

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลระดับสากล

THE HOSPITAL QUALITY DEVELOPMENT FOR INTERNATIONAL ACCREDITATION

วนิดา แพร่ภาษา* อารีย์วรรณ อ่วมตานี**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล (Joint Commission International Accreditation, JCIA) ผู้ให้ข้อมูล คือ บุคลากรที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลแล้ว จำนวน 13 ราย รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก และ การบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการให้รหัสและเปรียบเทียบข้อมูล ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล แบ่งเป็น 5 ระยะ คือ

1. ระยะเตรียมการ เป็นระยะที่โรงพยาบาลกำหนดนโยบายการขอรับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลจาก JCIA และ มีการมอบหมายทีมปฏิบัติการ ให้ศึกษามาตรฐานต่างๆ เพื่อสร้างความเข้าใจในงานให้กับบุคลากรทุกคน
2. ระยะดำเนินการพัฒนา เป็นระยะที่มีการพัฒนาเอกสารตามมาตรฐานของ JCIA ตั้งแต่การสร้างเอกสาร ทดลองใช้ ประเมินผล และนำไปใช้จริงในการปฏิบัติงาน
3. ระยะเตรียมการรับรองคุณภาพ เป็นระยะที่โรงพยาบาลรับการเยี่ยมสำรวจอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อรับข้อเสนอแนะไปปรับปรุงแก้ไข และเตรียมพร้อมสำหรับการเยี่ยมสำรวจจริง
4. ระยะรับรองคุณภาพ เป็นระยะที่มีการเยี่ยมสำรวจจริงและผลการสำรวจ คือผ่านการรับรองคุณภาพระดับสากล
5. ระยะรักษาคุณภาพ เป็นระยะที่โรงพยาบาลมีการรักษามาตรฐานของ JCIA อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพ การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

Abstract

The purpose of this qualitative research is to explore the quality development of hospital for Joint Commission International Accreditation (JCIA). Thirteen participants were hospital staff involving in the JCIA in a selected hospital. Data collection was employed by using in-depth interview and field-note. Coding and constant comparative method were used as data analysis. The findings of the quality development for international accreditation were divided into 5 phases as follows:

1. Preparing phase: it was started at setting a hospital policy to accredit for JCIA and then delegating functional team to study JCIA standard in order to training all staff.
2. Developing phase: JCIA documents were developed by using plan-do-check-act process.
3. Preparing accredited phase: informal surveys were performed to give suggestions for improvement before accreditation.
4. Certifying phase: the JCIA team audited hospital quality and finally, hospital was accredited.
5. Maintaining phase: JCIA standard was continuous maintained.

Keywords: Joint Commission International Accreditation, Quality development

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) เป็นกระบวนการที่ประเทศต่างๆ ทั่วโลกนำมาใช้เป็นกลไกในการกระตุ้นให้เกิดการประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาลอย่างแพร่หลาย นอกจากนี้อังค์การอนามัยโลกได้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพของโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540¹ ในประเทศไทยได้มีการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยการดำเนินงานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542- 2552 มีโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว 255 แห่ง² และในจำนวนโรงพยาบาลดังกล่าวได้มีบางโรงพยาบาลกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจากระดับชาติไปสู่นานาชาติ เพื่อการพัฒนาการรักษายาบาลให้ได้มาตรฐานเทียบเท่าโรงพยาบาลในต่างประเทศ หรือที่เรียกว่าการรับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล (Joint Commission International Accreditation, JCIA) โดยมี Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)³ เป็นองค์กรที่ตรวจสอบคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลนี้มีการรับรองคุณภาพที่ครอบคลุมทั้งองค์การ มีคู่มือมาตรฐานตามหน้าที่การทำงานมากกว่าเป็นไปตามลักษณะหน่วยงาน เน้นมาตรฐานที่ประกอบด้วยโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ มีตัวชี้วัดในการตัดสินการรับรองคุณภาพอย่างชัดเจนแม่นยำ ถูกต้อง⁴ และสอดคล้องกับหลักความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น มีการดำเนินการขยายขอบเขตการรับรองคุณภาพไปสู่สถานพยาบาลและบริการทางสุขภาพประเภทอื่นๆ นอกจากนี้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล จะเน้นการพัฒนาคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง⁵ ที่มีมาตรฐานครอบคลุมหลายด้าน และหลายมิติ ทั้งระดับการปฏิบัติงานในหน้าที่สำคัญๆ ของโรงพยาบาลและเน้นการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous improvement) ที่สะท้อนให้เห็นระดับของคุณภาพโรงพยาบาลในภาพกว้าง ทั้งในส่วนโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ มีเครื่องมือวัดต่างๆ ที่น่าเชื่อถือ ชัดเจนและถูกต้อง⁶ และมีมาตรฐานคุณภาพที่ทั่วไถยอมรับได้ เช่น การเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลและความต่อเนื่องของการดูแลรักษา (Access to care and continuity of care) สิทธิผู้ป่วยและครอบครัว (Patient and family right) และการประเมินผู้ป่วย (Assessment of patient)⁷

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล เป็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ได้รับความสนใจจากโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในการที่จะพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของตนไปสู่ระดับนานาชาติและจากการที่ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์ แห่งเอเชีย ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยต่างชาติที่จะมารับบริการในประเทศไทยในแต่ละปีเพิ่มมากขึ้น เช่น ในปี พ.ศ. 2550 มีผู้ป่วยต่างชาติมารับบริการ จำนวน 1.54 ล้านคน สร้างรายได้เข้าประเทศประมาณ 41,000 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2549 ที่มีผู้มารับบริการประมาณ 1.4 ล้านคน สร้างรายได้

ประมาณ 36,400 ล้านบาท⁸ ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาลต่างๆ ที่มีนโยบายให้บริการผู้ป่วยต่างชาติจึงต้องตื่นตัวและเตรียมพร้อมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว และผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพให้ความสำคัญเรื่องการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล จึงต้องการองค์ความรู้เรื่องดังกล่าว เพื่อนำไปใช้ในโรงพยาบาลที่เตรียมเข้าสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นการศึกษาจากการบอกเล่าประสบการณ์การพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาลจนได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล จากผู้ที่มีประสบการณ์จริง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะทำให้เข้าใจกระบวนการการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล เจาะลึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์ดังกล่าว พร้อมทั้งการจัดการกับเงื่อนไขเหล่านี้ จนกระทั่งโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากล

ขอบเขตการวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพในระดับสากลตามมาตรฐานของ JCIA ผู้ให้ข้อมูลคือ บุคลากรที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ระหว่างเดือนเมษายน-สิงหาคม พ.ศ. 2551

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเลือกสถานที่ศึกษา เป็นโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งที่ผ่านมาการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากลแล้ว

ผู้ให้ข้อมูล คือ บุคลากรที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล มีความยินดีและเต็มใจในการให้ข้อมูล จำนวน 13 ราย ประกอบด้วยผู้บริหารและบุคลากรในฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายเภสัชกรรม ฝ่ายควบคุมคุณภาพ และบุคลากรฝ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่สำคัญที่สุด คือผู้วิจัย และ เครื่องมืออื่นๆที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ เครื่องบันทึกเสียง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการถอดความ คำให้สัมภาษณ์ บันทึกภาคสนามในการจดบันทึกอารมณ์ ความรู้สึก กริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูลในระหว่างสัมภาษณ์

การรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและสัตว์ทดลอง ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นสถานศึกษาแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากฝ่ายการพยาบาลในการระบุผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนในการพัฒนา

คุณภาพโรงพยาบาล หลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายแรกแล้ว บุคคลที่ผู้ให้ข้อมูลรายแรกอ้างถึง ผู้วิจัยจะติดต่อนัดสัมภาษณ์ให้ เป็นผู้ให้ข้อมูลคนต่อไปเมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัย นัด วัน เวลาในการสัมภาษณ์ และอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ ข้อมูลให้ทราบ หลังจากลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัย เริ่มต้นการสัมภาษณ์ด้วยการถามกว้างๆ เกี่ยวกับลักษณะทั่วไป ของงานที่ต้องพัฒนาเพื่อการรับรองโรงพยาบาลในระดับสากล หลังจากนั้นนำสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพจนกระทั่งได้รับการรับรอง คุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากล ส่วนคำถามอื่นๆ จะเกิดขึ้นขณะ สัมภาษณ์โดยสืบโหลไปตามข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่า การเก็บ รวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturation) คือไม่มี ข้อมูลใหม่ๆเกิดขึ้น ในการศึกษานี้ ข้อมูลมีความอิ่มตัวเมื่อสัมภาษณ์ ได้ 13 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

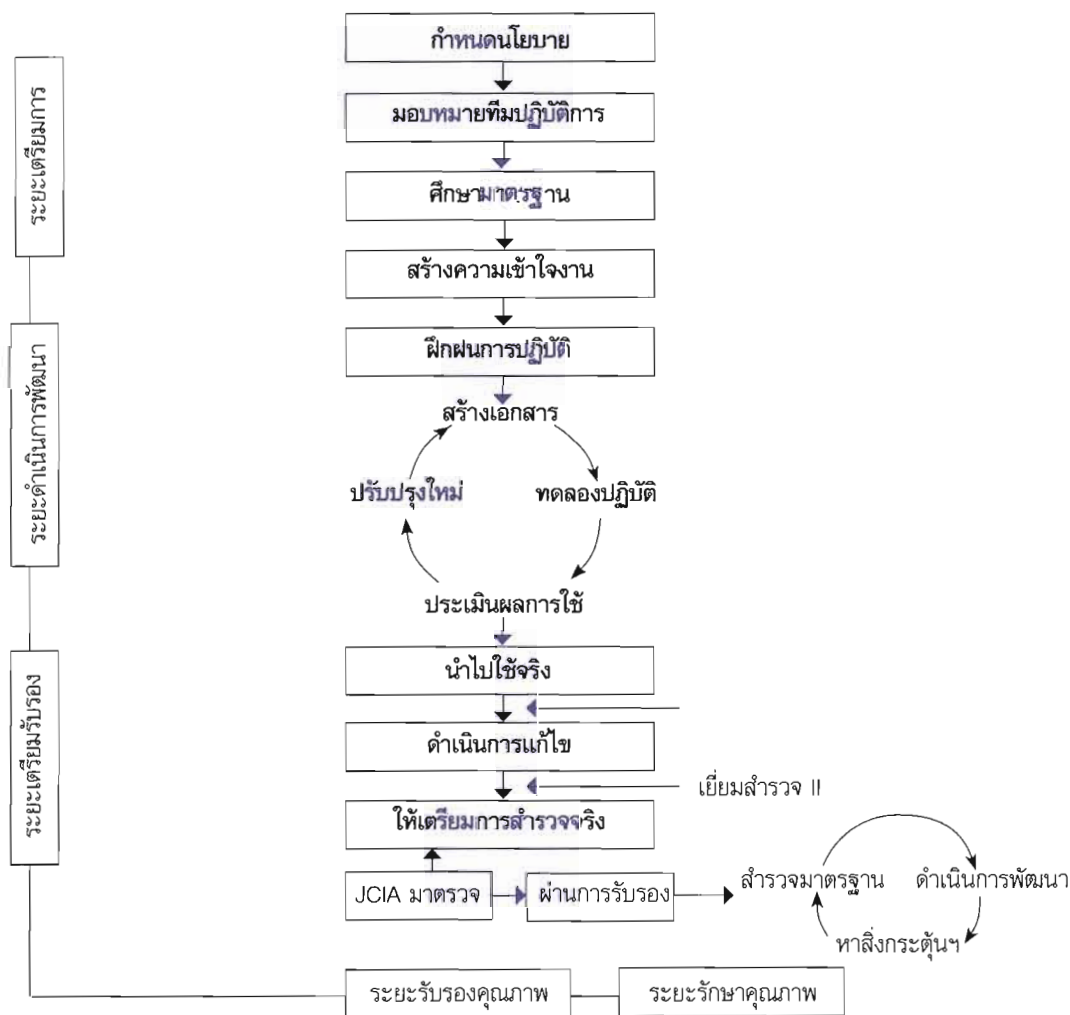
การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Strauss & Corbin⁹ โดยอ่านข้อความถอดเทปอย่างละเอียดเพื่อพิจารณาให้รหัสข้อมูล

(Open coding) นำข้อมูลที่กำหนดรหัสแล้วมาพิจารณาหาความ สัมพันธ์ระหว่างข้อมูล เพื่อกำหนดเป็นหมวดหมู่ย่อยและหมวดหมู่ ใหญ่ (Axial coding) ผู้วิจัยดำเนินการดังกล่าวทุกครั้งที่ได้ข้อมูล จากการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของ ข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking) ซึ่งเป็นการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบและให้ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ เพื่อใช้เป็น แนวทางในการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอนำเสนอเป็นแผนภูมิที่ 1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพ ระดับสากล ซึ่งแบ่งเป็นเป็น 5 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการพัฒนา 3) ระยะเตรียมการรับรองคุณภาพ 4) ระยะรับรองคุณภาพ และ 5) ระยะการรักษาคุณภาพ ดังราย ละเอียดต่อไปนี้

แผนภูมิที่ 1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล



1. ระยะเตรียมการ เป็นระยะที่โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล พร้อมทั้งแต่งตั้งทีมปฏิบัติการของโรงพยาบาล (Functional team) เพื่อเป็นทีมหลักในการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน JCI หลังจากนั้นทีมปฏิบัติการ และทุกหน่วยงานศึกษามาตรฐานจากการอ่านหนังสือคู่มือของ JCI และระบบสื่อสารทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และเพื่อให้ทุกคนเข้าใจงานตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพของ JCI ทีมปฏิบัติการจึงมีการอบรมมาตรฐานของ JCI แล้วนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับหน่วยงานของตนเอง ดังคำกล่าวของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ว่า “ชั้นแรกเลยต้องรู้นโยบายของทางโรงพยาบาลก่อนว่าทำ JCI เพื่อวัตถุประสงค์อะไรส่วนใหญ่ก็ต้องการลูกค้าต่างชาติใช่ไหม เพราะ JCI เป็นของสากล ของอเมริกา ต้องการเสริมแบรนด์ขององค์กรให้แข็งแรง พวกบริษัทประกันต่างชาติ เช่น SOS แคร์ แคร์มั่นใจว่าถ้าเค้าส่งคนไข้มา” และพยาบาลฝ่ายวิชาการ ได้กล่าวถึงการอบรมบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจในมาตรฐานของ JCI ดังนี้ “คือหน่วยงานไหนที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานไหนก็ไปเรียนกับทีมนั้น แต่ว่า patient safety goal ต้องไปทุกแผนกเงี้ย เราก็ต้องมา list แผนกของเราทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง”

2. ระยะดำเนินการพัฒนา เป็นระยะที่หน่วยงานมีการฝึกฝนการปฏิบัติงาน โดยผ่านกระบวนการสร้างเอกสาร ซึ่งเอกสารบางส่วนเป็นเอกสารที่มีอยู่เดิมจากการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) และมีความสอดคล้องตรงกับมาตรฐานของ JCI ก็สามารถใช้อีกเอกสารนั้นเป็นการต่อยอดขึ้นไปได้ หากมาตรฐานใดที่โรงพยาบาลหรือหน่วยงานยังไม่มีการจัดทำเอกสาร ศูนย์พัฒนาคุณภาพ และหัวหน้าแผนกต่างๆ ร่วมกันดำเนินการสร้างเอกสารขึ้นมาใหม่ โดยเริ่มต้นด้วยการประชุมเพื่อหารายละเอียดของแต่ละมาตรฐาน ดังคำกล่าวของพยาบาลฝ่ายควบคุมคุณภาพที่ว่า

“หลังจากศึกษาเสร็จก็จะดูว่าแต่ละมาตรฐานต้องทำอะไรบ้าง เช่น เอกสาร check list หรือว่ามาตรฐาน document ต่างๆ ที่เป็นของเรา ดูว่ามาตรฐานไหนมีแล้วหรือยังไม่มี ถ้าเอกสารไหนที่ไม่มีก็ทำขึ้นมาใหม่”

หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ในหน่วยงาน โดยมีการประเมินผลการใช้ เช่น การสำรวจเพิ่มเวชระเบียนและเอกสารต่างๆ ของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงเอกสารที่ใช้ภายในหน่วยงาน หรือใช้ระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้ทราบปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วร่วมกันปรับปรุงแก้ไขให้สามารถนำมาใช้กับงานได้จริงๆ เช่นการประเมินการใช้แบบฟอร์มความเจ็บปวดของผู้ป่วยพบว่าบุคลากรไม่ได้ลงบันทึกเนื่องจากไม่เข้าใจว่าต้องลงบันทึกอย่างไร เมื่อหัวหน้าหน่วยงานประเมินผลการใช้เอกสารจึงทราบว่าปัญหาเกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นข้อผิดพลาดเล็กน้อยแต่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยหากใช้เอกสารใดใช้แล้วมีปัญหา จะมีการปรับปรุงใหม่ให้สอดคล้องกับมาตรฐานของ JCI ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก

“ตอนแรกเรามีปัญหา pain assessment เราใช้คำว่า yes or no location นอกรักจะ tick ว่า pain เนี่ย yes แต่ไม่ลง location นอกรักจะเข้าใจว่าไม่ลงเค้าเข้าใจว่าไม่รู้ใหม่ ได้เช็คผลว่าปวด

แต่ไม่ปวดเค้าเลยไม่ลง scale ไม่ลงอะไรไร เข้าใจมาเหมือนกันไง แค่ง่ายๆ เราไม่คิดว่าเค้าจะมีปัญหาไง แต่พอไปลงหน้างานจริงๆ นะ เออมันก็จริงๆ อย่าง fever yes or no temp เท่าไร เค้าไม่ tick เลยตอนแรก อะทำไมไม่ tick ก็คนไข้ไม่มีไข้ก็เลยไม่ได้ตรวจ แต่ก่อนครั้งแรกเลยเราไม่รู้จะว่าเค้าไม่วัด แต่ก่อนเราไม่ได้ serious นะ แต่พอจริงๆ เค้าไม่ได้วัด แต่เจอปัญหาว่าคนไข้มีไข้ cc คือมีไข้ แต่ตอนนั้นไม่มีไข้เพราะกินยามาอะโรยอย่างเนี่ย มันก็จะอะไรเล็กๆ น้อยๆ ที่เราต้องรู้จักหน้างาน”

3. ระยะเตรียมรับรองคุณภาพ หลังจากทีทุกหน่วยงานใช้เอกสารตามมาตรฐานของ JCI แล้ว โรงพยาบาลสมัครขอการรับรองคุณภาพระดับสากลไปยัง JCAHO โรงพยาบาลขอรับการเยี่ยมสำรวจอย่างไม่เป็นทางการ 2 ครั้ง จากคณะกรรมการของ JCI โดยโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมสำรวจอย่างไม่เป็นทางการครั้งที่ 1 เพื่อรับข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม และให้ได้มาตรฐานการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพตรงตามมาตรฐานของ JCI ที่สามารถปฏิบัติได้จริงในโรงพยาบาลดังกล่าว ส่วนการเยี่ยมสำรวจอย่างไม่เป็นทางการ ครั้งที่ 2 เพื่อประเมินความพร้อมในการสำรวจจริง ดังคำกล่าวของรองหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ว่า

“เค้าจะมี mock survey มาช่วยเราในตอนแรกที่เราแค่เรียนรู้จากสิ่งที่เราเรียนมาซึ่งเรายังไม่รู้ใช้ไหมคะ แต่พอมี mock survey คือเราจะได้อะไรจากคนที่ เป็น auditor จริงๆ มันก็จะช่วยให้เราเหมือนเจาะจงลงไปอีกว่าตรงไหนที่เรายังขาดหรือตรงไหนที่เราบกพร่องทำให้เราทำถูกต้องคะ เราก็ปรับตามที่เค้าแนะนำ หลังจากที่เราปรับเราก็เอามาทดลองใช้ อันไหนที่มันไม่ตรง เค้าก็ไม่ได้สั่งเรามาตรงๆ นะคะว่าเราต้องทำอย่างนี้ๆ คะ แค่อธิให้ส่วนคนคิดก็คือเรานี้แหละพวกเราเป็นคนช่วยกันคิดว่าเค้าได้มาอย่างนี้เราจะต้องทำยังไงเหมือนที่จะตอบเหมือนมาตรฐานตรงนั้นได้คะ”

ก่อนการสำรวจจริงโรงพยาบาลได้มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร เพื่อให้เกิดความเข้าใจมาตรฐานของ JCI ตรงกัน โรงพยาบาลจึงหากลยุทธ์ให้บุคลากรสามารถจดจำหลักสำคัญของมาตรฐานดังกล่าว ด้วย 2 วิธีคือ สื่อสารให้จำง่าย ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้บริหารพบบุคลากรเพื่อสรุปประเด็นสำคัญๆ ให้บุคลากรฟัง พร้อมทั้งให้กำลังใจและอีกวิธีหนึ่งคือ ใครตอบคำถามได้ให้รางวัล เพื่อเป็นการกระตุ้นหรือสนับสนุนในการเรียนรู้ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของพยาบาลฝ่ายคุณภาพและหัวหน้าผู้ป่วยใน ตามลำดับดังนี้

“ส่วนใหญ่ที่พบว่าประสบความสำเร็จได้ก็ว่ากลยุทธ์ในการนำทีมที่จะให้ทีมมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับหัวหน้าระดับทางรู้เหมือนกันหมด ก็คือหากลยุทธ์ต่างๆ มาสื่อสาร การสื่อสารนะสำคัญสุด และก็ต้องเชื่อว่าเค้าทำได้จริงอย่างที่เรากำลังอยากจะทำใหม่ ต้องทำจริงด้วย แต่การสื่อสาร เนี่ยสำคัญ ก็คือหลังจากแปล standard แล้วรู้แล้วทำยังไงให้น้องพนักงานรู้เหมือนกัน และก็ทำได้เหมือนกับที่รู้ เค้าก็จะมีการกลยุทธ์ต่างๆ มาใช้ เช่น ถ้าจะสอนน้องเรื่องนี้ นอกจากผอ. Brief ทุกอาทิตย์แล้ว ก็จะมีวันผู้บริหารพบพนักงานทุกวันอังคาร ซึ่งจะพูดเรื่อง standard และทุกวันพุธตอนเที่ยงก็จะพูดเรื่องคุณภาพต่างๆ

“นี่คือภาระต้น ตอนท้ายๆ นะมาช่วย wrap up หมายถึงว่า staff เอา staff มาประชุมทุกวัน แล้วก็เขียนให้แต่ละ ward พาพวกขึ้นมา ลงเวรแล้วก็มา แล้วเวลาดังคำถามตอบได้ก็ได้คะแนน แล้วก็ให้รางวัล ให้คะแนนสะสม คำถามก็เช่น identify คนไข้ คนไข้เข้ามาเนี่ยใช้อะไร ก่อนเจาะเลือดเนี่ยให้ทำยังไง ให้น้องตอบ ใครจะตอบก็ยกมือเป็นกลุ่ม กลุ่มก็ได้รางวัล ตอบถูกก็ได้คะแนนสะสม ตอบผิดก็ติดลบยังเจีย สนุกๆ”

4. ระยะเวลาการรับรองคุณภาพ ฝ่ายประกันคุณภาพดำเนินการติดต่อคณะกรรมการของ JCIA เพื่อการเยี่ยมสำรวจจริง เมื่อทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลมีความพร้อม ทีมเยี่ยมสำรวจ เป็น ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 4 คน ประกอบด้วย พยาบาลหัวหน้าทีมแพทย์ เภสัชกรและนักเทคนิคการแพทย์ ทำการเยี่ยมสำรวจทั้งหมด 4 วัน ใช้หลักการตรวจตามรอยโรค (Clinical tracer) กล่าวคือเป็นการติดตามการรักษาพยาบาลในแต่ละหน่วยงานที่ผู้ป่วยที่ทีมสำรวจเลือกเป็นกรณีศึกษาไปรับบริการ ดังเช่น ร่องหัวหน้าหอผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า

“ปรากฏว่าเค้าเช็คคนไข้มาเรื่องมาจาก oncology center คือเคส onco มาแล้วเค้าถามว่าคนไข้ที่ให้อยู่ที่ไหนบ้าง ก็มาอยู่ที่เรา เค้าก็เดินตาม case นั้นมาที่เรา... เค้าย้อนไปว่าคนไข้คนนี้เป็น functional status เปลี่ยนตั้งแต่เมื่อไหร่ ซึ่งเป็นคนไข้ที่ long case ที่อยู่กับเรามาเป็นปีๆ ค่ะ แล้วเราก็ไม่ได้ up date ประวัติเค้ามาเรื่อยๆ ใจค่ะ เราทำไม่ได้ค่ะว่าวันไหนที่เริ่มเดินไม่ได้ แต่เค้าค่อนข้างจะดูเยอะ พอเราไล่เวอร์เบียนดู เค้าก็จะมองว่าแล้วตอนนั้นเนี่ยมีใครเข้ามาดูไหม”

ในวันที่ JCIA มาเยี่ยมสำรวจจริง หน่วยงานจะจัดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถให้ขึ้นเวรเพื่อเตรียมตอบคำถาม และต้องมีการมีทีมนำเร็วเป็นทีมสนับสนุนคอยแจ้งข่าวถึงสถานการณ์ และข้อคำถามที่ JCIA ถาม ให้กับหน่วยงานที่จะได้รับการเยี่ยมสำรวจต่อไปทราบก่อนที่จะทีม JCIA จะไปถึง เพื่อเตรียมความพร้อมในการตอบคำถาม

5. ระยะเวลาการรักษาคูณภาพ เป็นระยะที่มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมาตรฐาน JCIA มีการปรับปรุงตลอดเวลา และทีมสำรวจของ JCIA สามารถมาสำรวจเมื่อใดก็ได้ ทำให้โรงพยาบาลต้องมีการรักษาคูณภาพมาตรฐานตลอดเวลา โดยมีการสำรวจมาตรฐาน หากไม่เป็นไปตามมาตรฐานก็จะมีผลการดำเนินการพัฒนาและหาสิ่งกระตุ้นต่างๆ ให้บุคลากรตระหนักถึงการรักษาคูณภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ดังคำให้สัมภาษณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกที่กล่าวถึงการรักษามาตรฐาน JCIA ว่า “ก็ยังทำอยู่เรื่อยๆ คือผู้บริหารเราค่อนข้าง stick คือชัดเจนในเรื่องตรงนี้คือต้องให้ได้ พอได้ก็ต้อง maintain ให้ได้ด้วย คือเราอาจบอกว่าตอนแรกเราอาจฝึกซีแต่ ณ สุดท้ายเราต้องคิดถึง 3 ปีข้างหน้าที่เรา accredit เราจะไม่เห็น้อยแบบนี้อีกแล้ว ก่อน 3 ปีเค้าก็แอบมาดู เราโดนไปครั้งนึงแล้ว แต่ก็ OK เมื่อเดือนมีนาคีเอง อยู่ดีๆ ก็มาก็ไม่มีอะไรก็ผ่าน ส่วน safety goal เรายังมีอยู่ ฝ่ายการฯก็ยังมีความเป็นช่วงๆ”

การอภิปรายผล

ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลนั้น ประกอบไปด้วย 5 ระยะ โดยเริ่มจาก 1) ระยะเตรียมการ โดยผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาลประกาศเป็นนโยบายของโรงพยาบาล เพื่อสร้างคุณภาพให้เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการชาวต่างชาติตามนโยบายศูนย์กลางสุขภาพแห่งเอเชีย¹⁰ ดังนั้นการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลจึงเป็นมาตรฐานหนึ่งที่ได้รับประกันให้ชาวต่างชาติเกิดความมั่นใจในบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเทียบเท่าโรงพยาบาลในต่างประเทศได้สำหรับการดำเนินการเตรียมพัฒนาคุณภาพต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งการทำงานเป็นทีมมีความสำคัญต่อทุกองค์การ เพราะงานส่วนใหญ่ในองค์การไม่สามารถทำให้สำเร็จได้โดยบุคคลเพียงคนเดียว ต้องอาศัยความร่วมมือของสมาชิกทั้งด้านทักษะ ความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคล รวมถึงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงานทุกคนในทีมที่จะทำให้การดำเนินการขององค์การประสบความสำเร็จ¹¹ 2) ระยะดำเนินการพัฒนา ซึ่งเป็นระยะที่มีการพัฒนาเอกสารและมาตรฐานต่างๆตามข้อกำหนดของ JCIA เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติงานจริง โดยเริ่มต้นตั้งแต่การสร้างเอกสารใหม่ นำไปทดลองใช้ ปรับปรุงแก้ไข และนำไปใช้จริง ขั้นตอนดังกล่าวนี้สอดคล้องกับขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพของ Deming¹² 3) ระยะเตรียมการรับรองคุณภาพ เป็นระยะที่โรงพยาบาลดำเนินการตามมาตรฐาน JCIA มาระยะหนึ่งแล้ว จึงต้องการรับข้อเสนอแนะจากผู้เยี่ยมสำรวจของ JCIA ก่อนที่จะขอรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ซึ่งขั้นตอนนี้จะมีความแตกต่างจากการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ พรพ.¹³ ที่กำหนดให้การเยี่ยมสำรวจรอบแรก คือ ผู้ประเมินภายในองค์การที่โรงพยาบาลเป็นผู้กำหนดและแต่งตั้งให้ดำเนินการสำรวจความพร้อมในการขอรับรองคุณภาพจาก พรพ. อย่างไรก็ตาม การเยี่ยมสำรวจเบื้องต้นไม่จำเป็นบุคลากรจากกลุ่มไหน แต่โรงพยาบาลก็ได้รับประโยชน์โดยนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงและพัฒนาให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่โรงพยาบาลต้องการขอรับรอง 4) ระยะรับรองคุณภาพ เป็นระยะที่ผู้เยี่ยมสำรวจของ JCIA มาดำเนินการสำรวจจริง โดยใช้การตรวจสอบตามรอยโรค (Clinical tracer) ซึ่งมีการสัมภาษณ์ทั้งผู้ป่วยและบุคลากรที่ปฏิบัติงาน สำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ทางโรงพยาบาลมีการคัดเลือกบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจในมาตรฐาน JCIA เป็นอย่างดีให้ขึ้นปฏิบัติงานในวันที่มีการเยี่ยมสำรวจจริงเพื่อให้สามารถตอบคำถามของผู้เยี่ยมสำรวจได้ การดำเนินการดังกล่าว สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Patricia¹⁴ ที่พบว่า โรงพยาบาลควรมีการเตรียมตัวในเรื่องของการสื่อสารเกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพโรงพยาบาล โดยสามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้องและมีการดำเนินการตามมาตรฐานที่ JCIA กำหนดไว้ และ 5) ระยะรักษาคูณภาพ ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้บริหารมีการกระตุ้นให้บุคลากรทุกคนดำเนินการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของ JCIA อย่างต่อเนื่อง เพราะผู้เยี่ยมสำรวจจาก JCIA จะมาเยี่ยมสำรวจอีกเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องบอกล่วงหน้า ดังนั้น การ

สร้างแรงจูงใจ จึงเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่สามารถผลักดันให้บุคลากรเกิดพฤติกรรมที่หน่วยงานพึงประสงค์¹⁵ คือการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การได้รับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลเกิดจากการร่วมมือร่วมใจของทุกคนในองค์กร โดยเริ่มตั้งแต่ผู้บริหาร หัวหน้าฝ่ายต่างๆ รวมถึงบุคลากรผู้ปฏิบัติการทุกคน ดังนั้นผู้บริหารจึงควรส่งเสริมการทำงานเป็นทีมให้มีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันในหน่วยงาน หรือการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและให้มีการเตรียมความพร้อมในการรับรองคุณภาพขององค์กรอย่างยั่งยืน โดยการสร้างแรงจูงใจให้ทุกคนปฏิบัติตามมาตรฐานให้เป็นงานประจำ กลยุทธ์นี้จะทำให้นุคลากรสามารถเข้าใจ และปฏิบัติตามมาตรฐานของ JCI ที่

สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลได้จริง นอกจากนี้ หลังจากผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลแล้ว การปฏิบัติงานตามมาตรฐานของบุคลากรอาจลดลง โรงพยาบาลต้องหาสิ่งกระตุ้นเพื่อให้บุคลากรปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นการศึกษาเฉพาะที่ ดังนั้นจึงควรศึกษาในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลจากโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้ทราบถึงกระบวนการ และกลยุทธ์ในการได้มาของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลของแต่ละโรงพยาบาลต่อไป

2. ผลการวิจัยพบว่า การทำงานเป็นทีมมีความสำคัญต่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานเป็นทีม เพื่อเตรียมความพร้อมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

เอกสารอ้างอิง

- อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล. Roadmap to HA. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2544.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HA. (Online) 2008. Available from: http://www.ha.or.th/m_07_03.asp (2008,June 8).
- Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organization. (Online)2008. Available from: <http://www.joincommissioninternational.com> (2008,June 8).
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ประสบการณ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในต่างประเทศ. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2549.
- Beirut Medical Center. Accreditation Activity/Joint Commission International. Nursing Services. American university of Beirut medical center. 2007.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2543.
- Donahue K.T. & Vanostenberg P. Joint Commission International: Relationship to four models of evaluation. International Society for Quality in Health Care and Oxford University. Inter J Qual Health Care .2000; 12(3). 243-246.
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. โรงพยาบาลเอกชนไทยเสริมศักยภาพรองรับการแข่งขัน มุ่งเน้นตลาดเอเชีย. วารสารผู้ส่งออก. 2550; (มกราคม). 39-46.
- Strauss, A, & Corbin, J. Basics of qualitative research: Technique and procedures for developing grounded theory. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage. 1998.
- กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. ศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2550.
- ณัฐพันธ์ เขจรนันทน์และคณะ. การสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เพอร์เน็ท. 2546.
- Deming, W. E. Out of crisis. Boston: The Massachusetts Institute of Technology Center of Advance Engineering Study. 1986.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. คู่มือการประเมินและรับรองโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2542.
- Patricia, K. Periodic performance review in the accreditation process. J Radio Nurs. 2006; 25(1):13-15
- โคกษา อรุณวัฒน์. หลักการจัดการ. กรุงเทพฯ: แมคกรอ-ฮิล. 2549