ไปดูเขาพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในแคนาดา โดยกระบวนการ Accreditation

นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล*

ความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในแคนาดา อยู่ที่ความตระหนักในคุณค่าของการประเมินตนเอง และการยืนยันผลการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกด้วยความสมัครใจ ทั้งขึ้นอยู่กับกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพจำนวนหนึ่งที่มาทำงานร่วมกันเพื่อเป็นหลักประกันว่า กระบวนการนี้สะท้อนเป้าหมายร่วมกันในการให้บริการที่มีคุณภาพสูง

เมื่อปลายเดือนพฤษภาคม 2539 ผู้เขียนได้มีโอกาสร่วมคณะของกระทรวงสาธารณสุข ไปดูงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศแคนาดา ซึ่งก่อนหน้านี้ได้แต่รับทราบเรื่องราวจากเอกสาร การบรรยาย และการสาธิตโดยวิทยากรชาวแคนาดาซึ่งมาปฏิบัติงานในประเทศไทย

คณะผู้ดูงานได้มีโอกาสพบปะกับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เมือง Vancouver รัฐ British Columbia เมือง Winnipeg รัฐ Manitoba รวมทั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่อง accreditation คือ The Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) บทความนี้ประมวลแนวความคิดที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพของแคนาดาจากข้อมูลทุกแหล่งที่มีอยู่

ระบบบริการสุขภาพของแคนาดา

ประเทศแคนาดามีหลักพื้นฐานในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน คือ (1) ประชาชนทุกคนได้รับการคุ้มครองภายใต้แผนประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้ารับการรักษาโดยไม่ต้องจ่ายเงิน (2) รัฐบาลในแต่ละรัฐเป็นผู้รับผิดชอบกำหนดระบบบริการ โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชนซึ่งไม่ค้ากำไร (3) ประชาชนสามารถไปใช้บริการที่รัฐอื่นได้โดยมีการเรียกเก็บค่าบริการจากรัฐที่อาศัยอยู่ และ (4) ไม่มีข้อจำกัดด้านการเงินถ้าเป็นบริการที่จำเป็น

งบประมาณดำเนินการของโรงพยาบาลได้มาจากเงินภาษีโดยคำนวณตามปริมาณงานในอดีต หากโรงพยาบาลมีกำไรจะเก็บไว้ได้ไม่เกินร้อยละ 2 ของงบดำเนินการทั้งหมด ส่วนที่เหลือจะต้องคืนรัฐบาล แต่ถ้าขาดทุนเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะต้องปรับตัวและหาทางลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นลง ส่วนงบประมาณค่าลงทุนนั้นแม้จะเป็นโรงพยาบาลเอกชนก็ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล ขณะเดียวกันโรงพยาบาลต่างๆ มักจะมีการระดมทุนในชุมชนเพิ่มเติมด้วย

Accreditation คืออะไร

Accreditation คือกระบวนการ**ประเมินคุณภาพระบบบริการ**ของสถานพยาบาลในทุกด้าน เปรียบเทียบกับมาตรฐานระดับชาติ เป็นระบบที่ทำด้วย**ความสมัครใจ** ประกอบด้วยการ**ประเมินและปรับปรุงตนเอง**ของ

* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สถานพยาบาล และการทบทวนโดยกลุ่มเพื่อนผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันอื่น (peer review) เป็นกลไกที่จะใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของสถานพยาบาลที่ได้ผลดีที่สุดอย่างหนึ่ง โดยมุ่งเน้นหาวิธีการที่จะปรับปรุงการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา

การพัฒนาคุณภาพกับ accreditation

ผู้อำนวยการของ Victoria General Hospital กล่าวว่า กระบวนการ accreditation เปรียบเสมือนการประเมินผล แต่สิ่งจำเป็นที่สุดสำหรับโรงพยาบาลคือการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ถึงจะไม่มีใครมาประเมินโรงพยาบาลก็ต้องให้บริการที่มีคุณภาพอยู่แล้ว หากเรามุ่งแต่การประเมินหรืองานเอกสารมากเกินไปอาจจะทำให้เราหลงทางได้ หน้าที่ของเราเกี่ยวพันกับความเป็นความตายของชีวิตมนุษย์ ซึ่งจะยอมให้ผิดพลาดไม่ได้ กระบวนการ accreditation เป็นการประเมินเพียงจุดหนึ่งของเวลาเท่านั้นช่วยให้เราเห็นว่าเรามีกระบวนการต่างๆ อยู่แล้วหรือไม่

ผู้อำนวยการของ Vancouver Hospital ให้ข้อคิดว่า ความสัมพันธ์ของการทำให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ กับ accreditation อาจเปรียบได้เสมือนการขับขี่รถยนต์ ว่าระหว่างการขับขี่เป็นกับการได้รับใบขับขี่ อะไรจะสำคัญกว่ากัน กล่าวให้ชัดๆ ก็คือ การรับรองคุณภาพนั้นเป็นเพียงเหตุการณ์ในจุดหนึ่งของช่วงเวลา ช่วยให้เราเห็นว่าเรามีกระบวนการต่างๆ ที่ควรจะมีอยู่หรือไม่ แต่สิ่งที่ผู้บริหารสถานพยาบาลต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลาก็คือความท้าทายในการจัดบริการที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ กระบวนการ accreditation มีส่วนสำคัญที่จะกระตุ้นให้ผู้คนในโรงพยาบาลต้องรวมตัวกันเพื่อปรับปรุงระบบงานของโรงพยาบาลก่อนที่ผู้ประเมินจากภายนอกจะมาประเมิน เปรียบเหมือนกับมี adrenalin หลั่งกระตุ้นให้มีพลังมากมาย ซึ่งหากไม่มีจุดกระตุ้นตรงนี้ โรงพยาบาลก็อาจจะพัฒนาไปเรื่อยๆ ตามสบาย

ความเป็นมาของ accreditation ในแคนาดา

กระบวนการ accreditation ในแคนาดาเริ่มมาในระยะเวลาที่ใกล้เคียงกับของอเมริกา โดยในช่วงแรกเป็นการทำร่วมกัน เมื่อปี 1919 วิทยาลัยศัลยแพทย์ของอเมริกากำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับโรงพยาบาลที่จะใช้เป็นที่ฝึกอบรมศัลยแพทย์ไว้ 5 ข้อคือ (1) การจัดตั้งองค์กรแพทย์ หรือ The Medical Staff (2) แพทย์จะต้องได้รับปริญญาและใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ (3) คณะแพทย์จะต้องประชุมกันอย่างน้อยเดือนละครั้งเพื่อทบทวนบันทึกและการให้บริการ (4) แพทย์จะต้องบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายถูกต้องสมบูรณ์ (5) มีสถานที่และเครื่องมือเพียงพอ รวมทั้งบริการพยาธิวิทยา รังสีวิทยา และชันสูตร และโรงพยาบาลในแคนาดาก็เข้าร่วมในกระบวนการนี้ตั้งแต่ช่วงต้น

ในปี 1951 มีการจัดตั้ง Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) โดยการรวมตัวระหว่างวิทยาลัยศัลยแพทย์ วิทยาลัยอายุรแพทย์ สมาคมโรงพยาบาล แพทยสมาคมในอเมริกากับแพทยสมาคมของแคนาดา เพื่อทำหน้าที่ตรวจรับรองโรงพยาบาล

ต่อมาในปี 1954 แคนาดาได้แยกตัวออกมาจัดตั้ง Canadian Commission on Hospital Accreditation (CCHA) ซึ่งเป็นองค์กรเอกชนไม่ค้ากำไร ทำหน้าที่ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลในแคนาดา โดยในระยะแรกยังคงใช้มาตรฐานเดียวกับอเมริกา ในปี 1958 ได้จัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลของตนเอง และปีต่อมาก็กำหนดภาระกิจขององค์กรไว้อย่างชัดเจนว่า "เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเหมาะสมในทุกแง่มุม โดยการที่โรงพยาบาลและสถานพยาบาลทุกแห่งบรรลุมาตรฐาน accreditation ด้วยวิธีการสมัครใจ"

ในปี 1988 มีการเปลี่ยนชื่อจาก CCHA มาเป็น Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHFA) เนื่องจากมีการประเมินสถานพยาบาล

ประเภทต่างๆ ที่หลากหลายมากขึ้น

ในปี 1992 มีการยอมรับปรัชญาของ Continuous Quality Improvement (CQI) เป็นพื้นฐานในการประเมินคุณภาพอย่างเป็นทางการ นำไปสู่การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล และการประเมินคุณภาพทำให้เกิดมาตรฐานใหม่ฉบับปี 1995 ใช้หลักเกณฑ์และกระบวนการประเมินใหม่

ในปี 1995 มีการปฏิรูปเกิดขึ้นหลายประการในแคนาดา เช่น การรวมกลุ่มของโรงพยาบาลและตั้งกรรมการเพื่อบริหารโรงพยาบาลในพื้นที่ การให้ความสำคัญกับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนมากขึ้น กระบวนการ accreditation จึงได้ก้าวพ้นไปกว่าการดูแลในสถานพยาบาล (institutional-based care) ไปสู่การดูแลในชุมชนด้วย (community-based care) จึงได้เปลี่ยนชื่อจาก CCHFA มาเป็น Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)

คุณค่าของ accreditation

เหตุผลเบื้องต้นที่เกิดกระบวนการนี้ขึ้นก็คือ ประชาชนมีความต้องการบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น ในขณะที่ทรัพยากรมีจำกัด ขณะเดียวกันโรงพยาบาลตระหนักในหน้าที่ของตนเองว่าจะต้องสร้างหลักประกันด้านคุณภาพให้แก่ชุมชน (CCHSA, 1996)

คุณค่าที่สำคัญของ accreditation อยู่ทั้งในส่วนที่เป็นเนื้อหา กระบวนการ และการนำไปใช้ประโยชน์ กล่าวคือ

คุณค่าในส่วนของเนื้อหา

1. เป็นการใช้แนวคิดเชิงบวกในการปรับปรุงคุณภาพ กระตุ้นและส่งเสริมให้สถานพยาบาลเกิดความมุ่งมั่นสู่ความเป็นเลิศ ด้วยการประเมินว่าสถานพยาบาลมีความพยายามที่จะปรับปรุงคุณภาพบริการอยู่ตลอดเวลาหรือไม่ อย่างไร บริการที่ให้ตอบสนองความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกค้าได้ดีเพียงใด ทั้งมาตรฐานและวิธีการที่ผู้ประเมินใช้ จะช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้สถานพยาบาลต่างๆ พัฒนาไปสู่ความเป็นเลิศ

2. เป็นการให้แนวทางสำหรับการบริหารและการปฏิบัติงานที่ดี มาตรฐานซึ่งเป็นแนวทางนี้เกิดจากการปรึกษากันอย่างกว้างขวาง และเป็นการต่อยอดจากมาตรฐานขั้นต่ำ มีพื้นฐานอยู่บนปรัชญาของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement-CQI) และส่งเสริมให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

การใช้มาตรฐานตามเจตนารมณ์ของ CCHSA คือการใช้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวัน มิใช่กิจกรรมพิเศษที่เพิ่มเข้ามา มิฉะนั้นจะเกิดความรู้สึกว่าต้องทำงานเพิ่มขึ้นและใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้นเพื่อให้บรรลุมาตรฐาน

มาตรฐานที่ใช้เหมือนกันทั้งประเทศนี้เป็นพื้นฐานให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานต่างๆ มุ่งหน้าพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน และเป็นแรงจูงใจให้รักษาไว้ซึ่งวิธีการปฏิบัติงานที่ดี

คุณค่าในส่วนของกระบวนการ

3. ความเต็มใจในการประเมินและปรับปรุงการทำงานของสถานพยาบาลเอง ทั้งระหว่างเตรียมรับการประเมิน และทำอย่างต่อเนื่องหลังจากการประเมินจากบุคคลภายนอก

หลักการประเมินตนเองนี้เป็นพื้นฐานที่สำคัญของ accreditation ทีมงานที่รับผิดชอบผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันจะต้องมาร่วมปรึกษาหารือกัน ทบทวนผลการให้บริการและหาโอกาสปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เป็นการทำครั้งเดียว

4. การทบทวนโดยกลุ่มเพื่อนผู้เชี่ยวชาญ คือการที่บุคคลภายนอกเข้ามาสำรวจและยืนยันผลการประเมินตนเองของสถานพยาบาล เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นการเปลี่ยนไปจากเดิมที่มักจะทำในลักษณะของการตรวจสอบและไม่เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง

คุณค่านี้จะเกิดได้อย่างแท้จริง ต่อเมื่อคนในองค์กรมีความเต็มใจที่จะเรียนรู้และรับคำแนะนำเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น ไม่ปิดบังจุดอ่อนของตนเอง การมีบุคคลภายนอกมาให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษาจะเป็นตัวกระตุ้นองค์กรที่ได้ผล

คุณค่าในส่วนของการนำไปใช้ประโยชน์

5. **เป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับประชาชน** ว่าระบบงานและคุณภาพบริการของสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองนั้นเป็นไปตามมาตรฐานระดับดีเลิศ สถานพยาบาลมีความมุ่งมั่นที่จะให้บริการและการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและมีความพยายามที่จะปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดเรื่องการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล

มาตรการควบคุมและประเมินคุณภาพสถานพยาบาล

มาตรการในการควบคุมและส่งเสริมให้เกิดบริการที่มีคุณภาพมีอยู่ในหลายรูปแบบ มีการแบ่งแยกหน้าที่กันอย่างชัดเจน แต่ละหน่วยงาน/องค์กรมีเป้าหมาย วิธีการ มาตรฐาน และการบังคับให้เข้าร่วมแตกต่างกัน แต่รูปแบบต่างๆ เหล่านี้ก็ส่งเสริมกันและกัน

1. **หน่วยงานของรัฐบาล** มีเป้าหมายในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค โดยเฉพาะอย่างยิ่งความปลอดภัย มาตรฐานที่ใช้ประเมินจะเน้นที่เรื่องโครงสร้างและต้องกำหนดเป็นมาตรฐานขั้นต่ำ มาตรการที่ใช้คือการออกใบอนุญาต ลักษณะการเข้าร่วมเป็นแบบบังคับ กล่าวคือ โรงพยาบาลใดไม่ผ่านมาตรฐานที่กำหนดไว้ก็ไม่ได้รับใบอนุญาตให้ดำเนินการ

2. **องค์กรวิชาชีพ** มีเป้าหมายในเรื่องความรู้ทักษะ และจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ มาตรฐานที่กำหนดจะอยู่ในระดับขั้นต่ำถึงกลางๆ มาตรการที่ใช้ก็เป็นการออกใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ ใครไม่ได้รับการต่ออายุก็ไม่สามารถประกอบวิชาชีพต่อไปได้ กระบวนการต่ออายุจะมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละท่านในแต่ละโรงพยาบาล จะมีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ที่เรียกว่า Medical Staff Organization ซึ่งทำหน้าที่ดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ทุกคนในโรงพยาบาล เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นก็จะรายงานไปที่แพทยสภาประจำจังหวัด (ที่นี่เรียกว่าวิทยาลัยแพทย์มีหน้าที่ออกและต่ออายุใบประกอบวิชาชีพ) แพทยสภาประจำจังหวัดก็อาจจะเข้ามาตรวจสอบเมื่อเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญ โดยที่ไม่ต้องรอให้ผู้เสียหายไปร้องเรียน แพทย์ผู้ใดที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยบ่อยๆ ก็อาจจะไม่ได้รับการพิจารณาต่ออายุใบอนุญาต

3. **สภารับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ CCHSA** มีเป้าหมายในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ดูโรงพยาบาลในภาพรวม มาตรฐานที่กำหนดเป็นมาตรฐานระดับสุดยอดของความเป็นเลิศ มาตรการที่ใช้คือการออกใบเชิดชูเกียรติว่าโรงพยาบาลนี้มีระบบงานที่มีคุณภาพเป็นเลิศ การเข้าร่วมเป็นไปโดยสมัครใจ แต่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ก็พยายามที่จะเข้าร่วม เพราะถ้าไม่เข้าร่วมหรือไม่ผ่านการรับรองก็จะเป็นการเสียหน้า อาจจะถูกตั้งข้อสังเกตจากชุมชนในเขตนั้นว่าโรงพยาบาลมีปัญหาอะไรหรือไม่ หากจำนวนผู้ป่วยลดลงก็จะมีผลต่องบประมาณที่จะได้รับอุดหนุนจากรัฐบาล

จุดเน้นของ CCHSA อยู่ที่ความเป็นเลิศของการให้บริการ โดยประเมินภาพรวมขององค์กรว่าทำงานร่วมกันอย่างไร ประเมินการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพและวิธีการบริหารจัดการ แพทย์และพยาบาลจะให้บริการที่เป็นเลิศต่อเมื่อมีบริการสนับสนุนภายในและการประสานงานที่ดี การไปดูเพียงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งไม่มีประโยชน์ ผู้สำรวจของ CCHSA จะเข้าไปที่หน่วยที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงและพูดคุยกันถึงวิธีการทำงานที่ดีที่สุด

CCHSA ไม่ต้องเข้าไปประเมินในส่วนที่มีองค์กรอื่นทำหน้าที่ประเมินอยู่แล้ว แต่จะนำผลการประเมินและข้อเสนอแนะโดยองค์กรเหล่านั้นเข้ามาพิจารณาร่วมด้วย ภายในเวลา 2-3 ปี อาจจะมีหน่วยงานภายนอกเข้าไปประเมินโรงพยาบาล 20-30 ครั้ง

ตารางข้างล่างเปรียบเทียบให้เห็นจุดเน้นและวิธีการทำงานที่แตกต่างกัน

องค์กร	จุดเน้น	ระดับมาตรฐาน	การเข้าร่วม	มาตรการ
รัฐบาล	ความปลอดภัย การใช้ทรัพยากร	ขั้นต่ำ	บังคับ	ใบอนุญาต
องค์กรวิชาชีพ	ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ของผู้ประกอบวิชาชีพ	ขั้นต่ำถึงกลาง	บังคับ	ใบอนุญาต
มหาวิทยาลัย	สิ่งแวดล้อมในการเรียนการสอน	ความเป็นเลิศ	สมัครใจ	เกียรติคุณ/ชื่อเสียง
CCHSA	ภาพรวมขององค์กร การดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการ	ความเป็นเลิศ	สมัครใจ	การประกาศเกียรติคุณ อย่างเป็นทางการ

ในประเทศไทย เรื่องคุณภาพบริการเป็นเรื่องที่หลายหน่วยงานให้ความสนใจ แต่ละหน่วยงานต่างก็พยายามหาทางสร้างหลักประกันในเรื่องคุณภาพ เช่น สำนักงานประกันสังคมมีการกำหนดมาตรฐานและตรวจเพื่อรับรองสถานพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยประกันสังคม องค์กรวิชาชีพต่างๆ เช่น แพทยสภา สภาการพยาบาล ก็มีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานในสถานพยาบาล กองการประกอบโรคศิลปะกำหนดมาตรฐานโดยเน้นในเรื่องโครงสร้างและกำลังคน ISO9000 ก็สามารถนำมาใช้กับโรงพยาบาลได้ ทำกันมากๆ ต่างกันต่างทำ อาจจะเกิดความซ้ำซ้อนและสร้างความสับสนแก่โรงพยาบาล

ประเด็นนี้ผู้บริหารโรงพยาบาลของแคนาดา ให้ความกระจ่างว่า ในแต่ละปีจะมีหน่วยงาน/องค์กรเข้ามาตรวจหรือประเมินโรงพยาบาลในแง่มุมต่างๆ อาจจะถึงปีละ 20-30 ครั้ง เช่น เรื่องห้องชันสูตร เรื่องการเรียนการสอน เรื่องการประกอบวิชาชีพ แต่ทางโรงพยาบาลก็ไม่ได้รู้สึกสับสนแต่อย่างใด เพราะรู้ในวัตถุประสงค์ของการตรวจ/ประเมินของแต่ละหน่วยงานอย่างชัดเจน

ความหมายของคุณภาพ

CCHSA ให้คำจำกัดความของคุณภาพว่า **เป็นการทำสิ่งที่ถูกต้อง ทำให้ดี และลูกค้าพึงพอใจ**

มิติของคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยได้แก่การพิจารณาสิ่งต่อไปนี้

1. **Competence** ความรู้และทักษะของผู้ให้บริการเหมาะสมกับภาระหน้าที่หรือไม่ มีการประเมินอย่างสม่ำเสมอหรือไม่

2. **Acceptability** แต่ละกิจกรรมตอบสนองความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้บริการ และผู้จ่ายเงินหรือไม่

3. **Effectiveness** การรักษาหรือบริการทำให้มีอัตราอดหรือคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นหรือไม่

4. **Appropriateness** การดูแลรักษาที่ให้มีความถูกต้องเหมาะสมหรือไม่

5. **Efficiency** มีการใช้ทรัพยากร (เวลา การทดสอบ เครื่องมือ สถานที่) อย่างประหยัดที่สุดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์หรือไม่

6. **Accessibility** มีการให้บริการในสถานที่และเวลาที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวกหรือไม่

7. **Safety** มีระบบป้องกันความเสี่ยงให้เหลือน้อยที่สุดหรือไม่ มีการอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบหรือไม่

แนวคิดของการปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement Concept)

CCHSA ยอมรับเอาปรัชญาของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improve-

ment หรือ CQI) เป็นพื้นฐานในการประเมินและรับรองสถานพยาบาล โดย CCHSA ได้ให้คำจำกัดความของ CQI ว่า

"เป็นปรัชญาและระบบการบริหารซึ่งผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ประกอบวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ทุกระดับ มีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นการประยุกต์วิธีการทางสถิติ และเครื่องมือของกระบวนการกลุ่ม เพื่อลดความสูญเปล่า (waste) ความซ้ำซ้อน (duplication) และความซับซ้อนที่ไม่จำเป็น (unnecessary complexity) เป้าหมายคือการตอบสนองหรือทำให้เกินกว่าความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ส่งมอบสินค้า และชุมชน" (Heidemann EG, 1995)

เพื่อลดความเข้าใจผิดว่าทาง CCHSA จะสนับสนุนปรมาจารย์คนใดคนหนึ่งหรือเทคนิคใดเป็นพิเศษ คณะกรรมการของ CCHSA จึงได้หลีกเลี่ยงที่จะใช้คำว่า CQI และให้ใช้คำที่ให้ความรู้สึกเป็นกลางๆ มากขึ้นว่า Quality Improvement ซึ่งมีหลักการทั่วไปดังนี้

1. **แนวคิดเรื่องลูกค้า** (Client) ผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั้งหมดของสถานพยาบาล เราต้องรู้ว่าเราให้บริการแก่ใคร ลูกค้าของเรามีความต้องการและความคาดหวังต่อการดูแลรักษาและบริการอย่างไร หน้าที่ของเราคือการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังเหล่านั้น

2. **กระบวนการและผลลัพธ์** (Process & outcomes) มุ่งให้ความสนใจในวิธีการทำงานหรือระบบงานที่เราทำอยู่เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ การประเมินผลบริการและการดูแลรักษาจะประเมินที่กระบวนการเป็นหลัก แต่ก็จะดูที่ผลลัพธ์ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับกระบวนการนั้นด้วย

3. **ทีมผู้ให้บริการ** (Teams) มีพลังที่จะตอบสนองความต้องการของลูกค้า ด้วยการได้รับอำนาจ, ระบบ, ทรัพยากร และการฝึกอบรมที่จำเป็น มีการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการทำงานของตน และมีความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานหรือสาขาวิชาชีพต่างๆ โดยการทำงานเป็นทีมซึ่งประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนในกระบวนการทั้งหมด

4. **ผู้นำ** (Leadership) มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน อำนวยความสะดวก ชี้แนวทางให้แก่ทีมผู้ปฏิบัติงานในการปรับปรุงคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องมีบทบาทในการสร้างวิสัยทัศน์เพื่อคุณภาพและการวางแผนคุณภาพ

5. **การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง** (Continuous Quality Improvement) มีความพยายามที่จะทำให้ดีขึ้นอยู่ตลอดเวลา ไม่พอใจกับผลลัพธ์ที่เป็นอยู่ (Thomas J, 1995)

เขาทำ accreditation กันอย่างไร

ต้องทำงานเป็นทีมตั้งแต่ขั้นเตรียมตัว

เรื่องการเตรียมตัวของโรงพยาบาลก่อนที่จะมีการตรวจรับรองนี้เขาทำกันอย่างจริงจังมาก มีการแต่งตั้งผู้บริหารทุกระดับเข้ามาเป็นทีมเพื่อเตรียมการในด้านต่างๆ ทั้งในด้านการบริหาร และการบริการผู้ป่วย เช่น การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร การบริหารทรัพยากร การดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม เป็นต้น ลักษณะการประเมินจะเปลี่ยนไปจากเดิมที่มุ่งเน้นไปที่หน่วยงาน เช่น ห้องผ่าตัด เภสัชกรรม ชันสูตร มาเป็นการเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้หน่วยงานหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมาร่วมปรึกษาหารือกันว่าจะปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบของตนอย่างไร

เป็นกระบวนการเรียนรู้ ไม่ใช่การตรวจสอบ

เมื่อเห็นคนภายนอกเข้ามาดูโน่นถามนี่ ทุกคนก็จะเกิดความรู้สึกเหมือนกันว่ากำลังจะถูกตรวจสอบ เกิดอาการหวั่นไหวกลัวจะสอบไม่ผ่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากการผ่านหรือไม่ผ่านนั้นมีเดิมพันถึงผลประโยชน์ของโรงพยาบาล อาจจะเกิดการซุกขยะไว้ใต้พรมเพื่อไม่ให้ผู้ประเมินเห็นจุดอ่อนของตน ตอนที่ไปตรวจทุกอย่าง

ก็ดูดีไปหมด แต่หลังจากตรวจแล้วก็กลับไปสู่ลักษณะเดิม และยิ่งเป็นการประเมินเรื่องการดูแลผู้ป่วยด้วยแล้ว หากไม่เป็นความสมัครใจที่จะทำด้วยใจรักของผู้รับการประเมิน คงจะไม่มีใครไปไล่ตามจับได้ตลอด ความพยายามเพียงเพื่อให้ผ่านการประเมินจะไม่เกิดการให้บริการที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน ไม่สามารถรับรองต่อสาธารณชนได้ว่าโรงพยาบาลนี้น่าไว้วางใจ เรื่องนี้จึงเป็นเรื่องสำคัญที่แคนาดาพยายามเปลี่ยนเจตคติของผู้ที่เกี่ยวข้อง

ความพยายามที่จะทำความเข้าใจว่า accreditation เป็นกระบวนการเรียนรู้ เริ่มต้นด้วยการขอความเห็นจากผู้เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวางว่ามาตรฐานควรกำหนดอย่างไร ทำความเข้าใจกับโรงพยาบาลว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้มุ่งหมายที่จะวัดอะไร วิธีการในการประเมินจะทำอย่างไร ผู้ที่จะเข้าไปประเมินระบบคุณภาพของโรงพยาบาลจะไม่ใช่ผู้ตรวจสอบอาชีพเหมือนกับของอเมริกา แต่จะเป็นผู้บริหารอาวุโสที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลต่างๆ เช่น รองผู้อำนวยการฝ่ายต่างๆ คนเหล่านี้มีประสบการณ์กับการทำงาน เห็นทั้งปัญหาและทางออก มีความรู้สึกนึกคิดเหมือนกับผู้ถูกตรวจสอบ สามารถชี้ให้เห็นวิธีการที่จะแก้ปัญหาและให้แหล่งข้อมูลที่มีประโยชน์แก่โรงพยาบาลได้ ผู้ประเมินเหล่านี้จะใช้เวลาปีละ 2 สัปดาห์ในการไปประเมินโรงพยาบาลร่วมกับสภารับรองคุณภาพ นอกจากจะไปสอนคนอื่นแล้ว ตัวผู้ประเมินเองก็ได้รับประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ในการกลับมาพัฒนาโรงพยาบาลของตัวเอง

ใช้หลักการของการปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement)

คำว่าการปรับปรุงคุณภาพดูจะมีความหมายทั่วไป แต่คำนี้ก็มีความหมายเฉพาะของตัวเอง หากจะบอกว่ามีความหมายเหมือนกับ TQM (Total Quality Management) หรือ CQI (Continuous Quality Improvement)

เมื่อปี 1992 โรงพยาบาลในแคนาดามากกว่าครึ่งได้นำหลักการนี้มาทดลองใช้ในโรงพยาบาล และเห็นว่าน่าจะเป็นวิถีทางที่จะนำไปสู่คุณภาพที่ดีขึ้น จึงได้วิจารณ์ต่อสภารับรองคุณภาพว่า หากสภาไม่เปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานหรือไม่รู้จักกระบวนการพัฒนาคุณภาพในแนวนี้แล้ว สิ่งที่สภารับรองคุณภาพทำก็จะไม่สอดคล้องกับความต้องการของโรงพยาบาล

สภารับรองคุณภาพจึงได้นำเอาหลักการนี้มาตรวจสอบการทำงานของตนเอง ซึ่งนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงวิธีการหลายประการ ที่สำคัญคือการใช้ Quality Improvement เป็นหลักสำคัญในการประเมินคุณภาพ อย่างไรก็ตามในการเขียนมาตรฐานก็พยายามหลีกเลี่ยงที่จะใช้คำนี้โดยตรง แต่พยายามเขียนชี้ให้เห็นหลักการที่สำคัญ

ปัญหาของการนำหลักการนี้มาใช้ไม่ได้อยู่ที่ความไม่เข้าใจในแต่ละหัวข้อ เมื่อพูดแต่ละองค์ประกอบทุกคนก็จะเข้าใจ แต่ปัญหาอยู่ที่ว่าจะทำให้เกิดการปฏิบัติตามหลักการทุกข้อพร้อมๆกันอย่างสมดุลภายใต้ข้อจำกัดของตนเองได้อย่างไร

คุณภาพไม่ได้ขึ้นกับทรัพยากร

มาตรฐานของแคนาดาในปัจจุบันไม่ได้กำหนดในเรื่องทรัพยากรไว้ชัดเจนว่าจะต้องมีอะไรเท่าไร มาตรฐานฉบับเดียวกันสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกขนาด ยกตัวอย่างเรื่องเครื่องมือ สิ่งที่กำหนดไว้ในมาตรฐานคือกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจัดหา การใช้ การบำรุงรักษาเครื่องมือ มากกว่าที่จะกำหนดว่าต้องมีเครื่องมืออะไรบ้าง

เรามักมีความเชื่อกันว่าถ้ามีคนดี คนเก่ง มีเครื่องมือครบถ้วนทันสมัย นั่นจะทำให้เกิดบริการที่มีคุณภาพดี ข้อสรุปนี้คงถูกเพียงครึ่งเดียวเพราะถึงแม้มีทุกอย่างพร้อมแต่ถ้าระบบงานไม่ดี ก็อาจจะไม่เกิดบริการที่มีคุณภาพ หรือแม้ไม่มีทรัพยากรดีเลิศ แต่การทำให้ดีที่สุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ก็อาจจะส่งผลให้เกิดบริการที่มีคุณภาพได้ ข้อสรุปตรงนี้ก็คืออย่าให้ความขาดแคลนทรัพยากรเป็นอุปสรรคในการพัฒนา

มุ่งเน้นที่เป้าหมายมากกว่าวิธีการ

มาตรฐานที่ใช้ในการดำเนินงาน accreditation ช่วงแรกๆ จะมีการกำหนดรายละเอียดวิธีการปฏิบัติต่างๆ ค่อนข้างละเอียดชัดเจน เพื่อให้มีการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน มีมาตรฐานเดียวกัน แต่วิธีการดังกล่าวสร้างความอึดอัดให้แก่โรงพยาบาล เพราะไม่เปิดโอกาสให้โรงพยาบาลคิดหาวิธีการที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของตนเอง เช่น การกำหนดว่าจะต้องมีคณะกรรมการรับผิดชอบในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เมื่อรวบรวมทั้งหมดก็อาจจะมีคณะกรรมการมากมายนับไม่ถ้วน โรงพยาบาลอาจจะบอกว่าถึงไม่มีคณะกรรมการที่กำหนดไว้ แต่ก็มีกลไกอื่นทดแทนซึ่งสามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ ระหว่างการมีกรรมการแต่ไม่ปฏิบัติหน้าที่ตามที่กำหนดกับการไม่มีกรรมการและบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ถามว่าอะไรจะเป็นหลักประกันคุณภาพได้ดีกว่า ดังนั้น การกำหนดมาตรฐานและการประเมินโดยมุ่งเน้นไปที่เป้าหมาย จึงทำให้เกิดความยืดหยุ่นในการนำไปปฏิบัติและประเมินได้ตรงประเด็นมากกว่า

ประเมินกันแบบอัตนัย

การจะประเมินโดยมุ่งที่เป้าหมายทำให้ไม่สามารถทำ check list แบบง่ายๆ ได้ เพราะไม่ทราบว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะมีวิธีการในการสร้างระบบคุณภาพของตนอย่างไร วิธีการประเมินอาจจะมีรูปแบบที่เราคุ้นเคยกันดี คือการสัมภาษณ์ การขอดูเอกสาร การสังเกต แต่เนื้อหาในการสัมภาษณ์จะแตกต่างไปคือมีลักษณะคำถามอัตนัยมากกว่า ไม่ได้ถามแต่เพียงว่ามีหรือไม่มี ใช่หรือไม่ใช่ แต่ถามเพื่อประเมินให้ลึกลงไปว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นจะบรรลุเป้าหมายได้หรือไม่ เพียงใด

คำถามหลักจะมีอยู่ 5 กลุ่มเท่านั้น แต่ในแต่ละกลุ่มจะสามารถถามซอกแซกได้อีกมากมาย คำถามนี้จะใช้ถามตัวเองเป็นการเตรียมตัวล่วงหน้าก่อนก็ได้

1. **ใครคือกลุ่มผู้ป่วยที่เราให้การดูแล** ผู้ป่วยที่เราให้การดูแลมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร มีการจัดโปรแกรมพิเศษอะไรสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้

2. **ผู้ป่วยที่เราให้การดูแลมีความต้องการและคาดหวังอะไร** เรามีกลไกอะไรที่จะรับทราบความต้องการและความคาดหวังเหล่านี้ เรามีการตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้อย่างไร

3. **โปรดอธิบายกระบวนการ/กรรมวิธีทำงานสำหรับ...** (แล้วแต่ผู้ประเมินจะถาม) เช่น เมื่อเกิดการติดเชื้อรุนแรงขึ้นจะทำอย่างไร เมื่อเจ้าหน้าที่ถูกเข็มตำจะทำอย่างไร ที่สำคัญก็คือพยายามที่จะประเมินว่าผู้ปฏิบัติเข้าใจเป้าหมายของสิ่งที่ปฏิบัติหรือไม่ และสิ่งที่ทำอยู่นั้นตอบสนองเป้าหมายหรือไม่

4. **เรารู้ได้อย่างไรว่าเราทำได้ดีเพียงใด** เราใช้อะไรเป็นเครื่องชี้วัด เครื่องชี้วัดนั้นสะท้อนคุณภาพงานหรือไม่ วัดอย่างไร เชื่อถือได้หรือไม่ เอาผลจากการวัดไปทำอะไรต่อ

5. **เราจะทำให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้อย่างไร** เรามีแผนการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในเรื่องอะไรบ้าง เรามีโครงการใหม่ๆ อะไรบ้าง ในปีสองปีข้างหน้า เราเห็นว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพที่โรงพยาบาลดำเนินการอยู่กำลังไปในทิศทางไหน ฯลฯ

บทบาทของรัฐบาลต่อ accreditation

รัฐบาลสนับสนุนการทำ accreditation ทางอ้อมด้วยการให้เงินแก่โรงพยาบาลที่ได้รับการ accredit และทางโรงพยาบาลจ่ายเงินให้ The Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) เพื่อการสำรวจ การที่รัฐบาลไม่เป็นเจ้าของมาตรฐานทำให้ความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพเป็นของโรงพยาบาล โดยที่ไม่ต้องเป็นภาระต่อรัฐบาลในการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อให้เกิดมาตรฐาน

สรุป

กระบวนการ accreditation มีบทบาทสำคัญในการ monitor คุณภาพของสถานพยาบาลในแคนาดามาเกือบ 50 ปี ความสำเร็จของกระบวนการนี้อยู่ที่

ความตระหนักในคุณค่าของการประเมินตนเองและการยืนยันผลการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกด้วยความสมัครใจ นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพจำนวนหนึ่งที่อุทิศตนมาทำงานร่วมกันเพื่อเป็นหลักประกันว่ากระบวนการนี้สะท้อนเป้าหมายร่วมกันในการให้บริการที่มีคุณภาพสูง

กระบวนการนี้น่าจะเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับโรงพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพ ทุกวันนี้เราทำงานด้วยความไม่แน่ใจว่าเมื่อไรจะเกิดความผิดพลาดโดยที่ไม่ตั้งใจ โชคร้ายที่เราไม่อาจบอกได้ว่าเราควบคุมได้ เพราะเราไม่มีระบบที่จะป้องกันอย่างรัดกุม หากเรามองไม่เห็นว่างานที่เราทำอยู่นี้พึ่งพาอาศัยงานของคนอื่นซึ่งเป็นเพื่อนร่วมงาน เราก็ต้องหันมาช่วยกันทำให้เพื่อนของเราทำงานได้ดีขึ้น ด้วยการศึกษาว่าอะไรคือจุดอ่อนในระบบที่เป็นอยู่ กระบวนการนี้จะเริ่มต้นได้ต่อเมื่อความหวาดระแวงว่าจะถูกตรวจสอบจากบุคคลภายนอกได้หมดสิ้นไป ในทางตรงข้ามกระบวนการที่ทำในลักษณะการตรวจสอบก็ควรทำเท่าที่จำเป็นเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยแก่ผู้บริโภคเท่านั้น

เอกสารอ้างอิง

CCHSA (1996) *Value of accreditation.*

Thomas J. (1995) *Quality Improvement and The Client-centred Accreditation Program.* CCHSA

Heidemann EG. (1995) Client-centred accreditation. *International Journal of Health Planning and Management* 10; 209-222.

คมคำ ♦ ความคิด "ดร.ฮิโตชิ คุเม กล่าวว่า กิจกรรมด้านการบริหาร อาจแบ่งได้เป็นสองประเภทใหญ่ หนึ่งคือ การตั้งเป้าหมายด้านคุณภาพของผลิตภัณฑ์ให้สูงกว่าระดับปัจจุบันแล้วปฏิบัติการให้บรรลุตามเป้าหมาย สองคือ การธำรงรักษาระดับมาตรฐานของการปฏิบัติงาน อาทิ แรงบิดในขณะขันสกรู, มิติของชิ้นส่วน, อุณหภูมิในเตาเผา ให้คงที่ ประการแรกคือการพยายามเปลี่ยนแปลงระดับมาตรฐานให้สูงขึ้น ส่วนประการหลังคือการพยายามธำรงรักษาระดับมาตรฐานที่ดีอยู่แล้วมิให้ถดถอย"

➡ *วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล "แนวคิดแบบทีคิวเอ็ม"*