

What do we expect from the best ICU?

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ดีที่สุด ความเป็นเลิศ มิติของการพิจารณา

ในที่นี้ขอใช้คำว่าดีที่สุดกับความเป็นเลิศ ในความหมายที่ทดแทนกัน ซึ่งควรพิจารณาในสามด้าน ได้แก่

- 1) ด้านรูปลักษณ์ (service excellence) เป็นการส่งมอบประสบการณ์ที่ควรค่าแก่ผู้รับผลงาน
- 2) ด้านคุณค่าของผลงานด้านคลินิก (product/clinical excellence) เป็นการหยิบยื่นคำตอบหรือทางออกให้แก่ผู้รับผลงาน
- 3) ด้านการจัดการ (managerial excellence)

ความเป็นเลิศด้านการจัดการจะนำไปสู่ความเป็นเลิศด้านรูปลักษณ์และคุณค่าของงาน

“Excellence in critical care can be defined as care that optimizes outcomes and minimizes complication, while being cost-efficient, cost-effective, respectful of patient and family values, and compassionate.”

— Ann E. Thompson, MD, FCCM, Pittsburgh, Pennsylvania, USA

Performance ของระบบงาน

สุดยอดของความเป็นเลิศ ย่อมต้องดูที่ผลการดำเนินงานหรือ performance ซึ่งควรพิจารณาให้ครอบคลุมมิติหรือมุมมองด้านต่างๆ อย่างทั่วถึง ต่อไปนี้ โดยขยายความในองค์ประกอบย่อยเพื่อกำหนดตัวชี้วัดหรือการประเมินให้เหมาะสม

Performance Dimension	ประเด็นพิจารณา	ตัวอย่างตัวชี้วัด
Accessibility	การมีเตียงรับผู้ป่วย การมีบริการที่จำเป็น	
Appropriateness	ตามข้อมูลความรู้ทางวิชาการ	VAP Prevention – Positioning (JC) SUD Prophylaxis (JC) DVT Prophylaxis (JC)
Competency	บุคลากร ระบบงาน	

Performance Dimension	ประเด็นพิจารณา	ตัวอย่างตัวชี้วัด
Effectiveness	การแก้ไขภาวะวิกฤติ การหายจากโรค	
Efficiency	การใช้ทรัพยากรโดยรวม การใช้ทรัพยากรด้านต่างๆ การป้องกันปัญหา การจัดการกับปัญหา การออกแบบระบบงานใหม่	ต้นทุนต่อหน่วย
Holistic/Humanized	ร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ครอบครัว ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู	
Responsive & Respect	ความต้องการของผู้ป่วย ความต้องการของครอบครัว	
Safety	ความผิดพลาด เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ความสูญเสีย/ความเสียหาย	อัตรา error อัตรา AE ต่อพันวันนอน CL-BSI (JC) Risk adjusted mortality (JC)
Timeliness	การตรวจวินิจฉัยที่จำเป็น การตอบสนองภาวะวิกฤติ	

การมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (focus on result) และการจัดการโดยใช้ข้อเท็จจริง (management by fact) เป็นแนวคิดและค่านิยมสำคัญที่จะทำให้ผลการดำเนินงานดีขึ้น โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ คัดเลือกและติดตามตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน ซึ่งจะนำมาสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

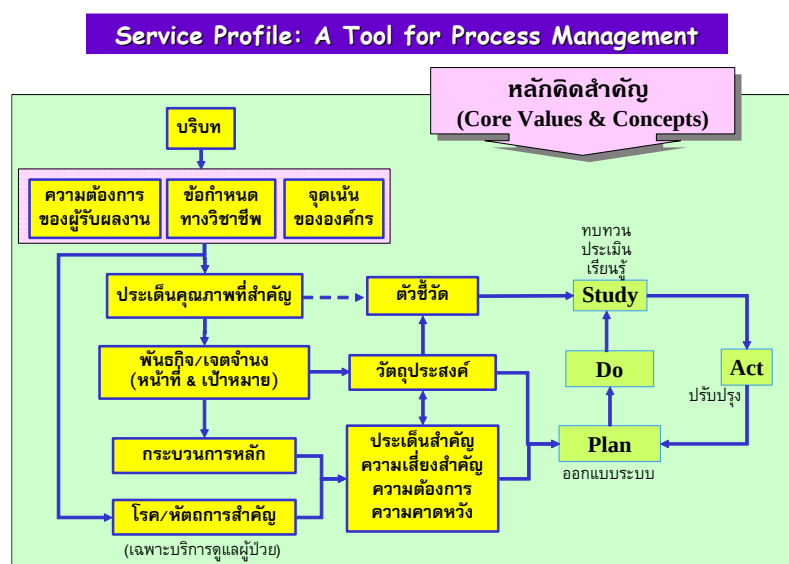
ข้อสังเกตเกี่ยวกับจุดอ่อนที่พบบ่อยในเรื่องตัวชี้วัด

- 1) มิติของ performance หรือมิติคุณภาพที่จะวัดไม่ชัดเจน
- 2) เลือกตัวชี้วัดที่วัดง่ายหรือมีอยู่แล้ว มากกว่าที่จะตั้งคำถามว่าต้องการวัดอะไร
- 3) มีตัวชี้วัดมากเกินไป ตัวชี้วัดจำนวนมากไม่ได้ใช้ประโยชน์
- 4) ขาดการวิเคราะห์เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจน เช่น การทำ risk adjusted
- 5) ไม่ตั้งเป้าหมายที่ท้าทาย ไม่มีการขยับระดับของเป้าหมายตามระยะเวลาและผลงานที่เปลี่ยนไป

ICU ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศหรือ ICU ที่ดีที่สุด ควรติดตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของหน่วยงานในมิติที่สำคัญอย่างครอบคลุม และใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาหรือกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ท้าทาย

กรอบความคิดของเส้นทางสู่ความเป็นเลิศ

เส้นทางสู่ความเป็นเลิศคือปฏิบัติการประเมินอย่างเป็นระบบ เรียนรู้ และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (systematic evaluation, learning and continuous improvement - PSDA) โดยมีหลักคิดที่ดี (core values and concepts) เลือกรทำในสิ่งที่เป็นเรื่องสำคัญมีเป้าหมายชัดเจน (context driven priority) ใช้เกณฑ์หรือมาตรฐานหรือความรู้เป็นแนวทาง (criteria / standard / evidence)



การแก้ปัญหา การพัฒนา และการเรียนรู้ ล้วนอาศัยกระบวนการเดียวกันคือ PDCA หรือ plan-do-study-act แต่มี maturity ของกระบวนการที่แตกต่างกัน ซึ่งหน่วยงานที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศหรือผลงานที่ดีที่สุด ควรมีการยกระดับขั้นของกระบวนการดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

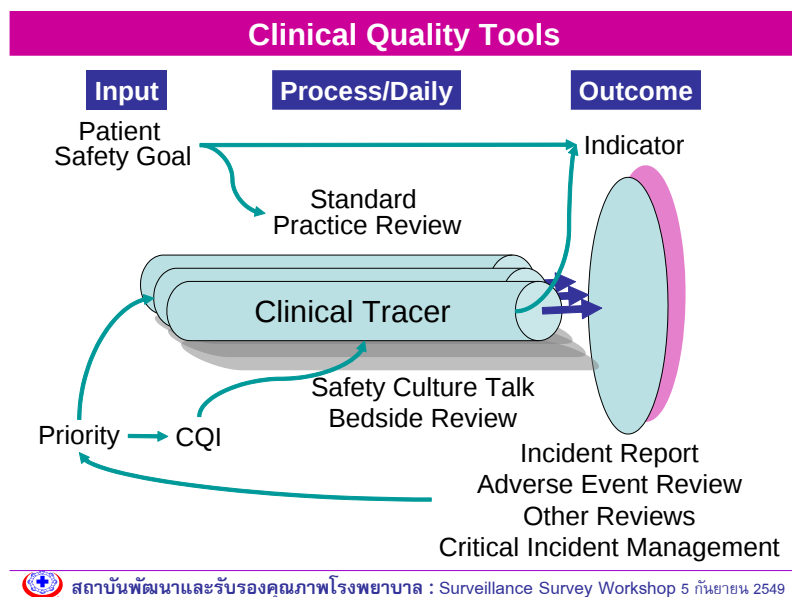
เมื่อเกิดเหตุการณ์สำคัญที่เป็นโอกาสแห่งการแก้ปัญหา การพัฒนา และการเรียนรู้ อาจจะมีการตอบสนองได้ในระดับต่างๆ ตามลำดับขั้นดังนี้

- 1) แก้ปัญหาเฉพาะหน้า
- 2) เรียนรู้สาเหตุหรือจุดอ่อนในแต่ละกรณี โดยใช้แนวคิดการวิเคราะห์ root cause หรือการมองปัจจัยองค์กร
- 3) ศึกษาสถานการณ์ในภาพรวมของกลุ่มผู้ป่วย โดยใช้การตามรอยทางคลินิก (clinical tracer) เป็นการศึกษาที่ยึดเอาเป้าหมายการดูแลเป็นหลัก มิใช่เพียงการมองแต่ด้านที่เป็นปัญหา
- 4) ออกแบบระบบงานใหม่เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายของการดูแลได้ดีขึ้น โดยใช้แนวคิดการออกแบบ ความสัมพันธ์ของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม นวัตกรรม

ICU ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศหรือ ICU ที่ดีที่สุด ควรยกระดับขั้นของกระบวนการแก้ปัญหา การพัฒนา และการเรียนรู้ โดยใช้ทุกเหตุการณ์สำคัญให้เป็นโอกาส

Clinical PDSA การพัฒนาคุณภาพทางคลินิก

ผลงานสำคัญของ ICU คือการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด มีภาวะแทรกซ้อนหรือผลไม่พึงประสงค์น้อยที่สุด การพัฒนาคุณภาพทางคลินิกจึงเป็นกิจกรรมสำคัญที่จะนำไปสู่เป้าหมายดังกล่าว



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้ทบทวน รวบรวม และเสนอแนะแนวทางการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกไว้ดังนี้

- 1) วิเคราะห์ **clinical condition** ที่มีความสำคัญสูงของหน่วยบริการ เช่น traumatic brain injury, sepsis & septic shock, acute coronary syndrome, respiratory failure, VAP
- 2) การประเมินสถานการณ์การดูแล **clinical condition** ที่มีความสำคัญสูง โดยพิจารณาทั้งกระบวนการการดูแลที่ปฏิบัติอยู่ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมาและการสนับสนุนจากระบบงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในระบบงานที่มีอยู่ และค้นหาโอกาสพัฒนาโดยมองเชิงระบบอย่างครอบคลุมทุกองค์ประกอบ ซึ่งวิธีการนี้เป็นที่รู้จักกันในชื่อ “การตามรอยทางคลินิก” (clinical tracing)
- 3) การติดตามชุดของตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับประเด็นสำคัญของหน่วยงานและของโรคสำคัญ ประเด็นสำคัญของหน่วยงานควรสะท้อนมิติคุณภาพต่างๆ อย่างรอบด้าน การติดตามตัวชี้วัดของโรคสำคัญส่วนหนึ่งได้ทำไปแล้วในการตามรอยทางคลินิก อาจจะมี **clinical condition** อีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ได้มีการตามรอย แต่สมควรมีการติดตามตัวชี้วัด
- 4) **Patient Safety Goals** เป็นการชักชวนให้โรงพยาบาลต่างๆ กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้เกิดการค้นคว้า การทดลองปฏิบัติ การวัดผล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยในปี 2549 ทาง พรพ.ได้กำหนด Patient Safety Goals ไว้ 9 ประเด็นได้แก่ (1) การระบุตัวผู้ป่วย, (2) การผ่าตัดถูกคน ถูกข้าง ถูกตำแหน่ง, (3) การ

สื่อสารที่ได้ผล, (4) การป้องกัน VAP, (5) การดูแลผู้ป่วย sepsis, (6) ความปลอดภัยในการใช้ยา, (7) การดูแลผู้ป่วย acute coronary syndrome, (8) การมีทีมเคลื่อนที่เร็วทางการแพทย์เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยที่ unstable, (9) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารก

5) การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ ความปลอดภัย และการเรียนรู้ในระหว่างการทำงานประจำวัน ได้แก่ การทบทวนว่าการดูแลผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ในโรงพยาบาลแต่ละรายนั้นเป็นไปตามมาตรฐานหรือข้อกำหนดทางวิชาชีพเพียงใด, การนำประเด็นเรื่องความเสี่ยงและความปลอดภัยมาพูดคุยเพื่อสร้างความเข้าใจและความตื่นตัวในทุกโอกาสที่เป็นไปได้ เช่น ระหว่างการส่งเวร การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน, การทบทวนเมื่อมีเหตุการณ์สำคัญหรือการทบทวนแนวโน้มของข้อมูลต่างๆ

6) การตอบสนองเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (critical incident management) การจัดระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการจัดการความเสี่ยง อันได้แก่การรายงานอุบัติการณ์ การทบทวนเวชระเบียนเพื่อค้นหาเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้ trigger

7) การพัฒนาระบบหรือกระบวนการดูแลผู้ป่วย ภายใต้ขั้นตอนหลัก “ตั้งเป้า เผชิญ ปรับเปลี่ยน” ซึ่งการปรับเปลี่ยนนั้นควรจะใช้แนวคิดและเครื่องมือคุณภาพที่หลากหลายร่วมกันอย่างสมดุล เช่น เรียนรู้จุดอ่อนของตนเองคู่กับการเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่ดีจากคนอื่น ใช้ความรู้ทางวิชาการคู่กับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมด้วยหัวใจ ความคิดสร้างสรรค์ และการมีส่วนร่วมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

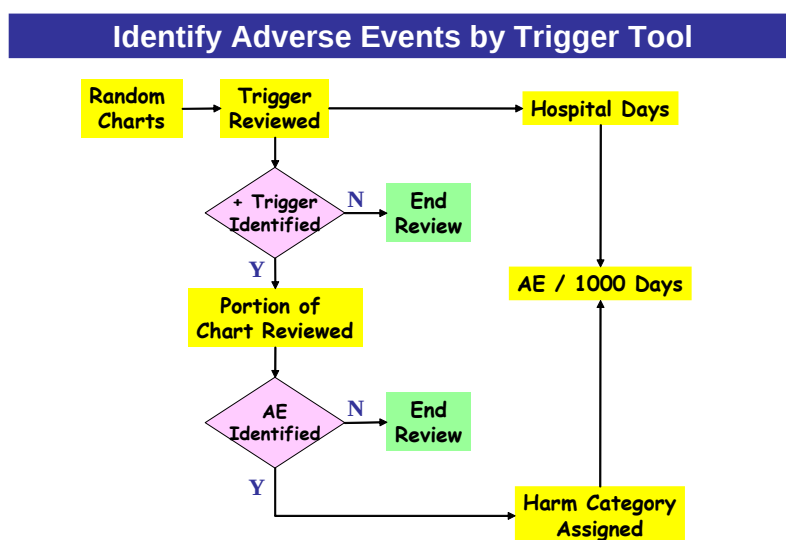
ICU ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศหรือ ICU ที่ดีที่สุด ควรนำเครื่องมือคุณภาพทางคลินิกข้างต้นไปใช้ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ

Trigger Tool ตัวอย่างเครื่องมือคุณภาพเพื่อวัดระดับการเกิด Adverse Event

ความพยายามในการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ผ่านมา มักจะมุ่งเน้นการรายงานความผิดพลาดหรือความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นด้วยความสมัครใจ ซึ่งจากการวิจัยพบว่ามีเพียงร้อยละ 10-20 ของความผิดพลาดเท่านั้นที่ได้รับรายงาน และจากรายงานดังกล่าวนี้ ร้อยละ 90-95 มิได้ก่อให้เกิดอันตรายใดๆ แก่ผู้ป่วย จึงจำเป็นที่โรงพยาบาลจะต้องมองหาวิธีการที่ได้ผลกว่าในการค้นหาเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย และดำเนินการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานเพื่อลดอันตรายดังกล่าว

การวัดอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อเนื่องเปรียบเทียบในช่วงเวลาต่างๆ เป็นวิธีการที่มีประโยชน์มากในการชี้ให้เห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงผลในด้านความปลอดภัยเกิดขึ้นหรือไม่

การใช้ “trigger” หรือ “ตัวส่งสัญญาณ” เพื่อตรวจสอบและพิจารณาว่ามีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรือไม่ เป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการวัดระดับการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในภาพรวมของโรงพยาบาล



IHI ได้นำเสนอ “The Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events” เพื่อเป็นแนวทางการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังโดยใช้ trigger เป็นจุดเริ่มต้นของการค้นหาการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ดังกล่าว สามารถคำนวณอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อพันวันนอนโรงพยาบาล หรือร้อยละของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล ซึ่งก่อนหน้านี้ทาง IHI ได้ใช้เครื่องมือตัวนี้กับเรื่องการใช้ยา ทำให้คำนวณอัตราการเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์จากยาต่อพันครั้งของการให้ยาแก่ผู้ป่วย

เหตุที่เรียกว่า global trigger tool ก็เนื่องจากการใช้ตัวส่งสัญญาณในทุกด้าน ซึ่งประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยทั่วไป การช้ยา การผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยวิกฤต การดูแลมารดา และทารก การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

ICU ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศหรือ **ICU** ที่ดีที่สุด น่าจะใช้ประโยชน์จากเครื่องมือนี้ในการแสดงถึงระดับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งใช้ในการค้นหาเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษาสำหรับทีมงาน

หลักคิดหรือปรัชญาการพัฒนา

ในช่วงเริ่มต้นของการนำกระบวนการ HA มาดำเนินการ Mr. Anthony Wagemakers ที่ปรึกษาชาวแคนาดา กล่าวว่า แม้ว่าโรงพยาบาลจะทำตามมาตรฐานครบถ้วนทุกข้อ แต่หากไม่มีหลัก 3 ประการอยู่ในใจ อันได้แก่ individual commitment, team work, patient focus โรงพยาบาลนั้นก็จะไม่ประสบความสำเร็จ นี่คือการนำหลักคิดที่เรียบง่ายที่สุดสำหรับเป็นพื้นฐานในการพัฒนา

เมื่อทบทวนกลับไปถึงปรัชญา TQM ที่ได้นำมาทดลองปฏิบัติตั้งแต่ พ.ศ.2535 จะพบหลักคิดที่สมบูรณ์มากขึ้นในเวลานั้น ได้แก่ ลูกคำสำคัญที่สุด (customer focus), จุดความฝันร่วมกัน (common vision), ทีมงานสัมพันธ์ (team work), มุ่งมั่นกระบวนการ (process focus), สานด้วยอริยสัจสี่ (problem solving process), ดีที่ผู้นำ (leadership), ทำอย่างต่อเนื่อง (continuous improvement)

บทเรียนจากการนำบันไดสามขั้นสู่ HA มาปฏิบัติอย่างกว้างขวาง มีความจำเป็นที่จะต้องสื่อให้เห็นหลักคิดของการพัฒนาในแต่ละช่วงเวลาให้เฉพาะเจาะจงและชัดเจน จึงได้หลักคิดของการพัฒนาในบันไดขั้นที่หนึ่งสู่ HA ว่า “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน” เป็นการคลายความกังวลของทีมงานที่จะได้ไม่ต้องคิดหางานหรือโครงการใหม่เพื่อให้ได้ชื่อว่ามีการพัฒนาคุณภาพ แต่กลับไปพิจารณางานประจำของแต่ละคน ใช้การทบทวนให้เป็นประโยชน์ในการมองเห็นโอกาสที่จะพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

หลักคิดในบันไดขั้นที่สองสู่ HA ได้แก่ “เป้าหมายชัด วัตถุประสงค์ ให้คุณค่า อย่ายึดติด” เป็นการกระตุ้นให้มีการคิดอย่างเป็นระบบโดยใช้เป้าหมายเป็นหลัก ก่อนจะทำอะไรต้องทำว่าทำไปทำไม เมื่อเป้าหมายชัดจะทำให้วิเคราะห์กระบวนการที่เกี่ยวข้องได้ชัดเจน สามารถกำหนดตัวชี้วัดที่จะติดตามความก้าวหน้าได้ง่าย การให้คุณค่าคือการใส่ใจกับความต้องการของผู้รับผลงานและเป้าหมายที่เรากำหนดไว้

การทำความเข้าใจเรื่องคุณค่าจะช่วยให้เกิดความเข้าใจเป้าหมายของสิ่งที่เราจะทำได้ดียิ่งขึ้น เป็นรากฐานที่แน่นสำหรับการออกแบบวิธีทำงานต่างๆ เช่น คุณค่าของการวางแผน จำหน่ายหรือการเตรียมตัวผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้หลังจำหน่าย คือความเชื่อในคุณค่าที่ว่า การที่ผู้ป่วยและครอบครัวทำเองได้นั้นย่อมดีกว่าการรอรับหรือขอรับความช่วยเหลือจากโรงพยาบาล เมื่อเข้าใจคุณค่าตรงนี้จะทำให้เกิดความพยายามผลักดันไปสู่เป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น

สำหรับบันไดขั้นที่สามหรือการได้รับการรับรอง HA เป็นการประมวลเอาหลักคิดที่มีคุณค่าจากเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติและการสร้างเสริมสุขภาพ มาใช้ร่วมกับหลักคิดของ HA ซึ่งมีพื้นฐานใกล้เคียงกัน จึงได้ core values and concepts มาหักกลุ่ม ได้แก่

- 1) ทิศทางนำ ได้แก่ visionary leadership, systems perspective, agility
- 2) ผู้รับผล ได้แก่ patient and customer focus, focus on health, community responsibility

- 3) คนทำงาน ได้แก่ focus on staff, individual commitment, team work, ethic and professional standards
- 4) การพัฒนา ได้แก่ creativity and innovation, management by fact, continuous process improvement, focus on results, evidence-based approach
- 5) พาเรียนรู้ ได้แก่ learning, empowerment

การหลักคิดหรือปรัชญาการพัฒนาเหล่านี้ไปสู่การปฏิบัติอย่างสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานและองค์กร จะเป็นการพัฒนาที่ไม่แข็งตัว และเกิดเป็นวัฒนธรรมคุณภาพที่ฝังอยู่ในองค์กร

การแปลความหมายของ core values ไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้กว้างขวางและขึ้นอยู่กับระดับความก้าวหน้าของการพัฒนา เช่น learning หมายความว่าถึงการเรียนรู้ของบุคคลและองค์กร อาจจะขยายความไปถึงการสะสมความรู้ขององค์กร การประสานกระบวนการพัฒนากับการเรียนรู้ หรือการใช้ทุกโอกาสในการทำงานในการเก็บวัตถุดิบเพื่อการเรียนรู้ มิใช่เพียงการพัฒนาบุคลากรด้วยการฝึกอบรมแต่เพียงอย่างเดียว

core values เรื่อง management by facts คือการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลจริง ซึ่งอาจจะเป็นการใช้ข้อมูลเพื่อการกำหนดประเด็นสำคัญในการพัฒนา การใช้ข้อมูลเพื่อบอกระดับปัญหา การใช้ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การใช้ข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ทางเลือกในการแก้ปัญหา ในการใช้ข้อมูลจริงเพื่อการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา อาจจะครอบคลุมการเข้าไปในสถานที่จริง ตรวจสอบสถานการณ์จริงเพื่อหาสาเหตุ อาจจะเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลแบบแผนการเกิดเหตุการณ์ตามแนวคิดเชิงระบาดวิทยา คือ เปรียบเทียบในเวลา สถานที่ บุคคล ต่างๆ อาจจะเป็นการใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเพื่อวิเคราะห์แบบแผนความสัมพันธ์หรือนัยยะสำคัญทางสถิติ เป็นต้น

ICU ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศหรือ ICU ที่ดีที่สุดควรฝึกฝนที่จะนำ core values and concepts ข้างต้นไปสู่การปฏิบัติ ทบทวนในสิ่งที่ทำไปแล้วจนเกิดความเข้าใจและแปลความหมายให้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

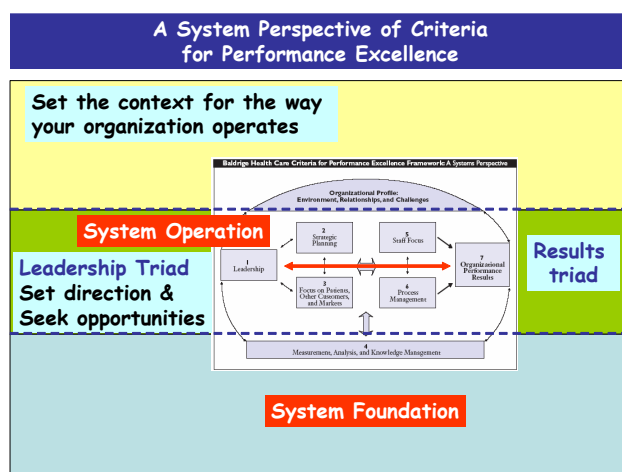
เกณฑ์ มาตรฐาน แนวทาง (Criteria, Standards, Guidelines)

บทเรียนหรือประสบการณ์เชิงบวกจากที่ต่างๆ ร่วมกับความรู้ที่ได้จากการศึกษาอย่างเป็นระบบ ถูกนำมากำหนดเป็นเกณฑ์ (criteria) หรือมาตรฐาน (standards) หรือแนวทาง (guidelines) ทั้งในด้านการบริหารจัดการและในด้านปฏิบัติการทางวิชาชีพ

ข้อควรระวังของการใช้เกณฑ์ มาตรฐาน หรือแนวทางเหล่านี้ก็คือ อย่าพิจารณาแค่ที่เราทำได้หรือไม่เท่านั้น เพราะส่วนมากเรามักจะติดกับเนื่องจากมีข้อจำกัดต่างๆ มากมาย ทำให้เราหาเหตุผลปกป้องตนเองว่าไม่สามารถใช้เกณฑ์ มาตรฐาน หรือแนวทางดังกล่าวได้

ที่ควรจะไปไกลกว่าการพิจารณาว่าทำได้หรือไม่ คือการทำความเข้าใจถึงเหตุผลของเกณฑ์ มาตรฐาน หรือแนวทางดังกล่าวว่ามีที่มาอย่างไร เกิดจากปัญหาอะไร แล้วจึงกลับมาพิจารณาในส่วนของเราว่ามีปัญหาดังกล่าวหรือไม่ มีอย่างน้อยเพียงใด ถ้าทำตามเกณฑ์ มาตรฐาน หรือแนวทางที่ดีที่สุดไม่ได้ จะมีทางเลือกอะไรให้เราพิจารณา เป็นทางเลือกที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและทรัพยากรที่มีอยู่ (ซึ่งเป็นบริบทของเราเอง)

1) เกณฑ์รางวัลคุณภาพสู่ความเป็นเลิศ (MBNQA/TQA)



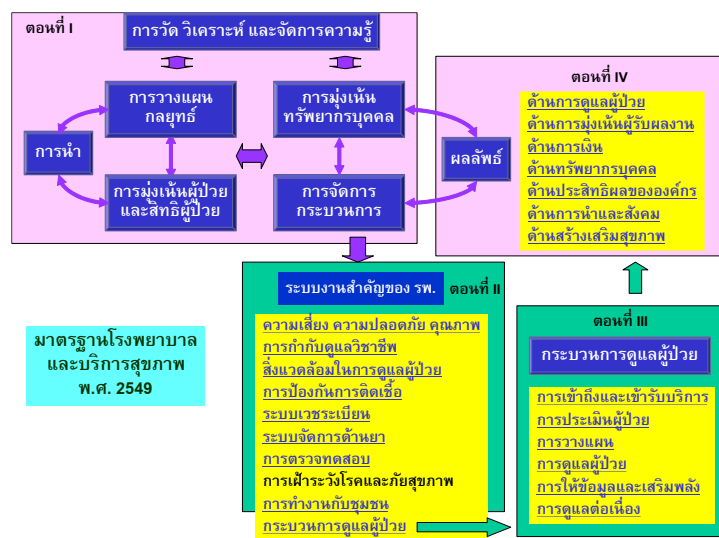
เป็นเครื่องมือเชิงระบบสำหรับองค์กรที่จะทบทวนและปรับปรุงระบบการบริหารจัดการและการปฏิบัติงานขององค์กรเพื่อให้เกิดผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ หรือมีคุณภาพในระดับสูง ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในระดับหน่วยงานได้ องค์กรประกอบสำคัญในภาพรวมได้แก่

- (ก) พื้นฐานของระบบ (system foundation) คือระบบสารสนเทศ การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้
- (ข) มีการกำหนดทิศทางของการพัฒนาโดยอาศัยความรู้ความเข้าใจในความต้องการของผู้รับผลงาน ใช้การบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อวางแผนและติดตามการพัฒนา โดยผู้นำที่มีความสามารถและมีวิสัยทัศน์ (leadership triad)
- (ค) การลงมือปฏิบัติโดยทีมงานที่มีความรู้ความสามารถ ซึ่งแสดงให้เห็นผลลัพธ์ได้ชัดเจน (results triad) รูปธรรมของการจัดการกระบวนการซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์และออกแบบระบบ การนำระบบที่ออกแบบไว้ไปสู่การปฏิบัติ การควบคุมและติดตามกำกับ

ให้เป็นไปตามระบบที่ออกแบบไว้ ก็คือ QA/CQI ซึ่งเป็นที่รู้จักกันดี และปรากฏเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในรูปของ service profile ที่ พรพ.แนะนำให้หน่วยงาน/บริการต่างๆ วิเคราะห์

2) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ พ.ศ. 2549

เป็นการนำข้อกำหนดของมาตรฐาน/เกณฑ์ที่มีประโยชน์ในการพัฒนา 3 ฉบับมารวมไว้ด้วยกัน ได้แก่ เกณฑ์รางวัลคุณภาพ มาตรฐาน HA และมาตรฐาน HPH กล่าวอีกนัยหนึ่งเป็นการขยายความข้อกำหนดในองค์ประกอบเรื่องการจัดการกระบวนการ ให้มีรายละเอียดจำเพาะสำหรับโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และสอดแทรกแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปในทุกส่วน



สำหรับมาตรฐานฉบับปีกัญจนภิเษกในส่วนของการข้อกำหนดสำหรับแต่ละหน่วยงาน เช่น มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ (CRI) นั้น จะนำยังคงมาใช้เป็น guideline สำหรับการปฏิบัติ โดยร่วมกับองค์วิชาชีพที่เกี่ยวข้องปรับปรุงให้เหมาะสมต่อไป

3) ACCM Best Practice Model of Critical Care Delivery

คณะทำงานของ American College of Critical Care Medicine ได้ศึกษารูปแบบต่างๆ ในการให้บริการผู้ป่วยวิกฤติ ในความหลากหลายของรูปแบบต่างๆ มีข้อสรุปและข้อแนะนำไว้พดังนี้

- It does support a recommendation for a model wherein dedicated ICU personnel, specifically the intensivist, the ICU nurse, respiratory care practitioner, and pharmacist, all work as a team. Furthermore, this multidisciplinary group practice model should be led by a full-time critical care-trained physician who is available in a timely fashion to the ICU 24 hrs per day (grade D recommendation).
- While leading the critical care service, the intensivist physician should have no competing clinical responsibilities (grade E recommendation).

- c) ICUs with an exclusive critical care service and operating in the closed format may have improved outcomes. When geographic constraints, resource limitations, and manpower issues allow, this organizational structure for the delivery of critical care services may be optimal (grade E recommendation).
- d) The presence of a pharmacist as an integral part of the ICU team, including but not limited to making daily ICU rounds, improves the quality of care in the ICU and reduces errors. The integration of a dedicated pharmacist into the ICU team is recommended (grade C recommendation).
- e) Physician practitioners in the ICU should have hospital credentials to practice critical care medicine. These credentials should incorporate both cognitive and procedural competencies (expert opinion).

4) ACCM Guidelines on Critical Care Services and Personnel

American College of Critical Care Medicine ได้จัดทำ guideline สำหรับการ จัดบริการผู้ป่วยวิกฤติ มีทั้งหมด 12 หัวข้อ (Haupt MT et al, 2003) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่องของ บุคลากรและการจัดให้มีบริการที่จำเป็น ได้แก่

I. Medical staff organization กล่าวถึงการจัดระบบงานของแพทย์ คุณสมบัติของ แพทย์ การกำหนดสิทธิการดูแล และการติดตามกำกับ

II. Organization of ICUs กล่าวถึงคุณสมบัติของ physician director และ nurse manager ของ ICU

III. Physician availability เน้นว่าควรมี full-time intensivist ซึ่งดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง และสามารถปรึกษาผู้เชี่ยวชาญใน subspecialty ต่างๆ สามารถมาดูแลผู้ป่วยได้ภายใน 30 นาที

IV. Nursing availability ระบุคุณสมบัติ การศึกษาต่อเนื่อง การฝึกอบรมการดูแลที่ใช้ highly specialized technique

V. Respiratory care personnel requirements

VI. Pharmacy services requirements นอกเหนือจากระบบจ่ายยาที่ ready to administrator ในเวลาที่ต้องการแล้ว ยังระบุถึงการทบทวนและติดตามผลการใช้ยา การมีเภสัชกรตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีม

VII. Other personnel เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด APN dietary specialists, biomedical engineers

VIII. Laboratory services ซึ่งมีบริการ 24 ชั่วโมง รวมทั้งการตรวจที่ต้องการผลด่วน หรือการตรวจที่ข้างเคียง

IX. Radiology and imaging services เน้นถึงมีบริการต่างๆ และการดูแลเพื่อป้องกัน อันตรายต่อผู้ป่วยที่อาจจะมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างการเคลื่อนย้าย

X. Services provided in unit เช่น การ monitor, การใช้เครื่องช่วยหายใจ, การ ช่วยชีวิต, การทำหัตถการที่จำเป็น รวมทั้งการมีห้องแยกที่ปรับความดัน

XI. ICU policies and procedures เช่น เกณฑ์การรับ/จำหน่าย, TQM/CQI program, แนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การผูกมัด

XII. Telemedicine capability

5) Beacon Award for Critical Care Excellence

American Association of Critical Care Nurses (AACN) ได้จัดทำเกณฑ์เพื่อให้รางวัล Beacon Award for Critical Care Excellence โดยมีเกณฑ์ประเมินใน 6 ด้าน ได้แก่ recruitment and retention; education, training, and mentoring; evidence-based practices; patient outcomes; healing environments; leadership and organizational ethics

แต่ละด้านจะมีการกำหนดมาตรฐานที่ควรจะเป็นไว้ และให้ ICU ประเมินตนเองว่าขณะนี้ทำได้ตามมาตรฐาน หรือดีกว่า หรือจะต้องมีการปรับปรุง

ตัวอย่างของ patient outcomes ได้แก่

- What is your unit rate of unplanned extubations per 1000 ventilator days?
- What is your unit based UTI (catheter associated urinary tract infections) rate per 1000 device days?
- What is your unit based rate of central line related bloodstream infections per 1000 device days?
- What is your unit based rate of ventilator associated pneumonia (VAP) per 1000 ventilator days?
- What is your unit based rate of pressure ulcers or greater than or equal to grade II per 1000 patient days (exclude pressure ulcers evident on admission to the ICU)
- What is your unit based rate of deep vein thrombosis (DVT) per 1000 patient days?

6) Practice Guidelines ขององค์กรวิชาชีพต่าง ๆ

เกิดจากการนำ scientific evidence มาสรุปเป็นแนวทางที่พึงปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ รวมทั้งข้อมูลที่มีการนำเสนอในการประชุมวิชาการขององค์กรวิชาชีพ

ICU ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศหรือ ICU ที่ดีที่สุด ควรนำเกณฑ์ มาตรฐาน หรือแนวทางทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง มาพิจารณาว่าได้มีการปฏิบัติไปแล้วเพียงใด ส่วนที่เหลืออยู่มีความเป็นไปได้ที่จะนำสู่การปฏิบัติได้เพียงใด และจะนำสู่การปฏิบัติอย่างไรให้เกิดประโยชน์

บริบท ความเป็นตัวตนเฉพาะ

บริบท คือสถานการณ์เฉพาะของแต่ละหน่วยงาน แต่ละองค์กร

บริบท มีทั้งส่วนที่เป็นศักยภาพ และส่วนที่เป็นข้อจำกัด ปัญหา ความท้าทาย มีทั้งส่วนที่เป็นเรื่องของผู้ให้บริการและลักษณะของผู้รับบริการ

การมองบริบทต้องมองในภาพรวมให้เห็นลักษณะทั้งหมดโดยรวม

บริบท เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของหน่วยงานและองค์กร การทำความเข้าใจบริบทให้ชัดเจน จะทำให้สามารถกำหนดเป้าหมายและทิศทางการทำงานได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

เมื่อนำหลักคิดหรือปรัชญาการพัฒนา กับ เกณฑ์ มาตรฐาน หรือแนวทาง ที่กล่าวมาแล้ว มาพิจารณาเทียบกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลหรือแต่ละหน่วยงาน ผลลัพธ์คือแผนงานหรือการกระทำที่สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของหน่วยงานและองค์กรนั้นๆ

ICU ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศหรือ ICU ที่ดีที่สุด ควรเริ่มต้นด้วยการทำความเข้าใจกับบริบทของตนเอง ทบทวนความเหมาะสมของวิธีการทำงานและการพัฒนากับบริบทของตนเองเป็นระยะ

เอกสารอ้างอิง

AACN: Beacon Award for critical care excellence.

<https://www.aacn.org/AACN/ICURecog.nsf/vwdoc/MainPage>

Baldrige National Quality Program: Healthcare Criteria for Performance Excellence

2006. <http://www.baldrige.nist.gov>

Brilli RJ, Spevetz A, Branson RD, et al: Critical care delivery in the intensive care unit:

Defining clinical roles and the best practice model. Crit Care Med 2001; 29:

2007-19

Haupt MT, Bekes CE, Brilli RJ, et al: Guidelines on critical care services and personnel:

Recommendations based on a system of categorization of three levels of care.

Crit Care Med 2003; 31: 2677-83

IHI: Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events.

<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/>

GlobalTriggerToolforMeasuringAEs.htm

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล: มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ พ.ศ.

2549

อนุวัฒน์ ศุภชฎิกุล: Clinical Quality Tools: สไลด์ประกอบการบรรยายในการประชุม

Surveillance Workshop ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล วันที่ 5

กันยายน 2549