

คุณภาพที่ขยายวงกว้าง

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ระบบบริการสุขภาพของอเมริกาเป็นสิ่งที่ดูเหมือนมีความขัดแย้งกันในตัวเอง เช่น ใช้เงินมากที่สุด แต่มีผู้ที่ไม่ถึงบริการสุขภาพจำนวนมากที่สุด ใช้เทคโนโลยีก้าวหน้ามากที่สุด แต่ก็ยังคงมีความไม่ปลอดภัยจากการรับบริการในอัตราสูง ที่น่าสนใจก็คือความเป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพซึ่งประเทศต่างๆ สามารถศึกษาเป็นบทเรียน

Donald M Berwick หรือ Don เป็น CEO ของ Institute of Healthcare Improvement (IHI) เป็นผู้ที่มีการเริ่มต้นตั้งแต่ Demonstration Project ในการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพจากภาคอุตสาหกรรมเข้าไปใช้กับระบบบริการสุขภาพ และทำงานด้านนี้มาอย่างต่อเนื่อง ในการปาฐกถาเปิดประชุม International Forum on Quality and Safety in Healthcare ที่เมือง Barcelona เมื่อเดือนเมษายน 2550 Don ได้สรุปภาพของกระบวนการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่ IHI มีส่วนผลักดัน ไว้ว่าสามารถแบ่งเป็นยุคต่างๆ ดังนี้

ยุคแรก เป็นยุคของการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ

ยุคที่สอง ประมาณช่วงปี 1995 เป็นยุคของการร่วมมือร่วมใจระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพในเรื่องเดียวกัน เรียกว่า Collaborative Improvement ก่อให้เกิดบทเรียนเกี่ยวกับกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงขึ้นจำนวนมาก

ยุคที่สาม เป็นยุคของการออกแบบระบบบริการใหม่เพื่อมุ่งสู่ความสมบูรณ์แบบ (Pursuing Perfection)

ยุคที่สี่ เป็นยุคของการรณรงค์เพื่อขยายวงของการพัฒนาคุณภาพให้กว้างขวางเต็มพื้นที่ โดยได้รับแรงบันดาลใจจากความเคลื่อนไหวเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมของกลุ่มสตรี และแนวคิดการรณรงค์ทางการเมือง ใช้แนวคิดการกำหนดเป้าหมายเวลาและตัวเลขที่แน่นอน (Some is not a number, soon is not a time) เป็นที่มาของ 100K lives Campaign ชักชวนให้รพ.ต่างๆ จำนวน 2,000 แห่ง ใช้มาตรการ 6 กลุ่มเพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากการรับการรักษาใน รพ. โดยตั้งเป้าหมายไว้แสนรายในเวลาประมาณปีครึ่ง

มาตรการดังกล่าวได้แก่

- 1) การใช้ Rapid Response Teams เมื่อพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการเลวลง
- 2) การดูแลผู้ป่วย acute MI โดยใช้ evidence-based guideline

- 3) การป้องกัน adverse drug event โดยใช้ medication reconciliation ในทุก transition point
- 4) การป้องกัน central line infections
- 5) การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด
- 6) การป้องกัน VAP

จากการเริ่มต้นที่ไม่รู้อะไรมากนัก ใช้การวางแผนในที่ทำงาน มาสู่การค้นพบว่าวิธีการดังกล่าวไม่ได้ผล ต้องออกไปในพื้นที่ พบปะกับผู้ที่ทำงานในพื้นที่ รับเสียงสะท้อนจากพื้นที่ กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันและกัน เปิดโอกาสให้มีความยืดหยุ่นในการประยุกต์ใช้มาตรการต่างๆ ปรับรูปแบบของการทำงานให้ง่ายที่สุด ก่อให้เกิดความสำเร็จของการรณรงค์โดยเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากการดูแลรักษาในโรงพยาบาลระหว่างช่วงก่อนการรณรงค์ และในช่วงที่มีการรณรงค์

ความสำเร็จที่เกิดขึ้นที่เป็นทรัพย์สินสำคัญที่สุด มิใช่การลดลงของจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต แต่เป็นเครือข่ายการเรียนรู้ในระบบบริการสุขภาพของประเทศ

ในปี 2007 นี้ ทาง IHI ได้เริ่มต้นการรณรงค์ใหม่อีกเรื่องหนึ่งคือการลด medical harm จากการศึกษาของ IHI โดยใช้ global trigger tools และใช้ระดับของ harm ที่ E (temporary harm ที่ต้องให้การบำบัดดูแลแก่ผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น) ขึ้นไป พบว่าในผู้ป่วย 100 รายที่นอนโรงพยาบาล จะมี harm ตั้งแต่ระดับ E - I 40-50 ครั้ง จำนวนมากกว่าที่เคยมีการศึกษาใดๆ เนื่องจากการศึกษาอื่นๆ มักจะนับเฉพาะ harm ตั้งแต่ระดับที่ต้องทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้นเท่านั้น

จากการนอนโรงพยาบาลปีละ 37 ล้านครั้ง จะมีโอกาสเกิด harm 15 ล้านครั้ง IHI ได้ตั้งเป้าหมายว่าจะลด harm ลง 5 ล้านครั้งภายใน 2 ปี โดยจะชักชวนโรงพยาบาล 4,000 แห่งเข้าร่วมทำกิจกรรม

นอกเหนือจากมาตรการ 6 กลุ่มที่ใช้ในการรณรงค์เพื่อลดการเสียชีวิตที่ผ่านมาแล้ว ทาง IHI ได้นำเสนอมาตรการเพิ่มเติมเพื่อลด harm ที่ป้องกันได้ ได้แก่

- 1) การป้องกันการติดเชื้อ MRSA
- 2) การลดอันตรายจาก high-alert medication โดยเริ่มจาก anticoagulants, sedatives, narcotics และ insulin
- 3) การลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด
- 4) การป้องกันแผลกดทับ
- 5) การดูแล congestive heart failure ที่ reliable เพื่อลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ
- 6) Get boards on board เอาคณะกรรมการสูงสุดของโรงพยาบาลมาร่วมหัวจมท้ายด้วย

น่าสนใจตรงที่ว่าการมีเป้าหมายที่ชัดเจน ร่วมกับการใช้กระบวนการรณรงค์อย่าง
เข้มข้น ได้ก่อให้เกิดเครือข่ายการเรียนรู้ในระดับกว้าง และกลายเป็นสิ่งที่มีคุณค่าหรือสามารถ
นำไปใช้ประโยชน์ในเรื่องอื่นๆ ต่อไปได้