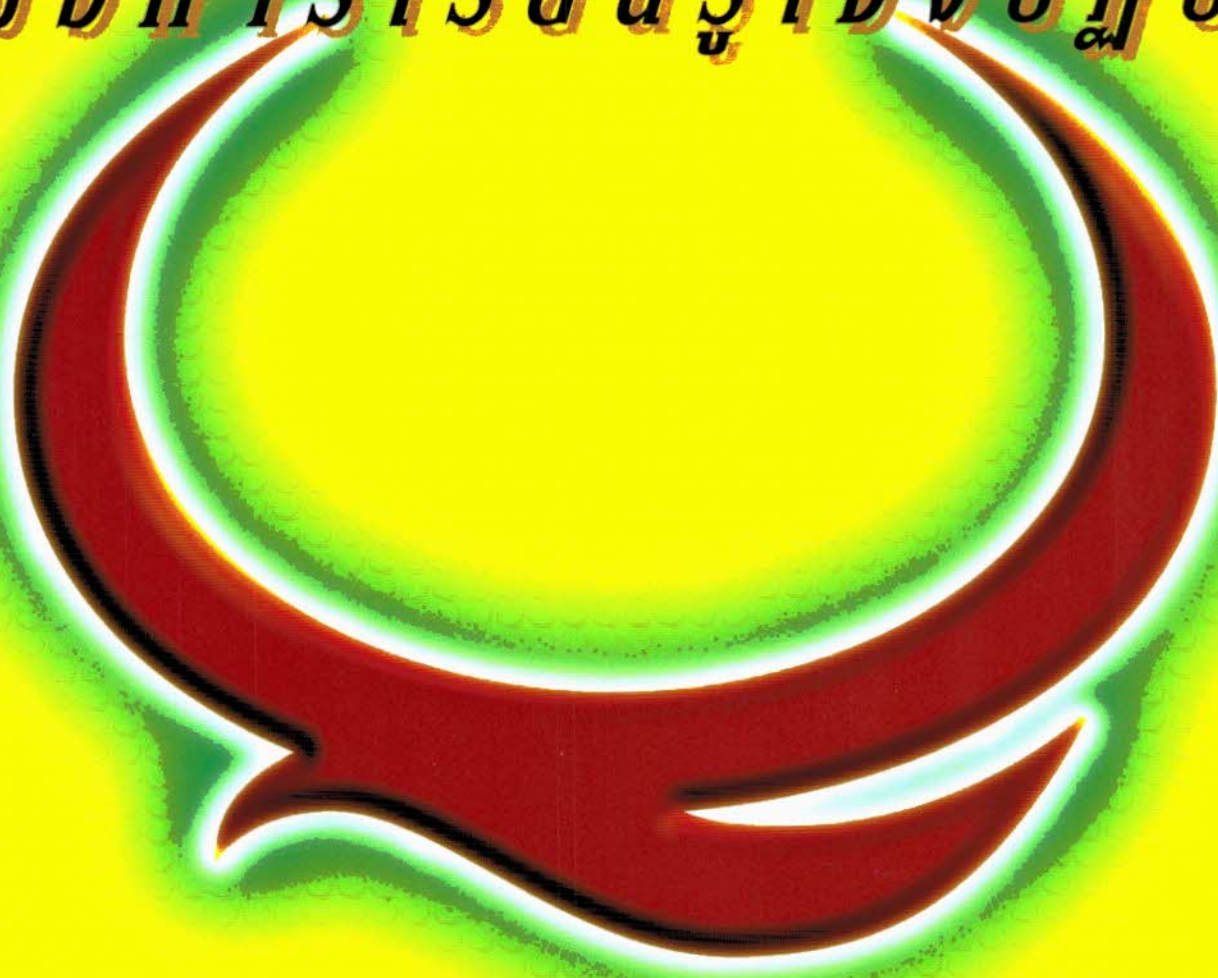


เส้นทางสู่ โรงพยาบาลคุณภาพ คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ



นพ. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ

ISBN 974-291-666-7

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ, คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ

โดย : นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ

จัดพิมพ์โดย : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สนับสนุนโดย : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

พิมพ์ครั้งที่ 1 : มกราคม พ.ศ.2542

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ, คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ. กรุงเทพฯ:สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล, 2542.

หน้า.

1. พัฒนาคุณภาพ. 2.บริการสุขภาพ. 3.บริหารโรงพยาบาล 4.Total Quality Management

1. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และ คณะ

ISBN : 974-291-666-7



ห้องสมุดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เลขที่	WX1501345 2542
เลข	45060892
วันที่	9 10 02

คณะผู้บริหาร

ชำนาญ จิตตรีประเสริฐ พบ. วว. (กุมาร)

เคยเป็นกุมารแพทย์อยู่ที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้าธนบุรี และโรงพยาบาลเลิดสิน มีประสบการณ์ในการเป็นวิทยากรหลักสูตรพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ และหลักสูตรการพัฒนาคุณภาพ (TQM/CQI). มีความสามารถในการถ่ายทอดเรื่องยากให้เป็นเรื่องง่าย และสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่น่าสนุก. ปัจจุบันรับผิดชอบงานพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ทัศนีย์ สุมาลย์ วท.บ., วท.ม.

เป็นนักวิชาการสาธารณสุขของกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ผู้ประสานงานและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. มีความเชี่ยวชาญในการวินิจฉัยองค์กรและวางแผนการฝึกอบรมที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรงพยาบาล

นต. บุญเรือง ไตรเรืองวรรณ พบ. วว. (ออร์โธ), วท.ม.

เคยเป็นคัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์อยู่ที่โรงพยาบาลภูมิพลและโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ได้เป็นแกนหลักในการนำ TQM/CQI ไปสู่การปฏิบัติ, เป็นผู้อำนวยการศูนย์ TQM, เป็นเลขานุการองค์กรแพทย์, เป็นรองผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพ. ขณะนี้เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์

วัชรพล ภูนวล พบ. วว. (สัตว ศอ นาสิก)

เป็นแพทย์หู คอ จมูก อยู่ที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. มีประสบการณ์ในการเป็นวิทยากรหลักสูตรพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ และหลักสูตรการพัฒนาคุณภาพ (TQM/CQI). มีความสามารถในการสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ที่น่าสนุก และทำให้เห็นภาพจริงที่เป็นรูปธรรมของปัญหาคุณภาพ. ปัจจุบันเป็นผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

สมเกียรติ โพธิ์สัตย์ พบ. วว. (ศัลยกรรมตกแต่ง)

เคยเป็นคัลยแพทย์ตกแต่งอยู่ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. มีประสบการณ์ในการเป็นวิทยากรหลักสูตรพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ และหลักสูตรการพัฒนาคุณภาพ (TQM/CQI). ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีได้เป็นแกนหลักในการนำ TQM/CQI ไปสู่การปฏิบัติปัจจุบันรับผิดชอบแผนงานประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเป็นแผนงานร่วมกันระหว่างกรมการแพทย์และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สุริยะ วิไลนันต์ พบ. วว. (กุมาร)

เป็นกุมารแพทย์อยู่ที่โรงพยาบาลโพธาราม มีประสบการณ์ในการนำ TQM/CQI ไปปฏิบัติตั้งแต่เริ่มต้นโครงการนำร่องเมื่อปี 2535 และเป็นวิทยากรให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลต่าง ๆ เรื่อยมา มีความสามารถในการประยุกต์เทคนิคการเรียนรู้

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล พบ. วว. (ออร์โธ) MSc (Health Planning & Financing)

เคยเป็นคัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ที่โรงพยาบาลอุดรธานี, หัวหน้าฝ่ายแผนงานและโครงการ กองโรงพยาบาลภูมิภาค, หัวหน้าฝ่ายวิชาการ สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ปัจจุบันเป็นผู้บริหารงานวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และผู้ประสานงานกลางโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. จากการประสานงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล ได้มีโอกาสติดตามผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศหลายท่าน. ประสบการณ์เหล่านั้นร่วมกับการศึกษาจากเอกสาร ทำให้เกิดการทดลองปฏิบัติและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับประเทศไทย

ตำนานของบรรณาธิการ

กระแสความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ทำให้เกิดคำถามขึ้นบ่อยครั้งว่า “จะเริ่มต้นพัฒนาอย่างไร?” คำตอบเพียงกว้าง ๆ ว่าขั้นตอนคือ 1 2 3 4 มักจะไม่ให้ความกระจ่างเพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติได้ การพัฒนาคุณภาพเป็นเรื่องของการเปลี่ยนแปลงและการเรียนรู้ ต้องอาศัยความร่วมมือและความเข้าใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก การเรียนรู้ที่ดีคือการเรียนรู้ด้วยการลงมือปฏิบัติงานร่วมกัน บางท่านกล่าวว่าเป็นการเรียนรู้วิธีการเรียนรู้.

บางท่านอาจจะสงสัยว่าที่ผ่านมาเรายังเรียนกันไม่พออีกหรือ? หากท่านตอบได้ด้วยความมั่นใจว่าทุกวันที่ท่านทำงานอยู่นั้นท่านได้เรียนรู้จากเพื่อนร่วมงานของท่านได้เรียนรู้วิธีการทำให้ผู้ที่มีความเห็นแตกต่างกันสามารถอยู่ร่วมกันและทำงานร่วมกันได้อย่างมีความสุข นั่นแสดงว่าท่านได้เรียนรู้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่สิ่งที่พบอยู่บ่อย ๆ ก็คือยังทำงานไป ผู้ทำงานยังรู้สึกหงุดหงิด รู้สึกว่าไม่มีอำนาจที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ไปตามที่หวังรู้สึกว่าการกระทำที่ต่าง ๆ ค่อย ๆ จางหายไป นั่นแสดงว่าท่านได้ปล่อยโอกาสที่ได้เรียนรู้ให้หลุดลอยไป.

เอกสารชุดนี้เป็นผลของความพยายามที่สร้างกระบวนการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกันเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ, เป็นผลจากความสนใจและความตื่นตัวที่แสดงให้เห็นเมื่อการประชุม National Forum on Hospital Accreditation ครั้งที่ 1 เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2541 ซึ่งคณะกรรมการภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพได้มอบหมายแนวทางให้เร่งขยายองค์ความรู้ในด้านการพัฒนาคุณภาพให้แก่โรงพยาบาลที่สนใจ และเห็นชอบให้ปรับรูปโครงการไปเป็นสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อให้มีขอบเขตการทำงานที่กว้างขวางกว่าการวิจัยและพัฒนาในโรงพยาบาลนำร่อง.

เอกสารชุดนี้มุ่งหวังที่จะให้ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการในหลักสูตร “เส้นทางการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” ได้ใช้ศึกษาในรายละเอียด ซึ่งวิทยากรอาจจะไม่มีเวลาอธิบายในบางประเด็น และได้ใช้ทบทวนเมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติ. สิ่งที่ผู้เข้าร่วมประชุมพึงตระหนักก็คือท่านจะต้องฟังเพื่อนร่วมงานของท่านให้มาก วิเคราะห์สถานการณ์ให้รอบคอบ และสร้างบรรยากาศที่กระตุ้นให้ทุกคนอยากมีส่วนร่วม. ท่านไม่ควรยึดถือเอกสารชุดนี้เป็นคัมภีร์ที่ไม่เปิดโอกาสให้ผู้อื่นโต้แย้ง ควรส่งเสริมให้มีการโต้แย้งและนำข้อคิดเห็นที่หลากหลายไปทดลองปฏิบัติ. นั่นเป็นหนทางไปสู่การสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

anuwat@hsrint.hsri.or.th

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

21 มกราคม 2542

สารบัญ

คณะผู้เรียบเรียง
ค่านำ บก.

B: (BASIC) : แนวคิดและทักษะพื้นฐาน

- B01** : แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (CQI/HA Concept)
B02 : กระบวนการกลุ่ม (Group Process)
B03 : การระดมสมอง (Brain Storming)
B04 : การจัดระบบความคิด (Affinity/Systematic Diagram)
B05 : การตัดสินใจของทีม (Team Decision)

P : (PLANNING) : การวางแผน

- P01** : เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ
P02 : เป้าหมายร่วมขององค์กร
P03 : จากพันธกิจไปสู่แผนยุทธศาสตร์
P04 : การจัดทำแผนยุทธศาสตร์

Q : (QUALITY) : แนวคิดและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

- Q01** : การวิเคราะห์กระบวนการ
Q02 : ลูกค้า (Customer)
Q03 : การหาโอกาสพัฒนาคุณภาพ
Q04 : เครื่องชี้วัด (Indicator)
Q05 : กราฟควบคุม (Control Chart)
Q06 : การปรับปรุงกระบวนการ (Process Improvement)
Q07 : การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)
Q08 : การประกันคุณภาพ (Quality Assurance)
Q09 : ขั้นตอนในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI Steps)

C : (CLINICAL) : กิจกรรมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก

- C01** : แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guideline)
C02 : Peer Review

M : (MANAGEMENT) : การจัดการ

- M01** : การปรับกระบวนการทัศน์
M02 : การวิเคราะห์ทรัพยากรองค์กร
M03 : โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ
M04 : โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

H: (HOSPITAL ACCREDITATION) : การประเมินและรับรองคุณภาพ

- H01** : มาตรฐานโรงพยาบาล
H02 : การประเมินตนเอง
H03 : การประเมินจากภายนอก (External Survey)

B



01

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:01

แนวคิดการพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล

1. คุณภาพคืออะไร
2. ทำไมต้องพัฒนาคุณภาพ
3. ปัญหาการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา & เป้าหมายที่ควรเป็น
4. แนวคิด TQM/CQI
5. ความสัมพันธ์ของ QC, QA, QI
6. การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)คืออะไร
7. ทำไมต้องมีการรับรอง ใครจะได้อะไร

1

คุณภาพคืออะไร

- ตามศัพท์: ภาวะที่เป็นคุณประโยชน์ต่อผู้ใช้
- ผู้ประกอบวิชาชีพ: การปฏิบัติตามมาตรฐาน
- ผู้ใช้ประโยชน์: ตอบสนองความต้องการของลูกค้า

? ความหมายข้างต้นขัดแย้งหรือส่งเสริมกันอย่างไร



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:02

ความหมายของคุณภาพแตกต่างกันไปตามมุมมองของผู้เกี่ยวข้อง และตามวิวัฒนาการของแนวคิดเรื่องคุณภาพ

โดยคำศัพท์ “คุณภาพ” คือภาวะที่เป็นคุณประโยชน์ต่อผู้ใช้

ในมุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพ คุณภาพคือการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ และความสำเร็จที่สามารถพยากรณ์ได้

ในมุมมองของผู้ใช้ประโยชน์ คุณภาพคือการตอบสนองความต้องการ (need) และความคาดหวัง (expectation) ของลูกค้า และในระยะหลังได้ขยายต่อไปว่าคุณภาพคือการทำให้เกินเลยกว่าความคาดหวังของลูกค้า

เมื่อพิจารณารวมทั้งหมดแล้วจะเห็นว่าในการพัฒนาคุณภาพ จะต้องสร้างสมดุลของมุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพกับผู้ใช้ประโยชน์ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า “คุณภาพคือการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของลูกค้า โดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ”

คุณภาพคืออะไร

- **ไม่มีปัญหา**
 - zero defect
 - do right thing right, from the first time
- **ลูกค้าพอใจ**
 - ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า
 - ทำให้เกินกว่าความคาดหวังของลูกค้า
- **ได้มาตรฐาน**
 - มาตรฐานงานขอบหน่วยงาน
 - มาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ
 - กฎหมาย ระเบียบ ข้อกำหนด ที่เกี่ยวข้อง
- **สานคุณภาพชีวิต/สานสู่ความเป็นเลิศ**





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล BO1:03

คุณภาพในบริการสุขภาพน่าจะมีลักษณะ 4 ประการคือ

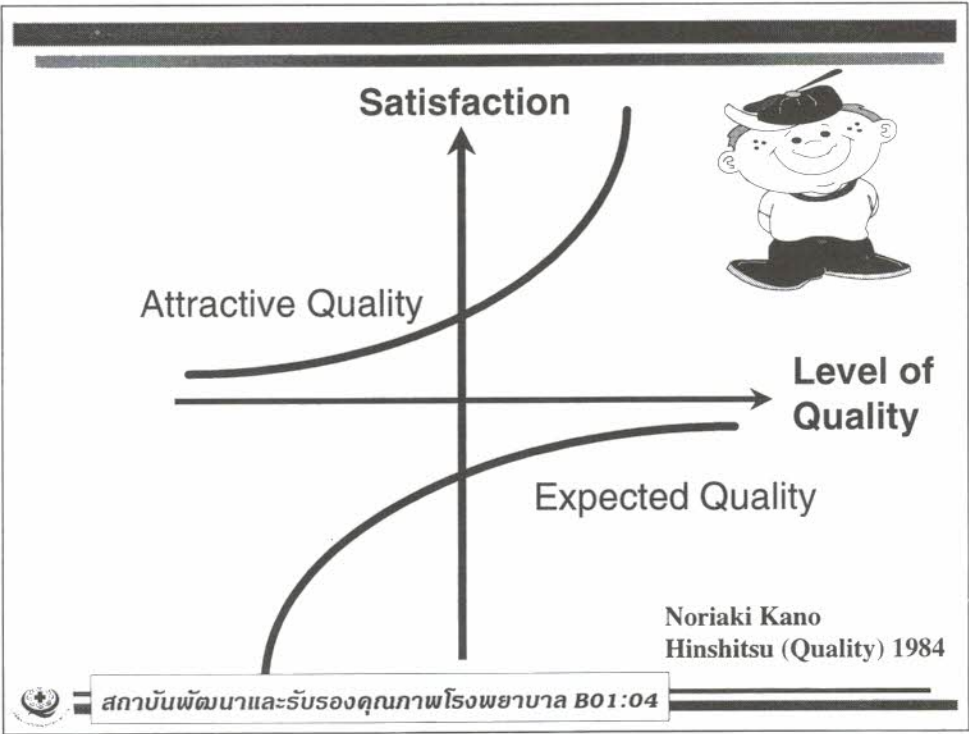
1. **ไม่มีปัญหา** เป็นการทำให้ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก ไม่ต้องมาแก้ปัญหาในภายหลัง การป้องกันปัญหาแผลกดทับหรือการติดเชื้อในโรงพยาบาล ย่อมง่ายและใช้ทรัพยากรน้อยกว่าการปล่อยปละละเลยและต้องมาดูแลแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

2. **ลูกค้าพอใจ** คือการตอบสนองความต้องการ (need) และความคาดหวัง (expectation) ของลูกค้า ความต้องการ (need) นั้นมีทั้งสิ่งที่แสดงออก (explicit) และสิ่งที่ไม่แสดงออก (implicit) ซึ่งควรจะได้รับการตอบสนองด้วยกันทั้งคู่ และผู้ประกอบการวิชาชีพมีหน้าที่ในการพิจารณาว่าอะไรเป็นความต้องการที่ไม่แสดงออก (implicit need)

คำว่าลูกค้าพอใจเป็นเพียงคำพูดเพื่อให้จดจำง่าย ไม่ได้มีความหมายเพียงผิวเผินว่าทำให้มีสถานที่สิ่งแวดล้อมดี ๆ ต้อนรับดี ๆ เท่านั้น แต่หมายความว่ามีความสามารถในการแก้ปัญหาที่นำผู้ป่วยมาหาเราได้ด้วย

3. **ได้มาตรฐาน** หมายถึงการมีมาตรฐานวิชาชีพ มีมาตรฐานในกระบวนการทำงานทุกขั้นตอน และมีมาตรฐานตามกฎหมายหรือกฎระเบียบต่างๆที่มีอยู่

4. **สานคุณภาพชีวิต/สานสู่ความเป็นเลิศ** คุณภาพชีวิตเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้น เป็นเป้าหมายของการจัดบริการสุขภาพ การมุ่งสู่ความเป็นเลิศคือการตั้งปณิธานว่าจะพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยไม่หยุดยั้ง



Noriaki Kano กล่าวว่า คุณภาพอาจจะมี 2 ลักษณะ คือคุณภาพที่ต้องมี (must-be quality) หรือคุณภาพที่ลูกค้าคาดหวัง (expected quality) กับคุณภาพที่ประทับใจ (attractive quality)

คุณภาพที่ต้องมี นั้นเป็นระดับขั้นต่ำที่ต้องทำให้เกิดขึ้น เพราะหากไม่มีคุณภาพในส่วนนี้แล้ว จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจเป็นอย่างสูง คุณภาพที่ต้องมีมาจากส่วนที่ลูกค้าคาดหวัง และการนำมาตรฐานวิชาชีพมาตอบสนองความคาดหวังนั้น แต่การมีคุณภาพในส่วนนี้จะไม่ก่อให้เกิดความชื่นชมจากลูกค้า

คุณภาพที่ประทับใจ หากไม่มีในส่วนนี้ลูกค้าก็จะเฉยๆ ถ้าหากจัดให้มีขึ้นจะทำให้ลูกค้าเกิดความชื่นชม ประทับใจ ผู้กพื้นที่จะมาใช้บริการต่อ ให้คำชมเชย ซึ่งจะเป็นกำลังใจหล่อเลี้ยงคนทำงานให้ดียิ่งขึ้น



Canadian Council on Health Service Accreditation ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพไว้ด้วยแผนภูมิข้างบน ซึ่งมีความหมายว่าเป็นการดูแลโดยมุ่งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เน้นการปรับปรุงกระบวนการอย่างไม่หยุดยั้งเพื่อให้ได้คุณภาพที่เป็นเลิศ

มิติต่างๆของคุณภาพนั้นประกอบด้วย

1. Competency คือความรู้และทักษะของผู้ให้บริการซึ่งเหมาะสมกับการบริการดูแลผู้ป่วย และมีระบบการประเมินอย่างสม่ำเสมอ
2. Acceptability คือการที่กิจกรรมต่าง ๆ นั้นตอบสนองความต้องการ (need) และความคาดหวัง (expectation) ของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้บริการ และผู้จ่ายเงิน
3. Effectiveness คือผลของการรักษาหรือบริการนั้นทำให้เพิ่มอัตราการรอดหรือเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
4. Appropriateness คือการให้บริการที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่มีน้ำหนักความน่าเชื่อถือสูง
5. Efficiency คือการใช้ทรัพยากร (เวลา การทดสอบ เครื่องมือ สถานที่) ที่น้อยที่สุดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ
6. Accessibility คือการให้บริการในสถานที่ที่ถูกต้องและในเวลาที่เหมาะสม
7. Safety คือการหลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยงต่างๆที่มีโอกาสเกิดขึ้น และมีการอธิบายโอกาสเหล่านั้นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

นอกจากนี้แล้ว บางท่านยังได้เพิ่มมิติของความเท่าเทียมกัน (equity) และความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (continuity) เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพด้วย

ขอให้พิจารณาว่ามิติเหล่านี้ทำให้เราสามารถกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพได้ง่ายขึ้นหรือไม่

2

ทำไมต้องพัฒนาคุณภาพ

- ผู้ป่วยและประชาชนพูดว่าอย่างไร
- ผู้ให้บริการพูดว่าอย่างไร
- ผู้บริหารพูดว่าอย่างไร
- ผู้จ่ายเงินพูดว่าอย่างไร



อะไรเป็นเหตุผลสำคัญที่สุด
ที่ทำให้เราต้องพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:06

ต่อคำถามว่าทำไมต้องพัฒนาคุณภาพ ผู้เกี่ยวข้องแต่ละฝ่ายอาจจะมีมุมมองที่แตกต่างกัน ขอให้ท่านทบทวนว่าท่านเคยได้ยินคำพูดของคนเหล่านี้ว่าอย่างไร

1. ผู้ป่วยและสังคม
2. ผู้ให้บริการ
3. ผู้บริหาร
4. ผู้จ่ายเงิน

ท่านคิดว่ามุมมองหรือความเห็นของคนทั้ง 4 กลุ่มนี้มีอะไรที่เหมือนกัน มีอะไรที่แตกต่างกัน อะไรเป็นเหตุผลที่มีน้ำหนักมากที่สุดที่โรงพยาบาลจะต้องดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

คำพูดจากผู้ป่วย/ประชาชน

- ไป รพ.รัฐกีรอนาน ไม่สะดวก ต้อนรับไม่ดี
- ไป รพ.เอกชนก็แพง ไม่รู้ว่าที่ตรงนั้นจำเป็นหรือไม่
- แพงก็ต้องยอม คุณภาพเขาน่าจะดี
- ตรวจหลายครั้งแล้วก็ยังไม่รู้ว่าเป็นอะไร ไม่รู้ว่าจะหายหรือไม่ ไม่รู้ว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร
- ต่างฝ่ายต่างโยนกลอง ไม่รู้จะให้เราฟังใคร
- คนไขหนักเข้าไปแล้วไม่ค่อยรอด ไม่น่าตายก็ยังไม่ตาย



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล BO1:07

คำกล่าวข้างต้นแสดงถึงความไม่พึงพอใจที่ประชาชนมีต่อระบบบริการสุขภาพ ทั้งในภาครัฐและเอกชน สะท้อนให้เห็นความไม่มีระบบหรือความด้อยคุณภาพในการจัดบริการ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้เป็นศูนย์กลางของการให้บริการ ไม่มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นซึ่งผู้ป่วยควรจะได้ทราบ ไม่มีการประสานงานกันเพื่อความราบรื่นในการให้บริการ

ประชาชนบางกลุ่มที่มีกำลังจ่ายถือเอาราคาค่ารักษาเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพ (ซึ่งอาจไม่เป็นความจริง)

เมื่อเกิดความผิดพลาดหรือความไม่เข้าใจกันเกิดขึ้น ผู้เสียหายเริ่มพึงพาอาศัยกระบวนการทางศาลเพื่อฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย เป็นภาวะที่ผู้ให้บริการไม่ปรารถนา



สภาพในโรงพยาบาล

- ไม่มีระบบตรวจสอบตนเอง ไม่รู้ปัญหา
- รู้ปัญหา แต่ไม่มีเวทีให้ปรับปรุงแก้ไข
- พยายามพัฒนา แต่จำกัดในวิชาชีพ/หน่วยงานของตนเอง
- ตอบสนองความต้องการของผู้บริหาร มากกว่าผู้ป่วย
- ขาดการนำความรู้ที่ทันสมัยมาใช้อย่างเหมาะสม

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:08

เมื่อย้อนมาดูในโรงพยาบาลต่างๆ จะพบสภาพซึ่งอธิบายปัญหาความด้อยคุณภาพได้ดังนี้

1. โรงพยาบาลบางแห่ง**ไม่มีระบบการตรวจสอบตนเอง** ทำให้ไม่รู้ว่ามีปัญหาหรือข้อบกพร่องอยู่ตรงไหน เมื่อเกิดปัญหาขึ้นก็ไม่มีระบบรายงานที่เหมาะสม ไม่มีบรรยากาศหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่จะให้ผู้ป่วยหรือผู้เสียหายมาบอกเล่าให้โรงพยาบาลทราบ
2. โรงพยาบาลบางแห่ง**รู้ว่ามีปัญหาอะไรเกิดขึ้นบ้าง แต่ไม่มีเวทีให้ผู้เกี่ยวข้องมาร่วมกันหาหนทางแก้ปัญหา** ผู้ที่รู้ปัญหาไม่มีช่องทางที่จะสื่อให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ หรือเมื่อผู้เกี่ยวข้องรับทราบแล้วก็ไม่มีแรงจูงใจที่จะแก้ปัญหา
3. โรงพยาบาลบางแห่งมีความพยายามในการที่จะแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น แต่ความพยายามนั้น**จำกัดขอบเขตอยู่เฉพาะภายในหน่วยงานหรือภายในแต่ละวิชาชีพ** ไม่ได้มีการประสานความร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงระบบงานให้เหมาะสม หรือไม่สามารถแก้ปัญหาที่สาเหตุรากเหง้าได้
4. การแก้ปัญหาอาจจะเป็นการ**ตอบสนองความต้องการของผู้บริหารมากกว่าผู้ป่วยและลูกค้า** ผู้ป่วยกลายเป็นลูกค้าอันดับสองแทนที่จะเป็นลูกค้าที่สำคัญที่สุด และขาดความต้องการของการพัฒนาเนื่องจากผู้ปฏิบัติงานรอดูความต้องการของผู้บริหารเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง
5. ความรู้และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปไม่ได้รับการนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เป็นการเสียโอกาสและด้อยประสิทธิภาพ กล่าวคือ **ไม่ได้ทำในสิ่งที่ควรทำ หรือ ทำในสิ่งที่ไม่ควรทำ**

รพ.ของท่านน่าไว้วางใจเพียงใด

- ถ้าญาติของท่านเจ็บป่วยฉุกเฉินต้องนำมารักษาที่ รพ.นี้ ท่านมีความมั่นใจว่าญาติของท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมเพียงใด
- ท่านคิดว่า รพ.ที่ท่านทำงานอยู่ แก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ดีเพียงใด
- ท่านคิดว่า รพ.ที่ท่านทำงานอยู่ทำให้ผู้ป่วยได้รับ ความพึงพอใจเพียงใด
- ถ้าท่านอยู่ในโรงเรียนแพทย์ ท่านคิดว่า รพ.ของท่าน สร้างตัวอย่างสำหรับนักศึกษาได้ดีเพียงใด



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:09

เมื่อกล่าวถึงความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพ วิธีการที่ดีที่สุดคือการเปรียบเทียบให้ตัวเองหรือญาติของเราเป็นลูกค้า ว่าเราจะมีคามมั่นใจเพียงใด ด้วยความที่เราเห็นจุดอ่อนในระบบ จะทำให้เรามีความมั่นใจน้อยกว่าผู้ป่วยทั่วไปเสมอ และจากจุดนี้จะกระตุ้นให้เราต้องหันมาใส่ใจกับระบบงานที่เป็นอยู่ของ รพ.

หากเป็นสถาบันการศึกษา ภารกิจในการสร้างแบบอย่างให้กับคนรุ่นใหม่ เป็นการชักจูงให้สถาบันเหล่านั้นใส่ใจกับคุณภาพบริการควบคู่ไปกับคุณภาพการศึกษา และประสานการพัฒนาคุณภาพทั้งสองส่วนไปด้วยกัน

เราทำงานภายใต้ความเสี่ยง

■ แหล่งที่มาของความเสี่ยง

- ฝังอยู่ในตัวระบบ
- ตัวเราเอง

■ ทำไม

- ไม่มีการตรวจสอบระบบ
- ไม่มีการตรวจสอบตัวเอง





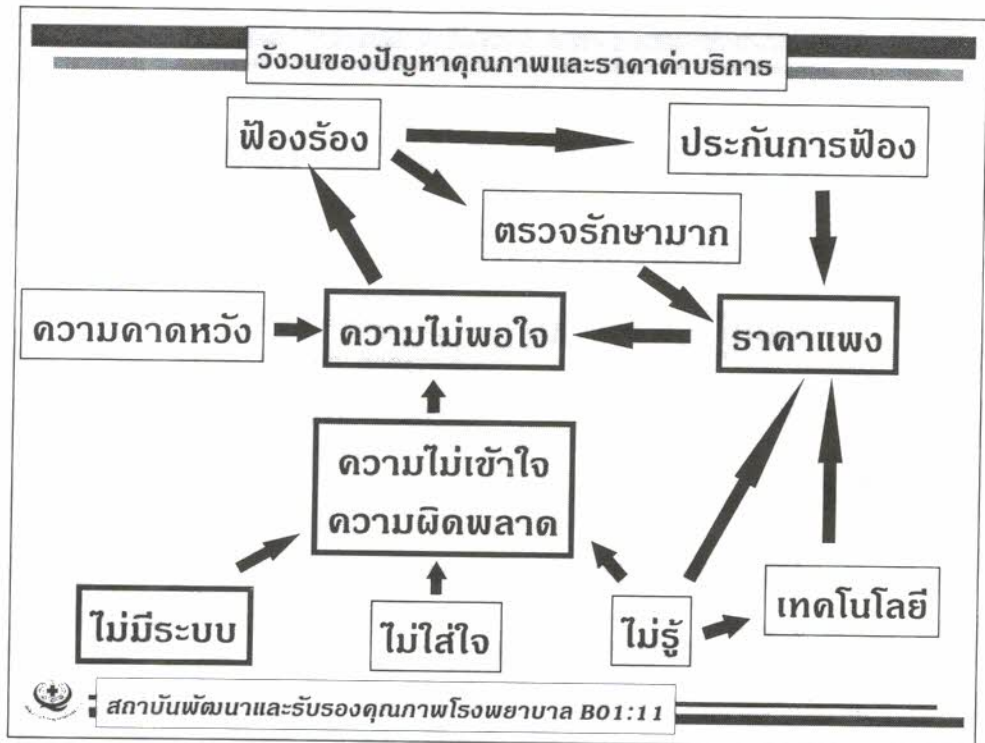
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:10

โรงพยาบาลเป็นแหล่งสะสมความเสี่ยง ความเสี่ยงคือโอกาสที่จะประสบกับการบาดเจ็บ/เสียหาย (harm) เหตุร้าย (hazard) อันตราย (danger) และความไม่แน่นอน (uncertainty)

เราอาจจำแนกความเสี่ยงออกได้เป็น 4 ประเภท คือ

1. ความเสี่ยงด้านกายภาพ เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับร่างกายของผู้ป่วย
2. ความเสี่ยงด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น การทำให้เสียหน้า รู้สึกสับสน คาดเดาไม่ได้ ไม่เป็นส่วนตัว
3. ความเสี่ยงด้านสังคม ได้แก่ การละเมิดสิทธิผู้ป่วย การรักษาความลับ การจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย
4. ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสีย ความกำกวม

แหล่งที่มาของความเสี่ยงนั้นมีอยู่ทั้งในตัวระบบและที่ตัวผู้ปฏิบัติงาน ความเสี่ยงในตัวระบบหมายถึงการที่ไม่มีระบบตรวจสอบที่ดี ไม่มีการวัดระดับของปัญหา ความเสี่ยงในตัวผู้ปฏิบัติงานคือความประมาทหรือละเลยต่อแนวทางปฏิบัติที่ได้มีการกำหนดไว้



แผนภูมินี้แสดงให้เห็นวงจรของปัญหาความขัดแย้งและความไม่พอใจ ความไม่พอใจต่อบริการที่ได้รับเป็นแกนหลักของปัญหา ซึ่งอาจเกิดจาก

1. ความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว
2. ราคาการรักษาที่สูง ยิ่งทำให้ความคาดหวังสูงขึ้น
3. ความไม่เข้าใจระหว่างลูกค้ากับผู้ให้บริการ หรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจริง

ผลของความไม่พอใจนำไปสู่การฟ้องร้อง การร้องเรียน ตามช่องทางต่างๆ ซึ่งอาจนำมาสู่การมีระบบประกันการฟ้องร้อง หรือทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจรักษามากเกินจำเป็นเพื่อปกป้องคำร้องเรียนที่จะเกิดขึ้นภายหลัง ลักษณะดังกล่าวจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพต้องเพิ่มสูงขึ้นโดยไม่จำเป็น และไม่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ แต่กลับบ่อนทำลายเศรษฐกิจของสังคมดังเช่นประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างอเมริกากำลังประสบอยู่

การป้องกันสภาวะดังกล่าวจะต้องกลับมาตรวจสอบที่สาเหตุ และพยายามลดหรือขจัดสาเหตุ สาเหตุของความไม่เข้าใจหรือความผิดพลาด อาจเกิดจาก

1. การไม่มีระบบ ไม่มีการกำหนดมาตรฐานการทำงาน
 2. การไม่ใส่ใจต่อระบบที่กำหนดไว้ ไม่มีการปฏิบัติตาม
 3. ความรู้ที่ไม่เพียงพอ ก้าวไม่ทันการเปลี่ยนแปลงของวิทยาการและเทคโนโลยี
- ทั้งหมดนี้คือสิ่งที่ใช้ต้นทุนน้อยกว่าการแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาขึ้นแล้ว

3

ปัญหาการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา

- อยู่ภายใต้กระบวนการทัศน์ของการควบคุม ตรวจสอบ
- ขาดวัฒนธรรมของการเรียนรู้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
- เน้นการตอบสนองผู้ให้บริการมากกว่าลูกค้า
- มองว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากตัวบุคคลมากกว่าระบบงาน
- ใช้ความรู้สึกมากกว่าข้อมูล/ข้อเท็จจริง
- ขาดการประสานและร่วมมือระหว่างหน่วยงาน
- ผู้บริหารไม่ได้แสดงบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนจริงจัง
- ขาดเป้าหมายระยะยาวขององค์กรซึ่งทุกคนมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ
อะไรคือปัญหาหลักในองค์กรของท่าน ?



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:12

ปัญหาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ผ่านมามักจะเกิดจากวิธีการคิดที่ไม่เอื้อต่อการสร้างความร่วมมือในการพัฒนา ดังนี้

1. การใช้กระบวนการทัศน์ของการควบคุมและตรวจสอบ สร้างความหวาดกลัว การติดอยู่กับวิธีการคิดแบบเดิมๆ ไม่มีการสร้างนวัตกรรม ผู้ปฏิบัติงานไม่กล้าที่จะเสนอแนะความคิดเห็น
2. ขาดวัฒนธรรมของการเรียนรู้และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง มีการมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์มากกว่ากระบวนการทำงานร่วมกัน จึงนำไปสู่ความขัดแย้งในทีมมากกว่าที่จะเกิดการเรียนรู้ว่าจะทำงานร่วมกันอย่างราบรื่นในหมู่สมาชิกที่มีความเห็นแตกต่างกันได้อย่างไร ไม่มีการนำความผิดพลาดหรือความล้มเหลวที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์เพื่อหาจุดอ่อนและแสวงหาวิธีการทำงานใหม่
3. ตอบสนองผู้ให้บริการมากกว่าลูกค้า ระบบต่างๆที่กำหนดขึ้นเป็นไปเพื่อความสะดวกสบายในการทำงานของผู้ให้บริการ ทำให้เกิดความยุ่งยากสับสนหรือไม่สะดวกสำหรับผู้ป่วย
4. มองว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากตัวบุคคลมากกว่าระบบงาน เมื่อเกิดปัญหามักจะถามว่า "ใครทำ" เป็นเหตุให้ไม่ได้รับความร่วมมือในการแก้ปัญหา และไม่พยายามแก้ปัญหาคือตัวระบบ ผู้ปฏิบัติงานกลายเป็นเหยื่อของระบบซึ่งไม่มีการตรวจสอบ
5. ใช้ความรู้สึกมากกว่าข้อมูล/ข้อเท็จจริง ทำให้หาข้อสรุปได้ยาก เกิดความขัดแย้งบ่อย และไม่สามารถแก้ปัญหาที่ตรงจุดได้
6. ขาดการประสานงานและร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดจากการส่งมอบงานระหว่างหน่วยงานหรือปัญหาการประสานงานระหว่างวิชาชีพได้
7. ผู้บริหารไม่ได้แสดงบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนอย่างจริงจัง ทำให้ขาดการรวมพลังเพื่อการเปลี่ยนแปลง หรือผู้บริหารเองอาจจะเป็นอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลง
8. ขาดเป้าหมายระยะยาวขององค์กร สมาชิกในองค์กรไม่รู้ว่าจะองค์กรของตนมีคุณค่าอะไรต่อสังคม มองไม่เห็นทิศทางหรือเป้าหมายในอนาคต จึงขาดความตื่นตัวที่จะร่วมมือในการเปลี่ยนแปลง

เป้าหมายการพัฒนาคุณภาพ

- **ง่าย** (สำหรับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน)
- **มัน** (ผู้ปฏิบัติงานมีความสุขและสนุกกับงาน ได้รับบริการ empower เพื่อแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง)
- **ดี** (ไม่มีปัญหา ลูกค้าพอใจ ได้มาตรฐาน)
- **เห็นตัวเอง** (มีระบบ monitoring & feedback)
- **โปร่งใส** (พร้อมที่จะให้คนภายนอกมาดู)



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:13

เพื่อตอบคำถามว่าจะทราบได้อย่างไรว่าการพัฒนาคุณภาพที่ทำอยู่นั้นถูกทิศทางหรือไม่ หลักเกณฑ์ต่อไปนี้จะช่วยให้คำตอบได้

1. **ง่าย** (simple) พัฒนาแล้วควรจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานง่ายขึ้น ผู้ป่วยเข้ารับบริการง่ายขึ้น มีการตัดขั้นตอนในการทำงานให้น้อยลง หรือมีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้โดยไม่ต้องมีคนมาคอยตรวจสอบ การเดินทางไปยังจุดต่างๆ เพื่อรับบริการของผู้ป่วยควรมีให้น้อยที่สุด มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในลักษณะที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ
2. **มัน** (enjoy) การพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืนคือการที่ผู้ปฏิบัติงานทำงานอย่างมีความสุขและสนุกกับสิ่งที่เกิดขึ้น การทำให้แต่ละคนเห็นคุณค่าในตัวเอง การมีผู้ช่วยเหลือ (facilitator) การเปิดโอกาสให้ทดลองความคิดใหม่ๆ การยกย่องความพยายามของทีม เป็นปัจจัยสำคัญที่จะให้เกิดความมัน
3. **ดี** (good quality) คือการได้ผลลัพธ์คุณภาพตามคำจำกัดความที่ได้อธิบายไว้แล้วว่า ไม่มีปัญหา ลูกค้าพอใจ ได้มาตรฐาน สานคุณภาพชีวิต/สานสู่ความเป็นเลิศ
4. **เห็นตัวเอง** (self check) มีการกำหนดระบบและเครื่องชี้วัดที่จะตรวจสอบการทำงานของตนเอง พร้อมทั้งสะท้อนข้อมูล (feed back) ให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบ การเห็นตัวเองจะนำไปสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
5. **โปร่งใส** (transparency) เมื่อพัฒนาไปถึงระดับที่มีความมั่นใจว่าบริการมีคุณภาพปราศจากความเสี่ยง เกิดความพร้อมที่จะให้บุคคลภายนอกมาดูและให้ข้อเสนอแนะ นั่นเป็นจุดที่อาจเรียกได้ว่าเรารับรองตัวเองในขั้นแรก เป็นแนวคิดพื้นฐานสำคัญของ Hospital Accreditation

4

แนวคิด TQM/CQI

TQM คือ
การเอา ทีม มาปรับปรุง ระบบ
เพื่อแก้ปัญหของ ลูกค้า



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:14

TQM หรือ Total Quality Management เป็นแนวคิดและปรัชญาการพัฒนาคุณภาพที่เป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน

ถ้าจะจำได้ง่าย คำสำคัญของ TQM มี 3 คำ คือ ทีม ระบบ และลูกค้า

***TQM (Total Quality Management)/
CQI (Continuous Quality Improvement)***

**เป็นการประยุกต์ ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์
ในการปรับปรุง ระบบงาน ขององค์กร
เพื่อตอบสนองความต้องการของ ลูกค้า
ด้วยความร่วมมือของทีมงานและฝ่ายบริหาร**



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล BO1:15

ขยายความให้ละเอียดขึ้น

ทีม รวมความทั้งผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ภายในวิชาชีพ ระหว่างวิชาชีพ และผู้บริหาร

การปรับปรุงระบบนั้นจะต้องประยุกต์ระเบียบวิธีการทางวิทยาศาสตร์ นั่นคือการใช้กระบวนการแก้ปัญหา และการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูล

ทั้งหมดเป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า

Total ใน TQM

■ **คน:**

- ทุกคน ทุกหน่วย ทุกระดับ
- ร่วมมือเป็นทีมในหน่วย ระหว่างหน่วย ระหว่างวิชาชีพ
- ร่วมมือระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติ

■ **งาน:**

- ทุกระบบ ทุกขั้นตอน

■ **ลูกค้า:**

- ทุกคน ทุกความต้องการ

■ **สรุป:**

- ครอบคลุมหัวใจ



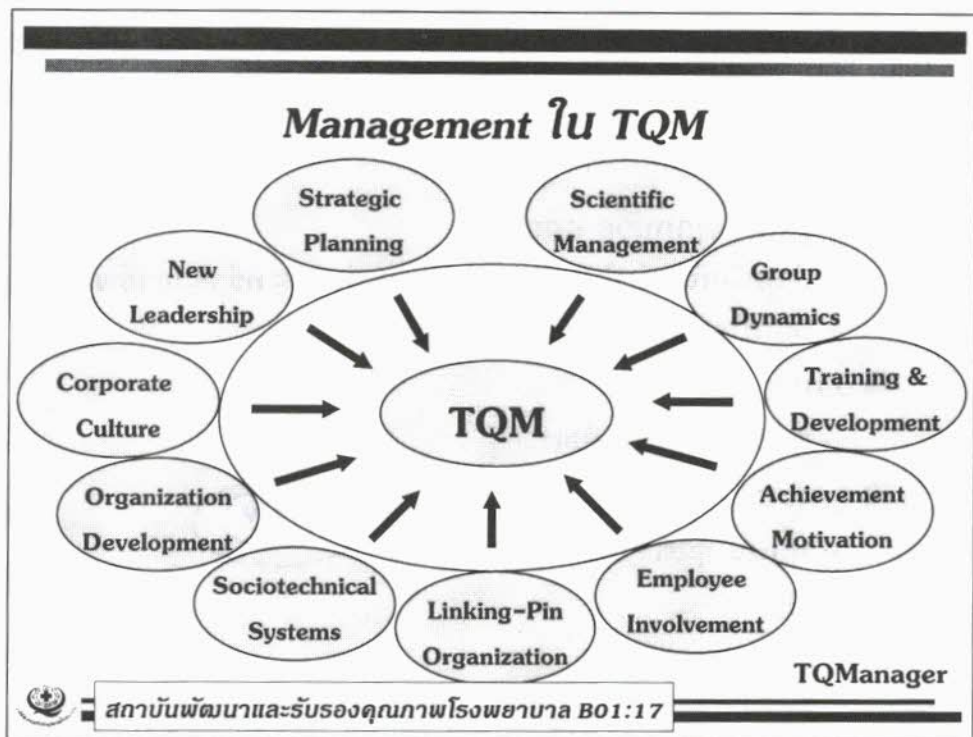


สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:16

คำว่า Total ใน TQM อาจมองได้หลายลักษณะดังนี้

1. Total ในเรื่อง**คน** หมายถึง ทุกคน ทุกหน่วยงาน ทุกระดับ มาร่วมมือทำงานเป็นทีมทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ มีความร่วมมือที่ดีระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงาน
2. Total ในเรื่อง**งาน** แนวคิดเดิมของอเมริกานั้นจะเน้นคุณภาพที่การผลิตและบริการ เมื่อมาถึงญี่ปุ่นได้ขยายแนวคิดออกไปว่าคุณภาพจะต้องเกี่ยวข้องกับกระบวนการทุกอย่าง ตั้งแต่การออกแบบไปถึงการตลาด Total ในเรื่องงานจึงหมายถึงคุณภาพของทุกระบบงานและทุกขั้นตอนในการทำงาน
3. Total ในเรื่อง**ลูกค้า** หมายถึงการใส่ใจต่อลูกค้าทุกคน ทุกกลุ่ม และเก็บเอาความต้องการทั้งหมดของลูกค้ามาพิจารณาว่าจะสามารถตอบสนองได้อย่างไร

โดยสรุป อาจกล่าวได้ว่า Total คือการคำนึงถึงคุณภาพทุกลมหายใจเข้าออก



นวัตกรรมด้านการบริหารมักจะเกิดขึ้นต่างกรรมต่างวาระ ซึ่งผู้บริหารมีแนวโน้มที่จะรับเอามาปฏิบัติที่ละเรื่องแล้วก็เลิกไป. TQM นำเอาแนวคิดต่างๆ ทั้งหลายเหล่านี้มาปฏิบัติพร้อมๆ กัน. หลายท่านจึงเกิดความสับสน คิดว่า TQM เป็นสิ่งที่รู้อยู่แล้ว ปฏิบัติอยู่แล้ว เห็นแล้วว่าไม่ได้ผล โดยไม่ได้ตระหนักว่า TQM เน้นที่การนำมาใช้พร้อมๆ กัน.

1. Scientific management สอนให้เลือกวิธีการทำงานที่ดีที่สุดโดยการวัด เวลา การเคลื่อนไหว และผลลัพธ์
2. Group dynamics สอนให้เรานำพลังของกลุ่มมาใช้ในการแก้ปัญหา
3. Training & development ทำให้เราเข้าใจว่าผู้คนเรียนรู้กันอย่างไร และจะออกแบบการสร้างกระบวนการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ได้อย่างไร
4. Achievement motivation theory ทำให้เราตระหนักในความพึงพอใจที่ได้รับจากการประสบความสำเร็จอย่างใดอย่างหนึ่ง
5. Employee involvement ทำให้เราเห็นว่าผู้คนจะมีความรู้รอบรู้หนวมากขึ้นเมื่อพวกเขาสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานของตนและขององค์กรได้
6. Linking-pin organization สอนให้เราเข้าใจองค์กรประกอบด้วยทีมจำนวนมากซึ่งซ้อนกันอยู่ โดยที่หัวหน้าแต่ละคนเป็นผู้นำของทีมหนึ่ง และไปเป็นสมาชิกของทีมหนึ่ง
7. Sociotechnical Systems ทำให้เรามองเห็นองค์กรเป็นระบบที่ทุกส่วนมีความพึ่งพาอาศัยกัน
8. Organization development สอนให้เราคิดถึงการเปลี่ยนแปลงและวิธีการที่จะทำให้องค์กรโดยรวมค้นหาและวินิจฉัยปัญหาของตนเอง พร้อมกับเรียนรู้ที่จะปรับปรุง
9. Corporate Culture ทำให้เราตระหนักในพลังของความเชื่อที่จะมีผลต่อการตัดสินใจและการทำงาน
10. New leadership theory สอนให้รู้ความแตกต่างระหว่างการนำและการบริหาร ความสำคัญของวิสัยทัศน์ ความไว้วางใจ และ empowerment ในการระดมพลังของผู้คน
11. Strategic planning เป็นเทคนิคโยให้เราวาดแผนที่ของสิ่งแวดล้อมขององค์กร และวางแผนพัฒนาอย่างเป็นระบบ

TQM/CQI

- **ใคร:**
 - ทุกคนมีความมุ่งมั่น ร่วมมือทำงานเป็นทีม
- **ทำอะไร:**
 - ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และความคิดสร้างสรรค์
 - ปรับปรุงระบบงานขององค์กร
- **เพื่ออะไร:**
 - ประโยชน์ของผู้ป่วยและลูกค้า
 - องค์กร เรียนรู้ เป็นเลิศ อยู่รอด
- **ในสิ่งแวดล้อมอย่างไร:**
 - มีเป้าหมายร่วมกัน, ได้รับการ empower,
 - มีวัฒนธรรมของการเรียนรู้และพัฒนาไม่หยุดยั้ง





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:18

การอธิบายความหมายของ TQM ด้วยการตอบคำถามว่า ใคร ทำอะไร เพื่ออะไร ในสิ่งแวดล้อมอย่างไร ทำให้เกิดความเข้าใจได้ลึกซึ้งขึ้น

ใคร คือทุกคนมีส่วนร่วม ทุกคนจะต้องมีความมุ่งมั่น และมาร่วมมือกันทำงานเป็นทีม

ทำอะไร นอกจากจะใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์หรือ PDCA cycle แล้ว ยังจะต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานขององค์กรอีกด้วย

เทคนิคที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพจึงมีทั้งส่วนที่เป็นด้านแข็ง (กระบวนการทางวิทยาศาสตร์/ข้อมูล/สถิติ) และด้านอ่อน (การสร้างทีม/การบริหารจัดการ/ความคิดสร้างสรรค์)

เพื่ออะไร เป้าหมายของการพัฒนาต้องคำนึงถึงทั้งประโยชน์ของผู้ป่วย/ลูกค้าแล้ว และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับองค์กร ในส่วนขององค์กรนั้นคือการมุ่งไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) การให้บริการที่เป็นเลิศ (excellency) ซึ่งจะนำไปสู่ความอยู่รอดขององค์กรในระยะยาวอีกด้วย

ในสิ่งแวดล้อมอย่างไร จะต้องมีเป้าหมายร่วมกัน ผู้ปฏิบัติงานได้รับการ empower ให้มีความรู้และอำนาจในการตัดสินใจแก้ปัญหาหรือปรับปรุงงานในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบ และองค์กรมีวัฒนธรรมของการเรียนรู้และพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง



แผนภูมินี้แสดงให้เห็นความหมายของ TQM โดยเน้นที่ผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง และล้อมรอบอยู่ภายนอกด้วยการมีเป้าหมายร่วมกัน มีวัฒนธรรมองค์กรที่เปลี่ยนไป

TQM/CQI: หลักการ

- ลูกค้าสำคัญที่สุด Customer Focus
- จุดความฝันร่วมกัน Common Vision
- ทีมงานสัมพันธ์ Teamwork & Empowerment
- มุ่งมั่นกระบวนการ Process Improvement
- สานด้วยอริยสัจสี่ Problem Solving Process
- ดีที่ผู้นำ Leadership Support
- ทำดีไม่หยุดยั้ง Continuous Improvement

ประเด็นใดที่ท่านคิดว่ายากที่สุดในการนำไปปฏิบัติ?



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:20

สรุปความหมายและหลักการเป็นคำที่คล้องจองกันเพื่อให้ง่ายแก่การจดจำ

1. **ลูกค้าสำคัญที่สุด** (customer focus) เพราะลูกค้าเป็นเป้าหมายหรือเหตุผลที่ต้องมีหน่วยงานของเรา ระดับของคุณภาพอยู่ที่ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของลูกค้า หน้าที่ของเราคือการค้นหาและตอบสนองความต้องการของลูกค้า
2. **จุดความฝันร่วมกัน** (common vision) เป็นการรวมพลังเพื่อการสร้างสรรค์ สมาชิกมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนไปสู่เป้าหมายดังกล่าว
3. **ทีมงานสัมพันธ์** (teamwork & empowerment) ทุกคนต่างพึ่งพิงกันในการทำงาน คุณภาพไม่ได้เกิดจากผลงานของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เกิดจากการประสานความพยายามของผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติงานจะต้องได้รับการเสริมพลังด้วยการฝึกอบรม ข้อมูล และโอกาส เพื่อนำศักยภาพของตนมาใช้อย่างเต็มที่
4. **มุ่งมั่นกระบวนการ** (process focus) เป็นการมองว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากระบบงานที่ไม่รัดกุม การพัฒนาคุณภาพคือการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีความรัดกุม ง่ายในการปฏิบัติ เป็นการสร้างระบบเพื่อปกป้องคุ้มครองให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ดีที่สุด
5. **สานด้วยอริยสัจสี่** (problem solving process) เป็นการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์หรืออริยสัจสี่มาใช้ปรับปรุงกระบวนการ เริ่มด้วยการวิเคราะห์สภาพปัญหา การวิเคราะห์สาเหตุ การวิเคราะห์หนทางในการแก้ปัญหา การทดสอบทางเลือกและนำมาปฏิบัติเป็นมาตรฐาน
6. **ดีที่ผู้นำ** (leadership support) ผู้นำมีบทบาทสำคัญในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เป็นการนำโดยใช้อุดมการณ์ร่วมกัน ผู้นำทุกระดับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ควบคุมและสั่งการเป็นโค้ช
7. **ทำดีไม่หยุดยั้ง** (continuous improvement) มองหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ไม่พอใจกับระดับคุณภาพที่เป็นอยู่

แนวคิดร่วมสมัย

- ใส่ใจต่อความต้องการของลูกค้า
- ปรับปรุง กระบวนการ/วิธีการทำงาน ไม่สิ้นสุด
 - ไม่พอใจกับสภาพปัจจุบัน, ไม่กล่าวโทษตัวบุคคล
- เสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงาน
 - ผู้ปฏิบัติงานรู้ปัญหาดีที่สุด
 - สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจเชื่อใจแทนการควบคุม
- การนำด้วยอุดมการณ์
- มาตรฐานวิชาชีพ สมดุลระหว่าง evidence-based และ ประสบการณ์



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล BO1:21

การพัฒนาคุณภาพจะต้องเริ่มด้วยการมีสัมมาทิฐิหรือการเห็นชอบ คือมีกระบวนการที่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำงานและการพัฒนาคุณภาพ อาจเรียกได้ว่าเป็นแนวคิดการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย ได้แก่

1. ใส่ใจต่อความต้องการของลูกค้า เปลี่ยนความคิดว่าผู้ป่วยไม่รู้อะไรต้องให้เราเป็นผู้ตัดสินใจแทน มาสู่ความคิดว่าลูกค้ารู้ว่าตนต้องการอะไร เราในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพมีหน้าที่นำความรู้มาตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพิจารณาทางเลือกต่างๆด้วย ถ้าเป็นไปได้

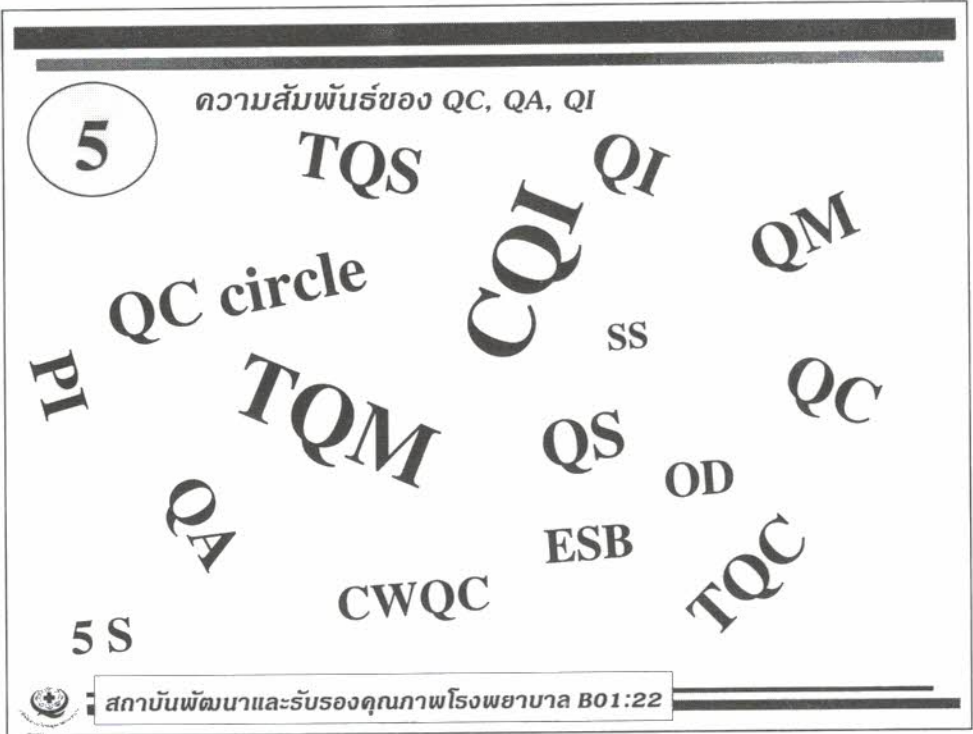
2. ปรับปรุงกระบวนการ/วิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง ไม่พอใจกับคุณภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เน้นการปรับปรุงระบบงานมากกว่าการกล่าวโทษตัวบุคคล

3. เสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงาน ด้วยการให้ความรู้ ให้ทักษะ ให้ข้อมูล และให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ตามความเหมาะสม

การเสริมพลังเริ่มด้วยการยอมรับว่าผู้ปฏิบัติงานคือผู้ที่รู้ปัญหาดีที่สุด หัวหน้าเป็นเพียงผู้สนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง และพร้อมให้การช่วยเหลือเมื่อเกินความสามารถ ค่อยๆถ่ายโอนอำนาจในการตัดสินใจจากผู้บริหารระดับสูง ลงไปสู่ผู้บริหารระดับกลางและผู้ปฏิบัติงาน สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจเชื่อใจ แทนที่จะเป็นการควบคุม สร้างความหวาดหวั่น หรือเกรงกลัว

4. การนำด้วยอุดมการณ์ เป็นการสร้างเป้าหมายร่วมกันให้ทุกคนพร้อมที่จะเดินไปสู่เป้าหมายนั้น โดยผู้นำทำตัวเป็นตัวอย่างและให้การสนับสนุน

5. มาตรฐานวิชาชีพ เป็นการนำความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือมาประสานเข้ากับประสบการณ์ของผู้ประกอบวิชาชีพ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีที่สุดและคุ้มค่าที่สุด



มีคำย่อที่ใช้มากมายเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ก่อให้เกิดความสับสน ทั้งที่คำเหล่านั้น
อาจจะมีความหมายไม่แตกต่างกันมาก

QC	Quality Control
QA	Quality Assurance= Assess + Correct/Prevent
QI	Quality Improvement
PI	Process Improvement/Performance Improvement
QM	Quality Management
CWQC	Company-wide Quality Control
TQC	Total Quality Control/Commitment
TQM	Total Quality Management
TQS	Total Quality Service
CQI	Continuous Quality Improvement

ความสับสนเรื่องคำ

- หลายคำมีความหมายเหมือนกัน
- บางคำมีทั้งจุดร่วมและจุดต่าง:
 - TQM & Reengineering
- สับสนจากการไม่ระบุให้ชัดเจน
 - QC, QC tools, QC circle
- คำเดียวกันมีความหมายต่างกัน
 - QA (USA): Negative Approach
 - QA (UK): Positive Approach



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:23

คำหลายคำที่มีความหมายเหมือนกัน เช่น TQM TQC TQS QI QM PI

TQM และ reengineering มีจุดร่วมกันตรงการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าด้วยการทำงานเป็นทีม แต่มีจุดต่างตรงความเร็วของการเปลี่ยนแปลง

คำว่า QC มีความหมายได้หลายประการ ซึ่งจะกล่าวต่อไป

คำว่า QA ในอเมริกามีความหมายไปในเชิงการจับผิดผู้คน แต่ในอังกฤษและยุโรปมีความหมายเชิงบวกว่าเป็นการประเมินและปรับปรุงคุณภาพ

ความหมายของ QC

■ **Statistical QC: Control Chart**

■ **Basic QC Tools: Flow Chart, Fishbone, Pareto Chart, Histogram, Scatter Diagram, Run Chart, Control Chart**

■ **QC Circle: กลุ่มคนซึ่งมาร่วมกันแก้ปัญหาในงานของตัวเองด้วยความสมัครใจ**

■ **JIS: มาตรการและเครื่องมือที่ออกแบบอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ผลผลิตและบริการซึ่งมีคุณภาพตามที่ผู้ซื้อต้องการ (เป็นความหมายที่กว้างที่สุดของ QC)**

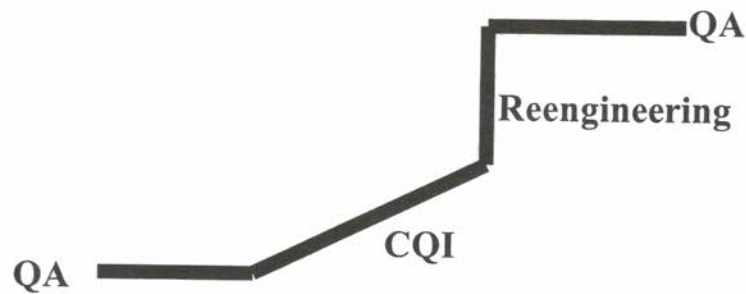


สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล BO1:24

คำย่อ QC อาจมีความหมายที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับว่าผู้ใช้งานกำลังพูดในบริบทอะไร ได้แก่

1. **การควบคุมคุณภาพด้วยเครื่องมือทางสถิติ (statistical quality control)** คือ การนำข้อมูลหรือเครื่องชี้วัดคุณภาพมาสร้างกราฟควบคุม (control chart) เพื่อศึกษาสถานการณ์ของระบบ แยกแยะว่าอะไรเป็นเหตุการณ์ผิดปกติ อะไรเป็นเหตุการณ์ปกติ ของระบบ เพื่อนำไปสู่การดำเนินการอย่างเหมาะสม
2. **มาตรฐานอุตสาหกรรมญี่ปุ่น (Japanese Industrial Standard-JIS)** หมายความว่า เป็นวิธีการและเครื่องมือที่เป็นระบบซึ่งออกแบบเพื่อสร้างผลิตภัณฑ์และบริการที่มีคุณภาพตามที่ผู้ซื้อต้องการ นั่นคือครอบคลุมเรื่องคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพทุกแง่มุม
3. **เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพพื้นฐาน (basic QC tools)** เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมและนำเสนอข้อมูลเพื่อการพัฒนาคุณภาพซึ่งเป็นที่รู้จักกันดี และยังมีที่ใช้อยู่ ผู้ที่ไม่เข้าใจแนวคิดเรื่องการพัฒนาคุณภาพมักจะมองการใช้เครื่องมือเหล่านี้ว่าเป็นของกลุ่ม QC ซึ่งไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร แท้ที่จริงแล้วความสำเร็จหรือความล้มเหลว อยู่ที่กลุ่มคนและประเด็นที่นำไปใช้แก้ปัญหา มิได้อยู่ที่ตัวเครื่องมือ
4. **กลุ่มสร้างคุณภาพงาน (QC circle)** เป็นกลุ่มคนซึ่งมาร่วมกันแก้ปัญหาในงานของตนเองด้วยความสมัครใจ

ลักษณะของกิจกรรมคุณภาพ



ปริทรรศน์ พันธบุรุษรงค์

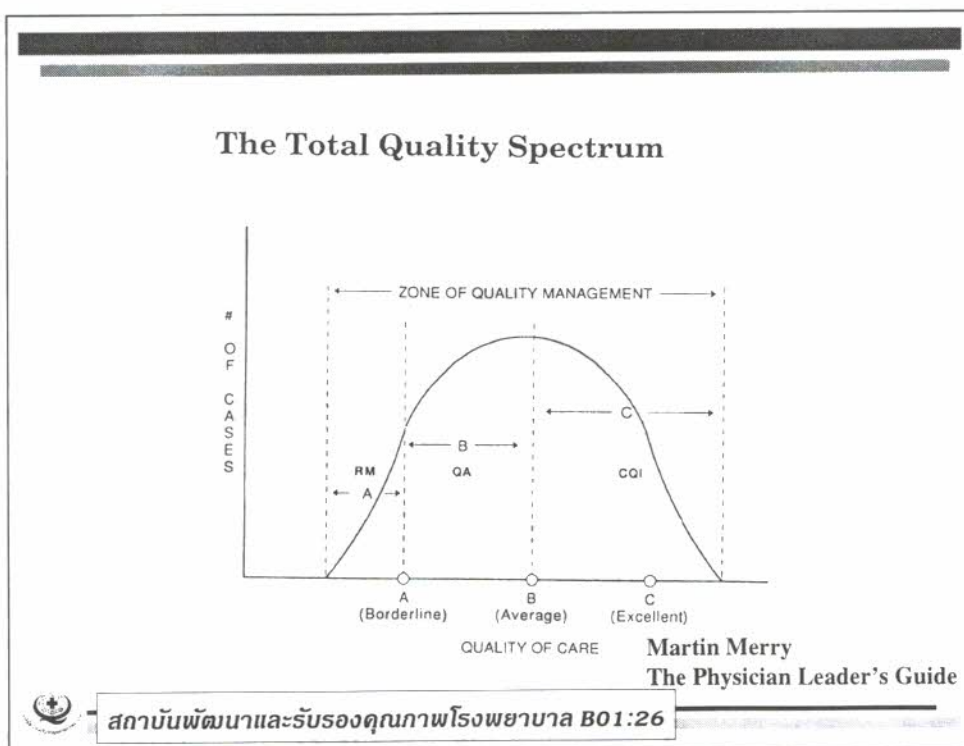


สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:25

ผลของการทำกิจกรรมคุณภาพมี 3 ประการคือ

1. การรักษาระดับคุณภาพให้สม่ำเสมอตามที่กำหนดไว้ (QA หรือ ISO9000)
2. การปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้นอย่างช้าๆ โดยถือว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ถูกต้อง อาศัยทีมงานเข้ามาร่วมกันปรับทุกทุกโอกาสที่เป็นไปได้ (Kaizen หรือ CQI)
3. การปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้นอย่างฉับพลันทันทีโดยใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย และเอาเป้าหมายสุดท้ายเป็นตัวตั้ง (re-engineering)

QA เป็นทั้งพื้นฐานเริ่มต้นสำหรับการพัฒนาคุณภาพ และเป็นเครื่องมือในการรักษาระดับคุณภาพที่ได้พัฒนามาแล้ว

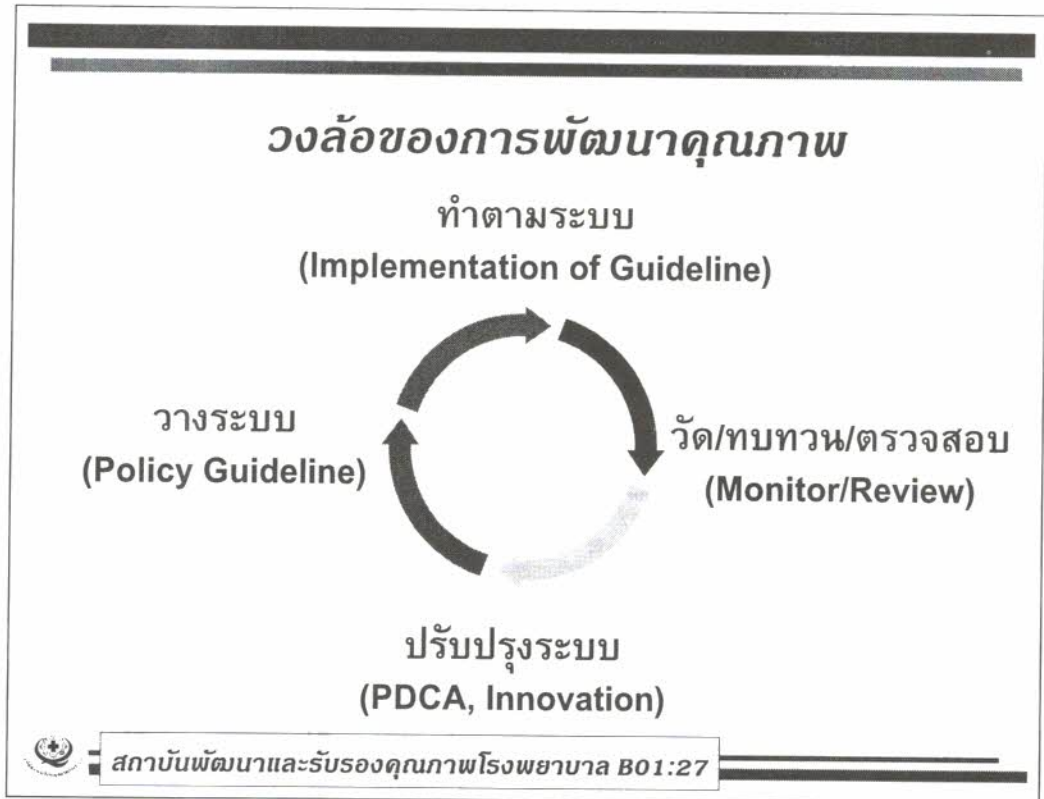


กิจกรรมคุณภาพอาจมองว่าเป็น spectrum ที่ต่อเนื่องกันระหว่าง การบริหารความเสี่ยง (risk management), การประกันคุณภาพ (quality assurance) และการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง (CQI) ขึ้นอยู่กับว่าในขณะนั้นมีปัญหาอยู่ในระดับใด

ถ้ามีปัญหาสูงมาก มีความเสี่ยงสูงและเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ก็ต้องใช้การบริหารความเสี่ยง

ถ้ามีปัญหาสูงกว่าค่าเฉลี่ย ก็ต้องใช้การประกันคุณภาพเพื่อลดระดับของปัญหาไม่ให้สูงกว่าค่าเฉลี่ย

ถ้าปัญหาลดต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ก็ต้องใช้การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งใจให้พัฒนาต่อไปสู่ความเป็นเลิศ



เมื่อพิจารณาองค์ประกอบสำคัญของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ จะพบว่ากิจกรรมทุกประเภทล้วนแต่มีองค์ประกอบร่วมกัน เพียงแต่อาจจะมีจุดเริ่มและจุดเน้นแตกต่างกัน เช่น

การประกันคุณภาพ (QA) เริ่มต้นด้วยการวางระบบ/เขียนคู่มือ/กำหนดมาตรฐาน/กำหนดเกณฑ์วัด ตามด้วยการทำตามระบบที่วางไว้ และมีการติดตามตรวจสอบ หากไม่เป็นไปตามสิ่งที่กำหนดไว้ก็ต้องดำเนินการแก้ไข

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) เริ่มต้นด้วยการตรวจสอบสิ่งที่ทำได้กับเป้าหมายหรือความต้องการของลูกค้า ซึ่งจะนำมาสู่การปรับปรุง และลงท้ายด้วยการวางระบบหรือมาตรฐานการทำงานใหม่ที่ดีกว่าเดิม

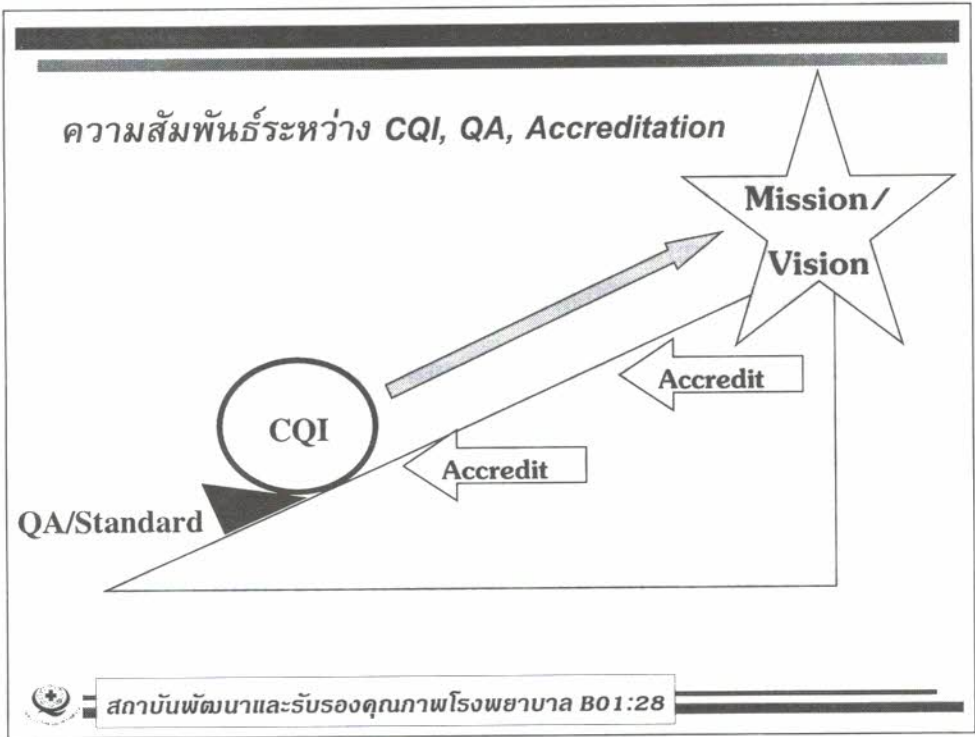
วงล้อนี้อาจจะเปรียบเทียบกับเป็น PDCA cycle วงใหญ่ก็ได้ การวางระบบคือ Plan การทำตามระบบคือ Do การวัด/ทบทวน/ตรวจสอบ คือ Check และการปรับปรุง คือ Act

จะเห็นว่าทั้ง QA และ CQI นั้น หมุนเป็นวงสลับกันไปตลอด และไม่อาจแยกจากกันได้

หรืออาจจะมองว่า QA และ CQI คือสิ่งที่ต้องมียู่ในระบบปกติ มีการวางระบบ การทำตามระบบ การวัด/ทบทวน/ตรวจสอบ เป็นตัวร่วม มีความแตกต่างกันเพียงในขั้นตอนของการแก้ไขหรือปรับปรุง หากสิ่งที่กำหนดหรือคาดหวังไว้เป็นสิ่งที่พอใจแล้ว เราก็จัดการแก้ไขหากไม่เป็นไปตามข้อกำหนดหรือความคาดหวัง นั่นคือ QA และหากเราคิดว่าแม้จะเป็นไปตามข้อกำหนดหรือความคาดหวังแล้ว แต่เรายังสามารถทำให้ดีกว่าที่เป็นอยู่ได้ นั่นคือ CQI

หากนำวงล้อนี้มาอธิบายกิจกรรม 5 ส. การสะอาดคือการปรับปรุง ซึ่งจะนำมาสู่การกำหนดมาตรฐานว่าควรมีอะไร อยู่ตรงไหน เท่าใด มีการปฏิบัติตามมาตรฐาน และมีการตรวจสอบเป็นระยะ

หากนำวงล้อนี้มาอธิบายกิจกรรมคุณภาพทางคลินิก การมี clinical practice guideline (CPG) คือการวางระบบ การนำ CPG มาปฏิบัติคือการทำตามระบบ การทำ peer review หรือ medical audit คือการทบทวน/ตรวจสอบ ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงหรือแก้ไข



คำถามที่ถูกถามบ่อยๆ ก็คือ QA, TQM/CQI, HA เหมือนกันหรือต่างกันอย่างไร

แผนภูมินี้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ดังกล่าว โรงพยาบาลกำหนดเป้าหมายขององค์กร (พันธกิจ/วิสัยทัศน์) ในอนาคตไว้ และวางยุทธศาสตร์ในการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว โรงพยาบาลจะต้องยกระดับคุณภาพของการบริการโดยใช้กลยุทธ์ TQM/CQI เพื่อให้เข้าใกล้เป้าหมายขององค์กร เมื่อพัฒนาไปแล้วก็ต้องมี QA หรือมาตรฐาน เข้ามารักษาระดับคุณภาพที่สูงขึ้น เปรียบเหมือนกับลิ้มที่รองรับวงล้อของการพัฒนาคุณภาพไว้ มิให้ถอยหลังกลับมามีตำแหน่งเดิม

ต่อคำถามว่า TQM/CQI กับ HA เหมือนกันหรือต่างกันอย่างไร อาจตอบได้ใน 2แง่มุม

หากพิจารณาในส่วนที่เป็นแนวคิดแล้ว ทั้ง TQM/CQI และ HA คือเรื่องเดียวกัน

หากพิจารณาในส่วนที่เป็นกระบวนการทำงานและความรับผิดชอบแล้ว TQM/CQI คือการพัฒนาคุณภาพบริการซึ่งเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาล HA คือส่วนต่อของการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่การประเมินและรับรองคุณภาพ ซึ่งเป็นหน้าที่ขององค์กรภายนอก

เนื่องจากการนำ HA มาใช้ในประเทศไทยเน้นกระบวนการพัฒนาคุณภาพมากกว่าการประเมินและรับรอง ถือว่าการประเมินและรับรองเป็นเพียงส่วนต่ออีกเล็กน้อยของการพัฒนาคุณภาพ เป็นเพียงการทำให้ผู้อื่นรับรู้ เป็นเพียงผลพลอยได้ของการพัฒนา จึงอาจกล่าวได้ว่า HA เป็นการทำให้เห็นรูปธรรมของการนำ TQM/CQI และ QA มาปฏิบัติในโรงพยาบาลอย่างมีทิศทาง โดยเน้นองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วน

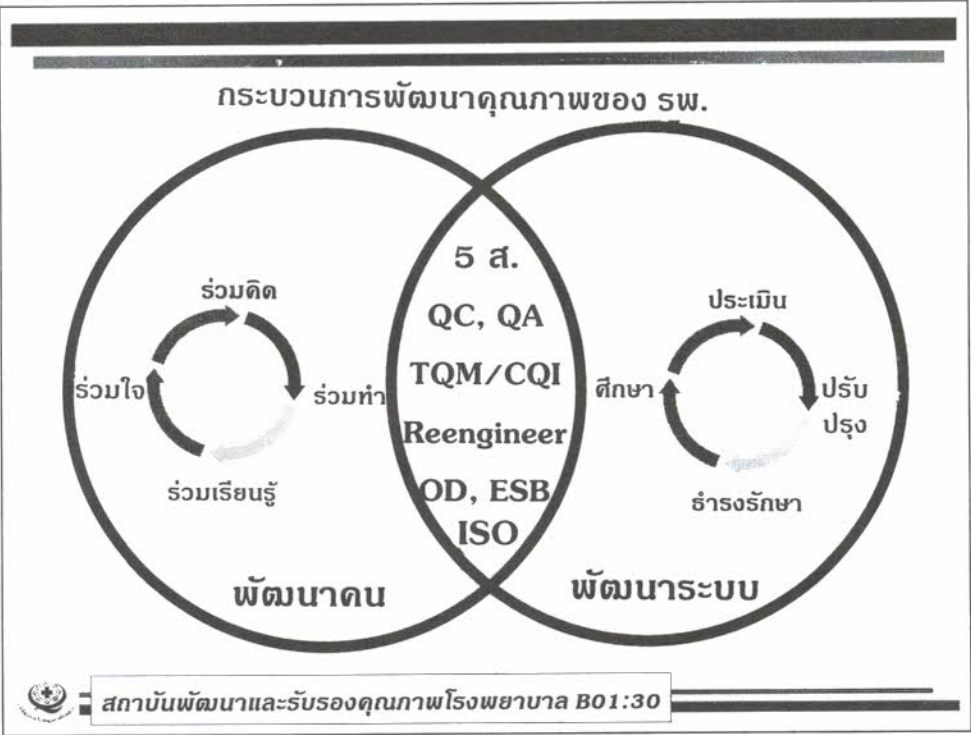
ในความหมายที่กว้าง QC, QA, CQI ล้วนใกล้เคียงกัน

- **QC:** มาตรการและเครื่องมือที่ออกแบบอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ผลผลิตหรือบริการที่มีคุณภาพในระดับที่ผู้ซื้อต้องการ (JIS)
- **QA:** การประเมิน แก้ไขปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รักษาระดับคุณภาพที่คาดหวังให้ได้ และยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติงานให้สูงขึ้นเมื่อมีโอกาส
- **CQI:** การนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ มาปรับปรุงกระบวนการหรือระบบงาน ที่เน้นเอาผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง ทำอย่างต่อเนื่องสู่เป้าหมายความเป็นเลิศ



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล BO1:29

ในความหมายที่กว้าง ทั้ง QC QA และ CQI ล้วนแต่มุ่งไปสู่เป้าหมายเดียวกัน คือปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ ส่วนที่แตกต่างกันจึงน่าจะเป็นเพียงรายละเอียดปลีกย่อย หรือจุดเน้นที่แตกต่างกัน สมควรที่จะสร้างความเชื่อมโยงและนำมาปฏิบัติ ร่วมกัน ถ้าเป็นไปได้



กระบวนการพัฒนาคุณภาพไม่ว่าจะเรียกว่าอะไร ล้วนส่งผลให้เกิดขึ้น 2 ประการคือ การพัฒนาคน และการพัฒนาระบบงาน

การพัฒนาคนเกิดจากการร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมเรียนรู้ผลของการกระทำ

การพัฒนาระบบเกิดจากการศึกษาระบบ ประเมินระบบ ปรับปรุงระบบ และธำรงรักษาสิ่งที่ปรับปรุงไว้

กระบวนการพัฒนาคุณภาพต่างๆ อาจจะมีจุดเน้นที่แตกต่างกันไปบ้าง เช่น OD อาจจะเน้นที่การพัฒนาคนมากกว่าการพัฒนาระบบงาน หรือ QA อาจจะเน้นที่การพัฒนาระบบงานมากกว่าการพัฒนาคน แต่หากเราสามารถนำแนวคิดการพัฒนาคนควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบงานมาใช้ จะเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง เพราะการเรียนรู้ที่ยิ่งใหญ่ที่สุดคือการเรียนรู้ผ่านการร่วมมือกันทำงาน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพคือกระบวนการเรียนรู้ของคนในองค์กร

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

- เราสับสนในกิจกรรมที่หลากหลายหรือไม่
- เราคิดว่ากิจกรรมเหล่านั้นมีจุดร่วมกันบ้างหรือไม่: ผู้ทำงาน, กลุ่มเป้าหมาย, วิธีการ, หลักการ
- การสร้างความเชื่อมโยงของกิจกรรมต่าง ๆ จะดีหรือไม่
- เราจะนำจุดร่วมเหล่านั้นมาสร้างความเชื่อมโยงของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพได้อย่างไร



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล BO1:31

โรงพยาบาลต่างๆ ได้ผ่านการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาอย่างหลากหลาย บางท่านเกิดความสับสน บางท่านเกิดความเบื่อหน่าย เพื่อไม่สามารถเชื่อมโยงแนวคิดของกิจกรรมต่างๆ เข้าด้วยกัน

ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมคุณภาพอะไร เราจะพบว่าตัวร่วมก็คือผู้ทำกิจกรรมซึ่งได้แก่ผู้ให้บริการและกลุ่มเป้าหมายซึ่งได้แก่ลูกค้า กิจกรรมเหล่านี้อาจจะมีวิธีการที่แตกต่างกันไปบ้าง แต่โดยหลักการแล้วมักจะสอดคล้องและสนับสนุนกัน มีส่วนต่างเพียงเล็กน้อย

การนำจุดร่วมในหลักการของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาสร้างความเชื่อมโยง จะทำให้เราทำกิจกรรมได้ง่ายขึ้น ได้รับความร่วมมือดีขึ้น

ตัวอย่างของการสร้างความเชื่อมโยง ได้แก่

1. **เชื่อมโยงในหลักการ** หลักการที่เป็นตัวร่วมก็คือ เน้นลูกค้า เน้นกระบวนการ ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ทีมงาน ผู้นำ
2. **เชื่อมโยงในขั้นตอนของการทำกิจกรรม** ได้แก่การใช้วงล้อของกิจกรรมคุณภาพ (วางแผน ทำตามระบบ วัดระบบ ปรับปรุงระบบ) มาอธิบายว่ากิจกรรมที่กำลังทำนั้นอยู่ในขั้นตอนไหน และนำผลลัพธ์ของกิจกรรมเหล่านั้นมาใช้ร่วมกัน เช่น คู่มือการทำงาน เครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงาน
3. **เชื่อมโยงด้วยกลุ่มผู้รับผิดชอบ** ได้แก่การที่โรงพยาบาลกำหนดให้ผู้สนับสนุนหรือประสานการทำกิจกรรมทุกเรื่องอยู่ในทีมเดียวกัน เพื่อให้เกิดการประสานแนวคิดและแผนการทำงาน

6

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) คืออะไร

Hospital Accreditation คืออะไร

(โดยพยัญชนะ)

■Credit หมายถึงความน่าไว้วางใจ เกียรติยศ

■Accredit หมายถึงการให้ความไว้วางใจ ให้

ความเชื่อถือ

■Hospital Accreditation หมายถึง การประเมิน

และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:32

โดยความหมายของคำศัพท์ accreditation คือการให้ความไว้วางใจ ให้ความเชื่อถือ
ดังนั้น Hospital Accreditation จึงหมายถึงการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
อย่างไรก็ตาม การสร้างความไว้วางใจในหรือน่าเชื่อนั้น จะต้องทำโดยโรงพยาบาล
เอง ดังนั้นความหมายของคำว่า accreditation ในทางปฏิบัติจึงกว้างกว่าการประเมิน
และรับรอง แต่จะต้องครอบคลุมไปถึงการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลด้วย

Hospital Accreditation คืออะไร (โดยอรรกะ)

- Hospital Accreditation คือกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
- การรับรองเป็นเพียงส่วนเล็ก ๆ ส่วนเดียวในขั้นตอน ส่วนสุดท้ายของ กระบวนการ



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล BO1:33

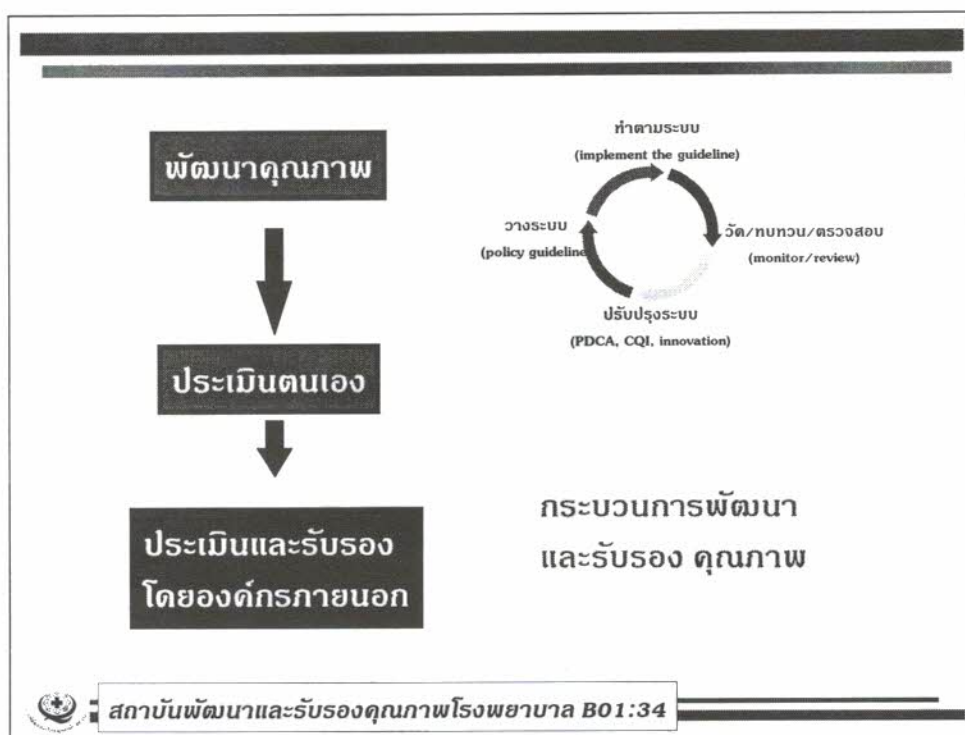
โดยความหมาย hospital accreditation คือกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบเกิดจากการมีเป้าหมายร่วมกัน การพัฒนาคน การวิเคราะห์งานทั้งหมด การนำกิจกรรมคุณภาพที่เหมาะสมเข้ามาปฏิบัติ

การพัฒนาทั้งองค์กรมีความจำเป็นเนื่องจากงานแต่ละส่วนล้วนพึ่งพิงการทำงานซึ่งกันและกัน การแยกส่วนพัฒนาจึงไม่สามารถบรรลุจุดสูงสุดที่เราต้องการ

การเรียนรู้ขององค์กรเกิดจากการประเมินตนเอง การลงมือทำด้วยตนเอง การเรียนรู้แลกเปลี่ยนกับที่ปรึกษา/โรงพยาบาลอื่น และการได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ประเมิน

การรับรองเป็นเพียงส่วนเล็กๆ เดียวในขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการทั้งหมด ซึ่งควรมองว่าเป็นผลพลอยได้ของการทำงานหนัก มากกว่าที่จะเป็นเป้าหมายของการพัฒนา เป้าหมายของการพัฒนาที่แท้จริงน่าจะอยู่ที่คุณภาพบริการซึ่งผู้ป่วยจะได้รับ



กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 3 ขั้นตอนคือ

1. การพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล
2. การประเมินตนเองเพื่อตรวจดูความก้าวหน้าและความพร้อมในการขอให้องค์กรภายนอกมาประเมิน
3. การประเมินและรับรองโดยองค์กรภายนอก เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง และตัดสินใจให้การรับรอง



เมื่อมองภาพที่ใหญ่ขึ้นจะเห็นว่าในเรื่องคุณภาพนี้มีผู้เล่นอยู่ 3 ส่วน ได้แก่

1. โรงพยาบาลมีหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ
2. องค์กรภายนอกเป็นผู้ให้การรับรอง
3. ผู้จ่ายเงินหรือประชาชนเป็นผู้ใช้ผลการรับรอง ซึ่งจะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้โรงพยาบาลเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

แรงจูงใจในการพัฒนาอาจจะไม่ได้มาจากภายนอกทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนานั้น แรงจูงใจที่สำคัญคือความสำนึกในหน้าที่รับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ

Hospital Accreditation รับรองอะไร

- รพ.มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ
- มีระบบป้องกันและจัดการกับความเสี่ยง
- มีระบบประกันคุณภาพ
- มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- มีระบบตรวจสอบตนเองที่น่าเชื่อถือ
- มีการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ
- มีการทำงานเป็นทีม และมีการนำองค์กรที่มีประสิทธิภาพ
- มีทรัพยากรเพียงพอ เหมาะสมกับการะงาน



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:36

Hospital Accreditation รับรองอะไร สรุปได้ง่ายๆได้ดังนี้

1. รับรองว่าโรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพทั้งในระดับองค์กรและระดับบุคคล ซึ่งแสดงออกให้เห็นด้วยการมีแผนงานที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของตน มีกิจกรรมและผลลัพธ์ปรากฏให้เห็นชัดเจน
2. รับรองว่าโรงพยาบาลมีการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่จำเป็นและเชื่อมโยงกัน ได้แก่ การบริหารคุณภาพ การประกันคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การตรวจสอบตนเอง โดยกิจกรรมเหล่านี้เน้นผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง
3. รับรองว่าโรงพยาบาลมีการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
4. รับรองว่าโรงพยาบาลมีการทำงานเป็นทีมในทุกระดับ และมีการนำองค์กรอย่างเหมาะสม ผู้บริหารทำหน้าที่เป็นผู้นำที่คอยช่วยเหลือและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ
5. รับรองว่าโรงพยาบาลมีทรัพยากรเพียงพอกับการะงานที่กำหนดไว้ มีการจัดระบบให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

วิวัฒนาการของ HA

- เริ่มจากการตรวจรับรองโรงพยาบาลเพื่อเป็น สถานที่ฝึกอบรม ศัลยแพทย์
- เปลี่ยนจากการเน้นที่แพทย์ มาสู่จุดเน้นของการทำงานร่วมกัน ระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ
- เปลี่ยนจากการเน้นที่โครงสร้างและเอกสาร มาสู่ กระบวนการ และผลลัพธ์
- เปลี่ยนจากการเน้นที่ตัวผู้ปฏิบัติงาน มาสู่การเน้นผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง
- เปลี่ยนจากกระบวนการตรวจสอบ มาเป็นกระบวนการเรียนรู้



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล BO1:37

จุดเริ่มต้นของการรับรองโรงพยาบาล เริ่มในอเมริกาเมื่อประมาณ 70 ปีที่แล้ว โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะรับรองโรงพยาบาลสำหรับเป็นที่ฝึกอบรมศัลยแพทย์

ในช่วง 70 ปีที่ผ่านมา ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและวิธีการมาเป็นลำดับ ได้แก่

1. เปลี่ยนจากการเน้นที่ตัวแพทย์มาสู่จุดเน้นของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ มาตรฐานชุดแรก 4 ใน 5 ข้อเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับแพทย์โดยตรง แต่ในปัจจุบัน ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องการทำงานเป็นทีมและการเป็นลูกค้าภายในระหว่างกัน
2. เปลี่ยนจากจุดเน้นเรื่องโครงสร้างและเอกสาร มาสู่การเน้นกระบวนการและผลลัพธ์ การเปลี่ยนจุดเน้นนี้ไม่ได้หมายความว่าเรื่องโครงสร้างและเอกสารไม่สำคัญ แต่เกิดจากความตระหนักว่าโครงสร้างและเอกสารมีความสำคัญน้อยกว่าการพัฒนากระบวนการทำงาน เมื่อพัฒนาโครงสร้างและระบบเอกสารจนสมบูรณ์แล้วก็ยังไม่ได้คุณภาพตามต้องการ สำหรับประเทศไทยซึ่งโครงสร้างและระบบเอกสารยังมีข้อด้อยอยู่มาก ก็จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาควบคู่กันไป
3. เปลี่ยนจากการเน้นที่ตัวผู้ปฏิบัติงานมาสู่การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เดิมนั้นยึดเอามาตรฐานของวิชาชีพหรือความสะดวกสบายของผู้ทำงานเป็นหลัก แต่แนวโน้มใหม่คือการศึกษาความต้องการ (need) ของผู้ป่วย นำเอามาตรฐานวิชาชีพมาตอบสนองความต้องการเหล่านั้น
4. เปลี่ยนจากกระบวนการตรวจสอบมาเป็นกระบวนการเรียนรู้ การตรวจสอบสร้างความรู้สึกน่ากลัว พยายามปิดบังจุดอ่อน ในขณะที่กระบวนการเรียนรู้คือการวิเคราะห์จุดอ่อนและปรับปรุงจุดอ่อนเหล่านั้นแล้วนำผลมาเรียนรู้ร่วมกัน

หลักการของ Hospital Accreditation

- เป็นกระบวนการเรียนรู้ ไม่ใช่การตรวจสอบ
- การเรียนรู้เกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการทบทวนผลการประเมินโดยผู้อื่น
- เน้นการพัฒนาศักยภาพของคน เพื่อร่วมกันปรับปรุงระบบงาน
- การประเมินและพัฒนาใช้กรอบแนวทางซึ่งเน้นเป้าหมาย เปิดโอกาสให้มีความหลากหลายในวิธีปฏิบัติ
- กรอบแนวทางเน้นความต้องการร่วมของผู้ป่วยสำหรับทุกภาค ทุกระดับ
- การรับรองมีลักษณะพลวัต เป็นการรับรองว่าวันนี้ดีกว่าเมื่อวาน และกำลังก้าวไปในทิศทางที่ถูกต้อง
- การรับรองไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยทุกรายจะปลอดภัย แต่รับรองว่าระบบที่เป็นอยู่จะมีความเสี่ยงน้อยที่สุด



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:38

หลักการของ Hospital Accreditation เป็นสิ่งที่พึงศึกษาและพิจารณา เพราะมีบางส่วนที่ขัดแย้งกับความรู้สึกนึกคิดแบบเดิม แต่เป็นหนทางออกของการพัฒนา

1. เป็นกระบวนการเรียนรู้ ไม่ใช่การตรวจสอบ หากไม่เกิดความเข้าใจในจุดนี้ โรงพยาบาลจะไม่รับแก่นที่เป็นประโยชน์อย่างแท้จริง
2. การเรียนรู้เกิดจากการลงมือทำด้วยตนเอง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่น เมื่อไม่ลงมือทำก็ไม่มีอะไรที่จะเรียนรู้ ไม่มีอะไรที่จะแลกเปลี่ยน สิ่งที่สำคัญคือต้องทำก่อนพูด ไม่ใช่พูดก่อนทำ
3. พัฒนาคนเพื่อให้คนมาพัฒนาระบบงาน เป็นการให้คุณค่าว่าคนคือทรัพยากรที่พัฒนาได้ และมีค่าสูงสุดสำหรับองค์กร ไม่มองว่าคนเป็นปัญหาขององค์กรซึ่งจะทำให้มองไม่เห็นทางออกในการแก้ปัญหา
4. ใช้กรอบแนวทาง (มาตรฐานโรงพยาบาล) ซึ่งเน้นเป้าหมาย และเปิดโอกาสให้มีความหลากหลายยืดหยุ่นในการปฏิบัติ เพื่อให้สอดคล้องกับศักยภาพและภาระงานของแต่ละโรงพยาบาล
5. กรอบแนวทางหรือมาตรฐานนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยที่ใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลเล็กหรือโรงพยาบาลใหญ่ มีความต้องการและความคาดหวัง จึงไม่มีการแยกเป็นมาตรฐานเฉพาะของโรงพยาบาลแต่ละประเภทหรือแต่ละระดับ
6. การรับรองมีลักษณะเป็นพลวัต การรับรองในครั้งอาจจะยอมรับที่ระดับหนึ่ง แต่ในครั้งต่อไปจะต้องแสดงให้เห็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
7. การรับรองไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยทุกรายจะปลอดภัย แต่รับรองว่าระบบที่เป็นอยู่มีความเสี่ยงน้อยที่สุด

7

ทำไมต้องมีการรับรอง ใครจะได้อะไร

- ความรู้ เทคโนโลยี และระบบการให้บริการ มีความซับซ้อนมากขึ้น
- ผู้บริโภคไม่รู้ว่า รพ.ใดไวใจได้ ต้องอาศัยราคา หรือสภาพภายนอกเป็นเครื่องตัดสิน ซึ่งอาจจะไม่จริง
- บางเรื่อง รพ.ก็ทำได้ดี บางเรื่องก็ยังมีปัญหาเพราะ ขาดระบบตรวจสอบที่รัดกุมหรือมีคนส่วนน้อยที่ไม่รับผิดชอบ
- มีแนวโน้มที่จะเกิดการฟ้องร้องมากขึ้น
- ประชาชนมีความคาดหวังมากขึ้น ต้องการเห็นความโปร่งใสมากขึ้น สังคมเริ่มตั้งข้อสงสัยมากขึ้นว่าสามารถไวใจ รพ.และผู้ประกอบวิชาชีพได้เพียงใด



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:39

ทำไมต้องมีกระบวนการนี้เกิดขึ้น ทำไมไม่ปล่อยให้แต่ละโรงพยาบาลพัฒนาของตนเองไปเรื่อยๆ เหตุผลสำคัญที่สุดก็คือประชาชนและสังคมมีความคาดหวังมากขึ้น ต้องการเห็นความโปร่งใส ความไม่พอใจและความขัดแย้งเริ่มเพิ่มมากขึ้น จำเป็นที่จะต้องสร้างกระบวนการเพื่อให้เกิดการคิดและการทำงานอย่างเป็นระบบ สร้างนวัตกรรมและมาเรียนรู้ร่วมกัน จึงจะสามารถตอบสนองความต้องการของสังคมได้

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการรับรองคุณภาพ นอกจากจะทำให้สังคมได้รับทราบข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจแล้ว การประกาศให้สังคมทราบยังจะเป็นข้อผูกมัดที่โรงพยาบาลจะต้องดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ไม่ทำๆหยุดๆ เหมือนไฟไหม้ฟางหรือทำตามกระแสดังที่ผ่านมาซึ่งเป็นการพัฒนาอยู่แต่ภายใน ไม่ได้มีการเชื่อมต่อกับสังคมภายนอก

เราจะได้รับประโยชน์อะไรจาก Hospital Accreditation

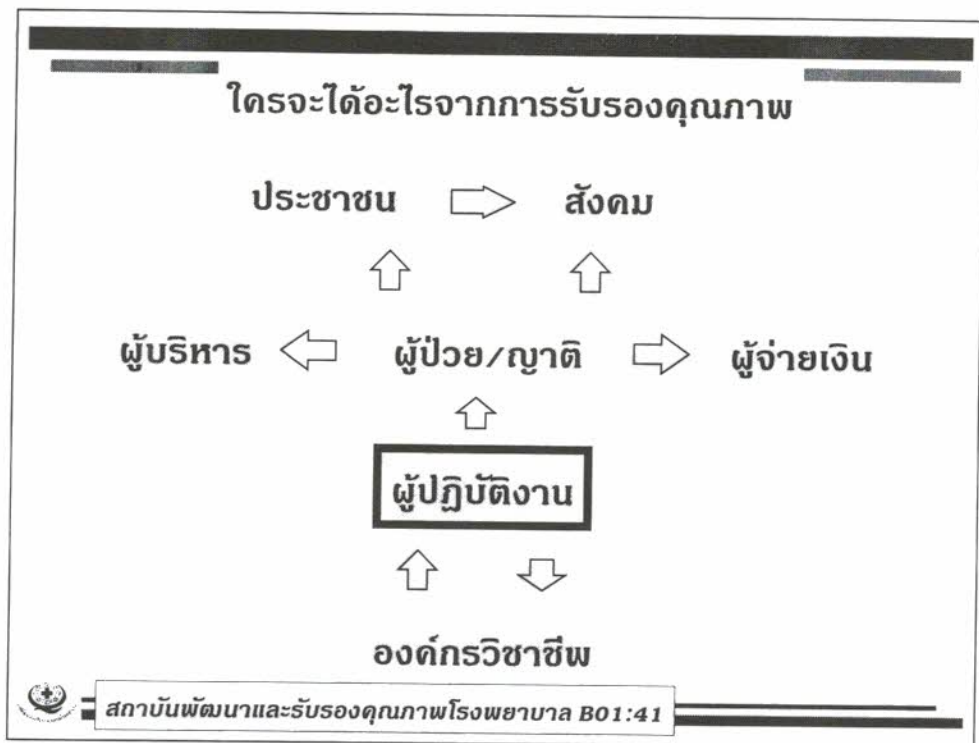
- ความเสี่ยงลดลง
- ทำงานง่ายขึ้น
- บรรยากาศการทำงานดีขึ้น
- ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น
- เป็นโอกาสที่จะขายความฝันส่วนตัว
- ภูมิใจที่ทำงานในหน่วยงานที่มีระบบดี



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:40

เป้าหมายของ Hospital Accreditation คือคุณภาพบริการสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง, ใครก็ตามที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพของโรงพยาบาลย่อมได้รับประโยชน์. ผู้ที่ได้รับประโยชน์โดยตรงคือผู้ปฏิบัติงาน และผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับผลของการปฏิบัติงาน.

สิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานจะได้รับคือ ความเสี่ยงในการทำงานลดลง, ทำงานง่ายขึ้นจากการประสานงานที่ดีขึ้นและการนำนวัตกรรมต่างๆเข้ามาปรับปรุงวิธีการทำงาน, บรรยากาศในการทำงานดีขึ้น, ได้พัฒนาศักยภาพของตนเองและมีโอกาสแสดงออก, และเกิดภาคภูมิใจที่ได้ทำงานในหน่วยงานซึ่งมีระบบงานที่ดี.



สิ่งที่ผู้ป่วยและญาติจะได้รับคือได้รับบริการที่มีคุณภาพ ไม่เสี่ยงต่อการดูแลรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน.

สิ่งที่สังคมจะได้รับคือมีความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพว่าสามารถให้ความไว้วางใจได้.

สิ่งที่ผู้บริหารจะได้รับคือมีความสบายใจในการบริหาร มีเวลาที่จะคิดพัฒนาในภาพกว้างโดยไม่ต้องเสียเวลาคอยแก้ปัญหาในแต่ละวัน.

สิ่งที่องค์กรผู้จ่ายเงินจะได้รับคือมีการมีข้อมูลในการคัดเลือกโรงพยาบาล หรือพิจารณาระดับการจ่ายเงินที่เหมาะสม.

สิ่งที่องค์กรวิชาชีพจะได้รับคือ มาตรฐานหรือข้อกำหนดต่างๆ จะได้รับการนำไปปฏิบัติ.

แรงจูงใจ

■ภายนอก

- ใช้เงินล่อ
- ใช้กฎหมายบังคับ
- สั่งคมกดดัน



■ภายใน

- ความพึงพอใจที่ได้ทำดีที่สุด ประชาชนเชื่อมั่น
- ความตระหนักในหน้าที่ว่า

เราเป็นหนี้ต่อแผ่นดินไทย



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B01:42

B



02

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B02:01

กระบวนการ

1. ลักษณะของกระบวนการเรียนรู้
2. การทำงานเป็นทีมและกฎ กติกา มารยาทในการประชุม
3. ผู้สังเกตการณ์
4. ประเด็นในการสังเกต
5. ทมวก 6 สี

1

ลักษณะของกระบวนการเรียนรู้

- สร้างสิ่งแวดล้อมให้ผู้เข้าประชุมได้เรียนรู้ด้วยตนเอง
- เป้าหมายคือการสร้างที่เล็งด้านกระบวนการ
- จุดเน้นคือกระบวนการกลุ่ม และกระบวนการแก้ปัญหา
- ท่านมีหน้าที่ช่วยให้ผู้อื่นสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง
- เนื่อหาแน่น เวลาจำกัด ต้องทำกิจกรรมให้เสร็จในเวลา
- ให้ถาม “ทำไม” ต่อเมื่อได้ทำกิจกรรมเสร็จแล้ว



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B02:02

การอบรมผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพสำหรับโรงพยาบาลมีลักษณะเฉพาะที่ควรทำความเข้าใจให้ถูกต้องดังนี้

1. การอบรมนี้ไม่ใช่การสอนโดยวิทยากร แต่เป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้เรียนรู้ด้วยตนเอง กิจกรรมต่างๆ ล้วนถูกออกแบบมาเพื่อเป้าหมายนี้ ท่านจะต้องคิดด้วยตัวเองไปตลอดเวลาของการอบรม คำตอบของวิทยากรอาจจะไม่ใช่คำตอบที่ใช้การได้สำหรับท่าน
2. เป้าหมายของการอบรมนี้คือการสร้างที่เล็งด้านกระบวนการ ท่านจะเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านกระบวนการกลุ่มและกระบวนการแก้ปัญหา
3. ภารกิจที่ท่านจะต้องกลับไปทำ คือการช่วยเหลือผู้อื่นให้สามารถแก้ปัญหาของเขาเหล่านั้นได้ ไม่ใช่ไปช่วยแก้ปัญหาให้คนอื่น ท่านจะต้องเรียนรู้เป็น 2 เท่า คือเรียนรู้วิธีการที่จะแก้ปัญหา และเรียนรู้วิธีการที่จะช่วยให้ผู้อื่นแก้ปัญหาเป็น
4. ด้วยเนื้อหาจำนวนมาก แต่มีเวลาจำกัด มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำกิจกรรมให้เสร็จภายในเวลาที่กำหนดไว้ กลุ่มจะต้องวางแผนให้ดี มีผู้รักษาเวลาที่จะคอยเตือนการใช้เวลาของกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการ feed back ภายในกลุ่มหลังการประชุมแต่ละ session จะมีความสำคัญและมีประโยชน์มากต่อการเรียนรู้ของกลุ่ม อย่าเสียเวลากับเนื้อหาที่ยังไม่เสร็จ เราต้องการให้ท่านเรียนรู้กระบวนการ
5. หลายท่านอาจจะมีคำถาม “ทำไม” ต้องทำอย่างนี้ “ทำไม” ต้องใช้เครื่องมือนี้ ขอให้ท่านเก็บคำถามเหล่านั้นไว้ถามหลังจากที่ทำกิจกรรมในแต่ละ session เสร็จสิ้นลง เพื่อว่าท่านจะเข้าใจ “วิธีการ” ทำเสียก่อน นอกจากนั้น ไม่ควรจะถามคำถามที่ไม่ตรงกับหัวข้อใน session นั้นเพราะจะเป็นการเสียเวลาเพื่อน ๆ ขอให้เขียนคำถามเหล่านั้นส่งให้ผู้ดำเนินการประชุมและจะรวบรวมตอบเป็นระยะ

2

การทำงานเป็นทีมและกฎ กติกา มารยาท ในการประชุม

- หลายหัวดีกว่าหัวเดียวจริงหรือ
- อะไรคือเหตุผลของการทำงานเป็นทีม
 - การแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ความคิดสร้างสรรค์
 - การประสานงาน
- อะไรคือปัญหาของการทำงานเป็นทีม
 - ไม่มี productivity ความขัดแย้ง การไม่รับฟังความเห็น
 - ไม่เรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 - สาเหตุจากกระบวนการทศน์เดิม และขาดวัฒนธรรมของทีม



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B02:03

โบราณกล่าว่าหลายหัวดีกว่าหัวเดียว

แนวความคิดการพัฒนาคุณภาพปัจจุบันให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีมด้วยเหตุผลว่า

1. ทีมเป็นเวทีของการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งนำมาสู่การเรียนรู้ระหว่างสมาชิกในทีม และทำให้เกิด synergy effect หรือผลรวมที่มากกว่าการรวมทางคณิตศาสตร์

2. ทีมเป็นเวทีของการประสานงาน และการช่วยเหลือเพื่อลงมือปฏิบัติงาน

อย่างไรก็ตาม การทำงานเป็นทีมที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

1. การประชุมระหว่างสมาชิกไม่มี productivity อย่างที่ควรจะเป็น มีความขัดแย้ง ไม่รับฟังความเห็น

2. ไม่ได้สร้างกระบวนการเรียนรู้ขึ้นในระหว่างการทำงานเป็นทีม ไม่มีการมองตนเองและวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของทีมเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการใช้วิธีการคิดแบบเก่าๆ และการไม่มีแบบแผนหรือวัฒนธรรมของการทำงานที่ดี

ขอให้ผู้เข้าประชุมลองคิดถึงสภาพการทำงานเป็นทีมในที่ทำงานของท่านว่ามีปัญหาอะไรอีก

กฎ กติกา มารยาท ในการประชุม

- เราจะเริ่มและเลิกประชุมตรงเวลา
- เราจะให้โอกาสทุกคนแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน
- เราจะเปิดใจรับฟังและทำความเข้าใจความเห็นของผู้อื่น
- เราจะไม่พูดแทรกขณะสมาชิกคนอื่นกำลังพูด
- เราจะไม่กล่าวโทษ ไม่กดดัน ไม่แก้ตัว
- เราจะใช้ข้อมูลและเหตุผลในการตัดสินใจ
- เราจะพยายามหาข้อสรุปซึ่งทุกคนยอมรับได้
- เราจะใช้เวลา 10 นาทีสุดท้ายเพื่อ **feed back** การประชุม





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B02:04

กฎ กติกา มารยาท ในการประชุมคือวัฒนธรรมของการทำงานเป็นทีม กฎเหล่านี้ได้มาจากปัญหาระหว่างการประชุมที่พบบ่อยๆ

1. การประชุมไม่ตรงเวลาเป็นการทำโทษผู้ที่มาตรงเวลา
2. มีสมาชิกบางคนผูกขาดการพูด ทำให้บางคนไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็นทั้งที่มีข้อเสนอแนะดีๆ อยู่ในใจ
3. ไม่มีการรับฟังความเห็นของผู้อื่น แต่ละคนพยายามที่จะให้ผู้อื่นรับฟังความเห็นของตัวเอง
4. มีการถกเถียงกันมากในที่ประชุม และไม่ได้อะไรใหม่กว่าเดิม
5. มีการใช้ความเห็นมากกว่าใช้ข้อมูล ยิ่งทำให้มีการถกเถียงกันมากขึ้น
6. ประชุมแล้วหาข้อสรุปไม่ได้ หรือมีข้อสรุปแต่สมาชิกไม่ยอมรับ
7. สมาชิกของทีมไม่มีการปรับปรุงพฤติกรรม

การมีกฎ กติกา มารยาท คือการที่สมาชิกทุกคนยอมรับว่าจะใช้กฎ กติกา มารยาท เหล่านี้ในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง มิใช่เอาไว้ออกยจับผิดหรือควบคุมพฤติกรรมของคนอื่น

ทุกครั้งที่มีการประชุม ควรนำกฎ กติกา มารยาท ที่เขียนไว้บนกระดานแผ่นใหญ่มาติดเตือนใจสมาชิกทุกคน

ขอให้ผู้เข้าประชุมพิจารณาว่าควรมีกฎ กติกา มารยาท อะไรเพิ่มเติมอีก

3

ผู้สังเกตการณ์

- ประชุม<-> สังเกต-> สะท้อนกลับ-> ปรับปรุง
- ให้มีผู้สังเกตการณ์ ทุกครั้งที่มีการทำกิจกรรมกลุ่ม
- ให้ผู้สังเกตการณ์นั่งอยู่ในตำแหน่งที่เห็นสมาชิกทุกคน
- ผู้สังเกตการณ์มุ่งเน้นสังเกตกระบวนการกลุ่มที่เกิดขึ้น
- เมื่อเหลือเวลา 5-10 นาทีสุดท้าย ให้ผู้สังเกตการณ์บอกหมดเวลา และ feed back สิ่งที่สังเกตเห็นให้กลุ่มรับทราบ
- สมาชิกกลุ่มอภิปรายว่าแต่ละคนมีความรู้สึกอย่างไร และจะปรับปรุงวิธีการประชุมให้ดีขึ้นอย่างไร



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B02:05

สังคมเรียนรู้จากการรับทราบพฤติกรรมที่ผ่านมาและปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

การเรียนรู้พฤติกรรมของกลุ่มเกิดจากการมีผู้สังเกตที่เป็นกลาง สังเกตอย่างมีระบบ และนำเสนอให้กลุ่มพิจารณา

ผู้สังเกตการณ์จึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะทำให้เกิดพัฒนาการของกลุ่ม ในการประชุมครั้งนี้ขอให้มอบหมายให้ผู้สังเกตการณ์ทุกครั้งที่มีการทำกิจกรรมกลุ่ม เมื่อกลับไปทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในองค์กร/หน่วยงาน ของท่าน ขอให้พยายามจัดให้มีผู้สังเกตการณ์และการ feed back

ผู้สังเกตการณ์ควรนั่งในตำแหน่งที่สามารถเห็นสมาชิกกลุ่มทุกท่าน และควรเห็นสีหน้าท่าทางของสมาชิกด้วย ตำแหน่งที่นั่งควรอยู่ห่างออกมาจากกลุ่ม

เพื่อให้การสังเกตเป็นไปอย่างได้ผล ผู้สังเกตการณ์ไม่ควรเข้าร่วมในการอภิปรายของกลุ่ม (ยกเว้นแต่ว่าสมาชิกของกลุ่มมีจำนวนน้อยมาก หรือเมื่อผู้สังเกตการณ์เห็นว่าความเห็นของตนมีความสำคัญมากและยังไม่มีผู้ใดนำเสนอ)

สิ่งที่จะสังเกตคือกระบวนการกลุ่มที่เกิดขึ้นระหว่างการประชุม เมื่อเหลือเวลา 5-10 นาทีสุดท้ายของการประชุม ให้ผู้สังเกตการณ์ให้สัญญาณหมดเวลาและนำเสนอผลการสังเกตให้กลุ่มรับทราบ (เวลาที่ใช้ในช่วงต้นอาจจะต้องให้เวลามาก เมื่อกลุ่มมีพัฒนาการไปแล้ว เวลาที่ใช้ตรงนี้จะน้อยลง)

หลังจากผู้สังเกตการณ์นำเสนอเสร็จ ให้สมาชิกของกลุ่มนำเสนอความรู้สึกของตนและแนวทางที่จะมีการปรับปรุงแก้ไขวิธีการประชุมในครั้งต่อไป

พึงสังวรณ์ว่าจะต้องไม่มีการกล่าวโทษหรือตำหนิกันในการสะท้อนกลับหรืออภิปราย

4

ประเด็นในการสังเกต

- กลุ่มทำงานเป็นทีมดีหรือไม่
- มีการประชุมไปตามวาระหรือสิ่งที่กำหนดให้หรือไม่
- การใช้เวลาในแต่ละวาระหรือแต่ละประเด็นเป็นอย่างไร
- มีการหยุดชะงัก หรือสูญเสียโฟกัสของกลุ่มในช่วงตอนใด
- สมาชิกปฏิบัติตาม กฎ กติกา มารยาท ที่กำหนดไว้หรือไม่ สมาชิกมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกันหรือไม่
- มีการใช้หีบห่อสีกันอย่างไร
- มีพฤติกรรมอะไรบ้างที่ควรได้รับการปรับปรุง



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B02:06

แง่มุมในการสังเกตอาจมีหลายแบบ ประเด็นที่แนะนำให้สังเกตในที่นี้เป็นการวางกรอบแบบหลวมๆ เพื่อไม่ให้ผู้สังเกตการณ์เครียดเกินไป และให้อยู่ในขอบเขตที่เป็นประโยชน์

ผู้สังเกตการณ์ควรศึกษาประเด็นต่างๆ เหล่านี้และจดจำไว้ในใจ หรือเหลือบมองดูประเด็นเหล่านี้ไว้บ่อยๆ มีกระดาษบันทึกที่เขียนหัวข้อประเด็นเหล่านี้ไว้โดยมีช่องว่างให้บันทึกเมื่อพบว่ามีเหตุการณ์ที่ตรงกับประเด็นเหล่านั้นเกิดขึ้น

ในการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมและการใช้หีบห่อสีนั้น ควรใช้ตาราง check sheet เพื่อบันทึกความถี่ของการมีส่วนร่วมและความถี่ของการใช้หีบห่อแต่ละสี ของสมาชิกแต่ละคน

พฤติกรรมที่ควรได้รับการปรับปรุงคือการที่ไม่ปฏิบัติตาม กฎ กติกา มารยาท หรือพฤติกรรมที่ทำให้สมาชิกรู้สึกอึดอัด หรือพฤติกรรมที่ทำให้กลุ่มไม่สามารถดำเนินการประชุมให้ก้าวหน้าไปได้

ในการนำเสนอจะไม่นำเสนอพฤติกรรมของสมาชิกเป็นรายบุคคล แต่จะเสนอภาพรวมของกลุ่ม เช่น สมาชิกที่ใช้สิทธิมากที่สุดเสนอความเห็น 15 ครั้ง กินเวลาประมาณครึ่งหนึ่งของการประชุม ในขณะที่มีสมาชิก 3 ท่านไม่ได้นำเสนอความคิดเห็น หรือสมาชิกที่เสนอความคิดเห็นน้อยที่สุดได้พูดเพียง 1 ครั้ง

5

หมวด 6 สี



- แดง: ใช้อารมณ์
- ขาว: ใช้เหตุผล แสวงหาและใช้ข้อมูล เป็นกลาง
- ดำ: ความคิดเชิงลบ ท้อแท้ เป็นไปไม่ได้
- เหลือง: ความคิดเชิงบวก ปรับอุปสรรคเป็นโอกาส
- เขียว: ความคิดสร้างสรรค์ รูปแบบใหม่ในการปฏิบัติ
- ฟ้ำ: ความคิดสรุป การวางแผนปฏิบัติงาน



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B02:07

Edward de Bono เป็นผู้เสนอว่าความคิดของคนเรานั้นอาจเปรียบเทียบการใส่หมวดสีต่างๆ 6 สี

การเปรียบเทียบความคิดกับการใส่หมวดทำให้เราสามารถเปลี่ยนวิธีการคิดได้เหมือนกับการเปลี่ยนหมวด ทำให้ไม่เกิดการเสียหน้าหากจะขอร้องให้มีการเปลี่ยนหมวดสีในที่ประชุม การบอกกับสมาชิกว่า “ใจเย็นๆ อย่าใช้อารมณ์” อาจจะเป็นการใส่เชื้อเพลิงให้มากขึ้น แต่การใช้คำพูดว่า “ในช่วงนี้ขอพวกเรามาใช้หมวดสีชาวกันดีกว่า” จะทำให้สมาชิกปรับเปลี่ยนอารมณ์และวิธีการประชุมได้

การสรุปผลต่อที่ประชุมว่ามีการใช้หมวดสีประเภทใดมากในการประชุม จะทำให้ที่ประชุมพยายามลดการใช้หมวดสีที่ไม่เหมาะสมลง เช่น สีแดง สีดำ และพยายามใช้หมวดสีขาว สีเหลือง สีเขียว ให้มากขึ้น

บางครั้งการใช้หมวดสีดำและสีแดงก็มีประโยชน์ เช่น ใช้หมวดสีดำเพื่อวิเคราะห์แรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลง ใช้หมวดสีแดงเพื่อให้ทุกคนได้ระบายความรู้สึก

การจัดจำหมวดสีไม่ใช่ของยากหากเปรียบเทียบกับสิ่งที่คุ้นเคย เช่น สีแดงคือสีหน้าของคนที่มีอารมณ์โกรธ, สีขาวคือสีแห่งความบริสุทธิ์ เป็นกลาง, สีเหลืองคือสีของพระอาทิตย์ยามเช้าซึ่งสดชื่น น่ายินรมณ์, สีดำคือสีแห่งความมืดมนอนาคตไกล มองไม่เห็นทางไป, สีเขียวคือสีของยอดอ่อนของหน่อกล้วยซึ่งแตกทะลุขึ้นมาเหมือนความคิดสร้างสรรค์, สีฟ้าคือสีของท้องฟ้า หรือจักรวาล ที่ครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่าง

สีที่มักจะสับสนกันบ่อยๆ คือคู่สีดำกับสีแดง ความไม่ชอบอกชอบใจกับเหตุการณ์บางอย่างจะเป็นการใส่หมวดสีดำตราบใดที่ยังไม่ถึงขั้นเกิดอารมณ์, และคู่สีเหลืองกับสีเขียว ความคิดในการปรับเปลี่ยนปัญหาเป็นโอกาสจะเป็นเพียงสีเหลือง ส่วนสีเขียวนั้นคือการแสดงออกถึงรูปธรรมของการนำไปปฏิบัติได้โดยไม่ซ้ำแบบเดิม

การบันทึกความถี่ของหมวดสี						
	สมาชิก 1	สมาชิก 2	สมาชิก 3	สมาชิก 4	สมาชิก 5	รวม
แดง						
ขาว						
ดำ						
เหลือง						
เขียว						
ฟ้า						


สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B02:08

ตารางนี้เป็น check sheet สำหรับบันทึกความถี่ของการใช้หมวดสีต่างๆโดยสมาชิกแต่ละคน ซึ่งจะสรุปรวมเป็นของกลุ่มและนำเสนอต่อที่ประชุมเพื่อให้สมาชิกได้ทราบบรรยากาศในการประชุม

B



03

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B03:01

การระดมสมอง (Brain Storming)

1. ใช้เมื่อไร
2. ขั้นตอน
3. กฎ กติกา มารยาท
4. การนำเสนอความคิด
5. เกณฑ์กรองเพื่อเลือกความเห็น
6. กิจกรรมกลุ่ม

1 ระดมสมอง (Brainstorming) ใช้เมื่อไร

- กำหนดปัญหาหรือโอกาสปรับปรุง
- กำหนดข้อมูลที่ต้องการเก็บ
- ค้นหาสาเหตุ และ/หรือ คำตอบ
- วางแผนขั้นตอนของโครงการ
- การตัดสินใจที่ต้องการ ความคิดสร้างสรรค์
- ต้องการรวบรวมความคิด ให้มากที่สุด



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B03:02

What: การระดมสมองคือกระบวนการที่มีแบบแผนเพื่อรวบรวมความคิดเห็นจำนวนมากในเวลารวดเร็ว

Why: ก่อนการตัดสินใจเรื่องใดเรื่องหนึ่ง สมาชิกของทีมควรตรวจสอบทางเลือกต่างๆ ที่เป็นไปได้ให้มากที่สุด การระดมสมองจะเป็นวิธีที่ง่าย สนุก และได้ความคิดใหม่ๆ มากมาย หากทำอย่างถูกต้อง การระดมสมองเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกัน

When: การระดมสมองเป็นสิ่งที่จะต้องนำมาใช้ตลอดในทุกขั้นตอนของการทำงานเป็นทีม ตั้งแต่การหาปัญหาหรือโอกาสพัฒนา, การกำหนดข้อมูลที่ต้องการเก็บ, การค้นหาสาเหตุ, การค้นหาทางเลือก, การวางแผนขั้นตอนการทำงาน, การตัดสินใจที่ต้องการความคิดสร้างสรรค์, และเมื่อใดก็ตามที่ต้องการความคิดเห็นให้มากที่สุด

2 ระดมสมอง (Brainstorming) ขั้นตอน

- เตรียมการ (ประเด็น, กำหนดเวลา, กฎ)
- กำหนดวิธีการระดมสมอง (ฟรีรอบวง, เรียงตามคิว)
- ระดมความคิด (สมาธิ, คิด, ระดม)
- กำหนดและใช้เกณฑ์กรอง (filter)
- สรุป



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B03:03

How: ขั้นตอนในการระดมสมองประกอบด้วย การเตรียมการ, การกำหนดวิธี, การระดมความคิด, การใช้เกณฑ์กรอง และการสรุปผล

1. การเตรียมการ ประกอบด้วย การกำหนดประเด็นให้ชัดเจน, การกำหนดเวลา, และการกำหนดกฎ กติกา มารยาท

ควรเขียนหัวข้อในการระดมสมองบน flip chart ให้ทุกคนเห็นชัดเจน และควรกำหนดประเด็นด้วยการตั้งคำถาม เช่น “อะไร”, “ทำไม”, “อย่างไร”

ควรกำหนดเวลาให้สมาชิกแต่ละคนคิดโดยอิสระ เช่น 2-5 นาที, และเวลาที่จะใช้นำเสนอความคิด เช่น 15-20 นาที

กฎ กติกา มารยาท เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ทีมประสบความสำเร็จในการระดมสมอง ผู้ดำเนินการประชุมจะต้องพยายามอย่าให้มีการละเมิด

2. วิธีการระดมสมอง อาจจะให้แต่ละคนตะโกนความคิดของตนขึ้นมาเมื่อใดก็ได้ (ฟรีรอบวง-freewheel) หรือให้เรียงลำดับตามคิว (round robin) โดยผู้ที่ถึงคิวอาจจะเคาะผ่านได้หากยังไม่มีความเห็น

3. การระดมความคิดควรเริ่มด้วยการให้แต่ละคนใช้สมาธิและคิดโดยอิสระก่อน แล้วจึงนำเสนอต่อที่ประชุม ในระหว่างการนำเสนอ ผู้ดำเนินการประชุมจะต้องกระตุ้นให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลายอย่างรวดเร็ว เช่น ยืนหรือเดินไปรอบๆ กลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ถึงคิวรู้ตัว คำพูดที่ใช้บ่อยคือ “ความเห็นต่อไป” “ไม่มีการวิจารณ์”

4. การใช้เกณฑ์กรองคือการเลือกเอาเฉพาะความคิดเห็นที่จะนำไปดำเนินการในขั้นต่อไป

3

ระดมสมอง (Brainstorming)

กฎ กติกา มารยาท



- เสนอครั้งละ 1 ความเห็น
- บัตรความคิด ให้เขียน 1 ความเห็นต่อบัตร อย่างกระชับ
- ถ้าเลขาเป็นผู้บันทึก ต้องไม่แก้ไขถ้อยคำของผู้เสนอ
- อย่าวิจารณ์ความเห็นของผู้อื่น (ทั้งวาจาและท่าทาง)
- ซักถามได้ แต่ไม่มีการอภิปรายความเห็น
- เน้นจำนวนมากที่สุด, ใช้ความคิดสร้างสรรค์ & อารมณ์ขัน
- ต่อยอดความคิดของผู้อื่น



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B03:04

ขอให้สมาชิกของทีมทำความเข้าใจกับ กฎ กติกา มารยาท และปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด เพื่อประสิทธิภาพของการทำงานเป็นทีม และควรนำไปใช้ให้เป็นนิสัย

1. เสนอได้ครั้งละ 1 ความเห็นเท่านั้น เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้มีส่วนร่วมบ้าง การทำให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมและรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองมีคุณค่าอันเป็นสิ่งสำคัญที่สุด

2. การเขียนบันทึกสิ่งที่นำเสนอให้ทุกคนเห็น จะช่วยทบทวนสิ่งที่มีการนำเสนอมาแล้วเพื่อคิดต่อยอด อาจทำได้โดยให้เลขาเป็นผู้บันทึกหรือให้ผู้เสนอเป็นผู้เขียนลงบัตรความคิด

2.1 หากให้เลขาเป็นผู้บันทึก เลขาจะต้องไม่แก้ไขถ้อยคำของผู้นำเสนอ ดังนั้นผู้นำเสนอจึงควรพูดเป็นประโยคให้กระชับ พร้อมทั้งจะนำไปบันทึกได้ทันที

2.2 หากจะใช้บัตรความคิด สามารถทำได้ง่ายๆ โดยใช้กระดาษ A4 ที่ใช้แล้วด้านหนึ่งตัดเป็น 3 ส่วนตามแนวขวาง ควรเขียนด้วยปากกาเส้นใหญ่และตัวอักษรขนาดใหญ่ ในแต่ละบัตรให้เขียนเพียง 1 ความคิดเท่านั้น เพื่อให้สามารถเคลื่อนย้ายได้ในกิจกรรมต่อไป

3. สมาชิกจะต้องไม่วิพากษ์วิจารณ์ความคิดของผู้อื่นทั้งด้วยวาจาและท่าทาง ท่าทางที่เป็นการวิจารณ์ เช่น การส่ายหน้า การบ่นปาก การหันหน้าออกไปนอกกลุ่มหรือแสดงที่ทำไม่ใส่ใจ

4. จะต้องไม่มีการอภิปรายหนุนหรือค้าน แต่อาจจะซักถามเพื่อความกระจ่างได้

5. เน้นให้ได้จำนวนมากที่สุด ไม่ต้องกลัวว่าคนอื่นจะเยาะเย้ยว่าเป็นความคิดที่ไม่เข้าท่า

6. ระหว่างที่คนอื่นนำเสนอให้ฟัง และพยายามคิดต่อยอด เวลาที่นำเสนอไม่ใช่เวลาที่แต่ละคนจะคิดว่าจะตอบไปจะพูดว่าอะไร

4

ระดมสมอง (Brainstorming)

การนำเสนอ



- ลำดับ (ฟรีรอบวง หรือเรียงตามคิว)
- วิธีการ (ใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง, ทุกครั้งต้องใช้ flip chart)
 - เขียนลงบัตรด้วยอักษรตัวใหญ่, อ่านข้อความที่เขียนในบัตร, นำบัตรติดบน flip chart
 - เสนอด้วยคำพูด, เลขามันที่กบน flip chart
- สมาชิกคนอื่นฟังอย่างตั้งใจ เพื่อคิดต่อยอด



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B03:05

ขอให้สมาชิกของทีมทำความเข้าใจกับ กฎ กติกา มารยาท และปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด เพื่อประสิทธิภาพของการทำงานเป็นทีม และควรนำไปใช้ให้เป็นนิสัย

1. เสนอได้ครั้งละ 1 ความเห็นเท่านั้น เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้มีส่วนร่วมบ้าง การทำให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมและรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองมีคุณค่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุด
2. การเขียนบันทึกสิ่งที่นำเสนอให้ทุกคนเห็น จะช่วยทบทวนสิ่งที่มีการนำเสนอมาแล้วเพื่อคิดต่อยอด อาจทำได้โดยให้เลขาเป็นผู้บันทึกหรือให้ผู้เสนอเป็นผู้เขียนลงบัตรความคิด
 - 2.1 หากให้เลขาเป็นผู้บันทึก เลขาจะต้องไม่แก้ไขถ้อยคำของผู้นำเสนอ ดังนั้นผู้นำเสนอจึงควรพูดเป็นประโยคให้กระชับ พร้อมทั้งจะนำไปบันทึกได้ทันที
 - 2.2 หากจะใช้บัตรความคิด สามารถทำได้ง่ายๆ โดยใช้กระดาษ A4 ที่ใช้แล้วด้านหนึ่งตัดเป็น 3 ส่วนตามแนวขวาง ควรเขียนด้วยปากกาเส้นใหญ่และตัวอักษรขนาดใหญ่ ในแต่ละบัตรให้เขียนเพียง 1 ความคิดเท่านั้น เพื่อให้สามารถเคลื่อนย้ายได้ในกิจกรรมต่อไป
3. สมาชิกจะต้องไม่วิพากษ์วิจารณ์ความคิดของผู้อื่นทั้งด้วยวาจาและท่าทาง ท่าทางที่เป็นการวิจารณ์ เช่น การส่ายหน้า การแบ่ปาก การหันหน้าออกไปนอกกลุ่มหรือแสดงที่ทำไม่ใส่ใจ
4. จะต้องไม่มีการอภิปรายหนุนหรือค้าน แต่อาจจะซักถามเพื่อความกระจ่างได้
5. เน้นให้ได้จำนวนมากที่สุด ไม่ต้องกลัวว่าคนอื่นจะเยาะเย้ยว่าเป็นความคิดที่ไม่เข้าท่า
6. ระหว่างที่คนอื่นนำเสนอให้ฟัง และพยายามคิดต่อยอด เวลาที่นำเสนอไม่ใช่เวลาที่แต่ละคนจะคิดว่าจะตอบต่อไปจะพูดว่าอะไร

5 ระดมสมอง (Brainstorming)

เกณฑ์กรองเพื่อเลือกความเห็น

- ค่าใช้จ่าย
- สามารถทำได้ในเวลาที่กำหนด
- มีทรัพยากรพร้อม
- สอดคล้องกับวิธีการ/ ปรัชญาการทำงาน
- มีผลเชิงบวกต่อลูกค้า
- เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B03:06

ความคิดที่ได้มาทั้งหมดอาจจะมีบางส่วนที่ไม่ตรงประเด็นหรือไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งหากมีการระบุว่าเป็นความคิดที่ใช้การไม่ได้ในขั้นตอนของการระดมสมองแล้ว จะทำให้เกิดการปิดกั้นความคิดให้หยุดชะงักไป

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการคัดกรองเอาเฉพาะความคิดที่จะนำไปใช้งานต่อ หลังจากที่ดีความซ้ำซ้อนโดยเลือกเอาความคิดที่ซ้ำกันไว้เพียงใบเดียวแล้ว ให้ทีมพิจารณาว่าจะใช้เกณฑ์อะไรบ้างในการคัดกรองความคิดที่ได้มา

เกณฑ์กรองตัวอย่าง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายเหมาะสม, สามารถทำได้ในเวลาที่กำหนด, มีทรัพยากรพร้อม, สอดคล้องกับปรัชญาและวิธีการทำงาน, มีผลเชิงบวกต่อลูกค้า, เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

ในการใช้เกณฑ์กรอง หากมีความเห็นไม่ตรงกัน ให้รับความเห็นที่เก็บความคิดนั้นไว้ก่อน ไม่ควรเสียเวลาถกเถียงกันมากเกินไปในช่วงของการใช้เกณฑ์กรอง จะทำให้เกิดความขัดแย้งในทีมโดยไม่จำเป็น และในช่วงนี้ยังไม่ใช่วินาทีที่จะเลือกว่าความคิดใดเป็นความคิดที่ดีที่สุด หรือเลือกว่าจะนำความคิดใดมาใช้

6

ระดมสมอง (Brainstorming)

กิจกรรมกลุ่ม



- ให้นักลุ่มระดมสมองในประเด็น

“สิ่งที่ต้องทำเพื่อให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น”

- ให้ใช้วิธี เขียนบัตร ดัด Flip Chart,

- เวลา: เตรียมตัว 2 นาที, คิด 3 นาที, ระดม 15 นาที, Feed Back 5 นาที (รวม 25 นาที)



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B03:07

กิจกรรมนี้เป็นการฝึกปฏิบัติทั้งในส่วนของวิธีการระดมสมอง การสังเกตกระบวนการกลุ่ม และ feed back เพื่อให้ทีมเกิดการพัฒนา

หัวข้อที่ให้ระดมสมอง คือการพิจารณาว่า “อะไรคือสิ่งที่ต้องทำเพื่อให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น” ยังไม่ต้องกังวลว่าใครจะเป็นคนทำ หรือทำอย่างไร

การพัฒนาคุณภาพคือการ work smarter ซึ่งไม่ได้หมายความว่าต้องทำงานหนักขึ้น แต่เป็นการหาวิธีการทำงานที่ง่ายขึ้นสำหรับทุกฝ่าย

ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ที่ทราบดีว่าสมควรมีการปรับปรุงอะไรเพื่อให้ตนทำงานได้ง่ายขึ้น แต่ไม่อยู่ในฐานะที่จะดำเนินการได้ การเปิดโอกาสให้ระดมสมองเพื่อคิดในประเด็นนี้ จะทำให้เห็นโอกาสพัฒนาที่เป็นประเด็นสำคัญขององค์กร

สิ่งที่ต้องย้ำแล้วย้ำอีกก็คือ ช่วงเวลาที่มีการนำเสนอความเห็นนั้นไม่ใช่ช่วงเวลาของแต่ละคนจะวนเวียนอยู่กับความคิดของตัวเองว่ารอบต่อไปจะพูดอะไร แต่เป็นช่วงเวลาที่ ต้องฟังและคิดต่อยอดให้ได้ความคิดที่ดีขึ้น จึงจะนำมาซึ่งการใช้ศักยภาพของทีมอย่างเต็มที่

B



04

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B04:01

การจัดระบบความคิด

1. แนวคิดทั่วไป
2. แผนภูมิกลุ่มความคิด (Affinity Diagram)
3. แผนภูมิระบบ แผนภูมิต้นไม้ (Systematic/Tree Diagram)

1

แนวคิดทั่วไป

- ความคิดจากการระดมสมองเป็นการใช้ความคิดสร้างสรรค์ ยังไม่สามารถนำมาใช้งานได้ทันที
- การนำความคิดจากการระดมสมองมาใช้ ต้องจัดความคิดให้เป็นหมวดหมู่ และจัดระบบเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์และความเป็นเหตุเป็นผล
- การจัดหมวดหมู่ทำได้โดยกำหนดหมวดหมู่ก่อน หรือ จัดกลุ่มด้วยวิธีธรรมชาติ (Affinity Diagram)
- การตรวจสอบความสมบูรณ์และความเป็นเหตุเป็นผล ต้องคิดอย่างเป็นระบบ (Systematic/Tree Diagram)



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B04:02

ความคิดที่ได้จากการระดมสมองมีจำนวนมากมาย การนำมาใช้ประโยชน์จะต้องจัดระบบเสียก่อน ซึ่งควรทำเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) จัดกลุ่ม 2) เชื่อมโยงให้เป็นระบบ

การจัดกลุ่มความคิดทำได้ 2 แบบคือ

1. แบบดั้งเดิมได้แก่การกำหนดหัวข้อกลุ่มไว้ตามแบบแผนที่คุ้นเคย แล้วนำความคิดมาใส่ในกลุ่มดังกล่าว ตัวอย่างของการจัดกลุ่ม เช่น

Man, Money, Material, Machine, Method;

Place, Procedure, People, Policy;

Surrounding, Supply, System, Skill

จุดอ่อนของวิธีการนี้คือการจำกัดกรอบด้วยวิธีคิดเก่าๆ ซึ่งอาจจะไม่สามารถแก้ปัญหาได้

2. การจัดกลุ่มแบบธรรมชาติ เป็นการนำบัตรความคิดมาจัดกลุ่มก่อนแล้วจึงตั้งชื่อภายหลัง จะทำให้ได้ลักษณะของกลุ่มซึ่งอาจจะแตกต่างไปจากเดิม และเห็นวิธีแก้ปัญหาที่ต่างไปจากเดิม

การเชื่อมโยงให้เป็นระบบ เป็นการนำกลุ่มความคิดมาเขียนแผนภูมิเชื่อมโยงระหว่างเป้าหมายกับวิธีการ หรือระหว่างผลกับเหตุ โดยให้มีการแยกแขนงต่อไปเรื่อยๆ ซึ่งจะทำให้ส่วนที่ขาดหายไประหว่างการระดมสมองได้รับการเพิ่มเติมให้ครบถ้วนยิ่งขึ้น และทำให้สามารถตรวจสอบความเป็นเหตุเป็นผลหรือความจำเป็นที่ต้องมีแขนงนั้นอยู่ได้

2

แผนภูมิกลุ่มความคิด (Affinity Diagram)

- KJ-Kawakita Jiro นักสังคมศาสตร์ เป็นผู้คิด
- เป็นการจัดกลุ่มตามความสัมพันธ์แบบธรรมชาติ
- ใช้ความรู้สึกและความคิดสร้างสรรค์มากกว่าเหตุผล
- ผลคือการจัดระบบ การให้มุมมองใหม่
- เหมาะสำหรับปัญหาที่ซับซ้อน ไม่แน่นอน ไม่เป็นระเบียบ มีจำนวนมาก หรือต้องการฉีกแนว



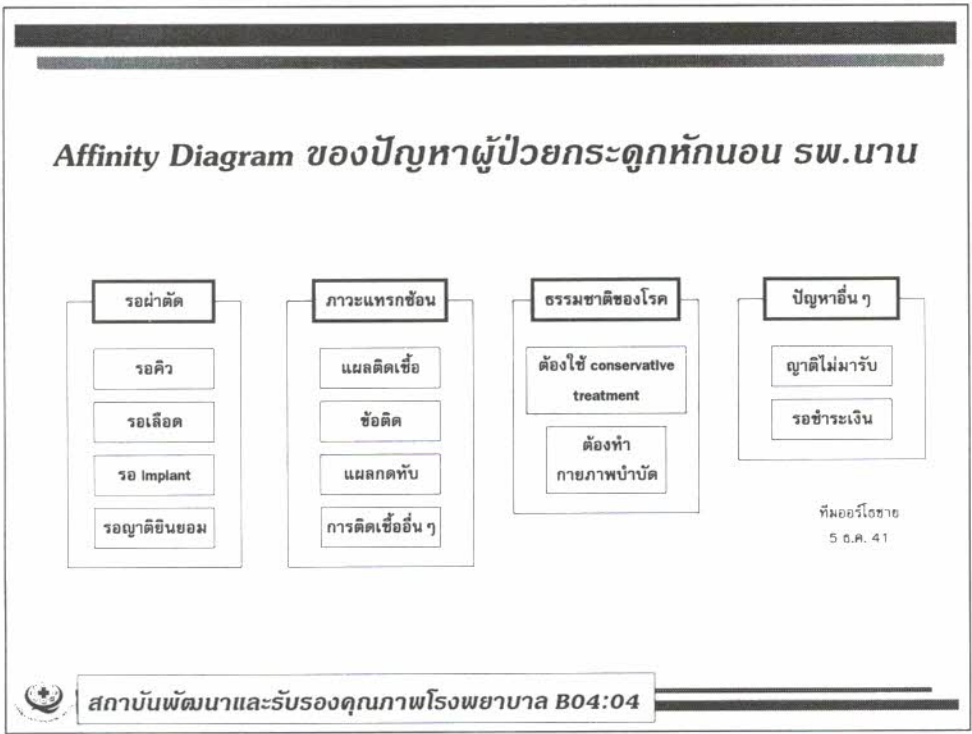
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B04:03

What: Affinity หมายถึงความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน affinity digram เป็นเครื่องมือสำหรับการรวบรวมข้อมูลเชิงภาษา (ความคิด ความเห็น) นำมาจัดกลุ่มตามความสัมพันธ์แบบธรรมชาติ เป็นเรื่องของการใช้ความรู้สึกและความคิดสร้างสรรค์มากกว่าการใช้เหตุผล

วิธีการนี้คิดโดย Jiro Kawakita ซึ่งเป็นนักสังคมศาสตร์ เมื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวนมากมาแล้วไม่รู้จะทำอย่างไร จึงได้คิดวิธีการนี้ขึ้น บางคนเรียกวิธีการนี้ว่า KJ method

Why: ความคิดที่ได้จากการระดมสมองมักจะมีจำนวนมาก การจัดกลุ่มด้วยวิธีแบบเดิมๆ ที่กำหนดหัวข้อขึ้นมาก่อนเป็นการจำกัดกรอบการคิด การจัดกลุ่มแบบธรรมชาติแล้วมาตั้งชื่อทีหลังทำให้ทีมสามารถสร้างระบบคิดของตนเองขึ้นมาใหม่ นอกจากนั้นวิธีการนี้ยังทำให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกัน

When: วิธีการนี้จะใช้ได้ในทุกขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อประเด็นหรือปัญหามีความซับซ้อนยากที่จะทำความเข้าใจ ปัญหามีความไม่แน่นอน, ไม่เป็นระเบียบ, หรือมีจำนวนมาก ต้องการฉีกแนวทางแก้ปัญหาไปจากวิธีเดิมๆ



ตัวอย่างแผนภูมิกลุ่มความคิด (affinity diagram) ของปัญหาผู้ป่วยกระดูกหักที่ต้องนอน รพ.น่าน

ขอให้สังเกตว่าบัตรความคิดต่างๆ ถูกเรียงกันเป็นกลุ่ม และมีชื่อหัวข้อกลุ่ม (header) อยู่ข้างบน หากตั้งหัวข้อไว้ก่อนตามรูปแบบที่เคยทำๆ กันมาจะไม่ได้ชื่อหัวข้อแบบนี้

แผนภูมิกลุ่มความคิดที่เขียนเสร็จแล้วควรระบุชื่อทีมและวันที่ไว้ด้วย

แผนภูมิกลุ่มความคิด (Affinity Diagram) ทำอย่างไร

- กระจายบัตรความคิดบนโต๊ะหรือ Flip Chart
- ใช้ความรู้สึก จัดกลุ่มความคิด ด้วยความเงียบ
 - ห้ามพูดคุยปรึกษากัน
 - ห้ามกำหนดหัวข้อกลุ่มไว้ก่อน
 - ใช้เพียงความรู้สึกอย่างรวดเร็ว ไม่ต้องไตร่ตรอง
 - เปลี่ยนตำแหน่งบัตรที่ผู้อื่นจัดไว้ได้
- ตั้งชื่อกลุ่ม
- เขียนแผนภูมิ





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B04:05

How: บัตรความคิดซึ่งมีความคล้ายคลึงกันถือว่ามีความดึงดูดกันและกัน (mutual affinity)

1. กระจายบัตรความคิดบนโต๊ะหรือบน flip chart ไปด้วยไม่เป็นระบบ

2. ให้สมาชิกทุกคนมาพิจารณาบัตรที่กระจายไว้ พยายามจัดกลุ่มความคิดเข้าเป็นกองๆ โดยเริ่มจากการจับคู่ของบัตร 2 ใบซึ่งมีความสัมพันธ์กัน นำไปวางไว้ด้วยกันบนที่ว่าง พิจารณาจัดวางบัตรความคิดอื่นๆ ที่อาจจะสัมพันธ์กับบัตร 2 ใบแรกไว้กับบัตร 2 ใบแรก หรืออาจนำบัตรที่มีความสัมพันธ์กันเองไว้เป็นกลุ่มใหม่

สิ่งที่สำคัญที่สุดในขั้นตอนนี้คือสมาชิกทุกคนต้องมาร่วมกันพิจารณา ไม่ใช่ปล่อยให้สมาชิกเพียง 2-3 คนทำ และที่เหลือไม่มีส่วนร่วม ในขั้นตอนนี้จะต้องไม่มีการพูดคุยปรึกษากัน จะต้องไม่เสียเวลาให้เหตุผลไตร่ตรอง แต่ให้ใช้ความรู้สึกและความรวดเร็ว การพยายามกำหนดหัวข้อก่อนที่จะจัดกลุ่มเป็นสิ่งต้องห้าม

สมาชิกสามารถเปลี่ยนตำแหน่งของบัตรความคิดได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องเกรงใจว่ามีผู้อื่นจัดวางบัตรไว้ตรงนั้น บัตรที่ไม่เข้าพวกกับใครอาจจะรวมกองไว้อีกกองหนึ่งต่างหาก โดยทั่วไปจำนวนกองบัตรจะอยู่ระหว่าง 7-10 กอง

อีกวิธีการหนึ่งที่เป็นไปได้คือการแจกบัตรให้สมาชิกแต่ละคนถือไว้จำนวนเท่าๆ กัน ให้สมาชิกคนหนึ่งอ่านบัตรความคิดใบหนึ่งออกมาดังๆ และสมาชิกคนอื่นๆ พิจารณาคัดบัตรที่อยู่ในมือของตนว่ามีบัตรใดที่มีความสัมพันธ์หรือควรจะอยู่ในกลุ่มเดียวกัน นำไปกองไว้ด้วยกัน

3. ผู้นำกลุ่มอ่านบัตรความคิดทุกใบในกลุ่ม ให้สมาชิกอภิปรายเพื่อตั้งชื่อกลุ่ม โดยเขียนเป็นข้อความสั้นๆ ซึ่งบอกถึงสาระและรายละเอียดของความคิดพอสมควร ทดสอบโดยจินตนาการว่าถ้าเอาบัตรออกไปหมดเหลือแต่ชื่อกลุ่มแล้ว สมาชิกยังเข้าใจความสำคัญหรือเนื้อหาของประเด็นนั้นหรือไม่

4. เขียนแผนภูมิตามแบบตัวอย่าง อาจจะแยกกลุ่มย่อย หรือเชื่อมโยงกลุ่มเข้าด้วยกัน ติดแสดงให้ผู้อื่นดูและรับความคิดเห็นเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงให้สมบูรณ์

แผนภูมิกลุ่มความคิด (Affinity Diagram) กิจกรรมกลุ่ม

- นำบัตรความคิดที่ได้จากการระดมสมองในช่วงที่แล้วมาจัดกลุ่มโดยใช้เทคนิค Affinity Diagram
- ให้ผู้สังเกตการณ์สังเกตว่าทีมปฏิบัติตามแนวทางที่แนะนำไว้หรือไม่
- เวลา: ทำกิจกรรม 15 นาที, Feed Back 5 นาที



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B04:06

กิจกรรมกลุ่มใน session นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าประชุมเรียนรู้วิธีการจัดกลุ่มความคิดด้วยวิธีธรรมชาติ ฝึกทำให้แตกต่างไปจากที่เคยทำซึ่งมักจะเริ่มต้นด้วยการกำหนดหัวข้อกลุ่มก่อน

ความคิดที่จะนำมาทำกิจกรรมคือความคิดที่ได้ระดมสมองไว้ในช่วงที่แล้ว

การจัดกลุ่มอาจจะจัดบนโต๊ะหรือจัดบน flip chart ก็ได้ การจัดบน flip chart โดยใช้สก็อตเทปติดกับ chart และเขียนบัตรความคิดด้วยอักษรขนาดใหญ่ จะทำให้สมาชิกกลุ่มได้เห็นกระบวนการจัดกลุ่มโดยทั่วกัน

ขอให้ผู้สังเกตการณ์สังเกตว่าสมาชิกในกลุ่มปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้หรือไม่
ประธานกลุ่มจะทำหน้าที่ดูแลให้เป็นไปตามกฎเกณฑ์ของการทำ affinity diagram

3

แผนภูมิระบบ/แผนภูมิต้นไม้ (Systematic/Tree Diagram)

■ แสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลชนิดเป็นเส้นตรง

- จาก ปัญหาหรือผล ไปหา สาเหตุ
- จาก เป้าหมาย ไปหา วิธีการ

■ มีการขยายรายละเอียดเพิ่มขึ้นตามลำดับ

■ ช่วยให้พิจารณาองค์ประกอบของปัญหาได้ครบถ้วน



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B04:07

แผนภูมิระบบหรือแผนภูมิต้นไม้ เป็นแผนภูมิที่แสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลชนิดเส้นตรง ซึ่งอาจจะเป็นความสัมพันธ์โดยเริ่มจากปัญหาหรือผลลัพธ์ไปค้นหาสาเหตุ หรือเริ่มจากเป้าหมายไปค้นหาวิธีการ

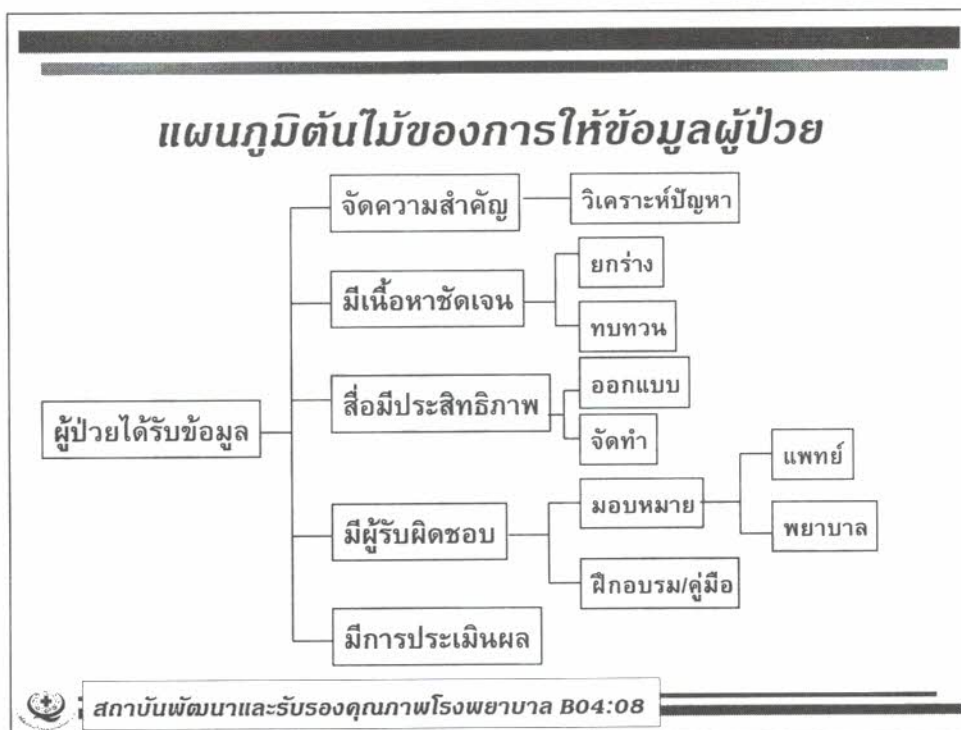
การค้นหาสาเหตุหรือการค้นหาวิธีการนั้นจะแยกแขนงแตกรายละเอียดเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การขยายรายละเอียดในลักษณะนี้ทำให้สามารถวิเคราะห์องค์ประกอบของปัญหาได้ครบถ้วน

ตัวอย่างเช่น เมื่อเริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาหรือผลลัพธ์ จะถามว่าปัญหานี้เกิดจากสาเหตุอะไรได้บ้าง เมื่อได้สาเหตุมาชุดหนึ่งแล้วก็จะถามต่อไปว่าอะไรคือสาเหตุของสาเหตุ ทำให้ได้สาเหตุจำนวนมากซึ่งอาจจะนำมาสู่ปัญหาที่เริ่มต้น

เมื่อเริ่มต้นจากเป้าหมายหรือส่วนกลับของปัญหา เราจะถามว่าถ้าจะให้บรรลุเป้าหมายนี้ จะต้องทำอะไรบ้าง

แผนภูมิระบบหรือแผนภูมิต้นไม้จะตอบคำถามลักษณะต่อไปนี้: ลำดับขั้นของงานที่ต้องทำให้สำเร็จเพื่อแก้ปัญหาคืออะไร, องค์ประกอบของปัญหาที่ต้องใส่ใจมีอะไร, วิธีการแก้ปัญหานั้นมีความสมเหตุสมผลหรือไม่, ทางออกในการแก้ปัญหาจะมีความซับซ้อนเพียงใด

กรณีที่ควรนำแผนภูมินี้มาใช้คือ: เมื่อทีมต้องการจัดทำแผนปฏิบัติงานสำหรับโครงการที่มีความซับซ้อน, กรณีที่หากละเลยงานหรือขั้นตอนที่สำคัญแล้วจะเกิดความเสียหาย, ทีมปฏิบัติงานไปแล้วแต่เกิดความสับสนว่าจะต้องทำอะไรต่อไป, ทีมสูญเสียไฟก์สของการทำงาน, เป็นงานที่ไม่ยากแต่ยังทำไม่สำเร็จ ต้องทำซ้ำแล้วซ้ำอีก



ตัวอย่างการเขียนแผนภูมิต้นไม้/แผนภูมิระบบสำหรับแก้ปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองเท่าที่ควร

การเขียนเริ่มด้วยว่าเป้าหมายคือ “ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็น เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน”

คำถามที่ถามคือ จะต้องทำอะไรบ้างที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็น คำตอบที่ได้คือ

1. ต้องมีการจัดลำดับความสำคัญว่าผู้ป่วยประเภทใดบ้างที่จะต้องให้ความสนใจเรื่องการให้ข้อมูลเป็นพิเศษ เพื่อแก้ปัญหาได้ตรงจุด

2. ต้องมีการกำหนดเนื้อหาที่ชัดเจนว่าจะให้อะไร กับใคร โดยใคร เมื่อไร

3. ต้องมีสื่อประกอบที่มีประสิทธิภาพ

4. ต้องมีผู้รับผิดชอบให้ข้อมูล

5. ต้องมีการประเมินผล

นำข้อมูลดังกล่าวมาเขียนเป็นแขนงหลักของแผนภูมิ แล้วตามต่อไปในแต่ละแขนงว่าจะต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของหรือข้อความของแขนงนั้น เช่น

1. ต้องทำอะไรเพื่อให้จัดลำดับความสำคัญ คำตอบคือต้องมีการวิเคราะห์ปัญหาหรือเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยว่ามีผู้ป่วยประเภทใดบ้างที่จำเป็นต้องได้รับข้อมูลเป็นพิเศษ

2. ต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้ได้เนื้อหาที่ชัดเจน คำตอบคือต้องมีการยกร่างและมีการทบทวนเนื้อหาดังกล่าว ฯลฯ



ตัวอย่างนี้แสดงให้เห็นการนำชื่อกลุ่มจากแผนภูมิกลุ่มความคิด (affinity diagram) ของปัญหาผู้ป่วยกระดูกหักที่ต้องนอน รพ. นาน มาสร้างเป็นแขนงหลักของแผนภูมิต้นไม้ จะเห็นว่าอาจจะต้องมีการปรับเปลี่ยนถ้อยคำ จากปัญหามาเป็นเป้าหมาย จากสาเหตุของปัญหามาเป็นวิธีการแก้ปัญหา หรือเป้าหมายระดับรองลงไป

กิจกรรมกลุ่ม (แผนภูมิระบบ/แผนภูมิต้นไม้)

- ใช้ข้อมูลจาก Affinity Diagram มาสร้างแผนภูมิต้นไม้
 - นำชื่อกลุ่มมาปรับถ้อยคำเป็นแขนงหลัก หรือ
 - นำชื่อกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมาปรับเป็นเป้าหมายที่จะปรับปรุง
- แดกแขนงหลักเพื่อพิจารณาวิธีการไปสู่เป้าหมายจาก
 - บัตรที่ได้ระดมสมองไว้แล้ว
 - ใช้เหตุผลคิดเพิ่มเติมให้สมบูรณ์
- ทบทวนความเป็นเหตุเป็นผล
 - หากตัดสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่อยู่ทางขวามือออกไป จะมีผลต่อการบรรลุความสำเร็จทางซ้ายมือหรือไม่ (ถ้าไม่มีผล ก็ควรตัดออก)
 - หากต้องการให้บรรลุผลสำเร็จทางซ้ายมือ สิ่งที่อยู่ทางขวามือครอบคลุมเพียงพอหรือไม่ จะต้องเพิ่มเติมอะไรอีก
- เวลา : ทำกิจกรรม 20 นาที, Feed Back 5 นาที



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B04:10

การใช้แผนภูมิต้นไม้ต่อเนื่องจาก affinity diagram เป็นการเสริมให้นำความคิดเชิงระบบเข้ามาประกอบกับความคิดสร้างสรรค์

ทีมสามารถนำผลจาก affinity diagram มาใช้ได้ 2 ลักษณะคือ

1. นำชื่อกลุ่มมาเป็นแขนงหลักของแผนภูมิต้นไม้ นั่นคือเป้าหมายของแผนภูมิจะเป็นเป้าหมายที่ค่อนข้างกว้าง หรือเป็นการระบุว่าจะเมื่อทำกิจกรรมตามแขนงหลักครบถ้วน จะเกิดอะไรขึ้น

2. นำชื่อกลุ่มมาเป็นเป้าหมายของแผนภูมิต้นไม้ นำบัตรที่อยู่ในกลุ่มนั้นมาทำ affinity diagram เพื่อให้ได้ชื่อกลุ่มในระดับต่อไป นำชื่อกลุ่มเหล่านั้นมาเป็นแขนงหลัก

จากนั้นให้นำบัตรที่เหลือมาใส่ในแผนภูมิต้นไม้ และใช้เหตุผลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์

คำถามที่ควรถามย้อนไปย้อนมาก็คือ

1. เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนี้ จะมีวิธีการหรือต้องทำกิจกรรมอะไรบ้าง ใส่รายละเอียดที่ได้ไปทางขวามือของเป้าหมายนั้น

2. เมื่อทำกิจกรรมต่างๆทางซ้ายมือแล้วจะบรรลุเป้าหมายที่อยู่ทางขวามือหรือไม่ หากละเว้นไม่ทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งแล้วจะมีผลต่อการบรรลุเป้าหมายหรือไม่ หากไม่มีผลก็อาจจะพิจารณาตัดกิจกรรมนั้นออกไปได้

ให้ผู้สังเกตการณ์สังเกตกระบวนการกลุ่มตามแนวทางที่กำหนดไว้แต่แรก และ feed back ในช่วงเวลา 5 นาทีสุดท้าย

B



05

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B05:01

การตัดสินใจของทีม (Team Decision)

1. ลักษณะการตัดสินใจ
2. การคัดกรองประเด็น
3. การคัดเลือกประเด็น
4. การหาความเห็นร่วม
5. กิจกรรมกลุ่ม

1

ลักษณะการตัดสินใจ

■ สำคัญอย่างไร

■ ลักษณะการตัดสินใจ



- คัดกรองประเด็น (Multivoting, Nominal Group Technique)
- คัดเลือกประเด็น (Criteria Rating/Prioritization Matrix)
- สรุปความเห็นร่วม (Consensus)



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B05:02

การตัดสินใจของทีมมีความสำคัญต่อการคงอยู่ของทีม และความก้าวหน้าในการทำงาน การตัดสินใจที่ไม่ดีจะทำให้เกิดความแตกแยกและขัดแย้งขึ้นในทีม การเลือกใช้วิธีการตัดสินใจที่ยั่งยืนไปอาจจะทำให้ทีมเสียเวลาโดยใช่เหตุ

การตัดสินใจของทีมอาจแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือการคัดกรองประเด็น การคัดเลือกประเด็น และการหาความเห็นร่วม

1. การคัดกรองประเด็น เป็นการคัดเลือกประเด็นจำนวนหนึ่งจากบัญชีความเห็นจำนวนมากที่ได้จากการระดมสมอง ซึ่งอาจจะเป็นการใช้เกณฑ์กรอง (ซึ่งมักจะทำทันทีหลังจากระดมสมองเสร็จ) การให้คะแนนหลายรอบ (multivoting) การจัดอันดับโดยความเห็นของกลุ่ม (nominal group technique)

2. การคัดเลือกประเด็น เป็นการนำประเด็นที่คัดกรองมาแล้ว มาใช้หลักเกณฑ์พิจารณาอย่างรอบคอบเพื่อเลือกเอาสิ่งที่ดีที่สุดหนึ่งหรือหลายข้อมาทำงานต่อ ได้แก่การลงคะแนนตามเกณฑ์และถ่วงน้ำหนัก (criteria rating/weighting)

3. การหาความเห็นร่วม เป็นการตัดสินใจในกรณีที่มีความสำคัญซึ่งต้องการยอมรับจากสมาชิกทุกคนโดยไม่มีการลงคะแนน แต่ต้องอาศัยการแยกแยะประเด็น การให้ข้อมูล การยอมที่จะถอยมาในจุดที่ทุกคนยอมรับได้

2

การคัดกรองประเด็น

■ Multivoting

- ให้แต่ละคนเลือกประเด็นที่เห็นด้วยไว้ 1 ใน 3 ของทั้งหมด
- รวมจำนวนที่เลือกเป็นของกลุ่ม (คะแนนมากคือสำคัญมาก)
- คัดเลือกไว้จำนวนหนึ่งและทำซ้ำ

■ Nominal Group Technique

- ให้แต่ละคนเลือกประเด็นที่เห็นด้วยมากที่สุดมาจำนวน “ครึ่งของทั้งหมดบวกหนึ่ง”
- เรียงลำดับประเด็นให้หมายเลข (1 คือสำคัญที่สุด)
- รวมคะแนนลำดับเป็นของกลุ่ม (คะแนนน้อยคือสำคัญมาก)



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B05:03

การคัดกรองประเด็นที่จะนำเสนอในที่นี้คือการลงคะแนนหลายรอบ (multivoting) และการจัดอันดับโดยความเห็นของกลุ่ม (nominal group technique) ซึ่งผู้เข้าประชุมควรทดลองทำทั้ง 2 วิธี

โดยหลักการแล้วทั้งสองวิธีมีความใกล้เคียงกันมาก จนบางท่านอาจจะเกิดความสับสน จุดที่แตกต่างกันมีดังนี้

1. ทั้งสองวิธีมีการกำหนดจำนวนให้เลือก โดย multivoting กำหนดให้เลือก 1 ใน 3 ของความเห็นทั้งหมด ในขณะที่ NGT ให้เลือกจำนวนครึ่งหนึ่งของทั้งหมดบวกด้วย 1
2. Multivoting ไม่มีการเรียงลำดับ แต่ NGT มีการเรียงลำดับด้วย
3. ทั้งสองวิธีมีการนำความเห็นของกลุ่มมารวมคะแนน multivoting ให้การเลือกความเห็นแต่ละข้อมีคะแนนเท่ากับ 1 เมื่อรวมแล้วข้อที่ได้คะแนนสูงคือข้อที่มีความสำคัญสูง สำหรับ NGT ให้แต่ละข้อมีน้ำหนักความสำคัญต่างกัน โดยความเห็นที่ได้เลขที่ลำดับต่ำจะมีความสำคัญสูง ดังนั้นเมื่อรวมกันแล้ว ข้อที่ได้คะแนนต่ำจึงเป็นข้อที่มีความสำคัญสูง
4. จำนวนรอบในการลงคะแนน ของ multivoting จะเน้นการลงคะแนนหลายรอบเพราะไม่ได้ถ่วงน้ำหนักความเห็นสำหรับแต่ละข้อ ส่วน NGT นั้นการลงคะแนนครั้งเดียวอาจจะเพียงพอ แต่หากยังมีความเห็นที่ไม่ตรงกันหรือต้องการคัดเลือกหัวข้อที่ดีที่สุดอาจจะทำซ้ำอีกก็ได้

แม้ว่าจะเป็นเทคนิคที่ใช้คัดกรองประเด็น แต่บางครั้งการใช้เทคนิคเหล่านี้ก็สามารถใช้กับการคัดเลือกประเด็นไปได้เลย

3

การคัดเลือกประเด็น

■ Criteria Rating/Weighting

■ กำหนดเกณฑ์คัดเลือก

- ระดมสมอง, เลือกเอาไว้ 3-5 เกณฑ์

■ กำหนดน้ำหนักของเกณฑ์

- กำหนดเป็นร้อยละ หรือจำนวนเท่า

■ ลงคะแนนโดยใช้เกณฑ์ที่ละตัว รวมเป็นคะแนนของกลุ่ม

■ รวมคะแนนของทุกเกณฑ์



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B05:04

การคัดเลือกประเด็นคือการเลือกทางเลือกที่แข่งขันกันเพื่อค้นหาทางเลือกที่ดีที่สุดไปทำงานต่อ ซึ่งทางเลือกนี้อาจจะเป็นปัญหาหรือโอกาสพัฒนา อาจจะเป็นทางเลือกในการแก้ปัญหา บางครั้งอาจจะใช้วิธีการนี้ในการจัดลำดับความสำคัญของทางเลือกต่างๆ เพื่อพิจารณาลำดับก่อนหลังของการทำงาน

วิธีการที่ใช้คัดเลือกที่ปรับจากความรู้สึกมาเป็น objective มากที่สุด คือการลงคะแนนโดยใช้เกณฑ์ (criteria rating หรือ criteria weighting technique) หรือบางท่านเรียกว่า prioritization matrix วิธีการนี้ทำให้เราสามารถตีแผ่การให้คุณค่าซึ่งอยู่ในใจของสมาชิกแต่ละคนและสามารถนำมารวมกันด้วยวิธีการทางคณิตศาสตร์ได้ แตกต่างจากการให้แต่ละคนตัดสินใจเลือกแล้วมาผลการตัดสินใจนั้นมาเปรียบเทียบว่าทางเลือกใดมีผู้เห็นด้วยมากที่สุด ซึ่งจะทำให้มีฝ่ายแพ้ฝ่ายชนะเกิดขึ้น แต่การลงคะแนนโดยใช้เกณฑ์จะไม่มีใครรู้สึกว่าเป็นฝ่ายแพ้ เพราะทุกคนมีเสียงและมีส่วนเท่ากัน ผลการรวมคะแนนเป็นความเห็นของกลุ่ม

ขั้นตอนการลงคะแนนโดยใช้เกณฑ์ประกอบด้วย

1. การกำหนดเกณฑ์ ได้จากการระดมสมองว่าแต่ละคนใช้เกณฑ์อะไรในการพิจารณาเรื่องนี้ แล้วเลือกมา 3-5 เกณฑ์ การเลือกหัวข้อปัญหามาแก้ไขอาจจะใช้เกณฑ์ ความสำคัญต่อลูกค้า, ระดับปัญหาหรือระดับคุณภาพในปัจจุบัน, ความเป็นไปได้ในการแก้ไขปรับปรุง ในขณะที่การเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาอาจจะใช้เกณฑ์ ประสิทธิภาพ, ค่าใช้จ่าย, การยอมรับ เป็นต้น

2. การกำหนดน้ำหนักของเกณฑ์ แต่ละเกณฑ์อาจจะมือน้ำหนักไม่เท่ากัน ขึ้นกับลักษณะปัญหาและพัฒนาการของทีม การกำหนดน้ำหนักอาจจะกำหนดเป็นจำนวนเท่า หรือเป็นร้อยละ สำหรับทีมที่เริ่มต้นควรใช้เป็นจำนวนเท่า ให้ถามสมาชิกทีมว่าจะให้เกณฑ์ใดมีน้ำหนักต่ำสุด ให้เก็ณฑ์นั้นคูณด้วย 1 ถามว่าจะให้เกณฑ์ใดมีน้ำหนักสูงสุด สูงเป็นกี่เท่าของเกณฑ์ที่มีน้ำหนักต่ำสุด (โดยทั่วไปไม่ควรเกิน 3 เท่า) แล้วจึงถามน้ำหนักของเกณฑ์ที่เหลือ

3. การลงคะแนนโดยใช้เกณฑ์ที่ละตัว เพื่อให้สามารถใช้เกณฑ์เปรียบเทียบทางเลือกต่างๆ ได้ คะแนนเต็มอาจจะเป็น 5 หรือ 10 แล้วแต่ทีมจะตกลงกัน อาจจะรวมคะแนนเป็นของทีมตั้งแต่ในขั้นตอนนี้

4. การคำนวณคะแนนรวม นำคะแนนในแต่ละข้อคูณด้วยน้ำหนักแล้วรวมเป็นคะแนนของแต่ละทางเลือก

Criteria Rating/Weighting				
	เกณฑ์ 1 x	เกณฑ์ 2 x	เกณฑ์ 3 x	รวม
ทางเลือก 1				
ทางเลือก 2				
ทางเลือก 3				
ทางเลือก 4				
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B05:05				

ตัวอย่างตารางที่ใช้ในการบันทึกคะแนนของวิธีการ criteria rating

สิ่งสำคัญที่ต้องย้ำอีกครั้งคือในการลงคะแนน จะพิจารณาที่ละเกณฑ์เปรียบเทียบทุกทางเลือก ไม่ใช้การพิจารณาที่ละทางเลือกโดยใช้เกณฑ์ทุกเกณฑ์ เพราะวิธีหลังจะทำให้เกิดความสับสนมากกว่า

4

การหาความเห็นร่วม (Consensus)

- ความเห็นร่วมไม่ใช่ความเห็นเอกฉันท์
- ความเห็นร่วมไม่ได้หมายความว่าทุกคนไม่เห็นต่าง
- ความเห็นร่วมคือสิ่งที่ทุกคนยอมรับได้ และพร้อมที่จะนำไปปฏิบัติ หลังจากที่ได้วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียทุกแง่มุมแล้ว
- การหาความเห็นร่วมทำให้เกิดสถานการณ์ ชนะ/ชนะ
- ใช้เมื่อประเด็นที่ต้องตัดสินใจมีความสำคัญและซับซ้อน



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B05:06

คืออะไร

การหาความเห็นร่วมคือการหาทางเลือกหรือจุดยืนที่สมาชิกทุกคนเห็นด้วย ยอมรับได้ด้วยความสะดวกสบายใจ และให้การสนับสนุนที่จะดำเนินการ, ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากที่สมาชิกทั้งหมดได้พิจารณาวิเคราะห์แยกแยะข้อดีข้อเสียทุกแง่มุมแล้ว.

ความเห็นร่วมของกลุ่ม **ไม่ใช่** การลงมติซึ่งทุกคนเห็นด้วยทั้งหมดเป็นเอกฉันท์ (unanimous vote), **ไม่ใช่** มติของเสียงส่วนใหญ่ (majority vote) ซึ่งเสียงส่วนน้อยไม่ต้องการ, และ**ไม่ใช่**สิ่งที่ทุกคนพอใจเต็มที่.

ทำไม

เป้าหมายของทีมคือการตัดสินใจซึ่งสะท้อนความคิดของสมาชิกทุกคนได้ดีที่สุด. การหาความเห็นร่วมเป็นการทำให้เกิดสถานการณ์ ชนะ/ชนะ เป็นสิ่งที่มีคุณค่ามากกว่าการลงคะแนนเสียงทั่วไปเนื่องจากไม่ทำให้เกิดผู้แพ้.

ใช้เมื่อไร

วิธีการนี้ต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือจากสมาชิกในทีมมาก, จะใช้เมื่อประเด็นที่จะตัดสินใจนั้นมีความสำคัญและมีความซับซ้อนสูง, มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการดำเนินงาน.

กฎ กติกา ในการหาความเห็นร่วม

- ยอมรับว่าสมาชิกสามารถมีความเห็นที่ไม่ตรงกันได้ แต่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการหาความเห็นร่วม
- พยายามให้เกิดการตอรองและความร่วมมือระหว่างสมาชิกเพื่อให้เกิดความเห็นเอกฉันท์
- เน้นการใช้ข้อเท็จจริงมากกว่าความเห็น
- การยอมถอย 1 ก้าวไม่ใช่การแพ้ การได้มาซึ่งการสนับสนุนไม่ใช่การชนะ
- สมาชิกไม่เพียงยอมกันเพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง
- เน้นการแลกเปลี่ยนข้อมูล, การค้นหาประเด็นที่เห็นไม่ตรงกัน และการสำรวจทางเลือกที่เป็นไปได้
- การลงมติเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ แต่ไม่ควรใช้พร่ำเพรื่อเป็น routine



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B05:07

หัวใจสำคัญที่สุดของการหาความเห็นร่วมคือการเคารพในกฎ กติกา ข้างต้น ซึ่งจะทำให้การอภิปรายแสดงความคิดเห็นต่างๆ เป็นไปอย่างราบรื่น สิ่งที่เราควรทำความเข้าใจก็คือความเห็นที่แตกต่างกันไม่เป็นอุปสรรคต่อการหาความเห็นร่วม จุดยืนของแต่ละคนยังคงได้รับการเคารพ แต่จะต้องนำมาสู่การปฏิบัติที่ทุกคนยอมรับได้

การยอมถอยมา 1 ก้าวมีความจำเป็นเพื่อให้มีช่องว่างสำหรับพิจารณาหาข้อยุติ เพราะหากทุกคนยืนยันทันทีจะให้จุดยืนของตนได้รับการนำไปปฏิบัติ จะไม่สามารถหาความเห็นร่วมได้ สมาชิกแต่ละคนต้องถามกับตัวเองว่าเรายอมถอยได้มากที่สุดเท่าไร และบอกให้ผู้อื่นได้รับทราบพร้อมเหตุผล

ขั้นตอนในการหาความเห็นร่วม

- กำหนดประเด็น, เป้าหมาย
- สมาชิกแต่ละคนนำเสนอจุดยืนของตนพร้อมข้อมูลและเหตุผลประกอบ พร้อมทั้งเรียนรู้ความเห็นของผู้อื่น
- แยกแยะความเห็น
- สรุปและนำไปปฏิบัติ



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B05:08

การหาความเห็นร่วมมีขั้นตอนในการประชุมดังนี้

1. กำหนดประเด็นที่ต้องการหาความเห็นร่วม และกำหนดเป้าหมายซึ่งทุกคนยอมรับร่วมกัน
2. ให้สมาชิกแต่ละคนแสดงจุดยืนหรือความสนใจของตนอย่างชัดเจนพร้อมทั้งข้อมูลหรือเหตุผลประกอบ ระหว่างเสนอให้พิจารณาความเห็นหรือปฏิกิริยาของสมาชิกคนอื่นด้วย อาจจะใช้ consensus card method เพื่อประเมินปฏิกิริยาของสมาชิกในระหว่างที่สมาชิกคนหนึ่งนำเสนอ ให้สมาชิกอื่นๆ พิจารณาจุดยืนของเพื่อนสมาชิกอย่างตั้งใจ
3. แยกแยะความเห็น ว่าประเด็นใดที่สมาชิกเห็นพ้องกันทั้งหมด ประเด็นใดที่ยังมีความเห็นแตกต่างกัน ใช้เหตุผลพิจารณาในสิ่งที่ต่างกันอย่างรอบคอบ อาจจะทำให้มีการเสนอจุดยืนของสมาชิกในประเด็นที่ยังเห็นไม่ตรงกันซ้ำอีกรอบหนึ่งหรือหลายรอบ

ในกรณีที่ไม่สามารถหาความเห็นร่วมได้ ทางเลือกที่เป็นไปได้คือ

- ยอมรับว่ายังเห็นไม่ตรงกันและนำประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องมาพิจารณา
- เปลี่ยนประเด็นพิจารณาชั่วคราว
- หยุดพักการพิจารณา นำมาพิจารณาในการประชุมครั้งต่อไป
- หาทางเลือกที่ยอมรับได้ แม้ว่าจะไม่ดีที่สุด

4. สรุปและนำข้อสรุปไปปฏิบัติ ให้สมาชิกพิจารณาว่าแต่ละคนจะมีส่วนในการนำข้อสรุปนั้นไปปฏิบัติอย่างไร

5

กิจกรรมกลุ่ม

- ใช้หัวข้อที่เคยระดมสมองไว้ในใช้ในการทำกิจกรรม
- แบ่งสมาชิกเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มหนึ่งใช้ Multivoting อีกกลุ่มหนึ่งใช้ NGT เพื่อคัดกรองทางเลือก (10 นาที)
- ให้สมาชิกรวบรวมทีมกันและอภิปรายทางเลือกที่คัดกรองมาได้เพื่อหาความเห็นร่วม (Consensus) (15 นาที)
- ให้สมาชิกใช้ Criteria Rating Technique เพื่อจัดลำดับความสำคัญของทางเลือก (10 นาที)
- Feed Back 5 นาที



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล B05:09

กิจกรรมกลุ่มในช่วงนี้มีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้าประชุมทดลองกระบวนการตัดสินใจในรูปแบบต่างๆ ให้เห็นความยากง่ายในการตัดสินใจและผลที่เกิดขึ้น เพื่อจะได้เลือกวิธีการตัดสินใจที่เหมาะสม การหาความเห็นร่วมมีขั้นตอนในการประชุมดังนี้

ทางเลือกที่จะนำมาใช้ให้เลือกเอาบัญชีที่ทำไว้จากการระดมสมองที่ผ่านมาที่มีจำนวนมากที่สุด

ในช่วง 10 นาทีแรก ให้แยกเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มหนึ่งใช้ Multivoting อีกกลุ่มหนึ่งใช้ NGT เมื่อทำเสร็จแล้วนำผลมาเปรียบเทียบกัน

ในช่วง 15 นาทีต่อมา ให้กลุ่มอภิปรายเพื่อหาความเห็นร่วมว่าทางเลือกที่คัดกรองมาได้นั้น ทางเลือกใดเป็นทางเลือกที่กลุ่มจะนำไปปฏิบัติเป็นอันดับแรก

ในช่วง 10 นาทีที่ 3 ให้กลุ่มใช้ criteria rating technique จัดลำดับความสำคัญของทางเลือกที่คัดกรองมาได้ ให้กลุ่มพิจารณาเปรียบเทียบกับความเห็นร่วม

P

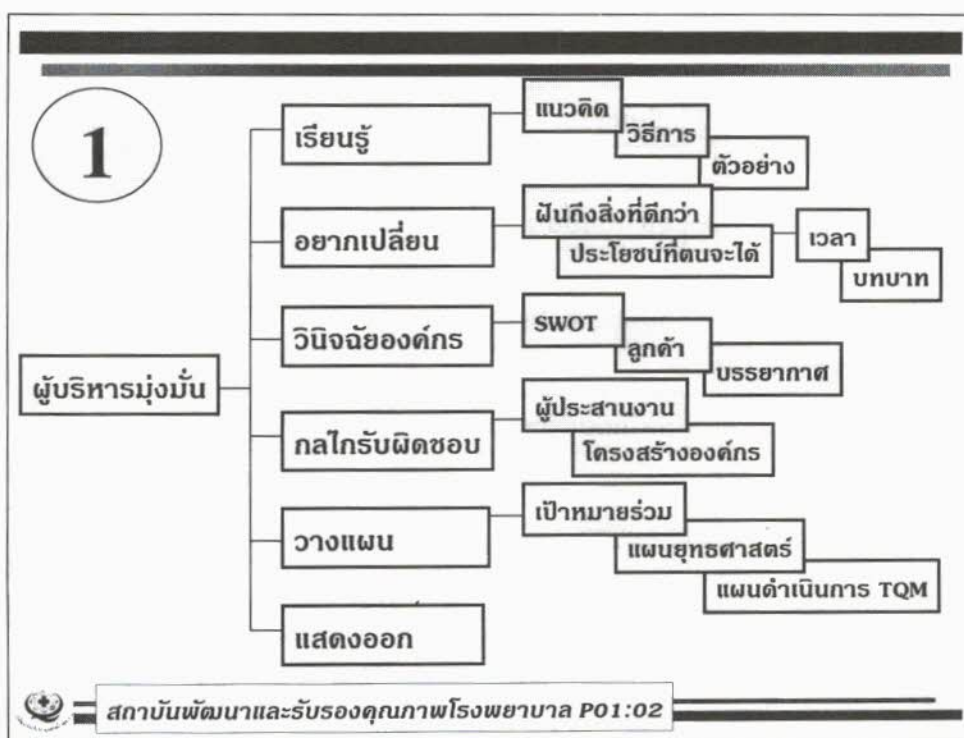


01

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P01:01

เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ





แผนภูมินี้แสดงให้เห็นว่าความมุ่งมั่นคือ commitment ของผู้บริหารต่อการพัฒนาคุณภาพจะเกิดได้อย่างไร และควรแสดงออกในรูปแบบใด

การเปลี่ยนแปลงสำคัญคือการเปลี่ยนแปลงที่ผู้นำ ขอให้สมาชิกของทีมพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้

1. ทำความเข้าใจความหมาย เพิ่มเติมแผนภูมิให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น อาจจะเป็นการเพิ่มแขนงหลัก หรือเพิ่มแขนงย่อย

2. พิจารณาว่าในสถานการณ์ในแต่ละแขนงเป็นอย่างไร ท่านทำได้ดีเพียงใด

3. พิจารณาแนวทางการปรับปรุงเพื่อความสำเร็จ

ในแต่ละประเด็น มีจุดสำคัญที่ควรพิจารณาดังนี้

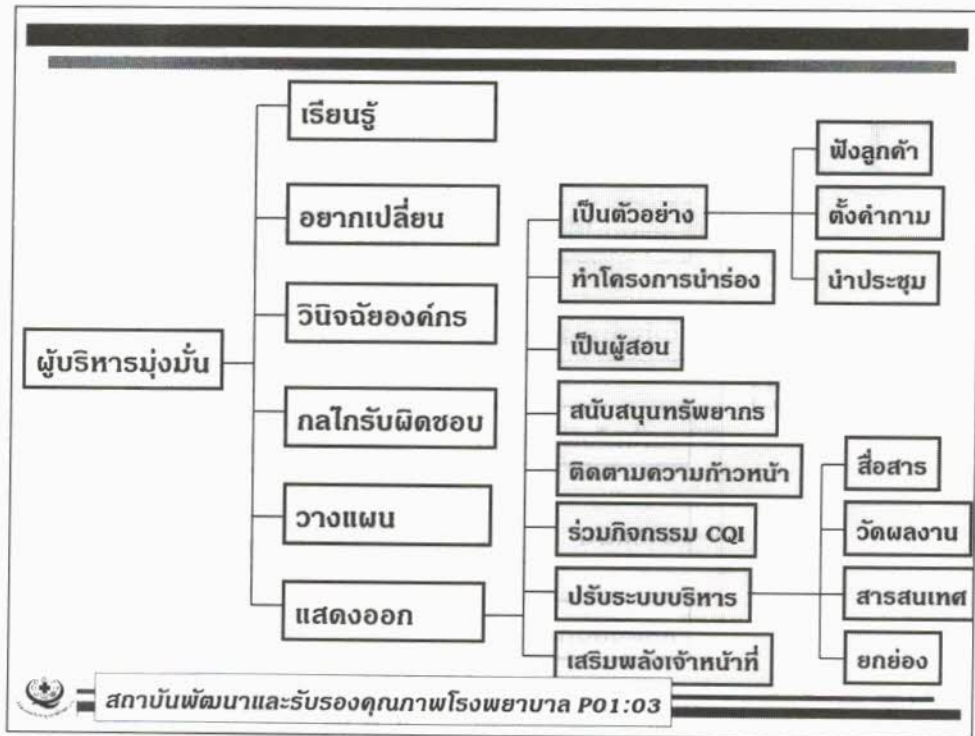
1. การเรียนรู้: ทีมเข้าใจหัวใจสำคัญของ TQM/CQI ดีหรือยัง นำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้หรือไม่ ได้เห็นตัวอย่างองค์กรที่นำไปใช้จนประสบความสำเร็จบ้างหรือไม่ มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในองค์กรเหล่านั้น

2. อยากเปลี่ยน: มาสร้างความฝันร่วมกันว่าอยากเห็นอะไรที่ดีกว่า เมื่อทำ TQM แล้ว จะมีการเปลี่ยนแปลงอะไร ผู้บริหารจะได้ประโยชน์อะไรจากการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น

3. วินิจฉัยองค์กร: องค์กรมีจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคามอะไร ผู้ป่วยและลูกค้ามักจะพูดถึงองค์กรของเราอย่างไร บรรยากาศการทำงานในองค์กรเป็นอย่างไร มีอะไรที่ควรรักษาไว้ อะไรที่ควรปรับปรุง

4. กลไกรับผิดชอบ: ใครเป็นผู้ประสานงานหลักเรื่องคุณภาพ มีความคล่องตัวและประสิทธิภาพในการทำงานหรือไม่ คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องมีอะไร มากไปหรือน้อยไป จะปรับเปลี่ยนอย่างไร

5. วางแผน: อะไรเป็นเป้าหมายร่วมขององค์กรที่ทุกคนยอมรับ มีการจัดทำพันธกิจ วิสัยทัศน์เป็นทางการแล้วหรือยัง มีการนำพันธกิจ วิสัยทัศน์นั้นมาจัดทำแผนยุทธศาสตร์หรือไม่ มีการวางแผนดำเนินการสำหรับ TQM อย่างไร



6. การแสดงออกถึงความมุ่งมั่น

6.1 การเป็นตัวอย่าง: มีอะไรบ้างที่ผู้บริหารควรทำเป็นตัวอย่าง เช่น การรับฟังลูกค้า การตั้งคำถามเพื่อให้เกิดการใช้ข้อมูลและความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนางาน การนำที่ประชุมอย่างมีประสิทธิภาพ ขณะนี้ผู้บริหารมีศักยภาพและปฏิบัติเป็นตัวอย่างได้ดีเพียงใด มีวิธีการใดที่จะปรับปรุงให้ดีขึ้น

6.2 ทำโครงการนำร่อง: โครงการนำร่องโดยผู้บริหารคือ high level project เป็นโครงการที่เกี่ยวข้องกับผู้บริหารหลายฝ่าย ทำแล้วจะเห็นผลกระทบอย่างกว้างขวาง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากความตั้งใจของฝ่ายบริหาร

6.3 เป็นผู้สอน: การสอนคือการสื่อความมุ่งมั่นสู่เจ้าหน้าที่ มีเรื่องอะไรที่ผู้บริหารควรจะเป็นวิทยากรด้วยตนเอง ทำอย่างไรจึงจะมีความมั่นใจที่จะสอน

6.4 สนับสนุนทรัพยากร: ทรัพยากรในที่นี้รวมทั้งเวลาด้วย ขณะนี้มีการสนับสนุนทรัพยากรให้กับทีมพัฒนาคุณภาพต่างๆดีเพียงใด มีกลไกอะไรที่ควรปรับปรุงเพื่อให้การสนับสนุนทรัพยากรเป็นไปอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการมากขึ้น

6.5 ติดตามความก้าวหน้า: ระบบการติดตามควรเป็นอย่างไรเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง ให้การสนับสนุนแก้ปัญหาได้ทันทั่วทั้งที่ ขณะเดียวกันไม่เป็นภาระต่อผู้เกี่ยวข้องมากเกินไป

6.6 ร่วมกิจกรรม CQI กับทีม: ในฐานะผู้บริหาร การเข้าร่วมกิจกรรมควรอยู่ในระดับใดจึงจะไม่เป็นอุปสรรคต่อความคิดสร้างสรรค์ของทีม และผู้บริหารไม่รู้สึกรู้ว่าอยู่ห่างหรือถูกกีดกันออกไป

6.7 ปรับระบบบริหาร: สมควรมีการปรับปรุงอย่างไรเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ

6.8 การเสริมพลังเจ้าหน้าที่: จะให้เจ้าหน้าที่มีความสามารถ และมีโอกาสในการตัดสินใจงานของตนเองมากขึ้นได้อย่างไร



Commitment จากผู้นำมีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของการนำ TQM มาใช้.

สิ่งแรกที่จะต้องมีการทำคือผู้นำระดับสูงสักคนหนึ่งซึ่งมีศรัทธา เชื่อว่า TQM เป็นสิ่งที่ดีต่อองค์กร พร้อมทั้งจะเป็นผู้ประกาศและชักชวนผู้อื่นให้เข้ามาร่วม. ทิศทางนโยบายในการพัฒนาคุณภาพควรจะถูกประกาศ อย่างเป็นทางการและผู้คนพร้อมที่จะร่วมมือ.

นโยบายคุณภาพนี้ควรนำไปทบทวนในที่ประชุมของทีมนิเทศสูงสุด และนำไปสู่การปฏิบัติโดยทันที. ผู้บริหารที่ไม่สามารถปฏิบัติตามนโยบายนี้ได้จะต้องให้คำชี้แจงต่อผู้อำนวยการเป็นการส่วนตัว.

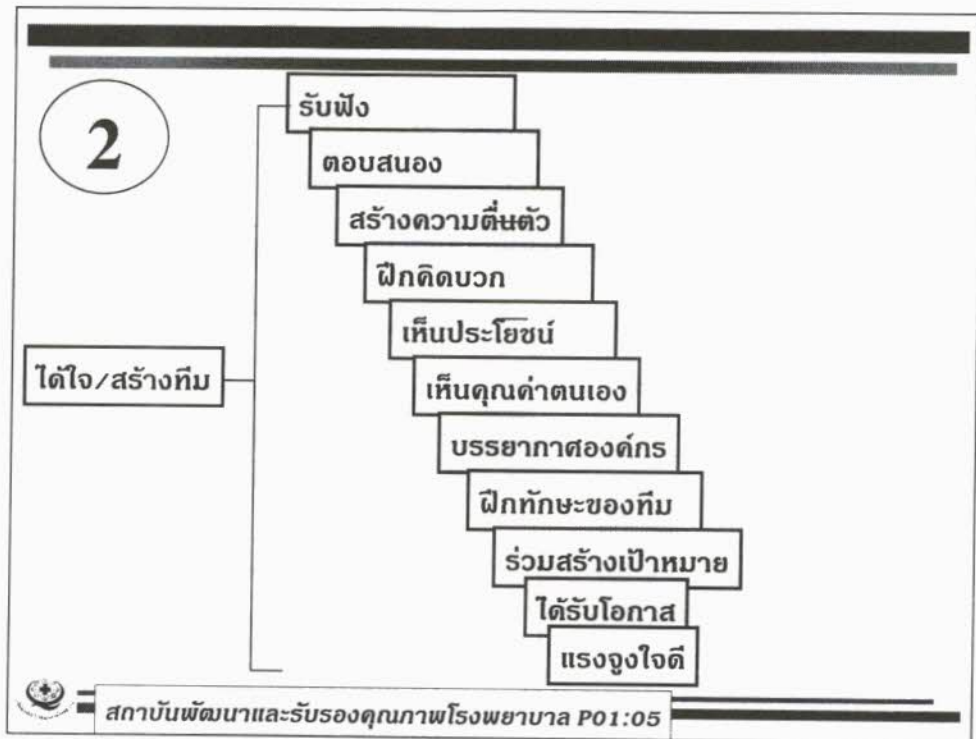
อย่างไรก็ตาม ผู้นำไม่ใช่เผด็จการ นอกเหนือจากการใช้อำนาจแล้วจะต้องอาศัยความร่วมมืออีกด้วย. ผู้นำจะต้องยอมรับว่าตนเองไม่รู้ไปหมดทุกเรื่อง ยังต้องเรียนรู้ และยินดีที่จะรับฟังผู้อื่น.

กระบวนการพัฒนาคุณภาพไม่ใช่พิธีกรรมชาติ ไม่ใช่การใช้สามัญสำนึก จำเป็นต้องมีการวางแผนและการจัดการ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย.

บริษัทที่ปรึกษาต่างๆ ได้ข้อสรุปว่าผู้ที่เขาจะทำงานร่วมด้วยคือผู้บริหารระดับสูงเท่านั้น หากผู้บริหารระดับสูงไม่ทำอะไรก็ไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับองค์กรนั้น.

การเริ่มต้นพัฒนาคุณภาพในระดับปฏิบัติ ในบางหน่วยงาน เป็นสิ่งที่ไม่มีความหมาย.

ผู้บริหารต้องเรียนรู้ในหลักสูตรเดียวกับที่ผู้ปฏิบัติงานต้องเรียน และต้องเรียนรู้อีกก่อนหรือในช่วงเวลาเดียวกับผู้ปฏิบัติงาน. ผู้ปฏิบัติงานทุกคนจะต้องเข้ารับการฝึกอบรมและเปิดโอกาสให้ประยุกต์สิ่งที่เรียนรู้ไปใช้กับงานของตน.



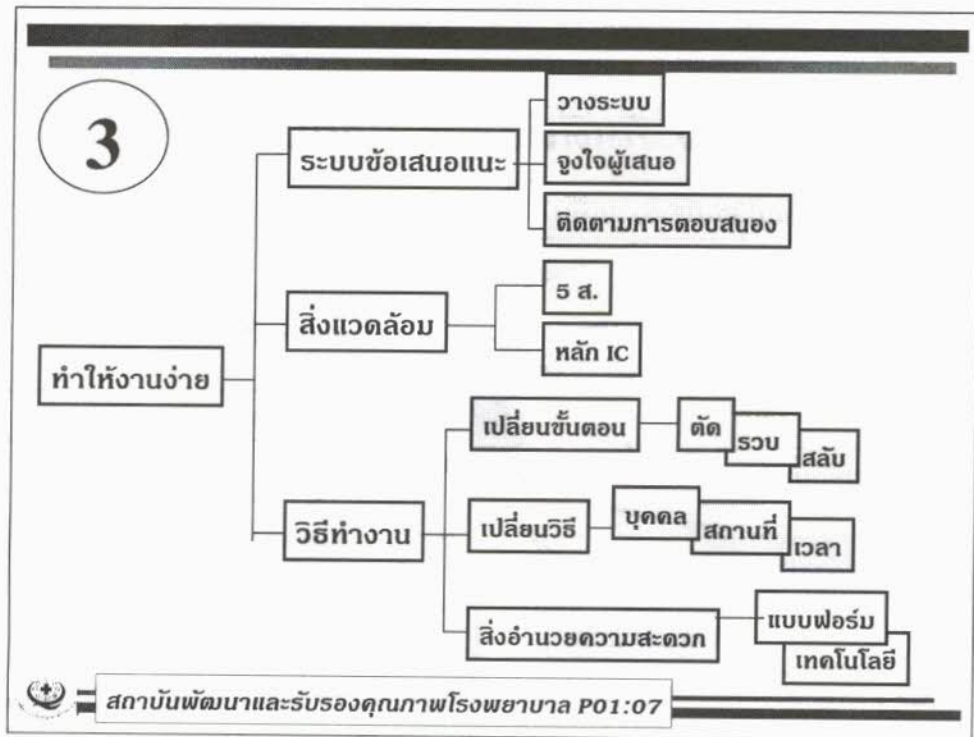
แผนภูมินี้แสดงให้เห็นว่าการได้ใจของผู้ปฏิบัติงานและการทำงานเป็นทีมจะเกิดขึ้นได้อย่างไร

1. รับฟัง: ผู้บริหารเคยถามผู้ปฏิบัติงานบ้างหรือไม่ว่าอยากเห็นอะไร อยากทำอะไร อะไรเป็นปัญหาอุปสรรค
2. ตอบสนอง: ทุกวันนี้ผู้บริหารได้พยายามแก้ไขปัญหา อุปสรรคที่มีการนำเสนอ และสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานทำในสิ่งที่อยากทำและเป็นไปได้เพียงใด
3. สร้างความตื่นตัว: ขณะนี้มีความตื่นตัวเพียงใด จะเพิ่มให้มากขึ้นได้อย่างไร
4. มีความคิดเชิงบวก: ฝึกวิเคราะห์ความคิดของแต่ละคน (self talk) ฝึกปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบเป็นความคิดเชิงบวก ลองพิจารณาว่ามีความคิดต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างไร อะไรที่เป็นอุปสรรคหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ เราสามารถปรับเปลี่ยนความคิดเหล่านั้นให้เป็นความคิดเชิงบวกที่นำมาใช้ประโยชน์ได้หรือไม่
5. เห็นประโยชน์: อะไรเป็นประโยชน์ที่ผู้ปฏิบัติงานจะได้รับ ทำอย่างไรผู้ปฏิบัติงานจะเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง
6. เห็นคุณค่าในตัวเอง: ผู้บริหารจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นคุณค่าในตัวเองได้อย่างไร เช่น วิเคราะห์ความสำเร็จที่ผ่านมา มอบหมายงานที่เหมาะสมให้
7. บรรยากาศองค์กร: อะไรคือบรรยากาศที่ส่งเสริมและไม่ส่งเสริมความมุ่งมั่นในการทำงานที่มีคุณภาพ จะเพิ่มบรรยากาศที่ส่งเสริมและ ลดบรรยากาศที่ไม่ส่งเสริมได้อย่างไร
8. มีทักษะในการทำงานเป็นทีม: อะไรคือทักษะพื้นฐานในการทำงานเป็นทีม ขณะนี้ทีมมีทักษะดังกล่าวเพียงพอหรือไม่ ผู้บริหารจะเป็นตัวอย่างในการใช้ทักษะการทำงานเป็นทีมได้อย่างไร
9. ร่วมสร้างเป้าหมายร่วม: เป้าหมายของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนคืออะไร มีโอกาสที่จะรวมเป้าหมายส่วนบุคคลเป็นเป้าหมายของทีมและขององค์กรหรือไม่ อย่างไร
10. ได้รับโอกาสให้ตัดสินใจ: อะไรคือการตัดสินใจที่ผู้บริหารสามารถมอบหมายให้ผู้ปฏิบัติงานได้ ผู้บริหารจะติดตามช่วยเหลืออย่างไรเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจ
11. แรงจูงใจ: แรงจูงใจที่เป็นอยู่เพียงพอหรือไม่ ควรเพิ่มเติมในส่วนใดเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความตื่นตัวต่อการพัฒนาคุณภาพ ให้นึกถึงความเป็นไปได้ภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่เป็นอยู่



การพัฒนาคุณภาพคือการเปลี่ยนแปลง และมุ่งให้มีการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมในองค์กร. ธรรมชาติของคนย่อมต่อต้านการเปลี่ยนแปลง. สิ่งต่อไปนี้จะช่วยให้ผู้คนยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายขึ้น:

1. การสื่อสารที่ดี การบอกให้ทราบแต่เนิ่นๆ ว่าจะมีอะไรเกิดขึ้น การให้โอกาสแสดงความคิดเห็น และการสื่อสารได้ตอบกันอย่างเปิดเผยทั้งจากบนลงล่าง ล่างขึ้นบน และในระดับเดียวกัน.
2. ปัจจัยเรื่องงาน ขอให้หน้าที่การทำงานที่ทำอยู่ยังเป็นสิ่งที่มั่นคง ทำให้ทำงานได้ง่ายขึ้น หรือเพิ่มความสามารถในการทำงาน เป็นสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานเองก็ต้องการให้เกิดขึ้น หรือเป็นผลจากงานที่เจ้าหน้าที่ริเริ่มไว้.
3. ประสบการณ์ ตัวผู้นำเองเป็นที่ไว้วางใจของเจ้าหน้าที่, การเปลี่ยนแปลงล่าสุดที่ผ่านมาเป็นสิ่งที่เห็นประโยชน์ได้ชัดเจน ได้ดำเนินการเต็มที่แล้ว พร้อมทั้งจะรับสิ่งใหม่ๆ เพิ่มขึ้นอีก.



แผนภูมินี้แสดงให้เห็นแนวทางที่จะทำให้ง่ายขึ้น เพื่อจูงใจให้เจ้าหน้าที่เห็นว่าการพัฒนาคุณภาพไม่ได้หมายความว่าความถี่ของการเพิ่มงาน แต่ในทางตรงข้าม ต้องการให้คุณภาพชีวิตของผู้นางานดีขึ้นด้วย

1. ทบทวนว่ามีระบบข้อเสนอแนะอยู่แล้วหรือไม่ ระบบที่เป็นอยู่ก่อให้เกิดประโยชน์เพียงใด มีผู้ร่วมเสนอความคิดมากน้อยเพียงใด ความคิดที่เสนอมาได้รับการตอบสนองเพียงใด จะปรับปรุงระบบที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้นได้อย่างไร

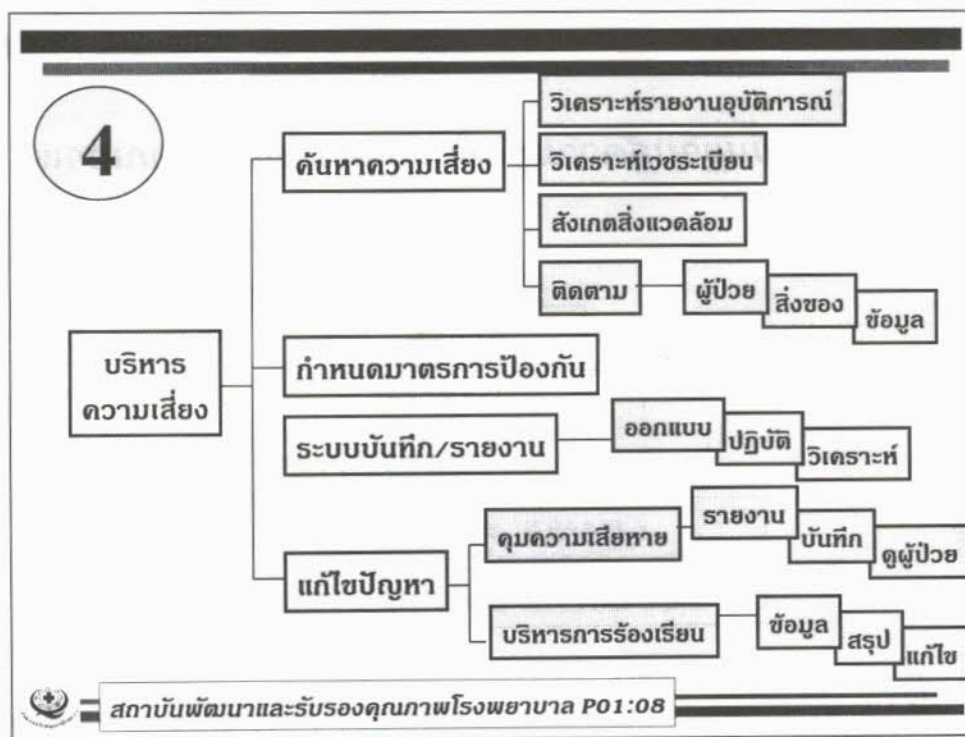
2. ทบทวนการทำกิจกรรม 5ส.ที่เป็นอยู่ช่วยให้อะไรง่ายขึ้นในการทำงานดีขึ้น และสะดวกต่อการปฏิบัติงานเพียงใด ทำให้เกิดความเชื่อมั่นแก่ผู้มารับบริการเพียงใด มีการนำหลักความปลอดภัยและการป้องกันโรคติดเชื้อมาใช้เพียงใด มีการลดปริมาณการเก็บสิ่งของหรือวัสดุได้มากเพียงใด

3. ปรับปรุงวิธีการทำงานให้ง่ายขึ้น อาจจะเป็นการปรับปรุงเฉพาะในส่วนของตนเองหรือร่วมกันปรับปรุงของในส่วนหน่วยงาน

3.1 เปลี่ยนขั้นตอน: มีกิจกรรมอะไรที่สามารถตัดออกไปได้ หรือรวบเข้ามาทำพร้อมกัน หรือสลับสับเปลี่ยนกันได้ โดยที่ไม่ทำให้คุณภาพของงานลดลง

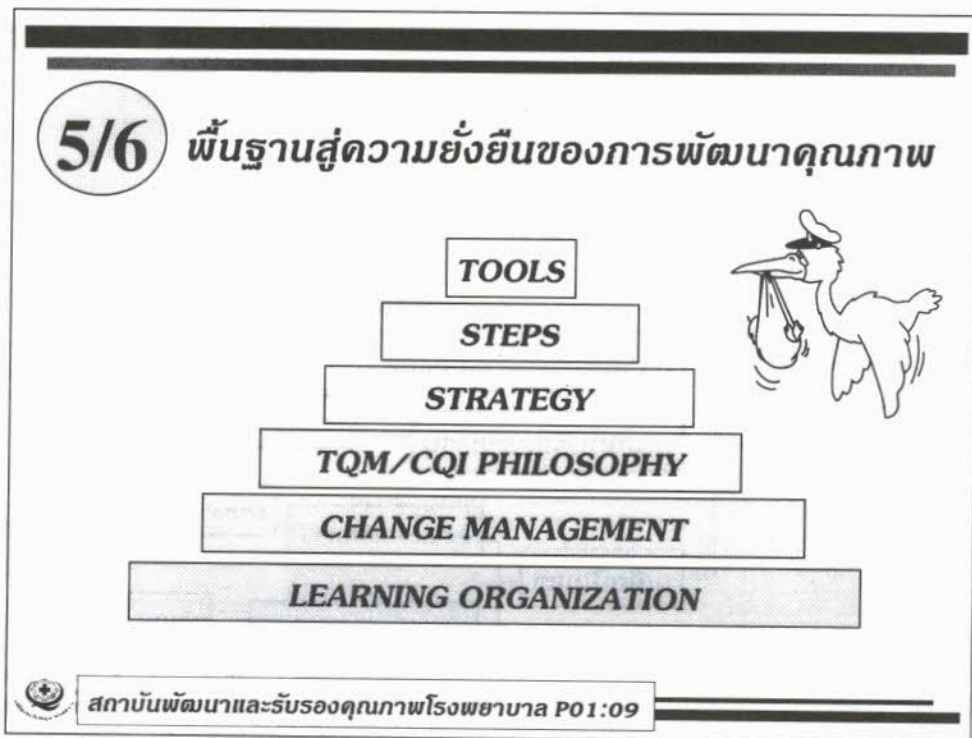
3.2 เปลี่ยนวิธี: มีอะไรบ้างที่สามารถเปลี่ยนบุคคลผู้รับผิดชอบ สถานที่ทำงาน เวลาที่ทำ ได้บ้าง

3.3 สิ่งอำนวยความสะดวก: มีอะไรบ้างที่ทำให้เราทำงานง่ายขึ้นโดยการปรับเปลี่ยนแบบฟอร์ม หรือใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเข้ามาช่วย



แผนภูมินี้แสดงให้เห็นว่าแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงและการแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา ขอให้สมาชิกทีมพิจารณาว่า

1. อะไรคือตัวอย่างความเสี่ยงที่มีอยู่ในระบบบริการ ซึ่งท่านคาดว่าจะพบหากไปพบทวน สังเกต ติดตาม
2. แนวทางในการป้องกันความเสี่ยงดังกล่าวควรเป็นอย่างไร
3. จะวางระบบบันทึกข้อมูล และระบบรายงานอย่างไร เพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัญหาที่ครบถ้วน จะสนใจให้มีการบันทึกข้อมูลอย่างไร ใครจะเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูล จะนำข้อมูลเสนอต่อใคร
4. เมื่อเกิดปัญหาความผิดพลาดหรือมีการร้องเรียนเกิดขึ้น ระบบที่เป็นอยู่ในขณะนี้สามารถควบคุมความเสียหายได้ดีเพียงใด การบริหารการร้องเรียนเป็นไปอย่างราบรื่นหรือไม่ เป็นที่พอใจของผู้ร้องเรียนหรือไม่ มีการปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันปัญหาในอนาคตหรือไม่



การพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืนเกิดจากพื้นฐานหรือความเข้าใจในเรื่องต่อไปนี้:

1. เครื่องมือสำหรับการพัฒนาคุณภาพ
2. ขั้นตอนในการแก้ปัญหอย่างเป็นระบบ
3. กลยุทธ์ในการนำแนวคิดและเครื่องมือไปใช้ในองค์กร
4. ปรัชญาและแนวคิดของ TQM/CQI
5. การบริหารการเปลี่ยนแปลง
6. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

ในระดับบนสุดจะเป็นระดับที่เข้าใจได้ง่ายและสัมผัสได้ง่าย แต่จะไม่เกิดความยั่งยืนหากไม่มีพื้นฐานในระดับล่างๆรองรับ, ดังนั้นในการดำเนินงานจะต้องหมั่นตรวจสอบว่ามีพื้นฐานที่อยู่ระดับล่างลงไปแล้วหรือยัง.

เช่น ในขั้นต้นอาจจะมีการเรียนรู้เครื่องมือและขั้นตอนจนเป็นที่เข้าใจ เห็นประโยชน์ นำมาสู่การวางกลยุทธ์ที่จะนำเครื่องมือและขั้นตอนเหล่านั้นไปปฏิบัติ. เมื่อปฏิบัติไประยะหนึ่งก็มาทบทวนว่าสมาชิกมีความเข้าใจในปรัชญาและแนวคิดลึกซึ้งจนสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้หรือไม่, พิจารณาจัดอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงหรือหาทางเร่งให้การเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้น, และท้ายที่สุดพยายามทำให้โรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้.



ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 11 ประการ มียุทธศาสตร์ภายใน 8 และภายนอก 3. ยุทธศาสตร์ภายในประกอบด้วย:

1. Leadership & Commitment ทำอย่างไรจึงจะส่งสัญญาณให้เจ้าหน้าที่เกิดความเชื่อมั่นว่าผู้บริหารมี commitment ที่แท้จริง?

2. Infrastructure จะมี infrastructure ใหญ่รวมขององค์กร หรือมี infrastructure ย่อยๆจำนวนมาก?

3. Focus & Roll-Out จะเริ่มพัฒนาตรงไหนก่อน จะขยายตัวออกไปอย่างไร? จะทำแบบ top-down หรือจะเริ่มในส่วนงานที่มีความพร้อม? จะเริ่มที่แผนกหรือจะเริ่มที่กระบวนการหลัก? ใครจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะเริ่มตรงไหน เสียงของลูกค้าจะมีส่วนเพียงใด? การเลือกกระบวนการที่สำคัญ สมาชิกของทีมที่ดี ให้การฝึกอบรมและเครื่องมือที่จำเป็น จะทำให้เห็นผลลัพธ์ชัดเจนเป็นตัวอย่างสำหรับคนอื่นๆในองค์กร.

4. Measurement จะวัดผลงานที่ทำอยู่อย่างไรจึงจะกระตุ้นและส่งเสริมการพัฒนา? เรานำผู้คนของเราดีเพียงใด? เราตอบสนองลูกค้าของเราได้ดีเพียงใด? เราเข้าใจเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด?

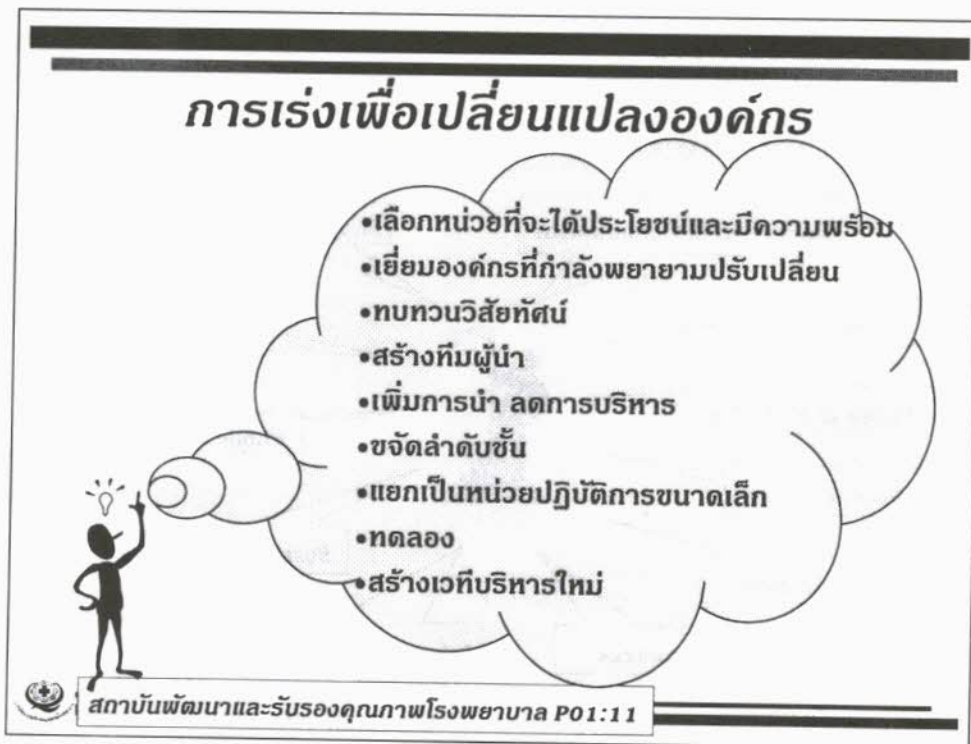
5. Education ถ้าเราเน้นว่า TQM คือการฝึกอบรมเท่านั้น ผลลัพธ์ที่ได้คือคนที่ได้รับการฝึกอบรม แต่ไม่ได้ TQM. ความคิดที่ว่าหากเรามีทักษะในการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพแล้วจะทำให้งานของเรามีคุณภาพดีขึ้น เป็นความคิดที่ผิด. การฝึกอบรมจะต้องเน้นความเข้าใจในจุดมุ่งหมายและคุณค่าของเครื่องมือเหล่านั้น พร้อมทั้งสามารถนำไปใช้ในงานของแต่ละคนได้.

6. Resources อะไรคือทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาคุณภาพ เช่น ข้อมูล เวลา ที่ปรึกษา.

7. Communication ควรตรวจสอบบางสิ่งสำคัญที่จะสื่อสารให้รู้ และใช้ช่องทางที่มีอยู่แล้ว. เมื่อมีโอกาสขอให้ลองความสำเร็จที่เกิดขึ้น.

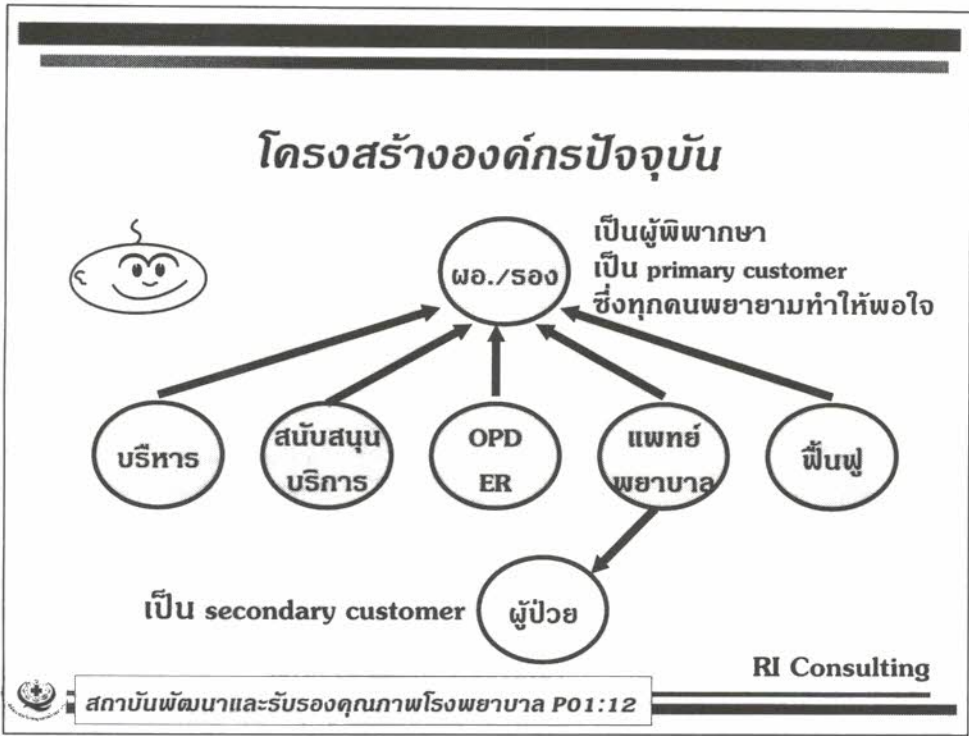
8. Systems Alignment พิจารณาระบบที่อยู่เบื้องหลัง เช่น การประเมินผล ระบบสารสนเทศ คำตอบแทน แรงจูงใจ.

ควรจะมีแผนดำเนินงานสำหรับยุทธศาสตร์แต่ละเรื่อง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง.

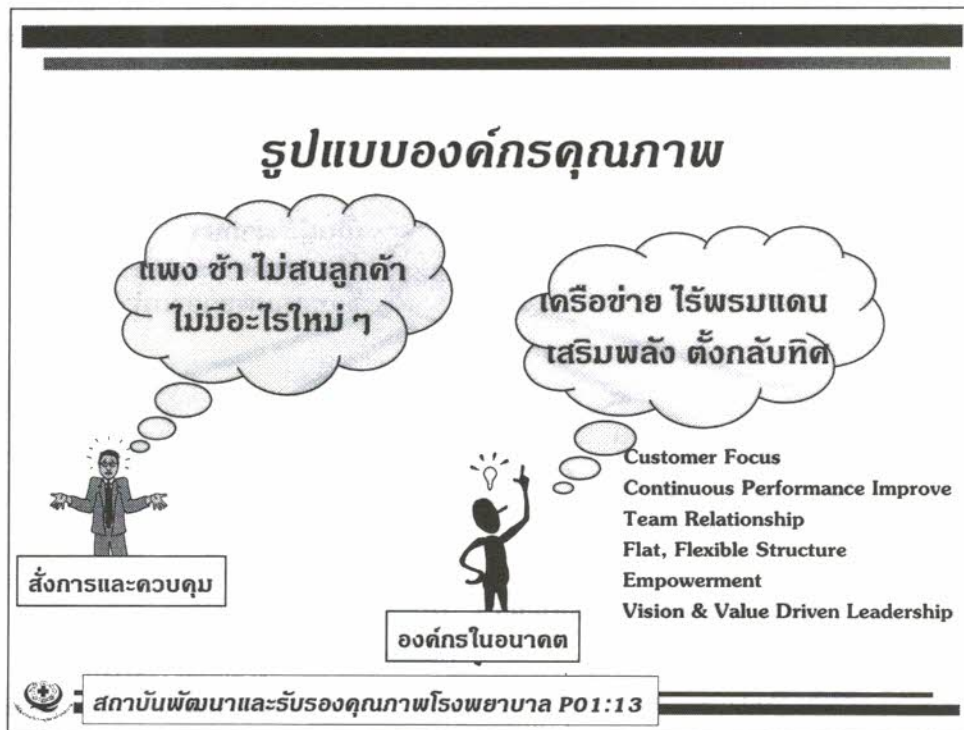


การเร่งเพื่อที่จะให้มีการเปลี่ยนองค์กรไปสู่รูปแบบใหม่ อาจทำได้ดังนี้:

1. เลือกหน่วยงานที่จะได้ประโยชน์และมีความพร้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานที่มีความสำคัญในองค์กรและผู้บริหารมีจิตใจเปิดกว้างและทักษะที่จะนำการเปลี่ยนแปลง.
2. เชื่อมองค์กรอื่นที่กำลังพยายามปรับเปลี่ยนเพื่อการเรียนรู้.
3. ทบทวนวิสัยทัศน์ ว่ายังมีแรงกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อะไรเป็นหนทางไปสู่ความสำเร็จ ผู้บริหารใช้วิสัยทัศน์ในการตัดสินใจหรือไม่?
4. สร้างทีมผู้นำในทุกระดับ พร้อมทั้งการสื่อสารอย่างเปิดเผย.
5. เพิ่มการนำ ลดการบริหาร ผู้นำจะต้องใช้เวลาให้มากขึ้นกับการทำเป้าหมายและค่านิยมให้ชัดเจน ใช้เวลาน้อยลงกับการตัดสินใจงานประจำและการควบคุม.
6. จัดลำดับชั้นในการบริหาร จัดคนที่ดีที่สุดให้ทำงานในหน่วยที่มีความสำคัญสูงและให้อิสระในการเปลี่ยนแปลงไปสู่วิสัยทัศน์ที่ทบทวนไว้. ผลที่ได้คือการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและการกระตุ้นผู้บริหารในหน่วยงานอื่นๆ
7. แยกองค์กรเป็นหน่วยปฏิบัติการขนาดเล็กๆ แต่มีการประสานงานกันอย่างดี เพื่อเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลง.
8. ทดลองกับหน่วยงาน 2-3 หน่วย ให้การสนับสนุนผู้บริหารและให้อิสระในการใช้นวัตกรรมต่างๆ ในกรอบของวิสัยทัศน์.
9. สร้างเวทีผู้บริหารใหม่ ให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการเรียนรู้ร่วมกัน. ให้มีโครงสร้างและกระบวนการที่จะให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารระดับสูงมาพูดคุยกันในเรื่องการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้า.



โครงสร้างองค์กรในปัจจุบันเป็นโครงสร้างที่ไม่เอื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ แต่
ละหน่วยงานต่างเป็นอิสระ และพยายามตอบสนองต่อความต้องการของผู้บริหาร ทำ
ให้ผู้ป่วยกลายเป็นลูกค้าที่มีความสำคัญน้อยกว่าผู้บริหาร



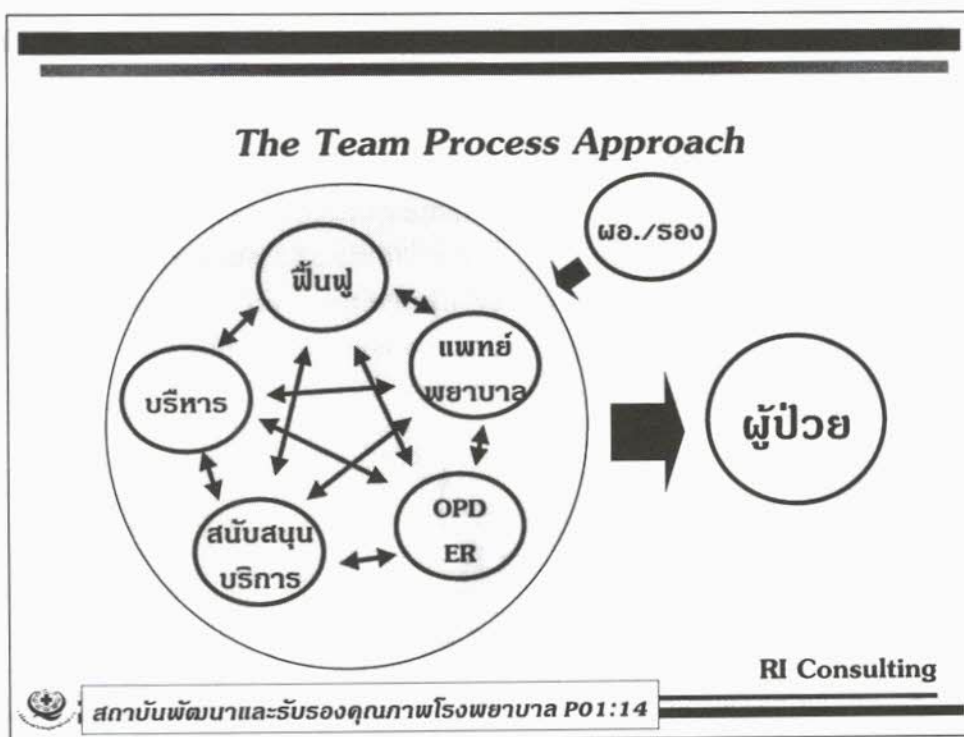
องค์กรซึ่งใช้วิธีการบริหารแบบ “สั่งการและควบคุม” ตามแนวคิดดั้งเดิมซึ่งใช้มาตั้งแต่ ค.ศ. 1910 นั้นก่อให้เกิดปัญหาว่ามีค่าใช้จ่ายสูงเกินไป ไม่สามารถปรับตัวได้ทันเวลา ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้า และไม่มีการใช้ความคิดสร้างสรรค์หรือนวัตกรรมเพื่อให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว.

ตัวอย่างของแนวคิดขององค์กรร่วมสมัยที่เกิดขึ้น ได้แก่ เครือข่าย (networked), ไร้พรมแดน (borderless), เสริมพลัง (empowered), โครงสร้างองค์กรที่เป็นสามเหลี่ยมกลับทิศ (inverted) แทนที่ผู้บริหารจะสั่งการอยู่ที่ยอดของสามเหลี่ยมข้างบน ผู้บริหารกลับอยู่ข้างล่างเพื่อสนับสนุนการทำงานของคนอื่นๆ และการลดความสำคัญของการควบคุมสั่งการ.

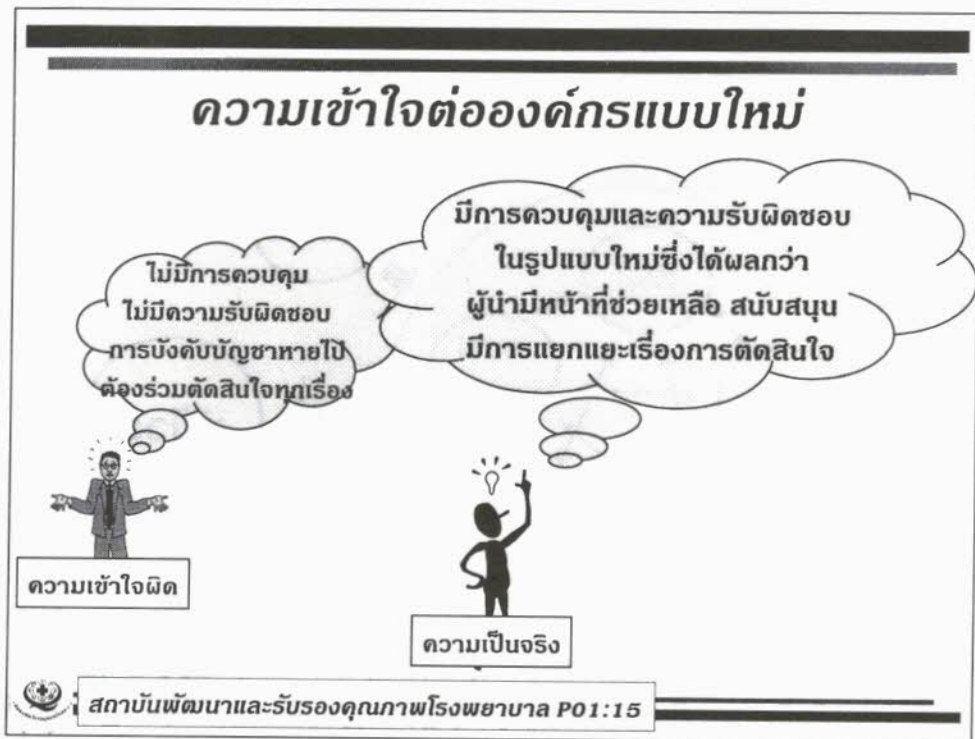
มีคำถามมากมายว่าแนวคิดเหล่านี้หมายถึงอะไร เหมาะที่จะใช้ในกรณีใด จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างไร? ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน แต่ที่แน่ๆ ก็คือรูปแบบขององค์กรแบบสั่งการและควบคุมนั้นไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันได้, องค์กรรูปแบบใหม่ได้รับการยอมรับมากขึ้นเรื่อยๆ, การปรับเปลี่ยนไปสู่องค์กรรูปแบบใหม่นั้น ผู้บริหารระดับสูงจะต้องขจัดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องออกไป และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงซึ่งผสมผสานการทำงานแบบบนลงล่างเข้ากับการริเริ่มแบบล่างขึ้นบน.

ลักษณะขององค์กรดังกล่าวได้แก่

1. **เน้นลูกค้าเป็นศูนย์กลาง (customer focus)** ทุกคนพยายามที่จะตอบสนองความต้องการของลูกค้าทั้งภายนอกและภายใน.
2. **ปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง (continuous performance improvement)**
3. **ความสัมพันธ์ของทีม (team relationship)** มีทีมในทุกระดับ ทีมคร่อมสายงานมีความสำคัญ แต่ละคนทำหน้าที่ได้หลายอย่าง มีการตัดสินใจโดยมีส่วนร่วม.
4. **โครงสร้างที่แบนราบและยืดหยุ่น (flat & flexible structure)** ทำให้ตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้ดีขึ้น.
5. **การเสริมพลัง (empowerment)** ทุกคนพยายามหาโอกาสพัฒนาและลงมือพัฒนาโดยไม่ต้องรอคำสั่ง ภายใต้อำนาจหมายและค่านิยมขององค์กร.
6. **การนำด้วยวิสัยทัศน์และอุดมการณ์ (vision & value-driven leadership)** ผู้นำมีหน้าที่สร้างความเข้าใจกับทุกคนในองค์กรเกี่ยวกับทิศทางนโยบายและค่านิยมในการทำงาน

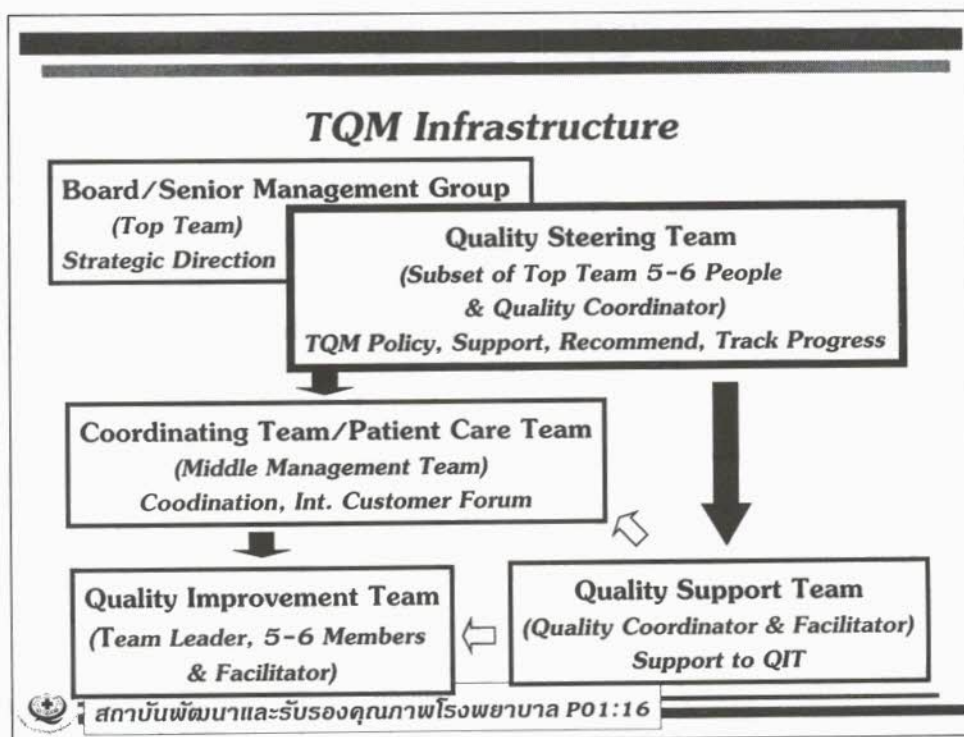


รูปแบบการทำงานในอุดมคติคือการที่ทุกหน่วยงานในองค์กรถือเสมือนเป็นทีมเดียวกัน มีการประสานงานกันได้โดยตรง เน้นการทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าเป็นหลัก โดยมีผู้บริหารระดับสูงให้การสนับสนุน



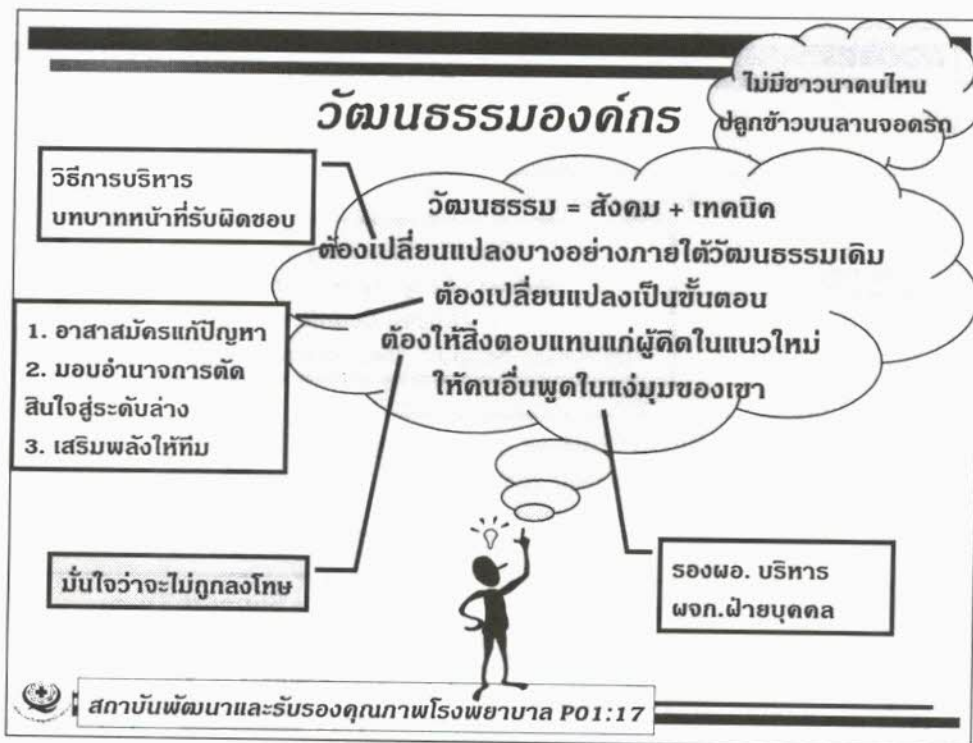
ขั้นแรกของการก้าวไปสู่องค์กรในรูปแบบใหม่คือการแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในกลุ่มผู้บริหารเสียก่อน ดังนี้

1. ยกเลิกการควบคุม (give up control) ผู้บริหารบางคนเข้าใจว่าเมื่อลดการควบคุมตามสายงานแล้วจะทำให้สูญเสียการควบคุมองค์กรทั้งหมด. แต่ที่จริงแล้วเป็นการยกเลิกภาพหลอนของการควบคุมซึ่งไม่ได้ผล, และเป็นการสร้างระบบควบคุมในรูปแบบใหม่ที่ได้ผลดีกว่าเดิม. การกำหนดวัตถุประสงค์ การฝึกอบรม ระบบค่าตอบแทน และความมุ่งมั่นต่อค่านิยมขององค์กร เป็นเครื่องมือในการสร้างแรงจูงใจและควบคุมที่มีพลังมาก.
2. สูญเสียความรับผิดชอบ (loose accountability) ความรับผิดชอบจะมีใน 2 ระดับคือในระดับทีมและในระดับบุคคล. ความรับผิดชอบของทีมซึ่งมีวัตถุประสงค์ชัดเจนจะมีมากกว่าการใช้ job description หรือ การใช้ MBO เป็นครั้งคราว.
3. สายการบังคับบัญชาหายไป (hierarchy disapper) สายการบังคับบัญชายังคงเป็นมิติที่สำคัญในทุกองค์กร, แต่พฤติกรรมในสายการบังคับบัญชาจะเปลี่ยนไป. ผู้ปฏิบัติงานจะคาดหวังคำชี้แนะในนโยบายหลักๆ ยุทธศาสตร์ และการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรจากผู้บริหาร, แต่จะไม่รอหรือปฏิบัติตามคำสั่งโดยไม่ใช้ความคิดในเรื่องที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานประจำวัน.
4. การตัดสินใจทั้งหมดจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วม (all decisions are participatory) องค์กรส่วนใหญ่เกิดความเข้าใจผิดในประเด็นนี้ ทำให้การตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพ. จะต้องมีการแยกแยะว่าการตัดสินใจใดจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทีม และการตัดสินใจใดที่ไม่ต้อง.



แผนภูมินี้เป็นโครงสร้างตัวอย่างของการบริหารคุณภาพ.

1. ทีมอำนวยการพัฒนาคุณภาพ (Quality Steering Team) เป็นส่วนย่อยของทีมผู้บริหารระดับสูง ประกอบด้วยผู้บริหาร 5-6 คนและผู้ประสานงานคุณภาพ. ทำหน้าที่กำหนดนโยบายคุณภาพ ให้การสนับสนุน ให้ข้อเสนอแนะ และติดตามความก้าวหน้า.
2. ทีมประสานงานตามกลุ่มผู้ป่วย (Patient Care Team) หรือทีมประสานงานตามหน้าที่หลัก เป็นเวทีให้ลูกค้าภายในได้มาพบกัน มีหน้าที่ในการประสานงาน กำหนดแผนการพัฒนาคุณภาพและรับผิดชอบกิจกรรม
3. ทีมสนับสนุน (Quality Support Team) ประกอบด้วยผู้ประสานงานคุณภาพ และ facilitator ทำหน้าที่วางแผนการพัฒนาคุณภาพขององค์กร และให้การสนับสนุนการทำงานของทีมทุกระดับ
4. ทีมพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Team) เป็นทีมที่เกิดขึ้นในหน่วยงานหรือทีมประสานงานเป็นผู้แต่งตั้งให้ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ



ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพในองค์กรซึ่งมีความเชื่อ ค่านิยม และพฤติกรรมที่ต่อต้านการเปลี่ยนแปลง เป็นความสูญเปล่า.

วัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพประกอบด้วยระบบทางสังคม (ความสัมพันธ์ของผู้คนในองค์กร) และระบบทางเทคนิค (การปรับปรุงระบบงาน การใช้ข้อมูล), กล่าวคือผู้คนสามารถพูดคุยกันได้อย่างอิสระและเปิดเผย และมีความรู้ที่ใช้ใช้เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ.

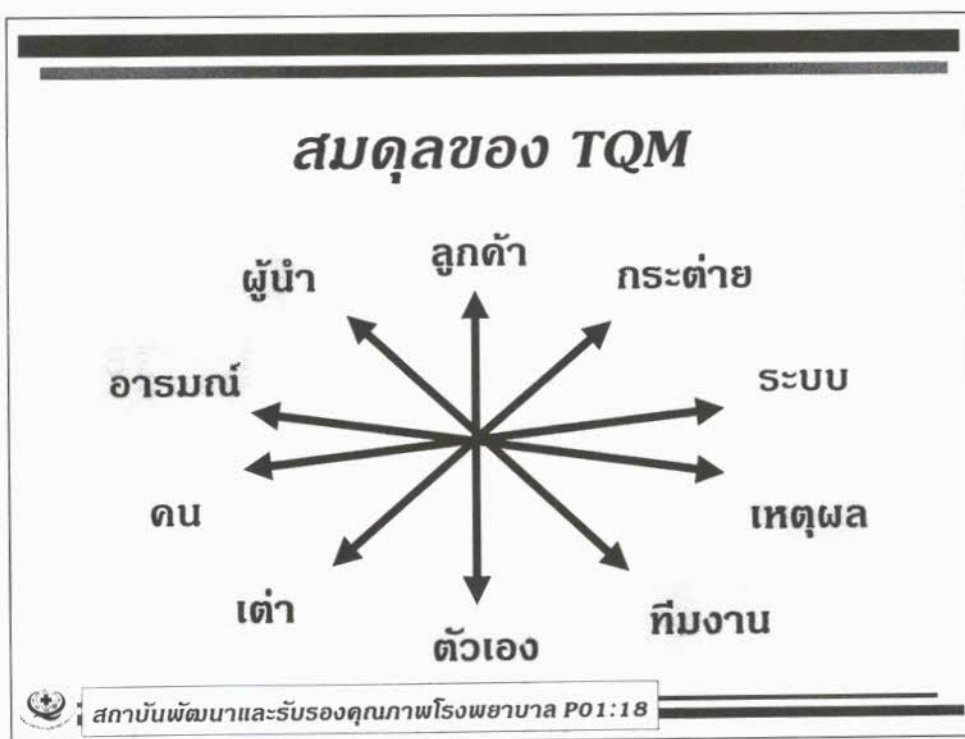
การที่จะก้าวมาสู่จุดนี้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้นในวัฒนธรรมเดิม ได้แก่การเปลี่ยนวิธีการบริหารจัดการ และการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงาน/หัวหน้างาน.

การเปลี่ยนแปลงจะต้องดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้องค์กรได้พัฒนาไปบนพื้นฐานจากสิ่งที่เรียนรู้ด้วยตนเอง. ตัวอย่างของการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นตอนได้แก่

1. ให้มีทีมพัฒนาคุณภาพซึ่งเกิดจากความสมัครใจเข้ามาร่วมแก้ปัญหา.
2. มีการมอบอำนาจการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงานประจำวันลงไปสู่ผู้ปฏิบัติงานระดับล่างมากขึ้น. มีการวางแผนและทบทวนการปฏิบัติงานร่วมกับฝ่ายบริหาร.
3. ทีมผู้ปฏิบัติงานได้รับการเสริมพลังให้ตัดสินใจมากขึ้น. หัวหน้างานเปลี่ยนบทบาทไปเน้นที่การพัฒนา. ฝ่ายบริหารกับผู้ปฏิบัติงานร่วมกันกำหนดทิศทางและเป้าหมายของการพัฒนา.

ในการเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กร ต้องทำให้ผู้ปฏิบัติงานเชื่อว่าผู้บริหารต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดวิธีปฏิบัติเกิดขึ้นจริงๆ และจะต้องไม่ถูกกลโกงเนื่องจากการปฏิบัติตามความเชื่อใหม่.

การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมจะเกิดขึ้นได้ต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย. ผู้บริหารทุกระดับควรมีโอกาสที่จะพูดเรื่องคุณภาพในแง่บวกที่เกี่ยวข้องกับงานของตนเอง.



TQM ไม่ใช่เรื่องของการสุดโต่ง. การนำ TQM ไปสู่การปฏิบัติและประสบความสำเร็จ จะต้องรักษาสมดุลระหว่างปัจจัยคู่ต่อไปนี้:

1. **ลูกค้ากับตัวเอง** เมื่อได้ฟังว่าคุณภาพคือการตอบสนองความต้องการของลูกค้า มักจะมีผู้ตามเสมอว่าแล้วตัวผู้ปฏิบัติงานอยู่ตรงไหน. จะต้องหาคำตอบให้ได้ว่าตัวผู้ปฏิบัติงานจะได้รับประโยชน์อะไร.
2. **ผู้นำกับทีมงาน** แต่ละฝ่ายจะมีบทบาทอย่างไรจึงจะส่งเสริมให้การทำงานเป็นทีม เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ?
3. **คนกับระบบ** การพัฒนาคุณภาพคือการปรับปรุงระบบงาน, การปรับปรุงระบบงาน ต้องอาศัยคน จึงต้องมีการเตรียมคนให้พร้อมและมีศักยภาพที่จะมาร่วมกันปรับปรุงระบบงาน.
4. **อารมณ์กับเหตุผล** การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีความรู้สึกร่วม. การจะมาร่วมตัวกันเพื่อกำหนดเป้าหมายและมุ่งมั่นไปสู่เป้าหมายนั้นเป็นเรื่องของอารมณ์. ในการดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพจะต้องใช้เหตุผลและข้อมูลเพื่อให้ได้คำตอบที่ดีที่สุด และหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง.
5. **เตากับกระต่าย** เตาคือการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป (CQI) กระต่ายคือการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (re-engineering) การเปลี่ยนแปลงแบบเตาจะทำให้ผู้คนคุ้นเคยกับการเปลี่ยนแปลง และเมื่อจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงแบบกระต่ายก็จะไม่เกิดการต่อต้าน.



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ตัวอย่างเส้นทางเดินสู่โรงพยาบาลคุณภาพ



P



02

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P02:01

เป้าหมายร่วมขององค์กร

1. คืออะไร ทำไมต้องมี
2. พันธกิจ (Mission)
3. วิสัยทัศน์ (Vision)
4. ปรัชญา/ค่านิยม/หลักการการทำงานร่วมกัน (Guiding Principle)
5. กิจกรรมกลุ่ม

1

เป้าหมายร่วมขององค์กร

คืออะไร ทำไมต้องมี



■ ทำไมต้องมีเป้าหมายร่วม

■ เป้าหมายร่วมได้แก่อะไรบ้าง

- ทำไมต้องมีองค์กรของเรา (พันธกิจ-Mission)
- เราจะไปที่ไหน (วิสัยทัศน์-Vision)
- เรามีแนวทางการทำงานร่วมกันอย่างไร (ปรัชญา/ค่านิยม/หลักการ)

■ ความสำคัญ

- อยู่ที่กระบวนการที่ทำให้ทุกคนรู้สึกว่ามีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P02:02

เป้าหมายร่วมเป็นเครื่องมือสำหรับผูกพันผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ทุกคนให้มุ่งไปสู่จุดเดียวกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดพลังสร้างสรรค์และเป็นพื้นฐานสู่ความสำเร็จในงานที่ท้าทาย

องค์กรที่ไม่มีเป้าหมายร่วมจะขาดความกระตือรือร้น ด้วยไม่รู้ว่าจะจะไปไหน มีโอกาสที่จะเกิดความขัดแย้งเนื่องจากไม่รู้ว่าจะอะไรเป็นคุณค่าหลักที่ทุกคนจะใช้ยึดถือ

เป้าหมายร่วมมี 3 อย่าง ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ได้แก่ เหตุผลในการมีองค์กรของเรา, ภาพอนาคตที่เราอยากให้เป็น, และแนวทางการทำงานร่วมกันซึ่งทุกคนยอมรับ

มีคำศัพท์เรียกสิ่งทั้ง 3 ว่า พันธกิจ, วิสัยทัศน์ และหลักการทำงานร่วมกัน

สำหรับท่านที่ยังไม่คุ้นเคยกับศัพท์เหล่านี้ ขอให้ท่านฟังผ่านไปก่อน ท่านจะเข้าใจดีขึ้นเมื่อเห็นตัวอย่าง

การสร้างเป้าหมายร่วมอาจทำได้หลายลักษณะ ได้แก่ การคิดจากฝ่ายบริหาร การคิดจากฝ่ายบริหารโดยการปรึกษากับผู้ปฏิบัติงาน และการที่ผู้บริหารกำหนดกรอบแล้วให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ไม่ว่าจะใช้วิธีใด สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการทำให้ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนมีส่วนร่วมในเป้าหมายนั้น รู้สึกว่าตัวเองเป็นเจ้าของ และมุ่งมั่นที่จะทำให้เกิดความสำเร็จตามที่เขียนไว้

2

พันธกิจ (Mission)

■ พันธกิจ คืออะไร

- ข้อความที่บอกว่าทำไมต้องมีองค์กรของเรา
- เป็นเป้าหมาย/เจตนารมณ์ ระยะยาว

■ ทำไมต้องมีพันธกิจ

- เพื่อให้ทุกคนวางแผนสำหรับอนาคต

■ ความยั่งยืน

- เปลี่ยนแปลงได้ แต่ไม่บ่อยเกินไป





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P02:03

พันธกิจ (Mission) เป็นข้อความที่บอกว่า “ทำไมต้องมีองค์กรของเรา” “องค์กรของเราให้คุณค่าอะไรแก่สังคมและลูกค้า”

พันธกิจเป็นการบ่งบอกถึงเป้าหมายหรือเจตนารมณ์ในระยะยาวขององค์กร เป็นการเตรียมการสำหรับปัญหาในอนาคต เป้าหมายระยะยาวนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้บ้างตามความเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแรกของการเขียน แต่ไม่ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ จนขาดความแน่นอนของเป้าหมายระยะยาว

การมีพันธกิจจะทำให้ทุกคนสามารถวางแผนสำหรับอนาคตได้สอดคล้องกัน และเกื้อหนุนกันและกัน

พันธกิจ: ตัวอย่าง

- **หน่วยยานพาหนะ:**
นำผู้โดยสารไปส่งที่หมายอย่างปลอดภัย ทันเวลา อุ่นใจ
- **บริการผ้า:**
ให้เครื่องห่อหุ้มที่นุ่มสบาย และมิดชิด
- **กลุ่มงานวิชาการ:**
พัฒนาศักยภาพและคุณภาพของกำลังคน
- **โรงพยาบาล:**
ให้บริการสุขภาพองค์รวมที่สอดคล้องกับปัญหาในท้องถิ่น และ
เป็นผู้นำในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P02:04

จากตัวอย่างพันธกิจข้างต้น จะเห็นว่าพันธกิจไม่ใช่ข้อความที่กล่าวถึงกิจกรรมว่าเราทำอะไร แต่กล่าวถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าให้คุณค่าอะไรแก่ลูกค้า

การเขียนพันธกิจในลักษณะนี้จะทำให้สามารถแปลออกมาเป็นการปฏิบัติที่กว้างขวาง เช่น หากเขียนว่าพันธกิจของกลุ่มงานวิชาการคือการฝึกอบรม กิจกรรมของกลุ่มงานวิชาการก็จะไม่แตกต่างกันไปจากที่เคยทำมา คือเน้นแต่เรื่องการส่งคนไปอบรม หรือการจัดอบรม แต่หากเขียนว่าพันธกิจของกลุ่มงานวิชาการคือการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพของกำลังคนแล้ว กิจกรรมจะมีความหลากหลายมากกว่าการฝึกอบรม และทำให้สามารถกำหนดตัวชี้วัดจะติดตามความก้าวหน้าได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการมีกลุ่มงานวิชาการได้

หากสมาชิกของหน่วยงานมีความมุ่งมั่นที่จะทำให้พันธกิจที่บรรลุไว้เป็นจริง จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในวิธีการทำงานของแต่ละหน่วยไปในทิศทางที่ทุกคนอยากเห็น เช่น หากพนักงานขับรถจะแปรพันธกิจของหน่วยยานพาหนะไปสู่การปฏิบัติ พวกเขาจะต้องคิดว่าทำอะไรจึงจะเกิดความปลอดภัย จะต้องตรวจสอบสภาพอย่างไร เตรียมพร้อมสำหรับกรณีฉุกเฉินอย่างไร ขับขี่ด้วยพฤติกรรมอย่างไร เป็นต้น

ข้อความพันธกิจที่ดีไม่ควรจะมีความยาวมากจนไม่สามารถจดจำได้ พันธกิจที่จำไม่ได้คือพันธกิจที่ปราศจากชีวิต เพราะจะไม่สามารถอยู่ในใจของทุกคนและนำไปสู่การปฏิบัติ

พันธกิจ: เขียนอย่างไร

■ คำถามตั้งต้น

- ทำไมต้องมีองค์กรของเรา
- อยากให้องค์กรของเราอยู่ตรงไหนในอนาคต
- เราให้ คุณค่า อะไรแก่สังคมและลูกค้าของเรา



■ แยกแยะ: ส่วนที่เป็นค่านิยมหรือหลักการทำงานไว้อีกส่วนหนึ่ง

■ จัดระบบความคิด: คัดเลือก key word มาเขียน แผนภูมิต้นไม้

■ สรุปความคิดรวบยอด:

- เขียนข้อความพันธกิจอย่าง กระชับ
- แสดงผลลัพธ์/คุณค่าแก่สังคมและลูกค้ามากกว่าตัวกิจกรรม



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P02:05

การเริ่มต้นเขียนพันธกิจ ควรเริ่มด้วยการตอบคำถามต่อไปนี้

1. ทำไมต้องมีองค์กรหรือหน่วยงานของเรา
2. เราอยากให้องค์กรของเราอยู่ตรงไหน หรือทำอะไรในอนาคต
3. เราให้คุณค่าอะไรแก่สังคมและลูกค้าของเรา การถามคำถามง่ายๆ ว่าเมื่อไรที่หน่วยงานของเราได้รับคำชมเชยจากลูกค้า เป็นการชี้ให้เห็นคุณค่าที่ลูกค้าให้กับงานของเรา การสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มกับลูกค้า จะทำให้เราเห็นประเด็นนี้ชัดเจนขึ้น

ในการเขียนพันธกิจ หรือวิสัยทัศน์ มักจะมีส่วนหนึ่งซึ่งเป็นเรื่องของความคาดหวังต่อพฤติกรรมการทำงานร่วมกัน หรือค่านิยมที่ควรจะมีในการทำงาน ประเด็นเหล่านี้อาจจะมีจำนวนมาก ควรจะแยกเอาไว้เขียนในส่วนของหลักการทำงานร่วมกัน

เมื่อแยกแยะเอาส่วนที่เป็นหลักการทำงานออกไปแล้ว ให้คัดเลือก key word จากข้อเสนอของสมาชิกทุกคน นำมาสร้างแผนภูมิต้นไม้เพื่อจัดระบบความคิด นั่นคือการถามว่าเมื่อทำสิ่งนี้หรือบรรลุสิ่งนี้แล้ว ทำให้เกิดผลอะไรต่อไป บ่อยครั้งที่การเขียนพันธกิจจะออกมาในรูปของกิจกรรมที่หน่วยงานรับผิดชอบ ซึ่งจะได้ประโยชน์ ควรพยายามถามต่อว่าเกิดผลอะไร ให้คุณค่าอะไรแก่ลูกค้า

นำข้อความที่อยู่ท้ายมือสุดของแผนภูมิต้นไม้มาเขียนเป็นข้อความพันธกิจอย่างกระชับ ไม่จำเป็นต้องนำความเห็นทุกความเห็นมาเขียน ความเห็นที่อยู่ทางขวามือของแผนภูมิต้นไม้จะถูกครอบคลุมโดยความเห็นที่อยู่ทางซ้ายมือของแผนภูมิอยู่แล้ว

3

วิสัยทัศน์ (Vision)

■ วิสัยทัศน์ คืออะไร

- ข้อความที่บอกว่าเราอยากเห็นองค์กรของเรา หรืออยากให้คนอื่นพูดถึงเราว่าอย่างไรในอนาคต

■ ทำไมต้องมีวิสัยทัศน์

- เพื่อกระตุ้นให้ทุกคน ผัน เห็นการเปลี่ยนแปลง และ ลงมือปฏิบัติ เพื่อไปให้ถึงสิ่งที่ฝันไว้ (ฝันให้ไกล ไปให้ถึง)

■ ความเชื่อมโยงกับพันธกิจ

- อาจจะรวมเป็นข้อความเดียวกับพันธกิจ เรียกว่า ทิศทางนโยบาย (Policy Direction)



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P02:06

วิสัยทัศน์ (Vision) คือภาพอนาคตที่เราอยากเห็น หรืออยากให้คนอื่นพูดถึงเรา

เมื่อกล่าวถึงวิสัยทัศน์ เรามักนึกถึงวิสัยทัศน์ของผู้นำ ซึ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เน้นกายภาพ

วิสัยทัศน์ในที่นี้ จะเน้นกระบวนการสร้างซึ่งทำให้สมาชิกมีความผูกพันกับวิสัยทัศน์ที่พวกเขาสร้างขึ้นมา นั่นคือเน้นผลที่เกิดในเชิงความสัมพันธ์ ความผูกพัน ความมุ่งมั่นของผู้คน มากกว่าผลที่เป็นข้อความวิสัยทัศน์

การพัฒนาคุณภาพคือการเปลี่ยนแปลง การมีวิสัยทัศน์ทำให้สมาชิกในหน่วยงานผ่นเห็นการเปลี่ยนแปลง การที่สมาชิกจะผ่นและนำความผ่นไปสู่การปฏิบัติ นั้น จะต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มาร่วมสร้างความผ่น

ในบางครั้งเราจะพบว่าทั้งพันธกิจและวิสัยทัศน์ ล้วนมีข้อความที่คล้ายคลึงกัน เพราะเป็นสิ่งที่เราจะทำเพื่อลูกค้าของเรา และเป็นเป้าหมายที่เรากำหนดเอาไว้สำหรับอนาคต ดังนั้นจึงมีผู้รวมข้อความพันธกิจและวิสัยทัศน์เข้าด้วยกันเป็นข้อความเดียว เรียกว่า ทิศทางนโยบาย (policy direction)

มีแนวคิดที่แตกต่างกันบ้างในการเขียนข้อความเหล่านี้ ซึ่งไม่ใช่ประเด็นสำคัญ ไม่มีข้อยุติ และไม่มีประโยชน์ที่จะถกเถียงกัน เช่น พันธกิจและวิสัยทัศน์ อะไรควรจะมาก่อนกัน? หรืออะไรเป็นส่วนย่อย อะไรเป็นตัวหลักที่ต้องครอบคลุมมากกว่า?

มีหลายท่านที่เน้นความสมบูรณ์ของการเขียนพันธกิจและวิสัยทัศน์ ทำให้ได้ข้อความที่ยาวเยิ่นเย้อ ไม่สามารถจดจำได้ ในที่นี้จะเน้นความกระชับที่สมาชิกสามารถจดจำได้ ส่วนความสมบูรณ์นั้นจะไปปรากฏอยู่ในแผนภูมิต้นไม้ ซึ่งจะนำไปใช้ในการเขียนแผนยุทธศาสตร์อีกครั้งหนึ่ง

วิสัยทัศน์: ตัวอย่าง

■ ห้องเก็บศพ:

- เราจะเป็นห้องรับแขกของโรงพยาบาล

■ บริการพยาธิวิทยาคลินิก:

- รายงานการตรวจของเรามีความน่าเชื่อถือเทียบเท่ากับการตรวจโดยสถาบันการศึกษา

■ ฝ่ายเวชกรรมสังคม:

- เราคือโรงพยาบาลในบ้านของทุกครัวเรือนในเขตรับผิดชอบ

■ โรงพยาบาล:

- เราจะเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นที่ทำงานที่ทุกคนใฝ่ฝัน



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P02:07

วิสัยทัศน์เป็นเรื่องของความฝัน การเขียนความฝันให้ได้ดีต้องมีจินตนาการ ต้องอาศัยการเปรียบเทียบ สิ่งที่เปรียบเทียบนั้นอาจจะห่างไกลกันราวกับฟ้ากับดิน หรืออาจจะเปรียบเทียบกับลักษณะงานที่เหมือนๆ กันก็ได้

การเปรียบเทียบห้องเก็บศพกับห้องรับแขกนั้น จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานและการจัดสถานที่ของห้องเก็บศพไปอย่างหน้ามือเป็นหลังมือ หากคิดว่าห้องเก็บศพเป็นที่สุดท้ายที่โรงพยาบาลจะให้บริการแก่ญาติของผู้ป่วยที่กำลังมีความสับสนเศร้าต่อการจากไปของผู้ป่วย การทำให้ห้องเก็บศพเป็นเสมือนห้องรับแขก เป็นการเปลี่ยนมุมมองของผู้ให้บริการจากเดิมซึ่งไม่ได้ให้ความสำคัญกับความรู้สึกหรือจิตใจของญาติ มาสู่การให้คุณค่าทางด้านจิตวิญญาณให้มากขึ้น

การวาดภาพอนาคตโดยเปรียบเทียบความน่าเชื่อถือของรายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยากับสถาบันการศึกษา ทำให้นักงงานต้องเร่งปรับปรุงเทคนิคการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และกระบวนการควบคุมคุณภาพทั้งภายในและภายนอก และอาจจะต้องขอคำปรึกษาจากภายนอกในบางด้านอีกด้วย

ฝ่ายเวชกรรมสังคมเป็นโรงพยาบาลในบ้าน นั้นหมายถึงว่าเราจะต้องรู้ความเป็นไปและปัญหาด้านสุขภาพของครัวเรือนต่างๆ ในเขตรับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ เป็นการปฏิบัติงานในเชิงรุกไปโดยปริยาย

จะเห็นว่าการเขียนข้อความวิสัยทัศน์เพียงสั้นๆ อาจจะก่อให้เกิดกิจกรรมพัฒนาตามมามากมาย การเขียนวิสัยทัศน์สามารถเขียนได้หลากหลาย ขึ้นกับความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการของสมาชิก

วิสัยทัศน์: เขียนอย่างไร (1)

■ เตรียมใจ:

– ลืมปัญหาและความคับข้องใจในปัจจุบันให้หมด

– คิดว่าเรากำลังอยู่ในอนาคต 3-5 ปีข้างหน้า

■ สร้างฝันอย่างสร้างสรรค์:

– สร้างภาพฝันในอนาคต เน้นที่ งานหลัก ขององค์กร

– เปรียบเทียบกับสิ่งอื่นที่คล้ายคลึงหรือไม่เกี่ยวข้อง

■ นำเสนอความฝันของแต่ละคน:

– ด้วยการ วาดภาพ เปรียบเทียบ

– ด้วย ข้อความ เปรียบเทียบ





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล PO2:08

การเขียนวิสัยทัศน์ควรเน้นที่ภาพอนาคตซึ่งเกี่ยวกับหน้าที่หลักของหน่วยงาน การจะทำเช่นนี้ได้ ต้องเตรียมใจอย่างน้อย 2 อย่าง คือ

1) ต้องลืมปัญหาและความคับข้องใจที่มีอยู่ในปัจจุบันให้หมด มิฉะนั้นวิสัยทัศน์ที่เขียนออกมาจะมีลักษณะเอาตัวเองเป็นศูนย์กลาง ต้องการปรับปรุงเพื่อตัวเอง ซึ่งไม่มีคุณค่าในระยะยาว การปรับปรุงในข้อติดขัดต่างๆ นั้นจะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการทำแผนยุทธศาสตร์ที่จะตามมา

2) ต้องคิดว่าเราได้ใช้ time machine ผ่านเข้าไปในอนาคตอีก 3-5 ปีข้างหน้า เราจึงจะสามารถสร้างจินตนาการได้ มิฉะนั้นเราจะติดอยู่กับข้อจำกัดของสภาพปัจจุบันมากเกินไป

ในการจินตนาการจะต้องจินตนาการในส่วนที่เกี่ยวกับงานหลักขององค์กรหรือหน่วยงาน ให้พยายามเปรียบเทียบกับ วัตถุ สิ่งของ สัตว์ ธรรมชาติ ต่างๆ ให้มากที่สุด แล้วเลือกเอามา 1 อย่างที่คิดว่าเหมาะสมที่สุด พร้อมทั้งคำอธิบายว่าเหตุใดจึงฝันให้หน่วยงานของเราเป็นในสิ่งนั้น คำอธิบายหรือคุณลักษณะของสิ่งที่นำมาเปรียบเทียบนี้อาจมีความสำคัญมาก เพราะจะเป็นวัตถุดิบที่สำคัญในการเขียนข้อความวิสัยทัศน์

การจัดกลุ่มเพื่อเขียนวิสัยทัศน์ กลุ่มไม่ควรจะมีขนาดใหญ่เกินไป จำนวน 10 คนเป็นจำนวนที่เหมาะสม ให้สมาชิกแต่ละคนสร้างจินตนาการของตนเองแล้วนำเสนอต่อที่ประชุมพร้อมคำอธิบาย แล้วให้ทีมรวมจินตนาการของสมาชิกแต่ละคนเข้าเป็นของทีม จินตนาการของทีมนี้อาจจะต้องนำปกรวมกับของทีมอื่นๆ ต่อไป

การนำเสนอความคิดด้วยภาพอาจจะทำให้สามารถรวมได้ง่ายกว่าการเขียนเป็นข้อความ และเป็นการใช้สมองซีกขวาซึ่งไม่ค่อยได้ถูกใช้งานมากนัก

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

8

วิสัยทัศน์: เขียนอย่างไร (2)

■ รวบรวม:

- รวมภาพวาดหรือความคิดของทุกคนเข้าเป็นของทีม (การใช้ภาพวาดจะรวมได้ง่ายกว่า)

■ เขียนวิสัยทัศน์: กระชับ จำง่าย เข้าใจ

■ ความสำคัญ:

- อยู่ที่กระบวนการร่วมกันสร้างมากกว่าตัวข้อความ
- เน้นความฝันและอนาคต มากกว่าความจริงและปัจจุบัน



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P02:09

ให้รวมภาพหรือข้อความของสมาชิกเข้าเป็นความคิดของทีม และเขียนเป็นข้อความวิสัยทัศน์ ซึ่งควรจะมีลักษณะกระชับ สามารถจดจำได้ง่าย และเข้าใจกระตุ้นให้อยากนำไปปฏิบัติ

ข้อความวิสัยทัศน์ที่ได้มามีคุณค่าดังที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่สิ่งที่มีคุณค่ามากกว่าตัวข้อความวิสัยทัศน์คือกระบวนการที่ทุกคนมาร่วมกันสร้าง ทำให้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความผูกพันที่จะทำใหเกิดขึ้น

ในการเขียนวิสัยทัศน์จะต้องตระหนักอยู่ตลอดเวลาว่าเรากำลังเขียนเรื่องของอนาคตซึ่งเป็นความฝัน ไม่ใช่ความจริงในปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อสร้างฝันไปให้ไกลที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ระดับในการเขียน พันธกิจ/วิสัยทัศน์

■ **ระดับโรงพยาบาล:**

- ต้องมี อาจจะยกร่างในระดับ รพ.แล้วให้หน่วยงานต่าง ๆ พิจารณาเพื่อปรับปรุง

■ **หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วย:**

- พันธกิจและวิสัยทัศน์ สามารถใช้ของ รพ.ได้
- หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งมีลักษณะเฉพาะ อาจเขียนขึ้นใหม่

■ **หน่วยงานสนับสนุนหรือหน่วยงานที่มีผลลัพธ์เฉพาะ:**

- การเขียนพันธกิจ/วิสัยทัศน์ในระดับหน่วยงานทำให้เห็นเอกลักษณ์ของหน่วยงานได้ชัดเจนขึ้น
- ต้องมีความสัมพันธ์กับพันธกิจ/วิสัยทัศน์ของ รพ.



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P02:10

หลายโรงพยาบาลที่เริ่มต้นเขียนพันธกิจ วิสัยทัศน์ จะประสบปัญหาว่า จะต้องเขียนสำหรับทุก
หน่วยงานหรือไม่ ถ้าต้องมีทั้งของหน่วยงานและของ รพ. ควรเริ่มต้นเขียนในระดับใดก่อน

การเขียนพันธกิจและวิสัยทัศน์ในระดับ รพ.เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างแน่นอน กระบวนการเขียนในส่วน
ของ รพ.อาจจะทำได้โดย

1. กำหนดกรอบโดยผู้บริหารระดับสูง แล้วสร้างกระบวนการให้หน่วยงานต่างๆ มีส่วนร่วมในการเพิ่มเติมและพิจารณาตีความในรายละเอียด
2. ให้เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีส่วนร่วม โดยอาศัยการเสนอความคิดเป็นขั้นตอน ซึ่งอาจจะต้องใช้ delphi technique 2-3 รอบ คือรอบแรกให้ทุกคนเสนอความคิดโดยอิสระ แล้วสรุปความคิดที่ได้ทั้งหมดเวียนให้สมาชิกพิจารณาปรับปรุงหรือให้คะแนนในประเด็นย่อยๆ ว่าเห็นด้วยมากน้อยเพียงใด

เมื่อได้พันธกิจและวิสัยทัศน์ในระดับ รพ.แล้ว หน่วยงานต่างๆ จะนำไปพิจารณาว่าจะแปรมาเป็นพันธกิจและวิสัยทัศน์ของหน่วยงานได้อย่างไร

1. หน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรงซึ่งเป็นพันธกิจหลักของ รพ. อาจจะใช้พันธกิจของ รพ. เป็นพันธกิจของหน่วยงานโดยไม่ต้องเขียนขึ้นมาใหม่ ยกเว้นแต่ว่าหน่วยงานนั้นจะมีบริการเฉพาะซึ่งสามารถระบุพันธกิจที่ชัดเจนลงไปได้ เช่น บริการสูติกรรม
2. หน่วยงานที่เป็นหน่วยสนับสนุนหรือมีผลลัพธ์เฉพาะ เช่น พยาธิวิทยา เภสัชกรรม การเขียนพันธกิจและวิสัยทัศน์เฉพาะของหน่วยงานจะทำให้เห็นเอกลักษณ์ของหน่วยงานได้ชัดเจน อย่างไรก็ตาม จะต้องมีความสอดคล้องระหว่างพันธกิจของ รพ. กับของหน่วยงาน

4

ปรัชญา/ค่านิยม/หลักการทำงานร่วมกัน

■ คืออะไร

- ปรัชญา/ค่านิยม คือความเชื่อ/แนวคิดในสิ่งดี ๆ ซึ่งเป็นที่ยอมรับของสมาชิกส่วนใหญ่
- หลักการทำงาน คือการนำปรัชญา/ค่านิยม มากำหนดเป็นแนวทางในการตัดสินใจขององค์กรและสมาชิก

■ ทำไมต้องมี

- เพื่อให้สมาชิกใช้ควบคุมพฤติกรรมตนเอง
- เพื่อให้เกิดความราบรื่นในการทำงานและป้องกันความขัดแย้ง



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P02: 11

โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่ซับซ้อนซึ่งมีผู้ทำงานจากสาขาวิชาชีพต่างๆ และระดับต่างๆ ความแตกต่างหลากหลายเหล่านี้ทำให้วิธีการคิดของผู้คนในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน หากไม่มีจุดร่วมในวิธีการคิดแล้ว อาจจะทำให้เกิดปัญหาในการทำงานได้

ปรัชญา (philosophy) คือวิธีคิดซึ่งจะนำมาสู่การพัฒนาหรือนำมาสู่ความดีงาม

ค่านิยม (value) คือสิ่งที่สมาชิกในสังคมยอมรับร่วมกัน มักจะนำมาใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจ

หลักการทำงาน (guiding principle) คือการนำปรัชญาหรือค่านิยมมากำหนดเป็นแนวทางในการตัดสินใจขององค์กรและสมาชิก เป็นสิ่งที่สมาชิกทุกคนจะนำไปใช้ในการกำกับพฤติกรรมและการตัดสินใจของแต่ละคน

การมีหลักการทำงานที่ทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและนำไปปฏิบัติ จะทำให้เกิดความราบรื่นในการทำงาน และป้องกันความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นจากการมีจุดยืนหรือวิธีการคิดที่แตกต่างกัน

หลักการทำงานร่วมกัน: ตัวอย่าง

■ บริการผู้ป่วย:

- เน้นการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย
- เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
- เน้นการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่
- เน้น Evidence-Based Practice



■ การทำงานร่วมกัน:

- ความสามัคคี เอื้ออาทร ช่วยเหลือกันและกัน
- โรงพยาบาลคือหนึ่งเดียว ไม่มีกำแพงภายใน
- เน้นการสร้างบรรยากาศและวัฒนธรรมของการเรียนรู้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P02:12

หลักการทำงานร่วมกันจะมีจุดเน้นอยู่ 2 ส่วน คือในเรื่องของงานซึ่งได้แก่การบริการผู้ป่วย และเรื่องของวิธีการทำงานร่วมกัน พฤติกรรมที่สมาชิกในองค์กรปรารถนาจากกันและกัน

ตัวอย่างหลักการทำงานข้างต้นจะเห็นว่าเป็นสิ่งที่ค่อนข้างเป็นนามธรรม อาจจะต้องมีการขยายความเพิ่มเติมว่าแต่ละประโยคนั้นมีความหมายอย่างไร มีรูปธรรมในการปฏิบัติอย่างไร

ผู้อ่านบางท่านจะรู้สึกว่สิ่งเหล่านี้เป็นอุดมคติเกินไป และไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในโลกของความเป็นจริง แต่หากเราทุกคนเห็นปัญหาของการคงอยู่ในสภาพเดิม (status quo) แล้ว การเปลี่ยนวิธีการคิด และวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันคือจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

หลักการทำงานร่วมกัน: เขียนอย่างไร

■ วิเคราะห์แนวโน้ม:

- ดูแนวโน้มของโลกและสังคมที่กำลังเปลี่ยนไปอย่างไร

■ วิเคราะห์ปัญหา:

- พฤติกรรมการทำงานร่วมกัน
- การตัดสินใจ

■ เขียนสิ่งที่ต้องการเห็นและยินดีปฏิบัติ

■ นำเสนอและขอความเห็นชอบจากสมาชิก

■ เขียนรูปธรรมของการปฏิบัติ



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P02:13

การเขียนหลักการทำงานร่วมกันจะพิจารณาใน 2 ด้าน

1. ในด้านบวกคือแนวโน้มของโลกและสังคมที่กำลังให้คุณค่ากับเรื่องอะไร เช่น การส่งเสริมสุขภาพ, การนำด้วยพันธกิจและวิสัยทัศน์ (visionary leadership)
2. ในด้านลบคือปัญหาพฤติกรรมการทำงานร่วมกันหรือกระบวนการตัดสินใจที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา

นำข้อมูลทั้งสองด้านมาเขียนเป็นหลักปฏิบัติที่ต้องการเห็น และสมาชิกที่ร่วมเขียนเองยินดีที่จะปฏิบัติหรือรับเอาหลักการนั้นมาควบคุมพฤติกรรมของตนเอง

เมื่อสมาชิกแต่ละคนเขียนความเห็นของตนเองแล้ว ให้นำความคิดทั้งหมดมาประมวล (เช่น ใช้เทคนิค affinity diagram) ให้สมาชิกอภิปรายความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ พยายามหาข้อสรุปในส่วนที่มีความเห็นร่วมกันเป็นส่วนใหญ่ และนำไปปฏิบัติ ในส่วนที่มีความเห็นแตกต่างกัน อาจจะชะลอไว้ก่อน หรือหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาหาข้อสรุปในโอกาสต่อไป

หลักการแต่ละข้อซึ่งเป็นนามธรรม ควรจะมีการเขียนตัวอย่างของการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม เพื่อป้องกันการตีความที่แตกต่างกัน

5

กิจกรรมกลุ่ม

- เขียนพันธกิจของ รพ. (10 นาที)
- เขียนวิสัยทัศน์ของ รพ. (20 นาที)
- เขียนหลักการทำงานร่วมกัน (10 นาที)

Feed back (5 นาที)





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P02:14

กิจกรรมนี้มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ร่วมประชุมได้มีประสบการณ์ว่าจะพบปัญหาอะไรบ้างในการเขียนเป้าหมายร่วม ไม่ได้มีจุดประสงค์ที่จะให้ได้ข้อความพันธกิจ วิสัยทัศน์ และหลักการทำงานที่สมบูรณ์แบบ

ผู้ร่วมประชุมจะต้องบริหารเวลาให้ดีเพื่อทำกิจกรรมทั้ง 3 ข้อในระยะเวลาที่กำหนดได้ครบถ้วน แต่ละกลุ่มอาจจะแบ่งสมาชิกเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม โดยกลุ่มหนึ่งเขียนพันธกิจและหลักการทำงานร่วมกัน อีกกลุ่มหนึ่งเขียนวิสัยทัศน์

ในส่วนของการเขียนวิสัยทัศน์ได้ให้เวลาไว้มากกว่าหัวข้ออื่น เพื่อเปิดโอกาสให้สร้างจินตนาการ และรวบรวมจินตนาการเป็นของกลุ่ม

P



03

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P03:01

จากพันธกิจไปสู่แผน ยุทธศาสตร์

1. แนวทางทั่วไป
2. การสำรวจสิ่งแวดล้อม
3. การวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ
4. SWOT Analysis
5. กิจกรรมกลุ่ม

1

แนวทางทั่วไป

■ การนำพันธกิจวิสัยทัศน์ไปสู่การเปลี่ยนแปลง

- จัดทำแผนยุทธศาสตร์

- สร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน

■ ขั้นตอนการทำแผนยุทธศาสตร์หลังจากได้พันธกิจ

- สำรวจสิ่งแวดล้อม (Environmental Scan)

- วิเคราะห์ประเด็นสำคัญ

- วิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคาม (SWOT)





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P03:02

การนำพันธกิจและวิสัยทัศน์ที่สร้างขึ้นไปใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้นมี 2 แนวทาง คือ

1. แนวทางที่เป็นแบบแผนชัดเจน ได้แก่การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็นแผนพัฒนาระยะยาว

2. การนำพันธกิจ วิสัยทัศน์ มาทำความเข้าใจกับสมาชิกในองค์กรว่ามีความหมายอย่างไร สมาชิกแต่ละคนจะมีบทบาทอย่างไรเพื่อให้พันธกิจและวิสัยทัศน์เหล่านี้เป็นความจริงขึ้นมาได้ โดยเน้นการกระตุ้นให้สมาชิกคิดด้วยตนเองมากกว่าการคิดแทนแล้วสั่งการ

แผนยุทธศาสตร์จะประกอบด้วยแผนงาน (program) ในแต่ละแผนงานจะแตกออกเป็นวัตถุประสงค์หรือ โครงการย่อยๆ ซึ่งสามารถวัดผลการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าได้

การแตกจากพันธกิจเป็นแผนงานและโครงการนั้นสามารถทำได้ 2 วิธี คือ

1. แยกจากต้นไปหาปลาย คือนำแบบแผนภูมิระบบ หรือแผนภูมิต้นไม้มาใช้ คือวิเคราะห์จากพันธกิจหรือเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดว่าจะต้องมีแผนงาน, โครงการ, กิจกรรม อะไรบ้าง ไปทีละขั้น

2. รวมจากปลายมาหาต้น คือการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญที่จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง กำหนดเป็นวัตถุประสงค์หรือผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น แล้วมารวบรวมเป็นแผนงาน

ไม่ว่าจะใช้วิธีใด จำเป็นที่จะต้องวิเคราะห์สถานการณ์ว่าปัจจุบันเราอยู่ตรงไหนด้วยการ

1. สำรวจสิ่งแวดล้อมรอบตัว ในด้านนโยบายของรัฐ แนวโน้มทางเศรษฐกิจ สังคม ประชากร คู่แข่ง การตลาด อุปสงค์ ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กำลังคน กำลังเงินในองค์กร

2. วิเคราะห์ประเด็นสำคัญซึ่งควรได้รับการใส่ใจ

3. วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคาม ขององค์กร

2

การสำรวจสิ่งแวดล้อม



- สิ่งแวดล้อมภายนอก
 - นโยบายของรัฐบาล
 - แนวโน้มทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ประชากร
- ภาวะการตลาดและการแข่งขัน
- อุปสงค์และความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- สิ่งแวดล้อมภายใน
 - กำลังคน กำลังเงิน
 - การปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาล



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P03:03

การสำรวจสิ่งแวดล้อม (Environmental Scan) เป็นการค้นหาปัจจัยหลักที่มีผลกระทบต่อองค์กรและทิศทางขององค์กร.

สิ่งแวดล้อมภายนอกได้แก่ การเมือง-กฎหมาย, เศรษฐกิจ, สังคม, และเทคโนโลยี. สิ่งแวดล้อมภายในได้แก่ การสื่อสาร, การจัดองค์กรและการบริหาร, เงิน, คน, นโยบาย, ระบบ รวมทั้งการปฏิบัติตามข้อกำหนดต่างๆ เช่น มาตรฐานโรงพยาบาล.

มีการวิเคราะห์เฉพาะซึ่งจำเป็นต้องทำในเรื่อง:

1. การวิเคราะห์ตลาด (market analysis) เป็นการดูสถานะขององค์กรเมื่อเทียบกับตลาดทั้งหมด, รวมทั้งการวิเคราะห์อุปสงค์ อุปทาน, เป้าหมายและสัดส่วนการตลาด, โอกาสเติบโตทางการตลาด.
2. การวิเคราะห์คู่แข่ง (competitor analysis) เป็นการวิเคราะห์ผู้อื่นที่ให้บริการในลักษณะเดียวกัน ซึ่งอาจจะนำมาสู่การพบโอกาสในการเป็นพันธมิตรและสร้างความร่วมมือ.
3. การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis) เป็นการวิจัยวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย. เริ่มต้นด้วยการพิจารณาว่ามีใครเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และทำการวิจัยด้านการตลาดว่าเขาเหล่านั้นมีความต้องการและความคาดหวังอะไร. การวิเคราะห์นี้มีความสำคัญกับองค์กรของรัฐเช่นเดียวกัน.

3

การวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ

■ ประเด็นสำคัญ (Key Issue) จะเป็นโฟกัสสำคัญของการพูดคุยและการทำแผนยุทธศาสตร์

■ ได้มาจากสรุปผลการสำรวจสิ่งแวดล้อม

■ ในที่นี้จะเน้นการประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาล





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P03:04

การสำรวจตรวจสอบสิ่งแวดล้อมขององค์กรจะทำให้เห็นประเด็นสำคัญที่จะต้องมีการพัฒนาประเด็นสำคัญเหล่านี้จะเป็นจุดโฟกัสของการพูดคุยและการทำแผนยุทธศาสตร์

ในการทำกิจกรรมต่อไปนี้จะเน้นการค้นหาประเด็นสำคัญจากการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งได้ให้ผู้เข้าประชุมประเมินไว้ในช่วงก่อนหน้านี้แล้ว

4

SWOT Analysis



■ คืออะไร

- จุดแข็ง (+) และจุดอ่อน (-) คือปัจจัยภายในองค์กร
- โอกาส (+) และสิ่งคุกคาม (-) คือปัจจัยภายนอกองค์กร

■ สำคัญอย่างไร

- เปรียบเทียบศักยภาพขององค์กรกับสิ่งแวดล้อมภายนอก
- เชื่อมโยงการสำรวจสิ่งแวดล้อมกับการทำแผน



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล PO3:05

SWOT คือการพิจารณาปัจจัยด้านบวกและด้านลบ ทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กร
ปัจจัยภายในองค์กรที่เป็นบวกคือจุดแข็ง (strength) ที่เป็นลบคือจุดอ่อน (weakness)
ปัจจัยภายนอกองค์กรที่เป็นบวกคือโอกาส (opportunity) ที่เป็นลบคือสิ่งคุกคาม (threat)
 สิ่งที่มีมักจะสับสนกันบ่อยที่สุดคือสิ่งคุกคามกับจุดอ่อน ขอเน้นว่าสิ่งคุกคามจะต้องเป็นสิ่งที่อยู่นอก
 องค์กรซึ่งเราไม่สามารถไปปรับเปลี่ยนได้ ต่างจากจุดอ่อนซึ่งเราสามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยตัวเราเอง

การทำ SWOT analysis เป็นโอกาสที่จะเปรียบเทียบศักยภาพขององค์กร กับสถานการณ์แวดล้อม
 ภายนอก, เป็นการเชื่อมโยงกระบวนการวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมภายนอกกับการทำแผนยุทธศาสตร์.

ในขั้นตอนการจัดทำแผน จะนำเอาปัจจัยด้านบวกที่มีอยู่มาไว้เพื่อเสริมหรือปรับปรุงปัจจัยด้านลบ ใช้
 โอกาสที่มีอยู่สร้างกิจกรรมใหม่ๆ และปรับเปลี่ยนสิ่งคุกคามให้เป็นโอกาสด้วยการสร้างความร่วมมือ

ปัจจัยบางอย่างอาจจะเป็นทั้งโอกาสและสิ่งคุกคาม แล้วแต่ผู้มองจะมองในด้านใด เช่น การที่กระทรวง
 สาธารณสุขไม่ได้ลงมาติดตามกำกับการทำงานของโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด อาจจะเป็นโอกาสที่ทำให้โรง
 พยาบาลคิดพัฒนางานสิ่งใหม่ๆ ได้เต็มที่ ในขณะที่อาจจะเป็นสิ่งคุกคามหากได้ผู้บริหารที่ไม่สนใจภารกิจหลัก
 ของโรงพยาบาล

บางครั้งปัจจัยด้านลบอาจจะแก้ไขได้ง่ายๆ ด้วยการเปลี่ยนมุมมองหรือวิธีคิด เช่น การที่กระทรวงมี
 นโยบายที่ไม่แน่นอน ถือว่าเป็นสิ่งคุกคาม หากเปลี่ยนมุมมองเป็นว่านโยบายที่ไม่แน่นอนนั้นเป็นเพราะ
 กระทรวงกำหนดนโยบายไม่เป็น ลงลึกในรายละเอียดโดยไม่จำเป็น โรงพยาบาลก็จัดทำนโยบายระยะยาว
 ของโรงพยาบาลเอง ไม่ว่ากระทรวงจะมีนโยบายอย่างไรลงมา สิ่งที่โรงพยาบาลทำอยู่ก็ยังคงตอบสนองได้
 ไม่ต้องคอยวิ่งไล่ตามนโยบายของกระทรวง

SWOT Analysis				
ด้านบวก		ด้านลบ		
จุดแข็ง	•แพทย์ผู้เชี่ยวชาญครบ •คณาคมสะดวก •มีวินัย •เงินบำรุงเหลือมาก	จุดอ่อน	•ต่างคนต่างอยู่ •บริหารแบบ top-down •เน้นวิชาการมากกว่าตอบสนองลูกค้า •จนท.มุ่งหารายได้ด้วยการทำงานพิเศษ	ภายใน
โอกาส	•ความตื่นตัวเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ •ผู้จ่ายเงินต้องการประสิทธิภาพ	สิ่งคุกคาม	•ผู้จ่ายเงินเองลดลง •การฟ้องร้องมากขึ้น	ภายนอก
 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P03:06				

แผนภูมินี้สรุปเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ชัดเจนขึ้นว่า จุดอ่อนและสิ่งคุกคามแตกต่างกันอย่างไร จุดแข็งและโอกาสแตกต่างกันอย่างไร ความสำคัญอยู่ที่การแยกแยะว่าอะไรเป็นปัจจัยภายใน และอะไรเป็นปัจจัยภายนอก

การนำผลการวิเคราะห์นี้ไปใช้คือ

1. นำจุดแข็งมาแก้ปัญหาลดจุดอ่อน เช่น ใช้วินัยเป็นจุดเริ่มในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน ใช้มาตรฐานวิชาชีพของผู้เชี่ยวชาญมาตอบสนองความต้องการของลูกค้า
2. ขยายงานไปในส่วนที่เป็นโอกาส เช่น ขยายบริการส่งเสริมสุขภาพ นำเสนอบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อผู้จ่ายเงิน
3. ปรับสิ่งคุกคามให้เป็นโอกาส เช่น ปรับปรุงการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการฟ้องร้อง สร้างความร่วมมือกับผู้จ่ายเงินในการจัดบริการที่ตรงความต้องการและมีคุณค่าสูงสุด

5

กิจกรรมกลุ่ม

■ ประเมินระดับปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาล (20 นาที)

- แต่ละคนประเมินของตนเอง (ในช่วงเวลาพัก)
- บันทึกคะแนนของทุกคนบน flip chart
- อภิปรายเลือกสิ่งที่เป็นประเด็นสำคัญขึ้นมา 15 ข้อ

■ SWOT Analysis (20 นาที)

- ระดมสมอง
- สรุปผลในตาราง



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P03:07

กิจกรรมกลุ่มในช่วงนี้เป็นการค้นหาประเด็นสำคัญที่จะต้องได้รับการพัฒนา และวิเคราะห์ศักยภาพขององค์กรเปรียบเทียบกับสิ่งแวดล้อมภายนอก

การค้นหาประเด็นสำคัญในที่นี้จะโฟกัสไปที่การนำมาตรฐานโรงพยาบาลมาวิเคราะห์ว่าโรงพยาบาลมีระดับการปฏิบัติในแต่ละเรื่องดีเพียงใด ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาตนเองให้สามารถบริการได้อย่างมีคุณภาพและพร้อมที่จะขอรับการรับรอง

ในการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาล ให้พิจารณาว่าโรงพยาบาลของท่านทำได้ดีเพียงใดในแต่ละประเด็น โดยให้คะแนน 1-5 โดย 1 คือระดับที่แย่ที่สุด และ 5 คือระดับที่ดีที่สุดที่ควรจะเป็นสำหรับประเทศไทย

เมื่อแต่ละท่านประเมินของตนเองเรียบร้อยแล้ว ให้นำคะแนนของทุกคนเขียนขึ้นบน flip chart เพื่อให้สมาชิกได้อภิปรายว่ามีประเด็นใดบ้างที่สมควรได้รับการใส่ใจและนำมากำหนดเป็นกิจกรรมในการพัฒนา โดยในขั้นนี้ให้เลือกไว้ประมาณ 15 หัวข้อ

เพื่อลดเวลาการอภิปราย กลุ่มอาจจะเลือกหัวข้อที่ได้คะแนนต่ำที่สุดขึ้นมาเป็นลำดับ เช่น ถ้ามีผู้ใดประเมินว่าหัวข้อใดได้คะแนน 1 แม้เพียง 1 คน ก็ให้นำหัวข้อเหล่านั้นมาเป็นประเด็นสำคัญ ในอันดับต่อไปก็ให้พิจารณาหัวข้อที่ได้คะแนน 2 เป็นต้น

หลังจากนั้นให้กลุ่มทำ SWOT analysis ด้วยการระดมสมองไปที่ละประเด็น ใช้เวลา 5 นาทีสำหรับแต่ละประเด็น คือ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคาม ไม่จำเป็นต้องให้ได้สมบูรณ์ แต่ต้องการให้ผู้เข้าร่วมประชุมเกิดความเข้าใจว่า ปัจจัยแต่ละตัวหมายความว่าอย่างไร และจะนำผลการวิเคราะห์นี้ไปใช้อย่างไร

สำหรับในหัวข้อจุดอ่อน ควรเป็นหัวข้อที่เพิ่มเติมจากการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญจากมาตรฐานโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ประเด็นที่ควรพัฒนาเพิ่มขึ้น

แบบประเมินตนเองเพื่อค้นหาประเด็นสำคัญในการพัฒนาโรงพยาบาล (ตามมาตรฐานโรงพยาบาล)

1=ต่ำที่สุด 5=มากที่สุด

ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

1. ความเคารพและตระหนักในสิทธิผู้ป่วย	1	2	3	4	5
2. ความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย	1	2	3	4	5
3. การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนการลงนามยินยอมรับการรักษา	1	2	3	4	5
4. การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองไม่ได้	1	2	3	4	5
5. การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย	1	2	3	4	5
6. การตัดสินใจ CPR หรือการรักษาเพื่อชะลอความตาย	1	2	3	4	5
7. จริยธรรมในการเรียกเก็บค่าบริการ	1	2	3	4	5
8. จริยธรรมในการรับ/ส่งต่อ/จำหน่ายผู้ป่วย	1	2	3	4	5
9. การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกันด้วยข้อบ่งชี้ทางการแพทย์	1	2	3	4	5
10. การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย	1	2	3	4	5
11. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย (การให้ข้อมูลทั่วไป, การจัดลำดับ)	1	2	3	4	5
12. การรับข้อมูลจากผู้ป่วย	1	2	3	4	5
13. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยและญาติ	1	2	3	4	5
14. การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	1	2	3	4	5
15. ระบบการปรึกษาระหว่างแพทย์	1	2	3	4	5
16. ความเหมาะสมในการส่ง investigation (ข้อบ่งชี้, ระยะเวลา)	1	2	3	4	5
17. ความน่าเชื่อถือของผลการ investigate	1	2	3	4	5
18. การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม	1	2	3	4	5
19. การจัดทำแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง	1	2	3	4	5
20. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา	1	2	3	4	5
21. การจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	1	2	3	4	5
22. การปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา หรือคำสั่งการรักษาของแพทย์	1	2	3	4	5
23. การตอบสนองหรือแก้ปัญหาเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน	1	2	3	4	5
24. การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย	1	2	3	4	5
25. ความเหมาะสมและปลอดภัยในการใช้ยา	1	2	3	4	5
26. ความเหมาะสมและปลอดภัยในการผ่าตัดและระงับความรู้สึก	1	2	3	4	5
27. ความเหมาะสมและปลอดภัยในการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด	1	2	3	4	5
28. การดูแลทางด้านโภชนาการ	1	2	3	4	5
29. การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	1	2	3	4	5
30. การป้องกันอุบัติเหตุและการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุ	1	2	3	4	5

31. ความปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	1	2	3	4	5
32. การประเมินการตอบสนองต่อการรักษา/การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง	1	2	3	4	5
33. ความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพในการบันทึกข้อมูล	1	2	3	4	5
34. การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัว	1	2	3	4	5
35. การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง	1	2	3	4	5

ประเด็นเกี่ยวกับการบริหารในองค์กร

1. การศึกษาความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า	1	2	3	4	5
2. การตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า	1	2	3	4	5
3. การมีเป้าหมายร่วมขององค์กร	1	2	3	4	5
4. การชี้นำและสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยผู้บริหาร	1	2	3	4	5
5. การจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ	1	2	3	4	5
6. การดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพแพทย์	1	2	3	4	5
7. การบริหารงานบริการพยาบาล	1	2	3	4	5
8. การวางแผนเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพในระดับโรงพยาบาล	1	2	3	4	5
9. การประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างหน่วยงาน	1	2	3	4	5
10. การประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในรูปแบบต่างๆ	1	2	3	4	5
11. ความต่อเนื่องและความครอบคลุมของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	1	2	3	4	5
12. การ monitor เครื่องชี้วัดที่มีความหมาย และนำมาใช้ประโยชน์	1	2	3	4	5
13. การจัดทำ clinical practice guideline	1	2	3	4	5
14. การทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วย	1	2	3	4	5
15. โครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม	1	2	3	4	5
16. การดูแลเรื่องความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	1	2	3	4	5
17. การกำจัดของเสียและน้ำเสีย	1	2	3	4	5
18. การเตรียมการและซ้อมแผนอุบัติภัย/เพลิงไหม้	1	2	3	4	5
19. การวางแผนและการบริหารทรัพยากรบุคคล	1	2	3	4	5
20. การพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้มีศักยภาพและคุณภาพ	1	2	3	4	5
21. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	1	2	3	4	5
22. การสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อชี้นำการบริหารและการพัฒนาคุณภาพ	1	2	3	4	5
23. บริการเวชระเบียน	1	2	3	4	5
24. การบำรุงรักษาเครื่องมือ	1	2	3	4	5
25. การตรวจสอบและเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ	1	2	3	4	5
26. การมีคู่มือปฏิบัติงานที่มีความหมาย	1	2	3	4	5

P



04

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P04:01

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์

1. ขั้นตอนการวางแผนยุทธศาสตร์
2. การกำหนดแผนงาน
3. LogFrame
4. กิจกรรมกลุ่ม

1

ขั้นตอนการวางแผนยุทธศาสตร์ (Strategic Plan)

- เป็นการกำหนดทิศทางโดยรวมขององค์กร (3-5 ปี)
- ขั้นตอนการวางแผนยุทธศาสตร์
 - พันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม หลักการทำงาน
 - การวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ (Key Issues), SWOT Analysis
 - กำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการเห็น (Expected Outcome)
 - การกำหนดแผนงานและเป้าหมาย (Programs & Goals)
 - การกำหนดโครงการ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์
 - ประเมินการทรัพยากร
 - สร้างเครื่องชี้วัด
 - ทบทวนทุกปีเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ



 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P04:02

แผนยุทธศาสตร์คือสิ่งที่บอกทิศทางโดยรวมขององค์กรในระยะยาว ซึ่งอาจจะมีช่วงตั้งแต่ 3-15 ปี ตามแต่สถานการณ์ของแต่ละองค์กร

ขั้นตอนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย

1. การจัดทำพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม หลักการทำงาน (ผู้เข้าประชุมได้ทำกิจกรรมนี้มาแล้ว)
2. การตรวจสอบสิ่งแวดล้อม การวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ การวิเคราะห์ศักยภาพเปรียบเทียบกับสิ่งแวดล้อมภายนอก (ผู้เข้าประชุมได้ทำกิจกรรมนี้มาแล้ว)
3. การจัดทำแผนงานและเป้าหมายของแผนงาน
4. การกำหนดโครงการ วัตถุประสงค์ และวิธีการที่จะบรรลุหรือยุทธศาสตร์
5. การประเมินการทรัพยากร
6. การกำหนดเครื่องชี้วัด
7. การทบทวนแผนยุทธศาสตร์เพื่อนำมาจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี

2

การกำหนดแผนงานและเป้าหมาย

■ กำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ/วัตถุประสงค์ (Expected Outcome/Objective)

- จากประเด็นสำคัญ แต่ละประเด็นอาจมีหลายวัตถุประสงค์
- จาก SWOT เอาจุดแข็งมาเสริมจุดอ่อน ใช้โอกาสให้เป็นประโยชน์

■ รวมกลุ่มของวัตถุประสงค์เป็นแผนงาน (Program)

- ใช้เทคนิค Affinity Diagram
- ตั้งชื่อแผนงาน

■ กำหนดเป้าหมายของแผนงาน (Program Goal)

- ใช้เทคนิค Tree Diagram
- ทบทวนเป้าหมายของแผนงานกับ พันธกิจและประเด็นสำคัญ



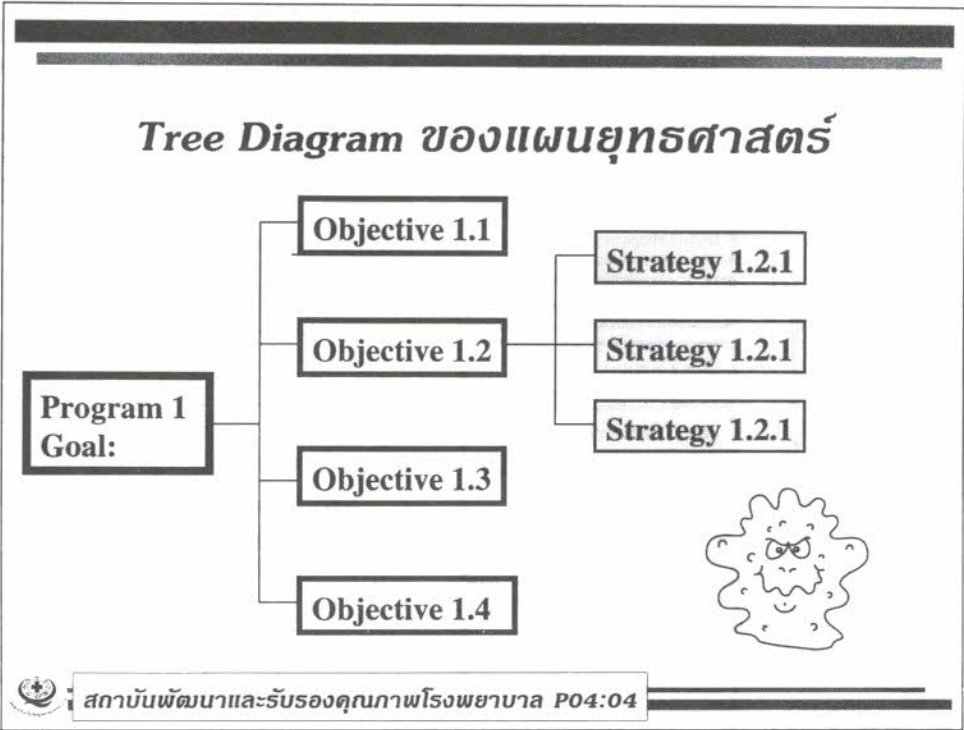
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล PO4:03

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในครั้งนี้จะทำจากปลายมาหาต้น กล่าวคือให้กลุ่มร่วมกันจัดทำบัญชีรายการผลลัพธ์หรือวัตถุประสงค์ที่ต้องการเห็น แล้วนำมารวมกันเป็นแผนงาน

ผลลัพธ์หรือวัตถุประสงค์ที่ต้องการเห็น กำหนดได้จากประเด็นสำคัญที่วิเคราะห์ไว้ ร่วมกับ SWOT analysis ซึ่งอาจจะเป็นการนำเอาจุดแข็งมาเสริมจุดอ่อน หรือใช้โอกาสให้เป็นประโยชน์ หรือลดการคุกคามด้วยการสร้างความร่วมมือ

เมื่อได้บัญชีรายการผลลัพธ์/วัตถุประสงค์ที่ต้องการเห็นแล้ว ให้ใช้เทคนิค affinity จัดกลุ่มผลลัพธ์เหล่านั้น แต่ละกลุ่มคือ 1 แผนงาน ให้ตั้งชื่อแผนงานให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในกลุ่มนั้น

นำพันธกิจ แผนงาน และวัตถุประสงค์มาเขียนความสัมพันธ์ด้วยเทคนิค tree diagram และเพิ่มเติมวัตถุประสงค์ของแต่ละแผนงานให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น พร้อมทั้งตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของพันธกิจ แผนงาน และวัตถุประสงค์ด้วย

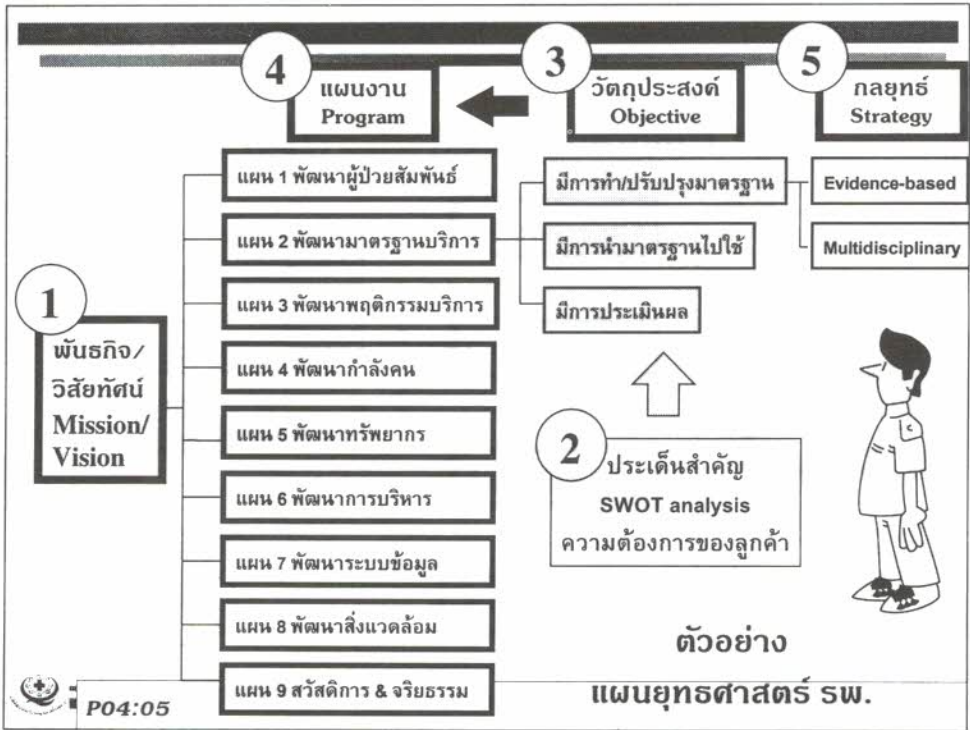


แผนภูมิต้นไม้นี้แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง program goal, objective และ strategy

การเขียนแผนภูมิต้นไม้จะช่วยให้เราวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของแผนยุทธศาสตร์ได้ดีขึ้น นั่นคือ การถามทวนทั้งสองด้านว่า

1. เมื่อทำสิ่งที่อยู่ทางขวามือแล้ว จะเกิดผลลัพธ์ทางซ้ายมือขึ้นจริงหรือไม่
2. หากต้องการผลลัพธ์ทางซ้ายมือ สิ่งที่เขียนไว้ทางขวามือนั้นครอบคลุมครบถ้วนแล้วหรือไม่

ในขั้นตอนต่อไปจาก strategy จะเป็นการนำแผนยุทธศาสตร์ไปทำแผนปฏิบัติการ คือเป็นรายละเอียดของกิจกรรมที่จะปฏิบัติจริง



แผนภูมินี้เป็นตัวอย่างแผนยุทธศาสตร์ของ รพ. ซึ่งแสดงให้เห็นการเชื่อมโยงพันธกิจ/วิสัยทัศน์ กับ แผนงานต่างๆ, ความสัมพันธ์ของแผนงานกับวัตถุประสงค์และกลยุทธ์

ตัวเลขที่ในวงกลมแสดงลำดับขั้นตอนของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งเริ่มด้วย

1. การจัดทำพันธกิจ/วิสัยทัศน์
2. การกำหนดประเด็นสำคัญ
3. การกำหนดวัตถุประสงค์
4. การรวมวัตถุประสงค์เข้าเป็นแผนงาน
5. การแตกวัตถุประสงค์ออกเป็นกลยุทธ์ต่างๆ

เมื่อนำแผนยุทธศาสตร์นี้ไปจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปี จะจัดทำรายละเอียดของกิจกรรมและ ทรัพยากรที่ต้องใช้ตามกลยุทธ์ต่างๆ

เนื่องจากวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ว่าจะมีจำนวนมาก ไม่สามารถปฏิบัติตามได้พร้อมกันทั้งหมด องค์กรอาจจะเลือกวัตถุประสงค์บางข้อขึ้นมาเน้นดำเนินการในแต่ละปี เรียกว่า เข็มมุ่งประจำปี (Hoshin) ซึ่งแต่ละหน่วยงานจะต้องนำเข็มมุ่งประจำปีนี้มาแปรให้เป็นแผนปฏิบัติการในหน่วยงาน ของตนเอง ด้วยวิธีการนี้จะทำให้เกิดความพยายามร่วมกันไปในทิศทางเดียวกัน

3

Logical Framework (LogFrame)

	Indicator	Data Source	Assumption
Prog. Goal:			
Objective:			
Strategy:			
Activity:			

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P04:06

เมื่อเข้าใจความสัมพันธ์ของแผนยุทธศาสตร์ในรูปแบบของแผนภูมิต้นไม้แล้ว ก็สามารถนำมาเขียนใน LogFrame ได้ไม่ยาก

LogFrame เป็นคำที่ย่อมาจาก Logical Framework หรือกรอบแผนงานมีตรรกะ คือเป็นเหตุเป็นผลว่าเมื่อทำกิจกรรมในระดับหนึ่งแล้ว จะทำให้บรรลุสิ่งที่ต้องการในระดับที่สูงขึ้นไป คือ จากกิจกรรมไปสู่ strategy จาก strategy ไปสู่ objective และจาก objective ไปสู่ program goal

ในส่วนของการทำแผนยุทธศาสตร์นั้นจะกำหนดไปถึงระดับ strategy ส่วนการระบุ activity นั้นอยู่ในส่วนของการจัดทำแผนปฏิบัติการ

ในแต่ละชั้นของเป้าหมายที่กำหนดไว้ จะมีเครื่องชี้วัดกำกับไปทุกชั้น และทุกหัวข้อ ซึ่งจะช่วยให้องค์กรสามารถตรวจสอบความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ได้ ทั้งนี้ใน LogFrame จะกำหนดแหล่งข้อมูลไว้ด้วยว่าเครื่องชี้วัดแต่ละตัวนั้นจะได้มาจากที่ใด

ในข้อสุดท้ายจะเป็นการระบุสมมติฐานของการวางแผน ว่าเงื่อนไขที่จะทำให้มีกิจกรรมในระดับล่างส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายในระดับที่สูงขึ้นไปนั้น ขึ้นอยู่กับสมมติฐานอะไร ทำให้ต้องตรวจสอบสมมติฐานอยู่เนืองๆ ว่า เงื่อนไขดังกล่าวยังเป็นความจริงอยู่หรือไม่ หากเงื่อนไขดังกล่าวไม่เป็นจริง อาจจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนยุทธศาสตร์

การเขียน LogFrame นี้เป็นสิ่งที่ผู้ใช้ ZOPP เป็นเครื่องมือวางแผน มีความคุ้นเคยกันอยู่แล้ว

LogFrame แผนงานพัฒนามาตรฐานทางคลินิก			
	Indicator	Data Source	Assumption
Prog. Goal: 1. ผป.ได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐาน	Clinical Outcome LOS, Cost	เวชสถิติ การเงิน	
Objective: 1.1 จัดทำ CPG 1.2 ใช้ CPG 1.3 มี Peer Review	Coverageของ CPG Compliance ในการใช้ Coverage ของ review	เวชสถิติ, กลุ่มงาน รายงาน Peer Review	CPG ตรงประเด็นปัญหา
Strategy: 1.1.1 เขียนสิ่งที่ปฏิบัติ 1.1.2 ปรับ CPG ที่มี ผู้จัดทำไว้แล้ว	Coverageของการจัดทำ ในแต่ละประเภท	ทีมงานผู้รับผิดชอบ	
Activity: 1.1.1.1 กำหนดเนื้อหา 1.1.1.2 จัดทำ 1.1.1.3 รบรอง	ความก้าวหน้า ทรัพยากร/เวลาที่ใช้	ทีมงานผู้รับผิดชอบ	ผู้เกี่ยวข้องเปิดใจ แสวงจุดร่วม สงวนจุดต่าง
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล PO4:07			

LogFrame นี้เป็นตัวอย่างของแผนงานพัฒนามาตรฐานทางคลินิก โปรดสังเกตความสัมพันธ์ของกิจกรรมและเป้าหมายในคอลัมน์แรก ซึ่งได้มาจากการเขียน tree diagram ของวัตถุประสงค์

เป้าหมายของแผนงาน (program goal) คือผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐาน คือมีการปรับมาตรฐานวิชาชีพมาใช้อย่างเหมาะสม

การที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้จะต้องบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ (expected outcome) หรือวัตถุประสงค์อย่างน้อย 3 ประการคือ 1. มีการจัดทำ clinical practice guideline (CPG) ซึ่งตอบสนองต่อปัญหาที่พบบ่อยๆ 2. มีการนำ CPG ไปใช้กับผู้ป่วย 3. มีการทบทวนการดูแลรักษาโดยทีมผู้ให้บริการ (peer review)

การที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ของการจัดทำ CPG ที่ตอบสนองปัญหาที่พบบ่อย มีกลยุทธ์ในการทำงาน คือ 1. การนำสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้วมาเขียนเป็นนโยบายทางคลินิก (clinical policy) อย่างสั้นๆ 2. การนำ CPG ที่มีผู้จัดทำไว้แล้ว เช่น องค์กรวิชาชีพ มาปรับใช้ให้เหมาะสม

กิจกรรมตามกลยุทธ์การนำสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้วมาเขียนเป็นนโยบายทางคลินิกคือ 1. การกำหนดเนื้อหา 2. การจัดทำนโยบายทางคลินิก 3. การทบทวนโดยผู้เกี่ยวข้อง

ในแต่ละระดับของกิจกรรมและเป้าหมายจะมีเครื่องชี้วัดความสำเร็จ พร้อมทั้งแหล่งข้อมูลที่จะได้เครื่องชี้วัดนั้นๆ การวัดผลในแต่ละระดับทำให้เห็นจุดอ่อนในระหว่างการนำแผนไปปฏิบัติและปรับวิธีการทำงานให้บรรลุเป้าหมายได้ดีขึ้น

ตัวอย่างของการวัดผลในระดับกิจกรรมมักจะอยู่ในรูปของความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผน และการใช้ทรัพยากร/เวลา การวัดผลในระดับกลยุทธ์และวัตถุประสงค์อาจจะอยู่ในรูปของความครอบคลุมหรือ compliance ของการนำไปปฏิบัติ การวัดผลในระดับแผนงานควรจะมุ่งไปที่ผลลัพธ์ในภาพรวมให้มากที่สุด

สมมติฐานคือสิ่งที่ต้องเป็นจริงหากจะให้กิจกรรมหรือเป้าหมายในระดับล่างส่งผลให้เป้าหมายในระดับที่สูงกว่าเป็นจริง เช่น การทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติอยู่เพื่อเขียนนโยบายทางคลินิกจะทำให้ได้ CPG ต่อเมื่อผู้เกี่ยวข้องเปิดใจ พยายามแสวงหาจุดร่วม และไม่นำความเห็นที่แตกต่างมาเป็นอุปสรรคในการทำงาน

4

กิจกรรมกลุ่ม

■

จัดทำบัญชีรายการผลลัพธ์ที่ต้องการ (Expected Outcome) หรือ วัตถุประสงค์ (Objective) ที่ต้องการบรรลุ (10 นาที)

■

รวมกลุ่มของวัตถุประสงค์เป็นแผนงาน: Affinity (10 นาที)

■

เขียน Tree Diagram ของแผนยุทธศาสตร์ และกำหนดเป้าหมายของแผนงาน (Program Goal) (10 นาที)

■

เขียน LogFrame ของแผนยุทธศาสตร์ (10 นาที)

■

Feed back (5 นาที)





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล P04:08

กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าประชุมคุ้นเคยกับขั้นตอนในการเขียนแผนยุทธศาสตร์ไปถึงขั้นที่จะสามารถนำไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการและการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผนได้ มิได้มีวัตถุประสงค์ที่จะให้ได้แผนที่สมบูรณ์

1. บัญชีรายการวัตถุประสงค์หรือผลลัพธ์ที่ต้องการเห็น เป็นการปรับจากการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ และ SWOT analysis ให้ระดมสมองออกมาจำนวนหนึ่ง
2. ใช้เทคนิค affinity diagram จัดกลุ่มของวัตถุประสงค์ แต่ละกลุ่มคือแผนงาน 1 แผน ให้ตั้งชื่อแผนงาน
3. ใช้เทคนิค tree diagram เขียนความสัมพันธ์ของวัตถุประสงค์ ยุทธศาสตร์ และกำหนดเป้าหมายของแผนงานตามกรอบในตัวอย่าง
4. นำข้อมูลจาก tree diagram มาใส่ใน LogFrame และเพิ่มเติมในส่วนของเครื่องชี้วัด แหล่งข้อมูล สมมติฐาน



01

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q01:01

การวิเคราะห์กระบวนการ

1. กระบวนการคืออะไร
2. Flow Chart คืออะไร
3. วิธีการเขียน Flow Chart
4. Top-Down Flow Chart
5. Deployment Flow Chart
6. Process Flow Chart
7. กิจกรรมกลุ่ม

1

กระบวนการคืออะไร



- กิจกรรมที่ทำเป็นขั้นตอนต่อเนื่องกัน ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณค่าเพิ่มขึ้น และตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้
- ในระบบงานหนึ่ง ๆ อาจจะมีหลายกระบวนการมาเชื่อมต่อกัน
- การแก้ปัญหาคือการปรับปรุงกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q01:02

การพัฒนาคุณภาพตามแนวคิด TQM ให้ความสำคัญกับการปรับปรุงกระบวนการมากกว่าการมองว่าปัญหาอยู่ที่ตัวบุคคล

กระบวนการคือกิจกรรมที่ทำเป็นขั้นตอนต่อเนื่องกัน ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณค่าเพิ่มขึ้น และตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ จะเห็นว่ากระบวนการนั้นต้องมีเป้าหมายและทำให้มีคุณค่าเพิ่ม

กระบวนการหลายๆกระบวนการที่มาต่อกัน จะกลายเป็นระบบหรือระบบย่อย

การแก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพคือการปรับปรุงกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น เมื่อหยิบยกปัญหาขึ้นมา เราจึงควรพิจารณาว่ามีกระบวนการอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง การกระโดดเข้าไปแก้ปัญหโดยไม่วิเคราะห์กระบวนการที่เกี่ยวข้องอาจจะเป็นเพียงการแก้ที่ปลายเหตุเท่านั้น

2

Flow Chart คืออะไร



■ คืออะไร

- การบรรยายระบบงานด้วยสัญลักษณ์มาตรฐาน
- แสดงลำดับขั้นตอนของกิจกรรมจากสิ่งนำเข้าไปสู่ผลลัพธ์

■ ใช้เพื่ออะไร

- บรรยายระบบงานที่ต้องการศึกษา
- หาข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง
- อธิบายกระบวนการใหม่ให้ผู้ปฏิบัติงาน



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q01:03

flow chart เป็นการบรรยายระบบงานด้วยสัญลักษณ์มาตรฐาน ซึ่งแสดงลำดับขั้นตอนของกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด หรือจากสิ่งนำเข้าไปสู่ผลลัพธ์ ใน flow chart บางประเภทจะแสดงเงื่อนไขของการตัดสินใจในการเลือกที่จะปฏิบัติอย่างไรด้วย

เครื่องมือนี้มีประโยชน์ใน 3 ลักษณะคือ

1. ใช้เพื่อบรรยายระบบงานที่ต้องการศึกษา ทำให้เข้าใจระบบงานได้ดีขึ้น นำไปสู่ความเข้าใจสภาพของการเกิดปัญหา หรือนำไปสู่การหาโอกาสพัฒนา การเขียน flow chart ที่แสดงระบบงานในภาพรวมของหน่วยงาน จะช่วยในการพิจารณาปัญหาได้ครอบคลุมมากขึ้น และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ดีขึ้น
2. ใช้หาข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุง เมื่อเข้าใจว่าระบบงานเดิมมีปัญหาอย่างไร ทีมงานก็สามารถเขียน flow chart ใหม่ในลักษณะของการออกแบบระบบที่พึงประสงค์ ซึ่งอาจจะเป็นการรวมขั้นตอนบางขั้นเข้าด้วยกัน การตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไป การเปลี่ยนหน้าที่ หรือการสลับขั้นตอนบางอย่าง เป็นการออกแบบระบบใหม่ซึ่งเข้าใจได้ง่ายก่อนที่จะนำไปทดลองใช้
3. ใช้เป็นเครื่องมือในการอธิบายกระบวนการที่ออกแบบใหม่ให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับทราบ และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

3

ประเภท

- Top-Down สรุปขั้นตอนหลัก ๆ
- Deployment เน้นแสดงบุคคลหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ
- Process เน้นรายละเอียดของขั้นตอนในการปฏิบัติ

วิธีการทำ

- กำหนดขอบเขตของกระบวนการ
- กำหนดสิ่งที่เคลื่อนไหวในระบบ
- สังเกตการปฏิบัติงานจริง
- เขียนขั้นตอนการทำงาน
- เขียน Flow Chart

วิธีการเขียน Flow Chart





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q01:04

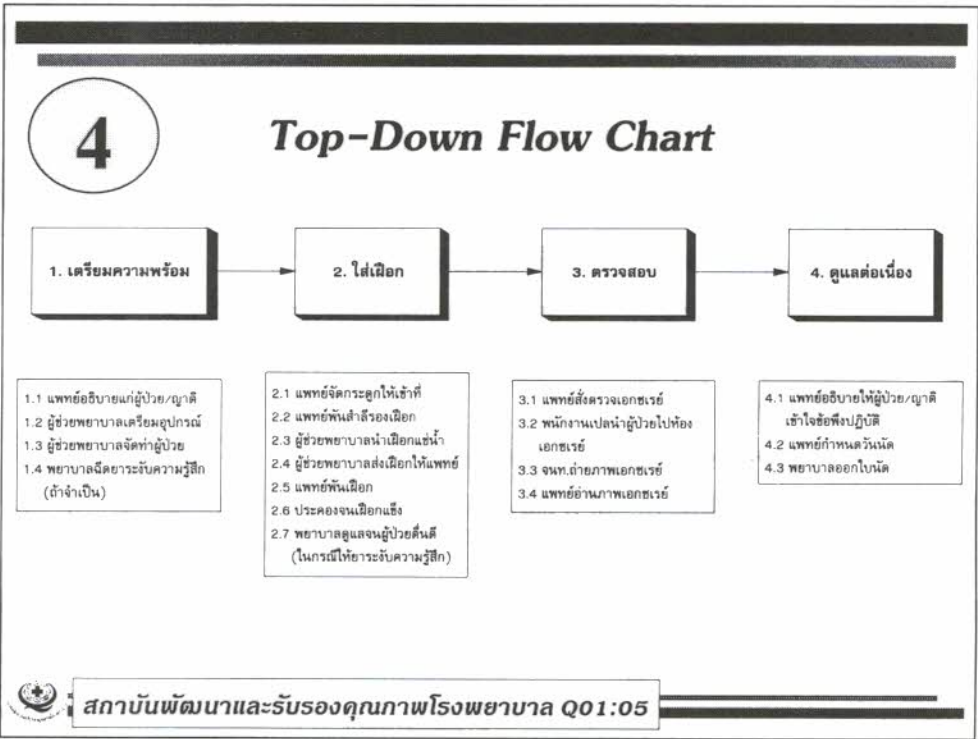
flow chart ที่ใช้กับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบ่อยๆ ได้แก่ top-down, deployment, และ process flow chart ซึ่งแต่ละชนิดมีจุดเน้นและที่ใช้แตกต่างกันไป

top-down flow chart เป็น flow chart ที่เขียนง่ายที่สุด ใช้เวลาน้อยที่สุด และเห็นภาพรวมมากที่สุด จึงควรเป็น flow chart อันแรกที่เราใช้เขียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงของการหาโอกาสพัฒนาซึ่งต้องการตรวจสอบหาโอกาสต่างๆ ให้มากที่สุด

deployment flow chart เป็น flow chart ที่แสดงบุคคลหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งจะช่วยให้สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในฐานะเจ้าของงานและลูกค้าได้ง่ายขึ้น

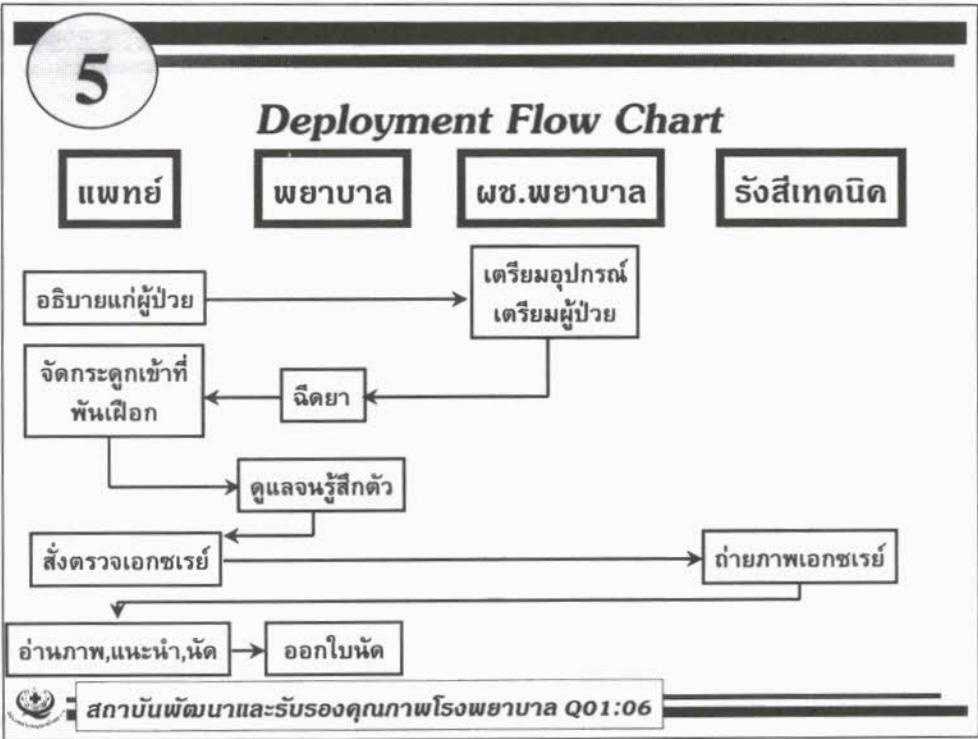
process flow chart เป็น flow chart ที่แสดงรายละเอียดในขั้นตอนการปฏิบัติงาน รวมทั้งแสดงแนวทางในการตัดสินใจที่ถูกต้อง การเขียนค่อนข้างจะยุ่งยากและต้องใช้เวลา แต่จะช่วยให้มากในการออกแบบขั้นตอนใหม่ที่มีประสิทธิภาพ และในการอธิบายวิธีการปฏิบัติงาน

การจัดทำ flow chart เริ่มต้นด้วยการกำหนดขอบเขตของกระบวนการว่าเริ่มต้นตรงไหน สิ้นสุดตรงไหน, กำหนดว่าสิ่งที่เคลื่อนไหวในระบบคืออะไร, ไปศึกษาขั้นตอนการปฏิบัติงานในสถานที่จริง, เขียนขั้นตอนการปฏิบัติงานทั้งหมดที่สังเกตเห็น, แล้วนำมาเขียนเป็น flow chart



ตัวอย่าง top-down flow chart

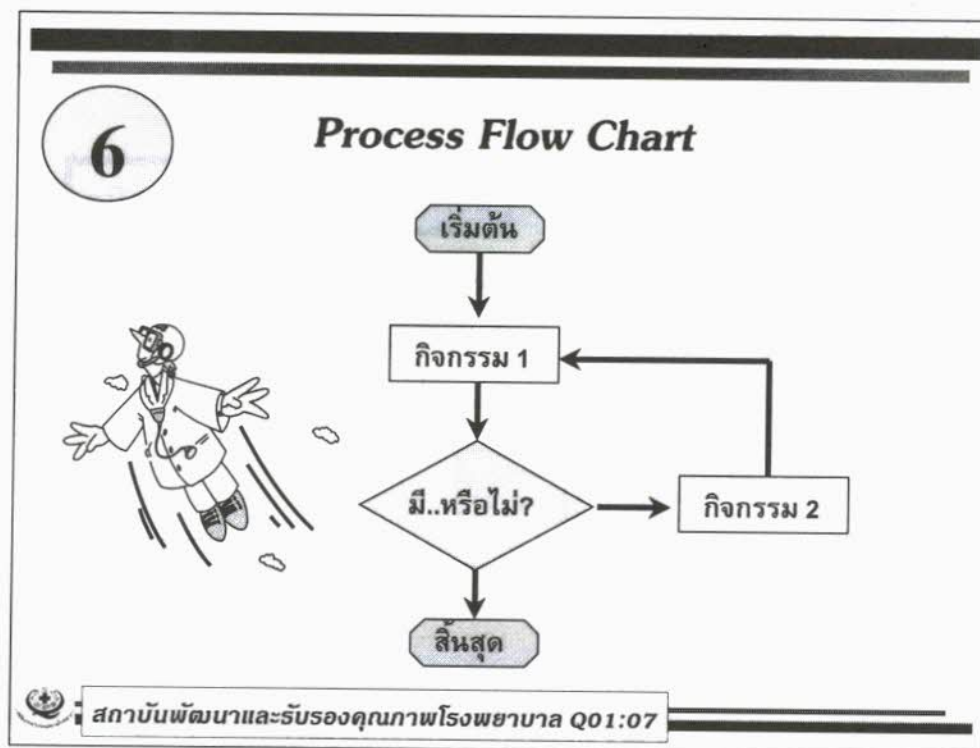
เมื่อรวบรวมขั้นตอนการทำงานทั้งหมดได้แล้ว อาจจะใช้เทคนิค affinity diagram จัดกลุ่มขั้นตอนดังกล่าว แต่ละกลุ่มคือขั้นตอนหลัก และบัตรในกลุ่มนั้นคือขั้นตอนย่อย



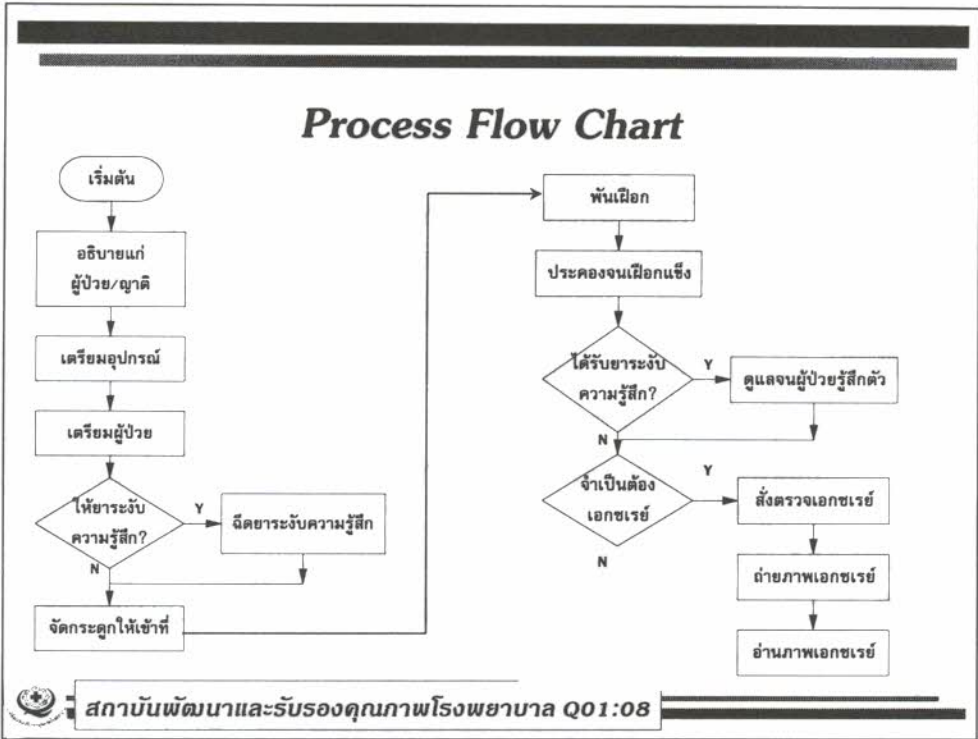
ตัวอย่าง deployment flow chart

เมื่อเขียนเสร็จแล้วควรใช้คำถามต่อไปนี้เพื่อทำความเข้าใจกับความสัมพันธ์ของลูกค้าภายใน

- พิจารณาว่าใครเป็นผู้ส่งมอบ (supplier) และใครเป็นลูกค้า (customer) หรือผู้รับช่วงงาน ของแต่ละขั้นตอน.
- ถามว่าผู้ส่งมอบพยายามที่จะทำให้ผู้รับช่วงงานพึงพอใจหรือไม่. ถ้าไม่ เป็นเพราะเหตุใด.
- ถามว่าผู้ส่งมอบและผู้รับช่วงงานได้ปรึกษากันหรือไม่ว่างานที่มีคุณภาพควรมีลักษณะอย่างไร. ใครเป็นผู้ให้ความหมายของคุณภาพ. ถ้าผู้รับช่วงงานไม่ได้เป็นผู้ให้ความหมาย เป็นเพราะเหตุใด.
- ค้นหาว่าอะไรเป็นอุปสรรคที่ทำให้ผู้ส่งมอบไม่สามารถสร้างผลงานที่มีคุณภาพได้. ศึกษาว่าการประหยัดในส่วนของผู้ส่งมอบ ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงเกินเหตุในส่วนของผู้รับช่วงงานหรือไม่.
- ตรวจสอบกระบวนการตัดสินใจแต่ละขั้นว่าผู้ที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ตัดสินใจนั้น เข้าใจหลักเกณฑ์ที่จะใช้ในการตัดสินใจหรือไม่.
- ศึกษาว่าผู้ตัดสินใจได้บอกผู้อื่นหรือไม่ว่าตนใช้หลักเกณฑ์อะไรในการตัดสินใจ, มีการให้แนวทางเกี่ยวกับการนำเสนอข้อมูลหรือไม่.
- พิจารณาว่ามีสถิติเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจหรือไม่. หาข้อมูลมายืนยันว่ามีผลลัพธ์ที่ไม่น่าพึงพอใจเกิดขึ้นบ่อยเพียงใด.



ตัวอย่างสัญลักษณ์ที่ใช้ในการเขียน process flow chart



ตัวอย่าง process flow chart

การเขียน flow chart ครั้งแรกอาจจะยังไม่ได้รายละเอียดสมบูรณ์ การติวไว้ในที่ทำงาน อธิบายให้
ผู้ร่วมงานได้ทราบความหมายของสัญลักษณ์ และเชื้อเชิญให้ผู้ร่วมงานช่วยกันเพิ่มเติมขั้นตอนที่ยัง
ขาดอยู่ จะทำให้ได้ flow chart ที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เมื่อเขียนเสร็จแล้วควรวิเคราะห์ว่ามีขั้นตอนในส่วนไหนที่ซับซ้อนมากเกินไปจนจำเป็น สมควรที่จะตัด
หรือรวมเข้ากับขั้นตอนอื่น

7

กิจกรรมกลุ่ม

- ให้นักกลุ่มเขียน Flow Chart ของกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย ตั้งแต่แพทย์สั่งจำหน่ายจนกระทั่งผู้ป่วยออกจาก รพ.
- เริ่มต้นด้วยการระดมสมองขั้นตอนทั้งหมด
- จัดกลุ่มด้วย Affinity Diagram แล้วเขียน Top-Down Flow Chart
- แบ่งกลุ่มย่อยเป็น 2 กลุ่ม
 - กลุ่มหนึ่งเขียน Deployment Flow Chart และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของลูกค้า
 - กลุ่มสองเขียน Process Flow Chart
- นำ Flow Chart ทั้งหมดมาเปรียบเทียบกัน พิจารณาว่าเมื่อไรควรจะใช้ Flow Chart แบบใด



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q01:09

จุดประสงค์ของการทำกิจกรรมกลุ่มใน session นี้คือการฝึกให้รู้จักวิธีการเขียน flow chart ทั้ง 3 วิธี เห็นจุดแข็งจุดอ่อนของแต่ละวิธี และสามารถวิเคราะห์ได้ว่าแต่ละวิธีควรมีที่ใช้เมื่อใด



02

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q02:01

ลูกค้า (Customer)

1. ลูกค้าคือใคร
2. ความสัมพันธ์ของลูกค้ากับเจ้าของงาน
3. ลูกค้าภายในมีความสำคัญอย่างไร
4. เรามีหน้าที่อย่างไรต่อลูกค้า
5. วิเคราะห์ลูกค้า
6. การศึกษาความต้องการของลูกค้า
7. การตอบสนองความต้องการของลูกค้า
8. กิจกรรมกลุ่ม

1

ลูกค้า คือใคร

- “คำ” ในความหมายของการคบค้า ย่อมกว้างกว่าความหมายของการค้าขาย
- “ลูก” คือผู้ที่พึงพาอาศัย
- “ลูกค้า” ในความหมายที่กว้าง คือผู้ที่สัมพันธ์ติดต่อกับเรา เป็นผู้หวังพึ่งหรือได้รับประโยชน์จากงานของเรา
- ผู้ป่วย, เพื่อนร่วมงาน, ผู้บังคับบัญชา จึงเป็นลูกค้าของเรา
- ไม่มีคำอื่นทดแทนความหมายลูกค้าได้



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q02:02

เมื่อพูดถึงคำว่า “ลูกค้า” ผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับการนำคำนี้มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ มักจะนึกถึงลูกค้าที่เป็นคู่ค้ากับแม่ค้าหรือผู้ประกอบการธุรกิจ ทำให้เกิดการไม่ยอมรับเมื่อจะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ประกอบการวิชาชีพมิได้ให้บริการด้วยความสัมพันธ์เชิงพาณิชย์ แต่เป็นการทำหน้าที่ด้วยจริยธรรมของวิชาชีพ

การทำความเข้าใจกับความหมายในเชิงกว้างจะทำให้เกิดความเข้าใจและยอมรับได้ดีขึ้น คำว่า “คำ” ในความหมายของการคบค้า ย่อมมีความหมายกว้างกว่าการค้าขาย ลูกค้าในที่นี้จึงหมายถึงผู้ที่มีความสัมพันธ์ติดต่อกับเราและหวังพึ่งหรือได้รับประโยชน์จากการทำงานของเรา

ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย เพื่อนร่วมงานในหน่วยงานเดียวกันหรือต่างหน่วยงาน ผู้บังคับบัญชา ล้วนได้รับประโยชน์จากการทำงานของเราทั้งสิ้น บุคคลดังกล่าวจึงเป็นลูกค้าของเรา

ลูกค้าที่อยู่ในองค์กรเดียวกัน ต้องประสานงานกันเพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร ถือว่าเป็นลูกค้าภายใน

ลูกค้าที่อยู่นอกองค์กรซึ่งเป็นผู้รับคุณค่าจากงานขององค์กร ถือว่าเป็นลูกค้าภายนอก

ผู้ที่ไม่เข้าใจแนวคิดลูกค้าอย่างลึกซึ้งมักจะตีความว่าเมื่อเจ้าหน้าที่มารับบริการในฐานะผู้ป่วยจึงจะถือว่าเป็นลูกค้าภายใน นับว่าเป็นการตีความที่ไม่ถูกต้อง และทำให้เกิดความไขว่เขวอย่างมาก

มีผู้พยายามหาคำอื่นมาทดแทนคำว่าลูกค้า เช่น ผู้ใช้บริการ ผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถทดแทนความหมายที่กว้างขวางของลูกค้าได้ กระทรวงสาธารณสุข ชุมชน บริษัทประกันสุขภาพ สำนักงานประกันสังคม ล้วนเป็นลูกค้าของโรงพยาบาลทั้งสิ้น

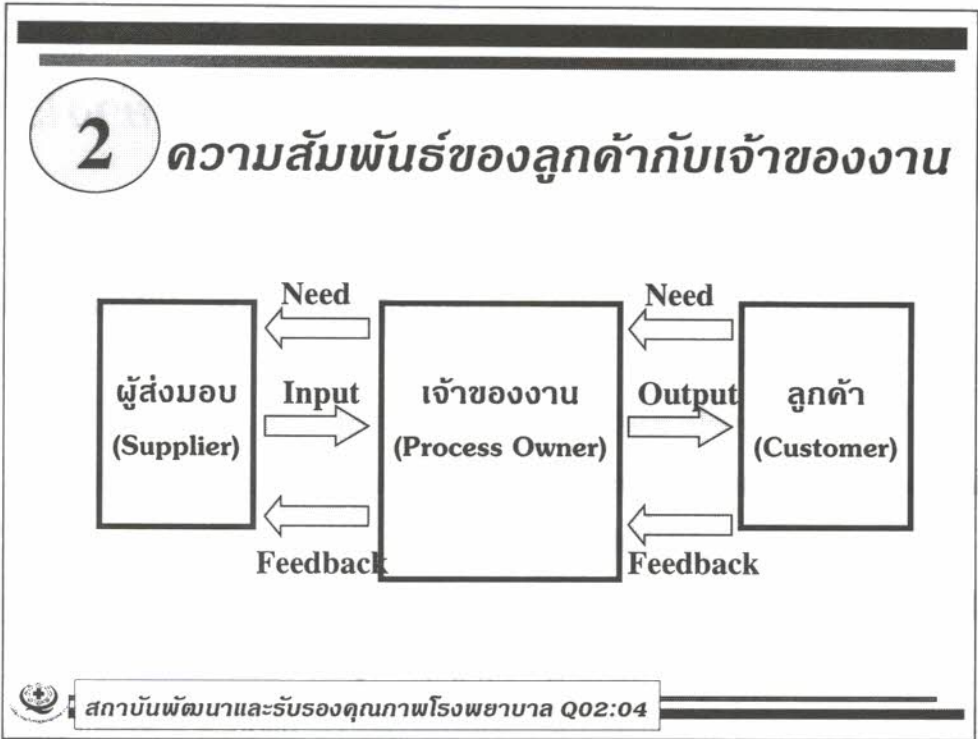
มหาตมะ คานธี

- ลูกค้าคือแขกคนสำคัญที่สุดที่ได้มาเยือนเรา ณ สถานที่แห่งนี้
- เรามีได้มาเพื่อฟังเขา เราต่างหากที่ต้องฟังเขา
- เรามีใช้บุคคลที่มาขัดจังหวะการทำงานของเร
หากแต่การรับใช้เขาคือเจตน์จำนงแห่งงานของเรา
- เรามีใช้บุคคลแปลกหน้า แต่เขาคือส่วนหนึ่งของสถานที่นี้
- บริการจากพวกเรามิใช่การสงเคราะห์เขา
เขาต่างหากที่กำลังสงเคราะห์พวกเรา
ด้วยการยอมให้พวกเรามีโอกาสบริการเขา



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q02:03

ผู้ที่บรรยายความสำคัญของลูกค้าได้ดีที่สุดคือ มหาตมะ คานธี รัฐบุรุษคนสำคัญของโลก ซึ่งกล่าวไว้หลายสิบปีมาแล้วดังข้อความข้างต้น และยังเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ที่จะกระตุ้นเตือนให้เรามองลูกค้าในแงุ่มที่แตกต่างไปจากความรู้สึกปกติ



หากพิจารณาความสัมพันธ์โดยยึดเจ้าของงาน (process owner) เป็นตัวตั้ง ผู้ที่ส่งมอบปัจจัยในการทำงาน (input) ให้กับเราคือผู้ส่งมอบ (supplier) ผู้ที่รับผลงาน (output) ของเราคือลูกค้า (customer)

ในขณะที่เราเป็นลูกค้าของผู้ส่งมอบ เราก็เป็นผู้ส่งมอบให้กับลูกค้าของเรา
หน้าที่ของเราที่มีต่อลูกค้าคือการรับฟังความต้องการของลูกค้า การตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้า และการรับฟังเสียงสะท้อนจากลูกค้า

3

ลูกค้าภายในมีความสำคัญอย่างไร

■ เคยหรือไม่ ?

- ท่านทำงานอย่างดี แต่ผลลัพธ์สุดท้ายกลับออกมาไม่มีคุณภาพ
- ผู้อื่นส่งมอบงานที่ไม่มีคุณภาพให้แก่ท่าน ทำให้ท่านยุ่งยาก และผลงานไม่มีคุณภาพ
- ท่านส่งผลงานที่ไม่มีคุณภาพให้คนอื่น

■ คุณภาพบริการที่ให้แกลูกค้าภายนอกส่วนใหญ่ ขึ้นกับความสัมพันธ์ระหว่างลูกค้าภายใน

■ หากงานที่ส่งให้ลูกค้าภายในด้วยกันไม่มีคุณภาพ ผลลัพธ์สุดท้ายที่ส่งให้ลูกค้าภายนอกย่อมไม่มี คุณภาพไปด้วย

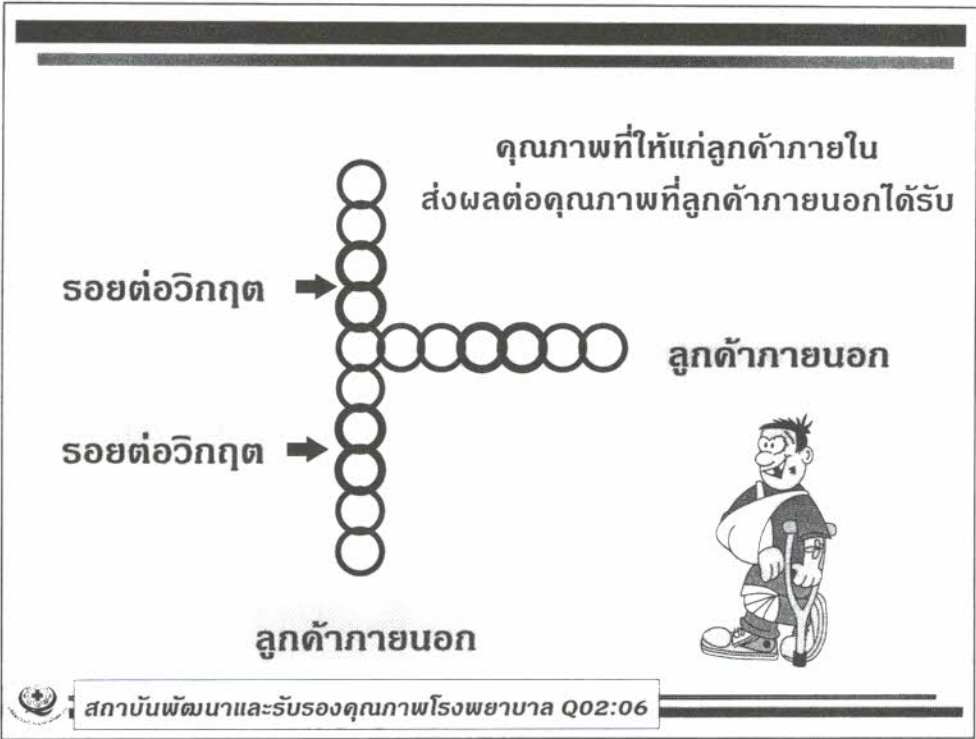


สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q02:05

ความสัมพันธ์ระหว่างลูกค้าภายในมีความสำคัญต่อคุณภาพที่ลูกค้าภายนอกจะได้รับ ลองนึกทบทวนดูว่าท่านเคยประสบกับเหตุการณ์เหล่านี้หรือไม่

1. ท่านตั้งใจทำงานในหน้าที่ของท่านอย่างดีที่สุด แต่ผลลัพธ์สุดท้ายออกมากลับมีปัญหา บางครั้งท่านทราบว่าสาเหตุมาจากไหน แต่บางครั้งท่านก็ไม่ทราบ
2. ผู้ส่งมอบส่งงานที่ไม่มีคุณภาพให้กับท่าน ทำให้ท่านประสบความยุ่งยากในการทำงาน และผลลัพธ์สุดท้ายไม่ดีเท่าที่คิด
3. บางครั้งท่านส่งงานที่ไม่มีคุณภาพให้กับผู้อื่น ผู้ที่รับทำงานต่อจากท่านได้ส่งคำบ่น ฝากกลับมากให้ทำให้ท่านหงุดหงิด สุดท้ายผู้รับปัญหาคือผู้ป่วย

จะเห็นว่าท่านทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ส่งมอบและลูกค้าอยู่ตลอดเวลา



เมื่อใดที่เกิดปัญหาคุณภาพขึ้นในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง กล่าวคือมีการส่งมอบงานที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับทำงานต่อ จะทำให้คุณภาพของกระบวนการทั้งหมดด้อยลงทันที กล่าวอีกนัยหนึ่ง คุณภาพที่ให้แกลูกค้าภายนอกขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของลูกค้าภายใน

เปรียบเทียบกับภาพที่นำเสนอ ตัวโขนภาพสามารถรับน้ำหนักได้มากที่สุดเท่ากับน้ำหนักที่ข้อต่อที่อ่อนแอที่สุดสามารถรับได้ คุณภาพของบริการต่อลูกค้าภายนอกจะดีที่สุดเท่ากับระดับคุณภาพของการส่งมอบงานในส่วนที่ด้อยที่สุด

4

เรามีหน้าที่อย่างไรต่อลูกค้า

- วิเคราะห์ลูกค้า
- ศึกษาความคาดหวัง/ความต้องการของลูกค้า
- กำหนดมาตรฐานพฤติกรรม และมาตรฐานวิชาชีพ
- ตอบสนองอย่างเหมาะสมและรวดเร็ว
- รับฟังเสียงสะท้อนในสิ่งที่ลูกค้าได้รับ



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q02:07

หน้าที่ของเจ้าของงานที่มีต่อลูกค้าดังที่ได้กล่าวแล้วในแผนภูมิที่ผ่านมาว่าประกอบด้วยการศึกษาความต้องการและความคาดหวัง, การตอบสนอง และการรับฟังเสียงสะท้อนจากลูกค้า

1. ขั้นแรกก่อนที่จะเราจะศึกษาความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า จะต้องวิเคราะห์ว่าใครเป็นลูกค้าของเรา และใครเป็นลูกค้าที่สำคัญ

2. การศึกษาความคาดหวังและความต้องการของลูกค้า เป็นการตรวจสอบความเข้าใจของเจ้าของงานว่าลูกค้าต้องการอะไร เพื่อวางแผนการปฏิบัติให้สอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า บางครั้งเรามักจะคิดว่าเราเข้าใจความคาดหวังและความต้องการของลูกค้า โดยที่ไม่ได้มีการพูดคุยกับลูกค้าโดยตรง ซึ่งมีโอกาสที่จะผิดพลาดได้

3. การกำหนดมาตรฐานพฤติกรรมและมาตรฐานวิชาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า เช่น เมื่อผู้ป่วยต้องการการต้อนรับที่ดี มาตรฐานพฤติกรรมคือ การมองหน้า สบตา ยิ้ม ทักทาย ได้ตามเป็นต้น ในการวางแผนการผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วย มาตรฐานวิชาชีพที่จะต้องปฏิบัติคือการอธิบายความจำเป็นของการผ่าตัด สิ่งที่จะเกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึกที่จะใช้ โอกาสเกิดปัญหาจากการผ่าตัด การพยากรณ์โรค เป็นต้น

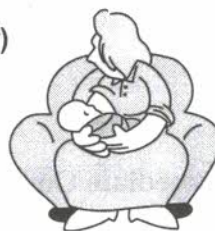
4. การตอบสนองความต้องการของลูกค้าอย่างเหมาะสมและรวดเร็ว คือการปฏิบัติตามมาตรฐานพฤติกรรมและมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนดไว้

5. การรับฟังเสียงสะท้อนในสิ่งที่ลูกค้าได้รับ เป็นการประเมินสิ่งที่เรากระทำลงไปว่าลูกค้ามีความรู้สึกร่างไร ตรงกับความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าหรือไม่ เพื่อนำมาสู่การปรับปรุงให้ดีขึ้น

5

วิเคราะห์ลูกค้า

- อะไรคือผลงานหลักของเรา
- ใครเป็นลูกค้าของเรา
 - ลูกค้าที่รับผลงานโดยตรง (Immediate Customer)
 - ลูกค้าคนต่อ ๆ ไป (Downstream Customer)
- จัดลำดับความสำคัญของลูกค้า



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q02:08

การวิเคราะห์ลูกค้าเริ่มต้นด้วยการพิจารณาว่าอะไรคือหน้าที่หรือผลงานหลักของเรา ใครเป็นผู้รับผลงานเหล่านั้น ผู้ที่รับผลงานเหล่านั้นจะมีทั้งผู้ที่รับผลงานจากเราโดยตรงทันที (immediate customer) และเป็นผู้ที่รับผลงานต่อๆ กันออกไป (downstream customer) จนถึงลูกค้าคนสุดท้าย (ultimate customer) ส่วนมากแล้วลูกค้าภายนอกจะเป็น ultimate customer ในขณะที่ลูกค้าภายในจะมีทั้ง immediate customer และ downstream customer

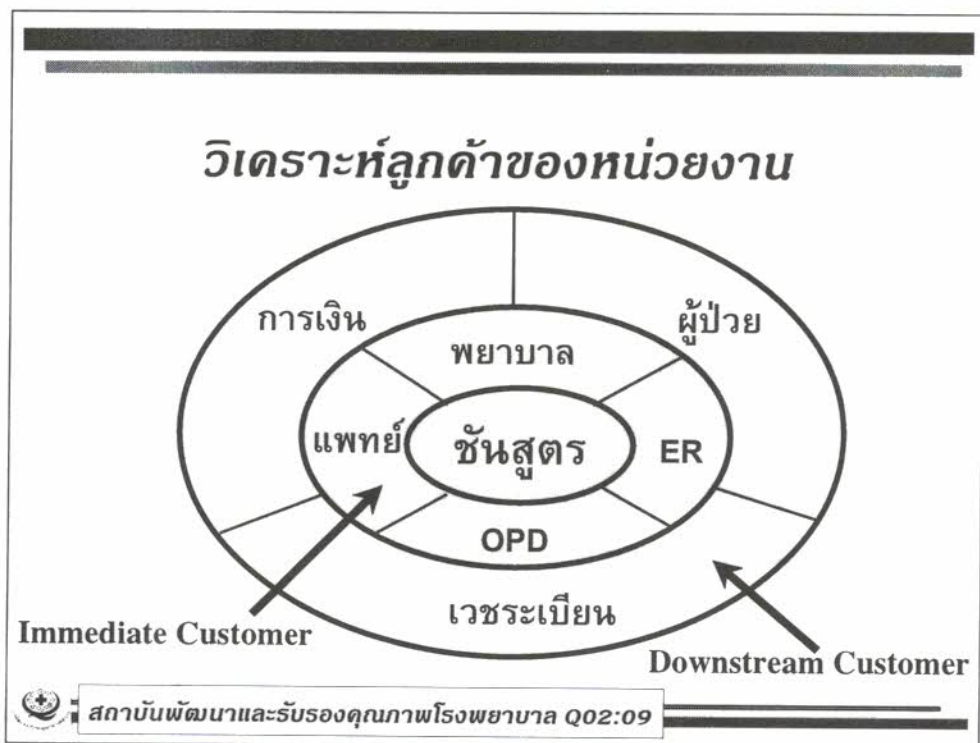
ในกรณีโรงพยาบาล ผู้ป่วยอาจจะเป็นทั้ง immediate customer และ ultimate customer ไปพร้อมๆ กันก็ได้ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ที่ได้รับบริการโดยตรงจากผู้ให้บริการในขั้นตอนต่างๆ เป็นส่วนใหญ่

เพื่อลดความสับสนในการวิเคราะห์ว่าใครเป็นลูกค้าของเรา จะต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าจะวิเคราะห์ลูกค้าของอะไร ของหน่วยงานหรือของกระบวนการ

1. การวิเคราะห์ลูกค้าของหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานทั้งหมดจะเป็นเจ้าของงานไม่ใช่ลูกค้า ถ้าวิเคราะห์ลูกค้าของบริการซึ่งมีหน่วยงานหลายหน่วยเข้ามารวมกัน หน่วยงานทั้งหมดนั้นคือเจ้าของงาน ไม่ใช่ลูกค้า

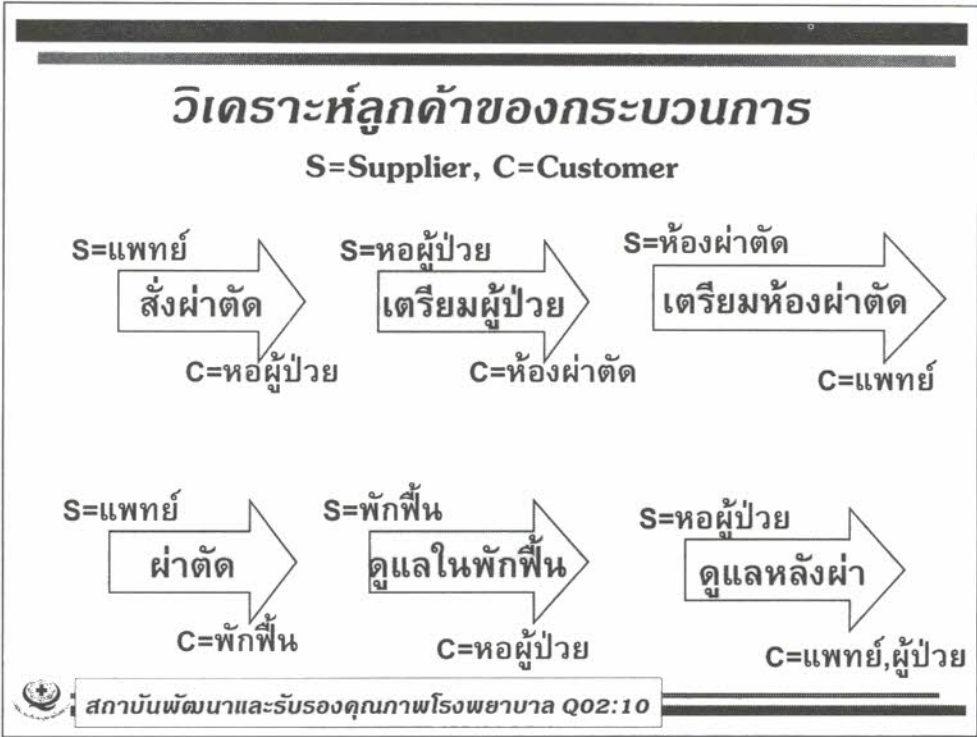
2. การวิเคราะห์ลูกค้าของกระบวนการ แต่ละขั้นตอนที่ส่งมอบงานกันจะมีลูกค้าของแต่ละกระบวนการ ผู้รับมอบจะเป็นลูกค้าของเจ้าของงาน และทำหน้าที่เป็นผู้ส่งมอบต่อไป ลูกค้าเหล่านี้ อาจจะเป็นผู้ที่อยู่ในหน่วยงานด้วยกัน หรืออาจจะเป็นหน่วยงานวิชาชีพที่รับงานต่อจากกัน

เมื่อทราบว่าเป็นลูกค้าบ้างแล้ว การพิจารณาว่าใครเป็นลูกค้าที่มีความสำคัญจะช่วยให้เราจัดลำดับการตอบสนองได้เหมาะสมยิ่งขึ้น ลูกค้าที่มีความสำคัญสูงอาจจะมีจำนวนไม่มากนัก ซึ่งการตอบสนองลูกค้าเหล่านี้จะทำให้ผลงานหลักของเราเป็นผลงานที่มีคุณภาพ ลูกค้าที่มีความสำคัญสูงมักจะอยู่ในกลุ่ม immediate customer เป็นส่วนใหญ่



แผนภูมิข้างบนเป็นตัวอย่างของการวิเคราะห์ลูกค้าของหน่วยชั้นสูตร ซึ่งมี แพทย์ พยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็น immediate customer และมี เวชระเบียน การเงิน ผู้ป่วย เป็น downstream customer

จะเห็นว่า immediate customer อาจจะมีหลายคนหรือหลายหน่วยพร้อมๆ กันก็ได้



การวิเคราะห์ลูกค้าของกระบวนการที่ต่อเนื่องกันจะช่วยให้เราเข้าใจแนวคิดของลูกค้าภายในได้ดีขึ้น และจะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพได้อย่างครอบคลุมดีขึ้น

ตัวอย่างนี้เป็นการวิเคราะห์ลูกค้าของกระบวนการผ่าตัด

S คือ supplier หรือผู้ส่งมอบ

C คือ customer หรือลูกค้า หรือผู้รับช่วงงาน

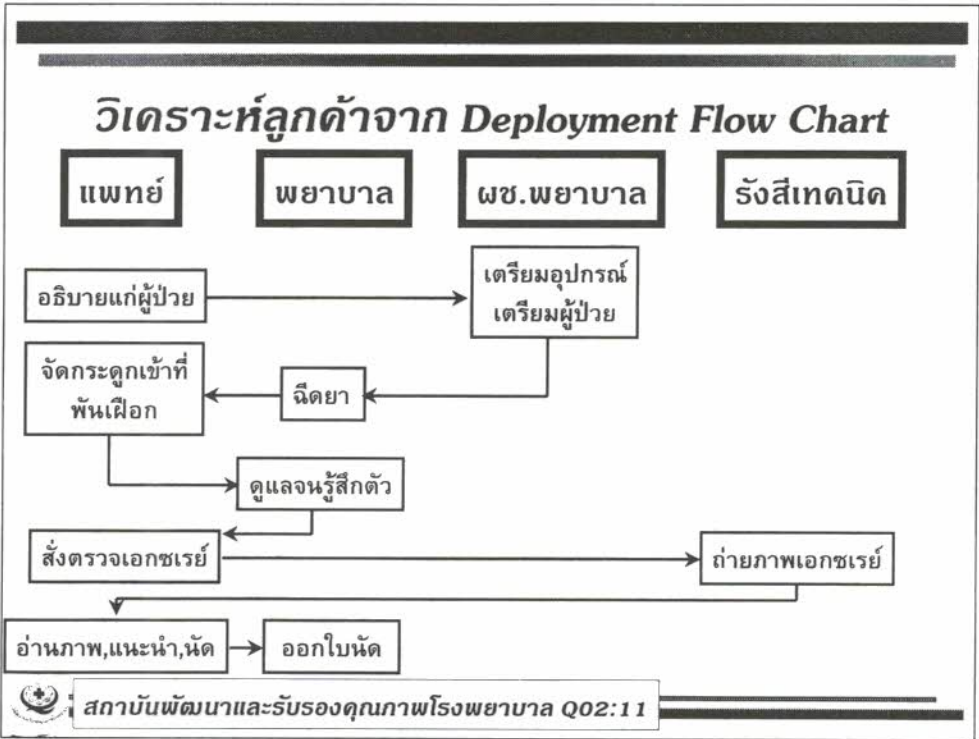
เมื่อแพทย์สั่งผ่าตัด พยาบาลที่ห่อผู้ป่วยจะเป็นลูกค้าของการสั่งผ่าตัด เพราะจะต้องเป็นผู้จัดเตรียมผู้ป่วยและส่งไป set ผ่าตัด

ในการเตรียมผู้ป่วยและการ set ผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจะเป็นลูกค้าของพยาบาลที่ห่อผู้ป่วย

เมื่อห้องผ่าตัดรับ set ผ่าตัดแล้วก็จะเตรียมห้องผ่าตัด เครื่องมือ และเจ้าหน้าที่ผ่าตัด ซึ่งลูกค้าของกระบวนการนี้คือแพทย์ผู้ส่งผ่าตัด

ในการผ่าตัด ผู้ที่เป็นลูกค้าคือผู้ป่วยและผู้ที่จะต้องรับดูแลผู้ป่วยต่อ ซึ่งในที่นี้ได้แก่ พยาบาลที่ห้องพักฟื้น และพยาบาลที่ห่อผู้ป่วยตามลำดับ

ทั้งแพทย์และผู้ป่วยต่างก็เป็นลูกค้าของกระบวนการดูแลหลังผ่าตัด



การวิเคราะห์ลูกค้าของกระบวนการจะทำได้ง่ายขึ้นจากการศึกษา deployment flow chart เมื่อเขียนเสร็จแล้วควรใช้คำถามต่อไปนี้เพื่อทำความเข้าใจกับความสัมพันธ์ของลูกค้าภายใน

- พิจารณาว่าใครเป็นผู้ส่งมอบ (supplier) และใครเป็นลูกค้า (customer) หรือผู้รับช่วงงาน ของแต่ละขั้นตอน.
- ถามว่าผู้ส่งมอบพยายามที่จะทำให้ผู้รับช่วงงานพึงพอใจหรือไม่. ถ้าไม่ เป็นเพราะเหตุใด.
- ถามว่าผู้ส่งมอบและผู้รับช่วงงานได้ปรึกษากันหรือไม่ว่างานที่มีคุณภาพควรมีลักษณะอย่างไร. ใครเป็นผู้ให้ความหมายของคุณภาพ. ถ้าผู้รับช่วงงานไม่ได้เป็นผู้ให้ความหมาย เป็นเพราะเหตุใด.
- ค้นหาว่าอะไรเป็นอุปสรรคที่ทำให้ผู้ส่งมอบไม่สามารถสร้างผลงานที่มีคุณภาพได้. ศึกษาว่าการประหยัดในส่วนของผู้ส่งมอบ ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงเกินเหตุในส่วนของผู้รับช่วงงานหรือไม่.
- ตรวจสอบกระบวนการตัดสินใจแต่ละขั้นว่าผู้ที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ตัดสินใจนั้น เข้าใจหลักเกณฑ์ที่จะใช้ในการตัดสินใจหรือไม่.
- ศึกษาว่าผู้ตัดสินใจได้บอกผู้อื่นหรือไม่ว่าตนใช้หลักเกณฑ์อะไรในการตัดสินใจ, มีการให้แนวทางเกี่ยวกับการนำเสนอข้อมูลหรือไม่.
- พิจารณาว่ามีสถิติเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจหรือไม่. หาข้อมูลมายืนยันว่ามีผลลัพธ์ที่ไม่น่าพึงพอใจเกิดขึ้นบ่อยเพียงใด.

จัดลำดับความสำคัญของลูกค้า			
ลูกค้า	ผลของการสนองความต้องการ	ผลของการไม่สนองความต้องการ	ลำดับ
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q02:12			

- ตารางข้างต้นเป็นเครื่องมือช่วยในการจัดลำดับความสำคัญของลูกค้า
- ให้ระบุลูกค้ากลุ่มต่างๆ ลงในคอลัมน์แรก
- ให้ระบุผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากมีการตอบสนองความต้องการและไม่ตอบสนองความต้องการของลูกค้าในคอลัมน์ที่ 2 และ 3 ตามลำดับ
- ให้พิจารณาผลกระทบดังกล่าวและจัดลำดับความสำคัญของลูกค้าแต่ละกลุ่ม

6

การศึกษาความต้องการของลูกค้า

■ ศึกษาจากใคร

- ผู้ป่วยและลูกค้าในปัจจุบัน
- คนที่ควรเป็นลูกค้า แต่ไม่ได้มาใช้บริการ



■ ศึกษาอย่างไร

- ตั้งรับ: วิเคราะห์คำร้องเรียน, แบบสอบถามความพึงพอใจ
- เชิงรุก: สัมภาษณ์ สันทนาการ



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q02:13

การศึกษาความต้องการของลูกค้าอาจจะศึกษาจากผู้ป่วยและลูกค้าที่มาใช้บริการอยู่ในปัจจุบัน และกลุ่มที่สมควรศึกษาอย่างยิ่งคือผู้ที่ควรเป็นลูกค้าแต่ไม่ได้มาใช้บริการ เช่น ประชาชนทั่วไปในชุมชนซึ่งไม่เคยมาใช้บริการที่ รพ. การศึกษาลูกค้ากลุ่มนี้จะทำให้ทราบมุมมองที่กว้างขึ้น เพราะคนกลุ่มนี้อาจจะมีความรู้สึกต่อ รพ. แตกต่างไปจากกลุ่มที่มาใช้บริการอยู่เป็นประจำ

วิธีการศึกษา

1. วิธีการตั้งรับ เป็นสิ่งที่ทำกันอยู่โดยทั่วไป เช่น การวิเคราะห์คำร้องเรียน การใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ
2. วิธีการเชิงรุก เป็นวิธีการที่ให้ข้อมูลได้ดีกว่าวิธีการตั้งรับ เช่น การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ทำให้ได้รับทราบปัญหาที่ไม่คาดคิด หรือปัญหาที่มีความละเอียดอ่อน และได้ข้อมูลลักษณะปัญหาที่ชัดเจนมากกว่าการใช้แบบสอบถาม

คำถามสำหรับการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม

- ท่านได้รับบริการอะไรจากแผนกนี้
- สิ่งใดที่ท่านชอบ หรือ ประทับใจ
- สิ่งใดที่ท่านไม่ชอบ ผิดหวัง คับข้องใจ
- ท่านคาดหวังอะไรเมื่อรับบริการ เรื่องใดสำคัญมากที่สุด
- ถ้าท่านทำงานในแผนกนี้ ท่านจะมุ่งเน้นอะไร จะปรับปรุงอะไร จะฉลองความสำเร็จในเรื่องใด
- ถ้าท่านมีมติพิเศษ ท่านจะเปลี่ยนแปลงผู้คน วิธีการทำงาน ระบบงาน อย่างไร



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q02:14

แนวทางการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มที่นำเสนอไว้จะช่วยให้ผู้เริ่มต้นทราบว่าควรถามคำถามในลักษณะใด ควรเรียงลำดับคำถามอย่างไร ซึ่งจะเห็นว่าเป็นการเริ่มด้วยสิ่งที่เป็นกลางๆ ก่อน คือ ชนิดหรือลักษณะของบริการ ตามด้วยความเห็นเชิงบวกว่าชอบอะไร แล้วจึงไปสู่สิ่งที่ไม่ชอบ เมื่อได้ความรู้สึกแล้วจึงจะถามต่อว่าความคาดหวังคืออะไร ข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงคืออะไร

การถามว่าหากทำงานในแผนกจะมุ่งเน้นอะไร จะปรับปรุงอะไร เป็นการตรวจสอบความสำคัญที่ลูกค้าให้ต่องานของแผนกนี้ และเป็นการขอข้อเสนอแนะในเชิงที่เป็นไปได้

การถามว่าถ้ามีมติพิเศษ จะเปลี่ยนแปลงผู้คน วิธีทำงาน ระบบงาน อย่างไร เป็นการกระตุ้นให้เกิดความคิดนอกกรอบ เป็นการขุดคุ้ยสิ่งที่ลูกค้าให้ความสำคัญแต่อาจจะไม่กล้าแสดงออก

จะเห็นว่าลักษณะคำถามจะเป็นคำถามปลายเปิด ไม่มีการใช้คำถามนำ หรือคำถามปลายปิด เช่น ชอบอย่างนี้หรือไม่ ชอบอย่างนั้นหรือไม่

ตัวอย่าง Map ความคาดหวังของลูกค้า				
ความคาดหวัง	ลูกค้า 1	ลูกค้า 2	ลูกค้า 3	ลูกค้า 4
พฤติกรรม ความสามารถ ความสะอาด ระบบ/ขั้นตอน ค่าใช้จ่าย				
 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q02:15				

ตารางข้างต้นเป็นตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ความต้องการของลูกค้า เพื่อให้สามารถครอบคลุมประเด็นต่างๆได้ครบถ้วน ทั้งในด้าน 1) ตัวบุคคล คือพฤติกรรมและความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ 2) ระบบ ขั้นตอน และความสะอาดที่ได้รับ 3) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

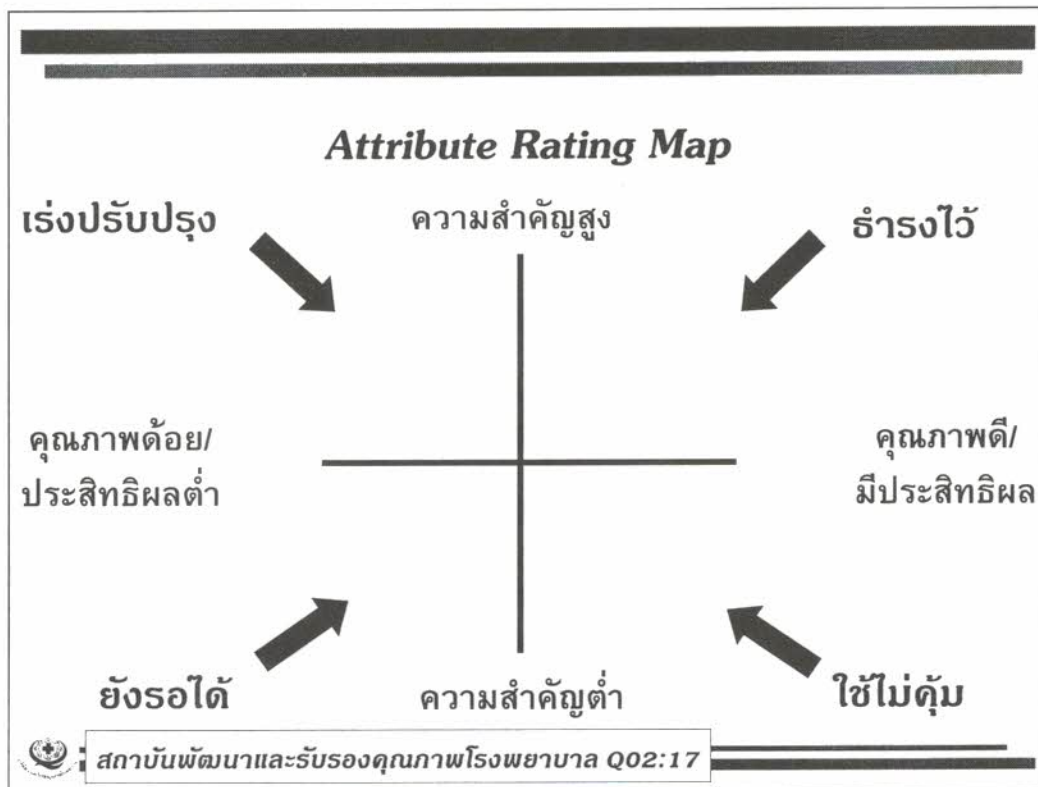
ในแต่ละคอลัมน์หมายถึงลูกค้าแต่ละกลุ่ม เช่น ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล

ลูกค้าของฝ่ายการพยาบาล		
ลูกค้า	ความคาดหวัง	พฤติกรรมตอบสนอง
พยาบาล	ต้อนรับ ช่วยเหลือ การสื่อสาร	สบตา ยิ้ม ทักทาย ได้ถาม เต็มใจช่วย ยึดหยุ่น อธิบาย ให้ข้อมูล ถามหาข้อมูล ร่วมหาทางออก บอกเล่า
 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q02:16		

ตัวอย่างการกำหนดมาตรฐานพฤติกรรมของฝ่ายการพยาบาล ลูกค้าซึ่งเป็นพยาบาลคาดหวังว่า จะได้รับการต้อนรับ ช่วยเหลือ และการสื่อสารที่ดีจากฝ่ายการพยาบาลทั้งในสำนักงานของฝ่าย และ เมื่อลงมาตรวจการในหอผู้ป่วย

ทางฝ่ายการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานพฤติกรรมเพื่อตอบสนอง เช่น ในการสื่อสาร จะต้องมีการอธิบาย ให้ข้อมูลหรือถามหาข้อมูล และร่วมกันหาทางออก เป็นต้น

การกำหนดพฤติกรรมตอบสนองนี้ ที่จริงแล้วเป็นการนำค่านิยมหรือหลักการทำงานร่วมกันมาแปร ให้เป็นรูปธรรมในการปฏิบัตินั่นเอง



Attribute Rating Map เป็นเครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์หาโอกาสพัฒนา โดยใช้เกณฑ์ 2 ข้อคือ ระดับความสำคัญของปัญหาในมุมมองของลูกค้า และระดับคุณภาพหรือประสิทธิภาพของงานที่ทำได้ในปัจจุบัน

การนำเสนอด้วยแผนภูมิในลักษณะนี้ทำให้สามารถกำหนดทำที่ต่อประเด็นปัญหาต่างๆได้ อย่างรวดเร็ว เช่น หากลูกค้าให้ความสำคัญสูง และทำได้ดีแล้ว ทำที่ของเราคือการธำรงรักษาความดีนั้นไว้ หากลูกค้าให้ความสำคัญสูงแต่ยังทำได้ไม่ดี ทำที่ของเราคือการเร่งปรับปรุง หากลูกค้าให้ความสำคัญต่ำและเรายังทำได้ไม่ดี ทำที่ของเราคือยังพอจะรอได้ ให้ปรับปรุงในส่วนที่ลูกค้าให้ความสำคัญสูงไปก่อน หากลูกค้าให้ความสำคัญต่ำ แต่เราทำได้ดี แสดงให้เห็นว่าเป็นการลงทุนที่ไม่คุ้มหรือไม่มีประสิทธิภาพ หากจำเป็นต้องปรับปรุงในส่วนที่ลูกค้าให้ความสำคัญสูง อาจจะเคลื่อย้ายทรัพยากรที่ใช้ในส่วนนี้ไปปรับปรุงก็ได้

7

การตอบสนองความต้องการของลูกค้า

- ลดลำดับชั้นของการบริหาร และเส้นแบ่งระหว่างหน่วยงาน
- ให้อำนาจผู้ปฏิบัติงานในการตัดสินใจตอบสนองต่อคำร้องเรียนของลูกค้าทันที
- มีจุดที่ลูกค้าสามารถติดต่อได้ตลอดเวลา ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม เช่น ผู้แทนผู้ป่วย, กล้องรับข้อเสนอแนะ, โทรศัพท์สายด่วน, บัตรประเมินผล



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q02:18

การตอบสนองความต้องการของลูกค้าอาจทำได้ทั้งการปฏิบัติงาน และการรับเสียงสะท้อนจากลูกค้า ดังนี้

1. การลดลำดับชั้นของการบริหารและการลดเส้นแบ่งระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้ดีขึ้น ลดการเสียเวลาจากระบบบริหาร และลดปัญหาการไม่ประสานงานระหว่างแผนก
2. ให้อำนาจผู้ปฏิบัติงานในการตัดสินใจตอบสนองต่อคำร้องเรียนของลูกค้าทันที เป็นการ empower ผู้ปฏิบัติงานซึ่งอยู่ใกล้ชิดลูกค้าที่สุด และทราบความต้องการของลูกค้าได้ดีที่สุดในบางแห่งจะให้ผู้ปฏิบัติงานมีอำนาจใช้จ่ายทรัพยากรได้จำนวนหนึ่งเพื่อให้ลูกค้าลดความขุ่นข้องหมองใจ และทำให้ลูกค้าสบายใจ
3. มีจุดที่ลูกค้าสามารถติดต่อได้ตลอดเวลา ทั้งโดยตรง และโดยอ้อม การติดต่อโดยตรง เช่น การมีเจ้าหน้าที่คอยรับฟังปัญหาที่ผู้ป่วยได้รับ การติดต่อโดยอ้อม เช่น การมีจุดให้โทรศัพท์หรือเขียนคำร้องเรียนได้สะดวก

ในบางประเทศจะมีเจ้าหน้าที่ในตำแหน่งผู้แทนผู้ป่วย (patient representative) ทำหน้าที่รับฟังปัญหาของผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเสมือนหนึ่งว่าตนเองเป็นญาติของผู้ป่วย ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ รพ. ซึ่งจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมการทำงาน เพราะหากสวมหมวกของเจ้าหน้าที่แล้วมักจะมีแนวโน้มที่คอยแก้ตัวให้เจ้าหน้าที่หรือพยายามบ่ายเบี่ยงที่จะไม่ตอบสนองความต้องการ

บทบาทของผู้บริหารต่อลูกค้า

- สร้างจิตสำนึกที่มีลูกค้าในหัวใจให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับ
 - รักษาความสัมพันธ์กับลูกค้าที่มีความสำคัญจำนวนหนึ่ง
 - ทดลองทำตัวเป็นลูกค้า, ผู้ปฏิบัติงาน
 - กินข้าวร่วมกับผู้ปฏิบัติงานระดับล่าง, MBWA
 - เปิดรับปัญหาและความคิดตลอดเวลา
 - ยกย่องพฤติกรรมต่อลูกค้าที่ดีเด่น
- เชื่อมโยงการยกย่อง/ให้รางวัล กับผลลัพธ์ที่ลูกค้าได้รับ
 - แจก “คู่มือคุณภาพ” ซึ่งให้ส่วนลดเมื่อไปซื้อของที่ร้านค้า



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q02:19

ผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการที่จะสร้างวัฒนธรรมของการเน้นลูกค้าเป็นศูนย์กลาง บทบาทดังกล่าวได้แก่การสร้างจิตสำนึกที่มีลูกค้าในหัวใจให้แก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ และการยกย่องให้รางวัลเมื่อมีการตอบสนองต่อลูกค้าเป็นอย่างดี

ในด้านการสร้างจิตสำนึกนั้น ผู้บริหารควร

1. สร้างและรักษาความสัมพันธ์กับลูกค้าที่มีความสำคัญจำนวนหนึ่ง เพื่อจะได้รับทราบข้อมูลและข้อคิดเห็นที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงบริการ
2. ทดลองทำตัวเป็นลูกค้าหรือผู้ปฏิบัติงาน เพื่อจะได้รับทราบความรู้สึกที่แท้จริงของลูกค้าหรือผู้ปฏิบัติงาน (ถือว่าผู้ปฏิบัติงานเป็นลูกค้าของผู้บริหารด้วย)
3. สร้างความใกล้ชิดกับผู้ปฏิบัติงานด้วยการกินข้าวร่วมกับผู้ปฏิบัติงานหรือ Management by Walk Around
4. เปิดรับปัญหาและความคิดจากผู้ปฏิบัติงานตลอดเวลา พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาในส่วนที่ผู้ปฏิบัติงานไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะจัดการ และสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานแก้ปัญหาในส่วนที่ตัวเองควรจัดการได้
5. ยกย่องพฤติกรรมต่อลูกค้าที่ดีเด่นให้ผู้ปฏิบัติงานอื่นๆได้รับทราบ

8

กิจกรรมกลุ่ม

1. วิเคราะห์ลูกค้าของหน่วยงาน (20 นาที)

- สมมติหน่วยงาน
- วิเคราะห์ลูกค้า และความสำคัญของลูกค้า (สูง กลาง ต่ำ)
- วิเคราะห์ความต้องการของลูกค้า
- ให้นำหนักความสำคัญต่อความต้องการต่าง ๆ (คะแนน 0-10)

2. วิเคราะห์ลูกค้าของกระบวนการ (20 นาที)

- สมมติกระบวนการ
- วิเคราะห์ลูกค้า และความสำคัญของลูกค้า (สูง กลาง ต่ำ)
- วิเคราะห์ความต้องการของลูกค้า
- ให้นำหนักความสำคัญต่อความต้องการต่าง ๆ (คะแนน 0-10)



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q02:20

กิจกรรมนี้มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าประชุมฝึกวิเคราะห์ลูกค้าและความต้องการของลูกค้า โดยวิเคราะห์ใน 2 ลักษณะคือ วิเคราะห์ลูกค้าของหน่วยงาน และวิเคราะห์ลูกค้าของกระบวนการ

ในการวิเคราะห์ลูกค้าของหน่วยงาน จะถือว่าบุคคลที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานนั้นเป็นเจ้าของงาน ไม่ใช่ลูกค้า แต่ในการวิเคราะห์ลูกค้าของกระบวนการ จะดูการไหลเวียนของงาน ผู้ใดที่รับช่วงงานไปทำต่อถือว่าเป็นลูกค้าของผู้ที่ทำงานก่อนหน้านั้น ดังนั้นในหน่วยงานเดียวกันอาจจะมีการรับช่วงงานกันและกัน

เมื่อวิเคราะห์ว่าใครเป็นลูกค้าแล้ว ให้กลุ่มวิเคราะห์ว่าลูกค้าแต่ละประเภทนั้นมีความต้องการอะไรบ้าง และลองให้คะแนนว่าลูกค้าจะให้ความสำคัญต่อความต้องการนั้นมากเพียงใด โดยให้คะแนน 0-10 ในขั้นนี้ยังไม่ต้องคะแนนมาจัดทำ Attribute Rating Map



03

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q03:01

การหาโอกาสพัฒนาคุณภาพ

1. แนวทางการหาโอกาสพัฒนา
2. การวิเคราะห์กระบวนการ
3. การวิเคราะห์โรคและหัตถการ
4. แผนกำกับการพัฒนาคุณภาพ
5. กิจกรรมกลุ่ม

1

แนวทางการหาโอกาสพัฒนาคุณภาพ

- การพิจารณาอย่างเป็นระบบ
 - วิเคราะห์กระบวนการหลัก โรค หัตถการ
- การพิจารณานโยบาย/มาตรฐาน
 - นโยบาย/เข็มมุ่งของโรงพยาบาล
 - มาตรฐานโรงพยาบาล
- ความต้องการ
 - ของลูกค้า
 - ของผู้ปฏิบัติงาน





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q03:02

การจัดประกายหรือการหาโอกาสพัฒนาคุณภาพ อาจทำได้หลายวิธี ได้แก่

1. การวิเคราะห์กระบวนการหลัก โรคและหัตถการ อย่างเป็นระบบ
2. การพิจารณานโยบายระยะยาว, นโยบายระยะสั้น (เข็มมุ่ง-Hoshin) ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผลมาจากการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่ผู้ประชุมได้ทำมาแล้ว การพิจารณาข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาลและนำมาเป็นประเด็นในการพัฒนา ซึ่งผู้ประชุมได้ทำมาแล้วในขั้นตอนของการทำแผนยุทธศาสตร์
3. การวิเคราะห์ความต้องการของลูกค้าและผู้ปฏิบัติงาน ผู้ประชุมได้ทำกิจกรรมกลุ่มในการวิเคราะห์ความต้องการของลูกค้ามาแล้ว

การจัดประกายทั้ง 3 กลุ่มนี้สามารถนำมาประสานกันได้ โดยใช้กระบวนการหลักเป็นแกน

2

การวิเคราะห์กระบวนการ

- เขียน Flow Chart ของกระบวนการหลัก
- หาโอกาสพัฒนาในแต่ละกระบวนการ
 - ความเสี่ยง
 - ความด้อยประสิทธิภาพ
 - สูญเปล่า ข้ำซ้อน ซ้ำซ้อน
 - สูญเสีย เสียเวลา เสียโอกาส
 - ความต้องการของลูกค้า
 - นโยบาย/เข็มมุ่งของโรงพยาบาล
 - มาตรฐานโรงพยาบาล/ระเบียบ/ข้อกำหนด

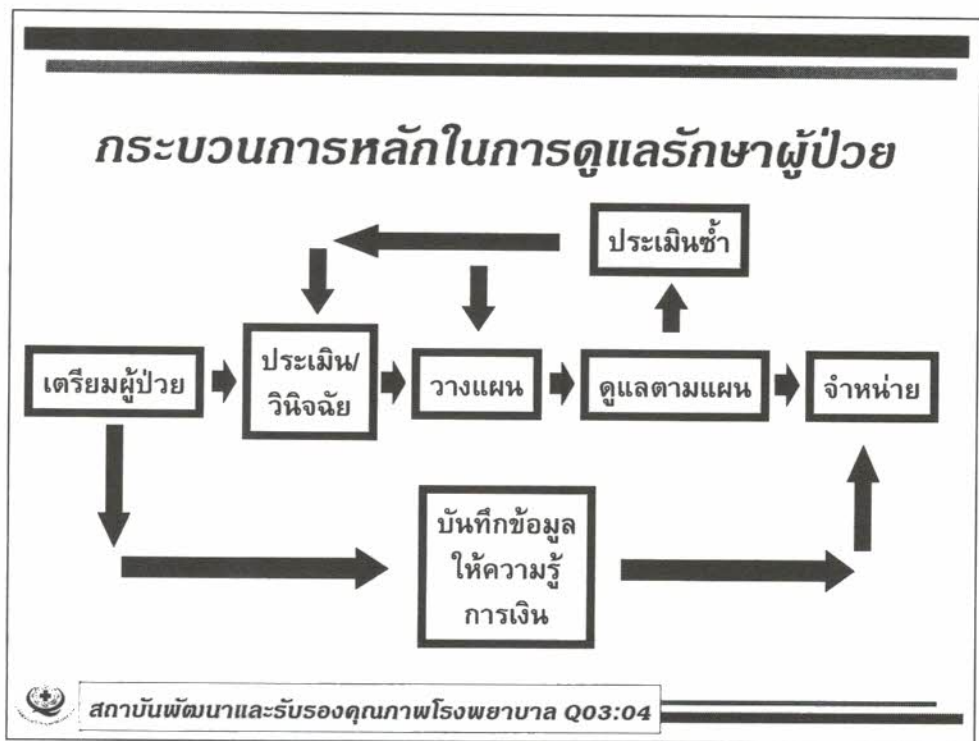


สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q03:03

การวิเคราะห์กระบวนการหลักเริ่มต้นด้วยการเขียน flowchart ของกระบวนการหลักในหน่วยงาน flow chart ที่เขียนในขั้นตอนนี้ควรเป็น top-down flowchart ซึ่งไม่ต้องการรายละเอียดในการปฏิบัติมากนัก แต่ต้องการดูภาพรวมของกระบวนการและความเชื่อมโยงของกระบวนการต่างๆ

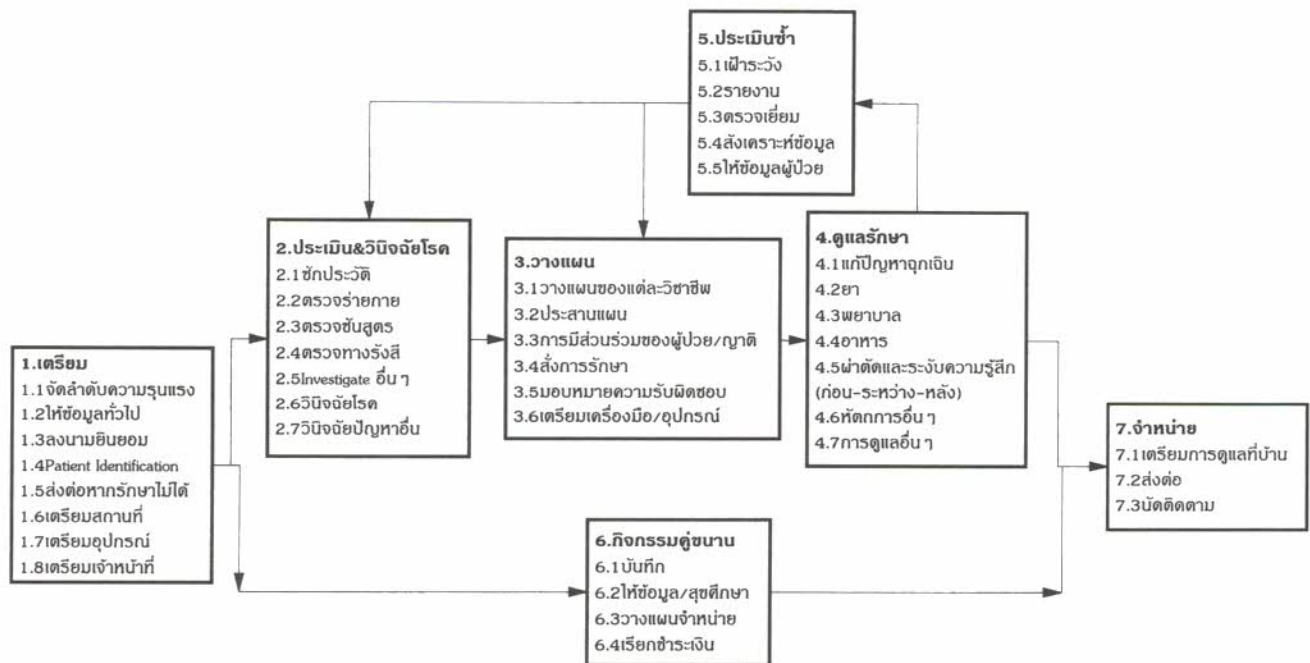
เมื่อเขียน flowchart เรียบร้อยแล้ว ให้พิจารณาในแต่ละกระบวนการว่ามีโอกาสพัฒนาอะไรบ้าง โดยอาศัยเกณฑ์ต่อไปนี้ เป็นเครื่องมือพิจารณา

1. ความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน
2. ความด้อยประสิทธิภาพ อันได้แก่ความสูญเปล่า (waste) ความซ้ำซ้อน (duplication) ความซับซ้อน (complexity) การสูญเสีย (loss) การเสียเวลา การเสียโอกาส
3. ความต้องการของลูกค้า
4. นโยบาย/เข็มมุ่ง ของโรงพยาบาล
5. มาตรฐานโรงพยาบาล ระเบียบ ข้อกำหนด ต่างๆ



ภาพนี้แสดงให้เห็นกระบวนการหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งทางพยาบาลเรียกว่า APIE (Assessment-Planning-Implementation-Evaluation)

ดูเพียงแผนภูมินี้อาจจะมองไม่ออกว่าจะหาโอกาสพัฒนาได้อย่างไร ขอให้ผู้เข้าประชุมศึกษากระบวนการที่อยู่ในแต่ละกรอบ และใช้เกณฑ์ที่กล่าวไว้ใน slide ที่แล้วมาพิจารณา จะทำให้เห็นโอกาสพัฒนาจำนวนมาก



ผลการวิเคราะห์กระบวนการหลัก			
กระบวนการ	เป้าหมาย	เครื่องชี้วัด	โอกาสพัฒนา
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q03:05			

ตารางนี้แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ต้องการจากการวิเคราะห์กระบวนการหลัก แต่ละกระบวนการควรจะมีเป้าหมายและมีเครื่องชี้วัดเพื่อให้สามารถติดตามคุณภาพและประสิทธิภาพของแต่ละกระบวนการได้ (รายละเอียดเรื่องเครื่องชี้วัดจะกล่าวในตอนต่อไป)

โอกาสพัฒนาในคอลัมน์สุดท้ายจะได้มาจากการใช้เกณฑ์วิเคราะห์ดังที่กล่าวมาแล้ว

3

การวิเคราะห์โรคและหัตถการ

- **หลักเกณฑ์พิจารณา**
 - high risk (ความเสี่ยงสูง), high volume (ปริมาณมาก)
 - high cost (ค่าใช้จ่ายสูง), high variation (หลากหลายในวิธีปฏิบัติ)
- **ที่มาของข้อมูล**
 - ทบทวนเวชระเบียน, วิเคราะห์ข้อมูลสถิติ, ประสพการณ์
- **กิจกรรมที่เป็นผลจากการวิเคราะห์**
 - ปรับปรุงกระบวนการ, Clinical Practice Guideline หรือ CareMap
 - Indicator Monitoring, Peer Review



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q03:06

การวิเคราะห์โรคและหัตถการเป็นการจัดประยาจักรกรมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก ซึ่งจะก่อให้เกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่อง และส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยโดยตรง

หลักเกณฑ์ที่จะใช้ในการคัดเลือกโรคหรือหัตถการมาปรับปรุงได้แก่ การที่โรคหรือหัตถการนั้นมี ความเสี่ยงสูง มีปริมาณมาก มีค่าใช้จ่ายสูง หรือมีความหลากหลายในการปฏิบัติมาก

แหล่งที่มาของข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์อาจจะเป็นการทบทวนเวชระเบียน, การวิเคราะห์ข้อมูลหรือ สถิติที่หน่วยเวชระเบียน หรือจากการทบทวนประสพการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง

กิจกรรมที่จะเป็นผลสืบเนื่องจากการหาโอกาสพัฒนาทางด้านคลินิกอาจจะได้แก่

1. การปรับปรุงกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย
2. การจัดทำ clinical practice guideline เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจดูแลรักษาผู้ป่วย หรือ ทำ CareMap เพื่อเป็นแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ
3. การกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพที่มีความสำคัญในโรคหรือหัตถการนั้นๆ ซึ่งจะนำมาสู่การทบทวน และปรับปรุงต่อไป
4. การทบทวนในกลุ่มเพื่อนร่วมวิชาชีพ

การวิเคราะห์โรคและหัตถการ				
	ความเสี่ยงสูง	ปริมาณมาก	ค่าใช้จ่ายสูง	หลายหลายวิธี
โรค				
หัตถการ				
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q03:07				

ตารางนี้ช่วยในการวิเคราะห์โรคและหัตถการตามเกณฑ์ต่างๆ ที่เสนอไว้

4

แผนกำกับการพัฒนาคุณภาพ

วิธีการพัฒนา	ชื่อเรื่อง	ผู้รับผิดชอบ	กำหนดเวลา
เขียนคู่มือ			
CQI/QC/PI			
Pract. Guideline			
Indicator			



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q03:08

ตารางนี้คือแผนกำกับการพัฒนาคุณภาพซึ่งได้จากการวิเคราะห์กระบวนการหลัก โรค และหัตถการ
ซึ่งจะนำมาสู่วิธีการพัฒนา 4 กลุ่มดังนี้

1. การเขียนคู่มือปฏิบัติงาน สำหรับกระบวนการที่มีระบบงานดีอยู่แล้ว แต่อาจจะยังไม่ได้มีการนำไปปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ หรือเป็นกระบวนการที่ต้องมีการปรับปรุงอีกเพียงเล็กน้อย

การเขียนคู่มือ, การทำความเข้าใจความคาดหวังต่อกระบวนการ, และการทำคู่มือไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนสำหรับการประกันคุณภาพ

2. การปรับปรุงกระบวนการ ซึ่งบางคนอาจจะเรียกว่า CQI (Continuous Quality Improvement) หรือ QC (Quality Control) หรือ PI (Process Improvement) เป็นกระบวนการที่สมควรได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นเสียก่อน เนื่องจากผลลัพธ์ที่เป็นอยู่ยังไม่เป็นที่น่าพอใจนัก หรือการปรับปรุงต้องใช้เวลา ต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลและสาเหตุอย่างรอบคอบ

3. การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guideline) หรือการจัดทำแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Path/CareMap) สำหรับโรคที่คัดเลือกมาปรับปรุง โดยมุ่งใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (scientific evidence) มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษา ซึ่งจะเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพ และเป็นเครื่องมือสำหรับการประสานงานระหว่างวิชาชีพต่างๆ

4. การกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพ ซึ่งอาจจะเป็นเครื่องชี้วัดที่เน้นกระบวนการ หรือเครื่องชี้วัดที่เน้นผลลัพธ์ทางคลินิก

5

กิจกรรมกลุ่ม

- แบ่งกลุ่มย่อยเป็น 2 กลุ่ม หาโอกาสพัฒนา (20 นาที)
 - กลุ่ม 1 จากการวิเคราะห์กระบวนการหลัก
 - กลุ่ม 2 จากการวิเคราะห์โรคและหัตถการ
- จัดทำแผนกำกับการพัฒนาคุณภาพ (15 นาที)
- Feedback (5 นาที)



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q03:09

กิจกรรมกลุ่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้เห็นความหลากหลายของโอกาสพัฒนา และได้ฝึกที่จะคิดว่าประเด็นในการพัฒนาแต่ละอย่างนั้น ควรจะใช้วิธีการพัฒนาอย่างไร จะมีการมอบหมายหน้าที่และติดตามความก้าวหน้าของการทำงานได้อย่างไร

การทำแผนกำกับการพัฒนาคุณภาพมีความสำคัญมากที่จะชักจูงให้เกิดความต่อเนื่องของการทำกิจกรรมคุณภาพ และเลือกหาวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ใช่ใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพเพียงรูปแบบเดียวสำหรับปัญหาทุกอย่าง

เพื่อให้ทำงานได้เสร็จในเวลาและครอบคลุมประเด็น จึงให้แบ่งเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่มในช่วงการหาโอกาสพัฒนา กลุ่มหนึ่งหาโอกาสพัฒนาจากการวิเคราะห์กระบวนการหลัก และอีกกลุ่มหนึ่งวิเคราะห์โอกาสพัฒนาจากโรคและหัตถการ

สำหรับกลุ่มที่วิเคราะห์โอกาสพัฒนาจากโรคและหัตถการ การลงรายละเอียดในลักษณะของปัญหาของโรคหรือหัตถการนั้น จะทำให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนามากขึ้นกว่าการระบุเพียงชื่อโรคหรือหัตถการ



Q04

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q04:01

เครื่องชี้วัด (Indicator)

1. ประโยชน์ของเครื่องชี้วัด
2. ลักษณะของเครื่องชี้วัด
3. ที่มาของเครื่องชี้วัด
4. การคัดเลือกเครื่องชี้วัด
5. การเก็บข้อมูลเครื่องชี้วัด
6. กิจกรรมกลุ่ม

1

ประโยชน์ของเครื่องชี้วัด (Indicator)

- ทำให้เรารู้ว่าเราทำงานได้ดีเพียงใด
- ช่วยในการกำหนดเป้าหมายในการปรับปรุง
- ประเมินความสำเร็จในการพัฒนา
- Criteria หรือ Threshold เป็นสิ่งที่ควบคู่กับเครื่องชี้วัด แต่ควรกำหนดหลังจากที่เราเข้าใจความสามารถของระบบดีแล้ว



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q04:02

เครื่องชี้วัด (indicator) คือสิ่งที่บอกให้เรารู้ว่าเราทำงานได้ดีเพียงใด ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการกำหนดเป้าหมายของการปรับปรุงคุณภาพ และประเมินความสำเร็จของการพัฒนา

มีผู้กล่าวถึงความสำคัญของเครื่องชี้วัดว่า “ถ้าวัดไม่ได้ ก็พัฒนาคุณภาพไม่ได้” เนื่องจากไม่รู้ว่าพัฒนาไปแล้วมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร นั่นเป็นมุมมองที่ให้ความสำคัญกับการวัดเป็นอย่างสูง แต่ในโลกของความเป็นจริง บางครั้งจะพบว่าเราไม่สามารถวัดทุกสิ่งทุกอย่างได้ หรือจะเป็นการลงทุนที่สูงเกินไปหากจะต้องวัดทุกสิ่งทุกอย่าง

ทีมพัฒนาคุณภาพ มักจะประสบปัญหาในการกำหนดเครื่องชี้วัด ว่าไม่รู้จะใช้อะไรเป็นเครื่องชี้วัด ปัญหาอันหนึ่งเกิดจากความสับสนระหว่างเครื่องชี้วัด (indicator) กับเกณฑ์ตัดสิน (criteria) หรือมาตรฐาน (standard) หรือระดับขั้นต่ำที่ยอมรับได้ (threshold)

เครื่องชี้วัดคือข้อมูลที่เราจะวัดออกมาให้เป็นตัวเลขเท่านั้น ส่วนเกณฑ์ที่จะใช้ตัดสินว่า ดี/ไม่ดี ผ่าน/ไม่ผ่าน ยอมรับ/ไม่ยอมรับ นั้นเป็นเรื่องของการใช้ดุลยพินิจ หรือการให้คุณค่า ซึ่งมีปัจจัยในการกำหนดแตกต่างกันไปแล้วแต่กรณี เช่น มาตรฐานเชิงเทคนิค ความสามารถของกลุ่ม

การกำหนดเกณฑ์ตัดสิน (criteria) ที่เหมาะสมนั้นควรเกิดขึ้นหลังจากที่ทีมได้ศึกษาข้อมูลเครื่องชี้วัดแล้ว จึงจะสามารถกำหนดได้สอดคล้องกับความเป็นจริง

2

ลักษณะของเครื่องชี้วัด

■ ปัจจัยนำเข้า

- จำนวนเจ้าหน้าที่, ความรู้, จำนวนเครื่องมือ

■ กระบวนการ

- มี/ไม่มี?, ทำ/ไม่ทำ?, ทำถูก?, ทำดี?, ทำทันเวลา/ถูกเวลา?, ทำโดยคนที่ควรจะทำ?, ทำถูกสถานที่?, ทำด้วยความพร้อม?

■ ผลลัพธ์

- เป้าหมายของกระบวนการ, ความต้องการของลูกค้า
- หาย/ตาย, ภาวะแทรกซ้อน, วันนอน รพ., ค่าใช้จ่าย

■ ผลกระทบ

- ความพึงพอใจ, คุณภาพชีวิต, สถานะสุขภาพ



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q04:03

การจำแนกลักษณะของเครื่องชี้วัดที่จะช่วยในการสร้างเครื่องชี้วัดคือการแบ่งออกเป็นเครื่องชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยนำเข้า, กระบวนการ, ผลลัพธ์ และผลกระทบ

เครื่องชี้วัดเชิงปัจจัยนำเข้าหรือเชิงโครงสร้าง คือการวัดความพอเพียงหรือคุณภาพของปัจจัยที่ใช้ในการทำงาน เช่น คน เครื่องมือ ข้อมูลข่าวสาร

เครื่องชี้วัดเชิงกระบวนการ คือการวัดว่าได้มีการปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ หรือมีสิ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการอย่างไร

การตั้งคำถามเพื่อกำหนดเครื่องชี้วัดเชิงกระบวนการ อาจจะใช้คำถามต่อไปนี้ มีหรือไม่มี มีมากเท่าไร, ทำหรือไม่ทำ ทำมากเท่าไร, ทำถูกหรือไม่, ทำได้ดีหรือไม่, ทำทันเวลาหรือถูกเวลาหรือไม่, ทำโดยคนที่ควรจะทำหรือไม่, ทำถูกสถานที่หรือไม่, ทำด้วยความพร้อมหรือไม่

ตัวอย่างของเครื่องชี้วัดเชิงกระบวนการ เช่น อัตราการส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา, อัตราการหาบัตร์เก่าไม่พบ, ระยะเวลาในการรอผ่าตัด, อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจผิดพลาด, จำนวนครั้งของการปฏิบัติไม่ถูกเทคนิคมาตรฐานที่กำหนดไว้

เครื่องชี้วัดเชิงผลลัพธ์ คือการวัดเปรียบเทียบกับเป้าหมายของกระบวนการ ซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์ความต้องการของลูกค้าของกระบวนการนั้นๆ

การวัดผลลัพธ์ทางคลินิกของการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ได้แก่ การดูแลอัตราตาย อัตราตาย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลานอน รพ. และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

เครื่องชี้วัดเชิงผลกระทบ คือการวัดผลที่ยาวออกไปซึ่งอาจจะมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง หรือเป็นผลรวมของผลลัพธ์หลายๆ อย่าง เช่น ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต สถานะสุขภาพ

3

ที่มาของเครื่องชี้วัด

- จากแผนยุทธศาสตร์
- จากการวิเคราะห์กระบวนการ
 - ปัจจัยนำเข้า, กระบวนการ, ผลลัพธ์, ผลกระทบ ของกระบวนการ
- จากความต้องการของลูกค้า
- จากแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย
- จากมาตรฐาน/กฎระเบียบ
 - มาตรฐานโรงพยาบาล, กฎกระทรวง
- จากปัญหา

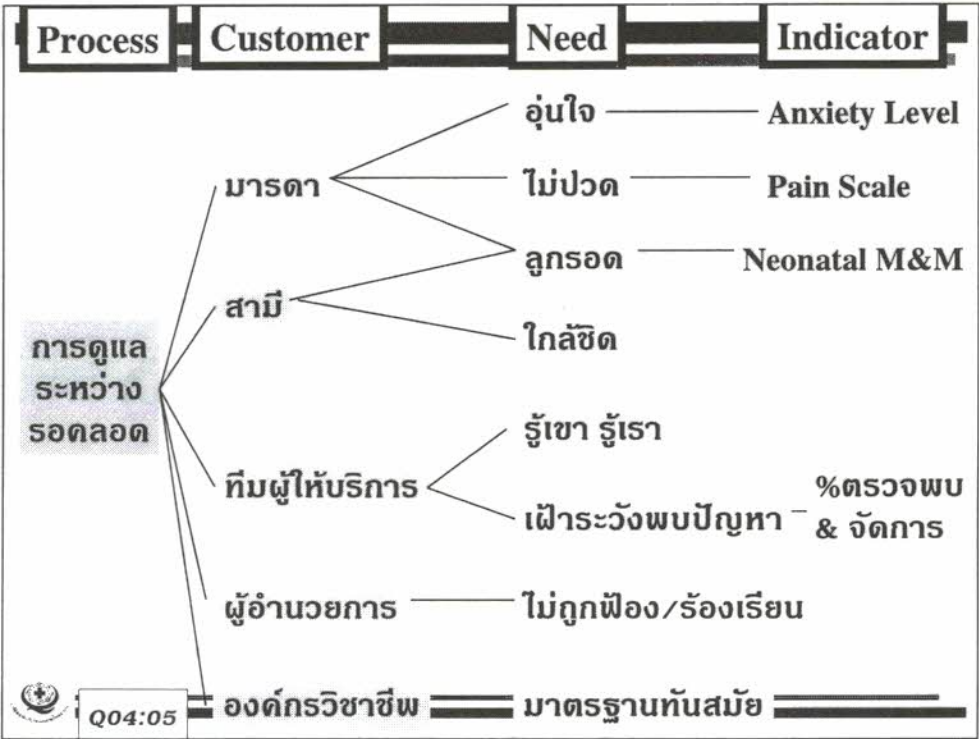




สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q04:04

แหล่งที่มาของการกำหนดเครื่องชี้วัดอาจจะมีได้หลายแหล่ง ได้แก่

1. แผนยุทธศาสตร์ ซึ่งจะต้องจัดทำเครื่องชี้วัดในทุกระดับของแผน ได้แก่ เป้าหมายของแผนงาน, วัตถุประสงค์ และยุทธศาสตร์หรือผลลัพธ์หลักที่ต้องการ
2. การวิเคราะห์กระบวนการ ได้แก่ การดูตลอดสายของกระบวนการตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า, กระบวนการ, ผลลัพธ์ และผลกระทบ
3. การวิเคราะห์ความต้องการของลูกค้า ซึ่งควรจะเป็นเป้าหมายของกระบวนการ
4. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่ การวัดว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เพียงใด
5. มาตรฐาน/กฎระเบียบ ได้แก่ การวัดว่ามีการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาล กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องหรือไม่
6. ปัญหา นำระดับของการเกิดปัญหามากำหนดเป็นเครื่องชี้วัดโดยตรง



แผนภูมินี้แสดงการวิเคราะห์ลูกค้าของกระบวนการ ความต้องการของลูกค้า และการนำความต้องการของลูกค้ามากำหนดเป็นเครื่องชี้วัด

แผนภูมินี้แสดงให้เห็นถึงหัวใจของ TQM ไว้ 3 ประการด้วยกันคือ

- 1. การมุ่งปรับปรุงกระบวนการ
- 2. การมุ่งตอบสนองความต้องการของลูกค้า
- 3. การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง

การวิเคราะห์ในลักษณะนี้จะทำให้ทีมพัฒนาคุณภาพเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการ ลูกค้า และเครื่องชี้วัดได้ดีขึ้น

ทีมไม่จำเป็นต้องนำเครื่องชี้วัดที่วิเคราะห์ได้ทั้งหมดมาใช้ แต่ควรเลือกเอาเครื่องชี้วัดที่มีประโยชน์ที่สุดมาใช้ เช่น ในกรณีนี้ การวัดอัตราการตรวจพบปัญหาและจัดการกับปัญหาได้ในเวลาที่เหมาะสม น่าจะเป็นตัวชี้วัดที่จะช่วยให้เกิดการปรับปรุงกระบวนการดูแลระหว่างคลอดได้ดีที่สุด

4

การคัดเลือกเครื่องซีวัด

■ ง่าย วัดได้บ่อย

- เก็บโดยผู้ปฏิบัติงาน, วัดได้บ่อย, แต่ต้องไม่เป็นการมากเกินไป

■ วัดสิ่งที่มีความสำคัญ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

- อย่างน้อยต้องวัดผลลัพธ์ที่เป็นเป้าหมายของกระบวนการ

■ มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลง

- สะท้อนผลการปรับปรุงให้เห็นได้ทันที



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q04:06

การคัดเลือกเครื่องซีวัดมาใช้ ควรพิจารณาแนวทางต่อไปนี้

1) ง่าย วัดได้บ่อย

เครื่องซีวัดที่ดีควรเก็บได้ง่าย ไม่ทำให้ผู้เก็บรู้สึกว่าเป็นภาระ ไม่ใช่เวลาหรือทรัพยากรมากเกินไป. การเก็บข้อมูลเพื่อวัดระดับคุณภาพจำเป็นต้องได้ข้อมูลที่ตรงประเด็นและถูกต้องเช่นเดียวกับการวิจัย, แต่พึงระลึกว่าการวัดนี้มุ่งเพื่อกระตุ้นหรือวัดผลการเปลี่ยนแปลงเป็นเป้าหมายหลัก. การเก็บข้อมูลปฐมภูมิโดยผู้ปฏิบัติงานจะทำให้ลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล. การวัดบ่อยๆ และนำเสนอให้ผู้ร่วมงานเห็นอย่างง่ายๆ จะทำให้ทีมงานมีโอกาสวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ดีกว่าการตรวจสอบรายงานเป็นครั้งคราว.

2) วัดสิ่งที่มีความสำคัญ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

เครื่องซีวัดอย่างน้อย 1 ตัว จะต้องวัดผลลัพธ์ที่เป็นเป้าหมายของกระบวนการ. เครื่องซีวัดบางตัวทำให้เห็นโอกาสพัฒนาที่ชัดเจน เช่น สัดส่วนของผู้ป่วยที่ให้การบำบัดช้าเกินไป (delayed management) เมื่อเกิดการชะงักงันของการคลอด (delayed labour) จะทำให้เกิดการปรับปรุงกระบวนการดูแลระหว่างการคลอด มากกว่าการวัดสัดส่วนของทารกแรกเกิดที่มี Apgar score ต่ำ.

3) มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลง

เครื่องซีวัดที่ดีจะต้องสะท้อนผลของการปรับปรุงให้เห็นได้ทันที. เมื่อมีการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอาจยังคงเดิม, แต่ผู้ป่วยสามารถใช้เครื่องช่วยหายใจโดยไม่มีการติดเชื้อได้นานขึ้น. หากใช้เครื่องซีวัดที่ไม่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลง, อาจจะทำให้เกิดการสรุปผลที่คลาดเคลื่อนได้ว่าวิธีการที่ใช้นั้นไม่ได้ผล.

5

การเก็บข้อมูลเครื่องชีวิต

- เราจะเก็บข้อมูลไปเพื่ออะไร
- เราจะเก็บข้อมูลอะไรบ้าง
- ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้เราทำงานดีขึ้นได้อย่างไร
- ถ้ามีข้อมูลอยู่ในมือ ข้อมูลนี้จะบอกอะไรแก่เรา
เราจะทำอย่างไรกับข้อมูลนั้น
- มีข้อมูลอื่นที่มีประโยชน์มากกว่าหรือไม่



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q04:07

เมื่อเลือกเครื่องชีวิตมาได้แล้ว ก่อนที่จะไปเก็บข้อมูลเครื่องชีวิตนั้น ทีมควรใช้คำถามข้างต้นเพื่อ ทบทวนความจำเป็นในการเก็บข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การคิดว่าล่วงหน้าว่าจะใช้ข้อมูลนั้นอย่างไร มิฉะนั้นจะเป็นการเสียเวลาและทรัพยากรโดยเปล่าประโยชน์

กำหนดคำจำกัดความในการเก็บข้อมูล

- ปัญหาเกิดบ่อยเพียงใด รุนแรงเพียงใด อะไรคือผลกระทบของปัญหา
- อะไรคือแนวคิดที่เราต้องการประเมิน
- จะใช้ข้อมูลอะไรเพื่อประเมินแนวคิดข้างต้น
- แผนการเก็บข้อมูลเป็นอย่างไร
 - จะใช้วิธีการเก็บอย่างไร ใช้เครื่องมืออะไร
 - เก็บที่ไหน ใครเป็นผู้เก็บ
 - มีการสุ่มตัวอย่างหรือไม่ บ่อยเพียงใด มากเท่าไร





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q04:08

เพื่อให้ข้อมูลที่เก็บเป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และได้ผลเดียวกันไม่ว่าใครจะเป็นผู้เก็บ จำเป็นต้องมีการกำหนดคำจำกัดความสำหรับเก็บข้อมูล (operational definition) และทำความเข้าใจให้ตรงกัน

การเขียนคำจำกัดความสำหรับเก็บข้อมูลจะต้องเริ่มด้วยการพิจารณาว่าจะประเมินแนวคิดอะไร แล้วพิจารณาว่าจะใช้ข้อมูลอะไรวัดแนวคิดนั้น เช่น ใช้เวลาวัดความรวดเร็ว ใช้คะแนนความเจ็บปวดวัดผลลัพธ์ของการดูแลหลังผ่าตัด

จากนั้นให้วางแผนการเก็บข้อมูลว่าจะใช้วิธีการเก็บอย่างไร ใช้เครื่องมืออะไรเก็บ เก็บที่ไหน ใครเป็นผู้เก็บ จะมีการสุ่มตัวอย่างหรือไม่ ถ้ามีจะสุ่มบ่อยเพียงใด มีจำนวนตัวอย่างมากเท่าไร

เมื่อกำหนดคำจำกัดความแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการออกแบบบันทึกข้อมูล แล้วนำคำจำกัดความและแบบบันทึกไปทดสอบก่อนใช้งานจริง

6

กิจกรรมกลุ่ม



1. วิเคราะห์เครื่องชีวิตจากกระบวนการ (25 นาที)

- กำหนดกระบวนการ: การจำหน่ายผู้ป่วย
- ศึกษา Top-Down Flow Chart และวิเคราะห์ลูกค้าของกระบวนการ
- วิเคราะห์ความต้องการของลูกค้า
- นำความต้องการของลูกค้ามากำหนดเป้าหมายของกระบวนการ
- กำหนดเครื่องชีวิตเชิงผลลัพธ์ และเชิงกระบวนการ
- คัดเลือกเครื่องชีวิต
- เขียนคำจำกัดความสำหรับเก็บข้อมูล



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q04:09

วัตถุประสงค์ของกิจกรรมนี้คือ

1. ให้ผู้เข้าประชุมได้เชื่อมโยงแนวคิดระหว่างกระบวนการ ลูกค้า ความต้องการของลูกค้า เป้าหมายของกระบวนการ และเครื่องชีวิต
2. ให้ผู้เข้าประชุมเรียนรู้การคัดเลือกเครื่องชีวิตที่เหมาะสม
3. ให้ผู้เข้าประชุมเรียนรู้การเขียนคำจำกัดความสำหรับเก็บข้อมูล

กิจกรรมกลุ่ม

2. วิเคราะห์เครื่องชั๊วตเกี่ยวกับโรค (25 นาที)

- เลือกโรคมา 1 โรค
- วิเคราะห์กระบวนการดูแลรักษาโรค
- กำหนดเครื่องชั๊วตเชิงผลลัพธ์ และเชิงกระบวนการ
- คัดเลือกเครื่องชั๊วต
- เขียนคำจำกัดความสำหรับเก็บข้อมูล





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q04:10

วัตถุประสงค์ของกิจกรรมนี้คือ

1. ให้ผู้เข้าประชุมได้เชื่อมโยงแนวคิดระหว่างกระบวนการ ลูกค้า ความต้องการของลูกค้า เป้าหมายของกระบวนการ และเครื่องชั๊วต
2. ให้ผู้เข้าประชุมเรียนรู้การคัดเลือกเครื่องชั๊วตที่เหมาะสม
3. ให้ผู้เข้าประชุมเรียนรู้การเขียนคำจำกัดความสำหรับเก็บข้อมูล



05

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q05:01

กราฟควบคุม (Control Chart)

1. คืออะไร ทำไมต้องมี
2. ค่าสถิติของกราฟควบคุม
3. เป้าหมายของการปรับปรุงแก้ไข
4. กระบวนการที่ unstable
5. กิจกรรมกลุ่ม

1

กราฟควบคุม (Control Chart)

คืออะไร ทำไมต้องมี

■ คืออะไร

- กราฟเส้นแสดงระดับของเครื่องชี้วัดคุณภาพตามลำดับที่เกิดเหตุการณ์ พร้อมกับค่าสถิติได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) และระดับควบคุม (control limit)

■ ทำไม

- เสนอข้อมูลทุกเหตุการณ์ ทำให้เห็นภาพความไม่แน่นอนของระบบได้ดี
- แยกแยะเหตุการณ์ผิดปกติ (ซึ่งมีสาเหตุพิเศษ) ออกจากเหตุการณ์ปกติ (ซึ่งมีสาเหตุฝังอยู่ในระบบ)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q05:02

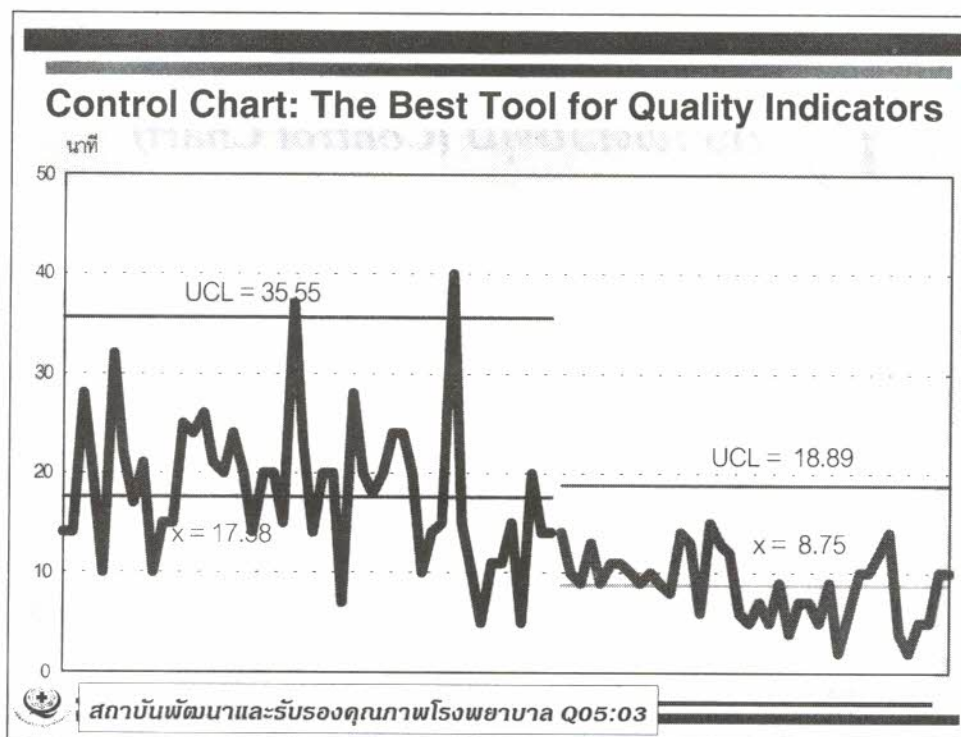
กราฟควบคุม คือกราฟเส้นแสดงระดับของเครื่องชี้วัดคุณภาพตามลำดับที่เกิดเหตุการณ์ พร้อมกับค่าสถิติได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) และระดับควบคุม (control limit) ซึ่งจะใช้ศึกษาความไม่แน่นอน (variation) และประเมินความคงตัว (stability) ของระบบหรือกระบวนการ.

กราฟควบคุมนำข้อมูลทุกเหตุการณ์มานำเสนอ ทำให้เห็นภาพความไม่แน่นอนของระบบได้ดีที่สุด, ผิดกับการนำเสนอเฉพาะค่าสรุป (mean & standard deviation) ซึ่งจะทิ้งรายละเอียดต่างๆ ไปหมด.

กราฟควบคุมทำให้สามารถแยกแยะเหตุการณ์ผิดปกติ (ซึ่งมีสาเหตุพิเศษ) ออกจากเหตุการณ์ปกติ (ซึ่งมีสาเหตุฝังอยู่ในระบบ). การวิเคราะห์นี้จะนำไปสู่การตัดสินใจว่าจะแก้ปัญหาพิเศษ (ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงาน) หรือปรับปรุงระบบ (ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของผู้บริหาร).

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

2



ภาพนี้แสดงตัวอย่างของ control chart ซึ่งวัดระยะเวลาดังแต่เจาะเลือดจนกระทั่งส่งเลือดเข้าตรวจที่ OPD ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง มีการวัดข้อมูลก่อนการปรับปรุงเปรียบเทียบกับหลังการปรับปรุง

จะเห็นว่าก่อนการปรับปรุงมีลักษณะการแกว่งของระยะเวลารอคอยค่อนข้างมาก คือมีพิสัยตั้งแต่ 5 นาที ถึง 40 นาที เส้น upper control limit อยู่ที่ 36 นาที หมายความว่าในระบบก่อนการปรับปรุง ระยะเวลารอคอยที่เกินกว่านี้ถือว่าเป็นเหตุการณ์ผิดปกติ ซึ่งมีเกิดขึ้น 2 ครั้ง เหตุการณ์ลักษณะนี้ควรเป็นหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานที่จะค้นหาสาเหตุว่าเกิดจากอะไร และพยายามป้องกันเหตุการณ์เหล่านี้มิให้เกิดขึ้นอีก

ทางทีมงานและผู้บริหารได้ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุและดำเนินการปรับปรุงระบบ โดยการตัดขั้นตอนการลงทะเบียนที่จุดเจาะเลือด และให้เจ้าหน้าที่นำส่งเลือดให้บ่อยขึ้น หลังการปรับปรุงพบว่าระยะเวลารอคอยลดลงไปครึ่งหนึ่ง พิสัยการแกว่งของระยะเวลารอคอยลดลงเหลือ 2 ถึง 15 นาที ไม่มีเหตุการณ์ผิดปกติเกิดขึ้น ค่า upper control limit หลังการปรับปรุงมีค่าใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยก่อนการปรับปรุง นั่นคือสิ่งที่เคยเป็นปกติเมื่อก่อนนี้กลายเป็นสิ่งผิดปกติไปแล้ว

ค่าเฉลี่ยของ control chart จะคำนวณโดยตัดค่าที่เป็นเหตุการณ์ผิดปกติที่อยู่นอก upper & lower control limit ออกไปแล้ว

2 คำสถิติของกราฟควบคุม		
	x-chart	p-chart
ลักษณะข้อมูล	variable, continuous ข้อมูลจากการวัด	attribute, discrete ข้อมูลจากการนับ
ค่าเฉลี่ย (Mean)	$\bar{X}$	$\bar{p}$
ระดับควบคุม Control Limit	$\bar{X} \pm 3 \text{ SD}$	$\bar{p} \pm 3 \sqrt{\frac{\bar{p}(1-\bar{p})}{\bar{n}}}$
 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q05:04		

กราฟควบคุมที่ใช้บ่อยมี 2 ประเภท คือ x-chart และ p-chart

x-chart หรือ variable chart ใช้สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวัด เช่น ระยะเวลารอคอย ระดับน้ำตาลในเลือด

p-chart หรือ proportion chart ใช้สำหรับข้อมูลที่ได้จากการนับ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่รอเกินกว่า 30 นาที อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล

จะเห็นว่าข้อมูลที่ได้จากการวัดชุดเดียวกัน อาจจะสามารถสร้างได้ทั้ง x-chart และ p-chart แต่ p-chart จะเกิดต่อเมื่อมีเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินว่ามีจำนวนครั้งที่เกิดปัญหาขึ้นเท่าใด

ความแตกต่างของ x-chart และ p-chart อยู่ที่การคำนวณค่าระดับควบคุม (control limit)

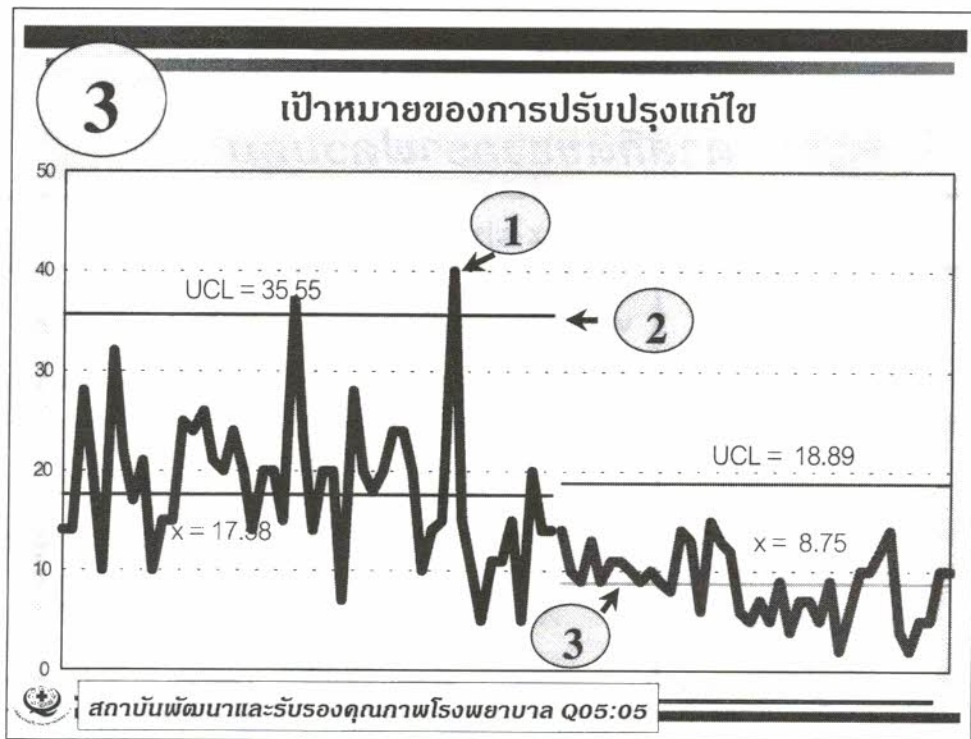
มักจะมีคำถามเสมอว่าทำไมไม่ใช้ 3 SD ทำไมไม่ใช้ 2 SD คำตอบก็คือวัตถุประสงค์ของการมีระดับควบคุมคือการแยกแยะเหตุการณ์ผิดปกติออกจากเหตุการณ์ปกติ เมื่อพบเหตุการณ์ผิดปกติจะต้องสืบสวนหาสาเหตุและดำเนินการแก้ไขตามสาเหตุพิเศษเหล่านั้น หากกำหนดเป็น 2 SD จะทำให้มีเหตุการณ์ผิดปกติซึ่งต้องค้นหาสาเหตุพิเศษจำนวนมาก ซึ่งหากวิเคราะห์สาเหตุร่วมของระบบแล้วดำเนินการปรับปรุงระบบ ระดับปัญหาก็จะสามารถลดลงได้

$\bar{x}$ คือค่าเฉลี่ยของข้อมูลจากการวัด

$\bar{p}$ คือค่าเฉลี่ยของข้อมูลจากการนับซึ่งคำนวณเป็นร้อยละหรือสัดส่วนแล้ว

$\bar{n}$ คือค่าเฉลี่ยของจำนวนเหตุการณ์ที่เป็นตัวหารของสัดส่วน

SD คือส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

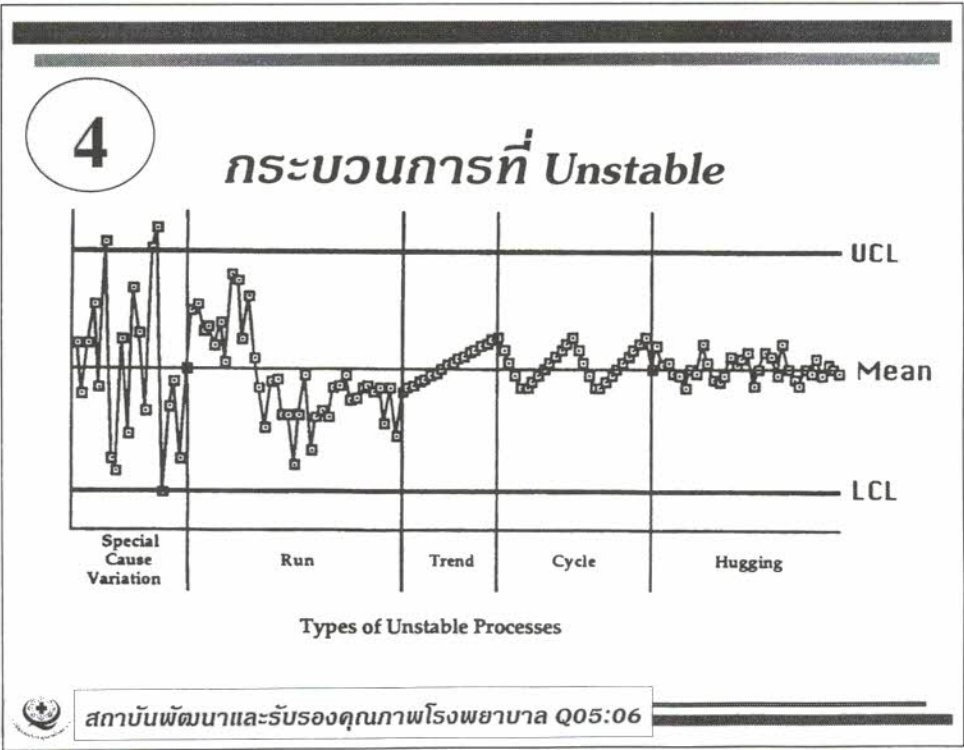


ถ้ามีเหตุการณ์ผิดปกติหรือสาเหตุพิเศษ เป็นหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานต้องแก้ไข. ถ้าเป็นสาเหตุที่ฝังอยู่ในตัวระบบเอง เป็นหน้าที่ของผู้บริหารที่จะต้องดำเนินการปรับปรุง. เป้าหมายของการปรับปรุงแก้ไขมีลำดับขั้นดังนี้:

ขั้นแรกคือการกำจัดสาเหตุพิเศษของความไม่แน่นอน.

ขั้นที่สองคือการลดความไม่แน่นอนโดยที่ค่าเฉลี่ยยังไม่เปลี่ยนแปลง (หรือทำให้ control limit แคบลง).

ขั้นที่สามคือการลดระดับค่าเฉลี่ยของปัญหาหรือเพิ่มค่าเฉลี่ยของคุณภาพ.



ลักษณะของระบบที่ไม่คงตัว (unstable) สามารถดูจาก control chart ด้วยหลักเกณฑ์ต่อไปนี้

1. มีจุดที่อยู่นอก control limit (special cause)

2. มีจุด 7 จุดหรือมากกว่าที่:

2.1 อยู่เหนือหรือใต้เส้นเฉลี่ยติดต่อกันทั้งหมด อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทรัพยากรทั้งหมด.

2.2 เรียงไปในทิศทางเดียวกัน ไม่ว่าขึ้นหรือลง (trend)

3. ลักษณะที่ nonrandom คืออยู่ใกล้กับเส้นเฉลี่ยมาก (hugging) ซึ่งอาจเกิดจากการแต่งข้อมูล, การลด variability แล้วมิได้คำนวณ control limit ใหม่ หรือจำนวนตัวอย่างน้อยเกินไป หรืออยู่ไกลจากเส้นเฉลี่ยมาก ซึ่งอาจเกิดจาก การนำข้อมูลจากกลุ่มย่อย 2 กลุ่มมาผสมกัน ให้แก่โดยการจัดกลุ่มแล้วแยก plot คนละ chart, overcontrolling, จำนวนตัวอย่างมากเกินไป

4. เป็น cycle แสดงการเปลี่ยนแปลงที่สม่ำเสมอในระบบ

5

กิจกรรมกลุ่ม

- ข้อมูลที่กำหนดให้ (ตัวเลขตามแกนของกราฟ) เป็นระยะเวลา รอคอยในการให้บริการที่จุดหนึ่ง
- ให้นำข้อมูลเหล่านั้นมาจุดบนกราฟโดยใช้ scale ตามแกนตั้ง
- ลากเส้นต่อจุดแต่ละจุดตามลำดับ
- พิจารณาข้อมูลในตาราง นำ UCL ของข้อมูลทั้งหมดมาขีดบน กราฟ
- ตัดข้อมูลที่อยู่นอก UCL ออก คำนวณค่าสถิติใหม่ นำค่า UCL ใหม่มาขีดบนกราฟ ทำซ้ำจนกว่าจะไม่มีค่าที่อยู่นอก UCL เพิ่มขึ้น
- อภิปรายบทเรียนจากการใช้เครื่องมือนี้



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q05:07

วัตถุประสงค์ของกิจกรรมนี้คือการเรียนรู้วิธีการสร้าง control chart โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการตัดสินใจว่าค่าสถิติของระบบอยู่ที่ใด

เมื่อสร้าง control chart ได้แล้ว ควรพิจารณาว่าเครื่องมือนี้แตกต่างจากการนำเสนอด้วยค่าสถิติที่ผู้เข้าประชุมคุ้นเคยอย่างไร สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ใดได้บ้าง

กิจกรรมฝึกสร้าง control chart

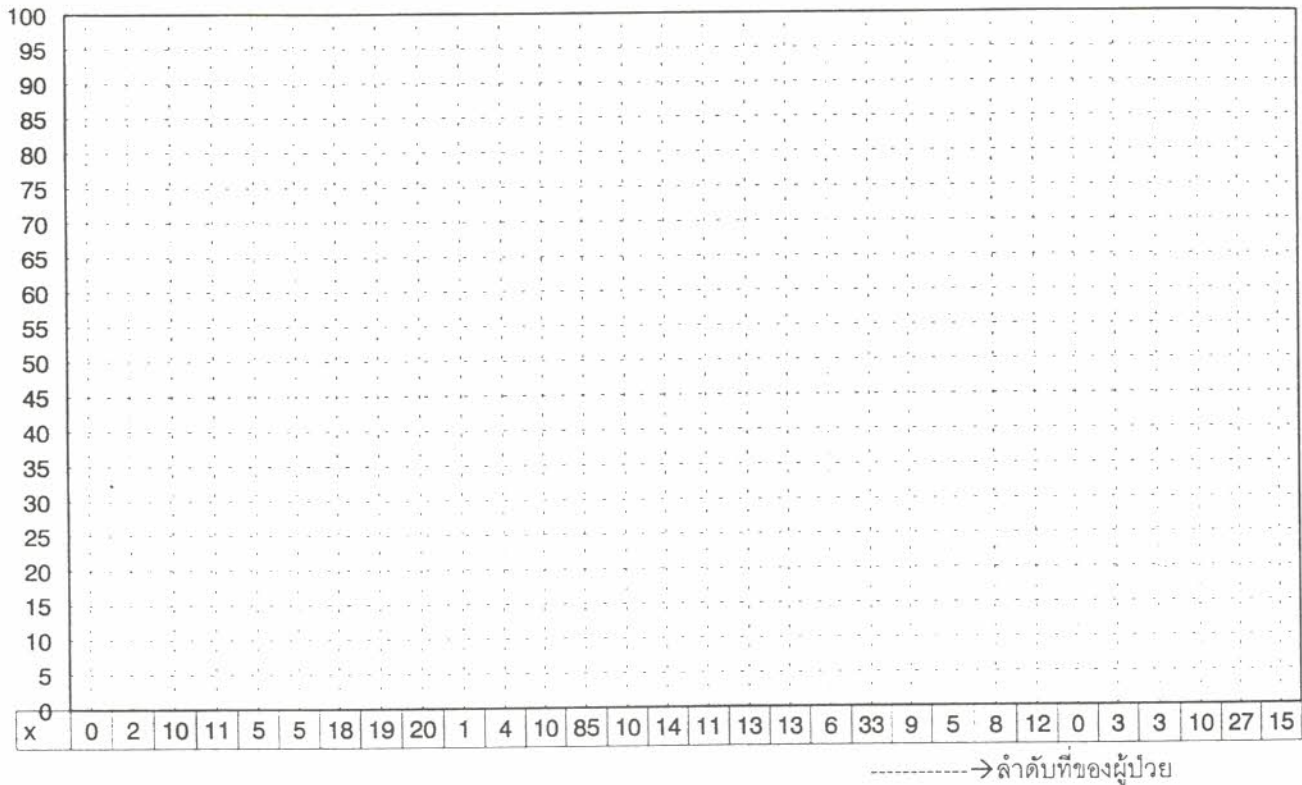
คำชี้แจง ให้ทดลองสร้าง x-chart จากข้อมูลที่ให้ไว้ได้แกน x

ข้อมูลนี้เป็นระยะเวลารอคอยที่ OPD แห่งหนึ่ง เป็นนาที เรียงลำดับจากผู้ป่วยรายที่ 1 ไปเรื่อยๆ ระยะเวลาตามแกน X จะไม่มีความหมาย เป็นเพียงลำดับของผู้ป่วย (ในกราฟไม่ได้ใส่เลขลำดับที่ไว้)

ให้นำตัวเลขเวลารอคอยของผู้ป่วยแต่ละรายนั้นมาจุดบนกราฟให้ตรงกับระดับค่าในแกน Y แล้วลากเส้นให้ต่อเนื่องกัน

พิจารณาค่าสถิติที่เหมาะสม โดยใช้ค่า UCL เป็นตัวตัดสินว่าค่าใดเป็น outlier ที่จะตัดออกเพื่อคำนวณค่าสถิติใหม่ (ข้อมูลการคำนวณค่าสถิติอยู่ในตารางข้างล่าง)

เวลารอคอย (นาที)



	Mean	UCL (Mean+3SD)	ค่าที่เกิน UCL
ข้อมูลทั้งหมด	12.7	58.9	85
ตัดค่า 85	10.2	29.9	33
ตัดค่า 85 & 33	9.4	28.6	ค่าต่อไปคือ 27



06

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q06:01

การปรับปรุงกระบวนการ (Process Improvement)

1. แนวคิด
2. วิธีการปรับปรุงกระบวนการ
3. ความคิดสร้างสรรค์
4. กิจกรรมกลุ่ม

1

แนวคิด



- กิจกรรมที่ทำเป็นขั้นตอนต่อเนื่องกัน ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณค่าเพิ่มขึ้น และตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้
- ในระบบงานหนึ่ง ๆ อาจจะมีหลายกระบวนการมาเชื่อมต่อกัน
- การแก้ปัญหาคือการปรับปรุงกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q06:02

การพัฒนาคุณภาพตามแนวคิด TQM ให้มีความสำคัญกับการปรับปรุงกระบวนการมากกว่าการมองว่าปัญหาอยู่ที่ตัวบุคคล

กระบวนการคือกิจกรรมที่ทำเป็นขั้นตอนต่อเนื่องกัน ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณค่าเพิ่มขึ้น และตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ จะเห็นว่ากระบวนการนั้นต้องมีเป้าหมายและทำให้มีคุณค่าเพิ่ม

กระบวนการหลายๆกระบวนการที่มาต่อกัน จะกลายเป็นระบบหรือระบบย่อย

การแก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพคือการปรับปรุงกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น เมื่อหยิบยกปัญหาขึ้นมา เราจึงควรพิจารณาว่ามีกระบวนการอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง การกระโดดเข้าไปแก้ปัญหโดยไม่วิเคราะห์กระบวนการที่เกี่ยวข้องอาจจะเป็นเพียงการแก้ที่ปลายเหตุเท่านั้น

**มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่
ภาวะไม่พึงประสงค์ใน รพ.
เกิดจากความผิดพลาดของบุคคล**

**ส่วนใหญ่ เกิดจากระบบงานขององค์กร
ซึ่งสามารถป้องกันได้โดย
การมีระบบตรวจสอบที่ดี (double check)**

**Bader BS (1992)
Rediscovering Quality**



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q06:03

มุมมองของการวิเคราะห์มีส่วนต่อผลลัพธ์ของการศึกษา เคยมีการศึกษาซึ่งให้ข้อสรุปว่า ปัญหา 3 ใน 4 ในโรงพยาบาลเกิดจากความบกพร่องของเจ้าหน้าที่ แต่เมื่อมีการศึกษาซ้ำ ด้วยแนวคิดใหม่ กลับได้ข้อสรุปว่ามีปัญหาเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่เกิดจากความผิดพลาดของตัวบุคคล ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากระบบงานขององค์กรซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการมีระบบตรวจสอบที่ดี

ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลแห่งหนึ่งมีปัญหาการตรวจหา HIV ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ซึ่งบางครั้งไม่ได้มีการทำ counselling ก่อน ทำให้โรงพยาบาลถูกผู้ป่วยฟ้องร้อง เมื่อหยิบยกปัญหานี้ขึ้นมาพิจารณา ในแนวคิดเดิมคือการกล่าวโทษไปที่พยาบาลที่ควรจะทำหน้าที่ counselling ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งไม่ส่งผลดีต่อการแก้ปัญหา แต่หากพิจารณาที่ตัวระบบ การสร้างระบบตรวจสอบที่ดีก็คือการมีระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจนว่าห้องปฏิบัติการจะไม่ตรวจเลือดของผู้ป่วยจนกว่าจะมีหลักฐานว่าผู้ป่วยได้รับการ counselling แล้ว อย่างไรก็ตาม การกำหนดระบบดังกล่าวจะได้ผลต่อเมื่อได้รับความเห็นชอบจากผู้เกี่ยวข้อง

จุดอ่อนที่สำคัญที่สุดของระบบประกัน คุณภาพที่ทำกันอยู่คือการมุ่งไปค้นหา ความผิดพลาด ที่ ตัวบุคคล เพียงอย่างเดียว

ละเลยกระบวนการซึ่งแวดล้อมผู้ปฏิบัติงาน สร้างบรรยากาศของความหวาดกลัวและ ความเฉื่อยชา

Roberts JS & PM Schyve (1990)
The Quality Letter

**สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q06:04**

การพัฒนาคุณภาพคือการแก้ปัญหา การแก้ปัญหาคือการปรับปรุงกระบวนการ กระบวนการที่ดีย่อมสร้างบรรยากาศความมั่นใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

การมุ่งแก้ปัญหาที่ตัวบุคคลจะทำให้เกิดความหวาดกลัว ไม่ร่วมมือ ปกป้องตัวเอง ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดปัญหาที่ยั่งยืนมากขึ้นอีก

2

วิธีการปรับปรุงกระบวนการ



- ลดความไม่แน่นอนของสิ่งที่เกี่ยวข้อง
 - ปัจจัยนำเข้า, กระบวนการ
- อุดช่องโหว่ในกระบวนการ
 - ป้องกันความผิดพลาด, สร้างระบบตรวจสอบ
- ปรับกระบวนการให้กระชับ (Streamline the Process)
 - ลดขั้นตอน, ลดการสะสม, ลดขนาดงาน



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q06:05

การปรับปรุงกระบวนการจะต้องอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจในกระบวนการ ร่วมกับการใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่ออำนวยความสะดวกและสร้างการตรวจสอบขึ้นในระบบ

หลักการในการปรับปรุงกระบวนการประกอบด้วย

1. ลดความไม่แน่นอนของสิ่งที่เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านปัจจัยนำเข้าและวิธีการทำงาน เช่น คน เครื่องมือ วิธีการทำงาน ช่วงเวลา วิธีการลดความแตกต่างอาจจะเป็นการมีคู่มือ การฝึกอบรม เป็นต้น
2. อุดช่องโหว่ในกระบวนการ ด้วยการป้องกันความผิดพลาด และสร้างระบบตรวจสอบ
3. ปรับกระบวนการให้กระชับ ด้วยการลดขั้นตอนหรือจัดขั้นตอนหรือการตรวจสอบที่ไม่จำเป็น, ลดการสะสมวัสดุคงคลัง, และลดขนาดสะสมของงาน เช่น การรอให้มีจำนวนผู้ป่วยมากพอ หรือส่งตรวจมากพอจึงจะดำเนินงาน

จะเห็นว่าการตรวจสอบนั้นอาจจะเป็นสิ่งที่ต้องทำเพิ่มขึ้นหรือต้องขจัดออกไป ขึ้นอยู่กับว่าการตรวจสอบนั้นได้ให้คุณค่าเพิ่มขึ้นในระบบหรือไม่ การตรวจสอบที่ควรขจัดออกไปคือการตรวจสอบอันเนื่องมาจากสาเหตุของความไม่ไว้วางใจกัน การตรวจสอบที่ควรเพิ่มเข้ามาคือการตรวจสอบความสมบูรณ์ของกระบวนการ

การอุดช่องโหว่ในกระบวนการ

■ ป้องกันความผิดพลาด

- เปลี่ยนลำดับขั้นตอน

- ปรับปรุงแบบฟอร์ม

- ใช้ check list

- มีคำแนะนำที่ชัดเจน

- จัดสถานที่ใหม่

■ สร้างระบบตรวจสอบ

- ตรวจสอบความสมบูรณ์

- หยุดหรือส่งสัญญาณเตือนเมื่อกระบวนการไม่สมบูรณ์





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q06:06

การอุดช่องโหว่ในกระบวนการทำได้โดย

1. ป้องกันความผิดพลาด

เปลี่ยนลำดับขั้นตอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าขั้นตอนนั้นมักจะถูกกลະລឹม

ปรับปรุงแบบฟอร์ม ใช้การแลเงา ขนาด รูปแบบ และลำดับที่แตกต่างออกไป เพื่อให้แบบฟอร์มต่างๆ อ่านง่าย เข้าใจง่าย และได้รับการปฏิบัติ

ใช้ checklist

การมีคำแนะนำที่ชัดเจน มีภาพประกอบ และแสดงไว้อย่างเด่นชัด (เหมาะสำหรับเหตุการณ์ที่ไม่ได้ปฏิบัติบ่อยๆ)

จัดสถานที่ใหม่

2. สร้างระบบตรวจสอบ

มีระบบตรวจสอบความสมบูรณ์ของกระบวนการ

มีการหยุดกระบวนการ หรือส่งสัญญาณเตือนเมื่อกระบวนการไม่สมบูรณ์

3

ความคิดสร้างสรรค์

■ จำกัดทางเลือกแบบเดิม ๆ

■ ทำท้าววิธีการเก่า ๆ

- ทำไมต้องให้คนนี้ทำ ให้คนอื่นทำดีกว่าหรือไม่
- ทำไมต้องใช้ทรัพยากรนี้ ใช้อย่างอื่นดีกว่าหรือไม่
- ทำไมต้องทำเวลานี้ ทำเวลาอื่นดีกว่าหรือไม่
- ทำไมต้องทำที่ตรงนี้ ทำที่อื่นดีกว่าหรือไม่
- ทำไมต้องทำโดยวิธีนี้ ทำวิธีอื่นได้หรือไม่



รวบ, ขจัด, เรียงลำดับใหม่, สร้างสิ่งจูงใจใหม่, สร้างระบบเตือนใจใหม่, ประสานงาน, สิ่งอำนวยความสะดวก



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q06:07

การกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์เพื่อหาทางเลือกใหม่ๆ ในการแก้ปัญหา ทำได้โดย

1. จำกัดทางเลือกแบบเดิม ๆ

วิธีนี้เหมาะสำหรับทีมที่เพิ่งเริ่มต้น ซึ่งยังไม่รู้ว่าจะคิดแบบแนวกรอบหรือใช้ความคิดสร้างสรรค์อย่างไร. เริ่มด้วยการให้สมาชิกของทีมระดมสมองเพื่อหาทางเลือกที่หลากหลายที่สุด, แล้วให้ระดมซ้ำอีกรอบหนึ่งโดยมุ่งที่เป้าหมายเดิม แต่ห้ามคิดด้วยวิธีที่ระดมสมองไว้แล้ว. วิธีนี้จะบีบบังคับให้ทีมต้องคิดในสิ่งที่แตกต่างไปจากที่คิดไว้แล้ว และจะเริ่มเห็นความคิดสร้างสรรค์.

2. ตั้งคำถามที่ทำท้าววิธีการเก่า ๆ

ให้คนอื่นทำ: จัดระบบให้พนักงานผู้ช่วย 1 คนที่ต้องออกไปทำงานนอกหอผู้ป่วย ให้บริการแก่หอผู้ป่วยมากกว่า 1 หอ โดยจัดสลับหมุนเวียนกัน, ทำให้พนักงานผู้ช่วยแต่ละคนได้ทำงานในหอผู้ป่วยมากขึ้น

ใช้ทรัพยากรอื่น: ใช้สายน้ำเกลือที่มีกระเปาะสำหรับเก็บเสมหะสำหรับเชื่อมต่อสายดูดเสมหะเพียงอย่างเดียว, ใช้ลวดไม้แขวนเสื้อดัดเป็น arch สำหรับเป็นที่ยึดของท่อช่วยหายใจในเด็กเล็ก

ทำเวลาอื่น: ปรับกิจกรรมที่ไม่จำเป็นไปทำเวลาอื่น ทำให้พยาบาลมีเวลาดูแลเด็กเล็กในช่วงเวลา 4.00-6.00 น. มากขึ้น ลดปัญหา secretion obstruction ในเด็กลงได้

ทำที่อื่น: ปักสิเครื่องหมายเจ้าของผ้าที่ขอบผ้า แทนที่จะเป็นที่มุมผ้า ทำให้ยังคงเห็นได้ง่ายเมื่อบางผ้าซ้อนกันลงไป

รวบขั้นตอน: พยาบาลส่งเวรไปพร้อมกับการสอบถามอาการผู้ป่วย

ขจัดขั้นตอน: ยกเลิกการลงทะเบียนในขณะรับส่งตรวจที่ OPD ทำให้เจ้าหน้าที่มีเวลาส่งส่งตรวจตรวจได้บ่อยขึ้น, เรียงลำดับขั้นตอนใหม่จัดยาทันทีที่ได้รับใบสั่งยา ไม่ต้องรอให้ผู้ช่วยชำระเงินให้เสร็จก่อน

สร้างสิ่งจูงใจใหม่: ให้ sticker รูปการ์ตูนแก่เด็ก และสัญญาว่าจะให้อีกถ้าเด็กดูแลบริเวณที่แทงน้ำเกลือไม่ให้บวม

สร้างระบบเตือนใจใหม่: มีข้อความเตือนใจใน set สวนปัสสาวะเพื่อให้มั่นใจว่า balloon อยู่ใน bladder แล้ว ก่อนที่จะ blow balloon

ปรับปรุงการประสานงาน: ให้ทุกวิชาชีพบันทึก progress note ในแบบฟอร์มชุดเดียวกัน

มีสิ่งอำนวยความสะดวก: มีบัตรคู่มือการใช้คำพูดภาษายาวีที่ใช้อยู่ ซึ่งสามารถเปิดดูได้ทันทีเมื่อจะไปพูดกับผู้ป่วย

4

กิจกรรมกลุ่ม

■

■

■

■

■

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q06:08

กิจกรรมนี้ต้องการให้ผู้เข้าประชุมได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้ความคิดสร้างสรรค์มาปรับปรุงกระบวนการทำงาน ลดการมุ่งจับผิดหรือแก้ปัญหาที่ตัวบุคคล

ขอให้สมาชิกของกลุ่มคิดถึงปัญหาที่เคยประสบมา และนำแนวทางการปรับปรุงกระบวนการที่เสนอไว้มาใช้กับปัญหาเหล่านั้น ไม่จำกัดลักษณะและจำนวนของปัญหา สมาชิกแต่ละคนต่างคิดปัญหาของตนเอง และให้คิดถึงปัญหาให้มากที่สุด



07

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q07:01

การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

1. ความเสี่ยงคืออะไร
2. กิจกรรมการบริหารความเสี่ยง
3. การค้นหาความเสี่ยง
4. การประเมินน้ำหนักความเสี่ยง
5. การป้องกันความเสี่ยง
6. การควบคุมความเสียหาย
7. กิจกรรมกลุ่ม

1

ความเสี่ยงคืออะไร

■ ความเสี่ยงคือโอกาสที่จะประสบกับ

- การบาดเจ็บ/เสียหาย (harm)
- เหตุร้าย (hazard)
- อันตราย (danger)
- ความไม่แน่นอน (uncertainty)
- การ expose

■ ประเภทของความเสี่ยง

- กายภาพ, อารมณ์, สังคม, จิตวิญญาณ



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q07:02

ความเสี่ยง หมายถึงโอกาสที่จะประสบกับสิ่งไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจจะແจกแจงได้ดังต่อไปนี้ (หลายคำอาจจะมีความหมายคล้ายกันหรือใช้ทดแทนกันได้)

1. การบาดเจ็บ/เสียหาย (harm) หมายความว่า การถูกทำร้าย, การทำร้ายจิตใจ, ความเจ็บป่วย, การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ, การสูญเสีย, การถูกกลั่นแกล้ง, การรบกวน, การมีบาดแผล.
2. เหตุร้าย (hazard) หมายถึงการเกิดภัยอันตราย, ภาวะยากลำบาก และความไม่มั่นคง.
3. อันตราย (danger) หมายถึงความรู้สึกถูกคุกคาม, ความอ่อนแอ.
4. ความไม่แน่นอน (uncertainty) หมายถึงสิ่งที่กำกวม, น่าสงสัย, คาดการณ์ไม่ได้, ทำนายไม่ได้, ไม่แน่ใจ.
5. การ expose (exposure) หมายถึงความหวาดกลัวที่จะถูกนำเสนอ, ถูกเปิดเผย, เผยความลับ รวมทั้งการแปลความที่ผิดพลาด.

ประเภทของความเสี่ยงได้แก่

1. ความเสี่ยงด้านกายภาพ (physical risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของผู้ป่วย เช่น การลื่นหกล้ม, การตกเตียง, การติดเชื้อ, การตัดอวัยวะผิดหรือตัดส่วนที่ปกติของร่างกายออก, การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น, การทำร้ายร่างกาย.
2. ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (emotional risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการทำร้ายจิตใจ, การทำให้ผู้ป่วยอายขายหน้า, การทำให้เสียหน้า, ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน, รวมทั้งการคุกคามด้วยสิ่งที่ไม่เห็นหรือพยากรณ์ไม่ได้ หรือความไม่เป็นส่วนตัว.
3. ความเสี่ยงด้านสังคม (social risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย, การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วย เช่น การ expose ผู้ป่วยต่อหน้าผู้อื่น, การรักษาความลับของผู้ป่วย, รวมทั้งการจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย เช่น กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาได้ หรือการที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล.
4. ความเสี่ยงทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความเชื่อ, ความรู้สึกไม่มั่นคง, ความสูญเสีย, ความกำกวม.

2

กิจกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

- การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)
- การประเมินน้ำหนักความเสี่ยง (Risk Assessment)
- การจัดการเพื่อป้องกันความเสี่ยง (Risk Management)
- การจัดการเมื่อเกิดปัญหา (Problem Solving)



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q07:03

โรงพยาบาลมีหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีคุณภาพและปลอดภัย การให้บริการของโรงพยาบาลในแต่ละวันต้องเผชิญกับความเสี่ยงซึ่งต้องการระบบการจัดการที่ครอบคลุมทุกแง่มุมและทั้งโรงพยาบาล ประกอบด้วย การเฝ้าระวังกิจกรรมดูแลผู้ป่วยทุกรายเพื่อค้นหา ประเมิน และแก้ไขเมื่อเกิดความเสี่ยงซึ่งจะส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บแก่ผู้ป่วยหรือการสูญเสียทางเศรษฐกิจ

การค้นหาและป้องกันความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วย ควรเป็นกิจกรรมคุณภาพที่ทำในอันดับแรกๆ เพราะเป็นกิจกรรมที่คุ้มค่า ลงทุนไม่มากแต่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูง หากไม่สามารถป้องกันความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ต่ำที่สุดแล้วก็ไม่มีความเสี่ยงที่จะทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างอื่นๆ

3

การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)

■ การทบทวน

- เวชระเบียน, peer review, ภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิต

■ รายงาน

- อุบัติการณ์, การตรวจสอบความปลอดภัย, การซ่อมแผน

■ คำร้องเรียนและฟ้องร้อง

■ การสำรวจ

- สำรวจโครงสร้าง
- ติดตามการไหลของผู้ป่วย, สิ่งของ, ข้อมูล



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q07:04

การค้นหาความเสี่ยง อาจจะใช้กลไกต่างๆ ที่มีอยู่แล้วหรือสำรวจเพิ่มเติมเป็นระยะ กลไกที่มีอยู่แล้ว เช่น การทบทวนเวชระเบียน, การทำ peer review, การทบทวนภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิตของผู้ป่วย, รายงานอุบัติการณ์, คำร้องเรียนของผู้ป่วย, รายงานการตรวจสอบความปลอดภัยด้านโครงสร้าง, รายงานการฝึกซ้อมอุบัติภัยหรืออัคคีภัย, การฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย

การติดตามและสำรวจเส้นทางการเคลื่อนหรือการไหลของผู้รับบริการ, สิ่งของ, เอกสาร เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยค้นหาความเสี่ยงให้สมบูรณ์ขึ้น

4

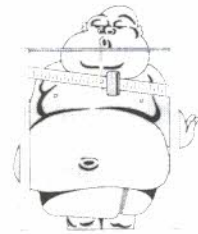
การประเมินน้ำหนักความเสี่ยง (Risk Assessment)

■ ดูความถี่และความรุนแรง

- เกิดไม่บ่อย ไม่รุนแรง -> จัดทำคู่มือ
- เกิดบ่อย ไม่รุนแรง
- เกิดไม่บ่อย รุนแรง -> ต้องให้ความสำคัญ
- เกิดบ่อย รุนแรง -> วิกฤติ, ต้องจัดการโดยเร่งด่วน

■ Quality Concern (QC)

- 0 = no QC
- 1 = QC with no direct effect
- 2 = QC with mild effect
- 3 = QC with some effect
- 4 = QC with severe effect



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q07:05

การประเมินน้ำหนักของความเสี่ยงอาจจะทำได้ 2 แบบ คือ

1. ดูความถี่และความรุนแรง ซึ่งจะมีผลต่อการตัดสินใจว่าควรทุ่มเทกับการหาทางป้องกันอย่างไร
2. ดู Quality Concern หรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงหรือเกี่ยวข้องกับผลเสียที่เกิดขึ้นหรือไม่
วิธีนี้จะมักจะใช้เมื่อเกิดปัญหาขึ้นแล้ว เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา

5

การป้องกันความเสี่ยง

- หลีกเลี่ยง
- ยอมรับ
- ลด/ป้องกัน
- ประกัน





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q07:06

การจัดการเพื่อป้องกันความเสี่ยงอาจทำได้ดังนี้

1. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) คือการไม่ทำกิจกรรมที่จะทำให้เกิดความสูญเสีย เช่น การไม่ผลิตน้ำยาปราศจากเชื้อโดยโรงพยาบาลเอง
2. การยอมรับความเสี่ยง (risk retention) สำหรับกรณีที่เห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นจากความเสี่ยงนั้นมีน้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการประกันความเสี่ยง
3. การลดหรือป้องกันความเสี่ยง (risk reduction or prevention) สำหรับความเสี่ยงบางอย่างที่ไม่สามารถจัดได้อย่างสิ้นเชิง สถานพยาบาลส่วนมากจะมีกิจกรรมเหล่านี้อยู่แล้ว risk management จะช่วยประสานและเพิ่มความเข้มแข็งให้กับกิจกรรมเหล่านี้
4. การประกันความเสี่ยง (risk transfer) เป็นการถ่ายโอนความรับผิดชอบความเสี่ยงให้ผู้อื่นด้วยการจ่ายเบี้ยประกัน

6

การควบคุมความเสียหาย

- รายงานผู้บริหารทันที
- บันทึกเวชระเบียนตามความเป็นจริงให้สมบูรณ์
- รุมช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย
- บริหารตัวตนของผู้เสียหาย (ดูแล, เห็นใจ, ช่วยค่ารักษา)



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q07:07

เมื่อความเสี่ยงกลายเป็นความเสียหายที่เกิดขึ้นแล้ว เช่น เกิดภาวะที่ไม่พึงประสงค์อย่างรุนแรง สิ่งที่จะต้องเร่งดำเนินการเพื่อควบคุมความเสียหายได้แก่

1. รายงานให้ผู้บริหารทราบทันที เพื่อจะได้ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงต่างๆ และเป็นผู้ที่จะให้ข้อมูลแก่สาธารณชน
2. บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนให้ละเอียดที่สุดตามความเป็นจริง ซึ่งจะเป็นหลักฐานที่ใช้คุ้มครองผู้ปฏิบัติงานในภายหลัง สิ่งที่ไม่ได้บันทึกจะถือว่าไม่มีการกระทำ การไม่กระทำอาจถูกตีความว่าเป็นการละเลย
3. รุมช่วยเหลือผู้ป่วยโดยผู้ที่มีความสามารถที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะคุกคามโดยเร็วที่สุด แพทย์ผู้รับผิดชอบจะต้องไม่หนีหน้าไปไหน
4. บริหารตัวตนของผู้เสียหายด้วยการให้การดูแล ให้ความเห็นอกเห็นใจ รับฟังคำตำหนิโดยไม่โต้เถียง ช่วยเหลือค่ารักษาที่เพิ่มขึ้นด้วยความเห็นใจ (การช่วยเหลือค่ารักษานี้ต้องทำความเข้าใจว่าไม่ได้ช่วยเพราะ รพ.เป็นผู้ทำผิด)

- ข้อมูลทั่วไป (ผู้ร้องเรียน, แพทย์, วันที่, อุบัติการณ์)
- ข้อมูลยืนยันการเกิดอุบัติเหตุ
- ขอความเห็นผู้เกี่ยวข้องและจัดกลุ่มตาม QC
- กิจกรรมการแก้ปัญหา (กับผู้ร้องเรียน, กับแพทย์, กับ รพ.)
- วันที่สิ้นสุด



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q07:08

ข้อมูลพื้นฐานที่หาได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ผู้ร้องเรียน แพทย์ผู้ถูกร้องเรียน วันที่ร้องเรียน ลักษณะอุบัติเหตุการณ และวันที่เกิด
2. ข้อมูลยืนยันการเกิดอุบัติเหตุการณ ซึ่งผู้บริหารรวบรวมจากแหล่งข้อมูลต่างๆที่นำเชื่อถือได้
3. ความเห็นของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทั้งที่อยู่ในเหตุการณ์และไม่อยู่ในเหตุการณ์ อาจจะมีการขอความเห็นขององค์กรวิชาชีพร่วมด้วย นำความเห็นทั้งหมดมาประมวลว่ามี Quality Concern อยู่ในระดับใด
4. กิจกรรมการแก้ปัญหา ได้ทำอะไรบ้างให้กับผู้ร้องเรียน ดำเนินการอย่างไรกับแพทย์ และเสนอมาตรการอย่างไร กับ รพ.
5. วันที่สิ้นสุดการแก้ปัญหา

7

กิจกรรมกลุ่ม

- ระดมสมองหาความเสี่ยงทางคลินิกที่เคยพบหรือมีโอกาสเกิดขึ้น (15 นาที)
- เลือกความเสี่ยงมา 1-2 อย่างแล้วอภิปรายเพื่อวางมาตรการป้องกันความเสี่ยง (15 นาที)
- Feed Back (5 นาที)



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q07:09

กิจกรรมกลุ่มใน session นี้มีจุดประสงค์เพื่อทบทวนความเสี่ยงทางคลินิกต่างๆ และฝึกการวางมาตรการป้องกันความเสี่ยง โดยเน้นการป้องกันมากกว่าการแก้ปัญหา เน้นการใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อกำหนดสิ่งแวดลอมในการทำงานที่จะมีระบบตรวจสอบในตัวเอง โดยไม่ก่อให้เกิดความหวาดกลัวหรือความตึงเครียดในการทำงาน



08

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q08:01

การประกันคุณภาพ (Quality Assurance)

1. การประกันคุณภาพคืออะไร
2. วัฒนาการของระบบประกันคุณภาพ
3. ลักษณะของกิจกรรมคุณภาพ
4. ข้อกำหนดของ ISO9000 ที่ควรนำมาพิจารณาใช้
5. การเขียนคู่มือในระบบ ISO9000
6. กิจกรรมกลุ่ม

1

การประกันคุณภาพคืออะไร

■ ความหมายในแต่ละประเทศแตกต่างกัน

– อเมริกา: การตรวจสอบเทียบกับมาตรฐานและแก้ไข ให้ความรู้สึกเชิงลบ

– ยุโรป: ให้ความหมายเหมือนกับ QI ของอเมริกา

– การศึกษาในประเทศไทย: QA เทียบเท่ากับ accreditation

■ ในที่นี้จะกล่าวถึง QA ตามแนวคิด ISO9000



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q08:02

คำว่าประกันคุณภาพในแต่ละที่มีความหมายและให้ความรู้สึกที่แตกต่างกัน โดยพื้นฐานที่สุดประกันคุณภาพคือการประเมินเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้และปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องกับข้อกำหนด

ในประเทศอเมริกา คำว่าประกันคุณภาพให้ความหมายไปในเชิงลบ เป็นการตรวจสอบกับมาตรฐานซึ่งมุ่งเน้นจุดบกพร่องหรือผู้กระทำผิด

ทางด้านยุโรป คำว่าประกันคุณภาพมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า Quality Improvement ในอเมริกา คือมุ่งที่จะใช้กระบวนการเชิงบวกเพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

วงการการศึกษาในประเทศไทยใช้คำว่าประกันคุณภาพการศึกษา เทียบเท่ากับการรับรองคุณภาพหรือ accreditation กล่าวคือประกอบด้วย การควบคุมคุณภาพ การประเมินคุณภาพภายใน และการรับรองคุณภาพโดยองค์กรภายนอก

การประกันคุณภาพในความหมายของ ISO9000 คือการปฏิบัติการทั้งหมดตามระบบและแผนที่วางไว้ ให้ได้มาซึ่งความเชื่อมั่นว่าผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้นเป็นไปตามคุณภาพที่ต้องการ การประกันคุณภาพต้องมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่องในปัจจุบันต่างๆ ที่จะมีผลต่อคุณภาพ

คุณภาพและระบบคุณภาพ

■ คุณภาพ

- ลักษณะโดยรวมของผลผลิตหรือบริการซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการที่แสดงออกและไม่แสดงออก
- Totality of characteristics of an entity that bear on its ability to satisfy stated and implied needs (ISO8402:1994)

■ ระบบคุณภาพ

- โครงสร้างองค์กร, หน้าที่รับผิดชอบ, คู่มือปฏิบัติงานด้านคุณภาพ, บันทึกคุณภาพ, กระบวนการและทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการบริหารคุณภาพเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์คุณภาพ



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q08:03

ความหมายของคุณภาพที่ ISO กำหนดให้มี key word คือการตอบสนองความต้องการ (ในที่นี้คือความต้องการของลูกค้า) เป็นความต้องการทั้งที่แสดงออกและไม่แสดงออก และเป็นลักษณะโดยรวมของผลผลิตหรือบริการ

ISO กำหนดความหมายของระบบคุณภาพไว้ว่า หมายถึง โครงสร้างองค์กร หน้าที่รับผิดชอบ คู่มือปฏิบัติงานด้านคุณภาพ บันทึกคุณภาพ กระบวนการและทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการบริหารคุณภาพเพื่อวัตถุประสงค์คุณภาพ

หากจะสรุปความหมายของระบบคุณภาพในเชิง input-process-output อาจมองได้ว่า

- input คือ โครงสร้างองค์กร การมอบหมายหน้าที่ คู่มือ ทรัพยากร
- process คือกระบวนการทำงาน
- สิ่งที่เป็นที่ก output คือบันทึกคุณภาพ

การทำความเข้าใจกับความหมายของระบบคุณภาพจะมีส่วนสำคัญในการเขียนระเบียบปฏิบัติเชิงระบบ (system procedure)

2

วิวัฒนาการของระบบประกันคุณภาพ

- การตรวจสอบ (Acceptance Inspection)
- การควบคุมคุณภาพ (Quality Control)
 - monitor กระบวนการและขจัดสาเหตุที่จะทำให้ผลิตภัณฑ์ใช้การไม่ได้
- การประกันคุณภาพ (Quality Assurance)
 - มุ่งปรับปรุงกระบวนการ, ค้นหาและป้องกันสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดหรือความคาดหวัง (Nonconformance)
- Total Quality Management
 - เน้นการทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กร, การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
- Total Quality Assurance ครอบคลุมผู้ส่งมอบของผู้ผลิตด้วย



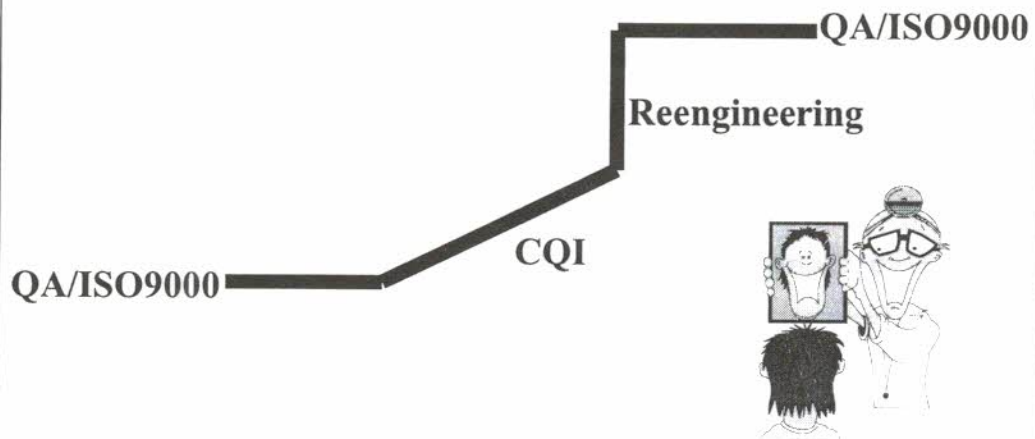
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q08:04

วิวัฒนาการของระบบประกันคุณภาพมีมาตามลำดับดังนี้

1. การตรวจสอบผลิตภัณฑ์ว่าใช้การได้หรือไม่ (acceptance inspection) เป็นการตรวจสอบเมื่อสิ้นสุดการผลิตแล้ว ซึ่งไม่สามารถแก้ไขอะไรได้
2. การควบคุมกระบวนการ (quality control) เป็นการติดตามเครื่องชี้วัดระหว่างการผลิต และดำเนินการจัดการขจัดสาเหตุที่จะทำให้ผลิตภัณฑ์นั้นใช้การไม่ได้ เป็นการนำเอาการป้องกันเข้าไปในกระบวนการผลิต
3. การประกันคุณภาพ (quality assurance) เป็นการตั้งข้อกำหนด ตรวจสอบว่าเป็นไปตามข้อกำหนดหรือไม่ และดำเนินการปรับปรุงกระบวนการเมื่อไม่เป็นไปตามข้อกำหนดหรือความคาดหวัง
4. Total Quality Management เน้นการทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กร และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพิ่มเติมจากการประกันคุณภาพ
5. Total Quality Assurance มีการสร้างความเป็นหุ้นส่วนกับผู้ส่งมอบเพิ่มเติมขึ้นจาก TQM

3

ลักษณะของกิจกรรมคุณภาพ

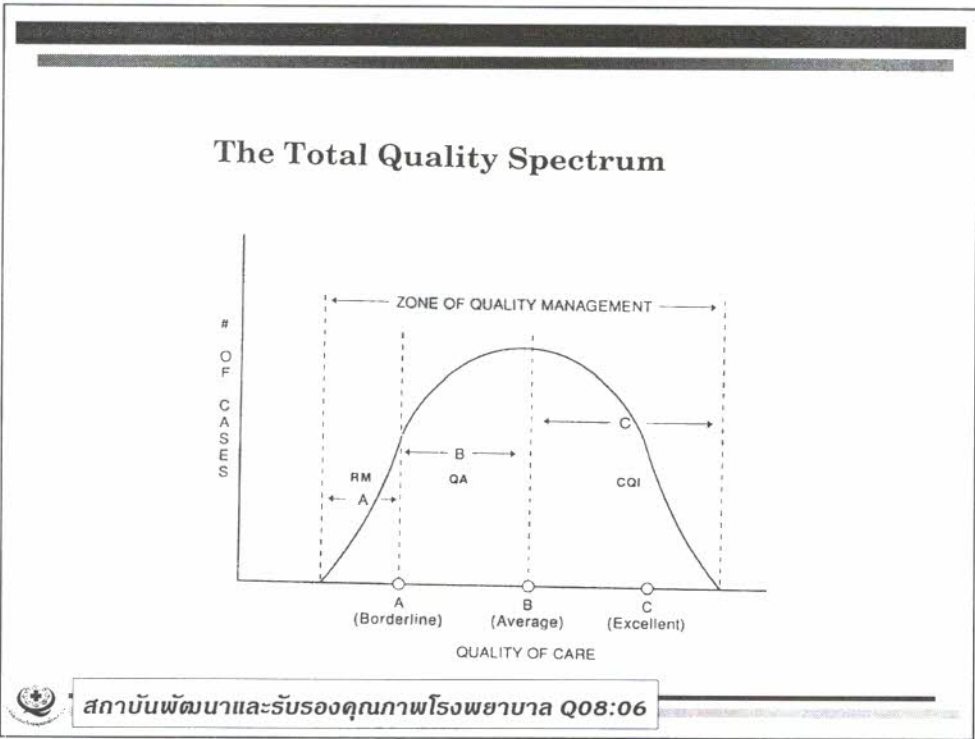


สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q08:05

ISO9000 เน้นการรักษาระดับคุณภาพให้สม่ำเสมอตามข้อกำหนด ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงรักษาคุณภาพมิให้ตกลง หรือรักษาระดับคุณภาพที่พัฒนามาได้ให้คงไว้

ลักษณะของกิจกรรมคุณภาพที่จะทำให้คุณภาพเพิ่มสูงขึ้น ตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้ดีขึ้น คือการปรับปรุงอย่างค่อยเป็นค่อยไป (CQI หรือ Kaizen) และการปรับปรุงอย่างฉับพลันหรือการปรับปรุงองค์กร (reengineering)

QA หรือ ISO9000 เป็นทั้งพื้นฐานสำหรับการก้าวต่อไปเป็น TQM และเป็นเครื่องมือในการรักษาระดับคุณภาพที่ได้พัฒนามาแล้ว



ภาพนี้แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมคุณภาพกับระดับคุณภาพซึ่งต่อเนื่องกันเป็น spectrum

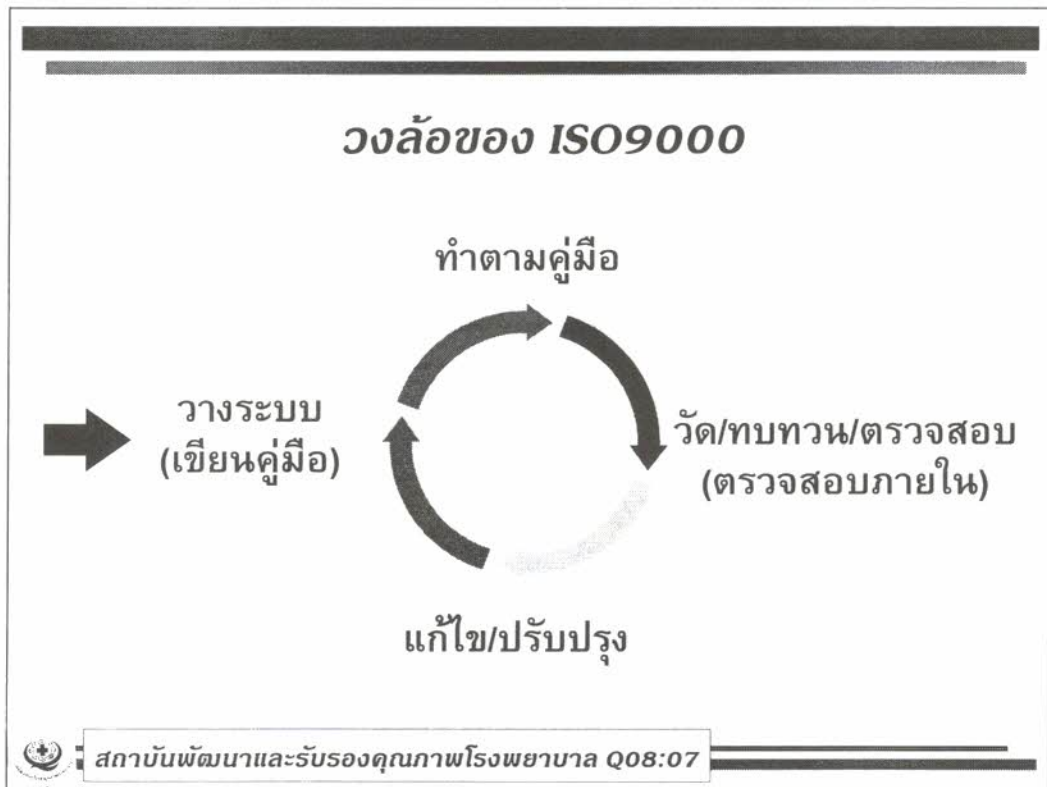
1. ในกรณีที่คุณภาพอยู่ในระดับที่ต่ำมาก ถือว่ามีความเสี่ยงสูงมาก กิจกรรมที่ควรทำคือ การบริหารความเสี่ยง (RM) ได้แก่ การค้นหาและวางมาตรการในการป้องกันความเสี่ยง

2. ในกรณีที่คุณภาพอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย กิจกรรมที่ควรทำคือการประกันคุณภาพ (QA) เป็นการตั้งเป้าหมายว่าจะต้องปรับปรุงให้ได้อย่างน้อยเท่ากับค่าเฉลี่ย ข้อกำหนดในที่นี้คือข้อกำหนดเชิงผลลัพธ์

3. ในกรณีที่คุณภาพอยู่ในระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ย กิจกรรมที่ควรทำคือการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) เพื่อกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาต่อไปถึงแม้ว่าระดับคุณภาพจะสูงกว่าค่าเฉลี่ยแล้วก็ตาม

ในบางครั้งอาจพิจารณาการใช้กิจกรรมทั้ง 3 ประเภทควบคู่กันไปตามลักษณะของบริการ เช่น ในการผ่าตัดไส้ติ่งฉุกเฉิน อาจจะทำทั้ง RM, QA และ CQI สำหรับแต่ละองค์ประกอบของบริการดังนี้

1. ใช้ RM สำหรับการป้องกันความเสี่ยงจากการระงับความรู้สึกรู้สึก
2. ใช้ QA สำหรับการปรับปรุง การตรวจเย็บก่อนผ่าตัด, การส่งชิ้นเนื้อตรวจ และการให้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด
3. ใช้ CQI เพื่อปรับปรุงการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย



หากนำแนวคิดของ QA และ CQI เข้ามารวมกัน จะพบว่าสามารถเขียนได้เป็นวงล้อดังภาพ ซึ่งมีกิจกรรมอยู่ 4 องค์ประกอบคือ การวางระบบ, การทำตามคู่มือหรือระบบที่วางไว้, การวัด/ทบทวน/ตรวจสอบ และการแก้ไขปรับปรุง อาจเรียกวงล้อนี้ว่าเป็น Plan-Do-Check-Act ก็ได้

QA จะเริ่มต้นด้วยการวางระบบคือเขียนคู่มือ ทำตามคู่มือที่เขียนไว้ มีระบบตรวจสอบภายในว่าได้มีการปฏิบัติตามคู่มือที่เขียนไว้หรือไม่ และมีการแก้ไขปรับปรุงสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด

CQI จะเริ่มต้นด้วยการทบทวนตรวจสอบผลงานเทียบกับเป้าหมายหรือความต้องการของลูกค้า เมื่อเห็นว่ามีความสามารถจะปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ก็จะดำเนินการปรับปรุงโดยอาศัยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ควบคู่ไปกับการคิดสร้างสรรค์ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือการมีมาตรฐานหรือคู่มือปฏิบัติงานใหม่ซึ่งให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าเดิม

จะเห็นว่าทั้ง QA และ CQI ต่างก็หมุนสลับกันไปอย่างต่อเนื่องไม่มีวันสิ้นสุด

4

ข้อกำหนดของ ISO 9000 ที่ควรนำมาพิจารณาใช้

- ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหาร (Management Responsibility)
- ระบบคุณภาพ (Quality System)
- การควบคุมเอกสารและข้อมูล (Document & Data Control)
- การแก้ไขและป้องกันสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด (Corrective & Preventive Action)
- การตรวจสอบภายใน (Internal Audit)





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q08:08

4.1 management responsibility เป็นการกำหนดว่าฝ่ายบริหารจะต้องมีบทบาทหน้าที่อย่างไรบ้างในเรื่องคุณภาพ ได้แก่ การกำหนดนโยบายคุณภาพ, การมอบหมายให้มีผู้ทำหน้าที่จัดการ ตรวจสอบ และปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับคุณภาพ, การจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น, การมอบหมายให้มีผู้แทนฝ่ายบริหารด้านคุณภาพ (Quality Management Representative-QMR), การทบทวนระบบคุณภาพโดยฝ่ายบริหารอย่างสม่ำเสมอ. (HA กำหนดบทบาทของผู้บริหารในเรื่องนโยบาย การจัดสรรทรัพยากร และการติดตามสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพไว้แล้ว แต่ไม่ได้ระบุเฉพาะเจาะจงในเรื่องการมอบหมายหน้าที่และการมีผู้แทนฝ่ายบริหารด้านคุณภาพเหมือนกับ ISO9000.)

4.2 quality system เป็นการกำหนดว่าฝ่ายบริหารจะต้องวางระบบคุณภาพที่เป็นลายลักษณ์อักษร. แม้ว่ามาตรฐานจะไม่ได้กำหนดให้ชัดเจนว่าเอกสารของระบบคุณภาพจะเป็นอย่างไร แต่ก็มักจะนิยามเขียนกันเป็น 4 ระดับ คือ quality manual, system procedures, work instruction, forms & records. (HA ได้กำหนดเรื่องการเขียนคู่มือปฏิบัติงานหรือที่เรียกว่า policies & procedures ไว้แล้ว แต่ไม่ได้กำหนดรูปแบบที่ตายตัว. โรงพยาบาลสามารถนำแนวคิดการเขียนคู่มือแบบ ISO มาใช้ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับ system procedure ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ของหน่วยงานต่างๆ และการวางระบบที่รัดกุมตั้งแต่ก่อนปฏิบัติงาน ระหว่างปฏิบัติงาน และหลังปฏิบัติงาน.)

4.5 document & data control เป็นการกำหนดว่าฝ่ายบริหารจะต้องมีระบบการจัดทำ ทบทวน รับรอง และควบคุมเอกสารและข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวกับคุณภาพเพื่อให้จุดปฏิบัติงานมีเฉพาะเอกสารที่เป็นปัจจุบันไว้ใช้งาน, การจัดทำบัญชีเอกสารควบคุม เพื่อให้สามารถส่งเอกสารที่ปรับปรุงไปยังหน่วยงานที่ต้องใช้ได้ถูกต้อง. (HA กำหนดเรื่องวิธีการจัดทำ ทบทวน รับรอง การเขียนคู่มือไว้ แต่ไม่ได้กำหนดเรื่องการควบคุมเอกสารเพื่อป้องกันการมีเอกสารที่ล้าสมัยอยู่ในหน่วยงานไว้อย่างชัดเจน.)

4.14 corrective & preventive Action เป็นการกำหนดว่าจะต้องกำหนดวิธีการปฏิบัติแก้ไขหรือป้องกันปัญหา อันได้แก่ คำร้องเรียนของลูกค้า, ผลัดกันที่ที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด, การไม่ทำตามระเบียบปฏิบัติที่กำหนดไว้ โดยต้องมีการติดตามว่าได้มีการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอย่างได้ผล. (HA ระบุไว้กว้างๆ ว่าจะต้องมีกลไกการสื่อสารและแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ แต่ไม่ได้ลงรายละเอียดในวิธีปฏิบัติ ISO9000 ได้ให้แนวปฏิบัติในเรื่องนี้ไว้ชัดเจน ในการบันทึกเมื่อพบสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด การออกไปขอให้มีการแก้ไข และการติดตามการแก้ไขปัญหา. สิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดในบริบทสุขภาพ รวมถึงภาวะแทรกซ้อน อุบัติการณ์ หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆด้วย.)

4.17 internal quality audits เป็นการตรวจสอบโดยบุคคลจากต่างหน่วยงานว่ามีการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติที่วางไว้และประเมินประสิทธิภาพของระบบคุณภาพ. (มาตรฐาน HA เน้นที่การตรวจสอบตนเองภายในกลุ่มวิชาชีพหรือ peer review เนื่องจากลักษณะการทำงานต้องอาศัยดุลยพินิจและความมีอิสระในการตัดสินใจ. แนวคิดของการทำ internal audit ได้นำมาปรับใช้เป็น internal survey เพื่อสร้างความตื่นตัวและทำให้เห็นมุมมองที่ต่างออกไป มากกว่าที่จะไปตรวจสอบตามระเบียบปฏิบัติ.)

5

การเขียนคู่มือในระบบ ISO9000

■ นโยบายคุณภาพ (Quality Manual)

- ระบุนโยบายและวัตถุประสงค์ในเรื่องหลัก ๆ

■ ระเบียบปฏิบัติเชิงระบบ (System Procedure)

- กำหนดระเบียบและแนวทางปฏิบัติทั่วไปสำหรับกิจกรรมหนึ่ง ๆ
- เป็นคู่มือการประสานงานระหว่างหน่วยงาน
- (ควรระบุกิจกรรมที่ต้องเตรียมก่อนและตรวจสอบหลังการปฏิบัติงาน)

■ วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)

- บรรยายวิธีปฏิบัติงานเป็นขั้นตอนโดยละเอียด

■ เอกสารประกอบ : แบบบันทึก, แผนภูมิ



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q08:09

คู่มือคุณภาพในระบบ ISO9000 กำหนดไว้ 4 ระดับคือ

1. **นโยบายคุณภาพ** เป็นการระบุนโยบายและวัตถุประสงค์ในเรื่องหลักๆ ว่ามีจุดยืนอย่างไร เช่น เรื่องการพัฒนากำลังคน เรื่องสิทธิผู้ป่วย เรื่องมาตรฐานของการประกอบวิชาชีพ

2. **ระเบียบปฏิบัติเชิงระบบ** เป็นการกำหนดระเบียบและแนวทางปฏิบัติทั่วไปสำหรับกิจกรรมต่างๆ อาจจะเรียกได้ว่าเป็นคู่มือประสานงานระหว่างหน่วยงาน ซึ่งจะแจกแจงบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไว้อย่างชัดเจน นอกจากนั้นยังเป็นการเขียนคู่มือให้ครอบคลุมระบบคุณภาพที่กล่าวไว้ได้แก่ input หรือกิจกรรมที่ต้องเตรียมก่อนการปฏิบัติงาน , process คือการปฏิบัติงานในกิจกรรมนั้น และ output คือการบันทึกผลรวมทั้งการนำผลที่บันทึกไปใช้งานต่อ

3. **วิธีปฏิบัติงาน** เป็นการบรรยายวิธีการปฏิบัติงานเป็นขั้นตอนโดยละเอียดของแต่ละหน่วยงาน

4. **เอกสารประกอบ** เช่น แบบบันทึก แผนภูมิประกอบการทำงาน

คู่มือแต่ละระดับจะมีหมายเลขกำกับและมีการอ้างอิงถึงกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคู่มือนโยบายคุณภาพและระเบียบปฏิบัติเชิงระบบ

หัวข้อในการเขียน System Procedure

- วัตถุประสงค์ (ทำไมต้องมีคู่มือฉบับนี้)
- นโยบาย (จุดยืน จะทำอะไร)
- ขอบข่าย (ใช้กับใคร ใช้ที่ไหน)
- คำนิยามศัพท์
- เอกสารอ้างอิง
- ความรับผิดชอบ (ใคร ทำอะไร)
- วิธีปฏิบัติ (ทำอะไร)
- เครื่องชี้วัด



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q08:10

หัวข้อในการเขียนระเบียบปฏิบัติเชิงระบบ (system procedure) ประกอบด้วย

1. หัวกระดาษ ซึ่งระบุชื่อระเบียบปฏิบัติ หมายเลขกำกับ ฉบับที่ วันที่บังคับใช้ ผู้ร่าง ผู้รับรอง
2. วัตถุประสงค์ ซึ่งระบุว่าทำไมต้องมีคู่มือฉบับนี้ ควรมีความชัดเจนพอสมควรว่าจะใช้เพื่อป้องกันปัญหาอะไร
3. นโยบาย (เป็นส่วนที่ประสานเข้ามาจากวิธีการเขียนคู่มือของโรงพยาบาลในอเมริกาซึ่งเรียกว่า policy & procedure) นโยบายในที่นี้ก็คือจุดยืนสำหรับปัญหาเรื่องนี้ว่าจะทำอะไร (what)
4. ขอบข่าย ระบุว่าคู่มือฉบับนี้จะใช้ที่ใดบ้าง กับใครบ้าง
5. คำนิยามศัพท์ (ถ้ามี)
6. เอกสารอ้างอิง (ถ้ามี)
7. ความรับผิดชอบ ระบุว่าหน่วยงานใดมีหน้าที่รับผิดชอบอะไร
8. วิธีปฏิบัติ ซึ่งระบุว่าจะมีขั้นตอนในการปฏิบัติอย่างไร (how) ในระดับนี้จะเป็นการระบุแนวทางปฏิบัติทั่วไปซึ่งไม่จำเป็นต้องละเอียดเท่ากับใน work instruction
9. เครื่องชี้วัด ถ้าจำเป็นที่จะต้องมีการติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพของระเบียบปฏิบัตินี้

6

กิจกรรมกลุ่ม (30 นาที)

- ให้กลุ่มเขียน System Procedure ของการจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้ Flow Chart ที่ได้เขียนไว้แล้วเป็นเครื่องมือช่วยทำความเข้าใจ
- ให้ระบุบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน/บุคคล ให้ชัดเจน เพื่อประโยชน์ในการประสานงาน
- ให้พิจารณาปัญหาที่มีโอกาสเกิด และเขียนคู่มือให้ครอบคลุม
 - การเตรียมคน, ทรัพยากร, ข้อมูล ให้พร้อมเพื่อป้องกันปัญหา
 - การติดตามและวัดผลการปฏิบัติงานว่ามีปัญหาเกิดขึ้นหรือไม่
 - การดำเนินการเมื่อเกิดปัญหา

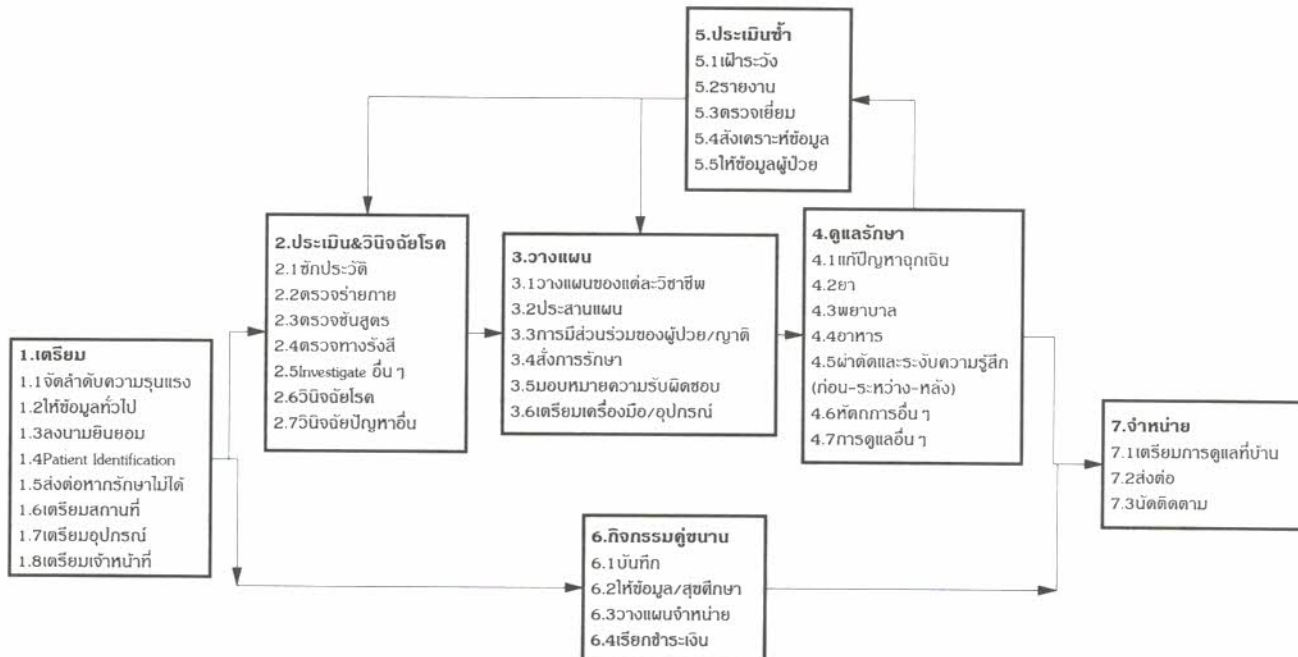


สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q08:11

กิจกรรมกลุ่มใน session นี้เป็นการฝึกให้ผู้เข้าประชุมได้เขียนระเบียบปฏิบัติเชิงระบบ (system procedure) ซึ่งจะมีความสำคัญในการป้องกันปัญหามาก และจะต้องตีประเด็นเรื่องระบบคุณภาพให้ถ่องแท้

1. ให้กลุ่มใช้ deployment flow chart ที่เขียนไว้ในขั้นตอนที่แล้วมาเป็นจุดเริ่มต้น
2. วิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดปัญหาขึ้นในกระบวนการนี้
3. ระบุบทบาทของหน่วยงาน/บุคคล ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน และจะมีบทบาทเมื่อเกิดปัญหาคือ
4. ให้เขียนแนวทางปฏิบัติอย่างกว้างๆ ใน 3 ประเด็นคือ
 - การเตรียมคน ทรัพยากร ข้อมูล เพื่อป้องกันปัญหา
 - การติดตามและวัดผลการปฏิบัติงาน
 - การดำเนินการเมื่อเกิดปัญหา

การเขียนคู่มือการปฏิบัติงานในระดับ system procedure



กระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วย

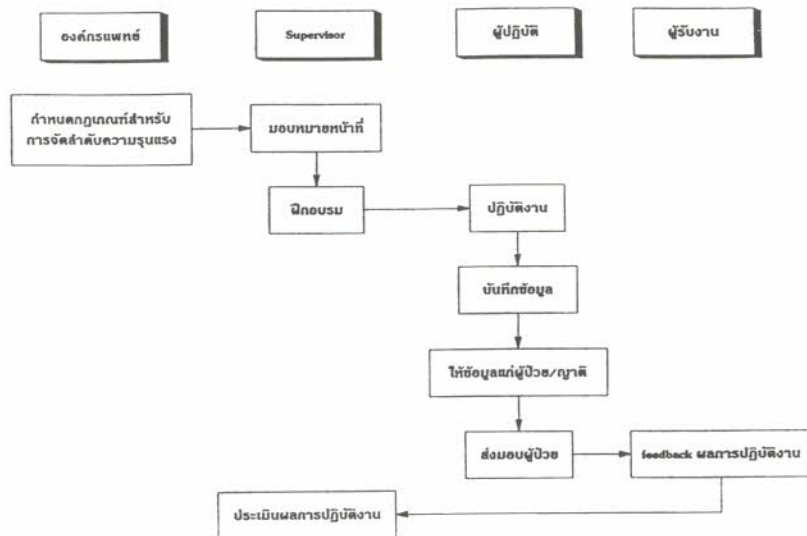
การเขียนคู่มือระดับ system procedure มีจุดประสงค์เพื่อ

- แสดงให้เห็นว่ามีการออกแบบระบบงานที่ดีเพื่อป้องกันปัญหาหรือความด้อยคุณภาพ
- เป็นแนวทางในการตัดสินใจว่าเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น จะต้องทำอะไร
- เป็นแนวทางในการประสานงานกับหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง
- ระบุผู้รับผิดชอบในการทำงานหรือการตัดสินใจ รวมทั้งความรู้หรือทักษะที่ต้องการ

สิ่งที่ควรปฏิบัติในการเขียนคู่มือระดับ system procedure คือ

- วิเคราะห์ปัญหาหรือความด้อยคุณภาพที่มีโอกาสที่จะเกิดขึ้น เช่น การจัดลำดับความรุนแรง มีโอกาสที่จะเกิดปัญหาว่า ไม่มีการจัดลำดับความรุนแรง, ปฏิบัติโดยบุคคลที่ไม่มีความรู้เพียงพอ, จัดลำดับความรุนแรงผิดพลาด, ไม่มีการตรวจสอบเมื่อเกิดความผิดพลาด

- วิเคราะห์กระบวนการเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนของการปฏิบัติงานนั้น



- วางระเบียบปฏิบัติในเชิงระบบ (system procedure) ว่าใคร จะต้องทำอะไร เมื่อไร เพื่อป้องกันปัญหาหรือความด้อยคุณภาพที่จะเกิดขึ้น เช่น
 - การจัดลำดับความรุนแรงที่ OPD จะเกิดขึ้นได้ที่จุดใดบ้าง
 - ใครจะทำหน้าที่จัดลำดับความรุนแรงในแต่ละจุด ผู้ทำหน้าที่นั้นจะต้องมีคุณสมบัติความรู้ ทักษะ และได้รับการฝึกอบรมอย่างไร
 - ใครจะทำหน้าที่ดูแลการปฏิบัติงานของผู้จัดลำดับความรุนแรง จะประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างไร ประเมินอะไร ใช้ข้อมูลอะไรในการ monitor
 - หากผู้ที่มีหน้าที่จัดลำดับความรุนแรงไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ จะทำอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบ
 - ใครเป็นผู้กำหนดเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินใจ หากต้องการเปลี่ยนแปลงกฎเกณฑ์เหล่านี้ จะทำอย่างไร
 - ผลของการจัดลำดับความรุนแรงคืออะไร จะต้องมีการบันทึกข้อมูลอะไรในการปฏิบัติงานหรือไม่ ใครเป็นผู้บันทึก
 - ผู้ป่วยควรได้รับทราบข้อมูลอะไรบ้างในขั้นตอนนี้
 - หากมีความผิดพลาดเกิดขึ้นในการจัดลำดับความรุนแรงซึ่งอาจเกิดความเสียหายต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสูง จะตรวจสอบได้อย่างไร จะแก้ไขและป้องกันอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบ
 - ระบบ feedback ของการจัดลำดับความรุนแรงมีอะไรบ้าง ใครเป็นผู้ feedback ให้การ feedback เมื่อใด บ่อยเพียงใด



09

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q09:01

ขั้นตอนในการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง (CQI Steps)

1. กระบวนการทางวิทยาศาสตร์
2. ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ ขั้นที่ 1-9
3. ทบทวนการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ
4. กิจกรรมกลุ่ม

1

กระบวนการทางวิทยาศาสตร์

อริยสัจสี่	การพัฒนาคุณภาพ	PDCA	การวิจัย	ดูแลผู้ป่วย
อะไรเป็นปัญหาหรือโอกาสที่จะปรับปรุง	เราทำงานอย่างไร เราทำได้ดีเพียงใด	Plan	พรรณนา	มีความผิดปกติอะไร
อะไรเป็นสาเหตุปัญหา	อะไรเป็นสาเหตุของจุดอ่อน		วิเคราะห์	อะไรเป็นสาเหตุ
อะไรเป็นเป้าหมายของการแก้ปัญหา	กระบวนการนี้มีเป้าหมายอะไร			
ทดลองทางเลือก	ทดลองทำให้ดีขึ้น	Do	ทดลอง	ให้การรักษา
สังเกตผล	วัดผลการทดลอง	Check		ประเมินผล
สรุปบทเรียน	นำผลไปปฏิบัติเป็นมาตรฐาน	Act		



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q09:02

เรานำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์หรือการทำงานเป็นขั้นตอนอย่างมีเหตุผลมาใช้ในสถานการณ์ต่างๆ มากมาย ภายใต้ชื่อเรียกที่แตกต่างกัน แต่โดยหลักการแล้วมีความใกล้เคียงกันมาก ดังตารางที่เปรียบเทียบไว้ข้างบน

1. อริยสัจสี่ ทุกซ์คือการวิเคราะห์ว่าอะไรเป็นปัญหา สมุทัยคือการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา นิโรคคือการดับแห่งทุกซ์หรือเป้าหมายของการแก้ปัญหา มรรคคือหนทางไปสู่การแก้ปัญหา ซึ่งได้มาจากการทดลองทางเลือก การสังเกตผล และการสรุปบทเรียน

2. การพัฒนาคุณภาพหรือ Plan-Do-Check-Act Plan คือการวิเคราะห์ว่ากระบวนการทำงานของเราเป็นอย่างไร เราทำได้ดีเพียงใด มีสาเหตุที่ของจุดอ่อนอะไร จะทำให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้อย่างไร Do คือการนำทางเลือกที่วิเคราะห์ไว้ไปทดลอง Check คือการตรวจสอบผลการทดลอง Act คือการนำผลการทดลองไปเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงาน

3. การวิจัย การวิจัยเชิงพรรณนา คือการบรรยายว่ามีสภาพปัญหาอะไร การวิจัยเชิงวิเคราะห์คือการค้นหาว่าอะไรเป็นสาเหตุ อะไรเป็นทางเลือกที่น่าจะดีที่สุด การวิจัยเชิงทดลองคือการทดลองเพื่อหาข้อสรุปว่าทางเลือกใดได้ผลดีที่สุด การพัฒนาคุณภาพ 1 รอบคือการทำวิจัยทั้ง 3 ลักษณะไปพร้อมกัน

4. การดูแลผู้ป่วย เริ่มด้วยการประเมินว่าผู้ป่วยมีปัญหาอะไร สาเหตุของปัญหาคืออะไร วางแผนและให้การรักษา ประเมินซ้ำว่าการตอบสนองของผู้ป่วยเป็นอย่างไร จะเห็นว่าเราใช้ขั้นตอนเหล่านี้ในการทำงานและแก้ปัญหาประจำวันอยู่แล้วโดยไม่รู้ตัว

2

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ ขั้นที่ 1-9

Plan

1. หาปัญหา/โอกาสพัฒนา
2. ศึกษากระบวนการ
3. ประเมินสถานการณ์ก่อนปรับปรุง
4. วิเคราะห์สาเหตุ
5. วิเคราะห์ทางเลือก

Do

6. ทดลองทางเลือก

Check

7. ศึกษาผล

Act

8. ทำให้การปรับปรุงเป็นมาตรฐาน
9. วางแผนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q09:03

model ในการพัฒนาคุณภาพมีหลายแบบ ทุกแบบหนีไม่พ้น PDCA cycle

ที่นำเสนอนี้ดัดแปลงมาจาก TQT (Total Quality Transformation) model

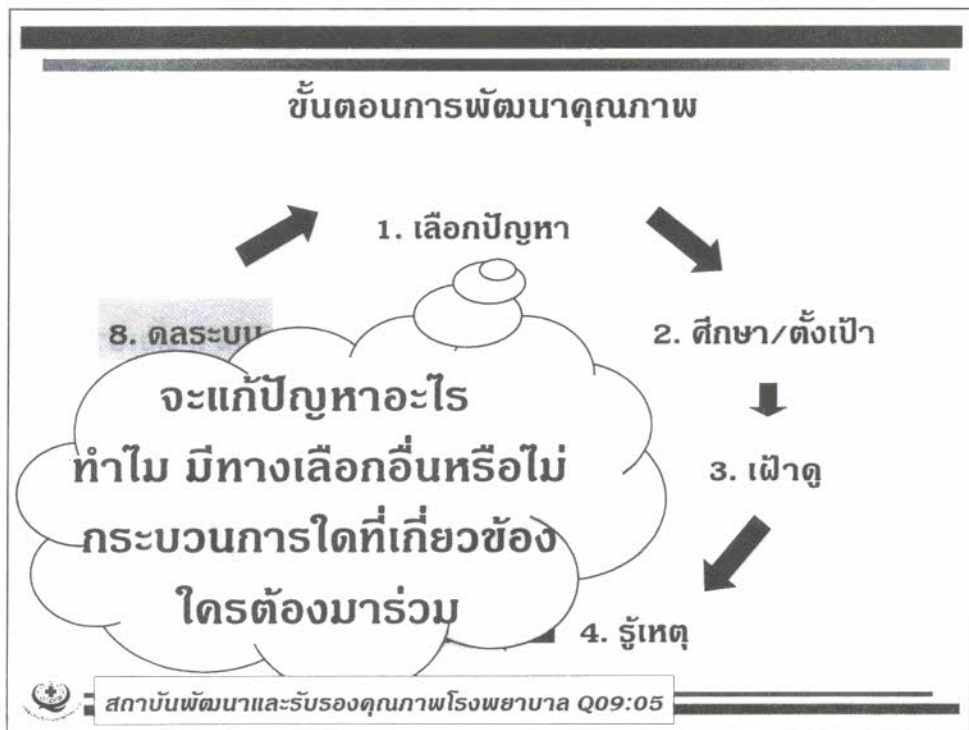
ขั้นตอนที่ใช้เวลามากและมีรายละเอียดมากคือขั้นการหาโอกาสพัฒนาซึ่งสามารถทำได้หลายแนวทาง



เมื่อนำขั้นตอนทั้ง 9 มาเขียนเป็นแผนภูมิวงล้อของการพัฒนาคุณภาพก็จะได้ดังภาพ

โปรดสังเกตว่า

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าดู (ศึกษาสถานการณ์ก่อนการปรับปรุง) กับการสังเกตหลังการทดสอบนั้นคือสิ่งเดียวกัน ได้แก่ เครื่องชี้วัดคุณภาพ
2. เมื่อถึงขั้นสังเกตผลแล้ว หากผลลัพธ์ของการพัฒนายังไม่ดีตามที่ต้องการ จะต้องวนกลับมาที่ขั้นตอนของการวิเคราะห์สาเหตุใหม่



ขั้นที่ 1 ค้นหาและคัดเลือกปัญหาหรือโอกาสพัฒนา

1. จะแก้ปัญหอะไร

เริ่มด้วยการถามว่า หน่วยงานของเรามีไว้เพื่ออะไร ลูกค้ามีความต้องการอะไร อะไรเป็นกระบวนการหลักเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า

มีปัญหหรือโอกาสพัฒนาอะไร อะไรที่เราเห็นว่าเป็นปัญหา เช่น ความซ้ำซ้อน ความผิดพลาด ความสูญเปล่า ความยุ่งยากเกินจำเป็น ความเสี่ยงต่อการสูญเสียทรัพย์สิน/ชื่อเสียง/คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. ทำไมจึงเลือกปัญหานี้

ทำไมต้องแก้ปัญห/พัฒนาเรื่องนี้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว มีทางเลือกอื่นหรือไม่ การวิเคราะห์เป้าหมายและทางเลือกจะทำให้กำหนดขอบเขตของการแก้ปัญหาได้ดีขึ้น

3. มีกระบวนการใดที่เกี่ยวข้องกับปัญหานี้

การพัฒนาคุณภาพคือการปรับปรุงกระบวนการ เมื่อเลือกปัญหาได้แล้วต้องวิเคราะห์ให้ชัดเจนว่ากระบวนการที่เกี่ยวข้องมีอะไรบ้าง

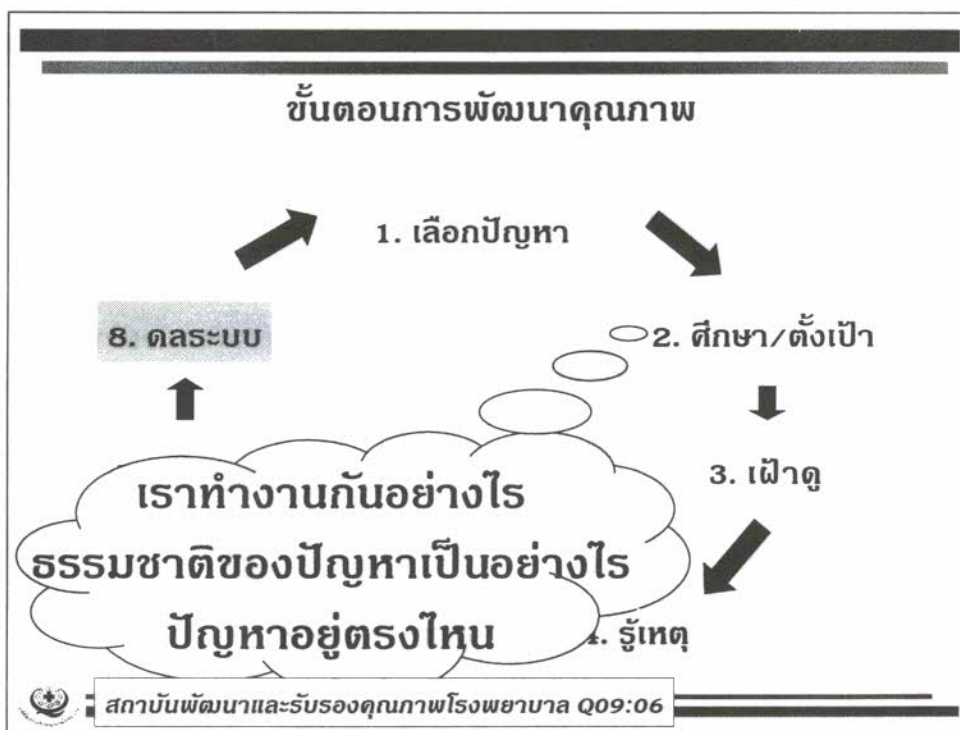
4. ใครควรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญห

ถ้าเป็นเรื่องของคนอื่น -> ระบบข้อเสนอแนะ

ถ้าเป็นเรื่องร่วมกับคนอื่น -> cross-functional team

(ในกรณีองค์ประกอบของทีมควรมีตัวแทนจากหน่วยงานสำคัญที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้มีอำนาจในการดำเนินการเปลี่ยนแปลงในเรื่องนั้นๆ)

ถ้าเป็นเรื่องของเราคนเดียว -> ดำเนินการต่อ



ขั้นที่ 2 การศึกษาระบบงานและกำหนดวัตถุประสงค์

1. เราทำงานกันอย่างไร

เขียนแผนภูมิกระบวนการทำงาน ทบทวนความคาดหวังของลูกค้าในแต่ละขั้นตอนและระบบสะท้อนข้อมูลที่มีอยู่

ปรับปรุงกระบวนการทำงานให้กระชับถ้ามีโอกาส

2. ธรรมชาติของปัญหาเป็นอย่างไร

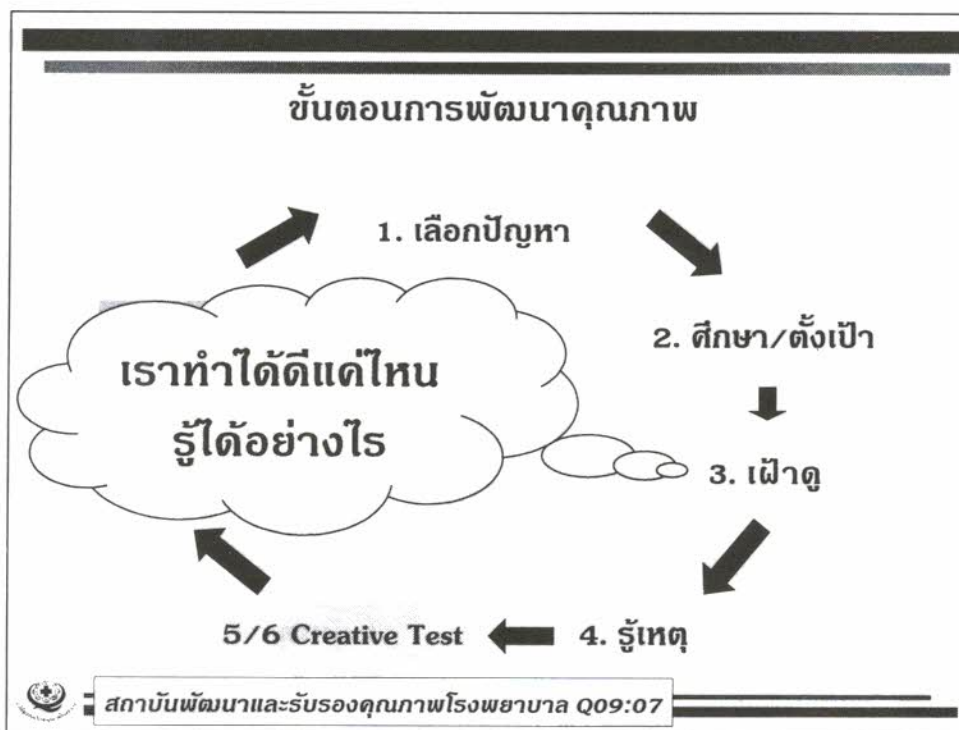
มีแบบแผนของปัญหาที่เห็นได้ชัดเจนหรือไม่ว่า ปัญหาเกิดขึ้นกับใคร ที่ไหน เมื่อไร ไม่เกิดขึ้นกับใคร ที่ไหน เมื่อไร

3. ปัญหาอยู่ตรงไหน

วิเคราะห์ให้กระจ่างมากขึ้นว่า อะไรเป็นอาการของปัญหา อะไรเป็นตัวปัญหา สามารถแยกได้เฉพาะเจาะจงหรือไม่ว่าตรงไหนเป็นปัญหามากที่สุด

4. ตั้งเป้า

กำหนดหรือทบทวนวัตถุประสงค์โครงการ และตัวชี้วัดคุณภาพสำคัญ



ขั้นที่ 3 ศึกษาสถานการณ์ก่อนการปรับปรุง

1. กำหนดเครื่องชี้วัด

ทบทวนความต้องการของลูกค้าและเป้าหมายของกระบวนการ วิเคราะห์และคัดเลือกตัวชี้วัดที่สะท้อนระดับคุณภาพ มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลง และสามารถเก็บได้ไม่ยากเกินไป

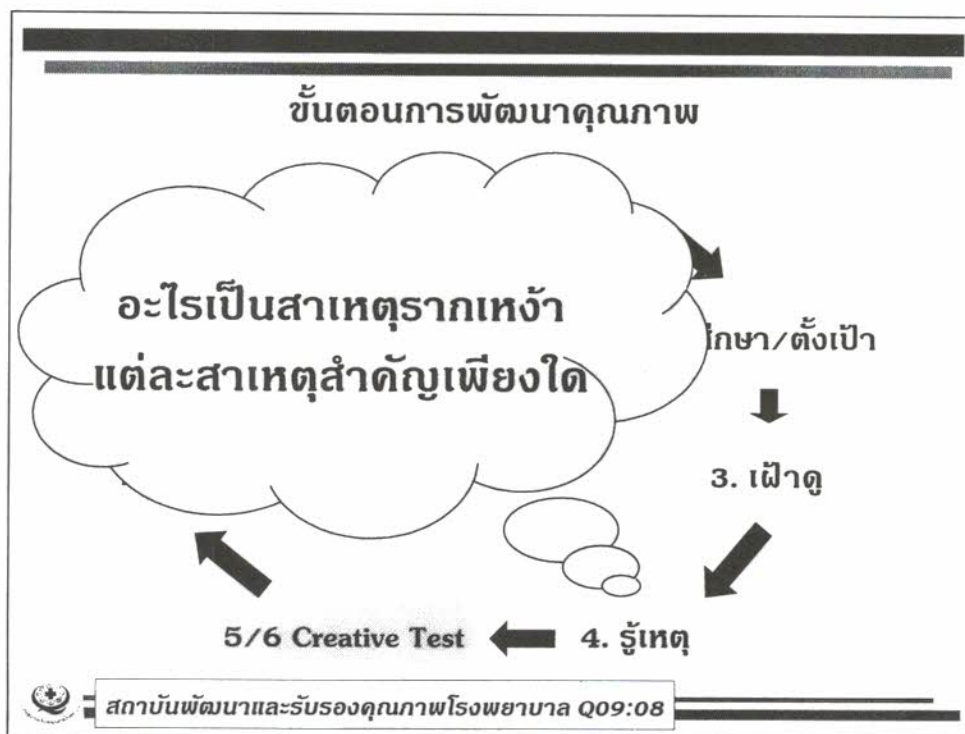
2. กำหนดค่าจำกัดความและวิธีการเก็บข้อมูล

จะเก็บข้อมูลอะไร อย่างไร เท่าไร ที่ไหน เมื่อไร บ่อยเท่าไร ใครเก็บ ใช้แบบเก็บข้อมูลอะไร

3. เก็บข้อมูล

4. นำข้อมูลมาสร้าง control chart

วิเคราะห์ stability ของระบบ และ จัดหาเหตุพิเศษของ variation



ขั้นที่ 4 วิเคราะห์สาเหตุ

1. ทบทวนแบบแผนของปัญหา

2. วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

ระดมสมอง จัดกลุ่มความคิด ใช้แผนภูมิช่วย

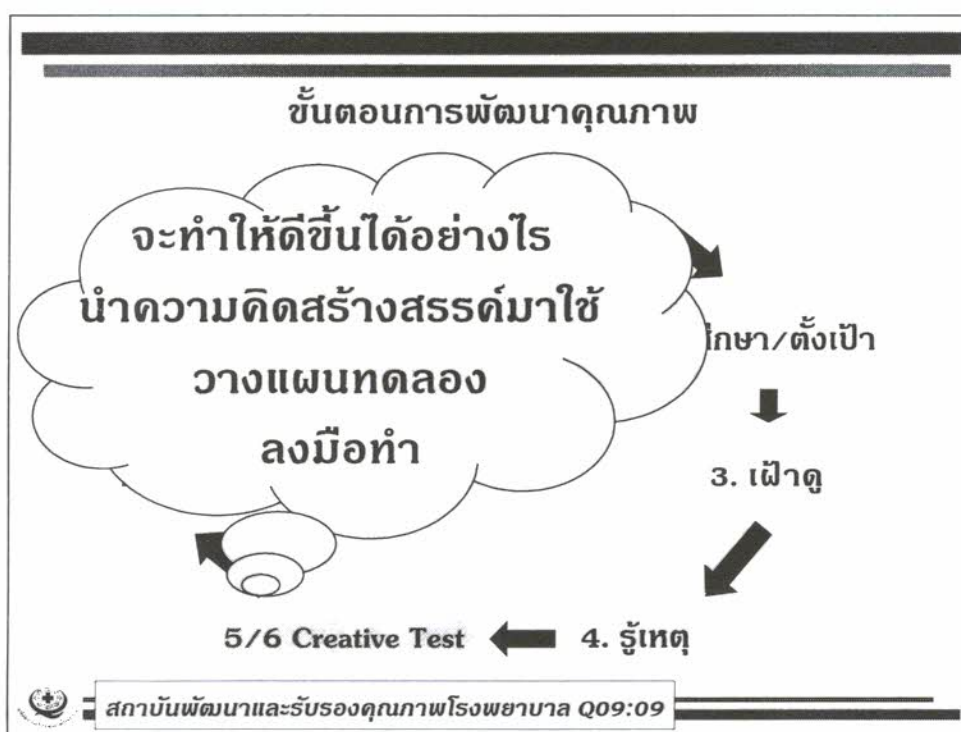
อาจแยกวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาแต่ละจุดแยกจากกัน

พยายามนึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงๆ มากกว่าที่จะคาดเดาหรือฝันเอา

ค้นหาสาเหตุที่แท้จริงด้วยคำถาม ทำไม หลายๆ ครั้ง

3. จัดลำดับความสำคัญ

เก็บข้อมูลสนับสนุน หรือประมาณการเพื่อให้เห็นว่าสาเหตุใดควรได้รับการหยิบยกมา
แก้ไขก่อน



ขั้นที่ 5 วิเคราะห์ทางเลือก

1. ทบทวนเป้าหมายของโครงการ เพื่อป้องกันการหลงประเด็น
2. ระดมสมองหาทางเลือกสำหรับแต่ละสาเหตุ

ใช้ความคิดสร้างสรรค์ให้มาก คิดออกไปนอกกรอบ คิดถึงมาตรการที่จะเป็นระบบตรวจสอบด้วยตัวเอง และมาตรการที่จะเป็นสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงาน

3. ประเมินและคัดเลือกทางเลือก

วิเคราะห์ข้อจำกัดของการทำงาน

ประเมินว่าอะไรเป็นคำตอบซึ่งจัดการกับปัญหาที่เป็นรากเหง้า, อะไรเป็นคำตอบที่ง่ายที่สุดในการนำมาปฏิบัติและอ้างไว้, คำตอบใดเพิ่มงานในระบบมากที่สุด คำตอบใดเพิ่มงานน้อยที่สุด

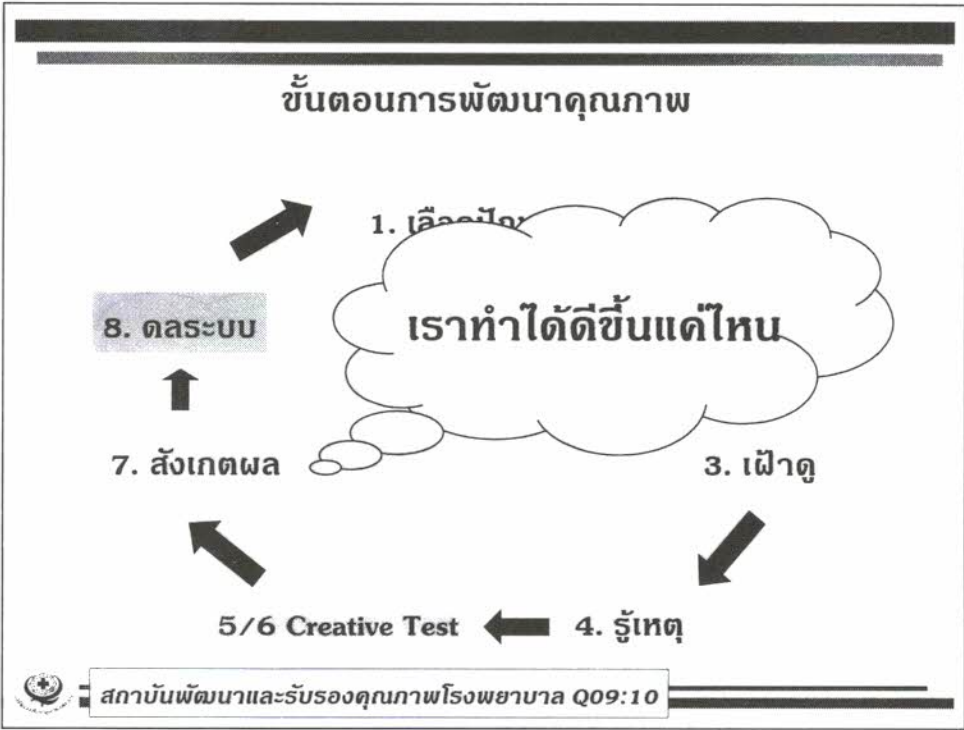
วิเคราะห์ข้อเสีย ผลกระทบทางลบ จุดอ่อน ของแต่ละทางเลือกและการป้องกัน

วิเคราะห์ทางเลือกที่สามารถนำมาใช้ร่วมกันหรือพร้อมกันได้

หากจำเป็นต้องเลือกเอาทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง ให้กำหนดเกณฑ์และน้ำหนักของเกณฑ์เพื่อใช้จัดลำดับความสำคัญของทางเลือกเหล่านี้ (criteria rating technique)

ขั้นที่ 6 ทดสอบทางเลือก

วิเคราะห์แรงหนุนแรงต้าน จัดทำแผนทดสอบว่าใคร ทำอะไร เมื่อไร สื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบและรับข้อเสนอมาปรับปรุง กำหนดวิธีการติดตามความก้าวหน้า ดำเนินการฝึกอบรม ดำเนินการทดสอบตามแผน



ขั้นที่ 7 ศึกษาผล

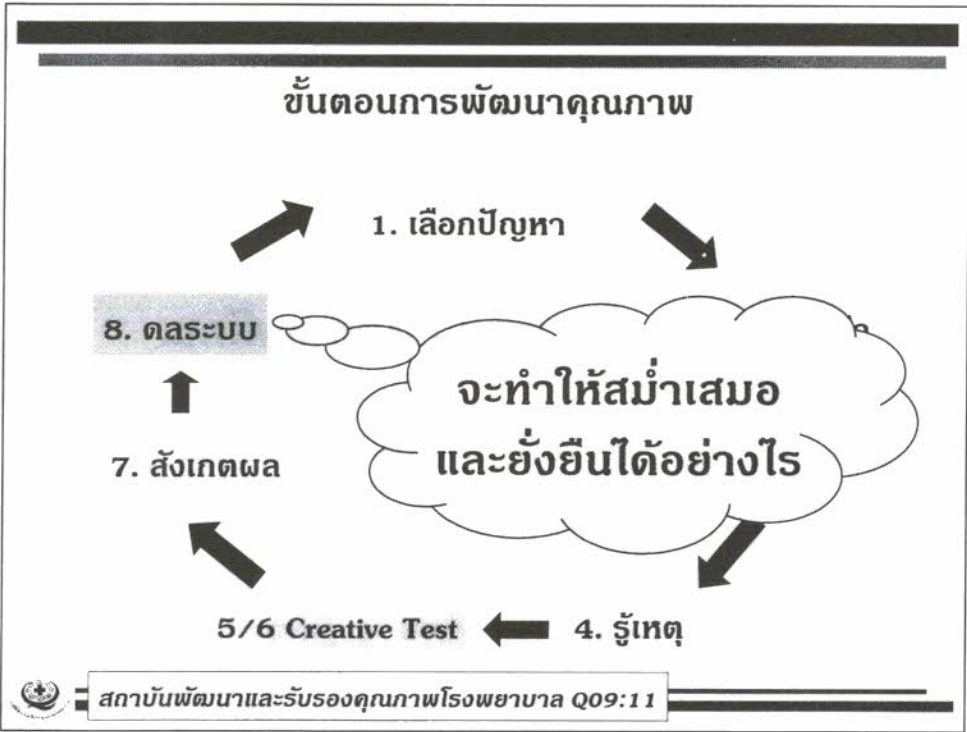
การศึกษามูลควรเรียนรู้ทั้งข้อมูลที่เป็นตัวเลข และผลกระทบที่ไม่ใช่ตัวเลข

1. วิเคราะห์ข้อมูลตัวเลข

วิเคราะห์ว่าระดับปัญหาลดลงหรือไม่ สาเหตุของปัญหาลดลงหรือไม่ ควรทำความเข้าใจว่าการที่ปัญหาลดลงหรือไม่ลดลงนั้นเป็นเพราะอะไร หากปัญหาไม่ลดลง ทีมจะกลับไปทำในขั้นตอนของการวิเคราะห์สาเหตุและคัดเลือกสาเหตุมาปรับปรุงอีกครั้ง

2. วิเคราะห์ผลที่ไม่ใช่ตัวเลข

มีผลกระทบต่อบุคคลและระบบอื่นๆ อย่างไรบ้าง



ขั้นที่ 8 ทำให้การปรับปรุงกลายเป็นมาตรฐาน

คำถามในขั้นตอนนี้คือ จะขยายผลการปรับปรุงอย่างไร จะทำให้ยั่งยืนได้อย่างไร

การทำให้การปรับปรุงยั่งยืนอยู่กับองค์กร คือการเขียนมาตรฐานวิธีการปฏิบัติงานออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งควรจะเขียนในอย่างน้อย 2 ระดับคือ ระดับ system procedure และระดับ work instruction

การเขียนในระดับ system procedure คือการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนและผู้ดูแลภาพรวม การเตรียมก่อนที่จะปฏิบัติงาน การบันทึกและการตรวจสอบ การค้นหาปัญหาและแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา

การเขียนในระดับ work instruction คือการเขียนวิธีปฏิบัติงานเป็นขั้นตอนที่เราคุ้นเคยกันดี

เมื่อเขียนมาตรฐานการปฏิบัติงานแล้ว ต้องพิจารณาถึงการฝึกอบรมเพื่อนำมาตรฐานไปปฏิบัติ และการติดตามผล (ตรวจสอบ รับข้อมูล แก้ปัญหา)

ขั้นที่ 9 วางแผนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

เมื่อจบโครงการแล้ว ควรเขียนรายงานฉบับสมบูรณ์ไว้สำหรับเป็นเครื่องมือในการศึกษาของทีมพัฒนาคุณภาพอื่นๆ รวมทั้งสรุปว่าในเรื่องนี้มีประเด็นอะไรที่สมควรได้รับการพัฒนาต่อเนื่อง ในการทำงานเป็นทีมนี้มันมีอะไรเป็นอุปสรรค ได้แก้ไขไปอย่างไร มีข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารอย่างไร

หากเป็นทีมเกิดจากการรวมตัวในหน่วยงานก็จะคัดเลือกเรื่องที่มีความสำคัญในลำดับต่อไปมาทำ แต่หากเป็นทีมที่แต่งตั้งจากปัญหาก็คงจะได้รับการมอบหมายให้พัฒนาในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป หรือสลายตัวไปหากไม่มีประเด็นที่จะต้องปรับปรุงต่อ

3	บทบาทการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ			
	Identify Problem	Data Analysis	Solution Planning	Evaluation
Brainstroming				
Affinity Diagram				
Tree Diagram				
Multivoting				
Criteria Rating				
 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q09:12				

เครื่องมือสำหรับการระดมความคิดและการตัดสินใจของทีม ได้แก่

1. การระดมสมอง ซึ่งต้องใช้ในทุกขั้นตอนของการทำงาน
 2. เครื่องมือสำหรับการจัดระบบความคิด ได้แก่ affinity diagram และ systematic/tree diagram ซึ่งหากนำมาใช้ในขั้นตอนวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เรียกว่า cause-effect diagram หากใช้ในขั้นตอนการวางแผนแก้ปัญหาที่เรียกว่า objective tree หรือ systematic/tree diagram
 3. เครื่องมือสำหรับการตัดสินใจของทีม ได้แก่ Multivoting สามารถนำไปใช้ได้ทุกขั้นตอน และ Criteria Rating Technique ซึ่งมักจะใช้ในการตัดสินใจที่สำคัญคือการคัดเลือกปัญหาและการคัดเลือกทางเลือก
2. เครื่องมือสำหรับการเก็บและนำเสนอข้อมูล

การเลือกใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ				
	Identify Problem	Data Analysis	Solution Planning	Evaluation
Flow Chart				
Checksheet				
Control Chart				
Pareto Diagram				
Scatter Diagram				
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q09:13				

เครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่จะพัฒนาได้แก่

1. FlowChart ใช้สำหรับขั้นตอนการค้นหาโอกาสพัฒนา การวิเคราะห์สภาพก่อนแก้ปัญหา และการออกแบบระบบใหม่เพื่อแก้ปัญหา
2. Checksheet ใช้สำหรับเก็บบันทึกข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์
3. Control Chart ใช้สำหรับการค้นหาโอกาสพัฒนา การวิเคราะห์สภาพก่อนและหลังการพัฒนา
4. Pareto Diagram ใช้สำหรับนำเสนอข้อมูลซึ่งแสดงลำดับความสำคัญเชิงปริมาณ
5. Scatter Diagram ใช้สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูล 2 ชุด

4

กิจกรรมกลุ่ม (4 ชั่วโมง)

- ◆ ให้กลุ่มทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพตั้งแต่ขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 5
- ◆ ใช้ list ของเรื่องที่เคยมองข้ามไว้
 - ประเด็นสำคัญในแผนยุทธศาสตร์
 - การวิเคราะห์กระบวนการ
 - การวิเคราะห์โรค
- ◆ พยายามเน้นการใช้ข้อมูลและการใช้ตรรกะ
- ◆ สรุปบทเรียนในกลุ่มว่าได้เรียนรู้อะไร





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Q09:14

กิจกรรมนี้มีจุดประสงค์ให้ผู้เข้าประชุมได้ประยุกต์แนวคิดและเครื่องมือที่ได้เรียนรู้มาในช่วง 2 วันแรก เพื่อแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ ซึ่งจะทำให้มีความเข้าใจดีขึ้น หรือพบว่ามีประเด็นที่ยังไม่เข้าใจอยู่ที่ไหนบ้าง

ทีมควรแบ่งเวลา 4 ชั่วโมงให้เหมาะสมว่าจะใช้เวลาในแต่ละขั้นตอนมากน้อยเพียงใด เพื่อให้มีประสบการณ์ได้ครบ หากเสียเวลากับขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งมากเกินไป อาจจะไม่ได้ปฏิบัติในขั้นตอนท้ายๆที่มีความสำคัญเท่าเทียมกัน

C



01

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C01:01

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guide- line-CPG)

1. CPG คืออะไร
2. ทำไมต้องมี CPG
3. ระดับของ CPG
4. รูปแบบของ CPG
5. แนวทางการจัดทำ CPG
6. Clinical Path/CareMap
7. กิจกรรมกลุ่ม

1

CPG คืออะไร

■ Clinical Practice Guidelines (CPGs) - IOM:

- ข้อความที่จัดทำอย่างเป็นระบบ
- เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ป่วย
- เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับภาวะใดภาวะหนึ่ง

■ Practice Parameter - AMA :

- เครื่องมือด้านการศึกษา
- เพื่อให้แพทย์ได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ
- ได้รับข้อมูลจากการวิจัยล่าสุด
- และสามารถประเมินนัยยะสำคัญของหลักฐานที่ขัดแย้งกันได้
- ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการประกันคุณภาพและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C01:02

clinical practice guidelines เป็นคำที่ Institute of Medicine (IOM) ใช้โดยให้ความหมายว่า "เป็นข้อความที่จัดทำอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ป่วย เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับภาวะใดภาวะหนึ่ง".

practice parameter เป็นคำที่ American Medical Association (AMA) ใช้โดยให้ความหมายว่า "เป็นเครื่องมือด้านการศึกษาเพื่อให้แพทย์ได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ได้รับข้อมูลจากการวิจัยล่าสุด และสามารถประเมินนัยยะสำคัญของหลักฐานที่ขัดแย้งกันได้ ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการประกันคุณภาพและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล".



ชื่อที่มีการใช้กันและมีความหมายใกล้เคียงกันได้แก่

algorithm, boundary guideline, best practice plan, consensus guideline, consensus statement, clinical policy, critical path plan, clinical practice guideline, guideline, non-consensus practice statement, outcome-based guideline, pattern of care, position statement, practice guideline, practice parameter, practice policy, preferred practice pattern, protocol, standard of care

2

ทำไมต้องมี CPG

- ความรู้เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว ยากที่จะติดตาม
- มีความหลากหลายในการทำเวชปฏิบัติ
- ผู้จ่ายเงินต้องการเห็นประสิทธิภาพ
- ช่วยในการทำการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C01:04

เหตุผลที่ต้องจัดทำ CPGs ขึ้นได้แก่

- ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว ยากที่จะติดตามได้ทั้งหมดและนำมาใช้ประโยชน์ หากไม่อยู่ในรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้
- มีความหลากหลายในการทำเวชปฏิบัติ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการใช้ดุลยพินิจของผู้ประกอบวิชาชีพที่แตกต่างกัน, ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายหรือผลลัพธ์แตกต่างกันออกไป, การมีแนวทางเพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพจะช่วยลดความแตกต่างที่ไม่จำเป็นลงได้
- ผู้จ่ายเงินต้องการเห็นประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร, การมีแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสมจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย
- การแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีแผนการดูแลรักษาที่ชัดเจนมากขึ้น และเป็นแผนที่สามารถทำล่วงหน้าร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ

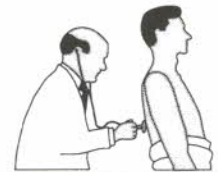
ความเข้าใจเกี่ยวกับ CPG

■ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง

- เป็น Cook Book ทำให้แพทย์ไม่ต้องใช้ดุลยพินิจ
- เป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติตาม มิฉะนั้นจะมีความผิด
- ไม่มีความยืดหยุ่นพอที่จะรองรับความหลากหลายของผู้ป่วย

■ ความเป็นจริง

- CPG เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพตัดสินใจได้ดีขึ้น
- CPG ต้องใช้ร่วมกับประสบการณ์ ดุลยพินิจ
- CPG มีหลายระดับ มีความยืดหยุ่น



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C01:05

ความเห็นที่ต่อต้าน CPGs เกิดจากความเข้าใจผิด คิดว่า CPGs มีลักษณะเป็น cook book เป็นสิ่งที่ทุกคนปฏิบัติตามโดยไม่ใช้ดุลยพินิจ, มีลักษณะบังคับซึ่งหากไม่ปฏิบัติตามแล้วจะมีความผิด, ไม่มีความยืดหยุ่นเพียงพอที่จะรองรับความหลากหลายของผู้ป่วย.

แท้จริงแล้ว CPGs เป็นเครื่องมือเพื่อช่วยให้ผู้ประกอบวิชาชีพตัดสินใจได้ง่ายขึ้น, เป็นสิ่งที่ใช้ประกอบกับประสบการณ์และดุลยพินิจของผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งจะต้องพิจารณาสภาพทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นหลัก. CPGs มีหลายระดับ ทั้งในระดับที่ต้องทำซึ่งอาจเรียกว่ามาตรฐาน (standard), ในระดับสิ่งที่ควรทำซึ่งอาจเรียกว่าแนวปฏิบัติ (guideline) และในระดับสิ่งที่อาจเลือกทำ (option)

3

ระดับของ CPG

- **มาตรฐาน (Standard)**
‡ สิ่งที่ต้องทำ ไม่ทำจะมีความผิด
- **แนวปฏิบัติ (Guideline)**
‡ สิ่งควรทำ เป็นสิ่งให้ผลดี
- **ข้อเลือกปฏิบัติ (Option)**
‡ สิ่งที่จะเลือกทำ ยังไม่มีหลักฐานแน่ชัด



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C01:06

CPG อาจแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ

1. **มาตรฐาน (standard)** เป็นสิ่งที่ได้รับการพิสูจน์ยืนยันแล้วว่ามีความจำเป็น ถ้าไม่ปฏิบัติ จะเกิดผลเสียต่อผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งที่บังคับว่าจะต้องปฏิบัติ เช่น เมื่อผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุทางศีรษะ และหมดสติไป จะต้องรับผู้ป่วยไว้สังเกตอาการ
2. **แนวปฏิบัติ (guideline)** เป็นสิ่งที่มีผลการพิสูจน์ยืนยันเกี่ยวกับประสิทธิผลของ intervention อย่างชัดเจน เป็นสิ่งที่สมควรนำไปปฏิบัติถ้าเป็นไปได้ แต่การไม่ปฏิบัติก็ไม่ถือว่าเป็นความผิด หรือสามารถอาศัยสิ่งอื่นทดแทนได้ เช่น การตรวจ CBC ในผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะ เป็นไส้ติ่งอักเสบ
3. **ข้อเลือกปฏิบัติ (option)** เป็นสิ่งที่ยังมีความเห็นแตกต่างกันว่าจะได้ประโยชน์จริงหรือไม่ หรือแม้ว่าได้ประโยชน์แต่ก็อาจจะมีปัญหาอย่างอื่นในการปฏิบัติ เช่น สภาพเศรษฐกิจ จึงเป็นสิ่งที่ แพทย์ต้องใช้ดุลยพินิจในการนำไปใช้

4

รูปแบบของ CPG

- นโยบายทางคลินิก (Clinical Policy) ระบุจุดยืนสั้น ๆ
- Algorithm แสดงขั้นตอน ทางเลือก เงื่อนไขในการตัดสินใจ
- บทความ ให้ข้อมูลและ Value Judgement
- Critical Pathway/Clinical Path/CareMap เป็นแผนการดูแลผู้ป่วยตลอดการดูแลใน รพ. ระบุปัญหาที่มีโอกาสเกิด กิจกรรมการดูแลรักษา ผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละขั้น



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล CO1:07

CPG อาจมีได้หลายรูปแบบตั้งแต่ข้อความสั้นๆ ง่ายๆ ที่แสดงจุดยืนของการปฏิบัติ ไปจนถึงรูปแบบที่ซับซ้อน มีการให้ข้อมูลประกอบ หรือ อยู่ในรูปของแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย.

1. นโยบายทางคลินิก (clinical policy) เป็นการเขียนในลักษณะข้อความสั้นๆ ว่ามีจุดยืนในการดูแลรักษาสภาวะนั้นอย่างไร เช่น “ผู้ป่วยที่มีอุบัติเหตุทางสมองและหมดสติไปชั่วระยะหนึ่งจะต้องได้รับไว้สังเกตอาการเป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง”.
2. algorithm เป็นการเขียนในลักษณะของขั้นตอน ทางเลือก และเงื่อนไขในการตัดสินใจ ซึ่งมักจะอยู่ในรูปแบบของ flowchart.
3. บทความ เป็นการเขียนในลักษณะของการให้ข้อมูล และการให้คุณค่าซึ่งนำมาสู่ข้อเสนอแนะที่สรุปว่าควรจะทำอย่างไร.
4. critical pathway/clinical path/CareMap เป็นการเขียนในลักษณะแผนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยระบุทั้งปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น, กิจกรรมการดูแลรักษา และผลลัพธ์ที่คาดหวัง.

5

หลักการจัดทำ CPG

- มุ่งประโยชน์แก่ผู้ป่วย
- ใช้หลักฐานที่ดีที่สุดที่มีอยู่
- ใช้วิธีการที่น่าเชื่อถือในการสังเคราะห์หลักฐาน
- ให้นำหนักของข้อเสนอนั้น
- มีลักษณะสหวิทยาการ
- มีความยืดหยุ่น
- นำข้อมูลด้านทรัพยากรมาพิจารณา
- นำขั้นตอนที่เขียนไปทดลองปฏิบัติ
- มีการประเมินและปรับปรุง



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C01:08

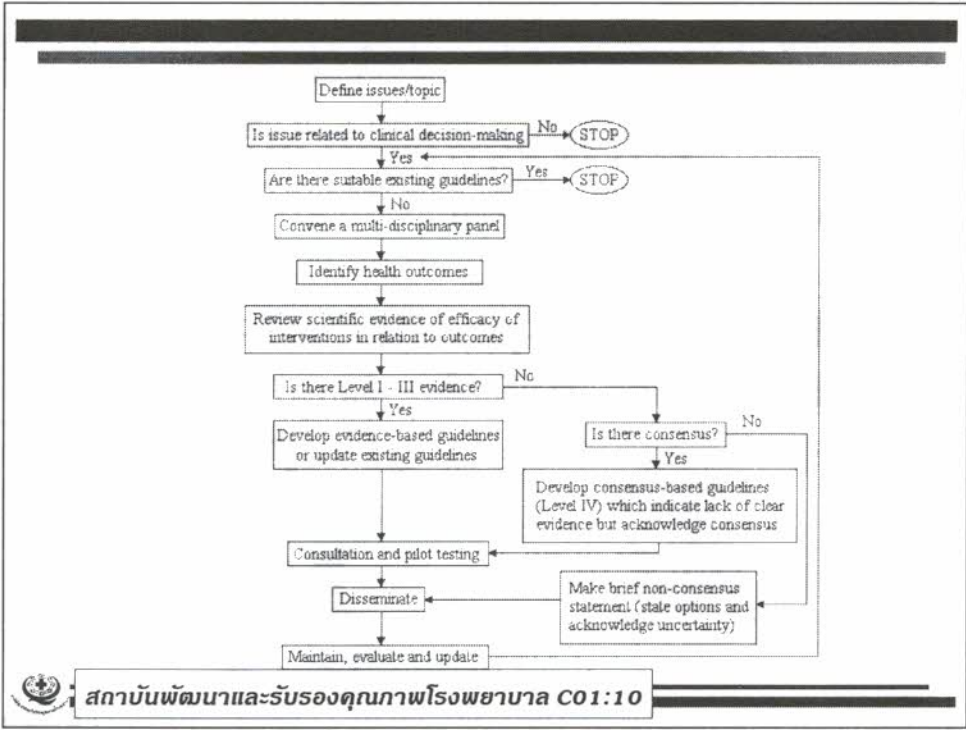
การจัดทำ CPGs มีหลักการที่ควรคำนึง ดังนี้:

- 1) มุ่งเป็นตัวผู้ป่วย โดยยึดผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นหลัก. ดังนั้น กระบวนการหรือขั้นตอนการปฏิบัติรวมทั้งการประเมินที่จัดพิมพ์ขึ้น จึงควรพิจารณาผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีใช้ CPGs ที่จัดทำขึ้นควรเป็นกระบวนการปฏิบัติที่เมื่อทำแล้วภาวะใช้ของผู้ป่วยลดลง.
- 2) ขั้นตอนการปฏิบัติควรมีพื้นฐานจากหลักฐานที่ดีที่สุดที่มีอยู่. หลักฐานดังกล่าวนี้ต้องเป็นหลักฐานที่พิสูจน์ได้ทางวิทยาศาสตร์ รวมทั้งหลักฐานที่ได้จากประสบการณ์ที่ได้รับการยอมรับจากคนในวิชาชีพนั้น ๆ จนนำไปปฏิบัติเพราะเกิดผลดีกับผู้ป่วย.
- 3) ควรใช้วิธีที่น่าเชื่อถือมากที่สุดในการสังเคราะห์หลักฐาน เพื่อไม่ให้เกิดความเคลือบแคลงสงสัยในการนำหลักฐานนั้น ๆ มาใช้ในการปฏิบัติ.
- 4) ควรให้นำหนักของข้อเสนอนั้นไว้ด้วย เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถใช้เป็นข้อพิจารณาว่าสมควรจะทำตามหรือไม่. เช่น ในการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดแผลกดทับ การปฏิบัติที่เสนอนั้นคือ หลีกเลี่ยงการนวดปุ่มกระดูก และกำหนดน้ำหนักของข้อเสนอนั้นว่ามีหลักฐานงานวิจัยสนับสนุนหลายงานวิจัย. ข้อเสนอนั้นจะช่วยทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วย ใช้เป็นเครื่องช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ตัวอย่างเช่น การเลือกที่จะไม่นวดปุ่มกระดูกดังที่เคยปฏิบัติมา.
- 5) มีลักษณะของสหวิทยาการในกระบวนการจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติ และถ้าเป็นไปได้ควรให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมด้วย. การทำ CPGs โดยใช้สหวิทยาการจะช่วยลดขั้นตอนการปฏิบัติของแต่ละสาขาวิชาชีพ เพราะการดูแลผู้ป่วยคนหนึ่งต้องใช้บุคลากรหลายสาขา และแต่ละสาขามีขั้นตอนการปฏิบัติที่มุ่งที่ผู้ป่วย. ดังนั้น CPGs ที่ร่วมกันทำ จะทำให้ลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนของแต่ละสาขา เป็นการประหยัดเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรในทุกสาขา และยังเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายโดยรวม.
- 6) ควรมีความยืดหยุ่นเพื่อสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ต่างๆ ได้. การนำ CPGs ที่ทำเสร็จแล้วมาปรับใช้ในหน่วยงานเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ และช่วยให้ประหยัดเวลาและแรงงานในการพัฒนาขึ้นใช้เอง.
- 7) ควรนำข้อมูลด้านทรัพยากรมาเป็นข้อพิจารณาร่วมด้วย. ทรัพยากรในที่นี้รวมการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ บุคลากร และงบประมาณ.
- 8) ควรนำขั้นตอนการปฏิบัติที่เขียนขึ้นไปทดลองปฏิบัติ เพื่อให้ทราบว่าการเขียนขึ้นนั้นสามารถทำได้จริงหรือไม่ และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่.
- 9) ควรมีการประเมินเป็นระยะ ๆ ในเรื่องการนำไปใช้ และประโยชน์ที่ได้รับ.
- 10) ควรมีการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความทันสมัยและนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูง.



ในการเริ่มต้นทำ CPG สิ่งที่โรงพยาบาลสามารถทำเป็นลำดับขั้นได้คือ:

1. ทบทวนนโยบายทางคลินิกซึ่งเป็นที่ยอมรับและปฏิบัติกันอยู่แล้ว จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร. ในกรณีที่มีการปฏิบัติแตกต่างกัน ให้ผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคนเขียนแนวทางปฏิบัติของตนเอง และข้อบ่งชี้ว่าเมื่อไรจะทำอะไร, สรุปสิ่งที่มีความเห็นและปฏิบัติเหมือนกันออกมาเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกัน. สรุปสิ่งที่เห็นแตกต่างไว้เพื่อขอคำปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ หรือค้นหาข้อมูลมาพิจารณาในโอกาสต่อไป.
2. ศึกษา CPG ซึ่งมีผู้อื่นทำไว้แล้ว เช่น องค์กรวิชาชีพ, CPG ที่ตีพิมพ์ในวารสาร, สถาบันการศึกษาและโรงพยาบาลอื่นๆ, แล้วนำมาพิจารณาว่าจะปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของโรงพยาบาลอย่างไร.
3. จัดทำ CPG ของตนเองขึ้นในกรณีที่ยังไม่มีผู้ใดทำ ซึ่งจะต้องมีการทบทวนเอกสารวิชาการต่างๆ ให้ครอบคลุม โดยเน้นรายงานประเภท systematic review หรือ RCT เป็นอันดับแรก.

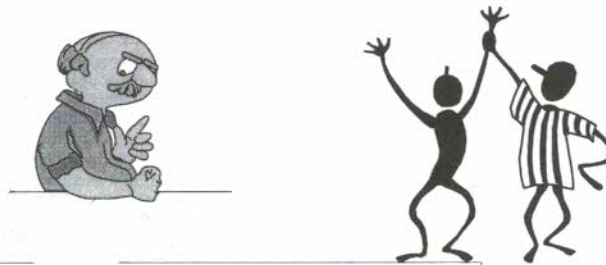


แผนภูมินี้แสดงแนวทางการตัดสินใจนำ CPG ในเงื่อนไขต่างๆ เริ่มต้นด้วยการกำหนดประเด็นที่สนใจ ทบทวนว่าประเด็นนั้นเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทางคลินิก ตรวจสอบว่ามี CPG ที่เหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้อยู่แล้วหรือไม่ ถ้ามีก็พิจารณานำมาปรับปรุงให้เหมาะสม

ถ้าไม่มี CPG ในเรื่องนั้นอยู่ ให้รวมตัวเป็นทีมจากสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพของโรคหรือสภาวะทางคลินิกที่สนใจ ทบทวนวารสารเพื่อค้นหาหลักฐานทางวิชาการ หากมีหลักฐานในระดับที่ I-III ก็ให้นำมาทำเป็น evidence- based guideline หากไม่มีหลักฐานในระดับดังกล่าวก็ให้ตรวจสอบว่ามีความเห็นร่วมกันหรือไม่ ถ้ามีความเห็นร่วมกันก็ให้จัดทำเป็น consensus- based guideline หากไม่มีความเห็นร่วมกันก็ให้จัดทำ non-consensus statement ขึ้นๆ ซึ่งระบุทางเลือกต่างๆ ที่มีผู้มีความเห็นต่างกันไว้

จะหาข้อยุติได้อย่างไร

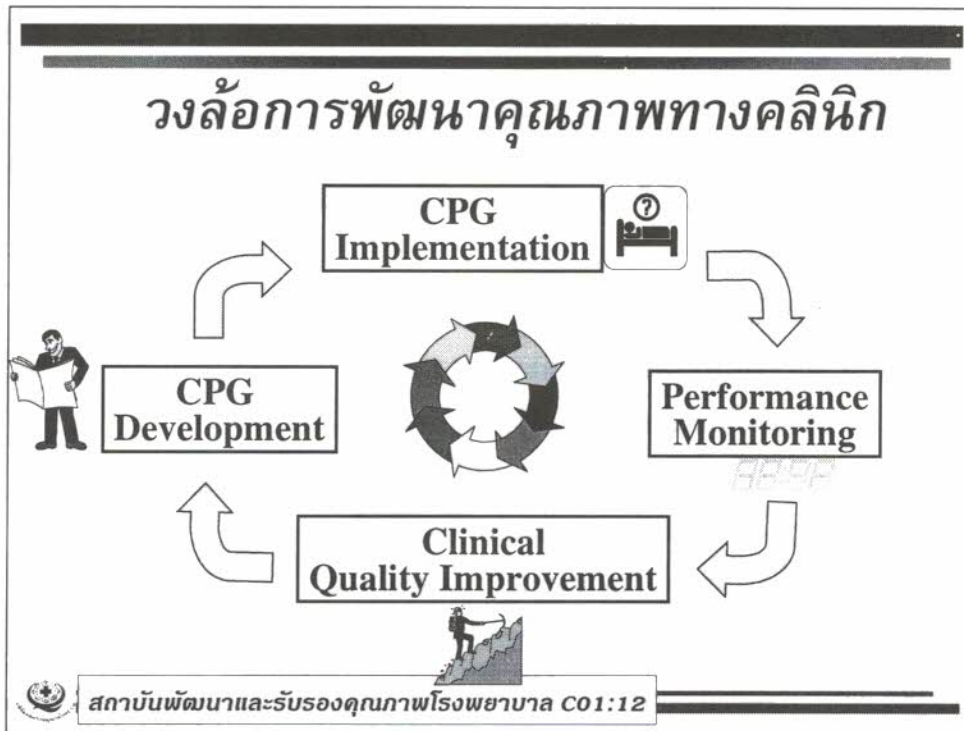
- เคารพความเห็นของทุกคน
- แสวงจุดร่วม สงวนจุดต่าง
- เขียนส่วนที่ยังหาข้อสรุปไม่ได้ให้กว้างไว้ก่อน
- ศึกษาข้อมูลหรือวิจัยเพิ่มเพื่อหาข้อสรุป



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C01:11

สิ่งที่ได้จากการร่วมกันทำ CPG ไม่ใช่เฉพาะเพียง CPG เท่านั้น แต่ยังได้เรียนรู้กระบวนการทำงานร่วมกัน เรียนรู้ที่จะรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เรียนรู้ที่จะหาข้อยุติในท่ามกลางความเห็นที่แตกต่างกัน มีข้อพึงปฏิบัติเล็กๆ น้อยๆ ที่อาจจะช่วยให้กลุ่มทำงานได้ราบรื่นขึ้น ดังนี้:

1. เคารพความคิดเห็นและแนวทางปฏิบัติของทุกคน ถือว่าสิ่งที่ทุกคนเสนอนั้นถูกไว้ก่อนจนกว่าจะมีหลักฐานมาพิสูจน์ว่ามีแนวทางอื่นที่ดีกว่า พยายามหลีกเลี่ยงการอภิปราย แต่ให้ทุกคนเขียนแนวทางปฏิบัติของตนออกมา แล้วมอบหมายให้มีผู้นำไปวิเคราะห์.
2. แยกแยะความเห็นที่เหมือนกันและต่างกัน, สรุปความเห็นที่เหมือนกันไว้เป็นความเห็นร่วมของกลุ่ม สร้างความรู้สึกว่ากลุ่มมีจุดร่วมอยู่ไม่น้อย.
3. ในส่วนที่ยังเป็นความเห็นที่แตกต่างกัน ให้เขียนแนวทางการปฏิบัติเพื่อรองรับวิธีการที่แตกต่างนั้นไว้ก่อน ขอให้พิจารณาถ้อยคำเหล่านี้ว่าจะใช้ประโยชน์ได้อย่างไร: พิจารณาให้ยาต้านจุลชีพ, ให้ยาต้านจุลชีพ, ให้ cephalosporin.
4. มอบหมายให้มีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมหรือทำการวิจัยเพื่อหาข้อสรุปในส่วนที่ยังมีความเห็นแตกต่างกัน.



การจัดทำและการใช้ CPG เป็นส่วนหนึ่งของวงล้อการพัฒนาคุณภาพซึ่งจะต้องเชื่อมต่อการวัดหรือทบทวนผลการปฏิบัติตาม CPG ที่กำหนดไว้ และนำไปสู่การปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานหรือปรับปรุง CPG หากจำเป็น. ทีมที่มีความสุขที่สุดคือทีมที่ไม่ได้ยึดติดว่า CPG เป็นสิ่งที่มาบังคับใจตัวเอง แต่กลับรู้สึกสนุกที่จะค่อยๆ ปรับ CPG ไปเรื่อยๆ ตามบทเรียนที่ได้รับจากการทบทวนผลการปฏิบัติของตน.

6

Clinical Path/CareMap

- เป็นการนำ CPGs มาทำแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยล่งหน้า
- ประโยชน์

- ✓ เกิดที่มระหว่างวิชาชีพ
- ✓ มีการทบทวนข้อมูลและหลักฐาน
- ✓ เป็นเครื่องเตือนใจให้ปฏิบัติตาม CPGs
- ✓ ทำให้มีแผนดูแลผู้ป่วยล่งหน้า แทนที่จะเป็นแผนวันต่อวัน
- ✓ ทำให้ทราบแผนการดูแลของวิชาชีพอื่น
- ✓ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้ครบถ้วนและมั่นใจ
- ✓ การวางแผนจำหน่ายเป็นระบบมากขึ้น



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C01:13

Clinical Path หรือ CareMap เป็นการนำ CPG มาเขียนแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยล่งหน้า สำหรับใช้ร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ. บางท่านอาจจะถือว่า CareMap เป็นรูปแบบหนึ่งของ CPG, ในขณะที่บางท่านเห็นว่าไม่ใช่ CPG. แม้ว่าจะยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และยังมีปัญหาในการจัดทำและการนำไปใช้ แต่ก็มิควรพิจารณาถึงผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นดังนี้:

1. การจัดทำ CareMap ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพต่างๆ ได้มีโอกาสมาร่วมปรึกษาหารือกัน.
2. การจัดทำ CareMap ทำให้ต้องมีการทบทวนความรู้ที่ทันสมัย.
3. CareMap เป็นเสมือนเครื่องเตือนใจ (reminder) ทำให้มีการปฏิบัติตาม CPG ที่กำหนดได้มากขึ้น.
4. CareMap ทำให้มีแผนการดูแลรักษาล่งหน้าตลอด episode ของการนอนโรงพยาบาล แทนที่จะเป็นการตัดสินใจวางแผนวันต่อวัน.
5. CareMap ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพต่างสาขา ได้รับรู้แผนการดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่น.
6. CareMap ทำให้สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้ครบถ้วนด้วยความมั่นใจ.
7. CareMap ทำให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีระบบมากขึ้น.

รูปแบบของ CareMap				
	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4
Expected Outcome				
Assess/Consult				
Specimen/Test				
Medication				
Nutrition				
Activity				
Education				
D/C, Transfer				
 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล CO1:14				

ตัวอย่างนี้เป็นแบบฟอร์มสำหรับทำ CareMap อันหนึ่งซึ่งมีลักษณะง่ายที่สุด แต่ละคอลัมน์เป็นแผนการรักษาผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งอาจจะเป็นชั่วโมง เวร วัน หรือสัปดาห์

หัวข้อที่จะนำมาเขียนเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยได้แก่

1. ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งจะใช้ประเมินเพื่อตรวจสอบว่าการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่
2. การตรวจร่างกายโดยแพทย์และพยาบาลในแต่ละช่วงเวลา รวมทั้งการส่งปรึกษาแพทย์หรือหน่วยงานต่างๆ
3. การส่งตรวจ investigation ต่างๆ
4. ยาที่ให้กับผู้ป่วย
5. อาหารที่ให้กับผู้ป่วย
6. กิจกรรมที่อนุญาตให้ผู้ป่วยทำได้
7. ความรู้ที่จะให้กับผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา
8. การวางแผนจำหน่าย การเตรียมตัวให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง การส่งต่อ

CareMap สำหรับผู้ป่วยบางประเภทอาจจะมีข้อมูลบางอย่างเพิ่มขึ้น เช่น การผ่าตัดและการรับความรู้สึก ซึ่งอาจจะใส่ไว้ในช่องการรักษาอื่นๆ (ต่อจากการใช้ยาและอาหาร)

7

กิจกรรมกลุ่ม

1. พิจารณาข้อวิจารณ์ต่อไปนี้ ด้วยหมวกสีต่าง ๆ (10 นาที)

- ✓ ที่ตีพิมพ์ไว้มีมากเกินไป ไม่รู้จะเลือกใช้ของใคร
- ✓ เรื่องเดียวกันก็ทำกันหลายหน่วย ไม่รู้จะเชื่อใคร
- ✓ ทำจากหอคอยงาช้าง ใช้ปฏิบัติไม่ได้
- ✓ กว่าที่ตีพิมพ์ออกมาก็ล้าสมัยแล้ว
- ✓ การปฏิบัติตามจะทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น
- ✓ CPG มุ่งที่คนใช้ในสภาพเฉื่อย ซึ่งความจริงไม่มีเช่นนั้น
- ✓ ไม่ตอบสนองความเชื่อของแพทย์และผู้ป่วย
- ✓ รพ.ไม่มีปัญหาทำ ตกลงกันไม่ได้ ขอให้หน่วยงานระดับชาติจัดทำ



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C01:15

กิจกรรมกลุ่มนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะทบทวนความเข้าใจในเรื่อง CPG และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นต่าง ๆ กันอย่างกว้างขวาง ภายในกลุ่มควรจะต้องใส่หมวกสีต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สีดำ สีขาว และสีเหลือง

ด้วยวิธีการนี้จะทำให้ตรวจสอบความเห็นในแง่มุมต่างๆ อย่างรอบด้าน และสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมว่าควรจะนำแนวคิดต่างๆ ไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ได้อย่างไร

กิจกรรมกลุ่ม

- 2. ให้แต่ละท่านเขียน Clinical policy สั้น ๆ สำหรับโรคที่ท่านคุ้นเคยมากที่สุด นำเสนอต่อกลุ่มและบันทึกบน Flip Chart อภิปรายว่าจะได้ประโยชน์อะไรจาก Clinical Policy (10 นาที)
- 3. ให้แต่ละท่านเลือกโรคที่คิดว่ามีทางเลือกในการดูแลรักษาหลายวิธี ขึ้นกับสภาพของผู้ป่วย เขียน Flow Chart เพื่อแสดงการตัดสินใจของท่าน นำเสนอต่อกลุ่ม อภิปรายว่าจะได้ประโยชน์อะไร (15 นาที)



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C01:16

กิจกรรมกลุ่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้ทดลองเขียน clinical policy และ flow chart อย่างง่าย ๆ และทบทวนแลกเปลี่ยนกันว่าจะได้รับประโยชน์อะไรจากการจัดทำ CPG ในรูปแบบดังกล่าว

C



02

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C02:01

Peer Review (เพื่อนช่วยเพื่อน)

1. คืออะไร
2. ทำไมต้องทำ
3. ทำอย่างไรจึงจะประสบความสำเร็จ
4. รูปแบบของการทำ Peer Review

1

Peer Review คืออะไร

- แปลตรงตัว “การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ”
- ความหมาย:
การเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มเพื่อนโดยอาศัยผลงานการดูแลผู้ป่วยเป็นจุดเริ่มต้นเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง
- สิ่งต่อไปนี้ไม่ใช่ Peer Review
 - การนำความรู้จากวารสารมาอภิปราย
 - การทบทวนความรู้แล้วนำมาสอนแพทย์หรือพยาบาลด้วยกัน
 - การอภิปรายผู้ป่วยเพื่อมุ่งค้นหาคำตอบทางวิชาการ
 - การอภิปรายแก้ปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายโดยไม่มีการบันทึกข้อสรุป

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C02:02

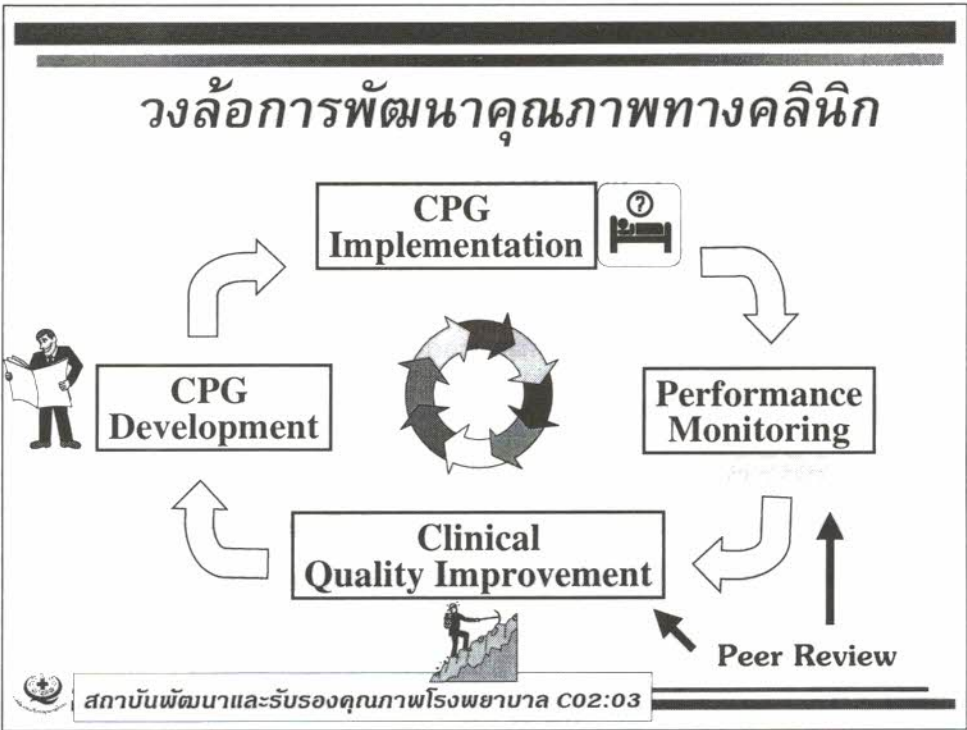
Peer Review แปลตรงตัวคือ "การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ", แต่การใช้คำว่า "เพื่อนช่วยเพื่อน" น่าจะทำให้เข้าใจจุดมุ่งหมายที่แท้จริงได้ดีกว่า.

Peer Review เป็น "การเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มเพื่อนโดยอาศัยผลงานการดูแลผู้ป่วยเป็นจุดเริ่มต้น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง".

ตามความหมายข้างต้น สิ่งต่อไปนี้จึงไม่ใช่ Peer Review ที่แท้จริง

- การนำความรู้จากวารสารมาอภิปราย
- การทบทวนความรู้แล้วนำเสนอแพทย์หรือพยาบาลด้วยตนเอง
- การอภิปรายผู้ป่วยโดยมุ่งเพื่อค้นหาคำตอบทางวิชาการ
- การอภิปรายเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะราย โดยไม่มีการบันทึกข้อสรุป

ในสังคมที่มีการพัฒนาไปมากแล้ว จะเน้นเรื่องของความเป็นระบบของกระบวนการ, การกำหนดเกณฑ์เพื่อตรวจสอบ, การติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง เพิ่มขึ้น.



ในภาพวงล้อของการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก Peer Review คือส่วนที่เป็นการทบทวน ตรวจสอบ (performance monitoring) และการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก (clinical quality improvement) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของระบบคุณภาพที่มีความสัมพันธ์กับการสร้างแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย.

คำที่มีความหมายใกล้เคียงกัน

- Medical Audit:** การวิเคราะห์วิพากษ์คุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ การใช้ทรัพยากร รวมทั้งผลลัพธ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ
- Clinical Audit:** ครอบคลุมทุกวิชาชีพ
- Clinical Review:** ลดความรู้สึกต่อต้านคำว่าตรวจสอบ
- Peer Review:** การสะท้อนผลการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพ
อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายที่จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ
การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการกำหนดเกณฑ์ การประเมิน
ผลการปฏิบัติ และการเปลี่ยนแปลง จุดเน้นอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง
ไปข้างหน้า



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C02:04

มีคำ 3 กลุ่มซึ่งเมื่อนำมาผสมกันแล้วจะมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า peer review

กลุ่มแรกคือ clinical, medical, nursing, professional, health, patient

กลุ่มที่ 2 คือ care, service, activities, quality, standard

กลุ่มที่ 3 คือ audit, assessment, evaluation, monitoring, review, assurance

ตัวอย่างคำที่ผสมได้: clinical care evaluation, health service review

มีแนวโน้มที่เปลี่ยนการใช้คำจากคำว่า audit ไปสู่คำที่ให้ความรู้สึกเชิงลบน้อยกว่า เช่น review มีแนวโน้มที่จะพยายามครอบคลุมวิชาชีพต่างๆ ให้มาทำกิจกรรมร่วมกันแทนที่จะเป็นทำแยกอยู่ในวิชาชีพของตนเอง

2

ทำไมต้องทำ Peer Review

- ผู้ประกอบวิชาชีพเท่านั้นที่จะประเมินคุณภาพงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกัน
- อิสระในการใช้ดุลยพินิจตัดสินใจเป็นสิ่งสำคัญ
- ความมีอิสระต้องควบคู่ไปกับ Accountability
- เป็นโอกาสให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น ทำให้เกิดการเรียนรู้
- แสดงความมุ่งมั่นที่จะเรียนรู้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C02:05

เป้าหมายของกระบวนการ Peer Review คือการสร้างหลักประกันให้แก่ผู้ป่วยว่าจะได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล, โดยความพยายามของผู้ให้บริการทุกสาขาที่จะทำงานร่วมกันเป็นทีมเพื่อปรับปรุงระบบงานอย่างต่อเนื่อง บนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการและความต้องการของผู้ป่วย. ความจำเป็นของการทำ Peer Review เกิดจากเหตุผลต่อไปนี้:

1. คุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถและความรับผิดชอบของผู้ให้บริการเป็นสำคัญ, **ไม่มีผู้ใดที่จะสามารถประเมินการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพได้ดีเท่ากับกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพเอง.**
2. ผู้ประกอบวิชาชีพจะทำงานได้ดีเต็มศักยภาพของตน เมื่อมีอิสระในการใช้ดุลยพินิจตัดสินใจด้วยตนเอง โดยนำความรู้และประสบการณ์มาประยุกต์เพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย.
3. ความมีอิสระต้องควบคู่ไปกับความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้ (accountability). การมีระบบตรวจสอบในกลุ่มเพื่อนร่วมวิชาชีพคือการแสดงความรับผิดชอบนี้ให้สังคมได้รับรู้. ระบบตรวจสอบนี้ไม่ได้แสดงถึงความไม่ไว้วางใจกัน แต่ต้องการให้สังคมภายนอกมีความไว้วางใจกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ, เป็นการสร้างหลักประกันของความซื่อสัตย์ต่อวิชาชีพ.
4. การทบทวนหรือการตรวจสอบในกลุ่มเพื่อนร่วมวิชาชีพ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็น, ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ได้เรียนจากความสำเร็จและความผิดพลาดของผู้อื่น ได้เรียนจากความรู้ที่เพื่อนร่วมงานถ่ายทอดให้, เป็นการปรับมาตรฐานของความรู้และประสบการณ์ให้เท่าเทียมกันอย่างมีประสิทธิภาพ.
5. การทบทวนหรือการตรวจสอบจุดแข็งจุดอ่อนของการทำงาน แสดงถึงความมุ่งมั่นที่จะเรียนรู้จากอดีต รักษาจุดแข็งที่ได้อีกไว้ ป้องกันจุดอ่อนหรือความผิดพลาดไม่ให้เกิดขึ้นอีกในอนาคต และหาวิธีการปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นตลอดเวลา.

3

รูปแบบของการทำ Peer Review

- ทบทวนผู้ป่วยที่กำลังรักษาตัวอยู่ใน รพ.
- สุ่มเวชระเบียนขึ้นมาทบทวน
- คัดเลือกเวชระเบียนที่มีโอกาสมีปัญหาขึ้นมาทบทวน
- วิเคราะห์แนวโน้มของอุบัติการณ์ที่สำคัญ
- ทบทวนเวชระเบียนเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้
- กลุ่มพัฒนาคุณภาพทางคลินิก (Practice-based CQI)



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C02:06

รูปแบบในการทำ peer review มีหลากหลาย แล้วแต่ว่าจะเลือกทำวิธีใดที่เป็นที่ยอมรับของสมาชิก และความเหมาะสมของสถานการณ์

1. ระหว่างการทบทวนโดยกำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจน (explicit criteria) ไว้ก่อน หรือทบทวนโดยใช้ implicit criteria
2. ระหว่างการทบทวนโดยการสุ่ม หรือการกำหนดลักษณะของปัญหาที่ต้องการทบทวนไว้ก่อน
3. ระหว่างการทบทวนย้อนหลัง หรือการทบทวนในขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ใน รพ.
4. ระหว่างการวิเคราะห์แนวโน้มของปัญหาในภาพรวม หรือการเจาะลึกรายละเอียดเป็นรายๆ
5. ระหว่างการทบทวนเพื่อประเมินปัญหาเพื่อให้สมาชิกตระหนักในผลงานของตน หรือทบทวนเพื่อพยายามร่วมกันสร้างระบบที่ดีขึ้น

รูปแบบของการทำ Peer Review

- การทบทวนผู้ป่วยที่กำลังรักษาตัวอยู่ใน รพ.
 - ☛ Morning Round, Grand Round
 - ☛ ควรบันทึกผลการทบทวนไว้เป็นบทเรียน
- การสุ่มเวชระเบียนขึ้นมาทบทวน
 - ☛ คุณภาพการบันทึก, ความเหมาะสมของการตรวจรักษา
 - ☛ ทบทวนทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน
 - ☛ ไม่เน้นให้ได้ข้อสรุปในครั้งเดียว
 - ☛ ทำง่าย แต่ต้องการความร่วมมือจากทุกคน
- เลือกเวชระเบียนที่มีโอกาสมีปัญหามาทบทวน
 - ☛ เช่น วันนอน รพ. นาน, ค่าใช้จ่ายสูง, เข้า ICU



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C02:07

1. การทบทวนผู้ป่วยที่ยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

การขอความเห็นของเพื่อนแพทย์ หรือการตรวจสอบสิ่งที่ได้ปฏิบัติลงไปในขณะที่ผู้ป่วยยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นวิธีที่เราคุ้นเคยและปฏิบัติกันอยู่แล้ว เช่น morning report, grand round. หากมีการบันทึกข้อสรุปสั้นๆ ไว้เป็นบทเรียนเพื่อทบทวนในภายหลังหรือเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับแพทย์รุ่นน้องก็จะทำให้เป็นประโยชน์ยิ่งขึ้น.

2. การทบทวนเวชระเบียนด้วยวิธีการสุ่ม (Random Review of Patient Records)

เริ่มด้วยการสุ่มเวชระเบียนขึ้นมาทบทวนโดยแพทย์ที่ไม่ได้เป็นผู้รักษา ในประเด็นต่างๆ เช่น คุณภาพของการบันทึก, ความเหมาะสมของการ investigate และการรักษา, การสื่อสารกับผู้ป่วย. นำเสนอผลการทบทวนในที่ประชุม peer ด้วยบรรยากาศของความเป็นเพื่อน ขอความเห็นของกลุ่มเพื่อน. แม้ว่าบ่อยครั้งที่จะไม่มีข้อสรุปว่าวิธีการใดเป็นสิ่งที่ถูกต้อง, แต่เมื่อคุยกันไปหลายๆ ครั้ง ด้วยกรณีของผู้ป่วยหลายๆ ราย ก็จะทำให้ได้แนวทางปฏิบัติที่ใกล้เคียงกันมากขึ้น. การทบทวนนี้ควรจะนำเสนอทั้งในสิ่งที่เป็จุดแข็งและจุดอ่อนของการดูแลรักษา.

วิธีการนี้ทำง่าย ไม่ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่อื่นมาช่วย. แต่สมาชิกจะต้องให้การสนับสนุนและเข้าร่วมอย่างสม่ำเสมอ. ผลที่เกิดขึ้นคือคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนจะดีขึ้นทันที.

3. การทบทวนเวชระเบียนตามลักษณะที่กำหนดไว้

เป็นการทบทวนที่คล้ายกับวิธีแรก เพียงแต่เลือกสุ่มเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาสูง เช่น ผู้ป่วยที่มีวันนอนเกินกว่าที่ควรจะเป็นสำหรับสภาวะนั้น.

รูปแบบของการทำ Peer Review

- การวิเคราะห์แนวโน้มของอุบัติการณ์ที่สำคัญ
 - การเกิดภาวะแทรกซ้อน, การเสียชีวิต, การกลับมารับบริการซ้ำ, การตรวจรักษาโดยไม่มีข้อบ่งชี้
 - ลงทุนคุ้มค่า เพราะช่วยป้องกันความเสี่ยงให้กับทุกฝ่าย
- ทบทวนเวชระเบียนเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้
 - กำหนดเกณฑ์, สะกิดข้อมูล, วิเคราะห์, เสนอ, สรุป
 - CPG อาจเป็นทั้งจุดเริ่มต้นและผลลัพธ์ของการทบทวน





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C02:08

4. การวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่สำคัญ (Critical Incident Analysis, Occurrence Screening)

เป็นการนำอุบัติการณ์ที่มีความสำคัญมาวิเคราะห์หิพากษเพื่อหาวิธีป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้นอีก. การลงทุนกับสิ่งที่มีปัญหาเป็นวิธีการที่คุ้มค่า เพราะช่วยป้องกันความเสี่ยงให้กับทุกฝ่าย.

ตัวอย่างของอุบัติการณ์ที่จะนำมาทบทวน เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อน, การเสียชีวิต, การกลับมารับบริการซ้ำ, การตรวจรักษาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ เป็นต้น.

พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ซึ่งได้รับการฝึกจะเป็นผู้ทบทวนเวชระเบียนขึ้นต้นโดยเร็วที่สุดเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย, เมื่อเห็นว่าเข้าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ก็จะส่งให้แพทย์ท่านหนึ่งทบทวนในรายละเอียด.

5. การทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง (Retrospective Review of Patient Records)/ การทบทวนโดยอิงเกณฑ์ (Criteria-based Audit)

เป็นการทบทวนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้สำหรับผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่ง เช่น ความล่าช้าในการรับผู้ป่วย, อัตราการส่งตรวจ investigate บางอย่าง, การบันทึกผลการตัดสินใจ, การใช้วิธีการรักษาต่างๆ, การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย. การมี clinical practice guideline จะช่วยให้กำหนดเกณฑ์ในการทบทวนได้ง่ายขึ้น, แต่การกำหนดเกณฑ์ทบทวนก่อนที่จะมี guideline ก็เป็นสิ่งที่เป็นไปได้. นำเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคนั้นจำนวนหนึ่ง (30-50 ราย) มาสะกิดข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้, วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอต่อที่ประชุมเพื่ออภิปราย. ควรมีการทบทวนความรู้จากวารสารประกอบเพื่อประหยัดเวลาในการอภิปราย. สรุปข้อปฏิบัติที่กลุ่มยอมรับร่วมกัน และนำไปประกอบการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย.

ข้อเสียของวิธีนี้คือใช้เวลามาก เวชระเบียนที่นำมาทบทวนอาจจะไม่ใช่ตัวแทนของทั้งหมด และอาจจะมีข้อมูลไม่สมบูรณ์.

Practice-Based CQI/Clinical CQI

- คัดเลือกประเด็น
- กำหนดเป้าหมาย
- เก็บและวิเคราะห์ข้อมูล
- วางแผนดำเนินการเปลี่ยนแปลง
- ศึกษาผลการเปลี่ยนแปลง



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C02:09

6. กลุ่มพัฒนาคุณภาพทางคลินิก (Practice-based CQI)

เป็นการทำงานของกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง เพื่อแก้ปัญหาหรือปรับปรุงระบบงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยใช้วงจร Plan-Do-Check-Act, มีการประเมินควบคู่ไปกับการปรับปรุงแก้ไขตลอดเวลา. การทำงานในลักษณะนี้เป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพของการตรวจสอบตนเองและการปรับปรุงคุณภาพไปด้วยกัน. สามารถประยุกต์ใช้กับ peer review ได้ทุกรูปแบบ

ขั้นที่หนึ่ง คัดเลือกประเด็นในการศึกษา

ประเด็นในการศึกษาอาจจะเป็นกลุ่มผู้ป่วย (โรคหรือหัตถการ) ระบบงานหรือกระบวนการให้บริการ ก็ได้. หลักเกณฑ์สำหรับการคัดเลือกอาจเป็นข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ 1) มีความซับซ้อนหรือความสูญเสีย 2) มีปริมาณมากหรือมีการใช้บริการมาก 3) มีความเสี่ยงสูงหรือมีความผิดพลาดเกิดขึ้นบ่อย 4) มีความแตกต่างในวิธีการปฏิบัติมาก 5) มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหา 6) มีค่าใช้จ่ายสูง

ขั้นที่สอง กำหนดเป้าหมาย

เป้าหมายนี้อาจจะมาจากการศึกษาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (เช่น ลดการตรวจทางรังสีวินิจฉัยที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยอุบัติเหตุ) หรืออาจจะกำหนดในเชิงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (เช่น ลดอัตราการตายในผู้ป่วยอุบัติเหตุ) ก็ได้. การกำหนดเป้าหมายนี้เป็นการตอบคำถามว่าเราทำสิ่งที่ทำอยู่ไปทำไม.

ขั้นที่สาม เก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการดูแลรักษาผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หรือเป็นการตอบคำถามว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นดีแล้วหรือไม่ เพียงใด.

ขั้นที่สี่ วางแผนและดำเนินการเปลี่ยนแปลง

เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้แก่กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพเพื่อให้เห็นสถานการณ์ของสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในปัจจุบัน ในลักษณะของข้อมูลรวมของกลุ่ม เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกว่ามีจุดประสงค์ที่จะจับผิดใครคนใดคนหนึ่ง. เป็นหน้าที่ของกลุ่มที่จะต้องช่วยกันพิจารณาว่าจะร่วมมือกันปรับปรุงอย่างไร. ขั้นตอนนี้ทำให้เห็นภาพของคำว่า Peer Review ได้ชัดเจนที่สุด เป็นการตอบคำถามว่า เราจะทำสิ่งที่ทำอยู่ให้ดีขึ้นได้อย่างไร.

ขั้นที่ห้า ศึกษาผลการเปลี่ยนแปลง

เป็นการทำซ้ำขั้นตอนที่ 3 เพื่อให้กลุ่มทราบว่าการเปลี่ยนแปลงหรือมาตรการที่ได้ดำเนินการไปในขั้นที่ 4 นั้นได้ผลหรือไม่. หากได้ผลก็จะกำหนดให้เป็นมาตรฐานการทำงานต่อไป หากไม่ได้ผลกลุ่มจะต้องกลับไปวิเคราะห์และวางแผนตามขั้นตอนที่ 4 ใหม่.

4

ทำอย่างไรจึงจะประสบความสำเร็จ

- ถือว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ ไม่ใช่การตรวจสอบ/จับผิด
- เป็นการใช้นวัตกรรมเชิงบวกที่สร้างระบบงานที่ดีกว่า
- ใช้หลักการของ Quality Improvement
- มีกฎ กติกา มารยาท เพื่อป้องกันการกล่าวโทษ /กดดัน
 - ไม่นำชื่อผู้เกี่ยวข้องมากล่าวถึง
 - ให้ทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ
 - หาความเห็นร่วมจากสมาชิกทุกคน





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C02:10

ปัญหาของการทำ Peer Review เกิดจากความคิดหรือประสบการณ์เชิงลบว่ากระบวนการนี้เป็นการตรวจสอบหาผู้ทำผิด เป็นการนำผู้ที่ทำผิดมาประจาน.

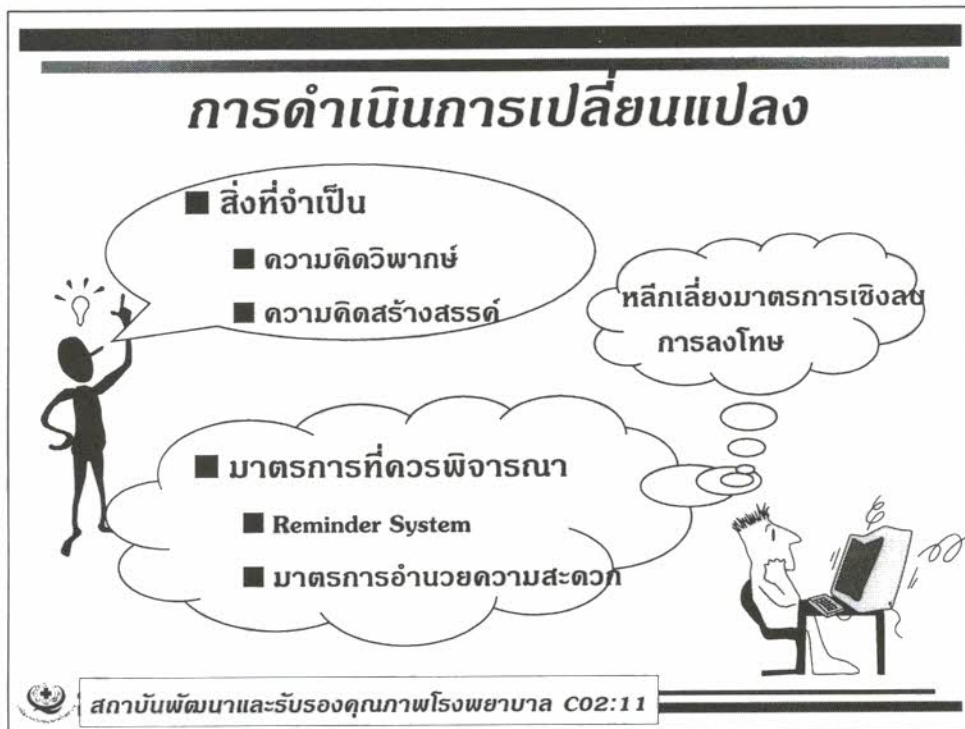
หลักการสำคัญของแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement) คือ การระดมศักยภาพของคนในองค์กร มาปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วยและลูกค้าอย่างต่อเนื่อง.

การที่จะนำหลักการดังกล่าวมาปฏิบัติจะต้องทำความเข้าใจว่ากระบวนการนี้เป็นกระบวนการเรียนรู้, เป็นการใช้นวัตกรรมเชิงบวกเพื่อสร้างระบบงานในอนาคตที่ดีกว่า, ทุกคนที่เข้าร่วมจะได้รับประโยชน์โดยไม่เกิดการเสียหน้า.

นอกเหนือจากการทำความเข้าใจหลักการข้างต้นแล้ว จะต้องมีการมีกฎกติกามารยาทสำหรับการทำกิจกรรม เพื่อป้องกันการใช้วิธีการเก่าๆ ที่มีการกดดัน หรือกล่าวโทษกัน จนทำให้สมาชิกเสียความรู้สึก.

ตัวอย่าง กฎ กติกา มารยาท ในการทำ Peer Review

- ทุกคนจะเข้าร่วมประชุมโดยพร้อมเพรียงกันเป็นประจำทุกเดือน
- การประชุมจะเริ่มและเลิกตรงเวลา
- จะไม่มีการนำชื่อผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการขึ้นมาพูดถึงในที่ประชุม
- จะไม่มีการกล่าวโทษกัน ไม่มีการกดดันเพื่อนสมาชิก
- ทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นโดยเท่าเทียมกัน
- การเสนอความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงวิธีการทำงานจะทำโดยให้ทุกคนเขียนความคิดของตัวเองในกระดาษ และนำกระดาษนั้นติดบนผนังหรือแผ่นป้ายให้ทุกคนเห็นร่วมกัน
- การตัดสินใจของทีมจะใช้วิธีขอความเห็นร่วม (consensus)
- สมาชิกทุกคนจะอาสาทำงานโดยไม่ต้องร้องขอ



สิ่งที่จำเป็นในขั้นตอนการดำเนินการเปลี่ยนแปลงคือ 1) ความคิดวิพากษ์ที่จะคิดและหาข้อสรุปว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ยังทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร รวมทั้งการหาข้อมูลมายืนยันสาเหตุดังกล่าว, 2) ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เพื่อคิดค้นหามาตรการและสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน.

มาตรการที่ได้ผลสูงที่สุดในการแทรกแซงการตัดสินใจของแพทย์คือการให้ข้อมูลแก่แพทย์ในขณะที่จะต้องตัดสินใจ หรือระบบข้อมูลเตือนใจ (reminder system). ตัวอย่างเช่น หากกลุ่มตกลงกันว่ามาตรฐานของการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่มีลักษณะของการติดเชื้อแบคทีเรียคือการไม่ให้ยาต้านจุลชีพ, กลุ่มจะมอบหมายให้พยาบาลที่ห้องตรวจติดตามกระดาศที่มีข้อความเตือนใจดังกล่าวในบัตรตรวจโรคของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการหัวใจ. ทั้งนี้แพทย์ยังคงมีสิทธิในการใช้ดุลยพินิจตัดสินใจสั่งการรักษาของตนเอง.

ถ้ากลุ่มเห็นว่ามาตรการที่จำเป็นเพื่อลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลคือการล้างมือและเช็ดให้แห้งทุกครั้งก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วยแต่ละราย, ก็จำเป็นต้องจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกดังกล่าวให้ครบถ้วนและง่ายต่อการใช้. มาตรการในเชิงลบที่มุ่งจะแก้ไขที่ตัวบุคคลควรเป็นสิ่งที่สุดท้ายที่จะคิดถึง.

ข้อจำกัดในการทำ Peer Review

- สับสนกับคำศัพท์
- มองหาจุดต่างระหว่างวิธีการต่าง ๆ
- ไม่ประสานระหว่างวิชาชีพ
- บันทึกไม่สมบูรณ์
- ไม่ต้องการให้คนอื่นมาทบทวนงานของตน
- ใช้ความรู้สึก



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล C02:12

ข้อจำกัดในการทำ peer review ได้แก่:

- ความสับสนเกี่ยวกับแนวคิด คำศัพท์ ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ.
- ความพยายามในการค้นหาและยึดเยียดให้เกิดความแตกต่างระหว่างแนวคิดต่างๆ ซึ่งจะได้ประโยชน์น้อยกว่าความพยายามในการค้นหาจุดร่วมของแนวคิดต่างๆ และนำจุดร่วมเหล่านั้นมาปฏิบัติ.
- การไม่ประสานกันระหว่างวิชาชีพต่างๆในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ.
- ความไม่สมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย.
- ความรู้สึกยึดมั่นใน professional autonomy ทำให้ไม่ยอมรับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันหรือที่จะมีบุคคลอื่นมาศึกษาทบทวนการทำงานของตนเอง.
- การใช้ความรู้สึกมากกว่าการใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์และข้อมูล สำหรับเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ.



M

01

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล M01:01

- แวนต่างสี
- มุมมองในการแก้ปัญหา
- การปรับกระบวนการทัศน์สำหรับ
บริการทางแพทย์
- กรณีตัวอย่าง

แว่นต่างสี

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

คุณอนุรักษและคุณพลวัตเป็นหัวหน้างาน 2 คนในโรงพยาบาลเดียวกัน แต่ทั้ง 2 คนดูจะไม่ค่อยเหมือนกันนักในการทำงานและการแก้ปัญหา ลองดูตัวอย่างที่เกิดขึ้น

เมื่อเกิดปัญหาผิดพลาดในการทำงาน

คำถามแรกที่คุณอนุรักษถามคือ "ใครเป็นคนทำ" ถ้าไม่มีใครรับออกมาตรงๆก็จะคาดคั้นผู้ปฏิบัติงานทุกคนในหน่วยให้ใครสักคนยอมรับผิด ถ้ารู้ตัวว่าใครที่เกี่ยวข้องก็จะคาดคั้นให้บุคคลนั้นยอมรับว่าความผิดนั้นเป็นของตนเอง ให้เขียนรายงานบันทึกความผิดไว้ในแฟ้มประวัติ เมื่อเข้าประชุมกลุ่มผู้บริหารเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาต่างๆก็มักจะมองว่าคนเป็นสาเหตุ เจ้าหน้าที่ไม่มีความรู้ ไม่มีความรับผิดชอบ ชี้แจง ไม่มีน้ำใจในการทำงาน ผลก็คือเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นมาในหน่วยงาน ทุกคนจะพยายามปกปิดไม่ให้คุณอนุรักษทราบ

ส่วนคุณพลวัตจะถามว่า "ขอให้ทุกคนมาช่วยกันพิจารณาว่ามีอะไรไม่ถูกต้องในระบบการทำงานของเรา จึงเกิดความผิดพลาดขึ้น" ไม่พยายามที่จะเพ่งโทษที่ตัวบุคคล แต่หาโอกาสที่จะปรับปรุงระบบงานและสิ่งแวดล้อมเสียก่อน แม้แต่เรื่องเจ้าหน้าที่มาทำงานสายก็พยายามศึกษาทำความเข้าใจว่าเจ้าหน้าที่คนนั้นมีปัญหาอะไรที่บ้าน ดังนั้นเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น ทุกคนจะช่วยกันรายงานให้คุณพลวัตทราบและช่วยกันพิจารณาว่าจะปรับปรุงระบบการทำงานอย่างไรเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดซ้ำรอยเดิมขึ้นอีกในอนาคต

บรรยากาศทั่วไป

หน่วยงานของคุณอนุรักษอยู่ในบรรยากาศของความหวาดหวั่น ความระแวงสงสัย ความไม่ไว้วางใจกัน เจ้าหน้าที่จะรู้สึกหวั่นเกรงต่อการถูกทำโทษตลอดเวลา บางครั้งก็หวาดระแวงว่าเพื่อนร่วมงานจะเอาเรื่องไม่ดีของตนไปฟ้องคุณอนุรักษ

หน่วยงานของคุณพลวัตอยู่ในบรรยากาศของความไว้วางใจ เชื่อใจ ทั้งในกลุ่มเจ้าหน้าที่ และต่อคุณพลวัต เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นทุกคนอยากที่จะเล่าให้คุณพลวัตทราบ เพราะแน่ใจว่าจุดอ่อนของระบบงานจะถูกหยิบยกมาปรับปรุง และทุกคนจะทำงานด้วยความมั่นใจมากขึ้น

ความพอใจในคุณภาพงานที่ทำอยู่

คุณอนุรักษคิดว่าหน่วยงานของตนทำได้ที่สุดแล้ว ทุกคนทำกันสุดความสามารถ ไม่มีโอกาสที่จะทำได้ดีกว่านี้แล้ว เมื่อมีเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเสนอให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงาน คุณอนุรักษจะเห็นว่าเป็นความคิดที่ฟุ้งซ่าน ไร้สาระ เป็นไปไม่ได้ วิธีการพูดหรือตอบสนองของคุณอนุรักษทำให้ผู้เสนอเกิดความห่อเหี่ยวและไม่อยากจะคิดอะไรที่แตกต่างไปจากสิ่งที่ทำอยู่

คุณพลวัตตระหนักดีว่าหน่วยงานของตนทำงานอยู่ในระดับแนวหน้า แต่นั่นก็ไม่ได้ทำให้หยุดยั้งความคิดที่จะปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น คุณพลวัตมีคติอยู่ในใจว่า "เรายังไม่ถึงจุดที่ดีที่สุด เราจะต้องทำให้วันพรุ่งนี้ดีกว่าวันนี้" คุณพลวัตจะกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานพยายามคิดหาวิธีการใหม่ๆในการทำงาน แม้ว่าความคิดนั้นดูจะเป็นไปไม่ได้ คุณพลวัตก็จะให้ทีมช่วยกันขัดเกลาจนนำความคิดไปใช้ได้ ทุกคนใน

หน่วยงานจะพยายามมองหาโอกาสที่จะปรับปรุงวิธีการทำงานให้ดีขึ้นตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเล็กน้อยหรือเรื่องใหญ่ และเมื่อเห็นโอกาสแล้วก็จะลงมือปฏิบัติทันที

ผู้ตัดสินใจ

คุณอนุรักษเป็นคนเรียนเก่ง และคิดว่าตัวเองเก่งกว่าคนอื่นตลอด เมื่อเป็นหัวหน้างาน คุณอนุรักษก็ยังคงคิดว่าตัวเองรู้ปัญหาในหน่วยงานดีที่สุด และตัดสินใจได้ดีที่สุด คุณอนุรักษจะรับฟังความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ในหน่วยต่อเมื่อความคิดเห็นนั้นสอดคล้องกับของตนเอง

คุณพลวัตเห็นว่าผู้ที่ปฏิบัติงานน่าจะเป็นผู้ที่รู้สภาพปัญหาได้ดีที่สุด เมื่อจะวิเคราะห์ว่าอะไรเป็นสาเหตุของปัญหา น่าจะแก้ปัญหายังไง คุณพลวัตจึงมักจะให้เจ้าหน้าที่มาร่วมพิจารณาด้วยเสมอ และถ้ามีโอกาสก็มักจะให้ผู้ปฏิบัติงานตัดสินใจเลือกทางเลือกด้วยตนเอง ในช่วงต้นเจ้าหน้าที่ของคุณพลวัตไม่ค่อยชอบวิธีนี้เท่าไรนัก อยากจะให้คุณพลวัตตัดสินใจบอกมาเลยว่าจะให้ทำอย่างไร เพราะไม่เคยถูกฝึกให้คิดมาก่อน แต่เมื่อผ่านการฝึกฝนไประยะหนึ่ง ทีมงานในหน่วยงานเริ่มรู้สึกสนุกกับการได้มีโอกาสใช้ความคิด และมีพลังในการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คุณพลวัตใช้เวลาแก้ปัญหาภายในหน่วยงานน้อยลงและมีเวลาคิดในเรื่องที่สร้างสรรค์หรือการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆมากขึ้น

คนเป็นภาระหรือทรัพย์สิน

คุณพลวัตเห็นว่าคนเป็นทรัพย์สินที่มีคุณค่า เป็นทรัพย์สิน ที่พัฒนาได้ ยิ่งพัฒนายิ่งมีคุณค่ามากขึ้น จึงได้จัดโปรแกรมฝึกอบรมต่างๆให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเรื่องเทคนิคบริการ พฤติกรรมบริการ วิธีการปรับปรุงระบบงาน

คุณอนุรักษเห็นว่าเจ้าหน้าที่เป็นต้นทุน เป็นภาระของหน่วยงาน จ่ายเงินเดือนเป็นค่าตอบแทน แล้วก็แล้วกันไป ไม่ได้คิดถึงศักยภาพของคุณค่าในอนาคตของเจ้าหน้าที่

พื้นฐานการตัดสินใจ

คุณอนุรักษเป็นหัวหน้าที่มีความมั่นใจในตนเองสูง และชอบความฉับไวในการตัดสินใจ จึงมักจะใช้ความรู้สึกของตนเองเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ มักจะไม่รอฟังข้อมูลหรือข้อเท็จจริงจากผู้เกี่ยวข้องก่อน หรือแม้จะมีผู้เสนอข้อมูลให้ฟังก็จะไม่เชื่อหากไม่ตรงกับความคิดเห็นของตน เมื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลถามหาข้อมูลประกอบข้อเสนอสองของหน่วยงาน คุณอนุรักษจะไม่สามารถคิดได้ว่าควรจะนำข้อมูลอะไรมาเสนอ และจะหาข้อมูลนั้นมาได้ยังไง

คุณพลวัตเป็นคนที่ชอบสวมหมวกหลายใบหลากหลาย ใช้หมวกสีขาวเพื่อถามหาข้อมูล ข้อเท็จจริง ใช้หมวกสีแดงเพื่อพิจารณาส่วนที่เป็นอารมณ์ความรู้สึก ใช้หมวกสีดำเพื่อพิจารณาส่วนที่เป็นด้านลบของเรื่องนั้น ใช้หมวกสี...เพื่อหาความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ใช้หมวกสีฟ้าเพื่อประสานความคิดในทุกแง่มุมเข้าด้วยกัน

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัยเมื่อนำมาใช้กับโรงพยาบาล

1. เน้นการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า

(Awareness to Cstomer 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
เพ่งโทษที่ตัวบุคคลซึ่งก่อให้เกิดความหวาดกลัวและหวาดระแวง	หันมาดูสภาพแวดล้อมในการทำงานและวิธีการทำงานว่าจะร่วมกันปรับปรุงเพื่อป้องกันความผิดพลาดได้อย่างไร
แก้ปัญหาเฉพาะหน้า	ทำความเข้าใจกับกระบวนการอย่างลึกซึ้งทำให้เห็นทางออกในการปรับปรุงได้ดีขึ้น
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
หัวหน้าคือผู้ที่รู้ดีที่สุด ต้องเป็นผู้ตัดสินใจ สั่งการ และควบคุมผู้ปฏิบัติงาน	ผู้ปฏิบัติงานคือผู้ที่รู้ปัญหาหน้างานดีที่สุด ควรได้รับโอกาสให้เป็นผู้ตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง หัวหน้ามีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุน เป็นพี่เลี้ยงให้ผู้ปฏิบัติงานแก้ปัญหาได้ และหัวหน้ามีหน้าที่ปรับปรุงระบบงานที่อยู่นอกเหนือขอบเขตที่ผู้ปฏิบัติงานจะเปลี่ยนแปลงได้
ไม่ต้องการให้ผู้ปฏิบัติงานเก่งเกินกว่าหัวหน้า	พยายามเสริมพลังผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจะเกิดได้เมื่อหัวหน้าเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนเห็นพลังของตนเองและอยากจะใช้พลังนั้น ให้ความรู้และทักษะในการแก้ปัญหาและพัฒนา จัดความหวาดกลัวในหน่วยงาน และให้โอกาสทดลองความคิดใหม่ๆโดยไม่ต้องกลัวถูกตำหนิหากมีความผิดพลาด
ทำงานโดยเน้นสายการบังคับบัญชาของแต่ละสายงาน	สร้างทีมคล่อมสายงาน (cross-functional team) ซึ่งให้ผู้ปวยเป็นศูนย์กลาง
ไม่มีโครงสร้างของการประสานงานและสนับสนุนที่ชัดเจน	ใช้หลัก 3 ประสานในการทำงานเป็นทีม คือมีทีมขึ้นว่าเรื่องใดเป็นทิศทางหลักที่ควรให้ความสำคัญ ทีมสนับสนุนซึ่งจะให้ความช่วยเหลือในด้านกระบวนการทำงาน และ ทีมทำหรือทีมพัฒนาซึ่งจะลงมือวิเคราะห์ปัญหาและหาทางออก

4. เน้นการนำด้วยอุดมการณ์ (Value-based leadership)

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

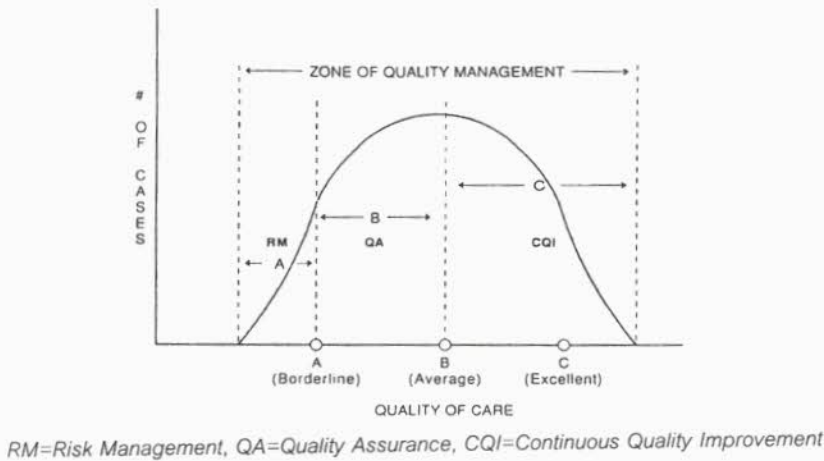
5. มาตรฐานวิชาชีพและแนวทางการดูแลรักษา

(Professional Standards & Practice Guidelines)

แนวคิด/วิธีการเดิม	แนวคิด/วิธีการใหม่
แพทย์เป็นผู้มีอิสระในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย	ความแตกต่างหลากหลายอาจจะนำมาสู่ความสูญเสียโดยไม่จำเป็น การตัดสินใจของแพทย์ควรอยู่บนพื้นฐานของหลักฐาน ข้อมูล ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ป่วย
การมีแนวทางการดูแลรักษาทำให้แพทย์ไม่มีอิสระในการตัดสินใจ เปรียบเสมือนทำอาหารตามตำราโดยไม่ต้องใช้สมอง	แนวทางการดูแลรักษาจะช่วยให้แพทย์ตัดสินใจได้ดีขึ้น
การจัดทำแนวทางดูแลรักษาจะต้องเกิดความเห็นพ้องในทุกประเด็น	เมื่อเริ่มต้นจัดทำแนวทางการดูแลรักษา ขอให้ นำความเห็นพ้องที่มากที่สุดมาสรุปไว้อย่างเป็นกิจจะลักษณะ และอธิบายเหตุผลของความแตกต่างในการปฏิบัติของแต่ละคนเพื่อหาข้อพิสูจน์ต่อไปในอนาคต
การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาจะต้องอยู่ใช้ ประสิทธิภาพเป็นที่ตั้ง หรือจะต้องใช้หลักฐานที่พิสูจน์ได้เป็นที่ตั้ง	มีสมมุติฐานของการใช้ทั้งหลักฐานและประสบการณ์ โดยระบุไว้ชัดเจนว่าข้อแนะนำในแต่ละประเด็นใช้พื้นฐานอะไร
แนวทางการดูแลรักษาคือเป้าหมายที่ต้องปฏิบัติตามให้สมบูรณ์	แนวทางการดูแลรักษาคือจุดตั้งต้นเพื่อการทบทวนการทำงานของผู้ให้บริการ ไม่ใช่เป้าหมาย แนวทางการดูแลรักษาอาจมีการปรับเปลี่ยนได้เมื่อการทบทวนพบว่าไม่มีความเหมาะสมหรือไม่สามารถปฏิบัติตามได้
เน้นการสร้างมาตรฐานซึ่งทุกคนต้องปฏิบัติตาม	เปิดโอกาสให้มีความยืดหยุ่นในการนำแนวทางการดูแลรักษามาปฏิบัติให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่
ไม่มีการนำแนวคิดการปรับปรุงกระบวนการเข้ามาใช้กับงานคลินิกบริการ	ประสานแนวคิดการปรับปรุงกระบวนการ (process improvement) เข้ากับการพัฒนาคุณภาพด้านคลินิกบริการ
ไม่มีความเชื่อมต่อระหว่างกิจกรรมคุณภาพทางคลินิกต่างๆ	ความเชื่อมต่อของการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การประสานกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพทั้งหมดเข้าด้วยกัน โดยมีกิจกรรมหลักได้แก่ การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) การประกันคุณภาพ (Quality Assurance) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) ซึ่งมีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน

The Total Quality Spectrum



ภาพที่ 2.2 ความต่อเนื่องของกิจกรรมคุณภาพ

มุมมองในการแก้ปัญหา

คำชี้แจง

ตัวอย่างต่อไปนี้เป็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในโรงพยาบาลของท่าน ผู้บริหารแต่ละท่านอาจจะมีมุมมองหรือวิธีการที่จะแก้ปัญหาแตกต่างกันไป ขอให้แต่ละท่านคิดถึงวิธีการตอบสนองต่อปัญหาเหล่านี้ เขียนลงในกระดาษอย่างสั้นที่สุด ให้เลขานุการของกลุ่มรวบรวมความคิดของแต่ละท่านไปเขียนเขียนบน flip chart จัดกลุ่มวิธีการเสียใหม่ จากนั้นให้แต่ละท่านลืมนเสียว่าตนเองได้เขียนอะไรลงไป แล้วช่วยกันพิจารณาว่าหากปฏิบัติตามข้อเสนอแต่ละข้อแล้ว จะเกิดผลอย่างไร

กรณีที่ 1

หัวหน้าห้องผ่าตัดเห็นว่าวิธีการจัดเวรของพยาบาลห้องผ่าตัดที่เป็นอยู่เดิม คือทุกคนขึ้นเวรเช้าและจัดเวร OT นั้น ทำให้การปฏิบัติงานไม่มีประสิทธิภาพ มีการลาหรือขาดงานบ่อยเนื่องจากความอ่อนเพลียในการอยู่เวรกลางคืน จึงได้เปลี่ยนวิธีการจัดเวรใหม่เป็นเวรเช้า และเวรบ่ายดึก ผู้ที่อยู่เวรบ่ายดึกจะได้ off ในวันรุ่งขึ้น วิธีการนี้ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดไม่พอใจเนื่องจากไม่สามารถเบิกค่าเวรได้ มีการต่อต้านไม่ให้ความร่วมมือกับหัวหน้าห้องผ่าตัดทั้งในรูปแบบและนอกรูปแบบ

กรณีที่ 2

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้รับจดหมายร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่บ่อย ๆ ในช่วงต้นๆ ผู้อำนวยการจะมีความเห็นใจเจ้าหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติงานหนัก จึงมักจะเก็บจดหมายร้องเรียนนั้นไว้ในลิ้นชัก ต่อมาผู้อำนวยการเห็นว่าผู้ที่ถูกร้องเรียนมักจะเป็นบุคคลเดิมๆ เสมอ จึงได้ส่งจดหมายร้องเรียนเหล่านั้นไปให้หัวหน้ากลุ่มงานดำเนินการต่อ ซึ่งหัวหน้ากลุ่มงานก็ได้เรียกเจ้าหน้าที่ที่ถูกร้องเรียนมาตักเตือน ทำให้เกิดกระแสในกลุ่มเจ้าหน้าที่ว่าผู้อำนวยการดีแต่เอาใจผู้ป่วย ไม่เห็นใจเจ้าหน้าที่ที่ทำงานหนัก

กรณีที่ 3

หอผู้ป่วยด้านศัลยกรรมสาขาหนึ่งมีอัตราการครองเตียงสูงมาก สาเหตุเกิดจากโควิดตัววัน ผ่าตัดที่ได้รับไม่สมดุลกับจำนวนผู้ป่วยที่รอผ่าตัดอยู่ ทางห้องผ่าตัดได้ดัดแปลงพื้นที่สร้างห้องผ่าตัดเพิ่มอีก 1 ห้อง แต่ยังไม่เปิดใช้ด้วยเหตุผลว่าไม่มีบุคลากรเพียงพอ ด้านฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าห้องผ่าตัดมีจำนวนเจ้าหน้าที่มากแล้ว และเห็นว่ามีหอผู้ป่วยยังมีความปัญหาในการจัดเวร จึงไม่ได้จัดสรรพยาบาลเพิ่มให้ ศัลยแพทย์ในสาขาอื่นๆ ก็ต้องการใช้ห้องผ่าตัดที่จะเปิดขึ้นใหม่นี้เช่นกัน ไม่มีใครสนใจข้อมูลว่าความต้องการที่แท้จริงของแต่ละฝ่ายเป็นอย่างไร ทั้งในด้านความต้องการกำลังคน และความต้องการห้องผ่าตัด

กรณีที่ 4

เมื่อมีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จะมีปัญหาระหว่างวิสัญญีพยาบาล กับพยาบาลห้องคลอดว่าใครควรจะเป็นผู้รับเด็กจากห้องผ่าตัด ด้านวิสัญญีพยาบาลเห็นว่าพยาบาลห้องคลอดน่าจะเป็นผู้มารับเนื่องจากเป็นวิธีปฏิบัติที่โรงพยาบาลใหญ่ๆปฏิบัติกันอยู่ และจะทำให้ผู้รับเด็กทราบปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กตั้งแต่ต้น ส่วนพยาบาลห้องคลอดเห็นว่าเจ้าหน้าที่ห้องคลอดมีจำนวนน้อย หากมีผู้ป่วยรอคลอดอยู่ก็ไม่สามารถจะออกไปรับเด็กได้ สุดท้ายผู้ที่ทำหน้าที่รับเด็กจากห้องผ่าตัดไปส่งที่ห้องคลอดคือพนักงานเปล

กรณีที่ 5

พยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมักจะถูกญาติผู้ป่วยต่อว่าในเรื่องของความล่าช้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ญาติไปทำบัตรตรวจโรคให้เรียบร้อยก่อนจึงจะตามแพทย์มาตรวจ แพทย์ประมาณครึ่งหนึ่งมีเงื่อนไขว่าจะไม่มาตรวจผู้ป่วยจนกว่าจะมีบัตรตรวจโรคเรียบร้อยแล้ว และไม่ยอมรับใบแทนสำหรับผู้ป่วยเก่า บัตรผู้ป่วยเก่าจำนวนหนึ่งไม่อยู่ในที่เก็บ ทำให้ห้องบัตรต้องใช้เวลาดิต ตามค่อนข้างนาน และไม่สามารถติดตามบัตรเก่าจำนวนหนึ่งได้

กรณีที่ 6

ระบบการซ่อมเครื่องปรับอากาศของ รพ.ใช้เวลานานมาก ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยต่างได้รับความสะดวก ในระบบที่เป็นอยู่ หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องเขียนใบแจ้งซ่อมไปที่ฝ่ายธุรการ แล้วฝ่ายธุรการจึงจะแจ้งให้ช่างมาตรวจสอบ ขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 3-5 วัน ทางหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องการให้ช่างมาตรวจสอบทันทีที่เครื่องเสีย แต่ทางฝ่ายธุรการและช่างต้องการให้มีเอกสารเพื่อใช้ในการเบิกวัสดุซ่อมและการจัดลำดับงาน ช่างแอร์ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าการเบิกจ่ายวัสดุเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความล่าช้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อไม่มีของในจังหวัด เช่น compressor

กรณีที่ 7

เจ้าหน้าที่ห้องบัตรระบุว่าที่หาบัตรไม่พบส่วนใหญ่เกิดจากห้องตรวจต่างๆไม่ยอมส่งบัตรตรวจโรคคืน และเกิดจากการที่แพทย์สรุปชาร์ทช้า ในขณะที่ทั้งห้องตรวจและหอผู้ป่วยเห็นว่าเหตุผลดังกล่าวเป็นเพียงส่วนน้อยเท่านั้น

กระบวนการทัศน์สำหรับบริการทางการแพทย์

1. คุณภาพบริการคืออะไร การพัฒนาคุณภาพที่ท่านอยากเห็นคืออะไร
2. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการพัฒนาคุณภาพบริการที่ผ่านมาใน รพ.ของท่าน สิ่งใดเป็นสิ่งที่ควรรักษาไว้หรือทำให้มากขึ้น สิ่งใดเป็นสิ่งที่ควรลดความสำคัญลง
3. โปรดพิจารณามิติของคุณภาพใน 8 ประเด็นข้างล่าง ให้คะแนนน้ำหนักความสำคัญ (0-5), ยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมเพื่อให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับคุณภาพในประเด็นนั้น, และพิจารณาว่าควรมีการปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างไร
 - 1) Competency ผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะเหมาะสม
 - 2) Acceptability เป็นที่ยอมรับและตรงตามที่ผู้ป่วย/ลูกค้า คาดหวัง
 - 3) Appropriateness ถูกต้องเหมาะสม ทั้งในด้านจริยธรรมและวิชาการ
 - 4) Effectiveness รวด หมาย มีคุณภาพชีวิต
 - 5) Safety ปลอดภัย
 - 6) Efficiency ประหยัด
 - 7) Accessibility เข้าถึงบริการหรือมีบริการให้เมื่อต้องการ
 - 8) Continuity ความต่อเนื่องของการดูแล

มิติของคุณภาพ	rate	รูปธรรมที่ผู้ป่วยได้รับ	สิ่งที่ควรปรับปรุง
Competency			
Acceptability			
Appropriateness			
Effectiveness			
Safety			
Efficiency			
Accessibility			
Continuity			

4. ศึกษากรณีตัวอย่างที่แนบมา ใช้แนวคิดว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมและไม่มีระบบที่รัดกุม ไม่ได้เกิดจากความตั้งใจที่จะทำผิดของตัวบุคคล ให้กลุ่มพิจารณาว่าควรมีการกำหนดระบบงานที่รัดกุมอย่างไรจึงจะป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดดังกล่าว
5. ทำอย่างไร รพ.ของเราจะทราบได้ว่ามีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรเกิดขึ้นบ้าง ทำอย่างไรจึงจะสามารถวางระบบงานที่รัดกุมเพื่อป้องกันเหตุการณ์ดังกล่าว
6. เพื่อนในกลุ่มงานของท่านมีวิธีการทำเวชปฏิบัติอะไรที่แตกต่างจากท่าน ความแตกต่างนั้นส่งผลให้ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยต่างกันหรือไม่ ถ้าผลลัพธ์ไม่ต่างกันค่าใช้จ่ายต่างกันหรือไม่
7. ท่านเห็นว่าเวชระเบียนที่บันทึกอยู่ควรนำไปใช้ประโยชน์อย่างไรบ้าง หากจะใช้ประโยชน์ดังกล่าวให้ได้เต็มที่ ควรมีกลไกหรือสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างไร

กรณีตัวอย่าง

คัลยกรรม

- ผู้ป่วย multiple trauma ไม่มีแพทย์รับผิดชอบโดยตรง แต่ละคนเมื่อรักษาแล้วก็คิดว่าหมดภาระรับผิดชอบ เป็นหน้าที่ของแพทย์คนอื่น
- การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น สิ่งแปลกปลอมหลังผ่าตัด การติดเชื้อ
- ผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง มี hematoma ทางสมอง เกิดเหตุนอกเวลา แพทย์เฝ้าผ่าตัดแล้วไม่พบอะไร เป็นการผ่าตัดที่ไม่สมเหตุผล
- ผู้ป่วยอุบัติเหตุ แพทย์ใช้ทุนตรวจแล้วบอกว่าไม่เป็นไร 2 ชม.ต่อมากลับมาด้วยอาการไม่รู้ตัวและเสียชีวิต
- หญิงอายุ 75 ปี ถูกนำส่ง รพ.ด้วยอาการหมดสติ CT พบว่า hemorrhage รุงเข้าญาติขอให้ผ่าตัด ผ่าให้แล้วเสียชีวิต ญาติคิดว่าผ่าตัดให้ช้าเกินไป
- ผู้ป่วย empyema thoracis แพทย์สั่งให้ไปทำ ICD โดยตั้งใจให้แพทย์ใช้ทุนเป็นผู้ทำ แพทย์ใช้ทุนไปดูฟิล์ม คิดว่าเป็นของคนไข้คนนั้น เมื่อเจาะแล้วกลับไม่ได้อะไร สาเหตุเกิดจากการสลับเตียงผู้ป่วยกันและเรามักเรียกผู้ป่วยตามเตียงมากกว่าเรียกชื่อ
- ผู้ป่วยอุบัติเหตุ อยากเอกซเรย์สมอง แพทย์บอกว่าเอกซเรย์ทำไม แพงนะ ผู้ป่วยไม่พอใจในวิธีการพูดของแพทย์
- ผู้ป่วยอุบัติเหตุ มีแผลกระชังกะรัง แพทย์ไปทำแผลในห้องผ่าตัด พิจารณาว่าสาหัสเกินว่าจะเก็บไว้ได้จึงตัดไปเลยโดยไม่ได้ออกให้ญาติทราบก่อน ผลคือญาติมาโวยวายกับ รพ.
- ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะเป็นเลือด ไปตรวจกับคัลยแพทย์แล้วถูกส่งต่อมาแผนกนรีเวช แต่ถูกพยาบาลที่หน้าห้องตรวจโยนบัตรตรวจใส่หน้า ระบายอารมณ์กับหมอที่ส่งมาว่า "ยังไม่ทันตรวจแล้วจะรู้ได้อย่างไรว่าเป็นมะเร็ง" ผู้ป่วยไปรักษาที่อีกโรงพยาบาลหนึ่ง ได้รับการส่งตรวจเอกซเรย์ ทำแล้วไม่เห็นอะไรเพราะมีอุจจาระบัง แต่แพทย์กลับบอกให้กลับบ้าน ผู้ป่วยเสียความรู้สึกเพราะยังไม่ได้รับคำตอบ ช็อกใจว่าทำไมแพทย์ไม่สั่งให้ตรวจใหม่ ผู้ป่วยไปรับการผ่าตัดที่ รพ.ต่างจังหวัดแต่ไม่รู้ว่าเป็นอะไร
- ผู้ป่วยไปผ่าตัดก้อนที่เต้านม หลังผ่าตัดมีเจ้าหน้าที่แต่งชุดขาวเหมือนพยาบาลเอายามาให้เมื่อถามว่ายาแก้อะไรก็ตอบไม่ได้ เขามีพริกยาดูไปมาแล้วก็บอกว่า "เดี๋ยวขอไปถามดูก่อน"
- ผู้ป่วยไปส่องกล้องตรวจทางเดินปัสสาวะ ขณะนอนรออยู่มีเจ้าหน้าที่มาบอกว่าจะฉีดยาชาเข้าทางหลังให้ เมื่อผู้ป่วยทักท้วงจึงได้ตรวจสอบและพบว่าเป็นผู้ป่วยคนละรายกัน

- ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุพร้อมกับภรรยา มานอนอยู่ รพ. ได้ 7 วันโดยที่ภรรยาอยู่อีกหอผู้ป่วยหนึ่ง ผู้ป่วยเป็นห่วงมากกว่าใครจะดูแลลูกซึ่งอยู่กับย่าที่มีอายุมากแล้ว ไม่มีใครสังเกตเห็นปัญหานี้ จนกระทั่งวิสัญญีพยาบาลเกิดความสงสัยว่ายาชาที่ฉีดเข้าไปจะไม่ได้ผล
- ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นเลือด แพทย์จำหน่ายออกจาก รพ. โดยบอกว่าเป็นโรคผู้สูงอายุ ญาติพาไปรักษาที่ รพ. เอกชน เสียค่ารักษา 50,000 บาท และเสียชีวิต

อายุรกรรม

- ผู้ป่วยสูงอายุได้รับยาหลายขนาน ไม่มีญาติ อ่านหนังสือไม่ออก เป็นหลายโรค กลับไปกลับ มากก็ยังต้องกินยามาก ผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีการกินยา
- ผู้ป่วยภาวะสุดท้ายซึ่งแพทย์บอก NR ญาติบางกลุ่มยอมรับและไม่พอใจที่นำผู้ป่วยเข้า ICU ทำให้เขาต้องเสียเงินแพงขึ้น ญาติบางกลุ่มไม่ยอมรับและร้องเรียนว่าไม่นำเข้า ICU ซึ่งมี เครื่องมือพร้อม
- ผู้ป่วยอายุรกรรมมีอาการหายใจไม่ออก ปรีक्षा ENT มาเจาะคอแล้ว ต่อมาอายุรแพทย์ จำหน่ายโดยไม่ได้ปรีक्षा ENT ต่อมาผู้ป่วยมาติดตามเพื่อเอาท่อออก มีการโยนกันระหว่าง อายุรแพทย์กับ ENT
- ผู้ป่วยใช้สิทธิจะได้ยากดประสาท ห้องพิเศษได้ยาดีกว่าห้องสามัญ เกิดจากเจ้าหน้าที่ใน รพ. ไปให้ข้อมูล
- ผู้ป่วยอายุ 80 ปี มีอาการท้องเสีย นอน รพ. ได้ 3 วันแล้ว อาการท้องเสียทุเลาแล้ว แพทย์ที่ดูแลก็จะให้กลับบ้านแล้ว แต่ท่านผู้อำนวยการเกิดขยันมาเยี่ยมแล้วก็บอกว่าสงสัยสมองจะมี ปัญหา เลยส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ต้องเสียเงินอีกตั้งหลายพัน ญาติบอกว่าผู้ป่วยมีอาการหลงๆลืมๆอย่างนี้มาเป็นสิบปีแล้ว
- พยาบาลที่หน้าห้องตรวจใส่ชื่อผู้ป่วยสลับกัน ทำให้ห้องยาจ่ายยาผู้ป่วยผิดราย

กุมารเวชกรรม

- เด็กเป็นไข้มาที่ ER แพทย์ให้ยากลับไปทานที่บ้าน ผู้ป่วยนอน แพทย์รับรองว่าไม่เป็นอะไรแน่ ผู้ป่วยกลับมาด้วยอาการช็อค
- ผู้ป่วยเป็นไข้เลือดออก แพทย์อ่านผลชันสูตรเห็นว่า platelet ต่ำจึงสั่งจอง platelet conc. ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเสียเงินทันที สุดท้ายไม่ได้ใช้เนื่องจากเป็นการเปลี่ยนแปลงตาม pathophysiology
- ทารกแรกเกิดแล้วย้ายไปอยู่ห้องพิเศษทันที พยาบาลที่หอผู้ป่วยพิเศษรับ BCG จากห้องคลอด มาแล้วฉีดเข้ากล้ามเนื้อหน้าขา 0.5 cc อีกหนึ่งเดือนต่อมามีก้อนที่หน้าขาบริเวณที่ฉีดยา ศัลยแพทย์วินิจฉัยว่าเกิดจากแมลงกัด สั่งยาปฏิชีวนะให้รับประทาน ในที่สุดแตกเป็นหนอง
- แพทย์โรงพยาบาลชุมชนเลือกขนาดของ tube ที่จะใส่ให้เด็กแรกเกิดไม่ถูก

สูตินรีเวช

- ผู้ป่วยหญิง 34 ปี ผอมแห้งแรงน้อย มารพ.ตอนเย็นด้วยอาการปวดท้องคลอด ไม่เคย ANC พอตอนดึกทำ c/s เด็กปกติ รุ่งเช้าไปดู film เป็น miliary TB คือนั่นมีชายหนุ่มเจ้ากรรมไปผ่าตัดต่อจากผู้ป่วยรายนั้นโดยใช้เครื่องมือเดียวกัน
- ผู้ป่วยคลอด ท้องแรกผ่าตัด ท้องที่สองฝากพิเศษ แพทย์ดูแล้วเห็นว่าน่าจะคลอดเองได้ ให้คลอดเองแล้วเกิด emniotic embolism ญาติตั้งข้อสงสัยว่าทำไมไม่ผ่าตัดให้
- ผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมกำหนด ไม่ได้ ANC มาด้วยอาการเท้าโผล่ น้ำเดิน 1 ซม. แพทย์เวรพยายามดึงแต่ติดหัว ทำให้ stillbirth'
- ท้องที่ 3 ทำกัน เคยมีประวัติทำกันและ breech ซึ่งเคยตายมาแล้ว 2 ครั้ง รายงาน 2 ครั้ง แพทย์ไม่มาดู เด็กเสียชีวิต
- ผู้ป่วยคลอดแล้วปล่อยไปห้องน้ำคนเดียว เด็กเกิดออกมาแล้วเสียชีวิต เกิดการต่อว่าพยาบาล
- ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเอามดลูกออกเมื่อ 3 เดือนที่แล้ว หลังผ่าตัดไม่เท่าไรก็ปวดท้องมาก มาหาหมอที่ผ่าตัดให้ หมอคนนั้นท่านก็ไม่ยอมดูให้ ไล่ไปหาหมออีกแผนกหนึ่ง แล้วก็ถูกโยนต่อไปอีกแผนกหนึ่ง สุดท้ายต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ซึ่งแพทย์ทำ lysis adhesion ให้

บริการโลหิต

- เด็กทำ exchange transfusion ได้รับเลือดจากเพื่อนของบิดาซึ่งพบภายหลังว่า HIV+ และอยู่ใน window period เด็กติดเชื้อและเสียชีวิตในอีก 3 เดือนต่อมา
- ส่งเลือด cross match ผิดพลาด เจาะเลือดที่ OPD แล้วส่งไปรักษาที่ ward เมื่อ ward ขอเลือดเพิ่มปรากฏว่าลายคนละ groupu กัน เพราะไม่มีการ clear tube เลือดเก่าให้หมดไป บังเอิญเป็น group O จึงไม่เกิดปัญหา
- ห้องเลือดจ่ายเลือดไม่ตรงกับผู้ป่วยที่ขอไป ห้องเลือดยืนยันว่าไม่ผิด สาเหตุเกิดจากพนักงานผู้ช่วยไปแฉะตามทางและเกิดการสลับ specimen ระหว่างทาง



M

02

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล M02:01

- **การวิเคราะห์บรรยากาศองค์กร**
- **การรับฟังเสียงสะท้อนจากลูกค้า**
- **แบบประเมินบรรยากาศในการทำงาน รพ.**
- **แบบสอบถามความคิดเห็นต่อบริการของผู้ป่วยใน**
- **แบบสอบถามความคิดเห็นต่อบริการของผู้ป่วยนอก**

การวิเคราะห์บรรยากาศองค์กร

คืออะไร

คือการวิเคราะห์สถานการณ์และบรรยากาศการทำงานในองค์กรจากการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อนำมาสู่การวางแผนพัฒนาที่เหมาะสม

ทำไม

1. ทำให้ทราบสถานการณ์เกี่ยวกับปัจจัยที่จะมีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ
2. เพื่อวางแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของ รพ.
3. เป็นเครื่องมือในการพยากรณ์ความยากง่ายในการพัฒนาคุณภาพ

อย่างไร

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลอาจใช้แบบสอบถาม หรือการสนทนา/สัมภาษณ์ หรือแบบสอบถามร่วมกับการสนทนา/สัมภาษณ์ ซึ่งการสนทนา/สัมภาษณ์นี้อาจทำโดยเจ้าหน้าที่ภายในเอง หรือโดยบุคคลภายนอก
2. วิเคราะห์ข้อมูลจำแนกตามระดับและหน่วยงานของผู้ตอบ
3. คัดเลือกประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญของ รพ.มาวางแผนดำเนินงานร่วมกับทีมผู้บริหารระดับสูง

ตัวอย่าง

1. ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่าง รพ.

ตารางข้างล่างเปรียบเทียบบรรยากาศในการทำงานเมื่อเริ่มต้นโครงการ TQM/CQI ของ รพ. 2 แห่ง แสดงให้เห็นแบบแผนที่คล้ายคลึงกันของทั้ง 2 รพ. คือผู้ตอบเห็นว่าการควบคุมสิ่งที่อยู่รอบตัวเป็นสิ่งที่ปัญหามากที่สุด ปัญหาถัดมาคือความพึงพอใจในงาน การมีวิสัยทัศน์ร่วม และการทำงานเป็นทีม ส่วนเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ตอบเองคือความมุ่งมั่นที่จะพัฒนา การให้ความร่วมมือ และการรับรู้รับฟังลูกค้า ผู้ตอบจะเห็นว่าปัญหาน้อยที่สุด

เป็นที่สังเกตว่าคะแนนของ รพ.ที่ 2 ในทุกข้อมีร้อยละของการเห็นด้วยต่ำกว่า รพ.ที่ 1 ซึ่งเมื่อมีการประเมินผลโดยใช้ Malcolm Baldrige Criteria หลังจากพัฒนาไปได้ 3 ปี ก็เห็นความแตกต่างชัดเจนว่า รพ.ที่ 1 มีการพัฒนาได้ก้าวหน้ามากกว่า รพ.ที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความเห็นตามกลุ่มคำถามระหว่าง รพ. 2 แห่ง

กลุ่มคำถาม	รพ.ที่ 1 (%)			รพ.ที่ 2 (%)		
	ไม่เห็นด้วย	กำลัง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	กำลัง	เห็นด้วย
สามารถในการควบคุมสิ่งที่อยู่รอบตัว	15	35	50	31	32	37
พึงพอใจในงาน	13	30	57	17	35	47
มีส่วนร่วม	10	30	60	9	46	45
ทำงานเป็นทีม	12	25	63	14	30	56
ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์	9	25	66	12	29	59
ความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วม	7	23	70	13	24	63
รับรู้รับฟังลูกค้า	3	15	82	5	23	72

2. การคัดเลือกประเด็นที่น่าสนใจของ รพ.

เมื่อพิจารณาว่าคำถามข้อใดบ้างที่มีร้อยละของการเห็นด้วยต่ำ พบว่าเป็นเรื่องของการทำงานแบบกวดขัน การตอบสนองข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่ การที่เจ้าหน้าที่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งที่อยู่รอบตัวได้ การสนับสนุนให้ทดลองวิธีการทำงานใหม่ๆ การปรึกษาแนวทางแก้ไขปัญหากับหน่วยงานอื่น และความพึงพอใจในบรรยากาศการทำงาน แสดงให้เห็นว่าจำเป็นต้องมีการปรับปรุงวัฒนธรรมในการทำงานอีกมากที่จะเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของ empowerment, นวัตกรรม, การตอบสนองข้อเสนอ, การสร้างทีมคล่อมสายงาน

ตารางที่ 2 ความเห็นที่ชี้ให้เห็นสถานการณ์เชิงลบซึ่งควรใส่ใจ

ข้อ	คำถาม	n	ไม่เห็นด้วย (%)	กำลัง (%)	เห็นด้วย (%)
31	ทีมงานของท่านแก้ปัญหาแบบกวดไม่ปล่อย	341	31	39	30
7	ข้อเสนอของท่านได้รับการตอบสนองอย่างดี	341	17	46	37
1	ท่านสามารถควบคุมสิ่งที่อยู่รอบตัวได้	341	19	37	44
2	ท่านสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งที่อยู่รอบตัวได้	340	16	39	45
17	ท่านได้รับการสนับสนุนให้ทดลองวิธีการทำงานใหม่ๆโดยไม่ต้องกลัวผิด	333	18	36	46
9	ท่านมีโอกาสปรึกษาแนวทางแก้ไขปัญหากับหน่วยงานอื่น	339	14	39	47
25	ท่านพึงพอใจในบรรยากาศการทำงานที่เป็นอยู่	340	21	32	47

3. การแยกวิเคราะห์ตามกลุ่มเจ้าหน้าที่

การวิเคราะห์แยกตามกลุ่มเจ้าหน้าที่ทำให้เห็นภาพความแตกต่างของสถานการณ์ของแต่ละวิชาชีพในโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะนำไปสู่การวางแผนดำเนินงานสำหรับแต่ละวิชาชีพ เช่น เจ้าหน้าที่ในระดับพนักงานผู้ช่วย และเจ้าหน้าที่ในฝ่ายบริหารจะมีการกวดขันงานน้อย ข้อเสนอได้รับ

M02: การวิเคราะห์บรรยากาศในองค์กรและเสียงของลูกค้า

การตอบสนองต่ำ ได้รับการสนับสนุนให้ทดลองวิธีทำงานใหม่น้อย ในขณะที่กลุ่มแพทย์มีโอกาสปรึกษาแนวทางแก้ไขปัญหากับหน่วยงานอื่นน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ที่ตอบเห็นด้วยจำแนกตามกลุ่มเจ้าหน้าที่

ข้อ	คำถาม	แพทย์	พยาบาล	นว.อื่น	พ.ผช.	บริหาร
31	ทีมงานของท่านแก้ปัญหาแบบกีดไม่ปล่อย	41	35	20	26	0
7	ข้อเสนอของท่านได้รับการตอบสนองอย่างดี	59	48	60	35	38
1	ท่านสามารถควบคุมสิ่งที่อยู่รอบตัวได้	59	36	70	45	40
2	ท่านสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งที่อยู่รอบตัวได้	68	42	60	46	60
17	ท่านได้รับการสนับสนุนให้ทดลองวิธีการทำงานใหม่ๆโดยไม่ต้องกลัวผิด	64	53	70	45	31
9	ท่านมีโอกาสปรึกษาแนวทางแก้ไขปัญหากับหน่วยงานอื่น	15	52	70	43	56

หมายเหตุ คอลัมน์แพทย์ รวมทั้งทันตแพทย์และเภสัชกรด้วย
คอลัมน์พยาบาล รวมทั้ง พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่พยาบาล
คอลัมน์นว.อื่น ได้แก่ นักวิทยาศาสตร์ นักรังสี นักสังคม นักกายภาพ นักสถิติ นักวิชาการ
คอลัมน์ พ.ผช. ได้แก่ พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้
คอลัมน์บริหาร ได้แก่ เจ้าหน้าที่ในฝ่ายบริหารงานทั่วไป

เมื่อวิเคราะห์เรื่องความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ตามกลุ่มเจ้าหน้าที่ พบว่าทุกกลุ่มชอบฟังความคิดเห็นที่แปลกใหม่ ชอบนำไปพิจารณา และชอบตั้งคำถามต่องานที่ทำ แต่ในส่วนของความคิดริเริ่มเอง การได้รับกระตุ้น ข้อเสนอได้รับพิจารณา และสนับสนุนให้ทดลองวิธีทำงานใหม่ๆ ทางกลุ่มเจ้าหน้าที่ในฝ่ายบริหารและพนักงานผู้ช่วย มีต่ำกว่าเจ้าหน้าที่ในกลุ่มอื่นๆ

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้ที่ตอบเห็นด้วยต่อคำถามเรื่องความคิดสร้างสรรค์จำแนกตามกลุ่ม จนท.

ข้อ	คำถาม	แพทย์	พยาบาล	นว.อื่น	พ.ผช.	บริหาร
17	ท่านได้รับการสนับสนุนให้ทดลองวิธีการทำงานใหม่ๆโดยไม่ต้องกลัวผิด	64	53	70	45	31
19	ข้อคิดเห็นของท่านได้รับการพิจารณาอย่างมีเหตุผล	73	55	70	46	27
6	ท่านเสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหของหน่วยงานเสมอๆ	73	70	80	44	44
20	ผู้นำของท่านกระตุ้นให้ท่านมีความคิดริเริ่มตลอดเวลา	59	60	90	67	53
14	ท่านชอบคิดริเริ่มในสิ่งใหม่ๆ	82	87	100	76	69
21	ท่านมักตั้งคำถามต่องานที่ว่าควรทำหรือไม่ มีวิธีอื่นที่ดีกว่าหรือไม่	82	80	90	77	87
16	ท่านมักนำความคิดเห็นที่แปลกใหม่ไปพิจารณา	91	93	94	78	81
15	ท่านชอบฟังความคิดเห็นที่แปลกใหม่	91	94	100	92	94

การรับฟังเสียงสะท้อนจากลูกค้า

คืออะไร

ลูกค้าคือผู้ที่รับผลการทำงานของเรา ลูกค้าภายนอกได้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว บริษัทประกัน กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ ลูกค้าภายในได้แก่ผู้ที่รับทำงานต่อจากเรา ผู้ที่ต้องอาศัยผลงานของเราในการทำงานต่อ

เสียงสะท้อนจากลูกค้าคือการบ่งบอกความต้องการของลูกค้า และการสะท้อนว่าสิ่งที่ลูกค้าได้รับนั้นตรงกับความต้องการหรือไม่

ทำไม

1. การทราบความต้องการของลูกค้าที่แท้จริงทำให้เราออกแบบระบบงานให้สอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า เป็นการป้องกันความสูญเสียจากการทำในสิ่งที่ลูกค้าไม่ต้องการ
2. การรับฟังเสียงสะท้อนต่อสิ่งที่ลูกค้าได้รับ ถือว่าเป็นกระจกสองที่สำคัญซึ่งควรนำมาใช้ปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน
3. การสัมผัสกับความต้องการและเสียงสะท้อนของผู้ป่วยและลูกค้าทำให้เกิดแนวทางใหม่ๆ ในการจัดบริการ และทำให้เรามีความเข้าใจ/เห็นใจผู้ป่วย/ลูกค้ามากขึ้น

อย่างไร

1. กลไกรับฟังผู้ป่วย/ลูกค้าภายนอก

- รอรับคำร้องเรียน
- แบบบันทึกเหตุการณ์ผิดปกติ
- ใช้แบบสอบถามซึ่งมีทั้งคำถามปิดและคำถามเปิด
- สร้างกลไกเพื่อให้ผู้ป่วย/ลูกค้าได้ระบายความทุกข์ร้อนได้ง่ายขึ้น เช่น การมีผู้แทนผู้ป่วย/พยาบาลผู้ป่วยสัมพันธ์ การมีระบบโทรศัพท์ให้ระบายปัญหาและบันทึกเทป
- สอดส่องหาผู้ที่มีแนวโน้มจะเกิดปัญหา และเข้าไปสนทนาเจาะลึก
- หาช่องทางรับฟังเสียงสะท้อนจากชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เช่น ผู้ป่วยประจำของ รพ., ผู้แทนชุมชน, ข้าราชการ, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่
- ใช้เจ้าหน้าที่ของ รพ. ที่มาให้บริการเป็นตัวแทนของลูกค้าภายนอก

2. กลไกรับฟังลูกค้าภายใน

M02: การวิเคราะห์บรรยากาศในองค์กรและเสียงของลูกค้า

- ผู้ประสานงานคุณภาพเป็นตัวแทนของหน่วยงานต่างๆ เข้าไปสอบถามว่าต้องการให้หน่วยงานใดปรับปรุงในเรื่องใด
- แต่ละหน่วยออกแบบสอบถาม ถามลูกค้าของตนเอง
- แต่ละหน่วยเชิญตัวแทนลูกค้าของตนมาร่วมสนทนากลุ่ม (อาจมีปัญหามียอมพูด หรือพูดแรงเกินไป)
- จัดระบบข้อเสนอแนะของ รพ.
- ใช้เวทีที่มิดชิด/ทีมประสาน เป็นที่แลกเปลี่ยนความต้องการของหน่วยงานซึ่งดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

3. การวิเคราะห์

ไม่ว่าจะใช้กลไกในการรับฟังอย่างไร ควรจะมีหน่วยงานกลางทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับในแง่มุมต่อไปนี้

- ความถี่ของการเกิดปัญหาและการกระจาย (บุคคล สถานที่ เวลา) รวมทั้งแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไปตามเวลา
- ความสำคัญของปัญหาในสายตาของลูกค้า
- กระบวนการ/ระบบงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหา
- เจ้าของกระบวนการ/ระบบงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

แบบประเมินบรรยากาศในการทำงาน รพ. _____

ตำแหน่งของผู้ตอบ _____

หน่วยงาน _____

คำชี้แจง โปรดขีดเครื่องหมายถูก ลงในช่องความเห็นต่างๆตามมุมมองของท่าน

1 คือไม่เห็นด้วยมากที่สุด และ 9 คือเห็นด้วยมากที่สุด

		ไม่เห็นด้วย			ก้ำกึ่ง			เห็นด้วย		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
	ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน									
1	ท่านสามารถควบคุมระบบงานรอบตัวท่านได้ดี									
2	ท่านสามารถเปลี่ยนแปลงระบบงานรอบตัวได้									
3	คนใน รพ.มองเห็นและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น									
4	ปัญหาที่เป็นอยู่ในปัจจุบันสามารถแก้ไขได้									
5	เจ้าของเรื่องมักมองไม่เห็นปัญหาของตนเอง									
6	มีการแบ่งขอบเขตหน้าที่ในการแก้ปัญหาระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงานชัดเจน									
7	ผู้ปฏิบัติงานได้รับโอกาสและอำนาจสำหรับแก้ปัญหานำงานของตน									
8	ผู้นำของท่านส่งเสริม ให้กำลังใจ เป็นที่เลี้ยง ให้ท่านแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง									
9	ผู้นำของท่านลงมาช่วยจัดการกับปัญหาเมื่อผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถแก้ไขได้									
10	หัวหน้าของท่านไม่ไว้ใจผู้ปฏิบัติงานในการแก้ปัญหา									
12	หัวหน้าของท่านเข้าใจปัญหาและความต้องการของท่านดี									
13	ท่านเห็นพลังของตนเองในการจัดการกับปัญหารอบตัว									
14	ท่านอยากจะมีพลังที่มีในตัวเองจัดการกับปัญหารอบตัว									
15	หัวหน้าของท่านสนับสนุนให้ท่านไปทำงานแก้ปัญหาร่วมกับหน่วยงาน/วิชาชีพอื่น									
16	หัวหน้าของท่านสนับสนุนให้ปรับระบบงานเพื่อตอบสนองหน่วยงาน/วิชาชีพอื่น									
	การทำงานเป็นทีม									
17	ทุกคนในหน่วยงานต่างมีความเชื่อถือซึ่งกันและกัน									
18	ท่านมีโอกาสปรึกษาแนวทางแก้ไขปัญหากับเพื่อนร่วมงาน									
19	ท่านได้รับความร่วมมือจากผู้อื่นในการแก้ปัญที่เกิดขึ้น									
20	ท่านได้รับความร่วมมือจากผู้อื่นในการพัฒนาระบบงานที่เหมาะสม									
21	ท่านมีโอกาสเสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหาของหน่วยงานเสมอๆ									
21	ข้อคิดเห็นของท่านได้รับการพิจารณาอย่างมีเหตุผล									
22	ข้อเสนอของท่านได้รับการตอบสนองอย่างดี									
23	ท่านมีทีมงานที่ปรึกษาหารือกันได้สม่ำเสมอ									
20	ท่านได้รับมอบหมายให้ทำงานเป็นทีมเล็กๆเป็นประจำ									
24	หน่วยงานของท่านแก้ปัญหาโดยการทำงานเป็นทีม									
25	ทีมงานของท่านมุ่งมั่นแก้ปัญหานั้นสำเร็จลุล่วงไม่ทอดทิ้ง									
26	มีการแสดงความเห็นและความรู้สึกอย่างอิสระในกลุ่ม									
27	ทีมงานของท่านหาข้อสรุปอย่างมีเหตุผลได้ไม่ยาก									
28	การตัดสินใจของกลุ่มขึ้นอยู่กับคนไม่กี่คน									
29	หัวหน้าของท่านพยายามชี้แจงการตัดสินใจของกลุ่ม									

		ไม่เห็นด้วย			กำลัง			เห็นด้วย		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
30	หัวหน้าของท่านยอมรับผลการตัดสินใจของกลุ่ม									
31	มีการกระจายความรับผิดชอบให้ทุกคนในกลุ่ม									
32	ศักดิ์ศรีและชื่อเสียงจากความสำเร็จเป็นของกลุ่ม									
33	การตัดสินใจของกลุ่มมีผลในทางปฏิบัติ									
	การใช้ความคิดสร้างสรรค์									
34	เมื่อท่านเสนอความเห็นที่แปลกใหม่ เพื่อนร่วมงานของท่านให้ความสนใจดี									
35	เมื่อท่านเสนอความเห็นที่แปลกใหม่ เพื่อนร่วมงานของท่านนำไปพิจารณาต่อ									
36	เพื่อนร่วมงานของท่านชอบคิดริเริ่มในสิ่งใหม่ๆ									
37	ท่านมักตั้งคำถามต่องานที่ว่าควรทำหรือไม่ มีวิธีอื่นที่ดีกว่าหรือไม่									
38	ผู้นำของท่านกระตุ้นให้ท่านมีความคิดริเริ่มตลอดเวลา									
39	ท่านได้รับการสนับสนุนให้ทดลองวิธีการทำงานใหม่ๆโดยไม่ต้องกลัวผิด									
	ความหมายของคุณภาพ									
40	คุณภาพคือการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ									
41	คุณภาพคือการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ รพ.กำหนด									
42	คุณภาพคือการทำให้ผู้ป่วยและลูกคำพึงพอใจ									
43	คุณภาพคือการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและลูกคำ									
44	คุณภาพคือการตอบสนองความต้องการที่จำเป็น (need) ของผู้ป่วยและลูกคำ									
45	คุณภาพคือการตอบสนองความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกคำ									
46	คุณภาพคือการทำให้เกินกว่าความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกคำ									
47	การตอบสนองความต้องการของลูกคำภายในมีความสำคัญต่อคุณภาพ									
	การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกคำ									
48	เพื่อนร่วมงานของท่านพยายามทำความเข้าใจกับความต้องการของผู้ป่วย									
49	เพื่อนร่วมงานของท่านพยายามตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย									
50	เพื่อนร่วมงานของท่านพยายามศึกษาความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ป่วย									
51	ผู้ป่วยได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ									
52	มาตรฐานด้านเทคนิคบริการของ รพ.อยู่ในระดับที่ดี									
53	พฤติกรรมบริการของผู้ปฏิบัติงานอยู่ในระดับที่ดี									
	ความสัมพันธ์ของลูกคำภายใน									
54	รพ.มีช่องทางที่เป็นทางการเพื่อให้ลูกคำภายในได้แสดงความต้องการของตน									
55	ท่านสามารถบอกความต้องการของท่านให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างสะดวกใจ									
56	หน่วยงาน/บุคคลที่ส่งมอบงานให้ท่านเข้าใจว่าท่านต้องการอะไร									
57	หน่วยงาน/บุคคลที่ส่งมอบงานให้ท่านพยายามตอบสนองความต้องการของท่าน									
58	ข้อเสนอที่ท่านให้กับหน่วยงานอื่นมักไม่ได้รับความสนใจ									
	การปรับปรุงระบบงาน									
59	บรรยากาศในที่ทำงานเต็มไปด้วยความหวาดกลัวและความหวาดระแวง									
60	เมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้นในมือของท่าน ท่านมีโอกาสถูกตำหนิหรือถูกลงโทษสูง									
61	มีการใช้วิธีคิดอย่างเป็นระบบในการแก้ปัญหา									
62	มีความพยายามที่จะใช้ข้อมูลเป็นพื้นฐานของการตัดสินใจ									
63	งานที่ทำอยู่ไม่สามารถปรับปรุงให้ดีขึ้นกว่านี้ได้									

		ไม่เห็นด้วย			ก้ำกึ่ง			เห็นด้วย		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
	เป้าหมาย/อุดมการณ์ร่วมกัน									
64	สมาชิกส่วนใหญ่ใน รพ.มีอุดมการณ์ร่วมกัน									
65	ท่านพยายามวาดภาพ รพ. ในฝันที่อยากให้เป็น									
66	ภาพ รพ. ในฝันของท่านเหมือนกับของคนอื่น									
67	ทุกคนใน รพ.รู้ว่าควรจะทำอะไรเพื่อให้ภาพ รพ. ในฝันเป็นความจริง									
68	ทุกคนมีความรับผิดชอบร่วมกันต่อความอยู่รอดของ รพ.									
69	ท่านได้รับข่าวสารจากผู้บริหารอย่างชัดเจนสม่ำเสมอ									
70	ทุกคนในรพ.เข้าใจเป้าประสงค์และจุดเน้นในการพัฒนาของ รพ.									
	ความพึงพอใจ									
71	ท่านพึงพอใจในผลงานที่เป็นอยู่									
72	ความไม่พึงพอใจของท่านนำไปสู่ความอัดอั้นตันใจหรือความขัดแย้ง									
73	ท่านพึงพอใจในบรรยากาศการทำงานที่เป็นอยู่									
74	ท่านประสบความสำเร็จในการทำงาน									
75	ท่านได้รับการยอมรับจากผลสำเร็จของงาน									

ท่านอยากให้ผู้ป่วยและบุคคลภายนอกพูดถึง รพ.ว่าอย่างไร

ท่านคิดว่าหลักการดำเนินงานสำคัญที่ทุกคนควรยึดถือเพื่อให้เกิดความราบรื่นและประสิทธิภาพคือ

1.
2.
3.

ตัวท่านเองต้องการทำอะไรมากที่สุดเพื่อพัฒนารพ.ไปสู่จุดที่อยากเห็น

1.
2.
3.

อะไรเป็นอุปสรรคที่ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการทำได้

1.
2.
3.

แบบสอบถาม

ความคิดเห็นต่อบริการของผู้ป่วยใน

กรุณาแสดงความคิดเห็นของท่านต่อบริการ

ที่ท่านได้รับการจากการนอนโรงพยาบาลในครั้งนี้ เท่านั้น

IP voices

HSRI 1997



ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก และ/หรือ กรอกข้อความลงในช่องว่าง

1. ที่อยู่ปัจจุบัน : อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
2. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
3. อายุ _____ ปี
4. ท่านจบการศึกษาสูงสุด
 - ☐ 1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ☐ 2. มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา ☐ 3.ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
5. ผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือสิทธิคุ้มครองการรักษาพยาบาลในครั้งนี้
 - ☐ 1. จ่ายเงินเอง ☐ 2.สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ 3. ประกันสังคม
 - ☐ 4. บัตรสงเคราะห์ หรือสังคมสงเคราะห์ของ รพ. ☐ 5. บัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข
 - ☐ 6. ประกันสุขภาพ (บริษัทประกันภัย, ประสบภัยจากรถ, นายจ้างมีสัญญาจ่ายให้ รพ., กองทุนทดแทน)

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการนอนโรงพยาบาลของท่านในครั้งนี้

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก และ/หรือ กรอกข้อความลงในช่องว่าง

6. ทำไมท่านเลือกรับการรักษาที่โรงพยาบาลนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
 - ☐ 1. เดินทางสะดวก ☐ 2. มีเครื่องมือทันสมัย ☐ 3. มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
 - ☐ 4. ค่ารักษาไม่แพง ☐ 5. บริการรวดเร็วทันใจ ☐ 6. สถานที่สะดวกสบาย
 - ☐ 7. เคยเป็นผู้ป่วยเก่าที่โรงพยาบาลนี้
7. ท่านได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็น และวิธีการรักษา หรือไม่
 - ☐ 1. ไม่ได้รับ ☐ 2. ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐ 3. ได้รับ และเข้าใจดี
8. ท่านได้รับแจ้งผลการตรวจเลือด ปัสสาวะ เอกซเรย์ หรือไม่
 - ☐ 1. ไม่ได้รับ ☐ 2. ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐ 3. ได้รับ และเข้าใจดี ☐ 4. ไม่ได้ตรวจ
9. ท่านได้รับการอธิบายเหตุผลที่ต้องผ่าตัดและรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัดหรือไม่
 - ☐ 1. ไม่ได้รับ ☐ 2. ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐ 3. ได้รับ และเข้าใจดี ☐ 4. ไม่ได้ผ่าตัด
10. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนออกจากโรงพยาบาลหรือไม่
 - ☐ 1. ไม่ได้รับ ☐ 2. ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐ 3. ได้รับ และเข้าใจดี
11. ท่านทราบหรือไม่ว่าใครคือแพทย์ที่รับผิดชอบดูแลรักษาท่าน
 - ☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ทราบ แต่ไม่รู้ชื่อแพทย์ ☐ 3. ทราบ และรู้ชื่อแพทย์
12. ท่านคิดว่าค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้
 - ☐ 1. แพงมาก ☐ 2. แพง ☐ 3. เหมาะสม ☐ 4. ถูก ☐ 5. ถูกมาก ☐ 6. ไม่ทราบค่ารักษา

ตอนที่ 3 ความรู้สึกของท่านต่อบริการต่างๆในครั้งนี้

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องที่ท่านเลือก

	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี	แย่มาก	ประเมินไม่ได้
13. ความสะอาดของห้องที่ท่านนอน	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. ความสะดวกสบายในห้องที่ท่านนอน	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. การประสานงานและความร่วมมือของเจ้าหน้าที่	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. ความสามารถของแพทย์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็น	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. การตรวจร่างกายโดยแพทย์	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. ความรวดเร็วในการที่แพทย์มาดูแลเมื่อท่านมีปัญหา	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. ความใส่ใจของแพทย์ในการดูแลท่าน	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. กิริยามารยาทของแพทย์	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. ความสามารถของพยาบาลในการให้การพยาบาล	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. ความรวดเร็วในการที่พยาบาลมาให้การช่วยเหลือ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. ความใส่ใจของพยาบาลต่ออาการเจ็บป่วยของท่าน	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. กิริยามารยาทของพยาบาล	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. กิริยามารยาทของเจ้าหน้าที่อื่นๆ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. คุณภาพบริการโดยรวม	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นของท่านต่อบริการของโรงพยาบาล

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องที่ท่านเลือก และ/หรือ กรอกรหัสความลงในช่องว่าง

27. ถ้าญาติหรือเพื่อนของท่านป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ท่านจะแนะนำให้มาโรงพยาบาลนี้หรือไม่
☐ 1. แนะนำ ☐ 2. ไม่แนะนำ ☐ 3. ไม่แน่ใจ
28. ถ้าท่านป่วยจะต้องเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลอีก และ สามารถเลือกโรงพยาบาลอื่นได้ ท่านจะกลับมาโรงพยาบาลนี้อีกหรือไม่
☐ 1. มั่นใจว่าจะกลับมาอีก ☐ 2. มั่นใจว่าจะไม่มาใช้บริการอีก ☐ 3. ไม่แน่ใจ
29. ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลควรจะปรับปรุงคุณภาพบริการอะไรบ้าง กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่ท่านเห็นว่าสำคัญที่สุด 3 ข้อ

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

ขอขอบพระคุณ ที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
 ข้อคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง
 ในการปรับปรุงบริการของโรงพยาบาล

IP voices

HSRI 1997



แบบสอบถาม

ความคิดเห็นต่อบริการของผู้ป่วยนอก

กรุณาแสดงความคิดเห็นของท่านต่อบริการ
ที่ท่านได้รับการนอนโรงพยาบาลในครั้งนี้ เท่านั้น

OP voices

HSRI 1997



ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก และ/หรือ กรอกข้อความในช่องว่าง

1. ที่อยู่ปัจจุบัน : อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
2. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
3. อายุ _____ ปี
4. ท่านจบการศึกษาสูงสุด
☐ 1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ☐ 2. มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา ☐ 3.ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
5. ผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือสิทธิคุ้มครองการรักษาพยาบาลในครั้งนี้
☐ 1. จ่ายเงินเอง ☐ 2.สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ 3. ประกันสังคม
☐ 4. บัตรสงเคราะห์ หรือสังคมสงเคราะห์ของ รพ. ☐ 5. บัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข
☐ 6. ประกันสุขภาพ (บริษัทประกันภัย, ประสมภัยจากรพ, นายจ้างมีสัญญาจ่ายให้ รพ., กองทุนทดแทน)

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับบริการผู้ป่วยนอกที่ท่านได้รับในวันนี้

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก และ/หรือ กรอกข้อความลงในช่องว่าง

6. ทำไมท่านเลือกมารับการรักษาที่โรงพยาบาลนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
☐ 1. เดินทางสะดวก ☐ 2. มีเครื่องมือทันสมัย ☐ 3. มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
☐ 4. ค่ารักษาไม่แพง ☐ 5. บริการรวดเร็วทันใจ ☐ 6. สถานที่สะดวกสบาย
☐ 7. เคยเป็นผู้ป่วยเก่าที่โรงพยาบาลนี้
7. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็น และวิธีการปฏิบัติตัว หรือไม่
☐ 1. ไม่ได้รับ ☐ 2. ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐ 3. ได้รับ และเข้าใจดี
8. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาหรือไม่
☐ 1. ไม่ได้รับ ☐ 2. ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐ 3. ได้รับ และเข้าใจดี
9. ระยะเวลารอคอยตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้พบแพทย์
☐ 1. นาน ☐ 2. ปานกลาง ☐ 3. รวดเร็ว
10. ระยะเวลารอรับยา
☐ 1. นาน ☐ 2. ปานกลาง ☐ 3. รวดเร็ว
11. ระยะเวลารอดตรวจเลือด เอกซเรย์
☐ 1. นาน ☐ 2. ปานกลาง ☐ 3. รวดเร็ว ☐ 4. ไม่ได้ตรวจ
12. ท่านคิดว่าค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้
☐ 1. แพงมาก ☐ 2. แพง ☐ 3. เหมาะสม ☐ 4. ถูก ☐ 5. ถูกมาก ☐ 6. ไม่ทราบค่ารักษา

ตอนที่ 3 ความรู้สึกของท่านต่อบริการต่างๆในครั้งนี้

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องที่ท่านเลือก

	ดี มาก	ดี	ปาน กลาง	ไม่ดี	แย่ มาก	ประเมิน ไม่ได้
13. ความสะดวกสบายโดยทั่วไป	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. ความสะอาดของห้องส้วม	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. ลำดับในการเข้ารับบริการจากหน่วยหนึ่งไปอีกหน่วย หนึ่ง	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. การประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. การแนะนำ <u>ประชาสัมพันธ์</u> ในการใช้บริการ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. แพทย์ใส่ใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วยจากท่าน	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. การซักประวัติ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. การตรวจร่างกาย	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. แพทย์ให้เวลากับท่าน	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. กิริยามารยาทของแพทย์	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. การดูแลให้ความช่วยเหลือจาก <u>พยาบาล</u>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. กิริยามารยาทของ <u>พยาบาล</u>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. กิริยามารยาทของ <u>เจ้าหน้าที่อื่นๆ</u>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. <u>คุณภาพบริการโดยรวมทุกด้าน</u>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นของท่านต่อบริการของโรงพยาบาล

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องที่ท่านเลือก และ/หรือ กรอกรหัสความลงในช่องว่าง

27. ถ้าญาติหรือเพื่อนของท่านป่วย ท่านจะแนะนำให้มาโรงพยาบาลนี้หรือไม่
☐ 1. แนะนำ ☐ 2. ไม่แนะนำ ☐ 3. ไม่แน่ใจ
28. ถ้าท่านป่วยอีกครั้ง และสามารถเลือกโรงพยาบาลอื่นได้ ท่านจะกลับมาโรงพยาบาลนี้อีกหรือไม่
☐ 1. มั่นใจว่าจะกลับมาอีก ☐ 2. มั่นใจว่าจะไม่มาใช้บริการอีก ☐ 3. ไม่แน่ใจ
29. ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลควรปรับปรุงคุณภาพบริการอะไรบ้าง กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่ท่านเห็นว่าสำคัญที่สุด 3 ข้อ

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

ขอขอบพระคุณ ที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ข้อคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง
 ในการปรับปรุงบริการของโรงพยาบาล

OP voices

HSRI 1997





M

03

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล M03:01

**- โครงสร้างองค์กรเพื่อการ
พัฒนาคุณภาพ**

โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

คืออะไร

คือการกำหนดหน้าที่และความสัมพันธ์ของผู้รับผิดชอบ/ทีมงานในระดับต่างๆ

ทำไม

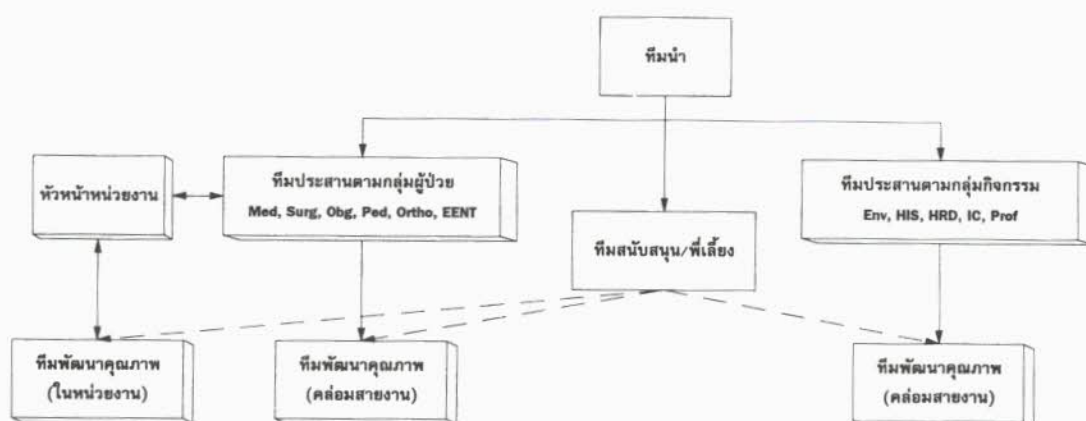
1. โครงสร้างที่ดีทำให้เกิดการเชื่อมต่องิจกรรมพัฒนาคุณภาพกับการบริหารจัดการได้อย่างแนบสนิท มีการขึ้นหน้าที่เหมาะสม มีการดำเนินงานอย่างมีเป้าหมายและเห็นภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ เกิดการตัดสินใจเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพได้อย่างรวดเร็ว และเกิดความต่อเนื่องของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
2. โครงสร้างที่ดีส่งเสริมให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยแบ่งหน้าที่ระหว่างทีมต่างๆ อย่างเหมาะสมชัดเจน และมีผู้ช่วยการเรียนรู้ (facilitator) ร่วมอยู่ในทุกทีม
3. โครงสร้างที่ดีจะชี้นำต่อการพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง

อย่างไร

- ใช้แนวคิดทีมสามประสาน ทั้งในระดับองค์กรและระดับหน่วยงาน



- โครงสร้างสามประสานในระดับองค์กร



- ทีมชี้นำ (Steering Team)

- คือใคร

- ทีมชี้นำในระดับ รพ.คือทีมผู้บริหาร (หรือทีมชี้นำ-Lead Team) ซึ่งอย่างน้อยควรประกอบด้วย ผอ.,รองผอ.ทุกด้าน, แทนของทีมคิด/ทีมประสาน โดยมีผู้ประสานงานคุณภาพของ รพ.เป็นเลขานุการ
- ทีมชี้นำในระดับกลุ่มผู้ป่วยคือ Patient Care Team (หรือทีมคิด/ทีมประสาน) มีองค์ประกอบดังตัวอย่าง

คณะกรรมการประสานงานพัฒนาคุณภาพด้าน			
ชุดกิจกรรม	คล้ายกรรม	อายุกรรม	กุมารเวชกรรม
แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน พยาบาลอาวุโส แพทย์ในกลุ่มงาน 1-2 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วย/หรือผู้แทน ผู้แทน OPD และ ANC ผู้ประสานงาน A/QI (facilitator)	แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน พยาบาลอาวุโส แพทย์ในกลุ่มงาน 1-2 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วย/หรือผู้แทน ผู้แทน OPD ที่เกี่ยวข้อง และ ER ผู้ประสานงาน A/QI (facilitator)	แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน พยาบาลอาวุโส แพทย์ในกลุ่มงาน 1-2 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วย/หรือผู้แทน ผู้แทน OPD ที่เกี่ยวข้อง และ ER ผู้ประสานงาน A/QI (facilitator)	แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน พยาบาลอาวุโส แพทย์ในกลุ่มงาน 1-2 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วย/หรือผู้แทน ผู้แทน OPD ที่เกี่ยวข้อง ผู้ประสานงาน A/QI (facilitator)
ผู้แทนหน่วยงานสนับสนุน เช่น ชันสูตร รังสีวิทยา เภสัชกรรม เวชกรรมฟื้นฟู/กายภาพบำบัด โภชนาการ คลังเลือด เวชกรรมสังคม			
ผู้แทนห้องผ่าตัด หัวหน้าห้องคลอด/หรือผู้แทน ผู้แทนหน่วยทารกแรกเกิด	ผู้แทนห้องผ่าตัด ผู้แทนวิสัญญี		ผู้แทนห้องคลอด

แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน พยาบาลอาวุโส และ facilitator ประจำทีมคือกุญแจสำคัญที่จะปรึกษากันเพื่อวางแผนการประชุมของทีม

- ทีมชี้นำในระดับกลุ่มหน่วยงาน คือ Corporate Function Lead Team
- ผู้ชี้นำในระดับหน่วยงานคือหัวหน้าหน่วยงานหรือคณะกรรมการบริหารหน่วย
- มีชื่อเรียกอะไรได้บ้าง
 - คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ
 - Patient Care Team (คณะกรรมการประสานการพัฒนาคุณภาพด้าน....) คือทีมที่นำตัวแทนของทุกวิชาชีพและทุกหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันมาแลกเปลี่ยนความต้องการและกำหนดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องการพัฒนา
 - ทีมชี้นำ และ ทีมคิด/ประสาน
 - หนังสือบางเล่มจะเรียกทีมชี้นำนี้ว่า Quality Council ซึ่งอาจจะมี Hospital Quality Council, Medical Quality Council, Surgical Quality Council
- มีหน้าที่อะไร

- ทีมชั้นนำมีหน้าที่ให้ทิศทางการพัฒนา กำหนดประเด็นที่จะพัฒนา กำหนดผู้รับผิดชอบ สนับสนุนทรัพยากร ติดตามความก้าวหน้า ขยายผล ควรมีการประชุมอย่างน้อยเดือนละครั้ง
- Facilitator หรือพี่เลี้ยงด้านเทคนิค QI
 - คือใคร
 - เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมในทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การเป็น facilitator, เทคนิค QI, การใช้มาตรฐานโรงพยาบาลประเมินตนเอง
 - อาจจะเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนั้นเอง หรือจากหน่วยงานอื่น หรือเป็นที่ปรึกษาจากภายนอก
 - รพ.ที่เคยมีผู้รับผิดชอบกิจกรรมคุณภาพต่างๆหลายอย่างควรนำผู้แทนที่รับผิดชอบเหล่านั้นมารวมกันเป็นทีมสนับสนุน (คณะกรรมการประสานงานสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ) ดังตัวอย่าง

คณะกรรมการประสานงานสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ
ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล/ผู้จัดการคุณภาพ A/QI ผู้ประสานงาน A/QI ประจำ Patient Care Team ต่างๆ ผู้รับผิดชอบกิจกรรมพัฒนาองค์กร (OD) ผู้รับผิดชอบกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ (ESB) ผู้รับผิดชอบกิจกรรม 5 ส. ผู้รับผิดชอบกิจกรรมข้อเสนอแนะ ผู้รับผิดชอบกิจกรรมผู้ป่วยสัมพันธ์/ประชาสัมพันธ์

- มีหน้าที่อะไร
 - เป็นผู้ที่ช่วยเหลือทีมในด้านกระบวนการกลุ่มและเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ ทำให้เกิดความราบรื่นและประสิทธิภาพในการทำงาน
- Quality Improvement Team (ทีมทำ)
 - คือใคร
 - คือกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาซึ่งมาร่วมกันหาวิธีปรับปรุงวิธีการทำงาน
 - อาจจะเป็นกลุ่มที่รวมตัวกันเองภายในหน่วยงาน หรือเป็นกลุ่มที่ทีมชั้นนำแต่งตั้ง
 - อาจจะเป็นทีมคล่อมสายงาน (cross-functional team) หรือทีมเฉพาะในหน่วยงาน
 - มีหน้าที่อะไร

- กลุ่มที่รวมตัวกันเองภายในหน่วยงานมีหน้าที่ค้นหาโอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนา
- กลุ่มที่ทีมชี้นำแต่งตั้งมีหน้าที่ค้นหาและทดสอบวิธีการทำงานที่ดีกว่า ตามเป้าหมายที่ทีมชี้นำกำหนด กลุ่มในลักษณะนี้จะสลายตัวทันทีเมื่อภารกิจเสร็จสิ้น (รวมทั้งการมอบหมายงานให้ผู้รับผิดชอบประจำเรียบร้อย)

ปรับความเข้าใจ

ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน	ความเข้าใจที่ควรจะเป็น
ไม่ควรแยกเป็นทีมคิดกับทีมทำ เพราะจะทำให้ทีมทำไม่ได้คิด ทีมคิดไม่ได้ทำ	-ทีมคิด/ประสานคือผู้ชี้นำว่าควรทำอะไร โดยอาศัยการแลกเปลี่ยนความต้องการระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ เน้นหนักเรื่องการประสานงาน -ทีมทำต้องคิดหาวิธีการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงด้วยตนเองอยู่แล้ว ไม่ใช่รอรับคำสั่งวิธีการแก้ปัญหาจากทีมคิด
ผู้รับผิดชอบ TQM/CQI กับ HA ควรเป็นคนละกลุ่ม เพื่อแบ่งเบาภาระงานกัน	TQM/CQI เป็นการพัฒนาภายใน ซึ่งเป็นเนื้อหาหลักของ HA หากแยกผู้รับผิดชอบเป็น 2 กลุ่มจะทำให้เกิดความสับสนในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และเกิดความซ้ำซ้อน ไม่ประสานงานกัน
คณะกรรมการเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพที่ตั้งไว้แล้ว เช่น 5 ส., ระบบข้อเสนอแนะ, OD, Nursing QA ก็ให้ทำหน้าที่ต่อไป ไม่ต้องให้มายุ่งเกี่ยวกัน	มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องประสานความพยายามในการพัฒนาคุณภาพทุกด้านเข้าด้วยกัน ตัวแทนของคณะกรรมการเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพที่มีอยู่ซึ่งเป็นผู้รู้เรื่องเทคนิคการพัฒนาต่างๆ จะต้องมารวมกันในกลุ่ม facilitator เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิด ประสานงาน และทราบความก้าวหน้าของทุกส่วน
คณะผู้บริหารระดับสูงรับผิดชอบเรื่องการบริหารจัดการ เรื่องคุณภาพเป็นสิ่งที่มอบหมายให้คณะกรรมการคุณภาพโดยเฉพาะ	การพัฒนาคุณภาพต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนระบบการทำงานและทรัพยากร หากจะพัฒนาคุณภาพให้เห็นผล ผู้บริหารระดับสูงต้องมีส่วนร่วมอย่างเข้มข้น การให้คณะผู้บริหารระดับสูงเป็นทีมนำในการพัฒนาคุณภาพเป็นกลไกให้ผู้บริหารระดับสูงได้มีส่วนในการชี้นำ รับทราบปัญหา และตัดสินใจอย่างรวดเร็ว จะทำให้การพัฒนาคุณภาพมีความเป็นไปได้อ

แต่ละหน่วยงานต่างก็ตั้งทีมพัฒนาคุณภาพของตนเองแล้ว หาก Patient Care Team ให้ทำงานอื่นเพิ่มจะทำไม่ไหว	เป็นสิ่งที่ทีมหน่วยงานตั้งทีมพัฒนาคุณภาพของตนควรไปเล่าให้ Patient Care Team ฟังว่าหน่วยของตนกำลังทำอะไรอยู่ จะทำให้ได้รับข้อคิดเห็น, ความร่วมมือ และความเห็นใจจากหน่วยงานอื่น
เป็นการทำเรื่องง่ายให้เป็นเรื่องยาก	หากไม่ยึดติดกับตัวอักษรที่พยายามสื่อให้เห็นตัวอย่าง จะนำไปปรับใช้ได้ง่ายได้
คณะกรรมการมีมากเกินไป ไม่มีเวลาทำงาน	-ควรพิจารณาผลได้ที่จะเกิดขึ้นจากการมีโครงสร้างในลักษณะนี้ ในอนาคตโครงสร้างนี้จะเป็นโครงสร้างหลักในการทำงานซึ่งทุกคนมีความสุข ทำให้สามารถยกเลิกคณะกรรมการที่ไม่จำเป็นลงได้ -ควรวางแผนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น จำกัดประเด็นการประชุมในทีมคิด/ทีมประสาน ประชุมทีมคิด/ทีมประสานเพียง 1 ชม. ต่อเดือน ตั้งทีมทำให้มีขนาดเล็ก สลายตัวทีมทำเมื่อเสร็จสิ้นภาระกิจ
โครงสร้างนี้เหมาะสำหรับองค์กรที่พัฒนามาแล้วระดับหนึ่ง ยากที่จะใช้ในองค์กรที่เพิ่งเริ่มต้นพัฒนา	-จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการมีโครงสร้างสามประสานหากไม่ต้องการสูญเสียพลังเปล่า ทีมชั้นนำในขั้นต้นอาจจะมีเพียงทีมเดียวคือทีมนำ แล้วค่อยๆเพิ่มขึ้นในกลุ่มคนที่มีความพร้อม ไม่ควรมองว่าต้องทำทุกอย่างให้เสร็จสิ้นในคราวเดียว -ความผิดพลาดมหันต์ในการพัฒนาคุณภาพคือไปเริ่มต้นที่ระดับล่างโดยไม่เชื่อมโยงกับระบบบริหารปกติ
ผอ.รอรับปัญหาอยู่แล้ว มีอะไรก็มาเสนอได้เลย	ผู้บริหารควรใช้มาตรการเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับ การมีโครงสร้างและมีแนวทางติดตามที่ชัดเจน จะช่วยให้ผู้บริหารรู้ได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะซึ่งผู้เสนอเข้าใจถูกต้องแล้ว

ข้อเสนอแนะ	ขยายความ
ตัวอย่าง Patient Care Team ที่เสนอเหมาะสำหรับ รพ.ขนาดใหญ่	-ถ้ายึดในหลักการ ทีมชั้นนำอาจจะมีเฉพาะในระดับ รพ. หรืออาจจะมีในกลุ่มผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น ที่นำเสนอละเอียดเพื่อให้มองเห็นภาพได้ชัดเจน - รพ.ขนาดเล็กอาจจะแบ่งเป็นเพียงทีมผู้ป่วยนอก กับ ทีมผู้ป่วยใน -รพ.ขนาดกลางอาจจะแบ่งทีมผู้ป่วยในออกเป็นทีมดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม/สูติรีเวช กับทีมดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม/กุมารเวช
การใช้คำว่าทีม เป็นสิ่งที่ไม่ปกติในระบบราชการ	รพ.จะตั้งชื่อว่าคณะกรรมการอะไรก็ได้ ขอให้ยึดมั่นในหน้าที่ที่จะต้องทำ
จำนวนกรรมการที่เสนอในตัวอย่าง Patient Care Team มีมากเกินไป จำนวนคณะกรรมการไม่ควรเกิน 7-8 คน	-รพ.ต้องเป็นผู้กำหนดให้สมดุลระหว่างการเป็นตัวแทนหน่วยงาน/วิชาชีพต่างๆให้ครอบคลุม และจำนวนไม่มากเกินไปจนการประชุมไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ตัวแทนจากหอผู้ป่วยอาจจะไม่ต้องมีจากทุกหอผู้ป่วย แต่มีระบบในการกระจายข่าวสารและมีการหมุนเวียนเข้ามาเป็นตัวแทนในเวลาที่เหมาะสม (แต่ไม่ใช่หมุนเวียนทุกเดือน) -กรรมการสำคัญที่ขาดไม่ได้สำหรับ Patient Care Team คือแพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน พยาบาลอาวุโส และ facilitator
ควรมีการกำหนดหน้าที่ของทีมทำ (Quality Improvement Team) ด้วย	หน้าที่ของทีมทำจะถูกกำหนดโดยทีมชั้นนำ ซึ่งโดยทั่วไปก็คือการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ทางเลือก ทดลองทางเลือก และศึกษาผลการทดลอง ตามเป้าหมายที่ทีมชั้นนำกำหนด
ควรมีการรายงานความก้าวหน้าในทุกๆระดับเป็นระยะให้กับทีมชั้นนำ	-ทีมทำควรรายงานให้ทีมชั้นนำใน 3 ขั้นตอน คือการวิเคราะห์สาเหตุ การวิเคราะห์ทางเลือก และผลการทดลอง -ในกรณีที่ทีม Patient Care Team ด้วย ทีมทำจะรายงานให้ PCT ทุกๆระยะ และ PCT จะรายงานให้ทีมชั้นนำของ รพ.เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

ดี แต่เจ้าหน้าที่อาจสับสนกับของเดิมที่มีอยู่	-มีความเป็นไปได้สูงที่จะเกิดความสับสน ถ้าจะให้โครงสร้างนี้ได้ผลทุกคนจะต้องมุ่งมั่นเรียนรู้ประโยชน์ของการมีโครงสร้างสามประสาน -ในระยะต้นอาจจะต้องแบ่งหน้าที่กันให้ชัดเจน เช่น กรรมการห้องผ่าตัดดูแลในเรื่องการจัดสรรห้องผ่าตัด และระเบียบปฏิบัติในการใช้ห้องผ่าตัด ทีมศัลยกรรม เน้นการปรับปรุงระบบงานทั้งหมดที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ศัลยกรรม อะไรที่คาบเกี่ยวกับกรรมการทั้ง 2 ชุด ให้ ทีมศัลยกรรมพิจารณาก่อน เมื่อต้องการออกเป็น ระเบียบปฏิบัติจึงค่อยเสนอให้กรรมการห้องผ่าตัดรับรอง
เป็นโครงสร้างที่ดี แต่ไม่ครอบคลุมทุกงาน ใน รพ.	การสร้างทีมให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานเป็นเรื่องที่ดี แต่ต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพของ รพ. จำนวนทีมที่เสนอเป็นเพียงจุดเริ่มต้น เมื่อเห็นประโยชน์แล้ว รพ.ย่อมสามารถเพิ่มทีมขึ้นได้ตามความเหมาะสม
โครงสร้างนี้จะใช้ได้เมื่อสมาชิกมีเจตคติที่ดีและเข้าใจงานพัฒนาคุณภาพเพื่อผู้ป่วย	โครงสร้างนี้จะเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เรียนรู้ที่จะมีเจตคติที่ดี ทั้งนี้จะต้องมี facilitator ที่เก่งพอ รพ.จะต้องให้ความสำคัญกับการสร้าง facilitator
ความเป็นไปได้ขึ้นกับ commitment และภาวะผู้นำของผู้บริหาร ความรู้ความเข้าใจ ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ	กลุ่มที่สำคัญที่สุดคือผู้บริหารระดับสูง จะต้องนำเรื่องนี้เข้าคุยกับผู้บริหารจนเข้าใจ และแสดงให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นด้วยการกระทำ สร้างช่องทางสื่อสารกับผู้บริหารที่ดี
ในระยะเริ่มต้น พยายามกระตุ้นให้เกิดทีมในลักษณะที่เป็นภายในแผนกและงานใกล้ชิดก่อน	ทีมชั้นนำสามารถกำหนดได้ว่าจะให้ทีมทำเป็นทีมภายในแผนกหรือทีมคล่อมแผนก แต่การที่ทีมชั้นนำมาจากหน่วยงานวิชาชีพต่างๆ ทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความต้องการในฐานะลูกค้าภายในได้อย่างต่อเนื่อง

การทำงานแบบคล่อมสายงานมีโอกาสเกิดความขัดแย้งสูง ควรรอไว้ทีหลัง	ทีมชั้นนำคล่อมสายงานมีความสำคัญที่จะผลักดันให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การป้องกันความขัดแย้งในช่วงต้นอาจทำได้โดยให้เกียรติตัวตนของแต่ละหน่วย ให้นำเสนอในสิ่งที่หน่วยงานนั้นทำ และค่อยๆ สอดแทรกความต้องการของหน่วยงานอื่นในช่วงเวลาที่เหมาะสม ที่สำคัญที่สุดคือต้องไม่กดดันกันและกัน ต้องมี facilitator เพื่อช่วยในเรื่องของกระบวนการประชุม เราควรเผชิญหน้ากับปัญหาคด้วยปัญญา ไม่ใช่ด้วยการหลีกเลี่ยง
--	--

ประเมินตนเอง

- การพัฒนาคุณภาพเป็นวาระสำคัญในการประชุมทีมผู้บริหารหรือไม่
- ทีมผู้บริหารระดับสูงระบุปัญหาคุณภาพที่มีความสำคัญของ รพ.หรือไม่
- การตัดสินใจอนุมัติทรัพยากรสนับสนุนตามที่ทีมพัฒนาเสนอมีความคล่องตัวเพียงใด มีโอกาสที่จะถูกระงับได้โดยง่ายอย่างไม่มีเหตุผลหรือไม่
- มีการจัดตั้ง Patient Care Team ตามกลุ่มผู้ป่วยหลักๆ ของ รพ.หรือไม่ ทีมนี้มีการพบปะกันอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ การประชุมของทีมนี้มีประสิทธิภาพหรือไม่ มีความขัดแย้งในที่ประชุมหรือไม่
- ผู้แทนของ Patient Care Team ได้มีโอกาสนำเสนอความก้าวหน้าและปัญหาให้ทีมชั้นนำระดับ รพ.ได้ทราบหรือไม่
- ผู้ประสานงานกลาง หรือหัวหน้าทีม facilitators มีอาวุธ ใส ความรู้ ทักษะ เจตคติ ในการปฏิบัติหน้าที่ที่พี่เลี้ยงและประสานกับทุกหน่วยงานเพื่อให้เห็นทิศทางการพัฒนาในภาพรวมหรือไม่
- มีทีม facilitators ซึ่งได้รับการฝึกอบรมด้านกระบวนการกลุ่มเพื่อช่วยเป็นพี่เลี้ยงให้กับทีมต่างๆ เพียงพอหรือไม่
- ทีม facilitators ได้มาพบปะกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อนำปัญหามาปรึกากันหรือไม่
- facilitators แก้ปัญหาเจ้าหน้าที่ไม่ให้ความร่วมมืออย่างไร มีความพยายามที่จะรับฟังความเห็นที่หลากหลายหรือไม่ มีวิธีการในการรับฟังอย่างไร (ใช้ที่ประชุมอย่างเดียวหรือใช้วิธีอื่นร่วมด้วย) มีการครอบงำความคิดหรือไม่ มีวิธีในการหาความเห็นร่วมอย่างไร มีการเริ่มต้นกิจกรรมพัฒนาในทุกช่องทางหรือไม่ หรือพยายามที่จะใช้รูปแบบที่ตายตัว



M

04

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล M04:01

การศึกษาอบรมเรื่อง คุณภาพ

1. ความสำคัญและลักษณะที่ดี
2. แผนการศึกษาอบรม
3. หลักการจัดการศึกษาอบรม
4. ตัวอย่างโปรแกรมการศึกษาอบรม
5. กิจกรรมกลุ่ม

1

ความสำคัญและลักษณะที่ดี

■ ความสำคัญของการศึกษาอบรม

- มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ
- เป็นส่วนหนึ่งของ empowerment
- เพิ่มสามารถในการแข่งขัน

■ ลักษณะที่ดี

- ประสานการศึกษาและอบรมทั่วทั้งองค์กร
- ผู้บริหารมีส่วนด้วยการ เรียนรู้, สอน, ทำเป็นตัวอย่าง, สนับสนุน
- สมดุลย์ระหว่างทักษะการวิเคราะห์ กับทักษะทีม/บริหาร
- เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล MO4:02

ความสำคัญของการศึกษาอบรม

ความสำเร็จในการนำ TQM/CQI ไปใช้ขึ้นอยู่กับการศึกษาอบรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้า การศึกษาอบรมถือว่าการลงทุนด้านคนอย่างหนึ่งที่จำเป็น การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อผู้ปฏิบัติงานได้รับการศึกษาอบรมด้วยหลักสูตรที่เหมาะสม

empowerment คือการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถตัดสินใจเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนได้ ซึ่งจะต้องได้รับทั้งโอกาสในการตัดสินใจและแก้ปัญหา, อำนาจในการเปลี่ยนแปลง, ข้อมูลข่าวสาร, การช่วยเหลือสนับสนุนจากฝ่ายบริหาร และที่สำคัญที่สุดคือการ ศึกษาอบรมเพื่อให้สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างชาญฉลาด

Peter Senge กล่าวว่า “ในระยะยาว superior performance ขึ้นอยู่กับ superior learning”

อัตราการเรียนรู้ขององค์กรจะเป็นปัจจัยเดียวที่ช่วยให้องค์กรสามารถแข่งขันได้อย่างยั่งยืน องค์กรที่สร้างวิธีการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานขยายความสามารถของตนเองในการสร้างผลงานใหม่ๆขึ้น

ลักษณะที่ดีของการศึกษาอบรม

ลักษณะต่อไปนี้นี้เป็นแผนงานศึกษาอบรมในองค์กรที่ประสบความสำเร็จเรื่องคุณภาพในระดับโลก

1. มีการประสานแผนการศึกษาและการฝึกอบรมสำหรับทุกส่วนทั่วทั้งองค์กร
2. ผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการศึกษาอบรม กล่าวคือได้รับการฝึกอบรมในเรื่องคุณภาพครบถ้วน, เป็นผู้สอน, และเป็นผู้สนับสนุนทั้งด้วยคำพูดและด้วยวาจา
3. หลักสูตรมีความสมดุลย์ระหว่างทักษะการวิเคราะห์เพื่อการแก้ปัญหา/พัฒนา กับทักษะด้านพฤติกรรมศาสตร์สำหรับการทำงานเป็นทีมและการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ผู้เข้ารับการศึกษามีโอกาสได้รับโอกาสให้นำแนวคิดใหม่ๆไปใช้

2

แผนการศึกษาอบรม (Education & Training Plan)

- ปรัชญาและนโยบาย
- เป้าหมาย
- หลักสูตร
- ผู้สอน
- ลำดับขั้น/การขยายตัว
- การประเมินผล
- งบประมาณ





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล M04:03

การบริหารการศึกษาอบรมคือการบริหารองค์กร ผู้บริหารระดับสูงจะต้องจัดทำแผนการศึกษาอบรมเพื่อบรรลุเป้าหมายคุณภาพและเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการประสานกิจกรรมศึกษาอบรมทั่วทั้งองค์กร

การจัดทำแผนศึกษาอบรมอย่างเป็นทางการเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้มีการประสานองค์ประกอบต่างๆ อย่างครบถ้วน และมีทิศทาง

แผนการฝึกอบรมที่ดีควรประกอบด้วย ปรัชญาและนโยบาย, เป้าหมาย, หลักสูตร, ผู้สอน, การขยายตัวของการฝึกอบรม, การประเมินผลการฝึกอบรม, งบประมาณ

ปรัชญาและนโยบายของการศึกษาอบรม

- เป็นความเชื่อขององค์กรเกี่ยวกับการศึกษาอบรม
- ชี้นำรูปแบบของการศึกษาอบรมซึ่งองค์กรคิดว่าได้ผล
- นโยบายควรประกอบด้วย
 - การฝึกอบรมเป็นเรื่องบังคับหรือสมัครใจ
 - ลำดับขั้นของการฝึกอบรม
 - หน่วยงานที่จะได้รับการฝึกอบรม
 - ผู้สอน
 - สถานที่ (ในหรือนอกสถานที่)
 - การอบรมเป็นรายหน่วยหรือคร่อมหน่วย
 - บทบาทของที่ปรึกษาภายนอก





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล M04:04

ปรัชญาการศึกษาอบรมเป็นความเชื่อขององค์กรเกี่ยวกับการศึกษาอบรมว่าจำเป็นอย่างไร และชี้นำรูปแบบของการศึกษาอบรมซึ่งองค์กรคิดว่าได้ผลดีที่สุด

นโยบายการศึกษาอบรมเกี่ยวกับเรื่องคุณภาพ ควรประกอบด้วยหัวข้อที่แสดงไว้

นโยบายการศึกษาอบรมมีความเฉพาะสำหรับแต่ละองค์กร ตัวอย่างของบริษัทญี่ปุ่นที่ประสบความสำเร็จอาจเป็นแนวทางให้นำไปปรับใช้ได้

องค์กรส่วนใหญ่ในญี่ปุ่นกำหนดว่าทุกคนต้องได้รับการศึกษาอบรมเรื่องคุณภาพ โดยผู้บริหารระดับสูงจะไปรับการศึกษาอบรมจากที่ปรึกษาหรือหน่วยงานฝึกอบรมนอกองค์กรของตน ผู้บริหารระดับกลางจะได้รับการศึกษาอบรมทั้งโดยหน่วยงานภายนอกและภายในองค์กร ผู้นำทีมและสมาชิกของทีมจะได้รับการศึกษาอบรมโดยวิทยากรภายในเป็นส่วนใหญ่

เป้าหมายของการศึกษาอบรม

■ การฝึกอบรม TQM ของพนักงานทั้งองค์กร

- ตัวอย่าง: ผู้บริหารทุกคนทุกระดับได้รับการฝึกอบรมภายใน 1 ปี, ผู้ปฏิบัติงานทุกคนได้รับการฝึกอบรมภายใน 2 ปี

■ เป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ เช่น Empowerment

- ตัวอย่าง: ผู้บริหารทุกคนทุกระดับผ่านหลักสูตรผู้นำและการประเมินภาวะผู้นำภายใน 1 ปี, มีการมอบอำนาจให้ผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นตามหลักเกณฑ์ในทุกหน่วยงานภายใน 2 ปี

■ การเพิ่มศักยภาพของพนักงาน

- ตัวอย่าง: คะแนนการสื่อสารของพยาบาลเพิ่มขึ้น 30% ภายใน 1 ปี, พนักงาน 70% ใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพเพื่อปรับปรุงงานภายใน 3 ปี



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล MO4:05

เป้าหมายของการฝึกอบรมควรประกอบด้วยเป้าหมาย 3 ระดับ ได้แก่

1. เป้าหมายการเข้ารับการฝึกอบรมของพนักงานทั้งองค์กรในภาพรวม จะเน้นที่ร้อยละของการได้รับการฝึกอบรมในแต่ละระดับ ตามช่วงเวลา
2. เป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับกำลังคน เช่น Empowerment
3. เป้าหมายการเพิ่มศักยภาพของพนักงาน โดยเน้นส่วนที่เป็นปัญหา และความสามารถในการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ หรือผลการพัฒนาคุณภาพของทีม

หลักสูตรการศึกษาอบรม

■ **สิ่งที่ควรกำหนดในหลักสูตร**

- เนื้อหา, วัตถุประสงค์การเรียนรู้, วิธีการเรียนการสอน, กลุ่มเป้าหมาย

■ **การกำหนดหลักสูตร**

- ควรเป็นการปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้แทนหน่วยงานหลัก, ผู้ประสานงานคุณภาพ, หน่วยงานผู้จัดอบรม และผู้บริหารระดับสูง

■ **ปรับหลักสูตรให้เหมาะสมกับองค์กร**

- การให้เนื้อหาที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป จะทำให้ความกระตือรือร้นและความสนใจในการพัฒนาคุณภาพลดลง

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล M04:06

ส่วนที่สำคัญของแผนการฝึกอบรมคือทิศทางของการฝึกอบรมว่าจะต้องเรียนรู้อะไร และใครบ้างที่จะต้องเรียนรู้ หลักสูตรของการอบรมควรประกอบด้วยเนื้อหาในการอบรม, วัตถุประสงค์การเรียนรู้, วิธีการเรียนการสอน และกลุ่มเป้าหมาย

ปัญหาที่พบบ่อย ๆ หนึ่งคือการที่ผู้จัดอบรมเป็นผู้กำหนดแผนการอบรมแต่ฝ่ายเดียว การกำหนดหลักสูตรที่ดีควรเป็นการปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้แทนหน่วยงานหลัก, ผู้ประสานงานคุณภาพ หน่วยงานผู้จัดอบรม และผู้บริหารระดับสูง

ปัญหาอีกประการหนึ่งคือการที่นำหลักสูตรสำเร็จรูปมาใช้โดยไม่ได้ปรับให้เหมาะสมกับองค์กร ซึ่งอาจจะเป็นการให้เนื้อหาที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป เป็นเหตุให้ความกระตือรือร้นและความสนใจในการพัฒนาคุณภาพของกลุ่มเป้าหมายลดลง ผู้จัดการอบรมควรพิจารณาปรับหลักสูตรต่างๆ ที่มีอยู่ให้เข้ากับพนักงานระดับต่างๆ และระดับความรู้เดิมของพนักงานแต่ละกลุ่ม

เนื้อหาในหลักสูตร (1)

- เหตุผลที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง
- ปรัชญาการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย (TQM)
 - เน้นการนำปรัชญาทั้งหมดมาปฏิบัติไปพร้อม ๆ กัน
- กระบวนการพัฒนาคุณภาพ
 - ต้องสื่อสารให้เข้าใจตรงกันทั้งองค์กร
- ทักษะ
 - การวิเคราะห์, การนำและการบริหาร, คนและทีม
- ความสัมพันธ์กับกิจกรรมที่เคยทำ
 - วิเคราะห์ส่วนเหมือน, ส่วนต่าง, สิ่งที่ได้ดี



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล MO4:07

เนื้อหาที่ควรมีอยู่ในหลักสูตรการฝึกอบรม

1. เหตุผลที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง ไม่มีใครต้องการเปลี่ยนแปลงจนกว่าจะเห็นความจำเป็น จะต้องระบุความจำเป็นนี้อย่างชัดเจน ทั้งต่อองค์กรและต่อพนักงาน อย่างไรก็ตามการพูดในระหว่างการฝึกอบรมอาจจะไม่สามารถชักชวนให้เห็นความจำเป็นได้ จะต้องมีการเสนอภาพอนาคตที่ทุกคนต้องการให้เกิดขึ้นจะช่วยกระตุ้นให้ผู้คนอยากเปลี่ยนแปลง
2. ปรัชญาการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย (TQM) ปรัชญาของผู้รู้หลายท่านล้วนอยู่บนพื้นฐานเดียวกัน อาจจะมีมุมมองที่แตกต่างกันบ้าง สิ่งที่สำคัญก็คือการนำแนวคิดทั้งหมดมาปฏิบัติพร้อม ๆ กันทีเดียว เช่น การมุ่งลูกค้า การปรับปรุงกระบวนการ และการทำงานเป็นทีม การนำเสนอตัวอย่างไปพร้อมกับปรัชญาจะทำให้เห็นความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ
3. กระบวนการพัฒนาคุณภาพที่องค์กรเลือกใช้ แต่ละองค์กรอาจจะเลือกใช้ model ของการพัฒนาคุณภาพที่แตกต่างกันไป เช่น FADE, FOCUS-PDCA, TQT, ROADMAP, การพัฒนา 9 ขั้นตอน สิ่งที่สำคัญที่สุดก็คือทั้งองค์กรนั้นสามารถสื่อสารกันได้เข้าใจได้ตรงกัน นั้นหมายความว่าภายในองค์กรเดียวกัน ควรจะใช้ model เดียวกัน
4. ทักษะการวิเคราะห์, ทักษะการนำและการบริหาร, ทักษะเรื่องคนและทีม จะได้กล่าวรายละเอียดต่อไป
5. ความสัมพันธ์กับกิจกรรมคุณภาพที่เคยทำ โดยวิเคราะห์ทั้งส่วนเหมือนและส่วนต่าง เพื่อลดความสับสนและความขัดแย้ง ควรเน้นองค์ประกอบของ TQM ที่องค์กรได้มีการปฏิบัติมาอย่างดีแล้ว

เนื้อหาในหลักสูตร (2)

■ ทักษะการวิเคราะห์ (Analytical Skill)

- กระบวนการแก้ปัญหา/พัฒนา, การใช้ control chart, เครื่องมือพัฒนาคุณภาพอื่น ๆ (ควรอบรมแบบ ให้รู้เมื่อต้องใช้)

■ ทักษะการนำและการบริหาร (Management Leadership Skill)

- ทักษะการเป็นโค้ช, การวางแผน, การบริหารการเปลี่ยนแปลง, ผู้นำเพื่อการเปลี่ยนแปลง, empowerment, การปรับระบบบริหารกับ TQM, การทำงานคร่อมสายงาน

■ ทักษะด้านพฤติกรรมศาสตร์และการสร้างทีม

- การสร้างทีม, พลวัตของกลุ่ม, การต่อรอง, การหาความเห็นร่วม, การแก้ไขความขัดแย้ง, ทักษะการฟัง, การนำเสนอ, การ feed back



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล MO4:08

การเปลี่ยนแปลงในองค์กรต้องการการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆหลายประการ

1. ทักษะในการวิเคราะห์เป็นสิ่งสำคัญเพื่อจัดการกับข้อเท็จจริงและประยุกต์กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อพัฒนาคุณภาพ เป้าหมายการเรียนรู้ทักษะตรงนี้อาจจะแตกต่างกันไปในแต่ละระดับ เช่น ผู้บริหารเรียนรู้เพื่อแปลผลและใช้ข้อมูลที่ได้จากทีมพัฒนาคุณภาพ พี่เลี้ยงทีม (facilitator) เรียนรู้เพื่อช่วยเหลือผู้อื่น และเพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อน ทีมพัฒนาคุณภาพเรียนรู้เพื่อใช้แก้ปัญหาทางงานของตน การเรียนรู้เรื่องเหล่านี้ควรมีลักษณะ “ให้รู้เมื่อต้องใช้” หรือ just-in-time เพื่อว่าทักษะเหล่านี้จะได้ถูกทีมพัฒนาคุณภาพนำไปใช้จัดการกับเรื่องที่กำลังพัฒนาอยู่

2. ทักษะด้านการนำและการบริหาร ผู้บริหารจะต้องเรียนรู้การเป็นโค้ชแทนที่จะเป็นเจ้านาย เพื่อให้สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างได้ผล ผู้บริหารระดับกลางจะต้องได้รับการศึกษาอบรมเรื่องทักษะการโค้ชมากเป็นพิเศษ เพราะจะเป็นกลุ่มที่รู้สึกไม่มั่นใจกับการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากมีช่องทางของการสื่อสารเพิ่มขึ้น และบทบาทในการควบคุมเปลี่ยนไป

3. บุคคลเพียงคนเดียวไม่สามารถทำการพัฒนาคุณภาพในองค์กรได้ ไม่ว่าจะมีความสามารถหรือความมุ่งมั่นเพียงใด การเรียนรู้ทักษะในการทำงานร่วมกัน เพื่อเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงศักยภาพออกมาอย่างเต็มที่ จึงเป็นสิ่งจำเป็น

ทุกคนจะต้องเรียนรู้ทักษะเหล่านี้เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในงานของตนเอง พี่เลี้ยงทีมและหัวหน้าที่จะต้องเรียนรู้มากกว่าสมาชิกทีมเพื่อให้สามารถนำทักษะเหล่านี้ไปแก้ปัญหาที่ซับซ้อนได้

การศึกษาอบรมในห้องเรียนอาจจะใช้เวลาเพียง 1 ใน 3 ของเวลาที่ใช้ทั้งหมด การเรียนรู้จะเกิดขึ้นทั่วทั้งองค์กรเมื่อทีมพัฒนาคุณภาพนำเสนอและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านกิจกรรมต่างๆ

ผู้สอน (Trainer)

■ ผู้บริหารระดับสูง

- ให้เรียนจากที่ปรึกษาภายนอก, เฉพาะกลุ่มผู้บริหาร, ไปนอกสถานที่

■ บทบาทของผู้บริหาร

- เป็นทั้งผู้เรียนและผู้สอน, ทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
- ฝึกอบรมให้ผู้บริหารระดับสูงก่อน, แล้วให้ไปสอนต่อ
- ต้องเรียนรู้วิธีการบริหารคุณภาพ, วิธีการปรับปรุง, วิธีการใช้เครื่องมือ
- ต้องสามารถยกตัวอย่าง, สื่อสารด้วยภาษาเดียวกัน
- การสอนผู้บริหารให้นำไปปฏิบัติได้ผลตอบแทน 33 เท่า
- ถ้าผู้บริหารไม่ติดตามผล การลงทุนจะเป็นการสูญเปล่า

■ ผู้สอนภายใน

- เลือกผู้มีหน่วยก้านดี, สอนโดยมีพี่เลี้ยงแนะนำ, ให้ไปรับรองเมื่อเข้าชั้น



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล M04:09

ผู้บริหารระดับสูงเป็นกลุ่มแรกที่ต้องเข้ารับการศึกษาดูงาน ควรเป็นการจัดอบรมที่แยกเฉพาะสำหรับผู้บริหาร ไม่รวมกับกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน โดยให้ไปรับการอบรมนอกสถานที่จากที่ปรึกษาภายนอก ซึ่งผู้สอนควรเป็นผู้บริหารระดับสูงขององค์กรที่มีประสบการณ์

ผู้บริหารทุกคนควรเป็นผู้เรียนและผู้สอนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หลังจากนี้ผู้บริหารระดับสูงได้รับการศึกษาดูงานแล้ว ควรทำหน้าที่เป็นผู้สอนคนอื่นๆต่อไป ซึ่งจะเป็นการแสดงให้เห็นความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาคุณภาพด้วยการกระทำ

ผู้บริหารควรได้เรียนรู้วิธีการบริหารจัดการกระบวนการพัฒนาคุณภาพ, วิธีการพัฒนาคุณภาพ, และวิธีการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ ผู้บริหารควรสามารถยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมและสื่อสารแนวคิดการพัฒนาคุณภาพด้วยภาษาเดียวกัน

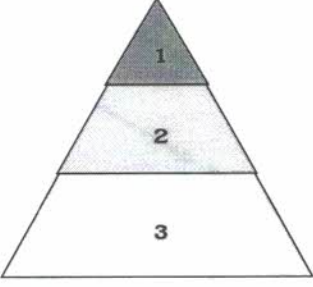
การสอนผู้บริหารและผู้บริหารสามารถนำไปติดตามการพัฒนาคุณภาพของทีมจะให้ผลตอบแทนถึง 33 เท่า แต่หากการฝึกอบรมไม่มีการติดตามผลจากผู้บริหาร จะเป็นการลงทุนที่สูญเปล่า

การสร้างผู้สอนภายในทำได้โดยการเลือกผู้บริหารที่มีหน่วยก้านดี ให้สอนโดยมีพี่เลี้ยงคอยสังเกตและให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงแก้ไข เมื่อสอนได้เข้าชั้นแล้วก็มีมีการให้ไปรับรองการเป็นผู้สอน

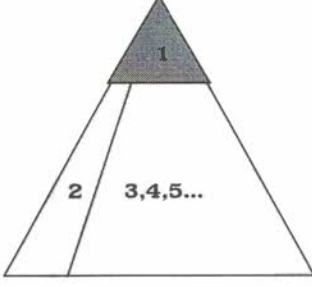
ลักษณะของผู้ที่จะเป็นผู้สอนที่ดีได้แก่ การมีความรู้และประสบการณ์, การได้รับความเชื่อถือ, การมีทักษะในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้คนและการสอน, การมีเวลาให้กับการฝึกอบรม

ลำดับการขยายตัว (1)

- มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ
- ควรกำหนดว่าใคร (ระดับ, หน่วยงาน, วิชาชีพ) จะได้รับการอบรมเมื่อไร
- อาจต้องใช้เวลา 2-3 ปี จึงจะอบรมได้ครบทุกคน



Horizontal Slices



Vertical Wedges



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล M04:10

ลำดับขั้นว่าใครจะได้รับการอบรมเรื่องอะไร เมื่อใด มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ ควรมีรายละเอียดว่าบุคคลในระดับใด ในหน่วยงานใด ในวิชาชีพใด จะได้รับการอบรมในช่วงใด ในเรื่องอะไรบ้าง

การศึกษาอบรมควรจะเริ่มจากผู้บริหารระดับสูงเพื่อให้เป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และแสดงบทบาทตัวอย่างให้แก่ผู้อื่น

การศึกษาอบรมเรื่องการพัฒนาคุณภาพเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา อาจจะต้องใช้เวลาถึง 2-3 ปีจึงจะสามารถให้การอบรมได้ทั่วทั้งองค์กร

ลักษณะลำดับขั้นของการขยายตัวในการฝึกอบรมมี 2 แบบ คือ 1) ขยายลงมาตามลำดับขั้น และ 2) ขยายไปที่ละส่วนในสายงานต่างๆ

ในองค์กรขนาดเล็ก หรือองค์กรที่มีทรัพยากรเพียงพอ ควรใช้วิธีขยายลงมาตามลำดับขั้น กลุ่มที่จะได้รับการอบรมต่อจากผู้บริหารระดับสูง คือผู้บริหารระดับกลาง, แพทย์, ผู้ปฏิบัติงานและเจ้าหน้าที่อื่นๆตามลำดับ

ในองค์กรขนาดใหญ่ หรือองค์กรที่มีทรัพยากรไม่มากนัก การอบรมโดยขยายไปที่ละส่วนตามสายงานต่างๆ จะเหมาะสมกว่า โดยหัวหน้างานที่อยู่เหนือกว่าสมาชิกของทีมพัฒนาคุณภาพจะต้องได้รับการอบรมก่อนเพื่อจะได้มีความรู้พอที่จะให้การสนับสนุนทีมพัฒนาคุณภาพได้

ลำดับการขยายตัว (2)			
	ผบ.ระดับสูง	แพทย์/ ผบ.ระดับกลาง	ผู้ปฏิบัติ
Why Change?, Why TQM?	1	2	3
What is Our Plan?	2	3	4
How to Do?	3	4	5
Implement	4	5	6



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล M04:11

ความผิดพลาดในการศึกษาอบรมขององค์กรต่างๆมี 2 ประการคือ

1. ผู้นำระดับสูงไม่ได้มีส่วนร่วมในการศึกษาอบรม ไม่ได้ร่วมในการทบทวนค่านิยม, พันธกิจ, เป้าหมาย, และความคาดหวังของฝ่ายบริหาร ถ้าผู้นำระดับสูงไม่ได้คิดว่า TQM มีความสำคัญเพียงพอที่จะอุทิศเวลาให้แล้ว การกระทำนี้จะสื่อสารไปยังบุคคลอื่นๆในองค์กร ได้ดังกว่าคำพูด
2. มีการกระโดดไปให้การฝึกอบรมในเรื่องวิธีการปฏิบัติให้แก่ผู้บริหารระดับกลางและเจ้าหน้าที่ตั้งแต่เริ่มต้น ก่อนที่ผู้นำจะเห็นความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลง หรือพิจารณาว่าแผนการเปลี่ยนแปลงจะเป็นอย่างไร ทำให้ขาดวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการนำเครื่องมือและเทคนิคต่างๆไปใช้

ในการขยายการอบรมการอบรมไปตามลำดับขั้นนั้น มีตัวอย่างการปฏิบัติดังนี้

ขั้นที่ 1 เป็นการสร้างความเข้าใจกับผู้บริหารระดับสูงถึงความจำเป็นที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง และเหตุผลที่นำ TQM เข้ามาเป็นแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนา รวมทั้งการตอบคำถาม “ทำไม” อื่นๆ

ขั้นที่ 2 เมื่อผู้นำระดับสูงพอใจกับคำตอบในขั้นแรกแล้ว สิ่งต่อไปคือการตอบคำถามว่าแผนการสำหรับองค์กรของเราจะเป็นอย่างไร ในขณะที่เดียวกันจะเริ่มให้การศึกษาอบรมแก่ผู้บริหารระดับกลางว่าทำไมต้องมีการเปลี่ยนแปลง ทำไมต้อง TQM

ขั้นที่ 3 เป็นการทำให้ผู้นำระดับสูงเข้าใจวิธีการ ในขณะที่ผู้บริหารระดับกลางทำความเข้าใจกับแผนการขององค์กร และผู้ปฏิบัติงานทำความเข้าใจว่าทำไมต้องมีการเปลี่ยนแปลง

ขั้นที่ 4 เป็นการที่ผู้นำระดับสูงนำเครื่องมือที่เรียนรู้ไปปฏิบัติ ผู้บริหารระดับกลางเรียนรู้เครื่องมือและวิธีการพัฒนาคุณภาพ ผู้ปฏิบัติงานทำความเข้าใจกับแผนการขององค์กร

การประเมินผล

■ การประเมินนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการศึกษาอบรม

■ วิธีการประเมิน

- ผู้รับการอบรมประเมินหลักสูตรและผู้สอน
- ติดตามการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้รับการอบรมจำนวนหนึ่ง
- บันทึกการใช้เครื่องมือและเทคนิค TQM ในงานประจำวัน
- กำหนดปัญหาให้แก่ในระหว่างการอบรม และหลังการอบรม
- ประเมินจากบันทึกการทำงานของทีมพัฒนาคุณภาพ
- ประเมินบรรยากาศในการทำงาน
- ประเมินผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล MO4:12

การฝึกอบรมเป็นกระบวนการที่ควรเปลี่ยนแปลงปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา ผลสำเร็จของการศึกษาอบรมขึ้นอยู่กับเนื้อหา ทักษะของผู้สอน วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการฝึกอบรม การประเมินผลการฝึกอบรมและประเมินผลการทำงานหลังจากการอบรมจะทำให้สามารถปรับปรุงกระบวนการฝึกอบรมให้ได้ผลดีขึ้น

วิธีการประเมินผลที่ใช้กันโดยทั่วไปได้แก่

1. การประเมินหลักสูตรและผู้สอนโดยผู้เข้ารับการอบรม เมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรม
2. การติดตามการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานในผู้เข้ารับการอบรมจำนวนหนึ่ง ซึ่งควรจะครอบคลุมในหน่วยงานและวิชาชีพต่างๆให้ทั่วถึง
3. การประเมินจากบันทึกการใช้เครื่องมือและเทคนิค TQM ที่ได้เรียนรู้ไป กับการทำงานประจำวัน
4. การประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาที่กำหนดให้ ทั้งในระหว่างการอบรม และหลังการอบรม
5. การประเมินผลการทำงานของทีมพัฒนาคุณภาพจากบันทึกของทีม
6. การประเมินบรรยากาศในการทำงานว่าเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ ดีขึ้นหรือไม่
7. การประเมินตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนการศึกษาอบรม เช่น ความครอบคลุมของการเข้ารับการอบรม, empowerment ที่เกิดขึ้น, ศักยภาพที่เพิ่มขึ้น

3

หลักการจัดการศึกษาอบรม

- เริ่มจากผู้บริหารก่อนผู้ปฏิบัติงาน
- จัดสิ่งแวดล้อมให้สะดวกสบาย
- ให้มีการรบกวนน้อยที่สุด
- เรียนรู้ทฤษฎีและตามด้วยตัวอย่าง/การปฏิบัติ ทันท
- ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการอภิปรายและทำกิจกรรม
- สร้างผู้เชี่ยวชาญภายในให้เร็วที่สุด



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล M04:13

หลักการสำหรับการจัดการศึกษาอบรม ควรพิจารณาสิ่งต่อไปนี้

1. เริ่มต้นกับผู้บริหารก่อนที่จะเริ่มกับผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารทุกคนควรได้รับการฝึกอบรมก่อนที่จะอบรมให้ผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ใต้บังคับบัญชาของผู้บริหาร การอบรมให้ผู้ปฏิบัติงานก่อนหัวหน้าจะทำให้หัวหน้าเสียหน้าเมื่อถูกถามหรือเมื่อรู้สึกว่าคุณเองรู้น้อยกว่าผู้ปฏิบัติงาน และจะต่อต้านการทำงานเป็นทีมของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน
2. สิ่งแวดล้อมที่สะดวกสบายทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ ทุกคนควรจะมองเห็นวิทยากรและสิ่งทวิวิทยากรนำเสนอได้ชัดเจน มีที่ว่างเอกสารที่ใช้ประกอบการประชุม โต๊ะกลมซึ่งสามารถใช้สำหรับการอภิปรายกลุ่มและทำกิจกรรมกลุ่ม เป็นอุปกรณ์ที่ดีมาก การจัดประชุมในสถานที่ทำงานของผู้เข้าประชุมเป็นตัวอย่างของการสร้างความสะดวกสบายทางด้านอารมณ์
3. การมีสิ่งรบกวน เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นบ่อยหากจัดประชุมในที่ทำงานของผู้เข้าอบรม ซึ่งควรจะหาวิธีการลดสิ่งรบกวนเหล่านั้นให้เหลือน้อยที่สุด
4. เรียนรู้ทฤษฎีและตามด้วยตัวอย่าง/การปฏิบัติ ทันท การมีตัวอย่างขององค์กรเองเป็นสิ่งที่มีความหมาย จึงควรพยายามทำโครงการนำร่องเพื่อสร้างตัวอย่างเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม ตัวอย่างจากวงการอื่นก็เป็นสิ่งที่มีประโยชน์เมื่อเรียนรู้ไปมากๆ การลงมือปฏิบัติด้วยตนเองทำให้เกิดความเข้าใจในทฤษฎีได้ดีขึ้น
5. การให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการอภิปรายและทำกิจกรรมจะทำให้ผู้เข้าประชุมได้เรียนรู้มากที่สุดและเกิดความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีม ควรเปิดโอกาสให้มีช่วงเวลาสำหรับการถามตอบและประเมินผล การมีกระดานให้ผู้เข้าประชุมเขียนคำถามซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่กำลังอภิปราย หรือสิ่งที่รู้สึกไม่สบายใจในกลุ่ม ซึ่งวิทยากรจะนำมาตอบหรือให้ข้อคิดเห็นระหว่างการประชุมหรือเมื่อสิ้นสุดการประชุม
6. การสร้างผู้เชี่ยวชาญภายใน เป็นวัตถุประสงค์หนึ่งของการศึกษาอบรม ซึ่งควรสร้างให้ได้เร็วที่สุดเพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้

4 ตัวอย่างโปรแกรมการศึกษาอบรม UMMC

- TQ สำหรับผู้บริหาร
- TQ ขั้นต้น (TQ Orientation)
- การฝึกอบรมหัวหน้าทีม (Team Leader Training)
- การฝึกอบรมพี่เลี้ยงทีม (Team Facilitator Training)
- การฝึกอบรมสมาชิกทีม (Team Member Training)
- ผู้นำสำหรับการพัฒนาคุณภาพ (Leadership for TQ)
- ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม (Creativity & Innovation)
- การบริหารความหลากหลาย (Managing Diversity)



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล M04:14

ตัวอย่างโปรแกรมการศึกษาอบรมของ University of Michigan Medical Center

1. Total Quality สำหรับผู้บริหาร เป็นโปรแกรมซึ่งประกอบด้วยการศึกษาอบรมครั้งละ 1 วัน รวม 3 ครั้ง สำหรับผู้บริหาร แพทย์ และหัวหน้าหน่วยงาน เนื้อหา มีดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นภาพรวมและเกริ่นนำ คุณภาพคืออะไร, ทำไมต้องพัฒนาคุณภาพ, Red-bead Experiment, ระบบที่ใช้ความรู้เป็นพื้นฐาน, กระบวนการพัฒนาคุณภาพขององค์กร

ครั้งที่ 2 เป็นการเสนอตัวอย่างโครงการพัฒนา, ขั้นตอนการพัฒนา, ตัวอย่างที่แสดงว่าความรู้ลึกเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง, หลักการวัด, หลักการของ Deming

ครั้งที่ 3 เป็นการเรียนรู้เครื่องมือและเทคนิค, ความผิดพลาดจากการที่ผู้บริหารตั้งคำถามหรือตัดสินใจผิด, การสร้างสิ่งแวดล้อมสำหรับ TQ, บทบาทของผู้บริหารต่อ TQ ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ทันที

2. Total Quality Orientation เป็นโปรแกรม 1 ชั่วโมงครึ่ง สำหรับเจ้าหน้าที่ทั่วไป เพื่อให้รับทราบแนวคิด TQ, การตีความหมายของคุณภาพในองค์กร, ความคาดหวังของฝ่ายบริหาร อาจจะมีผู้เข้าร่วมประชุม 50-200 คน

3. หัวหน้าทีม สอน task skill & people skill เป็นเวลา 5 วัน

4. พี่เลี้ยงทีม(facilitator) เป็นหลักสูตร 5 วันซึ่งผู้รับการอบรมต้องผ่านหลักสูตรหัวหน้าทีมมาก่อน ประกอบด้วยการศึกษาทบทวนทักษะการพัฒนาคุณภาพ และบทบาทของพี่เลี้ยง (ผู้ประสานงาน, ผู้สื่อสาร, ครู, โค้ช, promotor)

5. สมาชิกทีม เป็นหลักสูตร 2 วัน ให้เรียนรู้กระบวนการพัฒนา เครื่องมือ เทคนิค อาจจะเป็นการฝึกอบรมทีละทีมโดยหัวหน้าและพี่เลี้ยงทีม หรืออบรมทีละหลายทีมโดยส่วกลาง

6. ผู้นำสำหรับการพัฒนาคุณภาพ เป็นหลักสูตร 2 วันเพื่อให้ผู้บริหารได้ประเมินสไตล์การบริหารของตนเอง เปรียบเทียบกับการประเมินโดยเพื่อนและเจ้าหน้าที่ และทำแผนปรับปรุงตนเอง

7. ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม เป็นหลักสูตร 2 วันสำหรับผู้บริหาร เพื่อกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ เสริมสร้างทักษะ และการนำความคิดสร้างสรรค์มาสู่การปฏิบัติ

วิธีการจัดทำโปรแกรมศึกษาอบรม

■ ใช้ External Mentor

- ข้อดี: มีประสบการณ์, ผู้นำยอมรับ, ไม่แพงมาก,
- ข้อด้อย: หาคณยาก, ค่าใช้จ่ายบานปลาย, ไม่สร้างความเป็นเจ้าของ

■ สร้างด้วยคนใน

- ข้อดี: ไม่แพง, ปรับให้เข้ากับความต้องการขององค์กร
- ข้อด้อย: ต้องมีคนรู้จริง, ใช้เวลานาน, ดึงทรัพยากรจากโปรแกรมอื่น

■ จ้างที่ปรึกษามาทำโปรแกรม

- ข้อดี: มีประสบการณ์, ปรับเข้ากับองค์กร, ใช้เวลาไม่มาก
- ข้อด้อย: ต้องมีคนรับลูก, ค่าที่ปรึกษาอาจแพง, อาจไม่เข้าใจองค์กร

■ ซื้อ Training Material

- ข้อดี: ใช้เวลาน้อย, ค่าใช้จ่ายเริ่มต้นไม่แพง
- ข้อด้อย: อาจไม่เหมาะกับองค์กร, ต่างแหล่งไม่สอดคล้องกัน, อาจต้องใช้ที่ปรึกษา

■ ใช้วิทยากรจากภายนอก

- ข้อดี: มีประสบการณ์, ไม่ต้องเสียเวลาในช่วงต้น
- ข้อด้อย: ค่าใช้จ่ายสูง, อาจไม่ปรับเข้ากับองค์กร



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล M04:15

การฝึกอบรมเป็นกระบวนการที่ควรเปลี่ยนแปลงปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา ผลสำเร็จของการศึกษาอบรมขึ้นอยู่กับเนื้อหา ทักษะของผู้สอน วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการฝึกอบรม การประเมินผลการฝึกอบรมและประเมินผลการทำงานหลังจากการอบรมจะทำให้สามารถปรับปรุงกระบวนการฝึกอบรมให้ได้ผลดีขึ้น

วิธีการประเมินผลที่ใช้กันโดยทั่วไปได้แก่

1. การประเมินหลักสูตรและผู้สอนโดยผู้เข้ารับการอบรม เมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรม
2. การติดตามการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานในผู้เข้ารับการอบรมจำนวนหนึ่ง ซึ่งควรจะครอบคลุมในหน่วยงานและวิชาชีพต่างๆให้ทั่วถึง
3. การประเมินจากบันทึกการใช้เครื่องมือและเทคนิค TQM ที่ได้เรียนรู้ไป กับการทำงานประจำวัน
4. การประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาที่กำหนดให้ ทั้งในระหว่างการอบรม และหลังการอบรม
5. การประเมินผลการทำงานของทีมพัฒนาคุณภาพจากบันทึกของทีม
6. การประเมินบรรยากาศในการทำงานว่าเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ ดีขึ้นหรือไม่
7. การประเมินตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนการศึกษาอบรม เช่น ครอบคลุมของการเข้ารับการอบรม, empowerment ที่เกิดขึ้น, ศักยภาพที่เพิ่มขึ้น

5 กิจกรรมกลุ่ม

- ศึกษาทบทวนแนวคิดเรื่องการศึกษาอบรม
- วางแผนการศึกษาอบรมที่เหมาะสมกับองค์กรของตน (30 นาที)
 - นโยบาย, เป้าหมาย, หลักสูตร, ผู้สอน, ลำดับการขยายตัว, การประเมินผล
- Feed Back ในกลุ่ม (5 นาที)
- นำเสนอประเด็นที่ยัง Controversy หรือต้องการหลักฐานข้อมูลยืนยันต่อที่ประชุมใหญ่ (10 นาที)



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล MO4:16

กิจกรรมกลุ่มใน session นี้มีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้าประชุมนำแนวคิดที่นำเสนอไปประยุกต์ใช้ในองค์กรของตน โดยเริ่มจากการทบทวนแนวคิด พิจารณาประเด็นต่างๆที่จำเป็นต่อการวางแผนการศึกษาอบรม ได้แก่ นโยบาย, เป้าหมาย, หลักสูตร, ผู้สอน, ลำดับการขยายตัว, การประเมินผล และประเด็นอื่นๆที่กลุ่มเห็นสมควร

หลังจาก feed back ในกลุ่มแล้ว ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอประเด็นที่มีความเห็นขัดแย้งกันหรือประเด็นที่ต้องการหลักฐานข้อมูลยืนยันประสิทธิผลของแนวทางต่างๆ



H

01

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล H01:01

มาตรฐานโรงพยาบาล

1. คืออะไร ใช้เพื่ออะไร
2. ประเภทของมาตรฐาน
3. วิวัฒนาการของมาตรฐาน
4. กรอบและเนื้อหามาตรฐานที่สำคัญ
5. การใช้และการตีความมาตรฐาน

1

มาตรฐานโรงพยาบาล คืออะไร ใช้เพื่ออะไร

- คือกรอบที่ใช้ในการพัฒนาและประเมินคุณภาพ รพ.
- เป็นมาตรฐานในเชิงระบบ มิใช่มาตรฐานวิชาชีพ
- ใช้สำหรับ
 - ชี้นำทิศทางการพัฒนาคุณภาพ
 - เป็นกรอบที่ รพ.และผู้ประเมินภายนอกจะเรียนรู้ร่วมกัน
 - เป็นกรอบในการพิจารณารับรองคุณภาพ รพ.



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HO1:02

มาตรฐานโรงพยาบาลคืออะไร

มาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Standards) คือกรอบที่จะใช้ในการพัฒนาและประเมินคุณภาพของโรงพยาบาล เป็นมาตรฐานในเชิงระบบงานขององค์กร มิใช่มาตรฐานวิชาชีพ

มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญญาณทิšek เป็นผลของความร่วมมือของนักวิชาการและผู้ประกอบวิชาชีพสาขาต่างๆ เป็นผลของการทบทวนมาตรฐานโรงพยาบาลของประเทศต่างๆ รวมทั้งสิ่งที่มีอยู่ในประเทศไทย

ทำไมต้องมีมาตรฐานโรงพยาบาล

1. เพื่อชี้นำทิศทางการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลไปในทิศทางที่เหมาะสม โดยใช้เป็นจุดเริ่มต้นในการทำความเข้าใจกับปัญหาและโอกาสพัฒนาของโรงพยาบาล ทำการพัฒนาคุณภาพของตนบนพื้นฐานของทรัพยากรที่มีอยู่ สามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินตนเองและพัฒนาในส่วนที่ยังเป็นจุดอ่อน หรือข้อจำกัด
2. เพื่อให้ทีมงานของโรงพยาบาลและผู้ประเมินภายนอก มีกรอบที่จะเรียนรู้และประเมินร่วมกัน ในกระบวนการเรียนรู้นั้น การมีผู้เชี่ยวชาญ หรือที่ปรึกษาจากภายนอกเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ และให้ข้อคิดเห็นอาจจะช่วยให้เกิดการมองอย่างเป็นกลางและมีมุมมองที่กว้างขึ้น ซึ่งนอกจากจะเป็นการยืนยันผลการประเมินโดยโรงพยาบาลเองแล้ว ยังสามารถยืนยันกับสาธารณชนได้ว่าโรงพยาบาลมีระบบควบคุมคุณภาพที่สามารถให้ความไว้วางใจได้
3. เพื่อใช้เป็นกรอบในการพิจารณารับรองโรงพยาบาล

2

ประเภทของมาตรฐาน

■ มาตรฐานเชิงโครงสร้าง

– อาคาร เครื่องมือ คน ก.ประกอบโรคศิลปะ/ประกันสังคม

– ระบบงาน

Hospital Accreditation

■ มาตรฐานเชิงกระบวนการ

– วิธีปฏิบัติงาน

แต่ละ รพ.กำหนดเอง

– แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย

องค์กรวิชาชีพ

■ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์

รพ.วัดและปรับปรุงตนเอง



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล H01:03

โดยทั่วไปอาจจัดแบ่งมาตรฐานเป็น 3 ประเภท คือ

1. **มาตรฐานเชิงโครงสร้าง** ซึ่งรวมทั้งโครงสร้างทางกายภาพ เครื่องมือ กำลังคน และระบบคุณภาพ ในส่วนของอาคาร เครื่องมือ กำลังคน นั้น เป็นส่วนที่กองการประกอบโรคศิลปะและสำนักงานประกันสังคมดูแลอยู่เป็นหลัก (ในอนาคตสำนักงานประกันสังคมจะให้ความสนใจกับกระบวนการและผลลัพธ์มากขึ้น) มาตรฐานเกี่ยวกับระบบคุณภาพเป็นจุดเน้นของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

2. **มาตรฐานเชิงกระบวนการ** เป็นการกำหนดรายละเอียดวิธีปฏิบัติในแต่ละเรื่อง ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลจะเป็นผู้กำหนดเองให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของตน โดยอ้างอิงสิ่งที่องค์กรวิชาชีพหรือหน่วยงานผู้รับผิดชอบได้กำหนดไว้ เช่น แนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค แนวปฏิบัติในการรับผู้ป่วยเข้า ICU

3. **มาตรฐานเชิงผลลัพธ์** เป็นการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ เป็นสิ่งที่โรงพยาบาลควรจะวัดเพื่อเปรียบเทียบการพัฒนาของตนเอง

มาตรฐานโรงพยาบาลนี้เน้นมาตรฐานเชิงโครงสร้างที่เกี่ยวกับระบบคุณภาพ อย่างไรก็ตาม มาตรฐานทั้ง 3 ส่วนนี้มีความสัมพันธ์กัน เช่น มาตรฐานเชิงโครงสร้างจะระบุถึงการจัดทำแนวทางดูแลผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ ซึ่งเนื้อหาที่เกิดขึ้นจากการจัดทำนั้นคือมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ผู้ปฏิบัติงานจะทำไปให้ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์คือสิ่งที่โรงพยาบาลจะใช้ในการประเมินตนเอง เปรียบเทียบกับอดีตหรือกับโรงพยาบาลอื่นๆ

มาตรฐานโรงพยาบาลนี้ไม่ได้กำหนดผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยว่าจะต้องอยู่ที่ระดับใด แต่กำหนดว่าโรงพยาบาลควรติดตามศึกษาเครื่องชี้วัดตัวใดบ้าง ซึ่งจะมีทั้งเครื่องชี้วัดเชิงผลลัพธ์ (outcome indicator) และเครื่องชี้วัดเชิงกระบวนการ (process indicator) ในอนาคตเมื่อมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเครื่องชี้วัดเหล่านี้ อาจจะมีความเป็นไปได้ในการกำหนดมาตรฐานเชิงผลลัพธ์

ความสับสนเรื่องมาตรฐาน

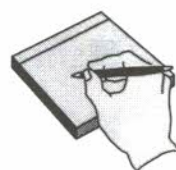
■ มาตรฐานโรงพยาบาล

- มุ่งที่ ระบบงาน ของโรงพยาบาล
- ไม่ได้ประเมินการทำงานในระดับบุคคล
- ส่งเสริม ให้เกิดการนำมาตรฐานวิชาชีพมาปฏิบัติ
- มีพื้นฐานวิชาการ และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ



■ มาตรฐานวิชาชีพ

- มุ่งที่วิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่ละราย
- กำหนดโดย องค์กรวิชาชีพ นักวิชาการ
- อยู่บนพื้นฐานทางวิชาการ



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล H01:04

มาตรฐานโรงพยาบาลนี้เกี่ยวข้องกับกระบวนการที่เป็นการสร้างระบบคุณภาพ มุ่งที่ระบบงานของโรงพยาบาล ไม่ได้มุ่งที่จะประเมินการทำงานในระดับบุคคล แต่ต้องการดูระบบที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

มาตรฐานวิชาชีพเป็นข้อกำหนดที่มุ่งวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งกำหนดจากนักวิชาการและองค์กรวิชาชีพ แล้วแต่ละโรงพยาบาลนำมาปรับใช้ให้เหมาะสม

มาตรฐานโรงพยาบาลมิได้ลงรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการซึ่งเป็นการปฏิบัติต่อผู้ป่วย แต่ส่งเสริมให้มีการนำมาตรฐานวิชาชีพมาใช้ในการกำหนดว่าควรมีกระบวนการในการทบทวนองค์ความรู้หรือมาตรฐานวิชาชีพและนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับโรงพยาบาล

3

วิวัฒนาการของมาตรฐาน

■ เมืองค์รแพทย์

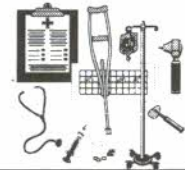
■ แพทย์ได้รับปริญญาและใบอนุญาต

■ มีกฎ ระเบียบขององค์กรแพทย์

- คณะแพทย์ประชุมกันอย่างน้อยเดือนละครั้ง
- มีการทบทวน วิเคราะห์ผลการดูแลรักษาผู้ป่วย

■ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยทุกราย

■ มีสถานที่ เครื่องมือ บริการสนับสนุน



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล H01:05

มาตรฐานโรงพยาบาลชุดแรกคือมาตรฐานที่ทางวิทยาลัยศัลยแพทย์กำหนดขึ้นเมื่อประมาณ 70 ปีมาแล้ว สำหรับใช้ในการรับรองโรงพยาบาลที่จะได้รับอนุญาตให้ฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง

ข้อกำหนดในมาตรฐานชุดนี้มีเพียง 5 ข้อ และ 4 ใน 5 ข้อเป็นเรื่องเกี่ยวกับแพทย์ ได้แก่

1. อายุรแพทย์และศัลยแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะต้องรวมตัวกันจัดตั้งเป็นองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาลอย่างชัดเจน
2. แพทย์ที่จะเป็นสมาชิกขององค์กรแพทย์จะต้องได้รับปริญญาบัตร, ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพของรัฐ, มีความรู้ความสามารถในสาขาที่ปฏิบัติงาน, มีจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ
3. คณะแพทย์กำหนดกฎ ระเบียบ และนโยบายในการทำงานของแพทย์ โดยได้รับการรับรองจากองค์กรบริหารสูงสุดของโรงพยาบาล ซึ่งอย่างน้อยจะต้องกำหนดสิ่งต่อไปนี้: มีการประชุมกันอย่างน้อยเดือนละครั้ง, มีการทบทวนและวิเคราะห์ประสบการณ์ทางคลินิกในแผนกต่างๆอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้เวชระเบียน ค่าใช้จ่าย เป็นพื้นฐานในการทบทวนและวิเคราะห์
4. มีการบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้องสมบูรณ์ และมีระบบจัดเก็บที่ค้นหาได้โดยง่าย
5. มีสถานที่และเครื่องมือเพียงพอสำหรับการตรวจวินิจฉัยและรักษา ภายใต้การควบคุมดูแลของผู้มีความรู้ความสามารถ

วิวัฒนาการของมาตรฐาน

- เริ่มจากการตรวจรับรองโรงพยาบาลเพื่อเป็น สถานที่ฝึกอบรม ศัลยแพทย์
- เปลี่ยนจากการเน้นที่แพทย์ มาสู่จุดเน้นของการทำงานร่วมกัน ระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ
- เปลี่ยนจากการเน้นที่โครงสร้างและเอกสาร มาสู่ กระบวนการ และผลลัพธ์
- เปลี่ยนจากการเน้นที่ตัวผู้ปฏิบัติงาน มาสู่การเน้นผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง
- เปลี่ยนจากกระบวนการตรวจสอบ มาเป็นกระบวนการเรียนรู้



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HO1:06

การตรวจรับรองโรงพยาบาลได้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งแนวคิดและวิธีการไปจากเดิม จากจุดเริ่มเพื่อการรับรองโรงพยาบาลสำหรับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง มาสู่การรับรองเพื่อเป็นหลักประกันให้กับประชาชน ซึ่งกลายเป็นข้อกำหนดว่าโรงพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยที่ได้ รับสวัสดิการจากรัฐในอเมริกา ต้องผ่านการรับรองก่อน

เมื่อกระแสการพัฒนาคุณภาพด้วยแนวคิด TQM/CQI กว้างขวางขึ้น การตรวจรับรองโรงพยาบาลก็มีการปรับตัวเพื่อรองรับ โดยนำแนวคิดเรื่องทีมงานระหว่างหน่วยงานและวิชาชีพ การเน้นปรับปรุงกระบวนการ และการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เข้ามากำหนดมาตรฐานและวิธีการประเมิน

ที่สำคัญที่สุดคือการเปลี่ยนแนวคิดว่าการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นกระบวนการเรียนรู้ มิใช่การตรวจสอบ ซึ่งจะส่งผลให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพได้ดีกว่า

วิวัฒนาการของมาตรฐาน

- เน้นตัวแพทย์และโครงสร้าง
- เน้นการตรวจสอบย้อนหลัง
- เน้นการเฝ้าระวังไปข้างหน้า
- เน้นการประกันคุณภาพ
- เน้นการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HO1:07

ก่อนที่จะมาถึงยุคสมัยของ TQM/CQI นั้น ได้มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพมาตลอด ทำให้มีการปรับมาตรฐานโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับแนวคิดในแต่ละขณะ

ในช่วงแรกนั้นมีแนวคิดที่ว่า โครงสร้างและกระบวนการของการจัดบริการ เป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ มีการกำหนดมาตรฐานด้านโครงสร้าง เช่น กำลังคน สถานที่ เทคโนโลยี การจัดองค์กร ทรัพยากร และมาตรฐานด้านกระบวนการ เช่น กิจกรรมที่ควรกระทำในการตรวจวินิจฉัยและรักษา การบริหารจัดการ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจรับรองสถานพยาบาล

ต่อมาได้มีความพยายามที่จะประเมินผลลัพธ์ของบริการโดยตรงซึ่งแยกทำเป็น 2 แนวทางคือ

- 1) การทบทวนย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยบางประเภทโดยอาศัยเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นมาอย่างชัดเจน (retrospective review with explicit criteria)
- 2) การเฝ้าระวังโรคไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่องโดยอาศัยหลักการทางระบาดวิทยาสำหรับโรคติดต่อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

ในช่วงทศวรรษ 1980 ได้มีการประสานแนวคิดทั้ง 2 เข้าด้วยกัน และพัฒนามาเป็นกระบวนการติดตามและประเมินผล (monitoring & evaluation process) กล่าวคือมีการกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพและเกณฑ์การคัดกรองทางคลินิกเพื่อประมวลผลเฉพาะประเด็นทั้งหมด นำผลลัพธ์มาแสดงเปรียบเทียบกับระดับต่ำสุดที่ยอมรับได้ (threshold) โดยกระทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง และมีกิจกรรมที่จะปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น กระบวนการในการประเมินร่วมกับการปรับปรุงคุณภาพนี้อาจเรียกว่า การประกันคุณภาพหรือ Quality Assurance (QA)

กระบวนการประกันคุณภาพมีจุดอ่อนที่เมื่อถึงจุดหนึ่งไม่เกิดแรงจูงใจที่จะกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพของความรู้และเทคโนโลยีที่มีอยู่ เนื่องจากใช้ค่าเฉลี่ยเป็นระดับต่ำสุดที่ยอมรับได้ ทำให้ผู้ให้บริการทำได้ในระดับค่าเฉลี่ยหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ยเกิดความพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ นอกจากนั้นยังเป็นกระบวนการที่เน้นมาตรการตรวจสอบซึ่งสร้างความรู้สึกเชิงลบแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพ

ยุคที่สามของการพัฒนาคุณภาพเป็นการตอบสนองต่อข้อจำกัดที่ไม่สามารถพัฒนาคุณภาพของบริการที่อยู่ในระดับที่ดีอยู่แล้ว มีการรับเอาแนวคิดของ TQM/CQI ซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จในภาคอุตสาหกรรมการผลิตเข้ามาใช้ในกิจกรรมบริการ



เพื่อให้ง่ายในการทำความเข้าใจกับมาตรฐานโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ แผนภูมินี้แสดงให้เห็นความคิดรวบยอดของมาตรฐานว่ามีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการคือ

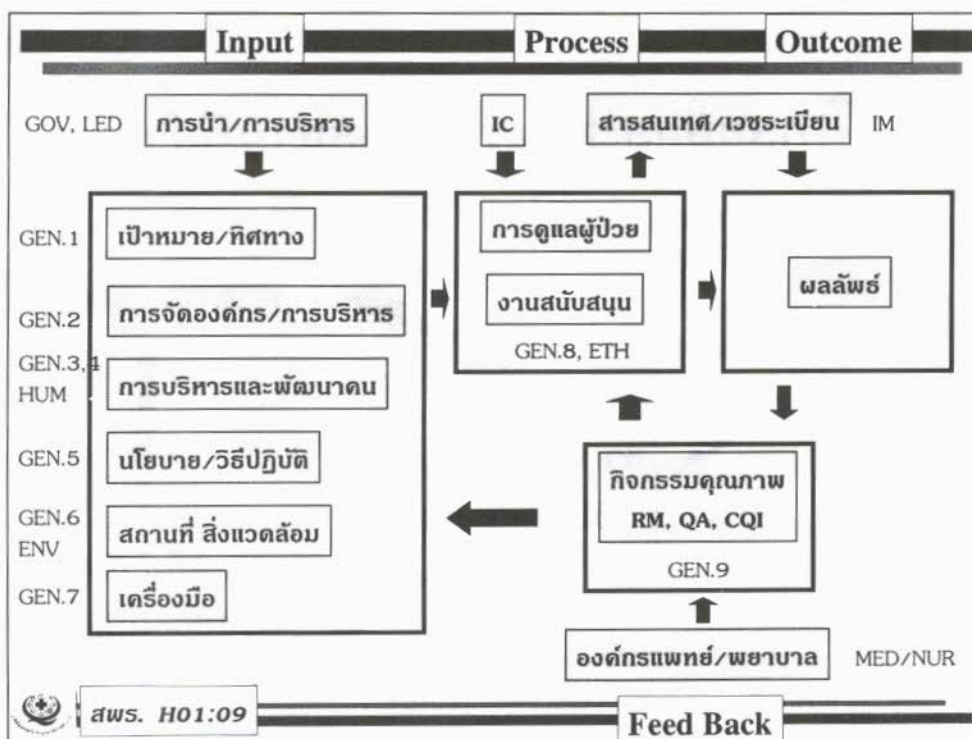
1. การมีเป้าหมายร่วมกันของโรงพยาบาล ของหน่วยงาน ซึ่งเป้าหมายนี้หมายถึงเป้าหมายหรือทิศทางกว้างๆ ที่เกิดจากผู้บริหารและเจ้าหน้าที่มาร่วมกันกำหนด มาตรฐานส่วนนี้จะกำหนดไว้ในหัวข้อ องค์การบริหารสูงสุด (GOV), การนำและการบริหาร (LED), พันธกิจ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ (GEN.1)

2. การพัฒนากำลังคน เป็นการพัฒนาทั้งในส่วนของหน้าที่การงานที่ต้องปฏิบัติ และการฝึกอบรมเพื่อการพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานส่วนนี้จะกำหนดไว้ในหัวข้อ การบริหารและพัฒนากำลังคน (HUM, GEN.3, GEN.4)

3. การกำหนดมาตรฐานวิธีปฏิบัติงาน มาตรฐานในที่นี้ไม่ใช่มาตรฐานโรงพยาบาล แต่เป็นสิ่งที่โรงพยาบาลกำหนดจุดยืนและรายละเอียดวิธีปฏิบัติในแต่ละเรื่อง ให้สอดคล้องกับข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล มาตรฐานส่วนนี้จะกำหนดไว้ในหัวข้อ นโยบายและวิธีปฏิบัติ (GEN.5)

4. การนำมาตรฐานที่กำหนดไว้มาปฏิบัติ มาตรฐานส่วนนี้จะกำหนดไว้ในหัวข้อ ระบบงาน/กระบวนการทำงาน (GEN.8)

5. การตรวจสอบและปรับปรุงตนเอง เป็นการติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ คัดเลือกปัญหาหรือโอกาสพัฒนามาดำเนินการปรับปรุง โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ มาตรฐานส่วนนี้จะกำหนดไว้ในหัวข้อกิจกรรมคุณภาพ (GEN.9)



หากพิจารณาในเชิงระบบ สามารถเขียนแผนภูมิการจัดกลุ่มมาตรฐานโดยแบ่งออกเป็น input, process, outcome และ feed back

ในกลุ่มของ input ได้แก่ การมีเป้าหมายร่วม (GEN.1) การจัดองค์กรและการบริหาร (GEN.2) การบริหารกำลังคน (GEN.3) การพัฒนากำลังคน (GEN.4) นโยบาย/วิธีปฏิบัติหรือคู่มือปฏิบัติงาน (GEN.5) สถานที่ สิ่งแวดล้อม (GEN.6) เครื่องมือ (GEN.7)

ในกลุ่มของ process ได้แก่กระบวนการทำงาน ระบบงาน ทั้งในส่วนของกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยและกระบวนการสนับสนุน (GEN.8)

ในส่วนของ outcome ไม่ได้มีการกำหนดมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ไว้ แต่จะถูกครอบคลุมไว้ในส่วนของ feed back ซึ่งประกอบด้วยการติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพ (GEN.9)

มาตรฐานทั้ง 9 ข้อที่ขึ้นต้นด้วย GEN นี้จะถูกนำไปใช้กับทุกหน่วยงาน นอกจากนั้นยังมีมาตรฐานในระดับโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย องค์กรบริหารสูงสุด (GOV) การนำและการบริหาร (LED) โครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย (ENV) ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (IM) การบริหารและพัฒนากำลังคน (HUM) การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) องค์กรแพทย์ (MED) องค์กรพยาบาล (NUR)

เป้าหมาย/ทิศทางนโยบาย พันธกิจ แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ

- องค์กรบริหารสูงสุดมีบทบาทในการกำหนดเป้าหมาย/ทิศทาง, กลไกอำนวยการ, คุณภาพและการพัฒนา, ทรัพยากร
- มีการกำหนดเป้าหมาย/ทิศทางร่วมกัน, แปรไปสู่การปฏิบัติผ่านแผนยุทธศาสตร์, แผนปฏิบัติการ และสร้างความตระหนักในบทบาทของแต่ละคน





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล H01:10

เป้าหมาย/ทิศทางนโยบายเป็นหัวใจการพัฒนาของโรงพยาบาล สิ่งที่โรงพยาบาลจะต้องมีได้แก่

1. การมีองค์กรบริหารสูงสุดที่มีบทบาทในการกำหนดเป้าหมาย/ทิศทางนโยบาย, การอำนวยการ, การกำหนดเป้าหมายคุณภาพและชี้นำกระบวนการพัฒนาคุณภาพ, ตลอดจนการสนับสนุนทรัพยากรที่เหมาะสม
2. ความร่วมมือระหว่างองค์กรบริหารสูงสุด ทีมผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน ในการจัดทำพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม หลักการทำงานร่วมกัน แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ ตลอดจนการทำความเข้าใจในบทบาทของเจ้าหน้าที่ทุกคนเพื่อร่วมรับผิดชอบและพัฒนาไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้

การพัฒนาคุณภาพในระดับโรงพยาบาล

- การศึกษาและตอบสนองความต้องการของลูกค้า
- การกำหนดความคาดหวัง จัดทำแผน ระดับความสำคัญ/ประเด็นหลัก
- การอำนวยความสะดวกให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในทุกระดับ
- การมีโครงสร้างองค์กรเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ
- การประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในระดับโรงพยาบาล
- การร่วมเรียนรู้ของผู้นำ
- การเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างหน่วยงานโดยผู้บริหาร
- การสนับสนุน/ติดตาม/ให้คำปรึกษา โดยผู้นำ/ผู้บริหาร



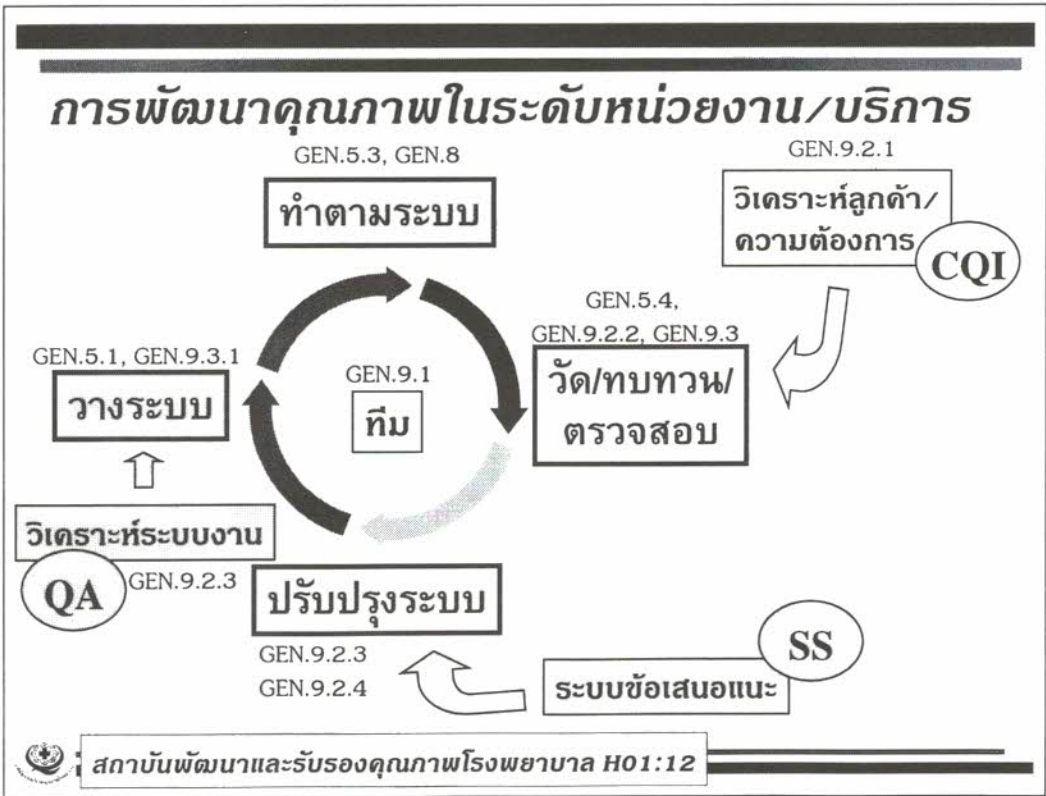
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HO 1:11

มาตรฐานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในระดับโรงพยาบาลคือบทบาทขององค์กรบริหารสูงสุด ผู้นำและผู้ประสานงานในการที่จะกำหนดทิศทาง การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล จัดทำแผน กำหนดระดับความสำคัญหรือประเด็นหลักในการพัฒนา อำนาจการให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในทุก ระดับ

ในการนำทิศทาง การพัฒนาคุณภาพไปปฏิบัติ จะต้องมีการมีโครงสร้างองค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งควรประกอบด้วย steering team, facilitating team และ quality improvement team ครอบคลุมทุกหน่วยงาน ทุกกระบวนการ และลูกค้าทุกกลุ่ม

การประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ควรมีการประสานทั้งทางด้านแนวคิดและเนื้อหาการพัฒนา การประสานทางด้านแนวคิดได้แก่การนำแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพในลักษณะต่าง ๆ มาเชื่อมโยงและสรุปเป็นแนวทางของ รพ.เอง เช่น การประสานเรื่องการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน การประสานทางด้านเนื้อหาได้แก่การวิเคราะห์กระบวนการทำงานและนำผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนานั้นเข้ามาร่วมกันปรับปรุงระบบงาน รวมทั้งการประสานระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงานเพื่อปรับปรุงในส่วนที่แต่ละฝ่ายควรรับผิดชอบ

ผู้นำและผู้บริหารมีหน้าที่ต้องเรียนรู้แนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพที่เจ้าหน้าที่จะนำไปใช้ , เข้าร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพคร่อมสายงานซึ่งต้องการการตัดสินใจของผู้บริหาร และให้การสนับสนุน/ติดตาม/ให้คำปรึกษา แก่ทีมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้วยการส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาระบบงานโดยใช้ความคิดสร้างสรรค์, การช่วยจัดอุปสรรคในการพัฒนาระบบงาน, การยอมรับความสำคัญของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ และให้ผลตอบแทนความมานะพยายาม, การกระตุ้นให้ทุกคนมีความรับผิดชอบต่อคุณภาพของงานที่ตนเข้าไปเกี่ยวข้อง, การจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ



แผนภูมินี้แสดงมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพในระดับหน่วยงาน โดยอาศัย วงล้อการพัฒนาคุณภาพที่ได้นำเสนอไว้แล้ว

จุดสำคัญของการพัฒนาคุณภาพนอกจากจะมีลักษณะของกิจกรรม 4 ประการคือ วางระบบ ทำตามระบบ วัดระบบ ปรับปรุงระบบ แล้ว การทำงานเป็นทีมระหว่างผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานก็เป็นหัวใจที่สำคัญอย่างยิ่ง

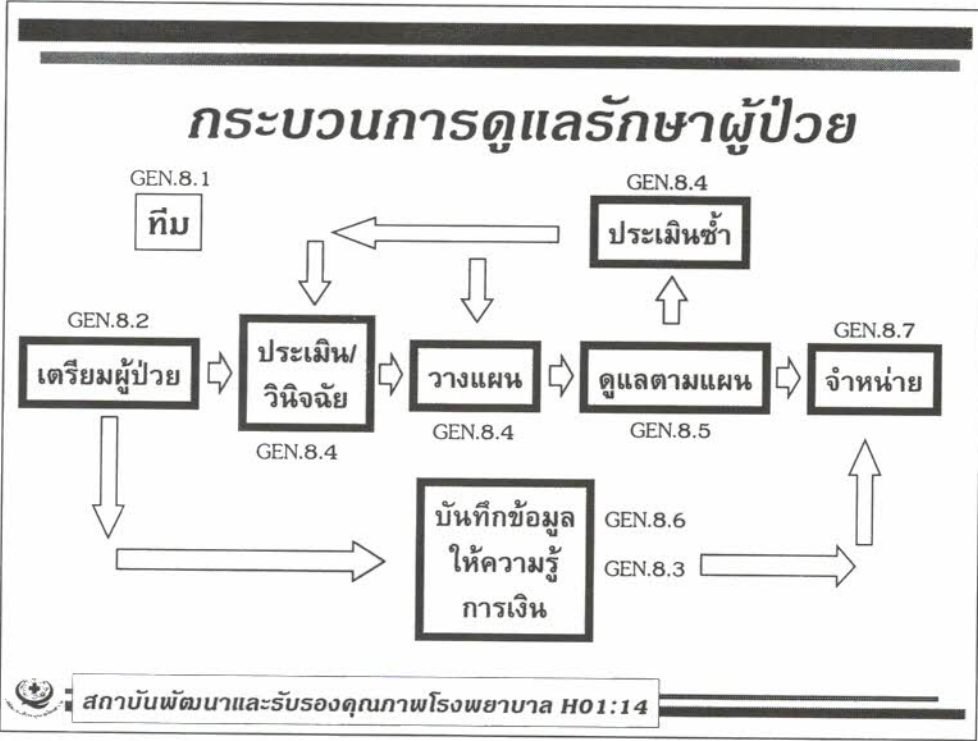
จากแผนภูมิจะเห็นว่าจุดเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพอาจจะเริ่มได้หลายลักษณะ และมีจุดเข้าหลายแห่ง เช่น ระบบข้อเสนอแนะเข้าไปตรงการปรับปรุงระบบงาน ประกันคุณภาพ เข้าไปตรงการวางระบบหรือเขียนคู่มือ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าไปตรงการวิเคราะห์ความต้องการของลูกค้า การวัด/ทบทวน/ตรวจสอบผลงานที่ทำอยู่

แผนภูมินี้ได้แสดงความสัมพันธ์ระหว่างหัวข้อมาตรฐานและกับกิจกรรมต่างๆในวงล้อการพัฒนาคุณภาพ ทั้งในส่วนที่เป็นมาตรฐานบริการทั่วไป และมาตรฐานบริการทางคลินิก

มาตรฐานองค์กรแพทย์	
องค์กรแพทย์ รพ.	
ตัวแทนวิชาชีพแพทย์ กำหนดแนวปฏิบัติเพื่อรักษามาตรฐาน & จริยธรรม เป็นที่ปรึกษา/ให้ข้อเสนอแนะแก่ทีมผู้บริหาร	
ธรรมนูญ คู่มือ แนวทางการดูแลมาตรฐาน & จริยธรรม โครงสร้างองค์กรแพทย์ ความสัมพันธ์กับฝ่ายบริหาร คู่มือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับแพทย์	กรรมการ หน้าที่: Credential, Ethic CPG, Peer Review RM/QA/CQI, UR PTC, IC, MR,
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HO1:13	

มาตรฐานเกี่ยวกับองค์กรแพทย์มี 3 ส่วนใหญ่ๆ ได้แก่

1. การมีองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาล เพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแทนของวิชาชีพแพทย์ กำหนดแนวปฏิบัติเพื่อรักษามาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษา และให้ข้อเสนอแนะแก่ทีมผู้บริหาร
2. การมีธรรมนูญซึ่งกำหนดแนวทางการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ กำหนดโครงสร้างองค์กรแพทย์และความสัมพันธ์ขององค์กรแพทย์กับฝ่ายบริหาร และมีคู่มือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับแพทย์
3. การมีคณะกรรมการซึ่งทำหน้าที่ต่างๆ ต่อไปนี้ การคัดเลือกแพทย์เข้าปฏิบัติงาน, การพิจารณาเมื่อมีปัญหายุติธรรมในการปฏิบัติงาน, การจัดทำแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยและการทบทวนในกลุ่มเพื่อนร่วมวิชาชีพ, การทบทวนการใช้ทรัพยากร และมีตัวแทนเข้าร่วมในกิจกรรมคุณภาพกับวิชาชีพอื่นได้แก่ การบริหารความเสี่ยง/การประกันคุณภาพ/การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง, กรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด, กรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ, กรรมการเวชระเบียน



การดูแลผู้ป่วยเป็นกระบวนการหลักของงานโรงพยาบาล ซึ่งควรได้รับการประเมินและทบทวนอยู่ตลอดเวลาว่า

1. สิ่งที่ทำอยู่นั้นทำไปเพื่อเป้าหมายอะไร
2. เราได้รู้อย่างไรว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นดีเพียงใด
3. เราจะปรับปรุงสิ่งที่ทำอยู่นั้นให้ดีขึ้นหรือง่ายขึ้นได้อย่างไร

การเขียนคู่มือปฏิบัติงานในระบบคุณภาพควรครอบคลุมกระบวนการหลักเหล่านี้อย่างครบถ้วน โดยเริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์ความเสี่ยง ความด้อยประสิทธิภาพ และปัญหาที่เคยเกิดขึ้น ควบคู่ไปกับการตอบสนองความต้องการของลูกค้าและเป้าหมายของกระบวนการ

5

การใช้และการตีความมาตรฐาน

**1. ตีความอย่างยืดหยุ่น
และสอดคล้องกับสถานการณ์
ของ รพ. โดยเน้นเป้าหมาย
ของมาตรฐานเป็นหลัก**

**2. ประเมินอย่างลึกซึ้งว่า ทำอย่างไร
บรรลุเป้าหมายของมาตรฐานหรือไม่
ครอบคลุมเพียงพอ มีผลให้เห็นหรือไม่**

**3. อาศัย judgement และ
มาตรฐานวิชาชีพพร้อมด้วย**





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล H01:15

หลักการที่สำคัญในการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลคือ

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

ตัวอย่างการแปลความหมายของมาตรฐาน

มีข้อความพันธกิจเป็นลายลักษณ์อักษร

ทุกคนเข้าใจว่าตนเองมีบทบาทอย่างไรต่อ พันธกิจนั้น และสามารถแสดงให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติได้

มีแผนภูมิโครงสร้างองค์กร

ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนรู้ว่ารับผิดชอบอะไร ขึ้นต่อใคร ต้องประสานงานกับใคร เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นมีวิธีการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

มีจำนวนผู้ปฏิบัติงานเพียงพอ

มีการใช้ภาระงานมากำหนดจำนวนผู้ปฏิบัติงาน

มีมาตรการแก้ปัญหาจำนวนผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพออย่างเหมาะสม

มีการฝึกอบรม

การฝึกอบรมที่จัดนั้นสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นหรือไม่

มีการประเมินผลกระทบท่อการดูแลผู้ป่วยหรือไม่

มีคู่มือปฏิบัติงาน

มีการใช้คู่มือจริงหรือไม่

มีการทบทวนความเหมาะสมของคู่มือหรือไม่

มีเครื่องมือเพียงพอ

มีระบบการดูแลรักษาเพื่อให้สามารถใช้เครื่องมือได้ทันทีในกรณีฉุกเฉินหรือไม่

กิจกรรมกลุ่ม (30 นาที)

- ให้กลุ่มอภิปรายว่ามาตรฐานที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย 3 อันดับแรกคืออะไร
- ให้กลุ่มอภิปรายว่าควรเพิ่มเติมมาตรฐานในเรื่องอะไรอีกบ้าง
- ให้กลุ่มอภิปรายว่าระหว่างการนำมาตรฐานไปปฏิบัติที่ละข้อ กับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพไปโดยยังไม่ต้องสนใจเนื้อหาในมาตรฐาน มีข้อดีข้อเสียอะไร
- หากจะนำมาตรฐานไปปฏิบัติที่ละข้อ ควรเริ่มด้วยมาตรฐาน 3 ข้อแรก อะไรบ้างเรียงตามลำดับ



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HO1:16



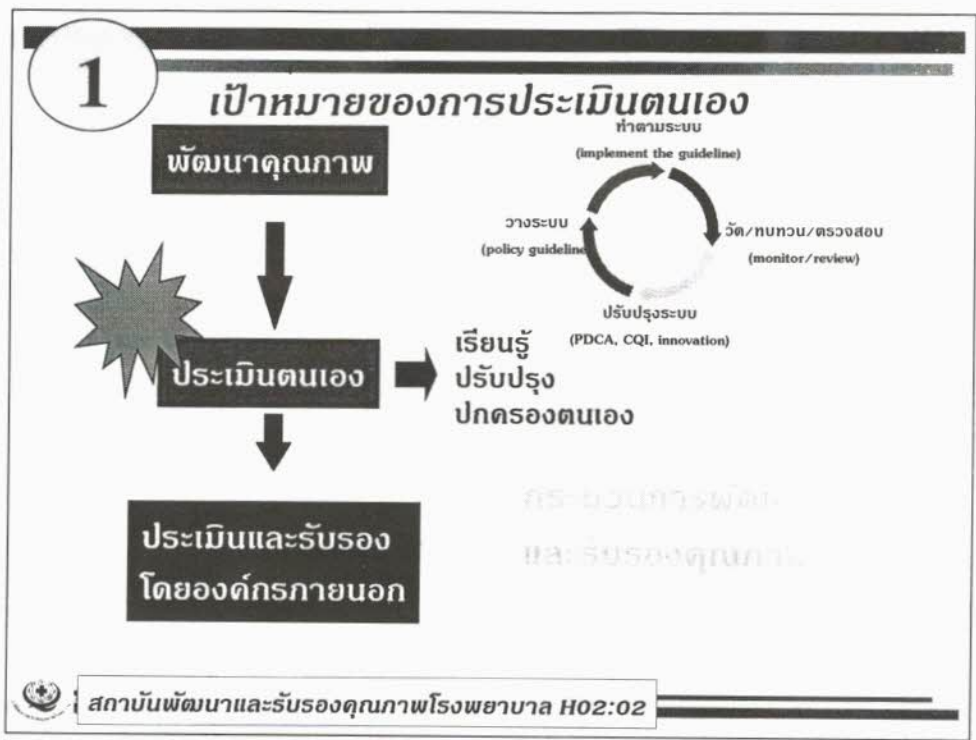
H

02

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล H02:01

การประเมินตนเอง

1. เป้าหมายของการประเมินตนเอง
2. การใช้แบบประเมินตนเอง
3. Internal Survey
4. กิจกรรมกลุ่ม

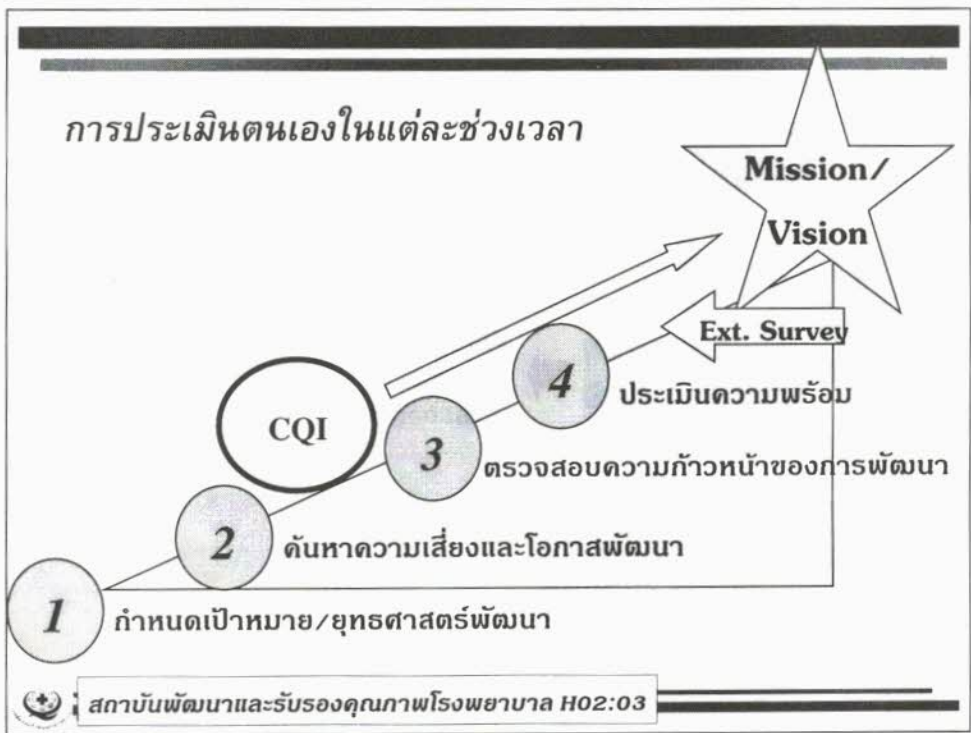


การประเมินตนเองเป็นขั้นตอนสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ และเป็นขั้นตอนที่เชื่อมต่อการรับรองคุณภาพ

การประเมินตนเองคือการที่ทีมงานของแต่ละหน่วยงานหรือทีมงานที่รับผิดชอบมาตรฐานเฉพาะเรื่อง มาร่วมกันตรวจสอบการทำงานในความรับผิดชอบของตนเอง เป็นการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนาและตรวจสอบความพร้อมในการขอรับรองจากภายนอก การประเมินอาจจะใช้มุมมองต่างๆ ที่หลากหลาย และมาตรฐานโรงพยาบาลเป็นเครื่องมืออันหนึ่งที่ใช้เป็นกรอบในการตรวจสอบความพร้อมของโรงพยาบาล

การประเมินตนเองมีจุดมุ่งหมายต่อไปนี้

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



ในภาพกว้าง โรงพยาบาลควรประเมินตนเองในช่วงเวลาต่อไปนี้

1. การประเมินสถานการณ์ทั้งภายในและภายนอกเพื่อกำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์ของการพัฒนา (ได้กล่าวแล้วในขั้นตอนการทำแผนยุทธศาสตร์)
2. การประเมินเพื่อค้นหาความเสี่ยงและโอกาสพัฒนา (ได้กล่าวแล้วในขั้นตอนการค้นหาโอกาสพัฒนา)
3. การประเมินเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนา (เป็นการใช้เครื่องชี้วัดใน LogFrame ติดตามความก้าวหน้า)
4. การประเมินความพร้อมก่อนการประเมินและรับรองจากภายนอก

2

การใช้แบบประเมินตนเอง

- พัฒนาจากกรอบมาตรฐานโรงพยาบาล
- มีระดับขั้นของการปฏิบัติซึ่งช่วยชี้นำทิศทางการพัฒนา
- เป็นส่วนหนึ่งที่ต้องส่งให้ผู้ประเมินภายนอก
- ประเด็นสำคัญที่ต้องถาม
 - มาตรฐานนี้มีเป้าหมายอะไร
 - เราทำอย่างไรเพื่อบรรลุมาตรฐาน
 - วิธีการของเรามีจุดแข็งจุดอ่อนอย่างไร
 - มีเครื่องชี้วัดอะไรที่เกี่ยวข้อง
 - จะปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างไร



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล H02:04

การประเมินความพร้อมก่อนการประเมินและรับรองจากภายนอก อาศัยข้อกำหนดหรือมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งผู้ประเมินภายนอก (surveyor) จะนำมาใช้เช่นเดียวกัน. การประเมินตนเองและส่งให้ผู้ประเมินภายนอกได้ศึกษาก่อน จะทำให้ผู้ประเมินภายนอกทำความเข้าใจกับโรงพยาบาลล่วงหน้า. การรับรองคุณภาพตามแนวคิดว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้จะให้ความสำคัญกับการประเมินตนเองค่อนข้างสูง โดยถือว่าผู้ประเมินภายนอกเป็นเพียงผู้ที่มียืนยัน (verify) ผลการประเมินตนเองเท่านั้น.

ทางโครงการฯ ได้พัฒนาแบบประเมินตนเองขึ้นเพื่อช่วยให้โรงพยาบาลได้เห็นระดับของระบบงานและผลการปฏิบัติงานของตนเอง. แบบประเมินนี้จะมีลักษณะปรนัยผลสมอัดนัย กล่าวคือในแต่ละประเด็นจะมีข้อเลือกให้ตั้งแต่ (0) คือไม่มีการปฏิบัติ ถึง (5) คือปฏิบัติได้จนเป็นแบบอย่างที่ดีและมีหลักประกันว่าจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง. แบบประเมินนี้จะช่วยให้สมาชิกของหน่วยงานเกิดกำลังใจว่าได้พัฒนาคุณภาพมาถึงระดับหนึ่งแล้ว และยังเห็นช่องทางว่าขั้นต่อไปควรจะทำอะไรต่อ.

สิ่งที่ควรเข้าใจในการใช้แบบประเมินตนเองคือ ไม่มีคำตอบใดผิด ไม่ต้องทนายใจว่าผู้ประเมินภายนอกต้องการคำตอบอะไร. หน่วยงานควรจะเล่ากิจกรรมที่ได้กระทำจริงออกมาให้มากที่สุด พร้อมทั้งวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของสิ่งที่ทำลงไป, หามาตรการในการรักษาจุดแข็งหรือนำไปใช้ประโยชน์ให้มากขึ้น, วางแผนปรับปรุงในส่วนที่เป็นจุดอ่อนให้เห็นเป็นรูปธรรมและลงมือทำทันที.

3

Internal Survey

- การที่ผู้ประเมินภายในไปเยี่ยมหน่วยงานต่าง ๆ ทำนองเดียวกับที่ผู้ประเมินภายนอกกระทำ
- ผู้ประเมินภายในคือผู้บริหารและผู้เข้าใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
- ประโยชน์ที่ได้รับ
 - ผู้บริหารทราบปัญหาของผู้ปฏิบัติงาน
 - สร้างความตื่นตัวและคุ่นเคยให้แก่ทีมงาน
 - ทีมงานได้รับทราบมุมมองใหม่ ๆ
 - ผู้ประเมินได้ประโยชน์ที่จะไปปรับปรุงหน่วยงานของตนเอง



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล H02:05

การประเมินโดยผู้ประเมินภายในหรือ internal survey เป็นการเยี่ยมหน่วยงานต่างๆ สังเกต ดูข้อมูลและตั้งคำถามทำนองเดียวกับที่ผู้ประเมินภายนอกกระทำ

ผู้ประเมินภายในอาจจะเป็นผู้บริหารในระดับสูง หรือหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ หรือผู้ประสานงานคุณภาพ หรือผู้ที่มีความเข้าใจในกระบวนการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ ซึ่งได้รับการฝึกอบรมให้มีทักษะของ facilitator มีความรู้เรื่องมาตรฐานและการประเมิน

ประโยชน์ที่ได้จาก internal survey คือ

1. ผู้บริหารที่ไปร่วม survey จะได้รับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในระดับปฏิบัติ ซึ่งไม่ใช่ข้อมูลที่ผ่านมาในระบบรายงาน ทำให้เห็นว่าผู้บริหารเองจะต้องปรับเปลี่ยนอะไรเพื่อให้เป้าหมายที่กำหนดไว้สามารถเป็นจริงได้
2. เป็นการสร้างความตื่นตัวและความคุ่นเคยต่อกระบวนการ survey ให้กับทีมงานต่างๆ
3. ทำให้ทีมงานได้รับทราบมุมมองใหม่ๆ ที่ตนเองอาจจะไม่เคยคิดถึง เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาหน่วยงาน
4. ทำให้ตัวผู้ประเมินเองมีความเข้าใจกระบวนการพัฒนา เห็นตัวอย่างของการพัฒนา และสามารถนำข้อมูลที่พบเห็นไปพัฒนาหน่วยงานของตนได้

Internal Survey แบบง่าย ๆ

■ **ถามผู้ป่วย**

- ได้รับข้อมูลอะไรบ้าง อยากรู้อะไรเพิ่ม
- เมื่อไรจะได้กลับบ้าน ได้รับการเตรียมตัวอะไรบ้าง
- มีข้อเสนอแนะอะไรต่อ รพ.

■ **ถามตัวเอง**

- ถ้าเราเป็นผู้ป่วย อยากจะเปลี่ยนแปลงอะไร
- มีความเสี่ยงอะไรที่เห็นชัด

■ **ถามเจ้าหน้าที่**

- ประเด็นสำคัญในเรื่องคุณภาพคืออะไร
- อะไรคือความต้องการของลูกค้า ตอบสนองได้เพียงใด
- ควรทำอะไรเพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้น





สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล H02:06

การสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ จะทำให้เห็นโอกาสพัฒนาเพิ่มขึ้น

ถามผู้ป่วยว่า ได้รับรู้ข้อมูลอะไรบ้างเกี่ยวกับการเจ็บป่วย อยากจะรู้ข้อมูลอะไรเพิ่มเติม มีข้อเสนอแนะอะไรแก่ รพ. เมื่อไรจะได้กลับบ้าน รพ.ควรเตรียมอะไรแก่ผู้ป่วย ได้ทำหรือยัง.

ถามตัวเองว่า ถ้าเราเป็นผู้ป่วย เราต้องการเปลี่ยนแปลงอะไร, ในแง่การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลและมาตรฐานวิชาชีพ มีอะไรที่สมควรปรับปรุง, มีความเสี่ยงอะไรบ้างที่พบเห็น.

ถามเจ้าหน้าที่ว่า คุณภาพบริการในหน่วยงานนี้คืออะไร ใครเป็นผู้กำหนด มีการศึกษาความต้องการของลูกค้าอย่างไร ผลเป็นอย่างไร ตอบสนองได้หรือไม่ งานอะไรที่เป็นเรื่องยุ่งยากที่น่าจะทำได้.

4

กิจกรรมกลุ่ม

- ให้นักกลุ่มเลือกทำแบบประเมินตนเอง 3-5 ข้อ ซึ่งไม่จำเป็นต้องอยู่ในเรื่องเดียวกัน (10 นาที)
- ให้นักกลุ่มพิจารณาว่า (15 นาที)
 - การตอบแบบประเมินตนเองทำให้เห็นโอกาสพัฒนาในขั้นต่อไปหรือไม่ อย่างไร
 - ควรมีการปรับปรุงแบบประเมินตนเองอย่างไร หากจะนำไปใช้ใน รพ.ของสมาชิกกลุ่ม



H



03

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล H03:01

การประเมินจากภายนอก (Extranal Survey)

1. ประเภทของการประเมิน
2. สิ่งที่จะเกิดขึ้นระหว่างการประเมิน
3. การรับรองคุณภาพ
4. กลไกต่อเนื่อง

1

ประเภทของการประเมิน

■ ประเมินความพร้อม (Presurvey)

- ปรับปรุงครบตามข้อกำหนด?, มีความเสี่ยง?
- ผล: คำแนะนำเพื่อปรับปรุง

■ ประเมินเพื่อรับรอง (Accreditation Survey)

- รับทราบหลักฐานว่า รพ.ปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน รพ., นโยบาย, คู่มือการปฏิบัติงาน, คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ, ข้อเสนอจากการประเมินความพร้อม
- ผล: จุดแข็ง, ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล H03:02

การประเมินโดยผู้ประเมินภายนอก (external survey) มี 2 ขั้นตอน คือการประเมินความพร้อมของ รพ. (presurvey) และการประเมินเพื่อรับรอง (accreditation survey).

การประเมินความพร้อมของ รพ. (presurvey) เป็นการประเมินเพื่อดูว่า รพ.ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามข้อกำหนดในกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลได้ครบถ้วนแล้วหรือไม่ มีประเด็นความเสี่ยงที่ชัดเจนหลงเหลืออยู่หรือไม่. โรงพยาบาลจะขอให้มีการทำ presurvey ต่อเมื่อผลการประเมินตนเองอยู่ในระดับที่มั่นใจว่าได้มีการพัฒนาตามมาตรฐานโรงพยาบาลในประเด็นสำคัญๆ ครบถ้วน. ผลการประเมินในขั้นตอนนี้คือการให้คำแนะนำเพื่อให้ รพ.นำไปปรับปรุง. การประเมินความพร้อมอาจจะทำเป็นระยะๆ หลายครั้งจนกว่าจะมั่นใจว่า รพ.มีความพร้อมเต็มที่สำหรับการประเมินเพื่อรับรอง.

การประเมินเพื่อรับรอง (accreditation survey) คือการไปรับทราบหลักฐานและความจริง ว่าโรงพยาบาลได้มีการปฏิบัติข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล, ตามในสิ่งที่ระบุไว้ในนโยบาย คู่มือการปฏิบัติงาน คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงจากการประเมินความพร้อม. เครื่องมือสำคัญที่ผู้ประเมินภายนอกจะใช้คือข้อมูลที่โรงพยาบาลประเมินตนเองตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ซึ่งผู้ประเมินภายนอกจะต้องศึกษาล่วงหน้าก่อนที่จะไปประเมินในพื้นที่.

ข้อสรุปจากการประเมินคือจุดแข็งของโรงพยาบาล, ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล.

2

สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างการประเมิน

- ทบทวนเอกสาร
- สัมภาษณ์ผู้นำ
- เยี่ยมหน่วยบริการผู้ป่วย/Patient Care Team
- สัมภาษณ์ตามหน้าที่
- ดูโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม
- สะท้อนข้อมูลให้ รพ.



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล H03:03

กิจกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการประเมินได้แก่

1. การทบทวนเอกสาร (Document Review)

หลังจากเปิดประชุมและนำเสนอข้อมูลภาพรวมแล้ว, คณะผู้ประเมินจะทบทวนเอกสารเพื่อทำความเข้าใจว่าโรงพยาบาลเน้นความสำคัญในเรื่องอะไร. เอกสารเหล่านี้ เช่น ทิศทางนโยบายและแผนยุทธศาสตร์, รายงานการประชุม, คู่มือการปฏิบัติงาน, เกณฑ์การตัดสินใจ, รายงานการติดตามศึกษาเครื่องชี้วัดและการนำเสนอผลการพัฒนา, ผลการศึกษาความต้องการของลูกค้า, ผลการตรวจสอบโดยองค์กรภายนอก, ธรรมนูญองค์กรแพทย์

2. การสัมภาษณ์ผู้นำของโรงพยาบาล (Leadership Interview)

เป็นการสนทนาในเรื่องความร่วมมือของผู้นำระดับสูงในการวางแผน การออกแบบ การดำเนินการ และการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย.

3. การเยี่ยมหน่วยบริการผู้ป่วย (Patient Care Visit) และ Patient Care Team

ทีม surveyor จะใช้เวลาประมาณครึ่งหนึ่งในการเยี่ยมหน่วยบริการผู้ป่วยเพื่อดู performance ในการให้บริการ. การเยี่ยมนี้จะดูว่ากิจกรรมบริการต่างๆ มีการประสานสอดคล้องกันได้ดีเพียงใด รวมทั้งการดูว่ากระบวนการวางแผนและออกแบบได้รับการปฏิบัติและปรับปรุงอย่างไร.

การเยี่ยมแต่ละหน่วยจะประกอบด้วยการสนทนากับผู้บริหารของหน่วยและ Patient Care Team, การสนทนากับผู้ป่วย, การสังเกตสิ่งแวดล้อม การควบคุมการติดเชื้อ การดูแลผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ สหวิชาชีพ, และการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยพร้อมกับทีมสหสาขา. หน่วยบริการผู้ป่วยนี้จะรวมผู้ป่วยนอก, อุบัติเหตุและฉุกเฉิน, ทันตกรรม, หอผู้ป่วย.

4. การเยี่ยมหน่วยบริการอื่นๆ (Ancillary Service Visit)

เป็นการเยี่ยมคล้ายกับการเยี่ยมหน่วยบริการผู้ป่วย หน่วยบริการเหล่านี้ได้แก่ สุขศึกษา, พยาธิวิทยา/พยาธิวิทยาคลินิก, รังสีวิทยา, เภสัชกรรม, โภชนาการ, การผ่าตัดและระดับความรู้สึก, หน่วยสนับสนุนบริการอื่นๆ.

4. การสัมภาษณ์ตามระบบงานหรือหน้าที่ (Function Interview)

เป็นการสัมภาษณ์กลุ่มเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานและวิชาชีพต่างๆ ซึ่งมีบทบาทสำคัญเกี่ยวข้องกับระบบงานใดระบบงานหนึ่ง เช่น ระบบสารสนเทศ การบริหารทรัพยากรบุคคล การวางแผนทรัพยากร การป้องกันโรคติดเชื้อ.

5. กิจกรรมประเมินอื่นๆ เช่น การเดินดูรอบๆ บริเวณ, การทบทวนเอกสารเกี่ยวกับอาคารและเครื่องมือ

6. การสะท้อนข้อมูล (Feedback Session) ผู้ประเมินจะสรุปสิ่งที่พบ ร่างรายงาน และอภิปรายกับทีมผู้นำของโรงพยาบาลก่อนที่จะกลับ.

แนวทางในการเยี่ยมหน่วยงาน

- ทำความคุ้นเคยกับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่
- สังเกตสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ
 - สมมติเป็นผู้ป่วย จะรู้สึกอย่างไร
 - ระบบการป้องกันการติดเชื้อ, การเตรียมและบริหารยา
 - สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย
- พูดคุยกับผู้ป่วย
- พูดคุยกับเจ้าหน้าที่
- ทบทวนเวชระเบียน
- สันทนากับ Patient Care Team



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล H03:04

แนวทางในการเยี่ยมหน่วยงานของ surveyor เป็นดังนี้

1. ทำความคุ้นเคยกับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่

ขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงานสังเกตวิธีการทำงาน และพูดคุยกับผู้ป่วยตามลำพัง (โดยหัวหน้าหน่วยไม่ต้องติดตาม) ใช้เวลาในช่วงนี้ประมาณ 45-60 นาที

2. สังเกตสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ

อาจจะให้ surveyor ท่านหนึ่งสมมติตัวเป็นผู้ป่วย และให้เจ้าหน้าที่ลองปฏิบัติต่อ surveyor ในการรับผู้ป่วย หรือทำความเข้าใจเหมือนว่า surveyor เป็นผู้ป่วย เมื่อเข้ามาในหน่วยแล้วจะรู้สึกอย่างไร

สังเกตการจัดเก็บเครื่องมือและอุปกรณ์

สังเกตระบบการป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล, เทคนิคการให้บริการ, การจัดการกับขยะและของใช้ที่ปนเปื้อน

สังเกตเรื่องการเตรียมและบริหารยา

สังเกตสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย อุปกรณ์ที่ให้อยู่กับผู้ป่วยมีความเหมาะสมตามหลักวิชาการและมีหลักประกันว่าเป็นการให้ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์อย่างไร, มีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างไร

4. พูดคุยกับผู้ป่วย

พูดคุยกับผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง ว่ามีความรู้สึกอย่างไรต่อการนอน รพ.ครั้งนี้, ได้รับข้อมูลอะไรบ้างจากแพทย์และพยาบาล, มีข้อมูลอะไรที่อยากจะทราบเพิ่มเติม, มีข้อเสนอแนะอะไรสำหรับ รพ.

5. พูดคุยกับเจ้าหน้าที่

พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่พบระหว่างการสังเกตว่ามีหน้าที่ทำอะไรในหน่วยงานนี้ อะไรคือหัวใจของการทำงานที่นี่ หน่วยงานนี้มีเป้าหมายที่จะพัฒนาไปถึงไหน ตัวเจ้าหน้าที่เองมีบทบาทอะไรที่จะทำให้หน่วยงานไปสู่เป้าหมายนั้นได้ ตัวเจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอะไรบ้าง ในรอบปีที่ผ่านมาได้เข้ารับการฝึกอบรมอะไรบ้าง

6. ทบทวนเวชระเบียน

พิจารณาว่า เวชระเบียนมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะติดตามความเป็นไปของผู้ป่วยหรือไม่, การดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสมหรือไม่

7. สันทนากับทีมผู้ให้บริการและหัวหน้าหน่วยงาน

ทีม surveyor สันทนากับทีมผู้ให้บริการและหัวหน้าหน่วยงาน โดยนำประเด็นต่างๆที่พบเห็นในระหว่างการสังเกต ร่วมกับมาตรฐานโรงพยาบาลมาเป็นตัวตั้งในการสนทนา

3

การรับรองคุณภาพ

■ บทบาท

- ผู้ประเมิน มีหน้าที่สำรวจข้อเท็จจริงและให้ข้อเสนอแนะ
- คณะกรรมการ มีหน้าที่พิจารณาข้อเสนอแนะ และตัดสินใจผลการรับรอง

■ ลักษณะของข้อเสนอแนะ

- ประเภท 1 เพื่อการแก้ไข ก่อนที่จะให้การรับรอง
- ประเภท 2 เพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

■ ประเภทของการรับรอง

- รับรององค์ประกอบพื้นฐาน (ครั้งแรก)
- รับรองการพัฒนาต่อเนื่อง (ครั้งต่อไป)



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล H03:05

ในการตัดสินใจรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผู้ที่มีบทบาทได้แก่

1. ผู้ประเมิน (surveyors) มีหน้าที่ในการสำรวจข้อเท็จจริง สังเคราะห์เปรียบเทียบกับมาตรฐานโรงพยาบาล ให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้ รพ.ดำเนินการแก้ไขให้เป็นไปตามมาตรฐาน หรือดำเนินการพัฒนาต่อเนื่อง นำรายงานผลการสำรวจและข้อเสนอแนะเสนอต่อคณะกรรมการรับรองคุณภาพเพื่อพิจารณาดำเนิน

2. คณะกรรมการรับรองคุณภาพ (accreditation committee) มีหน้าที่พิจารณารายงานที่ผู้ประเมินนำเสนอ และตัดสินใจผลการรับรองโดยพิจารณาจากข้อเสนอนำที่ผู้ประเมินนำเสนอ

ข้อเสนอแนะ (recommendation) มี 2 ประเภท ได้แก่

1. ข้อเสนอแนะประเภท 1 เพื่อการแก้ไข เป็นข้อเสนอแนะซึ่งเกี่ยวกับความเสี่ยงรุนแรงที่เห็นชัดเจน หรือมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูง หรือเป็นจุดอ่อนในระบบขององค์กรที่มีความสำคัญสูง หรือมีแนวโน้มสูงว่าจะไม่เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติ โรงพยาบาลที่ได้รับข้อเสนอแนะประเภทนี้จะยังไม่ได้รับการรับรองจนกว่าจะแก้ไขปรับปรุง และได้รับการประเมินซ้ำในประเด็นดังกล่าวอีกครั้งหนึ่ง

2. ข้อเสนอแนะประเภท 2 เพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง เป็นข้อเสนอแนะในสิ่งที่โรงพยาบาลพึงจะเริ่มดำเนินการในเรื่องนั้นและมีแนวโน้มที่จะเห็นผลเชิงบวกในโอกาสต่อไป หรือเป็นสิ่งที่ทำได้ดีอยู่แล้วและมีโอกาสที่จะพัฒนาได้ดีขึ้น ข้อเสนอแนะประเภทนี้จะไม่ส่งผลต่อการได้รับหรือไม่ได้รับการรับรองในครั้งนี้ แต่ผู้ประเมินจะใช้ตรวจสอบความก้าวหน้าในการประเมินรอบต่อไป

การรับรอง ในช่วงต้นจะมีอายุการรับรอง 2 ปี โดยการรับรองในรอบแรกเป็นการรับรองว่าโรงพยาบาลมีองค์ประกอบพื้นฐานของคุณภาพครบถ้วน แม้ว่าจะอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการดำเนินการ ส่วนการรับรองในรอบต่อไปเป็นการรับรองว่าโรงพยาบาลมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย

4

กลไกต่อเนื่อง

- การ Survey โดยไม่บอกล่วงหน้า (Unscheduled Survey)
- การ Survey เฝ้าระวัง (Surveillance Survey)
- การ Survey เมื่อมีการปรับเปลี่ยน (Verification Survey)
 - เปลี่ยนผู้บริหารหรือเจ้าของ
 - มีบริการใหม่ หรือขยายบริการ
- การติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพ
- การรายงานเหตุการณ์ร้ายแรงด้วยความสมัครใจ (Sentinel Event Report)



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล H03:06

กลไกต่อเนื่องเพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองจะรักษาคุณภาพและมีการพัฒนาต่อเนื่อง ได้แก่

1. การ Survey โดยไม่บอกล่วงหน้า (Unscheduled Survey)

เมื่อได้รับทราบว่าจะมีปัญหารุนแรงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรือความปลอดภัย จะมีการ survey โดยแจ้งให้โรงพยาบาลทราบล่วงหน้า 24-48 ชั่วโมง.

2. การ Survey เฝ้าระวัง (Surveillance Survey)

โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองแล้ว จะได้รับการ survey เฝ้าระวัง ในช่วงเดือนที่ 10-14 หลังจากได้รับรองหรือในช่วงกึ่งกลางของอายุการรับรอง. โรงพยาบาลจะได้รับทราบล่วงหน้า 24-48 ชั่วโมง เป็นการ survey โดยทีม surveyor ในประเด็นสำคัญหรือมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาในภาพรวม.

3. การ survey เมื่อมีการปรับเปลี่ยน (Verification Survey)

ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดขึ้นในกรณีต่อไปนี้จะต้องมีการประเมินเพื่อขยายการรับรอง ได้แก่ การมีบริการใหม่, มีการเปลี่ยนสถานะของโรงพยาบาล, การเปลี่ยนเจ้าของ, การเปลี่ยนผู้บริหารระดับสูง (ผู้อำนวยการ, ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์, หัวหน้าพยาบาล), มีการย้ายบริการอย่างน้อย 25% ไปยังสถานที่ใหม่, มีการขยายบริการมากกว่า 25% (จำนวนผู้ป่วย, เครื่องมือ), มีการให้บริการในระดับที่ซับซ้อนขึ้น, มีการรวมตัวกับหน่วยบริการอื่นซึ่งไม่เคยได้รับการรับรอง.

เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น โรงพยาบาลจะต้องแจ้งให้ทราบภายใน 30 วัน และจะมีการประเมินซ้ำเพื่อยืนยันการรับรองหากอายุการรับรองยังมีเหลือมากกว่า 9 เดือน โดยอายุการรับรองจะไม่ขยายมากกว่าเดิม.

4. การติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพ

จะมีการกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพระดับโรงพยาบาล ให้โรงพยาบาลทุกแห่ง monitor และส่งรายงานให้แก่สถาบันอย่างสม่ำเสมอ

5. การรายงานเหตุการณ์ร้ายแรงด้วยความสมัครใจ

เมื่อเกิดเหตุการณ์ร้ายแรงซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ทางโรงพยาบาลจะต้องรายงานให้แก่สถาบันทราบถึงเหตุการณ์ดังกล่าว และการแก้ไขปรับปรุงที่ได้ดำเนินการไป