

บันทึกประจำวัน

การขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

(Hospital Accreditation)

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล

ผู้อำนวยการงานกลางโครงการ

ไตรมาสที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) พ.ศ. 2540

บันทึกการพบกับทีมผู้บริหารระดับกลางของ รพ.บำรุงราษฎร์

5 สิงหาคม พ.ศ. 2540 13.00-15.00

พ.อนุวัฒน์ได้รับเชิญจาก รพ.บำรุงราษฎร์ ให้ไปบรรยายเรื่อง HA ให้หัวหน้างานต่างๆ พร้อมกับตัวแทนจากบริษัทที่ปรึกษา IDA ซึ่งมาบรรยายเรื่อง ISO9000 เป็นการเตรียมการสำหรับรองรับทีมที่ปรึกษาที่จะเข้าไปในวันที่ 21

เนื้อหาการบรรยาย

- ทบทวนแนวคิดร่วมสมัย
- หลักการของ Hospital Accreditation
- ขั้นตอนการเตรียมตัวเพื่อ HA
- HA & ISO
- การจุดประกายโครงการพัฒนาคุณภาพ
- เราจะไปถึงไหนกัน

ประเด็นคำถาม

- มีอะไรเป็นแรงจูงใจให้ รพ.เอกชนเข้าร่วมในกระบวนการนี้ เช่น เคยได้ยิน ดร.อาทิตย์พูดถึงเรื่องการลดภาษีให้ รพ.ที่ได้รับการรับรอง หรือการที่อนุญาตให้ รพ.ที่ได้รับการรับรองเบิกค่ารักษาจากข้าราชการได้เต็ม โดยถือว่ารพ.ที่ได้รับการรับรองก็หมายความว่ามีความเหมาะสมด้วย
- ISO9000 เหมือนและต่างจาก HA อย่างไร
- การเลือกโครงการมาทำต้องมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบหรือไม่ จะใช้เกณฑ์อะไรในการเลือก
- ข้อคิดเห็น
- ผู้บริหารที่เป็นฝั่งต้องการให้ได้ ISO และเห็นว่า ISO มีความแตกต่างจาก HA ได้แต่งตั้งให้มีผู้รับผิดชอบคนละคน
- ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์สนับสนุนให้ใช้ HA และเห็นว่า ISO ไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้กับ รพ.
- บริษัทที่ปรึกษาเห็นว่า ISO9000 และ HA เป็นเรื่องเดียวกัน กล่าวได้ว่า HA คือ ISO9000 สำหรับ รพ. มีแนวคิดและกระบวนการสอดคล้องกัน สามารถทำรวมกันไปได้
- ผู้รับผิดชอบ ISO9000 และ HA ของ รพ.เห็นว่ามีโอกาสปรับปรุงเรื่องต่างๆได้อีกมาก และพร้อมที่จะร่วมมือทำทั้ง ISO และ HA ไปด้วยกัน

สำเนาเรียน อ.ปัญญา อ.มาลินี อ.ธิดา พ.สมเกียรติ คุณงามจิตต์ คุณศรานุช

โครงการ Hospital Accreditation

Hospital Accreditation กับ ISO9000

ความเหมือน

- กระบวนการเหมือนกัน มี requirement, มีการพัฒนาภายในด้วยตนเอง และมีการประเมินโดยบุคคลภายนอก
- แนวคิดเหมือนกัน คือใช้หลักการของ Quality Management
- มีการประกาศให้ประชาชนทราบ เพื่อเป็นหลักประกันให้เกิดความเชื่อมั่น

ความต่าง

- ISO9000 มีพื้นฐานมาจากการผลิตในภาคอุตสาหกรรม การนำมาใช้ใน รพ.ต้องประยุกต์แปลความ กระบวนการหลักของการผลิตคือการรับคำสั่ง ออกแบบ ซื้อวัสดุ ตรวจสอบวัสดุ ผลิต ส่งมอบ บริการหลังขาย กระบวนการหลักของการดูแลผู้ป่วยคือการเตรียมผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วย การวางแผนดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน การติดตามประเมิน การจัดการเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง
- คุณภาพของโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับปฏิบัติตามของผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งทาง ISO9000 ถือว่าผู้ประกอบวิชาชีพเป็นเพียงปัจจัยนำเข้าอย่างหนึ่งซึ่งต้องเข้ากับคุณลักษณะเฉพาะที่กำหนดไว้ แต่ในกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจะเน้นที่การทบทวนมาตรฐานและจริยธรรมของการประกอบวิชาชีพด้วย
- ระบบของ ISO9000 เป็นระบบที่ค่อนข้างจะลงตัวแล้ว ส่วนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลยังอยู่ในขั้นเริ่มต้นซึ่งต้องทดสอบรูปแบบและมาตรฐานให้เหมาะสมกับสังคมไทย

เปรียบเทียบมาตรฐานโรงพยาบาลและ requirement ของ ISO9000

มาตรฐานโรงพยาบาล	requirement ของ ISO9000
มาตรฐานระดับโรงพยาบาล	
การนำและการบริหาร	4.1 ความรับผิดชอบของผู้บริหาร
จริยธรรมองค์กร	
การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์	4.18 การฝึกอบรม
ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	4.16 การควบคุมบันทึกคุณภาพ
โครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย	
การควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล	
องค์กรแพทย์	
องค์กรพยาบาล	
มาตรฐานระดับหน่วยงาน/กลุ่มผู้ป่วย	
เป้าหมายและวัตถุประสงค์	
การจัดองค์กรและการบริหาร	
การจัดการกำลังคน	
การมีนโยบายและวิธีปฏิบัติ (คู่มือปฏิบัติงาน)	4.5 การควบคุมเอกสารและข้อมูล
สถานที่	
เครื่องมือ	4.11 การควบคุมเครื่องตรวจ เครื่องวัด และเครื่องทดสอบ
ระบบงาน	4.3 การทบทวนข้อตกลง
-การเตรียมผู้ป่วย	4.4 การควบคุมการออกแบบ
-การประเมินผู้ป่วย	4.6 การจัดซื้อ
-การวางแผนดูแลรักษา	4.7 การควบคุมผลิตภัณฑ์ที่ส่งมอบโดยลูกค้า
-การปฏิบัติตามแผน	4.8 การซึบ และสอบกลับได้ของผลิตภัณฑ์
-การติดตามประเมิน	4.9 การควบคุมกระบวนการ
-การจัดการเพื่อดูแลต่อเนื่อง	4.19 การบริการ
กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	4.10 การตรวจและทดสอบ 4.12 สถานะการตรวจและการทดสอบ 4.13 การควบคุมผลิตภัณฑ์ที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด 4.14 การปฏิบัติการแก้ไขและป้องกันปัญหา 4.17 การตรวจติดตามคุณภาพภายใน 4.20 กลวิธีทางสถิติ
	4.15 การเคลื่อนย้าย การเก็บ การบรรจุ การรักษาสภาพและการส่งมอบ

บันทึกการปรึกษาเรื่องการเขียนคู่มือปฏิบัติงาน (ดร.กรรณิการ์ ฝ่ายบริหาร พ.อนุวัฒน์)

9 สิงหาคม พ.ศ. 2540 8.30-9.30 น. รพ.พญาไท 2

ข้อสรุป

- มีความจำเป็นที่จะต้องมีการเขียนคู่มือของโรงพยาบาล เพื่อลดความซ้ำซ้อนและความสับสน อาจจำเป็นต้องตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบ หรือให้ผู้ประสานงานคุณภาพยกย่องวิธีการทำงานเสนอ ให้ที่มหน้าของ รพ.รับรอง
- คู่มือหลักจะประกอบด้วย คู่มือการบริหารงาน, คู่มือการพัฒนาทรัพยากรบุคคล, คู่มือการบริหาร ความเสี่ยงและการพัฒนาคุณภาพ, คู่มือการดูแลผู้ป่วย (ระดับรวมของ รพ. และระดับหน่วยงาน)
- ขั้นตอนในการจัดทำที่สำคัญคือการวิเคราะห์กระบวนการหลักและกระบวนการสนับสนุนของแต่ละ หน่วยงาน แล้วนำกระบวนการทั้งหมดมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชื่อมโยง
- แนวทางเขียนในลักษณะ ISO9000 เป็นสิ่งที่ควรศึกษาและปรับใช้ให้เข้ากับ รพ. เพื่อว่า รพ.ที่ ต้องการขอ ISO9000 จะได้รับประโยชน์ในการทำงานครั้งเดียว

ตัวอย่างรูปแบบการเขียน

รพ.	หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติ (system procedure) เลขที่:	ฉบับที่: A
เรื่อง:	วันที่: dd/mm/yy
แผนก:	แผนกที่เกี่ยวข้อง:
ผู้จัดทำ:	ผู้อนุมัติ:

- 1.0 วัตถุประสงค์
- 2.0 ขอบข่าย
- 3.0 คำนิยามศัพท์
- 4.0 เอกสารอ้างอิง
- 5.0 นโยบาย (policy)
- 6.0 ความรับผิดชอบ
- 7.0 วิธีปฏิบัติ (work instruction)

รพ.	หน้า: 2/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่:	ฉบับที่: A
เรื่อง:	วันที่: dd/mm/yy

สำเนาเรียน อ.ปัญญา อ.มาลินี อ.ธิดา ดร.กรรณิการ์ พ.บุญเรือง คุณงามจิตต์ คุณศรานุช

บันทึกการประชุมที่มำของ รพ.นพรัตน์

9-10 สิงหาคม พ.ศ. 2540 แผลมฉบั้งคัันทรีคัลล์

ประเด็นในการประชุม

- การยอมรับว่า รพ.ยังไม่สมควรได้รับ HA เนื่องจากยังมีปัญหาคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่วนที่เกี่ยวกับการทำงานของแพทย์
- ผอ.ต้องการความร่วมมือร่วมใจจากทีมบริหารทุกคนในการที่จะดำเนินการเรื่องนี้
- เป็นบรรยากาศการประชุมที่ดี มีการเปิดใจ มีความมุ่งมั่น และทุกคนต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น
- ที่ประชุมแบ่งกลุ่มพิจารณาเป็น 2 กลุ่ม คือ เรื่ององค์กรแพทย์/การปรึกษา/เวชระเบียน และเรื่องการบริหาร โดยกลุ่มพิจารณาเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และเครื่องชี้วัด
- องค์กรแพทย์ มีข้อสรุปว่าเริ่มต้นด้วยวิธีแบบครึ่งใบเพื่อให้สามารถควบคุมทิศทางได้ กล่าวคือมีกรรมการจากการแต่งตั้งและจากการเลือกตั้งจำนวนอย่างละ 7 คนเท่ากัน โดยมีรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์เป็นประธานกรรมการบริหารขององค์กรแพทย์ กรรมการจากการเลือกตั้งให้มาจากกลุ่มงานเลือกกันขึ้นมา โดยเลือกจากกลุ่มงานใหญ่ 5 กลุ่มงาน กลุ่มงานละ 1 คน ส่วนกลุ่มงานเล็กๆให้มีการรวมตัวเพื่อเลือกขึ้นมาอีก 2 คน เน้นบทบาทในการดูแลเรื่องมาตรฐาน/จริยธรรมของการประกอบวิชาชีพ และการเป็นตัวแทนของแพทย์ในการแสดงความคิดเห็นและให้ความร่วมมือต่อนโยบายต่างๆ วิธีการในการทำงานจะเน้นที่การรวมตัวของวิชาชีพแพทย์ในทุกด้าน (กายภาพ จิตใจ/สังคม จิตวิญญาณ วินัย วิชาการ)
- การบริหาร ได้มีการพิจารณาเรื่องของการกระจายอำนาจ การติดต่อสื่อสาร การประเมินผลงาน การเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การบริหารความเสี่ยง การพัฒนาผู้บริหารทุกระดับ

บันทึกติดตาม (นพ.บุญเรือง)

11 สิงหาคม พ.ศ.2540

ข้อมูลความก้าวหน้า

ในวันนี้ได้มีการประชุมคณะกรรมการแพทย์ โดยมีแพทย์ 7 ท่านจากที่ประชุมแหลมฉบังซึ่งจะเป็นกรรมการโดยการแต่งตั้งเข้าร่วมประชุมชี้แจงนำข้อสรุปจากแหลมฉบังมาเสนอ บรรยากาศการประชุมตอนแรกเงียบหมด ไม่มีใครพูด

การตอบสนองในช่วงต้น เช่น จำเป็นต้องมีการแพทย์ด้วยหรือไม่ มีแล้วก็เหมือนเดิม คิดว่าหลักการดี แต่เป็นไปได้ ใครจะเป็นคนลงโทษ ผมจะลงดาบได้ไหม ขึ้นรายชื่อคนที่มีปัญหา 3-4 คน คนที่มีปัญหายังปล่อยให้ลอยนวล กรรมการที่มีอยู่เดิมเช่น กรรมการยาจะอย่างไร

ข้อสรุปจากที่ประชุม เห็นด้วยในหลักการ ถ้า ผอ.ให้อำนาจองค์กรเขาก็จะเอาด้วย ขอให้ผอ.ไปคุยกับแต่ละกลุ่มงานโดยตรง

ข้อคิดเห็นที่ให้เพิ่มเติม

- อำนาจที่องค์กรแพทย์จะมีมากคืออำนาจทางสังคม เช่น การส่งรายงานให้แพทยสภาพิจารณาโดยตรง
- ขอให้กำหนดอำนาจหน้าที่ขององค์กรแพทย์อย่างชัดเจน ที่จะไม่ล่วงละเมิดอำนาจของ ผอ.
- หากสามารถทำให้ธรรมนูญองค์กรแพทย์ลงนามโดยอธิบดี จะทำให้เกิดความต่อเนื่องแม้เปลี่ยน ผอ.

สำเนาเรียน อ.ปัญญา อ.มาลินี พ.ศุภชัย พ.บุญเรือง คุณงามจิตต์ คุณศรานุช

บันทึกการปรึกษาหลังเก็บข้อมูล รพ.อุตรดิตถ์ (ดร.ชชนวนทอง พ.อนุวัฒน์ ทัศนีย์)

12 สิงหาคม พ.ศ. 2540 13.00-15.00 น. สวรรส.

สิ่งที่พบ

- มีกลุ่มต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย ตามโครงสร้างในมาตรฐาน รพ. ซึ่งไปหนักที่ผู้ป่วยในมาก ทุกทีมมีความตื่นตัวอยากจะทำแต่ไม่รู้จะทำอย่างไรต่อ
- ยังไม่มีการทำงานในลักษณะ cross-functional team เกิดขึ้น
- ผู้ประสานงาน 4 คนไม่สามารถควบคุมการทำงานของกลุ่มต่างๆ ได้
- การจัดประชุมเครือข่ายทำให้แต่ละหน่วยงานได้รับข้อมูลตรงได้ชัดเจนมากกว่าได้รับจากผู้ประสานงาน
- รองแพทย์และภรรยาจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสูงต่อโครงการ คุณ....ยังไม่เข้าใจเนื้อหาหลักซึ่งมากนัก นพ.....ดูจะปิดรับและไม่เชื่อมั่นว่างานนี้จะสำเร็จ แต่ยังไม่รู้ว่าจะมีวิธีอื่นอย่างไร
- สมาชิกในกลุ่มหลายคนรู้จักคิดและลงมือทำไปแล้ว เช่น กลุ่ม ICU

ข้อเสนอ/ข้อสรุป

- ขอให้ผู้ประสานงานกลางบันทึกกิจกรรมทุกอย่างที่ทำไป รวมทั้งแผนที่จะทำได้ในเดือนต่อไป
- ทีมเก็บข้อมูลต้องประสานกับที่ปรึกษาและโครงการ ด้วยการป้อนข้อมูลให้เพื่อปรับ intervention ให้เหมาะสม
- ทีมวิจัยจะต้องแบ่งเป็น 2 ระดับ โดย อ.ชชนวนทอง คุณทัศนีย์ และทีม จะรับหน้าที่สำรวจสภาพปัญหาใน รพ. 5-6 แห่ง คือ เชียงราย น่าน อุตรดิตถ์ ยโสธร หาดใหญ่/มอ. และวางแผนการเก็บข้อมูลให้กับทีมวิจัยที่เหลือ ซึ่งอาจจะไม่สามารถลงลึกได้มาก โดยทีมนี้จะประชุมกันทุกสิ้นเดือน และจะพบกับทีมวิจัยทุกต้นเดือน
- การเริ่มต้นงานของทีมวิจัยกับ รพ. ควรจะไปกับที่ปรึกษาของโครงการในช่วงต้น เพื่อให้เกิดการยอมรับของ รพ.
- จะมีการพัฒนาความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพ (TQM/CQI) และ HA ให้กับทีมวิจัย โดยในช่วงต้น อาจจะเป็นการประชุมร่วมกัน 2 วัน ถ้ามีโอกาสควรให้ทีมวิจัยได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรม TQM/CQI ที่ทำกับ รพ. ด้วย
- มีความจำเป็นที่โครงการจะต้องเข้าไปช่วยจัดตั้งทีมประสานในส่วน of patient care team ให้กับ รพ. โดยกำหนดจะไปในช่วงเดือนกันยายน (ประมาณสัปดาห์ที่ 3 x 2 วัน, พ.อนุวัฒน์, ?พ.สุริยะ)

หมายเหตุ

จากการคุยกับ พ.วัชรพล ได้ข้อมูลว่าที่จริง รพ.มี PCT อยู่แล้ว แต่การทำงานยังไม่ค่อยเต็มที่นักเนื่องจากทีมผู้ประสานงานไม่ผลักดันเท่าที่ควร นอกจากนั้นผู้บริหารยังคิดว่า TQM กับ HA เป็นคนละเรื่องกัน

บันทึกความคิดเห็นของ อ.ประเวศ

14 สิงหาคม พ.ศ. 2540 09.00 น. ห้องประชุม 1 สป. (ที่ประชุมกรรมการ สวรส.)

อ.ประเวศชื่นชมที่เห็นผลงานต่างๆ ออกมามาก (ในวันนี้นำเสนอผลการวิจัยเรื่องการนำ TQM/CQI มาใช้ใน รพ.รัฐ) ขณะเดียวกัน เสนอว่าให้สร้างแนวร่วมมาช่วยกันทำงานมากๆ จะได้มีเวลาไปทำเรื่องอื่น เพื่อให้เกิดการสร้างบ้าน ไม่จมอยู่ในเรื่องเดียว เหมือนการสร้างบ้าน ถ้ามีแต่พัฒนาทรายให้เป็นทองอยู่ แต่ไม่ได้ดูองค์ประกอบอื่นก็ไม่เกิดประโยชน์

อ.ประเวศได้เสนอว่าการวิจัยเป็นเครื่องมือช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น ไม่จำเป็นต้องทำให้ดีที่สุด ให้ค่อยๆทำไปพัฒนาไป ขณะเดียวกันต้องทำให้สังคมได้เรียนรู้ด้วย โดยการส่งข้อมูลผ่านสื่อต่างๆ

บันทึกการปรึกษากับ อ.วิจารณ์ เรื่องทุนกาญจนภิเษก

14 สิงหาคม พ.ศ. 2540 09.15 น. ห้องประชุม 1 สป. (ที่ประชุมกรรมการ สวรส.)

ที่มา

ดร.สิปปนนท์ เกตุทัต เสนอแนะในที่ประชุมกรรมการ สกว.เมื่อพิจารณาว่าจะสนับสนุนโครงการ HA หรือไม่ ว่าควรเชื่อมโยงโครงการนี้เข้ากับทุนกาญจนภิเษก คือนำนักศึกษาทุนกาญจนภิเษกมาทำงานในโครงการนี้

ข้อมูล

- ทุนกาญจนภิเษก เป็นจ้างเรียน ให้นักศึกษาที่จบปริญญาตรีกระโดดไปเรียนปริญญาเอกในประเทศไทย ไม่มีการเรียนในระดับปริญญาโทเพราะมีภาพลักษณ์ว่าเด็กที่จบปริญญาโทคือผู้ที่ไม่เก่ง ไม่เมืองนอกไม่ได้ แต่เด็กที่เข้าโครงการนี้มีความสามารถที่จะเรียนปริญญาเอกในต่างประเทศได้ เพียงแต่อาจจะไม่มีเงินทุนพอ
- สกว.จะกำหนดมาตรฐานการคัดเลือกนักศึกษา แต่ให้อาจารย์เป็นผู้คัดเลือกเอง
- เงินทุนที่ให้ไม่ได้ครอบคลุมในส่วนของงานวิจัย หากโครงการ HA จะใช้นักศึกษาเหล่านี้มาทำวิจัย ต้องจัดสรรเงินทุนวิจัยของโครงการให้
- สกว.จะประกาศสถาบันและหลักสูตรที่สามารถเข้าโครงการทุนกาญจนภิเษกได้ในต้นเดือนหน้า ตรงนั้นจะเป็นจุดที่ โครงการ HA สามารถไปชักชวนอาจารย์มาร่วมวิจัยกับ HA

การติดตาม

ขอให้ติดตามที่ สกว.หากต้นเดือนหน้ายังไม่ได้รับรายชื่อสถาบันและหลักสูตร

สำเนาเรียน อ.ปัญญา อ.มาลินี ดร.ชชนวนทอง คุณงามจิตต์ คุณศรานุช

บันทึกความเห็นของปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.วิฑูร แสงสิงแก้ว) ต่อการนำเสนอ เรื่อง TQM

14 สิงหาคม พ.ศ. 2540 11.30 น. ห้องประชุม 1 สป. (ที่ประชุมกรรมการ สรรส.)

ความเห็นของปลัด

อ.จรัสได้มาปรึกษาหลายครั้งว่า รพ.จะทำ HA จะวางรูปกันอย่างไรดี 1) รัฐทำ 2) เป็นองค์กรเฉพาะ 3) เป็นภาคเอกชน เราตกลงกันในเบื้องต้นว่าเอาแบบที่ 2 แต่ต้องมีอำนาจตามกฎหมายที่จะบอกเขาได้ด้วย

วิเคราะห์

แสดงว่ายังมีความสับสนระหว่างอำนาจตามกฎหมายของกองการประกอบโรคศิลป์ กับการยกย่องเชิดชู รพ.ที่พยายามมุ่งพัฒนาไปสู่ความเป็นเลิศ โดยพื้นฐานเป็นไปไม่ได้ที่ 2 เรื่องนี้จะเข้าไปอยู่ด้วยกัน เพราะจะเกิดการควบคุมด้วยความหวาดกลัวซึ่งเป็นสิ่งที่โครงการพยายามหลีกเลี่ยง เพราะเป็นสิ่งที่ไม่ได้ผล ปรัชญาของโครงการคือการควบคุมตัวเองด้วยความเต็มใจ ด้วยความเห็นในคุณค่าร่วมกัน

บันทึกการเยี่ยม รพ.บำรุงราษฎร์

21 สิงหาคม พ.ศ. 2540 10.15-11..30 น. ห้องประชุมชั้น 12

โครงสร้างคุณภาพ

ได้ตั้งโครงสร้างแผนกคุณภาพขึ้น แยกออกเป็น 5 ขา ได้แก่ CQI (problem solving process) HA (standard & outcome), ISO9002 (standard & process) , QA/RM/Dep program และ IC ทั้งหมดจะมีกระบวนการคล้ายกันคือ data collection, analysis, education, changing practice pattern

องค์กรแพทย์

เริ่มตั้งกรรมการต่างๆ เมื่อ 2 ปีมาแล้ว โดยให้แพทย์เป็นประธาน กก.จะกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติในเรื่องต่าง มีการประชุมกัน 1-2 เดือน/ครั้ง รพ.ไม่มีหน้าที่กำหนดนโยบายให้แพทย์เพราะแพทย์จะไม่ปฏิบัติตาม จึงให้แพทย์กำหนดกันขึ้นมาเอง เริ่มมี policy เป็นรูปเป็นร่างในหลาย area แต่บาง area ก็ยังไม่เป็นรูปเป็นร่าง

กรรมการส่วนใหญ่เป็นแพทย์เต็มเวลา มีแพทย์ที่ปรึกษาประมาณ 1 ใน 4 เพราะมาประชุมไม่ค่อยได้ นโยบายของ รพ.ถือว่าแพทย์เต็มเวลาและแพทย์ที่ปรึกษามีสถานะเท่าเทียมกัน อยากรู้ input จากที่ปรึกษา แต่มักจะได้ทาง informal

แพทย์ที่ปรึกษามีประโยชน์แก่ รพ.มาก เพราะกิจกรรมการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์จะเข้มข้นกว่า มีการรับรู้และนำมาถ่ายทอด การดูจากบันทึกที่เขียนไว้ก็รู้ว่าทำอะไรใหม่เกิดขึ้น

คณะกรรมการจะมีบุคคลที่เกี่ยวข้องซึ่งไม่ใช่แพทย์อยู่ด้วย ทางผู้บริหารจะไปนั่งฟัง เพื่อรับรู้เอาไปประสานกับนโยบายของ รพ. เมื่อกรรมการประชุมแล้วต้องผ่าน Medical Advisory Com (หรือ ExCOM ของ MSO) ซึ่งเป็นแพทย์ผู้ใหญ่ที่เป็นตัวแทนของแผนกต่างๆ ถ้า MAC รับทางผู้บริหารก็จะประกาศในที่ประชุมแพทย์ซึ่งมีสัปดาห์ละครั้ง ถ้ามีการโวยวายเราก็เอากลับมาพิจารณาใหม่

QA Com กิจกรรมส่วนใหญ่จะไม่เกี่ยวกับแพทย์ แต่ก็ให้เป็นคณะกรรมการของ MSO

บันทึกการสนทนากับ ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา

21 สิงหาคม พ.ศ. 2540 13.00-15.00 น. วสส.จุฬา

ความสัมพันธ์กับกระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่ต้องการคือนโยบาย ซึ่งอาจจะมียุทธศาสตร์ต่าง ๆ ดังนี้

1. สธ.เห็นว่าเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพเป็นนโยบายของ สธ. ในฐานะเป็นกลไกของรัฐที่ต้องทำหน้าที่ควบคุมความสูญเปล่าต่าง ๆ ไม่ให้เกิดขึ้น
2. การเห็นว่าสิ่งที่ภาคีทำเป็นประโยชน์ต่อ สธ. และเป็นการช่วยเหลือ สธ. แทนที่ สธ.จะต้องลงมาทำเองซึ่งอาจจะทำไม่ไหว (เฉพาะในส่วน R&D) ดังนั้น สธ.จะสนับสนุนให้ภาคีทำหน้าที่นี้ต่อไป การศึกษาเพื่อหารูปแบบอาจจะเป็นการลด threat ต่อ สธ.
3. สธ.มีการจัดองค์กรภายในเพื่อรับผิดชอบการพัฒนา รพ.ในสังกัดของตนเอง เช่น การปฏิรูปกอง รพ. เพื่อให้ทำหน้าที่วางมาตรฐาน, ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ และติดตามประเมิน ปลดปล่อยให้ รพ. ต่าง ๆ มี autonomy มากขึ้น แทนที่จะเป็น bureaucratic hierarchy

การดำเนินงานของ รพ.ในสังกัด สธ. และการจัดองค์กรรับผิดชอบ

การดำเนินงานของ รพ.รัฐขึ้นอยู่กับแนวคิดของรัฐบาล แนวคิดในอุดมคติคือกระบวนการกระจายอำนาจหรือ privatization ที่มุ่งเป้าหมายของประสิทธิภาพ ไม่ใช่การเลี้ยงตัวเอง รพ.รัฐเป็นผู้ดูแลเรื่อง coverage และ equity เป็นคนละเรื่องกับ true privatization ถ้าแนวคิดนี้ออกมาชัด รพ.รัฐจะมีความแตกต่างจากรพ.เอกชนชัดเจน อาจจะมีบางอย่างที่ซ้อนกัน แต่เป้าหมายสุดท้ายจะไม่เหมือนกันเพราะ equity เป็นตัวตั้ง ไม่ใช่ excellence

สธ.อาจจะต้องมีหน่วยงานประสานงานที่จะช่วยเหลือ รพ.เหล่านี้ซึ่งแตกต่างจากรพ.เอกชน การก่อตั้งและเครื่องชี้วัดสำหรับ รพ.เหล่านี้จะไม่เหมือนกับของ รพ.เอกชน อาจจะมีตัวร่วมจำนวนหนึ่ง กอง รพ.ไปทำบทบาทหน้าที่อื่นจนบทบาทที่น้อยเกินไป เนื่องจากระบบไม่เอื้อให้ทำได้ ต้องมีการปรับระบบ

เมื่อมีการปรับบทบาทหน้าที่ของ กอง รพ.แล้ว กอง รพ.กับภาคีก็จะทำงานร่วมกันได้ในลักษณะของ contract ซึ่งอาจจะเป็น contract ด้านหน้าที่ หรือด้านเงินก็ได้ เช่น ภาคี contract ให้กอง รพ.เป็นผู้นำ input ของภาคีไปให้ รพ.ที่อยู่ในโครงการ หรือ กอง รพ. contract ให้ภาคีไปช่วยเหลือ รพ.ในสังกัด กอง รพ.ช่วยโครงการด้วยการ feed information ให้กับโครงการ

ถ้ามองภาคีในลักษณะของการให้ technical input ทำไปก่อน บุกเบิกไปก่อน 1 ก้าว แล้ว สธ.ไปขยายงาน สธ.ก็น่าจะมีองค์กรซึ่งทำหน้าที่พัฒนาและประเมิน ซึ่งการประเมินนั้นอาจจะทำเองหรือมอบหมาย/จ้างให้องค์กรอื่นไปทำ

โครงการ Hospital Accreditation

ภาคีต้องมองว่าเรื่องนี้เป็นประสบการณ์ ไม่ใช่เรื่องที่จะไปยึดเยียดสิ่งที่สร้างขึ้นให้ สธ. การจะรับหรือไม่รับเป็นเรื่องที่ สธ. จะพิจารณาเอง และภาคีต้องเปิดใจกว้าง ยอมรับความต้องการของ สธ. เพื่อปรับให้ไปด้วยกัน โดยอยู่บนพื้นฐานว่าทุกคนอยากทำดี โครงการนี้เป็นช่องทางให้คนทุกระดับได้ทำดี

การสร้างความโปร่งใสและความเชื่อมั่นในกระบวนการทำงานของภาคี

การอนุมัติจัดทำ VDO ฝึกอบรม เราจะต้องทำให้เกิดความโปร่งใสและเกิดความเชื่อมั่น ซึ่งจะทำให้เราทำในสิ่งอื่นๆ ได้อีกมาก ตัวอย่างเช่น การบริหารผลประโยชน์ของสำนักงานทรัพย์สินของจุฬาให้ทุกคนรู้ว่าเงินนั้นเก็บไว้เพื่อประโยชน์ของอาจารย์และนักศึกษา เมื่อเกิดปัญหาที่สามย่าน ทุกคนจะเข้าใจและสนับสนุนผู้บริหาร

สิ่งที่ควรทำคือ

1. **กระบวนการทำงาน** ทำบันทึกภายในว่าเราจำเป็นต้องทำอะไรของในลักษณะนี้ ซึ่งเป็นของคุณภาพจะไปวัดกันตอนที่ผลออกมาแล้ว ของคุณภาพต้องมีราคาแพง เพราะฉะนั้นจะทำงานนี้เป็น phase ถ้าคุณภาพไม่ดีจะเปลี่ยนผู้รับจ้างที่หลัง หากให้ทำ 1 ม้วนแล้วอำนาจปฏิเสธไปอยู่ที่ม้วน 2, 3 การต่อรอบครั้งที่ 2 เขาจะอยู่ในฐานะที่ดีกว่าคนอื่น เป็นประโยชน์ของกระบวนการเก็บข้อมูลที่ทำได้ทำไปซึ่งเป็นสิ่งที่เขาต้องทำอยู่แล้ว

2. **บริษัท** ดูว่ามีบริษัทอื่นที่ทำเรื่องนี้อีกแค่ไหน ให้เหตุผลว่าทำไมเลือกบริษัทนี้

3. **ราคา** ทำไมราคานี้ ต้องเห็นประสบการณ์ที่แล้วมา สิ่งที่เขาทำให้กับคนอื่น

เราจะต้องปิดช่องโหว่ของการจัดซื้อจัดจ้างโดยวิธีพิเศษ ปิดจากความไม่รู้ของเรา ไม่ให้เราเองถูกหลอก เจตนาดีไม่ใช่คำตอบเสมอไป ควรพิจารณาด้วยว่ามีสิทธิบอกเลิกหรือไม่ ถ้าแก้แล้วไม่สมบูรณ์ตามที่เราเสนอเราจะขาดทุน ตอนนี้อาจจะถูกลง

จุดยืนในการทำงาน

เราเป็นคนที่มีค่ามากกว่าที่กระทรวงดีให้ เมื่อ 30 ปีก่อนความรู้ไม่เป็น career แต่ปัจจุบันนี้ ความรู้เป็น career งานนี้จะให้ประสบการณ์ที่มากมายซึ่งจะหาจากที่อื่นไม่ได้ อย่าไปยึดติดว่าองค์กรจะต้องคงอยู่ตลอดไป ทุกอย่างมีเกิดมีดับ เมื่ออันนี้ดับก็มีอันใหม่เกิดขึ้น ถ้าองค์กรใหม่ไม่รับคนที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญไปทำงานต่อก็เป็นความโง่ที่ช่วยไม่ได้ เราสามารถไปทำงานอื่นได้มากมาย เช่น การเปิดบริษัทที่ปรึกษา (อ.จรัสเองยังเคยคิดที่จะเปิด บ.ที่ปรึกษาบริหารมหาวิทยาลัย แต่ขณะนี้สังคมไทยยังไม่ยอมรับการจ่ายเงิน) การทำธุรกิจบริการสุขภาพซึ่งได้ประโยชน์จริงๆ เราต้องทำให้คนในองค์กรของเราเห็นคุณค่าตรงนี้ ซึ่งมีมากกว่าเงินที่ได้รับ

สำเนาเรียน คณะกรรมการประสานแผน คุณงามจิตต์ คุณศราวุธ

บันทึกการปรึกษาหลังเก็บข้อมูล รพ.หาดใหญ่ (ดร.ชชนวนทอง พ.อนุวัฒน์ ทศนีย์)

23 สิงหาคม พ.ศ. 2540 13.00-15.00 น. สวรรส.

สิ่งที่พบ

- การสื่อสาร ในช่วงต้นผู้ประสานงานไม่ยอมให้ทีมวิจัยไปเพราะไม่รู้ว่าจะไปทำอะไร แต่สุดท้ายบอกว่าดี ทุกคนได้มีที่ระบายว่าเขาต้องการอะไร แต่จะต้องทำให้เขาเปิดประตูก่อน
- การขออนุมัติต้นสังกัด ไม่ได้ขออนุญาตต้นสังกัด พบกับคนบดีที่สนามบิน ควรแก้ปัญหาด้วยการวางแผนการขออนุมัติให้มาร่วมงานกับโครงการ
- ความคาดหวังของ รพ. ผอ.ถามว่า รพ.จะได้อะไรจากการมาของนักวิจัย ได้ตอบไปว่า 1) ประมวลสิ่งที่เกิดขึ้นใน รพ.ต่าง ๆ และนำมาแลกเปลี่ยนกัน 2) ส่งเสริมให้ จนท.ใน รพ.มีทักษะในการคิดและเก็บข้อมูล 3) ได้รูปแบบการดำเนินงานของ 35 รพ. 4) เป็นตัวกลางระหว่าง รพ.กับโครงการ พ.อนุวัฒน์เสนอว่าจะต้องทำความเข้าใจกับผู้บริหารว่าเป็นส่วนที่ รพ.จะต้อง contribute ให้กับโครงการวิจัยและพัฒนา
- แรงจูงใจของ ผอ. เพื่อให้ตัวเองมีภาพลักษณ์ที่ดี เพราะที่ผ่านมามีใจกับผลงานของตนเองมากในเรื่องการล้างหนี้ สามารถอุดช่องโหว่ในการเก็บเงิน ได้สร้าง cross-functional team เพื่อการนี้ นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกว่าจะต้องแข่งกับ มอ. จะประสานแรงจูงใจนี้ให้เป็นประโยชน์ต่อโครงการได้อย่างไร
- วัฒนธรรมองค์กร ผอ.เล่าว่าช่วงแรกของการทำงานยากมากเพราะคนไม่สนใจกัน ลงทุนทำ OD แพงเท่าไรก็ทำ ยังมีเงินประกันสังคมซ่อนไว้โดยไม่บอกใคร ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่น่าจะเป็นปัจจัยที่ทำให้รูปแบบแตกต่างกัน รพ.นี้สามารถนำหมอมาร่วมทีมได้มาก (?ด้วยความเกรงใจหรือด้วยการแข่งขันซึ่งแยบยลกว่า นพรัตน์ คือมีการแข่งขันกันอย่างสุภาพ) ในการทำงานคร่อมหน่วยงานเคยมีความพยายามแล้วไม่สำเร็จ จึงเป็นนโยบายของ ผอ.ให้แต่ละกลุ่มทำกันภายในก่อน จุดแข็งของ รพ.นี้คือการใช้เครือข่ายแพทย์จุฬา
- ศักยภาพ คนได้มีความฉลาด ดูจากสายตาและวิธีการตอบวิธีการคิด การไปช่วยสร้าง PCT ให้เพียง 1 ทีมก็เพียงพอที่จะขยายได้เอง
- กลเม็ดในการบริหาร สำเร็จโดยให้แต่ละฝ่ายเอาเงินไปบริหารกันเอง ส่วนที่เหลือไม่ต้องคืนแล้วแต่ว่าแผนจะเอาไปทำอะไร การพัฒนาก่อนหน้านี้คือ OD ปรับโฉมหน้า ESB
- การให้ความหมาย
 - ผู้ประสานงานให้แนวทางว่า TQM & HA คืองานเดียวกัน

โครงการ Hospital Accreditation

- ทางฝ่ายการพยาบาลบอกว่า TQM & HA ไม่ใช่เรื่องเดียวกัน บอกว่า "HA ดีที่ว่าคุณอื่นจะได้พัฒนาตามพยาบาล หมอไม่เข้าใจว่าเวลาพวกเขาทำ nursing audit มันแปลว่าอะไร" พยาบาลบอกว่าหมอทั้งหลายยังไม่รู้เรื่องว่า HA คืออะไร
 - หมอทั้งหลายหน้าตาต่างๆ บอกว่าทำไมไม่ส่งเล่มสีฟ้า (มาตรฐานโรงพยาบาล) มาแต่แรก ถ้าส่งเล่มนี้มาแต่แรกก็จะทำเป็น แพทย์ยังสับสนในบทบาท ไม่ชัดเจนว่ามันคืออะไร หมอต้องทำอะไร
 - เกสซ์บอกว่ามาตรฐานของเขาคือ พบส. HA คือการพัฒนาระบบ
 - เป็นการร่วมมืออย่างเป็นระบบ การประเมินตนเอง การปรับปรุงตรวจสอบภายในอย่างสม่ำเสมอ
 - สู่ติ การกำหนดมาตรฐานสำหรับ รพ.นั้น กระบวนการตรวจสอบมาตรฐานมีการพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ
 - พยาบาล การประกันคุณภาพ โดยเริ่มจากทุกหน่วยพัฒนาบริการของตนเอง แล้วมีองค์กรภายนอกมาประเมินและรับรอง
- ฝ่ายการพยาบาล รพ.นี้แข็งแรงมาก มี connection กับกองการพยาบาลใกล้ขีด ฝ่ายการพยาบาลกังวลว่าประเมินไปแล้วเมื่อปี 38 ตอนนี้งากำลังทำ audit มีปัญหาเรื่องอัตรากำลัง ถ้าทำแล้วไม่ผ่านจะตกหรือไม่ รอง วดีเป็นผู้ที่คิดเป็น เช่น บอกว่า "ทำไมวัดปรอทต้องวัดตามเวลา ทำไมไม่ให้คนไข้วัดเองเพื่อหัด self care" เป็นผู้มีแนวคิดในการเปลี่ยนแปลง รองสุจินต์เป็นผู้ที่เก่งวิชาการ จบปริญญาโท รองสุนทรคือผู้ไปฮาวายด้วย
 - การประเมินตนเอง ขณะนี้แนวทางประเมินตนเองของกุมารได้ใช้ไปทั่วประเทศ
 - สิ่งที่ รพ.ต้องการ 1) รูปแบบตัวอย่างของประเทศไทย 2) เขียนกรอบกว้างๆ แล้วให้ รพ.เลือก 3) มาให้คำตอบว่าใช่หรือไม่ ต่อไปจะให้ทำอะไร (กลุ่มพยาบาล) 4) ตั้งเป้าว่าสิ้นปีนี้จะเห็นอะไร
 - การประชุมเครือข่าย เป็นสิ่งที่ดี แต่น่าจะบอกว่าจะให้ใครมา ขอให้เขียนกำหนดการให้ชัดเจน ขอให้ผู้ประสานงานให้รายชื่อของผู้แทนเครือข่ายในที่ประชุม 28-29 สค.
 - ความสับสน 1) สู่ติแพทย์บอกว่าไม่ชัดเจนว่าที่มคิดหมายถึงใคร เลยคิดเองคนเดียว เป็นมาตรฐานขั้นต่ำ 2) ความเข้าใจผิดเรื่องโครงสร้าง การแก้ไขความเข้าใจผิดต้องไม่เปลี่ยน strategy ของ รพ.
 - วิธีการทำงานของผู้ประสานงาน พ.เสาด๊ะและคุณมาลินีจะเข้าไปในแต่ละกลุ่มงาน เข้าไปบอกให้ทำ HA ของแต่ละกลุ่มงาน ให้เลือกปัญหาในวิชาชีพขึ้นมา ถ้าเกี่ยวกับคนอื่นก็ให้ไปประสานกับหน่วยงานนั้นๆ การทำงานให้ทำไปเรื่อยๆ ไม่รู้ว่าเสร็จเมื่อไร เกิดแรงจูงใจขึ้นแล้ว แต่ยังไม่รู้ว่าทำอะไร

โครงการ Hospital Accreditation

- แผนแทรกแซง 1) ปรับแนวคิดเรื่องโครงสร้างและทีม 2) ปรับการรับรู้เรื่องเกณฑ์ประเมิน 3) ศึกษาวิจัยเปรียบเทียบการใช้เกณฑ์ของกองการพยาบาลกับ HA

สำเนาเรียน อ.มาลินี ดร.ชะนวนทอง คุณทัศนีย์ คุณศรานุช

(คุณศรานุช โปรดพิจารณาสิ่งที่ขีดเส้นใต้เพื่อนำไปดำเนินการเรื่องการขออนุมัติให้ อ.ชะนวนทอง และการขอรายชื่อผู้แทนเครือข่ายด้วยครับ)

โครงการ Hospital Accreditation

บันทึกการปรึกษาทีมวิจัย (ดร.ชชนวนทอง พ.อนุวัฒน์ ทศนีย์)

30 สิงหาคม พ.ศ. 2540 10.00-15.00 น. สวรรส.

ทีมวิจัยแกน

ประกอบด้วย อ.ชชนวนทอง อ.จารุวรรณ อ.สุวรรณี ทศนีย์ พิสมัย แหม่ม ทำหน้าที่ศึกษาเจาะลึกใน รพ. 5 แห่ง เพื่อกำหนดกรอบของการเก็บข้อมูลสำหรับ รพ.อื่นๆ โดยมีความถี่ในการติดตามทุก 2 เดือน สลับกับทีมที่ปรึกษา โดย อ.ชชนวนทองจะไปร่วมกับทุกทีมในรอบแรก

รพ.	ทีมวิจัย	ทีมที่ปรึกษา	เวลาเก็บข้อมูลของทีมวิจัย
รพ.ขอนแก่น	อ.จารุวรรณ	พ.สกล	กย. พย. มค..
รพ.เกษมราษฎร์	อ.สุวรรณี	พ.ชำนาญ	กย. พย. มค..
รพ.อุตรดิตถ์	พิสมัย	พ.ธีระ	สค. ตค. ๕ค.
รพ.หาดใหญ่	ทศนีย์	อนุวัฒน์	สค. ตค. ๕ค.
รพ.สงขลานครินทร์	อ.ชชนวนทอง	อนุวัฒน์	สค. ตค. ๕ค.

(ติดต่อ รพ.เกษมราษฎร์เพิ่มเติม และติดต่อขอเชิญที่ปรึกษา พ.สกล พ.ชำนาญ พ.ธีระ และ กำหนดวันตรวจเยี่ยม)

กรอบความคิด

ประเด็น	ข้อมูลที่ต้องการทราบ
กิจกรรมก่อนโครงการ	มีอะไรบ้าง มีวิวัฒนาการของงานทั้งหมดอย่างไร มี profile ของผู้บริหารและ รพ.อย่างไร
สิ่งที่โครงการให้	การรับรู้ข้อมูลจากโครงการผ่านกิจกรรมต่างๆ
การเริ่มต้น HA	
ผู้ประสาน/ผู้มีบทบาทสำคัญ	ผู้นำจริงๆ เป็นใคร มาอย่างไร ความต้องการ
การสร้างทีม PCT	จำนวนทีม ผลงานของทีม การทำงานกับ QIT
unit based team	
เจ้าหน้าที่ทั่วไป	

ทีมวิจัยกลางเข้าไปหาทีม (key informants) ใน รพ.ที่จะเป็น PAR ดูการเปลี่ยนแปลงและบทบาทของเขาในงาน แม้ว่าเราจะพยายามเก็บจำนวนปริมาณมันก็มาจากเขา หาข้อมูลผลงาน การเปลี่ยนแปลงบทบาท และความเข้าใจ อันจะนำไปสู่เกณฑ์ที่เป็นที่ยอมรับ

โครงการ Hospital Accreditation

PAR คือ กลุ่มผู้ประสานงานหลักร่วมกับทีมวิจัยกลาง ให้ 10 คนนี้มาเจอกันแล้วมาวัดตลอด เมื่อเห็นความก้าวหน้าแล้วก็มาเลือก PCT ที่จะศึกษาลงลึก ว่าอะไรทำให้ PCT ทำหน้าที่ได้ และทำหน้าที่อย่างไร

ต้องได้ข้อมูลว่ามี range ของประเด็นที่จะพัฒนาอะไร แล้วเราจะหยิบประเด็นที่เป็นเรื่องบริการผู้ป่วย จะศึกษาประเด็นนี้ว่าสร้างทีมอย่างไร แก้อย่างไร

3 เดือนแรกให้เวลาตั้งทีม

ต่อมาหา issue ที่เป็นแบบแผนซึ่งทุกรพ.ทำเหมือนกัน

คำถามตรงนี้คือ PCT กับ QIT ทำงานอย่างไร มี progress ของเกณฑ์ในการคัดเลือกปัญหาอย่างไร

เมื่อเข้าใจกระบวนการทำงานแล้ว เครื่องชี้วัดเชิงปริมาณงานของตัวนี้คือจำนวนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

วัดว่าเจ้าหน้าที่เปลี่ยนอะไร ให้ความหมายเรื่องคุณภาพว่าอย่างไร ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอะไร กิจกรรมที่ทำความเชื่อมโยงกับ HA อย่างไร

เป้าหมาย

- เดือน ตค.ต้องได้ key informants โครงสร้างของการทำ HA ในแต่ละ รพ.
- พย. เริ่ม PAR ใน 2 ระดับ คือระดับผู้ประสานงาน กับระดับ PCT
- มค. เลือก issue ตามเข้าไปว่าเห็นอะไร

ผลการประเมินโดยผู้ประเมินของประกันสังคม

19 กันยายน 2540

นพ.บุญเรืองเล่าให้ฟังว่าทางผู้ประเมินของสำนักงานประกันสังคมไปตรวจ รพ.นพรัตน์ โดยใช้เครื่องมือที่พัฒนาไว้ซึ่งเป็นระบบ check list ผู้ตรวจบอกว่าไม่เคยเห็นรพ.ไหนเป็นอย่างนี้ สามารถอธิบายได้ด้วยว่าทำอะไร มีระบบรับฟังความคิดเห็นอย่างไร เพิ่งเข้าใจว่า accreditation เป็นอย่างไรเอง อยากจะให้คะแนนมากกว่า 5

ทางทีมงานของ รพ.วิจารณ์ว่าการดูเพียงผิวเผินบอกอะไรไม่ได้ ต้องถามให้ลึกซึ้งว่าทำได้อย่างไร

บันทึกการอบรม TQM ให้กับ รพ.ศรีวิชัย 2 (พ.บุญเรือง พ.อนุวัฒน์)

21 กันยายน พ.ศ. 2540 09.00-16.30

ข้อมูลทั่วไป

สถานะการเงินของ รพ. ทำให้ รพ.มุ่งเน้นในเรื่องของการลดรายจ่าย ไม่ให้มีผู้ประสานงานคุณภาพ เต็มเวลา หรือบางช่วงเวลา

ได้เคยมีการจัดตั้งทีมประสาน OPD & IPD แต่ปรากฏว่ามีการโจมตีกันมากจนทำให้หัวหน้า ER ซึ่งเป็นคนจริงจึงคิดมากแทบจะลาออก ผู้บริหารจึงไม่กล้าเรียกประชุมอีก

คำถามที่หัวหน้าพยาบาลถามคือ การทำนี้จะทำให้เพิ่มงานหรือไม่ (ไม่รู้ว่าเป็นการถามแทนผู้อื่น หรือถามด้วยความรู้สึกของตัวเองจริงๆ)

ข้อมูลบุคคล

- นพ.วาทิต ศัลยแพทย์ น่าจะเป็นหัวหน้าทีมได้ดี ได้เข้าร่วมการประชุมผู้ประสานงานเมื่อปลายเดือน สค. จากการอ่าน Zapp ทำให้หาหนังสือของ คาร์เนกีมาอ่านว่าจะพูดในเชิงบวกอย่างไร พยายามที่จะชักนำให้แพทย์เข้ามามีส่วนในกิจกรรมนี้ แต่ยังไม่รู้สึกไม่มีหวัง ข้อเสนอแนะหนึ่งที่ได้คือ การให้ผู้ป่วย feed back ด้วยแบบสอบถาม
- หัวหน้า OPD เก่ง
- หัวหน้า ICU มนุษย์สัมพันธ์ดี
- พยาบาลที่ได้เข้ารับการอบรมตั้งแต่เริ่มต้น ทำอะไรไม่ได้มากนัก เพราะติดขัดที่หัวหน้า
- หัวหน้าหอผู้ป่วยคนหนึ่งมีแววดี แต่ไม่ได้เข้าร่วมอยู่จนเลิก
- หัวหน้าเภสัชกรรมอยากมีบทบาท

วิธีการอบรม

เริ่มด้วยการบรรยาย ยกตัวอย่างให้เห็นความสำคัญของความคิดสร้างสรรค์ และให้แต่ละคนระดมสมองนำความคิดสร้างสรรค์มาใช้ประโยชน์ ยังไม่ค่อยได้ความคิดดี ๆ มากนัก ที่เสนอ เช่น การมี O2 ติดกับเปลที่จะรับผู้ป่วยจากรถพยาบาล การมีตุ๊กตาให้เด็กที่มาถ่ายเอกซเรย์ ห้องยาเสนอปัญหาเรื่องการไม่มีน้ำล้างมือในห้องจ่ายยา (ปัญหาเกิดเพราะถูกตัดท่อน้ำ จึงได้โอกาสนำเสนอความสัมพันธ์ของโครงสร้างองค์กรที่เชื่อมต่อกับผู้บริหาร)

ให้ประเมินความมั่นใจใน รพ. ของตัวเอง ได้ประมาณ 40-60% และให้ระดมสมองเพื่อค้นหาสิ่งที่จะต้องปรับปรุง เช่น การมีแพทย์ประจำอยู่เวรในวันหยุดราชการ การจัดให้มีแพทย์ที่มีคุณภาพ การลดงานที่ซ้ำซ้อนเพื่อมีเวลาไปดูผู้ป่วยมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยโดยแพทย์ การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ ไม่แบ่งแยกคนรวยคนจน มีหน่วยงานประเมินค่าใช้จ่ายแทนพยาบาล

โครงการ Hospital Accreditation

ให้ระดมสมองค้นหาโอกาสพัฒนา ส่วนมากจะได้เรื่องที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน จึงจัดให้มีผู้นำผู้เกี่ยวข้องเข้าไปเสริมทีม ทำให้ได้เรียนรู้วิธีการทำงานของทีมคล่อมสายงานว่าจะมีประเด็นพิจารณาเป็นลำดับอย่างไรจึงจะไม่ทะเลาะกัน โดยการเขียน top-down flowchart กำหนดเป้าหมายการพัฒนา กำหนดเครื่องชี้วัด วิเคราะห์สาเหตุ วิเคราะห์ทางเลือก ยังมีความสับสนในเรื่องเป้าหมายการพัฒนาของโครงการกับเป้าหมายรวมของหน่วยงาน

ผลการอบรม

ส่วนใหญ่พอใจกับการได้เรียนรู้วิธีทำงานร่วมกัน

นพ.สุรพลจะนัดประชุมกรรมการในวันพุธที่จะถึง ขอให้แต่ละกลุ่มนำสิ่งที่คิดในวันนี้ไปสานต่อและนำเสนอ มีการพูดคุยกันในวงอาหารกลางวันว่า รพ.ควรจะต้องตั้งทีมประสานซึ่งประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงานต่างๆประมาณ 10 คน เพื่อติดตามดูแลกิจกรรมต่างๆที่ทีมเหล่านี้ทำการพัฒนา

มีการเปลี่ยนความคิดจากเดิมที่รู้สึกว่าเป็นเรื่องยาก เริ่มต้นไม่ถูก มาสู่ความมั่นใจว่าน่าจะทำได้ ตัวอย่างความรู้ที่ได้จากกลุ่ม

การรับยาผู้ป่วยใน ทางห้องยาให้ priority กับผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในไว้ทีหลัง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยา dose แรกที่แพทย์สั่งทันเวลา ทางออกที่เสนอคือการรวมคิว ตั้งตะกร้ายาในที่ใกล้กับใบสั่งยาผู้ป่วยนอก ให้มีการจับเวลาในการจัดยาเพื่อเป็นเครื่องประมาณว่าควรจะกลับมารับยาเมื่อไรโดยไม่ต้องใช้โทรศัพท์ติดต่อ

ห้องชั้นสูตร ปัญหาการ clot ของเลือดที่ส่งตรวจ CBC มีสาเหตุจาก ปริมาณ EDTA ไม่คงที่เพราะพนักงานผู้ช่วยเป็นผู้ตักใส่ขวดยาฉีดที่ล้างเองโดยใช้ปลายเข็ม ปริมาณเลือดมากหรือน้อยเกินไป และไม่มี การเขย่า ทางห้องชั้นสูตรเสนอว่าถ้ามีขวดจะสามารถเตรียมให้ได้ขนาดมาตรฐานเพราะใส่สารละลายและเอาไปอบแห้ง

การลงทะเบียนของเอกซเรย์มีปัญหาในผู้ป่วยอุบัติเหตุซึ่งไม่มี OPD card ติดมาด้วย ทำให้ต้องมาไล่เก็บงาน พยาบาลที่ ER เมื่อประเมินแล้วจะรีบส่งเอกซเรย์เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยและญาติต่อว่า ทั้งที่ยังไม่ได้รับ OPD card โดยการชั่งชั่งอายุจากตัวผู้ป่วยเอง ส่วนทางด้านห้องบัตรต้องตรวจสอบสิทธิจากทีม พรบ. จึงทำให้เสียเวลานานประมาณ 5 นาที ซึ่งพยาบาลเห็นว่ารอไม่ได้ นอกจากนั้นเอกซเรย์ยังเห็นว่าการส่งเอกซเรย์ช้าซ้อนในผู้ป่วยเหล่านี้ซึ่งมีปัญหาในการเคลื่อนย้ายพอสมควร ทาง ER และแพทย์ให้ข้อมูลว่าเป็นการทำ X-ray เพื่อเตรียมผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ได้เสนอให้นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อสร้างเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล

บันทึกการสนทนากับผู้ประสานงานคุณภาพ รพ.ยะลา ระหว่างเดินทางจากสงขลา

23 กันยายน พ.ศ. 2540 17.00-19.0

การประชุมเครือข่าย

- ผู้ประสานงานถูกต่อว่าที่ส่งไปประชุมแล้วไม่รู้เรื่อง เสียหน้าว่าไม่ทัน รพ.อื่น ทั้งที่ได้แจกเอกสารให้แล้ว แต่ไม่มีใครอ่านเตรียมตัวไปก่อน
- ในรอบต่อไปจะส่งพยาบาลมา 2 คน คือคนเก่ากับคนใหม่ ส่วนแพทย์อาจจะมาได้ยาก ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าควรส่งคนใหม่มาเลย ไม่จำเป็นต้องมีคนเก่ามาด้วย
- รายงานการประชุมได้ข้อมูลที่ครอบคลุมดีมาก ทำให้รู้ว่าผู้เข้าประชุมไม่สามารถเก็บประเด็นได้ทั้งหมด ปรีक्षा ผอ.แล้วเห็นว่าไม่ควรแจกผู้เข้าประชุมเพราะกลัวว่าจะเสียนิสัย ไม่ยอมเก็บประเด็น ได้แนะนำว่าควรแจกหรือทำสำเนาไว้ให้มาอ่านที่ศูนย์ เพราะเป็นเรื่องที่เก็บประเด็นยาก

บทบาทของ ผอ.และผู้ประสานงาน

- โดยทั่วไปมีความเข้าใจและสามารถตอบคำถามผู้ปฏิบัติงานได้ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการตัวอย่างสำเร็จรูป และจุดหมายปลายทางของ HA (ได้ให้กำลังใจว่าเรื่องจุดหมายปลายทางอาจจะเห็นได้จากตัวอย่างการประเมินตนเองแบบปรนัย)
- พยาบาลส่วนหนึ่งเร่งรัดอยากจะทำให้ทันกับ รพ.อื่น ผอ.บอกให้ใจเย็นๆ ให้เริ่มจาก ก.ไปก่อน
- เมื่อผู้ประสานงานไปรายงาน ผอ.จะให้สรุปประเด็นมาให้ฟังอยู่เรื่อยๆ
- ผู้ประสานงานเห็นด้วยว่าการสนับสนุนกิจกรรมประชุมน่าจะทำให้เป็นระบบที่ทุกคนรับรู้
- การประเมินตนเองตามแนวทางของฝ่ายการพยาบาลมีลักษณะ มี ไม่มี ผู้ประสานงานรู้สึกว่าได้ประโยชน์น้อย

การตั้งทีม

- มีการตั้งคณะกรรมการตามหน่วยงานเพื่อประเมินตนเองตามมาตรฐานข้อ 1 5 8 9 โดยฝ่ายการพยาบาลเอง ไม่มีการตั้งผู้แทนจากหน่วยงานอื่นมาร่วม ได้ชี้ให้เห็นว่าอาจจะมีจุดอ่อนในเรื่องความรู้สึกรู้สึกว่ามีกรรมการมาก การสลายตัวของกลุ่มยาก การตั้งกลุ่มประสานภายหลังจะลำบาก เพราะผู้แทนของหน่วยงานอื่นจะไม่รู้สึกว่าตัวเองเป็นเจ้าของ
- เมื่อมีการเชิญประชุมต่างสายงานมักจะมีการส่งตัวแทนในระดับล่างๆ ซึ่งไม่สามารถตัดสินใจได้
- ทางเวชกรรมสงสัยว่าทางฝ่ายจะมีส่วนร่วมได้อย่างไรบ้าง ได้เสนอว่าสามารถร่วมได้กับทีมอายุรกรรมหรือทีมผู้ป่วยใน ซึ่งต้องมีภาระในการดูแล home health care