

ประเด็นที่ควรมุ่งเน้นในการเยี่ยมสำรวจซ้ำ

วัตถุประสงค์

เพื่อกำหนดจุดเน้นในการเยี่ยมสำรวจซ้ำที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหา และสร้างคุณค่าของกระบวนการ HA ให้มีความหมายกับโรงพยาบาล

การเยี่ยมสำรวจเฝ้าระวัง (Surveillance Survey)

เป้าหมายของการเยี่ยมสำรวจเฝ้าระวังคือการกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาต่อเนื่อง ความเสี่ยงของโรงพยาบาลในช่วงนี้ก็คือการหยุดพักหลังจากที่ได้ทุ่มเทพลังมาอย่างหนัก ตลอดจนอาจจะไม่เข้าใจแนวคิดและเป้าหมายของมาตรฐานที่ลึกซึ้งเพียงพอ

พรพ. ได้ออกแนวทางประเด็นร่วมที่ต้องการให้เน้นในระหว่างการเยี่ยมสำรวจเฝ้าระวัง (surveillance survey) ไว้เมื่อ 17 กรกฎาคม 2545 เพื่อกระตุ้นให้โรงพยาบาลพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อนที่พบบ่อย

ขอให้กลุ่มพิจารณาแนวทางที่ พรพ. กำหนดไว้ว่าสมควรมีการปรับปรุงแก้ไขหรือเพิ่มเติมอย่างไร

การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองซ้ำ (Re-accreditation Survey)

ในการรับรองรอบที่สองซึ่งมีโอกาสที่โรงพยาบาลจะได้รับการรับรองเป็นเวลา 3 ปี ทุกฝ่ายย่อมคาดหวังคุณภาพในระดับที่สูงขึ้น มีความมั่นใจว่าจะมีการพัฒนาต่อเนื่องและยั่งยืน สามารถเป็นแบบอย่างในหลายๆ เรื่องให้แก่โรงพยาบาลได้ สามารถนำมาตรฐานระดับชาติอื่นๆ หรือมาตรฐานสู่ความเป็นเลิศมาประเมินได้

ขอให้กลุ่มพิจารณาว่าประเด็นสำคัญที่ควรมุ่งเน้นในการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองซ้ำควรมีอะไรบ้าง บัญชีข้างล่างเป็นรายการเบื้องต้นที่มีผู้นำเสนอไว้เพื่อการพิจารณา

- ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง clinical outcome
- การบรรลุเป้าประสงค์ขององค์กร
- การประเมินประสิทธิภาพของระบบหลักๆ
- นวัตกรรม
- วัฒนธรรมคุณภาพและการบูรณาการการพัฒนา
- การพัฒนาที่สามารถใช้เป็นแบบอย่างให้แก่โรงพยาบาลอื่น

เอกสารประกอบการเยี่ยมชมสำรวจ

ในการเยี่ยมชมสำรวจเผื่อว่าจะไม่เน้นขอเอกสารแบบประเมินตนเองจากโรงพยาบาล แต่จะขอให้โรงพยาบาลสรุปผลความก้าวหน้าในการพัฒนาตามข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยมชมสำรวจ และการพัฒนาอื่นๆ

ในการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรองซ้ำ ทาง พรพ.ไม่ต้องการให้เป็นภาระกับโรงพยาบาลในเรื่องเอกสาร แต่ขณะเดียวกันต้องการรับทราบความก้าวหน้าในการพัฒนาและมั่นใจว่าโรงพยาบาลมีการพัฒนาต่อเนื่อง อีกทั้งฐานข้อมูลรูปแบบการปฏิบัติที่ดีซึ่งน่าจะใช้เป็นแบบอย่างสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ

ทางเลือกที่เป็นไปได้ในการจัดทำเอกสารเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจซ้ำของโรงพยาบาลมีดังนี้

1. ใช้แบบประเมินตนเองเหมือนกับการเยี่ยมชมสำรวจครั้งแรก
2. ปรับจากรายงานการเยี่ยมชมสำรวจล่าสุด ซึ่งมีหัวข้อ และประเด็นพิจารณาให้ ให้ รพ.ระบุสิ่งที่เป็นความสำเร็จหรือจุดแข็ง (+) และโอกาสพัฒนา (-)

3. ใช้แบบประเมินตนเองชุดแรกสุดที่โครงการ HA ออกแบบไว้

4. ให้โรงพยาบาลเขียนโดยอิสระ

ทั้งนี้โรงพยาบาลควรจัดทำฐานข้อมูลเครื่องชี้วัด และฐานข้อมูลกิจกรรมพัฒนาคุณภาพตามระบบงานต่างๆ ที่สามารถ access ได้ง่าย และส่งให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจศึกษาล่วงหน้าด้วย

ขอให้กลุ่มพิจารณาทางเลือกต่างๆ ข้างต้นว่าควรเลือกใช้วิธีใด

ประเด็นร่วมที่ พรพ. ต้องการให้เน้นในระหว่างการเยี่ยมสำรวจเฝ้าระวัง
(เพิ่มเติมจากการติดตามการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะเฉพาะสำหรับแต่ละโรงพยาบาล)

1. **Leadership** บทบาทของทีมนำโรงพยาบาลในการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนา และการบรรลุเป้าหมายตามพันธกิจที่กำหนดไว้ รวมทั้งบทบาทในการประสานเชื่อมโยงการพัฒนาในด้านต่างๆ

2. **Clinical Leadership** บทบาทของทีมนำทางคลินิก (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) เพื่อวางแนวทางป้องกันที่ได้ผลและเชื่อมโยงกับการปรับปรุงระบบงานในภาพรวมขององค์กร

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

ตัวอย่างแบบประเมินตนเองชุดแรก

องค์กรบริหารสูงสุด

มาตรฐาน

GOV.2.1 มีการกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ปรัชญาหรือค่านิยม และขอบเขตการให้บริการของโรงพยาบาล

สรุปผลการประเมิน

	ไม่มี	พอใช้				ดี			ดีมาก			ดีเลิศ
	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
วิธีการปฏิบัติ												
ความครอบคลุม												
ผลลัพธ์												

รายละเอียดการประเมิน

1. กิจกรรมหรือการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของมาตรฐาน

- มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มผู้บริหารเพื่อทำพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลเมื่อเดือน มกราคม 2540

2. จุดแข็ง

- หัวหน้าหน่วยงานร้อยละ80% เข้าร่วมการประชุม
- ใช้วิทยากรมืออาชีพในการประชุม

3. จุดอ่อน

- ทีมผู้บริหารระดับสูงไปร่วมประชุมน้อยมาก
- ยังไม่มีการกำหนดปรัชญาหรือค่านิยมในการทำงานร่วมกัน ไม่มีใครรู้ว่าจำเป็นอย่างไร
- ขาดการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า
- ขาดข้อคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่

4. สิ่งที่บอกว่ามาตรการที่ปฏิบัติที่ดีเพียงใด

- ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่เห็นว่าน่าจะให้ผู้บริหารระดับสูงมาเข้าร่วมประชุมลักษณะนี้ด้วย
- ผู้ปฏิบัติงานอื่นๆไม่ได้ใส่ใจในข้อความพันธกิจที่ได้จากการประชุม

5. แผนการปรับปรุง/กิจกรรมการปรับปรุง

- ให้แต่ละหน่วยงานนำข้อความพันธกิจและวิสัยทัศน์เสนอให้ผู้ปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง พร้อมกับกำหนดพันธกิจและวิสัยทัศน์ของหน่วยงานไปด้วย
- นำข้อเสนอแนะจากทุกหน่วยงานมาปรับปรุงข้อความพันธกิจและวิสัยทัศน์ แล้วนำเสนอให้คณะกรรมการบริหารพิจารณาให้ข้อเสนอแนะอีกครั้งหนึ่ง