

ภาคีความร่วมมือเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ภายใต้การสนับสนุนของ กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
สถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

ภาพรวมและแนวคิด โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

คำนำ

สถานพยาบาลและโรงพยาบาลเป็นส่วนสำคัญของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งมีวิทยาการและเทคโนโลยีที่เจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ประกอบกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศที่เปลี่ยนแปลงไป ประชาชนหรือผู้รับบริการมีโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารดีขึ้น สะดวกและรวดเร็วขึ้น ทำให้ความต้องการบริการเพิ่มมากขึ้น ระบบบริการสุขภาพจึงได้ปรับเปลี่ยนไป มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ความไม่เข้าใจกันและความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสาธารณสุขจึงเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องคุณภาพบริการและค่าบริการ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น เพื่อลดและป้องกันปัญหาดังกล่าว

เอกสารฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ที่เข้าร่วมปฏิบัติงานในโครงการวิจัยและพัฒนา "Hospital Accreditation" บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้สนใจ มีความเข้าใจในภาพรวมของโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ปัญหาคุณภาพที่เกิดขึ้นและความพยายามในการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา รวมทั้งมีแนวคิดไปในทิศทางเดียวกันเกี่ยวกับปรัชญาของการพัฒนาและรับรองคุณภาพ มาตรฐานโรงพยาบาล กระบวนการพัฒนาตนเอง และการประเมินตนเองของโรงพยาบาล ซึ่งล้วนแต่เป็นแนวคิดพื้นฐานอันสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

สิ่งที่ปรากฏในเอกสารนี้มาจากการศึกษา ทบทวนเอกสาร ดูงาน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับโรงพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ ผู้เขียนขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนให้ข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยที่ได้ให้การสนับสนุนให้เกิดชุดโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (anuwat@hsrint.hsri.or.th)

ผู้ประสานงานกลาง

โครงการวิจัยและพัฒนา Hospital Accreditation

ภาคีความร่วมมือเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

อาคารกรมการแพทย์ 6 ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์/โทรสาร 5890023-4

16 กุมภาพันธ์ 2541

สารบัญ

	หน้า
1. ภาพรวมของโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	1
1.1 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) คืออะไร	1
1.2 รับรองอะไร	2
1.3 ทำไมต้องมีการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	3
1.4 ใครจะได้อะไรจากการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	3
1.5 ความเป็นมาและความก้าวหน้า	4
1.6 ใครจะเป็นผู้รับรองคุณภาพ	5
1.7 วิธีการทำงานของภาคีฯ	5
1.8 กลยุทธ์ในการดำเนินงาน	6
1.9 แผนงาน	6
1.10 บทบาทของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง	7
2. ปรัชญาของการพัฒนาและรับรองคุณภาพ	8
2.1 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นการเรียนรู้มากกว่าการตรวจสอบ	8
2.2 การขอรับการประเมินต้องเกิดจากความสมัครใจของโรงพยาบาล	9
2.3 เน้นการรับรองความมุ่งมั่นในการพัฒนาและระบบงานที่ดีควบคู่กับ ผลลัพธ์มากกว่าที่จะรับรองคุณภาพในเชิงผลลัพธ์เพียงอย่างเดียว	9
2.4 ใช้กรอบแนวทางพัฒนาคุณภาพร่วมกันสำหรับการประเมินตนเอง และ การประเมินจากภายนอก	10
2.5 ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย	11
3. ความพยายามพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล	17
3.1 ตัวอย่างปัญหาคุณภาพ	17
3.2 ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา	18
3.3 คุณภาพคืออะไร	18
3.4 การเปลี่ยนแปลงยังไม่เป็นผล	19
3.5 ควรจะทำอะไรเพิ่มเติม	19
4. มาตรฐานโรงพยาบาล	21
4.1 มาตรฐานโรงพยาบาลคืออะไร	21
4.2 ทำไมต้องมีมาตรฐานโรงพยาบาล	21

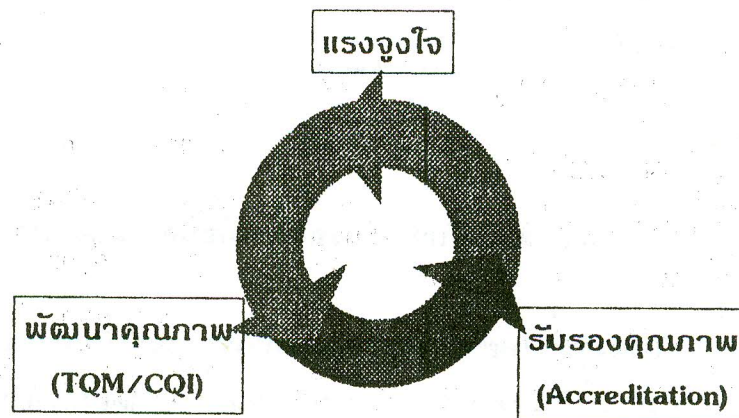
4.3	มาตรฐานโรงพยาบาลนี้แตกต่างจากมาตรฐานอื่นๆอย่างไร	21
4.4	มาตรฐานโรงพยาบาลนี้ครอบคลุมอะไรบ้าง	22
4.5	มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับนี้จัดทำอย่างไร	23
4.6	จะใช้มาตรฐานโรงพยาบาลนี้เมื่อไร	23
4.7	จะใช้มาตรฐานโรงพยาบาลอย่างไร	23
4.8	ตัวอย่างการตีความมาตรฐาน	24
5.	การพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล	25
5.1	โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ	26
5.2	การวิเคราะห์สถานการณ์	28
5.3	การกำหนดเป้าหมายและแผนยุทธศาสตร์	29
5.4	การฝึกอบรม	30
5.5	การวิเคราะห์ระบบงานเพื่อกำหนดแผนพัฒนาคุณภาพ	32
5.6	การเขียนคู่มือปฏิบัติงาน	33
5.7	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	34
6.	การประเมินตนเองของโรงพยาบาล	35
6.1	จุดมุ่งหมายของการประเมินตนเอง	35
6.2	ระยะเวลาที่เหมาะสมของการประเมินตนเอง	35
6.3	ลักษณะของแบบประเมิน	36
6.4	เกณฑ์การให้คะแนน	36
6.5	การนำผลการประเมินไปใช้	37
7.	ส่งท้าย	38

1. ภาพรวมของโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

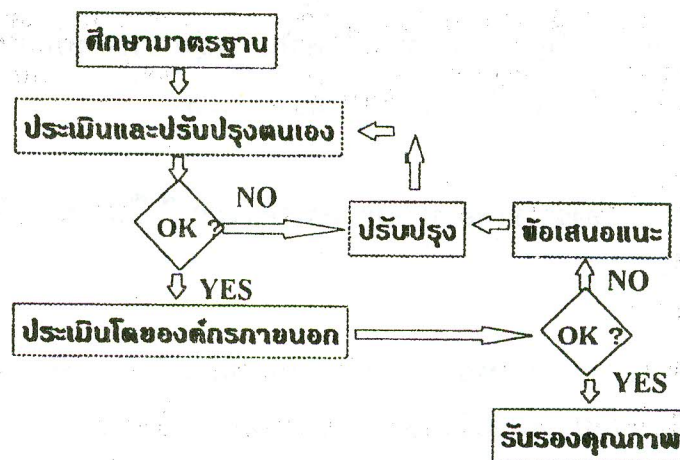
1.1 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) คืออะไร

คือกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ควบคู่ไปกับการเรียนรู้ แลกเปลี่ยน และการรับรองจากองค์กรภายนอก (วิวัฒนาการของประเทศที่พัฒนาแล้ว คือการปรับเปลี่ยนให้กระบวนการนี้เป็นการเรียนรู้มากกว่าการตรวจสอบ)

การรับรองเป็นเพียงส่วนเดียวและส่วนสุดท้ายของกระบวนการ แต่จุดสำคัญคือ การกำหนดมาตรฐาน ตรวจสอบ และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล มาตรฐานโรงพยาบาลนี้เป็นมาตรฐานเชิงโครงสร้างเกี่ยวกับระบบคุณภาพ



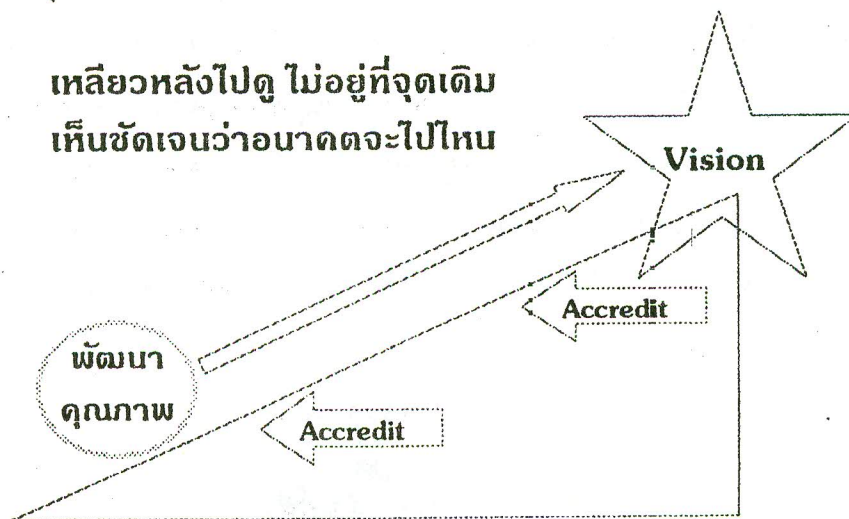
ภาพที่ 1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



ภาพที่ 1.2 กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

1.2 รับรองอะไร

1. รับรองว่าโรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาคุณภาพ
ทุกคนรู้ว่าเป้าหมายอยู่ตรงไหน บทบาทของตนเองคืออะไร มีตามพยายามที่จะพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 1.3 แสดงระดับการรับรองที่สะท้อนความมุ่งมั่นการพัฒนา

2. รับรองว่าโรงพยาบาลมีกระบวนการทำงานที่เป็นมาตรฐาน
มาตรฐานนี้คือมาตรฐานของโรงพยาบาลเอง โดยที่ต้องมีหลักประกันว่าจะไม่
เกิดความเสี่ยงเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
3. รับรองว่าโรงพยาบาลมีระบบตรวจสอบตนเองที่น่าเชื่อถือ
ได้แก่การแสดงให้เห็นว่ามีการปฏิบัติตามระบบงานที่วางไว้ และมีการวัดผลลัพธ์
ที่เกิดขึ้น มีการนำปัญหามาทบทวนปรึกษาในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องหรือเพื่อนช่วยบอกเพื่อน
เพื่อให้เกิดการแก้ไขและเกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
4. รับรองว่าโรงพยาบาลมีการบริหารงานที่เป็นระบบ มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม
5. รับรองว่าโรงพยาบาลมีกำลังคน สถานที่ และเครื่องมือ เหมาะสม
ความเหมาะสมของทรัพยากรคือความสอดคล้องกับพันธกิจและขอบเขตของโรงพยาบาล ร่วมกันการมีกระบวนการบำรุงรักษาและพัฒนาเพื่อให้ใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ทำไมต้องมีการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันคือ

1. ผู้บริโภคขาดข้อมูลที่จะช่วยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ข้อมูลจากผู้บริโภคเองไม่สามารถประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลในภาพรวมได้ ผู้ที่จะประเมินคุณภาพทางด้านเทคนิคบริการของโรงพยาบาลได้ดีที่สุดคือผู้ประกอบวิชาชีพด้วยตนเอง
2. โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีทิศทางนโยบายในการพัฒนาคุณภาพแตกต่างกันไป
3. ผู้บริหารมอบความรับผิดชอบด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ประกอบวิชาชีพ
4. มีความเสี่ยงอยู่ทั้งในตัวระบบและตัวผู้ประกอบวิชาชีพเนื่องจากขาดระบบที่จะตรวจสอบตนเอง

1.4 ใครจะได้อะไรจากการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สังคม : สังคมเกิดความเชื่อมั่นว่าโรงพยาบาลต่างๆมีระบบการทำงานที่ไว้วางใจได้

ประชาชน : ทราบดีว่าควรให้ความไว้วางใจกับโรงพยาบาลใด

ผู้ป่วย : ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ไม่เสี่ยงต่อการดูแลรักษาที่ไม่ได้มาตรฐานหรือถูกปล่อยปละละเลย

ผู้ประกอบวิชาชีพ : ทำงานภายใต้ความเสี่ยงในระดับต่ำที่สุด มีความราบรื่นและคล่องตัวในการทำงาน

โรงพยาบาล : มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับ

องค์กรผู้บริหารเงินกองทุนเพื่อสุขภาพ : มีข้อมูลเพื่อคัดเลือกโรงพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งองค์กรนั้นดูแลอยู่

องค์กรวิชาชีพ : มีหลักประกันว่ามาตรฐานวิชาชีพ/ข้อกำหนดต่างๆถูกนำไปปฏิบัติ

1.5 ความเป็นมาและความก้าวหน้า

หน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ได้เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ได้มีความเคลื่อนไหวต่างๆ เพื่อสนับสนุนและสร้างกลไกกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพนี้ เช่น แพทยสภาได้ยกร่างมาตรฐานโรงพยาบาลชุดแรกขึ้น สำนักงานประกันสังคมได้นำไปพัฒนาต่อเพื่อใช้ในการรับรองสถานพยาบาลประกันสังคม สภาการพยาบาล และกองการพยาบาลได้ยกร่างเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำลังสร้างระบบรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ กองการประกอบโรคศิลป์ได้กำหนดกฎกระทรวงเพื่อยกระดับมาตรฐานด้านโครงสร้างและกำลังคนของโรงพยาบาลเอกชน ฯลฯ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สนับสนุนให้มีการรวบรวมมาตรฐานโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งของในประเทศและต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการตรวจสอบและพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล ขณะนี้อยู่ระหว่างการทดลองนำแนวทางนี้มาใช้ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนจำนวน 35 แห่ง เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมสำหรับประเทศไทย ในชื่อโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นเวลา 3 ปี ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2540

มาตรฐานที่นำมาทดลองใช้นี้เป็นมาตรฐานเชิงโครงสร้างการบริหารคุณภาพ ซึ่งจะต้องผนวกกับมาตรฐานเชิงวิชาชีพขององค์กรวิชาชีพ/หน่วยงานต่างๆ

ผลการดำเนินงานขั้นต้นพบว่าโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีความตื่นตัวพยายามทดลองทางเลือกใหม่ๆ ในการพัฒนาคุณภาพ และค้นหาวิธีการในการนำมาตรฐานวิชาชีพมาสู่การปฏิบัติ

1.6 ใครจะเป็นผู้รับรองคุณภาพ

องค์กรที่รับรองจะต้องเป็นองค์กรที่มีความเป็นกลางและเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย ซึ่งเกิดจากความร่วมมือของหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง และผู้ทรงคุณวุฒิที่สังคมยอมรับ ขณะนี้กำลังอยู่ระหว่างการก่อตั้งภาคีความร่วมมือเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ความสำเร็จของกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับความร่วมมือของหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง รูปแบบขององค์กรและวิธีการทำงานขององค์กรจะเป็นประเด็นวิจัยที่กำหนดไว้ในโครงการนี้ ซึ่งคำตอบที่ดีที่สุดน่าจะได้จากประสบการณ์การทำงานร่วมกัน

1.7 วิธีการทำงานของภาคีฯ

1. คณะกรรมการอำนวยการ

ตัวแทนของหน่วยงาน/องค์กร และผู้ทรงคุณวุฒิ จะทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการอำนวยการภาคีฯ โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ประธานภาคีฯ มีหน้าที่กำหนดนโยบายและทิศทางการทำงานในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นผู้แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อทำหน้าที่ต่างๆตามความจำเป็น รวมทั้งเป็นผู้ตัดสินใจกำหนดรูปแบบองค์กรในอนาคต

2. โครงการวิจัยและพัฒนา

จะเป็นกิจกรรมหลักในช่วงต้นของภาคีฯ เพื่อเป็นสนามสำหรับทดลองความคิดต่างๆว่าการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลควรเป็นอย่างไร การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลควรจะเน้นที่จุดใด มีรูปแบบและกระบวนการในการประเมินเพื่อรับรองอย่างไร ค่าใช้จ่ายสำหรับกิจกรรมนี้ได้รับการสนับสนุนจาก สกว.และสวรส.

3. การขยายตัวของกระบวนการรับรองคุณภาพ

เมื่อได้องค์ความรู้ที่ทำให้เกิดความมั่นใจในประโยชน์และวิธีการทำงานที่เหมาะสมแล้ว จะให้มีการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด ทั้งแก่โรงพยาบาลในโครงการทดลองและโรงพยาบาลนอกโครงการที่สมัครใจ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้โรงพยาบาลต่างๆเกิดความกระตือรือร้นในการพัฒนาคุณภาพ

1.8 กลยุทธ์ในการดำเนินงาน

1. สร้างความเข้าใจ ความตื่นตัว และความตระหนักให้แก่วงการของผู้ให้บริการ วงการวิชาชีพ และสังคมโดยทั่วไป เพื่อให้เกิดการยอมรับและร่วมกันปฏิบัติ
2. ระดมพลังงานผู้ที่มีประสบการณ์และผู้สนใจให้ร่วมกันบุกเบิกพัฒนา ตลอดจนสร้างตัวอย่างของการพัฒนาที่ได้ผล สืบต่อกิจกรรมจากโรงพยาบาลที่ได้เริ่มดำเนินการแล้ว
3. ส่งเสริมให้มีการศึกษาและกำหนดเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพสำหรับการจัดการและสำหรับวิชาชีพ โดยเน้นความเป็นพลวัตและความเหมาะสมกับสถานการณ์ที่มีความหลากหลาย
4. สรรหาและพัฒนาบุคลากรที่จะมาทำหน้าที่ผู้ประเมินจากภายนอก

1.9 แผนงาน

โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีแผนการดำเนินงานด้วยกัน 4 แผนงานคือ

1. แผนงานพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล เป็นการสนับสนุนให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการของตน โดยทำงานร่วมกับที่ปรึกษา และมีการเก็บเกี่ยวความรู้ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนา
2. แผนงานพัฒนามาตรฐาน เป็นการทบทวนมาตรฐานโรงพยาบาลที่จะใช้ในการประเมิน และการประสานงานกับองค์กรวิชาชีพต่างๆ ในการกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย
3. แผนงานพัฒนาการประเมินจากภายนอก
4. แผนงานประชาสัมพันธ์

1.10 บทบาทของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นสนามสำหรับทดลองความคิดและค้นหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลในประเทศไทย โรงพยาบาลในโครงการส่วนใหญ่มีความตื่นตัวพร้อมที่จะรับแนวคิดใหม่ๆ และมีโครงสร้างที่พร้อมจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ สามารถใช้สนามนี้เพื่อขยายบทบาทของหน่วยงานในการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาได้ดังนี้

1. ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลที่กำลังทดลองใช้อยู่ (ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานและองค์กรนั้นๆ)
2. เข้าร่วมกิจกรรมประชุมเครือข่ายของวิชาชีพต่างๆในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์
3. จัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งมีลักษณะดังนี้
 - 3.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกหัวข้อได้แก่ มีโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงสูง, มีความหลากหลายในทางปฏิบัติมาก, เป็นภาวะที่พบบ่อย, มีค่าใช้จ่ายสูง, มีโอกาสเกิดปัญหาทางจริยธรรมและความขัดแย้งสูง
 - 3.2 การหาข้อสรุป เน้นการใช้ evidence ร่วมกับประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ ในกรณีที่ไม่มีความชัดเจนและมีความเห็นที่หลากหลาย ควรระบุทางเลือกที่เป็นไปได้ไว้เพื่อให้ผู้ใช้ตัดสินใจเอง
 - 3.3 การนำเสนอ ควรเป็นไปในรูปแบบที่ง่ายต่อผู้ใช้ เช่น ในรูปของ flowchart มีการระบุ level of recommendation และ quality of evidence ไว้ด้วย
4. เยี่ยมโรงพยาบาลในโครงการเพื่อประเมินโอกาสพัฒนา ให้ข้อเสนอแนะโดยตรงต่อโรงพยาบาล สรุปการพัฒนากลับไปเพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาลในภาพรวม และแนวทางการประเมินโรงพยาบาล
5. ประเมินโรงพยาบาลที่จะขอการรับรองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานและองค์กรนั้นๆ โดยกำหนดเป็นเงื่อนไขที่จะได้รับการรับรองว่าจะต้องปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องได้ให้ไว้จนเป็นที่พอใจเสียก่อน
6. กิจกรรมอื่นๆที่ทางหน่วยงานหรือองค์กรเห็นว่าจะมีประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

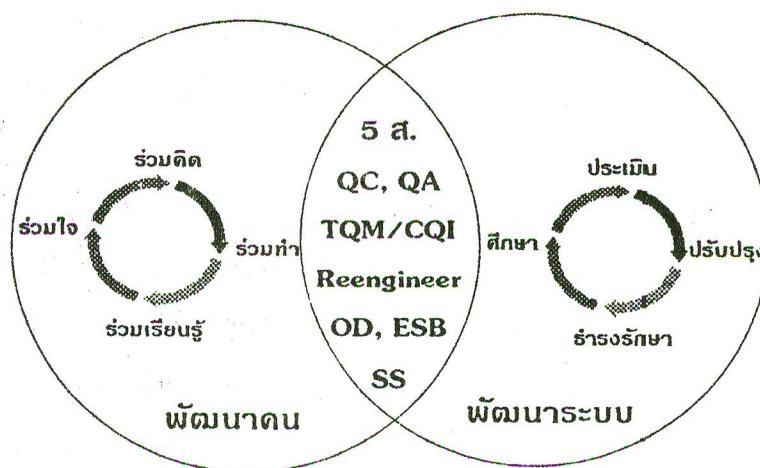
2. ปรัชญาของการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

2.1 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นการเรียนรู้มากกว่าเป็นการตรวจสอบ

การตรวจสอบทำให้โรงพยาบาลพยายามปิดบังจุดอ่อนหรือข้อบกพร่องของตนเอง การเรียนรู้ช่วยให้ทุกคนช่วยกันค้นหาจุดอ่อนเหล่านั้นขึ้นมาเพื่อหาวิธีการป้องกัน และเกิดความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การเรียนรู้จะเกิดขึ้นทั้งในช่วงของการประเมินและพัฒนาตนเอง และในช่วงที่มีผู้ประเมินภายนอกมาให้ออกความเห็นแก่ทีมงานของโรงพยาบาล

การเรียนรู้ที่ได้ผลดีที่สุดคือการเรียนรู้จากของจริง ซึ่งได้จากการทำงานร่วมกัน เป็นทีมระหว่างวิชาชีพต่างๆ และระหว่างหน่วยงานต่างๆ กล่าวอีกนัยหนึ่งการพัฒนาคุณภาพคือการสร้างคนเพื่อไปพัฒนาระบบงาน



ภาพที่ 2.1 ผลของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่อการพัฒนาคคนและพัฒนาระบบ

ผู้ประเมินภายนอกจะต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อปรัชญาของการพัฒนาคุณภาพ มีเจตคติที่ดีต่อความพยายามในการเปลี่ยนแปลงองค์กร มีทักษะในการตรวจสอบประเด็นปัญหา และใช้วิธีการเชิงบวกในการทำให้โรงพยาบาลเห็นปัญหาและต้องการพัฒนาตนเอง เข้าไปทำหน้าที่ในฐานะกัลยาณมิตรมากกว่าผู้ตรวจสอบ

2.2 การขอรับการประเมินต้องเกิดจากความสมัครใจของโรงพยาบาล

การบังคับจะทำให้ต้องลดระดับของมาตรฐานลงเพื่อให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ผ่านได้ ไม่เกิดแรงกระตุ้นเพียงพอที่จะทำให้เกิดการพัฒนาไปให้ไกลที่สุด แม้ว่าจะดำเนินการได้เร็วกว่า แต่จะไม่ได้ได้รับความร่วมมือ เกิดความขัดแย้ง ไม่ยั่งยืน ไม่มีความสุข ไม่สามารถนำแนวทางปฏิบัติงานนั้นมาใช้ สูญเสียเวลา

ปัจจุบันมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตรวจสอบในส่วนที่จำเป็นเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคตามกฎหมายอยู่แล้ว ได้แก่ กองการประกอบโรคศิลป์

แรงจูงใจหรือแรงกดดันที่จะทำให้โรงพยาบาลพัฒนาตนเองควรอยู่ที่หน่วยงานซึ่งบริหารการเงินมากกว่าองค์กรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ

2.3 เน้นการรับรองความมุ่งมั่นในการพัฒนาและระบบงานที่ดีควบคู่กับผลลัพธ์มากกว่าที่จะรับรองคุณภาพในเชิงผลลัพธ์เพียงอย่างเดียว

1. การวัดผลลัพธ์เพื่อใช้ในการตัดสินใจให้เกิดปัญหามากกว่าผลดี

ก) การวัดผลลัพธ์ที่น่าเชื่อถือเป็นเรื่องยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากนำผลลัพธ์นั้นมาใช้ในการตัดสินใจ จะให้เกิดอคติในการเก็บข้อมูลมากขึ้น

ข) การนำผลลัพธ์มาใช้เป็นเครื่องตัดสินใจเป็นการตัดโอกาสโรงพยาบาลที่เพิ่งจะเริ่มต้นพัฒนาคุณภาพ

2. ระบบงานที่ดีได้มาจากการใช้แนวคิดของการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย (ดูข้อ 2.5)

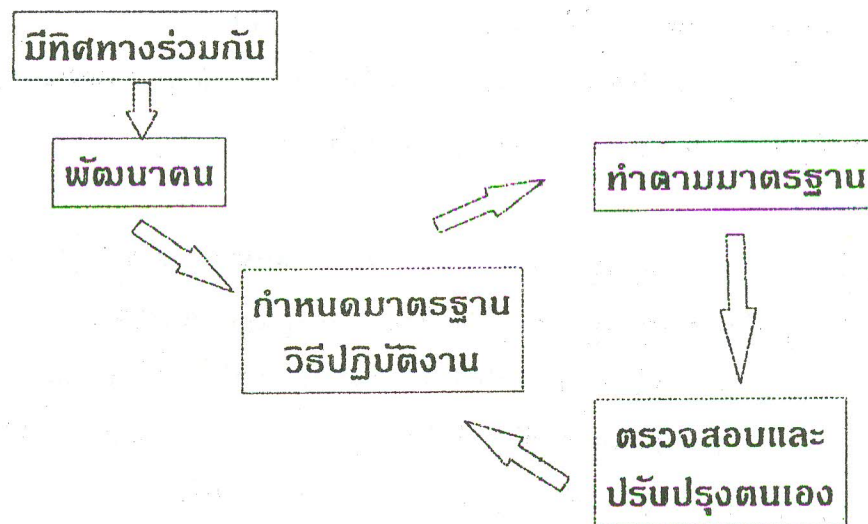
3. ระบบงานที่ดีจะต้องมีระบบตรวจสอบตนเอง

ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ไม่มีใครบอกว่าการดูแลรักษานั้นดีหรือไม่ เท่ากับผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันเอง การเรียนรู้ร่วมกันในลักษณะเพื่อนช่วยบอกเพื่อนหรือ peer review น่าจะเป็นการช่วยลดโอกาสเกิดความผิดพลาดโดยไม่ตั้งใจและช่วยกันค้นหาปัญหาในระบบที่แต่ละคนอาจจะนึกไม่ถึง ทำให้ลดความจำเป็นที่จะต้องได้รับการตรวจสอบโดยบุคคลอื่น

4. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาประเมินได้จากความรู้ความเข้าใจของผู้คนที่เกี่ยวข้อง และผลลัพธ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเกิดขึ้น

2.4 ใช้กรอบแนวทางพัฒนาคุณภาพร่วมกันสำหรับการประเมินตนเอง และการประเมินจากภายนอก

อาจจะเรียกรูปแบบนี้ว่าข้อกำหนด หรือมาตรฐานเชิงระบบ กรอบนี้อยู่บนพื้นฐานปรัชญา TQM/CQI ได้แก่การเน้นผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง เน้นการปรับปรุงกระบวนการโดยการทำงานเป็นทีม



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวทางพัฒนาคุณภาพ (มาตรฐานเชิงระบบ)

มาตรฐานและเกณฑ์ประเมินเป็นสิ่งที่ต้องปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละช่วงเวลา โดยยึดหลักความสมดุลระหว่างการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา และความเป็นไปได้ที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่สามารถนำไปปฏิบัติ

2.5 ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย

1. เน้นการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า
(Awareness to Customer Requirement)

แนวคิด/วิธีการเดิม	แนวคิด/วิธีการใหม่
คุณภาพถูกกำหนดโดยแพทย์พยาบาล	คุณภาพคือการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า
ผู้ป่วยเป็นผู้มาขอความช่วยเหลือเพราะไม่รู้เรื่องอะไร ต้องให้แพทย์พยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจแทน	ผู้ให้บริการต้องทำความเข้าใจกับปัญหาของผู้ป่วย นำเสนอทางเลือก และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่าที่จะเป็นไปได้
วิธีการให้บริการเน้นเฉพาะด้านมาตรฐานทางเทคนิค	เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีความสมดุลระหว่างด้านเทคนิคบริการและปฏิสัมพันธ์ในการให้บริการ
ไม่ใส่ใจในข้อคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วย	พยายามศึกษาข้อคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วย
แต่ละคนต่างเป็นเจ้าของอาณาจักรของตัวเอง	ผู้ให้บริการทุกคนในโรงพยาบาลต่างเป็นลูกค้าของกันและกัน มีหน้าที่ค้นหาความต้องการและตอบสนองความต้องการของกันและกัน

2. เน้นการปรับปรุงกระบวนการทำงาน/ระบบงาน อย่างไม่สิ้นสุด
(Continuous Process Improvement)

แนวคิด/วิธีการเดิม	แนวคิด/วิธีการใหม่
เฟื่องโทษที่ตัวบุคคลซึ่งก่อให้เกิดความหวาดกลัวและหวาดระแวง	หันมาดูสภาพแวดล้อมในการทำงานและวิธีการทำงานว่าจะร่วมกันปรับปรุงเพื่อป้องกันความผิดพลาดได้อย่างไร
แก้ปัญหาเฉพาะหน้า	ทำความเข้าใจกับกระบวนการอย่างลึกซึ้งซึ่งทำให้เห็นทางออกในการปรับปรุงได้ดีขึ้น
ไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดที่แน่ชัด	เชื่อมโยงความต้องการของลูกค้ากับเป้าหมายของกระบวนการและตัวชี้วัดคุณภาพของกระบวนการ ซึ่งจะทำให้ทิศทางของการพัฒนาเป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้ามากขึ้น
ใช้ความรู้สึกมากกว่าใช้ข้อมูล	ใช้วิธีคิดอย่างเป็นระบบ ได้แก่ วิเคราะห์ปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ วิเคราะห์ทางเลือก ทดสอบทางเลือก ตรวจสอบผล กำหนดเป็นมาตรฐาน
ใช้วิธีแก้ปัญหาแบบเดิมๆ เป็นส่วนใหญ่	นำความคิดสร้างสรรค์มาใช้ในการพัฒนา

3. เน้นการเสริมพลังเจ้าหน้าที่ และการทำงานร่วมกันเป็นทีม
(Employee Empowerment & Teamwork)

แนวคิด/วิธีการเดิม	แนวคิด/วิธีการใหม่
หัวหน้าคือผู้รู้ดีที่สุด ต้องเป็นผู้ตัดสินใจ สั่งการ และควบคุมผู้ปฏิบัติงาน	ผู้ปฏิบัติงานคือผู้ที่รู้ปัญหานำงานดีที่สุด ควรได้รับโอกาสให้เป็นผู้ตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง หัวหน้ามีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุน เป็นพี่เลี้ยงให้ผู้ปฏิบัติงานแก้ปัญหาได้ และหัวหน้ามีหน้าที่ปรับปรุงระบบงานที่อยู่นอกเหนือขอบเขตที่ผู้ปฏิบัติงานจะเปลี่ยนแปลงได้
ไม่ต้องการให้ผู้ปฏิบัติงานเก่งเกินกว่าหัวหน้า	พยายามเสริมพลังผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจะเกิดได้เมื่อหัวหน้าเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนเห็นพลังของตนเองและอยากจะใช้พลังนั้น ให้ความรู้และทักษะในการแก้ปัญหาและพัฒนา ขจัดความหวาดกลัวในหน่วยงาน และให้โอกาสทดลองความคิดใหม่ๆ โดยไม่ต้องกลัวถูกตำหนิหากมีความผิดพลาด
ทำงานโดยเน้นสายการบังคับบัญชาของแต่ละสายงาน	สร้างทีมคล่อมสายงาน (cross-functional team) ซึ่งใช้ผู้ปายเป็นศูนย์กลาง
ไม่มีโครงสร้างของการประสานงานและสนับสนุนที่ชัดเจน	ใช้หลัก 3 ประสานในการทำงานเป็นทีม คือมีทีมชั้นนำว่าเรื่องใดเป็นทิศทางหลักที่ควรให้ความสำคัญ ทีมสนับสนุนซึ่งจะให้ความช่วยเหลือในด้านกระบวนการทำงาน และทีมทำหรือทีมพัฒนาซึ่งจะลงมือวิเคราะห์ปัญหาและหาทางออก

4. เน้นการนำด้วยอุดมการณ์ (Value-based leadership)

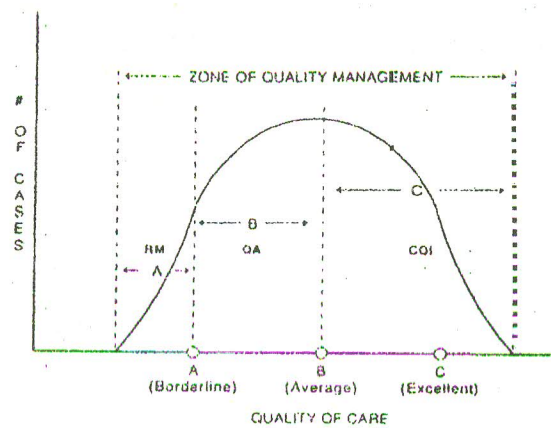
แนวคิด/วิธีการเดิม	แนวคิด/วิธีการใหม่
ผู้นำที่ดีที่สุดคือผู้นำตามสถานการณ์	ผู้นำที่ดีคือผู้ที่สามารถชักจูงให้ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรทุกคนมีอุดมการณ์ร่วมกัน และมีความมุ่งมั่นที่จะทำให้บรรลุอุดมการณ์นั้น
ไม่มีทิศทางขององค์กรที่แน่นอน	มีกระบวนการที่จะประสานอุดมการณ์ของทั้งองค์กรให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถตรวจสอบความก้าวหน้าของการเดินทางสู่อุดมการณ์นั้นได้

5. มาตรฐานวิชาชีพและแนวทางการดูแลรักษา

(Professional Standards & Practice Guidelines)

แนวคิด/วิธีการเดิม	แนวคิด/วิธีการใหม่
แพทย์เป็นผู้มีอิสระในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย	ความแตกต่างหลากหลายอาจจะนำมาสู่ความสูญเสียโดยไม่จำเป็น การตัดสินใจของแพทย์ควรอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานข้อมูลที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ป่วย
การมีแนวทางการดูแลรักษาทำให้แพทย์ไม่มีอิสระในการตัดสินใจ เปรียบเสมือนทำอาหารตามตำราโดยไม่ต้องใช้สมอง	แนวทางการดูแลรักษาจะช่วยให้แพทย์ตัดสินใจได้ดีขึ้น
การจัดทำแนวทางดูแลการรักษจะต้องเกิดความเห็นพ้องในทุกประเด็น	เมื่อเริ่มต้นจัดทำแนวทางการดูแลรักษา ขอให้นำความเห็นพ้องที่มากที่สุดมาสรุปไว้อย่างเป็นกิจจะลักษณะ และอธิบายเหตุผลของความแตกต่างในการปฏิบัติของแต่ละคนเพื่อหาข้อพิสูจน์ต่อไปในอนาคต
การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาจะต้องอยู่ใช้ประสบการณ์เป็นที่ตั้ง หรือจะต้องใช้หลักฐานที่พิสูจน์ได้เป็นที่ตั้ง	มีสมมุติฐานของการใช้ทั้งหลักฐานและประสบการณ์ โดยระบุไว้ชัดเจนว่าข้อแนะนำในแต่ละประเด็นใช้พื้นฐานอะไร
แนวทางการดูแลรักษาคือเป้าหมายที่ต้องปฏิบัติตามให้สมบูรณ์	แนวทางการดูแลรักษา คือจุดตั้งต้นเพื่อการทบทวนการทำงานของผู้ให้บริการ ไม่ใช่เป้าหมาย แนวทางการดูแลรักษาอาจมีการปรับเปลี่ยนได้เมื่อการทบทวนพบว่าไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถปฏิบัติตามได้
เน้นการสร้างมาตรฐานซึ่งทุกคนต้องปฏิบัติตาม	เปิดโอกาสให้มีความยืดหยุ่นในการนำแนวทางการดูแลรักษามาปฏิบัติให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่
ไม่มีการนำแนวคิดการปรับปรุงกระบวนการเข้ามาใช้กับงานคลินิกบริการ	ประสานแนวคิดการปรับปรุงกระบวนการ (process improvement) เข้ากับการพัฒนาคุณภาพด้านคลินิกบริการ
ไม่มีความเชื่อมต่อระหว่างกิจกรรมคุณภาพทางคลินิกต่างๆ	ความเชื่อมต่อของการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

The Total Quality Spectrum



RM=Risk Management, QA=Quality Assurance, CQI=Continuous Quality Improvement

ภาพที่ 2.3 ความต่อเนื่องของกิจกรรมคุณภาพ

การบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ล้วนเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพซึ่งมุ่งเน้นที่ผู้ป่วย ต้องอาศัยการทำงานร่วมกัน และ
ต้องมีการติดตามศึกษาข้อมูลคล้ายคลึงกัน การจะเลือกใช้วิธีการใดขึ้นอยู่กับระดับของ
คุณภาพที่เป็นอยู่ หรืออาจจะใช้ทั้ง 3 วิธี ควบคู่ไปด้วยกัน

3. ความพยายามพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

3.1 ตัวอย่างปัญหาคุณภาพ

ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการผ่าตัดเอามดลูกออกเมื่อ 3 เดือนที่แล้ว หลังผ่าตัดไม่เท่าไรก็ปวดท้องมาก มาหาหมอที่ผ่าตัดให้ หมอคนนั้นท่านก็ไม่ยอมดูให้ ไล่ไปหาหมออีกแผนกหนึ่ง แล้วก็ถูกโยนต่อไปอีกแผนกหนึ่ง สุดท้ายต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ซึ่งแพทย์ทำ lysis adhesion ให้

ผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการปัสสาวะเป็นเลือด ไปตรวจกับศัลยแพทย์แล้วถูกส่งต่อมาแผนกนรีเวช แต่ถูกพยาบาลที่หน้าห้องตรวจโยนบัตรตรวจใส่หน้า ระบายอารมณ์กับหมอที่ส่งมาว่า "ยังไม่ทันตรวจแล้วจะรู้ได้อย่างไรว่าเป็นมะเร็ง"

ผู้ป่วยรายที่ 2 ไปรักษาที่อีกโรงพยาบาลหนึ่ง ได้รับการส่งตรวจเอกซเรย์ ทำแล้วไม่เห็นอะไรเพราะมีอุจจาระบัง แต่แพทย์กลับบอกให้กลับบ้าน ผู้ป่วยเสียความรู้สึก เพราะยังไม่ได้รับคำตอบ ชั่งใจว่าทำไมแพทย์ไม่สั่งให้ตรวจใหม่

ผู้ป่วยรายที่ 3 อายุ 80 ปี มีอาการท้องเสีย นอน รพ. ได้ 3 วันแล้ว อาการท้องเสียทุเลาแล้ว แพทย์ที่ดูแลก็จะให้กลับบ้านแล้ว แต่ท่านผู้อำนวยการเกิดขยันมาเยี่ยม แล้วก็บอกว่าสงสัยสมองจะมีปัญหา เลยส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ต้องเสียเงินอีกตั้งหลายพัน ญาติบอกว่าผู้ป่วยมีอาการหลงๆลืมๆอย่างนี้มาเป็นสิบปีแล้ว

ผู้ป่วยรายที่ 4 ไปผ่าตัดก้อนที่เต้านม หลังผ่าตัดมีเจ้าหน้าที่แต่งชุดขาวเหมือนพยาบาลเอายามาให้ เมื่อถามว่ายาแก้อะไรก็ตอบไม่ได้ เอามือพลิกยาดูไปมาแล้วก็บอกว่า "เดี๋ยวขอไปถามดูก่อน"

ผู้ป่วยรายที่ 5 ไปส่องกล้องตรวจทางเดินปัสสาวะ ขณะนอนรออยู่มีเจ้าหน้าที่มาบอกว่าจะฉีดยาชาเข้าทางหลังให้ เมื่อผู้ป่วยทักท้วงจึงได้ตรวจสอบและพบว่าเป็นผู้ป่วยคนละรายกัน

ผู้ป่วยรายที่ 6 ได้รับอุบัติเหตุพร้อมกับภรรยา มานอนอยู่ รพ. ได้ 7 วันโดยที่ภรรยาอยู่อีกหอผู้ป่วยหนึ่ง ผู้ป่วยเป็นห่วงมากกว่าใครจะดูแลลูกซึ่งอยู่กับย่าที่มีอายุมากแล้ว ไม่มีใครสังเกตพบปัญหานี้จนกระทั่งวิสัญญีพยาบาลเกิดความสงสัยว่ายาชาที่ฉีดเข้าไปจะไม่ได้ผล

ผู้ป่วยรายที่ 7 เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ แพทย์จำหน่ายออกจาก รพ. โดยบอกว่าเป็นโรคผู้สูงอายุ ญาติพาไปรักษาที่ รพ. เอกชน เสียค่ารักษา 50,000 บาท และเสียชีวิต

ผลการทำ trauma audit พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่สมควรอยู่จำนวนหนึ่ง เนื่องมาจากความล่าช้าหรือผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคและสั่งการรักษา

3.2 ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา

1. การกำหนดขีดความสามารถในการให้บริการและมาตรฐานเชิงโครงสร้าง
(เช่น มาตรฐาน พบส.)
2. การปรับปรุงด้านกายภาพ (เช่น การปรับโฉมหน้า, กิจกรรม 5 ส.)
3. การปรับปรุงด้านพฤติกรรมบริการ (เช่น พฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ)
4. การสร้างความมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีม (เช่น กิจกรรมพัฒนาองค์กร, กิจกรรมข้อเสนอแนะ)
5. การประกันคุณภาพ (QA)
6. การพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างต่อเนื่อง (TQM/CQI)
7. การสร้างแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline)
ทั้งหมดล้วนส่งเสริมกันและกัน นำไปสู่เป้าหมายเดียวกันคือคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

3.3 คุณภาพคืออะไร

กิจกรรมคุณภาพแต่ละอย่างอาจจะมีจุดเน้นในเรื่องความหมายของคุณภาพแตกต่างกันไป แต่สามารถเชื่อมโยงและประสานกันได้

กิจกรรม	ความหมายของคุณภาพ
5 ส.	ความสะอาดและมีประสิทธิภาพในการทำงาน
พฤติกรรมบริการ	ความพึงพอใจของลูกค้า
ประกันคุณภาพ	การทำได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้
TQM/CQI	การแก้ปัญหาและการตอบสนองความต้องการของลูกค้า

มิติของคุณภาพที่ครอบคลุมสำหรับการดูแลผู้ป่วยคือ

1. Competency ผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะเหมาะสม
2. Acceptability เป็นที่ยอมรับและตรงตามผู้ป่วย/ลูกค้า คาดหวัง
3. Appropriateness ถูกต้องเหมาะสม ทั้งในด้านจริยธรรมและวิชาการ
4. Effectiveness รวด หมาย มีคุณภาพชีวิต
5. Safety ปลอดภัย
6. Efficiency ประหยัด
7. Accessibility เข้าถึงบริการหรือมีบริการให้เมื่อต้องการ
8. Continuity ความต่อเนื่องของการดูแล

3.4 การเปลี่ยนแปลงยังไม่เป็นผล

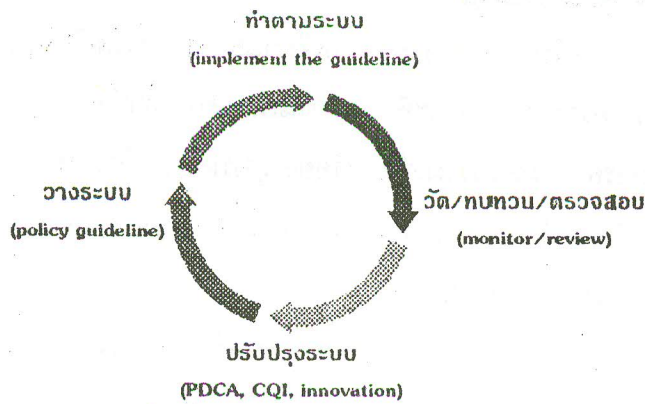
ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา นั้น ทำให้เกิดผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจแล้วหรือไม่ เพราะอะไร น่าจะพิจารณาในประเด็นเหล่านี้ดู

1. ผู้บริหารลงมามีส่วนร่วมเต็มที่หรือยัง ผู้บริหารเข้าใจหรือไม่ว่าจะได้ประโยชน์อะไรจากการมีสนับสนุนให้หน่วยงานต่างๆ พยายามพัฒนาคุณภาพ ผู้บริหารลงมาเป็นพี่เลี้ยงและทำตนเป็นตัวอย่างหรือไม่
2. หน่วยงานต่างๆ สามารถประสานงานกันได้หรือไม่ มีความพยายามที่จะทำความเข้าใจและตอบสนองความต้องการของหน่วยงานอื่นหรือไม่
3. เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ มีความตื่นตัวที่จะหาโอกาสพัฒนาคุณภาพในส่วนที่ตนรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องหรือไม่ แพทย์มีส่วนร่วมเพียงใด
4. เจ้าหน้าที่ต่างๆ ซาบซึ้งดีแค่ไหนว่าคุณภาพคืออะไร แต่ละคนจะต้องทำอะไรบ้าง ความต้องการของลูกค้าได้รับการใส่ใจเพียงใด
5. ทางออกที่คิดค้นกันขึ้นมาเป็นการออกแบบระบบอย่างสร้างสรรค์เพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้นหรือเป็นการใช้วิธีเดิมๆ
6. กิจกรรมคุณภาพได้ครอบคลุมระบบงานที่สำคัญทุกระบบ และป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างรัดกุมหรือยัง
7. ข้อสรุปต่างๆ ได้รับการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้ทุกคนรับทราบและปฏิบัติตามหรือไม่
8. กิจกรรมคุณภาพต่างๆ ส่งเสริมกันและกัน หรือซ้ำซ้อน/แย่งชิงเวลาของเจ้าหน้าที่ มีการเลือกข้อดีของแนวคิดแต่ละอย่างมาประสานกันหรือไม่

3.5 ควรจะทำอะไรเพิ่มเติม

การพัฒนาคุณภาพเป็นเรื่องยาก เพราะยังไม่มีคำตอบที่ตายตัว วิธีการที่ได้ผลกับที่หนึ่งอาจจะใช้กับอีกที่หนึ่งไม่ได้ สิ่งที่น่าจะทำคือ

1. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน เรียนรู้จากความผิดพลาดของคนอื่น
2. บอกให้คนอื่นรู้เมื่อทำสำเร็จ เพื่อให้โรงพยาบาลอื่นๆ เกิดความตื่นตัวและได้มาเรียนรู้จากความสำเร็จนี้
3. กำหนดเป้าหมายความสำเร็จเป็นลำดับขั้น เริ่มจาก 1) การจัดทำมาตรฐานของกระบวนการทำงาน 2) การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และ 3) การยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ
4. ให้คนกลางมาศึกษา ประเมิน และบอกให้สังคมรับรู้



ภาพที่ 3.1 วงล้อของการพัฒนาคุณภาพ

เป้าหมายขั้นที่ 1: มีกระบวนการทำงานที่เป็นมาตรฐาน

จัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน (หรือ ISO9000)

ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ด้วยจิตสำนึก พฤติกรรม และความรู้ ที่เหมาะสม

มีระบบตรวจสอบว่าได้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ (QA)

มีการปรับปรุงเมื่อไม่เป็นไปตามที่กำหนด

เป้าหมายขั้นที่ 2: การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)

ทบทวนตรวจสอบเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาด้วยวิธีการต่างๆ (ฟังลูกค้า วิเคราะห์ เครื่องชี้วัด วิเคราะห์ความเสี่ยง วิเคราะห์ความด้อยประสิทธิภาพ ประเมินตนเองโดยใช้ มาตรฐาน รพ.)

ปรับปรุงกระบวนการทำงานโดยใช้ PDCA cycle, ทีม, ความคิดสร้างสรรค์

ปรับปรุงคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน

มีการพัฒนาทั้งในด้านการบริการทั่วไปและการดูแลผู้ป่วย ทั้งในหน่วยงานของตนเองและระหว่างหน่วยงาน

เป้าหมายขั้นที่ 3 : การยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ

มีการจัดทำ clinical policy หรือ clinical practice guideline

มีการนำ clinical practice guideline มาสู่การปฏิบัติ (เชื่อมต่อกันด้วย flowchart, clinical pathway/CareMap)

มีการทบทวนตรวจสอบทั้งในระดับองค์กร (องค์กรแพทย์/พยาบาล) ในระดับ กลุ่มผู้ป่วย และการทบทวนเฉพาะด้าน

นำหลักการ CQI มาใช้กับ clinical problems

4. มาตรฐานโรงพยาบาล

4.1 มาตรฐานโรงพยาบาลคืออะไร

มาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Standards) คือกรอบที่จะใช้ในการประเมินโรงพยาบาลว่าสมควรให้การรับรองหรือไม่

มาตรฐานนี้จะมีลักษณะคล้ายกับสิ่งที่ ISO9000 เรียกว่าข้อกำหนด

4.2 ทำไมต้องมีมาตรฐานโรงพยาบาล

1. เพื่อชี้นำทิศทางการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลไปในทิศทางที่เหมาะสม โดยใช้เป็นจุดเริ่มต้นในการทำความเข้าใจกับปัญหาและโอกาสพัฒนาของโรงพยาบาล
2. เพื่อให้ทีมงานของโรงพยาบาลและผู้ประเมินภายนอก มีกรอบที่จะเรียนรู้และประเมินร่วมกัน
3. เพื่อใช้เป็นกรอบในการพิจารณารับรองโรงพยาบาล

4.3 มาตรฐานโรงพยาบาลนี้แตกต่างจากมาตรฐานอื่นๆอย่างไร

โดยทั่วไปอาจจัดแบ่งมาตรฐานเป็น 3 ประเภท คือ

1. มาตรฐานเชิงโครงสร้าง ซึ่งรวมทั้งโครงสร้างทางกายภาพ กำลังคน และระบบคุณภาพ
2. มาตรฐานเชิงกระบวนการ เป็นการกำหนดรายละเอียดวิธีปฏิบัติในแต่ละเรื่อง ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลจะเป็นผู้กำหนดเองให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของตน โดยอ้างอิงสิ่งที่องค์วิชาชีพหรือหน่วยงานผู้รับผิดชอบได้กำหนดไว้ เช่น แนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค แนวปฏิบัติในการรับผู้ป่วยเข้า ICU
3. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ เป็นการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ

มาตรฐานโรงพยาบาลนี้เน้นมาตรฐานเชิงโครงสร้างที่เกี่ยวกับระบบคุณภาพ อย่างไรก็ตามมาตรฐานทั้ง 3 ส่วนนี้มีความสัมพันธ์กัน เช่น มาตรฐานเชิงโครงสร้างจะระบุถึงการจัดทำแนวทางดูแลผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ ซึ่งเนื้อหาที่เกิดขึ้นจากการจัดทำนั้นคือมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ผู้ปฏิบัติงานจะทำไปใช้ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์คือสิ่งที่โรงพยาบาลจะใช้ในการประเมินตนเองเปรียบเทียบกับอดีตหรือกับโรงพยาบาลอื่นๆ

มาตรฐานโรงพยาบาลนี้เกี่ยวข้องกับกระบวนการที่เป็นการสร้างระบบคุณภาพ แต่ไม่ได้ลงรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการซึ่งเป็นการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้บริหารและผู้ประกอบวิชาชีพในการกำหนด

มาตรฐานโรงพยาบาลนี้มีได้กำหนดผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยว่าจะต้องอยู่ที่ระดับใด แต่กำหนดว่าโรงพยาบาลควรติดตามศึกษาเครื่องชี้วัดตัวใดบ้าง ซึ่งจะมีทั้งเครื่องชี้วัดเชิงผลลัพธ์ (outcome indicator) และเครื่องชี้วัดเชิงกระบวนการ (process indicator)

4.4 มาตรฐานโรงพยาบาลนี้ครอบคลุมอะไรบ้าง

โดยภาพรวม มาตรฐานโรงพยาบาลนี้แบ่งได้เป็น 3 ระดับ

1. การนำองค์กร

2. องค์ประกอบของคุณภาพในระดับองค์กร ได้แก่

โครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย

ระบบข้อมูลข่าวสาร

การพัฒนากำลังคน

องค์กรวิชาชีพ

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

3. องค์ประกอบของคุณภาพในแต่ละหน่วยย่อย/กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่

การกำหนดเป้าหมายระยะยาวร่วมกัน

การจัดองค์กร

การบริหารกำลังคน

การพัฒนากำลังคน

การจัดทำแนวทางปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐาน

อาคารสถานที่

เครื่องมือ

ระบบงาน

กิจกรรมคุณภาพ

4.5 มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับนี้จัดทำอย่างไร

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพได้ให้การสนับสนุนการจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญจนากิเศก เริ่มด้วยการทบทวนมาตรฐานของประเทศต่างๆรวมทั้งของประเทศไทย ยกร่างมาตรฐานส่งให้ผู้เกี่ยวข้องพิจารณาให้ความเห็น

ขณะนี้อยู่ในระหว่างการทดสอบมาตรฐาน และจะมีการปรับปรุงอีกครั้งก่อนที่จะนำไปใช้ประเมินเพื่อรับรอง อย่างไรก็ตามมาตรฐานส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องเห็นว่ามีความเหมาะสมและอยู่ในวิสัยที่จะปฏิบัติได้ ในโรงพยาบาลขนาดเล็กอาจจะต้องมีการปรับให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

4.6 จะใช้มาตรฐานโรงพยาบาลนี้เมื่อไร

1. โรงพยาบาลใช้ในการประเมินตนเอง เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา และเพื่อเตรียมตัวรองรับการประเมินจากภายนอก
2. ผู้ประเมินภายนอกใช้เป็นกรอบเพื่อศึกษาและยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล

4.7 จะใช้มาตรฐานโรงพยาบาลอย่างไร

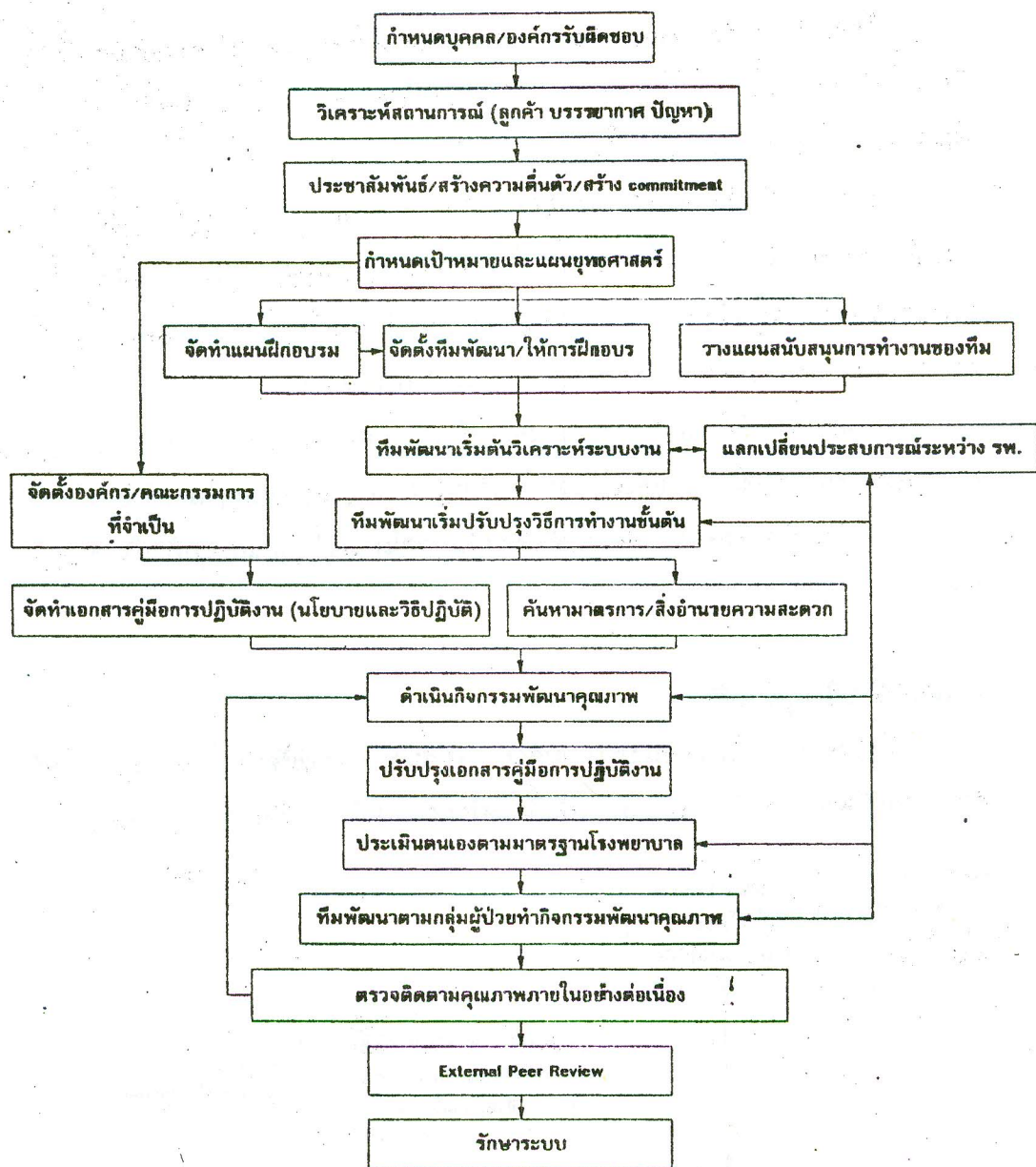
หลักการที่สำคัญในการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลคือ

1. มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับสถานการณ์ของโรงพยาบาล ด้วยการศึกษาคำหมายของมาตรฐานข้อนั้นคืออะไร แต่ละโรงพยาบาลอาจจะมีวิธีการไปสู่เป้าหมายนั้นแตกต่างกันก็ได้
2. ตีความมาตรฐานอย่างลึกซึ้ง ไม่ใช่เพียงบอกว่ามี/ไม่มี ทำ/ไม่ทำ แต่ต้องบอกว่าทำอย่างไร วิธีการนั้นสามารถบรรลุเป้าหมายได้หรือไม่ มีความครอบคลุมเพียงใด
3. ตัวมาตรฐานเองไม่สมบูรณ์พอที่จะใช้ตัดสินได้ จะต้องอาศัย judgement และมาตรฐานวิชาชีพเข้ามาร่วมด้วย

4.8 ตัวอย่างการตีความมาตรฐาน

การตีความทั่วไป	การตีความอย่างลึกซึ้ง
มีข้อความพันธกิจเป็นลายลักษณ์อักษร	ทุกคนเข้าใจว่าตนเองมีบทบาทอย่างไรต่อพันธกิจนั้น และสามารถแสดงให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติได้
มีแผนภูมิโครงสร้างองค์กร	ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนรู้ว่ารับผิดชอบอะไร ขึ้นต่อใคร ต้องประสานงานกับใคร เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นมีวิธีการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่
มีจำนวนผู้ปฏิบัติงานพอ/ไม่พอ	มีการใช้ภาระงานมากำหนดจำนวนผู้ปฏิบัติงาน มีมาตรการแก้ปัญหาจำนวนผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพออย่างเหมาะสม
มีการฝึกอบรม	การฝึกอบรมที่จัดนั้นสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นหรือไม่ มีการประเมินผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยหรือไม่
มีคู่มือปฏิบัติงาน	มีการใช้คู่มือจริงหรือไม่ มีการทบทวนความเหมาะสมของคู่มือหรือไม่
มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ	สถานที่นั้นเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่
มีเครื่องมือเพียงพอ	มีระบบการดูแลรักษาเพื่อให้สามารถใช้เครื่องมือได้ทันทีในกรณีฉุกเฉินหรือไม่
มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ TQM/CQI	กิจกรรมนั้นครอบคลุมทุกกระบวนการหรือไม่ ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากกิจกรรมเหล่านั้นเพียงใด

5. การพัฒนาดตนเองของโรงพยาบาล



ภาพที่ 5.1 ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

5.1 โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

1. ความสำคัญ

โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพคือการกำหนดหน้าที่และความสัมพันธ์ของผู้รับผิดชอบ/ทีมงานในระดับต่างๆ ซึ่งมีความจำเป็นมากต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพด้วยเหตุผลต่อไปนี้

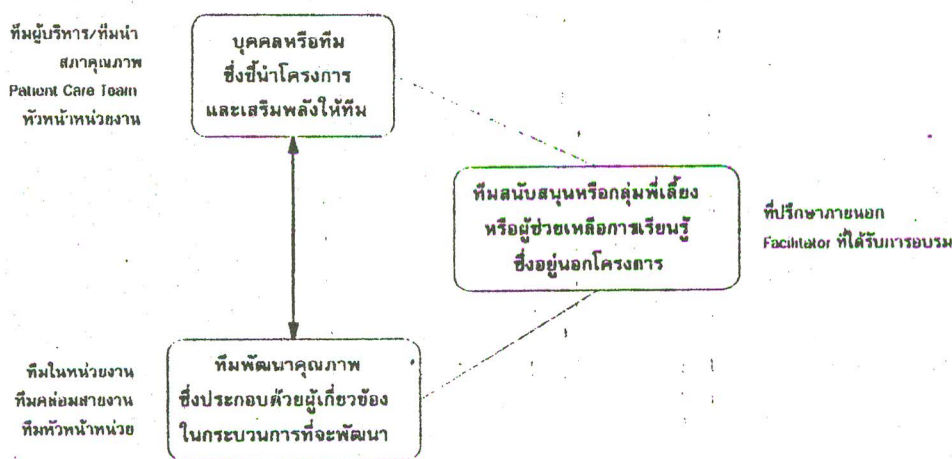
1) โครงสร้างที่ดีทำให้เกิดการเชื่อมโยงกิจกรรมพัฒนาคุณภาพกับการบริหารจัดการได้อย่างแนบสนิท มีการชี้นำที่เหมาะสม มีการดำเนินงานอย่างมีเป้าหมายและเห็นภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ เกิดการตัดสินใจเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพได้อย่างรวดเร็ว และเกิดความต่อเนื่องของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

2) โครงสร้างที่ดีส่งเสริมให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยแบ่งหน้าที่ระหว่างทีมต่างๆอย่างเหมาะสมชัดเจน และมีผู้ช่วยการเรียนรู้ (facilitator) ร่วมอยู่ในทุกทีม

3) โครงสร้างที่ดีจะชี้นำต่อการพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง

2. โครงสร้างในอุดมคติ

มีลักษณะสามประสาน ประกอบด้วย 1) ผู้ชี้นำทิศทางพร้อมกันการเสริมพลังให้ทีม 2) ทีมพัฒนาคุณภาพ และ 3) ทีมที่เลี้ยงหรือผู้ช่วยเหลือการเรียนรู้ (facilitator)



ภาพที่ 5.2 โครงสร้างสามประสานเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

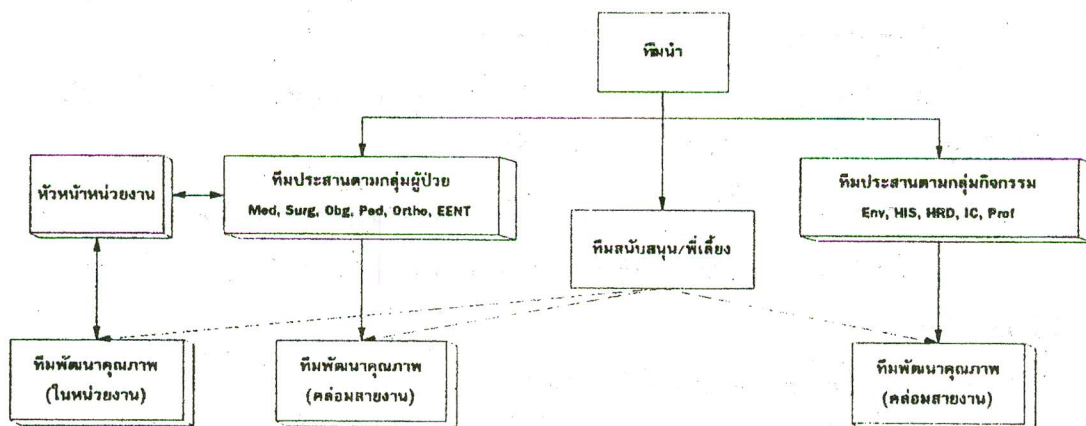
โครงสร้างนี้สามารถใช้ได้ในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาล ระดับกลุ่มผู้ป่วย และระดับหน่วยงาน ทีมชี้นำในระดับโรงพยาบาลได้แก่ทีมผู้บริหาร ทีมชี้นำในระดับกลุ่มผู้ป่วยได้แก่การรวมตัวกันของหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ชี้นำในระดับหน่วยงานได้แก่หัวหน้าหน่วยงานนั้นๆ

3. บทบาทหน้าที่ของทีมแต่ละประเภท

- 1) ทีมชี้นำ จะเน้นการกำหนดทิศทาง ประเด็นที่จะพัฒนา เป้าหมายการพัฒนา ผู้รับผิดชอบ สนับสนุนทรัพยากร เสริมพลังเพื่อให้ทีมพัฒนาทำงานได้ ติดตามความก้าวหน้า ขยายผล ทีมชี้นำมีความสำคัญอย่างมากเพราะอำนาจการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงระบบและการอนุมัติใช้ทรัพยากรจะตกอยู่ในมือของทีมชี้นำเป็นส่วนใหญ่
- 2) ทีมสนับสนุนหรือกลุ่มพี่เลี้ยงหรือ facilitator จะให้ความช่วยเหลือในด้านกระบวนการทำงานร่วมกันเป็นทีมและกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ไม่มีหน้าที่ในการเสนอแนะในประเด็นเนื้อหาของการพัฒนา
- 3) ทีมพัฒนาคุณภาพ อาจจะเป็นทีมที่อยู่ในหน่วยงานเดียวกัน หรืออาจจะเป็นทีมข้ามสายงาน ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา ทีมพัฒนาคุณภาพอาจจะริเริ่มจากข้างล่างขึ้นมา หรือจากข้างบนลงไปได้

4. ตัวอย่างโครงสร้างองค์กรในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ภาพข้างล่างแสดงตัวอย่างโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แผนภูมินี้เป็นการแสดงในเชิง functional เท่านั้น โรงพยาบาลควรพิจารณาใช้โครงสร้างเดิมที่มีอยู่มาทำหน้าที่ต่างๆ ที่ควรจะเป็นมากกว่าที่จะตั้งโครงสร้างใหม่ขึ้นมาซ้ำซ้อนกับของเดิม



ภาพที่ 5.3 ตัวอย่างโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

5.2 การวิเคราะห์สถานการณ์

1. การวิเคราะห์บรรยากาศการทำงานในองค์กร

คือการวิเคราะห์สถานการณ์และบรรยากาศการทำงานในองค์กรจากการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อนำมาสู่การวางแผนพัฒนาที่เหมาะสม

การวิเคราะห์บรรยากาศในการทำงานก่อนการพัฒนาจะทำให้

1. ทราบสถานการณ์เกี่ยวกับปัจจัยที่จะมีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ

ภาพ

2. วางแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของ รพ.

3. เป็นเครื่องมือในการพยากรณ์ความยากง่ายในการพัฒนาคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลอาจใช้แบบสอบถาม หรือการสนทนา/สัมภาษณ์ หรือแบบสอบถามร่วมกับการสนทนา/สัมภาษณ์ ซึ่งการสนทนา/สัมภาษณ์นี้อาจทำโดยเจ้าหน้าที่ภายในเอง หรือโดยบุคคลภายนอก

2. การรับฟังเสียงสะท้อนจากลูกค้า

ลูกค้าคือผู้ที่รับผลการทำงานของเร ลูกค้าภายนอกได้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว บริษัทฯ หน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ ลูกค้าภายในได้แก่ผู้รับทำงานต่อจากเรา ผู้ที่ต้องอาศัยผลงานของเราในการทำงานต่อ

เสียงสะท้อนจากลูกค้าคือการบ่งบอกความต้องการของลูกค้า และการสะท้อนว่าสิ่งที่ลูกค้าได้รับนั้นตรงกับความต้องการหรือไม่

การรับฟังเสียงสะท้อนจากลูกค้าทำให้

1. ออกแบบระบบงานให้สอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า เป็นการป้องกันความสูญเสียจากการทำในสิ่งที่ลูกค้าไม่ต้องการ

2. เป็นกระจกส่องที่สำคัญซึ่งควรนำมาใช้ปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน

3. เกิดแนวทางใหม่ๆ ในการจัดบริการ และทำให้เรามีความเข้าใจ/เห็นใจผู้ป่วย/ลูกค้ามากขึ้น

กลไกรับฟังเสียงสะท้อนจากลูกค้า

1. สำหรับผู้ป่วย/ลูกค้าภายนอก ได้แก่ การรับคำร้องเรียน, แบบบันทึกเหตุการณ์ผิดปกติ, แบบสอบถาม, กลไกระบายปัญหา, การสนทนาเจาะลึก, การรับฟังจากชุมชน, การใช้เจ้าหน้าที่เป็นตัวแทนของลูกค้าภายนอก

2. สำหรับลูกค้าภายใน ได้แก่ การมีตัวกลางไปสอบถาม, การใช้แบบสอบถาม, การสนทนากลุ่ม, ระบบข้อเสนอแนะ, ที่ประชุมตัวแทนหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

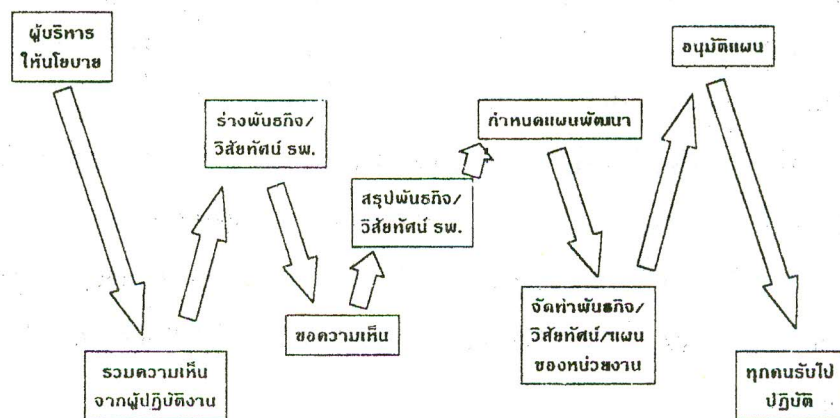
5.3 การกำหนดเป้าหมายและแผนยุทธศาสตร์

การมีเป้าหมายระยะยาวร่วมกันทำให้สามารถระดมพลังของสมาชิกทุกคนไปในทิศทางเดียวกัน และป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น

การกำหนดเป้าหมายระยะยาวประกอบด้วย

1. พันธกิจ คือข้อความที่บอกเหตุผลการเกิดขึ้นหรือมีอยู่ขององค์กร
2. วิสัยทัศน์ คือภาพอนาคตที่คนในองค์กรอยากเห็นหรืออยากให้คนอื่นพูดถึง
3. ความเชื่อ/ค่านิยม/อุดมการณ์/ปรัชญา คือสิ่งที่ทุกคนในองค์กรยอมรับว่าจะยึดถือเป็นหลักในการทำงาน เป็นเครื่องมือควบคุมพฤติกรรมโดยไม่สร้างความหวาดกลัว แต่เกิดจากการยอมรับจากภายในด้วยตนเอง

4. ยุทธศาสตร์ คือวิธีการที่จะนำไปสู่พันธกิจและวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้



ภาพที่ 5.4 ขั้นตอนการจัดทำเป้าหมายและแผนระยะยาว

5.4 การฝึกอบรม

1. สิ่งที่ต้องเรียนรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพ

เครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพคือสิ่งที่ช่วยในการจัดระบบวิธีทำงาน ช่วยในการตัดสินใจ ช่วยในการแสดงผลให้เข้าใจได้ง่าย

ขั้นตอนในการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา 3) การวิเคราะห์ทางเลือกในการปรับปรุง 4) การทดลองทางเลือก 5) การวัดผล และ 6) การสรุปเป็นมาตรฐานการปฏิบัติ

เครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่เราคุ้นเคยกันคือ Basic QC tools แต่เครื่องมือพัฒนาคุณภาพมีมากกว่านั้น อาจแบ่งออกได้เป็น

1) เครื่องมือในการค้นหา/จัดระบบความคิดและการตัดสินใจของกลุ่ม เช่น การระดมสมอง (Brainstorming), การใช้ความคิดสร้างสรรค์, การจัดหมวดหมู่ความคิด (Affinity Diagram) แผนภูมิความสัมพันธ์ของความคิด (Interrelation Diagram), การลงมติหรือการหาความเห็นเอกฉันท์, การเขียน Flowchart

2) เครื่องมือเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล เช่น Operational Definition, Check Sheet, Sampling, Pareto Chart, Scatter Diagram, Control Chart

3) เครื่องมือเพื่อการวางแผนและการจัดการ เช่น Systematic Diagram, Forcefield Analysis, Activity Network Diagram (PERT/CPM), Process Decision Program Chart

2. ความจำเป็นที่ต้องเรียนรู้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ

1. การใช้เครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพอย่างเหมาะสมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาได้อย่างยั่งยืนและเป็นที่ยอมรับ

2. การใช้เครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพเป็นศิลปะที่ต้องเรียนรู้จากการลงมือทำด้วยตนเอง โดยมีผู้แนะนำช่วยเหลือที่เหมาะสม

3. ศิลปะในการใช้เครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพคือการใช้อย่างเป็นนายของเครื่องมือ ใช้เพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้น มิใช่ใช้ด้วยความกังวลว่าจะไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน การเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้องจะทำให้เครื่องมือเป็นนายของผู้ใช้ และเสียเวลามากเกินความจำเป็น

3. ใครต้องเรียนรู้

เป้าหมายสุดท้ายคือทุกคนใน รพ. ควรจะได้เรียนรู้ให้สามารถใช้เครื่องมือและเทคนิคเหล่านี้ในการแก้ปัญหาประจำวันของตนเองได้ แต่ในขั้นต้นจำเป็นต้องจัดลำดับของผู้ที่จะเรียนรู้เพื่อให้เกิดการขยายตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

ก) กลุ่มแรกที่จะได้เรียนรู้คือผู้ที่ทำหน้าที่ facilitator ของทีมต่างๆ ซึ่งหากเป็นแพทย์ได้จะเป็นการดีมาก เพราะสามารถทำความเข้าใจได้ลึกซึ้งและสามารถถ่ายทอดให้กับคนอื่นได้ดี

ข) อันดับต่อมาคือสมาชิกของทีมที่จะทำโครงการนำร่องเพื่อสาธิตให้เจ้าหน้าที่อื่นๆ ได้เห็นประโยชน์ของการใช้เครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพ

ค) สมาชิกของทีมชั้นนำ (ทั้งในระดับ รพ. และระดับกลุ่มผู้ป่วย)

ง) แพทย์ที่เหลือทั้งหมด

จ) ผู้บริหารระดับกลางทั้งหมด

ฉ) สมาชิกของทีมพัฒนาคุณภาพที่ได้รับมอบหมายจากทีมชั้นนำหรือจัดตั้งกันเอง

4. ต้องเรียนรู้มากแค่ไหน

เนื้อหาของการเรียนรู้ที่เหมาะสมคือมากพอที่จะทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้ดังนี้

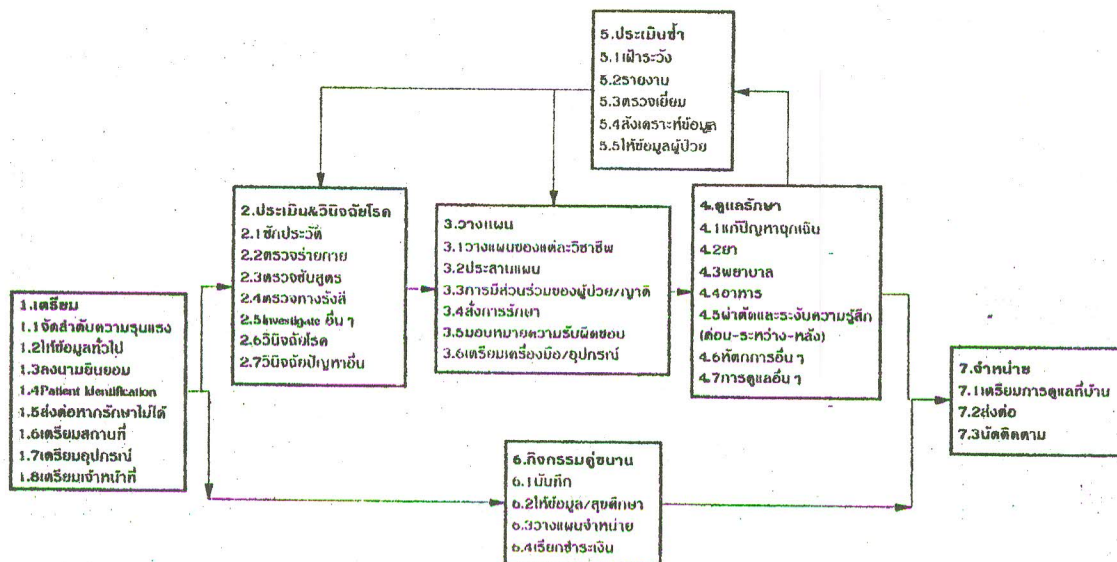
ผู้ที่ทำหน้าที่ facilitator	เรียนรู้ให้มากพอที่จะนำเครื่องมือทั้งหลายมาใช้ได้ในสถานการณ์ต่างๆ ตามความเหมาะสม
ทีมที่จะทำโครงการนำร่อง	เรียนรู้เพียงพอเพื่อแก้ปัญหาที่ทีมจะทัก โดยมี facilitator เป็นพี่เลี้ยงให้อย่างใกล้ชิด
สมาชิกของทีมชั้นนำ	เรียนรู้ให้พอที่จะค้นหาปัญหา จัดอันดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมายการพัฒนา และติดตามผลตลอดจนวิจารณ์การทำงานของทีมพัฒนาคุณภาพได้
แพทย์	เรียนรู้พอที่จะนำไปใช้ประยุกต์ใช้กับปัญหาทางคลินิกได้
ผู้บริหารระดับกลาง	เรียนรู้พอที่จะเป็นพี่เลี้ยงให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้

5.5 การวิเคราะห์ระบบงานเพื่อกำหนดแผนพัฒนาคุณภาพ

การวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้เป็นการมองภาพรวมของงานที่ทำทั้งหมดของหน่วยงาน หรือที่ทีมได้รับมอบหมาย เพื่อจะได้ค้นหาปัญหา/โอกาสพัฒนาอย่างเป็นระบบและครบถ้วน

การวิเคราะห์เริ่มต้นด้วยการกระบวนการทำงานทั้งหมดของแต่ละหน่วยงาน แล้วพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ในแต่ละกระบวนการ

1. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการนั้น
2. ปัญหาที่เคยเกิดขึ้น
3. ความต้องการของลูกค้าทั้งภายนอกและภายใน
4. ความด้อยประสิทธิภาพ ซึ่งอาจเกิดจากความสูญเปล่า ความซ้ำซ้อน ความซับซ้อน
5. นโยบายเฉพาะหน้าของโรงพยาบาล พันธกิจของโรงพยาบาล/หน่วยงาน
6. ข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาลที่ยังปฏิบัติไม่ครบถ้วน
7. โรคหรือเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาบ่อยๆในกระบวนการนี้



ภาพที่ 5.5 ตัวอย่างกระบวนการหลักสำหรับการดูแลผู้ป่วยใน

วิธีการพัฒนาจากขั้นตอนนี้ไปอาจจะเป็นไปได้ 4 วิธีคือ

1. เขียนคู่มือปฏิบัติงาน
2. กำหนดเครื่องชี้วัดเพื่อติดตามศึกษา
3. ปรับปรุงกระบวนการที่เป็นปัญหา
4. สร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วย

5.6 การเขียนคู่มือปฏิบัติงาน

คู่มือการปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษรจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนเข้าใจ และปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน มาตรการที่ตกลงกันไว้ยังคงอยู่ต่อไปได้แม้ตัวผู้รับผิดชอบจะเปลี่ยนไป ทำให้ไม่ต้องกลับมาทำกิจกรรมในเรื่องเดิมๆซ้ำแล้วซ้ำอีก

เพื่อความสะดวกสำหรับโรงพยาบาลที่ต้องการขอ ISO9000 ไปพร้อมกันด้วย จึงได้กำหนดแบบฟอร์มที่ใช้จะเหมือนกับในข้อกำหนดของ ISO9000

หัวข้อที่จำเป็นสำหรับการเขียนคู่มือได้แก่

1. นโยบาย (เจตนารมณ์ของหน่วยงาน/โรงพยาบาลในเรื่องนั้นว่าตั้งใจจะทำอะไร)
2. ความรับผิดชอบ (ระบุว่าบุคคลหรือหน่วยงานใดมีหน้าที่อะไร)
3. วิธีปฏิบัติ (ระบุว่าต้องปฏิบัติงานเป็นขั้นตอนอย่างไร)
4. เครื่องชี้วัด (สำหรับกรณีที่กระบวนการนั้นเป็นกระบวนการสำคัญหรือเคยเกิดปัญหาขึ้นบ่อยๆ จะทำให้เกิดการติดตามระดับคุณภาพอย่างเป็นระบบ ตรวจพบได้ทันทีเมื่อเกิดปัญหา และทำให้มองเห็นโอกาสที่จะพัฒนาต่อเนื่อง)

การเขียนคู่มือปฏิบัติงานควรมุ่งเน้นที่การนำไปใช้ของหน่วยงาน/โรงพยาบาล จะต้องเขียนในลักษณะที่ปฏิบัติได้และปฏิบัติอยู่แล้ว นอกจากนั้นหน่วยงานควรมีระบบที่จะตรวจสอบตนเองว่าได้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้หรือไม่

5.7 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

1. การประสานกิจกรรมคุณภาพ

ดังที่กล่าวไว้ในตอนที่ 2.3 แล้วว่า ระบบงานที่ดีคือการประสานกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพทั้งหมดเข้าด้วยกัน โดยมีกิจกรรมหลักได้แก่ การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) การประกันคุณภาพ (Quality Assurance) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) กิจกรรมเหล่านี้ล้วนอาศัยการทำงานเป็นทีม การเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ และความคิดสร้างสรรค์ เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้าได้ ความแตกต่างอยู่ที่ระดับของปัญหาที่เผชิญเท่านั้น กล่าวคือการบริหารความเสี่ยงเป็นการจัดการกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความสูญเสียสูง การประกันคุณภาพเป็นการจัดการกับปัญหาที่มีระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ย และการพัฒนาคุณภาพเป็นการจัดการกับปัญหาที่มีระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

2. ลำดับขั้นในการทำกิจกรรมคุณภาพ

เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมคุณภาพ ทีมต่างๆอาจจะเริ่มต้นด้วยการใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเล็กน้อยๆ (ระบบข้อเสนอแนะ) ก่อนที่จะพัฒนาไปสู่การเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ

ในส่วนของขอบเขตกิจกรรมอาจจะเริ่มทำตามลำดับดังนี้

1. การทำกิจกรรมคุณภาพที่หน่วยงานเป็นเจ้าของกระบวนการ ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยไม่ต้องประสานกับหน่วยงานอื่น

2. การทำกิจกรรมคุณภาพในลักษณะของทีมคร่อมสายงาน เนื่องจากเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันกับหน่วยงานอื่น

3. การทำกิจกรรมคุณภาพทางคลินิก ซึ่งจะเริ่มด้วยการจัดทำ clinical practice guideline, การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ (peer review) และการปรับปรุงกระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วย

6. การประเมินตนเองของโรงพยาบาล

6.1 จุดมุ่งหมายของการประเมินตนเอง

การประเมินตนเองคือการที่ทีมงานของแต่ละหน่วยงานหรือทีมงานที่รับผิดชอบมาตรฐานเฉพาะเรื่อง มาร่วมกันตรวจสอบการทำงานในความรับผิดชอบของตนเอง โดยอาศัยมาตรฐานโรงพยาบาลเป็นกรอบในการพิจารณา เป็นกิจกรรมที่ทีมงานจะค้นหาโอกาสปรับปรุงระบบงานที่รับผิดชอบให้ดียิ่งขึ้น

การประเมินตนเองมีจุดมุ่งหมายต่อไปนี้

1. เป็นกิจกรรมซึ่งนำไปสู่การเรียนรู้ร่วมกัน โดยผ่านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสิทธิภาพ และร่วมกันปรับปรุง
2. เป็นการวิเคราะห์จุดอ่อนในระบบเพื่อนำไปสู่การวางระบบที่รัดกุมขึ้น
3. เป็นจุดเริ่มต้นของการควบคุมและปกครองตนเองสำหรับทีมงาน

6.2 ระยะเวลาที่เหมาะสมในการประเมินตนเอง :

1. ประเมินหลังจากที่พัฒนาไปด้วยกระบวนการที่เป็นธรรมชาติ (ในตอนที 5)

วิธีการนี้มีข้อดีคือทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่ตื่นตระหนกกับสิ่งที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน แต่ข้อเสียก็คือโรงพยาบาลอาจจะเสียเวลาไปกับการทำกิจกรรมที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยน้อย

2. ประเมินก่อนการพัฒนา

ใช้มาตรฐานโรงพยาบาลเป็นกรอบเพื่อประเมินตนแล้ว และนำไปสู่การพัฒนาอย่างตรงเป้า วิธีการนี้มีข้อดีคือ ทำให้เห็นว่าควรให้ความสำคัญกับเรื่องอะไรบ้าง ไม่เสียเวลาไปกับกิจกรรมที่อาจจะมีประโยชน์น้อย และมีการบันทึกสถานการณ์ที่เป็นอยู่เมื่อเริ่มต้นดำเนินการโครงการอย่างเป็นระบบ แต่ข้อเสียก็คืออาจจะเกิดความตื่นตระหนกหรือท้อใจว่าไม่สามารถปฏิบัติตามสิ่งที่กำหนดไว้ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อไปดูคำขยายความในส่วนที่เกี่ยวกับทรัพยากร และอาจจะเกิดการตีความมาตรฐานอย่างตื้นๆ และคิดว่าทีมได้ปฏิบัติตามครบถ้วนตามมาตรฐานแล้ว โดยไม่ได้พิจารณาหลักการพื้นฐานในเรื่องของ ความตั้งใจมั่นที่จะทำงานให้มีคุณภาพของแต่ละคน การร่วมมือกันทำงานเป็นทีม และการมุ่งผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง

6.3 ลักษณะของแบบประเมิน

ทางโครงการได้กำหนดแนวทางประเมินตนเองเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ประเมินแบบปรนัย

แบบประเมินในลักษณะนี้ระบุลำดับขั้นที่เป็นไปได้ของการปฏิบัติในแต่ละเรื่อง ทำให้ทีมงานทราบว่าตนเองอยู่ในระดับใด และทราบทิศทางที่ควรจะพัฒนาในขั้นต่อไป การประเมินนี้ไม่ใช่ลักษณะของ check list ว่าทำหรือไม่ทำ แล้วตัดสินว่าผ่านหรือไม่ผ่าน แต่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทีมงานของโรงพยาบาลทราบว่าขั้นตอนต่อไปในการพัฒนาควรเป็นอย่างไร จะช่วยเสริมการประเมินในแบบแรกให้สมบูรณ์ขึ้นได้ ทำให้ขอคำปรึกษาจากที่ปรึกษาได้ตรงจุดยิ่งขึ้น

2. ประเมินด้วยการบรรยาย/ตอบคำถามสั้นๆ

เป็นการตอบคำถามซึ่งขยายความมาจากมาตรฐานโรงพยาบาล บรรยายกิจกรรมที่โรงพยาบาลทำอยู่เพื่อบรรลุเป้าหมายของมาตรฐานแต่ละข้อ วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของสิ่งที่ทำนั้น และค้นหาโอกาสที่จะปรับปรุงให้ดีขึ้น วิธีนี้ทีมงานจะต้องมาปรึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ของตนเองร่วมกัน เป็นการให้อิสระแก่ทีมในการที่จะค้นหาโอกาสพัฒนาด้วยตนเอง

6.4 เกณฑ์การให้คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนนี้ดัดแปลงมาจาก Malcolm Baldrige Award จะต้องมีการทดสอบความเป็นไปได้ในการนำมาใช้อีกครั้งหนึ่ง

ระดับ	คะแนน	วิธีการปฏิบัติ	ความครอบคลุม	ผลลัพธ์
ไม่ดี	0%	ไม่เป็นระบบ/ไม่มีการปฏิบัติ	ยังไม่มี	ไม่มีรายงาน/ผลไม่ดี
พอใช้	10-30%	เริ่มเป็นระบบ ตอบสนองเป้าหมายหลัก	ยังไม่มี	เริ่มเห็นแนวโน้มที่ดีขึ้น
ดี	40-60%	เป็นระบบ, ตอบสนองเป้าหมายหลัก, มีการใช้ข้อมูล	ค่อนข้างดี	ผลลัพธ์ดีในประเด็นสำคัญส่วนใหญ่
ดีมาก	70-90%	เป็นระบบ, ตอบสนองเป้าหมายทุกอย่าง	ดีมาก	ดี, ยั่งยืน
ดีเลิศ	100%	ปรับปรุงต่อเนื่อง	ดีเลิศ	ดีเลิศ, เป็นผู้นำ

6.5 การนำผลการประเมินไปใช้

1. ทีมที่ประเมินมีหน้าที่วางแผนและดำเนินการปรับปรุงในส่วนที่เป็นจุดอ่อนที่ค้นพบ (อาศัยกระบวนการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน) ควรมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบ กำหนดระยะเวลาดำเนินงาน และกำหนดระยะเวลาที่จะมาทำเสนอให้ทีมได้รับทราบ

2. ผู้ประสานงานของโรงพยาบาลจะต้องรวบรวมประเด็นที่จะต้องมีการบริหารจัดการในระดับโรงพยาบาล และตอบสนองต่อทีมงานอย่างทันท่วงที เช่น เมื่อหน่วยงานพบว่า โรงพยาบาลยังไม่มีพันธกิจที่ชัดเจน หน่วยงานอาจจะกำหนดพันธกิจชั่วคราวในระดับหน่วยงานขึ้นมาก่อน ผู้ประสานงานมีหน้าที่ที่จะต้องประสานให้เกิดการจัดทำพันธกิจของโรงพยาบาล โดยนำเอาพันธกิจที่หน่วยงานจัดทำไปไว้ไปร่วมพิจารณาด้วย หรือเมื่อพบว่าโรงพยาบาลยังไม่มีคู่มือการปฏิบัติงานที่เป็นระบบ ผู้ประสานงานก็มีหน้าที่ที่จะต้องประสานให้เกิดผู้รับผิดชอบในระดับโรงพยาบาล รวมทั้งการให้คำปรึกษาในเรื่องการได้มาซึ่งเนื้อหาและกระบวนการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน

3. ผลการประเมินมีความสำคัญต่อการทำงานของโครงการฯและที่ปรึกษาอย่างมาก ผู้ประสานงานของโรงพยาบาลควรส่งสำเนาการประเมินตนเองให้โครงการฯ เพื่อให้ที่ปรึกษาได้ศึกษาก่อนที่จะไปตรวจเยี่ยมและให้คำแนะนำปรึกษา

7. ส่งท้าย

ภาคีความร่วมมือเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นภาคีเปิดซึ่งพร้อมที่จะให้หน่วยงานและองค์กรต่างๆ เข้ามาร่วมกันคิดค้นและสร้างสรรค์แนวทางใหม่ๆ เพื่อเป็นหลักประกันด้านคุณภาพให้แก่สังคมไทย โดยตระหนักถึงข้อจำกัดในด้านทรัพยากรและกำลังคนที่เป็นอยู่

โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นโครงการพัฒนาโดยมีการวิจัยเป็นฐาน โครงการนี้ยังไม่มีคำตอบสำเร็จรูปทั้งหมด แต่ต้องการเรียนรู้ว่าแนวคิดที่ดีที่สุดน่าจะเป็นอะไร แนวคิดที่คิดว่าดีที่สุดนั้นสามารถนำมาปฏิบัติได้หรือไม่ การปฏิบัติจะประสบปัญหาอะไร โครงการนี้ยินดีต้อนรับความหลากหลายของความคิด ต้องการประสานความหลากหลายเหล่านั้นโดยการนำไปปฏิบัติเพื่อพิสูจน์ให้เห็นจริง เป็นเสมือน outlet ที่จะนำความคิดหรือแนวทางปฏิบัติไปทดลองใช้

สิ่งที่โครงการนำมาเปรียบเสมือนการวางรากฐานของบ้านไปส่วนหนึ่งแล้ว ต้องการผู้ที่จะมาร่วมกันสร้างบ้านให้เป็นรูปร่างต่อไป มาสร้างกันด้วยใจ ด้วยความรู้สึกเป็นเจ้าของ เป็นสมาชิกหนึ่งของภาคีฯ

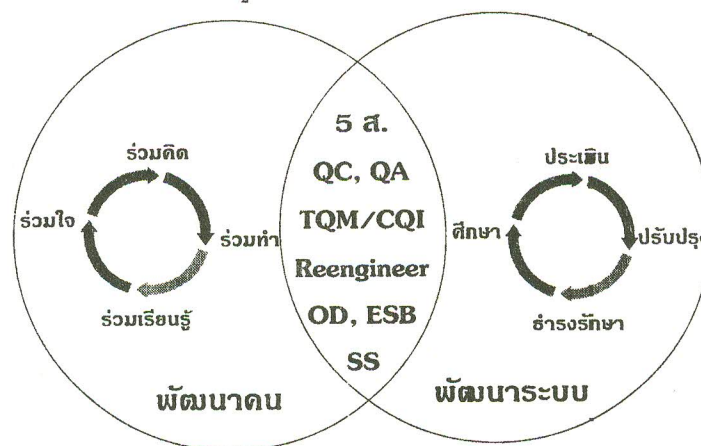
เชิญทุกท่านมาร่วมกันถักทอพลังเพื่อสร้างสรรค์สังคมไทย

ในบรรดา รพ. ทั้ง 35 แห่งที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation, HA) นั้น บางแห่งก็ได้มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่างๆอยู่แล้ว เช่น 5 ส., ระบบข้อเสนอแนะ (SS), การพัฒนาองค์กร (OD), การประกันคุณภาพ(QA), การพัฒนาพฤติกรรมบริการ (ESB), การบริหารคุณภาพทั้งองค์กร (TQM) บางแห่งก็ยังไม่รู้จักกิจกรรมเหล่านี้เลย เป็นโอกาสดีสำหรับ รพ. ในกลุ่มหลังนี้ที่จะมีโอกาสทำความรู้จักและพิจารณาว่ากิจกรรมใดที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับตนเอง

สำหรับ รพ. ในกลุ่มแรกซึ่งมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอยู่แล้วนั้น บางแห่งสามารถเชื่อมโยงกับกิจกรรมที่ทำอยู่เดิมได้อย่างแนบสนิท บางแห่งนำ HA เข้าไปเสมือนเป็นโครงการใหม่อีกโครงการหนึ่ง ทำให้เกิดความสับสนและกิจกรรมที่เคยทำอยู่เกิดความชะงักงัน

โดยที่จริงแล้ว HA เป็นเสมือนกลไกกระตุ้นให้ รพ. เกิดการพัฒนาตนเอง เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ ไม่มีความเสี่ยง อีกทั้งมีความพยายามที่จะพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กลไกนี้ทำหน้าที่ชี้แนะว่าแนวทางการพัฒนาคุณภาพควรเป็นอย่างไร และให้การรับรองกับสาธารณชนในสายตาของคนกลางว่า รพ. มีความน่าเชื่อถือ

ภาระกิจส่วนใหญ่ที่จะทำให้เกิดระบบการรับรองคุณภาพจึงอยู่ที่การพัฒนาตนเองของ รพ. ซึ่งสามารถนำแนวคิดและกิจกรรมต่างๆมาใช้ได้หลากหลายตามที่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของ รพ. เห็นว่าเหมาะสม แต่ในที่สุดแล้วก็จะพบว่ากิจกรรมส่วนใหญ่จะส่งผลให้เกิดการพัฒนาควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบ ดังแผนภูมิ



การพัฒนาคนในลักษณะนี้คือการเรียนรู้โดยร่วมกันลงมือปฏิบัติ (Participatory Learning) ซึ่งหากจะให้เกิดผลต่อการพัฒนาระบบแล้ว ผู้บริหารจำเป็นต้องลงมาเป็นผู้ร่วมเรียนรู้ด้วย นั่นคือควรจะมีการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมในการตัดสินใจขององค์กรจากวัฒนธรรมของการใช้อำนาจ การเป็นตัวแทนโดยยึดความเห็นของตัวเองเป็นที่ตั้ง มาสู่วัฒนธรรมของการปรึกษาหารือให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีโอกาสแสดงความคิดเห็น และมีกระบวนการในการหาข้อยุติซึ่งเป็นที่ยอมรับ

นี่คือโอกาสที่จะเพิ่มศักยภาพและคุณค่าให้แก่ตัวท่านเองและเพื่อนร่วมงาน นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน