและชัดเจน สมควรติดตามประเมินความเข้าใจและการนำไปปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ เพื่อให้นโยบาย ระบบ และแผนดังกล่าวเกิดผลตามที่ทีมนำต้องการ
- ๕) เจ้าหน้าที่ในทุกระดับ ทุกหน่วยงาน ได้ทุ่มเทอุทิศตนกับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างมากในช่วงเวลาที่ผ่านมา สมควรรักษาความพยายามนี้ต่อไปในระดับที่เหมาะสม และมุ่งเป้าหมายของการพัฒนาที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น คือการฝังเข้าไปในชีวิตประจำวันจนไม่รู้สึกรว่าเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น
- ๖) มีการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยเป็นอย่างดีในหน่วยงานส่วนหนึ่ง พร้อมกับมีความตื่นตัวขึ้นอย่างกว้างขวาง สมควรส่งเสริมให้พัฒนาการดูแลดังกล่าวในผู้ป่วยทุกหน่วยอย่างทั่วถึง
- ๗) ได้มีการทำงานวิจัยควบคู่กับการให้บริการในหน่วยงานต่างๆ จำนวนมาก สมควรที่จะกำหนดมาตรการเพื่อให้มีการใช้ข้อมูลจากงานวิจัยดังกล่าวมาเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยควบคู่กันไปให้เร็วที่สุด เช่น สร้างแรงจูงใจสำหรับนักวิจัย ให้มีทีมพัฒนาคุณภาพประกบทีมวิจัย มีทีมเฉพาะขึ้นมารับผิดชอบข้อมูลที่ได้จากงานวิจัย

ตอนที่ ๔ กระบวนการเยี่ยมสำรวจ

การเยี่ยมสำรวจ (survey) คือการสำรวจ รวบรวมข้อมูล ร้อยรอย และหลักฐานอย่างรอบด้าน เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน (performance) ขององค์กร พร้อมทั้งวิเคราะห์ สรุปผลและจัดทำรายงาน

เป้าหมายของการเยี่ยมสำรวจคือ

- ๑) เพื่อเรียนรู้จากประสบการณ์ของทีม
- ๒) เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง และประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน
- ๓) เพื่อประเมินจุดแข็งจุดอ่อน และกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนา

คณะผู้เยี่ยมสำรวจ ซึ่งประกอบด้วยนักบริหาร แพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จะได้รับข้อมูลเบื้องต้นเพื่อช่วยให้ทำความเข้าใจกับโรงพยาบาลได้ดีขึ้น เอกสารชุดนี้ประกอบด้วยข้อมูลภาพรวมของโรงพยาบาล แบบประเมินตนเองของโรงพยาบาล ตารางการทำงาน รายงานการเยี่ยมสำรวจ ครั้งที่แล้ว และคำร้องเรียนที่ได้รับ (ในกรณีการเยี่ยมสำรวจ ครั้งที่ต่อไป มา)

การสรุปผลของการเยี่ยมสำรวจทำโดยสมาชิกของคณะผู้เยี่ยมสำรวจ ทุกคน ซึ่งใช้ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ในเวลาและสถานที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของมาตรฐานซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การเยี่ยมสำรวจจะเน้นกิจกรรมสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการบริหารองค์กร เพื่อตอบคำถามหลักต่อไปนี้:

- มีการจัดระบบงานไว้อย่างเหมาะสมหรือไม่ (approach)
- มีการปฏิบัติตามกระบวนการที่กำหนดไว้หรือไม่ (deployment)
- กระบวนการเหล่านั้นทำได้ดีหรือไม่ (assessment & result) มีความสำเร็จอะไรบ้าง มีปัจจัยเกื้อหนุนอะไร มีการติดตามเครื่องชี้วัดอะไร มีการใช้ประโยชน์จากเครื่องชี้วัดอย่างไร ประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรเป็นอย่างไร
- โรงพยาบาลกำลังปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนหรือไม่ (continuous improvement) ปัญหาและการแก้ไขที่ได้ดำเนินการไปแล้วมีอะไรบ้าง ปัญหาที่ยังเหลืออยู่และแผนการที่จะดำเนินการต่อไปมีอะไรบ้าง

๑. การพบปะครั้งแรกกับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

๑. ระยะเวลา ในการพบปะครั้งแรกระหว่างคณะผู้เยี่ยมสำรวจกับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลนั้นไม่ควรเกินเวลาเกินกว่า ๑ ชั่วโมง และในบางโรงพยาบาลอาจจะใช้เวลาเพียง ๓๐ นาที

๒. การแนะนำตัว ในการพบปะครั้งแรก คณะผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะยังไม่เคยพบทีมงานของโรงพยาบาลมาก่อน ในการพบปะครั้งนี้จึงเป็นโอกาสให้แนะนำตัวกันและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างอบอุ่น

๓. การนำเสนอข้อมูลสรุป หลังจากการแนะนำตัวแล้ว ทางโรงพยาบาลอาจจะต้องการนำเสนอข้อมูลสรุปของโรงพยาบาล การนำเสนอจะต้องไม่ซ้ำซ้อนกับข้อมูลในแบบประเมินตนเองที่ได้ให้แก่ผู้เยี่ยมสำรวจไปแล้ว

โรงพยาบาลควรใช้โอกาสนี้ให้ข้อมูลแก่ผู้เยี่ยมสำรวจหากมีเหตุการณ์ใหม่ๆ หรือเหตุการณ์สำคัญซึ่งผู้เยี่ยมสำรวจควรได้รับทราบเพื่อประโยชน์ในการเยี่ยมสำรวจ

๔. การตั้งคำถาม หลังจากการนำเสนอของโรงพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจอาจแสดงความขอบคุณและให้กำลังใจ หรืออาจตั้งคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่นำเสนอ

ช่วงนี้เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการขอให้ทีมผู้บริหรขยายความในส่วนที่เป็นความสำเร็จหรือความก้าวหน้าในช่วง ๒-๓ ปี ที่ผ่านมา และอาจจะรวมทั้งความท้าทายหรือความยากลำบากที่ได้เผชิญมา หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจจะเป็นผู้เริ่มต้นถามผู้นำสูงสุดขององค์กร โดยอ้างถึงข้อมูลที่โรงพยาบาลนำเสนอ อาจจะขอให้อธิบายหรือขยายความ เป็นการ break the ice หลังจากนั้นให้ผู้เยี่ยมสำรวจอื่นๆ ตั้งคำถามโดยเน้นคำถามเพื่อสร้างความกระจ่าง

๕. การอธิบายกระบวนการเยี่ยมสำรวจ จากมุมมองของผู้เยี่ยมสำรวจ หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะอธิบายกระบวนการที่จะใช้โดยผู้เยี่ยมสำรวจ เช่น การแบ่งบทบาทหน้าที่ของผู้เยี่ยมสำรวจ การสุ่มตัวอย่าง วิธีการเยี่ยมสำรวจ จุดเน้นในการเยี่ยมสำรวจ ความคาดหวังในการนำเสนอและตอบคำถามระหว่างการเยี่ยมสำรวจ

๖. การรับทราบความคาดหวังของโรงพยาบาล สิ่งที่ทำนายของผู้เยี่ยมสำรวจคือความสามารถในการช่วยโรงพยาบาลได้มากกว่ากระบวนการประเมินตนเองของโรงพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะต้องถามคำถามเหล่านี้ในการพบปะครั้งแรก “มีเรื่องอะไรเป็นพิเศษหรือไม่ที่ทางโรงพยาบาลประสบปัญหาและเห็นว่าเราอาจจะช่วยได้” “มีปัญหอะไรที่อยากให้เราพูดคุยกับทีม” ในการถามคำถามเหล่านี้และรับฟังการตอบสนองของโรงพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องยึดมั่นในเป้าหมายว่าเพื่อที่จะปรับปรุงคุณภาพบริการและการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA

๒. การทบทวนเอกสาร

ดังที่ได้กล่าวแล้วว่าผู้เยี่ยมสำรวจรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ หนึ่งในแหล่งข้อมูลคือการทบทวนเอกสาร การทบทวนเอกสารเริ่มต้นด้วยการศึกษาแบบประเมินตนเองและ hospital profile ข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์มากที่ช่วยให้ผู้เยี่ยมสำรวจเรียนรู้โรงพยาบาลที่จะเข้าเยี่ยมสำรวจ และชี้ให้เห็นว่าโรงพยาบาลรับรู้ของตนเองปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้เพียงใด เอกสารทั้งคู่นี้เป็นแหล่งข้อมูลที่จะกระตุ้นให้ผู้เยี่ยมสำรวจจัดเตรียมคำถาม

เมื่อเข้าไปถึงโรงพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจจะทบทวนเอกสารอื่นๆ เพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

๑. บันทึกรายงานการประชุม ของคณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการที่รับผิดชอบระบบงานหลักขององค์กร (ทรัพยากรบุคคล สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย สารสนเทศ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล องค์กรแพทย์ ฝ่ายการพยาบาล) และทีมงานทางคลินิก

รายงานการประชุมส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร ผู้เยี่ยมสำรวจจึงต้องทบทวนคุณภาพของบันทึกรายงานการประชุมว่าสามารถสื่อผลลัพธ์ของการประชุมแก่ผู้เกี่ยวข้อง ระบุการปฏิบัติที่ต้องการให้เกิดขึ้น และผู้รับผิดชอบได้หรือไม่

ที่สำคัญกว่านั้นก็คือ รายงานการประชุมทำให้ผู้เยี่ยมสำรวจรับทราบถึงว่าโรงพยาบาลกำลังพยายามแก้ไขปัญหาเรื่องอะไร ประเด็นที่ให้ความสำคัญคือเรื่องอะไร (เช่น ดูว่าทีมงานทางคลินิกให้ความสำคัญกับงานบริการทางคลินิกมากกว่าบริการทั่วไปหรือไม่) และอาจลงลึกถึงกระบวนการที่โรงพยาบาลใช้แก้ปัญหา ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะได้เห็นประเด็นที่จะสัมภาษณ์กับทีมที่เกี่ยวข้อง

๒. รายงานกิจกรรมติดตามและพัฒนาคุณภาพ รายงานเหล่านี้ทำให้ผู้เยี่ยมสำรวจได้ทบทวนกิจกรรมติดตามและพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล รายงานเหล่านี้จะทำให้ผู้เยี่ยมสำรวจได้รับทราบว่าโรงพยาบาลมีการติดตามเรื่องชีวิตใดบ้าง และยังเป็นโอกาสให้รับทราบถึงโครงสร้างการรายงานกิจกรรมคุณภาพในโรงพยาบาล

๓. รายงานการบริหารความเสี่ยง เช่นเดียวกับรายงานการพัฒนาคุณภาพ รายงานเหล่านี้จะช่วยให้ผู้เยี่ยมสำรวจได้รับทราบความเสี่ยงต่างๆ ที่โรงพยาบาลติดตามอยู่ ทำให้ผู้เยี่ยมสำรวจเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเพื่อจัดการกับความเสี่ยงได้ดีขึ้น ได้ทราบการเชื่อมโยงของระบบรายงานและระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยง

๔. คู่มือปฏิบัติงาน จะเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้เยี่ยมสำรวจควรสังเกตว่ามีคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่หรือไม่ วันที่จัดทำคู่มือและวันที่มีการทบทวนแก้ไขปรับปรุงก็มีความสำคัญเช่นเดียวกันที่จะแสดงให้เห็นว่ามีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอและเป็นปัจจุบัน

๕. เวชระเบียนผู้ป่วย เป็นเครื่องมือสำหรับการสื่อสารระหว่างสมาชิกของทีมสหสาขาวิชาชีพ เวชระเบียนที่ใช้อยู่สามารถช่วยในการสื่อสารเหล่านี้หรือไม่ นี่เป็นคำถามที่ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องถามตัวเองในเวลาที่ทบทวนเอกสารเหล่านี้ ข้อมูลในเวชระเบียนบอกเล่าเรื่องราวการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยหรือไม่ ส่วนต่างๆในเวชระเบียนได้รับการบันทึกอย่างสมบูรณ์และอ่านง่ายหรือไม่

๖. **แผนยุทธศาสตร์** เป็นเอกสารที่อธิบายให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจทราบเกี่ยวกับจุดแข็ง จุดอ่อน ความท้าทาย และโอกาสที่โรงพยาบาลเผชิญอยู่ สื่อให้ทราบว่าโรงพยาบาลจะไปทางไหน จะไปอย่างไร แผนงาน/นโยบาย/กฎระเบียบ ต่างๆ ที่มีอยู่จะนำไปสู่การบรรลุพันธกิจอย่างไร

ผู้เยี่ยมชมสามารถทบทวนเอกสารเหล่านี้ได้ตลอดเวลาระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจ ข้อมูลเหล่านี้จะทำให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจตั้งคำถามสำคัญได้ในระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจ

๓. แนวทางทั่วไปในการเยี่ยมสำรวจและสัมภาษณ์

๓.๑ จุดเน้นของการเยี่ยมสำรวจที่พึงเป็น

๑. เน้นเป้าหมายของมาตรฐานมากกว่ารูปแบบที่ตายตัว ตั้งคำถามว่ามาตรฐานข้อนี้จะมีประโยชน์อะไรกับผู้ป่วย และผู้ป่วยได้รับประโยชน์ตามเป้าหมายดังกล่าวหรือไม่ เช่น การลงนามยินยอมรับการรักษา เป้าหมายคือผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอและรับทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง การให้ข้อมูลนี้จะให้โดยใคร ให้ในระยะเวลาใด เป็นสิ่งที่โรงพยาบาลสามารถจัดระบบของตนเองได้ แต่หากพบว่ามีปัญหาช่องโหว่ในทางปฏิบัติก็อาจจะชี้ให้เห็นได้เช่นกัน

๒. เน้นผลลัพธ์ควบคู่ไปกับกระบวนการ พยายามตั้งคำถามโดยเน้นที่ผลลัพธ์ (“ได้ผลอย่างไร” หรือ “เพื่อผลอย่างนี้ หน่วยงานมีวิธีการอย่างไร”) มากกว่าที่จะเน้นเพียงกระบวนการอย่างเดียว (“ทำอย่างไร”)

๓. เน้นการดูเชิงระบบมากกว่าการดูในรายละเอียด ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะใช้ประเด็นที่เป็นรูปธรรมบางอย่างซึ่งมีความเสี่ยงหรือปัญหาสำคัญในหน่วยงานนั้นขึ้นมาเป็นตัวนำเรื่องหรือตัวเดินเรื่อง แต่จะต้องเชื่อมโยงกลับไปสู่การวิเคราะห์เชิงระบบว่ามีความรัดกุมและสมบูรณ์เพียงใด

๔. เน้นการเชื่อมโยงในเรื่องทิศทางนโยบาย และการประสานในแนวราบ เช่น การนำทิศทางนโยบายขององค์กรมาแปรเป็นแผนปฏิบัติการ/การปฏิบัติ การนำมาตรการที่กำหนดไว้ในระดับองค์กรมาสู่การปฏิบัติในระดับหน่วยงาน หรือการประเมินปัญหาในระดับหน่วยงานและนำเสนอต่อผู้บริหาร การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องเดียวกัน การประสานเชื่อมต่อระหว่างกระบวนการในระบบเดียวกัน การประสานระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกัน

๕. เน้นการสังเกตและการรับรู้ในเชิงจิตวิญญาณควบคู่ไปด้วย เช่น ความสุขที่เกิดขึ้นในที่ทำงาน ปิติที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่ที่ค้นพบความรู้บางอย่างด้วยตนเองจากการร่วมกิจกรรม หรือจากการมีส่วนร่วม ความรู้สึกทบทวนไม่ได้ที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับสิ่งที่ควรจะได้ ความเอื้ออาทรต่อทีมงานหรือหน่วยงานอื่นๆ สื่อนำทางของความตื่นตัวเมื่อพูดคุยเรื่องการพัฒนาคุณภาพ

๖. เน้นการยืนยันการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมตามข้อมูลที่ได้รับในแบบประเมินตนเอง มากกว่าการรับฟังคำตอบเชิงทฤษฎี

การสังเกตในสิ่งเหล่านี้จะทำให้สรุปจุดเด่นหรือค่านิยมของหน่วยงานได้ง่ายขึ้น

๓.๒ คำถามที่ผู้เยี่ยมสำรวจไม่ควรถามหรือไม่ควรกระทำ

๑. ไม่ควรถามหาข้อมูลที่มีอยู่แล้วในแบบประเมินตนเอง การถามหาข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าผู้เยี่ยมสำรวจไม่ได้เตรียมตัวมาอย่างดี และเป็นการเสียเวลาซึ่งมีอยู่น้อย หากจะถามเพื่อยืนยันการกระทำตามที่หน่วยงานได้ตอบไว้ในแบบประเมินตนเอง ควรเตรียมคำถามที่เหมาะสมและก่อให้เกิดคุณค่าแก่หน่วยงาน เช่น “เป้าหมายหรือความคาดหวังของกิจกรรมนี้เป็นอย่างไร ผลลัพธ์เป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้สึกหรือมีเสียงสะท้อนว่าอย่างไร”

๒. ไม่ควรถามหาข้อมูลตัวเลข ปริมาณงาน ปริมาณเจ้าหน้าที่ ควรเป็นสิ่งที่หาได้จาก hospital profile หรือ unit profile และสามารถขอรายละเอียดได้จากโรงพยาบาลในภายหลัง

๓. **ไม่ควรถามในสิ่งที่เป็นความสนใจส่วนตัวของผู้ถาม เป็นปัญหาในหน่วยงานของผู้ถาม หรือเป็นเรื่องการจัดการภายในของหน่วยงาน** การใช้เวลาเพื่อวัตถุประสงค์นี้ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่หน่วยงานที่เข้าเยี่ยม และเป็นการเอาเปรียบหน่วยงานดังกล่าว หรืออาจจะตกเป็นเหยื่อของการเมืองภายในองค์กร

๔. **ไม่ควรทำให้หน่วยงานสับสน** คิดว่าสิ่งที่โรงพยาบาลทำมานั้นไม่ถูกต้อง เนื่องจากไม่เหมือนรูปแบบที่ผู้เยี่ยมสำรวจเคยเห็น ผู้เยี่ยมสำรวจควรจะใจกว้าง เปิดใจรับสิ่งที่แตกต่างไปจากที่เคยเห็น และพิจารณาว่าแนวทางนั้นมีจุดแข็ง จุดอ่อนอย่างไร ด้วยใจที่เป็นกลาง

๕. **ไม่ควรมองหาเพื่อจับผิด** ให้ดูเสมือนว่าผู้เยี่ยมสำรวจเก่งกว่าเจ้าของหน่วยงาน ผู้เยี่ยมสำรวจควรมองหาทั้งสิ่งที่ดีและสิ่งที่เป็นโอกาสพัฒนา ผู้เยี่ยมสำรวจจะเรียนรู้ได้มากกว่าจากสิ่งที่ดีๆ ของหน่วยงาน และควรจะตอบแทนหน่วยงานที่เปิดโอกาสให้เราเรียนรู้ด้วยการให้คำชื่นชม และให้กำลังใจเพื่อทำสิ่งที่ดีๆ นั้นต่อไป

๓.๓ แนวทางการสัมภาษณ์

ผู้เยี่ยมสำรวจควรพยายามสัมภาษณ์ทุกแผนก/หน่วยงาน/ทีม ซึ่งตอบแบบประเมินตนเอง และ/หรือ มีหน้าที่รับผิดชอบมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

ในการสัมภาษณ์ ผู้เยี่ยมสำรวจควรจะ

๑. ใช้เวลาสองสามนาทีแรกในการ**สร้างสัมพันธภาพ**กับผู้ถูกสัมภาษณ์เพื่อลดความกังวล ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างไหลลื่น ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องแนะนำตนเองด้วยวิธีการที่ไม่คุกคามผู้ถูกสัมภาษณ์ การสื่อสารที่ดีทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารมากขึ้นและได้ข้อสรุปที่ถูกต้องมากขึ้น

๒. **ให้เดินไปรอบๆ** แผนก/หน่วยงานก่อนที่จะเข้าประชุม จะช่วยลดความเครียดและเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ได้มีโอกาสเห็นผู้เยี่ยมสำรวจซึ่งพวกเขารอคอยด้วยความกระวนกระวาย

๓. เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่/ทีม ถามคำถาม ในระหว่างการสัมภาษณ์ ควร**ใช้เวลา**ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบให้เพียงพอ และรับฟังอย่างตั้งใจ

๔. แนะนำให้ทีมงาน

- จับประเด็นคำถามให้ชัดเจน
- จดคำถามไปด้วยเพื่อทบทวนความเข้าใจและตอบได้ครอบคลุม
- นึกถึงมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับคำถามและเป้าหมายของมาตรฐานนั้น
- ตอบตรงประเด็นอย่างกระชับไม่เยิ่นเย้อ
- เสนอตัวอย่างการปฏิบัติจริงที่เป็นรูปธรรมและสัมผัสได้
- กระจายผู้ตอบให้ทั่วถึง ให้ผู้บริหารหรือหัวหน้าทีมเป็นบุคคลสุดท้ายที่จะตอบในแต่ละประเด็น

๕. เริ่มต้นสัมภาษณ์ในเชิงบวกด้วยการขอให้หัวหน้าแผนก/หน่วยงาน/ทีม สรุปสิ่งที่เป็น**จุดแข็ง**ของทีม จากนั้นถาม**คำถามทั่วๆ ไป** และอภิปรายกันใน**เรื่อง**ที่ทีมอยากจะ**ปรับปรุง**ให้ดีขึ้น อย่าเพิ่งลงรายละเอียดในช่วงแรกก่อนที่จะมองเห็นภาพรวมของหน่วยงานทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน

๕. ใช้แนวทาง PDCA ในการตั้งคำถามต่อเนื่อง คือ แนวทางการทำงานเป็นอย่างไร, การปฏิบัติจริงเป็นอย่างไร ครอบคลุมเพียงใด, ผลลัพธ์เป็นอย่างไร, มีแผนที่จะทำอะไรต่อ

๖. กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่แสดงออกหากไม่เข้าใจคำถาม หากผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงท่าทีไม่เข้าใจคำถามให้ผู้เยี่ยมสำรวจ

- **ปรับเปลี่ยนคำถาม**โดยใช้คำใหม่ที่ชัดเจนมากขึ้น หรือ
- **อธิบายเหตุผล**ของการตั้งคำถามนั้น หรือ
- **ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทวนคำถาม**ด้วยสำนวนของตนเอง และผู้เยี่ยมสำรวจยืนยันว่าใช้สิ่งที่ต้องการทราบหรือไม่

๗. หลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยเรื่องโครงสร้าง (เอกสาร) **เน้นการพูดคุยกันในเรื่องกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น**

๘. **อย่ารีบเปลี่ยนประเด็นเร็วเกินไป** ก่อนที่จะเปลี่ยนประเด็น ควร

- สังเกตสีหน้าท่าทีของทีมผู้ถูกสัมภาษณ์ว่ามีใครต้องการแสดงความเห็นเพิ่มเติมหรือไม่
- สังเกตท่าทีของผู้เยี่ยมสำรวจคนอื่นว่ามีใครต้องการซักถามในประเด็นนั้นเพิ่มเติมหรือไม่
- ตรวจสอบว่าคำตอบที่ได้รับครอบคลุมเนื้อหาตามที่ควรแล้วหรือไม่ เช่น ครอบคลุม PDCA

๙. เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์หรือก่อนที่จะออกจากหน่วยงาน ให้ผู้เยี่ยมสำรวจ**สรุปประเด็นสำคัญ**ที่พบให้แก่หัวหน้าแผนก/ทีม (หรือให้ทีมช่วยกันสรุปว่าได้เห็นโอกาสพัฒนาอะไรบ้างจากคำถามของผู้เยี่ยมสำรวจ ก่อนที่ผู้เยี่ยมสำรวจจะสรุปข้อเสนอแนะให้ทีม) ให้สังเกตว่ามีประเด็นอะไรที่หัวหน้าแผนก/ทีมต้องการ**ทำความเข้าใจ**หรือไม่ การทบทวนสิ่งที่พบเห็นเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้เยี่ยมสำรวจมีสมมติฐานที่ถูกต้องในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ

๑๐. ในโรงพยาบาลซึ่งมีทีมนำทางคลินิกหลายทีม ผู้เยี่ยมสำรวจ**ไม่จำเป็นต้องถามให้ครอบคลุมมาตรฐานทุกข้อในแต่ละทีม** ขอให้มั่นใจว่าเมื่อรวมการสัมภาษณ์ทุกทีมเข้าด้วยกันแล้ว จะได้รับข้อมูลครอบคลุมมาตรฐานทุกข้อ ด้วยวิธีนี้จะทำให้ผู้เยี่ยมสำรวจสามารถลงลึกในบางประเด็นได้ และป้องกันการเสียเวลากับข้อมูลที่ซ้ำซ้อนจำนวนมาก

๔. แนวทางในการเยี่ยมสำรวจงานคลินิกบริการ

การเยี่ยมสำรวจซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลที่มีการแบ่งแผนกชัดเจน จะจัดตามสาขาของการให้บริการ (patient service program) โดยในแต่ละสาขาจะแบ่งเวลาเป็น 3 ช่วง คือการพบผู้แทนของทีมในช่วงแรก การเยี่ยมสำรวจหน่วยงาน และการสัมภาษณ์ทีมในช่วงท้าย

๔.๑ การพบผู้แทนของทีมในช่วงแรก

มีวัตถุประสงค์เพื่อรับฟังข้อมูลเพิ่มเติมจากข้อมูลที่มีอยู่ในแบบประเมินตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นส่วนที่ทีมได้พัฒนาเพิ่มเติมหลังจากตอบแบบประเมินตนเองแล้ว หรือเป็นการให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามคำถามที่ พรพ.ขอมา การสัมภาษณ์ในช่วงนี้ควรเป็นไปเพื่อให้ทราบทิศทางการพัฒนา ผลลัพธ์ที่ทีมภาคภูมิใจ เพื่อจะได้สามารถไป verify ด้วยการสังเกตและสัมภาษณ์ในหน่วยงาน ไม่ควรใช้เวลาในช่วงนี้เกินกว่า 10-15 นาที

๔.๒ การเยี่ยมสำรวจหน่วยงาน

มีวัตถุประสงค์เพื่อ verify ข้อมูลที่ได้รับจากแบบประเมินตนเองและข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้แทนของทีมในช่วงแรก รวมทั้งการสังเกตว่าได้มีการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA และมาตรฐานวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพียงใด

เทคนิคต่อไปนี้จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้เยี่ยมสำรวจได้อย่างเป็นระบบและครบถ้วน

๑. ติดตามการไหลของกระบวนการหรือการเดินทางของสิ่งที่เคลื่อนไปในกระบวนการ เช่น การเดินทางของผ้าที่ใช้แล้วไปสู่โรงซักฟอกจนกลับมาที่หอผู้ป่วยใหม่, การเคลื่อนของผู้ป่วยตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล, การเคลื่อนของสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากผู้ป่วย ไปสู่ขั้นตอนการตรวจในห้องปฏิบัติการ และการส่งรายงานผลกลับมายังหอผู้ป่วย

๒. สังเกตสิ่งแวดล้อม โดยอาจใช้สูตร FORCEDIPP (Flow-Order-Risk-Convenient-Equipment-Drug-Infection Control-Patient-Personnel)

Flow	ความสะดวกในการเคลื่อนตัวหรือไหลเวียนของผู้รับบริการ การเคลื่อนย้ายสิ่งของ การจราจร รวมทั้งเส้นทางหนีไฟ
Order	ความเป็นระเบียบเรียบร้อย
Risk	ความเสี่ยงทางด้านโครงสร้างกายภาพ
Convenient	ความสะดวกสบายด้านกายภาพ อุณหภูมิ แสง การถ่ายเทอากาศ
Equipment	การจัดเก็บเครื่องมือ
Drug	สถานที่เก็บและเตรียมยา
Infection Control	การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่น ชยะ เข็ม
Patient	ความสะดวกสบายของผู้ป่วย
Personnel	สีหน้า อารมณ์ วิธีการทำงานและปฏิสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่

๓. สัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยอาจใช้สูตร 5I (Information, Informed Consent, Investigation, Identification, Invasive Prep)

Information	ผู้ป่วยได้รับคำบอกเล่าอย่างไรเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาและทางเลือก ระยะเวลาและเหตุผลที่ต้องอยู่ รพ.
Informed Consent	ก่อนที่จะลงนามยินยอมรับการรักษา ได้รับข้อมูลอะไรบ้าง
Investigation	ได้รับการอธิบายผลการตรวจชั้นสูตรที่สำคัญอย่างไร
Identification	เมื่อจะมีการให้กัญชา ฉีดยา เอกซเรย์ ผ่าตัด มีการถามชื่อผู้ป่วยหรือไม่
Invasive Procedure	ได้รับการเตรียมตัวอย่างไรเมื่อจะต้องรับการผ่าตัดหรือทำ invasive procedure

๔. ใช้สภาพของผู้ป่วยเป็นตัวตั้ง โดยอาจใช้สูตร C3THER (Care-Communication-Continuity-Team-HRD-Environment&Equipment-Record)

Care	ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมหรือไม่ ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การ บำบัดรักษา บริการพยาบาล และป้องกันความเสี่ยง
Communication	ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่จำเป็นและเป็นที่ยอมรับหรือไม่
Continuity	ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมตัวเพื่อการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือไม่
Team	มีการนำวิชาชีพอื่นที่เหมาะสมเข้ามาร่วมดูแลหรือไม่
HRD	ทีมงานมีความรู้และทักษะเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยรายนี้ที่มีคุณภาพหรือไม่
Environment	ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย สะดวกสบายหรือไม่
Equipment	มีเครื่องมือที่จำเป็นและพร้อมใช้งานสำหรับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่
Record	บันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยรายนี้สมบูรณ์หรือไม่

๕. ใช้เวชระเบียนเป็นตัวตั้ง โดยการดูบันทึกไปตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย APIREED (Assess-Plan-Implement-Record-Evaluate-Educate-Discharge)

Assessment	การประเมินผู้ป่วยทั้งด้านประวัติร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การวินิจฉัยโรคและข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค
Plan	การวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วย
Implement	การปฏิบัติตามแผน
Record/Evaluate	การบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สิ่งที่ทำแก่ผู้ป่วยพร้อมทั้งเหตุผล
Educate	การให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
Discharge	การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตัวเองได้

๖. สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ โดยอาจใช้สูตร PPHC (Purpose-Process-HRD-CQI)

Purpose	บทบาทต่อการบรรลุหน้าที่หรือเป้าหมายของหน่วยงาน
Process	วิธีการทำงานในกระบวนการที่สำคัญหรือมีความเสี่ยง

HRD	การได้รับโอกาสให้พัฒนาความรู้และทักษะ
CQI	การมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

๗. พิจารณาการเชื่อมโยงของระบบ ได้แก่ ระบบบริหารความเสี่ยงและรายงานอุบัติการณ์, ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, ระบบบริหารยา, ระบบสารสนเทศ, ระบบการป้องกันอัคคีภัย, ระบบกำลังคน

๔.๓ การสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ (หรือทีมนำทางคลินิก) ในช่วงท้าย

มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- นำปัญหาที่พบระหว่างการเยี่ยมหน่วยงานมาพูดคุยกับทีมนำทางคลินิกว่าได้ตระหนักในปัญหาเหล่านั้นหรือไม่ มีแผนที่จะดำเนินการอย่างไรต่อไป
- สังเกตปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในทีม
- กระตุ้นให้เกิดความคิดในการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง โดยการตั้งคำถามที่เน้นเป้าหมายและผลลัพธ์ของงาน (ถามว่าเป้าหมายคืออะไร ผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร จะต้องทำอะไรเพิ่มเติมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว) มากกว่าที่จะถามว่ากระบวนการทำงานเป็นอย่างไร (คำถามว่ากระบวนการทำงานเป็นอย่างไร ควรถามในช่วงของการเยี่ยมหน่วยงาน)
- ให้ความรู้และปรับเปลี่ยนเจตคติในกรณีที่สมาชิกของทีมงานมีความเข้าใจและเจตคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกของทีมได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางที่ควรจะเป็น และให้การสนับสนุนหากสิ่งนั้นสามารถนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ โดยไม่จำเป็นต้องยึดติดกับรูปแบบที่คนอื่นทำอยู่
- เปิดโอกาสให้ทีมสรุปประเด็นที่จะต้องพัฒนาต่อ และทีมผู้เยี่ยมสำรวจเพิ่มเติมในส่วนที่เหลือ
- คาดหวังว่าสมาชิกของทีมนำทางคลินิกจะมาร่วมมากที่สุดในช่วงเวลานี้

แนวทางการเยี่ยมสำรวจหน่วยดูแลผู้ป่วยและทีมสหสาขา (อีกรูปแบบหนึ่ง)

1. สังเกตสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เริ่มเข้าไปในหน่วยงาน

เริ่มด้วยการสังเกตสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพว่ามีความเป็นระเบียบ เป็นสัดส่วน เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานหรือไม่, มีอะไรที่เป็นความเสี่ยงที่เห็นได้ชัดเจน เช่น สิ่งของ เครื่องมือ อุปกรณ์ที่วางไว้ในที่ที่ไม่ควรจะวาง.

2. ทำความคุ้นเคยกับหน่วยงาน

พบกับหัวหน้าหน่วยงาน และขอให้หัวหน้าหน่วยงานแนะนำให้คุ้นเคยกับสถานที่และทำความรู้จักกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในวันนั้น.

ขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงานสังเกตวิธีการทำงาน และพูดคุยกับผู้ป่วยตามลำพัง (โดยหัวหน้าหน่วยไม่ต้องติดตาม) ใช้เวลาในช่วงนี้ประมาณ 45-60 นาที.

3. สังเกตสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ

3.1 สังเกตสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ อาจจะทำให้ผู้ประเมินท่านหนึ่งสมมติตัวเป็นผู้ป่วยและให้เจ้าหน้าที่ลองปฏิบัติต่อผู้ประเมินในการรับผู้ป่วย, หรือทำความรู้สึกเหมือนว่าผู้ประเมินเป็นผู้ป่วย เมื่อเข้ามาในหน่วยแล้วจะรู้สึกอย่างไร, มีอะไรที่อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น บอร์ดให้ข้อมูล แผ่นปลิว ที่พักการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกนั้นยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางหรือไม่.

3.2 สังเกตการจัดเก็บเครื่องมือและอุปกรณ์ว่าเป็นระเบียบ สามารถค้นหาได้ง่ายหรือไม่, ปลอดภัยจากการที่ผู้ไม่มีหน้าที่จะนำไปใช้หรือไม่, สะดวกที่จะตรวจสอบและเพิ่มเติมปริมาณให้อยู่ในระดับที่กำหนดไว้หรือไม่.

3.3 สังเกตระบบการป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล, เทคนิคการให้บริการ, การจัดการกับขยะและของใช้ที่ปนเปื้อน.

3.4 สังเกตเรื่องการเตรียมและบริหารยา สถานที่จัดเตรียมยาฉีดและ IV solution มีความสะอาดและปราศจากความปลอดภัยหรือไม่ มีการเขียนฉลากสำหรับยาที่ผสมใน IV solution หรือไม่.

3.5 สังเกตดูสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีความสุขสบายหรือไม่, สีสหน้าของผู้ป่วยเป็นอย่างไร, อุปกรณ์ที่ใช้อยู่กับผู้ป่วย เช่น น้ำเกลือ ออกซิเจน สายสวนปัสสาวะ มีความเหมาะสมตามหลักวิชาการและมีหลักประกันว่าเป็นการให้ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์อย่างไร, มีการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่อย่างไร, มีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างไร เช่น ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว การรัดตรึงผู้ป่วย หรือการใช้เครื่องกันข้างเตียง.

4. พูดคุยกับผู้ป่วยและใช้ข้อมูลจากผู้ป่วย

พูดคุยกับผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง (3-5 คน โดยมีผู้ป่วยที่ใกล้กลับบ้าน, ที่รักษามาแล้วระยะหนึ่ง, ที่เพิ่งเข้ารับการรักษา, ที่เตรียมตัวจะผ่าตัดและที่ผ่าตัดแล้ว) ว่ามีความรู้สึกอย่างไรต่อการนอน รพ.ครั้งนี้, ได้รับข้อมูลอะไรบ้างจากแพทย์และพยาบาล, มีข้อมูลอะไรที่อยากจะทราบเพิ่มเติม, ก่อนที่จะลงนามยินยอมรับการรักษา ได้รับข้อมูลอะไรบ้าง, มีข้อเสนอแนะอะไรสำหรับ รพ.

สำหรับผู้ป่วยที่ใกล้จะกลับบ้าน อาจขอให้ผู้ป่วยเล่าสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดตั้งแต่วันแรกที่มา รพ. จนกระทั่งปัจจุบัน โดยยึดมาตรฐาน GEN.8 หรือ INP.8 เป็นแนวทางในการเจาะประเด็น (รวมทั้งการวางแผนจำหน่าย เช่น ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่าจะได้กลับบ้านเมื่อใด กลับไปแล้วคาดว่าจะมีปัญหอะไร และได้มีการเตรียมพร้อมไว้อย่างไร). ถามว่ามีปัญหอะไรเกี่ยวกับการประสานงานของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการหรือไม่ พร้อมทั้งตัวอย่างของการประสานงานหรือไม่ประสานงาน.

คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูงและใช้สูตร C³THER เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

Care	ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมหรือไม่ ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การบำบัดรักษา บริการพยาบาล และป้องกันความเสี่ยง
Communication	ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่จำเป็นและเป็นที่น่าสนใจหรือไม่
Continuity	ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมตัวเพื่อการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือไม่
Team	มีการนำวิชาชีพอื่นที่เหมาะสมเข้ามาร่วมดูแลหรือไม่
Human Resource	ทีมงานมีความรู้และทักษะเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยรายนี้ได้อย่างมีคุณภาพหรือไม่
Environment	ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย สะดวกสบายหรือไม่
Equipment	มีเครื่องมือที่จำเป็นและพร้อมใช้งานสำหรับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่
Record	บันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยรายนี้สมบูรณ์หรือไม่

5. พูดคุยกับเจ้าหน้าที่

พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่พบระหว่างการสังเกตว่ามีหน้าที่ทำอะไรในหน่วยงานนี้, อะไรคือหัวใจของการทำงานที่นี่, หน่วยงานนี้มีเป้าหมายที่จะพัฒนาไปถึงไหน, ตัวเจ้าหน้าที่เองมีบทบาทอะไรที่จะทำให้หน่วยงานไปสู่เป้าหมายนั้นได้, ตัวเจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอะไรบ้าง, ในรอบปีที่ผ่านมาได้เข้ารับการฝึกอบรมอะไรบ้าง (ทั้งด้านวิชาการ และด้านเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ), มีการจัดอบรมภายในหน่วยงานหรือภายในโรงพยาบาลเรื่องอะไรบ้าง, มีกิจกรรมวิชาการที่เรียนรู้ร่วมกันภายในหน่วยงานอะไรบ้าง.

6. ทบทวนเวชระเบียน

คัดเลือกผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง (ที่ใกล้กลับบ้าน, ที่รักษามาแล้วระยะหนึ่ง, ที่เพิ่งเข้ารับการรักษา, ผู้ป่วยที่ส่งต่อ, ผู้ป่วยที่เสียชีวิต), แล้วขอเวชระเบียนของผู้ป่วยมาทบทวนร่วมกับแพทย์และพยาบาล ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยบ้าง. โดยมีข้อพิจารณาว่า เวชระเบียนมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะติดตามความเป็นไปของผู้ป่วยหรือไม่, การส่งการตรวจรักษาของแพทย์มีหลักฐานประกอบการตัดสินใจหรือไม่, การตัดสินใจนั้นเป็นที่ยอมรับของผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันหรือไม่, มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่ามีการเฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยอย่างเหมาะสม, มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่ามีการตอบสนองปัญหาหรือความต้องการอย่างรวดเร็ว ทันการณ์, มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่าคำสั่งการรักษาของแพทย์ได้รับการปฏิบัติตามถูกต้องสมบูรณ์โดยเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ เช่น การให้ยา, มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่ามีการประสานงานกันอย่างราบรื่นระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพสาขาต่างๆ ในระหว่างที่สัมภาษณ์ ควรถามหาคู่มือปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆ.

7. สนทนากับทีมผู้ให้บริการ (Clinical Lead Team) และหัวหน้าหน่วยงาน

ทีมผู้ประเมินสนทนากับทีมผู้ให้บริการ (Clinical Lead Team หรือ Patient Care Team) และหัวหน้าหน่วยงาน โดยนำประเด็นต่างๆ ที่พบเห็นในระหว่างการสังเกตร่วมกับมาตรฐานโรงพยาบาลมาเป็นตัวตั้งในการสนทนา.

- เริ่มต้นด้วยคำถามว่าอะไรคือสิ่งที่ทีมงานภาคภูมิใจ, เจ้าหน้าที่แต่ละคนเคยได้รับคำชื่นชมจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานในลักษณะในบ้าง, สิ่งนั้นคือคุณค่าของหน่วยงานหรือไม่, คุณค่านั้นถูกระบุไว้ในพันธกิจของหน่วยงานหรือไม่, แต่ละคนกำลังพยายามทำอะไรอยู่เพื่อให้บรรลุพันธกิจของหน่วยงาน, สามารถเล่าหรือแสดงหลักฐานให้เห็นเป็นรูปธรรมได้หรือไม่.
- ขอให้ทีมงานสรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ทำมาทั้งหมดในรอบ 1 ปี (เฉพาะชื่อโครงการยังไม่ต้องระบุรายละเอียด), และขอให้ระบุว่าโครงการใดที่มีปัญหาในการทำมากที่สุด โครงการใดที่ทำยากที่สุด โครงการใดที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด. ผู้ประเมินอาจจะเจาะลึกโครงการบางโครงการก็ได้.
- ขอให้ทีมงานระบุว่าในหน่วยงานนี้มีความเสี่ยงอะไรบ้าง, มีมาตรการในการป้องกันหรือจัดการอย่างไร, มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรไว้อย่างไร. ผู้ประเมินอาจจะเจาะลึกมาตรการการป้องกันความเสี่ยงบางเรื่องก็ได้.
- ขอให้ทีมงานระบุว่ามีการติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพ (quality indicator) อะไรบ้าง. ขอให้นำเสนอข้อมูลเครื่องชี้วัดเหล่านั้นและการใช้ประโยชน์จากการติดตามเครื่องชี้วัดเหล่านั้น, มีเครื่องชี้วัดอะไรที่อยู่ในแผนที่จะติดตาม วางแผนไว้อย่างไร จะมีปัญหาในการเก็บข้อมูลอย่างไร จะนำเครื่องชี้วัดนั้นมาใช้อย่างไร.
- นำประเด็นปัญหาคุณภาพที่พบระหว่างการสังเกตขึ้นมาสนทนาว่าทางทีมงานเห็นปัญหาแต่ละประเด็นนั้นหรือไม่, ได้มีความพยายามที่จะปรับปรุงอย่างไร, สิ่งที่ได้ทำมานั้นเป็นที่พอใจแล้วหรือยัง, มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไรต่อไป, มีอะไรที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับปรุง, ต้องการการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงอย่างไร.
- ไล่ตามข้อคำถามที่เหลือในแบบประเมินตนเองซึ่งยังไม่ได้มีการสนทนา. ทำความเข้าใจกับทีมงานในกรณีทีทีมงานเข้าใจไม่ตรงกับผู้ประเมิน. พยายาม verify คำตอบให้ได้มากที่สุด.

8. สรุป

สรุปประเด็นสิ่งที่เป็นจุดแข็งของหน่วยงาน และโอกาสที่หน่วยงานสามารถพัฒนาได้ในอนาคต (จุดอ่อน) และขอให้หัวหน้าหน่วยงานตอบสนองต่อข้อสรุปของทีมผู้ประเมิน.

๕. การพบปะกับตัวแทนของโรงพยาบาลเมื่อสิ้นสุดการเยี่ยมในแต่ละวัน

สัญญาณอย่างหนึ่งของการเยี่ยมสำรวจที่ประสบความสำเร็จคือทั้งผู้เยี่ยมสำรวจและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเกิดความรู้สึกที่ดีจากประสบการณ์การเยี่ยมสำรวจ

วิธีการที่จะสร้างประสบการณ์เชิงบวกดังกล่าวคือการที่ผู้เยี่ยมสำรวจได้พบกับใครสักคน อาจจะเป็นผู้ประสานงานคุณภาพ หรือผู้อำนวยการ เป็นเวลาประมาณ 10 นาที ในตอนเย็นของแต่ละวัน

วัตถุประสงค์ของการพบปะนี้ไม่ใช่เพื่อบอกเล่าในสิ่งที่พบเห็น แต่เพื่อถามว่ากระบวนการเยี่ยมสำรวจที่ผ่านมาเป็นอย่างไรในสายตาของโรงพยาบาล “มีเสียงสะท้อนอะไรบ้างจากทีมที่เราสัมภาษณ์ในวันนี้” “พวกเขา มีความรู้สึกที่ดีหรือไม่” “ผู้เยี่ยมสำรวจกดดันและสร้างความหวาดหวั่นให้กับทีมหรือไม่” “เราควรจะต้องเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างเพื่อให้ผู้ถูกเยี่ยมสำรวจยอมรับได้มากขึ้น”

หากสิ่งที่ได้รับสะท้อนนั้นออกมาค่อนข้างบวก ผู้เยี่ยมสำรวจจะมั่นใจที่เดินหน้าต่อไปในแนวทางที่ทำไว้ แต่ถ้ามีบางสิ่งที่คุณรับการเยี่ยมสำรวจไม่สบายใจ ทีมผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องรับฟังอย่างระมัดระวังและนำมาพูดคุยกันว่าควรมีการปรับปรุงในวันต่อไปอย่างไร

ในส่วนที่ผู้เยี่ยมสำรวจไม่ค่อยสบายใจ ก็ควรได้รับการสื่อสารพูดคุยกับผู้แทนของโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่

๖. การประชุมสรุปข้อมูลประจำวัน

ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องร่วมกันพิจารณาสิ่งที่พบเห็นระหว่างการเยี่ยมสำรวจ เพื่อสรุปประเด็นสำคัญให้แก่โรงพยาบาล และ พรพ. โดยใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวทางต่อไปนี้

๖.๑ การสรุปประเด็นในแต่ละทีม

ให้ผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละทีม (หากเข้าเยี่ยมร่วมกันเป็นทีม) หรือแต่ละคน สรุปประเด็นสำคัญที่พบทั้งในส่วนที่เป็นด้านบวก และส่วนที่เป็นโอกาสพัฒนา

ก) ส่วนที่เป็นด้านบวก ให้มองหาลงต่อไปนี้

- พื้นฐานเดิมที่มีส่วนต่อความสำเร็จ เช่น วัฒนธรรมที่มีวินัย รักองค์กร, ความเป็นสถาบันการศึกษา
- ความสำเร็จที่ผ่านมาและได้รับ recognition เช่น การได้รับรางวัลจากองค์กรภายนอก
- ความมุ่งมั่นและเพียรพยายามในการพัฒนา ตลอดจนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น
- การแสดงออกถึงจิตวิญญาณของคุณภาพ ได้แก่ การทำงานด้วยใจ การทำงานเป็นทีม การมุ่งรับบริการเป็นศูนย์กลาง
- ระบบงานหรือกระบวนการที่วางไว้เป็นอย่างดี รวมทั้งการมีระบบ feed back
- การเชื่อมโยง การบูรณาการ ทั้งในการออกแบบระบบ การปฏิบัติงาน ระบบข้อมูลข่าวสาร
- การมีนวัตกรรม
- ผลลัพธ์ของงานที่ออกมาดี

ข) ส่วนที่เป็นโอกาสพัฒนา ให้พิจารณาว่า

- จุดอ่อนที่พบบนนั้นเกี่ยวข้องกับระบบงานใด (หรือมาตรฐานเรื่องใด) และวิเคราะห์ต่อไปว่าระบบงานนั้นมีจุดอ่อนอย่างไร
- จุดอ่อนที่พบบนนั้นเป็น single event (เหตุการณ์เดี่ยว เหตุการณ์เฉพาะตัวบุคคล) หรือ systemic event (เหตุการณ์ที่พบทั่วไปเนื่องจากระบบ) ซึ่งอาจจะต้องขอความเห็นของผู้เยี่ยมสำรวจท่านอื่นด้วย
- จุดอ่อนที่พบบนส่งผลกระทบต่อคุณภาพของงานที่เป็นหน้าที่หลักอย่างไร
- จุดอ่อนที่พบบนนั้นเป็นเรื่องเล็กน้อยที่สามารถแก้ไขได้ทันทีในหน่วยงาน (เรื่องเหล่านี้ควรแจ้งให้หน่วยงานทราบ บันทึกไว้ในรายงานของผู้เยี่ยมสำรวจ แต่ไม่ต้องใส่ไว้ในรายงานที่เป็นทางการ) หรือต้องผู้บริหารขององค์กรเข้ามาสนับสนุน หรือเกี่ยวข้องกับทรัพยากรซึ่งอาจจะต้องใช้เวลานานในการแก้ไข (เรื่องเหล่านี้ต้องบรรจุไว้ในรายงานที่เป็นทางการ)

การสรุปในช่วงนี้ให้ผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละทีมหรือแต่ละคนทำงานโดยอิสระ และใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที

๖.๒ การรวบรวมความเห็น

ให้หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจเป็นผู้นำในการระดมสมองเพื่อนำข้อมูลในข้อ 1 จากผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละคนมาประมวลเข้าด้วยกันเป็นภาพใหญ่ของโรงพยาบาล

การระดมสมองอาจใช้วิธีนำเสนอด้วยวาจา หรือด้วยการเขียนบัตร ควรหลีกเลี่ยงการอภิปรายในช่วงแรก และไม่ควรลงลึกในรายละเอียดจนกว่าจะเห็นภาพทั้งหมด

การระดมสมองอาจจะเรียงลำดับตามหมวดหมู่ในมาตรฐาน หรือเปิดกว้างโดยอิสระก็ได้

๖.๓ การพิจารณารายละเอียดในประเด็นสำคัญ

ในที่ประชุมผู้เยี่ยมสำรวจ หยิบยกเรื่องที่เป็นประเด็นสำคัญมาพิจารณารายละเอียด โดยพยายามสรุปสิ่งที่ส่วนใหญ่เห็นพ้องกันให้เร็วที่สุด ก่อนที่จะพิจารณาในส่วนที่มีความเห็นแตกต่าง

ในส่วนที่มีความเห็นแตกต่างกัน ให้ดำเนินการดังนี้

- นำเสนอข้อมูลรายละเอียดที่พบเห็นซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน
- วิเคราะห์ตีความสิ่งที่พบเห็น ให้คำนึงถึงความเป็นไปได้ต่างๆ เช่น ความไม่เข้าใจของผู้ปฏิบัติงาน, การใช้คำในความหมายที่แตกต่างจากผู้เยี่ยมสำรวจหรือที่ใช้อยู่ทั่วไป
- ปรับข้อความที่เป็นข้อสรุปให้ตรงประเด็นที่สุด

๖.๔ การพิจารณาระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน

ในการเยี่ยมสำรวจเพื่อการพิจารณารับรอง (accreditation survey) หรือการเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม (preparation survey) ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะได้รับการปรับเป็นการเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง ให้คณะผู้เยี่ยมสำรวจให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐาน โดยพิจารณาในส่วนที่แต่ละทีมหรือแต่ละคนรับผิดชอบ นำคะแนนทั้งหมดมาเปรียบเทียบกัน

ก) เมื่อสิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจแต่ละวัน ทีมผู้เยี่ยมสำรวจจะร่วมกันให้คะแนนระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง (PCT ประเมินในบทที่ ๙, ๑๕-๒๐ เป็นหลัก) โดยอาศัยแนวทางการให้คะแนนที่ พรพ. กำหนดไว้ เริ่มต้นตั้งสมมติฐานว่าหน่วยงาน/ทีมงานปฏิบัติได้ทีระดับเฉลี่ย คือ คะแนน ๓ จากนั้นให้พิจารณาข้อมูลว่ามีอะไรที่จะทำให้คะแนนนี้ลดลงหรือเพิ่มขึ้น หัวข้อที่ได้คะแนนตั้งแต่ ๔ ขึ้นไป จะต้องเขียนบรรยายจุดเด่นหรือคำนิยามให้ผู้อ่านเห็นภาพ หัวข้อที่ได้รับคะแนนตั้งแต่ ๒ ลงมา จะต้องเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาซึ่งจะถือว่าเป็นข้อเสนอแนะที่จำเป็นต้องปรับปรุงอย่างเร่งด่วน หัวข้อที่ได้คะแนน ๓ หรือ ๔ อาจจะเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยก็ได้

ข) ในกรณีที่ทีมเห็นว่าแนวทางการให้คะแนนที่กำหนดไว้ไม่เหมาะสม ให้พิจารณาปรับแนวทางโดยอาศัยความเป็นจริงในทางปฏิบัติเป็นหลัก (เช่น ลำดับขั้นของการพัฒนาตามความยากง่าย, บรรทัดฐานซึ่งเป็นสิ่งที่ปฏิบัติและเป็นที่ยอมรับทั่วไป) แล้วนำเสนอข้อเสนอมารับรองที่ประชุมผู้เยี่ยมสำรวจทั้งหมด ถ้าที่ประชุมเห็นว่าควรมีการปรับแนวทางการให้คะแนนให้อยู่ในดุลยพินิจของหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจว่าควรจะนำเสนอให้ พรพ. ทราบก่อนการเยี่ยมสำรวจเสร็จสิ้นหรือหลังจากเยี่ยมสำรวจเสร็จสิ้นแล้ว (พรพ. มีหน้าที่จะต้องนำเสนอแนวทางการปรับคะแนนนี้ให้กับคณะกรรมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้ความเห็นชอบอีกครั้งหนึ่ง)

ค) ให้นำคะแนนของทุกทีมมาบันทึกลงในตารางเดียวกันโดยระบุชื่อย่อของบริการไว้ในช่องคะแนนที่ได้รับ พิจารณาแต่ละหัวข้อไปพร้อมกัน ขอให้ผู้เยี่ยมสำรวจที่ให้คะแนนที่ไม่ใช่ ๓ นำเสนอข้อมูลและเหตุผลเพื่อ standardize วิธีการให้คะแนนของทีมผู้เยี่ยมสำรวจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีคะแนนกระจายกว้าง ควรใช้เวลาอภิปรายข้อมูลให้มากพอ

ง) ในกรณีที่มีการกระจายของคะแนนมาก และไม่อาจหาข้อสรุปได้ในที่ประชุม อาจจะทำให้มีการไปเยี่ยมหน่วยงานนั้นซ้ำโดยทีมผู้เยี่ยมสำรวจเดิมร่วมกับทีมผู้เยี่ยมสำรวจอื่น และนำข้อคิดเห็นมาเสนอต่อที่ประชุมอีกครั้งหนึ่ง

๖.๕ การปรับแก้รายงานในส่วนของแต่ละคน

ผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละทีมหรือแต่ละคนปรับแก้รายงานในส่วนของตนเอง

- ตัดข้อความในรายงานการประเมินตนเองซึ่งไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง
- เพิ่มเติมรายละเอียดให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติเท่าที่พบเห็น เพื่อให้บุคคลที่ไม่ได้มาเยี่ยมสำรวจสามารถมองเห็นภาพของสิ่งที่เกิดขึ้นได้
- สรุปค่านิยมและข้อเสนอแนะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานที่เข้าเยี่ยม

๗. การทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

เป็นนโยบายของคณะกรรมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่จะให้มีการประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนโดยผู้เยี่ยมสำรวจ ในจำนวนที่เป็นสัดส่วนกับจำนวนผู้ป่วยในของโรงพยาบาล โดยถือว่าความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเป็นพื้นฐานสำคัญของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

๗.๑ การทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในการเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง

ก) หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจมีหน้าที่มอบหมายให้ผู้เยี่ยมสำรวจทบทวนเวชระเบียนตามจำนวนและแบบบันทึกที่กำหนดไว้

ข) จำนวนการสุ่มตัวอย่างเวชระเบียนให้ใช้แนวทางดังนี้

- ใน รพ.ขนาดเล็กที่ไม่มีการแบ่งแผนก ให้สุ่มตรวจเวชระเบียนจำนวน 50 ฉบับ
- ใน รพ.ที่มีการแบ่งแผนก ให้ตรวจเวชระเบียนของแผนกหลักคือ สูติรีเวช, ศัลยกรรม, อายุรกรรม, กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ แผนกละ ๑๕ ฉบับ เป็นอย่างน้อย หรือ ร้อยละ 1 ของจำนวนผู้ป่วยในแต่ละแผนกหากมีผู้ป่วยในแต่ละแผนกมากกว่า ๑๕๐๐ รายต่อปี โดยไม่เกิน ๓๐ ฉบับต่อแผนก
- ควรกระจายเวชระเบียนที่จะตรวจสอบให้ครอบคลุมผู้ป่วยหลากหลาย และแพทย์ผู้ให้บริการให้มากที่สุด
 - แผนกศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ ควรครอบคลุมทั้งผู้ป่วยที่ผ่าตัด ไม่ผ่าตัด อุบัติเหตุ การเจ็บป่วย
 - แผนกสูติรีเวช ควรครอบคลุมทั้งการคลอดปกติ การช่วยคลอด การผ่าตัดคลอด การผ่าตัดทางรีเวช
 - แผนกอายุรกรรมและกุมารเวชกรรม ควรครอบคลุมทั้งผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยเรื้อรัง
- การตรวจสอบให้ดูทั้งบันทึกผู้ป่วยนอกและบันทึกผู้ป่วยใน ของผู้ป่วยรายเดียวกัน

ค) การสุ่มตัวอย่างให้สุ่มตัวอย่างเวชระเบียนในช่วงเวลา ๓ เดือนสุดท้ายก่อนการเยี่ยมสำรวจ โดยให้เจ้าหน้าที่หน่วยเวชระเบียนเป็นผู้สุ่มภายใต้การรับรู้ของผู้เยี่ยมสำรวจ หรือสภากีฬายาน หรือผู้แทนของ พรพ.

๗.๒ การทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในการเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม

ก) ให้นำแนวทางการทบทวนในข้อ ๗.๑ มาใช้เพื่อช่วยให้โรงพยาบาลทราบประเด็นที่จะต้องพัฒนาให้ทันก่อนการเยี่ยมสำรวจเพื่อการพิจารณารับรอง

ข) หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจอาจพิจารณาลดจำนวนเวชระเบียนที่จะทบทวน หรือกำหนดให้ทบทวนเฉพาะในประเด็นที่เห็นว่าเป็นปัญหาของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานของผู้เยี่ยมสำรวจ

ค) ให้หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจแจ้งผลการทบทวนเวชระเบียนให้ผู้บริหารของโรงพยาบาลทราบในวันสุดท้าย และเน้นว่าคณะกรรมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับเรื่องนี้สูงมาก

๘. แนวทางสำหรับการนำเสนอสรุปผลการเยี่ยมสำรวจ (exit conference)

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของการนำเสนอสรุปผลการเยี่ยมสำรวจคือการนำเสนอสิ่งที่สังเกตพบระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจให้แก่โรงพยาบาล สิ่งที่นำเสนอควรจะครอบคลุมทั้งสิ่งที่โรงพยาบาลทำได้แล้ว เช่น การปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลหรือกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ประสบความสำเร็จ และประเด็นสำคัญที่โรงพยาบาลควรเพิ่มระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน รวมทั้งความเสี่ยงที่ควรจัดการ

เป็นสิ่งสำคัญมากที่จะต้องสร้างสมดุลระหว่างสิ่งที่ทำได้แล้วและสิ่งที่ต้องปรับปรุง โดยไม่เน้นแต่เพียงเรื่องที่เป็นจุดด้อยเท่านั้น

ผู้ฟัง

ผู้ฟังจะเป็นใครก็ได้ที่โรงพยาบาลเชิญเข้ามารับฟัง อาจจะจำกัดอยู่เฉพาะทีมผู้บริหารระดับสูง หรือเจ้าหน้าที่ทุกระดับในโรงพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจควรถามผู้บริหารของโรงพยาบาลว่ามีใครเข้าร่วมรับฟังบ้าง เพื่อให้นำเสนออย่างเหมาะสมแก่ผู้ฟัง

ช่วงเวลา

เป็นกิจกรรมสุดท้ายของกระบวนการเยี่ยมสำรวจ

ระยะเวลา

ควรพยายามจำกัดให้ใช้เวลาไม่เกิน ๑ ชั่วโมง

กิจกรรม

ก่อนนำเสนอสรุป คณะผู้เยี่ยมสำรวจจะใช้เวลาประมาณ ๒ ชั่วโมงเพื่อจัดเตรียมการนำเสนอ ในช่วงเวลานี้ ผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละคนจะนำบันทึกที่ได้จัดทำไว้ระหว่างการประชุมทีมครั้งก่อนๆ มาสรุปประเด็นสำคัญที่พบ ประเด็นที่ควรให้คำนิยาม และประเด็นที่จะต้องพัฒนาหรือปรับปรุงแก้ไขของแต่ละระบบ/ทีม

จากนั้นคณะผู้เยี่ยมสำรวจจะปรึกษากันถึงวิธีการและลำดับขั้นตอนการนำเสนอ โดยทั่วไปหัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจจะเริ่มต้นกล่าวนำถึงวัตถุประสงค์ของของกิจกรรมนี้ จากนั้นหัวหน้าคณะและผู้เยี่ยมสำรวจอื่นๆ จะนำเสนอสิ่งที่ได้จัดเตรียมไว้ ในตอนสุดท้ายหัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจจะสรุปและกล่าวปิดประชุม

ถ้าผู้เข้าประชุมในช่วงนี้มีจำนวนมาก และมีประเด็นที่ผู้เยี่ยมสำรวจเห็นว่าต้องมีการปรับปรุงแก้ไข แต่การกล่าวในที่ประชุมใหญ่จะก่อให้เกิดปัญหาหรือความไม่เข้าใจ ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะขอให้มีการพบปะกับผู้อำนวยความสะดวกและผู้บริหารระดับสูงก่อนการประชุมใหญ่ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้บริหารระดับสูงได้แสดงความคิดเห็นว่าควรนำเสนอต่อที่ประชุมใหญ่อย่างไร ในการพบปะครั้งนี้ผู้เยี่ยมสำรวจจะได้ยืนยันสิ่งที่สังเกตพบ ป้องกันความรู้สึกไม่เป็นมิตรหรือการเสียหน้าที่อาจจะเกิดขึ้น และยืนยันปรัชญาของการทบทวนและประเมินฉันท์กัลยาณมิตร ก่อให้เกิดจิตวิญญาณของความร่วมมือ และเพิ่มความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลต่อกระบวนการเยี่ยมสำรวจ

ข้อแนะนำในการนำเสนอสรุปผลการเยี่ยมสำรวจ

๑. หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจเป็นผู้นำเสนอในนามของคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจทุกคน
๒. นำเสนอด้วยความเคารพ สุภาพ จริงใจ เสมือนพูดกับคนที่เรารักมากที่สุด
๓. ระบุว่าสิ่งที่สังเกต คำนิยม และข้อเสนอแนะดังกล่าว สะท้อนเฉพาะหน่วยงาน บุคคล และกระบวนการที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจเท่านั้น
๔. ให้รายละเอียดเท่าที่เวลาจะอำนวย กล่าวเฉพาะในประเด็นสำคัญ และบอกให้ทราบว่ารายละเอียดจะอยู่ในรายงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร ปรับความคาดหวังของโรงพยาบาลเพื่อไม่ให้เกิดความประหลาดใจกับรายงานที่เป็นทางการ
๕. สรุปการเยี่ยมชมสำรวจ ไม่มีการถามคำถามหรือขอความเห็น
๖. ส่งมอบเวทีให้กับผู้อำนวยการเพื่อกล่าวปิดประชุม
๗. เมื่อสิ้นสุดการนำเสนอผลสรุป ผู้เยี่ยมชมสำรวจควรออกจากโรงพยาบาลทันที การสนทนาที่ไม่จำเป็นหลังจากนั้นจะก่อให้เกิดอึดอัดหรือลำบากใจแก่ทั้งสองฝ่าย

ตอนที่ ๕ ทักษะของที่ปรึกษา

๑. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การพัฒนาคุณภาพคือการทำงานประจำให้ดีขึ้น ตอบสนองต่อเป้าหมายของหน่วยงานและผู้รับผลงาน ได้ดีขึ้น การพัฒนาคุณภาพจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อผู้เกี่ยวข้องมีการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดและพฤติกรรมในการทำงานของตน

การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพจำเป็นต้องสร้างความรู้ทั้งด้านทฤษฎี ทักษะ และประสบการณ์ โดยเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์ที่แต่ละคนมีอยู่ เป็นการเรียนรู้ผ่านการลงมือทำ มิใช่การเรียนรู้แต่เพียงภาคทฤษฎีซึ่งห่างไกลจากงานที่ปฏิบัติจริงอยู่ทุกวัน

เราเรียกการเรียนรู้ในลักษณะนี้ว่า **การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)** คือให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติและการเรียนรู้อย่างเต็มที่

ที่ปรึกษาจะต้องใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการ **สอนเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ** ซึ่งจะมอบหมายให้โรงพยาบาลทำเพื่อนำเสนอในรอบต่อไป

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีองค์ประกอบสำคัญสองส่วน คือการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม

๑.๑ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์

หมายถึงการกระตุ้นให้ผู้เรียนดึงประสบการณ์ของตนเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ และแบ่งปันแก่เพื่อนๆ ประสบการณ์นี้อาจจะเป็นประสบการณ์เดิม หรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมที่กำหนดให้

ก) ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (Concrete Experience)

การกระตุ้นให้ผู้เรียนดึงประสบการณ์ของตนเองออกมานี้มีประโยชน์คือทำให้ผู้เรียนรู้สึกว่าตัวเองมีส่วนร่วม มีความสำคัญ มีโอกาสรับรู้เรื่องราวของคนอื่น และก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในกลุ่ม

ขณะเดียวกัน facilitator (ผู้ช่วยเหลือการเรียนรู้) สามารถประเมินความรู้ความเข้าใจและทัศนคติของผู้เรียนได้ ไม่ต้องเสียเวลาอธิบายหรือยกตัวอย่างในสิ่งที่ผู้เรียนมีความรู้หรือประสบการณ์อยู่แล้ว และเป็นเรื่องน่าเบื่อหน่ายสำหรับผู้เรียน เพียงใช้เวลากระตุ้นเล็กน้อยให้ผู้เรียนเล่าประสบการณ์ออกมา ก็จะได้เนื้อหาที่ต้องการ และที่สำคัญคือก่อให้เกิดความตื่นตัวและสนใจในเนื้อหาของการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา

ตัวอย่าง

ในการชี้ให้เห็นความสำคัญของกฎ กติกา มารยาทในการประชุม หากผู้สอนจะบอกว่าการประชุมที่ผ่านมามีปัญหาอะไรที่นำมาซึ่งการกำหนดกฎ กติกา มารยาทเหล่านั้น จะเป็นที่น่าเบื่อหน่าย เนื่องจากเป็นที่รับรู้กันดีของทุกคน ทำให้ไม่น่าสนใจ facilitator จะตั้งประเด็นว่า “อะไรคือปัญหาที่ทำให้การประชุมไม่มีประสิทธิภาพ” คำตอบที่ได้คือประสบการณ์จริงของทุกคน และเป็นปัญหาที่ทุกคนต้องการได้รับคำตอบ facilitator อาจตั้งคำถามต่อไปว่า “ทำอย่างไรจึงจะป้องกันปัญหาดังกล่าวได้” คำตอบที่ได้จะสอดคล้องกับ กฎ กติกา มารยาท ในการประชุมซึ่งเป็นเรื่องสากล

ด้วยวิธีการนี้จะทำให้ผู้เรียนเข้าใจที่มาที่ไปหรือเหตุผลของการมี กฎ กติกา มารยาท ในการประชุม และพร้อมใจที่จะรับไปใช้ ดีกว่าที่จะบรรยายให้ฟังว่าการประชุมที่ดีจะต้องมีกฎ กติกา มารยาท อะไรบ้าง

ข) การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (Reflective Observation)

ผู้เรียนแต่ละคนย่อมมีพื้นฐาน มีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน มีมุมมองต่อสถานการณ์หนึ่งๆ แตกต่างกันไป ลองคิดถึงสถานการณ์ปัญหาสักเรื่องหนึ่งแล้วถามสมาชิกในกลุ่มว่ามีมุมมองต่อเรื่องนั้น หรือมีมุมมองในการแก้ปัญหานั้นอย่างไร

ตัวอย่าง: ความรู้สึกต่อนโยบายสามสิบบาทรักษาทุกโรค

ทดลองให้สมาชิกในกลุ่มให้ความเห็นต่อนโยบายนี้ จะพบว่ามีความคิดเห็นที่หลากหลาย ตั้งแต่การมองว่าเป็นเรื่องของการหาเสียงซึ่งไม่มีทางที่จะทำให้สำเร็จได้ ไปจนถึงการมองว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างความมั่นคงในสังคมและทุกคนควรมาร่วมมือกัน

การแสดงความคิดเห็น/ความรู้สึกแลกเปลี่ยนกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ตามประเด็นที่ facilitator กำหนดให้วิเคราะห์วิจารณ์ จะทำให้ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไปจากของตนเอง ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น ทำให้กลุ่มได้ข้อสรุปที่หลากหลายหรือมีน้ำหนักมากขึ้น และได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม

ค) การสร้างความคิดรวบยอด (Abstract Conceptualization)

มโนทัศน์หรือความคิดรวบยอดเป็นสิ่งที่เราใช้อธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น หรืออธิบายสิ่งที่ควรจะเป็น เป็นหลักการกว้างๆ ที่สามารถขยายความให้เป็นรูปธรรมได้มากมาย

ตัวอย่าง: ความคิดรวบยอดของนโยบายสามสิบบาทรักษาทุกโรค

ความคิดรวบยอดของนโยบายนี้คือการสร้างความเป็นธรรมในสังคมในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งรูปธรรมของการสร้างความเป็นธรรมในสังคมอาจมีได้หลายรูปแบบ

เราสามารถเรียนรู้ความคิดรวบยอดได้หลายวิธี เช่น จากสิ่งที่ป็นข้อสรุปอยู่แล้วในเอกสารหรือคำบรรยาย จากกิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มสมาชิก การเรียนรู้แนวคิดรวบยอดนี้จะทำให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหาได้อย่างลึกซึ้ง และอาจจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติของผู้เรียน

ง) การทดลองปฏิบัติ (Active Experimentation)

เป็นการนำความคิดรวบยอดมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบต่างๆ เช่น การสนทนา การสร้างคำขวัญ การทำแผนภูมิ การเล่นเกมบทบาทสมมติ การแก้ปัญหา การวางแผน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเข้าใจความคิดรวบยอดได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

การจัดลำดับกิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ส่วนใหญ่จะเริ่มจากประสบการณ์ของผู้เรียน (ข้อมูลเก่า) หรือการนำเสนอความคิดรวบยอด (ข้อมูลใหม่) ตามด้วยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการทดลองปฏิบัติ หากเป็นไปได้ควรจัดให้ครบทั้งสององค์ประกอบ ระยะเวลาของแต่ละองค์ประกอบไม่จำเป็นต้องเท่ากัน

ตัวอย่างการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์มีรูปแบบที่หลากหลายมาก และบางครั้งเราได้เข้าไปอยู่ในกระบวนการเรียนรู้นั้นโดยไม่รู้ตัว ความเข้าใจกระบวนการเรียนรู้นี้จะทำให้เราเก็บเกี่ยวประโยชน์ได้มากขึ้น

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของเรา

- การพูดคุยกับผู้รับบริการ
- การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางคลินิก
- การสังเกตความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ของผู้อื่น
- การเรียนรู้วิธีให้คำปรึกษาและกลุ่มบำบัด
- การจดบันทึกบทเรียนของตนเอง
- การรับเสียงสะท้อนจากเพื่อนร่วมงาน
- การเปรียบเทียบสถานการณ์ในอดีตและในปัจจุบัน
- การแก้ปัญหา
- การเรียนรู้ด้วยการลองผิดลองถูก
- การศึกษาจากแหล่งข้อมูล การทดลองแนวคิดใหม่ๆ
- การเปลี่ยนบทบาทด้วยความตั้งใจ
- การฝึกฝนทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์
- การลอง facilitate กลุ่ม

๑.๒ การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม

ในการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในห้องเรียน จะอาศัยกระบวนการกลุ่มที่มีการกำหนดลักษณะของกลุ่ม และกิจกรรมที่จะใช้ขับเคลื่อนการเรียนรู้ไว้ล่วงหน้าอย่างชัดเจน

กระบวนการเรียนรู้โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง จะกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ทบทวนประสบการณ์ของตน และมีการวิพากษ์ อภิปราย หรือทำกิจกรรม เพื่อเพิ่มพูนหรือปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะของแต่ละคน

ผู้ช่วยเหลือการเรียนรู้ (facilitator) ควรจะ

1. เชื่อว่าผู้เรียนสามารถคิดและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
2. พยายามแสดงบทบาทของการฟังและการให้ความช่วยเหลือมากกว่าการแสดงความเห็นอกว่า
3. ยอมรับความหลากหลายในด้านต่างๆ ของผู้เรียน
4. เต็มใจที่จะยอมรับมุมมองต่างๆ ที่หลากหลายโดยไม่มีเงื่อนไข และไม่พยายามบีบบังคับให้ผู้เรียนยอมรับความคิดของตน ความสามารถในการรับความหลากหลายและต่อรองเพื่อไม่ให้มีใครเป็นฝ่ายพ่ายแพ้หรือเสียหน้าจะนำไปสู่การตัดสินใจของกลุ่มที่ได้ประโยชน์แก่ทุกฝ่าย

ผู้ที่นำกลุ่มควรได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มประเภทต่างๆ เสียก่อน เพื่อให้เห็นรูปแบบการช่วยเหลือที่แตกต่างกัน ในขั้นแรกอาจจะเป็นการเลียนแบบสิ่งที่เห็นมา ต่อมาก็จะสามารถพัฒนาให้เป็นรูปแบบของตนเองได้

ก) การออกแบบกลุ่มเพื่อให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม

ขอให้ท่านทบทวนว่ากิจกรรมการเรียนรู้ที่ท่านเคยมีประสบการณ์นั้น การจัดกลุ่มลักษณะใดที่ทำให้ท่านได้มีส่วนร่วมมากที่สุด การจัดกลุ่มลักษณะใดที่ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งมากที่สุด การจัดกลุ่มลักษณะใดที่ทำให้ท่านได้เรียนรู้มากที่สุด ขอให้ท่านพิจารณาข้อดีและข้อจำกัดของการจัดกลุ่มแต่ละวิธีเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

	ข้อดี	ข้อจำกัด
กลุ่ม 2 คน – Pair Group	ทุกคนมีส่วนร่วม ทำพร้อมๆ กัน ใช้เวลาไม่มาก	ขาดความหลากหลายทางความคิดและประสบการณ์
กลุ่ม 3 คน -Triad Group (แต่ละคนมีบทบาทหน้าที่ชัดเจน หมุนเวียนบทบาทกัน)	ทุกคนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ตามบทบาทและสามารถเรียนรู้ได้ครบทุกบทบาท	ขาดความหลากหลายและความกระจำชัดไปบ้าง
กลุ่มย่อยระดมสมอง – Buzz Group (รวมกลุ่ม 3-4 คนที่นั่งใกล้กันเพื่อแสดงความเห็นร่วมกัน)	ทำกิจกรรมร่วมกันในระยะเวลาสั้นๆ	ขาดความลึกซึ้ง
กลุ่มเล็ก – Small Group (จัดกลุ่ม 5-6 คนทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายจนลุล่วง)	ได้แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและอภิปรายอย่างลึกซึ้งจนได้ข้อสรุป	ใช้เวลามาก บางคนอาจมีส่วนร่วมน้อยถ้าไม่มีการกำหนดบทบาทหรือไม่มี facilitator ที่ดี
กลุ่มใหญ่ (ทั้งชั้น)	โต้ตอบกับผู้สอนในเวลาสั้น	สมาชิกมีส่วนร่วมเพียงบางคน

ข) การออกแบบงานเพื่อให้บรรลุงานสูงสุด

ประกอบด้วยขั้นตอน 3 ขั้นตอนได้แก่

1. วิเคราะห์ผู้เรียนว่าเป็นใคร รู้อะไรแล้ว ไม่รู้/ไม่เข้าใจอะไร
2. กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ และสาระสำคัญที่ควรรู้
3. กำหนดแผนการสอน
 - องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์, ลักษณะของกลุ่ม, เวลาที่ใช้
 - กิจกรรมการเรียนรู้การสอน
 - เนื้อหา สื่อ

๒. ทักษะการโค้ช

๒.๑ การโค้ชคืออะไร

การโค้ชคือศิลปะในการช่วยให้ผู้อื่นมีผลงานดีขึ้น ได้เรียนรู้ และได้พัฒนา (art of facilitating the performance, learning & development of another)

การช่วยให้ผู้อื่น (facilitating) หมายความว่าผู้ถูกโค้ชมีความสามารถที่จะคิดได้ด้วยตนเอง มองเห็นได้ทะลุปรุโปร่ง มีความคิดสร้างสรรค์

โค้ชต้องไม่คิดว่าตัวเองมีคำตอบที่ถูกต้อง แต่ช่วยให้ผู้ถูกโค้ชสำรวจตรวจสอบ ทำความเข้าใจ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่ดีกว่า



บทบาทของโค้ชคือการมุ่งเน้นความสนใจของผู้ถูกโค้ช เพื่อลดตัวกวนทั้งหลาย ช่วยให้ใช้ศักยภาพในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น

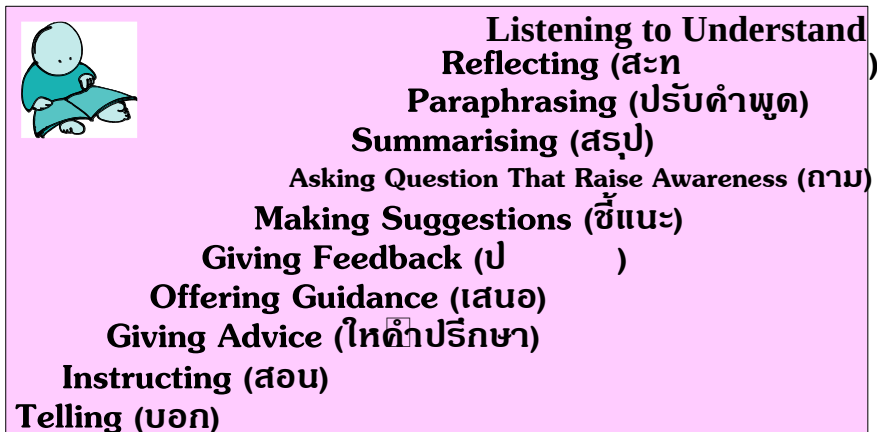
โค้ชที่ดีควรมีลักษณะต่อไปนี้

- เชื่อมมั่นในศักยภาพ เคารพปัญญา ความคิดสร้างสรรค์ และญาณทัศนะของผู้อื่น
- ใส่ใจต่อการเรียนรู้มากกว่าผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น
- เปิดโอกาสให้ผู้ถูกโค้ชเป็นผู้ลงมือทำ
- เป็นผู้ฟังที่ดี พยายามทำความเข้าใจกับเอกลักษณ์และความคิดของแต่ละคน
- ใช้ระบบประเมินผลเพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ถูกโค้ช

ทักษะการโค้ชมีความหลากหลายมาก ตั้งแต่การใช้วิธีให้คำตอบ (directive) ไปถึงการกระตุ้นให้คิดหาคำตอบด้วยตนเอง(non-directive)

The Spectrum of Coaching Skill

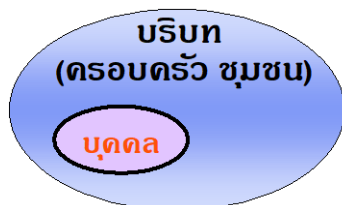
NON-DIRECTIVE



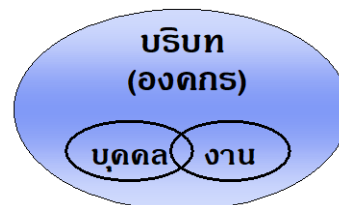
DIRECTIVE

การใช้ใช้ทักษะที่ใกล้เคียงกับการ counselling มาก สิ่งที่แตกต่างกันคือการใช้มีเป้าหมายที่งาน และอยู่ในบริบทขององค์กร ในขณะที่ counselling มีเป้าหมายที่พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และมีบริบทที่ครอบครัวและชุมชน

Counselling



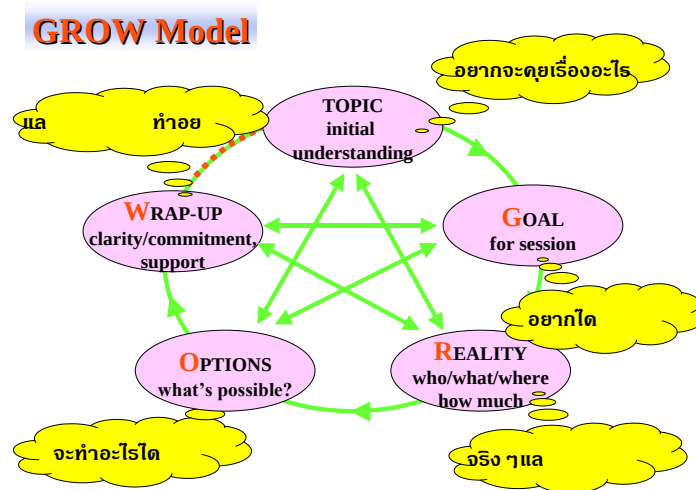
Coaching



๒.๒ โมเดลในการโค้ช

โมเดลในการโค้ชอย่างง่าย ๆ คือ GROW model ได้แก่

- Topic ทำความเข้าใจกับประเด็น เช่น จะคุยกันเรื่องอะไร
- Goal เป้าหมาย อยากจะเห็นผลอะไร
- Reality ข้อเท็จจริง กำลังเกิดอะไรอยู่
- Option มีทางเลือกอะไรที่เป็นไปได้
- Wrap-up สรุปแล้วตัดสินใจจะทำอะไร



ทักษะสำคัญของการเป็นโค้ช ได้แก่ การฟัง การสร้างความตระหนัก และการตั้งคำถาม การสร้างความตระหนัก อาจทำเป็นลำดับขั้นดังนี้

- ขอให้ผู้ถูกโค้ชสังเกต
- ถามว่าสังเกตเห็นอะไร
- ขอให้ระบุประเด็นที่สำคัญที่สุดที่สังเกตเห็น
- ขอให้บอกเล่าความรู้สึกเพิ่มเติม
- ขอให้ระบุสถานการณ์ที่เป็นปัญหาอย่างชัดเจน
- ขอให้ประเมินออกมาเป็นตัวเลข (ถ้าเป็นไปได้) ทำซ้ำ และดูความก้าวหน้า

๓. ทักษะการนำเสนอ

การเสนอคือการสนทนาที่มีการโต้ตอบแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างหลากหลายภายในกลุ่ม ตามประเด็นที่กำหนดไว้ เป็นวิธีการที่จะช่วยสร้างความเข้าใจ ปรับเปลี่ยนเจตคติ และจุดประกายแผนการทำงาน อาจถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ที่ปรึกษาจะทำหน้าที่เป็น facilitator สำหรับการเสนอ ทำหน้าที่ตั้งประเด็น อธิบายเป้าหมายของมาตรฐาน และดูแลให้สมาชิกสนทนาในประเด็นที่ต้องการ ในระหว่างการเสนออาจจะมอบหมายให้มีผู้ทำหน้าที่บันทึกการเสนอและผู้ทำหน้าที่สังเกตปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม

กฎ กติกา

- สมาชิกจะร่วมเสนอโดยไม่ต้องรอให้ facilitator ชี้ตัว
- สมาชิกแต่ละคนจะนำเสนอข้อมูลที่เป็นความจริงจากหน่วยงานของตนเอง
- สมาชิกจะร่วมตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นเพื่อนสมาชิกให้เห็นมุมมองที่กว้างขวางยิ่งขึ้น
- สมาชิกที่ถูกตั้งคำถาม จะต้องสรุปประเด็นด้วยตนเองว่าจะกลับไปทำอะไรเพิ่มเติมในหน่วยงานของตน

การกำหนดประเด็นหลัก

ให้เลือกประเด็นใดประเด็นหนึ่งจากมาตรฐาน HA เช่น

- การติดตามเครื่องชี้วัดของหน่วยงาน
- การวิเคราะห์ความเสี่ยงและการป้องกันความเสี่ยง
- การทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ
- การทำงานโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- การส่งเสริมให้มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- กระบวนการหรือกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาของหน่วยงาน

ประเด็นย่อยในการเสนอ

ขึ้นอยู่กับประเด็นหลักที่นำมาสนทนา อาจพิจารณาแนวทางต่อไปนี้

- จุดเด่นหรือนวัตกรรมที่ควรเผยแพร่ให้ผู้อื่นรับทราบ
- ความครอบคลุมของเนื้อหา หรือการนำไปปฏิบัติ
- การทบทวนประเมินผล และการบรรลุเป้าหมาย
- มุมมองอื่นๆ เพื่อให้เรื่องที่ทำอยู่นั้นมีคุณภาพดีขึ้นหรือมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

๔. ทักษะการสัมภาษณ์

๔.๑ โครงสร้างของการสัมภาษณ์

นอกเหนือจากการกำหนดเนื้อหาที่จะถาม วิธีการถาม และการตอบสนองต่อคำตอบแล้ว ท่านจะต้องวางแผนและกำหนดโครงสร้างของการสัมภาษณ์ โดยทั่วไป การสนทนาและการตั้งคำถามจะมีแบบแผนต่อไปนี้

ก. การสร้างความคุ้นเคย

การสนทนาสร้างความคุ้นเคยในช่วงเริ่มต้นเป็นสิ่งสำคัญมาก เป็นการสร้างสายใยแห่งการสื่อสารและความเชื่อมั่น ควรใช้การสนทนาสั้นๆ ที่เป็นธรรมชาติ ไม่เป็นแบบแผนมากเกินไป

เริ่มด้วยการแนะนำตนเอง (หากท่านจะต้องไปเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลอื่น ไม่จำเป็นต้องระบุว่าท่านมาจากโรงพยาบาลใด และไม่ควรกล่าวถึงโรงพยาบาลของท่านในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ) คุยในสิ่งที่เป็นเรื่องง่าย ๆ ซึ่งใช้เวลาไม่นานนัก แต่จะทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์รู้สึกผ่อนคลาย

อธิบายให้ทีมผู้รับการเยี่ยมสำรวจทราบว่าผู้เยี่ยมสำรวจมีหน้าที่ช่วยเหลือทีม และที่สำคัญที่สุดคือ ต้องการข้อมูลจากสมาชิกของทีมทุกคน มิใช่จากสมาชิกเพียง 1-2 คนเท่านั้น

ข. กำหนดเป้าหมายร่วมกัน

ผู้เยี่ยมสำรวจควรศึกษาความคาดหวังของผู้รับการเยี่ยมสำรวจว่าต้องการอะไร ขณะเดียวกันทำให้ทีมผู้รับการเยี่ยมสำรวจได้รับทราบความคาดหวังของผู้เยี่ยมสำรวจเช่นเดียวกันด้วยการระบุเป้าหมายทั่วไปและเป้าหมายเฉพาะของการเยี่ยมสำรวจอย่างสั้นๆ หากไม่เข้าใจเป้าหมายนี้ให้ชัดเจน อาจจะทำให้เกิดความเข้าใจผิด ความอึดอัด หรือได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจน แม้ว่าการสนทนาอาจจะดูเครียดบ้างในช่วงแรก แต่ก็ควรจะผ่อนคลายลงหลังจากที่ดำเนินไประยะหนึ่ง

ตัวอย่างเช่น ทีมผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะอธิบายว่าต้องการประเมินระดับการปฏิบัติของหน่วยงานตามมาตรฐาน และจะถามคำถามเกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยนี้ และสามารถอธิบายต่อไปด้วยว่าจะดูหลักฐานเพื่อยืนยันข้อมูลที่ได้ให้ไปแล้ว

ค. สัมภาษณ์

ถามคำถามที่ผู้เยี่ยมสำรวจเตรียมมา และรับฟังประเด็นซึ่งจะนำไปสู่การตั้งคำถามอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะนั้น วิธีการที่ดีในการได้รับข้อมูลคือการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นฉันมิตร

- เน้นการพูดคุยที่ตรงเป้า เน้นในจุดที่สำคัญ
- ไม่เสียเวลาถามเกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติงาน ผู้เยี่ยมสำรวจสามารถตรวจสอบได้จากเอกสารอยู่แล้ว
- มุ่งเน้นที่ลักษณะเฉพาะของบริการหรือกระบวนการที่ประเมิน
- ไม่ควรถามเจาะลึกในสิ่งที่ทีมงานทำได้ดีแล้ว การถามเจาะลึกในสิ่งที่ทีมงานรู้สึกว่าเป็นปัญหาจะเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์มากกว่า
- ให้ทีมอธิบายกลไกการแก้ปัญหา ค้นหาปัญหาอย่างไร ดำเนินการแก้ไขอย่างไร เน้นกระบวนการซึ่งเป็นปัญหาในปัจจุบัน
- รับฟังทุกสิ่งที่สมาชิกของทีมกล่าว แสดงความชื่นชมกับสิ่งที่ทำได้ดี

- เน้นการช่วยเหลือให้ทีมค้นหาคำตอบได้ด้วยตนเองมากกว่าที่จะให้คำตอบจากผู้เยี่ยมสำรวจ ผู้เยี่ยมสำรวจต้องทำหน้าที่เป็นโค้ช ผู้วิจารณ์ ครู มีความรู้ที่ดีในด้านทักษะเกี่ยวกับคนและแนวคิดเรื่องกระบวนการ
- สังเกตภาษากายจากสมาชิกในทีมและพยายามค้นหาความจริง
- ย้ำข้อเท็จจริงถ้าจำเป็น เช่น ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะถามว่า “คำถามที่ได้ถามไปสองครั้งแล้ว มีความหมายว่า..... ข้อมูลที่ต้องการคือ.....”

ง. ยุติการสัมภาษณ์

ก่อนที่จะหมดเวลา ผู้เยี่ยมสำรวจควรยุติสัมภาษณ์ด้วยการกล่าวว่าเวลาได้หมดลงแล้ว ให้ข้อคิดเห็นว่าจะอะไรเป็นสิ่งที่ดี อะไรคือโอกาสพัฒนา และถามผู้ถูกสัมภาษณ์ว่ามีข้อคิดเห็นหรือข้อมูลอะไรที่อยากจะบอกเล่าให้ทราบ จากนั้นกล่าวขอบคุณและสวัสดิ์

๔.๒ เทคนิคการตั้งคำถาม

เทคนิคการตั้งคำถามจะมีผลต่อผลลัพธ์ของการสัมภาษณ์

- ตั้งคำถามที่ชัดเจน ด้วยถ้อยคำและลีลาที่เหมาะสม
- รับฟังอย่างตั้งใจ และพยายามทำความเข้าใจคำตอบ
- หาวิธีอภิปรายประเด็นที่น่าสนใจซึ่งเกิดขึ้นในระหว่างการสัมภาษณ์
- รักษาความราบรื่นและต่อเนื่องเมื่อจะเปลี่ยนประเด็น
- ควบคุมการสัมภาษณ์และเวลาที่ใช้

พยายามรักษาความต่อเนื่องระหว่างคำถาม เช่น “คิดว่าเราได้คุยกันในเรื่องนโยบายของการบริหารโปรแกรมแล้ว เรื่องการเงินล่ะเป็นอย่างไร”

ประเด็นที่จะคุยต่อไปไม่จำเป็นต้องต่อเนื่องกับประเด็นก่อน แต่ถ้าเป็นไปได้ ควรเกริ่นนำสั้นๆ เพื่อว่าประเด็นใหม่นั้นจะได้ไม่ก่อให้เกิดการหักมุมในวงสนทนาจนตั้งตัวไม่ทัน มิฉะนั้นการสัมภาษณ์อาจจะสิ้นสุดลงเร็วกว่าที่วางแผนไว้

ท่านอาจจะใช้เทคนิคที่หลากหลายในระหว่างการสัมภาษณ์ อาจจะเป็นผู้สัมภาษณ์ที่ผ่อนคลายซึ่งพูดน้อยและสั้นๆ อาจจะเป็นผู้สัมภาษณ์ที่ชี้นำการสนทนาให้ได้คำตอบที่ต้องการ ในระหว่างสุดโต่งสองแบบนี้ ควรจะให้ความโน้มเอียงไปในแบบแรก กล่าวคือชี้แนะแนวทางและทิศทางให้เพียงพอ แล้วฟังให้มากกว่าพูดหรือคำตอบและตอบสนอง

- ควรมีความไวและใช้ศิลปะของการพูด แสดงความเคารพต่อความเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์ ถ้าจะควบคุมการสนทนาก็อย่าให้เกิดการสะดุด
- อย่าถามคำถามเป็นชุดต่อเนื่องกัน เพราะจะทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์รู้สึกที่กำลังถูกบีบ
- ถ้าถามคำถามที่เจาะลึกมาก ควรตามด้วยการพูดคุยนานๆ ก่อนที่จะตั้งคำถามต่อไป มิฉะนั้นผู้ถูกสัมภาษณ์จะรู้สึกถูกกดดัน

๔.๓ หลักการทั่วไปในการถาม/สัมภาษณ์

ก. คำถามที่ใช้บ่อย

คำถามที่ใช้ควรเป็นคำถามปลายเปิดซึ่งเริ่มต้นด้วย อย่างไร เมื่อไร ที่ไหน ใคร อะไร ทำไม

การแก้ปัญหา:	ใช้กลยุทธ์อย่างไรเพื่อให้ได้รับแบบสอบถามกลับมามากๆ ทีมตอบสนองต่อข้อเสนอแนะในแบบสอบถามอย่างไร
การประเมินตนเอง:	ถ้าเลือกได้ อยากจะเปลี่ยนแปลงอะไรในโครงการนี้มากที่สุด
การตรวจสอบ:	มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่พบในการเยี่ยมสำรวจครั้งที่แล้วอย่างไรบ้าง

ข. ลักษณะคำถาม/วิธีการอื่นๆ

คำถาม/วิธีการอื่นๆที่เป็นไปได้ ได้แก่

ลักษณะ	ตัวอย่าง	ใช้ในกรณี
คำถามตรง	"แต่คุณก็มักจะ.....ใช้ใหม่"	ต้องการคำตอบที่ชัดเจนแน่นอน ค้นหาข้อเท็จจริง ดึงการสนทนากลับมาสู่ประเด็น
คำถามเชิงทฤษฎี	"คุณจะทำอย่างไรถ้า....."	ต้องการดูทิศทางของการตอบสนอง
ทำความเข้าใจ, เจาะลึก	"ผมยังไม่ค่อยเข้าใจ กรุณาอธิบาย ตรงนี้เพิ่มเติม....."	ป้องกันการเข้าใจผิด ต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม
ความเงียบ		ให้เวลาผู้ตอบ กอดันให้มีการตอบสนอง
สนทนาเชื่อมโยง	(สรุปประเด็นที่ผ่านมา นำไปสู่ ประเด็นใหม่)	สร้างความมั่นใจให้ผู้ตอบ ขจัดความเงียบที่ไม่จำเป็น เชื่อมโยงกับคำถามต่อไป

ค. การถามที่ควรหลีกเลี่ยง

ลักษณะ	ผลเสีย
มีคำตอบในตัว	ผู้ตอบรู้ว่าผู้ถามต้องการคำตอบอะไร, เกิดความกดดันโดยไม่จำเป็น
หลอกล่อ	ทำลายความเชื่อมั่น
ไม่ชัดเจน	สร้างความสับสน
คำถามซ้อนคำถาม	สร้างความสับสน, มักจะขึ้นไปในประเด็นที่แคบ
ไม่เข้าประเด็น	เสียเวลา ทำให้ความคิดแตกกระจาย
ถามผิดคน	เสียเวลา เกิดความเครียด/สับสน
ถามความเห็น	เกิดความรู้สึกเชิงลบ ผู้ถูกสัมภาษณ์ปกป้องตนเอง เสียบรรยากาศในการสนทนา

ตัวอย่างการปรับเปลี่ยนจากการถามความเห็นมาเป็นการถามข้อเท็จจริง

ความเห็น	ข้อเท็จจริง
โปรแกรมนี้มีดีอะไรบ้าง	โปรแกรมนี้ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนอย่างไร
ผู้บริหารมีความบกพร่องอะไรบ้าง	ผู้บริหารสนับสนุนโปรแกรมนี้อย่างไร

ง. ยุทธวิธีในการถาม

ยุทธวิธี	ประโยชน์
สร้างความคิดรวบยอด	วางแผนคำถามเป็นลำดับ, แบ่งแต่ละเรื่องออกเป็นประเด็นย่อย และสำรวจประเด็นย่อยให้รอบด้าน, ไม่ออกนอกประเด็น, สรุปก่อนที่จะเปลี่ยนประเด็น
เปลี่ยนแบบแผน	ผู้เยี่ยมสำรวจไม่เกิดความเบื่อหน่าย, ผู้ตอบคาดเดาไม่ได้
เทคนิคกว้างไปแคบ (Funnel Technique)	ได้คำตอบในภาพกว้างทั้งหมด ทำให้เจาะประเด็นในรายละเอียดเรื่องที่สำคัญต่อไปได้ง่ายขึ้น
เทคนิคแคบไปกว้าง (Inverted Funnel Technique)	เริ่มต้นด้วยรายละเอียดในบางเรื่อง และใช้เพื่อเปิดประเด็นที่กว้างขึ้น ทำให้ได้รับข้อสรุปทั่วไป สามารถตรวจสอบรายละเอียดกับแหล่งข้อมูลอื่นได้
สรุปเป็นระยะ	ช่วยให้ผู้เยี่ยมสำรวจทำความเข้าใจของตนเองให้ชัดเจน, สร้างความมั่นใจให้ผู้ตอบ, แก้ไขสิ่งที่ไม่ถูกต้อง, เชื่อมโยงกับประเด็นต่อไป
ใช้เวลาเงียบ	รวบรวมความคิด, เขียนบันทึก, พังผู้ร่วมทีม, เตรียมถามประเด็นต่อไป

๔.๔ คำถามพื้นฐานในการกระตุ้น/ประเมินกระบวนการในโรงพยาบาล

คำถามหลักจะมีอยู่ ๕ กลุ่มเท่านั้น แต่ในแต่ละกลุ่มจะสามารถถามซอกแซกได้อีกมากมาย คำถามนี้จะใช้ถามตัวเองเป็นการเตรียมตัวล่วงหน้าก่อนก็ได้

๑. หน่วยงานนี้มีหน้าที่อะไร ใครคือกลุ่มผู้ป่วยที่ให้การดูแล ผู้ป่วยที่ให้การดูแลมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร มีการจัดโปรแกรมพิเศษอะไรสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้

๒. ผู้ป่วยที่หน่วยงานนี้ให้การดูแลมีความต้องการและคาดหวังอะไร มีกลไกอะไรที่จะรับทราบความต้องการและความคาดหวังเหล่านี้ อะไรคือประเด็นสำคัญของคุณภาพของผู้ป่วยเหล่านี้ มีการตอบสนองต่อความต้องการเหล่านั้นอย่างไร

๓. โปรดอธิบายกระบวนการ/กรรมวิธีทำงานสำหรับ..... (แล้วแต่ผู้เยี่ยมสำรวจจะถาม) เช่น เมื่อเกิดการติดเชื้อรุนแรงขึ้นจะอย่างไร เมื่อเจ้าหน้าที่ถูกเข็มตำจะอย่างไร ที่สำคัญคือพยายามที่จะประเมินว่าผู้ปฏิบัติเข้าใจเป้าหมายของสิ่งที่ปฏิบัติหรือไม่ และสิ่งที่ทำอยู่นั้นตอบสนองเป้าหมายหรือไม่

๔. หน่วยงานทำได้ดีเพียงใด ใช้อะไรเป็นเครื่องชี้วัด เครื่องชี้วัดนั้นสะท้อนคุณภาพงานหรือไม่ วัดอย่างไร เชื่อถือได้หรือไม่ เอาจลจากการวัดไปทำอะไรต่อ

๕. จะทำให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้อย่างไร มีแผนการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในเรื่องอะไรบ้าง มีโครงการใหม่ๆ อะไรบ้าง ในปีสองปีข้างหน้า เห็นว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพที่โรงพยาบาลดำเนินการอยู่กำลังไปในทิศทางไหน ฯลฯ

๔.๕ การเริ่มต้นประเด็น

ควรเริ่มต้นด้วยรูปธรรมที่สัมผัสได้ และนำไปสู่ประเด็นที่ต้องการทราบ ดังตัวอย่าง

คำถามเริ่มต้น	กระบวนการที่ต้องการประเมิน
ห้องยาเคยรับยาที่ผู้ป่วยนำมาเปลี่ยนหรือไม่	การจัดการกับยาที่มีโอกาสเสื่อมสภาพ
ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ต้องให้การดมยาสลบ และมีประวัติ	การรักษาระหว่างแพทย์ด้วยกัน

โรคหัวใจ	
ห้องชั้นสูตจะต้องทำการตรวจซ้ำบ่อยแค่ไหน	ระบบตรวจสอบคุณภาพภายใน
ใครรับผิดชอบเรื่องยาในหอผู้ป่วยนี้	การตรวจสอบยาในหอผู้ป่วยโดยเภสัชกร
แพทย์อ่านบันทึกของพยาบาลบ่อยไหม	คุณค่าของสิ่งที่บันทึก

๔.๖ แนวทางการตั้งคำถามต่อเนื่อง

ขั้นตอน	ตัวอย่าง
1. ศึกษาเป้าหมายของมาตรฐาน (เน้นสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับ)	การพัฒนากำลังคนมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วย
2. วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยๆ	การอบรมต่างๆมักเป็นการตั้งรับ ส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมตามที่มีผู้จัดขึ้น โดยปราศจากการวิเคราะห์ความต้องการของหน่วยงาน
3. หา tracer (กรณีตัวอย่างที่จะนำไปสู่การวิเคราะห์ประเด็นที่ต้องการซักถาม)	ในปีที่ผ่านมามีการทำ case conference ในเรื่องอะไร การเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อยมีอะไรบ้าง
4. ถามว่ามีกระบวนการปฏิบัติในเรื่องนั้นเป็นอย่างไร	มีการนำข้อมูลปัญหาการดูแลที่ยังเป็นจุดอ่อนมาเป็นตัวกำหนดการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่อย่างไร
5. ขอดูหลักฐาน	มีรายงานการประชุมบันทึกไว้หรือไม่ มีแผนการอบรมหรือไม่
6. สิ่งที่ทำนั้นดีเพียงใด	มีการประเมินผลการอบรมหรือไม่ ขอดูผลการประเมิน
7. เอกสารคู่มือ	มีคู่มือเกี่ยวกับเรื่องนี้เขียนไว้อย่างไร ขอดูเอกสารคู่มือ
8. สรุปเพื่อปิดประเด็น	

๔.๗ การตั้งคำถามที่เน้นเป้าหมาย

ก. ตัวอย่างการปรับจากคำถามเชิงกระบวนการไปสู่คำถามเชิงผลลัพธ์

ถาม ๑: “องค์กรแพทย์ใช้กลยุทธ์ในการสื่อสารอย่างไร ใช้กลยุทธ์ในการชักจูงให้แพทย์เข้าร่วมอย่างไร”

ผล: ทีมงานพยายามอธิบายว่ามีการทำอะไรบ้าง ซึ่งได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เช่น มีการจัดองค์กรแพทย์สัญจรลงไปที่แต่ละกลุ่มงาน ใช้กรณีศึกษาทำให้เห็นความจำเป็นที่ต้องมาช่วยกันทำงานได้รับทราบปัญหาจากแพทย์รุ่นน้องซึ่งหัวหน้ากลุ่มงานหรือผู้แทนอาจจะไม่ทราบ

ลักษณะของการทำงานยังเป็นการ convince มาร่วมมือ ผลของการสนทนาจะไม่ก่อให้เกิดแรงผลักดันให้อยากทำอะไรเพิ่มขึ้น

คำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา ควรเริ่มด้วยผลลัพธ์ที่ต้องการ แล้วค่อยย้อนกลับมาหากระบวนการ “องค์กรแพทย์ในสายตาของแพทย์เป็นอย่างไร ทีมคิดว่าองค์กรแพทย์คือใคร คือคณะกรรมการที่ประกอบด้วยตัวแทนของแพทย์ หรือคือแพทย์ทั้งหมดของโรงพยาบาล” คาดหวังว่าจะได้รับคำตอบว่าเป็นแพทย์ทั้งหมดของโรงพยาบาล แล้วจึงถามต่อไปว่า “ถ้าอย่างนั้นวิธีการอย่างไรที่จะทำให้แพทย์เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นเจ้าของหรือเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรแพทย์” ทำให้ผู้ตอบต้องคิดถึงวิธีการที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไกลกว่าการชักจูงแพทย์เข้าร่วมในลักษณะ passive อย่างที่เคยทำมา หรือประจักษ์ว่านี่คือโอกาสพัฒนาในลำดับต่อไป

ถาม ๒: “องค์กรแพทย์กำหนดแนวทางการทบทวนภายในวิชาชีพและระหว่างวิชาชีพอย่างไร”

ผล: คำตอบคือการบอกเล่าในสิ่งที่ทำมา และมีลักษณะของการ defense ในสิ่งที่ทำอยู่ เช่น

- แต่ละกลุ่มงานมีการทบทวนของตัวเอง และมี interdepartmental conference
- ไม่มีการชี้ตำหนิชัดเจน
- กิจกรรม merge เข้าไปหมด ไม่สามารถแยกออกมาเป็นบทบาทขององค์กรแพทย์ได้

คำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา เริ่มด้วยการคุยที่เป้าหมายก่อน

“ถ้าเอาปัญหาเฉพาะหน้าของโรงพยาบาลเป็นตัวตั้ง โรงพยาบาลควรจะมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบใดบ้าง”

“จากกรณีที่มีเด็กเสียชีวิตและมีการฟ้องร้องโรงพยาบาล เหตุการณ์อย่างนั้นมีโอกาสเกิดขึ้นกับที่นี่หรือไม่ องค์กรแพทย์คิดว่าจะต้องทำอะไร (ก) หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น (ข) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าว”

สองคำถามข้างต้นเป็นคำถามเพื่อกระตุ้นให้ตระหนักในสำคัญของการทบทวนการดูแลผู้ป่วย “ปริมาณและความถี่ของการทบทวนที่ทำอยู่ เพียงพอหรือไม่ที่จะป้องกันความเสียหายที่น่าจะหลีกเลี่ยงได้ ตรงไหนที่ควรที่จะเพิ่มให้มากขึ้น”

คำถามนี้เพื่อกระตุ้นให้วางแผนกิจกรรมให้สอดคล้องกับเป้าหมายหรือความจำเป็น “ผู้ป่วยกรณีใดบ้างที่จะต้องนำมาสู่การทบทวนระหว่างวิชาชีพหรือระหว่างแผนก ใครเป็นผู้ตัดสินใจ ผลการทบทวนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง”

คำตอบที่ได้จากคำถามนี้จะเป็นการยืนยันว่าได้มีการทบทวนระหว่างวิชาชีพหรือระหว่างแผนกเกิดขึ้นจริงหรือไม่

โดยสรุป การถามเพียงว่า “คุณทำอย่างไร” นั้นไม่เพียงพอที่จะประเมินให้ครบวงจร PDCA ต้องถามให้ครบว่า “คุณทำครอบคลุมหรือยัง” “ผลลัพธ์เป็นอย่างไร” “คุณจะทำอะไรต่อไป”

ข. ตัวอย่างคำถามเพื่อปรับเปลี่ยนความเข้าใจและเจตคติ

ผู้เยี่ยมสำรวจที่ปรึกษาถามเกี่ยวกับบทบาทขององค์กรแพทย์ในการดูแลมาตรฐานวิชาชีพ คำตอบที่ได้รับดูเหมือนจะเป็นการ discredit บทบาทหรือความจำเป็นที่ต้องมีองค์กรแพทย์ เช่น

- กิจกรรมการเรียนการสอนที่ดีขึ้น นำไปสู่การควบคุม practice เหมือนโรงเรียนแพทย์
- แต่ละกลุ่มงานสามารถบริหารจัดการในกลุ่มงานของตนเอง
- มาตรฐานองค์กรแพทย์ไม่เหมาะสมกับประเทศไทย เราทำของเราอยู่แล้ว แต่อาจไม่เป็นรูปแบบ เมื่อมีปัญหาหัวหน้ากลุ่มงานก็จะเข้าไปพูดคุยกับผู้เกี่ยวข้อง และเจรจากับทุกฝ่ายเพื่อคลี่คลายปัญหา

สถานการณ์อย่างนี้เป็นสถานการณ์ที่ผู้เยี่ยมสำรวจที่ปรึกษาจะต้องใช้เป็นโอกาสในการปรับเปลี่ยนความเข้าใจและเจตคติของผู้ถูกสัมภาษณ์โดยทันที

ตัวอย่างคำถามเพื่อปรับเปลี่ยนเจตคติ

“อะไรคือ advantage ของการมีองค์กรแพทย์”

“มีการจำแนกบทบาทขององค์กรแพทย์กับบทบาทของกลุ่มงานอย่างไร”

“มีอะไรที่กลุ่มงานไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องอาศัยองค์กรแพทย์เข้ามาเสริม”

สองคำถามหลังนี้เท่ากับผู้เยี่ยมสำรวจที่ปรึกษาแสดงการยอมรับบทบาทของกลุ่มงานที่ผู้ตอบพยายามเน้น แต่ขณะเดียวกันก็ยังคงชี้ให้เห็นความจำเป็นของการมีองค์กรแพทย์

“ทีมงานคิดว่าเราควรใช้มาตรฐาน HA ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้อย่างไร ระหว่าง (ก) พยายามปฏิบัติตามข้อความที่เขียนไว้อย่างเคร่งครัดทุกตัวอักษร กับ (ข) ทำความเข้าใจกับเป้าหมายของมาตรฐาน และหาวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมายนั้น”

คาดหวังว่าคำตอบน่าจะเป็นข้อ (ข) และเมื่อผู้เยี่ยมสำรวจที่ปรึกษาให้การรับรองคำตอบนั้น ก็จะทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องว่าควรใช้มาตรฐานอย่างไร และลดเจตคติที่เป็นลบกับมาตรฐาน

ค. ตัวอย่างคำถามเพื่อประเมินการประยุกต์แนวคิด

บ่อยครั้งที่คำถามของผู้เยี่ยมสำรวจที่ปรึกษาสร้างความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนแก่ผู้ถูกเยี่ยมสำรวจ และนำไปสู่การปฏิบัติที่ห่างไกลจากความมุ่งหมายเริ่มต้น

ตัวอย่างที่พบคือการที่ผู้เยี่ยมสำรวจที่ปรึกษาถามว่า “แน่ใจอย่างไรว่า CPG ที่จัดทำไว้ได้มีการนำไปปฏิบัติ มีการประเมินผลอย่างไร” สิ่งที่เกิดขึ้นในใจของผู้เยี่ยมสำรวจที่ปรึกษาก็คือ การประเมินเป็นเรื่องยุ่งยาก ต้องใช้เวลาและพลังงานมาก ยิ่งการประเมินกับบรรดาอาจารย์แพทย์ทั้งหลายซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นแล้ว อาจจะพบว่าไม่ได้ปฏิบัติตาม CPG ที่กำหนดไว้ ดังนั้นจึงตัดสินใจว่าจะไม่ทำ CPG จำนวนมาก ทำแค่ 2-3 เรื่อง แล้วประเมินให้ผู้เยี่ยมสำรวจที่ปรึกษาดูก็พอแล้ว

จะเห็นว่าคำถามดังกล่าวไม่ส่งผลให้เกิดสิ่งที่ต้องการ

มาตรฐานกำหนดว่า

GEN.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานหรือบริการ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

GEN.9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

GEN.9.3.1 มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล

GEN.9.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

หัวใจสำคัญของมาตรฐานนี้อยู่ตรงการนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพหรือเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วย

หัวใจสำคัญไม่ได้อยู่ที่ CPG คำถามที่เน้นการประเมินการใช้ CPG กลับนำไปสู่การปิดกั้นการปฏิบัติตามหัวใจของมาตรฐาน

จะป้องกันปัญหานี้อย่างไร

๑. ผู้เยี่ยมสำรวจที่ปรึกษาควรทำความเข้าใจกับหัวใจสำคัญของมาตรฐานอย่างชัดเจน พิจารณาทางเลือกต่างๆ ที่เป็นไปได้ รวมทั้งข้อจำกัดของการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์ต่างๆ

๒. **ทำความเข้าใจเป้าหมายร่วมกันกับผู้เกี่ยวข้อง** (อย่าทดสอบความเข้าใจ ถ้าผู้เกี่ยวข้องไม่เข้าใจ ต้องอธิบายเป้าหมายให้เข้าใจตรงกัน ผู้เกี่ยวข้อง/ที่ปรึกษาเป็นผู้มาช่วยเหลือโรงพยาบาล ไม่ใช่ผู้มาตรวจสอบอย่างเป็นทางการ) และถามว่าหน่วยงานหรือทีมงานมีวิธีการอย่างไรที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว

๓. **รับฟังข้อมูลโดยไม่มีรูปแบบที่คาดหวังไว้ในใจ** คุณมีความพยายามที่จะทำเพื่อบรรลุเป้าหมายของมาตรฐานหรือไม่ อย่างไร ความพยายามนั้นส่งผลเพียงใด มีแผนอย่างไรต่อไป

โรงพยาบาลอาจจะมีคำตอบมากกว่า CPG เช่น คำตอบอาจจะอยู่ที่ journal club ก็ขอให้ทีมงานสรุปให้ฟังว่ามีการเปลี่ยนแปลงอะไรที่เป็นผลมาจากกิจกรรมดังกล่าว การเปลี่ยนแปลงนั้นยั่งยืนหรือไม่

๔. **การประเมินในเชิงการนำไปใช้และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น** ควรเริ่มด้วยปัญหาและเป้าหมายของเรื่องนั้น แล้วให้ทีมงานอธิบายว่าส่วนของ CPG ที่จะแก้ปัญหาานั้น แล้วค่อยพิจารณา compliance ของ CPG เฉพาะในส่วนที่จะแก้ปัญหานั้น

การ focus จุดสำคัญจะทำให้ผู้เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญของการประเมินมากกว่าที่จะถามทั่วไปว่ามีการประเมินอย่างไร หรือให้ความเห็นในเชิงลบว่า “ถ้าไม่มีการประเมิน CPG ก็ไม่มีประโยชน์”

ผู้เกี่ยวข้อง/ที่ปรึกษาควรสนับสนุนการประเมินที่เรียบง่าย ไม่คาดหวังการประเมินที่สมบูรณ์แบบและซับซ้อน ลำพังเพียงการมานั่งคุยกันในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องและถามว่าแต่ละคนได้ปฏิบัติตามประเด็นสำคัญใน CPG มากน้อยเพียงใด ก็พอจะเห็นภาพการใช้งานที่เกิดขึ้น ควรยอมรับว่าบางครั้งสิ่งที่อยู่ใน CPG นั้นคือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้ว เพียงแต่นำมาจัดทำให้เป็นทางการขึ้น จึงไม่มีประโยชน์อะไรที่จะไปเสียเวลาประเมินกับเรื่องที่ปฏิบัติอยู่แล้ว

ง. ตัวอย่างการปรับคำถามจากรูปแบบที่ยึดติดไปสู่การเปิดกว้าง

ตัวอย่าง ๑

ถาม: “บทบาทของแพทย์โรคติดเชื้อใน รพ.เป็นอย่างไร”

ตอบ: “consultative & informative”

ถาม: “เน้น consultative & informative มากกว่า patient care service หรือไม่”

คำถามนี้เป็นการถามแบบแยกส่วนและกดดันให้ต้องเลือกตอบ ผู้เกี่ยวข้องไม่ควรคิดแบบแยกส่วน แต่ควรทำความเข้าใจบริบทขององค์กรว่าได้วางบทบาทหรือโครงสร้างของระบบงานไว้อย่างไร ถามว่าจะทำอย่างไรกับคำตอบที่ได้ ถ้าตอบยืนยันว่าเน้น consultative & informative มากกว่า ผู้เกี่ยวข้องจะตัดสินใจว่าไม่เหมาะสมอย่างนั้นหรือ ในเมื่อความใหญ่และซับซ้อนขององค์กรทำให้แพทย์โรคติดเชื้อต้องทำหน้าที่เช่นนั้น และอาจจะดีกว่าให้ต้องไปทำบทบาท patient care service

คำถามที่ควรถามคือ “การมีบทบาท consultative & informative จะช่วยให้ patient care มีคุณภาพดีขึ้นอย่างไร” หรือ “ใครเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการให้คำปรึกษาเพื่อให้คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น”

ตัวอย่าง ๒

ถาม: “มีนโยบายเรื่อง ICWN อย่างไร”

ตอบ: “ได้ทำวิจัยโดยทุนของสำนักงานระบาดวิทยาแห่งชาติ พบว่าการทำงานของ ICWN มีปัญหาคือทำงานไม่สม่ำเสมอ มีงานอื่นก็หยุด เปลี่ยนตัวบุคคลไปเรื่อยๆ ไม่เป็นเอกภาพ แล้วแต่คิด คนมาใหม่ก็ต้องมา

ฝึกกันใหม่ จากการให้คำปรึกษาแก่ รพ.ต่างๆ เราคิดว่าเป็นเรื่องล้มเหลว เพราะคนที่ทำไม่ได้คิดว่ามันเป็นงานของตัวเอง แต่เป็นงานของคนอื่นฝากมา สิ่งที่เราทำไม่ได้ไปฝากให้เขาทำ แต่ให้เป็นเรื่องของเขาเอง เช่น NICU เหมือนกับมี ICC ของตัวเอง ต้องเฝ้าระวังควบคุมเอง โดยเราวางแผนการเฝ้าระวังให้ เราทำให้เราตระหนักว่า IC เป็นหน้าที่ของบุคลากรทุกคน เราสนับสนุนด้านวิชาการ เพราะเขาไม่มีเวลาอ่านหนังสือ ไม่เคยวิเคราะห์ข้อมูล”

คำถามลักษณะนี้อาจจะส่งสัญญาณให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าใจว่า ผู้เยี่ยมสำรวจคิดว่าการมี ICWN น่าจะเหมาะสมกว่า ซึ่งผู้เยี่ยมสำรวจควรจะทำตัวให้เป็นกลางในเรื่องวิธีการ เปิดโอกาสให้ รพ.ได้ทดสอบวิธีทำงานตามความเชื่อของตน โดยเน้นเป้าหมายเป็นหลัก เป้าหมายในเรื่องนี้คือ มีการติดเชื้อในระดับที่ต่ำ มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่สำคัญ เจ้าหน้าที่ทุกคนรู้ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร ส่วนการมี ICN หรือ ICWN เป็นรายละเอียดทางวิธีปฏิบัติที่ยังหาข้อสรุปไม่ได้ หากผู้เยี่ยมสำรวจไปส่งเสริมให้เกิดความเชื่อว่าจะต้องทำอย่างใดอย่างหนึ่ง จะทำให้เกิดความชะงักงันในการพัฒนาหาทางออกที่เหมาะสมที่สุด

คำถามที่ควรถามคือ “พยาบาลหรือผู้ป่วยมีบทบาทอย่างไรในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในหอผู้ป่วย”

๔.๘ การถามต่อห้องและครอบคลุมประเด็นสำคัญของมาตรฐาน

การสัมภาษณ์ที่ดีคือการพูดคุยกันด้วยเนื้อหาที่ต่อเนื่องกันเป็นธรรมชาติ อาศัยคำตอบที่ได้รับเป็นตัวกำหนดคำถามลำดับต่อไป โดยตั้งระว่างให้อยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานและไม่ลงลึกในเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากเกินไป

โปรดสังเกตบทสนทนาต่อไปนี้

การสัมภาษณ์ทีมงานพยาบาลในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

- ถาม ขอให้เล่าสรุปธรรมที่ชัดเจนในการดูแลซึ่งเน้นผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง
- ตอบ มีการประเมินความต้องการด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วย, มี ward round, มีการทำแบบสอบถาม IP voice และกลองรับความคิดเห็น
- ถาม ขอตัวอย่างความสำเร็จที่เห็นผลชัดเจนซึ่งเราภาคภูมิใจ
- ตอบ มีผู้ป่วยใช้เลือดออกรายหนึ่ง ซึ่งเราได้ให้การดูแลตั้งแต่เริ่มซื้อจนจำหน่าย ทั้งญาติและผู้ป่วยพอใจมาก มีคำชมเชยมาถึง เราให้การดูแลเป็นทีม โดยเฉพาะการให้ข้อมูลเรื่องของโรค แผนการรักษา รวมไปถึงการป้องกันตัว
- ถาม พอจะบอกได้หรือไม่ ในขั้นตอนซื้อนั้นเราได้ทำอะไร เราได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยคนอื่นเท่าเทียมกัน หรือให้การดูแลในระดับเดียวกันหรือไม่
- ตอบ เราไม่ได้ให้ความเท่าเทียมกันในแต่ละคน แต่เราเลือกความสำคัญที่ความรุนแรงของโรค
- ถาม มีมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนอย่างไร มีตรงไหนที่เราอาจจะหลงไปได้
- ตอบ การดูแลเบื้องต้นจะเท่ากัน แต่ในผู้ป่วยวิกฤตย่อมแตกต่างกัน
- ถาม เรามีการวิเคราะห์ความเสี่ยงในแต่ละขั้นตอนของการทำงานอย่างไร
- ตอบ เราวิเคราะห์ความเสี่ยงและกำหนดมาตรการป้องกันไว้
- ถาม ขอให้ยกตัวอย่างความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
- ตอบ มีปัญหาการเก็บความลับของผู้ป่วย ในช่วงย้ายตึก แม่เปิดดูผล lab ที่สอดคล้องในชาร์ต พบว่าเด็กเป็น HIV+ ทำให้มีเรื่องวุ่นวายขึ้น เราก็ได้ประชุมเพื่อหาทางป้องกันภายในตึกของเราและนำเข้าที่ประชุม PCT เด็ก
- ถาม จาก PCT เด็ก มีช่องทางที่จะนำเสนอให้หน่วยงานหรือทีมอื่นๆ รับทราบเพื่อป้องกันปัญหานี้หรือไม่

- ตอบ รายงานให้ risk manager ของ รพ. โดยใช้ incident report
- ถาม เรามีความรู้สึกอย่างไรต่อระบบรายงาน incident report ความรู้สึกตอนแรกๆ กับตอนนี้ต่างกันหรือไม่ อย่างไร
- ตอบ ช่วงแรกที่เรากลัวว่าเป็นการระบุความผิดหรือจับผิด พอเข้ามาเดินสายทำความเข้าใจจะเป็นการเก็บเป็นความลับด้วย ก็ทำให้ทุกคนรู้สึกอยากมีส่วนร่วมในการรายงานมากขึ้น
- ถาม เรามีมุมมองต่อการทำงานของ PCT อย่างไร คำนึงค่ากับเวลาที่ใช้ในการประชุมหรือไม่
- ตอบ เราประชุมไม่บ่อยนัก เราเชื่อว่าเขาจะช่วยในการทำงานของเรามากกว่า มีการร่วมกันวางแผนการดูแลรักษาจนถึงการวางแผนจำหน่าย มีหลากหลายทักษะและครอบคลุมมากกว่าเราทำเอง
- ถาม ในบรรดาสมาชิกที่เข้าประชุม มีใครวิชาชีพใดที่ค่อนข้างเงียบ หรือ ให้ความสนใจมากมาในทีประชุม
- ตอบ เราไม่ได้เชิญสาขาวิชาชีพอื่นเข้าประชุมทุกครั้ง แต่ถ้าเขามาก็จะมีบทบาทมากในทีประชุม เช่น ในการประชุมเกี่ยวกับโรคเลือด ห้องแล็บจะถูกเชิญมาประชุม และออกความเห็น
- ถาม ปีหนึ่งเขาจะถูกเชิญกี่ครั้ง เขามีโอกาสขอความร่วมมือจากเราบ้างหรือไม่
- ตอบ เชิญบ่อย เพราะมีหลายเรื่อง ที่เกี่ยวข้อง เขาขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการแพ้เลือด
- ถาม เรารู้สึกอย่างไรเวลาที่เขาขอให้เราทำอะไรให้เขาบ้าง รู้สึกเครียดหรือไม่
- ตอบ จะเครียดมากกว่า ถ้าไม่ได้มาประชุม
- ถาม PCT พบก่อนบ่อยแค่ไหน
- ตอบ ทุก 3 เดือน แต่มีการเรียกประชุมเฉพาะกิจอีกประมาณเดือนละครั้ง
- ถาม จะขอตัวอย่างของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม หวังว่าเวชระเบียนจะบอกเหตุผลของการนอน รพ. (ดูซาร์ทผู้ป่วย) มีบันทึกของพยาบาลเขียนว่าผู้ป่วยกินหญ้าเพราะน้อยใจพี่สาว ไปประเมินสมรรถนะผู้ป่วยระบุว่าวัตถุประสงค์ของการนอน รพ.คือ อยากหาย? ดูที่ OPD card มีระบุการวินิจฉัยว่า Insecticide poisoning เราจะรู้ได้อย่างไรว่าผู้ป่วยมีสภาพแรกรับอย่างไรและมีแผนการรักษาอย่างไร
- ตอบ ดูจากใบซักประวัติ (อ่าน) ตรวจร่างกายแรกรับ กินยาฆ่าหญ้าก่อนมา รพ. 2 ชม.สูง สภาพแรกรับ on NG tube & IV จาก รพ.ชุมชน
- ถาม จะอ่านตรงไหนเพื่อทราบผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะวิกฤติหรือสบายๆ มีตรงไหนที่บอกความรุนแรงของผู้ป่วยว่าต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ในใบ progress note มีระบุไว้หรือไม่ว่าเราต่อไปหรือแพทย์ จะต้องใส่ใจในปัญหาที่เริ่มตรวจพบ เช่น พบเจ็บคอ กลืนน้ำลายไม่ได้ ตั้งแต่เปิดมายังไม่พบลายมือแพทย์ในการบันทึก progress note
- ตอบ บันทึก progress note สามารถดูได้ในใบคำสั่งการรักษา แรกรับไม่มีอาการอะไร วันที่สองจึงเริ่มปวดท้อง เรามีปัญหาในการเขียน nursing diagnosis จึงเรียนเป็นอาการ
- ถาม เราได้กำหนดว่าเรื่องการเขียน nursing diagnosis เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการฝึกอบรมในกลุ่มพยาบาล
- ตอบ เราเพิ่งอบรมกันมา ยังเข้าใจไม่ตรงกัน
- ถาม จะทำอย่างไรให้แพทย์ทราบว่าผู้ป่วยมีอาการเพิ่มขึ้น และแพทย์ควรสนใจกับอาการดังกล่าว
- ตอบ เราจะไปเขียนไว้หน้าใบคำสั่งแพทย์
- ถาม (ดูซาร์ทต่อ) เห็นคำสั่งแพทย์เขียนให้ยา steroid และ ฟลูเรอเอริท แต่ไม่ทราบเหตุผลในการสั่งเช่นนั้น
- ข้อปัญหา ไม่เห็นการประเมินด้านจิตใจนอกจากตอนแรกรับที่เขียนว่าน้อยใจพี่สาว ไม่เห็นแผนการรักษาเขียนไว้เพื่อสื่อให้สมาชิกของทีมได้รับทราบ เช่น มีแผนที่จะ detoxify หรือ บำบัดกัน renal failure เพื่อว่าเมื่อจะจำหน่ายผู้ป่วย เราจะสามารถตรวจสอบได้ว่าเราได้ทำตามที่เราวางแผนไว้หรือไม่

- ตอบ ของพยาบาลจะเขียนแผนไว้ใน Kardex และการเปลี่ยนแปลงปัญหาไว้ในบันทึกทางการพยาบาล
- สรุป การบันทึกไว้ใน kardex อาจจะสะดวกสำหรับพยาบาล แต่การบันทึกจะไม่ถาวร ข้อมูลจะถูกลบออก การเขียนไว้ในบันทึกทางการพยาบาลมีปัญหาคือจำนวนกระดาษที่ใช้บันทึกเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เราหาสิ่งที่เขียนไม่พบ
- ตอบ ของ ICU มีการใช้แบบบันทึกปัญหาและแผนการดูแล
- ที่ปรึกษา เราอาจจะไม่ต้องเพิ่มแบบฟอร์มโดยไม่จำเป็น เพียงแต่ขอให้เขียนสรุปปัญหาและแผนลงในที่ว่างๆ ที่มีอยู่ เช่น ท้ายใบประเมินสมรรถนะ
- ถาม ผู้ป่วยรายนี้มีการส่งปรึกษาจิตเวช เรามีข้อตกลงกันหรือไม่ว่า เราจะเขียนได้มากเพียงไร เพื่อเป็นรักษาความลับของผู้ป่วย
- ตอบ ในกรณีส่งปรึกษาจิตเวช เขาก็จะมีแฟ้มลับของเขาเองที่เก็บต่างหาก

๕. การฟัง

ก. ความสำคัญของการฟัง

การฟังเป็นกระบวนการเชิงรุก ผู้ฟังที่ดีจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้พูด

การฟังเชิงรุกมีความสำคัญด้วยเหตุผลสามประการ ประการแรกเปิดโอกาสให้ท่านปรับแผนการสัมมนาในเวลาที่เหลือ เช่น ถ้าท่านรับรู้ว่ามีพลังใจที่จะพูดคุยกันเกี่ยวกับแง่มุมใดแง่มุมหนึ่งของหน่วยงาน อาจจะมีปัญหาบางอย่างที่ท่านต้องสำรวจ ประการที่สอง ความรู้สึกของท่านมีความสำคัญมาก ความรู้ต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากผู้ถูกสัมภาษณ์นำเสนอ ความรู้สึกเกี่ยวกับหน่วยงาน และอื่นๆ ความรู้สึกเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากการรับฟังถ้อยคำอย่างเดียว แต่เกิดจากการรับฟังว่าผู้พูดต้องการสื่ออะไร ประการที่สาม ท่านจะต้องไม่ปล่อยให้ข้อมูลสำคัญหลุดหายไป

ข. ประโยชน์ของการฟัง

ขอให้พิจารณาการฟังที่ได้ประโยชน์จากเรื่องของโมไม่ต่อไปนี้

โมไม่เป็เด็กหญิงพเนจรซึ่งไม่รู้หวั่นอนปลายเท้า เธอพลัดหลงมาอยู่ที่โรงละครโบราณร้างแห่งหนึ่ง สร้างความแปลกประหลาดให้กับผู้คนแถวนั้น โมไม่เป็เด็กผอมแห้งตัวเล็ก ผมหยิกหยอยยุ่งเหยิงเหมือนไม่เคยได้สัมผัสหวีหรือกรรไกร กระโปรงกรอมตาตุ่มนั้นทำจากเศษผ้าที่เก็บเอามาเย็บปะกัน เสื้อเก่าๆ ที่ใส่เป็นเสื้อผู้ชายตัวใหญ่ที่ต้องพับแขนขึ้นไว้ เธอไม่ยอมตัดปลายแขนเสื้อเพราะเพื่อเอาไว้ใช้ตอนโต เธอไม่ได้เรียนหนังสือ และไม่ยอมไปอยู่สถานสงเคราะห์ ผู้คนแถบนั่นล้วนเป็นคนจนแต่เอื้อเฟื้อแก่โมไม่เป็นอย่างดี ให้ข้าวปลาอาหารแก่เธอ มีเพื่อนดีๆ มากคุยกับเธอ ไม่นานนางสาวบ้านที่นั่นก็พูดว่าโชคดียี่มีโมไม่เข้ามาอยู่ในหมู่บ้าน อยากให้เธออยู่ไปนานๆ และต่างก็แปลกใจว่าเมื่อก่อนนี้ตอนที่โมไม่ยังไม่มานั้น พวกเขาอยู่กันได้อย่างไร ยิ่งเธออยู่นานเท่าไร ก็ยังไม่อยากให้จากไป และเกิดความกลัวในใจว่าเธออาจต้องจากไปสักวัน ด้วยเหตุนี้จึงมีคนมาเยี่ยมเยียนโมไม่อยู่เสมอ 'ไม่มีใครก็ใครจะต้องมานั่งอยู่กับเธอและพูดคุยกับเธอด้วยความเอาใจใส่ ใครอยากพบโมไม่แต่มาเองไม่ไหว ก็ให้คนมารับเธอไป ส่วนคนที่ยังไม่เคยคิดจะผ่านมาก็จะได้รับคำแนะนำจากคนอื่นๆ ว่า "ไปหาโมไม่สิ" คำพูดประโยคนี้เริ่มติดปากผู้คนในละแวกนั้น ที่เคยพูดจากได้ถามสารทุกข์สุกดิบหรือเคยให้ศีลให้พรอย่างเมื่อก่อน ก็กลายเป็นการพูดกันในทุกโอกาสว่า "ไปหาโมไม่สิ" ที่เป็นเช่นนั้นไม่ใช่เพราะโมไม่จะปรารถนาเรื่องการให้คำแนะนำ หรือมีความเข้าใจในการพูดจาปลอบโยน หรือเชี่ยวชาญในการตัดสินใจดีแค่ไหน ฯลฯ ความสามารถพิเศษของโมไม่คือการฟังเป็น ท่านอาจจะคิดว่าไม่ใช่สิ่งพิสดารอะไรเลย ใครๆ ก็ฟังเป็นทั้งนั้น นั่นเป็นการเข้าใจผิด มีคนจำนวนน้อยที่ฟังเป็นจริงๆ ความสามารถของโมไม่จึงกลายเป็นสิ่งพิเศษ พอได้พูดต่อหน้าโมไม่ คนใกล้กลับมีความคิดดีๆ ขึ้นมาได้ เธอเพียงแต่นั่งฟังผู้้นั้นพูดด้วยความตั้งใจและอย่างเอาใจใส่ ขณะที่เธอมองเขาด้วยนิยน์ตาต่ำขลับ คนพูดก็จับความคิดขึ้นมาได้ ซึ่งเขาก็ไม่เคยรู้ว่ามีมืออยู่ในหัวสมองของเขา เมื่อเธอฟังคนที่ดูเหมือนหมดปัญญาหรือว่าล้งเลใจ เขาก็คิดขึ้นได้ว่าควรทำอะไร แล้วตัดสินใจได้ในทันที แม้แต่คนชั่วร้ายก็กลายเป็นคนกล้า คนไหนเป็นทุกข์กลับรู้สึกสุขใจถ้าได้พูดให้เธอฟัง บางคนน้อยเนื้อ

ถ้าใจว่าตัวไม่มีความหมาย ใครๆ ก็ไม่ให้ความสำคัญ ขณะที่เล่าให้โมโม่ฟังก็เกิดมีกำลังใจและรู้สึกขึ้นมาได้ว่า เขาเข้าใจผิด เพราะถ้าคิดให้ดี เขาก็มีเอกลักษณ์ มีความสำคัญอันแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

การฟังเปรียบเสมือนงานจำนวนมากซึ่งซ้อนกันและวางอยู่บนแท่นสปริง งานแต่ละใบเปรียบเหมือนความคิดแต่ละอัน เมื่อนำเสนอความคิดออกมาก็เหมือนกับงานใบบนถูกหยิบออก ทำให้งานใบต่อไปขึ้นมาอยู่บนสุด ความคิดที่สามารถใช้การได้จะปรากฏออกมาอย่างต่อเนื่อง ขอเพียงมีใครสักคนยินดีรับฟังความคิดของเรา และอย่าด่วนสรุป

ค. แง่มุมของการรับฟัง

การรับฟังมีแง่มุมสำคัญสามประการคือ

- ความเต็มใจ ท่านจะต้องสนใจในข้อมูลของผู้พูดและยินดีรับฟัง
- ความสามารถในการรับฟัง ได้แก่การจัดระบบข้อมูลเข้าไว้ในความทรงจำ ซึ่งสามารถปรับปรุงได้ด้วยการฝึกฝนในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ
- การเลือกจำข้อมูลที่สำคัญ

ง. การแก้ปัญหาการรับฟัง

การปรับปรุงทักษะการฟังทำได้โดย

- ใส่ใจผู้พูดด้วยภาษากาย (การผ่อนคลายและตื่นตัว, เอนตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย, มองที่ระดับสายตา, ท่าที่เปิดรับ, ยืนในระยะที่เหมาะสม) และสัมผัสทางตา (ด้วยท่าที่นุ่มนวลและไม่นานเกิน 5 วินาที)
- จัดวงรอบของการสื่อสารให้สมบูรณ์ ได้แก่ การเริ่มต้น การตอบสนอง และการสรุป
- เต็มใจที่จะฟังความเห็นจากมุมมองอื่น, สงบเงียบแม้เมื่อถูกโจมตี ไม่ได้แย้ง, ยอมรับในตัวบุคคลที่พูด (แม้จะไม่ยอมรับการกระทำ)
- ทวนคำพูด สรุป ปรับคำพูด การปรับคำพูดสองสามประโยคท้ายของผู้ตอบ เป็นการแสดงว่าผู้สัมภาษณ์ยังให้ความสนใจอยู่ และตอกย้ำความเข้าใจของผู้สัมภาษณ์
- อย่าด่วนตัดสินพิพากษาก่อนที่จะรับรู้เรื่องราวทั้งหมด
- เริ่มสังเกตว่าช่วงไหนที่ไม่ได้ฟัง (จะรู้ตัวเมื่อกลับมาฟังใหม่)
- รับรู้อคติและเจตคติของตนเอง
- เรียนรู้ที่จะใช้เวลาในขณะที่รับฟังให้เป็นประโยชน์ด้วยการทบทวนเนื้อหาที่ได้รับฟังและเชื่อมโยงกับประเด็นที่เกี่ยวข้อง

๖. การจดบันทึก

ผู้เยี่ยมสำรวจ/ที่ปรึกษาจำเป็นต้องจดบันทึก ซึ่งจะนำมาใช้จัดทำรายงานส่งให้หน่วยงานและโรงพยาบาล ในตอนเริ่มต้นสัมภาษณ์ ผู้เยี่ยมสำรวจ/ที่ปรึกษาควรอธิบายให้ทีมทราบว่าท่านจำเป็นต้องจดบันทึกไปด้วย

แม้ว่าการจดบันทึกจะมีความจำเป็น แต่ก็อาจจะส่งผลต่อการสื่อสาร **การจดบันทึกมากเกินไป** ทำให้ท่านขาดความสนใจในการสังเกตและการรับฟัง ผู้พูดอาจจะรู้สึกว่าคุณทอดทิ้งเนื่องจากท่านไม่ได้ใส่ใจอย่างเต็มที่ในขณะที่ท่านเขียน ในทางตรงข้าม ถ้าท่านจดบันทึกน้อยเกินไป ผู้ตอบอาจจะรู้สึกว่าท่านให้ความสำคัญกับคำตอบบางอย่างมากกว่าคำตอบอื่นๆ บ่อยครั้งที่ผู้ตอบมักจะคาดหวังว่าท่านจะจดบันทึก และจะรู้สึกสับสนหากท่านไม่ทำ

ท่านสามารถลดปัญหาเหล่านี้ได้ด้วยการอธิบายตั้งแต่เริ่มต้น และจดบันทึกเฉพาะส่วนที่จำเป็นสำหรับการเขียนรายงาน

การใช้เครื่องบันทึกเสียงเป็นสิ่งที่ไม่แนะนำ เนื่องจากการถอดเทปจะต้องใช้เวลานาน แต่ที่สำคัญกว่านั้นก็คือจะทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เกิดความรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะพูด

ผู้เยี่ยมสำรวจ/ที่ปรึกษาเป็นทั้ง specialist และ generalist ในฐานะ specialist ท่านจะต้องมองดูลักษณะเฉพาะของโปรแกรมให้ละเอียดถึงระดับหนึ่ง การเป็น specialist ช่วยให้คุณนำความเชี่ยวชาญของท่านมาวิเคราะห์แง่มุมเฉพาะของโปรแกรม

ในฐานะ generalist ท่านจะจดบันทึกข้อมูลซึ่งอยู่ชายขอบความเชี่ยวชาญของท่าน แต่จะมีผลต่อประเด็นสำคัญในการรับรอง เช่น นโยบายของโปรแกรมทั่วไป ความพึงพอใจของผู้ป่วย การใช้เครื่องมือ ความมุ่งมั่นของเจ้าหน้าที่ ผู้เยี่ยมสำรวจ/ที่ปรึกษาจะต้องมั่นใจว่าจดบันทึกทุกประเด็นแม้ว่าจะสนใจในประเด็นที่ตนเองมีความเชี่ยวชาญอยู่ก็ตาม

บันทึกที่จดควรครอบคลุมเรื่องเฉพาะที่เป็นจุดแข็งของทีม และประเด็นที่ไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งจะนำมาเป็นข้อเสนอแนะในรายงาน

บางครั้งบันทึกที่ท่านจดไว้อาจจะถูกใช้โดยผู้เยี่ยมสำรวจ/ที่ปรึกษาคนอื่น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่**จะต้องเขียนให้อ่านออกได้ง่าย และไม่ใช้คำย่อมากเกินไป** ซึ่งจะช่วยให้ผู้เยี่ยมสำรวจ/ที่ปรึกษาคนอื่นไม่สามารถทำความเข้าใจได้

๗. ทักษะการสังเกต

ในทักษะทั้งหมดที่ต้องการสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ ความสามารถในการสังเกตอย่างรอบคอบมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การเข้าไปเยี่ยมสำรวจหน่วยงานต่างๆ ด้วยเวลาที่จำกัด ไม่สามารถให้ข้อมูลทั้งหมดขององค์กรที่ซับซ้อนเช่นโรงพยาบาลได้ครบถ้วน หน้าที่ของทีมเยี่ยมสำรวจคือการรวบรวมข้อมูลที่ได้รับเข้าด้วยกัน ทั้งจากข้อมูลที่ส่งให้ล่วงหน้า จากเอกสารในหน่วยงาน จากการเดินเยี่ยมหน่วยงาน และจากการสัมภาษณ์ทีมงาน เพื่อให้ได้ภาพที่สมบูรณ์ที่สุดในขณะนั้น เพื่อบรรลุเป้าหมายนี้ ผู้เยี่ยมสำรวจจำเป็นต้องใช้การสังเกตอย่างถี่ถ้วน จะต้องสังเกตสิ่งที่ทำเป็นประจำ เหตุการณ์ผิดปกติ และสภาพแวดล้อมในขณะที่ย่อมสำรวจ ขณะเดียวกันต้องมองให้เห็นไกลกว่าสิ่งที่ปรากฏ

ระหว่างการเดินเยี่ยมสำรวจสถานที่ ผู้เยี่ยมสำรวจควรสังเกตสิ่งต่อไปนี้

- ความสะอาดของอาคารสถานที่
- เครื่องมือที่ใช้ทำงาน
- ช่องทางเดินมีความวุ่นวายหรือสามารถผ่านไปได้อย่าง
- วิธีการทำงานปกติประจำและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ดีหรือไม่
- สัญญาณของการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดี
- สิ่งที่เป็นความเสี่ยงขององค์กร เช่น อุปกรณ์ดับเพลิงอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม
- ความสะอาดและความสะดวกสบายของผู้ป่วย

ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้เยี่ยมสำรวจควรสังเกต

- สมาชิกของทีมมีความสะดวกใจที่จะทำงานร่วมกัน
- สมาชิกของทีมช่วยเหลือกันและกันเมื่อได้รับคำถามที่ยากๆ
- ภาษากายและการมองตาระหว่างผู้ถูกสัมภาษณ์กับผู้สัมภาษณ์ ซึ่งกระตุ้นให้ผู้สัมภาษณ์ถามคำถามเพิ่มเติมในบางเรื่อง

ในระหว่างการทบทวนเอกสาร ผู้เยี่ยมสำรวจควรสังเกต

- การจดบันทึกนั้นสามารถอ่านได้ง่ายหรือไม่
- มีการจดบันทึกเนื้อหาที่เหมาะสมและเป็นที่ต้องการของทีมหรือไม่
- เอกสารสมบูรณ์หรือไม่

ผู้เยี่ยมสำรวจจะใช้การสังเกตเพื่อ

- ยืนยันข้อมูลที่ได้รับจากหน่วยงานและโรงพยาบาล ความรู้สึกที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับหรือไม่ เช่น ถ้าทีมบอกว่ามีการใช้ universal precaution พบว่ามีการปฏิบัติจริงต่อผู้ป่วยในขณะให้บริการหรือไม่
- บันทึกข้อมูลใหม่ๆ ซึ่งได้รับในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ

ตอนที่ 6 ความมุ่งหมายของมาตรฐานและตัวอย่างคำถาม

การเยี่ยมสำรวจที่ดีจะต้องมุ่งเน้นไปที่ความมุ่งหมาย (เจตจำนง) ของมาตรฐาน หรือผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติในมาตรฐานแต่ละบท การทำความเข้าใจในความมุ่งหมายของมาตรฐานจะทำให้ยอมรับความหลากหลายในการปฏิบัติ และทำให้กระบวนการเยี่ยมสำรวจเป็นไปอย่างตรงประเด็นยิ่งขึ้น

บทที่ 1 การนำองค์กร

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- มีการนำที่เข้มแข็ง สามารถชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่องค์กรที่มีวัฒนธรรมคุณภาพ

กระบวนการและโครงสร้างที่สำคัญ

- โครงสร้างการบริหารปกติในระดับองค์กร (GOV.1) และระดับหน่วยงาน (GEN.2)
- โครงสร้างเสริมเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทีมคร่อมสายงานต่างๆ (LED.4.2)
- การขึ้นนำทิศทางนโยบาย การสนับสนุน การติดตาม เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ (GOV.1)
- การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพซึ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (LED.1)
- ผู้นำสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (LED.4)
- การสื่อสาร ประสานงาน แก้ปัญหา ตัดสินใจ ที่มีประสิทธิภาพ (GEN.2.4)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- มีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นบ้างในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา
- การเปลี่ยนแปลงนั้นแสดงให้เห็นวัฒนธรรมคุณภาพที่เน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลางหรือไม่อย่างไร
- ผู้นำมีบทบาทอย่างไรในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น
- ยังมีการเปลี่ยนแปลงและการสนับสนุนอะไรที่ต้องการให้เกิดขึ้นอีก
- ในหน่วยงานของท่าน ท่านมีความรับผิดชอบอะไร ใครคือผู้ที่กำกับดูแลการตัดสินใจของท่าน เจ้าหน้าที่แต่ละคนในหน่วยงานของท่านทราบความรับผิดชอบและผู้ที่กำกับดูแลหรือไม่ รู้ได้อย่างไร
- ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วย และพยาบาลไม่สามารถจัดการได้ จะแก้ไขสถานการณ์นั้นอย่างไร มีระบบอะไรที่จะป้องกันไม่ให้เกิดสถานการณ์ดังกล่าวขึ้นอีกในอนาคต (เป็นการถามเพื่อดูว่าผู้บริหารให้การสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงานอย่างไร)
- มีการทบทวนคำบรรยายลักษณะงานของเจ้าหน้าที่บ่อยเพียงใด มีกระบวนการปรับเปลี่ยนอย่างไร มีการสื่อสารให้เจ้าหน้าที่รับทราบอย่างไร (เป็นสิ่งสำคัญที่เจ้าหน้าที่จะต้องตระหนักในความรับผิดชอบของตนอยู่ตลอดเวลาและตระหนักว่าจะทำหน้าที่นั้นอย่างไร)

ข้อคิด

ถ้าแต่ละคนรู้ความรับผิดชอบของตนและผู้ที่เขาจะต้อง accountable นั้นจะบอกเรื่องราวขององค์กรนั้นอย่างมาก ถ้าเจ้าหน้าที่ไม่รู้สถานะ ไม่รู้ความรับผิดชอบ ไม่รู้ว่าจะรายงานต่อใคร เราจะต้องดูมาตรฐาน GEN.2 ให้มากขึ้น ขอให้ถามใครก็ได้ เมื่อเราพบกับทีมผู้บริหาร ให้ถามหัวหน้าว่าขอให้อธิบายความรับผิดชอบ ท่านรับผิดชอบต่อใคร ท่านสื่อสารอย่างไร **สิ่งที่จะพบในผู้บริหารระดับสูงก็มักจะพบในผู้บริหารระดับล่างลงมาด้วย** ถ้ามีปัญหาการสื่อสารหรือไม่สามารถทำงานร่วมกันในผู้บริหารระดับสูง ก็ไม่สามารถจะทำงานร่วมกันในผู้บริหารระดับล่างได้

เมื่อต้องการจะค้นหาความสามารถของ supervisor อย่าถามว่าท่านมีความสามารถหรือไม่ แต่ให้ถามว่าท่านเตรียมตัวหรือ รพ.เตรียมท่านอย่างไรในการทำหน้าที่นี้ ให้อธิบายว่าเตรียมอย่างไร อธิบายว่ามีการเลือกสรรผู้คนมาอย่างไร มีความเชี่ยวชาญอย่างไร บ่อยครั้งที่เรามีผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างดี แต่ทำงานในสิ่งที่ตนเองไม่ได้รับการฝึกอบรม กระบวนการเลือกสรรเป็นอย่างไร เมื่อเราถามหัวหน้าพยาบาลว่ามีการเลือก supervisor หรือหัวหน้าตึกอย่างไร ต้องได้รับการฝึกอบรมอะไรหรือไม่ มีการให้การฝึกอบรมอะไร

คำถามว่า ถ้าท่านเป็น ผอ.ท่านจะเปลี่ยนแปลงอย่างไร จะทำให้ได้รับรู้ความคืบหน้าของปฏิบัติงาน

job description อาจจะถามว่า supervisor คาดหวังอะไรจากท่าน นอกเหนือจากที่อยู่ใน job description

บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- มีทิศทางนโยบายของโรงพยาบาลที่ชัดเจนซึ่งทุกคนรับรู้/มุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ
- มีความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามทิศทางนโยบายซึ่งสามารถแสดงผลได้

กระบวนการที่สำคัญ

- การจัดทำเป้าหมายร่วมซึ่งแสดงถึงความตระหนักในคุณค่าที่ผู้รับผลงานต้องการ (GOV.2.1, GEN.1.1)
- การจัดทำแผน/กฎระเบียบ/ข้อตกลง/นโยบายเพื่อแปรเป้าหมายร่วมไปสู่การปฏิบัติ (LED.2, GOV.3)
- ความสอดคล้องระหว่างแผนในระดับต่างๆ (LED.2, GEN.1)
- การสื่อสารเพื่อให้เจ้าหน้าที่รับทราบและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน (GOV.2.2)
- การปฏิบัติตามแผน/กฎระเบียบ/ข้อตกลง/นโยบาย ด้วยความเข้าใจ (LED.2.2)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- อะไรคือทิศทางนโยบายหรือเป้าหมายที่สำคัญของโรงพยาบาล
- ขอให้อธิบายวิธีการสื่อสารเป้าหมายของโรงพยาบาลและหน่วยงานไปยังเจ้าหน้าที่ (มีวิธีการสื่อสารได้หลายวิธี ผู้เยี่ยมสำรวจควรมองหาความคิดสร้างสรรค์ของผู้บริหารในการสื่อสารความคิดเหล่านี้ไปยัง

เจ้าหน้าที่ทุกคน โดยทั่วไป ถ้ามีความคิดสร้างสรรค์ในการสื่อสารเรื่องเป้าหมายหรือพันธกิจสูง ก็จะถูกนำไปใช้ในการสื่อสารอื่นๆ ด้วย)

- ท่านกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์สำหรับหน่วยงานของท่านอย่างไร (มีความสำคัญที่หัวหน้าหน่วยงานจะได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง ถ้าผู้บริหารระดับสูงมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและสื่อสารลงไปยังหัวหน้าหน่วยต่างๆ หัวหน้าหน่วยเหล่านั้นก็จะมีเป้าหมายที่ชัดเจนด้วย)
- ขอให้ระบุข้อมูลหรือตัวอย่างที่แสดงให้เห็นความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว (คำตอบต่อคำถามนี้จะชี้ให้เห็นว่ามีระบบประกันคุณภาพที่ใช้การได้ดีเพียงใด)
- อะไรคือความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ
- อะไรที่ความท้าทายที่จะต้องทำให้สำเร็จ
- ขอให้วิเคราะห์ความแตกต่างในการปฏิบัติตามทิศทางนโยบายของหน่วยงานต่างๆ

ข้อคิด

เราควรสนใจว่า รพ.ทำให้ mission ชีวิตอย่างไร สื่อสารให้คนใน รพ.ทราบอย่างไร ผู้คนในองค์กรสนับสนุนพันธกิจอย่างจริงจังเพียงใด ในฐานะ ผู้เยี่ยมสำรวจ ถ้าจะถามว่าอะไรคือพันธกิจ จะไม่ได้ประโยชน์ แต่ต้องดูว่า รพ.ทำให้พันธกิจนั้นบรรลุได้อย่างไร ขอให้แสดงให้ดูว่าทำอย่างไร ถ้า รพ.บอกว่าพันธกิจของเราคือการเตรียมผู้ให้บริการจากไม่มีอะไรไปสู่ความเป็นวิชาชีพ ขอให้แสดงให้ดูว่ามีการฝึกอบรมแก่นักเรียนอย่างไร student focus หรือ teacher focus เราใช้คำถามอะไรบ้าง

ถ้าอยากจะรู้ว่าชุมชนรู้สึกต่อ รพ.อย่างไร เราถามเจ้าหน้าที่ว่าชุมชนรู้สึกต่อ รพ. อย่างไร ถ้าตอบว่าดี ท่านรู้ได้อย่างไร มีประสบการณ์อะไรที่จะยืนยันกับตนเองว่าสถานที่ของท่านได้รับการยอมรับจากชุมชนเป็นอย่างดี อาจจะถามคำถามต่อใครก็ได้ในองค์กร ว่าท่านมีส่วนอย่างไร หรือท่านทำอะไรเพื่อให้องค์กรของท่านประสบความสำเร็จในเป้าหมาย ในฐานะปัจเจกที่มีความมุ่งมั่น เขาจะรู้เป้าหมายขององค์กร แสดงว่าได้มีการสื่อสารเป้าหมายขององค์กรไปให้เจ้าหน้าที่ และเจ้าหน้าที่รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร

อะไรคือความสัมพันธ์ระหว่าง รพ.กับสถาบันอื่นๆ สถาบันอื่นมองว่าพันธกิจของ รพ.เป็นอย่างไร เมื่อเราพูดถึงพันธกิจ ให้คุยกับผู้บริหารระดับสูง และขอให้อธิบายว่านำพันธกิจไปปฏิบัติ ไปประสานกับชุมชนอย่างไร ต้องถามคำถามที่ถูกต้องกับบุคคลที่เหมาะสม ท่านอาจจะสังเกตว่าเมื่อ ผู้เยี่ยมสำรวจ ไปใน รพ. มีการถามคำถามกับบุคคลต่างๆ ผู้ถูกถามอาจจะไม่เข้าใจคำถาม ขอให้ปรับเปลี่ยนคำถาม อย่าถามคำถามเสริมมากกว่า 1 คำถาม ให้เปลี่ยนไปถามคำถามต่อไป เมื่อเข้าไปในหอผู้ป่วย อย่าคุยกับพยาบาลหรือหมอเพียงคนเดียว ให้ถามเพียงคำถามเดียว หรือมีคำถามเสริมเพียง 1 คำถาม เมื่อมีสายตาสงสัย ให้อธิบายว่าทำไมจึงถามคำถามนั้น

ในเรื่องความรู้สึกเป็นเจ้าของข้อความพันธกิจ ควรจะรวมถึงความเป็นเจ้าของหน่วยงานด้วย ไม่เพียงข้อความพันธกิจเท่านั้น

บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- มีหลักประกันว่าจะมีทรัพยากร (คน เงิน ของ) ที่เหมาะสม เพียงพอ และพร้อมใช้งานเพื่อบรรลุพันธกิจที่กำหนดไว้
- การสื่อสารประสานงานระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ ที่ราบรื่น ทั้งในเชิงรุก (การวางแผน) และเชิงรับ (การแก้ปัญหา)

กระบวนการที่สำคัญ

- การวางแผนการลงทุนที่เหมาะสม (LED.2.5)
- การจัดสรรและคุ้มครองทรัพยากรที่เหมาะสม (LED.5.1, LED.5.2)
- การบริหารการเงินที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ (LED.5.3)
- การวางแผนจัดบริการที่เหมาะสมกับปัญหาและความจำเป็นของผู้ป่วยในพื้นที่ (LED.2.3)
- ช่องทางหรือกลไกการสื่อสาร/ประสานงานที่เหมาะสม (GEN.2.4)
- การประสานงานในการวางแผน การจัดการบริการ การพัฒนาคุณภาพ (LED.3, GEN.2.4)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- อะไรคือปัญหาสุขภาพสำคัญในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลมีการวางแผนเพื่อตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าวอย่างไร
- ขอให้ยกตัวอย่างผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมซึ่งเกิดจากการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (อาจจะเป็นการจัดบริการใหม่ๆ, การปรับปรุงวิธีการให้บริการที่มีอยู่เดิม, หรือการแก้ปัญหาสำคัญ ก็ได้) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีบทบาทอย่างไร
- มีผู้ใดเกี่ยวข้องกับการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานในหน่วยงานของท่าน ถ้ามีความขัดแย้งกับหน่วยงานอื่นจะแก้ปัญหายังไง (เป็นสิ่งสำคัญที่เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานหนึ่งจะทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น)
- ขอให้วิเคราะห์ประสิทธิภาพของการลงทุนและการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล ส่วนใดที่คิดว่าทำได้ดี ส่วนใดที่คิดว่าสมควรมีการปรับปรุง

บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- มีกำลังคนเพียงพอ (ทั้งด้านจำนวนคนและความรู้ความสามารถ) ที่จะปฏิบัติงานตามพันธกิจขององค์กร และหน่วยงานได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

กระบวนการที่สำคัญ

- นโยบายและแผนทรัพยากรบุคคลซึ่งสอดคล้องกับพันธกิจ แผนยุทธศาสตร์ โครงสร้างองค์กร และทรัพยากรของโรงพยาบาล (HUM.1)
- การบริหารจัดการที่เหมาะสมเพื่อให้ได้มาและรางวัลซึ่งกำลังคนที่มีคุณภาพ (HUM.2, GEN.3)
- การพัฒนาความรู้ ทักษะให้เหมาะกับหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละคน (HUM.3, GEN.4)
- ระบบแรงจูงใจและระบบงานที่เอื้อต่อการทำงานอย่างมีคุณภาพ (HUM.5)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- โรงพยาบาลมีจุดแข็งและจุดอ่อนในด้านกำลังคนตรงไหนบ้าง (เช่น วิชาชีพหรือบริการที่มีผู้เชี่ยวชาญสูง วิชาชีพหรือบริการซึ่งขาดแคลนกำลังคน)
- ท่านกำหนดจำนวน คุณสมบัติ และประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ที่ต้องการในหน่วยงานของท่านอย่างไร เพื่อให้ทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้ (ผู้รับผิดชอบจะต้องเข้าใจความสำคัญของการดูแลด้วยวิชาชีพพยาบาลที่สอดคล้องกับความรุนแรงของผู้ป่วยในหน่วยงานนั้น)
- ท่านประเมินจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ต้องการโดยสัมพันธ์กับปริมาณงานอย่างไร
- โรงพยาบาลมีวิธีอย่างไรในการจูงใจหรือกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่อยากทำงานอย่างมีคุณภาพ
- สิ่งที่ท่านเน้นในการเขียนรายงานประเมินผลการปฏิบัติงานคืออะไร (มีความสำคัญว่าหัวหน้างานต้องเข้าใจเป้าหมายของการประเมินผลการปฏิบัติงาน)
- ในหน่วยงานมีระบบ buddy อย่างไร เมื่อมีเจ้าหน้าที่ใหม่เข้ามา มีการสอนและนิเทศงานอย่างไร เจ้าหน้าที่รู้สึกสบายใจกับกระบวนการดังกล่าวหรือไม่
- (ถามผู้บริหาร) โรงพยาบาลมีวิธีการในการส่งเสริมการพัฒนาความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่อย่างไร
- (ถามเจ้าหน้าที่) ในรอบปีที่ผ่านมาได้เข้ารับการฝึกอบรมเรื่องอะไรบ้าง เป็นความต้องการของตนเองหรือหน่วยงาน ได้รับการกระตุ้นให้มีการพัฒนาตนเองอย่างไร
- (ถามแพทย์) ต้องการให้พยาบาลที่ทำงานร่วมด้วยได้รับการพัฒนาในเรื่องอะไรเพิ่มเติม ได้มีส่วนในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้เจ้าหน้าที่อื่นอย่างไร
- มีการกำหนดแผนการศึกษาต่อเนื่องอย่างไร ใครเป็นผู้ตัดสินใจกำหนดเนื้อหา (ถามเพื่อดูว่าผู้บริหารใส่ใจกับความจำเป็นในการศึกษาต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่อย่างไร)

ข้อคิด

GEN.3 การบริหารทรัพยากรบุคคล ถ้าถามว่ามีคนพอหรือไม่ มักจะได้รับคำตอบว่าไม่พอ หรือไม่พอแต่จัดการได้ ผมขอถามว่าท่านรู้ได้อย่างไรว่าท่านมีเจ้าหน้าที่มากเกินไปในหน่วย เราต้องค้นหาจากผู้บริหารว่าได้มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมหรือไม่ ถ้ามีคนมากไปหรือน้อยเกินไป ผู้บริหารก็ใช้ทรัพยากรไม่เหมาะสม ระดับที่ถูกต้องขึ้นอยู่กับผู้บริหาร แต่เราต้องค้นหาว่า supervisor รู้หรือไม่ว่ามีคนมากไปหรือน้อยไป มีระบบอะไรที่จะตัดสินว่ามีจำนวนคนเหมาะสม

สิ่งที่สำคัญที่สุดในการบริหารทรัพยากรบุคคลคือการประเมินผล ทำอย่างไร ถ้าทำปีละครั้งเมื่อหัวหน้ากรอแบบฟอร์ม ไม่มีประโยชน์ จะต้องเป็นสิ่งที่ทำอย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการเรียนรู้วันแล้ว

วันเล่า และเมื่อครบปีก็มีสรุป (formalise) สิ่งที่ยากที่สุดของการเป็น supervisor คือการประเมินและการพัฒนาเจ้าหน้าที่ เป็นหน้าที่สำคัญที่สุด และยากที่สุด ดังนั้นเมื่อผู้บริหารเลือก supervisor คนนั้นต้องมี ความสามารถที่จะสื่อสารกับเจ้าหน้าที่

GEN.4 การพัฒนาศักยภาพบุคคล multiplication คือการที่ผู้บริหารสร้างผู้บริหารใหม่เพิ่ม ผู้นำสร้างผู้นำใหม่เพิ่ม supervisor ในหอผู้ป่วยมีหน้าที่พัฒนาการทำงานของตนให้ดีขึ้น และพัฒนาผู้อื่นให้ทำงานดีขึ้น ให้พัฒนาทุกคนทุกระดับในองค์กร ไม่ใช่ทำให้มารอรับคำสั่งว่าจะให้ทำอะไร ไม่มีชีวิตจิตใจ ไม่มี ความคิดสร้างสรรค์ คนทำความสะอาดต้องมีความรู้สึกเป็นเจ้าของพื้นที่ที่รับผิดชอบ แต่ตั้งใจที่จะทำทุกอย่างให้ดีที่สุดเพื่อช่วยพยาบาล แพทย์ให้ทำงานได้ดีที่สุดโดยไม่ต้องบอก จะต้องทำด้วยตนเอง แต่จะต้อง ได้รับการฝึกอบรม

ในฐานะ ผู้เยี่ยมสำรวจ เราไม่ต้องการหาว่า รพ.ทำอะไร แต่ต้องการกระตุ้น รพ.ว่าจะสามารถใช้คนที่ มีอยู่ได้มากขึ้นหากให้การฝึกอบรมที่ดี ไม่มีอะไรจะขัดใจสำหรับผู้ปฏิบัติงานเท่ากับการไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไร หรือไม่รู้ว่าจะทำอะไรอยู่ที่ไหน การประชุมพิเศษของ รพ.เป็นอย่างไร ไม่ใช่เพียงการประชุมเพียง 2-3 วัน แต่มีการ ติดตามอย่างไรว่าได้นำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ ถ้าการประชุมพิเศษนั้นเหมาะสม ท่านก็ต้องทราบ

in service training รพ.ส่วนมากมีการฝึกอบรม และมีครูฝึก ครูฝึกส่วนมากจัดเตรียมหลักสูตร เรา อยากจะรู้ว่ามี การจัดเตรียมอย่างไร อะไรคือ need ของผู้เข้ารับการอบรม หากให้การอบรมในสิ่งที่ไม่ตรงความ ต้องการก็ไม่มีประโยชน์ ความต้องการของผู้รับการอบรมได้รับการสื่อสารไปยังผู้ให้การอบรมอย่างไร มีการประเมิน อย่างไรว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ท่านไม่ต้องบอก รพ.ว่าควรมีการประเมินผล แต่คำถามของท่านจะทำให้ รพ.เห็นว่าการประเมินผลโครงการมีความจำเป็น

บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
- มีความพร้อมในการดำเนินการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆ
- ของเสียจากโรงพยาบาลไม่ก่อให้เกิดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม
- เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยทุกแง่มุม

กระบวนการและโครงสร้างที่สำคัญ

- โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างได้ผล มี ประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวกสบาย และเป็นที่พักพอใจ (ENV.1)
- ระบบการกำจัดของเสียและบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ (ENV.2)
- การจัดเตรียมเครื่องมือ ดำเนินงาน และบำรุงรักษา เพื่อป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย (ENV.3)
- การจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ (ENV.4)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- อัตราการเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์/ข้อขัดข้อง/ความเสี่ยง เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม/สถานที่ เป็นอย่างไร เป็นตัวเลขรายงานที่สมบูรณ์เพียงใด ได้มีความพยายามในการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยอย่างไรบ้าง
- รพ.มีกระบวนการในการสำรวจความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายในจุดต่างๆอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบ ทำบ่อยแค่ไหน เมื่อสำรวจแล้วมีการดำเนินการอย่างไรต่อ (ขอดูหลักฐานการสำรวจและการดำเนินการต่อเนื่อง)
- รพ.มีกระบวนการในการรักษาความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่อย่างไร เช่น การป้องกันการถูกทำร้ายร่างกาย คนเมาสุรามาอาละวาดในหอผู้ป่วย
- มีระบบรายงานอุบัติการณ์เมื่อเกิดเหตุไม่ปกติซึ่งเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยอย่างไร (เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการบันทึก การตรวจสอบ การรายงาน และการป้องกัน)
- กระบวนการในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในหน่วยและระหว่างหน่วยงานเป็นอย่างไร มีมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงอย่างไร
- ท่านคุ้มครองความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร
- มีการซ้อมแผนอัคคีภัยครั้งสุดท้ายเมื่อไร พบปัญหาอะไรจากการฝึกซ้อมครั้งนั้น มีการดำเนินการต่ออย่างไร

ข้อคิด

GEN.6 สถานที่และสิ่งแวดล้อม การบริหารความเสี่ยงมีความสำคัญมาก ถ้ามอง supervisor ของหน่วยงานว่าค้นหาความเสี่ยงอย่างไร มีกระบวนการในการจัดการความเสี่ยงอย่างไร ให้ถามรวมถึงความเสี่ยงทางอาชญากรรม สังคม จิตวิญญาณด้วย จะทำอะไรเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต เอาผู้ป่วยไปที่ไหน ไปเยี่ยมที่เก็บศพ ผู้เยี่ยมสำรวจ ควรไปที่ห้องเก็บศพ รพ.ให้ญาติดูศพผู้ป่วยที่ไหน นี่คือนิยามความเสี่ยงทางอาชญากรรมและจิตวิญญาณ เราให้สิ่งแวดล้อมอย่างไรแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ขอเตือนว่าอาจจะซัดได้

การป้องกันอัคคีภัย **อย่าถามว่ามีแผนหรือไม่ ให้ถามว่าท่านมีส่วนร่วมในการซ้อมแผนอัคคีภัยครั้งสุดท้ายเมื่อไร** ท่านรู้หรือไม่ว่าต้องทำอะไร ท่านจะค้นหาความรู้ได้อย่างไรถ้าไม่รู้ว่าจะทำอะไร **อย่าถาม** **พยาบาลที่ดีกว่าทำแผนป้องกันอัคคีภัยอย่างไร ให้ถามผู้บริหารว่ามีการจัดทำแผนอย่างไร** หน่วยงานภายนอกมีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ เมื่อไฟไหม้ในโรงพยาบาล ตำรวจมีส่วนสำคัญ คนเหล่านั้นมีส่วนในการทำแผนหรือไม่ ถ้าพบว่าสิ่งกีดขวางให้บอก supervisor ไม่ต้องบอกผู้บริหาร

เมื่อท่านไปที่ รพ. พยายามเดินจากหอผู้ป่วยหนึ่งไปยังอีกหอผู้ป่วยหนึ่งทางบันได ท่านจะเห็นว่าผู้ป่วยจะได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างไร

บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- โรงพยาบาลมีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เพียงพอเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ

กระบวนการที่สำคัญ

- ระบบการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือที่เหมาะสม (GEN.7.1)
- การกำหนดระดับของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นและตรวจสอบระดับความเพียงพอ (GEN.7.2)
- ผู้ใช้เครื่องมือมีความรู้ในการใช้งานและบำรุงรักษา (GEN.7.3)
- ระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น (Gen.7.4)
- ระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ (GEN.7.5)
- การตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือให้พร้อมใช้งาน และการสอบเทียบความเที่ยงตรงสำหรับเครื่องมือที่จำเป็น (GEN.7.6)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- กระบวนการในการสั่งซื้อเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เป็นอย่างไร มีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกอย่างไร
- ถ้าเครื่องมือหรือวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์ หรือตามแผนการพยาบาล จะทำอย่างไร
- มีการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่รู้จักใช้เครื่องมืออย่างไร
- ท่านจะมั่นใจได้อย่างไรว่าเครื่อง suction และ defibrillator จะใช้ได้เมื่อท่านต้องการใช้รักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน มีระบบการบำรุงรักษาอย่างไร หากเครื่องมือเสียหายใช้การไม่ได้จะทำอย่างไร
- ท่านทราบได้อย่างไรว่าเครื่องมือแต่ละชิ้นใช้การได้หรือไม่ มีระบบอะไรที่จะเป็นหลักประกันว่าเครื่องมือพร้อมที่จะใช้การได้ตลอดเวลา
- มีระบบในการตรวจสอบและเปลี่ยนชิ้นส่วนอะไหล่ของเครื่องมือตามกำหนดเวลา ก่อนที่จะมีการชำรุดเสียหายอย่างไร
- ใครเป็นผู้รับผิดชอบในการบำรุงรักษาเครื่องมือ หน่วยงานได้รับรายงานจากหน่วยงานหรือบริษัทที่รับผิดชอบหรือไม่

ข้อคิด

GEN.7 เครื่องมือพร้อมที่จะใช้งานหรือไม่ เจ้าหน้าที่รู้วิธีใช้งานหรือไม่ ได้รับการฝึกอบรมหรือไม่ มีการบำรุงรักษาเชิงป้องกันเพื่อให้พร้อมที่จะใช้หรือไม่

บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- มีการนำระบบสารสนเทศไปใช้ในการบริหารจัดการ การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

กระบวนการที่สำคัญ

- การวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศที่เหมาะสม และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ รวมทั้งการกำหนดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติที่จำเป็น (IM.1)
- การเชื่อมโยง สังเคราะห์ ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพ (IM.2.1, IM.2.2)
- มีการกระจายข้อมูลและสารสนเทศที่เหมาะสมแก่ผู้ใช้อย่างถูกต้อง ทันเวลา โดยมีรูปแบบและวิธีการที่เป็นมาตรฐานและง่ายต่อการใช้ (IM.2.3)
- บริการเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพ (IM.3)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- ใครคือผู้รับผลงานของระบบสารสนเทศ ผู้รับผลงานเหล่านั้นมีความต้องการอะไร ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ในระดับต่างๆ ได้เพียงใด
- ขอให้ยกตัวอย่างการใช้ข้อมูลข่าวสารจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพ มีข้อมูลข่าวสารประเภทใดที่ควรพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ
- ขอให้ยกตัวอย่างการเชื่อมโยงข้อมูลที่มีลักษณะแตกต่างกัน และการใช้ประโยชน์จากการเชื่อมโยงดังกล่าว
- ขอให้ยกตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับหน่วยงานโดยผู้ปฏิบัติงาน และการเชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล
- โรงพยาบาลมีแนวทางในการรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลอย่างไร

บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ระบบงานที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการที่โรงพยาบาลนำแนวคิด CQI/customer focus มาสู่การปฏิบัติในทุก ระดับ และทุกหน่วยงาน

กระบวนการที่สำคัญ

- การทำงานเป็นทีมเพื่อการพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ (GEN.9.1)
- การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (GEN.9.2.1)
- การมีแนวทางปฏิบัติงานที่จำเป็น และมีการนำไปใช้ (GEN.5)
- การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ (GEN.9.2.2)
- การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง บนพื้นฐานของข้อมูลและความคิดสร้างสรรค์ (GEN.9.2.3-GEN.9.2.6)
- มีการบริหารความเสี่ยงในทุกส่วนขององค์กรและมีการเชื่อมโยงกันเป็นระบบ

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา (ในระดับหน่วยงาน)

- ขอให้ยกตัวอย่างความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน ซึ่งให้เห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และรวมถึงความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้อง
- ขอให้ยกตัวอย่างการใช้ข้อมูลและความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงระบบงาน
- อะไรคือเครื่องชี้วัดสำคัญของหน่วยงาน มีการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประโยชน์อย่างไร
- อะไรคือความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงาน มีแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงและลดความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างไร
- มีกระบวนการในการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานอย่างไร ถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ อยากจะเปลี่ยนตรงไหน (ความสำคัญไม่ได้อยู่ที่ปริมาณคู่มือ แต่อยู่ที่ว่ามีการใช้คู่มืออย่างไร มีผลต่อการทำงานอย่างไร)
- มีการสื่อสารอย่างไรเพื่อให้เจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องสบายใจกับแนวทางปฏิบัติที่ได้จัดทำไว้ วิธีการดังกล่าวได้ผลหรือไม่ ถ้าเจ้าหน้าที่หรือผู้เกี่ยวข้องมีความไม่พอใจต่อแนวทางปฏิบัติดังกล่าวจะทำอย่างไร
- มีการประเมินคู่มือปฏิบัติงานอย่างไร (มีการทบทวนบ่อยเพียงใด มีการทบทวนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือไม่ ระบบการรับรองเป็นอย่างไร มีประโยชน์หรือไม่)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา (ในระดับโรงพยาบาล)

- มีการเชื่อมโยงกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในรูปแบบ/ชื่อเรียกต่างๆ อย่างไร
- มีการเชื่อมโยงความพยายามในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่างๆ อย่างไร
- มีการขยายผลหรือใช้ประโยชน์จากความสำเร็จของหน่วยงานหนึ่งไปยังหน่วยงานอื่นๆ อย่างไร
- มีการเชื่อมโยงการแก้ปัญหาเฉพาะราย กับการปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันไม่ภาพรวมอย่างไร

ข้อคิด

GEN.5 คู่มือการปฏิบัติงาน เมื่อขอคู่มืออาจจะหาง่าย หรือหายาก หรืออาจจะเป็นคู่มือเล่มหนา ซึ่งท่านอาจจะดึงบางส่วนทิ้งไปแล้วไม่มีใครรู้ เป้าหมายของคู่มือคือเพื่อผู้ปฏิบัติงานจะสามารถทำงานได้เหมือนกัน และทำงานได้ดีขึ้น นั่นคือเป้าหมายของคู่มือ เราทำงานในหอผู้ป่วยนี้อย่างไร เราทำสิ่งเดียวกันหรือไม่ เรารู้ได้อย่างไร ถ้ามีความแตกต่างระหว่างคู่มือกับการปฏิบัติ เราตรวจสอบคู่มืออย่างสม่ำเสมอและดึงเอาสิ่งที่ไม่ได้ปฏิบัติออกไป นำสิ่งที่ปัจจุบันเข้ามาแทน สิ่งต่างๆมีการเปลี่ยนแปลง แต่ถ้าไม่มีการปรับปรุง แสดงว่าไม่ได้มีการนำไปใช้

GEN.9 กิจกรรมคุณภาพ ถ้า รพ.มี QA program เราไม่ต้องลงไปในรายละเอียด เพราะมีหน่วยงานภายนอกมาดูแลแล้ว ถ้า รพ.ไม่มีหน่วยงานภายนอกมาตรวจสอบ QA program เราต้องลงรายละเอียด แต่ส่วนสำคัญที่สุดคือ ทำไมเราต้องมี QA program เราจัดทำเครื่องชี้วัด มาตรฐาน อย่างไร เราใช้เครื่องชี้วัดเพื่อปรับปรุงคุณภาพของงานอย่างไร ถ้า รพ.บอกว่ามี QA และท่านเห็นว่าดี อย่าทำทนายหรือถามคำถามเจาะลึก เพราะท่านไม่ใช่ผู้ตรวจสอบโปรแกรมนี้

บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นในทุกมิติของคุณภาพ (accessibility, appropriateness, acceptability, competency, continuity, effectiveness, efficiency, safety, patient's right)

กระบวนการที่สำคัญ

- การค้นหาโอกาสพัฒนาในงานคลินิกบริการ
- การนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางดูแลผู้ป่วย (GEN.9.3.1)
- การทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำจุดอ่อนไปปรับปรุง (GEN.9.3.2)
- การปรับปรุงวิธีการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แนวคิด CQI ร่วมกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่น่าเชื่อถือ

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- อะไรคือภาวะทางคลินิก (อาการ/โรค/หัตถการ) ที่มีความซับซ้อนหรือความเสี่ยงมากที่สุดในหน่วยงานนี้ ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวเป็นอย่างไร (มีข้อมูลอะไรที่จะแสดงผลลัพธ์ได้บ้าง) ได้มีแนวทางในการป้องกันปัญหาหรือมีการปรับปรุงวิธีการทำงานอะไรไปบ้าง
- ขอให้ยกตัวอย่างกิจกรรมการทบทวนผลการดูแลผู้ป่วย ปัญหาที่ค้นพบ และข้อสรุปเพื่อการปรับปรุงวิธีการทำงาน
- อะไรคือปัญหาที่ต้องการแก้ไขจากการจัดทำ CPG แต่ละเรื่อง เมื่อจัดทำแล้วปัญหาดังกล่าวลดลงไปเพียงใด

บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ความเสี่ยงจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ในระดับที่ต่ำที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

กระบวนการที่สำคัญ

- นโยบาย กลวิธี มาตรการ แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.1, IC.5)
- มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบบทบาทหน้าที่ของตน (IC.2, IC.3)
- การเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.4)
- การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.6.,1)
- การดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ (IC.6.2)
- การเฝ้าระวัง/ป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ สารน้ำ และน้ำยาทำลายเชื้อ (IC.6.3)
- การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามหลัก Universal Precautions และ Isolation Precautions (IC.6.4)

- การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อมีประสิทธิภาพ (IC.6.5)
- การสอบสวนโรค เมื่อพบแนวโน้มของการระบาด หรือเมื่อมีการระบาดของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.6.6)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- ปัญหาการติดเชื้อสำคัญของโรงพยาบาล/หน่วยงาน คืออะไร มีอัตราการติดเชื้อเท่าไร ข้อมูลอัตราการติดเชื้อที่ได้มา มีความน่าเชื่อถือและความหมายเพียงใด (การเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพเพียงใด)
- มาตรการป้องกันการติดเชื้อใดที่ปฏิบัติตามได้ค่อนข้างยาก มีการดำเนินการในเรื่องนี้อย่างไร

บทที่ 11 องค์การแพทย์

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- มีการจัดระบบเพื่อให้แพทย์ควบคุมดูแลการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพภายในวิชาชีพเดียวกัน และส่งเสริมให้แพทย์มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกบริการ

กระบวนการและโครงสร้างที่สำคัญ

- การจัดองค์กรในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน (MED.2)
- การทำหน้าที่ธำรงไว้ซึ่งมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
- การทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแก่องค์กรบริหารสูงสุดและทีมผู้บริหาร
- การทำหน้าที่ประสานงานและส่งเสริมความร่วมมือ
- การคัดเลือก การกำหนดสิทธิการดูแลผู้ป่วย การจัดอัตราค่าจ้าง และการดูแลการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้แพทย์ที่มีความรู้ ทักษะ และจำนวนที่เหมาะสมกับภาระงาน (MED.3)
- การส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของแพทย์แต่ละคน (MED.4)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- องค์กรแพทย์ส่งเสริมให้แพทย์มีส่วนในการพัฒนาคุณภาพงานคลินิกบริการอย่างไร
- องค์กรแพทย์มีกลไกอะไรที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยแพทย์แต่ละคนนั้นเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- มีการจัดระบบเพื่อให้พยาบาลควบคุมดูแลการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพภายในวิชาชีพเดียวกัน และส่งเสริมให้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประสานและพัฒนาคุณภาพทางคลินิกบริการ

กระบวนการและโครงสร้างที่สำคัญ

- การจัดองค์กรเพื่อปฏิบัติตามพันธกิจที่กำหนดไว้ (NUR.2)
- การจัดการด้านทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ (NUR.3)
- การเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ (NUR.4)
- การบริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (NUR.6)
- การทำหน้าที่ส่งเสริมและประสานความร่วมมือ

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- การบริหารการพยาบาลส่งเสริมให้พยาบาลมีบทบาทในการประสานและพัฒนาคุณภาพงานคลินิกบริการอย่างไร
- การบริหารการพยาบาลมีกลไกอะไรที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจว่าบริการพยาบาลที่มีอยู่那儿เป็นไปอย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- มีการให้บริการด้วยความตระหนักในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

กระบวนการที่สำคัญ

- การสร้างความตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้ป่วยให้เกิดขึ้นในเจ้าหน้าที่ทุกคน (ETH.1.1)
- การมีแนวทางปฏิบัติและสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย
- การสื่อสารให้ผู้ป่วยรับทราบสิทธิของตน (ETH.1.2)
- การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ ได้แก่ เด็ก ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่ต้องแยก/ถูกยึด (ETH.2)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- โรงพยาบาลมีวิธีในการสร้างความตระหนักในเรื่องสิทธิผู้ป่วยให้แก่เจ้าหน้าที่อย่างไร และผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร
- สิทธิผู้ป่วยในเรื่องใดที่เป็นปัญหาในการปฏิบัติบ่อยๆ มีแนวทางในการปรับปรุงอย่างไร

บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม โดยโรงพยาบาลมีระบบงานที่รัดกุมและเหมาะสม

กระบวนการที่สำคัญ

- มีนโยบายและวิธปฏิบัติสำหรับกรณีที่เกี่ยวข้องต่อปัญหาจริยธรรม ในเรื่องการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ และการยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย, การกำหนดและเรียกเก็บค่าบริการ, การประชาสัมพันธ์, การรับ/ส่งต่อ/จำหน่ายผู้ป่วย, การจัดหาอวัยวะและเนื้อเยื่อทดแทน, การช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่มีปัญหา (ETH.3)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- อะไรคือปัญหาจริยธรรมองค์กรที่เป็นความเสี่ยงของโรงพยาบาล มีแนวทางปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวอย่างไร

บทที่ 15 การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมผู้ให้บริการซึ่งมีการประสานกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดช่องว่างระหว่างกระบวนการต่างๆ ให้เหลือน้อยที่สุด

กระบวนการที่สำคัญ

- การทำงานเป็นทีมในการประเมินผู้ป่วย การวางแผนดูแลรักษา การปรึกษา การให้ข้อมูล
- การสื่อสาร การประสานงาน และการแก้ปัญหา

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- ผู้ป่วยในกลุ่มใดบ้างในแผนกนี้ที่การประสานงานระหว่างวิชาชีพมีความสำคัญสูงต่อคุณภาพบริการ มีวิธีการทำงานร่วมกันอย่างไร
- ขอให้เล่าอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานที่มีการประสานระหว่างวิชาชีพมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับประโยชน์อย่างไร

ข้อคิด

การทำงานเป็นทีม คำถามแรกที่จะถามคือ ท่านเลือกสมาชิกของทีมอย่างไร ใครเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการแก่ลูกค้าใน area นั้น เช่น ทีมห้องผ่าตัด มีใครที่เกี่ยวข้องบ้าง ทีมผู้ป่วยในมีใครเกี่ยวข้องบ้าง ทีมผู้ป่วยนอกมีใครเกี่ยวข้องบ้าง และดูว่าผู้เกี่ยวข้องเหล่านั้นได้มีส่วนร่วมอยู่ในทีมหรือไม่

การสื่อสาร ท่านบันทึกกิจกรรมของทีมอย่างไร ถ้าประชุมแล้วไม่มีการบันทึกก็ไม่มีประโยชน์ บันทึกนั้นถูกสื่อสารไปอย่างไร มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานอย่างไร มีการติดตามอย่างไร เพื่อมั่นใจว่าเมื่อมีการตัดสินใจว่าจะทำอะไรแล้ว มีการนำไปปฏิบัติ

บทที่ 16 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันที่ มีโอกาสให้และรับข้อมูล ที่จำเป็นอย่างครบถ้วน ทำให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา

กระบวนการสำคัญ

- การจัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย
- การให้ข้อมูลทั่วไปแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- การรับข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว
- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- การลงนามยินยอมรับการรักษา
- การระบุตัวผู้ป่วย

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- ท่านจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยอย่างไร วิธีการนั้นใช้การได้ดีเพียงใด เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความเข้าใจ ตรงกันหรือไม่
- กรุณาอธิบายกระบวนการในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีขั้นตอนที่จะ อธิบายผู้ป่วยหรือไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ท่านพอใจกับกระบวนการนั้นเพียงใด
- ในการลงนามยินยอมรับการรักษา มีการให้ข้อมูลอะไรแก่ผู้ป่วย ใครเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว มีการประเมิน การรับทราบและเข้าใจข้อมูลดังกล่าวหรือไม่ ได้ผลอย่างไร
- จะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลและกำลังจะทำเข้าห้องผ่าตัด มีการให้ข้อมูลข่าวสารอะไรแก่ ผู้ป่วย ใครไปเยี่ยมผู้ป่วย ท่านพูดอะไรกับผู้ป่วย
- มีวิธีการสื่อสาร การวินิจฉัยโรค การรักษา และการพยากรณ์โรคให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร
- ผู้ให้บริการวิชาชีพต่างๆมีส่วนในการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างไร
- ถ้าญาติผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย แต่ไม่สามารถมาพบแพทย์ในเวลาทำงานได้ จะมี กระบวนการตอบสนองความต้องการอย่างไร
- ถ้าผู้ป่วยเป็นมะเร็งซึ่งไม่มีทางรักษา ใครมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- (ถามผู้ป่วย) ทำไมคุณจึงมานอนโรงพยาบาล ครั้งสุดท้ายคุณหมอได้บอกอะไรให้ทราบบ้าง นานเท่าไร มาแล้ว พงษ์นี้คุณจะได้รับดูแลรักษาอะไร

ข้อคิด

การเตรียมลูกค้า โดยปกติเจ้าหน้าที่ของ รพ. ถ้ารู้ว่าจะเตรียมจำหน่ายอย่างไร ก็จะมีแผนเตรียมรับอย่างไร ถ้าถามเรื่องการรับจะตอบง่าย ขอให้ถามคำถามหลังก่อน ถ้าไม่มีการเตรียมจำหน่ายอย่างเป็นระบบค่อยมาถามเรื่องการเตรียมรับ

แบบยินยอมรับการรักษา การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการสาขาต่างๆกับผู้ป่วยเป็นอย่างไร ใครเป็นผู้ให้ผู้ป่วยลงนาม ถ้าเขียนเป็นผู้ให้ลงนาม เขียนไม่มีหน้าที่ในการให้ informed consent ผู้ป่วยถูก identify อย่างไรโดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกแรกเกิด ทารกได้รับการปกป้องอย่างไร

บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการต่างๆ อย่างครบถ้วน และมีการวางแผนดูแลรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย

กระบวนการที่สำคัญ

- การประเมินผู้ป่วยด้วยการซักประวัติและตรวจร่างกาย
- การตรวจวินิจฉัย (investigation)
- การวินิจฉัยโรค
- การวางแผนดูแลรักษา
- การประเมินและวางแผนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด
- การเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยซ้ำ

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- กระบวนการในการจัดทำแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างไร มีการทบทวนและบันทึกอย่างไร มีใครเกี่ยวข้องบ้าง แผนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมการให้เตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความคุ้นเคยและเข้าใจวิธีปฏิบัติใน รพ. หรือไม่
- บริการเอกซเรย์และชันสูตรสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่จะให้การรักษาในเวลาที่เหมาะสมหรือไม่
- (สัมภาษณ์พร้อมกับการดูเวชระเบียน) ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาและข้อจำกัดอะไรบ้าง ได้นำผลจากการประเมินผู้ป่วยไปใช้ในการวางแผนอะไร มีเป้าหมายการดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่

ข้อคิด

การประเมินผู้ป่วยและการวางแผน มีความจำเป็นที่ รพ. จะต้องมีการดูแลผู้ป่วยและการประเมินความต้องการของผู้ป่วย ใครเป็นผู้ประเมิน ใครมีส่วนในการวางแผน พยาบาลมีสิ่งที่ทำได้มากเพื่อให้มั่นใจว่าการบันทึกที่จำเป็นในเวชระเบียน มีข้อมูลที่ควรได้รับการบันทึกก่อนที่จะไปห้องผ่าตัด แพทย์มักจะยุ่งมาก ไม่

ผิดอะไรที่พยาบาลจะเตือนแพทย์ว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะเข้าห้องผ่าตัดแล้ว ยกเว้นข้อกำหนดบางอย่างที่กำหนดไว้ในนโยบายของ รพ.

บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/การดูแลรักษาผู้ป่วย

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย มีคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยบุคคลที่เหมาะสม และมีการประเมินการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ

กระบวนการที่สำคัญ

- การตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วทั้งเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- การดูแลรักษาครบถ้วนทุกองค์ประกอบตามความเหมาะสม (การรักษา life/limb/function การรักษาเพื่อทุเลาอาการ การดูแลความสุขสบาย ยา อาหาร หัตถการ การป้องกันการติดเชื้อ)
- การจัดระบบเพื่อให้การดูแลรักษาที่ปลอดภัย
- การปฏิบัติตามแผนโดยบุคคลที่เหมาะสม
- การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพและข้อพึงปฏิบัติ
- การประเมินผลเป็นระยะเพื่อดูการตอบสนองต่อการรักษา

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- หน่วยงานของท่านมีการเตรียมการเพื่อจัดการกับภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยอย่างไร มีการทบทวนตรวจสอบความพร้อมในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นอย่างไร
- หน่วยงานของท่านมีกระบวนการในการรักษาเพื่อทุเลาอาการอย่างไร เช่น อาการปวดหลังผ่าตัด เป็นที่พอใจของผู้ป่วยหรือไม่
- ท่านสามารถให้ความอบอุ่นทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยได้ดีเพียงใด แพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยพอใจหรือไม่ ท่านคิดว่าจะปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างไร ท่านจะให้คะแนนตัวเองเท่าไร
- มีมาตรการอย่างไรที่จะเป็นหลักประกันว่ายาที่เก็บไว้ในหอผู้ป่วยจะไม่เสื่อมสภาพหรือไม่หมดอายุ
- หน่วยงานของท่านมีมาตรการในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้ออย่างไร อัตราการติดเชื้อในหอผู้ป่วยนี้เป็นเท่าไร ท่านพอใจกับระดับที่เป็นอยู่หรือไม่ มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไร
- หากผู้ป่วยตกเตียงจะอย่างไร ท่านมีวิธีการในการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างไร
- กระบวนการในการประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษาเป็นอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบ มีการทบทวนตรวจสอบความทันทั่วทั้งในการประเมินนี้อย่างไร

ข้อคิด

กระบวนการดูแลผู้ป่วย เราต้องเตรียมคำถามจำนวนมาก และถามผู้คนที่เกี่ยวข้อง ท่านมีคำถามเหล่านั้นในใจอยู่แล้ว เมื่อท่านเดินผ่านไปมาใน รพ. ท่านสามารถถามคำถามเหล่านี้ได้ ถ้าผู้ป่วยเป็นลมริมทางเดิน จะทำอย่างไร

บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ผู้ป่วยแต่ละคนมีบันทึกเวชระเบียนที่ครบถ้วน เพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการดูแลรักษา และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

- การกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียน
- การออกแบบบันทึก
- แนวทางปฏิบัติในการบันทึกและการเก็บรายงานผลในเวชระเบียน
- การบันทึก
- การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- เป้าหมายของเวชระเบียนคืออะไร ข้อมูลที่บันทึกไว้เพียงพอสำหรับเป้าหมายดังกล่าวหรือไม่
- ถ้ามีการฟ้องร้องเกิดขึ้น ท่านคิดว่าเวชระเบียนโดยทั่วไปมีข้อมูลเพียงพอที่จะยืนยันว่าท่านให้การดูแลอย่างมีคุณภาพหรือไม่
- เราสามารถดูแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา จากเวชระเบียนได้หรือไม่
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคหรือแผนการรักษา จะสามารถหาคำอธิบายจากบันทึกเวชระเบียนได้หรือไม่
- แพทย์คาดหวังอะไรจากบันทึกของพยาบาล พยาบาลคาดหวังอะไรจากบันทึกของแพทย์ มีการปรับบันทึกของแต่ละวิชาชีพเพื่อให้วิชาชีพได้ใช้ประโยชน์อย่างไร
- ข้อมูลที่อยู่ในเวชระเบียนเพียงพอหรือไม่สำหรับการประเมินคุณภาพของการดูแลรักษา

บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการวางแผนและเตรียมความพร้อมเพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

กระบวนการที่สำคัญ

- การวางแผนผู้ป่วย
- การประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนาต่อเนื่อง

- ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่จะได้รับประโยชน์จากการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยมาถึง รพ. มีการเตรียมตัวผู้ป่วยดังกล่าวอย่างไร
- มีการค้นหาปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายอย่างไร ปัญหาอะไรที่พบบ่อย เมื่อพบแล้วมีวิธีการดำเนินการอย่างไร

