

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

คืออะไร

คือกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ควบคู่ไปกับการเรียนรู้ แลกเปลี่ยน และการรับรองจากองค์กรภายนอก

การรับรองเป็นเพียงส่วนเดียวและส่วนสุดท้ายของกระบวนการ แต่จุดสำคัญคือการ ประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล

ทำไมต้องทำ

- ผู้บริโภคไม่รู้ว่า รพ.ใดไว้ใจได้ ต้องอาศัยราคาหรือสภาพภายนอกเป็นเครื่องตัดสิน ซึ่งอาจจะไม่จริง
- บางเรื่อง รพ.ก็ทำได้ดี บางเรื่องก็ยังมีปัญหาเพราะขาดระบบตรวจสอบที่รัดกุม หรือมีคนส่วนน้อยที่ไม่รับผิดชอบ
- เมื่อเกิดปัญหา มีแนวโน้มที่จะเกิดการฟ้องร้องมากขึ้น
- สังคมเริ่มตั้งข้อสงสัยมากขึ้นว่าสามารถไว้ใจ รพ.และผู้ประกอบวิชาชีพได้เพียงใด

โดยสรุปก็คือทำเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับสังคมว่า รพ.มีระบบการทำงานที่ไว้ใจได้

ทำอย่างไรสังคมจึงจะเชื่อมั่น

- มีกรอบแนวทางว่าโรงพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นอย่างไร
- ผู้นำและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรับกรอบแนวทางนั้นไปประเมินและพัฒนาตนเอง
- แสดงความโปร่งใสด้วยการให้องค์กรภายนอกไปยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล

ขณะนี้เรามีกรอบแนวทางหรือยัง ใครทำ อยู่บนพื้นฐานอะไร

- มีแล้ว ในชื่อว่า "มาตรฐานโรงพยาบาล ฉบับปีกาญจนานิก"
 - จัดทำขึ้นโดยความร่วมมือของนักวิชาการ ผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้บริหาร
 - โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
- บนพื้นฐานของแนวคิดการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย

อะไรคือแนวคิดการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย

- เน้นการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า (Awareness to customer requirement)
- เน้นการปรับปรุงกระบวนการทำงาน/ระบบงาน อย่างไม่สิ้นสุด (Continuous Process Improvement)
- เน้นการเสริมพลังเจ้าหน้าที่ (Employee empowerment) และการทำงานร่วมกันเป็นทีม
- เน้นการนำด้วยอุดมการณ์ (Value-based leadership)
- มาตรฐานวิชาชีพและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย

เนื้อหาในมาตรฐานมาจากไหน

- มาตรฐานที่องค์กรต่างๆในประเทศไทยกำหนด เช่น สำนักงานประกันสังคม แพทยสภา สภาการพยาบาล ราชวิทยาลัยต่างๆ
- Hospital Standards ของประเทศแคนาดา อเมริกา ออสเตรเลีย อังกฤษ
- Requirement ของ ISO9000 และ The Malcolm Baldrige Award

โรงพยาบาลจะต้องทำอะไรบ้าง

- ผู้บริหารระดับสูงตัดสินใจรับว่าจะรับกรอบแนวทางตามมาตรฐานโรงพยาบาล
- กำหนดผู้รับผิดชอบและโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพซึ่งสอดคล้องกับระบบบริหารปกติของโรงพยาบาล
- สรรวจสถานการณ์ (บรรยายภาคการทำงาน เสี่ยงสะท้อนจากผู้ป่วย)
- ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานสร้างความมุ่งมั่นและกำหนดเป้าหมายการพัฒนาาร่วมกัน
- กำหนดทีมรับผิดชอบในการประเมินและพัฒนาตนเอง
- ดำเนินการฝึกอบรมที่จำเป็นให้แก่ทีมต่างๆ
- ทีมต่างๆทบทวนระบบการทำงานในขอบเขตที่ทีมรับผิดชอบ นำไปสู่
 - การกำหนดมาตรฐานการทำงาน
 - การสร้างระบบตรวจสอบตนเองที่ดีและเชื่อถือได้
 - การพัฒนาระบบงาน/กระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง

- ประสานกับผู้บริหารเพื่อให้เกิดการสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การจัดหาทรัพยากรที่เหมาะสม และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานภายในเพื่อให้เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (เช่น แรงจูงใจ ระบบข้อมูลข่าวสาร)
- ใช้ "มาตรฐานโรงพยาบาล" เป็นเครื่องมือประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนา

แนวคิดการพัฒนาคูณภาพร่วมสมัยเมื่อนำมาใช้กับโรงพยาบาล

1. เน้นการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า

(Awareness to customer requirement)

จุดเปลี่ยนในเรื่องนี้ได้แก่

- เปลี่ยนจากแนวคิดว่าคุณภาพถูกกำหนดโดยแพทย์พยาบาล มาสู่แนวคิดว่าคุณภาพคือการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า
- เปลี่ยนจากแนวคิดที่ผู้ป่วยเป็นผู้มาขอความช่วยเหลือเพราะไม่รู้เรื่องอะไร ต้องให้แพทย์พยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจแทน มาสู่แนวคิดที่ผู้ให้บริการต้องทำความเข้าใจกับปัญหาของผู้ป่วย นำเสนอทางเลือก และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่าที่จะเป็นไปได้
- เปลี่ยนจากวิธีการให้บริการซึ่งเน้นเฉพาะด้านมาตรฐานทางเทคนิค มาสู่การเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีความสมดุลระหว่างด้านเทคนิคบริการและปฏิสัมพันธ์ในการให้บริการ
- เปลี่ยนแนวคิดจากการไม่ใส่ใจในข้อคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วย มาสู่ความพยายามในการศึกษาสิ่งเหล่านี้
- เปลี่ยนจากแนวคิดที่แต่ละคนต่างเป็นเจ้าของอาณาจักรของตัวเอง มาสู่แนวคิดที่ผู้ให้บริการทุกคนในโรงพยาบาลต่างเป็นลูกค้าของกันและกัน มีหน้าที่ค้นหาความต้องการและตอบสนองความต้องการของลูกค้า

2. เน้นการปรับปรุงกระบวนการทำงาน/ระบบงาน อย่างไม่สิ้นสุด

(Continuous Process Improvement)

จุดเปลี่ยนในเรื่องนี้ได้แก่

- ลดการพึ่งพิงที่ตัวบุคคลซึ่งก่อให้เกิดความหวาดกลัวและหวาดระแวง หันมาดูแลสุขภาพแวดล้อมในการทำงานและวิธีการทำงานว่าจะร่วมกันปรับปรุงเพื่อป้องกันความผิดพลาดได้อย่างไร
- การทบทวนทางด้านคลินิกไม่ได้ทำเพื่อประลองความรู้ทางวิชาการ แต่เป็นไปเพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนาระบบเพื่อป้องกันปัญหาในอนาคต
- การทำความเข้าใจกับกระบวนการอย่างลึกซึ้งทำให้เห็นทางออกในการปรับปรุงได้ดีขึ้น
- เชื่อมโยงความต้องการของลูกค้ากับเป้าหมายของกระบวนการและตัวชี้วัดคุณภาพของกระบวนการ ซึ่งจะทำให้ทิศทางของการพัฒนาเป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้ามากขึ้น

- ใช้วิธีคิดอย่างเป็นระบบ ได้แก่ วิเคราะห์ปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ วิเคราะห์ทางเลือก ทดสอบทางเลือก ตรวจสอบผล กำหนดเป็นมาตรฐาน
- นำความคิดสร้างสรรค์มาใช้ในการพัฒนา

3. เน้นการเสริมพลังเจ้าหน้าที่ และการทำงานร่วมกันเป็นทีม

(Employee Empowerment & Teamwork)

จุดเปลี่ยนในเรื่องนี้ได้แก่

- เปลี่ยนจากแนวคิดที่ว่าหัวหน้าคือผู้รู้ดีที่สุด ต้องเป็นผู้ตัดสินใจ สั่งการ และควบคุม ผู้ปฏิบัติงาน มาสู่แนวคิดที่ว่าผู้ปฏิบัติงานคือผู้รู้ปัญหาหน้างานดีที่สุด ควรได้รับโอกาสให้เป็นผู้ตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง หัวหน้ามีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุน เป็นพี่เลี้ยงให้ ผู้ปฏิบัติงานแก้ปัญหาได้ และหัวหน้ามีหน้าที่ปรับปรุงระบบงานที่อยู่นอกเหนือขอบเขตที่ ผู้ปฏิบัติงานจะเปลี่ยนแปลงได้
- การเสริมพลังเจ้าหน้าที่ที่จะเกิดได้เมื่อหัวหน้าเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนเห็นพลังของตนเองและอยากจะใช้พลังนั้น ให้ความรู้และทักษะในการแก้ปัญหาและพัฒนา จัดความหวาดกลัวในหน่วยงาน และให้โอกาสทดลองความคิดใหม่ๆ โดยไม่ต้องกลัวถูกตำหนิหากมีความผิดพลาด
- เปลี่ยนจากการทำงานโดยเน้นสายการบังคับบัญชาของแต่ละสายงาน มาสู่การสร้างทีมคล่อมสายงาน (cross-functional team) ซึ่งใช้ผู้ปวยเป็นศูนย์กลาง
- ใช้หลัก 3 ประสานในการทำงานเป็นทีม คือมี**ทีม**ขึ้นว่าเรื่องใดเป็นทิศทางหลักที่ควรให้ความสำคัญ **ทีมสนับสนุน**ซึ่งจะให้ความช่วยเหลือในด้านกระบวนการทำงาน และ**ทีมทำ**หรือ**ทีมพัฒนา**ซึ่งจะลงมือวิเคราะห์ปัญหาและหาทางออก

4. เน้นการนำด้วยอุดมการณ์ (Value-based leadership)

จุดเปลี่ยนในเรื่องนี้ได้แก่

- เปลี่ยนจากแนวคิดที่ว่าผู้นำที่ดีที่สุดคือผู้นำตามสถานการณ์ มาสู่แนวคิดที่ว่าผู้นำที่ดีคือผู้ที่สามารถชักจูงให้ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรทุกคนมีอุดมการณ์ร่วมกัน และมีความมุ่งมั่นที่จะทำ ให้บรรลุอุดมการณ์นั้น
- มีกระบวนการที่จะประสานอุดมการณ์ของทั้งองค์กรให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถตรวจสอบความก้าวหน้าของการเดินทางสู่อุดมการณ์นั้นได้

5. มาตรฐานวิชาชีพและแนวทางการดูแลรักษา

(Professional Standards & Practice Guidelines)

จุดเปลี่ยนในเรื่องนี้ได้แก่

- เปลี่ยนจากแนวคิดที่แพทย์เป็นผู้มีอิสระในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย มาสู่แนวคิดที่ความแตกต่างหลากหลายอาจจะนำมาสู่ความสูญเสียเปล่าโดยไม่จำเป็น การตัดสินใจของแพทย์ควรอยู่บนพื้นฐานของหลักฐาน ข้อมูล ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ป่วย
- เปลี่ยนจากแนวคิดว่าการมีแนวทางการดูแลรักษาทำให้แพทย์ไม่มีอิสระในการตัดสินใจ เปรียบเสมือนทำอาหารตามตำราโดยไม่ต้องใช้สมอง มาสู่แนวคิดที่แนวทางการดูแลรักษาจะช่วยให้แพทย์ตัดสินใจได้ดีขึ้น
- เปลี่ยนจากแนวคิดการจัดทำแนวทางดูแลการรักษาจะต้องเกิดความเห็นพ้องในทุกประเด็น มาสู่แนวคิดที่เมื่อเริ่มต้นจัดทำแนวทางการดูแลรักษา ขอให้หาความเห็นพ้องที่มากที่สุดมาสรุปไว้อย่างเป็นกิจจะลักษณะ และอธิบายเหตุผลของความแตกต่างในการปฏิบัติของแต่ละคนเพื่อหาข้อพิสูจน์ต่อไปในอนาคต
- เปลี่ยนจากแนวคิดการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาจะต้องอยู่ใช้ประสบการณ์เป็นที่ตั้ง หรือจะต้องใช้หลักฐานที่พิสูจน์ได้เป็นที่ตั้ง มาสู่สมมุติฐานของการใช้ทั้งหลักฐานและประสบการณ์ โดยระบุว่าให้ชัดเจนว่าข้อแนะนำในแต่ละประเด็นใช้พื้นฐานอะไร
- เปลี่ยนจากแนวคิดที่ว่าแนวทางการดูแลรักษาเป็นเป้าหมายที่ต้องปฏิบัติตามให้สมบูรณ์ มาสู่แนวคิดที่แนวทางการดูแลรักษาเป็นจุดตั้งต้นเพื่อการทบทวนการทำงานของผู้ให้บริการ ไม่ใช่เป้าหมาย แนวทางการดูแลรักษาอาจมีการปรับเปลี่ยนได้เมื่อการทบทวนพบว่าไม่มีความเหมาะสมหรือไม่สามารถปฏิบัติตามได้

โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

คืออะไร

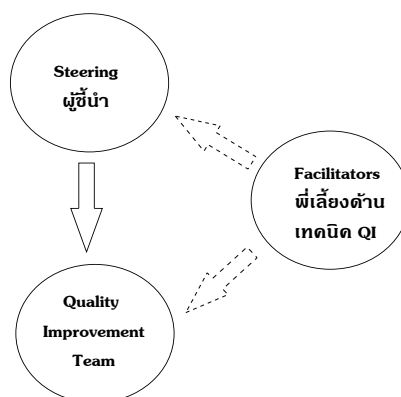
คือการกำหนดหน้าที่และความสัมพันธ์ของผู้รับผิดชอบ/ทีมงานในระดับต่างๆ

ทำไม

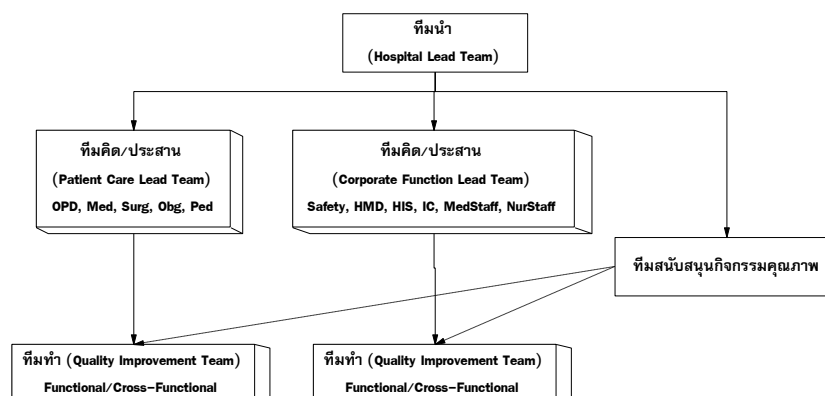
1. โครงสร้างที่ดีทำให้เกิดการเชื่อมต่อกิจกรรมพัฒนาคุณภาพกับการบริหารจัดการได้อย่างแนบสนิท มีการชี้หน้าที่เหมาะสม มีการดำเนินงานอย่างมีเป้าหมายและเห็นภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ เกิดการตัดสินใจเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพได้อย่างรวดเร็ว และเกิดความต่อเนื่องของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
2. โครงสร้างที่ดีส่งเสริมให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยแบ่งหน้าที่ระหว่างทีมต่างๆ อย่างเหมาะสมชัดเจน และมีผู้ช่วยการเรียนรู้ (facilitator) ร่วมอยู่ในทุกทีม
3. โครงสร้างที่ดีจะชี้นำต่อการพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง

อย่างไร

- ใช้แนวคิดทีมสามประสาน ทั้งในระดับองค์กรและระดับหน่วยงาน



- โครงสร้างสามประสานในระดับองค์กร



- **ทีมชี้นำ (Steering Team)**

- **คือใคร**

- ทีมชี้นำในระดับ รพ.คือทีมผู้บริหาร (หรือทีมชี้นำ-Lead Team) ซึ่งอย่างน้อยควรประกอบด้วย ผอ.,รองผอ.ทุกด้าน, แทนของทีมคิด/ทีมประสาน โดยมีผู้ประสานงานคุณภาพของ รพ.เป็นเลขานุการ
- ทีมชี้นำในระดับกลุ่มผู้ป่วยคือ Patient Care Team (หรือทีมคิด/ทีมประสาน) มีองค์ประกอบดังตัวอย่าง

คณะกรรมการประสานงานพัฒนาคุณภาพด้าน			
ยุติกรรม	คัลยกรรม	อายุรกรรม	กุมารเวชกรรม
แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน พยาบาลอาวุโส แพทย์ในกลุ่มงาน 1-2 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วย/หรือผู้แทน ผู้แทน OPD และ ANC ผู้ประสานงาน A/QI (facilitator)	แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน พยาบาลอาวุโส แพทย์ในกลุ่มงาน 1-2 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วย/หรือผู้แทน ผู้แทน OPD ที่เกี่ยวข้อง และ ER ผู้ประสานงาน A/QI (facilitator)	แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน พยาบาลอาวุโส แพทย์ในกลุ่มงาน 1-2 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วย/หรือผู้แทน ผู้แทน OPD ที่เกี่ยวข้อง และ ER ผู้ประสานงาน A/QI (facilitator)	แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน พยาบาลอาวุโส แพทย์ในกลุ่มงาน 1-2 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วย/หรือผู้แทน ผู้แทน OPD ที่เกี่ยวข้อง ผู้ประสานงาน A/QI (facilitator)
ผู้แทนหน่วยงานสนับสนุน เช่น ชันสูตร รังสีวิทยา เภสัชกรรม เวชกรรมฟื้นฟู/กายภาพบำบัด โภชนาการ คลังเลือด เวชกรรมสังคม			
ผู้แทนห้องผ่าตัด หัวหน้าห้องคลอด/หรือผู้แทน ผู้แทนหน่วยทารกแรกเกิด	ผู้แทนห้องผ่าตัด ผู้แทนวิสัญญี		ผู้แทนห้องคลอด

แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน พยาบาลอาวุโส และ facilitator ประจำทีมคือกุญแจสำคัญที่จะปรึกษากันเพื่อวางแผนการประชุมของทีม

- ทีมชี้นำในระดับกลุ่มหน่วยงาน คือ Corporate Function Lead Team
- ผู้ชี้นำในระดับหน่วยงานคือหัวหน้าหน่วยงานหรือคณะกรรมการบริหารหน่วย
- **มีชื่อเรียกอะไรได้บ้าง**
 - คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ
 - Patient Care Team (คณะกรรมการประสานงานพัฒนาคุณภาพด้าน....) คือทีมที่นำตัวแทนของทุกวิชาชีพและทุกหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันมาแลกเปลี่ยนความต้องการและกำหนดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องการพัฒนา
 - ทีมชี้นำ และ ทีมคิด/ประสาน
 - หนังสือบางเล่มจะเรียกทีมชี้นำนี้ว่า Quality Council ซึ่งอาจจะมี Hospital Quality Council, Medical Quality Council, Surgical Quality Council
- **มีหน้าที่อะไร**

- ทีมชั้นนำหน้าที่ให้ทิศทางการพัฒนา กำหนดประเด็นที่จะพัฒนา กำหนดผู้รับผิดชอบ สนับสนุนทรัพยากร ติดตามความก้าวหน้า ขยายผล ควรมีการประชุมอย่างน้อยเดือนละครั้ง
- Facilitator หรือพี่เลี้ยงด้านเทคนิค QI
 - คือใคร
 - เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมในทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การเป็น facilitator, เทคนิค QI, การใช้มาตรฐานโรงพยาบาลประเมินตนเอง
 - อาจจะเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนั้นเอง หรือจากหน่วยงานอื่น หรือเป็นที่ปรึกษาจากภายนอก
 - รพ.ที่เคยมีผู้รับผิดชอบกิจกรรมคุณภาพต่างๆหลายอย่างควรนำผู้แทนที่รับผิดชอบเหล่านั้นมารวมกันเป็นทีมสนับสนุน (คณะกรรมการประสานงานสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ) ดังตัวอย่าง

คณะกรรมการประสานงานสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ
ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล/ผู้จัดการคุณภาพ A/QI ผู้ประสานงาน A/QI ประจำ Patient Care Team ต่างๆ ผู้รับผิดชอบกิจกรรมพัฒนาองค์กร (OD) ผู้รับผิดชอบกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ (ESB) ผู้รับผิดชอบกิจกรรม 5 ส. ผู้รับผิดชอบกิจกรรมข้อเสนอแนะ ผู้รับผิดชอบกิจกรรมผู้ป่วยสัมพันธ์/ประชาสัมพันธ์

- มีหน้าที่อะไร
 - เป็นผู้ที่จะช่วยเหลือทีมในด้านกระบวนการกลุ่มและเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ ทำให้เกิดความราบรื่นและประสิทธิภาพในการทำงาน
- Quality Improvement Team (ทีมทำ)
 - คือใคร
 - คือกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาซึ่งมาร่วมกันหาวิธีปรับปรุงวิธีการทำงาน
 - อาจจะเป็นกลุ่มที่รวมตัวกันเองภายในหน่วยงาน หรือเป็นกลุ่มที่ทีมชั้นนำแต่งตั้ง
 - อาจจะเป็นทีมคล่อมสายงาน (cross-functional team) หรือทีมเฉพาะในหน่วยงาน
 - มีหน้าที่อะไร

- กลุ่มที่รวมตัวกันเองภายในหน่วยงานมีหน้าที่ค้นหาโอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนา
- กลุ่มที่ทีมชั้นนำแต่งตั้งมีหน้าที่ค้นหาและทดสอบวิธีการทำงานที่ดีกว่า ตามเป้าหมายที่ทีมชั้นนำกำหนด กลุ่มในลักษณะนี้จะสลายตัวทันทีเมื่อภารกิจเสร็จสิ้น (รวมทั้งการมอบหมายงานให้ผู้รับผิดชอบประจำเรียบร้อย)

ปรับความเข้าใจ

ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน	ความเข้าใจที่ควรจะเป็น
ไม่ควรแยกเป็นทีมคิดกับทีมทำ เพราะจะทำให้ทีมทำไม่ได้คิด ทีมคิดไม่ได้ทำ	-ทีมคิด/ประสานคือผู้ชี้แนะว่าควรทำอะไร โดยอาศัยการแลกเปลี่ยนความต้องการระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ เน้นหนักเรื่องการประสานงาน -ทีมทำต้องคิดหาวิธีการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงด้วยตนเองอยู่แล้ว ไม่ใช่รอรับคำสั่งวิธีการแก้ปัญหาจากทีมคิด
ผู้รับผิดชอบ TQM/CQI กับ HA ควรเป็นคนละกลุ่ม เพื่อแบ่งเบาภาระงานกัน	TQM/CQI เป็นการพัฒนารายใน ซึ่งเป็นเนื้อหาหลักของ HA หากแยกผู้รับผิดชอบเป็น 2 กลุ่มจะทำให้เกิดความสับสนในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และเกิดความซ้ำซ้อน ไม่ประสานงานกัน
คณะกรรมการเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพที่ตั้งไว้แล้ว เช่น 5 ส., ระบบข้อเสนอแนะ, OD, Nursing QA ก็ให้ทำหน้าที่ต่อไป ไม่ต้องให้มายุ่งเกี่ยวกัน	มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องประสานความพยายามในการพัฒนาคุณภาพทุกด้านเข้าด้วยกัน ตัวแทนของคณะกรรมการเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพที่มีอยู่ซึ่งเป็นผู้รู้เรื่องเทคนิคการพัฒนาต่างๆ จะต้องมารวมกันในกลุ่ม facilitator เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิด ประสานงาน และทราบความก้าวหน้าของทุกส่วน
คณะผู้บริหารระดับสูงรับผิดชอบเรื่องการบริหารจัดการ เรื่องคุณภาพเป็นสิ่งที่มอบหมายให้คณะกรรมการคุณภาพโดยเฉพาะ	การพัฒนาคุณภาพต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนระบบการทำงานและทรัพยากร หากจะพัฒนาคุณภาพให้เห็นผล ผู้บริหารระดับสูงต้องมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน การให้คณะผู้บริหารระดับสูงเป็นทีมผู้นำในการพัฒนาคุณภาพเป็นกลไกให้ผู้บริหารระดับสูงได้มีส่วนในการชี้แนะ รับทราบปัญหา และตัดสินใจอย่างรวดเร็ว จะทำให้การพัฒนาคุณภาพมีความเป็นไปได้

แต่ละหน่วยงานต่างก็ ตั้งทีมพัฒนาคุณภาพของตนเอง แล้ว หาก Patient Care Team ให้ทำงานอื่นเพิ่ม จะทำไม่ไหว	เป็นสิ่งที่ทีมพัฒนาคุณภาพของตน ควรไปเล่าให้ Patient Care Team ฟังว่าหน่วยของตนกำลังทำอะไรอยู่ จะทำให้ ได้รับข้อคิดเห็น, ความร่วมมือ และความเห็นใจ จากหน่วยงานอื่น
เป็นการทำเรื่องง่ายให้เป็นเรื่องยาก	หาก ไม่ยึดติดกับตัวอักษร ที่พยายามสื่อให้เห็นตัวอย่าง จะนำไปปรับใช้ได้ง่ายได้
คณะกรรมการมีมากเกินไป ไม่มีเวลาทำงาน	-ควรพิจารณาผลได้ที่จะเกิดขึ้นจากการมีโครงสร้างในลักษณะนี้ ในอนาคตโครงสร้างนี้จะเป็น โครงสร้างหลัก ในการทำงานซึ่งทุกคนมีความสุข ทำให้สามารถยกเลิกคณะกรรมการที่ไม่จำเป็นลงได้ -ควรวางแผนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น จำกัดประเด็นการประชุมในทีมคิด/ทีมประสานประชุมทีมคิด/ทีมประสานเพียง 1 ชม. ต่อเดือน ตั้งทีมให้มีขนาดเล็ก สลายตัวทีมทำเมื่อเสร็จสิ้นภารกิจ
โครงสร้างนี้เหมาะสำหรับองค์กรที่พัฒนามาแล้วระดับหนึ่ง ยากที่จะใช้ในองค์กรที่เพิ่งเริ่มต้นพัฒนา	-จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้อง มีโครงสร้างสามประสาน หากไม่ต้องการ สูญพลังเปล่า ทีมชั้นนำในขั้นต้นอาจจะมีเพียงทีมเดียวคือทีมนำ แล้วค่อยๆเพิ่มขึ้นในกลุ่มคนที่มีความพร้อม ไม่ควรมองว่าต้องทำทุกอย่างให้เสร็จสิ้นในคราวเดียว -ความผิดพลาดมหันต์ในการพัฒนาคุณภาพคือไป เริ่มต้นที่ระดับล่างโดยไม่เชื่อมโยงกับระบบบริหารปกติ
ผอ.รอรับปัญหาอยู่แล้ว มีอะไรก็มาเสนอได้เลย	ผู้บริหารควรใช้มาตรการ เชิงรุก มากกว่าการตั้งรับ การ มีโครงสร้างและมีแนวทางติดตามที่ชัดเจน จะช่วยให้ผู้บริหาร รุกได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะซึ่งผู้เสนอเข้าใจถูกต้องแล้ว

ข้อเสนอแนะ	ขยายความ
ตัวอย่าง Patient Care Team ที่เสนอเหมาะสำหรับ รพ.ขนาดใหญ่	-ถ้ายึดในหลักการ ทีมชั้นนำอาจจะมีเฉพาะในระดับ รพ. หรืออาจจะมีในกลุ่มผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น ที่นำเสนอละเอียดเพื่อให้มองเห็นภาพได้ชัดเจน - รพ.ขนาดเล็กอาจจะแบ่งเป็นเพียงทีมผู้ป่วยนอก กับ ทีมผู้ป่วยใน -รพ.ขนาดกลางอาจจะแบ่งทีมผู้ป่วยในออกเป็นทีม ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม/สูติรีเวช กับทีมดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม/กุมารเวช
การใช้คำว่าทีมเป็นสิ่งที่ไม่ปกติในระบบราชการ	รพ.จะตั้งชื่อว่าคณะกรรมการอะไรก็ได้ ขอให้ยึดมั่นในหน้าที่ที่จะต้องทำ
จำนวนกรรมการที่เสนอในตัวอย่าง Patient Care Team มีมากเกินไป จำนวนคณะกรรมการไม่ควรเกิน 7-8 คน	-รพ.ต้องเป็นผู้กำหนดให้สมดุลระหว่างการเป็น ตัวแทนหน่วยงาน/วิชาชีพต่างๆให้ครอบคลุม และ จำนวนไม่มากเกินไปจนการประชุมไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ตัวแทนจากหอผู้ป่วยอาจจะไม่ต้องมีจากทุกหอผู้ป่วย แต่มีระบบในการกระจายข่าวสารและมีการ หมุนเวียนเข้ามาเป็นตัวแทนในเวลาที่เหมาะสม (แต่ไม่ใช่หมุนเวียนทุกเดือน) -กรรมการสำคัญที่ขาดไม่ได้สำหรับ Patient Care Team คือแพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน พยาบาลอาวุโส และ facilitator
ควรมีการกำหนดหน้าที่ของทีมทำ (Quality Improvement Team) ด้วย	หน้าที่ของทีมทำจะถูกกำหนดโดยทีมชั้นนำ ซึ่งโดยทั่วไปก็คือการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ทางเลือก ทดลองทางเลือก และศึกษาผลการ ทดลอง ตามเป้าหมายที่ทีมชั้นนำกำหนด
ควรมีการรายงานความก้าวหน้าในทุกๆระดับเป็น ระยะให้กับทีมชั้นนำ	-ทีมทำควรรายงานให้ทีมชั้นนำใน 3 ขั้นตอน คือการ วิเคราะห์สาเหตุ การวิเคราะห์ทางเลือก และผลการ ทดลอง -ในกรณีที่ มี Patient Care Team ด้วย ทีมทำจะ รายงานให้ PCT ทุกๆระยะ และ PCT จะรายงานให้ทีม นำของ รพ.เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

ดี แต่เจ้าหน้าที่อาจสับสนกับของเดิมที่มีอยู่	-มีความเป็นไปได้สูงที่จะเกิดความสับสน ถ้าจะให้โครงสร้างนี้ได้ผลทุกคนจะต้องมุ่งมั่นเรียนรู้ประโยชน์ของการมีโครงสร้างสามประสาน -ในระยะต้นอาจจะต้องแบ่งหน้าที่กันให้ชัดเจน เช่น กรรมการห้องผ่าตัดดูแลในเรื่องการจัดสรรห้องผ่าตัด และระเบียบปฏิบัติในการใช้ห้องผ่าตัด ทีมศัลยกรรม เน้นการปรับปรุงระบบงานทั้งหมดที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ศัลยกรรม อะไรที่คาบเกี่ยวกับกรรมการทั้ง 2 ชุด ให้ ทีมศัลยกรรมพิจารณา ก่อน เมื่อต้องการออกเป็น ระเบียบปฏิบัติจึงนำเสนอให้กรรมการห้องผ่าตัด รับรอง
เป็นโครงสร้างที่ดี แต่ไม่ครอบคลุมทุกงานใน รพ.	การสร้างทีมให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานเป็นเรื่องที่ดี แต่ต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพของ รพ. จำนวนทีมที่เสนอเป็นเพียงจุดเริ่มต้น เมื่อเห็น ประโยชน์แล้ว รพ. ย่อมสามารถเพิ่มทีมขึ้นได้ตาม ความเหมาะสม
โครงสร้างนี้จะใช้ได้เมื่อสมาชิกมีเจตคติที่ดีและเข้าใจ งานพัฒนาคุณภาพเพื่อผู้ป่วย	โครงสร้างนี้จะเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เรียนรู้ที่จะมี เจตคติที่ดี ทั้งนี้จะต้องมี facilitator ที่เก่งพอ รพ. จะต้องให้ความสำคัญกับการสร้าง facilitator
ความเป็นไปได้ขึ้นกับ commitment และภาวะผู้นำ ของผู้บริหาร ความรู้ความเข้าใจ ความร่วมมือของ เจ้าหน้าที่ทุกระดับ	กลุ่มที่สำคัญที่สุดคือผู้บริหารระดับสูง จะต้องนำเรื่อง นี้เข้าคุยกับผู้บริหารจนเข้าใจ และแสดงให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นด้วยการกระทำ สร้าง ช่องทางสื่อสารกับผู้บริหารที่ดี
ในระยะเริ่มต้น พยายามกระตุ้นให้เกิดทีมในลักษณะที่เป็นภายในแผนกและงานใกล้ชิดก่อน	ทีมขึ้นสามารถกำหนดได้ว่าจะให้ทีมทำเป็นทีม ภายในแผนกหรือทีมคล่อมแผนก แต่การที่ทีมขึ้นมา จากหน่วยงาน/วิชาชีพต่างๆ ทำให้มีโอกาส แลกเปลี่ยนความต้องการในฐานะลูกค้าภายในได้ อย่างต่อเนื่อง

การทำงานแบบคล่อมสายงานมีโอกาสเกิดความขัดแย้งสูง ควรรอไว้ทีหลัง	ทีมชั้นนำคล่อมสายงานมีความสำคัญที่จะผลักดันให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การป้องกันความขัดแย้งในช่วงต้นอาจทำได้โดยให้เกียรติตัวแทนของแต่ละหน่วย ให้นำเสนอในสิ่งที่หน่วยงานนั้นทำ และค่อยๆ สอดแทรกความต้องการของหน่วยงานอื่นในเวลาที่เหมาะสม ที่สำคัญที่สุดคือต้องไม่กดดันกันและกัน ต้องมี facilitator เพื่อช่วยในเรื่องของกระบวนการประชุม เราควรเผชิญหน้ากับปัญหาด้วยปัญญา ไม่ใช่ด้วยการหลีกเลี่ยง
--	--

ประเมินตนเอง

- การพัฒนาคุณภาพเป็นวาระสำคัญในการประชุมทีมผู้บริหารหรือไม่
- ทีมผู้บริหารระดับสูงระบุปัญหาคุณภาพที่มีความสำคัญของ รพ.หรือไม่
- การตัดสินใจอนุมัติทรัพยากรสนับสนุนตามที่ทีมพัฒนาเสนอมีความคล่องตัวเพียงใด มีโอกาสที่จะถูกระงับได้โดยง่ายอย่างไม่มีเหตุผลหรือไม่
- มีการจัดตั้ง Patient Care Team ตามกลุ่มผู้ป่วยหลักๆ ของ รพ.หรือไม่ ทีมนี้มีการพบปะกันอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ การประชุมของทีมนี้มีประสิทธิภาพหรือไม่ มีความขัดแย้งในที่ประชุมหรือไม่
- ผู้แทนของ Patient Care Team ได้มีโอกาสนำเสนอความก้าวหน้าและปัญหาให้ทีมชั้นนำระดับ รพ. ได้ทราบหรือไม่
- ผู้ประสานงานกลาง หรือหัวหน้าทีม facilitators มีอาวุโส ความรู้ ทักษะ เจตคติ ในการปฏิบัติหน้าที่ที่ถี่ถ้วนและประสานกับทุกหน่วยงานเพื่อให้เห็นทิศทางการพัฒนาในภาพรวมหรือไม่
- มีทีม facilitators ซึ่งได้รับการฝึกอบรมด้านกระบวนการกลุ่มเพื่อช่วยเป็นพี่เลี้ยงให้กับทีมต่างๆ เพียงพอหรือไม่
- ทีม facilitators ได้มาพบปะกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อนำปัญหามาปรึกษากันหรือไม่
- facilitators แก้ปัญหาเจ้าหน้าที่ไม่ให้ความร่วมมืออย่างไร มีความพยายามที่จะรับฟังความเห็นที่หลากหลายหรือไม่ มีวิธีการในการรับฟังอย่างไร (ใช้ที่ประชุมอย่างเดียวหรือใช้วิธีอื่นร่วมด้วย) มีการครอบงำความคิดหรือไม่ มีวิธีในการหาความเห็นร่วมอย่างไร มีการเริ่มต้นกิจกรรมพัฒนาในทุกช่องทางหรือไม่ หรือพยายามที่จะใช้รูปแบบที่ตายตัว

ผู้ประสานงานคุณภาพ/ผู้จัดการคุณภาพ

คืออะไร

คือผู้ดูแลภาพรวมในเรื่องการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล รับผิดชอบทั้งการวางแผน การสนับสนุน และการติดตามประเมินผล

ทำไม

1. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพมีความหลากหลาย หากไม่มีการประสานทิศทางการทำงาน ให้ดี จะเกิดความซ้ำซ้อนและไม่เข้าใจได้ง่าย
2. การพัฒนาคุณภาพจะสำเร็จได้ต้องเกิดจากการสนับสนุนของผู้บริหารระดับสูง การมีผู้รับผิดชอบซึ่งรู้ภาพรวมทั้งหมด และรายงานโดยตรงต่อผู้บริหารสูงสุดของ รพ. จึงเป็นกลไกที่จะทำให้ผู้บริหารสูงสุดได้รับทราบปัญหาและสามารถตัดสินใจได้อย่างรวดเร็ว
3. การพัฒนาคุณภาพคือการเปลี่ยนแปลง แต่ธรรมชาติของมนุษย์ต่อต้านการเปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องมีผู้รับผิดชอบทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้เห็นความจำเป็นและประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง
4. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบางอย่างต้องอาศัยความรู้หรือเทคนิคเฉพาะซึ่ง รพ. ควรจะมีกลุ่มคนที่จะให้ความช่วยเหลือในด้านนี้ได้ตลอดเวลา

อย่างไร

1. คุณลักษณะเฉพาะ

ผู้ที่ทำหน้าที่ผู้ประสานงานคุณภาพ/ผู้จัดการคุณภาพ ควรมีลักษณะต่อไปนี้

- ก) มีความรู้ในเรื่องแนวคิด/วิธีการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย, การทำหน้าที่ facilitator และการนำมาตรฐานโรงพยาบาลไปใช้ประเมินตนเอง
- ข) มีเจตคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง และการใช้วิธีเชิงบวกในการชักนำให้ผู้คนเข้าร่วมงาน
- ค) มีทักษะและบารมีพอที่จะชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรได้ มีความยืดหยุ่น และเปิดรับความคิดของผู้อื่น

2. รูปแบบการทำงาน

เป็นการประสานศักยภาพของผู้บริหารในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ร่วมกับศักยภาพของผู้ประสานงานคุณภาพในการนำแนวคิดการพัฒนาโดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไปปฏิบัติ อาจมีรูปแบบที่เน้นหนักตรงผู้บริหาร หรือเน้นหนักตรงผู้ประสานงานก็ได้ ดังตัวอย่าง

ก) ผู้บริหารระดับรองผู้อำนวยการหรือผู้ช่วยผู้อำนวยการรับผิดชอบเป็นผู้จัดการคุณภาพ ตัวอย่าง เช่น รพ.มิชชั่น รพ.นพรัตน์

ข) มีผู้ประสานงานคุณภาพ/ผู้จัดการคุณภาพที่ทำงานเต็มเวลา (หรือเกือบเต็มเวลา) อย่างน้อย 1 คน รายงานโดยตรงต่อผู้อำนวยการ ตัวอย่างเช่น รพ.บำรุงราษฎร์ รพ.พญาไท 2

ค) มีผู้ประสานงานคุณภาพทำงานร่วมกับผู้บริหารระดับรองผู้อำนวยการหรือผู้ช่วยผู้อำนวยการ เหมาะสมสำหรับกรณีที่ผู้ประสานงานคุณภาพมีความรู้ เจตคติ และทักษะเพียงพอ แต่ยังไม่มีความสามารถหรือบารมีเพียงพอที่จะชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

3. ภารกิจของผู้ประสานงานคุณภาพ

ก) ศึกษาทำความเข้าใจกับแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และแนวคิดการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ข) เรียบเรียงคำพูดและจัดทำเอกสารหรือสื่ออื่นๆที่จะทำความเข้าใจกับผู้อื่นได้ง่าย

ค) ทำความเข้าใจกับผู้บริหารสูงสุด (และทีม) ว่า รพ.จะได้รับประโยชน์อะไร และจะต้องทำอะไรบ้าง

ง) นำเสนอนโยบายและแผนการดำเนินงานเพื่อให้ทีมผู้บริหารให้ความเห็นชอบ

จ) จัดโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ โดยรวบรวมโครงสร้างที่มีอยู่แล้วให้เข้ามาร่วมมือกันให้มากที่สุด ใช้ศักยภาพของทุกคนที่มีประสิทธิภาพ โดยเริ่มต้นที่ทีม facilitator หรือคณะกรรมการประสานงานสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ และทีมนำของ รพ.(ดูเรื่องโครงสร้างองค์กรประกอบ)

ฉ) วิเคราะห์บรรยากาศการทำงานใน รพ. (จากการสนทนา/สัมภาษณ์ หรือใช้แบบสอบถาม) และวางแผน/ดำเนินการทำความเข้าใจกับหน่วยงาน/กลุ่มหน่วยงาน

ช) สร้างทีม facilitator เพื่อสนับสนุนการทำงานของทีมต่างๆ จัดให้มีการฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนความรู้/แนวคิด/ประสบการณ์ในหมู่ facilitator

ซ) ติดตามความก้าวหน้าในการทำงานของทีมต่างๆ รวบรวมตัวอย่างเพื่อนำไปใช้สื่อกับกลุ่มอื่นๆที่ยังไม่รู้ว่าจะเริ่มต้นทำอย่างไร รวบรวมปัญหาอุปสรรคเพื่อมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขร่วมกับหมู่ facilitator หรือที่ปรึกษาจากภายนอก

ณ) ประสานงานกับโครงการเพื่อขอคำปรึกษา ขอคำชี้แจง และรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานของ รพ.ให้โครงการทราบ

ปรับความเข้าใจ

ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน	ความเข้าใจที่ควรจะเป็น
ผู้ประสานงานคุณภาพไม่จำเป็นต้องทำงานเต็มเวลา ควรเอาเวลาไปทำประโยชน์อย่างอื่นด้วย	ภาระงานของผู้ประสานงานคุณภาพมีมากกว่าที่จะทำแบบ part-time ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำความเข้าใจและการช่วยเหลือหน่วยงานต่างๆ
ไม่ต้องการเสียคนมาทำงานนี้เพราะทำให้ค่าใช้จ่ายของ รพ. สูงขึ้น	ในระยะยาว รพ. จะลดค่าใช้จ่ายจากความสูญเสียที่ไม่จำเป็น เป็นผลจากการทำหน้าที่อย่างแข็งขันของผู้ประสานงานคุณภาพร่วมกับเจ้าหน้าที่ทั้งหมด
พยาบาลที่มาทำหน้าที่นี้ ต้องทำงานบริการด้วย ไม่เช่นนั้นจะไม่สามารถให้ตำแหน่งทางวิชาการที่สูงขึ้นได้	ปัญหานี้เป็นเรื่องของการบริหารจัดการภายใน หากผู้บังคับบัญชาเห็นประโยชน์ของการพัฒนาคุณภาพของ รพ. ต้องไม่เอาเหตุผลเล็กน้อยมาเป็นอุปสรรค
ไม่มีใครอยากมาทำหน้าที่นี้เพราะความก้าวหน้าไม่ชัดเจน	- ในเชิงวัตถุนิยม ตอนนี้ยังไม่เห็นความก้าวหน้าชัดเจน - ในเชิงความรู้ วิธีการคิดและประสบการณ์ ผู้ที่มาทำหน้าที่นี้อย่างจริงจังจะได้รับการพัฒนาอย่างมากมายนานาชาติ และมีความเหมาะสมที่จะรับผิดชอบงานในตำแหน่งบริหารที่สูงขึ้นไป
การที่พยาบาลซึ่งมาทำหน้าที่ผู้ประสานงานคุณภาพ รายงานโดยตรงให้ผู้ช่วยการ ถือเป็นการข้ามหน้าข้ามตา	- มีความจำเป็นที่ผู้ประสานงานคุณภาพต้องรายงานโดยตรงให้แก่ผู้อำนวยการเพราะเป็นเรื่องของการเปลี่ยนแปลงในระดับ รพ. - ผู้ประสานงานมีหน้าที่ต้องประสานกับหัวหน้าพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวกับบริการพยาบาลอยู่แล้ว
ผู้ประสานงาน TQM/CQI กับผู้ประสานงาน HA ควรเป็นคนละคนกัน	- เป็นความผิดพลาดอย่างมหันต์ที่ไปแยกผู้รับผิดชอบออกเป็น 2 คนหรือ 2 ทีม จะสร้างความสับสนในกลุ่มเจ้าหน้าที่ และเกิดความซ้ำซ้อนในการทำงาน - ทั้ง TQM/CQI และ HA มุ่งไปที่การพัฒนาระบบงานโดยเน้นผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง - HA มาช่วยเสริมให้การทำ TQM/CQI ประสบความสำเร็จง่ายขึ้นเพราะให้กรอบแนวทางที่ชัดเจน - HA มาช่วยเสริม TQM/CQI ในเรื่องของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้การรับรองเมื่อ รพ. มีความมั่นใจคุณภาพของตนเอง - ในช่วงการพัฒนา ผู้ประสานงาน HA จึงทำหน้าที่เช่นเดียวกับผู้ประสานงาน TQM/CQI

ประเมินตนเอง

- รูปแบบการทำงานของผู้ประสานงานคุณภาพอยู่ในลักษณะใด มีการเชื่อมโยงกับผู้บริหารสูงสุดชัดเจนหรือไม่ ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารสูงสุดเพียงพอหรือไม่
- ผู้ทำหน้าที่ผู้ประสานงานคุณภาพ มีความรู้ เจตคติ ทักษะ และบารมีเพียงพอที่จะทำหน้าที่นี้หรือไม่ ถ้าไม่พอจะพัฒนาให้มีขึ้นได้หรือไม่ หรือควรมีการเปลี่ยนแปลงตัวบุคคล
- ผู้ประสานงานคุณภาพได้ทำภารกิจที่ควรจะทำครบถ้วนหรือไม่ ทำได้ดีหรือไม่ มีอะไรที่ควรได้รับการปรับปรุง
- มีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนอะไรซึ่งควรปรับให้ถูกต้อง จะทำอย่างไร

การวิเคราะห์บรรยากาศองค์กร

คืออะไร

คือการวิเคราะห์สถานการณ์และบรรยากาศการทำงานในองค์กรจากการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อนำมาสู่การวางแผนพัฒนาที่เหมาะสม

ทำไม

1. ทำให้ทราบสถานการณ์เกี่ยวกับปัจจัยที่จะมีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ
2. เพื่อวางแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของ รพ.
3. เป็นเครื่องมือในการพยากรณ์ความยากง่ายในการพัฒนาคุณภาพ

อย่างไร

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลอาจใช้แบบสอบถาม หรือการสนทนา/สัมภาษณ์ หรือแบบสอบถามร่วมกับการสนทนา/สัมภาษณ์ ซึ่งการสนทนา/สัมภาษณ์นี้อาจทำโดยเจ้าหน้าที่ภายในเอง หรือโดยบุคคลภายนอก
2. วิเคราะห์ข้อมูลจำแนกตามระดับและหน่วยงานของผู้ตอบ
3. คัดเลือกประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญของ รพ. มาวางแผนดำเนินงานร่วมกับทีมผู้บริหารระดับสูง

ตัวอย่าง

1. ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่าง รพ.

ตารางข้างล่างเปรียบเทียบบรรยากาศในการทำงานเมื่อเริ่มต้นโครงการ TQM/CQI ของ รพ. 2 แห่ง แสดงให้เห็นแบบแผนที่คล้ายคลึงกันของทั้ง 2 รพ. คือผู้ตอบเห็นว่าการควบคุมสิ่งที่อยู่รอบตัวเป็นสิ่งที่ปัญหามากที่สุด ปัญหาถัดมาคือความพึงพอใจในงาน การมีวิสัยทัศน์ร่วม และการทำงานเป็นทีม ส่วนเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ตอบเองคือความมุ่งมั่นที่จะพัฒนา การให้ความร่วมมือ และการรับรู้รับฟังลูกค้า ผู้ตอบจะเห็นว่าปัญหาน้อยที่สุด

เป็นที่สังเกตว่าคะแนนของ รพ. ที่ 2 ในทุกข้อมีร้อยละของการเห็นด้วยต่ำกว่า รพ. ที่ 1 ซึ่งเมื่อมีการประเมินผลโดยใช้ Malcolm Baldrige Criteria หลังจากพัฒนาไปได้ 3 ปี ก็เห็นความแตกต่างชัดเจนว่า รพ. ที่ 1 มีการพัฒนาได้ก้าวหน้ามากกว่า รพ. ที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความเห็นตามกลุ่มคำถามระหว่าง รพ. 2 แห่ง

กลุ่มคำถาม	รพ.ที่ 1 (%)			รพ.ที่ 2 (%)		
	ไม่เห็นด้วย	กำลัง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กำลัง	เห็นด้วย
สามารถในการควบคุมสิ่งที่อยู่รอบตัว	15	35	50	31	32	37
พึงพอใจในงาน	13	30	57	17	35	47
มีวิสัยทัศน์ร่วม	10	30	60	9	46	45
ทำงานเป็นทีม	12	25	63	14	30	56
ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์	9	25	66	12	29	59
ความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วม	7	23	70	13	24	63
รับรู้รับฟังลูกค้า	3	15	82	5	23	72

2. การคัดเลือกประเด็นที่น่าสนใจของ รพ.

เมื่อพิจารณาว่าคำถามข้อใดบ้างที่มีร้อยละของการเห็นด้วยต่ำ พบว่าเป็นเรื่องของการทำงานแบบกตัตติ การตอบสนองข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่ การที่เจ้าหน้าที่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งที่อยู่รอบตัวได้ การสนับสนุนให้ทดลองวิธีการทำงานใหม่ๆ การศึกษาแนวทางแก้ไขปัญหากับหน่วยงานอื่น และความพึงพอใจในบรรยากาศการทำงาน แสดงให้เห็นว่าจำเป็นต้องมีการปรับปรุงวัฒนธรรมในการทำงานอีกมากที่จะเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของ empowerment, นวัตกรรม, การตอบสนองข้อเสนอ, การสร้างทีมคล่อมสายงาน

ตารางที่ 2 ความเห็นที่ชี้ให้เห็นสถานการณ์เชิงลบซึ่งควรใส่ใจ

ข้อ	คำถาม	n	ไม่เห็นด้วย (%)	กำลัง (%)	เห็นด้วย (%)
31	ทีมงานของท่านแก้ปัญหาแบบกตัตติไม่ปล่อย	341	31	39	30
7	ข้อเสนอของท่านได้รับการตอบสนองอย่างดี	341	17	46	37
1	ท่านสามารถควบคุมสิ่งที่อยู่รอบตัวได้	341	19	37	44
2	ท่านสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งที่อยู่รอบตัวได้	340	16	39	45
17	ท่านได้รับการสนับสนุนให้ทดลองวิธีการทำงานใหม่ๆโดยไม่ต้องกลัวผิด	333	18	36	46
9	ท่านมีโอกาสปรึกษาแนวทางแก้ไขปัญหากับหน่วยงานอื่น	339	14	39	47
25	ท่านพึงพอใจในบรรยากาศการทำงานที่เป็นอยู่	340	21	32	47

3. การแยกวิเคราะห์ตามกลุ่มเจ้าหน้าที่

การวิเคราะห์แยกตามกลุ่มเจ้าหน้าที่ทำให้เห็นภาพความแตกต่างของสถานภาพของแต่ละวิชาชีพในโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะนำไปสู่การวางแผนดำเนินงานสำหรับแต่ละวิชาชีพ เช่น เจ้าหน้าที่ในระดับพนักงานผู้ช่วย และเจ้าหน้าที่ในฝ่ายบริหารจะมีการกตัตติงานน้อย ข้อเสนอ

ได้รับการตอบสนองต่ำ ได้รับการสนับสนุนให้ทดลองวิธีทำงานใหม่น้อย ในขณะที่กลุ่มแพทย์มี โอกาสปรึกษาแนวทางแก้ไขปัญหากับหน่วยงานอื่นน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ที่ตอบเห็นด้วยจำแนกตามกลุ่มเจ้าหน้าที่

ข้อ	คำถาม	แพทย์	พยาบาล	นว.อื่น	พ.ผช.	บริหาร
31	ทีมงานของท่านแก้ปัญหาแบบกัดไม่ปล่อย	41	35	20	26	0
7	ข้อเสนอของท่านได้รับการตอบสนองอย่างดี	59	48	60	35	38
1	ท่านสามารถควบคุมสิ่งที่อยู่รอบตัวได้	59	36	70	45	40
2	ท่านสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งที่อยู่รอบตัวได้	68	42	60	46	60
17	ท่านได้รับการสนับสนุนให้ทดลองวิธีการทำงานใหม่ๆโดยไม่ต้องกลัวผิด	64	53	70	45	31
9	ท่านมีโอกาสปรึกษาแนวทางแก้ไขปัญหากับหน่วยงานอื่น	15	52	70	43	56
หมายเหตุ		คอลัมน์แพทย์ รวมทั้งทันตแพทย์และเภสัชกรด้วย คอลัมน์พยาบาล รวมทั้ง พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่พยาบาล คอลัมน์นว.อื่น ได้แก่ นักวิทยาศาสตร์ นักรังสี นักสังคม นักกายภาพ นักสถิติ นักวิชาการ คอลัมน์ พ.ผช. ได้แก่ พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ คอลัมน์บริหาร ได้แก่ เจ้าหน้าที่ในฝ่ายบริหารงานทั่วไป				

เมื่อวิเคราะห์เรื่องความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ตามกลุ่มเจ้าหน้าที่ พบว่าทุกกลุ่มชอบฟัง ความคิดที่แปลกใหม่ ชอบนำไปพิจารณา และชอบตั้งคำถามต่องานที่ทำ แต่ในส่วนของความคิด ริเริ่มเอง การได้รับกระตุ้น ข้อเสนอได้รับพิจารณา และสนับสนุนให้ทดลองวิธีทำงานใหม่ๆ ทาง กลุ่มเจ้าหน้าที่ในฝ่ายบริหารและพนักงานผู้ช่วย มีต่ำกว่าเจ้าหน้าที่ในกลุ่มอื่นๆ

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้ที่ตอบเห็นด้วยต่อคำถามเรื่องความคิดสร้างสรรค์จำแนกตามกลุ่ม จนท.

ข้อ	คำถาม	แพทย์	พยาบาล	นว.อื่น	พ.ผช.	บริหาร
17	ท่านได้รับการสนับสนุนให้ทดลองวิธีการทำงานใหม่ๆโดยไม่ต้องกลัวผิด	64	53	70	45	31
19	ข้อคิดเห็นของท่านได้รับการพิจารณาอย่างมีเหตุผล	73	55	70	46	27
6	ท่านเสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหของหน่วยงานเสมอๆ	73	70	80	44	44
20	ผู้นำของท่านกระตุ้นให้ท่านมีความคิดริเริ่มตลอดเวลา	59	60	90	67	53
14	ท่านชอบคิดริเริ่มในสิ่งใหม่ๆ	82	87	100	76	69
21	ท่านมักตั้งคำถามต่องานที่ว่าควรทำหรือไม่ มีวิธีอื่นที่ดีกว่าหรือไม่	82	80	90	77	87
16	ท่านมักนำความคิดเห็นที่แปลกใหม่ไปพิจารณา	91	93	94	78	81
15	ท่านชอบฟังความคิดเห็นที่แปลกใหม่	91	94	100	92	94

แบบประเมินบรรยากาศในการทำงาน รพ. _____

ตำแหน่งของผู้ตอบ _____

หน่วยงาน _____

คำชี้แจง โปรดขีดเครื่องหมายถูก ลงในช่องความเห็นต่างๆตามมุมมองของท่าน

1 คือไม่เห็นด้วยมากที่สุด และ 9 คือเห็นด้วยมากที่สุด

		ไม่เห็นด้วย			กำลัง			เห็นด้วย		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
	ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน									
1	ท่านสามารถควบคุมระบบงานรอบตัวท่านได้ดี									
2	ท่านสามารถเปลี่ยนแปลงระบบงานรอบตัวได้									
3	คนใน รพ.มองเห็นและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น									
4	ปัญหาที่เป็นอยู่ในปัจจุบันสามารถแก้ไขได้									
5	เจ้าของเรื่องมักมองไม่เห็นปัญหาของตนเอง									
6	มีการแบ่งขอบเขตหน้าที่ในการแก้ปัญหาระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงานชัดเจน									
7	ผู้ปฏิบัติงานได้รับโอกาสและอำนาจสำหรับแก้ปัญหาหน้างานของตน									
8	ผู้นำของท่านส่งเสริม ให้กำลังใจ เป็นพี่เลี้ยง ให้ท่านแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง									
9	ผู้นำของท่านลงมาช่วยจัดการกับปัญหาเมื่อผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถแก้ไขได้									
10	หัวหน้าของท่านไม่ไว้วางใจผู้ปฏิบัติงานในการแก้ปัญหา									
12	หัวหน้าของท่านเข้าใจปัญหาและความต้องการของท่านดี									
13	ท่านเห็นพลังของตนเองในการจัดการกับปัญหารอบตัว									
14	ท่านอยากจะมีพลังที่มีในตัวเองจัดการกับปัญหารอบตัว									
15	หัวหน้าของท่านสนับสนุนให้ท่านไปทำงานแก้ปัญหาร่วมกับหน่วยงาน/วิชาชีพอื่น									
16	หัวหน้าของท่านสนับสนุนให้ปรับระบบงานเพื่อตอบสนองหน่วยงาน/วิชาชีพอื่น									
	การทำงานเป็นทีม									
17	ทุกคนในหน่วยงานต่างมีความเชื่อถึงซึ่งกันและกัน									
18	ท่านมีโอกาสปรึกษาแนวทางแก้ไขปัญหากับเพื่อนร่วมงาน									
19	ท่านได้รับความร่วมมือจากผู้อื่นในการแก้ปัญหที่เกิดขึ้น									
20	ท่านได้รับความร่วมมือจากผู้อื่นในการพัฒนาระบบงานที่เหมาะสม									
21	ท่านมีโอกาสเสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหาของหน่วยงานเสมอๆ									
21	ข้อคิดเห็นของท่านได้รับการพิจารณาอย่างมีเหตุผล									
22	ข้อเสนอของท่านได้รับการตอบสนองอย่างดี									
23	ท่านมีทีมงานที่ปรึกษาหารือกันได้สม่ำเสมอ									
20	ท่านได้รับมอบหมายให้ทำงานเป็นทีมเล็กๆเป็นประจำ									
24	หน่วยงานของท่านแก้ปัญหาโดยการทำงานเป็นทีม									
25	ทีมงานของท่านมุ่งมั่นแก้ปัญหาจนสำเร็จลุล่วงไม่ทอดทิ้ง									
26	มีการแสดงความเห็นและความรู้สึกอย่างอิสระในกลุ่ม									
27	ทีมงานของท่านหาข้อสรุปอย่างมีเหตุผลได้ไม่ยาก									
28	การตัดสินใจของกลุ่มขึ้นอยู่กับคนไม่กี่คน									
29	หัวหน้าของท่านพยายามขึ้นนำการตัดสินใจของกลุ่ม									

		ไม่เห็นด้วย			กำลัง			เห็นด้วย		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
30	หัวหน้าของท่านยอมรับผลการตัดสินใจของกลุ่ม									
31	มีการกระจายความรับผิดชอบให้ทุกคนในกลุ่ม									
32	ศักดิ์ศรีและชื่อเสียงจากความสำเร็จเป็นของกลุ่ม									
33	การตัดสินใจของกลุ่มมีผลในทางปฏิบัติ									
	การใช้ความคิดสร้างสรรค์									
34	เมื่อท่านเสนอความเห็นที่แปลกใหม่ เพื่อนร่วมงานของท่านให้ความสนใจดี									
35	เมื่อท่านเสนอความเห็นที่แปลกใหม่ เพื่อนร่วมงานของท่านนำไปพิจารณาต่อ									
36	เพื่อนร่วมงานของท่านชอบคิดริเริ่มในสิ่งใหม่ๆ									
37	ท่านมักตั้งคำถามต่องานที่ว่าควรทำหรือไม่ มีวิธีอื่นที่ดีกว่าหรือไม่									
38	ผู้นำของท่านกระตุ้นให้ท่านมีความคิดริเริ่มตลอดเวลา									
39	ท่านได้รับการสนับสนุนให้ทดลองวิธีการทำงานใหม่ๆโดยไม่ต้องกลัวผิด									
	ความหมายของคุณภาพ									
40	คุณภาพคือการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ									
41	คุณภาพคือการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ รพ.กำหนด									
42	คุณภาพคือการทำให้ผู้ป่วยและลูกค้ายิ้มพอใจ									
43	คุณภาพคือการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและลูกค้าย									
44	คุณภาพคือการตอบสนองความต้องการที่จำเป็น (need) ของผู้ป่วยและลูกค้าย									
45	คุณภาพคือการตอบสนองความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกค้าย									
46	คุณภาพคือการทำให้เกินกว่าความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกค้าย									
47	การตอบสนองความต้องการของลูกค้ายภายในมีความสำคัญต่อคุณภาพ									
	การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้าย									
48	เพื่อนร่วมงานของท่านพยายามทำความเข้าใจกับความต้องการของผู้ป่วย									
49	เพื่อนร่วมงานของท่านพยายามตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย									
50	เพื่อนร่วมงานของท่านพยายามศึกษาความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ป่วย									
51	ผู้ป่วยได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ									
52	มาตรฐานด้านเทคนิคบริการของ รพ.อยู่ในระดับที่ดี									
53	พฤติกรรมบริการของผู้ปฏิบัติงานอยู่ในระดับที่ดี									
	ความสัมพันธ์ของลูกค้ายภายใน									
54	รพ.มีช่องทางที่เป็นทางการเพื่อให้ลูกค้ายภายในได้แสดงความต้องการของตน									
55	ท่านสามารถบอกความต้องการของท่านให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างสะดวกใจ									
56	หน่วยงาน/บุคคลที่ส่งมอบงานให้ท่านเข้าใจว่าท่านต้องการอะไร									
57	หน่วยงาน/บุคคลที่ส่งมอบงานให้ท่านพยายามตอบสนองความต้องการของท่าน									
58	ข้อเสนอที่ท่านให้กับหน่วยงานอื่นมักไม่ได้รับความสนใจ									
	การปรับปรุงระบบงาน									
59	บรรยากาศในที่ทำงานเต็มไปด้วยความหวาดกลัวและความหวาดระแวง									
60	เมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้นในมือของท่าน ท่านมีโอกาสถูกตำหนิหรือถูกลงโทษสูง									
61	มีการใช้วิธีคิดอย่างเป็นระบบในการแก้ปัญหา									
62	มีความพยายามที่จะใช้ข้อมูลเป็นพื้นฐานของการตัดสินใจ									
63	งานที่ทำอยู่ไม่สามารถปรับปรุงให้ดีขึ้นกว่านี้ได้									

		ไม่เห็นด้วย			กำกวม			เห็นด้วย		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
	เป้าหมาย/อุดมการณ์ร่วมกัน									
64	สมาชิกส่วนใหญ่ใน รพ.มีอุดมการณ์ร่วมกัน									
65	ท่านพยายามวาดภาพ รพ.ในฝันที่อยากให้เป็น									
66	ภาพ รพ.ในฝันของท่านเหมือนกับของคนอื่น									
67	ทุกคนใน รพ.รู้ว่าควรจะทำอะไรเพื่อให้ภาพ รพ.ในฝันเป็นความจริง									
68	ทุกคนมีความรับผิดชอบร่วมกันต่อความอยู่รอดของ รพ.									
69	ท่านได้รับข่าวสารจากผู้บริหารอย่างชัดเจนสม่ำเสมอ									
70	ทุกคนในรพ.เข้าใจเป้าประสงค์และจุดเน้นในการพัฒนาของ รพ.									
	ความพึงพอใจ									
71	ท่านพึงพอใจในผลงานที่เป็นอยู่									
72	ความไม่พึงพอใจของท่านนำไปสู่ความอดทนตั้งใจหรือความขัดแย้ง									
73	ท่านพึงพอใจในบรรยากาศการทำงานที่เป็นอยู่									
74	ท่านประสบผลสำเร็จในการทำงาน									
75	ท่านได้รับการยอมรับจากผลสำเร็จของงาน									

ท่านอยากให้ผู้ป่วยและบุคคลภายนอกพุดถึง รพ.ว่าอย่างไร

ท่านคิดว่าหลักการงานสำคัญที่ทุกคนควรยึดถือเพื่อให้เกิดความราบรื่นและประสิทธิภาพคือ

1. _____
2. _____
3. _____

ตัวท่านเองต้องการทำอะไรมากที่สุดเพื่อพัฒนารพ.ไปสู่จุดที่อยากเห็น

1. _____
2. _____
3. _____

อะไรเป็นอุปสรรคที่ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการทำได้

1. _____
2. _____
3. _____

การรับฟังเสียงสะท้อนจากลูกค้า

คืออะไร

ลูกค้าคือผู้รับผลการทำงานของเรา ลูกค้าภายนอกได้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว บริษัทประกัน กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ ลูกค้าภายในได้แก่ผู้รับทำงานต่อจากเรา ผู้ที่ต้องอาศัยผลงานของเราในการทำงานต่อ

เสียงสะท้อนจากลูกค้าคือการบ่งบอกความต้องการของลูกค้า และการสะท้อนว่าสิ่งที่ลูกค้าได้รับนั้นตรงกับความต้องการหรือไม่

ทำไม

1. การทราบความต้องการของลูกค้าที่แท้จริงทำให้เราออกแบบระบบงานให้สอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า เป็นการป้องกันความสูญเสียจากการทำในสิ่งที่ลูกค้าไม่ต้องการ
2. การรับฟังเสียงสะท้อนต่อสิ่งที่ลูกค้าได้รับ ถือว่าเป็นกระจกส่องที่สำคัญซึ่งควรนำมาใช้ปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน
3. การสัมผัสกับความต้องการและเสียงสะท้อนของผู้ป่วยและลูกค้าทำให้เกิดแนวทางใหม่ๆ ในการจัดบริการ และทำให้เรามีความเข้าใจ/เห็นใจผู้ป่วย/ลูกค้ามากขึ้น

อย่างไร

1. กลไกรับฟังผู้ป่วย/ลูกค้าภายนอก

- รวบรวมคำร้องเรียน
- แบบบันทึกเหตุการณ์ผิดปกติ
- ใช้แบบสอบถามซึ่งมีทั้งคำถามปิดและคำถามเปิด
- สร้างกลไกเพื่อให้ผู้ป่วย/ลูกค้าได้ระบายความทุกข์ร้อนได้ง่ายขึ้น เช่น การมีผู้แทนผู้ป่วย/พยาบาลผู้ป่วยสัมพันธ์ การมีระบบโทรศัพท์ให้ระบายปัญหาและบันทึกเทป
- สอดส่องหาผู้ที่มีแนวโน้มจะเกิดปัญหา และเข้าไปสนทนาเจาะลึก
- หาช่องทางรับฟังเสียงสะท้อนจากชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เช่น ผู้ป่วยประจำของ รพ., ผู้แทนชุมชน, ข้าราชการ, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่
- ใช้เจ้าหน้าที่ของ รพ. ที่มาให้บริการเป็นตัวแทนของลูกค้าภายนอก

2. กลไกรับฟังลูกค้าภายใน

- ผู้ประสานงานคุณภาพเป็นตัวแทนของหน่วยงานต่างๆ เข้าไปสอบถามว่าต้องการให้หน่วยงานใดปรับปรุงในเรื่องใด
- แต่ละหน่วยออกแบบสอบถาม ถามลูกค้าของตนเอง
- แต่ละหน่วยเชิญตัวแทนลูกค้าของตนมาร่วมสนทนากลุ่ม (อาจมีปัญหามียอมพูด หรือพูดแรงเกินไป)
- จัดระบบข้อเสนอแนะของ รพ.
- ใช้เวทีที่มติด/ทีมประสาน เป็นที่แลกเปลี่ยนความต้องการของหน่วยงานซึ่งดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

3. การวิเคราะห์

ไม่ว่าจะใช้กลไกในการรับฟังอย่างไร ควรจะมีหน่วยงานกลางทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับในแง่มุมต่อไปนี้

- ความถี่ของการเกิดปัญหาและการกระจาย (บุคคล สถานที่ เวลา) รวมทั้งแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไปตามเวลา
- ความสำคัญของปัญหาในสายตาของลูกค้า
- กระบวนการ/ระบบงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหา
- เจ้าของกระบวนการ/ระบบงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

การจัดทำพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม/อุดมการณ์

คืออะไร

พันธกิจ คือข้อความที่บอกเหตุผลการเกิดขึ้นหรือมีอยู่ขององค์กร

วิสัยทัศน์ คือภาพอนาคตที่คนในองค์กรอยากเห็นหรืออยากให้เป็น

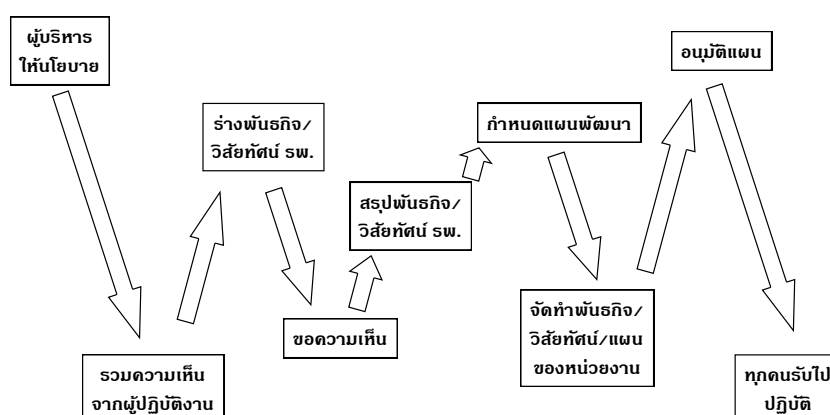
ความเชื่อ/ค่านิยม/อุดมการณ์/ปรัชญา คือสิ่งที่ทุกคนในองค์กรยอมรับว่าจะยึดถือเป็นหลักในการทำงาน

ทำไมต้องมี

ความเชื่อ/ค่านิยม/อุดมการณ์/ปรัชญา เป็นเครื่องมือควบคุมพฤติกรรมเพียงสิ่งเดียวเท่านั้นที่ไม่ใช้ความหวาดกลัว แต่เกิดจากการยอมรับจากภายในด้วยตนเอง ทำให้ทราบความคาดหวังซึ่งกันและกัน ป้องกันความขัดแย้ง และใช้ศักยภาพของทุกคนได้เต็มที่

พันธกิจและวิสัยทัศน์ มีไว้เพื่อระดมพลังของทุกคนในองค์กรไปในทิศทางเดียวกัน ป้องกันความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น

อย่างไร



ขั้นที่ 1 เชิญชวนให้ทุกคนแสดงความคิดเห็น

ทำแบบสอบถามปลายเปิดให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับตอบในประเด็นต่อไปนี้

- หลักในการทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดความราบรื่นและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยของ รพ.คืออะไร
- รพ./หน่วยงาน ของเราควรรีทำอะไรเป็นพิเศษแก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง (เหตุผลที่ต้องมี รพ./หน่วยงานของเรา)
- อะไรที่ท่านอยากจะทำ
- อะไรที่ทำให้ท่านทำสิ่งที่ยากทำไม่ได้

ขั้นที่ 2 ยกย่องอุดมการณ์/พันธกิจ

คณะทำงานยกร่างโดยอาศัยข้อมูลที่ได้มา แยกแยะให้ชัดเจนว่าอะไรเป็นหลักการทำงาน (อุดมการณ์) อะไรเป็นเป้าหมาย (พันธกิจ) ขั้นที่ 3 นำเสนอและรับฟังความคิดเห็น ทั้งจากผู้บริหารและจากผู้ปฏิบัติงาน (ให้ตอบของตนเอง ไม่ต้องเป็นตัวแทนของคนอื่น) • อะไรคืออุปสรรคของการปฏิบัติสำหรับอุดมการณ์แต่ละข้อ มีข้อใดที่ตนเองไม่สามารถปฏิบัติได้ • อะไรคืออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุพันธกิจ • มีข้อเสนอเพื่อปรับปรุงข้อความอย่างไร ขั้นที่ 4 ปรับ/สรุปข้อความ ขั้นที่ 5 นำพันธกิจไปจัดทำเข็มมุ่งและแผนของ รพ./หน่วยงาน • ผู้บริหารกำหนดเข็มมุ่ง ตัวชี้วัด แผนยุทธศาสตร์ • ผู้บริหารถามแต่ละหน่วยงานว่าจะทำอะไรเพื่อให้ตอบสนองต่อเข็มมุ่งที่กำหนดไว้ • รวบรวมเป็นเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของ รพ. และของหน่วยงาน

ปรับความเข้าใจ

ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน	ความเข้าใจที่ควรจะเป็น
ต้องมีข้อความพันธกิจ / วัตถุประสงค์ จึงจะได้รับการรับรอง	ไม่สำคัญแค่มีข้อความ แต่สำคัญว่าทุกคนเข้าใจหน้าที่ของตนเองว่าต้องทำอะไรเพื่อให้บรรลุพันธกิจและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้
ต้องเขียนข้อความพันธกิจ/ วัตถุประสงค์ให้ยาวๆ มีการผูกเป็นคำกลอนที่ไพเราะ	ต้องการข้อความที่สั้น ตรงประเด็น เพื่อให้จดจำง่าย และมีความหมาย
ต้องมีการใช้เทคนิค A-I-C หรือไปประชุมกันนอกสถานที่	การมีส่วนร่วมอาจทำได้หลายรูปแบบ A-I-C ทำให้รวมความคิดเห็นที่แตกต่างกันได้ง่ายขึ้น การรับความคิดเห็นอาจจะใช้วิธีง่ายๆ เช่น แบบสอบถามก็ได้
ไม่ต้องมีพันธกิจ/ วัตถุประสงค์ก็มีคุณภาพได้	ที่จริง รพ. มีพันธกิจ/ วัตถุประสงค์อยู่แล้ว เพียงแต่ไม่ได้เขียนออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร การเขียนออกมาให้ชัดเจนทำให้ทุกคนทราบความคาดหวังขององค์กรตรงกัน

ประเมินตนเอง

- องค์กรสามารถกำหนดความเชื่อ/ค่านิยม/อุดมการณ์/ปรัชญา ซึ่งเป็นที่ยอมรับร่วมกันได้หรือไม่
- มีกระบวนการอย่างไรเพื่อปกป้องและเชิดชูผู้ที่ปฏิบัติตาม ความเชื่อ/ค่านิยม/อุดมการณ์/ปรัชญา ที่กำหนดไว้

- ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีโอกาสแสดงความคิดเห็นในการจัดทำพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม/อุดมการณ์ หรือไม่
- ผู้บริหารมีความมุ่งมั่นที่จะให้พันธกิจ/วิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้เกิดขึ้นจริงหรือไม่ มีการสนับสนุนอย่างไร
- พันธกิจ/วิสัยทัศน์ของแต่ละหน่วยงานสอดคล้องกับพันธกิจ/วิสัยทัศน์ของ รพ.หรือไม่
- ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานจำข้อความพันธกิจ/วิสัยทัศน์ของ รพ.ได้หรือไม่
- ผู้ปฏิบัติงานยอมรับในพันธกิจ/วิสัยทัศน์/ค่านิยม ที่กำหนดไว้หรือไม่
- มีการถ่ายทอดพันธกิจ/วิสัยทัศน์ไปเป็นแผนพัฒนาและเข็มมุ่งประจำปีของ รพ.และหน่วยงานหรือไม่
- ผู้ปฏิบัติงานทุกคนเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อพันธกิจ/วิสัยทัศน์ของ รพ.และของหน่วยงานหรือไม่

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

พันธกิจ (Mission)

รพ.เชียงรายฯ มีไว้เพื่ออะไร

เรามีพันธกิจในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมและผสมผสานที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพแก่ประชาชนทุกระดับอย่างเท่าเทียมกัน

คำขยายความ

บริการแบบองค์รวม คือ การให้บริการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

บริการผสมผสาน คือ การให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพร่วมกันในทุกโอกาสที่เป็นไปได้

คุณภาพ คือ การแก้ปัญหา/ตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยและลูกค้า อย่างมีมาตรฐานและถูกหลักวิชาการ

บริการอย่างเท่าเทียมกัน คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้เสมอเหมือนกัน ไม่ว่าจะมีความรู้ทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างไร

วิสัยทัศน์ (Vision)

ภาพในอนาคตของ รพ.เชียงรายฯ

เราจะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่ให้บริการอย่างน่าพึงพอใจและเป็นที่ยอมรับของประชาชนทุกระดับ มีทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพและมีความสุข

ค่านิยม (Values)

หลักการทำงานที่ทุกคนยึดถือร่วมกัน

1. เรามุ่งมั่นที่จะให้บริการแก่ประชาชนทุกระดับอย่างเท่าเทียมกัน
2. เรามุ่งมั่นที่จะให้บริการโดยยึดผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง
3. เรามุ่งมั่นที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยด้วยคุณธรรม
4. เรามุ่งมั่นที่จะทำงานร่วมกันเป็นทีม
5. เรามุ่งมั่นที่จะพัฒนาบริการอย่างไม่หยุดยั้ง
6. เรามุ่งมั่นที่จะพัฒนาวิชาการสู่ความเป็นเลิศ
7. เรามุ่งมั่นที่จะยึดหลักพรหมวิหาร 4 ในการทำงาน การบริหาร และการดำรงชีพ
8. เรามุ่งมั่นที่จะรักษาสีหน้าดั่งใจให้สะอาด สวยงาม

เป้าประสงค์ (Goals) แผนยุทธศาสตร์ (Strategies) เครื่องชี้วัด (Indicators)

เป้าประสงค์	ยุทธศาสตร์	เครื่องชี้วัด
1. บริการมีคุณภาพ	1.1 พัฒนาพฤติกรรมบริการ	● ความพึงพอใจของผู้ป่วย
	1.2 นำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อความรวดเร็ว คล่องตัว	● ระยะเวลาในการรอรับบริการ
	1.3 จัดทำมาตรฐานการทำงาน	● จำนวนมาตรฐานที่มีการจัดทำ ● การปฏิบัติตามมาตรฐาน
	1.4 มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง	● จำนวนข้อเสนอแนะ/คำร้องเรียน ● การตอบสนองต่อข้อเสนอ/ร้องเรียน ● จำนวนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ● แนวโน้มของระดับคุณภาพ
2. มาตรฐานวิชาการ	2.1 พัฒนาแหล่งข้อมูลทางวิชาการ	● อัตราการสืบค้นข้อมูลทางวิชาการ
	2.2 พัฒนาความรู้และทักษะแก่ জনท. ทุกระดับ	● ความสามารถในการตอบสนอง training needs
	2.3 สนับสนุนการทำวิจัย และการนำผล มาใช้	● จำนวนโครงการวิจัย ● จำนวนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่มีการนำ ผลงานวิจัยมาใช้
	2.4 พัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	● การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้สารสนเทศ
3. ทำงานเป็นทีม	3.1 จัดทำทีมผสมผสาน	● จำนวนทีม ● ความถี่ และความต่อเนื่องของการทำงานเป็นทีม
	3.2 การฝึกอบรม team facilitator	● จำนวน facilitator ● ความพึงพอใจของสมาชิกทีมต่อการทำงานของ facilitator
	3.3 จัดทำทีมผสมผสาน	● จำนวนทีม ● ความถี่ และความต่อเนื่องของการทำงานเป็นทีม
4. สิ่งแวดล้อมดี	4.1 กิจกรรม 5 ส.	● จำนวนหน่วยงานที่ทำกิจกรรม
	4.2 ตั้งศูนย์ทำความสะอาด	●
	4.3 ตั้งศูนย์ปลูกต้นไม้/ดูแลสิ่งแวดล้อม	●
	4.4 ประกวดความสะอาด	●
5. คนมีความสุข	5.1 จัดหาสวัสดิการอย่างเหมาะสมเป็น ธรรม	● ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่
	5.2 จัดทำแนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจน	●
	5.3 จัดทำเกณฑ์พิจารณาความดี ความชอบที่ยุติธรรม	●
	5.4 ส่งเสริมและเตรียมพร้อมให้มี ความก้าวหน้าในวิชาชีพ	●
	5.5 มีส่วนร่วมในการวางแผน	●

กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา รพ.อุตรดิตถ์

พันธกิจ (หน่วยงานของเรามีไว้เพื่ออะไร)

ให้บริการระดับความรู้สึกละเอียดอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

วิสัยทัศน์ (เราต้องการเห็นภาพอะไรในอนาคต)

เราจะเป็นผู้นำด้วยการให้บริการอย่างมีน้ำใจและวิชาการ

ค่านิยม (เราจะมีหลักการทำงานร่วมกันอย่างไร)

1. เรามุ่งที่จะแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
2. เราจะให้บริการด้วยความเอื้ออาทร รวดเร็ว สร้างความประทับใจ
3. เราต้องเป็นตัวแทนที่จะพิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ
4. เราจะปฏิบัติหน้าที่ด้วยความระมัดระวัง
5. เราจะนำความรู้ ความสามารถ ทักษะ และวิจารณญาณมาใช้อย่างเต็มที่
6. เราจะศึกษาหาความรู้เพื่อพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
7. เราจะเรียนรู้ด้วยการทบทวนผลการทำงานของเราและปรับปรุงให้ดีขึ้นตลอดเวลา
8. เรามุ่งมั่นที่จะทำงานเป็นทีม
9. เรามุ่งมั่นที่จะประสานความสามัคคี มีจริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพ
10. เราจะมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพและเพื่อนร่วมงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

ตัวอย่างเข็มมุ่ง (อะไรคือกิจกรรมหลักที่เราจะทำเพื่อบรรลุพันธกิจ)

เข็มมุ่ง	เครื่องชี้วัด
1. การพัฒนากำลังคน	ความรู้และทักษะที่เจ้าหน้าที่แต่ละคนได้รับการพัฒนา จำนวนความต้องการพัฒนาที่ได้รับการตอบสนอง จำนวนปัญหาที่เจ้าหน้าที่ไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน
2. การเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยง	จำนวนความเสี่ยงที่ค้นพบ จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับการวางมาตรการป้องกัน เครื่องชี้วัดแสดงระดับปัญหา (ภาวะแทรกซ้อน) ร้อยละของการตรวจเยี่ยมก่อนและหลังการระงับความรู้สึก
3. การสร้างความสัมพันธ์และให้ข้อมูลผู้ป่วย	ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความกังวลของผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัด ความครบถ้วนของข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับก่อนผ่าตัด จำนวนข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ป่วย จำนวนข้อเสนอแนะที่สามารถตอบสนองได้
4. การพัฒนาระบบขอคำปรึกษา	จำนวนการขอคำปรึกษาจากแพทย์ภายใน รพ. จำนวนการขอคำปรึกษาจากวิสัญญีแพทย์ในรพ.อื่น

Facilitators (ผู้ช่วยเหลือการเรียนรู้)

คืออะไร

Facilitator คือพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา ซึ่งช่วยเหลือทีมในแง่ของกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เป็นเสมือนผู้ทำคลอดให้กับโครงการพัฒนาคุณภาพ

ทำไม

1. ในการทำงานเป็นทีมเพื่อพัฒนาคุณภาพให้ประสบความสำเร็จต้องอาศัยความรู้ความเชี่ยวชาญ 2 ด้าน คือ **ด้านเนื้อหา** และ **ด้านกระบวนการ** (ทั้งกระบวนการทำงานเป็นทีม และกระบวนการพัฒนาคุณภาพ) เรื่องเนื้อหาเป็นเรื่องที่สมาชิกของทีมมีความรู้เป็นอย่างดี แต่เรื่องกระบวนการเป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้ใหม่ผ่านการทำงานร่วมกัน

2. ผู้ที่จะช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้เรื่องกระบวนการได้ดีควรได้รับการฝึกอบรมให้มีความสามารถเฉพาะ และเป็น **ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่จะพัฒนา** ซึ่งบุคคลนี้อาจจะเป็นที่ปรึกษาภายนอกหรือเป็นเจ้าหน้าที่ภายใน รพ.

3. การมีเจ้าหน้าที่ภายใน รพ. ทำหน้าที่ facilitator จะทำให้สามารถให้คำปรึกษาได้ทุกเวลาเมื่อมีความต้องการ และเป็น **แหล่งสะสมประสบการณ์** ในการพัฒนาคุณภาพของ รพ.

อย่างไร

1. คุณสมบัติของ facilitator

ผู้ที่ทำหน้าที่ facilitator ควรมีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ประสานงานคุณภาพ ได้แก่

ก) มีความพร้อมที่จะเรียนรู้แนวคิดใหม่ตลอดเวลา ความรู้ที่จำเป็นในการทำหน้าที่ facilitator ได้แก่แนวคิด/วิธีการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย, กระบวนการทำงานร่วมกันเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ และการนำมาตรฐานโรงพยาบาลไปใช้ประเมินตนเอง

ข) มีเจตคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง และการใช้วิธีเชิงบวกในการชักนำให้ผู้คนเข้าร่วมงาน

ค) มีทักษะในการสอน มีความยืดหยุ่นและเปิดรับความคิดของผู้อื่น

2. โครงสร้างรองรับและจำนวน facilitator ที่ควรมี

การทำงานเป็นทีมทุกระดับ (ทั้งทีมนำ, ทีมคิด/ประสาน, ทีมทำ) ต้องการความช่วยเหลือของ facilitator ทั้งสิ้น จึงควรมีการกำหนดผู้ที่ทำหน้าที่ facilitator ไว้ในทีมนำและทีมคิด/ประสานให้ชัดเจน การนำบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในสายงานที่เกี่ยวข้องกับทีมนั้นมาเป็น facilitator อาจจะทำให้ทำงานให้คำแนะนำได้ง่ายขึ้น

จำนวน facilitator ที่ควรจะมีขึ้นอยู่กับจำนวนทีมที่จะเกิดขึ้นใน รพ. facilitator ซึ่งมีงานประจำอยู่อาจจะให้การดูแลทีมได้ครั้งละ 3-5 ทีม จำนวน facilitator ที่ต้องการสำหรับ รพ. ขนาดกลางอยู่ระหว่าง 5-15 คน

ในระยะยาว หัวหน้าหน่วยงานทุกระดับควรสามารถที่จะทำหน้าที่ facilitator ให้แก่ทีมต่างๆในหน่วยงานของตนเองได้

3. การฝึกอบรม facilitator

การฝึกอบรม facilitator อาจจะเริ่มต้นด้วยการ**ส่งมาฝึกนอก รพ.** ในหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง เช่น กระบวนการทำงานเป็นทีม การเป็นวิทยากร/โค้ช การประชุมที่มีประสิทธิภาพ เทคนิคการพัฒนาคูณภาพ

ทักษะที่เกิดขึ้นได้ต่อเนื่อง**นำความรู้ที่ได้รับมาปฏิบัติ** จึงต้องวางแผนที่จะให้ facilitator ได้ฝึกฝนทักษะต่างๆให้มากที่สุด กลุ่มที่เป็นแหล่งฝึกขั้นต้นสำหรับ facilitator คือกลุ่มในระดับล่าง เช่น พนักงานผู้ช่วย คนงาน เมื่อมีความมั่นใจแล้วขยับขึ้นมาทำงานกับกลุ่มวิชาชีพและทีมชั้นนำ

การนำปัญหาและประสบการณ์จากการฝึกฝนทักษะเหล่านี้มา**แลกเปลี่ยนกัน**ในหมู่ facilitator, กับที่ปรึกษาภายนอก และกับทีมชั้นนำ จะทำให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้นและมีความมั่นใจมากขึ้น

4. การทำงานของ facilitator

- ก) วางแผนเตรียมการประชุม/กำหนดเป้าหมายการประชุม ร่วมกับหัวหน้าทีม
- ข) เป็นผู้สอนเทคนิคการทำงานเป็นทีมที่จำเป็นให้แก่ทีมในช่วงเริ่มต้นของแต่ละทีม
- ค) เข้าร่วมประชุม สังเกตการณ์ในด้านกระบวนการกลุ่ม ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการทำงานเมื่อจำเป็น
- ง) สรุปลงให้หัวหน้าทีมทราบเพื่อให้เห็นภาพความก้าวหน้าหรือปัญหาในด้านกระบวนการกลุ่ม และขั้นตอนการพัฒนาคูณภาพ

ปรับความเข้าใจ

ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน	ความเข้าใจที่ควรจะเป็น
คนใน รพ.ไม่สามารถสอนกันเองได้	การมีคนใน รพ.เป็นแหล่งให้คำปรึกษา จะทำให้ทีมมีความมั่นใจมากขึ้น ทำให้ทีมทำงานสำเร็จลุล่วงได้เร็วขึ้น และไม่จำเป็นต้องสอนให้สมาชิกทีมรู้เนื้อหาครั้งละมากๆ แต่เป็นการสอนเมื่อจำเป็นต้องใช้
ผู้ที่อาวุโสหน่อยหรือมีการศึกษาน้อยกว่าไม่สามารถจะให้คำแนะนำแก่ผู้ที่มีอาวุโสมากกว่าได้	-ขึ้นอยู่กับกระบวนการคัดเลือก facilitator ว่าได้คนที่เหมาะสมเพียงใด เป็นที่ยอมรับเพียงใด -ขณะเดียวกันเป็นหน้าที่ของผู้บริหารที่จะสร้างกติกาให้เป็นที่ยอมรับใน รพ.ว่า facilitator จะทำหน้าที่อะไร สมาชิกของทีมมีหน้าที่ให้ความร่วมมือกับ facilitator อย่างไร
facilitator อาจจะรู้ไม่พอหรืออาจจะสอนผิด	-facilitator ต้องรู้ศักยภาพของตนเอง -กระบวนการแลกเปลี่ยนกันในหมู่ facilitator และกับที่ปรึกษาภายนอกจะเพิ่มพูนความสามารถของ facilitator
ไม่มีคนที่จะมาทำหน้าที่นี้อีก เพราะคนที่เข้าทำถูกมอบหมายให้รับผิดชอบกิจกรรมคุณภาพอื่นไปแล้ว	คนเหล่านั้นยังมีความเหมาะสมที่จะมาทำหน้าที่ facilitator ที่ทำหน้าที่ได้หลากหลาย ไม่ใช่เฉพาะกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง

ประเมินตนเอง

- รพ.มีผู้ทำหน้าที่ facilitator ในด้านต่างๆอยู่บ้างหรือไม่ ถ้ามี ได้นำเอาบุคคลเหล่านั้นมาร่วมงานหรือไม่ เพียงใด
- รพ.มีแผนที่จะพัฒนา facilitator ให้มีศักยภาพเพียงพอในการปฏิบัติหน้าที่หรือไม่
- รพ.จะวางระบบจูงใจเพื่อให้มี facilitator มาทำงานอย่างต่อเนื่องได้อย่างไร
- รพ.มีที่ปรึกษาภายนอกที่จะทำงานร่วมกับ facilitator เหล่านี้หรือไม่

การเรียนรู้/การใช้เครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพ

คืออะไร

เครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพคือสิ่งที่ช่วยในการจัดระบบวิธีทำงาน ช่วยในการตัดสินใจ ช่วยในการแสดงผลให้เข้าใจได้ง่าย

ขั้นตอนในการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา 3) การวิเคราะห์ทางเลือกในการปรับปรุง 4) การทดลองทางเลือก 5) การวัดผล และ 6) การสรุปเป็นมาตรฐานการปฏิบัติ

เครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่เราคุ้นเคยกันคือ Basic QC tools แต่เครื่องมือพัฒนาคุณภาพมีมากกว่านั้น อาจแบ่งออกได้เป็น

- 1) เครื่องมือในการค้นหา/จัดระบบความคิดและการตัดสินใจของกลุ่ม เช่น การระดมสมอง (Brainstorming), การใช้ความคิดสร้างสรรค์, การจัดหมวดหมู่ความคิด (Affinity Diagram) แผนภูมิความสัมพันธ์ของความคิด (Interrelation Diagram), การลงมติหรือการหาความเห็นเอกฉันท์, การเขียน Flowchart
- 2) เครื่องมือเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล เช่น Operational Definition, Check Sheet, Sampling, Pareto Chart, Scatter Diagram, Control Chart
- 3) เครื่องมือเพื่อการวางแผนและการจัดการ เช่น Systematic Diagram, Forcefield Analysis, Activity Network Diagram (PERT/CPM), Process Decision Program Chart

ทำไม

1. การใช้เครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพอย่างเหมาะสมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาได้อย่างยั่งยืนและเป็นที่ยอมรับ
2. การใช้เครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพเป็นศิลปะที่ต้องเรียนรู้จากการลงมือทำด้วยตนเอง โดยมีผู้แนะนำช่วยเหลือที่เหมาะสม
3. ศิลปะในการใช้เครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพคือการใช้อย่างเป็นนายของเครื่องมือ ใช้เพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้น มิใช่ใช้ด้วยความกังวลว่าจะไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน การเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้องจะทำให้เครื่องมือเป็นนายของผู้ใช้ และเสียเวลามากเกินความจำเป็น

อย่างไร

1. ใครควรเป็นผู้เรียนรู้

เป้าหมายสุดท้ายคือทุกคนใน รพ. ควรจะได้เรียนรู้ให้สามารถใช้เครื่องมือและเทคนิคเหล่านี้ในการแก้ปัญหาประจำวันของตนเองได้ แต่ในขั้นต้นจำเป็นต้องจัดลำดับของผู้ที่จะเรียนรู้เพื่อให้เกิดการขยายตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

ก) กลุ่มแรกที่เราควรจะได้เรียนรู้คือผู้ที่ทำหน้าที่ facilitator ของทีมต่างๆ ซึ่งหากเป็นแพทย์ได้จะเป็นการดีมาก เพราะสามารถทำความเข้าใจได้ลึกซึ้งและสามารถถ่ายทอดให้กับบุคคลอื่นได้ดี

ข) อันดับต่อมาคือสมาชิกของทีมที่จะทำโครงการนำร่องเพื่อสาธิตให้เจ้าหน้าที่อื่นๆ ได้เห็นประโยชน์ของการใช้เครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพ

ค) สมาชิกของทีมชั้นนำ (ทั้งในระดับ รพ. และระดับกลุ่มผู้ป่วย)

ง) แพทย์ที่เหลือทั้งหมด

จ) ผู้บริหารระดับกลางทั้งหมด

ฉ) สมาชิกของทีมพัฒนาคุณภาพที่ได้รับมอบหมายจากทีมชั้นนำหรือจัดตั้งกันเอง

2. ต้องเรียนรู้มากแค่ไหน

เนื้อหาของการเรียนรู้ที่เหมาะสมคือมากพอที่จะทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้ ดังนี้

ผู้ที่จะทำหน้าที่ facilitator	เรียนรู้ให้มากพอที่จะนำเครื่องมือทั้งหลายมาใช้ได้ในสถานการณ์ต่างๆ ตามความเหมาะสม
ทีมที่จะทำโครงการนำร่อง	เรียนรู้เพียงพอเพื่อแก้ปัญหาที่ทีมจะทำ โดยมี facilitator เป็นพี่เลี้ยงให้อย่างใกล้ชิด
สมาชิกของทีมชั้นนำ	เรียนรู้ให้พอที่จะค้นหาปัญหา จัดอันดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมายการพัฒนา และติดตามผลตลอดจนวิจารณ์การทำงานของทีมพัฒนาคุณภาพได้
แพทย์	เรียนรู้พอที่จะนำไปใช้ประยุกต์ใช้กับปัญหาทางคลินิกได้
ผู้บริหารระดับกลาง	เรียนรู้พอที่จะเป็นพี่เลี้ยงให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้

3. ใช้วิธีการเรียนรู้อย่างไร

กระบวนการเรียนรู้ที่ดีที่สุดคือ ฟัง อ่าน คิด ถาม พูด ทำ เขียน

4. ใครคือครูที่ดีที่สุด

ครูที่ดีที่สุดคือสมาชิกในทีมซึ่งได้รับการฝึกให้ตั้งคำถามกับตัวเองว่า ขั้นตอนหรือเครื่องมือได้ประโยชน์อะไร ถ้าไม่ทำแล้วจะเสียโอกาสอะไร หากได้รับคำตอบว่าไม่ได้ประโยชน์หรือไม่เสียโอกาส ขั้นตอนหรือเครื่องมือนั้นก็ไม่ต้องใช้ในสถานการณ์เช่นนั้น

ปรับความเข้าใจ

ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน	ความเข้าใจที่ควรจะเป็น
ก่อนที่จะลงมือทำการพัฒนาคุณภาพต้องเรียนรู้เทคนิคและเครื่องมือให้หมดเสียก่อน	-ถ้ารอเช่นนั้นจะไม่ได้เริ่มต้น เพราะความรู้มีมาก แต่ไม่ได้จำเป็นที่จะต้องใช้ทั้งหมด -การจับเรื่องที่จะพัฒนาเป็นตัวตั้ง จะทำให้สามารถประยุกต์ใช้เครื่องมือและเทคนิคได้ดีกว่าเรียนตามทฤษฎี
การพัฒนาบางอย่างไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพ	-ที่จริงเราใช้วิธีการคิดอย่างเป็นระบบในชีวิตประจำวันอยู่แล้วโดยไม่รู้ตัว -การนำเครื่องมือและเทคนิคบางอย่างเข้ามาเสริมจะทำให้เราทำงานได้ดีขึ้น
ถ้าใช้ขั้นตอนและเครื่องมือไม่เต็มรูปแบบก็ไม่สามารถเรียกว่าเป็น CQI/QC ได้	-ไม่ควรจะแบ่งแยกว่ากิจกรรมนี้คือ CQI/QC กิจกรรมนั้นไม่ใช่ CQI/QC ด้วยเหตุผลว่าไม่ได้ใช้ขั้นตอนและเครื่องมืออย่างครบถ้วน -อะไรก็ตามที่เป็นความพยายามในการพัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้าอย่างไม่หยุดยั้งแล้วควรจะเป็นส่วนหนึ่งของ CQI/QC ทั้งสิ้น -แม้แต่ CQI กับ QC ก็ไม่ควรมีการแบ่งแยกกัน เพราะมีแนวคิดพื้นฐานอันเดียวกัน ใช้วิธีการต่างๆ เกือบเหมือนกัน มีความแตกต่างเพียงรายละเอียดปลีกย่อย ซึ่งไม่ควรยึดเป็นเรื่องสำคัญ ขอให้จับแนวคิดหลักให้ได้ว่าอะไรเป็นจุดสำคัญ
การเรียนรู้ต้องเรียนจากวิทยากรผู้ชำนาญเท่านั้น พวกเดียวกันเองไม่ควรจะสอนกัน	-แน่นอนว่าวิทยากรผู้ชำนาญย่อมสอนได้ดีกว่า แต่สิ่งที่สมาชิกทีมที่เริ่มต้นทำงานต้องการไม่มากถึงขนาดต้องให้วิทยากรผู้ชำนาญมาสอน การร่อย่อมเป็นการเสียโอกาสโดยไม่จำเป็น -จะเป็นการดีกว่าที่ให้ facilitator ทำหน้าที่เบื้องต้นโดยมีระบบปรึกษาหารือกับที่ปรึกษาอย่างใกล้ชิด และเมื่อทำงานไปแล้วระยะหนึ่งจะเกิดปัญหาที่จำเป็นต้อง

	ใช้ความสามารถของวิทยากรผู้ชำนาญ การเชิญมาใน ขั้นตอนนี้จะได้ใช้ความสามารถของวิทยากรคุ้มค่า
--	--

ประเมินตนเอง

- ผู้ประสานงานคุณภาพมีความรู้ความเข้าใจเรื่องแนวคิด เครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพดีเพียงใด ได้มีการแสวงหาความรู้ด้วยตนเองเพิ่มเติมตลอดเวลาหรือไม่
- ผู้ประสานงานคุณภาพได้สร้างทีม facilitator เพื่อเป็นที่ปรึกษาให้แก่ทีมต่างๆเพียงใด
- รพ.มีแผนการฝึกอบรมในเรื่องเครื่องมือและเทคนิคการพัฒนาคุณภาพอย่างไร เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมไปแล้วมีใคร จำนวนเท่าไร เจ้าหน้าที่เหล่านั้นมีส่วนในการถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับจากการอบรมอย่างไร
- รพ.มีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้สนใจเรื่องการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพมาเรียนรู้แลกเปลี่ยนกันหรือไม่

Patient Care Team

คืออะไร

คือทีมงานซึ่งประกอบด้วยตัวแทนของหน่วยงานและวิชาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแล

ผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน มาร่วมปรึกษาหารือกันเพื่อปรับปรุงการให้บริการผู้ป่วย

ทำไม

1. ผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ามารับการดูแลรักษา ต้องอาศัยการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆมากมาย การประสานงานระหว่างหน่วยงานเหล่านี้มีผลต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับ
2. โดยทั่วไปเมื่อเกิดปัญหาขึ้น มักจะเกิดการกล่าวโทษกันและกัน ทำให้ปัญหาเหล่านั้นเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก การมีเวทีที่จะแลกเปลี่ยนความต้องการและคาดหวังระหว่างผู้ที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกันจะทำให้ผู้รับผิดชอบเห็นโอกาสที่จะปรับปรุงระบบงานเพื่อป้องกัน
3. การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทำให้ลดการมุ่งประโยชน์ของแต่ละฝ่าย ลดความรู้สึกว่าจะเสียเปรียบฝ่ายอื่น ทำให้เกิดเป้าหมายร่วมกันว่าทุกฝ่ายต้องการทำเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีขึ้น
4. การมีกลุ่มที่ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจะทำให้เกิดความยั่งยืนของการชี้นำทิศทางในการพัฒนา เพราะสมาชิกของทีมเป็นผู้ที่เผชิญกับปัญหาอยู่ตลอดเวลา
5. การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทำให้สามารถเลือกสถานะทางคลินิกมาดำเนินการปรับปรุงได้ เป็นการเปิดโอกาสสำหรับการพัฒนาอีกมาก และสามารถชักชวนแพทย์เข้าร่วมทีมอย่างสมศักดิ์ศรี

อย่างไร

1. วิเคราะห์โครงสร้างองค์กรและความพร้อม

ผู้ประสานงานคุณภาพและผู้บริหารระดับสูงจะต้องปรึกษากันว่าตามโครงสร้างองค์กร/ขนาดของโรงพยาบาล ควรจะจัด Patient Care Team ในลักษณะใด เช่น

- รพ.ชุมชน 10 เตียง อาจจะมี Patient Care Team เพียง 1 ทีม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร
ทันตศัลยแพทย์ เอกซเรย์ ห้องผ่าตัด ห้องคลอด
- รพ.ชุมชน 60 เตียง อาจจะแยก Patient Care Team เป็น 2 ทีม คือทีมผู้ป่วยนอกและทีมผู้ป่วยใน

- รพ.ขนาด 100 เตียงอาจจะแยก Patient Care Team เป็น 3 ทีม คือทีมผู้ป่วยนอก ทีมผู้ป่วยในด้านการยกรวมและกุมารเวชกรรม และทีมผู้ป่วยในด้านศัลยกรรมและสูตินรีเวช หรืออาจจะแยกทีมสูตินรีเวชแยกออกไปจากทีมศัลยกรรม
- รพ.ขนาด 400 เตียงอาจจะแยก Patient Care Team ออกเป็น ทีมอายุรกรรม ทีมศัลยกรรม ทีมสูตินรีเวชกรรม ทีมกุมารเวชกรรม หรือบางแห่งอาจจะเพิ่มทีมผู้ป่วยนอก และทีมผู้ป่วยใน โดยแบ่งแยกหน้าที่ให้ชัดเจนว่า 4 ทีมแรกจะเน้นปรับปรุงงานด้านคลินิก และ 2 ทีมหลังจะดูแลเฉพาะในส่วนของการบริหารเป็นหลัก

ในการจัดตั้ง Patient Care Team ไม่จำเป็นที่จะต้องจัดตั้งทุกทีมพร้อมกัน แต่ควรดูความพร้อมของบุคคลที่จะมาเป็นสมาชิกของทีม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่จะเป็นแกนหลักของทีม การเริ่มต้นกับทีมที่มีความพร้อมทำให้ผู้ประสานงานมีกำลังใจที่จะไปคุยกับทีมอื่นๆต่อไป และเป็นตัวอย่างให้ทีมอื่นๆเห็น

2. การพบปะกันในช่วงต้นของทีม

สิ่งที่ควรหยิบยกมาคุยกันในช่วงต้นของการสร้างทีมได้แก่

- **เหตุผลที่มีทีมนี้เกิดขึ้น** (พันธกิจ) ตัวอย่างง่ายที่สุดคือเพื่อมาร่วมกันปรับปรุงการให้บริการผู้ป่วย
- **หลักการทำงานร่วมกัน** ที่สำคัญอย่างยิ่งที่ทุกทีมควรกำหนด คือ
 - จะไม่มีการกล่าวโทษกันและกัน
 - จะไม่กดดันซึ่งกันและกัน
 - จะเปิดใจกว้างยอมรับความเห็นของผู้อื่น
 - จะใช้ข้อมูลและเหตุผลในการตัดสินใจ
 - จะตรงต่อเวลาและพบปะกันอย่างสม่ำเสมอทุก 1 เดือน
- สิ่งแต่ละคน/แต่ละหน่วย กำลังทำอยู่เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ
- สิ่งที่ทุกคนเห็นว่าน่าจะร่วมกันทำเพื่อให้สมาชิกมีความสุขในการทำงาน และผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีขึ้น (ตัวอย่างเช่นอะไรที่ต้องทำซ้ำซ้อน อะไรที่ยุ่งยากเกินจำเป็น)

จะเห็นว่าไม่มีการหยิบยกปัญหามาพูดกันในช่วงต้น แต่นำสิ่งที่มีความสุขสำหรับทุกคนมาพูดกัน สิ่งนี้เป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการสร้างทีมให้มั่นคง หากหยิบยกปัญหามาพูดกันตั้งแต่ช่วงต้นในขณะที่สายสัมพันธ์ยังไม่เหนียวแน่น หรือเคยมีปัญหาขัดแย้งอยู่เดิม จะทำให้ทีมไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างที่ต้องการ การเข้าไปช่วย facilitate และทำความเข้าใจโดยผู้ประสานงานคุณภาพจะมีความสำคัญมากในช่วงต้นนี้

3. การหาโอกาสพัฒนา

สามารถเริ่มต้นได้หลายวิธี แต่ทุกวิธีจะนำมาสู่จุดเดียวกันคือผู้ป่วย วิธีต่างๆที่เป็นไปได้ คือ 1) การวิเคราะห์ระบบงาน 2) การรับฟังความคาดหวังของสมาชิกในทีม 3) การรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วย 4) การประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาล 5) การนำพันธกิจและเข็มมุ่งของโรงพยาบาลมาแปรไปสู่การปฏิบัติ และ 6) การใช้สถิติที่มีอยู่แล้วหรือการ monitor เครื่องชี้วัดที่กำหนดขึ้น

3.1 การวิเคราะห์ระบบงาน

สมาชิกของทีมมาร่วมกันวิเคราะห์ระบบงานที่ทำอยู่ว่ามีกระบวนการทำงานอะไรบ้าง อะไรเป็นกระบวนการหลัก อะไรเป็นกระบวนการรอง แต่ละกระบวนการนั้นมีเป้าหมายอะไร ควรจะมีเครื่องชี้วัดอะไร กระบวนการใดที่มีโอกาสการปรับปรุงมากที่สุด ดังตัวอย่าง

กระบวนการ	เป้าหมาย (เครื่องชี้วัด)	โอกาสปรับปรุง
1. การให้ข้อมูลก่อนการตัดสินใจผ่าตัด	ผู้ป่วยเข้าใจความจำเป็นและมีส่วนในการตัดสินใจ (% ที่เข้าใจ)	ต่ำ
2. การให้ข้อมูลเมื่อรับผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วย	ผู้ป่วยทราบข้อมูลที่จำเป็นและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง (% ที่ปฏิบัติถูก)	ปานกลาง
3. การทำ chart ผู้ป่วยรับใหม่	รวดเร็ว, สมบูรณ์ (ระยะเวลาที่ใช้, % chart ที่สมบูรณ์ในเวลา)	ปานกลาง
4. การชี้แจงกฎระเบียบการเยี่ยมแก่ญาติ	ญาติทราบกฎและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง (% ที่ปฏิบัติถูก)	สูง
5. การเตรียมผลชิ้นสูตร	รวดเร็ว ถูกต้อง ชัดเจน (ระยะเวลา, % ที่ไม่ทันเวลา, % ที่ไม่ถูกต้อง)	ปานกลาง
6. การขอเลือด		
7. การ set ผ่าตัด		
8. การเตรียมบริเวณผ่าตัด		
9. การเตรียมสภาพจิตใจของผู้ป่วย		
10. การเยี่ยมผู้ป่วยโดยทีมงานวิชาชีพ		
11. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด		
12. การดูแลผู้ป่วยระหว่างรอผ่าตัด		
13. การเฝ้าระวังระหว่างดมยาในผู้ที่เสี่ยง		
14. การเตรียมชุดเครื่องมือผ่าตัด		
15. การจัดการระหว่างผลัดเปลี่ยนผู้ป่วย		
16. การตามศัลยแพทย์เพื่อมาผ่าตัด		
17. การดูแลในห้องพักฟื้น		
18. การจำหน่ายผู้ป่วยจากห้องพักฟื้น		
19. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด		
20. การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด		
21. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด		
22. การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย		

3.2 การรับฟังความคาดหวังของสมาชิกในทีม

ตัวอย่างที่ 1

สมาชิกในทีมอาจจะหยิบยกประเด็นขึ้นมาเสนอ เช่น แพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกให้ข้อมูลว่าผลการตรวจปัสสาวะด้วย strip แล้วพบว่ามีเลือด + ซึ่งไม่ตรงกับการส่องกล้องที่ไม่พบ rbc เลย ส่งผลให้ผู้ป่วยซึ่งมาตรวจ

ร่างกายเพื่อทำประกันชีวิตต้องได้รับการตรวจอีกหลายอย่างตามข้อกำหนดของบริษัท เพราะผลการตรวจ
ปัสสาวะไม่ปกติ

ทีมอาจจะขอให้ผู้แทนของห้องชันสูตรตรวจสอบคุณภาพของ strip ที่ใช้ หรือเก็บข้อมูลผลการตรวจที่
strip เป็นบวก แต่ไม่พบ rbc ในปัสสาวะ เพื่อจะได้หาข้อสรุปว่าควรจะเปลี่ยนบริษัทที่ซื้อ strip หรือควรจะ
ยกเลิกการตรวจ/รายงานด้วย strip ในส่วนนั้น

ตัวอย่างที่ 2

สมาชิกในทีมห้องผ่าตัดหยิบยกปัญหาเรื่องการติดเชื้อแผลผ่าตัดขึ้นมาพิจารณา หลังจากปรับปรุง
ระบบงานในห้องผ่าตัดและระบบการทำลายเชื้อแล้วปัญหายังไม่ลดลง สมาชิกของทีมเห็นว่าการนำผู้ป่วยที่มี
แผลติดเชื้อมาทำแผลในห้องผ่าตัดอาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด ผู้แทนของห้องผ่าตัด
จึงได้นำเรื่องนี้เข้ามาปรึกษาใน Patient Care Team คัลยกรรม ซึ่งทางทีมเห็นด้วยที่จะให้มีการปรับปรุงในเรื่อง
นี้ ด้วยข้อจำกัดของสถานที่ทีมจึงได้ตั้งเป้าหมายว่าจะลดการนำผู้ป่วยแผลติดเชื้อเข้ามาทำแผลในห้องผ่าตัด
และได้มอบหมายให้คณะทำงานซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วัสดุพยาบาล พยาบาลหอผู้ป่วย ไปร่วมกัน
พิจารณาความเป็นไปได้และแผนการปฏิบัติ

ท่าทีของสมาชิกในการนำเสนอและรับฟังมีความสำคัญมาก ผู้เสนอจะต้องเสนอเฉพาะ
ข้อเท็จจริง ไม่ใช่ด้วยอารมณ์ หรือไม่พยายามกดดันว่าอีกฝ่ายหนึ่งจะต้องรับไปปฏิบัติ ผู้ฟัง
จะต้องพยายามทำความเข้าใจกับความต้องการของผู้เสนอโดยไม่มีอคติว่าผู้เสนอต้องการตำหนิ
และพยายามหาหนทางในการตอบสนองความต้องการนั้น

ในช่วงต้น facilitator ก็ยังมีความสำคัญมากในการที่จะช่วยดำเนินการประชุมให้ราบรื่น
ปราศจากความขัดแย้ง

3.3 การรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วย

เสียงสะท้อนที่ตอบคำถามปลายเปิดว่าผู้ป่วยมีข้อเสนอแนะอะไรต่อโรงพยาบาล และการ
เข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยที่มีที่ท้าวจะมีปัญหา จะเป็นสิ่งที่มีประโยชน์มากหากได้รวบรวมและ
วิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ผู้ประสานงานคุณภาพจะต้องจัดระบบเพื่อให้ Patient Care Team
ได้รับข้อมูลนี้อย่างสม่ำเสมอ

3.4 การประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาล

มาตรฐานโรงพยาบาลเกิดจากการวิเคราะห์กระบวนการสำคัญในการให้บริการผู้ป่วย
การประเมินตนเองจะช่วยให้ทราบจุดแข็ง จุดอ่อน และคิดค้นวิธีการที่จะแก้ไขจุดอ่อนนั้นเพื่อ
ป้องกันปัญหา

3.5 การนำพันธกิจและเข็มมุ่งมาแปรไปสู่การปฏิบัติ

ส่วนนี้เป็นเหมือนกับการวางแผนรุก โดยใช้เข็มมุ่งของโรงพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งจะทำให้เกิดการประสานกันทุกหน่วยงานในอันที่จะไปสู่เป้าหมายเดียวกัน เช่น รพ.อาจจะกำหนดเข็มมุ่งในยุคเงินบาทลอยตัวว่า 1) จะลดวันนอน รพ.ของผู้ป่วย 2) จะลดการใช้นายาออกบัพยียาหลัก 3) จะลดการใช้นายาที่ไม่จำเป็น 4) จะปรับปรุงการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

Patient Care Team แต่ละทีมก็จะมาช่วยกันคิดว่าจะปฏิบัติตามเข็มมุ่งของ รพ.ได้ อย่างไร เช่น ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่ควรจะเป็นเป้าหมายในการลดวันนอน จะลดได้อย่างไร จะมีสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้นอย่างไร ยานออกบัพยียาหลักกลุ่มใดที่มีการใช้มากที่สุด กลุ่มใดที่จะสามารถนำยาในบัพยียาหลักมาใช้แทนได้โดยไม่เป็นผลเสียต่อผู้ป่วย เป็นต้น

ปัญหาในอดีต เมื่อมีนโยบายหรือเข็มมุ่งลงมาจากผู้บริหาร มักจะได้รับการต่อต้านโดยไม่มีการพิจารณาว่าอะไรทำได้ อะไรทำไม่ได้ ทำให้เสียโอกาสและเกิดความขัดแย้ง ถึงวันนี้มีความจำเป็นเพื่อความอยู่รอดของโรงพยาบาลและของประเทศชาติที่ทุกคนจะต้องช่วยกัน สิ่งแรกที่ทำได้คือช่วยกันดูว่าสิ่งใดที่สามารถช่วยกันได้ แทนที่จะหยิบยกเอาส่วนน้อยที่ทำไม่ได้มาเป็นข้ออ้างแล้วก็เลยไม่ทำไปเสียทั้งหมด

3.6 การใช้สถิติที่มีอยู่แล้ว หรือการ monitor เครื่องชี้วัดที่กำหนดขึ้นใหม่

วิธีการนี้เริ่มด้วยการเลือกภาวะทางคลินิกขึ้นมา 1 อย่าง อาจจะเป็นโรคหรือเป็นหัตถการก็ได้ พิจารณาวามีเครื่องชี้วัดอะไรที่จะสะท้อนคุณภาพการให้บริการได้ (ทั้งในด้านผลลัพธ์และกระบวนการ) ศึกษาเครื่องชี้วัดดังกล่าวและค้นหาทางเลือกเพื่อการปรับปรุง

ตัวอย่าง

สมาชิกของทีมศัลยกรรมเห็นว่าการผ่าตัดได้ตั้งอีกสัปดาห์เป็นการผ่าตัดฉุกเฉินที่ทำมากที่สุด น่าจะมีการทบทวนคุณภาพของการให้บริการ จึงได้ร่วมกันพิจารณาว่ามีเครื่องชี้วัดอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง ทางทีมระดมสมองได้เครื่องชี้วัดดังนี้

- ระยะเวลาตั้งแต่มาถึง รพ. จนได้รับการผ่าตัด
- อัตราการตรวจ CBC ก่อนผ่าตัด
- อัตราความไม่สอดคล้องระหว่างการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด
- อัตราการส่งชิ้นเนื้อตรวจ
- อัตราผลชิ้นเนื้อเป็นบวก
- อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด
- วันนอนโรงพยาบาล

สมาชิกทีมเห็นว่าวันนอนโรงพยาบาลเป็นข้อมูลที่มีอยู่ในระบบคอมพิวเตอร์อยู่แล้ว จึงขอให้แผนกเวชระเบียนดึงข้อมูลนี้มาวิเคราะห์ ปรากฏว่าระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4 วัน และมีค่า Upper Control Limit (Mean + 3 S.D) 9 วัน ทีมได้ค้นหาละเบียนของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลนานเกินกว่า 9 วันมาวิเคราะห์

พบว่าส่วนใหญ่มีการติดเชื้ของแผลผ่าตัด และส่วนใหญ่มีระยะเวลารอผ่าตัดเกินกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นผลมาจากกรณีที่แพทย์เวร ER ไปรักษาไปที่แผนกอายุรกรรมหรือกุมารเวชกรรม ซึ่งกว่าที่ศัลยแพทย์จะได้รับการปรึกษาก็ครั้งก็เลยไปอีกวันหนึ่งแล้ว ทางทีมจึงได้เชิญตัวแพทย์และพยาบาลที่รับผิดชอบห้องฉุกเฉินเข้ามาร่วมเพื่อวางแผนทางการตรวจวินิจฉัยและการรักษาสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน

ปรับความเข้าใจ

ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน	ความเข้าใจที่ควรจะเป็น
ไม่ควรเริ่มต้นที่ Patient Care Team ควรเริ่มที่ทีมของแต่ละหน่วยงานก่อน	น่าจะเริ่มไปพร้อมๆกัน Patient Care Team จะช่วยชี้นำทีมของหน่วยงานให้ทำในสิ่งที่มีความหมายมากขึ้น เป็นการผ่อนแรงของผู้ประสานงานคุณภาพในระยะยาว
ไม่รู้ว่าจะเริ่มต้นอย่างไร ไม่มีตัวอย่างให้ดู กลัวว่าจะทำไม่ถูก	-บทเรียนที่ดีที่สุดคือบทเรียนที่ทีมของ รพ.สร้างขึ้นเอง ต้องลงมือทำและเรียนรู้ว่าสิ่งนั้นได้ประโยชน์กับ ผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยหรือไม่ -สิ่งที่ได้ผลในที่หนึ่งอาจจะไม่ได้ผลในที่อื่นก็ได้ -ตัวอย่างที่ให้คือตัวอย่างของกระบวนการทำงานซึ่งมีความหลากหลาย -การลงมือพัฒนาต้องขจัดความกลัวว่าจะทำไม่ถูก มิฉะนั้นจะไม่เกิดการเรียนรู้ ควรเริ่มจากสิ่งที่ย่ายและมั่นใจ ไม่ควรหวังผลสมบูรณ์ว่าจะทำจบในครั้งเดียว

การเขียนคู่มือปฏิบัติงาน

คืออะไร

คู่มือปฏิบัติงานเป็นการแสดงออกอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรว่าโรงพยาบาลมีนโยบายในเรื่องนั้นอย่างไร และมีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนให้ทุกคนยึดถืออย่างไร

ทำไม

1. การมีคู่มือปฏิบัติงานจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนทราบว่าได้รับการคาดหวังให้ปฏิบัติอะไร อย่างไร
2. การที่ทุกคนปฏิบัติตามคู่มือที่กำหนดไว้จะทำให้ลดความแตกต่างหลากหลายของการปฏิบัติ ซึ่งนำไปสู่โอกาสที่จะลดความผิดพลาดหรือความสูญเปล่า
3. ความผิดพลาดบางอย่างมีผลต่อความเสียหายที่จะเกิดกับผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลสูงมาก การป้องกันความผิดพลาดดังกล่าวจึงมีความจำเป็น
4. คู่มือปฏิบัติงานที่ดีจะอธิบาย/แสดงขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงาน

อย่างไร

1. ผู้รับผิดชอบ

ควรมีการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล เพื่อประสานการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานในส่วนต่างๆ ลดความซ้ำซ้อนที่ไม่จำเป็น และจัดระบบคู่มือให้สอดคล้องกัน

คณะกรรมการจัดทำคู่มือฯ จะมอบหมายให้หน่วยงานต่างๆ ไปยกร่างคู่มือการปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแต่ละหน่วยงานจะต้องไปกำหนดตัวผู้รับผิดชอบยกร่างและประสานงานกับผู้ปฏิบัติงานจริง

2. การกำหนดลักษณะของคู่มือการปฏิบัติงาน

คณะกรรมการจัดทำคู่มือฯ จะต้องตัดสินใจในประเด็นสำคัญว่า โครงสร้างของคู่มือเป็นอย่างไร ใครเป็นผู้ใช้ ใช้เพื่อวัตถุประสงค์อะไร มีเนื้อหาอะไร มีรูปแบบในการเขียนอย่างไร มีวิธีการในการรับรองและการปรับปรุงแก้ไขอย่างไร

ในระบบ ISO9000 จะแบ่งคู่มือปฏิบัติงานออกเป็น 3 ระดับคือ

ก) คู่มือนโยบายคุณภาพ (Quality Policy Manual) เป็นเอกสารหลักของระบบคุณภาพระบุเป้าหมายขององค์กร นโยบายคุณภาพขององค์กร ขอบเขตของระบบคุณภาพซึ่งจะใช้เป็น

แม่แบบที่ใช้อ้างอิงในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติ (โครงสร้างของเอกสารระดับนี้คือการระบุองค์ประกอบสำคัญของระบบคุณภาพซึ่งอยู่ในมาตรฐานโรงพยาบาล โปรดดูตัวอย่าง)

ข) คู่มือขั้นตอนการทำงานหรือระเบียบปฏิบัติ (System Procedure Manual) เป็นเอกสารที่กล่าวถึงกระบวนการ ขั้นตอน ลำดับการดำเนินการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งซึ่งเกี่ยวข้องกับบุคคลหรือส่วนงานตั้งแต่ 2 ส่วนขึ้นไป

ค) วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction) เป็นเอกสารที่กล่าวถึงขั้นตอนของกรรมวิธีในการทำงานแต่ละอย่าง ซึ่งเกิดขึ้นในจุดทำงานหนึ่งๆ โดยคนเพียงคนเดียว หรือกลุ่มคนในหน่วยปฏิบัติงานเดียวกัน

คู่มือการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโดยทั่วไปมักจะแบ่งตามประเภทของการทำงานออกเป็นกลุ่มๆ ซึ่งมักจะอยู่ในระดับของ System Procedure หรือ Work Instruction

ก) คู่มือการบริหารงาน

ข) คู่มือการบริหารความเสี่ยงและการพัฒนาคุณภาพ

ค) คู่มือการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ง) คู่มือการดูแลผู้ป่วย (เช่น คู่มือทางการแพทย์พยาบาลทั่วไป คู่มือทางการแพทย์เฉพาะหน่วยงาน คู่มือการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค คู่มือการทำหัตถการ)

การนำแนวคิดของ ISO9000 มาเป็นแนวทางในการเขียนคู่มือการปฏิบัติงานจะทำให้เห็นภาพรวมของระบบคุณภาพได้ดีขึ้น แม้ว่าโรงพยาบาลจะไม่ต้องขอ ISO9000 ก็ตาม

3. การจัดทำคู่มือนโยบายคุณภาพ

สิ่งที่เขียนไว้ในคู่มือนโยบายคุณภาพจะต้องเป็นสิ่งที่ผู้บริหารระดับสูงให้ความเห็นชอบ เนื้อหาหลักควรจะคัดเลือกมาจากมาตรฐานโรงพยาบาลในส่วนที่โรงพยาบาลจะยอมรับเป็นนโยบาย เป็นโอกาสดีที่คณะผู้บริหารระดับสูงจะได้ทบทวนองค์ประกอบทั้งหมดของระบบคุณภาพ (ดูตัวอย่างข้างท้าย)

4. การจัดทำคู่มือระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติงาน

เป็นงานที่มีรายละเอียดมาก ต้องมีการจัดระบบที่ดีตั้งแต่เริ่มต้นจึงจะไม่สับสน เพื่อให้ง่ายสำหรับการเริ่มต้น ควรจะยึดเอากรอบในคู่มือนโยบายคุณภาพเป็นหลัก และแตกย่อยออกไปตามความจำเป็น

การจัดทำมีขั้นตอนดังนี้

4.1 กำหนดสารบัญ

4.4.1 กำหนดเนื้อหา จากการวิเคราะห์กระบวนการทำงาน ความต้องการและปัญหา ในการปฏิบัติงาน มาตรฐานโรงพยาบาล กฎหมายที่เกี่ยวข้อง นโยบายและวิธีปฏิบัติที่มีอยู่เดิม

4.1.2 จัดโครงสร้างหมวดหมู่ โดยอาศัยคู่มือนโยบายคุณภาพเป็นหลัก ร่วมกับความ สะดวกในการค้นหา

4.1.3 จัดระบบหมายเลขเอกสาร เพื่อให้สามารถค้นหาเอกสารจากสารบัญและดัชนี ได้สะดวก อ้างอิงถึงกันได้ เพิ่มเติมได้ง่าย

4.2 ตัดสินใจทางเทคนิค

ได้แก่การพิจารณาผู้ประสานการจัดทำคู่มือ ผู้ยกร่างคู่มือ ผู้ทบทวนและรับรอง การออกแบบ หน้ากระดาษ จำนวนและสถานที่ที่จะเก็บคู่มือ แบบฟอร์มตัวอย่าง (ดูตัวอย่างข้างท้าย)

4.3 จัดทำแผนปฏิบัติงาน

4.4 ยกร่างคู่มือ

4.5 บรรณาธิการ ทบทวน รับรอง

4.6 ทำแฟ้มสมบูรณ์ ให้ความรู้แก่ผู้ใช้

ปรับความเข้าใจ

ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน	ความเข้าใจที่ควรจะเป็น
accreditation เน้นในเรื่องของเอกสาร	เอกสารเป็นเพียงสื่อเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนทราบ สิ่งที่ accreditation เน้นคือการนำสิ่งที่เขียนไว้ไป ปฏิบัติ ดังนั้นการเขียนจึงต้องรักษาสมดุลย์ไม่ให้มาก เกินไปจนไม่ได้ใช้ประโยชน์ และไม่บ่อยเกินไปจนไม่ แก้ปัญหา
เขียนไว้อย่างไรก็ได้ไม่นำมาปฏิบัติ	-เราควรเริ่มต้นเขียนในสิ่งที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติอยู่จริง ในขณะที่เขียนเราจะพบว่าบางอย่างไม่เหมาะสม และสมควรได้รับการปรับปรุง เราควรใช้โอกาสนั้น ปรึกษากันว่าจะปรับปรุงไปอย่างไรจึงจะเหมาะสมและ นำไปปฏิบัติได้ -ในระหว่างที่ยังไม่ได้ข้อสรุปว่าจะปรับปรุงอย่างไรนั้น ควรเขียนคู่มือในสิ่งที่ปฏิบัติอยู่จริงไปก่อน -เราไม่ควรเริ่มต้นเขียนในสิ่งที่เลศหลอแต่ปฏิบัติไม่ได้ ถ้าจะทำอย่างนั้นผู้เขียนเสียดีกว่า เป็นการเสียเวลา เปล่า
เขียนคู่มือไว้ให้ผู้ประเมินมาตรวจก็พอแล้ว	-ผู้ประเมินไม่ได้คิดว่าคุณภาพอยู่ที่เครื่องมือ การมี คู่มือให้ผู้ประเมินดูทำให้ผู้ประเมินทราบระบบการ ทำงานของ รพ.แห่งนั้น ถ้าสิ่งที่เขียนไว้ดีเกินกว่าที่จะ

	ปฏิบัติได้ ก็ยอมทำให้ผู้ประเมินขาดความเชื่อถือในโรงพยาบาล ถ้าสิ่งที่เขียนไว้ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น จะเป็นโอกาสให้ผู้ประเมินช่วยชี้แนะในสิ่งที่ควรจะเป็น -ผู้เกี่ยวข้องควรปรับความคิดว่าทุกสิ่งที่ทำนั้นต้องได้ประโยชน์กับการทำงานและผู้ป่วย ไม่ใช่ทำให้ผู้ประเมินพึงพอใจ หรือเพื่อให้ผ่านการประเมิน -ผู้ที่ตอบได้ดีที่สุดว่าคู่มือนี้เหมาะสมหรือไม่คือตัวผู้ปฏิบัติงานนั่นเอง ถ้าทำแล้วผู้ปฏิบัติงานบอกว่าไม่ได้ประโยชน์ แสดงว่ากระบวนการและเนื้อหาของคู่มือนี้ยังไม่เหมาะสม
การเขียนเป็นเรื่องยาก ต้องมอบหมายให้ผู้ที่มีความชำนาญมาเขียนโดยเฉพาะ	-เป็นความจริงเพียงส่วนเดียว ผู้ชำนาญในการเขียนอาจจะไม่รู้ลึกซึ้งถึงขั้นตอนต่างๆในการปฏิบัติ ดังนั้นจะต้องมีความร่วมมือกันระหว่างผู้ปฏิบัติกับผู้ชำนาญในการเขียน -เราอาจจะเริ่มต้นด้วยการให้ผู้ปฏิบัติเขียนแผนภูมิการทำงานโดยละเอียด รวมทั้งเงื่อนไขการตัดสินใจต่างๆ (หากเขียนออกมาเป็น flow chart ได้จะเป็นการดีมาก) แล้วให้ผู้ที่มีความชำนาญในการเขียนมาเรียบเรียงถ้อยคำ สุดท้ายต้องให้ผู้ปฏิบัติงานตรวจสอบอีกครั้งหนึ่งว่าที่เขียนนั้นตรงกับที่ปฏิบัติอยู่หรือไม่
ถ้าให้เขียนในสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ก็ไม่เกิดประโยชน์เพราะทุกคนก็รู้อยู่แล้วว่าต้องทำอะไรบ้าง	-การเขียนทำให้เกิดความโปร่งใสว่าเรามีวิธีการปฏิบัติอย่างไร ตรงกับนโยบายที่ผู้บริหารระดับสูงกำหนดไว้หรือไม่ -การเขียนเปิดโอกาสให้เราทบทวนความเหมาะสมของสิ่งที่เราปฏิบัติอยู่ -การเขียนทำให้เห็นความแตกต่างหลากหลายของการปฏิบัติซึ่งจะนำมาสู่การหาข้อสรุป -การเขียนจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้เข้ามาปฏิบัติงานใหม่

ประเมินตนเอง

- คณะผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลได้ศึกษาเนื้อหาสาระสำคัญของมาตรฐานโรงพยาบาลหรือยัง ถ้าศึกษาแล้วมีการกำหนดนโยบายหรือทำที่ต่อประเด็นต่างๆอย่างไร ถ้ากำหนดนโยบายออกมาแล้วได้นำมารวบรวมเป็นเอกสารคู่มือนโยบายคุณภาพหรือยัง

- โรงพยาบาลเคยมีคู่มือการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆแล้วหรือไม่ คู่มือเหล่านั้นสามารถใช้ประโยชน์ได้ดีเพียงใด มีความซ้ำซ้อนเพียงใด มีความขัดแย้งหรือไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่เพียงใด ถ้ามีปัญหาเหล่านี้ได้มีการพิจารณาแนวทางที่จะทำให้มีคู่มือการปฏิบัติงานที่ใช้ประโยชน์ได้มากขึ้นหรือไม่ เพียงใด
- โรงพยาบาลควรมีกลุ่มบุคคลผู้รับผิดชอบวางแผนการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานเพื่อให้สอดคล้องกันทั้งโรงพยาบาลหรือไม่ ถ้าควรมี น่าจะประกอบด้วยตัวแทนจากฝ่ายใดบ้าง และจะให้มีขอบเขตหน้าที่อย่างไร
- แนวทางการเขียนคู่มือปฏิบัติงานตามแบบ ISO9000 ที่แบ่งคู่มือออกเป็น 3 ระดับ สามารถนำมาใช้กับโรงพยาบาลได้หรือไม่ เป็นความยุ่งยากเกินไปหรือทำให้เขียนคู่มือได้ง่ายและเป็นระบบขึ้น
- เมื่อไรที่โรงพยาบาลควรพิจารณาจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน

Hospital Accreditation กับ ISO9000

ความเหมือน

- กระบวนการเหมือนกัน มี requirement, มีการพัฒนาภายในด้วยตนเอง และมีการประเมินโดยบุคคลภายนอก
- แนวคิดเหมือนกัน คือใช้หลักการของ Quality Management
- มีการประกาศให้ประชาชนทราบ เพื่อเป็นหลักประกันให้เกิดความเชื่อมั่น

ความต่าง

- ISO9000 มีพื้นฐานมาจากการผลิตในภาคอุตสาหกรรม การนำมาใช้ใน รพ.ต้องประยุกต์แปลความ กระบวนการหลักของการผลิตคือการรับคำสั่ง ออกแบบ ซื้อวัสดุ ตรวจสอบวัสดุ ผลิต ส่งมอบ บริการหลังขาย กระบวนการหลักของการดูแลผู้ป่วยคือการเตรียมผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วย การวางแผนดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน การติดตามประเมิน การจัดการเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง
- คุณภาพของโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งทาง ISO9000 ถือว่าผู้ประกอบวิชาชีพเป็นเพียงปัจจัยนำเข้าอย่างหนึ่งซึ่งต้องเข้ากับคุณลักษณะเฉพาะที่กำหนดไว้ แต่ในกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจะเน้นที่การทบทวนมาตรฐานและจริยธรรมของการประกอบวิชาชีพด้วย
- ระบบของ ISO9000 เป็นระบบที่ค่อนข้างจะลงตัวแล้ว ส่วนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลยังอยู่ในขั้นเริ่มต้นซึ่งต้องทดสอบรูปแบบและมาตรฐานให้เหมาะสมกับสังคมไทย

เปรียบเทียบมาตรฐานโรงพยาบาลและ requirement ของ ISO9000

มาตรฐานโรงพยาบาล	requirement ของ ISO9000
มาตรฐานระดับโรงพยาบาล	
การนำและการบริหาร	4.1 ความรับผิดชอบของผู้บริหาร
จริยธรรมองค์กร	
การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์	4.18 การฝึกอบรม
ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	4.16 การควบคุมบันทึกคุณภาพ
โครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย	
การควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล	
องค์กรแพทย์	
องค์กรพยาบาล	
มาตรฐานระดับหน่วยงาน/กลุ่มผู้ป่วย	
เป้าหมายและวัตถุประสงค์	
การจัดองค์กรและการบริหาร	
การจัดการกำลังคน	
การมีนโยบายและวิธีปฏิบัติ (คู่มือปฏิบัติงาน)	4.5 การควบคุมเอกสารและข้อมูล
สถานที่	
เครื่องมือ	4.11 การควบคุมเครื่องตรวจ เครื่องวัด และเครื่องทดสอบ
ระบบงาน	4.3 การทบทวนข้อตกลง
-การเตรียมผู้ป่วย	4.4 การควบคุมการออกแบบ
-การประเมินผู้ป่วย	4.6 การจัดซื้อ
-การวางแผนดูแลรักษา	4.7 การควบคุมผลิตภัณฑ์ที่ส่งมอบโดยลูกค้า
-การปฏิบัติตามแผน	4.8 การซัพพลาย และสอบกลับได้ของผลิตภัณฑ์
-การติดตามประเมิน	4.9 การควบคุมกระบวนการ
-การจัดการเพื่อดูแลต่อเนื่อง	4.19 การบริการ
กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	4.10 การตรวจและทดสอบ 4.12 สถานะการตรวจและการทดสอบ 4.13 การควบคุมผลิตภัณฑ์ที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด 4.14 การปฏิบัติการแก้ไขและป้องกันปัญหา 4.17 การตรวจติดตามคุณภาพภายใน 4.20 กลวิธีทางสถิติ
	4.15 การเคลื่อนย้าย การเก็บ การบรรจุ การรักษาสภาพและการส่งมอบ

คืออะไร

Quality Monitoring คือการติดตามศึกษาข้อมูลหรือเครื่องชี้วัดคุณภาพเพื่อให้ทราบสถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

Clinical Review คือการทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการในสาขาวิชาชีพต่างๆ เพื่อยืนยันวิธีการปฏิบัติที่ดีซึ่งควรดำรงไว้ และเพื่อหาวิธีการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต การทบทวนนี้อาจจะไม่จำเป็นต้องรู้ถึงผลการวินิจฉัยโรคที่แน่ชัดดังที่ปฏิบัติในการทำ MM conference และไม่จำเป็นต้องเน้นแต่เรื่องที่เป็นปัญหา อาจจะหยิบยกเอาจุดดีมา ทบทวนก็ได้

ทำไม

1. การทบทวนเป็นเครื่องสะท้อนให้เห็นตัวเอง ทั้งในด้านบวกและด้านลบ
2. การมีระบบทบทวนทำให้ออกกับคนอื่นได้อย่างมั่นใจว่าเราทำงานด้วยความมีสติ ไม่ประมาท
3. การทบทวนร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ ทำให้เกิดความเข้าใจในสภาพปัญหา ร่วมกัน ทราบความคาดหวังของผู้ที่ทำงานร่วมกัน และทำให้เกิดการประสานงานที่ดี

อย่างไร

น่าจะเริ่มด้วยการทบทวนอย่างง่ายๆดังนี้ 1) กำหนดเรื่องและประเด็นที่จะทบทวน 2) วิเคราะห์ข้อมูล/เครื่องชี้วัด 3) วิเคราะห์ทางเลือกในการปรับปรุงวิธีการทำงาน 4) ทดลองทางเลือก 5) วัดผลและกำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติ

การทบทวนกรณีนี้ได้ตั้งอีกเสบเป็นตัวอย่างหนึ่งที่ได้กล่าวมาแล้ว

ต่อไปนี้เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งในการกำหนดเครื่องชี้วัด

การประชุมครั้งที่ 1

สมาชิกของทีมทบทวนมาตรฐานเพื่อเตรียมตัวสำหรับ accreditation เมื่อมาถึงมาตรฐานว่าด้วยเรื่องเครื่องชี้วัดคุณภาพ/ผลการปฏิบัติงาน ทางทีมก็ตระหนักว่าไม่ได้นำเอาข้อมูลที่เก็บรวบรวมไว้มาเชื่อมโยงกันให้มีความหมาย

ทางทีมจึงได้ใช้โอกาสนี้คิดถึงข้อมูลข่าวสารและเครื่องชี้วัดที่สามารถจะมีได้

ในการเตรียมตัวเพื่อประชุมครั้งที่ 2 หัวหน้าทีมได้ขอให้แผนกเวชสถิติรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ทีมนี้ให้บริการในช่วงปีที่ผ่านมา แม้ว่าสมาชิกจะพอเดาข้อมูลเหล่านี้ได้ แต่การสรุปออกมาเป็นรายงานก็จะทำให้เห็นภาพชัดขึ้น

การประชุมครั้งที่ 2

ข้อมูลจากแผนกเวชระเบียนแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ของทีมนี้คือ COPD ผู้ป่วยอื่นๆเป็นโรคเรื้อรังซึ่งคละกันไป และมีแนวโน้มที่จะกลับมา admit ใหม่บ่อยครั้ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งมีบริการช่วยเหลือไม่อย่างใดก็อย่างหนึ่ง ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 75 ปี บ้างก็อยู่กับคู่สมรส บ้างก็อยู่กับลูกหลาน บ้างก็อยู่คนเดียว ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยในหน่วยนี้อยุ่นานกว่าหน่วยอื่นๆของ รพ. ในช่วงเวลา 2 ปีที่ผ่านมา

หัวหน้าทีมได้ถามสมาชิกว่ามีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับบทบาทของทีมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ บางคนเห็นว่ามีควมซ้ำซ้อนกัน ในตอนท้ายสมาชิกทุกคนได้เห็นขอบเขตการดูแลผู้ป่วยและกระบวนการที่เกี่ยวข้องชัดเจนขึ้น

สมาชิกได้อภิปรายกันว่าอะไรคือเป้าหมายที่ต้องการบรรลุสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในที่สุดได้ข้อสรุปว่าเป้าหมายที่แท้จริงของทีมน่าจะเป็นการทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะคงตัวเพื่อที่จะกลับไปอยู่บ้านได้อย่างปลอดภัย สมาชิกเห็นว่ามีควมจำเป็นที่จะต้องให้ญาติของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา และปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างซับซ้อน

ทีมเห็นพ้องกันว่าต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วย ได้มอบหมายให้สมาชิกของทีมแต่ละคนไปคุยกับผู้ป่วยและญาติอย่างน้อย 3 คนในเวลา 3 สัปดาห์ และนำกลับมารายงานในการประชุมครั้งต่อไป

หัวหน้าทีมได้กล่าวว่าแม้ผู้ป่วยจะเป็นลูกค้าหลักของทีม แต่ทีมก็อาจจะมีลูกค้าอื่นอีก เช่น ญาติผู้ป่วย แพทย์ พยาบาลชุมชน ดังนั้นจึงได้มอบหมายให้สมาชิกของทีม 2 คนไปสัมภาษณ์เจาะลึกแพทย์และพยาบาลชุมชน

การประชุมครั้งที่ 3

สมาชิกแต่ละคนนำข้อมูลมาเสนอ ข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัวได้แก่

- พวกเขาต้องการทราบวิธีการใช้ยาและออกซิเจนที่บ้าน ญาติบางคนไม่ได้เข้าร่วมในการโปรแกรมสุขภาพศึกษา
- ผู้ป่วยต้องการทราบว่าเมื่อมีปัญหาที่บ้านจะให้โทรหาใคร เพราะมีคนเกี่ยวข้องมากมายสับสน
- ผู้ป่วยและญาติต้องการทราบว่ามีการสนับสนุนอะไรให้บ้างเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน
- ผู้ป่วยต้องการควบคุมว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตนให้มากขึ้นระหว่างที่อยู่ รพ. พวกเขาไม่สามารถคาดได้ว่าจะเกิดอะไร และครั้งหน้าจะเปลี่ยนไปหรือไม่
- ผู้ป่วยต้องการทราบว่าทำไมจึงต้องมาผ่านกระบวนการ admit ทุกครั้ง ทั้งที่ทุกคนก็น่าจะรู้จักกันดีแล้ว

แพทย์และพยาบาลชุมชนให้ความเห็นว่า

- หาเตียงได้ยากมากเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉิน
- เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการและสอนไม่ปฏิบัติไม่ค่อยเหมือนกัน
- ขาดการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาลชุมชนในการกำหนดว่าผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนอะไรเมื่อจำหน่าย

การประชุมครั้งที่ 4