

**คู่มือที่ปรึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
บันไดขั้นที่ ๑ สู่ HA**

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

๑๑ มกราคม ๒๕๔๕

สารบัญ

ตอนที่ ๑	ปรัชญา จริยธรรม ธรรมชาติของที่ปรึกษา	๑
๑.	ปรัชญาของกระบวนการ HA	๑
๒.	จริยธรรมของที่ปรึกษา	๒
๓.	ข้อควรปฏิบัติสำหรับที่ปรึกษาระหว่างการปฏิบัติหน้าที่	๓
๔.	ธรรมชาติของที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมชมสำรวจ.....	๔
๕.	บทบาทของที่ปรึกษา.....	๕
๖.	แนวทางสำหรับที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมชมสำรวจ.....	๕
๗.	คุณสมบัติของที่ปรึกษา	๖
๘.	ที่มาของที่ปรึกษา	๗
๙.	กระบวนการเลือกสรรที่ปรึกษา	๗
๑๐.	การฝึกอบรม.....	๘
ตอนที่ ๒	เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ	๙
ตอนที่ ๓	กระบวนการให้คำปรึกษา	๑๐
๑.	การเตรียมการ	๑๐
๒.	การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือกับผู้บริหาร/ทีมงานในพื้นที่	๑๑
๓.	การเข้าเยี่ยมและให้คำปรึกษาในบันไดขั้นที่ ๑ สู่ HA.....	๑๒
๔.	การเขียนรายงานและติดตามผล	๒๖
	ตัวอย่างการเขียนข้อเสนอแนะ.....	๒๙
ตอนที่ ๔	กระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ	๓๐
๑.	การพบปะครั้งแรกกับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล.....	๓๐
๒.	การทบทวนเอกสาร.....	๓๒
๓.	แนวทางทั่วไปในการเยี่ยมชมสำรวจและสัมภาษณ์.....	๓๔
๔.	แนวทางในการเยี่ยมชมสำรวจงานคลินิกบริการ	๓๗
	แนวทางการเยี่ยมชมสำรวจหน่วยดูแลผู้ป่วยและทีมสหสาขา (อีกรูปแบบหนึ่ง)	๔๐
ตอนที่ ๕	ทักษะของที่ปรึกษา	๔๓
๑.	การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม.....	๔๓
๒.	ทักษะการโค้ช.....	๔๘
๓.	ทักษะการนำเสนอ.....	๕๑
๔.	ทักษะการสัมภาษณ์	๕๒
๕.	การฟัง	๖๓
๖.	การจดบันทึก.....	๖๕
๗.	ทักษะการสังเกต.....	๖๖

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) การเยี่ยมชมสำรวจคือการยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลและการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น
- ๗) ผู้เยี่ยมชมสำรวจเป็นผู้แทนของ พรพ. เป็นแขกรับเชิญของโรงพยาบาล ผู้เยี่ยมชมสำรวจมิใช่ผู้พิพากษา มิใช่ผู้ตรวจสอบ
- ๘) การรับรองคือการให้กำลังใจในการทำความดีและส่งเสริมให้ทำดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มิใช่การตัดสินได้ตก

ที่ปรึกษา

- ๙) ที่ปรึกษาทำหน้าที่เป็นโค้ช มิใช่ผู้แสดงหรือผู้เล่น โค้ชทำหน้าที่สนับสนุนให้บุคลากรในโรงพยาบาลได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ให้เต็มที่
- ๑๐) การเยี่ยมชมของที่ปรึกษาเป็นการกระตุ้นให้เกิดการทำงานที่มีเป้าหมายชัดเจนอย่างต่อเนื่อง
- ๑๑) การให้คำปรึกษาของ HA จะเน้นที่การสร้างกระบวนการเรียนรู้และทบทวนตนเอง
- ๑๒) ความสำเร็จของการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมชมสำรวจคือความสุขของผู้ได้รับการเยี่ยมชมสำรวจ แม้ว่าจะยังมีสิ่งที่จะต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- 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 ไม่ให้ข้อมูลในเชิงบงการหรือชี้แนะว่าต้องทำด้วยวิธีการที่ที่ปรึกษาเสนอแนะเพียงอย่างเดียว
- ที่ปรึกษาพึงพิจารณาถึงทรัพยากร ลำดับความสำคัญ และความเป็นไปได้ของการนำข้อเสนอไปปฏิบัติ
- ที่ปรึกษาพึงใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เป็นประโยชน์แก่โรงพยาบาลที่ได้รับการเยี่ยมชมสำรวจ มิใช่เพื่อตอบสนองความต้องการของที่ปรึกษา
- ที่ปรึกษาไม่พึงเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับโรงพยาบาลของที่ปรึกษา
- ที่ปรึกษาไม่พึงทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่าโรงพยาบาลจะได้รับการรับรอง หรือมีโรงพยาบาลใดได้รับการรับรองแล้วโดยที่ยังไม่มีประกาศอย่างเป็นทางการจาก พรพ.

การไม่สร้างภาระแก่โรงพยาบาล

- ที่ปรึกษาไม่พึงใช้สถานะที่ปรึกษาเพื่อหาผลประโยชน์ส่วนตัว และไม่เรียกร้องความสะดวกอื่นใดในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่
- ที่ปรึกษาไม่พึงเรียกร้องผลประโยชน์ที่ไม่ชอบธรรมหรือไม่เหมาะสมจากโรงพยาบาล
- ที่ปรึกษาไม่พึงขอเอกสารหรือตัวอย่างจากโรงพยาบาลที่ไปให้คำปรึกษา
- ที่ปรึกษาไม่พืงนำเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลของตนไปดูงานในโรงพยาบาลที่ไปเยี่ยมชมสำรวจ

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/ผู้เยี่ยมสำรวจ

๔.๑ กัลยาณมิตรธรรม

กัลยาณมิตร คือ บุคคลที่เพียบพร้อมด้วยคุณสมบัติที่จะสั่งสอน แนะนำ ชี้แจง ชักจูง ช่วยบอกช่องทาง หรือเป็นตัวช่วยให้ผู้อื่นดำเนินไปในมรรคาแห่งการฝึกฝนอบรมอย่างถูกต้อง กัลยาณมิตรควรมีคุณสมบัติพื้นฐานดังนี้

- ๑) น่ารัก (ปิโย) เข้าถึงจิตใจ เป็นกันเอง ชวนให้อยากเข้าไปปรึกษาได้ตาม
- ๒) น่าเคารพ (ครุ) ประพฤติสมควรแก่ฐานะ ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ เป็นที่พึ่งได้และปลอดภัย
- ๓) นายก่ยง (ภาวนีโย) ทรงความรู้และภูมิปัญญา ควรเอาอย่าง
- ๔) รู้จักพูดให้ได้ผล (วัตตวา) พูดเป็น รู้จักชี้แจงให้เข้าใจ เป็นที่ปรึกษาที่ดี
- ๕) ทนต่อถ้อยคำ (วจนักขโม) พร้อมที่จะรับฟังคำปรึกษาซักถามแม้จุกจิกหรือล่วงเกิน อดทนฟังได้ ไม่เบื่อหน่าย ไม่เสียอารมณ์ (ถ้าไม่อดทนฟังให้จบจะไม่รู้ว่าเขาคิดอย่างไร)
- ๖) แกล้งเรื่องเล็กได้ (คัมภีร์ญจะ กถัง กัตตวา) สามารถอธิบายเรื่องยุ่งยากซับซ้อนให้เข้าใจ
- ๗) ไม่แนะนำในเรื่องเหลวไหล (โนจัญฐูเน นโยชเย)

๔.๒ พรหมวิหาร ๔ ธรรมประจำใจอันประเสริฐ

๑) เมตตา (ความรักใคร่) พวกเราควรมีเมตตา ทั้งผู้ที่มีรับคำแนะนำจากเรา และให้แก่เมตตาไปยังผู้มารับบริการด้วย

- 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) ใช้การเยี่ยมชมสำรวจเพื่อสังเกตกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ควบคู่ไปกับการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานได้เรียนรู้จากงานที่ทำอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย
- ๓) เสริมสร้างความเข้าใจและเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
- ๔) กระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ขึ้นในองค์กร ใช้การประเมินทบทวนตรวจสอบตนเองเพื่อจุดประกายการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง นำผลการดำเนินงานของทีมงานต่างๆ มาอภิปรายเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้ง

๕) สรุปข้อเสนอแนะทั้งในด้านวิชาการ บริการ และบริหารเพื่อให้โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข

การให้คำปรึกษามีได้เป็นการบอกข้อสอบสำหรับการเยี่ยมชมสำรวจ แต่เป็นการกระตุ้นให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพที่ยั่งยืนในโรงพยาบาล

การให้คำปรึกษาคือการสร้างกระบวนการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ มิใช่การสอนเด็ก ซึ่งจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและนำประสบการณ์ของผู้เรียนเข้ามาใช้

โดยการอภิปรายกับผู้นำของโรงพยาบาลและรายงานที่ให้แก่โรงพยาบาล ที่ปรึกษาจะนำเสนอสิ่งที่พบเห็นและให้คำปรึกษาเพื่อให้โรงพยาบาลสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐานได้ดีขึ้น นำไปสู่คุณภาพบริการที่ดีขึ้น

๖. แนวทางสำหรับที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมชมสำรวจ

๑. เป็นเสมือนพ่อแม่ที่ช่วยให้ลูกเรียนหนังสือโดยตัวเองไม่รู้เนื้อหา ไปให้กำลังใจ ชี้แนะวิธีหาคำตอบ แต่ไม่ได้ให้คำตอบ ใช้คำถามเชิงบวกโดยไม่ลงไปในรายละเอียดของปัญหานั้น ไม่กล่าวโทษหรือเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงาน กระตุ้นให้หาวิธีการที่ดีขึ้นกว่าเดิม กระตุ้นให้วางแผนหรือดำเนินการตามแผนที่วางไว้

๒. ทิ้งภูมิหลังความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาของตนเองให้หมด ควรเข้าไปเหมือนคนที่ไม่รู้เรื่องอะไรเลยในเทคนิคการปฏิบัติงานด้านนั้น แต่เข้าไปตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ทำงานได้ทบทวนว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นดีพอหรือยัง ไม่ควรสอนวิธีการของเรา แต่ควรให้แนวทางพิจารณาวิธีแก้ปัญหาที่รอบด้าน

๓. ทิ้งความสนใจเฉพาะตัวไว้เบื้องหลัง พึงตระหนักว่าที่ปรึกษาเข้ามาเพื่อประโยชน์ของโรงพยาบาล ไม่ใช่เพื่อสนองความอยากรู้อยากเห็นของที่ปรึกษา หากสนใจและต้องการได้ข้อมูลของหน่วยงาน ควรนัดหมายพบกันในภายหลัง

๔. ยึดมาตรฐานโรงพยาบาลเป็นกรอบในการตั้งคำถามทุกคำถาม เพื่อให้การทำงานของที่ปรึกษาเป็นมาตรฐานเดียวกัน สื่อสารเข้าใจกับผู้รับคำปรึกษา และครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญครบถ้วน

๕. ไม่เจาะลึกในคำตอบซึ่งควรเป็นหน้าที่ของผู้บริหาร ที่ปรึกษาควรทำหน้าที่เพียงชี้ให้เห็นจุดแข็ง จุดอ่อนของระบบที่เป็นอยู่อย่างนุ่มนวล เป็นหน้าที่ที่ผู้บริหารของโรงพยาบาลจะต้องหาคำตอบและตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งอาจจะมีวิธีการที่หลากหลาย จุดอ่อนที่พบบ่อยก็คือการมีระบบแล้วไม่สามารถพิสูจน์กับตนเอง หรือไม่สามารถแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลมีระบบนั้นอยู่ และระบบนั้นทำงานได้ดี ไม่มีหลักฐานว่าได้ปฏิบัติตามสิ่งที่เล่าให้ฟัง

๖. ใช้ความคิดรวบยอดในการตั้งประเด็น ความคิดรวบยอดเกี่ยวกับภาพของหน่วยงานจะได้จาก (๑) ข้อมูลการประเมินตนเองที่หน่วยงานส่งให้ (๒) พันธกิจของหน่วยงานและโรงพยาบาล (๓) การนำเสนอของหน่วยงาน (๔) การสังเกตสิ่งที่พบเห็น ในการตั้งประเด็นเพื่อสอบถามนั้นควรประมวลข้อมูลทั้งหมดเข้ามาเชื่อมโยงกัน

๗. ใช้หลัก Priority, Simplicity, Integration ในการพัฒนาคุณภาพ กล่าวคือการจัดลำดับความสำคัญของเรื่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการพัฒนา, การใช้วิธีการพัฒนาอย่างเรียบง่าย, การเชื่อมโยงกิจกรรม ระบบงาน และทีมงานเข้าด้วยกันในทุกโอกาส

๗. คุณสมบัติของที่ปรึกษา

๑. การศึกษา

ที่ปรึกษาจะต้องเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีเป็นอย่างน้อยในสาขาวิทยาศาสตร์ สุขภาพ หรือการบริหารจัดการ หรือ พฤติกรรมศาสตร์

๒. ประสบการณ์

ที่ปรึกษาต้องมีประสบการณ์การประกอบวิชาชีพในสาขาของตนอย่างน้อย ๕ ปี และมีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพหรือให้คำปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพอย่างน้อย ๑ ปี

๓. การยินยอมจากหน่วยงานต้นสังกัด

ที่ปรึกษาต้องได้รับการยินยอมจากหน่วยงานต้นสังกัดให้มาปฏิบัติหน้าที่ที่ปรึกษาในลักษณะอาสาสมัครโดยจ่ายเงินเดือนเต็ม ทั้งนี้จะต้องขอความเห็นชอบจากผู้บังคับบัญชาก่อนการสมัคร

๔. คุณลักษณะส่วนบุคคล

- ความสามารถด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ ความมีวินัย, การเตรียมตัว, การบริหารเวลา, การแก้ปัญหา
- มนุษยสัมพันธ์ ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์กับผู้เกี่ยวข้อง, การสร้างบรรยากาศในการสนทนา, การทำงานเป็นทีม, ไรต่อความรู้สึกของผู้คน
- มีความเข้าใจในพฤติกรรมองค์กร
- ความน่าเชื่อถือ ประวัติการทำงานซึ่งเป็นที่ยอมรับ

- สุขภาพ สมบูรณ์แข็งแรง
- ความรู้และความมุ่งมั่น ในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
- ความสามารถในการวิเคราะห์ ได้แก่ การสังเกตและการรวบรวมข้อมูล (objective evidence), การสังเคราะห์ข้อมูล, การคิดแบบวิพากษ์ (critical thinking), การสรุปผลข้อมูลซึ่งเป็นที่ยอมรับ
- การสื่อสารและการให้คำปรึกษา ได้แก่ การสัมภาษณ์, การนำเสนอ, การเขียน, การให้คำปรึกษา, การพูดในที่สาธารณะ
- พร้อมทั้งจะปรับตัว ตามข้อมูลที่ได้รับจากเพื่อนร่วมทีมและจากโรงพยาบาล

๕. การอ้างทักษะและความสามารถ

ที่ปรึกษาจะต้องอ้างทักษะและความสามารถอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอด้วยการ

- เพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
- เข้ารับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ที่ พรพ.จัดให้ (ที่ปรึกษาจะได้รับคะแนนสะสมวันละ ๒ คะแนน)
- ปฏิบัติการให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลอย่างน้อย ๓ โรงพยาบาล (ที่ปรึกษาจะได้รับคะแนนสะสมวันละ ๒ คะแนน)

๘. ที่มาของที่ปรึกษา

ที่ปรึกษามีที่มาได้ ๒ ลักษณะดังนี้

๑. ผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการพัฒนาคุณภาพ และด้านวิชาชีพหรือด้านบริหาร เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางแล้ว และได้รับการเสนอชื่อมาสู่ พรพ. หรือ พรพ.เป็นผู้เชิญให้มาร่วมงาน
๒. ผู้ที่สั่งสมประสบการณ์ด้านการพัฒนาคุณภาพตามลำดับขั้น จากการเป็นที่เลี้ยงทีมพัฒนาคุณภาพ, การเป็นผู้ประสานงานคุณภาพ/วิทยากรภายใน, การเป็นวิทยากรของ พรพ.
ผู้ที่จะเป็นที่ปรึกษาจะต้องเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรที่ พรพ.กำหนด

๙. กระบวนการเลือกสรรที่ปรึกษา

กระบวนการเลือกสรรที่ปรึกษาประกอบด้วยขั้นตอน 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. การเลือกสรร
ที่ปรึกษาซึ่งมีคุณสมบัติตามใบสมัครเหมาะสม จะได้รับการเลือกสรรด้วยการสอบถามผู้ร่วมงาน หรือ การสัมภาษณ์ หรือการสังเกตระหว่างการประชุมที่ พรพ. จัดขึ้น

๑๐. การฝึกอบรม

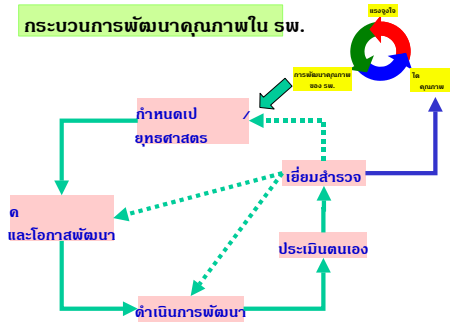
ผู้ที่ผ่านการเลือกสรรแล้วจะได้รับการฝึกอบรมในเรื่องต่อไปนี้:

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

ที่ปรึกษาคือผู้ที่เข้าไปช่วยเหลือทีมงานของโรงพยาบาลในลักษณะของกัลยาณมิตร จำเป็นต้องอาศัยทักษะพิเศษในการสื่อสารและการโค้ช รวมทั้งต้องมีทักษะในการสังเคราะห์ข้อมูลออกมาเป็นความคิดรวบยอด ซึ่งจะต้องหมั่นฝึกฝนทักษะเหล่านี้อยู่ตลอดเวลา

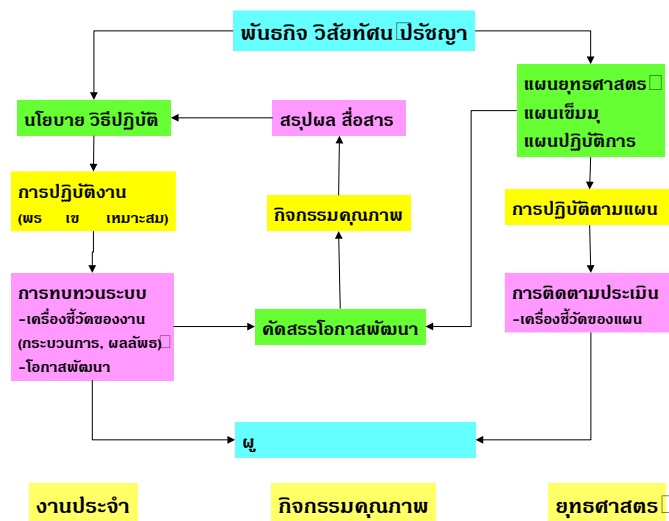
ตอนที่ ๒ เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ

คู่มือหนังสือ Simplicity in a Complex System



แนวคิดพื้นฐานสำคัญของ HA คือการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) กิจกรรมต่างๆ จึงถูกออกแบบมาเพื่อให้เกิด CQI เช่น การมีเป้าหมาย การค้นหาความเสี่ยงและโอกาสพัฒนา การประเมินตนเอง การเชื่อมสำรวจ

<p>ขั้นที่ 1 การทบทวน แยก</p> <p>วิเคราะห์ /กระบวนการ</p> <p>3 วางระบบ → 4 ทำตามระบบ → 1 ทบทวน/ตรวจสอบ</p> <p>2 แยก ปรับปรุง</p> <p>ดำเนินการสัปดาห์ : M/M reRx อุปกรณ์การเวชระเบียน การใช้เครื่องมือ เครื่องมือชีวิต</p>	<p>ขั้นที่ 2 การประกันคุณภาพและพัฒนา</p> <p>1 วิเคราะห์ /กระบวนการ</p> <p>2(QA) วางระบบ → 3(QA) ทำตามระบบ → 4(QA) ทบทวน/ตรวจสอบ</p> <p>3(CQI) ปรับปรุงระบบ</p> <p>4(CQI)</p>
<p>เริ่มด้วย: การทบทวนสิ่งที่เป็นปัญหา/ความเสี่ยง</p>	<p>เริ่มด้วย: การวิเคราะห์กระบวนการทั้งหมดอย่างเป็นระบบ ประกันคุณภาพในส่วนที่ทำได้แล้ว พัฒนาในส่วนที่เห็นโอกาส</p>
<p>การประเมินความสำเร็จ: ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาที่โรงพยาบาลกำหนด ต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน</p>	<p>การประเมินความสำเร็จ: เครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น</p>



ตอนที่ ๓ กระบวนการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจ ซึ่งระบุแนวทางหรือแหล่งข้อมูล และสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับโรงพยาบาลอย่างเป็นทางการเป็นขั้นตอนในการพัฒนาคุณภาพเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย

กระบวนการให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลประกอบด้วย

- ๑) การเตรียมการ
- ๒) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือกับผู้บริหาร/ทีมงานในพื้นที่
- ๓) เข้าเยี่ยมและให้คำปรึกษา
- ๓) การเขียนรายงานและติดตามผล

๑. การเตรียมการ

การเตรียมการขั้นต้นโดย พรพ.

๑. พรพ. ส่งประวัติและผลงานของที่ปรึกษาให้แก่ รพ.
๒. พรพ. ขออนุมัติต้นสังกัดของที่ปรึกษาในหลักการและจำนวนวันทำงาน
๓. พรพ. ขอกำหนดเวลาที่จะไปเยี่ยม รพ. ของที่ปรึกษาล่วงหน้า (อย่างน้อยครั้งแรก) และแจ้งให้ รพ. ทราบ

การเตรียมการโดยโรงพยาบาล

๑. โรงพยาบาลกำหนดกลุ่มบุคคลที่จะทำหน้าที่รับผิดชอบหลักเรื่องคุณภาพ (ผู้ประสานงานคุณภาพ และทีม) เพื่อประสานงานกับที่ปรึกษาอย่างใกล้ชิด
๒. โรงพยาบาลกำหนดเตรียมกลุ่มบุคคลที่จะมาเรียนรู้ร่วมกับที่ปรึกษา (หัวหน้าหน่วยงาน ผู้ช่วย หัวหน้าหน่วยงาน ผู้ประสานงาน)
๓. ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบหลักเรื่องคุณภาพของโรงพยาบาลร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ของตนเอง ในประเด็นต่อไปนี้ ส่งให้ที่ปรึกษาและ พรพ. ก่อนวันเยี่ยมครั้งแรกสองสัปดาห์
 - ภาระงานและจำนวนบุคลากร
 - ปัญหาสุขภาพสำคัญในพื้นที่
 - ผลงานที่ รพ.ภาคภูมิใจ
 - เป้าหมายในอนาคตและแผนงานริเริ่มที่ รพ. กำลังดำเนินงาน
 - จุดแข็ง จุดอ่อน ที่มีผลต่อความสำเร็จของเป้าหมายในอนาคต
 - กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่เคยทำ (ความครอบคลุม ความต่อเนื่อง ความสม่ำเสมอ ความเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมต่างๆ ผลลัพธ์ บทเรียน ปัญหาอุปสรรค)
 - การสนับสนุนที่ต้องการ
๔. ส่งการบ้านที่ที่ปรึกษามอบหมายไว้ ให้ที่ปรึกษา ก่อนวันเยี่ยมให้คำปรึกษาครั้งต่อไปสองสัปดาห์

การเตรียมการโดยที่ปรึกษา

๑. กำหนดแผนการเยี่ยมให้คำปรึกษาพร้อมทั้งวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมแต่ละครั้ง ซึ่งที่ปรึกษา พรพ. และโรงพยาบาลปรึกษาร่วมกัน
๒. ศึกษาข้อมูลที่ได้รับจากโรงพยาบาลก่อนเข้าเยี่ยมให้คำปรึกษา เพื่อใช้เครื่องมือดังกล่าวสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

๒. การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือกับผู้บริหาร/ทีมงานในพื้นที่

การเข้าไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนจะประสบความสำเร็จเมื่อได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือจากผู้บริหารและทีมงานในพื้นที่ ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและ Quality Review Team (QRT) ของจังหวัด

แนวทางปฏิบัติเพื่อสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือกับผู้บริหาร/ทีมงานในพื้นที่มีดังนี้

- ๑) ที่ปรึกษาเข้าพบเพื่อแนะนำตัว ทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคย และรับทราบความคาดหวังจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ในโอกาสแรกที่เป็นไปได้ เช่น เช้าวันแรกของการไปเยี่ยมโรงพยาบาลครั้งแรกในจังหวัดก่อนที่จะไปเยี่ยมโรงพยาบาล (ซึ่งโรงพยาบาลที่จะเยี่ยมในวันแรกนั้น ควรจะเป็นโรงพยาบาลที่มีระยะห่างจากตัวจังหวัดไม่มากนัก)

- ๒) นัดหมายกับ QRT เพื่อร่วมทีมไปเรียนรู้ร่วมกันระหว่างการให้คำปรึกษา ซึ่งอาจจะแบ่งเป็นกลุ่มย่อยตามความเหมาะสม เช่น ครั้งละ ๓-๕ คนต่อการไปเยี่ยมโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จะทำให้ QRT สามารถสานต่อกิจกรรมการกระตุ้นในพื้นที่ระหว่างที่ที่ปรึกษามีได้เข้าเยี่ยมได้

- ๓) ขอให้โรงพยาบาลแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบทุกครั้งที่ที่ปรึกษาจะเข้าเยี่ยมตามแผนที่กำหนดไว้

- ๔) ส่งรายงานการเยี่ยมให้คำปรึกษาให้แก่ที่ปรึกษาเขตหรือ HACC เพื่อส่งต่อไปกับ พรพ. และ พรพ. จะส่งรายงานให้กับโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข อีกต่อหนึ่ง

๓. การเข้าเยี่ยมและให้คำปรึกษาในบันไดขั้นที่ ๑ สู่ HA**ก) สรุปประเด็นสำคัญ**

	ครั้งที่		
	๑	๒	๓
วินิจฉัยองค์กร	ใช้ข้อมูลจากการสังเกต เจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการ	ติดตามการเปลี่ยนแปลง	ติดตามการเปลี่ยนแปลง
โครงสร้างองค์กร	-เน้นโครงสร้างที่เรียบง่าย และมีประสิทธิภาพ -ใช้โครงสร้างเดิมให้มาก -เสริมเท่าที่จำเป็น		
วางแผนพัฒนา	วางแผน	ทบทวน	ทบทวน
วิเคราะห์หน่วยงาน	งาน ลูกค้า ความมุ่ง หมาย เครื่องชี้วัด		ทบทวนในการใช้แบบ ประเมินตนเอง
ความเสี่ยง	ค้นหาและป้องกันความ เสี่ยงในทุกหน่วยงาน	-การป้องกันการติดเชื้อ -การป้องกันความ คลาดเคลื่อนทางยา -ระบบข้อมูลความเสี่ยง ระดับ รพ.	-ติดตามผลการป้องกัน ความเสี่ยง
กิจกรรมทบทวน	-ขณะดูแลผู้ป่วย -คำร้องเรียน/ข้อคิดเห็น -ส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธ -การตรวจโดยผู้ที่มีชื่อ แพทย์ -การเสียชีวิต/ ภาวะแทรกซ้อน -อุบัติการณ์	-ความสมบูรณ์ของเวช ระเบียน -การใช้ข้อมูลวิชาการ -การใช้ทรัพยากร -เครื่องชี้วัด	-ติดตามการปฏิบัติตาม ระบบที่เกิดขึ้นจากการ ทบทวน
CQI		-CQI แบบเรียบง่าย	-เรียนรู้และกระตุ้นให้ ขยายผล
การเชื่อมโยง		-เชื่อมโยงผลการทบทวน ไปสู่การพัฒนาความรู้ ความสามารถของ เจ้าหน้าที่และกิจกรรม CQI	-เชื่อมโยงความพยายาม ในการพัฒนาที่ผ่านมา -เชื่อมโยงไปสู่บันไดขั้น ต่อไป

คู่มือที่ปรึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

การประเมินตนเอง			ทุกระดับ ทุกหน่วยงาน
-----------------	--	--	----------------------

ข) การเยี่ยมครั้งที่หนึ่ง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อทำความรู้จักกับทีมบริหารและทีมผู้ประสานงาน
๒. เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้บริหารและกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาร่วมกัน
๓. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานและสภาพการทำงานของโรงพยาบาล (วิเคราะห์ห้องศัลยกรรม)
๔. เพื่อจัดทำ (หรือทบทวน) แผนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล
๕. เพื่อแนะนำ (หรือทบทวน) การวิเคราะห์หน่วยงาน (งาน, ลูกค้า, ความมุ่งหมาย, เครื่องชี้วัด, ความเสี่ยง)
๖. เพื่อแนะนำและสาธิตกิจกรรมทบทวนต่างๆ

กิจกรรม

เวลา	ผู้เข้าร่วม	กิจกรรม	วัตถุประสงค์/ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
๐๘๓๐-๐๙๓๐	ทีมผู้บริหารระดับสูง ทีมผู้ประสานงาน	-พบปะทำความคุ้นเคย -ทำความเข้าใจกับประเด็นที่ รพ. วิเคราะห์ไว้ และขอข้อมูลเพิ่มเติม	-แลกเปลี่ยนความคาดหวังซึ่งกันและกัน
๐๙๓๐-๑๐๓๐	ผู้ประสานงาน	-เยี่ยมหน่วยงานต่างๆ เพื่อสังเกต สิ่งแวดล้อม ความเสี่ยง การ ไหลเวียนในการทำงาน, พูดคุยกับ เจ้าหน้าที่และผู้ป่วย, ศึกษาเวช ระเบียน	-ที่ปรึกษามีความเข้าใจสถานการณ์ และข้อจำกัดของโรงพยาบาล
๑๐๓๐-๑๑๑๕	ผู้ป่วย/ญาติ	-สนทนากลุ่ม	-ที่ปรึกษารับทราบความต้องการและ เสียงสะท้อนจากผู้ป่วย/ญาติ
๑๑๑๕-๑๒๐๐	เจ้าหน้าที่ระดับ ปฏิบัติ	-สนทนากลุ่ม	-ที่ปรึกษารับทราบความรู้สึกของ เจ้าหน้าที่ บรรยากาศในการทำงาน และบทเรียนจากการพัฒนาที่ผ่านมา
๑๒๐๐-๑๓๐๐	ทีมผู้ประสานงาน	-อาหารกลางวัน/วางแผน ดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ	-ทีมงานของ รพ.ทราบว่า จะดำเนินการ เป็นขั้นตอนอย่างไร
๑๓๐๐-๑๖๐๐	หัวหน้าหน่วยงาน ผู้ช่วยหัวหน้าหน่วย ทีมผู้ประสานงาน	-แนะนำวิธีการวิเคราะห์หน่วยงาน -แนะนำและสาธิตกิจกรรมทบทวน -ตอบข้อซักถามอื่นๆ	-ทีมงานเข้าใจวัตถุประสงค์และวิธีการ วิเคราะห์หน่วยงาน, การทบทวน และ การปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันปัญหา
๑๖๐๐-๑๖๓๐	ผู้บริหารระดับสูง	-สรุปประเด็นสำคัญให้ทราบ -สรุปโครงสร้างองค์กรและการ ติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนา	

การบ้านสำหรับ รพ.

๑. ทุกหน่วยงานวิเคราะห์หน่วยงานของตน (งาน, ลูกค้า, ความมุ่งหมาย, เครื่องชี้วัด, ความเสี่ยง)
๒. ทุกหน่วยงานนำความเสี่ยงที่วิเคราะห์ได้มากำหนดมาตรการป้องกันที่เหมาะสม
๓. ทุกหน่วยงานเลือกกิจกรรมทบทวนและแก้ไขป้องกันขึ้นมาดำเนินการ โดยอย่างน้อยครอบคลุม การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย, การทบทวนคำร้องเรียน/ข้อคิดเห็น, การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา, การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีไข้แพทย์, การทบทวนการเสียชีวิต/ภาวะแทรกซ้อน, การทบทวนอุบัติเหตุ

รายงานที่ที่ปรึกษาจะส่งให้ พรพ.

ก. รายงานที่จะส่งต่อให้โรงพยาบาล

๑. จุดเด่น ความพยายาม หรือผลสำเร็จของงาน ที่ควรยกย่องชื่นชม
๒. สิ่งที่โรงพยาบาลควรสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ รวมทั้งคำถามที่ที่ปรึกษาได้รับ และคำตอบที่ได้ให้แก่โรงพยาบาล

๓. การบ้านที่ทีมงานของ รพ.จะต้องทำก่อนการเยี่ยมครั้งต่อไป

ข. รายงานเฉพาะสำหรับ พรพ.

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

ค) การเยี่ยมครั้งที่สอง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อติดตามผลการวิเคราะห์หน่วยงาน และการป้องกันความเสี่ยง
๒. เพื่อติดตามผลการทบทวนและแก้ไขป้องกันที่หน่วยงานต่างๆ ดำเนินการมาแล้ว และใช้เป็นเนื้อหาในการเรียนรู้ร่วมกัน
๓. เพื่อแนะนำการทำกิจกรรม CQI แบบเรียบง่าย
๔. เพื่อวางระบบและเชื่อมโยงระบบที่จำเป็นในโรงพยาบาล

การเตรียมการ

๑. รพ. ส่งตัวอย่างการวิเคราะห์หน่วยงานของหน่วยงาน ๓-๕ แห่ง, ตัวอย่างบัญชีรายการความเสี่ยง และมาตรการป้องกัน, และตัวอย่างผลการทบทวนและแก้ไขป้องกัน ให้แก่ที่ปรึกษาโดยตรง ก่อนวันเยี่ยมสองสัปดาห์
๒. ที่ปรึกษาศึกษาข้อมูลที่ได้รับในประเด็นต่อไปนี้
 - ด้านความสัมพันธ์สอดคล้องกันของผลการวิเคราะห์หน่วยงาน
 - ความครอบคลุมของการค้นหาความเสี่ยง และความรัดกุมของมาตรการป้องกัน
 - priority, simplicity, integration ของการทบทวนและแก้ไขป้องกัน
๓. ที่ปรึกษาเตรียมใช้ข้อมูลที่ได้รับเพื่อ feed back และสร้างกระบวนการเรียนรู้กับทีมงานของ รพ.

คู่มือที่ปรึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

กิจกรรม

เวลา	ผู้เข้าร่วม	กิจกรรม	วัตถุประสงค์/ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
๐๘๓๐-๐๙๐๐	ผู้บริหารระดับสูง	-ทบทวนเป้าหมายของการเยี่ยม -รับทราบความก้าวหน้าและข้อ ติดขัดในการพัฒนา	กิจกรรมการเยี่ยมให้คำปรึกษา สอดคล้องกับความต้องการของ รพ.
๐๙๐๐-๑๑๐๐	เจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ในหน่วยงาน (เยี่ยม ในสถานที่จริง)	-สัมภาษณ์ผู้ป่วย -สังเกตความเสี่ยงและรับทราบ วิธีการป้องกันความเสี่ยงใน หน่วยงาน -รับทราบผลการทบทวนและการ ปฏิบัติตามระบบเพื่อป้องกันปัญหา	หน่วยงานเกิดความเข้าใจว่าคุณภาพ คือเรื่องใกล้ตัว เห็นประโยชน์ของการ ทบทวน และเห็นความสำคัญของการ ปฏิบัติตามระบบที่กำหนดไว้เพื่อ ป้องกันปัญหา
๑๑๐๐-๑๒๐๐	ทีมผู้ประสานงาน	-ทบทวนแผนดำเนินงานการพัฒนา คุณภาพ	ปรับขั้นตอนการดำเนินงานให้ เหมาะสมกับสถานการณ์
๑๒๐๐-๑๓๐๐		พัก	
๑๓๐๐-๑๔๓๐	หัวหน้าหน่วยงาน ผู้ช่วยหัวหน้าหน่วย ทีมผู้ประสานงาน (ในห้องประชุม)	-เรียนรู้จากผลงานที่ทีมงานส่งให้ที่ ปรึกษา และสิ่งที่ที่ปรึกษาพบใน ภาคเช้า	ทุกหน่วยงานได้เรียนรู้จากหน่วยงาน อื่นเกิดความเข้าใจและความตื่นตัวที่จะ พัฒนาในหน่วยงานของตน
๑๔๓๐-๑๖๐๐	หัวหน้าหน่วยงาน ผู้ช่วยหัวหน้าหน่วย ทีมผู้ประสานงาน	-แนะนำและสาธิตกิจกรรมทบทวน ที่เหลือ -แนะนำการทำกิจกรรม CQI แบบ เรียบง่าย -แนะนำการเชื่อมโยงความพยายาม ในการพัฒนาคุณภาพ	ทีมงานสามารถเชื่อมโยงความ พยายามในการพัฒนาคุณภาพเข้ากันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำกิจกรรม CQI กับกิจกรรมทบทวนได้
๑๖๐๐-๑๖๓๐	ผู้บริหารระดับสูง	สรุปประเด็นสำคัญให้ทราบ	

การบ้านสำหรับ รพ.

๑. ทุกหน่วยงานทำกิจกรรมทบทวนและแก้ไขป้องกันในส่วนที่เหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การทบทวน ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน, การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ, การทบทวนการใช้ทรัพยากร และ การทบทวนเครื่องชี้วัด

๒. ทุกหน่วยงานใช้แนวคิด CQI แบบเรียบง่ายมาเชื่อมโยงกับกิจกรรมทบทวน

๓. จัดระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล, ระบบป้องกันและเฝ้าระวังความปลอดภัยเคลื่อนที่ทางยา และระบบข้อมูลความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาล

๔. เชื่อมโยงผลการทบทวนไปสู่การพัฒนาความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ และการประสาน กิจกรรมคุณภาพระหว่างหน่วยงาน

รายงานที่ที่ปรึกษาจะส่งให้ พรพ.

ก. รายงานที่จะส่งต่อให้โรงพยาบาล

๑. ความก้าวหน้าและความสำเร็จของการพัฒนา

๒. จุดเด่น ความพยายาม หรือผลสำเร็จของงาน ที่ควรยกย่องชื่นชม

๓. สิ่งที่โรงพยาบาลควรสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ รวมทั้งคำถามที่ที่ปรึกษาได้รับ และ คำตอบที่ได้ให้แก่โรงพยาบาล

๔. งานที่ไม่บรรลุตามแผนที่ร่วมกันวางไว้

๕. ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

๖. การบ้านที่ทีมงานของ รพ.จะต้องทำก่อนการเยี่ยมครั้งต่อไป

ข. รายงานเฉพาะสำหรับ พรพ.

๑. สิ่งที่เป็นปัญหาอุปสรรคสำคัญในการพัฒนา

๒. ข้อเสนอแนะต่อ พรพ. เพื่อให้การสนับสนุน (ในมุมมองของที่ปรึกษา)

๓. ข้อเสนอแนะต่อต้นสังกัด เพื่อให้การสนับสนุน (ในมุมมองของที่ปรึกษา)

ง) การเยี่ยมครั้งที่สาม

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อติดตามผลการทบทวนและแก้ไขป้องกันที่หน่วยงานต่างๆ ดำเนินการมาแล้ว และใช้เป็นเนื้อหาในการเรียนรู้ร่วมกัน
๒. เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถใช้แบบประเมินตนเองเป็นเครื่องมือในการค้นหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่องและดำเนินการพัฒนาอย่างเป็นระบบ
๓. เพื่อวางแผนสำหรับการพัฒนาในขั้นต่อไป

การเตรียมการ

๑. รพ. ส่งตัวอย่างผลการทบทวนและแก้ไขป้องกัน ให้แก่ที่ปรึกษาโดยตรง ก่อนวันเยี่ยมสองสัปดาห์
๒. รพ. ส่งตัวอย่างการทำกิจกรรม CQI ที่เชื่อมโยงกับกิจกรรมทบทวน จำนวน ๓-๕ เรื่อง
๓. ที่ปรึกษาศึกษาข้อมูลที่ได้รับในประเด็นต่อไปนี้
 - priority, simplicity, integration ของการทบทวนและแก้ไขป้องกัน
 - priority, simplicity, data, innovation ในกิจกรรม CQI
๔. ที่ปรึกษาเตรียมใช้ข้อมูลที่ได้รับเพื่อ feed back และสร้างกระบวนการเรียนรู้กับทีมงานของ รพ.

คู่มือที่ปรึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

กิจกรรม

เวลา	ผู้เข้าร่วม	กิจกรรม	วัตถุประสงค์/ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
๐๘๓๐-๐๙๐๐	ผู้บริหารระดับสูง	-ทบทวนเป้าหมายของการเยี่ยม -รับทราบความก้าวหน้าและข้อ ติดขัดในการพัฒนา	กิจกรรมการเยี่ยมให้คำปรึกษา สอดคล้องกับความต้องการของ รพ.
๐๙๐๐-๑๑๐๐	เจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ในหน่วยงาน (เยี่ยม ในสถานที่จริง)	-สัมภาษณ์ผู้ป่วย -สังเกตความเสี่ยงและรับทราบ วิธีการป้องกันความเสี่ยงใน หน่วยงาน -รับทราบผลการทบทวนและการ ปฏิบัติตามระบบเพื่อป้องกันปัญหา	หน่วยงานเกิดความเข้าใจว่าคุณภาพ คือเรื่องใกล้ตัว เห็นประโยชน์ของการ ทบทวน และเห็นความสำคัญของการ ปฏิบัติตามระบบที่กำหนดไว้เพื่อ ป้องกันปัญหา
๑๑๐๐-๑๒๐๐	ทีมผู้ประสานงาน	-ทบทวนแผนดำเนินงานการพัฒนา คุณภาพ	ปรับขั้นตอนการดำเนินงานให้ เหมาะสมกับสถานการณ์
๑๒๐๐-๑๓๐๐		พัก	
๑๓๐๐-๑๔๓๐	หัวหน้าหน่วยงาน ผู้ช่วยหัวหน้าหน่วย ทีมผู้ประสานงาน (ในห้องประชุม)	-เรียนรู้จากผลงานที่ทีมงานส่งให้ที่ ปรึกษา และสิ่งที่ที่ปรึกษาพบใน ภาคเช้า	ทุกหน่วยงานได้เรียนรู้จากหน่วยงาน อื่นเกิดความเข้าใจและความตื่นตัวที่จะ พัฒนาในหน่วยงานของตน
๑๔๓๐-๑๖๐๐	หัวหน้าหน่วยงาน ผู้ช่วยหัวหน้าหน่วย ทีมผู้ประสานงาน	-แนะนำการใช้แบบประเมินตนเอง ในระดับหน่วยงาน ระดับทีมงานทาง คลินิก และระดับโรงพยาบาล	ทีมงานเข้าใจวัตถุประสงค์และ วิธีการใช้แบบประเมินตนเองเพื่อการ ค้นหาโอกาสพัฒนาและดำเนินการ พัฒนาอย่างเป็นระบบ
๑๖๐๐-๑๖๓๐	ผู้บริหารระดับสูง	สรุปประเด็นสำคัญให้ทราบ	

การบ้านสำหรับ รพ.

๑. หน่วยงาน/ทีมงาน ใช้แบบประเมินตนเองในส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนาอย่างเป็นระบบ

รายงานที่ที่ปรึกษาจะส่งให้ พรพ.

ก. รายงานที่จะส่งต่อให้โรงพยาบาล

๑. ความก้าวหน้าและความสำเร็จของการพัฒนา
๒. จุดเด่น ความพยายาม หรือผลสำเร็จของงาน ที่ควรยกย่องชื่นชม
๓. สิ่งที่โรงพยาบาลควรสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ รวมทั้งคำถามที่ที่ปรึกษาได้รับ และคำตอบที่ได้ให้แก่โรงพยาบาล

๔. งานที่ไม่บรรลุตามแผนที่ร่วมกันวางไว้

๕. ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

๖. การบ้านที่ทีมงานของ รพ.จะต้องทำก่อนการเยี่ยมครั้งต่อไป

ข. รายงานเฉพาะสำหรับ พรพ.

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

จ) การวินิจฉัยองค์กร

การวินิจฉัยองค์กรเป็นการทำความรู้จักกับองค์กรในแง่มุมต่างๆ โดยอาศัยข้อมูลที่หลากหลายต่อไปนี้

๑) ข้อมูลสรุปขั้นต้นของโรงพยาบาลในประเด็นต่อไปนี้

- ภาระงาน
- จำนวนบุคลากร
- ปัญหาสุขภาพสำคัญในพื้นที่
- ผลงานที่ รพ.ภาคภูมิใจ
- เป้าหมายในอนาคตและแผนงานริเริ่มที่ รพ.กำลังดำเนินงาน
- จุดแข็ง จุดอ่อน ที่มีผลต่อความสำเร็จของเป้าหมายในอนาคต
- กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่เคยทำ (ความครอบคลุม ความต่อเนื่อง ความสม่ำเสมอ ความเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมต่างๆ ผลลัพธ์ บทเรียน ปัญหาอุปสรรค)
- การสนับสนุนที่ต้องการ

๒) การสังเกตในสถานที่จริง

ที่ปรึกษาควรเริ่มสังเกตสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศของการมารับบริการผู้ป่วยนอกตั้งแต่เริ่มเข้าโรงพยาบาล และใช้โอกาสที่เหมาะสมสังเกตให้ละเอียดและทั่วถึงมากขึ้นในประเด็นต่อไปนี้

- ความเหมาะสมของที่ตั้งหน่วยบริการต่างๆ
- สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค
- การไหลเวียนของผู้ป่วยและขั้นตอนการเข้ารับบริการ
- ความแออัดของผู้รอรับบริการ
- ท่าทีการให้บริการของเจ้าหน้าที่
- การแบ่งเขตของห้องคลอดและห้องผ่าตัด

๓) การสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่

มีเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์ของโรงพยาบาล ความก้าวหน้า บทเรียน และความรู้สึกร่วมต่อการพัฒนาคุณภาพ โดยจัดให้มีการสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่มีได้เป็นหัวหน้าหน่วยงานจากทุกหน่วยงานและทุกระดับ ใช้เวลาประมาณ ๔๕ นาที ในประเด็นต่อไปนี้

- ความภาคภูมิใจในผลงานของโรงพยาบาลและหน่วยงาน
- เป้าหมายและจุดเน้นของการพัฒนาในปัจจุบัน
- การรับรู้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการพัฒนา
- การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และระหว่างวิชาชีพ
- วัชระของการจัดบริการซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การสร้างเสริมสุขภาพ การทำงานเชิงรุกเข้าไปในชุมชน
- ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนา
- การได้รับโอกาสให้พัฒนาความรู้และทักษะในการทำงาน

- การจัดการกับปัญหา อุบัติเหตุการณ์ คำร้องเรียน และความเสี่ยง

๔) การสนทนากลุ่มกับผู้ป่วย และ/หรือ ญาติ

มีเป้าหมายเพื่อรับทราบความต้องการและความรู้สึกต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติ การได้รับข้อมูลและการมีส่วนร่วมตัดสินใจวางแผนดูแลรักษา โดยจัดให้มีการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยที่สามารถช่วยตัวเอง และญาติผู้ป่วยที่ยินดีมาร่วมสนทนา ใช้เวลาประมาณ ๔๕ นาที ในประเด็นต่อไปนี้

- สิ่ง que เห็นว่าโรงพยาบาลทำได้ดีแล้ว
- สิ่งที่ต้องการให้โรงพยาบาลปรับปรุง
- การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
- การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- ผลลัพธ์การรักษาในมุมมองของผู้ป่วยและญาติ

จ) โครงสร้างองค์กร

การพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรจะต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้นำระดับสูง ที่ปรึกษามีหน้าที่ร่วมกับผู้นำของโรงพยาบาลกำหนดโครงสร้างการนำ ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ดังนี้

- คณะกรรมการบริหารซึ่งทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา และกำหนดให้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพเป็นวาระประจำในการประชุม หรือ
- สภาคุณภาพ (quality council) ซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูงและบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ

คณะกรรมการบริหารหรือสภาคุณภาพดังกล่าวมีหน้าที่ดังนี้

- กำหนดลำดับความสำคัญของการพัฒนา
- จัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพ
- ชี้แนะและให้การสนับสนุนแก่ทีมพัฒนาคุณภาพ
- ติดตามทบทวนความก้าวหน้าและผลลัพธ์ในการพัฒนาคุณภาพ

โรงพยาบาลอาจจะจัดตั้งทีมประสานงานการพัฒนาคุณภาพขึ้นทำหน้าที่ช่วยเหลือหน่วยงานต่างๆ

ในการพัฒนาคุณภาพ

ช่องทางการสื่อสารและรายงานเพื่อติดตามความก้าวหน้าโดยทีมผู้นำระดับสูงที่เป็นไปได้มีดังนี้

- การรายงานตามสายการบังคับบัญชา
- การสื่อสารระหว่างทีมพัฒนาคุณภาพกับสภาคุณภาพ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่างๆ

ประเด็นในการสื่อสารเพื่อให้ทราบความก้าวหน้าในการพัฒนาได้แก่

- โอกาสพัฒนาและที่มา
- การดำเนินการ ความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรค
- ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ข) การวางแผนพัฒนา

แผนการพัฒนาย่างเรียบง่ายมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

๑. การเตรียมการ (เริ่มที่ผู้นำ)

- ๑.๑ สร้างความตระหนักในทีมผู้บริหาร/ผู้นำ
- ๑.๒ ปรับปรุงบรรยากาศการทำงาน

๒. การพัฒนาและเรียนรู้

- ๒.๑ สร้างความตระหนักแก่สมาชิก
- ๒.๒ ฝึกฝนทักษะของทีม
- ๒.๓ วิเคราะห์ตนเองในระดับบุคคล และปรับปรุงตามโอกาสพัฒนาที่พบ
- ๒.๔ วิเคราะห์และปรับปรุงความสัมพันธ์ของลูกค้าภายใน
 - (ในฐานะที่เราเป็นลูกค้า) บอกให้ผู้ส่งมอบทราบที่เราต้องการอะไร
 - (ในฐานะที่เราเป็นผู้ส่งมอบ) ส่งมอบงานให้ตรงความต้องการของผู้รับ

๓. เริ่มต้นพัฒนา

- ๓.๑ ใช้ความคิดสร้างสรรค์ทำให้งานง่ายขึ้น
- ๓.๒ รับฟังและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ
- ๓.๓ วิเคราะห์ความมุ่งหมายและกระบวนการของหน่วยงาน เพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างเป็นระบบ
- ๓.๔ วางระบบงานมาตรฐานและนำไปปฏิบัติ
 - พฤติกรรมบริการ
 - การให้ข้อมูล
 - การป้องกันความเสี่ยง/รายงานอุบัติการณ์

๔. ทบทวนและแก้ไขป้องกัน

- ๔.๑ ทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย
- ๔.๒ ทบทวนคำร้องเรียน/ข้อคิดเห็นของผู้รับบริการ
- ๔.๓ ทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา
- ๔.๔ ทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีใบแพทย์
- ๔.๕ ค้นหาและป้องกันความเสี่ยง
- ๔.๖ เผื่อระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ๔.๗ เผื่อระวังความคลาดเคลื่อนทางยา
- ๔.๘ ทบทวนการเสียชีวิต/ภาวะแทรกซ้อน
- ๔.๙ ทบทวนอุบัติการณ์อื่นๆ
- ๔.๑๐ ทบทวนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียน
- ๔.๑๑ ทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ
- ๔.๑๒ ทบทวนการใช้ทรัพยากร
- ๔.๑๓ ติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ

๕. พัฒนาต่อเนื่อง

๕.๑ หาโอกาสพัฒนาและทำกิจกรรม CQI

๕.๒ ทบทวนความสำเร็จ เรียนรู้ร่วมกัน

๕.๓ สร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง

๕.๔ เชื่อมโยงระบบงานอย่างกว้างขวาง

เป้าหมายของบันไดขั้นที่ ๑ สู่ HA คือทำให้ถึงขั้นการทบทวนและแก้ไขป้องกัน

ข) ตัวอย่างพันธกิจของโรงพยาบาลและความมุ่งหมายของหน่วยงาน**พันธกิจ (mission), วิสัยทัศน์ (vision) ของโรงพยาบาล**พันธกิจ¹: ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของชุมชนวิสัยทัศน์²: เราจะเป็นโรงพยาบาลที่ประชาชนไว้วางใจ**ความมุ่งหมาย (purpose) ของหน่วยงานบริการ**

OPD	ให้การดูแลรักษา ส่งเสริม ป้องกัน พิษฟู ที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยนอก
IPD	ให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแบบองค์รวมด้วยความถูกต้อง ปลอดภัย มีมาตรฐาน
อุบัติเหตุ	ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย
เวชกรรมพิษฟู	ให้บริการพิษฟูสมรรถภาพที่มีคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยตัวเองได้อย่างมีศักดิ์ศรี
ทันตสาธารณสุข	ดูแลสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
เภสัชกรรมชุมชน	ให้บริการเภสัชกรรมที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ประทับใจ และให้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข
ชันสูตร	ให้บริการชันสูตรทางห้องปฏิบัติการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ถูกต้อง แม่นยำ เพื่อประกอบการวินิจฉัยและติดตามความก้าวหน้าในการรักษา
จ่ายกลาง	ให้บริการเครื่องมือและอุปกรณ์ปราศจากเชื้อแก่หน่วยงานต่างๆ อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน
ฝ่ายการพยาบาล	จัดระบบบริการพยาบาล สนับสนุนทรัพยากร พัฒนาคณากร ดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพพยาบาล ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมทั้งภายในวิชาชีพและกับวิชาชีพอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ
การเงิน	ให้บริการรับจ่ายเงินด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ตรวจสอบได้ จัดระบบข้อมูลทางการเงินเพื่อประสิทธิภาพในการบริหารงบประมาณ
พัสดุ	จัดหา ควบคุม เก็บรักษา และจำหน่ายพัสดุ เพื่อให้ได้ของที่มีคุณภาพตรงความต้องการของผู้ใช้ ราคาเหมาะสม ในเวลาที่ต้องการ
การเจ้าหน้าที่	บริหารงานบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม เพื่อให้บุคลากรมีขวัญกำลังใจ และมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
ห้องคลอด	ให้บริการการคลอดอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ (ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย)

¹ ทำไมต้องมีโรงพยาบาลของเรา² อยากเห็นโรงพยาบาลของเราเป็นอย่างไรในอนาคต

๔. การเขียนรายงานและติดตามผล

รายงานการให้คำปรึกษาที่ดีจะช่วยให้โรงพยาบาลใช้ประโยชน์ได้เต็มที่ และสามารถติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลได้

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

ก) รายงานสำหรับโรงพยาบาล

รายงานนี้ควรจะเป็นเสมือนจดหมายจากพ่อแม่ถึงลูกแสดงความชื่นชม ให้กำลังใจ พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปรับปรุงซึ่งอ่านแล้วมีความอยากที่จะทำตาม

หัวข้อในรายงานสำหรับโรงพยาบาลประกอบด้วย

- ๑) ความก้าวหน้าตามขั้นตอนและความสำเร็จของการพัฒนาในมุมมองของที่ปรึกษา เพื่อให้ทีมงานของ รพ. เห็นว่าตนเองก้าวมาถึงไหนแล้ว รวมทั้งความก้าวหน้าที่เพิ่มจากการเยี่ยมครั้งก่อน
- ๒) ค่านิยมต่อจุดเด่น ความพยายาม หรือผลสำเร็จของงาน เพื่อเป็นกำลังใจให้แก่เจ้าของงาน เป็นตัวอย่างให้แก่ทีมงานอื่นๆ
- ๓) สิ่งที่ต้องสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ (ตามสภาพปัญหาที่พบ แต่ไม่ควรเกินครั้งละ ๕ ประเด็น) รวมทั้งคำถามที่ที่ปรึกษาได้รับ และคำตอบที่ได้ให้แก่โรงพยาบาล
- ๔) งานที่ไม่บรรลุตามแผนที่ร่วมกันวางไว้ ซึ่งจะต้องขอให้ทีมนำเร่งรัดการดำเนินงานในเรื่องดังกล่าว
- ๕) ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงในเรื่องที่มีความสำคัญสูง เช่น ความเสี่ยง การเชื่อมโยงระบบที่เกี่ยวข้องกัน มาตรฐานวิชาชีพ โดยเชื่อมโยงกับจุดแข็งที่โรงพยาบาลมีอยู่ให้มากที่สุด
- ๖) การบ้านที่ทีมงานของ รพ. จะต้องทำก่อนการเยี่ยมครั้งต่อไป (ซึ่งปรับให้สอดคล้องกับแผนของแต่ละ รพ.)

ความยาวของรายงาน ประมาณ ๓-๔ หน้า ไม่ควรน้อยกว่าหรือมากกว่านี้ กำหนดเวลาในการส่งรายงาน ควรส่งถึง พรพ. ภายใน ๑ สัปดาห์ หลังการเยี่ยม

ข) รายงานต่อ พรพ.

เป็นส่วนที่เพิ่มเติมจากรายงานสำหรับโรงพยาบาล โดยแยกเป็นเอกสารต่างหาก ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

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

ค) แบบฟอร์มติดตามความก้าวหน้า

๑) ลำดับขั้นของการทำกิจกรรม

	ครั้งที่		
	๑	๒	๓
วินิจฉัยองค์กร	ใช้ข้อมูลจากการสังเกต เจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการ	ติดตามการเปลี่ยนแปลง	ติดตามการเปลี่ยนแปลง
โครงสร้างองค์กร	-เน้นโครงสร้างที่เรียบง่ายและมีประสิทธิภาพ -ใช้โครงสร้างเดิมให้มาก -เสริมเท่าที่จำเป็น		
วางแผนพัฒนา	วางแผน	ทบทวน	ทบทวน
วิเคราะห์หน่วยงาน	งาน ลูกค้า ความมุ่งหมาย เครื่องชี้วัด		ทบทวนในการใช้แบบประเมิน ตนเอง
ความเสี่ยง	ค้นหาและป้องกันความเสี่ยง ในทุกหน่วยงาน	-การป้องกันการติดเชื้อ -การป้องกันความ คลาดเคลื่อนทางยา -ระบบข้อมูลความเสี่ยงระดับ รพ.	-ติดตามผลการป้องกันความ เสี่ยง
กิจกรรมทบทวน	-ขณะดูแลผู้ป่วย -คำร้องเรียน/ข้อคิดเห็น -ส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธ -การตรวจโดยผู้ที่มีใช้แพทย์ -การเสียชีวิต/ภาวะแทรกซ้อน -อุบัติการณ์	-ความสมบูรณ์ของเวช ระเบียน -การใช้ข้อมูลวิชาการ -การใช้ทรัพยากร -เครื่องชี้วัด	-ติดตามการปฏิบัติตามระบบ ที่เกิดขึ้นจากการทบทวน
CQI		-CQI แบบเรียบง่าย	-เรียนรู้และกระตุ้นให้ขยายผล
การเชื่อมโยง		-เชื่อมโยงผลการทบทวนไปสู่ การพัฒนาความรู้ ความสามารถของเจ้าหน้าที่ และกิจกรรม CQI	-เชื่อมโยงความพยายามใน การพัฒนาที่ผ่านมา -เชื่อมโยงไปสู่บันไดขั้นต่อไป
การประเมินตนเอง			ทุกระดับ ทุกหน่วยงาน



แสดงว่าโรงพยาบาลได้เริ่มต้นทำกิจกรรมนั้นแล้ว



แสดงว่ากิจกรรมนั้นสำเร็จตามเป้าหมายทั้งในแง่ความครอบคลุมและผลลัพธ์

๒) ผลสัมฤทธิ์

	๑	๒	๓	๔	๕
การนำองค์กรและทิศทางการดำเนินงาน					
ทรัพยากรบุคคลและการดูแลวิชาชีพ					
สิ่งแวดล้อม สถานที่ เครื่องมือ ความปลอดภัย					
ระบบสารสนเทศ					
ระบบบริการทั่วไป					
การดูแลผู้ป่วยและสิทธิผู้ป่วย					
กระบวนการพัฒนาคุณภาพ					

๑ = เริ่มต้นทำกิจกรรม

๒ = ต่ำกว่าระดับเฉลี่ย ทำด้วยความไม่เข้าใจ

๓ = อยู่ในระดับเฉลี่ยที่ยอมรับได้

๔ = สูงกว่าระดับเฉลี่ย

๕ = ดีเลิศ สมควรเป็นแบบอย่าง

ตัวอย่างการเขียนข้อเสนอแนะ

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

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 จะได้รับข้อมูลเบื้องต้นเพื่อช่วยให้ทำความเข้าใจกับโรงพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น เอกสารชุดนี้ประกอบด้วยข้อมูลภาพรวมของโรงพยาบาล แบบประเมินตนเองของโรงพยาบาล ตารางการทำงาน รายงานการเยี่ยมสำรวจ ครั้งที่แล้ว และคำร้องเรียนที่ได้รับ (ในกรณีการเยี่ยมสำรวจ ครั้งต่อๆ มา)

การสรุปผลของการเยี่ยมสำรวจทำโดยสมาชิกของคณะผู้เยี่ยมสำรวจ ทุกคน ซึ่งใช้ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ในเวลาและสถานที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของมาตรฐานซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การเยี่ยมสำรวจจะเน้นกิจกรรมสำคัญที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการบริหารองค์กร เพื่อตอบคำถามหลักต่อไปนี้:

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

๑. การพบปะครั้งแรกกับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

๑. **ระยะเวลา** ในการพบปะครั้งแรกระหว่างคณะผู้เยี่ยมสำรวจกับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลนั้นไม่ควรกินเวลาเกินกว่า ๑ ชั่วโมง และในบางโรงพยาบาลอาจจะใช้เวลาเพียง ๓๐ นาที

๒. **การแนะนำตัว** ในการพบปะครั้งแรก คณะผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะยังไม่เคยพบที่มงานของโรงพยาบาลมาก่อน ในการพบปะช่วงนี้จึงเป็นโอกาสให้แนะนำตัวกันและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างอบอุ่น

๓. **การนำเสนอข้อมูลสรุป** หลังจากการแนะนำตัวแล้ว ทางโรงพยาบาลอาจจะต้องการนำเสนอข้อมูลสรุปขอโรงพยาบาล การนำเสนอจะต้องไม่ซ้ำซ้อนกับข้อมูลในแบบประเมินตนเองที่ได้ให้แก่ผู้เยี่ยมสำรวจไปแล้ว

โรงพยาบาลควรใช้โอกาสนี้ให้ข้อมูลแก่ผู้เยี่ยมสำรวจหากมีเหตุการณ์ใหม่ๆ หรือเหตุการณ์สำคัญซึ่งผู้เยี่ยมสำรวจควรได้รับทราบเพื่อประโยชน์ในการเยี่ยมสำรวจ

๔. การตั้งคำถาม หลังจากการนำเสนอของโรงพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจอาจแสดงความขอบคุณและให้กำลังใจ หรืออาจตั้งคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่นำเสนอ

ช่วงนี้เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการขอให้ทีมผู้บริหารขยายความในส่วนที่เป็นความสำเร็จหรือความก้าวหน้าในช่วง 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 ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะตั้งคำถามเหล่านี้ในการพบปะครั้งแรก “มีเรื่องอะไรเป็นพิเศษหรือไม่ที่ทางโรงพยาบาลประสบปัญหาและเห็นว่าเราอาจจะช่วยได้” “มีปัญหาอะไรที่อยากให้เราพูดคุยกับทีม” ในการถามคำถามเหล่านี้และรับฟังการตอบสนองของโรงพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องยึดมั่นในเป้าหมายว่าเพื่อที่จะปรับปรุงคุณภาพบริการและการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA

๒. การทบทวนเอกสาร

ดังที่ได้กล่าวแล้วว่าผู้เยี่ยมชมสำรวจรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ หนึ่งในแหล่งข้อมูลคือการทบทวนเอกสาร การทบทวนเอกสารเริ่มต้นด้วยการศึกษาแบบประเมินตนเองและ hospital profile ข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์มากที่ช่วยให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจเรียนรู้โรงพยาบาลที่จะเข้าเยี่ยมชมสำรวจ และชี้ให้เห็นว่าโรงพยาบาลรับรู้ของตนเองปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้เพียงใด เอกสารทั้งคู่นี้เป็นแหล่งข้อมูลที่จะกระตุ้นให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจจัดเตรียมคำถาม

เมื่อเข้าไปถึงโรงพยาบาล ผู้เยี่ยมชมสำรวจจะทบทวนเอกสารอื่นๆ เพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

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

รายงานการประชุมส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร ผู้เยี่ยมชมสำรวจจึงต้องทบทวนคุณภาพของบันทึกรายงานการประชุมว่าสามารถสื่อผลลัพธ์ของการประชุมแก่ผู้เกี่ยวข้อง ระบุการปฏิบัติที่ต้องการให้เกิดขึ้น และผู้รับผิดชอบได้หรือไม่

ที่สำคัญกว่านั้นก็คือ รายงานการประชุมทำให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจรับทราบว่าคุณภาพของบริการทางคลินิกมากกว่าบริการทั่วไปหรือไม่ และอาจลงลึกถึงกระบวนการที่โรงพยาบาลใช้แก้ปัญหา ผู้เยี่ยมชมสำรวจอาจจะได้เห็นประเด็นที่จะสัมภาษณ์กับทีมที่เกี่ยวข้อง

๒. รายงานกิจกรรมติดตามและพัฒนาคุณภาพ รายงานเหล่านี้ทำให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจได้ทบทวนกิจกรรมติดตามและพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล รายงานเหล่านี้จะทำให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจได้รับทราบว่าคุณภาพในการติดตามเครื่องชี้วัดใดบ้าง และยังเป็นโอกาสให้รับทราบถึงโครงสร้างการรายงานกิจกรรมคุณภาพในโรงพยาบาล

๓. รายงานการบริหารความเสี่ยง เช่นเดียวกับรายงานการพัฒนาคุณภาพ รายงานเหล่านี้จะช่วยให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจได้รับทราบความเสี่ยงต่างๆ ที่โรงพยาบาลติดตามอยู่ ทำให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเพื่อจัดการกับความเสี่ยงได้ดีขึ้น ได้ทราบการเชื่อมโยงของระบบรายงานและระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยง

๔. คู่มือปฏิบัติงาน จะเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้เยี่ยมชมสำรวจควรสังเกตว่ามีคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่หรือไม่ วันที่จัดทำคู่มือและวันที่มีการทบทวนแก้ไขปรับปรุงก็มีความสำคัญเช่นเดียวกันที่จะแสดงให้เห็นว่ามีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอและเป็นปัจจุบัน

๕. เวชระเบียนผู้ป่วย เป็นเครื่องมือสำหรับการสื่อสารระหว่างสมาชิกของทีมสหสาขาวิชาชีพ เวชระเบียนที่ใช้อยู่สามารถช่วยในการสื่อสารเหล่านี้หรือไม่ นี่เป็นคำถามที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจจะต้องถามตัวเองในขณะที่ทบทวนเอกสารเหล่านี้ 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 ความรู้สึกทักท้วงไม่ได้ที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับสิ่งที่ควรจะได้ ความเอื้ออาทรต่อทีมงานหรือหน่วยงานอื่นๆ สีนน้ำท่าทางของความตื่นตัวเมื่อพูดคุยเรื่องการพัฒนาคุณภาพ

๖. เน้นการยืนยันการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมตามข้อมูลที่ได้รับในแบบประเมินตนเอง มากกว่าการรับฟังคำตอบเชิงทฤษฎี

การสังเกตในสิ่งเหล่านี้จะทำให้สรุปจุดเด่นหรือค่านิยมของหน่วยงานได้ง่ายขึ้น

๓.๒ คำถามที่ผู้เยี่ยมสำรวจไม่ควรถามหรือไม่ควรกระทำ

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

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

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

๔. **ไม่ควรทำให้หน่วยงานสับสน** คิดว่าสิ่งที่โรงพยาบาลทำมานั้นไม่ถูกต้อง เนื่องจากไม่เหมือนรูปแบบที่ผู้เยี่ยมสำรวจเคยเห็น ผู้เยี่ยมสำรวจควรจะมีใจกว้าง 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 ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องแนะนำตนเองด้วยวิธีการที่ไม่คุกคามผู้เยี่ยมสำรวจ การสื่อสารที่ดีทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารมากขึ้นและได้ข้อสรุปที่ถูกต้องมากขึ้น

๒. **ให้เดินไปรอบๆ** แผนก/หน่วยงานก่อนที่จะเข้าประชุม จะช่วยลดความเครียดและเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ได้มีโอกาสเห็นผู้เยี่ยมสำรวจซึ่งพวกเขาผ่อนคลายด้วยความกระวนกระวาย

๓. เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่/ทีม ถามคำถาม ในระหว่างการสัมภาษณ์ **ควรใช้เวลา**กับผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบให้เพียงพอ และรับฟังอย่างตั้งใจ

๔. **แนะนำให้ทีมงาน**

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

๕. เริ่มต้นสัมภาษณ์ในเชิงบวกด้วยการขอให้หัวหน้าแผนก/หน่วยงาน/ทีม สรุปสิ่งที่เป็น**จุดแข็ง**ของทีม จากนั้นถามคำถาม**ทั่วๆ ไป** และอภิปรายกันใน**เรื่อง**ที่ทีม**อยากจะปรับปรุง**ให้ดีขึ้น อย่าเพิ่งลงรายละเอียดในช่วงแรกก่อนที่จะมองเห็นภาพรวมของหน่วยงานทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน

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

๖. กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่แสดงออกหากไม่เข้าใจคำถาม หากผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงท่าทีไม่เข้าใจคำถามให้ผู้เยี่ยมสำรวจ

- **ปรับเปลี่ยนคำถาม** โดยใช้คำใหม่ที่ชัดเจนมากขึ้น หรือ
- **อธิบายเหตุผล**ของการตั้งคำถามนั้น หรือ
- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์**ทวนคำถาม**ด้วยสำนวนของตนเอง และผู้เยี่ยมสำรวจยืนยันว่าใช้สิ่งที่ต้องการทราบหรือไม่

๗. หลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยเรื่องโครงสร้าง (เอกสาร) **ให้เน้นการพูดคุยกันในเรื่องกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น**

๘. **อย่ารีบเปลี่ยนประเด็นเร็วเกินไป** ก่อนที่จะเปลี่ยนประเด็น ควร

- สังเกตสีหน้าท่าทีของทีมผู้ถูกสัมภาษณ์ว่ามีใครต้องการแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมหรือไม่
- 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 ๓ ช่วง คือการพบผู้แทนของทีมในช่วงแรก การเยี่ยมสำรวจหน่วยงาน และการสัมภาษณ์ทีมในช่วงท้าย

๔.๑ การพบผู้แทนของทีมในช่วงแรก

มีวัตถุประสงค์เพื่อรับฟังข้อมูลเพิ่มเติมจากข้อมูลที่มีอยู่ในแบบประเมินตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นส่วนที่ทีมได้พัฒนาเพิ่มเติมหลังจากตอบแบบประเมินตนเองแล้ว หรือเป็นการให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามคำถามที่ พรพ.ขอมา การสัมภาษณ์ในช่วงนี้ควรเป็นไปเพื่อให้ทราบทิศทางการพัฒนา ผลลัพธ์ที่ทีมภาคภูมิใจ เพื่อจะได้อาจสามารถไป verify ด้วยการสังเกตและสัมภาษณ์ในหน่วยงาน ไม่ควรใช้เวลาในช่วงนี้เกินกว่า ๑๐-๑๕ นาที

๔.๒ การเยี่ยมสำรวจหน่วยงาน

มีวัตถุประสงค์เพื่อ verify ข้อมูลที่ได้รับจากแบบประเมินตนเองและข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้แทนของทีมในช่วงแรก รวมทั้งการสังเกตว่าได้มีการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA และมาตรฐานวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพียงใด

เทคนิคต่อไปนี้เป็นสิ่งที่จะช่วยให้เยี่ยมสำรวจได้อย่างเป็นระบบและครบถ้วน

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 ๕I (Information, Informed Consent, Investigation, Identification, Invasive Prep)

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

๔. ใช้สภาพของผู้ป่วยเป็นตัวตั้ง โดยอาจใช้สูตร C๓THER (Care-Communication-Continuity-Team-HRD-Environment&Equipment-Record)

Care	ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมหรือไม่ ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การบำบัดรักษา บริการพยาบาล และป้องกันความเสี่ยง
Communication	ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่จำเป็นและเป็นที่เข้าใจหรือไม่
Continuity	ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมตัวเพื่อการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือไม่
Team	มีการนำวิชาชีพอื่นที่เหมาะสมเข้ามาร่วมดูแลหรือไม่
HRD	ทีมงานมีความรู้และทักษะเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยรายนี้ซึ่งมีคุณภาพหรือไม่
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	การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
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

- นำปัญหาที่พบระหว่างการเยี่ยมชมหน่วยงานมาพูดคุยกับทีมนำทางคลินิกว่าได้ตระหนักในปัญหาเหล่านั้นหรือไม่ มีแผนที่จะดำเนินการอย่างไรต่อไป
- สังเกตปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในทีม
- กระตุ้นให้เกิดความคิดในการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง โดยการตั้งคำถามที่เน้นเป้าหมายและผลลัพธ์ของงาน (ถามว่าเป้าหมายคืออะไร ผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร จะต้องทำอะไรเพิ่มเติมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว) มากกว่าที่จะถามว่ากระบวนการทำงานเป็นอย่างไร (คำถามว่ากระบวนการทำงานเป็นอย่างไร ควรถามในช่วงของการเยี่ยมชมหน่วยงาน)
- ให้ความรู้และปรับเปลี่ยนเจตคติในกรณีที่สมาชิกของทีมงานมีความเข้าใจและเจตคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกของทีมได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางที่ควรจะเป็น และให้การสนับสนุนหากสิ่งนั้นสามารถนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ โดยไม่จำเป็นต้องยึดติดกับรูปแบบที่คนอื่นทำอยู่
- เปิดโอกาสให้ทีมสรุปประเด็นที่ต้องพัฒนาต่อ และทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจเพิ่มเติมในส่วนที่เหลือ
- คาดหวังว่าสมาชิกของทีมนำทางคลินิกจะมาร่วมมากที่สุดในช่วงเวลานี้

แนวทางการเยี่ยมสำรวจหน่วยดูแลผู้ป่วยและทีมสหสาขา (อีกรูปแบบหนึ่ง)

๑. สังเกตสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เริ่มเข้าไปในหน่วยงาน

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

๒. ทำความคุ้นเคยกับหน่วยงาน

พบกับหัวหน้าหน่วยงาน และขอให้หัวหน้าหน่วยงานแนะนำให้คุ้นเคยกับสถานที่และทำความรู้จักกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในวันนั้น.

ขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงานสังเกตวิธีการทำงาน และพูดคุยกับผู้ป่วยตามลำพัง (โดยหัวหน้าหน่วยไม่ต้องติดตาม) ใช้เวลาในช่วงนี้ประมาณ ๔๕-๖๐ นาที.

๓. สังเกตสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ

๓.๑ สังเกตสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ อาจจะให้ผู้ประเมินท่านหนึ่งสมมติตัวเป็นผู้ป่วยและให้เจ้าหน้าที่ลองปฏิบัติต่อผู้ประเมินในการรับผู้ป่วย, หรือทำความรู้สึกเหมือนว่าผู้ประเมินเป็นผู้ป่วย เมื่อเข้ามาในหน่วยแล้วจะรู้สึกอย่างไร, มีอะไรที่อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น บอร์ดให้ข้อมูล แผ่นปลิว ที่พัก การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกนั้นยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางหรือไม่.

๓.๒ สังเกตการจัดเก็บเครื่องมือและอุปกรณ์ว่าเป็นระเบียบ สามารถค้นหาได้โดยง่ายหรือไม่, ปลอดภัยจากการที่ผู้ไม่มีหน้าที่จะนำไปใช้หรือไม่, สะดวกที่จะตรวจสอบและเพิ่มเติมปริมาณให้อยู่ในระดับที่กำหนดไว้หรือไม่.

๓.๓ สังเกตระบบการป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล, เทคนิคการให้บริการ, การจัดการกับขยะและของใช้ที่ปนเปื้อน.

๓.๔ สังเกตเรื่องการเตรียมและบริหารยา สถานที่จัดเตรียมยาฉีดและ IV solution มีความสะอาดและปราศจากความพลุกพล่านหรือไม่ มีการเขียนฉลากสำหรับยาที่ผสมใน IV solution หรือไม่.

๓.๕ สังเกตดูสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีความสุขสบายหรือไม่, สีหน้าของผู้ป่วยเป็นอย่างไร, อุปกรณ์ที่ใช้อยู่กับผู้ป่วย เช่น น้ำเกลือ ออกซิเจน สายสวนปัสสาวะ มีความเหมาะสมตามหลักวิชาการและมีหลักประกันว่าเป็นการให้ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์อย่างไร, มีการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่อย่างไร, มีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างไร เช่น ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว การรัดตรึงผู้ป่วย หรือการใช้เครื่องกันข้างเตียง.

๔. พูดคุยกับผู้ป่วยและใช้ข้อมูลจากผู้ป่วย

พูดคุยกับผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง (๓-๕ คน โดยมีผู้ป่วยที่ใกล้กลับบ้าน, ที่รักษามาแล้วระยะหนึ่ง, ที่เพิ่งเข้ารับการรักษา, ที่เตรียมตัวจะผ่าตัดและที่ผ่าตัดแล้ว) ว่ามีความรู้สึกอย่างไรต่อการนอน รพ.ครั้งนี้, ได้รับข้อมูลอะไรบ้างจากแพทย์และพยาบาล, มีข้อมูลอะไรที่อยากจะทราบเพิ่มเติม, ก่อนที่จะลงนามยินยอมรับการรักษา ได้รับข้อมูลอะไรบ้าง, มีข้อเสนอแนะอะไรสำหรับ รพ.

สำหรับผู้ป่วยที่ใกล้จะกลับบ้าน อาจขอให้ผู้ป่วยเล่าสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดตั้งแต่วันแรกที่มา รพ. จนกระทั่งปัจจุบัน โดยยึดมาตรฐาน GEN.๔ หรือ INP.๔ เป็นแนวทางในการเจาะประเด็น (รวมทั้งการวางแผนจำหน่าย เช่น ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่าจะได้กลับบ้านเมื่อใด กลับไปแล้วคาดว่าจะมีปัญหอะไร และได้มีการเตรียมพร้อมไว้อย่างไร). ถามว่ามีปัญหอะไรเกี่ยวกับการประสานงานของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการหรือไม่ พร้อมทั้งตัวอย่างของการประสานงานหรือไม่ประสานงาน.

คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูงและใช้สูตร C⁺THER เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

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

๕. พูดคุยกับเจ้าหน้าที่

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

๖. ทบทวนเวชระเบียน

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

๗. สหทากับทีมผู้ให้บริการ (Clinical Lead Team) และหัวหน้าหน่วยงาน

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

- เริ่มต้นด้วยคำถามว่าอะไรคือสิ่งที่ทีมงานภาคภูมิใจ, เจ้าหน้าที่แต่ละคนเคยได้รับคำชื่นชมจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานในลักษณะในบ้าง, สิ่งนั้นคือคุณค่าของหน่วยงานหรือไม่, คุณค่านั้นถูกระบุไว้ในพันธกิจของหน่วยงานหรือไม่, แต่ละคนกำลังพยายามทำอะไรอยู่เพื่อให้บรรลุพันธกิจของหน่วยงาน, สามารถเล่าหรือแสดงหลักฐานให้เห็นเป็นรูปธรรมได้หรือไม่.
- ขอให้ทีมงานสรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ทำมาทั้งหมดในรอบ ๑ ปี (เฉพาะชื่อโครงการยังไม่ต้องระบุรายละเอียด), และขอให้ระบุว่าโครงการใดที่มีปัญหาในการทำมากที่สุด โครงการใดที่ทำยากที่สุด โครงการใดที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด. ผู้ประเมินอาจจะเจาะลึกโครงการบางโครงการก็ได้.
- ขอให้ทีมงานระบุว่าในหน่วยงานนี้มีความเสี่ยงอะไรบ้าง, มีมาตรการในการป้องกันหรือจัดการอย่างไร, มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรไว้อย่างไร. ผู้ประเมินอาจจะเจาะลึกมาตรการการป้องกันความเสี่ยงบ้างเรื่องก็ได้.
- ขอให้ทีมงานระบุว่ามีการติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพ (quality indicator) อะไรบ้าง. ขอให้นำเสนอข้อมูลเครื่องชี้วัดเหล่านั้นและการใช้ประโยชน์จากการติดตามเครื่องชี้วัดเหล่านั้น, มีเครื่องชี้วัดอะไรที่อยู่ในแผนที่จะติดตาม วางแผนไว้อย่างไร จะมีปัญหาในการเก็บข้อมูลอย่างไร จะนำเครื่องชี้วัดนั้นมาใช้ได้อย่างไร.
- นำประเด็นปัญหาคุณภาพที่พบระหว่างการสังเกตขึ้นมาสนทนาว่าทางทีมงานเห็นปัญหาแต่ละประเด็นนั้นหรือไม่, ได้มีความพยายามที่จะปรับปรุงอย่างไร, สิ่งที่ได้ทำมานั้นเป็นที่พอใจแล้วหรือยัง, มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไรต่อไป, มีอะไรที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับปรุง, ต้องการการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงอย่างไร.
- ไล่ตามข้อคำถามที่เหลือในแบบประเมินตนเองซึ่งยังไม่ได้มีการสนทนา. ทำความเข้าใจกับทีมงานในกรณีทีทีมงานเข้าใจไม่ตรงกับผู้ประเมิน. พยายาม verify คำตอบให้ได้มากที่สุด.

๘. สรุป

สรุปประเด็นสิ่งที่เป็นจุดแข็งของหน่วยงาน และโอกาสที่หน่วยงานสามารถพัฒนาได้ในอนาคต (จุดอ่อน) และขอให้หัวหน้าหน่วยงานตอบสนองต่อข้อสรุปของทีมผู้ประเมิน.

ตอนที่ ๕ ทักษะของที่ปรึกษา

๑. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การพัฒนาคุณภาพคือการทำงานประจำให้ดีขึ้น ตอบสนองต่อเป้าหมายของหน่วยงานและผู้รับผลงาน ได้ดีขึ้น การพัฒนาคุณภาพจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อผู้เกี่ยวข้องมีการเปลี่ยนแปลงวิถีคิดและพฤติกรรมในการทำงานของตน

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 เพียงใช้เวลากระตุ้นเล็กน้อยให้ผู้เรียนเล่าประสบการณ์ออกมาก็จะได้เนื้อหาที่ต้องการ 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 จากสิ่งที่เป็นข้อสรุปอยู่แล้วในเอกสารหรือคำบรรยาย จากกิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มสมาชิก การเรียนรู้แนวความคิดรวบยอดนี้จะทำให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหาได้อย่างลึกซึ้ง 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. พยายามแสดงบทบาทของการฟังและการให้ความช่วยเหลือมากกว่าการแสดงความคิดเห็นกว่า
3. ยอมรับความหลากหลายในด้านต่างๆ ของผู้เรียน
4. เต็มใจที่จะยอมรับมุมมองต่างๆ ที่หลากหลายโดยไม่มีเงื่อนไข และไม่พยายามบีบบังคับให้ผู้เรียนยอมรับความคิดของตน ความสามารถในการรับความหลากหลายและต่อรองเพื่อไม่ให้มีใครเป็นฝ่ายพ่ายแพ้หรือเสียหน้าจะนำไปสู่การตัดสินใจของกลุ่มที่ได้ประโยชน์แก่ทุกฝ่าย

ผู้ที่นำกลุ่มควรได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มประเภทต่างๆ เสียก่อน เพื่อให้เห็นรูปแบบการช่วยเหลือที่แตกต่างกัน ในขั้นแรกอาจจะเป็นการเลียนแบบสิ่งที่เห็นมา ต่อมาก็จะสามารถพัฒนาให้เป็นรูปแบบของตนเองได้

ก) การออกแบบกลุ่มเพื่อให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม

ขอให้ท่านทบทวนว่ากิจกรรมการเรียนรู้ที่ท่านเคยมีประสบการณ์นั้น การจัดกลุ่มลักษณะใดที่ทำให้ท่านได้มีส่วนร่วมมากที่สุด การจัดกลุ่มลักษณะใดที่ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งมากที่สุด การจัดกลุ่มลักษณะใดที่ทำให้ท่านได้เรียนรู้มากที่สุด ขอให้ท่านพิจารณาข้อดีและข้อจำกัดของการจัดกลุ่มแต่ละวิธีเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

	ข้อดี	ข้อจำกัด
กลุ่ม ๒ คน – Pair Group	ทุกคนมีส่วนร่วม ทำพร้อมๆ กัน ใช้เวลาไม่มาก	ขาดความหลากหลายทางความคิดและประสบการณ์
กลุ่ม ๓ คน -Triad Group (แต่ละคนมีบทบาทหน้าที่ชัดเจน หมุนเวียนบทบาทกัน)	ทุกคนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ตามบทบาทและสามารถเรียนรู้ได้ครบทุกบทบาท	ขาดความหลากหลายและความกระจำจืดไปบ้าง
กลุ่มย่อยระดมสมอง – Buzz Group (รวมกลุ่ม ๓-๔ คนที่นั่งใกล้กันเพื่อแสดงความคิดเห็นร่วมกัน)	ทำกิจกรรมร่วมกันในระยะเวลาสั้นๆ	ขาดความลึกซึ้ง
กลุ่มเล็ก – Small Group (จัดกลุ่ม ๕-๖ คนทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายจนลุล่วง)	ได้แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและอภิปรายอย่างลึกซึ้งจนได้ข้อสรุป	ใช้เวลามาก บางคนอาจมีส่วนร่วมน้อยถ้าไม่มีการกำหนดบทบาทหรือไม่มี facilitator ที่ดี
กลุ่มใหญ่ (ทั้งชั้น)	โต้ตอบกับผู้สอนในเวลาสั้น	สมาชิกมีส่วนร่วมเพียงบางคน

ข) การออกแบบงานเพื่อให้บรรลุงานสูงสุด

ประกอบด้วยขั้นตอน ๓ 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)

การช่วยให้ง่ายขึ้น (facilitating) หมายความว่าผู้ถูกโค้ชมีความสามารถที่จะคิดได้ด้วยตนเอง มองเห็นได้ทะลุปรุโปร่ง มีความคิดสร้างสรรค์

โค้ชต้องไม่คิดว่าตัวเองมีคำตอบที่ถูกต้อง แต่ช่วยให้ผู้ถูกโค้ชสำรวจตรวจสอบ ทำความเข้าใจ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่ดีกว่า



บทบาทของโค้ชคือการมุ่งเน้นความสนใจของผู้ถูกโค้ช เพื่อลดตัวกวนทั้งหลาย ช่วยให้ใช้ศักยภาพในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น

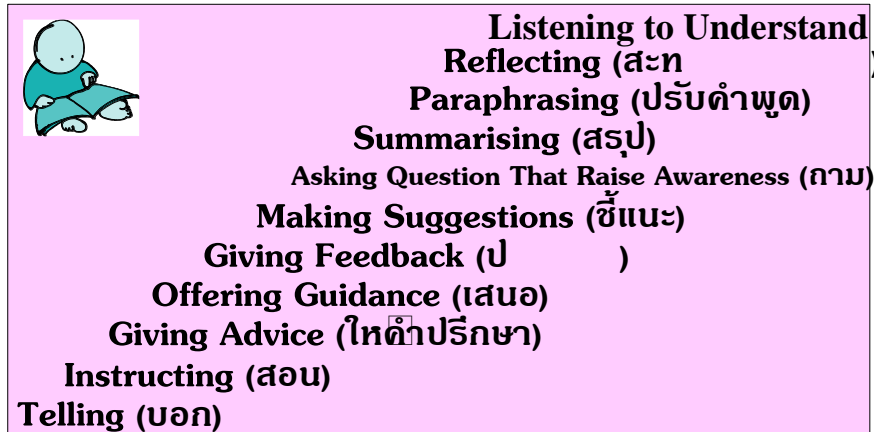
โค้ชที่ดีควรมีลักษณะต่อไปนี้

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

ทักษะการโค้ชมีความหลากหลายมาก ตั้งแต่การใช้วิธีให้คำตอบ (directive) ไปถึงการกระตุ้นให้คิดหาคำตอบด้วยตนเอง(non-directive)

The Spectrum of Coaching Skill

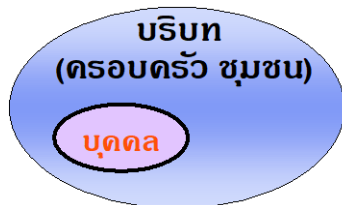
NON-DIRECTIVE



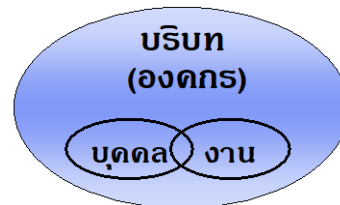
DIRECTIVE

การใช้ใช้ทักษะที่ใกล้เคียงกับการ counselling มาก สิ่งที่แตกต่างกันคือการใช้มีเป้าหมายที่งาน และอยู่ในบริบทขององค์กร ในขณะที่ counselling มีเป้าหมายที่พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และมีบริบทที่ครอบครัวและชุมชน

Counselling



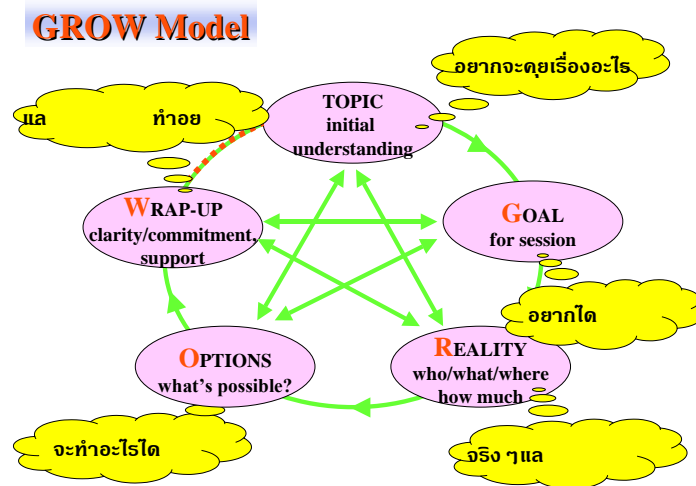
Coaching



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

การเสวนาคือการสนทนาที่มีการโต้ตอบแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างหลากหลายภายในกลุ่ม ตามประเด็นที่กำหนดไว้ เป็นวิธีการที่จะช่วยสร้างความเข้าใจ ปรับเปลี่ยนเจตคติ และจุดประกายแผนการทำงาน อาจถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ที่ปรึกษาจะทำหน้าที่เป็น facilitator สำหรับการเสวนา ทำหน้าที่ตั้งประเด็น อธิบายเป้าหมายของมาตรฐาน และดูแลให้สมาชิกสนทนาในประเด็นที่ต้องการ ในระหว่างการเสวนาอาจจะมอบหมายให้มีผู้ทำหน้าที่บันทึกการเสวนาและผู้ทำหน้าที่สังเกตปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม

กฎ กติกา

- สมาชิกจะร่วมเสวนาโดยไม่ต้องรอให้ facilitator ชี้ตัว
- สมาชิกแต่ละคนจะนำเสนอข้อมูลที่เป็นความจริงจากหน่วยงานของตนเอง
- สมาชิกจะร่วมตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นเพื่อนสมาชิกให้เห็นมุมมองที่กว้างขวางยิ่งขึ้น
- สมาชิกที่ถูกตั้งคำถาม จะต้องสรุปประเด็นด้วยตนเองว่าจะกลับไปทำอะไรเพิ่มเติมในหน่วยงานของตน

การกำหนดประเด็นหลัก

ให้เลือกประเด็นใดประเด็นหนึ่งจากมาตรฐาน HA เช่น

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

ประเด็นย่อยในการเสวนา

ขึ้นอยู่กับประเด็นหลักที่นำมาสนทนา อาจพิจารณาแนวทางต่อไปนี้

- จุดเด่นหรือนวัตกรรมที่ควรเผยแพร่ให้ผู้อื่นรับทราบ
- ความครอบคลุมของเนื้อหา หรือการนำไปปฏิบัติ
- การทบทวนประเมินผล และการบรรลุเป้าหมาย
- มุมมองอื่นๆ เพื่อให้สิ่งที่ทำอยู่นั้นมีคุณภาพดีขึ้นหรือมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

๔. ทักษะการสัมภาษณ์

๔.๑ โครงสร้างของการสัมภาษณ์

นอกเหนือจากการกำหนดเนื้อหาที่จะถาม วิธีการถาม และการตอบสนองต่อคำตอบแล้ว ท่านจะต้องวางแผนและกำหนดโครงสร้างของการสัมภาษณ์ โดยทั่วไป การสนทนาและการตั้งคำถามจะมีแบบแผนต่อไปนี้

ก. การสร้างความคุ้นเคย

การสนทนาสร้างความคุ้นเคยในช่วงเริ่มต้นเป็นสิ่งสำคัญมาก เป็นการสร้างสายใยแห่งการสื่อสารและความเชื่อมั่น ควรใช้การสนทนาสั้นๆ ที่เป็นธรรมชาติ ไม่เป็นแบบแผนมากเกินไป

เริ่มด้วยการแนะนำตนเอง (หากท่านจะต้องไปเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลอื่น ไม่จำเป็นต้องระบุว่าท่านมาจากโรงพยาบาลใด และไม่ควรกล่าวถึงโรงพยาบาลของท่านในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ) คุยในสิ่งที่ไม่รุกรานขั้นนี้จะไม่ใช้เวลานานนัก แต่จะทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์รู้สึกผ่อนคลาย

อธิบายให้ทีมผู้รับการเยี่ยมสำรวจทราบว่าผู้เยี่ยมสำรวจมีหน้าที่ช่วยเหลือทีม และที่สำคัญที่สุดคือต้องการข้อมูลจากสมาชิกของทีมทุกคน มิใช่จากสมาชิกเพียง ๑-๒ คนเท่านั้น

ข. กำหนดเป้าหมายร่วมกัน

ผู้เยี่ยมสำรวจควรศึกษาความคาดหวังของผู้รับการเยี่ยมสำรวจว่าต้องการอะไร ขณะเดียวกันทำให้ทีมผู้รับการเยี่ยมสำรวจได้รับทราบความคาดหวังของผู้เยี่ยมสำรวจเช่นเดียวกันด้วยการระบุเป้าหมายทั่วไปและเป้าหมายเฉพาะของการเยี่ยมสำรวจอย่างสั้นๆ หากไม่เข้าใจเป้าหมายนี้ให้ชัดเจน อาจจะทำให้เกิดความเข้าใจผิด ความอึดอัด หรือได้รับข้อมูลที่ไม่มีชัดเจน แม้ว่าการสนทนาอาจจะดูเครียดบ้างในช่วงแรก แต่ก็ควรจะผ่อนคลายลงหลังจากที่ดำเนินไประยะหนึ่ง

ตัวอย่างเช่น ทีมผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะอธิบายว่าต้องการประเมินระดับการปฏิบัติของหน่วยงานตามมาตรฐาน และจะถามคำถามเกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยนี้ และสามารถอธิบายต่อไปด้วยว่าจะดูหลักฐานเพื่อยืนยันข้อมูลที่ได้ให้ไปแล้ว

ค. สัมภาษณ์

ถามคำถามที่ผู้เยี่ยมสำรวจเตรียมมา และรับฟังประเด็นซึ่งจะนำไปสู่การตั้งคำถามอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะนั้น วิธีการที่ดีในการได้รับข้อมูลคือการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นฉันมิตร

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

- เน้นการช่วยเหลือให้ทีมค้นหาคำตอบได้ด้วยตนเองมากกว่าที่จะให้คำตอบจากผู้เยี่ยมสำรวจ ผู้เยี่ยมสำรวจต้องทำหน้าที่เป็นโค้ช ผู้วิจารณ์ ครู มีความรู้อย่างดีในด้านทักษะเกี่ยวกับคนและแนวคิดเรื่องกระบวนการ
- สังเกตภาษากายจากสมาชิกในทีมและพยายามค้นหาความจริง
- ย้ำขอข้อเท็จจริงถ้าจำเป็น 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 อาจจะเป็นผู้สัมภาษณ์ที่ผ่อนคลายซึ่งพูดน้อยและชี้นำน้อย อาจจะเป็นผู้สัมภาษณ์ที่ชี้นำการสนทนาให้ได้คำตอบที่ต้องการ ในระหว่างสุดโต่งสองแบบนี้ ควรจะให้มีความโน้มเอียงไปในแบบแรก กล่าวคือชี้แนะแนวทางและทิศทางให้เพียงพอ แล้วฟังให้มากกว่าพูด รอคำตอบและตอบสนอง

- ควรมีความไวและใช้ศิลปะของนักการทูต แสดงความเคารพต่อความเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์ ถ้าจะควบคุมการสนทนาจึงอย่าให้เกิดการสะดุด
- อย่าถามคำถามเป็นชุดต่อเนื่องกัน เพราะจะทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์รู้สึกที่กำลังถูกบี้ง
- ถ้าถามคำถามที่เจาะลึกมาก ควรตามด้วยการพูดคุยกุเบาๆ ก่อนที่จะตั้งคำถามต่อไป มิฉะนั้นผู้ถูกสัมภาษณ์จะรู้สึกถูกกดดัน

๔.๓ หลักการทั่วไปในการถาม/สัมภาษณ์

ก. คำถามที่ใช้บ่อย

คำถามที่ใช้ควรเป็นคำถามปลายเปิดซึ่งเริ่มต้นด้วย อย่างไร เมื่อไร ที่ไหน ใคร อะไร ทำไม

การแก้ปัญหา:	ใช้กลยุทธ์อย่างไรเพื่อให้ได้รับแบบสอบถามกลับมาหลายๆ 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, ฟังผู้ร่วมทีม, 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 เมื่อเกิดการติดเชื้อรุนแรงขึ้นจะทำอย่างไร เมื่อเจ้าหน้าที่ถูกเข็มตำจะทำอย่างไร ที่สำคัญคือพยายามที่จะประเมินว่าผู้ปฏิบัติเข้าใจเป้าหมายของสิ่งที่ปฏิบัติหรือไม่ และสิ่งที่ทำอยู่นั้นตอบสนองเป้าหมายหรือไม่

๔. หน่วยงานทำได้ดีเพียงใด ให้อะไรเป็นเครื่องชี้วัด เครื่องชี้วัดนั้นสะท้อนคุณภาพงานหรือไม่ วัดอย่างไร เชื่อถือได้หรือไม่ เอาผลจากการวัดไปทำอะไรต่อ

๕. จะทำให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้อย่างไร มีแผนการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในเรื่องอะไรบ้าง มีโครงการใหม่ๆ อะไรบ้าง ในปีสองปีข้างหน้า เห็นว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพที่โรงพยาบาลดำเนินการอยู่กำลังไปในทิศทางไหน ฯลฯ

๔.๕ การเริ่มต้นประเด็น

ควรเริ่มต้นด้วยรูปธรรมที่สัมผัสได้ และนำไปสู่ประเด็นที่ต้องการทราบ ดังตัวอย่าง

คำถามเริ่มต้น	กระบวนการที่ต้องการประเมิน
ห้องยาเคยรับยาที่ผู้ป่วยนำมาเปลี่ยนหรือไม่	การจัดการกับยาที่มีโอกาสเสื่อมสภาพ
ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ต้องให้การดมยาสลบ และมีประวัติ	การรักษาระหว่างแพทย์ด้วยกัน

โรคหัวใจ	
ห้องชั้นสูตอร์ต้องทำการตรวจซ้ำบ่อยแค่ไหน	ระบบตรวจสอบคุณภาพภายใน
ใครรับผิดชอบเรื่องยาในหอผู้ป่วยนี้	การตรวจสอบยาในหอผู้ป่วยโดยเภสัชกร
แพทย์อ่านบันทึกของพยาบาลบ่อยไหม	คุณค่าของสิ่งที่บันทึก

๔.๖ แนวทางการตั้งคำถามต่อเนื่อง

ขั้นตอน	ตัวอย่าง
๑. ศึกษาเป้าหมายของมาตรฐาน (เน้นสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับ)	การพัฒนากำลังคนมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วย
๒. วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยๆ	การอบรมต่างๆมักเป็นการตั้งรับ ส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมตามที่มีผู้จัดขึ้น โดยปราศจากการวิเคราะห์ความต้องการของหน่วยงาน
๓. หา tracer (กรณีตัวอย่างที่จะนำไปสู่การวิเคราะห์ประเด็นที่ต้องการซักถาม)	ในปีที่ผ่านมามีการทำ case conference ในเรื่องอะไร การเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อยมีอะไรบ้าง
๔. ถามว่ามีกระบวนการปฏิบัติในเรื่องนั้นเป็นอย่างไร	มีการนำข้อมูลปัญหาการดูแลที่ยังเป็นจุดอ่อนมาเป็นตัวกำหนดการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่อย่างไร
๕. ขอดูหลักฐาน	มีรายงานการประชุมบันทึกไว้หรือไม่ มีแผนการอบรมหรือไม่
๖. สิ่งที่ทำนั้นดีเพียงใด	มีการประเมินผลการอบรมหรือไม่ ขอดูผลการประเมิน
๗. เอกสารคู่มือ	มีคู่มือเกี่ยวกับเรื่องนี้เขียนไว้หรือไม่ ขอดูเอกสารคู่มือ
๘. สรุปเพื่อปิดประเด็น	

๔.๗ การตั้งคำถามที่เห็นเป้าหมาย

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 “ถ้าอย่างนั้นมีวิธีการอย่างไรที่จะทำให้แพทย์เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นเจ้าของหรือเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรแพทย์” ทำให้ผู้ตอบต้องคิดถึงวิธีการที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไกลกว่าการชักจูงแพทย์เข้าร่วมในลักษณะ passive อย่างที่เคยทำมา หรือประจักษ์ว่านี่คือโอกาสพัฒนาในลำดับต่อไป

ถาม ๒: “องค์กรแพทย์กำหนดแนวทางการทบทวนภายในวิชาชีพและระหว่างวิชาชีพอย่างไร”

ผล: คำตอบคือการบอกเล่าในสิ่งที่ทำมา และมีลักษณะของการ defense ในสิ่งที่ทำอยู่ เช่น

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

คำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา เริ่มด้วยการคุยที่เป้าหมายก่อน

“ถ้าเอาปัญหาเฉพาะหน้าของโรงพยาบาลเป็นตัวตั้ง โรงพยาบาลควรจะมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบใดบ้าง”

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

สองคำถามข้างต้นเป็นคำถามเพื่อกระตุ้นให้ตระหนักในความสำคัญของการทบทวนการดูแลผู้ป่วย “ปริมาณและความถี่ของการทบทวนที่ทำอยู่ เพียงพอหรือไม่ที่จะป้องกันความเสียหายที่น่าจะหลีกเลี่ยงได้ตรงไหนที่ควรที่จะเพิ่มให้มากขึ้น”

คำถามนี้เพื่อกระตุ้นให้วางแผนกิจกรรมให้สอดคล้องกับเป้าหมายหรือความจำเป็น “ผู้ป่วยกรณีใดบ้างที่จะต้องนำมาสู่การทบทวนระหว่างวิชาชีพหรือระหว่างแผนก ใครเป็นผู้ตัดสินใจ ผลการทบทวนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง”

คำตอบที่ได้จากคำถามนี้จะเป็นการยืนยันว่าได้มีการทบทวนระหว่างวิชาชีพหรือระหว่างแผนกเกิดขึ้นจริงหรือไม่

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

ข. ตัวอย่างคำถามเพื่อปรับเปลี่ยนความเข้าใจและเจตคติ

ผู้เยี่ยมชมสำรวจที่ปรึกษาถามเกี่ยวกับบทบาทขององค์กรแพทย์ในการดูแลมาตรฐานวิชาชีพ คำตอบที่ได้รับดูเหมือนจะเป็นการ discredit บทบาทหรือความจำเป็นที่ต้องมีองค์กรแพทย์ เช่น

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

สถานการณ์อย่างนี้เป็นสถานการณ์ที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจที่ปรึกษาจะต้องใช้เป็นโอกาสในการปรับเปลี่ยนความเข้าใจและเจตคติของผู้ถูกสัมภาษณ์โดยทันที

ตัวอย่างคำถามเพื่อปรับเปลี่ยนเจตคติ

“อะไรคือ advantage ของการมีองค์กรแพทย์”

“มีการจำแนกบทบาทขององค์กรแพทย์กับบทบาทของกลุ่มงานอย่างไร”

“มีอะไรที่กลุ่มงานไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องอาศัยองค์กรแพทย์เข้ามาเสริม”

สองคำถามหลังนี้เท่ากับผู้เยี่ยมสำรวจที่ปรึกษาแสดงการยอมรับบทบาทของกลุ่มงานที่ผู้ตอบพยายามเน้น แต่ขณะเดียวกันก็ยังคงชี้ให้เห็นความจำเป็นของการมีองค์กรแพทย์

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

คาดหวังว่าคำตอบน่าจะเป็นข้อ (ข) และเมื่อผู้เยี่ยมสำรวจที่ปรึกษาให้การรับรองคำตอบนั้น ก็จะทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องว่าควรใช้มาตรฐานอย่างไร และลดเจตคติที่เป็นลบกับมาตรฐาน

ค. ตัวอย่างคำถามเพื่อประเมินการประยุกต์แนวคิด

บ่อยครั้งที่คำถามของผู้เยี่ยมสำรวจที่ปรึกษาสร้างความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนแก่ผู้ถูกเยี่ยมสำรวจ และนำไปสู่การปฏิบัติที่ห่างไกลจากความมุ่งหมายเริ่มต้น

ตัวอย่างที่พบคือการที่ผู้เยี่ยมสำรวจที่ปรึกษาถามว่า “แน่ใจอย่างไรว่า CPG ที่จัดทำไว้ได้มีการนำไปปฏิบัติ มีการประเมินผลอย่างไร” สิ่งที่เกิดขึ้นในใจของผู้เยี่ยมสำรวจที่ปรึกษาคือ การประเมินเป็นเรื่องยุ่งยาก ต้องใช้เวลาและพลังงานมาก ยิ่งการประเมินกับบรรดาอาจารย์แพทย์ทั้งหลายซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นแล้ว อาจพบว่าไม่ได้ปฏิบัติตาม CPG ที่กำหนดไว้ ดังนั้นจึงตัดสินใจว่าจะไม่ทำ CPG จำนวนมาก ทำแค่ ๒-๓ เรื่องแล้วประเมินให้ผู้เยี่ยมสำรวจที่ปรึกษาดูก็พอแล้ว

จะเห็นว่าคำถามดังกล่าวไม่ส่งผลให้เกิดสิ่งที่ต้องการ

มาตรฐานกำหนดว่า

GEN.๙ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานหรือบริการ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

GEN.๙.๓ มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

GEN.๙.๓.๑ มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล

GEN.๙.๓.๒ มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

หัวใจสำคัญของมาตรฐานนี้อยู่ตรงการนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพหรือเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วย

หัวใจสำคัญไม่ได้อยู่ที่ CPG คำถามที่เน้นการประเมินการใช้ CPG กลับนำไปสู่การปิดกั้นการปฏิบัติตามหัวใจของมาตรฐาน

จะป้องกันปัญหานี้อย่างไร

๑. ผู้เยี่ยมสำรวจที่ปรึกษาควรทำความเข้าใจกับหัวใจสำคัญของมาตรฐานอย่างชัดเจน พิจารณาทางเลือกต่างๆ ที่เป็นไปได้ รวมทั้งข้อจำกัดของการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์ต่างๆ

๒. **ทำความเข้าใจเป้าหมายร่วมกัน**กับผู้ถูกเยี่ยมสำรวจ (อย่าทดสอบความเข้าใจ ถ้าผู้ถูกเยี่ยมสำรวจไม่เข้าใจ ต้องอธิบายเป้าหมายให้เข้าใจตรงกัน ผู้เยี่ยมสำรวจ/ที่ปรึกษาเป็นผู้มาช่วยเหลือโรงพยาบาล ไม่ใช่ผู้มาตรวจสอบอย่างเป็นทางการ) และถามว่าหน่วยงานหรือทีมงานมีวิธีการอย่างไรที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว

๓. รับฟังข้อมูลโดย**ไม่มีรูปแบบที่คาดหวังไว้ในใจ** คุณมีความพยายามที่จะทำเพื่อบรรลุเป้าหมายของมาตรฐานหรือไม่ อย่างไร ความพยายามนั้นส่งผลเพียงใด มีแผนอย่างไรต่อไป

โรงพยาบาลอาจจะมีคำตอบมากกว่า CPG เช่น คำตอบอาจจะอยู่ที่ journal club ก็ขอให้ทีมงานสรุปให้ฟังว่ามีการเปลี่ยนแปลงอะไรที่เป็นผลมาจากกิจกรรมดังกล่าว การเปลี่ยนแปลงนั้นยั่งยืนหรือไม่

๔. **การประเมินในเชิงการนำไปใช้และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น** ควรเริ่มด้วยปัญหาและเป้าหมายของเรื่องนั้น แล้วให้ทีมงานอธิบายว่าส่วนใดของ CPG ที่จะแก้ปัญหาเหล่านั้น แล้วค่อยพิจารณา compliance ของ CPG เฉพาะในส่วนที่จะแก้ปัญหานั้น

การ focus จุดสำคัญจะทำให้ผู้ถูกเยี่ยมสำรวจเห็นความสำคัญของการประเมินมากกว่าที่จะถามทั่วไปว่ามีการประเมินอย่างไร หรือให้เห็นในเชิงลบว่า “ถ้าไม่มีการประเมิน CPG ก็ไม่มีประโยชน์”

ผู้เยี่ยมสำรวจที่ปรึกษาควรสนับสนุนการประเมินที่เรียบง่าย ไม่คาดหวังการประเมินที่สมบูรณ์แบบ และซับซ้อน ถ้าฟังเพียงการมานั่งคุยกันในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องและถามว่าแต่ละคนได้ปฏิบัติตามประเด็นสำคัญใน 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”

คำถามนี้เป็นคำถามแบบแยกส่วนและกดดันให้ต้องเลือกตอบ ผู้เยี่ยมสำรวจไม่ควรคิดแบบแยกส่วน แต่ควรทำความเข้าใจบริบทขององค์กรว่าได้วางบทบาทหรือโครงสร้างของระบบงานไว้อย่างไร ถามว่าจะทำอย่างไรกับคำตอบที่ได้ ถ้าตอบยืนยันว่าเน้น consultative & informative มากกว่า ผู้เยี่ยมสำรวจจะตัดสินใจว่าไม่เหมาะสมอย่างนั้นหรือ 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 จากการทำคำปรึกษาแก่ 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 เป็นรายละเอียดทางวิธีปฏิบัติซึ่งยังหาข้อสรุปไม่ได้ หากผู้เยี่ยมสำรวจไปส่งเสริมให้เกิดความเชื่อว่าจะต้องทำอย่างใดอย่างหนึ่ง จะทำให้เกิดความชะงักงันในการพัฒนาหาทางออกที่เหมาะสมที่สุด

คำถามที่ควรถามคือ “พยาบาลหรือผู้ป่วยมีบทบาทอย่างไรในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในหอผู้ป่วย”

๔.๘ การถามต่อห้องและครอบคลุมประเด็นสำคัญของมาตรฐาน

การสัมภาษณ์ที่ดีคือการพูดคุยกันด้วยเนื้อหาที่ต่อเนื่องกันเป็นธรรมชาติ อาศัยคำตอบที่ได้รับเป็นตัวกำหนดคำถามลำดับต่อไป โดยตั้งระวางให้อยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานและไม่ลงลึกในเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากเกินไป

โปรดสังเกตบทสนทนาต่อไปนี้

การสัมภาษณ์ทีมงานพยาบาลในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

ถาม ขอให้เล่าสรุปธรรมที่ชัดเจนในการดูแลซึ่งเน้นผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง

ตอบ มีการประเมินความต้องการด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วย, มี ward round, มีการทำแบบสอบถาม IP voice และกลองรับความคิดเห็น

ถาม ขอตัวอย่างความสำเร็จที่เห็นผลชัดเจนซึ่งเราภาคภูมิใจ

ตอบ มีผู้ป่วยใช้เลือดออกรายหนึ่ง ซึ่งเราได้ให้การดูแลตั้งแต่เริ่มซื้อคนจำหน่าย ทั้งญาติและผู้ป่วยพอใจมาก มีคำชมเชยมาถึง เราให้การดูแลเป็นทีม โดยเฉพาะการให้ข้อมูลเรื่องของโรค แผนการรักษา รวมไปถึงการป้องกันตัว

ถาม พอจะบอกได้หรือไม่ว่า ในขั้นตอนซื้อคนนั้นเราได้ทำอะไร 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 คู้มค่ากับเวลาที่ใช้ในการประชุมหรือไม่
- ตอบ เราประชุมไม่บ่อยนัก เราเชื่อว่าเขาจะช่วยในการทำงานของเรามากกว่า มีการร่วมกันวางแผนการดูแลรักษาจนถึงการวางแผนจำหน่าย มีหลากหลายทัศนะและครอบคลุมมากกว่าเราทำเอง
- ถาม ในบรรดาสมาชิกที่เข้าประชุม มีใครวิชาชีพใดที่ค่อนข้างเงียบ หรือ ให้ความคิดมากมายในที่ประชุม
- ตอบ เราไม่ได้เชิญสาขาวิชาชีพอื่นเข้าประชุมทุกครั้ง แต่ถ้าเขามาก็จะมีบทบาทมากในที่ประชุม เช่น ในการประชุมเกี่ยวกับโรคเลือด ห้องแล็บจะถูกเชิญมาประชุม และออกความเห็น
- ถาม ปีหนึ่งเขาจะถูกเชิญกี่ครั้ง เขามีโอกาสขอความร่วมมือจากเราบ้างหรือไม่
- ตอบเชิญบ่อย เพราะมีหลายเรื่อง ที่เกี่ยวข้อง เขาขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการแพ้เลือด
- ถาม เรารู้สึกอย่างไรเวลาที่เขาขอให้เราทำอะไรให้เขาบ้าง รู้สึกเครียดหรือไม่
- ตอบ จะเครียดมากกว่า ถ้าไม่ได้มาประชุม
- ถาม PCT พบกันบ่อยแค่ไหน
- ตอบ ทุก ๓ เดือน แต่มีการเรียกประชุมเฉพาะกิจอีกประมาณเดือนละครั้ง
- ถาม จะขอตัวอย่างของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม หวังว่าเขาระเบียบจะบอกเหตุผลของการนอน รพ. (ดูซาร์ทผู้ป่วย) มีบันทึกของพยาบาลเขียนว่าผู้ป่วยกินหญ้าเพราะน้อยใจที่สาว ใบประเมินสมรรถนะผู้ป่วยระบุว่าวัตถุประสงค์ของการนอน รพ.คือ อยากรหาย? ดูที่ OPD card มีระบุการวินิจฉัยว่า Insecticide poisoning เราจะรู้ได้อย่างไรว่าผู้ป่วยมีสภาพแรกรับอย่างไรและมีแผนการรักษาอย่างไร
- ตอบ ดูจากใบซักประวัติ (อ่าน) ตรวจร่างกายแรกรับ กินยาฆ่าหญ้าก่อนมา รพ. ๒ ชม. ฐ. สภาพแรกรับ on NG tube & IV จาก รพ. ชุมชน
- ถาม จะอ่านตรงไหนเพื่อทราบผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะวิกฤติหรือสบายๆ มีตรงไหนที่บอกความรุนแรงของผู้ป่วยว่าต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ในใบ progress note มีระบุไว้หรือไม่ว่าเวรต่อไปหรือแพทย์ จะต้องใส่ใจในปัญหาที่เริ่มตรวจพบ เช่น พบเจ็บคอ กลืนน้ำลายไม่ได้ ตั้งแต่เปิดมายังไม่พบลายมือแพทย์ในการบันทึก progress note
- ตอบ บันทึก progress note สามารถดูได้ในใบคำสั่งการรักษา แรกรับไม่มีอาการอะไร วันที่สองจึงเริ่มปวดท้อง เรามีปัญหาในการเขียน nursing diagnosis จึงเขียนเป็นอาการ
- ถาม เราได้กำหนดว่าเรื่องการเขียน nursing diagnosis เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการฝึกอบรมในกลุ่มพยาบาล
- ตอบ เราเพิ่งอบรมกันมา ยังเข้าใจไม่ตรงกัน
- ถาม จะทำอย่างไรให้แพทย์ทราบผู้ป่วยมีอาการเพิ่มขึ้น และแพทย์ควรสนใจกับอาการดังกล่าว
- ตอบ เราจะไปเขียนไว้หน้าใบคำสั่งแพทย์
- ถาม (ดูซาร์ทต่อ) เห็นคำสั่งแพทย์เขียนให้ยา steroid และ ฟลูเรอเอริท แต่ไม่ทราบเหตุผลในการสั่งเช่นนั้น
- ชี้ปัญหา ไม่เห็นการประเมินด้านจิตใจนอกจากตอนแรกรับที่เขียนว่าน้อยใจที่สาว ไม่เห็นแผนการรักษาเขียนไว้เพื่อสื่อให้สมาชิกของทีมได้รับทราบ เช่น มีแผนที่จะ detoxify หรือ บัองกัน renal failure เพื่อว่าเมื่อจะจำหน่ายผู้ป่วย เราจะสามารถตรวจสอบได้ว่าเราได้ทำตามที่เราวางแผนไว้หรือไม่

คู่มือที่ปรึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

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

๕. การฟัง

ก. ความสำคัญของการฟัง

การฟังเป็นกระบวนการเชิงรุก ผู้ฟังที่ดีจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้พูด

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

ข. ประโยชน์ของการฟัง

ขอให้พิจารณาการฟังที่ได้ประโยชน์จากเรื่องของโมโมต่อไปนี้

โมโมเป็นเด็กหญิงพเนจรซึ่งไม่รู้หวั่นอนปลายเท้า เธอพลัดหลงมาอยู่ที่โรงละครโบราณร้างแห่งหนึ่ง สร้างความแปลกประหลาดให้กับผู้คนแถวนั้น โมโมเป็นเด็กผอมแห้งตัวเล็ก ผมหยิกหยอยยุ่งเหยิงเหมือนไม่เคยได้สัมผัสหวีหรือกรรไกร กระโปรงกรอมตาตุ่มนั้นทำจากเศษผ้าที่เก็บเอามาเย็บปะกัน เลื้อเก่าๆ ที่ใส่เป็นเสื้อผู้ชายตัวใหญ่ที่ต้องพับแขนขึ้นไว้ เธอไม่อยากตัดปลายแขนเสื้อเพราะเพื่อเอาไว้ใช้ตอนโต เธอไม่ได้เรียนหนังสือและไม่อยากไปอยู่สถานสงเคราะห์ ผู้คนแถวนั้นล้วนเป็นคนจนแต่เอื้อเฟื้อแกโมโมเป็นอย่างดี ให้ข้าวปลาอาหารแก่เธอ มีเพื่อนดีๆ มาคุยกับเธอ

ไม่นานชาวบ้านที่นั่นก็พูดว่าโชคดีที่มีโมโมเข้ามาอยู่ในหมู่บ้าน อยากให้เธออยู่ไปนานๆ และต่างก็แปลกใจว่าเมื่อก่อนนี่ตอนที่โมโมยังไม่มานั้น พวกเขาอยู่กันได้อย่างไร ยิ่งเธออยู่นานเท่าไร ก็ยิ่งไม่อยากให้จากไป และเกิดความกลัวในใจว่าเธออาจต้องจากไปสักวัน

ด้วยเหตุนี้จึงมีคนมาเยี่ยมเยียนโมโมอยู่เสมอ 'ไม่มีใครก็ใครจะต้องมานั่งอยู่กับเธอและพูดคุยกับเธอด้วยความเอาใจใส่ ใครอยากพบโมโมแต่มาเองไม่ไหว ก็ให้คนมารับเธอไป ส่วนคนที่ยังไม่เคยคิดจะผ่านมาก็จะได้รับคำแนะนำจากคนอื่นๆ ว่า "ไปหาโมโมสิ"

คำพูดประโยคนี้เริ่มติดปากผู้คนในละแวกนั้น ที่เคยพูดจากใต้ถุนเสาทุกซอกทุกซิบหรือเคยให้ศีลให้พรอย่างเมื่อก่อน ก็กลายเป็นการพูดกันในทุกโอกาสว่า "ไปหาโมโมสิ" ที่เป็นเช่นนั้นไม่ใช่เพราะโมโมจะปรารถนาเรื่องเรื่องการให้คำแนะนำ หรือมีความเข้าใจในการพูดจาปลอบโยน หรือเชี่ยวชาญในการตัดสินใจตัดสินใจ ฯลฯ

ความสามารถพิเศษของโมโมคือการฟังเป็น ท่านอาจจะคิดว่าไม่ใช่สิ่งพิสดารอะไรเลย ใครๆ ก็ฟังเป็นทั้งนั้น นั่นเป็นการเข้าใจผิด มีคนจำนวนน้อยที่ฟังเป็นจริงๆ ความสามารถของโมโมจึงกลายเป็นสิ่งพิเศษ

พอได้พูดต่อหน้าโมโม คนเฒ่าคนแก่ที่มีความคิดดีๆ ขึ้นมาได้ เธอเพียงแต่นั่งฟังผู้พูดด้วยความตั้งใจและอย่างเอาใจใส่ ขณะที่เธอมองเขาด้วยนัยน์ตาดำขลับ คนพูดก็จับความคิดขึ้นมาได้ ซึ่งเขาก็ไม่เคยรู้ว่ามีอยู่ในหัวสมองของเขา

เมื่อเธอฟังคนที่ดูเหมือนหมดปัญญาหรือว่าลังเลใจ เขาก็คิดขึ้นได้ว่าควรทำอะไร แล้วตัดสินใจได้ในทันที แม้แต่คนขี้อายก็กลายเป็นคนกล้า คนไหนเป็นทุกข์ก็กลับรู้สึกสุขใจถ้าได้พูดให้เธอฟัง บางคนน้อยเนื้อ

ต่ำใจว่าตัวไม่มีความหมาย ใครๆ ก็ไม่ให้ความสำคัญ ขณะที่เล่าให้โมโม่ฟังก็เกิดมีกำลังใจและรู้สึกขึ้นมาได้ว่า เขาเข้าใจผิด เพราะถ้าคิดให้ดี เขาก็มีเอกลักษณ์ มีความสลักสำคัญอันแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

การฟังเปรียบเสมือนงานจำนวนมากซึ่งซ้อนกันและวางอยู่บนแท่นสปริง งานแต่ละใบเปรียบเหมือนความคิดแต่ละอัน เมื่อนำเสนอความคิดออกมาก็เหมือนกับงานใบบนถูกหยิบออก ทำให้งานใบต่อไปขึ้นมาอยู่บนสุด ความคิดที่สามารถใช้การได้จะปรากฏออกมาอย่างต่อเนื่อง ขอเพียงมีใครสักคนยินดีรับฟังความคิดของเรา และอย่าด่วนสรุป

ค. แง่มุมของการรับฟัง

การรับฟังมีแง่มุมสำคัญสามประการคือ

- ความเต็มใจ ท่านจะต้องสนใจในข้อมูลของผู้พูดและยินดีรับฟัง
- ความสามารถในการรับฟัง ได้แก่การจัดระบบข้อมูลเข้าไว้ในความทรงจำ ซึ่งสามารถปรับปรุงได้ด้วยการฝึกฝนในระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจ
- การเลือกจำข้อมูลที่สำคัญ

ง. การแก้ปัญหาการรับฟัง

การปรับปรุงทักษะการฟังทำได้โดย

- ใส่ใจผู้พูดด้วยภาษากาย (การผ่อนคลายและตื่นตัว, เอนตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย, มองที่ระดับสายตา, ท่าที่เปิดรับ, ยืนในระยะที่เหมาะสม) และสัมผัสทางตา (ด้วยท่าที่นุ่มนวลและไม่นานเกินเกิน ๕ 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 การจดบันทึกมากเกินไปทำให้ท่านขาดความสนใจในการสังเกตและการรับฟัง 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 การใช้เครื่องชี้วัด ความมุ่งมั่นของเจ้าหน้าที่ ผู้เยี่ยมสำรวจ/ที่ปรึกษาจะต้องมั่นใจว่าจดบันทึกทุกประเด็นแม้ว่าจะสนใจประเด็นที่ตนเองมีความเชี่ยวชาญอยู่ก็ตาม

บันทึกที่จดควรครอบคลุมเรื่องเฉพาะที่เป็นจุดแข็งของทีม และประเด็นที่ไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งจะนำมาเป็นข้อเสนอแนะในรายงาน

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

๗. ทักษะการสังเกต

ในทักษะทั้งหมดที่ต้องการสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ ความสามารถในการสังเกตอย่างรอบคอบมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การเข้าไปเยี่ยมสำรวจหน่วยงานต่างๆ ด้วยเวลาที่จำกัด ไม่สามารถให้ข้อมูลทั้งหมดขององค์กรที่ซับซ้อนเช่นโรงพยาบาลได้ครบถ้วน หน้าที่ของทีมเยี่ยมสำรวจคือการรวบรวมข้อมูลที่ได้รับเข้าด้วยกัน ทั้งจากที่ข้อมูลที่ส่งให้ล่วงหน้า จากเอกสารในหน่วยงาน จากการเดินเยี่ยมหน่วยงาน และจากการสัมภาษณ์ทีมงาน เพื่อให้ได้ภาพที่สมบูรณ์ที่สุดในขณะนั้น เพื่อบรรลุเป้าหมายนี้ ผู้เยี่ยมสำรวจจำเป็นต้องใช้การสังเกตอย่างถี่ถ้วน จะต้องสังเกตสิ่งที่ทำเป็นประจำ เหตุการณ์ผิดปกติ และสภาพแวดล้อมในขณะที่เยี่ยมสำรวจ ขณะเดียวกันต้องมองให้เห็นไกลกว่าสิ่งที่ปรากฏ

ระหว่างการเดินเยี่ยมสำรวจสถานที่ ผู้เยี่ยมสำรวจควรสังเกตสิ่งต่อไปนี้

- ความสะอาดของอาคารสถานที่
- เครื่องมือที่ใช้ทำงาน
- ช่องทางเดินมีความวุ่นวายหรือสามารถผ่านไปได้ง่าย
- วิธีการทำงานปกติประจำและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยที่ดีหรือไม่
- สัญญาณของการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดี
- สิ่งที่เป็นความเสี่ยงขององค์กร เช่น อุปกรณ์ดับเพลิงอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม
- ความสะอาดและความสะดวกสบายของผู้ป่วย

ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้เยี่ยมสำรวจควรสังเกต

- สมาชิกของทีมมีความสะดวกใจที่จะทำงานร่วมกัน
- สมาชิกของทีมช่วยเหลือกันและกันเมื่อได้รับคำถามที่ยากๆ
- ภาษากายและการมองตาระหว่างผู้ถูกสัมภาษณ์กับผู้สัมภาษณ์ ซึ่งกระตุ้นให้ผู้สัมภาษณ์ถามคำถามเพิ่มเติมในบางเรื่อง

ในระหว่างการทบทวนเอกสาร ผู้เยี่ยมสำรวจควรสังเกต

- การจดบันทึกนั้นสามารถอ่านได้ง่ายหรือไม่
- มีการจดบันทึกเนื้อหาที่เหมาะสมและเป็นที่ต้องการของทีมหรือไม่
- เอกสารสมบูรณ์หรือไม่

ผู้เยี่ยมสำรวจจะใช้การสังเกตเพื่อ

- ยืนยันข้อมูลที่ได้รับจากหน่วยงานและโรงพยาบาล ความรู้สึกที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับหรือไม่ เช่น ถ้าทีมบอกว่ามีการใช้ universal precaution พบว่ามีปฏิบัติจริงต่อผู้ป่วยในขณะให้บริการหรือไม่
- บันทึกข้อมูลใหม่ๆ ซึ่งได้รับในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ