

Roadmap to → HA

บพ.อนุวัฒน์ ศุภชติกุล



HA 2/10

HA ตักร์ธาม

เลขหมู่.....
 เลขทะเบียน 00002119
 วันที่.....

Roadmap to → HA

นพ.อนุวัฒน์ ศุกชติกุล

เลขทะเบียน 00292
 วันรับ 20 / 6 / 52
 เลขเรียก Nx 153 0223r
 2544

แผนงานสร้างเสริมสุขภาพผู้พิการในสังคมไทย

Health Promotion for People with Disabilities Program



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 (พสพ.)

Roadmap to HA

โดย นพ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

จัดพิมพ์โดย

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

ชั้น ๒ อาคารกรมการแพทย์ ๖ กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี

โทรศัพท์ ๕๘๕-๐๐๒๓-๔ โทรสาร ๕๕๑-๐๒๓๘

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

พิมพ์ครั้งแรก: กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔

๑๐ ๙ ๘ ๗ ๖ ๕ ๔

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล.

Roadmap to HA --นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล, ๒๕๕๔.

๗๑ หน้า

๑. โรงพยาบาล--การบริหาร. I. ชื่อเรื่อง.

๓๖๒.๑๑๐๖๘

ISBN 974-293-955-1

ออกแบบ: Desire CRM

พิมพ์ที่: บริษัท ดีไซน์ จำกัด, กรุงเทพมหานคร

คำนำ

หัวใจสำคัญของกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation) คือการเรียนรู้ การเรียนรู้นี้จะเกิดขึ้นอย่างมากมายในระหว่างการประเมินและพัฒนาตนเองของโรงพยาบาลเพื่อเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจจากภายนอก และจะเกิดขึ้นต่อเนื่องไปตลอด กล่าวได้ว่า การเยี่ยมสำรวจจากภายนอกเป็นเพียงเหตุการณ์เล็กๆ ในช่วงเวลาสั้นๆ เพื่อยืนยันและตอกย้ำความมั่นใจในการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น แม้จะเปรียบเทียบการเยี่ยมสำรวจและการรับรองเท่ากับเป็นการประกันคุณภาพจากภายนอก นั่นก็เป็นการกล่าวในแง่มุมหนึ่งเท่านั้น แต่การประกันคุณภาพที่แท้จริงนั้นเกิดขึ้นโดยโรงพยาบาลเอง

เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถก้าวไปบนเส้นทางสู่องค์กรคุณภาพได้อย่างมั่นใจ ทางสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ทบทวนขั้นตอนในการดำเนินงาน ทั้งจากภาคทฤษฎีและประสบการณ์ในโรงพยาบาล นำเสนอให้เห็นเป็นรูปธรรม อีกทั้งได้นำแนวคิดที่ควรจะนำมาประกอบการดำเนินงานตามขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่ไปตลอดเวลา ไม่ว่าจะการดำเนินงานนั้นจะประสบความสำเร็จ ความล้มเหลว หรือความชะงักงัน

สิ่งที่ผู้อ่านพึงตระหนักก็คือ ขั้นตอนและกิจกรรมที่เสนอไว้นี้เป็นเพียงข้อเสนอ ความสำเร็จในการนำไปใช้ขึ้นอยู่กับการพิจารณาสถานการณ์ของแต่ละโรงพยาบาล และมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม คำถามในระหว่างผู้

ทำงานว่า “ทำไมต้องทำเรื่องนี้” และ “ทำไมต้องทำอย่างนี้” จะเป็นคาถา
ประกอบที่ช่วยให้ท่านก้าวไปด้วยความเข้าใจและมั่นใจ มากกว่าที่จะบอก
ว่า “เขาบอกให้เราทำอย่างนี้”

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มกราคม ๒๕๕๔

สารบัญ

▶▶▶▶	เกริ่นนำ	๑
▶▶▶▶	I. ชั้นเตรียมการ	๗
▶▶▶▶	II. ชั้นพัฒนาและเรียนรู้	๑๕
▶▶▶▶	III. ชั้นดำเนินการ	๒๕
▶▶▶▶	IV. ชั้นเตรียมพร้อมเพื่อการเยี่ยมสำรวจ	๔๕
▶▶▶▶	ชั้นชมสรรพสิ่ง	๕๑
▶▶▶▶	ดัชนี	๖๘

Quality Hospital

Quality Hospital

Quality
Hospital

Quality Hospital

Quality Hospital

Quality Hospital

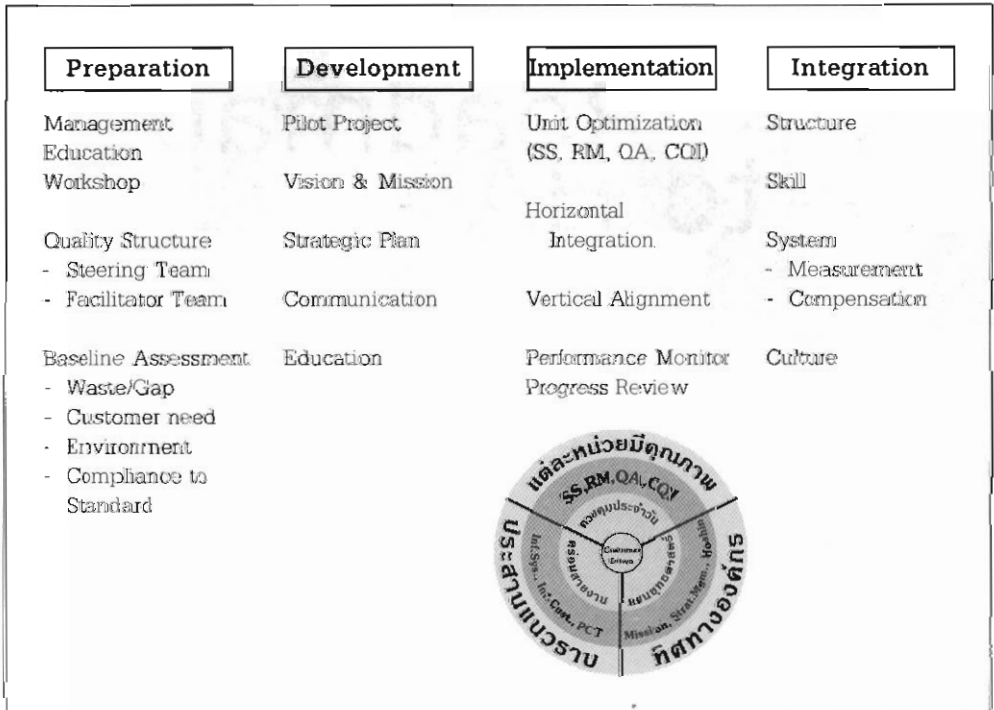
l n s̄ u u i



Roadmap
to HA

เกริ่นนำ

จากการทบทวนบทเรียนทั้งหลาย มีข้อสรุปที่ใกล้เคียงกันว่าขั้นตอนของการเดินทางไปสู่โรงพยาบาลคุณภาพ จัดแบ่งได้เป็น ๔ ขั้นตอน คือ การเตรียมการ (preparation), การพัฒนา (development), การดำเนินการขยายผล (implementation) และการทำให้เชื่อมโยงฝังตัวเข้ากับระบบปกติ (integration)



ในเอกสารชุดนี้ได้ปรับแนวทางดำเนินงานสู่โรงพยาบาลคุณภาพไปจากแผนภูมิข้างต้นเล็กน้อย โดยมีรายละเอียดดังนี้

I. ชั้นเตรียมการ

๑. สร้างความตระหนักในทีมผู้บริหาร/ผู้นำ
๒. ค้นหาผู้ประสานงานคุณภาพ
๓. สร้างทีมแกนนำ (หรือทีม facilitator ชุดแรก)
๔. วิเคราะห์บรรยากาศในการทำงานและดำเนินการปรับปรุง
๕. รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยและชุมชน
๖. กำหนดทีมเพื่อประเมินตนเอง
๗. ประเมินตนเองตามมาตรฐาน รพ. และกำหนดแนวทางพัฒนากว้างๆ

II. ชั้นพัฒนาและเรียนรู้

๑. ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพนำร่อง
๒. สร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่/ได้ใจ/สร้างทีม
๓. ร่วมกันจัดทำพันธกิจ (เป้าหมายร่วม/ทิศทางนโยบาย) ของโรงพยาบาล
๔. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ เพื่อให้เห็นแนวทางที่จะบรรลุพันธกิจ
๕. สื่อสารแผนยุทธศาสตร์ให้ทุกคนรับทราบ
๖. จัดทำ/ทบทวนแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ
๗. ทำแผนฝึกอบรมบุคลากร
๘. ดำเนินการฝึกอบรม
๙. สรรหาและเพิ่มพูนทักษะของผู้ช่วยเหลือทีม (facilitator)

III. ชั้นดำเนินการ

ก. พัฒนาคุณภาพในแต่ละหน่วย (Unit Optimization)

๑. ฝึกฝนทักษะของทีม/ทักษะในการตรวจสอบตนเองให้เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงาน ทุกคน
๒. แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์ตนเอง
๓. แต่ละหน่วยงานรับฟังเสียงจากผู้ป่วยและผู้รับผลงาน ตอบสนอง

ในเบื้องต้น

๔. สมาชิกในหน่วยงานกำหนดมาตรฐานพฤติกรรมบริการและนำไปปฏิบัติ
๕. กำหนดมาตรฐานการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในจุดต่างๆ และนำไปปฏิบัติ
๖. ฝึกทักษะความคิดสร้างสรรค์และจัดระบบข้อเสนอแนะเพื่อทำให้ทำงานง่ายขึ้น
๗. แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนและวางมาตรการป้องกัน
๘. จัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่จำเป็นของหน่วยงาน
๙. ติดตามเครื่องชี้วัดของหน่วยงาน
๑๐. ทำกิจกรรม COI ให้มากที่สุด
๑๑. จัดกิจกรรมทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

ข. การประสานในแนวนอน (Horizontal Integration)

๑. ทบทวนความต้องการของหน่วยงานที่ทำงานร่วมกันและตอบสนอง
๒. สร้างระบบการสื่อสารและความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน
๓. ทีมคร่อมสายงานทำหน้าที่ที่พ่วงในระดับกลาง
๔. พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
๕. จัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่ต้องใช้งานร่วมกัน
๖. จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guideline)
๗. จัดตั้งองค์กรแพทย์ และคณะกรรมการต่างๆ ดำเนินการตามหน้าที่ที่กำหนดไว้

ค. เชื่อมโยงทิศทางองค์กร (Vertical Alignment)

๑. จัดทำเข็มมุ่งของ รพ.
๒. ถ่ายทอดเข็มมุ่งไปเป็นแผนปฏิบัติการในแต่ละหน่วยงาน
๓. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ
๔. กำหนดเครื่องชี้วัดของโรงพยาบาล และติดตามความก้าวหน้า

IV. ชั้นเตรียมพร้อมเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจ

๑. ปรับโครงสร้างองค์กรเพิ่มเติม
๒. ปรับระบบแรงจูงใจ
๓. จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานและการยกย่องผลงานของกันและกัน
๔. ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพ
๕. ซ้อมเยี่ยมชมสำรวจ
๖. ประเมินตนเองและส่งแบบประเมินให้ พรพ.
๗. รับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม
๘. รับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง

အကယ်၍



Preparation Preparation
Preparation Preparation
Preparation

၂. ချိတ်ဆက်မှု



Roadmap
to HA

I. ขั้นตอนเตรียมการ

๑. สร้างความตระหนักในทีมผู้บริหาร/ผู้นำ

- ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ และผู้บริหารระดับสูง มาร่วมพิจารณาความจำเป็นขององค์กรที่จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพ โดยพิจารณาทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก
- ทีมผู้บริหารระดับสูงข้างต้นศึกษาแนวคิดเรื่องคุณภาพ, TQM/COI, QA, ISO9000, HA จนถึงระดับที่สามารถบอกจุดร่วมและความเกี่ยวพันซึ่งกันและกันได้
- หากยังไม่เข้าใจ ทีมผู้บริหารระดับสูงควรหาโอกาสพูดคุยกับผู้บริหารองค์กรอื่นๆ หรือไปเยี่ยมชม หรือเชิญที่ปรึกษามาสนทนา หรือเข้ารับการอบรม
- ทีมผู้บริหารระดับสูงตัดสินใจว่าจะนำแนวคิด TQM (ซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง, การทำงานเป็นทีม, การพัฒนากระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง) เข้ามาใช้ในองค์กรหรือไม่ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้อย่างรอบคอบ
 - ◆ จะเกิดอะไรขึ้นกับองค์กรหากไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ
 - ◆ ความคาดหวังต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น (ทั้งในด้านพฤติกรรมของคนในองค์กร และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น)
 - ◆ การลงทุนค่าใช้จ่าย ที่สามารถให้การสนับสนุนได้

- ◆ แร่งต่อต้านที่จะเกิดขึ้น และวิธีการที่จะลดแรงต่อต้านดังกล่าว
- หากตัดสินใจเดินหน้าต่อ ทีมผู้บริหารระดับสูงนี้ผู้ที่ทำหน้าที่ **Quality Steering Team** หรือทีมนำในระดับโรงพยาบาล
- ทีมผู้บริหารระดับสูงวิเคราะห์ตัวเองว่าได้นำแนวคิด TQM มาใช้มากน้อยเพียงใด จะทำให้ดีขึ้น มากขึ้นได้อย่างไร
- ทีมผู้บริหารระดับสูงพิจารณาบทบาทของตัวเองว่าจะเป็น role model ในเรื่องคุณภาพได้อย่างไร
 - ◆ การรับฟังเสียงสะท้อนและข้อเสนอแนะจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
 - ◆ การนำการประชุมที่มีประสิทธิภาพ
 - ◆ การใช้/กระตุ้นให้ใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ
 - ◆ การใช้/กระตุ้นให้ใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนางาน
- ผู้นำระดับสูงกำหนดแนวทางในการ monitor พฤติกรรมของตนเองและการ feed back กันในกลุ่มผู้บริหาร

๒. เป้าหมายประสานงานคุณภาพ

- ทีมผู้บริหารระดับสูงกำหนดคุณสมบัติของผู้ประสานงาน ซึ่งควร เก่งคิด เก่งคน เก่งงาน และ
 - ◆ ยอมรับแนวคิดใหม่ๆ พร้อมทั้งจะเรียนรู้
 - ◆ มีบุคลิกและพฤติกรรมซึ่งพร้อมที่จะรับฟังและช่วยเหลือผู้อื่น เปิดกว้าง ยืดหยุ่น
 - ◆ มีความสามารถในการถ่ายทอดแนวคิดและความรู้
 - ◆ เป็นนักปฏิบัติมากกว่านักพูด
- ทีมผู้บริหารระดับสูงกำหนดจำนวนและองค์ประกอบของผู้ประสานงานคุณภาพที่ควรมี
 - ◆ ถ้าเป็นไปได้ควรมีผู้ประสานงานที่ทำงานเต็มเวลาอย่างน้อย ๑ คน (ยกเว้น รพ.ขนาดเล็กอาจจะไม่ต้องมีผู้ทำงานเต็มเวลา)

- ◆ ควรมีแพทย์อย่างน้อย ๑ คนร่วมอยู่ในทีมด้วย
- ทีมผู้บริหารระดับสูงพิจารณาโครงสร้างและสายการบังคับบัญชาขั้นต้น
 - ◆ ในขั้นต้นอาจจะมีผู้ประสานงานเต็มเวลา ๑ คน แพทย์ที่ปรึกษา ๑ คน ทำงานขึ้นตรงกับผู้อำนวยการ
 - ◆ หากเป็นไปได้ควรมีผู้รับผิดชอบงานคุณภาพที่มีอยู่เดิมทั้งหมดเข้ามาจัดตั้งเป็น **Quality Support Team** (เช่น ผู้รับผิดชอบงาน ๕ ส., ระบบข้อเสนอแนะ, พฤติกรรมบริการ, พัฒนางค์กร, ISO9000, QA, QC, IC) เพื่อให้เกิดการประสานงานและประสานแผนที่ดี ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ควรสร้างเอกภาพในการทำงานด้วย การให้มีกรรมการน้อยชุดที่สุด หรือปรับให้เป็นอนุกรรมการของ Quality Support Team
- ผู้บริหารระดับสูงประเมินความรู้ความสามารถของผู้ประสานงานคุณภาพ และ Quality Support Team และสนับสนุนให้ได้รับการอบรมจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่

๓. สร้างทีมแกนนำ (หรือทีม facilitator ชุดแรก)

- ผู้ประสานงานคุณภาพพร้อมกับหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้าหน่วยงาน พิจารณาสรรหาผู้ที่จะเป็นแกนนำการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน
 - ◆ แกนนำนี้อาจจะเป็นตัวหัวหน้าหน่วยงานเองหรือเป็นผู้ที่หัวหน้าหน่วยงานให้ความเห็นชอบ (หากได้หัวหน้าหน่วยงานจะดีกว่า)
 - ◆ อาจจะมีทีมด้วยแกนนำของทีมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม ฯลฯ โดยให้มีทั้งแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างน้อย
 - ◆ ทีมแกนนำนี้ควรครอบคลุมผู้ไวยทุกกลุ่มที่โรงพยาบาลให้บริการ
- ให้การฝึกอบรมแก่ทีมแกนนำในเรื่องแนวคิดและเทคนิคการพัฒนาคุณภาพในระดับที่สามารถเริ่มต้นวิเคราะห์งาน และดำเนินกิจกรรมคุณภาพภายในหน่วยของตนได้

- จัดให้มีศูนย์กลางและสิ่งอำนวยความสะดวกในการประสานงาน การเพิ่มพูนทักษะ การค้นหาข้อมูล/ความรู้ เช่น ตั้งเป็นศูนย์คุณภาพของโรงพยาบาล
- ทิมผู้บริหารระดับสูงติดตามรับฟังปัญหาการทำงานของทีมแกนนำ

๔. วิเคราะห์บรรยากาศในการทำงาน และดำเนินการปรับปรุง

- ผู้บริหารระดับสูงมอบให้ผู้ประสานงานคุณภาพและผู้บริหารทุกระดับ พุดคุยกับเจ้าหน้าที่อย่างไม่เป็นทางการ ในประเด็น
 - ◆ ความรู้สึกและความคาดหวังต่อการทำงาน
 - ◆ สิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวและกระตือรือร้นที่จะปรับปรุงงาน
 - ◆ สิ่งที่ยับยั้งหรือขัดขวางใจหรือทำให้เกิดความท้อแท้
- ผู้ประสานงานคุณภาพประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมคุณภาพรูปแบบต่าง ๆ ที่เคยทำได้ เช่น ๕ ส., OC, QA ในประเด็น
 - ◆ ความรู้สึกทั่วไปของผู้เกี่ยวข้อง
 - ◆ การประสานเชื่อมโยงกับเป้าหมายหลักหรือคุณภาพที่ผู้ป่วยได้รับ
 - ◆ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรม
 - ◆ บทเรียนและการพัฒนาที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการทำงานเป็นทีม การคิดเป็นระบบ การทำงานเป็นระบบ
 - ◆ ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
- ผู้บริหารระดับสูงตอบสนองต่อข้อมูลที่ได้รับ ส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศที่ดี
- ผู้บริหารระดับสูงติดตามผลที่เกิดขึ้นเป็นระยะ

๕. รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยและชุมชน (ในภาพรวมของ รพ.)

- ผู้บริหารระดับสูงกำหนดเป็นนโยบายให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยและผู้รับผลงาน ในโอกาสที่เหมาะสม อย่างสม่ำเสมอ
- หัวหน้าหน่วยงานทุกหน่วยรวบรวมเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยและผู้รับผลงาน จัดลำดับความสำคัญ และตอบสนองต่อเสียงสะท้อนเหล่านั้น
 - ◆ ตอบสนองทันทีในเรื่องที่หน่วยงานสามารถทำได้เอง
 - ◆ ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหากเป็นเรื่องคร่อมสายงาน
 - ◆ เสนอผู้บริหารระดับสูงในกรณีที่ต้องได้รับการสนับสนุนด้านนโยบายหรือทรัพยากร
- หัวหน้าหน่วยงานทุกหน่วยติดตามผลการตอบสนองต่อเสียงสะท้อนจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ส่งให้ผู้ประสานงานคุณภาพรวบรวมนำเสนอผู้บริหารระดับสูง
- ผู้ประสานงานคุณภาพจัดให้มีการรับฟังเสียงสะท้อนจากชุมชนในรูปแบบต่างๆ เช่น การเข้าไปสนทนากับบุคคลสำคัญในชุมชน, การรับฟังผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ

๖. กำหนดทีมเพื่อประเมินตนเอง

- ผู้บริหารระดับสูงและผู้ประสานงานร่วมกันกำหนดทีมหลักเพื่อการประเมินตนเอง ซึ่งควรครอบคลุมทีมที่ดูแลหน้าที่หลักในระดับโรงพยาบาล, ทีมที่เน้นระบบบริการเป็นหลัก และทีมที่เน้นกลุ่มผู้ป่วยเป็นหลัก
- ทีมในระดับโรงพยาบาลควรประกอบด้วยทีมซึ่งประเมินเรื่องต่อไปนี้
 - ◆ การนำองค์กรและทิศทางนโยบาย (โดย Quality Steering Team)
 - ◆ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ (โดย Quality Support Team)
 - ◆ ทรัพยากรบุคคล
 - ◆ ระบบสารสนเทศ

- ◆ สิ่งแวดล้อม สถานที่ เครื่องมือ ความปลอดภัย
- ◆ การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ◆ องค์กรแพทย์
- ◆ บริหารการพยาบาล

(สำหรับ รพ.ขนาดเล็กอาจรวบหน้าที่หลายๆ อย่าง เช่น ทรัพยากรบุคคล ระบบสารสนเทศ สิ่งแวดล้อม เข้าเป็นหน้าที่ของทีมเดียวกันคือทีมสนับสนุนบริการก็ได้)

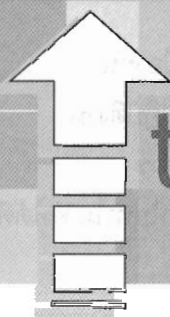
- ทีมที่เน้นระบบบริการเป็นหลัก ควรประกอบด้วย
 - ◆ ทีมผู้ป่วยนอก
 - ◆ ทีมผู้ป่วยใน
 - ◆ อาจจะมีทีมห้องผ่าตัด ทีมหกลผู้ป่วยหนัก ทีมอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน ตามความเหมาะสมและความจำเป็น
- ทีมที่เน้นกลุ่มผู้ป่วยเป็นหลัก หรือทีมนำด้านคลินิก (Clinical Lead Team) จำนวนทีมขึ้นอยู่กับขนาดโรงพยาบาล, การจัดองค์กร, และปริมาณผู้ป่วยด้านนั้นๆ
 - ◆ ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่อาจจะแบ่งออกเป็นอายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ ตา หูคอจมูก
 - ◆ ในโรงพยาบาลขนาดเล็กหน้าที่นี้อาจจะรวมอยู่กับทีมผู้ป่วยนอกและทีมผู้ป่วยใน
- ผู้บริหารระดับสูงกำหนดขอบเขตหน้าที่และวิธีการทำงาน (Term of Reference) ของทีมข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรายงานผลการประเมินตนเองให้ Quality Steering Team ทราบ และการตอบสนองต่อผลการประเมิน

๓. ประเมินตนเองตามมาตรฐาน sw. และกำหนดแนวทางพัฒนา กว้างๆ

- แต่ละทีมดำเนินการประเมินตนเองโดยใช้มาตรฐาน HA
- การประเมินตนเองในขั้นแรก เน้นการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนาและวางแผนดำเนินการ
- ผู้ประสานงานคุณภาพรวบรวมประเด็นในการพัฒนาที่เป็นเรื่องหลักๆ ซึ่งจะต้องมีการประสานกิจกรรม หรือต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง เพื่อเป็น input สำหรับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ (หากจะมีการจัดทำ)



II. ขั้ น พั้ ท ฒ น า แ ล ะ เ รี ย น รູ



Roadmap
to HA

II. ขันพัฒนาและเรียนรู้

๑. ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพนําร่อง

- ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพนําร่องโดยทีมผู้ประสานงานและทีมแกนนำในรูปแบบต่างๆ เพื่อเรียนรู้วิธีการ ปัญหาอุปสรรค สร้างความมั่นใจ และเป็นตัวอย่างหรือกรณีศึกษาให้หน่วยงาน
 - ◆ นำความคิดสร้างสรรค์มาใช้เพื่อสร้างทางเลือกใหม่ๆ
 - ◆ นำข้อมูลมาใช้ประกอบการตัดสินใจ
 - ◆ วิเคราะห์ความเสี่ยงและกำหนดมาตรการป้องกัน
 - ◆ วิเคราะห์ระบบงานและจัดทำเอกสารคู่มือปฏิบัติงาน
 - ◆ การนำแนวคิด A-I-C มาใช้ในระดับโครงการ
 - ◆ การใช้คำถามง่ายๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพ (ทำไปทำไม ทำได้ดีหรือไม่ จะปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างไร)
 - ◆ Model FADE (Focus, Analyse, Develop, Execute)
 - ◆ Model FOCUS-PDCA (Find, Organize, Plan, Do, Check, Act)
 - ◆ Model ๙ ขั้นตอน (หาโอกาส, ศึกษาระบบ, วัดระดับคุณภาพ, วิเคราะห์สาเหตุ, วิเคราะห์ทางเลือก, ทดสอบทางเลือก, วัดผล, ทำให้เป็นมาตรฐาน, พัฒนาต่อเนื่อง)
 - ◆ Model ตั้งเป้า, ฝ่าแ้ว, ปรับเปลี่ยน, PDCA

- ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในลักษณะক্রómสายงาน โดยมีหัวหน้างานเข้าร่วม
- ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยผู้บริหารระดับสูงเพื่อแสดงให้เห็นผลกระทบในวงกว้าง
- สรุปรบทเรียน สร้างคู่มือสอน/กรณีศึกษา

๒. สร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่/ได้ใจ/สร้างทีม

- ผู้ประสานงานคุณภาพวิเคราะห์กิจกรรมสร้างความตระหนักที่เหมาะสมกับองค์กร โดยพิจารณาแนวทางต่อไปนี้
 - ◆ รับฟังและตอบความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ (ได้ทำมาแล้ว)
 - ◆ สร้างบรรยากาศที่ก่อให้เกิดความตื่นตัวและเต็มใจที่จะพัฒนาคุณภาพ (ได้ทำมาแล้ว)
 - ◆ สร้างความตื่นตัว ซึ่งให้เห็นว่าหากไม่มีการเปลี่ยนแปลงจะเกิดผลอะไร การเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดประโยชน์อะไร
 - ◆ ฝึกทักษะการใช้ความคิดเชิงบวก
 - ◆ ทำให้เห็นคุณค่าในตัวเอง
 - ◆ มีทักษะในการทำงานเป็นทีม
 - ◆ สร้างเป้าหมายร่วม
 - ◆ ได้รับโอกาสให้ตัดสินใจ
 - ◆ แรงจูงใจ
- ทำกิจกรรมสร้างความตระหนักผ่านผู้บริหารทุกระดับ
- ติดตามประเมินผลในระยะต่อไป
 - ◆ เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้สึกและความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างไร
 - ◆ เจ้าหน้าที่ต้องการการสนับสนุนอย่างไรจากผู้บริหารเพื่อให้สามารถพัฒนาคุณภาพได้อย่างราบรื่น
 - ◆ เจ้าหน้าที่กลุ่มใด หรือในหน่วยงานใดที่ยังไม่เกิดความตระหนัก

- ผู้บริหารระดับสูงพิจารณาตอบสนองผลการประเมินข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนที่จะให้แก่เจ้าหน้าที่ และการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง

๓. ร่วมกันจัดทำพันธกิจ (เป้าหมายร่วม/ทิศทางนโยบาย) ของ รพ.^๑

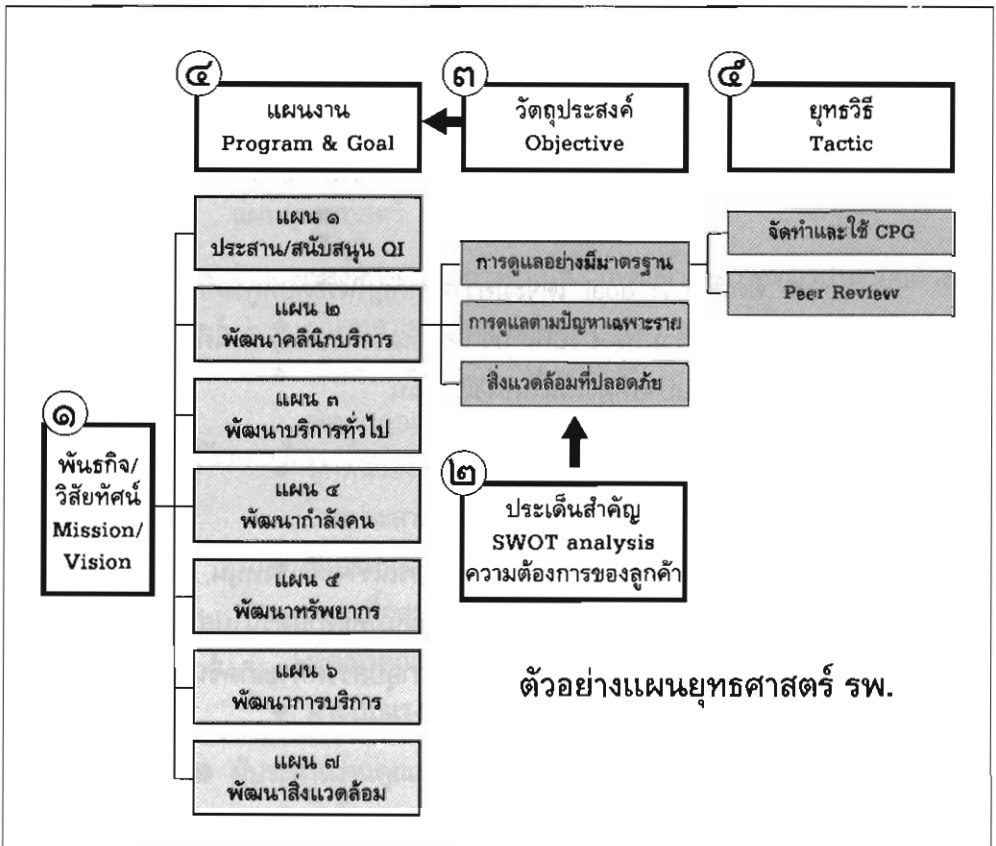
- ทบทวนข้อความที่ระบุทิศทางนโยบายของโรงพยาบาล และของหน่วยงานต่างๆ ที่มีอยู่เดิม (เช่น ปรัชญาของ รพ., คำขวัญของ รพ., นโยบายคุณภาพของ รพ., วัตถุประสงค์ของการจัดบริการ) นำเอาคำที่เป็น key word มาเป็นจุดเริ่มต้น
- ผู้บริหารระดับสูงร่วมกันพิจารณาคำถามต่อไปนี้
 - ◆ โรงพยาบาลมีหน้าที่อะไร
 - ◆ โรงพยาบาลทำหน้าที่ดังกล่าวอย่างไร
 - ◆ คุณค่าที่จะเกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ดังกล่าวคืออะไร
- รวบรวม key word ทั้งหมดที่ได้ และส่งให้ผู้บริหารระดับรองลงไปให้ความเห็นเพิ่มเติม (หรืออาจจะขอความเห็นจากเจ้าหน้าที่ในแต่ละหน่วยงานด้วย)
- นำ key word ทั้งหมดมาวิเคราะห์ว่าคำใดจะครอบคลุมและให้ความหมายได้ดีที่สุด เลือกคำดังกล่าวมาเขียนเป็นข้อความพันธกิจที่กระชับ และสั้นที่สุด
- ผู้บริหารระดับสูงวางแผนร่วมกันว่าจะทำให้เจ้าหน้าที่รับทราบ เข้าใจ มุ่งมั่น และปรับบทบาทของตนเพื่อการบรรลุพันธกิจดังกล่าว
- ผู้บริหารทุกระดับดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ เน้นการพูดคุยสนทนากับเจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้กำหนดบทบาทของตนเอง

^๑ ชั้นที่ ๓, ๔, ๕ อาจยังไม่ดำเนินการในขณะนี้ แต่ไปดำเนินการในระยะเวลาที่ III. ก. ได้

- โรงพยาบาลบางแห่งอาจจะใช้เทคนิค A-I-C เพื่อจัดทำวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลโดยการมีส่วนร่วม หากจะทำการเกิดจากความเข้าใจอย่างถ่องแท้ว่าจะได้ประโยชน์อะไร และผู้บริหารต้องมีบทบาทอย่างไรจึงจะได้ประโยชน์ดังกล่าว

๔. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ เพื่อให้เห็นแนวทางที่จะบรรลุพันธกิจ

- แผนยุทธศาสตร์ที่จะจัดทำในขั้นนี้ควรเป็นแผนที่จัดทำอย่างง่าย ๆ เพื่อให้เห็นภาพรวมและทิศทางของการพัฒนา โดยคาดหวังว่าจะมีการปรับปรุงแผนไปเป็นลำดับ แผนยุทธศาสตร์ง่าย ๆ ที่ว่านี้คือ
 - ◆ tree diagram ซึ่งเริ่มต้นด้วยพันธกิจ และแตกแขนงออกเป็น goals



- ◆ แต่ละ goal แยกแขนงออกเป็นวัตถุประสงค์ (หรือผลลัพธ์หลักที่ต้องการ) ที่จะต้องทำให้สำเร็จเพื่อให้บรรลุ goal นั้นๆ
 - ◆ แต่ละวัตถุประสงค์แยกแขนงออกเป็นยุทธศาสตร์หรือยุทธวิธีที่ จะต้องทำให้บรรลุวัตถุประสงค์นั้นๆ
- ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางควรมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โดยเริ่มด้วยการ
 - ◆ วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนา และสิ่งคุกคาม (SWOT analysis) ของโรงพยาบาล
 - ◆ ทบทวนประเด็นสำคัญจากการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาล
 - ◆ ระดมสมองเพื่อตอบคำถามง่ายๆ ว่า “เพื่อให้บรรลุพันธกิจที่กำหนดไว้ จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นบ้าง” คำตอบจะได้หลากหลายซึ่งอาจจะอยู่ในระดับ goal, วัตถุประสงค์ หรือยุทธวิธี ยังไม่ต้องสนใจว่าเป็นอะไรในช่วงนี้ จัดกลุ่มคำตอบให้เป็นหมวดหมู่ (จำนวน ๕-๗ กลุ่ม) แล้วมาเรียงลำดับ tree diagram ในแต่ละกลุ่มอีกครั้งหนึ่ง
 - คัดเลือก goal ใดจะมีความสำคัญในระดับที่สูงมากจำนวน ๒-๓ ข้อ (อาจจะรวมหลายข้อที่เกี่ยวข้องกันเข้าด้วยกัน) สิ่งนี้คือเข็มมุ่ง (Hoshin) หรือนโยบายที่มุ่งเน้นในช่วงเวลานั้น
 - กำหนดเครื่องชี้วัดเพื่อติดตามความก้าวหน้าและสัมฤทธิ์ผลในแต่ละ goal และวัตถุประสงค์
 - ผู้บริหารระดับสูงประเมินสถานการณ์ว่าจะมีแรงหนุน, แรงต้าน, ปัญหาอุปสรรคใดบ้าง ในการที่จะนำแผนยุทธศาสตร์นี้ไปสู่การปฏิบัติ และวางแผนเพื่อลดแรงต้านและปัญหาอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น

๕. สื่อสารแผนยุทธศาสตร์ให้ทุกคนรับทราบ

- สื่อสารแผนยุทธศาสตร์ผ่านการวางแผนเข็มมุ่งประจำปี (Hoshun Planning) นั่นคือทุกหน่วยงานจะต้องถ่ายทอดเข็มมุ่งของโรงพยาบาลไปสู่แผนปฏิบัติการในหน่วยงานของตนตามลำดับขั้น
- ใช้กลไกการสื่อสารในรูปแบบที่หลากหลายเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับทราบเป้าหมายของโรงพยาบาล และบทบาทที่โรงพยาบาลคาดหวังให้แต่ละคนปฏิบัติ

๖. จัดทำ/ทบทวนแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ

- แผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพหรือแผนประสานและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ควรเป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ หรือเป็นแผนขั้นต่ำที่สุดที่โรงพยาบาลจะต้องมี (หากจะไม่เขียนแผนยุทธศาสตร์สำหรับเรื่องอื่นๆ แต่ใช้ผลการประเมินตนเองเป็นสิ่งที่กำหนดว่าจะต้องพัฒนาอะไร) แทนแผนยุทธศาสตร์
- วัตถุประสงค์สำคัญในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพควรประกอบด้วย
 - ◆ ผู้นำทุกระดับมีความมุ่งมั่นสู่คุณภาพ และให้การสนับสนุน
 - ◆ เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงาน ทุกระดับ มีความรู้และมีเจตคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ
 - ◆ ทุกหน่วยงานตื่นตัว มีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยประสานเชื่อมโยงกิจกรรมคุณภาพทุกชนิดเข้าอย่างเป็นองค์รวม
 - ◆ มีการสนับสนุนทางวิชาการที่ดีสำหรับการพัฒนาคุณภาพ
 - ◆ มีการสื่อสารและเรียนรู้แลกเปลี่ยนระหว่างหน่วยงานที่ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
 - ◆ มีระบบแรงจูงใจที่กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ผู้ประสานงานคุณภาพมีหน้าที่จัดทำแผนประสานและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือของหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ และการรับรองโดยผู้บริหารระดับสูง

๗. จัดทำแผนฝึกอบรมบุคลากร

- แผนการฝึกอบรมที่ดีควรมีลักษณะดังนี้
 - ◆ มีการประสานแผนการศึกษาและการฝึกอบรมสำหรับทุกส่วนทั่วทั้งองค์กร
 - ◆ ผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการศึกษาอบรม กล่าวคือได้รับการฝึกอบรมในเรื่องคุณภาพครบถ้วน, เป็นผู้สอน, และเป็นผู้สนับสนุน ทั้งด้วยคำพูดและด้วยการกระทำ
 - ◆ หลักสูตรมีความสมดุลระหว่างทักษะการวิเคราะห์เพื่อการแก้ปัญหา/พัฒนา กับทักษะด้านพฤติกรรมศาสตร์สำหรับการทำงานเป็นทีม และการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ
 - ◆ ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับโอกาสให้นำแนวคิดใหม่ๆ ไปใช้
- แผนการฝึกอบรมที่ดีควรประกอบด้วย ปรัชญาและนโยบาย, เป้าหมาย, หลักสูตร, ผู้สอน, การขยายตัวของ การฝึกอบรม, การประเมินผลการฝึกอบรม, งบประมาณ
- นโยบายของการฝึกอบรมควรระบุ
 - ◆ การฝึกอบรมเป็นเรื่องบังคับหรือสมัครใจ
 - ◆ ลำดับขั้นของการฝึกอบรม
 - ◆ หน่วยงานที่จะได้รับการฝึกอบรม
 - ◆ ผู้สอน สถานที่ การจัดกลุ่มเข้ารับการอบรม
 - ◆ บทบาทของที่ปรึกษาภายนอก
- เป้าหมายของการฝึกอบรมควรประกอบด้วยเป้าหมาย ๓ ระดับ ได้แก่
 - ◆ ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่เข้ารับการฝึกอบรม
 - ◆ เป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น empowerment
 - ◆ เป้าหมายการเพิ่มศักยภาพของพนักงาน โดยเน้นส่วนที่เป็นปัญหาและความสามารถในการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ หรือผลการพัฒนาคุณภาพของทีม

- **หลักสูตรการฝึกอบรม**
 - ◆ ควรประกอบด้วยเนื้อหา วัตถุประสงค์การเรียนรู้ วิธีการเรียนการสอน กลุ่มเป้าหมาย
 - ◆ ควรจัดทำโดยการปรึกษาระหว่างผู้แทนหน่วยงานหลัก, ผู้ประสานงานคุณภาพ, หน่วยงานที่จัดอบรม และผู้บริหารระดับสูง
 - ◆ เนื้อหาในการฝึกอบรมควรประกอบด้วย เหตุผลที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง, ปรัชญาการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย, กระบวนการพัฒนาคุณภาพที่โรงพยาบาลเลือกใช้, ทักษะการวิเคราะห์, ทักษะการนำและการบริหาร, ทักษะเรื่องคนและทีม, ความสัมพันธ์กับกิจกรรมคุณภาพที่เคยทำมา
- **ลำดับขั้นของการฝึกอบรม** ควรเริ่มจากผู้บริหารระดับสูงเพื่อให้เป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดในการบวนการพัฒนาคุณภาพและแสดงบทบาทให้แก่ผู้อื่น จากนั้นขยายตัวออกในลักษณะใดลักษณะหนึ่งคือ
 - ◆ ขยายลงมาตามลำดับขั้นในทุกสายงานพร้อมกัน
 - ◆ ขยายไปที่ละส่วนในสายงานต่างๆ

๘. ดำเนินการฝึกอบรม (เน้นการลงมือทำและเรียนรู้จากโครงการนำร่อง)

- **ดำเนินการฝึกอบรมตามแผน**
- **ประเมินผลการฝึกอบรมในประเด็นต่อไปนี้**
 - ◆ ประเมินหลักสูตรและผู้สอนโดยผู้เข้ารับการอบรมเมื่อสิ้นสุดการอบรม
 - ◆ ติดตามการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานในผู้เข้ารับการอบรมจำนวนหนึ่ง
 - ◆ ประเมินจากบันทึกกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ผลการทำงานของทีมพัฒนาคุณภาพ

- ◆ ประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา
- ◆ ประเมินบรรยากาศการทำงาน

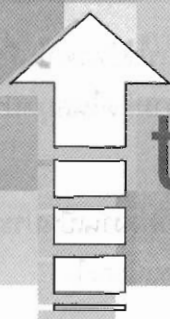
๔. **สรรหาและเพิ่มพูนทักษะของผู้ช่วยเหลือทีม (facilitator)**

- ผู้ประสานงานคุณภาพสรรหาผู้ช่วยเหลือทีม (facilitator) เพิ่มขึ้นโดยพิจารณาผลงานระหว่างการฝึกอบรมและการนำความรู้ไปใช้ในหน่วยงาน
- จัดหลักสูตรฝึกอบรมเพิ่มเติมให้กับผู้ช่วยเหลือทีม
- มอบหมายบทบาทหน้าที่และจัดระบบสนับสนุนการทำงานของผู้ช่วยเหลือทีม



Implementation Implementation
Implementation
Implementation
Implementation
Implementation

III. ชั น ต ำ เ นื น ก ำ ร



Roadmap
to HA

III. ขั้นตอนการ

ก. พัฒนาคุณภาพในแต่ละหน่วย (Unit Optimization)

๑. เปิดฟลิกซ์ของทีม/ทักษะในการตรวจสอบตนเอง ให้เจ้าหน้าที่ ทุกหน่วยงาน ทุกคน

- ทักษะของทีมที่ควรให้ทุกคนทำได้คือ การระดมสมอง การจัดกลุ่มความคิด การตัดสินใจของทีม
 - ควรฝึกทักษะการระดมสมองในทุกรูปแบบ เช่น การใช้บัตรคำในที่ประชุม, การสรุปประเด็นบน flip chart, การบันทึกความคิดในสมุดประจำตัว และรวบรวมเป็นของทีม
 - ทักษะการตรวจสอบตนเองง่ายๆ คือการถามผู้รับผลงานเป็นประจำว่าได้รับคุณค่าของงานที่คาดหวังหรือไม่ และมีข้อเสนอแนะอะไร
-

๒. แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์ตัวเอง

- ประเด็นที่ควรวิเคราะห์ได้แก่
 - ◆ ความมุ่งหมาย (Purpose Statement) ของหน่วยงาน
 - ◆ ผู้รับผลงานและความต้องการ
 - ◆ ประเด็นสำคัญเรื่องคุณภาพ/คุณค่าของงาน

- ◆ เครื่องชี้วัดคุณภาพ (วัดความมุ่งหมาย, ความต้องการของผู้รับผลงาน, คุณค่าของงาน)
 - ◆ กระบวนการหลักของหน่วยงาน
 - ◆ ปัญหา/ความเสี่ยง/โอกาสพัฒนา
- ควรจัดทำฐานข้อมูลของแต่ละหน่วยงาน (unit profile) ซึ่งสามารถปรับปรุงเพิ่มเติม และให้หน่วยงานอื่นๆ ขอดูได้ เช่น เก็บไว้ในรูป electronic file
 - ควรดำเนินการปรับปรุงในเรื่องที่สามารถทำได้ง่ายๆ ทันทีที่ค้นพบ
 - ผู้ประสานงานคุณภาพประเมินความก้าวหน้าในการวิเคราะห์ตนเองของแต่ละหน่วยงาน ให้ความช่วยเหลือ และรายงานให้ผู้บริหารระดับสูงทราบ

๓. แต่ละหน่วยงานรับฟังเสียงจากผู้ป่วยและผู้รับผลงาน ตอบสนองในเบื้องต้น

- แต่ละหน่วยงานควรรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยและผู้รับผลงานด้วยวิธีการง่ายๆ
 - ◆ เจ้าหน้าที่ทุกคนคุยกับผู้ป่วยทุกวันเพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จดรวบรวมไว้เป็นของหน่วยงาน
 - ◆ เมื่อพบว่าผู้ป่วยแสดงท่าที่ไม่พึงพอใจกับบริการที่ได้รับ ควรสอบถามและวิเคราะห์สาเหตุของความไม่พึงพอใจนั้น
 - ◆ พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอื่นๆ ซึ่งเป็นผู้รับผลงาน โดยเน้นการใช้เวทีที่มีอยู่แล้ว หรือวงสนทนาที่ไม่เป็นทางการ
- ดำเนินการตอบสนองเสียงสะท้อนและข้อเสนอแนะที่ได้รับเท่าที่สามารถทำได้ในเบื้องต้น
- ผู้บริหารระดับสูงจัดระบบที่จะสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้หน่วยงานต่างๆ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน รวมทั้งสร้างช่องทางที่จะให้หน่วยงานต่างๆ เสนอความต้องการของตนต่อหน่วยงาน

ผู้ส่งมอบ (supplier) ได้อย่างสะดวกใจ

- ผู้ประสานงานคุณภาพประเมินบรรยากาศการรับฟังและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน นำเสนอให้ผู้บริหารระดับสูงรับทราบ

๔. สมาชิกในหน่วยงานกำหนดมาตรฐานพฤติกรรมบริการและนำไปปฏิบัติ

- ผู้ประสานงานคุณภาพจัดทำแนวทางการกำหนดมาตรฐานพฤติกรรมบริการ
- หัวหน้าหน่วยงานทุกหน่วย จัดเวทีให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานกำหนดมาตรฐานพฤติกรรมบริการซึ่งพร้อมใจและยินดีที่จะปฏิบัติ ประกาศเป็นแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน
- เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามมาตรฐานพฤติกรรมบริการที่กำหนดไว้
- รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน/เพื่อนร่วมงาน และ feed back ให้ที่ประชุมของหน่วยงาน (ไม่ระบุตัวบุคคล)
- ปรับปรุงมาตรฐานพฤติกรรมบริการเป็นระยะ
- ตรวจสอบความสำเร็จเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริการจนเป็นที่พอใจของผู้รับบริการ

๕. กำหนดมาตรฐานการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในจุดต่างๆ และนำไปปฏิบัติ

- ผู้ประสานงานคุณภาพจัดทำแนวทางการกำหนดมาตรฐานการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย
- หัวหน้าหน่วยงานทุกหน่วย จัดเวทีให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานกำหนดมาตรฐานการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ประกาศเป็นแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน

- เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามมาตรฐานพฤติกรรมกรให้ข้อมูลที่กำหนดไว้
- รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน/เพื่อนร่วมงาน และ feed back ให้ที่ประชุมของหน่วยงาน (ไม่ระบุตัวบุคคล)
- ปรับปรุงมาตรฐานการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเป็นระยะ
- ตรวจสอบความสำเร็จเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรให้ข้อมูลจนเป็นที่พอใจของผู้รับบริการ

๖. ฝึกทักษะความคิดสร้างสรรค์และจัดระบบข้อเสนอแนะเพื่อทำให้งานง่ายขึ้น

- ผู้ประสานงานคุณภาพจัดทำแนวทางการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ และการเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการทำงานให้ง่ายขึ้น
- การปรับปรุงวิธีการทำงานให้ง่ายขึ้นอาจทำได้โดย
 - ◆ สลับสับเปลี่ยน ดัด หรือรวบขั้นตอนการทำงาน
 - ◆ เปลี่ยนบุคคล สถานที่ เวลา
 - ◆ ใช้แบบฟอร์ม หรือเทคโนโลยี หรือสิ่งอำนวยความสะดวก
- ฝึกทักษะของความคิดสร้างสรรค์ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคน
- หัวหน้าหน่วยงานทุกหน่วย เปิดช่องทางรับความคิดสร้างสรรค์และข้อเสนอแนะ คัดกรอง มอบหมายให้สมาชิกมีส่วนร่วม เพื่อนำความคิดสร้างสรรค์และข้อเสนอแนะที่ได้รับไปสู่การปฏิบัติ
- ผู้ประสานงานคุณภาพจัดให้มีแหล่งรวมศูนย์ความคิดสร้างสรรค์และข้อเสนอแนะ รวมทั้งการนำไปปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จแล้ว เพื่อให้มีการใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวาง
- ผู้ประสานงานคุณภาพประเมินความตื่นตัวและการมีส่วนร่วมในการใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานต่างๆ เสนอให้ผู้บริหารระดับสูงรับทราบ

๗. แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนและวางมาตรการป้องกัน

- ผู้ประสานงานคุณภาพจัดทำแนวทางการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยง ทั้งในระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาล
- หัวหน้าหน่วยงานทุกหน่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน วิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงาน, จัดทำ risk profile, กำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่รัดกุม, กำหนดแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดความเสียหายหรือความสูญเสียขึ้น
- ร่วมมือกันเยี่ยมสำรวจเพื่อค้นหาความเสี่ยงด้วยสายตาของผู้ที่อยู่นอกหน่วยงาน
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (หรือผู้ได้รับมอบหมาย) ประสานเพื่อมอบหมายให้หน่วยงาน/คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงเฉพาะเรื่อง (เช่น อาชีวอนามัย การติดเชื้อในโรงพยาบาล อักคิภัย ฯลฯ) วิเคราะห์ความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาลและกำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (หรือผู้ได้รับมอบหมาย) จัดระบบรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์สำคัญ (incidence/occurrence report) เพื่อให้ทุกหน่วยงานปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน
- ผู้บริหารระดับสูงวางแนวทางปฏิบัติและกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อรวมศูนย์และเชื่อมโยงข้อมูลจากระบบรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์ ให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ทันทั่วทั้งที่และทราบแนวโน้มปัญหาในภาพรวมของโรงพยาบาล

๘. จัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่จำเป็นของหน่วย

- ผู้ประสานงานคุณภาพกำหนดแนวทางการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล ทั้งในส่วนของกำหนดยุทธศาสตร์ การ

ประสานการจัดทำคู่มือระหว่างหน่วยงาน แบบฟอร์มที่ใช้ ระบบควบคุม เอกสาร

- แต่ละหน่วยงานกำหนดประเด็นที่ควรจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน โดยวิเคราะห์จาก
 - ◆ กระบวนการทำงานตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด
 - ◆ ปัญหาหรือความเสี่ยงที่มีโอกาสพบบ่อย มีโอกาสเกิดความเสียหายมาก
 - ◆ ประเด็นที่มีความหลากหลายในการปฏิบัติ
 - ◆ สิ่งที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน HA, กฎระเบียบของราชการ, นโยบายของโรงพยาบาล
- วิเคราะห์ว่าประเด็นดังกล่าวควรจัดทำคู่มือในระดับใด
 - ◆ หากใช้ร่วมกันทั้งโรงพยาบาล ให้รวบรวมส่งให้ผู้ประสานงานคุณภาพดำเนินการต่อ
 - ◆ หากใช้เฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งในโรงพยาบาล ให้ประสานงานกับหน่วยงานที่ต้องใช้คู่มือนั้นร่วมกันยกร่าง
 - ◆ หากใช้เฉพาะในหน่วยงาน ให้ดำเนินการยกร่างโดยเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนั้น
- ยกร่างคู่มือที่ใช้เฉพาะส่วนในโรงพยาบาล ในรูปแบบที่ง่ายที่สุด และเป็นประโยชน์ในการใช้งานสำหรับเจ้าหน้าที่ (รูปแบบที่ง่ายที่สุดคือการเขียนใน ๒ หัวข้อหลัก ได้แก่ นโยบาย (จุดยืนที่จะต้องปฏิบัติ) และวิธีปฏิบัติ (ขั้นตอนการปฏิบัติ ในเชิงแนวทางทั่วไป โดยลงรายละเอียดเท่าที่จำเป็น)
- ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานมีโอกาสอ่านคู่มือที่ยกร่างขึ้น และให้ความเห็นว่ามีส่วนใดที่ปฏิบัติไม่ได้ หรือต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติ
- หัวหน้าหน่วยงานทบทวนความครบถ้วนของคู่มือที่จัดทำขึ้น (รวมทั้งส่วนที่ต้องใช้ร่วมกับหน่วยงานอื่น และที่ต้องใช้ร่วมกันทั้งโรงพยาบาล)

- สำหรับโรงพยาบาลที่มีระบบ ISO9002 อยู่แล้ว ให้พิจารณาว่าควรมีคู่มือเพิ่มเติมในประเด็นใดบ้าง หากเป็นไปได้ ควรให้คู่มือทั้งหมดอยู่ในระบบเดียวกัน เพื่อความง่ายและสะดวกในการใช้งาน
- แต่ละหน่วยงานพิจารณาระบบติดตามการปฏิบัติตามคู่มือที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจจะทำได้โดย
 - ◆ การประเมินตนเองของเจ้าหน้าที่
 - ◆ การสอบถามผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
 - ◆ การประเมินจากบันทึกการปฏิบัติงาน
 - ◆ การสังเกตโดยผู้บริหาร

๔. ติดตามเครื่องชี้วัดของหน่วยงาน

- แต่ละหน่วยงานทบทวนเครื่องชี้วัดที่จำเป็นต้องมีการติดตามต่อเนื่องและกำหนดวิธีการเก็บ/วิเคราะห์ข้อมูล
 - ◆ เครื่องชี้วัดเฉพาะของหน่วยงาน (พิจารณาจากผลการวิเคราะห์หน่วยงาน และสิ่งที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน HA)
 - ◆ เครื่องชี้วัดระดับโรงพยาบาลซึ่งหน่วยงานต้องรวบรวมข้อมูลให้
- ติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่อง นำเสนอข้อมูลในรูปแบบที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจและเห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เช่น ใช้ control chart
- เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทำความเข้าใจและวิพากษ์วิจารณ์เครื่องชี้วัดที่ได้มาเป็นระยะ เพื่อกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนา
- เมื่อเห็นโอกาสพัฒนาจากการติดตามเครื่องชี้วัด หัวหน้าหน่วยงานมีหน้าที่มอบหมายให้สมาชิกในหน่วยงานไปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกและทางเลือกเพื่อการพัฒนาในเรื่องนั้นมานำเสนอ
- หัวหน้าหน่วยงานทบทวนประโยชน์ที่ได้จากการติดตามเครื่องชี้วัด และปรับปรุง (เพิ่ม/ลด) การติดตามเครื่องชี้วัดของหน่วยงาน

๑๐. ทำกิจกรรม CQI ให้มากที่สุด

- หัวหน้าหน่วยงานมีหน้าที่หลักในการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีกิจกรรม CQI ตามปัญหา/ความเสี่ยง/โอกาสพัฒนา ที่วิเคราะห์ไว้ได้ รวมทั้งการหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น การรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับผลงาน การใช้ข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์/คำร้องเรียน/รายงานสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด การตรวจสอบกับมาตรฐานวิชาชีพ การประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาล เป็นต้น
- หัวหน้าหน่วยงานมีหน้าที่ประสานกิจกรรมคุณภาพภายใต้ชื่อต่างๆ ให้มีความเชื่อมโยงกัน เช่น การบริหารความเสี่ยง (RM), การประกันคุณภาพ (QA), การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)
- หัวหน้าหน่วยงานควรดูแลให้กิจกรรมคุณภาพมีความหลากหลาย (ดู II.๑) และมีการแบ่งงานกันทำในลักษณะต่างๆ ทั้งการทำงานเป็นทีมและการมอบหมายงานเป็นรายบุคคล
- กิจกรรมคุณภาพที่ควรเน้นได้แก่กิจกรรมที่ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

๑๑. จัดกิจกรรมทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

- หัวหน้าของแต่ละหน่วยงาน/วิชาชีพ มีหน้าที่ริเริ่ม สนับสนุน ให้มีกิจกรรมทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยในขอบเขตความรับผิดชอบของหน่วยงาน/วิชาชีพ ได้แก่
 - ◆ กำหนดรูปแบบของการทบทวน
 - ◆ กำหนดหลักเกณฑ์ที่จะใช้ในการคัดเลือกผู้ป่วยมาทบทวน
 - ◆ กำหนดบุคคลผู้รับผิดชอบโดยกระจายไปอย่างเหมาะสม
 - ◆ วางแผนการจัดกิจกรรมทบทวนอย่างสม่ำเสมอ และดูแลให้มีการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้

- ◆ ดูแลให้มีบันทึกการประชุมอย่างเหมาะสม และการปรับปรุงคู่มือปฏิบัติงานซึ่งเป็นผลจากการทบทวน
- ◆ จัดให้มีช่องทางการสื่อสารเพื่อให้หน่วยงาน/วิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องได้รับทราบปัญหา/ข้อเสนอแนะเนื่องมาจากการทบทวน

ข. การประสานงานในแนวราบ (Horizontal Integration)

๑. ทบทวนความต้องการของหน่วยงานที่ทำงานร่วมกันและตอบสนอง

- แต่ละหน่วยงานทบทวนความต้องการของหน่วยงานที่ทำงานร่วมกัน (ที่ศึกษาไว้ในขั้น III.ก.) และการตอบสนองที่ได้ทำไปแล้ว
- หัวหน้าหน่วยงานส่งเสริมและสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานร่วมกันตอบสนองความต้องการในส่วนที่เหลือ
- หัวหน้าหน่วยงานวางแผนและดำเนินการให้ความช่วยเหลือหน่วยงานอื่นๆ ด้วยทักษะและความรู้ทางเทคนิคเฉพาะที่มีอยู่ในรูปแบบต่างๆ
 - ◆ การเยี่ยมและให้คำแนะนำ
 - ◆ การช่วยจัดระบบงาน
 - ◆ การอบรมให้ความรู้และสอนทักษะ
- หัวหน้าหน่วยงานพิจารณาความจำเป็นที่จะต้องขอสนับสนุนนโยบายและทรัพยากรจากผู้บริหารระดับสูง เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของหน่วยงานที่ทำงานร่วมกันได้ดีขึ้น

๒. สร้างระบบการสื่อสารและความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

- หัวหน้าหน่วยงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานพิจารณาทบทวนประสิทธิภาพและความคล่องตัวของช่องทางการสื่อสารกับหน่วยงาน/วิชาชีพที่ต้องทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด

- หัวหน้าหน่วยงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปรับปรุงระบบการสื่อสารและความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน
 - ◆ ทำความเข้าใจร่วมกันว่าพื้นฐานของการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ คือการเปิดใจพร้อมรับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของหน่วยงานที่ทำงานร่วมด้วย
 - ◆ กำหนดแนวทางในการสื่อสารให้ชัดเจนว่าเรื่องในลักษณะใดควรใช้วิธีการสื่อสารแบบใด (เช่น โทรศัพท์ e-mail บันทึกข้อความการประชุมร่วม) โดยเน้นความสมดุลระหว่างความรวดเร็ว การยอมรับ (ซึ่งจะมีลักษณะที่ไม่เป็นทางการ) และการมีข้อมูลหลักฐาน (ซึ่งจะมีลักษณะเป็นทางการ)

๓. ทีมครอบครัวงานทำหน้าที่ทีมนำในระดับกลาง

- ผู้บริหารระดับสูงทบทวนโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ
 - ◆ ทบทวนจำนวนและองค์ประกอบของ Lead Team ด้านต่างๆ ซึ่งทำหน้าที่ประสาน ชี้แนะ เสริมพลัง ให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทั้งในส่วนที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Clinical Lead Team^๒) ส่วนที่เน้นระบบบริการเป็นหลัก (Service Lead Team^๓) และส่วนที่เน้นหน้าที่เป็นหลัก (Function Lead Team^๔)
 - ◆ ทบทวนบทบาทหน้าที่ และระบบการรายงานให้ทีมนำได้รับทราบ
- ผู้แทนของหน่วยงาน/วิชาชีพที่เป็นสมาชิกของทีมครอบครัวงานข้างต้นนำเสนอความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานของตน
- ทีมครอบครัวงานข้างต้น ประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลซ้ำ เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาในส่วนที่เป็นเรื่องที่ต้องประสานระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ จัดทำแผนและกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อการติดตาม

^๒ เช่น ทีมอายุรกรรม ทีมศัลยกรรม

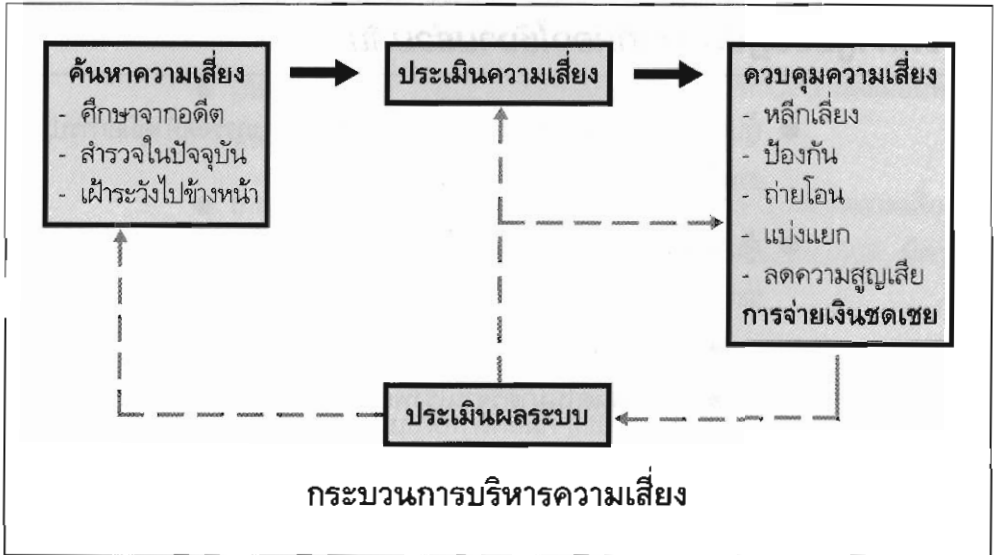
^๓ เช่น ทีมผู้ป่วยนอก ทีมผู้ป่วยใน ทีมผ่าตัด

^๔ เช่น ทีมสารสนเทศ ทีมทรัพยากรบุคคล ทีมสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

- ทีมคร่อมสายงานข้างต้นติดตามความก้าวหน้าและค้นหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยควรจะมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน
- ทีมคร่อมสายงานข้างต้น รวบรวมความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคในการทำงาน เสนอให้ผู้บริหารระดับสูงหรือทีมนำของโรงพยาบาลได้รับทราบ อย่างสม่ำเสมอ (อาจจะนำเสนอในที่ประชุมของทีมนำ หรือการเสนอเป็นรายงาน ตามความเหมาะสม)
- ผู้บริหารระดับสูงติดตามการทำงานของทีมคร่อมสายงานข้างต้น ให้การสนับสนุน และแก้ปัญหาข้อติดขัดที่ทีมเสนอขึ้นมา

๔. พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

- ผู้บริหารระดับสูงพิจารณาบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่จะรับผิดชอบเรื่องระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
 - ◆ ในโรงพยาบาลขนาดเล็กอาจจะให้เป็นหน้าที่ของผู้ประสานงานคุณภาพ
 - ◆ ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่อาจจะมีการแต่งตั้งผู้จัดการความเสี่ยงขึ้นมารับผิดชอบโดยตรง
 - ◆ การจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ควรเป็นไปตามความจำเป็น เพื่อการประสานงานกับหน่วยงานและโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง
- จัดระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลให้ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหา การประเมิน การควบคุม และการประเมินผลระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการเมื่อเกิดความสูญเสียหรือความเสียหายขึ้น เพื่อให้ทราบว่าเมื่อไรจะต้องรายงานให้ผู้บริหารระดับใดทราบ โดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงของเหตุการณ์



- พัฒนาระบบสารสนเทศเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง (Risk MIS) โดยรวมศูนย์การประมวลผลรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์สำคัญ วิเคราะห์แนวโน้ม และประมาณค่าความเสียหายที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้บริหารได้รับทราบและทบทวนนโยบายเป็นระยะ
- ประสานโปรแกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง^๔ เพื่อให้เห็นภาพรวมและลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน โดยที่ผู้รับผิดชอบโปรแกรมต่างๆ หัวหน้าหน่วยงาน และผู้ปฏิบัติงาน ยังคงมีหน้าที่รับผิดชอบเช่นเดิม ในการที่จะค้นหาความเสี่ยง วางมาตรการป้องกัน ประเมินและจัดการกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าอย่างเหมาะสม

^๔ โปรแกรมเหล่านี้ได้แก่ งานรักษาความปลอดภัย, งานอาชีวอนามัย, การป้องกันอัคคีภัย, การควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล, การประกันคุณภาพ, การรับคำร้องเรียนจากผู้ป่วย, การรายงานเหตุการณ์/อุบัติการณ์

๕. จัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่ต้องใช้งานร่วมกัน

- ผู้ประสานงานคุณภาพทบทวนแนวทางและรูปแบบการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานที่ต้องใช้ร่วมกันในระดับโรงพยาบาล
- ผู้ประสานงานคุณภาพทบทวนประเด็นที่จะเขียนในคู่มือการปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาล โดยพิจารณาจาก
 - ◆ ประเด็นที่หน่วยงานต่างๆ เสนอ
 - ◆ ข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล
- ผู้ประสานงานคุณภาพสรรหาผู้ที่มีความเหมาะสมที่จะยกร่างคู่มือเรื่องต่างๆ และมอบหมายหน้าที่ให้ โดยได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง
- ยกร่างคู่มือปฏิบัติงาน
- เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้อง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติ) มีโอกาสวิพากษ์วิจารณ์/ให้ความเห็นต่อคู่มือที่ยกร่างขึ้น
- ทบทวนร่างคู่มือและสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติ
- นำเสนอให้ผู้บริหารระดับสูงลงนามเพื่อประกาศใช้คู่มือ
- ทบทวนคู่มือตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ หรือเมื่อจำเป็น

๖. จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guideline-CPG)

- Clinical Load Team กำหนดโรคและหัตถการที่ควรจะมีการจัดทำ CPG การกำหนดนี้อาจทำได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกัน
 - ◆ จากความเห็นของผู้เกี่ยวข้อง
 - ◆ ไป round ผู้ป่วยร่วมกัน
 - ◆ ทบทวนเวชระเบียน

- ◆ วิเคราะห์สถิติข้อมูล morbidity & mortality
- Clinical Lead Team กำหนดแนวทางการจัดทำ CPG และมอบหมายหน้าที่ให้ผู้เกี่ยวข้อง
- เกณฑ์ในการคัดเลือกโรคหรือหัตถการมีจัดทำ CPG คือ มีความเสี่ยงสูง, มีปริมาณมาก, มีค่าใช้จ่ายสูง, มีความหลากหลายในการปฏิบัติ, มีความรู้เปลี่ยนแปลงไป
- แนวทางการจัดทำ CPG อาจจะทำตามลำดับขั้นดังนี้
 - ◆ เขียนนโยบายทางคลินิก (clinical policy) ในสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้ว
 - ◆ นำ CPG ที่มีผู้จัดทำไว้ทั้งในและต่างประเทศมาพิจารณาจัดทำนโยบายทางคลินิกเพิ่มเติม หรือปรับปรุงนโยบายทางคลินิกที่จัดทำไว้
 - ◆ เขียน algorithm หรือ flowchart สำหรับสภาวะที่ต้องมีการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการปฏิบัติ
 - ◆ เขียน clinical pathway หรือ CareMap ซึ่งเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะสำหรับแต่ละสภาวะทางคลินิก (clinical condition) โดยเน้นใช้เป็นเครื่องเตือนใจ
 - ◆ ในระยะแรกควรเลือกสภาวะทางคลินิกที่พบบ่อยและสามารถพยากรณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้แม่นยำ
 - ◆ เมื่อเกิดความเข้าใจที่ดีแล้วจึงเลือกสภาวะทางคลินิกที่ซับซ้อนหรือต้องการการประสานงานระหว่างวิชาชีพสูงมาจัดทำ
- ทบทวนการนำ CPG ไปปฏิบัติ (compliance level) หากพบว่ามึระดับการปฏิบัติน้อยกว่าเป้าหมายที่คาดไว้ อาจมีการตอบสนองดังนี้
 - ◆ จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกให้ปฏิบัติตามได้ง่ายขึ้น
 - ◆ ศึกษาวิจัยเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตาม CPG หรือค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาว่าควรมีการปรับปรุง CPG หรือไม่
 - ◆ ปรับปรุง CPG ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

๗. จัดตั้งองค์กรแพทย์ และคณะกรรมการต่างๆ ดำเนินการตามหน้าที่ที่กำหนดไว้

- ผู้บริหารระดับสูงวิเคราะห์ความจำเป็นในการจัดตั้งองค์กรแพทย์ และบทบาทหน้าที่ขององค์กรแพทย์^๖
- ผู้บริหารระดับสูงทบทวนกิจกรรมความร่วมมือของแพทย์ในรูปแบบต่างๆ เพื่อนำมาเป็นพื้นฐานในการพิจารณาแนวทางการจัดตั้งองค์กรแพทย์
- ผู้บริหารระดับสูงให้นโยบายในการจัดตั้งองค์กรแพทย์กำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนขององค์กรแพทย์ เปิดโอกาสให้แพทย์พิจารณาความจำเป็นในการจัดตั้งองค์กรแพทย์, แนวทางการจัดตั้ง^๗, โครงสร้างองค์กรแพทย์, สมาชิกองค์กรแพทย์^๘, และการได้มาของคณะกรรมการบริหารองค์กรแพทย์^๙
- ดำเนินการจัดตั้งองค์กรแพทย์
- องค์กรแพทย์ดำเนินการตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ในธรรมนูญองค์กรแพทย์ และมาตรฐานโรงพยาบาล

^๖ เน้นการรักษามาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดระบบบริการทางการแพทย์ โดยไม่ยุ่งเกี่ยวกับเรื่องค่าตอบแทนและการบริหารองค์กร

^๗ อาจเริ่มด้วยการทำกิจกรรมที่อยู่ในความสนใจของแพทย์ หรือเริ่มด้วยการจัดทำธรรมนูญและโครงสร้างองค์กรแพทย์

^๘ แพทย์ทุกคนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะต้องเป็นสมาชิกขององค์กรแพทย์

^๙ อาจจะได้มาจากการเลือกตั้ง หรือการเลือกตั้งร่วมกับการแต่งตั้ง หรือให้สมาชิกทุกคนเป็นกรรมการบริหารองค์กรแพทย์ หากมีจำนวนแพทย์ไม่มาก

ค. เชื่อมโยงทิศทางองค์กร (Vertical Alignment)

๑. จัดทำเข็มมุ่งของ SW.

- ผู้บริหารระดับสูงคัดเลือกเป้าหมายสำคัญ^{๑๐}ในแผนยุทธศาสตร์มาจัดทำเข็มมุ่งของโรงพยาบาล
- กำหนดตัวชี้วัดและยุทธศาสตร์ไปสู่เป้าหมายดังกล่าว
- ถ่ายทอดเข็มมุ่งให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ทุกระดับได้รับทราบ

๒. ถ่ายทอดเข็มมุ่งไปเป็นแผนปฏิบัติการในแต่ละหน่วยงาน

- ผู้ประสานงานคุณภาพจัดทำตารางความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเข็มมุ่งและยุทธศาสตร์ต่าง ๆ (Hoshin plan deployment matrix)

Hoshin Plan Deployment Matrix (ตารางความรับผิดชอบ)					
Objective No 2	หน่วยงาน				
	องค์กรแพทย์	กลุ่มงานแพทย์	หอผู้ป่วย	PCT	เวชระเบียน
Strategies					
2.1 จัดทำและใช้ CPG	○	●	○	●	▲
2.2 Peer Review	●	●	●	●	○
	● High Relationship	○ Medium Relationship	▲ No Relationship		

- หัวหน้าหน่วยงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนำเข็มมุ่งของโรงพยาบาลมาจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน

^{๑๐} เป้าหมายนี้อาจจะอยู่ในระดับ program goal หรือ objective ภายใต้ program ก็ได้

๓. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ

- แต่ละหน่วยงานดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ โดยนำแนวคิด COI มาใช้ให้เหมาะสมกับความซับซ้อนของปัญหา
- หัวหน้าหน่วยงานติดตามความก้าวหน้าและช่วยแก้ไขข้อติดขัดในการดำเนินการตามแผน
 - ◆ ความก้าวหน้าของการทำกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ
 - ◆ การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้
 - ◆ วิเคราะห์ความเบี่ยงเบนและปรับแผน

๔. กำหนดเครื่องชี้วัดของโรงพยาบาลและติดตามความก้าวหน้า

- ผู้บริหารระดับสูงกำหนดเครื่องชี้วัดของโรงพยาบาลที่จะติดตามวัดอย่างต่องเนื่อง โดยวิเคราะห์จาก
 - ◆ เครื่องชี้วัดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
 - ◆ แผนยุทธศาสตร์และแผนเชิงมุ่งประจำปีของโรงพยาบาล

LogFrame แผนงานพัฒนาคลินิกบริการ

	Indicator	Data Source	Assumption
Prog. Goal:			
๑. ฝป. ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ	Clinical Outcome LOS, Cost	เวชสถิติ การเงิน	
Expected Outcome:			
๑.๑ มีมาตรฐาน	การนำมาตรฐานไปใช้	รายงาน Peer Review	
๑.๒ มีแผนเฉพาะราย	คุณภาพของแผน	รายงานปฏิบัติการณ์	
๑.๓ ปลอดภัย	อัตราเกิดอุบัติการณ์	รายงานปฏิบัติการณ์	





LogFrame แผนงานพัฒนาคลินิกบริการ (ต่อ)

	Indicator	Data Source	Assumption
Tactic:			
๑.๑.๑ จัดทำ CPG	Coverage ของ CPG	เวชสถิติ, กลุ่มงาน	CPG ตรงประเด็นปัญหา
๑.๑.๒ นำ CPG ไปใช้	Compliance ในการใช้	รายงาน Peer Review	
๑.๑.๓ Peer Review	Coverage ของ Review		
Activity:			
๑.๑.๑.๑ กำหนดเนื้อหา	ความก้าวหน้า	ทีมงานผู้รับผิดชอบ	ผู้เกี่ยวข้องเปิดใจ
๑.๑.๑.๒ จัดทำ	ทรัพยากร/เวลาที่ใช้		แสงจตุรร่วม
๑.๑.๑.๓ รับรอง			สวนจุดต่าง

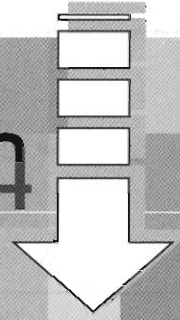
- ผู้ประสานงานคุณภาพรวบรวมเครื่องชี้วัดนำเสนอผู้บริหารระดับสูงเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ
 - ◆ ติดตามเครื่องชี้วัดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเป็นรายเดือน ทำเป็น control chart
 - ◆ รวบรวมเครื่องชี้วัดในแผนเข็มมุ่งจากทุกหน่วยงานทุก ๓-๖ เดือน
- ผู้บริหารระดับสูงวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเป้าหมาย และตอบสนองต่อข้อมูลที่ได้รับ

Hoshin Plan Review Table (ตารางทบทวนแผนเข็มมุ่ง)

วัตถุประสงค์/ยุทธศาสตร์	เป้า/สิ่งที่ปฏิบัติได้	สถานะ	วิเคราะห์การเบี่ยงเบน	บทเรียน/แผนการสำหรับอนาคต
ทบทวนทุก ๓ เดือน Bottom Up Review				

- สถานะ
-  On Track (ตามเป้า)
 -  Off Track (ไม่เข้าเป้า)
 -  Warning
 -  เป้าไม่เหมาะสม

Roadmap
to HA



IV. **UNIVERSITY BUSINESS**

Integration



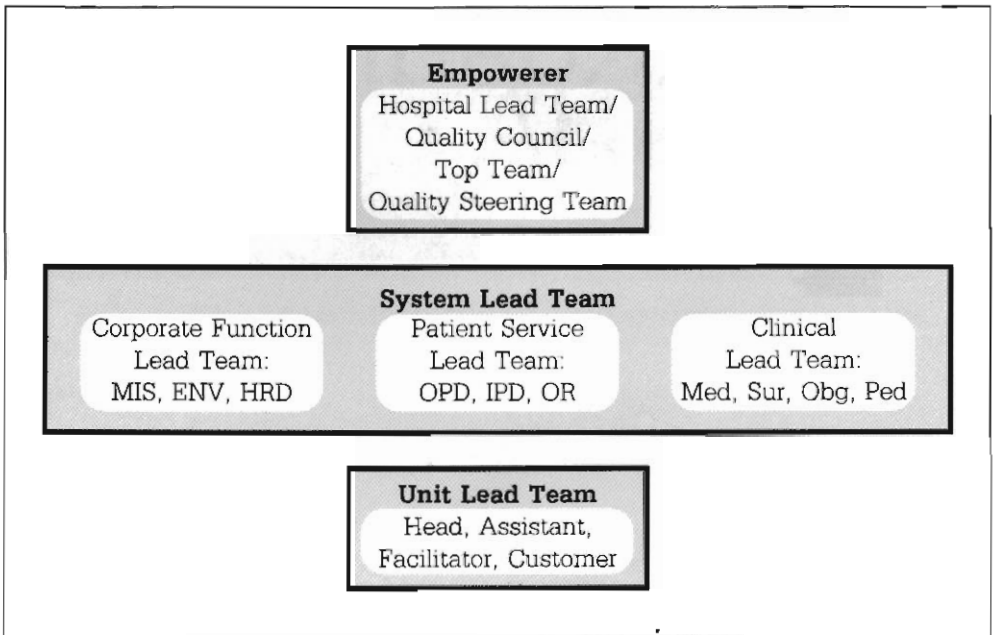
UNIVERSITY

BUSINESS

IV. ขั้นเตรียมพร้อม เพื่อการเยี่ยมชมสำรวจ

๑. ปรับโครงสร้างองค์กรเพิ่มเติม

- ผู้บริหารระดับสูงทบทวนบทบาทหน้าที่และความซ้ำซ้อนของทีมงานหรือคณะกรรมการต่างๆ ที่มีอยู่
- ปรับโครงสร้างองค์กรเพื่อให้เกิดความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพในการทำงาน หากมีความจำเป็น



๒. ปรับระบบแรงจูงใจ

- ผู้บริหารระดับสูงพิจารณาปรับระบบแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ตื่นตัวในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
 - ◆ กำหนดเกณฑ์ประเมินผลการปฏิบัติงานโดยพิจารณาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ และ feed back จากผู้รับผลงาน
 - ◆ เพิ่มระบบแรงจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงินให้แก่ทีมพัฒนาคุณภาพ เช่น การให้เครดิตสะสม การมีโอกาสนำเสนอผลงานให้ผู้บริหารระดับสูงรับทราบ การฉลองความสำเร็จ

๓. จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานและการยกย่องผลงานของกันและกัน

- ผู้ประสานงานคุณภาพจัดทำคลังข้อมูลผลงานการพัฒนาคุณภาพซึ่งหน่วยงานต่างๆ สามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น บรรจุไว้ในระบบ LAN หรือ intranet หรือจัดทำแฟ้มผลงานไว้ที่ศูนย์คุณภาพ
- จัดให้มีการนำเสนอผลงานที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์กับหน่วยงานอื่นหรือสามารถใช้เป็นบทเรียนได้
- หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ศึกษาผลงานการพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลและพิจารณานำไปปรับใช้กับหน่วยงานของตน

๔. ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพ

- ประสานงานกับสถาบันการศึกษา หรือ องค์กรวิชาชีพ (โดยตรงหรือผ่าน พรพ.) เพื่อเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพมาเยี่ยมให้คำแนะนำปรึกษาตามความจำเป็น
- ดำเนินการตามข้อเสนอแนะ
- ประเมินตนเองซ้ำ

๕. ซ่อมการเยี่ยมชมสำรวจ

- ตัดเลือกผู้เยี่ยมชมสำรวจ ซึ่งอาจจะเป็นผู้บริหาร ผู้ประสานงาน พี่เลี้ยงคุณภาพ ในโรงพยาบาลหรือจากโรงพยาบาลใกล้เคียง ที่เข้าใจกระบวนการคุณภาพและมีมนุษยสัมพันธ์ดี
- ฝึกอบรมการเยี่ยมชมสำรวจโดยเน้นสมดุลของการทำหน้าที่ประเมินการปฏิบัติ ตามมาตรฐาน และการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนา
- วางแผนและดำเนินการเยี่ยมชมสำรวจภายใน
- หน่วยงานที่ได้รับการเยี่ยมชมสำรวจดำเนินการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้เยี่ยมชมสำรวจ

๖. ประเมินตนเองและส่งแบบประเมินให้ พรพ.

- แต่ละหน่วยงานทบทวนและจัดทำข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน (unit profile) ให้สมบูรณ์ ทันสมัย
- Lead Team ต่าง ๆ ประเมินตนเองตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้องโดยใช้แบบประเมินในบทที่ ๑-๒๐
- ผู้ประสานงานคุณภาพรวบรวมข้อมูลทั้งหมด วิเคราะห์ และจัดทำข้อมูลภาพรวมของโรงพยาบาล
- ผู้บริหารระดับสูงทบทวนผลการประเมินตนเอง แก้ไขความคลาดเคลื่อน
- ส่งแบบประเมินตนเองให้ พรพ.
- ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจาก พรพ.

๓. รับการเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม

- กำหนดวันเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อมร่วมกับ พรพ.
- รับการเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม
- ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้เยี่ยมสำรวจ
- ประเมินตนเองซ้ำ (หากมีการปรับปรุงมาก) หรือจัดทำรายงานความก้าวหน้าส่งให้ พรพ.

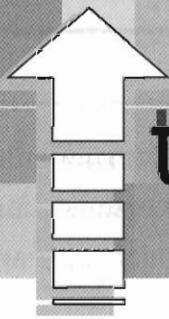
๔. รับเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง

- กำหนดวันเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรองร่วมกับ พรพ.
- รับการเยี่ยมสำรวจ
- เตรียมการฉลองความสำเร็จ

QSWP

Quality Hospital *Quality Hospital*
Quality Hospital
Quality Hospital
Quality Hospital

ઉ ન ડ ન સ સ વ ત ળ



Roadmap
to HA

เซ็นเซอร์พลัง^{๑๙}

เรื่องเส้นทางเดินสู่โรงพยาบาลคุณภาพนี้เป็นเรื่องที่มีผู้สนใจตั้งคำถามกันมากว่าจะเริ่มต้นอย่างไร จะมีหนทางเดินอย่างไร? การนำเสนอในเรื่องนี้มีอย่างน้อย ๒ ส่วน คือ เส้นทางเดินที่เป็นจุดหมายสำคัญในแต่ละช่วงเวลา และสิ่งที่เกิดขึ้นในใจระหว่างการเดินทาง จุดหมายสำคัญเป็นสิ่งที่ค่อนข้างแน่นอนตายตัวตั้งได้นำเสนอมาแล้ว แต่การนำเสนอสิ่งที่เกิดขึ้นในใจนั้นขึ้นกับความสนใจในแต่ละขณะที่กำลังจดจ่ออยู่กับเรื่องอะไร

วิธิตด/สัมมาทิฎฐิ

สัมมาทิฎฐิ เป็นองค์ประกอบสำคัญของการปฏิบัติธรรมหรือเป็นขั้นเริ่มแรกในระบบการศึกษาตามหลักการของพระพุทธศาสนา ฉันทิ สัมมาทิฎฐิ ก็เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการปรับเปลี่ยนองค์กรไปสู่โรงพยาบาลคุณภาพ ฉันทิ

พระธรรมปิฎก ได้กล่าวไว้ในหนังสือ "พุทธธรรม" ว่านุภาพของการศึกษา หรือปัจจัยเพื่อความเกิดขึ้นแห่งสัมมาทิฎฐิ มี ๒ ประการ คือ ปรโต โฆชะ และโยนิโสมนสิการ

^{๑๙} บรรยายโดย นพ.อนุวัฒน์ คุณชุตikul ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในการสัมมนา "ศิริราช โรงพยาบาลคุณภาพ (HA) ธันวา ๔๔ ความฝันหรือความจริง!!" วันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๔๓ ห้องประชุมมหิตยาศึกษาศึกษา ตึกสยามมินทร์ ชั้น ๗ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ปรโตโมฆะ คือเสียงจากผู้อื่น การกระตุ้นหรือชักจูงจากภายนอกใน ส่วน ที่ถูกต้องดีงาม หรืออาจเรียกง่ายๆ ว่าเป็นวิธีการแห่งศรัทธา ซึ่งพุทธพจน์ ที่จะช่วยในการตัดสินใจของผู้รับฟังก็คือ “กาลามสูตร” ที่ให้ผู้ฟังพิจารณา และรู้ด้วยตนเองว่าสิ่งใดที่เป็นกุศล ไม่มีโทษ วิญญูชนสรรเสริญ ปฏิบัติถึงที่ แล้วจะเป็นไปเพื่อประโยชน์แก่อกุศล เพื่อความสุข ก็ฟังนำเอาสิ่งเหล่านั้นไป ปฏิบัติ

โยนิโสมนสิการ คือการทำในใจโดยแยกกาย เป็นการใช้ความคิดที่ถูก วิธี มองสิ่งต่างๆ ตามที่มันเป็น หาเหตุผลสืบค้นถึงต้นเค้า สืบสาวให้ตลอด สาย ไม่มองสิ่งต่างๆ อย่างตื้นๆ ผิวเผิน เป็นขั้นสำคัญในการสร้างปัญญาที่ บริสุทธิ์เป็นอิสระ สรุปเป็นลักษณะได้ ๔ ประการ คือ คิดถูกวิธี คิดมีระเบียบ คิดมีเหตุผล คิดเร้ากุศล (หรือคิดให้เกิดผล)

เราสามารถนำหลักพุทธธรรมมาประยุกต์กับการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการเริ่มต้นที่ถูกต้องและถูกทิศทาง

ปรโตโมฆะ-การกระตุ้นหรือชักจูงจากภายนอก อาจเกิดขึ้นได้ใน ลักษณะของการสร้างแรงจูงใจ หรือการชี้ให้เห็นแนวทางดำเนินการและ คุณค่าที่จะเกิดขึ้น

วิธีการสร้างแรงจูงใจ เช่น การยกย่องให้รางวัล การรับรองจากองค์กร ภายนอก การกำหนดเงื่อนไขโดยสำนักงานประกันสังคมหรือบริษัทประกัน สุขภาพ การประกาศเป็นนโยบายจากต้นสังกัด การสร้างแรงจูงใจนั้นหากทำ ด้วยกุศลจิต ในลักษณะของภัลยานมิตร จะเป็นประโยชน์แก่โรงพยาบาล แต่หากมีอกุศลจิตหรือสิ่งเคลือบแฝง สร้างความบีบคั้น สร้างเป้าหมายที่ไม่ สอดคล้องกับความเป็นจริง หรือไม่เข้าใจหัวใจของการพัฒนาควบคู่ไปกับการ เรียนรู้แล้ว จะก่อให้เกิดความปั่นป่วนและไม่จริงจังยั่งยืน

การชี้ให้เห็นแนวทางดำเนินงานและคุณค่าที่จะเกิดขึ้น มีได้หลากหลาย วิธี อาจเกิดจากปากต่อปากของเพื่อนผู้ใกล้ชิด, ผ่านสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ, internet, จากการฝึกอบรม, จากที่ปรึกษา, จากที่ประชุมวิชาการ เป็นต้น

การพัฒนาคุณภาพเป็นสิ่งที่ผืนกระแสหรือทวนกระแส ต้องการความมั่นใจและกำลังใจสูงยิ่ง เมื่อเร็วๆ นี้มีการประชุมของผู้ที่มุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลเพื่อประชาชนจำนวน ๒๐๐๐ คน จากโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า ๓๐๐ แห่ง เมื่อกลับไปโรงพยาบาลแล้ว ผู้เข้าประชุมได้นำความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นไปถ่ายทอดให้สมาชิกในโรงพยาบาล ก่อให้เกิดความตื่นตัวและความมั่นใจขยายวงกว้างยิ่งขึ้น

โยนิโสมนสิการ-การทำในใจโดยแยบคาย เป็นสิ่งที่ช่วยปลดปล่อยจากข้อติดขัดที่พบบ่อยๆ ได้อย่างดี โดยหัวใจแล้วคือการพิจารณาโดยอาศัยหลักทางสายกลาง เพื่อให้เกิดสมดุลระหว่างสิ่งที่ตั้งตามทั้งหลายนั้นเอง ดังจะยกตัวอย่างให้เห็นต่อไปนี้

๑. สมดุลระหว่างการมุ่งประโยชน์ของผู้ป่วย และการมุ่งประโยชน์ของผู้ปฏิบัติงาน คำจำกัดความของคุณภาพที่เป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือการตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน ศ.นพ.ประเวศ วะสี กล่าวว่าการพัฒนาคุณภาพที่ได้ผลจะต้องมุ่งที่ศีลธรรมพื้นฐานคือการคุ้มครองสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย หากนำหลักนี้ไปพิจารณาแล้วจะพบว่ามาตรฐานของโรงพยาบาลคุณภาพข้ออื่นๆ อยู่บนพื้นฐานเรื่องนี้ทั้งสิ้น ขณะเดียวกันหากจะไปชักชวนให้สมาชิกในโรงพยาบาลมาร่วมพัฒนาคุณภาพ ก็ควรจะทำให้สมาชิกเหล่านั้นเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ในการทำงานได้ง่ายขึ้น ประสานงานกับผู้อื่นง่ายขึ้น มีโอกาสภูมิใจที่ความคิดของตนได้รับการนำไปปฏิบัติ และได้พัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง

๒. สมดุลระหว่างเอกสาร (document) กับความมุ่งมั่น (commitment) ระบบงานที่มีคุณภาพคือระบบงานที่คงเส้นคงวา สม่าเสมอ สามารถพยากรณ์ผลลัพธ์ได้ เพื่อให้เกิดความคงเส้นคงวาดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีแนวทางปฏิบัติงานซึ่งเป็นเอกสารที่จะใช้บังคับหรืออ้างอิงได้ ขณะเดียวกันการมีแนวทางปฏิบัติเป็นเอกสารไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะเกิดคุณภาพ หากผู้ปฏิบัติไม่มีความเข้าใจในแนวทางเหล่านั้น ไม่ได้ทำงานด้วยใจ ด้วยความมุ่งมั่นที่จะให้สิ่งที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ และบางครั้งการมีงานเอกสารมากเกินไปอาจจะทำให้ไม่มีเวลามาดูแลผู้ป่วยตามที่ควร เคยมีแพทย์บางท่านมาบ่นให้

ฟังว่า เมื่อมีผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น แทนที่พยาบาลจะรีบมาช่วยกันปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ป่วย เธอกลับก้มหน้าก้มตาจดบันทึกที่อยู่ในกระดาษาเพื่อให้บันทึกของเรา มีความสมบูรณ์

๓. สมดุลระหว่างอารมณ์กับเหตุผล ในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพ เรามักจะติดกับความรู้อันเทคนิค อันได้แก่ ขั้นตอน เครื่องมือ ข้อมูล แต่ลืมความรู้สึกนึกคิดของผู้คนที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาแต่ละเรื่องจึงเป็นไปอย่างเชื่องช้า จบลงอย่างแกนๆ ไม่มีชีวิตชีวา แต่หากนำแนวคิดเรื่องการรวมพลังสร้างสรรค์ (A-I-C ซึ่งย่อมาจาก Appreciation-Influence-Control) เข้ามาใช้ในทุกกระดับของการพัฒนาแล้ว จะพบว่าขั้นตอนแรกที่สำคัญคือการทำให้ทุกคนตระหนักและซาบซึ้งในความสำคัญของเรื่องนั้นๆ และเกิดความอยากที่จะบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาาร่วมกัน

๔. สมดุลระหว่างการเรียนรู้จากคนอื่น กับการสร้างกระบวนการเรียนรู้ในองค์กร การเริ่มต้นด้วยการดูแบบอย่างทีประสบความสำเร็จแล้ว หรือจากคำแนะนำของที่ปรึกษาทำให้โรงพยาบาลดำเนินการพัฒนาได้รวดเร็วไม่หลงทาง แต่คำตอบจากภายนอกอาจจะไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรงพยาบาล อาจจะทำให้คุ้นเคยกับการรอคำตอบโดยไม่ยอมคิดเอง หรือไม่เชื่อมั่นในความคิดเห็นของคนภายใน ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นอุปสรรคต่อความยั่งยืนของการพัฒนา และการพัฒนาศักยภาพของคนในองค์กร ที่ปรึกษาที่โรงพยาบาลต้องการมากที่สุดคือ “โค้ช” หรือ “ที่ปรึกษาด้านกระบวนการ” ซึ่งจะช่วยให้เกิดทบทวนและสำรวจตรวจสอบตนเอง เกิดกระบวนการเรียนรู้ในองค์กร และทำให้สมาชิกในองค์กรได้ปลดปล่อยศักยภาพที่มีอยู่ออกมา

๕. สมดุลระหว่างการรักษาของเดิม กับการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง การรักษาของเดิมคือการสร้างหลักประกันว่าจะเกิดความสม่ำเสมอและคาดการณ์ได้ ความสำเร็จที่ผ่านมาย่อมก่อให้เกิดความภาคภูมิใจแก่องค์กร แต่เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไป ความคาดหวังของผู้คนเปลี่ยนไป เทคโนโลยีเปลี่ยนไป การรักษาของเดิมคือการถอยหลังเข้าคลอง จำเป็นต้องหาโอกาสที่จะพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง ด้วยการถามตนเองอยู่ตลอดเวลาว่า มีอะไรที่จะทำให้เราสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีขึ้น

ได้ครอบคลุมมากขึ้น ด้วยวิธีการที่ง่าย กระชับ และมีความผิดพลาดน้อยลง

๖. ความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกันในลักษณะ ผู้ใหญ่-ผู้ใหญ่ แพทย์อยู่ ในฐานะที่เหนือกว่าผู้ป่วยเพราะมีข้อมูลและมีอำนาจบำบัดรักษาผู้ป่วย ผู้บริหารอยู่ ในฐานะที่เหนือกว่าผู้ปฏิบัติงานเพราะมีบทบาทในการกำหนด ทิศทางนโยบายและมีอำนาจให้คุณให้โทษ หากไม่มีการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ให้ลดความเหลื่อมล้ำลง จะเกิดความทุกข์กับทุกฝ่าย ความรู้สึกที่เท่าเทียมกันจะทำให้แพทย์เคารพต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่จำเป็น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผู้บริหารที่ปฏิบัติต่อผู้ปฏิบัติงานด้วยสำนึกในคุณค่าของความเป็นคน จะเสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงาน ตามศักยภาพที่แต่ละคนมีอยู่ ความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับองค์กร ภายนอกที่เข้าไปประเมินคุณภาพก็ควรอยู่ในลักษณะเท่าเทียมกัน ไม่ต้องถามว่าผู้เยี่ยมชมสำรวจหรือผู้ประเมินอยากให้อะไร แต่บอกเล่าให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจฟังว่าได้อะไรลงไป เพราะเหตุใด อะไรคือสิ่งที่จะต้องพัฒนาต่อไป

หากพุทธธรรมคือแนวทางการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการเกิดมาเป็นมนุษย์ การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลโดยเน้นที่การคุ้มครองสิทธิ และศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย และของทุกคนที่เกี่ยวข้อง ก็จะไม่ก่อให้เกิดศานติสุขแก่สังคม ไม่เกิดการครอบงำ ไม่เกิดการฉ้อฉลหรือเอาเปรียบโดยผู้ที่เข้มแข็งกว่า และจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สังคมไทยจะเป็นสังคมที่เข้มแข็งด้วยทรัพยากรมนุษย์

เส้นทางเดิน

จากการทบทวนบทเรียนทั้งหลาย มีข้อสรุปที่ใกล้เคียงกันว่าขั้นตอนของการเดินทางไปสู่โรงพยาบาลคุณภาพ จัดแบ่งได้เป็น ๔ ขั้นตอน คือ การเตรียมการ (preparation), การพัฒนา (development), การดำเนินการขยายผล (implementation) และการทำให้เชื่อมโยงฝังตัวเข้ากับระบบปกติ (integration)

คุณค่าของการเดินทางตามเส้นทางเดินนี้คือการเรียนรู้หรือการสร้างกระบวนการทางปัญญา ซึ่งจะกลายเป็นทรัพย์สินสมบัติติดตัวผู้ร่วมเดินทางทุกคน และนำไปใช้ประโยชน์ได้ไม่มีสิ้นสุด ศ. นพ.ประเวศ วะสี กล่าวว่ากระบวนการทางปัญญาประกอบด้วย การสังเกต การจดบันทึก การตั้งข้อสงสัย การพิจารณาวิชัน การทดลองทำ การวิจัย การบูรณาการ การเขียนรายงาน, เป็นกระบวนการที่ทุกคนควรทำไปด้วยกัน

การขยายผล

ขั้นตอนของการดำเนินการขยายผลเป็นขั้นตอนที่ยากที่สุด ต้องใช้เวลานานพอสมควรจึงจะสามารถขยายผลได้ครอบคลุมเป้าหมายที่ต้องการจากการสังเกตและจากคำถามที่ได้รับ ก่อให้เกิดคาถาสู่ความสำเร็จในขั้นตอนของการขยายผลดังนี้: ทำให้ง่ายโดยไม่ยุ่ง่าย, ทำให้เป็นระบบโดยไม่ได้ติดรูปแบบ, หลากหลายความคิดโดยไม่ขัดแย้ง, ทุกคนเข้าร่วมโดยไม่ได้อึดบังคับ

ง่ายโดยไม่ยุ่ง่าย

กิจกรรมพัฒนาจำนวนหนึ่งประสบความสำเร็จเพียงระยะสั้นๆ แล้วก็ต้องล้มเลิกไปเนื่องจากความยุ่งยากซับซ้อนของงานที่เพิ่มเข้ามา โดยผู้เกี่ยวข้องไม่ได้เฉลียวใจตั้งแต่เริ่มแรกว่านั่นคือการเริ่มต้นไปสู่ความล้มเหลว หากจะหวังความร่วมมือและความยั่งยืนแล้ว การคิดค้นวิธีการทำที่ช่วยให้งานง่ายขึ้น และการทำกิจกรรมด้วยวิธีการที่ง่ายๆ น่าจะเป็นสิ่งจำเป็น, ทั้งนี้ความง่ายกับความยุ่ง่ายมิใช่สิ่งเดียวกัน

รับทราบความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน

การใช้แบบสอบถามในลักษณะการวิจัยเป็นเรื่องยุ่งยาก และยุ่งยากมากขึ้นหากมีข้อคำถามจำนวนมาก ก่อให้เกิดปัญหาแก่ทั้งผู้ตอบและผู้วิเคราะห์ โดยที่ได้รับความพอใจน้อยมาก เนื่องจากไปมุ่งเน้นที่คะแนนความพึงพอใจในขอบเขตที่ผู้ออกแบบสอบถามกำหนดไว้ บางโรงพยาบาลสร้างความยุ่งยากขึ้นด้วยการมีแบบสอบถามในทุกจุดบริการโดยปราศจากการประสานงานกัน

การรับทราบความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงานที่ง่ายกว่าคือการให้เจ้าหน้าที่ทุกคนตระหนักในหน้าที่ที่จะศึกษาความต้องการของผู้ป่วย เป็นหน้าที่ที่ทุกคนจะต้องคุยกับผู้ป่วยทุกวันเพื่อรับข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยหรือญาติอย่างน้อยวันละคน ในช่วงที่พอจะมีเวลว่าง และทุกครั้งที่เราพบผู้ป่วยมีปัญหา การสวมชุดปฏิบัติงานของวิชาชีพไม่ใช่อุปสรรคสำคัญต่อการสนทนา สิ่งที่สำคัญกว่าคือท่าทีในการสนทนาที่จะให้ความอุ่นใจและมั่นใจแก่ผู้ป่วย

การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

เมื่อพูดถึงการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย บางท่านจะรู้สึกหนักใจว่าในขณะที่เทคโนโลยีก้าวหน้าไปเรื่อยๆ ความต้องการของผู้ป่วยก็ดูจะไม่มีที่สิ้นสุด เรื่องสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม ก็เป็นภาระที่เพิ่มเข้ามา ทำให้เกิดความรู้สึกว่าการจะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครบถ้วนนั้น เป็นสิ่งที่เป็นไปไม่ได้

วิธีคิดที่ปฏิบัติได้ง่ายกว่าคือการถือหลัก เอาใจเขามาใส่ใจเรา การเอาใจเขามาใส่ใจเรานี้เท่ากับเราเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ซึ่งเป็นศีลธรรมพื้นฐานสำหรับคุณภาพ และจะเป็นภูมิคุ้มกันที่นำไปสู่ความไว้วางใจที่สุด ทำให้เราสามารถกำหนดสมดุลของ need และ want ของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ทำงานเป็นทีม

เมื่อพูดถึงทีม เรามักจะคิดถึงแต่ทีมในรูปแบบที่มีผู้คนจำนวนหนึ่งมานั่งประชุมกัน, คิดว่างานจะเกิดในที่ประชุม, คิดว่าทีมจะต้องทำงานตามขั้นตอนต่างๆ อย่างสมบูรณ์ วิธีคิดเช่นนี้ทำให้เกิดงานได้น้อยท่ามกลางคนและเวลาที่จำกัด

วิธีที่ง่ายกว่าคือการทำงานเป็นทีมในหัวใจทุกขณะจิต พร้อมทั้งจะเป็นสมาชิกที่ดีของหน่วย, พร้อมทั้งร่วมมือกับผู้อื่นทำงานที่มีคุณภาพ, พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือผู้อื่น, ตื่นตัวที่จะค้นหาโอกาสพัฒนาในระหว่างการทำงาน, คิดค้นหาแนวทางปรับเปลี่ยนระบบงานที่ไม่เหมาะสม, บันทึกสิ่งที่พบและข้อคิดเห็นไว้เพื่อรวบรวมกับของผู้อื่น, เสนอตัวอาสาสมัครทำหน้าที่ที่วิเคราะห์

ข้อมูลของเพื่อนในหน่วยงานโดยไม่ถือตัวเอาความคิดของตนเองเป็นใหญ่, นำเสนอผลการวิเคราะห์ให้สมาชิกรับทราบ, ร่วมมือกันให้ความเห็นเพิ่มเติม, ให้ความร่วมมือกับการทดลองปรับเปลี่ยนระบบงาน

นี่คือวิธีการทำงานที่ลงทุนน้อยกว่า แต่ให้ผลมากกว่า

พัฒนากระบวนการทำงาน

การระดมสมองส่งผลให้มองเห็นแนวทางพัฒนาจำนวนมาก แต่ไม่ใช่ว่าการทำมากจะดีเสมอไป การทำมากในเรื่องที่ไม่เหมาะสม ไม่จำเป็น อาจจะเป็นผลเสียทำให้งานที่จำเป็นถูกละเลยไป.

การพัฒนากระบวนการทำงานเพื่อให้ง่ายจึงต้องคิดในเชิงกลยุทธ์ให้มาก และเลือกแนวทางที่ไปจู่จุดให้กลไกที่เคลื่อนได้เอง การคิดในเชิงกลยุทธ์อาจจะทำได้โดยตั้งคำถามที่ท้าทาย เช่น ทำไมต้องทำเวลานี้, ทำไมต้องทำสถานที่นี้, ทำไมต้องให้คนนี้ทำ, ทำไมต้องทำด้วยวิธีนี้, ทำไมต้องใช้ทรัพยากรอย่างนี้, และสุดท้ายก็คือทำไมต้องทำ ไม่ทำได้หรือไม่

วิธีการเก่าๆ เช่น การควบคุม การตรวจสอบ การนิเทศ ควรใช้ให้น้อยลง, ควรจัดขั้นตอนรายละเอียดต่างๆ ที่ไม่จำเป็นออกไป, ควรนึกถึงการอำนวยความสะดวกให้คนปฏิบัติในทิศทางที่ต้องการให้มากขึ้น, นำเทคโนโลยีมาใช้ประโยชน์เมื่อมีโอกาสโดยไม่ต้องรอให้ระบบสมบูรณ์

หอผู้ป่วยแห่งหนึ่งมีการเขียน Nursing Care Plan ที่สมบูรณ์ดีมาก มีการประเมินผู้ป่วยและวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาล พร้อมทั้งเขียนแผนการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาแต่ละเรื่องอย่างสมบูรณ์ ถามว่าพยาบาลต้องใช้เวลานานเท่าไรในการรับผู้ป่วยแต่ละราย หากจะมีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เมื่อระบุปัญหาทางการพยาบาล แล้วมีข้อมูลแผนการดูแลผู้ป่วยตามแต่ละปัญหาขึ้นมาให้แก้ไขและจัดพิมพ์ออกมาได้ จะทำให้พยาบาลมีเวลาเพิ่มขึ้นอีกเท่าไร ๑๐ ราย รายละเอียด ๓๐ นาที เท่ากับ ๓๐๐ นาทีหรือ ๕ ชั่วโมงต่อวัน

เมื่อมีผู้เสนออย่างนี้ความคิดเริ่มต้นของเรามักจะออกมาในทำนอง: ไม่มีคอมพิวเตอร์, ระบบคอมพิวเตอร์ของเรายังไม่สมบูรณ์, ระบบ LAN ของเรา

ยังใช้ไม่ได้, ต้องรอรระบบบันทึกของแพทย์ก่อน, พยาบาลของเราใช้คอมพิวเตอร์ไม่เก่ง ถ้าคิดอย่างนี้อีกสิบปีก็ไม่สามารถทำอะไรได้ พยาบาลจะสูญเสียเวลาไปอีกเท่าไรในช่วงสิบปีนี้ แต่หากคิดใหม่ที่เราสามารถวางระบบนี้ไปก่อนด้วยโปรแกรมง่ายๆ ไม่ต้องรอรระบบอื่น ใช้แบบ stand alone ไปก่อน เราสามารถทำได้ทันทีในวันนี้ หากจะมีปัญหาไม่มีเครื่องคอมพิวเตอร์ ไม่มีคนเขียนโปรแกรม นั่นเป็นหน้าที่ของฝ่ายบริหารที่จะต้องเข้ามาช่วยเหลือ หากฝ่ายบริหารไม่เห็นคุณค่าที่จะได้เพิ่มขึ้นจากการปรับระบบงานทำนองนี้ คงยากที่จะบอกว่าการพัฒนาคุณภาพเป็นทิศทางหรือนโยบายหลักขององค์กร.

ประเมินตนเอง

แบบประเมินตนเองชุดล่าสุด เป็นการรวบรวมจุดเด่นของแบบประเมินหลายๆ ลักษณะเข้าไว้ด้วยกัน โดยมีความมุ่งหวังที่จะทำให้เห็นภาพรวมขององค์กรได้ง่ายขึ้น ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หากนำไปใช้โดยติดรูปแบบจะเกิดปัญหามากกว่าจะให้ทุกหน่วยงานมาประเมินได้อย่างไร แต่ละหน่วยจะต้องประเมินตรงไหนบ้าง และอาจจะได้เอกสารกองสูงเป็นภูเขาเลากา

หากพิจารณาเป้าหมายและเส้นทางให้ชัดเจน ข้อมูลการประเมินที่สมบูรณ์จะเกิดขึ้นต่อเมื่อโรงพยาบาลได้พัฒนาไปจนถึงจุดที่พร้อมจะขอรับการเยี่ยมสำรวจ ซึ่งจะมีทั้งข้อมูลที่เป็นจุดตั้งต้น ข้อมูลกิจกรรมหรือความก้าวหน้าในการพัฒนา และข้อมูลผลลัพธ์จากการพัฒนา

ข้อมูลแยกของแต่ละหน่วยงานมีข้อดีที่ทำให้เห็นภาพของหน่วยย่อยชัดเจน แต่เกิดปัญหาในเรื่องของความซ้ำซ้อน ข้อมูลแยกส่วนจึงควรมีเท่าที่จำเป็น แต่ควรเน้นข้อมูลในภาพรวมซึ่งมีทั้งภาพเฉลี่ย และภาพเฉพาะ

การประเมินตนเองที่ง่ายและส่งผลกระทบสูงในช่วงแรกควรเป็นการประเมินในภาพรวมโดยทีมนำขององค์กร ผู้รับผิดชอบเฉพาะเรื่อง และตัวแทนผู้ปฏิบัติงาน จะทำให้เห็นภาพหลายๆ ทำให้รู้ว่ยังไม่รู้อะไร ทำให้ต้องไปสำรวจเจาะลึกในบางจุดบางเรื่อง ภาพจะค่อยๆ ชัดขึ้นในเวลาต่อมา ขณะเดียวกันสามารถเริ่มต้นกระบวนการพัฒนาจากข้อมูลที่ประเมินได้ไป

พร้อมกัน ผลการติดตามความก้าวหน้าโดยที่มำจะถูกนำมาบันทึกในส่วนที่เป็นความสำเร็จ จุดเด่นหรือจุดแข็งขององค์กร ทำให้ทราบว่าคุณค่าขององค์กรที่ก้าวหน้าไปมากและควรเป็นแบบอย่างของหน่วยงานอื่น ทำให้ทราบว่าส่วนใดขององค์กรที่ยังล้าหลังและต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ

หากทำได้เช่นนี้ ภาระในการประเมินในระดับหน่วยย่อยจะลดลงอย่างมาก จะเหลือเพียงการวิเคราะห์ตนเองและหาโอกาสพัฒนาในเบื้องต้น ตามด้วยให้ข้อมูลเสริมรายละเอียดแก่ภาพรวมขององค์กรเมื่อการพัฒนาแต่ละเรื่องสำเร็จลุล่วงไป

การติดตามขับเคลื่อน

การประชุมติดตามที่เป็นทางการมักจะยุ่งยาก น่าเบื่อ และบางครั้งนัดหมายประชุมได้ยาก ทำให้การติดตามหรือการรับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นต้องล่าช้าออกไป ในที่สุดทีมผู้ประสานงานก็ขาดลอยออกจากทีมนำ

วิธีการที่ง่ายกว่าคือการที่ผู้นำสูงสุดขององค์กรจะพบปะกับทีมผู้ประสานงานคุณภาพอย่างไม่เป็นทางการเพียงสัปดาห์ละ ๓๐ นาที ให้มาเล่าสู่กันฟังว่าได้ทำอะไรลงไป มีความสำเร็จหรือมีปัญหาวะไร ผลลัพธ์ที่ได้คือขวัญกำลังใจของทีมผู้ประสานงาน ผู้นำมีโอกาสที่จะรับรู้ปัญหาและให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมทันเวลาที่ อีกทั้งเป็นการส่งสัญญาณให้สมาชิกทั้งองค์กรได้ทราบถึงความมุ่งมั่นของผู้นำ

ส่วนการประชุมเพื่อการรายงานความก้าวหน้าอย่างเป็นทางการนั้นก็คงต้องมีต่อไป แต่ไม่จำเป็นต้องบ่อยมาก

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย

เมื่อพูดถึงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย สุดโต่งทางด้านหนึ่งก็นึกไปถึงเรื่องการทำ Clinical Pathway สุดโต่งอีกด้านหนึ่งก็นึกถึงเรื่องการฟ้องร้องและพยายามหาเหตุผลต่างๆ มาคัดค้าน ซึ่งอาจจะทำให้ละเลยหัวใจสำคัญของเรื่องนี้ว่าทำไมต้องทำ ทำแล้วได้ประโยชน์อะไร ทำแล้วจะนำไปใช้อย่างไร

หัวใจของแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยคือการให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้ให้บริการและผู้ป่วย เปิดโอกาสให้เราได้ใช้วิทยาการและเทคโนโลยีที่คิดค้นขึ้นมาให้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจของสังคมและของผู้ป่วย

หากเข้าถึงหัวใจเช่นนี้เราจะไม่ยึดติดกับรูปแบบ แต่จะแสวงหาโอกาสทุกหนทางที่จะนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ วิธีแรกสำหรับผู้ที่กลัวการถูกฟ้องร้องมากๆ คือการจัดทำข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เป็นข้อเท็จจริง ไม่ต้องระบุทางเลือกซึ่งผ่านการให้คุณค่าหรือ value judgement ลงไป เช่น การให้ steroid ในมารดาที่มี premature labour จะลด morbidity & mortality ของทารกได้เท่าไร การใช้ thrombolytic agent ในผู้ป่วย acute myocardial infarction จะลด mortality ลงได้เท่าไร การรักษา asymptomatic gall stone ด้วยวิธีต่างๆ จะให้ผลอย่างไร มีค่าใช้จ่ายเท่าไร เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้ควรเป็นข้อมูลที่แพทย์และผู้ป่วยมีโอกาสใช้ร่วมกัน การให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและการให้ผู้ป่วยหรือญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นอีกมาตรการหนึ่งที่จะลดปัญหาความขัดแย้งหรือการฟ้องร้อง

หากเราเชื่อมั่นในตัวเองมากขึ้น เราก็จะจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างง่าย ๆ เพื่อเป็นไกด์ไลน์สำหรับให้ข้อมูลสำหรับแพทย์ใหม่และเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รูปแบบที่ง่าย ๆ คือการเขียนเป็น clinical policy หรือ algorithm โดยเริ่มจากสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้วในปัจจุบัน เมื่อเริ่มต้นเขียนจะพบว่ามีความแตกต่างกันบ้างเล็กน้อย การได้มาพูดคุยกันจะทำให้เห็นว่ามีสิ่งใดที่ทุกคนเห็นร่วมกัน มีสิ่งใดที่เป็นความหลากหลาย ไม่จำเป็นว่าแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจะต้องเป็นสิ่งที่เห็นเหมือนกัน อาจจะมีบางสิ่งที่ยังไม่มีข้อสรุปหรือแนวทางที่หลากหลายไว้ก็ได้ เป็นการดีที่จะยอมรับออกมาอย่างเปิดเผยว่าเรื่องใดบ้างที่ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน จะนำไปสู่การหาคำตอบหรือเห็นแนวทางการตัดสินใจที่ชัดเจนมากขึ้น

บางครั้งจะมีผู้ถามว่าทำไมพูดแต่ข้อดี ไม่ยอมระบุข้อเสีย เป็นสิ่งที่ตอบยากเพราะขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ของแต่ละคนว่าขณะนี้ความรอบตัวเรามีมากขนาดไหน เราจะนั่งอยู่เฉยๆ ไปเรื่อยๆ เพราะคิดว่ายัง

พอทนได้ หรือจะรอให้ความร้อนนั้นสะสมจนกลายเป็นไฟลุกไหม้ หากไฟลุกไหม้แล้วเราจะยังคงถามว่าหากผ้าเปลวไฟออกไปจะทำให้เกิดอาการ burn ขนาดไหน จะสุดควันเข้าไปเท่าไร หรือว่าเราจะตัดสินใจแน่วแน่ที่จะผ้าเปลวไฟออกไปพร้อมกับคิดหาวิธีลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น

เป็นระบบโดยอัตโนมัติรูปแบบ

ที่ผ่านมาเราได้พยายามพัฒนากันมามาก แต่ก็ยังไม่เป็นที่น่าพอใจในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น สาเหตุอันหนึ่งเนื่องมาจากการคิดแบบแยกส่วน ทำแบบแยกส่วน ต่างคนต่างทำ ไม่ได้คิดและทำอย่างระบบ หากเสริมจุดนี้เข้ามาอีกเล็กน้อย อาจจะทำให้ความพยายามของเราส่งผลที่ชัดเจนมากขึ้น

คิดเป็นระบบ

การคิดเป็นระบบคือการคิดที่เชื่อมโยงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องทั้งหมด คิดวิเคราะห์ย้อนไปหาเหตุ คิดถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง หรือการไม่เปลี่ยนแปลง การมองเห็นภาพที่เป็นองค์รวมและทางเลือกต่างๆ จะต้องนำมาสู่การตัดสินใจว่าจะเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานอย่างไร โดยทำให้น้อยที่สุด เพื่อให้เกิดผลกระทบมากที่สุด การจัดลำดับความสำคัญของตัวปัญหาและทางเลือกในการแก้ปัญหาจึงมีความสำคัญ

ระบบในความหมายว่าเป็นการต่อเนื่องของกระบวนการ

ตามความหมายนี้ การทำให้เป็นระบบคือการเชื่อมต่อกระบวนการต่างๆ ให้แนบสนิทไร้ตะเข็บ การเรียงลำดับกระบวนการให้เหมาะสม การขจัดสิ่งทีรกรุงรังออกไปจากระบบ การจะทำเช่นนี้ได้ ต้องเกิดจากความร่วมมือและการประสานงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวคิดและวิถีการทำงานของหน่วยงานอื่น แล้วหาทางปรับแนวคิดและวิธีการทำงานให้สอดคล้องกันและกัน

ระบบในความหมายของ input-process-output-feed back

ตามความหมายนี้เมื่อจะกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ควรจะพิจารณาให้ครบถ้วน ในส่วน input คือการเตรียมการก่อนการ

ปฏิบัติงาน ทั้งด้านตัวบุคคล เครื่องมือ ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ เพื่อให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติงานและการป้องกันปัญหา ในส่วน process คือ การกำหนดขั้นตอนของการทำงานที่มีประสิทธิภาพ สามารถตรวจจับปัญหาได้อย่างรวดเร็วและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในส่วน output และ feed back คือการมีระบบวัดผลการทำงาน และสะท้อนผลการทำงานให้ผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ทำงานเดียวกัน พร้อมกันทีเดียว

งานบางอย่างเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานซึ่งต้องปฏิบัติงานที่คล้ายๆ กัน หากมีการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติงานใหม่โดยที่ต่างคนต่างทำ ก็จะเป็นเรื่องซ้ำซ้อนและเกิดความสูญเปล่าโดยใช้เหตุ การมีผู้จัดการเพื่อประสานเชื่อมโยงความพยายามเหล่านี้ไปพร้อมๆ กันหรือแบ่งซอยหน้าที่กัน去做 จะทำให้ไปถึงเป้าหมายได้เร็วขึ้น

การชำระระบบ

เมื่อปรับปรุงได้แล้ว สิ่งที่สำคัญอันดับต่อมาคือการชำระไว้ซึ่งระบบงานที่พัฒนาได้ การชำระระบบหรือการประกันคุณภาพประกอบด้วยกิจกรรมหลักคือ มีคู่มือ ทำตามคู่มือ ตรวจสอบสิ่งที่เกิดขึ้นกับสิ่งที่กำหนดไว้ แก้ไขป้องกันปัญหา กิจกรรมหลักเหล่านี้หากทำด้วยความชาญฉลาดจะเป็นประโยชน์ แต่หากทำด้วยความไม่รู้จะกลายเป็นเรื่องรูปแบบซึ่งเมื่อติดเข้าไปแล้วยากที่จะถอนตัวออกมาได้ บางคนติดในรูปแบบของคู่มือ เสียเวลามากกับการคิดและถกเถียงว่า format วิธีการเขียนจะเป็นอย่างไร จะต้องเขียนมากเท่าไร บางคนติดในรูปแบบของการตรวจสอบ จะต้องมีการฟอร์มการตรวจสอบ ต้องตรวจสอบให้ครบถ้วนทุกกระบวนการ หรือต้องมีการตรวจสอบโดยบุคคลจากต่างหน่วยงาน

หากผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจที่ถูกต้องและไม่ลืมนำเป้าหมายสำคัญของการชำระระบบอยู่ที่การกระทำ เราจะไม่ได้ติดรูปแบบที่คนอื่นมาครอบงำเรา แต่จะสามารถใช้ความคิดสร้างสรรค์หาวิธีการที่หลากหลายเข้ามาใช้ชำระระบบได้

หลากหลายความคิดโดยไม่ขัดแย้ง

การพัฒนาคุณภาพคือการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงจะต้องไปกระทบกับความเคยชินของทุกคนที่เกี่ยวข้อง ผู้เกี่ยวข้องควรมีส่วนร่วมในการสร้างการเปลี่ยนแปลงนั้น การนำเสนอความคิดของผู้เกี่ยวข้องจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ความคิดของสมาชิกมากกว่า ๑ คนขึ้นไปย่อมมีโอกาสที่จะแตกต่างกัน ความหลากหลายของความคิดเป็นสิ่งที่ดี ทำให้เห็นภาพกว้างและมุมมองที่หลากหลาย จุดตายของความหลากหลายคือการนำไปสู่ความขัดแย้งและไม่สามารถหาข้อสรุปได้ ความเห็นร่วมหรือ consensus จึงเป็นศิลปะอย่างหนึ่งในการทำงานร่วมกับคนหมู่มาก ความเห็นร่วมไม่ได้หมายความว่าทุกคนจะเห็นตรงกันหมด แต่เป็นสิ่งที่ทุกคนยอมรับได้ และพร้อมที่จะนำไปปฏิบัติด้วยความมุ่งมั่นเพราะเห็นประโยชน์ตรงกัน มีเป้าหมายเดียวกัน

ปัจจัยที่จะนำไปสู่การเกิดความเห็นร่วม คือการลดอัตตาของสมาชิกแต่ละคน การมองทุกสิ่งทุกอย่างตามสภาพความเป็นจริง เข้าใจในเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และยึดหลักทางสายกลางในการปฏิบัติ ดังนั้น consensus คือการนำหลักพุทธธรรมมาสู่การปฏิบัตินั่นเอง.

ความเห็นร่วมจะเกิดได้ไม่ยากหากตั้งคำถามให้ถูกต้อง คำถามประเภทที่ต้องเลือกเอาอย่างใดอย่างหนึ่งจะไม่นำไปสู่ความเห็นร่วม แต่จะนำไปสู่ความขัดแย้งซึ่งรู้ล่วงหน้า คำถามที่มุ่งเป้าหมายจะนำไปสู่ความเห็นร่วมได้ง่ายกว่า คำถามว่า "ศิริราชควรจะทำกักตักจำนวนผู้ป่วยนอกหรือไม่" จะนำไปสู่ความขัดแย้ง ในขณะที่คำถามว่า "ศิริราชจะทำอะไรเพื่อให้มีปริมาณผู้ป่วยในระดับที่เหมาะสม และชัดเจนไว้ซึ่งอุดมการณ์ในการช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส" จะนำไปสู่ความเห็นที่หลากหลายและสรุปความเห็นร่วมออกมาได้ คำถามว่า "การประกันคุณภาพการศึกษากับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จะให้ความสำคัญกับเรื่องไหนมากกว่ากัน หรือจะทำเรื่องไหนก่อน" เป็นคำถามที่นำไปสู่ความชะงักงันไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง ในขณะที่คำถามว่า "จะทำอย่างไรให้ระบบประกันคุณภาพการศึกษาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาเกื้อหนุนกันและกัน จะทำอย่างไรให้กระบวนการเรียนการสอนและ

กระบวนการคุณภาพพบริการไม่เป็นสิ่งที่แยกขาดจากกัน" จะให้ประโยชน์แก่องค์กรมากกว่า

ความมีตัวตนคือจุดกำเนิดของความขัดแย้ง หากทุกคนจะสละเวลาเดือนละ ๑ วัน ถอดหัวโชนของตำแหน่งบริหารออก ถอดเครื่องทรงของความเป็นวิชาชีพของตัวเองออกไป! ถอดวิญญาณออกจากร่างของความเป็นศิโรราบ ลองทำตัวเป็นผู้ป่วยหรือเป็นนักศึกษาแพทย์ เดินตามคนเหล่านั้นไป แล้วถามตัวเองว่าเกิดความรู้สึกอย่างไร มีความคิดอะไร ด้วยความที่ไม่มีอำนาจอะไรในมือ ท่านจะพบว่าท่านสามารถสร้างพลังของความเป็นผู้นำได้กล้าแข็งยิ่งขึ้น เป็นผู้นำที่ได้รับการยอมรับอย่างจริงจังจากผู้คน ยิ่งสร้างผู้นำในลักษณะนี้มากขึ้นเท่าไร องค์กรจะได้รับประโยชน์จากความหลากหลายมากขึ้นเท่านั้น

ทุกคนเข้าร่วมโดยไม่ได้ถูกบังคับ

มักจะมีคำถามว่าหน่วยงานข้างหลังที่ไม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจะต้องเข้าร่วมการพัฒนาคุณภาพหรือไม่ หมอที่ดูแลคนไข้อย่างดีอยู่แล้วทำไมจะต้องให้เข้ามาทำอะไรอีก? คำตอบก็คือหากไม่มีบุคคลนั้นแล้วองค์กรยังคงอยู่ได้ บุคคลนั้นก็ไม่ต้องมาร่วมในเรื่องคุณภาพ, หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ องค์กรก็ไม่ต้องจ้างบุคคลนั้นอีกต่อไป การร่วมในกิจกรรมคุณภาพมิได้หมายความว่าเพียงการเข้าร่วมประชุมอย่างที่หลายคนเข้าใจ แต่ครอบคลุมไปถึงความมุ่งมั่นในการทำงานหรือให้บริการอย่างมีคุณภาพด้วย อาจารย์แพทย์หลายท่านในที่นี้เป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับนักศึกษาในด้านคุณธรรม จริยธรรม และความไม่รู้จัก ท่านอาจารย์เหล่านั้นได้ร่วมกิจกรรมคุณภาพอยู่แล้วด้วยการแสดงรูปธรรมให้เห็นเป็นแบบอย่าง เราควรสร้างความเข้าใจสิ่งนี้ให้ตรงกัน ขยายความเข้มแข็งตรงนี้ให้กว้างขวางออกไป ทำให้เกิดความตระหนักว่าสิ่งที่กำลังทำอยู่ทุกลมหายใจนั้นเองคือการเข้าร่วมกิจกรรมคุณภาพ ขอเพียงตรวจสอบตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนาอยู่ตลอดเวลา ทั้งในระดับบุคคล หน่วยย่อย หน่วยใหญ่ และองค์กร

ส่งท้าย

การพัฒนาคุณภาพคือการเดินทางที่ไม่มีจุดสิ้นสุด ไม่มีใครรู้ว่าหนทางนี้จะไปสิ้นสุดที่ใด เราารู้เพียงว่าจะมีจุดพักริมทางเพื่อชมวิวให้เป็นที่ชื่นใจอยู่ตรงไหนเท่านั้น ผู้ที่หวังจะเห็นจุดหมายปลายทางเพื่อที่จะได้หยุดพัฒนาคุณภาพคือผู้ที่เสียโอกาส เพราะท่านเหล่านั้นจะไม่เริ่มต้นเดินทาง เมื่อไม่เริ่มออกเดินทางก็จะได้ไม่รับคุณค่าจากการเดินทาง หรือบางครั้งขณะที่ท่านเดินทางไปท่านก็ชวนเพื่อนร่วมทางทะเลาะไปด้วย ขาดโอกาสที่จะชื่นชมเก็บเกี่ยวบทเรียนจากสรรพสิ่งรอบๆ ตัว อีกทั้งรบกวนสมาธิหรือสร้างควมรำคาญแก่เพื่อนร่วมทาง หากไม่เดินแล้ว ท่านจะไม่ทราบว่าคุณค่าทางจิตวิญญาณของการเดินทางนี้มีมากกว่าคุณค่าที่เป็นรูปธรรมอย่างเทียบกันไม่ได้

တိမ်း

A-I-C	၁၁, ၁၄	Lead Team, Function	၈၄, ၉၁
Algorithm	၈၄	Lead Team, Hospital	၉၁
CareMap	၈၄	Lead Team, Service	၈၄, ၉၁
Clinical Pathway	၈၄	Lead Team, System	၉၁
Clinical Policy	၈၄	Lead Team, Unit	၉၁
Clinical Practice Guideline	၈၄	LogFrame	၉၁
Control Chart	၉၁	Model FADE	၁၁
CPG	၈၄	Model FOCUS-PDCA	၁၁
CQI	၈၈	Morbidity	၈၄
Facilitator	၁၀, ၁၃	Mortality	၈၄
Goal	၁၄, ၁၀	Purpose Statement	၁၁
Horizontal Integration	၉, ၈၄	Quality Steering Team	၉, ၁၁, ၈၈
Hoshin	၁၀	Quality Support Team	၁၀, ၁၁
Hoshin Plan Deployment Matrix	၉၁	Risk Profile	၈၀
Hoshin Plan Review Table	၉၈	Role Model	၉
Hoshin Planning	၁၁	SWOT analysis	၁၀
ISO9002	၈၁	Unit Optimization	၈, ၁၁
Lead Team	၈၄, ၉၁	Unit Profile	၁၁, ၉၄
Lead Team, Clinical	၈၈, ၈၄, ၈၄, ၉၁	Vertical Alignment	၉, ၉၁

กระบวนการทางปัญญา	๕๗	ความเสี่ยง, การบริหาร	๓๓
กระบวนการพัฒนาคุณภาพ	๑๒	ความเสี่ยง, โปรแกรมที่เกี่ยวข้อง	๓๗
กระบวนการหลัก	๒๗	ความเสี่ยง, ผู้จัดการ	๓๖
การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	๑๓	ความเสี่ยง, มาตรการป้องกัน	๓๐
การนำองค์กรและทิศทางนโยบาย	๑๒	ความเสี่ยง, ระบบบริหาร	๓๖
การฝึกอบรม, ดำเนินการ	๒๓	ความเสี่ยง, ระบบสารสนเทศ	๓๗
การฝึกอบรม, นโยบาย	๒๒	ความเสี่ยง, วิเคราะห์	๓๐
การฝึกอบรม, ประเมินผล	๒๓	ความเสี่ยง, หน่วยงาน	๓๐
การฝึกอบรม, เป้าหมาย	๒๒	ความเห็นร่วม	๖๕
การฝึกอบรม, แผน	๒๒	คำร้องเรียน	๓๓
การฝึกอบรม, ลำดับขั้น	๒๓	คุณค่าของงาน	๒๖
การฝึกอบรม, หลักสูตร	๒๓	คู่มือปฏิบัติงาน, กำหนดประเด็น	๓๑, ๓๘
การสื่อสาร, ระบบ	๓๔	คู่มือปฏิบัติงาน, ทบทวน	๓๑, ๓๘
การให้ข้อมูล	๒๘	คู่มือปฏิบัติงาน, ยกร่าง	๓๑, ๓๘
กาลามสูตร	๕๓	คู่มือปฏิบัติงาน, โรงพยาบาล	๓๘
กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ, คร่อมสายงาน	๑๗	คู่มือปฏิบัติงาน, หน่วยงาน	๓๐
กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ, นำร่อง	๑๖	คู่มือสอน/กรณีศึกษา	๑๗
กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ,		เครื่องชี้วัด	๒๐, ๒๗
ผู้บริหารระดับสูง	๑๗	เครื่องชี้วัด, ประโยชน์	๓๒
ข้อมูลของหน่วยงาน	๒๗, ๔๘	เครื่องชี้วัด, โรงพยาบาล	๓๒, ๔๒
เข็มมุ่ง	๒๐, ๒๑, ๔๑	เครื่องชี้วัด, หน่วยงาน	๓๒
เข็มมุ่งประจำปี, การวางแผน	๒๑	โครงสร้างองค์กร	๔๖
ความคิดสร้างสรรค์	๒๙	ง่ายโดยไม่ยุ่งยาก	๕๗
ความตระหนัก, เจ้าหน้าที่	๑๗	จัดกลุ่มความคิด	๒๖
ความตระหนัก, ทีมผู้บริหาร/ผู้นำ	๘	ชื่นชมสรรพสิ่ง	๕๑, ๕๒, ๖๗
ความมุ่งมั่นสู่คุณภาพ, ผู้นำ	๒๑	เชื่อมโยงทิศทางองค์กร	๔, ๔๑
ความมุ่งหมาย, หน่วยงาน	๒๖	ดำเนินการ, ชั้น	๓, ๒๕, ๒๖
ความเสี่ยง	๒๗, ๓๓	ตัดสินใจ	๒๖
ความเสี่ยง, กรรมการบริหาร	๓๐	ตารางความรับผิดชอบ	๔๑

ตารางทบทวนแผนเข็มมุ่ง	๔๓	ปรโตโฆชะ	๕๓
เตรียมการ, ชั้น	๓, ๗, ๘	ประกันคุณภาพ, การ	๓๓
เตรียมพร้อมเพื่อการเยี่ยมสำรวจ, ชั้น	๕,	ประเด็นสำคัญเรื่องคุณภาพ	๒๖
	๔๕, ๔๖	ประเมินตนเอง, ตามมาตรฐาน รพ.	๑๔,
ทบทวนผลการดูแลผู้ป่วย	๓๓		๔๘, ๖๐
ทรัพยากรบุคคล	๑๒	ประเมินตนเอง, ทีม	๑๒, ๓๕
ทักษะของทีม	๒๖	ประเมินตนเอง, ผู้บริหารระดับสูง	๔๘
ทักษะในการตรวจสอบตนเอง	๒๖	ประสานในแนวราบ	๔, ๓๔
ทิศทางนโยบาย	๑๘	ปรัชญา	๑๘
ทีม facilitator	๑๐	ปัญหา	๒๗
ทีมแกนนำ	๑๐	เป็นระบบโดยไม่ติดรูปแบบ	๖๓
ทีมคร่อมสายงาน	๓๕, ๓๖	เป้าหมายร่วม	๑๘
ทีมนำด้านคลินิก	๑๓	ผู้ช่วยเหลือทีม	๒๔
ทีมนำในระดับกลาง	๓๕	ผู้ประสานงานคุณภาพ	๙
ทีมผู้ป่วยนอก	๑๓	ผู้ประสานงานคุณภาพ, คุณสมบัติ	๙
ทีมผู้ป่วยใน	๑๓	ผู้ประสานงานคุณภาพ,	
ทีมสนับสนุนบริการ	๑๓	จำนวนและองค์ประกอบ	๙
ทีมห้องผ่าตัด	๑๓	ผู้รับผลงาน	๒๖
ทีมทอผู้ป่วยหนัก	๑๓	แผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ	๒๑
ทีมอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน	๑๓	แผนปฏิบัติการ, หน่วยงาน	๔๑, ๔๒
ทุกคนเข้าร่วมโดยไม่ได้ถูกบังคับ	๖๖	แผนประสานและสนับสนุนการพัฒนา	
นโยบายคุณภาพ	๑๘	คุณภาพ	๒๑
นโยบายทางคลินิก	๓๔	แผนฝึกอบรมบุคลากร	๒๒
นโยบายที่มุ่งเน้น	๒๐	แผนยุทธศาสตร์	๑๔, ๑๙
แนวคิด TOM	๘, ๙	แผนยุทธศาสตร์, ประเด็นสำคัญ	๒๐
แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย	๓๘, ๖๑	แผนยุทธศาสตร์, สื่อสาร	๒๑
บรรยากาศในการทำงาน	๑๑	พระธรรมปิฎก	๕๒
บริหารการพยาบาล	๑๓	พฤติกรรมบริการ	๒๘
บุพภาคของการศึกษา	๕๒	พัฒนาคลินิกบริการ, แผนงาน	๔๒

พัฒนาคุณภาพในแต่ละหน่วย	๓, ๒๖	แรงหนุนแรงต้าน	๒๐
พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง, การ	๓๓	วัตถุประสงค์	๒๐
พัฒนาและเรียนรู้, ชั้น	๓, ๑๕, ๑๖	วางแผนดำเนินการ	๑๔
พันธกิจ	๑๘, ๑๙, ๒๐	วิเคราะห์ตนเอง, หน่วยงาน	๒๖
พุทธธรรม	๕๒	วิธีคิด	๕๒
มาตรฐานโรงพยาบาล	๓๓, ๓๕	วิสัยทัศน์	๑๙
มาตรฐานวิชาชีพ	๓๓	ศูนย์คุณภาพ	๑๑
ยุทธวิธี	๒๐	สมดุล, ผู้ป่วยกับผู้ปฏิบัติงาน	๕๕
ยุทธศาสตร์	๒๐	สมดุล, รักษาของเดิมกับปรับเปลี่ยน	
เยี่ยมสำรวจ	๔๘, ๔๙	ต่อเนื่อง	๕๕
โยนิโสมนสิการ	๕๓	สมดุล, เรียนรู้จากคนอื่นกับเรียนรู้ใน	
ร่วมมือ, ความ	๓๔	องค์กร	๕๕
ระดมสมอง	๒๖	สมดุล, อารมณ์กับเหตุผล	๕๕
ระบบ, input-process-output- feedback	๖๓	สมดุล, เอกสารกับความมุ่งมั่น	๕๕
ระบบ, การต่อเนื่องของกระบวนการ	๖๓	สัมมาทิฐิ	๕๒
ระบบ, คิดเป็น	๖๓	สิ่งแวดล้อม	๑๓
ระบบ, ชำรง	๖๔	เสียงสะท้อนจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	๑๒, ๒๗, ๓๓
ระบบสารสนเทศ	๑๒	หลากหลายความคิดโดยไม่ขัดแย้ง	๖๕
รายงานสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด	๓๓	องค์กรแพทย์	๑๓, ๔๐
รายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์	๓๐, ๓๓	โอกาสพัฒนา	๑๔, ๒๗, ๓๓
แรงจูงใจ	๒๑, ๔๗, ๕๓		

Roadmap to → HA

จากการทบทวนบทเรียนทั้งหลาย มีข้อสรุปที่ใกล้เคียงกันว่า ขั้นตอนของการเดินทางไปสู่โรงพยาบาลคุณภาพ จัดแบ่งได้เป็น ๔ ขั้นตอน คือ การเตรียมการ (preparation), การพัฒนา (development), การดำเนินการขยายผล (implementation) และการทำให้เชื่อมโยงฝังตัวเข้ากับระบบปกติ (integration)

คุณค่าของการเดินทางตามเส้นทางเดินนี้คือการเรียนรู้ หรือการสร้างกระบวนการทางปัญญา ซึ่งจะกลายเป็นทรัพย์สินสมบัติติดตัวผู้ร่วมเดินทางทุกคน และนำไปใช้ประโยชน์ได้ไม่มีสิ้นสุด ศ. นพ.ประเวศ วะสี กล่าวว่ากระบวนการทางปัญญาประกอบด้วย การสังเกต การจดบันทึก การตั้งข้อสงสัย การพิจารณาวิสัยทัศน์ การทดลองทำ การวิจัย การบูรณาการ การเขียนรายงาน เป็นกระบวนการที่ทุกคนควรทำไปด้วยกัน

ห้องสมุด ๓๐๐ ปี เสด็จพระราชกุศล



00002119

สถาบันพัฒนาและ

รับรองคุณภาพโรงพยาบาล



ISBN 974-293-955-1



9 789742 939557

ราคา 65 บาท