

เอกสารประกอบการประชุม  
National Forum on Hospital Accreditation & Quality Improvement III

Simplicity in a Complex System

คุณภาพโรงพยาบาล... ทำเรื่องยากให้เป็นเรื่องง่าย



เส้นทางสู่  
**โรงพยาบาลคุณภาพ**  
ของโรงพยาบาลเอกชน

X  
5  
181๙  
45

๒๒ - ๒๔ มกราคม ๒๕๔๕

ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ กรุงเทพมหานคร

6 8017

เอกสารประกอบการประชุม  
National Forum on Hospital Accreditation & Quality Improvement III  
Simplicity in a Complex System  
คุณภาพโรงพยาบาล... ทำเรื่องยากให้เป็นเรื่องง่าย

ห้องสมุด ๑๐๐ ปี สมเด็จพระนางเจ้า

# เส้นทางสู่ โรงพยาบาลคุณภาพ ของโรงพยาบาลเอกชน

เลขหมู่ WX15 ค181ค 2545  
เลขทะเบียน 00008969  
วันที่ 10.01.2555

๒๒ - ๒๔ มกราคม ๒๕๕๕

ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ กรุงเทพมหานคร

เสืงกนงสู่  
**โรงพยาบาลคุณภาพ**  
ของโรงพยาบาลเอกชน

จัดพิมพ์โดย

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

ชั้น 2 อาคารกรมการแพทย์ 6 กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี

โทรศัพท์ 0-2589-0023-4 โทรสาร 0-2951-0238

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

พิมพ์ครั้งแรก

ในงานประชุม

National Forum on Hospital Accreditation & Quality Improvement III

ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2545

จำนวน 4,000 เล่ม

ISBN 974-90156-5-7



ออกแบบและจัดพิมพ์ที่ RDP, กรุงเทพมหานคร

# คำนำ

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation - HA) เริ่มต้นขึ้นเมื่อ ๕ ปีที่แล้ว ได้รับความสนใจ ใฝ่มอง เกิดความตระหนัก ลงมือปฏิบัติ และเกิดผลลัพธ์ คือ “วัฒนธรรมคุณภาพ” ในองค์กร และคุณภาพที่ผู้รับบริการสัมผัสได้ มีผู้ที่เข้ามาร่วมในกระบวนการนี้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เห็นความหลากหลายในสถานการณ์ต่างๆ มีความมั่นใจในทิศทางการพัฒนา มีความพร้อมที่จะเผยแพร่และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

กระบวนการ HA ได้ก่อให้เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ซึ่งมีทั้งการให้และการรับไปพร้อมกัน องค์กรวิชาชีพ หน่วยงานของราชการที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพทั้งในเรื่องนโยบาย วิชาการ การประเมินและให้คำปรึกษา รวมทั้งทรัพยากรที่จำเป็น

ในโอกาสที่กระบวนการ HA กำลังจะก้าวอย่างขึ้นปีที่ ๖ และจัดให้มีการประชุมระดับชาติ National Forum on Hospital Accreditation and Quality Improvement ในหัวข้อ “Simplicity in a Complex System” ขึ้นระหว่างวันที่ ๒๒ - ๒๔ มกราคม ๒๕๔๕ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลใคร่ขอขอบคุณทุกฝ่ายที่มีส่วนสนับสนุนการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและสังคมแห่งการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย รวมทั้งเจตจำนงที่จะสานต่อและธำรงความร่วมมือนี้ต่อไป ขอขอบคุณทุกฝ่ายที่นำความรู้และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นมานำเสนอแลกเปลี่ยนกันในรูปแบบต่างๆ ทั้งการนำเสนอบนเวทีอภิปราย การนำเสนอด้วยนิทรรศการ การนำเสนอด้วยเอกสาร และการเสวนากันโดยตรง และขอขอบคุณองค์กรที่มาร่วมเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุมครั้งนี้

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลหวังว่าผู้ร่วมประชุมจะได้รับประโยชน์จากข้อมูลที่หลากหลายทั้งในรูปแบบและเนื้อหาเหล่านี้ สามารถสกัดแนวคิดสำคัญของตัวอย่างประสบการณ์ต่างๆ เพื่อจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยก้าวข้ามความแตกต่างที่เป็นเพียงรูปแบบหรือวิธีการซึ่งมิใช่สาระสำคัญไปได้

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มกราคม ๒๕๔๕

# คำนำ

๕๖๕๖๕๖๕๖

## สมาคมโรงพยาบาลเอกชน

สมาคมโรงพยาบาลเอกชน ได้รับมอบหมายจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ในการจัดอภิปรายกลุ่มเรื่อง “ประสบการณ์เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพของโรงพยาบาลเอกชน” ผมในฐานะผู้ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ประสานงาน ได้ประชุมปรึกษากับผู้เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งได้ออกจดหมายขอข้อเสนอแนะและปัญหาที่ต้องการให้อภิปรายไปยังโรงพยาบาลที่เป็นสมาชิก ทำให้ได้ข้อสรุปเป็นหัวข้อเรื่อง ที่นำมาอภิปราย

เอกสารชุดนี้ เป็นเอกสารที่ผู้อภิปรายได้เขียนเป็นข้อสรุปตามมุมมองของแต่ละโรงพยาบาล จึงอาจจะไม่ครอบคลุมทุกประเด็น เอกสารนี้มุ่งที่จะกล่าวถึงประเด็นในการปฏิบัติ และการนำไปใช้ได้จริง ตามแนวทางของการประชุมในปีนี้เป็นคือ *Simplicity in a Complex System*

นายแพทย์ ปุณณะ ปิยะศิลป์  
ผู้อำนวยการแพทย์ โรงพยาบาลพญาไท 2

# สารบัญ

UTILIZATION MANAGEMENT AND ECONOMIC .....	6
SURVIVAL IN MANAGED HEALTH CARE	
การบริหารนโยบาย และทิศทางองค์กร โรงพยาบาลพญาไท 2 .....	8
การบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลพญาไท 2 .....	11
การประสานงานในแนวราบ ในโรงพยาบาลเอกชน .....	18
(HORIZONTAL INTEGRATION)	
การดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน .....	26
การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล .....	33
การทบทวนการดูแลผู้ป่วย (CLINICAL REVIEW) .....	37
การมีส่วนร่วมของคณะแพทย์ .....	42
คุณภาพในโรงพยาบาลเอกชน มีอะไรเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว .....	43
ทำไมต้องมีองค์กรแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน? .....	47

# Utilization Management and Economic Survival in Managed Health Care

Professor Jitra Anuras, MD. FACT, FAAAAI

## I. What is Utilization Management (UM) ?

Utilization Management is the system that promotes appropriate use of medical resources while maintaining the medical care quality.

## II. Objectives of UM activities.

- To gain patient's and third party payors' trust, confidence and satisfaction.
- To contain cost for providing medical services while maintaining medical care quality.
- Economic survival in prospective payment system (capitation and DRG )

## III. Who is responsible for UM activities ?

- UM
- Case Management Department

## IV. How ? Utilization Review (Methods)

- Prospective review
- Concurrent review
- Retrospective review

## V. Utilization Management in Prospective Payment System (Capitation & DRG )

- Institutional UM
- Ambulatory Care and Emergency Room UM
- Case Management
- Disease Management
- Demand Management

## VI. Institutional Utilization Management

- Admission
- Continuing hospital stay ( Length of stay - LOS )



Max LOS

Discharge Planning

- Lads and Imagines
- Surgery and Procedures
  - Day surgery
  - Same day surgery
- Consultation
- Treatment : Pharmaceutical and other therapeutics.
- Post - acute care facilities
- Fast tract clinic vs ER

## **VII. Post - acute care facilities**

- Step - down units : transitional care and rehabilitation units
- Home health care services
- Skilled Nursing Facilities' hospital - based, free - standing
- Long term acute care hospital
- Hospital and End of Life Care

## **VIII. Case Management ( Large Case Management )**

Collaborative process which assesses, plan, implements, coordinates, monitors and evaluates the options and services required to meet an individual,s health needs, using communication and available resources to promote quality, cost - effective outcomes.

## **IX. Disease Management**

The process of intensively managing a particular disease.

- Diabetes mellitus
- Asthma
- Congestive health failure
- Stroke

## **X. Demand Management**

- Health Risk Appraisal ( HRA )
- Medication directed self card
- Preventive Medicine

## **XI. UM and Return of Investment ( ROI )**



ถนนสุรพ. คุณภาพของ รพ.พญาไท 2 เราได้สร้างปัจจัยสู่ความสำเร็จ

### 3 สิ่งคือ

1. การทำให้มี individual commitment ต่อระบบพัฒนาคุณภาพของพนักงาน
2. การสร้างกลไกการสื่อสารระหว่างทีมนำกับหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ
3. ปรับตัว แก้ไข เมื่อวิธีการที่ทำไปแล้ว ไม่ได้ผล

ซึ่งกลยุทธ์สู่ความสำเร็จประกอบด้วย

1. การนำพันธกิจ วิสัยทัศน์ ของ รพ. มากำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์

### สู่ความสำเร็จของคุณภาพ

- พันธกิจ (mission) : มุ่งมั่นที่จะให้บริการด้านสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพ แก่ผู้รับบริการทุกระดับเพื่อให้เกิดความประทับใจ และ มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

- วิสัยทัศน์ (vision) : 1. เป็น รพ.เอกชนที่มีมาตรฐานการรักษาพยาบาลระดับมืออาชีพ เป็นผู้นำด้านบริการที่มีคุณภาพ รวดเร็ว ราคา ยุติธรรม 2. พัฒนาศูนย์หัวใจพญาไทให้เป็นผู้นำในด้านการป้องกัน รักษาฟื้นฟู แก่ผู้มารับบริการระบบหัวใจและหลอดเลือด ให้ได้มาตรฐานสากลของ Harvard Medical International

- ปรัชญา (philosophy) : รพ. ตั้งขึ้น เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมจัดและบรรเทาทุกข์ อันเกิดจากความเจ็บป่วย ให้เป็นบริการสาธารณะ อันส่งผลให้ทุกคนเป็นสุขยิ่งขึ้น โดยไม่รีดรอนความหวังของผู้ใด รพ.พญาไท 2



เห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ถือว่าผู้รับบริการทุกท่าน คือ ผู้มีเกียรติ และมีความสำคัญ “ดูแลดูญาติสนิท เพื่อชีวิตที่มีค่า”

2. มีการเตรียมคน โดยฝึกอบรมพนักงานทั้งหมด ให้มีความเข้าใจระบบคุณภาพ มีทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งบทบาทของผู้บริหาร คือ การสนับสนุนทรัพยากร ตามที่ QMS แนะนำ และเป็น role model ที่ดี

3. ตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพ (Quality Management Service:QMS) ขึ้นเพื่อเป็นที่ปรึกษาและทีมประสานงานระหว่างทีมนำและทีมพัฒนาคุณภาพ ให้ทำงานร่วมกันอย่างมีทิศทางและมีความสุข

4. สร้างกลไกการสื่อสารแผนและทำความเข้าใจกับพนักงานในทุกหน่วยงาน เพื่อนำแผนไปปฏิบัติ เพราะทุกหน่วยงานต้องสร้าง operational plan ของตนเองที่สอดคล้องกับแผนของ รพ. โดยการประชุมชี้แจง เพื่อให้มี 2 way communication ตัวอย่างของการสื่อสารก็โดยผ่านการประชุมต่าง ๆ เช่น การประชุมระหว่างผู้บริหารกับผู้จัดการ/หัวหน้าแผนก หน่วยงาน หรือการประชุมวาระพิเศษต่าง ๆ เป็นต้น

5. สนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยผู้บริหารจะมีบทบาทในการติดตามประเมินคุณภาพ (quality monitoring ) และพัฒนาคุณภาพ (quality improvement) ทั้งในลักษณะผ่าน QMS และติดตามโดยการเข้าร่วมประชุมเสนอผลงาน เสนอผลของเครื่องชี้วัดคุณภาพรายเดือน ตลอดจนการประชุมพัฒนาคุณภาพรายเรื่องต่าง ๆ ที่สำคัญ และการเข้าเป็นคณะกรรมการที่จำเป็นอีกด้วย

6. กรอกแบบประเมินตนเอง เพื่อสรุปความก้าวหน้าในการพัฒนา โดยทีมผู้บริหารต้องกรอกในส่วนของระดับโรงพยาบาลด้วยตนเอง ขอย้ำว่าจำเป็นต้องทำเพราะมีประโยชน์เป็นอย่างยิ่งต่อการปรับปรุงคุณภาพของ

องค์กรและสามารถบอกภาพรวมขององค์กรได้

## สรุปกลยุทธ์สำคัญ

1. ผู้บริหารต้องทำแบบประเมินตนเอง ด้วยตนเอง
2. ผู้บริหารต้องเป็น role model ที่ดี ลงมือทำจริง ไม่ใช่สนับสนุนอย่างเดียว
3. เข้าร่วมประชุมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและแก้ปัญหาที่กำลังเป็น  
ปัญหา ☺



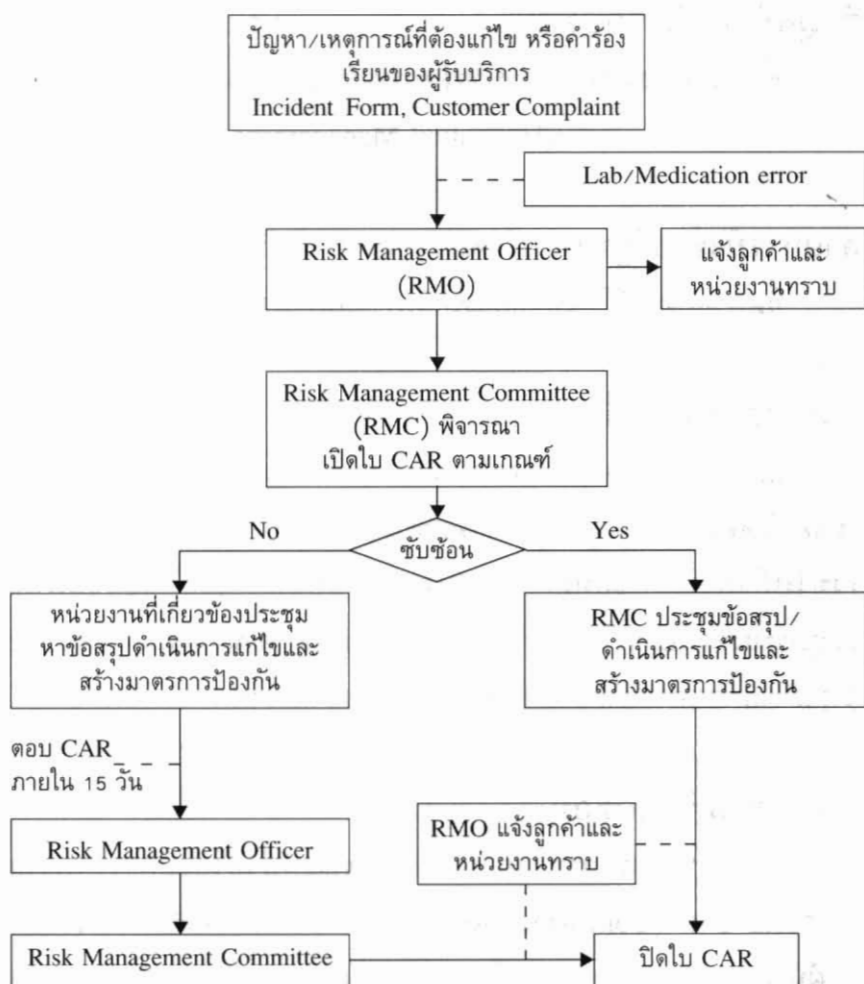
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ซึ่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการแพทย์ ผู้อำนวยการบริหาร ผู้อำนวยการศูนย์หัวใจพญาไท ผู้จัดการพยาบาล หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพ หัวหน้าพยาบาล IPD หัวหน้าพยาบาล OPD RM officer
- วาระการทำงาน 2 ปี ประชุมเดือนละ 1 ครั้ง
- หน้าที่รับผิดชอบของคณะกรรมการ
  1. ค้นหาความเสี่ยง
    - ▶ incident report
    - ▶ customer complaint
    - ▶ ผลสำรวจความพึงพอใจ
    - ▶ รายงานกิจกรรมคุณภาพต่างๆ เช่น IC, medication error, lab error ฯลฯ
  2. วิเคราะห์ความเสี่ยง
    - ▶ จัดกลุ่มแยกประเภท อุบัติการณ์
    - ▶ พิจารณา / ค้นหาสาเหตุ
    - ▶ วิเคราะห์อันตรายในแต่ละปัญหา
  3. จัดการความเสี่ยง
    - ▶ หาแนวทางแก้ไขอย่างเป็นระบบ
    - ▶ เสนอแนวทางแก้ไขสู่การปฏิบัติแก่ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล องค์การแพทย์ ทุกหน่วยงาน
  4. ประเมินผลการจัดการความเสี่ยง

- ▶ สรุปสถิติอุบัติการณ์ ทุก 3 เดือน
- ▶ สรุปกิจกรรมบริหารความเสี่ยง ทุก 6 เดือน
- **ระบบการจัดการความเสี่ยง**
  1. การจัดการความเสี่ยงเชิงป้องกันโดยสร้างมาตรการป้องกันความเสี่ยงในด้านต่างๆ เช่น ระเบียบปฏิบัติ
  2. การจัดการความเสี่ยงเชิงแก้ไข : flow chart การดำเนินการกับปัญหา / เหตุการณ์ที่ต้องการให้แก้ไข หรือคำร้องเรียน
- **กรณีเรื่องเร่งด่วน ประชุมวาระพิเศษ ไม่รอ Regular meeting**
- **การจัดประเภทของ incident report**
  1. Patient-care related incident : fall, medication incident, diagnosis / treatment, operation / anesthesia ฯลฯ
  2. Incident not related directly to patient-care : security, เครื่องมือ เครื่องใช้มีปัญหา, staff injury, staff complaint ฯลฯ
  3. Customer complaint : access to service, access to information, patient's right ฯลฯ
- **ปัญหา / อุปสรรคที่พบในระยะแรก**  
 มีปัญหาเกิดขึ้นแต่ไม่มีการรายงาน เนื่องจากคิดว่าแก้ไขจบแล้ว ไม่ต้องรายงานก็ได้ กลัวความผิด กลัวถูกลงโทษ กลัวแพทย์โกรธการแก้ไข
  1. หนรงค์ให้มีการรายงานมากขึ้น บอกจุดประสงค์และความสำคัญของการรายงานโดยมุ่งเน้นพัฒนาระบบงาน ไม่ลงโทษ
  2. feedback ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ได้รับ รายงานให้ทีมทราบ เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการรายงาน
  3. สัญญาว่าจะไม่ลงโทษ หรือไม่เปิดเผยชื่อผู้รายงาน



ผลการแก้ไข ทำให้มีการรายงานมากขึ้น ทีมเรียนรู้ที่จะวิเคราะห์เหตุการณ์ที่อาจจะเกิดปัญหาเป็นความเสี่ยง และมีการรายงานเหตุการณ์ให้ผู้บริหารทราบก่อนปัญหาเกิดเพื่อเตรียมตัวและวางแผนการป้องกันได้ทันที

## Flow Chart การดำเนินการกับปัญหา / เหตุการณ์ ที่ต้องการให้แก้ไข หรือคำร้องเรียน Corrective Action Request (CAR)



# โรงพยาบาลพญาไท 2

แบบพรรณนางาน

ตำแหน่ง

พยาบาลจัดการทรัพยากรทางการแพทย์

(Utilization Management Nurse)

## ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับงาน

ชื่อตำแหน่งงาน พยาบาลจัดการทรัพยากรทางการแพทย์  
(Utilization Management Nurse)

## สายการบังคับบัญชา

ขึ้นตรงต่อ ผู้อำนวยการแพทย์    ปกครองบังคับบัญชา -

## ขอบเขตงาน

เป็นตัวแทนของแพทย์และโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีประกันและ/หรือบริษัทคู่สัญญา โดยมีหน้าที่ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของบริษัทฯ รวมไปถึงการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลการรักษาของแพทย์ วัตถุประสงค์เพื่อให้บริการทางการแพทย์โดยคำนึงถึงคุณภาพ และการใช้จ่ายที่สมควร อันเป็นที่ยอมรับตามหลักมาตรฐานทางการแพทย์

## หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. ติดตามการให้บริการทางการแพทย์ ขณะผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Concurrent Review) หรือ ทำการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Retrospective Review) ใน



กรณีผู้ป่วยมีประกัน และ/หรือ มีบริษัทคู่สัญญาที่ Admitted ทุกราย โดย Review เอกสารดังนี้

- 1.1 OPD Card
- 1.2 History and Physical examination
- 1.3 Admission Note / Progress Note
- 1.4 Doctor's Order
- 1.5 Operative Note
- 1.6 Graphic Chart
- 1.7 Nursing Admission Note / Nurse's Note
- 1.8 Result Lab and Other Test
2. วิเคราะห์ความจำเป็นในการนอนโรงพยาบาล
3. วิเคราะห์ความเหมาะสมในการทำ Procedure หรือ Other test
4. ทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่มีประกัน และ / หรือบริษัทคู่สัญญา เพื่อนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการ Utilization Management
5. ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ในกรณีขอข้อมูลทางการแพทย์เพิ่มเติม เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการติดต่อประสานงานกับบริษัทประกัน และ/หรือ บริษัทคู่สัญญา
6. ทำการคาดคะเนค่าใช้จ่ายล่วงหน้าและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยที่มีประกัน และ/หรือ บริษัทคู่สัญญา ในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลพญาไท 2

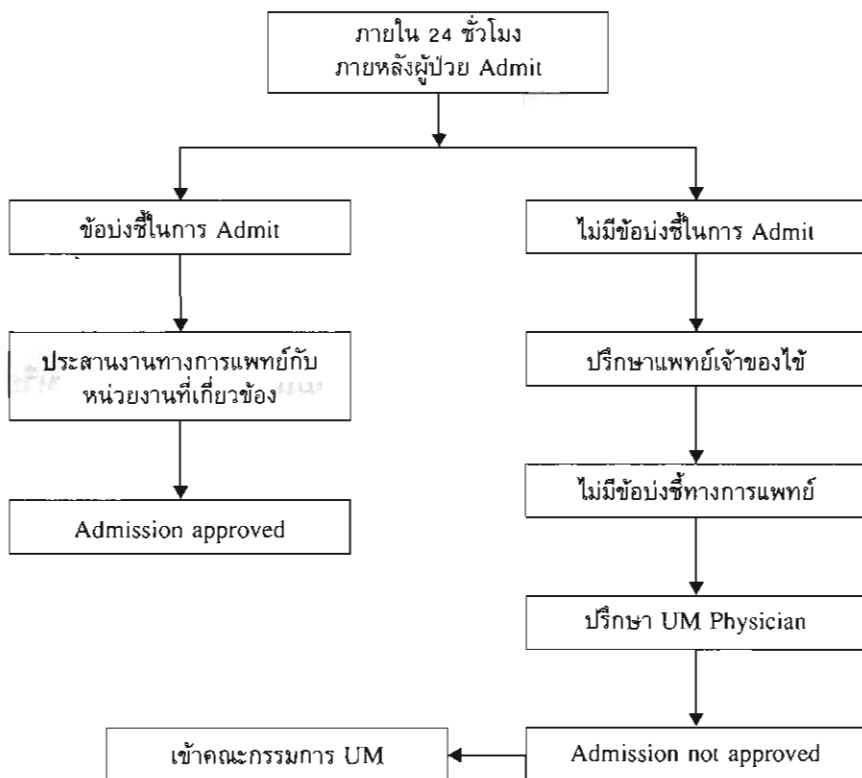
## อำนาจในการสั่งการ



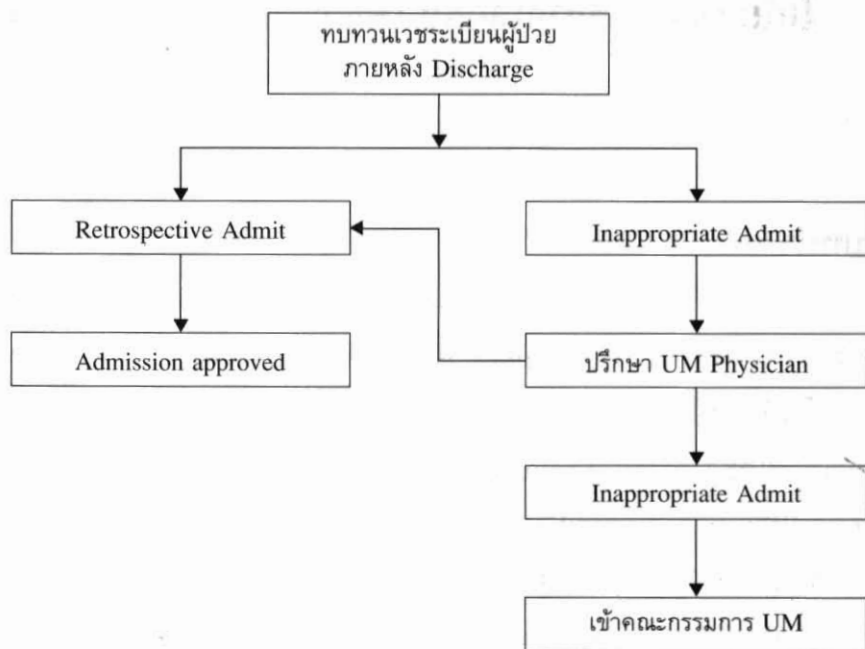
## คุณสมบัติประจำตำแหน่ง

เพศ	ชาย หรือ หญิง
บุคลิกลักษณะท่าทาง	มีทัศนคติที่ดี ละเอียดรอบคอบ และเป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี
การศึกษาและฝึกอบรม	ปริญญาตรี พยาบาลศาสตร์
ประสบการณ์	มีประสบการณ์ด้านคลินิก อย่างน้อย 3 ปี
ทักษะและความสามารถพิเศษ	ใช้คอมพิวเตอร์ได้

### Admission Review Flow Chart



## Retrospective Review Flow Chart



# การประสานงานในแนวนอน ในโรงพยาบาลภาคเอกชน (Horizontal Integration)

นายแพทย์ดำรงพันธ์ วัฒนะโชติ

ผู้อำนวยการศูนย์คุณภาพ, QMR, ประธาน คอพ.โรงพยาบาลกรุงเทพ

## บทนำ

เป็นที่ทราบกันดีว่าแนวคิดและปรัชญาของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation, HA) เป็นเรื่องที่เราต้องใช้เครื่องมือคุณภาพหรือกระบวนการที่สำคัญคือ “การบริหารคุณภาพโดยองค์รวม” (Total Quality Management, TQM) หมายถึงทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องทั่วทั้งองค์กร โดยที่เราเน้นผู้ป่วย (ลูกค้า) เป็นศูนย์กลาง

การประสานงานในแนวนอนจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่จะเชื่อมโยงโครงสร้างอีกสองส่วนของ TQM คือทิศทางองค์กร (vertical alignment) และการพัฒนาคุณภาพในแต่ละหน่วยงาน (unit optimization) และจะเป็นปัจจัยบ่งบอกถึงความสำเร็จในขั้นตอนการดำเนินงานต่างๆ บนเส้นทางสู่การพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลนั้นๆ ว่าจะมีประสิทธิภาพเพียงใดไปได้รวดเร็วแค่ไหนหรือจะหลงทิศทางหรือเปล่านั้นเอง

## ปัญหาเฉพาะสำหรับโรงพยาบาลภาคเอกชน ที่ต้องค้นหาทางออก

ปัญหาต่อไปนี้เป็นสิ่งที่ควรหาทางออกเสียแต่เนิ่นๆ แต่ละโรงพยาบาลอาจจะมีวิธีการที่คล้ายหรือแตกต่างกัน ให้ได้คำตอบออกมาเป็นความมุ่งมั่นสร้างสรรค์ มองประโยชน์เพื่อส่วนรวมขององค์กร โดยเน้นไปที่การให้



บริการที่ดีมีคุณภาพแก่ผู้ป่วย และทุกคนทำงานร่วมกันได้ในบรรยากาศที่ดีและมีความสุข

### ปัญหาของโรงพยาบาลเอกชน ได้แก่

1. การบริหารจัดการลักษณะ top-down เป็นลักษณะของการใช้ทักษะผู้จัดการ (manager) มากกว่าผู้นำ (leader)
2. แรงจูงใจของแพทย์อยู่ที่การจ่ายค่าตอบแทนและขึ้นอยู่กับค่าบริการผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยเฉพาะในเชิงปริมาณมากกว่าคุณภาพ
3. โครงสร้างของหน่วยงานการบริการพยาบาลต้องรองรับผู้ป่วยทุกสาขา ทำให้ยากต่อการทำงานในลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
4. การกำกับดูแลการมอบหมายอำนาจ (empowerment) จากผู้บริหารถึงแพทย์เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการไม่ทำหายจากปัญหาข้อ 1 รวมทั้งการเข้ามามีส่วนร่วมของแพทย์ part time
5. ลักษณะ profile ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รุนแรง ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยซับซ้อนอาจด้อยลงไป
6. การใช้บุคลากรที่มีคุณวุฒิต่ำกว่าที่กฎหมายหรือองค์กรวิชาชีพกำหนดไว้อาจมีส่วนทำให้ทักษะความชำนาญการและความสนใจในงานบริการ/วิชาการด้อยลงไป

### ทำอย่างไรจึงจะให้การประสานงานในแนวราบในโรงพยาบาลเอกชนมีประสิทธิภาพ

เมื่อทราบปัญหาและจุดอ่อนของโรงพยาบาลตั้งที่คาดการณ์ไว้ข้างต้นแล้ว ควรวิเคราะห์ประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุ พร้อมๆ กับพยายามหาแนวทางแก้ไขซึ่งทั้งหมดนี้ทำในระดับทีมนำองค์กร

## วางแผนเส้นทางสู่ HA

เมื่อเราทราบเป้าหมายจึงวางแผนและนำแผนไปปฏิบัติดังที่เราทำกันในขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ จากนโยบายเป็นวิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา ค่านิยม - อุดมการณ์ร่วมของโรงพยาบาล → แผนยุทธศาสตร์ → แผนปฏิบัติการ ลงไปถึงแผนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (CQI) ในระดับหน่วยงาน สำหรับการประสานงานในแนวราบจะเป็นกระบวนการและกิจกรรมซึ่งแทรกอยู่ในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์นี้อยู่ตลอดเวลา เป็นการสร้างบรรยากาศและวัฒนธรรมในองค์กรให้เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างจริงจังโดยเน้นผู้ช่วยและผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจและความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement, CQI) กล่าวคือทั้ง HA, TQM / CQI รวมทั้ง ISO 9001:2000 เป็นแนวคิดแบบเดียวกัน การประสานงานในแนวราบที่มีประสิทธิภาพจึงจะนำไปสู่ความสำเร็จได้

ในทางปฏิบัติความหมายของการประสานงานในแนวราบอาจจะและควรจะนำมาใช้ได้กับทุกทีมงาน หรือคณะกรรมการชุดต่างๆ มากกว่าเราจะมองเฉพาะลักษณะโครงสร้างตามสายงาน เพราะลักษณะการทำงานเป็นทีมในแนวราบมีมากกว่าในแนวตั้ง จึงขอแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของโรงพยาบาลกรุงเทพดังนี้

### เตรียมคน เตรียมทีม

HA ต้องเริ่มจากนโยบายบริษัท กรรมการผู้จัดการ ผู้อำนวยการ คณะกรรมการบริหารงานคุณภาพโรงพยาบาลที่แสดงถึงความมุ่งมั่นตั้งใจ เริ่มกำหนดว่าการบริหารธุรกิจนั้นมีความจำเป็นอย่างไรที่จะต้องบริหารงานคุณภาพ เพราะ “คุณภาพคือความอยู่รอด” จึงต้องเตรียมคน เตรียมทีม



และเตรียมที่จะได้ใจของคนโดยการมอบหมาย (empowerment) ส่งเสริมสนับสนุนคนเพื่อที่จะร่วมกันคิดและวางแผนนำไปพัฒนาระบบต่อไป

## สร้างทีมชั้นนำและเสริมพลัง

ทีมนำคุณภาพในระดับโรงพยาบาลซึ่งเป็นผู้ประสานงานคุณภาพทีมแรกของโรงพยาบาลกรุงเทพ คือทีม medical working committee ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และทันตแพทย์จำนวนหนึ่งได้ร่วมกันยกร่างธรรมนูญองค์กรแพทย์และต่อมาก่อตั้งเป็นองค์กรแพทย์ผ่านการเลือกตั้งจากสมาชิกมากกว่า 120 ท่าน

ทีมที่สองซึ่งเป็นทีมที่สำคัญสูงสุดตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2543 คือ คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (คอป.) ซึ่งเป็น quality steering team เราสร้างอุดมการณ์และเป็นกติการ่วมกันในการทำงานว่า

- เราสร้างสรรค์ความคิด และปฏิบัตินำไปสู่ความผูกพัน เพื่อความสำเร็จ (high performance commitment)
- ทำในสิ่งที่ถูกต้องและทำในทางที่ถูกต้องเสมอ (doing the right things, doing things right)
- เราเน้นการทำงานเป็นทีม (“team-team-team”)
- เราโปร่งใสไม่มีลับลมคมใน เพื่อประโยชน์ต่อสังคม (transparency)
- เราทำตัวเป็นตัวอย่างของทีมนำที่ดีจึงสอนให้คนอื่นทำได้ (model)
- เราร่วมกันพัฒนาคุณภาพของศูนย์คุณภาพเพื่อนำไปสู่การสื่อสารเรียนรู้ (create a learning organization)

ทีม คอป.ประกอบด้วยกรรมการ 15 คน เราพัฒนาศักยภาพโดยเฉพาะเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับเรื่อง HA ผ่านหลักสูตรทีมนำคุณภาพ (HA100)

ผู้ประสานงานคุณภาพ (HA200) และอื่นๆ เรามีโอกาสร่วมกันคิดวางแผน  
ร่วมทำ เรียนรู้และร่วมมือ ขณะที่พัฒนาระบบบริหารงานคุณภาพทุกเรื่อง  
ให้กับโรงพยาบาล ตั้งแต่ศึกษา ประเมิน ปรับปรุงและธำรงรักษา ผ่านวิธี  
การที่เราเรียก “เข้มมุ่งการเรียนรู้ประจำปี” (สองอาทิตย์) ตลอดทั้งปีทีม  
คอฟ.ประสานงานกับองค์กรแพทย์ และองค์กรพยาบาลอยู่ตลอดเวลา  
ตามโครงสร้างและการประสานงานภายในคณะกรรมการชุดนี้ ต่อมาในปี  
เดียวกันเราก็ได้สร้างผู้ประสานงานคุณภาพ (facilitator) ขึ้นอีกประมาณ  
120-140 คน หมายถึงผู้ที่ผ่านหลักสูตรที่จัดขึ้นเอง ซึ่งบุคลากรเหล่านี้  
แฝงอยู่ในหน่วยงานต่างๆ และจำนวนหนึ่ง 30-40 คน ได้รับการชักชวน  
สนับสนุนให้เป็นผู้เยี่ยมสำรวจภายใน (internal surveyor) ในเวลาต่อมา

### ทีมคุณภาพ/โครงสร้างประจำ

โรงพยาบาลยังได้ก่อตั้ง “ศูนย์คุณภาพ” (Total Quality Center) มี  
เจ้าหน้าที่ 12 คน เพื่อเป็นศูนย์กลางในการประสานงาน เก็บรวบรวม  
เอกสารคุณภาพ ติดตามประเมินผล และที่สำคัญเป็นที่ปรึกษา (Quality Co-  
ordinator) ให้กับหน่วยงานต่างๆ ทั่วทั้งโรงพยาบาล ประสานงาน  
อย่างใกล้ชิดกับคอฟ. องค์กรแพทย์และองค์กรพยาบาล

### ทีมนำคุณภาพในระดับกลาง

สำหรับทีมนำในระดับกลางที่สร้างขึ้นคือทีมนำด้านระบบงานหลัก  
(Coperate Function Lead Team) หรือ System Lead Team ได้แก่  
คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย คณะกรรมการ  
บริหารความเสี่ยง คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ รวมทั้ง  
ทีมนำด้านคลินิก (Patient Care Team) อีก 10 ทีมงาน จากโครงสร้าง



ของทีมงานต่างๆ ที่กล่าวมา จะเห็นว่ามีลักษณะเป็นทีมคร่อมสายงาน สมาชิกมาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกัน ยกเว้นศูนย์คุณภาพที่มีโครงสร้าง และเจ้าหน้าที่ประจำ แต่ในทางปฏิบัติงานแล้ว เรายังเน้นการประสานงาน ในแนวราบเสมอในระหว่างทีมงานเองและการสื่อสารประสานงานให้กับ ทีมพัฒนาคุณภาพระดับหน่วยงาน (Quality Improvement Team, QIT) ซึ่งสำหรับโรงพยาบาลกรุงเทพได้สร้างให้มีทีม QIT นี้รวม 78 ทีม

### กระบวนการประสานงานในแนวราบ

ลักษณะของงานและหรือภาระกิจของทีมประสานงานในแนวราบ ตามเนื้อหาซึ่งพรพ.แนะนำไว้ในเส้นทางสู่ HA ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ซึ่งโรงพยาบาลในภาคเอกชนจะสามารถนำมาใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานดังนี้

1. การทบทวนความต้องการของหน่วยงานที่ทำงานร่วมกันและตอบสนอง จากทีมพัฒนาคุณภาพระดับหน่วยงาน (QIT) เมื่อประชุมร่วมกันใน ทีมคร่อมสายงาน (PCT) ให้สื่อสารความต้องการร่วมวางแผนดำเนินการให้ความช่วยเหลือหน่วยงานอื่นเช่นเยี่ยมให้คำแนะนำโดยมีที่ปรึกษา coordinator ของศูนย์คุณภาพเป็นผู้ประสานและติดตามให้ความรู้และ สอนทักษะรวมทั้งพิจารณาความจำเป็นในการขอสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง
2. สร้างระบบสื่อสารและความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน พิจารณา ทบทวนประสิทธิภาพและความคล่องตัวในการสื่อสารกับหน่วยงาน/ วิชาชีพที่ต้องทำงานร่วมกัน นอกเหนือจากบันทึกการประชุมแล้วยัง สามารถใช้ระบบ internet, E-mail เพื่อความรวดเร็ว
3. ทีมคร่อมสายงานทำหน้าที่เป็นทีมนำในระดับกลาง ดังที่กล่าวมาแล้ว ข้างต้นสำหรับโรงพยาบาลกรุงเทพ ส่วนที่เน้นผู้ปวยเป็นศูนย์กลาง



- (Clinical Lead Team) คือ Patient Care Team ได้แก่ ทีมอายุรกรรม ทีมศัลยกรรม ทีมศุนย์โรคหัวใจ ทีมศุนย์สมอง ฯลฯ ทีมเหล่านี้ได้รับการประสานงานโดย coordinator ของศุนย์คุณภาพและองค์กรแพทย์
4. การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเป็นกระบวนการที่ได้จัดทำตั้งแต่เริ่มดำเนินการมาก่อนหน้านั้นแล้วตั้งแต่ปี 2542 โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีการทำ ISO 9002:1994 จะมีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน เห็นได้จากการจัดให้มีระบบรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์แก้ไข ปรับปรุง สร้างมาตรการในการป้องกันและทบทวนนโยบายเป็นระบบ จะเห็นได้ว่าการประสานงานจะช่วยให้เราสามารถมองกระบวนการหลัก (top down flow chart) ได้มากยิ่งขึ้นว่ามีความเสี่ยงเรื่องใดเกี่ยวข้องกัน ทำให้เห็นภาพรวมและลดความซ้ำซ้อนในการทำงานได้ด้วย
  5. จัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่ต้องใช้งานร่วมกัน จากข้อ 4 เราจะสามารถนำมาวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างผู้ประสานงานคุณภาพ ทีมคร่อมสายงาน และนำไปเตรียมจัดทำรูปแบบการดำเนินงานและคู่มือการปฏิบัติงานที่ต้องใช้ร่วมกันในระดับโรงพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ศุนย์คุณภาพมีบทบาทหน้าที่ในสถานการณ์จัดทำเอกสารเหล่านี้ร่วมกับการประสานงานกับองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล
  6. จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guideline, CPG) การประสานงานในแนวราบสำหรับเรื่องนี้เป็นกิจกรรมและกระบวนการที่สำคัญที่สะท้อนถึงความพยายามของหน่วยงานทางคลินิกในการพัฒนาคุณภาพโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศุนย์กลาง (โปรดดูเนื้อหาในหัวข้อ การดูแลรักษาผู้ป่วย)
  7. จัดตั้งองค์กรแพทย์และคณะกรรมการต่างๆ ดำเนินการตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น สำหรับโรงพยาบาลกรุงเทพ



เราได้ตระหนักดีว่าบนเส้นทาง HA ถ้าแพทย์ ทันตแพทย์ไม่ได้เข้ามา มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการวางแผนแต่เริ่มแรกก็คงไม่สามารถแก้ไข ปัญหาซึ่งได้ตั้งข้อสังเกตไว้ตั้งแต่แรกจึงถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญมาก

## สรุป

บนเส้นทางสู่การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จได้นั้นการประสานในแนวราบ (horizontal integration) ในโรงพยาบาลภาคเอกชนจะเกิดขึ้นได้ดีนั้นอยู่ที่นโยบายวิสัยทัศน์ของผู้นำองค์กร เข้าใจปัญหาจุดอ่อน (weakness) ของโรงพยาบาลโดยเฉพาะทัศนคติของแพทย์ต่อการพัฒนาคุณภาพ การบริหารธุรกิจและการบริหารงานคุณภาพ การมอบหมายอำนาจการสร้างภาวะผู้นำสร้างสรรค์ สนับสนุนให้แพทย์ ทันตแพทย์ได้เข้ามา มีบทบาทในการสร้างทีมแกนนำคุณภาพ (steering team) ชุดแรก ซึ่งจะเป็นต้นแบบตัวอย่างให้กับทีมประสานงานคุณภาพ และทีมพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งคณะกรรมการชุดต่างๆ อีกมากมาย ทักษะของการเป็นผู้ประสานงาน เก่งคิด เก่งคน เก่งงาน พร้อมทั้งจะทิ้งอดีตที่ผิดพลาด ยอมรับแนวคิดใหม่ๆ พร้อมทั้งจะเรียนรู้ บุคลิกและพฤติกรรมที่จะรับฟังและช่วยเหลือผู้อื่น สามารถถ่ายทอดแนวคิดและความรู้ และที่สำคัญเป็นนักปฏิบัติมากกว่านักพูด เมื่อพัฒนา คนก็จะสามารถสร้างกิจกรรมกระบวนการ ความคิดเชิงระบบ สร้างระบบบริหารงานคุณภาพที่ดี สอดคล้องกับพันธกิจ วิสัยทัศน์ที่จะนำไปสู่โรงพยาบาลคุณภาพในภาคเอกชนที่บริหารจัดการธุรกิจและคุณภาพเป็นเรื่องเดียวกัน โดยความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย (ลูกค้า) และสังคม 🙏

# การดูแลรักษาผู้ป่วย

ในโรงพยาบาลเอกชน

นายแพทย์ดำรงพันธ์ วัฒนะโชติ

ผู้อำนวยการศูนย์คุณภาพ, QMR, ประธานคอฟ. โรงพยาบาลกรุงเทพ

## บทนำ

หลักการของการดูแลรักษาผู้ป่วยตามข้อกำหนดมาตรฐาน HA คือการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการทำงานเป็นสหสาขาวิชาชีพดังแสดงในไดอะแกรมของข้อกำหนดมาตรฐานหมวดที่ 6 และมาตรฐานทั่วไป GEN 8 (8.1-8.7)



จากปัญหาและจุดอ่อนของโรงพยาบาลเอกชน เราจึงต้องนำมาวิเคราะห์ประเด็นถึงสาเหตุที่อาจจะทำให้การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบกพร่องไปได้ ซึ่งอาจจะแตกต่างกันไปตามขนาดโครงสร้างการ



บริหารจัดการของโรงพยาบาลและสภาพแวดล้อม รวมทั้งผู้มารับบริการ/ระบบประกันรูปแบบต่างๆ อย่างไรก็ตามก็ตามความสำเร็จจากการจัดโครงสร้างทีมประสานงานคุณภาพทั้งหมดของโรงพยาบาลดังที่กล่าวมาแล้ว โดยเฉพาะการประสานงานในแนวราบจะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การวางแผนและดำเนินการเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อย่างแน่นอนในหัวข้อนี้จะเป็นที่ทีมประสานงานคุณภาพทางคลินิก (Clinical Lead Team/Patient Care Team) เป็นหลัก

### เริ่มต้นที่ผู้ป่วย (ลูกค้า) เป็นศูนย์กลาง

องค์กรแพทย์ ทีมประสานงานคุณภาพทางคลินิก (PCT) เริ่มสื่อสารให้ตรงกัน สร้างความตระหนักในเรื่องสิทธิผู้ป่วยและโรงพยาบาลมีระบบที่จะคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม โดยธรรมชาติและแนวโน้มทั่วไป ผู้มารับบริการในภาคเอกชน อาจจะมีความต้องการและคาดหวังไว้สูง เพราะต้องจ่ายค่าบริการสูงกว่าในภาครัฐบาล ดังนั้น โรงพยาบาลจึงควรที่จะมองกระบวนการในเชิงรุกมากกว่า โดยเน้นการสื่อสารให้คำแนะนำโดยไม่ต้องรอคำเรียกร้อง ขณะเดียวกันจัดวางระบบเพื่อรองรับไว้ให้พร้อม มีการประเมินความพึงพอใจ ความประทับใจหรือไม่ประทับใจ และโดยเฉพาะที่สำคัญค้นหาความต้องการของผู้มารับบริการสม่ำเสมอ จะสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนได้ดี เช่น ข้อมูลจากผู้ป่วยในที่พักรักษาตัวอยู่ 1-3, 4-7 มากกว่า 7 วัน ข้อมูลที่แตกต่างกันสะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาความรุนแรง เรื้อรังของโรค การให้บริการอย่างถูกต้องเหมาะสมมีประสิทธิภาพ ตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลถึงกลับบ้าน เทียบเคียงกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน่าจะเป็นข้อมูลที่น่าสนใจที่บ่งบอกถึงคุณภาพและคุณค่าหรือความประทับใจของการดูแลรักษาผู้ป่วย

ได้เป็นอย่างดี และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพ  
อย่างต่อเนื่องด้วย

ผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยและญาติประทับใจเมื่อเห็นคุณค่าของการมา  
รับบริการและเกินความคาดหวังซึ่งสัมพันธ์กับค่าบริการที่เหมาะสมด้วย  
ดังสมการ

$$\text{คุณค่า (Value)} = \frac{\text{คุณภาพของการบริการ (Quality) + ประโยชน์ที่ผู้รับบริการได้รับ}}{\text{ค่าบริการ (Cost) ที่เหมาะสม}}$$

จะเห็นได้ว่าคุณภาพที่วัดด้วยระยะเวลาในการให้บริการอย่างรวดเร็ว  
อย่างเดียวนั้นคงไม่พอเพียงสำหรับความพึงพอใจและโดยเฉพาะความ  
ประทับใจ เราควรต้องมองถึงมาตรฐาน GEN 8.1-8.7 ไปพร้อม ๆ กัน ก็  
จะทำให้ไม่หลงประเด็นไป และสามารถวางแผนการพัฒนาคุณภาพไปได้  
พร้อม ๆ กันและลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินการน่าจะเป็นเรื่องที่สร้างสรรค์  
และท้าทายสำหรับโรงพยาบาลในภาคเอกชน คุณค่าของการมารับบริการ  
สูงนำไปสู่ความประทับใจและลดความเสี่ยงจากการที่จะถูกร้องเรียนได้  
โดยปริยาย

### การทำงานเป็นทีมเกิดขึ้นได้เสมอและตลอดเวลา

แม้แต่ภายในหน่วยงานเดียวกันก็เริ่มจากผู้ป่วย/ญาติ เจ้าหน้าที่  
พยาบาล แพทย์ สามารถสื่อสารประสานงานได้แล้ว ระหว่างหน่วยงาน  
และระหว่างสาขาวิชาชีพก็ยังมีโอกาสในการประสานงานกันมากยิ่งขึ้น  
วางแผนร่วมกันช่วยเหลือแนะนำกัน มีระบบบันทึกที่ใช้ได้ร่วมกันและ  
ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ (GEN 8.1)



## การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อรับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันท่วงที โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความรุนแรง (GEN 8.2)

การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ป่วยและทีม (GEN 8.3) เป็นสิ่งสำคัญ และควรมองว่าการลงนามยินยอมรับการรักษาเป็นเพียงรูปแบบหนึ่ง เป็นการยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับทราบคำสั่งที่ควรจะทำ (informed consent)

## การประเมินและวางแผนดูแลรักษา

ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการต่างๆอย่างครบถ้วน และมีการวางแผนดูแลรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย (GEN 8.4)

## กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดที่สัปดาห์ได้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม (GEN 8.5)

## การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

การจัดตั้งระบบเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการของโรงพยาบาล โดยมีข้อมูลและรายละเอียดเพียงพอ (IM 4.1) ตลอดจนการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (GEN 8.6) ทั้งหมดนี้ ทีมประสานงานทางคลินิกจึงต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งและใช้เวชระเบียนเป็นสื่อกลางและหลักฐานในการพัฒนาคุณภาพ

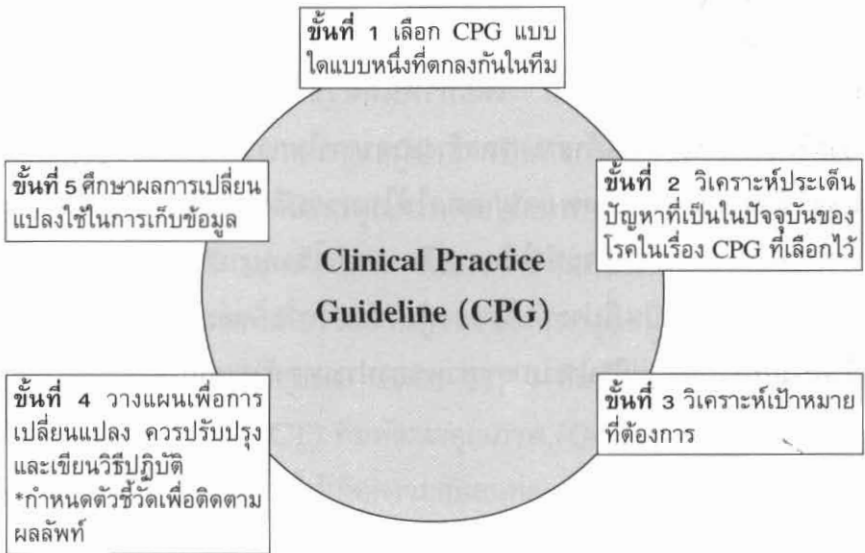
## กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ

บทบาทของทีมประสานงานทางคลินิก (PCT) ที่สำคัญและสมควรที่  
ทีมนำคุณภาพระดับโรงพยาบาล องค์การแพทย์ องค์การพยาบาล ควรที่จะ  
มีส่วนสนับสนุนให้ PCT ไปพิจารณาคือการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพและ  
ความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidenced-based) เข้ามาร่วมเป็น  
พื้นฐานสำหรับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (GEN 9.3) ในทางปฏิบัติคือการใช้  
Clinical Practice Guideline, CPG ให้เป็นประโยชน์ ซึ่งอาจจะอยู่ในรูป  
แบบของนโยบายทางคลินิก (clinical policy) ขั้นตอนปฏิบัติ (algo-  
rithm) หรือผังการไหล (flow chart) เพื่อช่วยในการตัดสินใจการ  
วินิจฉัยและรักษาตามขั้นตอนหรือเขียนเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ  
สำหรับแต่ละสภาวะทางคลินิกเป็นลักษณะ clinical pathway หรือ CareMap  
ปัญหาที่เกิดขึ้นคือโรงพยาบาลมีการจัดทำ CPG ไปบ้างแล้ว แต่ไม่ได้นำ  
มาสู่การปฏิบัติจริงและขาดกิจกรรมในการทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่  
เป็นระบบสอดคล้องกับปัญหาวิธีการแก้ไขสมควรใช้กระบวนการ gap analy-  
sis เป็นเครื่องมือเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรฐาน โดยผนวกกิจกรรม  
3 เรื่องเข้าด้วยกันคือ

1. ทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ในภาพรวมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและหา  
สาเหตุแนวทางแก้ไข
2. พิจารณาความรู้วิชาการที่ทันสมัย (scientific evidence) โดยไม่ยึด  
ติดในรูปแบบของการเขียน CPG
3. ให้คิดว่าเป็นการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (clinical CQI) เปลี่ยน  
จากสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ต้องการ



## ทำตามขั้นตอนดังนี้



## สรุป

การดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนเป็นเรื่องที่ท้าทายสำหรับผู้บริหารที่จะต้องกำหนดเป็นนโยบาย แสดงออกถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง โดยยึดผู้ป่วย (ลูกค้า) เป็นศูนย์กลางสนองตอบความต้องการและประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการอยู่เสมอ ตระหนักในเรื่องสิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรมขององค์กร รักษามาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ ผลักดันและสนับสนุนให้มีทีมประสานงานคุณภาพทางคลินิก/องค์กรแพทย์ เพื่อที่จะกำหนดให้เป็นระเบียบ แนวทางปฏิบัติร่วมกันในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ทีมงานสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งทีมงานการพยาบาล โดยมีการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วย/ครอบครัว ประเมินวางแผนการรักษา จัดกระบวนการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม มี



การบันทึกข้อมูลในระบบเวชระเบียนอย่างเพียงพอที่จะใช้ในการสื่อสาร  
แผนการดูแลรักษา มีการใช้ CPG ให้เป็นประโยชน์ในการช่วยตัดสินใจ  
การวินิจฉัยและรักษาตามมาตรฐานและความรู้ที่ทันสมัย และที่สำคัญจะ  
ต้องมีการทบทวนติดตาม โดยกำหนดตัวชี้วัดเพื่อติดตามผลอย่างมี  
ประสิทธิภาพทั้งหมดนี้ถ้าสามารถสร้างมาตรการในการแก้ไขปรับปรุงจุดอ่อน  
และใช้จุดแข็งของโรงพยาบาลมาใช้ในการบริหารจัดการธุรกิจและ  
คุณภาพไปพร้อมๆ ก็จะทำให้การบริการของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ  
เป็นภาพลักษณ์เป็นที่ประทับใจของผู้มารับบริการ และเป็นประโยชน์ต่อ  
สังคมและนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศด้วยเช่นกัน 🌐



# การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย

## ในโรงพยาบาล

นพ.สิทธิศักดิ์ พฤษชัยปิติกุล

กิจกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย เป็นกิจกรรมหนึ่งซึ่งได้รับการคาดหวังว่าโรงพยาบาลซึ่งพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวทาง Hospital Accreditation (HA) ฟังมี อย่างไรก็ตาม เนื่องจากมีทีมที่มีชื่อและความหมายคล้ายๆกันจำนวนมากที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย อาทิ ทีมนำทางคลินิก (Clinical Lead Team-CLT) ทีมพัฒนาการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team-PCT) ทีมพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Team -QIT) เป็นต้น ทำให้เกิดความสับสนค่อนข้างมากเกี่ยวกับเรื่องทีมและบทบาทของทีมต่างๆดังกล่าว บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของทีมต่างๆ อันจะเป็นประโยชน์ในการนำไปพิจารณาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในองค์กรต่อไป

หากมองภาพรวมของขอบเขตของ HA อาจแบ่งง่ายๆ เป็นเรื่องๆ ดังนี้

1. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยง
3. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำองค์กรและการประสานงานภายในองค์กร
4. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการธำรงมาตรฐานวิชาชีพ

ถ้ามองเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพและคิดโดยใช้แนวทางที่เรียกว่า process based approach โดยยึดผู้รับบริการเป็นหลัก กระบวนการให้บริการในโรงพยาบาลอาจแบ่งเป็นกระบวนการ

หลักๆ ได้ 2-3 กระบวนการ เช่น

- กระบวนการให้บริการและดูแลแบบผู้ป่วยนอก
- กระบวนการให้บริการและดูแลแบบผู้ป่วยใน
- กระบวนการให้บริการและดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น (โรงพยาบาลขนาดใหญ่ อาจแตกกระบวนการได้มากกว่านี้)

เมื่อทราบชัดเจนว่ากระบวนการหลักๆ หรือ service หลักๆ ของโรงพยาบาลมีกี่กระบวนการแล้ว ก็กำหนดทีมซึ่งรับผิดชอบสำหรับกระบวนการดังกล่าวขึ้นมา ภาษาคุณภาพเรียกว่า process owner team บางโรงพยาบาลเรียกว่า ทีมพัฒนาการดูแลผู้ป่วย (PCT) บางโรงพยาบาลเรียกว่า ทีมนำทางคลินิก (CLT)

ชื่อทีมจะเรียกว่าอะไร ไม่สำคัญ สำคัญคือบทบาทของทีมดังกล่าวได้รับการกำหนดอย่างชัดเจนหรือไม่ โดยทั่วไป ทีมดังกล่าว จะมีขอบเขตความรับผิดชอบดังนี้

- รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ (service delivery)
- รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย (patient care)
- รับผิดชอบในการประสานงาน และแก้ไขปัญหาระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการที่รับผิดชอบ (cross functional management)

ทีมดังกล่าวทำหน้าที่อะไรบ้าง

- กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของทีม
- กำหนดโครงสร้างของทีม และวิธีการดำเนินงานของทีม
- กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบภายในทีมที่ชัดเจน



- สำรวจความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า
- วิเคราะห์กระบวนการย่อยในขอบเขตที่ทีมรับผิดชอบ
- ค้นหาโอกาสพัฒนา และประสานงาน ตลอดจนมอบหมายงานให้ทีมย่อยๆ ทำการพัฒนาคุณภาพ โดยทำการพัฒนาคุณภาพทั้งในส่วนการให้บริการ (service delivery) และการดูแลผู้ป่วย (patient care)
- ติดตามความก้าวหน้า ประเมินผล และหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
- รายงานผลการดำเนินการต่อฝ่ายบริหารระดับสูง

จะเห็นได้ว่า มีทีมซึ่งย่อยลงไปกว่าทีมชั้นนำทางคลินิกเกิดขึ้น อาจเป็นทีมภายในหน่วยงาน เช่น ทีมเภสัชกรรม ทีมห้องฉุกเฉิน หรืออาจเป็นทีมเฉพาะกิจ ประกอบด้วยหน่วยงาน 2-3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำการพัฒนาในเรื่องที่ได้รับมอบหมายจากทีมนำทางคลินิกก็ได้ ซึ่งทีมย่อยๆ นี้ บางโรงพยาบาลเรียกทีมพัฒนาการดูแลผู้ป่วย (PCT) บางโรงพยาบาลเรียก QIT (อย่าไปสับสน ขอให้แต่ละโรงพยาบาลไปกำหนดชื่อเรียกกันเอง แต่ขออย่าว่าบทบาทของแต่ละทีมต้องชัดเจน) ผลลัพธ์ของการพัฒนา ไม่ควรอยู่ในรูปแบบเอกสารเพียงอย่างเดียว แต่ควรส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพดีขึ้นและสามารถสัมผัสหรือวัดได้

การที่ผู้เขียนแยกบทบาทของทีมนำทางคลินิกออกเป็น 2 ส่วนค่อนข้างชัดเจน คือการให้บริการ และการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากพบว่าทีมนำทางคลินิกในหลายโรงพยาบาลชั้นนำในเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วย ความเร็ว ความสะดวกสบายซึ่งเป็นส่วนของการให้บริการ ค่อนข้างมาก แต่เพิกเฉยในเรื่องมาตรฐานการดูแลรักษา และไม่ได้ปรับปรุงมาตรฐานการดูแลรักษาเท่าที่ควร ทั้งที่ส่วนนี้คือหัวใจของโรงพยาบาล และเป็นหัวใจของกระบวนการ HA

ดังนั้น เพื่อให้ครบสมบูรณ์ ทีมนำทางคลินิก และทีมซึ่งเป็นทีมพัฒนาทั้งหลาย ควรคำนึงถึงทั้งคุณภาพของการให้บริการ และคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยขอให้กลับไปพิจารณามาตรฐานโรงพยาบาลข้อ GEN.8 และ GEN.9 ให้ละเอียดถี่ถ้วน และค้นหาโอกาสพัฒนาจากข้อกำหนดดังกล่าว ตั้งแต่ การดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ไปจนกระทั่งการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงถึงกิจกรรมการทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อหาทางพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

หากโรงพยาบาลเข้าใจที่มา ขอบเขต และบทบาทของทีมระดับต่างๆ และสามารถใช้ประโยชน์จากกลไกนี้อย่างเต็มที่ (โดยไม่ต้องไปสนใจชื่อของทีม) ประโยชน์ที่แท้จริงของกระบวนการ HA ก็จะถูกแก่ผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน โรงพยาบาล และสังคมไทย มิใช่แต่เพียงใบประกาศนียบัตรรับรองซึ่งไม่ได้มีคุณค่าอะไรเลย หากมาตรฐานการดูแลรักษายังคงแย้อยู่ เหมือนกับตอนที่ยังไม่มีประกาศนียบัตรรับรอง (๖)



Gen 9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพและความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) มาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

Gen 9.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนนำไปพัฒนาต่อไป

การทบทวนการดูแลผู้ป่วย เดิมเรียกว่า medical audit หรือ clinical audit ทำให้แพทย์และพยาบาลผู้เกี่ยวข้องไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร การใช้คำว่าทบทวนเป็นการเปิดโอกาสให้ใช้แนวคิดเชิงบวก และหลีกเลี่ยงการกล่าวโทษกันและกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้มีการนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาพิจารณา มีการทบทวนเพื่อหาจุดอ่อนที่ตัวระบบ และประเมินสถานการณ์ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในบริการ การทบทวนอาจมีในหลายรูปแบบ เช่น

1. ทบทวนเพื่อติดตามผลการปฏิบัติตาม evidence หรือ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical practice Guideline)
2. การทบทวนระหว่างสาขาวิชาชีพทางคลินิก
3. การทบทวนเฉพาะด้าน เช่น การเสียชีวิต การติดเชื้อ การเกิดภาวะแทรกซ้อน การให้ยา การใช้ทรัพยากร คำร้องเรียน

### การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย

เป็นเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างสมาชิกของทีมสหสาขาวิชาชีพ

และใช้ทบทวนการวินิจฉัย แผนการรักษา และการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วย ขณะพักอยู่โรงพยาบาล และแผนการส่งต่อ รวมถึงแนวทางการดูแล ผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน มีการบันทึกของแพทย์เจ้าของไข้และแพทย์ที่ปรึกษา มีการประเมินและวางแผนการผ่าตัด การเฝ้าระวัง และประเมินผู้ป่วยซ้ำ ทั้งฝ่ายแพทย์ พยาบาล โภชนากร เภสัชกร ฯลฯ โดยใช้หลักการดูบันทึก ตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย A P I R E E D

Assessment	การประเมินผู้ป่วยด้านประวัติตรวจร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การวินิจฉัย การตรวจ investigation
Plan	การวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วย
Implement	การปฏิบัติตามแผน
Record / Evaluate	การบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้ป่วย พร้อมเหตุผล
Educate	การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
Discharge	การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถ ดูแลตัวเองได้

## วางแผนสร้างระบบ Peer Review

หากท่านได้รับมอบหมายจาก Patient Care Team ให้วางแผนดำเนินการเพื่อสร้างระบบ peer review ขึ้น ขอให้ท่านพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้

1. อะไรคือเป้าหมายของการทำ peer review
2. อะไรคือหลักการสำคัญที่จะต้องทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อไม่ให้เกิดความเข้าใจผิด



3. ท่านจะชักชวนเพื่อนแพทย์เข้ามาร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจได้อย่างไร
4. ท่านจะเริ่มต้นทำ peer review ในเรื่องง่าย เชิงบวก ขึ้นชม
5. สมาชิกของ peer ควรประกอบด้วยวิชาชีพ/บุคคลใดบ้าง ควรมี peer กี่กลุ่ม
6. ท่านต้องการการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง
7. ท่านจะฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างไรบ้าง
8. ท่านคาดว่าจะเกิดปัญหาอะไรขึ้นบ้าง และจะมีวิธีการป้องกันหรือแก้ไขอย่างไร

### การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วยด้านคลินิก

หากถือว่าคำร้องเรียนเป็น critical incident อย่างหนึ่ง ขอให้กลุ่มพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้

1. ช่องทางรับคำร้องเรียนควรมีอะไรบ้างจึงจะไวสำหรับการรับรู้ปัญหาปัญหาที่ไม่ถูกระบายออกมาให้รพ. ได้รับรู้ก่อให้เกิดความเสียหายใหญ่หลวงมาก
2. หน่วยงานใดเป็นหน่วยงานที่มีความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนมากที่สุด ซึ่งควรจัดระบบรับคำร้องเรียนเป็นการเฉพาะ เช่น ห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนัก ห้องตรวจผู้ป่วยนอก
3. ใครจะมีหน้าที่พิจารณาคำร้องเรียนเป็นอันดับแรก
4. ควรพิจารณาคำร้องเรียนบ่อยเพียงใด เดือนละครั้ง ทุกสัปดาห์ หรือทุกวัน
5. จะวางระบบเพื่อตอบสนองต่อปัญหาลักษณะต่างๆ อย่างไร ปัญหาเวลารอคอย, ปัญหาพฤติกรรมบริการ, ปัญหาการประสานงาน, ปัญหาค่าใช้จ่าย, ปัญหาความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ, ปัญหาความรู้และทักษะของผู้ให้บริการ
6. จะตอบสนองต่อคำร้องเรียนนั้นอย่างไรทั้งสำหรับผู้ที่ไม่พึงพอใจและเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายอื่นๆ



7. ถ้าเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานจะอย่างไรเพื่อให้แก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็ว
8. จะสรุปผลเพื่อดูแนวโน้มของคำร้องเรียนในแต่ละหน่วยงานอย่างไร

## การทบทวนการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน

การทบทวนนี้เป็นการทบทวนสำหรับกรณีที่เกิดความสูญเสียขึ้นขอให้พิจารณาในประเด็นต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยลักษณะใดบ้างอยู่ในกลุ่มที่จะต้องมีการทบทวนเช่นการเสียชีวิตทุกรายที่ไม่ใช่ terminal case, การติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกราย, การผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผนทุกราย
2. ระบบการทบทวนจะเริ่มอย่างไร ใครเป็นผู้ระบุให้มีการทบทวน ใครเป็นผู้ทบทวนเบื้องต้น เมื่อไรที่ควรจะมีการทบทวนร่วมกันระหว่างแพทย์กับพยาบาล
3. ข้อมูลจากการทบทวนจะบันทึกไว้อย่างไร จึงจะเกิดสมดุลระหว่างความมั่นใจว่าข้อมูลนี้จะไม่ถูกนำไปใช้ในการฟ้องร้อง กับการมีข้อสรุปที่เพียงพอสำหรับการปรับปรุงระบบ
4. ทำอย่างไรการทบทวนจะนำไปสู่การเห็นโอกาสพัฒนาในเรื่องวิธีการทำงาน, การประสานงาน, การมีแนวทางปฏิบัติ, การประยุกต์ใช้แนวทางปฏิบัติอย่างเหมาะสม, การกำหนดแนวทางติดตามคุณภาพ
5. ทำอย่างไรให้การทบทวนนี้ค่อย ๆ รับจากการทบทวนหลังเกิดเหตุ (retrospective) มาเป็นการทบทวนเพื่อการป้องกันก่อนที่จะเกิดเหตุ
6. ทำอย่างไรให้กรณีที่ “เกือบพลาด” มีโอกาสได้รับการใส่ใจจากผู้เกี่ยวข้อง



## การวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่สำคัญ

### (Critical Incident Analysis, Occurrence Screening)

ขอให้พิจารณาว่าในรอบปีที่ผ่านมา มีอุบัติการณ์สำคัญตามรายการข้างล่างนี้ประมาณเท่าไร เกิดขึ้นกับผู้ป่วยประเภทใด กลุ่มคนที่ควรมีหน้าที่จะนำอุบัติการณ์เหล่านั้นมาวิเคราะห์สาเหตุและวางแนวทางป้องกันในแต่ละเรื่องควรมีใครบ้าง


อุบัติการณ์	จำนวนครั้งที่เกิด (ประมาณ)	กลุ่มคนที่ควรมีหน้าที่ทบทวน
การรับไว้ในรพ. เนื่องจากผลแทรกซ้อนของการรักษาแบบผู้ป่วยนอก		
การรับไว้ในรพ. ช้า เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือการรักษาที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์		
ปัญหาการเซ็นใบยินยอมผ่าตัดที่ไม่สมบูรณ์, สูญหาย, แตกต่างจากการผ่าตัดจริง, ไม่มีการเซ็นใบยินยอม		
การตัด/เกิดอันตราย/ช้อมแซม ต่ออวัยวะของผู้ป่วย โดยไม่ได้วางแผน		
การกลับมาห้องผ่าตัดหรือห้องคลอดโดยไม่ได้วางแผน		
การผ่าตัดหรือหัตถการที่ไม่มีข้อบ่งชี้เพียงพอ		
ปฏิกิริยา/ภาวะแทรกซ้อน จากการให้เลือด และการใช้เลือดที่ไม่เหมาะสม		
การติดเชื้อใน รพ.		
การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือส่งผลเสียต่อผู้ป่วย		
cardiac or respiratory arrest		
อุบัติการณ์ในโรงพยาบาล เช่น การตกเตียง, ปัญหา iv, ปัญหาการใช้ยา, ปัญหาทางผิวหนัง, ปัญหาเครื่องมือ		
ผลชันสูตรศพผิดปกติซึ่งแพทย์ไม่ได้รับทราบ		
การมี neurological deficit ขึ้นในระหว่างนอน รพ.		

# การมีส่วนร่วมของคณะแพทย์

นพ.การุณ เมฆมานนท์ชัย

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ รพ.บำรุงราษฎร์

การมีส่วนร่วมของคณะแพทย์อาจจะเกิดขึ้นเมื่อ

1. ฝ่ายบริหารเผยแพร่ให้คณะแพทย์ได้รับทราบถึงสถิติของโรงพยาบาล และ quality indicator ด้วย
2. มีการปรึกษาหารือกันเกี่ยวกับปัญหาของโรงพยาบาล และวิธีแก้ไขกับทีมงานของแพทย์และบุคลากรอื่นๆ ร่วมกัน
3. แนวความคิดและวิธีแก้ไขปัญหาของคณะแพทย์ได้รับการยอมรับจากฝ่ายบริหาร
4. สนับสนุนกิจกรรมขององค์กรแพทย์ให้มากที่สุด
  - การจัดการประชุม , สถานที่ , บุคลากร
  - งบประมาณ
5. ทั้งหมดนี้จะนำมาสู่ความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ (ownership) 



# คุณภาพในโรงพยาบาลเอกชน

## มีอะไรเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว

ขอให้ท่านตรวจสอบว่าท่านเข้าใจประเด็นเหล่านี้หรือมีคำตอบสำหรับประเด็นเหล่านี้แล้วหรือยัง

### ภาพรวมของ HA

- เป้าหมายและหัวใจสำคัญของ HA คืออะไร
- รพ.เอกชนจะได้อะไรจากการเข้าร่วมกระบวนการ HA
- ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับ HA
- ความคาดหวังต่อโรงพยาบาลที่ขอการรับรอง HA

### ปัญหาเฉพาะสำหรับโรงพยาบาลเอกชน

- แรงจูงใจของแพทย์ที่การจ่ายค่าตอบแทนขึ้นกับการให้บริการผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ
- การกำกับดูแลการทำงานและการมีส่วนร่วมของแพทย์ part-time
- การบริหารจัดการที่มีลักษณะ top-down
- โครงสร้างหน่วยงานของบริการพยาบาลซึ่งต้องรองรับผู้ป่วยทุกสาขาทำให้ยากต่อการทำงานในลักษณะทีมสหวิชาชีพซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- profile ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ซึ่งมีความรุนแรงไม่มาก ทำให้ความพร้อมต่อการดูแลผู้ป่วยซับซ้อนน้อยลงไป
- การใช้กำลังคนที่มีคุณวุฒิต่ำกว่าที่กฎหมายหรือองค์กรวิชาชีพกำหนดไว้

## เส้นทางเดินสู่ HA

- รพ.เริ่มต้นกันอย่างไร รูปแบบไหนเหมาะสมกับสถานการณ์อย่างไร
- รพ.ที่ได้ ISO9000 แล้วควรทำอย่างไรต่อ
- รพ.ที่กำลังทำ ISO9000 และต้องการมุ่งสู่ HA ด้วย ควรทำอย่างไร
- รพ.ที่ทำมานานแล้วยังไม่ประสบความสำเร็จ มีปัญหาติดขัดอยู่ที่ไหน

## การนำองค์กรและทิศทางนโยบาย

- HA ต้องการ commitment จากผู้นำระดับสูงเพียงใด มีรูปธรรมที่ชัดเจนอะไรบ้าง
- จะเชื่อมโยงเป้าหมายทางธุรกิจกับเป้าหมายด้านคุณภาพเข้าด้วยกันได้อย่างไร
- การติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาโดยผู้นำ ควรทำอย่างไร

## ระบบบริหารคุณภาพของโรงพยาบาล

- โครงสร้างการจัดการควรเป็นอย่างไร
- สำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับ ISO9000 แล้ว จะเชื่อมโยงระบบการจัดการอย่างไร มีส่วนคล้ายและส่วนต่างอะไร
- ทำอย่างไรจึงจะไม่ต้องมีเอกสารเพิ่มขึ้นมากมาย
- จะทำอย่างไรกับปัญหาต่อไปนี้
- พนักงานระดับปฏิบัติการมีภาระงานมากไม่สามารถหาพูดคุยกันในแผนกได้น้อยๆ
- พนักงานไม่ค่อยได้คิดเองทำเอง ไม่กล้าคิดทำสิ่งใหม่ๆ ไม่มีความคิดสร้างสรรค์
- การสื่อสารที่ไม่ดีพอและไม่ทั่วถึง



- ความยากลำบากในการปรับพฤติกรรม
- ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพียงพอ

## ระบบการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

- ความเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาลเอกชน
- ทำไมระบบการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาลต่างๆ จึงยังไม่ได้ผล ทั้งที่มีการพูดคุยเรื่องนี้มานานแล้ว
- การสื่อสารในฐานะเครื่องมือป้องกันความขัดแย้งระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

## องค์กรแพทย์และการมีส่วนร่วมของแพทย์

- องค์กรแพทย์คือใคร คือคณะกรรมการหรือแพทย์ทั้งโรงพยาบาล
- บทบาทสำคัญขององค์กรแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนคืออะไร
- การเริ่มด้วยโครงสร้างกับการเริ่มด้วยหน้าที่ จะเลือกเริ่มอย่างไร มีข้อดีข้อด้อยอย่างไร
- กลยุทธ์ให้แพทย์มีส่วนร่วมในการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ ทำอย่างไร
- แพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งไม่ได้รับการประกันรายได้ขั้นต่ำ ทำให้ความร่วมมือน้อย จะดำเนินการองค์กรแพทย์ตามที่ พรพ.กำหนดอย่างไร
- จะจูงใจแพทย์ให้เห็นความสำคัญ ให้ความร่วมมือ และเป็นแกนนำใน PCT อย่างไร เพราะแพทย์ไม่ค่อยมีเวลามาก จะสนใจแต่การตรวจผู้ป่วย

## การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

- จะวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างไร

- การเริ่มด้วยการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยกับการเริ่มด้วยการทบทวนผลการดูแลผู้ป่วย จะเลือกเริ่มอย่างไร แต่ละวิธีมีข้อดีข้อด้อยอย่างไร
- การทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมสำคัญแต่เกิดน้อยที่สุด จะเริ่มอย่างไรให้เป็นที่ยอมรับและเห็นประโยชน์
- การจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยมักจะถูกมองว่าเป็นงานเอกสารที่ไม่เกิดประโยชน์ จนลืมเป้าหมายสำคัญของมาตรฐานที่มุ่งให้นำข้อมูลที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ถ้าจะให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ควรทำอย่างไร
- ตัวอย่างการตรวจรักษาที่ไม่เหมาะสมที่พบบ่อยในโรงพยาบาลเอกชนมีอะไร มีมาตรการอย่างไรในการป้องกันความไม่เหมาะสมดังกล่าว
- มาตรการที่ได้ผลในการปรับปรุงความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนมีอะไร (๓)



# ทำไมต้องมีองค์กรแพทย์

## ในโรงพยาบาลเอกชน?

นายแพทย์ชูชาติ วินิตวัฒนคุณ

ประธานองค์กรแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ

โดยเหตุที่การให้บริการสาธารณสุขของประเทศเรานั้นไม่สามารถตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อีกทั้งค่าใช้จ่ายของบริการสาธารณสุขสูงขึ้นเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในภาคเอกชน ความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าภายนอก ทั้งผู้ป่วย/ญาติและผู้ชำระเงินค่าบริการ (Third party payer) ค่อนข้างสูงทั้งด้านประสิทธิภาพความเหมาะสมและความพึงพอใจ ผู้ให้บริการจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับปรุงแก้ไขหาโอกาสพัฒนาตนเอง/โรงพยาบาลเพื่อความอยู่รอด “คุณภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง” คือคำตอบต่อสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน แนวคิดของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโดยเฉพาะตามเกณฑ์มาตรฐาน Hospital Accreditation จึงได้รับการสนับสนุนผลักดันให้เกิดขึ้นในวงการสาธารณสุขไทย ก่อให้เกิดความตื่นตัวเป็นอย่างมากทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน แนวคิดนี้จะปรากฏชัดในภาคเอกชน ซึ่งการแข่งขันเพื่อความอยู่รอดจะยิ่งสูงกว่าในภาครัฐบาล ความพยายามที่จะนำเกณฑ์มาตรฐานต่างๆ มาพัฒนาคุณภาพในการบริการ มักถูกเลือกในภาคเอกชน ซึ่งจะพบว่า มีเกณฑ์มาตรฐานหลายระบบ-โรงพยาบาลสามารถผ่านการตรวจรับรองได้ แม้ว่าแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลจะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วยเลยก็ได้ แต่ถ้าเป็นเกณฑ์มาตรฐานของสถาบันพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) หากไม่มี



แพทย์เข้าไปร่วมกระบวนการและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยเฉพาะการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพแล้ว โอกาสที่จะได้รับความสำเร็จนั้นคงเป็นไปได้ยากหรือแทบจะเป็นไปไม่ได้ ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาในการบริหาร - จัดการโรงพยาบาลเอกชนในที่สุด

## การปรับเปลี่ยนแนวคิดและการชักชวนแพทย์ เข้ามามีส่วนร่วมในองค์กรแพทย์

เพื่อให้เกิดลักษณะของการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร แพทย์ซึ่งเป็นหัวหน้าทีมในการให้บริการทางการแพทย์ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเข้ามามีบทบาท ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ซึ่งแม้ว่าเป็นส่วนที่ยากลำบากแต่มีความจำเป็นสูงสุด กลุ่มแพทย์ที่เข้ามาร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพนั้น ควรต้องเป็นกลุ่มแพทย์ที่มีการรวมตัวเป็นกลุ่ม (Organized) ในระดับหนึ่ง นั่นก็คือเป็น “องค์กรแพทย์” ซึ่งในเกณฑ์มาตรฐานฉบับบูรณาการก็ได้มีส่วนที่ได้บรรยายมาตรฐานของการจัดองค์กร ตลอดจนรวมถึงบทบาทและหน้าที่ขององค์กร ไว้ให้ศึกษาเป็นแนวทางอยู่แล้ว

เมื่อพิจารณาในแง่ของความเป็นจริงที่ว่า การพัฒนาจะต้องเริ่มต้นจากจุดที่เกี่ยวข้อง ทำการปรับปรุงพัฒนาด้วยตนเอง จึงจะได้ผลดีที่สุด ในเมื่อเป็นการพัฒนาบริการรักษาพยาบาล แพทย์และทันตแพทย์ซึ่งโดยลักษณะของวิชาชีพ และการเป็นองค์ความรู้ในการให้บริการย่อมที่จะหลีกเลี่ยงการรับผิดชอบในการเข้ามามีส่วนร่วมไปไม่ได้ ประเด็นที่สำคัญ คือ ทำอย่างไรจึงจะสามารถโน้มน้าวให้แพทย์เข้ามามีส่วนร่วม ยุทธศาสตร์ของการโน้มน้าวให้กลุ่มแพทย์และทันตแพทย์เข้าร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่น่าจะประสบความสำเร็จมากที่สุด ก็คือ ความสมัครใจ และความมีอิสระในการดำเนินการบนพื้นฐานแห่งองค์ความรู้ มาตรฐานและจริยธรรมทาง



วิชาชีพ ซึ่งในเบื้องต้นคงจะต้องเริ่มจากสื่อสารและทำความเข้าใจ ถึงความจำเป็นและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการ การนำเสนอถึงแนวคิดของคุณภาพทางการแพทย์ สถานการณ์ปัจจุบันของการให้บริการทางการแพทย์ การนำเสนอแนวคิดย้อนกลับจากผลที่ต้องสูญเสียไปจาก “ความด้อยคุณภาพ” หรือ “ความผิดพลาด” จะโน้มน้าวให้เห็นถึงความจำเป็น ในการพัฒนาคุณภาพที่เป็นรูปธรรมดีที่สุดและสร้างความสนใจได้มากที่สุด อีกทั้งการที่สามารถนำเสนอแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพการบริการให้เชื่อมโยงกับผลสำเร็จของการบริการของแต่ละคน ประโยชน์จากการที่มีระบบที่มีการวางแผนให้สอดคล้อง มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีกลไกในการประเมินทบทวน และบริหารความเสี่ยง จะเป็นหลักประกันของประสิทธิภาพและประสิทธิผลของบริการที่แต่ละคนให้ และที่สำคัญคือทำให้บริการที่เราแนะนำเสนอต่อผู้ป่วยมีความปลอดภัยและความเสี่ยงต่ำสุด เป็นแกนนำแนวคิดที่ว่าความพยายามในการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาล ถ้ามีการเข้าร่วมของแพทย์ตั้งแต่แรกเริ่ม จะทำให้ประสบความสำเร็จสูงสุด และมีการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพด้วย

การที่แพทย์หรือทันตแพทย์มีส่วนร่วมในการสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะในระยะแรกเริ่ม แม้ว่าจำนวนในระยะแรกจะไม่มาก ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดของแพทย์และทันตแพทย์เองเช่นลักษณะการทำงาน เวลาที่จำกัด ความเชื่อมั่นในตัวเองสูง ความสำเร็จของการโน้มน้าวให้แพทย์เข้ามามีส่วนร่วม ต้องเข้าใจข้อจำกัดของสมาชิก และอยู่กับการเชื่อมโยงกิจกรรมต่างๆให้สอดคล้อง และสามารถประสานให้ประโยชน์ตกอยู่กับผู้ป่วยที่มารับบริการจากแพทย์เหล่านั้น จะเป็นสิ่งที่แพทย์เข้าใจเห็นดีงาม และให้การสนับสนุนและเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จำนวนของสมาชิกที่เข้ามามีส่วนร่วมก็จะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการ

เสริมแรงซึ่งกันและกัน ส่งผลลัพธ์ไปสู่บุคลากรอื่นในองค์กร ทำให้เกิดวัฒนธรรมของการทำงานเป็นทีมอย่างแท้จริง นอกจากนี้การสื่อสารไปยังกลุ่มสมาชิกองค์กรแพทย์เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เนื่องจากทำให้แพทย์เข้ามารับรู้ด้วยตั้งแต่แรก ความคืบหน้าหรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จะเป็นการสร้างความสนใจเป็นอย่างดี และทำให้สมาชิกเหล่านั้นเข้ามามีส่วนร่วมด้วยมากขึ้น ซึ่งสิ่งนี้แหละเป็นปัจจัยหลักที่จะประกันของการมุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพยั่งยืนอย่างแท้จริงขององค์กร

## สรุป

ประสบการณ์จากการผลักดันแพทย์ขององค์กรแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ เราได้เรียนรู้ว่าปัจจัยหลักที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ พอประมวลเป็นคำย่อว่า “5 CLAPTR” คือ

- Commitment to Quality Improvement คือ องค์กรแพทย์ต้องมีความมุ่งมั่นต่อกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ และต้องสามารถสื่อสารออกมาถึงสมาชิกได้อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ยังต้องเกื้อหนุนให้เกิดความมุ่งมั่นเช่นนี้ทั่วทั้งองค์กร
- Communication คือ องค์กรแพทย์ต้องตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องการสื่อสารกับสมาชิก และจะต้องเป็นการสื่อสารแบบสองทางด้วย
- Co-ordination คือ การประสานงานทั้งในระดับหน่วยงานเดียวกัน และกับฝ่ายบริหาร
- Co-operation คือ ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ โดยเฉพาะในระดับทีมคร่อมสายงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือในระดับสหวิชาชีพอย่างแท้จริง
- Clarity คือ ความโปร่งใส การดำเนินงานขององค์กรแพทย์ ต้องมีความ



โปร่งใส เพื่อให้สมาชิกเกิดความเชื่อมั่น ลดความหวาดระแวง เพื่อจะนำไปสู่ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ ต่อไปนี้

- Leadership คือ ภาวะผู้นำ องค์กรแพทย์นอกจากจะต้องแสดงสภาวะผู้นำในการขับเคลื่อนองค์กรแล้ว ยังต้องสามารถส่งเสริมให้สมาชิกมีสภาวะผู้นำด้วย
- Accountability คือ ความน่าเชื่อถือ เนื่องจากองค์กรแพทย์เป็นสิ่งใหม่ในองค์กร การได้รับการยอมรับ เกิดความเชื่อถือ และเข้าใจถึงบทบาทหลัก เป็นเรื่องที่สำคัญอีกอันหนึ่ง
- Persuasion คือ องค์กรแพทย์มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ทักษะในการโน้มน้าว เชิญชวน จึงจะประสบความสำเร็จมากกว่าการบังคับให้จำยอม
- Teamwork คือ ทักษะของการทำงานเป็นทีม โดยเฉพาะทีมในลักษณะสหวิชาชีพ เป็นเรื่องใหม่ที่สมาชิกแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน เป็นเรื่องที่ต้องให้การศึกษา และส่งเสริมเพิ่มขึ้น
- Role-specification คือ บทบาทขององค์กรแพทย์ตลอดจนถึงทั้งเป้าหมายหลักขององค์กรแพทย์ ต้องสามารถสื่อสารกับสมาชิกให้ชัดเจนตลอดจนถึงหน่วยงานอื่นในองค์กร บรรยาการและวัฒนธรรมการทำงานทั่วทั้งองค์กรที่เกิดขึ้นใหม่ ของการมุ่งเน้นลูกค้าหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางด้วยรูปแบบของการโน้มน้าวให้สมาชิกเข้าร่วมด้วยให้มากที่สุด ประสานและร่วมมือบทบาทในการเป็นทีมพัฒนาคุณภาพในองค์กรการทำงานเป็นทีม และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่บุคลากรทุกระดับสามารถมีส่วนร่วมและสัมผัสได้ เป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างยั่งยืน