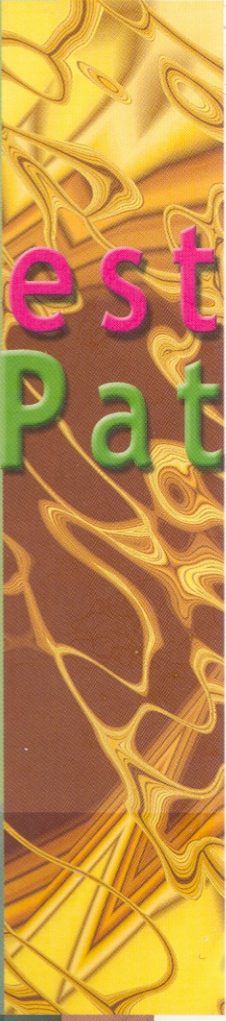
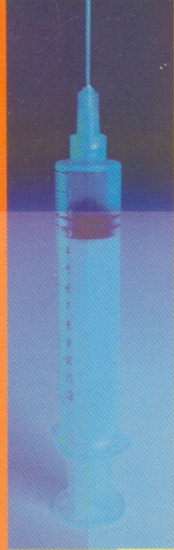
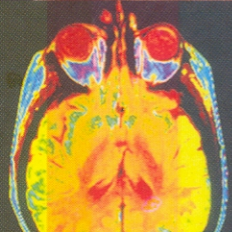
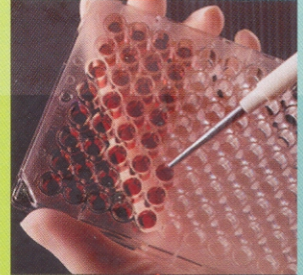


เอกสารประกอบการประชุม
4th National Forum on
Quality Improvement and
Hospital Accreditation
17-18 มีนาคม 2546

in Best Practices
Patient Safety



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



สารบัญเอกสารประกอบการประชุม 4th National Forum

Best Practice	1
I ความหมายของ Benchmark, Best Practice และ Benchmarking	1
II ประเภทของ Benchmarking	2
III ขั้นตอนการทำ Benchmarking.....	3
IV การเตรียมองค์กรสู่ Benchmarking.....	4
Patient Safety 1 “เปลี่ยน (เหตุ) วิกฤต...ให้เป็นโอกาส (พัฒนา)”.....	6
ว่าด้วยการใช้ประโยชน์จากการทบทวนในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA.....	6
Patient Safety 2 “มั่นใจว่าปลอดภัย เมื่อใช้เครื่องมือ”	12
ว่าด้วยเรื่อง Medical Device & Patient Safety	12
Patient Safety 3 “ดูแลให้ดี วิกฤตินี้ป้องกันได้”	14
ว่าด้วยเรื่อง Critical Care Safety	14
แนวคิดเชิงระบบด้านบริการวิสัญญี.....	16
Introduction to Critical Care Medicine	17
โครงการวิจัยร่วมสหสถาบัน	22
JCAHO’s 2003 National Patient Safety Goals	25
Patient Safety 4 เรื่องยา ที่เป็นทั้งยาดีและยาฆม	28
ว่าด้วยเรื่อง Medication Safety.....	28
ข้อผิดพลาดในการใช้ยาของแพทย์	30
Best Practices in Medication	31
Patient Safety 5 เวชระเบียน บันทึกเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ	33
ตัวอย่างของการจัดการเวชระเบียนเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ	37
มาตรฐานการบันทึกเวชระเบียน โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์.....	38
การเริ่มใช้ Electronic Medical Record ในโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์.....	44
การเปลี่ยนแบบบันทึกเวชระเบียนใน Trauma Unit.....	45
การบันทึกในขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยรถพยาบาล: รพ.กรุงเทพ	47
เวชระเบียนกับการพัฒนาคุณภาพ รพ.จุฬาลงกรณ์.....	48
Discharge Planning และ CareMap กับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย	49
การทบทวนเวชระเบียน โรงพยาบาลลาดพร้าว	50
ระเบียบปฏิบัติที่ทางแผนกเวชระเบียนและสถิติ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บ.นอ.	58
Patient Safety 6 “เคร่งครัดเป็นนิจ ป้องกันติดเชื้อ”.....	62
ว่าด้วยการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC).....	62
Patient Safety 7 “สิ่งแวดล้อม...เรื่องที่ถูกลืม”	66
ว่าด้วยเรื่องความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม	66
ตัวอย่างการแก้ปัญหาเรื่องสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	68
Patient Safety 8 Competency	70
Competency and Patient safety	70
Competency Assessment	73

Patient Safety 10.....	79
Legal Issue, Secret of Success & Leadership in Patient Safety.....	79
TO OVERCOME DIVERSITY IN LEADERSHIP.....	84
Patient Safety 11.....	90
เครื่องชีวิตความปลอดภัยของผู้ป่วย.....	90
Management Excellence.....	97
The Performance Excellence “The Journey is the Destination”.....	97
Knowledge Management “Capitalizing and Leveraging your Knowledge”.....	101
การพัฒนาคุณภาพแบบก้าวกระโดดโดยใช้วิธีแบบ SIX SIGMA.....	107
การประยุกต์ใช้ BALANCED SCORE CARD ในโรงพยาบาล.....	115
คุณภาพบริการ : ทัศนะต่อชีวิตและความตาย.....	126
ข้อเสนอกรอบความคิด ความตาย : ประตูลู่สภาวะใหม่.....	126
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย - ปัญหาหรือโอกาสพัฒนา.....	135

Best Practice

บทความนี้ย่อมาจากส่วนหนึ่งของหนังสือ

“**Benchmarking: ทางลัดสู่ความเป็นเลิศทางธุรกิจ**”

โดย ดร.บุญดี บุญญาภิกิจ และ คุณกมลวรรณ ศิริพานิช

I ความหมายของ Benchmark, Best Practice และ Benchmarking

Benchmark

Benchmark หมายถึง ตำแหน่งที่ใช้เป็นจุดอ้างอิง เกณฑ์เปรียบเทียบสมรรถนะหรือความสามารถ เมื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงองค์กร Benchmark จะหมายถึงผลการปฏิบัติหรือสมรรถนะของผู้ที่ทำได้ดีที่สุด (Best-in-Class) ซึ่งเราจะใช้เพื่อเปรียบเทียบกับความสามารถของตนเอง

คำว่า Benchmark สามารถใช้ในเชิงเปรียบเทียบ โดยอาจหมายถึงระดับสมรรถนะที่เราต้องการทำให้ได้ ซึ่งไม่จำเป็นต้องดีที่สุดเสมอไป จะขึ้นกับว่าเราต้องการปรับปรุงขึ้นไปอยู่ในระดับใด Benchmark มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเพราะมีผู้ที่ทำได้ดีกว่าเกิดขึ้นอยู่เสมอ

Best Practices

Best Practices คือ วิธีการปฏิบัติที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ หรือการปฏิบัติที่นำองค์กรสู่ความเป็นเลิศ

คำว่า “ดีที่สุด” (Best) ในที่นี้เป็นคำที่ให้ความหมายในเชิงเปรียบเทียบ คือ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และเป้าหมายเป็นหลัก คำว่า ดีที่สุดอาจจะไม่ได้หมายถึงดีที่สุดสำหรับทุกองค์กร เพราะ Best Practices อาจนำไปใช้ได้ใบบางองค์กรเท่านั้น เพราะแต่ละองค์กรมีวัฒนธรรม วิสัยทัศน์ สภาพธุรกิจ และปัจจัยภายในองค์กรที่แตกต่างกันไป

Benchmarking

Benchmarking คือกระบวนการในการวัดและเปรียบเทียบ ผลลัพธ์ บริการ และวิธีการปฏิบัติกับองค์กรที่สามารถทำได้ดีกว่า เพื่อนำผลของการเปรียบเทียบมาใช้ในการปรับปรุงองค์กรของตนเอง เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศในธุรกิจ หรืออาจกล่าวได้ว่า Benchmarking เป็นกระบวนการในการค้นหา Best Practices และนำ Best Practices ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้เพื่อให้สามารถแข่งขันกับผู้อื่นได้นั่นเอง

โดยสรุป: Benchmark หมายถึง มาตรฐานเทียบเคียง (มาตรฐานความเป็นเลิศ)

Best Practices หมายถึง วิธีปฏิบัติที่นำไปสู่ความเป็นเลิศ

Benchmarking หมายถึง กระบวนการในการค้นหา Best Practices เพื่อนำมาปรับปรุงตนเองสู่ความเป็นเลิศ

Benchmarking ไม่ใช่การวิเคราะห์คู่แข่ง การเยี่ยมชมดูงาน การลอกเลียนแบบ หรือการล้วงความลับขององค์กรอื่น แต่เป็นการเรียนรู้วิธีปฏิบัติจากองค์กรอื่นซึ่งกระทำอย่างเปิดเผย เป็นระบบ และมีจุดประสงค์โดยไม่จำเป็นต้องทำกับคู่แข่งเท่านั้น อาจจะทำกับใครก็ได้ที่มีวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศและเราต้องการที่จะเรียนรู้จากเขา

Benchmarking เน้นที่การศึกษาถึงวิธีการปฏิบัติ 80 – 90 % และใช้ตัววัด (Indicators)ประกอบการพิจารณาเพียง 10 – 20 % เท่านั้น

เราสามารถทำ Benchmarking ได้ในทุกระดับตั้งแต่ระดับกลยุทธ์ลงไปจนถึงระดับปฏิบัติการ และทำ Benchmarking ได้ทุกเรื่องตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ หรือผลลัพธ์

ผลของการทำ Benchmarking จะทำให้บรรยากาศและวิธีคิดในองค์กรเปลี่ยนไปดังนี้

ก่อนทำ	หลังทำ
เราไม่ได้คิดเอง อย่าทำเลย	เอาความคิดดีๆ จากนอกองค์กรมาใช้กันเถอะ
คำตอบเดียวสำหรับทุกปัญหา	มีทางเลือกที่หลากหลาย
มุ่งเน้นแต่ภายในองค์กร	หาทางเลือกอื่นๆจากภายนอกองค์กร
ตั้งเป้าโดยดูจากอดีต	ตั้งเป้าโดยดูจาก Benchmarks
มีความเข้าใจตลาดน้อย	มีความเข้าใจตลาดมาก
องค์กรมาก่อน	ลูกค้ามาก่อน
ปรับปรุงแบบตั้งรับ	ปรับปรุงเชิงรุก
มุ่งเน้นที่ปัญหา	มุ่งเน้นที่โอกาส
ขับเคลื่อนโดยบุคคล	ขับเคลื่อนด้วย Best Practices
เลือกทางเดินที่มีแรงต้านน้อยที่สุด	เลือกทางเดินที่ให้คุณค่ามากที่สุด
เราดีอยู่แล้ว	เราต้องทำให้ดีกว่านี้
บริหารโดยประสบการณ์	บริหารโดยข้อเท็จจริง
ตามคนอื่น	นำคนอื่น

II ประเภทของ Benchmarking

- แบ่งตามวัตถุประสงค์ของการทำ Benchmarking
 - Performance Benchmarking หรือ Result Benchmarking คือ การเปรียบเทียบเฉพาะผลของการปฏิบัติงาน/ดำเนินการกับองค์กรอื่น
 - Process Benchmarking คือ การเปรียบเทียบกระบวนการทำงาน หรือวิธีการปฏิบัติงานระหว่างองค์กรเรากับองค์กรอื่น เพื่อค้นหาวิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best Practices)
 - Product Benchmarking คือ การเปรียบเทียบเทียบผลิตภัณฑ์หรือคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์ของเรา กับขององค์กรอื่น
 - Strategy Benchmarking คือ การศึกษาเปรียบเทียบกลยุทธ์ของเรา กับขององค์กรอื่นที่ประสบความสำเร็จทางด้านธุรกิจ
- แบ่งตามผู้ที่เราไปเปรียบเทียบกับ
 - Internal Benchmarking คือ การเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงานที่อยู่ในองค์กรเดียวกัน
 - Competitive Benchmarking คือ การทำการเปรียบเทียบกับองค์กรที่เป็นคู่แข่งโดยตรง
 - Industry Benchmarking คือ การเปรียบเทียบกับองค์กรที่อยู่ในธุรกิจเดียวกัน แต่ไม่ใช่คู่แข่งกันโดยตรง
 - Generic Benchmarking หรือ Functional Benchmarking คือ การทำการเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นที่มีได้อยู่ในธุรกิจเดียวกันแต่มีความเป็นเลิศในกระบวนการทำงานนั้นๆ

การทำ Benchmarking อาจจะทำแบบกลุ่มหรือแบบเดี่ยวก็ได้ การทำแบบกลุ่มคือการไปรวมกลุ่มกับองค์กรอื่นที่มีความต้องการจะทำ Benchmarking ในเรื่องเดียวกัน อาจจะมีบุคคลที่สามเป็นผู้ประสานงานและดำเนินการเก็บข้อมูลให้หรือไม่ก็ได้ ข้อดีของการทำแบบกลุ่มคือไม่ต้องเสียเวลาหาคู่เปรียบเทียบ เพราะคู่เปรียบเทียบคือแต่ละองค์กรที่เข้ามารวมกลุ่มกันนั่นเอง ทำให้ประหยัดเวลา เป็นการสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ดี มีปฏิสัมพันธ์ถึงกัน ทำให้เกิดความไว้วางใจกัน แต่มีข้อจำกัดคือแต่ละองค์กรไม่สามารถทำตามสิ่งที่ต้องการได้หมดทุกเรื่อง ต้องฟังเสียงข้างมาก

การทำ Benchmarking แบบเดี่ยว คือการทำโดยองค์กรเดียว มีข้อดีที่สามารถเลือกหัวข้อที่ตนเองสนใจได้ สามารถควบคุมระยะเวลาดำเนินการได้ และสามารถเลือกผู้ที่จะเป็นคู่เปรียบเทียบได้ ข้อเสียคือใช้เวลานานกว่าแบบกลุ่ม อาจจะทำให้เปรียบเทียบลำบาก ในการเริ่มต้นครั้งแรกที่ยังไม่มีประสบการณ์ ควรเริ่มด้วยการทำแบบกลุ่มก่อน

III ขั้นตอนการทำ Benchmarking

ขั้นตอนการทำ Benchmarking ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก และ 10 ขั้นตอนย่อย คือ

ขั้นตอนหลัก	ขั้นตอนย่อย
I การวางแผน (Planning)	1. กำหนดหัวข้อการทำ Benchmarking 2. กำหนดองค์กรเปรียบเทียบ 3. กำหนดวิธีการเก็บข้อมูลและเก็บข้อมูล
II การวิเคราะห์ (Analysis)	4. วิเคราะห์หาช่วงห่าง (performance gap) 5. คาดคะเนช่วงห่างในอนาคต
III การบูรณาการ (Integration)	6. สื่อผลให้ผู้เกี่ยวข้องและสร้างการยอมรับ 7. ตั้งเป้าหมาย
IV การปฏิบัติ (Action)	8. จัดทำแผนดำเนินการ 9. นำแผนไปสู่การปฏิบัติ ควบคุม กำกับดูแล 10. สอบทวนผลโดยเทียบกับคู่เปรียบเทียบ

ขั้นตอนการวางแผน (Planning Stage)

1. การกำหนดหัวข้อการทำ Benchmarking ควรเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ห้วงองค์กรของตนเอง ซึ่งเราสามารถทำได้สองมุมมอง คือ มุมมองภายในที่เป็นประเด็นสำคัญในองค์กร และ มุมมองภายนอกองค์กรที่มาจากลูกค้า

2. การกำหนดองค์กรที่จะเปรียบเทียบด้วย 2 ขั้นตอนหลัก คือ (1) การจัดทำรายชื่อองค์กรที่ต้องการจะเปรียบเทียบ (2) การคัดเลือกองค์กร ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์ต่าง เช่น ขนาด กลุ่มอุตสาหกรรม โครงสร้างองค์กร ระดับของเทคโนโลยี คุณลักษณะของสินค้า/บริการ ความต้องการของลูกค้า บัณฑิตแห่งความสำเร็จ รางวัล/การยอมรับ สถานที่ตั้ง เป็นต้น

3. การกำหนดวิธีการเก็บข้อมูลและการเก็บข้อมูล มี 3 ขั้นตอนหลัก คือ การจัดทำเครื่องมือเก็บข้อมูล กำหนดวิธีการเก็บข้อมูล และเก็บข้อมูล

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis Stage)

4. การวิเคราะห์หาช่วงห่างระหว่างตัวเรากับองค์กรที่เราไปเปรียบเทียบกับ ทำให้ทราบว่าประสิทธิภาพหรือความสามารถของเราห่างจากคู่แข่ง หรือกับผู้ที่ไปเปรียบเทียบกับมากน้อยเพียงไร และสิ่งแรกที่ต้องปฏิบัติก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ คือ การเรียบเรียงข้อมูลทั้งหมดที่ได้เพื่อให้ง่ายต่อการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งเป็นการทวนสอบถึงความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล

5. การคาดคะเนหาช่วงห่างที่จะเกิดขึ้นในอนาคต คือ การคาดคะเนความแตกต่างของความสามารถ/สมรรถนะของเรากับคู่แข่งเปรียบเทียบในอนาคต

ขั้นตอนการบูรณาการ (Integration Stage)

6. การสื่อสารผลที่ได้จากการทำ Benchmarking ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง และการสร้างการยอมรับ เพื่อเป็นการสร้างการยอมรับ และสร้างการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงองค์กรให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ตั้งแต่ต้น

7. การตั้งเป้าหมาย เพื่อที่จะทำให้สามารถกำหนดเป้าหมายในปัจจุบันเสียใหม่ให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากขึ้น

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action Stage)

8. การจัดทำแผนดำเนินการ คือ เป็นการกำหนดกิจกรรมที่ต้องทำ ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาและวิธีการประเมินผล

9. การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ และการควบคุมและกำกับดูแลให้ผลเป็นไปตามแผนที่วางไว้ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จที่สามารถวัดได้อย่างเป็นรูปธรรม

10. การสอบทวนผลโดยเทียบค่ากับผู้ที่ดีที่สุดหรือคู่แข่งเป็นระยะ ๆ ตามความเหมาะสม โดยต้องทบทวนว่าเราได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งใจไว้หรือไม่ ต้องทบทวนเป้าหมายหรือไม่ มาตราฐานเทียบเคียงดีขึ้นหรือไม่ จะหาคู่เปรียบเทียบเพิ่มเติมหรือไม่ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะ Benchmarking เป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถแข่งขันได้กับองค์กรอื่นได้ตลอดเวลา

IV การเตรียมองค์กรสู่ Benchmarking

Benchmarking เป็นการดำเนินการที่เป็นระบบ ต้องมีการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. การสร้างทีม ควรจัดโครงสร้างทีมคร่อมสายงาน(Cross Functional Team) ซึ่งมีหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม โดยมีการระดมความคิดเห็น ความชำนาญ ประสบการณ์จากหลายๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งจะทำให้กระแสการต่อต้านลดน้อยลง และโอกาสที่จะประสบความสำเร็จสูง

2. คุณสมบัติของทีม ควรมีสมาชิกจากเจ้าของกระบวนการที่จะทำ Benchmarking ลูกค้าภายในของกระบวนการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักๆ สมาชิกทีมควรมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการวิเคราะห์กระบวนการและการปรับปรุงกระบวนการดีพอสมควร มีความรู้ในเรื่อง Benchmarking และมีการผสมผสานความสามารถหลายๆ ด้านของสมาชิกทีม

3. มีการมอบหมายหน้าที่และบทบาทของทีม/สมาชิกทีมชัดเจนโดยคำนึงถึงความเชี่ยวชาญของแต่ละคน ซึ่งจะทำให้ทุกคนทราบถึงหน้าที่รับผิดชอบและสิ่งที่ตนเองต้องปฏิบัติ

4. มีการหาข้อมูลอย่างเพียงพอโดยใช้ฐานข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ปัจจุบันพบว่าข้อมูลและข่าวสารที่สำคัญต่างๆ สามารถสืบค้นได้จากทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งทำให้ประหยัดเวลาในการค้นหา

ปัญหาและอุปสรรคในการทำ Benchmarking ที่ควรระมัดระวังมีดังนี้

ปัญหา	แนวทางการแก้ไข
เลือกองค์กรที่เป็นคู่เปรียบเทียบไม่เหมาะสม	ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเพิ่มขึ้นและศึกษาองค์กรที่ต้องการไปเปรียบเทียบล่วงหน้าอย่างดี
เลือกตัววัดที่ใช้ในการเปรียบเทียบผิด	ศึกษาวิเคราะห์กระบวนการและศึกษานโยบาย เป้าหมาย องค์กรของตนเองให้ดีกว่าก่อน
ล้มเหลวในการโน้มน้าวผู้บริหารให้เชื่อผลของการเปรียบเทียบ	เชื่อมโยงวิธีการปฏิบัติ (Best Practices) ที่ได้เรียนรู้ให้เข้ากับนโยบายหรือแผนธุรกิจขององค์กร และนำเสนอผลประโยชน์ที่องค์กรอื่นได้รับและที่องค์กรของตนจะได้รับ
ขาดการสนับสนุนในการดำเนินงาน	ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยพยายามให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมและ รายงานผลกับผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง
ข้อมูลที่เก็บมาไม่มีประโยชน์เท่าที่ควร	เน้นการเก็บข้อมูลที่มีผลต่อประสิทธิภาพ และประสิทธิผล โดยเน้นที่ข้อมูลของตัววัดหลัก (Key Performance Indicators, KPIs)
คู่เปรียบเทียบไม่ค่อยแลกเปลี่ยนข้อมูลที่มีประโยชน์	เลือกคู่เปรียบเทียบต่างธุรกิจ (Generic Benchmarking) และเน้นคำถามเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติมากกว่าตัววัด
ข้อมูลที่ได้รับมาไม่ถูกต้อง	<ul style="list-style-type: none"> - ตั้งคำถามให้ชัดเจน และทดสอบเครื่องมือในการเก็บข้อมูลก่อนการใช้จริง - ตรวจสอบคำตอบโดยการทบทวนความเข้าใจของทั้งสองฝ่ายเสมอ - ศึกษาก่อนว่าข้อมูลชนิดนี้ควรถามใคร
ตัววัดมากเกินไป	ควรนำตัววัดไปเชื่อมโยงกับแผนธุรกิจและ เลือกเฉพาะตัววัดที่มีความสำคัญกับแผนธุรกิจ
วิธีการปฏิบัติ (Best Practices) ที่เรียนรู้จากการทำ Benchmarking นำมาใช้กับองค์กรเราไม่ได้	พยายามวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของคู่เปรียบเทียบคืออะไร วิเคราะห์ว่าเรามีหรือไม่ ถ้าไม่มีก็สร้างขึ้นให้ได้

Patient Safety 1 “เปลี่ยน (เหตุ) วิกฤต...ให้เป็นโอกาส (พัฒนา)”:

ว่าด้วยการใช้ประโยชน์จากการทบทวนในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

คำถามว่าจะเริ่มต้นพัฒนาคุณภาพอย่างไร เป็นคำถามยอดฮิตต่อเนื่องมาหลายปี

เมื่อปี 2545 พรพ.เสนอแนะบันได 3 ขั้นสู่ HA เพื่อแบ่งการพัฒนาให้เป็นขั้นย่อยที่สามารถเห็นความสำเร็จได้เป็นลำดับขั้น

บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA คือการดูแลเรื่องความเสี่ยง และการทบทวนเรื่องที่เป็นปัญหาทั้งหลายเพื่อนำมาสู่การปรับปรุงระบบ มีแนวทางในการทบทวนในรูปแบบต่างๆ ไว้ 12 อย่างด้วยกัน

โรงพยาบาลชุมชน 543 แห่งเข้าร่วมในโครงการบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA มีที่ปรึกษาไปเยี่ยม มีการบ้านให้ทำ มีการประเมินความก้าวหน้าร่วมกับที่ปรึกษา

ในบางพื้นที่มีการนำประสบการณ์แลกเปลี่ยนกัน

ตัวอย่างประสบการณ์ที่น่าสนใจ

รพ.ควนเนียง

การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้มิใช่แพทย์ ให้แพทย์เวรมีหน้าที่ทบทวนเวชระเบียนในคืนนั้น ทุกสาย ถ้าพบว่ามีปัญหาอะไรก็จะเขียนไว้ในข้อเสนอแนะ พยาบาลจะมาอ่านและเขียนข้อเสนอแนะในส่วนของตัวเอง จะรวบรวมปัญหาว่า “คุยกันทุกวัน พบกันทุกเที่ยง” ใช้งบประมาณ 300 บาทต่อวันในการเลี้ยงอาหารที่มสทวิชาชีฟ

ตัวอย่างเมื่อพบปัญหา ก) การบันทึกบาดแผลไม่สมบูรณ์ ซึ่งถ้าเป็น case คดีภายหลังจะมีปัญหา ข) การตัดสินใจให้ antibiotic เป็น routine ได้นำเอาทั้งสองเรื่องมาขยายเป็น CQI เรื่องการดูแลบาดแผลและการตัดสินใจให้ antibiotic ทำให้ได้ CPG และการทบทวนวิชาการตามมา

แค่ทำช่วงสั้นๆ ทำให้พยาบาลลดการใช้ antibiotic ลง ผลลัพธ์จากเดิมให้ antibiotic ในขนาดแผลที่ไม่เหมาะสมลดลง **หนึ่งกิจกรรมเชื่อมโยงได้หลายกิจกรรม**

การบันทึกเวชระเบียนถ้าเป็นสหวิชาชีพได้จะไม่ซ้ำซ้อน คนไข้ได้ประโยชน์ เริ่มจากการ audit เวชระเบียนโดยแพทย์สลับกันมาตรวจ การบันทึกสรุปรูป 60% progress note 15% ได้ปรับแบบฟอร์มโดยเอาผู้มีส่วนร่วมมาคุยกัน มีการปรับเปลี่ยนแบบฟอร์ม 3 ครั้ง เสียงตอบรับเป็นที่พอใจของผู้เกี่ยวข้อง เมื่อได้ความสมบูรณ์แล้ว จะไปดูคุณภาพในการตัดสินใจด้วย code audit ทำแล้วตกใจ พบว่าเวชสถิติให้รหัสผิด ทำให้ รพ. สูญเงินไป 8000 บาทจาก 3 ราย

รพ.พญาเม็งราย

เอาปัญหาของชุมชนที่พบบ่อยและก่อให้เกิดความสูญเสียมาเป็นตัวตั้ง คือ COPD ใช้ทีมสหวิชาชีพมาทำงานร่วมกัน โดยนำแนวคิดการทบทวนด้วย C3 THER, แนวคิด TQM, หลักการทางศาสนา คือ สังคหวัตถุ 4 และ แนวคิดการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มาเป็นกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา ทำ PDCA ให้ครบวงและต่อเนื่อง

จากการทบทวนด้วย C3THER ระหว่างดูแลผู้ป่วย ได้นำข้อสรุปที่ได้จากการทบทวนมาลงปฏิบัติ นำปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติมาหาแนวทางแก้ไข และนำแนวทางที่ได้มาปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลโดยดูอัตราการคงเตียงด้วยโรค COPD, compliance ในการใช้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรค COPD และภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืนได้แก่ CPG, CareMap, มาตรฐานการทำกายภาพบำบัด สำหรับผู้ป่วย COPD

นอกจากนั้นยังประยุกต์วิธีการวัดสมรรถภาพอดแบบง่าย ๆ เพื่อติดตามผลการรักษา โดยให้ผู้ป่วย เดินเป็นเวลา 6 นาทีแล้ววัดระยะทางที่เดินได้ในแต่ละครั้ง

ที่มาและที่จะก้าวต่อไป

บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA เป็นเหมือนก้าวแรก

หลายคนบอกว่า ง่ายดี เป็นสิ่งที่สัมผัสได้ เห็นผลได้

หลายคนบอกว่า ทำไมเอาเรื่องยากที่สุด มาไว้เป็นบันไดขั้นแรก ขนาดโรงพยาบาลที่พัฒนาไปมากแล้วยังทำไม่ได้เลย

เหตุผลก็คือ เราต้องการเข้าตรงประเด็นให้เร็วที่สุด ใช้แรงน้อยที่สุด เข้าใกล้ผู้ป่วยให้มากที่สุด แม้ระยะแรกจะเจ็บปวด แต่เมื่อทำด้วยความเข้าใจแล้ว จะได้ผลเกินคุ้ม จึงให้เริ่มต้นด้วย ฮ.นกฮูก

ถามว่าก้าวขั้นต่อไปคืออะไร ตอบง่ายๆ ก็คือก้าวไปสู่บันไดขั้นที่ 2

ถามว่าก่อนที่จะก้าวสู่บันไดขั้นที่ 2 ต้องทำบันไดขั้นที่ 1 ให้สมบูรณ์ ต้องประเมินให้ผ่านก่อนหรือไม่ คำตอบก็คือ ไม่ต้องรอให้สมบูรณ์ ไม่ต้องผ่านการประเมิน ทีมงานสามารถก้าวสู่บันไดขั้นที่ 2 ได้เลย โดยใช้ประโยชน์จากบทเรียนในบันไดขั้นที่ 1 ทำให้เชื่อมต่อกัน เอาเหตุการณ์หรือปัญหาที่เป็นจุดเริ่มของการทบทวน มาปรับปรุงควบคู่ไปกับการวิเคราะห์ระบบ กลับมาทำ PDCA ซ้ำในเรื่องเดิมให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ทำให้เป็นระบบและมีความครอบคลุมสมบูรณ์และลึกซึ้งยิ่งขึ้น

ถามว่าจะทำให้ครอบคลุมสมบูรณ์และลึกซึ้งขึ้นได้อย่างไร ตอบไปนี่คือข้อเสนอเพื่อพิจารณา

1. การจัดการความรู้ ทำอย่างไรก็ได้ให้ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการทบทวนสามารถนำมาเรียนรู้ได้ตลอดเวลา ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ ให้ความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคลปรากฏออกมาและถ่ายทอดให้รับรู้ทั่วกัน สะสมเพิ่มพูนขึ้นตลอดเวลา ดังตัวอย่างง่ายๆ ต่อไปนี้

ก) คือการบันทึกบอกเล่าเรื่องราว (story telling) เพราะเรื่องราว ปลุกเร้าอารมณ์ความรู้สึก เรื่องราวทำให้เข้าใจที่มาและที่ไป เพียงแต่หาวิธีการบันทึกออกมาให้น่าอ่าน จัดหมวดหมู่ให้ง่ายในการเข้าถึง และวางระบบรักษาความลับอย่างเหมาะสม

ข) การให้แพทย์เวร ER ทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยในวันที่ผ่านมานบนพื้นฐานวิชาการอย่างสร้างสรรค์ จดลงในสมุดบันทึกและวิจารณ์ต่อยอดกันได้

2. การปรับเปลี่ยนระบบงาน ทุกเรื่องราวที่ทบทวน ล้วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการในการทำงานหรือดูแลผู้ป่วย การทบทวนนำมาสู่การกำหนดหรือการทบทวนแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและรัดกุมครอบคลุมและเชื่อมโยง หากสามารถวิเคราะห์รากของปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบพื้นฐานขององค์กรได้ จะทำให้วิธีการแก้ปัญหาเป็นคำตอบที่ยั่งยืน การวิเคราะห์รากของปัญหาคือการถาม “ทำไม” ซ้ำแล้วซ้ำอีกจนถึงเหตุที่มาของปัญหาที่แท้จริง นอกจากนั้นควรจะใช้กระบวนการหลักของแต่ละงานเป็นตัวเชื่อมโยงให้เห็นภาพรวม จุดวิกฤติ และส่วนขาดที่ยังไม่ได้พัฒนา และนี่คือการเชื่อมต่อระหว่างบันไดขั้นที่ 1 กับบันไดขั้นที่ 2 อย่างแนบเนียน

3. ใช้เป็นจุดตั้งต้น และตัวจุดพลังส่งอย่างต่อเนื่อง ใช้เป็นจุดตั้งต้นคือการนำเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มาวิเคราะห์และปรับปรุง ใช้เป็นตัวจุดพลังส่งอย่างต่อเนื่อง คือไม่หยุดแค่ความเสี่ยงหรือความปลอดภัย ซึ่งเป็นความคาดหวังขั้นต่ำ แต่ไปให้ไกลกว่านั้น เพิ่มคุณค่าเข้าไปให้มากกว่านั้น ด้วยการคิดนอกกรอบ คิดแบบองค์รวม คิดว่าผู้ป่วยควรได้รับอะไรซึ่งดีกว่าที่เป็นอยู่

4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งพฤติกรรมการทำงานร่วมกัน และการดูแลผู้ป่วย ยิ่งทำยิ่งมีความไวในการมองปัญหา ยิ่งทำยิ่งเป็นธรรมชาติในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ยิ่งทำยิ่งสามารถแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นที่แตกต่างกันได้

จะเห็นว่าบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA คือก้าวแรกที่สำคัญ ก้าวที่จะนำไปสู่เป้าหมายได้ในลัดมือเดียว

ตัวอย่างการทบทวนซึ่งนำมาสู่การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ

การบริหารความเสี่ยง สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ปัญหาและการวิเคราะห์	<ul style="list-style-type: none"> ● สิ่งที่พบ ความคลาดเคลื่อนของการให้ยา การให้เลือดและสารน้ำ การติดต่อสื่อสาร การรักษาความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ ● วิเคราะห์ การรวบรวมความเสี่ยงไม่เป็นระบบ อุปกรณ์ไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้เกิดปัญหาซ้ำๆ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ความเสี่ยงมักมีความเกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมองค์กร จริยธรรมผู้ให้บริการ มาตรฐานวิชาชีพ ที่สำคัญคือ การสื่อสารความเสี่ยงในองค์กรไม่ดีพอ ทำให้แก้ปัญหาไม่ครอบคลุม
การดำเนินการแก้ปัญหา	<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างระบบรายงานความเสี่ยง ● ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เกสซิงค์ องค์กรแพทย์ กลุ่มงานการพยาบาล ฝ่ายบริหาร และอื่นๆ เปิดเวทีอภิปรายกรณีศึกษาที่สร้างความเสี่ยงและชี้ให้เห็นถึงการเชื่อมโยงสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม มาตรฐาน ความเสี่ยง
ผลการดำเนินการ	<ul style="list-style-type: none"> ● หน่วยงานให้ความร่วมมือในการรายงานความเสี่ยงเป็นอย่างดี จนเป็นวัฒนธรรมการรายงานอุบัติการณ์ ● เจ้าหน้าที่ต้นตอและตระหนักในเรื่องสิทธิผู้ป่วย และจริยธรรม ● การสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้บริหารดีขึ้นมาก ● การเรียนรู้ในเรื่องสำคัญ เช่น ความคลาดเคลื่อนของการให้ยา เป็นต้น
ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ	<ul style="list-style-type: none"> ● ความสามัคคีในองค์กร ทุกคนร่วมใจในการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง ● การทำงานเป็นทีม และนำกันอย่างกัลยาณมิตร เรียนรู้ร่วมกัน ● คณะทำงานได้รับการสนับสนุนจากคณะผู้บริหาร (empowerment)
แผนที่จะพัฒนาต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> ● ประเมินความเสี่ยงเชิงรุก ● เพิ่มการรายงานอุบัติการณ์

ผลกระทบจากโรคเอดส์ โรงพยาบาลแม่เอย

ปัญหาและการวิเคราะห์	<ul style="list-style-type: none"> ● พบว่ามีเด็กจำนวนมาก ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และไม่มีผู้ดูแล เกิดปัญหาถูกล่วงละเมิดทางเพศจากครอบครัวที่ไปอาศัย ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าเป็นผลกระทบจากโรคเอดส์
การดำเนินการแก้ปัญหา	<ul style="list-style-type: none"> ● ค้นหากลุ่มเป้าหมายจากเครือข่ายและจากการเยี่ยมบ้าน ● ประสานงานแหล่งทุนเพื่อให้การสงเคราะห์รายเดือนตามระดับความรุนแรงของปัญหา ● ติดตามประเมินผลการเรียนและประสานงานกับครูที่โรงเรียนเด็กอยู่เพื่อสร้างช่องทางให้เด็กขอรับความช่วยเหลือได้ตลอดเวลา ● จัดกิจกรรมอบรมให้เด็กสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เมื่อเกิดภาวะคับขัน ● กรณีที่เด็กต้องออกจากครอบครัวที่ล่วงละเมิดทางเพศได้มีการประสานกับโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ เพื่อให้รับเด็กเป็นกรณีพิเศษ
ผลการดำเนินการ	<ul style="list-style-type: none"> ● สามารถสงเคราะห์ด้านกายภาพ เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม อุปกรณ์การเรียน ให้เด็กทุกรายในกลุ่มเป้าหมาย ● ประสานงานให้เด็กได้เรียนต่อตามเกณฑ์ได้ครบทุกคน ● เด็กปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สามารถอยู่ในสังคมได้ ● ไม่มีเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ เด็กสามารถประเมินสถานการณ์และขอรับความช่วยเหลือให้พ้นจากครอบครัวได้ปีละ 2-3 ราย
ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ	<ul style="list-style-type: none"> ● การทำงานเป็นทีม ● การประสานงานกับแหล่งทุนที่สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
แผนที่จะพัฒนาต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างความตระหนักและการผลักดันให้เกิดการทำงานต่อเนื่องโดยองค์กรท้องถิ่น ● พัฒนาศักยภาพเด็กให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในระยะยาว

การแก้ปัญหาโรคเอดส์แบบครบวงจรในอำเภอแม่เมาะ โรงพยาบาลแม่เมาะ

ปัญหาและการวิเคราะห์	จากการทบทวนสถานการณ์โรคเอดส์พบว่าอำเภอแม่เมาะมีกลุ่มผู้ป่วยจำนวนประมาณ 2 พันคน โดยส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ฐานะยากจน ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยโดยรวมเกิดปัญหาเด็กกำพร้า ผู้สูงอายุขาดคนดูแล
การดำเนินการแก้ปัญหา	กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยเน้นการดูแลแบบองค์รวม ผสมผสานและฟื้นฟู โดยมี การวิเคราะห์ปัญหาทางแนวทางแก้ไขอย่างครอบคลุม เช่น <ul style="list-style-type: none"> ● กลุ่มผู้ติดเชื้อ เน้นการดูแลตนเอง การให้ยาต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน การทำ กิจกรรมเสริมอาชีพ สร้างชมรมให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ● กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เน้นการดูแลก่อนการตั้งครรภ์ การเตรียมความพร้อมก่อนแต่งงาน และการมีบุตร ● กลุ่มประชาชนทั่วไป เน้นความรู้พฤติกรรมเสี่ยงต่อเอดส์ การป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ ● กลุ่มเด็กกำพร้า เด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ มีการตั้งกองทุน ช่วยเหลือตั้งแต่ปี 2540 และยังคงดำเนินต่อเนื่อง ● กลุ่มผู้สูงอายุ มีการตั้งกองทุนดูแลผู้สูงอายุ
ผลการดำเนินการ	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการดูแลแบบองค์รวมและมีการติดตาม เยี่ยมบ้าน 100% ● ญาติและผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ● มีเครือข่ายให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนทุกหมู่บ้าน ● ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ได้รับการช่วยเหลือและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ● การติดเชื้อในอำเภอแม่เมาะมีแนวโน้มลดลง จาก การติดเชื้อรายใหม่ในปี 2544=21.9% ในปี 2545=13.98%
ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ	<ul style="list-style-type: none"> ● ความทุ่มเทเสียสละของทีมงาน ความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหา ● พันธมิตรทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งเครือข่ายในชุมชนให้ความร่วมมือ
แผนที่จะพัฒนาต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> ● ความต่อเนื่องและความยั่งยืนจากอาสาสมัคร ● ผู้นำชุมชนและองค์กรท้องถิ่นให้ความสำคัญกับปัญหาและให้การช่วยเหลือ อย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยนอกเวลา โรงพยาบาลแม่ข่าย

<p>ปัญหาและการวิเคราะห์</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลนอกเวลาราชการได้รับการรักษาจากพยาบาล หลังจากมีระบบการรายงานอุบัติการณ์ทำให้ได้รับทราบอุบัติการณ์เกี่ยวกับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยกระดูกหัก ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น muscle contusion เมื่อมีการทบทวนพบว่า มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยคือไม่มีหลักประกันว่าจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง เสี่ยงต่อพยาบาลคือปฏิบัติเกินขอบเขตรับผิดชอบ เสี่ยงต่อแพทย์คือการมอบหมายให้ผู้ไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ปฏิบัติหน้าที่แทน
<p>การดำเนินการแก้ปัญหา</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● องค์กรแพทย์ทำ standing order ในโรคที่พบบ่อย และอบรมการตรวจรักษาเบื้องต้นให้กับพยาบาล ● ทำคำสั่งมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่แทนเป็นลายลักษณ์อักษร ● ประเมินผลการรักษาโดยพยาบาลทุกเวชโดยแพทย์ทบทวนเวชระเบียนภายใน 24 ชั่วโมง ● จัดให้มีระบบรายงานและปรึกษาแพทย์ที่ชัดเจนสามารถประกันเวลาการมาดูแลผู้ป่วยของแพทย์ได้ภายใน 5 นาที
<p>ผลการดำเนินการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าอัตราการปฏิบัติตาม CPG ของพยาบาล 93.37%
<p>ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ความร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ● มีแนวทางปฏิบัติชัดเจน ● การนำปัญหาและโอกาสพัฒนามาทบทวนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
<p>แผนที่จะพัฒนาต่อเนื่อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องโดยความร่วมมือขององค์กรแพทย์ บริหารทางการแพทย์พยาบาล และ PCT

Patient Safety 2 “มั่นใจว่าปลอดภัย เมื่อใช้เครื่องมือ”

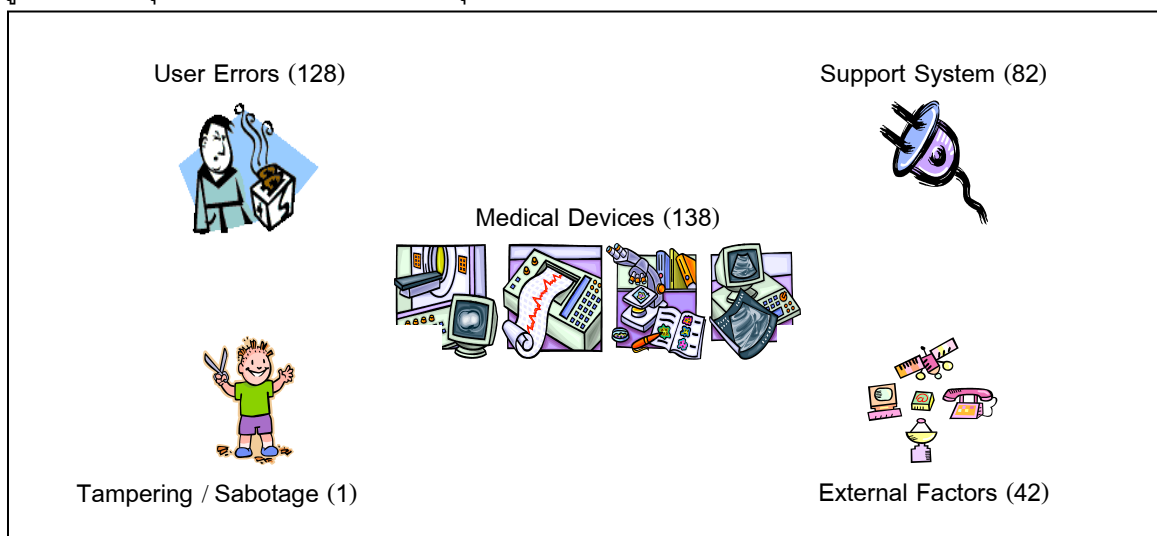
ว่าด้วยเรื่อง Medical Device & Patient Safety

นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์

คงไม่มีใครปฏิเสธว่า อุปกรณ์ (Device) หรือเครื่องมือ (Equipment) ทางการแพทย์ เป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้สำหรับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยในปัจจุบัน แต่อย่างไรก็ตาม พัฒนาการที่มีอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้อุปกรณ์ต่างๆ มีระบบที่ซับซ้อนขึ้น ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้น โรงพยาบาลที่มีคุณภาพ จึงจำเป็นต้องมีมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ รวมทั้งควรมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ ว่าข้อมูลที่ยรายงานโดยอุปกรณ์ต่างๆ มีความน่าเชื่อถือเพียงใด แต่ปัญหาก็คือใครควรจะรับผิดชอบในเรื่องนี้?

เมื่อวิเคราะห์ความผิดพลาดจากการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ จะพบว่ามีสาเหตุหลายประการ ดังในรายงานอุบัติการณ์ของ ECRI ได้แบ่งสาเหตุของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นออกเป็น 5 กลุ่ม ดังรูปที่ 1 ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า ความผิดพลาดส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจัยอื่นๆที่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลอาจคาดไม่ถึง เนื่องจากไม่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์โดยตรง แต่หากเราสามารถค้นหาปัจจัยต่างๆได้อย่างครอบคลุม ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยมากขึ้น ดังนั้นเจ้าหน้าที่ทุกคนที่อยู่ในโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่อาจได้รับผลกระทบจากการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

รูปที่ 1. สาเหตุความผิดพลาดที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ (รวม 223 ประเด็น)



Source: Adapted from Medical Device Safety Reports (MDSR), Accessed February 2, 2003.

(www.mdsr.ecri.org/index.asp)

อุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่าง โดยเฉพาะที่ใช้ตรวจวินิจฉัย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการตรวจสอบข้อมูลที่ยรายงานให้ผู้ใช้ทราบอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการจะมั่นใจได้ว่าข้อมูลที่ได้รับมีความถูกต้อง เทียบตรง และแม่นยำ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจหลักการทำงานของอุปกรณ์นั้นๆเป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงาน (Performance Test) และสอบเทียบ (Calibration) ด้วยวิธีการที่เหมาะสม

การอภิปรายในหัวข้อ Medical Equipment จึงเหมาะสมเป็นอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรสาธารณสุขทุกท่าน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์บ้างไม่มากก็น้อย โดยจะมีเนื้อหาครอบคลุมขั้นตอนหลักที่สำคัญ ได้แก่

1. การจัดหา

- ควรซื้อเครื่องมือที่ทำงานได้หลายอย่าง แต่มีราคาแพง หรือเครื่องมือที่ทำงานได้เฉพาะอย่าง?
- ผู้ใช้งานเครื่องมือต่างๆ มีบทบาทในการพิจารณาเลือกเครื่องมือหรือไม่?
- บัญชีบางอย่าง (เช่น การต่อรองราคา) ทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยได้อย่างไร?

2. การเตรียมระบบที่เกี่ยวข้อง

- จำเป็นต้องมีสายดินหรือไม่?
- จะอบรมเจ้าหน้าที่อย่างไรดี?

3. การใช้งาน

- เครื่องชนิดเดียวกัน แต่มีหลายยี่ห้อ จะใช้งานเหมือนกันหรือไม่?
- จะมั่นใจได้อย่างไรว่าคนที่ไม่คุ้นกับเครื่องจะสามารถใช้ได้ในเวลาจำเป็น?
- จะเกิดอะไรขึ้น หากใช้เครื่องมือไม่ตรงวัตถุประสงค์?

4. การบำรุงรักษา

- ควรมีมาตรการอย่างไรที่จะสามารถลดปริมาณการซ่อมลง?
- หากเครื่องมีปัญหา จะให้ใครซ่อมดี? เชื้อถือได้หรือไม่?
- ต้องทำอะไรบ้างหลังจากเครื่องซ่อมเสร็จแล้ว?
- หากมีเครื่องเสียพร้อมๆกันหลายเครื่อง จะจัดลำดับความสำคัญอย่างไร?
- การจัดเก็บเครื่องมือที่ถูกต้อง มีข้อควรระวังอะไรบ้าง?

5. การใช้ข้อมูลที่ได้

- จะมั่นใจได้อย่างไรว่าผล CBC ที่เครื่องรายงานให้ทราบ จะไม่ผิดพลาด?
- การสอบเทียบเครื่องมือทำอย่างไร? ควรทำเมื่อใดบ้าง?

Patient Safety 3 “ดูแลให้ดี วิกฤตินี้ป้องกันได้”

ว่าด้วยเรื่อง Critical Care Safety

โรงพยาบาลที่มีอัตราการตายสูงๆ คือโรงพยาบาลที่ไม่มีคุณภาพใช่หรือไม่ ถ้าตอบว่าใช่โรงพยาบาลใหญ่ๆ ทั้งหลายจะต้องโวย

ถ้าอย่างนั้นอัตราการตายและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนก็ไม่สามารถวัดคุณภาพได้ใช่หรือไม่ ถ้าตอบว่าใช่ก็ถูกโวยอีกว่าแล้วจะเอาอะไรมาวัด

ในการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ พรพ. แนะนำให้นำเอากรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและมีภาวะแทรกซ้อนมาทบทวน บางโรงพยาบาลทบทวนแล้วบอกว่าผู้ป่วยทั้งหมดที่เสียชีวิตนั้นสมควรตายทั้งสิ้น ถ้าอย่างนั้นแล้วการทบทวนจะได้ประโยชน์อะไร

ที่จริงแล้วข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤติเป็นขุมทองของโรงพยาบาล เป็นการสะสมความล่อแหลมที่จะเกิดความผิดพลาดต่างๆ นาๆ ได้มากที่สุด จัดการกับผู้ป่วยวิกฤติได้ ที่เหลือก็ไม่ต้องห่วงกังวล

ผู้ป่วยที่ล่อแหลมต่อการเกิดเหตุวิกฤติอยู่ที่ไหนบ้างในโรงพยาบาล: มีตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน, หอผู้ป่วยหนัก ก่อนข้างหนัก หนักไม่มาก, ห้องผ่าตัดและดมยา, ห้องคลอด, การทำหัตถการซึ่งซึ่งต้องการให้ผู้ป่วยหลับโดยไม่ถึงขั้นสลบ, รวมทั้งในหอผู้ป่วยทั่วไปซึ่งมีการใช้ยา เลือด หัตถการ ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้, หรือหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยสุดขั้วบางกลุ่ม เช่น วัยที่อายุน้อยมากๆ วัยที่เหลือน้อยไม่มาก ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ด้วยเหตุทางสมองหรือทางจิต

โอกาสเกิดเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสูง เมื่อเกิดเหตุแล้วไม่ค่อยมีใครอยากเอาหน้าเข้ามาแบกรับ จะพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติซึ่งสูญเสียก็แสนยากที่จะให้ยอมรับและร่วมมือ คนทำงานเองก็เสียวูบวาบว่าเมื่อไรจะถูก jackpot จะเอาเรื่องราวมาพูดคุยกันก็เกรงจะแพร่กระจายกลายเป็นขี้ปากผู้คน เมื่อไม่พูดก็ไม่รู้ปัญหา ไม่ได้ขุดรากของปัญหาขึ้นมาแก้ไข

แนวคิด system approach จึงน่าจะเป็นความหวังให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความมั่นใจว่าเมื่อเกิดเหตุ คนที่อยู่ในเหตุการณ์จะไม่ตกเป็นเหยื่อของการกล่าวโทษ แต่จะใช้เหตุการณ์มาเป็นจุดตั้งต้นของการแก้ปัญหาที่ต้นตอ

PDCA ใน critical care สำคัญมากที่สุดตรง act ก่อนจะ act ได้ตรงประเด็นก็ต้อง check หรือ observe หรือ monitor

จะสังเกตอะไร มีกระบวนการอย่างไร

การสังเกตวิธีการปฏิบัติในการทำงานปกติประจำวันจะช่วยให้เราทราบจุดเสี่ยงก่อนที่จะเกิดเหตุ เป็นการทำงานป้องกันในเชิงรุก ซึ่งหากหัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วยเข้ามารับผิดชอบอย่างเต็มที่ จะช่วยให้สร้างภูมิคุ้มกันให้แก่หน่วยงานได้ดีมาก

การจับเอาที่ผลลัพธ์สามารถทำได้ตั้งแต่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ มาจนถึงเหตุเกือบพลาด การไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัย และอาจครอบคลุมไปถึงเรื่องที่คนอื่นในที่อื่นๆ ก่อเหตุไว้

กระบวนการที่สำคัญคือการรายงาน การจัดกลุ่มความสำคัญ และการสืบสาวราวเรื่องให้เข้าใจรากของปัญหา

ในเรื่องการรายงาน ทางราชวิทยาลัยวิสัญญีวิทยาแห่งประเทศไทยได้จัดให้มีระบบ registry ภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกเพื่อเป็นฐานข้อมูลวิชาการที่น่าเชื่อถือ การจัดระบบข้อมูลโดยองค์กรวิชาชีพจะทำให้เกิดความน่าเชื่อถือมากกว่าการรายงานเพราะถูกบังคับ

การสืบสาวราวเรื่องในเหตุที่เกิดขึ้นแล้วเรียกว่า Root Cause Analysis (RCA) การพิจารณาพินิจ พิเคราะห์โอกาสของความบกพร่องที่จะเกิดขึ้นในอนาคตตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบระบบงานเรียกว่า Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) ทั้งสองใช้วิธีการเดียวกันคือ ถ้ามทำไม่เพื่อให้ได้ root cause แล้วหา วิธีการออกแบบที่ชาญฉลาดเพื่อป้องกันความผิดพลาด โดยคิดว่าอย่าไวใจคน อย่าฝากความหวังทั้งหมดไว้ที่ ความระมัดระวัง ความละเอียดรอบคอบ ความตื่นตัว ของผู้ปฏิบัติงานเสียทั้งหมด ต้องจัดระบบที่ช่วยให้คน ธรรมดาทำงานที่ซับซ้อนได้ง่าย

ประเด็นเชิงระบบที่จะต้องพิจารณาปรับปรุงให้รัดกุม ได้แก่

1. ผู้ปฏิบัติงาน: กระบวนการสรรหา การอบรมให้ความรู้ การกำหนด competency และการประเมิน ว่ามี competency ที่ต้องการ
2. สิ่งแวดล้อมและเครื่องมือที่จะเป็นหลักประกันว่าจะช่วยตรวจสอบปัญหา และไม่เพิ่มความเสี่ยง ให้แก่ระบบ
3. แนวทางการปฏิบัติที่ได้รับการพิสูจน์ชัดว่ามีประโยชน์ คุ่มค่าที่จะนำมาปฏิบัติ
4. การนำและการจัดการ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย การมีนโยบายความปลอดภัยที่ชัดเจน การมอบหมายภาระงานที่เหมาะสมกับคนธรรมดา การจัดทีม การให้คำปรึกษาและกำกับดูแล รวมทั้งกระบวนการคุณภาพต่างๆ
5. การสื่อสาร ทั้งด้วยวาจาและลายลักษณ์อักษร

การพัฒนาเรื่องนี้ให้ได้ผลต้องมีเป้าหมายร่วมกัน คือร่วมกันทั้งประเทศ ผู้คนจึงจะยอมมาทำเรื่อง ยากๆ JCAHO ของอเมริกาจึงกำหนด เป็น National Patient Safety Goals และแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยขึ้น โดยเลือกกำหนดประเด็นที่มีความสำคัญเป็นเป้าหมายของแต่ละปีที่น่าจะทำได้

แนวคิดเชิงระบบด้านบริการวิสัญญี¹

Types of System Error

Error	Example
Technical accident	Postdural puncture headache follows a properly performed spinal anesthesia
Equipment failure	Equipment malfunction results in death despite proper maintenance and checks
Communication error	Medical consultant's report is delayed when following the usual channels of communication
Limitation of therapeutic standards	Appropriate resuscitative efforts result in death of a multiple trauma victim
Limitation of diagnostic standards	Preoperative assessment fails to predict difficult airway management
Limitation of available resources	Lack of available blood products results in death due to massive bleeding
Limitation of supervision	Attending anesthesiologist is unable to prevent a resident anesthesiologist from committing a human error because of multiple supervisory responsibilities

Types of Human Error

Error	Example
Improper technique	A short catheter placed in an internal jugular vein dislodges and results in hematoma formation
Misuse of equipment	Neglecting to perform the prescribed equipment check results in equipment failure that contributes to patient death
Disregard of available data	Failure to avoid known drug allergen results in unplanned hospital admission
Failure to seek appropriate data	Failure to check appropriate extubation criteria results in premature extubation, subsequent respiratory failure and need for reintubation
Inadequate knowledge	Incorrect interpretation of hemodynamic variables results in pulmonary edema

¹ Anesthesiology 2002

Introduction to Critical Care Medicine

รศ.พ.ญ.วรรณนา สมบูรณ์วิบูลย์

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ป่วยวิกฤตในปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มขึ้น อาการรุนแรงขึ้นตลอดจนอายุมากขึ้น ทำให้บริการในหอผู้ป่วยหนักมีภาระมากขึ้น การให้บริการผู้ป่วยวิกฤตเหล่านี้จัดเป็นศาสตร์อย่างหนึ่ง ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมสหสาขา โดยผู้ให้บริการทุกระดับต้องมีความรู้ความสามารถ ตลอดจนมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยเหมาะสม นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ในขณะที่เดียวกันอาจต้องนำแนวคิดทางด้านจริยธรรม ข้อมูลทางด้านเศรษฐศาสตร์ มาเป็นส่วนประกอบในการบริหารจัดการร่วมด้วย เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่าต่อการให้บริการทางเวชบำบัดวิกฤต

แนวทางการบริหารจัดการ ประกอบด้วย

1. นโยบายของผู้บริหาร

1.1 ในการจัดตั้งเป็น ICU ไม่ว่าจะ ICU รวมหรือแยกตามสาขา เช่น ICU อายุรกรรม, CCU, ICU ศัลยกรรม หรือ ICU เด็ก เป็นต้น ตามความจำเป็นและเหมาะสมของหน่วยงานนั้น ๆ ในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา หรือประเทศในยุโรป อัตราเตียงใน ICU จะประมาณ 5 % ของจำนวนเตียงทั้งหมดใน รพ. นั้น ๆ โดยแต่ละ ICU ควรจะมีเตียงไม่น้อยกว่า 6 เตียง เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร

1.2 การจัดตั้งเป็น ICU ปิด ที่มีผู้ดูแลรับผิดชอบในแนวทางที่ชัดเจน หรือเป็น ICU เปิด ซึ่งมีแพทย์หลายสาขา หรือแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยจะเข้ามาสั่งการรักษาเอง ซึ่งทั้ง 2 ระบบมีทั้งข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน ผู้บริหารจึงต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของแต่ละแบบ เพื่อให้สามารถบริการผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่

2. สถานที่ จะต้องมีความเหมาะสมที่จะจัดตั้งเป็น ICU มีระบบการระบายอากาศ ระบบไฟฟ้า น้ำ การแยกห้องติดเชื้อ

3. เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ ต้องมีจำนวนเพียงพอและมีความทันสมัยในการที่จะใช้ติดตามสถานะของผู้ป่วยใช้ในการรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีมาตรฐาน เช่น เครื่อง monitor, เครื่องช่วยหายใจ, เครื่อง defibrillator อาจมีความจำเป็นต้องมีเครื่องมือตรวจวินิจฉัยบางอย่างอยู่ใน ICU ด้วย เช่น เครื่องวัด blood gas, เครื่อง x-ray หรือ เครื่อง echocardiography เพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว ตลอดทั้งต้องมีระบบการดูแลซ่อมแซมเครื่องมือเหล่านี้ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้เสมอ

4. เวชภัณฑ์ และยา จะต้องมีความเหมาะสมทั้งชนิดและปริมาณ มีการจัดเก็บอย่างถูกต้องตามหลักการ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการรักษา รวมทั้งเกิดความคุ้มค่าในด้านของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขด้วย

5. บุคลากร ซึ่งควรประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ตลอดจนเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง เพื่อให้การทำงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นสหสาขา โดยมีอัตรากำลังที่เพียงพอต่อการให้บริการ บุคลากรทุกระดับมีความรู้ ความสามารถในหน้าที่ของตนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และมีโอกาสพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านวิชาการและการบริหารจัดการใน ICU ไม่ว่าจะโดยการไปศึกษา ฝึกอบรม การดูงาน การเข้าร่วมประชุม การอบรมระยะสั้น เป็นต้น

คำจำกัดความของแพทย์ที่ดูแล ICU (intensivist) โดย guideline ของ SCCM

- a) เป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมด้าน critical care medicine
- b) สามารถให้การดูแลผู้ป่วยใน ICU และใช้ทรัพยากรอย่างถูกต้องเหมาะสม
- c) อุทิศเวลา > 50 % ในการปฏิบัติเวชบำบัดวิกฤต
- d) ยินดีที่จะบริหารจัดการให้มีการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงใน 1 วัน และ 7 วัน ใน 1 สัปดาห์
- e) สามารถที่จะทำหัตถการบางอย่างที่จำเป็นได้ เช่น

- การดูแลด้านการหายใจ รวมถึงการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ
- การเจาะเส้นเลือดแดง เพื่อทำ blood gas
- การให้น้ำเกลือ การแทง arterial line, CVP และการใส่ PA catheter
- การใส่ temporary transvenous pacing wire
- การทำ CPR
- การใส่ chest drain

นอกจากนี้ การทำ bronchoscope, peritoneal dialysis, continuous arteriovenous hemofiltration และการใส่ intraaortic balloon จัดเป็นสิ่งที่ควรจะทำได้

- f) หน้าที่และความรับผิดชอบ
 - การดูแลผู้ป่วยในลักษณะสหสาขา โดยแพทย์ควรเป็นหัวหน้าทีมทำงานร่วมกับฝ่ายต่าง ๆ ในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ให้ถูกต้องตามมาตรฐาน เช่น ผู้ป่วย hemodynamic unstable, ผู้ป่วย respiratory failure, ผู้ป่วย acute renal failure, coagulation disorders และอื่น ๆ
 - ในแง่ของ unit management เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลรักษาผู้ป่วย ใช้เวลาอย่างคุ้มค่าในการบริหารจัดการทุกด้าน รวมถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ
- g) มีการศึกษาต่อเนื่องตลอดเวลา เพื่อนำความรู้มาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น
- h) เป็นส่วนหนึ่งหรือเข้าไปมีส่วนร่วมร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้มีการพัฒนางานในด้านอื่น ๆ เช่น การร่วมอยู่ใน ethics committee ของ รพ. เป็นต้น

6. มีนโยบาย หรือแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้มาตรฐาน เช่น

6.1 มีหลักเกณฑ์ในการรับและจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งควรจะมีการพิจารณา แก้ไข ปรับปรุงให้เหมาะสมกับข้อมูลต่าง ๆ ใน ICU มีผู้รับผิดชอบในการรับและจำหน่ายผู้ป่วย

หลักเกณฑ์การรับและจำหน่ายผู้ป่วย โดย SCCM และ ACCM แบ่งผู้ป่วยเป็น 4 ระดับ ที่จะได้รับประโยชน์จากการดูแลใน ICU

- | | |
|------------|---|
| ระดับที่ 1 | ผู้ป่วยอาการหนัก, unstable ต้องการการเฝ้าระวังและการรักษาอย่างใกล้ชิด เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้ยา vasopressor ต่าง ๆ |
| ระดับที่ 2 | ผู้ป่วยที่ต้องการการเฝ้าระวัง และหรืออาจต้องการ intervention เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง และเกิดปัญหา acute medical หรือ surgical illness |
| ระดับที่ 3 | ผู้ป่วยอาการหนัก แต่โอกาสที่จะหายหรือรอดชีวิตมีน้อยเนื่องจากภาวะของโรคนั้น ๆ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีโรคแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อ |
| ระดับที่ 4 | ผู้ป่วยที่ไม่สมควรเข้า ICU เนื่องจากจะไม่ได้รับประโยชน์จากการดูแลซึ่งควรพิจารณาเป็นราย ๆ ตามความเหมาะสม เช่น ผู้ป่วย peripheral vascular surgery, conscious drug overdose หรือผู้ป่วย terminal และ irreversible illness เช่น irreversible brain damage หรือ multi organ failure |

โดยอาจแบ่งเป็น 2 models

- diagnosis model ตามชนิดของโรค เช่น acute MI, cardiogenic shock, acute respiration, intracranial hemorrhage, fulminant hepatic failure etc.
- objective parameter model ได้แก่

Vital signs	เช่น	pulse < 40 หรือ > 150 ครั้ง/นาที
		Systolic press < 80 มม.ปรอท
Lab value	เช่น	Na < 110 meq/L หรือ > 170 meq/L
		PaO ₂ < 50 มม.ปรอท
Radiography	เช่น	subarachnoid hemorrhage, dissecting aortic aneurysm
EKG	เช่น	MI with complex arrhythmias
P.E. (acute onset)	เช่น	airway obstruction, coma

การจำหน่ายผู้ป่วย

- เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ ไม่จำเป็นต้องการการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดต่อไป
- เมื่อผู้ป่วยมีอาการทุเลาหนัก และไม่ต้องการให้การดูแลพิเศษอีกต่อไป

6.2 แนวทางในการ transfer ผู้ป่วยอาการหนักตาม guideline ของ ACCM และ SCCM

6.3 มีการประเมินความรุนแรงของโรคและพยากรณ์ผลของการรักษา โดยอาจใช้ในรูปแบบของ

- | | |
|--|--------------|
| - Acute Physiology And Chronic Health Evaluation III | - APACHE III |
| - Simplified Acute Physiology Scores | - SAPS |
| - Sequential Organ Failure Assessment | - SOFA |
| - Multiple Organ Dysfunction Scores | - MODS |
| - The Logistic Organ Dysfunction | - LOD |
| - Brussels | |

ในการประเมิน 4 แบบหลังนี้ จะดูการทำงานของอวัยวะที่สำคัญในร่างกาย และใช้ความรุนแรงของการเสื่อมหน้าที่ เป็นผลลัพธ์ในการวัด

6.4 มีขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐาน โดยอาศัย clinical practice guideline (CPG) หรือ care map เช่น guideline จาก SCCM-ACCM ในการรักษา septic shock, การให้สารน้ำใน septic shock หรือการใช้ vasopressors เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติใน ICU ซึ่งควรมีการวางแผน alternative care ไว้ด้วย

6.5 แนวทางในด้านจริยธรรม และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ มีการให้ข้อมูลแก่ญาติอย่างเหมาะสม เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในบางสถานการณ์ รับฟังความคิดเห็นจากญาติหรือผู้ป่วยเพื่อมาปรับปรุงในการทำงาน ตลอดจนพิจารณาถึงความเหมาะสมในการให้การรักษารูปแบบคุณค่า โดยอาจตัดสินใจหยุดการรักษาบางอย่าง เมื่อได้มีการประชุมปรึกษาจนเป็นที่เข้าใจกัน แล้วทุกฝ่าย (End of life care) ตัวอย่าง การรักษาบางอย่างที่อาจถูกนำมาพิจารณาในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น การกู้ชีพ การผ่าตัด การล้างไต การใส่ intra-aortic balloon การให้ยาเพิ่มความดันเลือด การให้ยาปฏิชีวนะ การใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

6.6 การบันทึกรายงานผู้ป่วย ถือเป็นหลักฐานสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตามหลัก Hospital accreditation เป็นบันทึกทั้งฝ่ายแพทย์และพยาบาลในการวิเคราะห์ประเมินปัญหาผู้ป่วย มีการติดตามการดำเนินของโรค การให้การรักษา การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้ทราบการดำเนินของโรคในผู้ป่วยแต่ละราย สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนางานด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นข้อมูลทางสถิติในการทำวิจัย ตลอดจนเป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมายด้วย จึงควรมีการบันทึก

รายงานผู้ป่วยอย่างละเอียดเป็นขั้นตอนตั้งแต่การลง consent และการดูแลรักษา ตลอดจนการสรุปเมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจาก ICU ไปแล้ว

6.7 มีระบบ information technology ที่ทันสมัยเหมาะสมเพื่อช่วยในด้านการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตลอดจนใช้ในการจัดเก็บข้อมูลที่จะนำมาประเมินเพื่อเป็นสถิติและงานวิจัยต่อไปด้วย

7. แนวคิดทางด้านเศรษฐศาสตร์

เนื่องจากความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีมากขึ้น ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ICU เป็นผู้ป่วยอาการรุนแรงและเป็นผู้ป่วยสูงอายุมากขึ้น ทำให้การดูแลรักษามีค่าใช้จ่ายที่สูงตามไปด้วย เช่น ในสหรัฐอเมริกา จำนวนเตียงใน ICU คิดเป็น 5 % ของจำนวนเตียงในโรงพยาบาล แต่ค่าใช้จ่ายใน ICU คิดเป็น 20-28 % ของค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นของ รพ. ผู้บริหารใน ICU จำเป็นต้องเข้าใจและพยายามจัดสรรงบประมาณในการนำมาซื้ออุปกรณ์ เวชภัณฑ์ และยาสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้ให้เหมาะสมและคุ้มค่าที่สุด มีแผนการดูแลเครื่องมือให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้ และให้มีอายุการใช้งานที่นานที่สุดที่จะเป็นไปได้ รวมทั้งบุคลากรทุกระดับมีความเข้าใจและมีความตั้งใจตรงกันในอนาคตที่จะดูแลผู้ป่วยให้ได้รับบริการที่มีมาตรฐาน โดยใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

8. แนวทางการวิจัย

งานวิจัยจัดเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต จากความเจริญก้าวหน้าทางงานวิจัย สามารถจะนำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นงานวิจัยที่ร่วมกันทำเป็นแบบสหสถาบัน (Multicenter) อาจจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณค่าต่อทางการแพทย์มากขึ้น

9. แนวทางป้องกันการฟ้องร้อง

ส่วนใหญ่ของการฟ้องร้องเกิดจากการให้การดูแลหรือการบริการที่ไม่ได้มาตรฐาน การติดต่อประสานงานหรือการให้ข้อมูลแก่ญาติหรือผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ตลอดจนการทำ invasive intervention แล้วเกิดผลแทรกซ้อน เป็นต้น เหตุเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยต้องตระหนักถึงความสำคัญในการที่จะป้องกันมิให้เกิดขึ้น แม้ในประเทศไทยการฟ้องร้องจะยังไม่มากมายเท่าในต่างประเทศ แต่ทุกคนจะต้องระลึกไว้เสมอถึงสิทธิผู้ป่วย, การเซ็นยินยอมในการรักษา, การมีส่วนร่วมของญาติ และหรือผู้ป่วย, การให้ข้อมูลที่เหมาะสม ตลอดจนการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานจะช่วยป้องกันปัญหานี้ได้

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตนั้น จำเป็นต้องมีทีมงานที่มีความรู้ ความสามารถ มีประสบการณ์ มีความละเอียดรอบคอบแต่รวดเร็วในทุกขั้นตอน ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย ในการที่จะติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการประสานงานกับบุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีการวางแผนในการใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่า นำผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมาศึกษาปรับปรุงพัฒนางานให้ดีขึ้น จึงจะทำให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตใน ICU ได้ประสิทธิภาพสูงสุด คู่กับทรัพยากรทุกอย่างที่ได้ลงทุนไป

เอกสารอ้างอิง

1. Calvin JF, Habet K, Parrillo JE. Critical Care in The United States. Crit Care Clin. 1997;13:363-376
2. Fein IA. The Critical Care Unit. In search of management. Crit Care Clin. 1993;9:401-413.
3. Gallagher TJ. Medical malpractice for critical care. Sem in Anesth 1999;18:263-269.
4. Guidelines Committee : Society of Critical Care Medicine. Guidelines for the definition of an intensivist and the practice of critical care medicine. Crit Care Med 1992;20:540-542.

5. Hanson CW, Deutschman CS, Anderson HL, et al. Effects of an organized critical care service on outcome and resource utilization : A cohort study. *Crit Care Med* 1999;27:270-274.
6. Hardart G, Truog R. Ethical issues in the intensive care unit. *Semin Anesth* 1999;18:254-262.
7. Knaus WA, Wagner DP, Draper EA, et al. The APACHE III prognostic system. *Chest* 1991;100:1619-1636.
8. LeGall JR, Janelle Klar MS, Lemeshow S. et al. The Logistic Organ Dysfunction System. *JAMA* 1996;276:802-810.
9. Miccolo MA, Spanier AH. Critical Care Management in the 1990s. *Crit Care Clin* 1993;9:443-453.
10. Task Force of The American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Guidelines for intensive care unit admission, discharge and triage. *Crit Care Med* 1999;27:633-638.
11. Vincent JL, Thijs L, Cerny V. Critical Care in Europe. *Crit Care Clin* 1997;13:245-254.
12. Vincent JL, de Mendonca A, Cantraine F, et al. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units : Results of a multicenter, prospective study. Working group on "Sepsis-related problems" of the European Society of Intensive Care Medicine. *Crit Care Med* 1998;26:1793-1800
13. Zimmerman JE, Shortell SM, Rousseau DM, et al. Improving intensive care : Observations based on organizational case studies in nine intensive care units : A prospective, multicenter study. *Crit Care Med* 1993;21:1443-1451

โครงการวิจัยร่วมสหสถาบัน

เรื่อง “การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในประเทศไทย และการค้นหาปัจจัยเกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาแนวทางป้องกันเชิงระบบ”

หลักการและเหตุผล

การบริการทางวิสัญญีมีส่วนสำคัญเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด นอกเหนือไปจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงจากการผ่าตัด ในแต่ละปีประมาณว่ามีการผ่าตัดโดยได้รับการระงับความรู้สึกกว่า 1 ล้านราย กระทำในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ซึ่งมีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์แตกต่างกัน และมีความขาดแคลนด้านบุคลากรทั้งวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล

การให้บริการวิสัญญีเป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ ความละเอียดรอบคอบ ทักษะ ประสิทธิภาพ ความสามารถในการตัดสินใจ ตลอดจนความพร้อมของอุปกรณ์ในการเฝ้าระวัง และปฏิบัติงานในระดับหนึ่ง มิฉะนั้นอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนได้

ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เหล่านี้บางอย่างพบบ่อยไม่รุนแรง แต่อาจนำความรำคาญแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ เช่น อาการคันภายหลังการได้มอร์ฟีนทางระบบประสาทส่วนกลาง อาการเจ็บคอ ฟันหักจากการใส่ท่อช่วยหายใจ นอกจากนี้ยังอาจเกิดภาวะความผิดปกติของระบบประสาท เช่น หมดสติ การอัมพาตของระบบประสาท ภาวะที่พบได้บ่อยและอาจเป็นอันตรายร้ายแรง ได้แก่ ภาวะความดันตก ชาดอกซีเจน การใส่ท่อช่วยหายใจเข้าหลอดอาหาร หรือภาวะที่พบได้ไม่บ่อยแต่อาจรุนแรงถึงแก่ชีวิต ได้แก่ ภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างผ่าตัด ภาวะน้ำคร่ำซัดเข้าระบบไหลเวียนเลือด เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีบางกรณีเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ทั้งในแง่ของชนิดของการผ่าตัด ชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึก บุคลากรที่ให้บริการ ตลอดจนเครื่องมือเครื่องใช้ในการเฝ้าระวังและประกอบวิชาชีพเวชกรรมทางวิสัญญี

ประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลพื้นฐานด้านการให้บริการทางวิสัญญี ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนในเชิงระบบ ซึ่งสามารถนำไปใช้อ้างอิงได้ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เหล่านี้จะเป็นดัชนีสำคัญในการนำไปพัฒนาระบบการให้บริการ วิธีการปฏิบัติ บุคลากรที่รับผิดชอบ รวมทั้งมาตรฐานของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นต่าง ๆ

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย เป็นองค์กรที่รับผิดชอบในการกำหนดมาตรฐานวิชาชีพ แนวทางการปฏิบัติ ข้อเสนอแนะ การรักษาระดับและพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ช่วยให้ความมั่นใจกับประชาชนทั่วไปที่มารับการบริการทางวิสัญญี ในการที่จะกำหนดเกณฑ์ดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยข้อมูล และรายละเอียดของผลการให้บริการภายในประเทศไทยเป็นเครื่องชี้แนะเพื่อวางแผนการพัฒนาระบบการบริการให้เหมาะสมกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในประเทศ จึงเห็นสมควรทำการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเชิงระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การทบทวนวรรณกรรม

ภาวะแทรกซ้อนที่ทางวิสัญญีวิทยาที่รุนแรง ซึ่งอาจนำไปสู่ความพิการอย่างถาวร หรือการเสียชีวิต ตลอดจนการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายของทั้งผู้ป่วยและประเทศชาติ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวพบได้ในระบบต่าง ๆ ได้แก่ ระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด ระบบประสาท และ อื่น ๆ

ภาวะแทรกซ้อนทางระบบการหายใจเป็นสาเหตุถึงร้อยละ 34 ของการฟ้องร้องเพื่อเรียกค่าสินไหมทดแทนในอเมริกา และเป็นสาเหตุการตายทางวิสัญญีในประเทศเนเธอร์แลนด์ถึงร้อยละ 10 ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวประกอบด้วย การสูดสำลักเข้าปอด (pulmonary aspiration) การใส่ท่อหายใจเข้าหลอดอาหาร

(esophageal intubation) การใส่ท่อหายใจซ้ำ (reintubation) การใส่ท่อหายใจไม่สำเร็จโดยผู้มีประสบการณ์ (failed intubation) และการใส่ท่อหายใจยากโดยไม่คาดคิด (unanticipated difficult intubation)

ภาวะแทรกซ้อนจากระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุสำคัญของการตายจากการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกถึงร้อยละ 52 โดยพบว่าอัตราการตายที่เกิดจากการให้ยาระงับความรู้สึก 3-10 ต่อ 100,000 อัตราการเกิดหัวใจหยุดเต้นพบได้ระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก 17 ต่อ 100,000 และกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร้อยละ 0.03-4 ขึ้นกับชนิดของการผ่าตัด

การรู้ตัวระหว่างการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดมีอุบัติการณ์ตั้งแต่ ร้อยละ 0.2-1.5 โดยขึ้นกับชนิดของการผ่าตัดและสภาพของผู้ป่วย

ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทที่ร้ายแรงได้แก่ coma สมองพิการ และ ชัก เกิดขึ้นได้ 0.3-4 ต่อ 10,000 แม้ว่าจะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบน้อยแต่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างรุนแรงเป็นการเพิ่มภาระแก่ครอบครัวและสังคม

ในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกอาจพบอุบัติการณ์ของการให้เลือดผิดกลุ่ม, ความผิดพลาดจากการให้ยา (drug error), anaphylaxis, ความผิดพลาดที่เกิดจากอุปกรณ์ทางวิสัญญีซึ่งอาจนำไปสู่อันตรายถึงชีวิต, malignant hyperthermia ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นโดยยาระงับความรู้สึก

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆข้างต้น ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยที่เกิดจากโรคหรือภาวะของผู้ป่วยเอง 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดหรือหัตถการที่ผู้ป่วยได้รับ และ 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวิสัญญี สำหรับปัจจัยทางวิสัญญีประกอบด้วย บุคคลากร อุปกรณ์เครื่องมือ และระบบการทำงาน

ในปัจจุบันบุคคลากรที่ให้บริการทางวิสัญญีในประเทศไทยมีหลายระดับ ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล แพทย์ประจำบ้าน หรือศัลยแพทย์ จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกภายใต้การควบคุมดูแลของวิสัญญีแพทย์มีอัตราการตายต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการควบคุมดูแลโดยวิสัญญีแพทย์ และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยวิสัญญีแพทย์ที่สอบผ่านอนุมัติบัตรอาจจะมีอัตราการตายต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับยาระงับความรู้สึกโดยวิสัญญีแพทย์ที่ยังสอบไม่ผ่านอนุมัติบัตร

สำหรับอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆทางวิสัญญี เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการให้ยาระงับความรู้สึก นับตั้งแต่ระบบให้ก๊าซ เครื่องดมยาสลบและเครื่องมือเฝ้าระวังที่ได้มาตรฐานสากล ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยได้จัดทำมาตรฐานของเครื่องดมยาสลบและเครื่องมือเฝ้าระวังตั้งแต่ พ.ศ. 2542 โดยเป็นเพียงคำแนะนำซึ่งการปฏิบัติตามของโรงพยาบาลต่างๆ ขึ้นกับดุลพินิจและเศรษฐกิจฐานะของแต่ละโรงพยาบาล จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า การฟ้องร้องทางวิสัญญีเกี่ยวกับการตายหรือสมองพิการที่เกิดจากการขาดออกซิเจนเพราะการช่วยหายใจไม่เพียงพอหรือการใส่ท่อหายใจผิดเข้าหลอดอาหาร มีอุบัติการณ์ลดลงตั้งแต่มีการใช้ pulse oximetry และ capnography มากขึ้น นอกจากนั้นการใช้ ETCO₂ ยังช่วยบ่งบอกว่าท่อหายใจเข้าหลอดลมในรายที่ใส่ท่อหายใจยากมากๆ เป็นการลดความรุนแรงและระยะเวลาที่สมองขาดออกซิเจน

แม้ว่าการศึกษามากมายจะพบว่าภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่วนใหญ่เกิดจากความผิดพลาดของมนุษย์ แต่ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันมากขึ้นว่าความผิดพลาดนั้นเป็นส่วนหนึ่งของระบบการทำงาน สมาคมวิสัญญีแพทย์ในต่างประเทศ และราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยเห็นความสำคัญในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง มีการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติ (standard) แนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline) เพื่อให้บรรลุถึงระบบ continuous quality improvement สำหรับปรับปรุงโครงสร้างและกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุด การศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาที่จะก่อประโยชน์โดยตรงในการพัฒนามาตรฐานบุคลากร เครื่องมือ แนวทางเวช

ปฏิบัติ ตลอดจนได้ดัชนีชี้วัดคุณภาพ บริการ ตลอดจนเป็นการร่วมมือระหว่างนักวิจัยต่างสถาบันในกลุ่มวิสัญญี อย่างเป็นรูปธรรมครั้งแรกในประเทศไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างระบบการบันทึกข้อมูลในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีและปัจจัยเสี่ยง ซึ่งได้แก่
 - 1.1 ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย
 - 1.2 ภาวะแทรกซ้อนที่พบน้อยและรุนแรง
2. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และการกระจายของภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยทางวิสัญญี
3. เพื่อจัดลำดับความสำคัญของภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี
4. เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
5. เพื่อศึกษาผลที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน
6. เพื่อวางแผนของระบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ระบบการบันทึกข้อมูลในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีและปัจจัยเสี่ยงของโรงพยาบาลในทุกระดับ ทั้งในระดับองค์กรและระดับประเทศ
2. ได้ระบบฐานข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีที่เชื่อถือได้ในระดับประเทศ
3. ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้เป็นพื้นฐาน ในการนำไปประยุกต์เพื่อดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการทางวิสัญญีในทุกระดับของประเทศ ทั้งในระดับองค์กร และระดับประเทศ
4. ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการกำหนดหลักสูตรการฝึกอบรมทางวิสัญญีทุกระดับให้เหมาะสม
5. ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ
6. เกิดความร่วมมือในทางวิชาการและวิจัยระหว่างสถาบันอย่างต่อเนื่อง
7. เกิดโครงการวิจัยต่อเนื่อง

JCAHO's 2003 National Patient Safety Goals

พินโท ดุสิต สถาวร

เมื่อเดือนกรกฎาคม 2545 ทาง Board of Commissioners ของ The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้อนุมัติและเห็นชอบให้มีการประกาศเป้าหมายในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยสำหรับปี 2003 ที่เรียกว่า 2003 National Patient Safety Goals เพื่อช่วยสถานพยาบาลทั่วประเทศในการสร้างความตระหนักในประเด็นที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเป้าหมายดังกล่าวประกอบด้วยเป้าหมายใหญ่ๆ 6 ข้อ แต่ละหัวข้อจะมีข้อเสนอแนะที่ค่อนข้างจำเพาะ 1-2 ข้อ รวมเป็นข้อเสนอแนะทั้งหมด 11 ข้อ

เป้าหมายที่ถูกกำหนดไว้ใน 2003 National Patient Safety Goals มีที่มาจากคลังข้อเสนอแนะของคณะทำงานที่มีชื่อว่า The Sentinel Event Alert Advisory Group ซึ่งได้วิเคราะห์เหตุการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่มีความรุนแรงสูงที่เรียกว่า Sentinel events ซึ่งได้รับรายงานจากโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในรูปแบบอื่นๆ ทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา มากกว่า 17,000 แห่ง โดยเป้าหมายดังกล่าวนี้ทาง JCAHO จะใช้ข้อเสนอแนะทั้ง 11 ข้อ เป็นเกณฑ์ในการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองสถานพยาบาลในปี 2003 ซึ่งเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2003 ที่ผ่านมา

ในที่นี้จะขอนำเอาเป้าหมายทั้ง 6 ข้อและข้อเสนอแนะทั้งหมด 11 ข้อของ 2003 National Patient Safety Goals ที่ทาง JCAHO ผลักดันให้เป็นเครื่องมือในการสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนผู้มาใช้บริการในสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองจาก JCAHO ว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย มาแนะนำเสนอเพื่อเป็นกรณีศึกษาสำหรับประเทศไทย

JCAHO's 2003 National Patient Safety Goals

เป้าหมายข้อที่ 1 พัฒนาความถูกต้องของการบ่งชี้ผู้ป่วย (Patient identification)

เป้าหมายย่อยข้อ 1 ใช้วิธีบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างน้อย 2 วิธี ทุกครั้งที่มีการเจาะเลือด ให้ยา หรือให้เลือด

คำอธิบาย

เป้าหมายข้อนี้ไม่ได้ต้องการให้มีการใช้วิธีการบ่งชี้ผู้ป่วย 2 วิธีแยกกันโดยเด็ดขาด แต่ต้องการให้มีการใช้ข้อมูลอย่างน้อย 2 ประเภท ในการบ่งชี้ผู้ป่วย เช่น ชื่อ-นามสกุล และวันเดือน ปี เกิด เป็นต้น ในกรณีที่มีการใช้ป้ายชื่อมือซึ่งแสดงถึงชื่อ-นามสกุล และเลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ถือว่าสอดคล้องกับเป้าหมายข้อนี้

ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทางโรงพยาบาลควรมีแนวทางในการกำหนดชื่อและเลขประจำตัวชั่วคราว เพื่อใช้ในการบ่งชี้ผู้ป่วยระหว่างรอข้อมูลที่สมบูรณ์

เป้าหมายย่อยข้อ 2 ทบทวนการบ่งชี้ผู้ป่วยซ้ำ (Final verification process) ก่อนเริ่มลงมือทำหัตถการหรือผ่าตัด เพื่อยืนยันความถูกต้องของตำแหน่งที่ทำการผ่าตัด ประเภทของการผ่าตัด และผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัด

คำอธิบาย

เป้าหมายข้อนี้ต้องการให้มีการทบทวนความถูกต้องทั้งสามประการ คือ

- ความถูกต้องของตำแหน่งที่ทำการผ่าตัด
- ความถูกต้องของประเภทของการผ่าตัด
- ความถูกต้องของผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัด

การทบทวนดังกล่าวนี้ต้องกระทำ ณ สถานที่ซึ่งจะทำหัตถการหรือผ่าตัด และก่อนลงมือทำหัตถการหรือผ่าตัด (ในกรณีส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะได้รับการวางยาสลบแล้ว) บุคลากรทุกคนและทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการหรือผ่าตัดนั้นๆ ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการยืนยันความถูกต้องทั้งสามประการดังกล่าว

เป้าหมายข้อที่ 2 พัฒนาประสิทธิภาพของการสื่อสารในระหว่างทีมบุคลากรผู้ให้บริการผู้ป่วย

เป้าหมายย่อยข้อ 1 ใช้วิธีการทวนสอบคำสั่งการรักษาโดยให้ผู้รับคำสั่งอ่านทวนคำสั่งที่สมบูรณ์ให้แก่แพทย์ผู้สั่งการรักษา (a verification “read-back” of the complete order) ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษาด้วยวาจา หรือทางโทรศัพท์ (verbal or telephone order)

คำอธิบาย

เป้าหมายข้อนี้ไม่ต้องการส่งเสริมให้มีการสั่งการรักษาด้วยวาจา หรือทางโทรศัพท์ แต่ให้ใช้เฉพาะกรณีที่เป็นที่จำเป็น และต้องการให้โรงพยาบาลทบทวนนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับคำสั่งการรักษาด้วยวาจา หรือทางโทรศัพท์ของแพทย์ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้รับคำสั่งเป็นบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสม และมีการบันทึกคำสั่งการรักษาด้วยวาจา หรือทางโทรศัพท์ของแพทย์ พร้อมทั้งกำหนดให้ผู้รับคำสั่งอ่านทวนคำสั่งที่สมบูรณ์ให้แก่แพทย์ผู้สั่งการรักษาทุกครั้ง และแพทย์ต้องยืนยันด้วยวาจาว่าเป็นคำสั่งรักษาที่ถูกต้องและสมบูรณ์ เป้าหมายข้อนี้ไม่ได้จำกัดเฉพาะคำสั่งรักษาที่เกี่ยวกับการสั่งยาเท่านั้นแต่ครอบคลุมถึงคำสั่งทุกชนิด

เป้าหมายย่อยข้อ 2 กำหนดแนวทางการใช้อักษรย่อ ด้วยย่อ สัญลักษณ์ทางการแพทย์ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับใช้สื่อสารภายในโรงพยาบาล รวมทั้งบัญญัติรายการอักษรย่อ ด้วยย่อ สัญลักษณ์ที่ห้ามใช้

คำอธิบาย

เป้าหมายข้อนี้ต้องการให้โรงพยาบาลทบทวนนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้อักษรย่อ ด้วยย่อ สัญลักษณ์ทางการแพทย์ ซึ่งตกลงให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับการสื่อสารภายในโรงพยาบาล รวมทั้งบัญญัติรายการอักษรย่อ ด้วยย่อ สัญลักษณ์ที่ห้ามใช้ (เนื่องจากอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้) ตัวอย่างของอักษรย่อ ด้วยย่อ สัญลักษณ์ที่ห้ามใช้ เช่น

- U, IU (U= unit, IU = International unit) ทำให้เข้าใจผิดเป็นเลข 0 หรือ 4 แนะนำให้

เขียนคำเต็ม

- cc. = cubic centimeters ทำให้เข้าใจผิดเป็น U (unit) แนะนำให้เขียนเป็น mL
- μg = microgram ทำให้เข้าใจผิดเป็น mg แนะนำให้เขียนคำเต็ม
- คำสั่งที่มีตัวเลข เช่น .2 หรือ .20 ทำให้เข้าใจผิดเป็น 2 หรือ 20 เนื่องจากมองไม่เห็นเลข

ศูนย์ แนะนำให้เขียนเลขศูนย์ก่อนและหลังจุดทศนิยม และไม่เขียนเลขศูนย์ต่อท้าย เช่น .2 หรือ .20 เขียนเป็น 0.2

เป้าหมายข้อที่ 3 พัฒนาความปลอดภัยของการใช้ยาในกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูง

เป้าหมายย่อยข้อ 1 ยกเลิกการเก็บเกลือแร่ที่มีความเข้มข้นสูงจากหอผู้ป่วยทุกแห่ง

เป้าหมายย่อยข้อ 2 กำหนดแนวทางการจัดยาที่มีความเข้มข้นหลายประเภท (เช่น โปตัสเซียมคลอไรด์, โปตัสเซียมฟอสเฟต และโซเดียมคลอไรด์ที่เข้มข้นสูงกว่า 0.9%) ตามหอผู้ป่วยต่าง ๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล

คำอธิบาย

เป้าหมายข้อนี้ต้องการให้โรงพยาบาลทบทวนมาตรฐานในการจัดยาซึ่งมีความเข้มข้นต่างๆ กันให้มีอยู่น้อยที่สุดเท่าที่เป็น และการกระจายดังกล่าวควรอยู่ในความดูแลรับผิดชอบของเภสัชกรอย่างใกล้ชิด ตัวอย่างยาที่จัดอยู่ในประเภทนี้ ได้แก่ heparin, อินซูลิน, โปตัสเซียมคลอไรด์และโปตัสเซียมฟอสเฟต เป็นต้น

เป้าหมายข้อที่ 4 กำจัดการทำหัตถการและผ่าตัดผิดตำแหน่ง, ผิดคน และผิดประเภท

เป้าหมายย่อยข้อ 1 จัดทำวิธีปฏิบัติและนำไปใช้อย่างจริงจังสำหรับการสอบทวนความถูกต้อง/ ครบถ้วนของข้อมูลในช่วงก่อนผ่าตัด เช่น แบบฟอร์ม Checklist เพื่อยืนยันว่าเอกสารสำคัญ (เช่น เวชระเบียน, ภาพรังสีประเภทต่าง ๆ) มีครบถ้วน

เป้าหมายย่อยข้อ 2 ใช้วิธีการเขียนกากบาทหรือสัญลักษณ์ตรงตำแหน่งที่จะทำการผ่าตัดเพื่อระบุตำแหน่งให้ชัดเจน โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเขียนสัญลักษณ์ดังกล่าว

คำอธิบาย

เป้าหมายข้อนี้ต้องการให้โรงพยาบาลทบทวนมาตรการในการป้องกันการทำหัตถการและผ่าตัดผิดตำแหน่ง, ผิดคน และผิดประเภท ทั้งนี้ข้อเท็จจริงคือแม้ว่าทุกโรงพยาบาลจะมีนโยบายและวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันเหตุการณ์ดังกล่าว แต่ก็ยังคงมีเหตุการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้น และจากผลการวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหานี้ซึ่งพบว่าการไม่เขียนกากบาทหรือสัญลักษณ์ตรงตำแหน่งที่จะทำการผ่าตัดเพื่อระบุตำแหน่งให้ชัดเจนเป็นสาเหตุสำคัญ ทำให้ต้องมีมาตรการในเรื่องดังกล่าว

เป้าหมายข้อที่ 5 พัฒนาความปลอดภัยของการใช้เครื่องควบคุมอัตราการให้สารน้ำประเภท Infusion pumps

เป้าหมายย่อยข้อ 1 ตรวจสอบให้แน่ใจว่าอุปกรณ์สำหรับควบคุมอัตราการให้สารน้ำประเภท infusion pumps ที่ใช้ในโรงพยาบาลไม่ปล่อยให้สารน้ำเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยอย่างอิสระเมื่อปิดเครื่องแล้ว

คำอธิบาย

เป้าหมายข้อนี้ต้องการให้โรงพยาบาลทบทวนว่าเครื่องควบคุมอัตราการให้สารน้ำประเภท infusion pumps ที่ใช้ในโรงพยาบาลไม่ปล่อยให้สารน้ำเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยอย่างอิสระเมื่อปิดเครื่องแล้ว ทั้งนี้การตรวจสอบสามารถทำได้โดยการใส่สายน้ำเกลือไว้ในเครื่องฯ ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้ จากนั้นปิดเครื่องและเปิด clamp ทุกตัวที่สายน้ำเกลือ พร้อมแขวนถุงน้ำเกลือให้สูงกว่าระดับของเครื่องฯ ให้สังเกตว่ามีน้ำเกลือไหลออกจากถุงได้หรือไม่ จากนั้นให้ถอดสายน้ำเกลือออกจากเครื่องฯ และสังเกตอีกครั้งว่าน้ำเกลือสามารถไหลออกจากถุงได้หรือไม่

เป้าหมายข้อที่ 6 พัฒนาประสิทธิภาพของระบบแจ้งเตือนทางคลินิก

เป้าหมายย่อยข้อ 1 ทดสอบการทำงานของระบบแจ้งเตือน (alarm systems) ของเครื่องมือต่าง ๆ พร้อมทั้งบำรุงรักษาเชิงป้องกันตามวงรอบที่แน่นอน

เป้าหมายย่อยข้อ 2 ตรวจสอบให้แน่ใจทุกครั้งที่มีการตั้งระบบแจ้งเตือนอย่างเหมาะสม และเสียงดังเพียงพอที่จะสามารถได้ยินได้ชัดเจนในระยะเวลาที่เหมาะสม

คำอธิบาย

เป้าหมายข้อนี้ต้องการให้โรงพยาบาลทบทวนมาตรการในการใช้เครื่องมือเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยทุกชนิดให้เกิดประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าเครื่องมือดังกล่าวจะสามารถแจ้งเตือนที่มบุคลากรได้อย่างเหมาะสม กรณีเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับผู้ป่วย ตัวอย่างของเครื่องมือดังกล่าว ได้แก่ cardiac monitor alarms, apnea alarms, infusion pump alarms, alarms ที่เกี่ยวข้องกับเฝ้าติดตามความดันก๊าซต่าง ๆ หรือ emergency assistance alarms ในห้องผู้ป่วย เป็นต้น

Patient Safety 4 เรื่องยา ที่เป็นทั้งยาดีและยาขม

ว่าด้วยเรื่อง Medication Safety

“ยาดี” มีความหมายว่าแทรกปนอยู่ทั่วไป ในที่นี้ก็คือการที่ระบบยาไปยุ่งเกี่ยวกับหลายวิชาชีพ หลายกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย

“ยาขม” คือยาที่มีรสชาติไม่น่าชื่นชม แต่ก็ให้ผลดีในการบำบัดรักษา บางครั้งจะแก้ปัญหาที่ต้องมีความขมขื่นอยู่บ้างในช่วงที่ได้รับยา แต่พอหายแล้วก็มีความสุข

ประชาชนทั่วไป ชอบยาดี ยาสูง ยาแรง ราคาแพงเท่าไรไม่ว่า

อเมริกาพบว่าความผิดพลาดเรื่องยาเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่สมควรเป็นจำนวนมาก ยิ่งใช้ยามากยิ่งมีโอกาสเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาได้มากขึ้น

มีความพยายามที่จะปรับปรุงระบบการจัดการเรื่องยาอย่างมากมาย ตั้งแต่การออกแบบเพื่อป้องกันไม่ให้ผิด การมีระบบตรวจจับที่มีความไวหากเกิดความผิดพลาดขึ้น และการมีแนวทางแก้ไขเพื่อผ่อนหนักให้เป็นเบาเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว

Institute of Safe Medication Practice จัดทำแบบประเมินตนเองไว้ 194 ข้อ (ดูรายละเอียดใน Patient Safety: Concept and Practice) โดยมีได้มุ่งหวังให้เป็นมาตรฐานขั้นต่ำของการปฏิบัติ แต่แสดงให้เห็นถึงนวัตกรรมในการปฏิบัติและการพัฒนาระบบในโรงพยาบาลของอเมริกาซึ่งมีคุณค่าในการลดความคลาดเคลื่อนต่างๆ และต้องการส่งเสริมให้มีการนำไปปฏิบัติมากขึ้น

ข้อมูลเหล่านี้หลายท่านดูแล้วบอกว่าจำนวนมากเป็นเรื่องที่น่าทำ ควรทำ และต้องทำ แต่ก็ยังไม่ได้ทำ มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาใช้ในการสั่งยามากขึ้น ซึ่งช่วยทั้งลดความผิดพลาดและช่วยลดงานที่ต้องทำซ้ำซาก ทำให้เรียกดูข้อมูลที่จำเป็นและมีการตรวจสอบได้ง่ายขึ้น ประเทศไทยกำลังเริ่มต้นเรื่องนี้ อยู่ ถ้ามองว่าเราเห็นเป้าหมายไกลๆ ชัดเจนเพียงใดว่าจะเอาเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาใช้ในเรื่องยาแค่ไหน อย่างไร เพื่อประโยชน์อะไร ต้องแลกเปลี่ยนหรือต้องระวังอะไรบ้าง

หากยังไม่มียุทธศาสตร์ที่จะลงทุนในเรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศ จะนำแนวคิดไปใช้ให้ได้สิ่งที่ต้องการโดยประหยัดได้อย่างไร เช่น เรายังไม่มีระบบเภสัชสารสนเทศที่สมบูรณ์ซึ่งหมอทุกคนกดดูทุกอย่างได้จากทุกที่ แต่การที่มีเภสัชกรมาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันและให้ข้อมูลทางด้านเภสัชวิทยาให้แก่แพทย์และพยาบาลเป็นสิ่งที่ต้องลงทุนมากเกินไปหรือไม่ เรายังไม่มีระบบที่จะตรวจสอบผล lab จากคอมพิวเตอร์เพื่อดูการทำหน้าที่ของตับและไตได้ แต่เราสามารถสร้าง protocol เพื่อเตือนใจให้มีการตรวจหรือติดตามผลมาปรับปริมาณยาที่ใช้อยู่ได้หรือไม่

การปรับปรุงระบบยาต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พยาบาล เภสัชกร และแพทย์ วิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งไม่มีทางทำสำเร็จได้ด้วยตนเอง จึงเป็นโอกาสดีที่โรงพยาบาลจะได้ทดสอบการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพว่ามีความเป็นไปได้เพียงใด ทำแล้วเกิดผลอะไรขึ้น

เราไม่ควรกังวลอยู่กับตัวหนังสือว่า มาตรฐาน HA และมาตรฐานวิชาชีพเขียนไว้ว่าอย่างไร เราจะต้องทำแค่ไหน เราควรถามตัวเองว่า “ทำไมมาตรฐานจึงเขียนไว้แบบนี้” “เราทำอะไรเพื่อบรรลุเป้าหมายของมาตรฐาน” “ถ้าเรายังไม่ได้ทำ จะเกิดความเสียหายอะไรเกิดขึ้น” “เราตระหนักในความเสี่ยงและหาทางออกเพื่อป้องกันความเสี่ยงเหล่านั้นอย่างเต็มที่แล้วหรือยัง”

เราไม่ควรมุ่งอยู่กับการเก็บข้อมูลโดยไม่ได้ใช้ประโยชน์ หรือเก็บข้อมูลที่เก็บง่ายแต่กลับละเลยข้อมูลที่มีความสำคัญสูง การเก็บ medication error โดยตัวเองไม่มีความหมายอะไร จะมีความหมายต่อเมื่อนำข้อมูลนั้นมาใช้ปรับปรุงระบบงาน ถ้าข้อมูลเป็นศูนย์หมายความว่าอะไร ระบบงานของเราดีจนไม่มีความผิดพลาด

หรือระบบเก็บข้อมูลของเราไม่มีความไว ไม่มีความน่าเชื่อถือ ถ้าเช่นนั้นแล้วจะเก็บไปทำไม ถ้าข้อมูล medication error มีแต่ข้อมูลจ่ายยาผิดเล็กๆ น้อยๆ แต่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือมีอาการทรุดลงเนื่องจากการใช้ยาที่ไม่ได้รับการ recognize ว่าเป็น medication error จะมีประโยชน์อะไร ในการเก็บข้อมูล

เราควรเลิกทำงานที่ไม่ก่อประโยชน์ ด้วยการถามคำถามว่าสิ่งนี้ทำไปเพื่ออะไร ทำไปแล้วเกิดประโยชน์ ตามเป้าหมายนั้นหรือไม่ ถ้าไม่เกิดประโยชน์ก็ควรปรับเปลี่ยนโดยเร็ว เวลาพยาบาลให้ยาผู้ป่วย พยาบาล จะต้องลงบันทึกในแผ่นบันทึกการให้ยา ที่ปรึกษาชาวต่างประเทศถามพยาบาลว่าลงชื่อตอนไหน พยาบาลบอกว่าลงชื่อก่อนที่จะไปให้ยาผู้ป่วย ที่ปรึกษาชี้ว่านี่คือความเสี่ยงที่รุนแรง เพราะหลักฐานการลงชื่อก่อนปฏิบัติงาน นั้นไม่ได้สะท้อนถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เราจะอ้างเหตุผลว่าเรามีความมั่นใจว่าจำได้ไม่หลงลืม ก็ไม่สามารถพิสูจน์

เราไม่ควรปฏิบัติต่อสัตว์ร้ายที่มีอันตรายแตกต่างกันด้วยวิธีเดียวกัน การ double check มีจุดมุ่งหมาย เพื่อคัดกรองความผิดพลาดที่อาจจะหลุดมาจากขั้นตอนที่แล้ว เราไม่สามารถจะ double check โดยคนสองคน ได้ทุกเรื่อง เราจึงต้องจัดว่าอะไรที่สำคัญและจำเป็นต้องมีสองคนมา double check อะไรที่สำคัญน้อยกว่าแต่ก็ ยังควร double check ด้วยตนเอง

แนวทางปฏิบัติที่ดีอาจจะเหมาะสมกับโรงพยาบาลในสถานการณ์หนึ่ง แต่ไม่จำเป็นที่โรงพยาบาลขนาดเล็กกว่าจะต้องปฏิบัติตาม เช่น การเตรียมยาเคมีบำบัด โดยหลักการคือการเตรียมโดยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญ มีการระมัดระวังอย่างรัดกุม และทำในสถานที่ที่เหมาะสม แต่การปฏิบัติในโรงเรียนแพทย์กับในโรงพยาบาล ชุมชนไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน

ต่อไปนี่คือคำถามตั้งต้นเพื่อให้ที่ประชุมขบคิด และฝากให้คิดต่อเป็นการบ้าน รวมทั้งร่วมกันค้นหาว่า good/best practice สำหรับบ้านเราคืออะไร

1. รพ.ของท่านมีแนวทางอย่างไรในการจัดระบบการสั่งยา การถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา และการตรวจสอบการบริหารยาเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับยาที่ถูกต้อง
2. รพ.ของท่านมีแนวทางอย่างไรในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) และผลข้างเคียงจากการใช้ยา (adverse drug reaction) อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.ของท่านเป็นเท่าไร
3. รพ.ของท่านมีแนวทางอย่างไรในการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน น่าเชื่อถือ และมีการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประโยชน์อย่างไร
4. รพ.ของท่านมีแนวทางอย่างไรในการส่งเสริมความเหมาะสมในการใช้ยา
5. รพ.ของท่านมีแนวทางอย่างไรในการป้องกันการใช้ยาเสื่อมสภาพ และลดความสูญเสียหรือสูญเสียเปล่าในการใช้ยา
6. รพ.ของท่านมีแนวทางอย่างไรในการป้องกันการติดเชื้อเนื่องจากการใช้สารน้ำ

ข้อผิดพลาดในการใช้ยาของแพทย์

วณิช วรรณพฤษ

จากประสบการณ์ที่ได้ให้บริการผู้ป่วยมานานกว่า 30 ปี รวมทั้งคลุกคลีกับการสอนนักศึกษาแพทย์, แพทย์ประจำบ้านและการปฏิบัติงานในคลินิกส่วนตัว พบปัญหาข้อผิดพลาดทางการใช้ยามากมายซึ่งน่าจะป้องกันได้ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่อยากเล่าสู่กันฟัง เรื่องแรกคือยาที่มีชื่อทางการค้าคล้ายคลึงกันในการสะกด เช่น Cardepine (10 mg) และ Cardiprine (100 mg) ตัวแรกเป็นยาแคลเซียม antagonist ตัวหลังเป็น baby aspirin อีกตัวคือ Chlorpheniramine และ Chloramphenical ซึ่งมักจะได้รับยาผิดเสมอ มีอีกหลายตัวเหมือนกันซึ่งคงเอ่ยไว้ไม่ได้หมด ผลที่เกิดกับคนไข้ก็คือโรคเดิมไม่หาย มีโรคใหม่จากฤทธิ์ข้างเคียงของยามาแทรก จะป้องกันได้ง่ายโดยคณะกรรมการยาของโรงพยาบาล ควรจะเสี่ยงการจดหายาที่มีชื่อใกล้เคียงกัน

เรื่องที่สองที่พบบ่อยคือการสั่งยา Depakine ชนิดน้ำ ซึ่งความเข้มข้นสูงมาเพื่อให้ได้กับประทานง่าย ความเข้มข้น 200 mg ต่อ 1 ซีซี แพทย์มักจะเผลอว่าเป็น 200 mg / ซ้อนชา ซึ่งผิดบ่อยในแพทย์ที่ไม่ได้ใช้นานี้บ่อยๆ ผลคือคนไข้เกิดมีกรดเลือดต่ำ ยาอีกตัวที่พบบ่อยได้แก่ Kit syrup ที่มีความเข้มข้นขนาด 100 mg / ซีซี แพทย์หลายคนเข้าใจผิดว่าเป็น syrup ทั่วๆ ไปของยาลดไข้ ซึ่งมีขนาด 120 mg / ซ้อนชา มักจะสั่งในขนาด ซ้อนชาให้ ความแตกต่างกันเป็นถึง 5 เท่า มีโอกาสเกิดพิษจาก acetaminophen ได้ ในกรณีนี้ถ้าไม่แน่ใจ แพทย์ควรจะตรวจสอบขนาดของยาในหนังสือคู่มือ ควรมีคู่มือการใช้ยาติดกระเป๋าไว้ตลอด

เรื่องต่อไปได้แก่ในเด็กแรกเกิด สมัยก่อนจะสั่ง Gentamicin เป็นจำนวน มก./กก. แล้วให้ เข้า – เย็น ระยะเวลาแพทย์เปลี่ยนเป็นให้วันละครั้ง พยาบาลยังชินกับที่เคยใช้เดิม ก็ให้ยาเป็น เข้า – เย็น แต่ในขนาดยาที่ต้องให้ครั้งเดียวใน 1 วัน เด็กเลยได้รับยาสูงเป็น 2 เท่า โอกาสเกิดพิษจากยาเกิดสูงขึ้น เพราะเด็กจะไวต่อยากลุ่มนี้อยู่แล้ว ทำให้เกิดพิษต่อหูและไตได้ ซึ่งถ้าได้มีการทบทวนอ่านคำสั่งแพทย์ให้เข้าใจ จะหลีกเลี่ยงการเกิดอันตรายจากยาได้

อีกเรื่องคือในผู้ป่วยที่แพทย์นัดมาดูซ้ำ การสั่งยาให้ไม่ครบตามกำหนด ผู้ป่วยจึงมาเร็วกว่าวันนัด ทำให้สูญเสียทั้งเงินค่าเดินทางและเวลา

เรื่องสุดท้ายคือการคำนวณขนาดยาผิดเกิดจากกุมารแพทย์ที่มักจะให้ยาโดยคำนวณยาต่อน้ำหนักตัว ถ้าเป็นเด็กปกติจะไม่มีปัญหา แต่ถ้าเป็นเด็กที่มีน้ำหนักตัวน้อยจะเกิดปัญหาขึ้นได้ เช่นเด็ก 1 ขวบ น้ำหนักตัวน้อยกว่า 10 กิโลกรัม เด็กอายุ 2 – 3 ขวบ น้ำหนักตัวจะประมาณ 12 – 14 กิโลกรัม แพทย์ที่รีบเร่งอาจเป็นเพราะคนไข้มาก พอดูอายุและจะเดาน้ำหนักแล้วสั่งยาตามนั้น บังเอิญเด็กที่มามีปัญหา น้ำหนักตัวน้อยอายุ 2 ขวบ น้ำหนักเพียง 8 กิโลกรัม พอคำนวณโดยใช้อายุ เด็กก็เลยได้ยาเกินขนาด ซึ่งน่าจะได้ทราบน้ำหนักตัวเด็กทุกครั้ง ก่อนคำนวณการให้ยา

จะเห็นว่าสิ่งที่ควรแก้ไขพัฒนาคือ คณะกรรมการยาควรพิจารณาไม่เอายาที่ชื่อคล้ายกันเข้ามาในโรงพยาบาลแพทย์ต้องมีการทบทวนการสั่งยาของแพทย์ และแพทย์ควรจะเปิดหนังสือเช็คขนาดยาในรายที่ไม่แน่ใจหรือยาที่นานๆ ได้ใช้สักครั้ง รวมทั้งเขียนใบสั่งยาให้ถูกต้อง เขียนชื่อเต็มมีวงเล็บความเข้มข้นของยาไว้ถูกต้อง ให้ยาให้เพียงพอตามเวลาที่ผู้ป่วยควรจะได้

Best Practices in Medication

ภก.ปรมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์

ความคลาดเคลื่อนของการใช้ยาเป็นความเสี่ยงที่พบได้มากที่สุดที่โรงพยาบาล สาเหตุอาจเกิดได้จากบุคลากรของโรงพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัช หรืออาจเกิดจากตัวผู้ป่วยเองที่ไม่เข้าใจการใช้ยา จึงทำให้เกิดแนวทางในการป้องกัน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา แนวทางในการป้องกันนั้นก็ขึ้นอยู่กับขนาดและสถานการณ์ของแต่ละโรงพยาบาลที่จะนำมาปฏิบัติต่อผู้รับผลงาน โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ระบบกระจายยา และบริหารยาของผู้ป่วยใน

ปัญหาเดิม การถ่ายถอดคำสั่งใช้ยาของแพทย์ โดยพยาบาลไปยังงานบริการเภสัชกรรม และงานบริการเภสัชกรรมจัดยาส่งตักผู้ป่วยในเพื่อบริหารยาให้กับผู้ป่วย มีการบันทึกถ่ายถอดข้อมูลคำสั่งใช้ยามากกว่า 7 ข้อมูล (ได้แก่ ใน Cardex Card, Card ยา, Medication record, ใบสั่งใช้ยา 2 IV / stat dox, ใบสั่งยา และอื่นๆ ของพยาบาล Drug profile, ซองยา/ฉลากยา ของงานบริการเภสัชกรรม) ทำให้ไม่มั่นใจว่าข้อมูลการใช้ยาทั้งหมดจะเหมือนกันหรือไม่ และเป็นความเสี่ยงที่นำไปสู่ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาของผู้ป่วยใน

Best Practices โรงพยาบาลหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลพระรัตนราชธานี โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และอื่นๆ จัดระบบตรวจสอบการถ่ายถอดคำสั่งใช้ยาข้ามหน่วยงาน (Cross check) โดยใช้สำเนา Doctor's order หรือ Fax doctor's order ใ้งานบริการเภสัชกรรมตรวจสอบ และจัดยาแล้วส่งให้ตักผู้ป่วยตรวจสอบซ้ำ บางแห่ง เช่น โรงพยาบาลพญาไท 2 เลิกใช้ Card ยา สำหรับเตรียมและบริหารยาให้กับผู้ป่วย เพราะพบปัญหา Card ยา สูญหาย เขียนผิดพลาด หรือลืมนเขียน ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่คลาดเคลื่อน มาใช้ Medication record สำหรับเตรียมและบริหารยาโดยพยาบาลเจ้าของไข้ ทำให้สามารถลดปัญหา Administration error ได้อย่างเป็นรูปธรรม บางแห่ง เช่น โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลโอเวอร์บรูค จังหวัดเชียงราย ได้แก้ปัญหาการถ่ายถอดคำสั่งใช้ยาโดยใช้ระบบ IT เข้ามาช่วย โดยเหลือข้อมูลการใช้ยาเพียง 1 ข้อมูลร่วมกันใช้ระหว่างตักผู้ป่วยและงานบริการเภสัชกรรมโดยให้พยาบาลพิมพ์ข้อมูลการใช้ยาในระบบคอมพิวเตอร์เครือข่าย มีระบบตรวจสอบข้ามหน่วยงานด้วย doctor's order จากงานบริการเภสัชกรรม มีการพิมพ์ฉลากยา / Medication record จากฐานข้อมูล เพื่อจัดยาส่งให้ตักผู้ป่วยตรวจสอบซ้ำกับ Doctor's order เป็น triple check และใช้ Medication record บริหารยาให้กับผู้ป่วย

ระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ปัญหาเดิม ไม่มีระบบเฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซ้ำ

Best Practices โรงพยาบาลหลายแห่ง จัดระบบเฝ้าระวังแบบ Spontaneous report บางแห่ง เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพิ่มเติม เพื่อให้พยาบาลและแพทย์ได้รายงานมาให้กลุ่มงานเภสัชกรรมเพื่อประเมินตรวจสอบให้มั่นใจว่าเป็น ADR และเป็น ADR ประเภทใด มีการจัดระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ ด้วยการบันทึกข้อมูลบริเวณด้านหน้าของเวชระเบียนที่เห็นได้ชัดเจน หรือลงในระบบคอมพิวเตอร์ มีการให้บัตรแพ้ยา พร้อมคำแนะนำกับผู้ป่วย บางแห่ง เช่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จะให้บัตรผู้ป่วยขาด G-6-PD และแนะนำให้แจ้งแก่แพทย์ และเภสัชกรทุกครั้งเมื่อมีการสั่งใช้ยา เพื่อทบทวนว่ายานี้สามารถใช้ได้ปลอดภัยในผู้ป่วยบกพร่อง G-6-PD

ระบบบริการยาเคมีบำบัด

ปัญหาเดิม ผู้ให้บริการโดยเฉพาะเตรียมและบริหารยาเคมีบำบัดมีความเสี่ยงต่ออันตรายจากยาเคมีบำบัด และไม่มีระบบการจัดการกับปัญหาที่ตกปนเปื้อนกับสิ่งแวดล้อมหรือกับเจ้าหน้าที่ ตลอดจนไม่มีระบบจัดการกับขยะของเสียที่ปนเปื้อนกับสิ่งแวดล้อม

Best Practices โรงพยาบาลหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่ราชประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลศิริราชพยาบาล ได้จัดระบบบริการยาเคมีบำบัดแบบรวมศูนย์ โดยความร่วมมือระหว่างงานบริการเภสัชกรรมกับพยาบาล และแพทย์ ที่สามารถป้องกันปัญหาความเสี่ยงอันตรายจากยาดังกล่าวได้ และบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ได้จัดการอบรมในการเตรียม และจัดการกับยาเคมีบำบัดให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอื่นๆ ที่สนใจ

ระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา

ปัญหาเดิม ไม่มีระบบประกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา การจัดจ่ายยา และบริหารยา หรือมีการเฝ้าระวังแต่ไม่เคยนำข้อมูลที่เฝ้าระวังมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อการแก้ปัญหาที่ต้นตอของปัญหาทำให้เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนซ้ำๆ

Best Practices โรงพยาบาลหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลเซ็นหลุยส์ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ บางแค โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เป็นต้น จัดระบบเฝ้าระวัง ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาของแพทย์ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับ Drug interaction (DI) และ Dose การใช้ยา ด้วยการเตรียมฐานข้อมูล DI, dose ยาที่เฝ้าระวัง และใช้ระบบ IT มาช่วยเตือนเมื่อพบปัญหา บางแห่ง เช่น โรงพยาบาลดำเนินสะดวกมีการนำข้อมูลการบันทึกความคลาดเคลื่อนในการจัดจ่ายยา มาวิเคราะห์ถึงคู่ยาที่มีปัญหาจัดผิดอยู่บ่อยๆ เป็น Top 10, Top 20 เพื่อการแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรม ณ จุดปฏิบัติงาน และมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงเป็นประจำทุกๆ เดือน และในแต่ละเดือน ได้นำข้อมูล Top 10 ของยาที่มีปัญหาจัดผิดใหม่มาแก้ปัญหาเป็น dynamic พร้อมการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงต่อไป

Patient Safety 5 เชนะเบียง บันทิกเพือการดูแลผู้ป่วยอย่างมี คุณภาพ

นพ.สรรราช อัครเรืองชัย

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เป็นที่ทราบกันเป็นอย่างดีว่า เชนะเบียงมีความจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก หลายท่านอาจนึกถึงคุณค่าของเชนะเบียงเมื่อต้องใช้เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณาข้อร้องเรียนของสภาวิชาชีพ หรือ บางครั้งต้องเป็นหลักฐานในชั้นศาลเมื่อมีการฟ้องร้องเกิดขึ้น ซึ่งก็เป็นคุณสมบัติที่สำคัญของเชนะเบียงประการหนึ่ง แต่เป็นการใช้เชนะเบียงเพื่อความปลอดภัยของผู้บันทึก ไม่ใช่เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ในการพัฒนาคุณภาพตามแนวทาง HA นั้นได้ถูกกำหนดไว้มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนากิเชก โดยมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการเชนะเบียง และการบันทึกข้อมูลเพือการดูแลผู้ป่วย โดยมีมาตรฐานที่เกี่ยวข้องดังนี้

IM.4.1 มีการจัดทำเชนะเบียงสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการของโรงพยาบาล โดยมีข้อมูล และรายละเอียดเพียงพอ

GEN.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพือให้เกิดการสื่อสารที่ติระหวางทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

IM.4.2 มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร สำหรับการบันทึกและการเก็บรายงานผลในเชนะเบียง

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้นำมาตรฐานดังกล่าวไปส่งเสริมให้โรงพยาบาลได้ใช้ในการพัฒนาคุณภาพ และถือเอาคุณภาพเชนะเบียงเป็นเงื่อนไขสำคัญของการรับรองคุณภาพด้วยเป็นเวลานานกว่า 7 ปีมาแล้ว มาตรฐานดังกล่าวถูกนำไปใช้แตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล จึงขอรวบรวมประเด็นปัญหาในทางปฏิบัติของโรงพยาบาลต่างๆ จากประสบการณ์การเยี่ยมสำรวจและข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาไว้ ณ ที่นี้

คุณค่าที่ถูกลมองข้ามของเชนะเบียง

เชนะเบียง คือ บันทึกเหตุการณ์กระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับโรงพยาบาล โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องบันทึกไปตามกระบวนการดูแลรักษาที่เกิดขึ้นจริง ข้อมูลในบันทึกเชนะเบียงประกอบด้วยข้อมูลปฐมภูมิอันแสดงลักษณะของผู้ป่วย ได้แก่ อาการ อาการแสดง ประวัติที่ผู้ป่วยและญาติเป็นผู้บอกเล่า ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกการผ่าตัด เป็นต้น ประกอบกับความคิดเห็นและการปฏิบัติของทีมผู้ดูแลรักษา เช่น บันทึกการวินิจฉัย แผนการรักษา คำสั่งการรักษา บันทึกการดำเนินโรค บันทึกการพยาบาล บันทึกการขอและให้คำปรึกษา เป็นต้น คุณค่าของเชนะเบียงได้ถูกระบุไว้ชัดเจนในมาตรฐานวิชาชีพต่างๆ และได้ถูกนำมาใช้ในมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนากิเชก ถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลต่างๆ นำมาใช้ในการส่งเสริมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

บันทึกเพื่อการสื่อสารในทีม

เวชระเบียนเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งในวิชาชีพเดียวกัน และระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ต้องการการดูแลรักษา จากสหสาขาวิชาชีพ บางครั้งเพื่อการสื่อสารกันเองในวิชาชีพ เช่น ระหว่างแพทย์ผู้รักษาในทีม หรือระหว่าง วิชาชีพ เช่น ระหว่างแพทย์และพยาบาล ปัญหาที่มักจะพบได้แก่ การบันทึกเวชระเบียนไม่ละเอียดเพียงพอต่อ การสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจถึงปัญหา และแผนการรักษา ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงานเป็นทีมอย่างยิ่ง สมาชิก ทีมจึงจำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารทางวาจาซึ่งเสี่ยงต่อการหลงลืม และไม่ครอบคลุมเนื้อหาที่สำคัญที่ต้องการจะ สื่อ

แนวทางการแก้ปัญหาดังกล่าว ทีมดูแลผู้ป่วยควรตกลงแนวทางหรือกำหนดมาตรฐานกันล่วงหน้าว่า กรณีใดบ้างที่สำคัญและจำเป็นที่จะต้องสื่อสารด้วยเวชระเบียน เพื่อลดความแตกต่างกัน ทีมดูแลผู้ป่วยจะกำหนด เนื้อหาที่จะสื่อสารควรประกอบด้วยอะไรเพื่อให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ เช่น ในโรคหรือขั้นตอนที่มีความ เสี่ยงต่อผู้ป่วยสูง อาจจัดทำแนวทางการดูแลรักษาล่วงหน้า เป็นการสร้างระบบบันทึกเตือนความจำเพื่อป้องกัน ความผิดพลาดในการดูแลรักษาผู้ป่วยของทีม

บันทึกเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยความต่อเนื่องในการดูแลรักษา เวชระเบียนเป็นเครื่องมือเพื่อส่งต่อ ข้อมูลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระหว่างการดูแลรักษาในโรงพยาบาลและติดตามการ รักษาภายหลังออกจากโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาปัญหาที่ผู้ป่วยมารับการรักษา คงไม่สามารถปฏิเสธได้ว่า ขอบเขตของการดูแลรักษาไม่ได้สิ้นสุดลงเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน แต่เมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วย นอก หรือบางครั้งก็ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าว่าผู้ป่วยจะกลับมารับการรักษาด้วยปัญหาเดิม หรือปัญหาที่ เกี่ยวข้องอื่นๆ หรือไม่ เวชระเบียนจึงเปรียบเสมือนบันทึกความทรงจำที่จะช่วยให้แพทย์หรือบุคลากรอื่นที่ เกี่ยวข้อง สามารถจดจำปัญหาที่สำคัญและแผนการรักษาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เพื่อประกอบการตัดสินใจใน การรักษาอย่างต่อเนื่อง

ในทางปฏิบัติ โรงพยาบาลมักจะแยกบันทึกผู้ป่วยในออกจากบันทึกผู้ป่วยนอก ทำให้ขาดข้อมูลที่สำคัญ ที่แพทย์ที่ต้องรักษาภายหลังจะใช้ในการวินิจฉัยและรักษา นอกจากนี้ในปัจจุบันพบว่า ข้อจำกัดของการบันทึก ข้อมูลเวชระเบียนด้วยคอมพิวเตอร์ก็ยิ่งทำให้ข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญสูญหายไปด้วย เช่น ประวัติสำคัญ ภาพวาด ต่างๆ หรือข้อจำกัดด้านการพิมพ์ ทำให้แพทย์ไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้ละเอียดพอ เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลให้เกิด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น ผู้ป่วยได้รับยาที่ตนเองเคยให้ประวัติแพ้ยาดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยได้รับการรักษา ซ้ำซ้อนเนื่องจากแพทย์ไม่ทราบว่าเคยได้รับการรักษาดังกล่าวแล้ว เป็นต้น แนวทางแก้ปัญหาดังกล่าว ทีมดูแล ผู้ป่วยร่วมกับคณะกรรมการสารสนเทศและเวชระเบียนควรให้ความสำคัญกับการใช้ข้อมูลผู้ป่วยดังกล่าว โดย จัดหาระบบบันทึกที่สะดวกต่อผู้บันทึกมากที่สุด หากฐานข้อมูลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกแยกกันจัดเก็บ ก็ควร มีระบบที่ทีมดูแลผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลทั้งสองได้สะดวก หรืออาจจัดให้ฐานข้อมูลดังกล่าวมีข้อมูลที่สำคัญ ร่วมกัน เช่น ประวัติแพ้ยา โรคประจำตัวสำคัญ ยาที่ใช้ประจำ เป็นต้น

บันทึกเพื่อการทบทวน

การดูแลรักษาผู้ป่วยจะมีคุณภาพได้นั้นจำเป็นต้องอาศัยการทบทวนอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้าน กระบวนการดูแลรักษาและผลลัพธ์ ทั้งที่เป็นผู้ป่วยรายบุคคลและกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรคต่างๆ เพื่อเป็นหลักประกัน คุณภาพการดูแลรักษาว่ามีมาตรฐาน (Quality Assurance) ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยเพียงพอ (Patient

Safety) และสามารถเรียนรู้เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้ (Clinical CQI) การทบทวนเพื่อการประกันและการพัฒนาคุณภาพนั้นจำเป็นต้องอาศัยคุณภาพของบันทึกเวชระเบียนทั้งในเชิงปริมาณ ที่ต้องมีเนื้อหาที่จำเป็นครบถ้วน และเชิงคุณภาพซึ่งหมายถึง ความสอดคล้องต่อเนื่องของเนื้อหา ความสะดวกต่อการค้นหาข้อมูลในเวชระเบียน ได้แก่ การทำ Patient care review ในรูปแบบต่างๆ การทำ Incident review การทำการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ เป็นต้น ปัญหาที่มักพบในทางปฏิบัติ คือ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาอย่างเพียงพอ จึงยังไม่เห็นความสำคัญของคุณภาพเวชระเบียนมากนัก ถึงแม้จะมีการทบทวนก็ทำเพื่อการเรียนการสอนนักเรียนแพทย์หรือพยาบาล ขาดการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจริงๆ และมักเป็นการทบทวนย้อนหลังซึ่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว โรงพยาบาลที่เริ่มพัฒนาคุณภาพก็จะมุ่งเน้นที่จะพัฒนาคุณภาพบันทึกเวชระเบียนในเชิงปริมาณเป็นหลัก คือพยายามส่งเสริมให้ทีมดูแลรักษาผู้ป่วยบันทึกเวชระเบียนให้ครบถ้วนมากที่สุดครอบคลุมทุกหัวข้อตามมาตรฐานเวชระเบียน แต่ก็จะมีปัญหาว่า การบันทึกที่เน้นปริมาณแต่ไม่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วย ไม่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพราะผู้บันทึกไม่เห็นความสำคัญของสิ่งที่ตนบันทึกและเกิดความเบื่อหน่ายไปในที่สุด แนวทางการแก้ปัญหาดังกล่าวต้องอาศัยการส่งเสริมให้ทีมดูแลรักษาผู้ป่วยเห็นคุณค่าของการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทบทวนขณะที่ผู้ป่วยยังได้รับการรักษาในโรงพยาบาล จะทำให้ปัญหาของผู้ป่วยเห็นจุดแข็งจุดอ่อนของดูแลรักษา ทำให้ทันต่อการแก้ไขปัญหาผู้ป่วย ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลรักษาที่ดีขึ้น และนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการบันทึกได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

บันทึกเพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นกับผู้ป่วย บางครั้งนำมาซึ่งความผิดหวังแก่ผู้ป่วยและญาติ หรือเกิดความสงสัยในมาตรฐานการรักษาของทีม นำไปสู่การร้องเรียนหรือฟ้องร้องบุคคลที่สาม เช่น ผู้บริหาร แพทย์สภา หรือ ผู้พิพากษา เวชระเบียนที่บันทึกเหตุการณ์ดังกล่าวจึงเป็นหลักฐานที่สำคัญทางกฎหมาย ประกอบการพิจารณาของผู้รับผิดชอบ แต่อย่างไรก็ตาม การใช้เวชระเบียนเพื่อเป็นหลักฐานในการฟ้องร้องนั้นเป็นการใช้เวชระเบียนเพื่อแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ เพียงเพื่อลดความสูญเสียจากการฟ้องร้องของผู้ป่วยและญาติต่อทีมผู้ดูแลรักษาและโรงพยาบาล ดังนั้นโรงพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการปกป้องปัญหา โดยให้ความสำคัญกับคุณค่าของเวชระเบียนที่กล่าวมาแล้วข้างต้นมากกว่า ได้แก่ การสื่อสาร การดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง และการทบทวนกระบวนการดูแลรักษาของทีม

อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดการฟ้องร้อง เวชระเบียนจะใช้เป็นหลักฐานที่มีน้ำหนักหรือไม่นั้นก็ขึ้นอยู่กับเนื้อหาที่บันทึกเหตุการณ์ดังกล่าวในเวชระเบียน ซึ่งต้องอาศัยการบันทึกตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างครบถ้วน เนื้อหาที่บันทึกที่สอดคล้องกับเหตุการณ์ และเป็นความจริง นอกจากนี้มาตรฐานของระบบเวชระเบียนที่โรงพยาบาลแห่งนั้นใช้ก็มีความสำคัญด้วยเช่นกัน ได้แก่ ระบบการจัดเก็บและการเข้าถึงเวชระเบียน ความยากง่ายในการแก้ไขบันทึก เป็นต้น ถ้าขาดปัจจัยใดก็ทำให้ความน่าเชื่อถือของเวชระเบียนลดน้อยลงไปตามลำดับ เช่น ปัจจุบันมีการนิยมใช้คอมพิวเตอร์ในการจัดเก็บข้อมูลแทนระบบเดิมที่ใช้กระดาษ ซึ่งอาจมีข้อเสียคือข้อมูลดังกล่าวสามารถแก้ไขได้ง่าย และปัจจุบันยังไม่มียุทธศาสตร์รับรองความน่าเชื่อถือของข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ดังกล่าว ซึ่งศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC) กำลังเร่งหาแนวทางแก้ปัญหาดังกล่าวอยู่ ดังนั้นในระหว่างที่ยังไม่มีคำตอบในเรื่องนี้ผู้ที่จัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนพึงพิจารณาข้อจำกัดของระบบดังกล่าวนี้ด้วย

บทส่งท้าย

การบันทึกเวชระเบียนเป็นมาตรฐานวิชาชีพคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบันมานาน ทิศทางการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแม้จะไม่ใช้สิ่งใหม่แต่ก็ถูกมองข้ามมานาน การจะส่งเสริมให้เห็นคุณค่าเวชระเบียนดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจ ตั้งแต่แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ การทำงานเป็นทีม การมองประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น การเรียนรู้ที่จะพัฒนาอย่างต่อเนื่องเวชระเบียนเป็นเพียงเครื่องมือชิ้นหนึ่งของกระบวนการดังกล่าว หากเราเข้าใจและนำมาใช้อย่างเหมาะสม เครื่องมือชิ้นนี้ก็จะสามารถพาเราไปถึงเป้าหมายสำคัญของการบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ในที่สุด คือการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย

ตัวอย่างของการจัดการเวชระเบียนเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

ตัวอย่างต่อไปนี้เป็นตัวอย่างการจัดการที่สะท้อนให้เห็นถึงการใช้เวชระเบียนเป็นเครื่องมือพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลต่างๆ ที่ร่วมพัฒนาคุณภาพทั้งในภาครัฐและเอกชน การจัดการดังกล่าวอาจเกิดขึ้นจากความคิดสร้างสรรค์ หรือการประยุกต์ประสบการณ์ของผู้อื่น สอดคล้องกับปัญหาของโรงพยาบาลสามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในโรงพยาบาลจัดการได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ดังจะเห็นได้จากผลของการจัดการเหล่านั้นต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น จึงขอเสนอไว้เป็นตัวอย่าง ขอให้พิจารณาให้รอบคอบก่อนนำไปใช้ตามความเหมาะสมของแต่ละโรงพยาบาล

มาตรฐานการบันทึกเวชระเบียน โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

พญ.จามรี เชื้อเพชรโสภณ

ได้ประยุกต์มาตรฐาน JCIA มาเป็นมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพ โดยมีมาตรฐานในการบันทึกและมีเกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนดังต่อไปนี้

1. การเข้าถึงการรักษาและการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง – Access to Care and Continuity of Care

องค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการดูแลเอาใจใส่ เพราะถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทั้งผู้ประกอบอาชีพทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพ และเกี่ยวข้องกับแนวทางการรักษา ที่จำเป็นต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป้าหมาย คือ เพื่อให้การให้บริการต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้วนั้นตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในด้านการดูแลได้ และช่วยให้บริการต่าง ๆ ที่ถูกจัดให้กับผู้ป่วยในองค์กรเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ตามมาด้วยเรื่องของวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและการติดตามผล ผลที่ได้ก็คือจะช่วยปรับปรุงผลการดูแลรักษาผู้ป่วยและมีการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่ามากขึ้น การมีข่าวสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องจะเอื้อให้ตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง คือ

1. โรงพยาบาลสามารถให้บริการตามความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย
2. การดำเนินการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ และ
3. การย้ายหรือการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน หรือสถานพยาบาลอื่น ๆ เป็นไปอย่างเหมาะสม

เกณฑ์ตรวจสอบเวชระเบียน

1. มีการตรวจวินิจฉัยตามเวลาที่เหมาะสมที่ระบุไว้ในนโยบายของโรงพยาบาล ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
 - 1.1 มีกระบวนการเตรียมผลการตรวจวินิจฉัยเพื่อใช้ในการตัดสินใจ ในกรณีที่ผู้ป่วย admit, transfer หรือ refer
 - 1.2 มีเกณฑ์สำหรับการตัดสินใจในการเลือกตรวจวินิจฉัยตามความต้องการ ก่อนการ Admit
 - 1.3 ไม่ admit, transfer หรือ refer ผู้ป่วยก่อนได้รับผลการวินิจฉัย
2. มีกระบวนการรับผู้ป่วยหรือย้ายแผนกพิเศษถูกต้องตามหลักเกณฑ์ของโรงพยาบาล ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
 - 2.1 โรงพยาบาลต้องกำหนดหลักเกณฑ์การ admit, refer ผู้ป่วยเข้าใน Intensive Care Unit และ Special Unit
 - 2.2 มีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ร่วมในการกำหนดหลักเกณฑ์
 - 2.3 เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมให้เข้าใจในหลักเกณฑ์และนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม
 - 2.4 ผู้ป่วย transfer หรือ admit เข้า Intensive Care และ Special Unit ตามเกณฑ์ที่กำหนด
 - 2.5 ผู้ป่วยที่ไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ต้องย้ายออกหรือกลับบ้าน
3. มีสรุปการรักษาพยาบาลในขณะย้ายผู้ป่วย ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
 - 3.1 มีสรุปการรักษาพยาบาลเมื่อย้ายผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น หรือแผนกอื่นภายในโรงพยาบาล
 - 3.2 การสรุปประกอบด้วยเหตุการณ์ admit สาเหตุสำคัญ การวินิจฉัยโรค ผลการทำหัตถการ ยาที่รักษาและการรักษาอื่น ๆ รวมถึงอาการผู้ป่วยขณะย้าย
4. มีบันทึกผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งประกอบด้วย เหตุผลการ admit ข้อมูลการค้นพบที่สำคัญ การวินิจฉัยโรค การทำหัตถการ ยาและการรักษา คำแนะนำเรื่องการรักษาครั้งต่อไป และอาการเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
 - 4.1 มีการเตรียมบันทึกสรุปผู้ป่วยกลับบ้าน เมื่ออนุญาตให้กลับบ้าน
 - 4.2 มีบันทึกเหตุการณ์ admit

- 4.3 มีข้อมูลการค้นพบที่สำคัญ (significant findings)
- 4.4 มีบันทึกการวินิจฉัยโรค (diagnosis)
- 4.5 มีบันทึกผลการทำหัตถการ (procedures performed)
- 4.6 มีบันทึกยาและการรักษาอื่นๆ (medications and other treatments)
- 4.7 มีบันทึกอาการผู้ป่วยขณะให้กลับบ้าน (condition upon discharge)
- 4.8 มีบันทึกยากลับบ้าน วันนัด และคำแนะนำ (discharge medications and follow-up instructions)
- 4.9 บันทึก discharge summary ต้องเก็บเข้าไว้ในเวชระเบียน
- 4.10 ผู้ป่วยจะได้รับสำเนาบันทึก discharge summary กลับบ้าน

2. การประเมินอาการผู้ป่วย - Assessment of Patients

การประเมินอาการผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะส่งผลในด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะการฉุกเฉินของผู้ป่วยหรือความจำเป็นที่จะต้องมีการรักษาอย่างเร่งด่วน รวมไปถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าสภาพการณ์ของผู้ป่วยจะเปลี่ยนไปก็ตาม การประเมินอาการผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ดำเนินไปในหลายสถานะแวดล้อมและหลายแผนกด้วยกัน ประกอบด้วยสามกระบวนการเบื้องต้นดังต่อไปนี้

1. การรวบรวมรายละเอียดและข้อมูลทางด้านร่างกาย จิตใจ สถานะทางสังคม และประวัติสุขภาพของผู้ป่วยผู้นั้น
2. การวิเคราะห์ข้อมูลและรายละเอียดต่าง ๆ เพื่อระบุความจำเป็นในการรักษาของผู้ป่วยผู้นั้น และ
3. การพัฒนาแผนการรักษาเพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

การประเมินอาการผู้ป่วยจะให้ผลที่เหมาะสมเมื่อพิจารณาจากสถานะของผู้ป่วย ความต้องการทางด้านสุขภาพ การร้องขอและสิ่งที่ผู้ป่วยแต่ละคนชอบ กระบวนการเหล่านี้จะสัมฤทธิ์ผลเมื่อผู้ที่ประกอบอาชีพทางด้านสุขภาพเหล่านี้ร่วมมือกันรับผิดชอบในงานดูแลผู้ป่วย

เกณฑ์ตรวจสอบเวชระเบียน

1. การประเมินผู้ป่วยได้กระทำในเวลาที่กำหนด ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
 - 1.1 มีการกำหนดเวลาการประเมินผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
 - 1.2 การประเมินผู้ป่วยต้องทำได้สมบูรณ์ตามเวลาที่โรงพยาบาลกำหนด
 - 1.3 การประเมินภายนอกโรงพยาบาลต้องมีหลักฐานเมื่อผู้ป่วย Admit
2. การประเมินต้องครอบคลุมถึงประวัติสุขภาพผู้ป่วย การตรวจร่างกาย ภาวะทางจิตใจ สถานะทางสังคมและปัจจัยทางเศรษฐกิจ ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
 - 2.1 ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการประเมินเบื้องต้นก่อนเข้ารับการรักษา ตามหลักเกณฑ์ของโรงพยาบาล
 - 2.2 ผู้ป่วยทุกคนได้รับการประเมินร่างกายเบื้องต้น (initial physical assessment)
 - 2.3 การประเมินร่างกายประกอบด้วย การตรวจร่างกายและประวัติสุขภาพ (physical exam and health history)
 - 2.4 ผู้ป่วยทุกคนได้รับการประเมินภาวะทางจิตใจ (psychological assessment)
 - 2.5 ผู้ป่วยทุกคนได้รับการประเมินด้านเศรษฐกิจ (social and economic assessment)
 - 2.6 มีความเข้าใจการรักษาที่ผู้ป่วยต้องการ
 - 2.7 มีการประเมินทางเลือกการรักษาที่ดีที่สุด
 - 2.8 มีการประเมินวินิจฉัยโรคเบื้องต้น
 - 2.9 มีการประเมินประวัติการรักษาที่ผ่านมา
3. ผู้ป่วยได้รับการประเมินโดยแพทย์ ภายใน 24 ชั่วโมง ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่

- 3.1 มีการประเมินเบื้องต้นโดยแพทย์ และบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง เมื่อรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล
- 3.2 การประเมินเบื้องต้นโดยแพทย์ ภายนอกโรงพยาบาลต้องไม่เกิน 30 วัน
- 3.3 กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต้องบันทึกในเวชระเบียน
4. ผู้ป่วยได้รับการประเมินโดยพยาบาลภายในเวลาที่กำหนด ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
 - 4.1 การประเมินผู้ป่วยโดยพยาบาลต้องบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยภายในกำหนดเวลา นโยบายของโรงพยาบาล
5. มีการประเมินภาวะโภชนาการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
 - 5.1 มีเกณฑ์การประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วย
 - 5.2 มีการแยกผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงด้านโภชนาการ ตั้งแต่การประเมินเริ่มต้น
 - 5.3 ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงด้านโภชนาการตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ต้องได้รับการประเมินด้านโภชนาการ
6. มีการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
 - 6.1 มีเกณฑ์การประเมินสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วย
 - 6.2 มีการแยกผู้ป่วยที่ต้องประเมินสมรรถภาพร่างกายเพิ่มขึ้น
 - 6.3 ผู้ป่วยได้รับการประเมินสมรรถภาพร่างกายตามความเหมาะสมของเกณฑ์ที่กำหนด
7. มีการประเมินสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเมื่อกลับบ้าน ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
 - 7.1 มีกระบวนการวางแผนผู้ป่วยกลับบ้านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
 - 7.2 มีการประเมินผู้ป่วย ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือพิเศษ และมีการส่งต่อให้ได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนใกล้เคียง
8. ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำเป็นระยะๆ ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
 - 8.1 มีการประเมินซ้ำหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล
 - 8.2 มีการประเมินซ้ำเพื่อวางแผนการรักษาต่อ หรือกลับบ้าน
 - 8.3 มีการประเมินซ้ำเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสมกับ อาการผู้ป่วย แผนการรักษา และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน หรือสอดคล้องกับนโยบายโรงพยาบาลและวิธีปฏิบัติ
 - 8.4 มีการบันทึกการประเมินในเวชระเบียนผู้ป่วย

3. การดูแลผู้ป่วย – Care of Patients

เป้าหมายหลักขององค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพนั้นคือการดูแลผู้ป่วย การเตรียมการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ ช่วยเอื้อและตอบสนองความต้องการเฉพาะตัวของผู้ป่วยนั้นจำเป็นต้องมีการวางแผนและความร่วมมือกันอย่างมาก กิจกรรมบางอย่างถือเป็นกิจกรรมเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวนี้คือ

1. การวางแผนและการส่งมอบการดูแลผู้ป่วยแต่ละคน
2. การเฝ้าติดตามสังเกตผู้ป่วยผู้นั้นเพื่อจะได้ทราบว่ามีการรักษานั้นให้ผลอย่างไร
3. การเปลี่ยนแปลงการรักษาเมื่อจำเป็น
4. การดำเนินการรักษาให้เสร็จสมบูรณ์ และ
5. การวางแผนการติดตามผล

ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพไม่ว่าจะเป็นทางด้านการแพทย์ พยาบาล เกษัตริกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือแขนงอื่น ๆ อาจจะเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมเหล่านี้ ผู้ให้บริการแต่ละคนควรจะมีบทบาทที่แน่นอนในการดูแลผู้ป่วย โดยตัดสินบทบาทนั้นจากใบอนุญาต หนังสือรับรองกฎหมาย ข้อกำหนด ทักษะเฉพาะตัว ความรู้

ประสบการณ์ของผู้ให้บริการแต่ละคน รวมไปถึงนโยบายขององค์กรนั้น และขอบข่ายงาน ซึ่งการดูแลผู้ป่วย บางอย่างนั้นเป็นหน้าที่ของพ่อแม่ ครอบครัวของ ผู้ป่วยผู้นั้นหรือไม่ก็แพทย์ที่ได้ผ่านการฝึกอบรมแล้ว

มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจะอธิบายถึงการส่งมอบการดูแลเบื้องต้น แผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนจะขึ้นอยู่กับ การประเมินผลความต้องการของผู้ป่วยผู้นั้น การรักษาอาจจะเป็นไปเพื่อการป้องกัน บรรเทา รักษา หรือฟื้นฟูสมรรถภาพและอาจรวมไปถึงการวางยาสลบ การผ่าตัด การให้ยา การบำบัด หรือทั้งหมดที่กล่าวมา ซึ่ง จะหวังพึ่งแผนการรักษาเพียงอย่างเดียวไม่ได้ จะต้องร่วมมือกันในการส่งมอบการดูแลและมีความเป็นอันหนึ่งอัน เดียวกันในทีมผู้ทำการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้นั้น

เกณฑ์ตรวจสอบเวชระเบียน

1. แผนการรักษาผู้ป่วยได้บันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
 - 1.1 มีแผนการรักษาผู้ป่วยแต่ละคน
 - 1.2 แผนการรักษาบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย
 - 1.3 แผนการรักษาต้องดำเนินการ
 - 1.4 การดำเนินการรักษาผู้ป่วยแต่ละคน ต้องบันทึกในเวชระเบียน
 - 1.5 ทีมดูแลผู้ป่วยให้บันทึกการรักษาในเวชระเบียนผู้ป่วยร่วมกัน
2. แผนการรักษาผู้ป่วยได้ถูกทบทวนและประเมินซ้ำ ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
 - 2.1 การวางแผนการรักษาจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงตามอาการผู้ป่วย
3. การดูแลผู้ป่วยที่ได้ยาสลบ มีการวางแผนและบันทึก ในเวชระเบียนผู้ป่วย ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
 - 3.1 มีแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาสลบแต่ละคน
 - 3.2 แผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาสลบ ลงบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย
4. ความเสี่ยง อาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และทางเลือกการใช้ยาสลบ ได้ปรึกษากับผู้ป่วย และผู้ให้การ ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
 - 4.1 มีการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นไปได้ และทางเลือกการใช้ยาสลบ ให้แก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้การตัดสินใจแทนผู้ป่วย
 - 4.2 ทัศนคติแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีคุณสมบัติที่เหมาะสม และมีสิทธิเป็นผู้ให้ความรู้
5. มีการบันทึกการใช้ยาสลบ ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
 - 5.1 มีการบันทึกการใช้ยาสลบและวิธีการใช้าระงับความรู้สึกเจ็บปวด
6. มีการดูแลสภาวะการทำงานของร่างกายผู้ป่วยระหว่างได้รับยาสลบ ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
 - 6.1 มีการดูแลและเฝ้าระวังสภาวะร่างกายผู้ป่วยขณะได้รับยาสลบ
 - 6.2 มีการบันทึกการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยใน Anesthesia Record
7. มีการประเมินผู้ป่วยหลังได้รับยาสลบก่อนย้ายออกจากห้องพักฟื้นผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดก่อนย้ายออก ตัวชี้วัด คุณภาพได้แก่
 - 7.1 มีการดูแลและเฝ้าระวังสภาวะร่างกายผู้ป่วยอย่างเหมาะสมระหว่างหลังการได้รับยาสลบ ระยะพักฟื้น
 - 7.2 มีการบันทึกการดูแลผู้ป่วยในเวชระเบียนผู้ป่วย
 - 7.3 มีเกณฑ์การประเมินการตัดสินใจการย้ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น หรือให้กลับบ้าน
 - 7.4 ประยุกต์หลักเกณฑ์การย้ายผู้ป่วยหรือให้กลับบ้านนำมาใช้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน
 - 7.5 บันทึกเวลาเข้าและย้ายออกจากห้องพักฟื้น
8. มีการวางแผนและบันทึกผู้ป่วยคัดลยกรรม ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
 - 8.1 มีการวางแผนผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละคน
 - 8.2 มีกระบวนการวางแผนและตัดสินใจ พิจารณาตามข้อมูลการประเมินผู้ป่วยทั้งหมด
 - 8.3 มีการบันทึกแผนการผ่าตัด

- 8.4 มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด
9. ความเสี่ยงประโยชน์ที่ได้รับอาการแทรกซ้อน และทางเลือกสำหรับการผ่าตัดได้อธิบายให้ผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้การตัดสินใจแทนผู้ป่วย ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
- 9.1 มีการปรึกษากับผู้ป่วย หรือผู้ให้การตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยง ประโยชน์ที่ได้รับภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และทางเลือกสำหรับการผ่าตัด
- 9.2 มีการให้ความรู้และเหตุผลที่จำเป็น ความเสี่ยง ทางเลือกการให้เลือด และผลิตภัณฑ์ของเลือด
- 9.3 ศัลยแพทย์ของผู้ป่วย หรือบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสม และมีสิทธิเป็นผู้ให้ความรู้
10. มีบันทึกการผ่าตัด ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
- 10.1 มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด
- 10.2 มีการบันทึกวิธีการผ่าตัด รายละเอียด สิ่งที่พบและชิ้นเนื้อจากการผ่าตัด
- 10.3 มีการบันทึกชื่อศัลยแพทย์ และผู้ช่วยศัลยแพทย์
- 10.4 บันทึกการผ่าตัดภายในเวลาที่กำหนด เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด
11. ผู้ป่วยได้รับการดูแลสภาวะการทำงานของร่างกายระหว่างได้รับการผ่าตัด ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
- 11.1 มีการดูแลและเฝ้าระวังสภาวะการทำงานของร่างกายผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระหว่างการผ่าตัด
- 11.2 มีการดูแลสภาวะการทำงานของร่างกายผู้ป่วยระหว่างหลังการผ่าตัดทันที
- 11.3 มีการบันทึกการดูแลและอาการที่พบในเวชระเบียนผู้ป่วย

4. การให้การศึกษแก่ผู้ป่วยและครอบครัว – Patient and Family Education

การให้การศึกษแก่ผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมต่อการรักษาได้ดีขึ้น และสามารถดูแลสุขภาพของตนตามที่ได้รับคำแนะนำ เจ้าหน้าที่ขององค์กรแต่ละคนควรจะให้ความรู้ทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย โดยแพทย์หรือพยาบาลอาจจะให้ความรู้ขณะที่สนทนากับผู้ป่วย ส่วนเจ้าหน้าที่ท่านอื่นก็ควรเตรียมการให้ความรู้ไป พร้อม ๆ กับการจัดเตรียมให้บริการเฉพาะทาง เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพ การบำบัดทางโภชนาการ หรือเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยและการดูแลรักษาต่อเนื่อง ด้วยเหตุที่เจ้าหน้าที่ทั้งหลายจะต้องช่วยกันให้ความรู้ต่อผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย จึงเป็นเรื่องสำคัญที่เจ้าหน้าที่ทุกคนจะต้องร่วมมือกัน และมุ่งเน้นไปที่สิ่งที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้

การให้การศึกษที่สัมฤทธิ์ผลนั้นจะต้องเริ่มจากการประเมินอาการผู้ป่วยและสิ่งที่ครอบครัวของผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบ การประเมินผลนั้นไม่ได้วัดเพียงแค่สิ่งใดที่จำเป็นจะต้องเรียนรู้แต่จะดูที่การเรียนรู้จะบังเกิดผลสูงสุดได้อย่างไรด้วย การเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพเมื่อมันสอดคล้องกับความชอบของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับคุณค่าทางด้านศาสนาและวัฒนธรรม ทักษะทางด้านภาษา และเมื่อการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในจุดที่เหมาะสมของกระบวนการดูแล

การให้ความรู้นั้นจะรวมไปถึงการให้ความรู้ที่จำเป็นในระหว่างที่ทำการรักษาและความรู้ที่จำเป็นหลังจากที่ผู้ป่วยผู้นั้นถูกจำหน่ายออกไปที่สถานพยาบาลอื่นหรือที่บ้าน ดังนั้นการให้ความรู้อาจจะรวมไปถึงข่าวสารข้อมูล หรือแหล่ง ชุมชนในเรื่องที่เกี่ยวกับการรักษาเพิ่มเติมและการดูแลติดตามผลที่จำเป็น และวิธีที่จะรับมือกับภาวะฉุกเฉินหากจำเป็น

การให้ความรู้ในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องเตรียมหาข้อมูลทั้งในรูปแบบหนังสืออ่านและในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ควรจะมีการเรียนรู้ทางไกลในรูปแบบที่หลากหลาย และมีการใช้เทคโนโลยีอื่น ๆ ร่วมด้วย

เกณฑ์ตรวจสอบเวชระเบียน

1. มีการประเมินว่าผู้ป่วยต้องได้รับความรู้ ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
- 1.1 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้จำเป็นต้องประเมินได้

- 1.2 ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเรียนรู้และมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ ต้องประเมินได้
- 1.3 มีการบันทึกการประเมินสิ่งที่พบในเวชระเบียนผู้ป่วย
- 1.4 ใช้วิธีการเดียวกันสำหรับบันทึกการให้ข้อมูลและความรู้ผู้ป่วย
2. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมถึง (ตามความเหมาะสม) การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างปลอดภัย โอกาสการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาและอาหาร อาหารและโภชนาการ และวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตัวชี้วัดคุณภาพได้แก่
 - 2.1 การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม เกี่ยวกับการใช้ยา อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ
 - 2.2 การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ
 - 2.3 การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาและอาหาร
 - 2.4 การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการอย่างเหมาะสม
 - 2.5 การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การเริ่มใช้ Electronic Medical Record ในโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

พญ.จามรี เชื้อเพชรโสภณ

การเริ่มใช้ electronic medical record เพื่อให้แพทย์ทั่วไปสามารถร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายขึ้น นั้น ในระยะเริ่มต้น ทางผู้บริหารโรงพยาบาลร่วมกับกลุ่มแพทย์และบริษัทผู้รับเขียนโปรแกรมมีความเห็นร่วมกันว่าจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีทำงานของแพทย์ให้น้อยที่สุด ปกติแต่เดิมเวลาทำการตรวจผู้ป่วยนอก แพทย์จะเขียนประวัติและการตรวจร่างกาย ความคิดเห็น และการวินิจฉัยลงใน OPD Card และเขียนส่งยาลงในใบสั่งยาซึ่งมักจะมีกระดาษคาร์บอนสำหรับทำสำเนารองรับ 1-2 แผ่น ทางผู้เขียนโปรแกรมจึงใช้แนวคิดนี้ในการ print แบบ form ที่มี bar code เกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย และให้แพทย์เขียนทุกอย่างเหมือนเดิม เพียงแต่ขอให้อยู่ในกรอบที่กำหนด แล้ว scan แบบ form กลับเข้าไปในระบบ เพื่อเข้าไปเรียงอยู่ใน electronic file ของผู้ป่วยรายนั้น ส่วน hard copy ก็ส่งเก็บเข้าหน่วยเวชระเบียนตามปกติ

ข้อดี

1. แพทย์ให้ความร่วมมือดี เพราะเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานน้อย
2. สามารถเก็บเข้าเล่มเวชระเบียนได้เลยเพราะมีต้นฉบับเป็น hard copy อยู่แล้ว

ข้อที่จะต้องปรับปรุง

1. ยังไม่สามารถเก็บสถิติโดยใช้ electronic data ได้เพราะยังเป็นรูปแบบของ graphic อยู่ (scan) ต้องให้แพทย์หรือ coder ของโรงพยาบาลมา key diagnosis อีกครั้ง
2. การอ่านลายมือแพทย์ที่ scan เข้ามาในระบบ ยังอาจเป็นสาเหตุของการมี medical error เนื่องจากการอ่านไม่ชัดได้

การให้แพทย์พิมพ์ข้อมูลเข้าระบบน่าจะเป็นแนวทางในอนาคต แต่คงต้องปรับพฤติกรรมของแพทย์และรอ generation ใหม่ ๆ ที่มีความสามารถในเรื่อง computer มากขึ้น นอกจากนี้อาจใช้ระบบ template report หรือ dictation หรือ voice recognition เข้ามาทดแทนต่อไป

การเปลี่ยนแบบบันทึกเวชระเบียนใน Trauma Unit

นพ.รณชัย กัณห์สุวรรณ

และคณะทีมการรักษาพยาบาลศัลยกรรม

โรงพยาบาลสมุทรสาคร

โรงพยาบาลสมุทรสาครมีขนาด 509 เตียง มีสถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน เข้ารับบริการประมาณ 20 % ของการเจ็บป่วยทั้งหมด การบริการผู้ป่วยเหล่านี้ต้องให้การรักษายาบาลเร่งด่วน ถูกต้อง รวดเร็ว โดยหน่วยบริการหลายหน่วย กระบวนการในการรักษาพยาบาลหากเกิดข้อผิดพลาด ณ จุดใดจุดหนึ่งจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และอาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งคุณภาพการรักษาพยาบาลที่ดีต้องอาศัยประสิทธิภาพของทีมงานและระบบระบบบริการทั้งระบบของโรงพยาบาลนั้น ๆ ด้วย

Trauma Audit เป็นกิจกรรมหนึ่งที่กลุ่มงานศัลยกรรมและกลุ่มงานอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรสาครริเริ่มดำเนินงานเพื่อทบทวนตรวจสอบผลการปฏิบัติงานและมาตรฐานคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยตรวจสอบข้อบกพร่องการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เสียชีวิตโดยไม่เหมาะสม (preventable death) จากการใช้ Triss Methodology เลือกผู้ป่วยมาทำการศึกษา โดยมีเกณฑ์การพิจารณา คือ

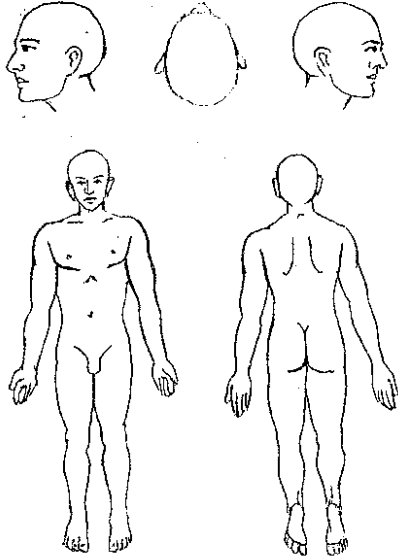
1. การวินิจฉัยล่าช้า (delay diagnosis)
2. การวินิจฉัยผิดพลาด (diagnostic error)
3. การรักษาไม่ถูกต้อง (treatment error)
4. เทคนิคการรักษาไม่เหมาะสม (technical error)
5. ระบบการรักษามบกพร่อง (system inadequacy)

จุดใหญ่ของปัญหาคือการบันทึกเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ไม่สามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น การเปลี่ยนแปลง vital signs, neurological signs ไม่ครบ, ไม่บันทึกลักษณะบาดแผล การตรวจร่างกาย เนื่องจากรูปแบบของ OPD Card เดิม เป็นแบบให้บันทึกรายละเอียดเอง ซึ่งพบว่ามียกข้อบกพร่องในความครบถ้วน

ทีมงานซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ/เอ็กซเรย์ รุรการ งานแปล มีความเห็นร่วมกันในการช่วยกันแก้ปัญหาข้อผิดพลาด เช่น การวินิจฉัยผิด การรักษาล่าช้า การรักษาผิด การดูแลที่ไม่เป็นทิศทางเดียวกัน ล้วนเป็นการทำให้เกิดการตายที่น่าจะป้องกันได้ จึงร่วมกันปรับปรุงแบบบันทึกเวชระเบียนใน OPD Card จากเดิมแพทย์เป็นผู้ลงบันทึกในกระดาษเปล่า ให้ทีมมีส่วนร่วมในการรักษาช่วยบันทึก OPD Card ที่มีรูปภาพประกอบการบันทึกบาดแผลเพื่อช่วยเตือนความจำ มีการกำหนดความสมบูรณ์ของข้อมูลเบื้องต้น เช่น การบันทึก vital signs, neuro signs, เวลาที่เข้าและออกจากห้องอุบัติเหตุ, บันทึกการตรวจร่างกาย และการให้การรักษาผู้ป่วย เพื่อทำให้เกิดการสื่อสารที่ดีในทีมการดูแลรักษาผู้ป่วย มีความต่อเนื่องไม่ซ้ำซ้อน และมีการแปลผลเพื่อนำไปรักษาร่วมกัน เปิดโอกาสให้แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยอื่น ๆ ร่วมดูแลผู้ป่วยเป็นทีม เนื่องจากข้อผิดพลาดที่พบจากคนคนเดียวและการลงบันทึกไม่ครบถ้วน โดยคาดหวังการมีหลายคนช่วยดูแลผู้ป่วยน่าจะเป็นการแก้ไขและทำให้มีการรักษาที่ดีขึ้น

ชื่อ..... อายุ..... ปี HN.....

แรกเริ่มเวลา	VS			COMA SCORE				PUPIL		MOTOR			
	BP	PR	RR	E	V	M	รวม	Rt	mm		Rt	Lt	
								Lt	mm		Upper	/ 5	/ 5
											Lower	/ 5	/ 5



จากการที่เริ่มทำการเปลี่ยนแปลงรูปแบบ Medical Record และการใช้ CPG ทำให้มีการบันทึกการตรวจร่างกาย และการให้การรักษามะเร็งผู้ป่วยมีการสื่อสารที่ดีในการดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง ไม่ซ้ำซ้อน ตามแนวทางในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ภาวะวิกฤตให้ใส่ hard collar หรือผู้ป่วย vital signs, neuro signs เปลี่ยนแปลงเสียงต่อการเกิดภาวะช็อก ควรเปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำมากกว่า 1 เส้น ผู้ป่วยที่ coma ให้ใส่ ET Tube ทุกราย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาพรวมของการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บมีแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยจากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิต 21 รายในปี พ.ศ. 2544 (ม.ค. - ธ.ค. 2544) พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตที่เป็น preventable death 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 และในปี พ.ศ. 2545 (ม.ค. - ธ.ค. 2545) ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิต 50 ราย พบว่าเป็น preventable death 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 8

อาจสรุปได้ว่า Medical Record ที่ดี และมีผู้ร่วมทีมนำไปใช้ ผลลัพธ์คือการดูแลรักษาพยาบาลที่ดีขึ้น ผู้ป่วยตายที่สามารถหลีกเลี่ยงได้มีจำนวนค่อยๆ ลดลง

การบันทึกในขณะที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยรถพยาบาล: รพ.กรุงเทพ

การบันทึกการรักษาพยาบาลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยรถพยาบาลที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้ไม่สามารถสื่อถึงการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในขณะที่ทำการเคลื่อนย้าย ไม่สามารถทบทวนความถูกต้องเหมาะสมของการรักษาพยาบาลได้

ทาง รพ.กรุงเทพจึงได้ปรับปรุงแบบบันทึก ER & Transferral Assessment Form ใหม่เพื่อให้ครอบคลุมกิจกรรมทางการดูแลรักษาพยาบาล และง่ายต่อการปฏิบัติ มีทีมตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนและ feedback ให้ผู้ปฏิบัติงาน มีการนำข้อเสนอแนะที่ได้มาเผยแพร่ให้เจ้าหน้าที่ในแผนกฉุกเฉินทราบ เพื่อปรับปรุงการบันทึก และการจัดการดูแลผู้ป่วย เช่น การใช้เปลลงมในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทุกราย, การใช้ one way valve chest drain ในรายที่ on chest drain, การจัดเตรียมแพทย์ในการออกปฏิบัติงานบนรถพยาบาล

ผลการดำเนินงานทำให้เจ้าหน้าที่มีความตระหนักในป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่เคลื่อนย้ายได้ แบบบันทึกทางการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ในแผนกสมบูรณมากขึ้นโดยระดับที่สามารถปฏิบัติได้อยู่ที่ 85% เป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาลเครือข่าย และสามารถขยายผลให้เครือข่ายปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ได้แก่

1. การทำงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ
2. ความตระหนักถึงความสำคัญของการนำข้อมูลในการบันทึกทางการพยาบาลมาใช้ประโยชน์ของเจ้าหน้าที่แผนกฉุกเฉินฯ และฝ่ายบริหาร
3. การติดตาม ตรวจสอบกิจกรรมคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการนำผลการตรวจสอบไปทำการปรับปรุงพัฒนากิจกรรมนั้นๆ

เวชระเบียนกับการพัฒนาคุณภาพ รพ.จุฬาลงกรณ์

การใช้แบบฟอร์มเวชระเบียนในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ได้คุณภาพนั้นประกอบด้วย การประเมินการควบคุมเบาหวานที่ได้มาตรฐาน ได้แก่ การตรวจวัดระดับ HbA1c และการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเองที่บ้าน การประเมินโรคแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง, โรคแทรกซ้อนทาง microvascular เช่น โรคไต โรคแทรกซ้อนทางตา, โรคแทรกซ้อนทาง macrovascular เช่น โรคหัวใจโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง และ peripheral neuropathy และให้การรักษาในทันที่ที่ อีกทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน

คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้ให้แบบฟอร์มในคลินิกเบาหวาน ดังนี้

แบบฟอร์มที่ 1 ใช้ในการบันทึกแต่ละครั้งที่มาตรวจ ประกอบด้วยอาการ, การบันทึกความดันโลหิต, ช่องสำหรับบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น FPG HbA1c Fructosamine ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และการรักษา

แบบฟอร์มที่ 2 เป็นใบประเมินประจำปี เพื่อบันทึกการประเมินโรคแทรกซ้อนต่างๆ, บันทึกการตรวจในห้องปฏิบัติการตลอดปี, บันทึกการให้ความรู้ผู้ป่วย โดยเริ่มใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 จนถึงปัจจุบัน หลังจากใช้แบบฟอร์มบันทึกทำให้ตัวชี้วัดมีการตรวจ HbA1c Fructosamine อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี มากกว่า 90 % ส่งตรวจ microalbuminuria มากกว่า 80 % มีการตรวจเท้าผู้ป่วยมากกว่า 70% มีผู้ป่วยตรวจเลือดด้วยตนเองมากกว่า 20 % ของผู้ป่วย

การบันทึกเวชระเบียนในผู้ป่วยเฉพาะโรคสามารถพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

Discharge Planning และ CareMap กับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

ฝ่ายอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล เพื่อให้เข้าใจในโรคที่เป็น ให้ความร่วมมือในการรักษา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา

ฝ่ายอายุรศาสตร์ ได้สร้างแบบฟอร์ม Discharge Planning เมื่อผู้ป่วยแรกรับแพทย์ผู้รักษามันทักการให้ข้อมูลผู้ป่วย เช่น โรคที่เป็น, ระยะเวลาประมาณที่อยู่โรงพยาบาล การตรวจวินิจฉัยที่จะทำ และแผนการรักษาที่จะให้ผู้ป่วยทุกราย และฝ่ายพยาบาลมันทักการให้ข้อมูลแรกรับระหว่างอยู่โรงพยาบาลจนถึงกลับบ้าน

นอกจากนั้นมีฟอร์ม CareMap สำหรับโรคต่าง ๆ เช่น Dengue hemorrhagic fever, urinary tract infection, acute diarrhea เป็นต้น ซึ่งประกอบด้วย แผนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา การพยาบาล การให้ความรู้ ซึ่งแพทย์และพยาบาลร่วมกันบันทึก

หลังจากใช้แบบบันทึกประมาณ 2 ปี จากการประเมินความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่า ผู้ป่วยทราบว่าเป็นโรคอะไรมากกว่า 80% มีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษามากกว่า 80 % ทราบว่าตรวจเลือดเพื่ออะไรมากกว่า 70 % ทราบว่ายาที่ได้รับคือยาอะไร มากกว่า 70 % ทราบค่าใช้จ่ายในการรักษา มากกว่า 70% และทราบแนวทางในการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้านมากกว่า 80 %

การใช้ฟอร์ม CareMap และ Discharge Planning บันทึกในเวชระเบียน ในการดูแลผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล สามารถพัฒนาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในขั้นตอนการดูแลรักษาพยาบาล และโรคที่เป็น เป็นผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาเป็นอย่างดี

การทบทวนเวชระเบียน โรงพยาบาลลาดพร้าว

1. การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

วัตถุประสงค์ : 1. เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ และมีการบันทึกที่ได้มาตรฐาน
2. แพทย์ตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกเวชระเบียน

กลยุทธ์ : Physicians review Physicians / Nurses review Nurses / Rewarding System

การออกแบบกระบวนการ :

มีการประเมินทุก 6 เดือน โดยยึดแนวทางการดำเนินงานด้วยการใช้เทคนิค **Peer Review** รักษาความลับของข้อมูลผลการตรวจประเมิน การรายงานผล ชื่อผู้ตรวจ ชื่อผู้ถูกตรวจ ชื่อผู้ป่วย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สร้างความเข้าใจแก่บุคลากรว่าการทบทวนเวชระเบียน**มิใช่การจับผิด** แต่มีจุดประสงค์เพื่อความถูกต้องของข้อมูล และพัฒนาคุณภาพทั้งกระบวนการ และ**สร้างแรงจูงใจในการพัฒนา** ได้แก่ การประกาศเกียรติคุณแก่ผู้ได้รับการประเมินอยู่ในเกณฑ์ดีเพื่อเป็นกำลังใจและแบบอย่างในการพัฒนา

เป้าหมาย

การบันทึกแฟ้มเวชระเบียนของบุคลากรทางการแพทย์ได้มาตรฐานและมีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น
ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. สุ่มตัวอย่างแฟ้มเวชระเบียนของแพทย์แต่ละคน คนละ 20 ฉบับ
2. แจกแบบประเมินและแฟ้มเวชระเบียนของแพทย์คนอื่นให้แพทย์ตรวจคนละ 20 ฉบับ โดยแพทย์แต่ละท่านจะไม่ได้รับแฟ้มเวชระเบียนซึ่งเป็นของตนเอง
3. ใช้เกณฑ์การประเมินการบันทึกเวชระเบียนและเกณฑ์การให้คะแนน ตามเกณฑ์มาตรฐานแพทย์สภาฯ
4. เมื่อแพทย์ประเมินเสร็จแล้ว นำแฟ้มเวชระเบียนทั้งหมดให้ฝ่ายการพยาบาล เพื่อให้คณะกรรมการของฝ่ายการพยาบาลได้ตรวจประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนในส่วนของพยาบาลต่อ
5. ประมวลผลและสรุปผลการประเมินทั้งของแพทย์และพยาบาล

การสนับสนุน

1. ผู้บริหารเสนอแนะแนวทางการจัดทำ / อำนวยความสะดวก / และให้นโยบาย
2. เจ้าหน้าที่เวชระเบียนสุ่มแฟ้มเวชระเบียนอย่างไม่เฉพาะเจาะจง (Random) ทั้งแฟ้ม OPD และแฟ้ม IPD
3. ศูนย์คุณภาพแจกแฟ้มเวชระเบียนอย่างสุ่มให้กับแพทย์ทุกคน โดยที่แพทย์จะไม่ได้แฟ้มเวชระเบียนของตนเอง
4. ศูนย์คุณภาพรวบรวมผล / วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการประเมิน

ตัวชี้วัด

1. อัตราการบันทึกเวชระเบียนเพิ่มขึ้น 7 %
2. แพทย์ให้ความร่วมมือ 100 %

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- การให้ความสำคัญของผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วย
- การมีส่วนร่วมของแพทย์และความมุ่งมั่นขององค์กรแพทย์

- การให้รางวัลยกย่องชมเชย
- การมีวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนา
- การประเมินผลเพื่อการพัฒนา

ผลลัพธ์

กิจกรรมทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของโรงพยาบาลลาดพร้าว ทำให้คุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนดีขึ้นมาก ดังเห็นได้จากการประเมินการบันทึกความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทุก 6 เดือน พบว่าการประเมินการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ในเดือนกรกฎาคม 2544 อยู่ในระดับ 64.03 % หลังจากนั้นได้มีการให้ความรู้ พัฒนาทักษะการบันทึกเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง พบว่าการประเมินการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ในเดือนมกราคม 2545 คะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 73.80 % และพบว่าการบันทึกเวชระเบียนมีคะแนนความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นในทุก category โดยเฉพาะการบันทึก progress note มีความสมบูรณ์จาก 28.80 % (ก.ค.2544) เป็น 59.20% (ม.ค. 2545)

2. Medical Record for Clinical Audit

- วัตถุประสงค์ : 1. การนำเวชระเบียนมาใช้ประโยชน์ เพื่อการทบทวนคุณภาพและมาตรฐานการรักษา
2. เพื่อให้ได้ specific clinical indicators
 3. เพื่อที่จะทราบส่วนขาดและความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล และนำมาปรับปรุงแก้ไข
 4. เพื่อการศึกษา / ทบทวนความรู้ทางการแพทย์
 5. เพื่อให้เกิด Continuous Quality Improvement

กลยุทธ์ : ออกแบบระบบการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ เน้นความไม่ซับซ้อน

การออกแบบกระบวนการ :

- ขั้นตอนการจัดกิจกรรมไม่ซับซ้อน เน้นการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ
- กระตุ้นทุกฝ่ายให้เห็นความสำคัญอย่างต่อเนื่อง
- สร้างความเข้าใจแก่บุคลากรทุกฝ่ายว่า การทบทวนทางคลินิกจากเวชระเบียน มิใช่การจับผิด แต่มีจุดประสงค์หลักเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุด จากการได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

- เป้าหมาย : 1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ปลอดภัย
2. แพทย์ตระหนักถึงความสำคัญของการนำเวชระเบียนมาใช้ประโยชน์ ในการพัฒนาคุณภาพการรักษา
 3. ได้เวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

Clinical Lead Team มีผู้ประสาน (facilitator) ประจำของแต่ละทีมคอยติดตามกิจกรรมและผลงาน แล้วประสานกับทีมประสานคุณภาพโรงพยาบาล ในแต่ละเดือนทีมประสานคุณภาพจะรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและจัดส่งข้อมูลดังกล่าวให้คณะกรรมการชุดต่าง ๆ ดังนี้

เอกสารประกอบการประชุม Clinical Lead Team / Service Lead Team

- Indicator ประจำเดือน
- ข้อมูลเกี่ยวกับการทบทวนประสิทธิภาพการให้บริการและประสานงาน (QCF 01) จำนวน แผ่น
-*..... รายชื่อผู้ป่วยเสียชีวิตประจำเดือน
-*..... รายชื่อผู้ป่วย readmission ภายใน 28 วัน ประจำเดือน.....
-*..... รายชื่อผู้ป่วย unexpected transfer to ICU ประจำเดือน
-*..... รายชื่อผู้ป่วยที่ผ่าตัดซ้ำในการอยู่ รพ. ครั้งเดียวกัน ประจำเดือน
-*..... รายชื่อมารดาที่นอนร.พ.มากกว่า 5 วัน หลังคลอดปกติ ประจำเดือน
-*..... รายชื่อมารดาที่นอนร.พ.มากกว่า 7 วัน หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ประจำเดือน
- อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยนอก /ใน (OP/IP -voice) ประจำเดือน
- ข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ ประจำเดือน
- อื่นๆ

* มีการใช้เวชระเบียน

ในการประชุมแต่ละครั้งของ Clinical Lead Team จะดำเนินการตามวาระการประชุมที่ได้ร่วมกันกำหนด ดังนี้

วาระการประชุมของ Clinical Lead Team (Med)

1. เรื่องแจ้งเพื่อทราบ
2. เรื่องสืบเนื่อง
1. เรื่องเพื่อพิจารณา
 - 1.1 การทบทวนประสิทธิภาพการให้บริการ/การประสานงาน ที่ OPD / AE / WARD / OR / ICU
 - 1.1.1 การศึกษาความต้องการ/ความคาดหวังจากผู้ป่วย
 - 1.1.2 การค้นหาปัญหา/การประเมินสถานการณ์/ การแก้ปัญหา/การสื่อสาร
 - 1.1.3 ความพอเพียงของอัตรากำลังกับปริมาณงานในแต่ละช่วง
 - 1.1.4 การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ
 - 1.1.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติด้านบริหารจัดการ/ คลินิกบริการ/ จริยธรรม/ กฎหมาย
 - 1.1.6 อุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ
 - 1.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก (นโยบายและวิธีปฏิบัติ)
 - 1.2.1 Interesting case conf., Morbidity & Mortality conf., Grand Round, Inter-departmental conf., Medical Topic Review, Journal Club, Special Lectures, Seminar, Department conf.
 - 1.2.2 การทำ case management ของ Unit / Patient Care Team
 - 1.3 การทบทวนเครื่องชี้วัดทางการแพทย์ (process indicator และ outcome indicator) ของแผนก
 - 1.3.1 อัตราการตายของผู้ป่วย IPD – Med ซึ่งเสียชีวิตอย่างไม่คาดฝันหรือผิดวิสัย*

- 3.3.2 อัตราการของ unexpected Transfer ของผู้ป่วยจาก ward เข้า ICU **
- 3.3.3 อัตราการ re-admit ภายใน 28 วัน เนื่องจากการ incomplete management or complication ***
- 3.3.4 อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (nosocomial infection rate)***
- 3.3.5 การทบทวนการให้เลือด/ ให้ยา/ ภาวะข้างเคียง
- 3.4 กิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วย
 - 3.4.1 Clinical Review - Medical Audit เช่น การทบทวนการปฏิบัติงานในผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน
 - 3.4.2 CPG และการปฏิบัติตาม CPG
 - 3.4.3 การประเมินการวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันระหว่างวิชาชีพ
 - 3.4.4 การสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้บริการ / การปรึกษาระหว่างแพทย์
 - 3.4.5 การให้ยา ฯลฯ
- 3.5 การทบทวนการบันทึกเวชระเบียน/ ICD 10
 - 3.5.1 การรับข้อมูลผู้ป่วย / การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ
 - 3.5.2 การยินยอมของผู้ป่วย / การป้องกันความเสี่ยงของข้อมูล
- 3.6 การทบทวนรายงานการปฏิบัติงานของแพทย์ part time และแพทย์เวร
- 3.7 การทบทวนกิจกรรมหรือกระบวนการที่สำคัญเพื่อนำมาประเมินและหาโอกาสพัฒนาให้มีความสำคัญกับกิจกรรมหรือกระบวนการที่มีลักษณะดังนี้
 - 3.7.1 มีความเสี่ยงสูงหรือมีอันตรายต่อผู้ป่วย
 - 3.7.2 มีปริมาณมากหรือเกิดบ่อยครั้ง
 - 3.7.3 มีความแตกต่างในวิธีปฏิบัติ
 - 3.7.4 มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหา
 - 3.7.5 เป็นความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ
 - 3.7.6 มีโอกาสปรับปรุงระบบงานให้ซับซ้อนน้อยลง
 - 3.7.7 ต้องอาศัยการประสานงานระหว่างหน่วยงาน/ สาขาวิชาชีพ
- 3.8 กิจกรรมเพิ่มพูนความรู้ทักษะแพทย์ (CME)
 - 3.8.1 การจัดทำแผนพัฒนา และการประเมิน

การสนับสนุน

ให้นโยบาย / ให้การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ เวลา / energizer and empowerment / continuous monitoring

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- มีระบบการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ให้ทำงานให้ง่ายและเร็วขึ้น
- การกำหนดบทบาทหน้าที่ / ความรับผิดชอบที่ชัดเจน เช่น การกำหนดวาระการประชุมที่ชัดเจน มีคณะทำงานที่สามารถจัดหา สักเคราะห์ข้อมูล เพื่อการทบทวนได้
- ความร่วมมือของทุกฝ่าย โดยเฉพาะแพทย์

ผลลัพธ์

ที่ผ่านมามีการทบทวนข้อมูลกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย และการประสานงานเป็นที่มาอย่างต่อเนื่อง จนเกิดการปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มแพทย์ (Patient Care Review) เช่น การทบทวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย การทบทวนการติดเชื้อ การทบทวนการให้ยาเป็นต้น และกำหนดให้มีการวางแผนการดูแลรักษา

ผู้ป่วยล้วงหน้า ได้แก่ การจัดทำ **Clinical Practice Guideline (CPG)** เรื่อง การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรทำเป็นพื้นฐาน (Diarrhea / UTI / fever / Sepsis / Pneumonia / Meningitis), Acute Ischemic Stroke Management, ข้อปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยทานยา paracetamol เกินขนาด, ข้อปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยได้รับสารพิษ, Adult Community Acquired Pneumonia, ข้อปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด ผลของการประชุม ทบทวน ยังเกิด **recommendation from Clinical Lead Team** ซึ่งเป็น consensus statement ข้อแนะนำ ดังกล่าวได้มีการขยายไปสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมอื่นๆ ที่เกิดจากการประชุมทบทวนคุณภาพด้าน มาตรฐานการรักษายาบาลที่เป็นการทบทวนเวชระเบียน ซึ่งปัจจุบันมีการปฏิบัติจนเป็นเรื่องปกติประจำวัน ตัวอย่างเช่น

- การแก้ปัญหาการสั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ให้ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา การสั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ให้ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาลดลง จากเดิม 35 ครั้ง เหลือ 7 ครั้ง ซึ่งปัจจุบันมีการปฏิบัติจนเป็นเรื่องปกติประจำวัน
- พัฒนาประสิทธิภาพการรักษาแผลเรื้อรังที่มีสาเหตุจากการไหลเวียนของหลอดเลือดดำที่ขาผิดปกติ ระยะเวลาการหายของแผลเร็วขึ้นร้อยละ 80
- การแก้ไขความคลาดเคลื่อนในการให้บริการของแพทย์ ความคลาดเคลื่อนในการให้บริการของแพทย์ ลดลง 60.30 %
- ฯลฯ

3. การทบทวนเวชระเบียนทางการบริหารทรัพยากร

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้เกิดความถูกต้อง เหมาะสมในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล

- กลยุทธ์ :
1. กระตุ้นให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเห็นความสำคัญของการทบทวน
 2. จัดทำ Control Chart ค่ารักษาพยาบาลตามรายการ ICD10 และ monitor โดยฝ่ายการเงินของโรงพยาบาล

การออกแบบกระบวนการ : จัดให้มีทั้ง concurrent review และ retrospective review โดย UR committee เป้าหมาย

ผู้รับบริการได้รับความเป็นธรรมด้านค่ารักษาพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. จัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับโรค / การผ่าตัด และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น โดยจำแนกเป็นประเภทต่างๆ
2. วิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลรายโรค แต่ละการผ่าตัด
3. จัดทำเป็น control chart สำหรับใช้ในการอ้างอิง
4. ทบทวนโดย UR nurse และคณะกรรมการ UR

การสนับสนุน

ให้นโยบาย / ให้การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ

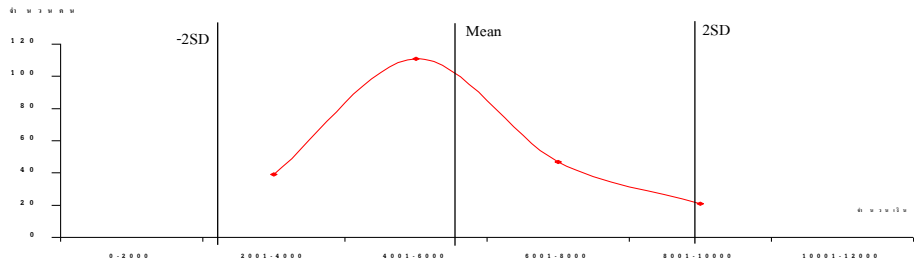
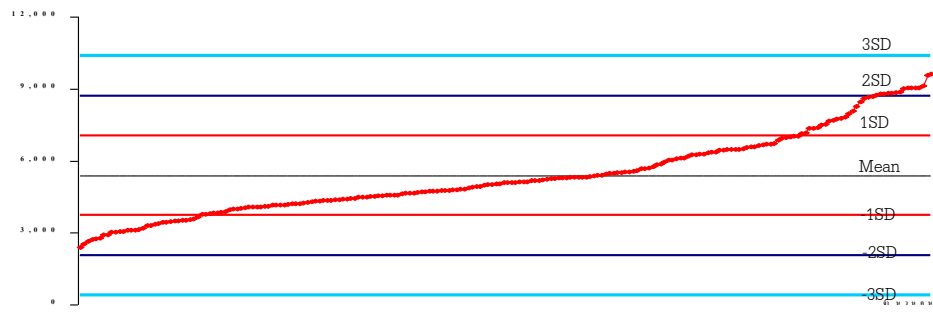
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- มีระบบการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ
- การกำหนดบทบาทหน้าที่ / ความรับผิดชอบที่ชัดเจน เช่น มีคณะทำงานที่สามารถจัดหา ส่งเคราะห์ข้อมูล เพื่อการทบทวนได้
- ความร่วมมือของทุกฝ่าย

ผลลัพธ์

โรงพยาบาลได้จัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัดและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง และทำการวิเคราะห์รักษาพยาบาลแต่ละโรค การผ่าตัดต่างๆ ในกลุ่มผู้ใหญ่และเด็ก จากนั้นได้ทำ range ค่าใช้จ่ายในลักษณะของ control chart ไว้เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงในการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ถ้ามีผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงผิดปกติก็สามารถจะนำมาวิเคราะห์โดย UR nurse จะมีใบรายงานกระบวนการรักษาของแพทย์ การสืบค้นโรคของแพทย์ ประกอบการพิจารณา การวิเคราะห์ทำโดยคณะกรรมการ UR ซึ่งมีการประชุมเป็นประจำทุกเดือน กล่าวคือจะมีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยต่อเดือนที่ได้รับการจำหน่ายไปแล้วเพื่อตรวจสอบค่าใช้จ่าย โดยการตรวจสอบนั้นพิจารณาตามการวินิจฉัย, hospital stay, cost ที่เกิดขึ้นจากการรักษาต่างๆ ทุกกระบวนการ เช่น ค่าธรรมเนียมแพทย์ ค่ายา ค่า Lab ค่า X-ray เป็นต้น โดยนำข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเดียวกันในหลายๆ ปี มาทำ control chart (ดังตัวอย่างข้างล่าง) กรณีที่ผู้ป่วยมีวันนอน/ ค่าใช้จ่ายสูงผิดปกติจะได้รับการวิเคราะห์ในคณะกรรมการ UR ในการ review ดังกล่าวจะมีข้อมูลเบื้องต้นซึ่งได้จาก UR nurse ดังนั้นผู้รับบริการจะได้รับการรักษา และค่าบริการที่เป็นธรรม

Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin



LOS = 1.97 \bar{x} = 1,429.22 Lab = 831.35 DF = 766.77

ระเบียบปฏิบัติที่ทางแผนกเวชระเบียนและสถิติ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บหอ.

แนวทางการปฏิบัติงานของแผนกเวชระเบียนและสถิติ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บหอ.

ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเวชระเบียนและสถิติของโรงพยาบาล ในคณะกรรมการเวชระเบียนและสถิติที่ได้มีแพทย์และผู้ปฏิบัติงานแต่ละกอง เช่น กองศัลยกรรม, กองสูติกรรม, กองอายุรกรรม, กองกุมารเวชกรรม, กองการพยาบาล, กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู, กองทันตกรรม เป็นต้น โดยมีประธานคณะกรรมการเวชระเบียนและสถิติ คือ น.อ.ขวัญชัย เศรษฐนันท์

หน้าที่ของคณะกรรมการเวชระเบียนและสถิติ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บหอ.

ดำเนินการจัดทำ จัดหา เก็บรักษาเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ด้วยความถูกต้องรวดเร็ว ผู้รับบริการพึงพอใจ รวบรวมและจัดทำสถิติของโรงพยาบาล เพื่อเสนอให้ฝ่ายบริหารนำข้อมูลไปพัฒนาโรงพยาบาลต่อไป

ในคณะกรรมการเวชระเบียนและสถิติจะมีการประชุมเดือนละครั้ง ในการประชุมแต่ละครั้งจะนำปัญหาหรือข้อเสนอแนะจากหน่วยงานอื่นๆ หรือผู้รับบริการมาแก้ปัญหาและนำมาพัฒนาแผนกเวชระเบียนและสถิติต่อไป

มีการกำหนดระเบียบปฏิบัติขึ้นเพื่อให้ได้ทราบ และมีการปฏิบัติให้เหมือนและทั่วถึงกัน รวมทั้งการปฏิบัติงานต้องครอบคลุมเป็นสหสาขาวิชาชีพ เช่น ผู้ปฏิบัติ

- วิธีการปฏิบัติงาน Quality Procedure เรื่อง แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับแฟ้มเวชระเบียนและบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บหอ.
- วิธีการปฏิบัติงาน Work Instruction เรื่อง การป้องกันการแอบอ้างหรือใช้บัตรประจำตัวผู้อื่นในการขอขึ้น OPD Card
- วิธีการปฏิบัติงาน Work Instruction เรื่อง การยืมแฟ้มเวชระเบียนนอกเวลาราชการ (๒๔ ชม)
- วิธีการปฏิบัติงาน Work Instruction เรื่อง การเปลี่ยนชื่อและนามสกุลผู้ป่วย
- วิธีการปฏิบัติงาน Work Instruction เรื่อง วิธีการปฏิบัตินอกเวลาราชการเมื่อเกิดปัญหาของแผนกเวชระเบียนและสถิติ
- วิธีการปฏิบัติงาน WORK Instruction การสรุปแฟ้มเวชระเบียนและสถิติในเวลาที่กำหนด (คือ ๗ วัน)

- ระบบการคืนแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในในด้านการพัฒนาบุคลากรของแผนกเวชระเบียนและสถิติ ได้มีการจัดอบรม การลงรหัสโรคและหัตถการการลงสาเหตุการตายที่ถูกต้องการอบรม Auditor ให้แก่

- แพทย์ทั้งโรงพยาบาล

- พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล โดยจัดอบรมทุกๆ ๓ เดือน

จึงทำให้แพทย์แต่ละท่านเมื่อสรุปแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยแล้วจะลง ICD-10 และ ICD-9 cm ให้เกือบทุกคน

ซึ่งเดิมการสรุปแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน เมื่อจำหน่ายแล้วแพทย์จะไม่สรุปและจะค้างแฟ้มเวชระเบียน Ward นาน ทางคณะกรรมการเวชระเบียนและสถิติก็ได้กำหนดบทลงโทษ เช่น โดยการลดการจ่ายเงินค่าเวร และเมื่อกองใดสรุปแฟ้มเวชระเบียนเสร็จแล้วจึงจะจ่ายเงินค่าเวรให้ ต่อมาคณะกรรมการเวชระเบียนและสถิติ จึงจัดอบรม ICD-10 และ ICD-9 cm ให้แพทย์เห็นถึงความสำคัญ ในการสรุปแฟ้มและลงรหัสโรคให้ ซึ่งต่อมาก็ได้รับความร่วมมือจากแพทย์มากขึ้น

แผนกเวชระเบียนและสถิติ มีการทำ Audit แพ้มเวชระเบียนของ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บ.นอ.

- Internal Audit
- External Audit

ซึ่งผลในการทำ Audit สามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงการเก็บรวบรวมข้อมูลในแฟ้มเวชระเบียนของกองต่างๆ ว่าถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ มีข้อมูลอะไรบ้างที่ต้องเพิ่มเติมในแฟ้มเวชระเบียนทาง แผนกเวชระเบียนและสถิติ จะมีการ

- จัดทำแบบสอบถาม เพื่อสำรวจความพึงพอใจของผู้มารับบริการ
- เก็บข้อมูลในการผิดพลาดของการทำงาน และนำข้อมูลนั้นมาปรับปรุงแก้ไข
- ค้นหาความเสี่ยง และกำหนดแนวทางป้องกันและแก้ไข

การพัฒนาของแผนกเวชระเบียนและสถิติ

- การปรับปรุง OPD Card ผู้ป่วยนอกจากเดิมเป็นแผ่นได้การปรับปรุงโดยนำเข้าเป็นแฟ้ม
- การติดสีที่สันแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในตามปี พ.ศ. เพื่อป้องกันการเก็บผิดที่ และสะดวกในการค้นหา
- การตั้งทีมงานตรวจสอบแฟ้มเวชระเบียน Audit ของโรงพยาบาลทำให้ทราบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนว่ามีความผิดพลาดมากน้อยเพียงใด

จุดเน้นในการพัฒนา

๑. พัฒนามาตรฐานงานเวชระเบียน
๒. พัฒนาด้านการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย
๓. พัฒนาด้านความเสี่ยงในหน่วยงาน
๔. ทบทวนการคัดกรองผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของแผนปฏิบัติการ

แผนงานที่ ๑ พัฒนามาตรฐานเวชระเบียน

วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้านการปรับปรุงระบบงาน เพื่อให้เวชระเบียนถูกต้องได้มาตรฐาน

๑. จนท.ทุกคนสามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้องตามขั้นตอน
๒. มีการตรวจสอบเวชระเบียนภายในหน่วยงาน
๓. จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเรื่อง
 - MR-QP-001
 - MR-WI-002
 - MR-WI-003

แผนงานที่ ๒ พัฒนาด้านการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการคุ้มครองสิทธิพื้นฐานในการได้รับบริการด้านการรักษาพยาบาล

๑. เก็บรักษาข้อมูลทางเวชระเบียนของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ
๒. ตรวจสอบในการรับแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด
๓. กระตุ้นให้บุคลากรพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยเกี่ยวกับ เรื่อง
 - การรักษาความลับของผู้ป่วย
 - การแสดงตนและหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ทุกคน

- การรับทราบข้อมูลที่ปรากฏในเวชระเบียน

แผนงานที่ ๓ พัฒนาด้านความเสี่ยงในหน่วยงาน

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน

๑. พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานโดยเน้นเรื่อง
 - เวชระเบียนไม่สูญหาย
 - การถูกฟ้องร้องเรื่องการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย
 - การถูกฟ้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการ
 - จนท.ต้องไม่ได้รับอันตราย และติดเชื้อโรคจากการปฏิบัติงาน

แผนงานที่ ๔ ทบทวนและการคัดกรอง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีการทบทวนคุณภาพของเวชระเบียน และสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องตามระบบ

๑. จัดให้มีระบบการทบทวนในเรื่อง
 - การจัดทำเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ให้มีความสมบูรณ์
 - การเก็บรักษาเวชระเบียนทุกอาทิตย์ เพื่อหาโอกาสพัฒนา
๒. จัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยในเรื่อง
 - พยาธิสภาพทางคลินิก
 - สิทธิในการรักษาพยาบาล

การบรรลุเป้าหมายและการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. ผลงานดีเด่น และความภาคภูมิใจในหน่วยงานที่สามารถเป็นตัวอย่างให้ผู้อื่น
 - อัตราการถูกฟ้องเรียนเรื่องละเมิดสิทธิของผู้ป่วยในเรื่องการรักษาความลับ

เนื่องจากแผนกเวชระเบียนและสถิติ เป็นแหล่งที่เก็บข้อมูลประวัติต่างๆ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยทุกคนย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายเท่านั้น ซึ่งในกรณีดังกล่าวเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ แต่ยังไม่เคยมีอัตราการเกิดขึ้นภายในหน่วยงาน หน่วยจึงดำเนินการทำกิจกรรมเพื่อรักษาคุณภาพของงาน

โดยดำเนินการดังนี้

๑. ประชุมกลุ่มเพื่อวางหลักการและขั้นตอนในการปฏิบัติของหน่วย และผู้เกี่ยวข้องในเรื่องการนำเวชระเบียนออกจากหน่วยอย่างต่อเนื่อง
๒. วางมาตรการไม่ให้ผู้ป่วยถือเวชระเบียนเอง ถ้ามีความจำเป็นต้องถือไป เช่น Consult ต่างคลินิกต้องมีการปกปิดเวชระเบียนโดยการบรรจุซอง
๓. ติดตามจำนวนเวชระเบียนที่ไม่ส่งคืนภายในเวลาที่กำหนดทุกวันเวลา ๑๕๐๐ น.
๔. ประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการทราบว่า การแก้ไข เปลี่ยนแปลง เพิ่มเติม บัตรตรวจโรค และแฟ้มเวชระเบียนโดยผู้ไม่เกี่ยวข้องนั้น เป็นความผิดทางอาญา
๕. ออกคู่มือปฏิบัติงานเพื่อให้ จนท.สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องดังนี้
 - เรื่อง แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับแฟ้มเวชระเบียน และ OPD Card MR-QP-001
 - เรื่อง การป้องกันการแอบอ้าง หรือใช้บัตรประจำตัวผู้อื่นในการขอขึ้น OPD Card MR-WI-001
 - เรื่อง ระเบียบการรับแฟ้มเวชระเบียนนอกเวลาราชการ MR-WI-002

- เรื่อง ระเบียบการแก้ไขชื่อ นามสกุล MR-WI-003

ผลลัพธ์ ไม่มีอัตราการถูกร้องเรียนเรื่องการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยในเรื่องการรักษาความลับเกิดขึ้นเลย ซึ่งหน่วยถือว่าเป็นผลงานเด่น และภาคภูมิใจ แต่ยังคงต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

๒. ระยะเวลาในการรอคอยเวชระเบียน

เนื่องจากได้มีการเก็บคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ และรวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้มารับบริการในแผนกเวชระเบียนและสถิติ พบว่าผู้รับบริการยังไม่พึงพอใจในเรื่องระยะเวลาในการรอคอยเวชระเบียน และมักทำให้เกิดความขัดแย้งกันระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้บริการส่งผลให้ถูกร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการอยู่เป็นประจำ ทางหน่วยจึงได้ดำเนินการทำกิจกรรมโดยดำเนินการดังนี้

๑. จับเวลาในการขึ้น OPD Card ตั้งแต่ผู้ป่วยยื่นบัตรประจำตัวผู้ป่วยจนถึงส่ง OPD Card ไปยังคลินิกตรวจต่างๆ
๒. ออกแบบสอบถามสำรวจความไม่พึงพอใจของผู้มารับบริการ
๓. นำสาเหตุของปัญหาปรับปรุงระบบงานเพื่อให้เกิดความรวดเร็ว ดังนี้
 - ต้องมีการจัดเก็บแฟ้มเวชระเบียน OPD Card อย่างเป็นหมวดหมู่ โดยการแยกสี และปี พ.ศ.

- เวชระเบียนผู้ป่วยได้มีการติดแถบสีที่สันปก แยกตามปี พ.ศ.
- OPD Card จัดทำปก โดยมีสีที่ไม่ซ้ำกัน แยกตามปี พ.ศ. ประโยชน์เพื่อสะดวกในการเก็บเข้าที่ ป้องกันการเก็บผิดที่ สะดวกและรวดเร็วในการค้นหาเวชระเบียน
- ออกบัตรคิวให้กับผู้ป่วยที่มารับบริการ วัตถุประสงค์เพื่อลดเวลาการรอคอย และลดความแออัดของผู้มารับบริการที่มารอขึ้นบัตรตรวจโรค

- มีการตรวจสอบเวชระเบียนภายในหน่วยงานกันเอง เพื่อป้องกันเวชระเบียนเก็บผิดที่ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญในการค้นหาเวชระเบียนไม่พบ ทำให้ผู้มารับบริการต้องรอนาน

ผลลัพธ์ จากการประเมินซ้ำพบว่า ระยะเวลาในการรอคอยลดลงจากเดือน ม.ค. ๔๘% ซึ่งถือว่าเป็นคะแนนที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ หลังจากได้ดำเนินการกิจกรรมแล้วในเดือน เม.ย. และมี.ย.๔๕ ลดลงเหลือ ๒๒.๙๓% ,๑๕.๐๙% ตามลำดับซึ่งถือว่ามีการพัฒนาไปตามลำดับ

Patient Safety 6 “เคร่งครัดเป็นนิ้อ ป้องกันติดเชื้อ”

ว่าด้วยการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC)

ถ้าทำให้เชื้อโรคทุกตัวเรืองแสงได้ คงไม่มีใครกล้าเดินอยู่ในโรงพยาบาล แต่ถ้าเป็นจริงได้คงทำให้มาตรการป้องกันการติดเชื้อได้ผลขึ้นอีกมาก

กิจกรรม IC เริ่มจากความตื่นกลัว จนเป็นเหตุให้ทำสิ่งต่างๆ มากเกินไปและพบภายหลังว่าไม่จำเป็น จึงเลิกมาตรการหลายอย่างไป ต่อมาเป็นการเน้นเรื่องของการเฝ้าระวังเพื่อให้ทราบสถานการณ์ของปัญหา ได้มีการศึกษาและสรุปว่าการเฝ้าระวังมีประโยชน์จึงคงทำต่อไป แต่มีการปรับเปลี่ยนวิธีคิดในการเฝ้าระวังมาเป็นลำดับ ท้ายที่สุดได้มีการศึกษาสัมฤทธิ์ผลของแนวทางต่างๆ มากมายจนได้ข้อสรุปว่าอะไรดี อะไรควรทำ อะไรไม่จำเป็น อะไรไม่ควรทำ แต่ก็ยังมีการนำไปสู่การปฏิบัติไม่มากนัก

ประเทศไทยเองมีการวางระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมานานพอสมควร มีการลองผิดลองถูก มีการโต้แย้ง มีการทดลองแนวคิดต่างๆ กว้างขวางขึ้นเป็นลำดับ ทำให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้นตามไปด้วย

จากโรงเรียนแพทย์ ไปสู่โรงพยาบาลทั่วไป ไปสู่โรงพยาบาลชุมชน

จากโรงพยาบาลรัฐบาล ไปสู่โรงพยาบาลเอกชน

คำถามเรื่อง IC เป็นคำถามที่ได้รับความนิยมมากที่สุดประเภทหนึ่ง ความเสี่ยงเรื่องการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นความเสี่ยงที่ได้รับการหยิบยกขึ้นมาพูดกับโรงพยาบาลบ่อยที่สุดเรื่องหนึ่ง และนี่คือตัวอย่างคำถามที่เกิดขึ้น

- โรงพยาบาลต้องมีคณะกรรมการ IC โดยเฉพาะหรือไม่ ถ้าเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กๆ จะให้คณะกรรมการอื่นที่มีองค์ประกอบคล้ายคลึงกันทำหน้าที่แทนได้หรือไม่
- โรงพยาบาลต้องมี ICN ก็คน ต้องทำงาน full time หรือไม่ ต้องฝึกอบรมสักแค่ไหน
- ICN กับ ICWN มีหน้าที่ต่างกันอย่างไร
- การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีความจำเป็นหรือไม่ ในปัจจุบันระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลควรจะเป็นแบบ hospital wide หรือ targeted surveillance ถ้าเฝ้าระวังแบบ targeted surveillance เพียงอย่างเดียวโดยไม่มีข้อมูลอัตราการติดเชื้อรวมของโรงพยาบาลจะได้หรือไม่
- การเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด ควรเฝ้าระวังเฉพาะ clean wound หรือเฝ้าระวังการผ่าตัดทุกประเภทคู่กับการแยกระดับการปนเปื้อนของแผล ถ้าเฝ้าระวังแต่ clean wound แล้วไม่มีการติดเชื้อเลยจะมีประโยชน์อะไรหรือไม่
- โรงพยาบาลชุมชนที่ไม่ค่อยมีการติดเชื้อ ควรดำเนินการเฝ้าระวังอย่างไร
- ผู้ป่วยหลังคลอดกลับมารับการรักษาด้วยอาการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ การเก็บข้อมูลการติดเชื้อ ผู้ป่วยหลังคลอดที่มีฝีเย็บควรเป็นอย่างไร
- อะไรคือมาตรการที่ได้ผลดีที่สุดในการลดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ
- การวิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อใน OPD ควรทำในรูปแบบไหน เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้จาก ER

- แนวทางการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคที่ OPD เป็นอย่างไร ถ้า OPD ติดแอร์หมด จะมีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อมากน้อยแค่ไหน
- ของจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อ จำเป็นต้องแช่น้ำยาฆ่าเชื้อก่อนหรือล้างได้เลย ถ้าไม่แช่แล้วจะมีโอกาสติดเชื้อคนล้างมากน้อยแค่ไหน
- ของใช้ที่เป็นยาง พลาสติก เช่น สาย O₂ สายสวนปัสสาวะ ลูกยางแดง จะมีกรรมวิธีในการทำลายเชื้ออย่างไร
- ถุงมือ disposable ที่ไม่เปื้อนสิ่งคัดหลั่งควรทิ้งอย่างไร
- transfer forceps ควรแช่น้ำยาฆ่าเชื้อหรือไม่
- จะเข้า ICU จำเป็นต้องสวมเสื้อคลุมและเปลี่ยนรองเท้าหรือไม่
- ทำอย่างไรจะให้เจ้าหน้าที่ล้างมือตามทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย
- เจ้าหน้าที่ใส่ถุงมือทำงานแล้วไปจับสิ่งของต่างๆ ทั่วไปจะมีส่วนทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายหรือไม่
- โรงพยาบาลเล็กๆ ต้องจัดให้มีห้องแยกหรือไม่ ถ้าไม่มีห้องแยกจะเอาผู้ป่วยวัณโรคไว้ตรงไหน

ทั้งหมดนี้เป็นตัวอย่างคำถามเกี่ยวกับงาน IC ส่วนหนึ่งที่ได้รวบรวมมาจาก web site ของสถาบันฯ และจากการเยี่ยมโรงพยาบาลต่างๆ ทำให้ทราบได้ว่าความเข้าใจที่กระจ่างชัดในงาน IC ยังเป็นที่ต้องการของผู้ปฏิบัติ จึงเป็นเหตุผลในการบรรจุเรื่อง IC เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการประชุม 4th National Forum on Quality Improvement & Accreditation ซึ่งมีแก่นของงานคือ Best Practice in Patient Safety

ปัจจุบันชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย โดย ศ.นพ. สมหวัง ด่านชัยวิจิตร ได้จัดทำคู่มือควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลฉบับใหม่ ขึ้นโดยผ่านการกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ เฉพาะสาขาด้านนี้จากทั่วประเทศ และสามารถที่จะนำไปปรับใช้กับสถานบริการสุขภาพทุกระดับ และทางคณะผู้จัดทำได้อนุเคราะห์คู่มือฉบับนี้บันทึกลงใน CD สำหรับแจกผู้ร่วมประชุมในการประชุมวิชาการครั้งนี้ อีกทั้งยินดีรับข้อเสนอแนะ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ เพื่อนำไปปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ต่อไปนี้เป็นคำถามตั้งต้นเพื่อให้ที่ประชุมขบคิด และฝากให้คิดต่อเป็นการบ้าน รวมทั้งร่วมกันค้นหาว่า good/best practice สำหรับบ้านเราคืออะไร

การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1. รพ.ของท่านมีวิธีการประเมินกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้ออย่างไร เพื่อให้กำหนดเป้าหมายการเฝ้าระวังที่เหมาะสม
2. รพ.ของท่านมีวิธีการกำหนดผลลัพธ์หรือกระบวนการที่จะเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างไร เพื่อนำไปสู่การป้องกันความสูญเสียที่ได้ผลตอบแทนสูง
3. รพ.ของท่านมีวิธีการกำหนดค่าจำกัดความเพื่อการเฝ้าระวังอย่างไร เพื่อให้ได้ความจำกัดความที่เป็นมาตรฐาน เป็นที่ยอมรับ เป็นที่เข้าใจง่าย และสามารถเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นได้
4. รพ.ของท่านกำหนดข้อมูลที่จะเก็บและวิธีการเก็บข้อมูลอย่างไร เพื่อให้สามารถวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างครบถ้วน ครอบคลุม มีความไวสูง ง่ายในการจัดเก็บ
5. รพ.ของท่านมีแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร (การเลือกสูตรวิเคราะห์) เพื่อให้ได้สารสนเทศที่มีความหมาย
6. รพ.ของท่านใช้การจัดกลุ่มหรือชั้นของความเสี่ยงอย่างไร เพื่อให้สามารถแปลผลข้อมูลได้อย่างมีความหมาย และสามารถเปรียบเทียบข้อมูลได้ มีการเปรียบเทียบข้อมูลกับภายนอกอย่างไร
7. รพ.ของท่านมีวิธีการในการนำเสนอข้อมูลอย่างไร เพื่อให้มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลอย่างเต็มที่และพิจารณายกเลิกการเฝ้าระวังที่ไม่มีการดำเนินการต่อ

การป้องกันการติดเชื้อ

1. รพ.ของท่านมีแนวทางอย่างไรในการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติเกี่ยวกับ hand hygiene ที่เหมาะสม
2. รพ.ของท่านมีแนวทางอย่างไรในการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเป็นปัญหาสำหรับ รพ. ทั่วๆ ไป
3. รพ.ของท่านมีแนวทางอย่างไรในการแยกผู้ป่วยติดเชื้อหรือผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดเรื่องสถานที่
4. รพ.ของท่านมีแนวทางอย่างไรในการป้องกันการติดเชื้อซึ่งสามารถติดต่อได้ด้วยระบบทางเดินหายใจ (เช่น หวัด หัด วัณโรค) ในสภาพของห้องตรวจผู้ป่วยนอกที่มีความแออัด
5. รพ.ของท่านมีแนวทางอย่างไรในการป้องกันการติดเชื้อทางกระแสเลือดเนื่องจากการให้สารละลายทางหลอดเลือด อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นเท่าไร
6. มาตรการสำคัญที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจคืออะไร อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นเท่าไร
7. มาตรการสำคัญที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดคืออะไร อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นเท่าไร
8. มาตรการป้องกันการติดเชื้อที่ รพ.ของท่านเคยปฏิบัติและปัจจุบันได้ยกเลิกไปแล้วมีอะไรบ้าง การยกเลิกมาตรการดังกล่าวมีสาเหตุมาจากอะไร และก่อให้เกิดผลอะไรบ้าง

อื่นๆ

1. รพ.ของท่านมีแนวทางอย่างไรในการให้ความรู้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล มีวิธีการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติของบุคลากรอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร

2. บทบาทของคณะกรรมการ IC ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งใน รพ.ของท่านคืออะไร มีปัจจัยอะไรที่ทำให้คณะกรรมการประสบความสำเร็จดังกล่าว

Patient Safety 7 “สิ่งแวดล้อม...เรื่องที่ถูกลืม”

ว่าด้วยเรื่องความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม

นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์

สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย จะเป็นประเด็นที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความกังวล เนื่องจากเข้าใจว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่โรงพยาบาลมีงบประมาณและสถานที่จำกัด ทำให้ไม่สามารถหาทางออกได้ นอกจากนี้ ในบางเรื่องยังมีมาตรฐานที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง ซึ่งมีความต้องการที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความสับสนกับผูปฏิบัติเป็นอย่างมาก แต่ในทางกลับกัน โรงพยาบาลที่มีโครงสร้างที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ก็มีได้หมายความว่าจะมีคุณภาพดีตลอดเวลา หากปราศจากการดูแลรักษาที่ดีเพียงพอ

ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า คุณภาพในเรื่องสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย น่าจะให้ความสำคัญกับกระบวนการคุณภาพของโรงพยาบาล มากกว่าข้อกำหนดเชิงโครงสร้างต่างๆ โดยหวังว่า เจ้าหน้าที่ทุกท่านในโรงพยาบาลมีความตระหนักในความสำคัญของการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย รวมทั้งเข้าใจหลักการที่สำคัญของระบบที่พึงประสงค์ แม้ว่าจะยังไม่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาในบางเรื่อง เนื่องจากข้อจำกัดบางประการ แต่ก็ควรมีความพยายามที่จะหาหนทางที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านไปก่อน นอกจากนี้ สำหรับโรงพยาบาลที่มีระบบที่ติดอยู่แล้ว ก็ควรรักษามาตรฐานเอาไว้ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยการเฝ้าระวังปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระบบ เพื่อให้สามารถดำเนินการแก้ไขได้อย่างทัน่วงที่

ทั้งนี้ เนื้อหาหลักของการอภิปรายจะครอบคลุมเรื่อง

1. ระบบบำบัดน้ำเสีย เพื่อให้เข้าใจหลักการที่สำคัญของการบำรุงรักษาระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบที่เป็นระบบปิด ทำอย่างไรให้บุคคลที่รับผิดชอบระบบมีความรู้และแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม? มีบางโรงพยาบาลเอาน้ำร้อนไปใส่ระบบบำบัดน้ำเสีย ทำไมจึงทำอย่างนั้น ทำแล้วเกิดอะไรขึ้น? การติดตามตรวจคุณภาพน้ำจะต้องตรวจอะไร บ่อยแค่ไหน? การปล่อยน้ำทิ้งลงสู่ชุมชน และ/หรือ การนำกลับมาใช้ใหม่ มีประเด็นที่ต้องระมัดระวังอะไร? ถ้าระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลยังไม่เพียงพอที่จะรองรับได้ จะมีทางเลือกอื่นๆที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้หรือไม่ เช่น ระบบบำบัดน้ำเสียด้วยวิธีธรรมชาติ การใช้ถัง SAT (septic anaerobic tank) แยกเฉพาะสำหรับแต่ละอาคารจะช่วยได้เพียงใด?

2. ระบบกำจัดขยะ ระบบขยะมีความสำคัญแค่ไหน เหตุผลสำคัญที่ต้องจัดการกับขยะ เป็นเรื่องของความไม่ปลอดภัย ไม่ปลอดภัย หรือมีผลต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือเป็นเรื่องที่โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบต่อชุมชน? ทำไมบางโรงพยาบาลต้องให้ผู้ที่เก่งเรื่องระบบมาจัดการเรื่องขยะ? การแยกขยะติดเชื้อมีความสำคัญต่อการป้องกันการติดเชื้อหรือประสิทธิภาพของระบบกำจัดขยะมากกว่ากัน? การลงทุนติดตั้งเตาเผาขยะด้วยตนเอง กับการจ้างให้คนอื่นทำ หรือการรวมศูนย์มีเตาเผาสำหรับหลายโรงพยาบาล อย่างไหนจะเหมาะสม, ถ้าโรงพยาบาลมีขยะน้อย การเผาทุกวันกับการรวมไว้หลาย ๆ วันเผาที่มีข้อดีข้อเสียอย่างไร? ที่เก็บขยะต้องอยู่ในห้องควบคุมอุณหภูมิหรือไม่? ขยะเคมีบำบัดควรกำจัดอย่างไร โรงปูนซึ่งมีเตาเผาที่อุณหภูมิ 1400 องศาเซลเซียสจะช่วยกำจัดขยะเคมีบำบัดได้หรือไม่?

3. ระบบแก๊สทางการแพทย์ โซลล่องถังแก๊สมีความสำคัญอย่างไร, ฝาครอบถังแก๊สมีความสำคัญอย่างไร ตอนแก๊สหมดไม่ต้องปิดได้หรือไม่, จะตรวจสอบอย่างไรว่าถังแก๊สอยู่ในสภาพที่ใช้การได้ ใครควรเป็นผู้ตรวจสอบ, การเสียบ O₂ gauge & nebulizer คาไว้กับ O₂ outlet ตลอดเวลา มีผลเสียอย่างไร, ทำไมจึงต้องเลือกที่ตั้งของถัง Oxygen ให้ห่างจากหอผู้ป่วย? จุดที่เสียงที่สุดในระบบแก๊สอยู่ที่ใดในระบบ? การขนย้ายถังที่ถูกต้องควรทำอย่างไร?

4. ระบบปรับและระบายอากาศ มาตรการประหยัดมีส่วนทำให้เกิดเชื้อราได้อย่างไร? จะรู้ได้อย่างไรว่าระบบปรับอากาศแบบรวมศูนย์ (central air conditioner) ที่ใช้อยู่มีเชื้อราอยู่หรือไม่ ใช้วิธีดม ๆ ดู ๆ บอกได้แค่ไหน? ถ้าพบว่ามีเชื้อราควรจะทำอย่างไร? ต้องล้าง water cooling tower บ่อยแค่ไหน ทำไม? แผ่นกรองของระบบปรับอากาศสำหรับแต่ละพื้นที่ควรกรองได้ละเอียดเพียงใด? จะพิสูจน์ได้อย่างไรว่าการเจ็บป่วยของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพอากาศในอาคาร?

5. ระบบป้องกันอัคคีภัย ระหว่างการซ่อมเพื่อรับเหตุเพลิงไหม้ กับการสำรวจเพื่อหาจุดเสี่ยงต่อการเกิดเพลิงไหม้ อันไหนสำคัญกว่ากัน? การซ่อมเพื่อรับเหตุเพลิงไหม้ จะเน้นที่การได้ปฏิบัติ หรือการหาจุดอ่อนในการปฏิบัติ? อุปกรณ์ที่ติดตั้งไว้ มีอะไรที่มักจะเป็นปัญหา และควรต้องดูแลอย่างไร? การซ่อมอพยพผู้ป่วยมีความจำเป็นเพียงใด? ฯลฯ

การอภิปรายนี้จึงเป็นการให้ข้อมูลเพื่อตอบคำถามที่ว่า “ต้องทำแค่ไหนถึงจะพอ?” เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ทราบถึงระบบที่พึงประสงค์ และประเด็นสำคัญที่เป็นโอกาสพัฒนาต่างๆ รวมทั้งสิ่งที่ควรดำเนินการในช่วงที่ยังไม่สามารถสร้างระบบที่สมบูรณ์แบบได้

ตัวอย่างการแก้ปัญหาเรื่องสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

การพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสีย

โรงพยาบาลหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

1. ปัญหา

โรงพยาบาลหนองบัวระเหว มีระบบบำบัดน้ำเสียแบบบ่อเกรอะ บ่อซึม แยกตามแต่ละอาคาร ปัญหาที่พบ

1) บ่อซึมจะไม่สามารถให้น้ำซึมได้เพราะดินเป็นดินเหนียวปนลูกรัง ทำให้น้ำเต็มบ่อง่ายโดยเฉพาะหน้าฝนจะมีกลิ่นเหม็นรบกวนผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่

2) นอกจากนั้นยังพบปัญหาผลการตรวจคุณภาพน้ำที่อยู่ในบ่อซึมบริเวณโรงซักฟอกไม่ได้ค่าที่มาตรฐาน เช่น ค่า BOD เนื่องจากมีการใช้น้ำยาซักผ้าที่มีส่วนผสมของโซเดียมไฮโปคลอไรด์ปริมาณมากกว่าที่กำหนด

2. การดำเนินการแก้ไข

- 1) ให้มีการกักน้ำเสียไว้ที่บ่อในแต่ละจุดจนกว่าผลการตรวจน้ำมีคุณภาพมาตรฐาน (ค่า BOD)
- 2) ขุดบ่อเพิ่มทุกอาคารทุกจุดๆ ละ 1 บ่อ แล้วใช้ท่อโยยหินเชื่อมต่อกับบ่อเดิมเพื่อให้น้ำที่ล้นจากบ่อเดิมไหลมาลงที่บ่อใหม่ และเมื่อบ่อใหม่เต็ม ก็จะมีการสูบน้ำไปใช้รดต้นไม้และสวนหย่อมของโรงพยาบาล
- 3) มีการทบทวนลดการใช้น้ำยาต่างๆในโรงพยาบาล เช่น น้ำยาซักผ้า น้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้ในการแช่เครื่องมือ

3. ผลของการดำเนินการ

จากการดำเนินการตามแนวทางในข้อที่ 2 ปรากฏว่าโรงพยาบาลสามารถที่จะบำบัดน้ำเสียด้วยวิธีการธรรมชาติ (บ่อเกรอะ/บ่อซึม) จนสามารถตรวจคุณภาพน้ำ (ค่าBOD) ได้มาตรฐาน และลดโอกาสในการปล่อยน้ำเสียลงสู่ชุมชน/ที่ดินของเอกชน ลดการแพร่กระจายเชื้อ ลดความขัดแย้งกับชุมชน

.....

การแก้ปัญหาการเกิดเชื้อราที่หน้ากาก/ระบบเครื่องปรับอากาศแบบรวมศูนย์

โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

1. ปัญหา

การเกิดเชื้อราที่หน้ากาก/ระบบเครื่องปรับอากาศแบบรวมศูนย์พบว่าเป็นประจำในหลายหน่วยงานในโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์พบว่าสาเหตุเกิดจาก

- 1) การออกแบบเครื่องปรับอากาศที่ไม่เหมาะสมกับขนาดของพื้นที่
- 2) ปัญหาจาก thermostat ที่มีการตั้งช่วงอุณหภูมิ การปรับค่าที่สูงหรือต่ำมากเกินไป
- 3) ปัญหาจากการใช้น้ำในพื้นที่ปรับอากาศ เช่นการเลี้ยงปลา เลี้ยงต้นไม้ที่มีการขังน้ำ
- 4) การใช้ห้องเครื่อง AHU (air handling unit) ที่ผิดวัตถุประสงค์ เช่น การตากผ้าเปียกตรงช่องการหมุนเวียนอากาศ การใช้เป็นที่เก็บของ การตั้งของกีดขวางทิศทางลม
- 5) การหมุนเวียนของอากาศภายในพื้นที่ปรับอากาศไม่เหมาะสมทั้งการดูดเข้าและปล่อยออกที่ไม่สมดุลย์ทำให้อากาศภายในเป็น negative ปริมาณลมที่หัวจ่ายลมเย็นน้อยกว่าค่าที่กำหนด การควบคุมอากาศในพื้นที่ปรับอากาศไม่ดีมีการรั่วไหลของอากาศ

2. แนวทางการแก้ไขปัญหา

- 1) การเลือกขนาดของเครื่องปรับอากาศให้เหมาะในการใช้งาน
- 2) การเลือกใช้อุปกรณ์ให้มีความเหมาะสมกับพื้นที่/เครื่องปรับอากาศ เช่น thermostat
- 3) การปรับอุณหภูมิให้อยู่ในช่วง 24-29 องศาเซลเซียส
- 4) ควบคุมการใช้น้ำในบริเวณที่มีเครื่องปรับอากาศเพื่อลดความชื้นสัมพัทธ์ในอากาศ
- 5) การทำความสะอาดบริเวณห้อง AHU อย่างสม่ำเสมอ
- 6) มีการตรวจสอบ/วัดปริมาณและการควบคุมอากาศในพื้นที่ให้เป็น positive

Patient Safety & Competency

Competency and Patient safety

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปิยะ เนตรวิเชียร
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

หลายคนเข้าใจว่าโรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่มีความปลอดภัย เป็นสถานที่ที่สามารถจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บไข้ได้ป่วย หรือรอดชีวิตกลับบ้านได้เสมอ แต่โดยความเป็นจริงแล้วโรงพยาบาลอาจจะไม่ใช่สถานที่ที่มีความปลอดภัยสูงอย่างที่หลาย ๆ คนเข้าใจ โรงพยาบาลหลายแห่งยังมีความเสี่ยงอยู่มากมาย ความเสี่ยงเหล่านี้ได้แก่ ความเสี่ยงในเรื่องของอาคารสถานที่, ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดจากการรักษาพยาบาล, ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดจากการให้บริการต่าง ๆ ซึ่งล้วนแต่มีผลเสียโดยอาจจะกระทบทั้งเรื่องทางกาย ทางใจ และทางสังคมของผู้ป่วยหรือญาติที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลแห่งนั้น

เป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจึงมีเป้าหมายที่สำคัญในการที่จะทำให้โรงพยาบาลมีความเสี่ยงหลงเหลือน้อยที่สุด ทั้งนี้ทั้งนั้นไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยทุกรายที่เข้ามาใช้บริการจะต้องรอดชีวิตออกไปจากโรงพยาบาลแห่งนั้น เพราะบางครั้งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นรุนแรงเกินกว่าที่จะสามารถให้การช่วยชีวิตไว้ได้ แต่ถึงอย่างไรผู้ป่วยหรือผู้ที่มารับบริการน่าจะจะต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาล หรือผู้ให้บริการในหน่วยงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเกิดขึ้นได้

ภาวะภัยอันตราย ความสูญเสียที่ไม่พึงประสงค์ ปัญหาที่อาจจะเกิดผลกระทบ ล้วนแล้วแต่เป็นเรื่องของความเสียหายทั้งสิ้น ซึ่งหลาย ๆ เรื่อง เป็นสิ่งที่สามารถจะป้องกัน หรือหากจะต้องเกิดก็ไม่รุนแรงและสามารถควบคุมได้ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความตระหนักของบุคลากรภายใน โรงพยาบาลทุกฝ่ายซึ่งล้วนแต่มีส่วนร่วมในกระบวนการให้การรักษาผู้ป่วย ดังนั้น การพัฒนาบุคลากรเพื่อให้เกิดความรู้ ความสามารถ ทั้งในด้านวิชาชีพ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการภายในโรงพยาบาลจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

แผนการพัฒนาบุคลากร

โรงพยาบาลหลายแห่งมีแผนในการพัฒนาบุคลากร แต่หลายแห่งยังขาดแผนในการพัฒนาที่ดีเพียงพอ ดังนั้น การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรเพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ ในกระบวนการของการทำงานที่ตนเองเกี่ยวข้อง จึงต้องจัดการให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น มีโรงพยาบาลจำนวนไม่น้อยที่ผู้เขียนได้มีโอกาสเข้าเยี่ยมชม สัมภาษณ์และพบว่าได้พูดถึงแผนในการพัฒนาบุคลากร แต่เมื่อถามว่าได้จัดสรรงบประมาณสำหรับการพัฒนาดังกล่าวในปีนี้อย่างไรบ้างก็จะมีคำตอบ หรือหากถามว่าบุคลากรจะมีโอกาสทราบล่วงหน้าตั้งแต่ต้นปีว่าในช่วงกลางปีหรือปลายปีเขาจะมีโอกาสเข้ารับการอบรมในเรื่องต่าง ๆ หรือไม่ก็มักจะไม่มีคำตอบ ซึ่งก็หมายความว่าโรงพยาบาลไม่ได้มีการจัดทำแผนอย่างเป็นระบบ

โรงพยาบาลบางแห่งมีการสอบถามถึงความต้องการของบุคลากรในเรื่องความต้องการในการพัฒนา แต่ก็ปรากฏว่าความต้องการของบุคลากรเหล่านั้นไม่ได้ถูกนำไปรวบรวมและประสานกับแผนที่จะเกิดขึ้นกับส่วนกลางว่าบุคลากรควรจะได้รับการอบรมในเรื่องอะไรบ้างเพื่อจัดทำเป็นแผนพัฒนาที่ชัดเจนที่จะทำให้ทราบถึงการใช้งบประมาณในแต่ละปี หมายกำหนดการอบรม การกำหนดตัวผู้ที่จะเข้ารับการอบรมเป็นการล่วงหน้า ซึ่งจะทำให้ไม่เกิดผลกระทบต่อการทำงานของโรงพยาบาล

ความรู้ความสามารถของวิชาชีพ

เป็นที่น่าสังเกตว่าการอบรมหรือให้ความรู้แก่บุคลากรในระยะที่มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลนั้น โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นการอบรมในหัวข้อที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยลืมถึงการที่จะทำให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถในวิชาชีพที่ตัวเองต้องปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น ทั้ง ๆ ที่เรื่องนี้เป็นหัวใจของการสร้างองค์กร หรือโรงพยาบาลให้มีความ เข้มแข็งในเรื่องของมาตรฐานวิชาชีพซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญ และเป็นเรื่องที่ต้องจะนำหน้ามาตรฐานการให้บริการ

การพัฒนามาตรฐานวิชาชีพของทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ และบุคลากรในสาขาอื่น ๆ ล้วนแต่เป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง ปัญหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และอาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความปลอดภัยในการรักษา ส่วนใหญ่จะ เกิดจากความผิดพลาดในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อที่รุนแรง ซึ่งนำไปสู่ความเสียหายในด้านชื่อเสียงทั้งของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และชื่อเสียงของโรงพยาบาล แต่ที่สำคัญยิ่งกว่าคือผลเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ

ฉะนั้น ความรู้ความสามารถของบุคลากรที่เข้ามาอยู่ในระบบของโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่ควรจะต้องได้รับการตรวจสอบตั้งแต่ต้น เมื่อไม่นานมานี้มีข่าวเกี่ยวกับการที่มีคนแอบอ้างว่าเป็นแพทย์เข้าไปสมัครทำงานในโรงพยาบาล และเป็นที่น่าประหลาดใจว่า กว่าที่จะรู้ว่าบุคคลผู้นั้นไม่ได้จบการศึกษาแพทย์ก็เป็นระยะเวลาานพอสมควรซึ่งเราไม่อาจประเมินได้ว่า ความเสี่ยงหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นในช่วงนั้นมีมากน้อย เพียงใด กระบวนการในการคัดเลือกบุคคลเข้ามาสู่ระบบจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ตลอดจนถึงการที่จะส่งเสริมให้คนที่ถูกคัดเลือกเข้ามานั้นมีความเข้มแข็งในความรู้ความสามารถอยู่ตลอดเวลา หรือเพิ่มมากขึ้น

การฝึกอบรมด้านทักษะ

หากย้อนไปดูถึงการจัดการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับทางด้านสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นโรงเรียนแพทย์ทั้งหลาย โรงเรียนพยาบาล หรืออื่น ๆ ก็พบว่าทุกแห่งพยายามที่จะสร้างมาตรฐานความรู้ความสามารถให้เกิดขึ้นกับนักศึกษาที่ผ่านเข้าไปในสถาบันเหล่านั้น แต่ถึงอย่างไรเราคงปฏิเสธไม่ได้ว่าการพัฒนาให้มีความรู้และความชำนาญในด้านทักษะ ยังอาจจะจะเป็นปัญหาอยู่ แพทย์ที่จบใหม่ในปัจจุบันอาจจะมีความสามารถในด้านทักษะน้อยกว่าในอดีตเนื่องจากโอกาสของการได้รับการฝึกในด้านทักษะน้อยลงกว่าเดิมอันเป็นผลมาจากการเพิ่มจำนวนนักศึกษาแพทย์ในทุกแห่ง รวมทั้งการขาดกระบวนการในการตรวจสอบและติดตามความสามารถในด้านทักษะ

โรงเรียนแพทย์หลายแห่งจึงได้พัฒนาให้เกิดห้องปฏิบัติ-การใช้ในการฝึกด้านทักษะ เช่น การฝึกการแทงเส้นเลือดดำเพื่อให้สารละลาย, การฝึกการใส่ท่อช่วยหายใจ, การฝึกการตรวจภายใน และอื่น ๆ ก่อนที่จะไปปฏิบัติจริงในผู้ป่วย เช่นเดียวกับโรงเรียนพยาบาลหลายแห่งก็ได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้เช่นเดียวกัน ซึ่งน่าจะสร้างความเชื่อมั่นได้ในระดับหนึ่งว่า ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยได้รับความเสี่ยงน้อยลง แต่สิ่งนี้ก็เป็นไปได้แค่ความคาดหวังเท่านั้น ทั้งนี้ต้องมีกระบวนการในการติดตาม บันทึก ตลอดจนการรายงานถึงความ ผิดพลาดที่เกิดขึ้นไว้ด้วย การนำความผิดพลาดทั้งหลายมาวิเคราะห์จะเป็นสิ่งที่ทำให้โรงพยาบาลสามารถกำหนดแนวทางในการป้องกัน หรือแก้ไขเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ ซึ่งถ้าได้มีการปฏิบัติตามแนวทางอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ความเสี่ยงหรือความไม่ปลอดภัยทั้งหลายที่เกิดขึ้นนั้นลดน้อยลงตามลำดับ

รากฐานของความปลอดภัย

ประสบการณ์เป็นสิ่งที่จะทำให้แพทย์ พยาบาล หรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ มองเห็นภัยอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นในการรักษาพยาบาลได้ แต่ประสบการณ์เป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลายาวนานในการที่จะสร้างให้เกิดขึ้น การพัฒนาให้บุคลากรมีความรู้ในงานของตัวเองอย่างแท้จริงจึงเป็นรากฐานที่สำคัญยิ่งในการที่จะสร้างความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในการรักษาผู้ป่วย ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในหลายครั้งเกิดจากความไม่รู้จริง เช่น การผ่าตัด

ผู้ป่วยโดยที่แพทย์ไม่ได้รับการฝึกฝนมาก่อนอย่างพอเพียง การให้ยาเคมีบำบัดทางเส้นเลือดดำแล้วมีการแตกของเส้นเลือดทำให้ยาเคมีบำบัดนั้นทำลายเนื้อเยื่อที่อยู่โดยรอบ การใส่ท่อช่วยหายใจในขณะดมยาผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดต่อมทอนซิลแล้วท่อหายใจหลุดออกขณะผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิต เรื่องต่าง ๆ เหล่านี้เป็น สิ่งที่สามารถจะป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ หากผู้ที่ให้การรักษามีความรู้ความสามารถเพียงพอ

ส่งท้าย

แต่ถึงแม้ว่าจะมีความพยายามในการที่จะทำให้แพทย์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องมี ความรู้ ความสามารถ และความชำนาญในงานที่ตนเองต้องรับผิดชอบ ซึ่งจะช่วยลดภัยอันตราย อันอาจจะเกิดขึ้นได้ก็จริง สิ่งนี้บุคลากรทุกคนในวงการแพทย์ยังต้องคำนึงถึงเสมอคือ การมี จริยธรรมในวิชาชีพของตนเองซึ่งถือว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากที่สุด เพราะจริยธรรมจะเป็น ตัวกำกับให้การปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลดังกล่าวเป็นไปอย่างถูกต้อง ซึ่งถ้าพวกเราจะมีสติและ ช่วยกันดำรงไว้ซึ่งจริยธรรมวิชาชีพอย่างแท้จริง วงการแพทย์และวงการสาธารณสุขก็จะเป็น วงการที่ได้รับความเคารพ ยกย่อง และนับถือจากประชาชนอย่างต่อเนื่องตลอดไป

Competency Assessment

มัลลิกา โฆษิตชัยมงคล

โรงพยาบาลมิชชั่น - กรุงเทพ

ปัจจุบันเป็นที่ตระหนักดีว่า ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพในการดูแลรักษา (quality patient care outcomes) และความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ขึ้นอยู่กับความสามารถของเจ้าหน้าที่ (competency) ในการปฏิบัติงาน

จากที่เคยทำงานในต่างประเทศตั้งแต่ปี 1975-2000 จะขอนำเสนอประสบการณ์เกี่ยวกับการประเมินผลงาน (performance evaluation) และระบบที่ได้พัฒนามาจนปัจจุบัน รวมถึงการประเมินความสามารถ (competency) หรือในบางแห่งเรียกว่า การประเมินที่มุ่งเน้นมาตรฐาน (criteria based evaluation)

Conventional Performance Evaluation

เมื่อเริ่มทำงานในประเทศอเมริกา การประเมินผลงานเป็นแบบ across the board (แบบเก่า) คือ อยู่ในรูปแบบเดียวกันหมด หมายถึง หัวข้อของการประเมินเป็นแบบเดียวกันหมด ไม่ว่าจะอยู่ในตำแหน่งหรือหน้าที่อะไร และการจ่ายผลตอบแทนก็เท่ากัน

จุดอ่อนของการประเมินผลงานแบบนี้

- เป็นการวัดพฤติกรรมมากกว่าผลของงาน
- ผู้ประเมินบางครั้งมีความลำเอียง (bias) หรือใช้ความรู้สึกส่วนตัว (personal feeling)
- การประเมินไม่ได้มุ่งเน้นที่ความสามารถในการทำงานของตำแหน่งนั้นๆ
- เป็นระบบซึ่งขาดแรงจูงใจ เพราะการจ่ายผลตอบแทนเท่ากันหมด
- มีความจำกัดในการใช้ผลของการประเมินเพื่อพัฒนาบุคลากร

Clinical Ladder

เพราะจุดอ่อนของระบบประเมินแบบเดิม จึงได้มีการพัฒนาให้เป็นระบบไต่ขั้นบันไดความสามารถ (clinical ladder) วัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้มีการนำเอาความรู้ความสามารถมาใช้ในรูปแบบต่างๆ กัน และการปรับค่าตอบแทนก็ขึ้นอยู่กับระดับของ clinical ladder ซึ่งมีตั้งแต่ระดับ 1-4 ดังตัวอย่าง

Clinical Nurse I	Clinical Nurse II	Clinical Nurse III	Clinical Nurse IV
Required license CPR certification	Satisfaction evaluation at CNI level	Satisfaction evaluation at CN II level	Satisfaction evaluation at CN III level
Complete required continue education	Lead nursing team	In charge of CQI projects	Member of multidisciplinary committee
Complete mandatory in service	Involve in QA projects	Certified preceptor	In-charge of patient care co-ordination
80% attendance record for in service	90% attendance record for in service	Journal review 2 times / year	Journal review 3 times / year
80% attendance unit staff meeting	90% attendance unit staff meeting	Give 2 inservices/year	Give 3 inservices/year
4 charts review with 80% compliance	4 charts review with 85% compliance	4 charts review with 90% compliance	4 charts review with 95% compliance
		Recommendations by nurse manager	Recommendation by nurse manager
			Incharge of CPR team

จุดอ่อนของการประเมินผลงานแบบ Clinical ladder

- กระบวนการประเมินมีความยุ่งยาก การพิจารณาเลื่อนขั้นจะต้องผ่านผู้ประสานงานการพยาบาล ซึ่งจะ
ทำเรื่องเข้าเสนอคณะกรรมกรซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากฝ่ายบริหาร
- ขั้นตอนการประเมินนั้นใช้เวลาและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูง
- มีความลำเอียงเกิดขึ้น มาตรฐานของการประเมินมุ่งเน้นไปที่เอกสารมากกว่าการวัดความสามารถของ
เจ้าหน้าที่
- เกิดความไม่พึงพอใจในหมู่เจ้าหน้าที่ เพราะเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นในการปฏิบัติงาน (task
oriented) มากกว่าการทำเอกสาร บางกลุ่มมีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่ใช้เวลาทำเอกสารมากจนผู้ช่วย
ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม
- เป็นระบบที่มีค่าตอบแทนผลงานก็จริงแต่ก็ยังมีโทษ (punitive) ถ้าไม่สามารถรักษา (maintain)
ระดับของ clinical ladder ได้จะมีการลดขั้น ซึ่งมีผลต่อค่าตอบแทน
- ขาดความเชื่อมโยงกับ HR หน่วยการศึกษาและอบรมเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาบุคลากร

Competency Assessment

จากระบบที่มีจุดอ่อนข้างต้น ทำให้มีการพัฒนาไปเป็นระบบที่เรียกว่า การประเมินที่มุ่งเน้นมาตรฐาน (criteria based evaluation) หรือการประเมินผลงานโดยมุ่งเน้นที่ความสามารถ (competency assessment) ซึ่งมีการนำมาใช้อย่างเต็มรูปแบบประมาณ 6-7 ปีที่ผ่านมาในโรงพยาบาลที่ผู้เขียนเคยทำงานอยู่

ความหมาย

การประเมินความสามารถ (competency assessment) คือกระบวนการซึ่งใช้กิจกรรมการประเมินผลงาน เพื่อประเมินและยืนยันความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างถูกต้องตรงตามความคาดหวัง²

competency assessment คือ

- การประเมินความสามารถของเจ้าหน้าที่อย่างเป็นระบบ (systemic)
- มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน (objective)
- กระบวนการที่สามารถวัดได้ (measurable process)

ประโยชน์

- มีผลกระทบสำคัญต่อ performance ขององค์กร
- ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (improve patient outcomes)
- ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยมากขึ้น (improve patient safety)
- ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น (improve satisfaction)
- สัมพันธภาพในการทำงานระหว่างหน่วยงานและในหน่วยงานดีขึ้น (improve relationships)
- ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (efficient use of resources)
- มาตรฐานการทำงานดีขึ้น (increase compliance)
- ตอบสนองต่อพันธกิจ วิสัยทัศน์ และค่านิยมขององค์กร (improve ability to achieve its mission, vision and value) ที่ใช้

การประเมินความสามารถถูกนำมาใช้เมื่อ :

- ตอนว่าจ้าง เพื่อกำหนดว่าจะต้องให้การนิเทศ (orientation) และการอบรมอะไรบ้าง
- หลังจากการนิเทศ (orientation) เพื่อมอบหมายงานที่เหมาะสมกับความสามารถของบุคคลและหาความจำเป็นในการฝึกอบรมต่อไป
- ทุกครั้งที่โรงพยาบาลมี service, technology และ products ใหม่ ๆ
- ตามที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ว่าจะจะเป็นปีละครั้งหรือ 2 ครั้ง

การแบ่งประเภทความสามารถที่จะใช้ประเมิน

1) Generic competency (Core competency, Service standard competency)

ความสามารถซึ่งทุกคนภายในองค์กรต้องมี เช่น การบริการ, การสื่อสาร, ความกระตือรือร้น, ความเคารพ, การรักษาความลับ, การตรงต่อเวลา, ความสามารถในการแก้ปัญหา

2) Job-specific competency

² JCAHO. Assessing Hospital Staff Competence. 2002.

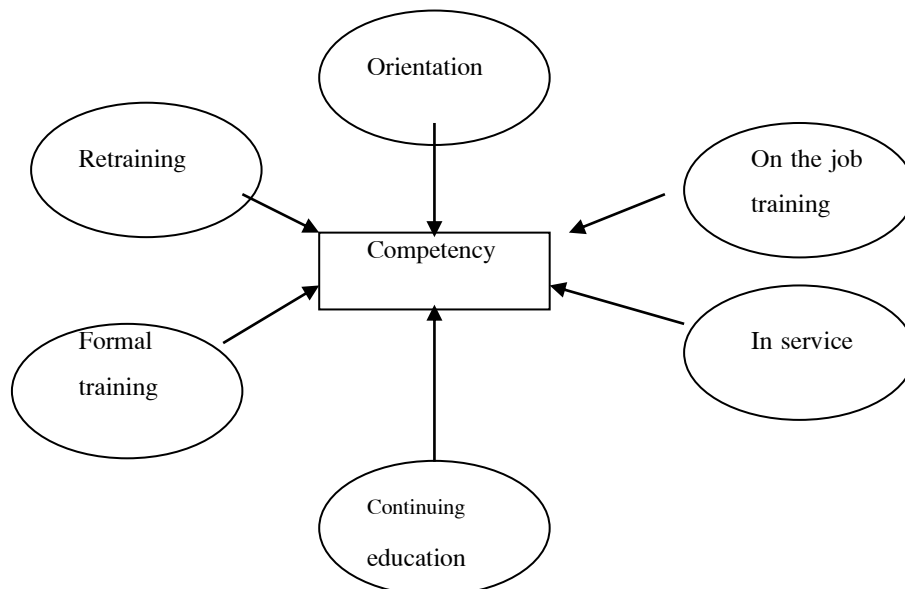
ความสามารถในการปฏิบัติงานตามหน้าที่หลักโดยเฉพาะ เช่น พยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาล, เกสซ์กร การจัดยา และการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วย, ผู้ตรวจการพยาบาล ความสามารถในการบริหารจัดการวิเคราะห์แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า

3) Threshold competency

ความสามารถขั้นต่ำที่กำหนดไว้ในแต่ละตำแหน่ง ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการประเมินจะต้องผ่านเกณฑ์การวัดความสามารถ

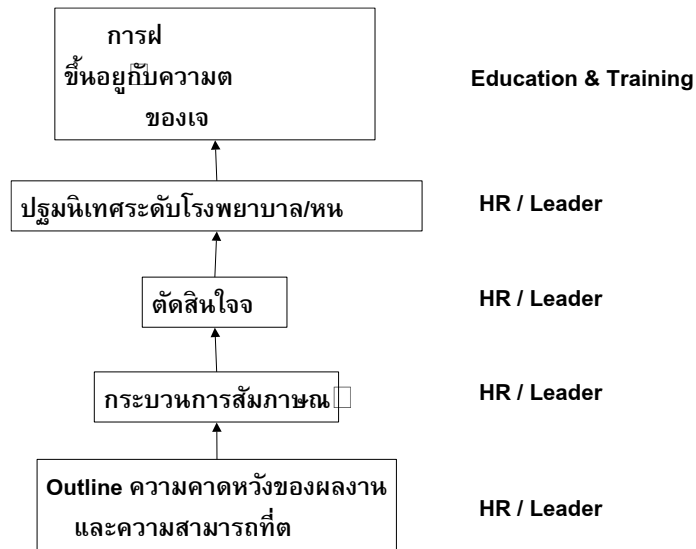
- การสังเกต (observation)
- จากการพูด, สัมภาษณ์ (verbal)
- การแสดง (demonstration)
- การผ่านการสอบ (test)
- ทบทวนเวชระเบียน (medical record review)

การพัฒนาความสามารถอย่างต่อเนื่อง

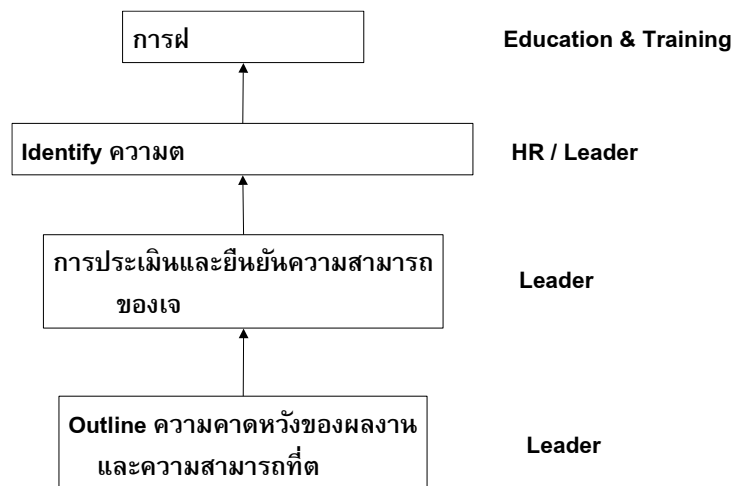


ความเชื่อมโยงของระบบประเมินความสามารถ

การประเมินความสามารถเริ่มตั้งแต่แรก (Initial Competency Assessment)



การประเมินความสามารถต่อเนื่อง (Continual Competency Assessment)



ข้อดีของระบบนี้

- เจ้าหน้าที่ (ผู้ถูกประเมิน) และผู้ประเมินทราบว่ามีมาตรฐานและความคาดหวังของผลงาน (Performance expectation) อยู่ที่ไหน ผู้ประเมินมีมาตรฐานที่ชัดเจนไม่ใช่ประเมินจากความรู้สึก
- ผู้ประเมินต้องติดตามการปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด
- เน้นที่ความสามารถของบุคคลในตำแหน่งนั้นๆ
- เน้นระบบที่สร้างแรงจูงใจ ค่าตอบแทนขึ้นอยู่กับผลงาน
- ผลของการประเมินความสามารถนำไปวิเคราะห์และวางแผนในการพัฒนาบุคลากร
- มาตรฐานของการประเมินนั้นจะมีการปรับเปลี่ยนไปตามพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม ประเภทของผู้ป่วย โอกาสในการพัฒนา และความสามารถทางทรัพยากร

จุดอ่อนของระบบนี้

- รูปแบบของการประเมินที่มีประสิทธิภาพจะมีรายละเอียดมาก ทำให้ใช้เวลามากในการสร้างรูปแบบ

- ต้องมีการบันทึกมากขึ้น เช่น เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานได้เกินความคาดหมาย หรือต่ำกว่าความคาดหมาย จะต้องมีการบันทึกทุกขั้นตอน
- หัวหน้างานต้องมีความสามารถในการวิเคราะห์งานหลักได้ถูกต้องครบถ้วน

Patient Safety 10

Legal Issue, Secret of Success & Leadership in Patient Safety

Anthony Wagemakers

ประเด็นปัญหาทางกฎหมาย (legal issue) เป็นความท้าทายซึ่งผู้นำของโรงพยาบาลจะต้องเผชิญในสังคมปัจจุบัน ซึ่งผู้นำสามารถหลีกเลี่ยงความเสี่ยงความเดือดร้อนจำนวนมากได้หากเรายินดีเปิดใจรับฟังและมีความโปร่งใส

ไม่ช้าก็เร็ว เราจะต้องเผชิญหน้าหรือถูกท้าทายจากการฟ้องร้องทางกฎหมาย และเป็นหน้าที่ของผู้นำที่จะต้องเตรียมการให้พร้อม

จุดเริ่มของการเตรียมความพร้อมคือการสื่อสาร การบันทึก การติดตามคำร้องเรียน และการเรียนรู้กฎหมาย

1. การสื่อสาร

ในการทำงานเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วย แง่มุมที่สำคัญที่สุดคือการสื่อสาร ด้วยการสื่อสารทางเลือกต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย เท่ากับเราเชิญผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ทำให้ผู้ป่วยเป็นพันธมิตร มิใช่ผู้ป่วย พันธมิตรจะเข้าใจความล้มเหลวและประทับใจในความสำเร็จได้ดีกว่า ยิ่งผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจมากเท่าใด ก็ยิ่งดีมากขึ้นสำหรับทุกคน เมื่อมีคำร้องเรียนไปยังองค์กรวิชาชีพ หรือแพทยสภา หรือมีการฟ้องร้องต่อศาล เมื่อทบทวนกลับไปก็มักจะพบความบกพร่องของการสื่อสารเสมอ

เราต้องสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วย ต้องให้เวลาเพื่อทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ สร้างสัมพันธภาพซึ่งแน่นแฟ้น (contracted partnership) กับผู้ป่วย

การสื่อสารที่ไม่ดีเป็นการดูแลที่ต่ำกว่ามาตรฐาน

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประสบความสำเร็จอย่างมากในการทำความเข้าใจกับวัฒนธรรมของโรงพยาบาล ถ้อยคำต่าง ๆ ที่ใช้ และเหตุผลของสิ่งที่โรงพยาบาลปฏิบัติ

1.1 การสื่อสารในเรื่องทั่วไป

ก. การสื่อสารเกี่ยวกับกระบวนการของโรงพยาบาล เช่น การรับเข้านอนโรงพยาบาล การตรวจ investigate การให้ยา การรักษา การผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพ การติดตาม

ข. การสื่อสารข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เช่น สถานที่ การบำรุงรักษา การตรวจสอบ การฝึกอบรม การบันทึก

ค. การสื่อสารเกี่ยวกับเครื่องมือ การมีบัญชีรายการเครื่องมือทั้งหมด ข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องมือที่มีความเสี่ยงสูง ตารางการบำรุงรักษา อายุใช้งานของเครื่องมือ เพื่อให้มีการใช้เครื่องมือที่มีอยู่อย่างเหมาะสม และไม่ปล่อยปะละเลยจนล้าสมัยหรือต้องซ่อมด้วยราคาที่แพง

1.2. การสื่อสารเพื่อการยินยอมรับการรักษา (Informed Consent)

การยินยอมรับการรักษาอาจจะเป็นการยินยอมโดยปริยาย (implied consent), การยินยอมด้วยวาจา (verbal consent), การยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (written consent)

การยินยอมโดยปริยายเกิดขึ้นเมื่อแพทย์ยอมรับที่จะดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยยอมรับให้แพทย์ตรวจรักษา การยอมรับนี้ไม่จำเป็นต้องมีรูปแบบที่เป็นทางการ เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในห้องตรวจของแพทย์ก็เป็นการแสดงการยินยอมโดยปริยายว่าต้องการให้แพทย์ตรวจรักษา

การยินยอมด้วยวาจาเกิดขึ้นเมื่อแพทย์ขอให้ผู้ป่วยไปรับการตรวจเลือดที่ห้องชันสูตร ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธ แต่ถ้าผู้ป่วยไปรับการตรวจเลือดที่ห้องชันสูตรก็แสดงว่าเป็นการยอมรับด้วยวาจาหรือโดยปริยาย

การยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีข้อตกลง/พันธสัญญาในการที่จะทำหัตถการบางอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อจะทำ invasive procedure ทุกประเภท

การยินยอมมีได้หลายรูปแบบ การไม่ยินยอมก็มีความสำคัญเท่ากับการยินยอมซึ่งมีการลงนามร่วมกัน การยินยอมโดยได้รับข้อมูลเรื่องของการสื่อสารซึ่งมุ่งตรงไปที่หัวใจของสัมพันธภาพในการรักษา วิธีที่ดีที่สุดที่หลีกเลี่ยงปัญหาการฟ้องร้องทางกฎหมายคือการพิจารณาหลักการของการยินยอมโดยได้รับข้อมูล (doctrine of informed consent) ซึ่งจะช่วยแพทย์มากกว่าผู้ป่วยเสียอีก

- การยินยอม (consent) หมายความว่าแพทย์และผู้ป่วยมีพันธสัญญาต่อกัน
- พันธสัญญามีผลเมื่อทั้งสองฝ่ายเข้าใจและยอมรับในธรรมชาติของหัตถการที่จะทำ สิ่งที่ไม่คาดหวังและผลไม่คาดหวังที่อาจจะเกิดขึ้น
- แพทย์จะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความจริง ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน และทางเลือกในการผ่าตัด
- ในกรณีที่มีการผ่าตัดโดยไม่ได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะฟ้องว่าเป็นการกระทำโดยประมาทหรือเป็นการละเมิด

เราจะต้องให้เวลาอธิบายแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวว่ากำลังจะเกิดอะไรขึ้น และอธิบายกระบวนการคิดซึ่งอยู่เบื้องหลังสิ่งที่กำลังทำให้แก่ผู้ป่วย

การกระทำดังกล่าวเป็นการให้เกิดติดต่อภูมิปัญญาของผู้ป่วยและแสดงถึงการรับรู้สิทธิในการควบคุมของผู้ป่วยต่อสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นกับตนเอง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ความสำคัญมีได้อยู่ที่การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน

เราควรมองว่าหลักการของการยินยอมโดยได้รับข้อมูลเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะก่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย

การที่แพทย์และพยาบาลอธิบายความเสี่ยง ทางเลือก อันตราย ให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนในกระบวนการคิดเพื่อแก้ปัญหา จะทำให้การฟ้องร้องลดลง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีขึ้น และทฤษฎีปฏิบัติลดลง

การฟ้องร้องซึ่งนำปัญหาไปสู่ผู้บริหารสามารถไต่ย้อนกลับไปถึงความบกพร่องในการสื่อสาร แพทย์ควรส่งเสริมให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจเรื่องการยินยอมโดยได้รับข้อมูล ทั้งนี้เพราะพยาบาลเป็นบุคคลที่ใช้เวลาอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด เป็นผู้ที่ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่จะได้พูดคุยด้วย เป็นหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลที่จะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับทางเลือกในวิธีการรักษาต่างๆ ถ้ามีซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอิสระที่จะเลือกและกลายเป็นเจ้าของร่วมในกระบวนการรักษา

การละเมิดคือการกระทำในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ ซึ่งผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องพิสูจน์ว่าแพทย์ประมาท เพียงแต่พิสูจน์ได้ว่าแพทย์ทำหัตถการโดยไม่ได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยก็เป็นการละเมิดแล้ว

การที่ไม่มีกระบวนการเกี่ยวกับ informed consent อย่างเหมาะสม คือการที่แพทย์และผู้บริหารโรงพยาบาลเชื่อเชิญผู้ป่วยให้ทำการฟ้องร้อง

2. การบันทึก

บันทึกในที่นี้รวมทั้งเวชระเบียน รายงานการประชุม บันทึกกิจกรรม

ความสำคัญของการบันทึกคือการบันทึกกิจกรรมที่เกิดขึ้นในขณะนั้น หรือทันทีหลังจากการทำกิจกรรม

การชดเชยหรือลบเพื่อแก้ไขสิ่งที่บันทึกไว้เป็นสิ่งที่ไม่พึงกระทำ ถ้าจะมีการแก้ไข สิ่งที่ต้องทำคือการขีดเส้นใต้ยวบยบนข้อความที่ต้องการแก้ และเขียนข้อความใหม่ลงในที่ว่างพร้อมทั้งคำอธิบายว่าเหตุใดจึงมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแก้ไขเวชระเบียน

จำไว้ว่าเวชระเบียนเป็นหลักฐานทางกฎหมาย และจะต้องไม่เข้าไปแก้ไขให้วุ่นวาย

ในบรรดาบันทึกของโรงพยาบาล เวชระเบียนเป็นบันทึกที่สำคัญที่สุด

กิจกรรมทั้งหมดควรได้รับการบันทึกไว้ บางกิจกรรมอาจจะมีความเป็นทางการสูง เช่น การประชุม คณะกรรมการ การประชุมองค์กรแพทย์ กิจกรรมบางอย่างอาจจะจัดเป็นบันทึกง่ายๆ เช่น การประชุม PCT, คณะกรรมการ IC และควรเก็บบันทึกเหล่านี้ไว้อย่างเหมาะสม

3. การติดตามคำร้องเรียน

การจัดการกับคำร้องเรียนเป็นกิจกรรมสำคัญที่สุดที่จะทำให้โรงพยาบาลปลอดจากปัญหาถูกฟ้องร้อง เราจะจัดการกับคำร้องเรียนอย่างไร ผู้บริหารจะทำได้ดีถ้าใส่ใจกับเรื่องนี้ ไม่ได้เป็นเรื่องยุ่งยากอะไรแต่จะช่วยป้องกันปัญหาได้มาก การโทรศัพท์และการทำจดหมายที่มีรูปแบบเนื้อหาล่วงหน้าเป็นสิ่งที่ไม่ต้องใช้เวลามากนัก

เมื่อได้สวนได้ข้อเท็จจริงควรแจ้งผลให้กับผู้ป่วยหรือผู้ร้องเรียนได้รับทราบ ขอโทษหรือไกล่เกลี่ยถ้าจำเป็น

คำร้องเรียนเป็นความท้าทายต่อผู้ให้บริการดังนี้

1. คำร้องเรียนจำเป็นต้องได้รับการตอบสนอง ผู้ประกอบวิชาชีพและผู้บริหารอยู่ในสถานที่ที่จะต้องได้สวนและอธิบายเหตุการณ์ที่นำมาสู่คำร้องเรียน
2. จะต้องมีรายได้สวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตรวจสอบบันทึก นำเหตุการณ์ต่างๆ มาปะติดปะต่อกันเพื่อดูว่าเกิดอะไรขึ้น
3. ทำลายตอกานของผู้ประกอบวิชาชีพที่จะอธิบายเหตุผลของการตัดสินใจ
4. ผู้ป่วยหรือญาติเป็นผู้กำหนดเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น และผลลัพธ์เป็นสิ่งที่คาดการณ์ได้ยาก ผู้ให้บริการมีโอกาสควบคุมน้อยมาก
5. คำร้องเรียนอาจนำมาสู่การกล่าวโทษ การลงโทษ หรือการฟ้องร้องทางกฎหมาย
6. คำร้องเรียนเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความขุ่นเคือง สิ้นเปลืองเวลา และก่อให้เกิดความเครียด
7. เราสามารถมองคำร้องเรียนในเชิงบวกว่าเป็นโอกาสที่จะได้เสวนากับผู้บริโภค
8. คำร้องเรียนเป็นโอกาสให้เราตรวจสอบคุณภาพบริการของเรา
9. คำร้องเรียนเป็นโอกาสให้เราได้รับทราบว่าการบริการของเราเป็นอย่างไร ในสายตาและประสบการณ์ของลูกค้า

ลูกค้า

10. คำร้องเรียนก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายราคาแพงและต้องพิจารณาอย่างจริงจัง

ผู้บริหารจะต้องกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการจัดการกับคำร้องเรียน มอบหมายให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดไว้และสร้างความมั่นใจว่าทุกคำร้องเรียนได้ถูกนำมาดำเนินการแก้ไข ณ จุดเกิดเหตุเป็นสิ่งที่พึงประสงค์ที่สุด จะช่วยให้จัดการกับคำร้องเรียนได้ทันทีที่จุดให้บริการ อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดความรับผิดชอบของผู้ให้บริการที่จะได้สวน อธิบาย และไตร่ตรองกิจกรรมที่ทาลงไป

คำร้องเรียนแสดงว่าผู้ร้องเรียนรู้สึกถูกทำร้ายด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง และนำมาสู่ข้อกล่าวหาซึ่งอาจจะแสดงออกหรือไม่ก็ได้

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์บางอย่างอาจจะไม่นำมาสู่คำร้องเรียนเนื่องจากผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการมีได้ตระหนักในความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

เรามักจะมองคำร้องเรียนทางคลินิกว่าเป็นการโจมตีการใช้ดุลยพินิจของวิชาชีพ ซึ่งอาจจะส่งผลให้เกิดการปฏิเสธหรือต่อสู้

สิ่งที่เราจะต้องหลีกเลี่ยงคือ คำอธิบายที่ไม่ชัดเจน การมีปฏิกิริยาปกป้องตัวเอง การใช้เวลานานในการจัดการกับคำร้องเรียน การไม่เปิดใจ ความไม่เต็มใจดำเนินการ

คำร้องทั้งหมดจะต้องได้รับการบันทึกไว้และใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพและจัดการความเสี่ยง ผู้บริหารระดับสูงจะต้องแสดงเจตคติและความมุ่งมั่นในการจัดการที่เหมาะสมกับคำร้องเรียน ทุกโรงพยาบาลจะต้องมีนโยบายที่ชัดเจนและครอบคลุมเกี่ยวกับคำร้องเรียนเป็นลายลักษณ์อักษร คำร้องเรียนอาจจะมีตั้งแต่เรื่องเล็กๆน้อยๆ ไปถึงเรื่องที่รุนแรงถ้าพิจารณากระทบต่อผู้ป่วยในอนาคตหรือความรับผิดชอบของโรงพยาบาล

แนวทางที่ดีมีดังต่อไปนี้

1. เจตคติที่จะดำเนินการกับคำร้องเรียนอย่างจริงจัง
2. การดำเนินการกับคำร้องเรียนควรได้รับการพิจารณาว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยที่ดี
3. ผู้บริหารระดับสูงมีความมุ่งมั่นที่จะทบทวนคำร้องเรียนและผลลัพธ์
4. มีการกำหนดความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่อย่างชัดเจน
5. มีการประเมินระบบรับคำร้องเรียนเกี่ยวกับ การเรียนรู้จากคำร้องเรียน, การส่งเสริมให้มีการปฏิบัติที่ดีและปรับปรุงการปฏิบัติที่ไม่ดี, ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย
6. การรักษาความลับ ชื่อบุคคลผู้ร้องเรียนจะต้องเก็บไว้เป็นความลับ จะต้องมีนโยบายเกี่ยวกับการรักษาความลับของการไต่สวน การรู้ว่าใครเป็นเจ้าหน้าที่ที่ถูกกล่าวหาควรอยู่จำกัดเฉพาะผู้มีหน้าที่ไต่สวนเท่านั้น

7. หลักการไต่สวน ผู้ไต่สวนจะต้องไม่มีผลประโยชน์เกี่ยวข้องกับคำร้องเรียน เข้าใจเรื่องที่ร้องเรียน เข้าใจความต้องการของผู้ร้องเรียน ได้รับความรู้สึกของผู้ร้องเรียน รับรู้สิ่งที่ผู้ร้องเรียนกังวลทั้งหมด กล่าวคำขอโทษอย่างจริงใจตามความเหมาะสม ดำเนินการแก้ไขและแจ้งให้ผู้ร้องเรียนรับทราบ เก็บบันทึกข้อมูลที่ได้รับ และแหล่งข้อมูล ค้นหาความขัดแย้งระหว่างหลักฐานต่างๆ และพยายามคลี่คลายความขัดแย้ง รายงานสิ่งที่ได้รับต่อผู้บริหารระดับสูง หากข้อสรุปอย่างมีเหตุผล

ในมุมมองของผู้ป่วย มีเพียงสามสิ่งเท่านั้นที่ต้องการเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น

1. ต้องการรู้ว่าจะไปร้องเรียนที่ใด
2. ต้องการรู้ว่าจะร้องเรียนอย่างไร
3. ต้องการความมั่นใจว่าคำร้องเรียนจะได้รับการพิจารณาอย่างจริงจัง

เหตุผลที่ผู้คนไม่ร้องเรียน

- กลัวว่าจะมีผลต่อการรักษา
- กลัวว่าจะไม่มีแพทย์มารักษา
- ไม่เห็นประโยชน์ ร้องเรียนไปก็พิสูจน์เอาผิดกับแพทย์ไม่ได้
- ออกจากโรงพยาบาลโดยมีชีวิตอยู่กับบุญแล้ว
- พยาบาลมีงานมากและอยู่ภายใต้ภาวะกดดัน พยายามทำดีที่สุดแล้ว ยกเว้นบางคนที่น่าจะทำตัวดีกว่านี้
- ไม่อยากไปยุ่งกับผู้บริหาร เมื่ออายุมากขึ้นก็ต้องใช้โรงพยาบาลมากขึ้น

สิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังจากการร้องเรียนคือ

- ทำให้โรงพยาบาลได้รับรู้ความไม่พึงพอใจ
- ไม่ต้องการให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำอีก

- ต้องการคำอธิบายในสิ่งที่เกิดขึ้น
- คำขอโทษ
- การแสดงความรับผิดชอบของผู้บริหาร
- การรักษาที่ดีขึ้นในอนาคต
- มีการลงโทษทางวินัยกับผู้กระทำผิด

ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรมีเจตคติที่ถูกต้องและความมุ่งมั่นอย่างแท้จริงในการแก้ปัญหา

4. การเรียนรู้กฎหมาย

สิ่งที่กฎหมายต้องการคือ

- บันทึกที่ถูกต้องเหมาะสม ระบุเหตุการณ์ตามลำดับเวลาว่าได้ปฏิบัติอะไรกับผู้ป่วย รวมทั้งสิ่งที่ได้มีการสื่อสารกับผู้ป่วย
- หลักฐานที่จะแสดงการกระทำและการสื่อสารของเรา
- นโยบายเกี่ยวกับความลับของการบันทึก
- การจัดทำระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการกับบันทึกอย่างเหมาะสม

สิ่งที่จะป้องกันการฟ้องร้องเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยคือการให้ข้อมูลข่าวสารที่ดีที่สุดและการที่แพทย์พยาบาลให้การดูแลอย่างดีที่สุด เราต้องถามตัวเองว่า “เราต้องการรู้อะไรถ้าหากเราเป็นผู้ป่วย”

กฎหมายจะอยู่ข้างเดียวกับการให้บริการทางการแพทย์ที่ดีที่สุดเสมอ

TO OVERCOME DIVERSITY IN LEADERSHIP

FOR THE PROTECTION OF THE SAFETY AND RIGHTS OF OUR PATIENTS
THE GENERAL PUBLIC AND HEALTH CARE PROVIDERS

BASIC PRINCIPLES OF LEADERSHIP

1. Commitment

Formalize responsibility and accountability for patient safety within the management structure and clinical processes.

Commitment to patient's safety and the protection of their rights.

To give guidance, direction support in all safety activities.

Develop policies on risk management privacy and confidentiality.

2. Safety Structure

Safety is a fundamental aspect of quality health care.

Health care professional, patients and all others within the healthcare system must be **informed participants** in understanding the policies of safety.

Specific **educational and professional development programs** that focus on evidence-based practice periodic audit, and team approach to practice and learning can reduce the likelihood of human error.

Management must facilitate a **comprehensive identification of risk** that pose threats to patients, staff and other health care personnel. Systematic identification should be carried out reactively, in response to a recognized adverse event or outcome, and more importantly, proactive, before problems have occurred. Reporting and recording of the risks must follow this identification to the Risk Manager and CEO.

Management must develop an **atmosphere of trust**, in which openness and frankness in identifying and reporting problems or potential problems is encouraged and rewarded. No blame must ever be apportioned to individuals following reporting, subject to limited qualifications. These qualifications include failure to report safety hazards or critical incidents and premeditated or intentional acts of violence against people, equipment or property.

Management must encourage **partnership among all consumers and providers** of care. Partnership will require the system to become more flexible with a shift from hierarchical operating structures to a horizontal structure. These partnerships are necessary to effectively improve the risk factors within the organization.

Management must demonstrate its **ability to build on** what is already known in other sectors, learn from experience, and be willing and able to implement major reforms

when indicated. Such a system will endeavor to analyze relevant information, develop cost-effective evidence based safety initiatives and standards of care that are critical to the improvement process. Management must receive regular feedback on the results of targeted strategies.

Management must promote **appropriate disclosure** to patients, the public and health care workers of all safety information relative to health issues. Such disclosure must be supported by changes to policies for the prevention and/or management of risks

3. Teamwork

Building a team to work together toward a common goal to meet the organizational safety standards. Building of a multidisciplinary team consisting of clinical and administrative experts in the field of safety and healthcare.

Understanding the national standards and using the self-assessment to identify areas where improvement can be made.

Working as a team to implement system changes to improve patient safety.

Develop a greater focus on improvement through education and remediation, versus blame and punishment in the development of risk management indicators.

Analyze the impact the universal health policy and its effect on patient safety, with the aim of making recommendations that would contribute to the culture of safety.

4. High Risk Environment

Health care is provided 24 hour a day, seven days per week. Improved diagnosis and treatment of disease have made care processes more complex; however, many organizations are hampered by outdated modes of communication, record keeping, employee training and a traditional hierarchical authority structure. Increase in the volume of out-patients and in-patients, recourse limitations, a critical shortage of doctors and nurses and challenges created by the pressures of being an accredited hospital, are creating unequalled strain on the system, thus, increasing the likelihood of adverse events and sometimes with lethal consequences. Through the efforts and vigilance of the health care providers, many of these adverse events can be prevented or mitigated.

Most health care encounters are free of errors; however, international researchers have documented preventable injuries and deaths in every setting where measurement was attempted. There is no reason to believe that Thai hospitals would be different. The reports of consultants who have visited many hospitals in Thailand provide ample evidence of an environment prone to error.

No industry is more complex than the health care industry. Yet, the hospitals have only recently acknowledged that patient safety must be a high priority. Many methods and systems within the hospital are not capable of delivering good quality care to every patient. While hospital staff have always tried to protect patients from risk, the increasing complexity of rapid changes within the system have contributed to a situation

that requires a stronger emphasis on patient safety. It is no longer appropriate to think that previous and current processes to ensure safety are still effective. We must recognize that perfect human performance is not possible but we must develop and implement evidence based processes.

Aviation is an excellent example in which a high-risk industry implemented coordinated and comprehensive strategies to reduce preventable accidents. Although adverse events will occur in human endeavor, they can be minimized through a design of:

1. Processes and procedures
2. Individual tasks
3. Environmental condition of work
4. Training of staff and the
5. Selection of personnel

Failure to communicate and coordination among team members and staff are usually the cause of errors. We must develop processes that:

1. Reduce unnecessary operating systems
2. Improve team work
3. Restrict the number of hours worked (moon-lighting).
4. Mandatory reporting of risks
5. The use of information technology
6. Investigation of errors to identify the possible causes
7. Regular equipment maintenance

5. Interdependent Environment

The hospital is a highly complex, integrated and interdependent environment. We must evaluate this environment and look at our systems to minimize the risks.

Some issues to consider include:

- The reduction in the occupancy rate
- Diagnostic and therapeutic intervention that create a higher acuity in patients
- Equipment maintenance for the safe and effective function of outdated equipment.
- Reduce the shortage of Doctors and Nurses
- Reduce the turn-over of staff positions
- Identification of the risk and the development of strategies and work-plans to address the deficiencies
- Interpersonal and interprofessional communications
- Proper reporting system of errors
- Credentialing of health care professionals, doctors, nurses, etc.
- Prevent burn-out of employees
- Orientation to the physical environment for staff and patients
- Environmental check by management to identify risk factors. (The walk about of the CEO)
- The development of policies related to risk management.
- Communication – communication – communication.

Medication use systems. When different medications have similar product design and packaging will create a greater likelihood of medication error. Ward stock must be kept at a minimum. Policies must be developed regarding the return of medication to the pharmacy as well as the destruction of drugs. The unit system is employed as much as possible.

Culture of safety. Safety is a fundamental aspect of quality health care. To improve safety, the hospital must develop and maintain a culture of an interdependent approach to safety.

6. Building a Safer System

Hospital strategy for improving patient safety. The current responsibilities for patient safety in Thai hospitals are widely distributed among the professionals and departments. They do not share a common understanding of the issues or a common vision for the future. One of the major changes, which need to occur, is the creation of a full-time safety officer/coordinator.

Improve the reporting processes. The current hierarchical structures perpetuate a fear of blame and litigation. As a result, disclosure discussions and quality improvements processes may not involve an open dialogue and sharing of questions or concerns. Recommendations made by a PC team may fall on deaf ears.

Evaluation processes. The lack of a comprehensive information technology infrastructure and the reluctance to communicate horizontally limits the ability to identify trends and respond to adverse events.

Education and development. The specific knowledge and skills to improve patient safety are currently not part of the education, training and/or professional development programs for most of the Thai hospitals. It is so important that a multidisciplinary educational process is followed to ensure an interdependent approach toward patient safety.

Information and communication. Access to understandable information will help the public and all other health care stakeholders to first understand the system and then participate in improving it. This means the involvement of staff, patient and the community is vital to the overall success of a patient safety program.

7. Benchmarks and Indicators

Benchmarks to compare

The use of benchmarks that have a demonstrated ability to improve patient safety. Improvement of patient safety is the result of three interdependent actions:

1. Preventing errors
2. Making them visible
3. Mitigating their effect when they occur

Hospital Management should review their processes for opportunities to improve and implement effective practices that are appropriate for the environment giving practical

and financial constraints. Medication administration is one example of a process that can benefit from system changes. Substantial evidence demonstrate that the rate of medication errors is lower in unit-dose systems than in traditional systems or ward stock. In spite of the proven safety advantages and cost effectiveness of the unit dose system, the majority of Thai hospitals continue to utilize traditional medication distribution systems that rely heavily on human vigilance.

Indicators to measure

In the development of indicators we must clearly define of what is to be measured and for what purpose. Clearly defined responsibilities and accountabilities must exist to ensure patient safety when adverse events, risks situations or near misses occur. The hospital management should reflect a commitment to patient safety in their vision, mission, values, budget management structure and clinical processes.

The measurement of patient satisfaction is an important indicator that provides important opportunities for improvements in patient safety. Patient and their families may present their concerns to doctors, nurses, management, and government or perhaps to the legal system about the care they received. Such concerns may expose hazards, risks or near misses related to our processes and/or problems in the performance of doctors and nurses. As such, these concerns will provide an opportunity for the individual or for system improvements.

A patient-focused concern management program with a good reporting system on the information from indicators will help to build a transparent process for quality-of-care issues.

8. Measurement and Evaluation

An in-dept understanding of risk in the hospital will not be possible until comprehensive measurement and evaluation processes can identify where and why patients are at risk

Surveillance

Knowledge of the types of risk occurring in Thai hospitals and the strategies for reducing their incidence should be shared among hospitals across Thailand. Strategies that contribute additional information and understanding should be given high priority.

Effective surveillance systems must be developed to assess the risk, which is very important for assessing the performance of the system and for identifying areas for improvement. Critical incidents involving significant risk of loss of life, limb, or function are to receive high priority as they signal the need for immediate investigation and response.

Analysis

The goal of the analysis is to identify which indicators should be used for implementation. There may be a need for several indicators to ensure that the data can be translated to information, action and evaluation for all relevant processes. In addition, consideration of effective strategies for linking the information from surveillance to improvement activities is essential so that the results of these analyses contribute to improvement in care, not just for better reporting of the risk.

Evaluation

A well defined evaluation system will identify the effectiveness of the information gathered and help to determine the resources necessary for their implementation.

The evaluation should include:

1. Assessments of feasibility
2. Quality of data
3. Cost effectiveness
4. Contribution to identifying improvements to care.

Patient Safety 1 1

เครื่องชี้วัดความปลอดภัยของผู้ป่วย

พันโท ดุสิต สดาวร

นิยาม

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety)

หมายถึง การปลอดจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากอุบัติเหตุในระหว่างเข้ารับบริการสุขภาพ การสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะปลอดจากอันตรายดังกล่าว สามารถทำได้โดยการวางระบบและกระบวนการที่รัดกุม เพื่อลดโอกาสของการเกิดข้อผิดพลาด และรับทราบปัญหาทันทีเมื่อเกิดขึ้น

เครื่องชี้วัดความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety indicators, PSIs)

เครื่องชี้วัดคุณภาพซึ่งมุ่งเน้นเฉพาะประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเครื่องชี้วัดดังกล่าวนี้จะช่วยตรวจคัดกรองปัญหาที่ผู้ป่วยต้องประสบเมื่อมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลนั้นๆ

ความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical error)

ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากเจ้าหน้าที่คนใดคนหนึ่ง หรือทีมงานของโรงพยาบาล ซึ่งอาจเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงที่กำหนดขึ้น หรือ การเลือกแผนในการปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ภาวะแทรกซ้อน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Complication or adverse event)

อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิดจากการรักษา และไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย โดยทั่วไปอันตรายที่เกิดขึ้นมักทำให้ระยะเวลาอนโรพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้น หรือทำให้เกิดความพิการเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือทั้งสองอย่าง

ภาวะแทรกซ้อน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ (Preventable adverse event)

อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิดจากการรักษาที่มีมูลเหตุจากความผิดพลาด จัดเป็นภาวะแทรกซ้อน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ นับเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดลงได้ หากมีมาตรการที่เหมาะสม

เครื่องชี้วัดความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เหน็บ

1. ภาวะแทรกซ้อนจากการวางยาสลบ (Complications of Anesthesia)

เครื่องชี้วัดนี้ต้องการชี้บ่งผู้ป่วยซึ่งได้รับอันตรายจากการวางยาสลบ โดยคำจำกัดความของเครื่องชี้วัดตัวนี้ มีดังนี้

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	Discharges with ICD-9-CM diagnosis codes for [anesthesia complications] in any secondary diagnosis field per 100 discharges.
Denominator	All [surgical] discharges. Exclude patients with codes for poisoning due to anesthetics [E855.1, 968.1-4, 968.7] AND any diagnosis code for [active drug dependence], [active nondependent abuse of drugs], or [self-inflicted injury] .

2. การเสียชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มวินิจฉัยโรครวมซึ่งมีอัตราการตายต่ำ (Death in Low Mortality DRGs)

เครื่องชี้วัดนี้ต้องการชี้บ่งผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำซึ่งเสียชีวิตในโรงพยาบาลจากการรักษาพยาบาล สมมติฐานของการคัดเลือกเครื่องชี้วัดนี้ คือ เมื่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ (กลุ่มวินิจฉัยโรครวมซึ่งมีความรุนแรงของโรคต่ำ) เสียชีวิตในโรงพยาบาลมักเกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ โดยคำจำกัดความของเครื่องชี้วัดตัวนี้ มีดังนี้

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	All discharges with disposition of "deceased" per 100 population at risk.
Denominator	Patients in DRGs with less than 0.5% mortality rate, based on NIS 1997 [low mortality DRG]. If a DRG is divided into "without/with complications" both DRGs must have mortality rates below 0.5% to qualify for inclusion. Exclude patients with any code for [trauma], [immunocompromised] state, or [cancer].

To standardize the indicator, since the denominator of this indicator includes many heterogeneous patients cared for by different services, this indicator should be stratified by DRG type (i.e., medical, surgical, psychiatric, obstetric, pediatric) when used as an indicator of quality.

3. แผลกดทับ (Decubitus Ulcer)

เครื่องชี้วัดนี้ต้องการชี้บ่งผู้ป่วยซึ่งเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล โดยคำจำกัดความของเครื่องชี้วัดตัวนี้ มีดังนี้

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	Discharges with ICD-9-CM code of 707.0 in any secondary diagnosis field per 100 discharges.
Denominator	All [medical] and [surgical] discharges. Include only patients with a length of stay of more than 4 days. Exclude patients in MDC 9 or patients with any diagnosis of [hemiplegia, paraplegia, or quadriplegia] . Exclude patients admitted from a [long term care facility] .

In order to better screen out cases of decubitus ulcer that are present on admission, this indicator limits its definition of decubitus ulcer to secondary diagnoses (meaning decubitus

ulcer was not labeled as the principal diagnosis). In addition, this indicator excludes patients that have a length of stay less than 4 days, as it is unlikely that a decubitus ulcer would develop within this period of time. Finally, this indicator excludes patients who are particularly susceptible to decubitus ulcer, namely patients with major skin disorders (MDC 9) and paralysis.

4. Failure To Rescue

เครื่องชี้วัดนี้ต้องการชี้แจงผู้ป่วยซึ่งเสียชีวิตในโรงพยาบาลจากกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล สมมติฐานของการคัดเลือกเครื่องชี้วัดนี้ คือ โรงพยาบาลที่ดีอาจไม่สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ แต่จะสามารถวินิจฉัยและให้การช่วยเหลือรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่ ทั้งนี้เพื่อป้องกันเหตุการณ์รุนแรงที่ไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยคำจำกัดความของเครื่องชี้วัดตัวนี้ มีดังนี้

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	All discharges with disposition of "deceased" per 100 population at risk.
Denominator	Discharges with potential complications of care listed in [failure to rescue] definition (i.e., pneumonia, DVT/PE, sepsis, acute renal failure, shock/cardiac arrest, or GI hemorrhage/acute ulcer). Exclusion criteria specific to each diagnosis. Exclude patients [transferred to acute care facility] . Exclude patients [transferred from acute care facility] Exclude patients admitted from a [long-term care facility] .

5. Foreign Body Left in During Procedure

เครื่องชี้วัดนี้ต้องการชี้แจงผู้ป่วยซึ่งมีสิ่งแปลกปลอมทิ้งไว้ในร่างกายจากการผ่าตัด ซึ่งถือว่าเป็น Sentinel event โดยคำจำกัดความของเครื่องชี้วัดตัวนี้ มีดังนี้

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	Discharges with ICD-9-CM codes for [foreign body left in during procedure] in any secondary diagnosis field per 100 surgical discharges.
Denominator	All [medical] and [surgical] discharges.

6. Iatrogenic Pneumothorax

เครื่องชี้วัดนี้ต้องการชี้แจงผู้ป่วยซึ่งเกิดภาวะลมรั่วจากปอดจากการรักษาพยาบาล โดยคำจำกัดความของเครื่องชี้วัดตัวนี้ มีดังนี้

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	Discharges with ICD-9-CM code of 512.1 in any diagnosis field per 100 discharges.
Denominator	All discharges. Exclude patients with any diagnosis of [trauma] . Exclude patients with any code indicating [thoracic surgery] or [lung or pleural biopsy] or assigned to [cardiac surgery] .

To exclude patients that may be more susceptible to non-preventable iatrogenic pneumothorax, or patients with miscoded traumatic pneumothorax, this indicator excludes all trauma patients.

7. Infection Due to Medical Care

เครื่องชั่งวัดนี้ต้องการชี้บ่งผู้ป่วยซึ่งเกิดปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยเฉพาะกรณีที่เกี่ยวข้องกับการให้สารน้ำและการใส่สายต่างๆ โดยคำจำกัดความของเครื่องชั่งวัดตัวนี้ มีดังนี้

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	Discharges with ICD-9-CM code of 999.3 or 996.62 in any diagnosis field per 100 discharges.
Denominator	All [medical] and [surgical] discharges. Excludes patients with any diagnosis code for [immunocompromised] state or [cancer] .

8. Postoperative Hemorrhage and Hematoma

เครื่องชั่งวัดนี้ต้องการชี้บ่งผู้ป่วยซึ่งเกิดปัญหาตกเลือดที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด โดยคำจำกัดความของเครื่องชั่งวัดตัวนี้ มีดังนี้

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	Discharges with ICD-9-CM codes for [postoperative hemorrhage] or [postoperative hematoma] in any secondary diagnosis field AND code for postoperative [control of hemorrhage] or [drainage of hematoma] (respectively) in any secondary procedure code field per 100 surgical discharges. Procedure code for postoperative control of hemorrhage or hematoma must occur on the same day or after the principal procedure.
Denominator	All [surgical] discharges. Exclude all obstetric admissions (MDC 14 and 15).

9. Postoperative Hip Fracture, In-Hospital Fractures Possibly Related To Falls

เครื่องชั่งวัดนี้ต้องการชี้บ่งผู้ป่วยซึ่งเกิดปัญหากระดูกหักที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดระหว่างนอนโรงพยาบาล โดยเฉพาะกระดูกสะโพก โดยคำจำกัดความของเครื่องชั่งวัดตัวนี้ มีดังนี้

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	Discharges with ICD-9-CM code for [fracture] in any secondary diagnosis field per 100 surgical discharges.
Denominator	All [surgical] discharges. Exclude all patients with diseases and disorders of the musculoskeletal system and connective tissue (MDC 8). Excludes patients with principal diagnosis codes for [seizure] , [syncope] , [stroke] , [coma] , [cardiac arrest] , [anoxic brain injury] , [poisoning] , [delirium or other psychoses] , [trauma] , [minor trauma and/or physical abuse] , indication of [alcohol or drug abuse] , or [self-inflicted injury] . Exclude patients with any diagnosis of [metastatic cancer] , [lymphoid malignancy] or [bone malignancy] . Exclude patients 17 years of age or younger.

10. Postoperative Physiologic and Metabolic Derangements

เครื่องชี้วัดนี้ต้องการชี้บ่งผู้ป่วยซึ่งเกิดความผิดปกติของเมตาบอลิซึมในช่วงหลังการผ่าตัด โดยคำจำกัดความของเครื่องชี้วัดตัวนี้ มีดังนี้

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	Discharges with ICD-9-CM codes for [physiologic and metabolic derangements] in any secondary diagnosis field per 100 surgical discharges. Discharges with acute renal failure (subgroup of physiologic and metabolic derangements) must be accompanied by a procedure code for dialysis (39.95, 54.98).
Denominator	All [elective] [surgical] discharges. Exclude patients with both a diagnosis code of ketoacidosis, hyperosmolarity or other coma (subgroups of physiologic and metabolic derangements coding) AND a principal diagnosis of [diabetes] . Exclude patients with both a secondary diagnosis code for acute renal failure (subgroup of physiologic and metabolic derangements coding) AND a principal diagnosis of [acute myocardial infarction], [cardiac arrhythmia], [cardiac arrest], [shock], [hemorrhage] or [gastrointestinal hemorrhage] . Exclude all obstetric admissions (MDC 14 and 15).

11. Postoperative Respiratory Failure

เครื่องชี้วัดนี้ต้องการชี้บ่งผู้ป่วยซึ่งเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวในช่วงหลังการผ่าตัด โดยคำจำกัดความของเครื่องชี้วัดตัวนี้ มีดังนี้

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	Discharges with ICD-9-CM codes for acute respiratory failure (518.81) in any secondary diagnosis field per 100 surgical discharges.
Denominator	All [elective] [surgical] discharges. Exclude patients with respiratory or circulatory diseases (MDC 4 and MDC 5). Exclude all obstetric admissions (MDC 14 and 15)

12. Postoperative Pulmonary Embolism or Deep Venous Thrombosis

เครื่องชี้วัดนี้ต้องการชี้บ่งผู้ป่วยซึ่งเกิดกลุ่มอาการลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำในช่วงหลังการผ่าตัด โดยคำจำกัดความของเครื่องชี้วัดตัวนี้ มีดังนี้

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	Discharges with ICD-9-CM codes for [deep vein thrombosis] or [pulmonary embolism] in any secondary diagnosis field per 100 surgical discharges.
Denominator	All [surgical] discharges. Exclude patients with a principal diagnosis of [deep vein thrombosis] . Exclude all obstetric admissions (MDC 14 and 15). Exclude patients with secondary procedure code 38.7 when this

	procedure occurs on the day of or previous to the day of the principal procedure.
--	---

13. Postoperative Sepsis

เครื่องชี้วัดนี้ต้องการชี้บ่งผู้ป่วยซึ่งเกิดปัญหาการติดเชื้อรุนแรงในช่วงหลังการผ่าตัด โดยคำจำกัดความของเครื่องชี้วัดตัวนี้ มีดังนี้

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	Discharges with ICD-9-CM code for [sepsis] in any secondary diagnosis field per 100 discharges in the population at risk.
Denominator	All [elective] [surgical] discharges. Exclude patients with a principal diagnosis of [infection] , or any code for [immunocompromised] state, or [cancer] . Include only patients with a length of stay of more than three days. Exclude all obstetric admissions (MDC 14 and 15).

14. Postoperative Wound Dehiscence in Abdominopelvic Surgical Patients

เครื่องชี้วัดนี้ต้องการชี้บ่งผู้ป่วยซึ่งเกิดปัญหาแผลแยกหลังการผ่าตัดช่องท้องและอุ้งเชิงกราน โดยคำจำกัดความของเครื่องชี้วัดตัวนี้ มีดังนี้

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	Discharges with ICD-9-CM codes for reclosure of postoperative disruption of abdominal wall (54.61) in any secondary procedure field per 100 discharges.
Denominator	All [abdominopelvic] surgical discharges. Exclude all obstetric admissions (MDC 14 and 15).

15. Technical Difficulty With Procedure

เครื่องชี้วัดนี้ต้องการชี้บ่งผู้ป่วยซึ่งเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความยากทางเทคนิคในระหว่างการผ่าตัด โดยคำจำกัดความของเครื่องชี้วัดตัวนี้ มีดังนี้

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	Discharges with ICD-9-CM code denoting [technical difficulty] (e.g., accidental cut, puncture, perforation or laceration during a procedure) in any secondary diagnosis field per 100 discharges.
Denominator	All [medical] and [surgical] discharges. Exclude all obstetric admissions (MDC 14 and 15).

16. Transfusion Reaction

เครื่องชี้วัดนี้ต้องการชี้บ่งผู้ป่วยซึ่งเกิดปฏิกิริยารุนแรงจากการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด โดยคำจำกัดความของเครื่องชี้วัดตัวนี้ มีดังนี้

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	Discharges with ICD-9-CM codes for [transfusion reaction] in any secondary diagnosis field per 100 discharges.

Denominator	All [medical] and [surgical] discharges.
--------------------	--

17. Birth Trauma – Injury to Neonate

เครื่องชี้วัดนี้ต้องการชี้บ่งทารกแรกเกิดซึ่งได้รับอันตรายจากการคลอด โดยคำจำกัดความของเครื่องชี้วัดตัวนี้ มีดังนี้

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	Discharges with ICD-9-CM codes for [birth trauma] in any diagnosis field per 100 liveborn births.
Denominator	All [liveborn] infants. Exclude infants with a subdural or cerebral hemorrhage (subgroup of birth trauma coding) AND any diagnosis code of [pre-term infant] (denoting a birth weight of less than 2,500 g and less than 37 weeks gestation). Exclude infants with injury to skeleton (767.3, 767.4) AND any diagnosis code of osteogenesis imperfecta (756.51).

18. Obstetric Trauma (All Delivery Types Reviewed in One Indicator)

เครื่องชี้วัดนี้ต้องการชี้บ่งทารกแรกเกิดซึ่งได้รับอันตรายจากการคลอด โดยคำจำกัดความของเครื่องชี้วัดตัวนี้ มีดังนี้

Final Definition: Obstetric Trauma - Vaginal With Instrument

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	Discharges with ICD-9-CM codes for [obstetric trauma] in any diagnosis or procedure field per 100 instrument assisted vaginal deliveries.
Denominator	All [vaginal delivery] discharges with any procedure code for [instrument assisted delivery] .

Final Definition: Obstetric Trauma - Vaginal Without Instrument

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	Discharges with ICD-9-CM codes for [obstetric trauma] in any diagnosis or procedure field per 100 instrument assisted vaginal deliveries.
Denominator	All [vaginal delivery] discharges. Exclude [instrument assisted delivery] .

Final Definition: Obstetric Trauma - Cesarean Section

Quality Measure	Number of events per 100 discharges of population at risk
Numerator	Discharges with ICD-9-CM codes for [obstetric trauma] in any diagnosis or procedure field per 100 cesarean deliveries.
Denominator	All [cesarean delivery] discharges.

เอกสารอ้างอิง

McDonald K, Romano P, Geppert J, et al. Measures of Patient Safety Based on Hospital Administrative Data: The Patient Safety Indicators. Technical Review 5 (Prepared by the University of California San Francisco/Stanford Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0013). AHRQ Publication No. 02-0038. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. August 2002.

Management Excellence

The Performance Excellence “The Journey is the Destination”

Bawdin Wijarn

1. Continuous Change...

“ It’s not the strongest species that survive, or the most intelligent, but the most responsive to change. ” - Charles Darwin

- Cause..Speed of change:
 - New economy:
 - In the old economy, efficiency of tangible assets such as entity, people and money were main management themes
 - To win in the new economy: maximize intangible assets which were not shown on the balance sheet is a key for success
 - Technology change: from wireline to wireless
 - Industrial competitive factors: threat of new entrant, bargaining power of suppliers, bargaining power of buyers, threat of substitute product or services, rivalry among existing competitors
 - Source of competitive advantage, the value chain
 - customer requirement, other..
- Effect...Readiness for changes?: organization change, new paradigm, other..

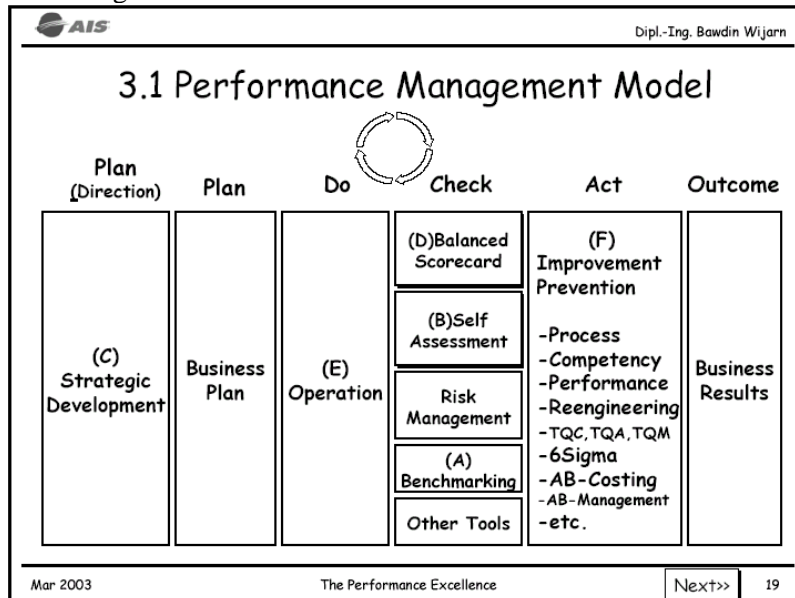
2. Where we want to be...?

- Benchmarking: domestic, regional, global, worldclass
- Jump start / breakthrough performance improvement
- Step by step of goal setting
- What is the key differences between Quality Management and Performance Excellence
 - Yesterday/today: management of quality system (->improve productivity – time, cost, quality, quantity, satisfaction)
 - Today/tomorrow: quality of management system (-> improve management system – value to patients and other customer, contribution to health care quality)
- Performance: output results obtained from process, products, and services that permit evaluation and comparison relative to goals, standards, past results, and other organization. Performance might be expressed in nonfinancial and financial terms.
- The Performance Excellence (Health Care): an integrated approach to organizational performance management that results in:
 - Delivery of ever-improving value to Patients and other customer, contribution to Health Care Quality.
 - Improvement of overall organizational effectiveness and capabilities as a Health Care Provider.
 - Organizational and Personal Learning
- Past success can’t guarantee future success

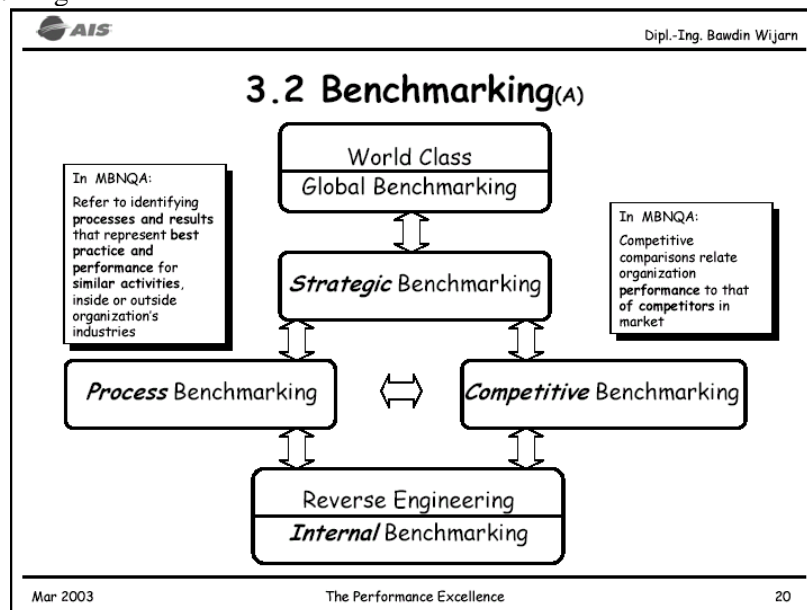
3. How can we get there?

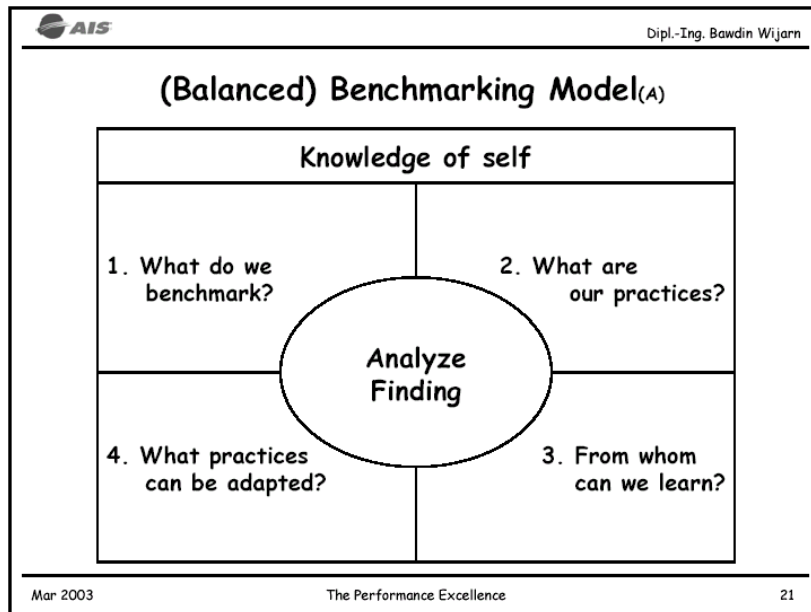
- The Holistic View of Performance Excellence...(Holistic approach: How does the whole system work together? What are the parts of the system? How do we align the parts to achieve vision and strategy?)

1. Performance Management Model

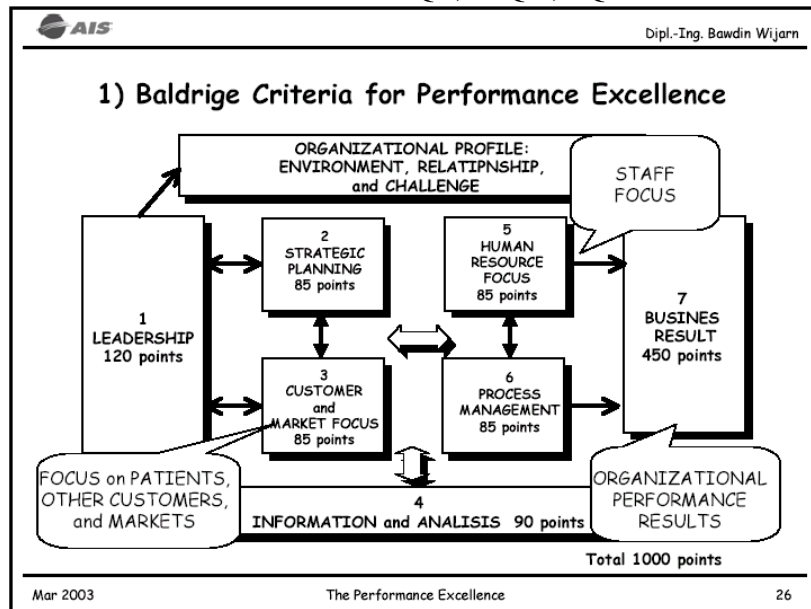


2. Benchmarking





3. The Performance Excellence Models: MBNQA, EFQM, TQA

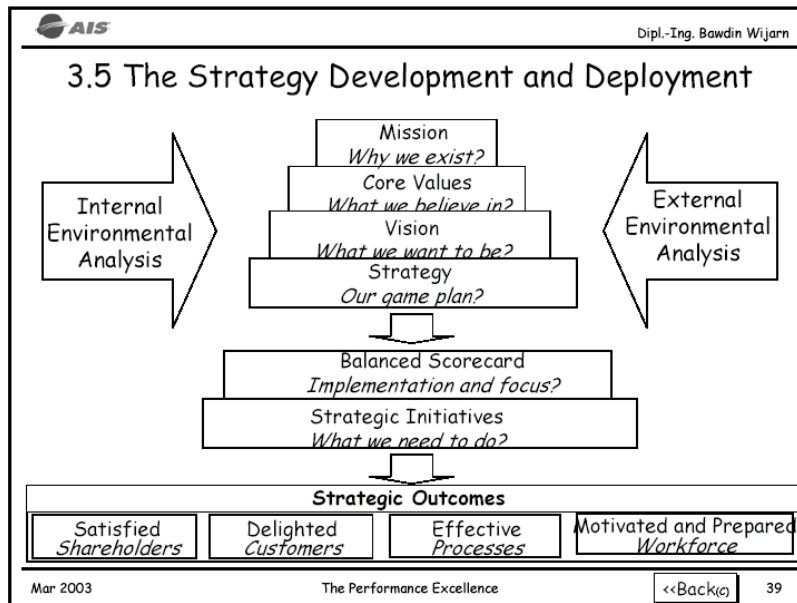


Value & Concept:

- Visionary Leadership
- Customer-Driven Excellence Patient-Focused Excellence
- Organizational and Personal Learning
- Valuing Employees(Staffs) and Partners
- Agility
- Focus on Future
- Managing for Innovation
- Management by Fact
- Public Responsibility and Citizenship(Community Health)
- Focus on Results and Creating Value
- System Perspective

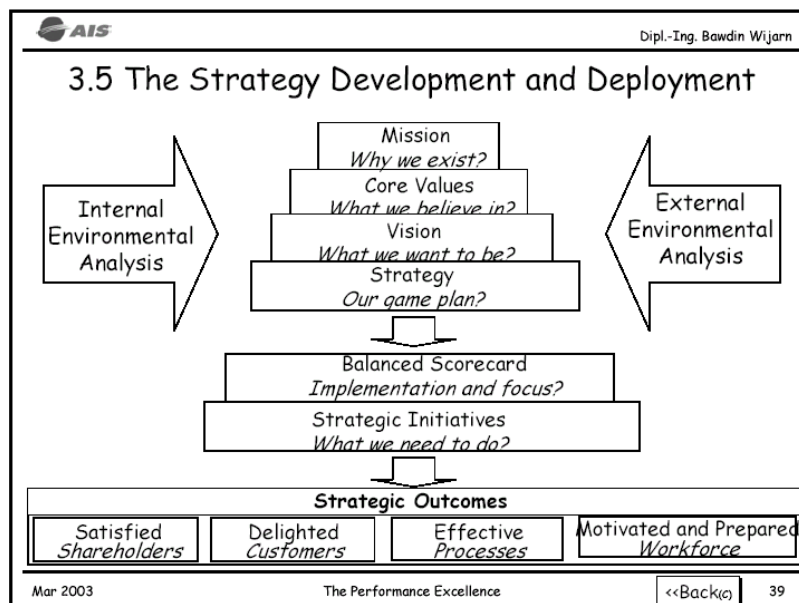
4. TQA Criteria for Performance Excellence

5. Strategic Management



6. Balanced Scorecard and Performance Management

A Balanced Scorecard...A management instrument that translates an organization's mission, vision, strategy, and business direction into a comprehensive set of performance measures to provide a framework for management decision making. The scorecard measures organizational performance across several perspectives.



We think globally, act locally

Knowledge Management “Capitalizing and Leveraging your Knowledge”

Bawdin Wijarn

1. The Dynamic of Change

- Internet user: ‘at home’ & mobile user will increase more than ‘at work’ user
- Convergence into InfoCom Industry

2. The Competitive Edge “The Value Creation through the Human Capital”

- Importance of resources in value creation: Human 43%, Monetary 19%, Organizational 17%, Relationship 15%, Physical 6%

3. The Integrated Learning System

- The Alignment Model: From mission & vision to behaviour (competency) & learning dynamic
- The Faster Organizational Learning through: Competency Management, Learning Organization, Knowledge Management, Blended Learning
- **The Organizational System**

Characteristic	Traditional	Learning	Developmental
Orientation	Training	Learning	Development
Expectation of growth & development	Improved SKA	Continuous learning	Org renewal & competitive readiness
Focus of development activities	Knowledge acquisition	Application & reflection	Change and continuous growth & development
Outcome of development	Comprehension	Mastery and self-awareness	New meaning, renewal, performance capacity
HR role	Status quo	Employee champion	Performance consultant OD change agent

- **Competency Management**

- Changes in learning paradigm

Learning Today	Learning Tomorrow
• Is an Event	• We learn continuously
• Takes place in a class-room	• By Anyone, Anyhow, Anytime, Anywhere
• Is passive absorption of information	• Is interactive, self-directed, exploration
• Is Reactive, Gap-filling	• Is Proactive, Innovative
• Is Pre-Demand and Off-the-Job	• On-demand, On-the-Job, Needs Based

• Trainers as authority and source of 'knowledge'	• Trainers as facilitators of learning
• Individual Learning	• Team Learning

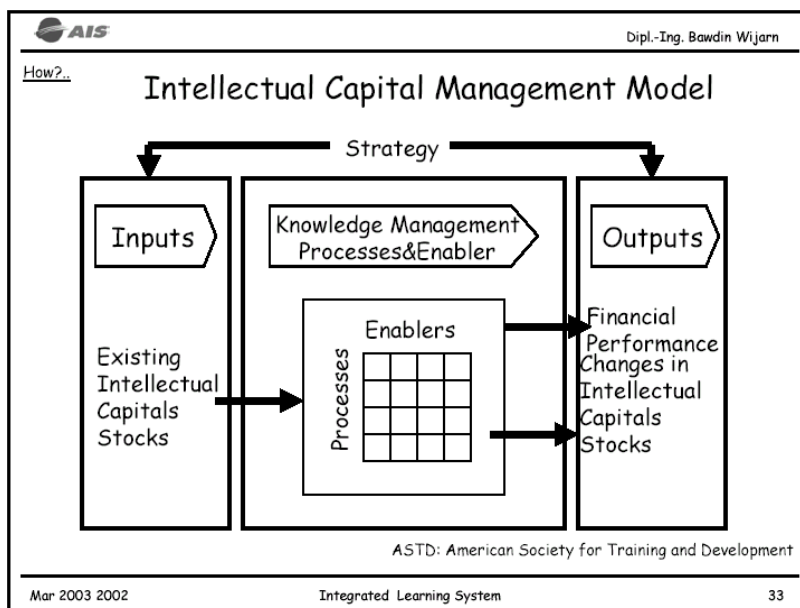
- The AIS Way of Learning (Engineering)
 - Everybody is responsible their own learning. Managers support and direct their team members' learning and act as coaches for their own teams.
 - Learning is a continuous process and support widening of experiences across units, functions and regions.
 - Everybody should learn from one another and competencies are spread by active networking across boundaries within the organization.
 - Deep learning occurs when training is combined with practice. Practical work is used as the learning situation and learning through assignments and projects is encouraged on the job and on development programs.
- Elements of Competency:
 - Skills: Ability to perform a certain mental or physical task
 - Knowledge: Information an individual has in specific content areas
 - Values: An individual attitudes, self-concept, or self-image
 - Trait: Physical characteristics and consistent responses to situations or information
 - Motive: The things that drive an individual to act
- **Knowledge** and **skill** competencies tend to be visible, and relatively surface. **Values, trait,** and **motive** competencies are more hidden, the underlying characteristics and help to predict human behaviors and actions.
- Competency model:
 - Technical/Functional Competency (Work Area Competence) – Competence and skills needed for the specific work- function, job task, process or occupation
 - Managerial/Professional (Business Competence) – Competence related to our companies business
 - Generic/Personal Attributes (Social Competence / Acting Ability) – Competence related to working in teams, communicating, ability to take initiative and convert theoretical knowledge and experience into action. leading to the required results
- **Learning Organization & Knowledge Management**
 - Learning ?
 1. Learning Methodology เข้าใจวิธีการเรียนรู้
 2. Learning Environment สร้างบรรยากาศในการเรียนรู้
 3. Learning Opportunities สร้างโอกาสในการเรียนรู้
 4. Learning Communities สร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้
 - What is Learning Organization?

- Peter Senge (1990) กล่าวว่าไว้ว่า องค์การเอื้อการเรียนรู้คือ สถานที่ซึ่งทุกคนสามารถขยายศักยภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง สามารถสร้างผลงานตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ เป็นที่ซึ่งเกิดรูปแบบการคิดใหม่ ๆ หลากหลายมากมาย ที่ซึ่งแต่ละคนมีอิสระที่จะสร้างแรงบันดาลใจและเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน
- Michael Beck (1992) อธิบายว่า องค์การเอื้อการเรียนรู้ คือ องค์การที่เอื้ออำนวยการเรียนรู้ และพัฒนาบุคลากรทุกคน ขณะเดียวกันก็มีการปฏิรูปองค์การอย่างต่อเนื่อง
- David A. Gavin (1993) กล่าวว่า คือองค์การที่มีลักษณะในการสร้าง แสวงหา และถ้อยโยงความรู้และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเป็นผลมาจากความรู้ใหม่และการเข้าใจในสิ่งต่างๆ อย่างถ่องแท้
- Michael Marquardt (1994) ให้ความหมายว่า คือที่ซึ่งมีบรรยากาศของการเรียนรู้รายบุคคลและกลุ่ม มีการสอนคนของตนเองให้มีกระบวนการคิดวิเคราะห์ เพื่อช่วยให้เข้าใจในสรรพสิ่ง ขณะเดียวกันทุกคนก็ช่วยองค์การเรียนจากความผิดพลาดและความสำเร็จ ซึ่งผลให้ทุกคนตระหนักในการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ



- Learning Organization profile:
 1. Learning Dynamics: Individual, Group/Team, and Organization
 2. Organization Transformation: Vision, Culture, Strategy, and Structure in the organization
 3. People Empowerment: Employee, Manager, Customer, Alliances, Partners, and Community
 4. Knowledge Management: Define, Capture, Create, Share, Use
 5. Technology Application: Information System, Technology-Based Learning, and Electronic Performance Support System
- "Knowledge Management is the leveraging of knowledge in an organization for the purpose of capitalizing on intellectual capital"
- Knowledge: "The sum of what is known: a body of truths, principles, and information that, in a business context, guide operation"

- Type of Knowledge:
 - Explicit Knowledge - that knowledge that we've been fortunate enough to record
 - Embedded Knowledge - that knowledge which is infused in our business process
 - Tacit Knowledge - that knowledge which resides in peoples' heads. This is the most intangible intellectual asset of them all-and the one we often take for granted (competitive advantage)
- Unique characteristic of knowledge - high value added, no depreciation
- Why? Are you ready for the new economy?
 - In the old economy, efficiency of tangible assets such as entity, people and money were main management themes
 - To win in the new economy: maximize intangible assets which were not shown on the balance sheet is a key for success
- How much is the company worth?
- Data – Information – Knowledge (more human, add value)
 - Data: unfiltered fact & observation
 - Information: data with context, patterns
 - Knowledge: predictability, information with meaning, individual
 - Behaviour: decision, action
- How can we start?
 - What? " Learn from best practices and lesson learned " ----> Model & Framework
 - How?... "Just do it, you will learn more and be insight." ----> Learning&Improvement
 - Promote Environment...



- KM enablers:

- Leadership; Structure; Culture, behavior and communication; Technology and processes; Reward and recognition; Measurement; Knowledge, Skills, abilities, and competencies; Management

Dipl.-Ing. Bawdin Wijarn

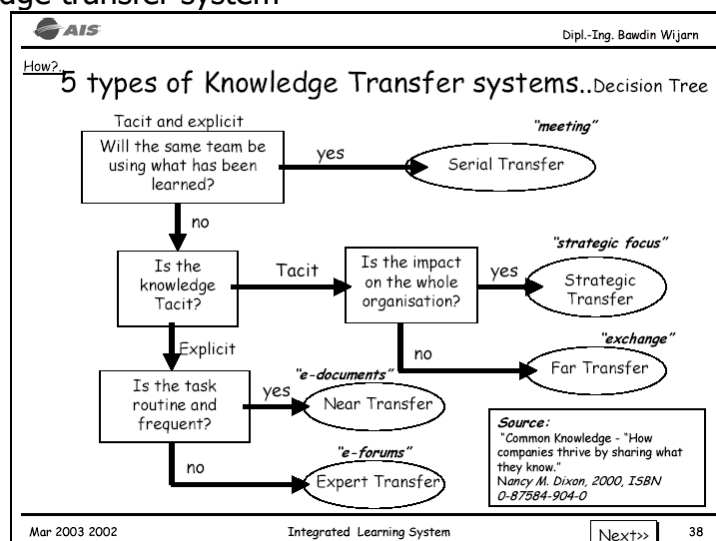
How?..

Knowledge Management Activities

Defining Intellectual Capital	Creating Intellectual Capital	Capturing Intellectual Capital	Sharing Intellectual Capital	Using Intellectual Capital
defining core competence	training	building best-practice databases	sharing best practices	Learning and performance
establishing staffing requirements	succession planning	building yellow pages	forming knowledge networks	decision making
setting competency requirements	market research	building expert directories	forming online discussion groups	strategic planning
writing job descriptions	competitive intelligence	creating knowledge repositories	deploying performance and decision support systems	product development
defining core processes	selection and recruitment	total quality management	deploying intranets	marketing
defining market segments	identifying core competencies	data-warehousing	deploying extranets	forecasting
identifying potential partners, suppliers or distributors	best-practice searches	process documentation and reengineering	internal communications	
	benchmarking	writing manuals	external communications	

Mar 2003 35





- Knowledge Conversion Process
 - Socialization: sharing and creating tacit knowledge through direct experience
 - Externalization: articulation tacit knowledge through dialogue and reflection
 - Combination: systemizing and applying explicit knowledge and information
 - Internalization: learning and acquiring new tacit knowledge in practice
- Knowledge transfer system



- Blended Learning

AIS Blended Learning... Learn to Learn Dipl.-Ing. Bawdin Wijarn

Blended Learning

<p>Learn from Collaboration Get Together, Build Community, Live it, Do it</p>	<p>Experience Based Learning</p> <p>Learning Lab, Mentoring, Role Playing Coaching, Case Studies</p>		<p>Face-to-Face</p>
<p>Learn from Collaboration Discuss it practice it with peer</p>	<p>Collaborative Learning</p> <p>Live Virtual Classroom, e-labs, Collaborative session, Real-time live conference, Teaming</p>		<p>Collaborative</p>
<p>Learn from Interactive Examine it, Try it, Play it</p>	<p>Interactive Learning, Simulation and Games</p> <p>CBT/WBT Modules, Self-Directed Learning Object, Interactive Games, Coaching and Simulation</p>		<p>Multimedia</p>
<p>Learn from Information Read it, See it, Hear it</p>	<p>Performance Support & Reference Materials</p> <p>Web Lectures, Webs Book, Web Conferences, Webpages, Video</p>		<p>Internet</p>

Mar 2003 2002 Integrated Learning System 46

AIS Dipl.-Ing. Bawdin Wijarn

The possible E-Learning Application

Application	Virtual Class Room (VC)	Web Based Learning (WBL)	Multimedia Based Learning (MBL)	eLAB
Media	<ul style="list-style-type: none"> - VDO Conference - Virtual Class Room via Learning Space 	<ul style="list-style-type: none"> - Intranet - Extranet - Internet 	<ul style="list-style-type: none"> - Computer Based Training(CBT) (Off-Line) - CD-ROM Based - Other Media 	<ul style="list-style-type: none"> - Simulation - Test bed - etc.
Concept	<ul style="list-style-type: none"> - Management Brief - Distance learning 	<ul style="list-style-type: none"> - Blended learning - Structured Learning - Online Info - Self Assessment 	<ul style="list-style-type: none"> - Self Study 	<ul style="list-style-type: none"> - OJT - Experiment - Testing

Mar 2003 2002 Integrated Learning System
 47

Make thing happen, just do it now

การพัฒนาคุณภาพแบบก้าวกระโดดโดยใช้วิธีแบบ SIX SIGMA

นพ.สิทธิศักดิ์ พฤษชัยติกุล

Six Sigma คือ อะไร

Six sigma เป็นกลยุทธ์ในการบริหารงานเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าทำให้เกิดความพึงพอใจสูงสุดและลดข้อบกพร่องที่อาจสร้างความไม่พึงพอใจให้แก่ลูกค้าให้เหลือน้อยที่สุด

คุณภาพระดับ Six Sigma หมายถึงอะไร

คุณภาพระดับ Six Sigma หมายถึงคุณภาพในระดับที่มีโอกาสเกิดข้อบกพร่องเพียง 3.4 ครั้งต่อโอกาสเกิดความผิดพลาด 1 ล้านครั้ง หรืออาจกล่าวง่ายๆ ว่า ทุกๆ 1 ล้านครั้งของการให้บริการเกิดความผิดพลาดไม่เกิน 3.4 ครั้ง ซึ่งก็คือเข้าใกล้ภาวะไร้ข้อบกพร่องนั่นเอง

Six Sigma มีประโยชน์อย่างไร

เนื่องจากการพัฒนาคุณภาพตามแนวทาง Six Sigma ยึดมั่นลูกค้าเป็นจุดศูนย์กลาง และมุ่งสู่ระดับคุณภาพระดับโลก คือ ไร้ข้อบกพร่องเป็นหลัก โดยใช้กลวิธีทางสถิติอย่างเป็นระบบมาใช้ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา และหาทางตอบสนองความต้องการของลูกค้า ทำให้องค์กรสามารถแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องแม่นยำ และได้ผล อีกทั้งสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้อย่างแท้จริง

จุดอ่อนของการพัฒนาคุณภาพในรูปแบบที่เป็นอยู่

1. ฝ่ายบริหารมีส่วนร่วมน้อย
2. ขาดการติดตามผลอย่างจริงจัง
3. ผลลัพธ์ที่ได้ไม่ก้าวกระโดดอย่างชัดเจน
4. ทิศทางในการพัฒนาขาดความชัดเจน
5. ไม่สามารถแก้ปัญหาของธุรกิจได้
6. ผู้ปฏิบัติรู้สึกว่าเป็นภาระงานส่วนเกิน

การพัฒนาแบบ Six Sigma ต่างจากการพัฒนาคุณภาพแบบเดิมอย่างไร

1. เป็นกระบวนการที่เริ่มต้นจากฝ่ายบริหาร
2. เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารยุทธศาสตร์ของฝ่ายจัดการ
3. เป็นการบริหารคุณภาพแบบ Project Based
4. มีขั้นตอนที่ชัดเจนและเข้มงวด
5. มีโครงสร้างในการกำกับดูแล และติดตามผลที่ชัดเจน
6. ยึดมั่นความพึงพอใจของลูกค้า เป้าหมายขององค์กร และคุณภาพระดับโลกเป็นหลัก
7. มีวินัยในการใช้เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ
8. ยึดมั่นในข้อมูล ข้อเท็จจริง และผลการวิเคราะห์

หลักการของการพัฒนาคุณภาพแบบ Six Sigma

1. ยึดลูกค้าเป็นจุดศูนย์กลาง

2. บริหารจัดการโดยใช้ข้อมูลและข้อเท็จจริง
3. เน้นการวิเคราะห์ จัดการ และปรับปรุงกระบวนการ
4. เน้นการจัดการเชิงรุก ไม่ใช่ตั้งรับ
5. เป็นการแก้ปัญหาแบบไร้พรมแดน
6. ส่งเสริมนวัตกรรม และความคิดสร้างสรรค์
7. มุ่งสู่ความสมบูรณ์แบบ หรือคุณภาพระดับโลก

การพัฒนาคุณภาพแบบ Six Sigma มี 2 แบบ

1. มุ่งปรับปรุงคุณภาพ/ประสิทธิภาพของกระบวนการเดิมให้ได้ผลเป็นเลิศ (Breakthrough six sigma)
2. ออกแบบกระบวนการใหม่ให้ได้ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศ (Design for six sigma-DFSS)

ขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพแบบ Six Sigma

การพัฒนาแบบ Six Sigma มี 5 ขั้นตอนดังนี้

- Define : กำหนดขอบเขตของปัญหา
 Measure: รวบรวมข้อมูล และวัดขนาดของปัญหา
 Analyze : วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา
 Improve : ปรับปรุงคุณภาพ
 Control : ควบคุมคุณภาพให้ได้ผลยั่งยืนตลอดไป

ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดขั้นตอนย่อยดังนี้ (Pande 2002)

การปรับปรุงคุณภาพ (Breakthrough SS) การออกแบบกระบวนการใหม่ (DFSS)

D :	Define Project Charter	Define Project Charter
	Define Customer	Define Customer
	Define Customer Requirements	Define Customer Requirements
	Define Process Map	Define Process Map
M:	Identify Key Measures	Identify Key Measures
	Establish Data Collection Plan	Establish Data Collection Plan
	Collect Data	Collect Data
	Calculate Sigma level	Calculate Sigma level
	Calculate Cost of Poor Quality	Benchmarking
A:	Analyze Data and Process	Analyze Critical Elements
	Develop Hypothesis	Analyze Data and Process
	Identify Root Cause	Identify Best Practices
	Validate Hypothesis	
I:	Generate Ideas to Remove Root Cause	Design New Process
	Determine Potential Solutions	Refine New Process
	Run Pilot Project to Test Solution	Small Scale Test
	Standardize Solution	Standardize Solution
	Measure Results	Measure Results

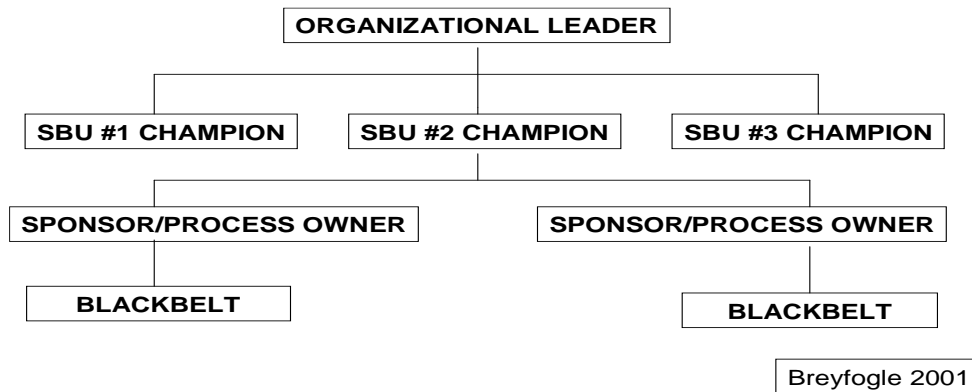
C:	Plan for Full Implementation	Plan for Full Implementation
	Develop Standard , Document , Training , Measure to Maintain Performance	
	Monitor Performance	Monitor Performance
	Corrective Action As Needed	Corrective Action As Needed

โครงสร้างองค์กรแบบ Six Sigma

กระบวนการบริหารคุณภาพแบบ Six Sigma มีการจัดโครงสร้างในการบริหารที่มีรูปแบบเฉพาะดังนี้

1. ทีมนำสูงสุดขององค์กร (Leadership Group)
2. แม่ทัพ (Champions)
3. อัสวินพี่เลี้ยง (Project Leader's Coach)
4. อัสวิน (Project Leaders)
5. สมาชิกทีม (Team Members)
6. หัวหน้างาน/ผู้จัดการเจ้าของกระบวนการ (Process Owner)

ตัวอย่างการจัดโครงสร้างบริหารแบบ Six Sigma (Breyfogle 2001)



- กำหนดทิศทาง กลยุทธ์ และเป้าหมายขององค์กร
- กำหนดเหตุผล ความจำเป็นในการพัฒนา
- กำหนดวิสัยทัศน์ และเป้าประสงค์ (Goals) ในการพัฒนา
- สนับสนุนในทุกด้านเพื่อให้เกิดการพัฒนา
- จัดโครงสร้าง และการให้ค่าตอบแทน/รางวัลให้เอื้อต่อการพัฒนา
- กำหนดการวัดผลและผลลัพธ์ที่ชัดเจน
- ติดตาม ประเมินผลการพัฒนา
- สื่อสารให้องค์กรทราบอย่างสม่ำเสมอ ทั้งความก้าวหน้า ความสำเร็จ ความล้มเหลว และปัญหาอุปสรรค

บทบาทของแม่ทัพ

แม่ทัพเป็นผู้บริหารระดับสูงที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบโครงการพัฒนา มีหน้าที่

- ขจัดปัญหาและอุปสรรคต่างๆ
- คิดโปรแกรมให้รางวัล
- ตั้งคำถามเกี่ยวกับวิธีการที่ใช้ในการพัฒนา
- อนุมัติหรือไม่อนุมัติโครงการพัฒนา
- นำการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติ
- สื่อสารวิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ (Goals) ในการพัฒนาให้ทราบ
- กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกโครงการ
- อนุมัติโครงการที่สำเร็จแล้ว
- สนับสนุนทรัพยากรด้านต่างๆเพื่อให้โครงการสำเร็จ

บทบาทของอัศวินที่เสี่ยง

อัศวินที่เสี่ยง หรืออาจารย์อัศวินเป็นผู้เชี่ยวชาญระบบคุณภาพ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ และกลวิธีทางสถิติ ทำงานเต็มเวลา ทำหน้าที่

- เป็นพี่เลี้ยงให้กับบรรดาอัศวินสายดำ
- สื่อสารวิสัยทัศน์ และเป้าประสงค์ในการพัฒนา

- เป็นผู้นำในการกระตุ้นให้ทีมได้มาซึ่งผลลัพธ์ที่ดีที่สุด
- ปรับปรุงประสิทธิภาพของทีมและโครงการพัฒนา
- อบรมให้ความรู้แก่เหล่าอัครวิน
- ช่วยหัวหน้าอัครวินในการคัดเลือกโครงการพัฒนา
- กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในหมู่อัครวิน
- ประสานงานเพื่อให้โครงการสำเร็จ
- ช่วยเหลือโครงการต่างๆในความรับผิดชอบ
- ช่วยขจัดปัญหาและอุปสรรคต่างๆ
- คำนวณผลงานที่ได้จากโครงการพัฒนา
- ช่วยอัครวินดำเตรียมการนำเสนอผลงานต่อหัวหน้าอัครวิน

บทบาทของอัครวิน

เป็นบุคลากรในองค์กรที่ได้รับคัดเลือก และผ่านการอบรม ทำหน้าที่เป็นผู้บริหารโครงการให้ประสบความสำเร็จตามที่แม่ทัพกำหนดไว้ อัครวินมีสองแบบ คืออัครวินที่ทำงานเต็มเวลา นิยมเรียกอัครวินสายดำ (Black belt) และอัครวินที่ใช้เวลาบางส่วนของงานมาบริหารโครงการ นิยมเรียกว่าอัครวินสายเขียว (Green belt) หน้าที่ของเหล่าอัครวินคือ

- เป็นผู้นำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
- สื่อสารวิสัยทัศน์ในการพัฒนา
- ชักจูงทีมให้มีการใช้กลวิธีในการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพ
- คัดเลือก สอน และใช้เครื่องมือในการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพ
- เป็น facilitators ของทีม
- จัดทำและบริหารจัดการโครงการพัฒนาที่รับผิดชอบ
- จัดการประชุมและเป็นผู้ดำเนินการประชุมทีม
- กำกับดูแลการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ผล
- จัดวางระบบการตรวจวัดผลที่เชื่อถือได้
- สร้างทีมให้เข้มแข็ง
- สื่อสารประโยชน์ของโครงการสู่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
- ติดตามความก้าวหน้า และรายงานเป็นระยะ
- เตรียมรายงานเสนอแม่ทัพ
- สอนและช่วยเหลือสมาชิกในการทำงาน
- สามารถปิดโครงการได้ 4-6 โครงการต่อปี

บทบาทของสมาชิกทีม

เป็นตัวแทนของหน่วยงานต่างๆที่ร่วมกันดำเนินโครงการพัฒนา มีหน้าที่

- มีส่วนร่วมในฐานะเป็นผู้เชี่ยวชาญในกระบวนการที่รับผิดชอบ
- สื่อสารให้ผู้ที่ไม่อยู่ในทีมทราบ

- รวบรวมข้อมูล
- ปฏิบัติหน้าที่ตามที่อัครินมอบหมาย
- นำผลการพัฒนาที่ได้สู่การปฏิบัติ
- เข้าร่วมการประชุมอย่างสม่ำเสมอ

บทบาทของเจ้าของกระบวนการ

เจ้าของกระบวนการ คือ ผู้บริหารเจ้าของพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ มีหน้าที่

- ให้การสนับสนุนโครงการพัฒนา
- ช่วยคัดเลือกและส่งสมาชิกไปร่วมทีม
- ร่วมให้ความเห็นเรื่องการเปลี่ยนแปลงกระบวนการ
- ทำให้แน่ใจว่ามีการนำผลการพัฒนาสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน
- กำกับดูแลให้มีการรักษาผลลัพธ์ของการพัฒนาในกระบวนการที่รับผิดชอบ
- สื่อสารวิสัยทัศน์ในการพัฒนา
- สื่อสารความรู้ที่ได้

เหตุที่ต้องมีการจัดโครงสร้างการบริหารคุณภาพอย่างชัดเจนและเข้มงวดแบบนี้ก็เพื่อสร้างความมั่นใจว่า

1. ฝ่ายบริหารมีส่วนร่วมในการผลักดันสู่ความสำเร็จ
2. สอดคล้องกับปรัชญาการแก้ไขปัญหาแบบไร้พรมแดน
3. ได้ประสิทธิภาพสูงสุดทั้งในการพัฒนาและธำรงผลลัพธ์ของการพัฒนา

ขั้นตอนการนำกระบวนการแบบ Six Sigma มาใช้

1. ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารคุณภาพเดิมขององค์กรว่าจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนหรือไม่
2. ศึกษากระบวนการ Six Sigma ข้อดีข้อเสีย และค่าใช้จ่ายที่ต้องลงทุน
3. พิจารณาว่าความเหมาะสมที่จะใช้กับองค์กรหรือไม่
4. หากตัดสินใจว่าจะใช้ ควรศึกษาองค์กรอย่างละเอียดถึงความพร้อม และปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น
5. เตรียมความพร้อมของบุคลากร
6. จัดอบรมให้ความรู้แก่ตัวละครสำคัญ โดยเริ่มที่ ผู้บริหารระดับสูง และแม่ทัพก่อน
7. ทบทวนทิศทาง และเป้าหมายองค์กรให้ชัดเจน รวมทั้งนโยบายด้านคุณภาพ และนโยบายเกี่ยวกับ Six Sigma
8. ทบทวนระบบวัดผลที่มีอยู่
9. รวบรวมข้อมูลขององค์กรทุกด้าน เพื่อคัดเลือกโครงการพัฒนา
10. คัดเลือกอัคริน และให้ความรู้แก่อัคริน
11. ดำเนินโครงการพัฒนาตามขั้นตอน D-M-A-I-C
12. ทบทวน ประเมินผลการบริหารแบบ Six Sigma และปรับปรุงแก้ไขให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

ข้อควรระวัง

จากประสบการณ์ในการทดลองนำกระบวนการบริหารคุณภาพแบบ Six Sigma มาใช้ พบข้อควรระวังดังต่อไปนี้

- ความไม่เข้าใจของฝ่ายบริหาร ผนวกกับต้องมีการปรับเปลี่ยนสไตล์การบริหาร ทำให้เกิดทัศนคติลบ และต่อต้านการเปลี่ยนแปลง
- ความไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของฝ่ายบริหารและแม่ทัพ ทำให้ไม่ให้ความสำคัญสนับสนุนเรื่องเวลาและทรัพยากรอย่างเต็มที่ ส่งผลให้โครงการดำเนินไปอย่างล่าช้าเหล่าอัครวินต้องทำงานหนักขึ้นโดยไม่จำเป็น
- ความไม่เข้าใจของผู้จัดการที่เป็นเจ้าของกระบวนการ ทำให้รู้สึกไม่มั่นคง และต่อต้านการเปลี่ยนแปลง จึงไม่ยอมให้ความร่วมมือกับอัครวิน
- ความไม่มั่นใจของอัครวินต่อสถานภาพการทำงาน ทำให้ไม่กล้าออกมาทำโครงการเต็มเวลา
- ความใจร้อนของฝ่ายบริหาร ที่มุ่งหวังผลลัพธ์ในเวลาอันสั้น ให้คุ้มกับค่าใช้จ่ายที่ลงทุนไป จึงมักจะไม่มีคามอดทนรอผลการศึกษา แต่จะใช้วิธีเดิมๆ ในการแก้ปัญหา ทำให้ผลลัพธ์ไม่เต็มที่
- ความคาดหวังที่สูงมากจากทุกฝ่ายในองค์กร คิดว่ากระบวนการ Six Sigma เป็นดั่งมนตร์วิเศษที่จะเนรมิตผลกำไรมหาศาลในเวลาอันรวดเร็ว เมื่อไม่เป็นดังคาดในช่วงต้น จะเริ่มมีทัศนคติลบและคิดว่าเป็นความล้มเหลว เป็นต้น

คณะทำงานที่รับผิดชอบในการนำระบบคุณภาพแบบนี้สู่การปฏิบัติจึงควรหาทางแก้ไขเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวด้วยวิธีการต่างๆ อาทิ

- การสื่อสารข้อมูลเรื่องกระบวนการ Six Sigma ให้ทุกระดับ ทุกฝ่ายมีความเข้าใจอย่างทั่วถึง
- การให้ความรู้แก่ตัวละครสำคัญๆ ในกระบวนการ Six Sigma อย่างเพียงพอ ตั้งแต่ระดับที่มำนำสูงสุด แม่ทัพ อัครวิน สมาชิกทีม ตลอดจนเจ้าของกระบวนการทั้งหมด
- มีการวางแผนงานร่วมกันที่ดี
- มีการวิเคราะห์แรงต้าน และหาทางลดแรงต้านด้วยวิธีการที่เหมาะสม
- ให้ความเวลาในช่วงการเตรียมการที่เพียงพอ
- เริ่มต้นในวงเล็กๆ ก่อน
- โครงการแรกๆ ที่จะต้องเป็นโครงการที่มีโอกาสสำเร็จสูง และเป็นโครงการที่ไม่ใหญ่จนเกินไป เพื่อนำผลสำเร็จที่ได้ไปสร้างการยอมรับสำหรับผู้บริหารและพนักงานทุกระดับ เป็นต้น

ในกรณีที่มีระบบคุณภาพเดิมอยู่แล้ว เช่น ISO 9001:2000 หรือ Hospital Accreditation ควรหาทางผสมผสานกระบวนการพัฒนาแบบ Six Sigma เข้ากับกระบวนการคุณภาพแบบเดิม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด นอกจากนี้ยังจะช่วยลดแรงเสียดทาน และลดความรู้สึกว่าเป็นสิ่งใหม่ที่แปลกแยกจากกระบวนการเดิม และที่สำคัญควรสร้างความรู้สึกที่ว่ากระบวนการนี้จะช่วยให้ระบบคุณภาพเดิมของเราเข้มแข็งขึ้น

Six Sigma กับกระบวนการ Hospital Accreditation

กระบวนการบริหารคุณภาพแบบ Six Sigma มีปรัชญาพื้นฐานที่สอดคล้องกับ HA ทุกประการ อาทิภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม การยึดลูกค้าเป็นจุดศูนย์กลาง การแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการที่เป็น

วิทยาศาสตร์ การเน้นกระบวนการ การแก้ปัญหาแบบক্র่อมสายงาน ดังนั้นจึงสามารถเสริมกระบวนการ Hospital Accreditation ได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นต่อไปนี้

- การมีส่วนร่วมของผู้บริหารต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เนื่องจากผู้บริหารต้องทำหน้าที่เป็นแม่ทัพ คอยสนับสนุน และติดตามความก้าวหน้าตลอดเวลา
- การใช้กระบวนการคิด วิเคราะห์ ข้อมูลอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ เนื่องจากจุดเด่นมากของกระบวนการ Six Sigma คือ ขั้นตอนในการพัฒนาที่ชัดเจน วินัยในการใช้เครื่องมือคุณภาพ และกลวิธีทางสถิติที่เข้มงวด
- การแก้ไขปัญหาแบบক্র่อมสายงาน ไร้พรมแดนที่เป็นรูปธรรมชัดเจน
- ความต้องการของลูกค้าและผู้ป่วยจะถูกยกเป็นประเด็นสำคัญ และพยายามหาทางตอบสนองความต้องการดังกล่าวอย่างเอาใจจริงเอาใจ
- ความสำคัญเรื่องผลผลิตภาพ ประสิทธิภาพ ความสูญเสีย และต้นทุนที่เกิดจากความด้อยคุณภาพ (Cost of poor quality) จะถูกเน้นความสำคัญอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้องค์กรเห็นประโยชน์ได้ชัดเจนจากกระบวนการคุณภาพ

จากประสบการณ์ที่ได้ทดลองใช้กระบวนการบริหารคุณภาพแบบ Six Sigma ในเครือโรงพยาบาลญาไท พบว่า

1. การสนับสนุน และการมีส่วนร่วมในวงล้อของการพัฒนาของผู้บริหารระดับสูง ตลอดจนถึงการติดตาม และรับรู้ความสำเร็จเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จในการบริหารคุณภาพแบบ Six Sigma
2. สามารถดำเนินการได้เองโดยไม่จำเป็นต้องมีที่ปรึกษาราคาแพงมาก ๆ ขึ้นกับความสามารถของบุคลากรที่มีอยู่
3. สามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกได้อย่างดียิ่ง ทำให้การพัฒนาเป็นไปในเชิงรุก ไม่ใช่การตั้งรับ
4. เป็นเครื่องมือที่ดีสำหรับผู้บริหารในการบริหารคุณภาพ บริหารต้นทุน บริหารการตลาด บริหารความเสี่ยง เพราะสามารถประยุกต์ใช้งานได้ทุกรูปแบบ
5. สามารถประสานเข้ากับกระบวนการ HA และ Balanced Scorecard ได้เป็นอย่างดี
6. เป็นกลไกในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ดีมาก ทั้งในเรื่องกระบวนการพัฒนาคุณภาพ การวิเคราะห์ การศึกษาวิจัย ตลอดจนทักษะการบริหารงานให้ได้ประสิทธิภาพและประสิทธิผล

สรุป

กระบวนการบริหารคุณภาพแบบ Six Sigma เป็นกระบวนการบริหารที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของลูกค้า สร้างความพึงพอใจสูงสุด และลดความสูญเสีย หรือข้อบกพร่องที่อาจสร้างความไม่พึงพอใจให้เหลือน้อยที่สุด กระบวนการดังกล่าวมีขั้นตอนที่ชัดเจน มีการจัดโครงสร้างที่เป็นเอกลักษณ์ มีวินัยในการพัฒนาตามขั้นตอน และการใช้กลวิธีทางสถิติอย่างเข้มงวด มุ่งเน้นคุณภาพระดับโลก หรือ 6 Sigma (มีข้อบกพร่องเพียง 3.4 ต่อ 1 ล้านโอกาส) สามารถเสริมความเข้มแข็งของระบบคุณภาพเดิมที่มีอยู่ไม่ว่าจะเป็น HA และ ISO 9001 ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากกระบวนการดังกล่าวนี้เป็นกระบวนการบริหาร ความสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของฝ่ายบริหารเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จ

การประยุกต์ใช้ BALANCED SCORE CARD ในโรงพยาบาล

นพ.สิทธิศักดิ์ พฤษภักดิ์กุล

ตอนที่ 1 แนะนำระบบ Balanced Scorecard (BSC)

แนวทางการบริหารองค์กรมีด้วยกันหลากหลายทฤษฎี อาทิ

- การบริหารโดยยึดวัตถุประสงค์ (Management by objective)
- การบริหารโดยมุ่งผลลัพธ์ (Result based management)
- การบริหารโดยมุ่งผลงาน (Performance based management)
- การบริหารที่ขับเคลื่อนโดยกลยุทธ์ (Strategic driven management)
- การบริหารที่ขับเคลื่อนโดยลูกค้า (Customer driven management) เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม แม้ทฤษฎีจะหลากหลาย แต่มีจุดร่วมกันหลายประการ ได้แก่

- เน้นลูกค้าเป็นหลัก
- เน้นการมีทิศทาง กลยุทธ์ที่ชัดเจน
- เน้นการมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ที่ชัดเจน
- เน้นการวัดผล และการบรรลุผลงานเป็นหลัก

การบริหารยุทธศาสตร์สำคัญอย่างไรกับองค์กร

ลองนึกภาพว่าหากองค์กรนำความต้องการเชิงจรวดสลักลูก โดยที่ไม่ได้กำหนดว่าเป้าหมายจะยิงไปเพื่อสำรวจดาวอะไร จะเกิดอะไรขึ้น การยิงจรวดขององค์กรนำซาก็คงไม่แตกต่างจากการยิงบั้งไฟของเราสักเท่าไร เช่นเดียวกันกับองค์กรของเรา หากไม่มีการกำหนดทิศทางองค์กร ไม่มีการกำหนดว่าอะไรคือวิสัยทัศน์ พันธกิจ ก็เปรียบเสมือนการยิงจรวดโดยปราศจากจุดมุ่งหมายนั่นเอง

เมื่อองค์กรมีการกำหนดจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนแล้ว แต่ไม่มีการกำหนดยุทธวิธี หรือกลยุทธ์ที่จะบรรลุเป้าหมาย เสมือนกับส่งทหารออกไปรบแล้วสั่งว่า “ต้องยึดเมืองข้างหน้าให้ได้ส่วนจะไปยึดอย่างไรนั้น ตัวใครตัวมัน” คิดดูซิว่าทหารจะสามารถยึดเมืองเป้าหมายดังกล่าวได้หรือไม่

แม้แต่ในสมัยโบราณก็มีการใช้กลยุทธ์ในการทำสงคราม ดังจะเห็นได้จากตำราพิชัยสงครามเล่มต่างๆ องค์กรของเราก็เช่นกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ต้องมีการกำหนดกลยุทธ์หรือยุทธศาสตร์อย่างชาญฉลาด และรอบคอบ และต้องมีการดำเนินการเพื่อให้กลยุทธ์ที่กำหนดขึ้นนั้นถูกดำเนินการบรรลุเป้าหมายอย่างได้ผล

ในการทำให้บรรลุเป้าหมายอย่างได้ผลนั้น จำเป็นต้องมีการสื่อสารที่ดี มีการถ่ายทอดกลยุทธ์ลงสู่ทุกฝ่าย ทุกระดับ และทำงานประสานกัน เสมือนกองทัพที่แม่ทัพต้องประชุมซักซ้อมความเข้าใจเรื่องแผนกลยุทธ์กับบรรดาขุนศึก และมอบหมายเป้าหมายย่อยต่างๆ ให้กับบรรดาขุนศึกเหล่านั้น ดังจะเห็นในยุคนั้นที่ขงเบ้งคิดกลยุทธ์จัดทัพแล้วมอบหมายให้บรรดาขุนศึกไม่ว่าจะเป็น จูล่ง กวนอู หรือ เตียวหุย ไปตีเมืองต่างๆ ที่เป็นจุดยุทธศาสตร์ ถ้าจะเปรียบกับการบริหารองค์กรในยุคปัจจุบันก็คือ การกำหนดเป้าหมาย และวัตถุประสงค์หลักให้กับผู้จัดการ หรือหัวหน้าหน่วยงานนั่นเอง ดังนั้นองค์กรจะต้องมีวิธีการสื่อสารกลยุทธ์หลักที่ถึงสู่แม่ทัพ นายกองซึ่งก็คือผู้จัดการ และหัวหน้างานทั้งหลาย จึงจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายได้

ในสมัยก่อนเมื่อขุนศึกทั้งหลายตีเมืองได้ก็จะส่งข่าวมาให้แม่ทัพ หรือแม่แต่การเพลิงฟ้าต่อข้าศึกก็จะรีบส่งม้าเร็วมาขอความช่วยเหลือจากทัพใหญ่ ในการบริหารงานก็เช่นกันจำเป็นต้องมีการสื่อสารข้อมูลย้อนกลับจากหัวหน้างาน และผู้จัดการกลับสู่ฝ่ายบริหาร ในขณะเดียวกัน ผู้บริหารก็ต้องหมั่นติดตามผลงานการ

ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่กำหนดอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ความช่วยเหลือ และแก้ไขสถานการณ์ได้ทันทั่วทั้ง

ในการสื่อสารและติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินกลยุทธ์จำเป็นต้องมีดัชนีชี้วัดผลงานที่เป็นตัวเลขที่ชัดเจน ทำให้สามารถทราบได้ว่าผลการดำเนินการเป็นเช่นไร บรรลุเป้าหมายหรือไม่ หากองค์กรใดไม่มีการกำหนดดัชนีชี้วัด ไม่มีการติดตามดัชนีชี้วัด ก็เปรียบเสมือนกำลังขับรถยนต์โดยที่ไม่รู้มาตรงวัดความเร็ว ไม่มีมาตรบอกระดับน้ำมันในถัง ไม่มีมาตรวัดความร้อน หรือรอบของเครื่องยนต์ ลองคิดดูที่ชื่อว่า ถ้าเราจะต้องขับรถไปเชียงใหม่ แต่มาตรวัดทุกตัวในรถเสียทั้งหมด ท่านจะกล้าขับไปหรือไม่

นอกจากนี้ ในสมัยก่อน เมื่อขุนศึกตีเมืองได้ก็จะมีการมอบรางวัลเป็นม้า เป็นเมือง เป็นทองคำ เป็นข้าทาสบริวารให้กับบรรดาขุนศึก หากเพลิงพลัดตีเมืองไม่ได้ต้องล่าถอยกลับมา ก็ยอมไม่ได้รับปูนบำเหน็จเป็นธรรมดา ดีไม่ดีอาจถูกภาคทัณฑ์จากแม่ทัพด้วยซ้ำไป จะเห็นได้ว่าแม้แต่ในสมัยโบราณการปูนบำเหน็จรางวัลก็เป็นการปูนบำเหน็จรางวัลบนพื้นฐานของผลงานโดยแท้ ในการบริหารงานในยุคปัจจุบันก็เช่นกัน ระบบการให้ค่าตอบแทนที่ดีควรสัมพันธ์กับผลงาน หรือความสามารถในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ไม่ควรใช้การประเมินโดยใช้ความรู้สึกเป็นหลัก

ทั้งหมดคือความสำคัญของการบริหารยุทธศาสตร์และทิศทางองค์กร แต่เป็นที่น่าแปลกใจอย่างยิ่ง จากผลการศึกษาของ Kaplan และ Norton พบว่า องค์กรต่างๆที่มีการกำหนดยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ไว้นั้น มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่นำลงสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง และเมื่อสำรวจดูพนักงานผู้ปฏิบัติพบว่า มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่รู้และเข้าใจว่าทิศทาง เป้าหมาย และกลยุทธ์หลักขององค์กรคืออะไร

เมื่อลองสำรวจดูบรรดาผู้จัดการทั้งหลายพบว่ามีถึงร้อยละ 85 ที่ใช้เวลาน้อยกว่า 1 ชั่วโมง/เดือน ในการพูดคุยเรื่องกลยุทธ์ต่างๆ และการบรรลุเป้าหมายขององค์กร อันจะเห็นได้ว่าแม้กระทั่งระดับผู้จัดการหรือผู้บริหาร ก็ยังไม่ให้ความสนใจกับยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ในการบรรลุเป้าหมายขององค์กรเลย

Norton กับ Kaplan ยังพบอีกว่าการให้ค่าตอบแทนแก่พนักงาน หรือผู้จัดการนั้น มีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่ให้ค่าตอบแทน หรือโบนัสตามผลงานที่ทำได้ ที่เหลือใช้ความรู้สึกบ้าง การตัดสินใจอย่างอื่นบ้างซึ่งบางครั้งไม่มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนเพียงพอและไม่ได้ใช้ผลงานเป็นหลัก

ในการจัดทำงบประมาณขององค์กรก็เช่นกัน มีเพียงร้อยละ 40 เท่านั้นที่จัดสรรงบประมาณตามยุทธศาสตร์ ที่เหลือไม่ได้มุ่งยุทธศาสตร์ หรือเป้าหมายขององค์กรแต่อย่างใด

นอกจากนี้ Kaplan และ Norton ยังพบว่า ในการบริหารงานส่วนใหญ่ขององค์กร ผู้บริหารระดับสูงให้การตัดสินใจ และสนใจเฉพาะข้อมูลที่เป็นเรื่องการเงิน กำไร ขาดทุน ซึ่งพบว่าการที่องค์กรทำอะไร ณ วันนี้ ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าองค์กรจะดำรงความสามารถในการทำกำไร หรือความอยู่รอดได้ในระยะยาว หากเพิกเฉยละเลยการสร้าง ความพึงพอใจแก่ลูกค้า การสร้างสรรค์บริการหรือสินค้าที่มีคุณภาพ ตลอดจนการที่มีทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ

ทั้งสองท่านจึงได้ประดิษฐ์เครื่องมือทางการบริหารขึ้นมาชิ้นหนึ่ง ซึ่งให้ชื่อว่า **BALANCED SCORE**

CARD โดยมีมุ่งหวัง

1. เป็นเครื่องมือในการบริหารยุทธศาสตร์ หรือกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ
2. เป็นเครื่องมือที่ช่วยสื่อสารกลยุทธ์ลงสู่ผู้ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เป็นระบบในการวัดผลที่ชัดเจน (Measurement System) และเป็นรูปธรรม ติดตามได้ง่าย
4. รักษาสมดุลระหว่างปัจจัยที่สำคัญในการบริหารองค์กรให้สำเร็จ อันได้แก่ ปัจจัยด้านการเงิน ปัจจัยด้านลูกค้า ปัจจัยด้านคุณภาพของกระบวนการภายใน และปัจจัยเรื่องการเรียนรู้และความรู้ความสามารถของบุคลากร

BSC มีหลักคิดพื้นฐานง่าย ๆ ดังนี้

องค์กรธุรกิจที่ประสบความสำเร็จ คือ องค์กรที่มีผลประกอบการดี.....มุมมองทางการเงิน
การที่องค์กรจะได้ผลประกอบการดีอย่างยั่งยืนลูกค้าต้องพอใจ.....มุมมองด้านลูกค้า
การที่ลูกค้าจะพอใจได้คุณภาพ หรือผลงานของบริการต้องดี.....มุมมองด้านกระบวนการ
การที่ผลงานดี มีคุณภาพ บุคลากรควรจะเก่ง ใฝ่รู้ ใฝ่เรียน มีนวัตกรรม.....มุมมองด้านการเรียนรู้

หากเขียนเป็นผังง่าย ๆ คือ

คนเก่ง มีความรู้ความสามารถ มีนวัตกรรม



สร้างผลงานและคุณภาพบริการที่เป็นเลิศ



ลูกค้าเกิดความประทับใจและพึงพอใจ



รายได้ดีขึ้น ผลประกอบการดีขึ้น

การทำ BSC มีขั้นตอนง่าย ๆ ดังนี้

1. องค์กรทำการสำรวจตนเอง วิเคราะห์สิ่งแวดล้อม จุดอ่อนจุดแข็ง และกำหนดทิศทางองค์กรของตัวเองให้ชัดเจน ได้แก่ การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมร่วม
2. หลังจากนั้น องค์กรจะต้องกำหนดเป้าหมายขององค์กร กลยุทธ์ และวัตถุประสงค์ขององค์กร ซึ่งในการกำหนดเป้าหมาย กลยุทธ์ และวัตถุประสงค์ดังกล่าว จะต้องกำหนดอย่างสมดุลทั้งด้านการเงิน (เช่น รายได้ ผลกำไร) ด้านลูกค้า (เช่น ความพึงพอใจของลูกค้า) ด้านผลงานหรือคุณภาพของกระบวนการ (เช่น อัตราการติดเชื้อ อัตราการบริหารยาผิดพลาด) และด้านการเรียนรู้และความสามารถของบุคลากร (เช่น จำนวนโครงการพัฒนาคุณภาพที่ประสบความสำเร็จ) แล้วจัดทำเป็นบัตรคะแนน หรือ Scorecard ระดับองค์กร
3. เมื่อองค์กรมีการกำหนดทิศทาง และเป้าหมายที่ชัดเจนแล้วจะต้องมีการสื่อสารถ่ายทอดลงสู่ระดับล่างลงมาตามลำดับชั้น เช่น จากระดับผู้อำนวยการและกรรมการบริหาร ลงสู่หัวหน้าฝ่าย จากหัวหน้าฝ่ายลงสู่หัวหน้าหน่วย และผู้ปฏิบัติ เป็นต้น นั่นหมายความว่า ผู้อำนวยการและกรรมการบริหารกำหนดเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ แล้วมอบหมายลงไปให้หัวหน้าฝ่าย หัวหน้าฝ่ายต้องกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์และถ่ายทอดสู่หัวหน้าหน่วย เป็นลำดับชั้น (ตั้งภาพตัวอย่างทำยบความนี้) ในการกำหนดเป้าหมายแต่ละลำดับชั้น จะมีการทำความเข้าใจตกลงกันระหว่างผู้มอบหมายเป้าหมายและผู้รับเป้าหมาย โดยยึดหลักว่าหากทุกคนช่วยกันเพิ่มยอด หรือเพิ่มเป้าหมายส่งผลให้เป้าหมายขององค์กรบรรลุ ซึ่งจะทำให้แต่ละระดับมีบัตรคะแนนของตนเอง ทั้งระดับฝ่าย หน่วย หรือแม้แต่มุมมองบุคคลหากต้องการ
4. เมื่อผู้บริหาร หัวหน้าฝ่าย และหัวหน้าหน่วยทุกฝ่าย ทุกระดับได้รับมอบหมาย และวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนแล้ว จะต้องทำเป็นแผนปฏิบัติการขึ้นเพื่อแสดงให้เห็นว่า จะดำเนินการอย่างไรบ้างในการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว มีกิจกรรมที่จะทำอะไรบ้าง ใครรับผิดชอบกิจกรรมเหล่านั้น ต้องการทรัพยากรสนับสนุนอะไรบ้าง และจะแล้วเสร็จเมื่อใด ซึ่งทรัพยากรที่จำเป็นที่ต้องใช้ จะถูกรวบรวมจัดทำเป็นแผนงบประมาณ

5. หลังจากนั้น ผู้บริหารทุกระดับ ทุกฝ่ายก็ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่ได้วางไว้ โดยพยายามปรับปรุงคุณภาพ พยายามเพิ่มระดับความพึงพอใจของลูกค้า พยายามพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร พยายามเพิ่มประสิทธิภาพของงาน และอื่นๆตามที่ได้กำหนดไว้ในแผน
6. รายงานผลการดำเนินการตามแผนเป็นดัชนีชี้วัดผู้บริหารอย่างสม่ำเสมอ โดยทั่วไปไม่ควรต่ำกว่าเดือนละครั้ง
7. ฝ่ายบริหารนำข้อมูลที่ได้มาประมวล มาวิเคราะห์ และมาใช้ประโยชน์ เพื่อดูว่าจำเป็นต้องมีการปรับปรุงแก้ไขในประเด็นใดบ้าง ยุทธศาสตร์ที่ใช้เหมาะสมหรือไม่ ต้องเข้าไปสนับสนุนตรงจุดใดบ้าง มีผู้จัดการคนใดบ้างที่ยังสร้างผลงานไม่ได้ดี ต้องแก้ไขอย่างไร
8. ในกรณีที่ต้องปรับบรรลุเป้าหมายที่กำหนด จัดให้มีการให้คำตอบแทน หรือขึ้นเงินเดือนโดยอ้างอิงผลงานที่ทำได้ตามความเหมาะสม

จะเห็นว่าจริง ๆ แล้วระบบบริหารแบบ BSC ไม่ใช่เรื่องใหม่ที่น่าตื่นเต้นแต่อย่างไร แต่เป็นแนวทางการบริหารที่องค์กรที่ดีพึงกระทำในการรวบรวมพลังของพนักงานทุกคนทุกระดับเพื่อมุ่งบรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างเป็นระบบนั่นเอง

จุดเด่นประการหนึ่งของ BSC คือ การพยายามเชื่อมโยงกลยุทธ์ที่จะใช้ในเชิงเหตุและผล (Cause and effect linkage) เพื่อให้มั่นใจว่ากลยุทธ์ที่องค์กรจะใช้ สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ของ BALANCED SCORE CARD

ประโยชน์ต่อฝ่ายบริหาร

การประยุกต์ใช้ BSC ในองค์กรจะเปิดโอกาสให้ฝ่ายบริหารต้องกลับมาทบทวนทิศทางองค์กร และกลยุทธ์หลักที่จะใช้ ตลอดจนดัชนีชี้วัดผลงานระดับองค์กรที่สำคัญ อันจะช่วยให้ฝ่ายบริหารมีเป้าหมายร่วมกัน พูดภาษาเดียวกัน ไม่ไปคนละทิศละทาง

การทำ BSC จะทำให้ฝ่ายบริหารสามารถถ่ายทอดทิศทาง เป้าหมาย วัตถุประสงค์สู่ผู้ปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอนชัดเจน ทั้งยังมีดัชนีชี้วัดที่สำคัญทำให้สามารถติดตามงานของผู้ปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบและชัดเจน

เมื่อผลงานปรากฏ ฝ่ายบริหารจะสามารถประเมินได้ว่าศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานเป็นเช่นไร ควรเข้าไปให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนในประเด็นใดบ้าง

นอกจากนี้ เนื่องจากระบบ BSC เป็นระบบวัดผลงานอยู่ในตัว จึงลดความกดดันของผู้บริหารลงในการตัดสินใจที่ดีความชอบ หรือตัดสินใจให้โบนัสกับผู้ปฏิบัติงาน เพราะผลงานปรากฏอย่างชัดเจนอยู่แล้วตามดัชนีชี้วัดผลงานที่กำหนด

ประโยชน์ต่อหัวหน้าหน่วยหรือผู้จัดการ

เช่นเดียวกับผู้บริหาร ผู้จัดการจะทราบทิศทางองค์กรที่ชัดเจน ทราบเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตนเองรับผิดชอบ และมีดัชนีชี้วัดที่ชัดเจน

นอกจากนี้ หากมีการถ่ายทอดเป้าหมายลงสู่ระดับปฏิบัติ จะทำให้หัวหน้างานสามารถติดตามผลงานของผู้ปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบ และวัดผลงานได้อย่างชัดเจน อันจะส่งผลให้การตัดสินใจป้อนบำเหน็จรางวัลลูกน้องเป็นไปได้อย่างเที่ยงธรรม ไม่ลำเอียง

ประโยชน์ต่อพนักงานปฏิบัติ

ระบบ BSC จะทำให้ทุกคนปฏิบัติงานอย่างมีจุดมุ่งหมาย และมีส่วนร่วมกันในการทำบรรลุเป้าหมายของทีม ของหน่วยงาน และขององค์กร ที่สำคัญ ระบบ BSC จะทำให้พนักงานทุกคนได้รับคำตอบแทนหรือ

โบนัสตามผลงานที่สร้างขึ้นอย่างแท้จริง ไม่ขึ้นกับการลำเอียง หรือความรักใคร่ชอบพอของหัวหน้า ใครทำผลงานได้ดีย่อมได้ค่าตอบแทน โบนัสมากกว่าคนที่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดได้

ประโยชน์ต่อองค์กร

สิ่งที่เป็นประโยชน์มากที่สุดต่อองค์กร นอกจากเป็นวิธีการสื่อสารยุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบ มีระบบวัดผลงานที่ชัดเจน น่าเชื่อถือแล้ว การประยุกต์ใช้ BSC เป็นการหล่อหลอมและรวมพลังทุกคนเข้าด้วยกัน ช่วยกันพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน ไม่สะเปะสะปะ เป็นการกระจายเป้าหมายจากเป้าหมายใหญ่เป็นเป้าหมายย่อยๆ ให้ทุกฝ่าย ทุกคน ทุกระดับได้มีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนา และร่วมรับผิดชอบ ซึ่งถือได้ว่าเป็นการกระจายอำนาจ และกระจายความรับผิดชอบอย่างแท้จริง

ทำ BSC ทำให้เสียเวลาทำ HA หรือไม่

อย่างที่กล่าวข้างต้น BSC เป็นเครื่องมือในการบริหารกลยุทธ์ และเป็นระบบในการวัดผลงาน ซึ่งจะสอดคล้องกับมาตรฐาน HA ในประเด็นต่อไปนี้

มาตรฐาน GOV 3	ซึ่งกำหนดให้องค์กรต้องมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และแผนยุทธศาสตร์
มาตรฐาน LED4	ซึ่งกำหนดให้ต้องมีการติดตาม และประเมินผลงาน
มาตรฐาน LED1	ซึ่งกำหนดให้ต้องมีการหาทางตอบสนองความต้องการของลูกค้า และวัดความพึงพอใจ
มาตรฐาน IM	ซึ่งกำหนดให้ต้องมีการสื่อสาร และใช้ประโยชน์จากข้อมูลสารสนเทศ
มาตรฐาน GEN9	ซึ่งกำหนดให้มีการกำหนดดัชนีชี้วัด และติดตามผล

นอกจากนี้ เมื่อเราลงไปในรายละเอียดของมุมมองต่างๆ ของ BSC ทั้ง 4 มุมมอง จะพบว่าในมุมมองของลูกค้า ซึ่งมีการพยายามตอบสนองความต้องการ และวัดความพึงพอใจจะเป็นไปตามมาตรฐาน LED1

และหากเราต้องการบูรณาการมาตรฐาน HA เข้ากับระบบ Balanced Scorecard สามารถกระทำได้อย่างง่ายดาย โดยการกำหนดวัตถุประสงค์ด้านกระบวนการภายใน (Internal Process) ให้สอดคล้องตามที่มาตรฐาน HA กำหนด อาทิ

- การจัดการความเสี่ยง
- การจัดการทรัพยากร
- การประกันคุณภาพและมาตรฐานบริการ
- การจัดการสิ่งแวดล้อม

ในส่วนของการเรียนรู้ก็เช่นกัน วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ อาทิ การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถ การสนับสนุนให้ทำโครงการพัฒนาคุณภาพ ล้วนแต่สอดคล้องกับมาตรฐาน HA ทั้งสิ้น

การทำ BSC จึงเป็นทางลัดทางหนึ่งในการทำให้ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่วนที่เป็นการประสานแนวตั้ง ซึ่ง BSC ในสายตาของผู้เขียน อาจถือได้ว่าเป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดชิ้นหนึ่งในปัจจุบัน

ตอนที่ 2 การนำระบบ Balanced Scorecard สู่อำนาจปฏิบัติ

ผู้เขียนขอแบ่งการนำระบบ Balanced Scorecard สู่อำนาจปฏิบัติเป็นระยะดังนี้

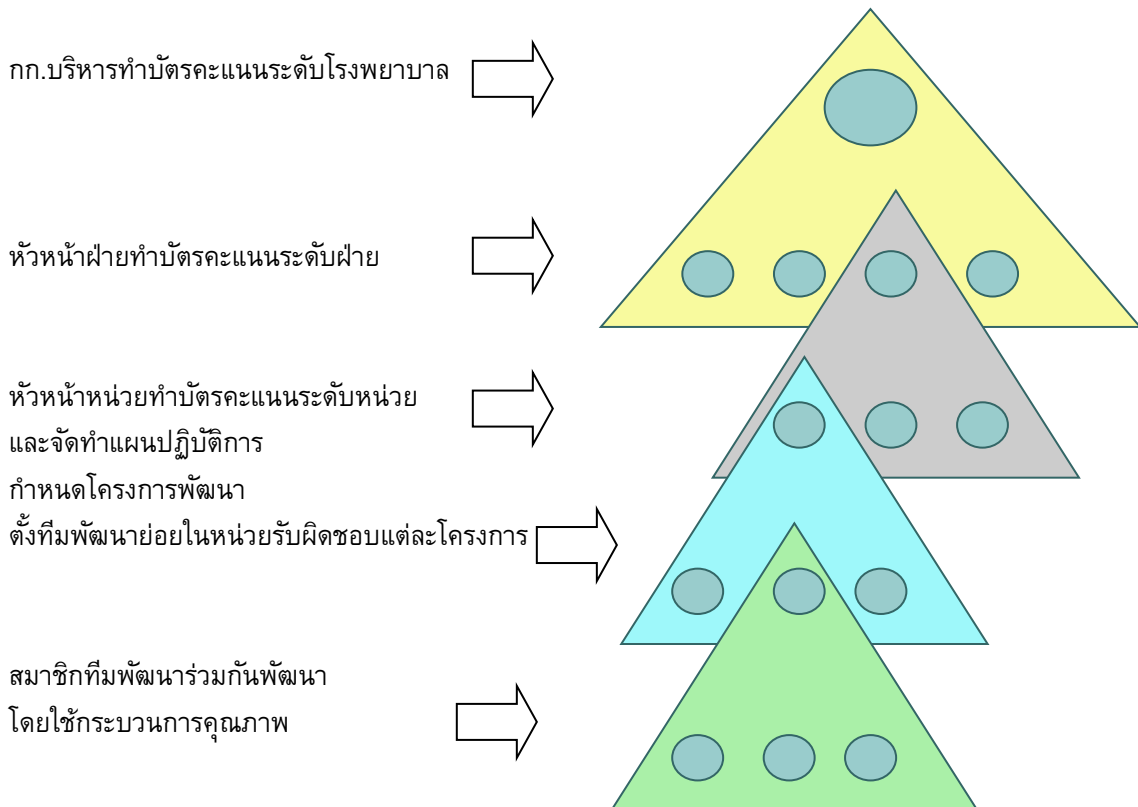
1. ระยะตัดสินใจ

- โรงพยาบาลควรศึกษาระบบการนำองค์กร การบริหารกลยุทธ์ และระบบวัดผลงานเดิมที่มีอยู่ขององค์กร ดูว่ามีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนหรือไม่
- หากจำเป็นต้องปรับเปลี่ยน มีระบบใดบ้างที่สามารถประยุกต์ใช้ได้
- ศึกษาดูว่าระบบ Balanced Scorecard เหมาะกับองค์กรเราหรือไม่

2. ระยะเตรียมการ

- ศึกษาองค์กรว่าจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมในประเด็นใดบ้าง หากจะนำระบบ BSC มาใช้ และดำเนินการตามความเหมาะสม เพื่อลดแรงเสียดทานให้น้อยที่สุด
 - สื่อสาร และให้ความรู้แก่บุคลากรทุกระดับ
 - จัดอบรมเรื่อง BSC แก่บุคลากรทุกระดับให้เข้าใจ
3. ระยะเวลาสร้างกลยุทธ์
 - ทบทวนทิศทางการองค์กร วิสัยทัศน์ พันธกิจ
 - กำหนดกลยุทธ์ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร
 - จัดทำ Strategy Map และบัตรคะแนนระดับองค์กร ซึ่งประกอบด้วย กลยุทธ์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย และกิจกรรม
 4. ระยะเวลาบริหารกลยุทธ์
 - ถ่ายทอดกลยุทธ์ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายสู่ระดับปฏิบัติเป็นลำดับขั้น
 - แต่ละระดับจัดทำบัตรคะแนนของตนเอง
 - แต่ละระดับจัดทำแผนปฏิบัติการตามกิจกรรมที่กำหนด
 - แต่ละระดับดำเนินการพัฒนาตามกิจกรรมที่กำหนด
 5. ระยะเวลาติดตามผล และปรับปรุงผลงานอย่างต่อเนื่อง
 - ผู้บริหารทุกระดับติดตามรายงานผลงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดอย่างสม่ำเสมอ
 - นำองค์ความรู้ที่ได้จากการติดตาม และวิเคราะห์ผลมาปรับปรุงตนเองอย่างต่อเนื่อง

เราสามารถประยุกต์ใช้ BSC กับระบบการพัฒนาคุณภาพแบบ HATQM ได้อย่างง่ายดาย ดัง Model ต่อไปนี้



โดยที่แต่ละทีมพัฒนาดำเนินการพัฒนาโดยใช้ Model Focus-P-D-C-A หรือ Model D-M-A-I-C แบบ Six Sigma ก็ได้ ซึ่งหากทำแบบนี้ได้ จะทำให้เป็นการรวมพลังบุคลากรทุกคนในองค์กรให้ทำโครงการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน ไม่สะเปะสะปะออกนอกกลยุทธ์ที่โรงพยาบาลกำหนด ในกรณีที่เป็นปัญหาคร่อมสายงานก็สามารถตั้งทีมข้ามหน่วยงานได้เช่นกัน

อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของการบริหารโดยใช้ Balanced Scorecard ในรูปแบบนี้ จำเป็นต้องได้รับความมุ่งมั่น และความมีส่วนร่วมอย่างยิ่งจากฝ่ายบริหาร หากหัวหน้าหน่วยไม่เข้มแข็งพอ ไม่สามารถเป็นพี่เลี้ยงคอยชี้แนะ ชี้แนะและให้ความรู้แก่หัวหน้าทีมย่อยได้ หรือหากหัวหน้าฝ่ายไม่คอยหมั่นติดตาม ให้การชี้แนะและสนับสนุนแก่หัวหน้าหน่วยได้ และหากผู้บริหารระดับสูงไม่มีการติดตามประเมินผลงานของหัวหน้าฝ่ายอย่างจริงจังด้วยแล้ว ไซร์ โอกาสที่จะประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนเป็นไปได้ยาก นอกจากนี้ บทบาทของทีมประสานงานคุณภาพ ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ด้านกระบวนการคุณภาพ และกลวิธีทางสถิติในการพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งคอย Facilitate กระบวนการพัฒนาทุกระดับ จะต้องมีความเข้มแข็ง และมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะขับเคลื่อนกลไกต่างๆ ให้หมุนไปข้างหน้าอย่างราบรื่น

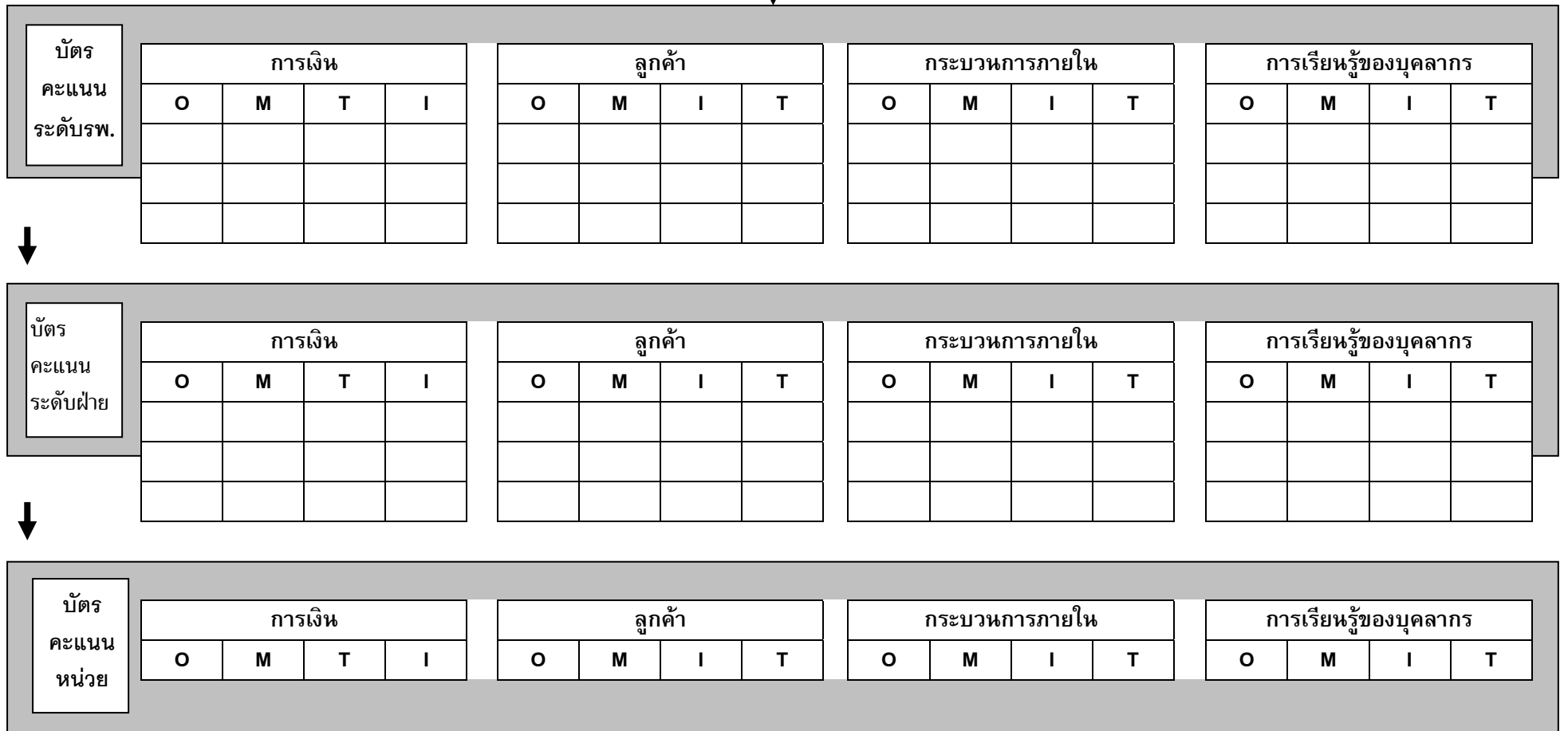
สรุป

Balanced Scorecard เป็นกระบวนการบริหารที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของงาน (Performance Based Management) และเป็นการบริหารเชิงกลยุทธ์ มีระบบการวัดและประเมินผลที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม มีการถ่ายทอดทิศทาง นโยบาย และกลยุทธ์สู่ระดับปฏิบัติที่จับต้องได้ สามารถสร้างการประสานงานแนวตั้งจากผู้บริหารสู่ระดับต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังสามารถบูรณาการกับระบบการพัฒนาคุณภาพ ไม่ว่าจะเป็น HA, ISO 9001 หรือแม้กระทั่งระบบบริหารคุณภาพแบบ Six Sigma หากองค์กรสามารถประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม จะช่วยให้การบริหารทิศทางนโยบายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้องค์กรสามารถสร้างผลงานที่ดีที่สุดจนดำรงศักยภาพการแข่งขันในระยะยาวได้อย่างสมดุล

พันธกิจ ค่านิยม วิสัยทัศน์



กลยุทธ์หลักขององค์กร



↓				
บัณฑิต คะแนน ส่วนบุคคล	การเงิน	ลูกค้า	กระบวนการภายใน	การเรียนรู้ของบุคลากร
	O M T I	O M I T	O M I T	O M I T

O : วัตถุประสงค์ M : ดัชนีชี้วัด T : เป้าหมาย I : กิจกรรมที่จะทำ

ดัดแปลงจาก Niven 2002

สำหรับโรงพยาบาลที่พัฒนาคุณภาพตามแนวทางของสถาบันพัฒนารับรองคุณภาพโรงพยาบาล หรือ ISO 9001:2000 อยู่อาจมีข้อสงสัยว่าการนำระบบการบริหารแบบ Balanced Scorecard มาใช้ช่วยอะไรได้บ้าง หากศึกษาจากเจตจำนงและข้อกำหนดของทั้งสองมาตรฐานจะพบว่า การนำระบบ Balanced Scorecard มาใช้สอดคล้องต่อมาตรฐานทั้งสองในประเด็นต่อไปนี้

1. ช่วยให้การกำหนดทิศทางองค์กร ค่านิยม กลยุทธ์ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายชัดเจนขึ้น
2. ช่วยให้การสื่อสารทิศทางองค์กรลงสู่ระดับปฏิบัติเป็นไปอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน
3. ช่วยสร้างหลักประกันเรื่องความเข้าใจเรื่องทิศทางองค์กรและบทบาทความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายต่อเป้าหมายขององค์กรให้มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม วัดผลได้
4. ช่วยให้การสื่อสารข้อเสนองานเรื่องคุณภาพเป็นไปอย่างทั่วถึงในองค์กร เพราะในระบบนี้จะต้องมีการประชุมทบทวนตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ
5. ช่วยให้เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร เพราะมีการกระจายวัตถุประสงค์และเป้าหมายลงสู่ระดับปฏิบัติอย่างชัดเจน
6. ช่วยให้การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรสอดคล้องกับกลยุทธ์ และสร้างหลักประกันได้ว่ามีทรัพยากรที่เพียงพอที่จะบรรลุเป้าหมายด้านคุณภาพที่ต้องการ
7. กระตุ้นให้มีการทบทวนตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ และนำผลงานที่ได้มาปรับปรุงผลงานอย่างต่อเนื่อง
8. เป็นหลักฐานที่ชัดเจนเรื่องบทบาทของผู้นำในการชี้ทิศทางองค์กร กระจายนโยบาย สนับสนุนงบประมาณ ติดตามผลงาน และทบทวนและปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง
9. หากสามารถเขียนวัตถุประสงค์ในมุมมองต่างๆ ได้อย่างครอบคลุมในทุกประเด็นที่มาตราฐาน Hospital Accreditation ต้องการ อาทิ มุมมองของลูกค้า เรื่องการตอบสนองและสร้างความพึงพอใจ มุมมองของกระบวนการภายใน เรื่องมาตรฐานวิชาชีพ ความเสี่ยง การติดเชื้อในโรงพยาบาล คุณภาพทางคลินิก สิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ฯลฯ มุมมองด้านการเรียนรู้ เรื่องการพัฒนาบุคลากร และการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ จะทำให้ระบบ Balanced Scorecard เป็นเครื่องมือชั้นเลิศที่ช่วยให้ระบบ Hospital Accreditation สามารถดำรงอยู่อย่างยั่งยืน

ตารางเปรียบเทียบ Balanced Scorecard กับ ข้อกำหนดของ HA/ISO		
กิจกรรมที่มีในระบบ Balanced Scorecard	ข้อกำหนดของมาตรฐาน โรงพยาบาล	ข้อกำหนดของมาตรฐาน ISO 9001:2000
การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม กลยุทธ์	GOV , LED	5.1 , 5.2 , 5.3 , 5.4
การกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และ กิจกรรม	GOV , LED	5.1 , 5.2 , 5.3 , 5.4
การถ่ายทอดวัตถุประสงค์ และเป้าหมายลงสู่ หน่วยงานตามลำดับชั้น	GEN 1 ,	5.1 , 5.2 , 5.3 , 5.4
การจัดทำบัตรคะแนนของหน่วยงาน	GEN 1	5.1 , 5.2 , 5.3 , 5.4
การทบทวนติดตามตัวชี้วัดของฝ่ายบริหาร	LED	5.6
การติดตามตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอของ หน่วยงาน	GEN 9	8.2
การวางระบบสารสนเทศเรื่องข้อมูลข่าวสาร	IM	5.5.3
การนำผลงานมาวิเคราะห์และปรับปรุงอย่าง ต่อเนื่องของทุกหน่วยงาน	GEN 9	8.4 , 8.5
การจัดสรรงบประมาณตามกลยุทธ์ที่กำหนด	LED	6.1
การจัดระบบจ่ายค่าตอบแทนหรือรางวัลตาม ผลงาน	LED	
มุมมองด้านการเงิน	LED	
มุมมองด้านลูกค้า	LED 1	5.2 , 7.2
มุมมองด้านกระบวนการภายใน	ขึ้นกับองค์กรว่าสามารถ กำหนดวัตถุประสงค์ได้ ครอบคลุมเพียงใด หาก กำหนดได้ดี สามารถ ครอบคลุมได้ทุกประเด็น	7
มุมมองด้านการเรียนรู้	HUM , GEN 4 , GEN 9	6.2

คุณภาพบริการ : ทัศนะต่อชีวิตและความตาย

ข้อเสนอกรอบความคิด ความตาย : ประตูลู่สู่สภาวะใหม่³

พระไพศาล วิสาโล⁴

1. ความตาย : ทัศนะของสังคมสมัยใหม่

- ความตายเป็นสภาวะที่อยู่คนละขั้ว หรือแยกขาดจากชีวิต
ความตายหมายถึง การสิ้นสุดของชีวิต หรือเกิดขึ้น ณ จุดปลายท้ายสุดของชีวิต หากเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตไม่
- ความตายเป็นเรื่องน่ากลัวที่ต้องหลีกเลี่ยงให้ได้มากที่สุด
ความตายถูกกันให้ออกไปจากชีวิตของผู้คน กลายเป็นสิ่งที่ถูกปกปิดหรือจำกัดให้คนรับรู้เพียงไม่กี่คน การเห็นคนตายมิใช่เรื่องปกติธรรมดาสำหรับคนทั่วไปอีกต่อไป ผู้คนจึงรู้สึกว่าการตายเป็นเรื่องน่ากลัว ขณะเดียวกัน ทัศนะสมัยใหม่เกี่ยวกับความสะอาดและสุขอนามัย ก็ทำให้รู้สึกรังเกียจความตาย(หรือคนตาย)มากขึ้น เพราะมองว่าเป็นสิ่งสกปรกและเป็นแหล่งเชื้อโรค
- ความตายเป็นสิ่งซึ่งต้องประวิงเวลาให้มาถึงช้าที่สุด
การยืดเวลาตายออกไป หรือให้มีลมหายใจนานที่สุด กลายเป็นสิ่งที่มีค่าในตนเอง คุณภาพของจิตใจ (หรือของชีวิต) ก่อนตายมีความหมายน้อยกว่าการมีลมหายใจยืนยาวให้ได้มากที่สุด
- ความตายถูกลดทอนเหลือเพียงแค่มิติกายภาพ
ความตายถูกนิยามด้วยอาการทางกายภาพล้วน ๆ (เช่นสมองไม่ทำงาน) ขณะเดียวกันในการช่วยผู้ป่วยไม่ให้ตาย แพทย์จะสนใจแต่กระบวนการทางกายภาพของผู้ป่วย มุ่งใช้ยาและเทคโนโลยีเข้ามาจัดการกับอวัยวะนานาชนิดเพื่อยับยั้งความตาย(ตามนิยามดังกล่าว) โดยมองข้ามเรื่องจิตใจของผู้ป่วย (และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับคนอื่น ๆ เช่น ญาติมิตร) นอกจากจะลดทอนความตายเหลือเพียงมิติกายภาพแล้ว ยังมีความพยายามที่จะลดทอนต่อไปให้ความตายกลายเป็นเรื่องของความผิดปกติของอวัยวะบางส่วนเท่านั้น
เซอร์วิน นูแลนด์ แพทย์ชาวอเมริกัน ผู้เขียน How We Die เล่าว่า ในชีวิตการเป็นแพทย์กว่า 35 ปีของเขา เขาไม่เคยได้รับอนุญาตให้ระบุในมรณบัตรว่า ผู้ป่วยวัย 80 - 100 ปีของเขาตายเพราะ"ชราภาพ"ได้เลย หากจะต้องระบุว่า ตายด้วยโรคหรือความผิดปกติที่อวัยวะส่วนใด หากเขาเขียนว่าตายเพราะชราภาพ มรณบัตรนั้นจะถูกตีกลับมามีเหตุผลว่า เขากำลังทำผิดกฎหมายนิวแลนด์สรุปว่า "ทุกหนแห่งในโลกนี้ การตายเพราะชราภาพเป็นสิ่งผิดกฎหมาย" การมองว่าความตายหมายถึงความผิดปกติของอวัยวะอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยไม่ยอมรับว่ามีความตายที่เกิดจากชราภาพหรือเพราะถึงอายุขัยแล้วนั้น

³ เป็นบทความที่มาจากหนังสือ มิติสุขภาพ กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ โดยมี นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ นลัักษณ์ ตรงศีลสัตย์ และ พจน์ กริชไกรวรรณ เป็นบรรณาธิการ 2545.

⁴ ผู้เขียนบทความ เป็นที่ปรึกษาของโครงการวิจัยเรื่อง กระบวนทัศน์เรื่องความตายกับมิติแห่งสุขภาวะ โดยมี นพ.ธนา นิลชัยโกวิทย์, วรรณ จารุสมบุรณ์, วริศรา กริชไกรวรรณ และนพ.พรเลิศ จัตุรแก้ว เป็นคณะวิจัย ภายใต้ชุดโครงการวิจัยสังคมและสุขภาพ สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2545.

เท่ากับบอกว่าคุณตายไม่ใช่ปรากฏการณ์ธรรมชาติ ความตายอย่างเป็นธรรมชาตินั้นไม่มี มีแต่ความตายเพราะเป็นโรค กล่าวอีกนัยหนึ่งความตายนั่นถือว่าเป็นโรค (disease) อย่างหนึ่ง

- ความตายเป็นความทุกข์ทรมาน และเป็นเรื่องเลวร้ายที่สุดเท่าที่จะเกิดกับบุคคลคนหนึ่ง การมองว่าคุณตายเป็นจุดสิ้นสุดของชีวิต ประกอบกับการมองความตายแต่ในแง่ที่เป็นกายภาพล้วนๆ โดยไม่ได้มองว่าจิตใจของผู้ป่วยก็เป็นปัจจัยสำคัญในกระบวนการดังกล่าว (และไม่ได้ตระหนักด้วยว่าความตาย หรือภาวะใกล้ตายเป็นได้ทั้ง "วิกฤต" และ "โอกาส" ในทางจิตวิญญาณ) ทำให้มองว่าคุณตายนั่นนำมาแต่ความทุกข์ทรมานอย่างเดียว และเป็นความเลวร้ายที่สุดในชีวิต ดังนั้นจึงเป็นเรื่องน่ากลัวที่ต้องหลีกเลี่ยง หรือระงับยับยั้งทุกวิถีทาง แม้ว่าวิธีการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดเพียงใดก็ตาม (ความเจ็บปวดนั้นวัดเป็นตัวเลขหรือทำเป็นกราฟไม่ได้ ผิดกับชีพจรและการเต้นของหัวใจ)
- ตายดี คือ ตายอย่างปุบปับแบบไม่รู้ตัว (และไม่น่าเกลียด) เนื่องจากความตายนั่นเป็นเรื่องทุกข์ทรมาน ความตายที่คนทั่วไปปรารถนา คือ ตายอย่างกระทันหันไม่รู้รู้สึกเจ็บ และไม่รู้ว่าล่วงหน้า (เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้แพทย์ไม่นิยมบอกความจริงแก่ผู้ป่วยด้วยโรคร้ายถึงชีวิต)
- ความตายเป็นสิ่งที่ควบคุมหรือจัดการได้ และเป็นเรื่องต้องเข้าไปควบคุมจัดการด้วย เนื่องจากความตายอย่างเป็นธรรมชาตินั้นไม่มี ทรายใดที่บุคคลยังมีร่างกายประกอบเป็นชิ้นเดียวกัน ความตายของบุคคลนั้นย่อมเป็นผลจากความผิดปกติของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งคือเป็น "โรค" นั้นเองและเมื่อเป็นโรคแล้ว ก็ย่อมอยู่ในวิสัยที่จะรักษาได้(ไม่วันนี้ก็วันหน้า) หากรักษาไม่ได้นั้นหมายถึงความล้มเหลวของแพทย์หรือการแพทย์ และถึงแม้ในปัจจุบันแพทย์ยังไม่พบวิธีการรักษา แต่อย่างน้อยแพทย์ก็ยังสามารถจัดการกับกระบวนการความตายได้ เช่น ประวิงเวลาให้เกิดขึ้นช้าที่สุด ดังนั้นการปล่อยให้ผู้ป่วยตายไปเอง (หรือตายอย่างธรรมชาติ) นั้นจึงไม่สมควรทำ
- การช่วยชีวิตผู้ป่วยไม่ให้ตายเป็นหน้าที่สำคัญที่สุดของแพทย์ ดังนั้นจึงต้องทำทุกวิถีทางไม่ให้ตาย หรือทำให้ตายช้าที่สุด หรือต่อลมหายใจให้นานที่สุด

2. กระบวนทัศน์และความคิดที่นำไปสู่ความตายแบบสมัยใหม่

- การมองชีวิตว่าเป็นเครื่องจักรทางชีวเคมี ชีวิตและความตายเป็นแค่กระบวนการทางชีวเคมี ปรากฏการณ์ของชีวิตและความตายสามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลทางชีวเคมี แม้แต่จิตใจก็เป็นปรากฏการณ์ที่รวมศูนย์อยู่ที่สมอง ทัศนะดังกล่าว เป็นทั้งเหตุและผลของการแพทย์แบบชีวภาพ (biomedicine) ซึ่งเน้นการรักษาโรคและจัดการกับความตายโดยมุ่งกระทำกับอวัยวะเฉพาะส่วน
- การมองแบบแยกส่วนลดชอย ความตายซึ่งเป็นปรากฏการณ์หลากหลายมิติที่ถูกลดชอยเหลือเพียงแค่มิติทางกายภาพ รวมทั้งมีความพยายามอธิบายมิติอื่น ๆ เช่น มิติด้านจิตใจ ด้วยเหตุผลทางกายภาพ (อาทิ ประสพการณ์ "ใกล้ตาย" ถูกอธิบายว่าเป็นผลมาจากความแปรปรวนในระบบประสาทในภาวะใกล้ตาย) หากไม่กัตัดทิ้ง ดังนั้นความรู้สึกของผู้ป่วยจึงถูกมองข้าม ไม่ได้รับความสำคัญจากแพทย์ การรักษาผู้ป่วยใกล้ตายจะเน้นแต่การรักษาทางกาย ไม่มีการบำบัดรักษาหรือให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ นอกจากการแยกชอยความตายให้เหลือมิติทางกายภาพแล้ว ยังชอยต่อไปให้ความตายเป็นผลจากความผิดปกติของอวัยวะเฉพาะส่วนหาใช่เพราะความล้มเหลวของระบบทั้งหมดไม่
- ทัศนะเรื่องเชื้อโรคและความสกปรก

ความรู้ทางการแพทย์ที่ทำให้เห็นว่าความสกรปรกนั้นเป็นบ่อเกิดของเชื้อโรคซึ่งนำความเจ็บไข้ได้ป่วยมาให้ ทำให้รังเกียจความตายและคนตาย (ตลอดจนกลิ่นและของเสียที่ออกมา) ความตายจึงถูกย้ายออกจากบ้านไปยังโรงพยาบาล ซึ่งมีวิธีควบคุมจัดการกับเชื้อโรคได้ดีกว่า

- **ทัศนคติเชื่อว่าวิทยาศาสตร์เอาชนะธรรมชาติได้ สามารถควบคุมกระบวนการทางธรรมชาติ ทั้งนอกตัวและในตัวได้**

- **ความเชื่อที่ปฏิเสธโลกหน้าชีวิตหน้า**

คนนั้นมีสัญชาตญาณต้องการให้ตัวตนดำรงอยู่ต่อไป การมีสวรรค์หรือชาติหน้ารองรับหลังตายแล้วทำให้คนในอดีตไม่กลัวความตายมากเท่ากับคนปัจจุบันซึ่งนับวันจะไม่เชื่อว่ามีโลกหน้า ชีวิตหน้า นอกจากนี้ การไม่เชื่อว่ามีโลกหน้า ชีวิตหน้า เลยทำให้ไม่เห็นความสำคัญของการที่ผู้ป่วยใกล้ตาย จะได้ใช้วาระสุดท้ายในการทำจิตใจให้สงบเพื่อไปสู่สุคติ วาระสุดท้ายกลายเป็นโอกาสสุดท้ายของแพทย์ที่จะใช้เทคโนโลยีทุกอย่างเอาชนะความผิดปกติในร่างกายของผู้ป่วยเท่านั้น

นอกจากกระบวนการทัศนคติและความคิดดังกล่าวแล้ว ยังมีเงื่อนไขทางสังคมและเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อความตาย แบบสมัยใหม่ หรือความตายในโรงพยาบาล อาทิ

- ชุมชนเสื่อมสลาย คนในชุมชนมีความสัมพันธ์กันน้อยลง จึงไม่สนใจที่จะมามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ใกล้ตายทั้งในด้านการดูแลรักษา และการช่วยเหลือทางจิตใจ ความตายซึ่งเคยเป็นเหตุการณ์สำคัญระดับชุมชน จึงกลายเป็นเพียงแค่เหตุการณ์ส่วนบุคคลหรือของครอบครัวไป
- ครอบครัวมีขนาดเล็กลง ในอดีตการรักษาพยาบาลที่บ้านทำได้ไม่ยากเนื่องจากในครอบครัวมีคนหลายคนหลายชั่วอายุ ต่างผลัดกันมาดูแลรักษาผู้ป่วยได้ แต่ปัจจุบันครอบครัวได้เปลี่ยนจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ทุกคนมีกิจที่ต้องออกจากบ้าน ไม่ไปทำมาหากินก็ไปเรียน จึงไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย เป็นเหตุให้ออนความรับผิดชอบไปให้โรงพยาบาล
- ระบบราชการ-ประกันภัย ที่อนุญาตให้เบิกเงินได้ในกรณีผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล ผิดกับเวลารักษาที่บ้าน ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้พาผู้ป่วยไปรักษา(และตาย)ที่โรงพยาบาลกันมากขึ้น

3. ผลตามมาจากทัศนคติสมัยใหม่

- **ความตายถูกผลักออกไปจากบ้าน บ้านไม่ใช่ที่ ๆ ควรตาย**

นอกจากคนจะตายนอกบ้านกันมากขึ้นแล้ว พิธีศพ(และที่ตั้งศพ)ก็ย้ายออกไปอยู่นอกบ้านมากขึ้นด้วย

- **คนถูกพาไปตายที่โรงพยาบาลกันมากขึ้น**

โรงพยาบาลกลายเป็นสถานที่ ๆ เหมาะในการพาคนมาตาย เพราะมีอุปกรณ์ยั่วยุและความตายมากมาย

- **การจัดการความตายตกอยู่ในกำมือของแพทย์แต่ผู้เดียว**

ความตายมิใช่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะมีส่วนกำหนด อีกทั้งครอบครัวและชุมชนก็ไม่ได้มีส่วนร่วมในขั้นตอนที่นำผู้ป่วยสู่ความตายอีกต่อไป แพทย์เป็นผู้กำหนดวิธีการรักษา(และจัดการกับความตาย)แต่ผู้เดียว เนื่องจากความตายถูกลดทอนเหลือเพียงมิติทางกายภาพ และแพทย์ถือว่าตนเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดในเรื่องกายภาพดังนั้นจึงอยู่ในสถานะเหนือกว่าผู้ใด (ไม่ว่าผู้ป่วยหรือญาติ)ในการยับยั้งความตายหรือประวิงความตายให้มาถึงช้าที่สุด

นอกจากแพทย์จะเป็นผู้กำหนดวิธีการรักษา และจัดการความตายแต่ผู้เดียวโดยไม่ค่อยไม่รับฟังความเห็นของผู้ป่วย (ตั้งกรณีท่านพุทธทาสภิกขุ) อีกทั้งยังเป็นผู้ตัดสินว่าจะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยหรือไม่แค่นั้น รวมถึงกำหนดให้ความตายเกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมที่แพทย์กำหนดเท่านั้น (เช่น ห้อง

ไอซียู) ซึ่งทำให้สามารถกำหนดควบคุมปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติมิตรได้เต็มที่ โดยเฉพาะใน ยามวิกฤตแพทย์จะผูกขาดการจัดการกับผู้ป่วยแต่เพียงฝ่ายเดียว (เพราะยามวิกฤตถูกมองว่าเป็นวิกฤต ทางกายภาพเท่านั้น ทั้ง ๆ ที่ยังเป็นวิกฤตทางจิตและจิตวิญญาณของผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งประการหลังนั้น แพทย์อาจช่วยได้ไม่ดีเท่าญาติพี่น้อง หรือผู้ที่ผู้ป่วยผูกพันด้วย

- **มีการพัฒนาและนำเทคโนโลยีมาจัดการกับความตายอย่างเต็มที่ ทั้งเพื่อเอาชนะและยับยั้งความตาย**
เมื่อความตายถูกลดสภาพให้เหลือเพียงเรื่องกายภาพ และถูกทอดทิ้งไปให้เป็นความผิดปกติของอวัยวะ เฉพาะส่วนเท่านั้น ยา การผ่าตัด และอุปกรณ์นาาชนิด จึงได้รับความสำคัญ มีการพัฒนา และ นำมาใช้กับอวัยวะแต่ละส่วนของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ยิ่งเห็นเทคโนโลยีมากเท่าใด คนก็ต้องถูกพาออก จากบ้านไปตายที่โรงพยาบาลกันมากขึ้น เพราะโรงพยาบาลเป็นศูนย์รวมของเทคโนโลยีดังกล่าว ภาพความตายในสังคมสมัยใหม่ คือ คนที่นอนหมดลมอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีสายระโยงระยางเชื่อมติด กับเครื่องยนต์ต่าง ๆ เต็มไปหมด
- **การแสวงหากำไรจากความตายเพิ่มพูนขึ้น**
เมื่อผู้คนกลัวความตายและต้องการประวิงความตายให้เกิดขึ้นช้าที่สุด ธุรกิจชะลอความตายจึงเกิดขึ้น อย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในโรงพยาบาล ยา เทคโนโลยี ตลอดจนทัศนคติที่ป้องกันและชะลอความตาย กลายเป็นสินค้าที่ทำกำไรได้เป็นอย่างมาก
- **ความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและทรัพยากรในการชะลอความตาย**
การพยายามชะลอความตายให้เกิดขึ้นช้าที่สุด จนบ่อยครั้งเป็นเพียงแค่การยึดลมหายใจของผู้ป่วย โดยไม่ มีทางรักษาให้หาย หรือฟื้นกลับสู่สภาพเดิมนั้น ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นอันมาก โดยเฉพาะในกรณีที่ยืดเยื้อเป็นปี ๆ โดยเป็นการสิ้นเปลืองทรัพยากรของส่วนรวมด้วย (ในกรณีที่เกิดขึ้น ในโรงพยาบาลรัฐ) เต็ม และงบประมาณของรัฐแทนที่จะถูกนำไปใช้เพื่อช่วยชีวิตของคนในกรณีเร่งด่วน หรือกรณีของผู้ป่วยอื่นที่สามารถรักษาให้หายได้กลับถูกใช้เพื่อยืดลมหายใจของคนที่ไม่เหมือนใครชีวิตแล้ว
- **เกิดปัญหา "จะตายก็ไม่ตาย จะเป็นก็ไม่เป็น"**
แม้แพทย์จะสามารถประวิงความตายให้มาช้าลง แต่บ่อยครั้งก็ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยหายเป็นปกติ หรือ กลับมามีชีวิตเหมือนปกติคนดังเดิมได้ ต้องนอนแบบอย่างไม่รู้สึกรู้สึ มีเพียงแค่มหายใจเข้าออกเท่านั้น ทำให้เกิดสภาพครึ่ง ๆ กลาง ๆ และกลายเป็นภาวะในการรักษาสุขภาพดังกล่าวให้ ยืดเยื้อต่อไปไม่มี กำหนด
- **ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และการถูกปฏิบัติอย่างวัตถุ ไม่มีสิทธิในร่างกายของตนเอง**
การพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อยืดลมหายใจของผู้ป่วยให้นานที่สุด มักอาศัยวิธีที่ก้าวร้าวรุนแรงเช่น เจาะคอ ผ่าท้องใส่ท่อให้อาหาร ล้วนแต่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดทุกข์ทรมานอย่างยิ่ง แม้กระทั่งในวาระ สุดท้ายของชีวิตก็ไม่มีโอกาสอยู่อย่างสงบ ท่ามกลางลูกหลานญาติมิตร นอกจากนั้นวิธีการยืดลมหายใจ ดังกล่าวมักเกิดขึ้นโดยที่ผู้ป่วยไม่มีสิทธิตัดสินใจหรือสามารถคัดค้านได้ ทำให้ผู้ป่วยถูกลดสภาพความ เป็นคน กลายเป็นแค่วัตถุรองรับการกระทำของแพทย์และเทคโนโลยี อลิซาเบธ คูบเลอร์ รอสส์ กล่าวถึงเรื่องนี้ชัดเจนเมื่อพรรณนาถึงการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมัยใหม่ว่า "ผู้ป่วยอาจจะร้องขอ พักผ่อนครวญหาความสงบ เรียกร้องขอสิทธิและศักดิ์ศรีของตนกลับคืน สิ่งที่เขาจะได้รับหาใช้สิ่งที่เขา เรียกร้องไม่ แต่กลับเป็นน้ำยาที่ฉีดเข้าตัวและน้ำเกลือที่ฉีดเข้าเส้น เครื่องนวดหัวใจ หรือไม่ก็การเจาะคอ เมื่อจำเป็น" และอีกตอนหนึ่งว่า "เขาเองกำลังถูกดูแลรักษาเหมือนกับตนเองเป็นวัตถุอะไรสักอย่างเขา ไม่ใช่คนอีกต่อไปแล้ว ใครต่อใครตัดสินใจให้เขาทั้ง ๆ ที่เขายังมีความสามารถที่จะคิดตัดสินใจด้วย ตนเองได้ แต่ถ้าเขาคัดค้าน เขานั้นแหละก็จะถูกบังคับให้กินยา ฉีดยา เพื่อให้หลับต่อไป" กล่าวอีกนัย หนึ่ง ผู้ป่วยถูกปฏิบัติอย่างไร้มนุษยธรรมมากขึ้นทุกที

- ผู้ป่วยไม่มีโอกาสที่จะได้ใช้ช่วงสุดท้ายของชีวิตให้เกิดคุณค่าแก่ตนเองเต็มที่ โดยเฉพาะในทาง จิตวิญญาณ
ช่วงสุดท้ายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมักเต็มไปด้วยความสับสนวุ่นวายเนื่องจากแพทย์และพยาบาล พยายามช่วยชีวิตให้ยืนนานต่อไป ผู้ป่วยไม่ได้รับโอกาสหรือการช่วยเหลือให้เกิดความสงบในจิตใจ หรือ เพื่อให้เข้าถึงภาวะอันลุ่มลึกในทางจิตวิญญาณ (เช่น การทำจิตให้ปล่อยวางชนิด "ดับไม่เหลือ" หรือ ผสานรวมกับสิ่งสูงสุดที่นับถือ) ซึ่งนอกจากจะช่วยบรรเทาความวิตกกังวลที่ตระหนกยามใกล้ตายแล้ว ยังอาจช่วยให้สามารถจัดการกับความเจ็บปวดทางกายได้ดีกว่ายา และเทคโนโลยีต่าง ๆ ของแพทย์ด้วย ยิ่งกว่านั้นการมีโอกาเตรียมจิตใจดังกล่าวยังอาจมีผลต่อสภาวะหลังการตายด้วย ไม่ว่าจะสภาวะของผู้ป่วยเอง หรือของญาติมิตรผู้ป่วย

4. แนวคิดใหม่ในการจัดการกับความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย

- การเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
คือการคำนึงถึงความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ผู้ป่วยมีสิทธิในการกำหนดวิธีการรักษา หรือจัดการกับตัวเอง โดยเฉพาะในยามที่เขาไม่รู้สึกรู้ตัว หรือสื่อสารกับผู้อื่นไม่ได้ แนวคิดนี้แตกต่างจาก กระบวนทัศน์หรือแนวคิดเดิม คือ
 - ความตายนั้นเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วย ไม่ควรอยู่ในกำมือหรืออำนาจการตัดสินใจของ แพทย์ ผู้ป่วยเป็นผู้รู้ดีที่สุดว่าความตายอย่างไร และเมื่อใดที่เหมาะสมกับตน
 - ความตายไม่ใช่สิ่งที่ต้องประวิงเวลาให้นานที่สุด คุณภาพของชีวิตเป็นสิ่งสำคัญกว่าการมีอายุ ยืนนานในสภาพที่ไร้ความรู้สึกหรือเหมือนนัตถุ
- การปล่อย หรือช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบตามธรรมชาติ
แนวคิดนี้นำไปสู่การปฏิบัติ 2 ด้าน คือ การเน้นเรื่องจิตใจ กับ การเน้นเรื่องกายภาพ

มิติด้านจิตใจ

เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตาย ผู้เกี่ยวข้องจะทำทุกอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบ พร้อมรับความตาย หรือ สามารถเผชิญกับความทุกข์จากความตายให้ได้มากที่สุด แนวคิดนี้จะให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมและจิตใจของผู้ป่วย

แนวคิดนี้แตกต่างจากกระบวนทัศน์ และแนวคิดเดิมคือ

- ความตายไม่ใช่ปัญหาหรือสิ่งน่ากลัว วิธีการชะลอความตายโดยไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วยต่างหากที่เป็นปัญหา หรือน่ากลัวกว่า
- ความตายไม่ใช่สิ่งที่ทุกข์ทรมานเสมอไป ความทุกข์จะมาก หรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับท่าที จิตใจ ของเรามากกว่าว่าจะเผชิญกับความตายอย่างไร
- ความตายไม่ใช่สิ่งเลวร้ายที่ต้องหลีกเลี่ยงให้ไกลที่สุดเสมอไป บุคคลสามารถใช้ประโยชน์จากความตายให้เกิดคุณค่าแก่ชีวิตโดยเฉพาะในทางจิตใจ หรือจิตวิญญาณ
- ความตายที่ดีมิใช่ตายอย่างปุบปับ หรือไม่รู้เนื้อรู้ตัว การที่บุคคลมีเวลาเตรียมใจรับความตาย ไม่ว่าจะมาในลักษณะใดต่างหากที่ช่วยให้ตายดี
- ความตายมิได้มีความหมายเพียงแค่ว่าเรื่องทางกายภาพเท่านั้น หากยังส่งผลต่อสภาพจิตใจ และเป็นโอกาสในการเข้าถึงความลุ่มลึกทางจิตวิญญาณด้วย นอกจากนี้มิติทางจิตใจของผู้ป่วยก็มีความสำคัญ และส่งผลต่อกระบวนการความตาย รวมทั้งกำหนดคุณภาพของความตายด้วย

- วิธีการจัดการกับความตายที่สำคัญมีได้อยู่ที่การเข้าไปแทรกแซงร่างกายของผู้ป่วย หรือทำให้ผู้ป่วยเป็นสิ่ง(object)รองรับวิธีการของแพทย์ หากอยู่ที่การสื่อสารสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ป่วย อยู่ในสถานะที่เป็น partner คือมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการกับความตายของตนเองด้วย (ดูรายละเอียดในวิธีปฏิบัติ)

มิติด้านกายภาพ

แนวคิดนี้เน้นมาตรการทางการแพทย์ แต่แทนที่จะใช้วิธีการทางการแพทย์ยึดลมหายใจของผู้ป่วยให้นานที่สุด ก็เปลี่ยนมาเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ไม่ให้มีความทุกข์ทรมานมากเกินไป

แนวคิดดังกล่าวแตกต่างจากกระบวนการทัศน์ และแนวคิดเดิมคือ

- เห็นว่าความตายไม่ใช่เรื่องน่ากลัวที่ต้องหลีกเลี่ยงให้ได้มากที่สุด
- การต่อให้ลมหายใจออกไปให้นานมีความสำคัญน้อยกว่าคุณภาพของชีวิตในยามใกล้ตาย
- ความตายเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยตัดสินใจเอง แพทย์เป็นผู้ช่วยเหลือตามประสงค์ของผู้ป่วย
- หน้าที่สำคัญของแพทย์มีได้อยู่ที่การช่วยรักษาชีวิตให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้เท่านั้น หากยังอยู่ที่การช่วยให้ความตายของผู้ป่วยในกรณีที่เหมาะสมแล้วเป็นไปด้วยดี

- **ความตายอย่างมีศักดิ์ศรี และสิทธิที่จะตาย**

แนวคิดนี้เห็นว่าวิธีการชะลอความตายแบบสมัยใหม่ทำลายศักดิ์ศรีของผู้คน แม้จะมีชีวิตแต่ก็เป็นชีวิตที่เป็นเสมือนวัตถุ คือ มีแต่ลมหายใจ หากไม่ก็ถูกทำให้ทรมานทุกข์ทรมานเพียงเพื่อต่อชีวิตไปไม่กี่ชั่วโมงหรือไม่กี่วันเท่านั้น แนวคิดนี้เสนอว่าคนเราควรตายอย่างมีศักดิ์ศรี คือ ตายโดยไม่ทุกข์ทรมาน และไม่ถูกกระทำเยี่ยงวัตถุ หรือมีสภาพเป็นผัก ช่วยตัวเองไม่ได้ หรือมีอาการอันน่าสมเพช แนวคิดนี้นำไปสู่ทัศนะเรื่องสิทธิที่จะตาย กล่าวคือ การจะต้องอยู่อย่างไรศักดิ์ศรี ทุกข์ทรมานหรือมีอาการน่าสมเพช บุคคลมีสิทธิที่จะตาย หรือเรียกร้องให้บุคคลที่เกี่ยวข้องช่วยให้ตนได้ตายอย่างมีศักดิ์ศรี

แนวคิดนี้แตกต่างจากกระบวนการทัศน์และแนวคิดเดิมคือ

- เห็นว่าความตายไม่ใช่เรื่องน่ากลัวที่ต้องประวิงเวลาให้เกิดขึ้นช้าที่สุด
- คุณภาพของชีวิตสำคัญกว่าระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่
- บุคคลมีสิทธิที่จะกำหนดความตายของตน หากใช้แพทย์เป็นผู้กำหนดไม่

5. แนวคิดใหม่ในภาคปฏิบัติ

- **การเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง**

วิธีการที่สะท้อนแนวคิดนี้อย่างชัดเจนก็คือ การทำพินัยกรรมสำหรับยามเจ็บป่วย หรือ Living Wills พินัยกรรมดังกล่าวจะระบุว่า หากผู้ป่วยประสบเหตุจนไม่รู้ตัว จะอนุญาตให้แพทย์และพยาบาลทำการรักษาด้วยวิธีใดหรือเงื่อนไขใดบ้าง และวิธีใดหรือเงื่อนไขใดที่จะไม่ยินยอมให้รักษา ซึ่งรวมไปถึงการกำหนดไม่ให้ช่วยชีวิตด้วยวิธีการใด ๆ หากผู้ป่วยอยู่ในสภาพใกล้ตาย

- **การปล่อย หรือช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ**

วิธีการที่เน้นด้านจิตใจ ได้แก่

- การพาผู้ป่วยกลับไปบ้าน ได้มาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ตนคุ้นเคย รวมทั้งอยู่ท่ามกลางลูกหลานญาติมิตร หรือคู่ครองที่ตนมีความผูกพันด้วย
- การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ใกล้ชิด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสเล่าความในใจที่ค้างค้ำ รวมทั้งมีโอกาสปลดปล่อยทั้งภาระ (ทางร่างกาย ครอบครัวยุ และภาระทางใจ) ตลอดจนปลดปล่อยความกังวลชุ่นเคืองใจที่เคยสะสมอยู่แล้ว ขณะเดียวกันผู้ใกล้ชิดก็จะได้มา

ช่วยให้กำลังใจผู้ป่วย แนะนำให้ปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ ไม่เก็บมาเป็นอารมณ์ ตลอดจนได้แสดงความรัก ความเชื่อมั่นต่อเขา และความยอมรับตัวเขา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และปล่อยวางความรู้สึกไม่ดีเกี่ยวกับตนเองได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ผู้ใกล้ชิดยังอาจช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงศักยภาพในทางจิตวิญญาณของตน และใช้ศักยภาพนี้ให้เต็มที่ในภาวะวิกฤต

- การจัดตั้งสถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice) เป็นการพาผู้ป่วยใกล้ตายมาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร แทนที่จะอยู่ในห้องไอซียูหรือสถานที่ที่เต็มไปด้วยเครื่องจักร ผู้คนที่ตนไม่รู้จัก และภายใต้ระเบียบการขั้นตอนแบบราชการที่คำนึงถึงความสะดวกของแพทย์และพยาบาลมากกว่าความรู้สึกของผู้ป่วย นอกจากการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความรู้สึกของผู้ป่วยแล้ว ยังมีการรักษาพยาบาลเพื่อลดทอนความเจ็บปวด และมีการให้คำแนะนำทางจิตใจด้วย
- การนำวิธีทางศาสนามาช่วยผู้ป่วย เช่น แนะนำให้ผู้ป่วยได้ทำบุญกุศล และฝึกสมาธิภาวนา เพื่อให้มีสติรู้ตัวแจ่มชัด ไม่ปล่อยให้ความทุกข์ความวิตกกังวลครอบงำ หรือให้มีสมาธิ สามารถกำหนดจิตขมกลั้นระงับความเจ็บปวดไว้ได้ รวมทั้งให้มีปัญญาตระหนักถึงความจริงของชีวิต ยอมรับความตายได้ว่าเป็นเรื่องธรรมดา ตลอดจนสามารถพิจารณาไตร่ตรองจนเห็นชัดถึงความหมาย หรือสาระที่แท้ของชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ไม่หวั่นหวาดความตาย

วิธีการที่เน้นด้านกายภาพ ได้แก่

- การมีแพทย์ประจำบ้าน (family doctor) คือ แพทย์ที่รู้จักผู้ป่วยดีทั้งในแง่ประวัติความเจ็บป่วย และทัศนคติหรือคุณค่าที่ยึดถือ การรู้ประวัติความเจ็บป่วย และสุขภาพของผู้ป่วยใกล้ตายนั้น จะช่วยให้แพทย์รู้ว่าผู้ป่วยนั้นจะสามารถตายในลักษณะใดได้บ้าง เพราะโรค ๆ หนึ่งนั้นสามารถจะทำให้คนเราตายได้หลายลักษณะ การรักษาก็มีหลายแบบหลายขั้นตอน รวมทั้งหากจะต้องตายก็มีวิธีการมากมายที่จะส่งผลให้ตายแตกต่างกันออกไป แพทย์ประจำบ้านอยู่ในวิสัยที่จะช่วยให้แต่ละคนตายในวิถีทางของตน หรือตายในแบบที่เหมาะสมกับตน ซึ่งจะทำเช่นนั้นได้ แพทย์จะต้องรู้จักนิสัยใจคอของผู้ป่วย รวมทั้งรู้ถึงปรัชญาชีวิต และคุณค่าที่เขายึดถือด้วย
- passive euthanasia ได้แก่ การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ โดยแพทย์เป็นผู้ถอดเครื่องช่วยหายใจ และเครื่องช่วยชีวิตอื่น ๆ หรือรวมถึงการถอดท่อให้น้ำและอาหาร
- active euthanasia ได้แก่ การที่แพทย์ดำเนินการที่มีผลโดยตรงให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิต เช่น ฉีดยาบางอย่างเข้าไปที่ทำให้ตายเร็วเข้า เพื่อลดความทุกข์ทรมาน
- doctor-assisted suicide คือ การที่ผู้ป่วยขอให้แพทย์ดำเนินการช่วยเหลือให้ตนถึงแก่ความตายอย่างรวดเร็ว เช่น จดหายาหรืออุปกรณ์สำหรับปลิดชีวิต โดยผู้ป่วยเป็นผู้ลงมือในขั้นตอนสุดท้าย (euthanasia ทั้งแบบ passive และ active) ผู้ดำเนินการคือ แพทย์ (หรือพยาบาล) โดยผู้ป่วยอาจจะรู้ตัวหรือหมดสติ(โคม่า)ไปแล้วก็ได้ ผู้ที่ตัดสินใจอาจเป็นได้ทั้งผู้ป่วยหรือญาติ

6. ความเคลื่อนไหวในสังคมไทย

- พินัยกรรมสำหรับยามเจ็บป่วยหรือ Living Wills มีการพูดถึงมากขึ้น และมีการทำกันบ้างแล้ว แต่ยังไม่เป็นที่ยอมรับทั้งโดยแพทย์และญาติเท่าใดนัก
- การนำผู้ป่วยมาตายที่บ้านยังไม่เป็นที่นิยมเนื่องจากไม่สะดวกต่อญาติพี่น้อง
- สถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเริ่มมีมากขึ้นแล้ว โดยเฉพาะหลังจากที่มีผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น แต่ก็ยังไม่แพร่หลายเท่าใด

- การนำวิธีทางศาสนามาใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการทำอยู่โดยทั่วไป แต่เน้นเฉพาะการทำบุญ แต่ยังไม่มียุติการแนะนำอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะด้านการเตรียมใจหรือฝึกใจรับความตาย วิธีนี้คนทั่วไปมักนึกถึงพระสงฆ์ แต่ก็มีข้อจำกัดทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ คือนอกจากจะนิมนต์พระสงฆ์มาช่วยเหลือด้านนี้ได้ไม่มาก และไม่สะดวกแล้ว พระสงฆ์ที่เต็มใจจะช่วยเหลือด้านนี้ได้ก็มีทักษะไม่มาก เนื่องจากไม่ได้ฝึกฝนมาในเรื่องนี้โดยตรง
- การส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ใกล้ชิด ยังเกิดขึ้นได้ไม่มากนักเนื่องจากผู้ใกล้ชิด ไม่รู้วิธีที่จะพูดคุยกับผู้ป่วย อีกทั้งไม่รู้วิธีที่จะจัดการกับอารมณ์ของตนได้ด้วย
- มีบางคณะเช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (มอ.หาดใหญ่) และโรงพยาบาลรามาริบัติ ได้จัดหาและฝึกฝนบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้คำแนะนำทางจิตใจแก่ผู้ป่วยใกล้ตายและญาติมิตร รวมทั้งมีการติดตามผู้ป่วยไปจนถึงบ้านด้วย
- แพทย์ประจำบ้าน (family doctor) ดูเหมือนจะมีน้อยมากในเมืองไทย และที่มีบทบาทในการนำผู้ป่วยให้ตายในแบบที่เหมาะสมกับตนเอง น่าจะมีน้อยอย่างยิ่ง
- การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ไม่ว่าจะ euthanasia และ doctor-assisted suicide เท่าที่ทราบยังมีไม่มากนัก และยังมีได้เป็นประเด็นถกเถียงมากเท่าใดในสังคมไทย เนื่องจากเป็นเรื่องที่ถือว่าผิดศีลธรรมโดยเฉพาะ active euthanasia และ doctor-assisted suicide

7. บุคคลและองค์กรที่มีศักยภาพในการเคลื่อนไหว

ข้อมูลที่มีขณะนี้ ได้แก่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน, ชมรม 100 ปี ฯ, วัดพระบาทน้ำพุ(พระอลงกต), สถาบันบำบัดผู้ป่วยเอ็ดส์ของพระพงษ์เทพ (จ.เชียงใหม่), คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (มอ.หาดใหญ่), โรงพยาบาลรามาริบัติ

8. ข้อเสนอเพื่อการปรับกระบวนการทัศน์

- 1) การสร้างความรู้และการวิจัย
 - การศึกษาวิจัยปฏิกิริยาของผู้ป่วยในภาวะใกล้ตาย
 - การศึกษาวิจัยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในบริบทสังคมไทย โดยใช้วิธีบูรณาการทั้งทางการแพทย์ ทางจิตใจ และทางความสัมพันธ์
 - การศึกษาวิจัยเพื่อหามาตรการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตายอย่างสงบ เช่น
 - มาตรการทางเศรษฐกิจสังคมเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้มีสถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มากขึ้น
 - มาตรการสร้างบุคลากรเพื่อทำหน้าที่แนะนำหรือฝึกฝนให้มีการช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ป่วยใกล้ตาย
 - มาตรการทางกฎหมายที่สนับสนุนรับรองพินัยกรรมสำหรับยามเจ็บป่วย
- 2) การเคลื่อนไหวสังคม
 - การจัดประชุมบุคคลและองค์กรที่สนใจเรื่องนี้เพื่อแลกเปลี่ยนความเห็น และผลักดันให้เกิดมาตรการต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตายอย่างสงบ
- 3) การปรับโครงสร้างและการเมือง
 - การผลักดันให้เกิดกฎหมายที่รับรองพินัยกรรมสำหรับยามเจ็บป่วย รวมทั้งการผลักดันให้

สถานของรัฐมีมาตรการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการรักษาและตายที่บ้าน เช่น จัดหาบุคลากรทางไปให้คำแนะนำแก่ญาติพี่น้องหรือผู้ป่วยที่บ้าน หรือให้การสนับสนุนทางด้านการเงินและยา

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย - ปัญหาหรือโอกาสพัฒนา

นายแพทย์พรเลิศ ฉัตรแก้ว ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในทางศาสนาสมาคมของชีวิต คือ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย มีเป็นพัฒนาการที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เช่นเดียวกับใบไม้เขียวสดเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลและเริ่มแห้งกรอบ เมื่อการแพทย์มีความเจริญทางด้านวัตถุสูงขึ้นอาจทำให้เกิดความเข้าใจว่าเราจะฝืนความเป็นจริงดังกล่าวได้ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายความพยายามหน่วงเหนี่ยวการตายอาจนำไปสู่ความขัดแย้งและเป็นทุกข์ ในทางตรงกันข้ามการเร่งความตายด้วยวิธีการผิดธรรมชาติเป็นอนุศลกรรมที่ร้ายแรง การแสวงหาทางสายกลาง หรือวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมแก่เหตุปัจจัยในสภาพสังคมไทยจะเป็นการสร้างโอกาสอันดีงามที่ทำให้ผู้ป่วย ญาติมิตร ได้พบความสุขสงบ และสว่าง และหลีกเลี่ยงการตายที่ว้าวุ่นทรมาน

การสิ้นสุดของชีวิต

เดิมการสิ้นสุดของชีวิตไม่มีปัญหาในแง่ของกฎหมาย แต่ต่อมาเทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถช่วยการหายใจ และประคับประคองระบบไหลเวียนโลหิตให้อยู่ได้เป็นเวลานาน แม้ผู้ป่วยจะมีความล้มเหลวของระบบอวัยวะอื่นอย่างรุนแรง เช่น กรณีของสมองตาย แนวทางของแพทยสภาได้ช่วยแก้ปัญหาทางข้อกฎหมาย เพราะภาวะดังกล่าวได้รับการยอมรับเสมือนหนึ่งว่าผู้ป่วยได้เสียชีวิตแล้ว อย่างไรก็ตามมีหลายสภาวะซึ่งโรคมีความรุนแรงแต่ไม่ถึงขนาดสมองตาย แต่ไม่สามารถดำรงอยู่ด้วยตนเอง และไม่มีคุณภาพชีวิตเช่นคนปกติ การเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายโดยตั้งใจ ทั้งโดยวิธีการ euthanasia หรือ assisting suicide เป็นความผิดตามกฎหมายของเกือบทุกประเทศรวมทั้งประเทศไทย อย่างไรก็ตามการปรับแผนการรักษาซึ่งไม่มีประโยชน์เพื่อให้ความเจ็บป่วยและกระบวนการตายของบุคคลดำเนินไปตามครรลองธรรมชาติ เช่น การจำกัดการรักษา (withholding therapy) หรือ การหยุดให้การรักษา (withdrawal therapy) ยังมีปัญหาในประเทศไทย แนวทางดังกล่าวได้รับการรับรองตามกฎหมายของประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ เช่น แคนาดา หรือสหรัฐอเมริกา การปรับแผนการรักษามีความแตกต่างสำคัญจาก euthanasia ตรงที่เจตนาไม่ใช่ว่าทำให้สิ้นสุดชีวิตโดยตรง แต่เป็นการทำให้สิ้นสุดของการรักษาที่ไร้ประโยชน์ทั้งในแง่ของการอยู่รอดหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลที่ให้เป็นเพียงการยืดการตายเท่านั้น เวชปฏิบัติในประเทศไทยจำเป็นต้องมีการระดมความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อให้การดูแลเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และลดความเสี่ยงของในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

ลักษณะของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การกล่าวถึงผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความสับสนหลายประการ เช่น การใช้คำว่า "ผู้ป่วยใกล้ตาย" มีปัญหาว่าไม่มีใครรู้ถึงเวลาที่จะตายจริง ๆ ผู้พูดอาจจะตายก่อนผู้ที่ถูกกล่าวถึงก็เป็นไปได้ หรือการใช้คำว่า "ผู้ป่วยที่สิ้นหวัง" ก็มีความสับสนว่าเป็นความหวังของใคร แพทย์ หรือผู้ป่วย ในทางพุทธศาสนายังให้โอกาสบุคคลเข้าถึงสัจธรรมแม้ในช่วงลมหายใจสุดท้ายของชีวิต แม้แต่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญก็มีความเห็นที่ไม่ตรงกันในเรื่องของ medical futility ดังนั้นในที่นี้เราจะกล่าวถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นคำที่หมายรวมถึงผู้ป่วย 3 กลุ่ม คือ

1. **ผู้ป่วยอาการหนักกำลังจะเสียชีวิต (imminent death)** ได้แก่ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่รุนแรงไม่กลับคืน และคาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน โดยไม่มีช่วงที่อาการดีขึ้นเลย เช่น ผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
2. **ผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังรุนแรง (lethal condition)** ได้แก่ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่ลุกลามรุนแรงรักษาไม่หาย และคาดว่าจะเสียชีวิตภายใน 3-6 เดือน เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย ผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะ

สุดท้าย ผู้ป่วยเหล่านี้แม้ไม่สามารถรักษาให้ความเจ็บป่วยดังกล่าวหายได้ แต่ควรให้การรักษาในกรณีของความเจ็บป่วยแทรกซ้อนที่รักษาหายได้ภายใต้เป้าหมายที่ชัดเจนและเป็นจริง

3. **ผู้ป่วยพิการรุนแรงทางสมอง (severe, irreversible condition)** ได้แก่ผู้ป่วยที่มีการเจ็บปวดรุนแรงทางสมองถึงขั้นไม่รู้สึกรู้ตัวหรือไม่รับรู้ แต่สามารถมีชีวิตอยู่ได้เกินหลายเดือน เช่น ผู้ป่วย persistent vegetative state หรือ severe dementia

ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วิทยาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าขึ้นไม่ได้ทำให้สัดส่วนผู้ป่วยที่หมดหวังลดลงแต่กลับมากขึ้น เนื่องจากมีความผิดปกติรูปแบบใหม่ ๆ เกิดขึ้น หรือผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้น ปัญหานี้เด่นชัดมากขึ้นในภาวะที่ทรัพยากรถูกจำกัดส่วนทางกับความคาดหวังที่เพิ่มสูงขึ้นของผู้ป่วยและสังคม ปัญหาการดูแลอาจแบ่งใหญ่ๆ ได้เป็น 2 ด้าน

1. การรักษาที่มุ่งทางใดทางหนึ่งจนเกินไป (overtreatment) เทคโนโลยีทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่ามนุษย์เก่งเหนือธรรมชาติ ความรู้สึกท้อหรือแรงจูงใจจากภายนอกทำให้เกิดแนวโน้มที่จะให้การรักษาอย่างเกินพอดี ความรู้สึกกลัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตทำให้ไม่ยอมหยุดและพยายามยืดเวลาของกราฟสัญญาณชีวิต การรักษาดังกล่าวมีผลกระทบต่อความทุกข์ทรมาน คุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย มีผลเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายและสร้างหนี้สินให้ครอบครัว มีผลต่อทัศนคติและความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนไปของคนในสังคม
2. การทอดทิ้งผู้ป่วย (abandonment) การรู้สึกว่าการรักษาอย่างไรไม่หาย ทำให้คิดว่าไม่ต้องทำอะไรให้ผู้ป่วยแล้ว เพราะทำไปก็ไม่เกิดประโยชน์ แท้จริงแล้วผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตมีความทุกข์ทรมานทั้งทางกาย โดยเฉพาะเรื่องความเจ็บปวด ความไม่สามารถที่จะดื่มกิน ขับถ่าย หรือแม้แต่การหายใจ มีการบีบคั้นทางจิตใจ ทางสังคมเศรษฐกิจ และมีการสูญเสียความหวังของชีวิต ในระยะนี้ผู้ป่วยมีความกลัวการถูกทอดทิ้งมากที่สุด ผู้ให้การดูแลไม่ควรมุ่งหวังแต่การรักษาโรคด้วยเทคโนโลยีที่ยิ่งโตเด็ดยุคผู้ป่วยจากคนรอบข้าง ในอีกด้านหนึ่งการตายที่บ้านมีข้อดีในการตอบสนองด้านจิตใจและสังคมแต่อาจเกิดปัญหาความทุกข์ทรมานเนื่องจากโรค ดังนั้นปัญหาไม่ได้อยู่ที่ว่าตายที่ไหน แต่ทำอย่างไรจึงจะตอบสนองความทุกข์ทรมานให้ครอบคลุมครบทุกมิติ

แนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สิ่งสำคัญประการแรก คือ การประเมินปัญหาข้อจำกัด และความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว การหาวิธีที่จะบอกความจริงที่เหมาะสมจะนำไปสู่การวางเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทุกฝ่าย การพยายามหลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้ป่วยหรือญาติได้รับรู้ปัญหาที่แท้จริงเป็นเพียงการยืดระยะเวลาการรับรู้ ซึ่งอาจมีผลต่อกระทบต่อความสัมพันธ์ในการดูแลต่อไป มีผลลดเวลาที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้ปรับตัวปรับใจ การบรรลุเป้าหมายของชีวิต และการอโหสิกรรม การดูแลผู้ป่วยช่วงนี้ต้องเข้าใจกลไกการปรับตัวของแต่ละคน

ในมุมมองของผู้ป่วยแต่ละคนการดูแลในระยะนี้มักเป็นการผสมผสานระหว่างการดูแลในโรงพยาบาล การดูแลแบบทางเลือกรักษาพยาบาล และการดูแลด้วยตนเองที่บ้าน แนวทางการรักษาประคับประคองแบบครอบคลุมทุกด้าน (palliative care) เป็นทางเลือกที่สำคัญในปัจจุบัน การทำงานควรเป็นทีมที่มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้สามารถรองรับปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวในทุกด้าน ได้แก่ แพทย์ผู้รักษาโดยตรง กลุ่มแพทย์ผู้สนับสนุนด้านการดูแลอาการเช่น รังสีแพทย์ วิทยุแพทย์ แพทย์เวชบำบัดวิกฤต จิตแพทย์ บุคลากรด้านพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักการศาสนา และอาสาสมัคร ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตควรเริ่มการดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบทั้งกาย ใจ จิตวิญญาณ และสังคมไปพร้อม

กับการดูแลโรคตั้งแต่เริ่มแรก เมื่อความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การเปลี่ยนจากความตายที่ว่าเหว่ทรนทรุ ร้ายเป็นความตายที่สงบและมีศักดิ์ศรีเป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับชีวิตที่กำลังจากไป และจะเป็นการเริ่มต้นใหม่ อย่างเข้มแข็งสำหรับชีวิตที่เหลืออยู่

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีปัญหาเรื่องความขัดแย้ง ทั้งในระดับผู้ให้การรักษาด้วยกัน ผู้รักษามีกับผู้ป่วยและญาติ และในระดับของผู้ป่วยและญาติเอง

ข้อสังเกตในการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้งได้แก่

1. ขอความเห็นหรือเปิดรับความคิดเห็นทั้งจากทีมแพทย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทั้งด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ
2. การตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตและความตายมักต้องใช้เวลา เพื่อดูการคลี่คลายของสถานการณ์ การหาข้อมูลเพิ่มเติม และแสวงหาวิธีดำเนินการที่เหมาะสม การตัดสินใจเร็วเกินไปอาจทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้ง โดยทั่วไปมักตัดสินใจไม่ได้ในครั้งแรก การศึกษาในประเทศแคนาดา พบว่าใช้เวลาเฉลี่ย 3-4 วัน
3. ตรวจสอบให้เกิดการตัดสินใจที่สมดุล โดยผู้รักษาเองอาจมีข้อมูลเรื่องประโยชน์และโทษของการรักษาหรือไม่รักษา แต่ควรระวังแนวโน้มในการตัดสินใจเรื่องชีวิตและความตายในทัศนะของการแพทย์แบบจักรกลแทนเจ้าของชีวิตเอง (paternalism) ควรเปิดประตูความคิดเรื่องความต้องการ ข้อจำกัด และสิทธิของเจ้าของชีวิต (autonomy) และต้องคำนึงถึงบริบทของสังคม (social context) โดยเฉพาะเรื่องความเป็นธรรมกับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย (justice) เช่น ผู้ป่วยอื่นที่จะได้รับผลกระทบ ผู้ที่ต้องจ่ายค่ารักษาไม่ว่าจะเป็นเงินส่วนตัว ภาษี หรือบริษัท ประกัน

แนวทางการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พวกเราทุกคนหลีกเลี่ยงความตายไม่พ้น แต่เคยถามตัวเองไหมว่าอะไรคือการตายดี ถ้าเป็นตนเองอยู่ในโรงพยาบาลอยากจะได้การปฏิบัติอย่างไร ในประเทศไทยยังไม่ได้มีการขบคิดถึงเรื่องนี้ให้ครอบคลุมทุกมิติอย่างเข้มข้น ในระยะนี้เราใช้แนวคิดสากลเรื่องการตายดีคือการมุ่งหวังให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสุขสงบพร้อมเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dying in peace with dignity)

1. การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหรือทรมานอย่างเต็มที่ในทุกๆ ระยะของโรค (control of pain or with other treatable symptoms) ทั้งนี้การกระทำนั้นต้องไม่มีเจตนาเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร ไม่ว่าจะเป็นการกระทำโดยตรงของแพทย์ (euthanasia) หรือแพทย์สนับสนุนให้เกิดการกระทำนั้น (assisted suicide)
2. การเลือกระดับการใช้เทคโนโลยีเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (appropriate use of life-sustaining technology) ตามการพยากรณ์โรค ค่านิยม และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้ไม่ควรเห็นยวรั้งการตายตามธรรมชาติ (prolonged death) อันอาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น
3. การประสานงานในระหว่างทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครอบคลุมทั้งด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และควรมีการให้ข้อมูลที่จริงแก่ผู้ป่วยหรือครอบครัว เพื่อให้สามารถร่วมวางแผนและตัดสินใจเลือกการรักษาที่เหมาะสม

สรุป

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านหนึ่งเป็นความเกี่ยวข้องกับความรักที่ทรนทานและปัญหาความขัดแย้งหลายระดับ แต่ในอีกด้านหนึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนาของบุคคลและสังคมที่เกี่ยวข้อง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นโอกาสในการพัฒนาสำนึกและภาพลักษณ์ของวิชาชีพ (professional development) และเป็นการพัฒนาจิตใจและจิตวิญญาณร่วมกันของครอบครัวและชุมชน อันนำไปสู่สังคมที่สันติสุขและมีการดูแลบุคคลได้ดีตั้งแต่เกิดจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต