

โรงพยาบาลในประเทศไทย ได้อะไรจาก HA

น.พ.สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิพงศ์

บทนำ

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) เกิดขึ้นในประเทศไทยโดยจัดเป็นโครงการนำร่องและวิจัย ปี พ.ศ. 2536-2539 ใน 8 โรงพยาบาลและเริ่มเป็นโครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างเป็นทางการปี พ.ศ.2540 ในระยะเวลาเพียงไม่กี่ปี ได้จุดกระแสการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยกระบวนการ HA อย่างแพร่หลาย ในโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศ ตั้งแต่โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย โรงพยาบาลส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลเอกชน

กระบวนการพัฒนาคุณภาพ HA เกิดผลกระทบท่อโรงพยาบาลต่าง ๆ อย่างมากมาย และเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหลายประการ จริงอยู่มีปัญหาเกิดขึ้นหลายประการเช่นกัน ซึ่งมูลเหตุสำคัญเกิดจากความไม่เข้าใจถึงแก่นแท้ของ HA รวมทั้งวัฒนธรรมและความเคยชินของบุคลากร

ผู้เขียนซึ่งมีโอกาสได้เยี่ยมโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ หลายสิบแห่งในระยะเวลากว่า 2 ปี ในฐานะวิทยากรที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมชมสำรวจของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ขอเขียนถึงประสบการณ์ในส่วนดีของกระบวนการพัฒนาคุณภาพ HA ที่มีต่อโรงพยาบาล ซึ่งพอประมวลได้ดังนี้

1. ความตื่นตัวในเรื่องคุณภาพ
2. การวิเคราะห์กระบวนการทำงาน
3. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม
4. การปรับปรุงระบบสนับสนุน
5. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
6. การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
7. การรักษามาตรฐานวิชาชีพและคุณภาพการรักษายาพยาบาล

1. ความตื่นตัวในเรื่องคุณภาพ

เกิดความตื่นตัวในเรื่องคุณภาพขึ้นในโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศ และทำให้เกิดกระบวนการคุณภาพเพื่อการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่

- 1.1. การสร้างทีมพัฒนาคุณภาพ
- 1.2. การกำหนดเป้าหมาย
- 1.3. การกำหนดกลไกการดำเนินงาน
- 1.4. การกำหนดดัชนีชี้วัดคุณภาพ
- 1.5. การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติ ดัชนีชี้วัดคุณภาพ
- 1.6. การติดตามประเมินผล

1.1. การสร้างทีมพัฒนาคุณภาพ

เกิดการสร้างทีมพัฒนาคุณภาพเสริมเข้าไปในโครงสร้างทีมงานเดิมของโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถสร้างกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างสอดคล้องกับมาตรฐาน HA การสร้างทีมนี้ทำให้เกิดการทำงานประสานแนวราบระหว่างสายงาน และระหว่างวิชาชีพขึ้น ได้แก่

1.1.1. ทีมนำระดับโรงพยาบาล

1.1.2. ทีมนำเฉพาะด้านต่างๆ เช่น การพัฒนาทรัพยากรบุคคล โครงสร้างกายภาพและความปลอดภัย ระบบสารสนเทศ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การจัดการเรื่องเครื่องมือ องค์กรแพทย์ และการบริหารการพยาบาล เป็นต้น

1.1.3. ทีมนำทางคลินิก

1.2. การกำหนดเป้าหมาย

เกิดการกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ แผนยุทธศาสตร์ เข้มมุ่ง แผนปฏิบัติการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานอย่างมีทิศทางร่วมกัน สิ่งสำคัญคือ การสร้างความมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในการกำหนดเป้าหมาย และมีการใช้ แผนต่างๆ ในการทำงานจริงเพิ่มขึ้น

1.3. การกำหนดกลไกการดำเนินงาน

เกิดความตระหนักในเรื่องความสำคัญของการสื่อสารสองทาง ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ เกิดการสร้างระบบเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการทำงานของบุคคล เกิดการสร้างระบบเอกสารและคู่มือต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของบุคลากร

1.4. การกำหนดดัชนีชี้วัดคุณภาพ

เกิดการกำหนดดัชนีชี้วัดคุณภาพเพื่อวัดกระบวนการและผลลัพธ์ในด้านการบริหาร (Management Indicator) การบริการ (Service Indicator) และการรักษาพยาบาล (Clinical Indicator)

เกิดการเรียนรู้มิติคุณภาพด้านต่างๆ ได้แก่ Acceptability, Accessibility, Appropriateness, Competency, Continuity, Effectiveness, Efficiency, Safety, Patient right and dignity เป็นต้น

1.5. การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติ ดัชนีชี้วัดคุณภาพ

เกิดการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสถิติดัชนีชี้วัดคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา และกำหนดแนวทางแก้ไขป้องกันอย่างเหมาะสม

1.6. การติดตามประเมินผล

เกิดการเรียนรู้และเห็นความสำคัญของการติดตามประเมินผลการดำเนินงานและผลลัพธ์ โดยทีมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งทีมผู้บริหารโรงพยาบาล ทำให้ทราบผลการปฏิบัติงาน ปัญหาอุปสรรค และให้การสนับสนุนผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ เพื่อบรรลุเป้าหมาย

2. การวิเคราะห์กระบวนการทำงาน

เกิดทักษะในการวิเคราะห์กระบวนการทำงานของแต่ละหน่วยงาน การค้นหาความเสี่ยงตามโปรแกรมต่างๆ ได้แก่ ความปลอดภัย การควบคุมการติดเชื้อ ความเสี่ยงในการดูแลรักษาผู้ป่วย การจัดการกับข้อร้องเรียน

เกิดการเรียนรู้การใช้แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA ของทีมงานและหน่วยงาน เพื่อเป็นคู่มือในการวิเคราะห์กระบวนการทำงาน ค้นหาความเสี่ยงและโอกาสพัฒนา

3. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม

เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนในโรงพยาบาลต่างๆ ในเรื่องโครง

สร้างกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ การจัดสัดส่วนในการให้บริการผู้ป่วยและญาติโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้พิการ ทุพพลภาพ การป้องกันการติดเชื้อระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ความเหมาะสมของสถานที่เมื่อคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย เช่น ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังคำนึงถึงความปลอดภัยด้านต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

4. การปรับปรุงระบบสนับสนุน

เกิดการพัฒนาระบบสนับสนุนอย่างมากในโรงพยาบาล เนื่องจากตระหนักถึงความสำคัญ รวมทั้งการใช้องค์ความรู้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นรากฐานที่ถูกต้องในการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน ได้แก่

- ระบบไฟฟ้าสำรอง จุกเดิน
- ระบบน้ำประปาสำรอง
- ระบบก๊าซทางการแพทย์ การสำรอง / ความปลอดภัย
- ระบบบำบัดน้ำเสีย
- ระบบการกำจัดขยะ
- ระบบการขนส่ง / รถฉุกเฉิน
- ระบบการระงับและป้องกันอัคคีภัย
- ระบบการถ่ายเทอากาศ/ การใช้เครื่องปรับอากาศ

ระบบสนับสนุนต่าง ๆ ดังกล่าว โรงพยาบาลหลายแห่งไม่ได้รับการจัดตั้งอย่างเหมาะสม หลายแห่งขาดความรู้ความเข้าใจ และหลายแห่งขาดการบำรุงรักษา

การปรับปรุงระบบสนับสนุนต่าง ๆ เป็นอีกมิติหนึ่งของคุณภาพ ที่มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ

5. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

เกิดทักษะในการพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิด PDCA (Plan Do Check Act) อย่างกว้างขวาง ในหน่วยงานต่างๆของโรงพยาบาล ทำให้วงล้อการพัฒนาเคลื่อนหมุน เกิดกิจกรรมคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) มากมาย เกิดนวัตกรรมต่าง ๆ กิจกรรมคุณภาพและนวัตกรรมหลายเรื่องได้มีการเผยแพร่และนำไปใช้ในหน่วยงานและในโรงพยาบาลอื่น ๆ สร้างคุณประโยชน์แก่ผู้ปฏิบัติงานและ ผู้ป่วยที่ขยายวงออกไปทั่วประเทศ

6. การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

เกิดกระบวนการตอบสนองต่อความต้องการข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการให้บริการ สร้างความตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ นอกจากนี้ยังเกิดกระบวนการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ และนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการกำหนดกิจกรรมต่างๆเพื่อให้เกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

อีกสิ่งหนึ่งที่เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น คือ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการรักษาพยาบาลมากขึ้น

7. การรักษามาตรฐานวิชาชีพและคุณภาพการรักษาพยาบาล

เกิดกระบวนการทบทวนทางคลินิกในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพ

การทบทวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยเสียชีวิต การทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา การทบทวนบันทึกเวชระเบียน การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ นอกจากนี้มีการสร้างแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (CPG) ในกลุ่มโรคต่าง ๆ ที่พบบ่อยหรือมีความเสี่ยงสูง

เกิดแนวโน้มการดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลในเรื่องการบริหารจัดการต่างๆ เพื่อสร้างความปลอดภัยต่อผู้ป่วย (Patient Safety) เกิดกระบวนการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) และเกิดกระบวนการค้นหาสาเหตุพื้นฐานของปัญหา (Root Cause Analysis)

สรุป

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(HA) เป็นเครื่องมือที่โรงพยาบาลในประเทศไทยหลายร้อยแห่งเลือกใช้ในการพัฒนาคุณภาพ เกิดประสิทธิผลสร้างความตื่นตัวในเรื่องคุณภาพ เกิดผลกระทบในการยกระดับคุณภาพโรงพยาบาลทั่วทั้งองค์กร รวมทั้งการปรับปรุงระบบสนับสนุนพื้นฐานต่างๆ เกิดกระบวนการ PDCA เพื่อติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน เกิดกิจกรรมคุณภาพ CQI และนวัตกรรมที่เป็นประโยชน์

กระบวนการ HA มีเป้าหมายเพื่อสร้างวัฒนธรรมในการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการทำงานคุณภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำ สร้างระบบเพื่อสร้างหลักประกันในการให้บริการอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อสร้างความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในกระบวนการรักษาพยาบาล

แม้ว่าในขณะนี้จะมีโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพจำนวนน้อย แต่กระบวนการคุณภาพเกิดขึ้นแล้วในโรงพยาบาลจำนวนมาก เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในรูปแบบต่าง ๆ มากบ้างน้อยบ้าง และมีแนวโน้มในการพัฒนาดีขึ้นในอนาคต

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) มีความสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นในเรื่องระบบการรักษาพยาบาลด้วยมาตรฐาน มีความปลอดภัยและการธำรงจริยธรรมแห่งวิชาชีพของบุคลากรต่าง ๆ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในประเทศไทย เพื่อให้โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่สาธารณชนสามารถตรวจสอบได้ สอดคล้องกับการปฏิรูประบบการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของกระแสสังคมในโลกยุคโลกาภิวัตน์