VI.หัวหน้าพาทำคุณภาพ

เอกสารชุดนี้เป็นแนวทางการสร้างกระบวนการเรียนรู้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างง่ายๆ เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ สามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอาศัยวิทยากรจากภายนอก บุคคลสำคัญที่จะเป็นผู้นำในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ตามคู่มือชุดนี้คือหัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วย และผู้ที่เข้าร่วมในกระบวนการเรียนรู้ควรเป็นสมาชิกทุกคนในหน่วยงาน

กิจกรรมการเรียนรู้ในเอกสารชุดนี้ได้ออกแบบเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการเรียนรู้เป็นลำดับขั้น โดยไม่รบกวนเวลาทำงานปกติของสมาชิกในหน่วยงานมากเกินไป โดยซอยกิจกรรมการเรียนรู้ออกเป็นเรื่องย่อยๆ จำนวน 8 เรื่อง แต่ละเรื่องจะใช้เวลาในทำกิจกรรมครั้งละ 30-45 นาที และหน่วยงานควรทำกิจกรรมทั้ง 8 เรื่องนี้ติดต่อกันไปทุกสัปดาห์ (ถ้าเป็นไปได้)

สิ่งที่คาดหวังว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้รับก็คือได้เรียนรู้แนวคิดเรื่องคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพที่ใกล้กับชีวิตการทำงานปกติประจำมากที่สุด อีกทั้งเริ่มต้นลงมือพัฒนาคุณภาพในสิ่งที่สามารถทำได้ง่ายๆ แต่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิธีการทำงานซึ่งทุกคนสัมผัสได้ เป็นประโยชน์ต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

หัวใจสำคัญที่สุดในการใช้เอกสารชุดนี้ก็คือการที่หัวหน้าหน่วยงานจะทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ (facilitator) มิใช่ทำหน้าที่เป็นผู้บังคับบัญชา หลักการทำหน้าที่ผู้ช่วยเหลือก็คือการทำความเข้าใจกับสมาชิกทุกคนว่าเป้าหมายของกิจกรรมที่จะทำกันคืออะไร เปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่และเท่าเทียมกัน แล้วผู้ช่วยเหลือทำหน้าที่สรุปความเห็นของสมาชิกเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้น และมีแนวทางการทำงานที่ชัดเจน

หัวหน้าหน่วยงานจะต้องใจเย็นที่จะรับฟังการเสนอความคิดของสมาชิกในหน่วยงาน แม้ว่าความคิดนั้นจะดูไม่เข้าท่า ดูไม่ตรงประเด็น ดูว่าเป็นไปไม่ได้ แต่ปล่อยให้สมาชิกในกลุ่มค่อยๆ เลือกสรรความคิดที่มีประโยชน์มาสรุปเป็นแนวทางการทำงาน หัวหน้าหน่วยงานจะต้องไม่เร่งร้อนที่จะเสนอความคิดของตนเองเมื่อเห็นว่าสมาชิกยังไม่ตอบคำถามที่ตรงประเด็น แต่ควรจะตะล่อมด้วยการตั้งคำถามเพื่อให้ได้คำตอบที่ตรงประเด็น

ความสำเร็จของกระบวนการเรียนรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพอยู่ที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหน่วยงาน และไม่สามารถถ่ายโอนความรับผิดชอบนี้ไปให้บุคคลอื่นได้

การทำความเข้าใจเหตุผลของกิจกรรม แนวคิดสำคัญ และแนวทางการสรุปประเด็นเพื่อเชื่อมโยงจะทำให้หัวหน้าสามารถนำสมาชิกในหน่วยงานทำกิจกรรมบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการได้

สัปดาห์ที่ 1 ทบทวนความสำเร็จและความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนแปลง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในหน่วยงาน

1. ตระหนักในความสำเร็จและจุดแข็งซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพต่อไป
2. ตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลง
3. มีทักษะในการทำงานเป็นทีมที่จำเป็น

ระยะเวลา 30-45 นาที

ผู้ร่วมกิจกรรม สมาชิกทุกคนในหน่วยงาน

อุปกรณ์ กระดาษบัตรความคิด, ปากกาเคมี, กระดานหรือ flip chart, สมุดบันทึกการเรียนรู้

เหตุผล

การทบทวนความสำเร็จและจุดแข็งของทีมเป็นการสร้างความรู้สึกด้านบวก จะช่วยลดความรู้สึกต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ขณะเดียวกันก็ทำให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลง

การสร้างความตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถเกิดได้จากการฟังสิ่งที่วิทยากรสอน แต่จะต้องเกิดขึ้นมาจากภายในตัวของสมาชิกเอง การกระตุ้นให้สมาชิกได้แสดงออกในเบื้องต้นจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก

ทักษะการทำงานเป็นทีมเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นโดยเร็วที่สุด เพื่อประสิทธิภาพในการประชุมครั้งต่อๆ ไป ทักษะที่ให้ฝึกฝนในสัปดาห์นี้ คือ การระดมสมอง , การจัดกลุ่มความคิด, การจัดลำดับความสำคัญของความคิด ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็น

กิจกรรม

1. หัวหน้าหน่วยงานอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม “หัวหน้าพาทำคุณภาพ” คือเพื่อ **สร้างกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงานในลักษณะของการมีส่วนร่วม** โดยสมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมเสนอความคิดและลงมือปฏิบัติ อันจะเป็นพื้นฐานสำหรับวัฒนธรรมคุณภาพที่ยั่งยืน

2. หัวหน้าหน่วยงานขอให้สมาชิกแต่ละคนใช้เวลา 2 นาที นึกถึง **ผลงานซึ่งเห็นว่าเป็นความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ**ของหน่วยงานคนละ 1 อย่าง และเขียนผลงานความสำเร็จนั้นลงบนกระดาษบัตรความคิด

รวบรวมบัตรความคิดจากสมาชิกทุกคน เลือกบัตรที่มีความหมายเหมือนกันไว้เพียงบัตรเดียว สรุปผลงานซึ่งเป็นความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจของหน่วยงานบนกระดานหรือ flip chart ให้สมาชิกทุกคนเห็นและคัดลอกลงสมุดบันทึกการเรียนรู้

3. หัวหน้าหน่วยงานขอให้สมาชิกแต่ละคนใช้เวลา 3 นาที นึกถึง **จุดแข็งของหน่วยงาน**ให้มากที่สุด **เขียนจุดแข็งทุกข้อลงในกระดาษบัตรความคิดแผ่นเดียวกัน** เมื่อทุกคนพร้อมแล้ว ให้หัวหน้าขอให้สมาชิกแต่ละคน**อ่านสิ่งที่เขียนไว้เพียงครั้งละ 1 ประเด็น** เวียนกันไปจนครบทุกคนแล้วเริ่มรอบใหม่ (หากความคิดนั้นมีผู้นำเสนอแล้ว ไม่ต้องนำเสนอซ้ำ) ระหว่างที่มีการนำเสนอนี้ ให้สมาชิกคนหนึ่งสิ่งที่

นำเสนอบนกระดาษหรือ flip chart เมื่อนำเสนอครบแล้ว ให้คัดลอกจุดแข็งของหน่วยงานลงสมุดบันทึกการเรียนรู้

4. หัวหน้าหน่วยงานขอให้สมาชิกแต่ละคนใช้เวลา 3 นาที นึกถึงเหตุผลที่ทำให้โรงพยาบาลต้องปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิภาพการให้บริการ **เขียนเหตุผลแต่ละข้อลงบนกระดาษบัตรความคิด บัตรละ 1 ประเด็น**

นำบัตรความคิดจากสมาชิกทุกคนติดบนกระดานหรือ flip chart ให้สมาชิกช่วยกันเลือกบัตรที่ซ้ำกันออก และนำบัตรที่มีความคิดเห็นใกล้เคียงกันมาไว้ในกลุ่มเดียวกันโดย **ไม่ต้องมีการอภิปรายหรือปรึกษากันด้วยคำพูด และไม่ต้องมีการตั้งชื่อกลุ่มความคิดก่อน** หลังจากจัดกลุ่มความคิดเสร็จแล้ว ให้แบ่งสมาชิกออกเป็นกลุ่มย่อยเท่าจำนวนกลุ่มความคิด และให้แต่ละกลุ่มย่อยปรึกษากันเพื่อตั้งชื่อกลุ่มบัตรความคิดที่เหมาะสม

สรุปชื่อกลุ่มความคิด (ปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลต้องปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิภาพ) บนกระดาษหรือ flip chart พร้อมระบุหมายเลขกำกับ ให้สมาชิกแต่ละคน ลงคะแนนความสำคัญแก่กลุ่มความคิดแต่ละข้อ โดยให้คะแนน 0 – 10 และหาค่าเฉลี่ยจากคะแนนของทุกคน

คัดลอกปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลต้องปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิภาพลงในสมุดบันทึกการเรียนรู้ (ทั้งชื่อกลุ่มและความคิดในกลุ่ม) พร้อมทั้งคะแนนลำดับความสำคัญ

หัวหน้าหน่วยงานเปิดโอกาสให้สมาชิกบางคนที่อาจจะไม่เห็นด้วยกับการเรียงลำดับความสำคัญดังกล่าว เสนอเหตุผลไว้และจดไว้ในสมุดบันทึกการเรียนรู้ด้วย แต่ไม่ต้องพยายามเปลี่ยนแปลงลำดับความสำคัญ

5. หัวหน้าหน่วยงานสรุปกฎ กติกา มารยาทในการระดมสมอง โดยเน้นว่าการระดมสมองที่มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ความคิดเห็นของผู้อื่น พร้อมทั้งชี้ให้เห็นว่าวิธีการที่สมาชิกได้ทำมานั้น พยายามปิดโอกาสของการวิพากษ์วิจารณ์อย่างไร พยายามปิดกั้นการครอบงำด้วยความเห็นของคนส่วนน้อยอย่างไร

กฎ กติกา มารยาท ในการระดมสมอง

- เสนอครั้งละ 1 ความเห็น
- บัตรความคิด ให 1 ความเห็นต อย
- ถ ต ไม ของผู
- อย ความเห็นของผู (ทั้งวาจาและท)
- ซักถามได แต ไม ความเห็น
- เน มากที่สุด, ใช & อารมณ
- ต ความคิดของผู

หัวหน้าหน่วยงานเปิดโอกาสให้สมาชิกอภิปรายว่ามีความรู้สึกอย่างไรต่อวิธีการระดมสมองในลักษณะนี้ และจะนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันอย่างไร

แนวคิดสำคัญที่ปรากฏในใบงาน

- กระบวนการเรียนรู้: เกิดจากการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น/การเสริมกันและกันในกลุ่ม การทบทวนผลงานของกลุ่ม การตั้งคำถามที่ท้าทายและสร้างสรรค์ มากกว่าจากการฟังวิทยากรสอน
- การพัฒนาคุณภาพ: ผลงานของการทำกิจกรรม "หัวหน้าพาทำคุณภาพ" จะต้องเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติ มิใช่ทำเพียงบนกระดาษ
- วัฒนธรรมคุณภาพที่ยั่งยืน: การคิดและทำอย่างเป็นธรรมชาติ ทุกลมหายใจ
- ผลงานความสำเร็จที่ภูมิใจ: ควรเน้นที่ผลลัพธ์มากกว่าตัวกิจกรรม ถ้าเป็นไปได้
- จุดแข็งของหน่วยงาน: ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จ เช่น ความสามัคคี การพบปะกันอย่างไม่เป็นทางการอย่างสม่ำเสมอ การเปิดใจรับฟัง
- การปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิภาพ: เป็นรูปธรรมของการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการกระตุ้นให้คิด อาจจะใช้รวมๆ หมายถึงการเปลี่ยนแปลงทั่วไปก็ได้ ยังไม่จำเป็นต้องอธิบายขยายความคำว่าคุณภาพและประสิทธิภาพ
- กฎ กติกา มารยาท คือสิ่งที่สมาชิกของทีมยอมรับว่าจะนำไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกัน

การสรุปประเด็นเพื่อเชื่อมโยง

- จากความสำเร็จของหน่วยงาน ชี้ให้เห็นว่าหน่วยงานเคยสร้างผลงานที่ดีได้ การพัฒนาคุณภาพมิใช่เรื่องใหม่
- จากจุดแข็งของหน่วยงาน ชี้ให้เห็นว่าหน่วยงานมีศักยภาพที่สามารถนำมาใช้ให้ประสบความสำเร็จได้ และควรส่งเสริมให้มีโอกาสนำจุดแข็งดังกล่าวมาใช้ให้มากขึ้น
- จากเหตุผลที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลง นำไปสู่การสร้างความตระหนักในกลุ่มสมาชิก และการกำหนดประเด็นสำคัญที่จะต้องเปลี่ยนแปลง
- จากกฎ กติกา มารยาท นำไปสู่การทบทวนและปรับปรุงประสิทธิภาพของการทำงานเป็นทีม รวมทั้งการดัดแปลงใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์โดยไม่ติดกับรูปแบบเกินไป

Slide ที่อาจใช้ประกอบการเรียนรู้

การประชุมของทีม กระบวนการประชุม: อะไรคือจุดอ บทบาทของผู , ผู , ผู , สมาชิก	
ทักษะที่จำเป ฟ สร งบรรยากาศให้อยากพูด ท ใจมุ ยอมรับความคิดของผู สะท	
ผู (Facilitator) รับผิดชอบจัดเวทีให เป ผู เน ทุกคนสามารถและควรใช	
บทบาทของผู (Facilitator) ■ ดึงกลุ ■ กระตุ ■ ควบคุมการจราจร ■ รักษาเวลา ■ เสนอทางเลือกในวิธีการประชุม ■ ปกป ■ จัดการกับป ■ วางตัวเป เมื่อความเห็นไม	
จัดระบบความคิด ■ ความคิดจากการระดมสมองเป สร ยังไม ■ การนำความคิดจากการระดมสมองมาใช้ต ความคิดให และจัดระบบเพื่อตรวจ สอบความสมบูรณ ■ การจัดหมวดหมู หรือจัดกลุ (Affinity Diagram) ■ การตรวจสอบความสมบูรณ ผลต (Systematic/Tree Diagram)	

สัปดาห์ที่ 2 เชื่อมโยงความสำเร็จและสร้างบรรยากาศที่ดี

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในหน่วยงาน

1. สามารถเชื่อมต่อความสำเร็จหรือความพยายามในการพัฒนาคุณภาพที่หน่วยงานได้ทำมากับความพยายามที่จะทำต่อไป
2. ร่วมกันส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศที่กระตุ้นให้เกิดความตื่นตัว และกระตือรือร้น

ระยะเวลา 30 นาที

ผู้ร่วมกิจกรรม สมาชิกทุกคนในหน่วยงาน

อุปกรณ์ กระดาษบัตรความคิด, ปากกาเคมี, กระดานหรือ flip chart, สมุดบันทึกการเรียนรู้

เหตุผล

การเชื่อมต่อความพยายามในการพัฒนาเข้าด้วยกัน จะทำให้ลดความซ้ำซ้อนและการพัฒนาแบบแยกส่วน

การค้นหาบรรยากาศที่กระตุ้นให้เกิดความตื่นตัว คือการค้นหาความต้องการของทีมงาน และนำสิ่งที่เคยปฏิบัติได้ผลออกมาใช้ให้มากขึ้น

ข้อมูลประกอบกิจกรรม

ก) หัวใจของ HA

HA ในความหมายที่กว้างและเป็นแก่นแท้ คือการกระตุ้นให้เรา **ทำหน้าที่ตามเป้าหมายขององค์กร**ได้อย่างสมบูรณ์

หัวใจของการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร คือ (ก) การตอบสนองความต้องการหรือการเน้น**ผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง** (customer focus) (ข) **การทำงานร่วมกันเป็นทีม** และ (ค) การ**ทบทวนประเมินตนเอง**ในทุกระดับ เพื่อให้เกิดการ**ปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง**

ข) ตารางวิเคราะห์เพื่อเชื่อมต่อกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเข้าด้วยกัน

กิจกรรม	จุดเด่น	ปัญหา	การเชื่อมต่อ
การสัมมนาพัฒนาองค์กร (OD)	สร้างความรักความสามัคคีในองค์กร	อาจได้ผลระยะสั้น บางระดับจะไม่ชอบ ค่าใช้จ่ายสูง	-ใช้ความรักความสามัคคีเป็นฐานในการพัฒนางานที่มีเป้าหมายชัดเจน -เสริมสร้างความรักความสามัคคีในทีมผู้บริหาร และทีมระหว่างหน่วยงาน
A-I-C	ได้วิสัยทัศน์ร่วมขององค์กร ซึ่งผู้ร่วม		-นำวิสัยทัศน์ขององค์กรมาเชื่อมโยงกับหน้าที่และ

กิจกรรม	จุดเด่น	ปัญหา	การเชื่อมต่อ
	กิจกรรมมีส่วนร่วมสร้าง		เป้าหมายของหน่วยงาน -วางแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ -สื่อสารให้สมาชิกเข้าใจบทบาทของแต่ละคนต่อการบรรลุวิสัยทัศน์ร่วม
ESB	ทำให้สมาชิกตระหนักในความสำคัญของตนเอง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	การปฏิบัติอาจจะไม่ครอบคลุม ผู้ที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาก็ยังคงเป็นปัญหาอยู่	-จัดให้มีระบบติดตามและ feed back ที่เหมาะสม โดยเชื่อมโยงกับระบบคุณภาพในภาพรวม
5 ส.	ทำงาน เห็นการเปลี่ยนแปลงชัดเจน		-นำบทเรียนจากการปรับเปลี่ยนทางกายภาพและการทำงานเป็นทีมมาใช้กับการปรับปรุงระบบงาน เช่น การสะสางระบบงาน
ระบบข้อเสนอแนะ	สร้างการมีส่วนร่วมได้กว้าง กระตุ้นความคิดสร้างสรรค์	ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงถ้าเจ้าของงานไม่นำไปพิจารณาหรือไม่นำไปปฏิบัติ	-เชื่อมโยงเข้ากับระบบคุณภาพในภาพรวม -คิดเครดิตสะสมให้กับทีม
QA พยาบาล	ให้แนวทางชัดเจนสำหรับวิชาชีพพยาบาล		-ทบทวนการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เก็บไว้ -ร่วมมือกับวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงระบบงาน
ISO9000	มีระบบประกันคุณภาพที่เข้มแข็ง	มีงานเอกสารจำนวนมาก มีความเคร่งครัดกับข้อกำหนดมาก ไม่ได้พัฒนาในส่วนของการดูแลผู้ป่วยเท่าที่ควร	-ต่อยอดจากพื้นฐานที่ดีในเรื่องระบบเอกสาร การตรวจสอบภายใน การทบทวนของผู้บริหาร -นำหลักการคุณภาพใน ISO มาใช้กับการดูแลผู้ป่วยด้วยความยืดหยุ่น โดยใช้คำว่า patient care เข้าไปแทนคำว่า product ในข้อกำหนด -ลดการยึดติดในรูปแบบ ให้ความสำคัญกับสิ่งทีเกิดขึ้นจริงมากกว่าเอกสาร

กิจกรรม	จุดเด่น	ปัญหา	การเชื่อมต่อ
ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย	มีเป้าหมายและข้อกำหนดชัดเจน มีความร่วมมือระหว่างแผนก		-มองว่ามีหลักการเดียวกัน กับ HA และเป็นหน้าที่ของแผนกที่เกี่ยวข้องที่ต้องทำ
PSO	ชี้แนะมิติคุณภาพที่ควรติดตามวัดผลงาน		-อาศัยมิติของผลสัมฤทธิ์มากำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพในการทำ HA -ใช้ข้อกำหนดของ HA ส่งเสริมให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ที่ตรงประเด็นกับภารกิจหลัก
HPH	เน้นการสร้างสุขภาพและการทำงานเชิงรุกเข้าไปในชุมชน		-กำหนดให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นพันธกิจขององค์กร -ใช้กระบวนการทบทวนและพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

กิจกรรม

1. จากตารางที่ให้มา ขอให้หัวหน้าหน่วยงาน **เลือกกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ**ที่สมาชิกในหน่วยงานเคยมีประสบการณ์ นำข้อมูลตัวอย่างการวิเคราะห์มาสรุปให้สมาชิกในหน่วยงานฟัง ให้สมาชิกร่วมกัน **วิเคราะห์จุดเด่นและปัญหา**ที่เกิดขึ้นเพิ่มเติมจากตัวอย่าง และร่วมกัน **วางแผนเชื่อมโยง**ความสำเร็จจากกิจกรรมดังกล่าวเข้ากับความพยายามที่จะพัฒนาคุณภาพต่อไป จดผลการวิเคราะห์และการวางแผนลงในสมุดบันทึกการเรียนรู้

2. หัวหน้าหน่วยงานขอให้สมาชิกระดมสมองในประเด็น **“บรรยากาศที่กระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวและกระตือรือร้นในการทำงาน ซึ่งมีอยู่หรือเคยมีในองค์กร และควรส่งเสริมให้มีมากยิ่งขึ้น”** (ขอให้เน้นการห้ามวิพากษ์วิจารณ์ความคิดเห็นของผู้อื่น และเปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความเห็นอย่างเท่าเทียมกัน) ถ้ามีจำนวนความคิดเห็นมาก หัวหน้าหน่วยงานอาจจะให้มีการจัดกลุ่มความคิด และจัดลำดับความสำคัญ

หัวหน้าหน่วยงานขอให้สมาชิกพิจารณาว่า**ใครควรเป็นผู้รับผิดชอบ**ในการสร้างบรรยากาศแต่ละเรื่อง (ผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหารหน่วยงาน สมาชิกในหน่วยงาน) สำหรับเรื่องที่ควรเป็นความรับผิดชอบในหน่วยงาน ให้หัวหน้าหน่วยงานกำหนดแผนการทำงานของหน่วยงานขึ้นเพื่อส่งเสริมให้มีบรรยากาศดังกล่าวมากขึ้น สำหรับเรื่องที่ควรเป็นความรับผิดชอบของผู้บริหารระดับสูง ให้นำเสนอคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลพิจารณา

จดบรรยากาศที่ต้องการส่งเสริมให้มีมากยิ่งขึ้นและผู้รับผิดชอบลงในสมุดบันทึกการเรียนรู้ และกลับมาทบทวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นระยะ

หากมีสมาชิกในหน่วยงานตั้งข้อสังเกตว่ามีบรรยากาศที่ก่อให้เกิดความหดหู่ท้อถอย บั่นทอนขวัญกำลังใจ หรือทำให้ท้อแท้ ให้หัวหน้าหน่วยงานรับไว้พิจารณาและหาทางลดโอกาสเกิดบรรยากาศดังกล่าวลง

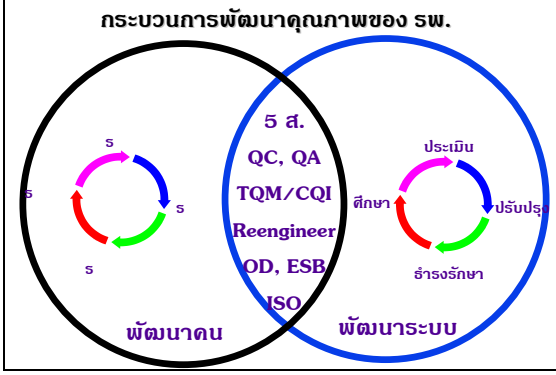
แนวคิดสำคัญที่ปรากฏในใบงาน

- ทุกกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนา ล้วนมีจุดร่วมในการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ
- การวิเคราะห์จุดเด่นและปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อเอาจุดเด่นมาใช้ประโยชน์ และเพื่อหามาตรการป้องกันแก้ไขปัญหา หรือลดความสำคัญในกิจกรรมบางส่วนลง
- การวางแผนเชื่อมโยง อาจครอบคลุม การเชื่อมโยงแนวคิด , การเชื่อมโยงแผนงาน, การเชื่อมโยงกิจกรรม, การเชื่อมโยงผู้รับผิดชอบ, การเชื่อมโยงการประเมินผล
- เน้นการทบทวนในประสบการณ์ด้านบวกของบรรยากาศองค์กร และละเว้นบรรยากาศด้านลบด้วยความตั้งใจ เพราะจะใช้เวลามาก และบรรยากาศด้านลบจะค่อยๆ ลดลงหากเกิดความร่วมมือกัน
- การสร้างบรรยากาศด้านบวกเป็นหน้าที่ของทุกฝ่าย ซึ่งควรมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บริหารระดับสูงจะต้องมีส่วนอย่างมาก

การสรุปประเด็นเพื่อเชื่อมโยง

- ทุกอย่างที่เคยทำมา ควรเชื่อมโยงกับความพยายามที่จะทำต่อไป
- การพัฒนาที่ได้ผลต้องเกิดในบรรยากาศของความตื่นตัวและกระตือรือร้นอย่างสมัครใจ ซึ่งทุกคนจะต้องช่วยกันสร้าง

Slide ที่อาจใช้ประกอบการเรียนรู้

	กระบวนการพัฒนาคุณภาพส่วนใหญ่จะพัฒนาทั้งคนและระบบงานควบคู่กันไป เป็นวิธีการหนึ่งในการเชื่อมโยงกิจกรรมคุณภาพ

สร ■ สิ่งที่กระตุ เกิดความตื่นตัวและกระตือรือล – จะสร งบรรยากาศเช ไดอ ■ สิ่งที่บั่นทอนขวัญกำลังใจหรือทำให – จะลดหรือขจัดบรรยากาศเช ไดอ	slide ที่อาจใช้ตั้งคำถามแก่กลุ่มเพื่อทำกิจกรรม
สร ■ เสนอในที่ประชุมประจำเดือน ■ เสนอต ■ เสนอในที่ประชุมทีมคุณภาพ ■ สรุปจากการพูดคุยที่ไม ■ มีสมุดรับความคิดเห็น ■ มีบอร ■ ตั้งประเด็นให้เสนอความเห็น ■ เขียนใบข ■ บันทึกดักจับความคิดตลอดเวลา	การสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานอาจเริ่มด้วยการมีช่องทางรับความคิดเห็นที่หลากหลาย
การสร ■ ขอบคุณ ■ อาสาทำงานที่เจ ไมอยากทำ ■ บอกทันทีเมื่อทำในสิ่งที่ถูกต และขอให ■ ทักทายด ■ ระบุชื่อเจ ของความคิด ■ ติดรูปพนักงานดีเด ■ หนังสือประจำป ■ บอร แสดงความก ■ เชิญไปทานอาหารร	แนวทางการสร้างแรงจูงใจที่หัวหน้าสามารถทำได้ง่ายๆ
ป Synergy: 1 + 1 > 2 บรรยากาศส ทรัพยากร สามารถนำการตัดสินใจไปปฏิบัติ ผู้บริหารให การให มีการฝ มีกระบวนการแก	อาจใช้สรุปว่าการทำงานเป็นทีมจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยปัจจัยอะไรบ้าง
การเสริมพลังให (Team Empowerment) ต ทักษะ และความตั้งใจของผู้บริหาร ต แทนที่จะถูกสั่งให ให ให ขอให -งานที่ทีมรับผิดชอบอยู่ -งานที่ทีมควรรับผิดชอบเองมากขึ้น -งานที่ทีมควรมีส	ผู้บริหารมีบทบาทสูงมากที่จะเสริมพลังให้ทีม

สัปดาห์ที่ 3 คุณภาพเริ่มที่แต่ละคน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในหน่วยงาน

1. เข้าใจ แนวคิดพื้นฐานว่าคุณภาพต้องเริ่มจากตัวเราแต่ละคน
2. ร่วมกันส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศที่กระตุ้นให้เกิดความตื่นตัว และกระตือรือร้น

ระยะเวลา 30 นาที

ผู้ร่วมกิจกรรม สมาชิกทุกคนในหน่วยงาน

อุปกรณ์ กระดาษบัตรความคิด, ปากกาเคมี, กระดานหรือ flip chart, สมุดบันทึกการเรียนรู้

เหตุผล

เมื่อพูดถึงการพัฒนาคุณภาพ สมาชิกจำนวนหนึ่งจะคิดว่าเป็นการเพิ่มงาน และมักจะคิดว่าเป็นหน้าที่ของหัวหน้าหรือคนกลุ่มเล็กๆ ในหน่วยงาน จึงต้องทำให้ทุกคนเห็นว่าตนเองนั่นแหละคือบุคคลสำคัญที่สุดที่จะทำให้เกิดคุณภาพ

การพัฒนาที่มีผลกระทบกว้างและยั่งยืน ต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงจากสมาชิกทุกคนในหน่วยงาน

ตัวอย่าง: การวิเคราะห์งานของพนักงานขับรถ

งาน	เป้าหมายหรือคุณค่า	โอกาสพัฒนา
ขับรถ	นำผู้โดยสารไปส่งที่หมายทันเวลาด้วยความปลอดภัย	
ตรวจสอบประจำวัน	รถพร้อมใช้ และปลอดภัย	
นำรถเข้าศูนย์ตามกำหนด	รถมีอายุใช้งานเหมาะสม	
อยู่เวร	พร้อมรับ-ส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน	

กิจกรรม

1. หัวหน้าหน่วยงานนำเสนอตัวอย่างการวิเคราะห์งานของพนักงานขับรถ และให้สมาชิกแต่ละคนวิเคราะห์งานของตนเองโดยใช้คำถามว่า

- ในแต่ละวันทำงานอะไรบ้าง
- งานนั้นมีเป้าหมายหรือคุณค่าอะไร (หรือให้นึกถึงว่าเมื่อไรที่ได้รับคำชม)
- จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

2. รวบรวมผลการวิเคราะห์งานของแต่ละคนเข้ากับเพื่อนร่วมงานที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบงานในลักษณะเดียวกัน และพิจารณาวางแผนการปรับปรุงโดยแยกแยะ

- เรื่องที่ควรมาปรับปรุงร่วมกัน
- เรื่องที่แต่ละคนควรรับผิดชอบปรับปรุงการทำงานของตนเอง

พร้อมทั้งหาวิธีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงง่ายๆ ในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์

จดบันทึกแผนการปรับปรุงของแต่ละกลุ่มไว้ในสมุดบันทึกการเรียนรู้

3. หัวหน้าหน่วยงานพิจารณาว่าจะให้การสนับสนุนสมาชิกในหน่วยงานเพื่อให้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอย่างไร หัวหน้าจะต้องระมัดระวัง **อย่ารีบร้อนปฏิเสธความคิดใหม่ๆ ของสมาชิก** จะต้องสนับสนุนการทดสอบรูปแบบการทำงานใหม่ๆ และเรียนรู้ร่วมกันจากผลที่เกิดขึ้น

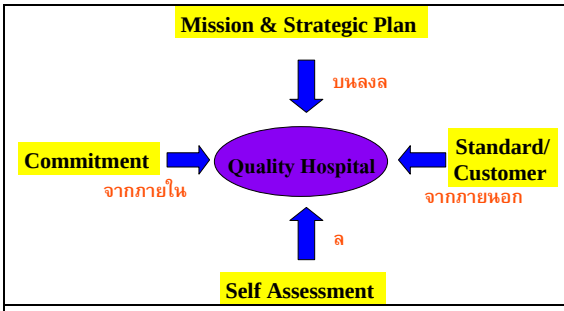
แนวคิดสำคัญที่ปรากฏในใบงาน

- คุณภาพคือการทำงานประจำของตนเองให้ดีขึ้น
- การจะทำงานให้ดีขึ้นต้องเข้าใจเป้าหมายของงานนั้นๆ ว่าทำไปเพื่ออะไร
- คุณภาพของหน่วยงานหรือองค์กร เกิดจากผลรวมของคุณภาพงานของแต่ละคน
- เมื่อพบโอกาสพัฒนา ควรหาทางให้มีการพัฒนาโดยทันทีในส่วนของตัวเอง และการพัฒนาร่วมกันในหน่วยงานหรือระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ
- การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงง่ายๆ และเห็นผลหรือประโยชน์ที่เกิดขึ้น จะทำให้สมาชิกอยากที่จะร่วมมือพัฒนาต่อไป ซึ่งหัวหน้าจะต้องมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุน
- การพัฒนาร่วมกันในหน่วยงานหรือระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ จำเป็นต้องมีการวางแผน มีช่องทางสื่อสาร มีการมอบหมายความรับผิดชอบ

การสรุปประเด็นเพื่อเชื่อมโยง

- บทบาทของสมาชิกแต่ละคน ในการทบทวนตนเองอย่างสม่ำเสมอ และการพัฒนาตนเอง
- บทบาทของหัวหน้าหน่วยงานที่จะสนับสนุนและติดตาม
- กลไกของโรงพยาบาลที่จะนำโอกาสพัฒนาที่ต้องทำร่วมกันไปสู่การปฏิบัติ
- การนำข้อมูลที่ได้ไปเชื่อมกับแบบประเมินตนเอง ในส่วนของโอกาสพัฒนาที่เกิดจากการวิเคราะห์กระบวนการทำงาน (ในช่วงแรกอาจจะใช้กระบวนการทำงานที่ พรพ.วิเคราะห์ไว้ให้ก่อน)
- การเชื่อมโยงกับจุดเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพ ว่าแนวทางนี้คือการเริ่มจากภายใน เป็นการประเมินจากภายใน เป็นการเริ่มจากล่างขึ้นบน

Slide ที่อาจใช้ประกอบการเรียนรู้

<table>
<tr>
<td>
</td>
<td>“คุณภาพเริ่มต้นที่แต่ละคน” เป็นทั้งการเริ่มต้นสร้าง commitment ภายในตัวเราเอง และเป็นการประเมินตนเองโดยเริ่มจากล่างขึ้นบน</td>
</tr>
<tr>
<td>ท สามระดับ
<table>
<tr><th></th><th>ระดับองค</th><th>ระดับหน</th><th>ระดับบุคคล</th></tr>
<tr><td>ทำไมต</td><td>พันธกิจ</td><td>ความมุ</td><td>เป</td></tr>
<tr><td>เราทำอะไรบ</td><td>ระบบงานหลัก</td><td>กระบวนการหลัก</td><td>กิจกรรมหลัก</td></tr>
<tr><td>ทำไปเพื่ออะไร</td><td>เป หมายของระบบงาน</td><td>เป หมายของกระบวนการ</td><td>เป หมายของกิจกรรม</td></tr>
<tr><td>ทำได</td><td>SWOT analysis</td><td>เครื่องชี้วัด</td><td>ความสำเร็จป</td></tr>
<tr><td>จะทำให ขึ้นอย</td><td>แผนยุทธศาสตร</td><td>แผนพัฒนาคุณภาพ</td><td>ปรับปรุงตนเอง</td></tr>
</table></td>
<td>หากจะเริ่มให้ลึกซึ้งมากขึ้น อาจจะเริ่มด้วยคำถามว่า “ทำไมต้องมีเรา”
คำถามชุดเดียวกัน สามารถใช้ได้กับระดับหน่วยงานและระดับองค์กร</td>
</tr>
<tr>
<td>1. เราอยู่
ได
เห็นคุณค
ความสัมพันธ
ได
งานที่ได
ความสุขจากทรัพย เงินทอง</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. เราทำอะไร
■ วัน ๆ เราทำอะไรบ
– ที่ทำบ
– ที่สำคัญสูง
– ที่มีป
■ ตัวอย
– ตรวจผู
– อยู
– พบญาติ</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. ทำไปทำไม
■ ตรวจผู
– ให
– ให รบำบัดรักษาที่เหมาะสม
– ให
■ อยู
– แก เฉินให</td>
<td></td>
</tr>
</table>

4. ทำได (คำถามทั่วไป)

- มีข
- มีความเสี่ยงเพียงใด อะไรบ
- มีความด ที่ตรงไหน
- ผู มีความพอใจเพียงใด ยังไม
- ยังห ตรงไหน
- เราดูแลผู
- เราเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู หรือไม
- เราเต็มความสามารถของเราหรือไม
- เราทำด ความระมัดระวัง และถูกต แรกแล

4. ทำได (คำถามเฉพาะ)

- การวินิจฉัยโรค
  - มีการวินิจฉัยที่คลุมเครือเพียงใด อะไรบ
  - มีการวินิจฉัยที่ผิดพลาดเพียงใด อะไรบ
  - มีการวินิจฉัยที่ไม อะไรบ
- การบำบัดรักษา
  - ที่ชักช ไม มีเพียงใด อะไรบ
  - ที่ไม มีเพียงใด อะไรบ
  - ที่ผิดพลาด มีเพียงใด อะไรบ

5. จะทำให

- อยากจะบอกอะไรแก
  - พยาบาล OPD ซักประวัติให
  - นัดหมายการตรวจพิเศษให
- What, Where, When, Who, How
  - What: ใช การแพทย เลือกได หรือไม
  - Where: รักษาที่ รพ.ชุมชนได
  - When: ออกตรวจตอนบ
  - Who: ให จากพยาบาลได
  - How: ใช โทรศัพท ปรึกษาได

ประเมินตนเองระดับบุคคล

เป

งาน-ทำอะไร กระบวนการ	ทำเพื่ออะไร เป	ทำได	จะทำให ได อย	ใครทำ
ตรวจ OPD	ให โรคที่ถูกต	คลุมเครือและ ผิดพลาดใน บางกลุ	-ทบทวน ซักประวัติ ตรวจร งกายละเอียด ขึ้น -มีแนวทางวินิจฉัย	ตัวเอง

เน การปรับปรุงในส

สัปดาห์ที่ 4 คุณภาพคือการทำให้งานของเราง่ายขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในหน่วยงาน

1. เข้าใจแนวคิดพื้นฐานว่าคุณภาพควรควบคู่ไปกับความเรียบง่าย
2. สามารถวิเคราะห์งานในความรับผิดชอบของตนเองว่าจะทำให้ง่ายขึ้นได้อย่างไร

ระยะเวลา 30 นาที

ผู้ร่วมกิจกรรม สมาชิกทุกคนในหน่วยงาน

อุปกรณ์ กระดาษบัตรความคิด, ปากกาเคมี, กระดานหรือ flip chart, สมุดบันทึกการเรียนรู้

เหตุผล

เมื่อชวนสมาชิกในหน่วยงานมาพัฒนาคุณภาพ ส่วนใหญ่จะบอกว่างานประจำก็หนักอยู่แล้ว เกรงว่าจะไม่มีเวลา หรือจะทำให้เพิ่มงานมากขึ้น จึงต้องทำให้เห็นว่าคุณภาพคือการทำงานประจำให้ดีขึ้นและการพัฒนางานประจำจะทำให้เรามีเวลาเหลือสำหรับทำงานที่จำเป็นซึ่งไม่เคยมีเวลาให้มาก่อน

ตัวอย่าง: ตัวอย่างการวิเคราะห์เพื่อทำให้งานของเราง่ายขึ้น

ประเด็น	งานในความรับผิดชอบ	แนวทางการปรับปรุง
สิ่งที่ต้องทำซ้ำซ้อน	การซักประวัติผู้ป่วยในเรื่องเดียวกัน โดยวิชาชีพต่างๆ	รวมแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยเข้าไว้ในแบบฟอร์มเดียวกัน
สิ่งที่ซับซ้อน ยุ่งยาก	การวางแผนดูแลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังหรือซับซ้อน	ให้ผู้เกี่ยวข้องมา round ร่วมกัน
สิ่งที่สูญเปล่า ไม่เกิดประโยชน์	การเผาขยะที่ไม่ติดเชื้อ	จัดระบบแยกขยะให้ดี นำขยะ recycle มาใช้ประโยชน์หรือจำหน่าย
สิ่งที่สูญหาย	รายงานผลชันสูตรหาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ย้ายหรือกลับบ้านก่อนจะได้ผล	วางระบบการส่งต่อรายงานผลชันสูตรให้หอผู้ป่วยที่รับย้ายหรือเวชระเบียน
การเสียเวลาโดยใช่เหตุ	การรอกลับบ้านในผู้ป่วยจำหน่าย	แพทย์สั่งจำหน่ายล่วงหน้า
การเสียโอกาส	ญาติไม่มีโอกาสได้พบแพทย์	จัดคิวแพทย์พบญาติผู้ป่วย

กิจกรรม

1. ให้หัวหน้าหน่วยงานนำเสนอตัวอย่างการวิเคราะห์เพื่อทำให้งานของเราง่ายขึ้น และให้สมาชิกร่วมกันระดมสมองในตารางข้างล่าง

ประเด็น	งานในความรับผิดชอบ	แนวทางการปรับปรุง
สิ่งที่ต้องทำซ้ำซ้อน		
สิ่งที่ซับซ้อน ยุ่งยาก		
สิ่งที่สูญเปล่า ไม่เกิดประโยชน์		
สิ่งที่สูญหาย		
การเสียเวลาโดยใช่เหตุ		
การเสียโอกาส		

2. สมาชิกร่วมกันพิจารณาแนวทางการปรับปรุงให้เป็นวิธีที่เรียบง่ายและได้ผล พร้อมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบและระยะเวลาดำเนินงาน สรุปผลการระดมสมองและการวางแผนในสมุดบันทึกการเรียนรู้

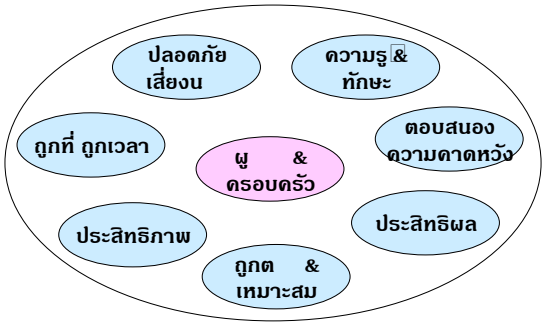
แนวคิดสำคัญที่ปรากฏในใบงาน

- แนวคิดเรื่องความเรียบง่าย ซึ่งจะเกิดได้ต่อเมื่อเรากล้าที่จะตั้งคำถามที่ท้าทายต่อสิ่งที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ เข้าใจเป้าหมายของเรื่องนั้นว่าทำไปเพื่ออะไร และยึดเป้าหมายเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจมากกว่ารูปแบบ
- การใช้วิธีการต่างๆ เพื่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ อาจจะเป็นการคิดคนเดียว หรือร่วมกันคิด
- ซ้ำซ้อน (duplication) คือการทำซ้ำโดยต่างบุคคล ต่างเวลา ต่างสถานที่ โดยไม่เกิดคุณค่าเพิ่ม
- ซับซ้อน (complexity) คือการทำด้วยความยุ่งยากเกินจำเป็น โดยไม่ตั้งคำถามถึงที่มาของการกระทำนั้น หรือไม่คิดวิธีที่เรียบง่ายกว่า
- สูญเปล่า (waste) คือการทำแล้วเกิดความสิ้นเปลืองทรัพยากรโดยไม่จำเป็น เกิดจากการขาดการวิเคราะห์เป้าหมายและทางเลือกอย่างรอบคอบ
- สูญหาย (loss) คือการไม่พบสิ่งที่ต้องการใช้ในเวลา สถานที่ และรูปแบบที่ต้องการ
- เสียเวลา (waiting) คือการใช้เวลามากกว่าที่ควรเพื่อได้รับบริการหรือทำกระบวนการอันหนึ่งให้เสร็จสิ้น อาจเนื่องมาจากความไม่พร้อม หรือการออกแบบที่ไม่ดี หรือทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ
- เสียโอกาส (loss opportunity) คือการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการที่ควรจะได้ในเวลาที่สมควร การที่ผู้ปฏิบัติงานไม่ได้ทำงานที่ควรจะทำในเวลาที่มีอยู่เนื่องจากความไม่พร้อม
- ทั้งหมดที่กล่าวมาอาจจะทำให้เห็นโอกาสพัฒนา แต่การทำให้เรียบง่ายอาจจะไม่ใช่เรื่องง่าย ต้องเลือกเรื่องง่ายๆ มาดำเนินการก่อน

การสรุปประเด็นเพื่อเชื่อมโยง

- การปรับปรุงในเรื่องดังกล่าวจะนำมาสู่การเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร
- ประสิทธิภาพจะมีความสำคัญมากขึ้นในสภาวะที่ทรัพยากรมีจำกัด
- อาจมองว่าประสิทธิภาพเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพ หรือการพัฒนาที่สมดุลต้องมองทั้งคุณภาพและประสิทธิภาพควบคู่กัน
- ทุกคนต้องถามตัวเองว่าจะเลือกทำอะไร เพื่อให้งานของเราง่ายขึ้น

Slide ที่อาจใช้ประกอบการเรียนรู้

<table>
<tr>
<td>
</td>
<td>มิติต่างๆ ที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาเพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร ซึ่งควรดำเนินการอย่างสมดุลกับมิติอื่นๆ</td>
</tr>
</table>

สัปดาห์ที่ 5 คุณภาพคือการพึ่งพิงกันและกัน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในหน่วยงาน

เข้าใจแนวคิดพื้นฐานว่าคุณภาพคือการตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน (ลูกค้า) โดยเริ่มต้นจากผู้รับผลงานภายใน และสามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของผู้รับผลงานภายในที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานของตนได้

ระยะเวลา 30 นาที

ผู้ร่วมกิจกรรม สมาชิกทุกคนในหน่วยงาน

อุปกรณ์ กระดาษบัตรความคิด, ปากกาเคมี, กระดานหรือ flip chart, สมุดบันทึกการเรียนรู้

เหตุผล

การทำงานที่ง่ายคือการทำงานโดยไม่ยุ่งเกี่ยวกับผู้อื่น แต่การกระทำเช่นนั้นไม่อาจก่อให้เกิดผลดีต่องานและองค์กรได้ เนื่องจากคุณภาพงานที่เราส่งออกขึ้นกับคุณภาพงานที่เราได้รับ

แนวคิดเรื่องผู้รับผลงานภายใน (internal customer) เป็นการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมการทำงานเป็นการฝืนความเคยชิน แต่สามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้ไม่ยากหากเห็นความสำคัญ และทุกคนร่วมมือกันทำพร้อมๆ กัน

การเริ่มต้นด้วยแนวคิดผู้รับผลงานภายใน จะทำให้ตัวสมาชิกเองได้มีโอกาสเป็นผู้รับผลงานด้วย

ตัวอย่าง: ความสัมพันธ์ของผู้รับผลงานภายใน

กระบวนการ	ผู้ส่งมอบ	ผู้รับผลงาน
การสั่งยา	แพทย์	ห้องยา
การจัดยา	ห้องยา	แพทย์/พยาบาล/ผู้ป่วย

หมายเหตุ: ห้องยาเป็นทั้งผู้รับผลงานจากแพทย์ และเป็นผู้ส่งมอบให้กับ แพทย์/พยาบาล/ผู้ป่วย

กิจกรรม

1. หัวหน้าหน่วยงานอธิบายให้สมาชิกในหน่วยงานเข้าใจความหมายของผู้ส่งมอบ (หรือเจ้าของงาน) และผู้รับผลงาน หน่วยงานของเราจะมีฐานะเป็นทั้งผู้รับผลงานและเป็นผู้ส่งมอบแล้วแต่จังหวะความสัมพันธ์ในการทำงาน พร้อมทั้งอธิบายว่าคุณภาพเกิดจากการส่งต่องานที่ตรงตามความต้องการของผู้รับผลงาน (ทั้งภายในและภายนอก) ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อมีการรับทราบความต้องการ การตอบสนองความต้องการ และการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับผลงาน

2. สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ว่าในฐานะที่หน่วยงานเป็นผู้รับผลงาน

- เรารับงานอะไร จากใคร
- เราต้องการงานที่มีลักษณะอย่างไร
- เราได้ในสิ่งที่ต้องการหรือไม่

- จะบอกให้ผู้ส่งงานแก่เรา ทราบในสิ่งที่เราต้องการ และสิ่งที่เราได้รับอย่างไร

3. สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ในฐานะที่เป็นเจ้าของงาน/ผู้ส่งมอบ

- เราส่งงานอะไร ให้ใคร
- เพื่อนผู้รับงานต่อจากเรา ต้องการงานที่มีลักษณะอย่างไร
- จะทราบได้อย่างไรว่าเพื่อนผู้รับงานต่อจากเรา ได้รับในสิ่งที่เขาต้องการหรือไม่
- จะส่งมอบงานที่ดีขึ้นให้เพื่อนผู้รับงานต่อจากเรา ได้อย่างไร

4. สมาชิกร่วมกันสรุปว่าระบบ feed back ที่ควรจะสร้างขึ้นทันทีนั้นได้แก่อะไรบ้าง (ใคร จะส่งข้อมูลอะไร ให้กับใคร โดยใช้ช่องทางไหน)

สรุปผลการวิเคราะห์ในสมุดบันทึกการเรียนรู้

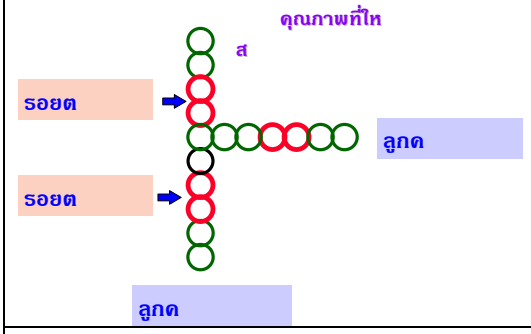
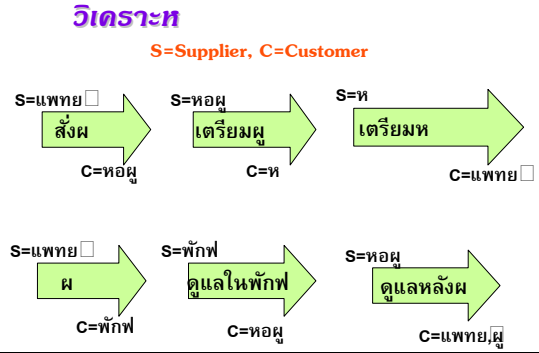
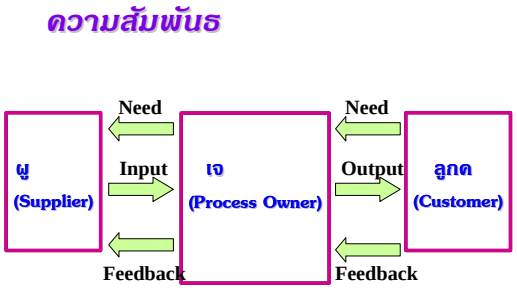
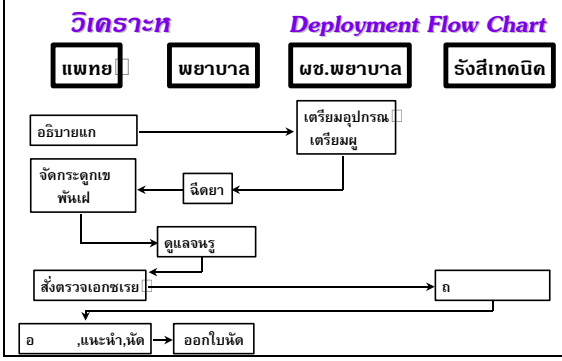
แนวคิดสำคัญที่ปรากฏในใบงาน

- ในทุกกระบวนการจะมีทั้งเจ้าของกระบวนการ (process owner) หรือผู้ส่งมอบ (supplier) และผู้รับผลงาน (customer)
- ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าของกระบวนการกับผู้รับผลงานคือการรับทราบความต้องการ การตอบสนองความต้องการ และการรับเสียงสะท้อนจากผู้รับผลงาน
- ความสัมพันธ์ที่ดีคือมีการรับฟังความต้องการโดยตรงจากผู้รับผลงานอย่างสม่ำเสมอ มีระบบ feed back ข้อมูลสะท้อนคุณภาพงานที่เป็นทางการและนำมาพิจารณาปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา
- ตัวเราเองอาจจะเป็นทั้งผู้รับผลงานและผู้ส่งมอบในขณะเดียวกัน

การสรุปประเด็นเพื่อเชื่อมโยง

- การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับผลงานภายในเริ่มที่ตัวเราเอง ด้วยการถามเพื่อนร่วมงานว่า “ฉันจะทำอะไรได้บ้างเพื่อให้งานของเธอง่ายขึ้น”
- ทำกิจกรรมแล้วทุกคนควรแยกย้ายไปพูดคุยกับผู้รับผลงานภายในตามหน่วยงานต่างๆ ว่าความต้องการที่แท้จริงของคนเหล่านั้นคืออะไร แล้วนำกลับมาทบทวนเปรียบเทียบกับสิ่งที่เราคิดเอง
- ผลลัพธ์ที่ยั่งยืนของกิจกรรมนี้คือการสร้างระบบ feed back ข้อมูลที่จำเป็นและไม่เป็นภาระจนเกินไป

Slide ที่อาจใช้ประกอบการเรียนรู้

ผู ■ เคยหรือไม – ท แต – ผู ทำให และผล งานไม – ท ■ คุณภาพบริการที่ให ขึ้นกับ ความสัมพันธ ■ หากงานที่ส ผลลัพธ สุดท	อาจใช้ในการนำเข้าสู่บทเรียนเพื่อให้เห็นความสำคัญของผู้รับผลงานภายใน
	The weakest link ห่วงโซ่นี้จะรับน้ำหนักได้มากที่สุดเท่ากับรอยต่อที่อ่อนแอที่สุด นั่นคือรอยต่อวิกฤต (critical link) คุณภาพที่ผู้รับผลงานภายนอกได้รับจะไม่มากไปกว่าคุณภาพที่ด้อยที่สุดในห่วงโซ่ของการทำงาน
	ตัวอย่างห่วงโซ่ของผู้รับผลงาน
	สายสัมพันธ์สามประการที่พึงตระหนักระหว่างผู้รับผลงานภายใน อาจจะใช้สำหรับสรุปหลังจากทำกิจกรรมแล้ว
	ตัวอย่างการวิเคราะห์ผู้รับผลงานภายในโดยเขียน flow chart ควรใช้เป็นตัวอย่างหลังจากทำกิจกรรมแล้ว เพื่อให้เห็นความหลากหลายของการวิเคราะห์

เรามีหน ■ วิเคราะห ■ ศึกษาความคาดหวัง/ความต ■ กำหนดมาตรฐานพฤติกรรม และมาตรฐานวิชาชีพ ■ ตอบสนองอย ■ รับฟ	บทสรุปว่าเราทุกคนมีหน้าที่อย่างไรต่อผู้รับผลงานทั้งด้วยตัวเราเอง และร่วมกันกับเพื่อนในหน่วยงาน

สัปดาห์ที่ 6 คุณภาพคือการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในหน่วยงาน

1. เข้าใจแนวคิดพื้นฐานว่าคุณภาพคือการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ
2. สามารถวิเคราะห์ความต้องการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้

ระยะเวลา 30 นาที

ผู้ร่วมกิจกรรม สมาชิกทุกคนในหน่วยงาน

อุปกรณ์ กระดาษบัตรความคิด, ปากกาเคมี, กระดานหรือ flip chart, สมุดบันทึกการเรียนรู้

เหตุผล

ผู้รับบริการหรือผู้รับผลงานคือบุคคลสำคัญที่สุดที่ทำให้มีหน่วยงานหรือองค์กรของเรา ในสภาวะที่มีภาระงานมาก การพูดถึงการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการมักจะถูกปฏิเสธโดยไม่แยกแยะความแตกต่างระหว่าง need กับ want ทำให้ไม่สามารถนำแนวคิดที่สำคัญในเรื่องผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมาสู่การปฏิบัติได้ เช่น สิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย การดูแลแบบองค์รวม ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

การทำความเข้าใจแนวคิดเหล่านี้ต้องไปให้ไกลกว่าการยึดติดกับคำพูด การติดกับรูปแบบ แต่อาจเข้าใจได้ง่ายๆ ด้วยคำพูดเพียงว่า “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” “ดูแลผู้ป่วยดุจญาติมิตร”

กิจกรรม

1. หัวหน้าหน่วยงานเชิญชวนให้สมาชิกในหน่วยงานพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
   - ผู้รับบริการของเราคือใคร โรคหรือหัตถการสำคัญที่เราต้องดูแลมีอะไรบ้าง
   - เรามีช่องทางรับรู้ความต้องการและความคิดเห็นของผู้รับบริการอะไรบ้าง ช่องทางเหล่านั้นเพียงพอหรือไม่
   - ปัญหาหรือความต้องการสำคัญของผู้รับบริการมีอะไรบ้าง (ความต้องการทั่วๆ ไป, สิทธิผู้ป่วย, ความต้องการทางด้านคลินิก) คำร้องเรียนรุนแรงที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้มีอะไรบ้าง
   - เราแก้ปัญหาหรือตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ดีหรือยัง ตรงไหนที่ทำได้ดีแล้ว ตรงไหนที่เป็นโอกาสพัฒนา
   - จะตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้ดีขึ้นได้อย่างไร
2. ให้สมาชิกในหน่วยงานพิจารณาต่อไปว่า เรื่องใดเป็นสิ่งที่
   - ตอบสนองทันทีในเรื่องที่หน่วยงานสามารถทำได้เอง
   - ต้องประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหากเป็นเรื่องคร่อมสายงาน
   - ต้องเสนอผู้บริหารระดับสูงในกรณีที่ต้องได้รับการสนับสนุนด้านนโยบายหรือทรัพยากร

3. ให้สมาชิกในหน่วยงานพิจารณาว่าพฤติกรรมบริการและการให้ข้อมูลที่ผู้รับบริการต้องการมีลักษณะอย่างไร และจะกำหนดมาตรฐานพฤติกรรมบริการและการให้ข้อมูลซึ่งเป็นที่ยอมรับของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานได้อย่างไร จะมีระบบรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการและระบบ feed back อย่างไร

4. รวบรวมสิ่งที่จะพัฒนาทั้งหมดมาวางแผนดำเนินงาน โดยกำหนดผู้รับผิดชอบและระยะเวลาดำเนินงาน สรุปแผนลงในสมุดบันทึกการเรียนรู้

แนวคิดสำคัญที่ปรากฏในใบงาน

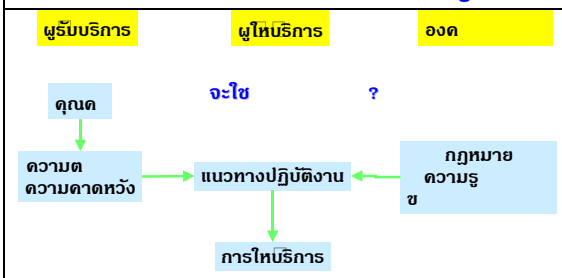
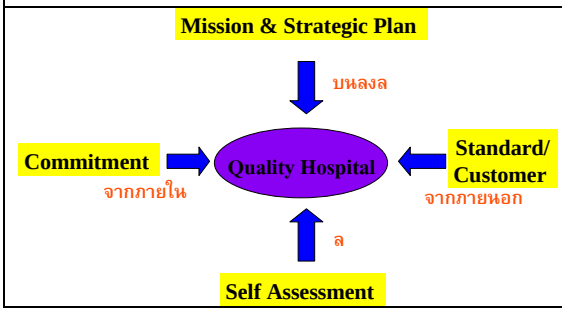
- แนวคิดผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง คือหัวใจของคุณภาพ ควบคู่ไปกับการทำงานเป็นทีมและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- การวิเคราะห์ผู้รับผลงานสำหรับบริการสุขภาพ ควรพิจารณาถึงสภาพปัญหาที่ผู้รับผลงานต้องเผชิญอยู่ด้วย เช่น กลุ่มผู้ไม่ป่วย กลุ่มผู้ป่วยซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคสำคัญต่างๆ
- การประเมินช่องทางการรับรู้ความต้องการและความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญไม่น้อยกว่าการตอบสนองความต้องการ
- ความต้องการของผู้ป่วยมีทั้งความต้องการทั่วๆ ไปซึ่งจะใกล้เคียงกันเป็นส่วนใหญ่ และความต้องการด้านคลินิกซึ่งจะมีลักษณะเฉพาะตัว การประเมินผู้ป่วยและการวางแผนการดูแลผู้ป่วย คือส่วนสำคัญที่มักจะถูกมองข้ามเวลาพูดกันเรื่องผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- ความต้องการของผู้ป่วยมีทั้งส่วนที่แสดงออก (explicit) และส่วนที่ไม่แสดงออก (implicit) ซึ่งต้องใช้ความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพและการสื่อสารกับผู้ป่วยจึงจะเข้าใจความต้องการนั้น
- การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ต้องร่วมมือกันทุกระดับ ต้องสื่อสาร วางแผน และมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสม
- พฤติกรรมบริการที่ไม่ดี เป็นสาเหตุของความไม่พึงพอใจที่พบบ่อย การทำงานด้วยใจ การมีภาระงานที่เหมาะสม การมีมาตรฐาน การรับฟังและ feed back เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ต้องคำนึงถึง
- การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ง่ายที่สุด และเปลี่ยนแปลงความรู้สึกของผู้รับบริการได้เร็วที่สุด

การสรุปประเด็นเพื่อเชื่อมโยง

- ทำกิจกรรมแล้วทุกคนควรตั้งปณิธานที่จะคุยกับผู้รับบริการทุกวัน อย่างน้อยวันละคน เพื่อรับทราบความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควร และใช้เป็นข้อมูลเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- เราอาจจะรับฟังผู้รับบริการในระหว่างปฏิบัติงาน และในช่วงที่เราว่างจากงาน การรับฟังในช่วงที่เราว่างจากงานจะทำให้เราสามารถรับรู้ความต้องการได้ดีกว่า
- การรับฟังผู้รับบริการและการตอบสนองด้วยใจเป็นประจำ คือการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพพื้นฐานขึ้นในองค์กร และจะทำให้มีความไวในการรับรู้และตอบสนองมากขึ้น
- ผลลัพธ์ที่ยั่งยืนของกิจกรรมนี้คือการสร้างระบบรับฟังและตอบสนองในแต่ละหน่วยโดยไม่ต้องรอหน่วยงานกลางมาสะท้อนข้อมูลให้ ขณะเดียวกันต้องไม่ทำให้เกิดภาระแก่ผู้รับบริการในการตอบแบบสอบถามที่ไม่จำเป็น

Slide ที่อาจใช้ประกอบการเรียนรู้

มหาตมะ คานธี ■ ลูกค ณ สถานที่แห ■ เขามิได เราต ■ เขามิใช หากแต เจตนจ้นงแห ■ เขามิใช แต ■ บริการจากพวกเรามิใช เขาต ด	ข้อคิดที่ปรับเปลี่ยนมุมมองต่อผู้รับบริการอย่างหน้ามือเป็นหลังมือ
ลูกค คือใคร ■ “ค “ ในความหมายของการคบค ย หมายของการค ■ “ลูก“ คือผู ■ “ลูกค “ ในความหมายที่กว คือผู เป ■ ผู , เพื่อนร , ผู จึงเป ■ คำที่จะทดแทนความหมายลูกค คือ “ผู ”	การแปลความหมายของ “ลูกค้า” ที่ไม่ใช่การค้าขายหรือเชิงพาณิชย์
คำถามสำหรับการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ ■ ท ■ สิ่งใดที่ท หรือ ประทับใจ ■ สิ่งใดที่ท ผิดหวัง คับข ■ ท เรื่องใดสำคัญมากที่สุด ■ ถ ท จะปรับปรุงอะไร จะฉลองความสำเร็จในเรื่องใด ■ ถ ท วิธีการทำงาน ระบบงาน อย	แนวทางสำหรับการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มเพื่อรับทราบความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งทุกหน่วยงานควรปฏิบัติเป็นประจำ
ตอบสนองลูกค ■ ลดลำดับชั้นของการบริหาร และเส ■ ให เรียนของลูกค ■ มีจุดที่ลูกค ทั้งโดยตรงและโดย อ เช ผู , กล , โทรศัพท ด , บัตรประเมินผล	

บทบาทของผู ■ สร – รักษาความสัมพันธ – ทดลองทำตัวเป , ผู – กินข , MBWA – เป – ยกย ■ เชื่อมโยงการยกย /ให กับผลลัพธ – แจก “คูปองคุณภาพ” ซึ่งให	
ความต และความคาดหวังของผู • ดูแลผู คนหนึ่งซึ่งมีหัวใจ มีความรู • รับฟ ของผู ด ความเต็มใจ • ให • ให รักษาอย รูความสามารถ • ตรวจรักษาด ความพอดี ไม ไม • ปฏิบัติงานด	
คุณภาพของการดูแลรักษาผู การตอบสนองความต ของผูป โดยมองผูป รวม อยูนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ ตระหนักในสิทธิและศักดิ์ศรีของผูป	
	
	“คุณภาพคือการตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน” เป็นการนำความต้องการจากภายนอกมาพิจารณาหาโอกาสพัฒนา ซึ่งสามารถเชื่อมโยงกับความมุ่งมั่นภายในและการประเมินตนเอง

สัปดาห์ที่ 7 คุณภาพคือการทำหน้าที่ตามเป้าหมายอย่างสมบูรณ์

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในหน่วยงาน

1. เข้าใจแนวคิดพื้นฐานว่าการพัฒนาคุณภาพต้องเป็นไปเพื่อบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน
2. สามารถกำหนดความมุ่งหมาย เครื่องชี้วัด ของหน่วยงานได้

ระยะเวลา 30 นาที

ผู้ร่วมกิจกรรม สมาชิกทุกคนในหน่วยงาน

อุปกรณ์ กระดาษบัตรความคิด, ปากกาเคมี, กระดานหรือ flip chart, สมุดบันทึกการเรียนรู้

เหตุผล

การพัฒนาที่จะก่อให้เกิดผลกระทบและมีความต่อเนื่อง คือการพัฒนาโดยเน้นเป้าหมายของหน่วยงาน ซึ่งเป้าหมายของหน่วยงานควรตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานและมาตรฐานวิชาชีพ

กิจกรรม

1. หัวหน้าอธิบายให้สมาชิกในหน่วยงานฟังว่า การพัฒนาคุณภาพต้องมุ่งไปที่การทำหน้าที่ตามเป้าหมายของหน่วยงานให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น จึงจะตรงประเด็น หน้าที่และเป้าหมายเป็นสิ่งที่สมาชิกทุกคนรู้อยู่ในใจแล้ว การทบทวนหน้าที่และเป้าหมายคือความพยายามในการตอบคำถามว่า หน่วยงานของเราทำอะไร และทำไปเพื่ออะไร

2. ให้สมาชิกในหน่วยงานศึกษาตัวอย่างข้างล่างนี้ และเขียนสิ่งที่เป็น**หน้าที่ เป้าหมาย ประเด็นสำคัญ** ของหน่วยงานลงในสมุดบันทึกการเรียนรู้

หน่วยงาน	หน้าที่	เป้าหมาย	ประเด็นสำคัญ
ผู้ป่วยนอก	ให้การดูแลรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู แก่ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ	รวดเร็ว เหมาะสม ปลอดภัย ได้ผล มีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง สิทธิผู้ป่วย องค์รวม
ผู้ป่วยใน	ให้การดูแลรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู แก่ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ	รวดเร็ว เหมาะสม ปลอดภัย ได้ผล มีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง สิทธิผู้ป่วย องค์รวม
อุบัติเหตุ	ให้การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหาวิกฤติเหมาะสม ทันท่วงที	รวดเร็ว เหมาะสม ถูกต้อง ปลอดภัย
ห้องคลอด	ให้การดูแลระหว่างการคลอด	ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย	ปลอดภัย เหมาะสม ทันเวลา
เวชกรรมฟื้นฟู	ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยตัวเองได้อย่างมีศักดิ์ศรี	เหมาะสม ต่อเนื่อง มีส่วนร่วม มีคุณภาพชีวิต
เภสัชกรรม	ให้บริการเภสัชกรรม	ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยยา	เหมาะสม คุ้มค่า ถูกต้อง

		อย่างได้ผลและปลอดภัย	รวดเร็ว ปลอดภัย ยามีคุณภาพ ผู้ใช้มีความรู้
ชันสูตร	ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	มีข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อประกอบการวินิจฉัยและติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย	ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว
การเงิน	ให้บริการรับจ่ายเงิน จัดระบบข้อมูลทางการเงินการบัญชี	มีการรับจ่ายเงินที่น่าเชื่อถือ มีประสิทธิภาพ นำไปสู่ความมั่นคงทางการเงินของ รพ.	รวดเร็ว ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ รัดกุม โปร่งใส ตรวจสอบได้
จ่ายกลาง	ให้บริการเครื่องมือและอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ	มีเครื่องมือและอุปกรณ์ปราศจากเชื้อเพียงพอสำหรับบริการผู้ป่วยอย่างปลอดภัย	เพียงพอ รวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน (ปราศจากเชื้อ)
การเจ้าหน้าที่	บริหารงานบุคคล	บุคลากรมีขวัญกำลังใจและมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง	มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม
พัสดุ	จัดหา ควบคุม เก็บรักษา จำหน่ายพัสดุ	ได้ของที่มีคุณภาพตรงความต้องการของผู้ใช้	ของมีคุณภาพ ตรงความต้องการใช้ ราคาเหมาะสม ในเวลาที่ต้องการ
ฝ่ายการพยาบาล	จัดระบบบริการพยาบาล สนับสนุนทรัพยากร พัฒนาบุคลากร ดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม	มีระบบบริการพยาบาลที่มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม

3. ให้สมาชิกที่รับผิดชอบงานในลักษณะเดียวกัน (เช่น พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยเดียวกัน พนักงานผู้ช่วยในหอผู้ป่วยเดียวกัน) ร่วมกันแสดงความเห็นว่าแต่ละคนควรจะมีบทบาทอย่างไร (หรือควรทำอะไร) เพื่อให้หน่วยงานทำหน้าที่ตามเป้าหมายได้ดีขึ้น (เน้นบทบาทที่เฉพาะเจาะจงตามหน้าที่ของแต่ละคนซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที ไม่ใช่บทบาทในเชิงทฤษฎีอย่างกว้างๆ เช่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น พนักงานผู้ช่วยจะทำอะไรได้บ้าง) จดลงในสมุดบันทึกการเรียนรู้

4. ให้สมาชิกในหน่วยงานระดมสมองว่าเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ตามเป้าหมายของหน่วยงานได้ดียิ่งขึ้น ควรมีการปรับปรุงในเรื่องใดบ้าง (ระบุเฉพาะหัวข้อเรื่อง ยังไม่ต้องพิจารณาวิธีการแก้ปัญหา) วางแผนดำเนินงานโดยกำหนดตัวผู้รับผิดชอบและระยะเวลาดำเนินงาน สรุปแผนลงในสมุดบันทึกการเรียนรู้

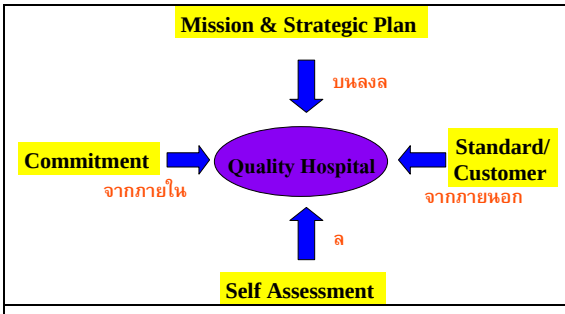
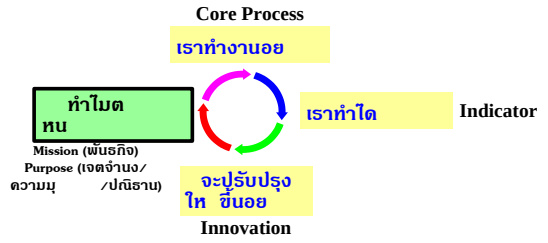
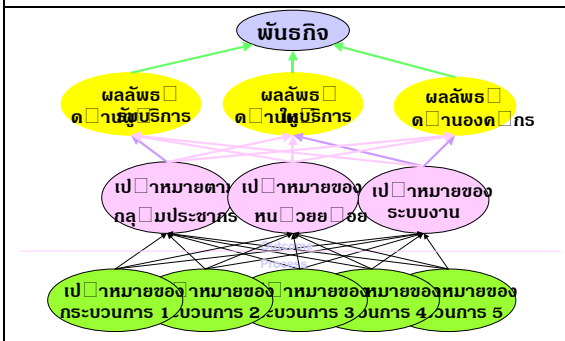
แนวคิดสำคัญที่ปรากฏในใบงาน

- หน้าที่คือสิ่งที่หน่วยงานจะต้องทำ
- เป้าหมายคือผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นจากการทำหน้าที่
- ประเด็นสำคัญคือมิติของคุณภาพหรือคุณค่าที่ผู้รับผลงานและผู้ประกอบวิชาชีพให้ความสำคัญ ซึ่งสามารถนำไปกำหนด goal, objective และ indicator ได้
- เมื่อรวมหน้าที่ เป้าหมาย ประเด็นสำคัญเข้าด้วยกัน จะเป็นสิ่งที่เรียกว่า purpose statement/mission หรือเหตุผลที่ต้องมีหน่วยงานนั้น
- แต่ละคนล้วนมีบทบาทที่จะทำให้หน่วยงานทำหน้าที่ตามเป้าหมายอย่างสมบูรณ์ ซึ่งบทบาทนี้ของคนแต่ละกลุ่มจะแตกต่างกันไปตามหน้าที่ของตน แต่ละคนมีหน้าที่ต้องทบทวนพฤติกรรมและผลงานของตนเองว่ามีส่วนต่อความสำเร็จของหน่วยงานอย่างไร

การสรุปประเด็นเพื่อเชื่อมโยง

- การเชื่อมโยงบทบาทของสมาชิกในหน่วยงานกับหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงาน
- การเชื่อมโยงความพยายามในการพัฒนาคุณภาพกับเป้าหมายของหน่วยงาน การพัฒนาที่ไม่ตอบสนองต่อเป้าหมายของหน่วยงานเป็นสิ่งที่เกิดผลกระทบน้อย หากไม่ยึดเป้าหมายของหน่วยงานเป็นตัวตั้งมักจะหลงทางและเสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์
- การเชื่อมโยงเป้าหมายของหน่วยงานกับพันธกิจของโรงพยาบาล
- การนำข้อมูลที่ได้ไปเชื่อมกับแบบประเมินตนเอง ในส่วน purpose statement & goals

Slide ที่อาจใช้ประกอบการเรียนรู้

	"คุณภาพคือการทำหน้าที่ตามเป้าหมายอย่างสมบูรณ์" คือการพัฒนาซึ่งเปรียบเสมือนจากบนลงล่าง คือเอาพันธกิจขององค์กรและหน้าที่เป้าหมายของหน่วยงานเป็นตัวตั้ง
	เมื่อรู้เป้าหมายแล้วจะเกิดการขับเคลื่อนของการพัฒนา
	ในที่สุด เป้าหมายของหน่วยงานจะต้องไปเชื่อมกับพันธกิจขององค์กร
	

สัปดาห์ที่ 8 สรุปแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพในระดับหน่วยงาน

วัตถุประสงค์:

เพื่อให้สมาชิกในหน่วยงานทบทวนว่าจะนำโอกาสพัฒนาที่ได้มาดำเนินการต่อไปอย่างไร โดยพิจารณาในภาพรวมของหน่วยงาน

ระยะเวลา 30 นาที

ผู้ร่วมกิจกรรม สมาชิกทุกคนในหน่วยงาน

อุปกรณ์ ปากกาเคมี, กระดานหรือ flip chart, สมุดบันทึกการเรียนรู้

เหตุผล

โอกาสพัฒนาที่ได้จากการทำกิจกรรมควรนำไปสู่การปฏิบัติ

โอกาสพัฒนาแต่ละเรื่องอาจจะมีลักษณะของการพัฒนาที่แตกต่างกัน เช่น ทรัพยากร ถ้าพิสูจน์ได้ว่าไม่พอ ก็ต้องนำเสนอข้อมูลที่จำเป็นให้ผู้บริหารรับทราบ, สิ่งแวดล้อม อาจจะจัดการได้โดย 5 ส., พฤติกรรม อาจจะต้องใช้การปลูกจิตสำนึก การสร้างมาตรฐาน การรับฟังเสียงสะท้อนและ feed back, ระบบงาน ต้องวิเคราะห์สาเหตุ ใช้ข้อมูล ใช้ความคิดสร้างสรรค์มาปรับปรุงวิธีการทำงานให้เรียบง่าย

โอกาสพัฒนาบางเรื่องอาจจะทำในขอบเขตจำกัด บางเรื่องเกี่ยวพันกับหน่วยงานมากมาย ต้องแยกแยะให้ออกเพื่อจะได้ไม่เกิดความซ้ำซ้อน

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกในหน่วยงานทบทวนโอกาสพัฒนาและแผนดำเนินงานที่ผ่านมาจากสมุดบันทึกการเรียนรู้ สรุปว่าสิ่งใดที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้ว สิ่งใดที่กำลังดำเนินการอยู่ และสิ่งใดที่ยังมิได้ดำเนินการ

2. วิเคราะห์โอกาสพัฒนาที่ยังมิได้ดำเนินการ โดยแยกเป็นกลุ่มและดำเนินการเพื่อให้สามารถนำโอกาสพัฒนาทั้งหมดมาดำเนินการได้โดยใช้เวลาน้อยที่สุด และเกิดผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน ดังนี้

ลักษณะของโอกาสพัฒนา	สิ่งที่ควรดำเนินการ
เป็นหน้าที่ของผู้บริหารระดับสูง	เสนอให้ผู้บริหารระดับสูงรับทราบปัญหา
ต้องขอการสนับสนุนทรัพยากร/นโยบายจากผู้บริหารระดับสูง	จัดทำข้อมูลที่จำเป็นเพื่อขอการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง
ต้องร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานหรือวิชาชีพอื่น	ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (หรือผู้ประสานงานคุณภาพ) เพื่อจัดตั้งทีมที่มีผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดมาพิจารณาปัญหาร่วมกัน
เป็นหน้าที่ของหน่วยงานโดยตรง	พิจารณาจัดให้มีผู้รับผิดชอบดำเนินการโดยจัดเป็น

	ทีมที่มีขนาดเล็กที่สุด และหาทางแก้ปัญหาหรือปรับปรุงให้เสร็จในเวลารวดเร็ว ส่งเสริมให้ใช้ข้อมูลอย่างเหมาะสมและใช้ความคิดสร้างสรรค์ให้มากที่สุด

ทีมอาจจะใช้ตารางข้างล่างนี้ในการจำแนกประเภทและระดับของโอกาสพัฒนา

	ระดับโรงพยาบาล	ระดับทีมสหสาขา	ระดับหน่วยงาน
ทรัพยากร			
สิ่งแวดล้อม			
พฤติกรรม			
ระบบงาน			

3. ให้สมาชิกในหน่วยงานจัดทำแผนดำเนินงาน ระบุกิจกรรม ระยะเวลาดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ และวิธีการติดตามความก้าวหน้า สรุปแผนไว้ในสมุดบันทึกการเรียนรู้

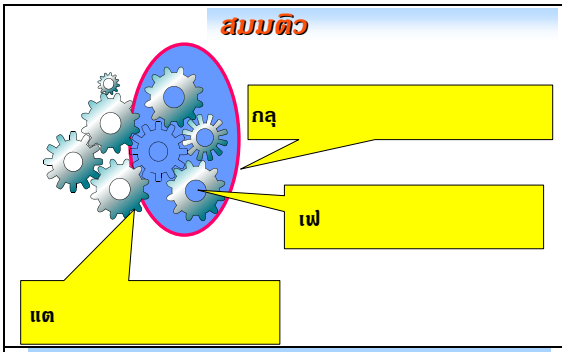
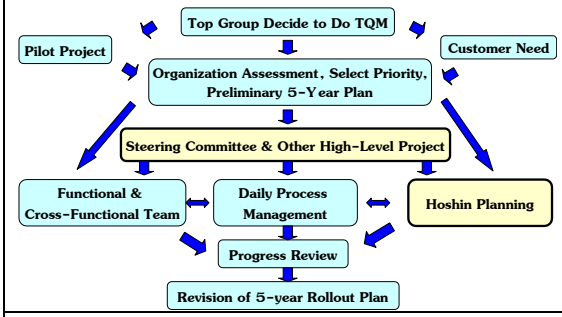
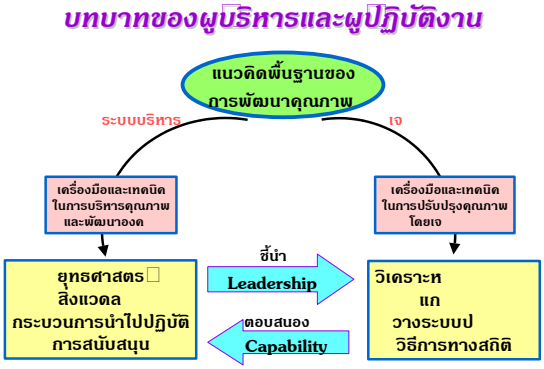
แนวคิดสำคัญที่ปรากฏในใบงาน

- การทบทวนโอกาสพัฒนาเป็นระยะเพื่อเก็บกวาดมาสู่การปฏิบัติ
- การจำแนกระดับของการพัฒนาและการสื่อสารไปยังผู้ที่สมควรมีหน้าที่
- การพัฒนาที่สอดคล้องกับลักษณะปัญหา
- การจัดทำแผนเพื่อดำเนินการและมีการติดตามความก้าวหน้า

การสรุปประเด็นเพื่อเชื่อมโยง

- การเชื่อมโยงโอกาสพัฒนาจากหน่วยงานไปสู่ส่วนอื่นๆ ขององค์กร

Slide ที่อาจใช้ประกอบการเรียนรู้

	
จำแนกประเภทและระดับของโอกาสพัฒนา โรงพยาบาล กลุ หน ทรัพยากร สิ่งแวดล พฤติกรรม ระบบงาน	ตัวอย่างตารางเพื่อการจำแนกโอกาสพัฒนา
	สิ่งที่ทีมได้ทำมา เป็นทั้ง pilot project, customer need assessment, daily process management บางส่วน
	กิจกรรมที่ผ่านมาจะเห็นบทบาทของสมาชิกของทีมในเรื่องการวิเคราะห์ ปรับปรุง แก้ไข ป้องกัน บทบาทของผู้บริหารที่จะต้องสนับสนุนคือการกำหนดยุทธศาสตร์ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา และการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ
อธิบายอด ■ คุณภาพคืออะไร ■ การพัฒนาคุณภาพคืออะไร ■ เราจะได ■ คุณภาพเป ■ ผู ■ จะรู้ได้อย ■ การเน ■ จะประเมินอย สนองความต ■ ควรให สำคัญกับคุณภาพในลักษณะใด	ทีมงานจะอธิบายเรื่องคุณภาพด้วยเรื่องใกล้ตัวด้วยการตอบคำถามดังกล่าวอย่างไร

VII. การทบทวนคุณภาพตามบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA

เอกสารชุดนี้เป็นคู่มือการเรียนรู้ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่

1) **"กรณีตัวอย่าง"** เป็นการเรียนรู้จาก**กรณีตัวอย่าง**ในที่ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำความเข้าใจกับเป้าหมายของกิจกรรมและตัวอย่างปัญหาที่เคยเกิดขึ้น
2) **"หัวหน้าพาทบทวนคุณภาพ"** เป็นการเรียนรู้ด้วยการ**ทบทวนผลงาน**ของแต่ละหน่วยงานและทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างง่ายๆ ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยหัวหน้าหน่วยงาน/ทีมงานเป็นผู้นำในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ และสมาชิกทุกคนเข้าร่วมในกระบวนการเรียนรู้
3) **"ปฏิบัติเป็นกิจกรรมปกติประจำ"** เป็นการทบทวนในชีวิตประจำวัน พร้อมทั้งนำผลการทบทวนไปสู่การ**ปรับปรุง**ระบบงานหรือวิธีการทำงาน เพื่อปกป้องผู้ทำงานไม่ให้ตกเป็นเหยื่อของปัญหา มีการ**บันทึก**อย่างเหมาะสมเพื่อใช้ในการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลที่จะบรรลุความสำเร็จตามบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA ควรพิจารณาต้องทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพตามแนวทางในเอกสารนี้ชุดนี้ให้ครบถ้วน ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอน Check ใน PDCA และจะต้องดำเนินการต่อในขั้นตอน Act-Plan-Do คือแก้ไขปรับปรุง วางระบบงานที่รัดกุม และปฏิบัติตามระบบที่วางไว้ โดยที่ปรึกษาของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจะเข้ามาช่วยเสริมความเข้าใจและความมั่นใจให้แก่ทีมงานอีกชั้นหนึ่ง

กิจกรรมการเรียนรู้ใน "หัวหน้าพาทบทวนคุณภาพ" ได้ออกแบบเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการเรียนรู้เป็นลำดับขั้น โดยไม่รบกวนเวลาทำงานปกติของสมาชิกในหน่วยงานมากเกินไป

สิ่งที่คาดหวังว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้รับก็คือได้เรียนรู้แนวทางการทบทวนผลงานโดยใช้วิธีการเชิงบวกและสร้างสรรค์ สามารถเชื่อมโยงกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันและนำไปปฏิบัติได้ทันที

หัวใจสำคัญที่สุดในการทำกิจกรรม "หัวหน้าพาทบทวนคุณภาพ" คือการที่หัวหน้าหน่วยงานหรือหัวหน้าทีมจะทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ (facilitator) มิใช่ทำหน้าที่เป็นผู้บังคับบัญชา หลักการทำหน้าที่ผู้ช่วยเหลือก็คือการทำความเข้าใจกับสมาชิกทุกคนว่าเป้าหมายของกิจกรรมที่จะทำกันคืออะไร เปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่และเท่าเทียมกัน แล้วผู้ช่วยเหลือทำหน้าที่สรุปความเห็นของสมาชิกเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้น และมีแนวทางการทำงานที่ชัดเจน

หัวหน้าหน่วยงานหรือหัวหน้าทีมจะต้องสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองและกระตุ้นให้ทุกคนมีส่วนร่วม ขณะเดียวกันต้องป้องกันการกล่าวหาหรือการกล่าวโทษสมาชิกด้วยกัน จุดประสงค์ของกิจกรรมทบทวนคือการค้นหาปัญหาของวิธีการทำงาน มิใช่การค้นหาผู้กระทำผิด **เมื่อใดก็ตามที่เริ่มมีการกล่าวโทษหรือการพยายามค้นหาว่าใครเป็นผู้กระทำผิด หัวหน้าหน่วยงานหรือหัวหน้าทีมจะต้องยุติการกระทำดังกล่าวทันที** แนวทางการทบทวนที่เสนอแนะไว้นี้ใช้แนวคิดหมวกหกสีซึ่งเน้นการพิจารณาประเด็นต่างๆ ในมุมมองต่างๆ อย่างครบถ้วน โดยปรับบรรยากาศ ความรู้สึก และความมุ่งหมายของสมาชิกให้ไปในทิศทางเดียวกัน

ความสำเร็จของกระบวนการเรียนรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพอยู่ที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหน่วยงานและหัวหน้าทีมงาน ไม่สามารถถ่ายโอนความรับผิดชอบนี้ไปให้บุคคลอื่นได้

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
8 กรกฎาคม 2546

กิจกรรมที่ 1 การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการทบทวน

1) ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม
2) ทีมงานได้เรียนรู้จากของจริง ใช้เวลาทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ปฏิบัติจนเป็นปกติประจำวัน สมาชิกมีความไวต่อการรับรู้ปัญหา

ก. กรณีตัวอย่าง

1. จากการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 12 ปี ซึ่งมีอาการท้องเดินหลังจากรับประทานมะม่วงดอง ได้สอบถามมารดาว่าได้รับคำแนะนำอะไรบ้าง มารดาตอบว่าได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร ควรหลีกเลี่ยงของหมักดอง ท่านคิดว่าคำแนะนำนั้นจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กหรือไม่ หากคำนึงถึงวิถีชีวิตของเด็ก คำแนะนำอะไรที่คิดว่าจะเป็นประโยชน์ (E-Education)

2. ในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก มีเด็กแฝดอายุ 2 เดือนนอนอยู่กับมารดา เด็กคนหนึ่งมีการติดเชื้อตั้งแต่แรกเกิดและรับเข้าไว้รักษาใน ICU จนอาการดีขึ้นแล้วจึงย้ายมาอยู่ที่หอผู้ป่วยนี้ เด็กอีกคนหนึ่งปกติดีไม่เจ็บป่วย แต่มารดาต้องนำมาอยู่ด้วยเพราะไม่มีใครเลี้ยง ที่เตียงข้างๆ มีเด็กอายุ 1 ปี มีอาการไข้สูงและมีแผลในปาก จากการสอบถามกุมารแพทย์ได้ทราบว่ามักจะเกิดจากการติดเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง (Herpangina) และมักจะติดต่อได้ง่าย ท่านคิดว่าสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร (E-Environment)

3. ในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชน มีผู้ป่วยหญิงอายุ 60 ปี ป่วยเป็นมะเร็งและได้รับยาเคมีบำบัดจากโรงพยาบาลจังหวัดแล้ว รับไว้นอนโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอะไรไม่ค่อยได้ แพทย์สั่งให้น้ำเกลือ คาดว่าสักวันสองวันจะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ท่านคิดว่าโรงพยาบาลสามารถทำอะไรได้บ้างเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีที่สุด (C-Care)

4. ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ผู้ป่วยเด็กซึ่งหกล้มมีการบาดเจ็บที่ข้อศอก บิดาบอกว่าแพทย์จะผ่าตัดให้ ไม่ทราบว่าทำไมต้องผ่าตัด ถ้าไม่ผ่าจะเกิดอะไรขึ้น พยาบาลก็ไม่มั่นใจที่จะอธิบายเหตุผลที่จะต้องผ่าตัด เมื่อดูภาพรังสีของผู้ป่วยรายนี้พบว่าเป็น epiphyseal injury type IV ซึ่ง Fx line ผ่าน epiphyseal plate หากไม่ผ่าตัดให้เข้าที่ กระดูกข้อศอกจะเติบโตผิดรูป คำอธิบายสั้นๆ เป็นที่เข้าใจของพยาบาล แต่พยาบาลยอมรับว่าไม่เคยได้รับรู้มาก่อน ท่านคิดว่าผู้ป่วยรายนี้ชี้ให้เห็นโอกาสพัฒนาในประเด็นในบ้าง (C-Communication, T-team, H-Human Resource Development)

5. ในหอผู้ป่วยสูตินรีเวช ผู้ป่วยหญิงอายุ 74 ปี มีริ้วรอยเหี่ยวย่นทั่วร่างกาย ท้องอืด สีหน้าดูหดหู่หมดหวัง เป็นที่สะดุดตาเมื่อผ่านไปเห็น จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดท้องค่อนข้างรุนแรง ตรวจร่างกายพบว่ามีก้อนขนาดใหญ่ในช่องท้อง เมื่อทำ US รังสีแพทย์ให้ความเห็นว่าน่าจะเป็นก้อนจากรังไข่ รวมทั้งมี small nodule ที่บริเวณตับด้วย สูตินรีแพทย์เจ้าของไข้วางแผนที่จะผ่าตัดเอาก้อนออกเพื่อให้ทราบลักษณะของพยาธิวิทยาที่แน่นอนและเป็นการเอาพยาธิสภาพออกด้วย แต่ผล EKG พบว่ามี anterior wall infarction จึงปรึกษาอายุรแพทย์ อายุรแพทย์มาดูแล้วบอกว่าสามารถผ่าตัด

ได้ หลังผ่าตัดแล้วให้ตามด้วยจะมาช่วยดูให้ พยาบาลประจำตึกบอกว่าตั้งแต่มาอยู่ยังไม่มีญาติมาเยี่ยมเลย จากการซักประวัติเพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยอยู่ตัวคนเดียวไม่มีญาติ ท่านคิดว่าผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาอะไรบ้าง หากจะวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายนี้เพื่อตอบสนองความต้องการได้อย่างมีคุณภาพ ใครบ้างที่ควรเข้ามาร่วมกัน และจะร่วมกันอย่างไร มีข้อมูลวิชาการอะไรที่ควรนำมาใช้ประกอบ จะวางสมดุลระหว่างเหตุผลทางการแพทย์ และเหตุผลทางสังคมจิตวิทยาอย่างไร (C-Care, C-Communication, C-Continuity, T-Team)

6. ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้ป่วยชายซึ่งประสบอุบัติเหตุทางสมองและได้รับการส่งต่อไปรักษาที่ รพ.ศูนย์ แพทย์ที่ รพ.ศูนย์ได้ผ่าตัดระบายเลือดในช่องกะโหลกศีรษะออกและส่งกลับมาดูแลต่อที่ รพ. แห่งนี้ได้ 1 วัน มารดาของผู้ป่วยเล่าว่ารู้สึกเหมือนกับว่าบริเวณผ่าตัดที่ศีรษะจะบวมขึ้นกว่าตอนที่อยู่ รพ. ศูนย์ เมื่อบอกให้พยาบาลทราบ พยาบาลกลับบอกว่าสงสัยญาติจะตาฝาด และไม่ได้รายงานให้แพทย์ทราบ ที่ข้างเตียงเห็นมีกล่องโอวัลตินอยู่ สอบถามได้ความว่าผู้ป่วยเพิ่งได้รับข้าวต้มวันนี้ แต่ไม่สามารถกินข้าวต้มได้ จึงต้องไปซื้อโอวัลตินมาให้ พยาบาลที่ดูแลให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยมีกระดูกกรามหักร่วมด้วย ได้มัดฟันไว้ และมีลวดทิ่มออกมา ศัลยแพทย์ตกแต่งมาช่วยดูแลตัดลวดบางส่วนออกให้ พยาบาลให้ข้อมูลอีกว่ากระดูกที่ยึดไว้อาจจะเคลื่อนแต่ยังไม่ทราบว่าแพทย์จะทำอะไรกับกระดูกส่วนนั้นหรือไม่ อย่างไรก็ตาม พยาบาลพยายามอธิบายว่าผู้ป่วยจะต้องพยายามกินอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ ท่านคิดว่าการดูแลผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาอะไรบ้าง จะปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างไร (C-Care, C-Communication, C-Continuity, T-Team)

7. ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ผู้ป่วยชายอายุ 65 ปี มาด้วยอาการปวดหลัง ได้รับการรักษามาประมาณ 2 สัปดาห์แล้ว รู้สึกว่าอาการยังเหมือนเดิม ผู้ป่วยไม่ทราบว่าแพทย์ผู้รักษามีแผนที่จะทำอะไรต่อไป ไม่ทราบว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ไม่ทราบว่าจะต้องผ่าตัดหรือไม่ หรือจะได้กลับบ้านเมื่อไร พยาบาลที่ร่วมทีมดูแลผู้ป่วยก็ไม่ทราบว่าแพทย์มีแผนอย่างไร แพทย์ในกลุ่มงานเดียวกันให้ข้อมูลว่าแนวทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จะพยายาม conservative ให้มากที่สุด ตามข้อแนะนำของราชวิทยาลัย ท่านคิดว่าการดูแลผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาอะไรบ้าง จะปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างไร จะสร้างหลักประกันว่ามีการนำแนวทางของราชวิทยาลัยมาปฏิบัติอย่างเหมาะสมได้อย่างไร

ข. หัวหน้าพาทบทวนคุณภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการทบทวนหาโอกาสพัฒนาและกำหนดแนวทางการพัฒนา ในผู้ป่วยที่กำลังนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

กลุ่ม: สมาชิกทีมดูแลผู้ป่วยจากหน่วยงานและวิชาชีพต่างๆ หรือในหอผู้ป่วยเดียวกัน

เวลา: 30 นาที

กิจกรรม

ให้สมาชิกเข้าไปที่หอผู้ป่วย คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรือน่าสนใจมารายหนึ่ง แล้วใช้สูตร C3THER ทบทวน**หาโอกาสพัฒนา** และแนวทางการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยที่สามารถทำได้ทันทีสำหรับผู้ป่วยรายนั้น

หัวหน้าหน่วยงานหรือหัวหน้าทีมจะเป็นผู้ตั้งคำถามในประเด็นเหล่านี้ ให้สมาชิกที่มาร่วมทบทวนและผู้รับผิดชอบผู้ป่วยช่วยกันตอบ

	หัวใจสำคัญ	คำถาม
Care	การดูแลอย่างเต็มความสามารถด้วยความระมัดระวัง	● มีโอกาสเกิดความเสี่ยงอะไรกับผู้ป่วยรายนี้ ● เราได้ป้องกันความเสี่ยงเหล่านั้นอย่างดีแล้วหรือไม่ ● เราได้ประเมินผู้ป่วยอย่างรอบด้านแล้วหรือไม่ ● เรานำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนแก้ปัญหาอย่างครบถ้วนหรือไม่ ● เราเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และตอบสนองอย่างเหมาะสมหรือไม่
Comminucation	การสื่อสารข้อมูลที่จำเป็น	● (ถามทีม) มีข้อมูลอะไรที่ผู้ป่วยและครอบครัวควรจะรับรู้ในขณะนี้ (เช่น ความเข้าใจในโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ทางเลือกในการดูแลรักษา วิธีการปฏิบัติตัวที่เราคาดหวัง) ● (ถามผู้ป่วยและครอบครัว) ได้รับข้อมูลอะไรบ้าง มีข้อมูลอะไรที่ต้องการทราบเพิ่มเติม ● (ถามทีม) มีความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ทีมคาดหวังกับสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับหรือไม่ ถ้ามีจะปรับปรุงอย่างไร
Continuity	ความต่อเนื่องของการดูแลรักษาทั้งใน รพ.และเมื่อกลับไปบ้าน	● ปัญหาสำคัญที่อาจจะเกิดขึ้นในช่วงกลางคืนมีอะไรบ้าง ทีมงานมีการส่งต่อปัญหาระหว่างให้แก่เวรต่อไปอย่างไร ● ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญเมื่อกลับไปอยู่บ้านคืออะไร เราได้เตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมที่จะจัดการกับปัญหาเหล่านั้นอย่างไร
Team	ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ	● ถ้าจะดูแลผู้ป่วยรายนี้ให้ดีที่สุด มีวิชาชีพใดบ้างที่ควรเข้ามาร่วมให้การดูแลนอกเหนือจากแพทย์และพยาบาล (เช่น นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ) ● เราได้เชิญวิชาชีพเหล่านั้นเข้ามาร่วมดูแลผู้ป่วยรายนี้แล้วหรือยัง
Human Resource Devlopment	ความรู้และทักษะของทีมงานที่เพียงพอ	● ความรู้และทักษะของทีมงานของเราเพียงพอสำหรับดูแลผู้ป่วยรายนี้อย่างมีคุณภาพหรือไม่ ยังขาดเรื่องอะไรอยู่

		• ทำอย่างไรจะให้เกิดความรู้และทักษะเหล่านั้นขึ้นได้เร็วที่สุด
Environment & Equipment	สิ่งแวดล้อมและเครื่องมือที่ดีและพอเพียง	• ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะดวก สบาย ปลอดภัยหรือไม่ • มีเครื่องมืออะไรที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยรายนี้ เครื่องมือเหล่านั้นเพียงพอและพร้อมที่จะใช้หรือไม่
Record	ความสมบูรณ์ของการบันทึก	• เวชระเบียนของผู้ป่วยรายนี้ได้รับการบันทึกอย่างสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้ผู้อื่นมาดูแลอย่างต่อเนื่อง, เข้าใจเหตุผลของการตัดสินใจ, ประเมินคุณภาพของการดูแล, และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้หรือไม่

สรุปประเด็นและวางแผนต่อ

หัวหน้าสรุปประเด็นว่าการทบทวนขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล จะทำให้เกิดการแก้ปัญหาและปรับปรุงในทันที ซึ่งสามารถนำมากำหนดระบบหรือวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าได้

ขอให้สมาชิกช่วยกันพิจารณาว่าจะทำกิจกรรมทบทวนลักษณะนี้ให้บ่อยที่สุดได้อย่างไร เพื่อให้ฝังจนเป็นการทำงานปกติประจำ (คือผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการทบทวนในระหว่างการดูแลโดยอัตโนมัติอยู่ตลอดเวลา)

ค. ปฏิบัติเป็นกิจกรรมปกติประจำ

1) การทบทวน

- แพทย์และพยาบาลแต่ละคนควรฝึกทบทวนตามแนวทาง C3THER ให้บ่อยที่สุดเมื่อมีเวลาว่าง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ราย (ทบทวนโดยอิสระของแต่ละคน)
- แพทย์และพยาบาลควรทบทวนตามแนวทาง C3THER ร่วมกันไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง
- ควรมีการทบทวนในลักษณะสหสาขาวิชาชีพไม่น้อยกว่าเดือนละครั้ง

2) การปรับปรุง

- ทำทันทีเมื่อพบว่ามีช่องโหว่ในการดูแลผู้ป่วย

3) การบันทึก

- บันทึกโอกาสพัฒนาที่พบและการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยที่ได้ทำในเวชระเบียนผู้ป่วย
- สำหรับกรณีที่น่าสนใจ อาจบันทึกย่อบทเรียนที่เกิดขึ้นในสมุดบันทึกการเรียนรู้ เพื่อใช้เป็นกรณีศึกษา (ไม่ต้องระบุชื่อหรือ ID ของผู้ป่วย และไม่ต้องบันทึกรายละเอียดที่ไม่จำเป็น)

คนอยู่ในอารมณ์และท่วงทำนองเดียวกัน จะราบรื่นดีกว่าการปล่อยให้ต่างคนต่างพูดตามใจตัวเอง

2. ให้สมาชิกทบทวน**ความเหมาะสมของช่องทางรับ**ความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการที่เป็นอยู่ และให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการปรับปรุงอย่างไร

3. ให้สมาชิกวางแผนว่าจะทบทวนและตอบสนองต่อความคิดเห็น/คำร้องเรียนที่เหลือให้มากที่สุดได้อย่างไร

ค. ปฏิบัติเป็นกิจกรรมปกติประจำ

1) การรับรู้และตอบสนอง

พิจารณาวิธีการรับรู้ปัญหาและดำเนินการตอบสนองอย่างเหมาะสม วิธีการต่อไปนี้เป็นข้อเสนอแนะเพื่อให้โรงพยาบาลเลือกใช้ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ของตน

<u>นอกเหนือจากระบบรับความคิดเห็น/คำร้องเรียนทั่วไปแล้ว โรงพยาบาลควรพิจารณาหน่วยงานที่มีความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนสูงซึ่งควรจัดระบบรับคำกิจกรรมที่ 2 การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ</u>

วัตถุประสงค์ของการทบทวน

1) ความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม
2) ความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการนำไปสู่การปรับปรุงระบบงานเพื่อป้องกันปัญหา
3) เพิ่มความไวในการรับรู้และการตอบสนองโดยทีมงาน

ก. กรณีตัวอย่าง

1. ท่านได้รับมอบหมายให้เป็น facilitator ไปช่วยสนับสนุนหน่วยงานจำนวน 5 หน่วยงาน ที่หน่วยงานหนึ่ง หัวหน้าหน่วยงานแจ้งให้ทราบว่ามีระบบการรับคำร้องเรียนของผู้รับบริการ แต่ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่พบว่ามีคำร้องเรียนใดๆ เลย จึงไม่รู้ว่าจะทบทวนอะไร ในฐานะที่ท่านเป็น facilitator ท่านจะทำอย่างไร เพื่อ ก) ให้หน่วยงานใช้กลไกอื่นๆ นอกเหนือจากการตั้งรับในการรับเสียงสะท้อนจากผู้ป่วย ข) ให้สมาชิกในหน่วยงานสร้างวัฒนธรรมการรับฟังให้เกิดขึ้น

2. จากการสนทนากลุ่มกับญาติผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง พบว่าญาติมีความต้องการที่จะพูดคุยกับแพทย์เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย แต่มีปัญหาว่าไม่รู้จะเริ่มต้นอย่างไร ไม่กล้าที่จะซักถาม ภาษาที่แพทย์ใช้เป็นสิ่งที่เข้าใจยาก เวลาที่แพทย์มาตรวจเยี่ยมก็มาเร็วไปเร็วจนตั้งตัวไม่ทัน ถ้าท่านเป็นสมาชิกในหน่วยงานนี้ ท่านจะวิเคราะห์ root cause ว่าอย่างไร และจะมีวิธีการปรับปรุงง่ายๆ อย่างไร

3. จากการทบทวนข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้รับบริการที่ตอบคำถามปลายเปิดมาในแบบประเมินความพึงพอใจ พบว่ามีจำนวน 2-3 ใบที่ระบุว่าไม่พึงพอใจที่โรงพยาบาลให้บริการในลักษณะของการถ่วงเวลา ไม่รีบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในระดับที่สูงกว่า ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนและนอนโรงพยาบาลนานเกินกว่าที่ควร โรงพยาบาลได้มอบหมายให้ท่านและทีมงาน

จำนวนหนึ่งร่วมกันหาทางปรับปรุงในเรื่องนี้ ทีมงานจะดำเนินการอย่างไร จึงจะแก้ปัญหาได้ตรงประเด็นที่สุด และไม่สร้างความรู้สึกว่ามีการจับผิดหรือกล่าวโทษกัน

4. ท่านได้เข้าร่วมประชุม Reginal Forum ภาคเหนือเมื่อเดือนมิถุนายน 2546 ผู้อภิปรายท่านหนึ่ง (ศุ บุเลี้ยง) เสนอว่าควรทำโรงพยาบาลให้เหมือนบ้าน มีเสียงเพลงเบาๆ ฟัง มีภาพสวยๆ งามๆ ติดฝาผนังให้ดูเพื่อความเพลิดเพลินเจริญใจ เพื่อนร่วมงานที่ไปประชุมด้วยกันต่างก็เห็นว่าเป็นข้อเสนอแนะที่ดี เมื่อกลับมาถึงโรงพยาบาลแล้ว ท่านจะดำเนินการอย่างไรเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามแนวคิดดังกล่าว

5. ลูกของผู้รับบริการรายหนึ่งเขียนจดหมายร้องเรียนไปยังหน่วยงานภายนอก มีความรู้สึกเหมือนว่าถูกโรงพยาบาลโกง เนื่องจากเมื่อนำบิดาไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งแล้วแพทย์บอกว่าต้องมีการผ่าตัด มีการตรวจพิเศษต่างๆ เพื่อเตรียมผ่าตัด รวมทั้ง exercise stress test ในรายการแจ้งค่ารักษาก็มีคิดค่าผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับข้อมูลอะไร จนเมื่อกลับไป follow up จึงได้รับทราบว่าไม่ได้มีการผ่าตัดอย่างที่แจ้งไว้ก่อนผ่าตัด มีแต่ใส่สายระบายไว้ และต้องใส่ต่อไว้อีกหลายเดือน หากท่านเป็นผู้ประสานงานคุณภาพของโรงพยาบาลและได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการให้แก้ปัญหาเรื่องนี้ รวมทั้งวางแนวทางเพื่อป้องกันไม่ได้เกิดปัญหานี้ขึ้นอีก ท่านจะดำเนินการอย่างไร

ขอให้ผู้เรียนพิจารณาว่า ที่มาของคำร้องเรียนของผู้รับบริการที่จะนำมาใช้ในการทบทวนเพื่อปรับปรุงแก้ไขป้องกัน จะมาจากที่ใดได้บ้าง ใครจะมีส่วนเกี่ยวข้องในการทบทวนบ้าง

ข. หัวหน้าพาทบทวนคุณภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ เพื่อตอบสนองและวางแนวทางป้องกันอย่างเหมาะสม

กลุ่ม: ผู้ที่มาจากหน่วยงานเดียวกัน

เวลา: 30 นาที

กิจกรรม

1. หัวหน้าหน่วยงานมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบไปรวบรวมความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการของหน่วยงานในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา นำเสนอความคิดเห็น/คำร้องเรียนเหล่านั้นให้สมาชิกร่วมกันพิจารณา**จัดเป็นกลุ่ม**ที่มีความสำคัญสูง ปานกลาง ต่ำ พร้อมทั้งให้เหตุผลของการจัดกลุ่ม

2. ให้สมาชิกเลือกความคิดเห็น/คำร้องเรียนขึ้นมาเรื่องหนึ่ง นำแนวทาง**หมวก 6 สี**มาพิจารณาในการหาทางตอบสนอง

สี	ความหมาย	ประเด็นพิจารณา

สีแดง	อารมณ์ความรู้สึก	● ผู้เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้จะมีอารมณ์ความรู้สึกอย่างไร ทั้งด้านผู้รับบริการและผู้ให้บริการ
สีขาว	ข้อเท็จจริง เหตุผล	● มีข้อมูลหรือข้อเท็จจริงอะไรที่เราควรจะพยายามค้นหา ● สาเหตุของปัญหาคืออะไร
สีดำ	อุปสรรค	● การแก้ปัญหาเรื่องนี้จะมีปัญหาอุปสรรคอะไร
สีเหลือง	คิดเชิงบวก	● จะเปลี่ยนปัญหาให้เป็นโอกาสอย่างไร
สีเขียว	ความคิดสร้างสรรค์	● จะใช้ความคิดสร้างสรรค์มาแก้ปัญหาอย่างไร
สีฟ้า	ความคิดรวบยอด	● สรุปแผนปฏิบัติการ ผู้รับผิดชอบ และการติดตามผล

3. ให้สมาชิกฝึกสรุปข้อมูลอย่างกระชับที่สุดในตารางข้างล่าง

แบบบันทึกข้อมูลการทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ

ข้อมูลที่ได้รับ/ผู้รับข้อมูล	การแก้ไขเฉพาะราย	ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงระบบ

สรุปประเด็นและวางแผนต่อ

1. หัวหน้าสรุปประโยชน์ของการใช้แนวทางหมวก 6 สีในการทบทวน ว่าการทบทวน		

4) การติดตามผล

ทีมผู้บริหารควรติดตามผลการปรับปรุงระบบเป็นระยะ ในแง่ความเหมาะสมของการปรับปรุงระบบ การปฏิบัติตามแนวทางใหม่ที่กำหนดขึ้น และการลดลงของปัญหา

กิจกรรมที่ 3 การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา

วัตถุประสงค์ของการทบทวน

เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล รวมทั้งความเหมาะสมในการดูแลก่อนที่จะมีการส่งต่อ

ก. กรณีศึกษา

1. รพ.ชุมชนแห่งหนึ่งทบทวนการส่งต่อผู้ป่วยในช่วงเวลา 3 เดือนว่ามีการส่งต่อผู้ป่วย 724 ราย เป็นเพราะเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาล 593 ราย หรือคิดเป็น 81.9% และสรุปปัญหาว่าเป็นเพราะขาดแพทย์เฉพาะทาง ไม่จำเป็นต้องมีการแก้ไข ขณะเดียวกันรพ.ศูนย์ได้สะท้อนปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยจาก รพ.ชุมชนแห่งหนึ่งว่ามีปัญหา 3 ประการในผู้ป่วย 2 ราย ได้แก่ IV clot, ET tube เข้า esophagus, ET tube หลุดขณะเคลื่อนย้าย

2. ผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือดสด เคยมีประวัติปวดท้องเป็นประจำ กินยาโรคข้อเพราะเข่าเสื่อม ER สรุปว่า hypo-volumic shock due to GI bleeding ได้ให้ยา cymetidine resuscitate อยู่ที่ รพ.ชุมชนจนอาการดีขึ้น แต่ 2 วันต่อมามี bleed ซ้ำและผู้ป่วยเสียชีวิต

3. ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชนพร้อมคำวินิจฉัยว่า r/o sepsis with CRF พยาบาลบันทึกว่าอ่อนเพลีย ซึม อาจเกิด tissue พร่องออกซิเจน อาจเกิดภาวะติดเชื้อ แพทย์มาดูในวันรุ่งขึ้นและย้ายเข้า ICU วินิจฉัยว่า acute MI with pneumonia

4. ผู้ป่วย CVA หยุดหายใจที่ ER ของ รพ.ชุมชน ได้ใส่ ET tube แล้วส่งต่อ รพ.จังหวัด ระหว่างทาง ออกซิเจนในรถพยาบาลหมด

5. ทารกคลอดที่ รพ.ชุมชนด้วยการทำ VE เนื่องจาก FHS เปลี่ยนแปลงเร็วขึ้นเป็น 156 เด็กคลอดปกติ APGAR 10 แต่สังเกตว่า cord เป็นปมยุ่ย เอายางรัดไม่อยู่ ถึงกับขอถ่ายรูปสายสะดือไว้ วันแรกสังเกตว่าหน้าเหลือง ดูดแต่นมข้างขวา ถ้าให้ดูดข้างซ้ายจะร้อง ให้อยู่ รพ. 48 ชม.ก็ให้กลับบ้าน พอวันที่สามไปเยี่ยมบ้านพบว่าเด็กซึมและเหลืองมาก r/o sepsis จึงรับมา รพ.และส่งต่อไป รพ.จังหวัดและ รพ.มหาวิทยาลัย ตามลำดับ

แพทย์ที่ รพ.จังหวัดบอกกับญาติว่าผู้ป่วยติดเชื้อ สงสัยจะมีปัญหาที่สมองจากเลือดออกในสมอง แพทย์ที่ รพ.มหาวิทยาลัยบอกว่าเด็กติดเชื้อจากสะดือ และมีบาดเจ็บจากการคลอด มีการติดเชื้อที่ศีรษะต้องดูดหนองออก และต่อมามีปัญหาหัวโต ต้องทำ VP shunt ญาติยืนยันว่าเป็นความผิดปกติจากการคลอดของ รพ.ชุมชน จากบันทึกของ รพ.ชุมชนไม่ปรากฏว่ามีบันทึกการบาดเจ็บจากการคลอด

ข. หัวหน้าพาทบทวนคุณภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการทบทวนการส่งต่อ/ข้อย้าย/ปฏิเสธการรักษา เพื่อวางแนวทางปรับปรุงและป้องกันอย่างเหมาะสม

กลุ่ม: สมาชิกทีมดูแลผู้ป่วยจากหน่วยงานและวิชาชีพต่างๆ หรือในหอผู้ป่วยเดียวกัน

เวลา: 30 นาที

กิจกรรม

1. การเตรียมการ ให้หัวหน้าหน่วยงานหรือหัวหน้าทีมมอบหมายให้สมาชิกจำนวนหนึ่งไปรวบรวมกรณีที่มีการส่งต่อ การขอย้าย หรือการปฏิเสธการรักษาในรอบ 3-6 เดือนที่ผ่านมา คัดเลือกกรณีที่เหมาะสมในการเรียนรู้มานำเสนอในที่ประชุม

2. ให้สมาชิกพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้

- เหตุผลของการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา คืออะไร
  - ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ
  - ผู้รับบริการไม่ไว้วางใจ
  - เกินขีดความสามารถของ รพ.
  - ไม่พร้อมที่จะให้การดูแลในขณะนั้น
- การดูแลก่อนส่งต่อเป็นไปอย่างมีคุณภาพหรือไม่
- ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยรายนี้เป็นอย่างไร มีการติดตามหรือมีข้อมูลกลับมาบ้างหรือไม่
- จากเหตุผลของการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา คุณภาพการดูแลก่อนส่งต่อ และผลลัพธ์ของการดูแลข้างต้นนั้น รพ.ควรมีการปรับปรุงวิธีการทำงานอะไรบ้าง (ให้นำแนวทางหมวก 6 สีมาประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสม)

3. ให้ที่สมาชิกฝึกสรุปข้อมูลอย่างกระชับที่สุดในตารางข้างล่าง

บันทึกข้อมูลการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา

ผู้ป่วย/การวินิจฉัย	เหตุผลที่ส่งต่อ/ขอย้าย	ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง

สรุปประเด็นและวางแผนต่อ

1. ระบบข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่เอื้ออำนวยต่อการทบทวนในลักษณะนี้หรือไม่ ควรมีการปรับปรุงอะไรบ้าง

2. ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายว่าทำอย่างไรจึงจะสามารถทบทวนกรณีที่มีการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษาได้ทุกราย

ค. ปฏิบัติเป็นกิจกรรมปกติประจำ

1) การทบทวน

1.1) การส่งต่อผู้ป่วย

แหล่งข้อมูลสำหรับการทบทวนมักจะอยู่ในสำเนาใบส่งต่อผู้ป่วย แต่ข้อมูลในใบส่งต่ออาจจะไม่สมบูรณ์พอที่จะนำไปสู่การปรับปรุงระบบได้ ควรพิจารณาแนวทางปฏิบัติต่อไปนี้

- ทันทีที่มีการส่งต่อผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยควรปรึกษากับแพทย์ผู้ดูแลเกี่ยวกับเหตุผลของการส่งต่อ (ควรวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงว่าเป็นเพราะความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ ความไม่เชื่อมั่นในโรงพยาบาล โรงพยาบาลไม่มีศักยภาพที่จะดูแล หรือโรงพยาบาลมีศักยภาพในการดูแลแต่ไม่พร้อมด้วยสาเหตุอื่นๆ) และความเป็นไปได้ในการปรับปรุงเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย
- ติดตามรับเสียงสะท้อนจากโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยต่อ เกี่ยวกับความเหมาะสมของการดูแลรักษาที่ได้ให้ไป รวมทั้งข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

1.2) ผู้ป่วยที่ขอย้ายหรือปฏิเสธการรักษา

ผู้ป่วยที่ขอย้ายหรือปฏิเสธการรักษาส่วนหนึ่งมาจากความไม่พึงพอใจหรือไม่มั่นใจ ซึ่งเป็นโอกาสดีที่จะทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามในระบบที่เป็นอยู่มักจะไม่มีการบันทึกข้อมูลดังกล่าว ควรพิจารณาแนวทางปฏิบัติทำนองเดียวกับการส่งต่อผู้ป่วย

2) การบันทึก

จัดให้มีระบบการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค สาเหตุที่ส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา และพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและการสื่อสารกับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นมากขึ้น

หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีหน้าที่รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลไว้เพื่อประโยชน์ในการทบทวน

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา

ผู้ป่วย/การวินิจฉัย	เหตุผลที่ส่งต่อ/ขอย้าย	ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง

3) การวิเคราะห์ข้อมูลและปรับปรุงระบบ

นำข้อมูลมาวิเคราะห์แนวโน้มเพื่อดำเนินการปรับปรุงระบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยทีมนำทางคลินิกหรือทีมดูแลผู้ป่วยสหสาขาวิชาชีพ

ตัวอย่างแบบบันทึกสรุปแนวโน้มของปัญหาและการปรับปรุงระบบ

ลักษณะของปัญหา	ความถี่	การปรับปรุงระบบที่ดำเนินการไปแล้ว

กิจกรรมที่ 4 การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้มีความชำนาญกว่า

กิจกรรมนี้เริ่มจากการทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้มิใช่แพทย์ ซึ่งต่อมาพบว่าเป็นประโยชน์ยิ่งกว่าหากขยายแนวคิดให้กว้างขึ้น โดยครอบคลุมกรณีต่อไปนี้

- การตรวจรักษาผู้ป่วยนอกเวลาราชการซึ่งไม่ซับซ้อนเกินไปโดยพยาบาลวิชาชีพ
- การตรวจรักษาผู้ป่วยโดยแพทย์เพิ่มพูนทักษะในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขึ้นไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- การตรวจรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและควรได้รับการดูแลหรือยืนยันจากแพทย์เฉพาะทาง
- การขอความเห็นจากแพทย์ท่านอื่น

ก. กรณีตัวอย่าง

ขอให้พิจารณากรณีต่อไปนี้ ว่าจะแก้ไขปัญหาเฉพาะกรณีอย่างไร จะวางระบบเพื่อป้องกันปัญหาในอนาคตอย่างไร

1. ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดท้องรุนแรงทันทีทันใด แพทย์เพิ่มพูนทักษะให้การวินิจฉัยว่าเป็น acute abdomen ให้รับไว้สังเกตอาการหลังจากที่ถ่ายภาพรังสีช่องท้องแล้วไม่พบสิ่งผิดปกติ ต่อมาวินิจฉัยได้ภายหลังว่าผู้ป่วยเป็น acute MI และเสียชีวิตในที่สุด

2. ผู้ป่วยหกล้มมีอาการเจ็บที่ข้อเท้า พยาบาลที่ห้องฉุกเฉินให้การวินิจฉัยว่าเป็น ankle sprain ให้ยาแก้อักเสบและ elastic bandage ไปพัน 7 วันต่อมาอาการไม่ดีขึ้น ถ่ายภาพรังสีพบว่ามีกระดูกหักบริเวณข้อเท้า

3. ผู้ป่วยมาที่ห้องฉุกเฉินโดยบอกว่าไม่ทราบว่าตัวอะไรกัด พยาบาลที่ห้องฉุกเฉินให้การวินิจฉัยว่าสัตว์กัด และรับไว้สังเกตอาการ ต่อมาผู้ป่วยมีอาการง่วงซึมและหยุดหายใจในที่สุด

4. ผู้ป่วยขี่มอเตอร์ไซด์ชนกับสามล้อเครื่อง ถูกนำตัวส่งโรงพยาบาล แพทย์เวรที่ห้องฉุกเฉินตรวจพบว่ามี subcutaneous emphesema ที่บริเวณลำคอ สงสัยว่าอาจจะมี ruptured trachea ส่งไปถ่ายภาพรังสีที่แผนกรังสี แพทย์เวรอ่านภาพรังสีว่าไม่พบสิ่งผิดปกติในช่องปอด ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเมื่อไปถึงหอผู้ป่วยและเสียชีวิต ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบ ruptured trachea

5. ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดท้องน้อย พยาบาลที่ห้องฉุกเฉินของ รพ.ชุมชนให้การวินิจฉัยว่า acute gastritis รับไว้สังเกตอาการ ต่อมาพบว่าความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็วและผู้ป่วยซีดมาก แพทย์มาตรวจดู ให้การวินิจฉัยว่าเป็น ectopic pregnancy และรีบส่งต่อไป รพ.จังหวัด

6. ระบบบริการรังสีของโรงพยาบาล รังสีแพทย์จะอ่านฟิล์มเฉพาะผู้ป่วยที่มาในเวลาราชการเท่านั้น ส่วนฟิล์มที่ห้องฉุกเฉินเป็นหน้าที่ของแพทย์เวรจะต้องอ่านเอง ถ้ามีปัญหาก็ให้แพทย์เจ้าของไข้มาปรึกษากับรังสีแพทย์ได้

ข. หัวหน้าพาทบทวนคุณภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้มิใช่แพทย์ เพื่อวางแนวทางปรับปรุงและป้องกันอย่างเหมาะสม

กลุ่ม: แพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

เวลา: 30 นาที

กิจกรรม

1. การเตรียมการ ให้หัวหน้าทีมคัดเลือกบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งได้รับการตรวจรักษาโดยผู้ที่มิใช่แพทย์มาจำนวน 10 ฉบับ (หรือเท่ากับจำนวนสมาชิกของที่ประชุม) โดยให้มีทั้งโรคง่ายๆ และโรคซับซ้อนที่ควรปรึกษาแพทย์

2. ให้หัวหน้าทีมยกตัวอย่างกรณีผู้ป่วยซึ่งมีดบาดนิ้วมือมาที่ห้องฉุกเฉินในเวลากลางคืน พยาบาลที่อยู่เวรได้เย็บแผล ฉีดยาป้องกันบาดทะยัก และให้ยาป้องกันการติดเชื้อ 7 วันต่อมาผู้ป่วยมาตัดไหมและบอกแพทย์ว่ากระดิกนิ้วไม่ได้ แพทย์ตรวจแล้วให้การวินิจฉัยว่ามีเส้นเอ็นขาด (tear tendon) ส่งไปรักษาต่อที่ รพ.จังหวัด ให้สมาชิกช่วยกันพิจารณาว่าทำอย่างไรจึงจะป้องกันปัญหาดังกล่าวได้

3. มอบเวชระเบียนให้สมาชิกคนละฉบับเพื่อทบทวนในประเด็นต่อไปนี้

- การวินิจฉัยโรคมีความชัดเจน และสอดคล้องกับประวัติ/การตรวจร่างกายหรือไม่
- มีการซักประวัติหรือการตรวจร่างกายอะไรที่ควรจะทำ แต่ไม่ได้ทำ
- สภาวะเช่นนี้ควรจะปรึกษาแพทย์หรือไม่ เพราะเหตุใด และได้มีการปรึกษาในกรณีที่ควรมีการปรึกษาหรือไม่
- ในกรณีที่ไม่ได้มีการปรึกษาแพทย์ การรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วยเป็นที่ยอมรับได้หรือไม่
- ในกรณีที่มีปัญหา ควรมีการดำเนินการเพื่อการ**แก้ไขปัญหา**เฉพาะราย และเพื่อการ**ป้องกันปัญหา**ในอนาคตสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันอย่างไร

4. ให้สมาชิกพิจารณาว่าจะ**วางระบบ**เพื่อให้เกิดความรัดกุมในการทำงานกรณีต้องมีการตรวจรักษาโดยผู้ที่มิใช่แพทย์อย่างไร โดยพิจารณาจากประเด็นเริ่มต้นต่อไปนี้

- การเพิ่มพูนศักยภาพของผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจรักษาแทนแพทย์
- การกำหนดแนวทางตรวจรักษาเฉพาะโรค (CPG) เพื่อช่วยในการตัดสินใจ รวมทั้งข้อบ่งชี้ที่ต้องมีการขอคำปรึกษาหรือต้องให้แพทย์มาตรวจด้วยตนเอง
- การจัดทำกรณีตัวอย่างเพื่อสร้างความตระหนักแก่ผู้เกี่ยวข้อง
- การจัดระบบให้แพทย์พร้อมที่จะให้คำปรึกษาหรือมาตรวจผู้ป่วย
- การทบทวนความเหมาะสมของการตรวจรักษาที่ได้กระทำไป (จะสุ่มตัวอย่างเท่าไร จะมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกรณีใดมาทบทวน เพื่อให้ครอบคลุมการตรวจรักษาที่อาจจะเป็นปัญหาให้มากที่สุด) รวมทั้งการ feed back ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ

ค. ปฏิบัติเป็นกิจกรรมปกติประจำ

1) การทบทวน

- พยาบาลวิชาชีพหรือแพทย์เพิ่มพูนทักษะซึ่งตรวจรักษาผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน คัดเลือกเวชระเบียนจำนวนหนึ่งให้แพทย์เวรประจำวันนั้นทบทวนในเช้าวันรุ่งขึ้น โดยมีจำนวนที่อยู่ในวิสัยที่จะทบทวนได้ในเวลา 10-15 นาที (ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นกรณีที่ต้องการให้ยืนยันความเหมาะสมของการดูแลรักษาที่ได้ให้ไป อีกส่วนหนึ่งเป็นการสุ่มเลือกขึ้นมา)
- ในกรณีที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพหรือแพทย์เพิ่มพูนทักษะให้การตรวจรักษาที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม หรือไม่เพียงพอ ให้พิจารณาความจำเป็นที่จะต้องติดตามผู้ป่วยกลับมารับการตรวจรักษาใหม่ ขณะเดียวกันบันทึกประเด็นปัญหาที่พบไว้เพื่อหาวิธีการป้องกัน

2) การบันทึก

จัดให้มีระบบการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจรักษาที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ไม่เพียงพอ

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลการตรวจรักษาที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ไม่เพียงพอ

การตรวจรักษาที่เกิดขึ้น	การตรวจรักษาที่ควรจะเป็น	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

3) การวิเคราะห์ข้อมูลและปรับปรุงระบบ

นำข้อมูลมาวิเคราะห์แนวโน้มเพื่อดำเนินการปรับปรุงระบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยทีมนำทางคลินิกหรือทีมดูแลผู้ป่วยสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้แนวทางจากกิจกรรมหัวหน้าพาทบทวนคุณภาพ ได้แก่ การเพิ่มพูนศักยภาพ, การกำหนดแนวทางการตรวจรักษา, การกำหนดข้อบ่งชี้ที่ต้องมีการขอคำปรึกษา, การจัดระบบให้แพทย์พร้อมที่จะให้คำปรึกษา, การจัดทำกรณีตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 5 การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วย ผู้รับบริการ และผู้ปฏิบัติงาน จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์น้อยที่สุด

ก. กรณีตัวอย่าง

การค้นหาความเสี่ยงอาจทำได้โดยติดตามการไหลเวียนของกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ดังตัวอย่าง การติดตามการไหลเวียนของการสั่งและใช้ยาต่อไปนี้ และวิเคราะห์ว่ามีความเสี่ยงอะไรบ้าง จะปรับปรุงเพื่อลดความเสี่ยงอย่างไร

จากการติดตามการไหลเวียนของในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า แพทย์มีหน้าที่ตรวจสอบการแพ้ยาจากข้อมูลใน OPD card แพทย์บางท่านจะเขียนยาที่ผู้ป่วยแพ้ไว้ในคำสั่งการรักษาใบแรก เมื่อแพทย์สั่งยาในใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ พยาบาลจะคัดลอกคำสั่งแพทย์ลงในใบสั่งยาโดย รคส.ชื่อแพทย์ พร้อมทั้งลอกชื่อยาลงในการ์ดยา ใบ Kardex ใบบันทึกการให้ยา ส่งใบสั่งยาไปที่ห้องยาโดยระบุจำนวนยาครั้งละ 3 วันตามข้อตกลง

ที่ห้องยา พนักงานผู้ช่วยเภสัชกรกลุ่มที่หนึ่งจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากใบสั่งยาลงคอมพิวเตอร์ ระบบคอมพิวเตอร์จะช่วยเตือนหากผู้ป่วยแพ้ยาและมีการบันทึกข้อมูลไว้ในคอมพิวเตอร์ พนักงานผู้ช่วยเภสัชกรกลุ่มที่สองจะเป็นผู้จัดยา และเภสัชกรจะเป็นผู้ตรวจสอบยาที่จัดเสร็จแล้วกับใบสั่งยาก่อนที่จะส่งยาให้แก่หอผู้ป่วย ห้องยาจะจ่ายยาให้ผู้ป่วยครั้งละ 3 วันตามจำนวนที่หอผู้ป่วยคำนวณมาให้ ยาที่จัดให้ส่วนมากเป็นยาจากขวด มิใช่ยาที่ pack foil ยาส่วนหนึ่งได้จัดทำอยู่ในลักษณะ prepack เป็นซองเล็กๆ ที่ซอง prepack ไม่มี labelชื่อยา การ label อยู่ที่ภาชนะที่บรรจุซองยา prepack เคยมีความพยายามที่จะทำ drug profile เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยใช้ทั้งหมด แต่ก็เลิกไปเนื่องจากกำลังคนไม่พอ

เมื่อหอผู้ป่วยได้รับยาจากห้องยาแล้วจะตรวจสอบกับคำสั่งแพทย์และ Kardex นำยาเข้าในช่องเก็บยาผู้ป่วยประจำเตียง ที่ซองยาเม็ดจะมีชื่อผู้ป่วยติดอยู่ แต่ที่ซองยาฉีดจะไม่มีชื่อของผู้ป่วย มีแต่เขียนหมายเลขเตียงกำกับไว้ จากการเปิดช่องเก็บยาพบว่ามีซองยาของผู้ป่วยที่กลับบ้านไปแล้วมาอยู่ในช่องของผู้ป่วยที่ยังนอนอยู่ใน รพ.

พยาบาลจะจัดยาให้แก่ผู้ป่วยตามการ์ดยาโดยจัดเตรียมในช่วงที่ไม่มีงานยุ่งมาก เมื่อจัดเสร็จจะเอาผ้าคลุมไว้ ในการเตรียมยาฉีดบางครั้งจะวางกระบอกฉีดยาที่เตรียมเสร็จแล้วไว้บนการ์ดยา ถ้ามีการฉีดยาเพียง 1-2 ชนิด จะใช้วิธีจำเอาว่ากระบอกไหนเป็นยาอะไร พยาบาลอีกคนหนึ่งซึ่งไม่ได้เป็นผู้แจกยาจะช่วยลงนามในใบบันทึกการให้ยาเมื่อมีเวลาว่างเพื่อให้งานเสร็จได้รวดเร็ว บางครั้งมีการลงนามก่อนที่จะให้ยาแก่ผู้ป่วย

ในการให้ยาแก่ผู้ป่วย ถ้าเป็นผู้ป่วยที่นอน รพ.มานานจนจำได้ พยาบาลจะไม่ถามอะไร แต่มอบยาให้ผู้ป่วยเลย ถ้าเป็นผู้ป่วยที่เพิ่งมานอน รพ. พยาบาลจะดูที่การ์ดยาและถามผู้ป่วยว่า “ชื่อสมชายใช่ไหมค่ะ” ผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่าตัดจะไม่มีการติดป้ายข้อมือ

ผู้ป่วยไม่ได้รับการอธิบายว่ายาที่ให้ไปนั้นแต่ละตัวเป็นยาอะไร มีวัตถุประสงค์อะไร มีบ้างครั้งที่ผู้ป่วยทักท้วงว่ายาที่ให้ในวันนี้แตกต่างจากวันที่แล้ว แต่ส่วนมากจะไม่มีการทักท้วงอะไรเพราะแพทย์สั่งเปลี่ยนยาเป็นประจำเกือบทุกวันอยู่แล้ว

มีข้อตกลงในการให้ยา stat dose ว่าจะต้องให้ยาใน 30 นาที แต่ในทางปฏิบัติยังไม่สามารถได้รับยาจากห้องยาได้รวดเร็ว บางหอผู้ป่วยแก้ปัญหาโดยการแอบเก็บยาที่เหลือไว้ นอกจากนั้นยังไม่ชัดเจนว่าแนวทางในการปรับ dose หรือระยะเวลาในการให้ยาหากแพทย์สั่ง stat คู่กับยาต่อเนื่อง ว่าต้องทำอย่างไร

เมื่อถามถึงระบบการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา ได้รับคำตอบว่ามีการจัดวางระบบไว้เรียบร้อยแล้ว ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ตัวเลขข้อมูลความคลาดเคลื่อนมีน้อยมาก เพียง 1-2 รายต่อเดือน ส่วนมากเป็นเรื่องของการผิดเวลา หรือลืมให้เนื่องจากผู้ป่วยไม่อยู่ที่เตียง ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม มีความผิดพลาดเรื่องขนาดยาทำให้เด็กได้รับยา sedative เกินขนาด ไม่ทราบว่ายาประเภทอื่นๆ มีการให้ผิดขนาดมากน้อยเพียงใด ข้อมูลนี้แต่ละหอผู้ป่วยยังเก็บเป็นเครื่องชี้วัดของตนเอง ไม่มีการรวบรวมเป็นของ รพ. ไม่มีการเปรียบเทียบระหว่างหอผู้ป่วย เภสัชกรไม่ได้รับรู้ข้อมูลเหล่านี้

บางครั้งแพทย์สั่งยา Aspent ให้ผู้ป่วยกิน ผู้ป่วยบางรายที่ต้องให้อาหารทางสายยาง พยาบาลก็จะบดยาทุกอย่างรวม feed ให้แก่ผู้ป่วยทางสายยาง โดยไม่ได้ตระหนักถึงผลจะเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Aspent ซึ่งเป็น ASA ซึ่งเคลือบผิวไว้เพื่อป้องกันการระคายต่อกระเพาะอาหาร

จากการพูดคุยกับผู้ป่วยซึ่งเข้าๆ ออกๆ รพ.เป็นประจำ ได้รับข้อมูลว่าที่บ้านของผู้ป่วยมียาเหลืออยู่เป็นจำนวนมาก เนื่องจากมาตรวจที่ OPD ก็ได้ยาไปชุดหนึ่ง พอเข้า รพ.ก็ได้ยาอีกชุดหนึ่ง เหมือนกันบ้าง ต่างกันบ้าง ทำให้หยุดกินยาที่ได้จาก OPD และมากินยาที่ได้ตอนออกจาก รพ. พอยาชุดนี้หมดค่อยไปกินยาที่ได้จาก OPD ต่อ

ข. หัวหน้าพาทำคุณภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้สมาชิกสามารถวิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงาน กำหนดแนวทางป้องกันและจัดการเมื่อเกิดปัญหา

กลุ่ม: ผู้ที่มาจากหน่วยงานเดียวกัน

เวลา: 30 นาที

กิจกรรม

1. หัวหน้าอธิบายความหมายง่ายของความเสี่ยงว่า เปรียบได้กับลูกระเบิดที่รอวันระเบิด ให้สมาชิกระดมสมองเพื่อค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานตามแนวทางต่อไปนี้

แนวทางพิจารณา	ความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น
ติดตามการเข้ารับบริการของผู้ป่วยในขั้นตอนต่างๆ	
ติดตามการไหลเวียนของการสั่งและใช้ยา	
ติดตามการไหลเวียนของการส่งตรวจ lab	
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เคยเกิดขึ้น	
ปัญหาหรือความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นที่ รพ.อื่น	

สิทธิผู้ป่วยและการให้ข้อมูล	
การบันทึกข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์	
ความรู้และทักษะที่ไม่เพียงพอหรือการมอบหมายให้ทำหน้าที่เกินความสามารถ	
ความเสี่ยงทางกายภาพที่สังเกตพบ	
อื่นๆ	

2. ให้แบ่งเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 2-3 คน แต่ละกลุ่มเลือกความเสี่ยงมาเรื่องหนึ่ง พิจารณาแนวทางป้องกันและจัดการเมื่อเกิดปัญหา โดยพิจารณาองค์ประกอบต่อไปนี้ (ไม่จำเป็นต้องครบทุกองค์ประกอบให้พิจารณาตามความจำเป็นของปัญหา

องค์ประกอบ	ตัวอย่าง มารดาหลังคลอดทิ้งลูก
ทรัพยากรที่จำเป็น (คน อุปกรณ์ ข้อมูล) ผู้เตรียมและตรวจสอบความพร้อม	เกณฑ์การเฝ้าระวังมารดาที่มีความเสี่ยง (เช่น อายุน้อย, มีปัญหาครอบครัว, คนอพยพ, ไม่ฝากครรภ์)
วิธีการปฏิบัติงานที่รัดกุม เพื่อป้องกันปัญหา/ความเสียหาย	เฝ้าระวังมารดาที่เข้าเกณฑ์, จัดให้อยู่ใกล้ counter พยาบาล, สร้างสัมพันธภาพอย่างใกล้ชิด
การควบคุมดูแลการปฏิบัติงาน	
การใช้ข้อมูลเพื่อติดตามกำกับ	จำนวนมารดาที่เข้าเกณฑ์, จำนวนมารดาที่พยายามทิ้งลูก
การแก้ไขสถานการณ์เมื่อเกิดปัญหา	?
การบันทึกที่จำเป็น	ข้อมูลปัญหาทางสังคมของมารดา และสภาพจิตใจ/การยอมรับขณะจำหน่าย

3. ให้กลุ่มย่อยมารวมกัน นำเสนอและแลกเปลี่ยนผลการประชุมกลุ่มย่อย

สรุปประเด็นและวางแผนต่อเนื่อง

ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายว่าทำอย่างไรจึงจะสามารถทบทวนโอกาสเกิดความเสี่ยงและความรัดกุมของมาตรการป้องกันให้ครอบคลุมความเสี่ยงทั้งหมดที่ระดมสมองไว้ได้

ค. ปฏิบัติเป็นกิจกรรมปกติประจำ

นำตัวอย่างความเสี่ยงในเอกสาร RM-I-002 มาวิเคราะห์เพื่อให้เห็นความเสี่ยงที่หลากหลายยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงทางคลินิก

พิจารณาแนวทางป้องกันและจัดการเมื่อเกิดปัญหาโดยเน้นการวางระบบที่ไม่สร้างภาระกับคน ไม่ต้องพึ่งพาความจำของผู้ปฏิบัติ หาเครื่องมือหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่ทำให้การปฏิบัติที่ปลอดภัยเป็นเรื่องง่ายสำหรับทุกคน

จัดทำเอกสารคู่มือปฏิบัติงานเท่าที่จำเป็น โดยจัดระบบเอกสารตามกระบวนการหลักที่เกี่ยวข้อง (ไม่ต้องแยกส่วนว่าเป็นคู่มือสำหรับเรื่องความเสี่ยง)

กิจกรรมที่ 6 การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลในระดับต่ำที่สุด

ก.กรณีตัวอย่าง

1. จากการเยี่ยมหอผู้ป่วยแห่งหนึ่ง พบว่ามีอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ วางอยู่ทั่วไปตามทางเดินและทุกจุดที่สามารถวางได้ เนื่องจากหอผู้ป่วยมีพื้นที่คับแคบ มีการแยกถังขยะเป็นขยะติดเชื้อ ขยะทั่วไป และขยะมีพิษ โดยใช้ถุงสีแดงกับขยะติดเชื้อและขยะมีพิษ ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจว่าการกำจัดขยะติดเชื้อและขยะมีพิษทุกประเภทใช้วิธีเดียวกัน ถังขยะติดเชื้อส่วนหนึ่งไม่มีฝาปิด นอกจากนั้นยังมีถังสำหรับใส่ขยะติดเชื้อติดไปกับรถ treatment โดยวางไว้ที่ชั้นล่างของรถ เมื่อจะปฏิบัติงานกับผู้ป่วยเจ้าหน้าที่มักจะใส่ถุงมือเพื่อป้องกันการติดเชื้อ แต่เป็นที่สังเกตว่าเจ้าหน้าที่ไม่ค่อยเปลี่ยนเปลี่ยนถุงมือ เอามือที่ใส่ถุงมือนั้นจับต้องสิ่งต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย มีการใช้น้ำยาแอลกอฮอล์ผสมกลีเซอรีนเพื่อใช้ทำความสะอาดมือแทนการล้างมือ โดยเปลี่ยนน้ำยาทุก 7 วัน เจ้าหน้าที่มิได้ตระหนักว่าในวันหลังๆ จะมีแอลกอฮอล์เหลืออยู่เท่าไร ท่านคิดว่ามีประเด็นที่เป็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออะไรบ้าง จะปรับปรุงอย่างไร

2. โรงพยาบาลมีข้อจำกัดในเรื่องสถานที่กล่าวคือไม่มีห้องแยกโรค จึงใช้วิธีแยกผู้ป่วยไปไว้ในที่อากาศถ่ายเทได้สะดวกและอยู่ท้ายลม ให้มีระยะห่างระหว่างเตียงมากกว่าปกติ หรือถ้ามีผู้ป่วยจำนวนมากจนล้นก็จะให้ผู้ป่วย HIV ที่เป็นวัณโรคไปนอนอยู่ที่ระเบียงทางเดินซึ่งมีอากาศถ่ายเทได้ดีกว่า ในหอผู้ป่วยเด็ก ไม่มีมาตรการที่ชัดเจนว่าถ้ามีผู้ป่วยด้วยโรคหัดเข้ามา จะมีการแยกผู้ป่วยหรือป้องกันผู้ป่วยอื่นๆ อย่างไร บางหอผู้ป่วยที่มีห้องแยกโรค จะแขวนป้ายซึ่งเขียนเป็นภาษาอังกฤษว่าเป็น isolation ประเภทใดและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเมื่อญาติมาเยี่ยมจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ท่านคิดว่ามาตรการต่างๆ ที่ใช้อยู่เพียงพอหรือไม่ที่จะป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในสภาพที่มีความจำกัดของพื้นที่และทรัพยากร ควรจะดำเนินการอย่างไร

3. โรงพยาบาลระบุว่าการติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญและเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคือการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia - VAP) โดย ICU ในแต่ละแผนก (ศัลยกรรม, อายุรกรรม, กุมารเวชกรรม) ต่างฝ่ายต่างก็กำหนดประเด็นสำคัญในการพัฒนาของตนเอง บาง ICU เน้นที่การทำให้ปราศจากเชื้อ บาง ICU เน้นที่เทคนิคการ suction และการ wean เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น ในช่วงแรกๆ ได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกันระหว่าง ICU ต่างๆ อยู่บ้าง ส่วนทีมงาน IC ยังรอผลการพัฒนาของทีมงานอยู่ ท่านคิดว่าทีมงาน IC ของโรงพยาบาลควรจะทำอะไรบ้างเพื่อเร่งกระบวนการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ และใช้ข้อมูลวิชาการเป็นพื้นฐานสำหรับการเริ่มต้นพัฒนา

4. ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมและมีการรับผู้ป่วยหนักซึ่งใช้เครื่องช่วยหายใจด้วย มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อ VAP โดยนำเสนอข้อมูลเป็นอัตราการติดเชื้อต่อ 1000 วันนอน โดยในเดือนมกราคมมีอัตราการติด

เชื้อ 2.3 ต่อ 1000 วัน เดือนพฤษภาคม มีการติดเชื้อ 1.9 ต่อ 1000 วัน เมื่อถามว่าเป็น 1000 วันนอนของผู้ป่วยทั้งหมด หรือ 1000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับคำตอบว่าเป็น 1000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่อขอดูข้อมูลที่นำมาใช้ในการคำนวณ ปรากฏว่าในเดือนพฤษภาคม มีผู้ป่วยติดเชื้อ VAP 1 ราย และมีจำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 84 วัน ซึ่งอัตราการติดเชื้อควรจะเป็น 11.9 ต่อ 1000 ventilator day ท่านคิดว่าข้อมูลที่เหลือของหน่วยงานนี้มีความน่าเชื่อถือเพียงใด จะใช้ประโยชน์ได้เพียงใด ใครควรมีบทบาทในการทบทวนตรวจสอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและมีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่

5. ทีมงานศัลยกรรมดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยผ่าตัด โดยเลือกเฝ้าระวังเฉพาะ clean wound จากผลการเฝ้าระวังพบว่าอัตราการติดเชื้ออยู่ในระดับต่ำมากประมาณ 0 - 1% เมื่อถามว่ามีการติดเชื้อในแผลผ่าตัดไส้ติ่งบ้างหรือไม่ ได้รับคำตอบว่ามี และเป็นการติดเชื้อที่พบบ่อยพอสมควร แต่การผ่าตัดไส้ติ่งถือว่าเป็น clean contaminated wound จึงไม่ได้อยู่ในข่ายการเฝ้าระวัง หากท่านเป็น PCT ศัลยกรรมท่านจะให้ข้อเสนอแนะในการเฝ้าระวังอย่างไรเพื่อให้ข้อมูลจากการเฝ้าระวังนั้นเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพ มากกว่าที่จะใช้เป็นข้อมูลยืนยันว่าเรามีคุณภาพ ทั้งที่ความจริงแล้วผู้ป่วยยังประสบความทุกข์ทรมาณจากปัญหาแผลผ่าตัดติดเชื้อ ทำอย่างไรเราจะสามารถคำนวณอัตราการติดเชื้อที่สอดคล้องกับสภาวะความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละประเภทได้

ข. หัวหน้าพาทำคุณภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้สมาชิกสามารถวิเคราะห์การติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญในหน่วยงาน กำหนดมาตรการป้องกัน และแนวทางการเฝ้าระวังที่เหมาะสม

กลุ่ม: สมาชิกทีมดูแลผู้ป่วยจากหน่วยงานและวิชาชีพต่างๆ หรือในหอผู้ป่วยเดียวกัน

เวลา: 30 นาที

กิจกรรม

1. ให้กลุ่มวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการติดเชื้อโดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
   - การติดเชื้อที่เป็น**ปัญหาสำคัญ**ในหน่วยงานมีอะไรบ้าง
   - **กระบวนการหรือขั้นตอน**ใดที่มีผลต่อการติดเชื้อแต่ละชนิดค่อนข้างมาก
   - **แนวทางปฏิบัติสำคัญ**เพื่อป้องกันการติดเชื้อในเรื่องนั้นคืออะไร
   - วิธีการ**ส่งเสริมหรือควบคุม**ให้เป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติงานที่กำหนดไว้มีอะไรบ้าง

การติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ	ขั้นตอนที่มีผลต่อการติดเชื้อ	แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม
การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่สายสวน	-การใส่สายสวนโดยไม่จำเป็น/นานเกินจำเป็น -การใช้สายสวนขนาดใหญ่ -เทคนิคการใส่สายสวน	-ไม่ใส่สายสวนโดยไม่จำเป็น -เอาสายสวนออกให้เร็วที่สุด -ใช้สายสวนขนาดเล็ก -ใช้เทคนิค sterile ในการใส่

	-การ strap สายสวน -การใช้ถุงเก็บปัสสาวะในระบบปิด และการเทปัสสาวะจากถุง -การเก็บปัสสาวะเพื่อส่งตรวจ	-strap สายให้ดี -ใช้ถุงระบบปิด ไม่ให้ปัสสาวะค้างหรือย้อนกลับ -เทปัสสาวะอย่างถูกเทคนิค sterile และ cross contamination ระหว่างเตียง -ให้ผู้ป่วยที่ใส่สายสวนคานอนอยู่เตียงห่างกัน -เก็บปัสสาวะโดยใช้ syringe ดูดไม่ปลดข้อต่อ

2. ให้กลุ่มพิจารณาว่าจะเฝ้าระวังการติดเชื้อในข้อ 1 อย่างไร จึงจะได้ตัวเลขที่น่าเชื่อถือ เช่น จะใช้แหล่งข้อมูลอะไรมากำหนดคำจำกัดความของการติดเชื้อ (ดังตัวอย่างข้างล่างระหว่าง CDC definition ในคอลัมน์ซ้าย กับ APIC definition for Home Health Care ในคอลัมน์ขวา) ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องเฝ้าระวังคือใคร ใครจะเป็นผู้เก็บข้อมูล ใครจะเป็นผู้วินิจฉัยการติดเชื้อ ข้อมูลสำคัญที่ต้องเก็บมีอะไรบ้าง จะใช้อะไรเป็นตัวตั้ง และตัวหาร ในการคำนวณอัตราการติดเชื้อ และกำหนดแบบบันทึกในการเก็บข้อมูล

ตัวอย่าง – Catheter associated UTI

Diagnosis UTI (CDC Def)	**Diagnosis UTI (APIC Def for HHC)**
☐ >= 1 from **A** + **B (SUTI)**	☐ >= 3 from **A**
☐ >= 2 from **A** + >= 1 from **C (SUTI)**	☐ >= 2 from **A** + >= 1 from **B**
☐ **B without A** is asymptomatic bacteriuria **(ASB)**	

A ○ Fever (>38° C) ○ Urgency ○ Frequency ○ Dysuria ○ Suprapublic tenderness	*A* ○ Fever (>38° C) **OR** chills ○ Flank pain **OR** suprapubic pain **OR** tenderness **OR** frequency **OR** urgency ○ Worsening of mental status/ functional status ○ Changes in urine character (eg, new bloody urine, foul odor, increased sediment)
B ○ Positive urine culture (>= 10^5 microorganism/ml of urine **AND <= 2** species of microorganisms	*B* ○ UA with pyuria (urine specimen with >= 10 wbc/mm^3 or >= 3 wbc/HPF of unspun urine) **AND** positive nitrite and/or positive leukocyte esterase ○ Presence of organisms by culture >= 10^5 cfu/mL of urine **AND <= 2** different uropathogens
C ○ Positive dipstick for leukocyte esterase and/or nitrate ○ Pyuria (>=10 wbc/mm3 or >=3 wbc/HPF of unspun urine) ○ Organisms seen on Gram stain of unspun urine ○ >= 2 urine cultures with repeated isolation of the same uropathogen (gram-negative bacteria or S. saprophyticus) with >=10^2 colonies/ml in nonvoided specimens ○ >=10^5 colonies/ml of a single uropathogen (gram-negative bacteria or S. saprophyticus) in a patient being treated with an effective antimicrobial agent for a urinary tract infection ○ Physician diagnosis of a urinary tract infection ○ Physician institutes appropriate therapy for a urinary tract infection	

กลุ่มเป้าหมายที่ต้องเฝ้าระวัง	ผู้ป่วยทุกรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะคา
ผู้เก็บข้อมูล	พยาบาลหัวหน้าเวร, ICWN
ผู้วินิจฉัยการติดเชื้อ	ICWN โดยปรึกษากับแพทย์ IC
ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยที่ใส่สายสวนคาซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
ตัวหาร	จำนวนวันที่มีการใส่สายสวนคาทั้งหมดในเดือนนั้น

ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายว่าทำอย่างไรจึงจะสามารถเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญได้ จะใช้วิธีเฝ้าระวังไปข้างหน้าหรือทบทวนเวชระเบียนหลังจากผู้ป่วยจำหน่าย จะขยายการเฝ้าระวังให้ครอบคลุมช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกลับบ้านไปแล้วอย่างไร (เช่น ผู้ป่วยหลังคลอด) จะพัฒนาเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบให้มีความรู้และทักษะได้อย่างไร

ค. ปฏิบัติเป็นกิจกรรมปกติประจำ

1) ป้องกันเจ้าหน้าที่

ให้พิจารณาข้อแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อในเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งระหว่างการปฏิบัติงาน พิจารณาวางระบบงานเพื่อเป็นหลักประกันว่าเจ้าหน้าที่จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจจะใช้ gap analysis มาเป็นแนวทางในการพิจารณาและวางแผนก็ได้

2) จัดระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การเฝ้าระวัง คือ “วิธีการที่เป็นระบบในการเก็บ จัดระบบ วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรือเหตุการณ์ รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปรับปรุงผลลัพธ์”

การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อ 1) ทราบระดับของการติดเชื้อที่เป็นอยู่ 2) สร้างความตระหนักในเจ้าหน้าที่ 3) ลดอัตราการติดเชื้อให้ต่ำลง 4) ประเมินมาตรการป้องกันที่ใช้อยู่

การเฝ้าระวังทั้งโรงพยาบาล (hospital-wide surveillance) มีข้อดีที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งของการติดเชื้อและหอผู้ป่วยที่มีการติดเชื้ออย่างครบถ้วน สามารถค้นพบการระบาดได้ง่าย แต่มีข้อด้อยที่ต้องใช้เวลามาก ต้องการเจ้าหน้าที่มาก ไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ แปลผลข้อมูลยาก และไม่มีจุดเน้นในการทำงาน

ในปัจจุบันจึงแนะนำให้ทำการเฝ้าระวังแบบมุ่งเป้า (targeted surveillance) ซึ่งมีข้อดีคือ เน้นผลลัพธ์หรือกระบวนการที่เฉพาะเจาะจง ใช้ทรัพยากรสัมพันธ์กับความเสี่ยง ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการต่างๆ และคุ้มค่ามากกว่า แม้จะมีข้อด้อยในแง่ที่ว่า อาจจะไม่พบปัญหา อาจจะไม่สามารถนำความเสี่ยง/มาตรการป้องกันไปใช้กับประชากรกลุ่มอื่นได้

2.1) กำหนดการติดเชื้อและกระบวนการที่จะเฝ้าระวัง

โรงพยาบาลควรเลือกการติดเชื้อซึ่งมีอัตราการเกิดสูง มีผลกระทบรุนแรง มีค่าใช้จ่ายสูง มีศักยภาพในการเฝ้าระวังและลดอัตราการติดเชื้อ มาทำการเฝ้าระวัง

ตัวอย่างการติดเชื้อที่ควรเฝ้าระวังในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือ Ventilator Associated Pneumonia (VAP), การติดเชื้อแผลผ่าตัด หรือ Surgical Site Infection (SSI), การติดเชื้อเนื่องจากสายให้สารน้ำทางหลอดเลือด หรือ IV Catheter-related Infection (CRI), การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากใส่สายสวน Catheter-Assocated UTI (CAUTI)

ตัวอย่างการติดเชื้อที่ควรเฝ้าระวังในโรงพยาบาลชุมชน เช่น การติดเชื้อเนื่องจากสายให้สารน้ำทางหลอดเลือด (CRI), การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากใส่สายสวน (CAUTI), การติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI) ถ้ามีการทำผ่าตัด, การติดเชื้อหลังการคลอด, การติดเชื้อบาดแผลที่เย็บซ่อม

ในการติดเชื้อแต่ละอย่างนั้นควรวิเคราะห์ด้วยว่ากระบวนการหรือขั้นตอนใดที่มีผลต่อการติดเชื้อและเฝ้าระวังการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ด้วย เช่น กระบวนการที่มีผลต่อการลดอัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดได้แก่ การทำความสะอาดผิวหนัง, การขจัดขน, ระยะเวลาในการให้ยาต้านจุลชีพ

2.2) เก็บข้อมูล

ควรกำหนดคำจำกัดความในการเฝ้าระวังโดยใช้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐานและใช้เหมือนกันทั้งโรงพยาบาล รวมทั้งกำหนดองค์ประกอบของข้อมูลที่ต้องจัดเก็บ

ความถูกต้องของข้อมูลขึ้นกับ วิธีการค้นหาผู้ป่วยที่ครอบคลุม การเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรม

ในการค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อนั้น ควรใช้วิธีที่มีความไวร่วมกัน ได้แก่ การทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง, การทบทวนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านจุลชีพ และ การมีผู้ประสานงานในหอผู้ป่วยช่วยเฝ้าระวัง

2.3) วิเคราะห์ข้อมูล

ควรมีการวิเคราะห์อัตราการติดเชื้อเป็นประจำ ทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับหอผู้ป่วย โดยวิเคราะห์ทุกเดือนถ้าเป็นไปได้ ตัวอย่างการวิเคราะห์ เช่น

- อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดตามรายหัตถการ (ร้อยละ)
- อัตราการติดเชื้อจากการใช้อุปกรณ์ (ต่อ 1000 วันของการใช้อุปกรณ์)
- อัตราการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ (ร้อยละ)

ในบางกรณีอาจจำเป็นต้องวิเคราะห์เปรียบเทียบตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงคล้ายกัน

2.4) ใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

การเฝ้าระวังควรนำไปสู่การทบทวนมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่ใช้อยู่ และส่งเสริมให้มีการนำข้อแนะนำต่างๆ ที่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน มาสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วน

ข้อแนะนำเพื่อการป้องกันการติดเชื้อในเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการสุขภาพ[1]

ก. องค์ประกอบของระบบการควบคุมการติดเชื้อในเจ้าหน้าที่

1. การวางแผนและการบริหาร โดยการประสานงานระหว่างผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการรายงานโรคติดต่อที่ต้องหยุดพักงาน
2. การทำประวัติและตรวจสุขภาพก่อนเริ่มทำงานและติดตามเมื่อจำเป็น
3. การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในเรื่อง
   - ความสำคัญของการล้างมือและวิธีการล้างมือ
   - การปฏิบัติตามหลัก Standard Precaution และ Isolation Precaution
   - การรายงานอาการเจ็บป่วยบางอย่าง ได้แก่ ไข้ออกผื่น ดีซ่าน ไอมากกว่า 2 สัปดาห์ อุจจาระร่วง ไข้มากกว่า 2 วัน
   - การตรวจคัดกรองและการได้รับภูมิคุ้มกันที่จำเป็น
4. จัดให้มีระบบการดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือสัมผัสโรค ได้แก่ การมีประวัติการตรวจคัดกรองหรือการได้รับภูมิคุ้มกัน, การจัดระบบรายงานเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีการสัมผัสโรค, การมีระบบให้คำปรึกษา, การป้องกันหลังสัมผัสโรค
5. การจัดเก็บบันทึกประวัติการเจ็บป่วย/การสัมผัสโรค และการรักษาความลับของข้อมูลรายบุคคล

ข. การป้องกันเจ้าหน้าที่จากผู้ป่วยที่ติดเชื้อ

ข้อแนะนำทั่วไป

1. ให้ปฏิบัติตามหลัก Isolation Precaution
2. ให้ hepatitis B vaccine แก่เจ้าหน้าที่ที่มีโอกาสสัมผัสกับเลือด สารคัดหลั่งของผู้ป่วย ของมีคม (รวมทั้งผู้ที่มีโอกาสสัมผัสโดยไม่รู้ตัว เช่น พนักงานทำความสะอาด) โดยไม่จำเป็นต้องตรวจระดับภูมิคุ้มกันในเลือดก่อนให้ แต่ให้ตรวจระดับภูมิคุ้มกันหลังจากได้รับวัคซีนครบแล้วเพื่อให้วัคซีนซ้ำในกลุ่มที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกัน

การจัดการเมื่อมีการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งระหว่างการทำงาน[2]

1. ให้การดูแลตำแหน่งที่มีการสัมผัสด้วยการล้างแผลและผิวหนังด้วยสบู่และน้ำ, flush เยื่อบุด้วยน้ำ ไม่มีข้อห้ามในการใช้ antiseptic แต่ไม่มีหลักฐานว่าการใช้ antiseptic หรือการ squeeze แผลจะได้ประโยชน์, ไม่แนะนำให้ฉีด antiseptic หรือ disinfectant เข้าไปในแผล

---

[1] Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention: Draft Guideline for Infection Control in Health Care Personnel, 1997

[2] Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis, MMWR June 29, 2001 / Vol. 50 / No. RR-11

2. ควรจัดทำบันทึกการสัมผัสโรคเนื่องจากการทำงาน (occupational exposure report) เก็บไว้ในเวชระเบียนประจำตัวของเจ้าหน้าที่ซึ่งเก็บรักษาเป็นความลับ โดยมีข้อมูลวันเวลาที่สัมผัส รายละเอียดของหัตถการที่มีการกระทำ รวมทั้งรายละเอียดในการประเมินและการดูแลข้างล่างนี้
3. พิจารณาความเสี่ยงของการสัมผัส
    - ลักษณะของเลือดและสารคัดหลั่ง และปริมาณที่สัมผัส
    - ลักษณะความรุนแรงของการสัมผัส (กรณีถูกแทง/ตำ: ความลึกของแผล สารถูกฉีดเข้าไปในผิวหนังหรือไม่, กรณีผิวหนัง/เยื่อบุ: ปริมาณของสารที่สัมผัส สภาพของผิวหนัง)
4. ประเมินแหล่งของเลือดและสารคัดหลั่งที่สัมผัส
    - ประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อของผู้ป่วยจากข้อมูลที่มีอยู่
    - ตรวจเลือดของผู้ป่วยเพื่อหา HBsAg, (anti-HCV?), and HIV antibody โดยใช้ rapid testing, ถ้ามีการติดเชื้อ HIV อยู่ในขั้นใด ได้รับยารักษาหรือไม่ มีระดับ viral load เท่าไร
    - ประเมินความเสี่ยงต่อการสัมผัส HBV, (HCV?), HIV ในกรณีที่ไม่ทราบแหล่งของเลือดหรือสารคัดหลั่ง
5. ประเมินผู้ที่สัมผัส
    - ประเมินระดับภูมิคุ้มกันสำหรับ HBV (จากประวัติการให้ภูมิคุ้มกันและระดับภูมิคุ้มกัน)
6. ให้ Postexposure Prophylaxis (PEP) ตามระดับความเสี่ยงที่ประเมินได้
    - สำหรับ HBV ให้ดูตารางที่ 1
    - สำหรับ HCV ไม่ต้องให้ PEP
    - สำหรับ HIV ให้ดูตารางที่ 2 และ 3 โดยเริ่ม PEP ให้เร็วที่สุดภายในไม่กี่ชั่วโมงหลังสัมผัส ควรตรวจสภาวะการตั้งครรภ์ในเจ้าหน้าที่สตรีด้วย ควรให้ PEP ต่อเนื่องกัน 4 สัปดาห์ถ้าสามารถทนได้
7. ติดตามตรวจชันสูตรและให้คำปรึกษา
    - แนะนำให้ผู้สัมผัสปรึกษาแพทย์หากมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันขึ้นระหว่างการติดตาม
    - การสัมผัส HBV ให้ตรวจระดับ anti-HBs หลังจากให้วัคซีน dose สุดท้ายแล้ว 1-2 เดือน
    - (การสัมผัส HCV ให้ตรวจระดับ anti-HCV เป็น baseline และเมื่อครบ 6 เดือน?)
    - การสัมผัส HIV ให้ตรวจ HIV-antibody

- ตรวจทันทีเป็น baseline
- ตรวจติดตามเมื่อครบ 6 สัปดาห์, 3 เดือน และ 6 เดือน หลังสัมผัส
- ตรวจเมื่อมีอาการเจ็บป่วยซึ่งเข้าได้ได้กับ acute retroviral syndrome
    - แนะนำให้ผู้สัมผัสป้องกันการแพร่เชื้อให้กับผู้อื่นระหว่างการติดตาม
    - ประเมินผู้สัมผัสที่ได้รับ PEP ภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากสัมผัส และติดตามภาวะข้างเคียงของยาเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์

TABLE 1. Recommended postexposure prophylaxis for exposure to hepatitis B virus

Vaccination and antibody response status of exposed workers*	**Treatment**		
	Source HBsAg positive	**Source HBsAg negative**	**Source unknown or not available for testing**
Unvaccinated	HBIG x 1 and initiate HB vaccine series	Initiate HB vaccine series	Initiate HB vaccine series
Previously vaccinated			
Known responder	No treatment	No treatment	No treatment
Known nonresponder	HBIG x 1 and initiate revaccination or HBIG x 2	No treatment	If known high risk source, treat as if source were HbsAg positive
Antibody response unknown	Test exposed person for anti-HBs 1. If adequate, no treatment is necessary 2. If inadequate, administer HBIG x 1 and vaccine booster	No treatment	Test exposed person for anti-HBs 1. If adequate, no treatment is necessary 2. If inadequate, administer vaccine booster and recheck titer in 1–2 months

* Persons who have previously been infected with HBV are immune to reinfection and do not require postexposure prophylaxis.

HBsAg = Hepatitis B surface antigen.

HIIG = Hepatitis B immune globulin; dose is 0.06 mL/kg intramuscularly.

HB vaccine = Hepatitis B vaccine.

anti-HBs = Antibody to HBsAg.

A responder is a person with adequate levels of serum antibody to HBsAg (i.e., anti-HBs >10 mIU/mL).

A nonresponder is a person with inadequate response to vaccination (i.e., serum anti-HBs < 10 mIU/mL).

The option of giving one dose of HBIG and reinitiating the vaccine series is preferred for nonresponders who have not completed a second 3-dose vaccine series. For persons who previously completed a second vaccine series but failed to respond, two doses of HBIG are preferred.

TABLE 2. Recommended HIV postexposure prophylaxis for percutaneous injuries

	Infection status of source				
Exposure type	**HIV- Positive Class 1***	**HIV- Positive Class 2***	**Source of unknown HIV status**	**Unknown source**	**HIV- Negative**
Less severe	Recommend basic 2- drug PEP	Recommend expanded 3- drug PEP	Generally, no PEP warranted; however, consider basic2- drug PEP** for source with risk factors	Generally, no PEP warranted; however, consider basic2- drug PEP** in settings where exposure to HIV-infected persons is likely	No PEP warranted
More severe	Recommend expanded 3- drug PEP				

* HIV- Positive, Class 1 — asymptomatic HIV infection or known low viral load (e. g., <1,500 RNA copies/ mL). HIV- Positive, Class 2 —symptomatic HIV infection, AIDS, acute seroconversion, or known high viral load. If drug resistance is a concern, obtain expert consultation. Initiation of postexposure prophylaxis (PEP) should not be delayed pending expert consultation, and, because expert consultation alone cannot substitute for face- to- face counseling, resources should be available to provide immediate evaluation and follow- up care for all exposures.

** The designation "consider PEP" indicates that PEP is optional and should be based on an individualized decision between the exposed person and the treating clinician. If PEP is offered and taken and the source is later determined to be HIV- negative, PEP should be discontinued.

Source of unknown HIV status (e. g., deceased source person with no samples available for HIV testing).

Unknown source (e. g., a needle from a sharps disposal container).

Less severe (e. g., solid needle and superficial injury).

More severe (e. g., needle, deep puncture, visible blood on device, or needle used in patient's artery or vein).

TABLE 3. Recommended HIV postexposure prophylaxis for mucous membrane exposures and nonintact skin* exposures

	Infection status of source				
Exposure type	**HIV- Positive Class 1***	**HIV- Positive Class 2***	**Source of unknown HIV status**	**Unknown source**	**HIV- Negative**
Small volume	Recommend basic 2- drug PEP	Recommend basic 2- drug PEP	Generally, no PEP warranted; however, consider basic2- drug PEP** for source with risk factors	Generally, no PEP warranted; however, consider basic2- drug PEP** in settings where exposure to HIV-infected persons is likely	No PEP warranted
Large volume	Recommend expanded 3- drug PEP	Recommend expanded 3- drug PEP			

Small volume (i. e., a few drops).

Large volume (i. e., major blood splash).

กิจกรรมที่ 7 การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย

ก. กรณีตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดศีรษะ จากใบสั่งยาแพทย์ได้พิมพ์ยา cyclophosphamide 50 mg เมื่อสอบถามผู้ป่วยแล้วไม่เคยได้รับยานี้มาก่อน เภสัชกรโทรศัพท์ขอคำยืนยันจากแพทย์ แพทย์แจ้งว่าต้องการสั่งยา cyproheptidine

2. เจ้าหน้าที่ห้องยาจัดยาผิดรายการจาก mefenamic acid เป็น metformin แต่เภสัชกรตรวจสอบพบก่อนที่จะจ่ายออกไป

3. เจ้าหน้าที่ห้องยาจ่ายยาผิด จาก bisacodyl supp. เป็น bisacodyle tab
แพทย์สั่งใช้ยา cyclophosphamide (100 mg) 1X1 แต่ cyclophosphamide ของโรงพยาบาลมีขนาด 50 mg ดังนั้นต้องให้ผู้ป่วยรับประทานยา 2 X 1 แต่พยาบาลให้ผู้ป่วยรับประทานเพียงวันละหนึ่งเม็ดเท่านั้น

4. แพทย์สั่งให้ adrenalin1:1000 0.7 cc โดยเขียนคำย่อ NB ซึ่งหมายถึงให้ทาง nebulizerพร้อมเครื่องหมายแทรกซึ่งดูคล้ายตัว V กลับหัว พยาบาลจบใหม่ฉีดยาเข้าเส้น ผู้ป่วยเสียชีวิต

ข. หัวหน้าพาทำคุณภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้สมาชิกสามารถวิเคราะห์โอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา แนวทางการป้องกัน
กลุ่ม: แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ของโรงพยาบาล
เวลา: 30 นาที

กิจกรรม 1 การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาทั่วไป

ขอให้ศึกษาแนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาทั่วไปต่อไปนี้ และพิจารณาว่าแนวทางปฏิบัติที่ใช้อยู่นั้นมีความรัดกุมพอหรือยัง ควรมีการปรับปรุงอย่างไร

(1) เขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจน ถ้าเป็นใบสั่งยาหรือใบคำสั่งที่มีสำเนา ควรเขียนด้วยปากกาลูกลื่นเพื่อให้อ่านสำเนาได้ชัด ถ้าจำเป็นให้เขียนชื่อยาด้วยตัวพิมพ์ (ดูตัวอย่างความสับสนในตารางที่ 1)

(2) หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคำย่อของชื่อยา (ดูตัวอย่างความสับสนจากคำย่อในตารางที่ 2) หลีกเลี่ยงการใช้สัญญลักษณ์ที่ไม่จำเป็น (“/” อาจเข้าใจผิดเป็น “1”, “&” อาจเข้าใจผิดเป็น ‘8”)

(3) ให้ระบุข้อบ่งชี้ในการใช้ยาสำหรับแต่ละคำสั่ง เช่น "... for blood pressure.", "... for diuresis.", "... for leg cramps."

(4) ก่อนจ่ายหรือให้ยาซึ่งไม่คุ้นเคย ให้เปิดคู่มือหรือปรึกษาเภสัชกรเกี่ยวกับขนาดยา วิธีให้ และ monitoring parameters

(5) อย่าเดาคำสั่งใช้ยา ถ้ามีข้อสงสัยให้ติดต่อแพทย์เพื่อขอคำยืนยันเกี่ยวกับชื่อยา ขนาดยา route ข้อบ่งชี้

(6) หลีกเลี่ยงการใช้คำสั่งด้วยวาจาหรือสั่งทางโทรศัพท์ ถ้าจำเป็นผู้ที่รับโทรศัพท์ควรทวนคำสั่งเพื่อยืนยันขนาดยา route กำหนดการให้ยา และคำแนะนำอื่นๆ

(7) เก็บยาไว้ในหน่วยพยาบาลเท่าที่จำเป็น คืนยาทั้งหมดที่ยุติการใช้แล้วกลับไปที่แผนกเภสัชกรรม

(8) อ่าน label ยา 3 ครั้งในการจัดยาให้ผู้ป่วย

(9) หลีกเลี่ยงการใช้ยาของผู้ป่วยเอง ถ้าจำเป็นให้ปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาลและสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยว่าจะใช้ยาอย่างไร

(10) ไม่ใช่ศูนย์ตามหลังจุดทศนิยมในการสั่งยา (10.0 mg อาจเข้าใจผิดเป็น 100 mg)

(11) ให้ใช้ศูนย์นำหน้าจุดทศนิยมเมื่อสั่งยาที่มีขนาดน้อยกว่า 1 (.5 mg อาจเข้าใจผิดเป็น 5 mg)

กิจกรรม 2 การป้องกันผลไม่พึงประสงค์จากยาเฉพาะกรณี

ขอให้ศึกษาแนวทางป้องกัน ADEs (Adverse Drug Events) และ PADEs (Potential ADEs) ในการใช้ยาต่อไปนี้ และพิจารณาว่าแนวทางปฏิบัติที่ใช้อยู่นั้นมีความรัดกุมพอหรือยัง ควรมีการปรับปรุงอย่างไร

1. ADEs และ PADEs ซึ่งเกิดจาก Heparin

ตัวชี้วัด	• ร้อยละของผู้ป่วยซึ่งมี PTT > 100 ในขณะใดขณะหนึ่งระหว่างการนอนโรงพยาบาล (lab value screen, or chart audit for bedside monitoring)
การเปลี่ยนแปลงสำคัญ	• ใช้ weight-based Heparin protocol • ใช้ pre-mixed Heparin solutions ซึ่งมีความเข้มข้นมาตรฐานหรือจัดเตรียม Heparin ทั้งหมดที่แผนกเภสัชกรรม • ขอให้รายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมาที่หน่วยดูแลผู้ป่วยทันที (ภายใน 2 ชั่วโมง) หรือตรวจติดตามที่ข้างเตียงผู้ป่วย

2. ADEs และ PADEs ซึ่งเกิดจาก Warfarin

ตัวชี้วัด	• อุบัติการณ์ของ INR > 5 หรือการให้วิตามิน K (chart audit or lab value screen) • การรับผู้ป่วยนอกไว้นอนโรงพยาบาลเนื่องจาก hypoprothrombinemia
การเปลี่ยนแปลงสำคัญ	• จัดให้มี Warfarin dosing service หรือ "clinic" สำหรับผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก • มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกคำสั่งที่แผนกเภสัชกรรมโดยใช้ drug interaction software • ใช้ anticoagulation flowsheets • จัดให้ anticoagulation flowsheet และคำสั่งใช้ยา ติดตามตัวผู้ป่วยจากโรงพยาบาล

	ไปยังหน่วยงานที่รับดูแลต่อเนื่องถึงบ้าน

3. ความคลาดเคลื่อนในเรื่องขนาดยา insulin

ตัวชี้วัด	● อุบัติการณ์ของระดับน้ำตาลในเลือด < 70 หรือมีการให้น้ำหวานเพื่อแก้อาการ hypoglycemia (chart audit or lab value screen)
การเปลี่ยนแปลงสำคัญ	● ใช้ sliding scales มาตรฐานหรือคำสั่งให้ยาที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้า ● ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดที่ nurse station ● จัดให้มี real double-checks ที่หน่วยดูแลผู้ป่วย ไม่มีการคำนวณและเตรียมยาอย่างอิสระโดยเจ้าหน้าที่คนเดียว ● ใช้ blood sugar flowsheets

4. ความคลาดเคลื่อนที่รุนแรงของยาเคมีบำบัด

ตัวชี้วัด	● จำนวนความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการสั่งหรือการจ่ายซึ่งเกินกว่าระดับสูงสุดที่แนะนำให้ใช้ (pharmacy check point)
การเปลี่ยนแปลงสำคัญ	● จัดให้มีระบบ independent double checks ในการคำนวณและจัดเตรียมยาเคมีบำบัดที่แผนกเภสัชกรรม ● ใช้คำสั่งใช้ยาที่พิมพ์ล่วงหน้า หรือ ชุดคำสั่งคอมพิวเตอร์ สำหรับการสั่งใช้ยาเคมีบำบัดทั้งหมด ซึ่งระบุทั้งขนาดและสูตรที่ใช้ในการคำนวณ ● มีการกำหนด dose limit สำหรับยาเคมีบำบัด ครอบคลุม ขนาดยาสูงสุดที่จะใช้ในแต่ละครั้ง, แต่ละวัน, แต่ละ course และตลอดชีวิต ● การสั่งยาและขนาดยาที่มิได้ใช้ปกติจะต้องได้รับการรับรองผ่าน peer review ● ไม่มีการใช้คำสั่งยาเคมีบำบัดด้วยวาจา

5. ขจัดการไม่ปรับขนาดยาสำหรับภาวะไตวาย

ตัวชี้วัด	● จำนวนผู้ป่วยซึ่งได้รับ ACE inhibitors, aminoglycosides, digoxin, H2 antagonists หรือ vancomycin ซึ่งได้รับการวัดหรือประมาณค่า creatinine clearance ว่าต่ำกว่า 20mL/min โดยไม่มีการปรับขนาดยา (chart audit or pharmacy check point)
การเปลี่ยนแปลงสำคัญ	● แผนกเภสัชกรรมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของไตจากห้องปฏิบัติการหรือจากบัญชีสรุปค่าผลที่ผิดปกติประจำวันสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่มีค่า Cr สูงผิดปกติ ● แผนกเภสัชกรรมตรวจสอบคำสั่งใช้ยาทั้งหมดเพื่อให้มั่นใจว่าขนาดยาเหมาะสมกับการทำหน้าที่ของไต โดยใช้ข้อมูลจาก patient & drug profile ● มีการจัดทำ protocol สำหรับการปรึกษาและปรับขนาดอัตโนมัติในแผนกเภสัชกรรมสำหรับยาบางกลุ่ม (อย่างน้อยในกลุ่ม aminoglycosides, vancomycin) หรือ

	สำหรับผู้ป่วยบางกลุ่ม ● มีเภสัชกรในหน่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อปรับขนาดยาตาม pharmacokinetic และติดตามประเมินสำหรับผู้ป่วยโรคไต

6. ADEs and PADEs จากอิเล็กโตรไลท์เข้มข้น

ตัวชี้วัด	● จำนวนผู้ป่วยซึ่งมี hyper/ Ca++, K+, Mg++, Na+, Phosphate หลังจากได้รับ electrolyte replacement (lab screen to focused chart audit)
การเปลี่ยนแปลงสำคัญ	● จำกัดหรือขจัดการเก็บอิเล็คโตรไลท์เข้มข้นไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย ● จัดเตรียมสารละลายที่จะให้ทางหลอดเลือดที่มีอิเล็คโตรไลท์ที่แผนกเภสัชกรรมหรือใช้ premixed solution ที่มีจำหน่ายในท้องตลาด ● มีการจัดทำ protocols หรือ guidelines สำหรับ electrolyte replacement ครอบคลุมขนาดสูงสุด, อัตราการให้สูงสุด, ขนาดที่เตรียมไว้และการตั้ง infusion pump, การตรวจสอบการคำนวณทั้งหมด, การติดตามผู้ป่วย (ระดับอิเล็คโตรไลท์ในเลือดและ EKG) ● มีการจัดทำมาตรฐานถ้อยคำที่ใช้สำหรับอิเล็คโตรไลท์ ครอบคลุมชุดคำสั่งที่พิมพ์ล่วงหน้า

7. การใช้ยา benzodiazepines และ narcotics เกินขนาด

ตัวชี้วัด	● การจ่ายยา antidote (Narcan, Romazicon, หรือ reversal agents อื่นๆ) (pharmacy checkpoint) ● อุบัติการณ์การเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด (การหายใจน้อยกว่า 10, ระดับของความรู้สึกที่ลดลงอย่างรวดเร็ว) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับ narcotics (chart audit)
การเปลี่ยนแปลงสำคัญ	● มีข้อมูลอายุผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค และ drug profile ในเวลาที่สั่งยา และที่แผนกเภสัชกรรม ● แผนกเภสัชกรรมจ่ายยาในรูปแบบที่ง่ายต่อการให้แก่ผู้ป่วย ● มีการใช้ preprinted, laminated drug dosing chart สำหรับ narcotics และ benzodiazepines ● มี independent double checks ที่หน่วยดูแลผู้ป่วย

8. ADEs และ PADEs ที่เกิดจาก infusion pumps

ตัวชี้วัด	• อุบัติการณ์ของ infusion overdose ในผู้ป่วยที่ใช้ infusion pumps ซึ่งพยาบาลตรวจสอบพบ (check point or chart audit)
การเปลี่ยนแปลงสำคัญ	• ใช้ปั๊มเพียงชนิดเดียวในแต่ละกลุ่ม (large volume, syringe, epidural, PCA, OR) สำหรับแต่ละโรงพยาบาล ใช้ปั๊มซึ่งมีลักษณะที่ปลอดภัยเป็นพิเศษ: ไม่มี free flow, มี forcing functions สำหรับการตั้งโปรแกรม • มีการผสมสารละลายทั้งหมดในแผนกเภสัชกรรม รวมทั้งการคำนวณอัตราการไหลติดที่ฉลาก • เมื่อเปลี่ยนเวร พยาบาลบันทึกปริมาณสารที่ผู้ป่วยได้รับ ปริมาณที่เหลือ เพื่อเป็นจุดตรวจสอบว่าใช้อัตราการไหลที่เหมาะสม • มีเครื่องช่วยคำนวณ laminated dose และอัตราการไหลสำหรับพยาบาล

9. ADEs และ PADEs จากการได้รับยาซึ่งรู้อยู่แล้วว่าผู้ป่วยแพ้

ตัวชี้วัด	• อุบัติการณ์การรักษา allergic reaction ต่อยาซึ่งผู้ป่วยแพ้ (chart audit) • จำนวนครั้งที่แผนกเภสัชกรรมแทรกแซงในแต่ละสัปดาห์เมื่อมีการสั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ (pharmacy check point)
การเปลี่ยนแปลงสำคัญ	• มีการประเมินการแพ้ยาโดยผู้ประกอบวิชาชีพเมื่อรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล • มีการบันทึกการแพ้ยาของผู้ป่วยในบันทึกการให้ยา (MAR) ใน patient profile ที่แผนกเภสัชกรรม และที่ป้ายข้อมือของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง • มีการตรวจสอบคำสั่งการใช้ยากับ patient profile ที่แผนกเภสัชกรรมก่อนที่จะมีการจ่ายยา เพื่อดูว่ามีการสั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้หรือไม่ • มีการใช้บาร์โคดหรือกระบวนการอื่นๆ เพื่อให้แน่ใจในเรื่องความถูกต้อง 5R (ถูกคน, ถูกยา, ถูกขนาด, ถูกวิธี, ถูกเวลา) เมื่อเวลาให้ยา

ค. ปฏิบัติเป็นกิจกรรมปกติประจำ

1) หลักการที่ควรตระหนัก

- การเฝ้าระวังเฉพาะความคลาดเคลื่อน โดยไม่เชื่อมโยงกับผลกระทบหรือโอกาสเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์
- การวัดที่เน้นไปที่ยาเฉพาะตัวซึ่งมีโอกาสเกิดปัญหาสูง หรือสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน จะทำให้ป้องกันความคลาดเคลื่อนได้ดีกว่า เช่น การใช้ยาเคมีบำบัด การใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ การใช้ยา heparin

- เหตุการณ์ “เกือบพลาด” เป็นการส่งสัญญาณว่าระบบยังมีปัญหา แต่โชคดีที่มีผู้ค้นพบและจัดการแก้ไขได้ก่อน เหตุการณ์เหล่านี้ควรได้รับการใส่ใจว่ามีความสำคัญไม่น้อยกว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นแล้ว เพื่อให้เกิดการปรับปรุงในเชิงระบบขึ้น
- การวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในองค์กรอื่น เป็นเสมือนเลนส์ตรวจสอบระบบในองค์กรของเรา ผู้ปฏิบัติงานจะรู้สึกสบายใจในการพูดคุยเรื่องความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นภายนอก จะไม่มีท่าทีของการปกป้องตนเอง สามารถระบุสาเหตุเชิงระบบ โอกาสที่จะเกิด และข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงได้ไม่ยาก

2) การกำหนดยาที่มีความเสี่ยงและวางแนวทางป้องกัน

1. ทบทวนว่าเคยมีปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาที่รุนแรงซึ่งเกิดขึ้นในโรงพยาบาลอื่นอะไรบ้าง พิจารณาว่าเหตุการณ์เช่นนั้นมีโอกาสเกิดขึ้นในโรงพยาบาลของเราหรือไม่ หากมีโอกาสที่จะเกิดให้วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบและร่วมกันกำหนดแนวทางป้องกันเหตุการณ์ดังกล่าว

2. แต่ละหน่วยงาน/ทีมดูแลผู้ป่วยพิจารณาว่า ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหาสูง หรือสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนในหน่วยงานมีอะไรบ้าง (เช่น การใช้ยาเคมีบำบัด การใช้ยาที่ผู้ป่วยเด็ก ยาที่มีโอกาสเกิดอาการแพ้ การใช้ยา heparin) และให้ร่วมกันกำหนดแนวทางป้องกันที่รัดกุม

3) การบันทึก

ให้พิจารณาแบบสรุปรายงานความคลาดเคลื่อนด้านยาที่เชื่อมโยงกับผลกระทบต่อผู้ป่วย (ในหน้าต่อไป) ว่าถ้านำไปใช้จะได้ประโยชน์อะไร ควรจะปรับปรุงให้ง่ายในการนำไปใช้อย่างไร เมื่อใช้แล้วจะมีระบบในการสื่อสารข้อมูลที่เกิดขึ้นอย่างไร

แบบบันทึกข้อมูลความคลาดเคลื่อนด้านยา (Medication Error)

หน่วยงาน_____โรงพยาบาล_____เดือน_____พ.ศ.____

ความคลาดเคลื่อน	ครั้ง	ผลกระทบ						ตัวหาร	อัตรา
		No harm	E[3]	F[4]	G[5]	H[6]	Death		
Prescribing error[7]								(ใบสั่ง)	
-Wrong dose									
-Wrong choice									
-Known allergy									
-Others (frequency, DI, drug, route)									
Order processing error[8]								(ใบสั่ง)	
-Ward									
-Pharmacy									
Dispensing error[9]								(ใบสั่ง)	
Administrative error[10]								(วันนอน)	
-Wrong time									
-Omission error									
-Wrong strength									
-Wrong patient									
-Extra dose									
-Wrong route									
-Wrong dosage form									
Patient non-compliance								(รายผู้ป่วย)	
Total									

[3] ส่งผลให้เกิดผลเสีย (harm) ต่อผู้ป่วยเป็นการชั่วคราว ต้องมีการรักษาหรือแก้ไข

[4] ส่งผลให้เกิดผลเสีย (harm) ต่อผู้ป่วยเป็นการชั่วคราว ต้องรับไว้นอน รพ. หรือนอน รพ.นานขึ้น

[5] ส่งผลให้เกิดผลเสีย (harm) ต่อผู้ป่วยเป็นการถาวร

[6] ส่งผลให้ผู้ป่วยเกือบเสียชีวิต เช่น การแพ้ยา anaphylaxis, หัวใจหยุดเต้น

[7] ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยา ได้แก่ ผิดขนาด, เลือกยาที่มีข้อห้าม, สั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้, ความถี่ผิด, เขียนชื่อยาผิด, สั่งให้ยาผิดวิธี

[8] ความคลาดเคลื่อนในขั้นก่อนการจ่ายยา ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่ง และความคลาดเคลื่อนในการจัดยา

[9] ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา หมายถึงยาที่จ่ายแก่ผู้ป่วยไม่ตรงกับที่แพทย์สั่ง เป็นข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล

[10] ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ได้แก่ ผิดเวลาเกินกว่า ๑ ชม., ไม่ได้ให้, ความเข้มข้นผิด, ผู้ป่วยผิดคน หรือผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่ควรได้, ให้ยาเกินขนาด, ให้ยาผิดวิธี, ให้ยาในรูปแบบที่ผิด

กิจกรรมที่ 8 การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ

วัตถุประสงค์

เพื่อเรียนรู้และปรับเปลี่ยนวิกฤติให้เป็นโอกาส ใช้ความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาสร้างหลักประกันว่าจะไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำ โดยเน้นการป้องกันไปที่การวางระบบงานที่ดี

แนวคิด

การทบทวนนี้เป็นการนำเหตุการณ์ที่มีความสำคัญมาวิเคราะห์วิพากษ์เพื่อหาวิธีป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้นอีก การลงทุนกับสิ่งที่มีปัญหาเป็นวิธีการที่คุ้มค่า เพราะช่วยป้องกันความเสี่ยงให้กับทุกฝ่าย

เหตุการณ์สำคัญได้แก่

- การเสียชีวิต
- การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ, อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด, ผลข้างเคียงจากยา, ปฏิกิริยาจากการให้เลือด,
- การรักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน เช่น การผ่าตัดซ้ำ, การรับไว้รักษาซ้ำด้วยโรคเดิม
- อุบัติการณ์อื่นๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม, ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error), อุบัติการณ์เกี่ยวกับเครื่องมือ (ได้รับอันตราย, ทำงานไม่ปกติ, ไม่มีใช้), การตรวจรักษาผิดรายหรือผิดจากแผนการที่วางไว้
- กรณี “เกือบพลาด” กล่าวคือมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ขึ้น แต่ตรวจพบและดำเนินการแก้ไขเสียก่อน

ก. กรณีตัวอย่าง

กรณีที่ 1

ผู้ป่วยเด็กชายมาโรงพยาบาลชุมชนเนื่องจากหกล้ม มีอาการปวดและตึงๆ ที่ข้อศอก แพทย์ได้ถ่ายเอกซเรย์แล้วบอกว่าไม่เป็นอะไร ได้มาติดตามรักษาอีกครั้งหนึ่ง แพทย์ก็บอกว่าโตขึ้นก็หายเอง ไม่เป็นอะไร พ่อจึงพาไปหาหมอที่คลินิกในเมือง และกลับมาขอฟิล์มเอกซเรย์จากโรงพยาบาลไปด้วย แพทย์ที่คลินิกบอกว่ากระดูกที่ข้อศอกบางส่วนแตก พ่อของผู้ป่วยตั้งข้อสังเกตว่าแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนคงจะอ่านฟิล์มเอกซเรย์ไม่เป็น

กรณีที่ 2

ผู้ป่วยเด็กชายอายุ 12 ปี มีอาการลมชักมาตั้งแต่เล็ก และเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ พัฒนาการของเด็กไม่ดีนัก ขณะนี้เรียนอยู่ชั้น ป. 2 และยังช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้ เดิมกินยากันชักอยู่ 2 ตัว ขณะนี้อาการชักเพิ่มมากขึ้น แพทย์จึงรับไว้นอนโรงพยาบาลและสั่งยากันชักเพิ่มเป็น 3 ตัว

กรณีที่ 3

ผู้ป่วยชายมานอนโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ แพทย์วินิจฉัยโรคว่า UTI ให้นอนโรงพยาบาลพร้อมกับสั่งยาต้านจุลชีพ

จากการทบทวนประวัติใน OPD card พบว่าผู้ป่วยมี HIV + ยังได้รับการวินิจฉัยจาก รพ.ศูนย์ว่าเป็น TB meningitis เมื่อ 3 เดือนที่แล้ว ในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้แพทย์มิได้สั่งยา anti TB ให้ผู้ป่วย และผู้ป่วยบอกว่า ประวัติใน OPD card ไม่ปรากฏว่าผู้ป่วยไปรับยา anti TB ที่ใด

จากการสอบถามผู้ป่วยได้ความว่าผู้ป่วยมารับยา anti TB ที่ฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรคเป็นประจำ แต่การมา รพ.ครั้งนี้ไม่ได้นำยาที่กินอยู่ประจำมาด้วย

กรณีที่ 4

คนในตลาดใกล้โรงพยาบาลบอกว่า คนที่จะมารักษาตัวที่โรงพยาบาลนี้น่าจะเป็นโรคง่ายๆ ประเภทปวดหัวตัวร้อนหรือไม่ก็เป็นคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีนัก เพราะเป็นโรงพยาบาลหลวงใกล้บ้าน แต่ถ้าพอจะมีเงินอยู่บ้าง ถ้าเป็นอะไรที่ต้องนอนพักในโรงพยาบาลไม่อยากแนะนำให้มาที่นี้

กรณีที่ 5

ที่ปรึกษาได้พบชายอายุ 39 ปี เป็นชนกลุ่มน้อยเผ่าหนึ่ง มาเฝ้าภรรยาอยู่หน้าห้องคลอดกับลูกชายวัย 4 ปี เผื่อภรรยาต้องการอะไรดูแลจัดหาให้ รู้ว่าได้ลูกสาว แต่อย่างอื่นไม่รู้อะไรเลย ไม่รู้ว่าจะได้กลับบ้านเมื่อไร ตอนที่มาถึง หมอถามว่าอ่านหนังสือออกหรือเปล่า พอบอกว่าไม่ออก หมอก็เลยให้ปั๊มลายนิ้วมือให้ลงบนกระดาษอะไรไม่รู้ แต่ไม่ได้อธิบายอะไรให้ฟังเลย

กรณีที่ 6

ผู้ป่วยหญิงอายุ 16 ปี มีอาการเจ็บที่หน้าอกด้านซ้ายมาประมาณ 2-3 เดือนก่อนหน้านี้ จนระยะหลังเป็นมากขึ้นจนทนไม่ไหว โรงพยาบาลชุมชนเคยส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์แล้ว แต่วันนี้เจ็บมาก เพื่อนเลยพามาโรงพยาบาลแห่งนี้

ผู้ป่วยถูกส่งเข้าไปตรวจในห้องฉุกเฉิน ไม่มีใครบอกว่าจะทำอะไร ผู้ป่วยเองก็ไม่ได้ถาม (ที่ปรึกษาดูท่าคงถามไม่ไหวด้วย เพราะมีอาการเหนื่อย พูดคุยด้วยเสียงที่เบา ช้า มาก) มีการตรวจคลื่นหัวใจในห้องฉุกเฉิน พยาบาลกันผ้าม่านให้ เปิดเสื้อด้านหน้าออกโดยไม่มีผ้าปิดให้ ผู้ป่วยรู้สึกอายเหมือนกัน แต่ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร

หมอไม่ได้บอกว่าผู้ป่วยเป็นอะไร บอกแต่ว่าถ้ามีการเจ็บที่หน้าอกอีกให้หายใจลึกๆ และให้ยามากิน 2 ตัว

กรณีที่ 7

ทารก 3 วัน มีไข้ ซึม แพทย์ รพ.ชช.ส่งต่อมาที่ รพศ. ระหว่างรอส่งต่อเด็กหยุดหายใจ แพทย์จึงใส่ tube ที่ ER ไม่ทราบว่าแพทย์ตรวจพบอะไร หัวใจเต้น 80-100 โทรแจ้งที่ ward ให้ตั้งเครื่องช่วยหายใจรอมาที่ ward พยาบาลประเมินว่าเด็กไม่หายใจเอง HR 60 บีบ bag และตามแพทย์

ไม่สามารถตามแพทย์ได้ เพราะเป็นช่วงพักกลางวัน ประมาณ 40 นาที จึงตามแพทย์ประจำได้ ปรากฏว่าแพทย์อยู่ที่ห้องพักแพทย์ มีโทรศัพท์แต่อับสัญญาณ โทรเข้าห้องพักก็ไม่ได้เนื่องจากเล่น internet CPR ครบชั่วโมงก็ไม่ดีขึ้น

กรณีที่ 8

ชายอายุ 50 ปี ตำรวจนำส่ง รพ.เพราะพบว่าเมาหมดสติอยู่ข้างทางเมื่อเวลา 5 ทุ่ม ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่พบบาดแผล รับไว้สังเกตอาการบนเปลเข็นที่ ER เมื่อผู้ป่วยฟื้นขึ้นมาเอะอะโวยวาย ดิ้นจนเปลเกือบล้ม พยาบาลกับยามแก้มัดเพื่อเอามาไว้บนเตียง ผู้ป่วยลุกขึ้นเดินไปจาก ER ยามตามไปดึงกลับมา 2-3

ครั้ง โทรแจ้งตำรวจให้เอาไปขังไว้ที่โรงพักก็ไม่มา จนเวลาตี 2 เจ้าหน้าที่ไม่เป็นอันทำงาน พยาบาลจึงให้เซ็นไม่สมัครอยู่ ผู้ป่วยเดินออกไปเอง ตี 3 ยามพบว่าผู้ป่วยนอนจมกองโคลนอยู่หน้า รพ. ซึ่งในวันนั้นฝนตก คนไข้ aspirate โคลน นำมา resuscitate แล้วส่งต่อไป รพ.จังหวัด วันรุ่งขึ้นได้รับการผ่าตัดบอกว่ามีการตกเลือดที่สมองและเสียชีวิตในวันต่อมา

กรณีที่ 9

มารดา อายุ 25 ปี คลอดครั้งแรกปกติ ท้องที่สองอายุครรภ์ 41 สัปดาห์ ประมาณว่า นน.เด็ก 3500 กรัม มา รพ.ด้วยอาการเจ็บครรภ์ มาถึง รพ. 5 โมงเย็น เปิด 5 ซม. 2 ชม.แล้วไม่ก้าวหน้า สูติแพทย์มาดูตอนทุ่มกว่า diag CPD set c/s ระหว่างทำผ่าตัดมี trauma มาก ผ่าตัดเสร็จ 2 ทุ่มกว่า ส่งผู้ป่วยกลับ ward ให้ routine postop ที่หอผู้ป่วยพยาบาลขึ้นเวร 1 คน พนักงานผู้ช่วยวัด VS ชั่วโมงที่สอง P เร็วขึ้น BP ไม่ drop ไม่ได้เปิดดูว่ามีการตกเลือดใต้ผ้าห่ม กว่าจะส่งเวรเสร็จคนไข้ arrest พอดี หมอสูติวิ่งมา ทีม CPR คนอื่นยังไม่มา เครื่องมือไม่พร้อม สุดท้ายผู้ป่วยเสียชีวิตตอนตีหนึ่งครึ่ง

กรณีที่ 10

การคลอดครรภ์ที่สอง ท่าก้น อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ แพทย์ประเมินว่าเด็กน่าจะหนัก 2000 กรัม ปรึกษามารดาแต่มิได้ปรึกษาสามีที่รออยู่หน้าห้อง มารดาบอกแล้วแต่แพทย์ แพทย์แนะนำให้ try คลอดปกติ เมื่อคลอดจริงปรากฏว่าติดหัวอยู่ 15 นาที APGAR 1 และเสียชีวิตใน 8 ชั่วโมงต่อมา นน.แรกคลอด 2050 กรัม

กรณีที่ 11

มารดาอายุ 30 ปี ครรภ์ที่สอง ส่งมาจาก รพ.ชุมชนเพื่อมาผ่าตัดคลอดเนื่องจากเด็กตัวโต แพทย์ตรวจ PV พบว่าปากมดลูกเปิด 2 ชม. มี prolong 2nd stage ได้ทำ vacuum โดยแพทย์ใช้ทุน ติดไหล่ ต้องตามแพทย์ staff มาช่วย นน.เด็กแรกคลอด 4000 กรัม ต่อมาพบว่ามี Erb palsy ญาติมาร้องเรียนเพราะต้องมาทำกายภาพตลอดเวลา ร้องเรียนว่าแพทย์ไม่ทำตามที่ รพ.ชุมชนส่งมา

กรณีที่ 12

ผู้ป่วยให้ประวัติว่าถูกงูเห่ากัด ผู้ป่วยยืนยันว่าเห็นงูชัดเจนและแน่ใจว่าเป็นงูเห่า แต่ไม่ได้นำตัวงูมาด้วย แพทย์ได้ให้การรักษาและสังเกตอาการตามแนวทางสำหรับดูแลผู้ป่วยถูกงูเห่ากัด และไม่ได้เฝ้าระวังอาการด้าน hematotoxic ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด

ข. หัวหน้าพาทำคุณภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้สมาชิกสามารถวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ และกำหนดแนวทางการปรับปรุงระบบงานที่มีเป้าหมายชัดเจน

กลุ่ม: สมาชิกทีมดูแลผู้ป่วยจากหน่วยงานและวิชาชีพต่างๆ หรือในหอผู้ป่วยเดียวกัน

เวลา: 60 นาที

กิจกรรม

1. คัดเลือกกรณีตัวอย่างข้างต้นมาจำนวนหนึ่ง วิเคราะห์ว่า**ปัญหาคืออะไร ปัจจัยเชิงระบบ**ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีอะไรบ้าง กำหนด**เป้าหมาย**ในการแก้ปัญหา พิจารณา**ปรับปรุงระบบงาน**เพื่อการป้องกันปัญหา รวมทั้งกำหนดผู้ที่สมควรเป็นผู้รับผิดชอบและวิธีการติดตามผลการทำงาน

การปรับปรุงควรทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับการปกป้องไม่เกิดความผิดพลั้ง พึ่งความทรงจำของตัวบุคคลให้น้อย มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่ช่วยให้การปฏิบัติที่ปลอดภัยเป็นเรื่องง่าย

การใช้คำถามว่า “หากเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติบางอย่างไร จะทำให้ผลลัพธ์เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่” อาจจะทำให้เห็นโอกาสปรับปรุงวิธีการทำงานได้

กลุ่มอาจจะใช้แนวทาง**หมวก 6 สี**มาพิจารณาในการหาทางปรับปรุงระบบงาน

ตัวอย่างการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบ

แพทย์สั่งให้ adrenalin1:1000 0.7 cc โดยเขียนคำย่อ NB พร้อมเครื่องหมายแทรกซึ่งดูคล้ายตัว V กลับหัว พยาบาลจบใหม่ฉีดยาเข้าเส้น ผู้ป่วยเสียชีวิต

ปัจจัยเชิงระบบที่ควรปรับปรุง: การใช้คำย่อ, การสื่อสาร, การปฐมนิเทศ, competency ของพยาบาล

2. ให้สมาชิกทบทวนว่าเคยมีเหตุการณ์สำคัญต่อไปนี้เกิดขึ้นในหน่วยงานของตนหรือไม่ อะไรบ้าง และจะนำแนวทางการทบทวนที่ทำในข้อ 1 มาใช้ปรับปรุงระบบงานได้อย่างไร ใครเป็นผู้ทบทวน

- การเสียชีวิต
- การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ, อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด, ผลข้างเคียงจากยา, ปฏิกิริยาจากการให้เลือด,
- การรักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน เช่น การผ่าตัดซ้ำ, การรับไว้รักษาซ้ำด้วยโรคเดิม
- อุบัติการณ์อื่นๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม, ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error), อุบัติการณ์เกี่ยวกับเครื่องมือ (ได้รับอันตราย, ทำงานไม่ปกติ, ไม่มีใช้), การตรวจรักษาผิดรายหรือผิดจากแผนการที่วางไว้
- กรณี “เกือบพลาด” กล่าวคือมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ขึ้น แต่ตรวจพบและดำเนินการแก้ไขเสียก่อน

สรุปประเด็นและวางแผนต่อเนื่อง

ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายว่าทำอย่างไรจึงจะสามารถทบทวนเหตุการณ์สำคัญข้างต้นให้ครอบคลุมได้ทุกกรณี ทุกราย เพื่อนำไปสู่การป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้นอีก

ค. ปฏิบัติเป็นปกติประจำ

1) การรับรู้และทบทวน

การรับรู้ ทบทวน และรายงานเหตุการณ์ต่างๆ ควรเป็นไปอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นๆ

เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น โรงพยาบาลมอบหมายให้มีการวิเคราะห์ root cause ทั้งโดยทีมงานที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงสำหรับกรณีที่ไม่ซับซ้อนมากนัก และโดยทีมคุณภาพกลางของโรงพยาบาลสำหรับกรณีที่มีความซับซ้อน มีความรุนแรง มีโอกาสเกิดซ้ำได้บ่อย

การทบทวนควรครอบคลุมเหตุการณ์สำคัญทั้งหมดให้ได้มากที่สุด เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิตทุกราย (แม้จะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็สมควรทบทวนว่าได้ให้การดูแลอย่างเหมาะสมหรือไม่), เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงทุกกรณี

การเสียชีวิต	ทบทวนเบื้องต้นให้เร็วที่สุดโดยแพทย์และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย และรายงานให้ผู้บริหารทราบทันที
การเกิดภาวะแทรกซ้อน	แพทย์และพยาบาลร่วมกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อน แล้วทบทวนสาเหตุและโอกาสป้องกันทันที
การรักษาซ้ำ	แพทย์และพยาบาลร่วมกันทบทวนสาเหตุและโอกาสป้องกันทันที
อุบัติการณ์อื่นๆ	ใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ มีการมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการตามระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ รวบรวมอุบัติการณ์มาทบทวนเป็นประจำทุกเดือน
กรณี “เกือบพลาด” หรือ “ใกล้พลาด”	อาจตรวจพบได้จากระบบรายงานอุบัติการณ์ปกติ หรือระบบการตรวจสอบเฉพาะ (เช่น การตรวจสอบยาก่อนจ่ายให้ผู้ป่วย) หรือการตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วยที่กำลังนอนรักษาอยู่ว่ามีโอกาสที่จะเกิดผลที่ไม่ดีขึ้น (potential bad outcome)

หลักการสำคัญในการทบทวนเหตุการณ์เหล่านี้คือการหาแนวทางป้องกัน มิใช่หาตัวบุคคลผู้รับผิดชอบ ดังนั้นในการทบทวนจะต้องไม่มีการกล่าวโทษกัน **เมื่อใดก็ตามที่จะมีการกล่าวโทษกัน ผู้ดำเนินการจะต้องยุติการอภิปรายในทิศทางนั้น**

อาจจะมีความจำเป็นที่จะต้องวินิจฉัยสาเหตุของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การวินิจฉัยผิด การวินิจฉัยล่าช้า การวินิจฉัยไม่ชัดเจน การเฝ้าระวังที่ไม่เพียงพอ การรักษาที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้ก็เพื่อเป้าหมายเดียวคือเพื่อตอบคำถามว่า *“เรื่องนี้รุนแรงขนาดไหน จำเป็นต้องปรับปรุงวิธีการทำงานหรือไม่ จะป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในลักษณะดังกล่าวขึ้นอีกได้อย่างไร”*

ควรกำหนดระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานต่อ เช่น

- ระดับ 1 รับได้ ไม่ต้องทำอะไรต่อ
- ระดับ 2 สิ่งที่ทำเป็น routine แต่ไม่ได้คาดว่าจะเกิดปัญหา ไม่ต้องทำอะไรต่อ

- ระดับ 3 การทำงานไม่ปกติ ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน แต่ไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย
- ระดับ 4 ขาดมาตรฐานการดูแล มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ต้องระบุแผนที่ต้องทำและส่งให้ผู้รับผิดชอบ

ในกรณีที่แพทย์และพยาบาลไม่มีโอกาสที่จะทบทวนร่วมกัน อาจจะให้แต่ละฝ่ายทบทวนในส่วนของตนเองก่อน และมอบให้มีผู้รับผิดชอบประสานข้อมูลจากทุกฝ่าย

ในบางกรณี ผู้บริหารอาจจำเป็นต้องมอบหมายให้มีคนกลางเข้าไปรับรู้หรือค้นหาข้อมูล

พึงตระหนักว่าปัจจัยผู้ป่วยและการตอบสนองของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ไม่อาจคาดเดาได้ บางครั้งการเปลี่ยนแปลงนั้นอาจจะไม่สามารถป้องกันผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ แต่ก็ยังสมควรมีการปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมและรัดกุมยิ่งขึ้น

2) การบันทึก

จัดให้มีระบบการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สาเหตุของเหตุการณ์ดังกล่าว และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเพื่อป้องกันเหตุการณ์ดังกล่าว

สำคัญอย่างยิ่งว่าในการบันทึกนี้**จะต้องไม่ระบุตัวผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง**เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความมั่นใจว่าจะให้ความเห็นอย่างตรงไปตรงมาโดยไม่ต้องกังวัลว่าจะเกิดผลเสียต่อตนเองและโรงพยาบาลในภายหลัง

บันทึกการทบทวนเหตุการณ์สำคัญควรเก็บรวมไว้ในที่แห่งเดียวและมีการจำกัดการเข้าถึงให้เหมาะสม

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ

การวินิจฉัย/เหตุการณ์	สาเหตุ	ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง

ควรมีการสื่อสารเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจตรงกันว่ามีแนวทางในการปฏิบัติอย่างไร อาจจะอยู่ในรูปเอกสารคู่มือการปฏิบัติงาน, แบบบันทึก, flow chart ฯลฯ

ควรใช้ประโยชน์จากกรณีที่เกิดขึ้นในลักษณะของการบอกเล่าเรื่องราวเพื่อสร้างความตระหนักให้กับสมาชิกที่มาใหม่และอาจจะไม่ได้รับรู้เหตุการณ์เมื่อเวลาผ่านไป

3) การวิเคราะห์ข้อมูล การปรับปรุงระบบ และการติดตามผล

ทีมนำทางคลินิก (Clinical Lead Team) หรือทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team) มีหน้าที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์แนวโน้มเพื่อดำเนินการปรับปรุงระบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยจะต้องวิเคราะห์ความพอเพียง

ของการปรับปรุงระบบที่ได้ดำเนินการไปแล้ว รวมทั้งติดตามความเข้าใจและการนำไปปฏิบัติโดย
ผู้เกี่ยวข้อง

กิจกรรมที่ 9 การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์จากเวชระเบียนสำหรับการสื่อสารระหว่างการดูแลผู้ป่วย และการประเมินคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่

ก. กรณีตัวอย่าง

การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนอาจทำได้ทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ การทบทวนเชิงคุณภาพจะทำให้เห็นประเด็นและความจำเป็นที่ต้องพัฒนาได้ชัดเจนกว่า รวมทั้งส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

ข้อมูลต่อไปนี้เป็นสิ่งที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนจำนวนหนึ่ง ขอให้พิจารณาว่ามีโอกาสเกิดขึ้นในโรงพยาบาลของท่านเพียงใด จะตรวจพบได้อย่างไร จะมีแนวทางในการปรับปรุงอย่างไร

1. การประเมินผู้ป่วยที่ไม่สมบูรณ์ เช่น ก) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่มีบันทึกการประเมินปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม ของผู้ป่วยและครอบครัว, ข) ผู้ป่วยที่ให้การวินิจฉัยโรคว่ามีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจโดยไม่มีการตรวจร่างกายในระบบทางเดินหายใจส่วนบน ผู้ป่วยเป็น known case Thallassemia c allergic rhinitis มีประวัติไข้สูง เจ็บคอ มีน้ำมูกมาก หายใจไม่สะดวก การตรวจร่างกายระบุเฉพาะ secretion with crepitus both lung และให้การวินิจฉัยว่า pneumonia แพทย์ผู้รักษาอ่านฟิลม์เอกซเรย์ปอดว่า bilat perihilar infiltration ในขณะที่รังสีแพทย์อ่านว่า negative finding CBC เข้าได้กับการติดเชื้อแบคทีเรีย ได้รับ antibiotic แล้วผู้ป่วย response ดี

2. การวินิจฉัยโรคที่ไม่ชัดเจน เช่น ก) วินิจฉัยโรคว่า alteration of concious ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย, ข) วินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับว่า r/o acute cholecystitis แต่เมื่อจำหน่ายสรุปการวินิจฉัยว่าโรคว่า abdominal pain ตามคำวินิจฉัยทางการพยาบาล

3. การวินิจฉัยโรคที่ไม่ถูกต้อง เช่น ก) วินิจฉัยผู้ป่วยที่งูเห่าพ่นพิษใส่ตาว่า Cobra poisoning แทนที่จะเป็น toxin conjunctivitis การรักษาก็เป็นการรักษาธรรมดาโดยมิได้ให้ anti-venom, ข) แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคว่าน้ำเดิน ไม่มีการเขียน VS ของแพทย์ ไม่มีการตรวจร่างกายของแพทย์ ไม่มีการเขียน progress note ภายหลังวินิจฉัยว่า premature contraction ให้ยากลับบ้าน ไม่มีการพิสูจน์ว่าน้ำเดินหรือไม่

4. ไม่มีบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในเวชระเบียน เช่น มีการสั่งตรวจ US และชำระเงิน แต่ไม่มีผลการตรวจในชาร์ท, มีการสั่งตรวจ crypto antigen ไม่มีบันทึกผลในชาร์ท

5. การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ เช่น แพทย์ให้การวินิจฉัยแรกรับว่า UTI และต่อมาเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเป็น septicemia จากผล hemoculture โดยแพทย์เขียนการเปลี่ยนแปลงนี้ไว้ใน progress note แต่มิได้ระบุอย่างชัดเจนว่ามีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค พยาบาลยังคงเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะตั้งแต่ต้นจนกระทั่งจำหน่าย

6. การรับคำสั่งแพทย์ทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่า ectopic pregnancy มีการรับคำสั่งแพทย์โดยเขียน รคส. ถ้า BP เปลี่ยนแปลงให้รายงาน ไม่มีแพทย์มาลงนามกำกับ ไม่มีการลงเวลารับ order ทั้งแพทย์และพยาบาล

7. การสื่อสารกับผู้ป่วย ใบยินยอมการผ่าตัดระบุชื่อการผ่าตัดเป็นภาษาอังกฤษ ไม่อาจสื่อความหมายให้ผู้ป่วยเข้าใจสิ่งที่ลงนามได้ ไม่มีการระบุผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

8. ความสอดคล้องของการวินิจฉัยกับสภาวะของผู้ป่วย เช่น ก) ผู้ป่วยเป็น pneumonia แต่พยาบาลเขียนคำวินิจฉัยทางการพยาบาลว่า เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ, ข) ผู้ป่วย severe brain edema แต่พยาบาลระบุว่าปัญหาคือเสี่ยงต่อภาวะ increased intracranial pressure ซึ่งมีผลต่อการเลือกแผนการพยาบาลสำเร็จรูปซึ่งทำไว้ล่วงหน้า

9. ความสอดคล้องของแผนการดูแลและการดูแลผู้ป่วย กับสภาวะหรือปัญหาของผู้ป่วย เช่น ก) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น HT & chest pain มีประวัติสูบบุหรี่ แต่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับประวัติการสูบบุหรี่ ไม่ได้เน้นการส่งเสริมสุขภาพหรือการดูแลผู้ป่วยแบบ องค์รวม, ข) ผู้ป่วยหญิงมีอาการปวดท้องน้อยด้านซ้ายร้าวไปที่หลังอย่างเฉียบพลัน ร่วมกับอาการปัสสาวะขัดและมีอาเจียน เคยมีประวัติผ่าตัดหลัง ตรวจปัสสาวะพบว่ามีเม็ดเลือดแดง วินิจฉัยแรกรับว่า LLQ pain with back pain with vomiting plain KUB & US KUB ไม่พบสิ่งผิดปกติ ให้การวินิจฉัยโรคเมื่อจำหน่ายว่า abdominal pain with LBP (lumbar spondylosis) ให้การรักษาแบบปวดหลัง มิได้มีการนัดหมายผู้ป่วยมาติดตามเรื่อง KUB

10. การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยใช้สูตร METHOD ซึ่งเป็น routine สำหรับผู้ป่วยทุกราย ไม่มีการระบุปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องเผชิญเมื่อกลับไปบ้าน

11. ไม่พบต้นฉบับเวชระเบียนที่เป็นลายมือเขียน เอกสารที่ได้รับเป็นฉบับถ่ายสำเนาและมีการตัดขอบเป็นสัญญลักษณ์ว่าไม่ใช่ต้นฉบับจริง

ข. หัวหน้าพาทำคุณภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้สมาชิกสามารถวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนโดยเน้นการใช้ประโยชน์จากบันทึกเวชระเบียน

กลุ่ม: สมาชิกทีมดูแลผู้ป่วยจากหน่วยงานและวิชาชีพต่างๆ หรือในหอผู้ป่วยเดียวกัน

เวลา: 45 นาที

กิจกรรม

1. ให้หัวหน้ามอบหมายให้คัดเลือกเวชระเบียนมาจำนวนหนึ่ง (อย่างน้อยเท่ากับจำนวนสมาชิกที่จะเข้าประชุม) ให้สมาชิกแต่ละคนทบทวนเวชระเบียนคนละฉบับดังนี้

ก) เริ่มจากพิจารณากราฟที่บันทึก vital sign ของผู้ป่วย ดูว่ามีช่วงเวลาใดที่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ เช่น อุณภูมิขึ้นสูง ชีพจรเร็ว ความดันลด และค้นหาบันทึกการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาดังกล่าวว่าเกิดอะไรขึ้น มีบันทึกการวิเคราะห์สาเหตุและแผนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมหรือไม่

ข) จากนั้นพิจารณาบันทึกเวชระเบียนทั้งฉบับเพื่อดูว่ามีข้อมูลเพียงพอหรือไม่ที่จะบอกว่า

- เหตุใดจึงต้องรับผู้ป่วยรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยมีสภาพอย่างไรเมื่อแรกรับ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
    - มีข้อมูลอะไรสนับสนุนการวินิจฉัยโรคที่ให้ไว้
    - มีแผนการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยหรือไม่
    - อะไรทำให้มีการสั่งตรวจ investigate แต่ละครั้ง ได้ใช้ผลการตรวจ investigate อย่างไร
    - อะไรทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมคำสั่งการรักษา ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนไปอย่างไร
    - ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง มีการบันทึกไว้ชัดเจนหรือไม่
    - มีการประเมินปัญหาที่จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านหรือไม่ ถ้ามีโอกาสเกิดปัญหา ได้มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร

ค) ถ้ามีการร้องเรียนว่าโรงพยาบาลไม่ใส่ใจดูแลผู้ป่วยเท่าที่ควร บันทึกที่มีอยู่นั้นเพียงพอหรือไม่ที่จะอธิบายกับผู้ป่วยและญาติว่าโรงพยาบาลได้ให้การดูแลอย่างเหมาะสม มีคุณภาพ

2. ให้สมาชิกแต่ละคนนำเสนอในที่ประชุมว่าไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะตอบคำถามในข้อใด และร่วมกันพิจารณาว่าควรจะเขียนบันทึกอย่างไรที่กระชับที่สุดเพื่อตอบคำถามข้างต้น

สรุปประเด็นและวางแผนต่อเนื่อง

ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายว่าการทบทวนในลักษณะนี้จะทำให้เห็นแนวทางในการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนได้ชัดเจนเพียงใด ควรมีการทบทวนในลักษณะนี้บ่อยเพียงใด

ค. ปฏิบัติเป็นกิจกรรมปกติประจำ

1) เป้าหมายเบื้องต้น

การทบทวนเวชระเบียนในขั้นต้น ควรเน้นประเด็นต่อไปนี้ และพยายามปรับปรุงให้สมบูรณ์

ข้อมูลของผู้ป่วย	มีชื่อ สกุล อายุ ที่อยู่ของผู้ป่วยของผู้ป่วยในเวชระเบียนผู้ป่วยในครบถ้วน ส่วนชื่อ ที่อยู่ของผู้ติดต่ออย่างน้อยมีอยู่ใน OPD card
ประวัติความเจ็บป่วย	มีบันทึกอาการสำคัญและประวัติปัจจุบัน
การตรวจร่างกาย	มีการตรวจร่างกายทุกระบบที่คาดว่าจะเกี่ยวข้อง
ผลการปฏิบัติการ	มีบันทึกหรือรายงานผลการปฏิบัติการในเวชระเบียน
การวินิจฉัย	ใช้ข้อมูลจากประวัติและการตรวจร่างกายเพื่อการวินิจฉัยโรค ไม่ได้วินิจฉัยจากอาการเพียงอย่างเดียว
แผนการดูแลรักษา	มีการระบุปัญหาของผู้ป่วยครบถ้วนและแผนการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหา
การดำเนินโรค	มีบันทึกการดำเนินโรคเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทุกครั้ง
การผ่าตัด (ถ้ามี)	มีบันทึกการผ่าตัดซึ่งระบุหัตถการ, การวินิจฉัยโรค, สิ่งที่พบโดยสรุป
การตัดชิ้นเนื้อ (ถ้ามี)	เมื่อมีการผ่าตัดชิ้นเนื้อออกจากร่างกาย มีการส่งชิ้นเนื้อตรวจตามที่กำหนดไว้และมีรายงานอยู่ในเวชระเบียน

2) การทบทวน

กำหนดลักษณะ ความถี่ จำนวน เวชระเบียนที่จะมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ

- ลักษณะของเวชระเบียนที่จะมีการทบทวน ควรผสมผสานกันทั้งการกำหนดโรค และการสุ่ม
- ความถี่ของการทบทวน ควรทำให้การทบทวนเป็นปกติประจำ เช่น แพทย์/พยาบาลแต่ละคนจะทบทวนเวชระเบียนของตนเองหรือของเพื่อนร่วมวิชาชีพคนอื่นที่ได้มาจากการสุ่ม สัปดาห์ละ 3-5 ฉบับ เป็นการทบทวนโดยอิสระ เป็นการทบทวนทั้งความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย และความเหมาะสมในการบันทึกข้อมูล
- อาจฝึกอบรมให้ผู้ที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกตามหัวข้อที่กำหนดไว้ แต่การทบทวนในลักษณะนี้ไม่สามารถทดแทนการทบทวนโดยผู้ประกอบวิชาชีพได้

3) การบันทึก

ควรรวบรวมสิ่งที่ได้จากการบันทึกและข้อเสนอแนะและเผยแพร่ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ

สิ่งที่พบจากการทบทวนเวชระเบียน	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

กิจกรรมที่ 10 การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะมีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ บนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการที่ทันสมัย น่าเชื่อถือ

แนวคิด

การทำ CPG และ peer review ที่เป็นรูปแบบปกตินั้นยังไม่สามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้มากเท่าที่ควร เครื่องมือง่ายๆ ที่ควรนำมาใช้ประโยชน์ได้แก่ Gap Analysis ซึ่งใช้การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างข้อแนะนำซึ่งเป็นความรู้ทางวิชาการ กับสิ่งที่เป็นจริงอยู่ในปัจจุบัน เมื่อพบว่ามีความแตกต่าง เราสามารถกำหนดเป้าหมายของเราได้ว่าสิ่งที่ต้องการให้เป็นในสถานการณ์ของเราเป็นอย่างไร และวางแผนดำเนินการเพื่อให้เกิดขึ้น

การใช้ Gap Analysis เท่ากับเป็นการ**ผนวกกิจกรรม 3 เรื่อง**เข้าไว้ในคราวเดียวกัน คือ

1) ทบทวนสิ่งที่เราปฏิบัติอยู่ (peer review) โดยทบทวนเป็นภาพรวม ไม่ระบุชัดเจนว่าเป็นผู้ป่วยรายไหน ใครเป็นผู้รับผิดชอบ ทำให้ลดแรงต่อต้านลงไปได้ระดับหนึ่ง
2) พิจารณาความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัย (scientific evidence) ว่าควรนำไปใช้ในระดับใด ไม่จำเป็นต้องถกเถียงกันว่าจะเขียน CPG ว่าอย่างไร ไม่ต้องห่วงว่าทางแพทยสภาหรือราชวิทยาลัยจะไม่เห็นด้วย ไม่ต้องห่วงว่าจะถูกเอาไปเป็นข้อมูลเพื่อการฟ้องร้อง
3) เป็นการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (clinical CQI) เปลี่ยนจากสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ไปสู่สิ่งที่ต้องการให้เป็น

นอกจากการผนวกกิจกรรมทั้ง 3 เรื่องเข้าด้วยกันแล้ว สิ่งที่ทีมควรได้ประโยชน์จาก gap analysis คือการ**พัฒนาได้ทีละมากๆ เรื่อง ไม่ต้องกังวลกับการหาข้อสรุป**ที่ทุกคนยอมรับ เพราะสิ่งที่ต้องการให้เป็นอาจจะเป็นเพียง “พยายามลดการใช้ยาต้านจุลชีพใน URI” **ไม่ต้องกังวลว่าจะทำ CPGs ออกมาในรูปแบบใด**

ก. กรณีตัวอย่าง

1. มีข้อมูลระบุว่า URI ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสซึ่งไม่จำเป็นต้องได้รับยาต้านจุลชีพก็หายได้เอง หากแพทย์ระบุการวินิจฉัยที่ชัดเจนมากขึ้นว่าเป็น common cold หรือ pharyngitis และมีการกำหนดข้อบ่งชี้ในการให้ยาต้านจุลชีพ จะทำให้อัตราการใช้ยาต้านจุลชีพลดลง ทีมงานผู้ป่วยนอกรับแนวทางนี้ไปปฏิบัติ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลงอย่างมาก

2. มีข้อมูลระบุว่าการให้ steroid แก่มารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด จะช่วยป้องกันการเกิด Respiratory Distress Syndrome ในทารกแรกเกิดได้ กุมารแพทย์และสูติแพทย์ได้ปรึกษากันและกำนหดเป็นนโยบายทางคลินิกที่จะให้สูติแพทย์ทุกท่านปฏิบัติ

3. มีข้อมูลระบุว่าการใช้ยา NSAID ในผู้ป่วย osteoathritis (OA) นั้นได้ผลไม่แตกต่างจาก paracetamol แต่มีผลข้างเคียงมากกว่า แพทย์ที่รับผิดชอบโรคกระดูกและข้อได้ตกลงร่วมกันว่าจะพยายามลดการใช้ NSAID ในผู้ป่วย OA

ตัวอย่าง Gap Analysis สำหรับโรค Osteoarthritis

ข้อแนะนำ/ข้อมูลวิชาการ	สิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	สิ่งที่ต้องการให้เป็น	แผนดำเนินการ
Paracetamol ให้ผลเท่ากับ NSAID ในการบำบัดอาการปวดของ OA แต่มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า	มีการใช้ NSAID ควบคู่กับ Paracetamol เป็นส่วนใหญ่	ลดการใช้ NSAID ในผู้ป่วย OA	-ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย -ทดลองงดใช้ NSAID ในผู้ป่วยใหม่และกลุ่มที่สมัครใจ -มีใบเตือนใจแพทย์

4. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระบุว่าผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการตรวจตาจากจักษุแพทย์ปีละครั้ง เพื่อให้สามารถวินิจฉัย diabetic retinopathy และให้การรักษาได้แต่เริ่มแรก แพทย์โรงพยาบาลชุมชนจึงได้จัดระบบให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจดังกล่าว โดยเชิญจักษุแพทย์มาตรวจที่ รพ.เป็นครั้งคราว หรือส่งผู้ป่วยไปที่ รพ.จังหวัด

ตัวอย่าง Gap Analysis สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ข้อแนะนำ/ข้อมูลวิชาการ	สิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	สิ่งที่ต้องการให้เป็น	แผนดำเนินการ

ซักประวัติครั้งแรก -อาการเริ่มต้น ระยะเวลา อายุที่เริ่ม -อาการเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน -ประวัติการรักษา (ลด นน., DM) -โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (HT, CAD, dyslipidemia, ไต) -อาชีพ การออกกำลัง การสูบบุหรี่ การกิน -ประวัติครอบครัว (DM, HT, CVA, CAD, gout)	ประวัติไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วน……	เพิ่มความครบถ้วนของการบันทึกประวัติในการตรวจครั้งแรก	-มีแบบบันทึกเฉพาะ -ให้พยาบาลช่วยซักประวัติ
การตรวจร่างกายครั้งแรก -wt., ht., BMI, BP, pulse, carotid bruit -ตา, ระบบประสาท, ผิวหนัง, เท้า, ฟัน, เหงือก -ตรวจเพื่อค้นหาโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดต่อจอตา, ไต, เส้นประสาท, หัวใจและหลอดเลือด			
การตรวจห้องปฏิบัติการ -fasting & postpandrial plasma glucose -HbA1 หรือ HbA1c -total cholesterol, triglyceride, HDL-cholesterol -serum creatinine, UA -EKG (เป็นเกิน 10 ปี หรือเสี่ยงต่อ/มีอาการ CAD)	ไม่มีการตรวจ HbA1c เนื่องจาก รพ.ชุมชนไม่สามารถตรวจได้	ผู้ป่วยได้รับการตรวจ HbA1c ปีละครั้ง	ส่งเลือดไปตรวจที่ รพท.
การติดตาม -ตรวจร่างกายอย่างละเอียดอย่างน้อยปีละครั้ง -ตรวจตาปีละครั้งโดยจักษุแพทย์ -วัด BP อย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง -ตรวจปัสสาวะและ microalbuminuria ปีละครั้ง -ตรวจ lipid profile ปีละครั้ง -ประเมินประสิทธิภาพในการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย -เลิกบุหรี่ ลดแอลกอฮอล์ -นัดผู้ป่วย 1-2 สัปดาห์ในระยะแรกเพื่อให้ความรู้และปรับขนาดยา -ติดตามในระยะต่อไปทุก 2-3 เดือน	-ไม่มีการตรวจตาอย่างสม่ำเสมอ -ศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถติดตามวัด BP ตรวจปัสสาวะ ประเมินการควบคุมอาหาร/ออกกำลัง แนะนำการเลิกบุหรี่ แอลกอฮอล์ได้	-ผู้ป่วยได้รับการตรวจ retina ปีละครั้ง -ศูนย์สุขภาพชุมชนให้บริการที่สามารถทำได้แทน รพ.ชุมชน	**การตรวจตา** -ส่งผู้ป่วยไปตรวจกับจักษุแพทย์ที่ รพท. -หรือนัดจักษุแพทย์มาตรวจที่ รพ.ชุมชน -หรือ แพทย์ที่ รพ.ชุมชนเป็นผู้ตรวจโดยหยอดยาขยายม่านตาให้ผู้ป่วยก่อน **การประสานกับ ศสช.** -ประเมินและเพิ่มพูนศักยภาพของ ศสช. -วางระบบเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่ ศสช.

ข. หัวหน้าพาทบทวนคุณภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้สมาชิกส ามารถนำ gap analysis มาวิเคราะห์ช่องว่างในการใช้ความรู้ทางวิชาการและนำไปสู่การปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วย

กลุ่ม: สมาชิกทีมดูแลผู้ป่วยจากหน่วยงานและวิชาชีพต่างๆ หรือในหอผู้ป่วยเดียวกัน

เวลา: 45 นาที 2 ครั้ง

กิจกรรมที่ 1

การทบทวนการความรู้ทางวิชาการอาจจะเริ่มด้วยตัวความรู้ที่พบ หรืออาจจะวิเคราะห์จากโรคที่มีความสำคัญตามขั้นตอนต่อไปนี้ 1) วิเคราะห์โรคสำคัญ, 2) วิเคราะห์ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ, 3) วิเคราะห์เครื่องชี้วัดสำคัญ, 4) วิเคราะห์โอกาสพัฒนาจากแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม/ทีมสหสาขาวิชาชีพ, จากเครื่องชี้วัด, จาก gap analysis กับข้อมูลวิชาการ, จากการทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

1. วิเคราะห์โรคสำคัญ ใช้เกณฑ์อะไรก็ได้ที่ทีมเห็นสมควร อาจจะเป็นโรคที่พบบ่อย โรคที่มีความเสี่ยงสูง โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง โรคที่ผลลัพธ์ของการดูแลยังไม่ดี โรคที่ต้องการทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาร่วมมากขึ้น โรคที่ต้องดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

2. วิเคราะห์ประเด็นสำคัญหรือความเสี่ยงสำคัญในแต่ละโรคย่อมแตกต่างกันออกไป อาจจะทบทวนอย่างง่ายๆ เช่น ไข้เลือดออกก็นึกถึง shock, ไส้ติ่งอักเสบก็นึกถึงการวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ผ่าตัดช้าและมีโอกาสเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด, acute MI ก็นึกถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือดให้เร็วที่สุด การดูแลให้พ้นภาวะวิกฤต, คลอดก็นึกถึงการตกเลือดหลังคลอด, ทารกแรกเกิดก็นึกถึง hyperbilirubinemia, ทารกคลอดก่อนกำหนดก็นึกถึง ROP, ผู้ป่วยที่ผ่าตัดสมองก็นึกถึงการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดซึ่งต้องใช้เวลานาน เป็นต้น

นอกจากนั้น อาจจะทดลองใช้มิติคุณภาพเพื่อมาตรวจสอบว่าประเด็นสำคัญที่คิดไว้นั้น ยังมีอะไรที่น่าจะเพิ่มเติมได้อีก มิติคุณภาพที่ควรนำมาพิจารณาได้แก่ accessibility & timeliness, appropriateness, acceptability, competency, effectiveness, efficiency, holistic & continuity, safety เป็นต้น

3. วิเคราะห์เครื่องชี้วัดสำคัญ จะได้มาจากประเด็นสำคัญหรือความเสี่ยงสำคัญ เช่น อัตรา shock ในผู้ป่วยไข้เลือดออก, ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนผ่าตัดผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ, ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย acute MI, อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และจำนวนเลือดที่ใช้ เป็นต้น

การวิเคราะห์เครื่องชี้วัดไม่ควรทำให้เป็นภาระมากเกินไป ถ้าเป็นไปได้พยายามเลือกเครื่องชี้วัดที่มีข้อมูลบันทึกอยู่แล้ว และเก็บข้อมูล retrospective สักจำนวนหนึ่ง หากสามารถสร้าง control chart ติดตามเป็นระยะได้ยิ่งดี แต่ก็ไม่จำเป็นที่จะต้องเก็บข้อมูลในผู้ป่วยทุกราย หรือมีการติดตามทุกเดือน

4. วิเคราะห์โอกาสพัฒนา ควรใช้วิธีการมองหลายๆ วิธีร่วมกัน เพื่อให้สามารถทำในสิ่งที่ควรทำได้อย่างครบถ้วน และไม่เสียเวลาในสิ่งที่ไม่จำเป็น

1.1 จากแนวคิดแบบองค์รวม/ทีมสหสาขาวิชาชีพ การมองด้วยมุมมองนี้จะทำให้ทุกสาขาวิชาชีพมีโอกาสเข้ามาร่วมมือกัน เช่น แต่ละวิชาชีพอาจจะถามตัวเองว่า เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ได้ผลดียิ่งขึ้น วิชาชีพของตนจะทำอะไรได้มากกว่าที่เป็นอยู่ หรืออาจจะถามว่าหากจะดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ ครอบคลุมไปถึงครอบครัวแล้ว เราจะต้องทำอะไรเพิ่มขึ้น

1.2 จากเครื่องชี้วัด ทีมจะต้องพิจารณาว่าเครื่องชี้วัดที่เป็นอยู่นั้น อยู่ในระดับที่ยอมรับได้หรือไม่ มีโอกาสจะทำให้ดีขึ้นได้หรือไม่ ถ้าเห็นว่ายอมรับไม่ได้ หรือยอมรับได้แต่มีโอกาสทำให้ดีขึ้น ทีมก็พิจารณาต่อว่าจะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

1.3 จากการทำ gap analysis ด้วยประเด็นสำคัญที่วิเคราะห์ไว้ในข้อ 2 ควรพยายามหาข้อมูลวิชาการจากแหล่งต่างๆ มาเปรียบเทียบกับสิ่งที่ทีมงานปฏิบัติอยู่ว่าสอดคล้องหรือแตกต่างกัน หากแตกต่างกันสมควรมีการปรับปรุงหรือไม่ ถ้าปรับปรุงจะคาดหวังความเป็นไปได้สักเพียงใด

1.4 ในแต่ละโรคควรทบทวนว่าเคยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event) อะไรขึ้นบ้าง หรืออาจจะนำเวชระเบียนมาทบทวนว่ามีโอกาสพัฒนาตรงจุดใดให้ดีขึ้น โดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ root cause คือพิจารณาสาเหตุที่เป็นปัจจัยพื้นฐานซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบงาน ที่เมื่อปรับปรุงแล้วจะช่วยป้องกันปัญหาได้ โดยอาศัยการพึ่งความจำและความตื่นตัวของบุคคลให้น้อยที่สุด

เมื่อได้โอกาสพัฒนาทั้งหมดแล้ว ทีมนำทางคลินิกควรพิจารณาจัดลำดับความสำคัญว่าเรื่องใดเป็นเรื่องสำคัญหรือเร่งด่วน และมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบไปดำเนินการ พร้อมทั้งจัดให้มีแนวทางการติดตามความก้าวหน้าที่เหมาะสม

ขอให้ทีมทดลองใช้แนวทางข้างต้นวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งการกำหนดเครื่องชี้วัดทางคลินิกเฉพาะโรค และการกำหนดความต้องการว่าต้องการข้อมูลวิชาการอะไรมาสนับสนุน

เมื่อได้ความต้องการที่ชัดเจนแล้ว ให้ใช้ gap analysis เป็นเครื่องมือสำหรับกำหนดเป้าหมายการพัฒนาและกำหนดแนวทางการพัฒนา

กิจกรรมที่ 2

1. ให้สมาชิกศึกษาข้อแนะนำใน CPG การดูแลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งจัดทำโดยโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมหาวิทยาลัยมิชิแกน พิจารณาในประเด็นต่อไปนี้

- ทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติในปัจจุบัน เพื่อตรวจสอบว่ามีความแตกต่าง (gap) จากข้อแนะนำใน CPG อย่างไร
- ในกรณีที่มีความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ปฏิบัติกับข้อแนะนำใน CPG ให้ทำความเข้าใจเหตุผลของข้อแนะนำดังกล่าว
- กำหนดสิ่งที่ต้องการให้เป็น ซึ่งมีความสามารถที่จะทำได้ (อาจจะเหมือนหรือไม่เหมือนกับข้อแนะนำใน CPG)
- แผนปฏิบัติการเพื่อบรรลุเป้าหมาย

2. ให้สมาชิกอภิปรายว่าแนวทางในการจัดการกับความแตกต่างและหลากหลายของข้อแนะนำใน CPG จากแหล่งที่แตกต่างกันนั้น ควรเป็นอย่างไร และแนวทางในการเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและเป็นไปได้กับสถานการณ์ของโรงพยาบาลนั้น ควรเป็นอย่างไร

สรุปประเด็นและวางแผนต่อเนื่อง

ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายว่าโรคสำคัญที่ควรนำมาทบทวนว่าการดูแลผู้ป่วยที่ทำอยู่นั้นมีพื้นฐานทางวิชาการเพียงใดมีอะไรบ้าง ทำอย่างไรจึงจะสามารถทบทวนสภาวะทางคลินิกดังกล่าวให้ครอบคลุมได้มากที่สุด และเมื่อพบว่ามี gap เกิดขึ้น จะตัดสินใจอย่างไรว่าควรมีการปรับเปลี่ยนวิธีการที่ใช้อยู่เดิมจะสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนได้อย่างไร

Gap Analysis สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ข้อแนะนำ[11]	สิ่งที่ปฏิบัติในปัจจุบัน	สิ่งที่ต้องการให้เป็น	แผนปฏิบัติการ
การตรวจครั้งแรกมีประวัติที่ครอบคลุม -อาการเริ่มต้น ระยะเวลา อายุที่เริ่มเป็น -อาการเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน -ประวัติการรักษา (ลดน้ำหนัก เบาหวาน) -โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (HT, CAD, dyslipidemia, ไต) -อาชีพ การออกกำลัง การสูบบุหรี่ การกิน -ประวัติครอบครัว (DM, HT, CVA, CAD, gout)	ประวัติไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วน.....	เพิ่มความครบถ้วนของการบันทึกประวัติในการตรวจครั้งแรก	-มีแบบบันทึกเฉพาะ -ให้พยาบาลช่วยซักประวัติ
การตรวจร่างกายครั้งแรก -wt., ht., BMI, BP, pulse, carotid bruit -ตา, ระบบประสาท, ผิวหนัง, เท้า, ฟัน, เหงือก -ตรวจเพื่อค้นหาโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดต่อจอตา, ไต, เส้นประสาท, หัวใจ และหลอดเลือด			
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ -fasting & postpandrial plasma glucose -HbA1 หรือ HbA1c -total cholesterol, triglyceride, HDL-cholesterol -serum creatinine, UA -EKG (เป็นเกิน 10 ปี หรือเสี่ยงต่อ/มีอาการ CAD)			
การติดตามและประเมินผลการรักษา			

[11] แนวทางเวชปฏิบัติในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

-ตรวจร่างกายอย่างละเอียดอย่างน้อยปีละครั้ง -ตรวจตาปีละครั้งโดยจักษุแพทย์ -วัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง -ตรวจปัสสาวะและ microalbuminuria ปีละครั้ง -ตรวจ lipid profile ปีละครั้ง -ประเมินประสิทธิภาพในการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย -เลิกบุหรี่ ลดแอลกอฮอล์ -นัดผู้ป่วย 1-2 สัปดาห์ในระยะแรกเพื่อให้ความรู้และปรับขนาดยา -ติดตามในระยะต่อไปทุก 2-3 เดือน			

Gap Analysis สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ข้อแนะนำ[12]	สิ่งที่ปฏิบัติในปัจจุบัน	สิ่งที่ต้องการให้เป็น	แผนปฏิบัติการ
การติดตามประจำ -ทุก 3 เดือนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับ insulin และทุก 6 เดือนสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานยาหรือจำกัดอาหาร -ชั่งน้ำหนัก -วัดความดันและควบคุม -ตรวจเท้าและให้คำแนะนำ -ให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดบุหรี่ -ทบทวนและส่งเสริมการดูแลตนเอง			
การดูแลตนเองโดยผู้ป่วย (self-management) -ความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง -ระดับ HbA1c ล่าสุด เทียบกับเป้าหมาย -การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและการใช้ผล -การใช้ยา เวลาและขนาดที่ใช้ -การออกกำลังที่ช่วยลดระดับน้ำตาลได้มาก -แผนการรับประทานอาหาร -ความเครียดและการจัดการกับความเครียด -การวางแผนครอบครัว			
ทุก 3-6 เดือน ควรตรวจ HbA1c และปรับระดับยา			
การตรวจประจำปี			

[12] University of Michigan Health System

-ตรวจตาโดยจักษุแพทย์และให้การรักษา -ตรวจ urine protein, ถ้าปกติให้หา microalbuminuria และถ้าพบ ให้รักษาด้วย ACE inhibitor -ตรวจเท้าโดย monofilament test -ตรวจและควบคุมระดับไขมันในเลือด -ประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่			
การวินิจฉัย -อาการดื่มน้ำมาก ปัสสาวะมาก น้ำหนักลด ร่วมกับระดับน้ำตาล >= 200 mg/dl **หรือ** -fasting plasma glucose (FPG) >=126 mg/dl -**ไม่แนะนำ**ให้ใช้ oral GTT ยกเว้นกรณีตั้งครรภ์			
โรคหัวใจและหลอดเลือด **ASA** -ผู้ป่วยที่อายุ 50 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่อายุต่ำกว่า 50 ปี แต่มีปัจจัยเสี่ยงด้านหัวใจและหลอดเลือด ควรได้รับ ASA เช่นเดียวกับผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน ในขนาด 81-325 mg/d ความดันสูง -ผู้ป่วยที่มี BP >= 140/90 สามครั้ง ควรได้รับการรักษา -ผู้ที่มี mild HT ควรเริ่มด้วยการปรับอาหาร, ออกกำลัง, จำกัดแอลกอฮอล์, ลดน้ำหนัก เป็นเวลาสามเดือน -ผู้ที่มี moderate และ severe HT ควรได้รับการรักษา			

ด้วยยา โดยมีเป้าหมายอยู่ที่ <= 130/85 -ยาที่ควรพิจารณาเป็นอันดับคือ ACE inhibitor หรือ low-dose diuretics หรือใช้ร่วมกัน ไขมันในเลือด -การตรวจและรักษาขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ -การลด LDL ควรเริ่มด้วยการปรับอาหาร ตามด้วย HMG CoA reductase inhibitor -การลด TG ควรใช้การออกกำลัง + ปรับอาหาร + ลดระดับน้ำตาลในเลือด หากไม่ได้ผลจึงใช้ Gemfibrzil การสูบบุหรี่ -ควรให้คำปรึกษาว่าการสูบบุหรี่และเบาหวานเป็น synergistic risk factors ต่อ atherosclerotic dis -ใช้มาตรการทุกอย่างที่จะช่วยยุติการสูบบุหรี่			
Microvascular Disease -ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจ retina ขณะขยายม่านตาทุกปี และให้การรักษาด้วย laser เพื่อป้องกันตาบอดได้ทันเวลา -ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจหา albumin ในปัสสาวะทุกปี โดยเริ่มด้วย labstick ถ้า protein น้อยกว่า 1+ ให้ตรวจ albumin-creatinine ratio ในปัสสาวะ (>30 mg albumin/gm creatinine ถือว่าบวก) -ควรให้ ACE inhibitor ในผู้ป่วยทุกรายที่มี microalbuminuria แม้ความดันจะไม่สูง -ทุกครั้งที่มาพบจะต้องตรวจดูความผิดปกติของ			

ผิวหนังและเล็บ รอยแตก แผล รูปทรงที่ผิดปกติ -ตรวจสอบความรู้สึกของเท้าโดยใช้ nylon monofilament (10g) ค่อยๆ กดตั้งฉากกับผิวหน้งจนเส้น nylon งอ โดยสุ่มไปทั่วๆ การตรวจพบเร็วจะช่วยป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้ -รักษา painful peripheral neuropathy ด้วย NSAID (ระวังการใช้ร่วมกับ ACEI และในผู้ป่วยโรคไต)			
การควบคุมน้ำตาล -ควรตรวจ HbA1c ทุก 3-6 เดือนในผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลคงที่ และทุก 1-3 เดือน ในผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลเปลี่ยนแปลง (เป้าหมาย A1c <7%) -ใช้ระดับ HbA1c จัดกลุ่มว่าเป็น poor control (A1c >11.5%) หรือ acceptable (A1c <=11.5%)			

กิจกรรมที่ 11 การทบทวนการใช้ทรัพยากร (Utilization Review)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การตัดสินใจใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม คุ้มค่า อยู่บนพื้นฐานทางวิชาการ

ข. หัวหน้าพาทบทวนคุณภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้สมาชิกสามารถระบุทรัพยากรที่ควรมีการทบทวนความเหมาะสมในการใช้ และแนวทางในการทบทวนเบื้องต้น

กลุ่ม: สมาชิกทีมดูแลผู้ป่วยจากหน่วยงานและวิชาชีพต่างๆ หรือในหอผู้ป่วยเดียวกัน

เวลา: 30 นาที 2 ครั้ง

กิจกรรม

1. ให้หัวหน้าร่วมกับทีมเตรียมการล่วงหน้าว่าหากจะมีการทบทวนความเหมาะสมของการใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการใช้ที่ไม่จำเป็นลง ควรจะมีการทบทวนอะไรบ้าง เช่น

- การทบทวนเหตุผลของการรับไว้นอนโรงพยาบาลใน**ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลเพียงวันเดียว** ซึ่งผู้ป่วยอาจต้องการเพียงการสังเกตอาการไม่กี่ชั่วโมง หรืออาจจะเป็นเพราะเหตุผลด้านระยะทาง ฯลฯ
- การทบทวน**ข้อบ่งชี้ในการสั่งตรวจ investigate** ต่างๆ เช่น 1) routine CBC & UA, 2) routine preoperative invetigation,3) การสั่งตรวจ CBC & blood chemistry ฉุกเฉินนอกเวลาราชการโดยไม่ได้ใช้ผลการตรวจในคืนนั้น, 4) การส่งตรวจ CT scan โดยอาจจะมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการส่งตรวจและทบทวนว่ามีการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวเพียงใด
- การทบทวน**ข้อบ่งชี้ในการใช้ยาและวัคซีน** ซึ่งอาจจะเลือกยาและวัคซีนที่มีการใช้โดยไม่จำเป็นหรือไม่เหมาะสมขึ้นมากำหนดข้อบ่งชี้ในการใช้ที่ชัดเจน เช่น การใช้ยาต้านจุลชีพใน URI และ diarrhea, การใช้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่
- การทบทวน**ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด** เช่น การผ่าตัดคลอด

เมื่อเลือกประเด็นได้แล้ว ให้ร่วมกันกำหนดข้อบ่งชี้ที่ยอมรับได้สำหรับการใช้ทรัพยากรข้างต้น มอบหมายให้ไปคัดเลือกเวชระเบียนที่มีการใช้ทรัพยากรในเรื่องนั้นมาเรื่องละ 10 ฉบับ และทบทวนตามข้อบ่งชี้ที่ร่วมกันกำหนดไว้

2. ในการประชุมครั้งที่ 2 ให้ผู้ทบทวนนำเสนอผลการทบทวนแก่ที่ประชุม และร่วมกันพิจารณาว่าข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้นั้นเหมาะสมหรือไม่ จะสื่อสารอย่างไรให้ผู้เกี่ยวข้องทราบและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการ

สรุปประเด็นและวางแผนต่อเนื่อง

ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายว่ากรณีที่ควรมีการทบทวนการใช้ทรัพยากรมีอะไรบ้าง ทำอย่างไรจึงจะสามารถทบทวนให้ครอบคลุมได้มากที่สุด เหตุผลอะไรเป็นเหตุผลที่ยอมรับได้สำหรับผู้เกี่ยวข้องที่ต้องมีการทบทวนการใช้ทรัพยากร

ค. การปฏิบัติเป็นกิจกรรมปกติประจำ

1) การรับรู้และทบทวน

- แต่ละหน่วยงาน/ทีมงานกำหนดประเด็นที่จะมีการทบทวน
- ผู้มีโอกาสตัดสินใจใช้ทรัพยากรร่วมกันกำหนดข้อบ่งชี้โดยอาศัยข้อมูลวิชาการที่น่าเชื่อถือเป็นแนวทาง
- สื่อสารข้อบ่งชี้ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ
- เก็บข้อมูลติดตามผลการใช้ทรัพยากรว่าเป็นไปตามข้อบ่งชี้เพียงใด และสะท้อนให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ
- ทบทวนร่วมกันหากมีระดับการปฏิบัติต่ำไม่เป็นที่น่าพอใจ

2) การวิเคราะห์ข้อมูล การปรับปรุงระบบ และการติดตามผล

ทีมแพทย์ที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่นำข้อมูลอัตราการปฏิบัติตามข้อบ่งชี้มาวิเคราะห์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้มีการปฏิบัติตามข้อบ่งชี้หรือทบทวนของข้อบ่งชี้ รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ

กิจกรรมที่ 12 การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ทุกหน่วยงานและทุกระดับมีข้อมูลที่ใช้สะท้อนคุณภาพของการทำงานตามหน้าที่และเป้าหมายสำคัญ

ข. หัวหน้าพาทบทวนคุณภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูลเครื่องชี้วัดเพื่อนำไปใช้ประโยชน์
กลุ่ม: ผู้ที่มาจากหน่วยงานเดียวกัน หรือหน่วยงานที่มีลักษณะคล้ายกัน
เวลา: 45 นาที

กิจกรรม

ให้สมาชิกทบทวนเครื่องชี้วัดในกิจกรรมหัวหน้าพาทำคุณภาพใบงานที่ 7 นำข้อมูลจริงที่เก็บได้มาพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้

- ตัวเลขเครื่องชี้วัดเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นในระดับเดียวกัน และผลการปฏิบัติงานในอดีตของเราเป็นอย่างไร
- ทำไมตัวเลขเครื่องชี้วัดจึงอยู่ในระดับนั้น
- ตัวเลขเครื่องชี้วัดควรเป็นเท่าไร
- ควรมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอะไรบ้าง เพื่อให้บรรลุผลที่คาดหวัง

สรุปประเด็นและวางแผนต่อเนื่อง

ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายว่าเครื่องชี้วัดที่กำหนดไว้นั้นสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ทุกตัวหรือไม่ มีตัวใดที่สมควรยุติการเก็บข้อมูล จะเชื่อมโยงการติดตามเครื่องชี้วัดกับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเข้าด้วยกันอย่างไร

ค. การปฏิบัติเป็นกิจกรรมปกติประจำ

1) การกำหนดเครื่องชี้วัด

โรงพยาบาลควรกำหนดและติดตามเครื่องชี้วัดจำนวนหนึ่ง ดังนี้

- เครื่องชี้วัดการบรรลุเป้าหมายหรือพันธกิจของโรงพยาบาล
- เครื่องชี้วัดการบรรลุความมุ่งหมายของแต่ละหน่วยงาน โดยพิจารณาจากภารกิจหลักที่หน่วยงานนั้นรับผิดชอบ และความต้องการ/ความคาดหวังของผู้รับผลงาน
- เครื่องชี้วัดตามกลุ่มผู้รับบริการสำคัญ ซึ่งวัดทั้งผลลัพธ์และกระบวนการ

2) การใช้ประโยชน์จากข้อมูล

ให้มีการติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่อง นำเสนอข้อมูลในรูปแบบที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจและเห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เช่น ใช้ control chart

เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทำความเข้าใจและวิพากษ์วิจารณ์เครื่องชี้วัดที่ได้มาเป็นระยะ เพื่อกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนา

- ตัวเลขเครื่องชี้วัดเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นในระดับเดียวกัน และผลการปฏิบัติงานในอดีตของเราเป็นอย่างไร
- ทำไมตัวเลขเครื่องชี้วัดจึงอยู่ในระดับนั้น
- ตัวเลขเครื่องชี้วัดควรเป็นเท่าไร
- การปรับปรุงในเรื่องใดบ้างที่จำเป็น เพื่อให้บรรลุผลที่ควรจะเป็น
- ที่ผ่านมาทำอะไรสำเร็จไปแล้วบ้าง

เมื่อเห็นโอกาสพัฒนาจากการติดตามเครื่องชี้วัด หัวหน้าหน่วยงานมีหน้าที่มอบหมายให้สมาชิกในหน่วยงานไปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกและทางเลือกเพื่อการพัฒนาในเรื่องนั้นมานำเสนอ

หัวหน้าหน่วยงานทบทวนประโยชน์ที่ได้จากการติดตามเครื่องชี้วัด และปรับปรุง (เพิ่ม/ลด) การติดตามเครื่องชี้วัดของหน่วยงาน