

กำหนดการประชุมผู้ประสานงานโครงการ Hospital Accreditation
ร่วมสรรค์สร้างและสานความฝัน

28 สิงหาคม 2540

- | | |
|-------------|--|
| 8.30-9.00 | เปิดประชุม ระดมสมองสิ่งที่ต้องการรู้ |
| 9.00-9.30 | บรรยายเรื่อง "วัฒนธรรมองค์กรกับการพัฒนาคุณภาพ" โดย ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย |
| 9.30-10.00 | โครงสร้างองค์กรในการพัฒนาคุณภาพ
-นำเสนอผลการสำรวจความเห็น โดย ศราวุธ ไตรมศักดิ์ (10 นาที)
-อภิปรายโดยผู้เข้าร่วมประชุม (20 นาที) |
| 10.00-10.30 | พัก |
| 10.30-11.00 | บทบาทของผู้ประสานงาน/ผู้จัดการคุณภาพ
-นำเสนอประสบการณ์ โดย ดร.กรรณิการ์ เจริญชัย (10 นาที)
-อภิปรายโดยผู้เข้าร่วมประชุม (20 นาที) |
| 11.00-11.30 | การวิเคราะห์บรรยากาศองค์กร
-นำเสนอประสบการณ์ โดย นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (10 นาที)
-อภิปรายโดยผู้เข้าร่วมประชุม (20 นาที) |
| 11.30-12.00 | เสียงสะท้อนจากลูกค้า
-นำเสนอประสบการณ์ โดย ผู้แทน รพ.หาดใหญ่ (10 นาที)
-อภิปรายโดยผู้เข้าร่วมประชุม (20 นาที) |
| 12.00-13.00 | อาหารกลางวัน |
| 13.00-13.30 | การจัดทำพันธกิจ วิสัยทัศน์ และแผนยุทธศาสตร์
-นำเสนอประสบการณ์ โดย ผู้แทน รพ.เชียงใหม่ (10 นาที)
-อภิปรายโดยผู้เข้าร่วมประชุม (20 นาที) |
| 13.30-14.00 | การทำแผนดำเนินการพัฒนาคุณภาพ
-นำเสนอประสบการณ์ โดย นพ.สิทธิศักดิ์ พุกขะปิติกุล (10 นาที)
-อภิปรายโดยผู้เข้าร่วมประชุม (30 นาที) |
| 14.00-14.30 | การสร้าง Patient Care Team
-นำเสนอประสบการณ์ โดย นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรรัตน์ (10 นาที)
-อภิปรายโดยผู้เข้าร่วมประชุม (20 นาที) |
| 14.30-15.00 | พัก |
| 15.00-15.30 | การสร้าง facilitator
-นำเสนอประสบการณ์ โดย ผู้แทน รพ.โพธาราม (10 นาที)
-อภิปรายโดยผู้เข้าร่วมประชุม (20 นาที) |
| 15.30-16.00 | การฝึกอบรมเครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพ
-นำเสนอประสบการณ์ โดย นพ.ธานี จิตตรีประเสริฐ (10 นาที)
-อภิปรายโดยผู้เข้าร่วมประชุม (20 นาที) |
| 16.00-16.30 | อภิปรายปัญหาทั่วไป สรุปผลการประชุมประจำวัน วางแผนสำหรับวันรุ่งขึ้น |

29 สิงหาคม 2540

- 8.30-9.00 ทบทวนบทเรียนและวาระการประชุม
- 9.00-10.00 การเขียนคู่มือปฏิบัติงาน
- นำเสนอรูปแบบโดย นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (15 นาที)
 - อภิปรายโดยผู้เข้าร่วมประชุม (45 นาที)
- 10.00-10.30 พัก
- 10.30-11.00 ระดมสมองหาความเสี่ยงในการบริการผู้ป่วย
- 11.00-12.00 Quality Monitoring & Clinical Review
- นำเสนอรูปแบบ โดย นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (10 นาที)
 - นำเสนอประสบการณ์โดย นพ.พรเทพ พรโยธิน (10 นาที)
 - นำเสนอประสบการณ์โดย นพ.สมเกียรติ โพธิ์สัตย์ (10 นาที)
 - อภิปรายโดยผู้เข้าร่วมประชุม (30 นาที)
- 12.00-13.00 อาหารกลางวัน
- 13.00-13.45 การเสริมพลังผู้ปฏิบัติงาน (เอกสารเรื่อง Zapp)
- อภิปรายโดยผู้เข้าร่วมประชุม (45 นาที)
- 13.45-14.30 การวิจัยควบคู่กับการพัฒนา
- นำเสนอกรอบการวิจัยและวิธีการวิจัย โดย นพ.ปัญญา สอนคม (15 นาที)
 - อภิปรายโดยผู้เข้าร่วมประชุม คำถามการวิจัย บทบาทของทีมในพื้นที่ (30 นาที)
- 14.30-14.45 พัก
- 14.45-15.30 นำเสนอประสบการณ์และปัญหาอื่นๆ
- 15.30-16.30 อภิปรายปัญหาทั่วไป สรุปผลการประชุม

ประเด็นในการอภิปรายโดยผู้เข้าร่วมประชุม

- รูปแบบหรือประสบการณ์อื่นที่แตกต่างออกไป
- สถานการณ์ที่เหมาะสมกับแต่ละรูปแบบ
- ข้อจำกัดและทางออกสำหรับบาง รพ.

ขอเชิญชวนผู้ประสานงานทุกท่านเตรียมนำเสนอประสบการณ์เพื่อแลกเปลี่ยนกับ รพ.อื่นๆ ตามหัวข้อที่กำหนดไว้ด้วย

1. ความรู้สึก/ประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมประชุม

- มีความเครียดเหมือนมีราหูมาแทรก เพราะไม่เคยจับกิจกรรมคุณภาพมาก่อน (ราษฎร์ยินดี)
- ไม่มีตำแหน่งบริหาร ไม่ได้รับอำนาจมาเต็มที่
- ไม่มีแรงจูงใจ เศรษฐกิจวังลง รพ.ต้องการลดค่าใช้จ่าย (ศรีวิชัย 2)
- ภาวะเศรษฐกิจทำให้ต้องตัดทอนส่วนที่ไม่สามารถดำเนินการต่อเพื่อลดค่าใช้จ่าย
- ทุกคนได้รับแรงผลักดันและสนับสนุนจากผู้บริหาร มีการประชุมมากมาย มีการทำบอร์ดแสดง ความก้าวหน้า (เชียงราย)
- ช่วงแรกกระตือรือร้นร่วมมือร่วมใจ ตามมาด้วยความเหนื่อยล้า การประสานให้มีการประเมินเป็นภาระ มากและยาก น่าจะผลักดันให้ผู้รับผิดชอบตรงนี้เต็มตัว พิจารณาความเติบโตของผู้รับผิดชอบนี้ด้วย (ดำเนินสะดวก)
- ช่วงที่มีการฝึกอบรมน้อยที่สุดกลับเป็นประโยชน์มหาศาล ได้มีเวลามาคุยกัน วิเคราะห์ค่าเงินบาทลอยตัวทำให้เกิดการพัฒนา เจ้าหน้าที่ของ รพ.มีความคิดเห็นเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันที่จะพัฒนาดีขึ้นกว่าก่อน (ยโสธร)
- ได้จัดตั้งสำนักงานวิชาการขึ้นในฝ่ายการพยาบาล เพราะ ญกญลสำคัญคือพยาบาล หัวหน้าศูนย์ต่างๆ ใน สำนัก ขอว่าคนที่จะมาทำงานเต็มเวลาขอให้ไปเป็นหัวหน้าห้องพิเศษ ตอนบ่ายจะมีเวลามาก เมื่อก่อนก็ ตัดออกมาทำงานเต็มเวลาจะไม่มั่นใจว่าถ้าผอ.ย้ายจะเกิดอะไรขึ้น (ยโสธร)

2. คำบรรยายของ ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย อธิการบดีมหาวิทยาลัยหัวเฉียวฯ

จะต้องทำ QC ไปทำไม จะต้องไปคุยกับลูกน้องอย่างไร บ้านเมืองเราอยู่ในรอยต่อที่จะสร้าง วัฒนธรรมขึ้นมาอันหนึ่งซึ่งคนไทยไม่คุ้นคือ "วัฒนธรรมที่เน้นคุณภาพและมาตรฐาน" อะไรที่นำเข้ามาจะเจอ การต่อต้านเพราะคนไทยไม่คุ้น มีอิสระของแต่ละคนสูงมาก เราต้องสร้างวัฒนธรรมตรงนี้มีจะนั้นจะไปสู้คนอื่น ไม่ได้

บางคนมีคุณภาพมาตรฐานในใจในกลุ่มที่ตัวเองดูแล แต่ในภาพกว้างของสังคมไทยแล้วลำบากในการ นำมาตรฐานอะไรเข้ามา ได้มีโอกาสคุยกับ Kano ได้ข้อสรุปว่าปัจจัยที่ทำให้สำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นกับวัฒนธรรม ของประชาชนในเรื่องคุณภาพและมาตรฐาน ในญี่ปุ่นจะมีคู่มือการปฏิบัติงานซึ่งตกลงกันเรียบร้อยแล้วอันนี้คือ คุณภาพ สังคมไทยกำลังอยู่ในรอยต่อที่จะสร้างวัฒนธรรมใหม่

คุณภาพคือความเข้มแข็ง

ในโลกปัจจุบันที่พูดถึงเรื่องภาวะไม่มีพรมแดน มียุทธศาสตร์ของชาติหรือของครอบครัวเราอยู่ 2 C คือ Competitiveness ต้องแข่งขันกับตัวเอง กับคนอื่นที่อยู่ในสายงานเดียวกัน อีกอันหนึ่งคือ Cooperation สู้ ไม่ได้ก็ไปขออยู่ได้ร่มเขา การสร้าง C สองตัวนี้จะต้องสร้างคุณภาพภายใน รพ.ของท่านให้ได้ ถ้าท่านอ่อนแอ ท่านก็ต้องไปเป็นลูกน้องเขา

ความเข้มแข็งจะมาจากคุณภาพ ในขณะที่เรือแล่นทะเลราบเรียบ เรือจะวิ่งนิ่วหรือน้อยก็สบาย ไม่ จำเป็นต้องดูเรื่องคุณภาพ มีอุปสงค์สูง จะสร้างให้เด่นก็ได้ แต่จะเห็นผลมากขึ้นเมื่อทะเลบ้า ขณะนี้ทะเล เศรษฐกิจกำลังบ้า รพ.เอกชนก็ปิดไปกลายๆ เปลี่ยน line ของธุรกิจไปเป็นอย่างอื่น เพราะ main line ของ

บันทึกการประชุม วันที่ 28 สิงหาคม 2540 หน้า 2

ตัวเองเจ็จ สู้เข้าไม่ได้ เพราะอะไร เพราะคุณภาพ คุณภาพสามารถใช้ได้ทั้งในทะเลเรียบและทะเลบ้า แต่จะทดสอบได้ชัดเจนในขณะทะเลบ้า ในขณะเศรษฐกิจดี ใครจะมาเป็นรมต.ก็ไม่เป็นไร แต่ถ้าเศรษฐกิจไม่ดี รมต.ไม่ดีก็เจ็จหมด

การเจ็จดูที่รายรับและรายจ่าย ขณะนี้มี sector ไหนบ้างไม่ถูกกระทบ รายจ่ายกระทบทุกแห่ง รพ. ต้องสั่งของนอกทั้งนั้น เรื่องของการควบคุมคุณภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องทั้งรายรับและรายจ่าย รพ.เอกชนยังต้องทำ ผู้บริหารต้องเอาเรื่องนี้เข้ามาดู คุณไม่ทำคุณอยู่ไม่ได้ องค์กรจะไม่กอดคอตายไปกับคุณ พูดอย่างนี้กับ รพ.รัฐไม่ได้ เพราะเก็บภาษีประชาชนไปก่อน

การสร้างพื้นฐานหน่วยงานของท่านให้เข้มแข็งคือการเน้นเรื่องคุณภาพ

กลไกการควบคุม

ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานที่ทำให้เราต้องมาดูเรื่องคุณภาพคือ บริการ/ผลผลิต ซึ่งถูกควบคุมโดยประชาชน นักวิชาชีพ รัฐ

ประชาชนซึ่งมาเป็นลูกค้าของบริการ ของยิ่งแพง ความคาดหวังยิ่งสูง ของฟรีไม่กล้าร้องเรียน ไม่กล้าฟ้องศาล ของยิ่งแพงประชาชนมีสิทธิที่จะคาดหวังบริการที่ดีที่สุด ผู้ที่จะควบคุมคนแรกคือผู้บริโภค และรุนแรงที่สุด ถ้าไม่พอใจคราวหน้าเขาไม่มา นอกจากนั้นยังมีสิทธิไปฟ้องรัฐด้วย เราต้องการให้มีการฟ้องร้องอย่างในอเมริกาหรือไม่

บางสังคม sector ที่สองคือนักวิชาชีพ มองว่าวิชาชีพนั้นๆต้องรับผิดชอบ เป็นหน้าที่ของสมาชิกของวิชาชีพนั้นๆ เป็นเรื่องที่วิชาชีพต้องการดูแลกันเอง

บางประเทศใช้กลไกของรัฐเข้าไปบังคับให้มีการประกันคุณภาพ มหาวิทยาลัยในอังกฤษเกือบทั้งหมดเป็นของรัฐ ใช้ระบบประกันคุณภาพที่รุนแรงที่สุด เขาใช้ระบบที่รุนแรงที่สุดคือการใช้นโยบายการเงินบังคับ ออسترเลียกับอังกฤษใช้นโยบายการเงินบังคับกับ QA เช่น งบประมาณสนับสนุนวิจัยผูกกับผลงานวิจัยที่ผ่านมาในปีที่แล้ว ถ้ามหาวิทยาลัยไหนผลิตผลงานวิจัยดีอยู่กลุ่มแรกจะได้งบประมาณมากที่สุด ที่ห่วยที่สุดผู้บริหารต้องพิจารณาตัวเอง ไม่ได้รับงบประมาณ ผอ.รพ.ของเราอยู่สบาย เพราะรัฐไม่มีกลไกควบคุมคุณภาพของ รพ. คนลำบากคือประชาชน

ถ้าห้องชันสูตรรายงานผลแล้วสูงกว่าปกติ แล้วหมอเชื่อและรักษาตามก็ตาย

สธ.ควรตัดงานที่ไม่จำเป็น และมาเน้นเรื่องการประกันคุณภาพ สธ.ไม่จำเป็นต้องใช้เงินมากขนาดนี้ ถ้านโยบายดี เรื่องของการประกันคุณภาพไม่ใช่เรื่องเล็กๆ แต่ประเทศต้องมึนนโยบายลงมาแล้วประชาชนจะได้ประโยชน์ทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นภาคเอกชนหรือรัฐ ประเทศอื่นเขาทำมาหมดแล้ว เพราะเขาเจ็จมาก่อนเรา แรตเชอร์ไม่ให้งบลงทุนแก่มหาวิทยาลัย งบดำเนินการว่าตามผลการดำเนินการของ QA งบวิจัยว่ากันตามผลงานวิจัย ผมอยากให้ สธ.นำระบบนี้มาใช้

model นี้สามารถใช้ได้ทุกบริการ/ผลผลิต ถ้ามารวมหรือยัง เราจะรอให้ประชาชนฟ้องหมอมามากๆแล้วค่อยมาทำ QA หรือไม่ ถ้าเกิดวิกฤตศรัทธาก่อนแล้วค่อยมาทำ QA หรือเราจะรอให้เกิดทะเลบ้าเหนื่อยมาก ตอนอยู่เชียงใหม่เหนื่อยมากที่ต้องไปบรรยายให้ทุกคนะ สุดท้ายเหลือแต่ พยาบาล

อยากให้ทุกคนเอา model นี้เก็บไว้ในใจ อันนี้คือความจริงของชีวิต

มีคำ 2 คำคือ คุณภาพกับมาตรฐาน พูดเรื่องเดียวกัน คุณภาพคือนามธรรม เมื่อเอามาแปลงเป็นรูปธรรมเป็นตัวเลข ก็คือมาตรฐาน

บันทึกการประชุม วันที่ 28 สิงหาคม 2540 หน้า 3

เมื่อได้แนวคิดเรื่องคุณภาพแล้วท่านไปสร้างมาตรฐานเอา

ภายในองค์กรกับนอกองค์กร

แนวคิดเรื่อง QA มี 2 ส่วนคือภายในองค์กร กับนอกองค์กร

ภายในคือ internal QC QM TQM เป็นความรับผิดชอบขององค์กรและผู้นำสูงสุดขององค์กร ถ้าผอ. รพ.ไม่เอาด้วยหรือพูดว่าเขาแต่ไม่เอา อย่าไปทำ ถ้าเจ้าของ รพ.เอกชนเอาด้วยมั่นใจที่สุด ถ้าปลัดสธ.เอาด้วยจะมั่นใจที่สุด

ภายนอกองค์กร ถ้าจะสร้างเงื่อนไขในการควบคุมคุณภาพ ถ้าสธ.จะเล่นก็กำหนดขึ้นมาเพื่อควบคุมมาตรฐานรพของรัฐ เรียกว่า Quality Audit มีมาตรฐานระดับชาติ ไปสัมภาษณ์ให้คะแนน ที่อังกฤษเขาทำเป็น public report ต้องประกาศต่อสาธารณะ ไม่ทำงุบงิบเพราะเอาเงินของประชาชนไปบริหาร สธ.เป็นผู้แทนของประชาชนไปดู ถ้าอยากจะเป็นสังคมประชาธิปไตย อย่างเปิดเผยต้องทำอย่างนี้ หรือสมาคมวิชาชีพตั้งมาตรฐาน แต่ละวิชาชีพสร้างขึ้นมาก การตรวจสอบคุณภาพจากภายนอกสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ตามความเชื่อ โดยสมาคมวิชาชีพหรือโดยรัฐ (ถ้าไม่ทำปีหน้าไม่ได้งบประมาณ)

ถ้าผอ.ไม่เอาจะทำอย่างไร ต้องมีข้างนอกเข้ามาคุม

มหาวิทยาลัยไม่ยอมให้ใครมาประเมินเพราะมันเสียหน้า ไม่รู้ว่าจะข้างในทำงานหรือไม่ การที่ไม่มีความหมายมาตรฐานทำให้เราทำอะไรก็ได้ เรามาช่วยกันสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ แล้วลูกหลานเราจะสบาย

ขณะนี้ สธ.พยายามชักชวนให้ รพ.สร้าง internal QC บางรพ.ก็ไปได้จิ๋ว บางรพ.ก็มีปัญหา ถ้า รพ.ไหนมีพื้นฐานทำอยู่แล้วก็จะสบาย มีการสร้างวัฒนธรรมในนั้นอยู่แล้ว

อย่าลืมใส่เนื้อหาเข้าไปด้วย QC ต้องมีองค์กรและรูปแบบ แต่อย่าลืมใส่เนื้อหา

คุณสมบัติของผู้นำในยุคโลกาภิวัตน์

กล้าคิด กล้าตัดสินใจ กล้าทำด้วยความมั่นใจ

ฟังเป็น คิดเป็น เก็บความคิดใหม่ๆ มาใช้บ้าง

องค์กร

องค์กรประกอบด้วยหน่วยงานต่างๆ ทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน

เวลามีองค์กรต้องถามว่าใน 5 ปีข้างหน้า องค์กรจะทำอะไร ทำเพื่อใคร มากเท่าไร ในคุณภาพอะไร เช่น รพ.ยโสธรจะให้บริการขั้นยอดแก่ประชาชน

เราจะยึดพันธกิจ แต่ต้องปรับนโยบายซึ่งเป็นวิธีการไปสู่เป้าหมาย นโยบายอาจจะขึ้นกับสภาพแวดล้อม เมื่อเวลาผ่านไปโดยนโยบายที่ให้มากลายเป็นความเคยชินในองค์กร สร้างเป็นรูปลักษณะขององค์กรนั้นขึ้นมา

การที่ไม่เหมือนกันเลยเป็นเพราะองค์กรเกิดขึ้น พัฒนา สิ่งสมเป็นสิ่งแวดล้อมองค์กร (สิ่งไม่มีชีวิต) และวัฒนธรรมองค์กร (มีชีวิต)

ผู้ที่มีอำนาจเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมองค์กรและวัฒนธรรมองค์กรคือผู้บริหารสูงสุด

วัฒนธรรมองค์กรนั้น ว่าจะจะเป็นรูปแบบที่ต้องการหรือไม่ ย่อมเกิดจากการปฏิบัติ นโยบายของกิจการ เป็นความรับผิดชอบของผู้บริหารองค์กรนั้นๆ

คุณภาพ

คุณภาพคือทำถูกต้อง ทำได้ดี ถูกคำพอใจ

คุณภาพ คือระดับซึ่งสถาบันแห่งหนึ่งบรรลุเป้าหมายของตน

relevance คือระดับซึ่งเป้าหมายเหล่านั้นสามารถประยุกต์ได้กับความต้องการและอุปสงค์ของสังคม

ระบบประกันคุณภาพ

ถ้าไม่สนใจความพอใจของลูกค้า ระบบของเราจะห้วน มีแต่ input process output ถ้าใครจะเน้นตามความพอใจของผู้มารับบริการ ไม่ใช่ความพอใจของผอ.หรือหัวหน้า ภายในต้องตรวจสอบกันเอง แต่ที่เป็นไ้ตายคือไปถามคนซื้อว่าไม่พอใจอะไรตรงไหน

ถ้าจะทำ QA ภายใน รพ. อันนี้คือไม่ตาย แล้วที่พาดหัวว่ารพ.คือโรงฆ่าสัตว์จะไม่

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ

ภาวะผู้นำ

ระบบข้อมูลข่าวสาร

การวางแผนยุทธศาสตร์

การพัฒนาบุคลากร

การปรับปรุงคุณภาพของกระบวนการ

การประเมินผลลัพธ์ของระบบ

การมุ่งเน้นตอบสนองความต้องการของลูกค้า

3. โครงสร้างองค์กรและ Patient Care Team

การนำเสนอโดย นพ.บุญเรือง

ในการ set ทีมดูแลผู้ป่วยสักทีมหนึ่งขึ้นมา รพ.นพรัตน์ได้ผ่านการทดลองมาหลายรูปแบบ

1. เอาทีมประสานมาคุยกัน แล้วหาเรื่องว่าควรจะทำเรื่องอะไร เมื่อประชุมแล้วก็หายไปเพราะทีมคิดไม่ได้มอบหมายให้ใครเป็นคนทำ ไม่ได้กำหนดเวลาว่าจะต้องทำเสร็จเมื่อไร

2. เราปรับว่าควรจะมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบและกำหนดเวลาแล้วเสร็จ เมื่อจัดตรงนี้ได้ ทีมคิดทั้ง 4 ซึ่งคิดเรื่องได้ก็มอบหมายให้คนไปทำ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลซึ่งเป็นกลุ่ม CQI เดิม ไม่อยากทำ

3. ล่าสุดคือให้แพทย์ที่อยู่ในทีมเป็นหัวหน้าทีมทำ มีจุดเชื่อมต่อ ทีมทำบอกว่าการรวมกลุ่มกันเป็นปึกแผ่นเป็นหน่วย ถ้าทีมทำจะสลายตัวทันทีได้ไหม บอกเขาเลย ตอนนี้เขาจะรีบประชุมเพื่อให้หมดสิ้นภาระกิจ

ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือเมื่อเรามอบหมายให้คนทำแล้วไม่ระบุตัวคนทำ ไม่ระบุเวลา ทีมทำขาดอำนาจ จึงตัดปัญหาให้แพทย์เป็นหัวหน้า พยาบาลหรือหน่วยงานอื่นก็มีความสุข

สำหรับแผนกสูติที่มี สูติ-เด็ก conference เอาประเด็นตรงนั้นมาหยิบยกแก้ปัญหา ตอนนั้นบอกว่าให้เลิกทะเลาะกัน แต่ให้มุ่งที่ผู้ป่วย

1. ถ้าวัฒนธรรมหรือทีมที่เรามีอยู่เดิมสอดคล้องกับสิ่งที่มีอยู่เดิม ไม่จำเป็นต้องล้มและสร้างทีมใหม่ แต่ให้ทีมที่มีอยู่แล้วคิดถึงเรื่องผู้ป่วยมากขึ้น

2. การที่ไม่ต่อเนื่องเพราะขาดคนประสานงาน ควรมีผู้ประสานงาน TQM เข้าไปร่วมประชุมด้วยทุกครั้งเพื่อช่วยเหลือด้านเทคนิค

อภิปราย

การตั้ง PCT ความหลากหลายคงขึ้นกับลักษณะองค์กร น่าจะเริ่มต้นด้วยคนที่มีแววและมีความคิดเหมือนกัน วิธีการที่ทำคือแพทย์ท่านใดที่คุยเราก็จะคุยลึกลงไป ที่นพรัตน์ทำการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับลักษณะองค์กร ถ้ามีทีมที่เชื่อมโยงระหว่างทีมคิดกับทีมทำ ทีมทำก็มีความสุข

ผู้ที่เราสนใจให้เข้ามาร่วมงาน เราน่าจะโน้มน้าวให้เขาเห็นความสำคัญตรงนี้ ให้เขาได้รับความสุขในการทำงาน

กรณีที่มีคนคนเดียวต้องไปอยู่หลายทีม ชันสูตร ภาสัช ทางออกที่ใช้คือในแต่ละแผนกจะมีทีมทำ ทีมทำของชันสูตรจะมีการพูดคุยอยู่แล้ว เขาจะส่งตัวแทนทีมทำไปเป็นสมาชิก

4. ผู้ประสานงานคุณภาพ

การนำเสนอโดย ดร.กรรณิการ์

ผู้ประสานงานคุณภาพเป็นผู้ดูแลรวม

มองอุปสรรคเป็นโอกาสในการพัฒนา

ความเข้าใจของผู้บริหารเป็นจุดเริ่มที่สำคัญ

ถ้าเอาของใหม่เข้าไป แล้วมีของเดิมอยู่ ถ้าเขาไม่เข้าใจเขาจะคิดว่าคนละพวก เมื่อเขาเราพูดกันว่าจะทำอย่างไร น่าจะใช้โครงสร้างเดิม เอาคนกลุ่มเดิม ถ้าจะแยกก็ต้องมีการสร้างกลไกในการประสาน

การสร้างทีม facilitator ต้องมีการสร้างทีม ดูว่าใครมีแนว มีแนวคิดร่วม นำเขามาฝึกอบรมเพื่อให้เขาเป็นตัวแทนของเราในการประสานงานและแนะนำเทคนิคการพัฒนาให้กับทีมต่างๆ

การสนับสนุนทีมพัฒนา เราอาจจะเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ ถ้าเป็นไปได้ผู้ประสานงานคุณภาพน่าจะร่วมประชุมกับทีมพัฒนาคุณภาพต่างๆ เราพบว่าเมื่อทีมมาประชุมร่วมกันเขาไม่รู้ว่าจะทำไม จะไปทางไหน เราตั้งวัตถุประสงค์ในใจว่าจะโน้มน้าวไปทางไหน พอประชุมเสร็จแพทย์ซึ่งเดิมบอกว่าไม่อยากจะเข้าร่วมโครงการมาบอกว่าโครงการนี้ดี สุดท้ายก็ให้เขาเป็นหัวหน้าทีมเลย ถ้าเขาสามารถคิดและทำเองได้ เราก็ไปในทีมอื่นต่อไป การสนับสนุนด้านเอกสารและข้อมูลที่เขาต้องการ

เมื่อสมาชิกของทีมมาพบเราเราจะวางแผนทุกอย่างทันที พร้อมทั้งจะให้การสนับสนุน ทำที่แบบนี้จะทำให้เขารู้สึกว่าจะอยากจะทำร่วมกับเรา

บางกลุ่มจะ active มาก แต่พอวิ่งแล้วจะล้า CQI ไม่ต้องให้วิ่งแล้วพักนาน เราต้องการให้มีการพัฒนาไปเรื่อยๆยั่งยืน

การตั้งกลุ่มคุยกันใน รพ. สัก 5 นาทีถ้าเราได้คุยกับเจ้าหน้าที่ เราจะได้แนวคิด

อภิปราย

- ผู้ประสานงานคุณภาพจะได้รับอำนาจแค่ไหน จะมีการประเมินผลงานอย่างไร
- หาผู้ประสานงานลำบาก ต้องทำงานประจำอื่นอยู่ด้วย ต้องแก้ด้วยการหาคนมากขึ้น
- รพ.กรุงเทพ ให้ผจก.ฝ่ายบริหารคุณภาพรับผิดชอบ ขึ้นตรงกับผอ. ครั้งเข้าเราทำงานประจำ ครั้งบ่ายทำ HA
- รพ.ราชบุรียินดี ทำหน้าที่ part time ทั้ง ISO & HA ประชุมกันในช่วงบ่ายทุกวัน

- รพ.เชียงราย เดิมให้มีผู้รับผิดชอบเต็มเวลา แต่ทำไม่ได้เพราะมีปัญหาเรื่องความก้าวหน้า ผอ.ให้อำนาจทุกอย่าง ตอนนี้ขึ้นกับฝ่ายวิชาการ ให้หัวหน้าฝ่ายวิชาการสั่งการ
- ศักยภาพของแต่ละรพ.ไม่เหมือนกัน ถ้าทุกคนสามารถถ่ายทอดกันได้ก็ตัดปัญหา รู้คนเดียวแล้วส่งต่อในแง่ปฏิบัติคนถ่ายทอดมีไม่กี่คน ใครจะเป็นผู้แก้ปัญหา ถ้าคนกลางยังไม่สามารถให้เวลาได้เต็มที่ เป็นไปได้หรือไม่ที่จะให้ผลักดันให้มีตำแหน่งตรงนี้เกิดขึ้น และได้ด้วยตัวของเขาเอง
- รพ.อุดร ครั้งแรกหวังว่าจะหา facilitator ได้ยาก แต่พอปฏิบัติโดยใช้หลายรูปแบบ เช่น 1) หาคนที่มีความรู้รอบรู้ มีมนุษยสัมพันธ์ ทาบทามเป็นส่วนตัว 2) ให้แผนกหารายชื่อ ได้รายชื่อมากกว่าที่คาดไว้ การจัดองค์กรของอุดรจะคล้ายกับ 3 วง steering คือกรรมการพัฒนาคุณภาพ facilitator จะช่วย steering team ในการทำกระบวนการกลุ่ม (ข้อสังเกต steering ในรูปแบบนี้ไม่แนบสนิทกับทีมผู้บริหารสูงสุด)

5. การฝึกอบรมเครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพ

การนำเสนอโดย นพ.ธานี

การฝึกอบรมมี 3 รูปแบบ ดีมาก ใช้ได้ แยกมาก

1. การเตรียมองค์กร เนื้อหาและแก่นกลับเป็นเรื่องการปรับเปลี่ยนแนวคิด วัฒนธรรมขององค์กรมีส่วนเกี่ยวข้องมากที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนกระบวนการที่ง่ายหรือยาก ถ้าองค์กรมีวัฒนธรรมที่คุ้นกับการเปลี่ยนแปลงจะเปลี่ยนแปลงง่าย แต่ถ้าองค์กรไม่คุ้นกับการเปลี่ยนแปลงจะยาก ถ้าองค์กรมีผู้นำที่เปิดเผยและมีบรรยากาศการทำงานที่รับฟังมาก่อน การฝึกอบรมจะง่าย ถ้ามีบรรยากาศของ top down จะยาก

2. แผนรองรับ การฝึกอบรมโดยไม่มีแผนรองรับจะสูญเปล่า

3. การเตรียมคน หลายองค์กรจะพึ่งหวังว่าวิทยากรจะไปช่วยเตรียมคนให้ ถ้าไม่ได้เตรียมคนไว้ก่อน ไม่มีเอกสารให้อ่านก่อน จะไม่ได้ประโยชน์เพราะไม่มีการเตรียม ผู้เข้าประชุมจะหวังจะเรียนรู้จากการฟัง

การฝึกอบรมจะเน้นการปฏิบัติ ไม่เน้นเรื่องการฟัง แต่คนที่เข้ามาส่วนใหญ่จะคุ้นกับการฝึกอบรมที่นั่งฟังว่าจะพูดอะไร ชอบฟังความรู้ใหม่ แต่ไม่มีบรรยากาศที่ส่งเสริมการทำสิ่งใหม่ๆ

4. การให้ความสำคัญของผู้บริหาร

ในระหว่างการประชุมสิ่งที่เราพบก็คือ ผอ.มักจะมาเปิดแล้วก็ไป ตอนปิดก็ไม่ได้มาปิด สิ่งที่เรามุ่งหวังอยากให้ผอ.ให้ความสำคัญตรงนี้ เพราะบุคลากรใน รพ.อาจจะไม่รู้ที่สำคัญ ฝรั่งบอกว่าถ้าเพียงแต่ผู้นำสนใจเรื่องใด เรื่องนั้นจะดีขึ้นทันที ถ้าผู้นำสนใจเรื่องคุณภาพ คุณภาพจะดีขึ้นทันที แต่ผู้บริหารสายการบังคับบัญชาไม่ตรงเวลา ขอลา มาดู จากตรงเวลา 83% ขึ้นไป 97% โดยไม่ต้องทำอะไร แต่สนใจทำให้ท่านเข้าใจ สนใจ ห่วงใย จะมีผลมากต่อการฝึกอบรม

5. ระยะเวลา ฝรั่งจะฝึกกัน 5 วัน ของเราจัดประชุมตั้งแต่ 1-3 วัน ที่เราคิดว่าดีที่สุดคือ 3 วัน หลักสูตร 1 วันจะได้เนื้อหาพอ หลังการประชุมไปแล้วสิ่งที่เราอยากเห็นคือการถ่ายทอด ทั้งสดและแห้ง

อภิปราย

- การฝึกอบรมเฉพาะผู้นำก็ถ้าสามารถนำไปถ่ายทอดได้ การฝึกทั้งหมดในความเป็นจริงไม่สามารถไปถ่ายทอดได้
- ควรจัดในสถานที่ที่มีบรรยากาศของการเรียนรู้
- การอบรมทั้งองค์กรเป็นเรื่องดีมาก เราอยากให้ทำเป็นทีมและทำทุกคน

บันทึกการประชุม วันที่ 28 สิงหาคม 2540 หน้า 7

- การอบรมเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการพัฒนาคุณภาพ การเรียนรู้จากภาคอุตสาหกรรม ปัญหาที่เกิดขึ้นใหญ่คือผู้ที่เป็นหัวหน้าไปสามารถไปสอนต่อลูกน้องได้ การที่เราจะมีผู้ประสานงานจะไม่สามารถทำให้คนทั้งองค์กรเรียนรู้ได้ เป็นหน้าที่ของหัวหน้างานที่จะทำให้ลูกน้องเข้าใจว่าคุณภาพคืออะไร
- อุปสรรคก็คือกลุ่มแรกที่สามารถนำไปถ่ายทอดให้กลุ่มที่รพ.ได้หรือไม่ คนที่ส่งมาต้องเตรียมมา แล้วต้องมีการสอบ ต้องได้รับเทคนิคในการถ่ายทอด 4-5 คนก็พอ แล้ว 4-5 คนนี้จะเป็นแกนหลักในการถ่ายทอด
- คนที่ฟังไขว้เขว บางครั้งจับจุดได้ไม่เหมือนกัน เกิดปัญหาขัดแย้งกันเอง ไม่ราบรื่น กลุ่มประสานงานจึงมาระดมสมองกันในกลุ่ม แล้วสรุปว่าเราจะทำกันในระดับของเรา จัดเวลาหลักสูตรและสร้างหลักสูตรด้วยตนเอง แบ่งเจ้าหน้าที่เป็นระดับ หลังจากทำคนก็เข้าใจมากขึ้น กำลังรอผล
- เรื่องของการประเมินผลว่าคนที่ไปอบรมมาแล้วมาทำอะไรต่อ หลายครั้งที่มีการฝึกอบรมแล้ว พนักงานในองค์กรไม่สามารถทำงานตรงนั้นได้ การประเมินผลมีสิ่งสำคัญ และต้องมีการทดสอบว่ารู้เรื่องหรือไม่ ต้องการอะไรเพิ่มเติม ที่สำคัญคือการค้นหาวาบุคคลนี้ต้องการรับการฝึกอบรมอะไรเพิ่มเติม บางครั้งผู้บังคับบัญชาเป็นผู้คิดเองแต่ไม่ได้เอาข้อมูลจากทุกหน่วยงาน
- องค์กรที่ประสบความสำเร็จคือองค์กรที่สามารถฝึกอบรมภายในได้ มีการนำเสนอผลงานอย่างเป็นระยะต่อเนื่อง
- การฝึกอบรมที่ไม่ได้ผลคือการส่งคนไปอบรมแบบไม่มีทิศทาง เป็นการตอบสนองต่อคำเชิญชวน เราได้ปรับปรุงใหม่ ให้กองกลางเป็นผู้คัดกรองว่าผู้ไปจะต้องมีคุณสมบัติอย่างไร กลับมาแล้วต้องสรุปว่าได้เนื้อหาอะไร มีประโยชน์อะไร ให้เสนอโครงการที่น่าจะเกิดประโยชน์กับองค์กร แล้วผู้บริหารจะนำตรงนี้ไปพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง
- หัวหน้างานเองมีแบบฟอร์มที่จะค้นหาความต้องการของลูกทีม หัวหน้างานแต่ละอันจะต้องส่งมาถึงกองกลาง ต้อง identify ว่า need มาจากผู้ปฏิบัติงานเอง ต้องมี 2 ส่วนคือองค์กรมี job description ของแต่ละหน่วย อีกส่วนหนึ่งคือแผนที่มาจากผู้เข้ารับการอบรมที่เขาจะประเมินตนเอง
- มีหลักสูตรเฉพาะสำหรับแต่ละระดับ เช่น สำหรับหัวหน้างาน มิฉะนั้นจะเกิดความซ้ำซ้อน

6. เสี่ยงสะท้อนจากผู้ป่วย

อภิปราย

- ใช้ข้อมูล open end มาปรับปรุงการทำงาน
- รพ.ราชบุรียินดี ปรับแบบสอบถาม เขียนโปรแกรมและวิเคราะห์ ทุกเดือนเอาข้อมูลเข้าที่ประชุม กลายเป็นงานประจำ ทุกเดือนจะต้องรายงาน
- รพ.ขอนแก่น เก็บมาทุกเดือน ในช่วงแรกจะตอบกลับมามาก ในเดือนที่ 3-4n จะน้อยลง เริ่มถามใหม่ มีปัญหาคน key ข้อมูลไม่มี
- รพ.พญาไท หลังจากนำเสนอให้ทีมและแพทย์แล้ว เขาจะเห็นความสำคัญของการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ
- ผลของแบบสอบถามจะต้องนำเข้ามาเชื่อมโยงกับ performance indicator การที่คนไข้นานหรือไม่ นานนั้นจะต้องเอากลับมาแปลงเป็นตัวเลข

บันทึกการประชุม วันที่ 28 สิงหาคม 2540 หน้า 8

- ปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นคือกระบวนการทั้งหลายยังไม่คงที่ วันหนึ่งทำแบบหนึ่ง เสี่ยงสะท้อนจากลูกค้าก็จะขึ้นกับว่าไปเจอใคร เราต้องกลับไปดูว่ากระบวนการนั้นคงที่หรือยัง
- คนที่จะเก็บเวลารอคอยจะเป็นเจ้าหน้าที่ของ รพ.เอง เป็นค่าภายในของ รพ.เอง ผู้ป่วยไม่ทราบ
- รพ.พระพุทธเลิศหล้า วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก วัดเวลาสั้น แต่ความพึงพอใจปานกลาง เมื่อปี 40 จัดระบบบริการใหม่ มีปัญหาเรื่องสถานที่ เวลารอคอยยาวขึ้น ความพึงพอใจดี เรารู้แล้วว่ามันจะต้องนาน แต่เราได้จัดระบบเสริมเข้าไป
- รพ.หาดใหญ่ ยังมีปัญหาการรับฟังจากเจ้าหน้าที่ ออกมาในลักษณะว่าจะให้ทำอะไรจึงจะพอใจ เขาทำได้อยู่แล้วไม่สามารถทำได้ดีกว่านี้
- ต้องกลับมาที่ความเข้าใจเรื่องคุณภาพของงานบริการ ถ้าเข้าใจตรงนั้นจะต้องพยายามทำให้ได้ตามที่คนใช้ต้องการ จุดที่เราใช้อยู่ในระบบคุณภาพคือการตั้ง procedure ขึ้นมาว่าทุกคนจะต้องปฏิบัติตาม เป็นเหมือนการบังคับโดยใช้ระบบ ทำให้ต้องสร้างระบบก่อนที่จะปรับปรุง
- พฤติกรรมบริการอาจจะช่วยเพิ่มคุณค่าให้งานบริการ
- เราเอาเรื่องการตอบสนองลูกค้าเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินผลงาน
- รพ.บ้านแพ้ว ใช้นโยบายว่าทุกคนต้องบริการลูกค้าให้พึงพอใจ ประชาสัมพันธ์ลูกค้าด้วยตนเอง ถ้าทำดีก็จะได้ถูก feed back ใหม่ ๆ ก็มีความเครียด
- การวิจัยเชิงคุณภาพกับปริมาณแตกต่างกัน การสนทนากลุ่มจะบอกไม่ได้ว่าดีขึ้นหรือไม่ เอาแค่คุณภาพไปใช้ก็พอแล้ว ถ้าจะดูว่าคุณภาพดีขึ้นก็ต้องเอาข้อมูลเชิงปริมาณไปจับ หรือใช้ semiquantitative Questionnaire
- ในเรื่องความพึงพอใจ ธุรกิจใช้ค่อนข้างมาก แต่ในแง่วิชาการอาจจะไม่ดีก็ได้

7. การทำพันธกิจ วิสัยทัศน์ แผนยุทธศาสตร์

นำเสนอโดยคุณประกายแก้ว

ที่ทำก็เป็นการลดความเครียดและความมึนงง หลังจากที่เราไปถ่ายทอดแนวคิดให้สมาชิกใน รพ.รับทราบ ผอ.ให้หัวหน้ากลุ่มหัวหน้าฝ่ายมาเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง เราหยุดไปพักหนึ่งไม่ทราบว่าจะทำอะไร มาหารือกันกับคณะกรรมการว่าจะทำอะไร ต้องวิเคราะห์ตัวเอง ลูกค้า จุดเด่นจุดด้อย หาวิธีการให้แต่ละกลุ่มงานกำหนดวิสัยทัศน์ของตนเองได้ โดยการตกลงกันว่าจะลองใช้วิสัยทัศน์ของ รพ.เป็นตุ๊กตาในการหาประสบการณ์ในการร่วมทำ ได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการนอกสถานที่ 3 วัน

ให้แต่ละกลุ่มวิเคราะห์ นำเสนอ กำหนดกันใหม่ว่าวิสัยทัศน์ของรพ.คืออะไร มีการกำหนดพันธกิจ ให้เสนอ logo

ให้ทุกกลุ่มนำพันธกิจมาเลือก action plan

ในส่วนของพันธกิจและวิสัยทัศน์ของ รพ.เรายังไม่ตัดสินใจว่าจะใช้ของกลุ่มไหน เราจะนำ logo กับ slogan ไปเสนอกรรมการบริหารของ รพ. เวียนไปตามกลุ่มต่างๆให้ลงประชามติ สรุปแล้วผสมผสานของทั้ง 3 กลุ่มเข้ามา

เมื่อ 2 ปีก่อนเราก็เคยทำวิสัยทัศน์ของ รพ. เป็นที่น่าดีใจว่ากลุ่มที่ทำครั้งแรกกับครั้งหลังจะคล้ายกัน มีเรื่องมุงการทำงานเป็นทีมเพิ่มเข้าเข้ามา

นี้เป็นสาเหตุที่ รพ.เขียนรายงานที่จะทำงาน

อภิปราย

- สืบสนในเรื่องที่เราทำจนได้กลยุทธ์ แล้วก็มีแผนทำต่อ ขึ้นตอนต่อไปคือการศึกษามาตรฐาน ในแต่ละมาตรฐานจะมีขั้นตอนของการพัฒนา
- สืบสนในเรื่องข้อความต่างๆ เรากำหนดแค่ 2 ตัว ไม่ทำตัวอื่นได้ไหม
- อย่างน้อยน่าจะมี 4 ตัวได้แก่ เป้าหมายระยะยาว หลักการทำงาน เข้มมุ่ง เครื่องชี้วัด

8. การจัดทำแผนดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

นำเสนอโดย นพ.สิทธิศักดิ์

เริ่มต้นด้วยความไม่รู้เรื่อง เป็นลูกศิษย์ที่ดี ให้อะไรก็ทำตามทุกอย่าง ลอกตามแผนที่ได้จาก Vancouver แล้วมาปรับให้เข้ากับรพ. แผนที่เขียนครั้งแรก พอทำตามทีเขียนแล้วไม่มีอะไรเลย พอทำไปสัก 2 เดือนชักเริ่มเบื่ ไม่รู้ว่าจะเดินอย่างไร เกือบจะหลุดออกนอกวงจรไปหลายครั้ง ชักเริ่มติด ที่ติดหนักคือตรงวิเคราะห์ ไม่มีตัวอย่างเอกสารให้ดู เอาตัวอย่างของฝรั่งมาดูก็ไม่ถูกใจ ไปเจอตำรา ISO9000 ก็พลิกอ่าน มันแพงใจดำเพราะมีตัวอย่างเอกสาร คิดว่า ISO จะเป็นทางด่วนไปสู่ HA จึงขออนุมัติที่บริหารนำ ISO มาเป็นโครงของ HA

คำถามเดียวที่ฝ่ายบริหารถามคือต้องใช้เงินหรือไม่ ตอบว่าไม่ใช่เลย แต่ควักไปตั้งพันกว่าบาท เมื่อไปนั่งอ่าน ISO แล้วมันก็คือ QA ดีๆนี่เอง ไปเห็นรูปนี้ยิ่งถูกใจ ISO เป็นแค่ 14% ของ TQM การทำงานคุณภาพเหมือนการเข็นครกขึ้นภูเขา ต้องมีลมตอกไว้ ซึ่งก็คือ QA, ISO9000 แล้วก็เอา TQM ไว้ไกลบนสุด

เขียนรูปถนนคุณภาพ มีจุดเริ่มต้น แต่ไม่มีจุดสิ้นสุด พวกเรามีหน้าที่ขับรถไปเรื่อยไม่หยุด หยุดเมื่อไรตกถนน ในระหว่างทางจะมีป้ายให้เราเก็บ ป้ายแรกคือ 5 ส. ป้ายที่ 2 คือ ISO9000 ป้ายที่ 3 คือ HA ปีที่ 1 ป้ายที่ 4 คือ HA ปีที่ 3

แผนที่เขียนเขียนจากความรู้สึก ความเข้าใจ และความฝันว่าถ้าเราวิ่งไปตามเส้นทางนี้จะเกิดอะไรขึ้นบ้าง ก่อนจะถึงแต่ละป้ายมีอะไรบ้างที่จะต้องทำ เอาสิ่งที่จะต้องทำมาเรียงตามลำดับเวลา เคล็ดลับคือเขียนด้วยความรู้สึก

อภิปราย

- HA คือส่วนที่ต่อยอดจาก ISO ถามว่าเราต้องขอรับรองหรือไม่ คงไม่จำเป็น ต้องฉลาดพอที่จะเลือกข้อกำหนดใน ISO ให้มาใช้ได้ประโยชน์สูงสุด เราไม่จำเป็นต้องทำให้ครบตามข้อกำหนด บาง รพ.อาจจะตั้งใจผ่านไปแล้วเก็บ บางรพ.อาจจะผ่านไปเฉยๆ
- เราพยายามทำตามแผนที่ได้เสนอไว้ นับได้ประมาณ 20 ขั้นตอน เมื่อทำแล้วเราพบว่าสิ่งที่เราทำเริ่มพองขึ้นเรื่อยๆ แต่แกนกลางไม่มีเลย อาจจะเป็นเพราะว่าเราไม่มีมาตรฐานหรือไม่ จึงปรับตัวเองโดยมุ่ง SOP ก่อน ทำแกนใหม่ ยอมชะลอในการพองตัวเองมาทำแกนก่อน เราโง่มานาน

9. การสร้าง facilitator (F)

นำเสนอโดย นพ.สุริยะ

รพ.โพธารามให้การยอมรับกับการทำงานเป็นทีม มีความเห็นด้านบวกกับการพัฒนา เรามีทั้งทีมและต้องการ facilitator

บันทึกการประชุม วันที่ 28 สิงหาคม 2540 หน้า 10

ผู้ช่วยการเรียนรู้คือผู้ที่ทำให้ง่ายขึ้นต่อการเรียนรู้ ช่วยหาคำตอบ ช่วยเหลือในกระบวนการที่ทีมยังไม่เข้าใจ ช่วยหัวหน้าทีมในเรื่องกระบวนการกลุ่ม เก็บสะสมประสบการณ์ของทีมไว้ใช้กับทีมอื่นๆ

ในการทำทีมคุณภาพจะมีหลายทีม ผู้ประสานงานมีน้อย ไม่สามารถส่งเข้าไปร่วมทีมได้ คนหนึ่งต้องวิ่ง 7-8 ทีม ทางรพ.จึงคุยกันว่าจะจัดหา facilitator โดยสรรหาจาก ผู้ประสานงาน TQM เดิม, เจ้าหน้าที่ที่ที่เด่นๆ, หัวหน้าตึกเลือกให้, สมัยครเอง

แนวทางในการพัฒนาเมื่อได้คนมาแล้ว คือ ส่งเข้าอบรมกับส่วนกลาง, จัดอบรมภายในของตนเอง, เพิ่มศักยภาพการเป็นวิทยากร ในการอบรมเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ

แรงจูงใจ ได้แก่ ตื่นเต้น ทำหาย สนุก, recognition, อยากพัฒนา เห็นแก่ผู้ป่วย, อยากรู้อะไรใหม่ๆ, ตามกระแส

ปัญหา คือ การประเมินผล, แรงจูงใจ, การถ่ายทอด, วิทยากรไม่ได้เข้าใจทั้งหมด
หัวข้อที่ควรชี้แจงให้แต่ละกลุ่มทำงานได้

	แนวคิดคุณภาพ	แนวทางการทำ	ทีม	เครื่องมือ	ระยะเวลา
ผู้บริหาร	3	3	2	1	2 วัน
ผู้นำทีม	2	2	2	2	2 วัน
ผู้ปฏิบัติงาน	1	1	1	1	1 วัน
facilitator	3	3	3	3	3 วัน

นำเสนอโดยคุณทัศนีย์

ตอนเริ่มต้นไม่รู้ว่าจะองค์กรใดที่พร้อมบ้าง เราก็ไปตามที่คิดว่าเขามีความพร้อม แต่มันไม่เกิดอย่างที่คิด
ปีนี้เรารู้ว่าโครงสร้างที่สำคัญไม่ใช่ความรู้เรื่องเทคนิค โครงสร้างการบริหารต้องรองรับ ส่วนกลางก็ต้องมีนโยบาย ต้องมีการติดตาม ต้องมีเวทีให้เขาทำเสนอ ทั้งหมดนี้ต้องทำไปพร้อมๆกัน

ผู้ประสานงานจะช่วย รพ.ได้อย่างไร ในยุคแรกวิทยากรต้องตระเวนไปติดตาม แต่เราพบว่าความต้องการที่จะให้ไปตามมากกว่าที่จะไปตามได้ เราจึงเอาคนของเขามาฝึกเพื่อให้เป็นที่พึ่งของเขาเอง แต่เราไม่ได้เอาเขามาฝึกอย่างต่อเนื่อง

ปีนี้คิดว่าจะมีระดับหมอ และระดับพยาบาล เพราะ 2 ส่วนนี้ผสมกันแล้วเกิดความเบื่อหน่าย หลักสูตรคงจะต้องไม่ต่ำกว่า 3 ครั้ง ผู้ประสานงานจะเก่งทันไม่ได้ ต้องมีชั่วโมงบิน

ผู้ประสานงานที่จะส่งเข้ามาอบรมต้องไม่ดูวัย

รพ. นพรัตน์

การอบรมหัวหน้างานเป็น facilitator

โครงสร้างของเรามีกรรมการ TQM ซึ่งเป็นหมอและพยาบาลที่เป็นหัวหน้างาน ทำทุกอย่าง
ประสานงาน F จะเป็นคนที่ตั้งใจช่วยงาน เราไปกันได้ดี ทำงานเป็นทีมกันได้ดี ตอนนี้เราเปลี่ยนแผน ทุกที่เราจะต้องไปเป็นที่ปรึกษาของ CQI group ทำให้หัวหน้างานคิดว่าไม่ใช่หน้าที่ เรามองเห็นว่าถ้าอย่างนี้นงาน TQM คงไม่ต่อ อาทิตย์ที่แล้วจัดอบรมให้หัวหน้างานเป็น F 2 วันแรกฝึกเรื่องการพูด เรื่องการเป็นที่ปรึกษา ในวันที่ 4-5 เป็นขั้นตอนการทำ CQI หัวหน้าตึกทุกคนต้องรู้ สิ่งเหล่านี้จะทำให้เขารู้สึกว่าเขามีคุณค่า กรรมการจะเป็นผู้ประสานงานอำนวยความสะดวก

เมื่อก่อนนี้เราก็อบรมหัวหน้างานทั้งหมด แต่ยังไม่ได้นำเขาเป็น F เราให้แต่ละหน่วยงานส่งคนเข้ามา อบรมแล้วกลับไปทำ การเริ่มต้นให้เกิดกลุ่มมันง่าย แต่การทำให้ต่อเนื่องมันยาก หายเพราะ F ไม่ไปติดตาม ต่อ ไปกระตุ้นให้เขารู้สึกว่าทำแล้วดีกับตนเอง เขามีคุณค่า การอบรมหัวหน้าต้องทำให้เขาเห็นว่าคุณภาพคืออะไร เขาต้องมี

การชวนน้องมาทำงาน

กิจกรรมที่ชักชวน ชวนน้องๆ มาคุยว่าทำงานเบื่อไหม มาทำอะไรกันดีไหมที่จะทำให้เรามีคุณค่า ไม่ได้บอกเขาว่าจะทำ CQI ให้เขาตระดมสมองกันเองว่าปัญหาเกิดจากสาเหตุอะไร เมื่อก่อนเราทำ QC พอเอ่ยคำว่า QC ทุกคนก็เบื่อ เสียเวลา หลายหน่วยงานจะพูดว่าไม่มีเวลา งานหนัก ถ้าใครพูดอย่างนั้นน่าจะทำ CQI เพราะเรายังจัดระบบงานไม่ได้ เราเข้าไปแบบเป็นพี่เขา ทำเรื่องพฤติกรรมบริการ น้องบอกว่าคนไข้บ่นเรื่องพูดจาไม่ดี ให้เขาคิดว่าถ้าเราเป็นคนไข้เราจะคาดหวังอะไร มีการวัดคะแนนพฤติกรรมไว้ก่อนและเปรียบเทียบเขาเองก็ดีใจที่ได้รับคำชม ปัญหาสำคัญคือผู้บริหารระดับสูง ต้องกระตุ้นข้างบนด้วยว่าข้างบนท่านจะเอาหรือไม่

ถ้าเรามุ่งส่งเสริมคุณค่า ทุกวันนี้เราไม่ทำอะไรเพราะรู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า เหมือนคนกวาดพื้น ผู้ป่วยก็เรียกเด็กชุดเหลือง จึงเปลี่ยนชุดฟอร์มเป็นสีฟ้า สวมรองเท้าสูงเท้า อบรมการยืนการเดินการนั่ง ดูเขาดีขึ้น เขารู้สึกดีใจ มีความเชื่อมั่น คนไข้ก็ชม ความภูมิใจก็เกิดขึ้น เขาก็รักษาบุคลิก

เราใช้หลักจิตวิทยาว่าเราสนใจเขา หลายกลุ่มอยากทำ แต่ไม่มีใครไปกระตุ้น เขาขอเพียงกำลังใจ F ต้องมีความคิดริเริ่ม ห้องตรวจจนรีเวชบอกว่าไม่รู้จักทำอะไร เราช่วยเขามองว่าน่าอายสำหรับคนไข้ที่ทำ PV เขาก็กลับไปนั่งคิด เราต้องให้แนวคิดว่าจะเอาเรื่องอะไรทำดี เรากระตุ้นให้เขาเห็นความสำคัญ การเน้นว่าลูกค้าเป็นหลัก ต้องถามว่าตัวเองเคยเป็นลูกค้าหรือไม่ ถ้ารอนาน ทำไมไม่ให้คนไข้รอจนอย่างมีความสุข เราอยากได้อะไรระหว่างนั่งรอ ถ้าเมื่อไรเขาคิดเป็นเจ้าหน้าที่เขาก็จะตีกรอบว่าเป็นเจ้าหน้าที่ อะไรก็ทำไม่ได้

อภิปราย

- ต้องมี F หรือไม่ ทุกวันนี้ 10 คนที่ตั้งไว้แต่แรกนั้นยังไม่ทำงาน ถ้าทีมทำงานได้ด้วยตนเองจำเป็นต้องมีหรือไม่
- เราคาดหวังอย่างไรกับ F เป็นเหมือนผู้เชี่ยวชาญในเรื่องกระบวนการกลุ่ม เครื่องมือเทคนิคที่ใช้ในกระบวนการ TQM คงจะต้องเป็นความเชี่ยวชาญในการแนะนำทีม ตอนที่ทำ TQM เราประสบปัญหาว่าเรื่องที่เราคิดมาทำจะทำให้เราบรรลุคุณภาพที่ดี แต่ประสบปัญหาวานักเรื่องไม่ออก เรื่องที่ทำมาก็ไม่ประสบความสำเร็จในการทำให้คุณภาพดีขึ้น พอมี HA เราคาดหวังสูง แต่เมื่อเอาร่างมาตรฐานไปดูก็ผิดหวัง เพราะบอกแค่ระดับเครื่องชี้วัดว่าคุณภาพที่ดีเราดูอะไรบ้าง แต่ตีความได้ยาก
- การประเมิน เราทดลองให้ทีมต่างๆประเมินตนเอง เขาไม่สามารถบอกได้ว่าตนเองอยู่ในระดับไหน ตัดสินไม่ได้ เพราะร่างนี้ไม่ได้กำหนดมาตรฐานไว้ ถ้าไม่รู้สถานภาพตนเองก็รู้อยู่จะพัฒนาตรงไหน คิดว่า F ควรจะเรียนรู้เรื่องการทำความเข้าใจกับร่างมาตรฐานด้วย
- เรายังมีปัญหาในตอนเริ่มต้น แต่ละกลุ่มมีความสามารถแตกต่างกัน ให้เลือกเอาในเรื่องที่เห็นว่าจะเกิดประโยชน์ ตกลงกันก่อนว่าเรื่องไหนที่อยากจะทำ มีคุณค่าต่อการที่จะทำ ง่ายพอที่จะอยู่ในขอบเขตที่เขา

บันทึกการประชุม วันที่ 28 สิงหาคม 2540 หน้า 12

จะทำได้ เพื่อให้เขามีประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาและประสบความสำเร็จ ต่อไปจะเห็นเรื่องที่ยากขึ้นได้ เราแชร์ผลสำเร็จของเขาให้กลุ่มอื่นได้ทราบ

- ปัญหาอยู่ที่ว่าเขาไม่ทราบสถานการณ์ที่แท้จริง อาจจะเสียเวลาไปทำเรื่องที่ทำได้ดีแล้ว
- เกณฑ์ในการเลือกอาจจะใช้ ลำดับความเร่งด่วน high risk, high volume, problem prone
- F มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในทีมสหสาขา ความคิดเดิมๆเขายังมีอยู่ว่าที่ทำอยู่ก็ดียอยู่แล้ว F เข้าไปช่วยปรับวิธีการคิด หลายคนสับสนว่า อะไรเข้ามามากมาย F จะเป็นผู้ประสานว่าTQM/CQI/HA เป็นเรื่องเดียวกัน เราสามารถประสานงานที่เขาทำอยู่ได้
- ทำไม่ค่อยเต็ม load เพราะมีโครงการ QA ของพยาบาลเข้าไป พยาบาลพยายาม focus ในเรื่องการทำ QA ของวิชาชีพ ความสามารถในการแยกแยะมีน้อย ช่วงนี้เป็นช่วงที่เขาสั่งเร่งทำ ทำให้ HA ล่าช้าเพราะเป็น job รong
- ถ้า ผอ.สามารถประสานแผนได้ ถ้าแยกกันทำก็จะปวดหัวตาย
- ภาพของ HA ในใจของพวกเราไม่เหมือนกัน
- การมีระบบ QA ที่ดี จะนำไปสู่คุณภาพที่ดี

1. อันครื่อง

- รพ.ยโสธรมีการจัดทีมออกเป็น 3 กลุ่มคือ 1) ทีมนโยบายในระดับสูงและระดับกลาง 2) ทีมระดับผู้ปฏิบัติ ซึ่งทำหน้าที่ปกติของตัวเอง 3) ศูนย์มาตรฐานซึ่งจะแสดงตัวเลขให้แต่ละหน่วยรู้ว่าอยู่ตรงไหน และผู้ให้ความรู้ซึ่งศึกษากันเองจนมีความเชี่ยวชาญเฉพาะเรื่อง ในการทำงานจะมีการประกาศนโยบายลงไปและให้แต่ละหน่วยงานทำแผนกิจกรรมขึ้นมา ไม่ใช่ให้ระดับสูงเป็นผู้กำหนด
- ทบทวนความเข้าใจเรื่องทีมคิด/ทีมประสาน และ ทีมทำ ว่าทีมคิด/ทีมประสาน คือทีมชั้นนำหรือทีมนโยบาย ซึ่งมีตัวแทนของหลายหน่วยงานมาคิดและประสานกันว่าควรมีการพัฒนาในเรื่องใดบ้าง ส่วนทีมทำคือผู้ที่คิดหาวิธีการว่าจะทำอย่างไรและลงมือปฏิบัติ หาก รพ.ใดมีปัญหาในการใช้คำเรื่องทีมคิดและทีมทำก็ไม่ควรใช้ แต่น่าจะดูหลักการเรื่องสามประสาน
- รพ.น่าน ผอ.ให้ความสำคัญสูง พูดในที่ประชุมทุกเดือน ทุกคนพอจะเข้าใจแนวคิดเรื่องนี้ มีการติดตามโดยผู้ประสานงานซึ่งเป็น ICN จะเข้าไปถึงผู้ปฏิบัติทุกคน เข้าไปทั้ง 2 งานคือเรื่อง คุณภาพกับ ICN ทีม HA จะเป็นทีมเดียวกับทีม TQM ซึ่งมี facilitator อยู่แล้ว งานตรงนี้จะไปด้วยกัน ผอ.เคยถามว่าถ้ามี HA จะตัด TQM หรือไม่ ทุกคนบอกว่าไม่ควรตัด เพราะ TQM จะทำให้ HA สำเร็จ ทุกคนอยู่กันแบบพี่แบบน้อง ขณะนี้ทุกคนกำลังเขียนคู่มือ

2. การเขียนคู่มือการปฏิบัติงาน

พ.อนุวัฒน์

นำเสนอแนวทางการเขียนคู่มือการปฏิบัติงานตามระบบ ISO9000 ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ คู่มือนโยบายคุณภาพ(Quality Policy Manual) ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) และ วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)

อภิปราย

รพ.กรุงเทพ

มีวิทยากรภายในอยู่ 1 คน จ้างที่ปรึกษาเขาจะมาสอนว่า ISO คืออะไร ที่ปรึกษามาสอนการเขียน flow chart , work procedure ตอนแรกก็ยังไม่รู้อะไร แต่พอเริ่มทำแล้วเราก็สามารถทำได้เอง

พ.สมเกียรติ

flow chart ที่เขียน 3 มิติ (งาน ผู้รับผิดชอบ กำหนดเวลา) เป็นสิ่งที่มีประโยชน์

พ.กวี

น่าจะเริ่มเขียน ไม่ต้องรอให้สมบูรณ์ เขียนแล้วปรับปรุงได้ ถ้ารอให้สมบูรณ์ก็ไม่เห็นว่ามีอะไรอยากจะทำ

พ.พรเทพ

น่าจะใช้วิธีทางธรรมชาติ ให้ผู้ปฏิบัติงานหากระบวนการง่ายๆ เช่น การนัดคนไข้ คนที่เกี่ยวข้องทำอะไรบ้าง ทำอะไรให้เกิดความพึงพอใจ ต้องให้เขาเห็นเด่นชัดว่าทำแล้วเกิดประโยชน์จริงๆ การบังคับให้เขาเขียนแล้วไม่ได้นำไปปฏิบัติจะไม่ได้ประโยชน์

ปรมินทร์

บันทึกการประชุม วันที่ 29 สิงหาคม 2540 หน้า 2

เราพยายามศึกษาว่า format ควรจะเป็นอย่างไรบ้าง คู่มือที่ทางสถาบันแจกไปแล้ว 2 อย่างนี้จะมี ความแตกต่างกันมาก จะเอาอย่างไรดี ตอนนี้จะ follow ของ VGH มีความสับสนว่าอะไรคือ policy อะไรคือ วิธีการปฏิบัติ

พ.อนุวัฒน์

นโยบายคือสิ่งที่จะทำ วิธีการปฏิบัติคือการตอนในการทำ ตัวอย่างการจำหน่ายผู้ป่วย นโยบายอาจ พิจารณาสภาพของผู้ป่วย การยอมรับของผู้ป่วย ทั้งนี้โดยการวางแผนร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล

ให้คนที่ทำงานอยู่เขียนของตัวเองก่อนว่าตัวเองทำอะไรอยู่

พ.ชูชัย

1) น่าจะมีองค์การบริหารคุณภาพใน รพ.ก่อนที่จะมีการเขียนคู่มือ อย่างน้อยต้องมีผู้ที่ตัดสินใจได้ ในองค์กร ต้องใช้ความสามารถในการ advocate เพื่อให้ผู้บริหารสูงสุดได้มีปณิธานมุ่งมั่นต่อการพัฒนา คุณภาพ

2) พวกเราต้องใช้ความสามารถสูงขึ้น วิธี advocate ที่ดีคือการนำเสนอให้เห็นทีมคุณภาพที่มี คุณภาพ **ทีมผู้ประสานงานควรจะทำ work procedure ของตัวเอง** มีมาตรฐานของตัวเอง

3) ในภาคอุตสาหกรรมไม่ใช่เขียนเพียงว่าจะทำอะไร แต่ควรจะมีว่าใครเป็นผู้ทำ ทำเมื่อไร เสรีจิ้น เมื่อไร ใครเป็นผู้รับรอง จะติดตามผลเมื่อไร

4) วิธีการวัดผล แต่ละเดือนจะไปดูอะไรในสิ่งที่เกิดขึ้น จำนวนข้อไม่สำคัญ คู่มือไม่ต้องเหมือนกันทุก รพ. แต่ต้องมี commitment, measure, goal

รพ.ดำเนินสะดวก

เฉพาะในส่วนของเภสัชได้ทำ SOP คู่มือที่ดีต้องให้ใครก็ตามเข้ามาทำงานได้ ผู้เขียนต้องมีความสามารถพอสมควร ถ้าเราเน้นคู่มือในขั้นต้นจะเกิดปัญหา จะมีภาระอีกมากมายในการเขียนคู่มือ จะทำอย่างไรให้ภาระเบาที่สุด น่าจะเป็นธรรมชาติ ในเรื่องของความง่าย น่าจะช่วยกันคิดว่าทำอย่างไรจะให้ง่าย ก่อน แล้วค่อยมาเรียบเรียงแต่งเติมให้ดีขึ้น

เรวดี

เห็นด้วยว่าควรทำให้การเขียน procedure เป็นเรื่องง่าย

1) วิธีการเขียน การเขียนของเขาจะไม่เขียนยุ่งยาก จะเริ่มที่ผู้ปฏิบัติ ถ้าตั้งคณะทำงานจะกลายเป็น การเขียนในเชิงวิชาการ ให้เขียนในสิ่งที่ทำ ทำในสิ่งที่เขียน คนฟังแล้วก็อยากจะเขียน แต่ต้องอยู่ในหลัก วิชาการ

2) รูปแบบ บางครั้งถ้า format ยุ่งยากจะทำให้ลำบาก น่าสนใจ commitment, measure, goal การ จัดกลุ่มก็น่าสนใจ การจะเขียนเรื่องอะไรก่อนน่าจะเป็นคนในพื้นที่กำหนด น่าจะเริ่มจากมาตรฐานของเราก่อน ในแต่ละงานจะมีแนวทางให้มากกว่าน่าจะมีคู่มือเรื่องอะไร เจ้าของงานคงจะต้องจัดลำดับความสำคัญ

3. กองการพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพ

นำเสนอโดยคุณเรวดี

มักจะมีข้ออ้างตลอดว่าทำ HA ไม่ได้เพราะต้องทำ QA ของพยาบาล

กองการพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพียงว่าให้กลุ่มงานการพยาบาลมีการประเมินตนเอง เครื่องมือ เกี่ยวกับ QA จะมี 5 ประเภท คือ

บันทึกการประชุม วันที่ 29 สิงหาคม 2540 หน้า 3

1. ประเมินระบบบริหารจัดการ นโยบาย ปรัชญา ได้อะไรไปใช้อย่างไร แผนพัฒนาสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยหรือไม่ เครื่องมือขึ้นนี้ผู้ปฏิบัติไม่เกี่ยวข้องเลย

2. การสอบถามความคิดเห็นของผู้บริหารทางการแพทย์

3. การสอบถามความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ เป้าหมายจะสอบถามผู้ให้บริการที่ OPD & IPD เราจะมุ่งเน้นที่ลักษณะการให้บริการของพยาบาล พฤติกรรมการบริการ การให้บริการนั้นแก้ปัญหาที่คนไข้มาใช้บริการหรือไม่

4. การตรวจสอบระบบงานของหน่วยงานเอง ว่าระบบการทำงานของเราสอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือระบบบริหารจัดการของทีมบริหารหรือไม่ จะย่อมาจากมาตรฐาน

5. วิเคราะห์คุณภาพการพยาบาลที่สะท้อนจากเอกสาร อยากจะรู้ว่าเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการคนไข้ตลอด 24 ชม. นั้นสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยหรือไม่

ผู้ปฏิบัติจะเกี่ยวข้องเฉพาะข้อ 5 เท่านั้น แบบฟอร์มนั้นทางกองการพยาบาลจะไม่ออกแบบใหม่ เป็นแบบฟอร์มที่กระทรวงออกแบบไว้แล้ว ใบประเมินสมรรถนะได้รับคำร้องเรียนว่าเป็นปัญหา แต่จริงๆเป็นข้อมูลที่จะรวบรวมสภาพปัญหา และใช้ประโยชน์ในการวางแผนจำหน่าย

จะมีข้อมูล feed back ขึ้นมาเรื่อยๆทำไมเจ้าหน้าที่ต้องทำเกี่ยวกับเอกสาร เราไม่ได้ให้ guideline ว่าจะต้องเขียนอย่างไร แต่ให้ guideline แก่ผู้ไปประเมิน

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมีแต่เวชระเบียน แต่เอกสารที่เพิ่มขึ้นมาจากหน่วยงานอื่นซึ่งกองการพยาบาลไม่รู้เรื่อง

ไม่ว่าจะมีโครงการอะไรใหม่ลงไป ผู้บริหารไม่รู้จะทำอย่างไรก็จะบอกว่ากองการพยาบาลสั่งให้ทำ เราจะไม่ทำงานแบบสั่งการ หรือแบบเจ้านาย เวลาที่กองลงไปจะเชื่อมโยงให้เห็นว่า Nursing QA จะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มของตนเอง แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ทั้งหมด สิ่งที่จะแก้ปัญหาได้ทั้งหมดคือ TQM/HA แต่เราก็ไม่เข้าใจว่าทำไมเกิดเหตุการณ์แบบนี้เกิดขึ้น

จริงๆแล้ว QA ของกองการพยาบาลก็จะประยุกต์ให้สอดคล้องกับสภาพวัฒนธรรม เราจะไม่ fix ว่าให้ใช้เครื่องมือเฉพาะของกอง ให้ผสมผสานงานเข้าด้วยกัน เราพยายามให้เอาเครื่องมือต่างๆมารวมเข้าด้วยกัน จะใช้เครื่องมืออันไหนก็ได้ หรือจะผสมผสานอย่างไรก็ได้ เราต้องการให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้มาใช้บริการ จึงเกิดคำถามเหมือนกันว่าเมื่อเราตามงานต่างๆไปเราจะพบว่า เขาไม่ได้ทำเพราะเขาทำ HA อยู่จริงๆ แล้วบรรยากาศข้างในองค์กรเป็นอย่างไร คงต้องวิเคราะห์ว่าเขาจะเข้าใจเขาอย่างไร จะแก้ปัญหาอย่างไร เท่าที่เราตามตอนนี้จะไม่มีการทำ QA เลย เขาทำครั้งแรกเมื่อปี 38-39 แล้วก็ไม่ได้ทำอีก ช่วงนี้เป็นการปรับระบบงานของเขา ยังเสนอว่าน่าจะจับประเด็นตรงนั้นเข้ามาหาสาเหตุสักว่า จะแก้ปัญหาได้อย่างไร จริงๆคือ 90% ไม่มีใครทำ QA

4. การบริหารความเสี่ยง

ผลการระดมสมองความเสี่ยงในการดูแลรักษาผู้ป่วยไว้ดังอีกเสป

หากจะแบ่งกลุ่มกว้างๆอาจแบ่งได้เป็น ความเสี่ยงต่อตัวผู้ป่วย, เสี่ยงต่อผู้ให้บริการ, เสี่ยงต่อชื่อเสียงของ รพ., เสี่ยงต่อสังคม, เสี่ยงต่อ สธ.

การเตรียมและประเมินผู้ป่วย

- ผลการขั้นสุดรอด

- การวินิจฉัยผิด
- การปรึกษาแพทย์ผิดแผนก
- เอาผู้ป่วยปกติไปผ่า
- การผิดตัดผิด case สลับกัน
- ผ่าตัดผิดคน เพราะหอยผู้ป่วยส่งคนไข้ผิดคน
- ไม่ได้ค้นหาปัจจัยเสี่ยง เช่น มีประวัติ Ischemic heart
- ถ้ามีปัญหาเบาหวานอาจจะทำให้แผลหายช้า
- เสี่ยงต่อไส้ติ่งแตก เพราะรอนานไปนอนอยู่ที่ ER

การแลกเปลี่ยนข้อมูล

- การสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่ดี
- ไม่บอกว่าจะเกิดโอกาสอะไรขึ้นบ้าง
- ไม่มีการให้สุศึกษา ทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือในด้าน self care
- ผู้ป่วยไม่ทราบว่าทำไมต้องผ่าตัด ผ่าตัดพบอะไร
- การให้ความรู้ผู้ป่วยไม่เพียงพอ เกิดความเข้าใจผิด
- เสี่ยงต่อการมีปัญหากับญาติ ไม่ให้ความรู้กับญาติก่อน

เครื่องมือ/อุปกรณ์

- เครื่องมือไม่ sterile
- cross infection จากการใช้เครื่องมือ
- เสี่ยงต่อการได้รับของไม่มีคุณภาพ ไม่มีการควบคุมคุณภาพวัสดุ
- ระบบการดูแลแก้วในการดมยา

ผู้ให้บริการ

- ความพร้อมของทีมดูแลผู้ป่วยในการดูแลภาวะวิกฤต
- หมอที่ผ่าตัดด้อยความรู้และประสบการณ์ ไม่รู้จักกับโรค
- ผู้ร่วมงาน วิชาชีพ ทีมผ่าตัดไม่พร้อม

ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยา หรือระหว่างผ่าตัด

- ไม่ได้ซักประวัติแพ้ยา
- เสี่ยงต่อการแพ้ยา
- ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อทำให้เบื่ออาหาร
- total block
- การติดเชื้อทางเดินหายใจ
- ตัดอวัยวะผิด
- ลืมเอาผ้าพันจี้ทำให้ burn
- ลืมอุปกรณ์ผ่าตัดไว้ในท้อง
- ไฟฟ้าดับไม่มีการป้องกันล่วงหน้า
- เสี่ยงต่อการสับเปลี่ยน เช่น สับ specimen สับเลือด
- การให้เลือดที่ไม่ปลอดภัย
- ดมยาสลับแล้วไม่ฟื้น

ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

- แผลผ่าตัดติดเชื้อ
- คนไข้ใน รพ.เกิด attack
- แอบดื่มน้ำหลังผ่าตัด
- ตกเตียง
- ambulate ได้ช้า

การดูแลรักษาอื่นๆ

- ให้ยาผิด
- preop/-postop ไม่ชัดเจน ไม่มีการประสานกัน
- ขาดความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำให้การรายงานล่าช้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีความเสี่ยงสูง

ผลไม่พึงปรารถนา

- แผลไม่สวย
- ความเครียดทางด้านจิตใจถ้าไม่เตรียมตัวให้ดี

ความเสี่ยงด้านกฎหมาย

- ไม่ได้ให้เซ็นชื่อยินยอมรับการรักษา
- ความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย เกิดการร้องเรียน
- ไม่มีการบันทึกเวชระเบียน เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง

อื่นๆ

- ตายฟรีโดยไม่มีคนรับผิดชอบ
- ค่าใช้จ่ายสูง
- เสี่ยงเพราะเป็นเพียงได้ตั้งอีกเสบ
- ความล่าช้าในการรักษา
- ผ่าตัดผิดเรียกร้องประกันไม่ได้ตามสิทธิผู้ป่วย
- ได้รับข้อมูลผิดพลาด
- เสี่ยงต่อความไว้วางใจของประชาชน เสียชื่อ ไม่มาใช้บริการ
- เสี่ยงต่อการเสียเงินฟรีเพราะไม่เข้าข่ายที่บริษัทประกันจะจ่าย
- เสี่ยงต่อการฟ้องร้อง หมอให้ไปนอนอายุรกรรม 3-4 วันแน่นหน้าอก เจาะปอดมีหนอง ย้าย ไปรพ.เอกชน ได้ตั้งแตงหน้า เสียชีวิต
- เสี่ยงต่อการถูกปฏิเสธการรักษาเพราะเป็นเพียงได้ตั้ง
- อุบัติภัยใน รพ.

5. Quality Monitoring & Clinical Review

พ.อนุวัฒน์ นำเสนอตัวอย่างกระบวนการค้นหาประเด็นที่กลุ่มจะติดตามศึกษาและการกำหนดเครื่องชี้วัดบนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า (รายละเอียดในเอกสารประกอบการประชุม)

พ.พรเทพ นำเสนอวิธีการตรวจสอบตนเองในการทำงานของศัลยแพทย์ (รายละเอียดในเอกสารประกอบการประชุม)

อภิปราย

พ.ชูชัย

หมอศัลย์ทุกคนน่าจะทำ ในส่วนตัวก็ทำไว้แต่ไม่ได้นำมารายงาน ในแง่รวมๆคือคนที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดควรจะทำอย่างนี้ ถ้าเราไล่เรื่องความเสี่ยง การผ่าตัดจะดูเหมือนรุนแรงที่สุดใน รพ. การที่ทำให้คนไข้สลับไปแล้วก็ทำอะไรที่เขาไม่มีทางรู้ ไม่รู้จะฟื้นหรือไม่ ทำมามาก็มีความรู้สึกรอกรรมดา แต่ความจริงแล้วมันน่ากลัวมากกว่าอยู่ที่เขาใครก็ไม่รู้มารุมผ่าตัด หมอผ่าตัดทุกคนควรจะทำ แต่ทุกคนควรมี file ของตัวเอง ถ้าจะเริ่มต้นง่ายๆ ในรายงานของกอง รพ. น่าจะมีการผ่าตัดใหญ่ผ่าตัดเล็ก การผ่าตัดแบบวันเดียว ผ่าตัดแล้วเกิดอะไรขึ้นในภาพรวม ในแง่ของโรค มีตาย มีแผลอักเสบบ้างไหม เมื่อคืนนี้ผ่าแล้วทำไม set อีก

พ.กุลเดช

audit เป็นสิ่งที่สำคัญ ทุกขั้นตอนต้องมีการตรวจสอบ มิฉะนั้นจะไม่ว่าเราได้มาตรฐานหรือไม่ ที่ยะลามีการทำ trauma audit เราเก็บข้อมูลที่ ER ทุกคน เก็บ coma score อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บเอามาดูว่าคนไข้ที่ไม่สมควรตายแล้วตายมีเท่าไร การประเมินด้วยตัวของตัวเอง แต่ศัลยแพทย์ไม่ได้เป็นอย่างนี้ทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน รพ.ข้างนอก อาจจะไม่ใช่ศัลยแพทย์จริง อาจจะมีปัญหาไม่ว่าตัวเองผิดหรือถูกถ้ามีรูปแบบมาตรฐานการทำ audit ซึ่งวิเคราะห์ที่ระบบว่า prehospital care เป็นอย่างไร ระบบการขอเลือดเป็นอย่างไร ระยะเวลาการ set ผ่าตัด ถ้าเจาะที่ตัวบุคคลจะเกิดการถกเถียงกันไม่สิ้นสุด ระบบเราไม่มีอะไรบังคับว่าหมอจะต้องทำให้ดีขึ้น

พ.สิทธิศักดิ์

เคยทำอย่างอ.พรเทพ แล้วรู้ว่าตัวเองมี limit เรื่องนี้เป็นเรื่องค่อนข้างยาก ทุกวันนี้เกิดจากความอยากทำด้วยตัวเอง ทำแล้วก็ไม่มีรายงาน คนอื่นจะคิดอย่างไรหรือไม่ อยากได้กลไกที่จะทำให้เขารายงาน จะมีกลไกจากภายนอกให้เกิด int audit อย่างไร

พ.กุลเดช

ในหลักการดีหรือไม่ ดี เพราะการตรวจสอบทุกอย่างดีทั้งนั้น แต่สำคัญที่ผู้ตรวจสอบว่าตรวจสอบเพื่ออะไร ถ้าเพื่อลงโทษไม่ดี ถ้าตรวจสอบเพื่อให้ความรู้ก็คงจะดี ที่ยะลาใน รพ.ชุมชนรอบข้างจะมีระบบ audit for referral จะตรวจสอบผู้ป่วยว่าดูแลดีหรือไม่ จะสะท้อนกลับไปหาเขาว่าสิ่งที่เขาทำถูกต้องหรือไม่ รพ.ชุมชนทุกคนอยากได้ เราก็มาตั้งเกณฑ์กันว่า ในแต่ละเรื่องเขาจะต้องทำอะไรก่อน มาที่ยะลาจะมี audit filter ว่าแพทย์ดูมากจนหรือไม่ มีพยาบาลมาหรือไม่ แล้วก็จะสะท้อนให้ รพ.ชุมชน ระยะเวลาที่ดีขึ้น การตรวจสอบก็ต้องดูสถานะของเขาด้วย การสำรวจเกณฑ์อะไรก็ต้องเกณฑ์ที่เป็นกลาง กรรมวิธีที่จะทำ audit เป็นเรื่องยาก ต้องระดมสมอง

อ.ศรีวงศ์

มันกำลังจะมา ถ้าศึกษาประวัติของอเมริกา เมื่อสงครามโลกยุติเรื่องคุณภาพก็ขึ้นมาก สมาคมวิชาชีพขึ้นมามาก มีการกำหนดอายุของใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การสื่อสารข้ามพรมแดน ในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมาจะมีคนไข้มาถามเราว่ามาตอนเราดีกว่าแต่ก่อนนี้

เงินซึ่งหายาก ต้องใช้ให้เป็นประโยชน์

วิชาชีพอื่นก็มอง กฎหมายก็มอง ถ้าเราลำหน้าไปในการมีการประเมินตนเองอยู่ตลอดเวลา มีตัวอย่างที่เราเริ่มทำ เกิดความจำเป็นที่จะต้องก้าวไปข้างหน้า HA ควรจะจัดประชุมว่ากลไกตรงนี้เราควรจะทำอะไร

พ.อนุวัฒน์

น่าจะเริ่มต้นจากกิจกรรมตรวจสอบทบทวนที่ทำได้ง่ายและเป็นที่ยอมรับไปก่อน

พ.ชูชัย

check list อาจจะช่วยให้กระบวนการต่างดีขึ้น แต่พัฒนาโดยผู้ทำงานในองค์กรเอง ทำให้เราไม่ลืมกระบวนการบางอย่างในการที่จะทำให้คนไข้ปลอดภัย ทำให้คนไข้เจ็บป่วยมีการบันทึกไว้ การผ่าตัดไส้ติ่งแพทย์บางคนเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดา จึงเขียนแต่เพียงว่า appendectomy was performed ไม่ได้ประโยชน์ การแก้ที่ตัวบุคคลก็ไม่ใช่การแก้ด้วยการ blame ได้ความประทับใจจาก nurse note ของสมิติเวช เห็นด้วยว่าการ audit น่าจะหลีกเลี่ยงตัวบุคคล

พ.พรเทพ

1) น่าจะมี minimal data set ว่าการผ่าตัดแล้วพบอะไร ส่งขึ้นเนื้อตรวจเท่าไร ในที่ที่เราทำงานจะมีข้อมูลพวกนี้ ถ้ารวบรวมให้ดีจะมีประโยชน์สูงสุด เราต้องรู้ด้วยว่า outcome คืออะไร

2) การออกแบบฟอร์มที่ทำให้ง่าย เช่น อยู่ในหน้าเดียว ถึงเวลาที่จะต้องทำความรู้และเทคโนโลยีมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ดร.กรรณิการ์

ในการที่เราจะกำหนดตัวชี้วัด สิ่งที่เราจะลืมไม่ได้คือ outcome ที่จะตัดสินคุณภาพ บางทีเอกสารเขียนดี แต่ผลลัพธ์อาจจะไม่ดี audit เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะทำให้เราทราบจุดอ่อน สิ่งที่ไม่ควรลืมคือข้อมูลปัจจุบัน การบันทึกอะไร ควรมีข้อมูลที่แสดงการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา เช่น บันทึกการพยาบาล เขียนว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างนั้นอย่างนี้ แต่พยาบาลไม่เคยไปดูคนไข้เลย ทั้งวันไม่เคยเห็นพยาบาลมาดูคนไข้ แต่เขียนว่าทำอย่างนั้นอย่างนี้ เมื่อมีเอกสารแล้วจะต้องเขียนตามนั้น

นอกจากจะสร้างเสริมวัฒนธรรมคุณภาพแล้ว เราจะต้องให้คนตื่นตัวให้มีการทบทวน ธรรมชาติของเราจะไม่มีคนพูดในเรื่องความผิดพลาด จะมีการ approach อย่างไร เราจะต้องโน้มน้าวให้เขากลับมองตัวเอง และมีความสุขที่จะพูด

อ.ศรีวงศ์

เรามีอยู่แล้วแต่เราลืมไป คือ MM conference แต่การ approach ในตอนนั้นเรารู้สึกว่ามีการโจมตีอยู่ตลอดเวลา ไม่ใช่ทางบวก ถ้าจะรื้อฟื้นตรงนี้ให้เป็นการทบทวนแล้วจบด้วยการดูว่ามีความเสี่ยงอะไรที่เราจะแก้ไขในเรื่องนี้ ผู้ที่จะนำการประชุมจะป้องกันความขัดแย้งได้อย่างไร

ควรใช้โอกาสที่เกิดขึ้นในหน้าหนังสือพิมพ์ว่าจะป้องกันความเสี่ยงตรงนั้นอย่างไร วางแผนร่วมกันคิดร่วมกัน

พ.อนุวัฒน์

มีวิธีการที่หลากหลายที่ใช้ได้ในการทบทวน ซึ่งเป็นเรื่องที่ใช้สามัญสำนึกได้ เช่น

- 1) การทบทวนเป็นรายผู้ป่วยหรือกลุ่มผู้ป่วย (โดยปกปิดชื่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการ)
- 2) การใช้ implicit criteria ในใจ หรือ explicit criteria ที่เขียนออกมาชัดเจน
- 3) การประเมินทั้งในด้านกระบวนการและผลลัพธ์ (ทางคลินิกและทาง function)

พ.สมเกียรติ

น่าจะมีเครื่องชี้วัดในระดับ รพ.ซึ่งทุก รพ.ใช้เหมือนกันเพื่อจะได้เปรียบเทียบกันได้

พ.อนุวัฒน์

จะทำ list ของ indicator ให้ทุก รพ.ลองเก็บดู ว่ามีความเป็นไปได้ในการเก็บและการใช้ประโยชน์เพียงใด เครื่องชี้วัดบางตัวมีข้อจำกัดซึ่งผู้ใช้ต้องทราบ เช่น อัตราตายรายกลุ่มโรคก็ยังมีปัญหาเรื่องความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน

6. การเสริมพลังผู้ปฏิบัติงาน (พลังสายฟ้า Zapp)

สรุปประเด็นจากหนังสือ

เป็นการสะท้อนการทำงานที่ routine คนทำงานอย่างไม่มีไฟ อยู่มาวันหนึ่งมีคนไปดูว่าคนที่ไม่มีไฟพลังขึ้นมานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร การที่หัวหน้าคิดเสียคนเดียว ไม่เปิดโอกาสให้เข้าเป็นเจ้าของงาน ไม่เปิดโอกาสให้

บันทึกการประชุม วันที่ 29 สิงหาคม 2540 หน้า 8

เข้ารับผิดชอบกับสิ่งที่เกิดขึ้น ทำไปนานๆคนก็หมดไป พอเปลี่ยนวิธีพูด ทำให้คนมีอำนาจมากขึ้น พลังสร้างสรรค์มากขึ้น

คนที่ทำงานอย่างซังกะตายจะนั่งนับเวลาทำงาน พอวันรุ่งขึ้นต้องมาทำงานอีกแล้ว ถ้าทำอย่างสนุกก็จะอยากมาทำ ทุกคนอยากให้มีบรรยากาศที่สร้างสรรค์ สนุก

บรรยากาศทั่วไปคือ คิดแทนเขา คิดเอาเอง คิดในแง่ลบ

บางคนคิดเองได้ บางคนคิดไม่ได้ ขึ้นกับสถานการณ์มากกว่า

พ.สิทธิศักดิ์สรุปว่า มองเห็นคุณค่า ตั้งท่ารับฟัง หาหนทางช่วย ร่วมด้วยช่วยนำ Zapp น่าจะช่วยเป็นเครื่องมือปรับปรุงพฤติกรรม ผมอ่านหนังสือแล้วรู้สึกว่ามันเสียลูกและภรรยามาก จะเอาหนังสือเล่มนี้ไปให้ CEO อ่าน ให้หัวหน้างานอ่าน เชิญประชุมให้มานั่งคุย หาทางลงให้ได้ว่าจะรับซื้อหรือไม่ ถ้ารับก็จะทำป้ายติดไว้ที่หน่วยงาน

อภิปราย

พ.พรเทพ

ปัญหาใหญ่คือวัฒนธรรมคนไทยไม่ชอบพูดต่อหน้า

การที่จะให้เขาพูดนั้นเขาจะมองรอบตัวก่อนว่าจะมีคนมาหัวเราะเยาะ เราต้องเอาชนะตรงนั้นก่อน ไม่ว่าทีมเล็กทีมใหญ่ต้องให้สามารถเข้ามาคุย มาหาเราได้ ยังไม่ต้องฟังกลุ่มเท่าไร

ถ้าจะเปลี่ยนทัศนคติน่าจะมีการพูดคุยกันระหว่างกลุ่ม ให้เขาแสดงความรู้สึกของตนเอง อาศัยความรู้สึกและประสบการณ์ของแต่ละคน หลังจากที่มีต้นแบบมาเป็นตัวอย่าง จะทำให้คนอื่นสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้

พรพิไล

เป็นวัฒนธรรมของสังคมกสิกรรมไทย

รพ.เป็น line of production จะทำแบบสังคมกสิกรรมไทยไม่ได้ ถ้าคนสุดท้ายหรือคนตรงกลางหรือคนต้นผลิตผลก็จะผลิตผลไปทั้งหมด ความจริงสังคมตะวันตกเดิมก็ได้เป็นแบบนั้น เป็นสังคมซุบซิบนินทามาก่อน เมื่อยุคเปลี่ยนคนก็ต้องเปลี่ยนไป

สังคมไทย ถ้าเราเข้าใจตรงนี้ เราก็จะเข้าใจว่าคนเหล่านั้นไม่ได้ผิด เมื่อรู้สึกว่าเขาไม่ได้ผิดท่าทีของเราก็จะชัดเจน การฝึกอบรมบางครั้งเราไปเน้นที่วิธีพูด หัวใจของการพูดจะต้องฝึกให้เข้าถึงหัวใจเขา ต้อง liberate ตัวเองจากความคิดเอง ว่าเขาสามารถพูดได้เพราะขณะนี้อยู่ในระบบการผลิตแบบใหม่ ถ้าไม่พูดจะไม่สามารถปรับปรุงได้

ปัญหาสำคัญของทุกระบบทุกองค์กร มีปัญหาอย่างนี้ทั้งหมด การฝึกอบรมหรือการปรับปรุงพฤติกรรมกลุ่มคนเวลาที่ผู้ประสานงานไปทำงาน เราควรเริ่มต้นจากความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ควรจะสืบค้นพื้นฐานหลังของเขาด้วย คนจีน ชาวนา ถ้ามาจากกลุ่มชาวนาจะยังมีสมบัติของการไม่พูดสูงขึ้นไป เราจะตีความเหมือนกันทั้งหมดไม่ได้

ได้ยินมามากในเรื่องการฝึกอบรมวิธีการทำงานร่วมกัน วิธีการเป็นผู้นำ การพูดในที่สาธารณะ เราไปพูดเทคนิคว่าเวลาพูดให้หยุดตัว ให้สัมผัสมือ ถ้ารู้สึกว่าเขาทำผิดให้ลูบตัว มันเป็นเรื่องที่มากเกินไป **ก่อนอื่นต้องพูดกันในเรื่องจิตใจ** เมื่อดูรายการโทรทัศน์ญี่ปุ่นด้านการศึกษา ครูญี่ปุ่นที่สอนผ่านโทรทัศน์จะมีความเป็นครูอยู่เต็มตัว แต่ของไทยจะกระด้าง รู้สึกว่าเขาอยู่หน้าทีวี นั่นไม่ใช่ตัวเขาเป็นอีกคนหนึ่ง

ถ้าการทำงานร่วมกันเป็นปัญหา ควรจะทำความเข้าใจจากส่วนลึกของจิตใจว่าคนในองค์กรของเราเป็นใคร มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมและการศึกษาอย่างไร การใช้ภาษาเป็นอย่างไร เช่น คนเหนือเวลาเรียกมันไม่ใช่คำหยาบ พอคนกรุงเทพตกใจว่าใช้คำหยาบ

คงจะต้องมีสื่อขึ้นมาช่วยในการทำความเข้าใจเรื่องพวกนี้ **สื่อทั้งหลายจะทำให้สั้นๆ ทำความเข้าใจได้ง่ายในทีเดียว** แต่แม้ว่าจะใช้สื่อเหล่านี้ก็เป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งเท่านั้น

ศูนย์กลางของปัญหาอยู่ที่จิตใจในการทำงานร่วมกันมาก หนังสือ Zapp เขียนมาจากวัฒนธรรมของฝรั่ง รู้สึกว่าของเขาง่ายกว่ามากเพราะเป็นวัฒนธรรมเผชิญหน้า เราจะต้องทำ Zapp ฉบับภาษาไทย

รพ.โคกสำโรง

ได้มีโอกาสศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีหลักการทางจิตวิทยาที่เขาพูดทฤษฎีมากมาย แต่ทฤษฎีที่ยอมรับก็คือ KAP มันไม่ไปด้วยกัน บางกิจกรรมไปจัดกลุ่มหลักออกมา 3 ปัจจัย

ปัจจัยนำ predisposing factor ได้แก่ วัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องปัจจัยนำเป็นอันดับหนึ่ง

ปัจจัยเอื้อ หมายถึงสิ่งที่สามารถสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่เราต้องการ เช่น การฝึกอบรม สื่อ โรงเรียน ช่องทางค้นคว้าหาแนวทาง

ปัจจัยเสริม เมื่อทำแล้ว เกิดผลแล้ว เขาได้รับภาพที่สะท้อนกลับมาอย่างไร

มาเรียม

ปัญหาที่เกิดในองค์กรส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่องพฤติกรรม การสื่อสาร สิ่งที่เราจะทำได้ง่ายก็คือเรื่อง การควบคุมตนเอง เรากำลังอยู่ในงานคุณภาพ เราจะทำตัวเราให้มีคุณภาพอย่างไร เราลองเอาไปตั้งเป็นโปรแกรมของตัวเองว่าเราจะจะเป็น facilitator ได้อย่างไร เกณฑ์ที่ตั้งไว้เราทำได้ก็อย่าง เช่น สิ่งไปแล้วทำไม่ได้ตามเป้าหมายเท่าไร เรากลับมาควบคุมตัวเองต่อ ถ้าเราเริ่มจากตัวเราในกิจวัตรประจำวันเราจะทำได้ดี

รพ.ดำเนินสะดวก

การปรับเปลี่ยนตรงนี้ต้องการมืออาชีพ ถ้าคนเราได้เจอในสิ่งที่จริงจังๆอาจจะปรับเปลี่ยนได้ หลาย รพ. ประสบความสำเร็จในเรื่อง OD ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้น ทำอย่างไรจะทำให้เกิดความต่อเนื่อง facilitator และผู้อำนวยการ

พ.บุญเรือง

เมื่อ 4 ปีที่แล้วเราเสียเงินหลายล้านบาทพาเจ้าหน้าที่ไปเที่ยวหัวหิน แต่ละรุ่นมีหมอไปไม่กี่คน เมื่อวานนี้ประชุมกับแพทย์ ได้ข้อสรุปว่าแพทย์อยากไป OD ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้น แพทย์บอกว่าตอนนั้นคิดว่าไปเล่น แพทย์เห็นการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมในองค์กร การจะทำ OD ตรงนี้เป็นผลได้ระยะยาว เรารู้สึกว้าวิ่งที่ขาดคือความอบอุ่นในครอบครัวของเรา ตอนที่แพทย์น้อยๆเราได้พบปะกันทุกวันศุกร์ แต่ช่องว่างที่เกิดขึ้นคือการสื่อสารระหว่างหมอ.กับแพทย์

เราคิดว่าไปเที่ยวอย่างเดียวไม่คุ้มค่า ไปเที่ยวกลับมา 3 สัปดาห์ก็หายหมด ควรจะมี ESB CQI ติดกลับมาด้วย ไปเที่ยวแล้วต้องได้งานกลับมาด้วย

นพรัตน์เริ่มต้นจาก OD มีการฟื้นฟูทุกปี หัวใจสำคัญในการพัฒนาคุณภาพงานคือต้องทำคนของเราให้มีความสุขก่อน ต้องทำให้บ้านน่าอยู่ ต้องทำให้คนในบ้านอึดท้อง ทำให้คนในบ้านมีความสุข OD

พ. สมเกียรติ

OD เป็นกิจกรรมที่เปลืองเงิน แต่เราต้องดัดแปลงและสานต่อให้ได้ ถ้าไม่สานต่อจะสูญไปจริงๆ สิ่งหนึ่งที่คิดว่าจะต้องทำก่อนที่จะไปทำ OD คือการวินิจฉัยองค์กร เราต้องนั่งคุยกันก่อนว่าองค์กรเรามีปัญหาอะไร มีปัญหาที่รู้เป้าหมายหรือมีปัญหาอื่น เราอาจจะไม่ต้องเริ่มต้นด้วย OD แต่ไปเริ่มต้นด้วยกิจกรรมอื่นได้ ก็สามารถนำมาใช้ปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานได้

เมื่อมีโครงการต่างๆแล้วเราได้ทำให้เกิดวิทยากรภายในขึ้น ทำให้เกิดการประสานแนวคิดขึ้นมาได้ เมื่อใดที่สามารถจะไปสอนผู้อื่นได้แสดงว่าเรามีแนวคิดตรงนั้นชัด ทำให้เกิดการประสานแนวคิดได้

เราจัดทำ OD ทั้งที่เสียตายน แต่เราบอกว่ไปแล้วต้องได้งานกลับมา เราจะให้เขาไปเป็นหน่วยงาน ค่าใช้จ่ายที่เปลืองคือค่าที่พักกับค่าวิทยากร นพรัตน์มีวิทยากรภายใน

สรุป น่าจะตั้งเป็นเป้าหมายในการสร้างวิทยากรภายใน

7. การวิจัย

พ.ณวัฒน์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าจะมีนักวิจัยไปทำงานร่วมกับ รพ.อีกทีมหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะเข้าไปเก็บข้อมูล ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับกิจกรรม ปฏิสัมพันธ์ ความรู้สึก และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เป็นการเก็บข้อมูลโดยไม่มี intervention ไม่มี bias

ประโยชน์ที่ รพ.จะได้รับคือการมีกระจกที่ราบเรียบสะท้อนให้กับ รพ. แต่จะไม่ให้คำปรึกษา

ประโยชน์ที่โครงการจะได้รับคือการได้ความรู้เพื่อไปบอกกับ รพ.อื่นๆที่จะเริ่มทำว่า ควรจะเริ่มต้นทำอย่างไร ไม่ควรทำอะไร

สิ่งที่ขอจาก รพ.คือ

1. ขอให้ รพ.เปิดตัวให้ความร่วมมือกับนักวิจัยเหล่านี้

2. ผู้ประสานงานคุณภาพจะเป็นผู้วิจัยในพื้นที่ด้วย มีข้อมูลบางอย่างที่ต้องอาศัยผู้ประสานงาน

คุณภาพเป็นผู้เก็บ ในช่วงนี้ ขอให้ผู้ประสานงานจดบันทึกเหตุการณ์ ความรู้สึกนึกคิด การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นใน รพ.อย่างสม่ำเสมอ

8. สรุปกิจกรรมที่แต่ละ รพ.จะกลับไปทำ

รพ.ศรีวิชัย 2

ให้ทุกคนเขียน procedure ที่เกี่ยวข้อง ผูกอบรม CQI

รพ.กาญจนดิษฐ์

หาผู้ช่วยผู้ประสานงาน เขียนคู่มือการทำงาน

รพ.น่าน

ต้องใช้แรงงานและวาทะศิลป์ในการไป deal กับคน ตอนนี้กำลังทำคู่มือในการปฏิบัติงาน ส่วนมากเป็นคู่มือง่ายๆในการที่หน่วยงานนั้นถ้าไม่มีคู่มือแล้วจะเกิดความเสียหาย เขียน flow chart ติดไว้ที่ counter แต่จะให้รวบรวมเป็นรูปเล่มคงจะยาก

จะปรับปรุงในเรื่องของ mission vision เพราะของรพ.กับของกลุ่มงานไม่ตรงกัน น่าจะปรับที่ของ รพ. โดยเอาของแต่ละกลุ่มงานมารวม

จะกลับไปบันทึกเหตุการณ์ที่ผ่านมา

รพ.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

Mission & Vision ของ รพ.ทำแล้ว แต่ไปติดที่กลุ่มงานอื่นๆ ที่ไม่มีพยาบาล

ในส่วนของการทำคู่มือ patient care จะมีปัญหาน้อย

ขณะนี้ ผอ.ช่วยกระตุ้นให้แพทย์ตื่นตัวขึ้นมาก

รพ.โพธาราม

การประชุมกลุ่มเครือข่ายที่ไม่ได้ประชุมจะจัดต่อหรือไม่ (จัดหลังจากที่จัดรอบ 2 ให้เครือข่ายที่จัดไปแล้วก่อน)

ของกลุ่มทันตกรรมไม่มีมาตรฐานจะอย่างไร (ขอให้ใช้มาตรฐานทั่วไปไปก่อน)

ได้งานกลับไปมาก งานที่จะทำคือ

1. การฟื้นฟูกลุ่มที่เคยอบรมไปแล้ว เพิ่มเนื้อหาเรื่องการฝึกพูด
2. ประเมินบรรยากาศองค์กร
3. ปรับปรุงพันธกิจและวิสัยทัศน์
4. ความคิดเห็นของผู้ป่วย จะร้องพื้นเพื่อเก็บต่อ
5. จะทำแผนต่อให้ครบทั้งปี
6. ปรับปรุงการเก็บระยะเวลารอคอย
7. คู่มือการปฏิบัติงาน

รพ.พญาไท

ตัวอย่างที่มีการแลกเปลี่ยนกันบางแห่งก็สามารถนำไปปรับใช้ได้ ส่วนหนึ่งที่จะใช้ได้คือคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเตรียม facilitator เพิ่มขึ้น การแลกเปลี่ยนความคิดเรื่องการเสริมพลังผู้ปฏิบัติงาน

รพ.เดชอุดม

ได้พยายามทำตามทุกขั้นตอน แต่อาจจะช้า เพราะขาดความมั่นใจว่าจะเดินไปในแนวทางไหน มีคำถามมาก ทุกครั้งที่มีการประชุมผู้ประสานงานคิดว่าไม่น่าจะต่ำกว่า 2 คน (สรุปว่าให้เชิญ 2 คน และเป็นแพทย์ 1 คน)

เรามีคำถามมากจากผู้ปฏิบัติ ได้เก็บเกี่ยวเป็นบทเรียน อยากจะเดินช้าๆแต่มั่นคง

รพ.อุตรดิตถ์

ปัญหาหลักคือ PCT คงจะต้องปรับโครงสร้างใหม่ กำลังทำแผนพัฒนาสำหรับปี 41 จะให้เขียนแผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดให้ชัดเจน ติดตามนิเทศทุก 3 เดือน

รพ.บ้านแพ้ว

ครั้งแรกไม่ได้มาประชุม ได้หนังสือจากผอ.ไปศึกษา พูดคุยกับทีม พอแบ่งเป็น 24 พวกเราก็ง เราพยายามทำให้ได้ 24 ทีม ตอนหลังก็เปลี่ยนมาใช้ทีมแบบเดิม ได้เริ่มทำวิสัยทัศน์ พันธกิจออกมาแล้ว มีการประชุมกันอย่างกว้างขวาง พยายามถ่ายทอดให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบ ส่งแบบสอบถาม

เสียงสะท้อนจากผู้ป่วยใช้แบบประเมินเดิมอยู่

ทีมประสานคนเดียวคงไม่ไหว ทำทีมเพิ่มเป็น 5 คน ต่อไปจะใช้แบบของสถาบัน

ทีมที่ปรึกษาเข้าไปได้ประโยชน์ทำให้ทีมงานของเราเข้าใจ อยากจะทำต่อไป

รพ.ดำเนินสะดวก

บันทึกการประชุม วันที่ 29 สิงหาคม 2540 หน้า 12

เริ่มด้วยการไปดูงานที่รพ.ภาคเหนือ ปีต่อมาทำ OD พอดีเรื่อง TQM เข้ามา ได้ผู้ประสานงาน TQM 26คน ต่อมา HA เข้ามาจับ เราไปบอกกับเขาว่ามันเป็นเรื่องเดียวกันแต่ทำให้มีเป้าหมายชัดเจนมากขึ้น ปัญหาการต่อต้านไม่มี

ตอนแรก HA มี 4ทีม คือทีมผู้ประสานงาน ทีมพันธุกิจ ทีมวิเคราะห์.. กลับไปจะรวมเข้าเป็นทีม facilitator จะต้องกลับไปคุยว่าทีมของเราจะต้องมีความรู้อะไรบ้างเพื่อไปสอนคนอื่น การจะไปสอนหัวหน้างาน อาจจะมีแรงต่อต้านพอสมควร ในช่วงแรกคงจะเน้น unit base ก่อน เรื่อง PCT จะยังไม่เน้นมาก

จะดูว่าหน่วยงานไหนเด่นจะลงไปดูหน่วยงานนั้นก่อนเพื่อเป็นตัวอย่าง

จนท. 80% มีใจที่อยากจะทำอย่างอื่นเพิ่มเติมจากงานประจำ

IP voice สิ้นเดือนนี้จะเก็บและจะวิเคราะห์

บรรยายกาศองค์กรตอนแรกจะทำใน 9 มิติ

เรื่องคู่มือคงให้ facilitator ทำไปก่อน

รพ.เสนา

เหนือความคาดหวังคือสิ่งที่เคยแนะนำเป็นนามธรรม แต่ครั้งนี้เป็นรูปธรรมชัดเจน ได้คู่มือและอาวุธ อยากให้มีการประชุมอย่างนี้ทุก 3 เดือน

1. ทำความเข้าใจกับคนในทุกหน่วยงาน พบว่าคนที่บ้าทำคือหัวหน้าหน่วยงาน แต่คนอื่นพูดตรงนี้ น้อยมาก จะกลับไปสัมมนาในวันเสาร์อาทิตย์

2. ทำ SOP

3. ทำทีม clinical review ใน 4 สาขาหลัก

4. หาผู้เชื่อมโยงประสานงานให้มากขึ้น

5. เขียนบันทึกเหตุการณ์สำคัญต่างๆ

6. สร้างบรรยากาศของ HA ให้บูมทั้ง รพ. เราอยากเห็น logo ของ HA (เชิญชวนส่งมาประกวด ภายใน 1 เดือน)

9. กล่าวปิดประชุมโดย พ.มาลินี

มีอะไรที่จะเป็น trigger point ที่งานนี้จะไม่สำเร็จ ส่วนหนึ่งน้องๆซึ่งประสบการณ์น้อยต้อง deal กับ ผู้ใหญ่ มีความรู้สึกว่าคุณค่าความมั่นใจที่จะไปทำตรงนั้น ขอให้เข้าใจว่าเราจะเล็กอย่างไรเราก็มีสิทธิทำงาน **สำเร็จได้** เพราะการเป็นผู้นำกับการเป็นหัวหน้าคนเป็นคนละเรื่องกัน หัวหน้าบางคนไม่มีความเป็นผู้นำ เรื่องของคนตัวเล็กตัวใหญ่ไม่เป็นอุปสรรคในการทำให้เกิดความสำเร็จ ต้องรู้ว่า fact คืออะไร ปัญหาที่ไม่สำเร็จอยู่ตรงไหน

บางท่านบอกว่าคนไทยชอบนินทา เป็นเพราะเราไม่เคยบอกความดีของลูกเลย มีแต่บอกว่าอย่า ไม่เคยบอกว่าลูกเก่ง แม่ภูมิใจ แต่ฝรั่ง พอเวลาสามีพูด speech ภรรยาจะบอกว่าภูมิใจมากแม้ว่าจะห่วย ของเรามี แต่ negative ก็เลยเกิด paranoid และเสียความมั่นใจ **เราต้องสร้าง positive thinking ในองค์กร เราจะไม่ระแวงว่าเราไม่เก่ง คนนั้นไม่ชอบเรา เราจะมองในแง่ดี จะดูว่าจะทำให้งานเกิดได้อย่างไร**

เราจะต้องเข้าใจว่าเราทำทำไม เราไม่ได้ทำเพื่ออยากจะได้รางวัลมาติดหน้า รพ.เพื่อเอาไปประชาสัมพันธ์ เราไม่ได้ทำเพราะว่าเป็นนโยบายที่ต้องทำ **เราต้องตระหนักว่าที่ทำนี้เพราะเรา concern**

บันทึกการประชุม วันที่ 29 สิงหาคม 2540 หน้า 13

เรื่องของคุณภาพ ขณะนี้ทั่วโลกเปลี่ยนนโยบาย ไม่บอกว่าต้องฉีดวัคซีนให้ครอบคลุม 98% แต่จะถามเรื่องคุณภาพว่าเมื่อฉีดไปแล้วมีคนเป็น polio เท่าไร

เราไม่พูดเรื่องปริมาณเพราะที่บ้านเรานั้นไปด้วยปริมาณจนฟังถึงทุกวันนี้ ถ้าเราพูดเรื่องคุณภาพและใช้ fact เราจะไม่เป็นอย่างนี้ รพ.ของเราเกิดเกินความจำเป็น 300% เงินไปอยู่ตรงนั้นเท่าไร แล้วเราก็กู้มาแย่งคนไข้ ใส่ความไม่จำเป็นลงไปสู่คนไข้ ไม่ฟังวันนี้จะฟังเมื่อไร ที่เรามานั่งกันอยู่ตรงนี้นี้มาด้วยจิตสำนึกว่าเราจะแก้ไขสังคมของเรา จะไม่ให้วิชาชีพของเราล้มต่อจากทรัสต์ เราทำด้วยความจำเป็น ทำด้วยความถูกต้อง ทำด้วยใจรัก

งานนี้เป็นการเห็นเขาขึ้นครก **ต้องมีความอดทน ตั้งใจ มุ่งมั่น แล้วงานเราจะสำเร็จ** หวังว่าทุกท่านคงได้กลับไปพัฒนาและนำความสำเร็จกลับมาทุกท่าน

สรุปข้อคิดเห็นของผู้ประสานงานคุณภาพ หน้า 1

2. Patient Care Team

ปัญหา/อุปสรรค	การแก้ไข	ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
สมาชิกหาโอกาสมาประชุมให้ครบองค์ยากมาก	จัดให้เป็นทีมเดียวกับ TQM โดยให้มีผู้รับผิดชอบคนเดียวกัน กำหนดวันประชุมในรอบต่อไปให้ทุกคนทราบล่วงหน้า	กำหนดกรรมการให้มีจำนวนไม่มาก ประชุมสม่ำเสมอ ใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพ ประกาศให้รู้ว่าจะให้ความสำคัญกับกรรมการชุดใด
มีส่วนน้อยที่จะเสนอความคิดเห็น ส่วนใหญ่จะรับฟังและนำไปปฏิบัติ		ใช้วิธีให้ทุกคนเขียนแทนการพูด ใช้วิธีกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ (ดูรายการหนังสือที่ควรมี)
เจ้าหน้าที่มีเวลาน้อย ต้องทำงานประจำ ทำให้การดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมช้า ทีมที่ตั้งขึ้นยังไม่เข้ารูปเข้าร่วง		ทำให้เห็นว่าการพัฒนาคุณภาพคือการปรับปรุงงานประจำให้ง่ายขึ้น อย่ายึดติดรูปแบบของ รพ. ที่พัฒนามาระยะหนึ่งแล้วให้ค้นหารูปแบบของตนเอง
ขาดความร่วมมือและความเข้าใจที่ถูกต้อง	ถ่ายทอดให้เข้าใจถึงระบบงานวิจัย	ถ่ายทอดอย่างไรก็คงจะไม่เข้าใจ คงจะต้องแสดงตัวอย่างให้เห็น เช่น ผู้ประสานงานคุณภาพศึกษาว่าจะเข้าไปช่วยหน่วยงานใด ทำเรื่องอะไร
สมาชิกทีมอยู่ในหลายทีม ไม่มีเวลาคิด	ปรับปรุงสมาชิกทีมไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน เพิ่มศักยภาพของบุคคลอื่นในการทำงานเป็นทีม	ควรแบ่งกันเป็นตัวแทนไปอยู่ในแต่ละทีม ไม่จำเป็นต้องให้เป็นหัวหน้าคนเดียว ถ้าไม่พอก็ไม่จำเป็นต้องไม่อยู่ทุกทีม
ทีมสนับสนุนกิจกรรมคุณภาพยังไม่มี ขาดการต่อเนื่อง ผู้ประสานงานต้องทำงานหนัก	สร้างทีมสนับสนุน 2-3 คน ในการคิด ประสานงาน และติดตามกิจกรรม HA ของทีมต่างๆ	รีบทำเลยครับ
ถ้ามีทีมมากเกินไป อาจทำให้มีการแบ่งแยกงานกันมากไป		PCT ทำหน้าที่ประสาน ถ้าทุกฝ่ายรู้ว่าใครกำลังทำอะไร น่าจะเกิดความร่วมมือดีขึ้น
บางท่านไม่รับฟังความคิดของผู้อื่น บางท่านไม่มีความคิด ยินยอมให้ผู้อื่นชี้แนะ	จัดวิทยากรมาให้ความรู้	เทคนิคการระดมสมองด้วยการเขียน การตัดสินใจโดยกำหนดเกณฑ์และให้น.แต่ละเกณฑ์ จะช่วยปรับพวกสุดโต่งทั้งสองด้านได้
เป็นทีมที่ใหญ่เกินไป จนท.ยังขาดความกระตือรือร้น	จัดทีมให้เล็กลง ให้ความรู้แนวคิดของ HA มากขึ้น	การแสดงตัวอย่างให้เห็นมีความสำคัญต่อความรู้ความเข้าใจ

สรุปข้อคิดเห็นของผู้ประสานงานคุณภาพ หน้า 2

และขาดความรู้ในขั้นตอนการทำงาน	มองให้เห็นภาพทั้งหมด และขั้นตอนการทำงาน	มาก
ไม่มี มอบหมายให้แพทย์หัวหน้าฝ่าย/กลุ่ม สูติ ศัลย์ med เด็ก ไปฟอร์มทีมเอง	คิดว่าให้ทีมดำเนินการกิจกรรมไปได้เลย หากงานใดเกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่น เช่น lab รังสี ก็ให้เชิญเข้าร่วมประชุมด้วยเป็นครั้งคราว	แจ้ง แก้ปัญหาไปได้หลายอย่าง ไม่สงวนลิขสิทธิ์
การผลักดันให้กลุ่มดำเนินงานต่อเนื่อง แพทย์จะมีเวลาน้อย	QA ซึ่งเป็นเลขานุการของทีมจะดำเนินการประสานงาน โดยปรึกษากับประธานตลอด ตั้งแต่การกำหนดวาระการประชุม การรายงานผล การแก้ไขปรับปรุงในแต่ละส่วนงาน จัดทำรายงานการประชุม และติดตามสมาชิกเข้าร่วมประชุม โดยจะใช้วิธียืนยันทางโทรศัพท์อีกครั้งก่อนวันประชุม 1 วัน หลังจากแจกวาระการประชุมไปแล้ว	แจ้งเช่นกัน ขอให้ช่วยกันนำไปใช้
คณะกรรมการส่วนใหญ่จะซ้ำกัน	พยายามที่จะกระจายแต่ละงานให้ทุกคนมีส่วนร่วม	
ยังขาดบุคลากรบางวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดตั้งทีม		ถ้าเป็นแพทย์คงต้องขอให้ ผอ.ออกแรงขอร้องหัวหน้ากลุ่มงานเข้าร่วม
การจัดตั้งทีมเป็นไปตามตำแหน่ง ซึ่งจะเป็นระดับบริหาร การนัดประชุมแต่ละครั้งจะไม่พร้อม ตามยาก ไม่มีเวลาให้	การประชุมแต่ละครั้ง ถ้ากรรมการที่แต่งตั้งไว้ไม่มีเวลาให้ ควรมอบหมายผู้แทนเข้ามาและต้องเป็นสายงานเดียวกัน เช่น แพทย์กับแพทย์ ไม่ใช่พยาบาล	ทำให้การประชุมน่าสนใจ ผู้เข้าร่วมเห็นประโยชน์
ยังต้องพยายามโน้มน้าวสมาชิกให้เห็นความสำคัญ การทำอย่างสมัครใจ และเข้าใจถึงวัตถุประสงค์	พยายามให้ทุกคนทำงานเป็นทีม	การแสดงตัวอย่างให้เห็นคือการโน้มน้าวที่ดีกว่าการพูด
ผู้ร่วมทีมมีส่วนร่วมในปัญหาที่ทีม set ขึ้นมาไม่ทั่วถึงทุกคน ทำให้ผู้ไม่มีส่วนร่วมเกิดความเบื่อหน่าย	ให้ PCT คิดกิจกรรม และมอบหมายให้ทีมผู้เกี่ยวข้องเป็นทีมทำ ทำเสนอทีมคิดในภายหลัง	เยี่ยม ให้คิดแค่ประเด็นและเป้าหมายก็พอ กิจกรรมพัฒนาให้ทีมทำไปคิดเอง facilitator ต้องช่วยเตือนเมื่อบรรยากาศในกลุ่มเกิดความเบื่อหน่าย
lead team ในที่ปรึกษาบางกลุ่มซึ่งเป็นแพทย์ไม่ขยันเท่าที่ควร	กำลังทำให้เห็นความสำคัญอยู่ โดยเฉพาะหัวหน้าทีม	

สรุปข้อคิดเห็นของผู้ประสานงานคุณภาพ หน้า 3

เริ่มต้นด้วย unit base ถ้าไปด้วยดีจึงเสริมด้วยบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง ขาดคนจะติดตาม	กำหนดทีมติดตาม เวลาติดตามอย่างต่อเนื่อง	
รอความพร้อมของบุคคลในทีม	ให้ความรู้	ชวนทำ แสดงตัวอย่างให้ดู
ไม่ทราบว่าทีมคิด/ประสานในส่วน Corporate function lead team ต้องทำเหมือน PCT ด้วยหรือไม่ ถ้าเฉพาะ PCT ไม่มีปัญหา	ตั้งให้ได้เท่านั้นเอง	Corporate function lead team บางทีมมีอยู่แล้ว เช่น IC บางทีมต้องมาพบปะกันเป็นครั้งคราวเช่น HRD ค่อยดูค่อยเก็บไปเรื่อยๆ ตั้งแล้วให้ดำเนินงานด้วย
ขาดเทคนิคการทำทีมที่ดี ขาดผู้นำกลุ่มที่มีความมั่นใจในตนเองและสามารถสรุปประเด็นปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาเรื่องเวลาของการร่วมกลุ่มและการประชุม	พยายามให้เทคนิคในการทำทีมที่มีคุณภาพแก่สมาชิก ปรับเปลี่ยนโครงสร้างของทีมให้เหมาะสม	facilitator จะช่วย
อยากได้ตำราเยอะๆเพื่ออบรมให้เข้าใจเรื่อง CQI มากๆ อยากได้เครื่องมือเพื่อเป็นแนวทางให้แต่ละทีมทำงานได้ อยากได้แนวทางการทำงานของทีม	จัดอบรม CQI โดยเฉพาะเพื่อจะได้ส่งคนมาอบรม	ดูตัวอย่างและรายการเอกสารที่ควรมี
บุคลากรน้อยไม่มีเวลาประชุมพร้อมกัน	จัดประชุมวันหยุด	ระวังเครื่องชำรุดทรุดโทรม

4. การฝึกอบรมเครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพ

ปัญหา	ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ
ไม่ต่อเนื่อง อบรมเสร็จแล้วเลิก	ควรเริ่มด้วยประเด็นที่จะพัฒนา หาทีมที่เกี่ยวข้อง แล้วค่อยอบรม
การประชุมกลุ่มงานใช้เทคนิคไม่ถูก แทนที่จะระดมสมองเพื่อแก้ปัญหา กลับระดมปัญหามาถกเถียงกัน ทำให้เสียเวลาและแก้ปัญหาอะไรไม่ได้	facilitator จะช่วย, การระดมสมองด้วยการเขียนจะลดการถกเถียง แต่ทุกคนต้องเคารพกฎไม่วิพากษ์วิจารณ์ความเห็นของผู้อื่น, เกณฑ์ตัดสินใจจะช่วย
มีงานประจำอยู่ ทิ้งไปไม่ได้	ระหว่างทำงานคิดไปด้วยว่าจะปรับปรุงอย่างไร ก่อนลงเวรก็เขียนบันทึกไว้ แค่นี้ก็

สรุปข้อคิดเห็นของผู้ประสานงานคุณภาพ หน้า 4

	เหลือเพื่อแล้ว
ไม่มีเทคนิคการเป็นวิทยากรที่ดี ความคิดเห็นในการฝึกอบรมระหว่างผู้บริหารกับผู้ประสานงานแตกต่างกัน	เป็นผู้ไม่ค่อยประมกกร ถ้ามีความเห็นแตกต่างแล้วไม่เสียหายมากนักก็ทำเถอะครับ แต่อย่าลืมหาวีธีประเมินผลด้วย
มีหัวหน้ากลุ่มงานบางคนยังไม่เข้าร่วม โดยส่งตัวแทนระดับต้น ซึ่งตัวแทนไม่แน่ใจว่าจะมีอำนาจสั่งการได้เพียงใดในการพัฒนาคุณภาพงาน	การประชุมตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆต้องให้เกียรติกันและกัน ให้ความเท่าเทียมกัน ไม่กดดัน ตัวแทนไม่จำเป็นต้องมีอำนาจสั่งการ แต่ขอให้รับความต้องการของสมาชิก ในทีมไปสื่อในกลุ่มงานของตัวเองอย่างเป็นกลาง และขอให้สมาชิกในหน่วยงานของตน พิจารณาว่าจะตอบสนองได้อย่างไร การมีผู้มีอำนาจมาตัดสินใจแล้วอาจจะไม่เกิดผล ทางปฏิบัติเพราะลูกน้องไม่เล่นด้วยก็ได้
กลุ่มที่ผู้นำไม่เข้าใจก็ไม่เกิดงาน หลายคนยังขาดความเข้าใจในการทำ HA และมีความวิตกกังวล	ถมนั้นไปก่อนครับ หลุมค่อยถมนทีหลัง
บุคลากรน้อย งานมาก จัดกลุ่มอบรมกลุ่มใหญ่ไม่ได้ ประชุมให้ครบทุกคนยาก	กลุ่มใหญ่ไม่ได้ก็เอากลุ่มเล็ก ก้าวเดินได้ค่อนก้าวก็ยังดีกว่าไม่ก้าวเลย
รัฐบาลห้ามจัดประชุมนอกสถานที่ การอบรมในสถานที่เจ้าหน้าที่ไม่ concentrate เท่าที่ควร	หลาย รพ.ก็จัดอบรมกันในสถานที่ได้ผลอยู่
ยังไม่สามารถสร้างวัฒนธรรมคุณภาพได้มากนัก	จะเปลี่ยนวัฒนธรรมต้องใช้เวลา ที่สำคัญผู้นำต้องเข้าใจและทำเป็นตัวอย่าง
หลังจากอบรมแล้วยังพบว่าปัญหาในเรื่องเดิมอีก	ความต่อเนื่องของการ monitor จึงมีความสำคัญ อย่าเสียอารมณ์ อย่าคาดหวังสูงเกินไป
ต้องมีการให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือและเทคนิคการพัฒนางานกับหัวหน้าหน่วยงานด้วย เพื่อให้เขาสามารถวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางการพัฒนางานด้วยตนเองได้	เห็นด้วย
การรับรู้และความสามารถในการทำเครื่องมือไปใช้ให้เกิดประโยชน์แตกต่างกัน	การทำซ้ำแล้วซ้ำอีกจะทำให้เก่งขึ้นเรื่อยๆ
หลายหน่วยงานอาจขาดบุคคลที่จะเป็นผู้ให้การอบรมหรือให้ความรู้กับหัวหน้างานในเรื่องเทคนิคพัฒนาคุณภาพและช่วยติดตามให้สามารถเอาไปใช้ได้จริง	ถ้าสร้างให้เกิดขึ้นใน รพ.จะดีที่สุด ถ้ายังไม่มีคงต้องอาศัยที่ปรึกษา/วิทยากรจากภายนอก
ผู้มารับไม่ต่อเนื่อง เปลี่ยนหน้ากันมา บางคนไม่มีพื้นฐานเดิม พอมารับช่วงหลังๆไม่รู้เรื่อง	จะแก้ที่ รพ.หรือที่ผู้จัดประชุมดีครับ

สรุปข้อคิดเห็นของผู้ประสานงานคุณภาพ หน้า 5

การอบรม facilitator ของ รพ.มี 3 คน ควรจะให้มาหมด 3 คน ไม่ควรกำหนดให้ส่งตัวแทนมา 1 คน แล้วเปลี่ยนหน้ากันมาไม่ต่อเนื่อง	ที่กำหนดให้มาคนเดียวเพราะต้องการให้คนที่เจ๋งมากที่สุดมา และจะได้มีโอกาสพูดคุยกันอย่างถึงพริกถึงขิง
เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยังไม่มีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือ/วิธีใช้	ในช่วงแรกมีความจำเป็นน้อย การทำงานเป็นทีมและการใช้ความคิดสร้างสรรค์มีประโยชน์มากกว่าเครื่องมือพัฒนาคุณภาพ
ขาดความรู้ ไม่ทราบว่สิ่งทีตนทำอยู่ถูกต้องหรือไม่ ขาดความรู้เรื่องเครื่องมือ โดยเฉพาะสถิติที่จะใช้	กรุณาดูตัวอย่างและรายการหนังสือ
ไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการทำงานวิชาการ/อบรม ไม่มีคนที่มีทักษะ/ความชำนาญในการอบรม	มีโอกาสเมื่อไรที่ตั้งหน่วยที่ว่า ยังตั้งไม่ได้ก็ใช้ที่ปรึกษา/วิทยากรภายนอกไปก่อน การพัฒนาบุคลากรคือสิ่งที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพ
ผู้เข้ารับการอบรมไม่สามารถไปทำงานต่อหรือถ่ายทอดให้ระดับอื่น/บุคลากรอื่นได้	เริ่มจากหาประเด็นก่อนแล้วเอาคนมาอบรมเพื่อทำงาน อย่าสักแต่ว่าอบรม
ทำอะไรจะให้คนที่ฝึกอบรมแล้วเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือ/เต็มใจในการพัฒนา ยอมรับการเปลี่ยนแปลง	ต้องให้เกิดความอยากจากภายในตัวเขาเอง การโค้ชคือการช่วยให้เขารู้ตัวเอง ธรรมชาติของทุกคนต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ต้องให้เขาเป็นเจ้าของการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง
ทุกส่วนมีงานประจำ การ set เวลาพบกันค่อนข้างยาก ผู้ประสานงานต้องพยายามหาข้อสรุปและติดตามเตือนให้มาร่วมประชุมตามวันเวลาที่กำหนด	ดีครับ พยายามหาทางใช้วิธีทำงานเป็นทีมโดยไม่ต้องประชุมด้วยก็ดี
ผู้เข้ารับการอบรมมักจะไม่ทำไปปฏิบัติ เป็นการสูญเปล่า	อย่าไปจัดสิ่งที่สูญเปล่า
การปฏิบัติมักจะติดอยู่ที่ผู้บริหาร	แยกแยะว่าอะไรอยู่ในอำนาจที่ทีมจะทำ อะไรต้องให้ผู้บริหารตัดสินใจ จัดโครงสร้างให้มีการส่งลูกให้ทีมผู้บริหาร

5. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับบรรยากาศในองค์กร

- เป็นแบบประเมินที่ดี แต่จำนวนข้อมากเกินไป
- แบบสอบถามมีรายละเอียดค่อนข้างมาก ได้ข้อมูลแล้วไม่รู้จะเอาไปทำอะไรต่อ เพราะไม่เฉพาะเจาะจง
- องค์กรมีความต้องการพัฒนา แต่ยังมีความเครียดอยู่หลายอย่าง เช่น ปริมาณงาน หวาดระแวงกับนโยบายที่มีการเปลี่ยนแปลงเสมอ

สรุปข้อคิดเห็นของผู้ประสานงานคุณภาพ หน้า 6

- มีการพัฒนาในองค์กรอย่างต่อเนื่อง
- ความสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ในฝ่ายการพยาบาลและบุคลากรทั่วไปยังไม่ได้ดีพอ มีการแบ่งกันเป็นกลุ่ม
- องค์กรยังขาดการเตรียมคนเข้าสู่กระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ยังขาดวัฒนธรรมองค์กรที่ชัดเจน เหมือนเป็นการผสมผสานแต่ยังหาจุดสมดุลไม่ได้ บางเรื่องเป็นลักษณะ top down บางเรื่องเป็น bottom up แต่ธรรมชาติของบุคลากรยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย
- มีหลากหลายรูปแบบทั้งบวกและลบ
- เป็นบรรยากาศที่ active แต่งานประจำหนัก เนื่องจากคนไข้ที่มาใช้บริการมาก ทำให้ทำงานด้านนี้ได้ไม่เต็มที่
- บรรยากาศไม่ดีในขณะนี้ คนออกมาก งานเท่าเดิม ทุกคนมีความรู้สึกเหนื่อยมาก นโยบาย รพ.ลดคนแต่ต้องการคุณภาพ
- มีการวิเคราะห์บรรยากาศองค์กรแต่ผลการวิเคราะห์เข้าไม่ถึง CEO และหัวหน้างานเลย ทำให้ปัญหาของพนักงานไม่ได้รับการแก้ไขเท่าที่ควร
- บรรยากาศองค์กรดี แต่ยังมีบางจุดทำงานหนัก บางจุดเบา การจัดอัตรากำลังยังไม่ดี บรรยากาศการมีส่วนร่วมดี มีความสุขที่ได้เจอกับทีม
- มีความรัก สามัคคี กระตือรือร้นในการทำงาน
- โดยส่วนรวมดีพอสมควร บางครั้งอาจต่ำลงบ้าง ขึ้นๆลงๆ
- มีความตื่นตัวที่จะปรับปรุง การทำงานเป็นทีมยังไม่สมบูรณ์ บุคลากรมีความพร้อมและต้องการปรับปรุงงาน มีความคิดสร้างสรรค์มาก ความพึงพอใจของลูกค้าภายนอกค่อนข้างดีมาก
- บุคลากรทุกระดับพร้อมที่จะพัฒนาหากได้รับการสนับสนุนหรือมีแรงจูงใจที่ดีจากผู้นำน้อง
- ปัจจุบันนี้ ทุกคนโดยเฉพาะผู้บริหาร/ทีมคิด ให้ความสำคัญ/ร่วมมือเป็นอย่างดีกับการพัฒนา HA สามารถบรรลุถึงจุดประสงค์ได้ระดับหนึ่ง

7. พันธกิจ วิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์

ปัญหา/อุปสรรค	การแก้ไข	ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
ยังไม่ได้ทำ ไม่รู้ว่าจะเริ่มต้นอย่างไร แตกต่างกันอย่างใด		ถ้ายังติดขัดอยู่ก็อย่าไปเสียเวลากับเรื่องนี้ มีงานอื่นที่ทำได้อีกมาก
มีทุกยุทธศาสตร์มีความก้าวหน้าไม่เท่ากัน ยังนำลงสู่ผู้ปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วนทุกคน มีปัญหาในการเผยแพร่		ผู้บริหารมีหน้าที่ถามหัวหน้าหน่วยแต่ละหน่วยว่ากำลังทำอะไรอยู่เพื่อบรรลุพันธกิจและเข็มมุ่งที่รพ.กำหนด
ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติมีเวลาว่างไม่ตรงกัน ทำให้จัดประชุมยาก ต้องประชุมในวันหยุดราชการ		ไม่ต้องรอวงออกเคสตร้าก็ได้ครับ จะได้ก้าวออกไปสักก้าวหนึ่ง
ให้ทุกคนเขียนส่งแต่ได้รับความร่วมมือน้อย		นั้นเดินไปถามทีละหน่วยดีไหม

สรุปข้อคิดเห็นของผู้ประสานงานคุณภาพ หน้า 7

ward ยัง focus ที่การทำงานของพยาบาล ไม่ใช่ทีมทั้งหมด		แสดงว่ายังเข้าใจความหมายของคุณภาพไม่ตรงกัน หาตัวอย่างใน รพ. ที่ความด้อยคุณภาพเกิดจากการไม่ ประสานงานกันระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพต่างๆ
เจ้าหน้าที่ทุกระดับยังไม่รับรู้และเข้าใจบทบาทต่อพันธกิจ/วิสัยทัศน์		เป็นหน้าที่ของผู้บริหาร
ชาววิทยากรที่มีประสบการณ์ในการจัดทำ อาศัย การศึกษาจากหนังสือแล้วเอามาจัดทำ		ไม่จำเป็นต้องใช้วิทยากร ใช้ common sense ที่จะ ตอบให้ตรงคำถาม
ไม่มีรูปแบบ ทำพอให้เสร็จไป		เสร็จแล้วขอให้เอามาทบทวนว่าใช้ประโยชน์อย่างไร ทำแล้วทำอีก ปรับปรุงจนใช้ประโยชน์ได้
ทำไมเป็น อบรมโดยวิทยากรภายใน ทุกกลุ่ม/ฝ่ายทำ ได้ แต่ไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือไม่		ลองดูตัวอย่างของเชียงใหม่
ใช้เวลานาน ความคิดหลากหลาย		เป็นเรื่องธรรมดา เราสามารถรวมความหลากหลายได้ โดยการถามว่าทำไมจึงอยากให้มีบรรลุเป้าหมายนี้ จะ ค่อยๆลดความหลากหลายลงเพราะเป้าหมายที่ไกล ออกไปจะครอบคลุมได้มากขึ้น
ยากตอนทำและทำให้เกิดการยอมรับ		ดีใจด้วยที่ตอนนี้เกิดการยอมรับแล้ว
	ถ้ามีปัญหการจัดทำแก้ไขได้โดยการจัดประชุมเชิง ปฏิบัติการร่วมกันให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดง ความคิดเห็นและเป็นเจ้าของ vision/mission ของ รพ.	
มีความเข้าใจเรื่องนี้ไม่ตรงกัน ทำให้สับสน		เรื่องนี้มันยุ่งยากจริงๆ เอาไว้ปีหน้าค่อยมาทำ
เจ้าหน้าที่ยังไม่เข้าใจว่ามีความสำคัญ จะนำไปใช้ ประโยชน์อะไรในการพัฒนางาน มีไว้เป็นลายลักษณ์ อักษรแต่ไม่ทำตามแล้วจะมีประโยชน์อะไร	ยังไม่รู้จะแก้อย่างไร ยังเป็นปัญหาค้างคาใจ	เป็นหน้าที่ของผู้บริหารในการใช้ ถ้าผู้บริหารไม่ใช้เรา ก็อย่าเอามาแบกไว้เลยครับ

สรุปข้อคิดเห็นของผู้ประสานงานคุณภาพ หน้า 8

พูดคุยกับผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารของ รพ. แล้ว ยังไม่มีอะไรเกิดขึ้น ยืนยันว่ามีแล้ว แต่เจ้าหน้าที่ รพ. ไม่รู้ว่าเป็นอะไร	ออกแบบสอบถามข้าราชการและลูกจ้าง รวบรวม ข้อมูลเสนอ กก.บริการเพื่อลงมติ จัดประชุมไม่ได้ เพราะห้ามจัดประชุม	ได้ถามหรือไม่ครับ ที่ว่ามีนั้น มีไว้ทำอะไร จะได้ช่วย เขาไปบอกต่อให้เจ้าหน้าที่
ผู้บริหารกำหนดเอง พนักงานไม่รู้สีกว่าตนมีส่วนร่วม	น่าจะสร้างใหม่โดยเน้นที่ความคิดเห็นของพนักงาน ด้วย	ถ้าผู้บริหารเขาด้วย
บางกลุ่มรู้สึกว่าเป็นแบบปฏิบัติที่เป็นวิชาการ ไม่ ค่อยรู้สึกว่าเป็นต้องมี		ขอแค่ระดับ รพ. ก่อนแล้วกัน แต่ถ้าระดับ รพ. ไม่รู้สึก ว่าต้องมีก็อย่าเพิ่งไปรีดเค้นออกมาเลยครับ
การนำไปใช้น้อยมาก การพัฒนาไม่ตรงกับวิสัยทัศน์ มีการรับรู้รับทราบเพียง 30%		บุญของผู้บริหารทำมาแค่นั้น
ขาดความเข้าใจในความหมาย เข้าใจไม่ตรงกัน		
คนในโรงพยาบาลยังไม่เข้าใจความหมายของพันธกิจ วิสัยทัศน์ และยุทธศาสตร์	เชิญที่ปรึกษามาช่วยดูแลและฟังความคิดเห็น	

8. แผนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ (มีปัญหาคส่วนหนึ่งไม่เกี่ยวกับการทำแผน)

ปัญหา/อุปสรรค	การแก้ไข	ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
แผนยังไม่ครอบคลุมการทำงานทั้งหมด ขั้นตอนใน การทำไม่ชัดเจน	ศึกษาการเขียนแผนจาก ISO9002 ศึกษาจาก รพ. ที่ ได้ทำไปแล้ว	ถ้าเป็นแผนที่เกิดขึ้นด้วยตัวเราเองจะดีที่สุด
การสนับสนุนจากระดับหัวหน้ากลุ่ม ความสนใจและ ความร่วมมือ	ประชาสัมพันธ์ ชี้แจง อธิบายส่วนตัว	
ความพร้อมของบุคลากร		นั้นก็ทำแผนเตรียมความพร้อมของบุคลากรก่อน

สรุปข้อคิดเห็นของผู้ประสานงานคุณภาพ หน้า 9

ได้แผนแล้วไม่ค่อยปฏิบัติตามแผนเนื่องจากมีงานอื่นที่ด่วนมาแทรก	กำหนดขั้นตอนและระยะเวลาดำเนินการที่ชัดเจน สรุปและนำเสนอผลงานให้แก่ผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้อง ได้ทราบ ให้ผลตอบแทนเมื่อทำงานสำเร็จ (ค่าชมเชย ประกาศ เกียรติคุณ เลื่อนขั้นเงินเดือน ความก้าวหน้าทาง วิชาชีพ)	การเอาเรื่องผลประโยชน์ส่วนตัวมาล่ออาจจะเป็น อันตราย อดีตผอ.รพ.โพธารามบอกว่าจะไม่ใช่ได้ ขาดเพราะเป็นการส่งเสริมให้ทำเพื่อตัวเอง ไม่ได้ทำ เพื่อ รพ.
ปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กรใหม่ ทำให้แผนล่าช้าไป บ้าง งบประมาณไม่มีเฉพาะ เป็นอุปสรรคต่อการ ดำเนินงาน		
ปัญหา	แก้ไขได้ ปรับและกระจายงาน กำหนด job	
เจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจ	ประชุมปรึกษาและปรึกษากับที่ปรึกษาของ รพ.	
ปฏิบัติจริงไม่เป็นไปตามแผนมากนัก		ถ้ารู้ตัวก็ควรปรับแผนทันที
ไม่ได้ดำเนินการตามแผนเพราะมีงานหลายงานเข้ามา ในเวลาที่กำหนด		พอจะตัดสินใจได้หรือไม่ว่าอันไหนมี priority กว่ากัน
ไม่สามารถทำให้ทุกแผนพัฒนาไปพร้อมๆกันได้		ยึดหลักถนัดก่อนค่อยถนัดหลุม
ผู้ปฏิบัติยังไม่เข้าใจขั้นตอนต่างๆ	จัดอบรม TQM	อบรมให้ facilitator ก่อนแล้วกัน
ยังทำตามแผนได้ไม่เต็มที่เนื่องจากอยู่ในระหว่างเรียน ผิดเรียนถูก		อย่าลืมเหลียวตามองเพื่อนข้างๆไปด้วย
แผนงานที่เขียนไว้ต้องปรับเปลี่ยนตลอด เพราะปัญหา ที่เกิดจากการปฏิบัติ จากนั้นต้องนำมาปรับเปลี่ยน ใหม่ ทำให้ดูแผนงานไม่มีความถูกต้องแน่นอน ไม่		เป็นเรื่องธรรมดาที่จะปรับแผน ถ้าไม่ได้ปรับแผน แสดงว่าไม่ได้นำแผนมาใช้

สรุปข้อคิดเห็นของผู้ประสานงานคุณภาพ หน้า 10

สามารถนำเสนอแผนระยะยาวอย่างละเอียดให้กับพนักงานในองค์กรได้		
ไม่เป็นไปตามแผนเพราะฐาน QA ยังไม่แน่น		ไม่ต้องรอก็ได้ ทำไปพร้อมกับการสร้างฐาน
บุคลากรทางการแพทย์มีงานประจำอยู่แล้ว จะทำให้ขาดคนทำงานเมื่อจัดการอบรมมากกว่า 1 วัน		งั้นก็อบรมแค่วันเดียว
หน่วยงานยังไม่มีการพัฒนาคุณภาพตามแผน	ติดตาม ไน้มน้าว อบรมฟื้นฟู	
ไม่ค่อยเดิน อาจจะต้องประเมินตนเองแล้วเขียนในแนวทางที่จะทำได้ ได้รับผลกระทบมากจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร		เป็นกำลังใจให้ครับ

9. ความรู้เพิ่มเติมที่ท่านต้องการในการเพิ่มศักยภาพการเป็น facilitator

- ความรู้ในเรื่องคุณภาพ มาตรฐาน การประเมินตนเอง แนวคิดและเครื่องมือ TQM พฤติกรรมศาสตร์
- ศิลปะการพูด การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย การจูงใจ
- ทักษะในการสื่อสาร เพื่อให้คนคล้อยตาม ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ การลดความขัดแย้ง
- บุคลิกภาพในที่สาธารณะ
- การทำงานเป็นทีม กระบวนการกลุ่ม การบริหารเวลา

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

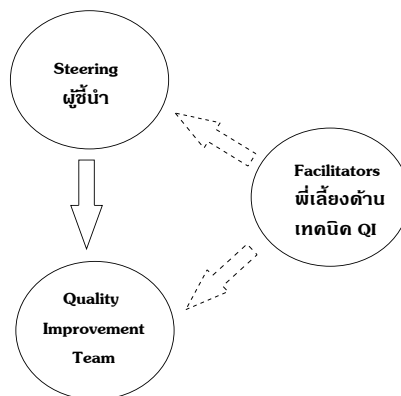
คือการกำหนดหน้าที่และความสัมพันธ์ของผู้รับผิดชอบ/ทีมงานในระดับต่างๆ

ทำไม

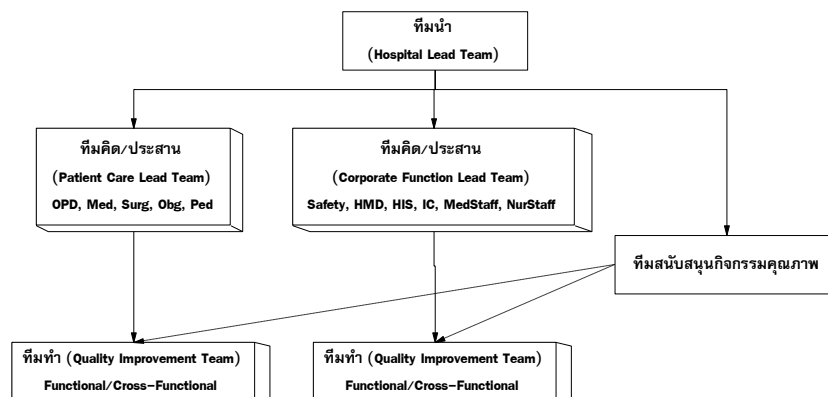
1. โครงสร้างที่ดีทำให้เกิดการเชื่อมต่อกิจกรรมพัฒนาคุณภาพกับการบริหารจัดการได้อย่างแนบสนิท มีการชี้หน้าที่เหมาะสม มีการดำเนินงานอย่างมีเป้าหมายและเห็นภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ เกิดการตัดสินใจเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพได้อย่างรวดเร็ว และเกิดความต่อเนื่องของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
2. โครงสร้างที่ดีส่งเสริมให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยแบ่งหน้าที่ระหว่างทีมต่างๆ 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 ผู้บริหารระดับสูงต้องมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง 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 จะช่วยให้ผู้บริหารรุกได้มากขึ้น

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 การป้องกันความขัดแย้งในช่วงต้นอาจทำได้โดยให้เกียรติตัวแทนของแต่ละหน่วยให้นำเสนอในสิ่งที่หน่วยงานนั้นทำ และค่อยๆ สอดแทรกความต้องการของหน่วยงานอื่นในเวลาที่เหมาะสม ที่สำคัญที่สุดคือต้องไม่กดดันกันและกัน ต้องมี facilitator เพื่อช่วยในเรื่องของกระบวนการประชุม เราควรเผชิญหน้ากับปัญหาด้วยปัญญา ไม่ใช่ด้วยการหลีกเลี่ยง
--	---

ประเมินตนเอง

- การพัฒนาคุณภาพเป็นวาระสำคัญในการประชุมทีมผู้บริหารหรือไม่
- ทีมผู้บริหารระดับสูงระบุปัญหาคุณภาพที่มีความสำคัญของ รพ.หรือไม่
- การตัดสินใจอนุมัติทรัพยากรสนับสนุนตามที่ทีมพัฒนาเสนอมีความคล่องตัวเพียงใด มีโอกาสที่จะถูกระงับได้โดยง่ายอย่างไม่มีเหตุผลหรือไม่
- มีการจัดตั้ง Patient Care Team ตามกลุ่มผู้ป่วยหลักๆของ รพ.หรือไม่ ทีมนี้มีการพบปะกันอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ การประชุมของทีมนี้มีประสิทธิภาพหรือไม่ มีความขัดแย้งในที่ประชุมหรือไม่
- ผู้แทนของ Patient Care Team ได้มีโอกาสนำเสนอความก้าวหน้าและปัญหาให้ทีมชั้นนำระดับ รพ.ได้ทราบหรือไม่
- ผู้ประสานงานกลาง หรือหัวหน้าทีม facilitators มีอาวุโส ความรู้ ทักษะ เจตคติ ในการปฏิบัติหน้าที่ที่ถี่ถ้วนและประสานกับทุกหน่วยงานเพื่อให้เห็นทิศทางการพัฒนาในภาพรวมหรือไม่
- มีทีม facilitators ซึ่งได้รับการฝึกอบรมด้านกระบวนการกลุ่มเพื่อช่วยเป็นพี่เลี้ยงให้กับทีมต่างๆเพียงพอหรือไม่
- 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 ใช้ศักยภาพของทุกคนที่มีประสบการณ์ 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 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำ ความเข้าใจและการช่วยเหลือหน่วยงานต่างๆ
ไม่ต้องการเสียคนมาทำงานนี้เพราะทำให้ค่าใช้จ่าย ของ รพ. สูงขึ้น	ในระยะยาว รพ. จะลดค่าใช้จ่ายจากความสูญเสียที่ไม่จำเป็น เป็นผลจากการทำหน้าที่อย่างแข็งขันของผู้ ประสานงานคุณภาพร่วมกับเจ้าหน้าที่ทั้งหมด
พยาบาลที่มาทำหน้าที่นี้ ต้องทำงานบริการด้วย ไม่เช่นนั้นจะไม่สามารถให้ตำแหน่งทางวิชาการที่สูงขึ้น ได้	ปัญหานี้เป็นเรื่องของการบริหารจัดการภายใน หาก ผู้บังคับบัญชาเห็นประโยชน์ของการพัฒนาคุณภาพ ของ รพ. ต้องไม่เอาเหตุผลเล็กน้อยมาเป็นอุปสรรค
ไม่มีใครอยากมาทำหน้าที่นี้เพราะความก้าวหน้าไม่ ชัดเจน	- ในเชิงวัตถุนิยม ตอนนี้ยังไม่เห็นความก้าวหน้าที่ ชัดเจน - ในเชิงความรู้ วิธีการคิดและประสบการณ์ ผู้ที่มาทำ หน้าที่นี้อย่างจริงจังจะได้รับการพัฒนาอย่างมากมาย มหาศาล และมีความเหมาะสมที่จะรับผิดชอบงานใน ตำแหน่งบริหารที่สูงขึ้นไป
การที่พยาบาลซึ่งมาทำหน้าที่ผู้ประสานงานคุณภาพ รายงานโดยตรงให้ผู้อำนวยการ ถือเป็นการข้ามหน้า ข้ามตา	- มีความจำเป็นที่ผู้ประสานงานคุณภาพต้องรายงาน โดยตรงให้แก่ผู้อำนวยการเพราะเป็นเรื่องของการ เปลี่ยนแปลงในระดับ รพ. - ผู้ประสานงานมีหน้าที่ต้องประสานกับหัวหน้า พยาบาลในส่วนที่เกี่ยวกับบริการพยาบาลอยู่แล้ว
ผู้ประสานงาน TQM/CQI กับผู้ประสานงาน HA ควร เป็นคนละคนกัน	- เป็นความผิดพลาดอย่างมหันต์ที่ไปแยกผู้รับผิดชอบ ออกเป็น 2 คนหรือ 2 ทีม จะสร้างความสับสนในกลุ่ม เจ้าหน้าที่ และเกิดความซ้ำซ้อนในการทำงาน - ทั้ง TQM/CQI และ HA มุ่งไปที่การพัฒนาระบบงาน โดยเน้นผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง - HA มาช่วยเสริมให้การทำ TQM/CQI ประสบ ความสำเร็จง่ายขึ้นเพราะให้กรอบแนวทางที่ชัดเจน - HA มาช่วยเสริม TQM/CQI ในเรื่องของการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้การรับรองเมื่อ รพ. มี ความมั่นใจคุณภาพของตนเอง - ในช่วงการพัฒนา ผู้ประสานงาน HA จึงทำหน้าที่ เช่นเดียวกับผู้ประสานงาน 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 การปรึกษาแนวทางแก้ไขปัญหากับหน่วยงานอื่น 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	หัวหน้าของท่านพยายามชี้แจงการตัดสินใจของกลุ่ม									

		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.รู้ว่าควรทำอะไรเพื่อให้ภาพ 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

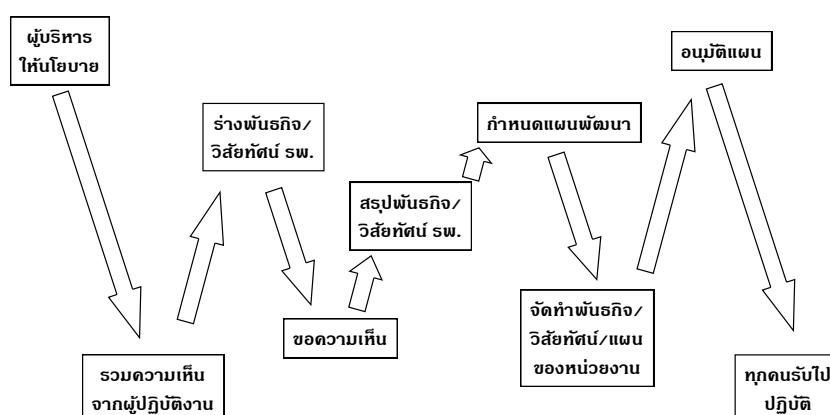
ความเชื่อ/ค่านิยม/อุดมการณ์/ปรัชญา คือสิ่งที่ทุกคนในองค์กรยอมรับว่าจะยึดถือเป็นหลักในการทำงาน

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
- อะไรที่ทำให้ท่านทำสิ่งที่อยากทำไม่ได้

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 /วิสัยทัศน์ จึงจะได้รับการรับรอง	ไม่สำคัญแค่มีข้อความ แต่สำคัญว่าทุกคนเข้าใจหน้าที่ของตนเองว่าต้องทำอะไรเพื่อให้บรรลุพันธกิจและวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้
ต้องเขียนข้อความพันธกิจ/วิสัยทัศน์ให้ยาวๆ มีการผูกเป็นคำกลอนที่ไพเราะ	ต้องการข้อความที่สั้น ตรงประเด็น เพื่อให้จดจำง่าย และมีความหมาย
ต้องมีการใช้เทคนิค A-I-C หรือไปประชุมกันนอกสถานที่	การมีส่วนร่วมอาจทำได้หลายรูปแบบ A-I-C ทำให้รวมความคิดเห็นที่แตกต่างกันได้ง่ายขึ้น การรับความคิดเห็นอาจจะใช้วิธีง่ายๆ เช่น แบบสอบถามก็ได้
ไม่ต้องมีพันธกิจ/วิสัยทัศน์ก็มีคุณภาพได้	ที่จริง รพ.มีพันธกิจ/วิสัยทัศน์อยู่แล้ว 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. เรามุ่งมั่นที่จะรักษาสีแกวตล่อมให้สะอาด 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 จัดทำกิจกรรมส่งเสริมการทำงานเป็นทีม	● จำนวนกิจกรรม
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 เป็นเสมือนผู้ทำคลอດให้กับโครงการพัฒนาคุณภาพ

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

คืออะไร

คือทีมงานซึ่งประกอบด้วยตัวแทนของหน่วยงานและวิชาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแล

ผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน มาร่วมปรึกษาหารือกันเพื่อปรับปรุงการให้บริการผู้ป่วย

ทำไม

1. ผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ามารับการดูแลรักษา ต้องอาศัยการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆมากมาย การประสานงานระหว่างหน่วยงานเหล่านี้มีผลต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับ
2. โดยทั่วไปเมื่อเกิดปัญหาขึ้น มักจะเกิดการกล่าวโทษกันและกัน ทำให้ปัญหาเหล่านั้นเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก การมีเวทีที่จะแลกเปลี่ยนความต้องการและคาดหวังระหว่างผู้ที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกันจะทำให้ผู้รับผิดชอบเห็นโอกาสที่จะปรับปรุงระบบงานเพื่อป้องกัน
3. การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทำให้ลดการมุ่งประโยชน์ของแต่ละฝ่าย ลดความรู้สึกว่าจะเสียเปรียบฝ่ายอื่น ทำให้เกิดเป้าหมายร่วมกันว่าทุกฝ่ายต้องการทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีขึ้น
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 ทีมผู้ป่วยในด้านอายุรกรรมและกุมารเวชกรรม และทีมผู้ป่วยในด้านศัลยกรรมและสูตินรีเวช หรืออาจจะแยกทีมสูตินรีเวชแยกออกไปจากทีมศัลยกรรม
- รพ.ขนาด 400 เตียงอาจจะแยก Patient Care Team ออกเป็น ทีมอายุรกรรม ทีมศัลยกรรม ทีมสูตินรีเวชกรรม ทีมกุมารเวชกรรม หรือบางแห่งอาจจะเพิ่มทีมผู้ป่วยนอก และทีมผู้ป่วยใน โดยแบ่งแยกหน้าที่ให้ชัดเจนว่า 4 ทีมแรกจะเน้นปรับปรุงงานด้านคลินิก และ 2 ทีมหลังจะดูแลเฉพาะในส่วนของการบริหารบริการเป็นหลัก

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 แต่นำสิ่งที่ เป็นความสุขสำหรับทุกคนมาพูดกัน 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) จะลดการใช้ยานอกบัญชียาหลัก 3) จะลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น 4) จะปรับปรุงการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

Patient Care Team แต่ละทีมก็จะมาช่วยกันคิดว่าจะปฏิบัติตามเข็มมุ่งของ รพ.ได้ อย่างไร เช่น ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่ควรจะเป็นเป้าหมายในการลดวันนอน จะลดได้อย่างไร จะมีสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้นอย่างไร ยานอกบัญชียาหลักกลุ่มใดที่มีการใช้มากที่สุด กลุ่มใดที่จะสามารถนำยาในบัญชียาหลักมาใช้แทนได้โดยไม่เป็นผลเสียต่อผู้ป่วย เป็นต้น

ปัญหาในอดีต เมื่อมีนโยบายหรือเข็มมุ่งลงมาจากผู้บริหาร มักจะได้รับการต่อต้านโดยไม่มีการพิจารณาว่าอะไรทำได้ อะไรทำไม่ได้ ทำให้เสียโอกาสและเกิดความขัดแย้ง ถึงวันนี้มีความจำเป็นเพื่อความอยู่รอดของโรงพยาบาลและของประเทศชาติที่ทุกคนจะต้องช่วยกัน สิ่งแรกที่ทำได้คือช่วยกันดูว่าสิ่งใดที่สามารถช่วยกันได้ แทนที่จะหยิบยกเอาส่วนน้อยที่ทำไม่ได้มาเป็นข้ออ้างแล้วก็เลยไม่ทำไปเสียทั้งหมด

3.6 การใช้สถิติที่มีอยู่แล้ว หรือการ monitor เครื่องชี้วัดที่กำหนดขึ้นใหม่

วิธีการนี้เริ่มด้วยการเลือกภาวะทางคลินิกขึ้นมา 1 อย่าง อาจจะเป็นโรคหรือเป็นหัตถการก็ได้ พิจารณามีเครื่องชี้วัดอะไรที่จะสะท้อนคุณภาพการให้บริการได้ (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 ทีมได้ค้นหาวะเบียนของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลนานเกินกว่า 9 วันมาวิเคราะห์

พบว่าส่วนใหญ่มีการติดเชื้อของแผลผ่าตัด และส่วนใหญ่มีระยะเวลารอผ่าตัดเกินกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นผลมาจากการที่แพทย์เวร ER ไปรักษาไปที่แผนกอายุรกรรมหรือกุมารเวชกรรม ซึ่งกว่าที่ศัลยแพทย์จะได้รับการปรึกษาก็ครั้งก็เลยไปอีกวันหนึ่งแล้ว ทางทีมจึงได้เชิญตัวแพทย์และพยาบาลที่รับผิดชอบห้องฉุกเฉินเข้ามาร่วมเพื่อวางแผนทางการตรวจวินิจฉัยและการรักษาสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน

ปรับความเข้าใจ

ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน	ความเข้าใจที่ควรจะเป็น
ไม่ควรเริ่มต้นที่ Patient Care Team ควรเริ่มที่ทีมของแต่ละหน่วยงานก่อน	น่าจะเริ่มไปพร้อมๆกัน Patient Care Team จะช่วยชี้นำทีมของหน่วยงานให้ทำในสิ่งที่มีความหมายมากขึ้น เป็นการผ่อนแรงของผู้ประสานงานคุณภาพในระยะยาว
ไม่รู้ว่าจะเริ่มต้นอย่างไร ไม่มีตัวอย่างให้ดู กลัวว่าจะทำไม่ถูก	-บทเรียนที่ดีที่สุดคือบทเรียนที่ทีมของ รพ.สร้างขึ้นเอง ต้องลงมือทำและเรียนรู้ว่าสิ่งนั้นได้ประโยชน์กับผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยหรือไม่ -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 บรรณาธิกรณ์ 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 -เราไม่ควรเริ่มต้นเขียนในสิ่งที่เลิศหรูแต่ปฏิบัติไม่ได้ 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 การซัพพอร์ต 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

การทบทวนกรณีนี้ได้ตั้งอีกแบบเป็นตัวอย่างหนึ่งที่ได้กล่าวมาแล้ว

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