

การบูรณาการกระบวนการคุณภาพ**โครงการ “รักเพื่อน”****(MY DEAR FRIENDS)**

สุชาติ เทพรักษ์ พบ.ว. (ออร์โธปิดิกส์)* และคณะ FA

บทนำ

ปัจจุบันได้มีการนำกระบวนการคุณภาพต่างๆ มาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพของสถานบริการ เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของผู้ใช้บริการ อาทิเช่น ISO, HA, TQM, PSO, HPH, KM, etc จนบางครั้งทำให้ผู้ให้บริการของสถานบริการสับสนจนไม่ทราบว่า จะเลือกระบบใดดี

อย่างไรก็ตามจะต้องทราบว่าไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาคุณภาพระบบใดก็ตาม จะมีแกนหลักที่คล้ายกัน เช่น การสนองตอบความต้องการของลูกค้า, การทำงานเป็นทีม, การลดความเสี่ยงให้เหลือน้อยที่สุด, การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ จึงมีความเป็นไปได้ที่จะมีการบูรณาการระบบคุณภาพต่างๆ ให้เป็นหนึ่งเดียว เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดแก่องค์กร

หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลพิจิตรได้เริ่มโครงการพัฒนาคุณภาพตั้งแต่ปี 2540 มีการนำกระบวนการ TQM, OD,

ESB มาใช้พัฒนาองค์กร ระยะแรกมีความตื่นตัว ต่อมาได้มีการนำระบบ HA เข้ามาใช้ การพัฒนาคุณภาพดำเนินไปได้สักระยะก็เริ่มช้าลง เนื่องจากประสบปัญหาหลายประการ

1. ปัญหาการทำงานคุณภาพ

1.1 การทำงานมีลักษณะต่างคนต่างทำ ไม่มี Unity

1.2 การทำงานยังมีความเคยชินกับระบบเดิมๆ ไม่ค่อยยอมรับการเปลี่ยนแปลง หรือสิ่งใหม่ๆ

1.3 ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างทีมต่างๆ ทำให้งานไม่ลื่นไหล, ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ

1.4 ไม่มีผู้รับผิดชอบงานโดยตรงในทีม หากไม่มีผู้มาประเมินงานก็มักจะไม่เดิน เมื่อมีผู้มาประเมินจึงค่อยเร่งทำงานกัน ไม่มีลักษณะของการทำงานอย่างต่อเนื่อง (Continuity, Dynamic)

2. ปัญหาการประเมินที่ผ่านมา

2.1 การประเมิน โดยผู้นำและทีม Facilitator ขาดการต่อเนื่อง บางครั้งพบปัญหาที่ไม่ได้

นายแพทย์ 8 ประธานคณะกรรมการประสานงานคุณภาพ (FA) โรงพยาบาลพิจิตร

รับการแก้ไข ผู้รับการประเมินรู้สึกเป็นเรื่องไกลตัว, ไม่ได้มีส่วนร่วม

2.2 การประเมินโดยทีม IS (Internal Surveyor) บ่อยครั้งที่ผู้ประเมินไม่ทราบปัญหาที่แท้จริง และไม่มีการประสานการพอกับงานที่ตนเองต้องเข้าไปประเมิน ทำให้ผลการประเมินคลาดเคลื่อน

2.3 การประเมินโดย พ.ร.พ. ไม่มีความต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ถูกประเมิน ประกอบกับผู้เข้ามาประเมินแต่ละครั้งก็ไม่ซ้ำกันเลย ทำให้มุมมองและมาตรฐานการประเมินแต่ละครั้งแตกต่างกันไป การประเมินทุกครั้งจะเปลี่ยน Concept ไปเรื่อยๆ จนผู้รับการประเมินตามไม่ค่อยทัน การใช้ภาษาเขียนวากวน เข้าใจได้ยาก ยิ่งทำให้สับสน

3. การปรับเปลี่ยนที่ผ่านมา

3.1 ปรับทีมงาน ได้มีการปรับทีมงาน 3 ครั้ง

3.2 ปรับเปลี่ยนทีม Facilitator 3 ครั้ง

3.3 ปรับเปลี่ยนภายในทีมต่างๆ 3 ครั้ง

3.4 ปรับโครงสร้างคุณภาพและปรัชญาองค์กร 2 ครั้ง

แม้จะมีการปรับเปลี่ยนกันหลายครั้ง แต่ผลที่ได้ก็ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัด ทั้งนี้สามารถสรุปปัญหาได้เป็น 5 ประเด็น คือ

1. รอคารสั่งการ ไม่ค่อยมีการฟังตนเอง
2. ไม่มีผู้รับผิดชอบภายในทีมที่ชัดเจน
3. ขาดความร่วมมือภายในกลุ่ม
4. ขาดความต่อเนื่อง
5. ขาดแรงจูงใจ

จากอุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้น จึงนำไปสู่การแก้ปัญหาแบบบูรณาการ โดยมองปัญหาทุกๆด้าน และนำความรู้ในเชิงบริการเข้ามาประยุกต์ใช้ในงานพัฒนาคุณภาพ โดยมีการจัดทำโครงการ “รักเพื่อน” เพื่อบริหารจัดการงานคุณภาพให้ดำเนินต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวความคิดดังนี้

1. ใช้ **“ความรัก”** เป็นตัวประสานสิ่งต่างๆ ให้ขับเคลื่อน เพราะเรารู้ว่าความรักทำให้เกิด ความสุข, กำลังใจ และเกิดความคิดสร้างสรรค์

“มนุษย์เมื่อถูกรักแล้วเขาจะรักตอบ”

เมื่อมีความรักแล้วจะรู้สึกเห็นอกเห็นใจกัน , ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเข้าใจ ยอมรับ และให้อภัยกัน

2. ใช้ความรู้ **Learning Organization** มาพัฒนางานคุณภาพ โดยนำข้อมูล (รวมทั้งข้อผิดพลาดต่างๆ) และข่าวสารที่ได้รับมาแปลงให้เป็นความรู้ใหม่ ซึ่งเมื่อรวมกับความรู้เดิมที่มีอยู่แล้วก็จะเกิดหลักความคิดใหม่ อันจะนำไปสู่พฤติกรรมใหม่ เป็นการเปิดพรมแดนระหว่างหน่วยงาน (Join Project) เพื่อให้การประสานงานดีขึ้น รวมถึงการตรวจสอบข้อผิดพลาดและหาทางแก้ไขต่อไป

จากแนวความคิดข้างต้น ทำให้เกิดหลักการดำเนินงานใหม่ 4 อย่าง คือ

1. มีการช่วยเหลือตนเองมากขึ้น แทนที่จะรอความช่วยเหลือจากผู้อื่น
2. มีผู้รับผิดชอบงานคุณภาพแต่ละด้านชัดเจน
3. มีความร่วมมือภายในกลุ่ม

4. มีความต่อเนื่อง

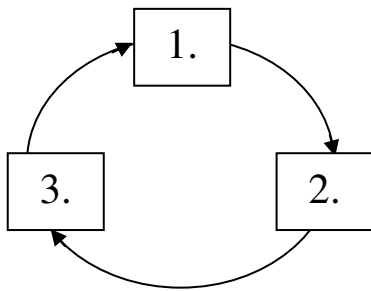
วิธีการ

ได้มีการจัดกระบวนการใหม่ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปได้อีก ดังนี้

1. มีการรวมกลุ่มของทีมต่างๆ (โดยเฉพาะ PCT) เป็นกลุ่มละ 3 – 4 ทีม (Cluster of Quality) เพื่อให้มีขนาดพอเหมาะ ไม่ใหญ่หรือเล็กไป โดยแต่ละทีมมีความคล้ายคลึงกันหรือแตกต่างกันไม่มาก

2. มีผู้รับผิดชอบโดยตรงในแต่ละทีม โดยแบ่งงานคุณภาพออกเป็นด้านย่อยๆ เรียกว่าสาย แต่ละสายมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม (Small Business Unit)

3. มีการประเมินแต่ละ Cluster เดือนละ 1 ครั้ง วนเป็นรอบอย่างต่อเนื่อง ดังไดอะแกรมที่ 1



ไดอะแกรมที่ 1

สมมติว่าใน 1 Cluster มี 3 ทีม คือ A, B, C

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| การประเมินเดือนแรก | ประเมินทีม A โดยทีม B+C |
| การประเมินเดือนที่สอง | ประเมินทีม B โดยทีม A+C |
| การประเมินเดือนที่สาม | ประเมินทีม C โดยทีม A+B |

จะเห็นว่าในแต่ละ Cluster จะมีการประเมินทุกเดือน เดือนละ 1 ทีม และแต่ละทีมที่ถูกประเมินครั้งแรกจะถูกประเมินครั้งต่อไปในอีก 3 หรือ 4 เดือนข้างหน้า (ขึ้นอยู่กับว่า Cluster หนึ่งจะมี 3 หรือ 4 ทีม) ทำให้แต่ละทีมมีเวลาพอในการที่จะปรับปรุงข้อบกพร่อง (3 – 4 เดือน) เพื่อรับการประเมินในรอบต่อไปเรื่อยๆ แบบต่อเนื่อง

การประเมิน ใช้มาตรฐานบริการสาธารณสุขฉบับกระทรวงฯ เป็นเกณฑ์ เช่น

- เวชระเบียน
- อาคารสถานที่ (โครงสร้างกายภาพ)
- สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
- เครื่องมือเครื่องใช้
- การรักษาพยาบาล
- พฤติกรรมบริการ
- อื่นๆ

เราสามารถแบ่งการประเมินออกได้เป็น 4 ด้านใหญ่ๆ ได้แก่

1. ด้านโครงสร้างกายภาพ, สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
 2. ด้านพฤติกรรมบริการ
 3. ด้านการรักษาพยาบาล
 4. ด้านคำรักษาพยาบาล
- ด้านการรักษาพยาบาลยังแบ่งย่อยได้อีก เป็น
1. บุคลากร
 2. เครื่องมือเครื่องใช้และเวชระเบียน
 3. ผลลัพธ์
 4. ชุมชน

ด้านผลิตภัณฑ์ยังแบ่งได้อีกเป็น

1. ผลิตภัณฑ์ที่จับต้องได้ เช่น ยา, อาหาร, การผ่าตัด, การทบทวนเวชระเบียน

2. ผลิตภัณฑ์ที่จับต้องไม่ได้ เช่น ผลการวินิจฉัย, คำแนะนำ, การทบทวนการรักษา หากจะพิจารณาการประเมินผลต่างๆที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเราสามารถนำมาตราฐานการประเมินงานคุณภาพมาจาก 3 ระบบใหญ่ๆ ได้แก่

1. HA
2. HPH
3. TQM

HA มีการประเมินใน 12 กิจกรรม

1. ทบทวนในขณะดูแลรักษา
2. ทบทวนคำร้องเรียน
3. ทบทวนการรักษาโดยผู้ที่มีไข้แพทย์
4. ทบทวน RM
5. ทบทวน IC
6. ความคลาดเคลื่อนทางยา
7. ส่งต่อ/ปฏิเสธการรักษา
8. ดูแลผู้ป่วย เหตุการณ์สำคัญ
9. ทบทวนเวชระเบียน
10. ทบทวนความรู้วิชาการ
11. ทบทวนการใช้ทรัพยากร
12. ดัชนีชี้วัด

HPH มีการประเมินใน 7 องค์ประกอบ

1. การนำองค์กร

2. การจัดสรรทรัพยากรและการพัฒนาคุณภาพบุคลากร

3. การจัดการสภาพแวดล้อม
4. การสร้างเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่
5. การสร้างเสริมสุขภาพผู้รับบริการและครอบครัว
6. การสร้างเสริมในชุมชน
7. ผลลัพธ์สร้างเสริมชุมชน/เจ้าหน้าที่/ผู้ป่วย

TQM ประเมินใน 10 มาตรฐาน

1. สถานที่
2. เครื่องมือ
3. การตรวจวินิจฉัย
4. การพยาบาล/ความเห็นของแพทย์
5. การรักษา/ส่งต่อ/วางแผนบริการ
6. ผ่าตัด/หัตถการ
7. ทักษะ/ความสามารถผู้ปฏิบัติ
8. ผลิตภัณฑ์ในบริการ
9. การดูแลต่อเนื่อง
10. พฤติกรรมบริการที่ดี

จากการประเมิน HA, HPH และ TQM เราสามารถรวมออกมาสรุปได้เป็นการประเมิน 6 ด้าน คือ

1. โครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
2. พฤติกรรมบริการ
3. บุคลากร
4. เครื่องมือ/อุปกรณ์/เวชระเบียน

5. ผลิตภัณฑ์บริการ
6. ชุมชน

นอกจากนี้เรายังสามารถนำงานหลายๆอย่างที่
สามารถนำมาปรับเข้ากับงานต่างๆได้ เช่น งานความ
เสี่ยง (RM), นวัตกรรม (CQI), 5ส., OD, ESB

คณะผู้ประเมิน จะประกอบไปด้วย

1. FA ประจำทีมต่างๆใน Cluster (เว้นทีมที่
ถูกประเมิน)

2. FA กลาง

3. ตัวแทนทีมต่างๆใน Cluster

- ประธาน
- เลขานุการ
- ลูกทีม 1 – 3 คน
- ตัวแทนจิตเวช 1 คน

4. ผู้บริหาร (ผู้อำนวยการ หรือตัวแทน)

* หมายเลข 3 เท่านั้นที่สามารถให้คะแนน
ประเมินได้

ทีมที่ถูกประเมิน ประกอบด้วย

1. สมาชิกทั้งหมดของทีม
2. FA ประจำทีม
3. FA กลาง

ระยะเวลาการประเมิน

ใช้เวลาที่ค่อนข้างจะทำได้ (เช่น วันใด
วันหนึ่งของสัปดาห์ที่สองของเดือน ช่วงบ่าย) โดย
ประเมินพร้อมกันทุกทีม, ทุกด้าน

สาระของการประเมิน

1. ใช้เวลาประเมินประมาณ 1 – 2 ชั่วโมง
ใน Format ที่จัดทำขึ้น

2. ให้เวลาวิจารณ์ผลการประเมินให้ผู้ถูก
ประเมินทราบ ใช้เวลาวิจารณ์ ½ - 1 ชั่วโมง

3. ทำผลการประเมินเป็น 2 ชุด

- ให้ทีมถูกประเมิน 1 ชุด
- ให้สำนักงานคุณภาพ 1 ชุด

คะแนนที่ให้ จะเป็นคะแนนในแบบ Check
List (กำลังอยู่ระหว่างจัดทำ)

ข้อดีของวิธีนี้

1. ทุกคนมีส่วนร่วม

2. มีการประเมินและวัดผลที่ชัดเจนและ
ต่อเนื่อง

3. มีการประเมินโดยบุคคลภายนอกทีม

4. ประเมินโดยผู้รู้และเข้าใจงานดี

5. มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

6. เสียค่าใช้จ่ายน้อย

7. มีผู้รับผิดชอบชัดเจน

ข้อเสียของวิธีนี้

1. จะต้องจับกลุ่มกัน

2. จะต้องประชุมกันเดือนละ 1 – 2 ครั้ง

ผลการดำเนินการ

วารสารโรงพยาบาลพิจิตร
เนื่องจากเป็น โครงการใหม่และเพิ่งเริ่ม
ดำเนินการ Phase แรก ได้ดำเนินการในทีม PCT ก่อน
โดยแบ่ง Cluster ออกได้เป็น 2 Cluster คือ

Cluster 1 ศัลยกรรม, ออร์โธปิดิกส์, EENT

Cluster 2 กุมารเวชกรรม, สูติกรรม, อายุรกรรม
เนื่องจากเป็นระยะแรกเริ่มของการดำเนินการ
จึงยังไม่ได้ผลงานออกมา แต่หวังว่าจะได้ผลบ้างไม่มาก
ก็น้อยและจะได้นำเสนอผลการดำเนินการในโอกาส
ต่อไป

ขอขอบคุณ

1. คณะกรรมการประสานงานคุณภาพ (FA
กลาง)
2. ประธาน, เลขานุการทีม PCT ทุกทีม
3. เจ้าหน้าที่สำนักงานคุณภาพ
4. คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลพิจิตร
ที่ช่วยปรับปรุงแก้ไข