

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าหัวข้อต่อไป

1. แนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการ
 - 1.1 ความหมายของการพัฒนาคุณภาพบริการ
 - 1.2 วิธีการจัดการคุณภาพบริการ
2. การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 - 2.1 ความหมายของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 - 2.2 แนวคิด หลักการ และหัวใจของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 - 2.3 หัวใจของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 - 2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 - 2.5 อุปสรรคในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
3. กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 - 3.1 การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 - 3.2 กรอบมาตรฐานสำหรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
4. การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์
5. การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามกรอบมาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการ ระดับหน่วยงานของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
7. กรอบแนวคิดในการศึกษา

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการ

ความหมายของการพัฒนาคุณภาพบริการ

คุณภาพบริการ (service quality) มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายมุมมอง ได้แก่
 คุณภาพบริการ หมายถึง ระดับของบริการสุภาพที่ทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาวะที่
 พึงประสงค์ของบุคคลและประชาชนดีขึ้น บนฐานของความรู้เชิงวิชาชีพที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง
 (Institute of Medicine, 1990)

คุณภาพบริการ หมายถึง ความสมดุลระหว่างผลดีกับความเป็นอันตรายต่อสุขภาพของ
 ผู้รับบริการ (Donabedian, 1980)

คุณภาพบริการ หมายถึง ระดับของความเป็นเลิศในการดูแลผู้รับบริการและบรรลุ
 เป้าหมายที่ต้องการ (Katz & Green, 1997)

คุณภาพบริการ หมายถึง การตอบสนองความต้องการตามการรับรู้ของบุคคลเทียบกับ
 ความคาดหวังในบริการที่ได้รับ (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985)

คุณภาพบริการ หมายถึง การให้บริการที่ตรงต่อความต้องการและความคาดหวังของ
 ผู้รับบริการ ถูกต้อง เหมาะสม และได้มาตรฐานวิชาชีพ มีความผิดพลาดน้อย (อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล
 และคณะ, 2542)

จากการให้ความหมายที่หลากหลายนี้ กล่าวโดยสรุปในความเห็นของผู้ศึกษาเห็นว่า
 คุณภาพบริการ หมายถึง การให้บริการที่ตรงความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการอย่าง
 ถูกต้อง ทันเวลา ทั้งนี้ต้องอยู่บนพื้นฐานมาตรฐานวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วยที่พึงได้รับ ปราศจาก
 ความผิดพลาดที่ป้องกันได้

ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพบริการ จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น (Burrill & Ledolter, 1999)
 ที่สำคัญคือ การพัฒนาคุณภาพ ต้องทำให้เกิดสุขภาวะแก่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งผู้บริหาร
 ผู้ให้บริการและประชาชน ทั้งนี้คุณภาพบริการจะเกิดขึ้นได้ต้องมาจากการลงมือปฏิบัติของ
 บุคลากรทุกคนและถือว่าคุณภาพเป็นความรับผิดชอบของทุกคนที่ไม่สามารถปฏิบัติแทนหรือ
 มอบหมายให้ปฏิบัติแทนได้ (Katz & Green, 1992)

วิธีการจัดการคุณภาพบริการ

วิธีการจัดการคุณภาพในระบบบริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้แนวคิดคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบเพื่อให้เกิดการยอมรับและนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ (quality improvement) ซึ่งแต่ละแนวคิดมีลักษณะเฉพาะ ที่อาจสรุปได้ดังนี้ (จิตรศิริ ชันเงิน, 2547)

1. การควบคุมคุณภาพ (quality control หรือ QC) เป็นกิจกรรมคุณภาพเชิงเทคนิคที่ใช้เพื่อระวังกระบวนการให้บริการเพื่อควบคุมให้มีความผิดพลาดน้อยที่สุดและเมื่อพบข้อบกพร่องใดๆ ในกระบวนการก็พยายามหาสาเหตุ แก้ไขปัญหา และป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

2. การจัดการคุณภาพทั้งระบบ (total quality management หรือ TQM) เป็นวิธีการเพื่อประกันความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยเกี่ยวข้องกับบุคลากรทุกคนในการพัฒนาคุณภาพของทุกบริการ ทุกระบบ และกระบวนการ จะต้องได้รับการประเมินและพัฒนา TQM มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความสิ้นเปลือง และค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการมีคุณภาพไม่ดี Edwards Deming เป็นผู้ริเริ่มแนวคิดการพัฒนาคุณภาพแบบ TQM เป็นการเปลี่ยนแนวคิดวิธีการทำให้เกิดคุณภาพโดยการตรวจสอบเป็นกิจกรรมการสร้างคุณภาพและมองว่า TQM เป็นปรัชญา ส่วนใหญ่รู้จักกันในนามวงจรเดมมิง ปัจจุบันแนวคิด TQM ได้พัฒนาโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมมาประกอบกับแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ การเรียนรู้ขององค์กร และการทดลองนวัตกรรมใหม่

3. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement หรือ CQI) เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องในการพัฒนาระบบวิธีการทั้ง TQM และ CQI ถูกมองเป็นกลยุทธ์ของการอยู่รอดในสิ่งแวดล้อมที่มีการแข่งขันทางเศรษฐกิจสูง โดยมีหลักการสำคัญ 4 ประการคือ ใช้ลูกค้าเป็นศูนย์กลาง (customer focus) การค้นหากระบวนการหลักเพื่อพัฒนาคุณภาพ การใช้เครื่องมือและสถิติเกี่ยวกับคุณภาพ และทุกคนมีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ปัญหา

4. การประกันคุณภาพ (quality assurance หรือ QA) เป็นการจัดการคุณภาพที่มีแนวคิดมุ่งเน้นความสอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอของผลการปฏิบัติที่ยอมรับได้ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543) นอกจากนี้การประกันคุณภาพยังถูกนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพบริการในระบบบริการสุขภาพเพราะงานบริการ (service) ไม่สามารถควบคุม (control) ตรวจสอบได้ตลอดเวลาเหมือนผลิตภัณฑ์ (product) กิจกรรมการประกันคุณภาพ จึงเป็นการตั้งใจที่จะประกัน (garantee) หรือให้ความมั่นใจเกี่ยวกับคุณภาพการดูแล (Katz & Green, 1997) ดังนั้นการประกันคุณภาพโรงพยาบาลจึงเป็นการรับรองว่า โรงพยาบาลมีความน่าเชื่อถือ น่าไว้วางใจ ซึ่งต้องผ่านขั้นตอนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาแล้ว

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ความหมายของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ถูกใช้เป็นแนวทางประกันคุณภาพระบบบริการสุขภาพต่อประชาชน โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขให้ใช้แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพทั่วประเทศ ดังนั้นการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จึงเป็นการประเมินผลรวมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลว่า เป็นโรงพยาบาลที่มีระบบงานที่เป็นมาตรฐานและมีระบบการตรวจสอบตนเองที่น่าไว้วางใจ โดยอาศัยการประเมินและรับรองจากองค์กรภายนอก (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545)

HA จึงเป็นคำย่อของ Hospital Accreditation ในความหมายของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยคำศัพท์ accreditation หมายถึง การให้ความไว้วางใจ ให้ความเชื่อถือ ดังนั้น Hospital Accreditation จึงหมายถึง การประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การสร้างความไว้วางใจหรือน่าเชื่อถือ จะต้องทำโดยโรงพยาบาล คำว่า accreditation ในทางปฏิบัติจึงครอบคลุมถึงการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลด้วย

Hospital Accreditation ความหมายโดยอรรถแล้ว คือ กลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2544)

ในปี พ.ศ.2545 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้ให้ความหมาย HA คือ การกระตุ้นให้ทำหน้าที่ตามเป้าหมายขององค์กรหรือพันธกิจ โดยกล่าวถึง เป้าหมายขององค์กร เป็นการผสมผสานความต้องการของผู้รับผลงาน (customer) เข้ากับทิศทางในการพัฒนาสังคมบนพื้นฐานองค์ความรู้ที่เหมาะสม ส่วนกลไกการกระตุ้นของ HA คือการทบทวนประเมินตนเอง ร่วมกับการเยี่ยมสำรวจและประเมินจากภายนอก

โดยสรุปแล้ว HA คือ การกระตุ้นให้โรงพยาบาลทำในสิ่งที่ถูกต้องและเหมาะสมโดยอาศัยการประเมินและรับรองโดยมีความเชื่อหลักว่า (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2547)

1. คุณภาพการดูแลต้องอยู่บนพื้นฐานของสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย
2. การพัฒนาคุณภาพ คือ กระบวนการเรียนรู้เป็นกระบวนการทางปัญญา
3. การประเมินจากภายนอกเป็นหน้าที่ของกัลยาณมิตร

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้จัดให้กิจกรรมการประเมินตนเองร่วมกับการประเมินจากภายนอก เป็นกลไกกระตุ้นและกำหนดลักษณะของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ให้ได้มาตรฐานว่า ต้องมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2544)

1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะผู้นำของโรงพยาบาลต้องให้การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ แต่ละหน่วยงานมีการจัดองค์การและการบริหารในลักษณะที่เอื้อต่อการให้บริการผู้ป่วย ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ หากองค์การใดปราศจากความมุ่งมั่นและการสนับสนุนจากผู้นำและผู้บริหารองค์การแล้ว ยากที่องค์การนั้นจะประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ (สิทธิศักดิ์ พุฒย์ปิติกุล, 2543)
2. การบริหารทรัพยากรและการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ในประเด็นการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย การบริหารเครื่องมือรวมทั้งการจัดการเกี่ยวกับข้อมูล การจัดระบบสารสนเทศโรงพยาบาล และการประสานบริการ
3. การดำเนินการเพื่อให้เกิดคุณภาพ โดยใช้กระบวนการคุณภาพทั่วไปในด้านคลินิกบริการและในทุกหน่วยงาน มีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ มีการดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
4. การดำเนินการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพในทุกสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ เทคนิคการแพทย์ และกายภาพบำบัด
5. การให้บริการโดยคำนึงสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์การ
6. การสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย โดยการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินและการวางแผนการดูแลกระบวนการ ให้บริการ การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและการเตรียมจำหน่ายรวมทั้งการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
7. การประเมินคุณภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์ชี้วัด การประเมินตนเองและการปรับปรุงคุณภาพหรือข้อบกพร่องอย่างต่อเนื่อง เป็นการส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศแห่งการเรียนรู้

แนวคิด หลักการ และหัวใจของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล เสนอให้ใช้เป็นแนวทางการประกันคุณภาพบริการให้กับประชาชน โดยยึดแนวคิดและปรัชญา TQM เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการที่ครอบคลุม ทั้งเรื่องคน ที่เน้นความร่วมมือที่ดีระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ เรื่องงานเน้นที่คุณภาพของทุกระบบงานและทุกขั้นตอนในการทำงาน และเรื่องของลูกค้า ที่มุ่งตอบสนองต่อทุกความต้องการของลูกค้าทุกคน ซึ่งการจัดการคุณภาพทั้งระบบ (TQM) ที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลให้ความหมายและสรุปเป็นหลักการประกอบด้วย (อนุวัฒน์ สุภชุตินกุล, 2542)

1. ลูกค้าสำคัญที่สุด (customer focus) มีกระบวนการค้นหาความคาดหวัง ความต้องการของลูกค้าทั้งภายในและภายนอก นำไปสู่การจัดระบบงานที่ตอบสนองความคาดหวังและความต้องการนั้น
2. จุดความฝันร่วมกัน (common vision) บุคลากรทุกคนมีส่วนในการกำหนดเป้าหมายขององค์กรร่วมกันและมีส่วนในการปรับเปลี่ยนระบบงานเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายร่วมกัน
3. ทีมงานสัมพันธ์ (teamwork & empowerment) มีการประสานการทำงานร่วมกันที่ดี มีการเสริมพลังด้วยรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะการฝึกอบรม ให้ข้อมูล ให้โอกาสผู้ปฏิบัติในการนำศักยภาพของตนมาใช้อย่างเต็มที่
4. มุ่งมั่นกระบวนการ (process focus) มีการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีความรัดกุม ชัดเจน ง่ายในการปฏิบัติ เป็นการสร้างระบบเพื่อปกป้องคุ้มครองให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ดีที่สุด
5. สานด้วยอริยสัจสี่ (problem solving process) มีการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์หรืออริยสัจสี่ มาใช้ปรับปรุงกระบวนการ เริ่มด้วยการวิเคราะห์สภาพปัญหา การวิเคราะห์สาเหตุ การวิเคราะห์ทางเลือกในการแก้ปัญหา การทดสอบทางเลือก และนำมาปฏิบัติเป็นมาตรฐาน
6. ดีที่ผู้นำ (leadership support) ผู้นำทุกระดับต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ควบคุมและสั่งการ เป็นโค้ช โดยใช้อุดมการณ์ร่วมกัน โดยเฉพาะผู้นำสูงสุด
7. ทำดีไม่หยุดยั้ง (continuous improvement) มีการค้นหาโอกาสในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

จากแนวคิดหรือหลักการข้างต้น ทำให้มีการกำหนดมิติแห่งคุณภาพไว้ ดังนี้ (สิทธิศักดิ์ พลภักย์ปิติกุล, 2543 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล, 2550)

1. ผู้ให้บริการมีความรู้ ความสามารถ ทักษะ เจตคติเพียงพอ (competency)

2. บริการที่ให้เป็นที่ยอมรับ ตรงตามความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการ (acceptability)
3. บริการมีความเหมาะสมได้ตามที่มาตรฐานกำหนดและสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ (appropriateness)
4. บริการมีประสิทธิภาพ ได้ผลการบริการหรือผลการรักษาที่ดี ทั้งในระดับกระบวนการ หน่วยงาน ระบบงานและองค์การ (effectiveness)
5. บริการมีประสิทธิภาพ มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าทั้ง คน เงิน ของ เวลา สถานที่ สามารถจัดความสูญเปล่า (efficiency)
6. บริการมีความปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายหรือผลแทรกซ้อน มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงในทุก ขั้นตอนของกระบวนการ (safety)
7. บริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายทั้งทางด้านกายภาพและมีการลดอุปสรรคในการเข้าถึงต่างๆ เช่น ภาษา วัฒนธรรม (accessibility)
8. บริการที่เท่าเทียมกันทั้งสิ่งจำเป็นพื้นฐานและตามระดับความต้องการที่จำเป็น (equity)
9. บริการที่ต่อเนื่องทั้งระหว่างอยู่โรงพยาบาล และหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว (continuity)
10. บริการที่ครอบคลุมทั้งสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (coverage)
11. บริการที่ให้ความเคารพในคุณค่า ศักดิ์ศรี และศักยภาพของความเป็นมนุษย์ เป็นองค์รวม คำนึงถึงทุกมิติของสุขภาพ (humanized / holistic)
12. บริการที่ตอบสนองความต้องการ ความคาดหวัง ปัญหา และความคิดเห็นของผู้รับบริการ (responsiveness)
13. บริการที่ทันเวลา ทั้งในสถานการณ์ปกติฉุกเฉิน หรือวิกฤต (timeliness)

หัวใจของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพในแนวคิดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ถือได้ว่าเป็นแนวคิดการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย บุคลากรทุกคนต้องมีกระบวนการที่ถูกต้องเห็นชอบหรือมีสัมมาทฤษฎี ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ดังนั้นองค์ประกอบหรือหัวใจของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA ที่สำคัญประกอบด้วย (สิทธิศักดิ์ พฤษชัยปิติกุล, 2543; อนุวัฒน์ สุภษฎกุล, 2542)

1. มุ่งเน้นลูกค้า (customer focus) คือการคำนึงถึงผู้รับบริการ วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายขององค์กรและเป้าหมายของการจัดบริการตลอดเวลา รวมทั้งพยายามรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ โดยยึดหลัก เอาใจเขามาใส่ใจเรา

2. ยึดปรัชญาแนวคิดแบบ TQM (TQM Approach) คือ มีการใช้ภาวะผู้นำ มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วม มีการเสริมพลังและกระตุ้นการพัฒนาอย่างเหมาะสม

3. มุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement focus) คือ การใช้กระบวนการแนวคิดเชิงระบบและเป็นวิทยาศาสตร์ เป็นประโยชน์สำหรับการวางแผน แก้ไขปัญหาของผู้รับบริการแต่ละคน (Batalden, 1991) มีการวิเคราะห์ความต้องการของผู้รับบริการ และการค้นหาปัญหา / โอกาสพัฒนา การวางระบบงาน / ระบบประกันคุณภาพ/ ระบบบริหารความเสี่ยง การติดตามผลการปฏิบัติ รวมทั้งการปรับปรุงให้ดีขึ้น

4. มุ่งเน้นที่ความสอดคล้องต่อมาตรฐานโรงพยาบาล (conformance / compliance to Hospital Standard) และประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลอยู่ตลอดเวลา โดยการประเมินคุณภาพโรงพยาบาล ตามแบบประเมินของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คุณภาพทั้งระดับโรงพยาบาล ระดับกลุ่มผู้ป่วย และระดับหน่วยงาน เพื่อค้นหาข้อบกพร่องในระบบ และค้นหาโอกาสพัฒนาที่จะนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการประกันคุณภาพโรงพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2544)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพบริการให้ประสบความสำเร็จ ในความคิดเห็นของเบอร์ริลและลีดอลเตอร์ (Burrill & Ledolter, 1999) และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2543) ได้ให้ความเห็นที่สอดคล้องกันว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพประสบความสำเร็จนั้น คือ

1. ผู้นำที่มีความมุ่งมั่นสูง มีความเข้าใจแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพ มีการกระตุ้นติดตามอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้นำสูงสุด คือ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมีความมุ่งมั่น มีวิสัยทัศน์กว้างไกล ให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง จนปัญหาต่างๆ ลดความรุนแรงลง (โรงพยาบาลแรก ก้าวแรกแห่งความสำเร็จ, 2542)
2. การสร้างความเข้าใจและการสร้างความมุ่งมั่นในระยะยาวของบุคลากรต่อคุณภาพ และการดำเนินการ เพราะความเข้าใจพื้นฐานแนวคิดของคุณภาพและความเชื่อต่อคุณภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพทุกโปรแกรมของโรงพยาบาล
3. ผู้บริหารระดับสูงให้การสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ
4. มีการเฝ้าระวังและพัฒนากระบวนการทุกขั้นตอน
5. บุคลากรต้องการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการ
6. ทีมประสานงานที่เข้มแข็งและเป็นที่ยอมรับของคนในโรงพยาบาล รวมทั้งความสามารถของการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างวิชาชีพ

จะเห็นว่า การพัฒนาคุณภาพบริการเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกคนต้องตระหนัก เข้าใจ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและนำไปปฏิบัติ การพัฒนาคุณภาพบริการจึงจะประสบความสำเร็จได้ (สิทธิศักดิ์ พุฒย์ปิติกุล, 2543) โดยหลักการแล้ว การพัฒนาคุณภาพจะต้องเริ่มด้วย การมีกระบวนการที่ถูกต้องของบุคลากร โดยเห็นความสำคัญแล้วลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง

อุปสรรคในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ผ่านมา มักเกิดจากวิธีคิดที่ไม่เอื้อต่อการสร้างความมุ่งมั่น ความร่วมมือในการพัฒนา สามารถแบ่งได้ตามสาเหตุ ดังนี้ (สิทธิศักดิ์ พุฒย์ปิติกุล, 2543; อนุวัฒน์ สุขขุติกุล, 2542; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

1. ผู้นำองค์กร

- 1.1 ไม่ได้แสดงบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนอย่างจริงจัง
- 1.2 ไม่ให้การสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ
- 1.3 ไม่เข้าใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA
- 1.4 ไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
- 1.5 ไม่ปฏิบัติตามนโยบายที่กำหนดและไม่ใส่ใจปฏิบัติตามระบบกำหนด
- 1.6 ไม่เข้าใจและไม่ยอมรับการฝึกอบรมในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ
- 1.7 ไม่มีการติดตาม ประเมินผล ความก้าวหน้าของการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ
- 1.8 ปลดปล่อยให้เป็นหน้าที่ของผู้รับผิดชอบด้านคุณภาพ
- 1.9 มุ่งเน้นที่ผลลัพธ์การรับรองมากกว่าสร้างกระบวนการทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุ

ซึ่งผลลัพธ์ จึงนำไปสู่ความขัดแย้งในการทำงานร่วมกัน

2. ผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพ

- 2.1 ไม่เข้าใจบทบาทและความสำคัญของตนเอง
- 2.2 ไม่เข้มแข็งและไม่ทุ่มเทเท่าที่ควร
- 2.3 ขาดการประสานงานและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและวิชาชีพ
- 2.4 ขาดทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงระบบ การมองภาพรวม การเชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพกับแนวคิดและกิจกรรมต่างๆ การชักจูงหรือการโน้มน้าวและการสร้างการมีส่วนร่วม
- 2.5 มีคุณสมบัติไม่เหมาะสม ไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ปฏิบัติ ใช้งานที่ไม่เป็นมิตรหรือบุคลิกภาพไม่เหมาะสม

3. ด้านอื่นๆ

3.1 ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน HA และทักษะการทำงานต่างๆ ไม่เพียงพอ ทำให้ทีมงานต่างๆ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

3.2 การไม่ยอมรับความรู้ความสามารถของคนในองค์กรเดียวกัน ต้องรอที่ปรึกษาหรือวิทยากรภายนอกเท่านั้น

3.3 ผู้เขียนตำราภายในไม่เข้าใจกรอบแนวคิด มุ่งตรวจสอบความผิดพลาด

3.4 ขาดวัฒนธรรมการเรียนรู้และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ไม่มีการนำความผิดพลาดหรือความล้มเหลวที่เกิดขึ้น มาวิเคราะห์เพื่อหาจุดอ่อนและแสวงหาวิธีการทำงานใหม่

3.5 มุ่งตอบสนองผู้ให้บริการมากกว่าผู้รับบริการหรือลูกค้า ระบบต่างๆ ที่กำหนดขึ้น มุ่งความสะดวกสบายการทำงานของผู้ให้บริการ ทำให้เกิดความยุ่งยาก สับสนหรือความไม่สะดวกของผู้รับบริการหรือลูกค้า เช่น เพิ่มขึ้นตอนบริการที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย เป็นต้น

3.6 มองว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากตัวบุคคลมากกว่าระบบงาน เมื่อเกิดปัญหา มักถามว่า “ใครทำ” เป็นเหตุให้ไม่ได้รับความร่วมมือในการแก้ปัญหาและไม่พยายามแก้ปัญหาที่ระบบ

3.7 ใช้ความรู้สึกมากกว่าข้อมูล/ข้อเท็จจริง ทำให้หาข้อสรุปได้ยากเกิดความขัดแย้งบ่อยและไม่สามารถแก้ปัญหาที่ตรงจุดได้

3.8 ขาดการประสานงานและความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน โดยเฉพาะการประสานงานในแนวราบ ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างหน่วยงานหรือปัญหาการประสานงานระหว่างวิชาชีพได้

3.9 ขาดเป้าหมายระยะยาวหรือมีเป้าหมายแต่ไม่ชัดเจน ทำให้บุคลากรมองไม่เห็นทิศทางหรือเป้าหมายในอนาคต จึงขาดความตื่นตัวที่จะร่วมมือในการเปลี่ยนแปลง

3.10 มีการใช้กระบวนการทัศน์ของการควบคุมและตรวจสอบ ทำให้สร้างความหวาดกลัว ผู้ปฏิบัติงานไม่กล้าที่จะเสนอแนะความคิดเห็น

3.11 การทำงานเกินบทบาทหน้าที่และการให้ความสำคัญกับระบบอาวุโสมากกว่าความสามารถของวิชาชีพพยาบาล (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543)

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การพัฒนาระบบงานที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำเป็นต้องเกิดขึ้นในทุกระดับและทุกหน่วยงานใน โรงพยาบาล ดังนั้นการพัฒนามาตรฐาน HA จึงมุ่งเน้นที่ความมุ่งมั่นในการพัฒนา การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการทำงานเป็นทีม และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องของทุกคนในองค์กร ในขณะที่เดียวกันการรับรองของมาตรฐาน HA มุ่งเน้นให้โรงพยาบาลได้เกิดการเรียนรู้ ตระหนักในข้อค้อยของตนเอง ชี้แนะให้เห็น โอกาสที่สามารถพัฒนาให้ดีขึ้นไปอีก โดยใช้กลไกหรือเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบและเป็นวิทยาศาสตร์ ไม่ใช่วิธีการตรวจสอบเพื่อหาข้อผิดพลาด (สิทธิศักดิ์ พฤษภักดิ์กุล, 2543)

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เป็นการวางระบบบริหารและระบบการทำงานในโรงพยาบาลตามที่มาตรฐานโรงพยาบาลกำหนดและมีระบบตรวจสอบเพื่อแก้ไขปรับปรุงด้วยความมุ่งมั่นต่อคุณภาพของเจ้าหน้าที่ มีการทำงานเป็นทีมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน นอกจากนี้ยังต้องจัดให้มีกิจกรรมที่ประสานกัน ดังต่อไปนี้

1.1 การบริหารความเสี่ยง (risk management: RM) ประกอบด้วย กระบวนการค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ การประเมินความเสี่ยง การวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงหรือลดความสูญเสีย และการดำเนินการเมื่อเกิดความสูญเสีย

1.2 การประกันคุณภาพ (quality assurance: QA) ประกอบด้วย การกำหนดมาตรฐาน การวัดผลการปฏิบัติ และการปรับปรุงแก้ไข เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่กำหนดและมีผลลัพธ์ตามที่คาดไว้

1.3 การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continual quality improvement: CQI) มีการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ หรือความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบการทำงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับผลงานอย่างต่อเนื่องเพื่อบ่มงู่ความเป็นเลิศ

2. การประเมินตนเอง (Quality Assessment) เป็นขั้นตอนสำคัญของการพัฒนาคุณภาพที่เชื่อมต่อการรับรองคุณภาพ เป็นการค้นหาโอกาสพัฒนา ตรวจสอบความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ และตรวจสอบความพร้อมรับการประเมินเพื่อให้การรับรองจากภายนอก โดยมีการประเมินตนเองตามแบบประเมินตนเองของทีมพัฒนาที่เกี่ยวข้องทุกระดับ คือ ทีมนำระดับโรงพยาบาล ทีมนำเฉพาะด้าน ทีมนำทางคลินิก และทีมพัฒนาระดับหน่วยงานตามมาตรฐาน HA ดังนั้นมาตรฐาน HA จึงเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สำคัญในการใช้เป็นกรอบในการตรวจสอบความพร้อมของโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการตรวจเยี่ยมเพื่อสังเกตการปฏิบัติงานจริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและพัฒนาวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง เรียกว่า การเยี่ยมสำรวจภายใน (Internal Survey) ผู้ทำหน้าที่เยี่ยมสำรวจภายใน เรียกว่า Internal Surveyor ต้องมีความรู้ เจตคติที่ดีต่อกระบวนการคุณภาพ มีทักษะการประสานงาน และภาพลักษณ์ที่เป็นกัลยาณมิตร

3. การประเมินและรับรองโดยองค์กรภายนอก เป็นการตรวจประเมินเพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง และตัดสินใจให้การรับรอง การประเมินและรับรองของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกำหนดการไว้ 2 ขั้นตอน ดังนี้

3.1 การประเมินความพร้อมของโรงพยาบาล เพื่อประเมินว่าโรงพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน การประเมินความพร้อม สามารถทำได้เป็นระยะ ๆ หลายครั้ง จนกว่าจะมั่นใจว่า โรงพยาบาลมีความพร้อมเต็มที่ สำหรับการประเมินเพื่อการรับรอง

3.2 การประเมินเพื่อพิจารณารับรอง ว่าโรงพยาบาลสามารถพัฒนาระบบงานได้สอดคล้องกับแนวคิดมาตรฐาน HA โดยให้การรับรองว่า (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ, 2542)

3.2.1 โรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ

3.2.2 มีระบบการป้องกันและจัดการกับความเสี่ยง

3.2.3 มีระบบประกันคุณภาพ

3.2.4 มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

3.2.5 มีระบบตรวจสอบที่น่าเชื่อถือ

3.2.6 มีการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ

3.2.7 มีการทำงานเป็นทีมและมีการนำองค์การที่มีประสิทธิภาพ

3.2.8 มีทรัพยากรเพียงพอ เหมาะสมกับการะงาน

ข้อสรุปจากการประเมินคือ ให้การรับรอง และให้ข้อเสนอแนะ (recommendation) เพื่อการรับรอง ซึ่งข้อเสนอแนะมี 2 ประเภท ได้แก่

1) ข้อเสนอแนะประเภทที่ 1 เพื่อการแก้ไข เป็นข้อเสนอแนะซึ่งเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่รุนแรงที่เห็นชัดเจน หรือมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูง หรือเป็นจุดอ่อนในระบบขององค์การที่มีความสำคัญสูง โรงพยาบาลที่ได้รับข้อเสนอแนะประเภทนี้ จะยังไม่ได้รับการรับรองจนกว่าจะแก้ไขปรับปรุงและได้รับการประเมินซ้ำ (focus survey) ในประเด็นดังกล่าว

2) ข้อเสนอแนะประเภทที่ 2 เพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง เป็นข้อเสนอแนะในสิ่งที่โรงพยาบาลเพิ่งจะเริ่มต้นดำเนินการในเรื่องนั้นหรือเป็นสิ่งที่ทำได้คืออยู่แล้วและมีโอกาสที่จะพัฒนาได้ดีขึ้น ข้อเสนอแนะประเภทนี้ไม่มีผลต่อการได้รับหรือไม่ได้รับการรับรองในครั้งนี้ แต่ผู้ประเมินจะใช้ตรวจสอบความก้าวหน้าในการประเมินรอบต่อไป

การรับรอง ในช่วงต้นจะมีระยะเวลาหรืออายุของการรับรอง 2 ปี โดยการรับรองในรอบแรกเป็นการรับรองว่า โรงพยาบาลมีองค์ประกอบพื้นฐานครบถ้วน แม้ว่าจะอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการดำเนินการ ส่วนการรับรองในรอบต่อไป เป็นการรับรองว่า โรงพยาบาลมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลใช้การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์การอย่างมีระบบ นอกจากจะกำหนดให้มีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพ และการรับรองคุณภาพแล้ว ยังได้จัดให้มีการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลไว้ 2 ด้าน คือ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543ก)

1. ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพเป็นแนวทางกว้างๆ เพื่อช่วยให้โรงพยาบาลสามารถวางแผนการพัฒนาคุณภาพได้ โดย

กำหนดการพัฒนาออกเป็น 4 ช่วง ดังนี้ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543; อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และคณะ, 2543; อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, 2544)

1.1 ช่วงเตรียมการ เป็นการทำความเข้าใจของผู้นำเพื่อการตัดสินใจ กำหนดผู้รับผิดชอบ และรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้เกี่ยวข้อง กิจกรรมประกอบด้วย

1.1.1 สร้างความตระหนัก ความเข้าใจเจตจำนงของมาตรฐานอย่างถ่องแท้ในทีมผู้บริหาร/ผู้นำ โดยผู้บริหารระดับสูงก่อนตัดสินใจนำสู่การปฏิบัติ

1.1.2 กำหนดผู้ประสานงานคุณภาพที่มีบุคลิกและพฤติกรรมที่เปิดกว้าง ยืดหยุ่น เป็นกัลยาณมิตร พร้อมทั้งจะรับฟังและช่วยเหลือผู้อื่นซึ่งต้องเป็นคนที่เก่งคิด เก่งคน เก่งงาน ไม่เป็นน้ำล้นแก้ว เป็นนักปฏิบัติมากกว่านักพูด

1.1.3 สร้างทีมแกนนำให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยทุกกลุ่มในโรงพยาบาล รวมทั้งจัดให้มีศูนย์กลางความช่วยเหลือและสิ่งอำนวยความสะดวก

1.1.4 วิเคราะห์บรรยากาศในการทำงานและดำเนินการปรับปรุง

1.1.5 รับฟังปัญหา ข้อเสนอแนะ จากผู้ป่วยและชุมชนในภาพรวมของโรงพยาบาล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ข้อเสนอแนะและดำเนินการตอบสนองต่อปัญหา ข้อเสนอแนะนั้น

1.1.6 ทำการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลทุกระดับ โดยเฉพาะระดับโรงพยาบาล และกำหนดแนวทางพัฒนากว้างๆ

1.2 ช่วงการพัฒนาและเรียนรู้ เป็นการฝึกทักษะของการทำงานร่วมกัน สร้างกระบวนการเรียนรู้ โดยเน้นการปฏิบัติ และจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ กิจกรรมประกอบด้วย

1.2.1 ทำกิจกรรมคุณภาพนำร่องในรูปแบบต่างๆ เพื่อเรียนรู้วิธีการ ปัญหา อุปสรรค และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมคุณภาพ

1.2.2 สร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับในรูปแบบต่างๆ

1.2.3 ร่วมกันจัดทำพันธกิจ เป้าหมายร่วม ทิศทางนโยบายของโรงพยาบาล และทบทวนข้อควรระวังทิศทางนโยบายของโรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ

1.2.4 จัดทำแผนยุทธศาสตร์ เพื่อให้เห็นแนวทางที่จะบรรลุพันธกิจ เป้าหมายร่วม ของโรงพยาบาล

1.2.5 สื่อสารแผนยุทธศาสตร์ให้ทุกคนรับทราบเพื่อนำสู่แผนปฏิบัติการในระดับหน่วยงาน

1.2.6 จัดทำ/ทบทวนแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพทั้งของโรงพยาบาลและหน่วยงาน

1.2.7 จัดทำแผนการฝึกอบรมบุคลากรด้านการพัฒนาคุณภาพทั้งภายในและภายนอก

1.2.8 ดำเนินการฝึกอบรม เน้นการอบรมเชิงปฏิบัติ หรือเรียนรู้จากโครงการนำร่องต่างๆ และประเมินผลการฝึกอบรม

1.2.9 สรรหา คัดเลือก และเพิ่มพูนทักษะการประสานงานพัฒนาคุณภาพของผู้ช่วยเหลือทีม (facilitator)

1.3 ช่วงดำเนินการ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมคุณภาพที่บูรณาการแนวคิดการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน มีการปฏิบัติทั้งในระดับบุคคล หน่วยงาน ทีมคร่อมสายงาน และทีมนำระดับโรงพยาบาล กิจกรรมประกอบด้วย

1.3.1 การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพในแต่ละหน่วยงาน (unit optimization) (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545)

1.3.1.1 ฝึกทักษะการทำงานของทีมงาน/ทักษะในการตรวจสอบตนเอง ให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานทุกคน โดยการระดมสมอง การจัดกลุ่มความคิดและการตัดสินใจของทีม

1.3.1.2 หน่วยงานวิเคราะห์ตนเองเพื่อประเมินความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน ได้แก่ วิเคราะห์ความมุ่งหมาย เจตจำนงของหน่วยงาน ความต้องการของผู้รับบริการ เครื่องชี้วัดคุณภาพ กระบวนการให้บริการของหน่วยงาน ปัญหาอุปสรรคในงานพัฒนาคุณภาพ และจัดทำฐานข้อมูลด้านการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานตามกรอบมาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการ ข้อมูลระดับหน่วยงานที่ประกอบด้วย บทที่ 1 การนำ บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ และบทที่ 10 การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

1.3.1.3 หน่วยงานรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยและผู้รับผลงานด้วยวิธีการต่างๆ ตอบสนองเสียงสะท้อนและข้อเสนอแนะที่ได้รับเท่าที่สามารถทำได้ในเบื้องต้น เช่น รวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้รับบริการของหน่วยงาน ดำเนินการตอบสนองความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

1.3.1.4 สมาชิกในหน่วยงานกำหนดมาตรฐานพฤติกรรมบริการและนำไปปฏิบัติ ประกาศเป็นแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน และมีการปรับปรุงมาตรฐานเป็นระยะ

1.3.1.5 กำหนดมาตรฐานการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในจุดต่างๆ และนำไปปฏิบัติ ปรับปรุงมาตรฐานการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเป็นระยะ

1.3.1.6 ฝึกทักษะความคิดสร้างสรรค์และจัดระบบข้อเสนอแนะ เพื่อให้การทำงานง่ายขึ้น เปิดช่องทางรับความคิดสร้างสรรค์และข้อเสนอแนะ คัดกรอง มอบหมายให้สมาชิกมีส่วนร่วม

1.3.1.7 หัวหน้าหน่วยงานจัดให้มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของหน่วยงาน จัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน (risk profile) กำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่รัดกุม กำหนดแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดความเสี่ยง หรือความสูญเสียขึ้น สำรวจความเสี่ยงทางกายภาพร่วมกันระหว่างหน่วยงาน

1.3.1.8 จัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่จำเป็นของหน่วยงาน โดยวิเคราะห์ความจำเป็นในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน กระบวนการทำงานของหน่วยงาน ปัญหาที่พบจากการทำงาน สิ่งที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน HA กฎระเบียบของราชการ และนโยบายของราชการ มีการทบทวนความครบถ้วนของคู่มือที่ต้องใช้ภายในหน่วยงานและใช้ร่วมกันระหว่างหน่วยงานโดยหัวหน้าหน่วยงาน จัดระบบการติดตามการปฏิบัติตามคู่มือที่กำหนดไว้ในรูปแบบต่างๆ เช่น ประเมินตนเองของเจ้าหน้าที่ สอบถามผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ประเมินจากบันทึกการปฏิบัติงาน และการสังเกตโดยผู้บริหาร

1.3.1.9 ทบทวนวิธีการเก็บ/วิเคราะห์ข้อมูล กำหนด และติดตามเครื่องชี้วัดที่จำเป็นของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง โดยนำผลการวิเคราะห์หน่วยงานและข้อกำหนดในมาตรฐาน HA มากำหนดเครื่องชี้วัดเฉพาะของหน่วยงาน รวบรวมข้อมูลหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องชี้วัดระดับโรงพยาบาล มีการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบที่สามารถทำความเข้าใจและเห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เช่น กราฟควบคุม เป็นต้น ร่วมทบทวนความเหมาะสมของเครื่องชี้วัดของหน่วยงาน มีการทบทวนประโยชน์ที่ได้จากเครื่องชี้วัด มีการติดตามและพัฒนาเครื่องชี้วัด

1.3.1.10 ทำกิจกรรม CQI ให้มากที่สุด โดยหัวหน้าหน่วยงานมีหน้าที่หลักในการส่งเสริมและสนับสนุนงานพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน ดังนี้

ก. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีกิจกรรม CQI ตามสภาพปัญหาอุปสรรคที่หน่วยงานวิเคราะห์ไว้ ทั้งเชิงรับและเชิงรุก เช่น ข้อเสนอแนะ/คำร้องเรียนจากผู้รับบริการ ข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์/สิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของมาตรฐานวิชาชีพหรือมาตรฐานโรงพยาบาล เป็นต้น

ข. ประสานให้มีกิจกรรมคุณภาพในหน่วยงานให้มีความเชื่อมโยงกัน เช่น การบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ค. จัดให้มีกิจกรรมคุณภาพที่หลากหลายใช้ความคิดเชิงสร้างสรรค์ มีการแบ่งงานกันทำในลักษณะต่างๆ ทั้งการทำงานเป็นทีมและการมอบหมายงานเป็นรายบุคคล

ง. จัด ส่งเสริม สนับสนุนและให้ความสำคัญกับกิจกรรมคุณภาพที่ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

จ. จัดทำกิจกรรมทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยหัวหน้าของแต่ละหน่วยงาน/วิชาชีพ มีหน้าที่ริเริ่ม สนับสนุนให้มีกิจกรรมทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยในขอบเขตความรับผิดชอบของหน่วยงาน/วิชาชีพ ได้แก่

- 1) กำหนดรูปแบบของการทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงาน/วิชาชีพ
- 2) กำหนดหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกผู้ป่วยมาทบทวนผลการดูแลผู้ป่วย
- 3) กำหนดบุคคลผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรมการทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยโดยกระจายไปอย่างเหมาะสม
- 4) วางแผนการจัดกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และดูแล ควบคุมกำกับให้มีการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้
- 5) ดูแลให้มีบันทึกการประชุมการทบทวนของหน่วยงาน/วิชาชีพ อย่างเหมาะสม และปรับปรุงคู่มือปฏิบัติงานที่ได้จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย
- 6) จัดให้มีช่องทางการสื่อสาร ประสานงานเพื่อให้หน่วยงาน/วิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้รับทราบปัญหา/ข้อเสนอแนะเนื่องมาจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย

1.3.2 การประสานในแนวนราบ (horizontal integration)

1.3.2.1 ทบทวนความต้องการของหน่วยงานที่ทำงานร่วมกันและตอบสนองในรูปแบบต่างๆ

1.3.2.2 สร้างระบบการสื่อสารและความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

1.3.2.3 ทิศร่วมสายงานทำหน้าที่ที่พ้องกันในระดับกลาง

1.3.2.4 พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

1.3.2.5 จัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่ต้องใช้ในการทำงานร่วมกัน

1.3.2.6 จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guideline - CPG) จากเกณฑ์การคัดเลือกโรคหรือหัตถการ คือ มีความเสี่ยงสูง มีปริมาณมาก มีค่าใช้จ่ายสูง มีความหลากหลายในการปฏิบัติ มีความรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป และเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้

1.3.2.7 จัดตั้งองค์กรแพทย์ และคณะกรรมการต่างๆ ดำเนินการตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ในธรรมนูญองค์กรแพทย์ และมาตรฐาน โรงพยาบาล

1.3.3 เชื่อมโยงทิศทางการจัดการ (Vertical Alignment)

1.3.3.1 จัดทำเข็มมุ่งด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและถ่ายทอดเข็มมุ่งให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับรับทราบ

1.3.3.2 ถ่ายทอดเข็มมุ่งด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเพื่อนำไปสู่แผนปฏิบัติการในแต่ละหน่วยงาน

1.3.3.3 ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ โดยนำแนวคิด CQI มาใช้ในการแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับความซับซ้อนของปัญหา

1.3.3.4 กำหนดเครื่องชี้วัดของโรงพยาบาลและติดตามความก้าวหน้าวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และตอบสนองต่อข้อมูล

1.4 ช่วงบูรณาการและวางรากฐานเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง เป็นช่วงของการเตรียมพร้อมเพื่อรับการเยี่ยมชมสำรวจ กิจกรรมประกอบด้วย

1.4.1 ปรับโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพเพิ่มเติมให้ครอบคลุมตามกรอบมาตรฐาน HA

1.4.2 ปรับระบบงานให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของบุคลากร

1.4.3 บูรณาการกิจกรรมคุณภาพที่เกี่ยวข้องกัน เช่น 5 ส. การบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และวางระบบให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยการทบทวนความก้าวหน้าและยกระดับเป้าหมายให้สูงขึ้น

1.4.4 จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานและการยกย่องผลงานของกันและกัน

1.4.5 เชิญสมาคมวิชาชีพเข้าเยี่ยมให้คำปรึกษา เช่น สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล และสหการแพทย์ เป็นต้น ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพ

2. การรับรองกระบวนการคุณภาพ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับสังคมว่าโรงพยาบาลมีระบบการทำงานที่ไว้ใจได้ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แบ่งการปฏิบัติตามลำดับขั้นบันไดของการประเมินและรับรองเป็น 3 ขั้นบันได ดังนี้ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545)

บันไดขั้นที่ 1 เป็นการรับรองว่าโรงพยาบาลมีการวางระบบการทบทวน แก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำของปัญหา กิจกรรมที่มีความสำคัญสูง ได้แก่ เครื่องชี้วัด คำร้องเรียน การส่งต่อการตรวจรักษาโดยผู้ที่ชำนาญกว่า อุปกรณ์สำคัญ เวชระเบียน ความเหมาะสมทางวิชาการ การใช้ทรัพยากรและการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยกิจกรรมทบทวนที่ทุกหน่วยงานจำเป็นต้องมี

คือ คำร้องเรียน / ข้อคิดเห็นของผู้รับบริการ การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง อุบัติการณ์ การใช้ทรัพยากรและการติดตามเครื่องชี้วัดที่สำคัญของหน่วยงาน โดยเฉพาะกิจกรรมการค้นหาและป้องกันความเสี่ยงนั้นต้องไม่ปรากฏความเสี่ยงทางด้านโครงสร้างกายภาพและกำลังคนที่ชัดเจน

บันไดขั้นที่ 2 เป็นการรับรองว่าโรงพยาบาลได้บูรณาการแนวคิดการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกันในทุกระดับ กิจกรรมทบทวนที่มีความสำคัญสูง คือ การนำข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพมาสู่การปฏิบัติ การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ นอกจากนี้ยังต้องแสดงให้เห็นรูปธรรมการให้บริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีการทำงานเป็นทีมระหว่างวิชาชีพ การประเมินความสำเร็จของบันไดขั้นที่ 2 คือ เครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานสำคัญมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

บันไดขั้นที่ 3 เป็นการรับรองว่าโรงพยาบาลมีการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA อย่างครบถ้วนรวมถึงมาตรฐานวิชาชีพหรือการได้รับการรับรอง มีการเชื่อมโยงระบบงาน ข้อมูลข่าวสารและความพยายามในการพัฒนาอย่างชัดเจน จนเกิดวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร

กรอบมาตรฐานสำหรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

กรอบมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้ คือ มาตรฐานHA ฉบับบูรณาการ ที่มีความเชื่อมโยงจากระดับองค์กรสู่ระดับหน่วยงาน (สิทธิศักดิ์ พุกภัยพิตกุล, 2543) เนื้อหาในมาตรฐานทั่วไปยังยึดตามกรอบมาตรฐานฉบับปีกาณจนภิเษก (อนุวัฒน์ สุขหุดิกุล และคณะ, 2544) แต่ได้เพิ่มองค์ประกอบด้านสารสนเทศ ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพิ่มเติมรายละเอียดในองค์ประกอบด้านการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ด้านเครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือให้ครอบคลุมชัดเจนมากขึ้น

มาตรฐานHA ฉบับบูรณาการ ได้จัดหมวดหมู่ของการพัฒนาออกเป็น 6 ประกอบด้วย 20 บท และจัดระดับข้อมูลการประเมินตนเองไว้ 3 ระดับ ดังนี้ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

1. ระดับโรงพยาบาล (hospital lead team) ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลโรงพยาบาล (hospital profile) และข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ

1.2 ข้อมูลการประเมินตนเองของทีมนำเฉพาะด้าน ได้แก่ บทที่ 1 การนำองค์กร

บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป

บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล บทที่ 11 องค์กรแพทย์ บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย และบทที่ 14 จริยธรรมองค์กร

2. ระดับทีมนำทางคลินิก (clinical lead team) ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลบริการ (service profile)

2.2 ข้อมูลการประเมินตนเอง ได้แก่ บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิก บริการ บทที่ 15 การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย บทที่ 16 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว บทที่ 17 การประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วย บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/ดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะ บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และบทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

3. ระดับหน่วยงาน ประกอบด้วย

3.1 ข้อมูลหน่วยงาน /หน่วยบริการ (unit profile)

3.2 ข้อมูลการประเมินตนเองของหน่วยงาน ได้แก่ บทที่ 1 การนำ บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป และบทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

มาตรฐานที่บุคลากรทุกหน่วยงานจะต้องปฏิบัติ คือ มาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการ ข้อมูลระดับหน่วยงาน ประกอบด้วย 10 บท ดังรายละเอียดของการปฏิบัติต่อไปนี้ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545)

บทที่ 1 การนำ กำหนดให้มีการจัดองค์การและการบริหารในลักษณะที่เอื้อต่อการให้บริการตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีวัฒนธรรมในการพัฒนาระบบงานของหน่วยงานอย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า นอกจากนี้ ผู้นำของหน่วยงานต้องให้การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการในหน่วยงาน กิจกรรมการปฏิบัติประกอบด้วย

1. จัดให้มีกลไกการสื่อสาร/ประสานงาน ระหว่างหน่วยงานและระหว่างวิชาชีพ เพื่อให้การบริการของหน่วยงานเป็นไปอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

2. ประเมินประสิทธิภาพของวิธีการหรือช่องทางการสื่อสาร/ประสานงาน ดังกล่าว

3. จัดโครงสร้างการบริหาร/ชี้นำการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน

4. บันทึกผลงาน/มติสำคัญของคณะกรรมการหรือที่ประชุมของหน่วยงาน

3. กำหนดวิธีการตรวจสอบหรือค้นหาปัญหาของหน่วยงาน

4. จัดระบบการส่งต่อปัญหาให้ผู้เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ
5. จัดกิจกรรมพัฒนาระบบงานที่มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ
6. หัวหน้าหน่วยงานชี้แนะ สนับสนุน ผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

บริการของหน่วยงาน

7. ประสานเชื่อมโยงกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่างๆ เช่น 5 ส. กิจกรรมบริหารความเสี่ยง กิจกรรมประกันคุณภาพ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

8. ประเมินผลและติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติกิจกรรมคุณภาพต่างๆ ของหน่วยงาน

บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย มีการกำหนดความมุ่งหมาย/เจตจำนง ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการหรือของหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน กิจกรรมการปฏิบัติ ประกอบด้วย

1. นำความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องมาพิจารณาร่วมกันพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลมากำหนดความมุ่งหมาย/เจตจำนง ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการหรือหน่วยงาน
2. นำเป้าหมายร่วมและแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมาจัดทำเป้าหมาย แผนปฏิบัติการ และวัตถุประสงค์ของการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน
3. ถ่ายทอดสื่อความหมาย สร้างความเข้าใจ เรื่องเป้าหมาย/แผนปฏิบัติการ
4. ประเมินผลการรับรู้เรื่องเป้าหมายร่วมและความเข้าใจในบทบาทของเจ้าหน้าที่แต่ละคนต่อการบรรลุเป้าหมายร่วมของหน่วยงาน
5. จัดให้มีกลไกเพื่อให้เจ้าหน้าที่รับทราบและปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อตกลง นโยบายต่างๆ ของโรงพยาบาล

บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ กำหนดให้มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกันเป็นอย่างดีในการให้บริการผู้ป่วย กิจกรรมการปฏิบัติประกอบด้วย

1. จัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อความร่วมมือและการสื่อสารที่ดีระหว่างหน่วยงาน
2. รับฟังข้อเสนอแนะจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและนำสู่การปฏิบัติ
3. จัดทำคู่มือปฏิบัติงานร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความซ้ำซ้อนของคู่มือปฏิบัติงาน
4. ตรวจสอบหรือค้นหาปัญหา แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยมุ่งแก้ไขที่สาเหตุของปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

5. วิเคราะห์ข้อมูลหรือวิเคราะห์สาเหตุอย่างลึกซึ้ง และมีการป้องกันปัญหาในระยะยาวทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน

6. หัวหน้าหน่วยงานเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนระบบงาน

บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล กำหนดให้มีการจัดการทรัพยากรบุคคล เพื่อให้บริการผู้ป่วยได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ และมีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานที่ได้้อย่างมีคุณภาพ กิจกรรมการปฏิบัติประกอบด้วย

1. จัดเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอเพื่อทำหน้าที่ของหน่วยงานได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ
2. กำหนดมาตรการรองรับกรณีกำลังคนไม่เพียงพอ
3. กำกับดูแลบุคลากรที่มีคุณสมบัติไม่ครบหรือผู้ปฏิบัติงานภายใต้กำกับดูแล
4. กำหนดเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานและวิธีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีการพัฒนาตนเอง
5. จัดให้มีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะทางวิชาการที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยของบุคลากร
6. นำข้อมูลจากการติดตามเครื่องชี้วัด การพัฒนาคุณภาพ และการนิเทศงานมาใช้ในการกำหนดเนื้อหาการฝึกอบรม
7. บันทึกปัญหาคุณภาพบริการที่เกี่ยวข้องกับความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ที่พบบ่อย
8. ประเมินผลการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย กำหนดให้มีโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่เป็นหลักประกันว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างได้ผล มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวกสบาย และเป็นที่ยังพอใจ มีการกำจัดของเสียด้วยวิธีการที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อม มีการจัดเตรียมเครื่องมือ ดำเนินงานและบำรุงรักษา เพื่อป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย และมีการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ กิจกรรมการปฏิบัติประกอบด้วย

1. ปรับปรุงโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมของหน่วยงาน
2. กำหนดแนวทางและวิธีการแยกขยะประเภทต่างๆ อย่างถูกต้อง
3. จัดทำแนวทางการจัดการกับขยะอันตรายของหน่วยงาน

4. ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอหิวาต์และกำหนดแนวทางแก้ไขป้องกัน
5. ประเมินความเหมาะสมและเพียงพอของเครื่องมือดับเพลิงของหน่วยงาน
6. ทดสอบความพร้อมและทำการบำรุงรักษาเครื่องมือและระบบป้องกันอหิวาต์

ของหน่วยงาน

7. ฝึกซ้อมวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอหิวาต์ในหน่วยงาน บันทึกจำนวนเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมฝึกซ้อม ปัญหาที่พบระหว่างการฝึกซ้อม และจัดการปรับปรุงแก้ไข

8. สำรวจภาวะเสี่ยงของหน่วยงาน โดยเฉพาะความเสี่ยงทางกายภาพที่สำคัญ พร้อมทั้งกำหนดแนวทางการแก้ไขป้องกันภาวะเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน

9. สำรวจความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยของบุคลากรของหน่วยงาน ดำเนินการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเสี่ยงที่พบ บันทึกสถิติการเจ็บป่วยจากการทำงานที่เกิดขึ้นของหน่วยงาน

บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ กำหนดให้มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วย ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ กิจกรรมการปฏิบัติประกอบด้วย

1. สำรวจและบันทึกเครื่องมือที่มีความสำคัญต่อคุณภาพและประสิทธิภาพในการทำงานของหน่วยงาน
2. จัดการให้เครื่องมือที่มีความจำเป็นเหล่านี้เพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลา เช่น ระบบการสำรองเครื่องมือ เป็นต้น
3. บันทึกปัญหาข้อขัดข้องเกี่ยวกับเครื่องมือที่เกิดขึ้น ค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซมหรือแก้ไขความชำรุดของเครื่องมือ
4. กำหนดวิธีการบำรุงรักษาเชิงป้องกันหรือการตรวจสอบ เปลี่ยนชิ้นส่วนตามกำหนดเวลาก่อนที่จะมีการชำรุดเสียหาย

บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล กำหนดให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพ กิจกรรมการปฏิบัติประกอบด้วย

1. กำหนดข้อมูลและสารสนเทศที่หน่วยงานต้องการจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาคุณภาพการทำงานของหน่วยงาน
2. นำข้อมูลและสารสนเทศดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน
3. นำระบบสารสนเทศมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหน่วยงาน

บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป กำหนดให้มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานหรือบริการ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการปฏิบัติประกอบด้วย

1. เข้าร่วมทำกิจกรรมคุณภาพกับหน่วยงานอื่น บันทึกผลของการเข้าร่วมทำกิจกรรมเหล่านั้นที่ส่งผลต่อการปรับปรุงระบบการทำงานให้ดีขึ้นและประโยชน์ที่ผู้รับประโยชน์ได้รับ
2. ประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ จัดทำแผนการแก้ไขปรับปรุง
3. นำเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ (key performance indicators) มาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน
4. บันทึกผลกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการติดตามเครื่องชี้วัด
5. บันทึกกิจกรรมคุณภาพที่มาจากการใช้ข้อมูล การใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน
6. ปรับปรุงระบบการทำงาน/การดูแลผู้ป่วยที่มาจาก การเฝ้าระวังความเสี่ยงหรือจากระบบรายงานอุบัติการณ์
7. ค้นหาและบันทึกความเสี่ยงที่ยังเป็นเรื่องท้าทายในการหามาตรการป้องกันให้ดีขึ้น
8. จัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานที่มาจาก การรวบรวมและประมวลผลข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยง

บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ กำหนดให้มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ กิจกรรมการปฏิบัติประกอบด้วย

1. จัดให้มีกิจกรรมทบทวนที่สำคัญของหน่วยงานจากกิจกรรม 12 ทบทวน ได้แก่ ขณะดูแลผู้ป่วย ความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ การส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา การตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง การป้องกันและเฝ้าระวัง การติดเชื้อในโรงพยาบาล การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา การดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน การใช้ข้อมูลทางวิชาการ การทบทวนการใช้ทรัพยากร และการติดตามเครื่องชี้วัดที่สำคัญ

2. จัดทำแผนการปรับปรุงระบบการทำงาน/ดูแลผู้ป่วยที่ได้มาจากการทบทวนดังกล่าว

3. บันทึกกิจกรรมคุณภาพ/การเปลี่ยนแปลงระบบงานหรือกระบวนการทำงาน ที่มาจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ (peer review)

4. ค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญของหน่วยงาน กำหนดแนวทางการแก้ไข ป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกที่พบ

บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล กำหนดให้หน่วยงานมี กระบวนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (nosocomial infection) อย่าง เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ กิจกรรมการปฏิบัติประกอบด้วย

1. ค้นหาปัญหาที่สำคัญหรือมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลของ หน่วยงาน
2. รวบรวมสถิติการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาลของหน่วยงาน และ ประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่รวบรวมได้
3. ปรับปรุงระบบงานหรือกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเพื่อลดปัญหาหรือป้องกันการ เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลของหน่วยงาน
4. กำหนดวิธีการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามหลัก Universal Precaution/Isolation Precaution อย่างถูกต้อง
5. กำหนดแนวทางปฏิบัติและควบคุมกำกับการปฏิบัติงานที่มีโอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลของหน่วยงาน เช่น การล้างมืออย่างถูกวิธี และการบาดเจ็บจาก การถูกของมีคม ทิ่ม ตา
6. ประเมินและบันทึกผลการปฏิบัติตามแนวทางเกี่ยวกับการล้างมือ และการ บาดเจ็บจากการถูกของมีคม ทิ่ม ตา เป็นต้น

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือขนาด 561 เตียง ได้นำ แนวคิด TQM มาใช้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพเมื่อปลายปี พ.ศ.2538 และในปี พ.ศ.2540 ได้ สมัครใจเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) โดย เป็น 1 ใน 35 โรงพยาบาลนำร่อง ตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาโรงพยาบาลได้ปฏิบัติงานตาม แนวคิดการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรมการปฏิบัติดังนี้

1.1 ช่วงเตรียมการ ทีมงานจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอบรมให้ความรู้ ติดตามความก้าวหน้าเป็นระยะๆ มีการกำหนดโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและศูนย์พัฒนาคุณภาพรับผิดชอบด้านคุณภาพหรือผู้ประสานงานกลาง แต่งตั้งผู้ประสาน (facilitator) ทุกหน่วยงาน มีการนำเสนอผลงาน TQM / CQI และความก้าวหน้าของการพัฒนา เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2541 ได้รับข้อเสนอแนะจากนายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชติกุล ว่าควรมีการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และการทบทวนผลลัพธ์การดูแลรักษา นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์บรรยากาศในการทำงานของบุคลากรเมื่อวันที่ 22-23 พฤศจิกายน 2542 พบว่า อุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ด้านผู้นำ ขาดความมุ่งมั่น ขาดภาวะผู้นำ และผู้ปฏิบัติ ขาดความมุ่งมั่น ขาดความเข้าใจ และมีการประเมินตนเองตามกรอบมาตรฐานพบอุปสรรค คือ บุคลากรยังไม่เข้าใจและมุ่งมั่น มุ่งเน้นเอกสารมากกว่าการปฏิบัติ การทำงานเป็นทีมไม่ชัดเจนยังไม่สะท้อนถึงการมุ่งเน้นผู้ป่วย ขาดความต่อเนื่องของการพัฒนาคุณภาพ (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2543)

1.2 ช่วงพัฒนาการเรียนรู้ มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบในทุกระดับของโรงพยาบาลมีการกำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายการรับรองคุณภาพในเดือนมกราคม พ.ศ.2544 มีการจัดทำคู่มือ Hospital Accreditation โรงพยาบาลอุดรดิตถ์และสมุดบันทึกคุณภาพในลักษณะพกพาแจกจ่ายบุคลากรทุกคน รวมถึงมีการจัดทำเทปเพลง “สู่ความสำเร็จ HA” ซึ่งแต่งเนื้อร้อง ทำนอง และขับร้องโดยบุคลากร โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ทุกหน่วยงานมีการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลทั้ง 9 มาตรฐาน (GEN.) มีการกำหนดแผนการพัฒนาคุณภาพ (hoshinplan) ทั้งรายเดือนและประจำปี เรียกว่า “บันได 12 ขั้น” มีการให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติได้แก่ แนวคิดการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน HA การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องทั่วทั้งองค์กร (TQM/CQI) ทักษะผู้ประสานการพัฒนาคุณภาพ ทักษะผู้เยี่ยมสำรวจภายใน การวิเคราะห์กระบวนการหลัก การพัฒนาเครื่องชี้วัด การบริหารความเสี่ยง การบันทึกทางเวชระเบียน และพัฒนาพฤติกรรมสู่ความเป็นเลิศ มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพทั้งในรูปแบบการประชุมร่วมกันทุกเดือน เรียกว่า “HA DAY” ในวันที่ 13-14 มีนาคม 2544 โรงพยาบาลได้รับการเยี่ยมให้คำปรึกษา (mock survey) จากแอนโทนี เวกเมกเกอร์ (Anthony Wagemaker) โดยมีข้อเสนอแนะให้ทบทวนในประเด็นการสื่อสารประสานงาน การบริหารความเสี่ยงในทุกระดับ โปรแกรมการฝึกอบรมยังไม่สอดคล้องกับพันธกิจ นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพไม่เป็นรูปธรรมในผู้ปฏิบัติทุกคน การบริการเชิงรุกไม่เป็นรูปธรรม ปรับพฤติกรรมบริการของบุคลากรให้สอดคล้องกับข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการ 5 ศ. ของโรงพยาบาล ควรคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร การทำงานเป็น

ทีมยังไม่เป็นรูปธรรมที่สะท้อนถึงการมุ่งเน้นผู้ป่วยและภาวะผู้นำของผู้นำในทุกระดับ (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2544)

1.3 ช่วงดำเนินการ ทีมพัฒนาคุณภาพมีการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาล จัดทำระเบียบปฏิบัติเรื่อง มาตรฐานพฤติกรรมบริการของโรงพยาบาลและหน่วยงาน จัดระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล จัดระบบการควบคุมเอกสารตามมาตรฐาน ISO โดยศูนย์พัฒนาคุณภาพ มีการนำเสนอผลการดำเนินงานตามเครื่องชี้วัดของทีมพัฒนาคุณภาพ ทุกระดับ รวมถึงผลลัพธ์จากการทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วย จัดทำเข็มมุ่งของโรงพยาบาล และถ่ายทอดเข็มมุ่งสู่การปฏิบัติ ผลการเยี่ยมชมให้คำปรึกษาจากทีมที่ปรึกษาจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน 2546 เสนอให้ว่า ควรมีการทบทวนในประเด็นต่างๆ ดังนี้ การบันทึกทางการแพทย์ที่แสดงถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการประเมินซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะราย ระบบการประสานงานที่ชัดเจน ทันต่อการรักษา การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา โดยเฉพาะการบริหารยาบนหอผู้ป่วย การจัดเก็บตัวชี้วัด ระบบการจัดเก็บและแยกขยะ ระบบการเฝ้าระวังอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์ การพัฒนาทรัพยากรบุคคลที่ครอบคลุม เท่าเทียม และควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมหัวหน้าพาทำคุณภาพ และหัวหน้าพาทบทวนคุณภาพ โดยเฉพาะการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2546)

1.4 ขันบูรณาการและเตรียมพร้อมเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจ มีการปรับโครงสร้างของทีมพัฒนาคุณภาพ เพิ่มเติม คือ ทีมพัฒนาเครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือและได้รับการเยี่ยมชมให้คำปรึกษาจากที่ปรึกษาของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2549 โดยให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ใน 2 หมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนา ประกอบด้วยบทที่ 1 การนำองค์กรและบทที่ 2 ทิศทางนโยบาย ควรทบทวนทิศทาง นโยบาย เข็มมุ่ง/จุดเน้นให้มีความชัดเจน สื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติ ติดตาม ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้หน่วยงานและทีมพัฒนาคุณภาพ ชุดต่างๆ ได้ใช้กลไกการสื่อสาร การประสานงาน การป้องกัน และการแก้ไขปัญหาตามระบบที่ได้วางไว้ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ในภาพรวมที่ชัดเจน การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

หมวดที่ 2 กระบวนการคุณภาพ ประกอบด้วย บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการและบทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ควรทบทวนความเหมาะสม ความครอบคลุม ความตรงประเด็นของตัวชี้วัดระดับหน่วยงานให้สามารถสะท้อนคุณภาพทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ วัตถุประสงค์การเปลี่ยนแปลง มีคุณค่าพอและไม่เป็นภาระในการเก็บข้อมูล ควรทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการในระบบการ

ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร คณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยงควรทบทวนบทบาทหน้าที่ เป้าหมาย นโยบายให้ครอบคลุมทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งกำหนดเครื่องชี้วัดที่สามารถสะท้อนประสิทธิภาพของระบบความเสี่ยงที่วางไว้ มีการค้นหาความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับ มีการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา เน้นการปรับปรุงเชิงระบบเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำในอนาคต (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2549)

2. การรับรองคุณภาพ ปัจจุบัน โรงพยาบาลอุตรดิตถ์อยู่ระหว่างรวบรวมผลการประเมินตนเองส่งให้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อขอรับการเยี่ยมสำรวจและเตรียมความพร้อมรับการตรวจรับรอง (accreditation) ภายในเดือนธันวาคม พ.ศ.2550 นับระยะเวลาของการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน HA ได้ประมาณ 10 ปี เมื่อวิเคราะห์โอกาสการพัฒนาในงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ ส่วนอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่พบเป็นอันดับหนึ่ง จากการสำรวจของศูนย์พัฒนาคุณภาพ เมื่อปี พ.ศ.2548 คือ ขาดความร่วมมือ ความสามัคคี และความเสียสละของบุคลากร ปัจจุบัน โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ยังมีการพัฒนาตามมาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการฉบับเดิมและยังไม่ได้มีการจัดระดับขั้นของการพัฒนาคุณภาพว่าอยู่ในขั้นใดจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, น.ป.ป.)

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามกรอบมาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการระดับหน่วยงานของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการรับรู้ของบุคลากรในมาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการระดับหน่วยงานของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ พบว่ามีการปฏิบัติในแต่ละบท ซึ่งรายละเอียดของการปฏิบัติ ประกอบด้วย 10 บท ดังนี้ (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2548)

1. การนำ หัวหน้าหน่วยงานทุกหน่วยงาน จะทำหน้าที่หัวหน้าทีมพัฒนาคุณภาพระดับหน่วยงานมีการชี้แนะ สนับสนุนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ นอกจากนี้ทุกหน่วยงานมีการแต่งตั้งผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพระดับหน่วยงาน (facilitator) ทำหน้าที่ประสาน ช่วยเหลือ หัวหน้างานในการปฏิบัติกิจกรรมคุณภาพของหน่วยงาน (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2549)

2. ทิศทางนโยบาย มีการกำหนดเจตจำนงความมุ่งหมายของหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษรที่ครอบคลุม เหมาะสม สอดคล้องกับทิศทางนโยบายของโรงพยาบาล ร้อยละ 71.9 ของหน่วยงานทั้งหมด

3. การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ มีการร่วมมือกันระหว่างหน่วยในการให้บริการผู้ป่วยยังมีน้อย ในปี 2549 พบว่ามีการร่วมกันดูแลผู้ป่วยใน 10 โรค ได้แก่ มะเร็งเต้านม ไข้ดั่งอักเสบเฉียบพลัน โรคเบาหวาน กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน บาดเจ็บไขสันหลัง กระดูกต้นขาหัก ภาวะขาดออกซิเจนของเด็กแรกเกิด ธาลัสซีเมีย ภาวะตกเลือดหลังคลอด และมะเร็งปากมดลูก

4. การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล มีการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ในหน่วยงาน มีการค้นหาความต้องการการฝึกอบรม มีการฝึกอบรมความรู้ ทักษะระหว่างประจำการในแต่ละด้าน แต่เนื้อหาของการปฐมนิเทศบุคลากรส่วนใหญ่มุ่งหลักการทำงานทั่วไป มีการเพิ่มเนื้อหาในเรื่อง การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA ในปี 2548 เป็นต้นมา การค้นหาความต้องการการฝึกอบรมส่วนใหญ่เป็นเรื่องทั่วไป การฝึกอบรมความรู้ ทักษะระหว่างประจำการส่วนใหญ่เป็นเรื่อง ที่เกี่ยวกับความรู้และทักษะในการทำงานประจำ ความรู้และทักษะด้านการพัฒนาคุณภาพส่วนใหญ่ เป็นเรื่องของศูนย์พัฒนาคุณภาพจัดให้มีขึ้นเองหรือเสนอให้ส่งไปประชุม อบรมหรือสัมมนา

5. การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย มีการจัดระบบการบริหารความเสี่ยงใน หน่วยงาน โดยพบบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานที่ครอบคลุมและเหมาะสมร้อยละ 54.4 และการ กำหนดมาตรการที่ประกันได้ของหน่วยงานที่ครอบคลุมและเหมาะสมร้อยละ 38.6

6. เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ มีการจัดทำบัญชีเครื่องมือของหน่วยงานที่ ครอบคลุมและเหมาะสมร้อยละ 50.9 มีระบบการบำรุงรักษาของหน่วยงานที่ครอบคลุมและ เหมาะสมร้อยละ 45.6

7. ระบบสารสนเทศ การเชื่อมโยงหรือใช้ประโยชน์จากสารสนเทศเพื่อการดูแลผู้ป่วยมี น้อย มีการรายงานเครื่องชี้วัดให้งานสารสนเทศแต่ไม่สม่ำเสมอ

8. กระบวนการคุณภาพทั่วไป มีการดำเนินการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานทั้ง 5 ส. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และกิจกรรมประกันคุณภาพ จำนวนหน่วยงานที่มี กิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ครอบคลุมและเหมาะสมร้อยละ 42.1

9. กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ บุคลากรทุกหน่วยงานจะมีตัวแทนอย่างน้อย 1 คนที่เป็นสมาชิกในทีมนำทางคลินิกมีการนำมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่มีหลักฐานทาง วิทยาศาสตร์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพในแต่ละวิชาชีพ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ มะเร็งเต้านม ไข้ดั่งอักเสบเฉียบพลัน

โรคเบาหวาน กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน บาดเจ็บไขสันหลัง กระดูกต้นขาหัก ภาวะขาดออกซิเจนของเด็กแรกเกิด ธาลัสซีเมีย ภาวะตกเลือดหลังคลอด และมะเร็งปากมดลูก

10. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทุกหน่วยงานมีการวางระบบและกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา และสามารถเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ครอบคลุมห้องผู้ป่วยหนัก เด็กอ่อนและผู้ป่วยผ่าตัด มีการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้น้ำยาและทำให้ปราศจากเชื้อ มีคู่มือการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลแก่บุคลากรทุกระดับ มีการติดตามการติดเชื้อในโรงพยาบาล หากพบอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกินเป้าหมาย จะมีการสอบสวนโรคเพื่อค้นหาสาเหตุรากเหง้า จัดกิจกรรมรองรับเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ เช่น สัมมนาร่วมกันเพื่อค้นหาแบบอย่างที่ดีกว่า (better practices) มีการรณรงค์การล้างมืออย่างถูกวิธีในบุคลากรทุกคน (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2545)

อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินงานดังกล่าว ยังพบปัญหาและอุปสรรคที่ยังไม่สามารถรับการรับรองจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ โดยเฉพาะกิจกรรมในบันไดขั้นที่ 1 ได้ คือ กิจกรรมการทบทวน แก้ไขป้องกันด้านต่างๆ มีน้อยมากพบเพียงร้อยละ 28.1 ของหน่วยงานทั้งหมด และการตอบสนองต่อปัญหาที่ครอบคลุมและเหมาะสมเพียงร้อยละ 52.6 เท่านั้น (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2549)

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตามมาตรฐาน HA ของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ที่ผ่านมามีปัญหาและอุปสรรค ดังนี้ (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2549)

1. ทีมพัฒนาคุณภาพขาดการเชื่อมโยงจากทิศทาง นโยบาย ผู้ปฏิบัติ การมองภาพรวม และติดตามประเมินผลเชิงผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง
2. ขาดความรู้การพัฒนาและรับรองคุณภาพที่ปรับเปลี่ยนไป ได้แก่ บันได 3 ขั้นสู่ HA ระบบบริหารความเสี่ยง การวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา (root cause analysis : RCA)
3. ขาดทักษะการทำงานร่วมกันเป็นทีม การประสานในแนวราบ การแก้ไขปัญหาและการป้องกันการเกิดซ้ำ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัย ยังไม่พบว่ามีงานวิจัยในเรื่องการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยตรง แต่พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลดังนี้

ชัยศรี กล้าณรงค์ (2548) ได้ศึกษา ปัจจัยเชิงใจ ปัจจัยค้ำจุน กับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ พบว่า พยาบาลโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ มีระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความมุ่งมั่นหมาย / เจตจำนง เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ด้านนโยบายและวิธีปฏิบัติ ด้านกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ และด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล อยู่ในระดับมาก

เสาวลักษณ์ ภูวนกุล (2545) ได้ศึกษาลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตร พบว่า ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลในภาพรวม มีลักษณะที่ 5 คือ บุคลากรมีส่วนร่วมตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้บริหารเป็นจำนวนมากที่สุด ปัญหาอุปสรรคของลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาล ได้แก่ อัตรากำลังไม่เพียงพอ การขาดการจัดระบบสำรองเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นให้พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา และขาดการประชาสัมพันธ์และการสื่อสารในกลุ่มที่เกี่ยวข้อง

วรรตรา แก้ววิชิต (2544) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรพยาบาล งานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น และปัญหาและอุปสรรคการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลประจำการและผู้ช่วยพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยระดับ มาก และระดับปานกลางตามลำดับ ปัญหาอุปสรรคที่พบ ได้แก่ บุคลากรไม่เพียงพอ งานประจำมีมากทำให้ไม่มีเวลาประชุมหรือร่วมกิจกรรมคุณภาพ มีเอกสารและขั้นตอนในการทำงานมาก

จิตรศิริ ชันเงิน (2547) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง พบว่า บุคลากรในองค์กรมีความเข้าใจว่า การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเป็น การทำตามนโยบายที่มีความสำคัญรองจากงานประจำ เป็นความรับผิดชอบของคนบางกลุ่มและเป็น เรื่องของการทำเอกสาร การพัฒนายังเน้นการฝึกอบรม นำปัญหาที่เกิดขึ้นมาเรียนรู้ร่วมกันน้อยและมีปัญหาเกี่ยวกับการประเมิน ทำให้การปฏิบัติเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการจึงเป็นไปในลักษณะของการพัฒนาแบบกระแสหลักตามแนวทางที่รัฐกำหนด ดำเนินการเป็นช่วงไม่ต่อเนื่อง และแยกส่วนพัฒนา ทำให้การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ผู้ดำเนินการรู้สึกท้อและไม่มีความสุข ทั้งนี้ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค คือ วัฒนธรรมองค์การที่ไม่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพในเรื่อง การจัดการ การสื่อสาร ระบบอาวุโสและขาดการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

องอาจ วิพุธศิริ และอนวัจน์ ศุภชุตikul อ้างใน อนวัจน์ ศุภชุตikul และคณะ, 2541 ได้ศึกษา ปัญหาและอุปสรรคในการทำกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล พบว่า การทำความเข้าใจ กับแนวคิดที่เปลี่ยนไปยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร สมาชิกส่วนใหญ่ยังติดอยู่กับขั้นตอน ไม่สามารถนำ แนวคิดที่สำคัญไปใช้กับงานประจำได้ จึงรู้สึกเป็นภาระที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ปฏิบัติงานคนหนึ่งถึงเลที่ จะทรมานเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

รัชดา ดันติสารสาสน์และคณะ (2543) ศึกษา ความพร้อมตามการรับรู้ของบุคลากรในการ เข้าสู่ระบบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลทันตกรรม ผลการศึกษาพบว่า ความพร้อม ตามการรับรู้โดยภาพรวมของผู้บริหารอยู่ในระดับมาก และความพร้อมตามการรับรู้โดยภาพรวม ของผู้ปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง

กรอบแนวคิดในการศึกษา

กรอบแนวคิดในการศึกษานี้ใช้กรอบมาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการ ข้อมูลระดับ หน่วยงานที่ประเมินการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการรับรู้ของบุคลากร โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ในมาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการ ข้อมูลระดับหน่วยงาน ได้แก่ บทที่ 1 การนำ บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ บทที่ 4 การบริหารและ พัฒนาทรัพยากรบุคคล บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย บทที่ 6 เครื่องมือและการ จัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ และบทที่ 10 การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อใน โรงพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545)