

## บทที่ 2

### การประกันคุณภาพในงานบริหารผู้ช่วย

การประกันคุณภาพในงานบริหารผู้ช่วย แบ่งเนื้อหาเป็น 2 ส่วน คือ

#### 1. การประกันคุณภาพ

- 1.1 นิยาม
- 1.2 วัตถุประสงค์
- 1.3 กระบวนการประกันคุณภาพ
- 1.4 การสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน
- 1.5 การสร้างเกณฑ์ชี้วัด
- 1.6 การประเมินคุณภาพ

#### 2. การประกันคุณภาพในงานบริหารผู้ช่วย

- 2.1 ที่มาและความสำคัญของการประกันคุณภาพในงานบริหารผู้ช่วย
- 2.2 แนวคิดการบริหารผู้ช่วย
- 2.2 แนวทางปฏิบัติงานบริหารผู้ช่วย
- 2.4 การประเมินคุณภาพงานบริหารผู้ช่วย

## 1. การประกันคุณภาพ (Quality Assurance; QA)

### 1.1 นิยาม

Stolar ได้ให้นิยามว่า คือ กระบวนการที่ทำให้มั่นใจว่างานได้ดำเนินไปอย่างถูกต้อง เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล (Stolar, 1975 quoted in Horowitz and Lamnin, 1980)

Bloch ได้ให้นิยามว่า คือ กระบวนการที่จัดขึ้นเป็นทางการเพื่อที่จะประเมินกิจกรรมเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อเป็นการประกันว่าจะได้บริการหรือผลงานที่มีคุณภาพ (Bloch, 1977 quoted in Dinel, 1979)

### 1.2 วัตถุประสงค์

โดยทั่วไปแล้วการประกันคุณภาพงานบริการมีวัตถุประสงค์ คือ

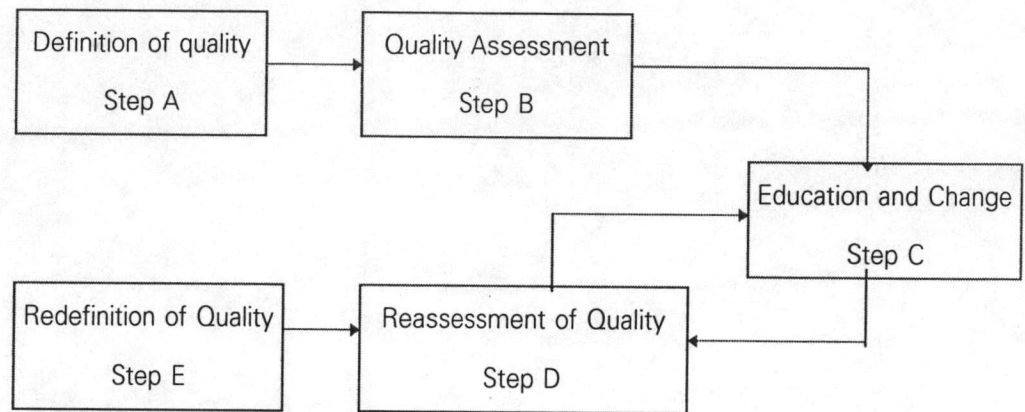
- 1) เพื่อติดตามและประเมินคุณภาพบริการเทียบกับมาตรฐานที่กำหนด
- 2) เพื่อบ่งชี้บริเวณงานหรือขั้นตอนการทำงานที่เป็นปัญหา
- 3) เพื่อเตรียมกลวิธีการรักษาคุณภาพให้คงที่และปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น
- 4) เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน

### 1.3 กระบวนการประกันคุณภาพ (Stolar, 1975)

กระบวนการประกันคุณภาพ (quality assurance program) มีลักษณะเป็นวงจรการทำงานที่ต่อเนื่อง โดยทั่วไปประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 ขั้นตอน คือ

- 1) การนิยามความหมายของคุณภาพในรูปมาตรฐานการปฏิบัติงานและเกณฑ์ที่วัดคุณภาพ
- 2) การประเมินคุณภาพเทียบกับเกณฑ์ ซึ่งข้อมูลจากการประเมินจะทำให้ทราบข้อบกพร่องหรือปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพของบริการที่ให้กับผู้ป่วย
- 3) การแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องหรือปัญหาที่พบจากการประเมิน
- 4) การประเมินคุณภาพซ้ำภายหลังการปรับปรุงแก้ไข ว่ามีคุณภาพดีขึ้นตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้หรือไม่
- 5) การควบคุมคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้อยู่เสมอ รวมถึงการปรับมาตรฐานและเกณฑ์ใหม่เมื่อมีการปรับปรุงแก้ไขงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์

แผนภาพแสดงกระบวนการประกันคุณภาพ (QA circles)



#### 1.4 การสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน

มาตรฐานการปฏิบัติงาน (standard of practice, standard of performance, practice standards, standards) เป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องจัดทำขึ้นก่อนการประเมินคุณภาพ เพราะจะทำให้มีการนิยามคุณภาพที่กำหนดแก่งานที่จะประกันคุณภาพ กำหนดวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายของการดำเนินงานและขั้นตอนวิธีการปฏิบัติงานให้ชัดเจน มาตรฐานการปฏิบัติงานนอกจากจะเป็นเครื่องมือสำหรับประเมินคุณภาพงานแล้ว ยังเป็นคู่มือแนะแนวให้กับผู้ปฏิบัติงานและหัวหน้างานให้มองเห็นภาพรวมของการปฏิบัติงานในหน่วยงาน โดยอาจมีเนื้อหาเพียงมาตรฐานขั้นต่ำของแต่ละงาน แต่ควรครอบคลุมการทำงานได้ทุกระดับ วิธีเขียนมาตรฐานการปฏิบัติงานควรใช้ข้อความสั้นๆ กระชับ ชัดเจน และที่สำคัญควรถูกต้องตามหลักวิชาการหรืออ้างอิงตามมาตรฐานการปฏิบัติงานของสถาบันที่น่าเชื่อถือ

ก) ขั้นตอนในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Miller et al., 1987)

ด้วยมาตรฐานการปฏิบัติงานเป็นเครื่องแสดงคุณภาพที่ประสงค์ การสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานจึงต้องมีวิธีการที่เหมาะสม โดยทั่วไปควรดำเนินการดังนี้

- 1) กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน
- 2) สัมมนากลุ่ม เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน ซึ่งก็คือ เพื่อให้แน่ใจว่ามีการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้มีกลไกในการทบทวนผลการปฏิบัติงานว่ามีคุณภาพหรือไม่ เมื่อทุกคนเข้าใจแล้วจึงให้ทุกคนช่วยกันสร้างมาตรฐานขึ้นมา อาจมีสมาชิกของกลุ่มทำหน้าที่เป็นเลขานุการในการบันทึกมาตรฐานการปฏิบัติงานที่กลุ่มเสนอ

- 3) สมาชิกที่เข้าร่วมประชุม อภิปรายแก้ไขมาตรฐานการปฏิบัติงานที่น่าเสนอ
- 4) รวบรวมมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ผ่านการลงความเห็นของสมาชิกแล้ว ทำเป็นร่างมาตรฐานการปฏิบัติงาน
- 5) ชี้แจงให้ที่ประชุมรับทราบมาตรฐานการปฏิบัติงาน และตกลงที่จะนำไปทดลองปฏิบัติ
- 6) ทดลองปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่กำหนด
- 7) ทบทวนการปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐาน รับฟังปัญหา ดำเนินการแก้ไข
- 8) ปรับเปลี่ยนมาตรฐานการปฏิบัติงานให้เหมาะสมและให้การอบรมแก่ผู้ปฏิบัติงาน
- 9) ทบทวนแก้ไขมาตรฐานการปฏิบัติงานเป็นระยะๆ เช่น ทุกปี เพื่อให้แน่ใจว่ายังมีความทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

การสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน อาจเริ่มจากงานใดงานหนึ่งที่สนใจจากงานบริการเภสัชกรรมทั้งหมด หลังจากนั้นจึงค่อยขยายการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานไปสู่งานอื่นๆ เนื่องจากผู้ที่ปฏิบัติงานจะเป็นผู้รู้จริงเกี่ยวกับงานที่ตนทำมากที่สุด ดังนั้นการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานจึงควรทำโดยเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานในหน้าที่นั้น

มาตรฐานการปฏิบัติงานจะต้องได้รับการยอมรับจากผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากพวกเขาเป็นผู้ได้รับผลกระทบโดยตรง และจะต้องมีรายละเอียดเพียงพอเกี่ยวกับหน้าที่ ความรับผิดชอบ แต่ต้องไม่เข้มงวดจนเกินไปจนปฏิบัติไม่ได้ หรือลดอำนาจในการตัดสินใจ ลดความกระตือรือร้นในการทำงาน นอกจากนี้จะต้องครอบคลุมทุกขั้นตอนของการทำงาน ต้องประเมินหรือวัดได้ และยังต้องสอดคล้องกับนโยบายมาตรฐานงานอื่นๆที่มีอยู่ก่อน

ดังได้กล่าวแล้วว่า หลักการประกันคุณภาพในโรงพยาบาลนั้น ได้พัฒนามาจากการประกันคุณภาพในโรงงานอุตสาหกรรม การสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานเภสัชกรรมในโรงพยาบาล ก็อาศัยขั้นตอนการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน (standard operating procedures) ของภาคอุตสาหกรรมเป็นตัวอย่าง

#### ข) รูปแบบการเขียนมาตรฐานการปฏิบัติงาน

หลักการเขียนเนื้อหาของมาตรฐานการปฏิบัติงานในภาคอุตสาหกรรมซึ่งเรียกว่า (standard operating procedures; SOP ) ตามมาตรฐานสากลจะประกอบด้วย 8 ข้อ ดังนี้

- 1) วัตถุประสงค์ (purpose) เป็นวัตถุประสงค์ของ SOP เรื่องนั้น โดยจะต้องสอดคล้องกับนโยบายของฝ่ายเภสัชกรรม

- 2) ขอบเขตของงาน (scope) เป็นการระบุว่า SOP นี้จะใช้ในการปฏิบัติงานที่มีขอบเขตครอบคลุมกับงานใดบ้าง
- 3) หน่วยงานที่รับผิดชอบ (responsibility) เป็นการระบุถึงแผนกหรือกิจกรรมที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการนำ SOP นี้ไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และขอบเขตของงานที่กำหนดไว้
- 4) แนวปฏิบัติทั่วไปตามหลักเกณฑ์ที่ดีในการทำงาน ( general guidelines) เป็นการระบุถึงสิ่งที่ควรปฏิบัติและไม่ควรปฏิบัติ
- 5) แผนภูมิการทำงาน (flow chart of activities) เป็นการแสดงขั้นตอนการปฏิบัติงานโดยย่อในลักษณะของแผนภูมิ เพื่อให้เข้าใจถึงขั้นตอนการทำงานตามลำดับโดยง่าย พร้อมทั้งระบุหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอนด้วย
- 6) รายละเอียดของขั้นตอนการทำงาน ( detailed instruction) เป็นการบรรยายรายละเอียดในวิธีการปฏิบัติงานของแต่ละขั้นตอนตามแผนภูมิการทำงานที่ได้เขียนไว้ข้างต้น
- 7) คำอธิบายศัพท์หรือนิยาม ( glossary of terms) คำบางคำที่ใช้ใน SOP นั้นควรมีการอธิบายความหมายหรือให้คำนิยาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจชัดเจนและตรงกันภายในหน่วยงาน
- 8) เอกสารประกอบ ( exhibits) เป็นเอกสารแบบฟอร์มหรือสำเนาต่างๆที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนของการปฏิบัติงาน

มาตรฐานการปฏิบัติงานจะต้องระบุความจำเป็นในการทำงานแต่ละงานไว้อย่างชัดเจน เช่น

- ถ้ากิจกรรมนั้นเป็นกิจกรรมที่ต้องทำ ให้ระบุว่า “ ต้อง ” หรือ “ จำเป็นต้อง ”
- ถ้ากิจกรรมนั้นสามารถเลือกทำได้ ให้ระบุว่า “ ควร ” หรือ “ ตามสมควร ”
- ถ้ากิจกรรมนั้นให้ทำตามความสมัครใจ ให้ระบุว่า “ อาจจะ ”

### 1.5 การสร้างเกณฑ์ชี้วัด (Nadzam, 1991)

มาตรฐานการปฏิบัติงานจะบอกว่าจะต้องทำกิจกรรมอะไร และทำอะไร แต่ไม่สามารถบอกว่างานที่ทำนั้นมีคุณภาพดีหรือไม่ การที่จะบอกว่างานนั้นมีคุณภาพดีหรือไม่จะต้องอาศัยการประเมินคุณภาพ

คุณภาพเป็นสิ่งที่วัดได้ยาก ต่างจากการวัดปริมาณ ซึ่งมีเครื่องมืออยู่มากมาย เมื่อต้องการวัดคุณภาพ สิ่งที่ต้องทำก็คือ การหาเครื่องมือวัด แต่ถ้าเครื่องมือไม่มีอยู่ก่อนก็จำเป็นต้องสร้างขึ้นใหม่ เครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพอาจเรียกว่า เกณฑ์ชี้วัด การสร้างเกณฑ์ชี้วัดเป็นสิ่งที่ยากมาก ทั้งนี้

เนื่องจากคุณภาพมีลักษณะเป็นความคิดเห็น (Hynniman, 1986) หรือเป็นนามธรรม และการนิยามความหมายของคุณภาพไม่มีความชัดเจน Dinel ได้ให้นิยามคำว่า คุณภาพว่าเป็นเลิศ หรือลักษณะที่เป็นเลิศ และยังกล่าวอีกว่าถ้าไม่มีปัญหาหรือข้อบกพร่องในสินค้าหรือบริการให้ถือว่ามีความคุณภาพ เครื่องมือวัดที่สร้างขึ้นต้องได้รับการทดสอบทั้งในแง่ของความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ หลายๆ ครั้งหลายๆที่ ถ้ายังคงมีความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือไว้ได้ เครื่องมือวัดที่สร้างขึ้นก็ค่อนข้างจะเป็นเครื่องมือวัดที่ดี และได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย การวัดถ้าใช้เครื่องมือที่เป็นที่รู้จัก และยอมรับกันอย่างแพร่หลายก็จะทำให้การวัดนั้นน่าเชื่อถือ

มีค่าที่เกี่ยวข้องกับการวัดคุณภาพที่ควรทำความเข้าใจให้ตรงกันไว้ ดังนี้ (Dinel, 1979)

- 1) เกณฑ์ชี้วัด (Indicator) คือ ตัวชี้วัดคุณภาพ โดยทั่วไปหมายความเช่นเดียวกับเกณฑ์
- 2) เกณฑ์ (Criteria) คือ ตัวชี้วัดคุณภาพซึ่งสร้างโดยผู้ปฏิบัติงานหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ แสดงลักษณะของงาน หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ต้องการ ตัวอย่างเช่น บริหารยาให้กับผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนด
- 3) มาตรฐาน (Standard) เป็นค่าที่แสดงถึงระดับของคุณภาพ หรือเป็นส่วนที่เบี่ยงเบนไปจากเกณฑ์ที่ตั้งไว้ในขอบเขตที่ยอมรับได้ ค่าที่มีความหมายเดียวกันและสามารถใช้แทนกันได้ คือ เป้าหมาย (threshold) เช่น บริหารยาให้กับผู้ป่วยภายใน 15 นาทีของเวลาที่กำหนด
- 4) ค่าปกติ (Norms) เป็นค่าที่แสดงถึงระดับของคุณภาพที่เกิดขึ้นจริง หรือตามการปฏิบัติงานจริง ซึ่งมักไม่ใช้ในการประเมินคุณภาพ เช่น บริหารยาให้กับผู้ป่วยภายใน 60 นาทีของเวลาที่กำหนด

เกณฑ์ชี้วัด เป็นเครื่องมือวัดความถี่ของเหตุการณ์ต่างๆ ในการบริหารผู้ป่วย ซึ่งใช้ในการติดตาม ประเมิน และปรับปรุงคุณภาพการบริการ เกณฑ์ชี้วัดอาจไม่ได้เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพโดยตรง แต่จะเป็นตัวบ่งชี้ส่วนของงานที่เป็นปัญหาหรือมีข้อบกพร่อง ซึ่งจำเป็นต้องสืบสวนหาสาเหตุต่อไป เกณฑ์ชี้วัดอาจแบ่งได้หลายลักษณะ ดังนี้

#### ก) ประเภทของเกณฑ์ชี้วัด

แบ่งตามแหล่งที่มาได้เป็น

- 1) Empirical criteria สร้างจากการปฏิบัติงานจริงๆ ภายในสถาบันหรือโรงพยาบาลนั้นๆ
- 2) Normative criteria สร้างจากเอกสารวิชาการ เช่น ข้อกำหนดขององค์กรหรือสมาคม เช่น สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้เขียน ดังนั้นจึงไม่มีความเฉพาะเจาะจงต่อหน่วยงานที่จะนำไปใช้มากนัก

หรืออาจแบ่งเป็น

- 1) Sentinel-event indicator จะวัดกระบวนการหรือผลลัพธ์ที่ร้ายแรง ไม่พึงประสงค์ และที่สามารถหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดขึ้นได้ ซึ่งจะต้องวิเคราะห์ในรายละเอียดต่อไป
- 2) Rate-based indicator จะวัดเหตุการณ์ในการบริการผู้ป่วย โดยจะแสดงในรูปตัวเลขหรือความถี่ (volume indicator) หรือสัดส่วนของเหตุการณ์ ซึ่งอาจจะเป็นเหตุการณ์ที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ก็ได้ ซึ่งจะต้องนำมาวิเคราะห์ในรายละเอียดต่อไป

หรืออาจแบ่งเป็น

- 1) Desirable indicator เกณฑ์ชี้วัดที่แสดงในรูปเหตุการณ์การปฏิบัติงานที่ต้องการ
- 2) Undesirable indicator เกณฑ์ชี้วัดที่แสดงในรูปเหตุการณ์การปฏิบัติงานที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น หรือเขียนให้มีลักษณะเป็นเชิงลบ (negative statement) เพื่อแสดงว่าถ้ามีเหตุการณ์ที่ไม่ต้องการเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ก็จำเป็นต้องมีการปรับปรุงคุณภาพงาน

หรืออาจแบ่งเป็น

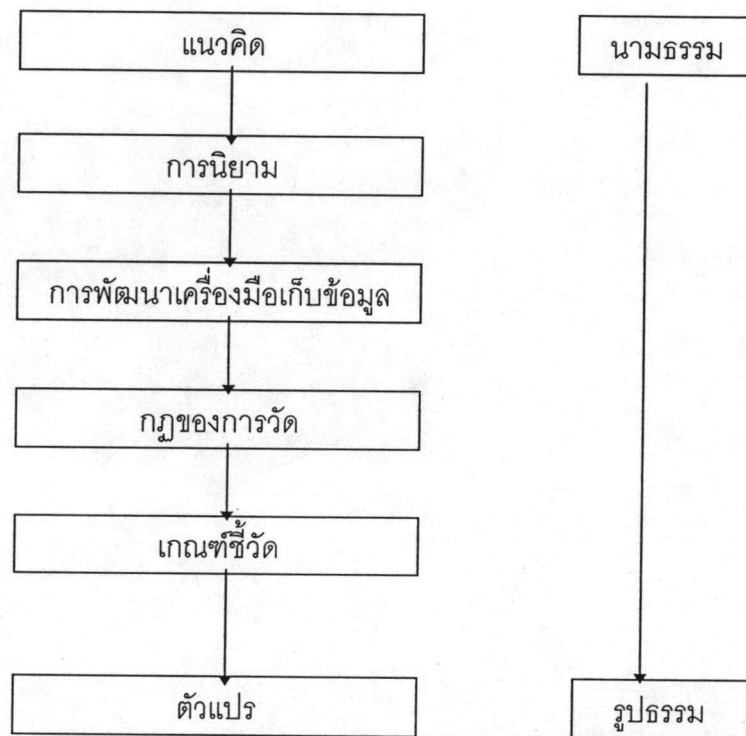
- 1) Structure indicator : เกณฑ์ชี้วัดโครงสร้าง
- 2) Process indicator : เกณฑ์ชี้วัดกระบวนการ
- 3) Outcome indicator : เกณฑ์ชี้วัดผลลัพธ์

ข) ขั้นตอนการสร้างเกณฑ์ชี้วัด (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2536 ; DiPiro et al., 1992)

- 1) ศึกษาระบบงานและขั้นตอนการทำงาน ผู้สร้างเกณฑ์ชี้วัดควรศึกษาระบบงานและขั้นตอนการทำงานให้เข้าใจ ถ้าเป็นการสร้างเกณฑ์ชี้วัดกระบวนการก็ต้องเข้าใจกระบวนการทำงานอย่างลึกซึ้ง
- 2) ศึกษาวิธีการสร้างเกณฑ์ชี้วัด การสร้างเกณฑ์ชี้วัดมีขั้นตอนโดยละเอียด ดังนี้
  - (1) การกำหนดกรอบแนวคิดหรือขอบเขตเนื้อหาของเกณฑ์ชี้วัดที่จะสร้างหรือที่เรียกว่า “indicator conceptual framework” เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้สร้างจะได้ไม่สับสนว่าจะสร้างเกณฑ์ชี้วัดไปเพื่ออะไร ใช้วัดอะไร ใช้อย่างไร อาจจำเป็นต้องใช้แบบฟอร์มสำหรับการสร้างเกณฑ์ชี้วัด (indicator development form) ซึ่งควรมีเนื้อหาเกี่ยวกับ กระบวนการที่สนใจจะสร้างเกณฑ์ชี้วัด (indicator focus) ส่วนประกอบในระบบหรือกระบวนการที่ติดตาม (system components or process monitored) วัตถุประสงค์ของเกณฑ์ชี้วัด (Indicator objective) เอกสารอ้างอิง (references) นิยามศัพท์ (definition of terms) เป็นต้น

(2) การนิยามเชิงปฏิบัติการ จากแนวคิดซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรม ผู้สร้างจะต้องพยายามเปลี่ยนมาสู่การวัดจริงที่เป็นรูปธรรม หรือที่เรียกว่าการนิยามเชิงปฏิบัติการ (operational definition) ซึ่งจะระบุวิธีการหรือกลยุทธ์ในการที่จะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะที่ได้ระบุไว้เกี่ยวกับคุณสมบัติของหน่วยศึกษาที่ต้องการวัด ซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้

แผนภาพแสดงการเปลี่ยนจากแนวคิดเกี่ยวกับการวัดมาสู่เกณฑ์ชี้วัดและตัวแปร



3) สร้างเกณฑ์ชี้วัดฉบับร่าง เนื้อหาของเกณฑ์ชี้วัดจะต้องยึดหลักตามเอกสารทางวิชาการ และควรได้รับการตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้เชี่ยวชาญ

4) ทดสอบเกณฑ์ชี้วัด เกณฑ์ชี้วัดจะต้องผ่านการทดสอบต่อไปนี้

- ความถูกต้องของการวัด (validity) หมายถึง การวัดในสิ่งที่ต้องการวัดจริงๆ
- ความเชื่อถือได้ของการวัด (reliability) หมายถึง การวัดที่ให้ผลเป็นที่เชื่อถือได้เมื่อ

ทำการวัดซ้ำ ซึ่งหมายความรวมถึง ความไวในการวัด (sensitivity) และความเฉพาะเจาะจงของการวัด (specificity)

5) ปรับปรุงแก้ไขจนมั่นใจ

6) นำมาใช้วัด



โดยสรุปแล้วเกณฑ์ชี้วัดจะต้องถูกสร้างขึ้นมาก่อนที่จะมีการวัด โดยจะต้องมีเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้มีความชัดเจน ไม่เปลี่ยนแปลง สามารถสื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจ และจะต้องเป็นข้อความที่เป็นวัตถุประสงค์ (objective) มีความถูกต้องทางวิชาการ สามารถวัดสิ่งที่ต้องการวัดได้ โดยจะต้องผ่านความเห็นชอบของผู้ปฏิบัติงาน และการอนุมัติจากหัวหน้างานก่อน

## 1.6 การประเมินคุณภาพ

เมื่อได้มาตรฐานการปฏิบัติงานและเกณฑ์ชี้วัดแล้วก็พร้อมที่จะประเมินคุณภาพ การประเมินคุณภาพจะทำให้ทราบถึงส่วนของงานหรือขั้นตอนการทำงานที่เป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขต่อไป

ก) ประเภทของการประเมินคุณภาพ (Donabedian, 1969 quoted in Johnson, Campbell and Christensen, 1974)

การประเมินคุณภาพของการให้บริการ อาจใช้แนวทางของ Donabedian ซึ่งได้แบ่งประเภทของการประเมินคุณภาพออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การประเมินโครงสร้าง (structure assessment) โดยจะประเมินด้านการจัดองค์กร เครื่องมือ สิ่งอำนวยความสะดวก ทรัพยากรต่างๆ เช่น บุคลากร การเงิน ที่จำเป็นสำหรับการให้บริการ ด้านสุขภาพ เป็นต้น ตัวอย่างการประเมินโครงสร้าง เช่น การมีหรือไม่มีเภสัชกรคลินิก, คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด, เภสัชตำรับของโรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งการออกแบบโครงสร้างที่ดี ถือเป็นปัจจัยอันหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดคุณภาพในการรักษาพยาบาล และส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย

2. การประเมินกระบวนการ (process assessment) จะประเมินขั้นตอนการทำงาน (procedures) หรือ กิจกรรม (activities) ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้บริการ เช่น กิจกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน, การคัดกรองอันตรกิริยาระหว่างยาจาก patient medication profile, การใช้ aseptic technique ในงานเตรียมหรือผสมยาฉีด การประเมินคุณภาพจากกระบวนการในการทำงาน เป็นการประเมินโดยอาศัยสมมติฐานที่ว่า กระบวนการให้บริการที่ดีจะนำไปสู่ผลการรักษาของผู้ป่วยในทางที่ดี

3. การประเมินผลลัพธ์ที่ได้ (outcome assessment) เป็นการประเมินผลของกิจกรรมที่ออกมาขั้นสุดท้าย ถ้าเป็นการบริการด้านสุขภาพ ผลที่ได้จะวัดได้ในรูปต่างๆ เช่น การที่ผู้ป่วยหายป่วย การใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า (cost-effective) ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของแพทย์ พยาบาลหรือการที่ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น

การประเมินคุณภาพ ควรจะใช้การประเมินทั้ง 3 รูปแบบร่วมกัน เพราะมีความเกี่ยวเนื่องและสัมพันธ์กัน การมีโครงสร้างที่ดี ส่งผลต่อกระบวนการที่ดี และผลลัพธ์ที่ดี แสดงดังแผนภาพ

โครงสร้าง - เครื่องมือ - บุคลากร - เงินทุน	กระบวนการ - กิจกรรมการทำงาน	ผลลัพธ์ - การหายจากโรค - ความพึงพอใจ - คุณภาพชีวิต
---	--------------------------------	---

### ข) วิธีประเมินคุณภาพงาน

การประเมินคุณภาพอาจทำโดยองค์กรภายนอก (external audit) เช่น Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) หรืออาจประเมินภายในองค์กร (internal audit) ซึ่งการประเมินภายในองค์กรอาจทำได้หลายลักษณะ ดังนี้

(1) การประเมินผลการปฏิบัติงานด้วยตนเอง (Self-audit หรือ self-appraisal) กลุ่มผู้ประเมินกับกลุ่มผู้ที่ปฏิบัติงานเป็นบุคคลเดียวกัน วิธีนี้มีประโยชน์หลายอย่าง เป็นการสะท้อนให้ผู้ปฏิบัติงานเช่น เภสัชกร ทบพจนบทบาทและวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงาน ช่วยให้มี การประเมินเป้าหมายในการทำงาน ซึ่งผลที่ตามมาคือ ทำให้เภสัชกรมีความสนใจที่จะค้นหาปัญหาในการทำงาน และหาวิธีแก้ปัญหา เพื่อให้ได้ผลงานเป็นที่น่าพอใจ แต่ก็มีข้อเสีย ผลการประเมินอาจดูไม่น่าเชื่อถือ เนื่องจากผู้ประเมินอาจมีอคติ (bias) ได้

(2) การประเมินผลการปฏิบัติงานโดยเพื่อนร่วมงานบริการ (Peer-audit หรือ Peer review) เป็นวิธีการที่ดีในการประเมินผล เนื่องจากเป็นการแสดงความคิดเห็นของบุคลากรหลายวิชาชีพที่ทำงานร่วมกับเภสัชกร เช่น วิชาชีพแพทย์ วิชาชีพพยาบาล การประเมินผลโดยวิธีนี้มีข้อดีคือ มีความเป็นกลาง ไม่มีอคติ จึงทำให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือ แต่วิธีนี้ก็ยังมีข้อเสียคือ ผู้ประเมินอาจไม่มีความรู้ในงานของเภสัชกรดีพอ

(3) การประเมินผลการปฏิบัติงานโดยวิชาชีพเดียวกัน แต่ไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ตนเป็นผู้ประเมิน (Professional audit) วิธีนี้จะแก้ไขข้อเสียของสองวิธีแรก เนื่องจากผู้ประเมินเป็นเภสัชกร ย่อมจะเข้าใจการปฏิบัติงานบริการทางเภสัชกรรมเป็นอย่างดี และไม่มี ความลำเอียงในการประเมินอีกด้วย ซึ่งผู้ประเมินนอกจากเป็นเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในส่วนอื่นแล้ว อาจเป็นหัวหน้างานซึ่งการประเมินผลโดยหัวหน้างาน จะทำให้สามารถแลกเปลี่ยนทัศนคติ และแสดงความคิดเห็นต่อผู้บังคับบัญชาได้โดยตรง

ค) การประเมินผลการปฏิบัติงานของเภสัชกร (Schmock et al., 1990)

การประเมินผลการปฏิบัติงานบริหารเภสัชกร จะแสดงถึงผลลัพธ์ระยะกลางของการบริหารเภสัชกร (intermediate outcomes) เนื่องจากยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์สุดท้าย (final outcomes) ที่เกิดกับผู้ป่วยได้ Joint commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ได้เสนอแนะให้มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเภสัชกร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) ช่วยเหลือและสนับสนุนเภสัชกรในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ได้ผลงานเป็นที่น่าพอใจ
- 2) เพื่อแนะนำเภสัชกรให้มีการบันทึกรวบรวมผลการปฏิบัติงาน
- 3) เพื่อกระตุ้นให้เภสัชกรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน และก่อให้เกิดความร่วมมือและประสานงานกันภายในแผนกและระหว่างแผนก
- 4) เพื่อเป็นการค้นหางานที่ต้องปรับปรุงให้ได้ผลงานเป็นที่น่าพอใจ และเป็นการค้นหาวิธีการที่จะนำมาปรับปรุงงานให้ดีขึ้น
- 5) เพื่อสนับสนุนให้เภสัชกรเกิดการพัฒนาตนเอง ให้มีความรู้ ความชำนาญในการปฏิบัติงานมากขึ้น

ง) วิธีการเก็บข้อมูล (Jackson, 1986)

ในการประเมินคุณภาพงาน จะต้องมีการเก็บข้อมูลการปฏิบัติงาน ซึ่งข้อมูลอาจได้จาก

- 1) แบบบันทึกในการดูแลผู้ป่วย (clinical records)
- 2) การสังเกตการณ์ (direct observation)
- 3) การสำรวจความคิดเห็นและพฤติกรรม (behaviour and opinions)
- 4) การรายงานด้วยตนเอง (auto-reputational)

ในกระบวนการประกันคุณภาพ ภายหลังจากประเมินคุณภาพงานโดยใช้เกณฑ์ชี้วัด จะทำให้ทราบว่ากิจกรรมใดหรืองานใดไม่ได้มาตรฐานตามที่กำหนด เภสัชกรต้องมีการค้นหาสาเหตุ และวางแนวทางแก้ไข หลังจากมีการแก้ไขไประยะหนึ่งแล้ว จึงมีการประเมินคุณภาพอีกครั้ง จากที่กล่าวแล้วว่าการประกันคุณภาพมีลักษณะเป็นวงจรที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงควรมีการประเมินคุณภาพอย่างสม่ำเสมอหรือมีการประเมินเป็นระยะเวลาที่แน่นอน เช่น ทุกเดือน ทุก 3 เดือน ทุกครึ่งปี เป็นต้น

## 2. การประกันคุณภาพในงานบริหารผู้ช้ยา

### 2.1 ที่มาและความสำคัญของการประกันคุณภาพในงานบริหารผู้ช้ยา

หลักการประกันคุณภาพได้นำมาใช้ในหลายวงการทั้งธุรกิจและราชการ ทั้งในด้านผลิตภัณฑ์ และงานบริการ ในทางการรักษา เช่น ในทางการแพทย์ การพยาบาล การบริการทางเภสัชกรรม ก็ได้นำกระบวนการประกันคุณภาพมาใช้ ในทางเภสัชกรรมได้มีการรับประกันคุณภาพของสินค้าและบริการมานานแล้ว กล่าวคือ ในโรงงานอุตสาหกรรมยาจะมีฝ่ายควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์ ในโรงพยาบาลก็มีการประกันคุณภาพในหลายๆงาน เช่น การประกันคุณภาพในงานกระจายยา (Brockemier, 1980) งานเภสัชสนเทศ (Moody, 1990) ‘งานเตรียมยาที่ให้ทางหลอดเลือด ในประเทศไทยก็ได้มีการประกันคุณภาพในทางเภสัชกรรมเช่นกัน ตัวอย่างเช่น การประกันคุณภาพการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (อุษา สโมสร, 2536) ซึ่งพบว่าภายหลังการประกันคุณภาพการใช้ยา ปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Chase (1991) ได้รายงานว่าการนำกระบวนการประกันคุณภาพมาใช้จะทำให้คุณภาพของสินค้าหรือบริการมีการพัฒนาให้ดีขึ้น

การบริหารผู้ช้ยาเป็นแนวคิดใหม่ และถือเป็นพันธกิจของวิชาชีพซึ่งเภสัชกรต้องปฏิบัติ เพื่อให้งานบริหารผู้ช้ยามีการปรับปรุง พัฒนาให้มีคุณภาพตามต้องการ จึงได้นำกระบวนการประกันคุณภาพมาใช้ เช่นเดียวกับงานบริการทางเภสัชกรรมอื่นๆ

### 2.2 แนวคิดการบริหารผู้ช้ยา (pharmaceutical care)

จากอุบัติการณ์การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากการใช้ยาที่สูง ทำให้สังคมเรียกร้องให้ผู้ให้การรักษาให้ความคุ้มครองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างปลอดภัย เภสัชกรจึงจำเป็นต้องปรับบทบาทวิชาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม จากการพัฒนาบทบาทวิชาชีพตามลำดับ จนในที่สุดได้มีผู้เสนอแนวคิดเรื่องการบริหารผู้ช้ยาขึ้น ซึ่งมีผู้ให้นิยามไว้ต่างๆกัน แต่นิยามที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ นิยามของ Hepler และ Strand

การบริหารผู้ช้ยา หมายถึง ความรับผิดชอบในส่วนของที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ช้ยา ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยมีเป้าหมายหลัก เพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดี และเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ช้ยา โดยผลการรักษาหมายถึง

1. การหายจากโรค
2. ช่วยจัดหรือบรรเทาอาการของโรค
3. ช่วยลดความรุนแรงของโรค
4. ป้องกันโรคหรืออาการที่อาจเกิดขึ้น

การปฏิบัติงานตามแนวคิด จะต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วย และทีมการรักษา ในการวางแผน ดำเนินการและติดตามแผนการรักษา โดยกำหนดให้เภสัชกรมีหน้าที่สำคัญ 3 ประการ คือ บ่งชี้ปัญหาที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้น แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

การบริหารალผู้ใช้ยาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องผนวกเข้ากับองค์ประกอบที่จำเป็นอื่นๆ ประเด็นที่สำคัญของการบริหารยา คือจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง และก่อให้เกิดคุณภาพของการใช้ยา (Hepler and Strand, 1990)

## 2.2 แนวทางปฏิบัติงานบริหารยาผู้ใช้ยา

ก่อนการเสนอแนวคิดการบริหารยาผู้ใช้ยา มีผู้เสนอการดูแลติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยไว้ซึ่งเรียกว่า Pharmacist Workup of Drug Therapy (PWDT) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 7 ขั้นตอน โดยขั้นตอน 1- 5, 7 จะเกี่ยวข้องกับการใช้ความรู้ทางเภสัชกรรมและเภสัชวิทยา ส่วนขั้นตอนที่ 6 จะเกี่ยวข้องกับการกระจายยา (Hepler and Strand, 1990)

- 1) การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาเกี่ยวกับยา
- 2) การบ่งชี้ปัญหาเกี่ยวกับยา
- 3) การกำหนดเป้าหมายการรักษาด้วยยา
- 4) การกำหนดทางเลือกด้วยยาที่เป็นไปได้
- 5) การเลือกแบบแผนการใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
- 6) การจัดยาให้ผู้ป่วย
- 7) การวางแผนติดตาม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

เนื่องจากการบริหารยาผู้ใช้ยา เน้นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกร เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยของแพทย์ (medical care) การดูแลผู้ป่วยของพยาบาล (nursing care) และการบริหารยาผู้ใช้ยามีลักษณะประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย (comprehensive pharmaceutical care) และเป็นกระบวนการ

ที่ต้องอาศัยการเรียนรู้ (cognitive process) จึงมีการเสนอกระบวนการบริหารผู้สูงอายุที่เน้นความสำคัญของการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วย และการกำหนดผลการรักษาร่วมกับตัวผู้ป่วย ซึ่งกระบวนการบริหารผู้สูงอายุซึ่งพัฒนามาจากการติดตามการใช้ยาที่เสนอมี 9 ขั้นตอน คือ (Strand, Cipolle and Morley, 1992)

- 1) การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเภสัชกร
- 2) การรวบรวม การวิเคราะห์ และตีความหมายข้อมูล
- 3) การจัดทำรายการและลำดับความสำคัญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา
- 4) การกำหนดผลการรักษาด้วยยาที่ต้องการร่วมกับผู้ป่วย สำหรับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแต่ละปัญหา
- 5) การพิจารณากำหนดด้วยยาอื่นซึ่งเป็นทางเลือกที่เป็นไปได้
- 6) การเลือกบำบัดด้วยยาที่เหมาะสมที่สุดในการแก้ปัญหา และกำหนดแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
- 7) การวางแผนการติดตามผลการใช้ยา
- 8) การดำเนินการตามแผนและติดตามผู้ป่วยที่กำหนดไว้
- 9) การติดตามผลสำเร็จของการดำเนินงาน

สำหรับในประเทศไทยได้มีการทดลองดำเนินการตามแนวคิดการบริหารผู้สูงอายุ เช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2537 ที่โรงพยาบาลราชวิถี สุชาติดา ธนัทธ์ภักวิน ได้ดำเนินโครงการบริหารผู้สูงอายุกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ จันทน์ ฉัตรวิริยวงศ์ ได้ดำเนินโครงการบริหารผู้สูงอายุกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ วินัดดา ชุตินาราได้ดำเนินโครงการการผสมผสานงานระบบกระจายยาและการบริหารผู้สูงอายุระดับต้น ซึ่งได้เสนอกิจกรรมที่เภสัชกรควรปฏิบัติในกระบวนการบริหารผู้สูงอายุไว้ดังนี้

- 1) การรับและสัมภาษณ์ผู้ป่วยใหม่
- 2) การสร้างฐานข้อมูลผู้ป่วย
- 3) การประเมินปัญหาในขั้นตอนการสั่งยา
- 4) การประเมินปัญหาในขั้นตอนการคัดลอกคำสั่ง
- 5) การประเมินปัญหาในขั้นตอนการจ่ายยา
- 6) การประเมินปัญหาในขั้นตอนการบริหารยา
- 7) การติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย
- 8) การสอนและให้คำปรึกษาด้านยา

- 9) การประเมินการสั่งยาก่อนกลับบ้าน
- 10) การติดตามการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยกลับบ้าน
- 11) การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน
- 12) การติดตามป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับการตรวจหลังออกจากโรงพยาบาล
- 13) การให้บริการข้อมูลแก่แพทย์และพยาบาล

การปฏิบัติงานบริหารเภสัชกรจำเป็นต้องมีการนิยาม การกำหนดขอบเขตงาน วิธีการดำเนินงาน การตรวจสอบการทำงาน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีมาตรฐานการปฏิบัติงาน การบริหารเภสัชกรโดยนิยามแล้วมีการกำหนดเป้าหมาย บทบาทหน้าที่ไม่แตกต่างกัน แต่การปฏิบัติงานอาจมีความแตกต่างกันบ้างในแต่ละโรงพยาบาล การปฏิบัติงานบริหารเภสัชกรอาจทำได้ในหลายลักษณะ เช่น ทำโดยเภสัชกรคนเดียวหรือทำเป็นกลุ่มเภสัชกร อาจทำในผู้ป่วยนอกหรือในผู้ป่วยใน ซึ่งต้องกำหนดไว้ให้ชัดเจน

ในสหรัฐอเมริกามาตรฐานการปฏิบัติงานถูกสร้างและรับรองโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมของรัฐ (State pharmacy boards) และมีผลบังคับใช้ตามกฎหมายหรือตามความสมัครใจ อย่างไรก็ตามในแต่ละองค์กรสามารถสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานซึ่งมีความเฉพาะเจาะจงต่อสภาพการปฏิบัติงานภายในหน่วยงานเองได้ แต่ควรจะมีเนื้อหาครอบคลุมถึงบทกำหนดเกี่ยวกับการบริหารเภสัชกรที่ชัดเจน การจัดสภาพภายในองค์กรให้เอื้อต่อการทำงาน การประเมินคุณภาพภายในฝ่ายเภสัชกรรมหรือโดยหน่วยงานภายนอก กระบวนการหรือขั้นตอนปฏิบัติงานบริหารเภสัชกร

มาตรฐานการปฏิบัติงานเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน (Strand, Guerero, Nickman and Morley, 1990) และเป็นสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานบริหารเภสัชกร ในประเทศสหรัฐอเมริกาก็ได้การเสนอให้มีการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานบริหารเภสัชกรและให้การรับรองโดย Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) (Chase, 1991) และสำหรับประเทศไทยก็ควรมีมาตรฐานการปฏิบัติงานบริหารเภสัชกรเช่นเดียวกัน

### 2.3 การประเมินคุณภาพงานบริหารเภสัชกร

การประเมินคุณภาพงานบริหารเภสัชกร มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานบริหารเภสัชกร และอาจเป็นเครื่องมือในการประเมินตัวเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานอีกด้วย ในการประเมินคุณภาพจะต้องใช้เกณฑ์ชี้วัด ซึ่งตัวอย่างเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพในงานบริหารเภสัชกร ได้แก่ (Farris and Kirking, 1993)

1. เกณฑ์ชี้วัดโครงสร้าง ตัวอย่างเช่น
  - มีเภสัชกรคลินิก
  - มีระบบจัดการฐานข้อมูลผู้ป่วย
  - มียาและเวชภัณฑ์เพียงพอ
  - มีระบบคอมพิวเตอร์
  - มีผู้ช่วยเภสัชกร จำนวนเพียงพอ
  - มีห้องหรือบริเวณสำหรับให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยแยกเป็นสัดส่วน
  
2. เกณฑ์ชี้วัดกระบวนการ ตัวอย่างเช่น
  - มีการรวบรวมข้อมูลจากใบสั่งยา
  - มีการค้นหาค้นหาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย
  - มีการติดตามผลของยาหรือภาวะแทรกซ้อน
  - มีการตรวจสอบความถูกต้องของฉลากยา ผลิตภัณฑ์ยา กับ ใบสั่งยา
  - มีการให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยเมื่อมีการส่งมอบยา
  - มีการให้คำแนะนำการใช้ยาที่เป็นเอกสารแก่ผู้ป่วยเพื่ออ่านดู
  - มีการจัดบันทึก การพบพบการใช้ยาของผู้ป่วย
  - มีการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย
  - มีการประสานงานกับวิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล เมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา
  - มีการตอบข้อซักถามของผู้ป่วย
  - มีการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ทีมการรักษา
  - มีการรับฟังปัญหาผู้ป่วย
  - มีการให้การดูแล เอาใจใส่ผู้ป่วยด้วยอัธยาศัยไมตรี
  
3. เกณฑ์ชี้วัดผลลัพธ์ ตัวอย่างเช่น
  - ผู้ป่วยหายจากโรคเป็นปกติ
  - ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น
  - ผู้ป่วยมีการดำเนินไปของโรคช้าลง หรือ ชลอกระบวนการเกิดโรค
  - ผู้ป่วยไม่เป็นโรคซ้ำอีก หรือ ป้องกันการเกิดโรคได้
  - ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาเพิ่มขึ้น



- ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งเพิ่มขึ้น
- การสั่งยามีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้น
- เกิดปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดลง
- เกิดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาลดลง
- ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการ

ในปี 1992 กลุ่มพัฒนาเกณฑ์ชี้วัด สมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (ASHP Quality Assurance Indicator Development Group) ได้ตีพิมพ์รายงานการสร้างเกณฑ์ชี้วัดในงานบริหารผู้ป่วย โดยเน้นที่การประเมินคุณภาพผลลัพธ์ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ผลลัพธ์ที่ตัวผู้ป่วย (patient outcome) และ ผลลัพธ์ขององค์กร (organizational outcome) เนื่องจากยังไม่สามารถวัดผลลัพธ์ที่ตัวผู้ป่วยเฉพาะส่วนการบริหารผู้ป่วยโดยเภสัชกรได้ ผลลัพธ์ในการบริหารผู้ป่วยในที่นี้จึงเป็นผลลัพธ์ระยะกลาง (intermediate outcome) ซึ่งได้แก่ความถี่ของการเกิดปัญหาเกี่ยวกับยา ซึ่งเกณฑ์ชี้วัดในงานบริหารผู้ป่วยได้แก่

1) ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

(1) ความถี่ในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้

- ผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีด Vancomycin ในอัตราเร็วน้อยกว่า 45 นาที แล้วเกิด red neck syndrome

- ผู้ป่วยที่มีอาการหน้ามืด เป็นลมจากการใช้ยาลดความดัน

(2) ความถี่ที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์แล้วไม่ได้รับการแก้ไขที่เหมาะสม

- ผู้ป่วยที่มีการหายใจถูกกดซึ่งเป็นผลจากการได้รับยาที่เป็นอนุพันธ์ของฝิ่น แล้วไม่ได้รับยาเพื่อแก้ไขที่เหมาะสม

- ผู้ป่วยที่เลือดออกจากการใช้ heparin แล้วไม่ได้รับ protamine หรือการรักษาที่เหมาะสม

2) ปัญหาผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้

(1) ความถี่ในการพบผู้ป่วยได้รับยาโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง

- ผู้ป่วยได้รับยาที่แพทย์สั่งหยุดไปแล้ว

3) ปัญหาผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อน

(1) ความถี่ในการพบผู้ป่วยได้รับยาตัวเดียวกัน แต่ชื่อการค้าต่างกัน

ถึงแม้ว่านิยามของการบริหารผู้ป่วยจะกำหนดให้เภสัชกรเป็นผู้ที่จะต้องรับผิดชอบต่อผลจากการใช้ยาของผู้ป่วย แต่การติดตามตรวจสอบคุณภาพการบริหารผู้ป่วยไม่สามารถตรวจสอบเฉพาะผลในขั้นสุดท้ายที่เกิดกับผู้ป่วย เช่น การที่ผู้ป่วยหายจากโรคหรือมีอาการทุเลาเบาบางลงได้ ทั้งนี้เป็นเพราะปัจจัยหลายประการ เช่น มีความยุ่งยากในการนิยามผลลัพธ์ในรูปแบบที่สามารถวัดได้ ผลในขั้นสุดท้ายที่เกิดกับผู้ป่วยขึ้นกับปัจจัยหลายประการแม้ว่าจะมีโครงสร้างและกระบวนการให้การบริหารที่ถูกต้องเหมาะสมก็ตาม และผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยขึ้นกับการดูแลของแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ไม่สามารถบ่งชี้ผลลัพธ์จากการบริหารโดยเภสัชกรได้อย่างชัดเจน และบางครั้งผู้ป่วยก็มีอาการดีขึ้นเองก็ได้ และการประเมินผลลัพธ์จะต้องรอให้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสิ้นสุดเสียก่อน จึงอาจจะล่าช้าเกินไปต่อการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการประเมินคุณภาพงานบริหารทางเภสัชกรรม ไม่สามารถเลือกประเมินเฉพาะผลลัพธ์ แต่จะต้องประเมินให้ครบทุกองค์ประกอบ คือ การประเมินโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งเนื่องจากการประเมินผลลัพธ์ทำได้ยาก ดังนั้นในระยะแรกของการประเมิน การเลือกประเมินโครงสร้าง และกระบวนการ จึงเป็นวิธีที่สะดวกมากกว่า (DiPiro et al., 1992) ซึ่งอาจสรุปแนวทางการประเมินแต่ละประเภทไว้ดังนี้

การประเมินโครงสร้างจะต้องประเมินเป็นระยะๆ เพื่อตรวจสอบศักยภาพในการให้บริการ การประเมินกระบวนการ จะต้องมีการบันทึกขั้นตอนในการดำเนินงาน และกระบวนการนั้นจะต้องสัมพันธ์กับผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

การประเมินผลลัพธ์ จะต้องประสานงานกับวิชาชีพอื่นๆ เพื่อที่จะดูผลโดยรวมในทุกๆ ด้าน เช่น ผลต่อจิตใจ เศรษฐกิจ สังคม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุปแล้วการประกันคุณภาพงานบริการด้านสุขภาพใดๆ ก็ตามเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะในพันธกิจใหม่ของวิชาชีพเภสัชกรซึ่งต้องรับผิดชอบต่อผลการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโดยตรง จึงควรมีการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานอันเป็นมาตรฐาน เพื่อเป็นแนวทางนำไปสู่คุณภาพในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการประเมินคุณภาพโดยใช้เกณฑ์ชี้วัดที่เหมาะสมเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล