

1.ภาพรวมของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

1.1 แนวคิดของ HA

คุณค่าของความเป็นไทย	กระบวนการ HA จะต้องเสริมสร้างศรัทธาของประชาชนต่อโรงพยาบาลและบริการทางการแพทย์ ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ บนฐานของความมีเมตตา กรุณา และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ.
พัฒนาคน	กระบวนการ HA มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพ คุณธรรม และจริยธรรมของคนในองค์กร เพื่อร่วมมือกันปรับปรุงระบบงานด้วยวิธีการที่มีเหตุผล ตรวจสอบได้ และตอบสนองปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย. เป็นการให้คุณค่าว่าคนคือทรัพย์สินที่พัฒนาได้ และมีค่าสูงสุดสำหรับองค์กร.
กระบวนการเรียนรู้	กระบวนการทั้งหมดเป็นกระบวนการเรียนรู้ ที่จะรักษาวินัยด้วยตนเอง และสร้างระบบที่เอื้อต่อการผดุงคุณภาพ. การเรียนรู้เกิดจากการลงมือทำด้วยตนเอง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่น.
จิตวิญญาณของคุณภาพ	คุณภาพจะเกิดจากความมุ่งมั่นของผู้ปฏิบัติงานทุกคน, การทำงานเป็นทีม และการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
มาตรฐาน	การมีกรอบสำหรับประเมินและพัฒนาที่เน้นเป้าหมายและเปิดโอกาสให้มีความยืดหยุ่นในการนำไปปฏิบัติ จะสามารถรองรับความหลากหลายของโรงพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งมีศักยภาพและภาระงานแตกต่างกัน.
การประเมินตนเอง	การทบทวน/ตรวจสอบตนเองของเจ้าหน้าที่แต่ละคน และระบบทบทวน/ตรวจสอบภายในองค์กรเพื่อสร้างความรับผิดชอบต่อวิชาชีพและต่อสังคม เป็นหลักประกันที่สำคัญสำหรับการให้บริการที่มีคุณภาพ และการปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้นอยู่เสมอ.
การประเมินจากภายนอก	เป็นการยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล และชี้ให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น ในลักษณะของกัลยาณมิตร.
การรับรอง	เป็นการรับรองกระบวนการเพื่อผลลัพธ์ที่ต้องการ การรับรองมีลักษณะพลวัต มุ่งส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1.2 ความเข้าใจ/การกระทำที่ส่งผลต่างกัน

ความเข้าใจ/การกระทำที่มีผลจำกัด	ความเข้าใจ/การกระทำที่มีผลกว้างขวาง
HA คือการตรวจสอบ	HA คือการเรียนรู้
คุณภาพขึ้นกับทรัพยากร	คุณภาพขึ้นกับการทำงานด้วยใจ การทำงานเป็นทีม การเห็นผู้ป่วยและผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง
การมีข้อกำหนดชัดเจนว่าให้ทำอะไรบ้างช่วยให้พัฒนาได้ง่าย	มาตรฐานเป็นเครื่องมือในการประเมินตนเอง มาตรฐานที่เน้นเป้าหมายช่วยให้เกิดความยืดหยุ่นในการนำไปปฏิบัติ
ประเมินตนเองเพื่อวัดระดับว่าทำได้ดีแค่ไหน	ประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
ผู้เยี่ยมสำรวจต้องรู้ดีทุกเรื่อง จึงจะประเมินได้อย่างเป็นธรรม	ผู้เยี่ยมสำรวจเป็นกัลยาณมิตร มายินยอมรับการประเมินตนเองและกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง
HA เน้นกระบวนการหรือผลลัพธ์ อย่างใดอย่างหนึ่ง	HA มองทั้งระบบอย่างเชื่อมโยง เน้นกระบวนการ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ
การรับรองคือการสอบผ่าน	การรับรองเป็นการให้กำลังใจแก่การทำดีและส่งเสริมให้ทำดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง

1.3 มาตรฐานโรงพยาบาล

มาตรฐานโรงพยาบาลคือกติการ่วมระหว่างโรงพยาบาลกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กติกาว่าโรงพยาบาลจะขอการรับรองได้ต่อเมื่อนำมาตรฐานไปปฏิบัติ กติกาว่าถ้าโรงพยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานแล้วจะได้รับการรับรอง

มาตรฐานที่กำหนดไว้เป็นมาตรฐานที่ต้องเอื้อมจึงจะถึง แต่อยู่ในวิสัยที่เป็นไปได้

จุดมุ่งหมายของมาตรฐานทั้งหมดมุ่งเป้าไปที่ความปลอดภัยและคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับจากโรงพยาบาล

มาตรฐานโรงพยาบาลเป็นมาตรฐานเชิงระบบ เป็นมาตรฐานที่เน้นโครงสร้างและกระบวนการเพื่อผลลัพธ์ที่ต้องการ มิใช่มาตรฐานของการประกอบวิชาชีพ แต่ส่งเสริมให้มีการนำมาตรฐานวิชาชีพมาสู่การปฏิบัติ

ลักษณะของมาตรฐานเชิงระบบ คือ การมองภาพรวม ความครบถ้วนสมบูรณ์ของทุกองค์ประกอบสำคัญ เป็นหมวดหมู่ เชื่อมโยง เป็นเหตุเป็นผล

ระบบใหญ่ๆ ในมาตรฐานโรงพยาบาลได้แก่ 1) ระบบการนำและการบริหาร 2) ระบบวิชาชีพ 3) ระบบการดูแลผู้ป่วย

ในแต่ละระบบยังแยกย่อยออกไป เช่น ระบบการนำและการบริหาร แยกย่อยออกเป็น การนำองค์กรและทิศทางนโยบาย, การบริหารทรัพยากรบุคคล, การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย, การบริหารระบบสารสนเทศ, การบริหารระบบคุณภาพ

ระบบวิชาชีพ แยกย่อยออกเป็น องค์กรแพทย์, การบริหารการพยาบาล, สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม องค์กร

ระบบการดูแลผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง ตั้งแต่ การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว, การประเมินและวางแผน, การดูแลผู้ป่วยตามแผน, การบันทึกข้อมูล, การเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

ในการนำมามาตรฐานไปปฏิบัติให้ได้ผล จะต้องเน้นการประสานเชื่อมโยง ทั้งในด้านแนวคิด โครงสร้าง ผู้รับผิดชอบ ระบบงาน แผนงาน กิจกรรม การวัดติดตามผล

ตัวอย่างการประสานเชื่อมโยงแนวคิด เช่น HA, HPH (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ), PCU (บริการปฐมภูมิ), PSO ล้วนมีเป้าหมายเดียวกันและส่งเสริมซึ่งกันและกัน สามารถปฏิบัติควบคู่ไปด้วยกันได้โดยไม่แยกส่วน

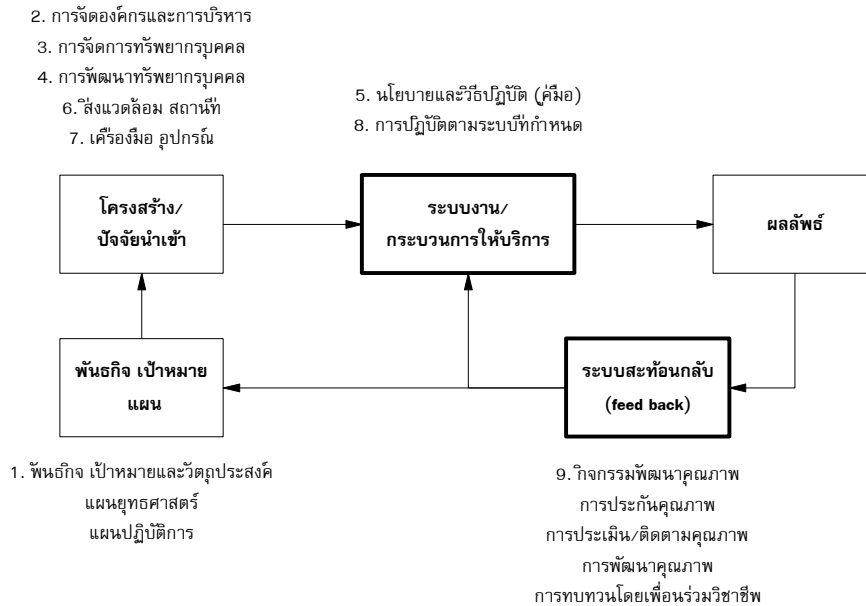
ตัวอย่างการประสานเชื่อมโยงโครงสร้าง เช่น การใช้โครงสร้างบริหารปกติในการพัฒนาคุณภาพ และจัดให้มีโครงสร้างเสริมเพื่อเป็นเวทีช่วยเหลือและประสานงานในส่วนที่แต่ละหน่วยงานไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง

ตัวอย่างการประสานเชื่อมโยงผู้รับผิดชอบ ได้แก่ การมอบหมายให้บุคคลกลุ่มเดียวกันทำหน้าที่ประสานงานการพัฒนาคุณภาพทุกรูปแบบ

ตัวอย่างการประสานเชื่อมโยงระบบงาน เช่น การใช้ทิศทางนโยบายเพื่อชี้นำและประสานในภาพรวม, การเชื่อมโยงระบบบริหารความเสี่ยงกับการพัฒนาบุคลากร, การเชื่อมโยงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อกับการพัฒนาคุณภาพ

มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญญาภิเษก ได้แบ่งเนื้อหาออกเป็น 31 เรื่องตามลักษณะงานบริการหรือการบริหารจัดการ ซึ่งทั้ง 31 เรื่องนั้นสามารถจัดกลุ่มได้เป็น 5 กลุ่ม คือ 1) การนำขององค์กร 2) มาตรฐานร่วมหรือมาตรฐานทั่วไปซึ่งทุกหน่วยงานหรือทุกบริการจะใช้เหมือนกัน 3) การบริหารระดับองค์กร 4) บริการทางคลินิก 5) บริการสนับสนุนอื่นๆ

มาตรฐานทั่วไปและมาตรฐานบริการต่างๆ ในกลุ่มที่ 4 และ 5 จะแบ่งออกเป็น 9 ข้อ สอดคล้องกันเพื่อให้สามารถใช้ร่วมกันได้สะดวก ซึ่งสามารถแสดงความสัมพันธ์ให้เห็นได้ดังภาพ



มาตรฐานแต่ละข้อจะมี 2 ส่วน ได้แก่ 1) เป้าหมายที่ต้องการให้เกิดขึ้น คือส่วนที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรเข้ม เป็นการระบุอย่างกว้างๆ เพื่อเป็นกรอบสำหรับการพัฒนาและประเมิน 2) ส่วนขยายความ คือส่วนที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรตัวเล็ก เป็นการแสดงให้เห็นรายละเอียดของแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานนั้นๆ โดยเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลมีความยืดหยุ่นที่จะเลือกวิธีปฏิบัติของตนเอง

หลังจากที่ใช้มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีภาณุจนาภิเษกไปได้ระยะหนึ่ง สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้นำเนื้อหาของมาตรฐานดังกล่าวมาเรียบเรียงใหม่ โดยยึดหลักการเชื่อมโยงข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องไว้ด้วยกัน ลดความซ้ำซ้อนของข้อกำหนดที่ใกล้เคียงกัน และเพิ่มเติมรายละเอียดที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติ เรียกว่า **มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา: บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล**

มาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการ แบ่งออกเป็น 6 หมวด (20 บท) ได้แก่ 1) ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ (การนำองค์กรและทิศทางนโยบาย) 2) ทรัพยากรและการบริหารทรัพยากร (คน สิ่งแวดล้อม เครื่องมือ สารสนเทศ เงิน) 3) กระบวนการคุณภาพ (ทั่วไป คลินิก ป้องกันการติดเชื้อ) 4) มาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล) 5) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร 6) การดูแลรักษาผู้ป่วย

2. การให้คำปรึกษาและเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล

2.1 ลำดับขั้นของการทำงานร่วมกับโรงพยาบาล

กระบวนการที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้การสนับสนุนโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพมีลำดับขั้นดังนี้

1. การส่งที่ปรึกษาเข้าไปให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาล ด้วยจุดประสงค์เพื่อให้โรงพยาบาลเริ่มต้นด้วยวิธีที่เรียบง่าย มีจุดเน้น และสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้เกิดขึ้น ที่ปรึกษาจะเข้าเยี่ยมโรงพยาบาล 3-5 ครั้งทุก 2-3 เดือน แต่แต่ละครั้งจะเข้าดูการปฏิบัติงานจริงในหน่วยงาน และการทำความเข้าใจกับทีมงานของโรงพยาบาล พร้อมทั้งมอบหมายงานให้ทีมงานทำ

การพัฒนาในช่วงแรกจะเน้นการทำความเข้าใจแนวคิดคุณภาพโดยใช้เอกสาร “หัวหน้าพาทำคุณภาพ” และการพัฒนาตามบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA ได้แก่การป้องกันความเสี่ยงและการทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อหาวิธีการป้องกัน

2. การส่งที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมสำรวจเข้าไปเยี่ยมให้คำปรึกษาเข้ม (Intensive Consultation Visit – ICV) เป็นการจำลองกระบวนการเยี่ยมสำรวจเข้ามาประเมินผลการพัฒนาของโรงพยาบาล โดยผู้เยี่ยมเพียงบางหน่วยงาน ใช้ที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมสำรวจจำนวนน้อยที่สุด มีเป้าหมายเพื่อให้ทีมงานมีความคุ้นเคยกับกระบวนการเยี่ยมสำรวจ เห็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงก่อนที่จะขอการรับรอง ทำความเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐานและการประเมินตนเองให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น การเยี่ยมให้คำปรึกษาในลักษณะนี้จะมีบรรยากาศที่ผ่อนคลายมากกว่าการเยี่ยมสำรวจ และสามารถทำซ้ำได้หลายครั้งจนกว่าที่ปรึกษา/ผู้เยี่ยมสำรวจเห็นว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมสำหรับการเยี่ยมสำรวจ

3. การเยี่ยมสำรวจ (Survey) คือการส่งผู้เยี่ยมสำรวจทีมใหญ่เข้าเยี่ยมสำรวจหน่วยงานและบริการต่างๆ ครอบคลุมทุกสาขาและหน้าที่ (อาจจะไม่ครบทุกหน่วย) เพื่อประเมินระดับปฏิบัติตามมาตรฐาน โดยอาศัยแบบประเมินตนเองที่โรงพยาบาลจัดทำเป็นข้อมูลเริ่มต้นเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญในการเยี่ยมสำรวจ

ที่ผ่านมาได้แบ่งการเยี่ยมสำรวจเป็นการเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม (Preparation Survey) และการเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง (Accreditation Survey) แต่เมื่อเริ่มนำ ICV เข้ามาใช้ทำให้ความจำเป็นในการทำ Preparation Survey ลดลง และเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่า

หลังจากการเยี่ยมสำรวจ ผู้เยี่ยมสำรวจจะสรุปสิ่งที่พบและข้อเสนอแนะเพื่อให้โรงพยาบาลพัฒนา โดยแบ่งข้อเสนอแนะเป็น 2 ประเภท **ข้อเสนอแนะประเภทที่ 1** คือสิ่งที่โรงพยาบาลต้องแก้ไขปรับปรุงก่อน มีการรายงานหรือเยี่ยมสำรวจซ้ำ จึงจะนำเสนอรายงานให้คณะกรรมการรับรองฯ พิจารณา **ข้อเสนอแนะประเภทที่ 2** คือข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในสิ่งที่ทำได้ดีพอสมควรแล้ว เป็นสิ่งที่จะมีการติดตามในการเยี่ยมสำรวจครั้งต่อไป แต่จะไม่มีผลต่อการตัดสินใจรับรอง

4. การเยี่ยมสำรวจติดตาม การติดตามอาจจะเป็นการเยี่ยมสำรวจเฉพาะจุด (Focused Survey) ในประเด็นที่เป็นจุดอ่อนสำคัญของโรงพยาบาล หรือเป็นการเยี่ยมสำรวจเฝ้าระวัง (Surveillance Survey) ในช่วงกึ่งกลางของอายุการรับรอง (การรับรองครั้งแรกมีอายุ 2 ปี ครั้งต่อไปมีอายุ 3 ปี)

2.2 แนวทางการเยี่ยมสำรวจ

เป้าหมายของการเยี่ยมสำรวจคือ 1) เพื่อเรียนรู้จากประสบการณ์ของทีม 2) เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง และประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน 3) เพื่อประเมินจุดแข็งจุดอ่อน และกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนา

เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของมาตรฐานซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การเยี่ยมสำรวจจะเน้นกิจกรรมสำคัญที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการบริหารองค์กร เพื่อตอบคำถามหลักต่อไปนี้:

- มีการจัดระบบงานไว้อย่างเหมาะสมหรือไม่ (approach - plan)
- มีการปฏิบัติตามกระบวนการที่กำหนดไว้หรือไม่ (deployment - do)
- กระบวนการเหล่านั้นทำได้ดีหรือไม่ (assessment & result - check) มีความสำเร็จอะไรบ้าง มีปัจจัยเกื้อหนุนอะไร มีการติดตามเครื่องชี้วัดอะไร มีการใช้ประโยชน์จากเครื่องชี้วัดอย่างไร ประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรเป็นอย่างไร
- โรงพยาบาลกำลังปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนหรือไม่ (continuous improvement - act) ปัญหาและการแก้ไขที่ได้ดำเนินการไปแล้วมีอะไรบ้าง ปัญหาที่ยังเหลืออยู่และแผนการที่จะดำเนินการต่อไปมีอะไรบ้าง

การเยี่ยมสำรวจจะมีลักษณะต่อไปนี้: เน้นการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ เป็นการให้ความรู้และให้คำปรึกษาควบคู่ไปด้วย ปรับให้เข้ากับพันธกิจ/ขอบเขตบริการ/ประเภทผู้ป่วย เน้นการปฏิบัติจริงของทีมงาน มีการสื่อสารสิ่งที่พบให้ผู้นำทราบตลอดการเยี่ยมสำรวจ

สิ่งที่จะเกิดขึ้นระหว่างการเยี่ยมสำรวจได้แก่การสังเกตในสถานที่จริง, การสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน และทีมงานที่รับผิดชอบ, การสัมภาษณ์ผู้รับบริการ, การขอข้อมูลหลักฐาน ข้อมูล และบททวนเอกสาร

จุดเน้นของการเยี่ยมสำรวจที่ดีคือ

- เน้นเป้าหมายของมาตรฐานมากกว่ารูปแบบที่ตายตัว
- เน้นผลลัพธ์ควบคู่ไปกับกระบวนการ
- เน้นการดูเชิงระบบมากกว่าการดูในรายละเอียด
- เน้นการเชื่อมโยงในเรื่องทิศทางนโยบายและการประสานในแนวราบ
- เน้นการสังเกตและการรับรู้ในเชิงจิตวิญญาณควบคู่ไปด้วย
- เน้นยืนยันการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมตามข้อมูลที่ได้รับในแบบประเมินตนเองมากกว่าการรับฟังคำตอบเชิงทฤษฎี

ตัวอย่างกำหนดการปฏิบัติงานสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจในโรงพยาบาลขนาด 100-200 เตียง

Day		0800-0900	0900-1000	1000-1100	1100-1200		1300-1400	1400-1500	1500-1600	1600-1700	1700-
Day 1	A	Hosp Pres &	QI coordinator	Environment & Safety Tour			Environment & Safety Doc		Pharmacy		Team Meet
	D	Leadership	Patient Care 1 Med, ICU				OPD, A&E		Patient Care 2 Obg, ANC, LR, PP		
	N	Interview									
Day 1	A	HRD	IM	Resource Plan	X-ray		Lab & Blood Bank		CommMed	SociaService	Team Meet
	D	Dental	Patient Care32 Surg, OR, Anes				Patient Care 4 Ped		MSO		
	N	IC							NSO		
Day 1	A	Health Ed					Team Meet		Executive		
	D	Patient Care 5 Ortho		Patient Care 6 EENT					Discussion	Exit	
	N										

หมายเหตุ

1. ผู้เยี่ยมชมสำรวจ 3 คน ปฏิบัติงาน 3 วัน ควรเป็นมาตรฐานที่พยายามปฏิบัติให้ได้ โดยเน้นการมองเชิงระบบ การสุ่มตัวอย่าง และการศึกษาแบบประเมินอย่างละเอียด
2. ไม่จัดการทบทวนเอกสารไว้ในตอนเช้าวันแรก แต่ให้โรงพยาบาลสรุปข้อมูลสำคัญที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจต้องการทราบส่งมาให้ก่อน และใช้เวลาภาคเย็นในการทบทวนเอกสารเพิ่มเติม

3. รายงานการเยี่ยมชมสำรวจและการให้คะแนน

3.1 รายงานการเยี่ยมชมสำรวจ

รูปแบบรายงานการเยี่ยมชมสำรวจที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน มีหัวข้อดังนี้

โรงพยาบาล
วันที่เยี่ยมชมสำรวจ
รายชื่อผู้เยี่ยมชมสำรวจ
ตอนที่ 1 ข้อมูลสรุป
1.1 ข้อมูลทั่วไป
1.2 การเยี่ยมชมสำรวจ
1.3 สิ่งที่น่าสนใจ
1.4 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
ตอนที่ 2 ข้อมูลเชิงปริมาณ
2.1 สถิติเครื่องชีวิตของโรงพยาบาล
2.2 ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
2.3 สรุปคะแนนการประเมิน
ตอนที่ 3 ผลการเยี่ยมชมสำรวจรายบท
คะแนนแยกตาม approach, deployment, result
สิ่งที่เยี่ยมชมสำรวจพบ
สิ่งที่น่าสนใจ
ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

ตัวอย่างการเขียนรายงานของตอนที่ 3 อยู่ในหน้าถัดไป

การเขียนรายงานในลักษณะนี้มีข้อดีคือให้ข้อมูลที่ละเอียด เห็นรูปธรรมที่ชัดเจนว่าโรงพยาบาลได้ทำอะไรไปบ้าง สามารถนำไปใช้เป็นตัวอย่งการพัฒนาให้แก่โรงพยาบาลอื่นๆ ได้ แต่มีข้อเสียและข้อจำกัดดังนี้

- ใช้เวลามาก
- ในโรงพยาบาลที่พัฒนาในระดับเฉลี่ย จะมีข้อมูลที่ไม่น่าสนใจ จำเจ น่าเบื่อหน่าย
- มักจะไม่ได้รับจุดอ่อนที่ชัดเจนที่จะเป็นประโยชน์ในการติดตามครั้งต่อไป
- ผู้เยี่ยมชมสำรวจส่วนใหญ่ไม่สามารถเขียนรายงานในลักษณะนี้ได้

บทที่ ๙ กระบวนการคุณภาพด้านคลินิก

การออกแบบระบบ	การนำไปปฏิบัติ	การวัดผล/ผลลัพธ์
๔	๔	๔

การออกแบบระบบ/การนำไปปฏิบัติ

โรงพยาบาลได้นำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมาส่งเสริมให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีคุณภาพ มีการจัดตั้งทีมด้านคลินิก ครอบคลุมสาขาที่เปิดบริการและกลุ่มโรคเฉพาะที่มีความสำคัญทั้งหมด ๑๒ ทีม การพัฒนาคุณภาพด้านคลินิกมีความชัดเจนมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนี้

การนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์มากำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย มีรูปแบบกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การประชุมวิชาการในแต่ละสาขา ระบบประกันคุณภาพงานของอาจารย์แพทย์ การประชุมวิชาการทั้งภายในคณะและนอกคณะ รวมทั้งดูงานในต่างประเทศ ทีมทางคลินิกต่างๆ ส่งเสริมให้มีการจัดทำ CPG และนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การดูแลผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดคลอด (Previous Caesarian Section) ซึ่งช่วยให้ลดระยะเวลาอนโรโรงพยาบาลลงได้ประมาณ ๒ วัน การใช้ Protocol บำบัดโรคเมเร็ง ทำให้ผู้ป่วยยากจนได้รับยาเคมีบำบัดที่มีราคาแพงได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถวิเคราะห์ผลการรักษาได้ มีการประสานความร่วมมือระหว่าง แผนก/ระหว่างวิชาชีพ เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น ทีมกุมารเวชศาสตร์ (DHF, Oxygen therapy, Minor Head Injury) ทีมอายุรศาสตร์ (DM, CVA, Leukemia, Diabetic ketoacidosis ฯลฯ) ทีมจักษุ (Cataract, Retinoblastoma, Glaucoma, ฯลฯ) ทีม ENT (มะเร็งหู-คอ-จมูก, ริดสีดวงจมูก, ผู้ป่วยเจาะคอ แนวทางการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาเป็นต้น) เป็นต้น จะมีการติดตามประเมินผลการนำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไปใช้โดยผ่านกลไกการประชุมของภาควิชา และ QA กับคณะ CPG ของคณะ และถ้าพบว่าไม่ปฏิบัติตามจะมีการถามความเข้าใจกับผู้นับปฏิบัติ ถ้ามีปัญหาเกิดขึ้น และปรับ CPG หากไม่เหมาะสม

การติดตามเครื่องชี้วัดทางคลินิก แต่ละสาขาเริ่มจะมีการกำหนดและติดตามเครื่องชี้วัดทางคลินิก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเครื่องชี้วัดทั่วไป เช่น อัตราการเสียชีวิต อัตราการติดเชื้อ ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล บางสาขาได้กำหนดเครื่องชี้วัดทางคลินิกในกลุ่มโรคสำคัญของสาขา เช่น LOS ผู้ป่วย DHF, Asthma, การเกิดภาวะ Birth Asphyxia ฯลฯ ส่วนการนำไปใช้ประโยชน์จะพบชัดเจนกรณี เช่น อัตราการตาย อัตราการติดเชื้อ ฯลฯ

การทบทวนและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย การทบทวนในส่วนของพยาบาลมักจะอยู่ในรูป case conference การทบทวนในส่วนของแพทย์มีหลายรูปแบบ เช่น QA, Medical Record, Peer Review, Morbidity/ Mortality Conference, Morning report, Traumatic review ผลของการทบทวนนำมาสู่การปรับปรุงกระบวนการต่างๆ เช่น การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด การผ่าตัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกในสาขาจักษุวิทยาการดูแลผู้ป่วย DHF และ Asthma รวมทั้ง Phototherapy ในสาขากุมารเวชศาสตร์ การดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ทุกทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง CA Nasopharynx การดูแลผู้ป่วย Venticulostomy ในศัลยศาสตร์ เป็นต้น

การประเมินผล/ผลลัพธ์

การประเมินผล แต่ละ PCT เริ่มกำหนดและติดตามเครื่องชี้วัดทางด้านคลินิกให้เหมาะสมกับพันธกิจและประเด็นคุณภาพของตนเอง มีการทบทวนเวชระเบียน การทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วย และมีแผนที่จะทำ Utilization Review ของการรักษา

ผลลัพธ์ มีการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้นในหลายสาขา โดยเฉพาะเกิดการปรับระบบ/วิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

๙.๑ ได้มีการทำงานวิจัยควบคู่กับการให้บริการในหน่วยงานต่าง ๆ จำนวนมาก สมควรที่จะกำหนดมาตรการเพื่อให้มีการใช้ข้อมูลจากงานวิจัยดังกล่าวมาเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยควบคู่กันไปให้เร็วที่สุด เช่น สร้างแรงจูงใจสำหรับนักวิจัย ให้มีทีมพัฒนา คุณภาพประกันที่มีวิจัย มีทีมเฉพาะขึ้นมาศึกษาข้อมูลที่ได้จากงานวิจัย

๙.๒ หน่วยงานและทีมสหวิชาชีพ ได้มีประสบการณ์ในการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA มาแล้ว สมควรส่งเสริมให้ใช้การประเมินตนเอง โดยมองภาพรวมของผู้ป่วยแต่ละสาขา เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ขณะนี้ พรพ.กำลังปรับปรุงวิธีการเขียนรายงาน โดยปรึกษากับคณะผู้เยี่ยมสำรวจซึ่งจะต้องเป็นผู้เขียน เพื่อให้มีความเป็นไปได้สูงที่จะได้รับรายงานที่ได้ข้อมูลที่เป็นในเวลารวดเร็วที่สุด พร้อมทั้งจะรองรับภาระงานที่จะเพิ่มขึ้นอย่างมาก

การเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในระหว่างการพิจารณาได้แก่

- กำหนดให้มีหัวข้อย่อยที่ชัดเจนในการเขียนรายงานแต่ละบท
- ปรับระดับการให้คะแนนให้ง่ายขึ้น คือ full compliance (ทำตามความมุ่งหมายของมาตรฐานได้สมบูรณ์), partial compliance (ทำตามความมุ่งหมายของมาตรฐานได้บางส่วน), non-compliance (ไม่ได้ทำ)
- ในหัวข้อที่ให้คะแนนว่า partial compliance และ non compliance ให้ระบุสิ่งที่ผู้เยี่ยมสำรวจพบซึ่งนำมาสู่การให้คะแนนระดับนั้น ซึ่งจะนำมาใช้ในการเขียนข้อเสนอแนะและติดตามในการเยี่ยมสำรวจครั้งต่อไป
- ส่วนที่เป็นคำนิยม (commendation) จะไปเขียนในภาพรวม และอาจจะเลือกเรื่องบางเรื่องที่เห็นว่าเป็นบทเรียนที่ดีสำหรับโรงพยาบาลอื่น มาอธิบายขยายความในรายละเอียดเป็นภาคผนวก
- พรพ.จะรับผิดชอบในการเขียนข้อเสนอแนะ จากข้อมูล weakness ที่ได้รับ เพื่อรายงานของโรงพยาบาลต่างๆ มีความสอดคล้องกัน

การเขียนรายงานในลักษณะนี้ คณะกรรมการจะได้รับข้อมูลภาพรวมในลักษณะของคะแนน ประเมินว่าโรงพยาบาลได้ปฏิบัติตามมาตรฐานสมบูรณ์ในข้อใดบ้าง ซึ่งในข้อเหล่านั้นจะไม่มีคำอธิบายรายละเอียดว่าทำอย่างไร แต่จะมีคำอธิบายรายละเอียดหากไม่มีการปฏิบัติตามความมุ่งหมายของมาตรฐานได้สมบูรณ์

ตัวอย่างรูปแบบรายงานใหม่ที่จะปรับปรุง

บทที่ 7 ระบบสารสนเทศ

	0	1	2	ข้อมูลที่แสดงว่าไม่มีการปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่สมบูรณ์
การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้สารสนเทศ				
การศึกษาความต้องการของผู้ใช้				
การกำหนดเป้าหมายของระบบสารสนเทศ				
การออกแบบระบบสารสนเทศเหมาะสมกับองค์กร				
การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม				
การกำหนดมาตรฐานข้อมูล				
การกำหนดเกณฑ์ในการเลือกเก็บ/คงเก็บ/ปรับแก้ข้อมูล				
การตอบสนองความต้องการในด้านการดูแลผู้ป่วย				
การตอบสนองความต้องการในด้านการพัฒนาคุณภาพ				
การตอบสนองความต้องการในด้านการบริหาร				

	0	1	2	ข้อมูลที่แสดงว่าไม่มีการปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่สมบูรณ์
<u>การนำสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ</u>				
การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะ/อัตราการเสียชีวิตที่พบบ่อย				
การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะ/อัตราภาวะแทรกซ้อน				
การวิเคราะห์ข้อมูลการกลับมารับบริการซ้ำ				
การวิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายรายโรค/หัตถการ				
การวิเคราะห์ข้อมูลวันนอนโรงพยาบาลรายโรค/หัตถการ				
การเผยแพร่ข้อมูลและสารสนเทศข้างต้น				
การใช้ประโยชน์จากข้อมูลและสารสนเทศข้างต้นเพื่อพัฒนาคุณภาพ				
<u>ความรวดเร็ว ถูกต้อง ของการกระจายข้อมูลและสารสนเทศ</u>				
การกำหนดประเภท รูปแบบ ความถี่ของข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ใช้				
การกระจาย/การเข้าถึง ข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน				
การรับ feed back จากผู้ใช้				
ผู้ใช้ได้รับข้อมูลและสารสนเทศที่ถูกต้อง ใช้ง่าย ตรงความต้องการ ทันเวลา				
<u>ประสิทธิภาพในการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูล</u>				
การป้องกันความเสียหายทางกายภาพ				
การสำรองข้อมูล				
การกำหนดระดับชั้นการเข้าถึงข้อมูลและการวางระบบป้องกัน				
การแก้ไขดัดแปลงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่				
การกำหนดแนวทางรักษาลับของข้อมูล				
การประเมินผลการรักษาความปลอดภัยและความลับ				
มีหลักประกันเรื่องการรักษาความปลอดภัยและความลับ				
<u>ประสิทธิภาพของบริการเวชระเบียน</u>				
การจัดทำระบบดัชนี				
ระบบการจัดเก็บที่ค้นหาได้รวดเร็ว				
การมอบหมายให้มีผู้ปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง				
การบันทึกรหัสและทำดัชนีในเวลาที่กำหนดไว้				
ระบบการยืมและบันทึก				
ค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยได้รวดเร็ว ไม่สูญหาย				

3.2 การให้คะแนน

ระบบการให้คะแนนที่ใช้อยู่ในปัจจุบันคือการแยกให้คะแนนแต่ละบทออกเป็น การออกแบบระบบ (approach/system design), การนำไปปฏิบัติ (deployment) และ การวัดผล/ผลลัพธ์ (assessment/result) ตามรายละเอียดในหนังสือ “คู่มือการประเมินโรงพยาบาล”

ระดับการให้คะแนนแบ่งออกเป็น 0-5 ตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ในคู่มือ โดยมีวิธีคิดง่าย ๆ คือ 3 เป็นระดับกลางๆ ที่คาดหวังว่าโรงพยาบาลคุณภาพควรจะมี 4 คือระดับที่ดีกว่ากลุ่มเฉลี่ย และ 5 คือระดับที่สามารถเป็นเลิศ สมควรเป็นแบบอย่าง 2 คือระดับที่มีการพัฒนาแล้วแต่ยังต้องมีการปรับปรุง 1 คือระบบเดิมๆ ที่อยู่ในลักษณะตั้งรับ 0 คือไม่มีการปฏิบัติในเรื่องนั้น

ระดับที่ตัดสินให้ผ่านคือแต่ละบทจะต้องได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 3 ในส่วน approach & deployment และไม่ต่ำกว่า 2 ในส่วน result สำหรับรอบแรก มีข้อมูลปลอมให้มีคะแนนในส่วน approach & deployment ได้ 2 ไม่เกิน 2 บท

การให้คะแนนด้วยวิธีดังกล่าวมีข้อดีที่เป็นการมองภาพรวมของเรื่องนั้นทั้งหมด แต่บางครั้งก็เป็นยากที่จะตัดสินใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องผลลัพธ์

เพื่อให้สอดคล้องกับแบบรายงานที่จะปรับปรุง แนวทางการให้คะแนนที่กำลังพิจารณาอยู่คือ พิจารณาการให้คะแนนเป็น 3-4 ระดับ โดยรวมระดับ 3-4-5 เข้าด้วยกันเป็นอันเดียวคือถือว่ามี full compliance ส่วนระดับ 1 กับ 2 อาจจะรวมเข้าด้วยกันหรือแยกกัน

การให้คะแนนจะรวม approach & deployment ในเรื่องนั้นเข้าด้วยกัน และจะพิจารณาส่วนที่เป็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนในบางเรื่อง

ด้วยวิธีนี้จะทำให้สามารถรวมคะแนนในแต่ละบทและในภาพรวมออกมาได้ และอาจจะใช้ระดับคะแนนรวมเป็นเกณฑ์ในการตัดสินได้