

# มาตรฐานที่ศูนย์ ต่อ HA

X  
81น  
43 จ.2

สถาบันพัฒนาและ  
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล



ห้องสมุด ๑๐๐ ปี เสนุ่ พริ่งพวงแก้ว

## นทานักศน:ต่อ HA

เลขหญ่ WX ๒๘ ๙1๘๓๓ ๒543 ๓๐.2  
เลขทะเบียน 0000 426๘.....  
วันที่ 0 4 1๓๘ 2555.....



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

## นานาทัศนะต่อ HA

จัดพิมพ์โดย

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

ชั้น 2 อาคารกรมการแพทย์ 6 กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี

โทรศัพท์ 589-0023-4 โทรสาร 951-0238

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

พิมพ์ครั้งแรก: ในการประชุม National Forum on Hospital Accreditation  
ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2543

10 9 8 7 6 5 4 3 2

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

นานาทัศนะต่อ HA.--นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรอง  
คุณภาพโรงพยาบาล, 2543.

88 หน้า.

1. โรงพยาบาล. I. ชื่อเรื่อง.

362.11

ISBN 974-293-336-7

ออกแบบ: Desire CRM

พิมพ์ที่: บริษัท ดีไซน์ จำกัด, กรุงเทพมหานคร

ย้อนหลังไปเมื่อ 3 ปีที่แล้ว คณะที่ปรึกษาของโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation-HA) ออกตระเวนไปตามโรงพยาบาลต่างๆ ไขข้อข้องใจและให้ข้อเสนอแนะในการเริ่มต้นพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล คำถามที่ถูกถามบ่อยๆ ก็คือ HA คืออะไร มีหลักพื้นฐานอะไร โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองหมายความว่าอะไร

ถึงวันนี้มีผู้ที่เข้าใจความลึกซึ้งของกระบวนการนี้มากขึ้น โดยเรียนรู้จากการลงมือทำ ขณะเดียวกันก็มีผู้ที่ยังสับสนกับแนวคิดพื้นฐานดังกล่าวอยู่อีกไม่น้อย ควรที่จะย้อนกลับไปดูคำอธิบายเหล่านั้นอีกครั้งหนึ่ง

HA เป็นกระบวนการที่จะบอกว่าโรงพยาบาลมีความน่าเชื่อถือเพียงใด สามารถพิสูจน์ให้ผู้อื่นเห็นและยอมรับได้ เป็นกระบวนการเรียนรู้ซึ่งไม่มีจุดสิ้นสุดเป็นการเรียนรู้จากการทำงานประจำวัน จากการทำงานร่วมกันเป็นทีม เป็นการเรียนรู้ด้วยการประเมินตนเองและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น เริ่มด้วยตั้งคำถามกับตนเอง ว่าในสิ่งที่เราทำอยู่นั้น 1) ทำไปเพื่ออะไร 2) ทำได้ดีหรือไม่ 3) จะทำให้ดีกว่าเดิมได้อย่างไร ซึ่งจะทำให้เกิดการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน และยกระดับมาตรฐานที่เราได้จัดทำไว้ให้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เรื่องใหม่ แต่เป็นการจัดระบบงานให้ง่ายขึ้น



หลักการพื้นฐานที่สำคัญของ HA คือความเชื่อว่าคุณภาพเกิดจาก 1) ความมุ่งมั่นหรือ commitment ของแต่ละบุคคล 2) การ ร่วมกันทำงานเป็นทีม 3) การยึดผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั้งหมด 4) การมีระบบงาน/กระบวนการทำงานที่เป็นมาตรฐาน 5) การมีระบบตรวจสอบตนเอง และมีการพัฒนา ระบบงานอย่างต่อเนื่องสิ่งที่เน้นคือกระบวนการคุณภาพ ซึ่งมีความเป็นพลวัต และเกิดจากใจของทุกคนร่วมกัน

การได้รับ accreditation หมายความว่าเราเป็นผู้ที่นำเชื่อถือ เรามีระบบการตรวจสอบอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นการตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ของ รพ.เอง ไม่ใช่ด้วยองค์กรภายนอก

องค์กรภายนอกเข้ามาดูว่าเราทำอย่างไรเพื่อช่วยหาทางทำให้ดีขึ้น ไม่ใช่เรื่องของการตรวจสอบตามบัญชีรายการว่ามี การ ทำสิ่งนั้นสิ่งนี้หรือไม่ ถ้าจะมีบัญชีรายการเพื่อตรวจสอบก็เป็น การที่โรงพยาบาลกำหนดเองเพื่อสร้างระบบประกันคุณภาพ

เมื่อเข้าใจในส่วนที่เราทำ ก็อดไม่ได้ที่จะถามว่าแล้วคนอื่นเขากำลังทำอะไรกัน ประเทศต่างๆ ในโลกนี้นำกระบวนการ HA ไปใช้กันหรือไม่ อย่างไรก็ตาม Dr.Ferdinand Siem Tjam ผู้แทน องค์การอนามัยโลกกล่าวว่า accreditation เป็นทางเลือกที่จะทดแทนการควบคุมบริการโดยรัฐบาลแบบดั้งเดิม ผศ. นพ. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ ได้พบทวนกระบวนการนี้ในประเทศต่างๆ พบว่ามีประเทศที่นำ HA ไปใช้จำนวนมาก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา Mr.Anthony Wagemaker ได้ตอกย้ำว่าการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีอย่างชาญฉลาดเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เราก้าวไปได้อย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันได้ใน สิ่งที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวัฒนธรรมของเราเอง

การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลไม่ได้ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นแก่สังคมอย่างทันตาเห็นทุกซ์ของประชาชนผู้รับบริการยังคงเกิดขึ้น แม้ว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะทำหน้าที่อันหนักหนาด้วยความตั้งใจ การนำเอากรณีดังกล่าวมาทบทวนอาจจะทำให้เราเห็นความเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการเปลี่ยนแปลง เห็นความจำเป็นที่ต้องพัฒนาเพื่อสร้างเกราะคุ้มกันผู้เกี่ยวข้องโดยไม่ต้องเอาการรับรองมาเป็นเหยื่อล่อ นพ. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ได้นำกรณีดังกล่าว 2 กรณีมาวิเคราะห์ร่วมกับกรณีที่แสดงให้เห็นว่าการทำงานด้วยใจนั้นจะส่งผลต่อคุณภาพอย่างไร

บทเรียนและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างทำงาน ควราค่าแก่การสรุปนำเสนอให้ผู้อื่นได้รับทราบ รศ. นพ. สงวนสิน รัตนเลิศ วิเคราะห์จนเห็นสายพันธุกรรมคุณภาพ (Gene of Quality) ขององค์กรและบุคลากร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญเพื่อความอยู่รอด นพ. วิชาญ เกิดวิชัย บอกว่าเหนื่อยแต่ก็คุ้ม เพราะได้ทั้งความสุขกับตัวคนทำงานเองและการยอมรับจากชุมชน

ท่านที่ปรึกษาสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล นพ. ปัญญา สอนคม ได้กรุณาชี้ให้เห็นว่าผู้เยี่ยมสำรวจ (surveyor) เข้าไปเพื่ออะไรในโรงพยาบาล จะสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นฉันมิตรให้เกิดขึ้นได้อย่างไร

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขอขอบคุณท่านวิทยากรและผู้เขียนทุกท่าน ขอขอบคุณผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั้งหลายซึ่งเป็นวัตถุดิบที่มาจากความรู้และความคิดในหนังสือเล่มนี้ ขอให้คุณค่าในความรู้และความคิดดังกล่าวได้กลับไปก่อให้เกิดประโยชน์กับสังคมของพวกเราโดยรวม

**สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล**

23 กุมภาพันธ์ 2543

น่านาทิศนะต่อ HA

ตอนที่ 1	แนวโน้มของการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ในระดับนานาชาติ	1
	● ประสบการณ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ในต่างประเทศ <i>ผศ. นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์</i>	2
	● Global Trends in QA & Accreditation of HealthCare Activities and Service <i>Dr.Ferdinand Siem Tjam</i>	13
	● Uniqueness and Internationality of the Thai HA Program <i>Anthony Wagemaker</i>	17
	● “Practical Leadership” for Hospital Accreditation <i>Marion C. Suski</i>	23
ตอนที่ 2	HA จะคล้ายทุกซ์ของประชาชนได้อย่างไร <i>นพ.อนุวัฒน์ ตุกชุตีกุล</i>	29
ตอนที่ 3	ประสบการณ์	53
	● Gene of Quality <i>รศ. นพ.สงวนสิน วัฒนเลิศ</i>	54

- ประสพการณ์การพัฒนารองพยาบาล 72  
 ผู้กรรรับรองคุณภาพ HA  
 นพ.วิชาญ เกิดวิชัย
- ผู้เยี่ยมสำรวจ (Surveyor) ต้องการอะไร ? 83  
 นพ.ปัญญา สอนคม



---

# **แนวโน้มของการพัฒนาและรับรอง คุณภาพในระดับนานาชาติ**

---

**พศ. บพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์**  
**Dr.Ferdinand Siem Tjam**  
**Anthony Wagemaker**  
**Marion C. Suski**

# ประสบการณ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ในต่างประเทศ

ผศ. นพ. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คุณภาพของบริการและการดูแลรักษาพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการทางสุขภาพของประเทศ เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า คุณภาพเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นที่ปรารถนาของผู้รับบริการ เพื่อเป็นเครื่องรับรองว่าการบริการนั้นจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ การทำงานเป็นไปตามมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ และมีโอกาสเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด

การรับรองคุณภาพ (Accreditation) เป็นกระบวนการที่ประเทศต่างๆ ทั่วโลกนำมาใช้เป็นกลไกในการกระตุ้นให้เกิดการประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาลอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในโรงพยาบาล ได้รับการยอมรับและส่งเสริมให้องค์การอนามัยโลกใช้เป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษา<sup>(1)</sup> การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นกระบวนการแบบสมัครใจที่มีกาดำเนินการโดยหน่วยงานกลางอิสระที่ไม่ใช่ของรัฐ ทำหน้าที่ในการเข้าไปประเมินและรับรองการดำเนินงานของสถานพยาบาลว่าได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งจะมุ่งที่ระบบงานขององค์กรมากกว่าความสามารถในระดับปัจเจกของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งนี้โดยอาศัยผู้เยี่ยมชมสำรวจ (Surveyor) ที่ได้รับการฝึกฝนอบรม

มาแล้ว<sup>(2)</sup> การรับรองคุณภาพต่างจากกระบวนการให้ใบอนุญาต (Licensure) ตรงที่การรับรองคุณภาพจะให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์ในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการบรรลุถึงมาตรฐานคุณภาพที่ถือว่าดีที่สุดที่ได้วางไว้ มากกว่าการปฏิบัติได้ตามมาตรฐานขั้นต่ำเพื่อประกันความปลอดภัยแก่สาธารณะ อันเป็นจุดประสงค์หลักของการให้ใบอนุญาต

วัตถุประสงค์ของบทความนี้จะยกตัวอย่างประสบการณ์ของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ในต่างประเทศโดยภาพรวมในแง่มุมมองที่สำคัญ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ากระบวนการดังกล่าวที่ได้เริ่มนำมาใช้ในประเทศไทยของเรา จะเป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพของโรงพยาบาลภายในประเทศได้

## การเปรียบเทียบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลใช้ต่างประเทศ

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศต่างๆ ที่ได้ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันมีอยู่หลากหลาย ดังที่สรุปไว้โดยย่อในตารางที่ 1 ซึ่งสามารถสรุปรูปแบบในประเด็นที่สำคัญได้ดังนี้

- **องค์กรที่รับผิดชอบ (accreditation body)** ส่วนใหญ่เป็นองค์กรอิสระที่เป็นเอกชน การดำเนินงานการรับรองคุณภาพเป็นไปโดยสมัครใจ
- **รูปแบบของคู่มือมาตรฐาน (standards manual format)** มีแนวโน้มที่จะเป็นไปตามหน้าที่การทำงาน (functional) มากกว่าเป็นไปตามหน่วยงาน (departmental) ของโรงพยาบาล

- ประเภทของมาตรฐาน (types of standards) มักประกอบด้วยมาตรฐานทางด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งในระยะหลังมีแนวโน้มจะเน้นที่กระบวนการและผลลัพธ์มากขึ้น
- มาตรฐานวัดคะแนน (scoring scale) ส่วนใหญ่มีการแบ่งเป็นระดับ โดยมีเกณฑ์ในการตัดสินเป็นแนวทางกว้างๆ ไม่จำเพาะเจาะจงมาก
- การพัฒนาเครื่องชี้วัด (developed indicators) อาจมีหรือไม่มี แต่ในระบบที่มีพัฒนาการมาระยะเวลาหนึ่งแล้ว มักพบว่ามีระบบเครื่องชี้วัดคุณภาพด้วย แต่อาจไม่นำผลการประเมินจากเครื่องชี้วัดมาใช้ในการตัดสินใจรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- แหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงาน (funding sources) ส่วนใหญ่ได้มาจากการเก็บค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมชมสำรวจโรงพยาบาล มีบ้างที่ได้จากค่าสมาชิก การจัดโปรแกรมฝึกอบรมหรือตีพิมพ์เอกสารคู่มือต่างๆ เงินสนับสนุนจากรัฐบาล หรือทุนอื่นๆ
- การจำกัดขอบเขตของการประเมิน (limited scope) ระบบที่เพิ่งเริ่มต้นมักจำกัดขอบเขตอยู่ที่โรงพยาบาล ในขณะที่ระบบที่มีมานานแล้ว จะขยายขอบเขตของการรับรองคุณภาพไปสู่สถานพยาบาลและบริการทางสุขภาพประเภทอื่นด้วย

นอกจากนี้ ในปัจจุบันยังมีการพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศกำลังพัฒนาที่อยู่ระหว่างดำเนินการอีกหลายประเทศ ไม่นับประเทศไทย หลักการและแนวทางพัฒนาระบบศึกษาได้โดยย่อในตารางที่ 2 ซึ่งมีประเด็นที่น่า



สังเกตคือในบางประเทศจะกำหนดให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกลไกภาคบังคับด้วย เช่น ในฝรั่งเศส

ตารางที่ 1 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ดำเนินการอยู่ในประเทศต่างๆ

ประเทศ	องค์กรการรับรอง	รูปแบบของคู่มือมาตรฐาน	ประเภทของมาตรฐาน	มาตรวัดคะแนน	การพัฒนาเครื่องชี้วัด	แหล่งเงินทุนสนับสนุน	จำกัดขอบเขตขอบเขต	จำนวน รพ. ที่ได้รับการรับรอง
สหรัฐอเมริกา	Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations	ตามหน้าที่	โครงสร้างกระบวนการและผลลัพธ์	5 ระดับ	มี	ค่าเยี่ยมสำรวจงานตีพิมพ์การฝึกอบรมให้คำปรึกษา	ไม่มี	5,155
สหรัฐอเมริกา	American Osteopathic Association	ตามหน่วยงาน	โครงสร้างกระบวนการและผลลัพธ์	4 ระดับ	ไม่มี	ค่าเยี่ยมสำรวจ	เฉพาะ รพ.	400
สหรัฐอเมริกา	Commission of Accreditation of Rehabilitation Facilities	ตามหน้าที่	โครงสร้างกระบวนการและผลลัพธ์	4 ระดับ	อยู่ระหว่างการเสนอใช้	ค่าเยี่ยมสำรวจงานตีพิมพ์การฝึกอบรม	บริการกายภาพบำบัด	700 - 800
แคนาดา	Canadian Council on Health Services Accreditation	ตามหน้าที่	โครงสร้างกระบวนการและผลลัพธ์	4 ระดับ	เสนอใช้ปี 2543	ค่าสมาชิกค่าเยี่ยมสำรวจ	ไม่มี	502 (ปี 2539)
อังกฤษ	Health Services Accreditation	ตามหน้าที่	โครงสร้างกระบวนการและผลลัพธ์	ไม่มี	มี	ค่าเยี่ยมสำรวจหรือทุนอุดหนุน	แผนกต่างๆของ รพ.	

ตารางที่ 1 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ดำเนินการอยู่ในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ	องค์กรการรับรอง	รูปแบบของคู่มือมาตรฐาน	ประเภทของมาตรฐาน	มาตรวัดคะแนน	การพัฒนาเครื่องชี้วัด	แหล่งเงินทุนสนับสนุน	จำกัดขอบเขตขอบเขต	จำนวน รพ. ที่ได้รับการรับรอง
อังกฤษ	Kings Fund Organizational Audit	ตามหน่วยงาน (ปี 2539)	โครงสร้างและกระบวนการ	2 ระดับ	ไม่มี	ค่าเยี่ยมชมสำรวจงานตีพิมพ์	เฉพาะ รพ.	79 (ปี 2537)
อังกฤษ	Southwestern Hospital Accreditation Program	-	โครงสร้างและกระบวนการ	-	ไม่มี	ค่าเยี่ยมชมสำรวจทุนอุดหนุนงานตีพิมพ์ให้คำปรึกษา	เฉพาะ รพ.ชุมชน	67 (ปี 2537)
เนเธอร์แลนด์	National Organization for Quality Assurance in Hospitals	-	โครงสร้างและกระบวนการ	-	-	-	แพทย์เฉพาะทาง	-
เนเธอร์แลนด์	Institute voor Accreditation van Ziekenhuizen	ตามหน่วยงาน	โครงสร้างและกระบวนการ	4 ระดับ	ไม่มี	ค่าเยี่ยมชมสำรวจ	เฉพาะ รพ.	18
ออสเตรเลีย	Australian Council on Healthcare Standards	ตามหน่วยงาน (ปี 2540)	โครงสร้างและกระบวนการ	4 ระดับ	มี	ค่าเยี่ยมชมสำรวจงานตีพิมพ์การมีกอบรม	ไม่มี	201 (ปี 2537)

### ตารางที่ 1 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ดำเนินการอยู่ในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ	องค์กรการรับรอง	รูปแบบของคู่มือมาตรฐาน	ประเภทของมาตรฐาน	มาตรวัดคะแนน	การพัฒนาเครื่องชี้วัด	แหล่งเงินทุนสนับสนุน	จำกัดขอบเขตขอบเขต	จำนวน รพ. ที่ได้รับการรับรอง
นิวซีแลนด์	Ministry of Health	ตามหน้าที่	โครงสร้างและกระบวนการ	-	เสนอให้ใช้	ค่าสมาชิก (ปี 2541)	ไม่มี	115 (ปี 2537; 116 ในทุกบริกา)
ไต้หวัน	Ministry of Health	ตามหน้าที่และตามหน่วยงาน	โครงสร้างกระบวนการและผลลัพธ์	6 ระดับ	มี	รัฐบาล	เฉพาะ รพ.	525
ญี่ปุ่น	Council for Quality Health Care	-	-	-	-	-	เฉพาะ รพ.ชุมชน	79
เกาหลีใต้	Joint Commission on Accreditation of Hospitals	ตามหน่วยงาน	โครงสร้างและกระบวนการ	3 ระดับ	ไม่มี	ค่าเยี่ยมสำรวจ	รพ.ที่มีการเรียนการสอน	131
เกาหลีใต้	Hospital Performance Evaluation Program	-	กระบวนการและผลลัพธ์	-	-	-	เฉพาะ รพ.	96
จีน	Hospital Grade Appraisal Committee, HB	ตามหน่วยงาน	-	-	-	-	รพ. และ รพ. ที่มีการเรียนการสอน	1086 (ปี 2534)

ตารางที่ 1 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ดำเนินการอยู่ในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ	องค์กรการรับรอง	รูปแบบของ คู่มือมาตรฐาน	ประเภทของ มาตรฐาน	มาตรวัด คะแนน	การพัฒนา เครื่องชี้วัด	แหล่งเงินทุน สนับสนุน	จำกัดขอบเขต ขอบเขต	จำนวน รพ. ที่ ได้รับการรับรอง
แอฟริกาใต้	Council for Health Service Accreditation of South Africa	ตามหน้าที่ และ ตามหน่วยงาน	โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์	4 ระดับ	เสนอให้ใช้	ค่าเยี่ยมชมสำรวจ	ไม่มี	40
สาธารณรัฐเชค	Joint Committee on Accreditation	ตามหน้าที่	โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์	5 ระดับ	มี	ค่าเยี่ยมชมสำรวจ	เฉพาะ รพ.	13
เคอิกิสถาน	Ministry of Health	ตามหน่วยงาน	โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์	3 ระดับ	ไม่มี	ค่าเยี่ยมชมสำรวจ การสนับสนุน จากองค์กรสมาชิก และอื่นๆ	เฉพาะ รพ.	-
ลิทัวเนีย	State Accreditation Services by Ministry of Health	ตามหน่วยงาน	โครงสร้าง และ กระบวนการ	ไม่มี	ไม่มี	กระทรวง สุขภาพ และ ค่าเยี่ยมชมสำรวจ	Nursing, Rehab., Medical Care Hospital	53

หมายเหตุ ดัดแปลงจาก Rooney and van Ostenberg (1999)

ตารางที่ 2 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่กำลังได้รับการพัฒนาอยู่ในประเทศต่างๆ

ประเทศ	องค์กรการรับรอง	การพัฒนา มาตรฐาน	การพัฒนา กระบวนการ เชื่อมโยงสำรวจ	การทดสอบ นำร่อง	เวลาเริ่ม ดำเนินการ	การพัฒนา เครื่องวัด	ระบบ สมัครใจ	แหล่งเงินทุน สนับสนุน	จำกัด ขอบเขต
สเปน	Avedis Donabedian Foundation/JCI	มี	มี	มี	2541	เสนอให้ใช้	ใช่	-	เฉพาะ รพ.
ฝรั่งเศส	National Agency for Accreditation and Evaluation of Health	บางส่วน	บางส่วน	มีแผนจะทำ	2542	เสนอให้ใช้	ไม่ใช่	-	เฉพาะ รพ.
ฟิลิปปินส์	Philippines Council for Accreditation of Health Care Organizations	บางส่วน	บางส่วน	ไม่มี	ไตรมาสที่ 3 ปี 2542	ไม่มี	ใช่	กระทรวง สาธารณสุข ทุนอุดหนุนและ ค่าเยี่ยมชมสำรวจ	เฉพาะ รพ.
มาเลเซีย	-	-	-	-	-	-	-	-	เฉพาะ รพ.
แซมเบีย	Zambia Health Accreditation Council	มี	บางส่วน	บางส่วน	มกราคม 2542	เสนอให้ใช้	ยังไม่ ตัดสินใจ	ยังไม่ ตัดสินใจ	เฉพาะ รพ.
บราซิล	Consortium for Brazilian Accreditation	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	2542	-	ยังไม่ ตัดสินใจ	ยังไม่ ตัดสินใจ	รพ. ใน Rio Region/รพ. มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (รพ.) ที่กำลังได้รับการพัฒนาอยู่ในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ	องค์กรการรับรอง	การพัฒนา มาตรฐาน	การพัฒนา กระบวนการ เชื่อมโยงสำรวจ	การทดสอบ นำร่อง	เวลาเริ่ม ดำเนินการ	การพัฒนา เครื่องชี้วัด	ระบบ สมัครใจ	แหล่งเงินทุน สนับสนุน	จำกัด ขอบเขต
โปแลนด์	Accreditation Council	มี	มี	มี	2542	กำลังอยู่ ระหว่างการ ทดสอบ	ใช่	สภาการรับรอง คุณภาพของ รัฐบาล และ ค่าเยี่ยมสำรวจ	เฉพาะ รพ.
โรมาเนีย	National Agency for Accreditation and Evaluation of Health Services	มี	มี	มี	2542	ไม่มี	ใช่	ยังไม่ตัดสินใจ	เฉพาะ รพ.
ฮังการี	Ministry of Welfare	มี	มี	มี	-	ไม่มี	-	-	เฉพาะ รพ.
ยูเครน	Ministry of Health	มี	มี	บางส่วน	-	-	-	-	เฉพาะ รพ.
ซาอุดีอาระเบีย	Independent organization	มี	บางส่วน	บางส่วน	ใน 3-5 ปี	เสนอให้ใช้	-	-	เฉพาะ รพ.
อียิปต์	-	มี	-	-	-	-	-	-	เฉพาะ รพ.

หมายเหตุ ตัดแปลงจาก Rooney and van Ostenberg (1999)

## เอกสารอ้างอิง

---

1. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (1999) *Hospital Accreditation*. Report of an Inter-country Meeting, Bangkok, Thailand, 7–11 December 1998. New Delhi.
2. Rooney, A.L.; Van Ostenberg, P.R. (1999) *Licensure, Accreditation and Certification: Approaches to Health Services Quality*. Quality Assurance Methodology Refinement Series. Quality Assurance Project, Center for Human Services, Bethesda, MD.



# Global Trends in QA & Accreditation of Health Care Activities and Service

Dr.Ferdinand Siem Tjam WHO/HQ

## แผนงานริเริ่มใหม่ๆ เพื่อพัฒนาบริการ

- กิจกรรมของ Donabedian
- WHO รับ QA เป็นแนวทางใหม่เพื่อพัฒนาบริการ
- มีกิจกรรมทั้งในระดับโลก ภูมิภาค และประเทศ ตั้งแต่ ค.ศ. 1990

## ประเภทของกิจกรรม QA/I

- WHO ได้จำแนก QA/I สำหรับผลิตภัณฑ์หรือเทคนิค ออกจาก QA/I สำหรับบริการสุขภาพ
- โนที่นี้จะเน้นที่ QA/I & accreditation ของบริการสุขภาพ

## แผนงานริเริ่มคู่ขนานสำหรับ QI

- แผนงานริเริ่มที่สนับสนุนโดยองค์กรผู้ให้ทุน เช่น DANIDA (Zambia), USAID, EU, GTZ
- แผนงานริเริ่มซึ่งดำเนินการโดยสถาบันการศึกษา เช่น JHU, Liverpool-STM, UOK
- แผนงานริเริ่มซึ่งดำเนินการโดยองค์กรบริหาร/พัฒนา เช่น QAP, CBO

## โมเดลของ QA

- พัฒนาการของ QA ในประเทศอุตสาหกรรม
- พัฒนาการของ QA ในประเทศกำลังพัฒนา

## องค์ประกอบที่จำเป็นของ QA/I

- ปรับปรุงบริการสุขภาพโดยกระบวนการที่เป็นวงรอบซึ่งประกอบด้วย การวางแผน, การจัดองค์กร, การดำเนินงาน, การทบทวน, การปรับ, การดำเนินงานซ้ำ

## ประเภทของ QA/I

- QA ที่เป็นการพยายามในการปรับปรุง efficacy และประสิทธิผลของหัตถการหรือวิธีการรักษา (เช่น การผ่าตัดไส้ติ่ง การตรวจทางห้องชันสูตร) สามารถบรรยายในลักษณะ classical QA ของ Donabedian
- QA ที่เป็นการพยายามในการปรับปรุงการให้บริการโดยการประเมิน การวางแผน การจัดองค์กร การบริหารเพื่อประสานบริการร่วมกัน ในพื้นที่ภูมิศาสตร์หรือองค์กรที่ชัดเจน เช่น ระบบสุขภาพระดับอำเภอ แนวทางนี้มักจะเรียกกันว่า TQM (Deming, Juran, Butalden)
- QA ซึ่งเป็นความพยายามในเชิงยุทธศาสตร์ มีการวางแผนปฏิบัติการอย่างกว้างขวาง มีการประเมินบริการสุขภาพในระดับประเทศ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาสังคมและการปฏิรูปภาคสุขภาพ กิจกรรมเหล่านี้สอดคล้องกับแผนงานริเริ่มที่ WHO เคยดำเนินการในชื่อกระบวนการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (Managerial Process for National Health Development)

## บทเรียนสำคัญจาก QA/I

- การพัฒนาจากการเรียนรู้
- การวัดระดับของการพัฒนาจะไม่มีการตัดสิน ไม่ประกาศชื่อ ไม่ทำให้เสียหน้า
- ในระบบไม่มีเจ้าหน้าที่ที่เลว มีแต่บริการที่ออกแบบและดำเนินการไม่ดี
- การควบคุมเชิงบริหารสำหรับกิจกรรมการดูแลควรรอยู่ในพื้นที่ให้มากที่สุด
- การพัฒนาต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคคลสาขา (discipline) และภาค (sector)
- ความสูญเสียเปล่าแสดงถึงคุณภาพที่ไม่ดี แม้จะเป็นสิ่งที่ไม่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ก็จำเป็นต้องลดลงให้เหลือน้อยที่สุด
- การจัดบริการที่ดี (good service delivery) เป็นแกนสำคัญของการดูแลผู้ป่วย ไม่ใช่สิ่งฟุ่มเฟือย
- ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นทั้ง object และ subject ของบริการสุขภาพ

## แนวโน้มสากล

- QA ในลักษณะของการเคลื่อนเป็นวงล้อ (cyclical movement) ซึ่งฝังตัวในการบริหารงานประจำวันเป็นวิธีการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิผลที่สุด
- Accreditation ซึ่งเป็นการทบทวนและประเมิน performance ของบริการสุขภาพเป็นระยะ กำลังเป็นประโยชน์มากขึ้นในการเสริมหรือต่อยอดความมีคุณภาพที่ดี

- Accreditation เป็นทางเลือกที่จะทดแทนการควบคุมบริการโดยรัฐบาลแบบดั้งเดิม
- Accreditation โดยองค์กรของประเทศ กับ จากองค์กรนอกประเทศ
- ความสัมพันธ์ในเชิงพึ่งพากันระหว่าง QA/I กับกลไก accreditation สำหรับบริการสุขภาพ

# Uniqueness and Internationality of the Thai HA Program

Anthony Wagemaker

ที่ปรึกษาสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

จากมุมมองของนานาชาติ ประเทศ ผมคิดว่ามีการมุ่งเน้นไปที่เรื่องค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพมากเกินไป เรามักจะได้ยินคำว่า “value for money”. (ให้คุ้มค่าเงิน) อยู่เสมอๆ รัฐบาล บริษัทประกันสุขภาพ และผู้บริโภคร่างต่างก็ต้องการให้ระบบบริการสุขภาพ และผู้ให้บริการจัดบริการให้มากขึ้นโดยใช้เงินน้อยลง

ดูเหมือนว่าปริมาณจะเป็นชื่อของเกม ให้บริการให้มากขึ้นๆ และใช้เงินให้น้อยลงๆ

ปรากฏการณ์เช่นนี้ไม่เป็นการดี เนื่องจากเป้าหมายของการจัดบริการสุขภาพได้สูญหายไป และโลกของเรากำลังเน้นเงินเป็นหลัก มากกว่าเน้นลูกค้าหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

มีการเน้นไปที่การประหยัดค่าใช้จ่ายมากเกินไป จนทำให้คุณภาพบริการสุขภาพถูกละเลย

Accreditation Program ในหลายๆ ประเทศ ก็มีสนับสนุนเหตุการณ์นี้อย่างน่ากลัวอันตราย

เป็นสิ่งที่ต้องยอมรับว่าผู้บริหารต้องรับผิดชอบต่อองค์กรและสังคมโดยรวม ในเงินที่ใช้ไปกับบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม จะต้องไม่ทำให้อุดมการณ์ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางต้องลดหย่อนลงไป

ขออนุญาตทบทวนประเด็นที่เกี่ยวกับการพัฒนา Accreditation Program ของประเทศไทยอย่างสั้นๆ ดังนี้

## 1. การรับถ่ายทอด (Transferability)

กลุ่มแกนนำซึ่งรับผิดชอบในการพัฒนา HA ของไทย ประสบความสำเร็จในการสกัดบทเรียนและหลักการของ HA จากประเทศต่างๆ ซึ่งสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ พวกเขาตระหนักว่าการละเลยสิ่งที่เป็นบทเรียนของประเทศอื่นๆ ย่อมไม่เป็นการฉลาด แต่แต่ละประเทศไม่ควรจะต้องไปเริ่มหมุนวงล้อใหม่ของตนเอง แต่เราจะต้องสามารถสกัดหลักการซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยในการประเมินกิจกรรมของเราเทียบกับมาตรฐานที่ประเทศไทยจัดทำขึ้นเอง

ด้วยความสามารถในส่วนนี้ โรงพยาบาลในประเทศไทย จึงได้รับประโยชน์จาก model ต่างๆ ที่ได้มีการศึกษา ทั้งที่เป็น model ร่วมสมัย และในอดีต

ในช่วงต้นของการพัฒนา ท่านได้เรียนรู้ว่าท่านไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นทำทุกอย่างใหม่ แต่เราก็ต้องฉลาดพอที่จะเรียนรู้และพัฒนาต่อจากของประเทศอื่นๆ

เราจะต้องรอบคอบและไม่ลอกเลียนในสิ่งที่ผิดๆ ประเทศไทยได้หลีกเลี่ยงที่จะลอกเลียนบริบทของ model ต่างๆ โดยกำหนดเนื้อหาของตนเองขึ้นมาเอง

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลประสบความสำเร็จมากในการพัฒนา Accreditation Program ในภาวะทางวัฒนธรรมอันเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว



HA Program ของไทยเน้นวัฒนธรรมของการนำและความร่วมมือทำงานเป็นทีมระหว่างวิชาชีพต่างๆ ส่งเสริมให้มีการสร้างคุณค่า บรรทัดฐาน ภาษา และพฤติกรรมใหม่ ให้เกิดขึ้น ส่งเสริมให้มีการพัฒนาทักษะใหม่ๆ สำหรับผู้ให้บริการ ส่งเสริมให้มีการประสานเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพในชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง จากสถานีนามัย คลินิก การดูแลที่บ้าน แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล และบริการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อเป็นหลักประกันของการดูแลอย่างต่อเนื่อง

HA ของไทยได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่องค์ประกอบพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพขององค์กรซึ่งเปรียบเสมือน DNA (Deoxy-ribo Nucleic Acid) นั่นคือความคิดและพฤติกรรมของสมาชิกในองค์กรแต่ละคนรวมทั้งพฤติกรรมองค์กรของโรงพยาบาล และส่วนราชการ พฤติกรรมในโรงพยาบาลและความตระหนักใน ความสำคัญของชุมชน

ความตื่นตัวของผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพนี้ได้แสดงให้เห็น ปรากฏชัดในการประชุม National Forum on Hospital Accreditation ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2

HA ของไทยได้ส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ซึ่งเกิดจากการประเมินตนเองเพื่อการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

สิ่งนี้เป็นของคนไทย และดำเนินการโดยคนไทย เป็นที่น่า อิจฉาของประเทศอื่นหลายประเทศ



### 3. ยุทธศาสตร์ (Strategy)

สิ่งที่สำคัญที่สุดในการพัฒนายุทธศาสตร์สำหรับอนาคตคือการธำรงไว้ซึ่งปรัชญาของการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างหนักแน่น ระวังไว้ใจถึงเจตจำนง พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของเรา เราจะต้องริเริ่มกิจกรรมทั้งหลายของเราในลักษณะของทีมคร่อมสายงานหรือทีมสหสาขา ซึ่งมีความพึ่งพาอาศัยกันและกัน นั่นคือ ฉันต้องพึ่งเธอ ด้วยการที่เธอทำในสิ่งที่ถูกต้อง เพื่อว่าฉันจะสามารถทำในสิ่งที่ถูกต้องได้

ขอให้นึกถึงเพื่อนร่วมงานของเราไว้ตลอดเวลา เคารพความคิดเห็นและคุณค่าของการมีส่วนร่วมของเพื่อนของเรา

เราจะต้องดำเนินงานของเราอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ โดยการสืบค้น การประเมิน และการวิจัย เพื่อจะได้ใช้ข้อมูลและข้อเท็จจริงเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ

เราจะต้องเน้นที่มาตรฐานและประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานอยู่ตลอดเวลา

เหนือสิ่งอื่นใด มาตรฐานเหล่านี้เป็นเอกลักษณ์ของประเทศไทย จัดทำขึ้นโดยพวกท่านเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการสุขภาพเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนไทย

ในการวางแผนยุทธศาสตร์ของเรา เราจะต้องพิจารณาการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ตลอดเวลา ไม่เฉพาะทางด้านกายภาพเท่านั้น แต่สิ่งที่สำคัญกว่าคือ ความสามารถในการเข้าถึงบริการได้โดยไม่ต้องกังวลว่าใครจะเป็นผู้จ่ายค่าบริการนั้น

เพื่อที่จะส่งเสริมวิถีชีวิตแห่งสุขภาพดี เพื่อที่จะยกระดับสถานะสุขภาพของคนในชาติ เราจะต้องทำให้บริการสุขภาพ

เป็นที่เข้าถึงโดยประชาชนทุกคนโดยเสรีฐานะไม่เป็นข้อจำกัด เราจะต้องจัดบริการซึ่งเชื่อมต่อระหว่างระดับหนึ่งไปยังอีก ระดับหนึ่ง เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการในสถานที่ที่ดีที่สุด สำหรับภาวะนั้น

การทำงานร่วมกันของชุมชนบริการสุขภาพ จะเป็น หลักประกันความต่อเนื่องของการดูแลจากสถานบริการแห่ง หนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง

#### 4. ความมุ่งมั่น (Commitment)

ขอให้ตระหนักว่า ยิ่งแต่ละท่านมุ่งมั่นต่อคุณภาพมากขึ้น เท่าไร ท่านก็จะคิดถึงผลประโยชน์ของตนเองน้อยลงเท่านั้น สิ่งนี้ต้องการการนำที่ดี และการที่ทุกส่วนมีเป้าหมายร่วมกัน พร้อมทั้งจะทำงานร่วมกันเป็นทีมและสนับสนุนกันและกัน เพื่อ บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

# “Practical Leadership” for Hospital Accreditation

Marion C. Suski

## ภาวะผู้นำ (Leadership)

อย่าเดินตามหนทางที่มีอยู่ จงเดินไปในที่อันปราศจากทาง  
เดินและทิ้งร่องรอยไว้ ผู้ที่กล้าเสี่ยงไปไกลกว่าผู้อื่นเท่านั้น ที่จะ  
พบว่าตนเองสามารถไปได้ไกลเพียงใด

T.S. Eliot

## การเตรียมตัวสำหรับ Accreditation ของเรา

เริ่มต้นด้วย ทีม ทีม ทีม

Together, Everyone, Achieves, More

## ขั้นตอนของการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

- ขั้นที่ 1** ประเมินตนเองเพื่อดูข้อมูลพื้นฐาน  
เรียนรู้เกี่ยวกับตัวเราเอง, อะไรคือสิ่งที่ทำดี ทำถูกแล้ว,  
อะไรคือสิ่งที่เราสามารถปรับปรุงได้
- ขั้นที่ 2** จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ  
ทบทวนโอกาส, ค้นหาความเสี่ยง, จัดทำแผนปฏิบัติการ
- ขั้นที่ 3** ดำเนินการตามแผนพัฒนาคุณภาพ  
เริ่มเคลื่อนตามแผน, ติดตามความก้าวหน้า, ปรับปรุงเพื่อ  
ให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

**ขั้นที่ 4** ประเมินตนเองเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการรับรอง  
เรียนรู้เกี่ยวกับตัวเราเอง, อะไรคือสิ่งที่ดี ทำถูกแล้ว,  
อะไรคือสิ่งที่เราสามารถปรับปรุงได้

กลับไปขั้นที่ 2 อีก  
คิด ปฏิบัติ ปรับปรุง

## แนวคิดพื้นฐานสำหรับการจัดทำแผนคุณภาพ

เริ่มต้นด้วยพันธกิจ (mission) วิสัยทัศน์ (vision) เป้าประสงค์  
(goals)

ใครเป็นผู้ป่วยของท่าน  
ผู้ป่วยของท่านมีความต้องการอะไร  
เราควร monitor อะไร  
ค้นหาโอกาสพัฒนา  
ดำเนินการพัฒนาและวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้น

## เป้าหมายของ Accreditation

เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย  
เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะขององค์กรเทียบกับมาตรฐาน  
ระดับชาติ  
เพื่อแสดงความมุ่งมั่นสู่ความเป็นเลิศ

## Accreditation: คืออะไร ทำไมเราต้องทำ

เป็นกลไกที่จะประเมินโรงพยาบาลของเราเปรียบเทียบกับ  
มาตรฐานโรงพยาบาล  
เป็นการประเมินตนเองที่ก่อให้เกิดประโยชน์  
เป็นการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ  
นำไปสู่การปรับปรุงพัฒนา  
ทำให้สาธารณชนได้รับรู้

ก่อให้เกิดความเชื่อมั่น  
สำหรับผู้บริหารระดับสูง: เป็นพิมพ์เขียวและพื้นฐานสู่  
ความสำเร็จ  
สำหรับผู้ป่วย: ได้รับการดูแลที่ดีขึ้น เป็นมาตรฐาน และ  
ปลอดภัยจากความเสียหาย

## การตรวจสอบ (Inspection) กับ การรับรองคุณภาพ (Accreditation)

การตรวจสอบ: ใช้มาตรฐานขั้นต่ำ มีบทลงโทษ เป็นสิ่งที่  
บังคับ  
การรับรองคุณภาพ: ใช้มาตรฐานที่เหมาะสม เป็นการ  
ศึกษาเรียนรู้ เป็นการให้คำปรึกษา เป็นการทำให้โดยสมัครใจ

### เราวัดคุณภาพอย่างไร

เครื่องชี้วัดเป็นแนวทาง ช่วยให้เราติดตาม ประเมิน และ  
ปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย บริการสนับสนุน และหน้าที่  
ขององค์กรที่มีผลต่อผู้ป่วย

เครื่องชี้วัดควรจะทำให้เราทราบว่าเราให้บริการอย่างไร  
เราตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยได้  
หรือไม่ เป็นข้อมูลที่ช่วยให้เราเห็นโอกาสพัฒนา

การติดตามเครื่องชี้วัดควรนำไปสู่การปรับปรุงบริการ ควร  
เตือนให้โรงพยาบาลรับรู้ความเสี่ยงที่เป็นไปได้ และประเมิน  
ระดับของความเสี่ยง (ความรุนแรง, โอกาสเกิด)

การติดตามเครื่องชี้วัดช่วยเป็นแนวทางในการกำหนด  
ลำดับความสำคัญ เครื่องชี้วัดเป็นส่วนหนึ่งของแผนคุณภาพ  
ช่วยในการกำหนดกรอบเวลา และความคาดหวังเพื่อการเยี่ยม  
สำรวจ

## คุณภาพเข้าไปเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลายประการ

ลูกค้าเป็นศูนย์กลาง การนำ การทำงานเป็นทีม การพัฒนา  
คุณภาพ การบริหารกระบวนการ และผลลัพธ์ สมรรถนะของ  
องค์กร

### ทำไมโรงพยาบาลยังมีปัญหา: กลุ่มล่อ

ทำการปรับปรุงมากมายหลายเรื่องในเวลาเดียวกัน  
ไม่มีผู้รับผิดชอบปัญหาอย่างชัดเจน  
ไม่เป็นโรงพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง  
ขาดกำลังคนที่มีความรู้และประสบการณ์  
ผู้บริหารระดับกลางไม่มั่นใจบทบาทของตนเองในอนาคต  
ขาดการมุ่งเน้นที่กระบวนการซึ่งเพิ่มคุณค่าให้ลูกค้า  
ขาดการบูรณาการระบบสารสนเทศและระบบการเงิน  
การงานแยกส่วน เป็นไปตามความอยากของเจ้าหน้าที่  
ภาวะผู้นำไม่ดี

### เส้นทางเดินคุณภาพของเรา: ตามตัวท่านเอง

1. ใครคือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เราให้บริการ
2. ท่านทราบความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า  
อย่างไร
3. โปรดบรรยายกระบวนการสำหรับ...
4. กระบวนการนั้นใช้ได้ดีเพียงใด
5. จะทำให้กระบวนการนั้นดีขึ้นได้อย่างไร

### การเยี่ยมชมสำรวจจะยกทวน 6 ประเด็น

1. การพัฒนาคุณภาพ
2. การบริหารการใช้ทรัพยากร

3. การตรวจสอบคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่
4. สิทธิและความรับผิดชอบ
5. บริการสุขภาพ
6. เวชระเบียน

## จะนำ Accreditation ไปสู่การปฏิบัติอย่างไร

1. สมัครใจเข้าร่วม
2. โรงพยาบาลเตรียมการเยี่ยมพื้นที่ (ทบทวนมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับแต่ละทีม, กำหนดทีมของโรงพยาบาล, แต่ละทีมใช้มาตรฐานประเมินตนเอง)
3. การเยี่ยมพื้นที่ (ใช้มาตรฐานเดียวกัน, อภิปรายร่วมกันระหว่างทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจและทีมของโรงพยาบาล)

## กระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ (Survey Process)

1. แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ
2. การเยี่ยมชมสำรวจประกอบด้วย การสำรวจดูโรงพยาบาล และหน่วยงาน, การทบทวนเอกสาร, การสัมภาษณ์ทีมดูแลผู้ป่วย
3. จัดทำรายงาน และข้อเสนอแนะ
4. ให้ประกาศนียบัตร



---

# HA จะคล้ายทุกซ์ของประชาชน ได้อย่างไร

---

บพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล  
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



## ข่าวทุกขประชาชน เราะบริโกคอย่างไร

จากการที่สื่อมวลชนนำผลงานวิจัยเกี่ยวกับทุกข์ของประชาชนเนืองมาจากระบบบริการสุขภาพออกมาเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสารที่ออกมาก่อให้เกิดความตื่นตัวและความรู้สึกที่แตกต่างกันออกไป ประชาชนหรือผู้บริโกคอาจจะเกิดความหวั่นไหวไม่ไว้วางใจพร้อมทั้งอยากจะเห็นความรับผิดชอบจากผู้เกี่ยวข้อง ทางด้านสื่อมวลชนก็พยายามที่จะเจาะลึกต่อไปในรายละเอียดนำมาเผยแพร่ด้วยเห็นว่าเป็นหน้าที่ของตน ทางด้านผู้ที่เกี่ยวข้องกับกรณีดังกล่าวก็มีความรู้สึกว่าคุณงโทษซ้ำเป็นคำรบสอง เพราะในช่วงที่เกิดเหตุนั้นก็เคยตกเป็นข่าวตามสื่อมวลชนจนถูกส่งคมลงโทษไปแล้วรอบหนึ่ง

งานวิจัยลักษณะนี้มีความอ่อนไหวมากเนื่องจากมีโอกาสส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทิศทางที่ไม่พึงปรารถนา ข้อเท็จจริงและความคิดเห็นที่นักวิจัยได้รับมานั้นเกิดจากความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องซึ่งอาจจะอยู่ในเหตุการณ์หรืออาจจะเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ได้อยู่ในเหตุการณ์ ท่านเหล่านั้นมีสิทธิที่จะปฏิเสธไม่ให้ความร่วมมือกับนักวิจัย แต่ด้วยความกล้าหาญ ความเสียสละ และความปรารถนาดีที่ต้องการนำบทเรียนนั้นไปสู่การแก้ไขปัญหาหรือป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นอีก นักวิจัยจึงได้รับข้อมูลต่างๆ ในเชิงลึกมาวิเคราะห์ ทั้งนี้โดยมีข้อตกลงกันว่านักวิจัยจะต้องรักษาความลับของแหล่งข้อมูลและผู้เกี่ยวข้อง เนื่องจากงานวิจัยทั้งหลายไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะค้นหาผู้กระทำผิด แต่ต้องการศึกษาวิเคราะห์ว่าระบบมีปัญหาอย่างไร ควรมีการปรับปรุงอย่างไร

การบริโกคผลงานวิจัยอาจเกิดขึ้นในหลายลักษณะ เช่น เพื่อความสะใจ เพื่อความเป็นธรรม เพื่อความเข้าใจ เพื่อสร้างพลัง

เพื่อกำหนดทิศทาง เพื่อลงมือปฏิบัติการแก้ปัญหา หากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจตรงกันก็ย่อมจะใช้ประโยชน์สูงสุดจากงานวิจัยได้

**การบริโภคเพื่อความพอใจ** คือ ความต้องการที่จะเห็นว่ามี การค้นหาและลงโทษผู้กระทำผิดอย่างสาสม และจะรู้สึกไม่พอใจหากพบว่าหาผู้กระทำผิดไม่ได้หรือไม่มีการลงโทษผู้กระทำผิด การมุ่งบริโภคในลักษณะนี้อาจจะเกิดปัญหาหากกรณีนั้นอยู่พ้นวิสัยที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะรับผิดชอบ เช่น ความเสียหายนั้นเกิดจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยเอง หรือเกิดจากปัญหาของระบบ ก็จะทำให้เกิดการกล่าวโทษที่ไม่เป็นธรรมเกิดขึ้น

การจะมองว่าเป็นปัญหาของตัวบุคคลหรือเป็นปัญหาของระบบนั้น ขึ้นอยู่กับการใช้มุมมองของผู้ศึกษา เคยมีการศึกษาในประเทศอเมริกาว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นเกิดจากปัญหาตัวบุคคล 3 ใน 4 แต่เมื่อมีการเปลี่ยนมุมมองใหม่แล้วทำการศึกษาซ้ำ ปรากฏว่าสาเหตุที่เกิดจากตัวบุคคลนั้นเหลือเพียง 1 ใน 4 แสดงว่าหากมีการมุ่งปรับปรุงระบบงานหรือสร้างกลไกที่เหมาะสมขึ้นมาแล้ว จะสามารถป้องกันปัญหาส่วนใหญ่ได้

**การบริโภคเพื่อความเป็นธรรม** ทุกท่านต้องการเห็นถึงความสูญเสียที่เกิดขึ้นนั้นได้รับการชดเชยอย่างเหมาะสมทุกฝ่าย ยอมรับว่าระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการชดเชยอย่างรวดเร็วและเหมาะสม ผู้เสียหายต้องฟ้องร้องโรงพยาบาลต้องปกป้อง การช่วยเหลือใดๆ ต้องทำด้วยความระมัดระวัง มิฉะนั้นจะถูกมองว่าช่วยเพราะยอมรับผิด ผลลัพธ์คือคู่มือทั้งสองฝ่ายกลายเป็นศัตรูที่ต่อสู้เพื่อเอาชนะกัน มิได้เป็นไปเพื่อความเป็นธรรมที่ผู้เสียหายควรจะได้รับ ประเทศอเมริกาอีกเช่นกันที่ได้รับผลกระทบจากวงจรอุบาทว์นี้จนค่า

รักษาพยาบาลแพลงลิบลิว และแพทย์พยายามทำทุกอย่างเพื่อปกป้องตัวเอง ในขณะที่ประเทศทางยุโรปมีวัฒนธรรมของการฟ้องร้องน้อยกว่า และมีมาตรการในการช่วยเหลือผู้เสียหายก่อนที่เรื่องจะไปสู่การฟ้องร้อง

การบริโภครอคเพื่อทำความเข้าใจ ปัญหาบางอย่างมีความซับซ้อน มีปัจจัยที่เป็นสาเหตุเชื่อมโยงกันหลายประการ หากไม่วิเคราะห์หรืออย่างรอบด้านจะเห็นแต่อาการของปัญหา ไม่เข้าใจสาเหตุ มีการกล่าวโทษหรือสรุปผิดประเด็น ซึ่งนำไปสู่แนวคิดในการแก้ปัญหาที่ไม่ได้ผล เป็นหน้าที่ของนักวิจัยที่จะวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจความซับซ้อนของระบบ และนำเสนอต่อผู้บริโภค

การบริโภครอคเพื่อสร้างพลังและกำหนดทิศทาง เมื่อเกิดความเข้าใจว่าต้นตอหรือรากเหง้าของปัญหาอยู่ที่ตรงไหนแล้ว ย่อมทำให้เกิดปัญญาว่าปัญหานั้นจะหมดไปได้อย่างไร ปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จคือความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้อง ความร่วมมือระหว่างผู้บริโภคกับผู้ให้บริการ การสร้างพลังในที่นี้จึงมีความหมายในเชิงบวกซึ่งเน้นในเชิงสร้างสรรค์และเกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม มากกว่าเพียงจะรวมพลังกันกดดันคนอื่นซึ่งอาจจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ เกิดขึ้น

การบริโภครอคเพื่อลงมือปฏิบัติการแก้ปัญหา หากพิจารณาให้ลึกซึ้งจะพบว่าทุกฝ่ายล้วนมีบทบาทในการแก้ปัญหา การที่ประชาชนจะมองว่าราชการต้องแก้ปัญหาให้ประชาชนแต่ฝ่ายเดียวนั้นไม่น่าจะเป็นมุมมองที่ถูกต้อง บางเรื่องประชาชนอาจจะมึบบทบาทมากกว่าและทำได้สำเร็จดีกว่า จึงควรมองดูการแก้ปัญหาในระดับประชาชน, ระดับผู้ให้บริการแต่ละคน, ระดับสถานพยาบาล, และระดับกลไกของประเทศ

ประชาชนจะมีบทบาทอย่างไร หากเรามีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีทั้งด้านกายภาพและสังคมก็จะทำให้เราไม่เจ็บป่วย หากเราเจ็บป่วยและรู้ว่าโรคใดหายเองได้ โรคใดต้องได้รับการบำบัดรักษา โรคใดสามารถให้วิธีง่าย ๆ หรือใช้การแพทย์ทางเลือก โรคใดต้องใช้วิธีการรักษาด้วยการแพทย์แบบตะวันตก ก็จะทำให้ลดภาระงานของสถานพยาบาลต่างๆ ไม่เกิดปัญหาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่เพียงพอ อีกทั้งลดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ไม่จำเป็นลงไป

ผู้ให้บริการแต่ละคนจะมีบทบาทอย่างไรคงจะต้องกลับมาตรวจสอบตนเองว่างานที่ทำอยู่นั้นมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยหรือไม่ เคยเกิดขึ้นหรือไม่ จะป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้อย่างไร เราได้ให้การดูแลผู้ป่วยสมดังที่ผู้ป่วยมอบความไว้วางใจแก่เราหรือไม่

สถานพยาบาลจะมีบทบาทอย่างไร การสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการค้นหาปัญหาและวางมาตรการป้องกันที่รัดกุม จะทำให้ความเสียหายที่เกิดขึ้นไม่สูญเปล่าแต่ช่วยป้องกันไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายอื่นๆ

กลไกของประเทศจะมีบทบาทอย่างไร ควรจะทำให้หน่วยที่สุดแต่มีผลกระทบมากที่สุด เช่น การเลิกมัดมือมัดแขนผู้บริหารด้วยกฎระเบียบที่ไม่เอื้อต่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ สอดคล้องกับความเป็นจริง การจัดระบบจ่ายเงินเพื่อส่งเสริมการจัดบริการที่มีคุณภาพ การคัดเลือกและประเมินผู้บริหาร เป็นต้น

หวังว่าคงจะทำให้ท่านผู้อ่านเห็นแนวทางว่าเราจะบริโภคข้อมูลข่าวสารให้เป็นประโยชน์เพิ่มขึ้นได้อย่างไร และบางครั้งเราต้องตัดคลื่นรบกวนหรือความรู้สึกที่ไม่เกิดประโยชน์ออกไป

แล้วมุ่งไปสู่แก่นสารที่แท้จริงเพื่อประโยชน์ของสังคมในอนาคต  
และลูกหลานของเรา

## กรณีศึกษาที่ 1 เพราะอยากให้องค์กรแพทย์เปลี่ยนแปลง

### เรื่องย่อ

ดวงกมลเลือกฝากครรภ์ไว้ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง และตกลงกับสูติแพทย์ผู้รับฝากครรภ์ว่าจะให้กำเนิดทารกตาม ฤกษ์ที่หามาได้ในคืนวันก่อนที่จะถึงฤกษ์กำเนิด เธอยังไม่มีอาการ เจ็บท้องแต่อย่างไรและได้รับการเร่งคลอดด้วยยาเหน็บ เธอมีอาการปวดมากขึ้นตอนใกล้รุ่งและถูกย้ายเข้าห้องคลอด เมื่อถึง ตอนเช้าปากมดลูกเพิ่งเปิดเพียง 1-2 เซนติเมตร ทัศนวิสัยแพทย์ถูก ตามมาฉีดยาระบบเยื่อไขสันหลัง (epidural block) เพื่อให้การ คลอดเป็นไปโดยไม่เจ็บปวด เมื่อเวลาประมาณ 8.00 น. และ ต่อมาอีก 15 นาที สูติแพทย์เจ้าของไข้เจาะถุงน้ำคร่ำเพื่อเร่งคลอด

สามีของดวงกมลไม่ทราบว่าการฉีดยาระบบเยื่อไข สันหลังมีความเสี่ยงอะไร การเจาะถุงน้ำคร่ำหมายถึงอะไร ทำไม ต้องเจาะ

เมื่อเวลา 8.50 น. สามีสังเกตเห็นว่าทัศนวิสัยแพทย์ที่มาฉีดยา ได้ปลีกตัวออกไป ภรรยาบอกว่ายังปวดอยู่ จึงบอกกับพยาบาล ที่อยู่นำห้อง พยาบาลได้เข้ามาเติมยาชาให้ ต่อมาอีกสัก 10 นาที ดวงกมลร้องบ่นออกมาว่าปวดหัว และมีอาการกระสับกระส่าย ความดันตกลงมาก หลังจากที่ทีมแพทย์ทั้งหมดได้ช่วยชีวิต อย่างเต็มที่ ดวงกมลก็เสียชีวิตพร้อมบุตรในครรภ์

ทางโรงพยาบาลแจ้งให้ทราบว่าสาเหตุของการเสียชีวิต

อาจจะเกิดจากการแพ้ยาชา, การบล็อกไขสันหลังสูงเกินไป หรือ เศษน้ำคร่ำเข้าไปในเส้นเลือดของปอด

เมื่อไปดูศพพบว่ามีกรดไขมันฟอสโฟลิพิดเข้ามาในหลอดเลือดโดยที่ สามีไม่ได้รับแจ้งให้ทราบก่อน ทำให้เชื่อว่าโรงพยาบาลพยายาม ปกปิดสาเหตุการตาย ทำให้คิดว่าคงจะพุดกับทางโรงพยาบาล ไม่รู้เรื่องแล้ว ญาติส่งศพไปตรวจที่สถาบันนิติเวชเพื่อหาสาเหตุ การเสียชีวิต ผลการตรวจจะระบุว่า ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว จากเศษน้ำคร่ำเข้าไปในระบบเส้นเลือดของปอด (amniotic embolism)

สามีดวงกมลได้ยื่นฟ้องแพทย์ผู้ดูแลทั้ง 2 คนต่อแพทยสภา ว่าละทิ้งผู้ป่วยไปตรวจผู้ป่วยรายอื่น โดยไม่คอยดูแลว่ามีเหตุ แทรกซ้อนอะไรหรือไม่ เป็นการประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึง ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการอ้างว่าเสียชีวิตเพราะแพ้ยาชา เป็นการให้ความเห็นโดยไม่สุจริต ฟ้องแพทยสภากล่าวหาว่าผู้ อำนวยการโรงพยาบาลปล่อยให้พยาบาลที่ไม่ใช้วิสัญญีแพทย์ ให้นยาแก่ผู้ป่วย เป็นการยินยอมให้มีการประกอบโรคศิลปะโดย ผิดกฎหมาย และมีการให้ความเห็นโดยไม่สุจริต

นอกจากนั้นยังได้ยื่นฟ้องต่อศาลในข้อหาประมาทที่บล็อก หลังแล้วทั้ง เจาะถุงน้ำคร่ำแล้วทั้ง

## บทเรียน

### 1. การสนองตอบความต้องการของผู้รับบริการ

การขอคลอดตามฤกษ์กลายเป็นสิ่งที่ปฏิบัติกันจนเกือบจะ กลายเป็นสิ่งปกติในสังคมไทย ส่งผลให้มีการคลอดที่ไม่เป็น ธรรมชาติมากขึ้น อาจจะต้องมีการเร่งคลอด หรือมีการผ่าตัด

คลอดโดยไม่จำเป็น ซึ่งการคลอดที่ไม่เป็นธรรมชาตินี้ดูเหมือนว่าเทคโนโลยีจะทำให้ความเสี่ยงต่างๆ ลดลงไปมาก แต่ก็ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่ามีความเสี่ยงน้อยกว่าการคลอดด้วยวิธีธรรมชาติ หรือมีหลักประกันว่าจะปราศจากความเสี่ยง

มักจะมีการแปลความหมายของคุณภาพกันอย่างผิวเผิน โดยนำคำจำกัดความที่ใช้ในภาคธุรกิจและอุตสาหกรรมมาใช้ โดยไม่ทำความเข้าใจให้ลึกซึ้ง นั่นคือความหมายที่ว่าคุณภาพคือ การตอบสนองความต้องการของลูกค้าและการทำให้เกิดเกินกว่าความคาดหวังของลูกค้า

เมื่อนำแนวคิดนี้มาใช้กับบริการสุขภาพ จำเป็นต้องแยกแยะความต้องการของผู้ป่วยออกเป็น 3 ระดับได้แก่

- 1) ปัญหาหรือความเดือดร้อนที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ด้วยตนเอง
- 2) ความต้องการซึ่งผู้ป่วยไม่อาจรับรู้ได้ด้วยตนเอง ต้องอาศัยความรู้ของผู้ประกอบวิชาชีพเข้าช่วย
- 3) ความคาดหวังของผู้ป่วยซึ่งต้องการความสะอาดทุกสภาวะ การดูแลอย่างอบอุ่น

นอกจากนั้นการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการควรมีพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งจะนำไปสู่การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมไม่ฟุ่มเฟือยหรือไม่เอาเปรียบสังคม

ผู้ประกอบวิชาชีพควรเป็นผู้นำสังคมมากกว่าเป็นผู้ตามสังคม ควรเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่สังคมเมื่อสังคมกำลังจะเดินไปในทิศทางที่ไม่เหมาะสม

2. การให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ  
การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยการพยากรณ์โรค

ทางเลือกต่างๆ ในการรักษา รวมทั้งข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือก เป็นสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ และเป็นมาตรฐานที่ผู้ประกอบวิชาชีพควรยึดถือปฏิบัติ หากปฏิบัติได้จะเป็นภูมิคุ้มกันให้กับผู้ประกอบวิชาชีพเอง

มักจะได้ยินคำกล่าวอยู่เนืองๆ ว่า “อธิบายไปก็ไม่รู้เรื่อง” แต่เราก็พบว่าผู้ป่วยและญาติจำนวนหนึ่งซึ่งมีความสามารถที่จะรับทราบและเข้าใจก็ยังคงไม่ได้รับการอธิบาย

เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ซับซ้อนจนยากที่จะเข้าใจ ผู้ประกอบวิชาชีพจึงต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการที่จะตัดสินใจบางอย่าง แต่บางครั้งเราใช้วิสาสะมากเกินไป ในฐานะตัวแทนจนลืมที่จะให้ข้อมูลและขอความเห็นจากผู้ป่วยและญาติ

ระบบของเราเต็มไปด้วยรูปแบบและความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน เราให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมรับการรักษาด้วยความเข้าใจว่าเพื่อปกป้องผู้ให้การรักษามีให้ถูกฟ้องร้องและเรียกใบนี้ว่า consent form ทั่วๆ ที่ความมุ่งหมายของการลงนามยินยอมรับการรักษาคือ การปกป้องสิทธิผู้ป่วยว่าก่อนที่จะทำอะไรกับผู้ป่วยนั้น จะต้องมีการอธิบายจนเป็นที่เข้าใจและยอมรับของผู้ป่วยหรือญาติ ซึ่งประเทศต้นแบบเรียกว่า informed consent

ถึงเวลาแล้วที่เราจะต้องมาวางแนวทางปฏิบัติเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการได้รับข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำความเข้าใจกันใหม่ว่าการลงนามยินยอมรับการรักษาโดยได้รับการบอกกล่าวคือเครื่องมือเพื่อปกป้องสิทธิของผู้ป่วย ตรวจสอบระบบที่เป็นอยู่ว่าเราทำได้ดีเพียงใด แล้วปรับปรุงให้สมบูรณ์ขึ้นอย่างเร่งด่วน



### 3. การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง

ในสมัยก่อนนั้นเมื่อเกิดความสูญเสียเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเสียชีวิตหรือพิการ ญาติก็มักจะถือเสียว่าเป็นเวรเป็นกรรมของผู้ป่วย แต่ปัจจุบันนี้เราไม่อาจยอมรับการสูญเสียที่ไม่สมควรเกิดขึ้นได้อีกต่อไป จึงเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการที่จะตรวจสอบตนเองว่าในงานที่ทำอยู่นั้นมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียอะไรบ้าง ในสถานการณ์ใดบ้างที่มีความเสี่ยงสูง ความเสี่ยงนั้นจะมีความรุนแรงหรือมีโอกาสเกิดได้บ่อยเพียงใด จะมีวิธีการในการหลีกเลี่ยงหรือป้องกันไม่ให้เกิดความสูญเสียได้อย่างไร หากเกิดความสูญเสียแล้วจะควบคุมให้อยู่ในขอบเขตจำกัดได้อย่างไร ทั้งหมดนี้คือ “กระบวนการบริหารความเสี่ยง” ซึ่งโรงพยาบาลจะต้องจัดให้มีขึ้นในทุกหน่วยงานและมีการประสานเชื่อมโยงส่วนย่อยต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เห็นภาพรวมของโรงพยาบาล

ตัวอย่างของการจัดยาชารอบเขื่อนุไซสันหลัง และการเจาะถุงน้ำคร่ำ ล้วนเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยง เมื่อมีความเสี่ยงก็ต้องหามาตรการในการหลีกเลี่ยงหรือปกป้อง โดยกำหนดเป็นแนวทางให้ชัดเจนว่าอะไรคือข้อบ่งชี้ อะไรคือข้อห้าม ใครจะเป็นผู้ปฏิบัติ เพื่อเป็นแนวทางประกอบการใช้ดุลยพินิจของผู้เกี่ยวข้อง เมื่อกำหนดแล้วก็มีการทำความเข้าใจให้ชัดเจนเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

บทความนี้ไม่มีจุดมุ่งหมายที่จะชี้ว่าใครผิดใครถูกสำหรับเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว เพราะเป็นการยากที่จะระบุว่าความสูญเสียในผู้ป่วยแต่ละรายนั้นเกิดจากอะไร ผู้ที่อยู่ในวงการใกล้ขีดระบุว่าปริมาณยาชาที่ฉีดเข้าไปนั้นไม่สามารถก่อให้เกิด total spinal block ได้ และในปัจจุบันได้มีการใช้เทคนิคที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเพิ่มยาด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามผู้เขียน

ต้องการชี้ให้เห็นว่าเมื่อไรก็ตามที่เราต้องทำงานที่มีความเสี่ยง มีโอกาสเกิดความสูญเสีย จะต้องมีส่วนที่เรียกว่า “นโยบายและระเบียบปฏิบัติ” สำหรับการทำงานดังกล่าว โรงพยาบาลจะต้องระบุให้ชัดเจนว่าโรงพยาบาลจะมีสิทธิเต็มยารอบเอื้ออนุโยชน์หลังหรือไม่ หากอนุญาตให้ทำได้ บุคคลนั้นจะต้องได้รับการฝึกอบรมอย่างไร และจะต้องเตรียมความพร้อมเพื่อช่วยชีวิตฉุกเฉินอย่างไร โดยอาศัยแนวทางซึ่งองค์การวิชาชีพและส่วนราชการที่เกี่ยวข้องจัดทำไว้ เพื่อให้ความคุ้มครองแก่ผู้ที่ปฏิบัติในแนวทางที่กำหนดไว้

#### 4. การเฝ้าระวังภาวะที่มีความเสี่ยงสูง

ภาวะแทรกซ้อนที่น้ำคร่ำเข้าไปในกระแสเลือดเป็นสิ่งที่อาจพบได้ระหว่างคลอด แม้จะเกิดไม่บ่อยนัก แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วยากที่จะรักษาได้ ทุกคนที่ทำงานเกี่ยวกับสูติกรรมรับรู้ถึงความเสี่ยง ถ้ามองว่าหากเกิดภาวะนี้ขึ้นแล้วเราพร้อมที่จะรับมือหรือไม่ คำตอบที่มักจะได้คือความเจียม

การสร้างสถานการณ์จำลองอาจช่วยให้เราเตรียมความพร้อมได้ดีขึ้น ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ขึ้นกับผู้ป่วย เราจะทราบเราได้เร็วที่สุด ให้การวินิจฉัยเร็วที่สุด เพื่อให้การรักษาเร็วที่สุดได้อย่างไร อาการเช่นไรที่เป็นสัญญาณเตือน เมื่อพบสัญญาณเตือน โรงพยาบาลจะต้องทำอะไร จะต้องรายงานใคร แพทย์จะต้องทำอะไร จะต้องมืออุปกรณ์อะไรที่พร้อมใช้งาน เมื่อเตรียมสิ่งเหล่านี้ได้พร้อม แม้จะไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ แต่เราก็ไม่เสียใจที่วางระบบทุกอย่างไว้ดีและทำงานด้วยความไม่ประมาท

## 5. การดูแลศพที่เสียชีวิตโดยไม่คาดฝัน

กรณีนี้ให้บทเรียนสำคัญ 2 ประการสำหรับการจัดการกับศพเมื่อมีการเสียชีวิตโดยไม่คาดฝัน ประการแรกก็คือในกรณีที่มีการเสียชีวิตโดยไม่คาดฝันนั้น การตรวจชันสูตรให้ชัดเจนว่าผู้ป่วยเสียชีวิตเพราะเหตุใดมีความจำเป็นมาก จะต้องปรึกษากับญาติ ซึ่งให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น และให้ญาติมีส่วนร่วมในการเลือกสถานที่ที่จะส่งไปตรวจชันสูตรที่ใด ประการที่สองคือการจัดหาฟอรัมลินเพื่อถนอมศพโดยไม่ได้รับอนุญาตจากญาติ ในกรณีเช่นนี้ถือว่าเป็นการเพิ่มความเสี่ยงขึ้นอย่างมหาศาล เพราะทำให้เกิดความหวาดระแวงขึ้นว่าโรงพยาบาลพยายามที่จะกลบเกลื่อนหลักฐาน การสื่อสารอย่างเปิดเผยและตรงไปตรงมาเท่านั้นที่จะสร้างความไว้วางใจและลดความหวาดระแวงต่อกัน

## กรณีที่ 2 จำใจต้องไกล่เกลี่ย

### เรื่องย่อ

สกวาดเดือนผ่านการสอบคัดเลือกเข้าเป็นนักศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ หลังจากตรวจร่างกายแล้ว 2 วัน เธอได้รับโทรศัพท์จากเจ้าหน้าที่ของทบวงมหาวิทยาลัยว่าผลเอกซเรย์พบจุดรางๆ ในปอดของเธอ ขอให้ไปพบแพทย์เพื่อรักษาและนำใบรับรองแพทย์ที่ยืนยันว่าไม่มีปัญหาทางสุขภาพที่จะเป็นอุปสรรคกับการเข้าเรียนมาเย็นก่อนวันประกาศผลครั้งสุดท้ายใน 2 สัปดาห์ข้างหน้า

เมื่อไปที่โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง เธอได้ทราบว่าจะ

รู้ผลตรวจคงต้องใช้เวลาเป็นเดือน จึงตัดสินใจไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชน แพทย์ทรวงอกที่รับเป็นเจ้าของไข้ได้ทำการฉีดสีเพื่อวิเคราะห์สาเหตุทันที และระบุว่าพบจุดก้อนเนื้อในปอด รุ่งขึ้นแพทย์เจ้าของไข้โทรศัพท์มาตามตัวสกาในเดือนไปพบ โดยบอกว่าจะต้องส่องกล้องตัดชิ้นเนื้อไปตรวจก่อนจึงจะออกใบรับรองแพทย์ไปให้ทบวงมหาวิทยาลัยได้

ก่อนผ่าตัดแพทย์เอการะดาษาเปล่ามาให้มารดาของสกาเดือนเห็นชื่อตรงจุดที่ทำเครื่องหมายไว้ หลังจากที่มารดาของสกาเดือนกลับมาอีกครั้งหนึ่งพยาบาลได้บอกว่าการส่องกล้องมีปัญหา แพทย์จึงสั่งให้ทำการผ่าตัดแทนเพื่อเอาชิ้นเนื้อออกมาตรวจ วันถัดมาแพทย์อธิบายว่าไม่สามารถส่องกล้องได้เพราะจุดที่ต้องการอยู่ในมุมอับ เห็นว่าอยากได้ใบรับรองเร็วๆ ประกอบกับเครื่องมือแพทย์ได้เข้ามาแล้ว แพทย์ผ่าตัดก็มาแล้ว จึงตัดสินใจดำเนินการผ่าตัดไปเลย

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาจากห้องปฏิบัติการของเอกชนพบว่า เป็นมะเร็ง แพทย์ได้ฉีดยารักษา มะเร็งให้ และแนะนำให้ผ่าตัดไทรอยด์ มารดาจึงขอยุติการรักษา แพทย์เจ้าของไข้ไม่ยอมออกใบรับรองให้เพราะยังรักษาไม่เสร็จสิ้น

ก่อนที่จะถูกทำอะไรมากกว่านั้น แม่ของเธอตัดสินใจย้ายไปโรงพยาบาลของรัฐ เพราะไม่อาจสู้ราคาค่ารักษาพยาบาลอีกต่อไป แพทย์ที่โรงพยาบาลใหม่ร่วมกันวินิจฉัยและลงความเห็น ว่าเธอไม่ได้เป็นอะไร ทุกอย่างปกติรวมทั้งไทรอยด์ เมื่อนำผลชิ้นเนื้อมาตรวจซ้ำพบว่าจุดตรงๆ ในฟิล์มนั้นเกิดจากเส้นเลือดฝอยที่แตกแล้วมีใยเนื้อมาห่อหุ้ม มิใช่ก้อนเนื้อร้ายหรือมะเร็ง กว่าที่โรงพยาบาลแห่งที่สองจะออกใบรับรองให้ก็พ้นกำหนดไปเสียแล้ว

สุดท้ายสภาวะเดือนไม่ได้เป็นอะไร แต่ต้องเจ็บตัว มีรอยแผลเป็นขนาดใหญ่ และเสียเงินไปเกือบสองแสนบาท เธอหมดโอกาสเข้าเรียนในคณะที่ใฝ่ฝัน เก็บตัวเงียบ นั่งเหม่อลอย เพราะมีความรู้สึกที่โลกไม่มีความยุติธรรม

เธอฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากแพทย์และโรงพยาบาลแห่งแรก แต่ในที่สุดก็ต้องจ่ายอมความเพราะไม่อาจหาหลักฐานหรือแพทย์มายืนยันประเด็นต่อผู้ได้แพทย์ที่ทำการผ่าตัดกล่าวว่า “ผมรับจ้างมาผ่า เขาให้ผมผ่าผมก็ผ่า ทำตามที่เขาให้ทำ ไม่รู้ว่าเขาไปตกลงอะไรกับทางคุณไว้บ้าง” การผ่าตัดในครั้งนั้นอาศัยข้อมูลเวชระเบียนคนไข้ของทางโรงพยาบาลเป็นพื้นฐาน แพทย์ที่วิเคราะห์ผลชิ้นเนื้อและเห็นกำกับกับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ชี้แจงต่อศาลว่าผลดังกล่าวเป็นแค่การเสนอความเห็น ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา จึงไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบใดๆ ผู้พิพากษาพยายามไกลเกลี่ย และบอกว่าถ้าจะสู้คดีก็ต้องพิสูจน์ให้ได้ว่าแผลของสภาวะเดือนเป็นแผลผ่าตัดจริง นอกจากจะไม่สามารถขอหลักฐานจากโรงพยาบาลได้แล้ว ยังไม่สามารถหาแพทย์คนใดมายืนยันได้ว่าเป็นแผลผ่าตัด

ประสบการณ์ที่เลวร้ายยังคงเป็นภาพหลอนที่ติดตามเธอตลอดเวลา เป็นเสมือนแผลเรื้อรังในใจจนกระทั่งทุกวันนี้

## บทเรียน

เมื่อเกิดปัญหาเป็นธรรมดาที่ผู้เกี่ยวข้องทุกคนจะพยายามปกป้องตนเอง บทวิเคราะห์นี้จะชี้ให้เห็นอีกแง่มุมหนึ่งว่า บนพื้นฐานความเชื่อว่าคุณคนตั้งใจทำในสิ่งที่ถูกต้อง หากวางระบบที่เหมาะสมแล้ว โอกาสที่จะเกิดเรื่องเศร้าเช่นนี้จะลดลง ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลจากด้านผู้เสียหายด้านเดียว การวิเคราะห์นี้มีข้อ

จำกัดที่อิงข้อมูลเท่าที่มีอยู่ซึ่งอาจจะไม่สมบูรณ์หรือไม่ถูกต้อง

### 1. ระบบที่ให้ความสำคัญกับกระดาดมากกว่าคนและ ดูดยพินิจ

จุดรวมๆ ในปอดอาจจะเกิดจากสาเหตุได้หลายประการ เช่น วัณโรคที่กำลังเป็นอยู่ซึ่งต้องการการรักษาและมีโอกาสหายได้มาก วัณโรคที่หายแล้วโดยเนื้อซึ่งไม่ร้ายแรงและไม่ต้องทำอะไร มะเร็งร้ายแรงซึ่งไม่แน่ว่าการรักษาจะได้ผลหรือไม่ พังคุดจากประวัติและผลการรักษาในขั้นสุดท้ายแล้ว สกาวเดือนไม่น่าจะมีอาการอะไรที่สื่อว่าจะเป็นโรคร้ายแรง

หากแพทย์สงสัยว่าจะเป็นวัณโรค วิธีที่จะตรวจยืนยันคือการทดสอบทูเบอร์คิวลิน ตรวจเสมหะของผู้ป่วย หรืออาจจะให้ยารักษาวัณโรคเพื่อดูการตอบสนอง

จะเกิดอะไรขึ้นหากแพทย์ผู้ดูแลเขียนใบรับรองแพทย์ว่า “สงสัยว่าจะเป็นวัณโรค กำลังให้ผู้ป่วยทดลองรับประทานยารักษาวัณโรค” หรือ “ยังไม่สามารถให้การวินิจฉัยที่แน่นอนได้ ควรสังเกตดูอาการต่อไป” เพราะทบวงมหาวิทยาลัยต้องการใบรับรองแพทย์ที่ยืนยันว่าไม่มีปัญหาทางสุขภาพที่จะเป็นอุปสรรคกับการเข้าเรียน

จะเกิดอะไรขึ้นกับแพทย์ที่เขียนใบรับรองว่า “สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง” แล้วภายหลังพบว่าสกาวเดือนเป็นโรคร้ายแรงและไม่สามารถเรียนต่อได้ แพทย์ท่านนั้นจะถูกฟ้องร้องว่าประกอบวิชาชีพต่ำกว่ามาตรฐานหรือไม่การมีโอกาสถูกฟ้องยอมทำให้แพทย์ต้องระมัดระวังในการที่จะออกใบรับรองแพทย์

นี่คือตัวอย่างของเหตุการณ์สีเทา (ไม่ขาวไม่ดำ) ซึ่งยากลำบากในการบอกว่าใช่หรือไม่ใช่ เมื่อฝ่ายที่ต้องการหลักฐาน

ต้องการคำตอบว่ามีปัญหาหรือไม่มีปัญหา แต่ฝ่ายที่มีหน้าที่ให้หลักฐานให้คำตอบที่มีเงื่อนไขหรือต้องรอเวลาพิสูจน์สมควรหรือไม่ที่เหตุการณ์นี้จะตัดสินผู้ที่สอบได้

การมีเพียงระเบียบว่าต้องมีหลักฐานให้ครบเป็นระบบที่ให้ความสำคัญกับกระดาษ บีบให้ทุกคนทำอะไรก็ได้เพื่อให้มีเอกสารที่ต้องการครบถ้วน แต่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับคน ไม่ได้ช่วยเหลือคน ไม่คุ้มครองสิทธิของคนในสังคม การผลักรถให้แพทย์คนใดคนหนึ่งต้องรับผิดชอบเรื่องบางเรื่องที่มีความไม่แน่นอนก็เป็นสิ่งไม่เป็นธรรมสำหรับแพทย์เช่นเดียวกัน

ระบบที่จะพิทักษ์สิทธิคนได้สังคมได้ดีกว่าคือ การนำกรณีเช่นนี้เข้าสู่การพิจารณาของคณะบุคคลซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านนั้น เพื่อให้สามารถใช้ดุลยพินิจได้ด้วยความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับสถานการณ์ สังคม (โดยทบวงมหาวิทยาลัยเป็นตัวแทน) จะต้องสร้างระบบนี้ขึ้นมิใช่ให้แต่ละคนไปแสวงหาทางออกด้วยตนเอง

สังคมไทยชอบระบบที่แข็งตัว ไม่ชอบความยืดหยุ่นเพราะเห็นว่าเปิดช่องให้เกิดความไม่ชอบธรรม แต่ในกรณีของการคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่รู้อิโหนอิเหน่แล้ว ความยืดหยุ่นเป็นสิ่งสำคัญและจะนำมาซึ่งความชอบธรรม

## 2. ใครเป็นผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

ในกรณีนี้ดูเหมือนว่าแพทย์เจ้าของไข้จะเป็นผู้วางแผนการตรวจรักษาทั้งหมด ไม่ชัดเจนว่าแพทย์ผู้ผ่าตัดมีส่วนร่วมในการประเมินอาการ/ความต้องการของผู้ป่วย และวางแผนการรักษาด้วยเพียงใด หากแพทย์ผู้ผ่าตัดไม่ได้มีส่วนร่วมในการประเมินและวางแผน เมื่อได้รับคำปรึกษาให้มาผ่าก็มาผ่าให้โดยอาศัย

ข้อมูลในเวชระเบียนที่แพทย์เจ้าของไข้จัดทำไว้ จะเกิดโอกาสที่ การบำบัดรักษาที่ให้นั้นไม่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพียงเพราะผู้ป่วยต้องการใบรับรองแพทย์ เท่านั้นหรือที่ผู้ป่วยจะต้องทำการผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อไปตรวจอย่าง เร่งด่วน

ในสถานการณ์ที่โรงพยาบาลต้องพึ่งแพทย์ที่ปรึกษาจาก ภายนอก โรงพยาบาลมักจะไม่กำหนดกฎเกณฑ์อะไรที่เป็น ความยุ่งยากสำหรับแพทย์ที่ปรึกษา เพราะนั่นจะเป็นเหตุให้หา ที่ปรึกษามาทำงานได้ยาก เหตุการณ์นี้น่าจะกระตุ้นให้โรง- พยาบาลเอกชนทั้งหลายต้องทบทวนระบบงานของตนเองว่า ได้กำหนดบทบาทความรับผิดชอบของแพทย์ที่ปรึกษาใน การประเมินผู้ป่วยและวางแผนการรักษาไว้ชัดเจนหรือไม่ การ ไม่กำหนดไว้อย่างชัดเจนแสดงถึงระบบที่ไม่รัดกุม การกำหนด ชัดเจนแต่ไม่มีการปฏิบัติแสดงถึงความไม่รับผิดชอบต่อแพทย์ ที่ปรึกษา และความย่อหย่อนในการบริหารของโรงพยาบาล

มองให้กว้างออกไป ระบบที่มีแพทย์ประจำครอบครัวซึ่ง ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในลักษณะองค์รวม ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เป็นผู้คุมด่านแรกที่จะเข้ารับบริการสุขภาพ และ เป็นผู้พิจารณาว่าสมควรส่งต่อไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเมื่อมีข้อบ่งชี้ น่าจะเป็นระบบที่ป้องกันการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญเร็วเกินไป นี่ คือการทวนกระแสสังคม สังคมไทยนิยมผู้เชี่ยวชาญเชิงลึก ดูถูก ผู้รู้เชิงกว้าง ส่วนใหญ่คิดว่าเมื่อมีปัญหาต้องเข้าหาผู้ที่เก่งที่สุด ใช้เทคโนโลยีดีที่สุด แต่กรณีนี้ได้ชี้ให้เห็นว่าเทคโนโลยีที่ดีที่สุด นั้นหากใช้อย่างไม่เหมาะสมแล้วอาจจะเพิ่มทุกข์ให้มากกว่าที่ จะคลายทุกข์



### 3. การรับรู้ข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการยินยอม

ประเด็นนี้มีความสำคัญสูงแต่ได้รับความสนใจน้อย ที่ว่าสำคัญสูงเพราะเป็นขั้นตอนแรกของการพิทักษ์คุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และเป็นมาตรการสำคัญที่จะป้องกันความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ระบบบริการที่ผ่านมาสร้างบรรทัดฐานตรงนี้ในลักษณะที่ไม่สมบูรณ์ มีแต่รูปแบบ ขาดความเข้าใจและขาดเนื้อหา แม้ว่าในใจลึกๆ จะไม่อยากจะให้แพทย์ทำอะไรที่มากมาย แต่ผู้ป่วยและครอบครัวขาดโอกาสที่จะขอความเห็นของแพทย์ท่านอื่น ไม่รู้ว่าตนเองมีสิทธิ หรือไม่มีระบบที่จะอำนวยความสะดวกให้ใช้สิทธิดังกล่าว ผู้บริหารและแพทย์บางท่านเห็นว่าการขอความเห็นจากแพทย์ท่านอื่น (second opinion) เป็นเรื่องที่มีควมจำเป็นน้อย, โดยไม่ตระหนักว่าสิ่งนี้คือเกราะคุ้มครองวิชาชีพแพทย์ และคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

มารดาผู้ป่วยลงนามโดยไม่เข้าใจเหตุผล ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย ไม่ได้รับรู้ว่าจะมีโอกาสเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจรักษา. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจรักษาไปจากเดิม ญาติไม่มีโอกาสได้รับทราบก่อน ไม่ได้รับคำอธิบายเหตุผลความจำเป็น และไม่มีโอกาสที่จะร่วมตัดสินใจ. เราจะต้องร่วมกันสร้างบรรทัดฐานของระบบบริการตรงนี้ขึ้นมาใหม่ ไม่ใช่ทำแต่รูปแบบ. ทุกครั้งที่ให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมรับการรักษา ต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลว่าจะเกิดอะไรขึ้น มีเหตุผลอย่างไรมีข้อดีข้อเสียอย่างไร. ทุกครั้งที่มีการทำหัตถการที่รุกราน (invasive procedure) จะต้องมีการทำความเข้าใจกับผู้ป่วย/ญาติจนเป็นที่ยอมรับ และให้ผู้ป่วย/ญาติลงนามเป็นการยืนยันการทำความเข้าใจนั้น.

การแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติได้ทราบว่าเป็นโรงพยาบาลได้เตรียมการอย่างไรไว้บ้างในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ดีดีกว่าการมาอธิบายให้ทราบภายหลังและทำให้เกิดความเคลงเคลงสงสัย. คำอธิบายที่ว่า เครื่องมือผ่าตัดก็เข้ามาแล้ว หมอผ่าตัดก็มาแล้ว แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลพร้อมที่จะทำการผ่าตัดหรือมีแผนที่จะผ่าตัดโดยไม่ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ.

#### 4. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guideline)

เรื่องนี้ดูเหมือนจะเป็นยาขมสำหรับวงการแพทย์ มีแพทย์จำนวนหนึ่งไม่เห็นความจำเป็นและไม่เห็นด้วยที่จะต้องทำ ด้วยเหตุผลว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีลักษณะแตกต่างกัน การดูแลรักษาต้องใช้ดุลยพินิจของแพทย์อย่างเหมาะสม. บางท่านเกรงไปถึงขั้นว่าเมื่อมีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแล้ว จะทำให้แพทย์ถูกฟ้องร้องได้ง่ายขึ้น.

สำหรับกรณีนี้ แม้ว่าใจทักจะต้องยอมความ แต่สังคมแพทย์ได้พ่ายแพ้ต่อสังคมประชาชนไปเรียบร้อยแล้ว. สังคมแพทย์ไม่มีคำอธิบายต่อประชาชนว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยในรายนี้มีความเหมาะสมหรือไม่ มีทางเลือกอื่นหรือไม่ที่จะวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยโดยไม่ต้องทุกหรือขนาดนี้.

การมีแนวทางสำหรับการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีรอยโรคเช่นนี้เป็นขั้นตอน และมีเงื่อนไขชัดเจนว่าเมื่อโรคควรปฏิบัติอย่างไร จะช่วยเป็นเกราะคุ้มกันผู้ที่ปฏิบัติอย่างถูกต้องตามหลักวิชาได้เป็นอย่างดี จะช่วยให้แพทย์ทำในสิ่งที่ควรทำอย่างถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก. นอกจากนั้นจะช่วยให้สังคมแพทย์แยกแยะผู้ที่มุ่งหวังแสวงหาผลประโยชน์อย่างไม่เหมาะสมออกจากผู้ที่ตั้งใจรักษามาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ

ฟื้นฟูความเชื่อมั่นของประชาชนให้กลับคืนมา.

กระบวนการสอบสวนเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วเป็นสิ่งที่ได้ประโยชน์กับผู้ป่วยน้อย เพราะจะเกิดการปกป้องขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้. กลไกที่ดีกว่าคือการทำความตกลงกันล่วงหน้าว่า สิ่งที่เหมาะสมถูกต้องคืออะไร แล้วดูแลให้มีการปฏิบัติตามข้อตกลงนั้น. เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้ว ควรแปลงวิกฤติให้เป็นโอกาส ทุกเรื่องที่มีการฟ้องร้องหรือร้องเรียนเกิดขึ้น ควรนำมาซึ่งแนวทาง การปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยในเรื่องนั้น. มิใช่เพียงตัดสินว่าแพทย์ทำถูกหรือไม่.

### 5. การอ่านผลของพยาธิแพทย์

เมื่อกล่าวว่าคุณภาพเริ่มที่แต่ละหน่วยงานกำหนดความมุ่งหมาย (purpose) หรือเหตุผลที่มีหน่วยงานหรือองค์กรนี้, ผู้คนมักจะทำสายตาสงสัยว่าทำไมต้องทำอะไรให้ยุ่งยาก. กรณีนี้ช่วยอธิบายให้เห็นความจำเป็นได้ชัดเจน.

ความมุ่งหมายของบริการพยาธิวิทยากายวิภาค (anatomical pathology) คือการให้ข้อมูลทางพยาธิวิทยาจากการตรวจชิ้นเนื้อที่ได้จากผู้ป่วย อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อประกอบการตัดสินใจของแพทย์ในการบำบัดรักษาผู้ป่วย. การให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือล่าช้า ย่อมมีผลต่อคุณภาพการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ. พยาธิแพทย์ย่อมต้องรับผิดชอบต่อความถูกต้องในการอ่านและวิเคราะห์ผลที่ได้กระทำลงไป. ความถูกต้องแม่นยำในการอ่านผลขึ้นกับความรู้ ประสบการณ์และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพยาธิแพทย์ด้วยกัน. การสร้างหลักประกันของความถูกต้องแม่นยำคือการสร้างกลไกของการปรึกษาและการทบทวนตรวจสอบในกลุ่มพยาธิแพทย์ด้วยกัน. ควรมีแนวทางที่ชัดเจนว่าเมื่อไรที่พยาธิแพทย์จะต้องปรึกษาขอความเห็นจาก

พยาธิแพทย์ท่านอื่น, ขึ้นเนื้อประเภทใดที่ควรนำเข้ามาทบทวน ในกลุ่มพยาธิแพทย์เพื่อยืนยันความถูกต้องของผลที่อ่านไปแล้ว. กรณีที่มีพยาธิแพทย์อยู่คนเดียวจะมีระบบปรึกษาและทบทวน ตรวจสอบอย่างไร? จะลดการกระจายตัวของพยาธิแพทย์ และจัดโครงสร้างให้พยาธิแพทย์ในจำนวนที่เหมาะสมได้อย่างไร?

การมีความมุ่งหมายของหน่วยงานทำให้เราตระหนักใน หัวใจของหน่วยงาน และมุ่งพัฒนาในส่วนที่เป็นหัวใจของหน่วย งานได้ตรงเป้า.

#### 6. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยกับจริยธรรมองค์กร

ครอบครัวของสกาเวเดียนต้องเสียเงินไปถึงสองแสนบาท โดยไม่ได้คุณค่าอะไร แต่กลับสูญเสียทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม. ถ้าทุกอย่างเป็นไปได้ด้วยเจตนาดี ไม่มีความผิดพลาด ในขั้นตอนการปฏิบัติ แต่ด้วยภาวะของโรคเองที่มีโอกาส วินิจฉัย ผิดพลาดได้ การจัดให้มีกองทุนเพื่อชดเชยความเสียหายให้แก่ผู้ป่วยก็จะเป็นทางออกสำหรับทุเลาความทุกข์ร้อนที่ เกิดขึ้น. ปัญหาคือจะวินิจฉัยได้อย่างไรที่ไม่ได้เกิดจากการแสวงหาประโยชน์จากผู้ป่วยโดยมิชอบ. เรื่องนี้เป็นเรื่องจริยธรรมองค์กร ซึ่งโรงพยาบาลจะต้องแสดงความโปร่งใสให้ปรากฏ. ถ้าโรงพยาบาลมั่นใจว่าทำในสิ่งที่ถูกต้อง ก็จะต้องให้ความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลที่แสดงความถูกต้องนั้นให้สังคมได้ตรวจสอบ.

## HA ของแท้ คือการทำงานด้วยใจ

ผู้ที่เล่าเรื่องนี้ให้ฟังเป็นพยาบาลซึ่งมีอาวุโสอยู่ในระดับ กลางๆ เมื่อทำงานในโรงพยาบาลได้ระยะหนึ่งแล้วเธอก็ไปเรียน ต่อระดับปริญญาโท ทำงานที่ไม่ใช่การพยาบาลอยู่พักหนึ่ง แล้ว

ก็กลับเข้าไปทำงานในหน้าที่พยาบาลอีกครั้ง

เธอเล่าให้ฟังว่า วันหนึ่งมีญาติคนไข้ร้องไห้ร้องไห้มาหาเธอ คนไข้คนนั้นต้องเจาะคอ ใส่ท่อหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจมาหลายวัน อาการของโรคก็คงจะเป็นหนักจนไม่มีทางรักษาให้หายแล้ว บรรดาญาติทั้งหลายก็หมดกำลังใจ หหมดเรี่ยวแรงที่จะมาดูแล และหมดกำลังใจทรัพย์ที่จะมาจ่าย ญาติทั้งหลายก็ปรึกษากันว่าจะทำอย่างไรดี จะให้หมอรักษาต่อหรือจะถอดท่อหายใจเอาคนไข้กลับบ้าน พอดีเมื่อวันก่อนมีคนไข้รายหนึ่งที่ใช้ท่อหายใจเหมือนกัน พอเอาออกแล้วก็ส่งออกหลังโรงพยาบาลให้วัดไปจัดการต่อเลย ยิ่งทำให้ญาติทั้งหลายไม่รู้จะตัดสินใจอย่างไร ลูกๆ ฝ่ายที่อยากจะให้เอาออกก็กลัวว่าการตัดสินใจเช่นนั้นจะเป็นการฆ่าพ่อของตัวเอง

เธอได้รับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วก็พาญาติคนนั้นไปนั่งคุยในที่อันเหมาะสม เริ่มต้นอธิบายให้ฟังว่าทำไมต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ท่อนี้เป็นเพียงทางผ่านให้อากาศเข้าไปในปอด แต่คนไข้คนนั้นไม่สามารถหายใจได้เองเนื่องจากสมองไม่ทำงานแล้ว ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจบีบอากาศเข้าไปในปอด การรักษาเช่นนี้ไม่ได้ช่วยให้คนไข้กลับฟื้นขึ้นมาได้ ได้แค่ชะลอความตายออกไป

ญาติได้รับฟังแล้วก็ยิ้มได้ บอกว่า “ขอบคุณพี่มากที่ช่วยอธิบายให้ฟัง หนูพยายามถามหลายคนแล้ว ไม่เคยมีใครอธิบายให้ฟังอย่างนี้เลย” ในวันนั้นเองญาติทั้งหลายก็มีฉันทานุมัติให้เอาท่อหายใจออกจากตัวคนไข้ และเอาคนไข้กลับบ้าน

หลังจากนั้นก็มีคนร้องไห้มาหาเธอเรื่อยๆ แทบจะทุกวัน มีรายหนึ่งร้องไห้มาบอกว่าพ่อของเธอซึ่งอายุ 80 ปีแล้ว มานอนรักษาด้วยโรคหลอดเลือดในสมองตีบ มีอาการไม่ถ่ายอุจจาระมา 5 วันแล้ว ดูท่าทางพ่อจะแน่นอึดอัดมาก พอบอกให้หมอช่วย

หมอกก็ได้สนใจทำอะไรให้ บอกว่าเป็นธรรมดาของคนแก่อายุ  
ปานนี้ เธอได้ยืนแล้วก็เดินไปคว้าถุงมือและวาสลินมาจูงมือญาติ  
คนไข้ไปที่เตียงแล้วก็สวมถุงมือแสดงวิธีควักอุจจาระที่เป็นก้อน  
แข็งโป๊กออกมา พร้อมทั้งอธิบายให้ฟังว่าผู้ที่อายุมากแล้วจะมี  
ระบบการขับถ่ายไม่ปกติ กล้ามเนื้อลำไส้จะทำงานน้อย แรงเบ่ง  
ก็ไม่ค่อยมี ถ้าปล่อยทิ้งไว้หลายวันน้ำในอุจจาระจะถูกดูดซึม  
กลับเข้าไปในร่างกาย ทำให้อุจจาระยิ่งแข็งมากขึ้น และคนไข้ก็  
ไม่มีแรงที่จะเบ่งออก วิธีควักอุจจาระออกเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย  
และญาติสามารถช่วยทำได้หากรู้วิธี ดีกว่าจะให้กินยาระบายซึ่ง  
อาจจะมึนปัญหาคนไข้เสียน้ำออกมากับอุจจาระมากเกินไป ญาติ  
คนไข้ก็ยิ้มอย่างมีความสุข นอกจากพ่อจะได้รับการช่วยเหลือ  
ให้หายจากอาการแน่นอึดอัดแล้ว ตัวญาติเองก็ได้เรียนรู้วิธีการ  
ที่จะช่วยเหลือคนไข้ในอนาคตได้อีกด้วย

ตอนปีใหม่เธอเล่าว่าจะแต่งตัวหิวกระเบาจะไปเที่ยว  
เชียงใหม่ จึงแวะไปเยี่ยมคนไข้บางคนที่เราดูแลอยู่ ญาติคนไข้  
ที่เคยได้รับความช่วยเหลือจากเธอก็เข้ามาจับมือทำตาแดงๆ  
เหมือนกับไม่อยากให้เธอไป

ผู้เขียนรับฟังเรื่องที่เธอเล่าด้วยความตั้งใจและปลื้มใจ เรื่อง  
นี้ตอกย้ำความมั่นใจว่าการให้บริการที่มีคุณภาพของโรงพยาบาล  
คือการทำงานด้วยใจ เมื่อทำงานด้วยใจแล้วสิ่งอื่นๆ จะตามมา  
โดยอัตโนมัติ ไม่ว่าจะเป็นการคุ้มครองสิทธิและศักดิ์ศรีของคนไข้  
การป้องกันความเสี่ยง การดูแลอย่างมีมาตรฐานวิชาชีพ การช่วย  
เหลือให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเองได้

เคยมีผู้ถาม Mr. Anthony Wagemaker ที่ปรึกษาของสถาบัน  
พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ว่าหัวใจของ Hospital  
Accreditation-HA (ซึ่งขณะนี้เราแปลเป็นไทยว่า “การรับรอง

กระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล”) คืออะไร จะเริ่มต้นอย่างไร Mr.Anthony ตอบว่า หัวใจของ HA คือ Working by Heart หรือการทำงานด้วยใจ การทำตามตัวหนังสือที่เขียนไว้ในมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินนั้นไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะเกิดคุณภาพ หากเจ้าหน้าที่ไม่มีหัวใจในการทำงาน

คำถามคือแล้วจะทำให้เกิดขึ้นได้อย่างไร ขณะนี้ดูเหมือนว่าโรงพยาบาลทั้งหลายไม่มีทางเลือกว่าจะไม่ทำอะไร เวลาที่สังคมให้โอกาสในการแก้ไขปรับปรุงนั้นเหลือน้อยเข้ามาทุกขณะ ปัญหาก็คือวิธีการแก้ไขปรับปรุงที่โรงพยาบาลกำลังทำอยู่นั้น ตรงประเด็นหรือไม่ เป็นทางลัดที่จะไปสูเป้าหมายได้ภายในเวลาที่เหลือน้อยเต็มทีหรือไม่

ผู้บริหารสามารถประเมินได้ไม่ยากว่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลนี้ทำงานด้วยใจหรือไม่ ในส่วนรูปแบบคือการที่เจ้าหน้าที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นตั้งแต่เริ่มสัมผัส มีการมองหน้า สบตา ยิ้ม ทักทาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจที่จะแสดงความต้องการต่อไป ในส่วนเนื้อหาคือ สารของการสื่อสาร ตั้งแต่การใส่ใจที่จะได้ถาม และรับฟังความต้องการของผู้ป่วย ความพยายามที่จะตอบสนอง ช่วยเหลือ หรือให้คำอธิบายโดยกระจ่างชัด ไม่โยนกลองไปเพื่อเป็นการปิดภาระให้พ้นตัว ถ้าผู้บริหารก็ประเมินได้ ก็คงจะไม่ต้องมาถามกันให้เสียเวลาว่าควรจะเริ่มต้นอย่างไร



---

## ประสบการณ์

---

รศ. มพ.สอวนสิน รัตนาเลิศ  
มพ.วิชาญ เกิดวิชัย  
มพ.ปัทมา สอนคม



# Gene of Quality

รศ. นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ

*“Quality is never an accident; it is the result of high intention, sincere effort, intelligent direction, and skillful execution; it represents the wise choice of many alternatives”*

Willa A. Foster

คำว่า “คุณภาพ” เป็นคำที่สังคมเรียกร่องแสวงหา ประเทศต้องการโรงพยาบาลที่ดี พร้อมให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ระบบคุณภาพ ทั้ง ISO 9000 และ Hospital Accreditation (HA) ต่างมีส่วนช่วยในการให้ความมั่นใจแก่สังคม ในการบริการของโรงพยาบาล Hospital Accreditation (HA) เป็นระบบซึ่งออกแบบมาใช้เฉพาะกับการบริการสุขภาพ และเป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล ผสมผสานทั้งกิจกรรมรักษาพยาบาล การป้องกันความเสี่ยง การรักษาความสม่ำเสมอ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนมีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการทำงานที่มีคุณภาพแล้วอย่างน้อย 4 โรงพยาบาล

คำถามที่พบได้บ่อยในการทำกิจกรรมคุณภาพ คือ จะทำได้อย่างไร จะเริ่มได้อย่างไร ต้องหาคนมีความรู้ คนมีคุณภาพ มาช่วยเหลือเท่าไร และอย่างไร เพื่อให้ได้ “HA”

พื้นฐานสำคัญของ HA คือ การเรียนรู้ร่วมกัน มีความตระหนักในความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเอง

ไปพร้อมๆ กัน พัฒนาที่มงานและองค์กร เป้าหมายเพื่อให้ผู้บริการ  
 ได้รับผลการทำงานที่มีคุณภาพ โรงพยาบาลสามารถพัฒนา  
 กิจกรรมคุณภาพจนบรรลุวัตถุประสงค์เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ  
 ได้ตามขั้นตอนที่เรียกว่า “ACADEMIC Strategy” ดังแสดงในตาราง  
 ข้างล่างนี้

กลยุทธ์	เนื้อหา
A	Administrator, Acceptance, Appreciation
C	Commitment, Concept of HA ,Change
A	Assessment, Assurance, Action
D	Document, Demonstration
E	Elimination, Evaluation
M	Meet the surveyor
I	Improvement
C	Continuity

## A: Administrator, Acceptance, IIa: Appreciation

ผู้นำหรือผู้บริหารต้องตระหนักถึงคาดหวังของสังคมที่มีต่อ  
 โรงพยาบาล รัฐบาลขององค์กรที่มีอยู่หรือจะมีขึ้นในอนาคต  
 แนวคิดที่ว่า “หากยังดี ใช้ได้ ไม่ต้องทำอะไร” ได้ก่อให้เกิด  
 ปัญหาหลายอย่าง วิกฤตเศรษฐกิจของประเทศในคราวนี้เป็น  
 ตัวอย่างผลของการยึดมั่นในแนวคิดนี้ การป้องกันย่อมดีกว่าการ  
 แก้ไข ผู้นำควรยอมรับความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพแบบ  
 องค์กรรวมทั้งในเชิงป้องกันและแก้ไขปัญหาที่มีหรือที่อาจมีมีความ  
 ยินดีในการเรียนรู้กระบวนการคุณภาพ และเห็นถึงคุณค่าของ  
 กระบวนการ HA ที่จะนำมาใช้ในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้นำ  
 องค์กรมีความสำคัญเป็นลำดับต้นของการพัฒนางานคุณภาพ

จำเป็นต้องมีกระบวนการคัดเลือกหรือเลือกสรรที่มีคุณภาพเช่นกัน

## C: Commitment

ผู้บริหารนอกจากยอมรับกระบวนการคุณภาพแล้ว ต้องมีความมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อคุณภาพ ต้องมีพันธสัญญาให้มองเห็นได้ เช่น การเสนอโรงพยาบาลเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ HA การกำหนดให้ระบบคุณภาพ HA เป็นนโยบายสำคัญของโรงพยาบาล ฯลฯ ผู้นำและผู้ประสานงานต้องร่วมกันผลักดันสนับสนุน เพื่อนำหัวใจ HA (แนวคิดของ HA ประกอบด้วย **สมัครใจ**, **ไปเป็นกลุ่ม**, **ทุ่มเทคุณภาพ**, **ทราบดีลูกค้า**, **พัฒนาต่อเนื่อง**, **เรื่องประเมิณเรื่องเล็ก**) เข้าไปอยู่ในหัวใจของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น (change) ทั้งในระดับบุคลากรและองค์กร

หลักการเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงประกอบด้วย

เริ่มได้หลายวิธี, วิธีคนกล้า, คุณค่าเป้าหมาย, เจ้านายบำรุง, มุ่งผลการทำงาน, ประสานรวมใจ

1. **เริ่มได้หลายวิธี** ขึ้นอยู่กับบุคคลและสถานการณ์ เช่น การชักชวน การจัดประชุมหน่วยงาน การทำกิจกรรม OD (Organization Development) ฯลฯ
2. **วิธีคนกล้า** ผู้นำต้องกล้าเผชิญต่ออุปสรรคแห่งการเปลี่ยนแปลงอันได้แก่
  - ความกลัว กลัวความล้มเหลว กลัวการสูญเสีย กลัวความไม่แน่นอน

- ความเหนื่อยล้า ของสภาพร่างกาย และจิตใจ
- ความเฉื่อยชา ติดอยู่กับระบบเก่า การทำงานระบบดั้งเดิมเหมือนกับที่เคยทำมา
- ประสบการณ์ และความจำต่อเหตุการณ์ผ่านมาแล้ว และเชื่อมั่นว่าจะเหมือนเดิม

3. *คุณค่าเป้าหมาย* วิสัยทัศน์เบื้องหน้าขององค์กร ต้องชัดเจน อธิบายและสื่อไปยังบุคลากรได้ทั่วถึง ให้เข้าใจความสำคัญของวิสัยทัศน์ ตั้งเป้าหมายการทำงานให้สูงเพื่อนำองค์กรไปยังจุดที่ดีกว่าเดิม โดยเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง (customer-focused) และมีระบบกัลยาณมิตรในองค์กร

4. *เจ้านายบำรุง* คนเป็นแกนหลักแห่งการเปลี่ยนแปลงในองค์กร ผู้นำต้องสนับสนุนและให้โอกาสผู้ปฏิบัติงานคิดริเริ่มงานสร้างสรรค์งานด้วยตนเอง (creativity) ส่งเสริมให้มีการตั้งคำถาม เพราะเป็นโอกาสที่จะได้ทราบเรื่องราวต่างๆ ในองค์กร เป็นจังหวะที่จะได้อธิบายในสิ่งที่ผู้ปฏิบัติไม่ชัดเจนผู้นำต้องให้โอกาสผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันเป็นทีม ยกย่องและให้กำลังใจ ผู้นำต้องพบปะผู้ร่วมงานสม่ำเสมอ ช่วยผู้ปฏิบัติงานแก้ไขปัญหา และรับฟังความคิดเห็นจากผู้ร่วมงาน เข้าใจในหลักการที่ว่าภูมิปัญญารวมหมู่ย่อมเหนือกว่าของคนเดียว

5. *มุ่งผลการทำงาน* ความคิด พฤติกรรม กระบวนการทำงานต่างๆ ให้มองไปยังผลลัพธ์ว่าเป็นไปตามเป้าหมายเพียงใด การประเมินที่โปร่งใสและยุติธรรม มีผลโดยตรงต่อความกระตือรือร้นและประสิทธิภาพในการทำงาน

6. *ประสานรวมใจ* การปรับเปลี่ยนเกิดขึ้นทั่วองค์กร การทำงานมีความเชื่อมโยงซึ่งกัน มีการพัฒนาทีมทำงาน และมีเป้าหมายการทำงานร่วมกัน

## A: Assessment, Assurance, Action

คือการประเมินบรรยากาศในโรงพยาบาล ดูว่ามี CIA syndrome (complacency, ignorance, arrogance) อยู่หรือไม่ มีวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้เพียงใด ยอมรับการประเมินและการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ การประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนา และปัจจัยคุกคามขององค์กร (SWOT analysis) นับเป็นวิธีประเมินวิธีหนึ่งที่นิยมนำมาใช้ก่อนเริ่มโครงการหรือกิจกรรมพัฒนา

ระบบประกันคุณภาพงาน (Quality Assurance) ควรพัฒนาขึ้นในองค์กรเพราะเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพงาน และควรลงลึกไปถึงการประกันคุณภาพงานของแต่ละบุคคล เพื่อให้แกนหลักขององค์กร คือ คนทำงาน ได้พิจารณาผลงานของตนเอง และควรให้ระบุกิจกรรมการพัฒนางานได้ด้วยในแบบการกรอกข้อมูลการประกันคุณภาพงาน

การประเมินตนเองควรทำทั้งในระดับองค์กรและหน่วยงาน แบบการประเมินตนเองของ HA นับเป็นแบบการประเมินที่มีประโยชน์มากในการค้นหาโอกาสพัฒนา ซึ่งสามารถนำมากำหนดแผนการทำงาน (action plan) ให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญจนภิเชกได้

### ก. การประเมินตนเองในระดับโรงพยาบาล

มาตรฐาน HA ในภาพรวมระดับโรงพยาบาลสามารถสรุปได้เป็น 6 หมวด 20 บท ดังนี้

หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ การนำองค์กร, ทิศทางนโยบาย

หมวดที่ 2 ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ได้แก่ การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ, การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล, การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย, เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ, ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ ได้แก่ กระบวนการคุณภาพทั่วไป, กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ, การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

หมวดที่ 4 การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ได้แก่ องค์กรแพทย์, การบริหารการพยาบาล

หมวดที่ 5 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร

หมวดที่ 6 การดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่ การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย, การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว, การประเมินและวางแผนดูแลรักษา, กระบวนการให้บริการ/ดูแลผู้ป่วย, การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย, การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

## ข. การประเมินตนเองในระดับหน่วยงาน

เป็นการประเมินโดยใช้มาตรฐานทั่วไป (GEN.1-GEN.9) ซึ่งสามารถนำไปใช้กับทุกหน่วยงาน ดังนี้

GEN.1 พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ (Mission) เป็นการทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยทุกคนว่าหน่วยงานของตนมีไว้เพื่ออะไร มีเป้าหมายอะไรที่ต้องบรรลุ เจ้าหน้าที่แต่ละคนจะมีบทบาทอย่างไรเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว

GEN.2 การจัดองค์กรและการบริหาร (Organization) มีการจัดองค์กร การบริหาร กลไกการสื่อสาร/การแก้ ปัญหา/ การกำหนดแนวทางปฏิบัติงาน/การตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ และเอื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ

GEN.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล (Manpower) มีกำลังคนเพียงพอทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

GEN.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Education or Development) มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และ ทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้พัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องและ สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

GEN.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ (Policy and Procedure) มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานซึ่งทุกคนรับทราบและนำไปปฏิบัติ เพื่อ รำรงไว้ซึ่งระบบงานที่ร่วมกันพัฒนากันมาอย่างต่อเนื่อง

GEN.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ (Environment) มี สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการอย่าง สะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ

GEN.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก (Instrument) มีเครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกที่ เหมาะสม เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย พร้อม ทั้งมีระบบบำรุงรักษาที่มีประสิทธิภาพ

GEN.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ (System of service) มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการที่มีประสิทธิภาพตาม มาตรฐานวิชาชีพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

GEN.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (Evaluation and Improvement Activity) มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนา

คุณภาพของหน่วยงานหรือบริการ โดยการทำงานเป็นทีมและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ยกตัวอย่างในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งระบบ QA ได้ฝังอยู่ในระบบการทำงานมากกว่า 6 ปี เมื่อหัวใจ HA และมาตรฐานทั้งหมดเป็นที่รับรู้ ทั้งโดยการอบรมและเผยแพร่เอกสาร การผลักดันขั้นต่อไปคือ การสร้างพันธกิจขึ้น โดยเริ่มจากการทำพันธกิจและวิสัยทัศน์ของคณะแพทยศาสตร์ มีการเชิญหัวหน้าภาควิชาและอาจารย์อาวุโสเข้ารับการอบรม และประชุมเชิงปฏิบัติการจนได้พันธกิจและวิสัยทัศน์ระดับคณะขึ้นมา ประกาศให้บุคลากรในคณะได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงแก้ไขจนสามารถประกาศออกมาได้ ในหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีการประชุมเพื่อจัดทำพันธกิจและวิสัยทัศน์ของหน่วยงานที่สอดคล้องกับพันธกิจของคณะ

การพัฒนาอบรมบุคลากรในเรื่องคุณภาพได้จัดทำเป็นระยะๆ ทั้งการส่งเข้าอบรมนอกคณะหรือจัดขึ้นในคณะ วิทยากรจากองค์กรภายนอกโดยเฉพาะจากโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นผู้มีคุณานูปการอย่างมากในการให้ความรู้ แนวทางในกิจกรรมคุณภาพของคณะ

หลักเกณฑ์และคุณสมบัติของบุคลากรในตำแหน่งต่างๆ ถูกทบทวน มีคณะกรรมการหรืออนุกรรมการดูแลเพิ่มเติม เช่น คณะกรรมการพิจารณาอัตรากำลังลูกจ้าง คณะกรรมการพิจารณารับอาจารย์ใหม่ ฯลฯ มี job description ของแต่ละบุคคล เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน และเป็นที่รับทราบของผู้ปฏิบัติ

หลังจากที่พันธกิจของคณะผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการประจำแล้ว ได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานร่างนโยบายและแนวทางพัฒนาคณะแพทยศาสตร์ในทศวรรษหน้า จำนวน 4



คณะทำงาน อันประกอบด้วย 1) คณะทำงานด้านการเรียนการสอน 2) คณะทำงานด้านการวิจัย 3) คณะทำงานด้านบริการ 4) คณะทำงานด้านที่นำสังคม โดยแต่ละชุดมีหน้าที่

- 1) เสนอนโยบายและแนวทางการพัฒนาทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้บรรลุถึงพันธกิจของคณะ โดยจัดลำดับความสำคัญตามความพร้อม และศักยภาพของคณะแพทยศาสตร์ใน 10 ปีข้างหน้า
- 2) เสนอระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย

คณะทำงานได้ดำเนินการจนสามารถรวมเป็นเอกสารแสดงนโยบายและแนวทางการพัฒนาคณะในอีก 10 ปีข้างหน้าได้เป็นผลสำเร็จ ยึดเป็นหลักในการทำกิจกรรมคณะด้านต่างๆ ต่อมา รวมทั้งในกิจกรรม HA ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพงานบริการของโรงพยาบาล ได้จัดทำนโยบายและแผนกลยุทธ์กิจกรรมคุณภาพงานบริการในระหว่าง ปี 2542-2543 ซึ่งเป็นหลักอ้างอิงในการพัฒนาด้านบริการของโรงพยาบาลสืบมา

หนึ่งในนโยบายคือ การทำคู่มือปฏิบัติงานที่ทุกหน่วยงานต้องมี คู่มือที่ทำขึ้นนี้ต้องมีประโยชน์ในการทำงานจริงๆ รวมทั้งต้องมีการทบทวนเพื่อให้การปฏิบัติงานง่ายขึ้น ไม่ยุ่งยากซับซ้อน หรือมีขั้นตอนมากมาย

การทำงานด้านคุณภาพมุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม โดยเฉพาะการประสานงานระหว่างหน่วยงานในรูปของ cross functional team ดังนั้นคณะจึงได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้มี Patient Care Team (PCT) ซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางขึ้น

## D: Document, Demonstration

---

จุดอ่อนของคนไทยคือระบบเอกสารและการบันทึก ซึ่งจะมีส่วนสำคัญในการบอกแนวทางปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ, บันทึกการทำงาน, ทบทวนการทำงานในระหว่างที่ทำงาน, การพัฒนาปรับปรุงระบบงานและการประเมินผลงาน

ตัวอย่างของเอกสารคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติงานอาจจะมีหลายรูปแบบ ตามความจำเป็นและความเหมาะสมของหน่วยงานและลักษณะงาน ในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาอาจจะมีการศึกษารูปแบบหรือผลงานของโรงพยาบาลอื่นๆ แต่ควรดูแลไม่ให้เกิดการลอกแบบเพียงเพื่อให้มีผลงานเกิดขึ้น และควรพิจารณาความจำเป็นและเหมาะสมของต้นทุนเอกสารที่เกิดขึ้นด้วย

เมื่อมีการจัดตั้งทีมพัฒนาด้านคุณภาพ ผู้ปฏิบัติต้องสามารถแสดงผลการทำงานให้เห็นชัด (demonstration) ว่าได้ปฏิบัติได้ตามเป้าประสงค์ที่ได้วางไว้ในรูปแบบของรายงานและสิ่งที่สามารถสัมผัสได้เมื่อไปเยือน เพื่อผู้บริหารและผู้ประสานงานสามารถนำไปขยายต่อให้ทราบในวงกว้างขึ้น เช่น เป็นวาระเพื่อทราบในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เป็นเอกสารตัวอย่างเผยแพร่แก่ทีมพัฒนาอื่นๆ ในการกระตุ้นการทำงาน และนำไปกล่าวในที่ประชุมอบรมต่างๆ ฯลฯ

## E: Elimination, Evaluation

---

การพัฒนาคุณภาพงาน ต้องให้งานมีขั้นต่อน้อยลง ใช้คนน้อยลง ทำงานง่ายขึ้น ในขณะที่ผลลัพธ์ต้องออกมาดีกว่าเดิมหรือเท่าเดิม จึงต้องมีการประเมินอยู่เสมอว่าขั้นตอนใดที่



สามารถลดได้เพื่อให้คนทำงานได้ทำงานที่สมควรทำและ  
เหมาะกับหน่วยงาน ที่สำคัญคือสามารถลดเอกสารหรือแบบ  
ฟอร์มลงไปได้เพียงใดตัวอย่างเมื่อบริษัทมาร์กแอนด์สเปนเซอร์  
เริ่มทำสงครามกับงานเอกสารอย่างหนักเท่าที่เคยมีในอังกฤษ  
พนักงานของบริษัทได้รับคำสั่งให้ถามตัวเองว่า “ถ้าไม่ใช่หรือไม่  
ทำแบบนี้แล้ว บริษัทจะเจ๊งไหม?” และให้พนักงานทุกคนยึดถือ  
คิดว่า “ถ้าสงสัย ก็โยนทิ้งเสีย” ผลปรากฏว่าภายในปีเดียว  
กระดาษจำนวน 26 ล้านชิ้น น้ำหนักรวม 120 ตัน ก็ถูกกำจัดทิ้ง  
ได้ เวลาในการทำเอกสาร ถูกนำมาใช้ในการทำงานมากขึ้น  
ตั้งแต่ปี 1956 ถึงปี 1973 บริษัทมีกำไรเพิ่มขึ้น 600% แต่จำนวน  
พนักงานลดลงจาก 26,700 คน เหลือ 26,600 คน ในขณะที่  
พื้นที่ร้านค้าเพิ่มขึ้นเท่าตัว ในโลกยุค digital แนวคิดเรื่อง  
สำนักงานไร้เอกสาร (paperless office) กำลังเป็นจริงมากขึ้นเรื่อยๆ

การประเมินตนเอง ทั้งโดยการนำเสนอผลงานในที่  
ประชุมทีมบริหาร ใน Patient Care Team (PCT) และในงาน  
ประชุมวิชาการของสมาคมวิชาชีพต่างๆ ช่วยเสริมและกระตุ้น  
ให้ตื่นตัวอยู่เสมอ คำถามที่ต้องถามตนเองอยู่เสมอคือ “เราได้  
เรียนรู้อะไร จากการทำกิจกรรมนี้”

## M: Meet the Surveyor

---

เมื่อมีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและมีการประเมิน  
ตนเองแล้ว ควรมีการเยี่ยมชมติดตามภายใน เพื่อให้กำลังใจการ  
ทำงานระหว่างเพื่อนร่วมงาน และนำจุดอ่อนมาปรับปรุงพัฒนา  
ต่อไป เมื่อผู้บริหารประเมินว่าโรงพยาบาลพร้อมแล้วจึงเสนอ  
ขอรับการเยี่ยมชมสำรวจ (survey) จากสถาบันพัฒนาและรับรอง

คุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งมีจุดประสงค์ คือ

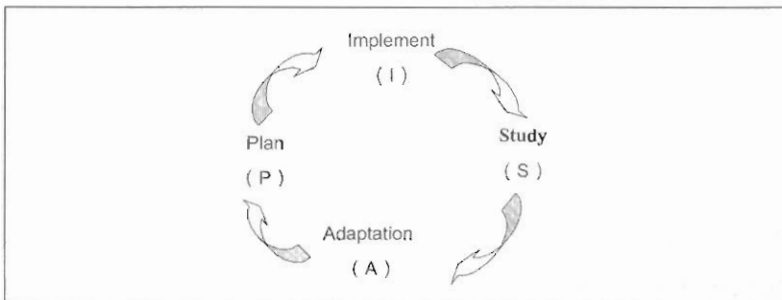
- 1) เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล
- 2) เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา หรือศักยภาพที่จะพัฒนาต่อไป
- 3) เพื่อผู้ประเมินภายนอก สามารถให้คำแนะนำในการพัฒนาคุณภาพงานภายใต้บรรยากาศกัลยาณมิตร

## IC: Improvement & Continuity

เป้าหมายและหลักการของการทำกิจกรรมคุณภาพ คือ การพัฒนาคุณภาพบริการ ให้คนทำงานมีความสุข ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดี ด้วยจรรยาและมาตรฐานแห่งวิชาชีพ จนเป็นที่ไว้วางใจของสังคม **มิใช่เพื่อให้ได้รับการรับรองหรือ 'HA'** คำแนะนำจากการเยี่ยมสำรวจ (survey) รวมทั้งการค้นหาโอกาสพัฒนาร่วมกันนำมาซึ่งการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องไม่สิ้นสุด และต้องทำให้ระบบนี้คงอยู่แม้มีการเปลี่ยนผู้บริหารแล้วก็ตาม

วิธีการทำงานที่มีคุณภาพนั้นโดยทั่วไปมีขั้นตอนตามวงล้อ Plan-Do-Check-Act (PDCA) แต่เนื่องจาก HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ ผู้เขียนจึงขอปรับวงล้อนี้เป็น PISA ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 PISA วงล้อแห่งการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพ



**Plan** คือ การวางระบบงานหรือกิจกรรมที่เป็นมาตรฐาน  
**Implement** คือ การทำตามระบบงานและกิจกรรมที่ได้  
วางไว้

**Study** คือ การทบทวน เรียนรู้จากวิธีและผลการปฏิบัติ

**Adaptation** คือ การปรับระบบหรือกิจกรรมให้เหมาะสม  
กับหน่วยงาน และความคาดหวังของผู้รับบริการ

นั่นคือ PISA เป็นหลักการพื้นฐานที่ทำให้งานมีคุณภาพ ใน  
ขณะที่ ACADEMIC เป็นการนำหลักการคุณภาพมาประยุกต์ใช้  
ในองค์กรให้ประสบความสำเร็จ การเชื่อมทั้ง 2 หลักการเข้า  
ด้วยกันใช้องค์ประกอบด้วยกัน 9 ข้อ (9S) ดังนี้

1. **Smile** การทำงานคุณภาพต้องมี positive thinking มี  
ความจริงใจต่อกัน มุ่งให้เกิด win-win system ก่อประโยชน์กับ  
ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง สร้างรอยยิ้มให้กัน ทำงานอย่างมีความสุข  
จนรู้สึกสนุกสนานไปกับงานที่ทำ

2. **Share** การมีส่วนร่วมรับรู้ในกิจกรรมต่างๆ ให้อุบัติ  
เป็นเจ้าของร่วมกัน อันดับแรกคือมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน เพราะเป็น  
จุดผลักดันให้เกิดกิจกรรมคุณภาพต่างๆ การรับรู้เป้าหมายเบื้อง  
หน้าต้องไปให้ถึงจะเป็นแรงส่งให้ก้าวไปข้างหน้าอย่างมีทิศทาง  
ร่วมกัน เปรียบได้กับการพายเรือแข่งที่ฝีพายพายพร้อมกัน ย่อม  
มีโอกาสชนะการแข่งขันมากกว่า ความสำเร็จหรือล้มเหลวเป็น  
ของทุกคนในองค์กร

3. **Stimulus** การเรียนรู้เป็นกระบวนการอย่างหนึ่งที่ทำให้  
พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เกิดขึ้นได้เพราะมีการเชื่อมโยง  
ระหว่างสิ่งเร้า (stimulus) และการตอบสนอง (ตามทฤษฎี  
การเรียนรู้ที่เรียกว่า bond theory) การแข่งขันและการสร้างแรง

จูงใจเป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้กฎเกณฑ์สำคัญอย่างหนึ่ง คือ การให้รางวัลตอบแทนคนขยันและทำงานดีเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้ทุกอย่างเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ หากร่วมกับคำชมเชย (รางวัลทางจิตใจ) มีผลต่อการกระตุ้นในการทำงาน และให้ความสุขใจในการทำงานมากกว่าที่จะให้รางวัลทางเศรษฐกิจแต่อย่างเดียว

**4. Scope** หน่วยงานแต่ละหน่วยและบุคลากรแต่ละคนเปรียบได้กับฟันเฟืองที่ทำงานร่วมกันเพื่อนำพาองค์กรไปยังเป้าหมายขอขายของแต่ละฟันเฟืองต้องเดินชัดทั้งในส่วนที่ต้องรับผิดชอบโดยตรงกับส่วนที่ต้องทำงานประสานกับผู้อื่น เพื่อให้บุคลากรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน ปรับระบบการทำงานรวมทั้งการคัดเลือกคนทำงานได้เหมาะสม

**5. Space of life** Kurt Lewin เชื่อว่า การเรียนรู้เป็นเรื่องของอินทรีย์ส่วนรวมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามสนามชีวิต (life space) ซึ่งได้แก่ 1) สิ่งแวดล้อมทางจิต (ความคิด ความรู้สึก ทัศนคติ) 2) สิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่ไม่ใช่ทางจิต 3) ตัวตนภายใน (self) 4) ตัวตนภายนอก (รูปร่าง, ท่าทาง)

พฤติกรรม มิใช่เป็นเรื่องของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องของบุคลิกของบุคคล และสถานการณ์ของสภาพแวดล้อมซึ่งบุคคลนั้นเกี่ยวพันอยู่ด้วย การจัดสภาพแวดล้อมที่ดีและลักษณะงานที่เหมาะสมกับบุคคล ย่อมเกิดความพอใจในการทำงาน นำมาให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในสิ่งใหม่ ๆ

**6. Standard** ซึ่งเป็นข้อกำหนดร่วมกันในการทำงาน เพื่อให้ง่ายต่อการทำงาน การประเมินและพัฒนางาน มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญจนานิกะเป็นมาตรฐานที่เอื้อต่อกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ซึ่งองค์กรและบุคลากรควรยึดถือปฏิบัติร่วมกัน

**7. Science** หลักการพื้นฐานของความสำเร็จ คือ การทำงานด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์ เรียนรู้โดยวิธีแก้ปัญหา เริ่มจากบุคคลเกิดปัญหา ศึกษาปัญหา ค้นหาวิธีแก้ปัญหา แล้วดำเนินการทดลองพิสูจน์ และสรุปผลว่า การแก้ปัญหาที่ถูกต้องนั้นเป็นอย่างไร การตัดสินใจบนพื้นฐานข้อมูลที่ถูกต้อง ย่อมสามารถแก้ปัญหาและพัฒนางานให้สำเร็จด้วยดี

**8. Systems thinking** เนื่องจากระบบเป็นสิ่งที่ไม่หยุดนิ่ง (dynamics) ซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์ (Interaction) ที่มีต่อกันของโครงสร้างการทำงานขององค์กร โครงสร้างเหล่านี้ไม่สามารถแบ่งแยกออกจากกันได้โดยเด็ดขาด การแก้ปัญหาอย่างหนึ่งจะกระทบต่อสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเสมอ การคิดอย่างเป็นระบบที่อาศัยความรู้ ประสบการณ์ และเครื่องมือต่างๆ เช่น QC tools จะช่วยให้เกิดผลกระทบในทางลบน้อยที่สุด

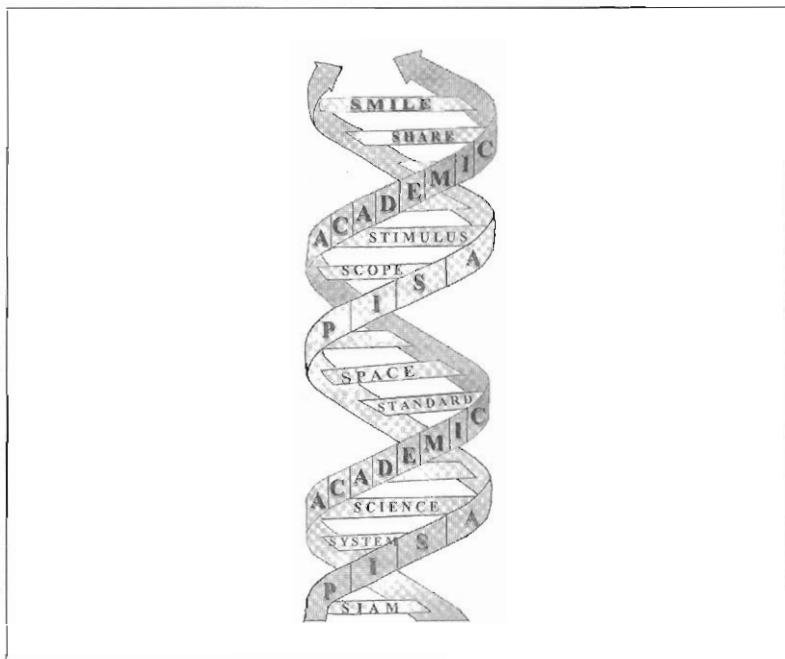
ด้วยเหตุที่ระบบในองค์กรจะอยู่ไม่ได้หากขาดส่วนใดส่วนหนึ่ง บุคลากรจึงต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกัน จึงควรมีการแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดความรู้ระหว่างกันอยู่ตลอดเวลา เรียนรู้วิธีการเรียนรู้ด้วยกันกับผู้ร่วมงาน (learning how to learn together) ประสบการณ์การเยี่ยมชมสำรวจภายใน (internal survey) ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า ก่อให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างผู้เยี่ยมชมและผู้ถูกเยี่ยมชม สนับสนุนให้เกิดความคิดริเริ่ม วางแผนแก้ปัญหาและพัฒนางานให้ดีกว่าเดิม รวมทั้งมีการปรับพฤติกรรมหรือทัศนคติตามการเรียนรู้ใหม่ๆ ด้วย

**9. Siam** กิจกรรมและมาตรฐาน ต้องนำปรับหรือพัฒนาว่าเหมาะสมกับสังคมไทยหรือไม่ การนำ Clinical Practice Guideline ของต่างประเทศมาใช้ในโรงพยาบาลโดยไม่คำนึงถึงความเหมาะสมกับสภาวการณ์ในประเทศไทยย่อมสามารถทำได้

จำกัดหรือล้มเหลวในขั้นปลาย กระบวนการ HA ถึงแม้จะมีต้นแบบจากต่างประเทศ แต่ได้นำมาปรับให้เหมาะกับสังคมไทย โดยยังยึดหลักการสำคัญๆ และเกณฑ์มาตรฐานที่เทียบได้กับนานาชาติ การคงความเป็นเอกลักษณ์ของไทยย่อมนำมาซึ่งความภาคภูมิใจในการทำงาน

เมื่อนำวงล้อคุณภาพ PISA (how to do a quality work) กับกลยุทธ์ ACADEMIC (how to be a quality hospital) มาเชื่อมต่อกันด้วยสายสัมพันธ์ (bond) 9S ได้ออกมามาจัดแสดงในภาพที่ 2

ภาพที่ 2 Gene of Quality





นั่นคือ รูป helix แห่งสายพันธุกรรมของมนุษย์ คุณภาพเป็นสิ่งติดตัวภายในของมนุษย์ทุกคนนับตั้งแต่มีการวิวัฒนาการตั้งแต่ดึกดำบรรพ์เพื่อปรับตัวให้คงอยู่รอดจนปัจจุบัน คุณภาพมิใช่เรื่องของผู้หนึ่งผู้ใด แต่เป็นของทุกคน เริ่มต้นได้ทุกคนโดยใช้วงล้อคุณภาพ PISA ซึ่งเชื่อมต่อด้วยสายสัมพันธ์ 9S กับกลยุทธ์ ACADEMIC ขององค์กร องค์กรและบุคลากรที่มีสายพันธุกรรมคุณภาพ (Gene of Quality) ย่อมประสบความสำเร็จ เช่นเดียวกับการอยู่รอดบนโลกใบนี้ของสายพันธุ์มนุษย์ที่มีมาหลายล้านปี จนพัฒนาเข้าสู่โลกแห่งการแข่งขันไร้พรมแดนในปัจจุบัน

## บรรณานุกรม

1. บุญมาก พรหมพิวย. (2541) *การบริหารเวลา* พิมพ์ครั้งที่ 7. บริษัทต้นไทรการพิมพ์ จำกัด, กรุงเทพฯ.
2. พสุ สัตถาภรณ์. (2532) *การพัฒนาบุคคล. คณะวิทยาการ* จัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
3. สงวนสิน รัตนเลิศ. *Hospital Accreditation กับโรงเรียนแพทย์ : ประสบการณ์ในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*. เอกสารประกอบการประชุม National Forum on Hospital Accretation. พฤศจิกายน 2541.
4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2539) *มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีปฏิทินจนาภิเษก*.
5. สุภาณี วัคคีย์พรหม. (2540) *ข้อคิด 20 ประการสู่การเป็นผู้* นำ. สานหนังสือ, กรุงเทพฯ.
6. อนันยข. (2542) *ศิลปะแห่งการชนะใจคน*. บริษัท ไพลินสีน้ำเงิน จำกัด, กรุงเทพฯ.

7. Corbitt, B.J. *Promoting Change in Higher Education: Thailand-Australia Science & Engineering Assistance Project, November 2-4 1998.*
8. Rovin, S.; Ginsberg, L. (1991) *Managing Hospitals* Jossey-Bass, San Francisco.

# ประสบการณ์การพัฒนาโรงพยาบาล สู่การรับรองคุณภาพ HA

นพ.วิชาญ เกติวิชัย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ  
อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา

การบริการสุขภาพซึ่งเป็นภารกิจของโรงพยาบาล จำเป็นต้องให้บุคลากรจากหลายสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่สนับสนุนทั้งด้านการบริหาร วิชาการ และเจ้าหน้าที่อื่นๆ อีกเป็นจำนวนมาก การจะทำให้บริการของโรงพยาบาลมีคุณภาพ จึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากคนทั้งหมดในโรงพยาบาล โดยทุกคนมีความมุ่งมั่น (commitment) ที่จะทำให้โรงพยาบาลให้มีคุณภาพ โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (customer focus)

## การสร้างความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ

การผลักดันที่จะทำให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้มีคุณภาพนั้น ไม่สามารถดลบันดาลได้ด้วยการสั่งการโดยผู้บริหาร แต่จะต้องทำให้เกิดเป็นความเชื่อถือของคนว่าเป็นสิ่งที่ดีสมควรกระทำด้วยความเต็มใจ ซึ่งเรียกได้ว่าเป็นการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร หากโรงพยาบาลสามารถสร้างได้ก็จะพัฒนาไปสู่โรงพยาบาลคุณภาพได้ไม่ยากนัก

พลังผลักดันที่จะทำให้เกิดวัฒนธรรมนี้มีทั้งด้านลบและด้านบวก ในด้านลบคือการเสียประโยชน์หรือถูกลงโทษจากการ

ทำงานที่ไม่มีคุณภาพ เช่น การถูกร้องเรียน ฟ้องร้อง เรียกค่าเสียหาย ภาพพจน์ที่ไม่ดีของโรงพยาบาล การลงโทษโดยผู้บังคับบัญชา เป็นต้น ส่วนพลังด้านบวกคือการสร้างแรงจูงใจให้อยากจะทำสิ่งดีๆ การได้รับคำชมเชย ยกย่อง การทำงานอย่างมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี และการภูมิใจกับความสำเร็จของงาน

จากประสบการณ์ที่ผ่านมาพบว่า **พลังด้านลบนั้นไม่ยั่งยืน และไม่สามารถทำให้คนทำงานด้วยใจได้มากพอ** อาจใช้เพื่อกระตุ้นได้บ้างในบางโอกาส แต่การใช้พลังจูงใจด้านบวกจะสามารถทำให้คนมีความมุ่งมั่น อยากทำงานของตนเองและของโรงพยาบาลให้ดีขึ้นได้มากกว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะมีความสุขในการทำงานมากกว่า เพราะรู้สึกว่าได้ทำสิ่งดีๆ นั้นด้วย ความสมัครใจของตนเองมากกว่าการถูกบังคับ

โรงพยาบาลเสนาได้เริ่มการพัฒนาคุณภาพก็ด้วยพลังด้านบวก มิได้ถูกบังคับโดยผู้ใด แต่เกิดจากความต้องการให้โรงพยาบาลมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับของประชาชนและวงการศึกษา การเข้าร่วมในโครงการพัฒนาต่างๆ ก็เกิดขึ้นจากความสมัครใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ ผู้บริหารโรงพยาบาลเพียงแต่ให้ความรู้ว่าจะแต่ละโครงการมีประโยชน์ต่อโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอย่างไร จากนั้นจึงรับฟังเสียงจากเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ หากเห็นชอบจึงจะรับโครงการนั้นมาดำเนินการ

โครงการสำคัญที่ก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลเสนาได้แก่ โครงการปรับโฉมหน้าโรงพยาบาล (2537-2538), โครงการพัฒนาบริการด้านหน้า (2539), โครงการ 5 ส. และ TQM (2539), โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข (2539) และโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA (2540)

โครงการเหล่านี้ประสบความสำเร็จต่อเนื่องกันมาเป็นลำดับ ด้วยการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอย่างกว้างขวาง ทั้งการประชุมชี้แจง การสัมมนา ระดมความคิดเห็น การศึกษาดูงาน การสัมมนานอกสถานที่ การสร้างการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ทั้งในการกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และการวางแผน ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติให้เป็นจริงด้วยความเต็มใจ ทั้งนี้เทคนิคสำคัญที่โรงพยาบาลเสนานำมาใช้คือ การเรียนรู้ร่วมกัน (Participator Learning-PL) และกระบวนการ AIC

การจัดให้มี logo และคำขวัญ ก็เป็นอีกกลยุทธ์หนึ่งที่พบว่าช่วยให้เจ้าหน้าที่มีความรักโรงพยาบาลมากขึ้น เมื่อได้เห็นสัญลักษณ์ของโรงพยาบาลอยู่เสมอ ทั้งสติ๊กเกอร์ที่ติดในสถานที่ต่างๆ ติดทั้งโรงพยาบาล ที่ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน เสื้อผ้าคนไข้ อุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ช่วยกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่มีความภูมิใจในโรงพยาบาล และสร้างแรงบันดาลใจให้อีกฝ่ายหนึ่ง

## การพัฒนาขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่

ด้วยความเชื่อที่ว่าคนเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในการทำงานบริการสุขภาพ การพัฒนาคนอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุด กระบวนการในเรื่องคนจึงต้องเริ่มตั้งแต่การคัดเลือกคนเข้าทำงานอย่างเหมาะสม รับคนให้ถูกกับงาน มีการปฐมนิเทศอย่างเข้มข้นมีการให้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับทุกคน เช่น การสร้างสัมพันธภาพในองค์กร การทำงานร่วมกับผู้อื่น การทำงานเป็นทีม การสร้างวิสัยทัศน์ การวิเคราะห์ การวางแผน การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ การตลาด เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข



การควบคุมกำกับงาน และการประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งมีความคล่องตัวในการปรับเปลี่ยนให้ทันเหตุการณ์อีกด้วย

4. **มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน:** ในการทำงานเป็นทีม สมาชิกแต่ละคนจะได้รับความรู้เพิ่มขึ้นจากสมาชิกคนอื่น ๆ สามารถเสริมจุดอ่อน และพัฒนาความสามารถของแต่ละคนให้สูงขึ้น เมื่อระดมสมองคิดในเรื่องใดๆ ก็จะได้ผลงานที่มีคุณภาพสูง ซึ่งเราเชื่อว่า ทีมที่ดีผลงานของสมาชิก 5 คน จะไม่มีแค่ 5 เท่าของคน แต่ควรจะสูงขึ้นไปเป็น 6,7,8 เท่า เลยทีเดียว

ในโรงพยาบาลเสนาจึงมีทีมงานมากมาย นับแต่คณะกรรมการบริหารอันเป็นองค์กรสูงสุด ซึ่งดำเนินการบริหารแบบประชาธิปไตย ทีมงานของกลุ่มงานและฝ่าย รวมทั้งองค์กรแพทย์ ทีมบริหารการพยาบาล ซึ่งเป็น**ทีมแนวตั้ง** พัฒนาคนให้ได้มาตรฐานวิชาชีพ และมีความสามารถพร้อมที่จะไปร่วมทำงานกับวิชาชีพอื่นได้

**ทีมงานในแนวราบ**จะมีตั้งแต่ทีมใหญ่ซึ่งยึดงานเป็นหลัก ทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของงานนั้นๆ หรือให้เกิดคุณภาพที่เท่าเทียมกันในทุกหน่วยงาน ทีมดูแลผู้ป่วย (patient care team) ซึ่งรับผิดชอบคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยตามสาขาความเชี่ยวชาญของแพทย์ ลงไปจนถึงทีมพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Teams-QIT) ซึ่งมีหน้าที่ช่วยทีมใหญ่ในการพัฒนาคุณภาพเฉพาะเรื่องตามเทคนิค CQI รวมทั้งการดำเนินงาน 5 ส.

การจัดทีมงานแบบนี้ในช่วงแรกมีปัญหาพอสมควรในการประสานทีมแนวราบกับแนวตั้ง แต่เมื่อได้ทำงานโดยทุกทีมมุ่งไปที่พันธกิจ วิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของโรงพยาบาล

แล้ว พบว่าความขัดแย้งลงน้อยลง และทุกทีมต่างช่วยกันเพื่อ  
ไปสู่เป้าหมายเดียวกัน และมีความสุขกับการทำงานร่วมกัน  
มากขึ้น

การทำงานเป็นทีมนี้ สิ่งที่โรงพยาบาลต้องสร้างอย่างมาก  
คือ วัฒนธรรม การยอมรับผู้อื่น การรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอ  
วิพากษ์วิจารณ์ ทั้งจากผู้ที่อยู่ในวิชาชีพเดียวกัน และต่าง  
สาขาวิชาชีพทั้งจากผู้บังคับบัญชาผู้ร่วมงานและผู้ใต้บังคับบัญชา  
เทคนิคอย่างหนึ่งที่ช่วยคือ หมวก 6 สี ความคิด 6 แบบ ของ  
เอ็ดเวิร์ด เดอ โบโน และเทคนิคการประชุมทีม ซึ่งภาศิพัฒนา  
และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้แนะนำมา

ทีมที่สำคัญอีกกลุ่มหนึ่งคือทีมสนับสนุนในระดับองค์กรที่  
จะช่วยสนับสนุนการทำงานของทีมนดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านบริหาร  
และวิชาการ ตามที่กำหนดไว้ในส่วนการบริหารระดับองค์กร  
ของมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญญาภิเชก

ในเรื่องต่างๆ เหล่านี้ได้มีการจัดทีมโดยใช้ผู้ปฏิบัติงานใน  
เรื่องนั้นๆ เป็นหลัก มีการเชิญเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่สนใจ  
และมีความสามารถมาร่วมทีมและดึงเอาผู้รับผลงานคือ ตัวแทน  
จากทีมนดูแลผู้ป่วยเข้ามาร่วมในทีมเหล่านี้ด้วยเพื่อจะได้สนับสนุน  
ได้ตรงตามความต้องการ และเกิดความร่วมมือในการดูแลเรื่อง  
เหล่านี้ในทีมนดูแลผู้ป่วยด้วย

## การเช็มนักมีระเบียบปฏิบัติ

โดยแท้จริงแล้ว งานโรงพยาบาลก็ได้ทำกันมาโดยไม่  
จำเป็นต้องมีระเบียบ ข้อบังคับ มากมายนัก โดยเฉพาะในงาน  
บริการผู้ป่วย ผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ก็ปฏิบัติตามความรู้ที่ได้เล่า



เรียนมา แต่เราพบว่าคุณภาพของงานจะไม่ดีเท่าที่ควร เพราะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ไม่สามารถควบคุมกำกับ ตรวจสอบ และประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดทำคู่มือนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และคู่มือการทำงานคือ Quality Manual, System Procedure, Work Instruction จึงมีความสำคัญพอสมควร แต่เนื่องจากโรงพยาบาลมี procedure ต่างๆ มากมาย จึงไม่สามารถทำทั้งหมดได้ จึงได้อาศัยการวิเคราะห์กระบวนการหลัก แล้วทำคู่มือเฉพาะเรื่องที่เป็น high risk, high volume, high variation, high cost

กระบวนการจัดทำคู่มือเหล่านี้ ที่สำคัญยิ่งคือ การให้ทีมผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้จัดทำขึ้นเอง จะทำให้มีความเต็มใจที่จะปฏิบัติตามมากกว่ามีคนอื่นจัดทำแล้วสั่งการมาให้ปฏิบัติ อย่างไรก็ตามก็ต้องกำหนดวิธีการติดตามว่ามีการปฏิบัติตามคู่มือมากน้อยเพียงใด มีอุปสรรคขัดข้องใดที่ต้องการแก้ไข ปรับปรุงบ้าง และมีการประเมินผลผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติตามคู่มือนั้น เพื่อปรับปรุงแก้ไขได้ทันทีเมื่อผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่ต้องการ

## **การทบทวนและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง**

นับเป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างยิ่งอีกอย่างหนึ่งที่ต้องมีในโรงพยาบาลคุณภาพ โดยเราเน้นที่การทบทวนและพัฒนาตนเองโดยทีม จัดให้มีการประเมินตนเองตามรูปแบบที่ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลทุก 3 เดือน ส่งเสริมกระตุ้นให้มีการค้นหาความเสี่ยง จัดทำดัชนีชี้วัดผลงานของทีม และศึกษาเปรียบเทียบกับมาตรฐานเพื่อปรับปรุงการทำงาน

ของทีมให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ดี การประเมินตนเองโดยทีมในระดับหน่วยงาน อย่างเดียวคงไม่เพียงพอ ต้องอาศัยการติดตามและสนับสนุน จากทีมผู้บริหารระดับสูงด้วย จึงจัดให้มีทีมนำในการพัฒนา คุณภาพ (ซึ่งผู้อำนวยการเป็นประธานเอง) ทำหน้าที่ติดตาม ควบคุมกำกับ สนับสนุนทีมต่างๆ จัดให้มีศูนย์คุณภาพเป็นที่ ประสานงาน จัดทีมพี่เลี้ยง (facilitator) ให้คำปรึกษาช่วยเหลือ ทีมต่างๆ จัดทีมผู้ประเมินภายใน (internal surveyor) ประเมิน คุณภาพในรูปแบบเดียวกับการประเมินของ พรพ. ทุก 4 เดือน และมีการติดตามรายงานเกี่ยวกับคุณภาพในหลายรูปแบบ ทั้ง ข้อมูล คุณภาพ วิเคราะห์หัดชั้นต่างๆ รายงานการปฏิบัติที่ไม่ เป็นไปตามข้อกำหนด (NCR) รายงานข้อเสนอนะของผู้รับบริการ (CCR) แบบสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยทั้งนอกและใน (OP voice, IP voice) และแบบรายงานอุบัติการณ์ (incidence report)

## การขอรับรองจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

แม้เราจะมุ่งเป้าหมายการพัฒนาไปที่คุณภาพบริการที่ ประชาชนผู้รับบริการจะได้รับ และถือว่าเสียงของประชาชนคือ เสียงสวรรค์ที่จะบอกว่าโรงพยาบาลมีคุณภาพดีหรือไม่ แต่เราก็ เชื่อว่าอาจยังไม่เพียงพอที่จะบอกได้ว่าโรงพยาบาลมีคุณภาพดี จริง เพราะมีอีกหลายมิติที่ประชาชนไม่รู้ การรับรองจากองค์กร ภายนอกที่เชี่ยวชาญเรื่องคุณภาพโรงพยาบาล จึงมีประโยชน์ใน การยืนยันว่างานที่เราทำมีคุณภาพอย่างแท้จริง

การได้รับการรับรองยังเป็นพลังกระตุ้นที่สำคัญยิ่ง สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เพราะเป็นเกียรติยศ ดังกดตรี

ความภาคภูมิใจ ความสุข ในการทำงาน เหมือนการเรียนแม่เรา จะมีเป้าหมายที่การได้ความรู้ แต่การได้รับประกาศหรือปริญญา ก็เป็นสิ่งกระตุ้นและสร้างความภูมิใจที่สำคัญ นอกจากนี้การได้รับการรับรองคุณภาพและประกาศให้ประชาชนทราบ จะช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการ ลดความขัดแย้ง และช่วยให้ประชาชนเข้ามาใช้บริการโรงพยาบาลด้วยความมั่นใจ มีสภาพจิตใจที่ดี ไม่วิตกกังวล อันจะนำไปสู่สุขภาพอนามัยที่ดีขึ้นอีกด้วย

## ประสบการณ์การเยี่ยมชมสำรวจและประเมินเพื่อรับรอง

โรงพยาบาลเสนา ได้ถูกประเมินโดยผู้ประเมินจาก พรพ. เมื่อวันที่ 7-8-9 เมษายน 2542 คือ 2 ปีหลังเข้าร่วมโครงการ HA เป็นโรงพยาบาลแห่งแรกของกระทรวงสาธารณสุข และได้รับการประกาศรับรองคุณภาพอย่างเป็นทางการเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2542

ในการประเมินนั้น โรงพยาบาลต้องทำการประเมินตนเอง ส่งให้ พรพ. ล่วงหน้า โดยแบ่งการประเมินตนเองออกเป็น 4 ส่วน คือ ภาพรวมการบริหารระดับโรงพยาบาล การบริหารคุณภาพระดับหน่วยงาน (ทุกหน่วยงาน) ระบบการดูแลผู้ป่วยใน (ทีมดูแลผู้ป่วย) และระบบคุณภาพในหน่วยงานพิเศษ พร้อมข้อมูลโรงพยาบาลและดัชนีชี้วัดต่างๆ ที่สำคัญ

ในช่วง 3 วัน ผู้ประเมินจะแบ่งการทำงานเป็นทีม เข้าไปสำรวจในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล ทั้งการสังเกต การตรวจสอบเอกสาร การสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ทุกระดับ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การพูดคุยกับทีมต่างๆ ทั้งทีมบริหารระดับโรงพยาบาล ทีมสนับสนุนต่างๆ และ Patient Care Teams

การสำรวจนั้นประเมินไปถึงความมุ่งมั่น ความมีส่วนร่วม ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องคุณภาพ ในเจ้าหน้าที่ทุกระดับ การศึกษาถึงระเบียบปฏิบัติ กระบวนการทำงานต่างๆ ว่าได้มาตรฐานหรือไม่ การขอคุณภาพติดตามข้อมูลคุณภาพที่โรงพยาบาลทำให้ว่ามีอย่างต่อเนื่องหรือไม่ ผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลได้รับทราบและนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลหรือไม่ การประสานงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในการส่งงานเป็นไปด้วยดี เพื่อให้มีการทำงานที่มีคุณภาพหรือไม่ รวมทั้งมีการประเมินปัจจัยนำเข้าทั้งเรื่อง คน งาน ของสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย อย่างละเอียด ทั้งนี้โดยยึดถือมาตรฐานฉบับปีกาญจนาภิเษกเป็นหลัก

โรงพยาบาลเสนาแม้จะผ่านการประเมินและได้รับการรับรองแล้ว แต่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเสนาทุกคนก็ทราบดีว่าโรงพยาบาลยังมีได้มีคุณภาพระดับสูง เพียงแต่สามารถพัฒนามาจนมีคุณภาพเป็นที่ไว้วางใจได้ในทุกด้าน และมีกระบวนการที่เชื่อถือได้ว่ามีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องไม่ทำให้คุณภาพด้อยลงกว่าที่ตรวจพบ มีแต่จะพัฒนาให้ก้าวหน้าต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง ดังนั้นความมุ่งมั่นและกระบวนการพัฒนาต่างๆ ที่ได้ทำมาจึงยังคงดำเนินการต่อไปและมีเป้าหมายว่าในอีก 2 ปี หลังการรับรอง เมื่อมีการประเมินเพื่อรับรองโรงพยาบาลรอบใหม่โรงพยาบาลเสนาจะมีคุณภาพดียิ่งขึ้นไปอีก โดยมีเป้าหมายอยู่ที่ระดับความเป็นเลิศของคุณภาพในทุกด้าน

ผลที่เกิดจากการพัฒนาคุณภาพต่อโรงพยาบาลนั้นนับว่าคุ้มค่ากับความเหนื่อยยาก เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทำงานอย่างมีความสุขมากขึ้น มีระบบงานที่ดี มีสัมพันธภาพในการทำงานที่ดี ทำงานได้คล่องตัวมากขึ้น มีเวลาในการคิดพัฒนาคุณภาพใน

การพัฒนาที่ดี และสำคัญที่สุดคือได้รับการยกย่องและเชื่อถือ  
จากประชาชน ผู้ได้รับประโยชน์สูงสุดจากการพัฒนานี้

# ผู้เยี่ยมชมสำรวจ (Surveyor) ต้องการอะไร ?

นพ.ปัญญา สอนคม

ที่ปรึกษาสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ในการเยี่ยมชมสำรวจ (survey) ตามแนวคิดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ผู้เยี่ยมชมสำรวจต้องกำหนดไว้เป็นหลักการก่อนว่า **ต้องการจะไปทำอะไร? อย่างไร? ให้ได้ผลอย่างไร?**

## ประการแรก

ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการเยี่ยมชมสำรวจของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ก็คือ การไปรับทราบและยืนยันว่าโรงพยาบาลนั้น ๆ ได้มีการประเมินคุณภาพระบบงานและสิ่งที่โรงพยาบาลปฏิบัติ แล้วนำผลการประเมินไปวิเคราะห์เพื่อแก้ไขและปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอหรือไม่

หลักฐานที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจต้องการจะเห็นคือ การที่ผู้ปฏิบัติงานทำงานไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ ทำไปกับบันทึกข้อมูลไป แล้วมีการรวบรวมข้อมูลนำไปประเมิน วิเคราะห์ เพื่อหาหนทางให้ดีขึ้นกว่าเดิมอยู่เสมอ จากนั้นทีมในหน่วยงานหรือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนทีมผู้สำรวจภายใน (internal surveyor) ก็ไปรับทราบ ยืนยัน และให้การเสริมพลัง (empowerment) แก่ผู้ปฏิบัติงานเป็นระยะสม่ำเสมอ

การดำเนินการเช่นนี้เป็น การเรียนรู้จากการลงมือทำเอง ในระยะแรก ก็จะเรียนรู้ว่า อะไรคือระบบที่ต้องการ และอะไร

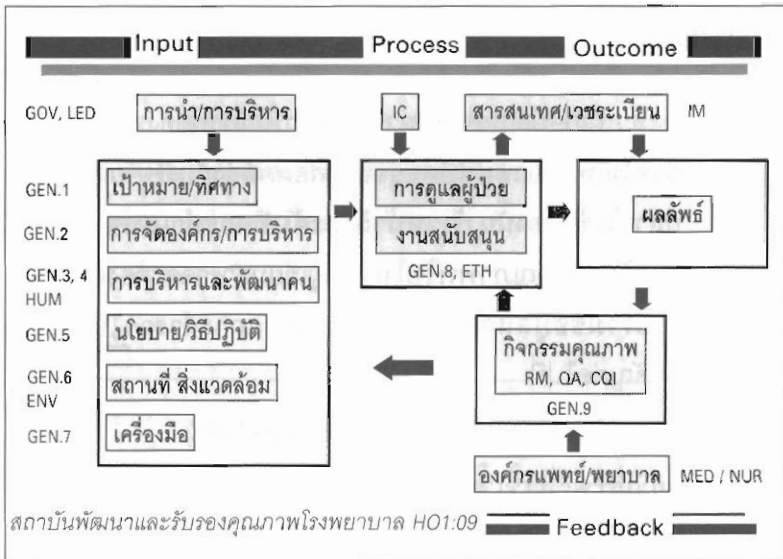
แบบโหนดคือการปฏิบัติที่ต้องการ เมื่อทำสมาธิเชื่อมต่อไปก็จะเรียนรู้ว่าวิธีการค้นหาแบบที่ต้องการหรือการปฏิบัติในแบบที่ต้องการนั้นจะต้องทำอย่างไร และเมื่อทำสมาธิเชื่อมต่อไปก็จะกลายเป็นวัฒนธรรมของการเรียนรู้ควบคู่ไปกับการทำงานประจำวันของโรงพยาบาลนั้น ซึ่งเป็นหัวใจของการพัฒนาคุณภาพ

หลักฐานทำนองนี้ย่อมยืนยันได้ว่า โรงพยาบาลนั้นๆ มีระบบการตรวจสอบตนเองที่น่าเชื่อถือ และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

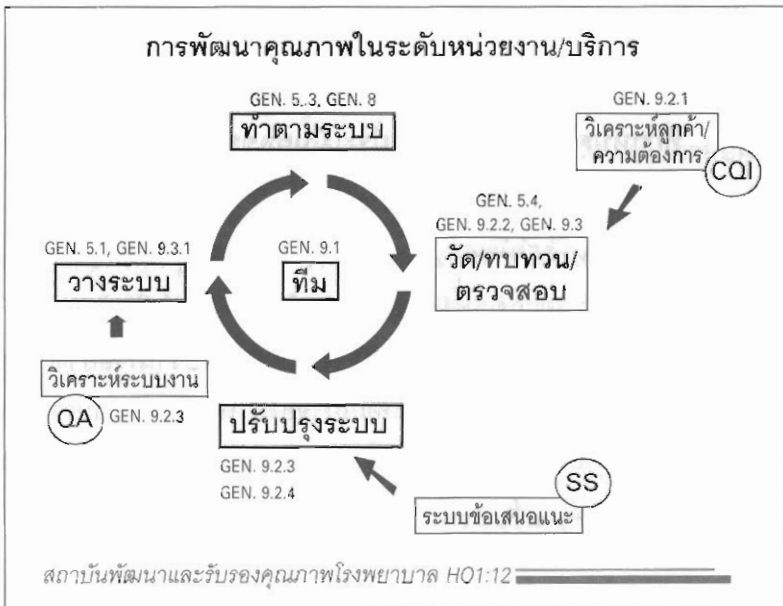
## ประการที่สี่

ผู้เยี่ยมชมสำรวจต้องการข้อมูลหลักฐานเพื่อทราบว่า ระบบงานและสิ่งที่โรงพยาบาลปฏิบัติ นั้น สอดคล้องกับทิศทางนโยบาย และความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้า ทั้งภายนอกและภายในของโรงพยาบาลนั้นหรือไม่ และที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ สอดคล้องกับข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญญาภิเษกหรือไม่

ระบบงานหรือแนวทางปฏิบัติที่โรงพยาบาลจะต้องจัดให้มีใช้อย่างเพียงพอและเหมาะสมนั้น หากจะดำเนินการให้สอดคล้องกับหลักการระบบคุณภาพของมาตรฐานโรงพยาบาลดังกล่าว ควรจะต้องจัดทำให้ครบองค์ประกอบของกระบวนการตั้งแผนภูมิต่อไปนี้



ส่วนการนำระบบงานไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับปัจจัยต่างๆ ตามที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน โรงพยาบาลนั้น อาจอธิบายได้โดยแผนภูมิต่อไปนี้เช่นกัน





ผู้เยี่ยมสำรวจต้องการทราบว่า คุณภาพของระบบงานและ สิ่งที่โรงพยาบาลปฏิบัติอยู่อย่างสอดคล้องกับปัจจัยต่างๆ ดัง กล่าวในข้อสองนั้น ก้าวหน้าถึงระดับที่ควรนำเสนอ เพื่อให้มี การรับรองคุณภาพหรือไม่ ทั้งนี้ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องค้นหาและ รวบรวมข้อมูลหลักฐานที่ต้องการจากการสำรวจในประเด็น สำคัญต่อไปนี้

1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ
2. ประสิทธิภาพของการบริหารและพัฒนาทรัพยากร
3. กระบวนการพัฒนาและประกันคุณภาพ
4. การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ
5. สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร
6. คุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วย

ทั้งนี้เพื่อตอบคำถามว่า ในประเด็นดังกล่าวนี้ มีการ ออกแบบระบบหรือแนวทางปฏิบัติไว้อย่างเหมาะสมหรือไม่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือตามแนวทางปฏิบัติ ที่กำหนดไว้หรือไม่ มีการประเมินผลของกระบวนการเหล่านี้หรือไม่ ผลลัพธ์เป็นอย่างไร

โดยหลักการทั่วไป ผลการสำรวจหลักฐานที่พอจะเสนอ เพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล คือ ในทุกองค์ ประกอบดังกล่าวข้างต้น มีการออกแบบระบบงานไว้อย่างเพียง พอและเหมาะสม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือ นำไปปฏิบัติและติดตามด้วยการประเมินผลและปรับปรุงอย่าง สม่ำเสมอ

## ประการที่สี่

ผู้เยี่ยมชมสำรวจต้องการกระตุ้นให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น และมีความตื่นตัวที่จะ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง

## ประการที่ห้า

ผู้เยี่ยมชมสำรวจต้องการให้ กระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ สำเร็จเรียบร้อยตามกรอบหรือตารางเวลาที่กำหนด ได้รับ ทราบข้อมูลหลักฐานตามที่ต้องการ ภายใต้บรรยากาศที่ ออบอุ้มฉันทมิตร

เพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าวนี้ ทั้งโรงพยาบาลสถาบัน พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและผู้เยี่ยมชมสำรวจจำเป็นต้องมีการสื่อสารทำความเข้าใจ หลักการของกระบวนการเยี่ยมชม สำรวจ ข้อมูลของโรงพยาบาล (hospital profile) ข้อมูลการพัฒนาคุณภาพตามแบบประเมินตนเอง จะต้องเตรียมให้ครบถ้วน และฝ่ายผู้เยี่ยมชมสำรวจก็ต้องศึกษาให้ละเอียดรอบคอบ แล้วนำข้อมูลทั้งหมด มาจัดทำกำหนดการเยี่ยมชมสำรวจ และการจัดทีมสำรวจให้เรียบร้อย และที่สำคัญที่สุดคือการเตรียม ประเด็นที่จะหาข้อมูลหลักฐานเพื่อทราบว่ ประเภทไหน จะได้ จากการสำรวจวิธีใด (การสังเกต การสัมภาษณ์ หรือการตรวจ ดูเอกสารที่เกี่ยวข้อง) ทั้งนี้จะช่วยให้ประเด็นสำคัญต่างๆไม่ถูกละเลยและจบลงในเวลาที่กำหนด

บรรยากาศที่อบอุ้มฉันทมิตรนั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมและทัศนคติต่อการเยี่ยมชมสำรวจของทั้งสองฝ่าย

เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ควรจะเข้าใจและตระหนักว่าการเยี่ยมสำรวจของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้นเป็นการเยี่ยมเพื่อสำรวจระบบหรือกระบวนการคุณภาพ มิใช่สำรวจเพื่อค้นหาความผิดพลาดของตัวบุคคล ความเข้าใจดังกล่าวนี้จะช่วยลดความไม่ร่วมมือ ความไม่รู้ ไม่เข้าใจ ไม่ชอบลงได้มาก ช่วยให้การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการประเมินตนเองของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างเรียบร้อย สมบูรณ์ ตรงกับข้อเท็จจริงมากที่สุด และโดยที่ทุกคนให้ความร่วมมือลงมาทำเองก็จะสามารถตอบคำถามของผู้เยี่ยมสำรวจได้อย่างสบาย ไม่ประหม่า ตึงเครียด หรือระแวง การเตรียมตัวที่ดีที่สุดของโรงพยาบาลคือการทำงานประจำวันของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพ ไม่จำเป็นต้องมีการเตรียมตัวอะไรเป็นพิเศษ

## ฝ่ายผู้เยี่ยมชมสำรวจ

ก็ต้องศึกษาข้อมูลต่างๆ อย่างละเอียดรอบคอบ เตรียมประเด็นให้แน่น ไม่ถามวนวนจนผู้รับการสัมภาษณ์ไม่เข้าใจ นอกจากนี้ผู้เยี่ยมชมสำรวจเองก็ควรมีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูง ต้องเข้าใจว่าการมาสำรวจหาข้อมูลหลักฐานนั้น ต้องเริ่มมีความร่วมมือของผู้รับการเยี่ยมเป็นสำคัญ ต้องฝึกตนให้มีปฏิสัมพันธ์ในทางบวก มีทักษะในการรับฟัง และคุมผู้ตอบให้อยู่ในประเด็นที่ต้องการ

กระบวนการเยี่ยมสำรวจก็ต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้เช่นกัน ในการพัฒนากระบวนการให้ดีและเหมาะสมสำหรับประเทศของเรา ผู้เยี่ยมชมสำรวจยังคงต้องมีการเรียนรู้อีกมาก

“การให้บริการที่มีคุณภาพของโรงพยาบาล คือ การทำงานด้วยใจ เมื่อทำงานด้วยใจแล้ว สิ่งอื่นๆ จะตามมาโดยอัตโนมัติ ไม่ว่าจะเป็นการคุ้มครองสิทธิและศักดิ์ศรีของคนไข้ การป้องกันความเสี่ยง การดูแลอย่างมีมาตรฐานวิชาชีพ การช่วยเหลือให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเองได้”

*นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล*

“จากประสบการณ์ที่ผ่านมา พบว่าพลังด้านลบ นั้นไม่ยั่งยืน และไม่สามารถทำให้คนทำงานด้วยใจได้มากพอ อาจใช้เพื่อกระตุ้นได้บ้างในบางโอกาส แต่การใช้พลังเชิงใจ ด้านบวกจะสามารถทำให้คนมีความมุ่งมั่น อยากทำงานของตนเอง และของโรงพยาบาลให้ได้ดีมากกว่า”

*นพ.วิชาญ เกิดวิชัย*

“เป้าหมายและหลักการของการทำกิจกรรมคุณภาพ คือ การพัฒนาคุณภาพบริการ ให้คนทำงานมีความสุข ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดี ด้วยจรรยาและมาตรฐานแห่งวิชาชีพจนเป็นที่ไว้วางใจของสังคม มีใช้เพื่อให้ได้รับการรับรอง หรือ ‘HA’ ”

*รศ. นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ*

ห้องเลขที่ ๑๐๐ ปี เลข ห้างหวงแก้ว



00008268



**สถาบันพัฒนาและ  
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล**

ISBN 974-293-336-7



9 789742 933364

ราคา 45 บาท