ถอดบทเรียน ประชุมวิชาการRegional HA Forum ครั้งที่ 15 : คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม
ระหว่างวันที่ 4 - 6 กรกฎาคม 2561
ณ KICE ศูนย์ประชุมและแสดงสินค้านานาชาติขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
วันที่ 5 กรกฎาคม 2561

Note taker:

1. ดร.ขวัญสุดา บุญทศ
2. นางสาวเฉลิมศรี สรสิทธิ์
3. นางสาวจุรีพร อุ่นบุญเรือง

ผู้ตรวจสอบบทเรียน คือ นางอุบล จ่วงพานิช**และ**นางพนอ เตชะอธิก

เรื่อง : เคล็ดลับขยับคุณภาพสู่การรับรองระบบคุณภาพ(District Health System Accreditation: DHSA)
วิทยากร : นพ.วิโรจน์ เลิศพงศ์พิพัฒน์
: นายแพทย์อภิสิทธิ์ ธำรงวรางกูร (โรงพยาบาลเขื่อนอุบลรัตน์)
: พว.ชญานิศ บุตรดี หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น
ห้อง : M 1-2 **เวลา :** 15.00-16.30 น.

บทนำ

เราเคยมีปัญหาเหล่านี้หรือไม่ Reaccredit มาหลายครั้ง ไม่ท้าทาย พัฒนามามากไม่เห็นโอกาสพัฒนา ปัญหานิ่ง โรงพยาบาลไม่ค่อยมีการพัฒนา อยากพัฒนามาตรฐานใหม่ ๆ โรงพยาบาลมีระบบที่แตกต่างใน CUP เดียวกัน เช่น อุบัติการณ์ต่าง ๆ การแพ้ยาในโรงพยาบาลชุมชน กับ รพ.สต.ระบบการเก็บยาในชุมชนต่างจาก รพ.สต. ผู้ป่วยที่ส่งต่อมามีปัญหาภาวะแทรกซ้อน การควบคุมป้องกันโรค การระบาดของโรค ถูกมองว่าเป็นหน้าที่ของสาธารณสุข คำถามเหล่านี้ คำถามที่นำไปสู่ขยับคุณภาพสู่การรับรองระบบคุณภาพ หรือ DHSA

เนื้อหา

1. การบรรยาย เคล็ดลับขยับสู่การรับรองคุณภาพ DHSA

วิทยากร : นพ.วิโรจน์ เลิศพงศ์พิพัฒน์

สาระสำคัญจากการบรรยายมีดังนี้

1.1 มาตรฐาน DHSA คือ อะไร

District Health System Accreditation หรือ DHSA แนวคิดการเคลื่อนต่างจาก HA เป็นการประเมินรับรองเพื่อเสริมพลัง (empowerment evaluation) โดยเมื่อประะเมินรับรองแล้ว เครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอจะ ได้รับการสะท้อนให้เห็นสิ่งที่ตนเองทำได้ดี เห็นโอกาสในการพัฒนา เห็นแนวทางในการเรียนรู้อย่างเนื่อง และมีพลังที่จะขับเคลื่นการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน จุดแข็ง คือ โอกาสพัฒนา ใช้บริบทเป็นหลัก

1.2 ต่างจาก HA อย่างไร

DHS ต่างจาก HA คือ DHS ดูองค์รวมมากกว่าตัวโรค ส่วนที่เพิ่มคือ แนวคิดการทำงานระบบปฐมภูมิ primary and secondary หรือที่เราเรียก UC CARE ใช้แนวคิดการบริหารจัดการเครือข่าย การเชื่อมโยงกับภาคส่วนต่าง ๆ ไม่ใช่การใช้อำนาจสั่งการ ผลลัพธ์มองแบบองค์รวมมากขึ้น มองมาตรฐานถึงผู้ป่วย ระบบบริการถึงผู้ป่วยหรือไม่ เน้นการทำงานแบบเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ

1.3 ลักษณะพื้นฐาน

มี 2 ลักษณะ คือ 1) ต้องผ่าน HA ขั้น 3 และยังไม่หมดอายุ หรืออยู่ในช่วง reaccredit แล้ว และ

2) ประเมินภาพรวม ไม่ต่ำกว่า 2.5 คะแนน เป็นการต่อยอดนั่นเอง

1.4 ภาพรวมมาตรฐาน ภาพรวมมาตรฐานมี 10 หมวด ได้แก่

1) การนำ อยากเห็นผู้นำระดับอำเภอ การรวมตัว การค้นหาปัญหา การ set ปัญหา การวางแผนการขับเคลื่อน การติดตาม ประเมินผล การจัดการทรัพยากร
2) การบริหารแผนกลยุทธ์
3) การมุ่งเน้นผู้รับบริการ ประชาชนในพื้นที่
4) การจัดการความรู้
5) การจัดการกระบวนการ
6) การเฝ้าระวังโรค
7) การทำงานกับชุมชน การมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำ ร่วมประเมิน
8) การทำงานกับชุมชน ชวนคิด ชวนคุย
9) กระบวนการดูแล มีการเชื่อมโยงกันอย่างไร ระหว่าง รพ.สต.และชุมชน
10) ผลสัมฤทธิ์ ดูภาพรวมการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

1.5 ผลลัพธ์

ความสัมพันธ์ในเครือข่ายดี ประชาชนได้รับระบบบริการที่เลื่อนไหล เป็นเนื้อเดียวกัน

1.6 รูปแบบการประเมิน มีสองทางเลือก คือ ประเมินควบสองมาตรฐาน เพิ่ม surveyor หรือ ประเมินเฉพาะ DHSA อนาคตทิศทางจะเป็นแบบแรกทั้งหมด ตอนนี้มี 2 รูปแบบ ให้เลือก

2. กรณีตัวอย่าง โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จ.ขอนแก่น

วิทยากร : นายแพทย์อภิสิทธิ์ ธำรงวรางกูร โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

: พว.ชญานิศ บุตรดี หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุบลรัตน์

สาระสำคัญ มีดังนี้

2.1 ที่มา /แนวคิดการทำงาน

โรงพยาบาลจะมีบทบาทมากเมื่อขยายภาคีเครือข่าย ประชาชนก็จะสุขภาพดี อยากทำงานอย่างมีความสุข ระบบที่ยั่งยืน **เป้าหมาย** ต้องมีเงิน ระบบที่ดี บุคลากรต้องพอเพียง ปัญหาที่พบคือ บุคลากรไม่พอ เจ็บป่วย คัดเลือกคุณภาพไม่ได้ เงินก็ขาดแคลน หลายเรื่องไม่คล่องตัว วิเคราะห์โครงสร้าง เรามี 2 โครงสร้าง รัฐ กับเอกชน มาโรงพยาบาลรัฐใช้เวลานาน ดีแต่ช้า โรงพยาบาลเอกชน เร็วแต่แพง มีผู้ป่วยเสนอ ***"ผู้ป่วยใน ไม่ฟรี ไม่แน่น ไม่แพง หรือ ผู้ป่วยนอก ไม่ฟรี ไม่ช้า ไม่แพง"*** ชาวบ้านขอมาร่วม คือ รวมตัวบริจาค รวมตัวทำธุรกิจ ถ้าเป็นระยะยาว เกิดเป็นแนวคิดว่าต้องช่วยกัน ร่วมกันออกแบบ บริจาคเท่าไหร่ได้รับการดูแลเท่านั้น คือ จุดเริ่มการพัฒนา

2.2 กระบวนการพัฒนา

2.1.1 ระดมทุน สร้างการมีส่วนร่วม สร้างความเป็นเจ้าของ ให้ประชาชนร่วมบริจาค นำเงินมาทำเตียงเผื่อ 10 เท่า ทุกคนที่ร่วมโครงการฯ มีห้องพิเศษให้ เวลาเจ็บป่วยมีเตียงแน่นอน ทุกคนเห็นประโยชน์อยากมาร่วม จนเกิดการระดมทุนเพิ่ม ขยายการพัฒนาสู่รพ.สต.ในอำเภอ มีเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์พร้อมมากขึ้น

2.1.2 สร้างความร่วมมือ จากส่วนราชการ ประชาชน พระสงฆ์ รพ.ประจำตำบล รพ.สต.8 แห่งมีอุปกรณ์การแพทย์ อสม.ชวนกันไปเยี่ยม กลายเป็นคนอุบลรัตน์ไม่ทอดทิ้งกัน ผู้ป่วยไม่โดดเดี่ยว

2.1.3 การบริหารการเงินการคลัง จากการระดมทุน เกิดเป็นกองทุน จ่ายค่าห้องตาม

กฎหมาย จนขยายการดูแลประชาชนด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) พัฒนาบุคลากรสุขภาพ ขยายส่งเด็กในชุมชนไปเรียนพยาบาล กลับมาทำงานที่ตึก 4 วัน อีกวันที่เหลือดูแลคนทั้งหมู่บ้าน ดูแลครอบครัวพ่อแม่ ปัจจุบันส่งเรียน 36 คน กลับมา 29 คน และขยายไปเรื่อย ๆ
2) ขยายสิ่งก่อสร้าง สร้างตึกผู้ป่วย เงินทุนเหลือจนขยายไปสู่ตึกโรงพยาบาลขอนแก่น
3) โครงการส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้บริจาค สำหรับดูแลสุขภาพผู้ร่วมบริจาค มีคอร์สดูแลสุขภาพ มีการส่งเสริมอาชีพ เลี้ยงหมู ปลูกกล้วย เกิดการขยายอาชีพ และความเป็นอยู่แบบพอเพียง
4) โครงการส่งเสริมอาชีพผู้พิการ ชวนเพื่อนสร้างตึก ต่อมาขอช่วยคนพิการ ตามมาตรา 35 ของพรบ.ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการ สนับสนุนโดย บมจ.ฟินิกซ์ จ้างมาช่วยทำความสะอาดตึก โรงพยาบาลมีการขยายผู้พิการ ไปโรงพยาบาลอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลน้ำพอง เพิ่มรายรับให้คนพิการ มีอาหารเลี้ยงคนในโรงพยาบาล
5) เกิดธุรกิจเพื่อสังคม 20 % จัดเป็นสวัสดิการ การเกิด การแก่ เจ็บ ตาย
6) ลงทุนเพื่อธุรกิจผู้พิการ จนผู้พิการสุขภาพดีขึ้น

2.1.4 การบูรณาการการทำงาน คนที่อยู่แผนกอื่น ๆ สามารถมาเข้ามาในทีมชุมชนได้ เพราะผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ มีการจัดตารางเวรเอื้อต่อการลงพื้นที่ รพ.สต. 8 แห่ง มีการทำงานประสานตำบล 6 คน 6 ตำบล มีการกำหนดวัน ระบบพี่สอนน้อง มีระบบทำงาน 4 วันในโรงพยาบาล วันที่เหลือออกชุมชน มีกิจกรรมรับผิดชอบตามหมู่บ้านที่เหลือเจ้าหน้าที่ หรือ หมอครอบครัวดูแล การลงชุมชน มี PCT ทีม หรือ primary care team เป็นทีมใหญ่มีทุกสาขา

2.1.5 DHSA เป็นการต่อยอด กำหนดกลุ่มโรค เช่น acute เรื้อรัง กลุ่มโรคติดต่อ เช่น ไข้เลือดออก ทีมชุมชนต้องทำงานสอดคล้องกันไปวางแนวทางจนถึงชุมชน เข้าใจการดูแลเช่นกัน เน้นการทำงานเชิงรุก ทำทุกเรื่องให้เหมือนที่อยู่โรงพยาบาลมีการแบ่งหมู่บ้านเป็นระดับ A B C

2.1.6 การทำงานของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ทำ DSH ร่วมกันกับ HA คือ ทำพร้อมกันกับ reaccredit เพื่อจะได้เหนื่อยทีเดียว แต่จริง DSH ทำมาอย่างต่อเนื่อง

2.1.7 กลไก คือ มีเวทีพบปะทั้งระดับบริหารจัดการ ระดับปฏิบัติการ และเวทีของผู้ประสานงานอย่างต่อเนื่อง

2.3 ปัจจัยสำเร็จ

1) การคืนข้อมูลประชาชน
2) การบริหารจัดการกองทุนอย่าง
3) เข้าถึง(จุดแข็ง) เข้าใจเขา(ประชาชน) พัฒนา
4) มุมมอง วิสัยทัศน์ของผู้บริหาร
5) สร้างความเป็นเจ้าของ ชวนทุกคนมาเป็นเจ้าของโรงพยาบาล เปิดพื้นที่โรงพยาบาล ให้ทุกคนมีส่วนร่วม เปิดเวทีแลกเปลี่ยน เห็นการเปลี่ยนแปลง หาชาวบ้านมาร่วมเป็นเจ้าของ

2.4 ความยากลำบากและการจัดการปัญหา

แรก ๆประชาชนบางส่วนไม่เข้าใจ แก้ปัญหาชวนเฉพาะคนเข้าใจมาก่อน ต่อมาปากต่อปาก ชวนมาเป็นเจ้าของโรงพยาบาล สร้างความประทับใจ มาโรงพยาบาลมีที่นอน บอกต่อ ขยายต่อ ทุกคนอยากเป็นเจ้าของโรงพยาบาลเป็นการ re-accredit โดยประชาชน ใช้การ approach ผู้พิการ ผ่านการคุยกับเพื่อน

2.5 ผลลัพธ์

1) ระบบบริการที่ลื่นไหลจากโรงพยาบาลชุมชน สู่รพ.สต. จากรพ.สต.สู่ชุมชน
2) คุณภาพชีวิตของประชาชน
3) คุณภาพการบริการ
4) ภาคีเครือข่าย

สรุป

DHS ต่างจาก HA คือ ดูองค์รวมมากกว่าตัวโรค จากกรณีตัวอย่างของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ชี้ให้เห็นว่า DHS ได้สรุปว่า เป็นการทำงานแบบทำเพื่อพี่น้อง ช่วยเหลือเกื้อกูล เน้นรูปธรรมทุกเครือข่าย กุญแจสำคัญ คือ สร้างความเป็นเจ้าของ มีกิจกรรมที่จะสร้างความเป็นเจ้าของ ใช้หลัก **อัปริหารยธรรม** คือ ธรรมแห่งความเจริญ หมั่นประชุม ทำกิจที่ควรจะทำ พูดคุยไม่นาน กำหนดหัวข้อทำต่อเนื่อง หากิจกรรมที่เหมาะสมกับที่เขาอยากได้ หากิจกรรมที่ win – win situation ทุกฝ่าย โดยต้องดูบริบทของแต่ละพื้นที่ หลักการทำงาน คือ **อริสัจ 4** (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) คือ รู้ทุกข์ชาวบ้าน ชวนวิเคราะห์สาเหตุ หาทางออก วางแผนปฏิบัติ หลัก **INN** คือ I : หา individual ปัจเจกบุคคล N: Node รวมกลุ่ม และ N: Network สานภาคีเครือข่าย และสุดท้าย คือ **การดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง**