

บันทึกการประชุม
การเพิ่มพูนสมรรถนะและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาล

26 ธันวาคม 2539 9.00-12.30 น.

ห้องประชุม 1 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Antony Wagemakers

เรื่องนี้เป็นสิ่งที่ผู้คนและองค์กรต่างๆไม่ค่อยเข้าใจ แต่ผู้นำในวงการบริการสาธารณสุข ก็ได้ตัดสินใจที่จะทำเรื่องนี้ มีความสนใจจาก รพ.จำนวน 30 แห่งที่จะเข้าร่วมโครงการ

ปัญหาก็คือ รพ.ที่จะเข้าร่วมในโครงการนาร่องนี้มีความเข้าใจน้อยกว่า HA คืออะไร ต้องการครูหรือที่ปรึกษาเพื่อที่จะมาช่วย รพ.ในการริเริ่มกระบวนการ วันนี้เรามาร่วมกันเพื่อดูว่าทั้งหมดนี้คืออะไร เราจะสามารถให้คำปรึกษาที่ต้องการได้หรือไม่ ในฐานะที่ปรึกษาเราจะเข้าไปใน รพ.ต่างๆและ รพ.เหล่านั้นจะมีความเชื่อมั่นในตัวที่ปรึกษา เป็นสถานการณ์ที่ รพ.จะเปิดตัวเปิดใจ ทำให้ตัวเองโปร่งใส ที่ปรึกษาไม่ต้องการที่จะเสียหน้า รพ.ควรรู้ว่าอะไรที่สามารถทำได้เพื่อให้องค์กรของตัวเองดีขึ้น อาจจะไม่รู้ว่าจะทำอะไร

การที่ รพ.เข้าร่วมโครงการแสดงการยอมรับว่า less than perfect และต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกที่จะมาอธิบาย เป็นบทบาทของที่ปรึกษาที่จะเข้าไปใน รพ.ในฐานะผู้ให้คำแนะนำ ครูเพื่อช่วยผู้บริหารของรพ.ในการทำความเข้าใจกับกระบวนการ accreditation พวกเราที่เป็นที่ปรึกษาก็ต้องเข้าใจก่อน ตัว Tony เองก็ไม่แน่ใจว่าจะเข้าใจหรือไม่ แต่การที่มีโอกาสที่ได้เข้าไปช่วย รพ.ต่างๆในกระบวนการ survey การทำเช่นนั้นทำให้ได้เรียนรู้อย่างมาก แต่ละ รพ.มีวิธีการที่แตกต่างออกไปของตัวเอง ในฐานะที่ปรึกษาจึงได้เรียนรู้ และตระหนักว่าเรารู้้น้อยมากเกี่ยวกับกระบวนการนี้ เราสามารถถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้กับแต่ละ รพ.ได้

หลักการ

1. ที่ปรึกษาต้องยอมสละเวลาที่จะให้บริการกับสถานพยาบาล แต่ละคนต้องตั้งเป้าว่าจะให้เวลากับการเป็นที่ปรึกษาเท่าไร
2. ที่ปรึกษาต้องเข้าใจหลักการพื้นฐานของ HA QA กระบวนการที่ใช้ในการวัดคุณภาพของการดูแลรักษาใน รพ.
3. กระตุ้นผู้นำของ รพ.และทีมบริหารในการจัดกระบวนการ และทำให้ตัวเองมีเวลาให้กับการปรึกษาเมื่อ รพ.มีปัญหา มาตรฐานพื้นฐานได้ถูกกำหนดไว้อย่างกว้างๆ และสามารถตีความได้หลากหลาย มีเสียงเรียกร้องให้ทำ check list เพื่อให้ทำงานได้ง่ายๆ แต่เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เพราะแต่ละองค์กรมีเอกลักษณ์ของตัวเอง อาจจะแปลความหมายของมาตรฐานไปแตกต่างกัน

ผู้บริหารของ รพ.อาจจะบอกกับที่ปรึกษาว่าเรามีมาตรฐานและพอใจกับมาตรฐานนั้นแล้ว ที่ปรึกษาจะช่วยเปรียบเทียบมาตรฐานนั้นกับสถานพยาบาลที่มีขนาดใกล้เคียงกัน เป็นกระบวนการเพื่อปรับปรุง

มาตรฐาน แม้ว่า รพ.จะกำหนดระดับมาตรฐานไว้แล้ว แต่ก็ไม่เคยเปรียบเทียบกับ รพ.อื่น อาจจะสูงมาก หรือต่ำมาก ที่ปรึกษาจะสามารถเปรียบเทียบมาตรฐานกับของ รพ.อื่น

ที่ปรึกษาเป็น global advisor ให้คำแนะนำในเรื่องกว้างๆ ทำให้กระบวนการเริ่มต้นขึ้นใน รพ. รพ.อาจจะมีปัญหาในบางเรื่องซึ่งที่ปรึกษาไม่มีความเชี่ยวชาญ แต่เราในฐานะกลุ่มที่ปรึกษาจะรู้ว่าจะได้ ความเชี่ยวชาญนั้นจากที่ไหน และสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้บริหารของ รพ.ได้

อ.นพ.ปัญญา สอนคม

ได้รับบทเรียนจากแหล่งหลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการร่วมทีมสาธิตการประเมินกับ Tony และการทดสอบคู่มือประเมินสถานพยาบาลของสำนักงานประกันสังคม การตรวจ รพ.ต่างๆของสำนักงานประกันสังคม

การเตรียมตัวก่อนไปร่วมเตรียมประเมิน เรื่องแนวคิดเป็นเรื่องที่สำคัญ แต่เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการทดสอบ เป็นเรื่องของการตรวจสอบ จึงมีลักษณะของ inspector มากกว่า peer

วิธีการประเมินที่เตรียมมากคือการตั้งคำถาม การสังเกต การสัมภาษณ์ เตรียมคู่มือ สิ่งที่เราเคยแนะนำให้สถานพยาบาลทำคือการประเมินตนเอง แต่ไม่ประสบความสำเร็จ แบบประเมินมี 2 ส่วนคือแบบสำรวจข้อมูลและแบบประเมิน เมื่อผู้ประเมินศึกษาแล้วจะได้มอบหมายให้แต่ละคนไปประเมิน

น่าจะมีการเรียงลำดับ แบ่งหน้าที่ เตรียมทำความเข้าใจ เตรียมแนวคิด ในมาตรฐานอันนั้นก็มีส่วน ที่อยากจะให้พัฒนาไปสู่สิ่งที่ดีขึ้นด้วย เมื่อทำเข้าจริงปรากฏว่าไม่เคยได้อ่านแบบประเมินตนเองก่อนเลย เร็วที่สุดคือการอ่านบนเครื่องบิน จึงได้ผลน้อยมาก

การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประเมิน ไม่ค่อยมีปัญหา สังเกตว่าคนที่เข้ามาฟังคำชี้แจงเป็นทีมผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกรอกแบบสอบถาม staff ไม่ค่อยมี ส่วนมากเป็นพยาบาล

เมื่อแยกย้ายกันไปเยี่ยมหน่วยงาน สังเกตว่าคนที่ได้รับการมอบหมายให้มาตอบคำถามคือหัวหน้า คำตอบที่ได้เพื่อเจาะลึกว่าทำอะไร จึงเป็นคำตอบทางทฤษฎี ในเอกสารบอกว่าให้ดูว่ามีคู่มือหรือไม่ ก็มี แต่ไม่แน่ใจว่าเขาได้เอามาใช้หรือไม่ เมื่อขอคุยกับ staff ใช้วิธีตั้งคำถามง่าย ทำอะไร ให้บริการแก่ใคร คนไข้ส่วนใหญ่เป็นอะไร เล่าให้ฟังชีวาท่าอย่างไร ทำไมต้องทำอย่างนั้น มีวิธีการทำได้ดีกว่านี้หรือไม่ ทั้งหมดนี้บางทีก็สัมพันธ์กับคู่มือการปฏิบัติงาน บางทีก็ไม่สัมพันธ์กัน แต่เมื่อถามว่าทำไมจึงทำอย่างนี้เขาตอบได้ เช่น ไปที่พยาธิวิทยาคลินิก ถามว่ามีตรวจ AIDS หรือไม่ ตอบว่ามีครับ วันละเท่าไร ถ้าต้องตรวจ วันละร้อยคนจะทำอย่างไร ใครเป็นคนเก็บ ใครเป็นคนตีดยาย เขาตอบทันทีว่าอย่างนั้นต้องทำเป็นทีม ตั้งแต่ต้นจนจบ แต่เมื่อไปดูในคู่มือปรากฏว่าไม่มี แสดงว่า รพ.มีมาตรฐานแต่ไม่ได้เขียนไว้

เมื่อถามว่าจะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร ก่อนข้างล่างแล้วจะตอบอย่างไร เมื่อชี้ให้ดูมาตรฐานตัวเอนว่า เห็นว่าอย่างไร ทำได้หรือไม่ เคยคุยกันหรือไม่ ส่วนใหญ่จะตอบลงเล แล้วแต่เจ้านายว่าจะเอาอย่างไร

โดยสรุปคิดว่ามีมาตรฐานอยู่แล้ว คนรู้ แต่จะทำจริงจังสม่าเสมอเป็นสิ่งที่เราต้องไปกระตุ้น

บันทึกต่างๆ เป็นเรื่องสำคัญ ทุกคนยอมรับว่าวิชาชีพที่แย่ที่สุดเรื่องบันทึกคือหมอ ดีที่สุดคือพยาบาล บันทึกเหล่านี้ตอนที่ไปกระบี่ได้คุยกับ Tony ว่าจะประเมินอย่างไรในเมื่อไม่มีบันทึก Tony ก็ใช้วิธีสัมภาษณ์ ซึ่งมีมาตรฐานเป็นพื้นฐานพอสมควร แต่เมื่อเจาะลึกในด้านคลินิกจริงๆ ถ้าองค์กรวิชาชีพในด้านนั้นไม่ active เพียงพอคงจะกระตุ้นได้ยาก

สำหรับการทำงานเป็นทีม ไม่ค่อยมีการประชุมในระดับฝ่าย ถ้ามีมักจะเป็นเรื่องแจ้งให้ทราบ นโยบายของกระทรวง ที่อภิปรายกันมากคือปัญหาของการปฏิบัติงาน แต่เรื่องของคนไข้ไม่ค่อยมี มีแต่ทำงานไม่คล่องตัว ขาดเครื่องมือ

ในการเป็นที่ปรึกษาต้องปรับเจตคติ แนวคิด เพราะมีนิสัยไปตรวจเยี่ยม สั่งสอน บางครั้งก็ดูเอาบ้าง ต้องเปลี่ยนจาก inspector มาเป็น peer จะทำอย่างไร ประการที่สองคือต้อง เตรียมคำตอบถ้าเขาถามว่าจะให้ทำอย่างไร

ศ.นพ.สิน อหุราษฏร์

มีประสบการณ์ที่ถูกตรวจสอบ ในอเมริกาจะมาทุก 3 ปีเพื่อดูว่ามาตรฐานที่เขากำหนดไว้จะต้องมีการปรับปรุงอะไรหรือไม่ แล้วก็ recertify เราคุยกันว่าเป็นการสมัครใจ แต่จริงๆไม่ใช่เพราะคนไข้มากกว่า 80% จ่ายโดย third party ถ้าเขาไม่จ่าย รพ.ก็ตาย รพ.จึงเอาจริงจังมากกับเรื่องนี้ การเตรียมตัวเป็นภาระกิจเหมือนกับการกวดวิชาในบ้านเรา จะมีบริษัทที่ปรึกษามาทำ mock survey ให้กับ รพ. มีการไปเข้าเรียนว่ากระบวนการนี้เป็นอย่างไร เพราะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และไม่มีการสอนในโรงเรียน เหมือนกับการเตรียมตัวสอบ

แทนที่จะให้แพทย์ในโรงเรียนแพทย์มาเห็นด้วย เป็นสิ่งที่ยากเลือดตาแทบกระเด็น

บาง area ต้องมีคู่มือหรือ procedure เราก็ถามว่าทำไมต้องมีเพราะเรารู้อยู่แล้ว เขาบอกว่าคนที่ไม่รู้เรื่องดีที่สุดในทีมมักจะเป็นหัวหน้า ถ้าหัวหน้าไม่สบายสักเดือนก็แย่แล้ว เราเขียนทีเดียวแล้วก็ค่อยๆปรับๆ ก็ได้ประโยชน์

6 เดือนก่อนของจริง ที่ปรึกษาจะมาทำ mock survey พวกนี้จะเป็นผู้ survey เก่า เขาจะรู้ปัญหาและแนะนำให้เราแก้ไข

เมื่อทีม survey จริงมาแนะนำวัตถุประสงค์แล้วก็แบ่งออกไปเป็น 3-10 ทีม หัวหน้าทีมมักจะเป็นผู้อำนวยการจะพูดคุยกับผู้บริหารและคณะกรรมการ เพื่อดูว่า commitment ของผู้บริหารมีมากน้อยแค่ไหน ถ้ามีอะไรผิดพลาดเขาจะไม่ตำหนิผู้ปฏิบัติงาน แต่จะตำหนิผู้บริหาร

กลุ่มที่ 2 คือ medical staff surveyor จะดูว่ามีการปกครองกันอย่างไร ขอดูว่ามีธรรมเนียมหรือไม่ การรับแพทย์เข้ามาทำงานมี credential review อย่างไร แม้ว่าคนที่เป็น medical staff อยู่แล้วไปเรียนอะไรมาก่อนจะทำของใหม่ต้องให้ credential committee review ก่อน เป็นการ protect คนไข้มาก ในการทำงานร่วมกันมีการประเมิน competency ของแพทย์อย่างไร เป็นสิ่งที่คณะแพทย์ไม่ชอบมากๆ แต่ peer

review เป็นเรื่องสำคัญมาก เมื่อมีปัญหาแล้วมีการฟ้องร้องกันไม่ใช่สิ่งที่ดี เมื่อมีปัญหาคณะแพทย์ต้องมีการ audit และมีการยุติการทำงานของแพทย์บางคนที่ไม่มีความ competency

อีกตัวอย่างหนึ่งคือ GI lab มีบันทึกหรือไม่ว่าเมื่อคนไข้เข้ามาใครทำอะไร มีข้อบ่งชี้อะไร มีผลลัพธ์อย่างไร สิ่งที่ทำให้ความสำคัญมากคือ conscious sedation เป็นสิ่งที่มีอันตรายมาก เขาจะดูว่าเรา monitor อย่างไร ที่เป็นมาตรฐานต้องใช้ pulse oximeter ถ้ามี cardiac arrest จะทำอย่างไร มี crash cart หรือไม่ ยาในรถฉุกเฉินหมดอายุหรือไม่ เราเช็คยาบ่อยแค่ไหน เราจะไม่เคยเช็คเลยเพราะไม่เคยมีปัญหา เป็นสิ่งที่ทำให้เราทำงานด้วย honest

เวชระเบียนจะดูละเอียดมาก เราจะต้องเตรียมรายชื่อของคนไข้ในทั้งปีให้เขา เขาจะสุ่มเลือกผู้ป่วยมา 10 ราย ดูประวัติการรักษา การผ่าตัด การสรุป chart แบ่งปัญหา เป็น 3 ประเภท ถ้าแพทย์บันทึกเวชระเบียนไม่สมบูรณ์แพทย์จะถูกแขวน privilege ไม่สามารถดูคนไข้ใน รพ. นั้นได้

กลุ่มที่ 3 จะไปดูหน่วยงานสนับสนุนและพยาบาล จะไปตาม floor ต่างๆ คุยกับพยาบาล ดู lab และอื่นๆ หลังจากวันครึ่งจะมี exit meeting หัวหน้าจะสรุปว่า รพ. มีจุดอ่อนอะไร สำคัญหรือไม่สำคัญ ถ้าเป็นประเภท 2 หรือ 3 ก็จะขอให้แก้และจะ recertify ถ้าเป็น type 1 อีก 3 เดือนเขาจะกลับมาดูอีกที ส่วนใหญ่จะให้เวลา 6 เดือนในการแก้ไข เป็นช่วงที่ปวดหัวมาก overall แล้วก็คุ้มค่า ได้ประโยชน์กับคนไข้มาก

Joint Commission นั้นสมาคมแพทย์ทุกแห่งจะเป็นสมาชิกหมด สมาคมโรงพยาบาลเป็นสมาชิกสมาคมที่สำคัญทุกแห่งให้การสนับสนุน จึงเป็น non-profit ที่ powerful มาก

พล.อ.ท.กิตติ เย็นสุดใจ

มีประสบการณ์ในการทำมาตรฐานโรงพยาบาลและไปตรวจ รพ. ประกันสังคมตั้งแต่เริ่มแรก ก่อนหน้าที่ พรบ.ประกันสังคมจะประกาศได้มีการแต่งตั้งกรรมการเตรียมการ ได้สร้างกฎเกณฑ์ต่างๆ สำหรับประกันสังคม โดยเฉพาะสำหรับการรักษาพยาบาล ต่อมาได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการการแพทย์ของประกันสังคม ต้องวางเกณฑ์มาตรฐานของประกันสังคม มีเวลาแค่ 6 เดือน ทุกคนที่มาเป็นกรรมการก็ให้อำนาจกันมาด้วยความสมัครใจ เมื่อ อจ.ไพโรจน์ไปเป็น รมต. จึงได้เป็นประธานแทน ได้มีการกำหนดมาตรฐานของประกันสังคม ได้มาตรฐานคร่าวๆ ขึ้นมา อ่านแล้วรู้สึกว่าเป็นจุดเริ่มแรกจริงๆ

main contractor ที่จะรับเงินจากประกันสังคมมีมาตรฐาน 6 ข้อ ครอบคลุมกว้างมาก มีการบริหารจัดการให้ผู้ประกันตนได้รับความสะดวกในการรับบริการทางการแพทย์ มีการสำรองเตียงสำหรับผู้ประกันตน มีบริการทางการแพทย์ 12 สาขาหลัก

ในช่วงต้นต้องขอรับรองให้พ.ร.ัฐรับดูแลผู้ป่วย ปลายปี 34 มีรพ.เอกชนสมัครเข้ามามาก เราเริ่มต้นเข้าไปตรวจสถานพยาบาล ขณะนั้นเราเป็น inspector จริงๆ ไม่รับไม่ได้เงิน แต่ก็ไม่มี รพ. ให้เราตรวจมากนัก

คนที่ไปตรวจคือคณะกรรมการ 15 คน ก็ได้ให้คำแนะนำว่าให้พยายามรับให้มากที่สุดเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ประกันตน รพ.ทั้งหลายเหล่านี้เป็นสถานพยาบาลซึ่งกองประกอบโรคศิลป์ปรับไว้เรียบร้อยแล้ว แต่ถ้าขาดในส่วนสำคัญเช่นบันไดหนีไฟ เราก็ไม่ยอมให้ผ่าน

จำนวนเจ้าหน้าที่ใน list ที่ให้เราไว้ไม่ตรงกับเจ้าหน้าที่ที่รับเงินเดือนจริงก็มีการตัดเดือนกัน

ในระยะแรกเราแนะนำให้เขาแยกผู้ป่วยประกันสังคมออก แต่ปรากฏว่าผู้ประกันตนไม่ชอบ สำหรับเรื่องคุณภาพตอนนั้นเราก็ไม่ทราบว่าจะตรวจอย่างไร เราจึงใช้วิธีตรวจเฉพาะเขียนบันทึกเป็นอย่างไร เราขอดูเดี๋ยวนั้นเลย เกือบร้อยละเปอร์เซ็นต์ไม่มีบันทึกของหมอ มีแต่ของพยาบาล ถามว่าทำไมไม่มี ผอ.บอกว่าถ้าไปเคี้ยวเชิฐมากเดี๋ยวมอก็ไม่มาทำ บางรพ.ไม่มีแม้แต่กระดาษสำหรับเขียน เพราะใส่แล้วหมอไม่เขียน

ประกันสังคมได้พัฒนามาตรฐานขึ้นมา ในปัจจุบันสำนักงานประกันสังคมมีแพทย์เต็มเวลาสำหรับตรวจ รพ.ของประกันสังคม

นพ.ชาตรี ดวงเนตร

อยู่เมืองไทย 2 ปีทำไป 2 อย่าง

1. ปรับมาตรฐานให้เป็นของไทย สํารวจ รพ.ในเครือข่าย

2. ร่วมกับ สมอ. ทำ ISO9002

ได้เปรียบเทียบทั้ง 2 ระบบนี้ เห็นว่า

1. พบกับสิ่งที่ไม่น่าจะใช้ในประเทศไทยได้เยอะแยะ

2. มีสิ่งที่น่าจะทำแต่เราไม่ได้ทำเยอะ

3. การจัดตั้งระบบในประเทศไทย ชอบให้มีคนมานั่งข้างๆแล้วช่วยทำ ให้เขาพัฒนาเองยากมาก ISO ไปได้เร็วกว่าเพราะมีคนมานั่งจูงมือเขียน เราควรจะมีทีมเข้ามา active involve กับลูกข่ายให้ดี

4. ตัวมาตรฐานในการมาสำรวจ รพ.ควรมีลักษณะที่ไม่ใช่ประดิษฐ์ขึ้นมาเอง ควรเอาของคนอื่นมาปรับ

5. structure quality ไม่ควรเป็นหน้าที่ของ accreditation ให้กองประกอบโรคศิลป์ปรับไป เพราะถ้าเอาไปใส่แล้วจะมหาดศาล

6. ควรจะดูเฉพาะ process quality เรื่องบันไดหนีไฟไม่ควรจะอยู่ในนี้

7. ลักษณะของ accreditation ควรจะเป็นโดยสมัครใจ แต่ผูกพันกับผู้จ่ายเงิน สิ่งที่เราทำขอให้ 1 มาตรฐานและทุกท่านยอมรับมาตรฐานนี้

ดร.ศิริพร ดันติพลูวิทย์

รพ.ที่ไม่รู้ว่าจะเริ่มต้นอย่างไรเพราะขาดฐาน QA เพราะตรงนี้คือที่มาของการทำงานเป็นทีม และตรงนี้จะพื้นฐานในการตรวจสอบ

เราทำในเครือข่ายเล็กๆ ซึ่งจะได้ผลหากไม่มีนโยบายขององค์กร เพราะ third party payor เป็นตัวกำกับ และต้องการให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด

เราทำอย่างไรในการสร้างคัมมิตี ในอดีตมีความสับสนและวุ่นวายพอสมควร ถ้าเราเอาสูตรสำเร็จเข้ามาจะไม่ได้ เพราะโครงสร้าง value ความก้าวหน้าในด้านเทคโนโลยี ระบบการบริหารจัดการ ไม่เหมือนกัน มาตรฐานของ JCAHO เปลี่ยนไว้มาก เอามาตรฐานของออสเตรเลียและ JCAHO มาประสมประสานกัน เพื่อให้ใช้ได้กับ รพ.ที่มีความหลากหลายในเอเชีย การเริ่มต้นของเราก็กลั่นลูกกลูกหลานในตัวเอง

ต้องชัดเจนว่า รพ.ของเราอยู่ตรงไหน จัดแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ primary care, secondary, tertiary hospital ไปดูที่ essential service ของ รพ.

ใน health care ปัจจุบันนี้ไม่มีใครเหนือกว่าใคร ทุกแผนกมีความสำคัญหมด

สิ่งที่ประสบคือในบริการที่จำเป็นแต่ละหน่วย (จะไม่เรียกเป็นแผนก) ถ้าไม่มีจะเป็นอันตรายแก่ผู้รับบริการ

ผู้ที่เข้าไปตรวจสอบต้องถามตัวเองว่าเราอยู่ในมาตรฐานใด เราจะบงการให้มิกับผู้ปฏิบัติการได้หรือไม่ ทำอย่างไรเราจะเป็น peer ไม่ใช่ inspector เราจะต้องทำออกมาเป็น criteria เป็น check list เพื่อตกลงร่วมกันว่านี่คือสิ่งจำเป็นที่เราจะต้องมีใช้ไหม สิ่งใดที่คิดว่าบงการมากเกินไปให้สะท้อนกลับมา เป็นการทำความเข้าใจร่วมกัน ถ้าข้อมูลตรงนี้เข้าไปไม่ถึงจะทำให้เกิดการต่อต้านกันว่าดีแต่พูด เราไม่เห็นรู้เรื่องอะไร เพราะเราต้องการให้เขามา professional autonomy เราไม่ต้องการ master of all detail ไปดูแต่ละหน่วยมากเกินไป ไม่ได้ดู integration และอันนี้เราจะเอามาเตรียมเป็นคู่มือการประเมินตนเอง เมื่อมาจากตัวเขาเขาจะไม่มีการต่อต้าน accreditor จะใช้ตรงนี้เป็คู่มือในการตรวจ เหมือน ISO9000 เขาตรวจและรับรองที่โครงสร้างและกระบวนการ แต่ไม่ได้รับรองที่ product

ในการเริ่มต้นเท่าที่ผ่านมา ทำ QA unit base ให้ได้เสียก่อน มิฉะนั้นแล้วเราจะไม่มีความรู้สึกร่างานนี้เป็นงานของเรา และเราจะต้องทำ แล้วจึงจะมาสร้างคัมมิตีในการตรวจสอบ มิฉะนั้นจะเกิดความสับสนทั้งผู้ตรวจสอบและผู้ถูกตรวจสอบ เหมือนกับของประกันสังคม เนื่องจากไม่มี guideline รพ.ต่างๆ มีความแตกต่างกันมาก

เรื่องของ service team ควรจะมีใครบ้าง ใครก็ได้ที่มีประสบการณ์ในด้าน health care สามารถมอง big picture ได้ อย่าเอาผู้ที่ไปจุกจิกจู้จี้กับแผนกต่างๆ เราไม่ใช่ตำรวจ ต้องดูว่า essential service ในแต่ละหน่วยจะประสานกันได้อย่างไร นอกจากนั้นควรจะมีการประสมประสานของหลายคนด้วยกัน กลุ่มแพทย์ กลุ่มพยาบาล รวมทั้ง finance เพื่อดูว่ามีฐานมั่นคงในการดำเนินงานหรือไม่ และเข้าไปดูในด้านบริการสนับสนุนได้ด้วย

ถ้าไม่ชัดเจนดี๋ยวจะเป็นการชี้ข้างจับตักแทน เพราะไปดูในเรื่องหุยมหุยมิ เราไปสำรวจตามสภาพความเป็นจริง ต้องปรึกษากันก่อนว่าใครดูอะไร ถามอะไร ควรจะถามใคร เราไม่ควรให้หัวหน้าไปกับเรา เพื่อจะได้ดูการปฏิบัติงานตามสภาพความเป็นจริง ถ้าหัวหน้าไปด้วยการทำงานจะเปลี่ยนแปลงไป หัวหน้าจะด่าลูกน้องทันที

มีคำถามที่แพทย์ท่านหนึ่งกระซิบว่า รพ.ที่ทำ HA ก็ไม่ได้มีคนไข้มากขึ้น แต่เป็นหลักประกันให้กับประชาชนในสังคมว่าถ้าคุณเข้ามาแล้วไม่ถึงที่ตายจะไม่ตาย ถ้าถึงที่ตายจะตายดี คงจะไม่ฮือฮากันมากนัก เราไม่อยู่กับเขานานเพียงพอที่จะรู้พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย

Antony Wagemakers

peer review ที่ปรึกษาจะต้องมีความไวและระวังเมื่อไปดูที่กระบวนการ peer review มันไม่ใช่การตรวจสอบการทำงานของแต่ละคนหรือกลุ่มคน แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้สำหรับแต่ละคนที่ทำงานในองค์กร เช่น เรามีผู้ป่วยซึ่งเป็นโรค มีการให้การวินิจฉัยโรค ส่งการรักษา และการตอบสนองของผู้ป่วย peer review จะรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยหลายๆราย และวิเคราะห์ความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรคและการรักษา ตลอดจนการส่งการรักษา นี่เป็นการประเมินและได้รับการบันทึกไว้ ทำให้แพทย์ได้เรียนรู้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งแพทย์คนอื่นใน รพ.ก็ได้เรียนรู้ไปด้วย ไม่ว่าจะเหมาะสมกับแพทย์คนอื่นหรือไม่ก็สำคัญ ในการทบทวนจะไม่มีกระบวนการชื้อแพทย์หรือผู้ป่วย สิ่งที่สำคัญก็คือมีการให้การวินิจฉัยโรคที่ต้องการหรือไม่ การส่งการรักษาเหมาะสมหรือไม่ ผลการรักษาเป็นอย่างไร ถ้าผลไม่ดี กลุ่มแพทย์จะปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างไร

เวชระเบียน ให้ระลึกว่าปริมาณไม่ได้ตัดสินคุณภาพ เป็นเนื้อหาที่บันทึกมากกว่า แม้ 1 คำหรือ 1 ประโยคก็อาจจะมีความหมายมากกว่าการเขียนเป็นหน้า ต้องดูเนื้อหามากกว่าปริมาณ ทรัพยากรหรือเครื่องมือไม่ได้ตัดสินคุณภาพ เป็น commitment ของแต่ละคนที่ทำงานซึ่งทำให้เกิดคุณภาพ แพทย์ที่รวมกันเป็นกลุ่มจะต้องดูว่ามีอะไรในองค์กรที่จะใช้เพื่อทำให้เราให้บริการที่มีคุณภาพ ที่ปรึกษาที่เข้าไปใน รพ.อาจจะพบว่าทุกสิ่งทุกอย่างสวยงาม แต่ไม่มีอะไรที่เกี่ยวกับคุณภาพในการให้บริการ เราต้องดูที่ commitment ของแต่ละคน ความเต็มใจที่จะตรวจสอบการทำงานของตนเอง สำหรับพยาบาลดูว่ามีการเตรียมแผนการพยาบาลและดำเนินการตามแผนได้ดีเพียงใด ไม่ได้ดูที่ทรัพยากรเลย

มาตรฐาน เราไม่สามารถใช้ใบอนุญาต เราต้องทำให้เป็นระบบสมัครใจ เมื่อเราเข้าไปใน รพ. ระบบที่กำหนดในต่างประเทศอาจจะใช้ไม่ได้ผลเลย ต้องเป็นการสร้างขึ้นมาจากเฉพาะที่ เราจะดูระบบการประกันคุณภาพ การนำของ รพ. หากไม่มีการนำที่ดีจะไม่ประสบความสำเร็จ

ความเข้าใจในกระบวนการ เราต้องสอน อธิบาย และสาธิตกระบวนการ accreditation

รพ.ทำอยู่แล้ว แต่ไม่มีระบบระเบียบที่จะทำให้เข้ามาอยู่ในกระบวนการอย่างชัดเจน

การทำงานของที่ปรึกษาเริ่มต้นหลังจากที่ผู้บริหารของ รพ.แสดงความจำนงค์ว่าต้องการทำอะไร แล้วที่ปรึกษาจึงเข้าไปช่วย

ทุก รพ.ในประเทศไทยสามารถปรับปรุงเวชระเบียน ที่ปรึกษาจะทำงานร่วมกับผู้บริหาร สิ่งแรกคือ คณะแพทย์และผู้บริหารจะต้องตกลงร่วมกันว่าเป้าหมายของเวชระเบียนคืออะไร ใครจะเป็นผู้ใช้ มี

กฎระเบียบอะไรที่เกี่ยวข้อง ต่อจากนั้นกำหนดเนื้อหาของเวชระเบียนที่ควรจะมี อะไรจำเป็น อะไรไม่จำเป็น จากนั้นสร้างกระบวนการให้เกิดการบันทึกและการบริหารจัดการ

แต่ละคนที่บันทึกเวชระเบียนเป็นผู้บริหารเวชระเบียน ซึ่งไม่ใช่วิธีการที่ถูกต้อง ผู้ที่บันทึกเวชระเบียนไม่จำเป็นต้องบริหารจัดการเวชระเบียน แต่ควรเป็นหน้าที่ของคนที่ทำงานในแผนกเวชระเบียน มีงานจำนวนมากที่ต้องทำ เจ้าหน้าที่เวชระเบียนต้องให้บริการแก่ผู้ที่บันทึกข้อมูลในเวชระเบียน เพื่อให้การทำงานง่ายขึ้น

ถ้าผู้บริหารดูว่าจะมีวิธีใดปรับปรุงเวชระเบียน และเป็นการทำให้แพทย์และพยาบาลต้องทำงานมากขึ้น แสดงว่าเรากำลังเดินผิดทาง เราต้องทำให้ง่ายขึ้น ทำให้แพทย์และพยาบาลทำงานง่ายขึ้น

มาตรฐานของพยาบาลต้องมีแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน มีการทำ peer review สำหรับคณะแพทย์ รพ.แต่ละแห่งจะอย่างไร จะต้องจัดทำระบบของตนเอง トラバได้ที่มีกระบวนการนี้

รศ.นพ.ไพโรจน์

ครั้งละครึ่งวัน ช่วงบ่าย

วิธีการส่วนใหญ่เรามาถูกทาง ทั้งหลายที่เราพูดกันลงไปในเรื่องเอกสาร ระบบ แนวคิด น่าจะเป็น กระแสที่ดีสู่ความเป็นเลิศ มุมมองอีกมุมหนึ่ง ทั้งหลายเหล่านี้เป็นองค์รวมของความผาสุกระบบสาธารณสุข ความผาสุกนี้ต้องเริ่มจากผู้ทำงาน จากกลุ่มพวกเรา ไปสู่คนที่ใกล้ชิด โลกนี้ไร้พรมแดน ถ้าเราไม่ยอมรับ มาตรฐานสากล เราจะประสบความลำบาก เราต้องใช้ศาสตร์ ทำอย่างไรให้เกิดความปกติสุข ขณะนี้เรา เอาศาสตร์เข้ามาหลากหลาย เกิดความปกติสุขหรือไม่ จุดนี้คือข้อที่น่าจะคำนึง องค์รวมตรงนี้ทำไป เมื่อเดินไปถึงก็ต้องนึกถึงว่าปัจจุบันนี้ทำได้แค่ไหน รพ.บำรุงราษฎร์จะเป็นแบบอย่างได้ไหม จะเกิดปกติสุขหรือไม่ ถ้าได้พบหน้าพูดจากันรู้เรื่อง ใครมีศาสตร์ต่างๆ มาแลกเปลี่ยนกัน เรารู้หมดทุกคน แต่ทำไม่ได้ ตามที่รู้ ปัจจัยที่ผสมผสานมาเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ มีการปรับเปลี่ยนทุกชั่วโม่งทุกนาที่ ตรงนี้เอา ระบบเข้ามาจับ ระบบเป็นสิ่งที่ดี แต่ไม่เลื่อนไหลเท่ากับมนุษย์กับมนุษย์ซึ่งจะต้องอบรมบ่มนิสัยซึ่งกันและกัน

กระบวนการทั้งหลายซึ่งได้อ่านมา ไม่เขียน progress note เพราะไม่มีเวลา เขียนแล้วไม่ได้ใช้ ในโรงเรียนแพทย์จะเขียนเฉพาะ key word จากการเขียนไม่กี่ตัวขึ้นศาลแล้วตอบคำถามได้หรือไม่ เพราะมีคอมพิวเตอร์อยู่ในตัวซึ่งถ้าเขียนแบบนี้หมายความว่าทำแบบนี้ ถึงเวลาแล้วที่เราจะต้องเขียนออกมาเป็น ลายลักษณ์อักษร ธรรมชาติของแพทย์เราเป็นอย่างนี้ วิทยาลัยแพทย์ต่างๆจะต้องเข้ามาช่วยกันพัฒนา HA มีใช้การตรวจสอบการตรวจติดตามเท่านั้น แต่เป็นการตรวจเพื่อเพิ่มเติมเสริมให้เต็มอย่างต่อเนื่อง

ถ้าจะให้โครงการนี้สำเร็จเราจะต้องลงมือทำและทำเพื่อเสริมสร้างซึ่งกันและกัน

เชื่อในภูมิปัญญาของทุกท่าน ศาสตร์ที่เราศึกษามาแล้ว สิ่งที่น่าจะได้ที่สุดคือการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ มุ่งไปสู่กลไก วิธีทำอย่างไร

ควรจัดสัมมนาเรื่องที่สำคัญสัก 3-4 วัน มาพบกันเดือนละครั้ง

แผนการทำงาน

ความสัมพันธ์ของการทำงานของที่ปรึกษาทั้ง 3 กลุ่ม ใครจะเป็นผู้บันทึกการทำงาน

นพ.วิชาญ เกิดวิชัย

ที่ปรึกษาคงจะต้องช่วยกระตุ้น เพราะแรงผลักดันในประเทศไทยยังน้อยอยู่

การค้นหาส่วนขาด ยังอยากได้มากกว่าที่ Tony บอกให้ รพ.ทำเอง ผู้ปฏิบัติมักจะไม่เห็นจุดอ่อนของตัวเอง ต้องให้พี่เลี้ยงช่วยชี้แนะ ชี้ให้เห็นส่วนขาด กระตุ้นให้ concern

ที่ปรึกษาคงจะมีภาระหน้าที่มากกว่าที่จะมาประชุมกัน

นพ.พรเทพ เปรมโยธิน

อยากทราบว่าที่ไหนมีอะไรเด่น จะทำให้มีประโยชน์

รศ.นพ.ไพโรจน์

การอบรมบ่มนิสัยให้เขาคิดดีๆ จะทำให้เขาทำไม่ดีไม่เป็น กลไกที่ดีที่สุดคือต้องขอสถานที่หรือเหตุการณ์ที่มีดีอยู่แล้วมาถอดกันเถอะ ให้พวกเราทั้งหลายได้ทราบกัน บำรุงราษฎร์มีสถานที่ที่ดีที่สุดในประเทศไทยเพราะเพิ่งเปิดใหม่ ก็ควรจะถอดเพื่อเป็นตัวอย่าง โดยความเชื่อว่าคนไทยไม่มีใครที่ไม่อยากได้ใคร่ดี แล้วอย่างอื่นจะตามมาเอง นี่คือวิธีที่จะตรวจ ติดตาม ต่อเนื่อง เต็มให้เต็ม

ศ.นพ.สิน

HA process เป็นเรื่องที่สำคัญมากสำหรับทุก รพ.และ ผู้บริโภค ช่วงนี้การฟ้องร้องยังไม่มาก ขอให้พวกเราดูแลกันเองก่อนที่จะให้ทนายความมาช่วยดูแล การที่ให้เกียรติพวกเรามาเป็นที่ปรึกษา อยากจะให้พวกเราให้เวลากับเรื่องนี้ให้มาก

พญ.มาลินี สุขเวชชวรกิจ

ได้เป็นตัวแทนของกระทรวงไปประชุม WHO ที่อินโดนีเซีย เรา concern เรื่องคุณภาพมาตลอด หลังจากที่น่าเสนอได้มีวิทยากรของ WHO และที่ปรึกษามาสรุปรว่าประเทศไทยไปในทางที่ถูกและดีมากขึ้น เป็นที่น่าพอใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจแก่ที่ปรึกษา หลักการจะเหมือนกันหมด

ถ้าไปพะวงเรื่องคำพูดต่างๆจะยุ่ง ขอให้ put extra ordinary ทำให้ดีขึ้น

ผู้อำนวยการที่เข้าใจจะเห็นว่าการจัดการงานของผู้อำนวยการได้

ชีวิตเราน่าจะดีขึ้นมาแล้วบอกว่าเราจะเป็นคนที่มีคุณภาพ

พ.วิชาญ เกิดวิชัย

ทราบดีถึงความกังวลว่าจะมีเวลาไม่มากพอที่จะไปให้คำปรึกษาที่ รพ.

เรวดี ศิรินคร

ใน รพ.รัฐที่ดำเนินงานโครงการจะมีงานต่าง ๆ มากมาย หนักใจสำหรับผู้ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ถ้าไม่มีที่ปรึกษาทั่วไปจะเป็นภาระหนักแก่สถาบัน

ขณะนี้ยังมองภาพไม่ออกว่าจะทำงานลักษณะไหนอย่างไร หลังประชุมเชิงปฏิบัติการคงจะเห็นประเด็น

หลังจากที่ปรึกษาอาวุโสไปดูในแต่ละ รพ.น่าจะนำกลับมาคุยกัน

ไพฑูรย์

ขอให้ใช้ข้อมูลคะแนนของสำนักงานประกันสังคม เราจะรู้ว่า รพ.ไหนดีเด่นอย่างไร

จากการไปประเมิน 11 เดือน 57 รพ. รัฐและเอกชนครั้งต่อครั้ง เป็นที่น่ายินดีว่าส่วนใหญ่ผ่านมาตรฐาน มีเพียง 3 แห่งที่ตก ซึ่งเหตุผลคือเป็น รพ.เอกชน 2 แห่งซึ่งปรับปรุงกิจการ ปิด ICU อีกแห่งหนึ่งขอออกจากโครงการ ของรัฐเป็น รพ.ชุมชน

ภาคใต้ แซมบีคือสงขลานครินทร์ ทั้งสองส่วน

ถ้ารพ.ประเมินตนเองแล้วพยายามพัฒนา ก็สามารถทำได้

เรื่องเวชระเบียนก็พยายามชี้ให้เห็นความจำเป็น ถ้าขอเบิกเงินเพิ่มกรรมการแพทย์จะขอดูแลเวชระเบียน และเรื่องการวิจัย

มาตรฐานที่ใช้ในส่วนตัวนี้คิดว่าจะใช้ได้ดีมาก แม้ว่าจะมุ่งเรื่องคุณภาพ ในปีต่อไปเราจะมุ่งในด้านคุณภาพ เช่นการจ่ายยา การส่งต่อ การเขียนบันทึก เพราะคิดว่าเรื่องโครงสร้างจะผ่านแล้ว

มาตรฐานใหม่ที่ยากได้คือ credential committee, peer review, continuing medical education, paper presentation

นพ.สมเกียรติ โภธิสัย

การเป็นที่ปรึกษาสำหรับแต่ละ รพ.อาจจะเสียเวลาที่ปรึกษามาก น่าจะเป็นเวทีระดมสมองว่าทิศทางการพัฒนาคุณภาพควรเป็นอย่างไร จุดเน้นอยู่ตรงไหน อยากให้ช่วยกันระดมสมองว่าอะไรเหมาะสมกับสังคมไทย

Tony Wagemakers

ทุกคนคงจะถามในใจว่าควรจะเป็นที่ปรึกษาหรือไม่ แต่ละท่านสามารถให้คำปรึกษาที่พิเศษ สิ่งที่ต้องการจากท่านคือความเต็มใจและ commitment อย่างกังวลว่าจะให้คำปรึกษาได้ดีหรือไม่ ท่านจะได้เรียนรู้ตั้งแต่วันที่แรกที่เข้าไปใน รพ.แรก

การเรียนรู้ การทดลองขับ จะไม่ได้รับประสบการณ์เหมือนกับการได้ขับเครื่องบินจริง

เมื่อผู้บริหาร รพ.เริ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับที่ปรึกษา ไม่ใช่ทที่ปรึกษาที่เป็นคนให้คำตอบ แต่คนใน รพ.เป็นคนให้คำตอบ เราเป็นเพียงผู้ฟังและ facilitator

ถ้าเรารู้เรื่องการฟ้องร้องในประเทศไทย การได้ไปฟังศาลจะได้ประสบการณ์มากกว่าการเรียนรู้ในห้องเรียน เรียนรู้วาทนายความกล่าวหาอย่างไร แพทย์แก้ตัวอย่างไร

ในฐานะที่ปรึกษา เราต้อง commit ตัวเราเองกับ รพ. 1-2 แห่ง และไปเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ อาจจะไม่เป็นธรรมเนียมสำหรับ รพ.ต้นสังกัด แต่ก็เป็นการเรียนรู้เพื่อประโยชน์ขององค์กรเอง