

HA401: การเยี่ยมสำรวจภายใน

(ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2)

สิงหาคม 2544

สารบัญ

เกริ่นนำ	1
1. ปรัชญาของ HA.....	2
1.1 แก่นของ HA.....	2
1.2 แนวคิดของ HA.....	4
1.3 ความเข้าใจ/การกระทำที่ควรจะเป็น.....	5
1.4 คุณภาพในทุกวัน.....	6
2. ความมุ่งหมายของมาตรฐานและตัวอย่างคำถาม.....	7
บทที่ 1 การนำองค์กร.....	7
บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย.....	8
บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ.....	9
บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล.....	10
บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย.....	11
บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ.....	12
บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล.....	13
บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป.....	14
บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ.....	15
บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล.....	16
บทที่ 11 องค์กรแพทย์.....	17
บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล.....	18
บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย.....	19
บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร.....	19
บทที่ 15 การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย.....	20
บทที่ 16 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว.....	21
บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา.....	22
บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/การดูแลรักษาผู้ป่วย.....	23
บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย.....	24
บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง.....	25
3. การประเมินคุณภาพขององค์กร.....	26
3.1 การดูตามวงล้อของกระบวนการคุณภาพ PDSA.....	26
3.2 การดูตามแถบกว้าง (spectrum) ของกระบวนการคุณภาพ.....	27
3.3 ดูตามปรัชญา TQM/CQI.....	30
3.4 การเยี่ยมสำรวจที่เน้นเป้าหมาย (Purpose Oriented Survey-POS).....	31

4. บทบาทและการเตรียมตัวในการเยี่ยมสำรวจ	38
4.1 บทบาทของทีมนำและศูนย์คุณภาพ	38
4.2 บทบาทของหน่วยงาน.....	39
4.3 บทบาทของผู้เยี่ยมสำรวจ.....	40
5. ทักษะของผู้เยี่ยมสำรวจ	46
5.1 เกริ่นนำ: เทคนิคการเก็บข้อมูล.....	46
5.2 ทักษะการสัมภาษณ์.....	47
5.3 การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด	55
5.4 การฟัง.....	56
5.5 การจดบันทึก	58
5.6 ทักษะการสังเกต	59
5.7 การบริหารเวลา.....	60
5.8 ทักษะการเป็นโค้ช	62
6. การสัมภาษณ์ตามข้อมูลระดับหน่วยงาน (Unit Profile).....	70
6.1 ทำไมต้องมีหน่วยงานนี้.....	70
6.2 กระบวนการทำงานหลัก (core process) เป็นอย่างไร	70
6.3 ทำได้ดีหรือไม่	71
6.4 จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร	72
บันทึกของผู้สังเกตการณ์.....	84
7. เรียนรู้จากแบบประเมินตนเองในภาพรวม	85
7.1 แบบประเมินข้อ ก. การประเมินเมื่อเริ่มแรก/วิเคราะห์เพื่อวางแผนปรับปรุง	85
7.2 แบบประเมินข้อ ค. ข้อมูลเฉพาะ	86
7.3 แบบประเมินข้อ ง. ตรวจสอบลำดับขั้นของการพัฒนา.....	92
7.4 แบบประเมินข้อ ข. การสังเคราะห์บทเรียนจากการพัฒนา	94
7.5 แนวคำตอบ	98
8. การสัมภาษณ์โดยอาศัยข้อมูลจากแบบประเมินตนเองในภาพรวม.....	117
8.1 วิเคราะห์ความสมบูรณ์ ครอบคลุม ตรงประเด็นของการตอบแบบประเมิน	117
8.2 วิเคราะห์ประเด็นที่ต้องการหาข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติม	118
8.3 สรุปสิ่งที่น่านิยมนกย่อง และโอกาสพัฒนาจากแบบประเมินตนเอง	118
8.4 แนวทางการเยี่ยมสำรวจหน่วยดูแลผู้ป่วยและทีมสหสาขา	119
9. การเขียนรายงาน	130
9.1 ความสำคัญของรายงาน	130
9.2 องค์ประกอบของรายงาน	130

9.3 การเขียนข้อเสนอแนะ.....	131
9.4 ข้อพิจารณาและข้อเตือนใจในการเขียนรายงาน	131
ท้ายเล่ม.....	133

เกริ่นนำ

การเยี่ยมชมสำรวจ (survey) คือการสำรวจ รวบรวมข้อมูล ร้อยรอย และหลักฐานอย่างรอบด้าน พร้อมทั้งวิเคราะห์ สรุปผลและจัดทำรายงาน

เป้าหมายของการเยี่ยมชมสำรวจคือเพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง และเพื่อกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนา

การเยี่ยมชมสำรวจโดยองค์กรภายนอกที่เป็นกลาง เป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับสาธารณชน ส่วนการเยี่ยมชมสำรวจภายในโรงพยาบาลจะเน้นที่การทำความเข้าใจ การกระตุ้น และการสร้างความคุ้นเคยให้กับผู้ปฏิบัติงาน

ผู้เยี่ยมชมสำรวจภายในอาจจะเป็นผู้บริหาร ผู้ประสานงานคุณภาพ หรือใครก็ตาม ที่มีลักษณะร่วมต่อไปนี้เป็นที่รับการยอมรับ, มีมนุษยสัมพันธ์ดี, มีทักษะการเป็นโค้ช, มีความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพ

facilitator กับ internal surveyor เป็นการทำงานที่ต่อเนื่องกัน ใช้ทักษะของการเป็นโค้ชเหมือนกัน ผู้ทำหน้าที่อาจเป็นคนละกลุ่มหรือกลุ่มเดียวกันก็ได้ ในช่วงแรกหน่วยงานจะต้องการ facilitator เข้าไปช่วยเหลือให้ทีมงานสำเร็จได้ง่ายขึ้น เข้าไปช่วยเหลือในเรื่องกระบวนการกลุ่ม โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกที่มีรู้สึกตัวเองมีคุณค่า ออกจากที่ประชุมอย่างมีความสุข เมื่อหน่วยงานพัฒนาไปได้ด้วยตนเองแล้ว การเข้าไปช่วยเหลือในลักษณะของ internal survey จะช่วยให้กระตุ้นให้หน่วยงานมองเห็นตัวเองได้ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งให้เห็นมุมมองที่แตกต่างออกไป และกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาต่อเนื่อง และหากผู้เยี่ยมชมสำรวจเป็นผู้บริหารด้วยแล้ว จะทำให้ผู้บริหารได้รับทราบความเป็นจริงที่เกิดขึ้น การเยี่ยมชมสำรวจภายในอาจจะใช้ชื่ออื่นที่ไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่เสมอภาคหรือความรู้สึกว่าถูกตรวจสอบ เช่น quality round, เพื่อนเยี่ยมเพื่อน เป็นต้น

ผู้เยี่ยมชมสำรวจภายในพึงตระหนักว่า ทุกคำถามที่ออกจากปากของผู้เยี่ยมชมสำรวจภายใน คือการส่งสัญญาณว่าเรื่องนั้นเป็นเรื่องสำคัญ ผู้เยี่ยมชมสำรวจจึงพึงระมัดระวังที่จะมองระบบที่เป็นภาพรวมเป็นเบื้องต้น ใช้เหตุการณ์เล็กๆ เป็นสื่อที่จะนำไปสู่การประเมินคุณภาพของระบบ พึงระวังที่จะหลีกเลี่ยงความยึดติดในรูปแบบ แต่มุ่งเน้นที่เป้าหมายเป็นหลักและยอมรับความยืดหยุ่นของวิธีการ

ผู้เยี่ยมชมสำรวจภายในต้องเข้าใจปรัชญาของการพัฒนาคุณภาพและ HA, ความมุ่งหมายของมาตรฐาน HA และวิธีการประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานนั้น, บทบาทและทักษะที่จำเป็นของผู้เยี่ยมชมสำรวจ, การใช้ข้อมูลจากแบบประเมินตนเองเพื่อวางแผนการเยี่ยมชมสำรวจ, รวมทั้งวิธีการบันทึกและเขียนรายงาน ตามที่ปรากฏในเอกสารชุดนี้

1. ปรัชญาของ HA

1.1 แก่นของ HA

1) HA คือกลไกกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพทั้งโรงพยาบาลอย่างมีทิศทาง

เป้าหมายของ HA คือการให้บริการที่มีคุณภาพของโรงพยาบาล การรับรองไม่ใช่เป้าหมายหลัก

มาตรฐาน HA เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาและการประเมิน การนำไปปฏิบัติต้องพิจารณาความมุ่งหมายว่าผู้ป่วยจะได้รับอะไร มิใช่การตีความตามตัวอักษรอย่างทื่อๆ

2) หัวใจสำคัญของคุณภาพโรงพยาบาลคือ การเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง

การเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลางได้แก่ การรับทราบความต้องการ/ความคาดหวัง (need/expectation) การตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวัง และการรับเสียงสะท้อน

การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไม่ใช่แค่ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ การวัดความพึงพอใจเป็นการวัดส่วนเดียวของคุณภาพ

การตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยได้แก่การดูแลอย่างเต็มความสามารถด้วยความระมัดระวัง ด้วยความเอื้ออาทร ด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

การทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องผู้รับผลงานภายใน ทำให้เกิดการเชื่อมต่อและส่งมอบระหว่างกระบวนการได้ดีขึ้น

3) หัวใจของการพัฒนาคุณภาพคือแนวคิด TQM

พิจารณาแนวคิด TQM ด้วยคำถาม ใคร ทำอะไร เพื่ออะไร ในสิ่งแวดล้อมอย่างไร

ใคร: ทุกคน ทำงานด้วยใจ มีส่วนร่วม มีความมุ่งมั่น และร่วมมือกันทำงานเป็นทีม

ทำอะไร: ทำงานปกติให้ดี และปรับปรุงระบบงานให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

เพื่ออะไร: เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับองค์กร

ในสิ่งแวดล้อมอย่างไร: มีเป้าหมายร่วม มีการเสริมพลัง มีวัฒนธรรมของการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

4) เครื่องมือสำคัญของ HA คือ การทบทวนตรวจสอบเพื่อจุดประกายการพัฒนา

ทบทวนตนเองขั้นต้น ได้แก่การถามว่าเรามีอยู่เพื่ออะไร เราทำอะไร ทำไปทำไม ทำได้ดีหรือไม่ จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร (เพื่อให้รู้ตัวเองและหาโอกาสพัฒนา)

ทั้งห้าคำถามนั้นควรใช้ในทุกระดับตั้งแต่ ระดับบุคคล, ระดับหน่วยงาน, ระดับक्रमหน่วยงาน และระดับองค์กร

การทบทวนตนเองในขั้นต่อมา คือการประเมินตามมาตรฐาน HA โดยใช้แนวคิด PDCA คือ ในมาตรฐานแต่ละขั้นนั้น เราวางระบบไว้อย่างไร (plan) มีการปฏิบัติตามครอบคลุมและเชื่อมโยงดีเพียงใด (do) ผลลัพธ์เป็นอย่างไร เป็นไปตามที่ควรหรือไม่ (check) มีแผนที่จะปรับปรุงอะไรต่อ (act) นอกจากการทบทวนตนเองแล้ว ยังมีการทบทวนกันเอง และการทบทวนจากภายนอก

การทบทวนกันเองคือการเยี่ยมสำรวจภายใน (internal survey) หรือการเยี่ยมเพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ (quality round)

การทบทวนจากภายนอกคือการเยี่ยมสำรวจจากภายนอก (external survey) ซึ่งเข้ามาเพื่อยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล และชี้ให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น

5) แนวทางหาคำตอบเมื่อเผชิญปัญหา

- 1) ใช้หลักทางสายกลาง แนวคิดทุกอย่างย่อมมีประโยชน์และคุณค่าในตัวเอง ควรประสานเชื่อมโยงมากกว่าที่จะคิดแบบสุดโต่ง
- 2) เน้นเป้าหมายและหลักการมากกว่ารูปแบบ เป้าหมายคือคุณภาพที่ผู้ป่วยได้รับ เมื่อมีปัญหาต้องเลือกตัดสินใจ ให้ถามว่า “ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์อะไร” หรือ “อะไรคือสิ่งที่ดีและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย” “อะไรที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติทำงานได้ง่ายที่สุดเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย” อย่าถามแค่ว่า “ต้องทำอย่างนั้นหรืออย่างนี้” “ต้องทำมากเท่าไร” “จะใช้แบบฟอร์มอย่างไร”
- 3) ทดลองปฏิบัติ ถ้าการอธิบายหาข้อยุติไม่ได้ ก็ให้ทดลองทำและวัดผลดูว่าวิธีไหนจะส่งผลลัพธ์ที่เราต้องการได้ดีกว่ากัน

1.2 แนวคิดของ HA

คุณค่าของความเป็นไทย	กระบวนการ HA จะต้อง เสริมสร้างศรัทธา ของประชาชนต่อโรงพยาบาลและบริการทางการแพทย์ ควบคู่ไปกับการ เสริมสร้างความรับผิดชอบต่อ ผู้ให้บริการ บนฐานของความมีเมตตา กรุณา และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ.
พัฒนาคน	กระบวนการ HA มุ่งเน้นการ พัฒนาศักยภาพ คุณธรรม และจริยธรรมของคนในองค์กร เพื่อร่วมมือกันปรับปรุงระบบงานด้วยวิธีการที่มีเหตุผล ตรวจสอบได้ และตอบสนองปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย. เป็นการให้คุณค่าว่าคนคือทรัพย์สินที่พัฒนาได้ และมีค่าสูงสุดสำหรับองค์กร.
กระบวนการเรียนรู้	กระบวนการทั้งหมดเป็น กระบวนการเรียนรู้ ที่จะรักษาวินัยด้วยตนเอง และสร้างระบบที่เอื้อต่อการผดุงคุณภาพ. การเรียนรู้เกิดจากการลงมือทำด้วยตนเอง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่น.
จิตวิญญาณของคุณภาพ	คุณภาพจะเกิดจากความมุ่งมั่นของผู้ปฏิบัติงานทุกคน, การทำงานเป็นทีม และการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
มาตรฐาน	การมีกรอบสำหรับประเมินและพัฒนาที่ เน้นเป้าหมาย และเปิดโอกาสให้มีความ ยืดหยุ่นในการนำไปปฏิบัติ จะสามารถรองรับความหลากหลายของโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งมีศักยภาพและภาระงานแตกต่างกัน.
การประเมินตนเอง	การ ทบทวน/ตรวจสอบตนเอง ของเจ้าหน้าที่แต่ละคน และ ระบบทบทวน/ตรวจสอบภายในองค์กร เพื่อสร้างความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ และต่อสังคม เป็นหลักประกันที่สำคัญสำหรับการให้บริการที่มีคุณภาพ และการปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้นอยู่เสมอ.
การประเมินจากภายนอก	เป็นการ ยืนยันผลการประเมินตนเอง ของโรงพยาบาล และ ชี้ให้เห็นโอกาสพัฒนา ในมุมมองที่กว้างขึ้น ในลักษณะของกัลยาณมิตร.
การรับรอง	เป็นการ รับรองกระบวนการเพื่อผลลัพธ์ ที่ต้องการ การรับรองมีลักษณะ พลวัต มุ่งส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1.3 ความเข้าใจ/การกระทำที่ควรจะเป็น

ความเข้าใจ/การกระทำที่มีผลจำกัด	ความเข้าใจ/การกระทำที่มีผลกว้างขวาง
HA คือการตรวจสอบ	HA คือการเรียนรู้
คุณภาพขึ้นกับทรัพยากร	คุณภาพขึ้นกับการทำงานด้วยใจ การทำงานเป็นทีม การเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง
การมีข้อกำหนดชัดเจนว่าให้ทำอะไรบ้างช่วยให้พัฒนาได้ง่าย	มาตรฐานเป็นเครื่องมือในการประเมินตนเอง มาตรฐานที่เน้นเป้าหมายช่วยให้เกิดความยืดหยุ่นในการนำไปปฏิบัติ
ประเมินตนเองเพื่อวัดระดับว่าทำได้ดีแค่ไหน	ประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
ผู้เยี่ยมชมสำรวจต้องรู้ดีทุกเรื่อง จึงจะประเมินได้อย่างเป็นธรรม	ผู้เยี่ยมชมสำรวจเป็นกัลยาณมิตร มายืนยันผลการประเมินตนเองและกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง
HA เน้นกระบวนการหรือผลลัพธ์ อย่างใดอย่างหนึ่ง	HA มองทั้งระบบอย่างเชื่อมโยง เน้นกระบวนการ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ
การรับรองคือการสอบผ่าน	การรับรองเป็นการให้กำลังใจแก่การทำให้ดีและส่งเสริมให้ทำดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง

เพื่อให้ลองพิจารณาว่าความเข้าใจและการกระทำในคอลัมภ์ซ้ายมือก่อให้เกิดผลอะไร เหตุใดจึงมีความเข้าใจดังกล่าว และจะต้องทำอะไรเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความเข้าใจ/มีการกระทำที่มีผลกว้างขวางตามคอลัมภ์ขวามือ

1.4 คุณภาพในทุกวัน

ในการไปเยี่ยมโรงพยาบาลแห่งหนึ่งเมื่อต้นเดือนมีนาคม 2544 Marion Suski ได้ช่วยไขข้อข้องใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพไว้ดังนี้

“คุณภาพคือการทำทุกสิ่งทุกอย่างด้วยวิธีการที่ดีที่สุด เท่านั้นเอง”

“ในการไปเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลครั้งหนึ่ง ได้ยินคำพูดที่พูดกันทั่วไปว่า ถ้าโรงพยาบาลนี้ได้รับการรับรอง ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลนี้จะต้องไม่ตาย ทุกท่านก็รู้ว่าไม่ได้เป็นอย่างนั้น การรับรองไม่ได้หมายความว่าท่านสมบูรณ์ แต่หมายความว่าท่านพยายามที่จะปรับปรุงโรงพยาบาลของท่าน ท่านแสดงให้เห็นวิธีการทำงานของท่าน และความพยายามที่จะปรับปรุง ท่านไม่ได้วัดเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่น แต่วัดเปรียบเทียบกับมาตรฐานของประเทศ”

“โรงพยาบาลที่ได้รับ HA อาจจะมีจุดเริ่มต้นไม่เหมือนกัน แต่สิ่งที่ทุกโรงพยาบาลต้องแสดงให้เห็นคือความพยายามในการปรับปรุง”

“โรงพยาบาลของดิฉันได้รับ HA เมื่อปีที่แล้ว เมื่อมาที่โรงพยาบาลใหม่ๆ ผู้คนบอกว่าได้รับการรับรอง แล้ว พวกเขาสามารถพักผ่อนได้เป็นเวลาสามปี ดิฉันบอกว่า เดียวก่อน พวกคุณจะต้องให้การดูแลที่มีคุณภาพในทุกวัน สิ่งที่คุณทำคือการสร้างระบบที่ยั่งยืน เพื่อว่าเมื่อใครป่วย หรือลาพักผ่อน ระบบนี้ก็ยังคงต่อไป”

“บางโรงพยาบาลมีปัญหาเพราะเราคิดว่าเราให้บริการที่มีคุณภาพแล้ว ดิฉันคิดว่าใช่ แต่เราไม่รู้ว่าจะแสดงให้เห็นว่าเราอยู่ตรงไหน นั่นคือเรื่องของงานเอกสาร เป็นเรื่องของนโยบาย ที่จะต้องทำให้สม่ำเสมอ ปฏิบัติตามมาตรฐาน มันไม่ใช่งานเพิ่ม มันเป็นเรื่องที่ท่านทำอยู่แล้ว ท่านสื่อสารแนวทางปฏิบัติผ่านนโยบาย เมื่อทุกคนอ่านนโยบายแล้วก็จะปฏิบัติเหมือนกับทั้งโรงพยาบาล”

“ท่านทำงานกับข้อมูลของท่านเอง แล้วก็นำเสนอ ค้นหาปัญหา แสดงให้เห็นว่าท่านพยายามที่จะปรับปรุงอะไร ปัญหาสำคัญคือเรื่องการสื่อสารและการแบ่งปันข้อมูลข่าวสาร เพราะว่าเราทำงานเป็นทีม แต่ถ้าดิฉันจะรวบรวมข้อมูลไว้คนเดียว คนอื่นๆ ก็พยายามจะเดาว่าดิฉันมีอะไรอยู่”

“อย่าประเมินความสามารถของโรงพยาบาลต่ำเกินไป เมื่อท่านกำหนดเป้าหมาย ความคาดหวัง พวกเขาจะสามารถทำได้เสมอ”

“ถ้าท่านบอกว่าไม่เป็นไรหรอก เราจะทำอย่างไรก็ได้ โปรดจำไว้ว่าลูกค้าของท่านแคร์ สมาชิกทีมก็แคร์ แม้แต่ตัวท่านเอง เมื่อท่านกลับบ้าน ท่านคิดว่าได้ทำในสิ่งที่ดีที่สุดหรือยัง เป็นความพึงพอใจของท่านเช่นเดียวกัน ทำไมท่านจะปล่อยให้ต้องบอกกับตัวเองเมื่อกลับบ้านแล้วว่า โอ้โฮ วันนี้ฉันทำในสิ่งที่ซนพองสยองเกล้าเสียเหลือเกิน แล้วฉันก็ไม่สนใจว่าคนไข้จะรู้สึกอย่างไร ไม่สนใจหรอกว่านโยบายจะเขียนอย่างไร นั่นไม่ใช่คุณภาพ คุณภาพคือการมีนโยบายที่ชัดเจนเพื่อให้ทุกคนรู้ว่าทุกคนจะต้องทำอะไร มีการวัดที่ชัดเจนเพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการปรับปรุง เท่านั้น”

“ดิฉันคิดว่าเราทำแล้ว แต่เราไม่ได้แสดงให้เห็น วันนี้เราทำงานกันด้วยหลักฐาน อัตราการติดเชื้อร้อยละสิบห้า เราจะลดให้เหลือร้อยละสิบได้อย่างไร เรามีผู้ป่วยสามสิบสองรายที่ติดอยู่ในลิฟท์ เราต้องการลดลงให้เหลือศูนย์ด้วยการให้มีการบำรุงรักษาลิฟท์ที่ดี มันไม่ใช่เรื่องยาก เมื่อคนถามว่าแนวคิดคืออะไร ถ้าฉันเป็นผู้ป่วย ฉันต้องการบริการที่ดี”

2. ความมุ่งหมายของมาตรฐานและตัวอย่างคำถาม

การเยี่ยมสำรวจที่ดีจะต้องมุ่งเน้นไปที่ความมุ่งหมาย (เจตจำนง) ของมาตรฐาน หรือผลลัพธ์ที่ต้องการซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติในมาตรฐานแต่ละบท การทำความเข้าใจในความมุ่งหมายของมาตรฐานจะทำให้ยอมรับความหลากหลายในการปฏิบัติ และทำให้กระบวนการเยี่ยมสำรวจเป็นไปอย่างตรงประเด็นยิ่งขึ้น

บทที่ 1 การนำองค์กร

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

มีการนำที่เข้มแข็ง สามารถชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่องค์กรที่มีวัฒนธรรมคุณภาพ

กระบวนการและโครงสร้างที่สำคัญ

- โครงสร้างการบริหารปกติในระดับองค์กร (GOV.1) และระดับหน่วยงาน (GEN.2)
- โครงสร้างเสริมเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มัคร้อมสายงานต่างๆ (LED.4.2)
- การชี้นำทิศทางนโยบาย การสนับสนุน การติดตาม เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ (GOV.1)
- การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพซึ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (LED.1)
- ผู้นำสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (LED.4)
- การสื่อสาร ประสานงาน แก้ปัญหา ตัดสินใจ ที่มีประสิทธิภาพ (GEN.2.4)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- มีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นบ้างในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา
- การเปลี่ยนแปลงนั้นแสดงให้เห็นวัฒนธรรมคุณภาพที่เน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลางหรือไม่ อย่างไร
- ผู้นำมีบทบาทอย่างไรในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น
- ยังมี การเปลี่ยนแปลงและการสนับสนุนอะไรที่ต้องการให้เกิดขึ้นอีก

บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- มีทิศทางนโยบายของโรงพยาบาลที่ชัดเจนซึ่งทุกคนรับรู้/มุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ
- มีความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามทิศทางนโยบายซึ่งสามารถแสดงผลได้

กระบวนการที่สำคัญ

- การจัดทำเป้าหมายร่วมซึ่งแสดงถึงความตระหนักในคุณค่าที่ผู้รับผลงานต้องการ (GOV.2.1, GEN.1.1)
- การจัดทำแผน/กฎระเบียบ/ข้อตกลง/นโยบายเพื่อแปรเป้าหมายร่วมไปสู่การปฏิบัติ (LED.2, GOV.3)
- ความสอดคล้องระหว่างแผนในระดับต่างๆ (LED.2, GEN.1)
- การสื่อสารเพื่อให้เจ้าหน้าที่รับทราบและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน (GOV.2.2)
- การปฏิบัติตามแผน/กฎระเบียบ/ข้อตกลง/นโยบาย ด้วยความเข้าใจ (LED.2.2)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- อะไรคือทิศทางนโยบายหรือเป้าหมายที่สำคัญของโรงพยาบาล
- ขอให้ระบุข้อมูลหรือตัวอย่างที่แสดงให้เห็นความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว
- อะไรคือความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ
- อะไรที่ความท้าทายที่จะต้องทำให้สำเร็จ
- ขอให้วิเคราะห์ความแตกต่างในการปฏิบัติตามทิศทางนโยบายของหน่วยงานต่างๆ

บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- มีหลักประกันว่าจะมีทรัพยากร (คน เงิน ของ) ที่เหมาะสม เพียงพอ และพร้อมใช้งานเพื่อ บรรลุพันธกิจที่กำหนดไว้
- การสื่อสารประสานงานระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ ที่ราบรื่น ทั้งในเชิงรุก (การวางแผน) และ เชิงรับ (การแก้ปัญหา)

กระบวนการที่สำคัญ

- การวางแผนการลงทุนที่เหมาะสม (LED.2.5)
- การจัดสรรและคุ้มครองทรัพยากรที่เหมาะสม (LED.5.1, LED.5.2)
- การบริหารการเงินที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ (LED.5.3)
- การวางแผนจัดบริการที่เหมาะสมกับปัญหาและความจำเป็นของผู้ป่วยในพื้นที่ (LED.2.3)
- ช่องทางหรือกลไกการสื่อสาร/ประสานงานที่เหมาะสม (GEN.2.4)
- การประสานงานในการวางแผน การจัดบริการ การพัฒนาคุณภาพ (LED.3, GEN.2.4)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- อะไรคือปัญหาสุขภาพสำคัญในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลมีการวางแผนเพื่อตอบสนอง ต่อปัญหาดังกล่าวอย่างไร
- ขอให้ยกตัวอย่างผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมซึ่งเกิดจากการประสานความร่วมมือระหว่าง หน่วยงาน (อาจจะเป็นการจัดบริการใหม่ๆ, การปรับปรุงวิธีการให้บริการที่มีอยู่เดิม, หรือ การแก้ปัญหาสำคัญ ก็ได้) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีบทบาทอย่างไร
- ขอให้วิเคราะห์ประสิทธิภาพของการลงทุนและการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล ส่วนใดที่ คิดว่าทำได้ดี ส่วนใดที่คิดว่าสมควรจะมีการปรับปรุง

บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาศักยภาพบุคคล

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

มีกำลังคนเพียงพอ (ทั้งด้านจำนวนคนและความรู้ความสามารถ) ที่จะปฏิบัติงานตามพันธกิจขององค์กรและหน่วยงานได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

กระบวนการที่สำคัญ

- นโยบายและแผนทรัพยากรบุคคลซึ่งสอดคล้องกับพันธกิจ แผนยุทธศาสตร์ โครงสร้างองค์กร และทรัพยากรของโรงพยาบาล (HUM.1)
- การบริหารจัดการที่เหมาะสมเพื่อให้ได้มาและรักษไว้ซึ่งกำลังคนที่มีคุณภาพ (HUM.2, GEN.3)
- การพัฒนาความรู้ ทักษะให้เหมาะกับหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละคน (HUM.3, GEN.4)
- ระบบแรงจูงใจและระบบงานที่เอื้อต่อการทำงานอย่างมีคุณภาพ (HUM.5)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- โรงพยาบาลมีจุดแข็งและจุดอ่อนในด้านกำลังคนตรงไหนบ้าง (เช่น วิชาชีพหรือบริการที่มีผู้เชี่ยวชาญสูง วิชาชีพหรือบริการซึ่งขาดแคลนกำลังคน)
- (ถามผู้บริหาร) โรงพยาบาลมีวิธีการในการส่งเสริมการพัฒนาความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่อย่างไร
- (ถามเจ้าหน้าที่) ในรอบปีที่ผ่านมาได้เข้ารับการฝึกอบรมเรื่องอะไรบ้าง เป็นความต้องการของตนเองหรือหน่วยงาน ได้รับการกระตุ้นให้มีการพัฒนาตนเองอย่างไร
- (ถามแพทย์) ต้องการให้พยาบาลที่ทำงานร่วมด้วยได้รับการพัฒนาในเรื่องอะไรเพิ่มเติม ได้มีส่วนในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้เจ้าหน้าที่อื่นอย่างไร
- โรงพยาบาลมีวิธีอย่างไรในการจูงใจหรือกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่อยากทำงานอย่างมีคุณภาพ

บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
- มีความพร้อมในการดำเนินการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆ
- ของเสียจากโรงพยาบาลไม่ก่อให้เกิดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม
- เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยทุกแง่มุม

กระบวนการและโครงสร้างที่สำคัญ

- โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างได้ผล มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวกสบาย และเป็นที่ยังพอใจ (ENV.1)
- ระบบการกำจัดของเสียและบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ (ENV.2)
- การจัดเตรียมเครื่องมือ ดำเนินงาน และบำรุงรักษา เพื่อป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย (ENV.3)
- การจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ (ENV.4)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- อัตราการเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์/ข้อขัดข้อง/ความเสี่ยง เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม/สถานที่ เป็นอย่างไร เป็นตัวเลขรายงานที่สมบูรณ์เพียงใด ได้มีความพยายามในการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยอย่างไรบ้าง
- รพ. มีกระบวนการในการสำรวจความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายในจุดต่างๆอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบ ทำบ่อยแค่ไหน เมื่อสำรวจแล้วมีการดำเนินการอย่างไรต่อ (ขอดูหลักฐานการสำรวจและการดำเนินการต่อเนื่อง)
- รพ. มีกระบวนการในการรักษาความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่อย่างไร เช่น การป้องกันการถูกทำร้ายร่างกาย คนเมาสุรามาอาละวาดในหอผู้ป่วย
- มีระบบรายงานอุบัติการณ์เมื่อเกิดเหตุไม่ปกติซึ่งเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยอย่างไร
- กระบวนการในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในหน่วยและระหว่างหน่วยงานเป็นอย่างไร มีมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงอย่างไร
- ท่านคุ้มครองความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร
- มีการซ้อมแผนอัคคีภัยครั้งสุดท้ายเมื่อไร พบปัญหาอะไรจากการฝึกซ้อมครั้งนั้น มีการดำเนินการต่ออย่างไร

บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

โรงพยาบาลมีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เพียงพอเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ

กระบวนการที่สำคัญ

- ระบบการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือที่เหมาะสม (GEN.7.1)
- การกำหนดระดับของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นและตรวจสอบระดับความเพียงพอ (GEN.7.2)
- ผู้ใช้เครื่องมือมีความรู้ในการใช้งานและบำรุงรักษา (GEN.7.3)
- ระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น (Gen.7.4)
- ระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ (GEN.7.5)
- การตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือให้พร้อมใช้งาน และการสอบเทียบความเที่ยงตรงสำหรับเครื่องมือที่จำเป็น (GEN.7.6)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- กระบวนการในการสั่งซื้อเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เป็นอย่างไร มีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกอย่างไร
- ถ้าเครื่องมือหรือวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์ หรือตามแผนการพยาบาล จะทำอย่างไร
- มีการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่รู้จักใช้เครื่องมืออย่างไร
- ท่านจะมั่นใจได้อย่างไรว่าเครื่อง suction และ defibrillator จะใช้งานได้เมื่อท่านต้องการใช้รักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน มีระบบการบำรุงรักษาอย่างไร หากเครื่องมือเสียหายใช้การไม่ได้จะทำอย่างไร
- ท่านทราบได้อย่างไรว่าเครื่องมือแต่ละชิ้นใช้การได้หรือไม่ มีระบบอะไรที่จะเป็นหลักประกันว่าเครื่องมือพร้อมที่จะใช้การได้ตลอดเวลา
- มีแผนการบำรุงรักษาเครื่องมือเชิงป้องกันอย่างไร
- ใครเป็นผู้รับผิดชอบในการบำรุงรักษาเครื่องมือ หน่วยงานได้รับรายงานจากหน่วยงานหรือบริษัทที่รับผิดชอบหรือไม่

บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

มีการนำระบบสารสนเทศไปใช้ในการบริหารจัดการ การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

กระบวนการที่สำคัญ

- การวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศที่เหมาะสม และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ รวมทั้งการกำหนดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติที่จำเป็น (IM.1)
- การเชื่อมโยง สังเคราะห์ ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพ (IM.2.1, IM.2.2)
- มีการกระจายข้อมูลและสารสนเทศที่เหมาะสมแก่ผู้ใช้อย่างถูกต้อง ทันเวลา โดยมีรูปแบบและวิธีการที่เป็นมาตรฐานและง่ายต่อการใช้ (IM.2.3)
- บริการเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพ (IM.3)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- ใครคือผู้รับผลงานของระบบสารสนเทศ ผู้รับผลงานเหล่านั้นมีความต้องการอะไร ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ในระดับต่างๆ ได้เพียงใด
- ขอให้ยกตัวอย่างการใช้ข้อมูลข่าวสารจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพ มีข้อมูลข่าวสารประเภทใดที่ควรพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ
- ขอให้ยกตัวอย่างการเชื่อมโยงข้อมูลที่มีลักษณะแตกต่างกัน และการใช้ประโยชน์จากการเชื่อมโยงดังกล่าว
- ขอให้ยกตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับหน่วยงานโดยผู้ปฏิบัติงาน และการเชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล
- โรงพยาบาลมีแนวทางในการรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลอย่างไร

บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

ระบบงานที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการที่โรงพยาบาลนำแนวคิด CQI/customer focus มาสู่การปฏิบัติในทุกระดับ และทุกหน่วยงาน

กระบวนการที่สำคัญ

- การทำงานเป็นทีมเพื่อการพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ (GEN.9.1)
- การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (GEN.9.2.1)
- การมีแนวทางปฏิบัติงานที่จำเป็น และมีการนำไปใช้ (GEN.5)
- การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ (GEN.9.2.2)
- การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง บนพื้นฐานของข้อมูลและความคิดสร้างสรรค์ (GEN.9.2.3-GEN.9.2.6)
- มีการบริหารความเสี่ยงในทุกส่วนขององค์กรและมีการเชื่อมโยงกันเป็นระบบ

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา (ในระดับหน่วยงาน)

- ขอให้ยกตัวอย่างความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน ที่ให้เห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และระบุดึงความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้อง
- ขอให้ยกตัวอย่างการใช้ข้อมูลและความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงระบบงาน
- อะไรคือเครื่องชี้วัดสำคัญของหน่วยงาน มีการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประโยชน์อย่างไร
- อะไรคือความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงาน มีแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงและลดความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างไร

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา (ในระดับโรงพยาบาล)

- มีการเชื่อมโยงกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในรูปแบบ/ชื่อเรียกต่างๆ อย่างไร
- มีการเชื่อมโยงความพยายามในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่างๆ อย่างไร
- มีการขยายผลหรือใช้ประโยชน์จากความสำเร็จของหน่วยงานหนึ่งไปยังหน่วยงานอื่นๆ อย่างไร
- มีการเชื่อมโยงการแก้ปัญหาเฉพาะราย กับการปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันในภาพรวมอย่างไร

บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นในทุกมิติของคุณภาพ (accessibility, appropriateness, acceptability, competency, continuity, effectiveness, efficiency, safety, patient's right)

กระบวนการที่สำคัญ

- การค้นหาโอกาสพัฒนาในงานคลินิกบริการ
- การนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางดูแลผู้ป่วย (GEN.9.3.1)
- การทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำจุดอ่อนไปปรับปรุง (GEN.9.3.2)
- การปรับปรุงวิธีการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แนวคิด CQI ร่วมกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่น่าเชื่อถือ

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- อะไรคือภาวะทางคลินิก (อาการ/โรค/หัตถการ) ที่มีความซับซ้อนหรือความเสี่ยงมากที่สุด ในหน่วยงานนี้ ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวเป็นอย่างไร (มีข้อมูลอะไรที่จะแสดงผลลัพธ์ได้บ้าง) ได้มีแนวทางในการป้องกันปัญหาหรือมีการปรับปรุงวิธีการทำงานอะไรไปบ้าง
- ขอให้ยกตัวอย่างกิจกรรมการทบทวนผลการดูแลผู้ป่วย ปัญหาที่ค้นพบ และข้อสรุปเพื่อการปรับปรุงวิธีการทำงาน
- อะไรคือปัญหาที่ต้องการแก้ไขจากการจัดทำ CPG แต่ละเรื่อง เมื่อจัดทำแล้วปัญหาดังกล่าวลดลงไปเพียงใด

บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

ความเสี่ยงจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ในระดับที่ต่ำที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

กระบวนการที่สำคัญ

- นโยบาย กลวิธี มาตรการ แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.1, IC.5)
- มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบบทบาทหน้าที่ของตน (IC.2, IC.3)
- การเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.4)
- การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.6.,1)
- การดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ (IC.6.2)
- การเฝ้าระวัง/ป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ สารน้ำ และน้ำยาทำลายเชื้อ (IC.6.3)
- การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามหลัก Universal Precautions และ Isolation Precautions (IC.6.4)
- การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อมีประสิทธิภาพ (IC.6.5)
- การสอบสวนโรค เมื่อพบแนวโน้มของการระบาด หรือเมื่อมีการระบาดของ การติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.6.6)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- ปัญหาการติดเชื้อสำคัญของโรงพยาบาล/หน่วยงาน คืออะไร มีอัตราการติดเชื้อเท่าไร ข้อมูลอัตราการติดเชื้อที่ได้มา มีความน่าเชื่อถือและความหมายเพียงใด (การเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพเพียงใด)
- มาตรการป้องกันการติดเชื้อใดที่ปฏิบัติตามได้ค่อนข้างยาก มีการดำเนินการในเรื่องนี้อย่างไร

บทที่ 11 องค์กรแพทย์

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

มีการจัดระบบเพื่อให้แพทย์ควบคุมดูแลการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพภายในวิชาชีพเดียวกัน และส่งเสริมให้แพทย์มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกบริการ

กระบวนการและโครงสร้างที่สำคัญ

- การจัดองค์กรในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน (MED.2)
- การทำหน้าที่อำนวยการซึ่งมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
- การทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแก่องค์กรบริหารสูงสุดและทีมผู้บริหาร
- การทำหน้าที่ประสานงานและส่งเสริมความร่วมมือ
- การคัดเลือก การกำหนดสิทธิการดูแลผู้ป่วย การจัดอัตราค่าจ้าง และการดูแลการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้แพทย์ที่มีความรู้ ทักษะ และจำนวนที่เหมาะสมกับภาระงาน (MED.3)
- การส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของแพทย์แต่ละคน (MED.4)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- องค์กรแพทย์ส่งเสริมให้แพทย์มีส่วนในการพัฒนาคุณภาพงานคลินิกบริการอย่างไร
- องค์กรแพทย์มีกลไกอะไรที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยแพทย์แต่ละคนนั้นเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

มีการจัดระบบเพื่อให้พยาบาลควบคุมดูแลการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพภายในวิชาชีพเดียวกัน และส่งเสริมให้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประสานและพัฒนาคุณภาพทางคลินิกบริการ

กระบวนการและโครงสร้างที่สำคัญ

- การจัดการองค์กรเพื่อปฏิบัติตามพันธกิจที่กำหนดไว้ (NUR.2)
- การจัดการด้านทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ (NUR.3)
- การเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ (NUR.4)
- การบริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (NUR.6)
- การทำหน้าที่ส่งเสริมและประสานความร่วมมือ

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- การบริหารการพยาบาลส่งเสริมให้พยาบาลมีบทบาทในการประสานและพัฒนาคุณภาพงานคลินิกบริการอย่างไร
- การบริหารการพยาบาลมีกลไกอะไรที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจว่าบริการพยาบาลที่มีอยู่นั้นเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

มีการให้บริการด้วยความตระหนักในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

กระบวนการที่สำคัญ

- การสร้างความตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้ป่วยให้เกิดขึ้นในเจ้าหน้าที่ทุกคน (ETH.1.1)
- การมีแนวทางปฏิบัติและสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย
- การสื่อสารให้ผู้ป่วยรับทราบสิทธิของตน (ETH.1.2)
- การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ ได้แก่ เด็ก ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่ต้องแยก/ถูกยึด (ETH.2)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- โรงพยาบาลมีวิธีในการสร้างความตระหนักในเรื่องสิทธิผู้ป่วยให้แก่เจ้าหน้าที่อย่างไร และผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร
- สิทธิผู้ป่วยในเรื่องใดที่เป็นปัญหาในการปฏิบัติบ่อยๆ มีแนวทางในการปรับปรุงอย่างไร

บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม โดยโรงพยาบาลมีระบบงานที่รัดกุมและเหมาะสม

กระบวนการที่สำคัญ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับกรณีที่เกี่ยวข้องต่อปัญหาจริยธรรม ในเรื่องการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ และการยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย, การกำหนดและเรียกเก็บค่าบริการ, การประชาสัมพันธ์, การรับ/ส่งต่อ/จำหน่ายผู้ป่วย, การจัดหาอวัยวะและเนื้อเยื่อทดแทน, การช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่มีปัญหา (ETH.3)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- อะไรคือปัญหาจริยธรรมองค์กรที่เป็นความเสี่ยงของโรงพยาบาล มีแนวทางปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวอย่างไร

บทที่ 15 การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมผู้ให้บริการซึ่งมีการประสานกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดช่องว่างระหว่างกระบวนการต่างๆ ให้เหลือน้อยที่สุด

กระบวนการที่สำคัญ

- การทำงานเป็นทีมในการประเมินผู้ป่วย การวางแผนดูแลรักษา การปรึกษา การให้ข้อมูล
- การสื่อสาร การประสานงาน และการแก้ปัญหา

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- ผู้ป่วยในกลุ่มใดบ้างในแผนกนี้ที่การประสานงานระหว่างวิชาชีพมีความสำคัญสูงต่อคุณภาพบริการ มีวิธีการทำงานร่วมกันอย่างไร
- ขอให้เล่าอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานที่มีการประสานระหว่างวิชาชีพมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับประโยชน์อย่างไร

บทที่ 16 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันที่ที่มีโอกาสให้ และรับข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วน ทำให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา

กระบวนการสำคัญ

- การจัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย
- การให้ข้อมูลทั่วไปแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- การรับข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว
- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- การลงนามยินยอมรับการรักษา
- การระงับตัวผู้ป่วย

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- ท่านจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยอย่างไร วิธีการนั้นใช้การได้ดีเพียงใด เจ้าหน้าที่ทุกคน มีความเข้าใจตรงกันหรือไม่
- กรุณาอธิบายกระบวนการในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีขั้นตอนที่จะอธิบายผู้ป่วยหรือไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ท่านพอใจกับกระบวนการนั้นเพียงใด
- ในการลงนามยินยอมรับการรักษา มีการให้ข้อมูลอะไรแก่ผู้ป่วย ใครเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว มีการประเมินการรับทราบและเข้าใจข้อมูลดังกล่าวหรือไม่ ได้ผลอย่างไร
- จะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลและกำลังจะทำเข้าห้องผ่าตัด มีการให้ข้อมูลข่าวสารอะไรแก่ผู้ป่วย ใครไปเยี่ยมผู้ป่วย ท่านพูดอะไรกับผู้ป่วย
- มีวิธีการสื่อสาร การวินิจฉัยโรค การรักษา และการพยากรณ์โรคให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร
- ผู้ให้บริการวิชาชีพต่างๆมีส่วนในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างไร
- ถ้าญาติผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย แต่ไม่สามารถมาพบแพทย์ในเวลาทำงานได้ จะมีกระบวนการตอบสนองความต้องการอย่างไร
- ถ้าผู้ป่วยเป็นมะเร็งซึ่งไม่มีทางรักษา ใครมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- (ถามผู้ป่วย) ทำไมคุณจึงมานอนโรงพยาบาล ครั้งสุดท้ายคุณหมอได้บอกอะไรให้ทราบบ้าง นานเท่าไรมาแล้ว พรุ่งนี้คุณจะได้รับ การดูแลรักษาอะไร

บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการต่างๆ อย่างครบถ้วน และมีการวางแผนดูแลรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย

กระบวนการที่สำคัญ

- การประเมินผู้ป่วยด้วยการซักประวัติและตรวจร่างกาย
- การตรวจวินิจฉัย (investigation)
- การวินิจฉัยโรค
- การวางแผนดูแลรักษา
- การประเมินและวางแผนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด
- การเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยซ้ำ

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- กระบวนการในการจัดทำแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างไร มีการทบทวนและบันทึกอย่างไร มีใครเกี่ยวข้องบ้าง แผนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมการให้เตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความคุ้นเคยและเข้าใจวิธีปฏิบัติใน รพ. หรือไม่
- บริการเอกซเรย์และชันสูตรสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่จะให้การรักษาในเวลาที่เหมาะสมหรือไม่
- (สัมภาษณ์พร้อมกับการดูเวชระเบียน) ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาและข้อจำกัดอะไรบ้าง ได้นำผลจากการประเมินผู้ป่วยไปใช้ในการวางแผนอะไร มีเป้าหมายการดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่

บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/การดูแลรักษาผู้ป่วย

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย มีคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยบุคคลที่เหมาะสม และมีการประเมินการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ

กระบวนการที่สำคัญ

- การตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาได้ทันเวลาที่เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- การดูแลรักษาครบถ้วนทุกองค์ประกอบตามความเหมาะสม (การรักษา life/limb/function การรักษาเพื่อทุเลาอาการ การดูแลความสุขสบาย ยา อาหาร หัตถการ การป้องกันการติดเชื้อ)
- การจัดระบบเพื่อให้การดูแลรักษาที่ปลอดภัย
- การปฏิบัติตามแผนโดยบุคคลที่เหมาะสม
- การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพและข้อพึงปฏิบัติ
- การประเมินผลเป็นระยะเพื่อต่อการตอบสนองต่อการรักษา

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- หน่วยงานของท่านมีการเตรียมการเพื่อจัดการกับภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยอย่างไร มีการทบทวนตรวจสอบความพร้อมในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นอย่างไร
- หน่วยงานของท่านมีกระบวนการในการรักษาเพื่อทุเลาอาการอย่างไร เช่น อาการปวดหลัง ผ่าตัด เป็นที่พอใจของผู้ป่วยหรือไม่
- ท่านสามารถให้ความอบอุ่นทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยได้ดีเพียงใด แพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยพอใจหรือไม่ ท่านคิดว่าจะปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างไร ท่านจะให้คะแนนตัวเองเท่าไร
- มีมาตรการอย่างไรที่จะเป็นหลักประกันว่ายาที่เก็บไว้ในหอผู้ป่วยจะไม่เสื่อมสภาพหรือไม่หมดอายุ
- หน่วยงานของท่านมีมาตรการในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้ออย่างไร อัตราการติดเชื้อในหอผู้ป่วยนี้เป็นเท่าไร ท่านพอใจกับระดับที่เป็นอยู่หรือไม่ มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไร
- หากผู้ป่วยตกเตียงจะทำอย่างไร ท่านมีวิธีการในการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างไร
- กระบวนการในการประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษาเป็นอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบ มีการทบทวนตรวจสอบความทันเวลาที่ในการประเมินนี้อย่างไร

บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

ผู้ป่วยแต่ละคนมีบันทึกเวชระเบียนที่ครบถ้วน เพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการดูแลรักษา และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

- การกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียน
- การออกแบบบันทึก
- แนวทางปฏิบัติในการบันทึกและการเก็บรายงานผลในเวชระเบียน
- การบันทึก
- การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- เป้าหมายของเวชระเบียนคืออะไร ข้อมูลที่บันทึกไว้เพียงพอสำหรับเป้าหมายดังกล่าวหรือไม่
- ถ้ามีการฟ้องร้องเกิดขึ้น ท่านคิดว่าเวชระเบียนโดยทั่วไปมีข้อมูลเพียงพอที่จะยืนยันว่าท่านให้การดูแลอย่างมีคุณภาพหรือไม่
- เราสามารถดูแลแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา จากเวชระเบียนได้หรือไม่
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคหรือแผนการรักษา จะสามารถหาคำอธิบายจากบันทึกเวชระเบียนได้หรือไม่
- แพทย์คาดหวังอะไรจากบันทึกของพยาบาล พยาบาลคาดหวังอะไรจากบันทึกของแพทย์ มีการปรับบันทึกของแต่ละวิชาชีพเพื่อให้วิชาชีพได้ใช้ประโยชน์อย่างไร
- ข้อมูลที่อยู่ในเวชระเบียนเพียงพอหรือไม่สำหรับการประเมินคุณภาพของการดูแลรักษา

บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการวางแผนและเตรียมความพร้อมเพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

กระบวนการที่สำคัญ

- การวางแผนผู้ป่วย
- การประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

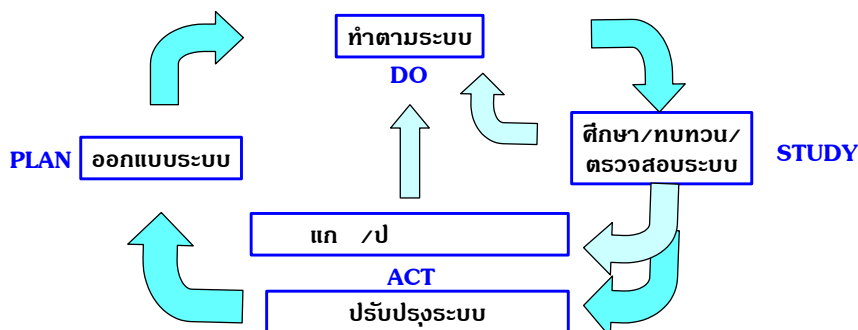
ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนาต่อเนื่อง

- ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่จะได้รับประโยชน์จากการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยมาถึง รพ. มีการเตรียมตัวผู้ป่วยดังกล่าวอย่างไร
- มีการค้นหาปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายอย่างไร ปัญหาอะไรที่พบบ่อย เมื่อพบแล้วมีวิธีการดำเนินการอย่างไร

3. การประเมินคุณภาพขององค์กร

การดูคุณภาพขององค์กรอาจมองได้ในหลายลักษณะ เช่น ดูตามวงล้อของกระบวนการคุณภาพ PDSA, ดูตามแถบกว้างของกระบวนการคุณภาพ, ดูตามคำจำกัดความของ TQM/CQI ซึ่งเป็นปรัชญาสำคัญของคุณภาพ

3.1 การดูตามวงล้อของกระบวนการคุณภาพ PDSA



ก. การออกแบบระบบ (PLAN)

- มีเป้าหมายขององค์กรและหน่วยย่อยในองค์กรที่ชัดเจน
- รู้ว่าใครเป็นผู้รับผลงาน ผู้รับผลงานต้องการอะไร
- รู้ว่ากระบวนการสำคัญเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานและเป้าหมายขององค์กรคืออะไร
- ออกแบบกระบวนการทำงานได้เหมาะสม มีการป้องกันความเสี่ยงที่รัดกุม สามารถบรรลุเป้าหมายของกระบวนการนั้นๆ ได้ มีการเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพและคุณภาพ
- มีนโยบายและวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งทุกคนรับรู้

ข. การทำตามระบบ (DO)

- มีการเตรียมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ความสามารถเหมาะกับงานที่รับผิดชอบ
- มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบไว้
- มีการปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบไว้
- มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานและวิชาชีพ
- ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจเหตุผลของระบบงานที่ออกแบบไว้

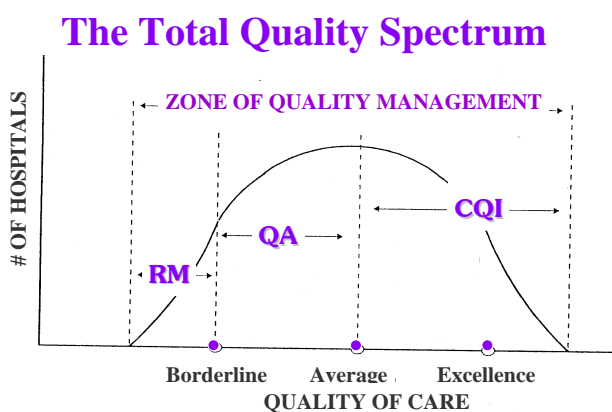
ค. การศึกษา/ทบทวน/ตรวจสอบระบบ (STUDY/CHECK)

- ใช้การประเมินทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ
- เปรียบเทียบกับความมุ่งหมายของหน่วยงาน, ความต้องการของผู้รับผลงาน, มาตรฐานวิชาชีพ, มาตรฐานโรงพยาบาล, ข้อกำหนดอื่นๆ
- มีการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ

ง. การแก้ไข/ป้องกัน/ปรับปรุงระบบ (ACT)

- นำผลการทบทวน/ตรวจสอบมาปรับปรุงระบบงานอย่างต่อเนื่อง (เป็น CQI หรือ PDSA วงเล็ก)
- การปรับปรุงมุ่งไปที่รากเหง้าของปัญหา ใช้ความคิดสร้างสรรค์ร่วมกับข้อมูล
- มีการเชื่อมโยงการแก้ไขปัญหาเฉพาะราย กับการปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันปัญหาในระยะยาว
- ความพยายามในการปรับปรุงเป็นวัฒนธรรมขององค์กรและหน่วยงาน

3.2 การดูตามแถบกว้าง (spectrum) ของกระบวนการคุณภาพ



โรงพยาบาลที่มีคุณภาพคือโรงพยาบาลที่มีการจัดระบบบริหารและระบบการทำงานตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่นต่อคุณภาพของเจ้าหน้าที่, การทำงานเป็นทีม, การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน, **มีระบบตรวจสอบเพื่อแก้ไขปรับปรุง**ด้วยการประสานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง (risk management-RM) การประกันคุณภาพ (quality assurance-QA) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continual quality improvement- CQI) เข้าด้วยกัน.

การบริหารความเสี่ยง คือ การค้นหาโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงหรือลดความสูญเสีย และการดำเนินการเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้น.

การประกันคุณภาพ คือ การวางระบบเพื่อเป็นหลักประกันว่าจะมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติที่กำหนดและมีผลลัพธ์ตามที่คาดไว้ ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดมาตรฐาน การวัดผลการปฏิบัติ และการปรับปรุงแก้ไขเมื่อไม่มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดหรือผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่คาด.

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คือ การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองของความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้ง โดยมุ่งไปสู่ความเป็นเลิศ.

ในการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เราควรให้ความสนใจกระบวนการคุณภาพทั้งสามประการข้างต้น

ก. การบริหารความเสี่ยง (RM)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในเรื่องการบริหารความเสี่ยง ได้แก่

PLAN มีการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความรุนแรง ความถี่ และขอบเขตของการเกิดความเสี่ยง มีการวางมาตรการที่รัดกุมในการป้องกันปัญหาและการลดความสูญเสียเมื่อเกิดเหตุการณ์ (คำถามที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจใช้คือ อะไรคือความเสี่ยงสำคัญ มีแนวทางในการป้องกันอย่างไร)

DO มีการปฏิบัติตามมาตรการที่วางไว้ด้วยความเข้าใจ (คำถามที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจใช้ คือ มีการปฏิบัติในเรื่องนี้หรือไม่ ด้วยเหตุผลใด และอาจจะขอดูร่องรอยในการปฏิบัติ)

CHECK มีการติดตามระดับของการเกิดปัญหา มีการเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ทราบสถานการณ์ (คำถามที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจใช้คือ ระดับการเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์เป็นอย่างไร)

ACT มีการปรับปรุงระบบการบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง (คำถามที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจใช้คือ มีแผนการที่จะทำอะไรต่อไป)

ข. การประกันคุณภาพ (QA)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในเรื่องการประกันคุณภาพ ได้แก่

PLAN มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองต่อความมุ่งหมายของหน่วยงานและความคาดหวังของผู้รับผลงาน (คำถามที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจใช้คือ ใครเป็นผู้รับผลงานสำคัญของหน่วยงาน ผู้รับผลงานมีความต้องการอะไร อะไรคือความมุ่งหมายของหน่วยงาน กระบวนการสำคัญเพื่อบรรลุความมุ่งหมายนั้นคืออะไร แนวทางปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของกระบวนการคืออะไร ใช้ข้อมูลอะไรบ่งชี้ระดับคุณภาพ)

DO มีการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ด้วยความเข้าใจ (คำถามที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจใช้ คือ มีการปฏิบัติในเรื่องนี้หรือไม่ ด้วยเหตุผลใด และอาจจะขอดูร่องรอยในการปฏิบัติ)

CHECK มีการติดตามระดับคุณภาพตามมิติต่างๆ ได้แก่

- Acceptability (ตอบสนองของความต้องการและเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย)
- Accessibility (การเข้าถึง การมีบริการในสถานที่และเวลาที่เหมาะสม)

- Appropriateness (ความถูกต้องเหมาะสมทางวิชาการ)
- Competency (ศักยภาพในการให้บริการ: คน ของ)
- Continuity (ความต่อเนื่อง การสื่อสาร และการประสานงาน)
- Effectiveness (ผลลัพธ์ดี สถานะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น)
- Efficiency (ใช้ทรัพยากรคุ้มค่า)
- Safety (มีความเสี่ยงน้อยที่สุด)
- Patient right & dignity (พิทักษ์สิทธิและศักดิ์ศรี)

(คำถามที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจใช้คือ มีการติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพอะไรบ้าง มีหลักประกันในเรื่องความน่าเชื่อถือของข้อมูลอย่างไร ได้นำข้อมูลเชิงคุณภาพหรือเชิงพรรณนามาใช้ประโยชน์อย่างไร)

ACT มีการตอบสนองต่อข้อมูลที่ได้จากการติดตามระดับคุณภาพ (คำถามที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจใช้คือ มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ติดตามวัดอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้น)

ค. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในเรื่องการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้แก่

CHECK มีการทบทวนตรวจสอบเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา (คำถามที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจใช้คือ มีการค้นหาโอกาสพัฒนาอย่างไรบ้าง อะไรคือโอกาสพัฒนาที่ค้นพบ)

ACT มีการพัฒนากระบวนการทำงานหรือระบบงานโดยมุ่งแก้ที่สาเหตุรากเหง้า ใช้ความคิดสร้างสรรค์ ร่วมกับการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูล เท่ากับเป็นการทำ PDSA วงเล็ก (คำถามที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจใช้คือ ขอให้ยกตัวอย่างการมุ่งแก้สาเหตุที่รากเหง้า การใช้ความคิดสร้างสรรค์ การใช้ข้อมูล ในการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา)

PLAN มีการเชื่อมโยงแนวทางปฏิบัติงานใหม่เข้าไปในระบบงานปกติ (คำถามที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจใช้คือ อะไรคือมาตรฐานใหม่ในการทำงาน มาตรฐานนี้ก่อให้เกิดประโยชน์อะไร)

DO มีการขยายผลของการพัฒนาไปสู่หน่วยงานต่างๆ (คำถามที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจใช้คือ มีแนวทางอย่างไรให้เกิดการขยายผลไปสู่หน่วยงานที่เหลือ และเป็นที่ยอมรับของหน่วยงานเหล่านั้น)

ง. การปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาล

มีแนวทางในการพิจารณาดังนี้

PLAN การออกแบบระบบ พิจารณาจากการมีเป้าหมายที่ชัดเจน, มีการออกแบบอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง, ครอบคลุมประเด็นในมาตรฐานโรงพยาบาล, ครอบคลุมความต้องการของผู้รับผลงาน, มีมาตรการป้องกันปัญหาและความบกพร่อง, มีนวัตกรรม

DO การปฏิบัติตามระบบงานที่กำหนดไว้ พิจารณาจาก ความครอบคลุมหน่วยงานที่ปฏิบัติตามความสอดคล้องกับแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนด, การปฏิบัติตามเต็มตามศักยภาพ, การปฏิบัติตามอย่างเป็นระบบ มีการประสานงานที่ดี, การปฏิบัติด้วยความเข้าใจ

CHECK การประเมินผลและผลลัพธ์ พิจารณาจาก การรับฟังเสียงจากผู้รับผลงาน, ความเหมาะสมและเพียงพอของข้อมูลและเครื่องชี้วัด, การวิเคราะห์ผลและนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุง, ผลลัพธ์

3.3 ดูตามปรัชญา TQM/CQI

ก. ความหมายของ TQM/CQI

การให้ความหมายเพื่อทำความเข้าใจกับ TQM/CQI ให้ลึกซึ้งขึ้น คือการตอบคำถามว่า **ใคร ทำอะไร เพื่ออะไร ในสิ่งแวดล้อมอย่างไร.**

ใคร คือ ทุกคนมีส่วนร่วม ทุกคนจะต้องมีความมุ่งมั่น และมาร่วมมือกันทำงานเป็นทีม

ทำอะไร ทำงานปกติให้ดี และใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์หรือ PDCA cycle ร่วมกับความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานขององค์กร. เทคนิคที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพมีทั้งส่วนที่เป็นด้านแข็ง (กระบวนการทางวิทยาศาสตร์/ข้อมูล/สถิติ) และด้านอ่อน (การสร้างทีม/การบริหารจัดการ/ความคิดสร้างสรรค์)

เพื่ออะไร เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับองค์กร ในส่วนขององค์กรนั้นคือการมุ่งไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) การให้บริการที่เป็นเลิศ (excellency) ซึ่งจะนำไปสู่ความอยู่รอดขององค์กรในระยะยาวอีกด้วย

ในสิ่งแวดล้อมอย่างไร จะต้องมีเป้าหมายร่วมกัน ผู้ปฏิบัติงานได้รับการเสริมพลัง (empower) ให้มีความรู้และอำนาจในการตัดสินใจแก้ปัญหาหรือปรับปรุงงานในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบ และองค์กรมีวัฒนธรรมของการเรียนรู้และพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง

ข. องค์ประกอบหลักของ TQM

TQM คือแผนแม่บทซึ่งมีผู้รับผลงานเป็นแรงขับเคลื่อน (customer driven master plan) ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ:

1) Unit Optimization หรือการทำให้แต่ละหน่วยงานมีคุณภาพและมีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง, เป็นการเน้นที่การควบคุมงานประจำวัน

2) Vertical Alignment หรือการประสานทิศทางขององค์กร เพื่อให้ตอบสนองต่อเป้าหมายร่วมขององค์กร, เป็นการเน้นการบริหารเชิงยุทธศาสตร์เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร

3) Horizontal Integration หรือการประสานในแนวราบ เพื่อให้เกิดการเกื้อหนุนกันและกัน

3.4 การเยี่ยมสำรวจที่เน้นเป้าหมาย (Purpose Oriented Survey-POS)

ก. ระดับของเป้าหมาย

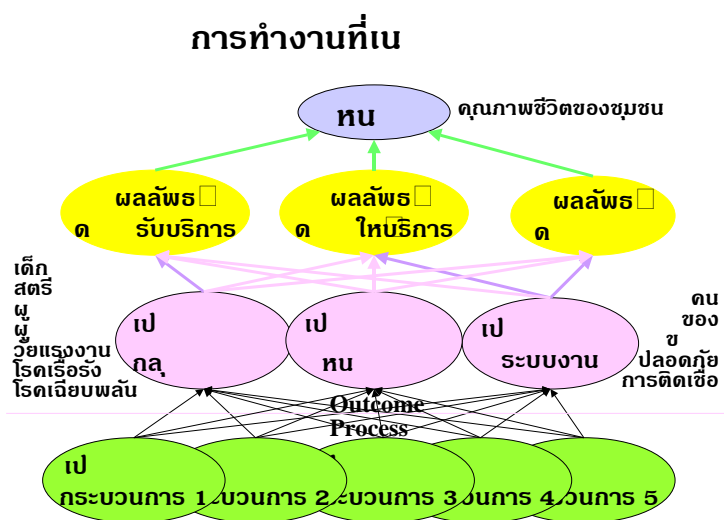
HA กระตุ้นให้ทุกคนตรวจสอบงานของตนเองกับเป้าหมายทุกระดับ ทุกเรื่อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและไม่สับสนเกี่ยวกับเรื่องเป้าหมาย จึงขอสรุปรวมไว้ดังนี้

ระดับ	เป้าหมาย
โรงพยาบาล	Mission (พันธกิจ/หน้าที่): รพ.ของเรามีไว้เพื่ออะไร Vision (วิสัยทัศน์): รพ.ของเราจะเป็นอย่างไรในอนาคต
หน่วยงาน	Purpose (ความมุ่งหมาย): หน่วยงานของเรามีไว้เพื่ออะไร Goal (เป้าประสงค์): ผลลัพธ์ที่จะเกิดกับผู้รับบริการอย่างกว้างๆ มีอะไรบ้าง
ระบบงาน	Purpose: ระบบงานนี้มีเป้าหมายอะไร (เช่น IC, HRD)
กระบวนการ	Purpose: กระบวนการนี้มีเป้าหมายอะไร (เช่น การเฝ้าระวังการติดเชื้อ)
แผนงาน	Program Goal: เป้าประสงค์ที่ต้องการบรรลุของแผน
แผนปฏิบัติการ	Objective: ผลลัพธ์ที่ต้องการบรรลุจากการปฏิบัติตามแผน
โครงการ CQI	Objective: ผลลัพธ์ที่ต้องการบรรลุจากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

4 หัวข้อแรกเป็นเรื่องที่ค่อนข้างคงที่และไม่มีเปลี่ยนแปลงบ่อยนัก ในขณะที่ 3 หัวข้อหลังเป็นเรื่องที่จะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์

ในทุกหัวข้อดังกล่าวจะต้องมี indicator ซึ่งบางคนอาจจะเรียกว่า quality indicator หรือบางคนอาจจะเรียกให้กว้างขึ้นว่าเป็น performance indicator ก็ได้

เมื่อเชื่อมโยงเข้าเป็นภาพรวมทั้งหมดจะแสดงให้เห็นได้ดังภาพ



เป้าหมายสูงสุดคือการบรรลุพันธกิจขององค์กรหรือการทำหน้าที่ตามที่ถูกกำหนดไว้อย่างดีที่สุด ซึ่งจะวัดได้ด้วยผลลัพธ์ 3 ด้าน คือด้านผู้รับบริการ (ผู้ป่วยและชุมชน) ด้านผู้ให้บริการ (การพัฒนาและความพึงพอใจ) ด้านองค์กร (เป็นที่ยอมรับและอยู่รอด)

เนื่องจากบริการของโรงพยาบาลมีความหลากหลายมาก การวัดที่ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการในภาพรวมทั่วไป เช่น ความพึงพอใจ อัตราการเสียชีวิต อัตราการติดเชื้อ อาจไม่สามารถแสดงให้เห็นคุณภาพที่แท้จริงได้ จึงจำเป็นต้องพิจารณาในองค์ประกอบที่ย่อยลงมาอีก ได้แก่ เป้าหมายของหน่วยงานย่อยในโรงพยาบาล, กลุ่มผู้ป่วยที่แต่ละหน่วยงานให้บริการ และเป้าหมายของระบบงานต่างๆ ซึ่งจะสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย การวัดในระดับนี้จะเป็นการวัดที่สำคัญที่สุดที่นำไปสู่การมองภาพรวมที่ชัดเจนขึ้น และนำไปสู่การกำหนดเครื่องชี้วัดในระดับกระบวนการที่จำเป็น

ข. เป้าหมายและเครื่องชี้วัดในระดับหน่วยงาน

ถ้าจะประเมินตนเองหรือเตรียมข้อมูลให้ผู้เยี่ยมสำรวจมาประเมิน กระดาษแผ่นเดียวที่น่าจะมีประโยชน์สำหรับหน่วยงานน่าจะเป็นดังนี้

หน่วยงาน: _____
Purpose: (1 บรรทัด) _____
Goal: (1 บรรทัด) _____
Indicator: (3-10 ตัว) _____
Clinical Indicator (ในกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ) _____
Core Process: _____
Major Risk: _____
Operation Plan & Objective: (3-5 เรื่อง ตามความเหมาะสม) _____
CQI projects & achievement: (มากที่สุดเท่าที่ได้ทำลงไป ทั้งเรื่องเล็กและเรื่องใหญ่) _____

ตารางการวิเคราะห์เครื่องชี้วัดของหน่วยงานควรเป็นดังนี้

กลุ่มผู้ป่วย	Acceptability	Safety	Timeliness	Effective	Efficiency	Appropriate
ผู้ป่วยทั้งหมด						
โรค (1)						
โรค (2) ...						

ค. ตัวอย่างการเยี่ยมสำรวจที่เน้นเป้าหมาย

ตัวอย่างการปรับจากคำถามเชิงกระบวนการไปสู่คำถามเชิงผลลัพธ์

ถาม 1: “องค์กรแพทย์ใช้กลยุทธ์ในการสื่อสารอย่างไร ใช้กลยุทธ์ในการชักจูงให้แพทย์เข้ามาร่วมมืออย่างไร”

ผล: ทีมงานพยายามอธิบายว่ามีการทำอะไรบ้าง ซึ่งได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เช่น มีการจัดองค์กรแพทย์สัญจรลงไปที่แต่ละกลุ่มงาน ใช้กรณีศึกษาทำให้เห็นความจำเป็นที่ต้องมาช่วยกันทำงาน ได้รับทราบปัญหาจากแพทย์รุ่นน้องซึ่งหัวหน้ากลุ่มงานหรือผู้แทนอาจจะไม่ทราบ

ลักษณะของการทำงานยังเป็นการ convince มาร่วมมือ ผลของการสนทนาจะไม่ก่อให้เกิดแรงผลักดันให้อยากทำอะไรเพิ่มขึ้น

คำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา ควรเริ่มด้วยผลลัพธ์ที่ต้องการ แล้วค่อยย้อนกลับมาหากระบวนการ “องค์กรแพทย์ในสายตาของแพทย์เป็นอย่างไร ทีมคิดว่าองค์กรแพทย์คือใคร คือคณะกรรมการที่ประกอบด้วยตัวแทนของแพทย์ หรือคือแพทย์ทั้งหมดของโรงพยาบาล” คาดหวังว่าจะได้รับคำตอบว่าเป็นแพทย์ทั้งหมดของโรงพยาบาล แล้วจึงถามต่อไปว่า “ถ้าอย่างนั้นมีวิธีการอย่างไรที่จะทำให้แพทย์เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นเจ้าของหรือเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรแพทย์” ทำให้ผู้ตอบต้องคิดถึงวิธีการที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไกลกว่าการชักจูงแพทย์เข้ามาร่วมในลักษณะ passive อย่างที่เคยทำมา หรือประจักษ์ว่านี่คือโอกาสพัฒนาในลำดับต่อไป

ถาม 2: “องค์กรแพทย์กำหนดแนวทางการทบทวนภายในวิชาชีพและระหว่างวิชาชีพอย่างไร”

ผล: คำตอบคือการบอกเล่าในสิ่งที่ทำมา และมีลักษณะของการ defense ในสิ่งที่ทำอยู่ เช่น

- แต่ละกลุ่มงานมีการทบทวนของตัวเอง และมี interdepartmental conference
- ไม่มีการชี้ตำหนิชัดเจน
- กิจกรรม merge เข้าไปหมด ไม่สามารถแยกออกมาเป็นบทบาทขององค์กรแพทย์ได้

คำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา เริ่มด้วยการคุยที่เป้าหมายก่อน

“ถ้าเอาปัญหาเฉพาะหน้าของโรงพยาบาลเป็นตัวตั้ง โรงพยาบาลควรจะมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบใดบ้าง”

“จากกรณีที่มีเด็กเสียชีวิตและมีการฟ้องร้องโรงพยาบาล เหตุการณ์อย่างนั้นมีโอกาสเกิดขึ้นกับที่นี่หรือไม่ องค์กรแพทย์คิดว่าจะต้องทำอะไร (ก) หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น (ข) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าว”

สองคำถามข้างต้นเป็นคำถามเพื่อกระตุ้นให้ตระหนักในความสำคัญของการทบทวนการดูแลผู้ป่วย

“ปริมาณและความถี่ของการทบทวนที่ทำอยู่ เพียงพอหรือไม่ที่จะป้องกันความเสียหายที่น่าจะหลีกเลี่ยงได้ ตรงไหนที่ควรที่จะเพิ่มให้มากขึ้น”

คำถามนี้เพื่อกระตุ้นให้วางแผนกิจกรรมให้สอดคล้องกับเป้าหมายหรือความจำเป็น

“ผู้ปวยกรณีใดบ้างที่จะต้องนำมาสู่การทบทวนระหว่างวิชาชีพหรือระหว่างแผนก ใครเป็นผู้ตัดสิน ผลการทบทวนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง”

คำตอบที่ได้จากคำถามนี้จะเป็นการยืนยันว่าได้มีการทบทวนระหว่างวิชาชีพหรือระหว่างแผนกเกิดขึ้นจริงหรือไม่

โดยสรุป การถามเพียงว่า “คุณทำอย่างไร” นั้นไม่เพียงพอที่จะประเมินให้ครบวงจร PDCA ต้องถามให้ครบว่า “คุณทำครอบคลุมหรือยัง” “ผลลัพธ์เป็นอย่างไร” “คุณจะทำอะไรต่อไป”

ตัวอย่างคำถามเพื่อปรับเปลี่ยนความเข้าใจและเจตคติ

ผู้เยี่ยมสำรวจถามเกี่ยวกับบทบาทขององค์กรแพทย์ในการดูแลมาตรฐานวิชาชีพ คำตอบที่ได้รับดูเหมือนจะเป็นการ discredit บทบาทหรือความจำเป็นที่ต้องมีองค์กรแพทย์ เช่น

- กิจกรรมการเรียนการสอนที่ดีขึ้น นำไปสู่การควบคุม practice เหมือนโรงเรียนแพทย์
- แต่ละกลุ่มงานสามารถบริหารจัดการในกลุ่มงานของตนเอง
- มาตรฐานองค์กรแพทย์ไม่เหมาะสมกับประเทศไทย เราทำของเราอยู่แล้ว แต่อาจจะไม่เป็นรูปแบบ เมื่อมีปัญหาหัวหน้ากลุ่มงานก็จะเข้าไปพูดคุยกับผู้เกี่ยวข้อง และเจรจากับทุกฝ่ายเพื่อคลี่คลายปัญหา

สถานการณ์อย่างนี้เป็นสถานการณ์ที่ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องใช้เป็นโอกาสในการปรับเปลี่ยนความเข้าใจและเจตคติของผู้ถูกสัมภาษณ์โดยทันที

ตัวอย่างคำถามเพื่อปรับเปลี่ยนเจตคติ

“อะไรคือ *advantage* ของการมีองค์กรแพทย์”

“มีการจำแนกบทบาทขององค์กรแพทย์กับบทบาทของกลุ่มงานอย่างไร”

“มีอะไรที่กลุ่มงานไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องอาศัยองค์กรแพทย์เข้ามาเสริม”

สองคำถามหลังนี้เท่ากับผู้เยี่ยมสำรวจแสดงการยอมรับบทบาทของกลุ่มงานที่ผู้ตอบพยายามเน้น แต่ขณะเดียวกันก็ยังคงชี้ให้เห็นความจำเป็นของการมีองค์กรแพทย์

“ทีมงานคิดว่าเราควรใช้มาตรฐาน HA ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้อย่างไร ระหว่าง (ก) พยายามปฏิบัติตามข้อความที่เขียนไว้อย่างเคร่งครัดทุกตัวอักษร กับ (ข) ทำความเข้าใจกับเป้าหมายของมาตรฐาน และหาวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมายนั้น”

คาดหวังว่าคำตอบน่าจะเป็นข้อ (ข) และเมื่อผู้เยี่ยมสำรวจให้การรับรองคำตอบนั้น ก็จะทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องว่าควรใช้มาตรฐานอย่างไร และลดเจตคติที่เป็นลบกับมาตรฐาน

กิจกรรมกลุ่ม “การวิเคราะห์ความเสี่ยง”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าประชุมตระหนักในความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วย และสามารถสังเกตพบความเสี่ยงได้
2. เพื่อให้ผู้เข้าประชุมสามารถตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้หน่วยงานผู้รับผิดชอบได้ตระหนักในความเสี่ยงและหาทางป้องกัน

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกแต่ละคนทบทวนความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยที่เคยสังเกตเห็น (ทั้งในด้านกายภาพและวิธีการทำงาน) ให้มากที่สุด เขียนลงในกระดาษ 1 ประเด็นต่อ 1 แผ่น ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ เส้นใหญ่
2. ให้สมาชิกแต่ละคนอ่านความเสี่ยงที่เขียนไว้ หมุนเวียนกันไปที่ละคน โดยทำเสนอครั้งละ 1 ประเด็นเท่านั้น ให้เลขานุการนำบัตรความคิดไปติดไว้ที่ flip chart จนกว่าจะหมดความคิดของทุกคน
3. ให้สมาชิกทุกคนช่วยกันจำแนกความเสี่ยงออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) ความเสี่ยงที่พบบ่อย 2) ความเสี่ยงที่มีผลกระทบสูง 3) ความเสี่ยงที่แปลกประหลาด
4. ให้เลือกความเสี่ยงมาประเภทละ 1 .อย่าง อภิปรายว่า
 - 4.1 จะมีวิธีการสังเกตให้พบความเสี่ยงดังกล่าวอย่างไร
 - 4.2 จะตั้งคำถามเพื่อให้เจ้าของหน่วยงานตระหนักในความเสี่ยงดังกล่าวและหาทางป้องกันได้อย่างไร

ตัวอย่างคำถาม

“แนวทางปฏิบัติในเรื่อง.....เป็นอย่างไร”

“จะเกิดอะไรขึ้น ถ้า.....”

“จะทราบได้อย่างไรว่าวิธีการนี้รัดกุมพอ มีการเก็บสถิติอุบัติการณ์เกี่ยวกับ.....ไว้หรือไม่ ผลเป็นอย่างไร”

กิจกรรมกลุ่ม “เวทีเสวนา-การประเมินที่เน้นการสนทนาเพื่อหาโอกาสพัฒนา”

เวทีเสวนาคือเวทีการเรียนรู้ ซึ่งเกิดจากการเปิดรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่มีมุมมองหลากหลาย คัดเลือกความคิดเห็นที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ โดยเวทีเสวนาควรมีลักษณะดังนี้

1) มีจำนวนผู้ร่วมสนทนาเหมาะสม ระหว่าง 8-12 คน โดยมีผู้ช่วยเหลือทีม (facilitator) เป็นผู้ตั้งประเด็นตามมาตรฐานโรงพยาบาล.

2) ผู้ร่วมสนทนามีความหลากหลายในความคิดและประสบการณ์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการตีความหมายของมาตรฐาน.

3) มีหน่วยงานที่เข้าร่วมสนทนามากกว่า 1 หน่วย ทำให้เกิดการสลับกันตั้งข้อสังเกต สะท้อนความรู้สึกและความคิดเห็นเพื่อกระตุ้นการพัฒนาของกันและกัน

4) ผลลัพธ์ของการสนทนาคือแผนที่แต่ละหน่วยจะไปทำงานต่อ, ไม่ใช่ประเมินว่าทำได้ดีแค่ไหน.

เวทีที่จะใช้การสนทนาในการประเมิน ได้แก่

1) เวทีที่มำนำของโรงพยาบาล

ในช่วงแรกของการดำเนินการเพื่อค้นหาประเด็นหลักที่ต้องพัฒนาและกำหนดตัวผู้รับผิดชอบ, ในช่วงเตรียมความพร้อมก่อนการเยี่ยมสำรวจ เพื่อสรุปภาพรวมของทั้งโรงพยาบาล.

2) เวทีของหน่วยงานซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

ในช่วงแรกอาจจะเป็นหน่วยงานใดก็ได้ตั้งแต่ 2 หน่วยงานขึ้นไป โดยมีผู้ช่วยเหลือทีม (facilitator) เป็นตัวเชื่อม, ในช่วงหลังๆ ควรเป็นการสนทนาในเวที Clinical Lead Team หรือ Patient Care Team

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้เข้าประชุมฝึกการตั้งประเด็น และควบคุมการสนทนาให้อยู่ในประเด็นสำคัญของมาตรฐาน

2) เพื่อให้ผู้เข้าประชุมเรียนรู้แนวทางการนำเวทีเสวนาไปใช้ประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนาในโรงพยาบาลของตน

กิจกรรม

1) ให้นักกลุ่มเลือกผู้ทำหน้าที่ต่างๆ ดังนี้

- Facilitator ทำหน้าที่ตั้งประเด็น อธิบายเป้าหมายของมาตรฐาน และดูแลให้สมาชิกสนทนาในประเด็นที่ต้องการ
- ผู้ช่วย facilitator ทำหน้าที่ช่วยบันทึกข้อความระหว่างการสนทนา และช่วย facilitator ในการควบคุมประเด็น
- ผู้สังเกตการณ์ ทำหน้าที่สังเกตปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม และนำเสนอให้กลุ่มได้รับทราบเมื่อสิ้นสุดการประชุม

2) กฎ กติกา

- สมาชิกจะร่วมเสวนาโดยไม่ต้องรอให้ facilitator ชี้ตัว

- สมาชิกแต่ละคนจะนำเสนอข้อมูลที่เป็นความจริงจากหน่วยงานของตนเอง
- สมาชิกจะร่วมตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นเพื่อนสมาชิกให้เห็นมุมมองที่กว้างขวางยิ่งขึ้น
- สมาชิกที่ถูกต้องคำถาม จะต้องสรุปประเด็นด้วยตนเองว่าจะกลับไปทำอะไรเพิ่มเติมในหน่วยงานของตน

3) การกำหนดประเด็นหลัก ให้เลือกประเด็นใดประเด็นหนึ่งจากมาตรฐาน HA

4) คำถามที่จะใช้ในการสนทนา ให้ดูแนวทางข้างล่าง

5) Facilitator สรุปจุดแข็งและโอกาสพัฒนาของหน่วยงานที่สมาชิกรับเสนอ

แนวทางคำถามที่จะใช้ในการสนทนา

ก) เป้าหมายและความหมาย

- มาตรฐานข้อนี้มีเป้าหมายอะไร
- มาตรฐานข้อนี้มีความหมายอย่างไรเมื่อนำมาใช้กับหน่วยงานของเรา

ข) การนำมาตรฐานมาปฏิบัติ

- เรากำลังทำอะไรเพื่อนำหลักการของมาตรฐานข้อนี้มาสู่การปฏิบัติ
- วิธีการของเรามีจุดแข็งจุดอ่อนอย่างไร การสนับสนุนจากองค์กรเป็นอย่างไร การเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลางได้ปรากฏชัดเจนหรือไม่
 - ผลลัพธ์ที่บรรลุแล้วมีอะไร
 - มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่าเราได้ปฏิบัติตามมาตรฐานดังกล่าว

ค) แผนการปรับปรุง (ดูคำถามในการวิเคราะห์กระบวนการหลักร่วมด้วย)

- เราควรทำอะไรเพิ่มเติม (ในสิ่งที่ยังไม่ได้ได้ทำ)
- เราควรปรับปรุงอะไร (ในสิ่งที่ทำอยู่แล้ว)
- เราคาดหวังผลลัพธ์อะไรจากกิจกรรมที่จะทำต่อไป
- ลำดับความสำคัญในเรื่องนี้คืออะไร
- กิจกรรมนี้ควรจะเสร็จเมื่อไร
- ควรรวบรวมเอกสารและข้อมูลอะไรเกี่ยวกับกิจกรรมและผลลัพธ์

4. บทบาทและการเตรียมตัวในการเยี่ยมสำรวจ

การเยี่ยมสำรวจภายใน คือการไปรับทราบร่องรอย หลักฐานและข้อเท็จจริง ว่าหน่วยงานได้มีการปฏิบัติข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล ตามสิ่งที่ระบุไว้ในนโยบาย คู่มือการปฏิบัติงาน และแผนงาน/โครงการของโรงพยาบาลได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งหน่วยงานได้ระบุนการปฏิบัติดังกล่าวไว้ในแบบประเมินตนเอง รวมทั้งกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น

กระบวนการนี้ไม่ใช่การตรวจสอบ แต่เป็นการยืนยันผลการประเมินตนเองของหน่วยงาน และกระตุ้นให้หน่วยงานเห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น.

ผู้ที่มีส่วนในการเตรียมตัวเพื่อให้มีการเยี่ยมสำรวจ ได้แก่ ทีมนำ ศูนย์คุณภาพ หน่วยงาน และผู้เยี่ยมสำรวจ

4.1 บทบาทของทีมนำและศูนย์คุณภาพ

นโยบาย

จะต้องมีกฎระเบียบและนโยบายว่าผู้เยี่ยมสำรวจควรทำอะไร ไม่ควรทำอะไร มีกระบวนการประเมินเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้เยี่ยมสำรวจมีการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม

การสรรหาและคัดเลือก

หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เยี่ยมสำรวจ

1. มีมุมมองที่กว้าง ไม่ดูเฉพาะวิชาชีพของตนเอง แต่จะต้องเข้าใจทุกกระบวนการในหน่วยงาน สนใจทุกแง่มุมของการดูแลและบริการผู้ป่วย
2. มี credibility ในองค์กร
3. มีทักษะการสื่อสารที่เป็นเลิศ ต้องพูดได้ชัดเจน ต้องฟังเป็น รวมทั้งทักษะการเขียน
4. สามารถทำงานเป็นทีม ไม่ทำงานโดดเดี่ยว ถือว่าทุกคนมีความสำคัญเท่ากัน
5. มีทักษะในการวิเคราะห์ ต้องพยายามทำความเข้าใจความหมายของข้อมูลข่าวสาร เก็บรวบรวมข้อมูลและเชื่อมโยงกับมาตรฐาน
6. สามารถรับรู้สิ่งที่ซ่อนอยู่ในภาษากาย การส่งสัญญาณต่อกัน ซึ่งจะได้ข้อมูลมากกว่าภาษาพูด
7. มีความแข็งแรง อดทน
8. เข้าใจระบบบริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

การฝึกอบรมผู้เยี่ยมสำรวจ

ควรมีการปฐมนิเทศเพื่อปูพื้นฐานให้แก่ผู้เยี่ยมสำรวจ แนะนำแนวทางการแปลผลมาตรฐานให้ไปในทิศทางเดียวกัน

นอกจากนั้นควรมีการสอบถามผู้เยี่ยมชมสำรวจว่ามีปัญหาอะไรในการทำหน้าที่ สิ่งผู้เยี่ยมชมสำรวจ ต้องการความช่วยเหลือ

การเตรียมการสำหรับผู้นำทีมซึ่งจะมีหน้าที่เพิ่มมากกว่าสมาชิกอื่น

กิจกรรมการเยี่ยมชมสำรวจ

- กำหนดวัตถุประสงค์ต่อการเยี่ยมชมสำรวจ
- กำหนดทีม/กรรมการวางแผนเตรียมการ
- จัดทำแผนและหลักไมล์สำคัญ
- จัดทำแผนปฏิบัติการโดยละเอียด
- จัดทำแผนการสื่อสารในองค์กร
- ยืนยันจำนวนและประเภทของทีมที่จะรับการเยี่ยมชมสำรวจ
- กำหนดความต้องการในการอบรมและจัดทำแผนฝึกอบรม
- มอบหมายให้หน่วยงานหรือทีมประเมินตนเองและกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้

การจัดระบบติดตามสำหรับแต่ละหน่วยงาน

ศูนย์คุณภาพจะต้องทำกำหนดการสำหรับแต่ละหน่วยว่าได้รับการเยี่ยมชมสำรวจเมื่อใด จะไปเยี่ยมชมสำรวจซ้ำเมื่อใด และแจ้งให้หน่วยงานและผู้เยี่ยมชมสำรวจทราบ

การบรรณาธิกรณารายงาน

ศูนย์คุณภาพจะช่วยในการบรรณาธิกรณารายงาน เพื่อให้เป็นที่เข้าใจได้ง่าย ตรวจสอบว่า ข้อเสนอแนะมีความชัดเจนและสอดคล้องกับมาตรฐาน ครอบคลุมทุกแง่มุม เพื่อจะได้เป็นเอกสารที่มีประโยชน์สำหรับหน่วยงาน

การพัฒนากระบวนการทำงาน

เมื่อเยี่ยมชมสำรวจเสร็จ หน่วยงานควรจะประเมินผู้เยี่ยมชมสำรวจส่งให้ศูนย์คุณภาพ ศูนย์คุณภาพ จะเก็บใส่แฟ้มและแจ้งให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจทราบเป็นรายปีโดยไม่ทราบว่าเป็นความเห็นของหน่วยงานใด

เมื่อเยี่ยมชมสำรวจเสร็จ เพื่อนร่วมทีมจะประเมินซึ่งกันและกัน เป็นความลับ ส่งให้กับศูนย์คุณภาพ ศูนย์คุณภาพจะส่งให้เจ้าตัวทราบทุกปีโดยไม่บอกชื่อผู้ให้ความเห็น

4.2 บทบาทของหน่วยงาน

ความต่อเนื่อง

การเตรียมการและการเยี่ยมชมสำรวจ จะต้องเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและทำอย่างสม่ำเสมอ หน่วยงานที่ประสบความสำเร็จจะตรวจสอบสิ่งที่ตนทำอยู่ และหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ผู้นำ

- หน้าที่ของผู้นำคือการช่วยให้ผู้คนเห็นว่าหน่วยงานสามารถทำอะไรได้มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ความรับผิดชอบหลักของผู้บริหาร ได้แก่
- จัดทำเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน
 - วัดและติดตามเครื่องชี้วัด
 - สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญของธุรกิจ
 - นำมาตรฐาน HA เข้ามาใช้ในกิจกรรมการบริหารงานประจำวัน
 - นำมาตรฐาน HA เข้ามาสู่ทิศทางการยุทธศาสตร์และกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
 - ทบทวนให้มั่นใจว่าเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของแผนกสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ขององค์กร
 - ประเมินตนเองเป็นระยะ และบันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา

กิจกรรมหลังการเยี่ยมชมสำรวจ

- ฉลองความสำเร็จ
- พัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง
- ประเมินตนเองซ้ำ

4.3 บทบาทของผู้เยี่ยมชมสำรวจ

ผู้เยี่ยมชมสำรวจบทบาทหลัก 3 ประการ คือ (1) การให้ความรู้ (2) การเป็นที่ปรึกษา และ (3) การเป็นเพื่อนที่มาช่วยดูผลการปฏิบัติงาน (external peer review)

แนวทางสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจ

1. เป็นเสมือนพ่อแม่ที่ช่วยให้ลูกเรียนหนังสือโดยตัวเองไม่รู้เนื้อหา ไปให้กำลังใจ ชี้แนะวิธีหาคำตอบ แต่ไม่ได้ให้คำตอบ ใช้คำถามเชิงบวกโดยไม่ลงไปในรายละเอียดของปัญหานั้น ไม่กล่าวโทษหรือเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงาน กระตุ้นให้หาวิธีการที่ดีขึ้นกว่าเดิม กระตุ้นให้วางแผนหรือดำเนินการตามแผนที่วางไว้
2. ทิ้งภูมิหลังความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาของตนเองให้หมด ควรเข้าไปเหมือนคนที่ไม่รู้เรื่องอะไรเลยในเทคนิคการปฏิบัติงานด้านนั้น แต่เข้าไปตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ทำงานได้ทบทวนว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นดีพอหรือยัง ไม่ควรสอนวิธีการของเรา แต่ควรให้แนวทางพิจารณาวิธีแก้ปัญหาที่รอบด้าน
3. ทิ้งความสนใจเฉพาะตัวไว้เบื้องหลัง พึงตระหนักว่าผู้เยี่ยมชมสำรวจเข้ามาเพื่อประโยชน์ของผู้รับการเยี่ยม ไม่ใช่เพื่อสนองความอยากรู้อยากเห็นของผู้เยี่ยมชมสำรวจ หากสนใจและต้องการได้ข้อมูลของหน่วยงาน ควรนัดหมายพบกันในภายหลัง
4. ยึดมาตรฐานโรงพยาบาลเป็นกรอบในการตั้งคำถามทุกคำถาม เพื่อให้การทำงานของผู้เยี่ยมชมสำรวจเป็นมาตรฐานเดียวกัน สื่อสารเข้าใจกับผู้รับการเยี่ยมชมสำรวจ และครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญครบถ้วน

5. **ไม่เจาะลึกในคำตอบซึ่งควรเป็นหน้าที่ของผู้บริหาร** ผู้เยี่ยมสำรวจควรทำหน้าที่เพียงชี้ให้เห็นจุดแข็งจุดอ่อนของระบบที่เป็นอยู่อย่างนุ่มนวล เป็นหน้าที่ที่ผู้บริหารของโรงพยาบาลจะต้องหาคำตอบและตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งอาจจะมีวิธีการที่หลากหลาย จุดอ่อนที่พบบ่อยก็คือการมีระบบแล้วไม่สามารถพิสูจน์กับตนเอง หรือไม่สามารถแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลมีระบบนั้นอยู่ และระบบนั้นทำงานได้ดี ไม่มีหลักฐานว่าได้ปฏิบัติตามสิ่งที่เล่าให้ฟัง

6. **ใช้ความคิดรวบยอดในการตั้งประเด็น** ความคิดรวบยอดเกี่ยวกับภาพของหน่วยงานจะได้จาก (1) ข้อมูลการประเมินตนเองที่หน่วยงานส่งให้ (2) พันธกิจของหน่วยงานและโรงพยาบาล (3) การนำเสนอของหน่วยงาน (4) การสังเกตสิ่งที่พบเห็น ในการตั้งประเด็นเพื่อสอบถามนั้นควรประมวลข้อมูลทั้งหมดเข้ามาเชื่อมโยงกัน

ธรรมะกับการเป็นโค้ช (นพ.ธวัช จายนียโยธิน)

หน้าที่ของโค้ช เราไม่ได้ไปจับผิดเขา แต่เราไปสำรวจดู 1) ความมุ่งมั่นในการพัฒนา 2) คุณภาพของระบบงาน และ 3) ผลลัพธ์ บทบาทของโค้ชล้วนเป็นไปในเชิงบวกทั้งสิ้น

คุณสมบัติของโค้ชที่พึงปรารถนา

- 1) เป็นผู้บรรลุสัมฤทธิ์ภาวะแบบไทย สนใจรูปลักษณ์ รู้จักเหตุผล อุดหนุน จิตใจรับใช้สังคม
- 2) มีความรู้และประสบการณ์ในวิชาชีพนั้นๆ
- 3) เป็นผู้เข้าใจเรื่องการเรียนการสอนของผู้ใหญ่ การบอกอะไรกับผู้ใหญ่ยากกว่าสอนเด็ก

ผู้ใหญ่มีคุณสมบัติพิเศษคือถ้าเขาไม่ปรารถนาเขาจะไม่ทำ เราต้องมองว่าจะกระตุ้นให้เขาเกิด need ตรงไหน ถ้าเกิดขึ้นมาเขาจะรีบทำทันที ขอให้เราใช้วิจารณ์ญาณให้ดี เราจัดตรงนั้นเขาจะทำทันทีไม่ต้องไปจี้มาก จะพูดกับผู้ใหญ่อย่าพูดเชิงลบเด็ดขาด ต้องใช้ความอดทนเป็นพิเศษ แม้จะเห็นว่าไม่ดีก็ให้บอกที่ดีไว้ก่อน แต่ไปกระซิบที่หลังว่าที่ว่าดีนั้นยังไม่ถึงขั้น

- 4) เป็นผู้เข้าใจความสำคัญและความเชื่อมโยงของบริการสาธารณสุขทั้ง 4 สาขา

ความหมายของธรรมะคือ ธรรมชาติ, หน้าที่ตามธรรมชาติ, ผลที่ได้รับจากการปฏิบัติหน้าที่ ธรรมะที่เอื้อต่อการเป็นโค้ช ได้แก่ กัลยาณมิตรธรรม, พรหมวิหาร 4, ละอคติ และอิทธิบาท 4

ก. กัลยาณมิตรธรรม

กัลยาณมิตร คือ บุคคลที่เพียบพร้อมด้วยคุณสมบัติที่จะสั่งสอน แนะนำ ชี้แจง ชักจูง ช่วยบอกช่องทาง หรือเป็นตัวช่วยให้ผู้อื่นดำเนินไปในมรรคาแห่งการฝึกฝนอบรมอย่างถูกต้อง กัลยาณมิตรควรมีคุณสมบัติพื้นฐานดังนี้

- 1) น่ารัก (ปิโย) เข้าถึงจิตใจ เป็นกันเอง ชวนให้อยากเข้าไปปรึกษาได้ถาม
- 2) น่าเคารพ (ศรู) ประพฤติสมควรแก่ฐานะ ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ เป็นที่พึ่งได้และปลอดภัย
- 3) นายก่ยง (ภาวณีโย) ทรงความรู้และภูมิปัญญา ควรเอาอย่าง
- 4) รู้จักพูดให้ได้ผล (วัตตา) พูดเป็น รู้จักชี้แจงให้เข้าใจ เป็นที่ปรึกษาที่ดี

5) ทนต่อถ้อยคำ (วจนักขโม) พร้อมที่จะรับฟังคำปรึกษาซักถามแม้ถูกจิกหรือล่วงเกิน อดทนฟังได้ ไม่เบื่อหน่าย ไม่เสียอารมณ์ (ถ้าไม่อดทนฟังให้จบจะไม่รู้ว่าเขาคิดอย่างไร)

6) แดงเรื่องเล็กน้อยได้ (คัมภีร์จะ กถิง กัตตา) สามารถอธิบายเรื่องยุ่งยากซับซ้อนให้เข้าใจ

7) ไม่แนะนำในเรื่องเหลวไหล (ในจัญฐเน นโยชเย)

ข. พรหมวิหาร 4 ธรรมประจำใจอันประเสริฐ

1) เมตตา (ความรักใคร่) พวกเราควรจะมีเมตตา ทั้งผู้ที่มีรับคำแนะนำจากเรา และให้แม่เมตตาไปยังผู้มารับบริการด้วย

2) กรุณา (ความสงสาร) เราอยากให้ผู้มารับบริการได้พ้นจากความทุกข์โดยเร็วที่สุด

3) มุทิตา (ความยินดี) ควรจะดีใจด้วยกับ รพ. ที่มาตรฐานเขาดีขึ้นตามลำดับ

4) อุเบกขา (ความวางใจเป็นกลาง) เราไปให้ข้อเสนอแนะให้มาตรฐานเขาดีขึ้น ถ้าไม่ดีขึ้นก็ต้องวางใจให้เป็นกลางว่าอีกหน่อยเขาก็ต้องดีขึ้น ไม่ใช่ไปว่าให้เขาเสียหาย

ค. ละอคติ 4

อคติคือความลำเอียง เป็นสิ่งที่เราควรหลีกเลี่ยง ได้แก่

1) ฉันทาคติ ลำเอียงเพราะรัก

2) โทสาคติ ลำเอียงเพราะชัง

3) โมหาคติ ลำเอียงเพราะหลงหรือเขลา

4) ภยาคติ ลำเอียงเพราะความกลัว

ง. อธิปไตย 4 คุณธรรมไปสู่ความสำเร็จ

1) ฉันทะ พอใจในคุณค่าของสิ่งที่เราทำ งานที่มีประโยชน์ต่อมนุษยชาติ

2) วิริยะ ความพากเพียร

3) จิตตะ ความเอาใจใส่

4) วิมังสา ความไตร่ตรอง

การนำธรรมะไปสู่การปฏิบัติที่มั่นคงและยั่งยืน จะต้องใช้ปัญญาสัมปทา คือ ความถึงพร้อมซึ่งปัญญา ที่ช่วยให้เข้าใจชีวิตนี้ตามความเป็นจริง

ควรจะรักาศิล ฝึกจิตให้สงบ แล้วปัญญาจะเกิดขึ้น แต่มันไม่ได้เป็นเส้นตรง มันเป็นวงก่อนที่จะเริ่มรักาศิลจะต้องมีปัญญาหน่อยๆ

การเตรียมตัวของผู้เยี่ยมสำรวจ

ก่อนที่ผู้เยี่ยมสำรวจจะเข้าไปปฏิบัติงาน ผู้เยี่ยมสำรวจจะได้รับการบอกกล่าวใครจะเป็นหัวหน้าทีม ต้องได้รับ unit profile และแบบประเมินตนเองเพื่อทำความรู้จักกับหน่วยงาน มีการแบ่งบทบาทหน้าที่กันในกลุ่มผู้เยี่ยมสำรวจ ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องศึกษาและสกัดข้อมูลสำคัญของหน่วยงานที่จะเยี่ยมสำรวจออกมาก่อน

การเยี่ยมสำรวจ

- สังเกตดูสิ่งแวดล้อมรอบๆ
- พบผู้บริหารหน่วยงานเพื่อพูดคุยในเรื่องวัตถุประสงค์และความคาดหวังของหน่วยงาน ประเด็นใดที่อยากให้ผู้เยี่ยมสำรวจใส่ใจ เพราะผู้บริหารทราบดีและจุดอ่อนของหน่วยงานเป็นอย่างดี จะทำให้เราสามารถช่วยเหลือหน่วยงานได้ดีขึ้น
- ถ้ามีประเด็นที่ไม่แน่ใจ จะถามคำถามเพื่อให้เกิดความชัดเจน เช่น พบว่าอัตราการทำผ่าตัดคลอดสูง อาจจะถามว่ามีนโยบายอย่างไร (นี่คือเป้าหมายของการศึกษา profile)
- ปรับตารางการทำงานให้เหมาะสม นัดหมายให้ชัดเจนเพื่อจะได้ไม่ต้องเสียเวลารอ
- ผู้เยี่ยมสำรวจปฏิบัติงานตามกำหนดเวลาไว้อย่างเคร่งครัด เป้าหมายของการสัมภาษณ์ เพื่อประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน
- ผู้เยี่ยมสำรวจจะประชุมกันภายในทีมหลังการเยี่ยมสำรวจเพื่อทบทวนสิ่งที่พบเห็น และ ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เพื่อว่าเมื่อจะให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยงาน จะให้ได้ อย่างเหมาะสม
- นำเสนอข้อสรุปต่อหน่วยงาน เมื่อนำเสนอข้อสรุปเสร็จแล้ว ผู้นำทีมจะสอบถามกับ หน่วยงานว่ามีอะไรบ้างที่ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะเข้าใจผิด เพื่อจะได้ไม่เขียนรายงานที่ไม่ ถูกต้อง
- ผู้เยี่ยมสำรวจเขียนรายงานส่งให้หัวหน้าทีม

วิธีการสัมภาษณ์

การเยี่ยมสำรวจหน่วยงานมีกิจกรรมหลักคือการตรวจเยี่ยมพื้นที่ต่างๆ และการสัมภาษณ์ทีม ผู้เยี่ยมสำรวจจะวางแผนมาก่อนแล้วว่า ใครจะเป็นผู้ตั้งคำถามและใครจะเป็นผู้บันทึก ผู้บันทึกจะเป็นผู้เขียนรายงานด้วย การสัมภาษณ์อาจจะทำโดยผู้เยี่ยมสำรวจ 2 คนก็ได้

เมื่อเห็นขอบในตารางการเยี่ยมสำรวจ ทีมของหน่วยงานจะเตรียมพร้อมที่จะพบกับผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA

ผู้เยี่ยมสำรวจไปที่หน่วยงานเพื่อประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน และกระตุ้นให้มองเห็น โอกาสพัฒนาต่อเนื่อง โดยมีขั้นตอนในการสัมภาษณ์ดังนี้

1. ผู้เยี่ยมสำรวจตกลงกันว่าใครจะเป็นผู้ตั้งคำถาม และใครจะเป็นผู้บันทึก ผู้บันทึกสามารถถามได้เช่นเดียวกัน
2. เป้าหมายของการสัมภาษณ์คือการดูที่มาตรฐานและพิจารณาผลการประเมินตนเอง
3. กระบวนการนี้ไม่ใช่การสอบ ไม่มีได้ไม่มีตก ไม่มีถูกไม่มีผิด
4. เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับทีม โดยทั่วไปทีมจะตื่นเต้นและกังวล ขอให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตนเอง เริ่มด้วยคำถามที่ตอบได้ง่ายและชัดเจน
5. เริ่มต้นถามคำถามที่ยากขึ้นเมื่อทุกคนมีท่าทีผ่อนคลายแล้ว

6. ผู้สัมภาษณ์ที่ดีจะเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม ถ้าผู้นำทีมเป็นผู้ตอบเสียเองคนเดียว ให้ถามคำถามเฉพาะเพื่อให้สมาชิกคนอื่นได้มีโอกาสตอบ การที่สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมจะทำให้การสัมภาษณ์เป็นไปด้วยดี
7. การสัมภาษณ์ไม่ควรนานเกินกว่า 90-120 นาที
8. สิ้นสุดการสัมภาษณ์ด้วยการสรุปประเด็นที่มีการสนทนากัน
9. ทำให้ทีมมีความรู้สึกที่ดีต่อผลงานของทีมในขณะลาจาก

ตัวอย่างกำหนดการปฏิบัติงานสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจในโรงพยาบาลขนาด 100-200 เตียง

Day		0800-0900	0900-1000	1000-1100	1100-1200		1300-1400	1400-1500	1500-1600	1600-1700	1700-	
Day 1	A	Hosp Pres &	QI coordinator	Environment & Safety Tour			Environment & Safety Doc		Pharmacy		Team	
	D	Leadership	Patient Care 1 Med, ICU				OPD, A&E		Patient Care 2 Obg, ANC, LR, PP		Meet	
	N	Interview										
Day 1	A	HRD	IM	Resource Plan	X-ray		Lab & Blood Bank		Comm Med	Social Service	Team	
	D	Dental	Patient Care 3 Surg, OR, Anes				Patient Care 4 Ped			MSO		Meet
	N	IC								NSO		
Day 1	A	Health Ed					Team Meet		Executive			
	D	Patient Care 5 Ortho		Patient Care 6 EENT					Discussion	Exit		
	N											

A= Administrator

D=Doctor

N=Nurse

5. ทักษะของผู้เยี่ยมสำรวจ

5.1 เก็รับนำ: เทคนิคการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลที่พึงประสงค์

การเยี่ยมสำรวจคือการค้นหาข้อเท็จจริง เป็นการรวบรวมข้อมูล ร่องรอย หลักฐานต่างๆ และ ประเมินว่า แนวทางปฏิบัติที่มีอยู่นั้นยอมรับได้หรือไม่ ได้มีการปฏิบัติตามสิ่งที่เขียนและพูดไว้หรือไม่ การเก็บข้อมูลนี้จะต้องมีความน่าเชื่อถือ ตรงประเด็น และมีประสิทธิภาพ

ก. ความน่าเชื่อถือ

ผู้ประเมินจะต้องมีทักษะในด้านสังเกตและการประมวลข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่จะ ประเมิน อาจจะต้องใช้ความรู้สึกหรือสัญชาตญาณเข้ามาช่วยด้วย แต่สิ่งที่สัมผัสไม่ได้เหล่านี้หรือสิ่งที่ผู้ ประเมินคิดไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินได้ การตัดสินจะต้องขึ้นอยู่กับหลักฐานที่ผู้ประเมินพยายามค้นหา เพื่อนำมาประกอบการตัดสิน

การเขียนไว้ในคู่มือหรือการบอกเล่าของผู้รับผิดชอบไม่ได้เป็นหลักประกันว่าโรงพยาบาลได้ ปฏิบัติตามนั้น จะต้องมีกำยยืนยันด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เช่น บันทึกในเวชระเบียน การขอให้แสดงให้ ดู การสอบถามจากผู้ป่วย

ข. ความตรงประเด็น

ผู้ประเมินควรจจะรู้จุดอ่อนหรือความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นบ่อยๆในระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน กรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน และพยายามค้นหาว่าโรงพยาบาลมีวิธีการปฏิบัติอย่างไรเพื่อป้องกันปัญหาที่ อาจเกิดขึ้นได้เหล่านี้

ค. ประสิทธิภาพ

ด้วยเวลาที่จำกัดและมีแง่มุมที่ต้องประเมินค่อนข้างมาก ผู้ประเมินต้องเลือกใช้เทคนิคการเก็บ ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ หลีกเลียงการสนทนาในประเด็นที่ไม่เกี่ยวข้องหรือได้ประโยชน์น้อย จะต้องมีการวางแผนอย่างดีเพื่อว่าการประเมินนั้นได้ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญไว้ทั้งหมด

เทคนิคพื้นฐานในการเก็บข้อมูล

อวัยวะที่ผู้ประเมินจะใช้คือ ตา 40%, หู 40% และ ปาก 20%

ปาก ใช้สำหรับตั้งคำถามหรือเริ่มต้นประเด็น

หู ใช้สำหรับฟังคำตอบหรือคำบอกเล่า

ตา ใช้สำหรับสังเกตสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติ การทำให้ดู ตรวจสอบเอกสารและบันทึก

วิธีการได้มาซึ่งข้อมูล

ก. การตั้งคำถาม

การตั้งคำถามและการรับฟังอย่างตั้งใจเป็นเทคนิคการเก็บข้อมูลที่สำคัญมาก แต่ก็ยังมีข้อจำกัดเพราะผู้ตอบจะตอบตามคำถามที่ตั้งขึ้นมา ทำให้ไม่ได้เรื่องราวทั้งหมดที่อยากจะทราบ

การสัมภาษณ์เพื่อการประเมินควรเป็นไปในลักษณะให้ได้ข้อมูลมากที่สุด มากกว่าที่จะเป็นการบีบประเด็นให้แคบ คำถามที่ใช้ควรเป็นคำถามเปิด และเปิดโอกาสให้ผู้ตอบได้ตอบอย่างอิสระ ถ้าออกไปจากประเด็นมากเกินไปผู้ประเมินจึงจะค่อยๆ ดึงเข้ามาอย่างนุ่มนวล

ข. เล่าให้ฟัง ทำให้ดู

วิธีการนี้จะทำให้ผู้เล่าผ่อนคลาย และได้อข้อมูลที่สมบูรณ์มากกว่าการตอบคำถาม แต่ต้องอาศัยการวางแผนล่วงหน้าที่ดี และต้องการการฟังและสังเกตอย่างตั้งใจ

ผู้ประเมินไม่ควรขัดจังหวะในขณะที่กำลังมีการเล่าอยู่ เพราะจะทำให้เสียจังหวะของผู้เล่า ข้อมูลบางส่วนจะขาดหายไป หากมีประเด็นที่สงสัยควรจดไว้ถามภายหลัง

ตัวอย่างวิธีการตั้งประเด็น

- ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยว่าตอนที่ให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมรับการรักษานั้นทำอย่างไรบ้าง
- กรุณาแสดงวิธีการตรวจสอบเครื่องมือในรถช่วยชีวิตฉุกเฉินให้ดูหน่อย

5.2 ทักษะการสัมภาษณ์

โดยทั่วไป การสัมภาษณ์มีวัตถุประสงค์สองประการคือ

- เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง
- เพื่อแปลผลข้อมูลที่ได้รับ

ท่านอาจจะใช้ข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ของท่านเพื่อเสริมหรือยืนยันข้อมูลที่ได้รับจากผู้เยี่ยมสำรวจคนอื่น

การสัมภาษณ์ควรจะมีลักษณะเป็นการสนทนา ซึ่งทั้งสองฝ่ายสามารถพูดคุยกันได้อย่างสบายๆ หน่วยงานที่จะได้รับการเยี่ยมสำรวจได้มีการเตรียมตัวมาเป็นแรมเดือน สมาชิกในหน่วยงานมีความกระตือรือร้นที่จะพบผู้เยี่ยมสำรวจ ดังนั้นท่านจึงต้องรักษากำหนดเวลาให้ดี และไปเยี่ยมสำรวจทุกหน่วยงานที่อยู่ในตารางการเยี่ยม หากมีหน่วยงานและทีมที่ต้องเยี่ยมจำนวนมาก อาจจำเป็นต้องแบ่งทีมเยี่ยมสำรวจกระจายออกไปทำงาน

การวางแผนสัมภาษณ์อย่างรอบคอบจะช่วยให้ท่านมั่นใจว่าสามารถทำงานได้ตามกำหนดเวลา และได้ข้อมูลที่ต้องการ เมื่อท่านอ่านแบบประเมินตนเอง ท่านจะพบว่ามีความไม่สอดคล้องในข้อมูลที่ท่านได้รับ ประเด็นเหล่านั้นคือสิ่งที่ท่านจะนำมาถามในระหว่างการสัมภาษณ์เมื่อเยี่ยมหน่วยงาน การเตรียมการเยี่ยมสำรวจที่ดีจะช่วยให้ท่านรักษาประเด็นได้ และช่วยให้ท่านได้รับข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับหน่วยงานนั้น

5.2.1 ข้อตกลงในที่มผู้ประเมิน

ทีมจะต้องทำข้อตกลงร่วมกันในประเด็นต่อไปนี้ก่อน

1. ใครจะเป็นทำหน้าที่สัมภาษณ์ (1 หรือ 2 หรือ ทุกคน) และจะลำดับประเด็นในการสัมภาษณ์อย่างไร
2. ผลลัพธ์ที่ต้องการจากการสัมภาษณ์
3. จุดเน้นในการสัมภาษณ์ อาจจะไม่เลือกกระบวนการที่สำคัญมา 1 หรือ 2 อย่าง หรือสัมภาษณ์กระบวนการแก้ปัญหา
4. คำถามที่สำคัญ
5. ผู้รับผิดชอบในการเขียนรายงานการสัมภาษณ์

5.2.2 โครงสร้างของการสัมภาษณ์

นอกเหนือจากการกำหนดเนื้อหาที่จะถาม วิธีการถาม และการตอบสนองต่อคำตอบแล้ว ท่านจะต้องวางแผนและกำหนดโครงสร้างของการสัมภาษณ์ โดยทั่วไป การสนทนาและการตั้งคำถามจะมีแบบแผนต่อไปนี้

ก. การสร้างความคุ้นเคย

การสนทนาสร้างความคุ้นเคยในช่วงเริ่มต้นเป็นสิ่งสำคัญมาก เป็นการสร้างสายใยแห่งการสื่อสารและความเชื่อมั่น ควรใช้การสนทนาสั้นๆ ที่เป็นธรรมชาติ ไม่เป็นแบบแผนมากเกินไป

เริ่มด้วยการแนะนำตนเอง (หากท่านจะต้องไปเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลอื่น ไม่จำเป็นต้องระบุว่าท่านมาจากโรงพยาบาลใด และไม่ควรรกล่าวถึงโรงพยาบาลของท่านในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ) อยู่ในสิ่งที่น่ายินดี ชื่นนี้จะใช้เวลาไม่นานนัก แต่จะทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์รู้สึกผ่อนคลาย

อธิบายให้ทีมผู้รับการเยี่ยมสำรวจทราบว่าผู้เยี่ยมสำรวจมีหน้าที่ช่วยเหลือทีม และที่สำคัญที่สุดคือต้องการข้อมูลจากสมาชิกของทีมทุกคน มิใช่จากสมาชิกเพียง 1-2 คนเท่านั้น

ข. กำหนดเป้าหมายร่วมกัน

ผู้เยี่ยมสำรวจควรศึกษาความคาดหวังของผู้รับการเยี่ยมสำรวจว่าต้องการอะไร ขณะเดียวกันทำให้ทีมผู้รับการเยี่ยมสำรวจได้รับทราบความคาดหวังของผู้เยี่ยมสำรวจเช่นเดียวกันด้วยการระบุเป้าหมายทั่วไปและเป้าหมายเฉพาะของการเยี่ยมสำรวจอย่างสั้นๆ หากไม่เข้าใจเป้าหมายนี้ให้ชัดเจนอาจจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิด ความอึดอัด หรือได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจน แม้ว่าการสนทนาอาจจะดูเครียดบ้างในช่วงแรก แต่ก็ควรจะผ่อนคลายลงหลังจากที่ดำเนินไประยะหนึ่ง

ตัวอย่างเช่น ทีมผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะอธิบายว่าต้องการประเมินระดับการปฏิบัติของหน่วยงานตามมาตรฐาน และจะถามคำถามเกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยนี้ และสามารถอธิบายต่อไปได้ว่าจะดูหลักฐานเพื่อยืนยันข้อมูลที่ได้ให้ไปแล้ว

ค. สัมภาษณ์

ถามคำถามที่ผู้เยี่ยมสำรวจเตรียมมา และรับฟังประเด็นซึ่งจะนำไปสู่การตั้งคำถามอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะนั้น วิธีการที่ดีในการได้รับข้อมูลคือการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นฉันมิตร

- เน้นการพูดคุยที่ตรงเป้า เน้นในจุดที่สำคัญ

- ไม่เสียเวลาถามเกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติงาน ผู้ประเมินสามารถตรวจสอบได้จากเอกสารอยู่แล้ว
- มุ่งเน้นที่ลักษณะเฉพาะของบริการหรือกระบวนการที่ประเมิน
- ไม่ควรถามเจาะลึกในสิ่งที่ทีมงานทำได้ดีแล้ว การถามเจาะลึกในสิ่งที่ทีมงานรู้สึกว่าเป็นปัญหาจะเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์มากกว่า
- ให้ทีมอธิบายกลไกการแก้ปัญหา ค้นหาปัญหาอย่างไร ดำเนินการแก้ไขอย่างไร เน้นกระบวนการซึ่งเป็นปัญหาในปัจจุบัน
- รับฟังทุกสิ่งที่สมาชิกของทีมกล่าว แสดงความชื่นชมกับสิ่งที่ทำได้ดี
- เน้นการช่วยเหลือให้ทีมค้นหาคำตอบได้ด้วยตนเองมากกว่าที่จะให้คำตอบจากผู้ประเมิน ผู้ประเมินต้องทำหน้าที่เป็นโค้ช ผู้วิจารณ์ ครู มีความรู้อย่างดีในด้านทักษะเกี่ยวกับคนและแนวคิดเรื่องกระบวนการ
- สังเกตภาษากายจากสมาชิกในทีมและพยายามค้นหาความจริง
- ย้ำขอข้อเท็จจริงถ้าจำเป็น เช่น ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะถามว่า “คำถามที่ได้ถามไปสองครั้งแล้ว มีความหมายว่า..... ข้อมูลที่ต้องการคือ.....”

ง. ยุติการสัมภาษณ์

ก่อนที่จะหมดเวลา ผู้เยี่ยมสำรวจควรยุติสัมภาษณ์ด้วยการกล่าวว่าเวลาได้หมดลงแล้ว ให้ข้อคิดเห็นว่าจะอะไรเป็นสิ่งที่ดี อะไรคือโอกาสพัฒนา และถามผู้ถูกสัมภาษณ์ว่ามีข้อคิดเห็นหรือข้อมูลอะไรที่อยากจะบอกเล่าให้ทราบ จากนั้นกล่าวขอบคุณและสวัสดิ์

5.2.3 เทคนิคการตั้งคำถาม

เทคนิคการตั้งคำถามจะมีผลต่อผลลัพธ์ของการสัมภาษณ์

- ตั้งคำถามที่ชัดเจน ด้วยถ้อยคำและลีลาที่เหมาะสม
- รับฟังอย่างตั้งใจ และพยายามทำความเข้าใจคำตอบ
- หาวิธีอธิบายประเด็นที่น่าสนใจซึ่งเกิดขึ้นในระหว่างการสัมภาษณ์
- รักษาความราบรื่นและต่อเนื่องเมื่อจะเปลี่ยนประเด็น
- ควบคุมการสัมภาษณ์และเวลาที่ใช้

5.2.4 การควบคุมการสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์ที่ปราศจากการควบคุมจะใช้เวลานานและไม่ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการ

ในทางตรงข้าม การควบคุมมากเกินไปจะทำให้ไม่ได้รับข้อมูลที่ควรจะได้ ผู้ถูกสัมภาษณ์อาจจะมีข้อมูลสำคัญที่จะนำมาสนทนา แต่ไม่ตรงกับคำถามที่ผู้เยี่ยมสำรวจเตรียมไว้ ถ้าผู้เยี่ยมสำรวจพูดมากเกินไป และถามคำถามต่อเนื่องหลายคำถาม ผู้ถูกสัมภาษณ์จะตอบสนองเฉพาะในสิ่งที่ท่านถาม และทำให้ท่านไม่ได้รับข้อมูลที่สำคัญ

เมื่อผู้เยี่ยมสำรวจต้องการเปลี่ยนประเด็น ผู้เยี่ยมสำรวจจะบอกว่า “คิดว่าผมเข้าใจสิ่งที่เราได้คุยกันมาแล้ว ผมอยากจะขอแนะนำประเด็นใหม่ขึ้นมาคุยกัน” และจากนั้นผู้เยี่ยมสำรวจก็จะเริ่มตั้งคำถามในประเด็นใหม่

การสัมภาษณ์ในอุดมคติจะมีความอบอุ่นและมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันฉันมิตร ขณะเดียวกันก็ให้ข้อมูลที่ มีหลักฐาน และมีความชัดเจน ท่านควรเปิดโอกาสให้มีการอภิปรายอย่างอิสระ ขณะเดียวกัน จำกัดการออกนอกประเด็น และกระตุ้นให้นำเสนอข้อเท็จจริงมากกว่าความเห็น

5.2.5 หลักการทั่วไปในการถาม/สัมภาษณ์

ก. คำถามที่ใช้บ่อย

คำถามที่ใช้ควรเป็นคำถามปลายเปิดซึ่งเริ่มต้นด้วย อย่างไร เมื่อไร ที่ไหน ใคร อะไร ทำไม

การแก้ปัญหา:	ใช้กลยุทธ์อย่างไรเพื่อให้ได้รับแบบสอบถามกลับมามากๆ ทีมตอบสนองต่อข้อเสนอแนะในแบบสอบถามอย่างไร
การประเมินตนเอง:	ถ้าเลือกได้ อยากจะเปลี่ยนแปลงอะไรในโครงการนี้มากที่สุด
การตรวจสอบ:	มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่พบในการเยี่ยมสำรวจครั้งนี้แล้วอย่างไรบ้าง

ข. ลักษณะคำถาม/วิธีการอื่นๆ

คำถาม/วิธีการอื่นๆที่เป็นไปได้ ได้แก่

ลักษณะ	ตัวอย่าง	ใช้ในกรณี
คำถามตรง	"แต่คุณก็มักจะ.....ใช่ไหม"	ต้องการคำตอบที่ชัดเจนแน่นอน ค้นหาข้อเท็จจริง ดึงการสนทนากลับมาสู่ประเด็น
คำถามเชิงทฤษฎี	"คุณจะทำอย่างไรถ้า....."	ต้องการดูทิศทางของการตอบสนอง
ทำความเข้าใจ, เจาะลึก	"ผมยังไม่ค่อยเข้าใจ กรุณาอธิบาย ตรงนี้เพิ่มเติม....."	ป้องกันการเข้าใจผิด ต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม
ความเงียบ		ให้เวลาผู้ตอบ กดดันให้มีการตอบสนอง
สนทนาเชื่อมโยง	(สรุปประเด็นที่ผ่านมา นำไปสู่ ประเด็นใหม่)	สร้างความมั่นใจให้ผู้ตอบ ขจัดความเงียบที่ไม่จำเป็น เชื่อมโยงกับคำถามต่อไป

ค. การถามที่ควรหลีกเลี่ยง

ลักษณะ	ผลเสีย
มีคำตอบในตัว	ผู้ตอบรู้ว่าผู้ถามต้องการคำตอบอะไร, เกิดความกดดันโดยไม่จำเป็น

หลอกล่อ	ทำลายความเชื่อมั่น
ไม่ชัดเจน	สร้างความสับสน
คำถามซ้อนคำถาม	สร้างความสับสน, มักจะชี้นำไปในประเด็นที่แคบ
ไม่เข้าประเด็น	เสียเวลา ทำให้ความคิดแตกกระจาย
ถามผิดคน	เสียเวลา เกิดความเครียด/สับสน
ถามความเห็น	เกิดความรู้สึกเชิงลบ ผู้ถูกสัมภาษณ์ปกป้องตนเอง เสียบรรยากาศในการสนทนา

ตัวอย่างการปรับเปลี่ยนจากการถามความเห็นมาเป็นการถามข้อเท็จจริง

ความเห็น	ข้อเท็จจริง
โปรแกรมนี้มีดีอะไรบ้าง	โปรแกรมนี้ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนอย่างไร
ผู้บริหารมีความบกพร่องอะไรบ้าง	ผู้บริหารสนับสนุนโปรแกรมนี้อย่างไร

ง. ยุทธวิธีในการถาม

ยุทธวิธี	ประโยชน์
สร้างความคิดรวบยอด	วางแผนคำถามเป็นลำดับ, แบ่งแต่ละเรื่องออกเป็นประเด็นย่อย และสำรวจประเด็นย่อยให้รอบด้าน, ไม่ออกนอกประเด็น, สรุปก่อนที่จะเปลี่ยนประเด็น
เปลี่ยนแบบแผน	ผู้ประเมินไม่เกิดความเบื่อหน่าย, ผู้ตอบคาดเดาไม่ได้
เทคนิคกว้างไปแคบ (Funnel Technique)	ได้คำตอบในภาพกว้างทั้งหมด ทำให้เจาะประเด็นในรายละเอียดเรื่องที่สำคัญต่อไปได้ง่ายขึ้น
เทคนิคแคบไปกว้าง (Inverted Funnel Technique)	เริ่มต้นด้วยรายละเอียดในบางเรื่อง และใช้เพื่อเปิดประเด็นที่กว้างขึ้น ทำให้ได้รับข้อสรุปทั่วไป สามารถตรวจสอบรายละเอียดกับแหล่งข้อมูลอื่นได้
สรุปเป็นระยะ	ช่วยให้ผู้ประเมินทำความคิดของตนให้ชัดเจน, สร้างความมั่นใจให้ผู้ตอบ, แก้ไขสิ่งที่ไม่ถูกต้อง, เชื่อมโยงกับประเด็นต่อไป
ใช้เวลาเงียบ	รวบรวมความคิด, เขียนบันทึก, พังผู้ร่วมทีม, เตรียมถามประเด็นต่อไป

5.2.6 คำถามพื้นฐานในการประเมินกระบวนการในโรงพยาบาล

คำถามหลักจะมีอยู่ 5 กลุ่มเท่านั้น แต่ในแต่ละกลุ่มจะสามารถถามซอกแซกได้อีกมากมาย คำถามนี้จะใช้ถามตัวเองเป็นการเตรียมตัวล่วงหน้าก่อนก็ได้

1. **หน่วยงานนี้มีหน้าที่อะไร ใครคือกลุ่มผู้ป่วยที่ให้การดูแล** ผู้ป่วยที่ให้การดูแลมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร มีการจัดโปรแกรมพิเศษอะไรสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้

2. ผู้ป่วยที่หน่วยงานนี้ให้การดูแลมีความต้องการและคาดหวังอะไร มีกลไกอะไรที่จะรับทราบความต้องการและความคาดหวังเหล่านี้ อะไรคือประเด็นสำคัญของคุณภาพของผู้ป่วยเหล่านี้ มีการตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้ได้อย่างไร

3. โปรดอธิบายกระบวนการ/กรรมวิธีทำงานสำหรับ..... (แล้วแต่ผู้ประเมินจะถาม) เช่น เมื่อเกิดการติดเชื้อรุนแรงขึ้นจะอย่างไร เมื่อเจ้าหน้าที่ถูกเข็มตำจะอย่างไร ที่สำคัญก็คือพยายามที่จะประเมินว่าผู้ปฏิบัติเข้าใจเป้าหมายของสิ่งที่ปฏิบัติหรือไม่ และสิ่งที่ทำอยู่นั้นตอบสนองเป้าหมายหรือไม่

4. หน่วยงานทำได้ดีเพียงใด ใช้อะไรเป็นเครื่องชี้วัด เครื่องชี้วัดนั้นสะท้อนคุณภาพงานหรือไม่ วัดอย่างไร เชื่อถือได้หรือไม่ เอาผลจากการวัดไปทำอะไรต่อ

5. จะทำให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้อย่างไร มีแผนการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในเรื่องอะไรบ้าง มีโครงการใหม่ๆ อะไรบ้าง ในปีสองปีข้างหน้า เห็นว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพที่โรงพยาบาลดำเนินการอยู่กำลังไปในทิศทางไหน ฯลฯ

5.2.7 การเริ่มต้นประเด็น

ควรเริ่มต้นด้วยรูปธรรมที่สัมผัสได้ และนำไปสู่ประเด็นที่ต้องการทราบ ดังตัวอย่าง

คำถามเริ่มต้น	กระบวนการที่ต้องการประเมิน
ห้องยาเคยรับยาที่ผู้ป่วยนำมาเปลี่ยนหรือไม่	การจัดการกับยาที่มีโอกาสเสื่อมสภาพ
ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ต้องให้การดมยาสลบ และมีประวัติโรคหัวใจ	การปรึกษาระหว่างแพทย์ด้วยกัน
ห้องชันสูตรต้องทำการตรวจซ้ำบ่อยแค่ไหน	ระบบตรวจสอบคุณภาพภายใน
ใครรับผิดชอบเรื่องยาในหอผู้ป่วยนี้	การตรวจสอบยาในหอผู้ป่วยโดยเภสัชกร
แพทย์อ่านบันทึกของพยาบาลบ่อยไหม	คุณค่าของสิ่งที่บันทึก

5.2.8 แนวทางการตั้งคำถามต่อเนื่อง

ขั้นตอน	ตัวอย่าง
1. ศึกษาเป้าหมายของมาตรฐาน (เน้นสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับ)	การพัฒนากำลังคนมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วย
2. วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยๆ	การอบรมต่างๆมักเป็นการตั้งรับ ส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมตามที่มีผู้จัดขึ้น โดยปราศจากการวิเคราะห์ความต้องการของหน่วยงาน
3. หา tracer (กรณีตัวอย่างที่จะนำไปสู่การวิเคราะห์ประเด็นที่ต้องการซักถาม)	ในปีที่ผ่านมามีการทำ case conference ในเรื่องอะไร การเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อยมีอะไรบ้าง

4. ถามว่ามีกระบวนการปฏิบัติในเรื่องนั้นเป็นอย่างไร	มีการนำข้อมูลปัญหาการดูแลที่ยังเป็นจุดอ่อนมาเป็นตัวกำหนดการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่อย่างไร
5. ขอดูหลักฐาน	มีรายงานการประชุมบันทึกไว้หรือไม่ มีแผนการอบรมหรือไม่
6. สิ่งที่ทำนั้นดีเพียงใด	มีการประเมินผลการอบรมหรือไม่ ขอดูผลการประเมิน
7. เอกสารคู่มือ	มีคู่มือเกี่ยวกับเรื่องนี้เขียนไว้อย่างไร ขอดูเอกสารคู่มือ
8. สรุปเพื่อปิดประเด็น	

5.2.9 ปัญหาในการสื่อสาร

ก. การสื่อสารที่ไม่สมบูรณ์

การสัมภาษณ์เป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลสองคนหรือสองฝ่าย การสื่อสารแลกเปลี่ยนจะไม่สมบูรณ์ด้วยเหตุผลต่อไปนี้

- 1) เจตคติหรือมุมมองที่แตกต่างกันระหว่างผู้เยี่ยมชมสำรวจกับทีมดูแลผู้ป่วย
- 2) การตอบสนองที่แตกต่างกัน สมาชิกแต่ละคนอาจจะมีความรู้สึกและตอบสนองต่อคำถามเดียวกันแตกต่างกัน
- 3) การยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง คิดว่ามีคำตอบเดียวที่ถูกต้องและไม่เปิดใจรับแนวคิดอื่น
- 4) สมมติฐานที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากข้อมูลข่าวสารที่ไม่เพียงพอ การประเมินคุณภาพไม่ใช่ศาสตร์ที่สมบูรณ์ เป็นไปไม่ได้ที่จะมีหลักฐานข้อมูลชัดเจนในทุกประเด็นเกี่ยวกับคุณภาพและมาตรฐาน ผู้เยี่ยมชมสำรวจจึงต้องใช้ดุลยพินิจซึ่งจะต้องระมัดระวังว่าจะไม่ใช่ข้อสมมติที่ผิดพลาด ด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ได้รับมาในตอนเย็นของแต่ละวัน
- 5) การมองในลักษณะที่ง่ายเกินไปในสิ่งที่ตนไม่เข้าใจ ถ้าผู้เยี่ยมชมสำรวจไม่เข้าใจกระบวนการบางขั้น อาจะตั้งคำถามเพื่อทำความเข้าใจ หรือขอให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจคนอื่นอธิบายให้ฟังในตอนเย็น

ปัจจัยเหล่านี้อาจจะมีผลต่อการเก็บข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์ บทบาทของผู้เยี่ยมชมสำรวจคือเรียนรู้ที่จะรับรู้อุปสรรคเหล่านี้ และพยายามลดปัจจัยที่สามารถควบคุมได้

ข. อุปสรรคจากผู้สัมภาษณ์

ผู้เยี่ยมชมสำรวจอาจจะใช้เทคนิคที่หลากหลายในระหว่างการสัมภาษณ์ โดยหลีกเลี่ยงจุดไต่ถามของการพูดน้อย กับการชี้แนะและควบคุมมากเกินไป ควรชี้แนะแนวทางและทิศทางให้เพียงพอ แล้วฟังให้มากกว่าพูด รอคำตอบและตอบสนอง แสดงความเคารพต่อความเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์ ไม่ถามคำถามเป็นชุดต่อเนื่องกัน

ปัญหาจากผู้สัมภาษณ์มีดังนี้

- 1) เตรียมตัวไม่ดี ทำให้ไม่เกิดการตั้งคำถามที่เหมาะสม หรือไม่ได้เตรียมปัญหาที่ต้องการศึกษา

- 2) ด่วนสรุปจากการสังเกตที่ผิวเผิน และชี้แนะผู้ถูกสัมภาษณ์ แทนที่จะพยายามรับฟังและทำความเข้าใจอย่างระมัดระวัง
- 3) มีความขัดแย้งภายในองค์กร หรือระหว่างผู้เยี่ยมสำรวจกับผู้รับการเยี่ยมสำรวจ ซึ่งอาจจะเกิดจากการรับฟังข้อมูลหรือความคิดเห็นของบุคคลอื่นซึ่งไม่ได้ไปเยี่ยมสำรวจ ทำให้เกิดความคิดล่วงหน้าที่จะถูกหรือไม่ถูกก็ได้
- 4) เทคนิคการตั้งคำถามที่ไม่ดี เช่น ใช้คำถามปลายปิดอย่างไม่เหมาะสม ใช้คำถามว่า “ทำไม”
- 5) ไม่ตั้งใจฟังหรือถูกรบกวนด้วยโทรศัพท์มือถือ ทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่ยอมพูดอะไรต่อ
- 6) การสนทนาที่กระโดดไปกระโดดมา ทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตั้งตัวไม่ทัน

ค. อุปสรรคจากผู้ถูกสัมภาษณ์

กระบวนการเยี่ยมสำรวจอาจจะสร้างแรงกดดันให้แก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ และก่อให้เกิดการสร้างกำแพงปกป้องตนเองขึ้น ผู้ถูกสัมภาษณ์อาจจะเป็นปัญหาดังนี้

- 1) ไม่เต็มใจให้ข้อมูลเพราะเกรงว่าจะเกิดความเสียหายแก่หน่วยงานของตน หรือถูกคุกคามจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ เมื่อผู้เยี่ยมสำรวจตระหนักว่ามีสถานการณ์อย่างนี้เกิดขึ้น จะต้องใช้เวลาในการสร้างความมั่นใจแก่บุคคลนั้น สำคัญมากที่จะบอกให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่ายิ่งผู้เยี่ยมสำรวจได้รับข้อมูลมากเท่าไร ผลการเยี่ยมสำรวจก็ยิ่งดีมากขึ้นเท่านั้น
- 2) ให้ข้อมูลเพื่อเอาใจผู้เยี่ยมสำรวจ ทำให้ผู้เยี่ยมสำรวจเห็นความไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งอื่น ซึ่งผู้เยี่ยมสำรวจต้องกล่าวเตือนและให้โอกาสตอบใหม่
- 3) ด้วยมารยาท อาจจะทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ลังเลที่จะตอบหรือปรับแต่งความคิดก่อนที่จะนำเสนอออกมา
- 4) หากผู้นำของหน่วยงานอาวุโสกว่าผู้เยี่ยมสำรวจ อาจจะทำให้เกิดความลำบากใจในการรายงานสิ่งที่ต้องปรับปรุง
- 5) เกิดการหลงลืมเนื่องจากความกังวล ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะปรับเปลี่ยนคำถาม หรือกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นช่วยตอบ
- 6) ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่ได้เตรียมตัวและไม่คุ้นเคยกับการประเมินตนเอง

ค. อุปสรรคด้านสถานการณ์

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารในด้านสถานการณ์ ได้แก่

- 1) ผู้ถูกสัมภาษณ์มีงานยุ่ง
- 2) ไม่อาจทำความเข้าใจความกระจ่างในสิ่งที่พูด
- 3) คำศัพท์ที่มีความหมายไม่ตรงกัน
- 4) ขาดการสะท้อนกลับเมื่อไม่ได้รับคำตอบที่ต้องการ
- 5) ความแตกต่างด้านวัฒนธรรมและอายุ
- 6) ข้อสมมติหรือความคาดหวังที่แตกต่างกัน

- 7) สิ่งรบกวนจากภายนอก
- 8) ความกดดันจากเวลาที่จำกัด

การทำลายกำแพงต่อการสื่อสารเหล่านี้ไม่ใช่เรื่องง่าย สิ่งที่ดีที่สุดที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจจะทำได้คือการเปิดใจกว้าง ยอมรับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ หรือข้อมูลที่ขัดแย้งกัน การที่ตระหนักในความยากลำบากและอุปสรรคเหล่านี้จะทำให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจจัดการได้ก่อนที่สิ่งเหล่านั้นจะมาก่อการสัมภาษณ์ เนื้อหาอื่นใด ความเมตตา ความเคารพนับถือ และความเปิดใจ ในส่วนของผู้เยี่ยมชมสำรวจ จะช่วยปลดปล่อยอุปสรรคแม้ผู้ถูกสัมภาษณ์จะมีท่าทีลังเล

5.3 การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด

การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูดมี 4 ลักษณะ ดังนี้

ก. ระยะห่างระหว่างบุคคล

ระยะห่างที่เหมาะสมจะแตกต่างกันไปสำหรับแต่ละคน ถ้าท่านนั่งชิดกับผู้ถูกสัมภาษณ์มากเกินไป ผู้ถูกสัมภาษณ์อาจจะรู้สึกถูกคุกคาม ถ้าท่านนั่งไกลเกินไป ผู้ถูกสัมภาษณ์อาจจะรู้สึกว่าท่านไม่ต้องการมีสัมพันธภาพด้วย ในการสองสามนาทีแรกของการสัมภาษณ์ ให้เชิญผู้ถูกสัมภาษณ์นั่งและให้เวลาระยะหนึ่งเพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย ในระหว่างนี้อาจจะมีการขยับเก้าอี้เพื่อปรับระยะห่างให้เหมาะสม พยายามอย่าให้มีสิ่งกีดขวางทางกายภาพขนาดใหญ่ระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์

ข. เวลา การหยุด ความเงียบ

เวลาอาจจะสื่อให้ผู้ฟังรับรู้อารมณ์ ถ้าท่านมีความเครียด ท่านอาจจะพูดอย่างรวดเร็ว และสื่อให้ผู้ฟังรับรู้ที่ท่านมีความกังวล ถ้าท่านกังวลเกี่ยวกับเรื่องเวลา ให้วางแผนการสัมภาษณ์ล่วงหน้าและฝึกอบรมกับเพื่อนเพื่อเรียนรู้ที่จะทำให้ตนเองชะลอตนเอง

ถ้าท่านปล่อยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบจนจบ การสอบสวนจะเป็นไปอย่างราบรื่น ให้เรียนรู้ที่จะรอเมื่อผู้ตอบหยุดพูดโดยไม่ขัดจังหวะ ปกติแล้วเมื่อจะจบคำตอบ ผู้ตอบมักจะจบด้วยประโยคที่เรารับรู้โทนเสียงได้ และผู้ตอบจะมองผู้สัมภาษณ์เพื่อดูการตอบสนองในช่วงเวลาสั้นๆ

ความเงียบหมายถึงการใช้ความคิด ผู้สัมภาษณ์อาจจะเชิญชวนให้มีการตอบ แต่อย่าเร่งรัดในทุกครั้งเมื่อเกิดความเงียบ เมื่อท่านรอคำตอบ ท่านสามารถวางแผนการสัมภาษณ์ต่อไป พิจารณาว่าข้อมูลที่ได้รับมีความหมายอย่างไร และเตรียมเจาะในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

ขอให้ใช้ความเงียบให้เหมาะสม ช่องว่างที่นานเกินไปจะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ และลดปัญหาที่ควรเตรียมที่จะเข้ามาแก้ด้วยคำถามต่อไป หรือให้ความคิดเห็นเมื่อท่านรับรู้ว่าผู้ฟังพร้อมที่จะรับ

ค. กิริยามารยาท ท่าทาง ภาษากาย

เรามักจะชอบคุยกับบางคนซึ่งแสดงให้เห็นว่าฟังเข้าใจและเห็นความสำคัญในสิ่งที่เราพูด ยิ้มให้บ่อยๆ พยักหน้าเพื่อแสดงว่าท่านได้รับรู้ ถ้าไม่สามารถสบสายตาได้ ขอให้เอียงหูข้างหนึ่งไปยังผู้ตอบเล็กน้อย แสดงความเป็นมิตรและความใส่ใจ

ผู้สัมภาษณ์จะต้องไม่แสดงท่าทีคุกคาม หรือสื่อความคิดเชิงลบ ความคิดปฏิเสธ ต่อคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์ หรือต่อตัวผู้ถูกสัมภาษณ์ พยายามแสดงให้เห็นว่าท่านซาบซึ้งในความพยายามของผู้ถูกสัมภาษณ์ และเข้าใจความเกี่ยวเนื่องของสิ่งที่ตอบออกมา

ง. น้ำเสียงที่เปลี่ยนแปลง

ความสำคัญไม่ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่พูด แต่อยู่ที่วิธีการพูด น้ำเสียงและช่วงจังหวะการพูดจะช่วยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มั่นใจและสบายใจ การเปลี่ยนแปลงน้ำเสียงอาจจะทำให้การสนทนาหมิ่นเหม่ต่อปัญหาพยายามผ่อนคลายและให้ความอบอุ่น แต่อย่าพูดแบบน้ำท่วมทุ่ง

ความดังของเสียงก็มีผลเช่นกัน การพูดดังเกินไปทำให้ผู้ฟังรู้สึกถูกคุกคาม เสียงที่เบาเกินไปทำให้ผู้ฟังเกิดความเครียดว่าท่านพูดอะไร

ควรเรียนรู้ที่จะฟังทั้งเนื้อหาสาระและน้ำเสียงที่น่าเสนอ ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกัน

5.4 การฟัง

ก. ความสำคัญของการฟัง

การฟังเป็นกระบวนการเชิงรุก ผู้ฟังที่ดีจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้พูด

การฟังเชิงรุกมีความสำคัญด้วยเหตุผลสามประการ ประการแรกเปิดโอกาสให้ท่านปรับแผนการสัมภาษณ์ในช่วงเวลาที่เหลือ เช่น ถ้าท่านรับรู้ว่ามีพลังใจที่จะพูดคุยกันเกี่ยวกับแง่มุมใดแง่มุมหนึ่งของหน่วยงาน อาจจะมีปัญหาบางอย่างที่ท่านต้องสำรวจ ประการที่สอง ความรู้สึกของท่านมีความสำคัญมาก ความรู้ต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากผู้ถูกสัมภาษณ์นำเสนอ ความรู้สึกเกี่ยวกับหน่วยงาน และอื่นๆ ความรู้สึกเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากการรับฟังถ้อยคำอย่างเดียว แต่เกิดจากการรับฟังว่าผู้พูดต้องการสื่ออะไร ประการที่สาม ท่านจะต้องไม่ปล่อยให้ข้อมูลสำคัญหลุดหายไป

ข. ประโยชน์ของการฟัง

ขอให้พิจารณาการฟังที่ได้ประโยชน์จากเรื่องของโมไม่ต่อไปนี้

โมไม่ เป็นเด็กหญิงพเนจรซึ่งไม่รู้หัวนอนปลายเท้า เธอพลัดหลงมาอยู่ที่โรงละครโบราณร้างแห่งหนึ่ง สร้างความแปลกประหลาดให้กับผู้คนแถวนั้น โมไม่ เป็นเด็กผอมแห้งตัวเล็ก ผมหยิกหยอยยุ่งเหยิงเหมือนไม่เคยได้สัมผัสหวีหรือกรรไกร กระโปรงกรอมตาตุ่มนั้นทำจากเศษผ้าที่เก็บเอามาเย็บปะกัน เสื้อเก่าๆ ที่ใส่เป็นเสื้อผู้ชายตัวใหญ่ที่ต้องพับแขนขึ้นไว้ เธอไม่อยากตัดปลายแขนเสื้อเพราะเมื่อเอาไว้ใช้ตอนโต เธอไม่ได้เรียนหนังสือและไม่อยากไปอยู่สถานสงเคราะห์ ผู้คนแถวนั้นล้วนเป็นคนจนแต่เอื้อเฟื้อแก่โมไม่เป็นอย่างดี ให้ข้าวปลาอาหารแก่เธอ มีเพื่อนดี ๆ มาคุยกับเธอ

ไม่นานชาวบ้านที่นั่นก็พูดว่าโชคดีที่มีโมไม่เข้ามาอยู่ในหมู่บ้าน อยากให้เธออยู่ไปนานๆ และต่างก็แปลกใจว่าเมื่อก่อนนี่ตอนที่โมไม่ยังไม่มานั้น พวกเขาอยู่กันได้อย่างไร ยิ่งเธออยู่นานเท่าไร ก็ยังไม่อยากให้จากไป และเกิดความกลัวในใจว่าเธออาจต้องจากไปสักวัน

ด้วยเหตุนี้จึงมีคนมาเยี่ยมเยียนโมโมอยู่เสมอ ไม่ใคร่ใคร่จะต้องมานั่งอยู่กับเธอและพูดคุยกับเธอด้วยความเอาใจใส่ ใครอยากพบโมโมแต่ตัวเองไม่ไหว ก็ให้คนมารับเธอไป ส่วนคนที่ยังไม่เคยคิดจะผ่านมาก็จะได้รับคำแนะนำจากคนอื่นๆ ว่า “ไปหาโมโมสิ”

คำพูดประโยคนี้เริ่มติดปากผู้คนในละแวกนั้น ที่เคยพูดจากใต้ถุนเสาทุกซอกทุกซิบหรือเคยให้ศีลให้พรอย่างเมื่อก่อน ก็กลายเป็นการพูดกันในทุกโอกาสว่า “ไปหาโมโมสิ” ที่เป็นเช่นนั้นไม่ใช่เพราะโมโมจะปรารถนาเรื่องเรื่องการให้คำแนะนำ หรือมีความเข้าใจในการพูดจาปลอบโยน หรือเชี่ยวชาญในการตัดสินคดีความ ฯลฯ

ความสามารถพิเศษของโมโมคือการฟังเป็น ท่านอาจจะคิดว่าไม่ใช่สิ่งพิสดารอะไรเลย ใครๆ ก็ฟังเป็นทั้งนั้น นั่นเป็นการเข้าใจผิด มีคนจำนวนชนิดเดียวที่ฟังเป็นจริงๆ ความสามารถของโมโมจึงกลายเป็นสิ่งพิเศษ

พอได้พูดต่อหน้าโมโม คนโง่กลับมีความคิดดีๆ ขึ้นมาได้ เธอเพียงแต่นั่งฟังผู้นั้นพูดด้วยความตั้งใจและอย่างเอาใจใส่ ขณะที่เธอมองเขาด้วยนัยน์ตาดำขลับ คนพูดก็จับความคิดขึ้นมาได้ ซึ่งเขาก็ไม่เคยรู้ว่ามันมีอยู่ในหัวสมองของเขา

เมื่อเธอฟังคนที่ดูเหมือนหมดปัญญาหรือว่าลังเลใจ เขาก็คิดขึ้นได้ว่าควรทำอะไร แล้วตัดสินใจได้ในทันที แม้แต่คนขี้อายก็กลายเป็นคนกล้า คนไหนเป็นทุกข์กลับรู้สึกสุขใจถ้าได้พูดให้เธอฟัง บางคนน้อยเนื้อต่ำใจว่าตัวเองไม่มีความหมาย ใครๆ ก็ไม่ให้ความสำคัญ ขณะที่เล่าให้โมโมฟังก็เกิดมีกำลังใจและรู้สึกขึ้นมาได้ว่าเขาเข้าใจผิด เพราะถ้าคิดให้ดี เขาก็มีเอกลักษณ์ มีความสลักสำคัญอันแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

การฟังเปรียบเสมือนงานจำนวนมากซึ่งซ้อนกันและวางอยู่บนแท่นสปริง งานแต่ละใบเปรียบเหมือนความคิดแต่ละอัน เมื่อนำเสนอความคิดออกมาก็เหมือนกับงานใบบนถูกหยิบออก ทำให้งานใบต่อไปขึ้นมาอยู่บนสุด ความคิดที่สามารถใช้การได้จะปรากฏออกมาอย่างต่อเนื่อง ขอเพียงมีใครสักคนยินดีรับฟังความคิดของเรา และอย่าด่วนสรุป

ค. แง่มุมของการรับฟัง

การรับฟังมีแง่มุมสำคัญสามประการคือ

- ความเต็มใจ ท่านจะต้องสนใจในข้อมูลของผู้พูดและยินดีรับฟัง
- ความสามารถในการรับฟัง ได้แก่การจัดระบบข้อมูลเข้าไว้ในความทรงจำ ซึ่งสามารถปรับปรุงได้ด้วยการศึกษาฝึกฝนในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ
- การเลือกจำข้อมูลที่สำคัญ

ง. ปัญหาในการรับฟัง

สาเหตุที่ผู้สัมภาษณ์ไม่สามารถรับฟังได้ดีมีดังนี้

- ยุ่งอยู่กับการจัดบันทึก
- ขาดสมาธิ เช่น มีความกังวล
- ไม่สนใจในประเด็นที่สัมภาษณ์หรือไม่สนใจผู้ตอบ
- เหนื่อยล้า
- ตัดสินใจล่วงหน้า ฟังในสิ่งที่ต้องการรับรู้
- สับสนด้วยอุปสรรคทางภาษา

จ. การแก้ปัญหาการรับฟัง

การปรับปรุงทักษะการฟังทำได้โดย

- ใส่ใจผู้พูดด้วยภาษากาย (การผ่อนคลายและตื่นตัว, เอนตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย, มองที่ระดับสายตา, ท่าที่เปิดรับ, ยืนในระยะที่เหมาะสม) และสัมผัสทางตา (ด้วยท่าที่นุ่มนวลและไม่นานเกินเกิน 5 วินาที)
- จัดวงรอบของการสื่อสารให้สมบูรณ์ ได้แก่ การเริ่มต้น การตอบสนอง และการสรุป
- เต็มใจที่จะฟังความเห็นจากมุมมองอื่น, สงบเงียบแม้เมื่อถูกโจมตี ไม่ได้แย้ง, ยอมรับในตัวบุคคลที่พูด (แม้จะไม่ยอมรับการกระทำ)
- ทวนคำพูด สรุป ปรับคำพูด การปรับคำพูดสองสามประโยคท้ายของผู้ตอบ เป็นการแสดงว่าผู้สัมภาษณ์ยังให้ความสนใจอยู่ และตอกย้ำความเข้าใจของผู้สัมภาษณ์
- อย่าด่วนตัดสินพิพากษาก่อนที่จะรับรู้เรื่องราวทั้งหมด
- เริ่มสังเกตว่าช่วงไหนที่ไม่ได้ฟัง (จะรู้ตัวเมื่อกลับมาฟังใหม่)
- รับรู้อคติและเจตคติของตนเอง
- เรียนรู้ที่จะใช้เวลาในขณะที่รับฟังให้เป็นประโยชน์ด้วยการทบทวนเนื้อหาที่ได้รับฟังและเชื่อมโยงกับประเด็นที่เกี่ยวข้อง

5.5 การจัดบันทึก

ผู้เยี่ยมสำรวจจำเป็นต้องจัดบันทึก ซึ่งจะนำมาใช้จัดทำรายงานส่งให้หน่วยงานและโรงพยาบาล ในตอนเริ่มต้นสัมภาษณ์ ผู้เยี่ยมสำรวจควรอธิบายให้ทีมทราบว่าท่านจำเป็นต้องจัดบันทึกไปด้วย

แม้ว่าการจัดบันทึกจะมีความจำเป็น แต่ก็อาจจะส่งผลกระทบต่อสื่อสาร **การจัดบันทึกมากเกินไปทำให้ท่านขาดความสนใจในการสังเกตและการรับฟัง** ผู้พูดอาจจะรู้สึกว่าคุณทอดทิ้ง เนื่องจากท่านไม่ได้ใส่ใจอย่างเต็มที่ในขณะที่ท่านเขียน ในทางตรงข้าม ถ้าท่านจัดบันทึกน้อยเกินไป ผู้ตอบอาจจะรู้สึกว่าท่านให้ความสำคัญกับคำตอบบางอย่างมากกว่าคำตอบอื่นๆ บ่อยครั้งที่ผู้ตอบมักจะคาดหวังว่าท่านจะจัดบันทึก และจะรู้สึกสับสนหากท่านไม่ทำ

ท่านสามารถลดปัญหาเหล่านี้ได้ด้วยการอธิบายตั้งแต่เริ่มต้น และจัดบันทึกเฉพาะส่วนที่จำเป็นสำหรับการเขียนรายงาน

การใช้เครื่องบันทึกเสียงเป็นสิ่งที่ไม่แนะนำ เนื่องจากการถอดเทปจะต้องใช้เวลานาน แต่ที่สำคัญกว่านั้นก็คือจะทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เกิดความรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะพูด

ผู้เชี่ยวชาญจะเป็นทั้ง specialist และ generalist ในฐานะ specialist ท่านจะต้องมองดูลักษณะเฉพาะของโปรแกรมให้ละเอียดถึงระดับหนึ่ง การเป็น specialist ช่วยให้เราทำความเข้าใจความเชี่ยวชาญของท่านมาวิเคราะห์แง่มุมเฉพาะของโปรแกรม

ในฐานะ generalist ท่านจะจดบันทึกข้อมูลซึ่งอยู่ชายขอบความเชี่ยวชาญของท่าน แต่จะมีผลต่อประเด็นสำคัญในการรับรอง เช่น นโยบายของโปรแกรมทั่วไป ความพึงพอใจของผู้ป่วย การใช้เครื่องชีวิต ความมุ่งมั่นของเจ้าหน้าที่ ผู้เชี่ยวชาญจะต้องมั่นใจว่าจดบันทึกทุกประเด็นแม้ว่าอาจจะสนใจในประเด็นที่ตนเองมีความเชี่ยวชาญอยู่ก็ตาม

บันทึกที่จัดควรครอบคลุมเรื่องเฉพาะที่เป็นจุดแข็งของทีม และประเด็นที่ไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งจะนำมาเป็นข้อเสนอแนะในรายงาน

บางครั้งบันทึกที่ท่านจดไว้อาจจะถูกใช้โดยผู้เชี่ยวชาญคนอื่น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่**จะต้องเขียนให้อ่านออกได้ง่าย และไม่ใช้คำย่อมากเกินไป** ซึ่งจะทำให้ผู้เชี่ยวชาญคนอื่นไม่สามารถทำความเข้าใจได้

5.6 ทักษะการสังเกต

ในทักษะทั้งหมดที่ต้องการสำหรับผู้เชี่ยวชาญ ความสามารถในการสังเกตอย่างรอบคอบมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การเข้าไปเยี่ยมชมสำนักงานต่างๆ ด้วยเวลาที่จำกัด ไม่สามารถให้ข้อมูลทั้งหมดขององค์กรที่ซับซ้อนเช่นโรงพยาบาลได้ครบถ้วน หน้าที่ของทีมเยี่ยมชมคือการรวบรวมข้อมูลที่ได้รับเข้าด้วยกัน ทั้งจากที่ข้อมูลที่ส่งให้ล่วงหน้า จากเอกสารในหน่วยงาน จากการเดินเยี่ยมหน่วยงาน และจากการสัมภาษณ์ทีมงาน เพื่อให้ได้ภาพที่สมบูรณ์ที่สุดในขณะนั้น เพื่อบรรลุเป้าหมายนี้ ผู้เยี่ยมชมจำเป็นต้องใช้การสังเกตอย่างถี่ถ้วน จะต้องสังเกตสิ่งที่ทำเป็นประจำ เหตุการณ์ผิดปกติ และสภาพแวดล้อมในขณะที่เยี่ยมชม ขณะเดียวกันต้องมองหาเห็นไกลกว่าสิ่งที่ปรากฏ

ระหว่างการเดินเยี่ยมชมสถานที่ ผู้เยี่ยมชมควรสังเกตรองต่อไปนี

- ความสะอาดของอาคารสถานที่
- เครื่องมือที่ใช้ทำงาน
- ช่องทางเดินมีความวุ่นวายหรือสามารถผ่านไปได้อย่าง
- วิธีการทำงานปกติประจำและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยที่ดีหรือไม่
- สัญญาณของการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดี
- สิ่งที่เป็นความเสี่ยงขององค์กร เช่น อุปกรณ์ดับเพลิงอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม
- ความสะอาดและความสะดวกสบายของผู้ป่วย

ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้เยี่ยมชมควรสังเกต

- สมาชิกของทีมที่มีความสะดวกใจที่จะทำงานร่วมกัน
- สมาชิกของทีมช่วยเหลือกันและกันเมื่อได้รับคำถามที่ยากๆ
- ภาษากายและการมองตาระหว่างผู้ถูกสัมภาษณ์กับผู้สัมภาษณ์ ซึ่งกระตุ้นให้ผู้สัมภาษณ์ถามคำถามเพิ่มเติมในบางเรื่อง

ในระหว่างการทบทวนเอกสาร ผู้เยี่ยมสำรวจควรสังเกต

- การจดบันทึกนั้นสามารถอ่านได้ง่ายหรือไม่
- มีการจดบันทึกเนื้อหาที่เหมาะสมและเป็นที่ต้องการของทีมหรือไม่
- เอกสารสมบูรณ์หรือไม่

ผู้เยี่ยมสำรวจจะทำการสังเกตเพื่อ

- ยืนยันข้อมูลที่ได้รับจากหน่วยงานและโรงพยาบาล ความรู้สึกที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับหรือไม่ เช่น ถ้าทีมบอกว่ามีการใช้ universal precaution พบว่ามีการปฏิบัติจริงต่อผู้ป่วยในขณะให้บริการหรือไม่
- บันทึกข้อมูลใหม่ๆ ซึ่งได้รับในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ

5.7 การบริหารเวลา

กำหนดการเยี่ยมสำรวจอาจจะเปลี่ยนแปลงได้ถ้ามีสิ่งที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น ปัจจัยที่คาดเดาได้ยากที่สุดคือมนุษย์ เนื่องจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ ไม่ใช่เพียงการสำรวจข้อมูลหรือการตรวจสอบสถานที่ สิ่งซึ่ง แม้จะมีแผนการที่วางไว้ดีที่สุดแล้วก็ยังอาจไม่เป็นไปตามแผน ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องระมัดระวังเกี่ยวกับการจำกัดการอภิปรายหรือการยกเลิกการสัมภาษณ์ แม้จะคิดว่าได้รับฟังข้อมูลมาเพียงพอแล้ว ผู้ที่จะถูกเยี่ยมสำรวจซึ่งถูกยกเลิกไปจะรู้สึกถูกทอดทิ้ง

ในฐานะผู้เยี่ยมสำรวจ จะมีข้อเรียกร้องให้ต้องจัดการเรื่องเวลา และลำดับความสำคัญอาจจะเปลี่ยนแปลงโดยไม่คาดคิดเมื่อมีข้อมูลใหม่เข้ามา **ความยืดหยุ่นเป็นสิ่งจำเป็นที่สุด** เพื่อให้ผู้เยี่ยมสำรวจถูกมองว่าไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับการเยี่ยมหรืออยู่ในระบบระเบียบมากเกินไป อย่างไรก็ตาม **การบริหารเวลาเป็นความรับผิดชอบอย่างหนึ่ง**ของผู้เยี่ยมสำรวจ

ผู้เยี่ยมสำรวจที่ดีจะเดินทางสายกลาง หลีกเลี่ยงการปฏิบัติอย่างสุดขั้ว หนึ่งคือการไม่รักษา กำหนดการที่วางไว้ด้วยการลงรายละเอียดมากมาย อีกขั้วหนึ่งคือการเคร่งครัดกับกำหนดการจนมองข้ามประเด็นสำคัญบางอย่าง

กลยุทธ์ที่ได้ผลในการบริหารเวลาคือการให้ทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้รับการสัมภาษณ์ ได้รับทราบและคุ้นเคยกับตารางเวลาทำงานของท่านล่วงหน้า และพยายามรักษาเวลาให้เป็นไปตามนั้น

ถ้าท่านพบว่าท่านไม่สามารถปฏิบัติตามกำหนดเวลาที่วางไว้ได้ ท่านควรจะเยี่ยมสำรวจในหน่วยงานนั้นจนครบถ้วน และปรับเปลี่ยนกำหนดเวลาทำงานที่เหลือ ท่านไม่ควรจะทำให้เกิดความรู้สึกว่าการเยี่ยมหน่วยงานนั้นเป็นไปอย่างผิวเผินหรือไม่เป็นระบบ จะทำให้ผู้รับการเยี่ยมคิดว่าหน่วยงานหรือบริการของตนไม่มีความสำคัญ หรือผู้เยี่ยมสำรวจไม่ให้ความสำคัญ

ก. เคล็ดลับในการบริหารเวลา

ผู้เยี่ยมสำรวจสามารถบริหารเวลาให้มีประสิทธิภาพขึ้นด้วยการ

- 1) รวบกิจกรรมสองอย่างหรือมากกว่าเข้าด้วยกัน เช่น สัมภาษณ์หัวหน้าหน่วยงานในขณะที่เดินสำรวจสถานที่
- 2) แบ่งทีมเยี่ยมสำรวจไปทำหน้าที่ต่างๆ
- 3) รวบกิจกรรมให้กระชับ เช่น ขอเดินสำรวจคร่าวๆ แทนที่จะเป็นการดูในรายละเอียด ขอให้นำเสนอภาพรวมมากกว่ารายละเอียด
- 4) แจ้งให้ผู้รับการสัมภาษณ์ทราบกำหนดเวลาและข้อจำกัดเรื่องเวลา
- 5) ย่นย่อการเยี่ยมสำรวจโดยจัดลำดับความสำคัญในสิ่งที่ต้องทำ และเลือกทำในสิ่งที่สำคัญที่สุด ขอจุดติดต่อหากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม รายงานสิ่งที่ยังไม่ได้กระทำต่อทีมใหญ่และตรวจสอบว่ากลุ่มต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือไม่

ข. การใช้เวลาในการประชุมของทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

การประชุมร่วมกันระหว่างการเยี่ยมสำรวจอย่างมีประสิทธิภาพควรปฏิบัติดังนี้

- 1) ตรงเวลา
- 2) เตรียมตัวให้พร้อม
- 3) รักษา กฎ กติกา ให้ประธานเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย
- 4) รักษาประเด็น อย่าเสียเวลาพูดวนเวียนในหัวข้อที่ตนชอบ
- 5) ให้ความเห็นอย่างตรงไปตรงมาและเป็นที่ยอมรับ
- 6) เปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่นนำเสนอจนจบก่อนที่จะให้ความเห็น อย่าขัดจังหวะ
- 7) มุ่งเป้าเพื่อความร่วมมือ
- 8) อยู่ร่วมประชุมจนจบ

เพื่อช่วยให้ท่านใช้เวลาได้ดีขึ้น ขอให้บันทึกการใช้เวลาจริงระหว่างการเยี่ยมสำรวจ เผื่อระวัง

สถานการณ์ซึ่งท่านใช้เวลามากเกินไป พิจารณาว่าท่านจะเพิ่มประสิทธิภาพในการเยี่ยมสำรวจครั้งต่อไปได้อย่างไร

ค. การเตรียมตัวเพื่อประหยัดเวลา

การเตรียมตัวเป็นหัวใจสำคัญของการบริหารเวลาระหว่างการเยี่ยมสำรวจ เพื่อช่วยให้ท่านและทีมปฏิบัติตามกำหนดเวลาที่วางไว้ ท่านควรจะ

- 1) อ่านคู่มือผู้เยี่ยมสำรวจ และทำความเข้าใจกับมาตรฐาน
- 2) ทำความเข้าใจกับบทบาทหน้าที่ของท่านในทีมเยี่ยมสำรวจ
- 3) ศึกษาแบบประเมินตนเองอย่างละเอียด
- 4) ศึกษารายงานการเยี่ยมสำรวจครั้งที่แล้ว
- 5) วางแผนว่าต้องการข้อมูลอะไรเพิ่มเติม และจะได้จากแหล่งใด
- 6) ฝึกสัมภาษณ์ถ้าไม่แน่ใจว่าจะรักษาเวลาได้

- 7) ตรวจสอบกำหนดการเดินทางและการประชุม ทบทวนกำหนดเวลาการเยี่ยมสำรวจ
- 8) จัดบันทึกระหว่างการเยี่ยมสำรวจ ซึ่งจะช่วยให้จัดทำรายงานได้เร็วขึ้น และแสดงให้เห็นผู้เข้าร่วมเห็นว่าท่านใส่ใจต่อความเห็นของพวกเขาอย่างจริงจัง
- 9) หลีกเลี่ยงคำถามซึ่งมีคำตอบอยู่แล้วในแบบประเมินตนเอง
- 10) เตรียมคำถามไว้ล่วงหน้า แต่ให้มีความยืดหยุ่น
- 11) เตรียมยุทธศาสตร์ทางเลือกไว้ในกรณีที่กำหนดเวลาที่วางไว้ไม่สามารถปฏิบัติได้ทัน

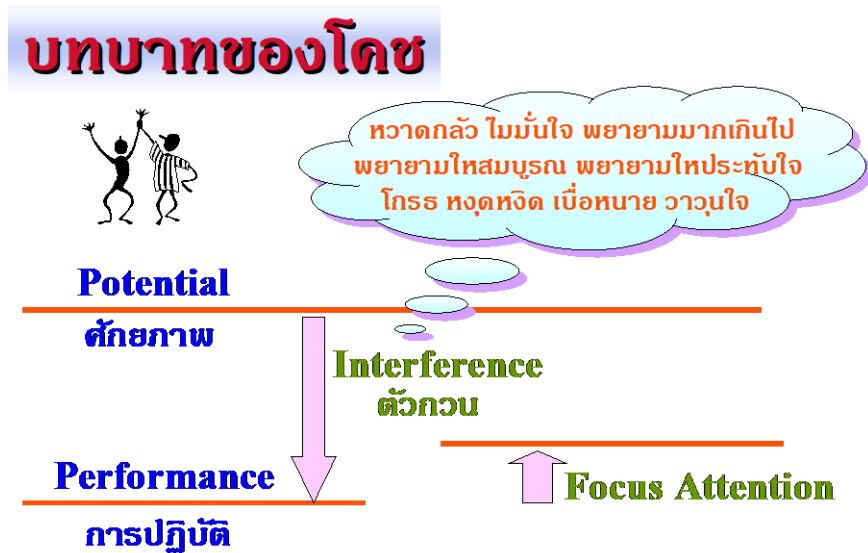
5.8 ทักษะการเป็นโค้ช

การโค้ชคืออะไร

การโค้ชคือศิลปะในการช่วยให้ผู้อื่นมีผลงานดีขึ้น ได้เรียนรู้ และได้พัฒนา (art of facilitating the performance, learning & development of another)

การช่วยให้ง่ายขึ้น (facilitating) หมายความว่าผู้ถูกโค้ชมีความสามารถที่จะคิดได้ด้วยตนเอง มองเห็นได้ทะลุปรุโปร่ง มีความคิดสร้างสรรค์

โค้ชต้องไม่คิดว่าตัวเองมีคำตอบที่ถูกต้อง แต่ช่วยให้ผู้ถูกโค้ชสำรวจตรวจสอบ ทำความเข้าใจ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่ดีกว่า



บทบาทของโค้ชคือการมุ่งเน้นความสนใจของผู้ถูกโค้ช เพื่อลดตัวกวนทั้งหลาย ช่วยให้ใช้ศักยภาพในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น

โค้ชที่ดีควรมีลักษณะต่อไปนี้

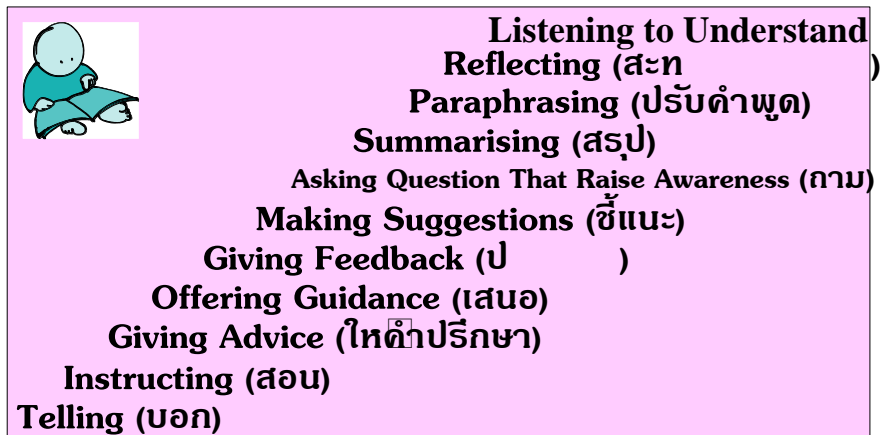
- เชื่อมั่นในศักยภาพ เคารพปัญญา ความคิดสร้างสรรค์ และญาณทัศนะของผู้อื่น
- ใส่ใจต่อการเรียนรู้มากกว่าผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

- เปิดโอกาสให้ผู้ถูกโค้ชเป็นผู้ลงมือทำ
- เป็นผู้ฟังที่ดี พยายามทำความเข้าใจกับเอกลักษณ์และความคิดของแต่ละคน
- ใช้ระบบประเมินผลเพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ถูกโค้ช

ทักษะการโค้ชมีความหลากหลายมาก ตั้งแต่การใช้วิธีให้คำตอบ (directive) ไปถึงการกระตุ้นให้คิดหาคำตอบด้วยตนเอง(non-directive)

The Spectrum of Coaching Skill

NON-DIRECTIVE



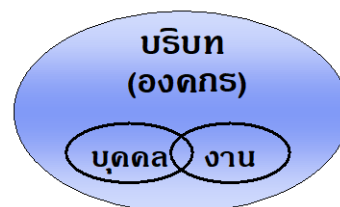
DIRECTIVE

การโค้ชใช้ทักษะที่ใกล้เคียงกับการ counselling มาก สิ่งที่แตกต่างกันคือการโค้ชมีเป้าหมายที่งาน และอยู่ในบริบทขององค์กร ในขณะที่ counselling มีเป้าหมายที่พฤติกรรม สุขภาพของบุคคล และมีบริบทที่ครอบครัวและชุมชน

Counselling



Coaching

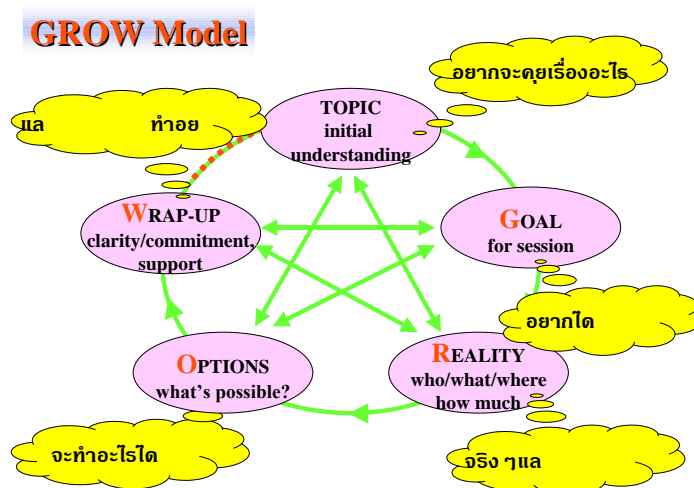


โมเดลในการโค้ช

โมเดลในการโค้ชอย่างง่าย ๆ คือ GROW model ได้แก่

- Topic ทำความเข้าใจกับประเด็น เช่น จะคุยกันเรื่องอะไร

- Goal เป้าหมาย อยากจะเห็นผลอะไร
- Reality ข้อเท็จจริง กำลังเกิดอะไรอยู่
- Option มีทางเลือกอะไรที่เป็นไปได้
- Wrap-up สรุปแล้วตัดสินใจจะทำอะไร



ทักษะสำคัญของการเป็นโค้ช ได้แก่ การฟัง การสร้างความตระหนัก และการตั้งคำถาม

การสร้างความตระหนัก

การสร้างความตระหนัก อาจทำเป็นลำดับขั้นดังนี้

- ขอให้ผู้ถูกโค้ชสังเกต
- ถามว่าสังเกตเห็นอะไร
- ขอให้ระบุประเด็นที่สำคัญที่สุดที่สังเกตเห็น
- ขอให้บอกเล่าความรู้สึกเพิ่มเติม
- ขอให้ระบุสถานการณ์ที่เป็นปัญหาอย่างชัดเจน
- ขอให้ประเมินออกมาเป็นตัวเลข (ถ้าเป็นไปได้) ทำซ้ำ และดูความก้าวหน้า

การตั้งคำถาม

คำถามที่ติดตามประเด็นที่ผู้ถูกโค้ชสนใจหรือสังเกต เช่น ถามว่ามีสิ่งใดที่ผู้ถูกโค้ชสนใจเลือกสิ่งที่น่าสนใจที่สุด ให้แจ่มแจ้งคุณลักษณะของสิ่งนั้น

คำถามเพื่อสร้างความกระจ่าง ได้แก่การตั้งคำถามว่า อะไร ใคร ที่ไหน เมื่อไร แต่ไม่ควรถามว่าทำไม ควรเลี่ยงไปใช้คำถามในเชิงว่า “อะไรคือเป้าหมายของเรื่องนี้ อะไรคือเหตุผลเบื้องหลังการตัดสินใจ เรื่องนี้มีความสำคัญอย่างไร”

คำถามเพื่อรวมความคิดมาสู่ความมุ่งมั่นที่จะทำ แผนในใจขณะนี้คืออะไร จะสำเร็จเมื่อไร

กิจกรรมกลุ่ม
“วิเคราะห์บทสัมภาษณ์ของโค้ช”

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อให้ผู้เข้าประชุมคุ้นเคยกับเทคนิคของการเป็นโค้ช (ใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนา)
2. เพื่อให้ผู้เข้าประชุมเห็นการเชื่อมโยงระหว่างมาตรฐาน และการตั้งคำถาม

กิจกรรม:

ให้กลุ่มวิเคราะห์บทสนทนาระหว่างที่ปรึกษากับพยาบาลในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมในประเด็นต่อไปนี้

- คำถามแต่ละเรื่องเป็นการเริ่มต้นใหม่ หรือเชื่อมโยงกับคำถามที่ผ่านมา เชื่อมโยงกันด้วยอะไร
- คำถามแต่ละเรื่องนั้นเกี่ยวข้องกับมาตรฐานเรื่องอะไร (ระบุเพียงเรื่องที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างๆ)
- ผู้ตอบได้เห็นโอกาสพัฒนาอะไรบ้าง

ลำดับคำถาม	เกี่ยวข้องกับมาตรฐานเรื่อง	โอกาสพัฒนา
รูปธรรมในการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง		
ตัวอย่างความสำเร็จ		
การประกันคุณภาพขั้นต่ำ		
ความเสี่ยง		
การรายงานอุบัติการณ์		
การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ		
การประเมินผู้ป่วย		
การวางแผนการดูแลผู้ป่วย		
การเฝ้าระวังและบันทึกการเปลี่ยนแปลง		
การสื่อสารระหว่างทีม		
การรักษาความลับของผู้ป่วย		

บทสนทนาระหว่างที่ปรึกษากับทีมงานพยาบาลในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

ถาม ขอให้เล่ารูปธรรมที่ชัดเจนในการดูแลซึ่งเน้นผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง

ตอบ มีการประเมินความต้องการด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วย, มี ward round, มีการทำแบบสอบถาม IP voice และกล่องรับความคิดเห็น

ถาม ขอตัวอย่างความสำเร็จที่เห็นผลชัดเจนซึ่งเราภาคภูมิใจ

ตอบ มีผู้ป่วยใช้เลือดออกรายหนึ่ง ซึ่งเราได้ให้การดูแลตั้งแต่เริ่มซื้อคนจำหน่าย ทั้งญาติและผู้ป่วยพอใจมาก มีคำชมเชยมาถึง เราให้การดูแลเป็นทีม โดยเฉพาะการให้ข้อมูลเรื่องของโรค แผนการรักษา รวมไปถึงการป้องกันตัว

- ถาม พอลจะบอกได้หรือไม่ว่า ในขั้นตอนข้อคนั้นเราได้ทำอะไร เราได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยคนอื่นเท่าเทียมกัน หรือให้การดูแลในระดับเดียวกันหรือไม่
- ตอบ เราไม่ได้ให้ความเท่าเทียมกันในแต่ละคน แต่เราเลือกความสำคัญที่ความรุนแรงของโรค
- ถาม มีมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนอย่างไร มีตรงไหนที่เราอาจจะหลงไปได้
- ตอบ การดูแลเบื้องต้นจะเท่ากัน แต่ในผู้ป่วยวิกฤตย่อมแตกต่างกัน
- ถาม เรามีการวิเคราะห์ความเสี่ยงในแต่ละขั้นตอนของการทำงานอย่างไร
- ตอบ เราวิเคราะห์ความเสี่ยงและกำหนดมาตรการป้องกันไว้
- ถาม ขอให้ยกตัวอย่างความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
- ตอบ มีปัญหาการเก็บความลับของผู้ป่วย ในช่วงย้ายเตียง แม่เปิดดูผล lab ที่สอดไว้ในช่วงพัก พบว่าเด็ก เป็น HIV+ ทำให้มีเรื่องราวขึ้น เราก็ได้ประชุมเพื่อหาทางป้องกันภายในเตียงของเราและนำเข้าที่ ประชุม PCT เด็ก
- ถาม จาก PCT เด็ก มีช่องทางที่จะนำเสนอให้หน่วยงานหรือทีมอื่นๆ รับทราบเพื่อป้องกันปัญหานี้ หรือไม่
- ตอบ รายงานให้ risk manager ของ รพ. โดยใช้ incident report
- ถาม เรามีความรู้สึกอย่างไรต่อระบบรายงาน incident report ความรู้สึกตอนแรกๆ กับตอนนี้ต่างกัน หรือไม่ อย่างไร
- ตอบ ช่วงแรกที่เรากลัวว่าเป็นการระบุนความผิดหรือจับผิด พอเขามาเดินสายทำความเข้าใจว่าจะเป็น การเก็บเป็นความลับด้วย ก็ทำให้ทุกคนรู้สึกอยากมีส่วนร่วมในการรายงานมากขึ้น
- ถาม เรามีมุมมองต่อการทำงานของ PCT อย่างไร คุ่มค่ากับเวลาที่ใช้ในการประชุมหรือไม่
- ตอบ เราประชุมไม่บ่อยนัก เราเชื่อว่าเขาจะช่วยในการทำงานของเรามากกว่า มีการร่วมกันวางแผนการดูแลรักษาจนถึงการวางแผนจำหน่าย มีหลากหลายทัศนคติและครอบคลุมมากกว่าเราทำ เอง
- ถาม ในบรรดาสมาชิกที่เข้าประชุม มีใครวิชาชีพใดที่ค่อนข้างเงิบ หรือ ให้ความคิดมากมายในที่ ประชุม
- ตอบ เราไม่ได้เชิญสาขาวิชาชีพอื่นเข้าประชุมทุกครั้ง แต่ถ้าเขามากก็จะมีบทบาทมากในที่ประชุม เช่น ในการประชุมเกี่ยวกับโรคเลือด ห้องแล็บจะถูกเชิญมาประชุม และออกความเห็น
- ถาม ปีหนึ่งเขาจะถูกเชิญกี่ครั้ง เขามีโอกาสขอความร่วมมือจากเราบ้างหรือไม่
- ตอบ เชิญบ่อย เพราะมีหลายเรื่อง ที่เกี่ยวข้อง เขาขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการแพ้เลือด
- ถาม เรารู้สึกอย่างไรเวลาที่เขาขอให้เราทำอะไรให้เขาบ้าง รู้สึกเครียดหรือไม่
- ตอบ จะเครียดมากกว่า ถ้าไม่ได้มาประชุม
- ถาม PCT พบก่อนบ่อยแค่ไหน
- ตอบ ทุก 3 เดือน แต่มีการเรียกประชุมเฉพาะกิจอีกประมาณเดือนละครั้ง

- ถาม จะขอดูตัวอย่างของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม หวังว่าเวชระเบียนจะบอกเหตุผลของการนอน รพ. (ดูชาร์ทผู้ป่วย) มีบันทึกของพยาบาลเขียนว่าผู้ป่วยกินยาฆ่าเห็บเพราะน้อยใจพี่สาว ใบ ประเมินสมรรถนะผู้ป่วยระบุว่าวัตถุประสงค์ของการนอน รพ.คือ อยากราย? ดูที่ OPD card มี ระบุการวินิจฉัยว่า Insecticide poisoning เราจะรู้ได้อย่างไรว่าผู้ป่วยมีสภาพแรกรับอย่างไรและมีแผนการรักษาอย่างไร
- ตอบ ดูจากใบซักประวัติ (อ่าน) ตรวจร่างกายแรกรับ กินยาฆ่าเห็บมาก่อนมา รพ. 2 ชม. สู. สสภาพแรกรับ on NG tube & IV จาก รพ. ชุมชน
- ถาม จะอ่านตรงไหนเพื่อทราบว่าผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะวิกฤติหรือสบายๆ มีตรงไหนที่บอกความรุนแรง ของผู้ป่วยว่าต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ในใบ progress note มีระบุไว้หรือไม่ว่าควรต่อไปหรือ แพทย์ จะต้องใส่ใจในปัญหาที่เริ่มตรวจพบ เช่น พบเจ็บคอ กลืนน้ำลายไม่ได้ แพทย์บันทึกการ เปลี่ยนแปลงไว้ตรงไหน
- ตอบ บันทึก progress note สามารถดูได้ในใบคำสั่งการรักษา แรกรับไม่มีอาการอะไร วันที่สองจึงเริ่ม ปวดท้อง เรามีปัญหาในการเขียน nursing diagnosis จึงเรียนเป็นอาการ
- ถาม เราได้กำหนดว่าเรื่องการเขียน nursing diagnosis เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการฝึกอบรมในกลุ่ม พยาบาล
- ตอบ เราเพิ่งอบรมกันมา ยังเข้าใจไม่ตรงกัน
- ถาม จะทำอย่างไรให้แพทย์ทราบว่าผู้ป่วยมีอาการเพิ่มขึ้น และแพทย์ควรสนใจกับอาการดังกล่าว
- ตอบ เราจะไปเขียนไว้หน้าใบคำสั่งแพทย์
- ถาม (ดูชาร์ทต่อ) เห็นคำสั่งแพทย์เขียนให้ยา steroid และ ฟลูเรอเอริท แต่ไม่ทราบเหตุผลในการสั่ง เช่นนั้น
- ชี้ปัญหา ไม่เห็นการประเมินด้านจิตใจนอกจากตอนแรกรับที่เขียนว่าน้อยใจพี่สาว ไม่เห็นแผนการรักษา เขียนไว้เพื่อสื่อให้สมาชิกของทีมได้รับทราบ เช่น มีแผนที่จะ detoxify หรือ ป้องกัน renal failure เพื่อว่าเมื่อจะจำหน่ายผู้ป่วย เราจะสามารถตรวจสอบได้ว่าเราได้ทำตามที่เราวางแผนไว้หรือไม่
- ตอบ ของพยาบาลจะเขียนแผนไว้ใน Kardex และการเปลี่ยนแปลงปัญหาไว้ในบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
- สรุป การบันทึกไว้ใน kardex อาจจะสะดวกสำหรับพยาบาล แต่การบันทึกจะไม่ถาวร ข้อมูลจะถูกลบ ออก การเขียนไว้ในบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีปัญหาคือจำนวนกระดาษที่ใช้บันทึกเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เราหาสิ่งที่เขียนไม่พบ
- ตอบ ของ ICU มีการใช้แบบบันทึกปัญหาและแผนการดูแล
- ที่ เราอาจจะไม่ต้องเพิ่มแบบฟอร์มโดยไม่จำเป็น เพียงแต่ขอให้เขียนสรุปปัญหาและแผนลงในที่
- ปรึกษา ว่างๆ ที่มีอยู่ เช่น ทำใบประเมินสมรรถนะ
- ถาม ผู้ป่วยรายนี้มีการส่งปรึกษาจิตเวช เรามีข้อตกลงกันหรือไม่ว่า เราจะเขียนได้มากเพียงไร เพื่อเป็น รักษาความลับของผู้ป่วย
- ตอบ ในกรณีส่งปรึกษาจิตเวช เขาก็มีแฟ้มลับของเขาเองที่เก็บต่างหาก

6. การสัมภาษณ์ตามข้อมูลระดับหน่วยงาน (Unit Profile)

ข้อมูลระดับหน่วยงาน จะตอบคำถาม 4 ข้อหลักได้แก่

- 1) ทำไมต้องมีหน่วยงานนี้ (GEN.1)
- 2) กระบวนการทำงานหลักเป็นอย่างไร (GEN.5, GEN.8)
- 3) ทำได้ดีหรือไม่ (GEN.9.2.2)
- 4) จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร (GEN.9)

6.1 ทำไมต้องมีหน่วยงานนี้

ข้อความที่บอกว่าทำไมต้องมีหน่วยงานนี้คือข้อความเจตจำนงหรือความมุ่งหมายของหน่วยงาน (purpose statement) จุดมุ่งหมายของการมี purpose statement ก็เพื่อให้สามารถระดมความพยายามของทุกคนไปสู่เป้าหมายเดียวกัน สามารถใช้ศักยภาพและความคิดสร้างสรรค์ของทุกคนได้เต็มที่ ทั้งในการปรับปรุงงานของตนเอง และการให้ข้อเสนอแนะต่อผู้อื่น

ผู้เยี่ยมสำรวจควรตั้งคำถามให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าของแต่ละหน่วยงาน

- ถ้าหน่วยงานยังไม่มีการจัดทำข้อความเจตจำนง ก็ควรตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้สมาชิกในหน่วยงานทบทวนว่าคุณค่าของหน่วยงานซึ่งเป็นที่ต้องการของผู้รับผลงานคืออะไร
- ถ้าหน่วยงานมีการจัดทำข้อความเจตจำนงแล้ว ควรพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงประเด็นหรือไม่ (บอกเหตุผลว่าทำไมต้องมีหน่วยงานนี้) สะท้อนถึงคุณค่าที่ผู้รับผลงานต้องการหรือไม่ อยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพหรือไม่ หากยังไม่ตรงประเด็นหรือไม่ครอบคลุม ควรจะปรับปรุงอย่างไร
- ถ้าหน่วยงานมีการจัดทำข้อความเจตจำนงแล้ว ก็ควรตั้งคำถามแก่สมาชิกว่าเข้าใจความหมายของข้อความนั้นว่าอย่างไร ตระหนักในบทบาทของตนเองที่มีต่อเป้าหมายนั้นหรือไม่ (คำถามเกี่ยวกับวิธีการได้มาซึ่งข้อความเจตจำนงอาจจะเป็นการเสียเวลา และได้ประโยชน์น้อย)
- ถ้าสมาชิกในหน่วยงานตระหนักถึงบทบาทของตน (ในเชิงทฤษฎี) ควรให้ยกตัวอย่างรูปธรรมของการปฏิบัติ หรือกิจกรรม หรือแผนงาน เพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมในการดูแลผู้ป่วยและการทำงานร่วมกัน
- ถ้ามีรูปธรรมของการปฏิบัติ สามารถแสดงให้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ (อาจจะเป็นข้อมูลเชิงพรรณนาหรือข้อมูลเชิงปริมาณ) บอกได้หรือไม่ที่กำลังเดินไปในทิศทางที่กำหนดไว้ การเปลี่ยนแปลงนั้นสอดคล้องกับทิศทางหลักของ รพ.หรือไม่
- ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น จะมีแผนในการดำเนินการอย่างไรต่อไป

6.2 กระบวนการทำงานหลัก (core process) เป็นอย่างไร

ผู้เยี่ยมสำรวจไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญในทุกเรื่อง การทำความเข้าใจกับกระบวนการทำงานของหน่วยงานช่วยให้ผู้เยี่ยมสำรวจเข้าใจประเด็นสำคัญของหน่วยงานได้ดีขึ้น การทำความเข้าใจนี้อาจจะได้จาก 1) ศึกษา flow chart ที่หน่วยงานส่งให้ล่วงหน้า หรือ 2) ขอให้สมาชิกในหน่วยงานอธิบายไปตามลำดับขั้นในสถานที่ทำงานจริง

เมื่อรับทราบกระบวนการหลักของหน่วยงานแล้ว จะมีคำถามมากมายตามมา เช่น

- ในกระบวนการทั้งหมดนั้น ขั้นตอนใดสำคัญที่สุด ขั้นตอนใดมีผลต่อคุณค่าที่ผู้รับผลงานต้องการมากที่สุด ขั้นตอนใดมีความเสี่ยงที่สุด ขั้นตอนใดที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ขั้นตอนใดเป็นขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนหรือสูญเปล่า
- ในขั้นตอนที่สำคัญเหล่านั้น มีจุดยืนในการปฏิบัติหรือนโยบายอย่างไร เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะมีความเสี่ยงน้อยที่สุด หรือสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีที่สุด
- ในขั้นตอนใดที่สมควรมีการควบคุมกระบวนการ (process control) ด้วยการเฝ้าระวังหรือการติดตามข้อมูลที่เป็น เพื่อให้อาจตรวจสอบพบปัญหาได้ทันทันที
- แนวทางปฏิบัติที่กล่าวมานั้น ได้จัดทำไว้เป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ ได้รับการปฏิบัติตามเพียงใด

ผู้เยี่ยมสำรวจอาจยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นปัญหาซึ่งพบบ่อยๆ เพื่อดูว่าสมาชิกในหน่วยงานมีแนวทางในการจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวอย่างไร มีการออกแบบระบบไว้ล่วงหน้าหรือไม่ เป็นที่เข้าใจตรงกันหรือไม่ เช่น

- หน่วยบริการโลหิต – มีเลือดที่ต้องทิ้งโดยไม่ได้ใช้มากเพียงใด ด้วยสาเหตุใด จะมั่นใจได้อย่างไรว่าพยาบาลที่หอบผู้ป่วยสามารถเก็บเลือดได้ถูกวิธี รวมทั้งมีการรักษาอุณหภูมิของเลือดในขณะที่ขนย้าย
- หอบผู้ป่วย – ถ้ามีผู้ป่วยเข้ามาโดยที่ยังไม่ทราบการวินิจฉัย และมาทราบภายหลังว่าเป็นอีสุกอีใส หรือ HIV positive จะมั่นใจได้อย่างไรในช่วงก่อนหน้านั้น เชื้อโรคต่างๆ จะไม่แพร่ไปยังผู้ป่วยคนอื่นรวมทั้งเจ้าหน้าที่
- บำบัดน้ำเสีย – ถ้าเครื่องยนต์ในระบบบำบัดน้ำเสียชำรุดต้องใช้เวลาซ่อมถึง 8 ชั่วโมง ในช่วงเวลาดังกล่าว จะทำอย่างไรกับน้ำเสีย
- ห้องยา – ถ้าผู้ป่วยได้รับยาไปแล้วมีเหตุต้องนำยามาคืนหรือเปลี่ยน จะมีวิธีการจัดการอย่างไรกับยาที่ได้รับคืน
- เวชระเบียน – ถ้าเจ้าหน้าที่เวชระเบียนได้ยืนยันว่าญาติผู้ป่วยจะพ้องโรงพยาบาลเนื่องจากดูแลรักษาไม่ดี จะทำอย่างไร, ถ้ามีผู้ป่วย/ญาติ/บริษัทประกัน มาขอข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย จะอนุญาตหรือไม่ อย่างไร

6.3 ทำได้ดีหรือไม่

ผู้เยี่ยมสำรวจจะรับทราบเรื่องซัฟต์ในระดับหน่วยงานจากข้อมูลที่หน่วยงานส่งให้ ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดก็คือหน่วยงานต่างๆ ติดตามเครื่องซัฟต์โดยที่ไม่ทราบว่าทำไปเพื่ออะไร นับว่าเป็นการสูญเปล่านั้นยิ่ง บางครั้งทั้งที่ทราบว่าข้อมูลนั้นเป็นข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ หรือไม่สามารถวัดได้ตรงประเด็น ก็ยังคงเก็บข้อมูลอยู่ คำถามที่ผู้เยี่ยมสำรวจอาจใช้มีดังนี้

- เครื่องชี้วัดที่มีอยู่สามารถวัดประเด็นสำคัญของคุณภาพในหน่วยงานได้ครบถ้วนหรือไม่ วัดมิติของคุณภาพ¹ ได้ครบถ้วนหรือไม่ หน่วยงานทางคลินิกมีเครื่องชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกหรือไม่
- ในจำนวนเครื่องชี้วัดทั้งหมดที่หน่วยงานมีอยู่ คิดว่าข้อมูลใดที่ให้ประโยชน์มากที่สุด ให้ประโยชน์อย่างไร สามารถแสดงให้เห็นกิจกรรมและการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นผลมาจากการติดตามเครื่องชี้วัดดังกล่าวหรือไม่
- ถ้ายังไม่มีการใช้ประโยชน์จากเครื่องชี้วัดที่เก็บอยู่ จะมีแผนดำเนินงานอย่างไร
- เครื่องชี้วัดใดที่คิดว่าควรมีการปรับปรุงเพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ได้ดีขึ้น เครื่องชี้วัดใดที่วัดในรายละเอียดหรือวัดที่กระบวนการย่อยมากเกินไป เครื่องชี้วัดใดที่ขาดการจำแนกกลุ่มจนทำให้แปลผลลำบาก เครื่องชี้วัดใดที่ผลการวัดไม่น่าเชื่อถือ
- การนำเสนอข้อมูลเครื่องชี้วัดใช้วิธีใด มีเสียงสะท้อนจากผู้ใช้อย่างไรบ้าง

6.4 จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ผู้เยี่ยมสำรวจอาจถามในสามประเด็นคือ 1) มีวิธีการหาโอกาสพัฒนาอย่างไร 2) ความสำเร็จที่ผ่านมาในการพัฒนาคุณภาพมีอะไรบ้าง 3) ความท้าทายหรือสิ่งที่จะพัฒนาต่อไป

การหาโอกาสพัฒนา

- แหล่งข้อมูลที่ใช้มีอะไรบ้าง จากผู้ปฏิบัติงาน จากผู้รับบริการ จากมาตรฐานวิชาชีพ มีหลักฐานให้เห็นความพยายามในการหาโอกาสพัฒนาอย่างไร
- มีความครอบคลุมและเป็นระบบเพียงใด ครอบคลุมทุกขั้นตอนสำคัญของการทำงานหรือไม่ ครอบคลุมเรื่องสำคัญครบถ้วนหรือไม่ (เช่น โรคและหัตถการที่เป็นปัญหาหลัก กลุ่มเป้าหมายหลัก)

ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ

- มีการจัดลำดับความสำคัญในการพัฒนาอย่างไร ใช้เกณฑ์อะไร
- มีการมอบหมายหน้าที่เพื่อดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมอย่างไร
- มีการติดตามความก้าวหน้าและให้การสนับสนุนอย่างไร
- มีข้อมูลอะไรบ่งบอกความสำเร็จ มีผลกระทบเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างไร อะไรเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จ
- มีการนำความสำเร็จไปขยายผลอย่างไร
- ทีมได้เรียนรู้อะไรบ้าง

¹ มิติของคุณภาพบริการสุขภาพ: ได้แก่ ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ (competency) การเข้าถึงบริการหรือมีบริการให้เมื่อต้องการ (accessibility) ความเหมาะสมของการดูแลรักษาเทียบกับมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนดไว้ (appropriateness) ประสิทธิภาพของการดูแลรักษา คือการที่หาย ไม่ตาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (effectiveness) ประสิทธิภาพหรือความคุ้มค่าในผลที่ได้รับเมื่อเทียบกับทรัพยากรที่ใช้ไป (efficiency) ความปลอดภัย (safety) ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (continuity) การยอมรับหรือความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ (acceptability) เราสามารถกำหนดชี้วัดคุณภาพได้โดยพิจารณามิติต่างๆข้างต้น

ความท้าทายหรือสิ่งที่จะพัฒนาต่อไป

- สิ่งที่จะพัฒนาต่อไปมีอะไรบ้าง จะทำอะไรก่อนหลัง เพราะเหตุใด
- คาดหวังผลอะไร คาดว่าจะมีปัญหายุ่งยากอะไร
- ต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมจากผู้บริหารอย่างไร ต้องการความร่วมมือจากวิชาชีพ/หน่วยงานอื่นอย่างไร

กิจกรรมกลุ่ม

กิจกรรม 1

ศึกษาการสรุป unit profile และการเตรียมคำถาม

วัตถุประสงค์:

3. เพื่อให้ผู้เรียนคุ้นเคยกับ unit profile และเนื้อหาที่สำคัญ
4. เพื่อให้ผู้เรียนฝึกวิเคราะห์เหตุผลของการตั้งคำถามที่ผู้เรียนสำรวจเตรียมไว้

กิจกรรม:

1. ผู้เรียนแต่ละคนศึกษาการสรุป unit profile ของห้องปฏิบัติการปรสิตวิทยาข้างล่างนี้ พร้อมทั้งพิจารณาเหตุผลของการตั้งคำถามที่เป็นตัวหนาอยู่ในวงเล็บ
2. ให้กลุ่มอภิปรายเหตุผลว่าสมาชิกแต่ละคนมองเห็นเหมือนหรือต่างกันอย่างไร

1. ศึกษาการสรุป unit profile ของห้องปฏิบัติการปรสิตวิทยา

Purpose: บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพทันสมัย (อะไรคือบริการปรสิตวิทยาที่ทันสมัย)

Scope: ตรวจหาและจำแนกชนิดปรสิต, ตรวจหา Ab & Ag, จำแนกชนิดสัตว์ขาข้อและสัตว์มีพิษ

- การตรวจทั่วไปเพื่อตรวจหาและจำแนกชนิด ไช้ และตัวอ่อนของหนอนพยาธิ ไทโรไฟซอยต์ และซีสต์ของพยาธิโปรโตซัว ในอุจจาระ เลือด เสมหะ น้ำไขสันหลัง สิ่งส่งตรวจอื่น
 - ตรวจหา Acanthamoeba spp. จาก CSF, corneal swab, skin biopsy (ทำได้ทั่วไปหรือไม่ ถ้าที่อื่นทำไม่ได้ระบบของประเทศควรเป็นอย่างไร ข้อบ่งชี้และความพอดีในการส่งตรวจ)
 - ตรวจเชื้อ Cryptosporidium parvum, Cyclospora cayentanensis, microspodia ในอุจจาระ
 - ตรวจเชื้อ Leishmania spp. จาก skin/tissue, malaria ในเลือด, Naegleria fowleri ใน CSF, Pneumocystis carinii ในเสมหะ
 - ตรวจ Ab ต่อ Angiostrongylus cantonensis, Cysticercus cellulosae, E.Histolitica, Gnathosma spinigerum, Toxoplasma gondii (ที่อื่นทำได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้จะช่วยเพิ่มศักยภาพในการตรวจของห้องปฏิบัติการอื่นๆ ได้อย่างไร)
 - occult blood ในอุจจาระ (มีการสื่อสารเพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยอย่างไรให้ได้ผลการตรวจที่น่าเชื่อถือ)

ประเด็นสำคัญของคุณภาพ: ถูกต้องแม่นยำ, ตรงตามเวลาที่กำหนด, ประทับใจ (ระดับที่ยอมรับได้ของความผิดพลาดในการตรวจและการรายงานผลการตรวจควรเป็นเท่าใด กำหนดไว้ 5%?)

Goal: ผลการตรวจที่ถูกต้องแม่นยำ, รายงานผลตรงตามเวลา, ผู้รับบริการพึงพอใจ

ทิศทางนโยบายที่มุ่งเน้น: ระบบควบคุมคุณภาพ, พัฒนาศักยภาพ, ระบบการสอบเทียบ, ระบบการบันทึกและจัดเก็บข้อมูล, ระบบความปลอดภัย (สถิติการเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์ เป็น

อย่างไร-การติดเชื้อ สารเคมี, มีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับภาพรวมอย่างไร), เพิ่มการทดสอบที่มีความไวและจำเพาะสูง, สิทธิผู้ป่วย

เครื่องชี้วัดคุณภาพ: EQC in parasitology (WHO) ผลถูกต้อง, อัตราการทดสอบ control sample ซ้ำ เนื่องจากผลผิดพลาด %CV ของผล control sample ที่วัดได้ในแต่ละการทดสอบ กำลังดำเนินการ (EQC แต่ละครั้งครอบคลุม slide เลือด 1 แผ่น และอุจจาระ 1 ตัวอย่าง เพียงพอหรือไม่ที่จะประกันคุณภาพ, ข้อมูลที่กำลังดำเนินการเก็บอยู่มีแนวโน้มเป็นอย่างไร)

กระบวนการ: รับสิ่งส่งตรวจและลงทะเบียน, เตรียมสิ่งส่งตรวจ, ตรวจวินิจฉัย/ทดสอบ, เก็บ/ทำลายสิ่งส่งตรวจ, บันทึกข้อมูลและรายงานผล

ความเสี่ยง: ความผิดพลาดในการเก็บ/ใบขอตรวจ/การส่ง, ความผิดพลาดในการรับ/ลงทะเบียน/เตรียม, ผลการวินิจฉัย/ทดสอบผิดพลาด (ลักษณะของความผิดพลาดเป็นอย่างไร detect ไม่ได้ หรือ รายงานผิด, ความผิดพลาดดังกล่าวก่อให้เกิดผลต่อผู้ป่วยอย่างไร, เมื่อพบว่ามี ความผิดพลาดขึ้นจะมีการดำเนินการอย่างไรให้ผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้, การ confirm หรือ verify ผลการตรวจมีความจำเป็นหรือไม่), ความผิดพลาด/ล่าช้า ในการรายงานผล, ผู้ปฏิบัติงานเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคจากสิ่งส่งตรวจหรืออุบัติเหตุ (มาตรการสำคัญที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อโรคคืออะไร)

การเข้าร่วมทีมคร่อมสายงาน: กก.นโยบายคุณภาพคณะ, กก.พัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการคณะ, กก.จัดทำคู่มือส่งตรวจ (นโยบายพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการเป็นอย่างไร จะวัดความสำเร็จของนโยบายอย่างไร มีการประสานและวางระบบ feed back จากผู้ใช้บริการอย่างไร)

คำถาม	เหตุผล
อะไรคือบริการปรสิตวิทยาที่ทันสมัย	
Acanthamoeba: ทำได้ทั่วไปหรือไม่ ถ้าที่อื่นทำไม่ได้ระบบของประเทศควรเป็นอย่างไร ข้อบ่งชี้และความพอดีในการส่งตรวจ	
Ab: ที่อื่นทำได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้จะช่วยเพิ่มศักยภาพในการตรวจของห้องปฏิบัติการอื่นๆ ได้หรือไม่	
Fecal occult blood: มีการสื่อสารเพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยอย่างไรให้ได้ผลการตรวจที่น่าเชื่อถือ	
ระดับที่ยอมรับได้ของความผิดพลาดในการตรวจและการรายงานผลการตรวจควรเป็นเท่าใด กำหนดไว้ 5%?	

สถิติการเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์ เป็นอย่างไร-การติดโรค สารเคมี, มีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับภาพรวมอย่างไร	
EQC แต่ละครั้งครอบคลุม slide เลือด 1 แผ่น และอุจจาระ 1 ตัวอย่าง เพียงพอหรือไม่ที่จะประกันคุณภาพ, ข้อมูลที่กำลังดำเนินการเก็บอยู่มีแนวโน้มเป็นอย่างไร	
ลักษณะของความผิดพลาดเป็นอย่างไร detect ไม่ได้ หรือรายงานผิด, ความผิดพลาดดังกล่าวก่อให้เกิดผลต่อผู้ป่วยอย่างไร, เมื่อพบว่ามีความผิดพลาดขึ้นจะมีการดำเนินการอย่างไรให้ผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้, การ confirm หรือ verify ผลการตรวจมีความจำเป็นหรือไม่	
มาตรการสำคัญที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อโรคคืออะไร	
นโยบายพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการเป็นอย่างไร จะวัดความสำเร็จของนโยบายอย่างไร มีการประสานและวางระบบ feed back จากผู้ใช้บริการอย่างไร	

กิจกรรม 2

วิเคราะห์ unit profile และฝึกตั้งคำถามเพื่อสร้างความเข้าใจ/กระตุ้นการพัฒนา

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อให้ผู้เรียนคุ้นเคยกับ unit profile และเนื้อหาที่สำคัญ
2. เพื่อให้ผู้เรียนฝึกวิเคราะห์ปัญหาที่จาก unit profile และกำหนดแนวทางคำถามเพื่อสร้างความเข้าใจ/กระตุ้นการพัฒนา
3. เพื่อให้ผู้เรียนสามารถให้คำแนะนำที่จำเป็นสำหรับหน่วยงานได้

กิจกรรม:

1. ผู้เรียนแต่ละคนศึกษา unit profile ของหน่วยสูติกรรมข้างล่างนี้ บันทึกประเด็นปัญหาที่พบไปด้วย
2. ให้กลุ่มทบทวนปัญหาที่แต่ละคนพบ รวบรวมและศึกษาเปรียบเทียบกับปัญหาที่วิเคราะห์ไว้ในเอกสารนี้
3. ให้กลุ่มร่วมกันคิดหาคำถามที่จะสร้างความเข้าใจ/กระตุ้นการพัฒนา
4. ให้กลุ่มวิเคราะห์เครื่องชี้วัดจำเพาะของหน่วยงานโดยอาศัยตารางที่กำหนดให้

1. ศึกษา unit profile ของหน่วยสูติกรรมและบันทึกประเด็นปัญหาที่พบ

Purpose: ให้บริการสูติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ ในสภาพแวดล้อมที่อบอุ่นและปลอดภัย

Scope: ดูแลหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านสูติกรรม

ประเด็นสำคัญของคุณภาพ: มารดาปลอดภัย, ทารกในครรภ์ปลอดภัย, มารดามีความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด, มารดามีความพร้อมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเอง

Goal: ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

ทิศทางนโยบายที่มุ่งเน้น: การประกันคุณภาพบริการ, ความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่, ความเสี่ยง, สิทธิผู้ป่วย

เครื่องชี้วัด:

เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้
Readmit 28d	5-10%	5 ราย
ไม่สมัครอยู่		2 ราย
ปฏิกิริยาจากการให้เลือด	0	0
ความผิดพลาดของการให้ยา	0	0
การเกิดอุบัติเหตุการฉีดยา	<5%	1% (4 ราย)
การติดเชื้อ	<5%	<3% (5 ราย)
ความพึงพอใจ	70%	70%
จำนวนมารดาหนีทิ้งบุตร	0	
จำนวนคำร้องเรียนเรื่องสิทธิผู้ป่วย	<5 ครั้ง/ปี	

กระบวนการหลักของหน่วยงาน: เตรียมและรับเข้าหอผู้ป่วย, ประเมินและวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล, วางแผนให้การพยาบาล, ให้การพยาบาล/ดูแล, ประเมินซ้ำ, บันทึก, ให้ข้อมูล, ย้าย/จำหน่าย

ความเสี่ยงสำคัญ: ผู้ป่วยหน้ามืด เป็นลม หกล้ม, การตกเลือด, มารดาทิ้งบุตร, อุบัติภัยจากไฟฟ้า, การให้ข้อมูล

กระบวนการหลัก/ย่อย	จุดมุ่งหมาย	โอกาสพัฒนา
1. เตรียมและรับเข้าหอผู้ป่วย	มารดาได้รับความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย มีความพึงพอใจ	มารดาปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องขณะพักใน รพ., ญาติปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและมีข้อสงสัยเมื่อนำผู้รับบริการเข้านอน รพ.
2. ประเมินและวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล		
2.1 ประเมินสภาพแรกรับ	มารดาได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพเบื้องต้นอย่างถูกต้อง ครบคลุม มีบันทึกข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน	ประเมินอาการไม่ถูกต้องและครอบคลุม, ปัญหาทางการสื่อสาร, ผู้รับบริการมีอาการอ่อนเพลียจากการคลอด
2.2 เขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	มารดาได้รับการวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างถูกต้องและครอบคลุม	เขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่ครอบคลุม
2.3 ช่วยแพทย์ในการตรวจวินิจฉัย	มารดาได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็วถูกต้อง	ได้รับการตรวจวินิจฉัยล่าช้า
3. วางแผนให้การพยาบาล		
3.1 รับคำสั่งการรักษา	มารดาได้รับการรักษาพยาบาลถูกต้องตามแผนการรักษา	คำสั่งการรักษาไม่ชัดเจน
3.2 มอบหมายความรับผิดชอบ	มารดาได้รับการมอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษรถูกต้องตามภาระงาน, ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม	มอบหมายงานเกินภาระงาน
3.3 เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ	มารดาได้รับการรักษาพยาบาลอย่างสะดวกรวดเร็ว	หาอุปกรณ์ไม่พบ, เครื่องมือและอุปกรณ์ชำรุด/ไม่พอใช้
3.4 การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและญาติ	มารดาและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	

4. การให้การพยาบาล/ดูแล		
4.1 การให้การพยาบาล	มารดาได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามสิทธิของผู้ป่วยและได้รับความเคารพในความเป็นบุคคล ได้รับการพยาบาลอย่างรวดเร็ว นุ่มนวล ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สุขสบาย	ได้รับบริการไม่ครบถ้วนตามมาตรฐานการพยาบาล, ผู้ให้บริการขาดความรู้และทักษะ
4.2 ดูแลการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ	มารดาปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
4.3 ดูแลให้ได้อย่างตามแผนการรักษา	มารดาได้รับยาอย่างถูกต้องตามหลัก 5 right	
4.4 การให้อาหารและน้ำ	มารดาได้รับอาหารและน้ำตรงตามแผนการรักษา	เบิกอาหารไม่ถูกต้องตามแผน, จัดอาหารไม่ครบถ้วนและไม่ตรงตามแผน, ภาชนะไม่สะอาด, อาหารไม่ถูกปาก
4.5 เตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อผ่าตัด	มารดาได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
4.6 เตรียมส่งตรวจพิเศษและทำหัตถการ	(เหมือนข้างต้น)	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
4.7 เตรียมมารดาเพื่อให้นมทารก	มีปริมาณและคุณภาพของน้ำนมเพียงพอกับความต้องการของทารก, ให้นมถูกต้อง	มารดาขาดความรู้ในการเตรียมตนเองเพื่อให้นมทารก
4.8 ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก	มารดามั่นใจบทบาทของตนเอง, ทารกได้รับการเลี้ยงดูที่ถูกต้องด้วยความรัก	มารดาและทารกขาดสัมพันธภาพต่อกัน
4.9 ยับยั้งการหลั่งน้ำนม	ยับยั้งการหลั่งน้ำนมในมารดาที่ไม่สามารถให้นมแก่ทารก	มารดาปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง
4.10 เตรียมและดูแลมารดาก่อนและหลังผ่าตัดทำหัตถ์	ได้รับการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาและปลอดภัย มีความรู้และปฏิบัติตัวถูกต้อง	มารดาได้รับข้อมูลไม่ถูกต้อง ขาดความรู้และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

กระบวนการคุณภาพทางคลินิก: โอกาสพัฒนา

- ภาวะที่มีความเสี่ยงสูง: ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
- ภาวะที่มีค่าใช้จ่ายสูง: การผ่าตัดคลอด
- ภาวะที่พบบ่อย: การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
- ภาวะที่มีวิธีรักษาหลากหลาย: ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
- (มีความเสี่ยงที่ระบุไว้ในขั้นวิเคราะห์กระบวนการเพิ่มจากนี้ได้แก่ fetal distress, การตกเลือด, การติดเชื้อ)

กระบวนการคุณภาพทางคลินิก: การจัดทำแนวทางปฏิบัติ

- CareMap ของผู้รับบริการหลังคลอดปกติ
- แนวทางการพยาบาลมารดาหลังคลอด

กระบวนการคุณภาพทางคลินิก: การทบทวนทางคลินิก

กิจกรรม	วิธีการทบทวน/การปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น
ทบทวนการเสียชีวิต	บันทึกสถิติประจำเดือน
ทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล	ติดตามแผนระวางการติดเชื้อในหอผู้ป่วยประจำเดือน
ทบทวนภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ติดตามการเกิดภาวะแทรกซ้อน
ทบทวนการใช้เลือด	ติดตามปัญหาที่เกิดในผู้ป่วยที่ได้รับเลือด
ทบทวนการใช้ยา	ติดตามและบันทึกปัญหาที่เกิดจากการได้รับยาทุกเดือน
ทบทวนคำร้องเรียน	มีกล่องรับคำร้องเรียน
ทบทวนการนอน รพ. โดยไม่จำเป็น	มีการทบทวนและแจ้งยอดทุกเดือน
ทบทวนการดูแลรักษาโดยสู่มเวชระเบียน	-
ทบทวนแนวโน้มของปัญหาเฉพาะเรื่อง	ติดตามและแก้ปัญหาทุกครั้ง เขียนใบสรุปปัญหาและการแก้ไขส่งทุกเดือน
ทบทวนการปฏิบัติตาม guideline	กำลังดำเนินการโดยกรรมการประกันคุณภาพและ QIT

2. รวบรวมปัญหาของกลุ่มและเปรียบเทียบกับข้อมูลในตารางข้างล่าง กลับไปทบทวน unit profile ถ้ายังมองไม่เห็นปัญหา
3. ร่วมกันคิดหาคำถามที่จะสร้างความเข้าใจ/กระตุ้นการพัฒนา โดยใช้แนวทางของการเป็นโค้ช คือ Goal, Reality, Option, Wrap Up

วิเคราะห์ประเด็นปัญหา	แนวทางการใช้คำถามเพื่อสร้างความเข้าใจ/กระตุ้นการพัฒนา
ไม่ได้้นำประเด็นสำคัญของคุณภาพมากำหนดเครื่องชี้วัดและติดตาม ขาดเครื่องชี้วัดจำเพาะสำหรับผู้รับบริการที่หน่วยงานรับผิดชอบ	
วิเคราะห์กระบวนการหลักโดยเน้นวิชาชีพของผู้ปฏิบัติงานเป็นศูนย์กลาง มิใช่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	
กำหนดจุดมุ่งหมายในลักษณะของการตอบ how มากกว่าตอบ why จึงไม่เห็นคุณค่าของกระบวนการ	
วิเคราะห์ในมุมมองที่จำกัด เช่น ผู้รับบริการมีส่วนร่วมเพียงการให้ความร่วมมือ, การวางแผนมิได้เน้นแผนการดูแลทั้งหมด	
วิธีการพัฒนาเน้นการจัดทำคู่มือมากกว่าการประเมินผลหรือการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อปรับปรุงระบบ (ไม่ได้นำเสนอไว้ใน unit profile)	
วิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาทางคลินิกแต่ไม่ได้ทบทวนสถานการณ์และนำไปใช้จัดทำแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วย	
(? ขาดความเข้าใจว่า CareMap กับ Clinical Path คืออันเดียวกัน ? ขาดความร่วมมือระหว่างแพทย์กับพยาบาลในการตอบแบบประเมิน ? ขาดการทำงานเป็นทีม)	
ไม่เข้าใจความหมายและจุดมุ่งหมายของการทบทวนทางคลินิก ไม่มีการวิเคราะห์และนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข	

4. วิเคราะห์เครื่องชี้วัดจำเพาะของหน่วยงาน

4.1 กำหนดเครื่องชี้วัดจากประเด็นสำคัญของคุณภาพ

ประเด็นคุณภาพ	เครื่องชี้วัดที่เกี่ยวข้อง
มารดาปลอดภัย	
ทารกปลอดภัย	
การปฏิบัติตัวหลังคลอด	
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่	

4.2 ใช้ Indicator Matrix วิเคราะห์เครื่องชี้วัดที่ควรติดตามเพิ่มเติม

กลุ่มผู้ป่วย	Acceptability	Safety	Timeliness	Effective	Efficiency	Appropriate
ผู้ป่วยทั้งหมด	-ไม่สมัครอยู่ -Satisfaction	-Blood Tx reaction -Med error -Incident -Infection		Readmit 28d		การนำคู่มือไปปฏิบัติ
มารดาหลังคลอด						
ทารกแรกเกิด						

กิจกรรม 3

ฝึกซ้อมสัมภาษณ์ตามข้อมูลระดับหน่วยงาน

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อให้ผู้เรียนฝึกทักษะการสัมภาษณ์จากข้อมูลระดับหน่วยงาน
2. เพื่อให้ผู้เรียนสรุปพฤติกรรมการสัมภาษณ์ที่เหมาะสม

กิจกรรม:

1. แบ่งกลุ่ม 3 คน สลับกันทำหน้าที่ตามตารางข้างล่าง
2. ให้กลุ่มอภิปรายสรุปสิ่งที่ควรใช้เป็นแบบอย่าง และสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง

1. ให้แบ่งเป็นกลุ่ม 3 คน สลับกันทำหน้าที่ตามตารางข้างล่าง ใช้เวลารอบละ 10 นาที

รอบที่	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
1	Surveyor	ผู้แทนหน่วยงาน	ผู้สังเกตการณ์
2	ผู้แทนหน่วยงาน	ผู้สังเกตการณ์	Surveyor
3	ผู้สังเกตการณ์	Surveyor	ผู้แทนหน่วยงาน

ในช่วง 10 นาทีแรก ให้ผู้แทนหน่วยงานมอบข้อมูลของตนให้ surveyor ศึกษาและวางแผนการตั้งคำถาม ในช่วง 30 นาทีต่อมาให้หมุนเวียนกันสัมภาษณ์ 3 รอบ

Surveyor ทำหน้าที่สัมภาษณ์ผู้แทนของหน่วยงานตามที่ได้เตรียมไว้ (ไม่จำเป็นต้องครบทุกประเด็น) และชี้ให้เห็นโอกาสในการพัฒนา

ให้ผู้แทนของหน่วยงานใช้ข้อมูลที่ขอให้เตรียมมาในการตอบคำถาม พยายามหลีกเลี่ยงที่จะเป็นตัวแทนของหน่วยงานในระดับที่สูงเกินไป เช่น ฝ่ายการพยาบาล, โรงพยาบาล ให้ผู้แทนของหน่วยงานทำตัวให้พอเหมาะสำหรับ surveyor ไม่ง่ายเกินไปโดยที่ surveyor ไม่ต้องออกแรง และไม่ยากเกินไปจน surveyor ทำอะไรไม่ได้

ให้ผู้สังเกตการณ์ บันทึกถ้อยคำที่ใช้ในการสนทนาระหว่าง surveyor และผู้แทนหน่วยงานให้ละเอียดที่สุดตามแบบบันทึกที่ให้ไว้ พร้อมทั้งสรุปความเห็นของผู้สังเกตการณ์ในจุดเด่นที่ควรเป็นแบบอย่าง และสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงหรือปรับปรุงให้ดีขึ้น

2. ให้สมาชิกของกลุ่มทั้งหมดอภิปรายสรุปสิ่งที่ควรใช้เป็นแบบอย่าง และสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง (10 นาที)

บันทึกของผู้สังเกตการณ์

ผู้สังเกต _____

surveyor _____ ผู้แทนหน่วยงาน _____

จุดเด่นที่เป็นแบบอย่าง

สิ่งที่ควรปรับปรุง

บันทึกการสนทนา

7. เรียนรู้จากแบบประเมินตนเองในภาพรวม

เกริ่นนำ

แบบประเมินตนเองในภาพรวมระดับโรงพยาบาลแบ่งออกเป็น 6 หมวด 20 บท มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้โรงพยาบาลใช้ในการค้นหาโอกาสพัฒนา/วางแผนพัฒนา (ข้อ ก.) การติดตามความก้าวหน้า (ข้อ ค. และ ข้อ ง.) การสังเคราะห์บทเรียนจากการพัฒนา (ข้อ ข.) และใช้เป็นบันทึกการพัฒนาคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินตนเองจะช่วยให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจรู้จักหน่วยงานเป็นอย่างดี ก่อนที่จะเข้าเยี่ยม

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้เยี่ยมชมสำรวจควรถามตนเองว่า

- ข้อมูลในแบบประเมินนั้นตรงประเด็นหรือไม่
- ข้อมูลในแบบประเมินนั้นมีความสมบูรณ์เพียงพอหรือไม่ ต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติม
- อะไรคือจุดแข็งหรือสิ่งที่น่าชื่นชม อะไรคือจุดอ่อนหรือโอกาสพัฒนาของหน่วยงาน

กิจกรรม

จัดกลุ่ม 3 คน อภิปรายตามประเด็นที่กำหนดให้ตามลำดับ แล้วตรวจสอบกับคำตอบในส่วนหลัง (อย่าดูคำตอบก่อน) หากคำตอบของกลุ่มแตกต่างจากแนวทางคำตอบที่ให้ไว้ ขอให้วิเคราะห์ว่าเกิดจากอะไร และเชิญวิทยากรมาสร้างความกระจ่างให้แก่กลุ่ม

7.1 แบบประเมินข้อ ก. การประเมินเมื่อเริ่มแรก/วิเคราะห์เพื่อวางแผนปรับปรุง

โปรดศึกษาคำตอบข้างล่างและตอบคำถามต่อไปนี้

- 1) ประเด็นที่ต้องปรับปรุงนั้นมีความเหมาะสมหรือไม่
- 2) แนวทางดำเนินการและระยะเวลาที่กำหนดไว้จะสามารถบรรลุเป้าหมายได้หรือไม่
- 3) การตอบลักษณะนี้มีปัญหาอย่างไร อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดคำตอบในลักษณะนี้
- 4) ท่านจะแนะนำให้ทีมงานปรับปรุงการตอบแบบประเมินตนเองอย่างไร

ประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งมีความซับซ้อนหรือยากลำบาก (การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล)

ประเด็น	แนวทางดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
เป็นตัวอย่งที่ดีของการกำหนดความต้องการด้านกำลังคน	กำลังเปลี่ยนแปลงระบบ ปฏิรูประบบราชการ	คณะกรรมการพัฒนา บุคคลากร	6 เดือน
มีการจัดลำดับความสำคัญให้สอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่	Utilization Review	คณะกรรมการพัฒนา บุคคลากร	6 เดือน
เป็นตัวอย่งที่ดีของความเพียงพอด้านทรัพยากรบุคคล	ปฏิรูประบบราชการ	คณะกรรมการพัฒนา บุคคลากร	6 เดือน

ขอให้ท่านศึกษาคำตอบในส่วนท้ายของเอกสารนี้ และนำข้อมูลการประเมินตนเองของแต่ละท่านขึ้นมาแลกเปลี่ยนกันว่าตอบได้ตรงประเด็นและเหมาะสมหรือไม่ สมควรมีการปรับปรุงในส่วนใด

7.2 แบบประเมินตนเองข้อ ค. ข้อมูลเฉพาะ

โปรดศึกษาตัวอย่างคำตอบในหน้าต่อไปบทละ 2 ข้อ และพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้

- 1) ในแต่ละข้อมีคำตอบครบถ้วนทุกคำถามหรือไม่ ตรงประเด็นที่ถามหรือไม่
- 2) มีรายละเอียดที่ทำให้เห็นวิธีการทำงานอย่างชัดเจนหรือไม่ วิธีการดังกล่าวมีความเหมาะสมและรัดกุมเพียงพอที่จะทำงานอย่างมีคุณภาพและป้องกันความเสี่ยงหรือไม่ (ชั้น plan)
- 3) มีข้อมูลที่บอกให้เห็นภาพความครอบคลุมของการปฏิบัติเพียงใด ในหน่วยงานใดหรือในผู้ช่วยกลุ่มใดที่ทำได้ดี ในหน่วยงานใดหรือผู้ช่วยกลุ่มใดที่ยังต้องปรับปรุง มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหรือการเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการที่เกี่ยวข้องอย่างไร มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อให้ทำตามสิ่งที่กำหนดไว้อย่างไร (ชั้น do)
- 4) มีข้อมูลที่บอกให้ทราบถึงผลลัพธ์ในเรื่องนี้ได้อย่างไร วิธีการที่ใช้มีจุดแข็ง จุดอ่อนอย่างไร ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้สึกอย่างไรในเรื่องนี้ (ชั้น check)
- 5) พอจะระบุได้หรือไม่ว่ายังมีปัญหาอะไรอยู่ ทีมงานมีแผนที่จะทำอะไรต่อไปเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ถ้ายังไม่มีแผน ท่านในฐานะผู้เยี่ยมสำรวจจะตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นอย่างไร

หลังจากกลุ่มได้อภิปรายในแต่ละข้อ ให้ศึกษาแนวทางการตั้งคำถามกระตุ้นในส่วนหลังของเอกสารนี้

เมื่อจบการอภิปรายในทุกข้อแล้ว ขอให้แต่ละท่านนำข้อมูลการประเมินตนเองขึ้นมาแลกเปลี่ยนกันว่าสมควรมีการปรับปรุงในส่วนใด

บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

1. โปรดระบุเป้าหมายของการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาลว่าจะช่วยในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพได้อย่างไร จะช่วยในการติดตามระดับคุณภาพหรือปัญหาคุณภาพอย่างไร

คำตอบของทีม

ช่วยในการบริหารตัวชี้วัดของโรงพยาบาล เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มของระบบคุณภาพใน รพ. และจัดการป้องกันหรือแก้ไข รวมทั้งคุ้มครองของการแก้ไข, ช่วยในการเปรียบเทียบระดับของคุณภาพระหว่าง รพ., เป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดนโยบายคุณภาพลงไปยังส่วนล่าง, ที่ยังขาดอยู่และหาตัวอย่างไม่ได้คือการใช้ในการวัดการวิจัย

2. โรงพยาบาลมีแนวทางในการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูลอย่างไร

คำตอบของทีม

แนวทางไม่ให้คนอื่นเจาะระบบเข้ามา, ไม่ให้คนในเจาะระบบเอง, ระบบสำรองเมื่อมีไฟดับ, การเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับ อะไรที่เป็นข้อมูลที่เป็นความลับ

3. โปรดอธิบายแนวทางปฏิบัติในการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยดูและใช้เวชระเบียนของตนเอง

คำตอบของทีม

มีระเบียบปฏิบัติโดยเขียนคำร้องที่ฝ่ายบริหาร ซึ่งจะตรวจสอบสิทธิที่จะขอข้อมูล และจะทำหนังสือไปที่หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้ากลุ่มงานจะพิจารณาโดยให้แพทย์ที่เป็นเจ้าของใช้ร่วมพิจารณาเขียนข้อมูลรายละเอียด

ในกรณีเร่งด่วน แพทย์มีสิทธิตัดสินใจเขียนข้อมูลได้เลย

4. โปรดระบุรายการข้อมูลผู้ป่วยใน ที่มีการเก็บไว้ในระบบสารสนเทศ การนำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้วิเคราะห์ และการใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์

คำตอบของทีม

ข้อมูลจำเพาะของผู้ป่วย ได้แก่ เลขประจำตัว, เพศ, วันเกิด, วันที่รับไว้ในโรงพยาบาลและวันจำหน่าย, การวินิจฉัยโรค ซึ่งแยกออกเป็น การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุของการนอนโรงพยาบาล, ภาวะการเจ็บป่วยร่วมเมื่อแรกรับ (co-morbidity) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (complication), หัตถการที่ผู้ป่วยได้รับ, สถานภาพจำหน่าย (กลับบ้าน, ส่งต่อ, เสียชีวิต)

5. กลุ่มโรคและหัตถการที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด 5 อันดับแรกคืออะไร อยู่ในระดับที่ยอมรับได้หรือไม่ มีโอกาสลดลงได้หรือไม่ อย่างไร

คำตอบของทีม

ต้องหาในแต่ละกลุ่มงาน โดยดูจากตัวชี้วัด

major burn, อวัยวะขาด, head injuries, บาดเจ็บกระดูกสันหลัง, อุบัติเหตุหลายระบบ

6. กลุ่มโรคและหัตถการที่มีวันนอนสูงสุด 5 อันดับแรกคืออะไร อยู่ในระดับที่ยอมรับได้หรือไม่ มีโอกาสลดลงได้หรือไม่ อย่างไร

คำตอบของทีม

ต้องหาในแต่ละกลุ่มงาน โดยดูจากตัวชี้วัด

8. โปรดยกตัวอย่างกรณีที่ผู้บริหารระดับสูงใช้สารสนเทศเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ

คำตอบของทีม

ข้อมูลของแพทย์ที่จะไปอบรม การอบรม และสถิติผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง, การพิจารณางบประมาณ ความสอดคล้องกับนโยบายและอันดับโรค หรือปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์ตัวชี้วัด, ราคาพยาบาลกลาง, พัสตุ้ใช้ตรวจสอบราคา, ข้อมูลประกันสังคม, ยอดนับรายรับรายจ่าย

9. ผู้บริหารได้ดำเนินการอย่างไรเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์

คำตอบของทีม

มีแผนงานหลักระบบสารสนเทศ, มีการอบรม, มีศูนย์คอมพิวเตอร์เพื่อให้บริการ

10. เจ้าหน้าที่ในหน่วยเวชระเบียนมีส่วนในการเพิ่มความสมบูรณ์ถูกต้องของบันทึกเวชระเบียนอย่างไร

คำตอบของทีม

โดยการอบรม ICD10 และมีส่วนร่วมในคณะกรรมการเวชระเบียนของ รพ. มีการปรึกษาแพทย์เมื่อมีปัญหาในการกรอกข้อมูล

บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป

1. โปรดอธิบายว่า รพ.ส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างหน่วยงานและระหว่างวิชาชีพอย่างไร

คำตอบของทีม

จัดตั้ง PCT ซึ่งมีกิจกรรมสหวิชาชีพของแพทย์ พยาบาล ทีมสนับสนุน ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. โปรดอธิบายว่า รพ.มีวิธีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่รับทราบและปฏิบัติตามระบบงานที่กำหนดไว้ในคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานอย่างไร

คำตอบของทีม

หัวหน้าและผู้ปฏิบัติงานร่วมกันวิเคราะห์กระบวนการหลัก และจัดทำคู่มือที่จำเป็นต่อคุณภาพของกระบวนการให้บริการ หัวหน้าเป็นผู้ประเมินการปฏิบัติตามคู่มือจากการสังเกต อุบัติการณ์ ความผิดพลาด และแบบประเมินเจ้าหน้าที่

3. โปรดระบุเครื่องชี้วัดที่ รพ. เห็นว่ามีประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ และประโยชน์ที่ได้จากการติดตามเครื่องชี้วัดเหล่านั้น

คำตอบของทีม

IP/OP voice, NI, blood transfusion reaction

4. โปรดอธิบายวิธีการในการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่นำ CQI ไปใช้ในการแก้ปัญหาประจำวัน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

คำตอบของทีม

Pareto จัดลำดับความสำคัญของปัญหา, cause-effect diagram หา root cause, ใช้เครื่องมือการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม, กำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลการแก้ปัญหา

5. โปรดอธิบายวิธีการทำให้หน่วยงานต่างๆ เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

คำตอบของทีม

สนับสนุนค่าใช้จ่ายในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ, จัดทำบอร์ดคุณภาพ, วางแผนพัฒนาหน่วยงานจากผลการทำแบบประเมินตนเอง, จัดให้มีหมวกกรรมคุณภาพเป็นเวทีนำเสนอผลงาน CQI

6. โปรดอธิบายรูปธรรมของการขยายผลการใช้ประโยชน์จากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของแต่ละหน่วยงาน รูปธรรมของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความสำเร็จระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล

คำตอบของทีม

หน่วยงานส่วนใหญ่มีมาตรฐานตาม GEN ทั้ง 9 มีคู่มือการประกันคุณภาพ มีระบบบริหารความเสี่ยง และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง, สภาคุณภาพเป็นเวทีที่ PCT เสนอความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพและแลกเปลี่ยนความสำเร็จ ทำให้ PCT ทั้งหมดยกระดับคุณภาพได้ใกล้เคียงกัน

7. โปรดอธิบายการสร้างสมดุลระหว่างการรักษาความสม่ำเสมอของระดับคุณภาพ (รักษาของเดิม) กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา)

คำตอบของทีม

มาตรฐานการบริการเป็นคู่มือและแนวทางปฏิบัติที่กำหนดให้ผู้ปฏิบัติทำตามที่เขียนไว้ตามคู่มือเพื่อประกันคุณภาพให้คงที่ ถ้ายังไม่ได้มาตรฐานก็ทำการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องให้เป็นไปตามมาตรฐาน แต่กรณีที่ผ่านมาผ่านไป ความต้องการของผู้รับผลงานเปลี่ยนแปลงไป ก็อาจต้องพัฒนาคุณภาพ CQI ยกระดับมาตรฐานหรือคู่มือเดิมที่ใช้อยู่

8. โรงพยาบาลมีโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงอะไรบ้าง มีแนวทางในการประสานโปรแกรมที่เกี่ยวข้องเหล่านั้นเข้าเป็นระบบบริหารความเสี่ยงอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบ

คำตอบของทีม

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงรับผิดชอบในการประสานงาน โปรแกรมที่เกี่ยวข้องได้แก่ การประกันคุณภาพ, การติดเชื้อใน รพ., อาชีวอนามัย, โครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย โดยมีระบบการค้นหาความเสี่ยง การส่งข้อมูลมาวิเคราะห์ นำเสนอต่อสภาคุณภาพและกรรมการบริหาร รพ.

9. อะไรคือความเสี่ยงที่ รพ.เห็นว่ามีสำคัญสูง มีแนวทางในการหลีกเลี่ยงหรือป้องกันอย่างไร
คำตอบของทีม

การเสียชีวิตที่ไม่คาดคิด การฆ่าตัวตาย การให้เลือดผิด การผ่าตัดผิดข้าง การลักพาเด็กหรือส่งผิดมารดา

มาตรการป้องกันคือการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพและคู่มือปฏิบัติงาน เคารพสิทธิผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลผู้ป่วยให้ทราบถึงการวินิจฉัย แนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1. โปรดอธิบายการเชื่อมโยงโปรแกรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเข้ากับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

คำตอบของทีม

เปรียบเทียบ PDCA ของกระบวนการพัฒนาคุณภาพกับงาน IC

2. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร มีจุดที่มีปัญหาและควรได้รับการใส่ใจเป็นพิเศษที่ไหน

คำตอบของทีม

ในรอบปีที่ผ่านมา มีการสำรวจอัตราชุก (prevalence survey) 1 ครั้ง และเก็บข้อมูลการติดเชื้อจากการเฝ้าระวังเป็นรายเดือน

อัตราอุบัติการณ์การติดเชื้อ 8.2 ครั้ง/ผู้ป่วยจำหน่าย 1000 ราย อัตราชุก 7.5% ประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง 16.1%

การติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก (จากการสำรวจความชุก) pneumonia 5.4%, UTI 3.7%, SSI 3.7%

หน่วยงานที่มีอัตราชุกของการติดเชื้อสูงสุดได้แก่ burn 28.6%, พิเศษ 27.3%, ทารกแรกเกิด 12.8%

หน่วยงานที่ต้องพัฒนาการเฝ้าระวังการติดเชื้อให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นได้แก่ ทุกหน่วยงาน ยกเว้นสามัญ 5 มีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังต่ำกว่า 50% จะต้องประเมินประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง 3 ปีต่อครั้ง

4. สถิติการติดเชื้อในเจ้าหน้าที่ซึ่งอาจเกิดจากการทำงานเป็นอย่างไร รพ.ได้ดำเนินการอย่างไรเพื่อป้องกันเจ้าหน้าที่จากการติดเชื้อ

คำตอบของทีม

การดูแลสุขภาพเจ้าหน้าที่อยู่ในความรับผิดชอบของงานอาชีวเวชศาสตร์
การดำเนินการเพื่อป้องกันเจ้าหน้าที่จากการติดเชื้อ ได้มีการกำหนดมาตรการเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่น UP/IP, การควบคุมสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย

5. โปรดอธิบายวิธีการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามหลัก UP/IP อย่างถูกต้อง รพ.มีข้อจำกัดอะไรบ้าง มีแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างไร

คำตอบของทีม

ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามถูกต้องทุกเทคนิคโดยมีเอกสารวิธีปฏิบัติ, จัดการอบรม, จัดให้มีอุปกรณ์ที่ต้องใช้, มีระบบการประเมินการปฏิบัติ, มีการติดตามนิเทศเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ
มีข้อจำกัดเรื่องห้องแยกไม่เพียงพอ แก้ปัญหาโดยจัดลำดับความสำคัญในการใช้ห้องแยก

6. ในรอบปีที่ผ่านมาเคยมีการระบาดหรือแนวโน้มการระบาดของเชื้อใน รพ.อะไรบ้าง ดำเนินการควบคุมอย่างไร ผลเป็นอย่างไร

คำตอบของทีม

มีการระบาดของ MRSA ในแผนกศัลยกรรม
ควบคุมโดย ICWN กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับเข้มงวดในการล้างมือก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาล, เน้นการทบทวนมาตรการปฏิบัติของ contact precaution ทุกครั้งที่ติดตามนิเทศ, สืบสวนและค้นหาสาเหตุการระบาด
ผล สามารถควบคุมไม่ให้เกิดการกระจาย มาตรการที่ได้ผลมากที่สุดคือ การล้างมือ

7.3 แบบประเมินข้อ ง. ตรวจสอบลำดับขั้นของการพัฒนา

ขอให้กลุ่มศึกษาข้อมูลการประเมินตนเองในบทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ซึ่งคำตอบที่ทีมงานของโรงพยาบาลเลือกจะแสดงด้วยตัวอักษรเข้ม ให้กลุ่มฝึกตั้งคำถามว่าหากได้รับคำตอบในแต่ละข้อ ท่านต้องการข้อมูลอะไรเพิ่มเติมอีก เพื่อให้ท่านเชื่อว่ามีมีการปฏิบัติในระดับดังกล่าวจริง และสามารถประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้

ขอให้ท่านอภิปรายกันที่ละข้อ แล้วตรวจสอบจากคำตอบในส่วนท้ายของเอกสารนี้

เมื่อตอบครบทุกข้อแล้ว ขอให้กลุ่มสรุปแนวทางการอธิบายขยายความประกอบคำตอบในข้อ ง. นี้ควรเป็นอย่างไร

ง. ตรวจสอบลำดับขั้นของการพัฒนา (ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล)

1. การวางแผนและออกแบบระบบ² (IM.1)

- (1) มุ่งตอบสนองความต้องการด้านการบริหาร
- (2) มีข้อ (1) และเพื่อความสะดวกและคล่องตัวในการให้บริการผู้ป่วย
- (3) มีข้อ (2) และเพื่อการประเมิน/พัฒนาคุณภาพ, มีคณะกรรมการเวชระเบียนซึ่งทำหน้าที่สมบูรณ์³, มีมาตรฐานและแนวทางการบริหารระบบสารสนเทศครบถ้วน⁴
- (4) มีข้อ (3) และมีคณะกรรมการสารสนเทศโรงพยาบาลดูแลภาพรวมของระบบสารสนเทศทั้งหมด
- (5) เป็นระบบสารสนเทศที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สมควรเป็นแบบอย่าง

² การออกแบบระบบสารสนเทศ: การวิเคราะห์ความต้องการใช้ การกำหนดประเภทข้อมูลนำเข้า วิธีการบันทึกข้อมูล วิธีการประมวลผล วิธีการเคลื่อนย้ายข้อมูลและสารสนเทศ วิธีการรายงานข้อมูลและสารสนเทศ

³ บทบาทของคณะกรรมการเวชระเบียน: กำหนดมาตรฐานและนโยบายเกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วย พิจารณาแบบฟอร์มที่ใช้ กำหนดแนวทางปฏิบัติงานที่เหมาะสม ทบทวนคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนและการบันทึกรหัส

⁴ แผนบริหารระบบสารสนเทศ: ประกอบด้วยมาตรฐานข้อมูล มาตรฐานเทคโนโลยี ขั้นตอนการดำเนินงานตามลำดับ เกณฑ์ในการเลือกเก็บข้อมูล/ระยะเวลาและวิธีการในการคงเก็บข้อมูล เกณฑ์การปรับแก้ข้อมูลให้ทันสมัยและเป็นจริง การรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูล

มาตรฐานข้อมูล: ชุดข้อมูลขั้นต่ำที่จะจัดเก็บ คำจำกัดความข้อมูล การใช้รหัส การจัดกลุ่ม คำศัพท์ รูปแบบในการจัดเก็บข้อมูล

ชุดข้อมูลขั้นต่ำ: สำหรับผู้ป่วยที่รับไว้ในอนในโรงพยาบาล ควรประกอบด้วย ข้อมูลจำเพาะของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค ภาวะแทรกซ้อน เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับ สถานภาพจำหน่าย ค่าบริการแยกตามประเภทบริการ เป็นอย่างน้อย

2. การเชื่อมโยง สังเคราะห์ กระจาย ข้อมูล/สารสนเทศ (IM.2)

- (1) มีการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อประโยชน์ต่อการบริหาร และการรายงานต่อส่วนราชการ
- (2) มีข้อ (1) และการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพในบางประเด็น
- (3) มีข้อ (2) และการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพครบถ้วนทุกประเด็น, มีการกระจายถูกต้อง ทันเวลา ง่ายต่อการใช้, มีการฝึกอบรมและให้คำปรึกษาแก่ผู้ใช้ระบบสารสนเทศ
- (4) มีข้อ (3) และมีการเชื่อมโยงข้อมูล/สารสนเทศจากแหล่งต่างๆ เพื่อประสิทธิภาพและลดความผิดพลาด
- (5) เป็นระบบสารสนเทศที่มีการเชื่อมโยงและสังเคราะห์ข้อมูล/สารสนเทศที่มีประสิทธิภาพสมควรเป็นแบบอย่าง

3. บริการเวชระเบียน (IM.3)

- (1) ค้นหาเวชระเบียนได้เฉพาะในเวลาทำการ
- (2) ค้นหาเวชระเบียนได้รวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง, สามารถสืบหาเวชระเบียนที่ถูกยืมได้
- (3) มีข้อ (2) และมีมาตรการป้องกันการสูญหายที่รัดกุม มีการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูล, มีการบันทึกรหัสและดัชนีเวชระเบียนผู้ป่วยในทุกราย
- (4) มีข้อ (3) และมีระบบช่วยให้แพทย์สรุปเวชระเบียนได้สมบูรณ์ภายในกำหนดเวลา, มีระบบทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก
- (5) มีข้อ (4) และมีนวัตกรรมช่วยให้มีการบันทึกเวชระเบียนได้สมบูรณ์ครบถ้วน และมีการสกัดข้อมูลจากเวชระเบียนไปใช้ในการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

⁵ การสังเคราะห์ข้อมูล/สารสนเทศ: การนำข้อมูลต่างแหล่ง ต่างประเภท มาประมวลผลใหม่เพื่อให้ได้สารสนเทศที่มีความหมายมากขึ้น เช่น ต้นทุนรายโรค ต้นทุนตามกลุ่มผู้ป่วย อัตราการเสียชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ วันนอนโรงพยาบาลรายกลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ

7.4 แบบประเมินข้อ ข. การสังเคราะห์บทเรียนจากการพัฒนา

ขอให้กลุ่มศึกษาคำตอบการประเมินตนเองในข้อ ข. และพิจารณาประเด็นต่อไปนี้

- 1) วิเคราะห์แนวคำตอบ พิจารณาว่าตรงประเด็นหรือไม่
- 2) ให้ข้อเสนอแนะว่าจะตอบแบบประเมินตนเองในข้อนี้อย่างไรจึงจะได้ประโยชน์ที่สุด

1. มาตรการป้องกันปัญหา

ตัวอย่างคำตอบ

กำลังคน	เกลี้ยตำแหน่งบุคลากรในหน่วยที่มีปัญหา, จัดหลักสูตรการอบรมเป็นหลายระดับ มีระดับภาคบังคับด้วย เช่น อุบัติภัย การช่วยฟื้นคืนชีพ
สิ่งแวดล้อม	สำรวจปัญหาที่มีได้ทำแนวทางป้องกัน ได้จัดทำคู่มือ
เครื่องมือ	มีคู่มือการใช้งานและบำรุงรักษา, มีการสอบเทียบ, มีการสำรวจเครื่องมือที่จำเป็น
สารสนเทศ	ชี้แจงให้ทีมทราบถึงความสำคัญ, ตรวจสอบระบบที่เป็นไปได้, กำหนดบทบาทของทีมที่เกี่ยวข้องในการประเมินและวางแผนดูแลรักษาให้ชัดเจน, มีการควบคุมและการรายงานความคืบหน้าในทีมนำ, มีการประเมินการปฏิบัติตามและผลการปฏิบัติ
กระบวนการคุณภาพ	ให้ทุกหน่วยงานมีการวิเคราะห์กระบวนการหลักเพื่อให้ได้คู่มือครอบคลุมมาตรฐานการปฏิบัติงานที่สำคัญ, ค้นหาความเสี่ยงที่สำคัญ นำมาวางมาตรการป้องกัน รวมทั้งค้นหาปัญหาหรือโอกาสพัฒนาในกระบวนการหลักของงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ควบคุมโรคติดเชื้อ	จัดทำเอกสารแนวทางปฏิบัติงานให้ครอบคลุมทุกกิจกรรมสำคัญ, ติดตามนิเทศอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องโดย ICN หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้บริหารคุณภาพ, ประชุมนำเสนอปัญหาและระดมสมองหาแนวทางแก้ไข, ทบทวน/ปรับปรุงมาตรการป้องกันปัญหา

2. รูปธรรมของการประสานกิจกรรมอย่างเป็นระบบ

ตัวอย่างคำตอบ

กำลังคน	การจัดอบรมอัศวินภัยใน รพ., การจัดอบรมการฟื้นคืนชีพ
สิ่งแวดล้อม	การจัดการแก้ไขของขยะ เช่น สร้างโรงเก็บขยะ, การบำบัดน้ำเสีย เช่น มีการตรวจคุณภาพน้ำทิ้ง, มีคณะ กก.เป็นศูนย์ประสานงานแต่ละวิชาชีพพร้อมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญได้
เครื่องมือ	มีคณะ กก.เครื่องมือเป็นตัวแทนจากทุกหน่วยงาน, มีการประชุมคณะ กก.
สารสนเทศ	กลุ่มงานกำหนดความต้องการในการใช้สารสนเทศ, การประชุมร่วมกันของทีมสารสนเทศโดยใช้ความต้องการของกลุ่มงานเป็นหลัก, การประชุมร่วมกันของทีมนำเพื่อกำหนดความต้องการที่แท้จริง
กระบวนการคุณภาพ	ทุกหน่วยงานมีการประสานกิจกรรม QA/RM/CQI, การควบคุมเอกสารคุณภาพ ทั้งองค์กร, ระบบบริหารความเสี่ยง มีนโยบายกระจายไปสู่ PCT/หน่วยงานต่างๆ มีระบบการบันทึกเพื่อเก็บข้อมูล วิเคราะห์ นำเสนอผู้เกี่ยวข้องและผู้บริหาร เพื่อติดตามเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ, ระบบตัวชี้วัดคุณภาพ มีการออกแบบฟอร์มเก็บข้อมูล อบรม ส่งข้อมูลมายังศูนย์พัฒนาคุณภาพเพื่อวิเคราะห์ และแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้อง, การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการหาโอกาสพัฒนาจากการวิเคราะห์กระบวนการหลัก อบรมการใช้เครื่องมือ มีมหรรมคุณภาพเป็นเวทีในการนำเสนอผลงาน
ควบคุมโรคติดเชื้อ	สำรวจ/วิเคราะห์ความต้องการ/คาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน, เลือกรูปแบบ/กระบวนการดูแลรักษาและการบริหารที่สำคัญมาประเมินและปรับปรุง, ดำเนินการแก้ปัญหา/พัฒนาคุณภาพพร้อมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง, ประเมินผลการแก้ปัญหา, ติดตามรักษาคุณภาพ

3. ตัวอย่างของการใช้นวัตกรรม/ความคิดสร้างสรรค์

ตัวอย่างคำตอบ

กำลังคน	การจ้างแพทย์และพยาบาลทดแทนด้วยเงินประกันสังคม
สิ่งแวดล้อม	การใช้มะกรูดกำจัดกลิ่น
เครื่องมือ	มีช่างเทคนิคทางการแพทย์เฉพาะเพื่อดูแล/นิเทศ/แก้ไข/ช่วยเหลือเมื่อแก้ปัญหา, มีพยาบาลชำนาญการเฉพาะด้านเป็นหัวหน้าศูนย์
สารสนเทศ	กระดานข่าวและการตรวจสอบข่าวเพื่อเผยแพร่ข้อมูล, การใช้สารสนเทศในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา
กระบวนการคุณภาพ	การจัดแพทย์เวร ER ที่สมัครใจเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/แพทย์เวร
ควบคุมโรคติดเชื้อ	Sharp collector เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากเข็มและของมีคม

5. เครื่องชี้วัดที่เกี่ยวข้อง (ไปรตระบุผลการวัด/ช่วงเวลาที่ยาว)

ตัวอย่างคำตอบ

กำลังคน	สัดส่วนเจ้าหน้าที่ที่เข้ารับการฝึกอบรม, จำนวนข้าราชการและลูกจ้างที่ลาออก, ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่
สิ่งแวดล้อม	ผลการวิเคราะห์น้ำเสียที่ผ่านการบำบัด, การประหยัดพลังงาน
เครื่องมือ	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ, อัตราการติดเชื้อของผู้ป่วยจากการใช้เครื่องมือ, ความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ต่อการใช้เครื่องมือ, จำนวนครั้งที่เครื่องมือใช้การไม่ได้
สารสนเทศ	การบันทึกลงข้อมูลผู้ป่วยใน
กระบวนการคุณภาพ	ตัวชี้วัดคุณภาพ รพ., รายงานอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์
ควบคุมโรคติดเชื้อ	อัตราการติดเชื้อใน รพ.ตามตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ จำแนกรายหอผู้ป่วย

6. การทบทวน/ประเมินผล และตอบสนองต่อผลการประเมิน

ตัวอย่างคำตอบ

กำลังคน	-
สิ่งแวดล้อม	อยู่ในระหว่างการสำรวจ
เครื่องมือ	ติดตามและวิเคราะห์ความพึงพอใจในการใช้/ความเพียงพอ/การดูแล บำรุงรักษา/การซ่อมเครื่องมือประจำหน่วยงาน, นำมาจัดทำแนวทางในการ ดำเนินการแก้ไขปรับปรุง
สารสนเทศ	มีการทบทวนในที่มนำและระดับหน่วยงาน มีการนำผลมาประเมินและ ตอบสนองในบางข้อ
กระบวนการคุณภาพ	ตัวชี้วัดคุณภาพ มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่เหมาะสม วัดคุณภาพครอบคลุม วิสัยทัศน์ พันธกิจ ครอบคลุมคุณภาพทั้ง 9 มิติ มีระบบจัดเก็บข้อมูลบันทึกโดย ผู้เกี่ยวข้อง และมีการวิเคราะห์ความถูกต้องของข้อมูล นำเสนอผู้เกี่ยวข้องและ ผู้บริหารเพื่อพิจารณาตอบสนอง และติดตามประเมินการพัฒนาคุณภาพอย่าง ต่อเนื่อง
ควบคุมโรคติดเชื้อ	<p>ความรู้ความเข้าใจต่อนโยบายและมาตรการ: ICN และ ICWN รวมทั้งพยาบาล ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน IC ในทุกมาตรการที่กำหนด, ระดับความรู้ เกี่ยวกับ IC เพิ่มขึ้น</p> <p>การปฏิบัติตามนโยบายและมาตรการ: หอผู้ป่วยมีการนำข้อเสนอนะไป ดำเนินการ, มีการกำหนด ทบทวนเอกสารวิธีปฏิบัติงานแต่ละฉบับอย่างต่อเนื่อง ประสิทธิภาพของการใช้น้ำยาทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ: มีการ ประเมินการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนด, มีมาตรฐานการตรวจสอบ ประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ</p> <p>ปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อ: มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ (target surveillance)</p> <p>ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ: ดำเนินการประเมินประสิทธิภาพปีละ 1 ครั้ง เกณฑ์ทุกหน่วยงานมากกว่า 80%</p> <p>การสอบสวนการระบาด: กำหนดข้อบ่งชี้และกลไกในการดำเนินการ, กำหนด ผู้รับผิดชอบและขอบเขตการดำเนินการ</p>

7.5 แนวคำตอบ

1. แบบประเมินข้อ ก. การประเมินเมื่อเริ่มแรก/วิเคราะห์เพื่อวางแผนปรับปรุง

1) ประเด็นที่ต้องปรับปรุงนั้นมีความเหมาะสมหรือไม่

การตั้งเป้าว่าจะเป็นตัวอย่งที่ดีของการกำหนดความต้องการด้านกำลังคน และความพอเพียงด้านทรัพยากรบุคคล หากสามารถทำได้ก็จะเป็นสิ่งที่ดี แต่หากไม่สามารถทำได้ก็จะเป็นเพียงความเพ้อฝันซึ่งเปล่าประโยชน์ ในการจะเลือกเอาคำตอบอันดับที่ 5 ซึ่งเป็นอันดับสูงสุดในแบบประเมินตนเองข้อ ง. มาเป็นประเด็นในการพัฒนานั้นควรจะพิจารณาถึงสภาพความเป็นจริงด้วย

การเป็นตัวอย่งที่ดีนั้นเป็นเป้าหมายที่ทุกคนน่าจะพยายามมุ่งเพิ่มไปในทิศทางนั้น แต่ไม่ได้หมายความว่าต้องทำให้สำเร็จในเวลาอันสั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องกำลังคนซึ่งมีข้อจำกัดภายนอกมากมาย ประเด็นที่ควรระบุในที่นี้คือการจัดกำลังคนให้เพียงพอและเหมาะสม ไม่จำเป็นต้องไปถึงขั้นเป็นตัวอย่งที่ดี

2) แนวทางดำเนินการและระยะเวลาที่กำหนดไว้จะสามารถบรรลุเป้าหมายได้หรือไม่

แนวทางการดำเนินการซึ่งไม่สอดคล้องกับเป้าหมายที่จะปรับปรุง เช่น การปฏิรูประบบราชการไม่สามารถที่จะไปสู่เป้าหมายการเป็นตัวอย่งที่ดีของความเพียงพอด้านทรัพยากรบุคคลได้ ทีมงานควรจะใช้หลักตรรกะง่ายๆ ในการคิดว่า ทำอย่างไรบุคลากรจะเพียงพอ จะลดงานหรือจะเพิ่มคน การลดงานจะลดได้อย่างไรบ้าง การเพิ่มคนจะเพิ่มได้อย่างไรบ้าง

ระยะเวลาที่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบไม่ได้พิจารณาอย่างจริงจังถึงความเป็นไปได้ของแผนที่ตนเองกำหนด หรือไม่ทราบว่าเป้าหมายนั้นคืออะไร ในเวลา 6 เดือน รพ.จะเป็นตัวอย่งที่ดีของความเพียงพอด้านทรัพยากรบุคคลได้อย่างไร

3) การตอบลักษณะนี้มีปัญหาอย่างไร อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดคำตอบในลักษณะนี้

ปัญหาแรกคือการตัดตอนและความไม่เข้าใจ การจัดลำดับความสำคัญให้สอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่ เป็นคำตอบอยู่ในหัวข้อการกำหนดเนื้อหา/แผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (ข้อ ง.3 ของบทที่ 4) ความหมายก็คือจะจัดลำดับความสำคัญของการกำหนดเนื้อหาการฝึกอบรมอย่างไรจึงจะสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่ เห็นได้ชัดว่าเรื่อง utilization review เป็นความพยายามที่จะส่งเสริมการใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพที่สุด ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการจัดลำดับความสำคัญในการกำหนดเนื้อหาการฝึกอบรม

ปัญหานี้เกิดจากทีมงานใช้วิธีลัดคือประเมินในข้อ ง. ก่อน แล้วนำเอาสิ่งที่ยังทำไม่ได้ในข้อ ง. มาเป็นประเด็นที่ต้องปรับปรุง การทำเช่นนี้สามารถทำได้ แต่มีข้อพึงสังวรณ์ว่าควรพิจารณาให้ครอบคลุมทุกประเด็น และบางเรื่องนั้นไม่ใช่สิ่งที่จะต้องพยายามไปถึงในช่วงเวลาอันสั้น

4) ท่านจะแนะนำให้ทีมงานปรับปรุงการตอบแบบประเมินตนเองอย่างไร

ขอให้ทีมผู้ประเมินปฏิบัติตามคำชี้แจงที่ให้ไว้ คือ “โปรดศึกษาประเด็นสำคัญในมาตรฐานและเกณฑ์พิจารณา แล้ววางแผนพัฒนาในตารางข้างล่าง” ประเด็นสำคัญก็คือหัวข้อที่พิมพ์ด้วยตัวหนาในมาตรฐาน และเพื่อให้ง่ายขึ้น รพ.อาจจะประเมินออกมาในรูปแบบของการทำ check list ดังตัวอย่าง

ในการประเมิน ทีมผู้ประเมินต้องศึกษารายละเอียดในแต่ละประเด็นประกอบด้วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจความคาดหวังที่จะให้ รพ.ปฏิบัตินั้นเป็นอย่างไร

นอกเหนือจากนี้ หากทีมผู้ประเมินเห็นว่าเรื่องใดเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและควรนำมาบรรจุไว้ในแผนการปรับปรุง ก็สามารถเพิ่มเติมได้

ประเด็น	OK ⁶	P1 ⁷	P2 ⁸	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
HUM.1 มีการวางแผนทรัพยากรบุคคล สอดคล้องกับพันธกิจ แผนยุทธศาสตร์ โครงสร้างองค์กร และทรัพยากรของโรงพยาบาล				
(1) มีนโยบายด้านทรัพยากรบุคคลซึ่งได้รับการรับรองจากองค์กรบริหารสูงสุด (HUM.1.1)				
(2) มีผู้บริหารระดับสูงรับผิดชอบการบริหาร ทรัพยากรบุคคล ในด้านการวางแผน การ ดำเนินการ และการประเมินผล (HUM.1.2)				
(3) มีการจัดทำแผนทรัพยากรบุคคลเป็นลายลักษณ์อักษร (HUM.1.3)				
(4) มีการกำหนดคุณสมบัติ และความรู้ ความสามารถเฉพาะตำแหน่ง (HUM.1.4)				
HUM.2 มีกระบวนการสรรหาและคัดเลือก เพื่อให้ได้เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติตามที่ กำหนดไว้				
(1) มีวิธีปฏิบัติในการสรรหาและคัดเลือก เจ้าหน้าที่ (HUM.2.1)				
(2) มีการจัดทำหนังสือสัญญาจ้างเป็นลาย ลักษณ์อักษร (HUM.2.2)				
(3) มีการจัดทำทะเบียนประวัติเจ้าหน้าที่ (HUM.2.3)				
HUM.3 มีการเตรียมความพร้อม การ เพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้				

⁶ ประเด็นที่ทำได้ดีแล้ว

⁷ ประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งสามารถทำได้ง่าย

⁸ ประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งมีความซับซ้อนหรือยากลำบาก

ประเด็น	OK ⁶	P1 ⁷	P2 ⁸	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ				
(1) มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HUM.3.1)				
(2) มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน (HUM.3.2)				
(3) เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ (HUM.3.3)				
(4) มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ (HUM.3.4)				
(5) มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HUM.3.5, GEN.4.5)				
HUM.5 มีการตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ในด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล อย่างสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และปรัชญาของโรงพยาบาล				
(1) การศึกษาความต้องการและประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่				
(2) การตอบสนองต่อความต้องการของเจ้าหน้าที่อย่างเหมาะสม				

2. แบบประเมินตนเองข้อ ค. ข้อมูลเฉพาะ

บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

1. โปรดระบุเป้าหมายของการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาลที่จะช่วยในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพได้อย่างไร จะช่วยในการติดตามระดับคุณภาพหรือปัญหาคุณภาพอย่างไร

คำตอบของทีม

ช่วยในการบริหารตัวชี้วัดของโรงพยาบาล เพื่อวิเคราะห์ดูแนวโน้มของระบบคุณภาพใน รพ. และจัดการป้องกันหรือแก้ไข รวมทั้งดูผลของการแก้ไข, ช่วยในการเปรียบเทียบระดับของคุณภาพระหว่าง รพ., เป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดนโยบายคุณภาพลงไปยังส่วนล่าง, ที่ยังขาดอยู่และหาตัวอย่างไม่ได้คือการใช้ในการวัดการวิจัย

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- เป้าหมายของระบบสารสนเทศอย่างไรมีอะไรบ้าง
- นอกเหนือจากการใช้ประโยชน์ในเรื่องของตัวชี้วัดแล้ว มีแผนการในการใช้ประโยชน์เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพได้อย่างไร
- ระบบสารสนเทศจะสนับสนุนการทำวิจัยในโรงพยาบาลได้อย่างไร

2. โรงพยาบาลมีแนวทางในการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูลอย่างไร

คำตอบของทีม

แนวทางไม่ให้คนอื่นเจาะระบบเข้ามา, ไม่ให้คนในเจาะระบบเอง, ระบบสำรองเมื่อมีไฟดับ, การเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับ อะไรที่เป็นข้อมูลที่เป็นความลับ

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- ขอรายละเอียดแนวทางในการรักษาความลับและความปลอดภัย
- รพ. สามารถในการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ได้เพียงใด และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

3. โปรดอธิบายแนวทางปฏิบัติในการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยดูและใช้เวชระเบียนของตนเอง

คำตอบของทีม

มีระเบียบปฏิบัติโดยเขียนคำร้องที่ฝ่ายบริหาร ซึ่งจะตรวจสอบสิทธิที่จะขอข้อมูล และจะทำหนังสือไปที่หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้ากลุ่มงานจะพิจารณาโดยให้แพทย์ที่เป็นเจ้าของใช้ร่วมพิจารณาเขียนข้อมูลรายละเอียด

ในกรณีเร่งด่วน แพทย์มีสิทธิตัดสินใจเขียนข้อมูลได้เลย

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- มีการกำหนดหรือไม่ว่าข้อมูลประเภทใดที่สามารถให้ได้ ข้อมูลประเภทใดที่ไม่สมควรให้ หรือจะให้ต่อเมื่อมีเงื่อนไขอย่างไร

- แนวทางปฏิบัติในการให้ผู้ป่วยดูและใช้เวชระเบียนของตนเองเป็นอย่างไร ทำอย่างไรผู้ป่วยจึงจะเข้าใจข้อมูลในเวชระเบียนของตน ไม่เกิดความเข้าใจผิด หรือไม่นำเวชระเบียนไปให้ผู้ที่ไม่มีความรู้แปลความจนเกิดความเข้าใจผิด

4. โปรดระบุนายการข้อมูลผู้ป่วยใน ที่มีการเก็บไว้ในระบบสารสนเทศ การนำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้วิเคราะห์ และการใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์

คำตอบของทีม

ข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วย ได้แก่ เลขประจำตัว, เพศ, วันเกิด, วันที่รับไว้ในโรงพยาบาลและวันจำหน่าย, การวินิจฉัยโรค ซึ่งแยกออกเป็น การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุของการนอนโรงพยาบาล, ภาวะการเจ็บป่วยร่วมเมื่อแรกรับ (co-morbidity) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (complication), เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับ, สถานภาพจำหน่าย (กลับบ้าน, ส่งต่อ, เสียชีวิต)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- ข้อมูล co-morbidity และ complication เป็น minimal data set ของผู้ป่วยในที่ รพ.เก็บไว้ในระบบคอมพิวเตอร์ ได้มีการประเมินความครบถ้วนของการเก็บข้อมูลเหล่านี้หรือไม่
- ถ้าประเมินแล้วได้ผลอย่างไรและมีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไร
- มีการนำข้อมูลทั้งหมดที่อยู่ในระบบคอมพิวเตอร์มาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์อย่างไร

5. กลุ่มโรคและเหตุการณ์ที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด 5 อันดับแรกคืออะไร อยู่ในระดับที่ยอมรับได้หรือไม่ มีโอกาสลดลงได้หรือไม่ อย่างไร

คำตอบของทีม

ต้องหาในแต่ละกลุ่มงาน โดยดูจากตัวชี้วัด

major burn, อวัยวะขาด, head injuries, บาดเจ็บกระดูกสันหลัง, อุบัติเหตุหลายระบบ

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- ทีมเห็นว่าข้อมูลกลุ่มโรคและเหตุการณ์ที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด จะนำไปใช้ประโยชน์อย่างไรบ้าง
- ได้มีการประมวลผลข้อมูลนี้โดยศูนย์ข้อมูลข่าวสารหรือไม่ หรือให้แต่ละกลุ่มงานประมวลผลกันเอง
- ใครเป็นผู้รับผิดชอบในการประมวลผลข้อมูลรวมของ รพ.
- การประมวลผลกลุ่มโรคและเหตุการณ์ควรจะรวมกันหรือแยกกัน

6. กลุ่มโรคและเหตุการณ์ที่มีวันนอนสูงสุด 5 อันดับแรกคืออะไร อยู่ในระดับที่ยอมรับได้หรือไม่ มีโอกาสลดลงได้หรือไม่ อย่างไร

คำตอบของทีม

ต้องการในแต่ละกลุ่มงาน โดยดูจากตัวชี้วัด

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- ทีมเห็นว่าข้อมูลกลุ่มโรคและหัตถการที่มีวันนอนสูงสุด จะนำไปใช้ประโยชน์อย่างไรบ้าง
- ได้มีการประมวลผลข้อมูลนี้โดยศูนย์ข้อมูลข่าวสารหรือไม่ หรือให้แต่ละกลุ่มงานประมวลผลกันเอง
- ใครเป็นผู้รับผิดชอบในการประมวลผลข้อมูลรวมของ รพ.
- การประมวลผลกลุ่มโรคและหัตถการควรจะรวมกันหรือแยกกัน

8. โปรดยกตัวอย่างกรณีที่ผู้บริหารระดับสูงใช้สารสนเทศเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ

คำตอบของทีม

ข้อมูลของแพทย์ที่จะไปอบรม การอบรม และสถิติผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง, การพิจารณางบประมาณ ความสอดคล้องกับนโยบายและอันดับโรค หรือปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์ตัวชี้วัด, ราคายาถูราคาระหว่าง, พัสตุ้ใช้ตรวจสอบราคา, ข้อมูลประกันสังคม, ยอดนับรายรับรายจ่าย

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- ข้อมูลที่ให้มาส่วนใหญ่เป็น routine decision ขอให้บอกเล่าเป็นกรณีๆ สำหรับ non-routine decision ด้วย

9. ผู้บริหารได้ดำเนินการอย่างไรเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์

คำตอบของทีม

มีแผนงานหลักระบบสารสนเทศ, มีการอบรม, มีศูนย์คอมพิวเตอร์เพื่อให้บริการ

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- การอบรมนั้นอบรมเรื่องอะไร แก่ใคร
- การอบรมและบริการของศูนย์คอมพิวเตอร์มีส่วนช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้ประกอบวิชาชีพในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างไร
- ได้มีการสอบถามความต้องการจากผู้ประกอบวิชาชีพหรือไม่ว่าต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกอะไร หากมีการสอบถาม ได้ผลอย่างไร มีการดำเนินการตอบสนองอย่างไร

10. เจ้าหน้าที่ในหน่วยเวชระเบียนมีส่วนในการเพิ่มความสมบูรณ์ถูกต้องของบันทึกเวชระเบียนอย่างไร

คำตอบของทีม

โดยการอบรม ICD10 และมีส่วนร่วมในคณะกรรมการเวชระเบียนของ รพ. มีการปรึกษาแพทย์เมื่อมีปัญหาในการกรอกข้อมูล

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- เป็นไปได้หรือไม่ที่เจ้าหน้าที่ในหน่วยเวชระเบียนมีส่วนในการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนเพื่อส่งให้ผู้รับผิดชอบเพิ่มเติมให้สมบูรณ์
- หากเป็นไปได้ ใครควรจะทำหน้าที่ดังกล่าว หรือจะปล่อยให้เวชระเบียนยังคงไม่สมบูรณ์อยู่เช่นนั้น

บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป

1. โปรดอธิบายว่า รพ. ส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างหน่วยงานและระหว่างวิชาชีพอย่างไร

คำตอบของทีม

จัดตั้ง PCT ซึ่งมีกิจกรรมสหวิชาชีพของแพทย์ พยาบาล ทีมสนับสนุน ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- PCT ส่งผลให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างหน่วยงานอะไรบ้าง
- กิจกรรมใดบ้างที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน
- กิจกรรมพัฒนาระหว่างหน่วยงานที่จะต้องเสริมให้เข้มแข็งขึ้นคืออะไร มีแผนการอย่างไร

2. โปรดอธิบายว่า รพ. มีวิธีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่รับทราบและปฏิบัติตามระบบงานที่กำหนดไว้ในคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานอย่างไร

คำตอบของทีม

หัวหน้าและผู้ปฏิบัติงานร่วมกันวิเคราะห์กระบวนการหลัก และจัดทำคู่มือที่จำเป็นต่อคุณภาพของกระบวนการให้บริการ หัวหน้าเป็นผู้ประเมินการปฏิบัติตามคู่มือจากการสังเกต คุบติการณ์ ความผิดพลาด และแบบประเมินเจ้าหน้าที่

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- ในการประเมินการปฏิบัติตามคู่มือโดยหัวหน้าหน่วยงาน มีแนวทางปฏิบัติอย่างไร ทำบ่อยเพียงใด คัดเลือกประเด็นที่จะสังเกตอย่างไร
- ในเรื่องที่ทำหัวหน้าหน่วยงานไม่ได้สังเกตมีการประเมินด้วยวิธีอื่นหรือไม่
- จะทราบได้อย่างไรว่าหัวหน้าหน่วยงานทุกหน่วยได้เฝ้าสังเกต
- ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนอย่างไรในการร่วมประเมินการปฏิบัติตามคู่มือ

3. โปรดระบุเครื่องชี้วัดที่ รพ. เห็นว่ามีประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ และประโยชน์ที่ได้จากการติดตามเครื่องชี้วัดเหล่านั้น

คำตอบของทีม

IP/OP voice, NI, blood transfusion reaction

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- การระบุเครื่องชี้วัดที่เห็นว่ามีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ ใช้เกณฑ์อะไรพิจารณา
- ขอให้ระบุการเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการติดตามเครื่องชี้วัดดังกล่าว

4. โปรดอธิบายวิธีการในการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่นำ CQI ไปใช้ในการแก้ปัญหาประจำวัน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

คำตอบของทีม

Pareto จัดลำดับความสำคัญของปัญหา, cause-effect diagram หา root cause, ใช้เครื่องมือการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม, กำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลการแก้ปัญหา

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- ขอให้ทบทวนว่าขณะนี้การทำกิจกรรม CQI เป็นไปในลักษณะของโครงการเต็มรูปแบบเป็นส่วนใหญ่ หรือมีบางส่วนที่ผู้ปฏิบัติงานเริ่มนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน
- ในหน่วยงานใดบ้างที่นำไปใช้ในการแก้ปัญหาประจำวันได้ดี
- อะไรคือปัจจัยที่ทำให้เกิดการประยุกต์ดังกล่าว
- ทีมนำจะส่งเสริมให้หน่วยงานอื่นๆ ที่ยังทำ CQI ในลักษณะเป็นโครงการ ได้นำเครื่องมือคุณภาพทั้งหลายมาใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างไร

5. โปรดอธิบายวิธีการทำให้หน่วยงานต่างๆ เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

คำตอบของทีม

สนับสนุนค่าใช้จ่ายในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ, จัดทำบอร์ดคุณภาพ, วางแผนพัฒนาหน่วยงานจากผลการทำแบบประเมินตนเอง, จัดให้มีกิจกรรมคุณภาพเป็นเวทีนำเสนอผลงาน CQI

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- วิธีการต่างๆ ที่สร้างความตื่นตัวให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องนั้น วิธีการใดที่ได้ผลดี วิธีการใดที่ไม่ได้ผล
- ระดับความตื่นตัวที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร เด่นในหน่วยงานใด ด้อยในหน่วยงานใด
- มีแผนที่จะปรับปรุงต่อไปอย่างไร

6. โปรดอธิบายรูปธรรมของการขยายผลการใช้ประโยชน์จากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของแต่ละหน่วยงาน รูปธรรมของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความสำเร็จระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล

คำตอบของทีม

หน่วยงานส่วนใหญ่มีมาตรฐานตาม GEN ทั้ง 9 มีคู่มือการประกันคุณภาพ มีระบบบริหารความเสี่ยง และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง, สภาคุณภาพเป็นเวทีที่ PCT เสนอความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพและแลกเปลี่ยนความสำเร็จ ทำให้ PCT ทั้งหมดยกระดับคุณภาพได้ใกล้เคียงกัน

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- อะไรคือรูปธรรมของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความสำเร็จระหว่างหน่วยงาน
- มีโครงการพัฒนาคุณภาพอะไรบ้างที่เริ่มในระดับหน่วยงาน และขยายผลไปสู่การปรับปรุงระบบงานหรือกระบวนการทำงานทั่วทั้งโรงพยาบาล วิธีการที่ทำให้เกิดการขยายผลนั้นทำอย่างไร
- ขอให้ยกตัวอย่างการเรียนรู้ระหว่าง PCT ที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา

7. โปรดอธิบายการสร้างสมดุลระหว่างการรักษาความสม่ำเสมอของระดับคุณภาพ (รักษาของเดิม) กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา)

คำตอบของทีม

มาตรฐานการบริการเป็นคู่มือและแนวทางปฏิบัติที่กำหนดให้ผู้ปฏิบัติทำตามที่เขียนไว้ตามคู่มือเพื่อประกันคุณภาพให้คงที่ ถ้ายังไม่ได้มาตรฐานก็ทำการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องให้เป็นไปตามมาตรฐาน แต่กรณีที่ผ่านมาไป ความต้องการของผู้รับผลงานเปลี่ยนแปลงไป ก็อาจต้องพัฒนาคุณภาพ CQI ยกกระดับมาตรฐานหรือคู่มือเดิมที่ใช้อยู่

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา กิจกรรมคุณภาพส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการรักษาความสม่ำเสมอ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- รพ.แก้ปัญหาความยืดติดเนื่องมาจากการมีคู่มือปฏิบัติงานอย่างไร
- รพ.นำเอาผลการทำ CQI เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการปฏิบัติงานอย่างไร (ขอให้ยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม)

8. โรงพยาบาลมีโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงอะไรบ้าง มีแนวทางในการประสานโปรแกรมที่เกี่ยวข้องเหล่านั้นเข้าเป็นระบบบริหารความเสี่ยงอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบ

คำตอบของทีม

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงรับผิดชอบในการประสานงาน โปรแกรมที่เกี่ยวข้องได้แก่ การประกันคุณภาพ, การติดเชื้อใน รพ., อาชีวอนามัย, โครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย โดยมีระบบการค้นหาความเสี่ยง การส่งข้อมูลมาวิเคราะห์ นำเสนอต่อสภาคุณภาพและกรรมการบริหาร รพ.

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- ข้อมูลที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงวิเคราะห์และนำเสนอต่อสภาคุณภาพเป็นประจำได้แก่อะไรบ้าง นำเสนอบ่อยเพียงใด
- ขอให้ยกตัวอย่างประโยชน์จากการประสานโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงว่าทำให้แต่ละโปรแกรมทำงานได้ง่ายขึ้นอย่างไร ทำให้ทีมนำเห็นปัญหาในภาพรวมดีขึ้นอย่างไร

9. อะไรคือความเสี่ยงที่ รพ. เห็นว่ามีความสำคัญสูง มีแนวทางในการหลีกเลี่ยงหรือป้องกันอย่างไร
คำตอบของทีม

การเสียชีวิตที่ไม่คาดคิด การฆ่าตัวตาย การให้เลือดผิด การผ่าตัดผิดข้าง การลักพาเด็กหรือส่ง
ผิดมารดา

มาตรการป้องกันคือการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพและคู่มือปฏิบัติงาน เคารพสิทธิผู้ป่วยโดย
ให้ข้อมูลผู้ป่วยให้ทราบถึงการวินิจฉัย แนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- รพ. ได้ติดตามอุบัติการณ์ของความเสี่ยงที่มีความสำคัญสูงหรือไม่ ถ้าติดตามผลลัพธ์เป็น
อย่างไร อะไรคืออุบัติการณ์ที่มีผลกระทบสูง
- มาตรการป้องกันเฉพาะสำหรับความเสี่ยงแต่ละอย่างที่กำลังกล่าวมามีอะไรบ้าง

บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1. โปรดอธิบายการเชื่อมโยงโปรแกรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเข้ากับ
กระบวนการพัฒนาคุณภาพ

คำตอบของทีม

เปรียบเทียบ PDCA ของกระบวนการพัฒนาคุณภาพกับงาน IC

ตัวอย่างคำถามกระตุ้น

- ขอให้ยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมว่าการเฝ้าระวังการติดเชื้อได้นำมาสู่การทำกิจกรรม CQI อย่างไร
นำมาสู่การกำหนด training need อย่างไร
- การทำ CQI เพื่อแก้ปัญหา NI นำมาสู่การปรับปรุงมาตรการในการป้องกัน NI อย่างไร

2. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร มีจุดที่มี
ปัญหาและควรได้รับการใส่ใจเป็นพิเศษที่ไหน

คำตอบของทีม

ในรอบปีที่ผ่านมามีการสำรวจอัตราชุก (prevalence survey) 1 ครั้ง และเก็บข้อมูลการติดเชื้อ
จากการเฝ้าระวังเป็นรายเดือน

อัตราอุบัติการณ์การติดเชื้อ 8.2 ครั้ง/ผู้ป่วยจำหน่าย 1000 ราย อัตราชุก 7.5% ประสิทธิภาพ
ในการเฝ้าระวัง 16.1%

การติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก (จากการสำรวจความชุก) pneumonia 5.4%, UTI
3.7%, SSI 3.7%

หน่วยงานที่มีอัตราชุกของการติดเชื้อสูงสุดได้แก่ burn 28.6%, พิเศษ 27.3%, ทารกแรกเกิด
12.8%

หน่วยงานที่ต้องพัฒนาการเฝ้าระวังการติดเชื้อให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นได้แก่ ทุกหน่วยงาน ยกเว้นสามัญ 5 มีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังต่ำกว่า 50% จะต้องประเมินประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง 3 ปีต่อครั้ง

ตัวอย่างคำถามกระตุ้น

- ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังการติดเชื้อ 16.1% มีความหมายว่าอย่างไร เป็นสิ่งที่ยอมรับได้หรือไม่
- หากยอมรับไม่ได้ ระบบเฝ้าระวังที่ใช้ข้อมูลจุดอ่อนตรงไหน มีแนวทางดำเนินการอย่างไร
- ตัวเลขการติดเชื้อ pneumonia 5.4% ใช้อะไรเป็นตัวหาร มีความหมายอย่างไร
- เหตุใดหอผู้ป่วยสามัญ 5 จึงมีประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังสูงสุด

4. สถิติการติดเชื้อในเจ้าหน้าที่ซึ่งอาจเกิดจากการทำงานเป็นอย่างไร รพ.ได้ดำเนินการอย่างไรเพื่อป้องกันเจ้าหน้าที่จากการติดเชื้อ

คำตอบของทีม

การดูแลสุขภาพเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบของงานอาชีวเวชศาสตร์
การดำเนินการเพื่อป้องกันเจ้าหน้าที่จากการติดเชื้อ ได้มีการกำหนดมาตรการเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่น UP/IP, การควบคุมสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย

ตัวอย่างคำถามกระตุ้น

- ข้อมูลจากงานอาชีวเวชศาสตร์เป็นอย่างไร ได้มีการประสานงานระหว่าง IC กับงานอาชีวเวชศาสตร์อย่างไร
- อะไรคือความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่ในเรื่องการติดเชื้อจากการทำงานที่ รพ.ถือว่ามีความสำคัญสูง
- มีสถิติข้อมูลการติดเชื้อเหล่านี้อย่างไร
- มาตรการเฉพาะเพื่อป้องกันการติดเชื้อเหล่านี้ได้แก่อะไร

5. โปรดอธิบายวิธีการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามหลัก UP/IP อย่างถูกเทคนิค รพ.มีข้อจำกัดอะไรบ้าง มีแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างไร

คำตอบของทีม

ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามถูกเทคนิคโดยมีเอกสารวิธีปฏิบัติ, จัดการอบรม, จัดให้มีอุปกรณ์ที่ต้องใช้, มีระบบการประเมินการปฏิบัติ, มีการติดตามนิเทศเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ

มีข้อจำกัดเรื่องห้องแยกไม่เพียงพอ แก้ปัญหาโดยจัดลำดับความสำคัญในการใช้ห้องแยก

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- ผลการประเมินการปฏิบัติตาม UP/IP เป็นอย่างไร, ใครเป็นผู้ประเมิน

6. ในรอบปีที่ผ่านมาเคยมีการระบาดหรือแนวโน้มการระบาดของ การติดเชื้อใน รพ.อะไรบ้าง ดำเนินการ ควบคุมอย่างไร ผลเป็นอย่างไร

คำตอบของทีม

มีการระบาดของ MRSA ในแผนกศัลยกรรม

ควบคุมโดย ICWN กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับเข้มงวดในการล้างมือก่อนและหลังปฏิบัติการ พยาบาล, เน้นการทบทวนมาตรการปฏิบัติของ contact precaution ทุกครั้งที่ติดตามนิเทศ, สืบสวนและ ค้นหาสาเหตุการระบาด

ผล สามารถควบคุมไม่ให้เกิดการกระจาย มาตรการที่ได้ผลมากที่สุดคือ การล้างมือ

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้น

- ขอให้นำเสนอกราฟแท่งแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อเป็นรายๆ ตามวันที่วินิจฉัยว่ามี การติดเชื้อ ตั้งแต่พบผู้ป่วยรายแรกจนสามารถควบคุมการระบาดได้ การสัมผัสผู้ป่วย
- จะทำอย่างไรให้เจ้าหน้าที่ยังคงเคร่งครัดกับการล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย

3. แบบประเมินข้อ ง. ตรวจสอบลำดับขั้นของการพัฒนา (ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล)

1. การวางแผนและออกแบบระบบ⁹ (IM.1)

- (1) มุ่งตอบสนองความต้องการด้านการบริหาร
- (2) มีข้อ (1) และเพื่อความสะดวกและคล่องตัวในการให้บริการผู้ป่วย
- (3) มีข้อ (2) และเพื่อการประเมิน/พัฒนาคุณภาพ, มีคณะกรรมการเวชระเบียนซึ่งทำหน้าที่สมบูรณ์¹⁰, มีมาตรฐานและแนวทางการบริหารระบบสารสนเทศครบถ้วน¹¹
- (4) มีข้อ (3) และมีคณะกรรมการสารสนเทศโรงพยาบาลดูแลภาพรวมของระบบสารสนเทศทั้งหมด
- (5) เป็นระบบสารสนเทศที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สมควรเป็นแบบอย่าง

ตัวอย่างคำถาม

- รพ. กำหนดเป้าหมายและวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวไว้อย่างไร เช่น การเพิ่มความสะดวกและคล่องตัวในการให้บริการจะมีวิธีการอย่างไรบ้าง
- การประเมินและพัฒนาคุณภาพจะมีวิธีการอย่างไรบ้าง
- มีแผนบริหารระบบสารสนเทศครบถ้วนหรือไม่ (ควรประกอบด้วยมาตรฐานข้อมูล, มาตรฐานเทคโนโลยี, ขั้นตอนการดำเนินงาน, เกณฑ์ในการเลือกเก็บข้อมูล/ระยะเวลา และวิธีการในการคงเก็บข้อมูล, เกณฑ์การปรับแก้ข้อมูลให้ทันสมัย, การรักษาความปลอดภัยและความลับข้อมูล) อาจจะมีสรุปสั้นๆ และอ้างอิงถึงเอกสารที่เกี่ยวข้องก็ได้
- คณะกรรมการสารสนเทศของโรงพยาบาลมีหน้าที่อะไรบ้าง หน้าที่ที่ทำได้ดีและบรรลุความสำเร็จไปแล้วได้แก่อะไร

⁹ **การออกแบบระบบสารสนเทศ:** การวิเคราะห์ความต้องการใช้ การกำหนดประเภทข้อมูลนำเข้า วิธีการบันทึกข้อมูล วิธีการประมวลผล วิธีการเคลื่อนย้ายข้อมูลและสารสนเทศ วิธีการรายงานข้อมูลและสารสนเทศ

¹⁰ **บทบาทของคณะกรรมการเวชระเบียน:** กำหนดมาตรฐานและนโยบายเกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วย พิจารณาแบบฟอร์มที่ใช้ กำหนดแนวทางปฏิบัติงานที่เหมาะสม ทบทวนคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน และการบันทึกรหัส

¹¹ **แผนบริหารระบบสารสนเทศ:** ประกอบด้วยมาตรฐานข้อมูล มาตรฐานเทคโนโลยี ขั้นตอนการดำเนินงานตามลำดับ เกณฑ์ในการเลือกเก็บข้อมูล/ระยะเวลาและวิธีการในการคงเก็บข้อมูล เกณฑ์การปรับแก้ข้อมูลให้ทันสมัยและเป็นจริง การรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูล

มาตรฐานข้อมูล: ชุดข้อมูลขั้นต่ำที่จะจัดเก็บ คำจำกัดความข้อมูล การใช้รหัส การจัดกลุ่ม คำศัพท์ รูปแบบในการจัดเก็บข้อมูล

ชุดข้อมูลขั้นต่ำ: สำหรับผู้ป่วยที่รับไว้ในอนในโรงพยาบาล ควรประกอบด้วย ข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค ภาวะแทรกซ้อน เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับ สถานภาพจำหน่าย ค่าบริการแยกตามประเภทบริการ เป็นอย่างน้อย

2. การเชื่อมโยง สังเคราะห์¹² กระจาย ข้อมูล/สารสนเทศ (IM.2)

- (1) มีการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อประโยชน์ต่อการบริหาร และการรายงานต่อส่วนราชการ
- (2) มีข้อ (1) และการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพในบางประเด็น
- (3) มีข้อ (2) และการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพครบถ้วนทุกประเด็น, มีการกระจายถูกต้อง ทันท่วงที ง่ายต่อการใช้, มีการฝึกอบรมและให้คำปรึกษาแก่ผู้ใช้ระบบสารสนเทศ
- (4) มีข้อ (3) และมีการเชื่อมโยงข้อมูล/สารสนเทศจากแหล่งต่างๆ เพื่อประสิทธิภาพและลดความผิดพลาด
- (5) เป็นระบบสารสนเทศที่มีการเชื่อมโยงและสังเคราะห์ข้อมูล/สารสนเทศที่มีประสิทธิภาพสมควรเป็นแบบอย่าง

ตัวอย่างคำถาม

- ได้มีการสำรวจความต้องการข้อมูลเพื่อการพัฒนาคุณภาพจากหน่วยงานและ PCT ต่างๆ หรือไม่ ผลการสำรวจเป็นอย่างไร
- การเชื่อมโยงและสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่ทำอยู่มีอะไรบ้าง ใครเป็นผู้ริเริ่มการสังเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว มีแผนการที่จะสังเคราะห์ข้อมูลอะไรเพิ่มเติม
- ทีมงานทราบได้อย่างไรว่ามีการกระจายข้อมูลอย่างถูกต้อง ทันท่วงที และง่ายต่อการใช้
- ผู้ใช้ระบบสารสนเทศมีปัญหาอะไรในการใช้ระบบซึ่งต้องการการฝึกอบรมและคำปรึกษา สามารถตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวได้เพียงใด

3. บริการเวชระเบียน (IM.3)

- (1) ค้นหาเวชระเบียนได้เฉพาะในเวลาทำการ
- (2) ค้นหาเวชระเบียนได้รวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง, สามารถสืบหาเวชระเบียนที่ถูกยืมได้
- (3) มีข้อ (2) และมีมาตรการป้องกันการสูญหายที่รัดกุม มีการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูล, มีการบันทึกรหัสและดัชนีเวชระเบียนผู้ป่วยในทุกราย
- (4) มีข้อ (3) และมีระบบช่วยให้แพทย์สรุปเวชระเบียนได้สมบูรณ์ภายในกำหนดเวลา, มีระบบทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก
- (5) มีข้อ (4) และมีนวัตกรรมช่วยให้มีการบันทึกเวชระเบียนได้สมบูรณ์ครบถ้วน และมีการสกัดข้อมูลจากเวชระเบียนไปใช้ในการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ตัวอย่างคำถาม

¹² การสังเคราะห์ข้อมูล/สารสนเทศ: การนำข้อมูลต่างแหล่ง ต่างประเภท มาประมวลผลใหม่เพื่อให้ได้สารสนเทศที่มีความหมายมากขึ้น เช่น ต้นทุนรายโรค ต้นทุนตามกลุ่มผู้ป่วย อัตราการเสียชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ วันนอนโรงพยาบาลรายกลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ

- ระบบช่วยให้แพทย์สรุปเวชระเบียนได้สมบูรณ์ภายในเวลาที่กำหนดคืออะไร ได้ผลเพียงใด
- ใครเป็นผู้ทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก ทบทวนบ่อยเพียงใด ผลการทบทวนเป็นอย่างไร มีการปรับปรุงอย่างไร

4. แบบประเมินข้อ ข. การสังเคราะห์บทเรียนจากการพัฒนา

1. มาตรการป้องกันปัญหา

คำตอบส่วนใหญ่เป็นคำตอบในเชิงกระบวนการว่าจะค้นหาและจัดการกับปัญหาอย่างไร เป็น การกล่าวในหลักการกว้างๆ ทั่วไป ซึ่งทุกคนรับรู้อยู่แล้ว

คำตอบที่ต้องการคือคำตอบในเชิงเนื้อหา คือมี**ปัญหาอะไรที่สำคัญ และมีมาตรการป้องกัน อย่างไร** ในตัวอย่างข้างต้น คำตอบในเรื่องกำลังคนและเครื่องมือเป็นคำตอบในเชิงเนื้อหา

ถ้าจะให้ดียิ่งขึ้น ควรระบุด้วยว่า**มาตรการที่กำหนดไว้นั้นได้รับการนำไปปฏิบัติเพียงใด** **ครอบคลุมหน่วยงานที่เป็นเป้าหมายหรือมีความเสี่ยงสูงเพียงใด** **ผลลัพธ์หลังจากใช้มาตรการ เหล่านี้ทำให้ปัญหาลดลงหรือไม่**

ตารางข้างล่างแสดงตัวอย่างของปัญหาเฉพาะของแต่ละบท (ซึ่งเป็นเพียงปัญหาล้วนๆ) เมื่อ ระบุปัญหาได้แล้ว ต่อไปการระบุมาตรการในการป้องกันก็สามารถทำได้ไม่ยาก

กำลังคน	กำลังคนไม่เพียงพอ, ลูกจ้างลาออกบ่อย, เนื้อหาการฝึกอบรมไม่สอดคล้องกับ ปัญหาคุณภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
สิ่งแวดล้อม	ฝุ่นจากโรงซักฟอกปลิวเข้าหอพักเจ้าหน้าที่, ใช้ช่องทางหนีไฟเป็นที่เก็บของ, มี วัสดุไวไฟอยู่ตามพื้นที่ต่างๆ จำนวนมาก
เครื่องมือ	การซ่อมล่าช้า, ไม่มีการบำรุงรักษาเชิงป้องกันโดยเจ้าหน้าที่ผู้ใช้
สารสนเทศ	ข้อมูลกระจัดกระจาย, เวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีปัญหาถูกลักลอบนำออกนอก รพ., แต่ละหน่วยงานยังต้องประมวลผลข้อมูลด้วยตนเอง
กระบวนการคุณภาพ	เจ้าหน้าที่เหนื่อยล้าจากการทำกิจกรรม CQI, ไม่มีการนำ CQI ไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน
ควบคุมโรคติดเชื้อ	ประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังต่ำ, ไม่มีการปฏิบัติตามหลัก UP โดยเฉพาะอย่างยิ่งการล้างมือและการสวมถุงมือ

2. รูปธรรมของการประสานกิจกรรมอย่างเป็นระบบ

การตอบในเชิงกระบวนการ หรือการนำข้อกำหนดในมาตรฐานมาตอบ เป็นสิ่งที่ไม่ทำให้เห็นภาพว่าทาง รพ. ได้ปฏิบัติเช่นนั้นจริง คำตอบที่คาดหวังคือการบอกเล่าเรื่องราวที่เป็นรูปธรรมซึ่งจะเป็นการยืนยันว่าโรงพยาบาลได้มีการปฏิบัติตามกระบวนการที่วางจริง

ในตัวอย่างข้างต้น การอบรม, การควบคุมเอกสาร, ระบบบริหารความเสี่ยง, ระบบตัวชี้วัดคุณภาพ เป็นรูปธรรมที่แสดงให้เห็นการประสานกิจกรรม แต่การสร้างโรงขยะ การตรวจคุณภาพน้ำทิ้ง เป็นรูปธรรมที่อาจจะไม่ได้สื่อให้เห็นการประสานกิจกรรมชัดเจนมากนัก

เช่นเดียวกัน ถ้าจะให้ดียิ่งขึ้น ควรระบุด้วยการประสานกิจกรรมเหล่านั้นครอบคลุมหน่วยงานหรือกระบวนการที่เป็นเป้าหมายเพียงใด ผลลัพธ์หลังจากการประสานกิจกรรมเหล่านั้นทำให้คุณภาพและประสิทธิภาพดีขึ้นเพียงใด

ในการพิจารณาเรื่องการประสานกิจกรรม อาจนึกถึง

- กระบวนการอื่นหรือความสัมพันธ์กับหน่วยงานอื่น
- ระบบงานอื่นซึ่งมีความเกี่ยวข้อง
- ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเพื่อให้สามารถทำงานได้ง่ายขึ้นและมีประสิทธิภาพขึ้น

ตารางข้างล่างแสดงตัวอย่างของสิ่งที่ควรพิจารณาในการประสานกิจกรรม ซึ่งจะช่วยให้คิดถึงรูปธรรมที่ทีมต่างทำไว้ได้ไม่ยาก

	กระบวนการ/หน่วยงานอื่น	ระบบงานอื่น	ความร่วมมือ
กำลังคน	การใช้วิทยากรภายใน การวางแผน/การฝึกอบรม/ การประเมินผล	การวัดคุณภาพกับการ กำหนดแผนฝึกอบรม	แผนฝึกอบรมระดับ รพ.
สิ่งแวดล้อม	การดูแลระบบก๊าซทาง การแพทย์ กับการใช้ก๊าซ ทางการแพทย์	การจัดการด้านความ ปลอดภัยกับการรายงาน อุบัติเหตุ	แผนป้องกันอัคคีภัยระดับ รพ. และการฝึกซ้อม
เครื่องมือ	ข้อมูลข้อติดขัด/ปัญหาใน การใช้ กับการคัดเลือก เครื่องมือ	การฝึกอบรม กับการดูแล/ ใช้เครื่องมือ	การประเมินความเพียงพอ ของเครื่องมือ
สารสนเทศ	การศึกษาความต้องการ กับการออกแบบระบบ	ระบบสารสนเทศ กับการ พัฒนาคุณภาพ	การประเมินผลเครื่องชี้วัด
กระบวนการคุณภาพ	การปฏิบัติให้ครบวงจร PDCA	การแก้ปัญหาเฉพาะราย กับการปรับปรุงระบบเพื่อ การป้องกันในภาพรวม	การใช้ประโยชน์จาก กิจกรรม CQI ให้ครอบคลุม กว้างขวาง
ควบคุมโรคติดเชื้อ	การตรวจทางจุลชีววิทยา กับการเฝ้าระวังการติดเชื้อ	การพัฒนาคุณภาพกับการ ป้องกันการติดเชื้อ	การเฝ้าระวังการติดเชื้อ

3. ตัวอย่างของการใช้นวัตกรรม/ความคิดสร้างสรรค์

อาจจะเป็นการยากในการที่จะบอกว่าอะไรคือความคิดสร้างสรรค์หรือนวัตกรรม หลักเกณฑ์ง่าย ๆ ก็คือ ควรเป็นเรื่องแปลกใหม่ที่ไม่เคยมีใครใช้มาก่อน หรือมีใช้อยู่บ้างแต่ก็ยังไม่กว้างขวางหรือยังไม่เกิดข้อสรุปที่ชัดเจน แต่เรานำมาปรับปรุงให้ใช้ได้ดีขึ้น ถ้าเป็นสิ่งที่มีการปฏิบัติกันโดยทั่วไปและเป็นที่ยอมรับกันอยู่แล้วและเรานำมาใช้แล้วได้ผลดี สิ่งนั้นควรจะอยู่ในหัวข้อจุดเด่นอื่นๆ เช่น การมีช่างเทคนิคทางการแพทย์ การใช้สารสนเทศในการให้ข้อมูลผลข้างเคียงของยา น่าจะอยู่ในหัวข้อจุดเด่นอื่นๆ

ปัญหาในการตอบหัวข้อนี้คือโรงพยาบาลจะตอบมาเพียงส่วนน้อย ทั้งที่ในโรงพยาบาลมีการสร้างนวัตกรรมต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย เพื่อให้ รพ.สามารถรวบรวมความพยายามที่น่าชื่นชมนี้และนำมาใช้งานได้อย่างเป็นระบบ รพ.ควรจัดทำบัญชีรายการนวัตกรรม/ความคิดสร้างสรรค์ของทั้งโรงพยาบาลดังตัวอย่างข้างล่าง และควรตอบให้ตรงกับมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดแพทย์เวร ER น่าจะอยู่ในเรื่องขององค์กรแพทย์ การจัดการกำลังคน และบริการฉุกเฉิน มากกว่าอยู่ในเรื่องกระบวนการคุณภาพ

นวัตกรรม/ความคิดสร้างสรรค์	ผู้คิด	หน่วยงานที่นำไปใช้	มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

5. เครื่องชี้วัดที่เกี่ยวข้อง (โปรดระบุผลการวัด/ช่วงเวลาที่ยาว)

ปัญหาที่พบบ่อยในการตอบหัวข้อนี้ได้แก่

- ระบุเครื่องชี้วัดไม่ตรงกับภารกิจหลัก เช่น ตัวชี้วัดคุณภาพ รพ. ไม่ได้สะท้อนภารกิจหลักในเรื่องกระบวนการคุณภาพ
- ระบุเครื่องชี้วัดไม่ครบถ้วน เช่น ในหัวข้อสิ่งแวดล้อม สารสนเทศ
- ไม่ระบุผลการวัดออกมาเป็นตัวเลข

การวิเคราะห์เป้าหมายสำคัญของมาตรฐานแต่ละบท จะทำให้ได้เครื่องชี้วัดสำคัญที่ตรงประเด็น

ดังตัวอย่าง

มาตรฐาน	เป้าหมาย	เครื่องชี้วัด
ทรัพยากรบุคคล	มีกำลังคนเพียงพอในด้านปริมาณ	จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ขาดแคลน
	มีกำลังคนเพียงพอในด้านคุณภาพ	ระดับความรู้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ที่กำหนด
	เจ้าหน้าที่มุ่งมั่นทำงานอย่างมีคุณภาพ	คำร้องเรียนของผู้รับบริการ
	เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสม	สัดส่วนผู้เข้าร่วมฝึกอบรมตามเป้าหมายที่กำหนด
	เจ้าหน้าที่มีความสุขในการทำงาน	ความพึงพอใจในงาน

6. การทบทวน/ประเมินผล และตอบสนองต่อผลการประเมิน

ปัญหาที่พบบ่อยในข้อนี้คือมักจะตอบเฉพาะวิธีการในการประเมิน คำตอบที่ต้องการคือเนื้อหาที่ได้จากการประเมิน ซึ่งการประเมินนี้สามารถใช้การพรรณนาหรือการบรรยาย ไม่จำเป็นต้องเป็นการประเมินเชิงปริมาณที่ยุ่งยากซับซ้อน

จากตัวอย่างข้างต้น มีเพียงทีมควบคุมโรคติดเชื้อเท่านั้นที่พยายามให้คำตอบในเชิงเนื้อหา

ทีมผู้รับผิดชอบและทีมนำควรมาคูยกกันว่าในแต่ละประเด็นที่กำหนดไว้ใน foot note สมาชิกมีความเห็นอย่างไร ทำได้ดีแล้วหรือยัง ถ้ายังไม่ดีมีจุดอ่อนอยู่ตรงไหนบ้าง รวมทั้งควรจะขอทราบความเห็นของทีมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย เมื่อค้นพบจุดอ่อนแล้วให้พิจารณาว่าจะมีแผนการในการตอบสนองอย่างไร

สมาชิกในทีมที่ร่วมกันทบทวน/ประเมิน ควรทำตัวเป็นคนช่างสงสัย และใช้ตัวอย่างคำถามต่อไปนี้เพื่อกระตุ้นให้ทีมได้ตอบคำถามข้อนี้ได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

- รพ. มีกระบวนการในการประเมินความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ต่อ Standard Precaution อย่างไร, มีความคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่ในระดับผู้ช่วยจะต้องมีความรู้ในระดับใด และในความเป็นจริงแล้วเป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่
- นโยบายและมาตรการการป้องกันการติดเชื้อที่ถูกละเลย/ไม่มีการปฏิบัติตามมากที่สุดคืออะไร, มีเกณฑ์พิจารณาอย่างไรว่าการแก้ปัญหาจะเป็นหน้าที่ของหัวหน้าหน่วยงานหรือเป็นความพยายามร่วมกันทั้ง รพ., การล้างมือหลังสัมผัสผู้ป่วย และการไม่ใช้ถุงมือซึ่งสัมผัสผู้ป่วยแล้วมาสัมผัสสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่ถูกละเลยบ่อยๆ ทาง รพ. มีแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างไร)
- รพ. มีมาตรการในการลดการใช้ยาฆ่าเชื้ออย่างไร, มีการยกเลิกใช้ยาฆ่าเชื้อในเรื่องอะไรบ้าง, มีการเปลี่ยนแปลงลำดับขั้นของการใช้ยาฆ่าเชื้ออย่างไรบ้าง, ผลลัพธ์เป็นอย่างไร (ขอข้อมูลค่าน้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้ไปในช่วงสามปีที่ผ่านมา), ใครเป็นผู้ติดตามการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่อง sterilizer, ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
- targeted surveillance ที่ รพ. เฝ้าติดตามมีอะไรบ้าง, ผู้เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการเฝ้าระวังแบบมุ่งเป้า กับแบบครอบคลุม, ขณะนี้ยังมีการเฝ้าระวังแบบครอบคลุมอยู่หรือไม่
- อะไรคือเกณฑ์ที่ใช้เป็นฐานในการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการเฝ้าระวัง, มีความเชื่อมั่นในความถูกต้องของฐานดังกล่าวเพียงใด
- ในรอบปีที่ผ่านมา มีการระบาดของเชื้อใน รพ. หรือไม่, ถ้ามีได้มีการดำเนินการอย่างไร, ถ้าไม่มี แน่ใจได้อย่างไรว่าไม่เกิดขึ้นจริง

8. การสัมภาษณ์โดยอาศัยข้อมูลจากแบบประเมินตนเองในภาพรวม

ข้อมูลจากแบบประเมินตนเองทำให้ผู้เยี่ยมสำรวจสามารถเตรียมตัวกำหนดประเด็นได้ล่วงหน้าในการศึกษาแบบประเมินตนเองจะแบ่งเป็นสามขั้นตอนคือ

- 1) วิเคราะห์ความสมบูรณ์ ครบถ้วน ตรงประเด็นของการตอบ
- 2) วิเคราะห์ประเด็นที่ต้องการหาข้อมูลสนับสนุนเมื่อเข้าไปเยี่ยมสำรวจ
- 3) สรุปสิ่งที่น่านิยมนยกย่อง และโอกาสพัฒนาจากข้อมูลในแบบประเมินตนเอง

8.1 วิเคราะห์ความสมบูรณ์ ครบถ้วน ตรงประเด็นของการตอบแบบประเมิน

สิ่งที่วิเคราะห์ในขั้นตอนนี้

- มีการตอบคำถามครบถ้วนทุกข้อหรือไม่
- คำตอบที่ให้มาตรงประเด็นหรือไม่
- คำตอบที่ให้มาเพียงพอสำหรับการทำความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นหรือไม่

การตั้งคำถามเพื่อให้หน่วยงานตอบแบบประเมินเพิ่มเติมก่อนการเยี่ยมสำรวจ จะช่วยให้ใช้เวลาในการเยี่ยมสำรวจได้มีประสิทธิภาพขึ้น

ปัญหาที่พบบ่อยในการตอบแบบประเมินตนเอง

ก. การประเมินเมื่อเริ่มแรก (วิเคราะห์เพื่อวางแผนปรับปรุง)

- ผู้ตอบไม่ได้ใช้ข้อกำหนดจากมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับบูรณาการมาตอบให้ครบถ้วน
- เมื่อพบประเด็นที่ต้องปรับปรุงแล้วไม่ได้ดำเนินการต่อ

ข. การประเมินระหว่างและหลังการพัฒนา

- ตอบไม่ตรงประเด็นสำคัญในมาตรฐานบทนั้น ทำให้ใช้คำตอบทั่วไปเหมือนกันในทุกบท เช่น ใช้ปัญหาที่จะเกิดกับผู้ป่วยมาตอบทุกบท แทนที่จะเป็นปัญหาในแต่ละเรื่อง ปัญหาในเรื่องการนำองค์กรและเรื่องการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ย่อมไม่เหมือนกัน
- มิได้ระบุว่ามาตรการป้องกันปัญหาที่กำหนดไว้ ต้องการป้องกันปัญหาอะไร
- ไม่ระบุตัวเลขเครื่องชี้วัดในเรื่องนั้น
- ไม่ระบุผลการทบทวนคุณภาพในเรื่องนั้น มักจะระบุแต่วิธีทบทวน
- ไม่ได้นำประเด็นสำคัญใน footnote มาทบทวน

ค. ข้อมูลเฉพาะ

- ให้ข้อมูลน้อยเกินไป หรือไม่ตรงประเด็น

ง. ตรวจสอบลำดับขั้นของการพัฒนา

- ไม่ให้รายละเอียดของการปฏิบัติเพื่อให้ผู้อ่านเห็นภาพ

- ไม่ระบุว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นครอบคลุมเพียงใด

8.2 วิเคราะห์ประเด็นที่ต้องการหาข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติม

ประเด็นที่ต้องการหาข้อมูลเพิ่มเติมมาจากคำตอบในแบบประเมินซึ่งให้ข้อมูลไม่กระจ่างชัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละประเด็น

8.3 สรุปสิ่งที่น่านิยมยกย่อง และโอกาสพัฒนาจากแบบประเมินตนเอง

ต่อไปนี้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาระดับการนำมาตราฐานมาปฏิบัติ ซึ่งหากทำได้ดีแสดงถึงสิ่งที่น่านิยมยกย่อง หากไม่ปรากฏชัดเจนแสดงว่าเป็นโอกาสพัฒนา

1) คุณภาพของระบบงาน/แนวทางการปฏิบัติงาน (System Design/Approach)

- การมีเป้าหมายที่ชัดเจน
- มีการออกแบบอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
- ครอบคลุมประเด็นในมาตรฐานโรงพยาบาล
- ครอบคลุมความต้องการของผู้รับผลงาน
- มีมาตรการป้องกันปัญหาและความบกพร่อง
- มีนวัตกรรม

2) คุณภาพของการปฏิบัติตามระบบงานที่กำหนดไว้ (Deployment)

- ความครอบคลุมหน่วยงานที่ปฏิบัติ
- ความสอดคล้องกับแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนด
- การปฏิบัติเต็มตามศักยภาพ
- การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ มีการประสานงานที่ดี
- การปฏิบัติด้วยความเข้าใจ

3) การประเมินผลและผลลัพธ์

- การรับฟังเสียงจากผู้รับผลงาน
- ความเหมาะสมและเพียงพอของข้อมูลและเครื่องชี้วัด
- การวิเคราะห์ผลและนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุง
- ผลลัพธ์

8.4 แนวทางการเยี่ยมสำรวจหน่วยดูแลผู้ป่วยและทีมสหสาขา

1. สังเกตสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เริ่มเข้าไปในหน่วยงาน

เริ่มด้วยการสังเกตสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพว่ามีความเป็นระเบียบ เป็นสัดส่วน เอื้ออำนวยต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานหรือไม่ มีอะไรที่เป็นความเสี่ยงที่เห็นได้ชัดเจน เช่น สิ่งของ เครื่องมือ อุปกรณ์ที่วางไว้ในที่ที่ไม่ควรจะวาง.

2. ทำความคุ้นเคยกับหน่วยงาน

พบกับหัวหน้าหน่วยงาน และขอให้หัวหน้าหน่วยงานแนะนำให้คุ้นเคยกับสถานที่และทำความรู้จักกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในวันนั้น.

ขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงานสังเกตวิธีการทำงาน และพูดคุยกับผู้ป่วยตามลำพัง (โดยหัวหน้าหน่วยไม่ต้องติดตาม) ใช้เวลาในช่วงนี้ประมาณ 45-60 นาที.

3. สังเกตสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ

3.1 สังเกตสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ อาจจะทำให้ผู้ประเมินท่านหนึ่งสมมติตัวเป็นผู้ป่วยและให้เจ้าหน้าที่ลองปฏิบัติต่อผู้ประเมินในการรับผู้ป่วย, หรือทำความรู้สึกเหมือนว่าผู้ประเมินเป็นผู้ป่วย เมื่อเข้ามาในหน่วยแล้วจะรู้สึกอย่างไร, มีอะไรที่อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น บอร์ดให้ข้อมูล แผ่นปลิว ที่ปัก การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกนั้นยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางหรือไม่.

3.2 สังเกตการจัดเก็บเครื่องมือและอุปกรณ์ว่าเป็นระเบียบ สามารถค้นหาได้โดยง่ายหรือไม่, ปลอดภัยจากการที่ผู้ไม่มีหน้าที่จะนำไปใช้หรือไม่, สะดวกที่จะตรวจสอบและเพิ่มเติมปริมาณให้อยู่ในระดับที่กำหนดไว้หรือไม่.

3.3 สังเกตระบบการป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล, เทคนิคการให้บริการ, การจัดการกับขยะและของใช้ที่ปนเปื้อน.

3.4 สังเกตเรื่องการจัดเตรียมและบริหารยา สถานที่จัดเตรียมยาชนิดและ IV solution มีความสะอาดและปราศจากความสกปรกพล่านหรือไม่ มีการเขียนฉลากสำหรับยาที่ผสมใน IV solution หรือไม่.

3.5 สังเกตดูสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีความสุขสบายหรือไม่, สีหน้าของผู้ป่วยเป็นอย่างไร, อุปกรณ์ที่ใช้อยู่กับผู้ป่วย เช่น น้ำเกลือ ออกซิเจน สายสวนปัสสาวะ มีความเหมาะสมตามหลักวิชาการและมีหลักประกันว่าเป็นการให้ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์อย่างไร, มีการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่ยังไง, มีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างไร เช่น ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว การรัดตรึงผู้ป่วย หรือการใช้เครื่องกั้นข้างเตียง.

4. พูดคุยกับผู้ป่วยและใช้ข้อมูลจากผู้ป่วย

พูดคุยกับผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง (3-5 คน โดยมีผู้ป่วยที่ใกล้กลับบ้าน, ที่รักษามาแล้วระยะหนึ่ง, ที่เพิ่งเข้ารับการรักษา, ที่เตรียมตัวจะผ่าตัดและที่ผ่าตัดแล้ว) ว่ามีความรู้สึกอย่างไรต่อการนอน รพ.ครั้งนี้,

ได้รับข้อมูลอะไรบ้างจากแพทย์และพยาบาล, มีข้อมูลอะไรที่อยากจะทราบเพิ่มเติม, ก่อนที่จะลงนามยินยอมรับการรักษาได้รับข้อมูลอะไรบ้าง, มีข้อเสนอแนะอะไรสำหรับ รพ.

สำหรับผู้ป่วยที่ใกล้จะกลับบ้าน อาจจะทำให้ผู้ป่วยเล่าสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดตั้งแต่วันแรกที่มา รพ. จนกระทั่งปัจจุบัน โดยยึดมาตรฐาน GEN.8 หรือ INP.8 เป็นแนวทางในการเจาะประเด็น (รวมทั้งการวางแผนจำหน่าย เช่น ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่าจะได้กลับบ้านเมื่อใด กลับไปแล้วคาดว่าจะมีปัญหาอะไร และได้มีการเตรียมพร้อมไว้อย่างไร). ถามว่ามีปัญหาอะไรเกี่ยวกับการประสานงานของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการหรือไม่ พร้อมทั้งตัวอย่างของการประสานงานหรือไม่ประสานงาน.

คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูงและใช้สูตร C³THER เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

Care	ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมหรือไม่ ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การบำบัดรักษา บริการพยาบาล และป้องกันความเสี่ยง
Communication	ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่จำเป็นและเป็นที่น่าพอใจหรือไม่
Continuity	ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมตัวเพื่อการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือไม่
Team	มีการนำวิชาชีพอื่นที่เหมาะสมเข้ามาร่วมดูแลหรือไม่
Human Resource	ทีมงานมีความรู้และทักษะเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยรายนี้ได้อย่างมีคุณภาพหรือไม่
Environment	ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย สะดวกสบายหรือไม่
Equipment	มีเครื่องมือที่จำเป็นและพร้อมใช้งานสำหรับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่
Record	บันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยรายนี้สมบูรณ์หรือไม่

5. พูดคุยกับเจ้าหน้าที่

พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่พบระหว่างการสังเกตว่ามีหน้าที่ทำอะไรในหน่วยงานนี้, อะไรคือหัวใจของการทำงานที่นี้, หน่วยงานนี้มีเป้าหมายที่จะพัฒนาไปถึงไหน, ตัวเจ้าหน้าที่เองมีบทบาทอะไรที่จะทำให้หน่วยงานไปสู่เป้าหมายนั้นได้, ตัวเจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอะไรบ้าง, ในรอบปีที่ผ่านมาได้เข้ารับการฝึกอบรมอะไรบ้าง (ทั้งด้านวิชาการ และด้านเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ), มีการจัดอบรมภายในหน่วยงานหรือภายในโรงพยาบาลเรื่องอะไรบ้าง, มีกิจกรรมวิชาการที่เรียนรู้ร่วมกันภายในหน่วยงานอะไรบ้าง.

6. ทบทวนเวชระเบียน

คัดเลือกผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง (ที่ใกล้กลับบ้าน, ที่รักษามาแล้วระยะหนึ่ง, ที่เพิ่งเข้ารับการรักษา, ผู้ป่วยที่ส่งต่อ, ผู้ป่วยที่เสียชีวิต), แล้วขอเวชระเบียนของผู้ป่วยมาทบทวนร่วมกับแพทย์และพยาบาลว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยบ้าง. โดยมีข้อพิจารณาว่า เวชระเบียนมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะติดตามความเป็นไปของผู้ป่วยหรือไม่, การสั่งการตรวจรักษาของแพทย์มีหลักฐานประกอบการตัดสินใจหรือไม่, การตัดสินใจนั้นเป็นที่ยอมรับของผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันหรือไม่, มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่ามีการเฝ้า

ระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยอย่างเหมาะสม, มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่ามีการตอบสนอง ปัญหาหรือความต้องการอย่างรวดเร็ว ทันการณ์, มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่าคำสั่งการรักษาของแพทย์ ได้รับการปฏิบัติอย่างถูกต้องสมบูรณ์โดยเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ เช่น การให้ยา, มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่ามีการประสานงานกันอย่างรวดเร็วระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพสาขาต่างๆ ในระหว่างที่สัมภาษณ์ ควรถามหาคู่มือปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆ.

7. สนทนากับทีมผู้ให้บริการ (Clinical Lead Team) และหัวหน้าหน่วยงาน

ทีมผู้ประเมินสนทนากับทีมผู้ให้บริการ (Clinical Lead Team หรือ Patient Care Team) และหัวหน้าหน่วยงาน โดยนำประเด็นต่างๆ ที่พบเห็นในระหว่างการสังเกตร่วมกับมาตรฐานโรงพยาบาลมาเป็นตัวตั้งในการสนทนา.

- เริ่มต้นด้วยคำถามว่าอะไรคือสิ่งที่ทีมงานภาคภูมิใจ, เจ้าหน้าที่แต่ละคนเคยได้รับคำชื่นชมจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานในลักษณะในบ้าง, สิ่งนั้นคือคุณค่าของหน่วยงานหรือไม่, คุณค่านั้นถูกระบุไว้ในพันธกิจของหน่วยงานหรือไม่, แต่ละคนกำลังพยายามทำอะไรอยู่เพื่อให้บรรลุพันธกิจของหน่วยงาน, สามารถเล่าหรือแสดงหลักฐานให้เห็นเป็นรูปธรรมได้หรือไม่.
- ขอให้ทีมงานสรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ทำมาทั้งหมดในรอบ 1 ปี (เฉพาะชื่อโครงการยังไม่ต้องระบุรายละเอียด), และขอให้ระบุว่าโครงการใดที่มีปัญหาในการทำมากที่สุด โครงการใดที่ทำยากที่สุด โครงการใดที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด. ผู้ประเมินอาจจะเจาะลึกโครงการบางโครงการก็ได้.
- ขอให้ทีมงานระบุว่าในหน่วยงานนี้มีความเสี่ยงอะไรบ้าง, มีมาตรการในการป้องกันหรือจัดการอย่างไร, มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรไว้อย่างไร. ผู้ประเมินอาจจะเจาะลึกมาตรการการป้องกันความเสี่ยงบ้างเรื่องก็ได้.
- ขอให้ทีมงานระบุว่ามีการติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพ (quality indicator) อะไรบ้าง. ขอให้นำเสนอข้อมูลเครื่องชี้วัดเหล่านั้นและการใช้ประโยชน์จากการติดตามเครื่องชี้วัดเหล่านั้น, มีเครื่องชี้วัดอะไรที่อยู่ในแผนที่จะติดตาม วางแผนไว้อย่างไร จะมีปัญหาในการเก็บข้อมูลอย่างไร จะนำเครื่องชี้วัดนั้นมาใช้ได้อย่างไร.
- นำประเด็นปัญหาคุณภาพที่พบระหว่างการสังเกตขึ้นมาสนทนาว่าทางทีมงานเห็นปัญหาแต่ละประเด็นนั้นหรือไม่, ได้มีความพยายามที่จะปรับปรุงอย่างไร, สิ่งที่ได้ทำมานั้นเป็นที่พอใจแล้วหรือยัง, มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไรต่อไป, มีอะไรที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับปรุง, ต้องการการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงอย่างไร.
- ติดตามข้อคำถามที่เหลือในแบบประเมินตนเองซึ่งยังไม่ได้มีการสนทนา. ทำความเข้าใจกับทีมงานในกรณีที่ทีมงานเข้าใจไม่ตรงกับผู้ประเมิน. พยายาม verify คำตอบให้ได้มากที่สุด.

8. สรุป

สรุปประเด็นที่เป็นจุดแข็งของหน่วยงาน และโอกาสที่หน่วยงานสามารถพัฒนาได้ในอนาคต (จุดอ่อน) และขอให้หัวหน้าหน่วยงานตอบสนองต่อข้อสรุปของทีมผู้ประเมิน.

เพื่อความสะดวกในการเยี่ยมสำรวจ ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะใช้ตารางข้างล่างไว้สำหรับเตือนความจำ และแบ่งงานระหว่างทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

Ward Survey Matrix

	Patient Care Process					Specific Issue					
	Prep	Asses	Plan	Imple	Ed	Blood	Drug	IC	Psy	Right	Risk
Care		♣ B1		♣♣ D1	♣ E1	♣♣ F1	♣♣ G1	♣♣ H1	♣♣ I1	♣♣ J1	♣♣ K1
Comm	♣♣ A2	♣ B2	♣ C2		♣♣ E2		♣ G2		♣ I2	♣ J2	
Cont			♣ C3	♣ D3	♣♣ E3						
Team		♣ B4	♣ C4	♣ D4	♣ E4						
HRD				♣ D5	♣ E5			♣ H5			♣ K5
Env		♣ B6		♣ D6				♣♣ H6			♣ K6
Equip	♣ A7			♣ D7			♣ G7	♣ H7			♣ K7
Record	♣ A8	♣♣ B8	♣♣ C8	♣♣ D8	♣ E8	♣ F8	♣ G8	♣ H8	♣ I8	♣ J8	♣ K8
Outcome Indicat	♣ A9			♣♣ D9	♣ E9	♣ F9	♣ G9	♣ H9	♣ I9	♣ J9	♣ K9

Preparation

- A2: การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความจำเป็นที่ต้องนอน รพ. แนวทางการรักษา ผลลัพธ์ ค่าใช้จ่าย สิทธิผู้ป่วย
- A7: ป้ายชื่อติดตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการดูแลรักษา
- A8: ใบลงนามยินยอมรับการรักษาซึ่งระบุข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วย
- A9: ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลที่จำเป็น

Assessment

- B1: การซักประวัติตรวจร่างกายที่ครบถ้วนตามปัญหาของผู้ป่วย การวินิจฉัยที่ถูกต้องพร้อมข้อมูลสนับสนุน
- B2: การสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อรับทราบปัญหา ความคาดหวัง ข้อจำกัดของผู้ป่วย
- B4: บทบาทที่เหมาะสม และการประสานข้อมูล ของทีมผู้ให้บริการ เพื่อรับทราบปัญหาของผู้ป่วย
- B6: สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการประเมินและบำบัดรักษา
- B8: บันทึกการประเมิน

Patient Care Plan

- C2: การสื่อสารแผนการรักษากับผู้ป่วยและครอบครัว
- C3: ความต่อเนื่องของแผน การวางแผนจำหน่ายแต่เริ่มแรก การปรับแผน
- C4: บทบาทที่เหมาะสมและการประสานแผนของทีมผู้ให้บริการ
- C8: บันทึกแผนการรักษาหรือ Comprehensive Patient Care Plan (Clinical Pathway)

Implementation

- D1: การดูแลรักษาตามแผน โดยผู้มีความรู้และทักษะที่เหมาะสม
- D3: การติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง การส่งต่อข้อมูลระหว่างเวร
- D4: การมีส่วนร่วมของวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการตรวจเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยร่วมกันตามความจำเป็น
- D5: การให้ความรู้และฝึกฝนทักษะที่จำเป็นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม
- D6: การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย
- D7: การมีเครื่องมือพร้อมใช้งานที่เพียงพอ และมีการดูแลบำรุงรักษาอย่างเหมาะสม
- D8: บันทึกการดูแลรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วย และการตอบสนองของผู้ป่วย
- D9: การประเมินผลลัพธ์ (ของผู้ป่วยแต่ละรายระหว่างอยู่ รพ., การทบทวนแนวโน้มในผู้ป่วยและกลุ่ม)

Education

- E1: การวินิจฉัยทางพฤติกรรม (ความรู้ ความเชื่อ เจตคติ ความตั้งใจ การปฏิบัติ ทักษะ ฯลฯ) และการวางแผน
- E2: การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยด้วยสื่อที่เหมาะสม
- E3: การให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องในเวลาที่เหมาะสม
- E4: การมีส่วนร่วมของวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย
- E5: การให้ความรู้และฝึกฝนทักษะในการวินิจฉัยทางพฤติกรรมและมี intervention เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- E8: บันทึกการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ญาติ เพื่อการสื่อสารระหว่างทีมงาน และการประเมินผล
- E9: การประเมินผลลัพธ์ ว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Blood Use

- F1: การใช้เลือดเป็นไปตามนโยบายของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ มีการตรวจสอบเพื่อป้องกันความผิดพลาด
- F8: บันทึกการขอเลือดและการให้เลือดเพื่อการตรวจสอบความถูกต้อง
- F9: ผู้ป่วยได้รับเลือดเท่าที่จำเป็น ไม่เกิดผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับเลือด

Drug Use

- G1: การให้ยาเป็นไปอย่างเหมาะสม มีข้อบ่งชี้ ผู้ป่วยได้รับยาตรงตามที่แพทย์สั่ง มีกระบวนการเตรียมยาที่เหมาะสม
- G2: ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ได้รับ ข้อบ่งชี้ และข้อพึงระวัง ในระหว่างที่อยู่ รพ.
- G7: ยาได้รับการเก็บและเตรียมในสถานที่ที่เหมาะสม
- G8: บันทึกการใช้ยา เหตุผลในการใช้ยาที่จำต้องระบุข้อบ่งชี้
- G9: ผู้ป่วยตอบสนองต่อยาตามแผนการรักษา ไม่เกิดผลข้างเคียงหรือความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา

Infection Control

- H1: มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด
- H5: เจ้าหน้าที่มีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ
- H6: สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการป้องกันการติดเชื้อ
- H7: มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการล้างมือ มีการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม
- H8: มีบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อ
- H9: อัตราการติดเชื้ออยู่ในระดับต่ำ

Psychosocial Care

- I1: ประเมิน ค้นพบปัญหาด้านจิตใจ/สังคม และให้การดูแลอย่างเหมาะสม
- I2: สื่อสารให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและอบอุ่น
- I8: บันทึกปัญหาที่ค้นพบ กิจกรรมการดูแล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
- I9: ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

Patient Right

- J1: ให้การดูแลด้วยความตระหนักในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย เอาใจเขามาใส่ใจเรา
- J2: สื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์ให้ผู้ป่วยได้รับทราบ
- J8: บันทึกกิจกรรมและการสื่อสารที่ได้ทำลงไป
- J9: ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิและศักดิ์ศรีอย่างเหมาะสม

Risk Prevention

- K1: มีการคาดการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น พร้อมทั้งให้การดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยง
- K5: เจ้าหน้าที่มีความรู้เพียงพอที่จะตรวจพบ แก้ไข และป้องกันความเสี่ยง
- K6: ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
- K7: มีเครื่องมือเพียงพอเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย
- K8: บันทึกการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นได้ บันทึกการแก้ปัญหา รายงานอุบัติการณ์
- K9: อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออุบัติการณ์อยู่ในระดับต่ำ

กิจกรรมกลุ่ม “ศึกษาการเตรียมตัวของผู้เยี่ยมสำรวจจากแบบประเมินตนเอง”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าประชุมเห็นว่าผู้เยี่ยมสำรวจใช้ข้อมูลจากแบบประเมินตนเองอย่างไร
2. เพื่อให้ผู้เข้าประชุมวิเคราะห์เหตุผลของการตั้งคำถามของผู้เยี่ยมสำรวจ

กิจกรรม

1. ให้ผู้เข้าประชุมศึกษาสรุปรายงานจากแบบประเมินตนเองของทีมศัลยกรรม ซึ่งผู้เยี่ยมสำรวจจัดทำขึ้นก่อนการเยี่ยมสำรวจ พิจารณาว่า
 - ผู้เยี่ยมสำรวจใช้ข้อมูลจากส่วนใดของแบบประเมินตนเอง
 - สิ่งที่จะต้อง verify นั้น จะ verify ด้วยวิธีการใด
 - คำถามที่ผู้เยี่ยมสำรวจตั้งไว้ซึ่งเป็นอักษรตัวหนาในวงเล็บนั้น มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ถูกเยี่ยมสำรวจตระหนักในเรื่องใด

สรุปรายงานจากแบบประเมินตนเองของทีมศัลยกรรม

บทที่ 15 การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย

ก. โครงสร้างที่เป็นทางการ มีการจัดตั้ง clinical lead team ซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารภาคิวิชา ผู้บริหารงานพยาบาล แพทย์และพยาบาลผู้เกี่ยวข้องในหอผู้ป่วย ห้องผ่าตัด OPD ER มีการประชุมประจำเดือนเพื่อหาปัญหา โอกาสพัฒนา ดำเนินการตามแผน ประเมินติดตามและพัฒนา (การเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เป็นผลงานของทีมนี้คืออะไร?)

ข. มีกิจกรรมการทำงานเป็นทีมเพื่อปรับปรุงบริการที่หลากหลาย เช่น quality service round ในระดับหัวหน้าภาค หัวหน้าสาขาวิชา และทีมนำทางคลินิก เพื่อรับทราบและวางแผนทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน, มีการประชุมร่วมกันระหว่างทีมบริหารภาคิวิชากับหัวหน้าหอผู้ป่วยต่างๆ (มีองค์ประกอบและเป้าหมายแตกต่างจากทีมนำทางคลินิกอย่างไร?), มี service round ร่วมกันของกลุ่มแพทย์และพยาบาลอย่างน้อยวันละครั้ง, มีการประชุมร่วมกับแพทย์ในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกันเป็นประจำ เพื่อพัฒนาความรู้ทางวิชาการและประสานการบริการ เช่น Surgical Pediatric Conference, Tumor Conference, Interdepartmental Conference

ค. ตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้แก่ การ set การผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยถูกงดผ่าตัด, การจัดให้มีห้องพักฟื้นนอกเวลาราชการด้วยความร่วมมือของวิสัญญีพยาบาลห้องผ่าตัด, การพัฒนาแบบบันทึกร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล และสาขาวิชาอื่นๆ

ง. ทีมงานได้ประเมินผลการทำงานเป็นทีมว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ แต่ยังไม่มียระบบชัดเจน ควรทำกิจกรรมต่างๆ ที่วางแผนไว้ให้สำเร็จและติดตามดัชนีชี้วัดซึ่งจะสะท้อนระดับความร่วมมือได้

บทที่ 16 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

ก. การจัดลำดับความรุนแรงและการเฝ้าระวัง มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและมีการมอบหมายการดูแลและเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม เมื่อมีจำนวนผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากกว่าเกณฑ์เฉลี่ยที่ตั้งไว้ จะมีการจัดการให้มีบุคลากรในจำนวนที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ทีมประเมินว่าการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพอยู่ในเกณฑ์ดี (verify ด้วยการสังเกตในหอผู้ป่วย และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่)

ข. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแล ตั้งแต่แรกรับจนถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย มีคู่มือแผนพับประกอบเพื่อให้การแนะนำมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (ได้มีการประเมินประสิทธิภาพของสื่อที่ใช้ประกอบการให้คำแนะนำอย่างไร?)

การให้ข้อมูลในส่วนของพยาบาลค่อนข้างจะครบถ้วนทุกขั้นตอนและมีประสิทธิภาพประสิทธิผลพอสมควร บทบาทสำคัญของแพทย์คือการให้ข้อมูลในเรื่องการตรวจวินิจฉัย ข้อมูลโรคภัยแรง และการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง แต่การให้ข้อมูลในส่วนของแพทย์ยังไม่เพียงพอและไม่มีระบบที่ดี (มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไร?)

มีการระบุถึงการตั้ง admission center เพื่อทำหน้าที่ให้ข้อมูลในขั้นตอนของการดูแลรักษา (ได้จัดตั้ง admission center แล้วหรือยังเป็นข้อเสนอแนะ? หากได้ทำแล้ว ผลเป็นอย่างไร หากเป็นข้อเสนอแนะจะเป็นศูนย์รวมของทั้งหมดหรือเฉพาะผู้ป่วยศัลยกรรมศาสตร์ และคาดหวังผลลัพธ์อย่างไร?)

ค. การลงนามยินยอมรับการรักษา มีการลงนามรับการตรวจรักษาทุกขั้นตอนหลังจากได้รับฟังคำอธิบายจนเป็นที่เข้าใจแล้ว (ข้อมูลที่บันทึกในใบยินยอมรับการรักษามีรายละเอียดเหมาะสมหรือไม่?, กรณีใดบ้างที่ต้องให้มีการลงนามยินยอมรับการรักษา?, verify การได้รับข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย) อย่างไรก็ตาม การให้ข้อมูลของแพทย์เกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา ข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือก ยังไม่สามารถปฏิบัติได้เป็นระบบที่ดีพอ (มีแผนที่จะดำเนินการอย่างไรต่อไป?)

ง. การซักประวัติจากผู้ป่วยและครอบครัวในขณะที่รับเข้าหอผู้ป่วย จะมีการซักถามในเรื่องคล้ายๆ กันโดยแพทย์ประจำบ้าน อาจารย์ พยาบาล และนักศึกษา ยังไม่มีการจัดระบบเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการขอข้อมูลจากผู้ป่วย และการบันทึกเพื่อสื่อสารให้ทีมได้รับทราบยังไม่สมบูรณ์ (มีแผนที่จะดำเนินการอย่างไรต่อไป?)

จ. การ identify ผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายจะมีป้ายชื่อติดตัวตลอดเวลา และมีระบบให้สอบถามชื่อผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการให้การพยาบาล เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการตรวจรักษา ทีมประเมินว่ามีการปฏิบัติอย่างรัดกุมในเกณฑ์ดี (verify ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยว่ามีการสอบถามชื่อก่อนการทำหัตถการต่างๆ จริง)

ฉ. มีการจัดระบบเตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการ set ผ่าตัด ซึ่งเป็นการประสานกิจกรรมอย่างเป็นระบบ การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยเด็กที่จะรับการผ่าตัดเป็นสิ่งที่น่าชื่นชม ที่ทีมงานเข้าใจสภาวะจิตใจของเด็กกว่ายากที่จะให้ความร่วมมือและคลายความวิตกกังวล ได้จัดทำห้องรอผ่าตัด

สำหรับผู้ป่วยเด็ก โดยจัดให้มีของเล่น และมีผู้ปกครองเข้าไปอยู่ด้วย รวมทั้งผู้ปกครองสามารถเข้าไปส่งตัวเด็กในห้องผ่าตัด ทำให้เด็กให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและผู้ปกครองพอใจ (verify ด้วยการสังเกตในห้องรอผ่าตัดสำหรับเด็ก และสัมภาษณ์ผู้ปกครอง)

บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา

ก. มีการประเมินผู้ป่วยทุกรายครอบคลุมปัญหาทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมทั้งความต้องการและข้อจำกัดของผู้ป่วย ทีมประเมินว่ามีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี (verify ด้วยการดูบันทึกการประเมิน) การประสานงานระหว่างวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยยังไม่เป็นระบบ มีความซ้ำซ้อนบ้าง แต่ก็ทำให้เกิดความสมบูรณ์ครบถ้วนมากขึ้น การสื่อสารยังไม่ดีพอทำให้ไม่ได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินของวิชาชีพอื่นเท่าที่ควร

ข. มีการตรวจ investigation ครบถ้วนโดยที่ผลการตรวจมีความน่าเชื่อถือสูง แต่การตรวจบางอย่างล่าช้า เช่น CT scan ทำให้บางครั้งต้องส่งไปตรวจนอกโรงพยาบาล (มีโอกาสเพียงใดที่จะเกิดความล่าช้าและไม่สามารถส่งผู้ป่วยไปตรวจนอกโรงพยาบาลได้ จนเกิดผลเสียต่อผู้ป่วย?) (ช่องทางในการสื่อสารปัญหาและเวทีในการแก้ปัญหาเรื่องนี้คืออะไร?)

อาจจะมึปัญหาการตรวจหรือการให้การรักษาที่เกินความจำเป็นซึ่งทีมงานได้พยายามแก้ไขด้วยการทบทวนในการประชุมหรือจากเวทีระเบียน (ขอตัวอย่างของการตรวจรักษาที่เกินความจำเป็น วิธีการสื่อสารเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ และแนวโน้มการลดลงของปัญหา?)

ผลการตรวจ investigate จะเก็บไว้ในเวชระเบียนทั้งหมด และมีการสรุปผลที่สำคัญหรือทำสำเนาเก็บไว้ในแฟ้มผู้ป่วยนอก เช่น ผลทางพยาธิวิทยา (ในกรณีผู้ป่วยย้ายหอผู้ป่วยหรือจำหน่ายก่อนที่จะได้รับผล มีแนวทางปฏิบัติอย่างไร?)

ค. มีการทบทวนความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคด้วยการทำ internal audit

ง. มีการวางแผนการรักษา การผ่าตัด และการระงับความรู้สึกอย่างเหมาะสม มีการใช้ CareMap ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในโรคที่สำคัญ ส่วนใหญ่แผนการดูแลรักษายังไม่ครอบคลุมครบถ้วน แพทย์อาจจะไม่ทราบปัญหาด้านอื่นของผู้ป่วยเพราะการสื่อสารระหว่างแพทย์กับพยาบาลยังไม่ดีพอ มีแผนที่จะพัฒนาระบบการบันทึกการเขียนปัญหาและ progress note ร่วมกัน

บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/การดูแลรักษาผู้ป่วย

ก. มีการทำแผน CPR เพื่อแก้ปัญหาเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วย มีการดำเนินและประเมินแผนอย่างสม่ำเสมอ

ข. มีระบบการดูแลรักษาที่ปลอดภัย โดยมีการประกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้บ่อย เช่น การให้ยาผิด (verify ด้วยการสังเกตและสัมภาษณ์) การตกเปล หรือการลื่นอุปรกณไว้ในแผลผ่าตัด (มีการติดตามความเสี่ยงทางด้านคลินิกของแต่ละสาขาวิชาหรือไม่ อย่างไร?)

ค. มีระบบรายงานอุบัติการณ์ที่มีลักษณะการร่วมมือป้องกัน ไม่ใช่การจับผิด (สถิติการรายงานครอบคลุมเพียงใดโดยประมาณ?) มีการประเมินและปรับปรุงแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น (verify ด้วยการสัมภาษณ์และดูบันทึกการปรับปรุงแก้ไขปัญหา)

ง. มีการดูแลทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสังคม โดยพยาบาลอย่างเหมาะสม (verify ด้วยการสังเกตในหอผู้ป่วยและตรวจสอบกับเวชระเบียน) ห้องผ่าตัดกำลังพัฒนาในส่วนของ การดูแลจิตใจของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดและญาติ โดยเฉพาะพยายามให้ผู้ป่วยรอผ่าตัดให้น้อยที่สุด และไม่มีควมวิตกกังวลกับการผ่าตัด (ผลลัพธ์ในขณะนี้เป็นอย่างไ?)

จ. มีหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับยาถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายที่เหมาะสมเกี่ยวกับยาที่ได้รับ แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำจากเภสัชกร (verify ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย) ยังมีปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสม ซึ่งมีแผนที่จะทำ utilization review เรื่องการใช้ยา โดยเฉพาะ antibiotic (คาดว่าจะมีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างในการทำเรื่องนี้?)

ฉ. มีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด (verify ด้วยการสังเกตวิธีการปฏิบัติงาน) และมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อของแผลผ่าตัดเป็นอย่างไ?)

บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

ก. มีการกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนโดยแพทย์และพยาบาลในระดับคณะ (อะไรคือเป้าหมายดังกล่าว?)

ข. มีทีมงานที่ดูแลเวชระเบียนของศาสตร์ประกอบด้วยแพทย์จากทุกสาขาวิชาและเจ้าหน้าที่ธุรการ ซึ่งประสานกันอย่างเป็นระบบ มีการเก็บเวชระเบียนมาตรวจสอบและเข้มงวดในการสรุปเวชระเบียนของแพทย์ประจำบ้านที่เกี่ยวข้อง จุดอ่อนคือไม่มี progress note ของแพทย์ พยายามพัฒนารูปแบบให้ง่ายและให้บันทึกร่วมกับพยาบาล (ผลลัพธ์ในการพัฒนาเป็นอย่างไ?) มีการใช้ข้อมูลในเวชระเบียนมาพัฒนาการเรียน การสอน และบริการอยู่ตลอดเวลา เช่น interesting case conference, MM conference, grand round แต่ไม่ได้ทำเป็นระบบ (ถ้าจะทำให้เป็นระบบยิ่งขึ้น จะมีแนวทางอย่างไร?) มีความคิดที่จะนำสถิติโรคและการผ่าตัดมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ

บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

ก. มีทีมงานที่มีประสบการณ์ในการให้คำแนะนำและดูแลผู้ป่วยเป็นพิเศษ ได้แก่ ostomy team และ burn care team แต่ทีมไม่ได้พิจารณากิจกรรมเหล่านี้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (นอกจากสองทีมนี้แล้ว มีกิจกรรมการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องใดอีกเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ดีขึ้น?)

ข. มีการวางแผนล่วงหน้าก่อนการจำหน่ายประมาณ 1 วัน เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยไม่พร้อมกลับบ้านตามที่แพทย์สั่ง (มีแผนที่จะใช้การวางแผนจำหน่ายด้วยความจำเป็นทางด้านคลินิกต่อไปอย่างไร?)

ค. มีการติดตามผู้ป่วยทางศัลยกรรมประสาทอย่างใกล้ชิดเป็นตัวอย่างของกิจกรรมสร้างสรรค์ (กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยกลุ่มใด การติดตามส่งผลอย่างไร มีการประสานระหว่างวิชาชีพ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้หรือไม่?)

ง. ทีมงานประเมินว่าความพร้อมของผู้ป่วยที่ดูแลตนเองต่อเนื่องได้ที่บ้านอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายยังไม่มีดี ส่วนความครบถ้วนขององค์ประกอบในการดูแล ต่อเนื่องอยู่ในเกณฑ์ดี

บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ

ก. มีกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทำ MM conference ประจำสัปดาห์ (current review? opinion base vs evidence base?) มีการบันทึกข้อสรุป และข้อเสนอแนะมารวบรวมและเผยแพร่ เป็นการเชื่อมโยงคุณภาพบริการกับคุณภาพด้านการเรียนการสอนและฝึกอบรมหลังปริญญา ใช้ประโยชน์เพื่อการเรียนการสอน (การใช้ประโยชน์?) กิจกรรมทบทวนอื่นๆ เช่น grand round, interesting case conference, internal audit, collective review ซึ่งหากหาข้อสรุปไม่ได้จะมีการทบทวนวรรณกรรมและเสนอใน journal club เพื่อหาข้อสรุป (มีการเผยแพร่และการใช้ประโยชน์อย่างไร?)

ผลการทบทวนก่อให้เกิดการปรับปรุงวิธีทำงาน เช่น การทบทวนการผ่าตัดที่มีก้อนที่ได้นำไปสู่การพัฒนาวิธีผ่าตัดที่ทำให้เกิดผลแทรกซ้อนน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามไม่ชัดเจนว่ามีการทบทวนคุณภาพและความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโดยหยิบยกประเด็นปัญหา/โรค/การผ่าตัดเป็นตัวตั้งมาน้อยเพียงใด (อาจจะทำอยู่ในรูปแบบของการวิจัยซึ่งใช้เวลานานและมีผลต่อการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานน้อย?)

ข. การติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพทางคลินิก มีแผนที่จะกำหนดเครื่องชี้วัดทางคลินิกของสาขาวิชาและภาควิชาซึ่งเป็นที่ยอมรับ เช่น mortality/morbidity rate ในโรคที่สำคัญ, อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด, LOS, unit cost, อัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด, อัตราการเกิดอุบัติเหตุการณ, อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน นำไปสู่การปรับปรุงระบบงาน เช่น กำหนดวันร่วมใจว่าตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2544 เป็นต้นมา การผ่าตัดรายแรกทุกรายจะเริ่มเวลา 9.00 น. (มีการติดตามเครื่องชี้วัดดังกล่าวแล้วหรือไม่ อย่างไร มีการนำไปใช้ประโยชน์อย่างไร? เครื่องชี้วัดของสาขาวิชาสามารถสะท้อนคุณภาพในมิติของ effectiveness & appropriateness ในกลุ่มโรคที่สำคัญได้เพียงใด?)

ค. การส่งเสริมให้นำความรู้ที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่ journal club, interhospital conference, special lecture แต่ละสาขาวิชาได้เลือกโรคมาทำ CareMap สาขาวิชาละ 1 เรื่อง ที่พัฒนาอย่างครบวงจรและใช้เป็นแบบอย่างของการทำงานเป็นทีมได้คือเรื่อง inguinal hernia และ acute appendicitis ในเด็ก โดยเป็นความร่วมมือของศัลยแพทย์ พยาบาล และวิสัญญีแพทย์ ทำให้อยู่ร่วมกันระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลให้เหมาะสม (ผลต่อ clinical outcome ในแง่มุมอื่น?)

มีแผนที่จะนำ CPG ของราชวิทยาลัยหรือสมาคมวิชาชีพมาปรับให้เหมาะสม และจัดทำ CareMap โดยผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาโรคนั้น ผลลัพธ์ที่คาดหวังมีเพียงเรื่องเดียวคือลดระยะเวลาใน

การนอน รพ. (วางแผนความครอบคลุมในการจัดทำไว้อย่างไร ใครเป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะเป็นผู้ใช้ และผลลัพธ์สำคัญที่คาดหวังคืออะไร?)

มีความพยายามที่จะลดการทำเวชปฏิบัติที่ไม่มีข้อบ่งชี้หรือมีข้อบ่งชี้ที่ไม่เหมาะสมด้วยการใช้ความใกล้ชิด เอาใจใส่ดูแลการทำงานโดยอาจารย์แพทย์ การทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม (มีการ monitor ความเหมาะสมของการทำเวชปฏิบัติอย่างไร เรื่องใดที่ทีมเห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อย?)

ง. เป็นที่น่าชื่นชมที่ทีมงานได้การประเมินผลการทำกิจกรรมคุณภาพทางคลินิก และตระหนักว่าความเข้าใจของแพทย์และการตระหนักถึงความสำคัญในการทบทวนและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยยังไม่เพียงพอ การเลือกปัญหาหรือโรคมาทำกิจกรรมยังไม่มีเหตุผลหรือหลักฐานสนับสนุนชัดเจน การวัดผลการดูแลรักษาผู้ป่วยในภาพรวมยังไม่ชัดเจนและไม่มีการประเมินติดตามอย่างจริงจัง (ทีมมีแผนที่จะพัฒนาต่อไปอย่างไร?)

9. การเขียนรายงาน

9.1 ความสำคัญของรายงาน

รายงานเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการเยี่ยมสำรวจ ด้วยเหตุผลต่อไปนี้

- หน่วยงานและโรงพยาบาลต้องทำงานหนักเพื่อเตรียมตัวรับการเยี่ยมสำรวจ
- เป็นเอกสารที่สะท้อนความก้าวหน้าในปัจจุบันและชี้้นำการทำงานต่อไปในอนาคต
- ช่วยให้เห็นหน่วยงานและโรงพยาบาลปรับปรุงการดูแลและบริการให้มีคุณภาพดีขึ้น

นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ต่อศูนย์คุณภาพในการติดตามความก้าวหน้าและวางแผนสนับสนุนรวมทั้งวางแผนเยี่ยมสำรวจในครั้งต่อไป

อย่างไรก็ตาม สำหรับการเยี่ยมสำรวจภายใน โรงพยาบาลจะต้องชี้แจงนำหน้าว่าการเขียนรายงานที่สมบูรณ์มีประโยชน์คุ้มค่า หรือจะเป็นการสิ้นเปลืองเวลาโดยใช่เหตุ ทางเลือกอีกทางหนึ่งคือทำให้หน่วยงานผู้รับการเยี่ยมสำรวจเป็นผู้เขียนแผนการปรับปรุงทันทีหลังการเยี่ยมสำรวจ และส่งให้ผู้เยี่ยมสำรวจเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดอยู่

9.2 องค์ประกอบของรายงาน

ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์และการสังเกต ประมวลผลเข้าเพื่อให้ได้สารสนเทศที่มีความหมายและมีประโยชน์ต่อหน่วยงานและโรงพยาบาล

ผู้เยี่ยมสำรวจควรเขียนรายงานความยาวไม่เกินหนึ่งหน้าสำหรับแต่ละทีมหรือหน่วยงาน ได้แก่ ทีมนำ, ทีมสารสนเทศ, ทีมทรัพยากรบุคคล, ทีมสิ่งแวดล้อม, ทีมนำทางคลินิกต่างๆ, และหน่วยงานต่างๆ

รายงานแต่ละเรื่องควรประกอบด้วยสามส่วน ได้แก่ 1) จุดเด่นหรือคำนิยม, 2) ข้อสังเกตเกี่ยวกับจุดอ่อนหรือโอกาสพัฒนาต่างๆ 3) ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง โดย มีเป้าหมายที่จะให้หน่วยงานและทีมงานมีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับการเยี่ยมสำรวจ แม้ว่าหน่วยงานต่างๆ ยังจะต้องมีการปรับปรุงอีกมาก ด้วยการระบุข้อเสนอแนะในเชิงบวกและที่ทำได้ให้ความช่วยเหลือ

ผู้เยี่ยมสำรวจต้องจดจำไว้ว่าเป้าหมายสุดท้ายของการให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยงานเพื่อช่วยให้มีการพัฒนา ดังนั้น ข้อเสนอแนะควรระบุประเด็นหลักๆ ที่จำเป็นต้องมีการปรับปรุง สิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดในมาตรฐาน และความเสี่ยงที่พบเห็น

ข้อเสนอแนะในเรื่องเล็กน้อยจำนวนมากเป็นสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์ และอาจจะก่อให้เกิดผลเสียที่หน่วยงาน/ทีมงานต้องเสียเวลาไปดำเนินการกับเรื่องเล็กน้อย แทนที่จะให้ความสำคัญกับเรื่องใหญ่ๆ ข้อเสนอแนะสำหรับแต่ละทีมไม่ควรมีมากกว่า 5 ข้อ

ในรายงานควรจะมี

- สะท้อนระดับการปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA

- สะท้อนจุดแข็งของหน่วยงานและองค์กร เพื่อให้ผู้บรรยายเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องระมัดระวังในการสร้างสมดุลระหว่างข้อสังเกตในด้านบวก และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
- ให้ตัวอย่างที่มีความหมายและสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานและทีมงาน
- ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่จะช่วยหน่วยงาน และสอดคล้องกับทิศทางของโรงพยาบาล
- ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะซึ่งไม่ใช่ตัวอย่างจากหน่วยงานของตนเอง
- ใช้ถ้อยคำที่เจ้าหน้าที่ทุกระดับสามารถเข้าใจได้ง่าย

9.3 การเขียนข้อเสนอแนะ

- ให้คำอธิบาย บรรยายสถานการณ์ หรือสิ่งที่พบเห็น ก่อนที่จะถึงข้อเสนอแนะ เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจที่มาที่ไป
- ในบางกรณีจะมีข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานหรือส่วนต่างๆ ของรายงานเหมือนกัน ข้อเสนอแนะเหล่านี้ควรนำมาเขียนในภาพรวม เช่น
“ผู้เยี่ยมสำรวจพบว่าหน่วยงานจำนวนหนึ่งยังไม่ได้จัดทำเครื่องชี้วัดคุณภาพสำหรับงานของตน ผู้นำขององค์กรควรชี้แนะและสนับสนุนให้หน่วยงานและทีมงานได้จัดทำและติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ”
- ข้อเสนอแนะควรกล่าวถึงสิ่งที่ต้องการบรรลุ มากกว่ารายละเอียดว่าจะต้องทำอะไร หน่วยงานและโรงพยาบาลจะต้องกำหนดวิธีการบรรลุด้วยตนเองตามโครงสร้างและทรัพยากรที่มีอยู่
- ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องระมัดระวังการให้ข้อเสนอแนะที่อาจจะก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายจำนวนมากแก่โรงพยาบาล

9.4 ข้อพิจารณาและข้อเตือนใจในการเขียนรายงาน

ในการเขียนรายงาน ควรตั้งคำถามว่าอะไรคือสาเหตุของประเด็นที่พบเห็น เช่น ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา การปฐมพยาบาล มาตรฐาน เวลารอคอย ประเด็นทางกฎหมาย เครื่องชี้วัด กระบวนการเวชระเบียน การบำรุงรักษา ความสะอาด สารสนเทศ อุบัติเหตุ ความพึงพอใจ

สิ่งที่ควรพิจารณาได้แก่

โครงสร้าง: องค์กรมีการรวมตัวกันอย่างไร แรงขับเคลื่อนของผู้คนในองค์กรคืออะไร อะไรจูงใจให้คนทำในสิ่งที่ทำอยู่

การนำ การเสริมพลัง: ผู้บริหารในทุกระดับเสริมพลังผู้คนให้ใช้ความคิดสร้างสรรค์และสร้างนวัตกรรมอย่างไร

เป้าหมาย: องค์กรมีเป้าหมายอะไร เหมาะกับชุมชนหรือไม่ ทิศทางในอนาคตเป็นอย่างไร มีการนำเสนอไว้ในแผนยุทธศาสตร์อย่างไร

การจัดองค์กร: เพื่อดูแลวิชาชีพต่างๆ หน่วยสนับสนุน และหน่วยบริการ

โครงสร้างของทีม: มีการจัดโครงสร้างอย่างไร ทีมทำงานร่วมกันอย่างไร มีความสัมพันธ์กับทีมและหน่วยงานอื่นอย่างไร

กระบวนการทำงาน: เป็นไปอย่างมีระบบระเบียบหรือไม่ มีความสับสนหรือการขัดจังหวะหรือไม่

นอกจากนี้ควรพิจารณาปัจจัยทางนามธรรมต่อไปนี้

ทิศทาง: มีชัดเจนหรือไม่

แรงจูงใจ: เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมหรือไม่

การสื่อสาร: ชัดเจน เป็นที่เข้าใจ และครอบคลุมหรือไม่

การตัดสินใจ: มีกระบวนการที่ชัดเจนหรือไม่ เป็นการตัดสินใจในแนวราบหรือแนวตั้ง

แรงยึดเหนี่ยว: แรงยึดเหนี่ยวในองค์กรมีมากเพียงใด

ความเข้าใจ: ความเข้าใจในปรัชญาของ HA มาตรฐาน และการประเมินตนเอง

ความเห็นร่วม: เจ้าหน้าที่ในองค์กรมีความคิดความเห็นสอดคล้องกันเพียงใด

ความเชื่อมโยง: ระหว่างเป้าหมายและการจัดบริการต่างๆ

ความพึงพากัน: เจ้าหน้าที่ทำงานร่วมกันเป็นทีมและพึงพากันและกันเพื่อให้เกิดคุณภาพหรือไม่

ประสิทธิผล: กิจกรรมที่ทำอยู่ให้ผลที่ต้องการ มีการวัดผลให้เห็นได้

ด้วยประเด็นต่างๆ ข้างต้น พิจารณาและค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อนของหน่วยงานและองค์กร เขียนข้อเสนอแนะเพื่อกระตุ้นให้มีการนำจุดแข็งที่มีอยู่ไปปรับปรุงจุดอ่อนหรือโอกาสพัฒนา

ท้ายเล่ม

ท่านจะเรียกตัวเองว่าอะไรก็ได้ ท่านจะเรียกหลักสูตรที่ท่านมาเรียนรู้ว่าอะไรก็ได้ ความเป็นจริงก็คือ ท่านเป็นบุคคลสำคัญที่จะสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในองค์กรของท่าน

ขอท่านอย่าเป็นเพียงวิทยากร ผู้เอาแต่สอนตามตำรา โดยไม่ได้เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม

ขอท่านอย่าเป็นเพียง facilitator ซึ่งไปสั่งให้คนอื่นทำงานตามวิธีการที่ท่านคิด หรือที่ท่านได้รับฟังมา โดยท่านไม่ได้สร้างการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของความคิดในวิธีการทำงานเหล่านั้น

ขอท่านอย่าเป็นเพียงโค้ช ซึ่งเอาแต่บอกคำตอบให้คนอื่น โดยไม่กระตุ้นให้ผู้ถูกโค้ชเกิดความคิดขึ้นมาด้วยตนเอง หรือเอาแต่ตั้งคำถาม ซึ่งเป็นคำถามที่ไม่สร้างปัญญา

ขอท่านอย่าเป็นเพียงผู้เยี่ยมสำรวจ ซึ่งเอาแต่ตรวจสอบตาม check list ด้วยมุ่งหวังที่จะให้ผ่านการรับรองในเร็ววัน โดยไม่ได้ใส่ใจต่อผลลัพธ์ของงาน คือคุณภาพที่ผู้ป่วยได้รับ

ขอท่านอย่าเป็นเพียงผู้ประสบความสำเร็จ ซึ่งหยิ่งผยองว่าดีที่สุดในแง่ที่สุด จนไม่ยอมรับคำชี้แนะจากผู้อื่น

และขอทุกท่านจงมีกัลยาณมิตรธรรม¹³ เป็นผู้น่ารัก¹⁴ น่าเคารพ¹⁵ น่าเจริญใจ¹⁶ รู้จักพูดให้ได้ผล¹⁷ ทนต่อถ้อยคำ¹⁸ แกล้งเรื่องเล็กได้¹⁹ ไม่ชักนำในอริฐาน²⁰ เพื่อประโยชน์แก่บุคคลทั้งหลายตลอดไป

¹³ พระธรรมปิฎก ใน พุทธธรรม หน้า 632

¹⁴ เข้าถึงจิตใจ สร้างความรู้สึกสนิทสนม เป็นกันเอง ขวนใจให้ผู้เรียนอยากเข้าไปปรึกษาได้ถาม

¹⁵ มีความประพฤติสมควรแก่ฐานะ ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจเป็นที่พึ่งได้และปลอดภัย

¹⁶ มีความรู้จริง ทรงภูมิปัญญาแท้จริง และเป็นผู้ฝึกฝนปรับปรุงตนอยู่เสมอ เป็นที่น่ายกย่อง ควรเอาอย่าง และรำลึกถึงด้วยความซาบซึ้ง มั่นใจ และภาคภูมิใจ

¹⁷ พูดเป็น รู้จักชี้แจงให้เข้าใจ รู้ว่าเมื่อไรควรพูดอะไร อย่างไร คอยให้คำแนะนำว่ากล่าว ตักเตือน เป็นที่ปรึกษาที่ดี

¹⁸ พร้อมที่จะรับฟังคำปรึกษาซักถามแม้จุกจิก ตลอดจนคำล่วงเกินและคำตักเตือนวิพากษ์วิจารณ์ต่างๆ อดทนฟังได้ ไม่เบื่อหน่าย ไม่เสียอารมณ์

¹⁹ กล่าวชี้แจงเรื่องต่างๆ ที่ลึกซึ้งซับซ้อนให้เข้าใจได้ และสอนศิษย์ให้ได้เรียนรู้เรื่องราวที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นไป

²⁰ ไม่ชักจูงไปในทางเสื่อมเสียหรือเหลวไหลไม่สมควร