

ข้อมูลเพิ่มเติมต่อข้อคิดเห็นต่าง ๆ ซึ่งที่ปรึกษาเสนอ

ประเด็นสำคัญที่ควรทำความเข้าใจให้ชัดเจน

1. หลักการและเหตุผล

ทำไมโรงพยาบาลต่าง ๆ จึงต้องทำเรื่องนี้ทั้ง ๆ ที่ทำดีอยู่แล้ว

เป็นการที่โรงพยาบาลที่ทำดีแล้ว เหนียวนาให้โรงพยาบาลอื่น ๆ พัฒนาตาม

เป็นกลไกแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม (social accountability) ซึ่งสามารถตรวจสอบได้

การประเมินโดยโรงพยาบาลเองไม่อาจหลีกเลี่ยงอคติได้ อาจทำให้เสียโอกาสที่จะพิจารณาประเด็นที่สามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้

2. บทบาทหน้าที่ของที่ปรึกษา

บทบาทของที่ปรึกษาในแต่ละด้านที่ชัดเจน

ลักษณะการทำงานของที่ปรึกษาอาจแบ่งได้เป็น

1. ที่ปรึกษาอาวุโส มีบทบาทในการให้คำแนะนำแก่ผู้บริหารและทีมบริหารของโรงพยาบาล และการกระตุ้นให้เกิดการจัดตั้งองค์กรวิชาชีพภายในโรงพยาบาล รวมทั้งการเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงบางจุดที่เป็นเรื่องยาก

2. ที่ปรึกษาเครือข่ายวิชาชีพ / ลักษณะงาน มีบทบาทในการให้คำแนะนำแก่เครือข่ายวิชาชีพ/ลักษณะงานซึ่งต้องการความรู้ทางเทคนิคเฉพาะด้าน ต้องการแหล่งข้อมูลต่าง ๆ และแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัย เครือข่ายจะมีการประชุมกันสม่ำเสมอทุก 2 เดือน และในช่วงปีที่ 2 ควรจะมีการหมุนเวียนไปเยี่ยมในพื้นที่ร่วมกัน

3. ที่ปรึกษาด้านเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งขณะนี้มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม TQM/CQI ซึ่งให้การฝึกอบรมด้านกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ และกลุ่ม Quality Clinical Care Network ซึ่งจะส่งเสริม evidence-based practice มีบทบาทในการให้คำแนะนำแก่ผู้ประสานงานคุณภาพของโรงพยาบาลในด้านเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ

ก่อนที่จะไปให้คำปรึกษาให้แก่โรงพยาบาล จะต้องมีความชัดเจนก่อนว่ามาตรฐานที่พึงประสงค์นั้นคืออะไร

การตีความที่สามารถทำในช่วงเริ่มต้นคือการตีความเป้าหมายของมาตรฐานแต่ละข้อ วิธีการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเป็นเรื่องที่โรงพยาบาลจะต้องคิดค้น และเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

การประเมินว่าถึงระดับที่พึงประสงค์หรือไม่นั้นต้องดูทั้ง

1) ความพยายามในการปรับปรุงระบบงาน

2) ระบบงานหรือระดับคุณภาพที่ยอมรับได้ ซึ่งจะตัดสินได้ต่อเมื่อมีข้อมูลว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ทำได้ถึงระดับใด

สิ่งที่จะเป็นปัญหาอุปสรรคของโรงพยาบาล

1. ความแตกต่างของแต่ละโรงพยาบาล

- **ขีดความสามารถในการพัฒนาของแต่ละ รพ.ยังมีไม่เพียงพอ** การเพิ่มเติมทำได้ยาก commitment ของผู้บริหารและการมีผู้รับผิดชอบที่อุทิศให้กับงานนี้คือความหวัง
- **ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำ QA**
เป็นสิ่งที่ต้องส่งเสริมและช่วยกันทำให้เกิดขึ้น

2. ขาด guideline & criteria ที่ชัดเจนในการนำไปสู่การปฏิบัติ

จำเป็นต้องมองมาตรฐานในมุมมองที่ต่างไปจากที่เคยรู้จัก ไม่ได้เป็นมาตรฐานที่จะเอาไปใช้วัด แต่เป็นสิ่งที่ใช้เป็นกรอบในการประเมินตนเอง

ข้อควรระวังในการดำเนินงาน

1. ให้เริ่มเล็ก ๆ ก่อนในลักษณะของงานวิจัย ทดลอง คัดเลือกโรงพยาบาลที่ให้

ความสำคัญและตั้งใจทำเรื่องนี้อย่างจริงจัง และจึงขยายวงภายหลัง

เหตุผลสนับสนุน

ทรัพยากรที่มีจำกัดทำให้การทำงานกว้างแต่เริ่มต้นไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร

ไม่สามารถให้การสนับสนุนได้เต็มที่และจริงจัง

ภาระงานที่มากเกินไปอาจจะทำให้งานวิจัยเพื่อให้เกิดความรู้จากการพัฒนานี้ถูกละ

ความสำคัญลงไป

เหตุผลอีกมุมมองหนึ่ง

มีโรงพยาบาลที่ให้ความสนใจมาก ควรถือโอกาสดีเล็กที่กำลังร้อน

มีโอกาสดันหาผู้ที่เหมาะสมในการเป็นที่ปรึกษาและผู้ประเมินมากขึ้น

คำถาม

จำนวนเท่าไรที่เหมาะสม

2. แนวคิดในการดำเนินการลงพื้นที่ค่อนข้างจะอิงของแคนาดาเกินไป โดยที่ไม่ได้

ประยุกต์ให้เข้ากับสภาพของประเทศไทย

เหตุผลที่อิงของแคนาดา

ต้องการเรียนรู้จากประเทศที่มีประสบการณ์ยาวนานและเพิ่งตระหนักว่าวิธีการที่ผ่านมา
นั้นไม่น่าจะถูกต้อง เป็นการเรียนลัด

หลักการเรื่องผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและหลักการ Quality Improvement ถือว่าเป็น
แนวโน้มที่ทั่วโลกยอมรับ

การใช้เรื่องนี้เป็นกระบวนการเรียนรู้ได้รับการยอมรับมากกว่าแนวคิดของการตรวจสอบ
ข้อควรระวัง

ระบบบริการของประเทศแคนาดาอาจจะมีบางสิ่งบางอย่างไม่เหมือนกับประเทศไทย

3. ระวังอย่าให้กลายเป็นเรื่องของการตรวจสอบ การควบคุม ลงโทษ

ยุทธศาสตร์

ผู้เข้าร่วมโครงการทุกระดับต้องแน่วแน่ในแนวคิดที่ว่าเรื่องนี้เป็นกระบวนการเรียนรู้
ผลักดันให้เกิดองค์การอิสระขึ้นมารับผิดชอบ

4. เจ้าหน้าที่จะคิดว่าผลประโยชน์ตกอยู่กับผู้บริหารเท่านั้น

ยุทธศาสตร์

ต้องแสดงให้เห็นประโยชน์ที่ผู้ปฏิบัติงานจะได้รับด้วย เช่น ความเสี่ยงที่ลดลง ระบบงาน
ที่สะดวกต่อผู้ปฏิบัติงาน คำขอที่มีน้ำหนักมากขึ้น

5. อย่าสร้างความรู้สึกว่าเป็นเรื่องยากเกินกว่าที่จะทำได้

ยุทธศาสตร์

เริ่มจากสิ่งที่โรงพยาบาลปฏิบัติอยู่เป็นมาตรฐานของตัวเอง

เริ่มเป็นขั้นตอนจากง่ายไปหายาก

เน้นมาตรฐานที่สำคัญก่อน ได้แก่ กระบวนการและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

6. ระวังอย่าให้ รพ.แต่ละแห่งสร้างมาตรฐานของตนเอง โดยไม่มี basic standard

มิฉะนั้นจะต่างคนต่างทำ ต่างคนต่างแปลความหมายไปคนละทาง

คำอธิบาย

มาตรฐานชุดนี้กำหนดเป้าหมายในเชิงระบบงานที่ควรจะมี สิ่งที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ เปิด
โอกาสให้มีความยืดหยุ่นในการนำไปปฏิบัติซึ่งอาจแตกต่างกันในโรงพยาบาลระดับต่างๆ

ความยืดหยุ่นได้รับการตอบสนองดีกว่าการกำหนดอย่างตายตัวแล้วปฏิบัติไม่ได้

มาตรฐานนี้เป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้โรงพยาบาลพัฒนาไปสู่ความเป็นเลิศ

basic standard ที่จำเป็นจริงๆในเรื่องของโครงสร้างและความปลอดภัยนั้นจะมีอยู่แล้ว
ในกฎกระทรวงซึ่งกองการประกอบโรคศิลป์เป็นผู้ดูแล โรงพยาบาลจะต้องผ่านมาตรฐานใน
ระดับนั้นมาแล้วจึงจะมาสู่กระบวนการ accreditation

7. ไม่นำ accreditation ไปใช้ในการโฆษณา

เหตุผลสนับสนุน

ทำให้คุณค่าของกระบวนการนี้ลดลง

เหตุผลอีกมุมมองหนึ่ง

การให้ข้อมูลแก่ประชาชนว่าโรงพยาบาลใดมีระบบคุณภาพที่ดีเป็นกลไกที่จะส่งเสริมให้ประชาชนตัดสินใจเลือกใช้บริการได้ดีขึ้น และเป็นการเพิ่มแรงจูงใจให้โรงพยาบาลต้องการเข้ามาร่วมมือ

ทางออก

การประกาศให้สาธารณชนทราบเป็นสิ่งที่ควรทำ แต่ควรมีข้อตกลงในเชิงจริยธรรมว่า จะไม่นำไปใช้โฆษณาเพื่อผลประโยชน์ทางการค้า

8. รัฐนำมาตรฐานออกไปจัดทำเป็นกฎกระทรวงบังคับใช้ซึ่งจะทำให้ภาคเอกชนมี

มาตรฐานดีรู้เห็นภาครรัฐ

ข้อเสนอ

ไม่ควรมีการคิดมาตรการที่แบ่งแยกระหว่างภาครัฐและเอกชน มาตรฐานขั้นต่ำในการดำเนินการโรงพยาบาลที่บังคับใช้กับภาคเอกชนก็ควรบังคับใช้กับภาครัฐด้วย และกระทรวงสาธารณสุขก็ควรปฏิบัติให้เป็นตัวอย่างกับภาคเอกชน

9. ในช่วงเดือนมีนาคมจะมีการนำปัญหาที่เกิดจากการนำมาตรฐานมาปรึกษา

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้ทราบจุดดีจุดด้อยของมาตรฐานเพื่อนำมาสู่การปรับมาตรฐาน ที่ปรึกษาควรเก็บประเด็นปัญหามาเป็นแนวทางในการปรับ

คำอธิบาย

การประชุมในช่วงเดือนมีนาคมเป็นการปรึกษาว่าจะทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาได้อย่างไร ยังไม่มีประเด็นเรื่องการปรับมาตรฐาน จนกว่าโรงพยาบาลจะได้ดำเนินการไปแล้วระยะหนึ่งจึงจะพิจารณาเรื่องการปรับมาตรฐาน

ข้อเสนอ

การเก็บประเด็นปัญหาโดยที่ปรึกษาเป็นสิ่งที่ควรกระทำ นอกจากประเด็นในการปรับมาตรฐานแล้ว น่าจะมีประเด็นอื่นๆด้วย เช่น อุปสรรค ปัจจัยสู่ความสำเร็จ