

Hospital Accreditation

การพัฒนาและรับรองคุณภาพ

ความเป็นมาในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ในประเทศไทยได้มีการพัฒนาเป็นลำดับดังนี้

พ.ศ.2524 พัฒนาการบริหารจัดการโรงพยาบาลชุมชน โดยกองการพยาบาล, กองสาธารณสุข ภูมิภาค เน้นการบริหารจัดการทั่วไป, การรักษาพยาบาล

พ.ศ.2526 พัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยกองการพยาบาล เน้นบริการพยาบาล รพศ./รพท.

พ.ศ.2527-8 ทิศดาวโรงพยาบาล โดยนพ.บรรลุ ศิริพานิช เน้นขีดความสามารถของ รพศ./รพท.

พ.ศ.2528-9 พบส. (พัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค) โดย นพ.ชัยสิทธิ์ ธารากุล เน้นความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการด้วยการสร้างเครือข่ายบริการแบบเบ็ดเสร็จ และร่วมกันพัฒนา

พ.ศ.2528 มาตรฐานระบบบริการพยาบาล โดยกองการพยาบาล เน้นบริการพยาบาล

พ.ศ.2531 การตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล โดยกองการพยาบาล เน้นบริการพยาบาล รพศ./รพท.

พ.ศ.2536-7 มาตรฐานสถานพยาบาลประกันสังคม โดย ส.ประกันสังคม เน้นการเข้ารับรองสถานพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยประกันสังคม

พ.ศ.2536-9 ก้าวแรกของ TQM/CQI ใน รพ. โดย สวรส./กอง รพ./ส.ประกันสุขภาพ มีรพ.นำร่อง 8 แห่ง ผสมผสาน OD, ESB, CQI เข้าด้วยกัน

พ.ศ.2538 ประกันคุณภาพการพยาบาล โดยกองการพยาบาล เน้นมาตรฐานและการตรวจสอบ

พ.ศ.2538 กลุ่มีรับรองสถานพยาบาลประกันสังคม โดยสวรส. กำหนดคู่มือตรวจรับรอง

พ.ศ.2538 นโยบายโรงพยาบาลคุณภาพ โดยกอง รพ.ภูมิภาค เน้นรพศ./รพท.ทุกแห่งนำแนวคิด TQM/ CQI ไปปฏิบัติในสิ้นแผน 8

พ.ศ.2538-9 มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก โดยสวรส. เน้นมาตรฐานที่มุ่งเน้น process, customer, CQI

พ.ศ.2539 คู่มือแคนาดา โดยกอง รพ.ภูมิภาค เน้นการนำ CQI ไปใช้กับ HA

พ.ศ.2540-3 โครงการ Hospital Accreditation โดยสวรส./สกว./กอง รพ. เน้นการทดลองใช้มาตรฐาน, สร้างระบบรับรองคุณภาพ

พ.ศ.2541 พ.ร.บ.สถานพยาบาล โดยกองการประกอบโรคศิลปะ เน้นมาตรฐานเชิงโครงสร้างและกำลังคน, สถานพยาบาล เอกชน

พ.ศ.2541 คำประกาศสิทธิผู้ป่วย โดย 4 สภาวิชาชีพ และกระทรวงสาธารณสุข เน้นความเข้าใจและไว้วางใจระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพกับผู้ป่วย

ท.ศ.ปัจจุบัน มีหน่วยงานสำหรับรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในระยะแรกเรียกว่า ภาคิพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ปัจจุบันเรียกสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยบุคคลจากหลายอาชีพ

แนวความคิดของ HA

ภาพรวมของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

1.1 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) คืออะไร

คือกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ควบคู่ไปกับการเรียนรู้แลกเปลี่ยน และการรับรองจากองค์กรภายนอก การรับรองเป็นเพียงส่วนเดียวและส่วนสุดท้ายของกระบวนการ แต่จุดสำคัญคือการกำหนดมาตรฐาน ตรวจสอบ และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล

1.2 รับรองอะไร

1. รับรองว่าโรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาคุณภาพ ทุกคนรู้ว่าเป้าหมายอยู่ตรงไหน บทบาทของตนเองคืออะไร มีความพยายามที่จะพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2. รับรองว่าโรงพยาบาลมีกระบวนการทำงานที่เป็นมาตรฐาน มาตรฐานนี้คือมาตรฐานของโรงพยาบาลเอง โดยที่ต้องมีหลักประกันว่าจะไม่เกิดความเสียหายเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

3. รับรองว่าโรงพยาบาลมีระบบตรวจสอบตนเองที่น่าเชื่อถือ ได้แก่การแสดงให้เห็นว่ามีการปฏิบัติตามระบบงานที่วางไว้ และมีการวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น มีการนำปัญหาที่พบมาทบทวนปรึกษากับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อให้เกิดการแก้ไขและเกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

4. รับรองว่าโรงพยาบาลมีการบริหารงานที่เป็นระบบ มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม

5. รับรองว่าโรงพยาบาลมีกำลังคน สถานที่ และเครื่องมือ เหมาะสม ความเหมาะสมของทรัพยากรคือความสอดคล้องกับพันธกิจและขอบเขตของโรงพยาบาล ร่วมกันการมีกระบวนการบำรุงรักษาและพัฒนาเพื่อให้ใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ทำไมต้องมีการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันคือ

1. ผู้บริโภคขาดข้อมูลที่จะช่วยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ข้อมูลจากผู้บริโภคเองไม่สามารถประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลในภาพรวมได้ ผู้ที่จะประเมินคุณภาพทางด้านเทคนิคบริการของโรงพยาบาลได้ดีที่สุดคือผู้ประกอบการวิชาชีพด้วยตนเอง

2. โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีทิศทางนโยบายในการพัฒนาคุณภาพแตกต่างกันไป

3. ผู้บริหารมอบความรับผิดชอบด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ประกอบการวิชาชีพ

4. มีความเสี่ยงอยู่ทั้งในตัวระบบและตัวผู้ประกอบการวิชาชีพเนื่องจากขาดระบบที่จะตรวจสอบตนเอง

1.4 ใครจะได้อะไรจากการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สังคม : สังคมเกิดความเชื่อมั่นว่าโรงพยาบาลต่างๆมีระบบการทำงานที่ไว้วางใจได้

ประชาชน : ทราบว่าควรให้ความไว้วางใจกับโรงพยาบาลใด

ผู้ป่วย : ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ไม่เสี่ยงต่อการดูแลรักษาที่ไม่ได้มาตรฐานหรือถูกปล่อยปละละเลย

ผู้ประกอบการวิชาชีพ : ทำงานภายใต้ความเสี่ยงในระดับต่ำที่สุด มีความราบรื่นและคล่องตัวในการทำงาน

โรงพยาบาล : มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับ

องค์กรผู้บริหารเงินกองทุนเพื่อสุขภาพ : มีข้อมูลเพื่อคัดเลือกโรงพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งองค์กรนั้นดูแลอยู่

องค์กรวิชาชีพ : มีหลักประกันว่ามาตรฐานวิชาชีพ/ข้อกำหนดต่างๆถูกนำไปปฏิบัติ

1.5 ใครจะเป็นผู้รับรองคุณภาพ

องค์กรที่รับรองจะต้องเป็นองค์กรที่มีความเป็นกลางและเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายซึ่งเกิดจากความร่วมมือของหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง และผู้ทรงคุณวุฒิที่สังคมยอมรับ ปัจจุบันคือ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

ปรัชญาของการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

2.1 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นการเรียนรู้มากกว่าเป็นการตรวจสอบ

การตรวจสอบทำให้โรงพยาบาลพยายามปิดบังจุด อ่อนหรือข้อบกพร่องของตนเอง การเรียนรู้ ช่วยให้ทุกคนช่วยกันค้นหาจุดอ่อนเหล่านี้ นั้นขึ้นมาเพื่อหาวิธีการป้องกัน

และเกิด ความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การเรียนรู้ที่ได้ผลดีที่สุดคือ การเรียนรู้จากของจริง ซึ่งได้จากการทำงาน ร่วมกัน เป็นทีมระหว่างวิชาชีพต่างๆ และระหว่างหน่วยงานต่างๆ กล่าวอีกนัยหนึ่งการพัฒนาคุณภาพคือ การสร้างคนเพื่อไปพัฒนาระบบงาน

2.2 การขอรับการประเมินต้องเกิดจากความสมัครใจของโรงพยาบาล

การบังคับจะทำให้ต้องลดระดับของมาตรฐานลงเพื่อให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ผ่านได้ แม้ว่า จะดำเนินการได้เร็วกว่า แต่จะไม่ได้ได้รับความร่วมมือ เกิดความขัดแย้ง ไม่ยั่งยืน ไม่มี ความสุข ไม่สามารถนำแนวทางปฏิบัติงานนั้นมา ใช้ สูญเสียเวลา

2.3 เน้นการรับรองความมุ่งมั่นในการพัฒนาและระบบงานที่ดีควบคู่กับผลลัพธ์

1. การวัดผลลัพธ์เพื่อใช้ในการตัดสินใจให้เกิดปัญหามากกว่าผลดี
2. ระบบงานที่ดีได้มาจากการใช้แนวคิดของการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย
3. ระบบงานที่ดีจะต้องมีระบบตรวจสอบตนเอง

4. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาประเมินได้จากความรู้ความเข้าใจของผู้คนที่เกี่ยวข้อง และผลลัพธ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเกิดขึ้น

2.4 ใช้กรอบแนวทางพัฒนาคุณภาพร่วมกันสำหรับการประเมินตนเอง และการประเมินจากภายนอก

อาจจะเรียกกรอบนี้ว่าข้อกำหนด หรือมาตรฐาน เชิงระบบ กรอบนี้อยู่บนพื้นฐานปรัชญา TQM/ CQI ได้แก่การเน้นผู้ป่วยและลูกค้าเป็น ศูนย์กลาง เน้นการปรับปรุงกระบวนการ โดยการทำงาน เป็นทีม

2.5 ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย

1. เน้นการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า (Awareness to Customer Requirement)
2. เน้นการปรับปรุงกระบวนการทำงาน/ระบบงาน อย่างไม่สิ้นสุด (Continuous Process Improvement)
3. เน้นการเสริมพลังเจ้าหน้าที่ และการทำงานร่วมกันเป็นทีม (Employee Empowerment & Teamwork)
4. เน้นการนำด้วยอุดมการณ์ (Value-based leadership)
5. มาตรฐานวิชาชีพและแนวทางการดูแลรักษา (Professional Standards & Practice Guidelines)

การบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่อง ล้วนเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพซึ่งมุ่งเน้นที่ผู้ป่วย ต้องอาศัยการทำงาน ร่วมกัน และต้องมีการติดตามศึกษาข้อมูล คล้ายคลึงกัน การจะเลือกใช้วิธีการใดขึ้นอยู่กับระดับของคุณภาพที่เป็นอยู่ หรืออาจจะ ใช้ทั้ง 3 วิธี ควบคู่ไปด้วยกัน

ความพยายามพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

3.1 ตัวอย่างปัญหาคุณภาพ

ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการผ่าตัดเอามดลูกออกเมื่อ 3 เดือนที่แล้วหลังผ่าตัดไม่เท่าไรก็ปวดท้องมาก มาหาหมอที่ผ่าตัดให้ หมอคนนั้นท่านก็ไม่ยอมดูให้ ไปหาหมออีกแผนก

หนึ่ง แล้วก็ถูกโยนต่อไปอีกแผนกหนึ่ง สุดท้ายต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ซึ่งแพทย์
ทำ lysis adhesion ให้

ผู้ป่วยรายที่ 2 ไปส่องกล้องตรวจทางเดินปัสสาวะ ขณะนอนรออยู่มีเจ้าหน้าที่มาบอกว่า
จะฉีดยาชาเข้าทางหลังให้ เมื่อผู้ป่วยทักท้วงจึงได้ตรวจสอบและพบว่าเป็นผู้ป่วยคนละ
รายกัน

ผู้ป่วยรายที่ 3 ได้รับอุบัติเหตุพร้อมกับภรรยา มานอนอยู่ รพ. ได้ 7 วัน โดยที่ภรรยาอยู่
อีกหอผู้ป่วยหนึ่ง ผู้ป่วยเป็นห่วงมากกว่าใครจะดูแลลูกซึ่งอยู่กับยาที่มีอายุมากแล้ว
ไม่มีใครสังเกตพบปัญหานี้จนกระทั่งวิสัญญีพยาบาลเกิดความสงสัยว่ายาชาที่ฉีดเข้าไป
จะไม่ได้ผล

ผู้ป่วยรายที่ 4 เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ แพทย์จำหน่ายออกจาก รพ. โดยบอกว่าเป็นโรค
ผู้สูงอายุ ญาติพาไปรักษาที่ รพ. เอกชน เสียค่ารักษา 50,000 บาท และเสียชีวิต

ผลการทำ trauma audit พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่สมควรอยู่จำนวนหนึ่ง
เนื่องมาจากความล่าช้าหรือผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคและสั่งการรักษา

3.2 คุณภาพคืออะไร

กิจกรรมคุณภาพแต่ละอย่างอาจจะมีจุดเน้นในเรื่องความหมายของคุณภาพ
แตกต่างกันไป แต่สามารถเชื่อมโยงและประสานกันได้

กิจกรรม	ความหมายของคุณภาพ
5 ส.	ความสะอาดและมีประสิทธิภาพในการทำงาน
พฤติกรรมบริการ	ความพึงพอใจของลูกค้า
ประกันคุณภาพ	การทำได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้
TQM/CQI	การแก้ปัญหาและการตอบสนองความต้องการของลูกค้า

มิติของคุณภาพที่ครอบคลุมสำหรับการดูแลผู้ป่วยคือ

1. Competency ผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะเหมาะสม
2. Acceptability เป็นที่ยอมรับและตรงตามที่ผู้ป่วย/ลูกค้า คาดหวัง
3. Appropriateness ถูกต้องเหมาะสม ทั้งในด้านจริยธรรมและวิชาการ
4. Effectiveness รวด หมาย มีคุณภาพชีวิต

5. Safety ปลอดภัย
6. Efficiency ประหยัด
7. Accessibility เข้าถึงบริการหรือมีบริการให้เมื่อต้องการ
8. Continuity ความต่อเนื่องของการดูแล

3.3 การเปลี่ยนแปลงยังไม่เป็นผล

ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา นั้น ทำให้เกิดผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจแล้วหรือไม่ เพราะอะไร น่าจะพิจารณาในประเด็นเหล่านี้ดู

1. ผู้บริหารลงมามีส่วนร่วมเต็มที่หรือยัง ผู้บริหารเข้าใจหรือไม่ว่าจะได้ประโยชน์อะไรจากการสนับสนุนให้หน่วยงานต่างๆ พยายามพัฒนาคุณภาพ ผู้บริหารลงมาเป็นพี่เลี้ยงและทำตนเป็นตัวอย่างหรือไม่

2. หน่วยงานต่างๆ สามารถประสานงานกันได้หรือไม่ มีความพยายามที่จะทำความเข้าใจและตอบสนองความต้องการของหน่วยงานอื่นหรือไม่

3. เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ มีความตื่นตัวที่จะหาโอกาสพัฒนาคุณภาพในส่วนที่ตนรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องหรือไม่ แพทย์มีส่วนร่วมเพียงใด

4. เจ้าหน้าที่ต่างๆ ซาบซึ้งดีแค่ไหนว่าคุณภาพคืออะไร แต่ละคนจะต้องทำอะไรบ้าง ความต้องการของลูกค้าได้รับการใส่ใจเพียงใด

5. ทางออกที่คิดค้นกันขึ้นมาเป็นการออกแบบระบบอย่างสร้างสรรค์เพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้นหรือเป็นการใช้วิธีเดิมๆ

6. กิจกรรมคุณภาพได้ครอบคลุมระบบงานที่สำคัญทุกระบบ และป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างรัดกุมหรือยัง

7. ข้อสรุปต่างๆ ได้รับการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้ทุกคนรับทราบและปฏิบัติตามหรือไม่

8. กิจกรรมคุณภาพต่างๆ ส่งเสริมกันและกัน หรือซ้ำซ้อน/แย่งชิงเวลาของเจ้าหน้าที่ มีการเลือกข้อดีของแนวคิดแต่ละอย่างมาประสานกันหรือไม่

3.4 ควรจะทำอะไรเพิ่มเติม

การพัฒนาคุณภาพเป็นเรื่องยากเพราะยังไม่มีคำตอบที่ตายตัว วิธีการที่ได้ผลกับที่หนึ่งอาจจะใช้กับอีกที่หนึ่งไม่ได้ สิ่งที่น่าจะทำคือ

1. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน เรียนรู้จากความคิดพลาดของคนอื่น
2. บอกให้คนอื่นรู้เมื่อทำสำเร็จ เพื่อให้โรงพยาบาลอื่นๆเกิดความตื่นตัวและได้มาเรียนรู้จากความสำเร็จนี้
3. กำหนดเป้าหมายความสำเร็จเป็นลำดับขั้น เริ่มจาก 1) การจัดทำมาตรฐานของกระบวนการทำงาน 2) การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และ 3) การยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ
4. ให้คนกลางมาศึกษา ประเมิน และบอกให้สังคมรับรู้

มาตรฐานโรงพยาบาล

4.1 มาตรฐานโรงพยาบาลคืออะไร

มาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Standards) คือกรอบที่จะใช้ในการประเมินโรงพยาบาลว่าสมควรให้การรับรองหรือไม่ มาตรฐานนี้จะมีลักษณะคล้ายกับสิ่งที่ ISO9000 เรียกว่าข้อกำหนด

4.2 ทำไมต้องมีมาตรฐานโรงพยาบาล

1. เพื่อชี้นำทิศทางการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลไปในทิศทางที่เหมาะสม โดยใช้เป็นจุดเริ่มต้นในการทำความเข้าใจกับปัญหาและโอกาสพัฒนาของโรงพยาบาล
2. เพื่อให้ทีมงานของโรงพยาบาลและผู้ประเมินภายนอก มีกรอบที่จะเรียนรู้และประเมินร่วมกัน
3. เพื่อใช้เป็นกรอบในการพิจารณารับรองโรงพยาบาล

4.3 มาตรฐานโรงพยาบาลนี้แตกต่างจากมาตรฐานอื่นๆอย่างไร

โดยทั่วไปอาจจัดแบ่งมาตรฐานเป็น 3 ประเภท คือ

1. มาตรฐานเชิงโครงสร้าง ซึ่งรวมทั้งโครงสร้างทางกายภาพ กำลังคน และระบบคุณภาพ
2. มาตรฐานเชิงกระบวนการ เป็นการกำหนดรายละเอียดวิธีปฏิบัติในแต่ละเรื่อง ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลจะเป็นผู้กำหนดเองให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของ
3. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ เป็นการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ

4.4 มาตรฐานโรงพยาบาลนี้ครอบคลุมอะไรบ้าง

โดยภาพรวม มาตรฐานโรงพยาบาลนี้แบ่งได้เป็น 3 ระดับ

1 การนำองค์กร

2. องค์ประกอบของคุณภาพในระดับองค์กร ได้แก่

โครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย

ระบบข้อมูลข่าวสาร

การพัฒนากำลังคน

องค์กรวิชาชีพ

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

3. องค์ประกอบของคุณภาพในแต่ละหน่วยย่อย/กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่

การกำหนดเป้าหมายระยะยาวร่วมกัน

การจัดองค์กร

การบริหารกำลังคน

การพัฒนากำลังคน

การจัดทำแนวทางปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐาน

อาคารสถานที่

เครื่องมือ

ระบบงาน

กิจกรรมคุณภาพ

4.5 จะใช้มาตรฐานโรงพยาบาลอย่างไร

หลักการที่สำคัญในการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลคือ

1. มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับสถานการณ์ของโรงพยาบาล ด้วยการศึกษาว่าเป้าหมายของมาตรฐานข้อนั้นคืออะไร แต่ละโรงพยาบาลอาจมีวิธีการไปสู่เป้าหมายนั้นแตกต่างกันก็ได้

2. ตีความมาตรฐานอย่างลึกซึ้ง ไม่ใช่เพียงบอกว่ามี/ไม่มี ทำ/ไม่ทำ แต่ต้องบอกว่าทำอย่างไร วิธีการนั้นสามารถบรรลุเป้าหมายได้หรือไม่ มีความครอบคลุมเพียงใด

3. ตัวมาตรฐานเองไม่สมบูรณ์พอที่จะใช้ตัดสินได้ จะต้องอาศัย judgement และมาตรฐานวิชาชีพเข้ามาร่วมด้วย

การพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล

5.1 โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ (ดูรายละเอียดใน หัวข้อการเริ่มต้นการพัฒนาคุณภาพ)

5.2 การวิเคราะห์สถานการณ์

การวิเคราะห์บรรยากาศการทำงานในองค์กร

การรับฟังเสียงสะท้อนจากลูกค้า ทั้งลูกค้าภายใน และลูกค้าภายนอก

5.3 การกำหนดเป้าหมายและแผนยุทธศาสตร์

การมีเป้าหมายระยะยาวร่วมกันทำให้สามารถระดมพลังของสมาชิกทุกคนไปในทิศทางเดียวกัน และป้องกันความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น ปัจจัยกำหนดเป้าหมายระยะยาวประกอบด้วย

1. พันธกิจ คือข้อความที่บอกเหตุผลการเกิดขึ้นหรือมีอยู่ขององค์กร
2. วิสัยทัศน์ คือภาพอนาคตที่คนในองค์กรอยากเห็นหรืออยากให้คนอื่นพูดถึง
3. ความเชื่อ/ค่านิยม/อุดมการณ์/ปรัชญา คือสิ่งที่ทุกคนในองค์กรยอมรับว่าจะยึดถือเป็นหลักในการทำงาน เป็นเครื่องมือควบคุมพฤติกรรมโดยไม่สร้าง ความหวาดกลัวแต่เกิดจากการยอมรับจากภายในด้วยตนเอง
4. ยุทธศาสตร์ คือวิธีการที่จะนำไปสู่พันธกิจและวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้

5.4 การฝึกอบรม

1. สิ่งที่ต้องเรียนรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพ

เครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพคือสิ่งที่ช่วยในการจัดระบบวิธีทำงาน

ช่วยในการตัดสินใจ ช่วยในการแสดงผลให้เข้าใจได้ง่าย

ขั้นตอนในการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบประกอบด้วย 1)การวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา 3) การวิเคราะห์ทางเลือกในการปรับปรุง 4) การทดลองทางเลือก 5) การวัดผล และ 6) การสรุปเป็นมาตรฐานการปฏิบัติ

เครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่เราคุ้นเคยกันคือ Basic QC tools แต่เครื่องมือพัฒนาคุณภาพมีมากกว่านั้น อาจแบ่งออกได้เป็น

- 1) เครื่องมือในการค้นหา/จัดระบบความคิดและการตัดสินใจของกลุ่ม เช่น

การระดมสมอง (Brainstorming), การใช้ความคิดสร้างสรรค์, การจัดหมวดหมู่ความคิด (Affinity Diagram) แผนภูมิความสัมพันธ์ของความคิด (Interrelation Diagram), การลงมติหรือการหาความเห็นเอกฉันท์, การเขียน Flowchart

2) เครื่องมือเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล เช่น Operational Definition, Check Sheet, Sampling, Pareto Chart, Scatter Diagram, Control Chart

3) เครื่องมือเพื่อการวางแผนและการจัดการ เช่น Systematic Diagram, Forcefield Analysis, Activity Network Diagram (PERT/CPM), Process Decision Program Chart

2. ความจำเป็นที่ต้องเรียนรู้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ

1. การใช้เครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพอย่างเหมาะสมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาได้อย่างยั่งยืนและเป็นที่ยอมรับ

2. การใช้เครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพเป็นศิลปะที่ต้องเรียนรู้จากการลงมือทำด้วยตนเอง โดยมีผู้แนะนำช่วยเหลือที่เหมาะสม

3. ศิลปะในการใช้เครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพคือการใช้อย่างเป็นนายของเครื่องมือ ใช้เพื่อให้ทำงานได้ง่าย

3. ใครต้องเรียนรู้

ก) กลุ่มแรกที่จะควรจะได้เรียนรู้คือผู้ที่ทำหน้าที่ facilitator ของทีมต่างๆ หากเป็นแพทย์ได้จะเป็นการดีมาก เพราะสามารถทำความเข้าใจได้ลึกซึ้งและสามารถถ่ายทอดให้บุคคลอื่นได้ดี

ข) อันดับต่อมา คือสมาชิกของทีมที่จะทำโครงการนำร่องเพื่อสาธิตให้เจ้าหน้าที่อื่นๆ ได้เห็นประโยชน์ของการใช้เครื่องมือและเทคนิคพัฒนาคุณภาพ

ค) สมาชิกของทีมชั้นนำ (ทั้งในระดับ รพ. และระดับกลุ่มผู้ป่วย)

ง) แพทย์ที่เหลือทั้งหมด

จ) ผู้บริหารระดับกลางทั้งหมด

ฉ) สมาชิกของทีมพัฒนาคุณภาพที่ได้รับมอบหมายจากทีมชั้นนำหรือจัดตั้งตัวเอง

4. ต้องเรียนรู้มากแค่ไหน

เนื้อหาของการเรียนรู้ที่เหมาะสมคือมากพอที่จะทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้

ดังนี้

1. Facilitator เรียน รู้ให้มากพอที่จะนำเครื่องมือทั้งหลายมาใช้ได้ในสถานการณ์ต่างๆ ตามความเหมาะสม
2. ทีมที่จะทำโครงการนำร่อง เรียนรู้เพียงเพื่อแก้ปัญหาที่ทีมจะทำ โดยมี facilitator เป็นพี่เลี้ยงให้อย่างใกล้ชิด
3. สมาชิกของทีมชั้นนำ เรียนรู้ให้พอที่จะค้นหาปัญหา จัดอันดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมายการพัฒนา และติดตามผลตลอดจนวิจารณ์การทำงานของทีมงานพัฒนาคุณภาพได้
4. แพทย์เรียนรู้พอที่จะนำไปใช้ประยุกต์ใช้กับปัญหาทางคลินิกได้
5. ผู้บริหารระดับกลางเรียนรู้พอที่จะเป็นพี่เลี้ยงให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้

5.5 การวิเคราะห์ระบบงานเพื่อกำหนดแผนพัฒนาคุณภาพ

การวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้เป็นการมองภาพรวมของงานที่ทำทั้งหมดของหน่วยงาน หรือที่ทีมได้รับมอบหมาย เพื่อจะได้ค้นหาปัญหา/โอกาสพัฒนาอย่างเป็นระบบและครบถ้วน

การวิเคราะห์เริ่มต้นด้วยกระบวนการทำงานทั้งหมดของแต่ละหน่วยงาน แล้วพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ในแต่ละกระบวนการ

1. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการนั้น
2. ปัญหาที่เคยเกิดขึ้น
3. ความต้องการของลูกค้าทั้งภายนอกและภายใน
4. ความด้อยประสิทธิภาพ ซึ่งอาจเกิดจากความสูญเสียเปล่า ความซ้ำซ้อน ความซับซ้อน
5. นโยบายเฉพาะหน้าของโรงพยาบาล พันธกิจของโรงพยาบาล/หน่วยงาน
6. ข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาลที่ยังปฏิบัติไม่ครบถ้วน
7. โรคหรือเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาบ่อยๆในกระบวนการนี้

วิธีการพัฒนาจากขั้นตอนนี้ไปอาจจะเป็นไปได้ 4 วิธีคือ

1. เขียนคู่มือปฏิบัติงาน
2. กำหนดเครื่องชี้วัดเพื่อติดตามศึกษา

3. ปรับปรุงกระบวนการที่เป็นปัญหา
4. สร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วย
- 5.6 การเขียนคู่มือปฏิบัติงาน

คู่มือการปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษรจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนเข้าใจและปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน มาตรการที่ตกลงกันไว้ยังคงอยู่ต่อไปได้แม้ตัวผู้รับผิดชอบจะเปลี่ยนไป ทำให้ไม่ต้องกลับมาทำกิจกรรมในเรื่องเดิมๆ ซ้ำอีก หัวข้อที่จำเป็นสำหรับการเขียนคู่มือได้แก่

1. นโยบาย (เจตนาารมณ์ของหน่วยงาน/โรงพยาบาลในเรื่องนั้นว่าตั้งใจจะทำอะไร)
2. ความรับผิดชอบ (ระบุว่าบุคคลหรือหน่วยงานใดมีหน้าที่อะไร)
3. วิธีปฏิบัติ (ระบุว่าจะต้องปฏิบัติงานเป็นขั้นตอนอย่างไร)
4. เครื่องชี้วัด (สำหรับกรณีที่กระบวนการนั้นเป็นเรื่องสำคัญหรือเคยเกิดปัญหาขึ้นบ่อยๆ จะทำให้เกิดการติดตามระดับคุณภาพอย่างเป็นระบบ ตรวจสอบได้ทันทีเมื่อเกิดปัญหา และทำให้มองเห็นโอกาสที่จะพัฒนาต่อเนื่อง)

ควรมุ่งเน้นที่การนำไปใช้ของหน่วยงาน/โรงพยาบาล จะต้องเขียนในลักษณะที่ปฏิบัติได้และปฏิบัติอยู่แล้ว นอกจากนั้นหน่วยงานควรมีระบบที่จะตรวจสอบตนเองว่าได้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้หรือไม่

5.7 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

1. การประสานกิจกรรมคุณภาพ

กิจกรรมหลักในการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) การประกันคุณภาพ (Quality Assurance) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) กิจกรรมเหล่านี้ล้วนอาศัยการทำงานเป็นทีม การเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ และความคิดสร้างสรรค์ เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้าได้

2. ลำดับขั้นในการทำกิจกรรมคุณภาพ

ในส่วนของคุณภาพกิจกรรมอาจเริ่มทำตามลำดับดังนี้

1. การทำกิจกรรมคุณภาพที่หน่วยงานเป็นเจ้าของกระบวนการซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยไม่ต้องประสานกับหน่วยงานอื่น
2. การทำกิจกรรมคุณภาพในลักษณะของทีมคร่อมสายงาน เนื่องจากเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันกับหน่วยงานอื่น
3. การทำกิจกรรมคุณภาพทางคลินิก ซึ่งจะเริ่มด้วยการจัดทำ clinical practice guideline, การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ (peer review) และการปรับปรุงกระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วย

การประเมินตนเองของโรงพยาบาล

6.1 จุดมุ่งหมายของการประเมินตนเอง

การประเมินตนเอง คือ ทีมงานที่รับผิดชอบ มาตรฐานเฉพาะเรื่อง มาร่วมกัน ตรวจสอบการทำงาน ในความรับผิดชอบของตนเอง โดยอาศัยมาตรฐานโรงพยาบาล เป็นกรอบในการพิจารณา เพื่อค้นหา โอกาสปรับปรุงระบบงานที่รับผิดชอบให้ดีขึ้น ซึ่งมีจุดมุ่งหมายต่อไปนี้

1. นำไปสู่การเรียนรู้ร่วมกัน โดยผ่านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และร่วมกันปรับปรุง
2. วิเคราะห์จุดอ่อนในระบบเพื่อนำไปสู่การวางระบบที่รัดกุมขึ้น
3. เริ่มต้นของการควบคุมและปกครองตนเองสำหรับทีมงาน

6.2 ระยะเวลาที่เหมาะสมในการประเมินตนเอง

1. ประเมินหลังจากที่พัฒนาไปด้วยกระบวนการที่เป็นธรรมชาติ วิธีการนี้มีข้อดีคือ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่ตื่นตระหนกกับสิ่งที่กำหนดไว้ ในมาตรฐาน แต่ข้อเสียก็คือ โรงพยาบาลอาจ เสียเวลาไปกับการทำกิจกรรมที่มีผล ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยน้อย
2. ประเมินก่อนการพัฒนา ใช้มาตรฐานโรงพยาบาลเป็นกรอบเพื่อประเมินตนเองแล้ว และนำไปสู่การพัฒนาอย่างตรงเป้า วิธีนี้ มีข้อดีคือ ทำให้เห็นว่าควรให้ความสำคัญ กับเรื่องอะไรบ้าง ไม่เสียเวลาไปกับกิจกรรมที่มีประโยชน์น้อย และมีการบันทึก สถานการณ์ ที่เป็นอยู่เมื่อเริ่มต้นดำเนินการโครงการอย่าง เป็นระบบ แต่ข้อเสียก็คืออาจ เกิดความตื่นตระหนกหรือ ท้อใจว่าไม่สามารถปฏิบัติตามสิ่งที่กำหนดไว้ ได้

โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อไปคุยขายความ ในส่วนที่เกี่ยวกับทรัพยากร จะเกิดการตีความ มาตรฐานอย่างตื้นๆ และคิดว่าทีมได้ปฏิบัติตามถ้วน ตามมาตรฐานแล้ว โดยไม่ได้ พิจารณาหลักการพื้นฐานในเรื่องของ ความตั้งใจมั่นที่จะทำงาน ให้มีคุณภาพของแต่ละคน การร่วมมือ กันทำงานเป็นทีม และการมุ่งผู้ป่วยและลูก ค้าเป็นศูนย์กลาง

6.3 ลักษณะของแบบประเมิน

ทางโครงการได้กำหนดแนวทางประเมินตนเองเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ประเมินแบบปรนัย

แบบประเมินในลักษณะนี้ระบุลำดับขั้นที่เป็นไป ได้ของการปฏิบัติในแต่ละ เรื่อง ทำให้ทีม งานทราบว่าตนเองอยู่ในระดับใด และทราบ ทิศทางที่ควรจะพัฒนาใน ขั้นต่อไป

การประเมินนี้ไม่ใช่ลักษณะของ check list ว่าทำหรือ ไม่ทำ แล้วตัดสินใจผ่าน หรือไม่ผ่าน แต่ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทีมงานของโรงพยาบาลทราบ ว่าขั้นตอนต่อไป ในการพัฒนาควรเป็นอย่างไร จะช่วยเสริมการประเมินในแบบแรกให้สมบูรณ์ ขึ้นได้ ทำให้ขอคำปรึกษาจากที่ปรึกษาได้ ตรงจุดยิ่งขึ้น

2. ประเมินด้วยการบรรยาย/ตอบคำถามสั้นๆ

เป็นการตอบคำถามซึ่งขยายความมาจากมาตรฐานโรงพยาบาล บรรยาย กิจกรรมที่โรงพยาบาลทำอยู่ เพื่อบรรลุเป้าหมายของมาตรฐานแต่ละข้อ วิเคราะห์ จุด แข็งจุดอ่อนของสิ่งที่ทำนั้น และค้น หาโอกาสที่จะปรับปรุงให้ดีขึ้น วิธีนี้ ทีมงาน จะต้องมาปรึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ของ ตนเองร่วมกัน เป็นการให้อิสระแก่ทีม ในการที่จะคิดหาโอกาสพัฒนาด้วยตนเอง

6.4 เกณฑ์การให้คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนนี้ดัดแปลงมาจาก Malcolm Baldrige Award จะต้องมีการ ทดสอบความเป็นไปได้ในการนำมาใช้อีกครั้งหนึ่ง

ระดับ	คะแนน	วิธีการปฏิบัติ	ความครอบคลุม	ผลลัพธ์
ไม่ดี	0%	ไม่เป็นระบบ/ไม่มีการปฏิบัติ	ยังไม่มี	ไม่มีรายงาน/ผลไม่ดี
พอใช้	10-30%	เริ่มเป็นระบบ ตอบสนองเป้าหมายหลัก	ยังไม่มี	เริ่มเห็นแนวโน้มที่ดีขึ้น

ดี 40-60%	เป็นระบบ, ตอบสนองเป้าหมายหลัก, มีการใช้ข้อมูล	ค่อนข้างดี	ผลลัพธ์ดีในประเด็นสำคัญ
ดีมาก 70-90%	เป็นระบบ, ตอบสนองเป้าหมายทุกอย่าง	ดีมาก	ดี, ยั่งยืน
ดีเลิศ 100%	ปรับปรุงต่อเนื่อง	ดีเลิศ	ดีเลิศ, เป็นผู้นำ

6.5 การนำผลการประเมินไปใช้

1. ทีมที่ประเมินมีหน้าที่วางแผนและดำเนินการปรับปรุงในส่วนที่เป็นจุดอ่อนที่ค้นพบ (อาศัยกระบวนการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน) ควรมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบ กำหนดระยะเวลาดำเนินงาน และกำหนดระยะเวลาที่จะมาทำเสนอให้ทีมได้รับทราบ
2. ผู้ประสานงานของโรงพยาบาลต้องรวบรวมประเด็นที่จะต้องมีการบริหารจัดการในระดับโรงพยาบาล และตอบสนองต่อทีมงานอย่างทันท่วงที เช่น เมื่อหน่วยงานพบว่า โรงพยาบาลยังไม่มีพันธกิจที่ชัดเจน หน่วยงานอาจกำหนดพันธกิจชั่วคราวในระดับหน่วยงานขึ้นมาก่อน ผู้ประสานงานมีหน้าที่ที่จะต้องประสานให้เกิดการจัดทำพันธกิจของโรงพยาบาล โดยนำเอาพันธกิจที่หน่วยงานจัดทำไปไว้ไปร่วมพิจารณาด้วย หรือเมื่อพบว่าโรงพยาบาลยังไม่มีคู่มือการปฏิบัติงานที่เป็นระบบ ผู้ประสานงานก็มีหน้าที่ที่จะต้องประสานให้เกิดผู้รับผิดชอบในระดับโรงพยาบาล รวมทั้งการให้คำปรึกษาในเรื่องการได้มาซึ่งเนื้อหาและกระบวนการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน
3. ผลการประเมินมีความสำคัญต่อการทำงานของโครงการฯและที่ปรึกษาอย่างมาก ผู้ประสานงานของโรงพยาบาลควรส่งสำเนาการประเมินตนเองให้โครงการฯ เพื่อให้ที่ปรึกษาได้ศึกษาก่อนที่จะไปตรวจเยี่ยมและให้คำแนะนำปรึกษา

Hospital Accreditation กับ ISO 9000

HA กับ ISO 9000

ขณะนี้สังคมไทยมีความตื่นตัวเรื่อง ISO9000 กันอย่างสูงในหลายวงการ ทั้งภาคอุตสาหกรรม การศึกษา ระบบราชการ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ. ทำให้เกิดคำถามว่า ISO9000 กับ HA เหมือนกันหรือต่างกันอย่างไร? จะมาเสริมกันหรือควรจะเลือกทำอันใดอันหนึ่ง?

การตัดสินใจที่ดีควรอยู่บนพื้นฐานของความจริง. Quality Care ฉบับนี้จึงสรุปข้อมูลและ ข้อคิดเห็นในแง่มุมต่างๆ ที่จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้เกี่ยวข้องมานำเสนอ.

ข้อสรุปที่ประมวลได้ในขณะนี้ก็คือ:

- ทั้ง ISO9000 และ HA เป็นเรื่องของการรับรองระบบคุณภาพโดยองค์กรที่ 3.
- มาตรฐาน ISO9000 เป็นเครื่องมือสำหรับการวางระบบคุณภาพที่ดี ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพขององค์กรทุกประเภท.
- บริการสุขภาพมีลักษณะเฉพาะ เกี่ยวข้องกับอารมณ์ จิตใจ มีสิ่งที่สัมผัสไม่ได้ และคาดการณ์ไม่ได้รวมอยู่ด้วยสูง. ผู้ป่วยเป็นทั้งปัจจัยนำเข้าและลูกค้า ซึ่งได้รับผลจากการทำงานไปตลอดกระบวนการ. คุณประโยชน์ของผู้ให้บริการภายใต้กรอบมาตรฐานวิชาชีพเป็นหัวใจของการทำงานที่มีคุณภาพ. HA จึงมุ่งเน้นลักษณะเฉพาะดังกล่าวนี้ในการสร้างระบบคุณภาพ.
- HA เป็นกระแสหลักของการพัฒนาคุณภาพสำหรับบริการสุขภาพ. การนำแนวคิด ISO9000 มาใช้ จะช่วยให้วางระบบคุณภาพได้สมบูรณ์ขึ้น.
- HA คือสิ่งที่สร้างขึ้นโดยคนไทย เพื่อคนไทย โดยมุ่งสร้างสังคมไทยให้เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ ใช้สติปัญญา และพึ่งตนเอง.
- การรับรองเป็นเพียงเครื่องมือ ไม่ใช่เป้าหมาย เป้าหมายที่แท้จริงคือการให้บริการให้มีคุณภาพ.

HA และ ISO9000 คืออะไร

HA ย่อมาจาก Hospital Accreditation แปลตรงตัวว่า "การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล", แต่โดยความหมายที่นำมาใช้จะเน้นขั้นตอนในการพัฒนามากกว่าการรับรอง จึงใช้คำแปลว่า "การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล". HA เป็นกลไกที่จะกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาทั้งองค์กรอย่างมีทิศทาง และยืนยันความสำเร็จของการพัฒนานั้น.

ISO9000 เป็นอนุกรมมาตรฐานของ International Organization for Standardization ว่าด้วยเรื่องระบบคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย ISO9000 (แนวทางสำหรับการเลือกและการใช้), ISO9001 (รูปแบบการประกันคุณภาพในการออกแบบ

พัฒนา ผลิตภัณฑ์ และบริการ), ISO9002 (รูปแบบการประกันคุณภาพในการผลิต ผลิตภัณฑ์ และบริการ), ISO9003 (รูปแบบการประกันคุณภาพในการตรวจและทดสอบขั้นสุดท้าย), ISO9004 (แนวทางสำหรับการบริหารคุณภาพและระบบคุณภาพ). มาตรฐานที่นำมาใช้ในการตรวจรับรองจะมีเฉพาะ ISO9001/2/3 เท่านั้น, ส่วน ISO9004 เป็นเพียงแนวทางการปฏิบัติซึ่งไม่ได้บังคับ.

HA มีต้นกำเนิดในประเทศอเมริกาเมื่อ 70 ปีก่อน โดยมีเป้าหมายเริ่มต้นเพื่อเลือกสรรโรงพยาบาลสำหรับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง และต่อมาถูกนำมาใช้สำหรับเป็นเงื่อนไขในการจ่ายเงินสำหรับระบบประกันสุขภาพ. ในช่วงต้นระบบนี้ได้ขยายตัวไปในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น แคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ อังกฤษ สวีเดน. มีการนำ HA มาใช้กับประเทศกำลังพัฒนาเมื่อไม่กี่ปีมานี้ โดยองค์การอนามัยโลกกำลังให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง.

ISO9000 มีต้นกำเนิดมาจากภาคอุตสาหกรรมและพาณิชย์กรรม เนื่องมาจากความหลากหลายและความสับสนในข้อกำหนดและมาตรฐานต่างๆ. ISO จึงได้กำหนดมาตรฐานสำหรับระบบบริหารคุณภาพขึ้นเมื่อปี 1987 และปรับปรุงครั้งแรกเมื่อปี 1994.

ทำไมต้องมีมาตรฐานและการรับรองระบบคุณภาพ

ทั้ง HA และ ISO9000 เป็นการรับรองระบบคุณภาพโดยองค์กรที่ 3 ตามกรอบมาตรฐานที่กำหนดไว้ (องค์กรที่ 1 ได้แก่หน่วยงานที่เป็นผู้ส่งมอบ -supplier ซึ่งอาจจะเป็นผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการ, องค์กรที่ 2 ได้แก่ลูกค้า).

มาตรฐานโรงพยาบาลของ HA มีจุดมุ่งหมายที่จะให้โรงพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาตนเอง และการประเมินโดยองค์กรภายนอก. มาตรฐาน ISO9001/2/3 อาจจะนำไปใช้เพื่อการทำข้อตกลงระหว่างผู้ส่งมอบกับลูกค้า, การตรวจสอบภายใน, การประเมินผู้รับช่วงงาน, การประเมินโดยลูกค้า และการประเมินโดยองค์กรที่ 3.

การรับรองของ HA มีเป้าหมายที่จะกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาตนเองขึ้นในโรงพยาบาลด้วยการยืนยันความสำเร็จของการพัฒนา, ให้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ใน

การตัดสินใจของผู้บริโภคและผู้จ่ายเงิน, ที่สำคัญที่สุดคือต้องการยกระดับคุณภาพ
บริการสุขภาพในภาพรวม.

ISO9000 มีเป้าหมายเพื่อให้ลูกค้ามีความมั่นใจในสินค้าและบริการ โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งการค้าขายระหว่างประเทศ ซึ่งอาจจะมีมาตรฐานที่แตกต่างกัน, เพื่อพัฒนา
คุณภาพให้สามารถแข่งขันกับตลาดโลกได้, และเพื่อลดความจำเป็นที่ลูกค้าจะต้องมา
ตรวจสอบผู้ส่งมอบ.

HA และ ISO9000 มีอะไรที่เหมือนกัน

ความเหมือนหรือคล้ายคลึงกันมีอยู่ใน 2 ส่วน คือ กระบวนการ และเนื้อหา.

กระบวนการที่เหมือนกันคือ การมีมาตรฐานหรือข้อกำหนด, การที่องค์กร
จะต้องจัดทำระบบคุณภาพหรือพัฒนาคุณภาพ, การที่มีองค์กรภายนอกเข้าไปประเมิน
และการให้ใบรับรอง.

เนื้อหาที่เหมือนกันคือจุดมุ่งหมายที่ต้องการสร้างระบบคุณภาพเพื่อตอบสนอง
ความต้องการของลูกค้า. โดย ISO9000 จะเน้นที่การสร้างกระบวนการทำงานที่เป็น
มาตรฐานเพื่อรักษาความสม่ำเสมอของปัจจัยนำเข้าและวิธีการปฏิบัติงาน ซึ่งทำให้
คาดหวังได้ว่าจะทำให้ผลลัพธ์ออกมาสม่ำเสมอ, มีการตรวจสอบในขั้นตอนต่างๆ เพื่อ
จัดการกับผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดอย่างเหมาะสม. HA จะเน้นทั้งในส่วนที่
เป็นการสร้างกระบวนการทำงานที่เป็นมาตรฐาน การวัดผลเพื่อนำมาปรับปรุง
กระบวนการทำงาน และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง.

กระบวนการที่อยู่ที่เบื้องหลัง

ISO9000: ผลผลิตหรือบริการในภาคอุตสาหกรรมและพาณิชยกรรมมีต้น
กำเนิดมาจากสิ่งที่สัมผัสได้, หากควบคุมกระบวนการได้ ก็จะได้ผลผลิตหรือบริการที่
คาดหวังได้, จึงเน้นความสำคัญของการกำหนดนโยบายโดยผู้บริหาร และการมีระบบ
เอกสารที่รัดกุมระบุระเบียบปฏิบัติว่า ใคร จะต้องทำอะไร อย่างไร.

HA: บริการของโรงพยาบาลมีทั้งส่วนที่สัมผัสได้และส่วนที่สัมผัสได้ยาก,

มีเรื่องของจิตใจและอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง, มีความไม่แน่นอนทั้งในด้านของความเจ็บป่วยและวิธีการดูแลรักษา, ต้องอาศัยดุลยพินิจของผู้ประกอบวิชาชีพสูง. HA จึงเน้นความสำคัญของความมุ่งมั่นที่จะทำงานอย่างมีคุณภาพของผู้ปฏิบัติงานทุกคน, เน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างวิชาชีพและระหว่างหน่วยงานต่างๆ, เน้นการตรวจสอบตนเองและการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้ำอย่างต่อเนื่อง, เน้นการนำความรู้ที่ทันสมัยและมาตรฐานวิชาชีพมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย. สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการคิด (กระบวนทัศน์) ของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานหลายประการ.

ISO9000 จะเสริม HA ได้อย่างไร

ข้อกำหนดของ ISO9001/2/3 มี 2 ลักษณะ คือข้อกำหนดทั่วไปซึ่งเหมาะสมที่จะนำไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงานทุกประเภท, และข้อกำหนดเฉพาะซึ่งเหมาะสมสำหรับงานที่ใกล้เคียงกับการผลิต. ข้อกำหนดที่จะนำมาเสริม HA ได้คือข้อกำหนดที่มีลักษณะทั่วไป 5 ข้อ ได้แก่ management responsibility, quality system, document & data control, corrective & preventive action, internal quality audits.

4.1 management responsibility เป็นการกำหนดว่าฝ่ายบริหารจะต้องมีบทบาทหน้าที่อย่างไรบ้างในเรื่องคุณภาพ ได้แก่ การกำหนดนโยบายคุณภาพ, การมอบหมายให้มีผู้ทำหน้าที่จัดการ ตรวจสอบ และปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ, การจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น, การมอบหมายให้มีผู้แทนฝ่ายบริหารด้านคุณภาพ (Quality Management Representative-QMR), การทบทวนระบบคุณภาพโดยฝ่ายบริหารอย่างสม่ำเสมอ. (HA กำหนดบทบาทของผู้นำในเรื่องนโยบาย การจัดสรรทรัพยากร และการติดตามสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพไว้แล้ว แต่ไม่ได้ระบุเฉพาะเจาะจงในเรื่องการมอบหมายหน้าที่และการมีผู้แทนฝ่ายบริหารด้านคุณภาพเหมือนกับ ISO9000.)

4.2 quality system เป็นการกำหนดว่าฝ่ายบริหารจะต้องวางระบบคุณภาพที่เป็นลายลักษณ์อักษร. แม้ว่ามาตรฐานจะไม่ได้กำหนดไว้ชัดเจนว่าเอกสารของระบบคุณภาพจะเป็นอย่างไร แต่ก็มักจะนิยมเขียนกันเป็น 4 ระดับ คือ quality manual, system procedures, work instruction, forms & records. (HA ได้กำหนดเรื่องการเขียนคู่มือ

ปฏิบัติงานหรือที่เรียกว่า policies & procedures ไว้แล้ว แต่ไม่ได้กำหนดรูปแบบที่ตายตัว. โรงพยาบาลสามารถนำแนวคิดการเขียนคู่มือแบบ ISO มาใช้ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับ system procedure ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ของหน่วยงานต่างๆ และการวางระบบที่รัดกุมตั้งแต่ก่อนปฏิบัติงาน ระหว่างปฏิบัติงาน และหลังปฏิบัติงาน.)

4.5 document & data control เป็นการกำหนดว่าฝ่ายบริหารจะต้องมีระบบการจัดทำ ทบทวน รับรอง และควบคุมเอกสารและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับคุณภาพเพื่อให้จุดปฏิบัติงานมีเฉพาะเอกสารที่เป็นปัจจุบันไว้ใช้งาน, การจัดทำบัญชีเอกสารควบคุม เพื่อให้สามารถส่งเอกสารที่ปรับปรุงไปยังหน่วยงานที่ต้องใช้ได้ถูกต้อง. (HA กำหนดเรื่องวิธีการจัดทำ ทบทวน รับรองการเขียนคู่มือไว้ แต่ไม่ได้กำหนดเรื่องการควบคุมเอกสารเพื่อป้องกันการมีเอกสารที่ล้าสมัยอยู่ในหน่วยงานไว้อย่างชัดเจน.)

4.14 corrective & preventive Action เป็นการกำหนดว่าจะต้องกำหนดวิธีการปฏิบัติ แก้ไขหรือป้องกันปัญหา อันได้แก่ คำร้องเรียนของลูกค้า, ผลลัพท์ที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด, การไม่ทำตามระเบียบปฏิบัติที่กำหนดไว้ โดยต้องมีการติดตามว่าได้มีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างได้ผล. (HA ระบุไว้กว้างๆ ว่าจะต้องมีกลไกการสื่อสารและแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ แต่ไม่ได้ลงรายละเอียดในวิธีปฏิบัติ ISO9000 ได้ให้แนวปฏิบัติในเรื่องนี้ไว้ชัดเจน ในการบันทึกเมื่อพบสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด การออกไปขอให้มีการแก้ไข และการติดตามการแก้ไขปัญหา. สิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดในบริการสุขภาพ รวมถึงภาวะแทรกซ้อน อุบัติการณ์ หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆด้วย.)

4.17 internal quality audits เป็นการตรวจสอบโดยบุคคลจากต่างหน่วยงานว่ามีการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติที่วางไว้ และประเมินประสิทธิผลของระบบคุณภาพ.

(มาตรฐาน HA เน้นที่การตรวจสอบตนเองภายในกลุ่มวิชาชีพหรือ peer review เนื่องจากลักษณะการทำงานต้องอาศัยดุลยพินิจและความมีอิสระในการตัดสินใจ.

แนวคิดของการทำ internal audit ได้นำมาปรับใช้เป็น internal survey เพื่อสร้างความตื่นตัวและทำให้เห็นมุมมองที่ต่างออกไป มากกว่าที่จะไปตรวจสอบตามระเบียบปฏิบัติ.)

ส่วนข้อกำหนดที่เหลือนั้นจะมีประโยชน์ใน 2 ลักษณะคือ 1) นำข้อกำหนดมาใช้กับกิจกรรมที่มีลักษณะกระบวนการผลิตโดยเคร่งครัด, 2) นำเฉพาะแนวคิดมาเป็น

หลักปฏิบัติ โดยไม่มุ่งเน้นงานเอกสารมากเกินไป. ในที่นี้จะกล่าวถึงการนำแนวคิดมาเป็นหลักปฏิบัติเท่านั้น. คำว่าผลผลิต (product) ในที่นี้หมายถึงผลลัพธ์ของกิจกรรม/กระบวนการ ซึ่งอาจจะเป็นบริการก็ได้.

4.3 contract review การตรวจสอบความต้องการของลูกค้ากับความสามารถที่จะตอบสนอง.

4.6 purchasing การจัดซื้อสิ่งของตรงกับคุณลักษณะที่ต้องการ จากผู้ขายที่มีประวัติที่น่าเชื่อถือ.

4.7 control of customer-supplied product การตรวจสอบ เก็บรักษา สิ่งที่ลูกค้านำมาเพื่อการผลิตหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง. หากมีการสูญหาย, เสียหาย หรือไม่เหมาะสมที่จะใช้ ต้องแจ้งให้ลูกค้าทราบ.

4.8 product identification & traceability การชี้บ่งผลิตภัณฑ์ในทุกขั้นตอนของการผลิต/บริการ ตั้งแต่แรกรับจนส่งมอบหรือติดตั้ง.

4.9 process control การควบคุมวิธีการ เครื่องมือ สิ่งแวดล้อม การปฏิบัติตามมาตรฐาน และการวัดติดตามข้อมูลที่เหมาะสม.

4.10 inspection & testing การตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าผลผลิตเป็นไปตามข้อกำหนดที่ต้องการ ตั้งแต่การรับปัจจัยนำเข้า ระหว่างการผลิต และผลผลิตขั้นสุดท้าย.

4.11 control of inspection, measuring & test equipment การ calibrate เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบ วัด และทดสอบ.

4.12 inspection & test status การระบุสถานะของการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ เพื่อให้มั่นใจว่าลูกค้าจะได้รับผลผลิตที่ผ่านการตรวจสอบแล้วเท่านั้น.

4.13 control of nonconforming product การควบคุมผลผลิตที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดเพื่อไม่ให้นำไปใช้ก่อนที่จะทบทวนความเหมาะสม.

4.15 handling, storage, packaging, preservation & delivery การดูแลรักษาเพื่อป้องกันการเสียหายหรือเสื่อมสภาพของผลผลิต.

4.16 control of quality records การเก็บรักษาบันทึกเกี่ยวกับคุณภาพในเวลาที่กำหนดไว้ ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเสียหายหรือเสื่อมสภาพ.

4.18 training การฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ซึ่งทำงานที่มีผลต่อคุณภาพ.

4.19 servicing การบริการในกรณีที่มีข้อกำหนดเฉพาะต้องเป็นไปตามข้อกำหนดนั้น.

4.20 statistical techniques การใช้สถิติในการผลิตและตรวจสอบผลผลิต.

มาตรฐาน HA ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย

สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร (ETH)

ผู้ป่วยจะต้องได้รับรู้สิทธิของตน ได้รับทราบข้อมูลที่จำเป็น. ผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกัน จะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน. โรงพยาบาลมีจริยธรรมในการประชาสัมพันธ์ การกำหนดค่าบริการ การรับ/ส่งต่อ/จำหน่ายผู้ป่วย.

องค์กรบริหารสูงสุด/ชมรมภิกษุ (GOV, GEN.1)

โรงพยาบาลมีกลไกดูแลด้านนโยบายและการอำนวยความสะดวกอย่างต่อเนื่อง. มีพันธกิจ วิสัยทัศน์ ปรัชญา เป็นแนวทางในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล, และถ่ายทอดไปยังหน่วยงานต่างๆ ทุกหน่วย. มีธรรมนูญ/กฎระเบียบ/ข้อตกลง/นโยบาย เป็นเครื่องกำหนดทิศทางและวิธีการทำงาน.

การนำและการบริหาร (LED, GEN.2)

โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมในการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า. ผู้นำสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ. มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ, มีกลไกการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ. มีการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ.

องค์กรแพทย์ (MED)

มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของวิชาชีพแพทย์ กำหนดนโยบายและวิธีการปฏิบัติงานเพื่อธำรงไว้ซึ่งมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ. มีโครงสร้างและกลไกการติดต่อสื่อสารและแก้ปัญหภายในวิชาชีพแพทย์

และระหว่างแพทย์กับผู้อื่น.

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC)

มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการปนเปื้อนของเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อม. มีการปฏิบัติตามหลัก Universal Precaution และ Isolation Precaution. มีการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ. มีการสอบสวนเมื่อมีการระบาดของเชื้อในโรงพยาบาล.

ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (IM, GEN.8.6)

มีการวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้. มีการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพ. มีเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดี มีความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และใช้ประเมินคุณภาพการดูแลรักษาได้.

การบริหารทรัพยากรบุคคล (HUM, GEN.3, GEN.4)

มีการบริหารและการพัฒนาทรัพยากรบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ. มีเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมจำนวนเพียงพอ. มีการเตรียมความพร้อมและการเพิ่มพูนความรู้/ทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ. มีกลไกส่งเสริมให้มีการประกอบวิชาชีพที่ได้มาตรฐานและธำรงไว้ซึ่งจริยธรรมแห่งวิชาชีพ.

นโยบายและวิธีปฏิบัติ-คู่มือการปฏิบัติงาน (GEN.5)

มีคู่มือการปฏิบัติงานเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับพันธกิจและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง โดยเจ้าหน้าที่ทุกคนยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติ.

โครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย (ENV, GEN.6)

โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก ปลอดภัย. มีการกำจัดของเสียโดยไม่ทำอันตรายต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม. มีการป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย. มีการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่.

เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก (GEN.7)

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐาน พร้อมทั้งให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ. ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ, มีระบบบำรุงรักษาและตรวจสอบเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ. การดูแลผู้ป่วย (GEN.8)

มีระบบงานและกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การทำงานเป็นทีม, การเตรียมผู้ป่วย, การแลกเปลี่ยนข้อมูล, การประเมินผู้ป่วย, การวางแผนดูแลผู้ป่วยแต่ละราย, การปฏิบัติตามแผนโดยบุคคลที่เหมาะสม, การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย.

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (GEN.9)

ทุกหน่วยงานมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยการทำงานเป็นทีมทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน. มีการวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกค้า, การติดตามข้อมูลซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ, การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการที่สำคัญมาปรับปรุงหรือวางระบบป้องกันปัญหา, มีการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงกระบวนการอย่างเป็นระบบและใช้ความคิดสร้างสรรค์, มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วย (peer review) อย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง.

คำวิจารณ์ต่อมาตรฐาน ISO9000

ในด้านบวก

ISO9000 เตรียมหน่วยงานสำหรับก้าวไปสู่ TQM ได้ง่ายขึ้น เนื่องจากการสร้างระบบคุณภาพพื้นฐานที่ดี และทำให้ผู้บริหารมีส่วนร่วมในทางปฏิบัติอย่างจริงจัง. ISO9000 เรียกร้องให้ผู้บริหารต้องกำหนดทิศทางนโยบายที่ชัดเจน ซึ่งอาจจะดูน่ากลัวในขั้นแรก, แต่จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานในระยะยาว เพราะผู้ปฏิบัติงานระดับล่างจะไม่ถูกปล่อยให้เคืองกว้างเมื่อเกิดปัญหา.

ในด้านลบ

- การขอรับรอง ISO9000 ไม่จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงปรัชญาในการบริหาร และอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรน้อย ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับ TQM ที่ Deming กล่าวไว้.
- ปัญหาจากบริษัทที่ปรึกษาซึ่งปราศจากการควบคุม มีค่าใช้จ่ายสูง มีการแปลความมาตรฐานที่แตกต่างกัน ที่สำคัญคือมีการแนะนำให้สร้างระบบที่ซับซ้อนและไม่มีคุณค่าเพิ่ม บริษัทที่รับรองก็ยึดมาตรฐานไว้อย่างแน่นเหนียว ไม่มีความยืดหยุ่นในการนำข้อกำหนดไปใช้.
- ISO9000 เป็นเพียงเครื่องมือ แต่ผู้คนมักจะคิดว่ามันเป็นเป้าหมาย, ผู้บริหารส่วนหนึ่งมุ่งเน้นที่จะให้ได้การรับรองมากกว่าการสร้างคุณภาพ. แม้ได้ใบรับรองแล้วก็อาจจะยังผลิตของที่ไม่มีคุณภาพเนื่องจากไม่สนใจที่จะสร้างระบบประกันคุณภาพ และระบบบริหารคุณภาพตามแนวทางที่กำหนดไว้ใน ISO9004 (ซึ่งไม่ได้ใช้สำหรับการตรวจเพื่อรับรอง).
- เป้าหมายของประชาคมยุโรป (EC) คือความสามารถแข่งขันในตลาดโลก, แต่ ISO9000 ก็ไม่สามารถตอบสนองเป้าหมายนี้ได้ดีนัก, สินค้าของยุโรปยังไม่สามารถสู้สินค้าจากญี่ปุ่นและอเมริกาได้. EC ต้องการให้บริษัทต่างๆ มุ่งทำงานเพื่อคุณภาพมากกว่ามุ่งทำเพื่อให้ได้ใบรับรอง และได้พยายามจัดสร้าง European Quality Award ขึ้น โดยเน้นภาวะการนำ การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการทำให้ลูกค้าพึงพอใจ.

การปรับปรุงมาตรฐาน ISO9000

คณะกรรมการวิชาการ ISO/TC176/SC2 ได้สรุปความต้องการของผู้ใช้และลูกค้าของ ISO9000 ซึ่งเป็นพื้นฐานสำหรับการปรับปรุงมาตรฐาน ไว้ดังนี้:

- ควรสอดคล้องกับอนุกรม ISO14000 ระบบบริหารสิ่งแวดล้อม.
- ควรเน้นที่กระบวนการ.
- ควรให้เลือกใช้ข้อกำหนดให้เหมาะสมกับลักษณะขององค์กร.
- ครอบคลุมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง.
- ควรเข้าใจง่าย ใช้ง่าย ใช้ภาษาและศัพท์ที่ชัดเจน.
- ควรช่วยให้ประเมินตนเองได้ง่ายขึ้น.

- ควรเหมาะสมกับองค์กรทุกขนาด ในทุกสถานการณ์เศรษฐกิจ ข้อกำหนดที่เน้นการผลิตในโรงงานควรตัดออกไป.

มาตรฐานฉบับปรับปรุงใหม่ มีกำหนดจะประกาศใช้ในปี ค.ศ.2000 จึงเรียกว่า ISO9000: 2000 ซึ่งจะยุบรวม ISO9001/2/3 เหลือเพียง ISO9001 เท่านั้น. มาตรฐานจะสอดคล้องกับวงล้อการพัฒนาคุณภาพ Plan-Do-Check-Act เหมือนกับที่ใช้ใน ISO14000. จากข้อกำหนด 20 ข้อใน ISO9001:1994 จะเหลือเพียง 4 ข้อซึ่งเป็นหมวดหมู่และทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้นได้แก่:

- ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหาร ได้แก่ การกำหนดนโยบายคุณภาพ, วัตถุประสงค์ และการวางแผน, ระบบบริหารคุณภาพ.
- การบริหารทรัพยากร ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล, สารสนเทศ, โครงสร้างพื้นฐาน, สิ่งแวดล้อมในการทำงาน.
- การบริหารกระบวนการ ได้แก่ การสร้างความมั่นใจว่าผลผลิตและบริการสอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า (ข้อกำหนดที่เน้นการผลิตในโรงงานอยู่ภายใต้หมวดนี้ และอนุญาตให้พิจารณาไม่นำมาใช้ได้หากไม่มีที่ใช้และไม่มีผลต่อคุณภาพที่ลูกค้าต้องการ).
- การวัด วิเคราะห์ แก้ไข ป้องกัน และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง.

สิ่งที่เพิ่มเติมขึ้นมาได้แก่ การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง, ความสัมพันธ์กับลูกค้า และการบริหารทรัพยากร. มาตรฐานที่ปรับปรุงใหม่นี้มีความใกล้เคียงกับมาตรฐาน HA มากขึ้น แต่ก็ยังไม่เน้นพฤติกรรมองค์กร อันได้แก่การทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง. โรงพยาบาลที่นำมาตราฐาน HA มาปฏิบัติ จะสามารถบรรลุข้อกำหนดของ ISO9001:2000 ได้ไม่ยาก.

ความยากอยู่ตรงไหน

การนำข้อกำหนดของ ISO9000 ซึ่งเขียนจากภาคอุตสาหกรรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ต้องมีการแปลความหมาย ซึ่งยากที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะยอมรับ, อาจจะมีการแปลความแตกต่างกัน และไม่สามารถครอบคลุมประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลด้านจิตใจและการสื่อสารกับผู้ป่วย. การเน้นความสมบูรณ์

ของเอกสารระบบคุณภาพ และการตีความข้อกำหนดในลักษณะของภาษากฎหมายทำให้ต้องอาศัยบริษัทที่ปรึกษามาให้คำแนะนำ (อย่างไรก็ตาม มีโรงพยาบาลบางแห่งสามารถศึกษาและทำได้ด้วยตนเอง). การเน้นงานเอกสารมากเกินไป และไม่สามารถแสดงให้เห็นว่าเป็นประโยชน์ในการทำงาน อาจจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเบื่อหน่าย เหนื่อยล้า หรือต่อต้านกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่จะตามมา.

HA คือการทำงานด้วยใจ. คุณภาพการดูแลผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการทำงาน, มีการเคารพความเท่าเทียมกันและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์, มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม, การสร้างระบบตรวจสอบตนเอง. เป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาและต้องการผู้นำในการเปลี่ยนแปลงที่เข้มแข็ง.

HA มุ่งสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้

แนวคิดสำคัญของ HA คือการนำผู้บริหารและผู้ประกอบวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในงานโรงพยาบาล มาทำหน้าที่ผู้ประเมินด้วยความสมัครใจ. องค์กรที่จะให้การรับรองมีองค์กรเดียว ทำหน้าที่ประสานงานและรักษามาตรฐานการทำงานของผู้ประเมินที่เป็นอาสาสมัคร. ประโยชน์ที่ได้คือสัมพันธภาพที่เท่าเทียมกันและเข้าใจกันระหว่างผู้ประเมินและผู้รับการประเมิน และผู้ประเมินสามารถนำประสบการณ์จากการประเมินไปใช้พัฒนาหน่วยงานของตนเอง. กระบวนการเช่นนี้ทำให้เกิดความเข้าใจในวงกว้างและยั่งยืน, นำไปสู่การปรับเปลี่ยนระบบให้เหมาะสมอยู่ตลอดเวลา, ทำให้เกิดการเรียนรู้ ใช้สติปัญญา และพึ่งตนเอง ขึ้นในสังคมไทย.

เราจะเดินไปทางไหน

ISO9000 และ HA มีส่วนที่ส่งเสริมกันและกัน, แต่ HA มีความเฉพาะสำหรับโรงพยาบาล มุ่งเน้นการสร้าง commitment ของผู้ปฏิบัติงาน การทำงานเป็นทีม และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.

การนำสิ่งที่ดีๆ ทั้งคู่มาสู่การปฏิบัติ อาจทำได้ 2 วิธี คือ:

1. สร้างระบบคุณภาพตามข้อกำหนดของ ISO9002:1994, ขอกการรับรอง ISO

และเดินหน้าไปสู่ HA. วิธีนี้เป็นสิ่งที่ปฏิบัติแล้วในโรงพยาบาลบางแห่ง ทำให้มีพื้นฐานเรื่องเอกสารระบบคุณภาพและระบบประกันคุณภาพที่ดี. อย่างไรก็ตาม ผู้มีประสบการณ์บางท่านกล่าวว่า เป็นการเดินทางที่อ้อมและอาจจะไม่จำเป็น.

2. นำแนวคิดของ ISO9000 มาใช้เสริมการทำ HA โดยเน้นข้อกำหนดที่มีลักษณะทั่วไป 5 ข้อ และมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยตรง. ด้วยวิธีการนี้ โรงพยาบาลสามารถได้รับการรับรองตามมาตรฐาน ISO9000 ซึ่งจะออกใหม่ในปี 2000 ได้ไม่ยาก.

การเลือกจะใช้วิธีใดย่อมขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้บริหาร ซึ่งจะต้องพิจารณาผลที่จะเกิดขึ้นในภาพรวมของสังคม, ความพร้อมของทรัพยากรบุคคล, ภาระงานที่เป็นอยู่และที่จะเกิดขึ้น, ต้นทุนที่วัดได้ชัดเจน เช่น ค่าใช้จ่ายเป็นต้นทุน และต้นทุนที่ไม่สามารถวัดได้ เช่น การเสียโอกาส การเสียพลัง. ไม่ว่าท่านจะเลือกเดินทางใด ภาควิพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลพร้อมที่จะเป็นเพื่อนร่วมทางกับท่าน.

ที่มา: ลงในอินเทอร์เน็ต ของ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล