

คำนำ

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation - HA) เริ่มต้นขึ้นเมื่อ 5 ปีที่แล้ว ได้รับความสนใจ เฝ้ามอง เกิดความตระหนัก ลงมือปฏิบัติ และเกิดผลลัพธ์ คือ “วัฒนธรรมคุณภาพ” ในองค์กร และคุณภาพที่ผู้รับบริการสัมผัสได้ มีผู้ที่เข้ามาร่วมในกระบวนการนี้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เห็นความหลากหลายในสถานการณ์ต่างๆ มีความมั่นใจในทิศทางการพัฒนา มีความพร้อมที่จะเผยแพร่และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

กระบวนการ HA ได้ก่อให้เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ซึ่งมีทั้งการให้และการรับไปพร้อมกัน องค์กรวิชาชีพ หน่วยงานของราชการที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ทั้งในเรื่องนโยบาย วิชาการ การประเมินและให้คำปรึกษา รวมทั้งทรัพยากรที่จำเป็น

ในโอกาสที่กระบวนการ HA กำลังจะก้าวอย่างขึ้นปีที่ 6 และจัดให้มีการประชุมระดับชาติ National Forum on Hospital Accreditation and Quality Improvement ในหัวข้อ “Simplicity in a Complex System” ขึ้นระหว่างวันที่ 22 - 24 มกราคม 2545 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลใคร่ขอขอบคุณทุกฝ่ายที่มีส่วนสนับสนุนการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและสังคมแห่งการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย รวมทั้งเจตจำนงที่จะสานต่อและธำรงความร่วมมือนี้ต่อไป ขอขอบคุณทุกฝ่ายที่นำความรู้และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นมานำเสนอแลกเปลี่ยนกันในรูปแบบต่างๆ ทั้งการนำเสนอบนเวทีอภิปราย การนำเสนอด้วยนิทรรศการ การนำเสนอด้วยเอกสาร และการเสวนากันโดยตรง และขอขอบคุณองค์กรที่มาร่วมเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุมครั้งนี้

เอกสารชุดนี้มีเนื้อหาเกี่ยวกับการบูรณาการแนวคิดการพัฒนาในชื่อต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพกับการจัดบริการปฐมภูมิ ร่วมกับเนื้อหาการประชุมในห้องย่อยต่างๆ ซึ่งเป็นที่คาดหวังว่าจากแนวคิดในลักษณะบูรณาการ จากการนำที่มุ่งสร้างอุดมการณ์ร่วม และจากฐานความรู้วิชาชีพที่ถูกต้อง จะนำไปสู่การปฏิบัติที่เห็นผลเป็นรูปธรรม

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลหวังว่าผู้ร่วมประชุมจะได้รับประโยชน์จากข้อมูลที่หลากหลายทั้งในรูปแบบและเนื้อหาเหล่านี้ สามารถสกัดแนวคิดสำคัญของตัวอย่างประสบการณ์ต่างๆ เพื่อจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยก้าวข้ามความแตกต่างที่เป็นเพียงรูปแบบหรือวิธีการซึ่งมิใช่สาระสำคัญไปได้

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มกราคม 2545

สารบัญ

	บูรณาการคุณภาพ: บริการ การศึกษา การส่งเสริมสุขภาพ บริการปฐมภูมิ	Integration 1-28
M1	การนำด้วยอุดมการณ์	VisionLeader 1-19
M3	การสร้างความสุขในการพัฒนาคุณภาพ	Happiness 1-2
M5	วัดอย่างง่าย	Indicator 1-15
M8	จากความรู้สู่การปฏิบัติ	EvidenceBasedPractice 1-36
M11	Case Management	CaseManagement 1- 5
M12	คุณภาพบริการด้านจิตเวช	MentalHealth 1-5
P 3	HA ในโรงเรียนแพทย์	MedicalSchool 1-11
P9	การสอบทานการใช้ทรัพยากร (การบริหารทรัพยากรสุขภาพ)	UtilizationManagement 1-7
P10	Palliative Care / Home Health Care	Palliative/HHC 1-10

บูรณาการคุณภาพบริการ/การศึกษา
การส่งเสริมสุขภาพ
บริการปฐมภูมิ

การเชื่อมโยงประสานแนวคิดท่ามกลางความหลากหลาย HA:HPH:UC/PCU.....	1
บริการปฐมภูมิ: บริการสุขภาพ ใกล้เคียง ใกล้ใจ	6
(ร่าง) มาตรฐานและเกณฑ์การประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	12
กลยุทธ์การเชื่อมโยงความหลากหลาย.....	25

การเชื่อมโยงประสานแนวคิดท่ามกลางความหลากหลาย HA:HPH:UC/PCU

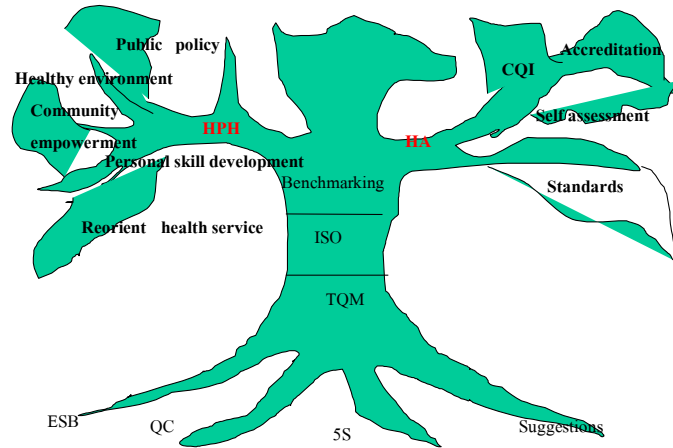
ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ DrPH *

ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงที่กำลังวุ่นวายอยู่ในระบบบริหารสาธารณสุขของประเทศไทย บน กระแส “คิดใหม่ ทำใหม่” เช่น โครงการ 30 บาท โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในความเป็นจริง การเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นไม่ได้เพิ่งเกิดขึ้น แต่ได้เริ่มเข้ามาในช่วง 10-15 ปี ที่ผ่านมา ทั้งในประเทศไทย และใกล้เคียง ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องธรรมดาของคนทำงานสาธารณสุข แต่อาจไม่ธรรมดาในกลุ่มคนทำงานใน โรงพยาบาล ทั้งนี้เพราะคนทำงานโรงพยาบาลเน้นการทำงานเพื่อให้คนไข้หายจากโรค ดังนั้นบุคลากรใน ส่วนโรงพยาบาลจึงทำงานหนัก ในการติดตามวิวัฒนาการทางคลินิกและพัฒนาทักษะในการรักษาโรค เป็น กระแสการเปลี่ยนแปลงที่มากกระตุ้นให้เกิดการทำงานแบบใหม่ ที่เรียบง่ายกว่าที่ทำอยู่ บนแนวคิดใหม่ซึ่ง เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพดี ทำให้คนในโรงพยาบาลต้องมีการ “การเรียนรู้เพื่อการปรับตัว” เป็นสำคัญ การเรียนรู้เป็นหัวใจของโรงพยาบาลคุณภาพหรือองค์กรคุณภาพตามที่เราราบกันดี ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงทั้งหลายจึงเป็นเรื่องที่คนในโรงพยาบาลต้องเรียนรู้ คำถาม คือ เรียนรู้อะไร ถ้าจะตอบ ตามหลักพุทธศาสนาก็คือการเรียนรู้ให้ถึง “แก่น” ของการเปลี่ยนแปลงนั่นเอง

อะไรคือแก่นของการเปลี่ยนแปลงในครั้งนี้

ถ้าจะพิจารณากันให้ดี การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เกิดจากอิทธิพลของกระแสเศรษฐกิจ และ การเมืองเป็นสำคัญ โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพเกิดหลังจากการมีโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลในประเทศไทยประมาณ 3-5 ปี แต่แนวคิดของการเป็นโรงพยาบาลที่ต้องมีกิจกรรมเพื่อให้ ผู้รับบริการมีสุขภาพดีนั้นได้มีมาตั้งแต่การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกิเชกแล้ว เพียงแต่กระบวนการในการพัฒนาให้โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ อาจยังไม่ เน้นประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพมาก แต่หากท่านได้เคยรับฟังแนวคิด เรื่องต้นไม้คุณภาพ ของ นพ. วีระ อิงคะภาสกร ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งได้นำเสนอภาพต้นไม้ไว้ ดังนี้

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และรองคณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อภิปรายในการ ประชุมระดับชาติ เรื่อง “การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” ครั้งที่ 3 วันที่ 23 มกราคม 2545 ณ ศูนย์ ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์



เมื่อหันมาพิจารณาเกณฑ์การเป็นโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ ตามกลยุทธ์ออตตาวา และ ประเทศจาร์การ์ตา จะพบว่า “การทำงานระบบคุณภาพ” เป็นหนึ่งในเกณฑ์การเป็นโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพอยู่แล้ว แก่นของการเปลี่ยนแปลงในครั้งนี้ จึงอยู่ที่ “โรงพยาบาลคุณภาพ คือ โรงพยาบาลที่สร้างเสริมสุขภาพให้ผู้รับบริการ ได้รับการบริการที่มีคุณภาพ และปลอดภัย” นั่นเอง ดังนั้น หากบุคลากรของโรงพยาบาลตระหนักถึงความเป็นจริงของหลักการนี้ก็นับว่าเป็นการเรียนรู้เพื่อการปรับตัวที่สำคัญประเด็นที่หนึ่ง

การเรียนรู้เพื่อการปรับตัวประเด็นที่สอง คือ การหาคำตอบให้กับคำถามที่ว่า “การเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพกับการเป็นโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ จะเป็นเรื่องเดียวกันได้อย่างไร” โรงพยาบาลที่มีคุณภาพ มีกลไกในการทำงานที่เน้นการทำงานเป็นทีม โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการทำงานเป็นทีมในที่นี้ นอกจากจะเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพแล้ว ยังต้องเป็นทีมงานของระบบบริการทั้ง IPD / OPD และชุมชนด้วย จึงจะส่งผลให้เกิดการทำงานที่บรรลุวัตถุประสงค์ของการบริการที่มีคุณภาพ นั่นคือ การที่ผู้ป่วยหายจากโรค และไม่กลับมาเป็นอีก

เมื่อพิจารณาระบบการทำงานของโรงพยาบาลคุณภาพ ทีมงานที่ควรสร้างให้เกิดขึ้น และสามารถทำงานร่วมกันได้ ไม่ว่าจะเป็น patient care team หรือ cross-functional team ก็หน้าที่จะรวมทีมงานที่มาจากระบบบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายในชุมชนด้วย เพื่อช่วยกันทำงานให้เกิดการประกันคุณภาพว่า ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้และไม่กลับมาป่วยซ้ำ อันเนื่องมาจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิต เมื่อกลับไปบ้านแล้ว ทำอย่างไรให้เกิดทีมงานที่ขยายวงกว้างได้ขนาดนี้ ในยุคปัจจุบัน คงไม่มีใครถามคำถามนี้ เพราะโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค หรือภาษาในวงการ คือ UC และ PCU ได้เกิดขึ้น เพื่อมาช่วยเราอยู่แล้ว ดังนั้น โรงพยาบาลคุณภาพ ควรมีการพิจารณาองค์ประกอบทีมงานใหม่ ซึ่งทราบว่าได้เกิดขึ้นแล้ว ในหลายโรงพยาบาล

วิธีการรวมกันอย่างไร

วิธีการรวมกันเป็นเรื่องที่สำคัญกว่า เพราะในแนวคิดของหลายคน จะนึกถึง “การส่งต่อ” ที่มีอยู่เดิมว่าเป็นการทำงานที่คนในโรงพยาบาล ร่วมกับคนในระบบบริการสาธารณสุขอื่น ๆ อยู่แล้ว จากผลการวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า การใช้กิจกรรม AIC ช่วยให้ทีมงานรวมกันได้ง่ายขึ้น เพราะเป็นภาพพื้นที่ที่อยู่บริการรวดเร็ว การผสมผสานเป็นเนื้อเดียวกัน จึงเกิดขึ้นอย่างมีศักดิ์ศรี และเพื่อการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และครอบครัวอย่างแท้จริง

นอกเหนือจากการใช้กระบวนการ AIC เพื่อหาความต้องการของผู้รับบริการแล้ว เครื่องมือที่จะช่วยให้เกิดการดำเนินงานเป็นทีมได้ อย่างมีศักดิ์ศรี และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอีกอย่างหนึ่ง คือ การทำ discharge planning ซึ่งมีความหมายตามที่ การวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องของวิชาชีพพยาบาล (กองการพยาบาล, 2539) แต่ปรับกระบวนการสร้างและใช้ให้มีความเป็นสหวิชาชีพ และต่อเนื่องทั้งทีมงานในโรงพยาบาลและทีมบริการปฐมภูมิด้วย ผลการวิจัยเบื้องต้น เพื่อพัฒนารูปแบบการทำ discharge planning ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้ชี้ให้เห็นประเด็นการเรียนรู้ที่ว่า

- 1) โรงพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยได้ระดับหนึ่งแล้ว ผู้ป่วยคงต้องดูแลตนเองเพื่อให้อยู่ได้ในวิถีชีวิตเดิมของเขา อันจะนำไปสู่การไม่ป่วยกลับซ้ำ ดังนั้น ทีมงานจำเป็นต้องส่งต่อหรือทำการร่วมกับผู้ให้บริการในพื้นที่เขตเมืองหรือชุมชน ระดับบริการปฐมภูมิ ซึ่งในการส่งต่อนั้น จำเป็นต้องมีข้อมูลที่ครอบคลุมความต้องการผู้ป่วย และบริการที่โรงพยาบาลจัดให้ไปแล้ว เพื่อให้ทีมงานในระบบบริการปฐมภูมิได้ดำเนินการต่อเนื่อง มีคุณภาพเชิงวิชาชีพ
- 2) การทำ discharge planning ทำขึ้นเพื่อเป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่บ้าน และต่อเนื่องแบบครบองค์รวม กาย ใจ สังคม เศรษฐกิจ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้น กระบวนการทำ discharge planning ควรเน้นการร่วมคิด ร่วมทำของสหสาขาวิชาชีพ และของทุกระบบบริการของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยรายนั้นๆ
- 3) การทำ discharge planning คือ กิจกรรมที่ช่วยให้แผนการดูแลผู้ป่วย (GPG / CareMap) ที่กำหนดไว้อย่างเป็นทางการมาตรฐานวิชาชีพ โดยผู้ให้บริการนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับความต้องการ และความจำเป็นในผู้ป่วยแต่ละคน และนอกจากนี้ยังสามารถผสมผสานแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกฝนและเกิดการเรียนรู้ตั้งแต่ขณะอยู่ในโรงพยาบาล อันจะส่งผลให้การสร้างเสริมสุขภาพที่ระดับบริการปฐมภูมิเกิดขึ้นได้สะดวก และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการมากขึ้นด้วย ทั้งนี้ เพราะรูปแบบการทำ discharge planning ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้เกิดมาจากการทำงานร่วมกันของวิชาชีพต่าง ๆ จากทุกกลุ่มงาน และระบบบริการ และมีการทดลองใช้ จนเกิดรูปแบบแบบฟอร์มที่ได้รับการปรับปรุงมาถึง 5 ครั้งแล้ว

ผลการวิจัยพัฒนาเบื้องต้น ชี้ให้เห็นว่า แบบฟอร์มนี้ ช่วยให้เจ้าหน้าที่คิดเป็นระบบ วางแผนการดูแลเป็นองค์รวมมากขึ้น สามารถมองเห็นแนวทางในการผสมผสาน “การสร้างเสริมสุขภาพ” ให้แก่ผู้ป่วย

ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และเพื่อกลับบ้านง่ายขึ้น (รายงานการประเมินผลการใช้แบบฟอร์ม discharge planning รพ.พระมงกุฎเกล้า, 2544) โครงการพัฒนาการใช้ discharge planning ของ รพ. พระมงกุฎเกล้า ยังคงอยู่ระหว่างดำเนินการเพื่อประเมินประสิทธิผลของการผสมผสานการสร้างเสริมสุขภาพ และการเกิดคุณภาพบริการที่แท้จริงต่อไป

อะไรจึงใจให้เกิดแนวคิดและพัฒนารูปแบบและเครื่องมือในการผสมผสาน

สืบเนื่องจากการดำเนินงานด้านการพัฒนาโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพให้กองโรงพยาบาลภูมิภาค ที่มงานได้ดำเนินการมาจนถึงขั้นร่วมกันกำหนดเกณฑ์มาตรฐานการทำงานและเมื่อนำไปทดสอบการใช้งาน พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใน 26 โรงพยาบาลของโครงการทดลองระบุเป็นเสียงเดียวกันว่า “ขอให้ผสมผสาน “ (รายงานการประชุมติดตามความก้าวหน้าของโครงการโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ, พศ. 2544) โดยให้เหตุผลว่า เพราะเป็นการทำงานเรื่องเดียวกัน คือ บริการที่มีคุณภาพ ผู้รับบริการมีสุขภาพดี และปลอดภัย และได้รับการประเมินไปด้วย ทีมผู้ประเมินดูเพิ่มอีกเพียงเล็กน้อย และที่ระบุในเกณฑ์มาตรฐานที่มีอยู่บ้างแล้วอาจปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมได้ โรงพยาบาลจะได้ไม่สับสน และทำงานหลายรอบ

แนวคิดในการทำงานของผู้บริหารในปัจจุบัน ได้เปลี่ยนจากการบริหาร “ งาน “ มาเป็นบริหาร “คน” ดังนั้นการที่จะทำให้คนทำงานที่มีคุณภาพ ผู้บริหารควรสร้างบรรยากาศให้คนทำงานมีความสุข ดังคำกล่าวในปาฐกถาพิเศษ ของนายแพทย์วิวัฒน์ วิริยกิจจา ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในงานประชุมวิชาการสาธารณสุขแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ระหว่างวันที่ 19-21 พฤศจิกายน 2544 ดังนั้นการตอบสนองความต้องการของบุคลากร การทำตามเสียงเรียกร้องของ 26 โรงพยาบาล จึงเป็นเรื่องที่สมควรทำ

ถ้าไม่ทำจะเกิดอะไรขึ้น

ผลกระทบโดยตรง คือ “ พฤติกรรมบริการ “ ของผู้ให้บริการจะยังคงแยกส่วนระหว่าง ทีมงาน HA และทีมงาน HPH (HA คือ โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HPH คือ โครงการโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ) พฤติกรรมบริการ ที่ผสมผสานการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ให้บริการอาจเกิดได้เข้าไปและไม่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ หรือ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค งานกลายเป็นการบริการแยกส่วนไป ในที่สุดการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมาย คือ พ.ร.บ. สุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ คือ การหมดตัวของรัฐบาล เนื่องจากหนี้ท่วมท้น และเมื่อวันนั้นมาถึงทุกคนจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงและเปลี่ยนอย่างขาดความสุขและศักดิ์ศรีของความเป็นวิชาชีพ และหมดความหมายของการเป็นคนโดยสิ้นเชิง ดังคำกล่าวที่ว่า

เกิดเป็นคนเป็นอะไรได้หลายอย่าง
เป็นครู เป็นเรือจ้าง นั้นแสนง่าย
แต่เป็นไปไต่ยากลำบากกาย
เป็นคนที่มีความหมายกับทุกคน

ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ .(2544) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสร้างเสริมสุขภาพ ในระบบบริการปฐมภูมิ :โรงพิมพ์พิษณุโลกเปเปอร์แอนด์ซัพพลาย: พิษณุโลก

ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2544) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ,2544.

ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2544).รายงานเบื้องต้นการวิจัยพัฒนารูปแบบการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ของรพ.พระมงกุฎเกล้า เอกสารอัดสำเนา ,2544.

เบญจมาศ ประไพพงษ์. (2544) ประสิทธิผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ รพ.เสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ,2544 .

กองการพยาบาล. (2539) แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สิงหาคม 2539.

บริการปฐมภูมิ: บริการสุขภาพ ใกล้เคียง ใกล้ใจ

โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

บริการปฐมภูมิ คืออะไร

กว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา ภายใต้แนวคิดใหญ่ขององค์การอนามัยโลกที่มีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมุ่งเน้นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ฟังตนเองได้ สามารถเข้าถึงบริการ และยอมรับได้ทั้งในด้านสังคมและเศรษฐกิจ ระบุว่าบริการปฐมภูมิ หรือ primary care มีใช้บริการรักษาพยาบาลที่เป็นการคัดกรองโรคเบื้องต้น แต่เป็นบริการผสมผสานที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับประชาชนในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการ

คำจำกัดความที่สมบูรณ์ของบริการปฐมภูมิในช่วงเวลาจากนี้ไป ควรจะต้องหมายถึง “การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยประยุกต์ความรู้ทั้งด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะที่ผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองได้ในยามที่เจ็บป่วย”

เกี่ยวข้องกับ “บริการด่านแรก” และ “เวชศาสตร์ครอบครัว” อย่างไร

คำว่า “บริการปฐมภูมิ” นี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับคำที่มีความหมายใกล้เคียงกันอีก 2 คำ คือ บริการด่านแรก และ เวชปฏิบัติครอบครัว ถ้าพิจารณาดูรายละเอียดจะพบว่าคำทั้ง 3 คำนี้มีความเชื่อมโยงและซ้อนกันอยู่อย่างแยกไม่ออก

กล่าวคือ หากมองที่ลำดับขั้นของบริการสุขภาพ บริการปฐมภูมิก็จะทำหน้าที่เป็นบริการด่านแรก เป็นด่านแรกในมุมมองของสถานพยาบาล ในขณะที่ถ้ามองถึงเนื้อหาของศาสตร์วิชาที่ใช้ ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพสุขภาพที่ไม่มีความซับซ้อนมากในด้านการแพทย์ แต่มีความลึกซึ้งในเชิงความเข้าใจความเป็นคน ศาสตร์ที่ควรนำมาใช้คือ เวชปฏิบัติครอบครัวหรือเวชปฏิบัติทั่วไป ที่เน้นการประสานเชื่อมโยงในแนวราบ เน้นการสื่อสาร การสร้างสัมพันธ์ภาพกับประชาชน และการประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์ที่เข้ากับชีวิต

ในการสร้างระบบบริการปฐมภูมิ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรยึดถือคำจำกัดความที่กล่าวไว้ข้างต้นซึ่งมีความหมายครอบคลุมมากที่สุด

ลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรจะเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีลักษณะสำคัญในด้านต่างๆ ต่อไปนี้

1. เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ผสมผสานทั้งด้านการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ โดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม
2. เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ จิตวิทยา และด้านเศรษฐกิจ
3. เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพในเชิงรุก เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน
4. ให้บริการประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงฟื้นฟูสุขภาพ ร่วมกับการจัดทำระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต
5. ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดบริการ อาทิ สถานพยาบาลเฉพาะด้านต่างๆ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองท้องถิ่น

หน้าที่ของบริการปฐมภูมิ

1. เป็นที่ปรึกษา ช่วยสร้างความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนและชุมชนในลักษณะผสมผสาน เช่น หากเห็นว่าผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้ยา เจ้าหน้าที่ก็ควรที่จะแนะนำวิธีการดูแล การปฏิบัติตนที่เหมาะสม แต่หากต้องรักษาหรือต้องใช้ยาในขอบเขตที่หน่วยบริการปฐมภูมิดูแลได้ เจ้าหน้าที่ควรต้องทำหน้าที่ดูแลและรักษาพยาบาลอย่างผสมผสาน ถ้าไม่สามารถทำเองได้ หรือทำแล้วยังไม่ครอบคลุม ก็จะต้องทำหน้าที่ส่งต่อ หรือประสานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

2. ให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจและสังคมแก่ผู้มาใช้บริการในระดับต้นที่ผสมผสานกับบริการทางกาย หรือเป็นบริการเฉพาะ

3. ประเมินชุมชนอย่างรอบด้านแล้วนำมาวางแผนพัฒนาบริการให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการและปัญหาของประชาชน ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ควรสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ให้ความรู้ ฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพบางอย่าง รู้จักสังเกตและติดตามอาการอย่างเหมาะสม รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

4. ให้การดูแลบริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถประยุกต์หรือปรับวิธีการดูแลนี้ให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่และวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่บ้านอย่างเหมาะสม

5. ประสานบริการกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอย่างต่อเนื่องและผสมผสาน รวมถึงรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการระดับอื่น ในระยะเวลาและภายใต้สถานการณ์ที่เหมาะสม

ผลลัพธ์ของบริการปฐมภูมิ

การปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จ มีเป้าหมายคือ

- ให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ในระดับฉุกเฉินเบื้องต้น
- ให้บริการสุขภาพพื้นฐานในระดับบุคคล ครอบครัว
- ความสามารถในการดูแลสุขภาพประชาชนทุกคน คือ ทั้งร่างกาย จิตใจ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับสังคม
- ความสามารถในการรับผิดชอบด้านสุขภาพร่วมกับประชาชน ทั้งในเชิงรับและเชิงรุก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การปรับสิ่งแวดล้อม การติดตามสภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง และปัญหาสุขภาพสำคัญในพื้นที่
- เป็นหน่วยเชื่อมต่อระหว่างประชาชน ชุมชน และระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาบริการปฐมภูมิ

การพัฒนาบริการปฐมภูมิที่ดี ต้องอาศัยองค์ประกอบหลักที่จำเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการจัดบริการ

- มีประชากรในความรับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อเป็นเป้าหมายของการวางแผน จัดบริการ และประเมินผล
- มีทีมงานที่สามารถให้บริการผสมผสาน ซึ่งมีขนาดไม่เล็กหรือไม่ใหญ่เกินไป สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ และให้บริการทางเทคนิคได้อย่างเหมาะสม
- ทีมงานมีความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ติดตามผู้รับบริการ สัมผัสและเข้าใจชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน โดยเจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่อไปนี้
 - แนวคิดแบบองค์รวม
 - สามารถประเมินสภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน
 - ให้บริการเบื้องต้นอย่างผสมผสานได้
 - ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยมีส่วนร่วมจากประชาชน
 - ส่งต่อและประสานงานได้อย่างเหมาะสม
 - มีทักษะในการสอน ให้ความรู้ และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพให้ประชาชน
 - วางแผนระดับปฏิบัติการและการประเมินผลเฉพาะพื้นที่

2. ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีประสิทธิภาพ

- ที่ตั้งอยู่ใกล้ชิดชุมชน องค์ประกอบของสถานพยาบาลคำนึงถึงความสะดวกในการไหลเวียนของผู้รับบริการ สอดคล้องกับบทบาทและภารกิจ

- ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ทั้งข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ข้อมูลการเจ็บป่วย และข้อมูลเพื่อการดูแลระยะยาว
- การจัดระบบการเงินการคลัง เพื่อไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงของประชาชน ไม่เกิดการใช้บริการมากเกินไป และสถานพยาบาลอยู่รอดได้
- การเชื่อมโยงกับบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การส่งต่อ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเชื่อมโยงด้านสังคมสงเคราะห์
- แบ่งภาระงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลให้ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน ปรับให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยไม่มีช่องว่าง

3. ปัจจัยที่สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิ

- ทีมงานสนับสนุนที่เข้าใจแนวคิด
- ระบบบริหารจัดการมีความคล่องตัว ยืดหยุ่น มีอำนาจตัดสินใจให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน สามารถพัฒนางานด้วยตนเอง
- การสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างพอเพียง
- การพัฒนาผู้ปฏิบัติทั้งในด้านทัศนคติ องค์กรความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ
- การเชื่อมต่อของระบบส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูล กับโรงพยาบาล
- จัดระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บริการมีประสิทธิภาพ

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิ

องค์รวม

องค์รวม หรือ holistic หรือ wholism มาจากรากศัพท์ภาษากรีกที่ว่า holos ซึ่งหมายถึง ความเป็นจริงหรือความสมบูรณ์ทั้งหมดของสรรพสิ่ง มีเอกลักษณ์และเอกภาพที่มีอาจแบ่งแยกเป็นส่วนย่อยได้ คำนี้ถูกนำไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ และในศาสตร์สาขาต่างๆ โดยมุ่งหวังให้เกิดการมองเป้าหมายที่กว้างขวางรอบด้าน สำหรับระบบสุขภาพ สารหลักหรือแนวคิดหลักขององค์รวมมีจุดรวม ดังนี้

- องค์รวมเกิดจากความเข้าใจความหมายของสุขภาพว่า เป็นสภาวะที่สมดุลของกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
- องค์รวมเกิดจากพิจารณาปัจจัยองค์ประกอบที่กระทบต่อสุขภาพอย่างรอบด้าน ได้แก่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม
- องค์รวมในมุมมองที่เชื่อมโยงการดูแลสุขภาพทั้งด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

- องค์รวมในลักษณะที่เชื่อมความสัมพันธ์ของการบริการในแต่ละระดับ และเชื่อมกับระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ

ส่วนคำว่า “การจัดบริการอย่างเป็นองค์รวม” หรือ holistic care มีความหมายเป็นเพียงส่วนหนึ่งของแนวคิด “องค์รวม” คือ หมายถึงการดูแลแบบเชื่อมมิติของความเป็น “คน” ในทุกด้านที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยความสัมพันธ์แบบเข้าอกเข้าใจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ และประสานเชื่อมโยงกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ความต่อเนื่อง

ความต่อเนื่องของบริการสุขภาพมีสามลักษณะ

- การดูแลต่อเนื่องก่อนปัญหาสุขภาพ
- การดูแลต่อเนื่องเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพขึ้นจนกระทั่งปัญหาสิ้นสุด
- การดูแลต่อเนื่องระหว่างปัญหาหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ความพยายามในการนำแนวคิดเรื่องความต่อเนื่องไปประยุกต์ใช้กับบริการสุขภาพ เช่น พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้เป็นฐานข้อมูลที่ประกอบด้วยข้อมูลที่จำเป็นในการติดตามดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้ตั้งแต่เกิดจนตาย การพัฒนาทีมสุขภาพให้มีลักษณะเป็นเจ้าของและมีความเป็นประจำในการดูแลโดยมีเป้าหมายที่ความต่อเนื่องของการให้บริการ

ความเสมอภาค

ความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพ คือการบริการที่ประชาชนซึ่งมีความจำเป็นที่เท่ากัน พึงได้รับอย่างเท่าเทียมกัน การพัฒนาบริการสุขภาพให้เกิดมิติของบริการที่มีความเสมอภาคนั้นสามารถทำได้โดย

- ด้านบริการ จัดให้มีบริการพื้นฐานตามความจำเป็นของประชาชนอย่างครอบคลุมทั่วถึง ให้มีลักษณะเป็นทางเลือกที่หลากหลาย จัดให้มีระบบประกันคุณภาพเพื่อให้บริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน
- ภาคประชาชน จัดให้มีระบบการประกันสิทธิประโยชน์ของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พร้อมทั้งพัฒนากลไกการจ่ายเงินให้ยืดหยุ่นเหมาะสม พอดีกับความสามารถในการจ่ายของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วม หมายถึง การร่วมมือร่วมใจ การประสานงาน ความรับผิดชอบ หรืออาจหมายถึงการทำงานร่วมกับกลุ่มเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความตั้งใจ

ความเข้าใจเบื้องต้น

- สุขภาพเป็นสิทธิของประชาชน สิทธิที่จะเป็นผู้เลือกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยบทบาทของรัฐคือการสนับสนุน ส่งเสริม สร้างโอกาส ไม่ใช่การบังคับหรือสั่งการ

- การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพสำหรับภาครัฐหรือหน่วยบริการในฐานะหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ ซึ่งทำได้โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมในกิจกรรมของหน่วยบริการ หรือการที่หน่วยบริการไปร่วมพัฒนาภาวะสุขภาพของประชาชน
- การปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน
- ต้องสร้างให้เป็นระบบ ทั้งวิธีการและรูปแบบ มีช่องทางให้ประชาชนพิจารณาเลือกวิธีการหรือรูปแบบได้เองตามความเหมาะสม
 - สร้างกลไกสะท้อนความต้องการ รูปแบบ หรือวิธีการที่ประชาชนต้องการเข้ามาร่วม
 - มีเงื่อนไขสำคัญ คือ มีอิสระภาพ มีความสามารถที่จะมีส่วนร่วม เต็มใจที่จะร่วม

(ร่าง) มาตรฐานและเกณฑ์การประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ

มาตรฐานและเกณฑ์การประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมินี้ จัดทำขึ้นด้วยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กับ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยอาศัยเนื้อหาแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้จัดทำขึ้น มาตรฐานของสถานีนามัย และมาตรฐานบริการปฐมภูมิที่สำนักเครือข่ายพัฒนาบริการสุขภาพได้จัดทำขึ้น เน้นในส่วนที่เป็นผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นและมีความเป็นไปได้ในระยะเวลาอีกไม่นานนัก

วัตถุประสงค์ของมาตรฐานและเกณฑ์การประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมินี้ ได้แก่

1. เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิได้เห็นประเด็นสำคัญของการจัดบริการปฐมภูมิ และสามารถจัดลำดับความสำคัญของบริการหรือกิจกรรมที่จะต้องจัดให้มีขึ้น โดยมีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและทรัพยากรที่มีอยู่
2. เพื่อให้หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care, CUP) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิในความดูแล
3. เพื่อให้ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลคุณภาพบริการปฐมภูมิในระดับจังหวัด ใช้เป็นแนวทางในการกำกับดูแล และกระตุ้นส่งเสริมการพัฒนา

มาตรฐานและเกณฑ์ประเมินฉบับนี้มิได้ให้รายละเอียดในวิธีการปฏิบัติ ซึ่งมีความหลากหลาย และมีความพยายามในการทดลองรูปแบบต่างๆ มากมาย ซึ่งผู้รับผิดชอบควรทบทวนแนวทางที่มีอยู่แล้ว และติดตามความสำเร็จของความคิดริเริ่มต่างๆ

เพื่อให้มาตรฐานและเกณฑ์ประเมินฉบับนี้มีความสมบูรณ์และเป็นประโยชน์มากที่สุด ทางผู้จัดทำมีความยินดีที่จะรับฟังข้อเสนอแนะรวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการนำไปใช้จากผู้ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ เพื่อนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ
โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มาตรฐาน 1	หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้การดูแลเบื้องต้นสำหรับภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้บริการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพพื้นฐานที่พบบ่อยได้ตามแนวทางหรือมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ ในลักษณะการดูแลผสมผสานและเป็นองค์รวม
-----------	---

เกณฑ์ 1	หน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถประเมินความจำเป็นและความต้องการของผู้มารับบริการ
หลักฐาน	เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายวิธีการประเมินความต้องการ และความจำเป็นของผู้มารับบริการทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้ (สัมภาษณ์)
	มีบันทึกความต้องการของผู้มารับบริการ (ดูบันทึก)
	ผู้รับบริการได้มีโอกาสสะท้อนความต้องการในการรับบริการ (สัมภาษณ์ผู้รับบริการ)

เกณฑ์ 2	หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถประเมิน พิจารณาส่งต่อ ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน/เร่งด่วน ได้อย่างเหมาะสม
หลักฐาน	เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมหรือมีประสบการณ์ด้านการดูแลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน/เร่งด่วน และได้รับการฟื้นฟูความรู้ตามความจำเป็น (สัมภาษณ์ ดูบันทึก)
	เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายวิธีดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน/เร่งด่วน ที่พบบ่อยในพื้นที่ (สัมภาษณ์)
	มีเครื่องมือ เครื่องใช้ และเวชภัณฑ์สำหรับการดูแลที่มีภาวะฉุกเฉิน/เร่งด่วน เพียงพอ (สังเกต)
	มีคู่มือปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน/เร่งด่วน (ดูคู่มือ)
	มีการทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน/เร่งด่วน (ดูบันทึก)

เกณฑ์ 3	หน่วยบริการปฐมภูมิให้บริการตามแนวทางหรือมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับทั้งโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง
หลักฐาน	เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายได้ว่าใช้แนวทางหรือมาตรฐานใดช่วยในการตัดสินใจ (สัมภาษณ์)
	ไม่มีหลักฐานในบันทึกเวชระเบียนที่แสดงให้เห็นว่าบริการที่ให้แกผู้ป่วยนั้นขัดแย้งกับแนวทางหรือมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ (ทบทวนเวชระเบียน)
	มีการทบทวนประสิทธิภาพการบริการที่ได้ให้ไปแล้วกับผู้ประกอบวิชาชีพในระดับสูงกว่าหรือระดับเดียวกัน (ดูบันทึก)
	มีการติดตามความต่อเนื่องของผู้มารับบริการ (ดูบันทึก)
	มีการทบทวนสภาพของผู้รับบริการและแผนการดูแล (ดูบันทึก, สัมภาษณ์)

เกณฑ์ 4	หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้บริการตรวจชั้นสุตรที่จำเป็นได้
หลักฐาน	มีเครื่องมือ อุปกรณ์ นํ้ายา สำหรับการตรวจชั้นสุตรที่จำเป็น ¹ (สังเกต)
	เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมวิธีการตรวจชั้นสุตร (ดูบันทึก)
	มีการเก็บวัสดุส่งตรวจอย่างถูกต้อง ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจชั้นสุตรได้เอง (สัมภาษณ์ สังเกต)
	มีการติดตามผล และนำผลไปใส่ในแฟ้มข้อมูลของผู้ใช้บริการ (ดูบันทึก)

เกณฑ์ 5	หน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบการทำให้ปราศจากเชื้อและป้องกันการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ
หลักฐาน	มีเครื่องมือ นํ้ายา เพื่อเตรียมอุปกรณ์/เครื่องมือ ให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม (สังเกต)
	มีการใช้ sterile technique ที่ถูกต้องในการทำแผล ฉีดยา ผ่าตัด
	มีการให้คำปรึกษาและตรวจสอบระบบการทำให้ปราศจากเชื้อและป้องกันการติดเชื้อ โดยพยาบาลวิชาชีพ (ดูบันทึก)
	ผู้รับบริการไม่ติดเชื้อจากการทำหัตถการ (ดูบันทึก, สังเกต)

เกณฑ์ 6	หน่วยบริการปฐมภูมิให้ความรู้และคำแนะนำในการใช้ยา/การปฏิบัติตัวแก่ผู้รับบริการ เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถดูแลตนเองได้
หลักฐาน	เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายแนวทางการให้ความรู้และคำแนะนำในการใช้ยาและการปฏิบัติตัวสำหรับโรคที่พบบ่อย (สัมภาษณ์)
	ผู้รับบริการสะท้อนหรือระบุว่าได้รับความรู้และคำแนะนำในการใช้ยา/การปฏิบัติตัว (สัมภาษณ์ครัวเรือน)
	มีสื่อที่ให้ความรู้หรือข้อมูลการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และสะดวกในการเข้าถึง สำหรับผู้มารับบริการในสถานพยาบาล (สังเกต)
	มีการจัดกิจกรรมสุขศึกษาในสถานพยาบาลแก่กลุ่มเป้าหมาย โดยประยุกต์ให้เหมาะกับสภาพชีวิตจริงของประชาชน (สัมภาษณ์)

¹ เช่น ตรวจน้ำตาลและไขขาวในปัสสาวะ, ตรวจ hematocrit หรือ hemoglobin, ตรวจการตั้งครรภ์, ตรวจซีฟิลิส, ตรวจหาเชื้อมาลาเรีย ไขพยาธิ ด้วยกล้องจุลทรรศน์

เกณฑ์ 7	หน่วยบริการปฐมภูมิมีบริการให้คำปรึกษา (counseling) ที่จำเป็น หรือส่งต่อไปรับคำปรึกษา
หลักฐาน	เจ้าหน้าที่สามารถระบุข้อบ่งชี้ที่ต้องมีการให้คำปรึกษาหรือส่งต่อไปรับคำปรึกษา (สัมภาษณ์)
	มีบันทึกข้อมูลและผลการให้คำปรึกษาที่แสดงว่าผู้รับบริการมีโอกาสเปิดเผยความรู้สึก และค้นหาปัญหาของตนเอง (ดูบันทึก)

เกณฑ์ 8	หน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบส่งต่อเพื่อรับบริการในระดับที่สูงขึ้น เมื่อเกินขีดความสามารถ
หลักฐาน	เจ้าหน้าที่สามารถระบุข้อบ่งชี้ที่ต้องมีการส่งต่อ (สัมภาษณ์)
	มีบันทึกข้อมูลแสดงการดูแลก่อนส่งต่อที่เหมาะสม (ดูบันทึก)
	มีการติดตามผลของการส่งต่อ (ดูบันทึก ไปส่งตัว/ใบตอบกลับ)

เกณฑ์ 9	หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการแก้ปัญหา ความเจ็บป่วยที่พบบ่อยในช่องปาก เช่น โรคฟันผุ และโรคปริทันต์ โดยการให้บริการทันตกรรมด้านการอุดฟัน ขูดหินปูน และถอนฟันในกรณีปกติที่ได้มาตรฐาน
หลักฐาน	เจ้าหน้าที่ได้รับการศึกษาและฝึกอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขยอมรับ
	มีเครื่องมือและอุปกรณ์ตามมาตรฐานการให้บริการทันตกรรม (อ้างอิงตาม CPG)
	มีการฝึกแปรงฟันอย่างถูกวิธีแก่ผู้รับบริการทันตกรรม พร้อมแบบบันทึกประสิทธิภาพการแปรงฟัน

มาตรฐาน 2	หน่วยบริการปฐมภูมิให้บริการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย
------------------	--

เกณฑ์ 1	หน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถประเมินความจำเป็นและความต้องการของผู้มารับบริการ
หลักฐาน	เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายวิธีการประเมินความต้องการ และความจำเป็นของผู้มารับบริการได้ (สัมภาษณ์)
	มีบันทึกความต้องการของผู้มารับบริการ (ดูบันทึก)
	ผู้รับบริการได้มีโอกาสสะท้อนความต้องการในการรับบริการ (สัมภาษณ์ผู้รับบริการ)

เกณฑ์ 2	มีการให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยด้วยตนเอง
หลักฐาน	มีสื่อเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบบ่อย ซึ่งง่ายต่อการทำความเข้าใจ และสะดวกในการเข้าถึง (สังเกต)
	เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายวิธีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยที่จำเป็น (สัมภาษณ์)
	ผู้รับบริการสะท้อนหรือระบุว่าได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย (สัมภาษณ์ครัวเรือน)
	มีบันทึกข้อมูลการจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค (ดูบันทึก)

เกณฑ์ 3	มีการให้บริการป้องกันโรคและค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก² แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการและครอบครัว
หลักฐาน	เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายแนวทางการให้บริการป้องกันโรคและค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก ควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ (สัมภาษณ์)
	มีระบบบันทึกและเตือนความจำ (reminder system) เพื่อให้บริการป้องกันโรคและค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกอย่างเป็นระบบ (ดูบันทึก)
	ผู้รับบริการสะท้อนหรือระบุว่าได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับบริการป้องกันโรคและค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก (สัมภาษณ์ครัวเรือน)

² เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อ้วน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม วัณโรค โรคหัวใจ โรคจากการบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์

มาตรฐาน 3	หน่วยบริการปฐมภูมิให้บริการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมตลอดทุกช่วงอายุของประชาชน
------------------	---

เกณฑ์ 1	มีการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างครบถ้วน เพื่อเป้าหมาย “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย”
หลักฐาน	หญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ตามมาตรฐาน ³ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (ดูบันทึก)
	มีระบบค้นหาภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของหญิงมีครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ (ดูบันทึก และข้อมูลจากโรงพยาบาล)
	มีบริการทำคลอดที่ปลอดภัย (สังเกต ⁴) หรือระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ (ดูสถิติ/ใบส่งตัวกลับ)
	ผู้รับบริการระบุว่าได้รับการดูแลและให้คำแนะนำแก่มารดาหลังคลอด ⁵ (สัมภาษณ์ครัวเรือน)
	เจ้าหน้าที่สามารถระบุผลลัพธ์ของการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอด (ดูสถิติอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกในเขตพื้นที่รับผิดชอบ)

เกณฑ์ 2	มีการดูแล ส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการของทารกและเด็กก่อนวัยเรียน
หลักฐาน	เด็ก 0-5 ปีได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์ ⁶ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 (ดูบันทึกและสถิติความครอบคลุม)
	มีการติดตาม/เฝ้าระวังพัฒนาการและภาวะโภชนาการของทารกและเด็กอย่างสม่ำเสมอ ⁷ (ดูบันทึกและสถิติความครอบคลุม)
	มีการให้อาหารเสริมแก่เด็กขาดสารอาหารระดับ 3, 2 และ 1 (ดูบันทึก)
	มารดาได้รับความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดปาก ฟัน และการเลือกอาหารที่เหมาะสม (สัมภาษณ์ครัวเรือน)

³ การตรวจร่างกาย การตรวจเลือด/ปัสสาวะ การให้วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก การให้ความรู้ การให้ยา การให้อาหารเสริม (ถ้ามีข้อบ่งชี้)

⁴ สถานที่ อุปกรณ์ การเฝ้าระวังการคลอดโดย labour curve

⁵ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูแลบุตร การวางแผนครอบครัว

⁶ BCG, HB, DPT, OPV, MMR/Measles, JE

⁷ 4 ครั้งในปีแรก, 2 ครั้งในปีที่สอง และปีละครั้งในเด็กที่อายุมากกว่า 2 ปี

เกณฑ์ 3	มีการค้นหาเด็กและเยาวชนที่มีปัญหา เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม
หลักฐาน	มีความร่วมมือกับโรงเรียนเพื่อค้นหาเด็กและเยาวชนที่มีปัญหา ⁸ (ดูบันทึก)
	เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายแนวทางการส่งเด็กและเยาวชนที่มีปัญหาไปรับการรักษาอย่างเหมาะสม (สัมภาษณ์)
	มีการส่งต่อและบำบัดรักษาเด็กและเยาวชนที่มีปัญหาอย่างเหมาะสม (ดูบันทึก)

เกณฑ์ 4	มีบริการวางแผนครอบครัวที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
หลักฐาน	เจ้าหน้าที่สามารถระบุความครอบคลุมและความต่อเนื่องในการคุมกำเนิด ของหญิงวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรสในพื้นที่รับผิดชอบ (สัมภาษณ์ ดูบันทึกความต่อเนื่อง สถิติความครอบคลุม)
	เจ้าหน้าที่สามารถระบุอัตราการใช้วิธีคุมกำเนิดแบบถาวรในครอบครัวที่มีบุตรสองคนขึ้นไป (สัมภาษณ์ ดูสถิติ)

เกณฑ์ 5	มีบริการทันตกรรมป้องกัน⁹ แก่กลุ่มอายุต่าง ๆ อย่างเหมาะสม
หลักฐาน	เจ้าหน้าที่สามารถระบุแนวทาง แผนงาน และผลการจัดบริการทันตกรรมป้องกัน ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ (สัมภาษณ์ ดูสถิติ)

เกณฑ์ 6	มีการป้องกันและดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคจากสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ เพื่อตรวจรักษาอย่างเหมาะสม
หลักฐาน	เจ้าหน้าที่สามารถระบุโรคจากสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ ที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ และแนวทางในการคัดกรองได้ (สัมภาษณ์)
	มีการเฝ้าระวังและติดตามปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ¹⁰ และการประกอบอาชีพ ¹¹ สำหรับพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง (ดูบันทึก)
	มีการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ (สัมภาษณ์ ครีวเรือน)

⁸ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์, ภาวะทุกสันหลังคด, สายตาสั้นผิดปกติ, ปัญหาการได้ยิน, ขาดสารไอโอดีน, โลหิตจาง, ปัญหาสุขภาพจิต, สารเสพติด

⁹ การให้คำแนะนำด้านทันตสุขภาพ, การให้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ, การเคลือบหลุมร่องฟัน

¹⁰ น้ำดื่ม น้ำใช้ อาหาร สารเคมีตกค้าง ขยะมูลฝอย

¹¹ มลภาวะในอากาศ, สารโลหะหนัก, เสียง, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

	มีการคัดกรอง และตรวจรักษาหรือส่งต่ออย่างเหมาะสม (ดูบันทึก ไปส่งต่อ/ไปตอบกลับ)
--	---

เกณฑ์ 7	มีการให้บริการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทอง วัยเจริญพันธุ์
หลักฐาน	เจ้าหน้าที่สามารถระบุแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทองได้ (สัมภาษณ์)
	มีการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจของกลุ่มวัยทอง (สัมภาษณ์)

เกณฑ์ 8	มีการดูแลส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ
หลักฐาน	มีการเฝ้าระวังและติดตามปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคในผู้สูงอายุ ¹² (ดูบันทึก)
	เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายแนวทางการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม (สัมภาษณ์)
	มีการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุ (สัมภาษณ์ครัวเรือน)

¹² โรคความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, โรคหัวใจ, โรคกระดูก

มาตรฐาน 4	ผู้พิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสม
-----------	---

เกณฑ์ 1	มีการค้นหาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้พิการในพื้นที่ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้รับการดูแลจากครอบครัว/ชุมชนตามความเหมาะสม
หลักฐาน	มีรายชื่อผู้พิการในชุมชน และการประเมินสภาพความพิการ (ดูบันทึก)
	เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายแนวทางการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสม (สัมภาษณ์)
	มีการส่งปรึกษาแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางตามความเหมาะสม (ดูบันทึก)
	มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความช่วยเหลือ (ดูบันทึก)
	มีการดูแลต่อเนื่องเพื่อช่วยแก้ปัญหาและส่งเสริมความสามารถให้ครอบครัว/ชุมชนมีบทบาทในการดูแล (สัมภาษณ์ครัวเรือน)
	ผู้พิการสามารถช่วยเหลือตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามควรแก่ศักยภาพ (สังเกตในครัวเรือน)

มาตรฐาน 5	ผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และได้รับการเสริมสร้างศักยภาพเพื่อการดูแลตนเอง
------------------	---

เกณฑ์ 1	มีระบบการดูแลต่อเนื่องในสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ
หลักฐาน	มีระบบนัดหมาย การตรวจสอบและติดตามผู้ที่ไม่มาตามนัด (ดูบันทึก)
	มีบันทึกข้อมูลการให้บริการเอื้อต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ดูบันทึก)
	มีการจัดการที่จะให้ผู้รับบริการได้พบผู้ให้บริการคนเดิมอย่างต่อเนื่อง (ดูตารางการปฏิบัติงานและการนัดหมาย)
	เจ้าหน้าที่สามารถระบุได้ว่าผลการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อหรือต้องนอนโรงพยาบาล เป็นอย่างไร และจะต้องดูแลต่อเนื่องอย่างไร (สัมภาษณ์ ดูใบส่งต่อ/ตอบกลับ)
	มีระบบการติดตามดูแลเยี่ยมบ้าน (สัมภาษณ์, บันทึก)

เกณฑ์ 2	มีการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ¹³ รวมทั้งครอบครัว ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และได้รับการเสริมสร้างศักยภาพเพื่อการดูแลตนเอง
หลักฐาน	เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายกลุ่มเป้าหมายของการเยี่ยมบ้าน วัตถุประสงค์ของการเยี่ยม ความถี่ของการเยี่ยม ข้อบ่งชี้ในการส่งต่อ/ปรึกษา ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (สัมภาษณ์)
	ลักษณะการเยี่ยมบ้านเน้นกลุ่มเป้าหมายและครอบครัวเป็นหลัก ไม่แยกส่วนตามแผนงานบริการ (ดูบันทึก)
	กลุ่มเป้าหมายได้รับการเยี่ยมบ้านครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ...(ดูบันทึก)
	กลุ่มเป้าหมายและครอบครัวมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง (สัมภาษณ์ครัวเรือน)

¹³ ผู้สูงอายุ มารดาและเด็กก่อนวัยเรียน

มาตรฐาน 6	ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความตระหนักในปัญหาสุขภาพของชุมชน และมีความร่วมมือในการแก้ปัญหา
-----------	--

เกณฑ์ 1	มีการค้นหาและวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชนด้วยวิธีการที่เหมาะสม ครอบคลุมมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม
หลักฐาน	เจ้าหน้าที่สามารถระบุปัญหาการเจ็บป่วยสำคัญที่ผู้ป่วยมาใช้บริการได้ (สัมภาษณ์ ทัศนคติ)
	เจ้าหน้าที่สามารถระบุข้อมูลพื้นฐานของชุมชน วิถีชีวิตและศักยภาพของชุมชน ¹⁴ ปัญหาสุขภาพของชุมชน ¹⁵ (สัมภาษณ์)
	มีการวินิจฉัยปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน ¹⁶ (ดูทะเบียนรายชื่อ)
	มีการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างเหมาะสม (ดูบันทึก)

เกณฑ์ 2	มีการเสริมสร้างความสามารถในการพึ่งตนเองของชุมชน และระดมศักยภาพของชุมชนมาแก้ปัญหา
หลักฐาน	มีการให้ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ชุมชนระหว่างการทำกิจกรรมในชุมชน และการทำความเข้าใจกับบุคคลที่เป็นตัวกลางสื่อสารข้อมูล (สัมภาษณ์)
	สมาชิกในชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ ความมั่นใจ ในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย และการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง (สัมภาษณ์)
	ผู้นำ/แกนนำชุมชน สามารถระบุปัญหาสุขภาพของชุมชน และแนวทางที่ชุมชนจะมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (สัมภาษณ์)
	มีการจัดระบบที่ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและพัฒนาชุมชน (ดูบันทึก)

¹⁴ เช่น องค์กรชุมชน แหล่งพึ่งพาด้านสุขภาพ บุคคลที่เป็นตัวกลางสื่อสารข้อมูล

¹⁵ โรคประจำถิ่น ปัญหาสุขภาพิบาลและสิ่งแวดล้อม ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง

¹⁶ จำแนกเป็นกลุ่มด้อยโอกาสที่ต้องได้รับการบริการสุขภาพและสังคม, กลุ่มผู้ป่วยและพิการที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ, กลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, กลุ่มเป้าหมายของบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน)

มาตรฐาน 7	หน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
-----------	--

เกณฑ์ 1	มีระบบข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวม และการปรับปรุงบริการ
หลักฐาน	มีข้อมูลฐานประชากรที่ขึ้นทะเบียน
	มีข้อมูลและเวชระเบียนเพื่อใช้ในการบริการผู้ป่วยต่อเนื่องและเป็นองค์รวม ¹⁷
	มีระบบข้อมูลเพื่อการติดตามผู้ป่วย รวมทั้งเชื่อมโยงบันทึกการดูแลในสถานพยาบาลกับข้อมูลครอบครัวของผู้รับบริการและกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน
	มีระบบข้อมูลเพื่อการกำกับผลงาน ความครอบคลุม คุณภาพงาน
	เจ้าหน้าที่สามารถระบุระดับการยอมรับของชุมชน ¹⁸ และโอกาสพัฒนา จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ (สัมภาษณ์ ดูสถิติ)

เกณฑ์ 2	บุคลากรมีจำนวนเหมาะสม มีขวัญกำลังใจ มีความรู้ ทักษะเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่
หลักฐาน	มีจำนวนบุคลากรตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
	เจ้าหน้าที่สามารถระบุเป้าหมาย ทิศทางการทำงาน กระบวนการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งบทบาทที่แต่ละคนจะมีต่อเป้าหมายนั้น (สัมภาษณ์)
	เจ้าหน้าที่สามารถระบุแนวคิดและแนวทางในการทำงานที่จำเป็น ¹⁹ เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิประสบความสำเร็จ (สัมภาษณ์)
	มีการประเมินความรู้และทักษะที่จำเป็นในการให้บริการพื้นฐานแก่ผู้รับบริการ

¹⁷ ระบุปัญหา/การวินิจฉัยโรค พฤติกรรมเสี่ยง บริการหรือการดูแลรักษาที่ได้ให้ไปในแต่ละครั้ง รวมทั้งการติดตามผลตามความจำเป็น

¹⁸ เช่น ระดับความพึงพอใจ จำนวนผู้ป่วยที่ by pass ไปยังสถานพยาบาลที่สูงกว่า

¹⁹ ทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ วิธีการประเมินสภาพชุมชน ทักษะการทำงานกับชุมชนในลักษณะ facilitator

เกณฑ์ 3	มีระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ
หลักฐาน	มียาที่จำเป็นเพียงพอ รวมทั้งยาฉุกเฉินและ antidote (ดูบัญชีรายการยา)
	มีการเก็บรักษายาเป็นสัดส่วน ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (สังเกต)
	มีเภสัชกรมาให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับระบบบริหารเวชภัณฑ์อย่างสม่ำเสมอ (ดูบันทึก)
	ผู้รับบริการสามารถระบุวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องได้ (สัมภาษณ์ผู้รับบริการหรือครัวเรือน)

เกณฑ์ 4	มีระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลและรับฟังความคิดเห็นของประชาชน
หลักฐาน	ผู้รับบริการสะท้อนหรือระบุว่าได้รับข้อมูลที่จำเป็นและมีประโยชน์ (สัมภาษณ์)
	มีกล่องรับฟังความคิดเห็นของประชาชน
	มีหน่วยประชาสัมพันธ์

เกณฑ์ 5	มีระบบการจัดการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ
หลักฐาน	มีระบบติดต่อสื่อสารกับหน่วยรับส่งต่อในกรณีส่งต่อฉุกเฉิน
	มีวิธีบริหารจัดการในเรื่องยานพาหนะที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ (สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่)
	มีเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการส่งต่อ

การสื่อสาร การประสานงาน ความเชื่อมโยง

นายแพทย์ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์

สำหรับโรงพยาบาลที่เริ่มต้นพัฒนาคุณภาพด้วยมาตรฐาน HA สิ่งหนึ่งที่ควรสัมผัสได้คือ HA คาดหวังการทำงานเป็นทีมโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งแตกต่างจากวัฒนธรรมการทำงานเดิมที่มักแยกส่วน ต่างคนต่างทำ และในหลายๆ ครั้งก็ผลอผลไปเน้นที่กระบวนการหรือแม้กระทั่งหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง

จะให้เจ้าหน้าที่ลดการทำงานแบบแยกส่วน ต่างคนต่างทำ มาทำงานเป็นทีม ร่วมคิดร่วมทำได้ก็ต้องหากลไกที่จะอำนวยความสะดวกให้ เจ้าหน้าที่ได้พูดคุยกัน สื่อสารกัน ประสานงานกัน และเชื่อมโยงกัน ในทางปฏิบัติแล้วมีหลายวิธี เช่น การเวียนหนังสือ การประชุม หรือแม้กระทั่งการปรับปรุงโครงสร้างขององค์กร แต่ HA ก็คาดหวังการสื่อสาร การประสานงานและความเชื่อมโยงที่เป็นระบบ นั่นคือหน่วยงานมีโอกาสแบ่งปันข้อมูลกันและวางแผนการทำงานด้วยกัน

ด้วยเหตุผลเช่นนี้ ทีมนำจึงมีหน้าที่ “เชื่อมโยง” หน่วยงานต่างๆ เข้าด้วยกันด้วยแผนยุทธศาสตร์ที่เข้าใจตรงกัน หน่วยงานมีหน้าที่ “ประสาน” โปรแกรมพัฒนาคุณภาพต่างๆ เข้าด้วยกันด้วยแผนงานและโครงสร้างที่เอื้อต่อการประสาน เจ้าหน้าที่ระหว่างหน่วยงานมีโอกาส “สื่อสาร” และแบ่งปันข้อมูลซึ่งกันและกันด้วยความช่วยเหลือของทีมสารสนเทศ

ก่อนที่จะทำ HA มักพูดกันว่างานในโรงพยาบาลประกอบด้วยงานบริหาร บริการและวิชาการ และมักเป็นที่เข้าใจกันในตอนเบื้องต้นว่า HA เข้ามาช่วยพัฒนางานบริการของโรงพยาบาล เป็นเหตุให้งานบริหารและวิชาการยังคงถูกแยกส่วนออกไป

แต่แท้จริงแล้วไม่ว่าจะเป็นงานบริหาร บริการ หรือวิชาการล้วนนำมาปฏิบัติและพัฒนาต่อเนื่องได้ด้วยมาตรฐาน HA 6 หมวด 20 บท ทั้งนี้ต้องทำความเข้าใจกับ “เป้าหมาย” ของมาตรฐานโดยไม่มียึดติดกับตัวอักษรจนแข็งกระด้างเกินไปอีกด้วย

อธิบายเพิ่มเติมดังนี้ งานบริหารที่โรงพยาบาลทำอยู่แล้วสามารถพัฒนาต่อเนื่องไปได้ด้วยมาตรฐานบทที่ 1-6 ซึ่งว่าด้วยการนำองค์กร การจัดโครงสร้าง การวางแผนยุทธศาสตร์ การเตรียมความพร้อมบุคลากร สถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ และที่น่าสนใจมากคือการบริหารทรัพยากรหรือที่เรียกว่า Resource Planing ส่วนงานบริการให้ใช้มาตรฐานบทที่ 15-20 ซึ่งพูดถึงกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มไปจนถึงสิ้นสุดอย่างแท้จริง สำหรับงานวิชาการให้พิจารณาตามมาตรฐานบทที่ 7-10 ให้ละเอียดจะพบว่าทุกหน่วยงานไม่ว่าจะเป็นฝ่ายรักษาหรือฝ่ายสนับสนุนสามารถพัฒนาวิชาการของตนเองอย่างต่อเนื่องได้ทั้งสิ้น

ยกตัวอย่าง บทที่ 7 ให้ข้อมูลสารสนเทศ บทที่ 10 ให้ข้อมูลการติดเชื้อ ฝ่ายรักษาสามารถนำข้อมูลที่ได้รับผนวกกับกระบวนการคุณภาพในบทที่ 8-9 ไปใช้พัฒนาวิชาการและระบบบริการได้พร้อมกันโดยไม่ต้องแยกส่วน นั่นคือการประชุมวิชาการหรือ case conference ใดๆ ล้วนสามารถนำผลลัพธ์ไป PDSA ระบบบริการผู้ป่วยได้ทั้งสิ้นหากเข้าใจเป้าหมาย ในทำนองเดียวกันคณงานขยะหรือคณงานสนามก็

สามารถใช้ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและการติดต่อไปประชุมกันและใช้กระบวนการคุณภาพที่เขียนไว้ในบทที่ 8 ไปพัฒนาระบบการเก็บขยะหรือดูแลสิ่งแวดล้อมให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งก็สามารถเรียกได้ว่าเป็นการประชุมวิชาการของ เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้มาตรฐาน HA ยังพูดถึงมาตรฐานวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กรไว้ในบทที่ 11-14 ซึ่งโรงพยาบาลสามารถนำไปทำกับงานบริหาร บริการและวิชาการได้ทั้งหมด

เวลาผ่านไป ไม่เพียงโรงพยาบาลจะมีงานบริหาร บริการ วิชาการ แต่ยังมี PCU คือหน่วยบริการปฐมภูมิ HPH คือนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ HHC คือหน่วยงาน Home Health Care อีกทั้งยังมี Clinical Lead Team ดูแลงานส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูบางส่วนและฝ่ายเวชกรรมสังคมที่ปฏิบัติงานด้านชุมชนและส่งเสริมสุขภาพอยู่ก่อนแล้ว ส่วนด้านการบริหารงบประมาณก็มีนโยบาย UC เพิ่มเติมเข้ามาอีก สิ่งที่ไม่ควรทำคือการแยกส่วนบุคลากรออกไปจับงานใหม่ สิ่งที่ดีควรทำคือบูรณาการงานใหม่เหล่านั้นเข้ามาภายใต้เป้าหมายของมาตรฐาน HA ดังที่ทำได้สำเร็จไปแล้วบางส่วนกับการบูรณาการงานบริหาร บริการ วิชาการ

ยกตัวอย่าง เมื่อหอผู้ป่วยจำหน่ายผู้ป่วยแล้วตามแนวทางที่ Clinical Lead Team วางไว้ สิ่งที่ไม่ควรทำคือหน่วยงานต่างๆ รับช่วงงานจากหอผู้ป่วยอย่างไม่เป็นระบบ สิ่งที่ดีควรทำคือ Clinical Lead Team จะเชื่อมโยงข้อมูลกับ PCU HPH HHC และฝ่ายเวชกรรมสังคมอย่างไร แล้วประสานบริการอย่างไร มีให้สับสนและซ้ำซ้อน นั่นคือมีใช้ต่างคนต่างทำแต่ร่วมคิดร่วมทำภายใต้แผนงานเดียวกัน

อีกหนึ่งตัวอย่าง ทีมบริหารทรัพยากร สามารถเชื่อมโยงข้อมูลทรัพยากร การบริหารงบประมาณแบบเดิม และการบริหารงานงบประมาณแบบใหม่เข้าด้วยกัน ประสานแผนงานโครงการต่างๆ ด้วยข้อมูลที่ได้รับจากระบบสารสนเทศที่เหมาะสม

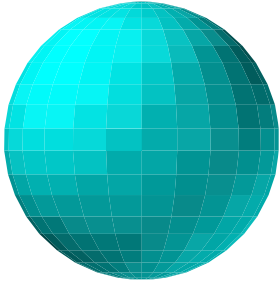
ทั้งหมดนี้คือการสื่อสาร การประสานงาน และความเชื่อมโยง

วิธีคิดเพื่อเชื่อมโยงความหลากหลาย

นายแพทย์ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

1. แนวคิดการพัฒนาทุกอย่าง ไม่ว่าจะอยู่ในชื่อใด ล้วนมีปรัชญาและเป้าหมายสอดคล้องกันทั้งสิ้น คือ เป็นไปเพื่อประโยชน์และความสุขของมนุษยชาติ เน้นการปรับปรุงกระบวนการให้ดีขึ้น ง่ายขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น บรรลุเป้าหมายได้ดีขึ้น เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องที่จะดึงเอาศักยภาพที่แต่ละคนมีอยู่มาใช้ให้มากที่สุด
2. พันธกิจคือเป้าหมายสูงสุดขององค์กร ความพยายามในการพัฒนาต่างๆ เป็นไปเพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร พันธกิจขององค์กรอาจจะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา เช่น ในปัจจุบัน โรงพยาบาลต้องรับเอาพันธกิจของการสร้างเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในระบบประกันสุขภาพ ถัดหน้าเข้ามาเป็นเป้าหมายที่ต้องทำให้บรรลุ
3. HA ในความหมายทั่วไปเป็นกระบวนการที่เน้นการประเมินและพัฒนาตนเอง ด้วยวงล้อ PDSA เป็นการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในองค์กร ในความหมายนี้ กระบวนการประเมินและพัฒนาตนเองสามารถนำไปใช้กับทุกเรื่องได้ ไม่ว่าจะเป็น บริการ การศึกษา การวิจัย และ กระบวนการ PDSA สามารถทำให้องค์กรประสบความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการทุกเรื่อง
4. องค์กรสามารถพัฒนาด้านบริการ การศึกษา การวิจัย ควบคู่กันไป แต่ในการประเมินและรับรองนั้น จะมีองค์กรภายนอก มีข้อกำหนด มีรูปแบบ มีวิธีการที่อาจจะแตกต่างกันไป
5. การประเมินของ HA จะประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งเป็นกรอบกว้างๆ (ที่ครอบคลุมทั้งงานบริการ บริหาร วิชาการ) และประเมินการบรรลุพันธกิจขององค์กรในส่วนที่เกี่ยวข้องด้วย
6. HA เป็นระบบเปิดที่สามารถนำศาสตร์ด้านการบริหารต่างๆ เข้ามาใช้ได้อย่างไม่จำกัด เช่น การนำแนวคิดเรื่อง balanced scorecard มาใช้กำหนด performance indicator ในลักษณะของการดูภาพรวมของการบรรลุพันธกิจอย่างสมดุลทุกแง่มุม การใช้ benchmarking เพื่อขับเคลื่อนองค์กรไปสู่ความเป็นเลิศ
7. HA ส่งเสริมให้มีการนำมาตรฐานวิชาชีพมาสู่การปฏิบัติ มาตรฐานขององค์กรวิชาชีพจะเน้นในลักษณะเนื้อหา หรือสิ่งที่ผู้ประกอบการวิชาชีพควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย มาตรฐานของ HA จะเน้นในส่วนของการวางระบบงาน กระบวนการประเมินผลงาน และกระบวนการเรียนรู้
8. มาตรฐาน PSO เป็นมาตรฐานที่เน้นผลสัมฤทธิ์ โดยกำหนดมิติของเครื่องชี้วัดต่างๆ ไว้ เปิดโอกาสให้หน่วยงานต่างๆ พัฒนาระบบงานของตนเอง องค์กรสามารถทำ HA ควบคู่ไปกับ PSO ได้โดยอาศัยมิติของผลสัมฤทธิ์ที่กำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพในการทำ HA และในทางกลับกัน ใช้ข้อกำหนดของ HA ส่งเสริมให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ที่ตรงประเด็นกับภารกิจหลัก

9. การทำ HA ต่อจาก ISO9000 ต้องศึกษาแนวคิดและปรัชญาคุณภาพที่กำหนดไว้ใน ISO9004 และมาตรฐาน HA ให้ลึกซึ้ง ลดการยึดติดในรูปแบบ ให้ความสำคัญกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงให้มากกว่าเอกสาร นำคำว่า patient care เข้าไปแทนคำว่า product ในข้อกำหนด ISO9000 ทุกข้อ นำคำว่า patient care plan เข้าไปแทนคำว่า design ในข้อกำหนด ISO9000 ทุกข้อ เพราะเราต้องออกแบบการดูแลผู้ป่วยทุกรายซึ่งไม่เหมือนกัน เน้นการประเมินที่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยให้เป็นรูปธรรม โดยประเมินทั้งด้วยวิธีที่ใช้ตัวเลขและไม่ใช้ตัวเลข
10. ทีมงานที่รับผิดชอบโครงการต่างๆ ควรมาแลกเปลี่ยนแนวคิดกันบ่อยๆ แสวงหาจุดร่วมในชื่อที่เรียกแตกต่างกัน เลิกมองหาจุดต่างของกันและกัน
11. เลิกการเพ่งโทษและกล่าวโทษคนอื่น เพราะคนที่เรากล่าวโทษจะกลายเป็นคนเลวตามที่เรากล่าวโทษไว้ในไม่ช้า ควรหันมาทำหน้าที่ของเราให้ดีที่สุดและถามคนอื่นว่าจะให้เราช่วยอะไรได้บ้าง



การนำด้วยอุดมการณ์ (Visionary Leadership)

Dare to Dream	1
การนำด้วยอุดมการณ์ในโรงเรียนแพทย์	4
การนำด้วยอุดมการณ์ในโรงพยาบาลทหาร	7
การนำด้วยอุดมการณ์ในโรงพยาบาลชุมชน	15

Dare to Dream

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง พันธุ์ทิพย์ สงวนเชื้อ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ดิฉันเข้ารับตำแหน่งคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สมัยแรก เมื่อกลางปี พ.ศ. 2535 ต่อจากศาสตราจารย์ นายแพทย์ ชาติดา ยิบอินซอย ซึ่งขอรับทำหน้าที่คณบดีเพียงครึ่งเทอม (2 ปี) คณะแพทยศาสตร์มีอายุครบ 20 ปี ของการก่อตั้งและร่วมฉลองครบ 100 ปี สมเด็จพระบรมราชชนก ซึ่งพระนามาภิไธยได้รับพระราชทานเป็นชื่อของมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

แม้ว่าคณะแพทยศาสตร์จะดำเนินการมาถึง 20 ปี แต่สภาพของคณะแพทยศาสตร์ขณะนั้นก็ยังไม่น่าดีนัก บุคลากรโดยเฉพาะอาจารย์แพทย์ลาออก โอนย้ายสูง ทำให้การดำเนินการตามแผนเป็นไปได้ยาก ประกอบกับโรงพยาบาลเอกชนเปิดขึ้นมาจากรองรับการขยายตัวทางเศรษฐกิจ (ฟองสบู่) ดิฉันได้เสนอนโยบายต่อกรรมการคณะแพทยศาสตร์ว่า “เราจะมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้วยการประกันคุณภาพทั่วทั้งองค์กร จะปรับปรุงระบบสื่อสารด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ จะเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการบริการให้แข่งขันได้ และตอบสนองสนับสนุนการศึกษา การฝึกอบรมและการวิจัย เพื่อสร้าง Pride Spirit Unity ให้เกิดขึ้นกับบุคลากรและศิษย์เก่าของคณะแพทยศาสตร์”

โชคดีที่ดิฉันได้ทำหน้าที่คณบดีต่อจากศาสตราจารย์นายแพทย์ วิจารณ์ พานิช ซึ่งได้ประกาศนโยบายให้นำ Quality Control Circle มาใช้ในคณะแพทยศาสตร์ในการพัฒนาบุคลากรให้มีความคิดริเริ่มที่จะแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบด้วยข้อมูลและตัวเลข โดยการทำงานเป็นทีม เน้นที่บุคลากรสาย ข. ค. และลูกจ้าง ซึ่งเป็นทีมสนับสนุน เช่น เกสซ์ พยาบาล รังสี พยาธิ และหน่วยสนับสนุนการบริการ ทำให้บุคลากรเหล่านี้มีพื้นฐานในการประกันและพัฒนาคุณภาพงาน โดยไม่ต้องรอคำสั่งจากเบื้องบน

เมื่อศาสตราจารย์นายแพทย์ ชาติดา ยิบอินซอย รับตำแหน่งคณบดีก็ได้สานต่อนโยบายในการพัฒนาคุณภาพนี้ โดยเฉพาะศาสตราจารย์นายแพทย์ ชาติดา นั้นเป็นแบบอย่างของบุคคลที่มีคุณภาพและทำงานด้วยคุณภาพตลอดเวลา ทำให้ดิฉันได้เรียนรู้ ซึมซับแนวคิดและหลักการการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืน เนื่องจากมีโอกาสร่วมทีมในฐานะรองคณบดี ศาสตราจารย์นายแพทย์ ชาติดาได้เสนอแนะแนวทางการจัดระบบ Quality Assurance ขึ้นในคณะแพทยศาสตร์ โดยให้เน้นการพัฒนาคุณภาพการบริการ เมื่อดิฉันรับตำแหน่งคณบดี (ทั้ง 2 วาระ) ก็มีทีมงานรองคณบดีและผู้ช่วยคณบดีที่เข้มแข็งร่วมกันทำงานเพื่องานอย่างเต็มที่ ได้รับการสนับสนุนอย่างดีจากอดีตคณบดี กรรมการคณะแพทยศาสตร์ (หัวหน้าภาคและหัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ) และทีมบริหาร

มหาวิทยาลัย (อธิการบดีและรองอธิการบดี) นายกสภาและกรรมการสภา
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทำให้สามารถเริ่มงานใหม่ๆ ทั้งการบริการการศึกษา การวางระบบ
คอมพิวเตอร์เพื่อการบริหารการเรียนการสอนและการบริหาร

เพื่อสนับสนุนระบบประกันคุณภาพ (Quality Assurance) ที่วางไว้ใน พ.ศ. 2536 ก็ได้
เสนอให้สภามหาวิทยาลัยออกระเบียบค่าตอบแทนอาจารย์ เพื่อเป็นแนวทางในการสนับสนุนการ
ประเมินการปฏิบัติงานของอาจารย์และภาควิชา พร้อมทั้งการเสนอระเบียบการจัดทำโครงการ
พัฒนาหน่วยงานสำหรับหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ก็ได้รับการสนับสนุนอย่างดีทั้งจากสภา
มหาวิทยาลัย จากหัวหน้าภาควิชา และหัวหน้าหน่วยงาน ทำให้คณะแพทยศาสตร์สามารถ
จัดระบบประกันและพัฒนาคุณภาพได้ทั่วทั้งองค์กร มีการติดตามประเมินผลบุคลากรทุกระดับ
ตั้งแต่ผู้บริหารจนถึงลูกจ้าง พร้อมทั้งจัดให้นำเสนอผลงานของภาควิชาในทุกๆ ด้านและผลงานของ
หน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งแสดงถึงการทำงานเป็นทีมและเป็นการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้
ร่วมกันมาอย่างต่อเนื่อง

จากความพยายามที่จะพัฒนาคุณภาพให้เกิดเป็นวิถีชีวิตและเป็นวัฒนธรรมองค์กรอย่าง
ต่อเนื่องยาวนาน ทำให้คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้รับการกล่าวขานถึงและ
เป็นที่ศึกษาดูงานในด้านการพัฒนาคุณภาพและเป็นผู้นำทางคุณภาพ เป็นสถาบันนำร่องในการ
พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและการประกันคุณภาพการศึกษาแพทยศาสตร์ พร้อมทั้งจะรับการ
ตรวจสอบและรับรองจากภายนอก

เมื่อถึงวันนี้ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ผ่านการรับรองคุณภาพ
การศึกษาแพทยศาสตร์จากทบวงมหาวิทยาลัย และการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลสงขลา
นครินทร์จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว ก่อให้เกิด Pride Spirit
Unity แก่บุคลากรและศิษย์เก่าของคณะแพทยศาสตร์ตามที่ได้ฝันไว้เมื่อเริ่มรับตำแหน่งคณบดีเมื่อ 8
ปีก่อน

ขอสรุปว่า การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพให้เกิดทั่วทั้งองค์กร ก็เหมือนการปลูกต้นไม้ผลกว่า
จะได้ผลก็ต้องใช้เวลาดูแลเอาใจใส่จากผู้เกี่ยวข้องและจะต้องเกิดจากองค์ประกอบต่อไปนี้

1. Leadership commitment
2. Teamwork with positive attitude
3. Learning organization and effective communication
4. Performance review and feed back for improvement

นอกจากนี้บุคลากรทุกระดับและทุกคนจะต้องทำงานโดย **ทำด้วยใจ ทำให้ดี และทำด้วยกัน**

ในปี 2545 นี้คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะฉลองในวาระครบ 30 ปี ในฐานะที่เป็นองค์กรแห่งคุณภาพที่ผ่านการรับรองแล้ว จะต้องมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยคำนึงถึงประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ดังพระราโชวาทของ สมเด็จพระบรมราชชนกที่ว่า

ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตัวเป็นที่สอง
ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง
ลาภทรัพย์สินและเกียรติยศจะตกแก่ท่านเอง
ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์

การนำด้วยอุดมการณ์ในโรงเรียนแพทย์

ศาสตราจารย์นายแพทย์ ปิยะสกล สกลสัตยาทร

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วิสัยทัศน์ส่วนตัว ต้องการให้ศิริราชเป็นองค์กรที่เป็นเลิศ ทั้งในด้านวิชาการ และบริการ คือสามารถสร้าง รับ และถ่ายทอดองค์ความรู้ ได้อย่างเหมาะสม เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ให้การบริการสร้างสุขภาพทั้งแก่ประชาชนและรักษาผู้ป่วยอย่างได้มาตรฐานและด้วยความเอื้ออาทร

การทำวิสัยทัศน์ให้เป็นความจริงนั้น ต้องศึกษาวิเคราะห์องค์ประกอบอย่างลึกซึ้งทุกแง่มุม ศิริราชเป็นองค์กรใหญ่ มีทรัพยากรที่สมบูรณ์ในทุกด้าน ได้รับความศรัทธาจากประชาชนเป็นเครื่องหมาย โดยเฉพาะมีบุคลากรที่มีคุณภาพและมีความรู้ความสามารถอย่างยอดเยี่ยมเป็นจำนวนมาก แต่ยังมีได้มีการร่วมกันทำงานเป็นกลุ่มอย่างจริงจัง ยังมีได้มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจน ในยุคที่โลกกำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หากศิริราชจะเป็นสถาบันชั้นนำ จำเป็นต้องพัฒนาให้เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้วย ประเด็นหลักสำคัญที่จะต้องทำให้ได้คือ พัฒนาคุณภาพในทุกด้าน พัฒนาการจัดการที่มี ประสิทธิภาพ โดยยึดหลักว่า คนคือศูนย์กลางของการพัฒนา

ถึงแม้จะมีบุคลากรมากถึง 1 หมื่นคน ซึ่งมองดูว่าอายุอานามน่าจะพัฒนาได้ช้า แต่ศิริราชซึ่งมีอายุถึง 113 ปี กลับมีวัฒนธรรมองค์กรที่โดดเด่น คือ บุคลากรเกือบทั้งหมดจงรักภักดีต่อองค์กรด้วยจิตวิญญาณของความเป็นศิริราชอย่างแท้จริง จึงควรใช้จุดเด่นจากข้อนี้มาทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อสานฝันให้เป็นจริง โดยการระดมความคิดจากบุคลากรทุกฝ่าย ใช้ปัญญานำความรู้และสร้างจินตนาการร่วมกันในการกำหนดเป้าประสงค์ และแนวทางการดำเนินงานขององค์กรที่ชัดเจนและเป็นไปได้ ซึ่งเป็นสิ่งท้าทายที่สามารถถึงศักยภาพของบุคลากรทุกคนออกมารวมกันในทิศทางเดียวกัน ทำให้เกิดพลังอันมหาศาลที่จะขับเคลื่อนองค์กรไปอย่างรวดเร็ว มั่นคง และยั่งยืน

โครงสร้างองค์กรต้องได้รับการปรับให้เป็นแนวราบ และมีการประสานงานในต่างสาขาวิชาชีพอย่างเต็มที่ คัดสรรบุคคลที่มีความรู้ความสามารถลงในตำแหน่งต่าง ๆ โดยไม่ใช้ความพอใจส่วนตัวเป็นหลัก ทุกฝ่ายได้รับการกำหนดหน้าที่ภาระงานและเป้าหมายที่ชัดเจน ซึ่งการบรรลุเป้าหมายได้นั้นจะต้องใช้กำลังกาย กำลังใจ ความคิดริเริ่ม การเรียนรู้ ความเชื่อมโยง และการจัดการที่มีประสิทธิภาพ มีการนำความก้าวหน้ามาแถลงต่อที่ประชุมอย่างสม่ำเสมอเพื่อการบูรณาการร่วมกัน

การสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับให้ทราบถึงเป้าหมาย และแนวทางอย่างชัดเจน เป็นหัวใจหลักของการพัฒนา และสิ่งที่ทำให้หัวใจเต้นได้อย่างสม่ำเสมอและสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงทุกส่วนของร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ คือ การแสดงความมุ่งมั่นของผู้นำ การปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอด้วยความเอื้ออาทรอย่างแท้จริง เข้าถึงพื้นที่ สัมผัสกับปัญหาโดยตรง จะทำให้ได้ใจและศรัทธาจากผู้ปฏิบัติอย่างไม่ยากเย็น เมื่อสามารถรวมใจได้แล้ว สิ่งที่ยากและดูเหมือนเป็นไปได้ ก็ สามารถทำให้สำเร็จลุล่วงได้ดีและรวดเร็ว

อุปสรรคเป็นสิ่งธรรมดาที่ต้องเกิดขึ้น และสามารถใช้ให้เป็นโอกาสในการพัฒนาได้เป็นอย่างดี การล่วงรู้ถึงพื้นฐานของปัญหาอุปสรรค การฟังความเห็นของบุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การไม่ยึดมั่นในเหตุผลของตนเองทั้งหมด และใช้ผลการประชุมเป็นเครื่องตัดสินใจ จะนำมาซึ่งกระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน และนำมาซึ่งความสำเร็จตามสถานภาพขององค์กร

สรุปคือ ผู้นำจะต้องศึกษาและทราบวัฒนธรรมองค์กรอย่างถ่องแท้ จัดทำวิสัยทัศน์และพันธกิจโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกฝ่ายในองค์กร มีความมั่นคงและกล้าตัดสินใจโดยยึดประโยชน์แห่งองค์กรเป็นหลัก บนพื้นฐานของข้อมูลข่าวสารที่พอเพียงและเหมาะสม เป็นผู้ให้และสนับสนุนด้วยความเอื้ออาทรอย่างจริงใจ การทำตนประดุจผู้นำวงดนตรีขนาดมหึมาที่สามารถนำนักดนตรีที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้านต่าง ๆ มารวมแสดงศักยภาพสูงสุด โดยมีจุดหมายเดียวกัน คือเพลงอันไพเราะเป็นที่ชื่นชอบของประชาชนผู้ฟัง

สิ่งที่ไม่ควรทำ คือคิดอย่างหนึ่ง แต่พูดอย่างหนึ่ง และทำอีกอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะการกระทำเพื่อผลประโยชน์แห่งตนและพวกพ้อง เป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำโดยเด็ดขาด

เชื่อว่าบุคลากรส่วนใหญ่ในองค์กรต่างก็เห็นด้วย แต่สิ่งที่ยากคือ การแปลงวิสัยทัศน์มาสู่นโยบาย มาตรการที่เด่นชัด และนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมด้วยความร่วมมือร่วมใจของทุกฝ่าย ทั้งหมดนี้ต้องอาศัยความเป็นผู้นำที่เด่นชัด ความเป็นผู้นำมีอาจสร้างได้ในวันเดียว ต้องอาศัยเวลาและบารมีที่สร้างสม การศึกษาให้ทราบวัฒนธรรมองค์กรอย่างถ่องแท้ การทำตัวเป็นส่วนหนึ่งของประชาคม การศึกษาเรียนรู้การบริหารทั้งจากประวัติศาสตร์ และการบริหารที่ทันสมัยในทุกด้านทั้งทรัพยากรบุคคล บัญชี การเงินการคลัง วิจัยและวิชาการ การเผ่าสังเกตปัจเจกบุคคลในองค์กร ทั้งผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงาน ทั้งส่วนดี และส่วนที่ควรพัฒนา เพื่อประกอบประสพการณ์ เพื่อเป็นเครื่องสอนและเตือนใจ และเพื่อสรรหาบุคคลมาร่วมงานในการบริการองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

เมื่อเป็นผู้นำแล้วสิ่งแรกที่ควรทำคือสละตัวตน หรือ อัตตาออก เหลือแต่องค์กรและส่วนรวม จัดบุคคลที่มีความรู้ความสามารถลงในตำแหน่งต่างๆ อย่างเหมาะสม โดยไม่ใช้ความพึงพอใจส่วนตัวเป็นหลัก มาร่วมกันทำงานเป็นทีม ใช้กระบวนการระดมความคิดจากบุคลากรทุกฝ่าย เพื่อสร้างเป้าประสงค์และแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความร่วมมืออย่างจริงใจ นำศักยภาพที่มีในบุคลากรทุกคนออกมารวมกันในทิศทางเดียวกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดพลังอันมหาศาลที่จะขับเคลื่อนองค์กรไปอย่างรวดเร็ว มั่นคง และยั่งยืน

การนำด้วยอุดมการณ์ในโรงพยาบาลทหาร

พลตรี เอกจิต ช่างหล่อ

ผู้อำนวยการสถาบันพยาธิวิทยา ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า

วิสัยทัศน์ส่วนตัว

We are upgrading to serve you better

มุ่งมั่นที่จะนำองค์กรให้มีความเจริญก้าวหน้า เป็นที่ยอมรับ ยกย่อง ศรัทธา ของประชาชนตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย พัฒนาบุคลากรให้ปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพเต็มศักยภาพเพื่อให้การบริการที่มีคุณภาพและเป็นที่ยังพอใจของทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

การทำให้วิสัยทัศน์ส่วนตัวเป็นความจริง

1. ศรัทธา บารมี

ตัวผู้นำต้องมีความเชื่อว่า ลูกน้องมีความสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่เรามอบหมายให้ได้สำเร็จอย่างมีคุณภาพ ต้องเชื่อมั่นในความพร้อมเพียง ความรัก ความสามัคคีของคนในองค์กร

ผู้ใต้บังคับบัญชาจะต้องมีความเชื่อถือ ไว้วางใจ พร้อมจะเชื่อฟังคำสั่งและทุ่มเทปฏิบัติตามคำสั่งสามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สมฤทธิ์ผลตามวัตถุประสงค์

2. ความรู้ ความสามารถ

2.1 มีทัศนคติที่เหนือกว่า

ก. ยึดมั่นแรงบันดาลใจในการทำงาน ผู้นำมีหน้าที่ให้ความรู้ ให้ความรัก ให้คุณธรรม

จะทำให้โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ผู้อำนวยการต้องเป็นบุคคลคุณภาพในสายตา ลูกน้องก่อน ผู้อำนวยการจะต้องทำให้ทุกคนในองค์กรรู้ว่า ผู้อำนวยการเอาจริง ทั้งคำพูดและการปฏิบัติ บอกลูกน้องเสมอว่าการบริการแก่ผู้ป่วยยังมีอีกหลายสิ่งที่ไม่ถึง ต้องพร้อมจะปรับปรุงพัฒนาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทำให้ลูกน้องเห็นความตั้งใจ ความกระตือรือร้น ความเอาใจใส่

การที่ผู้อำนวยการมีหน้าที่คิด และลูกน้องทำตามไม่เหมาะสมกับสมัยแล้ว พวกเราต้องร่วมคิด ร่วมแก้ปัญหา ต้องใช้ทั้ง 2 วัฒนธรรม

ต้องย้ำเสมอว่า ทำงานเสร็จยังไม่เรียกว่ามีคุณภาพ คุณภาพที่แท้จริงจะต้องมีตัวชี้วัด ทั้งตัวชี้วัด มาตรฐานที่โรงพยาบาลกำหนด และคุณภาพความพึงพอใจของผู้ป่วย “ให้สิ่งที่มีคุณค่าที่รับรู้ต้องการ” โดยมีการประเมินผล

ข. key success factor ของโรงพยาบาลคือ customer value เพราะฉะนั้น โรงพยาบาลต้องคำนึงถึง quality และ ethic นอกจากนี้ถึง matching ระหว่างคุณภาพที่เรากำหนดและคุณภาพที่ผู้ป่วยต้องการแล้ว ต้องนึกถึง 3 R คือ

- Require = สิ่งที่โรงพยาบาลขาดไม่ได้ ต้องให้ความสำคัญตามลำดับ
- Retained = ต้องมีแหล่งทุน เพราะจะทำให้ห้องครออยู่รอด มีงบประมาณมาพัฒนา
- Reward = ต้องให้ผลตอบแทนเป็นกำลังใจ ตอบแทนโดยเร็ว

customer value อีกข้อ คือ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สิทธิของผู้ป่วย แพทย์ต้องใช้ 3 ค. คุณวุฒิ คุณค่า คุณธรรม

ค. ไม่พึงพอใจหรือยึดแต่สภาพเดิม ผู้บริหารส่วนมากมักพอใจจะดำรงสภาพเดิม คือ คิดว่าที่นี้มันเป็นอย่างนี้ มันแย มันไม่มีใครอยากพัฒนา ผู้ใหญ่ไม่สนใจ ทำไปก็เท่านั้น คนเก่าๆ เขาทำไว้ดีแล้ว เรียบร้อยดีไม่มีปัญหาอะไร เรากลับคิดว่า ถ้าพอใจจะดำรงสภาพเดิม บริหารงานไปวันๆ เข้าขาม เย็นขาม นอกจากจะหมดสมัยแล้ว ยังเท่ากับสร้างบาปกรรมไว้แก่นุชนรุ่นหลังอีกด้วย การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นแรงจูงใจให้ผู้นำรู้จักปรับเปลี่ยนองค์กรให้สอดคล้องกับความเป็นจริง

ง. เรียนรู้สิ่งใหม่ เช่น เรียนรู้คุณลักษณะของผู้นำศตวรรษที่ 21 ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถในการสื่อสาร (มีศิลปะ ใช้เทคโนโลยี ใช้การบอกต่อ) เพื่อให้สามารถสื่อสารได้เร็วกว่า ดีกว่า ถูกกว่า, มีแรงดลใจจากอารมณ์และความเชื่อถือ (เข้าไปนั่งในหัวใจคน นำเชื่อถือ สร้างวัฒนธรรมและบรรยากาศ), มีทักษะที่หลากหลาย, เป็นมนุษย์สายพันธุ์ใหม่ (ไม่พอใจกับความสำเร็จ มีความคิดริเริ่มใหม่ๆ เสมอ กระตือรือร้นตลอดเวลา อดทน), รู้จักป้องกันก่อนเกิดปัญหา กล้าตัดสินใจ ฉับไว ริเริ่มสร้างสรรค์ต่อยอด คิดเชิงกลยุทธ์ คิดบวก รับผิดชอบของตนเอง สร้างทีมงาน รับฟังความคิดเห็นของลูกน้องและผู้ใช้บริการ มอบหมายงาน สร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน เป็นโค้ชและครูที่ดี อดทน เสียสละ

2.2 มีสามัญสำนึกที่ดีกว่า

มีสมดุระหว่างความรู้และสามัญสำนึก โรงพยาบาลทหาร ผู้อำนวยการต้องสร้างสามัญสำนึกให้กับลูกน้องในการโน้มน้าวจิตใจให้ปฏิบัติงานเพื่อผู้ป่วย เช่น เปรียบเทียบว่าทหารหน่วยรบถูกสั่งให้ไปโจมตีข้าศึก ซึ่งภารกิจนี้อาจต้องฆ่าข้าศึก หรือถูกข้าศึกฆ่า ทหารทุกคนต้องปฏิบัติเพราะเป็นวินัย แต่ทหารอยู่ในโรงพยาบาล ถูกใช้ให้ไปช่วยชีวิตมนุษย์ ช่วยคนเจ็บ ไม่มีอันตรายอะไรกับตัวเราเองเลย และเมื่อทำงานบรรลุภารกิจ เราอาจไม่ได้เหรียญกล้าหาญ แต่จะได้คำขอบคุณ ศรัทธา ยกย่อง และที่สำคัญคือ ใ้บุญกุศลอีกด้วย

3. คุณงามความดี

ผู้นำต้องมีคุณงามความดี มีคุณธรรมเป็นตัวอย่าง ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์สุจริต ไม่เห็นประโยชน์ส่วนตน ไม่แสวงหาประโยชน์จากองค์กร ละเว้นอบายมุข นำลูกน้องทำบุญกุศลเป็นเนืองนิจ มีจิตใจเมตตากรุณา สร้างบุญคุณทุกระดับ นำคำสอนของศาสนามาใช้ ควบคุมอารมณ์ในสภาพกดดัน ต้องสุขุมเยือกเย็น มองเห็นความดีของคนอื่นให้มาก ควรปลุกฝังให้ลูกน้องขยันทำงาน หมั่นทำความดี ปลุกฝังความคิดที่ว่า “สิ่งสำคัญของการทำงาน มิใช่เพื่อเงินเดือนเท่านั้น แต่ควรทำงานเพื่อเป็นการเรียนรู้พัฒนาตนเอง” ต้องมีความเที่ยงตรงและเป็นธรรมกับลูกน้องทุกระดับ

4. สร้างแรงจูงใจ

การจูงใจต้องใช้ทั้งความเป็นผู้บริหารและความเป็นผู้นำ การจูงใจอาจต้องใช้ 3 ปัจจัย คือ force, money, spirit ต้องสร้างสิ่งที่เป็นรูปธรรมและแรงจูงใจที่มองไม่เห็น คือ ขวัญและกำลังใจ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้นำและผู้ใต้บังคับบัญชามีศรัทธาต่อกัน

ผู้อำนวยการจะต้องเป็นผู้ให้ ให้ความบริสุทธิ์ใจ ปกป้องคุ้มครองลูกน้อง ร่วมทุกข์ร่วมสุข ให้ความรู้ ให้ความรัก ให้ความอบอุ่น ให้ความหวัง ให้ความใกล้ชิด ให้ความเป็นธรรม

สิ่งที่ได้รับจากลูกน้องได้ คือ ความทุกข์ ต้องพร้อมจะรับฟังแล้วช่วยปรับปรุง แก้ไข

การให้สิ่งตอบแทนหรือรางวัล ต้องตอบแทนโดยรวดเร็วและเต็มใจ ความรัก ความหวังจะต้องมีไปถึงครอบครัวด้วยยิ่งดี ให้ลูกน้องได้หยุดพักผ่อนตามสมควรเพื่อลดความเครียด ลดความเหนื่อยล้า พร้อมทั้งควรหาความสุข ความสนุกสนานบันเทิงมาให้เขาด้วยเมื่อมีโอกาส

ผู้นำจะต้องมอบอำนาจเพื่อให้ลูกน้องได้มีโอกาสที่จะตัดสินใจและดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตัวเอง ได้รับความไว้วางใจในการใช้งบประมาณ มีอำนาจในการเปลี่ยนแปลงในขอบเขตที่รับผิดชอบ ทำให้เกิดพลังมีความตื่นตัวในการทำงานร่วมกัน

การจูงใจต้องยึดมั่นแรงบันดาลใจในการทำงาน รับผิดชอบในภารกิจที่ได้รับมอบหมาย มีความรักงาน รักผู้บังคับบัญชา รักองค์กร

การสร้างแรงจูงใจต่อแพทย์มีความสำคัญมาก ถ้าคณะแพทย์มีความรัก เคารพ ศรัทธาในผู้อำนวยการแล้วจะเป็นตัวอย่างแรงจูงใจต่อกลุ่มงานอื่นเป็นอย่างดี ผู้นำต้องร่วมกิจกรรมวิชาการ ยกย่องชื่นชมแพทย์ พร้อมทั้งตักเตือนในเรื่องคุณธรรม เขียนป้ายติดว่า “ผมจะขอรักษาและถนอมคำว่า คุณหมอ ให้บริสุทธิ์ตลอดไป คำเรียกขานคุณหมอควรเพียบพร้อมด้วยความเคารพรักใคร่ ศรัทธาและเป็นสรวงได้”

ผู้นำที่ต้องการพัฒนาองค์กรจำเป็นจะต้องใช้สื่อทุกรูปแบบเพื่อให้ลูกน้องทราบถึงทิศทาง นโยบาย แนวคิดของผู้นำ การสื่อสารที่สำคัญมากอย่างหนึ่งคือพูดคุย ผู้นำจะต้องเป็นนักพูด รู้จักโน้มน้าวจิตใจ ต้องพูดให้เห็นเป็นจินตนาการ ควรยกตัวอย่างคำพูดของบุคคลสำคัญที่เป็นคำคม คำสอน หรือสุภาษิตนิทานสอนใจ เพื่อนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติ การสร้างทีมหรือกลุ่มสัมพันธ์ในองค์กรก็มีความสำคัญเช่นกัน เป็นการสื่อแบบปากต่อปาก ทำให้เกิดแรงจูงใจได้โดยทั่วถึงและรวดเร็ว

การนำที่เป็นแบบอย่าง

ผู้นำหรือหัวหน้าที่ดี ต้องมีทั้งศาสตร์และศิลป์ในการบริหารคนและงานให้สมดุล มีการจัดการพฤติกรรมของ “คน” หรือผู้ที่ร่วมทีมงานให้ทำงานสู่เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กรด้วยความพึงพอใจ

ต้องรู้ภารกิจอย่างชัดเจนแล้วนำภารกิจมาวิเคราะห์ วางแผนการดำเนินงาน จนทำให้ภารกิจนั้นสำเร็จ บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเป็นที่พึงพอใจของผู้บังคับบัญชา

การเป็นผู้นำโรงพยาบาลทหาร ประกอบด้วย การนำแบบทหาร, การนำในเรื่องพฤติกรรมส่วนตัว, การนำในเรื่องการบริหาร, การนำในเรื่องการพัฒนา, การนำในเรื่องการแก้ปัญหา, การนำในเรื่องการเป็นภาพลักษณ์ที่น่าภาคภูมิใจของหน่วยงาน

1. การนำแบบทหาร

ประพฤติและปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณีที่ต้งามของทหาร, รักษาระเบียบวินัยโดยเคร่งครัด ทำเป็นตัวอย่าง, มีความเข้มแข็ง เด็ดขาด, มีความเป็นผู้นำ กล้าตัดสินใจ กล้ารับผิดชอบ, กล้าหาญ เสียสละ อุดหนุน, รัก ห่วงใย ร่วมเป็นร่วมตาย ร่วมทุกข์ร่วมสุข กับผู้ใต้บังคับบัญชา

2. การนำในเรื่องพฤติกรรมส่วนตัว

มีจิตใจที่จะเป็นผู้ให้ตลอดเวลา (ให้อำนาจและงบประมาณ, ให้ความภาคภูมิใจ, ให้อาหาร, ให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการต่างๆ, ให้อำนาจ ชื่นชม ยกย่อง, ให้ความรู้ ความคิดใหม่ๆ, ให้ออกกำลังกาย, ให้ความเห็นอกเห็นใจ, ให้ความเป็นธรรม, ให้ความใกล้ชิด อุดหนุน, ให้อบรมและสิ่งแวดลอมในการทำงาน, ให้อุปกรณ์ใหม่ๆ)

ผู้นำต้องมีคุณธรรม, ขยัน อุดหนุน ยอมเหนื่อยแทนลูกน้อง, มุ่งมั่นในการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง, หากความรู้ยังไม่พอ มีความคิดริเริ่มใหม่ๆ ไม่ว่าจะไปประชุม, ท่องเที่ยว, พักผ่อนที่ใดจะมีความนึกคิดว่าจะนำมาใช้กับโรงพยาบาลของเราได้อย่างไร, เสียสละ กล้าทบทวนหรือถูกตำหนิ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง, ตรงต่อเวลา, แต่งการเรียบร้อย มีสง่าราศี, อ่อนโยนแต่ไม่อ่อนแอ เป็นสุภาพบุรุษ เป็นนักกีฬา, รู้จักบริหารความเสี่ยง ป้องกันมิให้เกิดข้อผิดพลาด, รักความสะอาด รักครอบครัว รักสิ่งแวดลอม, จัดระเบียบ, ดูแล ส่งเสริมสุขภาพตลอดเวลา, มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี, เป็นทั้งพ่อ, พี่, ครู และผู้บังคับบัญชา, ไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตัว, ไม่เล่นการพนัน, รักษาคำพูด, มองโลกในแง่ดี

3. การนำในเรื่องการบริหาร

การบริหารโรงพยาบาล ต้องใช้ศิลปะในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมกับผู้อื่น ต้องมีนโยบายและระบบงาน พร้อมทั้งการจูงใจที่จะให้ทุกคนในองค์กรทำงาน

ในการนำองค์กร ผู้นำต้องมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ, เชื้อในศักยภาพของบุคลากร, ใช้ตำแหน่งหน้าที่โดยตรงและใช้แรงจูงใจ, ทำให้ผู้บริหารระดับรอง ระดับปฏิบัติทราบแผนงานอย่างชัดเจน, นำหลากหลายรูปแบบ ทั้งงาน เล่น กิน เที่ยว ศึกษา, ใช้ศักยภาพทางทหาร, สร้างบรรยากาศและควบคุมบรรยากาศได้ดี

เช่น การประชุม หากมีข้อคิดเห็นที่แตกต่าง จะต้องสามารถควบคุมสถานการณ์ได้, ยอมยืดหยุ่นให้ต่อรอง ยกเว้นเรื่องความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยต้องทุ่มเทเอาใจใส่, ติดตามผลงานอย่างใกล้ชิด มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ, มีนวัตกรรมใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา นำการบริหารเชิงกลยุทธ์มาใช้

ผู้นำต้องกำหนดทิศทางและนโยบายอย่างชัดเจน, ให้กำลังพลมีส่วนร่วมในวิสัยทัศน์, ให้ทุกคนมีเป้าหมายร่วมกัน คือ มุ่งพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง, ยึดมั่นภารกิจ ทุกคนต้องตอบได้ว่าตนเองมีภารกิจอะไร, มีการประสานภารกิจ ด้วยความรักและเข้าใจกัน, รู้และเข้าใจวงจร PDCA เป็นอย่างดี, ร่วมทำงานเป็นทีม, ต้องสร้างกัลยาณมิตรทั้งในและนอกองค์กร

โรงพยาบาลจะเป็นโรงพยาบาลคุณภาพได้ "ผู้อำนวยการจะต้องเป็นบุคคลคุณภาพเสียก่อน" เพราะฉะนั้น ผู้อำนวยการจะต้องเป็นผู้นำในเรื่องคุณภาพ

ผู้นำควรรู้จักบริหารเวลา จัดเวลาและใช้เวลาที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด, ควบคุมเวลาให้งานสำเร็จตามที่กำหนด, อย่าปล่อยให้เวลาและโอกาสอันสำคัญหลุดลอยไป, อย่างน้อยวันละ 5 นาที ถามตัวเองว่า

- วันนี้เราได้ทำอะไรเป็นพิเศษบ้าง
- เราได้เรียนรู้อะไรบ้าง
- เราควรช่วยเหลือใครบ้าง
- วันนี้มีค่าอย่างไรสำหรับเรา

4. การนำในเรื่องการพัฒนา

วิสัยทัศน์ในการพัฒนา คือ มีความมุ่งมั่นพัฒนาให้มี มาตรฐานการรักษา คุณภาพการบริการ สิ่งแวดล้อมที่ดีเลิศ

ปรัชญาในการรักษา คือ To Cure Sometimes, To Relieve Oftenly, To Comfort Always เราจะไม่รักษาเพียงเพื่อต้องการให้โรคหายเท่านั้น ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล เขาจะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดี มีความสะดวก สบาย

ปรัชญาในการบริหาร คือ ใช้หลักกายตนะทั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ นับตั้งแต่ผู้ป่วยย่างก้าวเข้ามาในโรงพยาบาล เราต้องสร้างความประทับใจโดยอาศัยโสตรสัมผัสทั้ง 6 คือ

- ตา จะต้องมองเห็นภาพที่ร่มรื่น ร่มเย็น สะอาด เป็นระเบียบ สวยงาม
- หู จะต้องได้ยินแต่เสียงพูดจาของเจ้าหน้าที่ที่ไพเราะ อ่อนหวาน น่าฟัง
- จมูก จะต้องไม่ได้รับกลิ่นอันไม่พึงประสงค์
- ลิ้น จะต้องได้ลิ้มรสอาหารที่สะอาด ถูกสุขอนามัย และรสชาติดี
- กาย จะต้องได้รับการสัมผัสดูแลอย่างอบอุ่น เอาใจใส่
- ใจ จะต้องได้รับความเมตตา กรุณา เอื้ออาทร เสมือนญาติมิตร

ผู้นำต้องมีความคิดริเริ่มอยู่เสมอ บนพื้นฐานของความเป็นไปได้, ต้องมีอิทธิบาท 4 มีความมุ่งมั่นชัดเจนต่อ CQI, ต้องบอกลูกน้องเสมอว่า "We are not good enough" คือ เรายังไม่ดีพอ แต่เราจะไม่ละความพยายามที่จะพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น เราจะมุ่งมั่นตั้งใจว่า "We are upgrading to serve you better." ต้อง

จงใจลูกน้องว่างงานของเราไม่มีวันเสร็จสมบูรณ์ได้ เราต้องพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง อย่าหยุดทำงาน เมื่อเจอผู้ป่วยต้องพูดจาประสาสมัครทำใจ ทำความเข้าใจ ทักทาย ให้ความสนใจ ให้ความสนใจ

5. การนำในเรื่องการแก้ปัญหา

ผู้นำต้องไม่หนีปัญหา สามารถพลิกผันปัญหาให้เป็นโอกาสพัฒนาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูง

การแก้ปัญหาต้องมุ่งเน้นที่ปัญหา ข้อเท็จจริง ข้อพิจารณา ปัญหาผู้ป่วยรอนาน การแก้ปัญหา โดยการขอเพิ่มเภสัชกรเป็นเรื่องปลายเหตุ ต้องหาสาเหตุก่อน เช่น แพทย์เขียนหวัดอ่านยาก เจ้าหน้าที่ห้องยามือใหม่ ห้องยาจัดตู้ยาไม่สะดวก ห้องยากับห้องจ่ายเงินห่างจากกันมาก ยาพิเศษต้องขออนุมัติหลายขั้นตอน เภสัชกรมีน้อย และตั้งครุภรณ์ลาดลอบบอย จะเห็นได้ว่ามีปัญหามากมาย ต้องแก้ที่สาเหตุ เมื่อมีปัญหาต้องหาข้อเท็จจริง

สร้างนวัตกรรมใหม่ เช่น Morning Brief เพื่อให้หัวหน้าหน่วยงานได้แจ้งปัญหาต่างๆ ให้ผู้อำนวยการทราบปัญหาที่เกิดขึ้น เดิมมักมีความคิดว่ามันต้องเกิด ช่วยอะไรไม่ได้ ต้องไม่คิดเช่นนั้น สิ่งที่ไม่ช่วยไม่ได้หลายสิ่งหลายอย่างช่วยได้ ถ้าเราใช้ปัญญา ใช้ประสบการณ์ ใช้ความตั้งใจที่จะแก้ปัญหา เราต้องยืนหยัดอย่างสง่างามและเตรียมพร้อมที่จะสู้กับภัยอันตราย และพร้อมเสมอสำหรับโอกาสที่จะมาไม่ว่าดีที่สุดในหรือเลวร้ายที่สุด

- ผู้นำต้องใช้ข้อมูล สถิติมาแก้ปัญหาและกำหนดนโยบายเสริมสร้างป้องกัน เช่น
- การซักผ้า มีเครื่องซักผ้า 2 – 3 เครื่อง ถามผู้รับผิดชอบว่า เครื่องมีขนาดเท่าใด ซักผ้าของโรงพยาบาลวันละเท่าใด โรงพยาบาลซักผ้าวันละกี่กิโล คำตอบคือไม่ทราบ ถ้าเราเป็นผู้บริหารจะอย่างไร
 - การใช้น้ำประปา พอน้ำประปาเทศบาลหยุดไหล น้ำในโรงพยาบาลจะมีใช้ได้อีก 5 – 6 ชั่วโมงเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่เดือดร้อนมาก เราจะทำอย่างไร ถามว่าโรงพยาบาลใช้น้ำวันละเท่าไร รู้แต่เพียงโรงพยาบาลมีถังน้ำสำรอง 250 ลูกบาศก์ลิตร การแก้ปัญหา เราต้องกำหนดให้โรงพยาบาลมีน้ำสำรองใช้ได้น้อย 72 ชั่วโมง เพราะฉะนั้น จะสร้างถังน้ำสำรองอีก 1,500 ลูกบาศก์ลิตร

การจะทำให้โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ผู้อำนวยการเป็นเพียงผู้บริหารเท่านั้นยังไม่พอ ผู้นำนั้นต้องมีวิสัยทัศน์ สามารถแยกแยะความสำคัญ ต้องแสวงหาโอกาสพัฒนาสิ่งใหม่ๆ ถึงแม้จะมีใช้เป็นคนแรก แต่ต้องอยู่ในกลุ่มแรก ต้องประกาศชัดเจนถึงอุดมการณ์ที่เราจะทำงาน ตามความสำคัญดังนี้

1. เพื่อผู้ป่วยเป็นอันดับแรก
2. เพื่อลูกน้อง เราจะร่วมทุกข์ ร่วมสุข อยู่เคียงคู่ลูกน้อง ไม่ปล่อยให้เขาขาดที่พึ่ง ต้องช่วยแก้ปัญหา จะไม่ทอดทิ้งกันเด็ดขาด
3. นึกถึงตัวเราเองนั้นเป็นอันดับสุดท้าย

การเป็นผู้นำมิใช่การใช้อำนาจ แต่เป็นความน่าเชื่อถือของคนรอบข้างที่จะปฏิบัติตามโดยดี มีความตั้งใจดีต่อกัน จริงใจต่อกัน มีความคิดและจินตนาการร่วมกัน ต้องเดินนำลูกน้องเมื่อมีปัญหา อย่าให้เขารู้สึกว่าเหว โดดเดี่ยว ต้องให้กำลังใจในการต่อสู้ แก้ปัญหา อย่ามองข้ามปัญหา ต้องหัดวิเคราะห์ โดยนำปัญหา อุปสรรคมาใช้ประโยชน์ อย่างน้อยก็เป็นบทเรียน

การมอบหมายงานให้ลูกน้องต้องเน้นย้ำภารกิจและต้องติดตามการทำงาน ต้องไม่หยุดอีมเอม เมื่องานสำเร็จ แต่ควรคิดทำงานต่อ ต้องไม่อิ่มต่อการรับรู้ ต้องพร้อมรับฟังความคิดเห็นและต้องพยายาม สร้างความคิดเชิงบวกอยู่เสมอ

6. การนำในเรื่องการเป็นภาพลักษณ์ที่น่าภาคภูมิใจของหน่วยงาน

เสียงสะท้อนจากผู้มารับบริการ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง, มีการกล่าวถึงความก้าวหน้า การพัฒนาของโรงพยาบาลอย่างกว้างขวาง, รายได้จากโรงพยาบาลมากขึ้น, มีหน่วยงานมาเยี่ยมชม และ ผักงานมากขึ้น, กำลังพล ขอสมัครมาทำงานใหม่เพิ่มขึ้น, โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ HA, โรงพยาบาลได้รับการรับรองเป็น healthy work place จากกรมอนามัย และได้รับยกย่องจากเทศบาล นครราชสีมาให้เป็นโรงพยาบาลตัวอย่างของจังหวัดและจัดเป็นตัวอย่างสำนักงานนำอยู่, ศูนย์พัฒนาเด็ก เล็กของโรงพยาบาล ได้รับรางวัลเป็นตัวอย่างโครงการนำร่องในการพัฒนาศูนย์จากกรมอนามัย, ผู้อำนวยการได้รับการยกย่อง

อุปสรรคและการแก้ปัญหา

ปัญหาที่แก้ยาก ได้แก่ ปัญหาเรื่องวิสัยทัศน์ที่แตกต่างกัน ปัญหาระบบราชการซึ่งผูกขาดบริการ มีขั้นตอนมาก การคัดเลือกและโยกย้ายคนทำได้ลำบาก

ปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ คือ ความไม่กระจ่างชัดในนโยบาย คำสั่ง, บุคลากรมีความขัดแย้ง, บุคลากรขาดความรู้, ปัญหาการร่วมมือประสานงาน, ความไม่รับผิดชอบ

บริการในระบบราชการ

ระบบราชการเป็นเสมือนระบบการบริการผูกขาด ลูกค้ำหรือผู้มาใช้บริการเลือกไม่ได้ ผู้ให้บริการจึงมักทำตามอำเภอใจ ไม่นึกถึงใจเขาใจเรา ไม่นึกถึงความพึงพอใจของลูกค้า เพราะคิดว่าจะบริการดีแล้วอย่างไร ลูกค้ำก็ต้องมาใช้บริการ

แต่ในปัจจุบัน องค์กรของรัฐเปลี่ยนแปลงไปมาก เนื่องจากผู้บริหารมุ่งมั่นในความรับผิดชอบต่อภารกิจที่จะตอบแทน มีการอบรมโน้มน้าวจิตใจเจ้าหน้าที่ให้มีจิตสำนึกที่ว่า เราทำงานได้ ทำงานเป็น ทำงานสำเร็จเท่านั้นยังไม่พอ ต้องพัฒนาความรู้ ความสามารถ ที่สำคัญที่สุด คือ ต้องให้เกิดความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ช่วยกันทำงานเป็นทีม ระวังมิให้มีข้อผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น เปลี่ยนความคิดที่ว่า ลูกค้ำมาสร้างงานให้เรา เป็นความคิดที่ว่าลูกค้ำเชื่อมั่นศรัทธาเราจึงมาใช้บริการของเรา ต้องยึดอุดมการณ์ที่ว่า ข้าราชการต้องบริการประชาชน ต้องตอบแทนพระคุณแผ่นดิน ต้องรักษาเกียรติยศและศักดิ์ศรีของข้าราชการ

ผู้บริหารจะต้องมีความยืดหยุ่น ประนีประนอม ให้มีความสมดุลระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ มิใช่ใช้อำนาจสั่งการให้ลูกน้องทำงานมากขึ้นเพื่อลูกค้ำโดยไม่นึกถึงความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน

ความไม่กระจ่างชัดในนโยบายและคำสั่ง

ระบบราชการไทยมีสายการบังคับบัญชายาว ผู้บริหารระดับกลางและระดับรองบางคน ยังไม่สามารถนำนโยบายหรือคำสั่งจากผู้บริหารระดับสูงไปบอกแก่ลูกน้องอย่างกระจ่างชัด ไม่สามารถรับความคิดหรือปัญหาของลูกน้องมาเรียนให้ผู้บังคับบัญชาได้ จึงเกิดช่องว่าง ผู้บริหารระดับกลางจึงมีความสำคัญมากในการที่จะมีหน้าที่เชื่อมประสานในลักษณะ two-way communication

การป้องกันความเสี่ยง

สังคมไทยให้ความสำคัญกับเรื่องการบริหารความเสี่ยงน้อยมาก มองความเสี่ยงเป็นเรื่องปกติธรรมดาของชีวิตประจำวัน ไม่คิดที่จะควบคุม ป้องกันมิให้เกิดขึ้น กระบวนการบริการดูแลรักษาผู้ป่วย จะต้องเริ่มตั้งแต่มีการนัดก่อนมาโรงพยาบาล เมื่อมาโรงพยาบาลได้รับการดูแลรักษาจนหาย และกลับไปฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน การดูแลมักมุ่งเน้นเพียงการรักษาพยาบาลที่เรือนพักผู้ป่วยเท่านั้น ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับงานฝ่ายสนับสนุน ซึ่งเราจำเป็นต้องป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดจากโรงครัว, โรคซั๊กฟอก, โรงขยะ, บ่อน้ำบาดน้ำเสีย แม้แต่ศูนย์เปล ผู้ป่วยรักษาหายดีแล้วแพทย์ให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยเดินกลับบ้านอาจถูกสุนัขจรจัดวิ่งมากัด หรือผู้ป่วยอาจเดินหกล้มเนื่องจากพื้นลื่นแต่ไม่มีป้ายแจ้งเตือน เป็นต้น

การนำด้วยอุดมการณ์ในโรงพยาบาลชุมชน

นายแพทย์ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองใหญ่ จ.ชลบุรี

วิสัยทัศน์ส่วนตัว

เป็นผู้ที่กล้าตัดสินใจด้วยความเข้าใจในข้อมูลและเหตุผล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เหมาะสมที่สุด ที่จะนำการเปลี่ยนแปลง จนสามารถกำหนดอนาคตได้ในระดับหนึ่ง โดยยอมรับความจริงทุกอย่างที่เกิดขึ้นจากการประเมินด้วยตนเอง และผู้อื่น แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ตลอดจนสามารถขยายผลให้เกิดในวงกว้างได้ โดยไม่ลืมความเป็นจริงตามธรรมชาติ

การทำให้วิสัยทัศน์ส่วนตัวเป็นความจริง

กล้าตัดสินใจ	หาประสบการณ์ในเรื่องต่างๆ, ปรึกษาผู้ที่มีประสบการณ์ & กรณีศึกษา, สมมติเหตุการณ์
ใช้ข้อมูล	ค้นหา รวบรวม และเก็บข้อมูลที่มีประโยชน์, หัตวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล
มีเหตุผล	ฝึกการอธิบายความสัมพันธ์ของข้อมูลและเป้าหมาย
เหมาะสม	หัดตั้งเป้าหมายและวิธีการที่ดีที่สุด ที่เป็นไปได้ สำหรับสภาวะในขณะนั้น
นำการเปลี่ยนแปลง	ฝึกคิดที่จะพัฒนาอยู่เสมอ
กำหนดอนาคตได้	คิดวางแผนให้มีความเป็นไปได้มากที่สุด, ไม่ปล่อยชีวิตตามยถากรรม, มีเป้าหมายชัดเจน
ยอมรับความจริง	ไม่หมกมุ่นอยู่กับความผิดพลาด, ไม่หลงระเหิงกับความสำเร็จ
รู้จักประเมินตนเอง	ค้นหาจุดดีและด้อยของตนเอง, มองย้อนอดีตเป็นระยะๆ
ยอมรับฟังผู้อื่น	ทำตัวเป็นผู้รับข้อมูลที่ดี, กระตุ้นให้แหล่งข้อมูลอยากให้อข้อมูล
ปรับปรุงแก้ไข	หัดสร้างความสุขจากการปรับปรุงตนเอง
ขยายผลในวงกว้าง	ฝึกการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่น ทั้งในเรื่องที่สำเร็จและผิดพลาด
ความจริงตามธรรมชาติ	คำนึงความสุขในการดำเนินชีวิตอยู่เสมอ

สิ่งที่ผู้นำไม่ควรทำ

- ตั้งเป้าหมายผิดความเป็นจริง
- ไม่ยอมเปลี่ยนแปลงตนเอง
- ไม่ยอมให้ผู้อื่นเปลี่ยนแปลง
- ไม่ยอมเป็นผู้ตาม (ในบางเรื่องที่ควรตาม)
- ไม่เห็นความเป็นผู้นำของสมาชิกในที่มงาน
- ไม่ใช่ข้อมูลและเหตุผล
- ไม่เป็นธรรมชาติ

ตัวอย่าง – การสื่อวิสัยทัศน์ (Class Room Model)

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสามารถเปรียบได้กับห้องเรียนห้องหนึ่ง ซึ่งมีสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เป็นครูที่คอยสอน และมีโรงพยาบาลต่างๆ เป็นนักเรียนในห้อง ซึ่งเปรียบเสมือนผู้ปฏิบัติงาน ที่มีทีมผู้บริหารโรงพยาบาล (รวมทั้งหัวหน้าหน่วยงาน) ทำหน้าที่เป็นผู้ปกครอง

การที่ HA ในองค์กรจะประสบความสำเร็จได้นั้น จะต้องเกิดจากการที่นักเรียนในห้อง สามารถเข้าใจในหลักการที่สำคัญได้ทั้งหมด โดยที่ผู้ปกครองจะต้องให้ความสำคัญ ไม่ว่าจะในทางตรงหรือทางอ้อมทางตรง หมายถึงการเข้ามาร่วมเรียนรู้กับนักเรียน ส่วนทางอ้อม หมายถึงการเปิดโอกาสให้นักเรียนได้ทำในสิ่งที่เข้าได้กับหลักการของระบบใหม่

ครูผู้สอน และผู้ปกครอง เป็นผู้ที่อยู่ในระบบเก่ามานานกว่านักเรียนในห้อง ในขณะที่เนื้อหาที่ทำการสอนกันในห้องนี้ ถือเป็นระบบใหม่ ซึ่งแม้แต่ตัวครูผู้สอนเอง ก็ยังยอมรับว่ายังอยู่ในระหว่างการเรียนรู้วิธีการสอน ส่วนนักเรียนแต่ละคนในห้องนั้น ก็มีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ทั้งในทางกายภาพ และความสามารถในการรับรู้ บางคนก็เข้าใจในระบบใหม่ได้ดี และมีผู้ปกครองสนับสนุน ก็สามารถทำหน้าที่เป็นนักเรียนพี่เลี้ยง ช่วยครูสอนเพื่อนๆ ในห้องได้

คำถาม: ท่านสามารถขยายความคิดจาก model นี้ได้อย่างไรบ้าง?

ตัวอย่าง – OPD cards

การปรับปรุงระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลหนองใหญ่ เริ่มต้นจากการใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตว่า OPD cards แบบกระดาษที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน มีข้อบกพร่องมากมาย เช่น การที่ต้องเสียเวลาเขียนข้อมูลซ้ำๆ หรือการที่ข้อมูลสำคัญสูญหาย จึงได้มีความคิดที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (เนื้องานเปลี่ยนแปลง) ด้วยวิธีการลองผิดลองถูกหลายอย่าง เช่น การพิมพ์รายการยาในใบสั่งยาไว้ล่วงหน้า หรือการทำตารางสำหรับรายการยาที่ใช้บ่อยๆ ซึ่งจากการประเมินตนเองเป็นระยะๆ พบว่าผลดีที่ได้รับ ยังไม่คุ้มค่าเพียงพอ จึงได้ค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม จนพบว่าระบบเวชระเบียนที่ใช้คอมพิวเตอร์สามารถช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ แต่เมื่อพิจารณาด้วยเหตุผลอย่างละเอียดแล้ว กลับพบว่ายังไม่เหมาะสมกับโรงพยาบาลหนองใหญ่ ซึ่งมีปัญหาไฟตกอยู่เสมอและเจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ ตลอดจนการที่งบประมาณที่ต้องลงทุนไม่คุ้มกับปริมาณคนไข้ในแต่ละวัน ในที่สุดจึงได้นำจุดเด่นของระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งได้แก่ความเป็นระบบระเบียบของข้อมูล มาประยุกต์ใช้กับระบบเวชระเบียนแบบเดิม ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

เมื่อดำเนินการไปได้ระยะหนึ่ง ก็ค้นพบจุดด้อยคือการที่แพทย์จะต้องเป็นผู้สรุปประวัติผู้ป่วยในขั้นตอนการถ่ายโอนข้อมูล แต่ก็พบจุดเด่นเพิ่มขึ้น คือการที่แพทย์สามารถลดเวลาที่ต้องใช้กับงานเอกสาร จึงมีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้น จากจุดดีและจุดด้อยนี้เอง ที่ทำให้เกิดความคิดที่จะขยายผลในวงกว้างโดยการเผยแพร่ข้อมูลที่ได้รับ โดยใช้กระบวนการวิจัย เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร

คำถาม: มีกิจกรรมใดบ้างในหน่วยงานของท่าน ที่สามารถเข้าได้กับตัวอย่างนี้?

ตัวอย่าง – การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ

เนื่องจากการที่โรงพยาบาลหนองใหญ่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ซึ่งมีลักษณะเฉพาะบางประการ เช่น บางหน่วยงานมีบุคลากรจำนวนน้อย, ลักษณะงานที่เน้นชุมชนเป็นหลัก ฯลฯ ทำให้เกิดปัญหาว่า จะดำเนินงานให้สอดคล้องกับระบบมาตรฐานกายวิภาคได้อย่างไร

เมื่อพิจารณาข้อมูลประวัติศาสตร์ของ HA แล้ว พบว่าแม้ HA จะเกิดขึ้นมากกว่า 4 ปี แต่ก็มีโรงพยาบาลไม่กี่แห่งเท่านั้น ที่ได้รับการรับรอง โดยทุกแห่งล้วนแต่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่แทบทั้งสิ้น ทำให้ทีมงานของโรงพยาบาลหนองใหญ่พยายามทำความเข้าใจในหลักการและเหตุผลที่แท้จริงของ HA จนต้องแท้ จึงทำให้กล้าตัดสินใจที่จะดำเนินงานพัฒนาคุณภาพด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับองค์กร โดยการจัดโครงสร้างองค์กรซึ่งไม่เป็นไปตามหัวข้อในมาตรฐานฯ, การดำเนินกิจกรรมในชุมชนซึ่งในปัจจุบันก็ยังไม่ทราบว่าจะตรวจประเมินอย่างไร, การลดงานเอกสาร ในขณะที่โรงพยาบาลอื่นๆให้ความสำคัญ, การคิดรูปแบบเอกสารประเมินตนเองขึ้นใหม่ ฯลฯ

คำถาม: มีเหตุการณ์ใดที่ท่านกล้าตัดสินใจ ด้วยความเข้าใจในข้อมูลและเหตุผล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เหมาะสมที่สุด?

การสร้างความสุขในการพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต้องใช้พลังความคิด พลังความร่วมมือของบุคลากรทุกคนในองค์กร เพื่อร่วมกันเรียนรู้และเชื่อมโยงระบบต่างๆ ประสานกันอย่างกลมกลืน พลังแห่งความสุขจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดการดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นและต่อเนื่อง

หลักแห่งความสุขมีความหมายง่ายๆ ว่า ยิ่งแบ่งปันความสุขให้ผู้อื่นมากเท่าไร ก็มีความสุขมากเท่านั้น ความสุขเป็นความรู้สึกจากภายใน เมื่อเห็นสิ่งที่คาดคิดจะเป็นจริงและเป็นจริงแล้ว แบ่งปันความสุข ความรู้สึกแห่งความปลื้มปิติแก่คนอื่น ตรงกันข้ามความทุกข์เป็นความรู้สึกที่ไม่ได้ที่คาดหวัง กลัวความผิดพลาด

Mini workshop จึงใช้กิจกรรมเป็นหลักเพื่อให้ผู้ร่วมประชุมได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสรุปแนวความคิดในแต่ละกิจกรรมและเชื่อมโยงสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพเพื่อมีความสุขในการทำงาน

กิจกรรมถอดรหัสใจ

วิทยากรถามนำเลือกสิ่งต่างๆ ที่สมาชิกตัดสินใจเลือกแล้วนำสู่การวิเคราะห์ แลกเปลี่ยนความรู้ และเชื่อมโยงสู่ HA ในประเด็นได้ใจทุกคนจากข้อคิดว่า ทุกคนที่เกิดมาต่างก็มีดีที่ไม่เหมือนกัน และมีความรู้ ความสามารถ ความคิดที่แตกต่างกัน แต่เราสามารถทำงานร่วมกันได้ ภายใต้นโยบายเป้าหมายเดียวกัน ถ้าเราศึกษาความต้องการและความคาดหวังของแต่ละบุคคลทำให้เกิดความกระจ่างและตรงกัน จะทำให้ประสานการทำงานได้อย่างราบรื่นและมีความสุข ลดความขัดแย้ง

กิจกรรมเรือมนุษย์

1. เพื่อให้เข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ กล่าวคือ มนุษย์มีความแตกต่างกันในหลายมิติ มนุษย์ทุกคนอยากเป็นคนสำคัญ มนุษย์ทุกคนมีความเห็นแก่ตัว และมนุษย์มักจะมองโลกในแง่ลบ
2. จากกิจกรรมทำให้มีข้อคิดว่าควรยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น โดยการเปิดหู เปิดตา เปิดใจ

นอกจากนี้กิจกรรมเรือมนุษย์ยังจะสะท้อนให้เห็นว่าการสร้างความสุขได้นั้น ต้องมีความรัก การให้ความสำคัญผู้อื่น การเอาใจเขามาใส่ใจเรา ความรับผิดชอบ การชื่นชมสรรเสริญ การพูดจาปราศรัยที่ไพเราะ การยิ้มแย้ม การอดทน และการให้อภัย ซึ่งสามารถเชื่อมโยงสู่ HA ในประเด็นการทำงานเป็นทีม ทักษะการประชุมที่มีประสิทธิภาพ ความคิดสร้างสรรค์

กิจกรรมจิตรกร

สรุปแนวคิดได้ว่า ตัวเรามี 2 สถานะ คือ ตัวเราที่เราคิดว่าเป็นเรา กับตัวเราที่คนอื่นคิดว่าเราเป็น เราอยู่กับตัวเราทุกหนทุกแห่งจนเคยชิน เมื่อเราอยู่ร่วมกับผู้อื่น เมื่อมีการกระทบกระทั่งกัน คือเราประเมินตนเองคิดว่าเราเป็นอย่างไร เราทำอย่างไร ระบบที่เราวางไว้ ข้อมูลที่เราวิเคราะห์ไว้ โรงพยาบาลเราทำได้ดีแล้ว แต่ผู้เยี่ยมสำรวจได้ประเมินและคิดว่าเราไม่เป็นอย่างที่เราคิดจึงเป็นปัญหา การเชื่อมโยง HA ที่สำคัญคือ เราต้องพยายามทำความเข้าใจ ศึกษาข้อมูล ข้อเท็จจริงและ

ทักษะ การประเมินและทบทวนตนเองอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาให้ลดช่องว่างให้น้อยที่สุดในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ คือ การประเมินและทบทวนตนเอง ทำให้อย่างมีความสุข และสมความคาดหวังและนำผลมาใช้ปรับปรุงองค์การได้อย่างชาญฉลาด

กิจกรรมมองภาพใหญ่

จะสะท้อนให้เห็นคุณสมบัติที่ผู้นำต้องมีในการสื่อสารวิสัยทัศน์คือต้องเน้นภารกิจหลัก ยึดแนวคิดสร้างสรรค์มีการเปลี่ยนแปลง ทำซ้ำ ที่สำคัญ คือ ให้นุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วม ที่สำคัญ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และทั่วทั้งองค์กร ฟังเสียงสะท้อนจากบุคลากร มีการเชื่อมโยงสู่ HA ได้แก่ แนวการถ่ายทอดแผนสู่ระดับปฏิบัติ เพื่อส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรอย่างมีความสุข

ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถนำกิจกรรมและสรุปความคิดแล้ว นำไปพัฒนาองค์กรหรือต่อยอดพัฒนาเป็นหลักสูตรพัฒนาบุคลากร เพื่อสร้างขวัญ สร้างกำลังใจและความสุขให้แก่บุคลากร ความสุขที่เกิดขึ้นทั่วทั้งองค์กร เปรียบเหมือนดอกไม้ที่สลบกันบานทั่วสวน ทุกๆ วัน ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์การที่ยั่งยืน

ตัวอย่างง่าย :

การสร้างและใช้ประโยชน์จากเครื่องมือวัดคุณภาพ

การประชุม National Forum on Hospital Accreditation & Quality Improvement ครั้งที่ 3

“คุณภาพโรงพยาบาล.. ทำเรื่องยากให้เป็นเรื่องง่าย” (Simplicity in a Complex System)

ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ 22-24 มกราคม 2545

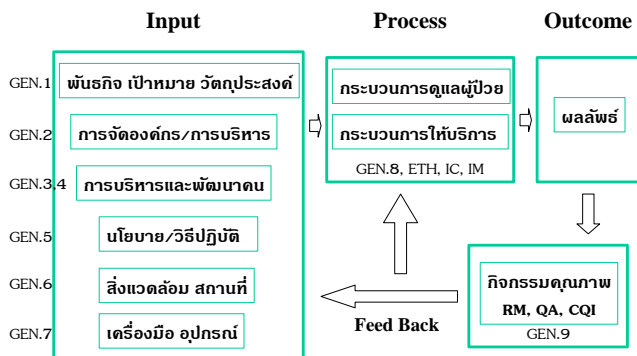
เครื่องชี้วัดคุณภาพ

Quality Indicators

ผศ.นพ. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มาตรฐานระบบคุณภาพของหน่วยงานตาม HA



J. Sriratanaban, Quality indicator

2

ประโยชน์ของเครื่องชี้วัด

- เรียนรู้ตนเอง ใช้ประเมินสถานะปัจจุบัน
- เป็นเครื่องมือในการติดตาม (Monitor)
 - เป็นเครื่องมือหาโอกาสในการพัฒนา
 - เป็นสื่อในการเรียนรู้ร่วมกัน



J. Sriratanaban, Quality indicator

3

เนื้อหาสำคัญในการอบรม

- ช่วงที่ 1 เครื่องชี้วัดคืออะไร
 การประเมินคุณภาพ
 การสร้างเครื่องชี้วัดคุณภาพ
 ฝึกปฏิบัติการสร้างเครื่องชี้วัด
- ช่วงที่ 2 นำเสนอผลงานการสร้างเครื่องชี้วัด
 การวิเคราะห์และการใช้ประโยชน์จาก
 เครื่องชี้วัด

J. Sriratanabun, Quality indicator

4

เครื่องชี้วัดคืออะไร

เครื่องมือหรือสถิติที่ใช้ในการติดตาม
ประเมินผล เพื่อพัฒนาสมรรถนะการ
ทำงานด้านต่าง ๆ ขององค์กร

J. Sriratanabun, Quality indicator

5



J. Sriratanabun, Quality indicator

6

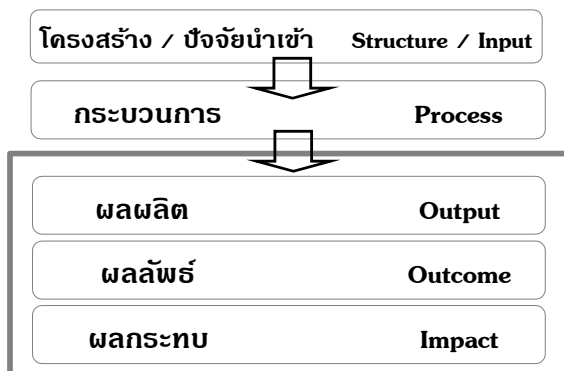
เครื่องชี้วัดคุณภาพ (Quality indicators)

- เครื่องชี้วัดการดำเนินการตามมาตรฐานระบบ และกระบวนการคุณภาพ (Conformance indicators)
 - ประเมินการดำเนินการตามมาตรฐาน
- เครื่องชี้วัดการปฏิบัติงานและผลการปฏิบัติงาน (Performance indicators)
 - ประเมินกิจกรรมการให้การดูแลรักษาและการบริการ

J. Sriratanaban, Quality indicator

7

ชนิดของเครื่องชี้วัด จัดตามทฤษฎีระบบ



J. Sriratanaban, Quality indicator

8

ประเภทของเครื่องชี้วัดคุณภาพ

- เครื่องชี้วัดคุณภาพการให้การดูแลทางคลินิก (Clinical quality indicators)
- เครื่องชี้วัดคุณภาพการให้บริการ (Service quality indicators)
- เครื่องชี้วัดคุณภาพการบริหารจัดการ (Management quality indicators)

J. Sriratanaban, Quality indicator

9

เครื่องชี้วัดคุณภาพทางคลินิก (Clinical quality indicators)

• เครื่องชี้วัดคุณภาพทางคลินิกทั่วไป

ติดตามคุณภาพของกระบวนการดูแลรักษาพยาบาล
ผู้ป่วยของหน่วยงานหรือหอผู้ป่วยโดยทั่วไป รวมถึงการ
ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ

-กระบวนการ เช่น

- อัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด
- อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
- อัตราการปฏิบัติไม่สอดคล้องกับมาตรฐานการ
พยาบาล

J. Sriratanaban, Quality indicator

10

เครื่องชี้วัดคุณภาพทางคลินิก (Clinical quality indicators)

• เครื่องชี้วัดคุณภาพทางคลินิกทั่วไป

- ผลลัพธ์ เช่น

- อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- อัตราตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
 - อัตราตายของผู้ป่วยในทั่วไป
 - อัตราตายของผู้ป่วยในที่ป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้
- ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย
- อัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด
- อัตราการเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug
reaction, ADR)

J. Sriratanaban, Quality indicator

11

เครื่องชี้วัดคุณภาพทางคลินิก (Clinical quality indicators)

• เครื่องชี้วัดคุณภาพทางคลินิกเฉพาะโรคหรือ กลุ่มโรค

ติดตามคุณภาพของการดูแลโรคที่มีความสำคัญ พบ
บ่อย มีปัญหาความแตกต่างของการตรวจรักษาหรือผล
การรักษา หรือเพื่อติดตามประเมิน CPG

- การปฏิบัติตาม CPG ในแต่ละเรื่องในขั้นตอนที่สำคัญ
- ผลลัพธ์ที่เป็นเป้าหมายของ CPG หรือการรักษากลุ่มโรค
- ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse outcome) เฉพาะโรค

J. Sriratanaban, Quality indicator

12

**เครื่องชี้วัดคุณภาพทางคลินิก
(Clinical quality indicators)**

• เครื่องชี้วัดคุณภาพทางคลินิกเฉพาะโรคหรือกลุ่มโรค

– *หอบหืด (Asthma)*

- ระยะเวลาวันนอนผู้ป่วยในโรงพยาบาล
- อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มาที่ห้องฉุกเฉิน

– *เบาหวาน (DM)*

- อัตราการได้รับการตรวจเรตินาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- อัตราการได้รับการตรวจ HbA1c ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

J. Sriratanaban, Quality indicator

13

**เครื่องชี้วัดคุณภาพการบริการ
(Service quality indicators)**

• ติดตามประเมินคุณภาพของกระบวนการและผลลัพธ์ของการบริการทั่วไป

- *ระยะเวลา* *การให้บริการ*
 การรอคอย
- *ความพึงพอใจ* *บริการทั่วไป* *บุคลากร*
 สถานที่ *ความสะอาด*
- *อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางกายภาพ และ*
กระบวนการบริการ

J. Sriratanaban, Quality indicator

14

**เครื่องชี้วัดคุณภาพการบริหารจัดการ
(Management quality indicators)**

• ติดตามประเมินคุณภาพของกระบวนการและผลลัพธ์ของการบริหารจัดการ

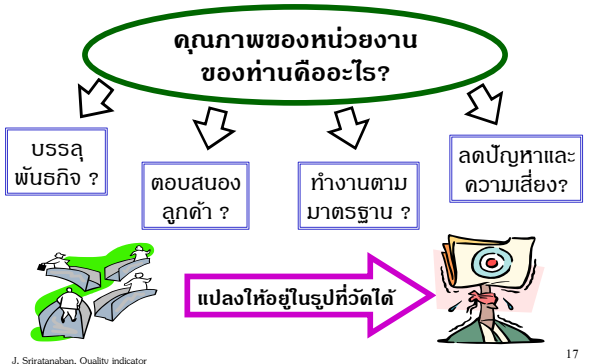
- *การจัดการบุคลากร*
 - * อัตราการลา-สาย-ขาด-ป่วยของบุคลากร
- *การจัดการทางการเงิน*
 - * อัตราส่วนสินทรัพย์สภาพคล่อง
- *การจัดการทรัพยากร*
 - * อุบัติการณ์ขาดคร่าว (Out of stock)

J. Sriratanaban, Quality indicator

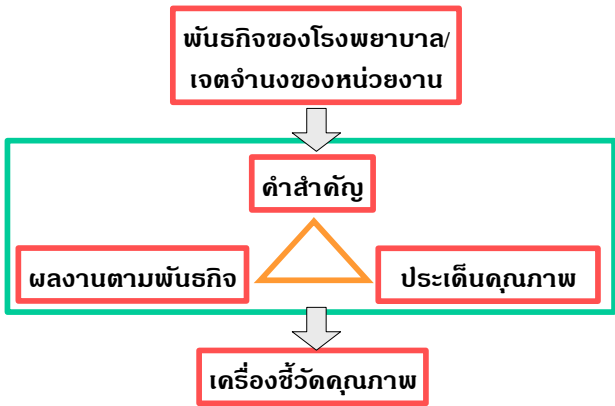
15

การสร้างเครื่องชี้วัดคุณภาพ สำหรับหน่วยงาน และกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

จะใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพอะไรบ้าง? จะมีเครื่องชี้วัดกี่ตัว?



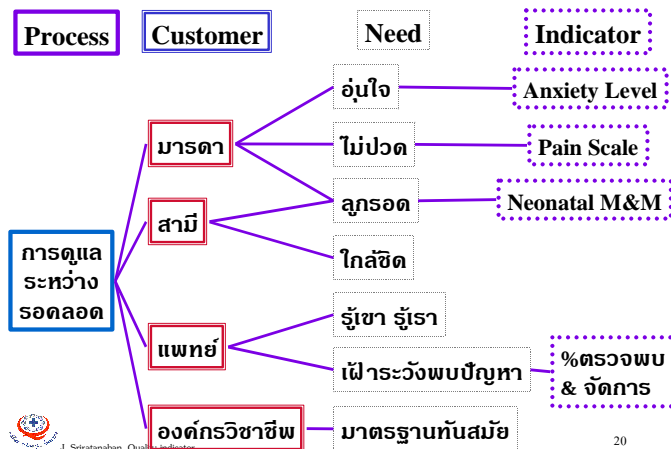
1. เครื่องชี้วัดคุณภาพที่สะท้อนถึงการบรรลุตามพันธกิจ



ตัวอย่าง
เครื่องชี้วัดจากพันธกิจ/นโยบาย/แผนยุทธศาสตร์ของ รพ.

	“บริการศัลยกรรมที่มีมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับ”
เชิงผลลัพธ์	-ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ
เชิงกระบวนการ	-อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน -อุบัติการณ์การไม่ปฏิบัติตาม CPG ศัลยกรรม

2. เครื่องชี้วัดจากการศึกษาความต้องการของลูกค้า



3. เครื่องชี้วัดการทำงานตามมาตรฐาน

- เครื่องชี้วัดแสดงการทำงานสอดคล้องกับมาตรฐานระบบคุณภาพ (Conformance indicators) เช่น
 - การมีคณะกรรมการดูแลมาตรฐานด้านต่างๆ
 - จำนวนหรือความครอบคลุมของคู่มือการปฏิบัติงาน
- เครื่องชี้วัดแสดงการปฏิบัติงานตามแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วย CPG ในเรื่องที่สำคัญ เช่น
 - อุบัติการณ์การไม่ปฏิบัติตาม CPG ที่กำหนด โดยไม่ใช่เหตุผลเฉพาะจากตัวผู้ป่วย
- เครื่องชี้วัดแสดงการปฏิบัติงานตามคู่มือการปฏิบัติงาน เช่น
 - สถิติการปฏิบัติตาม Performance Checklist ของคู่มือเรื่องที่สำคัญ

4. เครื่องชี้วัดจากปัญหาและความเสี่ยง

อะไรคือ “ความเสี่ยง (Risk)” ที่สำคัญของหน่วยงานของท่าน ?

- ความเสี่ยง คือ ความผิดพลาดในการทำงานที่มีโอกาสทำให้เกิดความเสียหาย โดยเฉพาะกับผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการ

ตัวอย่างของความเสี่ยงในหน่วยงานที่เราสามารถนึกถึงได้:

- ความเสี่ยงทางกายภาพ: พื้นลื่นหกล้ม อัคคีภัย ไฟช็อต ตึกถล่ม ฯลฯ
- ความเสี่ยงอันเกิดจากกระบวนการทำงาน: การติดเชื้อในโรงพยาบาล การจ่ายยาผิด การแพ้ยา-แพ้เลือด การทำงานของเครื่องมือแพทย์ผิดพลาด ฯลฯ
- ความเสี่ยงทางใจ/อารมณ์: การละเมิดสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย การรับฟังคำพูดที่ดูถูกดูแคลน ความวิตกกังวล การฆ่าตัวตาย ฯลฯ
- ความเสี่ยงอื่น ๆ: ทรัพย์สินหายและถูกขโมย การไม่รักษาความลับของผู้ป่วย ฯลฯ

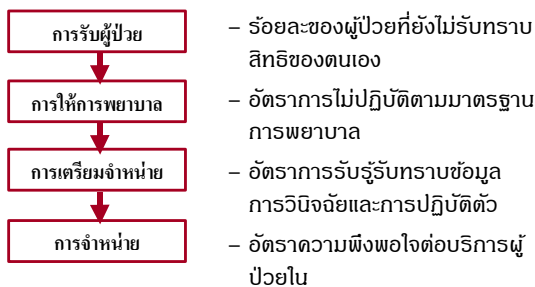
เครื่องชี้วัดจากปัญหาและความเสี่ยง

ตัวอย่าง

- ความเสี่ยงทางการแพทย์
 - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและหัตถการ...
- ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการดูแลรักษา
 - อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - อัตราการจ่ายยาผิด
 - อัตราการปฏิบัติการกู้ชีวิตขณะผ่าตัด
- ความเสี่ยงในการบริการและอาคารสถานที่
 - อุบัติการณ์การเกิดอัคคีภัย / ไฟฟ้าลัดวงจร
 - อุบัติการณ์ของอาชญากรรมในโรงพยาบาล

การเชื่อมโยงเครื่องชี้วัดกับกระบวนการทำงานและ/หรือ การให้บริการ

เครื่องชี้วัด



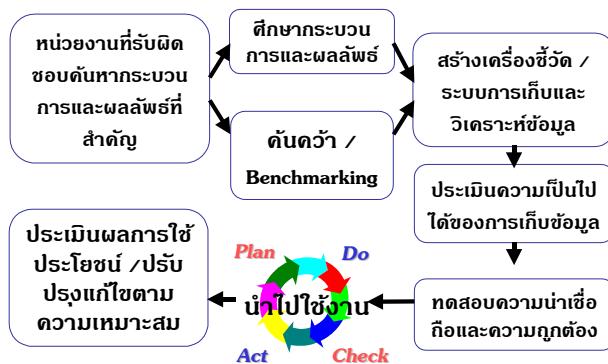
เกณฑ์การคัดเลือกเครื่องชี้วัดที่ดีของหน่วยงาน

- **วัดในสิ่งที่สำคัญ**
 - สะท้อนพันธกิจ/กระบวนการหลัก กระบวนการที่มีความเสี่ยงสูง และพบปัญหาความผิดพลาดได้บ่อย
 - สะท้อนมุมมองของผู้ใช้ประโยชน์ เช่น ผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการ ผู้บริหาร และนโยบายสุขภาพและสาธารณสุขที่สำคัญ
 - สิ่งที่ต้องการพัฒนาและส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงได้
- **มีความถูกต้อง** นำเชื่อถือ ไวต่อการเปลี่ยนแปลง
- **วัดได้ง่าย**
 - มีศักยภาพเพียงพอที่จะเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้อง สามารถวิเคราะห์ข้อมูล และนำไปใช้ประโยชน์ได้
 - ประกอบเป็นชุดเครื่องชี้วัด ให้เห็นภาพรวมของการปฏิบัติงาน

J. Sriratanaban, Quality indicator

25

เครื่องชี้วัดสำหรับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ



J. Sriratanaban, Quality indicator

26

โครงสร้างของเครื่องชี้วัดคุณภาพ

- ชื่อเครื่องชี้วัด
- วัตถุประสงค์ของเครื่องชี้วัด
- สูตรการคำนวณ และหน่วยวัด
- วิธีการเก็บข้อมูลและแหล่งของข้อมูล
- ระยะเวลาและความถี่ของการเก็บข้อมูล
- วิธีการและช่วงเวลาของการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูล
- ผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล
- ผู้ใช้ประโยชน์จากเครื่องชี้วัด
- เป้าหมายและการตั้งเป้าหมาย: ระดับของการปฏิบัติที่คาดหวัง เวลา ผู้รับผิดชอบ
- (การดำเนินการหากได้ตามเป้าหมาย สูงกว่าเป้าหมาย และต่ำกว่าเป้าหมาย)

J. Sriratanaban, Quality indicator

27

การวิเคราะห์ผลของเครื่องชีวิต

- การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Data checking and verification)
- การสรุปภาพรวมของข้อมูล (Data overview)
- การวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ (Analysis by objectives)
- การทบทวนเฉพาะกรณี (Case Review)

การคำนวณสถิติเครื่องชีวิต ตามสูตรการคำนวณ

$$\text{อัตราตายของผู้ป่วยใน รพ. (/1000)} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยในที่เสียชีวิตใน 1 เดือน} * 1000}{\text{จำนวนผู้ป่วยในที่กำหนดออกใน 1 เดือน}}$$

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการ:

$$\text{อัตราความพึงพอใจ (\%)} = \frac{\text{จำนวนผู้ใช้บริการที่ให้คะแนนรวมเฉลี่ยมากกว่า 4 จาก 5 คะแนนเต็ม} * 100}{\text{จำนวนแบบสอบถามตอบโดยผู้ใช้บริการ}}$$

$$\text{ระดับความพึงพอใจเฉลี่ย} = \frac{\text{ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจจากแบบสอบถามความพึงพอใจทั้งหมด (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)}}{}$$

การนำเสนอภาพแบบตัดขวาง

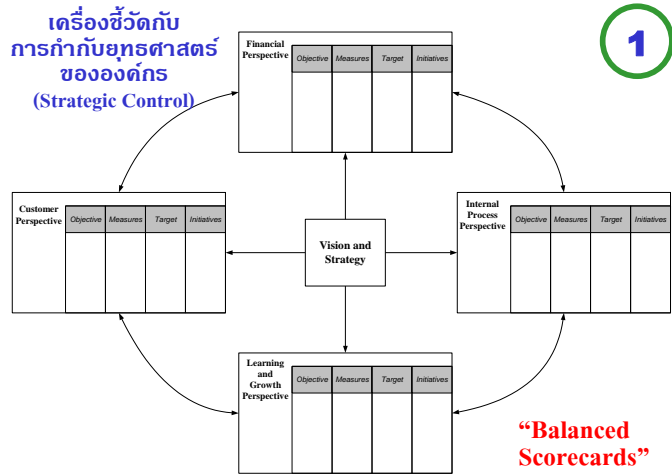
	เป้าหมาย	ปฏิบัติได้
• อัตราตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาล	3.5/1000	3.7/1000
• อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	5.5%	6.2%
• อัตราความพึงพอใจต่อการบริการ	85 %	87 %
• ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยที่ OPD	18 นาที	23 นาที
• ร้อยละของผู้ป่วยที่รอนานกว่า 20 นาที	25 %	31 %
• อุบัติการณ์ของความเสียหายที่สำคัญ	10 เรื่อง	12 เรื่อง

ระดับของการใช้ประโยชน์จากเครื่องชีวิต

- การใช้ประโยชน์ระดับองค์กร
 - การบรรลุพันธกิจ วิสัยทัศน์ และเป้าหมาย
 - ตัวอย่าง: **Balanced scorecard**
- การใช้ประโยชน์ระดับหน่วยงาน
 - **Performance: Clinical vs. Service vs. Management**
 - กระบวนการ (Process) vs. ผลลัพธ์ (Outcome)
- การใช้ประโยชน์กับบุคคล
 - ตัวอย่างประเมินการทำงานประจำวัน: **ส่งเวร**

J. Sriratanabun, Quality indicator

37



J. Sriratanabun, Quality indicator

38

Strategy Map	วัตถุประสงค์ (Objectives)	ตัวชี้วัด (KPI)	ข้อมูลปัจจุบัน (Baseline Data)	เป้าหมาย (Target)	แผนงาน โครงการ กิจกรรม (Initiatives)
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">การเพิ่มขึ้นของรายได้</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">รายได้จากลูกค้าใหม่เพิ่ม</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">การแสวงหาลูกค้าใหม่</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 2px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">การบริหารที่ดี</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">ราคาที่เหมาะสม</div> </div>	รายได้จากลูกค้าใหม่เพิ่ม	รายได้จากลูกค้าใหม่ / รายได้ทั้งหมด	10%	15%	
	การหาลูกค้าใหม่	จำนวนลูกค้าที่เพิ่มขึ้น ยอดขายต่อลูกค้า 1 ราย	2,000 ราย 100,000 บาท	2,500 ราย 150,000 บาท	- ออก promotion ใหม่ - เพิ่มบริการที่หลากหลาย
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">กระบวนการจัดส่งที่รวดเร็ว</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">กระบวนการผลิตที่ดี</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 2px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">ทักษะของพนักงาน</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">เทคโนโลยีสารสนเทศ</div> </div>	การบริหารที่ดี	อัตราเครื่องเขียนจากลูกค้า ความถี่ในการให้บริการ	ไม่เกิน 20% ไม่เกิน 1 ชั่วโมง	ไม่เกิน 15% ไม่เกิน 50 นาที	- นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการให้บริการ - จัดทำระบบฐานข้อมูลลูกค้า
	การจัดส่งที่รวดเร็ว	ร้อยละของการส่งของที่ไม่ตรงเวลา	ไม่เกิน 20%	ไม่เกิน 15%	- นำระบบ Bar-code มาใช้
	การพัฒนาทักษะของพนักงาน	จำนวนวันในการอบรมต่อปี	7 วัน	10 วัน	- จัดทำแผนงานอบรมอย่างต่อเนื่อง - จัดกิจกรรมพนักงานสัมพันธ์
	อัตราการขายออก		15%	10%	

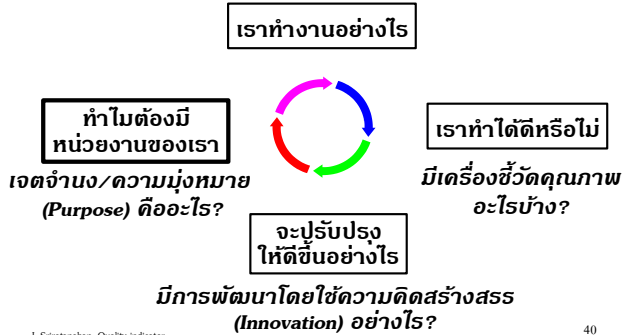
J. Sriratanabun, Quality indicator

ที่มา: หจก.สุขบุรีศรี (2544)
39

การใช้ประโยชน์จากเครื่องชีวิต: 2

องค์ประกอบสำคัญในการประเมินตนเองสำหรับหน่วยงาน

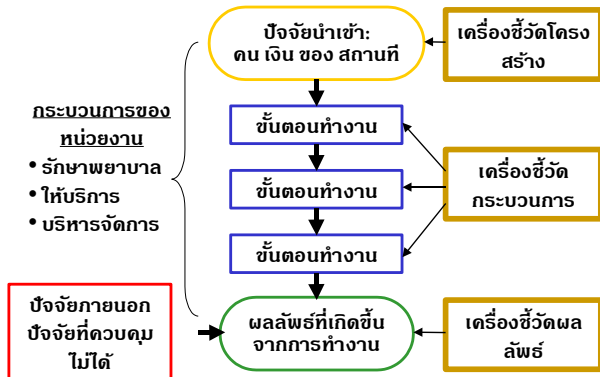
กระบวนการหลัก (Core Process) คืออะไร?



J. Sriratanaban, Quality indicator

40

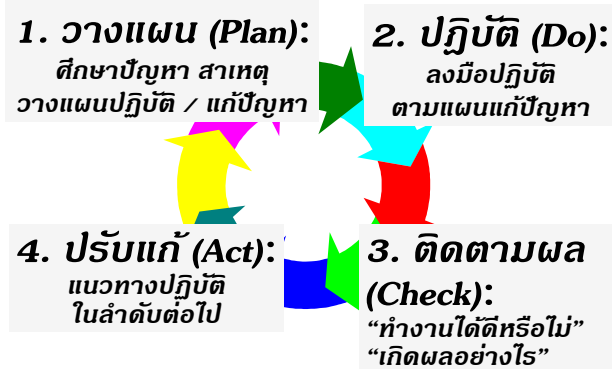
เครื่องชีวิตกับกระบวนการของหน่วยงาน



J. Sriratanaban, Quality indicator

41

การพัฒนาคุณภาพของการทำงานที่สามารถกระทำได้ในชีวิตประจำวัน 3



J. Sriratanaban, Quality indicator

ปัญหาของการใช้เครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงาน


- ความไม่เข้าใจเรื่องหลักการ แนวคิด คำศัพท์ การอ้างอิงทางวิชาการ
- ความไม่ชัดเจนเรื่องวัตถุประสงค์และการใช้ประโยชน์ การแปลความหมายไม่ถูกต้อง การนำไปเผยแพร่อย่างไม่เหมาะสม
- อุปสรรคในการดำเนินการและการสนับสนุน ขาดความรู้และทักษะด้านการวิจัย การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ข้อจำกัดกลไกของระบบข้อมูลสารสนเทศ ขาดทรัพยากรบุคคล เวลาและเงิน
- ทักษะการคิดของบุคลากรที่ไม่ถูกต้อง มองไม่เห็นประโยชน์ และคิดว่าเป็นการจับผิด

J. Sriratanabun, Quality indicator


43

ข้อพึงระวังในการใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพ

- อิทธิพลของปัจจัยแทรกแซงอื่น ๆ ต่อผลลัพธ์ของกระบวนการ
- ความลำเอียงในการเก็บข้อมูล
- กำนำข้อมูลไปใช้อย่างไม่ถูกต้อง

 Kill the messenger

 Distort the data

 Turn someone else in



“ไม่มีข้อมูลยังดีเสียกว่ามีข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง เชื่อถือไม่ได้”

J. Sriratanabun, Quality indicator

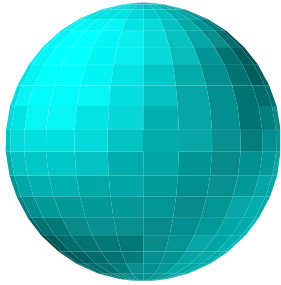
44

ทบทวนความรู้

- แนวคิดและที่มาของการใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพ
- การสร้างเครื่องชี้วัดคุณภาพ
- การเก็บข้อมูลเครื่องชี้วัด
- การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลจากเครื่องชี้วัด
- การนำเครื่องชี้วัดไปใช้ประโยชน์

J. Sriratanabun, Quality indicator

45



จากความรู้สู่การปฏิบัติ

Evidence Based Clinical Practice: The New Concept in Medicine	1
การพัฒนาคุณภาพโดยอิง CPG	12
Gap Analysis กับการใช้ Evidence ในการพัฒนาคุณภาพคลินิก	27

Evidence Based Clinical Practice: The New Concept in Medicine¹

วิชญ์ ธรรมลิขิตกุล

บริการด้านการแพทย์ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของแพทย์ซึ่งทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ดังนั้นความสำคัญของแพทย์ต่อหน้าที่ ความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์สุจริต และจริยธรรมที่แพทย์พึงปฏิบัติจึงมีความสำคัญยิ่งในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

เวชปฏิบัติในปัจจุบันและอนาคตทวีความซับซ้อนมากขึ้นเนื่องจากวิธีการปฏิบัติรักษา (intervention) ผู้ป่วยแต่ละโรคหรือผู้ป่วยแต่ละรายมักจะมีได้หลายวิธี แต่ละวิธีมีข้อดี ข้อด้อย และข้อจำกัดที่แตกต่างกันไป การประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยอาศัยหลักฐานที่เป็นรูปธรรมว่าวิธีการปฏิบัติรักษามีความปลอดภัย มีประสิทธิผล และมีความคุ้มค่า จึงมีความสำคัญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

แนวทางและวิธีการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยรายบุคคลในเวชปฏิบัติมี 3 วิธี ได้แก่

1. ประสพการณ์ในเวชปฏิบัติ คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ตำราหรือบทความวิชาการ

วิธีการนี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ

ก. ประสพการณ์ดังกล่าวมิได้เป็นการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทำให้อาจมิใช่ความรู้ที่เป็นความจริง

ข. ความไม่ทันสมัยของวิธีการรักษาและการนำวิธีการที่ไม่มีประโยชน์มาใช้ปฏิบัติรักษาผู้ป่วย เช่น ผลการวิจัยประเภท RCT แสดงให้เห็นประโยชน์ของการใช้สาร thrombolytic ในผู้ป่วย acute MI ตั้งแต่ พ.ศ. 2525 แต่คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญส่วนมากในตำรามิได้ระบุถึงวิธีการรักษาที่จกัรทั่งในปี พ.ศ. 2535 แต่กลับแนะนำให้ใช้ lidocaine ซึ่งผลงานวิจัยทุกชิ้นไม่พบว่ายานี้มีประโยชน์

วิธีการนี้มักมีประโยชน์ในกรณีต่อไปนี้

ก. เวชปฏิบัติฉุกเฉินสำหรับโรค/ภาวะที่มีผลลัพธ์ของการรักษาที่ดีชัดเจนและรวดเร็วซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ด้วยอคติใดๆ เช่น การใช้ยา adrenalin ในผู้ป่วยภาวะ anaphylaxis, การทำ CPR

ข. ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาที่เพิ่งค้นพบใหม่หรือพบได้น้อยมาก

ค. ปัญหาสุขภาพที่มีผลลัพธ์รุนแรงมากเสมอ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้าจะถึงแก่กรรมเสมอ ถ้ามีผู้ป่วยเพียง 1 รายที่เป็นโรคนี้จริงและได้รับการรักษาด้วยวิธีใดก็ตามแล้วผู้ป่วยไม่ถึงแก่กรรม การรักษาดังกล่าว จะนับว่าเป็นการรักษาที่มีประโยชน์

นอกจากนี้ประสพการณ์ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมยังมีประโยชน์ในส่วนที่เป็น “ศิลป์” ของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

2. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นวิธีการที่สำคัญและเหมาะสมที่สุดในการค้นหาความรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ใหม่ที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาผู้ป่วยรายบุคคล วิธีนี้ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาผลงานวิจัยให้ครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินคุณภาพและความถูกต้อง (validity) ของผลงานวิจัย

¹ สรุปความจากอายุรศาสตร์นวัตศัน 1 (บรรณาธิการ: นิพนธ์ พวงวรินทร์)

ขั้นตอนที่ 3 การนำเอาผลงานวิจัยไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยรายบุคคล

3. การดำเนินการวิจัย จำเป็นสำหรับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่ หรือใช้วิธีการในข้อ 2 แล้วพบว่ายังไม่มีองค์ความรู้ที่เป็นความจริง หรือองค์ความรู้ดังกล่าวไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยรายบุคคลได้ วิธีนี้เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการค้นหาความรู้ที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาของผู้ป่วย แต่ต้องอาศัยทักษะการวิจัย ใช้เวลานาน เสียค่าใช้จ่ายสูง

บทความนี้จะกล่าวถึงบทบาทปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยรายบุคคลในเวชปฏิบัติโดยอาศัยหลักฐานจากผลงานวิจัยซึ่งเรียกว่า Evidence Based Clinical Practice² ซึ่งมีทั้งส่วนที่เป็น “ศาสตร์” และส่วนที่เป็น “ศิลป์”

Evidence Based Clinical Practice ส่วนที่เป็น “ศาสตร์”

ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ขั้นตอน

1. การระบุประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วยรายบุคคลในเวชปฏิบัติ โดยอาศัยทักษะพื้นฐานทางคลินิก ได้แก่ การซักประวัติและกาตรวจร่างกาย

2. การค้นหาผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วน ซึ่งมีปัจจัยสำคัญ 2 ประการคือ

ก. การเลือกแหล่งข้อมูลที่จะค้น ซึ่งการใช้ฐานข้อมูลประเภท electronic จะสะดวก รวดเร็ว ได้ข้อมูลมากกว่าฐานข้อมูลประเภทเอกสาร

ข. การระบุคำหลัก (key words) ที่ถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้องกับปัญหาสำคัญของผู้ป่วย ซึ่งการใช้ free term³ มักมีประโยชน์มากกว่า MeSH⁴ ในกรณีที่คำดังกล่าวเป็นคำใหม่และยังไม่ได้กำหนดเป็น MeSH ในการค้นมักนิยมใช้คำหลักมากกว่า 1 คำ และใช้รายการอื่นช่วยด้วย เช่น “จำกัดจำนวน” “หัวเรื่องย่อย” “check tags” เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความเฉพาะมากขึ้น

3. การประเมินคุณภาพและความถูกต้อง (validity) ของผลงานวิจัยที่ค้นหาได้ เพื่อพิจารณาว่าผลการวิจัยนั้นเป็นความรู้ใหม่ที่เป็นความจริงหรือใกล้เคียงความจริงมากน้อยเพียงใด โดยดูว่ามีอคติ (bias หรือ systematic error) และความคลาดเคลื่อนแบบสุ่ม (random error หรือ chance) ปะปนอยู่ด้วยหรือไม่ หากมี จะมีมากจนทำให้ผลการวิจัยที่ได้ไม่เป็นความจริงหรือไม่

² การดูแลรักษาผู้ป่วยรายบุคคลในเวชปฏิบัติโดยการแสวงหาแนวทางและวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยจากหลักฐานที่ดีที่สุดเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งหลักฐานดังกล่าวนี้แสดงว่าแนวทางและวิธีการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัย มีประโยชน์ และคุ้มค่า แล้วนำเอาแนวทางและวิธีการดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยรายบุคคลในสถานการณ์และสถานภาพของเวชปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

³ การค้นโดยการกำหนดคำใดๆ ก็ได้

⁴ Medical Subject Heading คำหลักที่ผู้จัดทำฐานข้อมูลใช้สำหรับบ่อนข้อมูลเข้าไปในฐานข้อมูล

การประเมินคุณภาพและความถูกต้องของผลงานวิจัยประเภทปฐมภูมิที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

1. รูปแบบการวิจัย รูปแบบที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการพิสูจน์ประสิทธิผลของการรักษาคือ RCT⁵ (เพื่อลดอคติในระยะก่อนการรักษา) ซึ่งจะมีความสมบูรณ์มากขึ้นหากใช้มาตรการ double blind (เพื่อลดอคติภายหลังจากให้การรักษา) ร่วมด้วย หากมีผลงานวิจัยที่ใช้รูปแบบนี้ ควรนำผลงานเหล่านั้นมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินความถูกต้องก่อนเสมอ หากไม่มีการศึกษาที่ใช้รูปแบบนี้ จึงนำเอาผลงานที่ใช้รูปแบบอื่นที่มีความเหมาะสมน้อยกว่าลดหลั่นกันดังนี้ non RCT, case control study, cross sectional study, case series/case report

2. ประชากรที่ศึกษา

ควรพิจารณาประเด็นสำคัญดังนี้

ก. ผู้วิจัยต้องระบุนิยามของโรคและวิธีการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยที่นำมาศึกษาอย่างชัดเจน และข้อมูลดังกล่าวต้องเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป เกณฑ์การคัดประชากรบางรายออกจากการศึกษา (exclusion criteria) และแหล่งของการได้มาซึ่งประชากรที่นำมาศึกษา

ข. ผู้วิจัยต้องระบุสมมติฐานของผลการรักษาที่คาดว่าจะเกิดในผู้ป่วยทุกกลุ่ม ซึ่งข้อมูลนี้จะนำไปสู่การประมาณจำนวนผู้ป่วยที่นำมาใช้ในการวิจัย จำนวนที่น้อยเกินไปจะทำให้ไม่สามารถพิสูจน์ความแตกต่างของผลการรักษาระหว่างผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ได้ จำนวนที่มากเกินไปจะทำให้พบความแตกต่างเสมอแม้ว่าจะมีขนาดน้อยมากและไม่มีความสำคัญทางคลินิก

ค. ผู้วิจัยต้องระบุวิธีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาชนิดต่างๆ วิธีที่จะป้องกันอคติได้ดีที่สุดคือการแบ่งกลุ่มแบบสุ่ม ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีโอกาสถูกจัดให้อยู่ในแต่ละกลุ่มที่ใกล้เคียงกัน

3. วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

ควรพิจารณาประเด็นสำคัญดังนี้

ก. ผู้วิจัยต้องระบุวิธีการรักษาที่ต้องการศึกษาอย่างครบถ้วนและชัดเจน หากเป็นการรักษาโรคที่สามารถหายหรือดีขึ้นได้เอง ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมควรได้รับวิธีการรักษาหลอกเพื่อป้องกันอคติ หากเป็นโรคที่มีวิธีการรักษามาตรฐานอยู่แล้ว ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมควรได้รับการรักษาด้วยวิธีการรักษามาตรฐานเหล่านั้นด้วย

ข. ผู้วิจัยต้องระบุมาตรการตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาอย่างครบถ้วน

ค. ผู้วิจัยต้องระบุมาตรการป้องกัน contamination ซึ่งหมายถึงปรากฏการณ์ที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาที่ต้องการศึกษาโดยบังเอิญ

ง. ผู้วิจัยต้องระบุมาตรการในการป้องกัน co-intervention ซึ่งหมายถึงปรากฏการณ์ที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มศึกษาได้รับการปฏิบัติที่นอกเหนือไปจากวิธีการรักษาที่ต้องการศึกษาที่แตกต่างกัน วิธีการในการป้องกัน co-intervention คือการใช้มาตรการ double blind กล่าวคือทั้งผู้ป่วยและผู้วิจัยต่างก็ไม่ทราบว่าคุณป่วยรายใดถูกจัดอยู่ในกลุ่มใด จะทำให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการปฏิบัติคล้ายคลึงกัน

4. การวัดผลการศึกษา

ควรพิจารณาประเด็นสำคัญดังนี้

⁵ Randomized Controlled Trial การวิจัยที่ผู้วิจัยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มหรือมากกว่าแบบสุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน แล้วให้กลุ่มหนึ่งได้รับการรักษาที่ต้องการศึกษา ส่วนกลุ่มอื่นไม่ได้รับการรักษา หรือได้รับการรักษาที่เป็นการรักษาตามมาตรฐาน

ก. สิ่ง que ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นผลลัพธ์ของการรักษาต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และมีความหมายทางคลินิก เช่น หากต้องการประเมินประสิทธิผลของการรักษาโรคแผลในกระเพาะอาหารด้วยยา ต้องประเมินผลการรักษาจากอาการของผู้ป่วยและการหายของแผล มิใช่วัดปริมาณกรดในกระเพาะอาหาร

ข. สิ่ง que ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นผลลัพธ์ของการรักษาควรเป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่เหมาะสม (final clinical outcome) มากกว่าผลลัพธ์ตัวแทน (surrogate outcome) หรือผลลัพธ์ช่วงกลาง (intermediate outcome) เช่น การศึกษาประสิทธิผลของยาลดไขมันในเลือด ผลลัพธ์สุดท้ายคืออุบัติการณ์ของโรคหัวใจ ระดับไขมันในเลือดเป็นผลลัพธ์ตัวแทน หากผู้วิจัยจะใช้ผลลัพธ์ตัวแทน จะต้องมึหลักฐานที่แสดงว่าผลลัพธ์ตัวแทนดังกล่าวมีความไว เชื่อถือได้ มีความจำเพาะ และมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุดท้าย หรือเป็นตัวทำนายผลลัพธ์สุดท้ายได้แม่นยำ

ค. สิ่ง que ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นผลลัพธ์ของการรักษาควรเป็นสิ่งที่สามารถประเมินได้โดยปลอดภัยคั้งผู้ประเมิน เครื่องมือที่ใช้ประเมิน และผู้ป่วย ผลลัพธ์ในเชิงปริมาณมักมีโอกาศเกิดอคติในการวัดน้อยกว่าการใช้ความรู้สึกรหรือความเห็นของผู้ป่วย

ง. สิ่ง que ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นผลลัพธ์ของการรักษาควรครอบคลุมผลลัพธ์ที่สำคัญทุกด้าน ทั้งผลดีและผลเสีย รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วยด้วย

5. การวิเคราะห์ผลการวิจัยและการแปลผล ควรพิจารณาประเด็นสำคัญดังนี้

ก. ผู้วิจัยต้องระบุวิธีการที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลการวิจัยให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วย รูปแบบการวิจัย และประเภทของข้อมูลผลการวิจัย เช่น การเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนหรือร้อยละ ควรใช้ chi-square statistics, การเปรียบเทียบของข้อมูลเชิงปริมาณ (ค่าเฉลี่ย) ควรใช้ student-t test สำหรับการวิจัยที่มีผู้ป่วยจำนวน 2 กลุ่ม และ ANOVA สำหรับการวิจัยที่มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 2 กลุ่ม เป็นต้น

ข. ผู้วิจัยต้องระบุจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ในการศึกษาในแต่ละกลุ่ม และจำนวนผู้ป่วยที่ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ผลการรักษา ซึ่งจำนวนผู้ป่วยทั้งสองส่วนนี้ควรมีจำนวนเท่ากันหรือใกล้เคียงกันมาก หากจำนวนผู้ป่วยที่นำมาวิเคราะห์ผลการรักษามีจำนวนน้อยกว่ามาก ผู้วิจัยต้องระบุจำนวนและลักษณะของผู้ป่วยที่ไม่ปรากฏอยู่ในการวิเคราะห์ผลการวิจัยให้ชัดเจน เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้จัดเป็นอคติที่ทำให้ผลการวิจัยไม่เป็นความจริง

ค. ผู้วิจัยต้องนำเสนอการเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานและลักษณะสำคัญที่มีผลต่อโรคและการรักษา (prognostic factor) ของประชากรทุกกลุ่มที่ศึกษาให้ชัดเจนและครบถ้วน ซึ่งลักษณะของทุกกลุ่มที่นำมาเปรียบเทียบผลการรักษาไม่ควรแตกต่างกัน

ง. ผู้วิจัยต้องนำเสนอผลการวิเคราะห์ทุกประเด็น ทั้งประสิทธิผล (efficacy, effectiveness), ความปลอดภัย, ความทนต่อการรักษา, ความยอมรับ และความคุ้มค่า (efficiency) ของวิธีการรักษาที่นำมาศึกษา

- การแสดงผลการศึกษาโดยการวิเคราะห์ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในรูปของค่า p (probability)

ค่า p เป็นค่าที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ เช่น chi-square, student-t test เป็นต้น ค่า p จะระบุถึงขนาดของโอกาสที่ความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่พบจะเกิดจากความบังเอิญ กล่าวคือหากผู้วิจัยวิเคราะห์ความแตกต่างของผลการรักษาแล้วพบว่าค่า p มีค่า 0.05 หรือน้อยกว่า

แสดงว่าโอกาสที่ความแตกต่างของผลการรักษาจะเกิดจากความบังเอิญมีร้อยละ 5 หรือน้อยกว่า ดังนั้นผู้วิจัยก็จะสรุปว่าผลการรักษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากค่า p มีค่ามากกว่า 0.05 ก็แสดงว่าโอกาสที่ความแตกต่างของผลการรักษาจะเกิดจากความบังเอิญมีมากกว่าร้อยละ 5

ค่า p ที่มากกว่า 0.05 อาจเกิดจากจำนวนผู้ป่วยน้อยเกินไปซึ่งทำให้สรุปผลไม่ได้ หรือเกิดจากวิธีการรักษานั้นไม่เหมาะสม ไม่มีประโยชน์

ค่า p ที่น้อยกว่า 0.05 มีได้แสดงว่าความแตกต่างนั้นมีความสำคัญทางคลินิก⁶ เนื่องจากค่า p จะแปรผกผันกับจำนวนผู้ป่วยที่นำมาศึกษา กล่าวคือ ค่า p จะมีขนาดน้อยลงเรื่อยๆ หากจำนวนผู้ป่วยที่นำมาศึกษามีมากขึ้นเรื่อยๆ แม้ว่าผลการรักษาในแต่ละกลุ่มจะมีขนาดเดียวกัน และค่า p จะมีค่าน้อยกว่า 0.5 เสมอหากมีจำนวนผู้ป่วยมาก แม้ว่าความแตกต่างของผลการรักษาจะมีน้อย

อัตราหาย		ค่า p
ผู้ป่วยกลุ่ม A (ร้อยละ 40)	ผู้ป่วยกลุ่ม B (ร้อยละ 60)	
4/10	6/10	0.7
8/20	12/20	0.3
20/50	30/50	0.07
40/100	60/100	0.007
80/200	120/200	0.00001
ผู้ป่วยกลุ่ม A (ร้อยละ 40)	ผู้ป่วยกลุ่ม B (ร้อยละ 42)	
400/1,000	420/1,000	0.4
4,000/10,000	4,200/10,000	0.004

ดังนั้นเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมพบว่าผลการวิจัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก็จะต้องพิจารณาต่อว่าความแตกต่างของผลการรักษานั้นมีขนาดมากพอที่จะมีความสำคัญทางคลินิกหรือไม่ วิธีที่ทำได้สะดวกที่สุดคือพิจารณาขนาดของความแตกต่างของผลการรักษาเทียบกับผลการรักษาในกลุ่มควบคุม (Relative Benefit Increase, RBI หากการรักษาที่ต้องการศึกษาสามารถเพิ่มผลดี หรือ Relative Risk Reduction, RRR หากการรักษาที่ต้องการศึกษาสามารถลดผลเสีย) โดยอาศัยหลักการที่ว่าความแตกต่างที่จะมีความสำคัญทางคลินิกควรมี RBI หรือ RRR มากกว่าร้อยละ 25

ถ้าในการศึกษาผู้ป่วย 100 ราย ยา A ทำให้ผู้ป่วยหายได้ 40% ยา B ทำให้ผู้ป่วยหายได้ 60% (ค่า p = 0.007) ยา B มี RBI มากกว่ายา A = $(60-40)/40 = 50\%$

อย่างไรก็ตาม ขนาดของความแตกต่างร้อยละ 25 นี้มิได้เป็นขนาดที่คงที่เสมอไป กรณีที่วิธีการรักษามีความปลอดภัยมากและมีค่าใช้จ่ายน้อยมาก ขนาดความแตกต่างที่น้อยกว่าร้อยละ 25 ก็อาจจะมีความสำคัญทางคลินิกได้ ขณะที่หากวิธีการรักษานั้นมีผลข้างเคียงมากหรือมีค่าใช้จ่ายสูงมาก

⁶ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากวิธีเดิมเป็นวิธีใหม่ที่ได้ผลดีกว่า

ขนาดความแตกต่างที่มีความสำคัญทางคลินิกอาจจะมากกว่าร้อยละ 25 ได้ ขึ้นอยู่กับการวิเคราะห์ความคุ้มค่าด้วยวิธีการทางเศรษฐศาสตร์

- การแสดงผลการศึกษาโดยการวิเคราะห์ความแตกต่างและนำเสนอในรูปแบบของ *Confidence Interval (CI)* หรือ *95% CI*

95% CI หมายถึงช่วงของค่าที่แสดงว่าหากมีการวิจัยในลักษณะเดียวกันนี้รวม 100 ครั้ง ผลการวิจัย 95 ครั้งใน 100 ครั้งจะมีค่าที่เป็นความจริงอยู่ในช่วงดังกล่าวนี้ ค่า 95% CI นี้เป็นค่าที่ได้จากการคำนวณโดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการวัดจริง 1 ครั้งหรือมากกว่า

การแสดงผลการวิจัยในรูปแบบของ 95% CI จะมีประโยชน์มากกว่าการแสดงผลการวิจัยในรูปแบบของค่า p กล่าวคือ 95% CI สามารถระบุขนาดค่าที่เป็นจริงได้และยังสามารถแสดงถึงนัยสำคัญทางสถิติและความสำคัญทางคลินิกได้ด้วย

ตัวอย่างที่หนึ่ง ยา A ส่งผลให้มีอัตราการตาย 40% ยา B ส่งผลให้มีอัตราการตาย 60% มีความแตกต่างของอัตราการตาย 20% มี 95% CI ของความแตกต่างของอัตราการตาย 15% ถึง 28% ดังนั้นค่าความแตกต่างของอัตราการตายของยา B และยา A ที่แท้จริงจะมีค่าระหว่าง 15% ถึง 28%

ตัวอย่างที่สอง ยา C ส่งผลให้มีอัตราการตาย 40% ยา D ส่งผลให้มีอัตราการตาย 42% มีความแตกต่างของอัตราการตาย 2% มี 95% CI ของความแตกต่างของอัตราการตาย -5% (อัตราการตายของยา C มากกว่ายา D) ถึง 8% (อัตราการตายของยา D มากกว่ายา C) ดังนั้นค่าความแตกต่างของอัตราการตายของยา D และยา C ที่แท้จริงจะมีค่าระหว่าง -5% ถึง 8%

ความแตกต่างของผลการรักษาจะมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อพบว่ามีค่า 95% CI ไม่ครอบคลุม 0 คือเป็นบวกทั้งสองค่า หรือเป็นลบทั้งสองค่า ดังตัวอย่างข้างต้น ความแตกต่างของอัตราการตายของยา B และยา A มีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากค่า 95% CI เป็นบวกทั้งสองค่า ส่วนตัวอย่างที่สอง ความแตกต่างของอัตราการตายของยา D และยา C ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากค่า 95% CI เป็นลบหนึ่งค่า เป็นบวกหนึ่งค่า

ความสำคัญทางคลินิกของความแตกต่างของผลการรักษาสามารถสรุปได้โดยพิจารณาจากค่าด้านต่ำและค่าด้านสูงของ 95% CI เปรียบเทียบกับขนาดของความแตกต่างที่ยอมรับว่ามีความสำคัญทางคลินิก เช่น ถ้าอัตราการตายของยา A เป็น 40% หากยา B มีประสิทธิผลมากกว่ายา A อย่างมีความสำคัญทางคลินิก อัตราการตายของยา B ควรมากกว่ายา A อย่างน้อยร้อยละ 25 หรือมีค่าเท่ากับ $0.25 \times 40\% = 10\%$ ดังนั้นความแตกต่างของอัตราการตายของยา B และยา A มีความสำคัญทางคลินิกด้วย เนื่องจากค่าด้านต่ำของ 95% CI เท่ากับ 15% (ยังมีค่ามากกว่า 10%)

- การแสดงผลการศึกษาโดยการวิเคราะห์ความแตกต่างและนำเสนอในรูปแบบของ *Relative Risk (RR)* และ *Odds Ratio (OR)*

RR หรือความเสี่ยงสัมพัทธ์ หมายถึงตัวเลขที่แสดงถึงขนาดที่ผลการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งจะดีหรือเลวกว่าผลการรักษาของผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่ง

OR หรืออัตราส่วนเสี่ยง มีความหมายคล้ายถึงกับ RR แต่มักจะใช้กับกรณีที่มีผลลัพธ์ของการรักษาเกิดขึ้นน้อยมาก แต่ถ้าผลการรักษาเกิดขึ้นบ่อย ค่า OR มักจะมากกว่าความเป็นจริง ในกรณีเช่นนี้ควรใช้ RR มากกว่า

ตัวอย่าง ใช้ยา A และ ยา B รักษาผู้ป่วย 100 ราย ยา A ทำให้ผู้ป่วยหาย 40 ราย (a) ไม่หาย 60 ราย (b); ยา B ทำให้ผู้ป่วยหาย 60 ราย (c) ไม่หาย 40 ราย (d)

ยา B ทำให้ผู้ป่วยหาย 60 จาก 100 ราย

ยา A ทำให้ผู้ป่วยหาย 40 จาก 100 ราย

Relative Risk = $(c/(c+d)) / (a/(a+b)) = (60/(60+40)) / (40/(40+60)) = 1.5$ (p = 0.0007, 95% CI = 1.1 – 2)

Odd Ratio = $(b \times c) / (a \times d) = (60 \times 60) / (40 \times 40) = 2.25$ (p = 0.0007, 95% CI = 1.23 – 4.13)

ค่า RR = 1.5 หมายความว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา B มีโอกาสหายจากโรคได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา A 1.5 เท่า

การพิจารณาค่า 95% CI ถ้าไม่คร่อม 1 ก็แสดงว่าความแตกต่างนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติ

- การแสดงผลการรักษาโดยการวิเคราะห์ความแตกต่างและนำเสนอในรูปของ Number Needed to Treat (NNT)

NNT หมายถึงจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่ศึกษาเพื่อให้ได้ผลดีเพิ่มขึ้น 1 ราย จากการรักษาด้วยวิธีที่นำมาเปรียบเทียบ โดย NNT จะมีค่าเท่ากับ $1 / \text{Absolute Benefit Increase (ABI)}$ หากการรักษาที่ต้องการศึกษา เพิ่มผลดี หรือมีค่าเท่ากับ $1 / \text{Absolute Risk Reduction (ARR)}$ หากการรักษาที่ต้องการศึกษา ลดผลเสีย

ตัวอย่างที่หนึ่ง ยา A ส่งผลให้มีอัตราการหาย 40% ยา B ส่งผลให้มีการอัตราการหาย 60% $\text{ABI} = 60\% - 40\% = 20\%$ หรือ 0.2 ดังนั้นค่า $\text{NNT} = 1 / 0.2 = 5$ คน ถ้านำเสนอด้วย RBI จะได้เท่ากับ $(0.6-0.4) / 0.4 = 50\%$

ตัวอย่างที่สอง ยา C ส่งผลให้มีอัตราการตาย 60% ยา D ส่งผลให้มีการอัตราการตาย 40% $\text{ARR} = 60\% - 40\% = 20\%$ หรือ 0.2 ดังนั้นค่า $\text{NNT} = 1 / 0.2 = 5$ คน

ตัวอย่างที่สาม ยา A ส่งผลให้มีอัตราการหาย 4% ยา B ส่งผลให้มีการอัตราการหาย 6% $\text{ABI} = 6\% - 4\% = 2\%$ หรือ 0.02 ดังนั้นค่า $\text{NNT} = 1 / 0.02 = 50$ คน ซึ่งหากนำเสนอด้วย RBI แล้ว จะมีค่าเท่ากับตัวอย่างที่หนึ่งคือ $= (0.06 - 0.04) / (0.04) = 50\%$ การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์จะทำให้ได้ค่า threshold NNT ซึ่งเป็นค่าที่ระบุว่าหาก NNT มีค่าน้อยกว่า threshold NNT นี้ การรักษานั้นมีความคุ้มค่าและควรให้การรักษานั้นแก่ผู้ป่วย หาก NNT มีค่ามากกว่า threshold NNT นี้ การรักษานั้นไม่มีความคุ้มค่าและไม่ควรให้การรักษาแก่ผู้ป่วย

การประเมินความถูกต้องของผลงานวิจัยประเภททฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

ผลงานวิจัยประเภททฤษฎี หรือ systematic review หรือ meta-analysis หมายถึง ผลงานวิจัยที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้วิจัยค้นหาและรวบรวมงานวิจัยที่ใช้รูปแบบการวิจัยประเภท RCT ในเรื่องเดียวกันให้ครบถ้วน แล้วนำเอาผลงานวิจัยทั้งหมดมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับคุณภาพและความถูกต้องด้านระเบียบวิธีวิจัย เพื่อเลือกเฉพาะงานวิจัยที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสม แล้วนำผลการศึกษานั้นมาสังเคราะห์รวมกันเพื่อให้ได้ข้อสรุปในเชิงปริมาณ การศึกษาประเภทนี้มัก

นิยมนำในเรื่องที่ผลการวิจัยที่มีอยู่แต่ละครั้งไม่สามารถสรุปผลได้เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีน้อยเกินไป หรือการวิจัยหลายครั้งได้ผลไม่สอดคล้องกัน ในกรณีเช่นนี้วิธีการที่ดีที่สุดคือการวิจัยใหม่โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสมและมีจำนวนผู้ป่วยมากพอที่จะนำไปสู่ข้อสรุปได้ แต่การกระทำดังกล่าว ต้องใช้ทรัพยากรมากและต้องใช้เวลาอันยาวนาน บางกรณีไม่สามารถทำได้เนื่องจากข้อจำกัดด้านจริยธรรม มีรายงานผลการศึกษเปรียบเทียบผลการวิจัยที่ได้จากโครงการวิจัยที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก กับผลงานวิจัยที่ได้จากการวิจัยประเภท systematic review พบว่าผลการศึกษามาจากวิธีทั้งสองมีความสอดคล้องกันประมาณร้อยละ 80 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผลการศึกษาที่ได้จาก systematic review มีความแม่นยำแต่ไม่สามารถทดแทนการวิจัยที่มีผู้ป่วยจำนวนมากได้อย่างสมบูรณ์

ผู้ประกอบวิชาชีพต้องพิจารณาประเด็นสำคัญของการประเมินความถูกต้องของผลงานวิจัยประเภท systematic review ที่เกี่ยวกับการรักษา ดังนี้

- 1. เรื่องที่นำมาศึกษา** ต้องมีความชัดเจนว่าผู้วิจัยได้ค้นหาและรวบรวมผลงานวิจัยที่ศึกษาผู้ป่วยโรค/ภาวะโรคอะไร และใช้ผลลัพธ์อะไรในการประเมินผลการรักษา ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยรายบุคคลที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้
- 2. การค้นหาผลงานวิจัยที่นำมาศึกษา** ผู้วิจัยต้องค้นหาผลงานวิจัยให้ครบถ้วนมากที่สุด เพื่อป้องกันอคติเพราะการเลือกตีพิมพ์ (publication bias) ผลงานวิจัยที่ไม่พบว่าการรักษามีประโยชน์ (negative study) จะได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการแพทย์ชั้่นน้อยกว่าผลงานวิจัยที่พบว่าการรักษามีประโยชน์ (positive study) นอกจากนี้ผลงานวิจัยจำนวนไม่น้อยที่ไม่มีปรากฏอยู่ในฐานข้อมูลนานาชาติหรือมิได้มีการเผยแพร่ในรูปของเอกสารรายงานในวารสารทางการแพทย์
- 3. การประเมินคุณภาพของผลงานวิจัยแต่ละขั้นที่ค้นหาและรวบรวมได้** ผู้วิจัยต้องระบุเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและความถูกต้องของผลงานวิจัยแต่ละขั้นที่จะนำมาสังเคราะห์ไว้ อย่างชัดเจน ผู้ประกอบวิชาชีพต้องพิจารณาว่าเกณฑ์ในการนำเอาผลงานมาไว้ในการสังเคราะห์ ผลรวมและเกณฑ์ในการคัดผลงานออกจากการสังเคราะห์ผลรวมมีความเหมาะสม กล่าวคือใช้รูปแบบการวิจัยชนิด RCT และเป็นงานวิจัยที่ปลอดจากอคติต่าง ๆ ควรมีผู้วิจัยที่ทำหน้าที่ประเมินมากกว่า 1 คนซึ่งผลการประเมินของผู้วิจัยเหล่านั้นควรสอดคล้องกัน
- 4. การนำผลงานวิจัยทุกชั้นที่มีคุณภาพมีสังเคราะห์ผลรวม** ผู้วิจัยจะต้องทดสอบว่าผลงานแต่ละชั้นมีความคล้ายคลึงกัน (homogeneity) ก่อนที่จะนำผลการวิจัยมาสังเคราะห์รวมกัน โดยทั่วไป ความแตกต่างของ Relative Benefit Increase (RBI) หรือ Relative Risk Reduction (RRR) ระหว่างงานวิจัยชั้นที่ได้ผลมากที่สุดกับชั้นที่ได้ผลน้อยที่สุดไม่ควรเกิน 20% หรือความแตกต่างของ 95% Confidence Intervals ด้านต่ำของ RBI หรือ RRR ของงานวิจัยชั้นที่ได้ผลมากที่สุด กับ 95% Confidence Intervals ด้านสูงของ RBI หรือ RRR ของงานวิจัยชั้นที่ได้ผลน้อยที่สุดไม่ควรเกิน 5% จึงจะจัดว่าผลงานวิจัยเหล่านั้นมี homogeneity
- 5. การวิเคราะห์ผลการวิจัยและการแปลผลการวิจัย** การวิจัยประเภท systematic review มักจะนำเสนอผลการวิจัยในรูปของผลการรักษาที่พบจากผลงานวิจัยแต่ละชั้น และ 95% Confidence intervals ของผลการรักษาดังกล่าว ร่วมกับผลรวมของการรักษาของผลงานวิจัยทุกชั้น และ 95% Confidence intervals ของผลการรักษารวมนี้ ในการแสดงผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยอาจจะนำเสนอในรูปของ Odds Ratio (OR) หรือ Absolute Benefit Increase (ABI) หรือ Absolute Risk Reduction (ARR)

การนำเสนอในรูปแบบของ OR จะแสดงให้เห็นค่า OR (ในรูปจุดดำ) ร่วมกับ 95% CI ของ OR (ในรูปเส้นประที่ขยายออกไปสองข้างของจุดดำ) โดยมีเส้นตั้งแบ่งที่ค่า OR = 1 ถ้าค่าด้านต่ำของ 95% CI ของ OR มีมากกว่า 1 แสดงว่าผลการรักษานั้นดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ถ้าค่านี้คร่อม 1 แสดงว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และผลรวมของงานวิจัยทุกชิ้นมักจะได้อำนาจ 95% CI ของ OR ที่มีช่วงแคบลงเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมามากขึ้น ถ้ามีค่า OR ประมาณ 2 หมายความว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีที่ศึกษาจะมีโอกาสหายมากกว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มควบคุมประมาณ 2 เท่า

การนำเสนอในรูปแบบของ ARR จะแสดงให้เห็นค่า ARR (ในรูปจุดดำ) ร่วมกับ 95% CI ของ ARR (ในรูปเส้นประที่ขยายออกไปสองข้างของจุดดำ) โดยมีเส้นตั้งแบ่งที่ค่า ARR = 0 ถ้าค่าด้านต่ำของ 95% CI ของ ARR มีมากกว่า 0 แสดงว่าผลการรักษานั้นดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ถ้าค่านี้คร่อม 0 แสดงว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และผลรวมของงานวิจัยทุกชิ้นมักจะได้อำนาจ 95% CI ของ ARR ที่มีช่วงแคบลงเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมามากขึ้น ถ้ามีค่า ARR ประมาณร้อยละ 25 หมายความว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีที่ศึกษาจะมีโอกาสหายมากกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 25 หรือ Number Needed to Treat (NNT) มีค่าเท่ากับ $1/0.25 = 4$ คน คือต้องให้การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีที่ศึกษา 4 คน จึงจะมีผู้ป่วยหายจากโรคเพิ่มขึ้น 1 คน และถ้าค่า 95% CI ของ ARR อยู่ระหว่างร้อยละ 20 ถึง 30 ก็เท่ากับมีค่า 95% CI ของ NNT อยู่ระหว่าง 3 - 5 คน

การวิจัยประเภท systematic review นี้มักมีความจำเป็นในการสร้าง Clinical Practice Guidelines (CPG) เพื่อให้สาระของ CPG มีความแม่นยำและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

Evidence Based Clinical Practice ส่วนที่เป็น “ศิลป์”

สารดังกล่าวข้างต้นเป็นเพียงแนวทางที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งเป็นผู้บริโภคความรู้ควรนำไปใช้ในการแสวงหาวิธีการรักษาที่มีประโยชน์เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลในเวชปฏิบัติ เนื้อหาดังกล่าวล้วนแล้วแต่เป็น “ศาสตร์” ยังมีสาระอีกส่วนหนึ่งซึ่งมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากันคือส่วนที่เป็น “ศิลป์” ซึ่งเกี่ยวข้องกับการนำความรู้ที่ได้จาก “ศาสตร์” ไปประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ ซึ่งความเชี่ยวชาญของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีประสบการณ์จะมีประโยชน์มากในส่วนนี้

แนวทางการนำผลงานวิจัยไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยรายบุคคลในเวชปฏิบัติ

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพประเมินผลงานวิจัยพบว่างานวิจัยที่ประเมินไม่มีความคลาดเคลื่อนหรือมีความคลาดเคลื่อนน้อยและไม่สำคัญ สรุปว่าผลการวิจัยนั้นน่าจะเป็นความรู้ที่เป็นความจริงหรือใกล้เคียงความจริง ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมก็ต้องพิจารณาต่อไปว่าผลการวิจัยนั้นจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยรายบุคคลในเวชปฏิบัติได้หรือไม่ โดยมีแนวทางในการพิจารณาดังนี้

1. ลักษณะของผู้ป่วยรายบุคคลในเวชปฏิบัติ ต้องไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่นำมาวิจัย
เช่น อายุ เพศ ส่วนเรื่องเชื้อชาติที่แตกต่างกันนั้นไม่มีหลักฐานสำคัญที่บ่งว่าจะนำไปใช้ไม่ได้ อย่างไรก็ตาม อาจจะมีหลักฐานที่ชัดเจนในบางเรื่อง เช่น ชาวเอเชียมี N-acetyl transferase activity ของตับมากกว่าชาวตะวันตก ดังนั้นการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับยาที่สัมพันธ์กับเอ็นไซม์นี้ที่ศึกษาในคนตะวันตก อาจจะไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในคนไทยได้

2. โรคของผู้ป่วยรายบุคคลในเวชปฏิบัติต้องไม่แตกต่างจากโรคของผู้ป่วยที่นำมาวิจัย ทั้งในด้านสาเหตุของโรคและพยาธิกำเนิดของโรค เช่น การใช้ยา co-trimoxazole รักษาการติดเชื้อที่ระบบปัสสาวะในประเทศสหรัฐอเมริกายังได้ผลดีเนื่องจากเชื้อ E.Coli ที่ก่อโรคส่วนใหญ่ยังไวต่อยา นี้ ในขณะที่เชื้อนี้ในประเทศไทยมักจะดื้อต่อยา เนื่องจากยา co-trimoxazole เป็นยาที่มีการใช้มาก จึงไม่สามารถนำยามาใช้ในการรักษาได้ แม้ว่าผลการวิจัยจากประเทศสหรัฐอเมริกาจะพบว่ายานี้มีประโยชน์ในการรักษาโรคนี้ก็ตาม

3. วิธีการรักษาที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยรายบุคคลในเวชปฏิบัติต้องไม่แตกต่างจากวิธีการรักษาโรคของผู้ป่วยที่นำมาวิจัย เช่น ชนิดของยา วิธีการบริหารยา ขนาดยา การปรับเปลี่ยนขนาดยา ระยะเวลาของการใช้ยา

4. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องแปลผลการวิจัยที่ผู้วิจัยนำเสนอได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมส่วนหนึ่งยังด้อยทักษะในการแปลผลการวิจัยเพื่อนำเอาไปใช้ในเวชปฏิบัติ ส่วนมากนิยมใช้ RRR มาใช้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา ซึ่งผลการวิจัยที่นำเสนอในรูปแบบ RRR นี้มีข้อต่อที่สำคัญคือมีได้คำนึงถึงขนาดของผลการรักษาที่แท้จริงในกลุ่มผู้ป่วยที่นำมาศึกษาเลย เช่น การเปรียบเทียบผลการลดระดับไขมันในเลือดด้วยยา A กับยาหลอก พบว่ากลุ่มที่ได้รับยา A ติดต่อกันนาน 5 ปี เกิดโรคหัวใจร้อยละ 0.5 ส่วนกลุ่มที่ได้รับยาหลอกเกิดโรคหัวใจร้อยละ 1 ดังนั้น RRR มีค่าเท่ากับ $(1 - 0.5) / 1 = 50\%$ ซึ่งหมายความว่า การรับประทานยา A ติดต่อกันนาน 5 ปี จะลดอุบัติการณ์ของโรคหัวใจได้ร้อยละ 50 ซึ่งดูเสมือนว่าความแตกต่างของอุบัติการณ์ของโรคหัวใจในกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับยาลดไขมันมีขนาดมาก แต่เมื่อพิจารณาถึง ARR จะพบว่าความแตกต่างของอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจมีขนาดน้อยมากคือมีค่าเพียงร้อยละ 0.5 และเมื่อพิจารณาถึง NNT จะพบว่า มีค่า $(1 / (0.01 - 0.005)) = 200$ ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยจำนวน 200 คนต้องรับประทานยา A ติดต่อกันนาน 5 ปี จึงจะป้องกันการเกิดโรคหัวใจได้ 1 คน ซึ่งอาจจะไม่คุ้มค่า ดังนั้นการพิจารณาเฉพาะค่า RRR เพียงอย่างเดียวในการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยอาจจะไม่เหมาะสม

5. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องตระหนักว่าผลลัพธ์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยรายบุคคลที่ได้รับการรักษาตามที่ระบุไว้ในผลงานวิจัยนั้นอาจจะไม่ได้ผลลัพธ์ที่ดีเหมือนกับผลที่ได้จากการวิจัยเสมอไป เนื่องจากการวิจัยส่วนมากมักจะกระทำในสภาวะที่ดีตามอุดมคติ เช่น การศึกษาประสิทธิผล (efficacy) ของการรักษา ผู้วิจัยจะเคร่งครัดในการเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการรักษาครบถ้วนและได้รับการติดตามผลการรักษาอย่างสมบูรณ์

ผลลัพธ์ของการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยรายบุคคลในเวชปฏิบัติมักจะคล้อยคลึงกับผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาประเภทประสิทธิภาพ (efficiency) หรือการศึกษาที่ใช้การวิเคราะห์ประเภท intention to treat analysis ซึ่งเป็นการศึกษาวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้ในการรักษา นอกจากนี้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องตระหนักว่าผลการวิจัยทุกครั้งมักจะมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มิได้เกิดผลลัพธ์ที่ดีอยู่ด้วยเสมอ ผลการรักษา มิได้ขึ้นอยู่กับวิธีการรักษาแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น ยังขึ้นกับความพร้อม สถานการณ์ สถานภาพของแพทย์ และความร่วมมือจากผู้ป่วยด้วย ผลการรักษาจำนวนมากจะขึ้นอยู่กับทักษะ ความสามารถ ความชำนาญ และประสบการณ์ของแพทย์ผู้รักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากวิธีการรักษานั้นเป็นวิธีการเชิงหัตถการ

6. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องตระหนักว่ารายงานการวิจัยที่พบว่าการรักษามีความปลอดภัยนั้น มักจะเป็นรายงานการวิจัยในระยะที่ 1 ถึง 3 ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนไม่มาก (จำนวนน้อย – พันราย) ดังนั้นพิษและผลข้างเคียงจากการรักษาที่มีอุบัติการณ์ต่ำอาจจะไม่พบในผู้ป่วยระหว่างการวิจัยได้ แต่เมื่อมีการนำวิธีการรักษาดังกล่าวมาใช้กับผู้ป่วยจำนวนมากในเวชปฏิบัติ ก็อาจจะพบพิษและผลข้างเคียงเหล่านั้นได้

7. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องคำนึงถึงความคุ้มค่าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับวิธีการรักษาด้วยเสมอ ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอาจจะพิจารณาเบื้องต้นจาก NNT

8. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะต้องเอามุมมองของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องทั้งความชอบสิทธิของผู้ป่วย ความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ มาใช้ประกอบการพิจารณาเลือกวิธีการรักษาด้วยเสมอ ต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องทั้งในด้านโอกาสที่จะเกิดผลดีจากการรักษา และโอกาสที่จะเกิดผลเสียจากการรักษา แล้วให้ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพิจารณาเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมที่สุด ซึ่งวิธีการที่เลือกร่วมกันนี้อาจจะไม่ใช่วิธีการรักษาที่ได้ผลดีที่สุดจากการวิจัย แต่เป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยรายนั้นๆ

จะเห็นว่าการประกอบวิชาชีพเวชกรรมประเภท Evidence Based Clinical Practice นั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในด้านของฐานข้อมูลผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เวลาของผู้ประกอบวิชาชีพที่ต้องใช้ในการค้นหาข้อมูลและทักษะของผู้ประกอบวิชาชีพในการค้นหาผลงานวิจัยและประเมินคุณภาพผลงานวิจัยเหล่านั้น

วิธีการหนึ่งของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมประเภท Evidence Based Clinical Practice ที่สามารถนำมาใช้ทดแทนการค้นหาผลงานวิจัยและการประเมินผลงานวิจัยคือ Clinical Practice guidelines (CPG) ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อลดความหลากหลายของวิธีการปฏิบัติรักษาผู้ป่วย ช่วยลดค่าใช้จ่าย และช่วยเพิ่มผลดีของการรักษา ดังนั้นการมี CPG จึงดูเหมือนว่าเป็นการแก้ปัญหาการประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ แต่จากการสำรวจการใช้ CPG พบว่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมยังประสบกับอุปสรรคการนำ CPG ไปใช้ในเวชปฏิบัติ ก่อนที่จะนำ CPG ไปใช้ในเวชปฏิบัติ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องพิจารณาถึงคุณภาพของ CPG ด้วยเสมอ โดยควรเลือกใช้เฉพาะ CPG ที่สร้างขึ้นโดยอาศัยหลักฐานที่ได้จากการวิจัยเป็นสำคัญ นอกจากนี้ CPG ที่สร้างขึ้นโดยอาศัยหลักฐานการวิจัยและมีความชัดเจนไม่กำกวม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติตามได้มากกว่า

การประกอบวิชาชีพเวชกรรมประเภท Evidence Based Clinical Practice จะทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมขวนขวายแสวงหาความรู้และวิทยาการที่ทันสมัย ซึ่งเป็นประโยชน์และเกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญคือการประกอบวิชาชีพเวชกรรมประเภท Evidence Based Clinical Practice เป็นการประกอบวิชาชีพที่ต้องอาศัยทั้ง “ศาสตร์” และ “ศิลป์” ซึ่งเป็นปรัชญาสำคัญของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมดังคำกล่าวของ William Osler ที่ว่า **Medicine is a science of uncertainty and an art of probability.**

การพัฒนาคุณภาพโดยอิง CPG

สมเกียรติ โภชิสัตย์

ในการพัฒนาองค์ความรู้ในทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นวิธีการใหม่ๆ, อุปกรณ์, เครื่องมือ, การตรวจวินิจฉัย, การรักษา นั้น มักเป็นการพัฒนาแยกส่วน ลงลึกในแต่ละด้าน ยังไม่มีการรวบรวม เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบที่จะส่งผลสู่ผู้ป่วย ทำให้เกิดความหลากหลายในการปฏิบัติ ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย แม้แต่ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มที่เหมือนๆ กัน ทำให้เกิดความแตกต่างทั้งในค่าใช้จ่าย และผลการดูแลรักษา (health outcome)

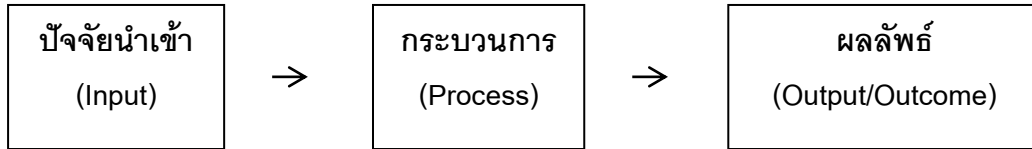
ในช่วงระยะเวลาประมาณ 10 กว่าปีที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนาวิธีการเพื่อช่วยเป็นข้อมูลช่วยในการตัดสินใจของทั้งผู้ปฏิบัติ และผู้ป่วย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มต่างๆ เช่น

ผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน	ต้องการข้อมูลว่าเป็นโรคอย่างไร และทำอย่างนั้น จะได้ผลเป็นอย่างไร ในสถานการณ์ เฉลี่ยทั่วไปเพื่อมาตัดสินใจในเฉพาะราย
ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารองค์กร	ต้องการทราบข้อมูลของตนเองและข้อมูลเปรียบเทียบ เพื่อประเมิน องค์กร ตนเอง และพัฒนาคุณภาพต่อไป
ผู้จ่ายเงิน	ต้องการข้อมูลว่าจะจ่ายหรือไม่จ่ายในประเด็นต่างๆ
ประเทศชาติ	ต้องการประหยัด ค่าใช้จ่าย และประชาชน สุขภาพดี (Good health at low cost)

เครื่องมือ (tool) หนึ่ง คือ แนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines : CPG) ซึ่งเป็น สิ่งที่พัฒนาจากข้อมูลที่มีอยู่ อย่างเป็นระบบ (Systematic review) เพื่อช่วยในการตัดสินใจของ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ป่วยในการตัดสินใจ ด้านสุขภาพในสถานการณ์หนึ่งๆ

พื้นฐานในการประเมินผลคุณภาพ

ในการทำงานทุกอย่าง จะมี แกนหลักคือ



จับหลักนี้ในการพิจารณาจะเห็นว่า ผลลัพธ์ที่ต้องการ “สุขภาพดี” นั้น ต้องมาทั้งจาก ปัจจัยนำเข้า (input) และกระบวนการทำเวชปฏิบัติ (process) ที่ดีมีคุณภาพ ในกิจกรรมคุณภาพจะเน้นที่กระบวนการและผลลัพธ์ เมื่อจะประเมินผลก็มีจุดที่เราจะชี้วัด ได้ที่

1. การวัดที่ผลลัพธ์ (outcome measurement)
2. การวัดที่กระบวนการ (process measurement)

โดยพยายามปรับ input ที่มีความหลากหลายอย่างมากมาย ให้เป็นกลุ่ม ๆ ที่มีความหนักเบา คล้าย ๆ กัน (การกำหนด DRG เป็นวิธีการอย่างหนึ่ง)

แนวทางเวชปฏิบัติ เชื่อว่าจะทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี, สม่ำเสมอ, มีคุณภาพ จึงทำให้การวัดที่กระบวนการ ควรวัดที่เกี่ยวเนื่องจากแนวทางเวชปฏิบัติ และถ้าจะให้เป็นตัวชี้วัดที่มีคุณภาพจริง ๆ ควรจะดูที่เกณฑ์ดังนี้

1. กระบวนการนั้น ๆ สัมพันธ์ กับ ผลลัพธ์โดยตรง
2. ความสัมพันธ์นั้น ๆ เป็นพื้นฐานแนวทางในการปฏิบัติจริง ๆ
3. มีการกำหนดเกณฑ์ทบทวน (review criteria) ที่อิงมาจากแนวทางเวชปฏิบัติ

การพัฒนาคุณภาพในการบริการสุขภาพ

เรื่องคุณภาพเป็นเรื่องที่กล่าวถึงกันในทุกวงการ, องค์กร เนื่องจากมีการรับรู้กันมากขึ้นว่า ความผิดพลาด, ความสูญเสีย, การทำงานซ้ำซ้อน ทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายสูงขึ้นทุกที่ แต่ความพึงพอใจของลูกค้าลดลงทุกที่

หัวใจของวิธีการพัฒนาคุณภาพ คือ Shewhart cycle หรือ PDCA cycle นั้น

P = Planning วางแผน ที่จะปรับปรุงกระบวนการทำงานที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์

D = Doing ทำการปรับปรุงกระบวนการทำงานนั้น ๆ

C = Checking ตรวจสอบให้เห็นความเปลี่ยนแปลง ว่าได้ผลตามที่คาดหวังหรือไม่

A = Acting นำข้อมูลย้อนกลับไปประเมินการวางแผน และทำการปรับปรุงวนในรอบต่อไป

เมื่อพิจารณาการนำ CPG มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพตามวงจร PDCA จะเห็นว่า การสร้างแนวทางเวชปฏิบัติ เป็น P-Planning ขั้นตอนแรก มักจะสร้างมาจากระดับหน่วยงานกลาง หรือ หน่วยงานภายนอก มาพิจารณาตัดแปลงให้เข้ากับทรัพยากรของตนเอง ต่อมาการนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้ปฏิบัติ (implementation) เป็น D-Doing ในขั้นตอนถัดไปเป็นการตรวจสอบติดตามว่ามี การปฏิบัติตาม แนวทางเวชปฏิบัติ ที่วางไว้หรือไม่ เป็น C-Checking และสุดท้ายการนำข้อมูลมาเพื่อวางแผนใหม่ เป็น A-Acting

แนวทางเวชปฏิบัติ เกณฑ์ทบทวน การตรวจสอบผลการปฏิบัติ มาตรฐานคุณภาพ (คู่มือ จำกัดความใน ตารางที่ 1) สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพได้ โดยในขั้นตอน P-Planning วางแผน ที่จะปรับปรุงกระบวนการทำงานที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์นั้น กระบวนการ ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ก็คือ แนวทางเวชปฏิบัติ มีขั้นตอนย่อยที่วางแผนไปถึง การประเมินผลคุณภาพ ดังนี้

ขั้นที่ 1 การสืบค้นแนวทางเวชปฏิบัติที่เหมาะสม (ซึ่งสามารถพิจารณาถึงแนวทางเวชปฏิบัติ ที่ได้ตามตารางที่ 2) นำมาดัดแปลงใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยของ หน่วยงานตนเอง

ขั้นที่ 2 แปลแนวทางเวชปฏิบัติ ให้เป็นเกณฑ์ทบทวนในประเด็น หรือจุดที่เป็นจุดสำคัญต่อ ผลการคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย

ขั้นที่ 3 กำหนดตัวชี้วัดที่ได้จากเกณฑ์ทบทวน

ขั้นที่ 4 กำหนดมาตรฐานคุณภาพ

ดูตัวอย่างการนำแนวทางเวชปฏิบัติ มาแปลเป็นเกณฑ์ทบทวน การตรวจสอบผลการปฏิบัติ มาตรฐานคุณภาพ ในตารางที่ 3

ตาราง 1 คำจำกัดความเกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติ

	คำจำกัดความ
แนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical practice guideline recommend.)	"เป็นข้อความที่จัดทำอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับภาวะใดภาวะหนึ่ง"
เกณฑ์ทบทวน (Review criterion)	"เป็นข้อความที่จัดทำอย่างเป็นระบบเพื่อใช้ประเมิน การตัดสินใจ การบริการ และผลลัพธ์ ของการดูแลรักษาสุขภาพสำหรับภาวะใดภาวะหนึ่ง"
การตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Performance measure)	"เครื่องมือ หรือวิธีการที่จะประมาณการ หรือตรวจติดตามถึงการกระทำของผู้ปฏิบัติที่ได้ปฏิบัติสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดไว้"
มาตรฐานคุณภาพ (Standard of quality)	"ข้อความที่บ่งถึง (1)ระดับต่ำสุดของผลการปฏิบัติ หรือผลลัพธ์ที่ยอมรับได้ (2)ระดับที่ดีที่สุดของผลการปฏิบัติ หรือผลลัพธ์ หรือ (3)ช่วงของผลการปฏิบัติ หรือผลลัพธ์ที่ยอมรับได้"

ตารางที่ 2 ข้อพิจารณาสำหรับแนวทางเวชปฏิบัติที่ดี

ประเด็น	คำอธิบาย
Validity	ประเมินจาก 1) ความสอดคล้องระหว่างข้อแนะนำกับเอกสารอ้างอิง 2) คุณภาพของเอกสารอ้างอิง 3) วิธีการในการแปลผลจากเอกสารอ้างอิง
Reliability/ Reproducibility	1) ถ้าเปลี่ยนคณะผู้สร้าง แต่ใช้วิธีการเดียวกันและข้อมูลหลักฐานเดียวกัน จะให้ผลสรุปเดียวกัน 2) ในสถานการณ์ทางคลินิกเหมือนกัน ผู้ใช้ที่แตกต่างกันควรจะแปลเป็นการปฏิบัติได้เหมือนกัน
Strength of evidences	ระบุน้ำหนักของหลักฐานที่นำมาใช้อ้างอิง
Estimated Outcome	ควรมีการคาดถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เปรียบเทียบกันในแต่ละทางเลือกปฏิบัติที่ระบุไว้ โดยใช้มุมมอง และความคาดหวังของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
Clinical applicability	มีการระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวทางเวชปฏิบัติ และเหมือนกับกลุ่มผู้ป่วยกับในข้อมูลหลักฐานที่อ้าง และความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
Clinical flexibility	ระบุข้อยกเว้นที่รู้ หรือคาดว่าจะเป็นไปได้
Clarity	ไม่ใช่ภาษาที่กำกวม มีการให้คำจำกัดความที่ชัดเจน มีเหตุผล ใช้รูปแบบการนำเสนอที่ง่าย สะดวกต่อการใช้
Multidisciplinary process	มีผู้แทนจากกลุ่มต่างๆที่เกี่ยวข้องมาร่วมในกระบวนการสร้าง การมีส่วนร่วม อาจจะเป็นผู้ร่วมร่าง ผู้ให้ข้อมูลเอกสารอ้างอิง วิทยากรวิจารณ์ หรือเป็นผู้ทบทวนก็ได้
Scheduled review	ควรระบุข้อความถึงกำหนดเวลาในการปรับปรุง หรือได้ข้อมูลหลักฐานใหม่ หรือมีการเปลี่ยนแปลงนันทมติจากกลุ่มผู้ทำเวชปฏิบัติ
Documentation	ระบุวิธีการที่ใช้ในการสร้างแนวทางเวชปฏิบัติ ผู้ที่มีส่วนร่วม ข้อมูลหลักฐานที่ใช้ สมมติฐานหรือเหตุผลที่ตั้งขึ้น วิธีการในการวิเคราะห์

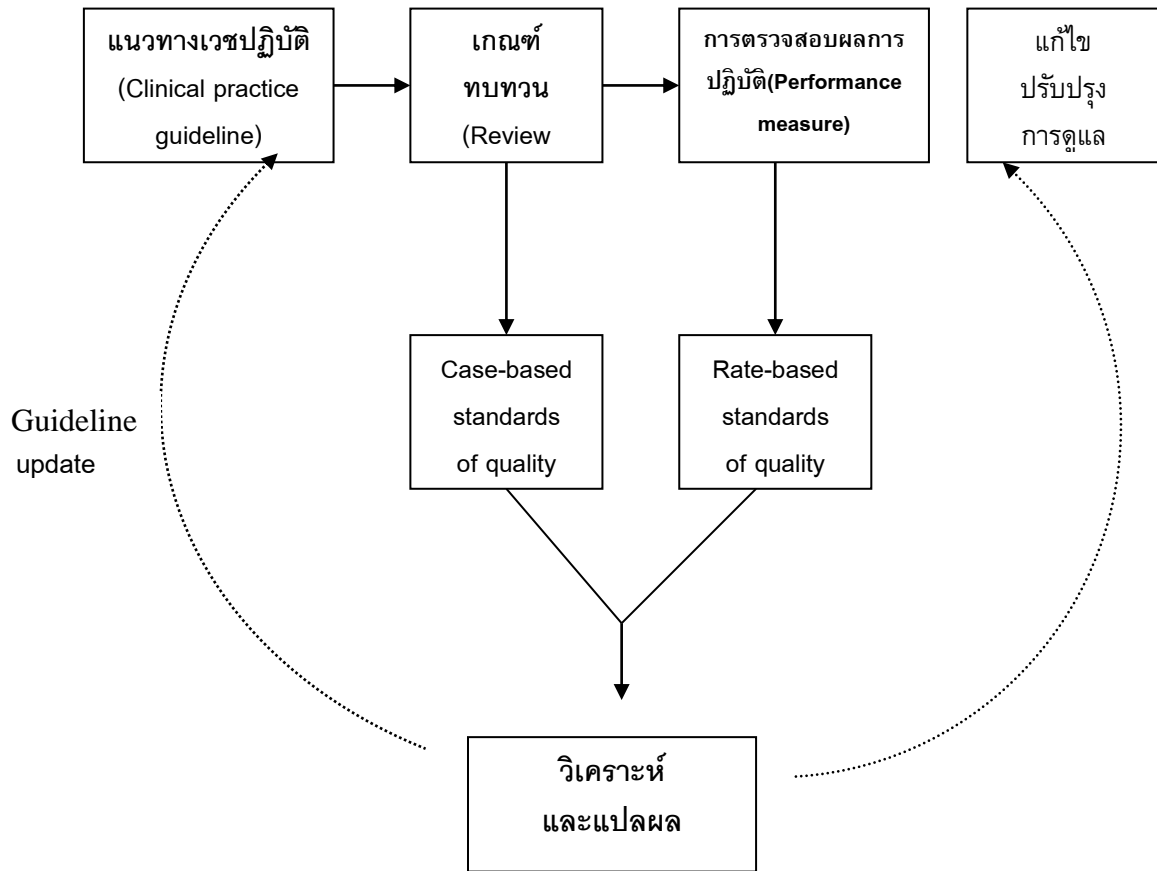
ตาราง 3 ตัวอย่างการใช้มาตรฐานคุณภาพที่ได้มาจากแนวทางเวชปฏิบัติ

	ตัวอย่าง
แนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical practice guideline recommendation)	"ควรประเมินความเจ็บปวด และบันทึกเป็นระยะ ตามแต่ชนิดของการผ่าตัดและความรุนแรงของความเจ็บปวด (เช่นทุกสองชั่วโมง ภายหลังจากผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก)"
เกณฑ์ทบทวน(Review criterion)	"ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ให้ประเมินความเจ็บปวด และบันทึกความเจ็บปวดทุกสองชั่วโมง ภายหลังจากผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก"
การตรวจสอบผลการปฏิบัติ(Performance measure)	"คำนวณจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่วงระยะเวลา 6 เดือนและได้รับการประเมินความเจ็บปวด และบันทึกไว้ทุกสองชั่วโมง" ตัวชี้วัด คือ $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความเจ็บปวด และบันทึกไว้ทุกสองชั่วโมง}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด}} \times 100 \%$
มาตรฐานคุณภาพ (Standard of quality)	"ตัวชี้วัดมีอัตราน้อยกว่า 95 % ควรได้รับการทบทวนเพื่อปรับปรุงกระบวนการประเมินความเจ็บปวด และบันทึกความเจ็บปวดทุกสองชั่วโมง ภายหลังจากผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก"

ความสัมพันธ์กันระหว่างแนวทางเวชปฏิบัติ เกณฑ์ทบทวน การตรวจสอบผลการปฏิบัติ มาตรฐานคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1

การจัดเก็บข้อมูลมักจะมีปัญหา จัดเก็บไม่ครบถ้วนและไม่มีประสิทธิภาพ คณะทำงานต้องพิจารณาตามความเป็นจริง และสภาพแวดล้อมของตนเอง แต่ก็ควรระลึกว่าระบบใหม่ๆที่เกิดขึ้นอาจช่วยการเก็บข้อมูลได้ดีขึ้น เช่นเก็บข้อมูลผ่านระบบคอมพิวเตอร์ จะช่วยพัฒนาระบบการดูแลรักษาให้ดีขึ้น

แผนภูมิที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างแนวทางเวชปฏิบัติ กับเครื่องมือในการประเมิน



เกณฑ์ทบทวน (Review Criterion)

การประเมินผลคุณภาพที่อิงแนวทางเวชปฏิบัติจะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีการตรวจสอบผลการปฏิบัติ โดยเฉพาะการทบทวนไปที่กระบวนการทำเวชปฏิบัติ ว่ามีการปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสมประการใด การทบทวนนี้อาจเรียกว่า clinical review, patient care review หรือ peer review ก็มีความหมายทำนองเดียวกัน

การทบทวนโดยรวม (Implicit Review)

ในการประเมินคุณภาพอาจใช้วิธี การทบทวนโดยรวม (implicit review) เพื่อจะประเมินผลในผู้ป่วยแต่ละราย แต่ละราย โดยใช้ผู้ร่วมวิชาชีพ (peer reviewer) ที่เข้าใจในกิจกรรมคุณภาพมา ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยแต่ละราย (เช่น ในเวชระเบียน) ใช้องค์ความรู้ ความสามารถของผู้นั้นในการ พิจารณาว่า เวชปฏิบัติที่ผู้ป่วยได้รับนั้นเหมาะสม ยอมรับได้ หรือ ยอมรับไม่ได้ วิธีการนี้เรียกว่า implicit review หรือใช้ implicit criteria เนื่องจากว่าเกณฑ์ตัดสินที่ใช้้นั้นมาจากผลรวมๆ อยู่ภายใน ของผู้ทบทวน (peers) จึงอาจพบความแตกต่างในการประเมินหากผู้ทบทวน (peers) เปลี่ยนไป หรือ แม้แต่ผู้ทบทวน (peers) คนเดิมแต่ต่างเวลา ต่างวาระ ย่อมมีความแตกต่างได้ ในระยะหลังๆ มี วิวัฒนาการเพื่อให้การประเมินผลมี reproducible (ทำซ้ำ ได้ผลเหมือนเดิม) นอกจากมีการคัดเลือก และฝึกอบรมผู้ทบทวนแล้ว มีการใช้วิธีการทบทวนแบบมีโครงสร้าง (structured implicit review)

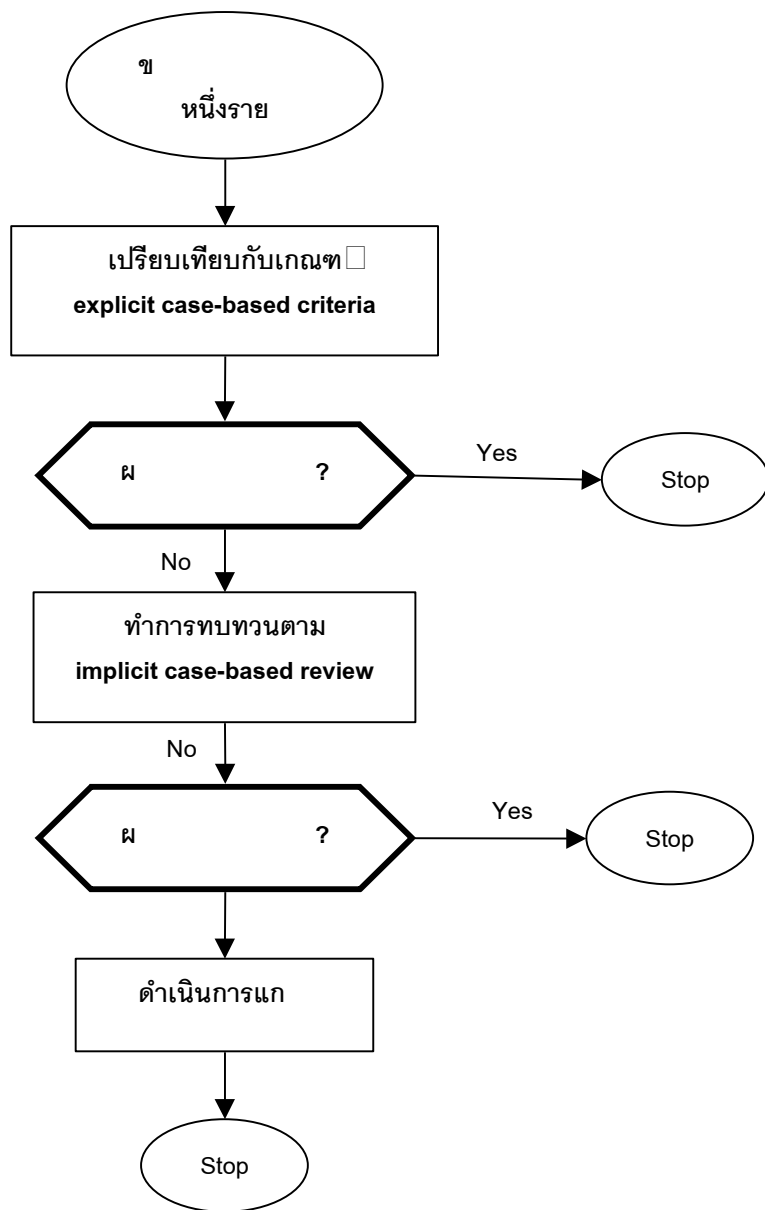
การทบทวนตามเกณฑ์ (Explicit Review)

เป็นการพัฒนาเพื่อหลักการ reproducible (ทำซ้ำ ได้ผลเหมือนเดิม) ประหยัดค่าใช้จ่าย และ ประหยัดเวลาของผู้เชี่ยวชาญที่จะมาทบทวนผู้ป่วยให้ จึงให้ผู้เชี่ยวชาญตกลงเกณฑ์ที่จะตัดสิน คุณภาพให้ชัดเจน (explicit criteria) แล้วให้ใครก็ได้เป็นผู้ทบทวนตามเกณฑ์นั้นๆ ก่อน เมื่อไม่ผ่านจึง ให้ผู้เชี่ยวชาญทำการทบทวนโดยรวม (implicit review) ต่อไป

ขั้นตอนจะเป็นไปตามแผนภูมิที่ 2 (ดูแผนภูมิที่ 2)

การมีเกณฑ์ที่จะตัดสินคุณภาพให้ชัดเจน (explicit criteria) จึงมีความใกล้ชิดกับแนวทางเวช ปฏิบัติ โดยการกำหนดเป็นเกณฑ์ทบทวน (review criteria) ไว้

แผนภูมิที่ 2 การดำเนินการทบทวนแบบรายผู้ป่วย (Case-based Review)



ตารางที่ 4 ข้อพิจารณาสำหรับเกณฑ์ทบทวน (Review Criteria) ที่ดี

ประเด็น	คำอธิบาย
Sensitivity	เกณฑ์ทบทวนจะมีความไวในการทดสอบการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติสูง เมื่อเกณฑ์ที่กำหนดไว้ว่าเป็น conform เห็นผลของการปฏิบัติตามแนวทางจริงๆ มีสัดส่วนมาก คือ มี true positive สูง false negative ต่ำ
Specification	เกณฑ์ทบทวนจะมีความจำเพาะในการทดสอบการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติสูง เมื่อเกณฑ์ที่กำหนดไว้ว่าเป็น nonconform เห็นผลของการไม่ปฏิบัติตามแนวทางจริงๆ มีสัดส่วนมาก คือ มี false positive ต่ำ true negative สูง
Readability	เขียนเป็นภาษาต่างๆ มีรูปแบบเข้าใจง่าย สำหรับบุคคลที่ไม่ใช่แพทย์
Feasibility	ง่ายในการสื่อสาร การบันทึกง่าย เข้าใจได้ง่าย มีคำแนะนำที่ชัดเจนในการตัดสินใจหรือให้คะแนนไม่ต้องตีความ ไม่รบกวนต่อการปฏิบัติงานปกติมากเกินไป

ความสัมพันธ์ระหว่างแนวทางเวชปฏิบัติ กับเกณฑ์ทบทวน

เกณฑ์ทบทวนจัดทำมาจากแนวทางเวชปฏิบัติ สังเกตความแตกต่างได้ดังนี้

1. จุดมุ่งหมาย แนวทางเวชปฏิบัติมีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยในการตัดสินใจของผู้ที่ทำเวชปฏิบัติ และผู้ป่วย แต่เกณฑ์ทบทวนใช้ประเมินการตัดสินใจที่ตัดสินใจไปแล้วว่าจะทำอย่างไรในหน่วยงานเรา ซึ่งสามารถใช้รวมไปถึงการประเมินผลเมื่อการปฏิบัติเกิดขึ้นไปจริงๆ แล้ว
2. ข้อมูลดิบ แนวทางเวชปฏิบัติเป็นการให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ เกณฑ์ทบทวนจะเป็นการเก็บข้อมูลไปในระหว่างการปฏิบัติ
3. ความครอบคลุมขั้นตอนการดูแลรักษาพยาบาล แนวทางเวชปฏิบัติจะครอบคลุมทุกขั้นตอนการดูแลรักษาพยาบาลรวมถึงโอกาส ทางเลือกต่างๆไว้ด้วย ส่วนเกณฑ์ทบทวน โดยทั่วไปจะจำกัดอยู่ในขั้นตอนหลักๆ ขั้นตอนใหญ่ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงสูง ปริมาณผู้ป่วยสูง ขั้นตอนที่มีปัญหาหรือมีโอกาสพัฒนา
4. บทบาทในการตัดสินใจทางคลินิก (role of clinical judgement) แนวทางเวชปฏิบัติเป็นตัวช่วยในการตัดสินใจ การให้ข้อมูลจะบอกทางเลือกต่างๆที่รู้ หรือคาดไว้ ซึ่งเป็นลักษณะของแนวทางเวชปฏิบัติที่เรียกว่า flexibility แต่อย่างไรก็ดี ก็ย่อมมีกลุ่มที่ไม่เข้าพวกใดเลย เช่น rare มาก ผู้ใช้ต้องใช้วิจารณญาณเอง ส่วนเกณฑ์ทบทวนเราจะประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ จึงควรอนุญาตให้มีการตัดสินใจที่แนวทางไม่ได้กล่าวถึง ซึ่งเรียกว่า "ข้อยกเว้น" หรือ"ทางเลือกที่ยอมรับได้"

ตาราง 5 ความแตกต่างระหว่างแนวทางเวชปฏิบัติ กับเกณฑ์ทบทวน

	แนวทางเวชปฏิบัติ	เกณฑ์ทบทวน
จุดมุ่งหมาย	ให้แนวทางช่วยการตัดสินใจ	ประเมินผลการตัดสินใจ
ข้อมูล	ให้ข้อมูลตามที่ต้องการเพื่อช่วยการตัดสินใจ	เก็บข้อมูลไปในระหว่างการปฏิบัติ
ความครอบคลุมในขั้นตอนการดูแลรักษาพยาบาล	ครอบคลุมทุกขั้นตอนการดูแลรักษาพยาบาล	จำกัดอยู่ในขั้นตอนหลักๆ
บทบาทในการตัดสินใจทางคลินิก	ช่วยในการตัดสินใจ	อนุญาตให้มีการตัดสินใจที่แนวทางไม่ได้กล่าวถึง

การตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Performance Measure)

หมายถึง “เครื่องมือ หรือวิธีการที่จะประมาณการ หรือตรวจติดตามถึงการกระทำของผู้ปฏิบัติ ที่ได้ปฏิบัติสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดไว้”

การตรวจสอบผลการปฏิบัติเป็นการวัดเชิงปริมาณที่ต้องกำหนดตัวชี้วัดผลงาน (performance indicators) อาจจะเป็นแบบอัตรา (rate-based) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ปฏิบัติทั้งหมด หรือ เป็นจำนวนเหตุการณ์ที่เกิด (sentinel event) มักเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ต้องการให้เกิด เช่นมีการเสียชีวิต จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการทบทวนคุณภาพขึ้นมา

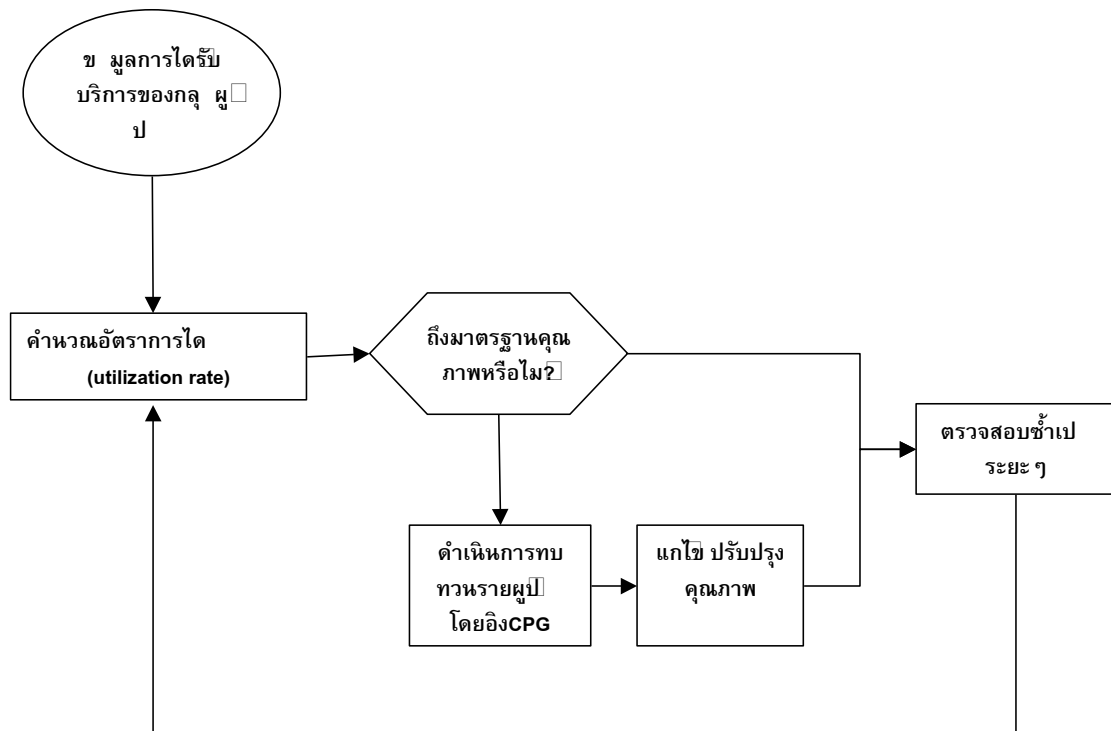
อัตรา (rate) มักแสดงเป็นอัตราส่วนต่อร้อย (percentage) ของการเกิดเหตุการณ์ที่ต้องการเฝ้าดูในช่วงระยะเวลาที่กำหนด เป็นการนับจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติจริง เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่สมควรจะได้รับการปฏิบัตินั้นๆ การเจนนับนี้อาจนับจำนวนเหตุการณ์ที่ปฏิบัติแทนจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติก็ได้ นั่นคือผู้ป่วยหนึ่งคนอาจต้องนับตามเหตุการณ์มากกว่าหนึ่งได้

การตรวจสอบผลการปฏิบัติเป็นเครื่องมือที่ทำได้สองแนวทาง

1. ทบทวนรายผู้ป่วย (case based review) เป็นการทบทวนคุณภาพแบบดั้งเดิม มักเป็นการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย โดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ (peers) โดยใช้การทบทวนโดยรวม (implicit review)
2. การทบทวนอัตราการใช้บริการ (utilization rates) เป็นการเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่สนใจ จุดเริ่มต้นอาจมาจากข้อมูลด้านการบริหารจัดการ เช่น ความแตกต่างที่ผิดปกติมากขึ้นของการทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section) เมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ (peers) อื่นๆ อาจเกิดจากการปฏิบัติที่มากเกินไป (overuse) ก็เป็นไปได้

ทั้งสองแนวทางควรนำมาใช้ร่วมกัน การทบทวนอัตราการใช้บริการ (utilization rates) เป็นการเฝ้าระวังเบื้องต้นถึงการปฏิบัติที่มากเกินไปหรือน้อยกว่าที่จำเป็น (overuse or under-use) เป็นตัวชี้วัดคุณภาพอย่างคร่าวๆ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับมาตรฐานคุณภาพ หากยังไม่ถึงมาตรฐานคุณภาพ ก็ทำการทบทวนรายผู้ป่วย (case based review) ต่อไป

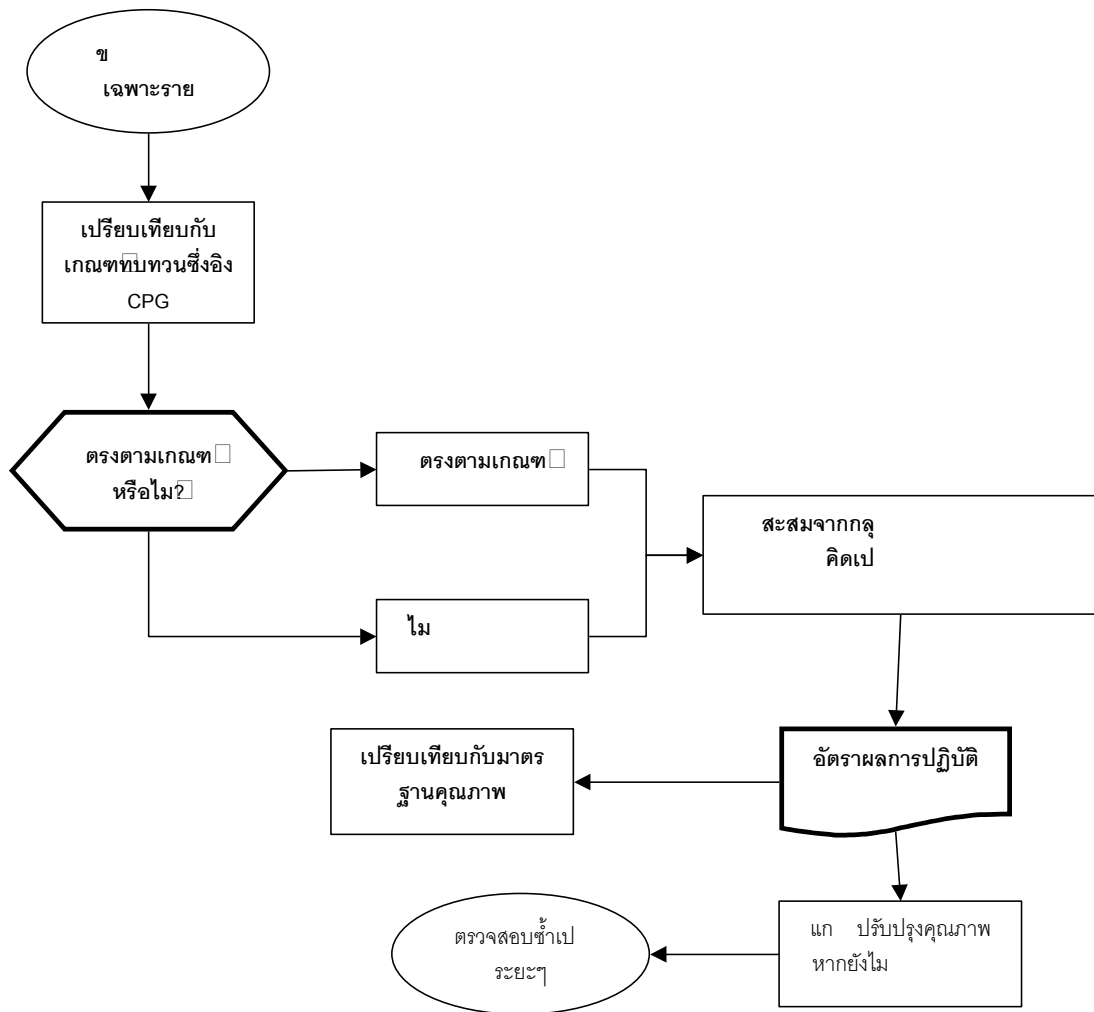
แผนภูมิที่ 3 การทบทวนอัตราการได้รับการบริการ (Utilization Rates)



จะเห็นว่า อัตราการได้รับการบริการ (utilization rates) สามารถใช้เป็นการประเมินผลการปฏิบัติ (performance evaluation) ได้โดยไม่ต้องเริ่มจากแนวทางเวชปฏิบัติ เช่น ห้อตราของการทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section) ของหน่วยงาน แล้วเปรียบเทียบกับมาตรฐานคุณภาพที่ได้จากหน่วยอื่นที่มีลักษณะองค์กรที่เปรียบเทียบกันได้ หากพบว่ามีความแตกต่างกันมาก ก็เป็นโอกาสที่จะพัฒนาโดยการวิเคราะห์ว่าเกิดอะไรขึ้นในหน่วยงานตนเอง ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น สมาชิกที่เกี่ยวข้องในกระบวนการ การทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง อาจสืบค้นหาแนวทางเวชปฏิบัติที่จะมาเป็นต้นแบบดัดแปลงใช้ (หรือสร้างแนวทางเวชปฏิบัติเอง) แล้วสังเคราะห์ออกมาเป็น เกณฑ์ทบทวน และการตรวจสอบผลการปฏิบัติเมื่อนำมาใช้ประเมินผลตามที่วางแผนไว้ ก็จะมีผู้ป่วยกรณีที่ไม่ได้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติ แล้วช่วยกันหาทางวิธีการลดการปฏิบัติที่ยังไม่เหมาะสม นำไปใช้ในหน่วยงาน แล้วประเมินผลซ้ำอีกครั้ง ก็จะเห็นคำตอบว่า “เราดีขึ้นหรือยัง” “ขณะนี้เราเปรียบเทียบกับคนอื่นได้หรือยัง”

ในการใช้การตรวจสอบผลการปฏิบัติทำโดยการทบทวนผู้ป่วยตาม explicit criteria ในผู้ป่วยหลายๆ ราย สะสมกันก็จะเป็นค่าเฉลี่ย มีการดำเนินการตาม แผนภูมิที่ 4 ซึ่งสามารถแสดงเป็นตามรายบุคคลผู้ปฏิบัติ เป็นค่าเฉลี่ยของหน่วยงาน ค่าเฉลี่ยขององค์กร แม้แต่ของจังหวัด ของประเทศก็ย่อมได้ การได้ค่าเฉลี่ยของหน่วยงาน ขององค์กรจะให้ภาพที่ชัดเจนและดีกว่าเฉพาะรายๆ เดียว เพราะรายนั้นๆ อาจเป็นรายยกเว้น (exception)

แผนภูมิที่ 4 การใช้การตรวจสอบผลการปฏิบัติทำโดยการทบทวนผู้ป่วยตามเกณฑ์ (explicit criteria)



มาตรฐานคุณภาพ (Standard of Quality)

หมายถึง "ข้อความที่บ่งถึง (1)ระดับต่ำสุดของผลการปฏิบัติ หรือผลลัพธ์ที่ยอมรับได้ (2)ระดับที่ดีที่สุดของผลการปฏิบัติ หรือผลลัพธ์ หรือ (3) ช่วงของผลการปฏิบัติ หรือผลลัพธ์ที่ยอมรับได้"

มาตรฐานคุณภาพในความหมายที่ใช้ในการตรวจสอบผลการปฏิบัติ ใช้เพื่อตัดสินว่าจำเป็นต้องทำอะไรหรือไม่ในการพัฒนาคุณภาพ แบ่งออกเป็น

- ประเมินผู้ป่วยเฉพาะราย ใช้ case-based standard
- ทบทวนผู้ป่วยจำนวนมาก ใช้ rate-based standard

เมื่ออัตราผลการปฏิบัติต่ำกว่าระดับที่กำหนดไว้ (threshold) จะเป็นจุดเริ่มต้นที่จะพิจารณาหาสาเหตุ หาทางแก้ไข ปรับปรุง พัฒนาคุณภาพของการดูแลรักษาพยาบาลตามแผนภูมิที่ 4

ตัวอย่างเช่น สมมุติว่า อัตราการทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean section) ของหน่วยงานเราเป็น 25% ต้องมีการพิจารณาปรับปรุงอะไร หรือไม่ หากพบว่าข้อมูล การสำรวจแบบแผนการคลอดบุตรในโรงพยาบาล ในปี 2539 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ คณะ, 2541) พบอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในภาพรวมโรงพยาบาลทั่วประเทศ เป็น 22.44% โรงพยาบาลระดับจังหวัด 22.90% โรงพยาบาลเอกชน 51.45% องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ 15% หน่วยงานเราจะตั้งมาตรฐาน (threshold) เรื่องนี้เป็นเท่าไร

การตั้งมาตรฐานคุณภาพมีข้อพิจารณาหลายอย่างเช่น

- **comparative standard** เป็นมาตรฐานที่เปรียบเทียบแข่งขัน ซึ่งต้องระมัดระวังการเปรียบเทียบนั้นต้องมีวิธีการการตรวจสอบผลการปฏิบัติที่เหมือนกัน และคู่เปรียบเทียบนั้นสมควรเปรียบเทียบกันได้ เช่น เปรียบเทียบกับผลการปฏิบัติที่ผ่านมา เปรียบเทียบระหว่างผู้ปฏิบัติในหน่วยงาน เปรียบเทียบกันหน่วยงานอื่นที่มีองค์ประกอบคล้ายคลึงกัน เปรียบเทียบกับคู่แข่ง
- **prescriptive standard** เป็นการตั้งมาตรฐานที่มองไปข้างหน้าว่าควรจะได้มากน้อยเพียงใด

การตั้งมาตรฐานผลการปฏิบัติที่อิงตามแนวทางเวชปฏิบัติ ควรสังเกตระดับของหลักฐานที่อ้างอิงและระดับของคำแนะนำ (level of evidence and power of recommendation) มาตรฐานคุณภาพควรเป็น 100% ถ้าระดับของหลักฐานอ้างอิงแข็งแรง แต่มาตรฐานคุณภาพอาจต่ำกว่า 100% ได้ถ้าระดับของหลักฐานอ้างอิงไม่ดีนักหรือยังมีข้อโต้แย้ง

บูรณาการกับกิจกรรมคุณภาพ

การประเมินผลคุณภาพที่อิงแนวทางเวชปฏิบัติจะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อบูรณาการกับกิจกรรมคุณภาพที่กำลังดำเนินอยู่ การใช้เครื่องมือนี้เป็นวิธีหนึ่งในการประเมินผลคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเท่านั้น อาจต้องมีวิธีการประเมินผลคุณภาพอย่างอื่นประกอบด้วยเพิ่มเติม เพื่อไปสู่เป้าหมายด้านคุณภาพขององค์กร

ภารกิจของแนวทางเวชปฏิบัติ เกณฑ์ทบทวน การตรวจสอบผลการปฏิบัติ และมาตรฐานคุณภาพ คือการนำไปสู่ความเชื่อมั่นว่าจะให้การดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพให้กับผู้ป่วยและลดความหลากหลายที่ไม่สมควรกระทำต่อผู้ป่วย

แนวทางเวชปฏิบัติที่ดีจะมีคำแนะนำที่ชัดเจนว่าต้องทำอะไรให้ผู้ป่วยในสถานการณ์หนึ่งๆ ส่วนเกณฑ์ทบทวนที่สร้างขึ้นมาจากแนวทางเวชปฏิบัตินั้นใช้ตรวจสอบว่าผู้ป่วยลักษณะนั้นๆ ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามที่แนะนำหรือไม่

เมื่อใช้เกณฑ์ทบทวน และการตรวจสอบผลการปฏิบัติแล้ว ข้อมูลที่ได้มาจะใช้ในการพัฒนาคุณภาพ อาจจะโดยวิธี

- ลดการปฏิบัติที่ยอมรับไม่ได้
- เปลี่ยนแปลงไปสู่การปฏิบัติที่ดีกว่า
- ลดความหลากหลายที่ไม่จำเป็น (ทำให้การกระจายอยู่ใกล้ค่าเฉลี่ย mean มากที่สุด)

พึงระลึกว่าการจัดการคุณภาพร่วมสมัยนั้นเน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และให้ฝังอยู่ในกิจกรรมประจำวันเป็นสิ่งคงทน การสร้างคุณภาพ ดีกว่าการตรวจสอบ การใช้เกณฑ์ทบทวนเป็นการหาโอกาสการพัฒนา ที่อาศัยการให้ข้อมูลย้อนกลับไปสู่ผู้ปฏิบัติ

วงจรการพัฒนาคุณภาพหมุนไปตลอด เราจะเริ่มเข้าสู่วงจรนี้ตรงไหนดี การประเมินควรเริ่มที่การวัดการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ ซึ่งเป็นการวัดสมรรถภาพของระบบงานโดยมีเกณฑ์ทบทวนที่ชัดเจนได้มาจากแนวทางเวชปฏิบัติ

แล้วก็ตรวจวัดโดยการทบทวนรายผู้ป่วย และทบทวนอัตราการได้รับบริการ (Utilization rates) ทั้งสองวิธีนี้รวมกันเป็นเครื่องมือชิ้นเดียวคือ การตรวจสอบผลการปฏิบัติ

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการตรวจสอบผลการปฏิบัติโดยอิงแนวทางเวชปฏิบัติ

1. กำหนดวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบผลการปฏิบัติ ให้แจ่มชัด
2. สืบค้นหาแนวทางเวชปฏิบัติที่เหมาะสม ตรงวัตถุประสงค์
3. ค้นหาผู้เกี่ยวข้องเป้าหมายที่จะใช้แนวทางเวชปฏิบัติ
4. พิจารณาคำแนะนำในแนวทางเวชปฏิบัติ และร่างออกมาเป็นเกณฑ์ทบทวน
5. กำหนดผู้ปฏิบัติ และหน่วยงานที่จะดำเนินการ
6. กำหนดกลุ่มตัวอย่าง และช่วงระยะเวลา
7. กำหนดแหล่งที่จะได้ข้อมูล
8. เขียนรายละเอียดของเกณฑ์ทบทวน กำหนดทางเลือกที่ยอมรับได้
9. กำหนดรายละเอียดในการเก็บข้อมูล รวมทั้งแบบเก็บข้อมูล และวิธีการเก็บข้อมูล
10. กำหนดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล
11. ดำเนินการนำร่อง เพื่อทดสอบทดสอบแบบเก็บข้อมูล และวิธีการเก็บข้อมูล
12. ดำเนินการทบทวน ตามเกณฑ์ทบทวน
13. รายงานผลการทบทวน
14. แปลผลตามมาตรฐานคุณภาพ
15. วิเคราะห์ทางแก้ไข และปฏิบัติการแก้ไข
16. ดำเนินการทบทวนซ้ำ และวิเคราะห์ซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. AHCPR. (1995) **Using Clinical Practice Guidelines to Evaluate Quality of Care.** Volume 1 : Issues. Agency for Health Care Policy and Research.
2. AHCPR. (1995) **Using Clinical Practice Guidelines to Evaluate Quality of Care.** Volume 2 : Methods. Agency for Health Care Policy and Research.

Gap Analysis กับการใช้ Evidence ในการพัฒนาคุณภาพคลินิก

สรรรวัช อัครเรืองชัย

จากมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาณจนานิกเชก กำหนดให้มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guideline) ของโรงพยาบาล และให้มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง ทีมทางคลินิกของหลายโรงพยาบาลได้พยายามนำมาตรฐานข้อนี้ไปปฏิบัติ แต่มักพบว่ามีการจัดทำ CPG บ้างแล้ว แต่เก็บไว้ไม่ได้นำมาสู่การปฏิบัติจริง บ้างก็นำมาปฏิบัติแต่ยังขาดการทำกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นระบบสอดคล้องกับปัญหา

Gap Analysis คือ วิธีการที่ทีมพิจารณา evidence/CPG ว่ามีประเด็นปัญหาในทางปฏิบัติของ ทีมอย่างไร โดยทีมจะพยายามหามาตรการเพื่อให้เกิดการปฏิบัติดังกล่าว พร้อมทั้งมีการทบทวนเพื่อ ประเมินผลการปฏิบัติ

การใช้ Gap Analysis เป็นเครื่องมือเพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรฐานดังกล่าว โดยใช้ evidence/CPG ที่มีอยู่มาปฏิบัติ เป็นการผนวกกิจกรรม 3 เรื่องเข้าไว้ในคราวเดียวกัน คือ

1. ทบทวนสิ่งที่เราปฏิบัติอยู่ (peer review) ว่าสอดคล้องกับ evidence/CPG มากน้อย เพียงใด โดยอาจจะทบทวนระหว่างที่กำลังให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ (concurrent review) หรือทบทวนหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว (retrospective review)
2. พิจารณาว่าจะตั้งเป้าหมาย evidence/ข้อแนะนำ จาก CPG ไปใช้ในระดับใดให้สอดคล้องกับ ทรัพยากรของโรงพยาบาล
3. เป็นการวางแผนและลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนจากสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบันไปสู่สิ่งที่ต้องการ ให้เป็น ซึ่งเท่ากับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก (clinical CQI) นั่นเอง มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 คัดเลือก evidence/CPG

ทีมคัดเลือก evidence ที่ได้จากการติดตามการเปลี่ยนแปลงทางวิชาการ หรือ CPG จาก แหล่งต่าง ๆ ทั้งที่จัดทำเองหรือจากแหล่งอื่น โดยทีมได้พิจารณาแล้วว่าเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับปัญหา ของทีม เช่น เป็น evidence/CPG สำหรับโรคที่พบบ่อย มีความรุนแรงสูง เป็นต้น

ขั้นที่ 2 ทบทวนสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ เพื่อหาช่องว่าง/โอกาสพัฒนา

ทีมร่วมกันวิเคราะห์สิ่งที่เป็นอย่างอยู่ ว่าแตกต่างจาก evidence หรือข้อแนะนำจาก CPG อย่างไร มีอะไรที่เป็นปัญหาในทางปฏิบัติ ข้อมูลการปฏิบัติที่เป็นอยู่อาจเป็นข้อมูลเชิงพรรณนา หรือประมาณ การ หรือข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการเก็บอย่างเป็นระบบ

ขั้นที่ 3 กำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้

ทีมร่วมกันกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติหรือเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ บนพื้นฐานของ evidence/CPG อาจจะได้ยังไม่สมบูรณ์แบบทั้งหมด แต่ขอให้เห็นทิศทางของการเปลี่ยนแปลง อาจกำหนดเครื่องชี้วัดทางคลินิกที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม

ขั้นที่ 4 วางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง

ทีมระดมสมองเพื่อพิจารณาว่าจะทำอะไรจึงจะบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ ใช้ความคิดสร้างสรรค์ สิ่งอำนวยความสะดวก แบบบันทึก สิ่งเตือนใจ การมีส่วนร่วม เพื่อให้มีการนำ evidence หรือข้อแนะนำใน CPG มาใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้

ขั้นที่ 5 ศึกษาผลการเปลี่ยนแปลง

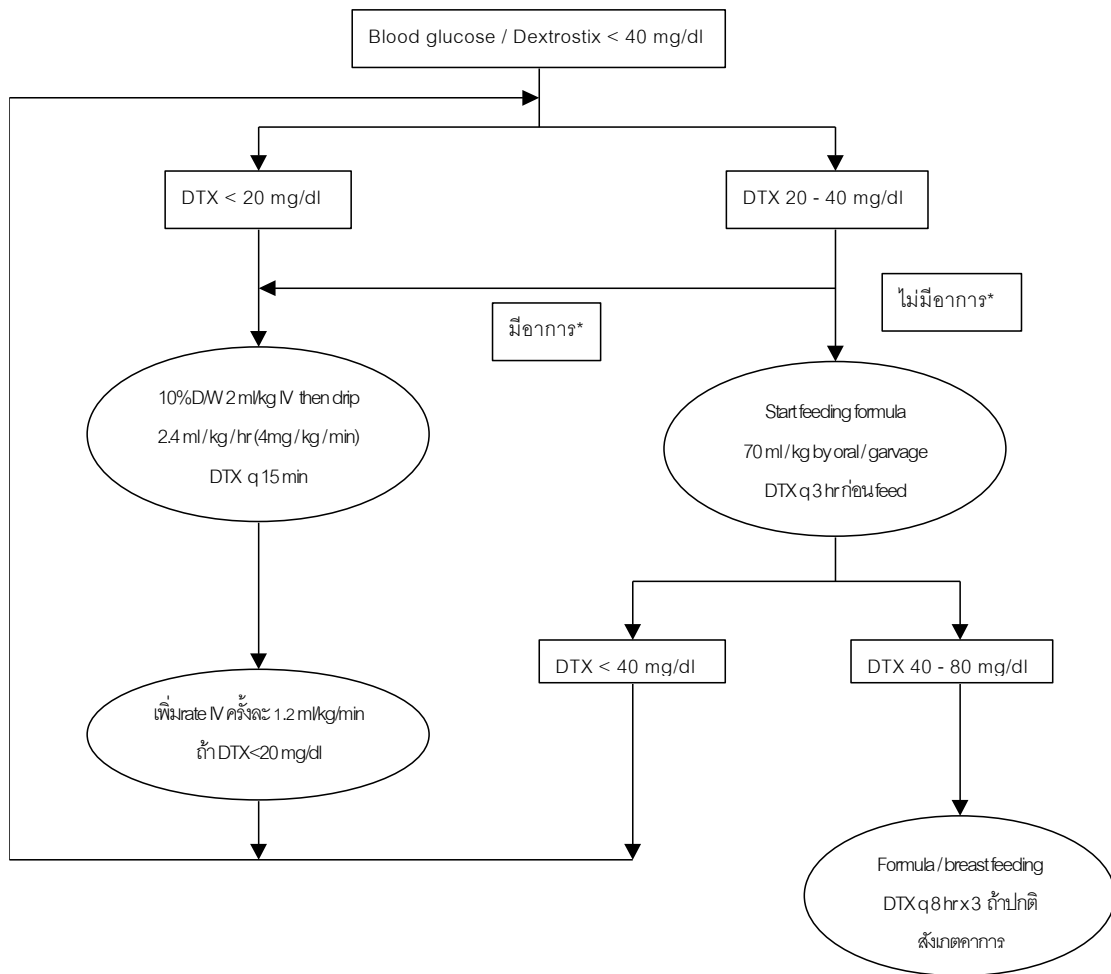
ทีมติดตามการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ ไม่จำเป็นต้องเก็บข้อมูลจำนวนมาก อาจใช้เวลา 1-2 สัปดาห์ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ว่ามาตรการที่ใช้มันสะดวกและได้ผลดีเพียงใด หากมีปัญหาในทางปฏิบัติหรือไม่ได้ผลก็ร่วมกันค้นหาวิธีการอื่นๆ ต่อไป

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างสถานการณ์ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง โดยมีทีม PCT กุมารเวชกรรม ที่ต้องการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก มีการจัดทำ CPG ที่สอดคล้องกับโรคที่มีความเสี่ยงสูงหลายเรื่อง ภายหลังจากที่จัดทำและนำออกใช้ พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มโรคดังกล่าวยังมีผลลัพธ์ของการรักษาไม่ได้ตามเป้าหมาย จึงพิจารณานำ CPG ต่อไปนี้มาทำ Gap Analysis

ตัวอย่างที่ 1

แนวทางการรักษาทารกแรก
เกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือด
ต่ำ

Guideline for Neonatal
Hypoglycemia



อาการและอาการแสดง Hypoglycemia

1. ตัวสั่น
2. หยุดหายใจ เขียว ซีม
3. ชัดกระตุก
4. อุณหภูมิร่างกายต่ำ
5. ไม่ดูดนม กินได้น้อย อาเจียน

จัดทำโดย PCT กุมารเวชกรรม 13 กรกฎาคม 2544

ข้อแนะนำใน CPG	การรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในกลุ่มทารกมี Dextrostix 20-40 mg/dl และไม่มีอาการ ต้องให้นมผสมโดยเร็วและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด
ประเด็นปัญหา	การให้นมผสมล่าช้าและขาดการติดตามอาการต่อเนื่องในทารกที่ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนิ่นนานที่ไม่มีอาการ
เป้าหมายที่ต้องการ	การเริ่มให้นมผสมทันทีในทารกที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำและไม่มีอาการ รวมทั้งการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง
แผนดำเนินการ	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดเกณฑ์การเจาะตรวจ Dextrostix ในทารกกลุ่มเสี่ยง - กำหนดแนวทางการให้นมผสมในทารกที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำโดยไม่มีอาการ - ส่งเสริมการปฏิบัติโดยติดป้ายข้อ่มือทารกที่มีความเสี่ยง และทำสัญลักษณ์ในบันทึกส่งเวรการพยาบาลเพื่อเตือนผู้ปฏิบัติในการส่งเวร (reminder) - ทบทวนกลุ่มทารกที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำทุกรายในการส่งเวร ดูการปฏิบัติตามเกณฑ์ การให้นมผสม ผลลัพธ์ที่เกิดต่อผู้ป่วย (peer review) นำเสนอในที่ประชุมทีม - ติดตามตัวชี้วัดนำเสนอทีมทุกเดือน
ตัวชี้วัด	อัตราการเริ่มให้นมผสมล่าช้าในทารกที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ไม่มีอาการ อัตราการให้น้ำตาลทางหลอดเลือดดำในทารกที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ไม่มีอาการ

คำอธิบายตัวอย่างที่ 1

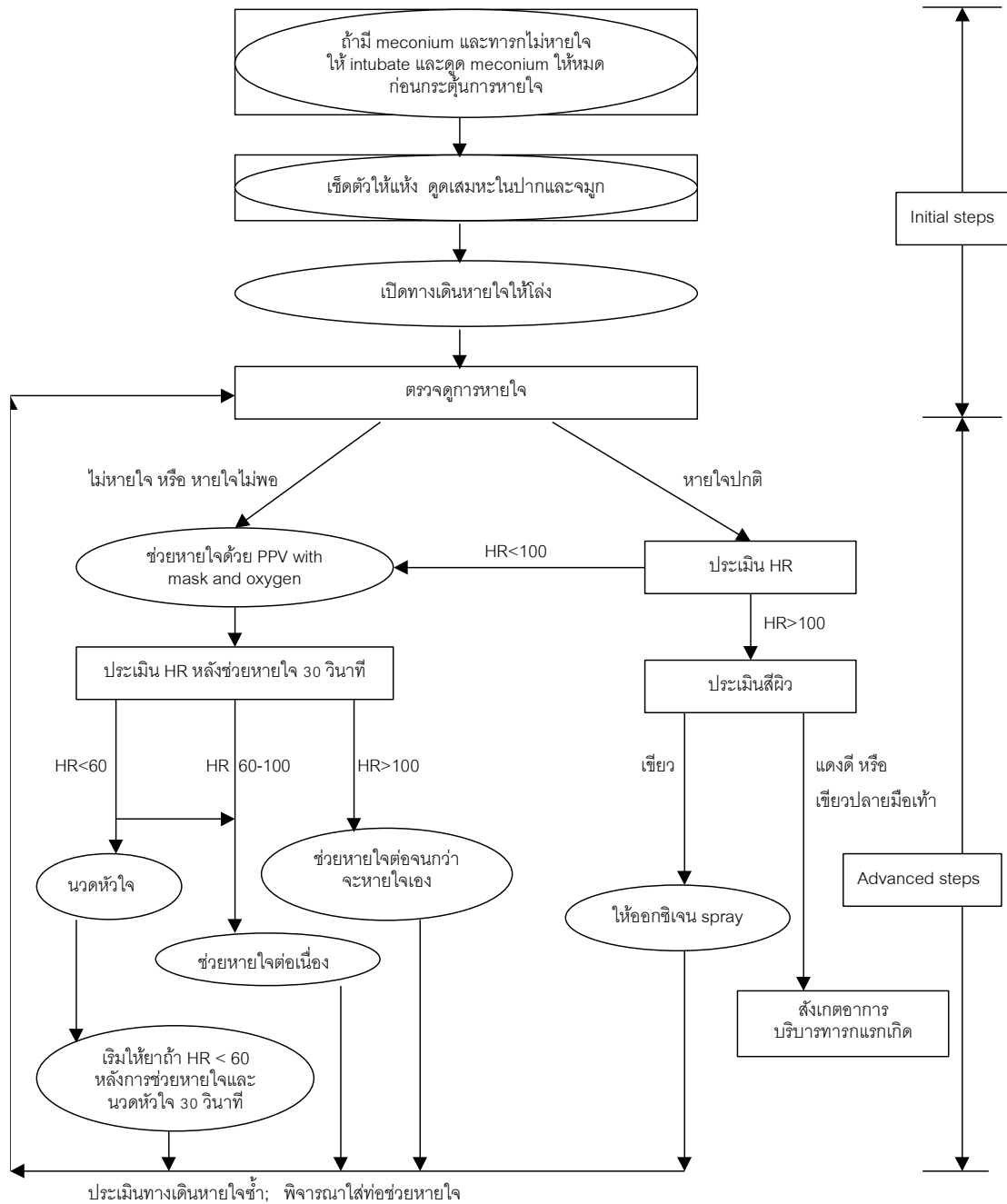
จาก CPG การรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในกลุ่มที่ค่า Dextrostix 20 – 40 mg/dl แต่ไม่มีอาการทางคลินิกของ hypoglycemia ต้องการเริ่มนมผสมทันที แต่ในทางปฏิบัติ ทีมพบว่ามีการให้นมผสมยังล่าช้า เนื่องจากมีจำนวนทารกที่ต้องดูแลหลายคน จึงทำให้เจ้าหน้าที่ไม่ทราบว่าการคนไหนจำเป็นต้องให้นมผสมทันที รวมทั้งไม่ได้ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ทำให้ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงมากขึ้นจนทำให้ต้องให้การรักษาด้วยน้ำตาลทางหลอดเลือดดำ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงมากขึ้น

จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ทำให้ทีมตั้งเป้าหมายที่ลดจำนวนทารกกลุ่มเป้าหมายที่เริ่มให้นมผสมล่าช้า เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมาย ทีมจึงกำหนดเกณฑ์การเจาะตรวจ dextrostix ใหม่ และส่งเสริมให้มีการใช้ โดยมีการติดป้ายข้อมือในทารกกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งทำสัญลักษณ์เพื่อเตือนเจ้าหน้าที่ทุกเวร (reminder) ให้ทราบถึงแผนการให้นมผสมและติดตามดูแลอาการอย่างต่อเนื่องในทุกเวร

การติดตามผล ทีมทำได้ทั้งการทบทวนขณะที่ทารกยังอยู่ในโรงพยาบาล และทบทวนเมื่อผู้ป่วยได้กลับบ้าน (peer review) สามารถทำได้ง่ายเนื่องจากทราบกลุ่มเป้าหมายชัดเจน มีประเด็นที่จะทบทวนตามใน CPG ชัดเจน และสามารถรวบรวมผลเป็นตัวชี้วัดได้ง่าย ในกรณีนี้เป็นตัวชี้วัดเชิงกระบวนการทั้งคู่ (อัตราการให้นมผสมล่าช้าในกลุ่มทารกที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ไม่มีอาการ, อัตราการเริ่มให้น้ำตาลทางหลอดเลือดดำทารกที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ไม่มีอาการ) การพัฒนาจะเกิดขึ้นได้ถ้ากระบวนการทบทวนดังกล่าวนำไปสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อหาวิธีที่ดีที่สุดสำหรับทารกกลุ่มดังกล่าว (clinical CQI)

ตัวอย่างที่ 2

ขั้นตอนการช่วยฟื้นชีวิตทารกแรกเกิด Initial steps and Advanced steps



ข้อแนะนำใน CPG	การช่วยฟื้นชีวิตทารกแรกเกิด เมื่อทารกหายใจไม่พอหรือไม่หายใจ ต้องช่วยหายใจด้วย PPV ทันที (ยกเว้นกรณี meconium-stained amniotic fluid)
ประเด็นปัญหา	การช่วยหายใจด้วย PPV ซ้ำเกินไป
เป้าหมายที่ต้องการ	การช่วยหายใจด้วย PPV อย่างถูกต้องตามข้อบ่งชี้
แผนดำเนินการ	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดเกณฑ์การประเมินการหายใจทารกแรกเกิดให้ชัดเจน ติดประกาศไว้ที่พื้นที่ช่วยฟื้นชีวิตทารกแรกเกิด แจ้งให้เจ้าหน้าที่ห้องคลอดและห้องผ่าตัดทราบ - ฝึกปฏิบัติการทำ PPV ให้เจ้าหน้าที่ห้องคลอดและห้องผ่าตัด - ทบทวนทารกที่มีภาวะ Birth Asphyxia ทุกราย ดูการปฏิบัติตามเกณฑ์ การทำ PPV ผลลัพธ์ที่เกิดต่อผู้ป่วย (Peer review) นำเสนอในที่ประชุมทีมในที่ประชุม - ติดตามตัวชี้วัดนำเสนอทีมทุกเดือน
ตัวชี้วัด	อัตราการช่วยหายใจด้วย PPV ในทารกที่มีข้อบ่งชี้ อัตราการเกิด Birth Asphyxia เป็นจำนวนคน ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ

คำอธิบายตัวอย่างที่ 2

จาก CPG การช่วยชีวิตทารกแรกเกิด ทีมพบว่าปัญหาที่พบบ่อยคือ ในกลุ่มทารกที่หายใจไม่เพียงพอหรือไม่หายใจ ทีมช่วยฟื้นชีวิตทารกแรกเกิดให้การช่วยหายใจด้วย PPV ล่าช้า ทำให้ทารกขาดออกซิเจนเกินไป และนำไปสู่การใส่ท่อช่วยหายใจซึ่งมีความเสี่ยงสูงโดยไม่จำเป็น

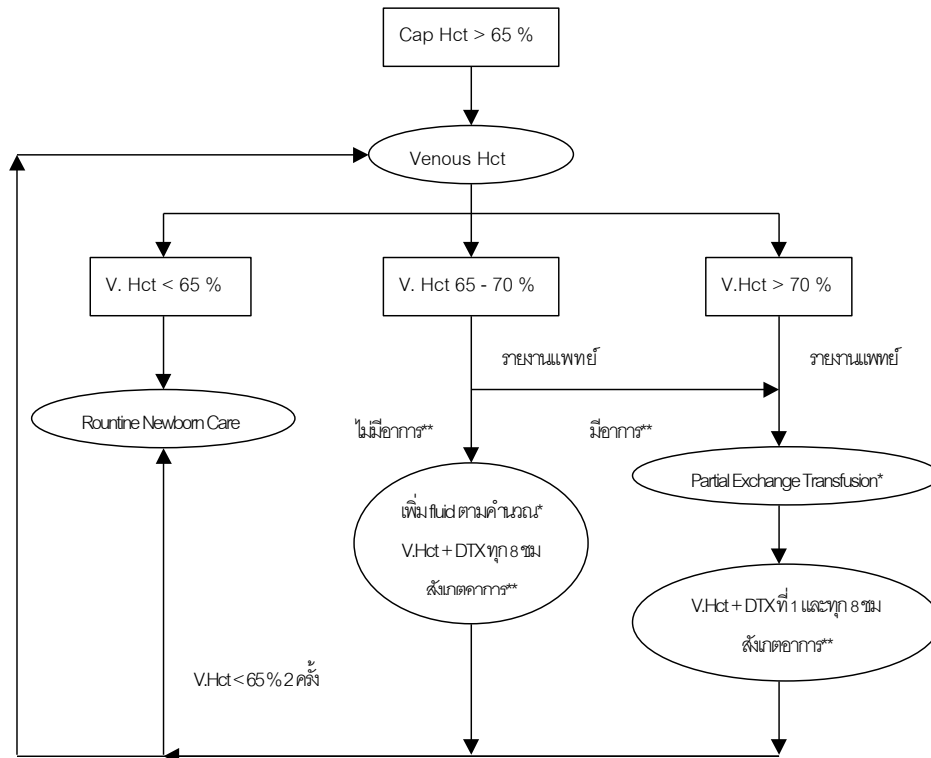
คำแนะนำของ CPG คือ ภายหลังจาก initial steps จะต้องประเมินการหายใจทารกแรกเกิด หากทารกหายใจไม่เพียงพอหรือไม่หายใจ จะต้องเริ่มช่วยหายใจด้วย PPV ดังนั้นเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ทีมจึงกำหนดเป้าหมายคือการช่วยหายใจทารกแรกเกิดด้วย PPV อย่างถูกต้องตามข้อบ่งชี้ได้ ทีมได้วิเคราะห์ข้อบกพร่องดังกล่าวและดำเนินการโดยกำหนดวิธีประเมินการหายใจของทารกให้ชัดเจน รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติโดยติดวิธีประเมินดังกล่าวไว้ที่ห้องคลอดและห้องผ่าตัด (reminder) นอกจากนี้ยังฝึกทักษะการทำ PPV ให้แก่เจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดความมั่นใจมากขึ้นในทางปฏิบัติ

การประเมินผลสามารถติดตามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ คือ อัตราการทำ PPV ตามข้อบ่งชี้ ซึ่งควรที่จะเพิ่มมากขึ้น และตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ที่สำคัญคือ อัตราการเกิด birth asphyxia ซึ่งควรที่จะลดลง วิธีการติดตามตัวชี้วัดดังกล่าวสามารถทำได้โดยทีมทำการทบทวนผลการดูแลผู้ป่วย (peer review) ที่มี birth asphyxia ทุกรายว่าได้ทำ PPV ตามข้อบ่งชี้หรือไม่ หากข้อบ่งชี้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ทีมก็พิจารณานำไปเป็นแนวทางปฏิบัติได้ อย่างไรก็ตามการพัฒนาคุณภาพต้องอาศัยการทบทวนตนเองอย่างสม่ำเสมอ จึงควรติดตามตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ เช่น อัตราการเกิด birth asphyxia อย่างสม่ำเสมอ

ตัวอย่างที่ 3

แนวทางการรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะเลือดข้น

Guideline for Neonatal Polycythemia



* ปริมาณ fluid ที่ต้องการเพิ่ม หรือ ใช้ใน partial exchange transfusion คำนวณดังนี้

$$\text{ปริมาณสารน้ำที่ต้องการ} = \frac{\text{ปริมาณเลือดในร่างกาย} \times (\text{Hct ทารก} - 60)}{\text{Hct ทารก}}$$

ปริมาณเลือดในร่างกาย = 80 ml/kg สำหรับทารกครบกำหนด และ 90 - 95 ml/kg สำหรับทารกก่อนกำหนด

** อาการ hyperviscosity syndrome ได้แก่

- หายใจเร็ว > 60 /min
- cyanosis
- ชี้นม
- ชัก
- ท้องอืด ไม่รับนม
- hypoglycemia

จัดทำโดย : PCT กุมภาพันธ์ 2544

ข้อแนะนำใน CPG	การรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะเลือดข้น กรณีที่มี venous hematocrit 65 – 70 % และไม่มีอาการ ต้องให้สารน้ำทดแทนและติดตามดูอาการใกล้ชิด
ประเด็นปัญหา	การให้สารน้ำทดแทนไม่ถูกต้องในทารกที่มี venous hematocrit 65 – 70 %
เป้าหมายที่ต้องการ	การลดความผิดปกติให้การให้สารน้ำ และการลดภาวะเลือดข้นในทารกที่มี venous hematocrit 65 – 70 %
แผนดำเนินการ	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดวิธีการให้สารน้ำในทารกที่มี venous hematocrit 65 - 70 % - ส่งเสริมการปฏิบัติโดยติดป้ายข้อ่มือทารกที่มีความเสี่ยง และทำสัญลักษณ์เตือนในบันทึกส่งเวรการพยาบาล(Reminder) เพื่อเตือนผู้ปฏิบัติทุกครั้งที่มีการ round ward และส่งเวร - ทบทวนกลุ่มทารกที่มีภาวะเลือดข้นทุกราย ดูการปฏิบัติตามเกณฑ์ การให้สารน้ำผลลัพธ์ที่เกิดต่อผู้ป่วย นำเสนอในที่ประชุมทีมในที่ประชุม - ติดตามตัวชี้วัดนำเสนอทีมทุกเดือน
ตัวชี้วัด	<p>อัตราการให้สารน้ำผิดปกติในทารกที่มี hematocrit 65 – 70%</p> <p>อัตราการทำ Partial exchange transfusion ในทารกที่มีเลือดข้นที่มี venous hematocrit 65 – 70 %</p>

คำอธิบายตัวอย่างที่ 3

CPG การรักษาทารกที่มีภาวะเลือดข้นให้คำแนะนำว่า เมื่อทารกมี venous hematocrit 65 – 70% และไม่มีอาการใดๆ ยังไม่ต้องให้ทำ Partial exchange transfusion แต่ให้เพิ่มสารน้ำชดเชยตามสูตรคำนวณ ติดตามดูอาการ venous hematocrit และ dextrostix อย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ ทีมพบปัญหาว่ายังมีทารกกลุ่มดังกล่าวได้รับสารน้ำชดเชยไม่เพียงพอ และเป็นเหตุให้ทารกมี hematocrit สูงขึ้นจนทำให้ต้องทำ Partial exchange transfusion ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อทารกสูงมากขึ้น

สาเหตุของปัญหาดังกล่าว ทีมพบว่ามาจากการคำนวณให้สารน้ำไม่เป็น ประกอบกับขาดการลำดับความสำคัญของปัญหาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ดังนั้นจึงกำหนดแผนดำเนินการโดยกำหนดวิธีคำนวณให้สารน้ำชดเชยที่ชัดเจน รวมทั้งวิธีการติดตามอาการทารก นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้มีการเฝ้าระวังทารกกลุ่มดังกล่าวโดยติดป้ายข้อ่มือทารกเพื่อเตือนเจ้าหน้าที่เมื่อตรวจผู้ป่วยทุกครั้ง (reminder) ทำสัญลักษณ์ที่บันทึกส่งเวรการพยาบาล(kardex) เพื่อให้มีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

การติดตามผล นอกจากการทบทวนทุกครั้งที่มีการส่งเวรแล้ว ทีมยังมีการทบทวนผลการดูแลผู้ป่วย (peer review) โดยนำเวชระเบียนผู้ป่วยที่มี polycythemia มาทบทวน เดือนละครั้ง ประเด็นที่จะทบทวนในกลุ่ม venous hematocrit 65 –70 % ว่าเป็นไปตาม CPG หรือไม่ และบันทึกรวบรวมเป็นตัวชี้วัดทั้งเชิงกระบวนการคือ อัตราการให้สารน้ำผิดปกติในทารกที่มี hematocrit 65 – 70% ควรจะลดลง และตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ คือ อัตราการทำ Partial exchange transfusion ในทารกที่มีเลือดข้นที่มี venous hematocrit 65 – 70 % ซึ่งควรจะลดลงเช่นกัน หากการติดตามผลของทีมไม่เป็นไปตามคาดหวัง ทีมก็จะระดมสมองหาทางปรับปรุงกระบวนการต่อไปเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ต่อตัวผู้ป่วยที่ดีขึ้น (clinical CQI)

ทดลองฝึกทำ Gap Analysis

ข้อแนะนำต่อไปนี้ได้มาจาก *The Management of Acute Gastroenteritis in Young Children* โดย Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Acute Gastroenteritis; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

ข้อแนะนำ/ข้อมูลวิชาการ	สิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	สิ่งที่ต้องการให้เป็น	แผนดำเนินการ
ORS ให้ผลเท่าการให้สารน้ำทางหลอดเลือดในการ rehydration เด็กที่มี mild – moderate dehydration และเป็นทางเลือกอันดับแรก	ใช้อยู่แล้วเป็นส่วนใหญ่ มีบางรายที่ให้ iv ทั้งที่สามารถให้ ORS ได้	ลดการให้ iv ในราย mild – moderate dehydration	?
เด็กมี diarrhea ซึ่งไม่ dehydrate ควรให้กินอาหารที่เหมาะสมกับอายุ เด็กที่มี dehydrate ควรได้รับอาหารหลังจากที่ rehydrate แล้ว			
ไม่มีข้อมูลพอที่จะสนับสนุนการใช้ยาบำบัดอาการ แต่ยาหลายตัวมีโอกาสก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงในเด็กเล็ก จึงไม่แนะนำให้ใช้เป็น routine			
ไม่ควรใช้ non-physiologic liquids ซึ่งเป็นที่นิยม เช่น น้ำอัดลม น้ำแอปเปิ้ล น้ำซูปไก่ น้ำเกลือแร่ สำหรับนักกีฬา แทน ORS ในเด็ก			

ประสบการณ์เรียนรู้ Gap Analysis จากโรงพยาบาล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ทำการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการขึ้น เพื่อส่งเสริมการใช้ CPG ในโรงพยาบาล โดยส่งเสริมให้ทีมนำทางคลินิกของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวน 10 แห่ง ได้นำ CPG ของตนเองมาวิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนาตามวิธี gap analysis จากการวิเคราะห์ประเด็นปัญหา ทำให้พบสาเหตุของความล้มเหลวในการใช้ CPG ของหลายโรงพยาบาล ดังนี้

1. โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้จัดทำ CPG ขึ้นโดยไม่ได้วิเคราะห์กระบวนการที่เป็นปัญหาของการรักษาในโรคนั้นๆ มาก่อน ทำให้การนำ CPG ไปใช้จึงไม่ได้ประโยชน์เท่าที่ควร เมื่อนำ CPG มาวิเคราะห์ด้วย gap analysis ทีมจึงมักจะพบว่า CPG ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จำเป็นต้องค้นหาคำแนะนำจากนอก CPG
2. องค์ความรู้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามหลักฐานที่ทันสมัยมากขึ้น CPG ที่จัดทำไว้อาจไม่ทันสมัยพอที่จะแก้ปัญหาได้ หรืออาจกลายเป็น CPG ที่ขัดกับหลักฐานปัจจุบัน
3. ทีมไม่ได้กำหนดเกณฑ์ของผู้ป่วยที่จะใช้ CPG อย่างเหมาะสม (inclusion criteria) ทำให้มีกลุ่มเป้าหมายไม่ได้รับการรักษาตาม CPG อย่างที่คาดไว้ หรือบางครั้งก็มีผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องใช้ CPG ดังกล่าวมาใช้โดยไม่จำเป็น ทำให้เกิดภาระงานที่มากเกินไปสำหรับทีม
4. ทีมจัดทำ CPG ขึ้นโดยไม่ได้คำนึงถึงระบบการทำงานเดิมที่มีอยู่ เครื่องมือหรืออุปกรณ์การแพทย์ที่มีอยู่เดิม รวมทั้งจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำใน CPG ได้
5. เมื่อนำ CPG มาใช้ ทีมไม่ได้ทบทวนผลการใช้ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย (Peer Review) ทั้งในเชิงกระบวนการ และผลลัพธ์ต่อตัวผู้ป่วย ทีมจึงไม่ทราบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตาม CPG หรือไม่ อีกทั้งยังทำให้ไม่เห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงจากการใช้ CPG ดังกล่าวนอกจากนี้ผลลัพธ์อาจไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ทำให้ไม่สามารถพัฒนาคุณภาพการรักษาให้ดีขึ้นได้

ข้อสรุปจากโรงพยาบาลต่าง ๆ เมื่อได้นำ gap analysis มาใช้ มีดังนี้

1. ทีมได้เรียนรู้ว่า ในการจัดทำ CPG นั้น ไม่เพียงแต่กำหนดจากโรคหรือหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น แต่หากต้องทบทวนกระบวนการดูแลในโรคนั้นๆ ว่ามีประเด็นปัญหาในทางปฏิบัติที่แท้จริงคืออะไร เพื่อให้ CPG ที่จัดทำแก้ปัญหานั้นได้อย่างแท้จริง กรณีปัญหานี้จะเห็นได้ชัดเมื่อทีมนำ CPG ของสถาบันอื่นมาใช้ หรือจัดทำขึ้นโดยไม่ได้พิจารณาถึงความเหมาะสม การใช้ gap analysis มาวิเคราะห์ปัญหาจึงเท่ากับเป็นการทบทวน CPG ที่มีอยู่ว่าเหมาะสมหรือไม่ไปด้วย
2. ทีมได้ทบทวนการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ว่าสามารถตอบสนองต่อประเด็นปัญหาได้ดีเพียงใด ไม่ว่าจะเป็นด้านบุคลากร เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ และระบบการประสานงาน การจัดทำแผนดำเนินการโดยปรับเปลี่ยนระบบที่มีอยู่เดิม จึงเท่ากับเป็นการจัดระบบการใช้ทรัพยากรของทีมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นไปในเวลาเดียวกัน

3. ในกระบวนการทบทวนผลการรักษาและติดตามตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ ทีมได้ประโยชน์จากการประเมินการรักษาอย่างมีเป้าหมายมากขึ้น เป็นการปรับปรุงระบบการรักษาผู้ป่วยของทีม ทั้งยังเป็นการทบทวนประสิทธิภาพของ CPG ไปพร้อมกันด้วย การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดนี้ทำให้ทีมเห็นคุณค่าของการพัฒนาคุณภาพได้ชัดเจนขึ้น
4. การใช้ CPG ในโรงพยาบาลให้เกิดประโยชน์ที่แท้จริง อยู่บนพื้นฐานที่เป็นหัวใจของ HA คือ การทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การยึดประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลักมากกว่าความสะดวกสบายของบุคลากร และการพัฒนาคุณภาพจะต้องมีการทบทวนประเมินตนเอง หาทางปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่มีที่สิ้นสุด การใช้ gap analysis จึงเป็นตัวช่วยสะท้อนปัจจัยพื้นฐานต่างๆ เหล่านี้ของทีมนำทางคลินิก ว่ามีวุฒิภาวะในระดับใด

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างการนำ CPG ที่มีใช้อยู่ภายในโรงพยาบาลมาวางแผนด้วย Gap Analysis โดยเป็นตัวอย่างจากโรงพยาบาลทั่วไป 1 เรื่อง และตัวอย่างจากโรงพยาบาลชุมชน 1 เรื่อง

การรักษาทารกที่มีอาการตัวเหลือง บทเรียนจากโรงพยาบาลทั่วไป

จากการทำงานของทีมกุมารเวชกรรม (Patient Care Team) ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาการดูแลทารกแรกเกิดที่มีอาการตัวเหลือง พบว่าปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยคือ ภาวะทารกแรกเกิดที่มีอาการตัวเหลือง ได้มีการจัดทำ CareMap การรักษาทารกที่มีอาการตัวเหลือง แต่ยังคงพบว่ายังมีทารกที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาล่าช้า ทำให้ทารกต้องได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟล่าช้า และบางครั้งจำเป็นต้องเปลี่ยนถ่ายโลหิตซึ่งมีความเสี่ยงสูงมากขึ้นต่อโรคแทรกและเสียชีวิต นอกจากนี้ยังเป็นเหตุให้ทารกและมารดาต้องอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น สิ้นเปลืองทรัพยากรมากยิ่งขึ้น

จากการวิเคราะห์ของทีมด้วย gap analysis พบว่าประเด็นปัญหา เกิดจากการค้นหาทารกที่มีภาวะตัวเหลืองล่าช้า และไม่สามารถเฝ้าระวังทารกกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทีมจึงกำหนดเป้าหมาย คือ การค้นหาทารกที่มีภาวะตัวเหลืองได้เร็วขึ้น นำไปสู่การรักษาที่เร็วขึ้นได้ แต่เนื่องจาก CareMap ที่มีอยู่ไม่ครอบคลุมปัญหาดังกล่าว จึงมีการทบทวนความรู้เพิ่มเติมเพื่อกำหนดเกณฑ์เจาะเลือดตรวจตัวเหลืองในทารกกลุ่มเสี่ยงให้ชัดเจนใหม่ และจึงสร้างระบบเตือนความจำ (reminder) เป็นสัญญาณลักษณะ ประทับไว้ในบัตรบันทึกการพยาบาล (Kardex) และแบบบันทึกเพิ่มเติมในเวชระเบียน เพื่อให้พยาบาลในตึกเฝ้าระวังได้อย่างต่อเนื่อง ทีมได้กำหนดตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ คือจำนวนทารกที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยวิธีดังกล่าว และตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ คือจำนวนวันที่ใช้ส่องไฟรักษาทารกตัวเหลืองที่คาดว่าจะลดลง การติดตามผลสามารถทำได้โดยการทบทวน (Peer review) ทั้งในขณะที่ทารกยังรับการรักษาในโรงพยาบาล และทบทวนผลการรักษาในภายหลังเดือนละครั้ง ซึ่งจะทบทวนตามประเด็นปัญหาที่เฝ้าติดตามโดยดูแบบบันทึกที่สร้างขึ้นเพิ่มเติมเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้วบันทึกไว้เป็นตัวชี้วัด หากผลลัพธ์ที่ได้ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ทีมก็จะระดมสมองพิจารณาหาสาเหตุและกำหนดแผนดำเนินการใหม่ แต่หากเป็นผลดี ทีมก็สามารถกำหนดเป็นมาตรฐานการทำงานได้ต่อไป

จากการปฏิบัติตามแผน ทีมพบว่า พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทำงานได้สะดวกขึ้น เพราะแบบบันทึกที่จัดทำขึ้นใช้เป็นเครื่องติดตามภาวะเหลืองได้เป็นอย่างดี และเนื่องจากบันทึกดังกล่าวอยู่ใน

เวชระเบียนจึงทำให้การติดตามผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกทำได้ดีขึ้น ส่วนการติดตามตัวชีวิตยังอยู่ระหว่างการรวบรวม

CPG ผู้ป่วยไข้เลือดออก บทเรียนจากโรงพยาบาลชุมชน

ทีมดูแลผู้ป่วยใน (Patient Care Team) ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งพบว่า ได้มีการจัดทำ CPG ผู้ป่วยไข้เลือดออก โดยมีแนวทางติดตามผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะติดเชื้อไวรัสเดงกีที่ OPD และ แนวทางการให้สารน้ำสำหรับผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ภายหลังจากจัดทำ CPG พบปัญหาว่า ผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจการรักษาทำให้ขาดการติดตามที่ต่อเนื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกยังขาดแนวทางที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เดิม นอกจากนี้ยังขาดการทบทวนการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมอย่างเหมาะสม

ทีมได้กำหนดเป้าหมายว่าจะให้ผู้ป่วยเข้าใจการรักษามากขึ้น ผู้ให้บริการมีแนวทางวินิจฉัยและรักษาที่ชัดเจนขึ้น ซึ่งคำแนะนำของ CPG ที่มีอยู่ไม่สามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้ จึงกำหนดแผนดำเนินการให้มีการสร้างแบบแนะนำผู้ป่วย โดยระบุแนวทางรักษาและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย จัดทำแบบเตือนความจำ (reminder) สำหรับช่วยการวินิจฉัยที่ OPD การติดตามผลอาศัยการทบทวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีการรักษา (Peer Review) โดยพิจารณาในประเด็นที่เป็นปัญหาเพื่อปรับปรุงกระบวนการวินิจฉัยและรักษา เป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตัวชีวิตที่ใช้คือ อัตราการติดตามรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อไข้เดงกี และอัตราการปฏิบัติตาม CPG ของเจ้าหน้าที่ทั้งใน OPD และ IPD

กล่าวโดยสรุป gap analysis เป็นเครื่องมือที่ส่งเสริมให้ทีมได้พัฒนาคุณภาพทางคลินิกอย่างเป็นรูปธรรมและมีเป้าหมายมากขึ้น สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาล หากนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง ประโยชน์จะตกถึงผู้ป่วยในที่สุด

CASE MANAGEMENT

UNILIZATION REVIEW CORE SKILLS

Purpose: To both identify and resolve problems which cause or result in ineffective patient care.

UR PROCESS

The process of assessing the use of professional care, services, procedures including the medical necessity and appropriateness of:

- over utilization
- under utilization
- poor scheduling of resources, and
- lack of cost restraint

Planning of post-hospitalization care includes:

- screening patients from time of admission for potential discharge needs;
- assessing the patient's ability to participate after his/her discharge, in activities of daily living and the family's ability to provide assistance;
- developing a post discharge plan;
- arrange for post discharge follow-up

Factors Contribution to Utilization Problems:

- defensive medicine due to fear of malpractice suits;
- lack of cost awareness by physicians and professional staff;
- ordering tests and services out of habit;
- ineffective-scheduling of tests, services;
- unrealistic consumer expectations of the healthcare system;
- lack of direct financial incentives to physicians for proper resource utilization;
- lack of community services at all levels of care.

Effective Utilization Management Requires:

- top-level commitment from governing body, the medical staff, and the executive team;
- involvement of physicians and a willingness to confront controversial issues and deal with problems through the peer review process;
- timely information on patients insurance status;
- timely information and data from case mix reporting systems.

UTILIZATION REVIEW SYSTEMS

Federal regulations dictate the focus of utilization review for Medicare and other federally funded patients. Individual state regulations provide the guidelines for UR for Medical recipients, private insurers, and other third party papers.

Key Components for an Effective Utilization System:

- knowledge of current laws and regulations;
- development and implementation of an effective U.R Plan;
- development of physician approved criteria;
- timely collection of data review;
- effective mechanism for referral to physician advisors, committees, and administration;
- good communication system with;
 - Quality Improvement
 - Risk Management
 - Infection Control
 - Social Services
 - Patient Relations

Reporting mechanism, as appropriate, for;

- UR/QA Committees
- Medical staff departments
- Administration and Governing body
- Contracted health plans and outside review entities.

SI-SEVERITY OF ILLNESS / IS-INTENSITY OF SERVICE

- Severity of Illness is the degree of risk of immediate death. Medicare was the first to adopt the criteria of SI/IS. Now most insurance plans are following InterQual's guidelines.
- Intensity of Service: diagnostic and the therapeutic services that can, generally, only be provided in a hospital.
- Severity of illness: objective, clinical parameters that reflect how ill the patient is.
- Severity of illness and intensity or service criteria are applied in the admission (initial) and subsequent (continued stay) review phase.
- Any patient admitted to the hospital must meet either one (1) severity of illness (SI) or one (1) intensity of service (IS) criterion on admission and must meet both a SI criterion by the first review 24 hours after admission.

Example: The severity of illness criteria are;

- Temperature above 102
 - Serum K below 2.5 mEq/L
 - Serum Na below 123 mEq/L
 - Sudden onset of disorientation
-
- None of the individual findings mentioned above meet the severity of illness criteria. However, the combination does provide a basis for admission.
 - Patients admitted to the hospital for an elective surgical procedure generally do not meet an SI criteria.
 - A patient must continue to meet an SI criterion DAILY.
 - Does the patient still belong in CCU. Does the patient still need IVs; does he require suctioning q 2 hours; etc.
 - If SI and IS criteria are no longer met the physician should be alerted.
 - In California Medicare patients are reviewed retro by a company called CMRI- California Medical Review Inc. This company evaluates our charts by looking at IS/SI criteria.

DOCUMENTATION

Before suggesting to a physician that his patient does not meet IS and SI criteria you need to look first, if his documentation of the actual care given is accurate. Does it reflect what is being done for the patient?

Accurate documentation translates in to DOLLARS for the hospital; e.g. Medical will give denials for days where documentation does not show acute care rendered.

LENGTH of STAY

Extended LOS is costly for our hospital.

- If Medicare believes that a patient stayed longer than required we will receive a denial.
- Medicare only pays per diagnosis or DRG. If a patient could have been discharged in 3 days but we keep him for 6 days we are bound to lose money.
- The longer we keep a SCAN or Secure Horizons patient the more money we will lose.
- The control of LOS translates in to huge amount of money.

IMPROVING QUALITY AND PERFORMANCE

Today's approaches to managing and improving quality in health care are moving in a new and positive. While strategies in this movement may vary somewhat among applications in different settings, in general, the new effort in quality improvement can be characterized as organization-wide, collaborative, enthusiastic, and focused on refining processes of care rather than assigning blame to people.

Quality improvement has taken health care by storm. Current concepts about quality and how to achieve it, most notably as applied in manufacturing industries, have been the subject of much discussion, literature, education, and debate. The concepts are being addressed by professional associations, consumer groups, payers, regulators, and considered the key to survival in the 1990's and beyond. But what exactly is quality improvement (QI) and how does it relate to health care?

Understanding the Terms

- | | | |
|-----------|---|-------------------------------------|
| (1) QI | - | Quality Improvement |
| (2) CQI - | | Continuous Quality Improvement |
| (3) TQM | - | Total Quality Management |
| (4) TQS- | | Total Quality Systems |
| (5) QSI - | | Quality Systems Improvement |
| (6) TQ | - | Total Quality |
| (7) IQP - | | Improvement Quality and Performance |

Does nursing have the power to change the health care system? (Answer, Yes) How?

- (1) Process assessment improvement
- (2) Patient advocacy
- (3) Quality improvement of quality care

Use 9 Step-Method to Improvement Process (FOCUS-PDCA)

FOCUS

- | | | |
|---|---|---|
| F | = | <u>F</u> ind a process |
| O | = | <u>O</u> rganize a team familiar with the process |
| C | = | <u>C</u> larity current knowledge of the process |
| U | = | <u>U</u> nderstand the process and what constitutes variation |
| S | = | <u>S</u> elect the process improvement |

PDCA

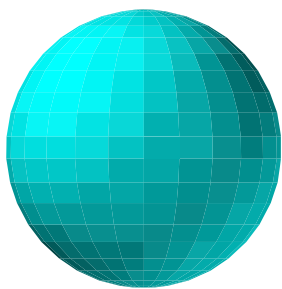
- | | | |
|---|---|--|
| P | = | Plan the improvement, data collection, analysis. |
| D | = | Do the improvement, data collection, analysis. |
| C | = | Check and study result. |
| A | = | Act on implementing piloted improvement process |

WHAT IS PACE?

PACE IS THE PERFORMANCE IMPROVEMENT (PI) PROCESS METHODOLOGY

- | | | |
|---|---|--|
| P | = | Prioritize a problem |
| A | = | Assess the mechanism (<u>why</u>) the problem exists |
| C | = | Collaborate on <u>an action plan</u> with <u>solutions</u> |
| E | = | Evaluate and <u>follow up</u> after implementation |

- Based on fact not perceptions
- Focus on high risk, high volume events
- Multidisciplinary of all staff, medical staff, employees and management staff



คุณภาพบริการสุขภาพจิต

การประชุม National Forum on Hospital Accreditation & Quality Improvement ครั้งที่ 3
“คุณภาพโรงพยาบาล.. ทำเรื่องยากให้เป็นเรื่องง่าย” (Simplicity in a Complex System)
ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ 22-24 มกราคม 2545

คุณภาพบริการสุขภาพจิต

ร.ศ. อุบล นวัตกรรม
ดร. กัทธราภรณ์ ทุ่งป็นคำ

1. บริการสุขภาพจิตบูรณาการผสมอยู่ในระบบบริการสุขภาพ

งานบริการสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติระยะที่ 1 และที่ 2 เป็นการบริการในโรงพยาบาลโรคจิต หรือเป็นการรักษาพยาบาลโรคทางจิตใจ การผสมผสานงานบริการสุขภาพจิตเข้ากับงานบริการสาธารณสุข ปรากฏอยู่ในนโยบายการพัฒนาสาธารณสุข ในระยะของการสาธารณสุขมูลฐาน หรือในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติระยะที่ 5 ถึงที่ 8 การจัดระบบบริการเน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขในท้องถิ่นของตน และให้สถานีอนามัยและฝ่ายจิตเวชของโรงพยาบาลทั่วไป ช่วยคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์สุขภาพจิตชุมชน หรือโรงพยาบาลจิตเวช อย่างไรก็ตาม มุมมองของสังคมต่องานสุขภาพจิตที่ผ่านมายังเป็นแบบแยกส่วนจากสุขภาพกายและคุณภาพชีวิต

ปัจจุบันกระบวนการเกี่ยวกับการเกี่ยวกับสุขภาพ เน้นความเป็นองค์รวม หรือความเป็นหนึ่งเดียว สุขภาพคือสุขภาพะ ซึ่งหมายถึงภาวะที่สมบูรณ์และมีดุลยภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และจิตวิญญาณ สุขภาพเป็นเรื่องของวิถีชีวิตที่ดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้องและความพอดี องค์ประกอบของสุขภาพขยายจากความเป็นบุคคล รวมไปถึง ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม การศึกษา การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม บริการสุขภาพจิตในปัจจุบันจึงไม่อาจดำเนินไปอย่างแยกขาดตัดตอน แต่จะบูรณาการผสมเข้าอยู่ในระบบบริการสุขภาพทั้งระบบ

2. คุณภาพบริการสุขภาพจิต

คุณภาพบริการสุขภาพจิต หมายถึง การตอบสนองความต้องการและความคาดหวังทางสุขภาพจิตแก่ผู้มารับบริการครอบคลุมทั้งด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพและเคารพซึ่งสิทธิ และศักดิ์ศรีของผู้ใช้บริการ

3. หลักการให้บริการสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ (The Essential Health Care)

- 3.1 บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ (accessible) ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง
- 3.2 มีวิธีการที่ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติและสอดคล้องกับบริบท (practical)
- 3.3 เป็นบริการที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และการบริการเป็นไปบนพื้นฐานของความเป็นวิทยาศาสตร์ (scientifically sound)
- 3.4 เป็นที่ยอมรับของผู้ใช้บริการในด้านคุณภาพ ความพึงพอใจ และความโปร่งใส (socially acceptable)

4. หลักการการบริการสุขภาพจิตเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการให้บริการอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง (Comprehensive and Continuous Care)

4.1 การบริการแบบองค์รวม (holistic care) หมายถึง การให้บริการทางสุขภาพที่ครอบคลุมถึง ภาวะสมบุรณ์และควมามีดุลยภาพทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการบริการที่คำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ เช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

4.2 การบริการแบบสหวิชาชีพ (multidisciplinary team) เป็นการให้การบริการทางสุขภาพซึ่งเกิดจากความร่วมมือจากหน่วยงานหลายๆ ฝ่าย ไม่เพียงแต่องค์กรในโรงพยาบาล แต่รวมถึงองค์กรข้างนอก เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย ตลอดจนองค์กรอิสระ (NGO)

4.3 การบริการที่มีเครือข่าย และการส่งต่อ เป็นการบริการที่เน้นการดูแลแบบต่อเนื่องโดยการจัดระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมทั้งระบบบริการฉุกเฉินในขอบเขตที่รับผิดชอบของประชาชนร่วมกันตามพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมาย มีระบบส่งต่อระหว่างกันและกัน เพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีความเสมอภาค

4.4 การบริการที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพจิต ลดปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิต เป็นการบริการเชิงรุก มุ่งเน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ

4.5 การบริการที่เน้นศักยภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นบริการที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการดูแลตนเองของประชาชนและของชุมชน เป็นการเพิ่มความแข็งแกร่ง หรือศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่การพัฒนานโยบาย การจัดทำรูปแบบโปรแกรม-การรักษาและการบริการ เพื่อให้การบริการสนองต่อความต้องการของชุมชนนั้นได้อย่างแท้จริง ตลอดจนเป็นการบริการที่เน้นการให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจิตแก่สาธารณชน อันเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และการตัดสินใจที่จะใช้บริการ ตลอดจนการเลือกวิธีการรักษา

4.6 การบริการที่มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นบริการที่มีการพัฒนามาตรฐาน และมีการตรวจสอบและปรับปรุงตามผลการ ศึกษาบทวนและองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้น เพื่อให้การบริการเป็นไปอย่างทันสมัย มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า

4.7 การบริการที่เน้นการเรียนรู้ เป็นการบริการที่ต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม และสังคม นั้นๆ เพื่อนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติให้เหมาะสมและสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต

5. แนวคิดการบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ

5.1 บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นแหล่งบริการหลักด้านสุขภาพ การจัดกิจกรรมเพื่อการป้องกันโรคจิต และการสร้างเสริมสุขภาพจิตควรเริ่มต้นที่นี้เช่นกัน

5.2 การบริการระดับปฐมภูมิจะทำได้อย่างสมบูรณ์ครอบคลุมและต่อเนื่องถ้าผู้ให้บริการขยายมุมมองด้านสุขภาพ และสามารถบูรณาการเทคนิควิธีต่างๆ ที่หลากหลาย เชื่อมโยงลงในงานบริการสุขภาพที่มีอยู่เดิม คือ การสร้างเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู

5.3 การป้องกันและการสร้างเสริมสุขภาพจิตจะทำได้ตรงจุด ผู้ให้บริการต้องรู้จักความหมาย

ของคำว่า “สุขภาพจิต” ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO) เน้นความปราศจากโรคทางจิตและความบกพร่องทางจิตใจ เน้นความผาสุกด้านจิตใจและสังคม

5.4 การมองปัญหาสุขภาพจิตไม่ควรเน้นที่ปัจจัยทางเศรษฐกิจเพียงด้านเดียว สุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายเรื่อง ดังนั้นปัญหาสุขภาพจิตจึงมีหลากหลาย อาทิเช่น ปัญหาพัฒนาการ ปัญหาการเรียน ปัญหาการตั้งครมภ์ของวัยรุ่น การวางแผนครอบครัว การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาคู่สมรส การอบรมเลี้ยงดูบุตร ปัญหาการดื่มสุรา การใช้สารเสพติด ความรุนแรงของวัยรุ่น ความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาสถานภาพของชนกลุ่มน้อย และปัญหาการว่างงาน เป็นต้น

5.5 การสร้างเสริมสุขภาพจิตทำได้ทุกมิติของการดูแลสุขภาพ โดยการสร้างเสริมปัจจัยที่จะทำให้บุคคลมีความผาสุก เช่น โครงการสร้างเสริมการทำหน้าที่ที่สมบูรณ์ของครอบครัว โครงการสร้างความสำนึกและความผูกพันกับโรงเรียนหรือสถานที่ทำงาน โครงการสร้างความตระหนักรู้เรื่องสุขภาพจิต และโครงการพัฒนาทักษะชีวิต เป็นต้น

5.6 งานวิจัยหลายชิ้นพบว่าผู้ที่เป็โรคจิตส่วนใหญ่มารับบริการครั้งแรกกับสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนั้นการสร้างแนวทาง (guidelines) ในการประเมินสภาพและการจัดการเพื่อการดูแลรักษาที่รวดเร็ว สะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้ ของทีมสุขภาพจึงมีความสำคัญ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลให้การป้องกันโรคทางจิตใจได้ผลดี

5.7 ในภาวะที่ทรัพยากรทุกประเภทมีจำกัด การเลือกปัญหาและโรคที่มีความสำคัญตามลำดับก่อนหลังมีความจำเป็นสำหรับแต่ละชุมชน ในแผนพัฒนาฯ ระยะที่ 9 กรมสุขภาพจิตได้ระบุปัญหาที่ต้องพิชิตไว้หลายปัญหา อาทิเช่น การฆ่าตัวตาย ยาเสพติด โรคซึมเศร้า โรคเครียด เป็นต้น ซึ่งแต่ละชุมชนควรประเมินและลำดับความสำคัญของปัญหาให้ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของชุมชนนั้น

5.8 การบำบัดรักษาปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตในระยะเริ่มแรก ปัจจุบันพบว่ามี 2 แนวทางคือการสนับสนุนให้บริการระดับปฐมภูมิทำการบำบัดรักษา กับอีกแนวทางหนึ่งคือการแนะนำให้ใช้นวัตกรรมเพื่อให้เกิดการบำบัดรักษาด้วยตัวเอง (self – treatment) เช่น การรักษาโรควิตกกังวล โรคกลัว ภาวะอ่อนล้า Bulimia

5.9 การบำบัดรักษาโรคจิตควรทำในเชิงรุก คือต้องไปหาผู้ที่มีอาการเริ่มแรกของโรค เช่น การใช้เครื่องมือมาตรฐาน คัดกรองผู้มีอาการของโรคในชุมชน หรือคัดกรองในสถานบริการ และการใช้แนวทางการดูแลบำบัดรักษาอย่างมีมาตรฐาน ที่จะช่วยให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพและมีผลให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น เช่น การใช้โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมกับผู้ใช้สารเสพติด

5.10 เมื่อผู้ป่วยโรคจิตถูกส่งกลับมาชุมชน การกระตุ้นและสนับสนุนให้แกนนำชุมชนร่วมรับผิดชอบดูแล และให้ความช่วยเหลือด้านสังคมและอาชีพจะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้อยู่ในชุมชนอย่างไม่เป็นภาระ

6. การจัดบริการสุขภาพจิตในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ

การจัดบริการสุขภาพจิตในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ เป็นการบริการทางด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีปัญหาทางจิตที่ได้รับการส่งต่อมาจากบริการระดับปฐมภูมิหรือที่มารับบริการโดยตรง การให้บริการทางด้านการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ จะต้องมีการประสานงานกันระหว่างทีม

ผู้รักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ด้วยตนเอง และมีความสุขตามอัตภาพ

การให้บริการระดับทุติยภูมิ เริ่มจากการที่ผู้ที่มีปัญหาทางจิตถูกส่งต่อมาจากระดับปฐมภูมิ หรือเข้ามารับการรักษาโดยตรง เป็นการทำงานประสานกันในที่ผู้รักษาในการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย การตั้งเป้าหมายการรักษา และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อออกไปสู่ชุมชนร่วมกัน

การให้บริการระดับตติยภูมิ เริ่มจากการที่ผู้ป่วยถูกส่งต่อมาจากบริการระดับทุติยภูมิ เป็นการบริการที่มุ่งเน้นที่การฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีปัญหาทางจิตหลังจากได้รับการรักษา เพื่อให้บุคคลเหล่านี้ มีศักยภาพในการดูแลตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้นานที่สุดและอย่างมีความสุข ดังนั้นหากมีการประสานงานที่ดีระหว่างการบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ปัญหาของผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังเป็นการลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน หรือที่คาบเกี่ยวกัน ระหว่างหน่วยงานทั้งสอง

6.1 งานด้านป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพจิต

ลักษณะงานที่ครอบคลุมการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพจิตในระดับทุติยภูมิ ได้แก่

6.1.1 การเป็นที่ปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตให้แก่หน่วยงานอื่น เช่น โรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนมัย

6.1.2 การให้คำปรึกษาปัญหาทางสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ แก่ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในชุมชน

6.1.3 การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพจิตให้แก่ญาติ ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช ภายใต้สถานการณ์ที่เครียดจากการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคจิต

6.2 งานด้านการรักษา

งานที่เกี่ยวข้องกับการรักษา สามารถแบ่งออกกว้างๆ ได้ดังต่อไปนี้

6.2.1 การวินิจฉัยโรค เป็นการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพ ระหว่างทีมผู้รักษาในการซักประวัติผู้ป่วยในแต่ละด้านให้ครอบคลุมเพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และวินิจฉัยปัญหาออกมาได้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

6.2.2 การวางแผนการรักษา เป็นการทำงานร่วมกันในที่ผู้รักษา ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาผู้ป่วยในปัญหาที่เผชิญอยู่ให้หายหรือทุเลาลงไป ดังนั้นแผนการรักษาจะครอบคลุมทุกๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ยกตัวอย่างเช่น การรักษาด้านยา การบำบัดทางด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้วยเทคนิครายบุคคล และรายกลุ่มตามแนวคิดต่างๆ เพราะฉะนั้นบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการรักษาจะประกอบไปด้วยหลายระดับ ตั้งแต่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยา เป็นต้น โดยในแต่ละฝ่ายจะมีงานเฉพาะของตนเองที่สอดคล้องกับแผนการรักษาตรงกลาง เพื่อให้แผนการรักษابرลุเป้าหมายที่วางไว้

6.2.3 การวางแผนการจำหน่าย เป็นการทำงานตั้งแต่เริ่มแรกที่รับผู้ป่วยเข้ามารักษา ระหว่างที่ทีมงานโดยมีจุดประสงค์เพื่อตั้งเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาวในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยครอบคลุมไปจนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกไปสู่ชุมชน บุคลากรที่เกี่ยวข้องนอกเหนือจากทีมงานผู้รักษาที่อยู่ในโรงพยาบาลแล้ว ยังประกอบไปด้วยบุคลากรที่อยู่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน

เช่น บุคลากรในหน่วยงานฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ตลอดจนญาติ หรือครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เป็นต้น

6.3 งานด้านฟื้นฟูสภาพ

6.3.1 การบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นการรับช่วงการบำบัดรักษาต่อจากโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยในระดับทุติยภูมิ ดังนั้น บุคลากรจากทั้งสองหน่วยงานนี้ต้องทำงานประสานกัน เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดตอนและไม่ซ้ำซ้อน

6.3.2 การติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นการติดตามเพื่อให้การสนับสนุนความต่อเนื่องของแผนการรักษาในชุมชน

6.3.3 การพัฒนาศักยภาพให้แก่ผู้ป่วย ในการดำเนินชีวิตในชุมชน ตลอดจนพัฒนาศักยภาพให้แก่ญาติ ครอบครัว และบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

ประสบการณ์การทำ HA ในโรงเรียนแพทย์

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ อภิชาติ ศิวาธร
รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพงาน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (hospital accreditation) ในประเทศไทย แม้จะได้ดำเนินการมานานประมาณ 5 ปีแล้ว ก็ยังนับว่าเป็นเรื่องใหม่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศตะวันตกซึ่งได้พัฒนาระบบมาเป็นเวลานานถึงกึ่งศตวรรษ จนกลายเป็นมาตรฐานการสาธารณสุขอย่างหนึ่งในประเทศของเขาไปแล้ว กระบวนการ HA ซึ่งดำเนินการโดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าเป็นสิ่งที่ดีและถูกต้องสมควรได้รับการส่งเสริมให้ครอบคลุมโรงพยาบาลทั่วประเทศ แต่ในทางปฏิบัติให้เกิดรูปธรรมของการพัฒนาจนถึงขั้นได้รับการรับรองจาก พรพ. นั้น นับว่าเป็นเรื่องที่ยาก เพราะจนถึงปัจจุบัน มีโรงพยาบาลในประเทศไทยที่ได้รับการรับรอง HA แล้ว ไม่ถึง 20 โรง โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลายแห่งเกิดความท้อถอยในการดำเนินการต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ที่ต้องแก้ไข ประเด็นสำคัญของปัญหาคงอยู่ที่ว่าจะนำแนวคิดและข้อกำหนดของมาตรฐานโรงพยาบาลไปปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมได้อย่างไร แม้จะมีโรงพยาบาลส่วนหนึ่งซึ่งผ่านการรับรอง HA ไปแล้ว แต่ก็จะมีข้อโต้แย้งอยู่ตลอดเวลาว่า โรงพยาบาลเหล่านั้นมีขนาดเล็กไม่ใหญ่นัก และมักมีระบบการบริหารจัดการที่ดีเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว จึงไม่สามารถจะถือเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลทั่วไปได้

การที่โรงเรียนแพทย์หลายแห่งได้เข้ามาร่วมในกระบวนการ HA อย่างจริงจัง นับว่าเป็นเรื่องที่ดี ทั้งต่อองค์กรของตนเองและต่อการดำเนินการของ พรพ. เป็นอย่างมาก เพราะในเบื้องต้นของการพัฒนา โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ดูน่าจะมีข้อจำกัดอยู่มากต่อการทำ HA ทั้งด้วยขนาดองค์กรที่ใหญ่โตและโครงสร้างการบริหารที่ซับซ้อน อีกทั้งมีพันธกิจที่หลากหลายทั้งในด้านการเรียนการสอน การวิจัย การบริการ ซึ่งเป็นภาระงานมหาศาลที่ต้องตอบสนองเป็นประจำจนยากที่จะหาเวลามาพัฒนาระบบได้ ความเป็นแพทย์และนักวิชาการของอาจารย์ทั้งหลายก็เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาในระยะแรก เพราะแต่ละท่านจะมีอิสระในด้านความคิดสูง ยากต่อการปรับทัศนคติ ทำให้ดูเหมือนว่าการทำ HA จะเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยากในโรงเรียนแพทย์ ในด้านผลกระทบต่อ พรพ. ก็คือว่า หากกระบวนการ HA ไม่เป็นที่ยอมรับของนักวิชาการในโรงเรียนแพทย์แล้ว จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นต่อกระบวนการนี้ในสังคมไทยได้อย่างไร

ด้วยความมุ่งมั่นในการดำเนินการ HA ในโรงเรียนแพทย์ต่างๆ อย่างจริงจังเป็นเวลาต่อเนื่องหลายปี ทำให้อุปสรรคต่างๆ ที่ได้กล่าวถึงข้างต้นค่อยๆ หายไป ประสบการณ์การทำ HA ได้มีการสะสมและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์และวัฒนธรรมองค์กรของแต่ละแห่ง ทำให้เกิดความร่วมมือจนสามารถผลักดันให้เกิดการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ศักยภาพที่มีอยู่สูงในบุคลากรต่างๆ ของโรงเรียนแพทย์ได้กลายมาเป็นจุดแข็งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วเกินความคาดหมาย เป็นที่น่ายินดีที่ว่าในปี พ.ศ. 2544 มีโรงเรียนแพทย์ 3 แห่งที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลแล้ว ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ส่วนโรงเรียนแพทย์อื่นๆ ก็อยู่ระหว่างการดำเนินการพัฒนาอย่างมุ่งมั่นและจริงจัง คาดว่าโรงเรียนแพทย์ส่วนใหญ่จะสามารถผ่านการรับรองได้ภายในปี พ.ศ.2545 ปรากฏการณ์นี้เป็นสิ่งที่พิสูจน์ให้เห็นว่า การทำ HA ให้สำเร็จนั้นไม่ได้เป็นสิ่งที่ยากจนเกินเอื้อม ประสบการณ์การทำ HA ในโรงเรียนแพทย์นับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ สมควรมีการแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดประสบการณ์เหล่านี้ให้ผู้ที่สนใจได้นำไปวิเคราะห์และทบทวน เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับองค์กรของตน โดยเฉพาะกับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่มีการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน

ในโอกาสที่มีการประชุมระดับชาติ “ การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ” ครั้งที่ 3 ได้มีการจัดให้มีการอภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์การทำ HA ในโรงเรียนแพทย์ จึงได้มีการระดมความคิดจากวิทยากรของโรงเรียนแพทย์ต่างๆ ประกอบด้วย

ศ.นพ.สุชาติ อินทรประสิทธิ์	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
รศ.นพ.อภิชาติ ศิวาธร	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ผศ.นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ.นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.นพ.สมศักดิ์ เชาววิศิษฐเสรี	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะวิทยากรได้ร่วมกันวิเคราะห์ประสบการณ์การทำ HA ที่ผ่านมา และได้สรุปหาปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการทำ HA ให้ประสบความสำเร็จ ได้แก่

1. ภาวะผู้นำ

ผู้บริหารต้องมีความมุ่งมั่นในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง และต้องทุ่มเทกำลังกายและกำลังใจอย่างเต็มที่ เพื่อชี้แนะและให้ความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรว่าการพัฒนาคุณภาพนั้นเป็นแนวทางที่องค์กรให้ความสำคัญ จะต้องมีการกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรที่ชัดเจน จะต้องมีการวางแผนกลยุทธ์รวมทั้งกำหนดเป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุผล โดยมีนโยบายและแผนการดำเนินการในระดับโรงพยาบาลที่สอดคล้อง และผู้บริหารจำเป็นต้องสนับสนุนทรัพยากรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาอย่างเหมาะสม

2. ทีมพัฒนาคุณภาพ

เป็นทีมที่มีความสำคัญที่จะผลักดันให้เกิดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการการพัฒนาคุณภาพให้แก่บุคลากรในองค์กร อีกทั้งจะเป็นผู้ที่ประสานการพัฒนาในหน่วยงานต่างๆ ให้มีความเชื่อมโยงกัน จึงจำเป็นที่จะต้องมีการกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบในด้านนี้ที่ชัดเจน มีองค์ประกอบของทีมที่เหมาะสมซึ่งมาจากหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล

3. องค์ความรู้ในด้านการพัฒนาคุณภาพ

เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นมากต่อการพัฒนา ทีมพัฒนาคุณภาพต้องสามารถถ่ายทอดแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพที่ถูกต้องให้แก่บุคลากรต่างๆ ในองค์กร นอกจากนั้นความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น และเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการประเมินตนเอง จึงจำเป็นที่จะต้องจัดให้มีการฝึกอบรมและจัดให้มีโครงการพัฒนาคุณภาพขึ้นในทีมและหน่วยงานต่างๆ ทั้งนี้จะต้องให้สอดคล้องกับแนวทางหลักและเป้าหมายของโรงพยาบาล

4. โครงสร้างของการพัฒนาคุณภาพ

โครงสร้างการบริหารที่มีอยู่เดิมในองค์กร มักจะเป็นโครงสร้างในแนวดิ่งและขาดการเชื่อมประสานในแนวนอน การจัดให้มีโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพที่เข้มแข็งคือการเน้นการทำงานเป็นทีม โดยมุ่งที่ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง จำเป็นที่จะต้องมีการเชื่อมโยงการทำงานและการประสานงานของผู้รับผิดชอบในสายงานต่างๆ และวิชาชีพต่างๆ การพัฒนาหน่วยงานให้เข้มแข็ง และรวมกำลังเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพจะทำให้เกิดการประสานในแนวนอน สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและโครงสร้างเหล่านี้จำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงให้ประสานกันได้ทั่วทั้งองค์กร

5. การดำเนินการอย่างเป็นระบบ

หน่วยงานและทีมต่างๆ ต้องกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล การมีโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพที่เหมาะสมจะช่วยให้สามารถถ่ายทอดและสื่อสารลงไปจนถึงในระดับปฏิบัติได้ การเสริมพลังให้หน่วยงานสามารถมองเห็นปัญหาของตนเองและนำมาวิเคราะห์แก้ไขทบทวนอย่างเป็นระบบจะสามารถทำให้การดำเนินการนั้นมีประสิทธิภาพและทำให้มีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่อย่างจริงจังและมองเห็นประโยชน์ของการพัฒนาได้ด้วยตนเอง

6. การเรียนรู้ร่วมกัน

นับว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่ทำให้ทีมและหน่วยงานต่างๆ สามารถเห็นตัวอย่างของการพัฒนาจากหน่วยงานอื่นๆ ในโรงพยาบาล เป็นการกระตุ้นให้เกิดกำลังใจที่จะทำการพัฒนางานของตนเอง การจัดให้มีมหกรรมคุณภาพ (quality Conference) เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ ได้มีโอกาสมานำเสนอผลงานและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นกลยุทธ์ที่พบว่า เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

7. การติดตามและประเมินผลของการพัฒนา

การติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาของทีมและหน่วยงานต่างๆ นับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จำเป็นต้องมีการติดตามว่าเป็นไปตามกำหนด การที่วางไว้ และจำเป็นจะต้องมีการประสานและให้ความช่วยเหลือกับทีมและหน่วยงานที่มีปัญหา เครื่องมือที่เป็นประโยชน์ในการติดตามได้แก่ การกำหนดเครื่องชี้วัดที่เหมาะสมทั้งในระดับโรงพยาบาลและหน่วยงาน

8. การเยี่ยมสำรวจ

การเยี่ยมสำรวจภายใน จะช่วยให้หน่วยงานต่างๆ รวมทั้งโรงพยาบาลเอง ได้สามารถประเมินผลการพัฒนาของตนเองไปได้ระดับหนึ่ง การเยี่ยมสำรวจจาก พรพ. โดยเฉพาะในขั้นตอนของการ preparation survey จะทำให้โรงพยาบาลได้รับทราบระดับและความก้าวหน้าของการพัฒนาได้ชัดเจนมากขึ้น และสามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในส่วนที่ยังเป็นจุดอ่อนได้อย่างเหมาะสม การมีสักขีพยานซึ่งเป็นผู้บริหารจากโรงพยาบาลอื่นมาร่วมในการเยี่ยมสำรวจได้ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างกว้างขวาง และเกิดความโปร่งใสของกระบวนการเยี่ยมสำรวจ ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ศิริราชกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

รองศาสตราจารย์นายแพทย์อภิชาติ ศิวยาธร

รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพงาน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

โรงพยาบาลศิริราช เป็นโรงพยาบาลพระราชทาน เป็นโรงพยาบาลและโรงเรียนแพทย์ที่เก่าแก่ที่สุดและใหญ่ที่สุดในประเทศไทย กล่าวได้ว่าพระนาม “ศิริราช” ได้กลายเป็นสถาบันคู่ชาติไทยน้อยคนนักที่ไม่รู้จัก และผู้ป่วยที่มีความเจ็บทุกข์ได้ยากเมื่อรักษาไม่หาย ส่วนใหญ่ก็จะคิดถึงโรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นที่พักของพวกเขา สิ่งเหล่านี้คงพิสูจน์ถึงควมมีคุณภาพของโรงพยาบาลเราได้เป็นอย่างดี และตลอดเวลาที่ผ่านมา ผู้บริหารของศิริราชในอดีตทุกสมัยก็ได้มุ่งมั่นที่จะพัฒนาให้คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นสถาบันทางการแพทย์ชั้นนำในประเทศไทยและในภูมิภาคนี้

เวลาเดียวกันต้องยอมรับว่ากาลเวลาที่เปลี่ยนไป ได้ทำให้โรงพยาบาลมีการขยายตัวขึ้นมาก และมีผู้ป่วยมาใช้บริการมาก จนยากที่จะบริหารจัดการให้ได้ นอกจากนั้นกระแสการเปลี่ยนแปลงของการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมได้ทำให้องค์กรต่าง ๆ ต้องปรับตัวเป็นอย่างมาก เพื่อพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น การออกนอกระบบราชการ การเรียกร้องสิทธิของผู้ป่วย ระบบประกันสุขภาพ ประสิทธิภาพและความโปร่งใสของการดำเนินงาน ฯลฯ

เมื่อคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้เริ่มมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบทั่วทั้งโรงพยาบาลเมื่อ 3 ปีที่แล้ว หลายท่านมีความสงสัยว่าจะทำได้หรือไม่เมื่อโรงพยาบาลเราใหญ่มีภาระงานและมีความซับซ้อนของการดำเนินงานเป็นอย่างมาก แต่จากการดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยมีการวางแผนที่ดี มีการฝึกอบรมบุคลากร มีผู้นำที่เข้มแข็ง มีทีมพัฒนาคุณภาพที่เอาจริงเอาจัง และด้วยความรักในองค์กรของชาวศิริราช ทำให้ทุกคนได้ทุ่มเทกับการพัฒนาอย่างจริงจังจนเห็นผลของการพัฒนาที่ปรากฏขึ้นชัดเจน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในโรงพยาบาลเป็นอย่างมากทั้งในด้านกายภาพ และการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเกิดวัฒนธรรมองค์กรของการพัฒนาคุณภาพ เป็นตัวอย่างที่ดีให้โรงพยาบาลอื่นในประเทศไทยได้ดำเนินการตาม บทความนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะสรุปการดำเนินการพัฒนาเป็นลำดับขั้นตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบัน

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA

โรงพยาบาลศิริราชได้เลือกที่จะพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามระบบมาตรฐานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) หรือที่เรียกกันสั้น ๆ ว่าระบบ HA (Hospital Accreditation) เพราะได้เล็งเห็นประโยชน์ในการที่จะทำให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีระบบ มีมาตรฐาน และมีเป้าหมายชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากระบบ HA เป็นระบบคุณภาพที่ใช้กับโรงพยาบาลโดยเฉพาะ มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับผู้ป่วย และมีเกณฑ์มาตรฐานที่ครอบคลุมประเด็นหลัก ๆ ในการพัฒนาโรงพยาบาล ดังนี้

1. โรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ
2. มีทรัพยากรที่เพียงพอและการจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ

3. การบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
4. มีมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ
5. ให้การดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร
6. มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ

นโยบายพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศิริราช

โรงพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างมุ่งมั่นเป็นระบบ และต่อเนื่องมาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2541 โดยได้รับการสนับสนุนจากทุกฝ่ายทั้งทางด้านผู้บริหาร โดยท่านคณบดีในขณะนั้นคือ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงชนิกา ตู้จินดา ได้ประกาศเป็นนโยบายชัดเจนว่า จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ รวมทั้งกำหนดเป้าหมายไว้ว่าโรงพยาบาลศิริราชจะได้รับรองมาตรฐาน HA ภายในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2544 ใช้เวลาในการดำเนินการทั้งสิ้นประมาณ 3 ปี

ด้านโครงสร้างการบริหารปกติ โรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ประกอบด้วย คณะกรรมการประจำคณะฯ เป็นองค์กรบริหารสูงสุด คณะผู้บริหารประกอบด้วย คณบดีเป็นประธาน และรองคณบดีฝ่ายต่างๆ แบ่งส่วนราชการเป็น 24 ภาควิชา 3 สถาน และ 1 ศูนย์ มีหน่วยงานที่สังกัดสำนักงานคณบดี 11 งาน และหน่วยงานที่สังกัดโรงพยาบาล 1 สำนักงาน 3 ฝ่ายและ 14 งาน

โรงพยาบาลศิริราช ใช้วิสัยทัศน์และพันธกิจของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นแนวทางในการกำหนดเป้าหมายในการบริหารจัดการ กล่าวคือ มีวิสัยทัศน์ว่า **จะเป็นสถาบันทางการแพทย์ชั้นนำระดับโลกในเอเชียอาคเนย์ โดยมีพันธกิจที่จะ จัดการศึกษาเพื่อผลิตบัณฑิต ทำการวิจัยสร้างบรรยากาศทางวิชาการและให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ ทันสมัย ได้มาตรฐานสากล สอดคล้องกับความต้องการของประเทศและนำมาซึ่งศรัทธาและความนิยมสูงสุดจากประชาชน รวมทั้งชี้นำสังคมไทยในด้านสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิต** ซึ่งพันธกิจทั้ง 3 ด้านนี้ ต้องมีการประสานและเชื่อมโยงกันโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แม้ทางโรงพยาบาลจะเน้นบริการทางแพทย์ที่ทันสมัย ได้มาตรฐานสากล แต่ก็ต้องสอดคล้องและเอื้อต่อประโยชน์ในการศึกษาและการวิจัยด้วย **ปรัชญา** ที่ทำให้เราตั้งมั่นอยู่เช่นนี้ได้ นั่น เรายึดถือตามพระราชหัตถเลขาของสมเด็จพระราชบิดาที่ว่า **“ความสำเร็จที่แท้จริงอยู่ที่การนำวิทยาการทางการแพทย์ไปใช้ให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนทุกระดับ”**

โครงสร้างของการพัฒนาคุณภาพ

มีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายคุณภาพ ที่ย่อบนมาจากคณะกรรมการประจำคณะฯ ทำหน้าที่ในการวางแผน และกำหนดนโยบายด้านคุณภาพ สนับสนุน และติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพตามพันธกิจทั้ง 3 ด้านของคณะฯ ซึ่งมองเป็นองค์กรรวม มีกำหนดการประชุมของคณะกรรมการทุก 3 เดือน ในส่วนของการบริการ คือ การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานของ HA นั้น มีคณะกรรมการดำเนินการอยู่ 2 ชุด คือ

คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาระบบคุณภาพ มีรองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพเป็นประธาน ทำหน้าที่ในการดำเนินการตามนโยบายคุณภาพ โดยจัดการฝึกอบรม ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ประสานงาน ติดตามและผลักดันให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งคณะฯ กำหนดการประชุมทุกสัปดาห์ โดยที่คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาระบบคุณภาพนี้ จะมีคณะอนุกรรมการกิจกรรมคุณภาพ ที่ช่วยงานอีก 3 คณะอนุกรรมการ คือ ในด้าน 5 ส. พัฒนาพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ และ ประชาสัมพันธ์การพัฒนาคุณภาพ

คณะกรรมการดำเนินการติดตามระบบคุณภาพโรงพยาบาล มีคณบดีเป็นประธาน ทำหน้าที่ในการสนับสนุน ผลักดัน และติดตามให้มีความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพในระดับ โรงพยาบาล ตามมาตรฐานโรงพยาบาล กำหนดการประชุมเดือนละ 2 ครั้ง

การดำเนินการและแผนงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

1. ช่วงของการเรียนรู้ นับตั้งแต่เดือนตุลาคม 2541-เดือนมีนาคม 2542 (6 เดือน) มีการจัดตั้งคณะกรรมการด้านคุณภาพและส่งเจ้าหน้าที่ไปเรียนรู้ และดูงานด้านพัฒนาคุณภาพ มีการจัดทำแผนกลยุทธ์และนโยบายด้านคุณภาพ มีการดำเนินกิจกรรมคุณภาพพื้นฐาน 5 ส. QC และการพัฒนาพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ

2. ช่วงของการพัฒนาคน นับตั้งแต่เดือนเมษายน -เดือนธันวาคม 2542 (9 เดือน) ทำการพัฒนาคุณภาพในระดับภาควิชา กำหนดให้ภาควิชา/หน่วยงาน จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ทำหน้าที่ในการวางแผนและดำเนินการพัฒนาคุณภาพภาควิชา/หน่วยงานอย่างต่อเนื่อง โดยประสานงานกับคณะกรรมการดำเนินการพัฒนาระบบคุณภาพ มีการจัดการฝึกอบรมและสัมมนาการพัฒนาคุณภาพตามแนวทางของ HA ให้กับภาควิชา/หน่วยงานทั้งองค์กร และดำเนินการประชุมวิชาการในลักษณะของมหกรรมคุณภาพที่เรียกว่า quality conference ทุก 3 เดือน เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของการพัฒนาคุณภาพ และในช่วงนี้เริ่มมีการจัดตั้งกรรมการร่วมสายงานในด้านต่างๆ ขึ้น

3. ช่วงของการพัฒนาระบบคุณภาพทั่วโรงพยาบาล และมุ่งเป้าสู่ HA นับตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2543 – ธันวาคม พ.ศ. 2544 ประกอบด้วย

- การพัฒนาคุณภาพระดับคณะฯ มีการจัดตั้งคณะกรรมการร่วมสายงานระดับคณะฯ รับผิดชอบวางนโยบายและดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาล กำหนดเป้าหมายการทำงานและการประสานงานระหว่างกัน
- การพัฒนาคุณภาพระดับหน่วยงาน เริ่มจากมีการพัฒนาหน่วยงานนำร่อง เพื่อศึกษารูปแบบของการพัฒนาคุณภาพตามแนวทาง HA เพื่อขยายผลการดำเนินการไปยังภาควิชา/หน่วยงานทั้งที่เป็นหน่วยงานทางคลินิก ห้องปฏิบัติการและหน่วยงานสนับสนุนการบริการใช้เวลาช่วงนี้ประมาณ 6 เดือน หลังจากนั้นมีการจัดการฝึกอบรม/สัมมนาเพิ่มเติม HA ทั่วทั้งองค์กร และมีการจัดตั้ง Clinical Lead team (ทีมดูแลผู้ป่วย) ในภาควิชาทางคลินิกจากนั้นทุกทีมและหน่วยงานมีการประเมินตนเอง จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ และดำเนินการตามแผน

การพัฒนาาระบบคุณภาพระดับคณะฯ

เน้นการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินตนเองในระดับคณะฯเทียบกับมาตรฐานโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลศิริราชมีจุดอ่อนที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน กำหนดเป็นจุดเน้น (เข้ม มุ่ง) การดำเนินงานด้านคุณภาพโรงพยาบาล 5 ด้าน คือ

- การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)
- การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Control)
- การบันทึกและจัดเก็บเวชระเบียน (Medical Records)
- สิทธิผู้ป่วย (Patient's Right)
- การประสานระบบบริการผู้ป่วย (Patient Services)

การบริหารความเสี่ยง

มีการตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง มาทำหน้าที่ในการประสาน เชื่อมโยงการทำงาน ของคณะกรรมการและอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน ประกอบด้วย

- กรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย มุ่งเน้นที่การป้องกันอัคคีภัย และการจัดการขยะและสารพิษ จึงตั้งคณะทำงานและกรรมการเข้ามารับผิดชอบอีก 2 ชุด
- กรรมการประจำศูนย์ควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล
- อนุกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย
- อนุกรรมการรับคำร้องเรียนและรายงานอุบัติการณ์

การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ

มีการดำเนินการต่อเนื่องของคณะกรรมการประจำศูนย์ควบคุมโรคติดเชื้อและอนุกรรมการ ด้านต่าง ๆ ซึ่งมีคู่มือและแนวทางในการป้องกันโรคติดเชื้อและสถิติ/เครื่องชี้วัดที่สำคัญ ๆ ครบถ้วน จุดเน้นที่สำคัญ คือ ให้มีการเชื่อมโยงแนวปฏิบัติและข้อมูลต่าง ๆ กับฝ่ายบริหารและฝ่ายปฏิบัติเพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การพัฒนาาระบบเวชระเบียน

มีการพัฒนาในทุกๆ ด้านอย่างมาก จุดเด่นๆ ที่ได้ดำเนินการ คือ มีการจัดทำระบบนัดหมาย พัฒนารหัสโรคและรหัสผ่าตัด ปรับปรุงแบบฟอร์มและการจัดเรียงเวชระเบียน ปรับปรุงการจัดเก็บ ข้อมูลเวชระเบียน ลดการสูญหายของเวชระเบียน และที่สำคัญคือ การพัฒนาาระบบเวชระเบียน ภาควิชา โดยเปิดโอกาสให้ภาควิชากำหนดคุณภาพของเวชระเบียนภาควิชา โดยคณะกรรมการ พัฒนาระบบเวชระเบียนจะเป็นผู้ประสานและดูความเชื่อมโยงในเชิงระบบเข้าด้วยกัน

สิทธิผู้ป่วย

คณะฯประกาศเป็นนโยบายว่าโรงพยาบาลศิริราชยอมรับ และปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิของ ผู้ป่วย โดยจัดการให้บุคลากรรับทราบ เข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญ และจะสร้างไว้ซึ่งระบบพัฒนา

คุณภาพเรื่องสิทธิผู้ป่วย จะติดตาม ทบทวนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการเคารพสิทธิผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

การประสานบริการ

เนื่องจากโรงพยาบาลศิริราชมีจำนวนผู้รับบริการมาก ตลอดจนประเภทของการให้บริการในแต่ละสาขาก็มีมากเช่นกัน ดังนั้นในช่วงที่ทำ HA ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการเข้ามาดูแล ช่วยให้การประสานงานดีขึ้น ซึ่งปัจจุบันนี้คณะกรรมการทุกชุดมีนโยบายและมาตรการในการดำเนินงานอย่างชัดเจน และครอบคลุมตามนโยบายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลศิริราช คณะกรรมการต่าง ๆ ประกอบด้วย

- กรรมการดำเนินการบริการผู้ป่วยนอก (OPD)
- กรรมการพัฒนางานบริการผู้ป่วยใน (IPD)
- กรรมการพัฒนางานบริการผู้ป่วยวิกฤต (ICU)
- กรรมการห้องผ่าตัด (OR)
- กรรมการพัฒนาคุณภาพงานบริการทางห้องปฏิบัติการ (LAB)
- กรรมการพัฒนาและดำเนินการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)
- กรรมการบริหารและจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์
- กรรมการบริหารจัดการระบบสารสนเทศ

การพัฒนาคุณภาพระดับหน่วยงาน

การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานทางคลินิก

มีการจัดตั้ง Clinical Lead Team (ทีมนำทางคลินิก) เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพระดับภาคีวิชา เน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดการดำเนินงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยและประสานให้เกิดความต่อเนื่องของการรักษาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาลจนกลับออกไป การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพนี้ จะเป็นตัวอย่างที่ดี (role model) ให้กับนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และนักศึกษาหลักสูตรอื่นๆที่เข้ามาศึกษาในสถาบันนี้

ในหอผู้ป่วยและหน่วยบริการทางคลินิก มีความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพไปมาก มีการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีระบบการทำงานที่เชื่อมโยงทั้งด้านการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพ มีการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมและเครื่องมือดีขึ้น เน้นการเคารพสิทธิผู้ป่วยมากขึ้น

หน่วยงานทางห้องปฏิบัติการ

มีการพัฒนาไปสู่มาตรฐานของห้องปฏิบัติการ (Good Laboratory Practice) มีคู่มือ มีการควบคุมคุณภาพ (Quality Control) เพื่อพัฒนาไปสู่ระบบมาตรฐานนานาชาติ ที่สำคัญในเรื่องของห้องปฏิบัติการ นั้น จะมีคุณภาพเฉพาะผลของการตรวจไม่ได้ แต่จะต้องมีการประสานบริการกับหน่วยงานทางคลินิกเพื่อให้การรับ-ส่งและรายงานผลมีคุณภาพและมีการรักษาความลับของผู้ป่วย

หน่วยงานสนับสนุน

ทำให้เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีม และการประสานงานระหว่างหน่วยงานเพิ่มขึ้นมาก มีการคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการภายใน ทุกหน่วยงานมีการสำรวจความต้องการของผู้รับบริการ จนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กร นอกจากนี้ยังคู่มือ/มีมาตรฐานการทำงานและจัดการความเสี่ยง มีระบบการตรวจสอบตนเอง และที่สำคัญตั้งแต่ทำ HA หน่วยงานเหล่านี้ ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร และได้แสดงศักยภาพของตนเองมากขึ้น

ผลการพัฒนาคุณภาพ

ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาตามระบบ โดยมีการกำหนดแผนพัฒนาคุณภาพในแต่ละหน่วยงาน การจัดทำคู่มือและมาตรฐานการปฏิบัติการ มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นครบถ้วน

มีการกำหนดและติดตามเครื่องชี้วัดการปฏิบัติงานที่สำคัญ (Key Performance Indicators; KPI) ทั้งในระดับโรงพยาบาลและหน่วยงาน ทำให้สามารถประเมินผลการทำงานอย่างเป็นระบบต่อไป และสามารถวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ในด้านการรักษามาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งเป็นจุดแข็งของโรงพยาบาลอยู่แล้ว ได้ดำเนินการเพิ่มเติมโดยจัดตั้งองค์กรแพทย์ เพื่อส่งเสริมมาตรฐานวิชาชีพของแพทย์ สำหรับฝ่ายการพยาบาลมีความเข้มแข็งในเรื่องของมาตรฐานวิชาชีพอยู่แล้ว แต่ก็ได้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ส่วนฝ่ายเภสัชกรรมและห้องปฏิบัติการนั้น ได้เชิญผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกเข้ามาตรวจเยี่ยมและได้ปรับปรุงการทำงานตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญอยู่ตลอด

ด้านการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ ในระดับคณะฯมีการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยดำเนินการเป็นประจำปี นอกจากนี้ ยังมีการดำเนินการเรื่องการรับคำร้องเรียน การรายงานอุบัติการณ์ และนำผลมาประเมินและปรับปรุงการทำงานอยู่ตลอดเวลา

การประเมินตนเอง

หลังจากที่การพัฒนา มีความก้าวหน้าในการดำเนินการไปมากแล้ว ได้จัดการเยี่ยมสำรวจภายในขึ้น 2 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2544 และนำผลที่ได้จากการเยี่ยมสำรวจทั้ง 2 ครั้งนี้ มาปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพงานให้ดียิ่งขึ้น จากการดำเนินการที่ผ่านมาทั้งหมด คณะฯได้ประเมินตนเองในเชิงระบบแล้ว พบว่า

การนำองค์กรและทิศทางนโยบายของโรงพยาบาล สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนตามมาตรฐานโรงพยาบาล มีโครงสร้างการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบครบถ้วน และสามารถเชื่อมโยงระบบต่าง ๆ ของการบริการได้ดีขึ้น ทำให้ระบบการแก้ปัญหามีประสิทธิภาพ มีการจัดการความเสี่ยง และมีการกำหนดนโยบายและมาตรการในการทำงานอย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้การรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ เป็นนโยบายสำคัญที่จะทำให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง

ในด้านกำรนำนโยบายสู่กำรปฏิบัติในหน่วยงานต่ง ๆ พบว่ครอบคลุมทุกหน่วยงานและมีกำรดำเนินกำรตมนโยบายหลักในทุกๆ ต่ง รวมทั้งมีกำรประเมินและวัดผล มีกำรสนับสนุนให้ทำ KPI ซึ่งก็ได้รับกำรขานรับเป็นอย่งดี ถึงแม้จะอยู่ในช่วงของกำรเริ่มต้นก็ตม

ส่วนกำรประเมินผลกำรปฏิบัติงานที่ท่อยู่ประจ่ำวัน จากกำรตรวจเยี่ยมของคณบดีปัจจุบัน คือศตสตรจารย์คลินิกนายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยทร และทีมบริหาร ซึ่งได้ทำอย่งสม่ำเสมอ พบว่ ขณะนี้ในโรงพยาบาลมีวัฒนธรรมของกำรท่งงานเป็นทีมมกขึ้นอย่งชัดเจน มีกำรเชื่อมโยงกำรท่งงานของฝ่ยต่ง ๆ เป็นระบบมกขึ้น มีกำรประสานงนและกำรแก้ไขปัญหรร่วมกันดีขึ้นมก เกิดวัฒนธรรมของกำรพัฒนาคุณภาพ และในปัจจุบันได้รับคำชมจากผู้รับบริการมกขึ้น

กำรเยี่ยมสำรวจ

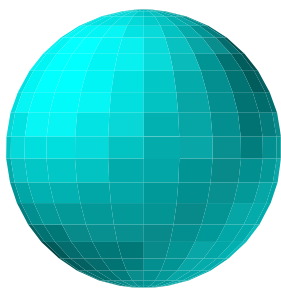
หล่งจากได้ประเมินว่คณฯ มีผลสัมฤทธิ์ในกำรพัฒนาคุณภาพตมมาตรฐาน จึงขอรับกำรเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมควมพร้อม (preparation survey) จาก พรพ. ในเดือนสิงหคม พ.ศ. 2544 ซึ่งผลของกำรเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลได้รับควมชื่นชมในผลของกำรพัฒนาคุณภาพเป็นอย่งมก แต่ยังมีข้อแก้ไขในระบบบางประกำรที่จะต้องดำเนินกำรต่งไป ซึ่งท่งโรงพยาบาลได้ดำเนินกำรทันที และทำให้ได้รับกำรรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2544

กำรดำเนินกำรต่งเนื่อง

สิ่งที่คณฯ จะต้องพัฒนาต่งไป คือ เน้นกำรนำนโยบายสู่กำรปฏิบัติอย่งทั่วถึงท่งองค์กร และพัฒนากำรท่งงานในลักษณะสหวิชาชีพให้เข้มแข็งขึ้น กำหนดและติดตามเครื่องชี้วัดหลักท่งของโรงพยาบาลและหน่วยงาน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้เราสมารถติดตามผลลัพท์ที่เกิดขึ้น ซึ่งได้แก่กำรดูแลผู้ป่วยอย่งมีคุณภาพ และสมารถพัฒนาต่งเนื่องสู่ควมเป็นเลิศตมวิสัยทัศน์ที่คณฯ ได้วางไว้

สรุป

ในช่วง 3 ปีของกำรพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่งเป็นระบบ ได้มีควมก้าวหน้าจากผลของกำรพัฒนาคุณภาพอย่งชัดเจน เกิดเป็นองค์กรเรียนรู้ที่สมารถประเมินตนเองและพัฒนาตนเองได้ อย่งต่งเนื่อง ยังประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วย คณฯ และประเทศชาติ ทำให้พระนวม “ศิริราช” ที่พระราชทานให้เป็นชื่อของโรงพยาบาลแห่งนี้ คงควมเป็นสถบณหลักของชาติไทยต่งไป



การบริหารทรัพยากรสุขภาพ (Utilization Management)

การประชุม National Forum on Hospital Accreditation & Quality Improvement ครั้งที่ 3
“คุณภาพโรงพยาบาล.. ทำเรื่องยากให้เป็นเรื่องง่าย” (Simplicity in a Complex System)
ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ 22-24 มกราคม 2545

การบริหารทรัพยากรสุขภาพ (Utilization Management)

รศ.นพ.นิพัทธ์ พิรเวช MD, RCST

อังคณา โลหะกิจเสถียร RN, MS, MHP; ราตรี พิริยะประสาธน์ MS (Econ)

พารินทร นิมเขียง RN, Med; เนตรรัตน์ ชนะเสริชัย RN, MBA

แนวคิดเรื่องการบริหารทรัพยากรสุขภาพเบื้องต้น

1. ความท้าทาย

บริการสุขภาพ เป็นความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ (Basic Human Need) ที่มีค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งบ่อยครั้งที่ค่าใช้จ่ายนี้ กลายเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการที่จำเป็น ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพเฉพาะที่สังคมมีอายุขัยยาว ประเทศพัฒนาจึงมักกำหนดให้บริการสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน และเพื่อการบรรลุพันธกิจดังกล่าว ระบบสุขภาพที่ดีต้องมีคำตอบสำหรับประเด็นต่างๆ เช่น ระบบต้องสามารถสร้างสุขภาพดีได้จริง (Good Health Target) ระบบต้องไม่สร้างภาระด้านค่าใช้จ่ายมากเกินไป (Cost Target) ระบบต้องเท่าเทียมเป็นธรรม (Equity Target) และระบบต้องเป็นที่พอใจของประชาชนรวมถึงทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (Satisfaction Target) เป็นต้น แต่ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดบนความต้องการที่ไม่จำกัด ระบบจำเป็นต้องมีวิธีการแบ่งสรรบริการทางสุขภาพที่ยอมรับได้ นั่นคือบนพื้นฐานของความจำเป็น (มิใช่ความสามารถในการจ่ายเพียงอย่างเดียว) ความท้าทายจึงอยู่ที่การบริหารจัดการที่จะสร้างดุลยภาพของปัจจัยเหล่านี้ให้เกิดขึ้นอย่างกลมกลืนที่สุดนั่นเอง

2. ระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน

ระบบสุขภาพของไทยในปัจจุบัน มีสิ่งไม่พึงประสงค์อันเกิดจากปัจจัยสำคัญหลายประการ อาทิ

1. เศรษฐกิจฟองสบู่ ที่สร้างการลงทุนฉาบฉวย และการสร้างอุปสงค์เทียม
2. ค่านิยมบริโภคนิยมไร้ขอบเขต ที่สร้างทัศนคติและวิถีชีวิตที่ไม่ถูกสุขลักษณะ
3. ระบบสุขภาพแบบตั้งรับ ที่เน้นการซ่อมมากกว่าการสร้างสุขภาพ
4. การแพทย์แบบแยกส่วน ขาดการมองปัญหาองค์รวม และขาดความต่อเนื่องของการดูแล ตั้งแต่ก่อนป่วย และหลังป่วยอย่างครบวงจร

3. ระบบบริการสุขภาพใหม่

การเปลี่ยนแปลงหลังวิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 ได้สร้างแรงกดดันให้เกิดการปฏิรูปหลายด้านในสังคมรวมถึงระบบสุขภาพ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลปัจจุบันได้รับการตอบรับจากประชาชนจำนวนมากซึ่งส่วนใหญ่ยากจนลง การปฏิรูประบบการเงินเพื่อบริการสุขภาพ (Health Care Financing Reform) ที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน จะทำให้ประชาชนไทยทุกคนอยู่ภายใต้ความคุ้มครองของกองทุนประกันสุขภาพรัฐ ที่มีอยู่ 3 กองทุนหลัก คือ สวัสดิการข้าราชการพยาบาล ข้าราชการประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้โดยมีกองทุน พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ (ภาคบังคับ) ซึ่งบริหารโดยภาคประกันวินาศภัย และกองทุนประกันสุขภาพเอกชนภาคสมัครใจ (ส่วนใหญ่โดยภาคประกันชีวิต) เป็นส่วนเสริม ซึ่งกองทุนหลักของรัฐดังกล่าว สองในสามได้ใช้วิธีการจ่ายค่าบริการ

แบบเฉลี่ยความเสี่ยงไปยังผู้ให้บริการ (Provider Risk Sharing) เช่น โดยการจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อคน (Capitation) แบบกำหนดล่วงหน้า (Prospective Payment System) แบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) เป็นต้น นอกจากนี้ มีแนวโน้มที่กองทุนสวัสดิการข้าราชการ อาจหันมาใช้วิธีการจ่ายค่าบริการแบบเดียวกันอีกด้วย ระบบบริการสุขภาพใหม่ของไทยต่อไป จึงเป็นระบบทางการ (Formal System) ที่ต้องอาศัยการบริหารจัดการเชิงรุก (Active Management) และมีบูรณาการ (Integration) ของภาคการเงินกับภาคผู้ให้บริการอย่างใกล้ชิดนั่นเอง

4. การบริหารบริการสุขภาพเชิงรุก (Active Health Care Management)

ความจริง ระบบบริการสุขภาพใดๆ ล้วนต้องอาศัยการบริหารเชิงรุกเพื่อสร้างความยั่งยืนให้แก่ระบบนั่นเอง แต่ที่ผ่านมาผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ โรงพยาบาลและภาคเทคโนโลยี มักมิได้ให้ความสำคัญต่อยุทธศาสตร์ดังกล่าวด้วยทำการภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปราศจากความเสถียรตรง การปฏิรูประบบ ที่เกิดขึ้นในขณะนี้อาจถือว่าเป็นผลดี เพราะทำให้ทุกฝ่ายต้องให้ความสนใจต่อการบริหารจัดการซึ่งมีอยู่อย่างน้อย 2 ส่วน คือ

1. การบริหารการเงิน (Financial Management)
2. การบริหารบริการการแพทย์ (Medical Management-MM)

ซึ่งประการหลังนี้ อาจถือเป็นหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพสมัยใหม่เพราะให้ความสนใจที่การจัดการที่บริการสุขภาพเองโดยตรง จึงเป็นกลยุทธ์ที่จะนำไปสู่บริการที่มีความต่อเนื่อง ครบวงจร เพื่อสร้างดุลยภาพระหว่างคุณภาพและประสิทธิภาพให้เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

5. การบริหารการแพทย์ (Medical Management)

งานบริหารการแพทย์ให้ความสำคัญต่อการพิจารณาปัญหาสุขภาพในระดับประชากร (Population) แต่ไม่ลดความสำคัญของผู้ป่วยรายบุคคล (Individual) MM ประกอบด้วยกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล หรือการพัฒนาสุขภาพโดยตรง ดังนี้

1. งานบริหารทรัพยากรสุขภาพ (Utilization Management-UM)
2. งานบริหารคุณภาพบริการ (Quality Management-QM)
3. งานบริหารโรค (Disease Management-DM)

6. การบริหารทรัพยากรสุขภาพ (Utilization Management-UM)

UM เป็นงานบริหารการแพทย์ที่เก่าแก่ทำกันมาไม่น้อยกว่า 20 ปี เป้าประสงค์ของ UM อยู่ที่การสร้างบริการที่มีคุณลักษณะ 3 ประการ คือ จำเป็น เหมาะสม และคุ้มค่า

UM มีกิจกรรมย่อยหลายอย่าง อาทิ

- 1.1 Utilization Review (UR) ซึ่งทำได้ ณ จุดต่างๆ ของบริการ คือ
 - 1.1.1 Prospective Review
 - 1.1.2 Concurrent Review
 - 1.1.3 Retrospective Review
- 1.2 Discharge Planning (DP)
- 1.3 (Large) Case Management (CM)

1.4 Demand Management (บางครั้งอาจถือแยกจากงาน UM)

7. การบริหารการรักษาพยาบาลเฉพาะกรณี (Case Management-CM)

เป็นกิจกรรมการบริหารบริการที่ทำในผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน (Complicated) ต้องใช้ทรัพยากรมาก (High Cost) และมีปัญหาความต่อเนื่องของบริการเนื่องจากต้องใช้บริการหลายสาขา (Multi-specialty) หรือหลายสถาบัน (Multi-institutional) บทบาทของ Case Manager จึงเน้นที่การประสานงาน ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านการเงิน การแพทย์ และสังคม (Financial, Medical and Social)

8. การจัดระบบงานบริหารทรัพยากรสุขภาพ

UM เป็นวิชาชีพ (Professional) อาจเป็นแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น ทำงานเป็นทีมเพื่อสนับสนุนแพทย์เจ้าของไข้ โดยทั่วไปอาจใช้บุคลากรชุดเดียวกับ Patient Care Team (PCT) ซึ่งดูแลด้านคุณภาพบริการ (QM) มีคณะกรรมการ (UM Committee) ซึ่งแพทย์ผู้อำนวยการเป็นประธานและอาจมีตัวแทนองค์กรแพทย์ร่วมเป็นกรรมการ UM Committee ต้องประสานงานกับองค์กรแพทย์และเข้าร่วมกิจกรรม Peer Review ตามสมควร

9. ข้อมูลเพื่อการบริหาร

การบริหารงานใดที่ได้ผล จำต้องทำการภายใต้ระบบข้อมูลที่ดีพอ ข้อมูลการใช้ทรัพยากรสุขภาพ (UM Data) มักถูกประมวลขึ้นเป็นดัชนีชี้วัด (UM Indicators) เพื่อใช้แสดงถึงระดับความสอดคล้องของบริการสุขภาพของแพทย์หรือสถาบันนั้นในแง่ ความจำเป็น เหมาะสมและคุ่มค่า UM Indicators ที่ใช้บ่อย อาทิ

1. Utilization Rate
2. Hospital Day per 1000
3. Average Length of Stay (ALOS)
4. Average Cost per Case (admission, visit, procedure, etc)
5. Cost Per Member Per Month-PMPM (Per Year-PMPY)
6. Cost by diagnosis

10. สรุป

ความท้าทายของผู้บริหารระบบบริการสุขภาพปัจจุบันอยู่ที่การสร้างสุขภาพดีด้วยทรัพยากรที่จำกัดปัจจัยสำเร็จ คือ การบริหารเชิงรุก ซึ่งมีส่วนสำคัญที่การบริหารบริการสุขภาพโดยตรงเป้าหมายอยู่ที่การสร้างบริการที่มีคุณภาพควบคู่ประสิทธิภาพ การบริหารทรัพยากรสุขภาพ (UM) ที่ได้ผลต้องมีการวางแผนและทำการอย่างเป็นระบบโดยทีมงานวิชาชีพ (Professional) ที่เน้นการพัฒนาต่อเนื่อง (Continuous Development) และมีระบบข้อมูลที่ดีเพื่อรองรับการตัดสินใจที่ถูกต้อง

Organization of Utilization Management Program

1. หลักการ

ประเด็นหลักในระบบบริการสุขภาพ

1. ผลลัพธ์ สุขภาพดี
2. คุณภาพ / มาตรฐาน บริการดี
3. ราคาไม่แพง
4. การเข้าถึง เป็นธรรม
5. ความพึงพอใจ สูงในทุกฝ่าย

คุณภาพสำคัญในระบบบริการสุขภาพทรัพยากรจำกัด ในขณะที่ความต้องการสูง เกิดการปันส่วนทรัพยากร บนหลักเกณฑ์ ???

- ทางเลือก
- อิงอำนาจซื้อ
 - ลดบริการโดยรวม
 - บริหารการใช้ทรัพยากรสุขภาพ

2. พันธกิจ UM

Management = Deal with Problem

UM คือ กระบวนการแก้ปัญหาการรั่วไหลของทรัพยากร การใช้ทรัพยากรสุขภาพไม่เหมาะสม

UM = ส่วนหนึ่งของระบบบริหารบริการสุขภาพที่มุ่งสร้างบริการคุณภาพควบคุมประสิทธิภาพ โดยอิงหลักเกณฑ์

1. ความจำเป็น ขอบ่งชี้ (Medical Necessary)
2. ความเหมาะสม (Appropriate)
3. ความคุ้มค่า (Cost – effective)

3. การเตรียมระบบงาน UM

1. ประเมินความจำเป็น
2. กำหนดยุทธศาสตร์
3. กำหนดโครงสร้าง กระบวนการ
4. กำหนดแผนงาน
5. กำหนดการประเมินผล

เป้าหมายการสร้าง “ความคุ้มค่า”

1. โครงสร้างระบบบริการ
2. บุคลากร
3. กระบวนการ
 - ทั่วไป (General Process)
 - บริการสุขภาพ (Health Care Process)

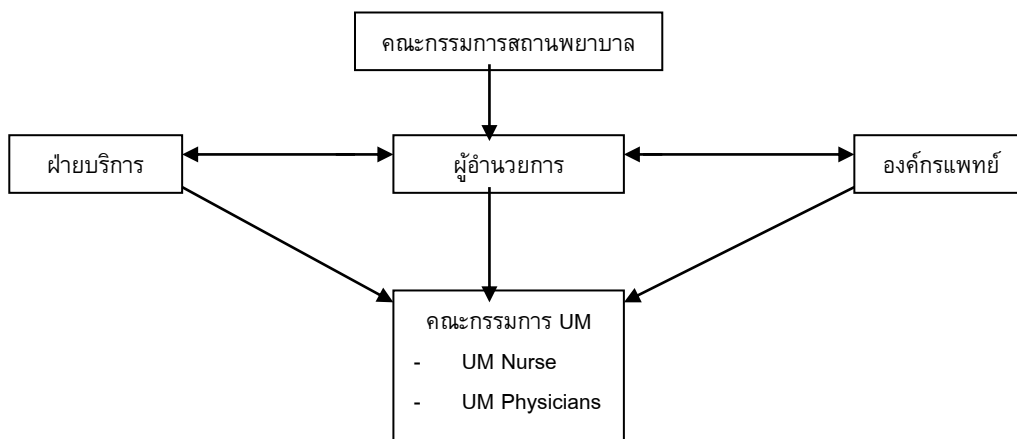
4. ยุทธศาสตร์ UM

1. Integrate กับทีมงานรักษาพยาบาล
2. อิงวิชาการ Evidence Based
3. ทำงานเป็นระบบ (มีแผนงาน มีบันทึก มีรายงาน ฯลฯ)
4. ตัดสินใจแบบวิชาชีพ (รายคน / รายคณะ)
5. มีมาตรฐาน (คงเส้นคงวา)
6. เป็นประโยชน์ทุกฝ่าย (Win – Win)

5. กลยุทธ์ UM

1. UM ตามความสัมพันธ์การใช้ทรัพยากร Prospective, Concurrent, Retrospective
2. UM ตามสถานการณ์การให้ทรัพยากร OP, IP, ER, ICU, OR
3. UM ตามลักษณะการใช้บริการ ป้องกัน ส่งเสริม ป้ายเฉียบพลัน ป่วยเรื้อรัง
4. UM ตามประเภททรัพยากร Hi – tech, Lab, Drugs

6. โครงสร้าง



UM ต้องการการสนับสนุนจากฝ่ายบริหาร และองค์กรแพทย์

7. บุคลากร

1. พยาบาล (UR Nurse)
2. แพทย์ (UR Physician)
3. บุคลากรสายสุขภาพอื่น (UR Staff)

เป็นวิชาชีพใช้ Judgement

คุณสมบัติสำคัญ : ความรู้ ประสบการณ์ จริยธรรม

8. กระบวนการทั่วไป

1. ประเมินสถานการณ์
2. กำหนดปัญหา
3. กำหนดเป้าหมาย (UM Target)
4. กำหนดผลลัพธ์ หลักเกณฑ์ มาตรฐาน

5. กำหนดยุทธศาสตร์ กลยุทธ์
6. ทำแผนงาน
7. ปฏิบัติ
8. ประเมินผล

9. ปฏิบัติการหลัก UM

1. Utilization Review (UR)
2. Discharge Planning (DP)
3. Case Management (CM)



Demand Management
Disease Management

9.1 Utilization Review (UR)

Review = Re – Think, Re – Consider to JUSTIFY

คิดใหม่ พิจารณาใหม่ เพื่อหาเหตุผลอันควรของบริการ (การใช้ทรัพยากร)

UR = Get a Second Opinion

UR เป็นกระบวนการเฝ้าระวังปัญหาการใช้ทรัพยากร ทั้งแบบ

- เป็นรายๆ เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า
- ภาพรวม แบบแผน แนวโน้ม ผิดปกติเพื่อแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบผ่าน UM

ระดับการวินิจฉัย (UR Judgement)

Level 1 Initial UR UR Nurse

Level 2 Peer UR UR Committee

Level 3 Appeal UR Same Specialty Peers

9.2 Discharge Planning (DP)

Plan = Pre – think, Prepare

เตรียมผู้ป่วย ญาติ ที่อยู่ สิ่งของ อื่นๆ เพื่อให้การกลับไปรักษาตัวที่บ้านสะดวก ปลอดภัย และได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

DP เป็นกระบวนการแบบ Episodic ต่อเมื่อมี หรือ จะมี การ Admit ผู้ป่วยต้องประสานงานครบวงจรดังนี้

- Medical
- Financial
- Personal
- Social

แนวทางการทำ DP เริ่มก่อน Admit (Elective Case) หรือ ตั้งแต่เริ่ม Admit (Acute Case)

กิจกรรมหลัก: ประเมิน วางแผน ให้ข้อมูล สื่อสาร ประสานงาน

9.3 Case Management (CM)

Manage = Deal with Problems

บริหารกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้...มีประสิทธิภาพ

- คุณภาพดี
- ผลลัพธ์ดี

CM เป็นกระบวนการแบบ ต่อเนื่อง เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยทั้งใน และนอกกรพ. ประสานงาน
ครบวงจร ดังนี้

- Medical
- Financial
- Personal
- Social

10. การประเมินผล

อาศัยข้อมูล ดัชนีชี้วัดการใช้ทรัพยากรประเมินสถานการณ์ก่อน และ หลัง การทำกิจกรรม
UM Plan Do Study Act

11. ปัจจัยสำเร็จ

UM = ส่วนหนึ่งของระบบบริหารบริการสุขภาพ

UM = เป็น...ทีมงานใหม่ในระบบต้องทำงานประสานกับทีมงานบริการตรงอื่นจึงอาจเกิด

Conflicts...

ต้องถือ **UM**เป็นส่วนหนึ่งของ **PCT/HCT**

UM = ส่วนหนึ่งของระบบบริหารบริการสุขภาพ

1. เป้าหมายชัด
2. ผู้นำดี
3. โครงสร้างเอื้อ
4. ทีมงานแกร่ง
5. แนวนร่วมพร้อม
6. มีแผนงาน
7. แพทย์ผลักดัน
8. อิงความรู้

Palliative Care / Home Health Care

Palliative Care (การดูแลประคับประคอง).....	1
Home Health Care ในชุมชน.....	8

Palliative Care (การดูแลประคับประคอง)

บทความนี้เรียบเรียงจากข้อมูลของ *International Association for Hospice and Palliative Care* เนื่องจากการดูแลลักษณะนี้สะท้อนให้เห็นแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมและการทำงานเป็นทีมที่ชัดเจน ควรแก่การศึกษาเพื่อการนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับลักษณะของผู้ป่วยที่เราดูแลอยู่

Palliative Care คืออะไร

palliative care คือการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีลักษณะ active, progressive, far-advanced disease และ short life expectancy โดยเน้นการบรรเทา/ป้องกันความทุกข์ทรมาน และมุ่งที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

- **active disease** สามารถยืนยันว่าผู้ป่วยกำลังถูกคุกคามด้วยโรค โดยการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- **progressive disease** สามารถยืนยันด้วยการประเมินทางคลินิกเช่นเดียวกัน
- **far-advanced disease** เป็นการยากที่จะให้คำจำกัดความ แต่สามารถพิจารณาจากตัวอย่างได้ เช่น โรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย, โรคหัวใจล้มเหลวที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา, ภาวะเสื่อมสภาพของระบบประสาทที่ช่วยตัวเองไม่ได้ หรือโรคเอดส์
- **short-life expectancy** โดยทั่วไปเป็นที่เข้าใจกันว่าน้อยกว่า 1 ปี แต่ส่วนมากผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตภายใน 6 เดือน
- **เน้นที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย** เป็นคุณสมบัติสำคัญของการดูแลนี้
 - ยึดเอาตัวผู้ป่วยเป็นหลัก มิใช่เอาโรคเป็นหลัก ไม่ได้มุ่งที่จะยืดอายุหรือชะลอความตายออกไป ไม่ได้มุ่งที่จะรักษาเพื่อให้โรคสงบ
 - เป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม
 - เป็นการทำงานเป็นทีมระหว่างวิชาชีพ มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ ทั้งแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
 - ทำทุกอย่างเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะเหลือเวลาอีกนานเท่าไร ไม่ว่าจะโรคระงับเพียงใด ไม่ว่าจะให้การรักษาอะไรอยู่ ก็ยังคงมีวิธีการที่จะยกระดับคุณภาพชีวิตให้กับช่วงเวลาที่เหลือของผู้ป่วยได้

ความจำเป็นที่ต้องมี Palliative Care

ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิต 52 ล้านคน ในจำนวนนี้ 10 ล้านคนเสียชีวิตด้วยความทุกข์ทรมาน 5 ล้านคนเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง ทั้งที่เราสามารถลดความทุกข์ทรมานเหล่านี้ได้ดีกว่าที่เป็นอยู่

ในประเทศกำลังพัฒนา ผู้คนต้องทุกข์ทรมานด้วยความเจ็บปวด อาการทางร่างกายที่ไม่สามารถควบคุมได้ ปัญหาทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณซึ่งไม่มีทางออก ความหวาดกลัว และความเปราะบาง ความทุกข์ทรมานเหล่านี้สามารถทุเลาได้ด้วย palliative care

การบรรเทาความทุกข์ทรมานเหล่านี้เป็นความรับผิดชอบและสำนึกทางจริยธรรม เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการดูแลประคับประคอง เป็นหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลทุกคนที่จะใช้หลักการของ palliative care ในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

เป้าหมายของ Palliative Care

- ให้บริการเพื่อทุเลาจากความเจ็บปวดและอาการอื่น ๆ
- ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด โดยไม่เร่งหรือชะลอความตายของผู้ป่วย
- ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ (psychosocial & spiritual care)
- เป็นกำลังใจให้กับครอบครัวของผู้ป่วย ช่วยให้อยอมรับความเป็นจริงและเผชิญภาวะของการสูญเสียไปได้ด้วยดี

หลักการพื้นฐานของ Palliative Care

palliative care ได้รวมเอา spectrum ทั้งหมดของการดูแลเข้าไว้ด้วยกัน ได้แก่ การแพทย์ การพยาบาล การดูแลด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ การดูแลแบบองค์นับว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับ palliative care

หลักการด้านการดูแลผู้ป่วย

1. การเชื่อมประสานการทำงานที่มีคุณภาพของทีมงานที่เกี่ยวข้อง ในการค้นหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมองค์รวม โดยเฉพาะด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรมและความเชื่อในจิตวิญญาณ
2. การสื่อสารที่ดีระหว่างทีมสุขภาพและระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยกระตุ้นสนับสนุนและเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดประโยชน์สูงสุด
3. ให้การรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยตามภาวะและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยแต่ละราย หลีกเลี่ยงการส่งตรวจวินิจฉัยที่ไม่จำเป็นหรือไม่มีประโยชน์ ให้การดูแลรักษาที่ดีที่สุดเท่าที่ทีมที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายสามารถทำได้ โดยประคับประคอง เผื่อระวังอาการแสดงต่าง ๆ คาดการณ์และวางแผนป้องกันล่วงหน้าให้ครอบคลุมปัญหาทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่องในทุกระยะตั้งแต่แรกรับย้ายจนผู้ป่วยถึงแก่กรรม

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงของการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง และไม่ลืมให้การดูแลสนับสนุนประคับประคองจิตใจและอารมณ์แก่ครอบครัวผู้ป่วย

เจตคติที่จำเป็น

1. การดูแลด้วยความเข้าใจ ใฝ่ต่อความรู้สึกของผู้เกี่ยวข้อง มีความเข้าใจและเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย
2. มีความมุ่งมั่นที่จะจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อนและยากลำบาก
3. เคารพในความเป็นปัจเจกของผู้ป่วย ปฏิบัติและยอมรับผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคลคนหนึ่งที่มีความแตกต่างกัน ไม่มุ่งเน้นรักษาเฉพาะโรคที่ผู้ป่วยเป็น
4. พิจารณาทางเลือกในการดูแลรักษาโดยเคารพและให้ความสำคัญกับความเชื่อทางศาสนา ตลอดจนประเพณีวัฒนธรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวข้อง

การวางแผนจัดบริการ Palliative Care

ความสำเร็จและประสิทธิผลในการจัดบริการ palliative care ขึ้นอยู่กับการวางแผนที่ดีในการเตรียมความพร้อม ซึ่งควรพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้วในแต่ละพื้นที่ โดยกำหนดประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณา เช่น การประเมินความจำเป็น ความต้องการใช้บริการ ความต้องการการฝึกอบรม ปริมาณและลักษณะบริการที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่ ปริมาณและประเภทของผู้ให้บริการตลอดจนความสัมพันธ์ของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการประสานประโยชน์ในการจัดการทรัพยากร รวมทั้งรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่จากพื้นฐานเดิมที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

1. การประเมินความจำเป็น/ความต้องการบริการ

ประเด็นด้านผู้ป่วย ที่ควรพิจารณาได้แก่

- มีโรคอะไรบ้างในชุมชนนี้ที่จะได้รับประโยชน์จาก palliative care
- จะมีผู้ป่วยจำนวนเท่าไร
- ผู้ป่วยเหล่านี้มีอายุในช่วงใดบ้าง
- อาการที่พบบ่อยมีอะไร
- ผู้ป่วยเหล่านี้ยังไม่สามารถได้รับบริการที่จำเป็นอะไรอีก
- สัดส่วนของผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมที่บ้าน กับที่โรงพยาบาล

ประเด็นด้านลำดับความสำคัญ ที่ควรพิจารณาได้แก่

- เป็นการให้การดูแลผู้ป่วย หรือฝึกสมาชิกในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น
- เป็นการให้การดูแลผู้ป่วย หรือให้ความรู้และฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สุขภาพในพื้นที่ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น
- เป็นการให้การดูแลผู้ป่วย หรือเพื่อช่วยแพทย์และพยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว
- เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลที่บ้านได้นานขึ้น ใช่หรือไม่
- เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมที่บ้านอย่างสงบ ใช่หรือไม่

ประเด็นด้านรูปแบบบริการ ที่ควรพิจารณาได้แก่

- อะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถดูแลระดับประคองผู้ป่วยในพื้นที่ได้ดี
- ควรจัดบริการผู้ป่วยแบบใดให้บริการผู้ป่วย ที่บ้าน หรือรับเป็นผู้ป่วยใน
- ควรจัดหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีอยู่แล้วหรือ ควรจัดตั้งสถานบริการขึ้นใหม่
- โรงพยาบาลควรจัดบริการ หรือเพียงให้บริการด้านคำแนะนำและการสนับสนุน
- ควรให้บริการจัดอบรมด้วยหรือไม่ ถ้ามีจะเลือก/จัดหารูปแบบใดที่เหมาะสมที่สุด

ประเด็นด้านความสัมพันธ์กับองค์กรอื่น ที่ควรพิจารณา ได้แก่

- จะมีความสัมพันธ์กับ palliative care หรือโรงพยาบาล หรือบริการสุขภาพที่มีอยู่แล้วในพื้นที่อย่างไร
- มีบริการเภสัชกรรมในพื้นที่อย่างไร
- จะสามารถเข้าถึงบริการตรวจชันสูตรได้เพียงใด

2. การปรึกษาและหาแนวร่วม

การปรึกษาผู้รับผิดชอบนโยบายและผู้บริหารระบบบริการสุขภาพเป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดผลดีต่อบริการที่จะจัดขึ้น โดยมีเป้าหมายของการปรึกษาได้แก่

- เพื่อให้แต่ฝ่ายได้รับทราบความต้องการและความคาดหวังจากกัน รวมทั้งการตอบสนองที่เป็นไปได้
 - เพื่อลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรมและการใช้ทรัพยากรที่ไม่คุ้มค่า
 - เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ แทนที่จะเป็นการแข่งขันและความขัดแย้ง
- การปรึกษาผู้ให้บริการอื่นๆ ในพื้นที่ซึ่งอาจจะได้รับผลกระทบ ได้แก่
- แพทย์ที่ทำงานอยู่ในพื้นที่ ซึ่งจะต้องทำงานร่วมกัน และไม่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าแพทย์ถูกแย่งผู้ป่วยไป
 - โรงพยาบาลที่ให้บริการอยู่ในพื้นที่
 - บริการ palliative care ซึ่งมีอยู่แล้ว จะต้องมุ่งสร้างความร่วมมือ แบ่งความรับผิดชอบกัน และหลีกเลี่ยงการแข่งขัน
 - ผู้แทนของชุมชนซึ่งไม่ได้มีหน้าที่ในการให้บริการ ซึ่งอาจจะช่วยเหลือในเรื่องของการระดมทุน

3. การกำหนดและสรรหาทีมงาน

ทีมงานควรเข้าใจตรงกันว่าเพียงวิชาชีพเดียวไม่สามารถให้บริการที่มีคุณภาพและครอบคลุมองค์รวมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างแท้จริง อาจจะมีบทบาทที่เหลื่อมกันระหว่างวิชาชีพที่ทำงานร่วมกัน เช่น เช่น พยาบาลอาจจะให้คำปรึกษา (counselling) ได้ดีพอๆ กับแพทย์ แต่สู้นักสังคมสงเคราะห์หรือนักจิตวิทยาไม่ได้ จำเป็นที่ทีมงานต้องมีความยืดหยุ่นเพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้งระหว่าง

วิชาชีพ การสอนให้ญาติให้การดูแลบางอย่างควรมองในลักษณะของการช่วยเสริมพยาบาลมากกว่าการทำงานแทนพยาบาล

ในการกำหนดจำนวนพยาบาลที่ต้องการ ขึ้นอยู่กับระดับการพึ่งพาที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละประเภทจะมีความต้องการที่ต่างกัน สำหรับการจัดการบริการในชุมชน ควรพิจารณาปัจจัยต่อไปนี้ จำนวนผู้ป่วย ระยะที่ต้องเดินทาง จำนวนพยาบาลที่มีอยู่ในชุมชน แพทย์ที่มีความรู้ด้าน palliative care เท่าที่มีอยู่ บทบาทที่จะให้พยาบาลทำ (ระหว่างให้การพยาบาล กับให้คำปรึกษาแนะนำ)

นอกจากนั้นควรพิจารณาเชิญชวนวิชาชีพอื่น ๆ หมุนเวียนออกมาทำงานเป็นการเพิ่มพูนประสบการณ์ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เป็นต้น

ไม่ควรมองข้ามความสำคัญของการฝึกอบรม ผู้ประกอบวิชาชีพหลายคนคิดว่า palliative care เป็นเรื่องง่าย ๆ สามารถทำได้โดยไม่ต้องอาศัยการฝึกอบรม สามารถทำได้โดยธรรมชาติ บางคนคิดว่าเป็นเพียงการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ที่คิดในลักษณะนี้จะไม่เหมาะสมที่จะทำงาน palliative care ทุกคนที่จะเริ่มเข้ามาทำงาน palliative care ควรได้รับการฝึกอบรมก่อน

คุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับสมาชิกทีมผู้ให้บริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ ที่สำคัญที่สุดได้แก่บุคลิกภาพ (บุคลิกภาพมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ปฏิบัติงานมากกว่าตัวเนื้องาน) สามารถเข้ากับผู้อื่นได้ มีความยืดหยุ่นและประนีประนอม มีอารมณ์ขัน

4. ความรับผิดชอบในการฝึกอบรม

พึงตระหนักว่าผู้ให้บริการ palliative care มีหน้าที่ในการให้ความรู้และฝึกอบรม ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของการประชุมเป็นครั้งคราว ไปจนถึงการฝึกอบรมเต็มรูปแบบ ตามความต้องการในพื้นที่ โดยมีเป้าหมายเพื่อแลกเปลี่ยนทักษะ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย กับผู้ประกอบวิชาชีพอื่น และหวังว่าจะเข้ามามีส่วนในการดูแลในอนาคต

5. ความร่วมมือทางคลินิก

เป้าหมายสุดท้ายในการวางแผนจัดการบริการ palliative care คือ ผู้ป่วยได้รับการที่เหมาะสมไม่ว่าจะอยู่ในโรงพยาบาลหรือที่บ้าน เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องไม่ว่าผู้ป่วยจะย้ายไปอยู่ที่ใด

ผู้ให้บริการสุขภาพในพื้นที่ควรมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นการวางแผน หรืออย่างน้อยได้รับรู้สิ่งที่จะเกิดขึ้น รายละเอียดซึ่งควรจะมีการพูดคุยกันตั้งแต่ช่วงแรกของการวางแผน ได้แก่ ข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วย เวลาที่เหมาะสมในการส่งต่อ บริการใหม่จะเชื่อมประสานกับระบบบริการเดิมในโรงพยาบาลอย่างไร จะเชื่อมต่อกับแพทย์อย่างไร บริการตรวจวินิจฉัยที่มีอยู่แล้วคืออะไรบ้าง

รูปแบบในการจัดการบริการ Palliative Care

รูปแบบในการจัดการบริการขึ้นกับความต้องการและทรัพยากรในพื้นที่ โดยการปรึกษาระหว่างผู้ให้บริการและผู้มีอำนาจ ไม่มีรูปแบบใดที่ถูกหรือผิด

ในการกำหนดรูปแบบการจัดการบริการ จะต้องทำความเข้าใจความหมายของสิ่งต่อไปนี้

- หลักการของ palliative care ซึ่งประยุกต์ใช้กับการดูแลทั้งหมด ไม่ว่าผู้ป่วยจะเป็นโรคอะไร

- **เทคนิคหรือวิธีการบำบัด** ซึ่งอาจจะเป็นการบำบัดทางด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม รังสีรักษา เพื่อบำบัดอาการของผู้ป่วยและช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเพียงส่วนเดียวของ palliative care
- ผู้เชี่ยวชาญด้าน palliative care

1. การจัดให้มีเตียงรับผู้ป่วย

เตียงรับผู้ป่วยอาจจะเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล หรือเป็นหน่วยที่จัดตั้งเป็นอิสระ ซึ่งสามารถปรึกษาหรือใช้บริการของโรงพยาบาลได้

ข้อบ่งชี้ในการรับไว้รักษาคือ เพื่อรักษาอาการ (ทางด้านร่างกายหรือจิตสังคม) การดูแลระยะสุดท้าย การฟื้นฟูสภาพในระยะสั้นๆ และเพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้มีโอกาสหยุดพัก

2. บริการในชุมชน

มีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น

- ให้คำปรึกษาและสนับสนุนแก่แพทย์ประจำครอบครัวและพยาบาลชุมชนในฐานะผู้เชี่ยวชาญ
- ให้การดูแลทางการแพทย์และการดูแลอื่นๆ แก่ผู้ป่วยที่บ้าน โดยร่วมมือกับแพทย์เจ้าของไข้
- ให้บริการเบ็ดเสร็จทั้งด้านการแพทย์ การพยาบาล และการดูแลอื่นๆ แก่ผู้ป่วยที่บ้าน

3. หน่วยดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลางวัน

มักจะเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลหรือหน่วยที่มีเตียงรับผู้ป่วย ให้การดูแล ฟื้นฟู สนับสนุน แก่ผู้ป่วยเฉพาะในช่วงเวลากลางวัน

Palliative Care Teams

การจัดบริการ palliative care จำเป็นต้องใช้ทีมงานในการดูแลผู้ป่วยให้ครบวงจร โดยมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม พยาบาลเป็นแกนหลักของการประสานบริการ นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว นักอาชีวบำบัดทำหน้าที่ดูแลเรื่องความปลอดภัยและช่วยให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้น นักกายภาพบำบัดให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โภชนาการช่วยดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร ถ้าเป็นไปได้ควรมีนักจิตวิทยาช่วยให้คำปรึกษาช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องมีนักบวช พระ และ/หรือ ทีมศาสนกิจ ที่จะช่วยดูแลด้านจิตวิญญาณและจัดกิจกรรมทางศาสนาที่ผู้ป่วยอาจต้องการ

การทำงานเป็นทีมที่ต้องการคือ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจนระหว่างทีมวิชาชีพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย หัวหน้าทีมได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ สมาชิกต่างยอมรับบทบาทของกันและกันและต่างให้การสนับสนุนพึ่งพา ทำงานร่วมกันโดยมีเป้าหมายที่ร่วมตกลงกันไว้ มีการประชุมพบปะพูดคุยทบทวนผลงานกันอย่างสม่ำเสมอ

ปัจจัยที่ส่งผลให้การทำงานเป็นทีมที่จำเป็น คือ มีการสื่อสารที่ดี สมาชิกแต่ละคนเปิดใจกว้างและมีความซื่อสัตย์ต่อกัน ให้ความเคารพในบทบาทหน้าที่ของสมาชิกทุกคน สมาชิกแต่ละคนได้รับการสนับสนุนให้ทำงานได้อย่างเต็มความสามารถและมีการทบทวนตรวจสอบผลงานของทุก ๆ ด้านอย่างสม่ำเสมอ

ความเครียดในการบริการ Palliative Care

ปัจจัยในส่วนที่เกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัว ไม่ทำให้เกิดความเครียดมากนัก แต่ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดบ่อยกว่ากลับเป็นเรื่องของตัวเจ้าหน้าที่เอง เช่น ความเครียดส่วนตัว การกำหนดเป้าหมายที่ไม่สามารถทำให้เป็นจริงได้ พยายามจะแก้ทุก ๆ ปัญหาที่พบ หรือแก้ปัญหาที่ยืดเยื้อในครอบครัว รวมทั้งปัญหาในการบริหารจัดการ เช่น การบริหารงานไม่ดี หัวหน้าที่มีขนาดภาวะผู้นำ ภาระงานที่ไม่สมเหตุสมผล เป็นต้น

แนวทางในการรับมือกับความเครียด คือ วางแผนในการจัดการหรือวางระบบงานให้เป็นที่ตกลงยอมรับร่วมกันของทีม กำหนดเป้าหมายที่สามารถทำได้จริง ทีมงานแต่ละคนต้องรับผิดชอบสภาพจิตใจของตนเอง, คัดเลือกเจ้าหน้าที่อย่างเหมาะสม, มีระบบที่จะดูแลเจ้าหน้าที่, มีการพบปะปรึกษาระหว่างทีมทุกเดือนในช่วงแรก หลัง 2 ปีไปแล้วเมื่อทีมงานมีความรู้สึกเป็นกันเองต่อกันและต่างมีเป้าหมายที่เป็นไปได้ อาจเว้นช่วงของการพบปะปรึกษาออกไป

การเตรียมความพร้อมและการพัฒนาบุคลากร

ความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาในระบบปกติของแต่ละวิชาชีพยังไม่เพียงพอสำหรับการให้บริการ palliative care ที่ดีที่สุด สมาชิกที่มิวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล และสมาชิกที่มิช่วยเหลืออื่น ๆ ในบริการ palliative care ควรได้รับความรู้ที่จำเป็นและฝึกปฏิบัติก่อนให้บริการแก่ผู้ป่วย ได้แก่

- ความรู้ที่ทันสมัยในการจัดการความเจ็บปวดและอาการของผู้ป่วย
- ความเข้าใจเกี่ยวกับต้องการทางจิตสังคมที่ซับซ้อนของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตและญาติ รวมทั้งประเด็นทางวัฒนธรรม ความเชื่อ
- ทักษะการสื่อสาร
- การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับการสูญเสียได้อย่างเหมาะสม
- การทำงานร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญแต่ละด้าน
- การบำบัดอาการปวดโดยหลีกเลี่ยงการใช้ยา
- การสังเกตและการบันทึกอาการทุกข์ทรมาน อาการรบกวนต่าง ๆ ที่พบในผู้ป่วย

นอกจากนี้ควรวางระบบ กำหนดกิจกรรมและจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการพัฒนาตนเองหรือพัฒนาระบบบริการและระบบให้การศึกษาในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อรักษาระดับของทักษะและพัฒนาความรู้ให้ทันสมัย

Home Health Care ในชุมชน

นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์

การดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน มีความแตกต่างจากในสังคมแบบอื่นๆหลายประการ เนื่องจากชุมชนแต่ละแห่ง จะมีลักษณะเฉพาะของตนเอง และประชาชนชนในชุมชนมีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน นอกจากนี้ ในชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนานั้น มักจะพบว่า สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมหรืออีกนัยหนึ่งก็คือมี “ความเป็นเจ้าของ” ในชุมชนนั้นๆนั่นเอง

Home Health Care เป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่ดูเหมือนจะง่าย ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน แต่ในความเรียบง่ายนั้น ก็พบว่ายังมีความสับสนอยู่บ้าง โดยเฉพาะในเรื่องของความหมายของคำว่า Home Health Care ซึ่งจริงๆแล้วคงไม่สามารถให้ความหมาย หรือความครอบคลุมได้อย่างสมบูรณ์

Home

จากที่กล่าวมาข้างต้น คำว่า “Home” ในที่นี้ จึงน่าจะหมายถึง “สิ่งแวดล้อม” รอบๆตัวผู้ป่วยหรือประชาชนในเวลาต่างๆ ในขณะที่ส่วนใหญ่มักจะคิดกันว่า Home Health Care เป็นการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ซึ่งในที่สุดก็ลงเอยด้วยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเท่านั้น) แต่ในความเป็นจริงแล้ว หลักการของ Home Health Care สามารถใช้ได้ทุกที่ ไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน ที่ทำงาน หรือที่โรงพยาบาล ก็ตาม

กรณีศึกษา

กิจกรรม “เมื่อญาติเราป่วย” เป็นกิจกรรมที่เริ่มต้นจากความคิดที่ว่า โรงพยาบาลศูนย์เปรียบเสมือนเป็น “Home” อีกแห่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ จึงควรเป็นหน้าที่ของ “ญาติ” ซึ่งก็คือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชนผู้ส่งต่อนั้น ที่จะต้องให้การติดตามดูแลในเรื่องต่างๆที่พอจะทำได้ เช่น เยี่ยมเยียน, สอบถามอาการ หรือแม้กระทั่งรับตัวกลับ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางกลับเองได้ เป็นต้น

คำถาม: หากคิดว่า “โรงงาน” เป็น “Home” อีกแห่งหนึ่ง ท่านจะทำกิจกรรมใดได้บ้าง?

Health

เนื่องจากชุมชนแต่ละแห่ง มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันออกไป การที่จะทำกิจกรรมใด ๆ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้อง “พูดภาษาเดียวกัน” คำว่า Health ก็เช่นกัน ที่จะต้องร่วมกับประชาชน ในการกำหนดความหมาย เพื่อให้สามารถวางแผนโครงการที่เหมาะสมกับชุมชนได้ ซึ่งก็จะก่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

กรณีศึกษา

จากการพูดคุยกับชาวบ้านกลุ่มหนึ่ง เพื่อเก็บข้อมูลสำหรับการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าทุกคนประกอบอาชีพรับจ้างกรีดยาง โดยจะทำงานในช่วงเวลา 2:00-7:00 หลังจากนั้นก็จะนอนพัก พบว่าส่วนใหญ่คิดว่า “สุขภาพดี คือสามารถทำงานในแต่ละวันได้ และเมื่อเครียดหรือเบื่อก็มียาเส้นให้สูบ”

คำถาม: กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับชาวบ้านกลุ่มนี้ ควรเป็นอย่างไร?

Care

การกำหนดเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยเฉพาะผู้ป่วย Chronic Disease หรือผู้ป่วยที่ต้องได้รับ Palliative Care สำหรับในชุมชนนั้น มีประเด็นที่จะต้องพิจารณาเพิ่มเติมอีกมากมาย เช่น รายได้, ลักษณะอาชีพและชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและญาติ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารรายหนึ่ง หลังจากรับการรักษาด้วยการผ่าตัดและฉายรังสีแล้ว ต้องใส่ Tracheostomy และเนื่องจากมี Secretion มาก จึงจำเป็นต้องใช้เครื่อง Suction เป็นระยะๆ เมื่อซักถามเพิ่มเติมได้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับลูกชาย ซึ่งมีอาชีพรับจ้างรายวัน ผู้ป่วยรายนี้ได้รับบริจาคเครื่อง Suction มาหนึ่งเครื่อง

คำถาม: ท่านจะวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายนี้ได้อย่างไร?

การดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้ประสบความสำเร็จ จึงควรเริ่มต้นจากการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องรู้สึกเป็นเจ้าของในชุมชนนั้นๆ เพื่อให้รู้สึกอยากที่จะพัฒนาให้ชุมชนดีขึ้น และในทางกลับกัน ก็ควรพยายามปฏิบัติตนให้เหมือนกับเป็นสมาชิกในชุมชน จนประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของหรืออีกนัยหนึ่งก็คือ เป็น “ญาติ” กับประชาชนนั่นเอง

ข้อเสนอการประเมินคุณภาพของ Home Health Care ในชุมชน

ในกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น การประเมินคุณภาพของ Home Health Care ในชุมชน เป็นสิ่งสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากถือได้ว่าเป็นงานหลักของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งแตกต่างจากโรงพยาบาลในระดับอื่นๆ แต่จากที่กล่าวมาข้างต้น คงจะเป็นการยาก ที่จะประเมิน “ความเป็นเจ้าของ” ทั้งของโรงพยาบาลต่อชุมชน และของชุมชนต่อโรงพยาบาล การประเมินคุณภาพจึงควรทำทั้งทางตรงและทางอ้อม ในทางตรง เช่น การดูตัวชี้วัดต่างๆ ซึ่งได้แก่ อัตราการป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้, ปริมาณเด็กที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ และทางอ้อม เช่น การมีส่วนร่วมของชุมชน (เนื่องจากคงไม่สามารถกำหนดหลักเกณฑ์ที่สามารถใช้ได้กับทุกชุมชนที่มีลักษณะแตกต่างกันได้), การสุ่มสำรวจผู้ป่วย ในกลุ่มที่ควรได้รับการดูแล หรือแม้กระทั่งการสุ่มสำรวจประชาชน ว่าได้รับการดูแลที่เหมาะสมเพียงใด เป็นต้น