

การให้คำปรึกษาและเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล

กระบวนการที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้การสนับสนุนโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพมีลำดับขั้นดังนี้

1. การส่งที่ปรึกษาเข้าไปให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาล ด้วยจุดประสงค์เพื่อให้โรงพยาบาลเริ่มต้นด้วยวิธีที่เรียบง่าย มีจุดเน้น และสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้เกิดขึ้น ที่ปรึกษาจะเข้าเยี่ยมโรงพยาบาล 3-5 ครั้งทุก 2-3 เดือน แต่แต่ละครั้งจะเข้าดูการปฏิบัติงานจริงในหน่วยงาน และการทำความเข้าใจกับทีมงานของโรงพยาบาล พร้อมทั้งมอบหมายงานให้ทีมงานทำ

การพัฒนาในช่วงแรกจะเน้นการทำความเข้าใจแนวคิดคุณภาพโดยใช้เอกสาร “หัวหน้าพาทำคุณภาพ” และการพัฒนาตามบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA ได้แก่การป้องกันความเสี่ยงและการทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อหาวิธีการป้องกัน

2. การส่งที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมสำรวจเข้าไปเยี่ยมให้คำปรึกษาเข้ม (Intensive Consultation Visit – ICV) เป็นการจำลองกระบวนการเยี่ยมสำรวจเข้ามาประเมินผลการพัฒนาของโรงพยาบาล โดยผู้เยี่ยมเพียงบางหน่วยงาน ใช้ที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมสำรวจจำนวนน้อยที่สุด มีเป้าหมายเพื่อให้ทีมงานมีความคุ้นเคยกับกระบวนการเยี่ยมสำรวจ เห็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงก่อนที่จะขอการรับรอง ทำความเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐานและการประเมินตนเองให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น การเยี่ยมให้คำปรึกษาในลักษณะนี้จะมีบรรยากาศที่ผ่อนคลายมากกว่าการเยี่ยมสำรวจ และสามารถทำซ้ำได้หลายครั้งจนกว่าที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมสำรวจเห็นว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมสำหรับการเยี่ยมสำรวจ

จุดเน้นในการทำ ICV สำหรับโรงพยาบาลที่อยู่ในบันไดขั้นที่ 2

- ความเข้าใจและการใช้ประโยชน์จาก unit profile
- การทบทวนตามบันไดขั้นที่ 1
- การติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาที่กำหนดไว้ในบันไดขั้นที่ 1

จุดเน้นในการทำ ICV สำหรับโรงพยาบาลที่อยู่ในบันไดขั้นที่ 3

- การเชื่อมโยง
- การวัดผลในหน้าที่หลักของแต่ละหน่วยงาน
- การทบทวนประสิทธิภาพของระบบงานหลักๆ

ผลลัพธ์ของการเยี่ยมให้คำปรึกษาเข้มอาจมีดังนี้

- รพ.มีความพร้อมสูงมาก สามารถเตรียมการเยี่ยมสำรวจได้ภายใน 3 เดือน
- ยังมีจุดอ่อนต่างๆ ที่ต้องปรับปรุง และต้องให้ที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมสำรวจเข้ามาติดตามเยี่ยม หรืออาจจะต้องเชิญองค์กรวิชาชีพเข้ามาให้คำปรึกษา

3. การเยี่ยมสำรวจ (Survey) คือการส่งผู้เยี่ยมสำรวจที่มีใหญ่เข้าเยี่ยมสำรวจหน่วยงานและบริการต่างๆ ครอบคลุมทุกสาขาและหน้าที่ (อาจจะไม่ครบทุกหน่วย) เพื่อประเมินระดับปฏิบัติตามมาตรฐาน โดยอาศัยแบบประเมินตนเองที่โรงพยาบาลจัดทำเป็นข้อมูลเริ่มต้นเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญในการเยี่ยมสำรวจ

ที่ผ่านมาได้แบ่งการเยี่ยมสำรวจเป็นการเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม (Preparation Survey) และการเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง (Accreditation Survey) แต่เมื่อเริ่มนำ ICV เข้ามาใช้ ทำให้ความจำเป็นในการทำ Preparation Survey ลดลง และเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่า

หลังจากการเยี่ยมสำรวจ ผู้เยี่ยมสำรวจจะสรุปสิ่งที่พบและข้อเสนอแนะเพื่อให้โรงพยาบาลพัฒนา โดยแบ่งข้อเสนอแนะเป็น 2 ประเภท **ข้อเสนอแนะประเภทที่ 1** คือสิ่งที่โรงพยาบาลต้องแก้ไขปรับปรุง ก่อน มีการรายงานหรือเยี่ยมสำรวจซ้ำ จึงจะนำเสนอรายงานให้คณะกรรมการรับรองฯ พิจารณา **ข้อเสนอแนะประเภทที่ 2** คือข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในสิ่งที่ทำได้ดีพอสมควรแล้ว เป็นสิ่งที่จะมีการติดตามในการเยี่ยมสำรวจครั้งต่อไป แต่จะไม่มีผลต่อการตัดสินใจรับรอง

4. การเยี่ยมสำรวจติดตาม การติดตามอาจจะเป็นการเยี่ยมสำรวจเฉพาะจุด (Focused Survey) ในประเด็นที่เป็นจุดอ่อนสำคัญของโรงพยาบาล หรือเป็นการเยี่ยมสำรวจเฝ้าระวัง (Surveillance Survey) ในช่วงกึ่งกลางของอายุการรับรอง (การรับรองครั้งแรกมีอายุ 2 ปี ครั้งต่อไปมีอายุ 3 ปี)

ประเด็นร่วมที่ พรพ. ต้องการให้เน้นในระหว่างการเยี่ยมสำรวจเฝ้าระวัง
(เพิ่มเติมจากการติดตามการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะเฉพาะสำหรับแต่ละโรงพยาบาล)

1. Leadership บทบาทของทีมงานโรงพยาบาลในการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนา และการบรรลุเป้าหมายตามพันธกิจที่กำหนดไว้ รวมทั้งบทบาทในการประสานเชื่อมโยงการพัฒนาในด้านต่างๆ

2. Clinical Leadership บทบาทของทีมงานทางคลินิก (Clinical Lead Team) ในการมองภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพด้านคลินิกในสาขาที่รับผิดชอบ ค้นหาโอกาสพัฒนา (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ gap analysis เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ การให้บริการเชิงรุกในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งการทบทวนอื่นๆ ตามข้อเสนอแนะในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA) ติดตามความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดตามเครื่องชี้วัดทางคลินิกเฉพาะโรค)

3. Credential & HRD การประเมินศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานในทุกจุด ทุกระดับ ว่ามีความรู้และทักษะเหมาะสมกับภาระงานที่รับผิดชอบเพียงใด (credential) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาความรู้และทักษะเฉพาะตัวของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน

4. Quality Process การเรียนรู้จากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำลงไป เพื่อปรับวิธีการพัฒนาคุณภาพให้เหมาะสมกับลักษณะความซับซ้อนของปัญหา ส่งเสริมให้มีการใช้ข้อมูลและความคิดสร้างสรรค์

5. Sentinel Event & Prevention การนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ค่อนข้างรุนแรงมาวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (root cause analysis) เพื่อวางแผนทางป้องกันที่ได้ผลและเชื่อมโยงกับการปรับปรุงระบบงานในภาพรวมขององค์กร

6. Patient's Right การทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงานว่าการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยคือการป้องกันความเสี่ยงของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งควรให้แก่ผู้ป่วยด้วยความเต็มใจอย่างเป็นธรรมชาติ รวมทั้งการทำความเข้าใจเป้าหมายของ informed consent ว่าอยู่ที่การได้รับข้อมูลของผู้ป่วย/ครอบครัว มากกว่ารูปแบบในการลงนาม

7. Medical Records การทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน การบันทึกที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และการใช้ประโยชน์ในการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

8. Nursing Process การใช้กระบวนการพยาบาลด้วยความเข้าใจ มีความเชื่อมโยงระหว่างขั้นตอนต่างๆ สามารถตรวจจับและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้

17 กรกฎาคม 2545

ขั้นที่ 3 วัฒนธรรมคุณภาพ
เริ่ม การประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA
พัฒนา ยไป
ผลลัพธ์
ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้

ขั้นที่ 2 ประกันและพัฒนาคุณภาพ
เริ่ม
ประกันและพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้อง
ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด
ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ใน

ขั้นที่ 1 สํารวจและป ความเสี่ยง
นำ ทบทวน เพื่อแก
ปฏิบัติตามแนวทางป
ครอบคลุม /มีโอกาเกิดสูง

	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3
ภาพรวม	ใช้วิกฤติเป็นโอกาส	เชิงรุก	สร้างวัฒนธรรมคุณภาพ
จุดเริ่ม	นำปัญหามาทบทวนเพื่อ แก้ไขป้องกัน	วิเคราะห์เป้าหมายและ กระบวนการอย่างเป็นระบบ	ประเมินระดับการปฏิบัติ ตามมาตรฐาน HA
กระบวนการคุณภาพ	Check-Act-Plan-Do (RM/QA)	Plan-Do-Check-Act (QA) Check-Act-Plan-Do (CQI)	องค์กรเรียนรู้และพัฒนา
เครื่องชี้วัดความสำเร็จ	ปฏิบัติตามแนวทางป้องกัน ปัญหาที่กำหนด	QA/CQI ที่สอดคล้องกับ เป้าหมายหลักของ หน่วยงาน	เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดีขึ้น
มาตรฐาน HA	ยังไม่เน้นมาตรฐาน HA	มาตรฐาน HA ที่จำเป็นและ ปฏิบัติได้ไม่ยาก	มาตรฐาน HA ครบถ้วน
ประเมินตนเอง	เพื่อป้องกันความเสี่ยง (ไม่เน้นแบบฟอร์ม)	เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา	เพื่อสังเคราะห์ความ พยายามในการพัฒนา และ ผลที่ได้รับ
ความครอบคลุม	ครอบคลุมปัญหาที่เคย เกิดขึ้น	ครอบคลุมกระบวนการ สำคัญทั้งหมด	เชื่อมโยงกระบวนการและ ระบบงาน