

บทนำ

ภายใต้สถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงของสังคมปัจจุบัน การถูกตั้งคำถามตรวจสอบจากสังคมถึงคุณภาพบริการ ความคุ้มค่าของบริการสาธารณสุขเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จำเป็นที่สถานบริการสาธารณสุขจะต้องมีการปรับปรุงหน่วยงานของตนให้เป็นสถานพยาบาลที่น่าไว้วางใจ น่าเชื่อถือ น่าประทับใจ และมีการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานที่ควรจะเป็น

ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุข จึงได้เริ่มดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมาตั้งแต่กลางปี 2542 และเมื่อจะทำการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลนั้น การพัฒนาองค์การ (OD) ถือเป็นกระบวนการที่จะละเว้นเสียไม่ได้

การพัฒนาองค์การ (OD) นั้นเป็นกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ได้มาซึ่งประสิทธิภาพขององค์การ โดยพยายามใ้บุคลากรได้เพิ่มพูนความตื่นตัว ความร่วมมือ เสริมสร้างพลัง และประสานจุดหมายของบุคคลกับเป้าหมายขององค์การเข้าด้วยกัน จนสามารถบรรลุถึงวัตถุประสงค์ทั้งส่วนบุคคลและองค์การ การพัฒนาองค์การจึงจำเป็นต้องอาศัยความรู้ทางจิตวิทยา และพฤติกรรมศาสตร์ เพื่ออธิบายถึงธรรมชาติ พลังค่านิยม เงื่อนไข และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคคลและกลุ่มในองค์การ และส่งผลต่อประสิทธิภาพขององค์การต่อไป

นักจิตวิทยา ในฐานะเป็นบุคลากรของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดสงขลา ที่มีความรู้ในเรื่องจิตวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ จึงควรมีบทบาทสำคัญในการริเริ่ม กระตุ้น สร้างเจตคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นในศูนย์ฯ เพื่อให้บุคลากรของศูนย์ฯ ได้มีความพร้อมที่จะพัฒนาตนเองไปสู่การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อประโยชน์โดยตรงต่อลูกค้าของศูนย์ฯ ซึ่งก็คือผู้ป่วยนั่นเอง เพราะการพัฒนาของบุคลากรและองค์การของศูนย์ฯ จะส่งผลต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับ ไม่ว่าจะเป็นการลดความเสี่ยงของผู้ป่วย ความรวดเร็วในการบริการ ความถูกต้องตามมาตรฐาน ความคุ้มค่าของเงินที่ต้องจ่าย หรือเวลาที่ต้องเสียไป รวมถึงความประทับใจและสบายใจของผู้ป่วยและญาติในที่สุด

บทที่ 1

การพัฒนาองค์การเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ความหมายของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

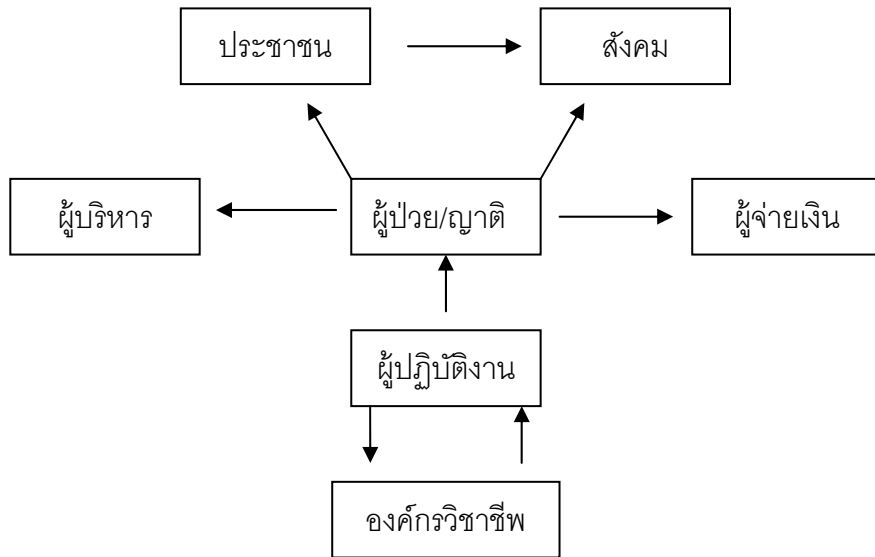
(Hospital Accreditation : HA)

กลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาลร่วมกับการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนกับที่ปรึกษาและการรับรองโดยองค์การภายนอก โดยที่การรับรองเป็นเพียงส่วนเดียว และส่วนสุดท้ายของกระบวนการ แต่จุดสำคัญ คือ การประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2540)

ทำไมต้องมี Hospital Accreditation (HA)

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สงวนสิน รัตนเลิศ กล่าวไว้ในหนังสือเส้นทางสู่การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อประชาชน (ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2541 : 219-220) ว่า “ระบบสาธารณสุขของประเทศมีการปรับเปลี่ยนหลายประการ นับตั้งแต่มีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สังคมเกษตรกรรมถูกแทนที่ด้วยสังคมอุตสาหกรรม โรคและปัญหาทางสุขภาพมีมาก และเปลี่ยนไปจากเดิม จากโรคติดเชื้ออันเกิดจากความยากไร้ มาเป็นโรคที่ไม่ติดเชื้อที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ ความก้าวหน้าในเครื่องมือแพทย์อันทันสมัย ทำให้มีการซื้อเครื่องมือมาใช้มากขึ้น โดยไม่คำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับ จนมีคำกล่าวกันว่า คนไทยเป็นเหยื่อของเทคโนโลยีตะวันตก และยังมีผลให้ค่ารักษาพยาบาลแพงขึ้น กระทั่งต่อผู้จ่ายเงิน เช่น ค่าสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วในระหว่าง พ.ศ. 2535-2539 ระบบประกันชีวิตระบบประกันสังคม เริ่มมีบทบาทมากขึ้นในฐานะผู้จ่ายเงินกลุ่มใหญ่ให้กับโรงพยาบาล ประชาชนมีระดับการศึกษามากขึ้น มีความคาดหวังต่อการรับบริการสุขภาพสูงขึ้น กระจายรู้มากขึ้น สื่อต่างๆ เริ่มมีบทบาทในการเสาะแสวงหาข่าวมากขึ้น ในขณะที่โรงพยาบาลหรือระบบข้าราชการไม่ไวพอดต่อการเปลี่ยนแปลง ทำให้ดูเหมือนพยายามปกปิดข้อมูล ข่าวคราวในด้านร้ายขององค์การสาธารณสุข จึงมีอยู่เรื่อยๆ มีเสียงเรียกร้องถึงความรับผิดชอบและคุณธรรมในการรักษายาบาล การทำให้โรงพยาบาลเป็นที่พึ่งที่ไว้ใจ น่าเชื่อถือ และมีพฤติกรรมบริการที่น่าประทับใจ พร้อมกับมีระบบประเมินที่เป็นที่น่าเชื่อถือของสาธารณชน จึงเป็นสิ่งจำเป็นในสังคมปัจจุบัน เป้าหมายเพื่อให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในที่สุด”

ใครจะได้อะไรจากการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



สังคม	เชื่อมั่นว่าโรงพยาบาลมีระบบการทำงานที่ไว้ใจได้
ผู้ป่วย/ญาติ	ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ไม่เสี่ยงต่อการดูแลรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน
ผู้บริหาร	สบายใจในการบริหาร มีเวลาคิดพัฒนา
ผู้จ่ายเงิน	มีข้อมูลในการคัดเลือกโรงพยาบาล หรือพิจารณาระดับการจ่ายเงิน
ผู้ปฏิบัติงาน	ความเสี่ยงลดลง ทำงานง่ายขึ้น บรรยากาศในการทำงานดี ทำในสิ่งที่ฝัน ภูมิใจในหน่วยงาน

วิวัฒนาการของ HA

- เริ่มจากการตรวจรับรองโรงพยาบาลเพื่อเป็นสถานที่ฝึกอบรมศัลยแพทย์
- เปลี่ยนจากการเน้นที่แพทย์มาสู่จุดเน้นของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ
- เปลี่ยนจากการเน้นที่โครงสร้างและเอกสารมาสู่กระบวนการและผลลัพธ์
- เปลี่ยนจากการเน้นที่ตัวผู้ปฏิบัติงานมาสู่การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- เปลี่ยนจากกระบวนการตรวจสอบมาเป็นกระบวนการเรียนรู้

หลักการของ HA

- เป็นกระบวนการเรียนรู้ ไม่ใช่การตรวจสอบ
- การเรียนรู้เกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องร่วมกับการทบทวนผลการประเมินโดยผู้อื่น

- เน้นการพัฒนาศักยภาพของคน เพื่อร่วมกันปรับปรุงระบบงาน
- การประเมินและพัฒนาใช้กรอบแนวคิดซึ่งเน้นเป้าหมาย เปิดโอกาสให้มีความ

หลากหลายในวิธีปฏิบัติ

- กรอบแนวทางเน้นความต้องการร่วมของผู้ป่วยสำหรับทุกภาคทุกระดับ
- การรับรองมีลักษณะพลวัต เป็นการรับรองว่าวันนี้ดีกว่าเมื่อวาน และกำลังก้าวไปใน

ทิศทางที่ถูกต้อง

- การรับรองไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยทุกรายจะปลอดภัย แต่รับรองว่าระบบที่เป็นอยู่จะมีความเสี่ยงน้อยที่สุด

HA รับรองอะไร

- โรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ
- มีระบบป้องกันและจัดการกับความเสี่ยง
- มีระบบประกันคุณภาพ
- มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- มีระบบตรวจสอบตนเองที่น่าเชื่อถือ
- มีการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ
- มีการทำงานเป็นทีม และมีการนำองค์การที่มีประสิทธิภาพ
- มีทรัพยากรเพียงพอ เหมาะสมกับภาระงาน

มาตรฐานทั่วไปของ HA

มาตรฐานทั่วไปของ HA ฉบับปีกาญจนาภิเษก ซึ่งพัฒนาจากงานวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีองค์ประกอบซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างครบวงจรในโรงพยาบาล โดยยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีมาตรฐานทั่วไป 9 ข้อ ดังนี้

1. พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์
2. การจัดองค์การและการบริหาร
3. การจัดการทรัพยากรบุคคล
4. การพัฒนาทรัพยากรบุคคล
5. นโยบายและวิธีปฏิบัติ
6. สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่
7. เครื่องมือ อุปกรณ์ สื่ออำนวยความสะดวก

8. ระบบงาน / กระบวนการให้บริการ
9. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

วิธีการที่ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงไปสู่กระบวนการทำงานที่มีคุณภาพ

1. ปรับเปลี่ยนเจตคติและความพร้อมของบุคลากรต่อการพัฒนา

ทำอย่างไรจึงสามารถสร้างความรู้สึกรั้งถึงภาวะเร่งด่วนและความจำเป็นต่อการพัฒนาให้กับบุคลากรภายในโรงพยาบาล ตั้งแต่ผู้อำนวยการลงไปถึงผู้ปฏิบัติงานระดับล่าง

โรงพยาบาลที่มีทีมงานที่เข้มแข็ง มีความสามัคคี และเข้าใจเรื่องการพัฒนาคุณภาพไปในทิศทางเดียวกัน จะประสบผลสำเร็จมากกว่าโรงพยาบาลที่มีการมอบงานคุณภาพด้านต่างๆให้หลายคนหรือหลายๆกลุ่มทำโดยไม่ได้ประสานงานกัน

วิธีพื้นฐานที่ใช้ในการปรับเจตคติของบุคลากร คือ

- การอบรมเรื่องการพัฒนาองค์กร (Organization Development –OD)
- การอบรมหลักสูตรการบริการสู่ความเป็นเลิศ (Excellent Services Behavior – ESB)

โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคลากรมีความรัก สามัคคี เสียสละ พร้อมให้บริการลูกค้า และสร้างทีมที่มีพลังในการเปลี่ยนแปลง

2. การพัฒนาวิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนกลยุทธ์ใหม่

โรงพยาบาลจำเป็นต้องมีวิสัยทัศน์ พันธกิจที่ชัดเจน เป็นไปได้ และเกิดจากความพร้อมใจของบุคลากรภายในโรงพยาบาลมีส่วนร่วมกันกำหนดขึ้น จึงจะมีผลต่อการเกิดความมุ่งมั่นในการดำเนินการตามวิสัยทัศน์และพันธกิจที่กำหนดไว้ร่วมกัน และต้องมีวิธีการสื่อสารให้กับผู้ปฏิบัติทราบวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ใหม่ๆอย่างต่อเนื่อง

การสร้างวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรสามารถทำได้จากหลายวิธี แต่ที่ใช้กันมากในโรงพยาบาลต่างๆในกระทรวงสาธารณสุข คือ กระบวนการ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) ซึ่งใช้สมองทั้งสองส่วน คือ ด้านซ้าย ที่คิดแบบตรรกะ เป็นวิทยาศาสตร์ กับด้านขวา ที่คิดแบบจินตนาการ เป็นศิลป์ ผสมผสานกัน ทำให้มีลักษณะของความฝันที่น่าจะเป็นไปได้ ลดความขัดแย้ง แต่เพิ่มความรัก ความสามัคคี และความเมตตา เข้าไปในกระบวนการสร้างวิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลนั้นๆ

3. การพัฒนากระบวนการเพื่อพัฒนาคุณภาพงาน

เมื่อเตรียมความพร้อมของบุคลากรในด้านเจตคติและทีมงาน และกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของโรงพยาบาลแล้ว ต้องพัฒนากระบวนการเพื่อพัฒนาคุณภาพงานในทันที เปรียบตั้ง การพรวนดิน ใส่ปุ๋ย แล้วต้องเริ่มปลูกพืชที่ต้องการ มิฉะนั้นการลงทุนในการฝึกอบรมต่างๆ ทั้ง OD, ESB จะสูญเปล่า เพราะจะเลือนหายไปภายใน 3-6 เดือน

กระบวนการพัฒนาคุณภาพงานนั้นจะสามารถเลือกใช้เทคนิคได้ตามความเหมาะสมกับ ชนิดงานด้านต่างๆ ระดับของงาน และบุคลากร เช่น

- 5 ส
- QC
- CQI / Cross Functional Process
- Quality Assurance in Nursing
- Clinical Guideline / Care Map
- ISO
- Re-engineering, Re-inventing
- Evidence based medicine

ฯลฯ

ที่สำคัญต้องไม่สับสนว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพงานหรือวิธีการต่างๆกันนั้นเป็นคนละเรื่องกัน จะต้องเข้าใจว่าแต่ละวิธีต่างก็มีข้อดี และมีที่ใช้สำหรับงานแต่ละชนิดแต่ละระดับเป็นไปตามภารกิจของงานและบุคลากรที่แตกต่างหลากหลายในโรงพยาบาล ซึ่งถ้าจะติดตามแนวทางของประเทศสิงคโปร์จะแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

- เพื่อคุณภาพบริการ (Services Quality) เช่น การลดระยะเวลารอตรวจ / รอรับยา การให้บริการด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส จริงใจ ฯลฯ

- เพื่อคุณภาพทางคลินิกบริการ (Clinical Quality) เช่น มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ในแ่งมุมต่างๆ เป็นต้นว่าการได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ทันต่อเวลา ไม่ว่าผู้ป่วยจะมาใช้บริการที่โรงพยาบาลในช่วงเวลาใด ลดอัตราการติดเชื้อ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในโรงพยาบาลเวชระเบียนที่ถูกต้อง มีคุณภาพ เป็นต้น

- เพื่อคุณภาพทางการบริหาร (Management Quality) เช่น การพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารในโรงพยาบาล ระบบการจัดซื้อ การบริหารเวชภัณฑ์ การบริหารคลังยา ฯลฯ

ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพนั้น สิ่งที่ยากที่สุด ก็คือ การสร้างตัวชี้วัดและการประเมินตนเอง ทุกหน่วยงานหรือทุกระบวนการจะต้องสร้างเกณฑ์การประเมินหรือตัวชี้วัด (Performance Indicators) และมีการประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถจะนำไปแก้ไขและพัฒนางานต่อไปได้ ตัวชี้วัดไม่จำเป็นต้องมีมากจนเกินไป ในแต่ละงานในระดับโรงพยาบาลก็ควรมีตัวชี้วัดหลัก (Key Performance Indicator) เพื่อสามารถประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพโดยรวมของโรงพยาบาลได้

4. เสริมพลังการเปลี่ยนแปลง

เป็นหน้าที่ของผู้อำนวยการและทีมงานบริหารที่จะหาวิธีการกระตุ้นและสนับสนุนให้มีพลังขับเคลื่อนตลอดเวลาในการพัฒนาคุณภาพงาน วิธีการต่างๆในการเสริมสร้างพลังในการเปลี่ยนแปลง ได้แก่

- บริหารงานอย่างโปร่งใสและให้มีส่วนร่วม ผู้นำทุกระดับต้องจริงจัง และบริหารงานตามหลักของธรรมรัฐในองค์กร คือ โปร่งใส (Transparency) ตรวจสอบได้ (Accountability) มีส่วนร่วม (Participation) มีคุณธรรม (Merit system) เน้นประสิทธิผล และมีประสิทธิภาพ (Efficiency & Effectiveness)

- สร้างภาวะผู้นำ (Leadership) ให้เกิดขึ้นกับคนทุกระดับให้มากที่สุด โดยผู้อำนวยการเป็นตัวอย่างที่ดี ภาวะผู้นำประกอบด้วย

- # มีปัญญา มีความรู้ โดยเฉพาะในเรื่องของคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างดี

- # สามารถสื่อสาร จูงใจ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เพื่อให้ผู้ร่วมงานร่วมมือกันได้ เสียสละ ทำเพื่อประโยชน์ขององค์กรและส่วนร่วม สร้างทีมงานที่มีคุณภาพ และมีการกระจายอำนาจ โดยให้มีทีมงานมีสิทธิและอำนาจที่จะตัดสินใจดำเนินการได้ด้วยตนเองในระดับที่เหมาะสม

ปรับลักษณะองค์กรจากลักษณะแนวตั้ง (Vertical Organization) ให้เป็นลักษณะแนวราบ และมีการประสานกันเองมากขึ้นในทุกๆระนาบ (Matrix Organization)

- # ปรับปรุงด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้น่าอยู่และเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน และผู้มารับบริการมีความพึงพอใจ

- # ปรับปรุงสวัสดิการภายในให้กับบุคลากรทุกระดับตามกำลังความสามารถของแต่ละโรงพยาบาล

5. ชื่นชมผลสำเร็จของงานในระยะสั้น

ธรรมชาติของคนนั้น เมื่อทำงานเสร็จแล้วต้องเห็นผลสำเร็จของงาน จึงจะมีกำลังใจ และเป็นแรงกระตุ้นให้พัฒนางานต่อไป ถ้างานที่ทำนั้นใช้เวลานานมากหรือยากมาก อาจจะทำให้ท้อถอยและหมดกำลังใจได้ องค์การก็เช่นกัน ถ้าตั้งเป้าหมายของความสำเร็จในระยะยาวที่ยาก และต้องใช้เวลาานาน ก็อาจจะเกิดแรงเฉื่อยภายในได้ ถ้าไม่สามารถบรรลุผลที่คาดหวังได้ทันใจ ผู้ปฏิบัติงานภายในองค์กรนั้นๆ การพัฒนาคุณภาพงานในระบบ HA ก็เช่นกัน เป้าหมายสุดท้ายนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ง่าย และต้องใช้เวลาานาน อาจจะต้องใช้เวลาหลายปีในแต่ละโรงพยาบาล

เทคนิคของกระบวนการ CQI นั้นให้เริ่มทำในสิ่งที่จะมีความเป็นไปได้สูงก่อน เพื่อประสบผลสำเร็จแล้ว ก็จะเป็นต้นทุนที่ดีในประสบการณ์ของทีมงาน และเป็นกำลังใจที่จะดำเนินการในเรื่องอื่นๆที่ยากขึ้น หรือร่วมมือกับทีมงานอื่นในกระบวนการক্র่อมสายงาน (Cross Functional Process) ให้มีการเสนอผลงานเป็นระยะๆ โดยผู้บริหารอยู่ร่วมรับฟังเสมอ ให้รางวัลหน่วยงานดีเด่น และบุคลากรพัฒนาคุณภาพงานดีเด่น เป็นการสร้าง Benchmark ให้เห็น

6. ขยายผลให้มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น

จากประสบการณ์ของโรงพยาบาลนำร่องในโครงการนั้น พบว่า หน่วยงานที่มีการพัฒนาคุณภาพก่อนและมากในโรงพยาบาล ได้แก่ ฝ่ายการพยาบาล และหน่วยบริการต่างๆ เช่น ห้องบัตร ห้องจ่ายยา วิเคราะห์โรค ต่อมาคือหน่วยสนับสนุนบริการ เช่น การเงิน พัสดุ บริหาร โภชนาการ ฯลฯ และงานที่ตามมาหลังสุด คือ แพทย์

โรงพยาบาลที่จะผ่านการประเมิน HA ได้ จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพทั้งโรงพยาบาล ทั้งด้านบริการ (Services quality) ด้านบริหาร (Management quality) และด้านคลินิกบริการ (Clinical quality) เรื่องที่ยากที่สุดคือเรื่องของคลินิกบริการ ซึ่งมีได้หมายเพียงความถูกต้องทางการแพทย์ตามตำราเท่านั้น แต่รวมถึงด้านจริยธรรมด้วย ผู้ป่วยทุกคนจะต้องได้รับบริการเท่าเทียมกันและมีคุณภาพสม่ำเสมอ ได้มาตรฐาน โดยไม่มีปัจจัยใดๆมาเป็นเงื่อนไข ทั้งด้านเศรษฐกิจ เชื้อชาติ เพศ แม้กระทั่งเวลาที่มาโรงพยาบาล ไม่ว่าจะในกลางวันหรือกลางคืน

แพทย์จะเป็นหัวใจของการพัฒนาด้านคลินิกบริการ ซึ่งแพทย์จะต้องร่วมเป็นหัวหน้าทีมในการพัฒนา Clinical Guideline, Care Map, เวชระเบียน และเรียนรู้เรื่องของ Evidence Based Medicine หรือเรื่องอื่นๆที่จำเป็น

7. ให้เกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กร

เมื่อโรงพยาบาลพัฒนาคุณภาพงานด้านต่างๆแล้ว จะต้องมึระบบประเมินตนเอง เพื่อให้เกิดวงจรของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนฝังรากลึกในบุคลากรทุกคน เป็นคุณค่าที่ยึดถือว่าการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่องนั้นเป็นปกติภายในองค์กรต้องดำเนินการตลอดเวลาและตลอดไป

เมื่อบรรลุถึงขั้นนี้แล้ว โรงพยาบาลแห่งนั้นจะเป็นโรงพยาบาลที่เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) มีคุณค่าร่วมกันในเรื่องคุณภาพ และสามารถรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคตภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วได้

การพัฒนาองค์กร (OD) กับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)

จากวิธีการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่กระบวนการทำงานที่มีคุณภาพนั้น ทำให้เราทราบว่ากิจกรรมแรกที่เราควรจะทำเพื่อก้าวไปสู่การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น ก็คือการปรับเปลี่ยนเจตคติและความพร้อมของบุคลากรต่อการพัฒนา ซึ่งวิธีการพื้นฐานหนึ่งที่ใช้ในการปรับเจตคติของบุคลากร คือ การอบรมเรื่องการพัฒนาองค์กร (Organization Development : OD)