

Agenda for the Consultant Meeting (April 1, 1997)

	agenda	start	time	style	resp memb
1	Agenda review	0900	10 min	Review	Panya
2	Workplan for hospital	0910	10 min 20 min	Presentation Discussion	Anuwat All
3	Structure of a hospital team related to quality management	0940	10 min 20 min	Presentation Discussion	Anuwat/Tony All
4	Positive learning from the hospital experience into their area of greatness, good & improvement	1010	10 min 20 min	Presentation Practice	Tony All
5	How to make consensus building in hospital teams	1040	10 min 20 min	Presentation Practice	Tony All
6	Motivation for management, medical staff & team members	1110	10 min 40 min	Presentation Discussion	Tony/Anuwat All
	Lunch	1200	60 min		
7	Training for networks	1300	10 min 20 min	Presentation Discussion	Anuwat All
8	Standard #9 quality activities	1330	60 min	Discussion	All
9	TOR for consultants & code of ethics	1430	10 min 30 min	Presentation Brainstroming	Anuwat All
10	Training package for consultant	1510	10 min 20 min	Presentation Discussion	Suriya All
11	Evaluation & planning	1540	20 min	Discussion	All

เอกสารประกอบการประชุมคณะที่ปรึกษา Hospital Accreditation1 เมษายน 2540

วาระที่ 1 การทบทวนวาระการประชุม

จุดประสงค์ เพื่อให้ผู้ร่วมประชุมทบทวนความเหมาะสมของหัวข้อ ลำดับ และระยะเวลาที่จะใช้ในการประชุม

วาระที่ 2 แผนปฏิบัติการสำหรับ รพ.

จุดประสงค์ เพื่อร่วมกันพิจารณาปรับปรุงแผนปฏิบัติการสำหรับ รพ. ให้เหมาะสม และมีความเป็นไปได้

เอกสารประกอบ แผนภูมิขั้นตอนการดำเนินงานสำหรับ รพ. (CON400401-2)

วาระที่ 3 โครงสร้างทีมคุณภาพของ รพ.

จุดประสงค์ เพื่อร่วมกันพิจารณาโครงสร้างทีมคุณภาพที่จะแนะนำให้ รพ. นำไปใช้

หลักการ 1. แยกหน้าที่ นำ คิด ทำ สนับสนุน ออกจากกัน

2. ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสำหรับทีมคิด

3. ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร และมีระบบรายงานติดตามผล

4. empower ให้ทีมคิดมีอำนาจในการจัดสรรทรัพยากรได้ระดับหนึ่ง

เอกสารประกอบ แผนภูมิโครงสร้างทีมบริหารคุณภาพ (CON400401-3)

กิจกรรม 1. พิจารณาจุดแข็ง จุดอ่อน/ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในทางปฏิบัติ

2. ข้อเสนอเพื่อปรับปรุง

3. วิธีการชักชวนให้ รพ. นำไปใช้

วาระที่ 4 การใช้ positive learning เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ

จุดประสงค์ เพื่อให้ที่ปรึกษาสามารถใช้กระบวนการ positive learning ในการกระตุ้นและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของ รพ. โดยใช้กรณีศึกษาจากกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพที่ปรึกษา

หลักการ ส่งเสริมให้เกิดความภาคภูมิใจในความสำเร็จที่ผ่านมา และวิเคราะห์จุดแข็งเพื่อนำไปปรับปรุงจุดอ่อน

กิจกรรม 1. ให้ทีมงานวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของตนเอง ว่าอะไรที่ทำได้ดีเลิศ อะไรที่ทำได้ดี อะไรที่ควร

ปรับปรุง

2. ให้ทีมงานวิเคราะห์สาเหตุที่ทำได้ดีเลิศและทำได้ดี

3. ให้ทีมงานพิจารณากลยุทธ์ที่ทำให้เกิดผลที่ดีเลิศและดี ไปปรับปรุงสิ่งที่ยังทำได้ไม่ดี

วาระที่ 5 การสร้างความเห็นร่วม (consensus building)

จุดประสงค์ เพื่อให้ที่ปรึกษาสามารถ facilitate และแนะนำการสร้างความเห็นร่วมให้กับทีมงานของ รพ.

หลักการ 1. เริ่มต้นด้วยการพิจารณาทางเลือกอย่างรอบด้านและเปิดเผย

2. คัดกรองโดยใช้เกณฑ์ที่เหมาะสม: อะไรตอบสนองวัตถุประสงค์, อะไรสำคัญที่สุด, อะไรง่ายที่สุด

3. แยกแยะสิ่งที่พิจารณาออกเป็นส่วนตัวย่อย พิจารณาว่าอะไรที่เห็นร่วมกัน อะไรที่ยังมีความขัดแย้ง

วาระที่ 6 แรงจูงใจสำหรับผู้บริหาร แพทย์ และสมาชิกทีม

จุดประสงค์ เพื่อให้ที่ปรึกษาสามารถ facilitate และแนะนำเกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจให้กับ รพ.

หลักการ 1. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ commitment ของผู้ปฏิบัติงาน

2. กระตุ้นให้เกิดปัจจัยสนับสนุนและขจัดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อ commitment

เอกสารประกอบ commitment ต่อการพัฒนาคุณภาพ (CON400401-6)

กิจกรรม พิจารณาว่าจะชักชวนให้ทีมผู้บริหารจัดระบบเพื่อกระตุ้นปัจจัยสนับสนุนและขจัดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคได้อย่างไร

วาระที่ 7 การฝึกอบรมสำหรับเครือข่าย

จุดประสงค์ เพื่อให้ที่ปรึกษารับทราบและให้ข้อคิดเห็นต่อแผนการฝึกอบรมสำหรับเครือข่าย

เอกสารประกอบ แผนการและเนื้อหาในการฝึกอบรมสำหรับเครือข่าย (CON400401-7)

กิจกรรม 1. พิจารณาข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแผนการฝึกอบรม

2. พิจารณาทบทวนของที่ปรึกษาต่อกิจกรรมเครือข่าย และการเตรียมตัว

วาระที่ 8 มาตรฐานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

จุดประสงค์ เพื่อให้ที่ปรึกษาเกิดความเข้าใจเนื้อหาและวิธีการนำมาตรฐานข้อนี้ไปปฏิบัติ จนสามารถอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจได้

เอกสารประกอบ GEN.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (CON400401-8)

กิจกรรม 1. พิจารณาประเด็นที่ยังเข้าใจไม่ชัดเจน

2. พิจารณาประเด็นที่จะเป็นปัญหาในทางปฏิบัติ

3. พิจารณาการฝึกอบรมที่จำเป็นสำหรับที่ปรึกษาและ รพ. ในส่วนที่เกี่ยวกับมาตรฐานข้อนี้

วาระที่ 9 ข้อกำหนดในการปฏิบัติงานของที่ปรึกษา

จุดประสงค์ เพื่อทบทวนข้อกำหนดซึ่งจะนำมาใช้ปฏิบัติกับที่ปรึกษา

เอกสารประกอบ ข้อกำหนดในการปฏิบัติงานของที่ปรึกษา (CON400401-9)

กิจกรรม 1. พิจารณาประเด็นที่ควรปรับปรุง/เพิ่มเติม

2. พิจารณาว่าจะรักษาจรรยาบรรณของที่ปรึกษาได้อย่างไร

วาระที่ 10 หลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับที่ปรึกษา

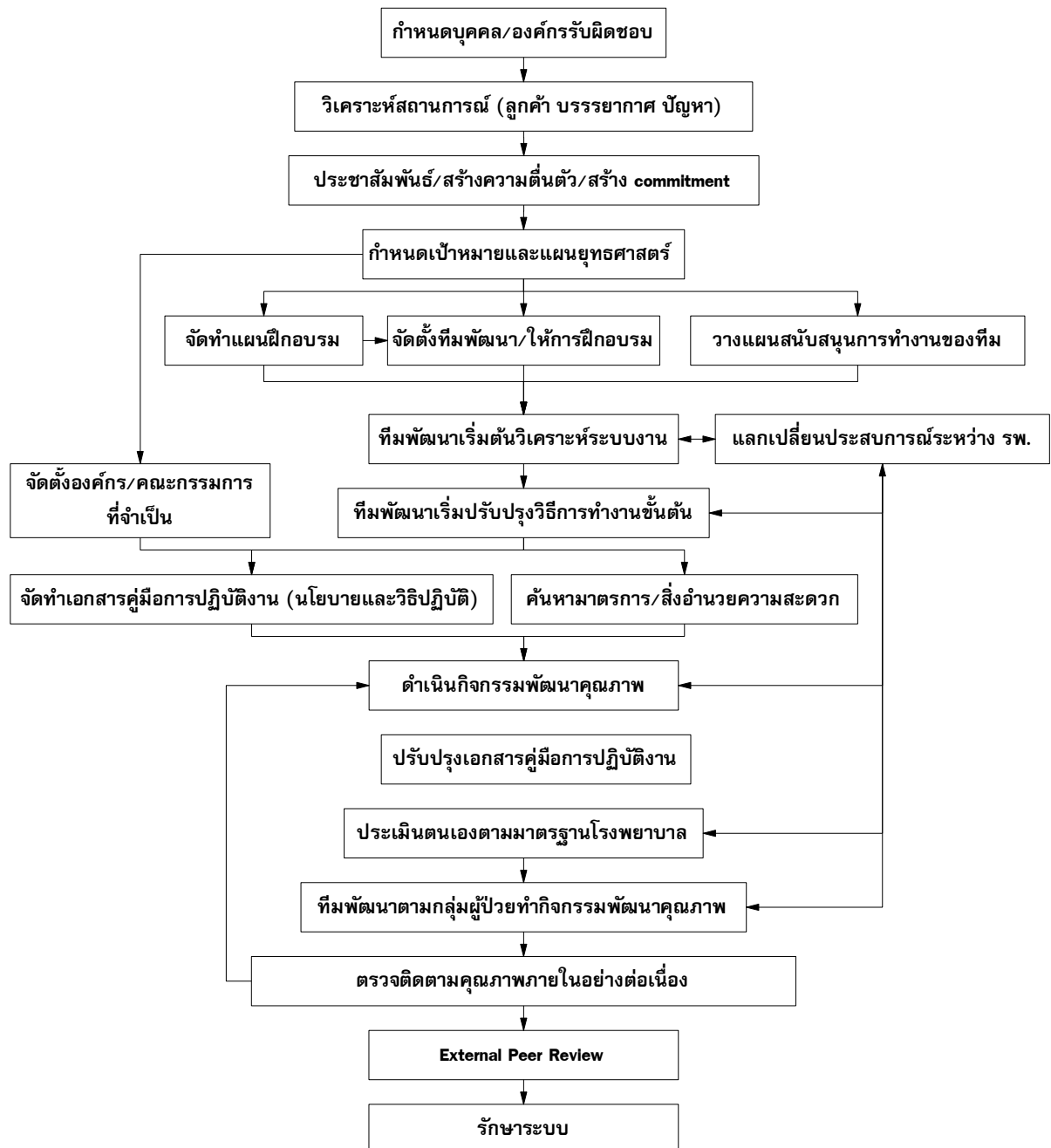
จุดประสงค์ เพื่อกำหนดหลักสูตรการฝึกอบรมที่จำเป็นสำหรับที่ปรึกษา

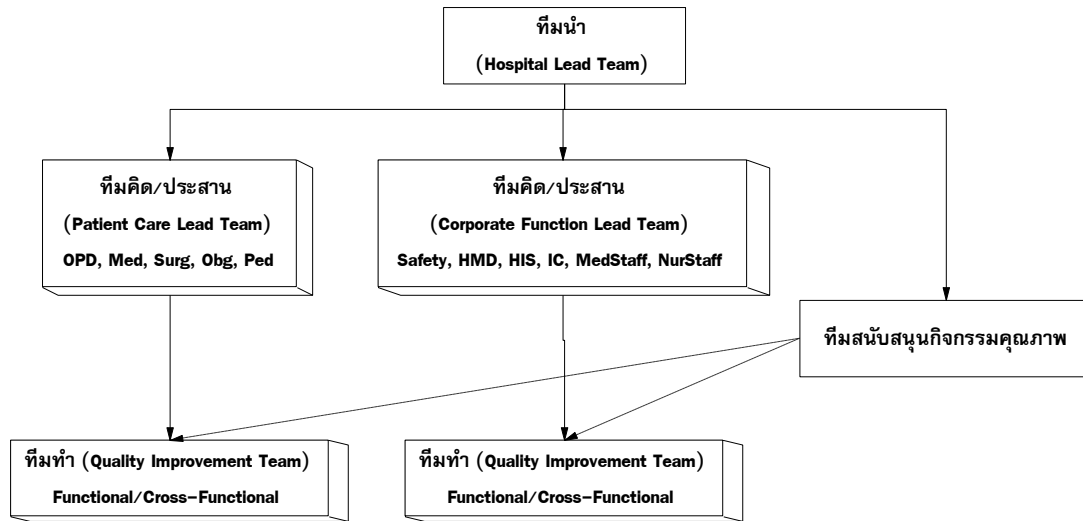
วาระที่ 11 ประเมินผลและวางแผน

กิจกรรม 1. ประเมินผลการประชุมครั้งนี้

2. กำหนดหัวข้อและกำหนดวันในการประชุมครั้งต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินงานสำหรับโรงพยาบาลในโครงการ Hospital Accreditation
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข





ทีมหน้า

ประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูงและผู้อาวุโสจำนวนไม่เกิน 8 คน มีผู้ประสานงานคุณภาพเป็นเลขานุการ

มีหน้าที่กำหนดทิศทาง สนับสนุน และติดตามผลการพัฒนาคุณภาพ

ทีมหน้าจะต้องได้รับทราบผลการพัฒนาของทีมพัฒนาคุณภาพทุกทีมเมื่อสิ้นสุดโครงการ

ประชุมอย่างน้อยเดือนละครั้ง

ทีมคิด/ประสาน

ประกอบด้วยผู้แทนจากวิชาชีพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆ

มีหน้าที่ในการกำหนดทิศทาง ค้นหาโอกาสพัฒนา กำหนดทีมผู้รับผิดชอบ สนับสนุนทรัพยากร ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งการรับรองโครงการพัฒนาคุณภาพที่หน่วยงานต่างๆคิดขึ้น

การติดตามผลที่สำคัญได้แก่ในขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ทางเลือก และเมื่อสิ้นสุดโครงการ พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นแก่ทีมพัฒนาคุณภาพ

ได้รับอำนาจการสนับสนุนทรัพยากรอย่างชัดเจนจากทีมหน้า

ประชุมอย่างน้อยเดือนละครั้ง

ทีมสนับสนุนกิจกรรมคุณภาพ

ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบสนับสนุนกิจกรรมคุณภาพต่างๆ เช่น กิจกรรม 5 ส., กิจกรรมข้อเสนอแนะ, การพัฒนาองค์กร (OD), พฤติกรรมบริการ (ESB), กลุ่มพัฒนาคุณภาพ (CQI/QC) ในกรณีที่มีทีมดังกล่าวแยกกันหลายทีม สมควรจะมีทีมประสานซึ่งประกอบด้วยผู้แทนของทีมย่อยๆทั้งหมด

มีหน้าที่ในการเสนอจัดทำแผนคุณภาพระดับ รพ., ประสานกิจกรรมคุณภาพต่างๆของ รพ. และให้การสนับสนุน/เป็นที่ปรึกษาด้านกิจกรรมคุณภาพให้แก่หน่วยงานต่างๆ

ประชุมอย่างน้อยเดือนละครั้ง

ทีมทำ (ทีมพัฒนาคุณภาพ)

ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานเดียวกัน หรือผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5-7 คน

มีหน้าที่ในการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพตามที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับอนุมัติ

ควรประชุมทุกสัปดาห์ หรือน้อยกว่าเดือนละ 2 ครั้ง

commitment ต่อการพัฒนาคุณภาพ

คุณภาพจะเกิดได้ต่อเมื่อทุกคนในองค์กรมีความมุ่งมั่นปรารถนา มีความต้องการและมุ่งมั่นที่จะทำงานให้มีคุณภาพ คำถามที่ได้รับจากทุก รพ. ที่เข้าร่วมโครงการก็คือ ทำอย่างไรจะสร้าง commitment ให้เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่ของ รพ.

ในระหว่างที่ไปเยี่ยม รพ. ต่างๆ Anthony Wagemakers ได้ขอให้ผู้เข้าร่วมประชุมวิเคราะห์ตัวเองว่าสาเหตุอะไรที่ทำให้เราอยากพัฒนาคุณภาพ และสาเหตุอะไรที่ทำให้เราท้อแท้ไม่อยากจะให้ความร่วมมือ

จากข้อมูลที่ได้ พอจะสรุปได้ว่าปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดความมุ่งมั่นปรารถนาคือ

1. การทำให้เจ้าหน้าที่ทุกคน (ทุกหน่วยงานและทุกระดับ) เกิดความรู้สึกว่า**ตนเองมีความสำคัญ** ได้มีส่วนในการรับรู้ มีโอกาสแสดงความคิดเห็น มีส่วนในการตัดสินใจ
2. การจัดระบบงาน การติดต่อสื่อสาร และการประสานงานให้มีประสิทธิภาพ
3. การ**มีเพื่อนร่วมงานที่ดี** มีความรักความเข้าใจ เปิดกว้าง รับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน พร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลง
4. มี**โอกาสที่จะได้ทำงาน** ที่ตรงกับความรู้ความสามารถ ได้ทำงานที่ท้าทาย และได้พัฒนาตนเอง
5. มี**ขวัญกำลังใจ**ในการทำงาน มีความยุติธรรม มีสวัสดิการที่เหมาะสม

จะเห็นได้ว่าผู้นำขององค์กรทุกระดับจะมีบทบาทอย่างสูงในการที่จะสร้างเหตุปัจจัยข้างต้นเพื่อนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงไปสู่การสร้างระบบที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน ในช่วงต้นนี้เราน่าจะมาคิดอย่างจริงจังว่าจะทำให้เกิดบรรยากาศดังกล่าวขึ้นได้อย่างไร เพื่อไม่ให้เกิดความสูญเสียในความพยายามของ รพ.

สาเหตุที่ทำให้มี commitment ต่อการพัฒนาคุณภาพ

- **การมีส่วนร่วม** ได้รับรู้นโยบายและข้อมูลตั้งแต่ต้น ทุกคนได้รับความสำคัญเท่าเทียมกัน มีความผูกพันกันเสมือนเป็นครอบครัวหรือบ้านที่สอง
- **ผู้บังคับบัญชา** ใจกว้าง มีความเข้าใจผู้ปฏิบัติงาน เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานแสดงความคิดเห็นและความสามารถ กระจายอำนาจในการบริหาร สนับสนุนและเห็นความสำคัญ ไม่จุจิกจู้จี้
- **การจัดระบบงาน** มีประสิทธิภาพ มีการประสานงานที่ดี

- **เพื่อนร่วมงาน** มีผู้ร่วมงานที่ดี มีการทำงานเป็นทีม มีความรักความสามัคคีความเข้าใจกัน ทุกคนพร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลง
- **ขวัญกำลังใจ** มีสวัสดิการที่ดี มีค่าตอบแทนเหมาะสม ได้รับการยกย่อง/รางวัลเมื่อทำดี
- **โอกาส** ได้ทำงานที่ตรงกับความรู้ความสามารถ ได้ทำงานที่ท้าทาย ได้พัฒนาตนเอง
- **ผลลัพธ์** งานที่ทำเป็นประโยชน์ต่อเพื่อนร่วมงานและประชาชน เป็นที่พึงพอใจ ได้รับคำสรรเสริญ

สาเหตุที่ผู้ปฏิบัติงานไม่มี commitment ต่อการพัฒนาคุณภาพ

- **การมีส่วนร่วม** ไม่ได้มีส่วนร่วมรับทราบข้อมูล ไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย/ทิศทาง ไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ไม่มีโอกาสร่วมกิจกรรมโดยตรง
- **นโยบาย** มีนโยบายมากจนตามไม่ทัน เป็นนโยบายที่ไม่ยืดหยุ่น มีการออกคำสั่งที่ขัดกันเอง ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ต้องทำตามคำสั่งที่ไม่เห็นด้วย เป้าหมายของการทำงานไม่ชัดเจน
- **ผู้บังคับบัญชา** ไม่เห็นความสำคัญของผู้ปฏิบัติงาน ไม่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นหรือมีส่วนในการตัดสินใจ ไม่สนใจปัญหาพื้นฐาน ไม่ใส่ใจความก้าวหน้าของผู้ปฏิบัติงาน ไม่สนับสนุนงบประมาณ/ทรัพยากร ไม่เป็นตัวอย่างที่ดี ถูกผู้ปฏิบัติงาน นิยมใช้การควบคุม
- **การจัดระบบงาน** ระบบงานไม่มีประสิทธิภาพ ลำช้า ขาดการประสานงาน การติดต่อสื่อสารไม่สะดวก หน้าที่การงานไม่ชัดเจน งานซ้ำซ้อน มีหัวหน้าหลายคนทำให้สับสน ขาดการติดตามผลการทำงานอย่างต่อเนื่อง
- **การแก้ปัญหา** แก้ปัญหาไม่ถูกจุด ทำแบบผักชีโรยหน้า
- **ขวัญกำลังใจ** ขาดขวัญกำลังใจ มีการเล่นพรรคเล่นพวก ไม่มีความยุติธรรม หมดหวังในความก้าวหน้า ไม่มีใครเห็นความดี
- **การทำงานร่วมกัน** ไม่มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ไม่มีการเปิดใจ ความคิดคับแคบ เห็นแก่ตัว ไม่มีการปรับปรุงพฤติกรรม ทีมงานยังใหม่และขาดประสบการณ์
- **ปริมาณงาน** มีงานมาก การจัดกำลังคนไม่เหมาะสมกับปริมาณงาน การกระจายงานไม่เป็นธรรม มีงานเอกสารมาก

แผนการและเนื้อหาในการฝึกอบรมสำหรับเครือข่ายวิชาชีพ/บริการ

เป้าประสงค์: ผู้แทนของทีมต่างๆในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีความเข้าใจแนวทางการประเมินและพัฒนาตนเอง และมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่าง รพ. เพื่อให้เกิดการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพและพัฒนาระบบงานที่แต่ละทีมรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง

เป้าหมาย: มีการประชุมฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างเครือข่ายต่างๆ จำนวน 24 เครือข่าย หมุนเวียนกันไป อย่างน้อยทุก 3 เดือน

ทีมระดับโรงพยาบาล: 1. การนำและการบริหาร 2. โครงสร้างกายภาพ/ความปลอดภัย 3. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 4. การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ 5. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล 6. องค์การแพทย์ 7. องค์การพยาบาล

ทีมระดับหน่วยงาน: 8. บริการวิสัญญี 9. บริการโลหิต 10. บริการผู้ป่วยวิกฤติ 11. บริการทันตกรรม 12. บริการสูติศาสตร์ 13. บริการพยาธิวิทยาคลินิก 14. บริการห้องผ่าตัด 15. บริการเภสัชกรรม 16. บริการรังสีวิทยา 17. บริการฟื้นฟูสภาพ 18. บริการสังคมสงเคราะห์

ทีมระดับกลุ่มผู้ป่วย: 19. บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 20. บริการสูติ-นรีเวช 21. บริการทารกแรกเกิด 22. บริการอายุรกรรม 23. บริการศัลยกรรม 24. บริการกุมารเวชกรรม

เนื้อหาของการประชุมรอบที่ 1

จุดประสงค์เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานเป็นทีมและการประเมินตนเอง

ลักษณะของการประชุมจะเป็นการให้ผู้เข้าประชุมตอบคำถามปลายเปิด และนำมาประมวลผลร่วมกันในกลุ่ม ร่วมทั้งการฝึกทักษะบางอย่างที่จำเป็น

เนื้อหาได้แก่

- 1) แนะนำตัวและความคาดหวังของผู้เข้าประชุม
- 2) Positive learning (วิเคราะห์ว่าจะนำบทเรียนจากความสำเร็จไปใช้ปรับปรุงเรื่องอื่นๆได้อย่างไร)
- 3) เที่ยงตรงในตา (วิเคราะห์ว่าอะไรที่ทำให้ไม่สามารถทำงานที่อยากจะทำได้ และจะแก้ไขอย่างไร)
- 4) โครงสร้างตัวละคร (โครงสร้างองค์กรและทีมเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ)
- 5) อะไรที่ทำให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลง
- 6) การคิดด้วยหมวดสีต่างๆ (วิเคราะห์วิธีการคิดของกลุ่ม)
- 7) เทคนิคการประชุมกลุ่ม
- 8) วิเคราะห์ลูกค้าและความต้องการ
- 9) พันธกิจและวิสัยทัศน์
- 10) การสร้างค่านิยมของกลุ่ม
- 11) วิเคราะห์ความเสี่ยง
- 12) การใช้ความคิดสร้างสรรค์
- 13) หัวใจของมาตรฐาน
- 14) การประเมินตนเอง

เนื้อหาของการประชุมรอบที่ 2

- 1) ทบทวนปัญหาในการดำเนินงาน
- 2) นำเสนอจุดเด่นของระบบงานของแต่ละ รพ.
- 3) การนำพันธกิจและวิสัยทัศน์ของหน่วยงานมาสร้างแผนยุทธศาสตร์ และเครื่องชี้วัด
- 4) การปรับปรุงระบบงาน
- 5) การเขียนคู่มือการปฏิบัติงาน

GEN.9 กิจกรรม³4N²¹คุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานหรือบริการ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

GEN.9.1 หน่วยบริการหรือหน่วยงานทุกหน่วยมีกิจกรรม³4N²¹คุณภาพ โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

GEN.9.2 กิจกรรม³4N²¹คุณภาพประกอบด้วย

GEN.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

GEN.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

GEN.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง

GEN.9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุง

กระบวนการ^UáAÁÑjÉÒáAðäEë°ÄÖjÖÄ ค้นหาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการáEÇSËÖทางเลือกใหม่ๆ

GEN.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

GEN.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

GEN.9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

GEN.9.3.1 มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล

GEN.9.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการดูแลÑjÉÖผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

ขยายความ

การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ (GEN.9.2.2)

การçC°=QÄjÖjN°เครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อáEÇSËÖโอกาสในการพัฒนา และเพื่อให้ทราบว่าÉ'èÇÄSÖ'สามารถธำรงรักษาสิ่งที่ได้พัฒนาไปแล้วหรือไม่ การàA×jใช้เครื่องชี้วัดตัวใดต้องพิจารณาá'»Äðà'Ç'ต่อไป

- มิติของคุณภาพSÖ'á'หน้าที่ของหน่วยงานนั้นๆ ซึ่งมักจะต้องพิจารณาในเชิงผลลัพธ์ เช่น ผลลัพธ์ของงานคลินิกบริการหลักๆ ได้แก่
 - ◆ ผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราตาย, อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน, อัตราการกลับมารับบริการโดยไม่ได้วางแผน เป็นต้น
 - ◆ ผลลัพธ์ด้าน function ของผู้ป่วย ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย, การ พักผ่อนนอนหลับ, อาการเจ็บปวด, ภาวะทางด้านจิตใจ และสังคม เป็นต้น

- ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย ทั้งด้านเนื้อหาและวิธีการ และในประเด็นสำคัญ เช่น ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ, ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วม, ความพึงพอใจต่อการตอบสนองต่อปัญหาของผู้ให้บริการ, ความพึงพอใจต่อระยะเวลารอคอยและค่าบริการ, ความพึงพอใจต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ, ความพึงพอใจต่อสถานที่และความสะอาดทั่วไป
- ทรัพยากรและระยะเวลาที่ต้องใช้ในการให้บริการจนหายหรือทุเลา
- การวัดในส่วนของกระบวนการทำงาน (process indicator) ซึ่งอาจจะมีผลต่อผลลัพธ์ของการให้บริการ
- ความยากง่ายและทรัพยากรที่ต้องใช้ในการเก็บข้อมูล ซึ่งจะกำหนดความถี่ของการวัดขึ้นจากลักษณะของตัวชี้วัด
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวัดตัวชี้วัดนี้

การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการที่สำคัญมาประเมินและพัฒนา

(GEN.9.2.3)

ควรให้ความสำคัญกับกิจกรรมหรือกระบวนการที่มีลักษณะดังนี้

- มีโอกาสปรับปรุงระบบงานให้ซับซ้อนน้อยลง
- มีความเสี่ยงสูงหรืออาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย
- มีความแตกต่างในวิธีการปฏิบัติ
- มีปริมาณมากหรือเกิดขึ้นบ่อยครั้ง
- มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหา
- ต้องอาศัยการประสานงานระหว่างหน่วยงาน/สาขาวิชาชีพ
- เป็นความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ

กิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วย (GEN.9.3.2)

กิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วย (clinical review) หรือที่เดิมเรียกกันว่าเป็นการตรวจสอบ (medical audit, nursing audit, clinical audit) ซึ่งให้ความรู้สึกในทางลบว่าเป็นการมุ่งจับผิดที่ตัวบุคคล จึงไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร ในปัจจุบันได้มีการนำแนวคิด *quality improvement* และแนวคิด *evidence-based practice* เข้ามาประสานกับแนวคิด clinical audit ดั้งเดิม เปิดโอกาสให้มีการใช้แนวคิดเชิงบวกและความรู้ทางวิชาการมากขึ้นในการทบทวนเพื่อหาจุดอ่อนที่ตัวระบบ และความแตกต่างจากความรู้ทางวิชาการ

การทบทวนการดูแลผู้ป่วยอาจทำได้ในหลายรูปแบบ เช่น

1) การทบทวนเพื่อติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย

(clinical practice guideline) เป็นวิธีการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย และการนำไปปฏิบัติ กล่าวคือทบทวนเพื่อดูว่า guideline ที่กำหนดไว้เหมาะสมหรือไม่ ขณะเดียวกันเป็นการทบทวนว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นสอดคล้องกับข้อมูลทางวิชาการหรือไม่

2) การทบทวนระหว่างสาขาวิชาชีพทางคลินิก

เป็นการนำผู้ให้บริการทุกสาขาที่ดูแลผู้ป่วยรายเดียวกันหรือกลุ่มเดียวกันมาทบทวนปัญหาร่วมกันเพื่อหาทางออกที่เหมาะสม นับว่าเป็นการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมได้อีกวิธีหนึ่ง

3) การทบทวนเฉพาะด้าน เช่น การเสียชีวิต, การติดเชื้อ, การเกิด
ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ, การใช้เลือด, การใช้ยา, วันนอนโรงพยาบาล, การใช้ทรัพยากร, ค่า
โรงเรียน

ข้อกำหนดในการปฏิบัติงานของที่ปรึกษา Hospital Accreditation

พันธกิจของที่ปรึกษา

กลุ่มที่ปรึกษาเป็นอาสาสมัครจากวิชาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพ ซึ่งมาร่วมกันศึกษาค้นคว้า พัฒนา เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลตื่นตัวในการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยความเชื่อมั่นในความรับผิดชอบและจริยธรรมของวิชาชีพ เพื่อให้ประชาชนและผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีที่สุดภายในทรัพยากรที่มีอยู่ของสังคม

วิสัยทัศน์ของที่ปรึกษา

- เราคือผู้ชักจูงให้เกิดความร่วมมือระหว่างวิชาชีพและสถาบันต่างๆ
- เราจะเป็นແຂກรับเชิญที่โรงพยาบาลเต็มใจและยินดีต้อนรับ
- เราคือผู้ให้ความอบอุ่นและแสงสว่างแก่โรงพยาบาล

ปรัชญาของที่ปรึกษา

1. เรามีความเชื่อมั่นในแนวคิดและปรัชญาของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยยึดผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง
2. เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยยึดมั่นในเป้าหมาย และปรัชญาเดียวกัน
3. เราจะละทิ้งความสนใจและความเชี่ยวชาญส่วนตัวไว้เบื้องหลัง
4. เราจะทำหน้าที่ด้วยความเที่ยงธรรม โปร่งใส เสียสละ
5. ความหลากหลายคือโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนา
6. เรามีหน้าที่ตอบสนองความต้องการของโรงพยาบาลด้วยการชี้แนะแนวทางเพื่อให้โรงพยาบาลคิดค้นทางออกด้วยตนเอง
7. การสื่อสารด้วยความจริงใจจะทำให้เกิดความเข้าใจที่ดีระหว่างโรงพยาบาลและที่ปรึกษา
8. เราจะติดตาม ตรวจสอบ ต่อเติม ให้เต็ม ตลอดเวลา

หน้าที่รับผิดชอบ

1. เป็นตัวแทนของโครงการวิจัยและพัฒนา Hospital Accreditation ในการทำงานร่วมกับโรงพยาบาล
2. ประเมินสถานการณ์ วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ของโรงพยาบาล
3. ประเมินความต้องการที่ปรึกษาเฉพาะด้าน
4. ให้คำปรึกษาแก่ทีมผู้บริหารและทีมผู้ประสานงานเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาระบบงาน
5. ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคของโรงพยาบาล
6. แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กับโรงพยาบาล
7. ให้คำแนะนำเฉพาะด้านที่รับผิดชอบแก่โรงพยาบาลและเครือข่าย
8. กำหนดแนวทางในการจัดทำคู่มือที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาระบบงาน
9. เชื่อมโยงกับองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการสรรหาผู้ประเมิน

1. เริ่มต้นด้วยการเสนอแนะของที่ปรึกษาและการคัดเลือกบุคคลในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ
2. ผู้สมัครหรือผู้ได้รับการคัดเลือกศึกษาหน้าที่และเกณฑ์การคัดเลือก พิจารณาความเหมาะสมของตนเอง และกรอกใบสมัคร
3. คณะกรรมการคัดเลือกพิจารณาคุณสมบัติและข้อมูลที่ได้รับจากที่ปรึกษาและผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร โดยมีผลการตัดสิน 3 ระดับคือ ไม่รับ มีศักยภาพแต่ยังไม่รับ และรับ
4. นำข้อมูลของผู้สมัครที่ได้รับการคัดเลือกเสนอให้คณะกรรมการอำนวยการพิจารณาอนุมัติ

เกณฑ์การคัดเลือกที่ปรึกษา

1. ประสบการณ์ในการบริหารงานหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
2. ได้รับการยอมรับและความไว้วางใจจากบุคคลทั่วไป
3. ความเข้าใจแนวคิดของกระบวนการ accreditation ความสามารถในการแปลความมาตรฐานและอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจวิธีการนำไปปฏิบัติได้
4. มีความยืดหยุ่น พร้อมที่จะนำแนวคิดใหม่ๆ มาพิจารณาไตร่ตรองเพื่อประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสังคมไทย และยอมรับทางออกที่หลากหลายของโรงพยาบาล
5. ทักษะในการสร้างความไว้วางใจ การรับฟัง วิเคราะห์ปัญหา การสื่อสาร การจูงใจ การสร้างบรรยากาศเพื่อการเรียนรู้ การเขียนรายงาน
6. ความสามารถสละเวลามาร่วมงานในลักษณะอาสาสมัครได้

การร่วมงานในฐานะที่ปรึกษา

1. ที่ปรึกษาคือต้องมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมที่จำเป็น ได้แก่ การประชุมนิเทศ 3 วัน การร่วมเป็นผู้สังเกตในทีมที่ปรึกษา 2-5 วัน การศึกษาต่อเนื่องปีละ 3 วัน และการทำหน้าที่ที่ปรึกษาปีละ 2 สัปดาห์
2. หน่วยงานต้นสังกัดอนุญาตให้ที่ปรึกษาใช้เวลาดังกล่าวมาปฏิบัติงานได้โดยได้รับเงินเดือนเต็ม

การคงสภาพของที่ปรึกษา

1. ประเมินรายงานซึ่งได้รับมอบหมายให้เขียนระหว่างร่วมเป็นผู้สังเกตในทีมที่ปรึกษา ก่อนรับเข้าเป็นที่ปรึกษา
2. ประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ครบ 1 ปี

การประเมินผลการปฏิบัติงาน

1. อาศัยข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ได้รับคำปรึกษา เพื่อนร่วมทีม และจากตัวที่ปรึกษาเอง

จรรยาบรรณของที่ปรึกษา

1. เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของบุคคลที่ที่ปรึกษาเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย
2. เก็บรักษาความลับของข้อมูลต่างๆ ที่ได้มาระหว่างการทำหน้าที่ที่ปรึกษา
3. หลีกเลี่ยงที่จะใช้ตำแหน่งเพื่อผลประโยชน์ด้านการเงินหรือผลประโยชน์อื่นๆ
4. หลีกเลี่ยงที่จะให้หรือรับของขวัญ
5. ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะเป็นตัวแทนของโครงการวิจัยและพัฒนา Hospital Accreditation ไม่ใช่ในฐานะของตนเอง
6. แสดงความคิดเห็นและจุดยืนของโครงการ ไม่นำความแตกต่างในความคิดไปสร้างความสับสนให้กับโรงพยาบาล แต่นำเข้ามาหาข้อยุติกับผู้บริหารและที่ปรึกษาของโครงการ

การจ่ายค่าตอบแทนแก่ที่ปรึกษา

1. ที่ปรึกษาคือจะทำงานในลักษณะอาสาสมัครโดยได้รับเงินเดือนเต็มจากหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่
2. หัวหน้าทีมที่ปรึกษาจะได้รับเบี้ยเลี้ยงในอัตราวันละ 1500 บาท และที่ปรึกษาผู้ร่วมทีมจะได้รับเบี้ยเลี้ยงในอัตราวันละ 1000 บาท
3. ที่ปรึกษาคือจะได้รับค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าที่พักตามที่จ่ายจริง โดยเบิกจาก รพ. ที่ได้รับคำปรึกษา
4. ที่ปรึกษาใหม่ซึ่งไปร่วมทีมในฐานะผู้สังเกต จะได้รับค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าที่พักตามที่จ่ายจริงจากโครงการ

แบบประเมินผลการประชุมของทีมที่ปรึกษา 1 เมษายน 2540

โปรดทำเครื่องหมายในช่องที่สอดคล้องกับความรู้สึของท่านต่อการประชุมครั้งนี้

0 = ไม่มี ไม่ได้ทำ ไม่ได้เตรียม ไม่ได้ปฏิบัติตามสิ่งที่กำหนด ไม่พอใจเลย

1 = พอใช้ มีบ้าง ทำบ้างแต่ไม่สมบูรณ์ เริ่มตรงเวลาแต่ต้องเริ่มใหม่ เลิกสายไปบ้างแต่มีเหตุผล
พอใจพอสมควร

2 = ดี ทำ มีเพียงพอ เตรียมอย่างดี ปฏิบัติตามสิ่งที่กำหนดไว้ครบถ้วน พอใจมาก

	0	1	2
1. ผู้ร่วมประชุมได้รับแจ้งล่วงหน้าและมีเวลาเตรียมตัว			
2. จดหมายหรือประกาศเชิญประชุมให้ข้อมูลเกี่ยวกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการประชุม			
3. การประชุมเริ่มต้นภายใน 3 นาทีของเวลาที่กำหนดไว้			
4. มีการกำหนดวาระการประชุมและวัตถุประสงค์ของการประชุมล่วงหน้าหรือเมื่อเริ่มต้นประชุม			
5. มีการทบทวนวาระการประชุมและวัตถุประสงค์ของการประชุม			
6. ผู้ร่วมประชุมเตรียมตัวสำหรับการประชุมครั้งนี้			
7. มีการกำหนดกิจกรรมและความรับผิดชอบอย่างชัดเจน			
8. ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มและการมีส่วนร่วมของผู้เข้าประชุม			
9. การประชุมดำเนินไปตามวาระและบรรลุเป้าหมายที่กำหนด			
10. การประชุมสิ้นสุดภายใน 3 นาทีของเวลาที่กำหนดไว้ หรือเร็วกว่าถ้าบรรลุวัตถุประสงค์ก่อน			
11. ท่านพอใจกับเวลาที่ใช้ไปในการประชุมครั้งนี้เพียงใด			