

บทบรรณาธิการ

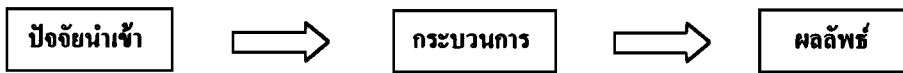
ศูนย์พัฒนาคุณภาพ: ก้าวต่อไปสู่การเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ

สืบเนื่องจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ซึ่งเน้นการพัฒนาคนเป็นสำคัญ เนื่องจากคนเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนาทุกเรื่อง กระทรวงสาธารณสุขโดยกองโรงพยาบาลภูมิภาคได้ตอบรับแผนดังกล่าว ได้กำหนดวิสัยทัศน์ให้สอดคล้องกัน และตั้งเป้าหมายว่าโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งจะเป็น “โรงพยาบาลคุณภาพ” ภายในปี 2544 จึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพหลายแนวทางให้โรงพยาบาลต่าง ๆ รับผิดชอบดำเนินการ แต่ละแนวทางเน้นการพัฒนาในด้านต่าง ๆ แตกต่างกันไป โดยหลักการแล้วกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการ เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการและประสานงาน สำหรับโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้ดำเนินการเป็นผลสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ นอกจากงานบริการแล้วยังเป็นสถาบันผลิตและฝึกอบรมแพทย์ ซึ่งจะต้องได้รับการรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพ นอกจากนั้นโรงพยาบาลยังได้ถูกกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลแม่แบบในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในพื้นที่บริการสาธารณสุขเขต 5 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้เล็งเห็นความสำคัญในการเร่งดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ จึงเห็นสมควรให้ตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพขึ้นมารับถ่ายโอนภารกิจจากกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการ โดยรวมความหลากหลายของแนวทางพัฒนาคุณภาพเข้าไว้ด้วยกัน ใช้จุดแข็งของแต่ละแนวทางมาเสริมกัน สร้างแนวทางการพัฒนาคุณภาพให้สอดคล้องกับสภาวะการณ์และวัฒนธรรม/พฤติกรรมองค์กรของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา รวมทั้งเตรียมรองรับนโยบายการพัฒนา

คุณภาพใหม่ ๆ ที่จะมีในอนาคต

ภารกิจของศูนย์พัฒนาคุณภาพ เริ่มต้นด้วยการกำหนดเป้าหมายและเข็มมุ่งร่วมกัน ประสานแผนปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพทั้งหมดเข้าด้วยกันและให้สอดคล้องกับงานประจำ เพื่อลดความสับสนและไม่เป็นการสร้างภาระแก่ผู้ปฏิบัติงานมากนัก หาแนวทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เน้นการประสานงานระหว่างหน่วยงานและองค์กรภายนอกโรงพยาบาล เตรียมบุคลากรและโรงพยาบาลให้พร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลงจากการปฏิรูประบบราชการ และระบบสุขภาพ

เป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพ ในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2500 คุณภาพของโรงพยาบาลคือการบริการที่ปลอดภัย ประมาณปี พ.ศ. 2514-2516 การวัดคุณภาพโรงพยาบาลเพิ่มเรื่องของการศึกษาและการฝึกอบรมเข้ามาด้วย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 เป็นต้นมา เริ่มมีการประเมินคุณภาพครอบคลุมทั้งด้านบริหาร บริการและวิชาการ มีการพัฒนาระบบการประเมินอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2536-2537 กระทรวงสาธารณสุขจึงให้มีการพิจารณาจัดทำมาตรฐานสถานพยาบาลขึ้น จนเกิดเป็น “มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกเชก” ในปลายปี พ.ศ. 2539 ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่พัฒนาโดยคนไทยเพื่อคนไทย โดยที่ได้เรียนรู้แง่มุมสำคัญที่ก่อให้เกิดการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลจากหลาย ๆ ประเทศ มาปรับให้เข้ากับวัฒนธรรมไทย ระบบราชการไทย เนื้อหาของมาตรฐานเหล่านี้ประกอบกันเข้าเป็นกระบวนการหลักของโรงพยาบาล คือ กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่



- การนำ/การบริหาร
- เป้าหมาย/ทิศทางขององค์กร
- การจัดการภายในองค์กร
- ทรัพยากร/บุคคล
- คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน
- สถานที่/สิ่งแวดล้อม
- เครื่องมือ/อุปกรณ์การแพทย์

- การดูแลผู้ป่วย
- ระบบงานสนับสนุน
- การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ
- งานอาชีวอนามัย

- ตัวผู้ป่วย
- สารสนเทศ
- เวชระเบียน

มีระบบการตรวจสอบ แก้ไข และปรับปรุง ด้วยการประสานกิจกรรมร่วมกับองค์กรแพทย์/พยาบาล คือ

- การบริหารความเสี่ยง (risk management, RM)
- การประกันคุณภาพ (quality assurance, QA)
- การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement, CQI)

ระบบบริการสุขภาพแตกต่างจากการผลิตงานอื่น ๆ ตรงที่ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการมีตัวแปรที่หลากหลาย ทุกขั้นตอนมีความเสี่ยงต่อทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ ความคาดหวังต่อผลลัพธ์แตกต่างกันในแต่ละรายการกำหนดเป้าหมายและแนวทางการทำงานจึงแตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล โดยเกณฑ์ขั้นต่ำที่ต้องมีสำหรับโรงพยาบาลคุณภาพ คือ

1. ผู้บริหารมุ่งมั่นพัฒนาในแนวทางที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2. มีกระบวนการหลัก 3 อย่าง คือ RM, QA และ CQI
3. ตระหนักในสิทธิของผู้ป่วย และจริยธรรมองค์กร
4. การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบมีมาตรฐานและทำงานเป็นทีม

5. มีองค์กรวิชาชีพกำกับดูแลมาตรฐาน โดยเฉพาะองค์กรแพทย์และพยาบาล

6. บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า

แนวทางการทำงานของศูนย์พัฒนาคุณภาพ ขั้นตอนหลักของการพัฒนาคุณภาพคือ เตรียมการ (preparation) > วางแผน (development) > ขยายผล (implementation) > เชื่อมโยง/ฝังตัวเข้ากับงานประจำ (integration) ขั้นตอนที่ได้ทำไปแล้วคือ การเตรียมการวางแผนงานและระบบงาน ศูนย์จะดำเนินงานต่อเนื่องจากงานที่ทำไปแล้ว โดยพิจารณาจากมาตรฐานและเป้าหมายแล้วเลือกส่วนที่ยังเป็นส่วนขาดหรือเป็นปัญหาหลัก นำมาจัดลำดับความสำคัญ กำหนดทีมงาน มอบหมายผู้รับผิดชอบ จัดทำแผนปฏิบัติงานให้ชัดเจน สร้างกิจกรรมคุณภาพระดับกลุ่มงาน ศูนย์ให้การสนับสนุน/ประสานความร่วมมือทั้งในแนวราบและแนวตั้ง

การติดตาม กำกับ และประเมินผล ใช้แนวทางการประเมินตนเองเป็นหลัก การประเมินตนเองเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ เพราะทำได้ตลอดเวลาและรับรู้ได้ถึงการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาที่เกิดขึ้นจริงโดยไม่หลอกตัวเอง การประเมินผลโดยบุคคล

คือ ทีมพี่เลี้ยง หรือผู้ประเมินภายใน และผู้ปฏิบัติงาน แลกเปลี่ยนกัน เชื่อมประเมินให้คำแนะนำมากกว่าการ ตรวจสอบ การประเมินโดยใช้หลักฐานที่อ้างอิงได้คือ ตัวชี้วัดคุณภาพจะบอกผลการพัฒนาคุณภาพทั้งในรายละเอียดและภาพรวม

ผลที่ได้จากการพัฒนาคุณภาพ มีต่อทุกฝ่ายทั้ง ผู้รับบริการ บุคลากรของโรงพยาบาล และชุมชน ตามที่ปรากฏในวิสัยทัศน์ของ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา คือ “สามัคคีทีมงาน บริการคุณภาพ พัฒนาบุคคล ประชาชนพึงพอใจ” ยังมีภาระกิจอีกมากมายที่พวกเรา ชาวโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาจะต้องปฏิบัติ โดย ศูนย์ฯเป็นผู้ประสานงาน บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมกัน สร้างโรงพยาบาลของเราสู่เป้าหมายการเป็น “โรงพยาบาลคุณภาพ” ที่ดีที่สุดแห่งหนึ่งของประเทศไทย

ดวงดา อ่อนสุวรรณ พ.บ.

หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

เอกสารประกอบการเรียบเรียง

1. สุวรรณ ตั้งวิระพรพงษ์. เราจะเป็นโรงพยาบาลคุณภาพในปี พ.ศ. 2544. เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2542; 23:67-9.
2. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. เส้นทางคุณภาพในประเทศไทย. หนังสือประกอบการสัมมนา 2nd National Forum on Hospital Accreditation. กรุงเทพฯ: RDP; 2543.
3. ชัยวัฒน์ วัลวัฒนวิไชย. เทคโนโลยีทางการแพทย์: ของมีค่า ที่ควรรู้ให้สมราคา. เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2543;24:51.
4. สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิพงษ์. ระบบมาตรฐานการบริหารคุณภาพ ISO 9000. เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2542; 23:185-6.
5. คณะกรรมการประสานงานพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. โครงการพัฒนาคุณภาพ ward นำร่อง. เอกสารประกอบการประชุมมหกรรม QI ครั้งที่ 1. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วันที่ 23 สิงหาคม 2543.