

การเยี่ยมให้คำปรึกษาเข้ม (Intensive Consultation Visit, ICV)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

1. หลักการและเหตุผล

กระบวนการเยี่ยมสำรวจจากภายนอก (external survey) เป็นกระบวนการที่ดีในการกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทบทวนความก้าวหน้าและผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนาร่วมกับที่ปรึกษา สร้างความคุ้นเคยกับกระบวนการเยี่ยมสำรวจ และชี้ให้เห็นความเสี่ยงหรือโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น

การเยี่ยมสำรวจเต็มรูปแบบโดยผู้แทนของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) จะเป็นการเยี่ยมสำรวจซึ่งครอบคลุมพื้นที่ปฏิบัติงานทั้งโรงพยาบาล และโรงพยาบาลจะต้องเตรียมตัวให้พร้อมด้วยการทำแบบประเมินตนเองให้สมบูรณ์มากที่สุด มิฉะนั้นประโยชน์ที่ได้รับอาจจะไม่คุ้มค่า

เพื่อให้โรงพยาบาลที่อยู่ในระหว่างการพัฒนาได้รับการกระตุ้นให้มีความพร้อมมากขึ้น จากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ ทาง พรพ. จึงได้จัดให้มีระบบการเยี่ยมให้คำปรึกษาเข้ม (Intensive Consultation Visit, ICV) ขึ้น โดยที่ปรึกษาจะใช้กระบวนการเยี่ยมสำรวจเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำงาน ปล่อยให้สอดคล้องกับลำดับขั้นในการพัฒนาของโรงพยาบาล และสัมพันธ์อย่างหน่วยงานที่จะเข้าเยี่ยม ซึ่งจะทำให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานได้เรียนรู้จุดแข็งจุดอ่อนในการพัฒนาคุณภาพ และปรับทิศทางการพัฒนาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยที่ไม่ต้องรอให้ทุกหน่วยงานมีความพร้อม และไม่ต้องเป็นภาระในการที่จะต้องจัดทำเอกสารมากเกินไป

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เข้าเยี่ยมในเรื่องแนวคิดการพัฒนาคุณภาพตามแนวทาง HA และการเชื่อมโยงกับแนวคิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Hospital)
2. เพื่อสาธิตกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยอาศัยผลลัพธ์จากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล และกระตุ้นให้โรงพยาบาลเกิดวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อทบทวนความก้าวหน้าของการนำมาตรฐาน HA ไปปฏิบัติ และผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนา อันจะนำไปสู่การมองเห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น
4. เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับกระบวนการเยี่ยมสำรวจ และทราบว่าจะใช้ประโยชน์จากการประเมินตนเองและการเยี่ยมสำรวจได้อย่างไร
5. เพื่อให้โรงพยาบาลปรับทิศทางการพัฒนาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง ภายใต้ปรัชญาคุณภาพที่มีแก่นสาร โดยมีการกำหนดลำดับความสำคัญ และแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจน

3. กลุ่มเป้าหมาย

1. โรงพยาบาลที่ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามแนวทางที่ พรพ. แนะนำไว้มาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีการทำกิจกรรมคุณภาพพื้นฐานในเรื่องการสร้างทีม การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง การทบทวนปัญหาซึ่งนำไปสู่การแก้ไขป้องกัน เป็นกลุ่มที่จะเน้นการพัฒนาในบันไดขั้นที่ 2

2. โรงพยาบาลที่มีเป้าหมายจะขอการรับรอง HA และมีศักยภาพที่สามารถพัฒนาให้ประสบความสำเร็จภายในระยะเวลา 1 ปี

4. แนวทางการเยี่ยม

โรงพยาบาลทุกแห่งจะได้รับการเยี่ยมเพื่อให้คำปรึกษาเข้มอย่างน้อยแห่งละ 2 ครั้ง มีระยะห่างประมาณ 2-3 เดือน โดยมีจุดเน้นดังนี้

จุดเน้นในการเยี่ยมทุกครั้ง

- การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพซึ่งเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง โดยผสมผสานแนวคิดทุกเรื่องเข้าด้วยกัน เช่น HPH, PSO, ISO, HA
- บทบาทของทีมนำในระดับต่างๆ
- การทำงานเป็นทีม
- การใช้ประโยชน์จาก unit profile

จุดเน้นในการเยี่ยมครั้งที่ 1

- การใช้ประโยชน์จากการทบทวนปัญหาที่ดำเนินการไว้ในบันไดขั้นที่ 1
- ระบบบริหารความเสี่ยง
- กิจกรรมคุณภาพ (RM/QA/CQI) ซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์หน่วยงาน/กลุ่มผู้ป่วยสำคัญ

จุดเน้นในการเยี่ยมครั้งที่ 2

- การใช้แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA เพื่อกระตุ้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- กิจกรรมคุณภาพ (RM/QA/CQI) ซึ่งได้มาจากการประเมินการปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA

จุดเน้นในการเยี่ยมครั้งต่อไป

- การติดตามผลลัพธ์ของการพัฒนา
- การเชื่อมโยงระบบงาน
- สิ่งที่เป็นโอกาสพัฒนาที่ปรึกษาให้ข้อเสนอแนะไว้

กำหนดการเยี่ยมให้คำปรึกษาในแต่ละครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรมหลักต่อไปนี้

เวลา	ผู้เข้าร่วม	กิจกรรม	วัตถุประสงค์/ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
0830-0900	ทีมผู้บริหารระดับสูง ทีมผู้ประสานงาน	-พบปะทำความคุ้นเคย -แลกเปลี่ยนความคาดหวัง -รับทราบประเด็นปัญหาที่ผู้บริหารให้ความสำคัญ	-ที่ปรึกษาปรับแผนการเยี่ยมให้สอดคล้องกับความคาดหวังและประเด็นปัญหาของโรงพยาบาล
0900-1200	ผู้บริหารและ ผู้ปฏิบัติงานใน หน่วยงานต่างๆ	-เยี่ยมสำรวจหน่วยงานต่างๆ ใช้การสังเกตและสัมภาษณ์ เพื่อประเมินการปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA และกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาต่างๆ	-ที่ปรึกษารับทราบความก้าวหน้าในการนำมาตรฐาน HA มาสู่การปฏิบัติและผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น -ทีมงานของโรงพยาบาลมีความเข้าใจในการนำมาตรฐาน HA มาประยุกต์ใช้และเห็นโอกาสพัฒนาในสิ่งที่เป็นประเด็นสำคัญ
1200-1230		-พัก	
1230-1330	แพทย์	-แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ปัญหา และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพ	-ที่ปรึกษารับทราบมุมมองของแพทย์ต่อคุณภาพบริการที่เป็นอยู่ -แพทย์มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพอย่างเหมาะสม
1330-1530	ทีมในระดับกลาง ทีมนำทางคลินิก	-สัมภาษณ์/รับฟังความก้าวหน้าหรือผลการประเมินตนเองจากทีมที่รับผิดชอบระบบงานสำคัญได้แก่ การดูแลผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพ การพัฒนาทรัพยากรบุคคล สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ฯลฯ -ให้ข้อคิดเห็นเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	-ที่ปรึกษารับทราบความก้าวหน้าในการนำมาตรฐาน HA มาสู่การปฏิบัติและผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น -ทีมงานของโรงพยาบาลมีความเข้าใจในการนำมาตรฐาน HA มาประยุกต์ใช้และเห็นโอกาสพัฒนาในสิ่งที่เป็นประเด็นสำคัญ
1530-1600	ทีมที่ปรึกษา	-สรุปประเด็นสำคัญในกลุ่มที่ปรึกษา	
1600-1630	ผู้บริหารระดับสูง	-สรุปประเด็นสำคัญให้ทราบ -ร่วมวางแผนขั้นต่อไป	

5. สิ่งที่โรงพยาบาลต้องเตรียมก่อนที่ปรึกษาเข้าเยี่ยม

1. โรงพยาบาลแจ้งรายชื่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่จะทำหน้าที่รับผิดชอบหลักเรื่องคุณภาพ (อาจจะเรียกว่าผู้ประสานงานคุณภาพ, ผู้จัดการคุณภาพ หรือ QMR) ที่จะประสานงานกับที่ปรึกษาอย่างใกล้ชิด ให้ พรพ.ทราบ

2. โรงพยาบาลเตรียม facilitator ประมาณ 5-10 คน ซึ่งเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรเส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ ในที่นี้ถ้าหากมีผู้บริหารหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมแล้วจะยิ่งดี

3. ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบหลักเรื่องคุณภาพของโรงพยาบาลร่วมกันวิเคราะห์และประเมินตนเอง ตามแนวทางของ พรพ.

4. ในการเยี่ยมแต่ละครั้ง โรงพยาบาลควรจัดเตรียมเอกสารส่งให้ที่ปรึกษาก่อนเข้าเยี่ยมดังนี้

การเยี่ยมครั้งที่ 1

- Hospital Profile
- โครงสร้างองค์กรปกติ และโครงสร้างเสริมเพื่อการพัฒนาคุณภาพ
- สรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่สำคัญ
- ผลลัพธ์ บทเรียน ปัญหา จากการพัฒนาคุณภาพในบันไดขั้นที่ 1
- การสนับสนุนที่ต้องการ
- Unit Profile ของหน่วยงานที่จะให้ที่ปรึกษาเข้าเยี่ยม

การเยี่ยมครั้งที่ 2

- แบบประเมินตนเองระดับโรงพยาบาล ครอบคลุม บทที่ 1 – บทที่ 14
- แบบประเมินตนเองระดับทีมทางคลินิก

การเยี่ยมครั้งต่อ ๆ ไป

- สรุปความก้าวหน้าในการพัฒนาและผลการติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ
- การปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของที่ปรึกษา

6. ผลลัพธ์ของการเยี่ยม

โรงพยาบาลที่ได้รับการเยี่ยมให้คำปรึกษาเข้มจะได้รับสิ่งต่อไปนี้

1. สรุปรายงานการเยี่ยมให้คำปรึกษา ซึ่งระบุความสำเร็จที่ที่ปรึกษารับรู้ และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง โดยเน้นโอกาสพัฒนาเชิงระบบที่เป็นเรื่องสำคัญ
2. แผนการดำเนินงานสำหรับโรงพยาบาลซึ่งมีความเป็นไปได้ดังนี้
 - ข้อเสนอให้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิหรือที่ปรึกษาเฉพาะด้านเข้ามาให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาล
 - การติดตามเยี่ยมให้คำปรึกษาเข้มซ้ำ เพื่อติดตามการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะที่ได้ให้ไว้
 - การขอเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพ ในกรณีที่โรงพยาบาลมีความพร้อม

3. ในกรณีที่โรงพยาบาลปฏิบัติตามเงื่อนไขและข้อกำหนดสำหรับการได้รับกิตติกรรมประกาศ บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA ได้ครบถ้วน ที่ปรึกษาจะนำเสนอข้อมูลความก้าวหน้าและผล สัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้ พรพ. พิจารณามอบกิตติกรรมประกาศดังกล่าวให้แก่โรงพยาบาล

7. เกณฑ์การตัดสินใจ

7.1 การให้กิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 1

1. ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่าง ๆ มีความเข้าใจในแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ (มีการใช้ประโยชน์จากกิจกรรม “หัวหน้าพาทำคุณภาพ” หรือเทียบเท่า)
2. มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงสำคัญในหน่วยงานต่าง ๆ มีการติดตามระดับปัญหา/อุบัติการณ์และตอบสนองอย่างเหมาะสม
3. มีทบทวนผลงาน/ความเสี่ยง/ปัญหา นำมาสู่การวางระบบงานเพื่อป้องกันปัญหาและมีการปฏิบัติตามระบบงานที่วางไว้ต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน

7.2 การให้กิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 2

1. สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ข้อ 7.1
2. มีความเข้าใจในการใช้แบบประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนาและประเมินผลของการพัฒนา สามารถตอบแบบประเมินตนเองได้ตรงประเด็น ครอบคลุม และกระชับ
3. มีการติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญของทุกหน่วยงานและทุกระบบงาน และแสดงให้เห็นการใช้ประโยชน์จากการติดตามเครื่องชี้วัดดังกล่าว
4. กิจกรรมคุณภาพสอดคล้องกับเป้าหมายหลักของแต่ละหน่วยงาน มีการเชื่อมโยงระบบงานและกิจกรรมคุณภาพอย่างเหมาะสม
5. มีการนำมาตรฐาน HA ที่กำหนดสำหรับบันไดขั้นที่ 2 ไปปฏิบัติอย่างครบถ้วน

7.3 การเสนอขอเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพ

1. สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ข้อ 7.2 และมีการนำมาตรฐาน HA ที่กำหนดสำหรับบันไดขั้นที่ 3 ไปปฏิบัติอย่างครบถ้วน
2. เครื่องชี้วัดสำคัญอยู่ในระดับที่น่าพอใจหรือมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

1 ตุลาคม 2545

เปรียบเทียบบันไดสามขั้นสู่ HA

	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3
ภาพรวม	ปรับวิกฤติเป็นโอกาส	เชิงรุก	สร้างวัฒนธรรม คุณภาพ
จุดเริ่ม	นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน	วิเคราะห์เป้าหมาย และกระบวนการอย่าง เป็นระบบ	ประเมินระดับการ ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA
กระบวนการ คุณภาพ	Check-Act-Plan-Act (RM/QA)	Plan-Do-Check-Act (QA) Check-Act-Plan-Do (CQI)	องค์กรเรียนรู้และ พัฒนา
เครื่องชี้วัด ความสำเร็จ	ปฏิบัติตามแนวทาง ป้องกันปัญหาที่ กำหนด	QA/CQI ที่สอดคล้อง กับเป้าหมายหลักของ หน่วยงาน	เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ ดีขึ้น
มาตรฐาน HA	นำมาตรฐาน HA มา ใช้ตามธรรมชาติ	มาตรฐาน HA ที่ จำเป็นและปฏิบัติได้ ไม่ยาก	มาตรฐาน HA ครบถ้วน
ประเมินตนเอง	เพื่อป้องกันความ เสี่ยง (ไม่ใช่แบบฟอร์ม)	เพื่อค้นหาโอกาส พัฒนา (Unit Profile)	เพื่อสังเคราะห์ความ พยายามในการ พัฒนา และผลที่ได้รับ
ความครอบคลุม	ครอบคลุมปัญหาที่ เคยเกิดขึ้น	ครอบคลุม กระบวนการสำคัญ ทั้งหมด	เชื่อมโยงกระบวนการ และระบบงาน
ตัวช่วยเพื่อเตรียม ความพร้อม	หัวหน้าพาทำ คุณภาพ	การวิเคราะห์ หน่วยงาน	การประเมินตนเอง ตามมาตรฐาน