

บทเรียนจากการฝึกซ้อมการเยี่ยมสำรวจ (SiT)

กรกฎาคม 2546

พรพ.จัดโปรแกรมสำหรับฝึกซ้อมการเยี่ยมสำรวจให้แก่ผู้เยี่ยมสำรวจทั้งใหม่และเก่า เพื่อให้เกิดมาตรฐานของการเยี่ยมสำรวจ ลดความแตกต่างหลากหลายระหว่างตัวบุคคล รวมทั้งเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของการเยี่ยมสำรวจ

ในแต่ละครั้งจะพบกรณีซึ่งเป็นบทเรียนที่น่าสนใจ จึงได้สรุปไว้เพื่อการเรียนรู้สำหรับผู้เยี่ยมสำรวจทุกท่าน บทเรียนในเอกสารนี้มีได้รวมถึงเนื้อหาจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งทำให้ได้ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงต่างๆ

เริ่มจากผู้ป่วย

กรณีตัวอย่างต่อไปนี้เป็นเพียงตัวอย่างเพื่อนำเสนอแนวทางการ approach ข้อมูลบางอย่างอาจจะไม่ตรงกับข้อเท็จจริงทั้งหมด

1. เริ่มด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วยว่าเป็นอะไรมา หมอทำอะไรให้ หมอบอกว่าอย่างไร เมื่อไรจะได้กลับบ้าน ผู้ป่วยชายรายหนึ่งได้รับการผ่าตัด craniotomy และมีแผลติดเชื้อ จึงเห็นโอกาสที่จะประเมินระบบการเฝ้าระวัง NI เมื่อถามถึงการรายงาน NI ก็ได้รับข้อมูลว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยกลับไปบ้าน แล้วเอามือเกาจนแผลฉีก ทำให้เกิดการติดเชื้อ

ข้อมูลนี้ทำให้ยากลำบากขึ้นในการตัดสินใจว่าการติดเชื้อรายนี้เป็น การติดเชื้อในโรงพยาบาลหรือไม่ แม้ว่าการติดเชื้อนั้นจะเกิดขึ้นที่แผลผ่าตัดที่ทำในโรงพยาบาลก็ตาม

อย่างไรก็ตามประเด็นที่น่าสนใจเปลี่ยนไปสู่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยว่า ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ได้มีการประเมินผู้ป่วยอย่างไร มีการเตรียมตัวผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนซึ่งเกิดจากการควบคุมตนเองไม่ได้ คำตอบที่ได้รับก็คือผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุ ครั้งที่แล้วได้รับการดูแลอยู่ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 2

ความสนใจจึงเปลี่ยนจากการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ไปสู่การ **feed back** ข้อมูลระหว่างหน่วยงาน คำถามที่เกิดขึ้นคือ “หากหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 2 ได้รับข้อมูลเหตุการณ์ผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลซ้ำครั้งนี้ จะมีผลต่อการปรับปรุงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือไม่ เรามีระบบที่จะ feed back ข้อมูลให้หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยก่อนหน้าเราอย่างไร”

สรุประบบที่ควรพัฒนาซึ่งจุดประกายจากผู้ป่วยรายนี้:

2. จากผู้ป่วยรายที่ผ่านมาทำให้ไม่สามารถประเมินระบบการเฝ้าระวัง NI ได้ จึงได้ขอให้นำตัวอย่างการเฝ้าระวัง SSI ในผู้ป่วยรายอื่นมาให้ดู ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัด cholecystectomy ครั้นเมื่อวันที่ 15 ก.ค. พบว่ามีหนองออกจากแผลผ่าตัดจึงได้ส่งหนอง c/s 3 วันต่อมาได้รับผลว่า no growth

ได้ถาม ICWN ว่าผู้ป่วยรายนี้จะวินิจฉัยว่า NI ได้หรือยัง ในช่วงแรกดูจะยังไม่ค่อยมั่นใจนัก คำตอบออกมาในลักษณะว่าจะต้องขอปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้กับ ICN ก่อน

เมื่อกระตุ้นให้นึกถึง criteria ของการติดเชื้อแผลผ่าตัดว่าหากพบว่ามีหนองออกจากแผลผ่าตัดก็สามารถวินิจฉัยได้แล้ว ICWN ค่อยมีความมั่นใจมากขึ้น

ได้ถามว่าในกรณีนี้มีการบันทึกข้อมูลอะไรไว้ในแบบบันทึกการเฝ้าระวัง พบว่ามีการบันทึกทั้งการผ่าตัด อาการที่มีหนองออกจากแผลผ่าตัด และผล c/s อย่างไรก็ตาม แบบบันทึกนี้อาจจะทำให้ยากในการเชื่อมโยงการติดเชื้อมี procedure ที่ได้กระทำ เพราะจะมี procedure หลายอย่างรวมอยู่ด้วยกัน เช่น การผ่าตัด การใส่สายสวนปัสสาวะ

เมื่อถามว่าหากจะบันทึกว่าผู้ป่วยรายนี้เป็น NI จะบันทึกลงตรงไหน ตำแหน่งที่จะบันทึกคือส่วนล่างขวาของแบบบันทึก โดยระบุว่า มี NI หรือไม่ เป็นที่ตำแหน่งใด และลงชื่อผู้บันทึก ถามว่าเมื่อไรรายนี้จะบันทึกสรุปว่ารายนี้มีการติดเชื้อ คำตอบดูเหมือนยังคงต้องการความมั่นใจจากแพทย์และ ICN

ได้พยายามถามหาว่าผู้ป่วยรายนี้มีการสรุปว่าเป็น NI แล้วหรือไม่ บางคนตอบว่ามีการบันทึกในคอมพิวเตอร์ เมื่อขอดูข้อมูลที่บันทึกไว้ ได้คำตอบว่าระบบคอมพิวเตอร์ยังไม่สมบูรณ์ ยังต้องใช้ระบบกระดาษอยู่

ICN ยืนยันว่าหน้าที่การสรุปเป็นของ ICWN โดย ICN จะมาทบทวนให้เดือนละครั้ง คำถามที่ได้รับคำตอบยังไม่ชัดเจนนักก็คือ “เมื่อไรที่จะต้องให้ ICN มาช่วยยืนยันการวินิจฉัย NI” “จากแบบบันทึกที่ใช้อยู่ จะทราบได้อย่างไรว่าผลการวินิจฉัย NI นั้นเป็นสิ่งที่มั่นใจได้ หรือจะต้องมีการทบทวนซ้ำ” “จากระบบที่เป็นอยู่ มั่นใจได้อย่างไรว่าผู้ป่วยรายนี้จะได้รับการบันทึก NI ไว้ในระบบ มีโอกาสที่จะเกิด under report เพียงใด”

สรุประบบที่ควรพัฒนาซึ่งจุดประกายจากผู้ป่วยรายนี้:

3. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่งเสียงค่อนดังและพูดจาไม่ค่อยรู้เรื่อง เมื่อถามพยาบาลว่าผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวเพราะเหตุใด เป็นมาตั้งแต่เมื่อไร ได้รับคำตอบว่าตอนก่อนผ่าตัดก็มีอาการอยู่บ้างแล้ว คิดว่าเป็นเพราะผู้ป่วยมีอายุมาก มี senile dementia เมื่อดูบันทึกของพยาบาลไม่พบว่ามีภาวะระบุปัญหาไว้

ถามว่าอาการพูดจาไม่ค่อยรู้เรื่องนี่จะเป็นผลมาจากการผ่าตัดหรือโรคของผู้ป่วยได้หรือไม่ คำตอบคือไม่ค่อยแน่ใจนัก

จากบันทึกของพยาบาลพบว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบและไอ จากการซักถามพบว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมาตั้งแต่ก่อนผ่าตัดแล้ว แต่วันนี้มีอาการไอมากขึ้น เสียงไอของผู้ป่วยแสดงว่ามีเสมหะค่อนข้างมาก ถามพยาบาลว่าสามารถฟังเสียง breath sound ได้หรือไม่ พยาบาลรับว่าทำได้ จากการฟังพบว่า wheezing ที่ปอดข้างขวา

เป็นที่น่าชื่นชมในศักยภาพของพยาบาลในการประเมินผู้ป่วย คำถามที่เกิดขึ้นก็คือ “จะสื่อสารข้อมูลนี้ให้แพทย์เจ้าของไข้อย่างไร หากแพทย์เจ้าของไข้มีภารกิจที่จะต้องผ่าตัดอยู่ในห้องผ่าตัด และอาจจะไม่ได้มา round ward อีกในวันนี้ ระบบเราวางไว้อย่างไรเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยรายนี้ และจะวางระบบเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในลักษณะนี้ได้อย่างมีคุณภาพได้อย่างไรในอนาคต ระบบประสานกับอายุรแพทย์โดยที่ศัลยแพทย์ไม่สามารถเป็นผู้รักษาด้วยตนเองได้จะอย่างไร”

สรุประบบที่ควรพัฒนาซึ่งจุดประกายจากผู้ป่วยรายนี้:

4. ผู้ป่วยเป็นนักมวย ถูกเตะที่หน้าท้องและทำให้มีการฉีกขาดที่ลำไส้เล็กส่วนต้น (ruptured 1st part jejunum) แพทย์ได้ทำการผ่าตัดเย็บซ่อมให้หลังจากการบาดเจ็บ 2 วัน หลังผ่าตัดประมาณ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยยังคงใส่ NG tube และได้รับ hyperalimentation

เมื่อวันที่ผ่านมา มีเลือดออกจาก penrose drain และน้ำที่ออกทาง NG tube มีสีดำ พยาบาลได้ irrigate stomach จนใสและพบว่าไม่มีเลือดออกมามากอีก เมื่อถามว่า “ในการ irrigate stomach นั้นเป็นคำสั่งของแพทย์หรือไม่” ได้รับคำตอบว่าเป็น routine ที่ปฏิบัติกันอยู่หากน้ำที่ออกทาง NG tube มีสีดำ เมื่อถามว่า routine นี้ครอบคลุมกรณีที่มีการตัดต่อหรือเย็บซ่อมลำไส้ด้วยหรือไม่ ได้รับคำตอบว่าแพทย์ยืนยันว่ารอยเย็บที่ลำไส้มีความแข็งแรงดี

จากการตรวจสอบดู vital sign พบว่าผู้ป่วยมีชีพจรขึ้นสูงตั้งแต่ตอนบ่ายเมื่อวาน และสูงมากในตอนตี 2 และในเช้าวันนี้ผู้ป่วยเริ่มมีไข้ขึ้น จากการสอบถามผู้ป่วย ผู้ป่วยบอกรู้สึกท้องอืดมากขึ้นกว่าเดิม

ในเช้าวันนี้แพทย์ได้สั่งเปลี่ยนยาต้านจุลชีพ จาก genta เป็น cef-3 ได้ถามพยาบาลว่าทราบเหตุผลหรือไม่ว่าเหตุใดแพทย์จึงเปลี่ยนยา แพทย์กำลังรักษาการติดเชื้อที่ได้อยู่ คำตอบคือไม่ทราบ ได้ถามต่อว่า “จะดีหรือไม่หากพยาบาลทราบว่าแพทย์สงสัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งใด จะทำให้การวางแผนการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ดีขึ้นหรือไม่”

เนื่องจากวันนั้นเป็นวันหยุด จึงได้ถามพยาบาลว่า “ในกรณีอย่างนี้มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะทรุดลงอย่างรวดเร็วหรือไม่ มีข้อบ่งชี้หรือไม่ว่าเมื่อใดจะต้องรายงานแพทย์โดยด่วน” คำตอบดูเหมือนว่าจะต้องรอแพทย์มาดูผู้ป่วยในวันรุ่งขึ้น

สรุประบบที่ควรพัฒนาซึ่งจุดประกายจากผู้ป่วยรายนี้:

5. ที่ปรึกษาขอให้ทีมงานเลือกผู้ป่วยรายหนึ่งที่มีความ concern มากที่สุดมา และให้เล่าว่าอะไรคือสิ่งที่ทีมงาน concern ผู้ป่วยที่ได้รับการเลือกมาเป็นหญิงสูงอายุ ประสบอุบัติเหตุ มี Fx pelvis ร่วมกับอาการช็อค แต่จากการทำ mini-explore แล้วพบว่าไม่มีเลือดในช่องท้อง สิ่ง

ที่ concern ขณะนี้คือผู้ป่วยมีอาการหอบ เอกซเรย์พบว่ามี pleural effusion แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น pneumonia และให้การรักษาด้วยยาต้านจุลชีพอยู่

จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยหายใจค่อนข้างเร็ว มีอาการไอเป็นบางครั้ง ตำแหน่งเตี้ยงที่ ตั้งอยู่ตรงกลางหอบผู้ป่วย ได้ถามที่มงานว่า “มีความเป็นไปได้หรือไม่ที่ pleural effusion ในผู้ป่วยรายนี้จะเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ pneumonia เช่น จาก trauma หรือ TB หรือ malignancy ถ้าหากผู้ป่วยรายนี้เป็น TB จะเกิดอะไรขึ้น เมื่อไรที่จะประเมินว่าการรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วยนั้นได้ผลหรือไม่ ถ้าแพทย์วางแผนการรักษาไม่ตรงกับการวินิจฉัย พยาบาลก็จะให้การดูแลทางการพยาบาลที่ไม่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยด้วย พยาบาลจะมีส่วนช่วยตรงนี้อย่างไร”

สรุประบบที่ควรพัฒนาซึ่งจุดประกายจากผู้ป่วยรายนี้:

6. ผู้ป่วยหญิงสูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดใส่ Moore prosthesis ได้ 1 วัน ที่ปรึกษามามกับที่มงานว่า “ผู้ป่วยรายนี้มีอะไรที่จะต้อง concern บ้าง” ที่มงานตอบว่าต้องระวังเรื่องข้อตะโพกหลุด ซึ่งได้ป้องกันไว้แล้วโดยการใช้หมอนกันไม่ให้ผู้ป่วย adduct ข้อตะโพก และต้องระวังเรื่องแผลกดทับที่บริเวณกันเนื่องจากผู้ป่วยจะไม่ค่อยขยับตัว ที่ปรึกษามถึงวิธีการป้องกันแผลกดทับ ที่มงานตอบว่ามีการพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง ที่ปรึกษามถามว่า “จะทราบได้อย่างไรว่าเมื่อไรจะต้องพลิกตัวผู้ป่วยรายนี้ หรืออีกนัยหนึ่งผู้ป่วยนอนอยู่ในท่านี้มานานเท่าไรแล้ว” คำตอบของที่มงานคือมีบันทึกอยู่ในชาร์ท แต่ไม่มีบันทึกใดๆ อยู่ที่ท้ายเตียงผู้ป่วยที่จะช่วยให้ที่มงานอื่นๆ ได้ทราบ

ที่ปรึกษาต้องการจะดูวิธีการประเมินเกี่ยวกับแผลกดทับของผู้ป่วยจึงถามต่อไปว่า “ถ้าอยากทราบว่าขณะนี้สภาพผิวหนังบริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเป็นอย่างไร จะดูอย่างไร” ที่มงานคนหนึ่งก็ขอให้ผู้ป่วยพลิกตัวคะแคงให้ดู ซึ่งดูท่าจะเป็นไปด้วยความลำบากพอควร เนื่องจากอาการเจ็บของผู้ป่วย ที่มงานอีกคนหนึ่งขอให้ผู้ป่วยชันขาและช่วยยกตะโพกขึ้น ที่ปรึกษาก็ให้เห็นว่า “การพลิกตัวผู้ป่วยอาจจะเป็นเรื่องค่อนข้างยาก แต่การสอนให้ผู้ป่วยซึ่งพอรู้สึกตัวช่วยตัวเองด้วยกันชันขาและยกตะโพกขึ้นเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายกว่า ขอเพียงสอนผู้ป่วยไว้ล่วงหน้าและมารกระตุ้นผู้ป่วยบ่อยๆ”

ที่ปรึกษาตั้งประเด็นใหม่ขึ้นมาอีกว่า “ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด เรื่องการให้ยาระงับอาการปวดเป็นสิ่งที่น่าจะ concern ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องช่วงระยะเวลาของการให้ยา ว่าเราให้ยาในเวลาที่ผู้ป่วยปวดมากที่สุดแล้ว หรือว่าให้ยาก่อนที่อาการปวดจะขึ้นถึงจุดสูงสุด” ที่มงานตอบว่าจะพิจารณาให้ยาเมื่อเห็นว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการกระสับกระส่าย พักไม่ได้ เมื่อที่ปรึกษาได้รับทราบผู้ป่วยรายนี้ได้รับยา Pethidine เมื่อเวลา 20.00 น.ของเมื่อวานนี้ ก็ถามว่า “ถ้าผู้ป่วยได้รับยาแล้วอาการไม่ดีขึ้นจะทำอย่างไร”

ที่ปรึกษามถามว่า “เราจะทราบได้อย่างไรว่าขณะนี้ผู้ป่วยมีอาการปวดมากน้อยเพียงใดสมควรที่จะให้ยาแก้ปวดซ้ำหรือไม่ ลองคุยกับผู้ป่วยดูสิว่าเราประเมินระดับอาการปวดอย่างไร”

ทีมงานถามผู้ป่วยว่า วันนี้กับเมื่อวาน ตอนไหนปวดมากกว่ากัน ตอนแรกผู้ป่วยก็ตอบอยู่ในลำคอว่าเมื่อวานปวดมากกว่า แต่พอคุยไปคุยมาคำตอบเริ่มกวาดจนทีมงานซักเวียนหัว สมาชิกคนหนึ่งในทีมงานเริ่มต่อว่าผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไรกันแน่ ที่ปรึกษาจึงได้ชี้ให้เห็นความยากลำบากในการสื่อสารและการประเมินอาการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นโอกาสที่ทีมงานจะร่วมกันวางแนวทางที่เหมาะสมต่อไป

ข้อสังเกตระหว่างการสัมภาษณ์ก็คือ ทีมงานพยายามจะตอบตามทฤษฎีว่าแนวทางที่วางไว้เป็นอย่างไร ที่ปรึกษาต้องพยายามซักจนเข้ามาหาที่ตัวผู้ป่วยว่า “กลับมาที่ผู้ป่วยรายนี้ ทีมงานให้การดูแลอย่างไร”

สรุประบบที่ควรพัฒนาซึ่งจุดประกายจากผู้ป่วยรายนี้:

การสัมภาษณ์ทีม

1. การเตรียมตัว ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องเตรียมประเด็นสำคัญเฉพาะของแต่ละทีมให้พร้อม เพื่อที่จะสามารถสรุปข้อเสนอแนะให้แก่ทีมได้หลังจากการสัมภาษณ์ ตัวอย่างประเด็นสำคัญในการสัมภาษณ์ทีมมีดังนี้คือ 1) ทีมนำสามารถชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้มากน้อยเพียงใด 2) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากกระบวนการอะไรบ้าง เช่น ทิศทางนโยบาย การโค้ช การประสานกิจกรรม การติดตามประเมินผล

2. การสัมภาษณ์ที่ใช้เนื้อหาจากการนำเสนอ การสัมภาษณ์โดยนำเนื้อหาที่ทีมนำเสนอมาเจาะลึกเป็นคำถามเริ่มต้น แสดงให้เห็นว่าผู้เยี่ยมสำรวจตั้งใจฟัง และอาจจะได้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์แก่ทีม คำถามที่เตรียมไว้เป็นสิ่งจำเป็น แต่ควรนำมาใช้ภายหลังการจะสัมภาษณ์โดยใช้เนื้อหาที่ทีมนำเสนอได้ดี จะต้องจดบันทึกประเด็นสำคัญของการนำเสนอไว้ การจดบันทึกที่ดีควรคิดและบันทึกที่ประเด็นคำถามควบคู่ไปด้วย จะทำให้เรามีคำถามตุนไว้มากมาย และเริ่มถามได้ทันทีเมื่อการนำเสนอสิ้นสุดลง การบันทึกที่แยกส่วนของข้อมูลที่นำเสนอ กับคำถามที่จะถามไว้อย่างชัดเจน จะทำให้ไม่ต้องเสียเวลาค้นหาว่าจะถามอะไร

ข้อมูลที่น่าสนใจ	คำถามที่เกิดขึ้น
การบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็น 1 ใน 5 ของผู้ป่วยใน เป็นสาเหตุการตายอันดับแรก ทบทวนโดยใช้ CPG ของสมาคมประสาทศัลยศาสตร์ ยังพบว่ามีข้อแตกต่างในการรับเป็นผู้ป่วยใน การ investigate การดูแลในห้องฉุกเฉิน, เริ่ม implement แนวทางการรักษาโดยเชิญผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวข้องร่วมให้ความเห็นและนำไปปฏิบัติ, ยังอยู่ในช่วงของการประเมินการใช้	ถ้าปรับปรุงตามประเด็นที่แตกต่างแล้วคาดว่าจะผลลัพธ์จะเป็นอย่างไร จะวัดผลอย่างไร

3. การเริ่มด้วยคำถามที่เป็นกลาง ๆ การตั้งคำถามที่กระโจนเข้าหาปัญหาโดยทันทีเป็นคำถามแรกอาจจะทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตั้งตัวไม่ทัน และไม่ได้รับข้อมูลที่แท้จริง เช่น “จากแผนกลยุทธ์เรื่องการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย มีปัญหาอะไรในเรื่องการสนับสนุนทรัพยากรหรือไม่” “ปัญหาอุปสรรคสำคัญอะไรที่คิดว่ายากในการทำงานเป็นทีม” “การทำระบบคุณภาพ ทีมเห็นว่าเรื่องใดเป็นเรื่องไร้สาระ เสียเวลา”

คำถามที่เป็นกลาง ๆ หรือคำถามในเชิงบวกจะช่วยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น เช่น “จากแผนกลยุทธ์ที่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย มีระบบบริหารความเสี่ยงในทุกหน่วยงาน ทางทีมนำประเมินความสำเร็จในเรื่องนี้อย่างไร มีปัจจัยอะไรที่ส่งเสริมความสำเร็จนั้น” หรือ “การทำงานเป็นทีมอาจจะทำให้แต่ละคนต้องสละเวลาที่จะต้องทำงานประจำมาร่วมด้วยกัน ทีมงานมีวิธีการจูงใจหรือชักชวนสมาชิกมาร่วมกันอย่างไร ได้ผลเป็นอย่างไร” หรือ “ในการพัฒนาคุณภาพ บางครั้งจะมีเพื่อน ๆ เห็นว่าวิธีการบางอย่างเป็นเรื่อง

ที่ใช้เวลามาก ไม่เกิดประโยชน์ ไม่คุ้มค่า ทางทีมงานได้รับรู้ความรู้สึกเหล่านั้นหรือไม่ และนำข้อคิดเห็นเหล่านั้นมาพิจารณาปรับปรุงการทำงานอย่างไร”

4. การ **integrate** ประเด็นต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เช่น ทีมนำเสนอว่าเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยคือ “องค์กรรวม มาตรฐานวิชาชีพ สิทธิและศักดิ์ศรี ฟังพอใจ” ต่อมาได้นำเสนอผลงานการพัฒนาคุณภาพเนื่องมาจากการทำ gap analysis ในผู้ป่วย CA breast ว่าพบความแตกต่างในการให้ adjuvant therapy จึงได้ร่วมกันจัดทำ guideline การให้ adjuvant therapy และใช้อัตราการได้รับ adjuvant therapy ตาม guideline เป็นเครื่องชี้วัดทางคลินิกสำหรับโรคนี้

คำถามที่ใช้วิธีการเชื่อมโยงเพื่อกระตุ้นให้ทีมงานเห็นโอกาสพัฒนาต่อเนื่องคือ “จากเป้าหมายของทีมที่ให้ความสำคัญเรื่องการดูแลแบบองค์รวม หากนำมาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วย CA breast มีรูปธรรมอะไรบ้างที่เราได้ทำไปแล้ว และน่าจะทำเพิ่มเติม, จะวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย CA breast อย่างไร, ได้มีโปรแกรมหรือแผนที่จะจัดให้มีบริการตรวจคัดกรองหรือสอนให้ประชาชนทั่วไปตรวจตนเองเพื่อให้ค้นพบผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกได้อย่างไร”

5. การเริ่มด้วยเป้าหมายของหน่วยงาน ในการสัมภาษณ์ทีมงานที่หน่วยงานในช่วงเวลาสั้นๆ อาจจะเริ่มด้วยเป้าหมายของหน่วยงานนั้น เช่น “เป้าหมายสำคัญของหน่วยงานพาหะคือความปลอดภัย ความประหยัดและความรวดเร็ว ถ้ามองว่าทีมงานทำอะไรเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว และจะใช้ข้อมูลอะไรบ้างเพื่อแสดงว่าเราบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้แค่ไหน” คำถามที่จะช่วยเสริม เช่น “จะมีวิธีการสื่อสารกันอย่างไรให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางที่เล่ามา” หรือ “ถ้าผู้อำนวยการต้องการทราบว่าเราตอบสนองนโยบายประหยัดค่าใช้จ่ายของ รพ. ได้เพียงใด จะใช้ข้อมูลอะไรมานำเสนอ” หรือหากหน่วยงานบอกว่าไม่มีข้อมูลอาจจะถามว่า “ถ้าข้อมูลนั้นไม่มีอยู่ที่หน่วยงานพาหะ จะขอข้อมูลได้จากที่ไหน” โดยสรุปคือเริ่มที่เป้าหมาย ให้อธิบายกระบวนการ และให้คิดวิธีการใช้ข้อมูล

6. การตั้งคำถามเพื่อชี้ให้ทีมงานเห็นทางออก เช่น ในการนำเสนอของทีมบริหารความเสี่ยง พบว่ามีการตรวจเยี่ยมหน่วยงานและมีการประชุมของทีมงานอย่างสม่ำเสมอ ประเด็นความเสี่ยงส่วนใหญ่ที่ได้รับการแก้ไขเป็นความเสี่ยงทางด้านกายภาพ การแก้ไขความเสี่ยงที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมีลักษณะตั้งรับ ใช้ข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์เป็นหลัก แม้ว่าสถิติรายงานอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ แต่ก็ยังเป็นปัญหาเรื่องความครอบคลุมของการรายงานคำถามที่จะช่วยกระตุ้นให้ทีมงานปรับวิธีการทำงาน เช่น

“ทีมงานเห็นว่าระบบบริหารความเสี่ยงที่ดำเนินการอยู่นั้นได้ผลเป็นอย่างไร ในเรื่องความครอบคลุมของการรายงาน ความรัดกุมของมาตรการที่ใช้ และความสามารถที่จะป้องกันปัญหาในภาพรวม”

“การรายงานอุบัติการณ์มีลักษณะคล้ายคลึงกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการเฝ้าระวังเป็นรายกรณี และตรวจสอบประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังด้วยการทำ prevalence survey ถ้านำแนวคิดเรื่องการประเมินประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลมาใช้ น่าจะมีการทำอย่างไร”

“อุบัติการณ์ต่างๆ ที่มีการรายงานมักจะเป็นอุบัติการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยไม่รุนแรงนัก แต่อุบัติการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อรุนแรงมักจะไม่ถูกรวมอยู่ในรายงาน ทำนองเดียวกับการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา จึงต้องมีการนำความรุนแรงของผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมาวิเคราะห์ควบคู่ไปด้วย จะนำแนวคิดนี้มาใช้ประโยชน์อย่างไร”

6. การเปิดโอกาสให้ทีมงานได้ตั้งคำถาม เป็นวิธีการหนึ่งในการรับทราบ

ความคิดของทีมงาน ซึ่งอาจจะได้ประเด็นที่มีความสำคัญและอยู่ในใจของทีมงาน เป็นการใช้คำถามปลายเปิดประเภทหนึ่งซึ่งผู้ถูกถามไม่รู้ตัว ขณะเดียวกันเป็นการกระตุ้นให้ผู้เยี่ยมสำรวจต้องคิด และทาง พรพ.จะได้รับทราบว่าประเด็นในบางที่ควรทำความเข้าใจให้มากขึ้น เช่น “การประเมิน competency ของพยาบาลวิสัญญีซึ่งทำงานร่วมกันมากกว่า 5 ปี มีประสบการณ์เป็นที่รู้จักกันอยู่แล้ว จะทำอย่างไร จะได้ประโยชน์อะไร”

7. การสรุปประเด็นสำคัญที่กลุ่มนำเสนอ ทั้งในด้านบวกและด้านลบ จะทำให้กลุ่มได้เห็นประเด็นสำคัญชัดเจนยิ่งขึ้น เกิดความมั่นใจในทิศทางการทำงาน และเห็นโอกาสพัฒนาของตนเอง ตัวอย่างการสรุปประเด็นในเชิงบวก “ทีมงานห้องผ่าตัดและวิสัญญีมีการกำหนดเป้าหมายและวิเคราะห์ระบบงานที่ชัดเจน มีระบบการติดตามผลการดำเนินงานทั้งในเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ มีการนำกรณีที่เป็นปัญหาวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าเพื่อการป้องกัน มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอให้หอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง มีการคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยเด็ก มีแผนที่จะจัดทำห้องเตรียมผู้ป่วยเด็ก ได้รับความร่วมมือจากวิสัญญีแพทย์ รพ.ใกล้เคียงมาทำงานนอกเวลา ผลลัพธ์ของการดูแลอยู่ในระดับดี มีภาวะแทรกซ้อนต่ำ”

จากนั้นอาจจะเพิ่มคำชื่นชม โดยที่ไม่ต้องใช้คำว่า “ขอชื่นชม” จนผู้ฟังรู้สึกเสียน เช่น “การนำเสนอในลักษณะนี้เป็นตัวอย่างที่ดีของการเชื่อมโยงเป้าหมาย ตัวชี้วัด และกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้น น่าจะเป็นแบบอย่างให้ทีมอื่นๆ ได้ศึกษา” หรือ “จากผลงานที่นำเสนอ ทำให้เราภูมิใจแทนโรงพยาบาลที่มีทีมนี้เป็นส่วนหนึ่งขององค์กร”

8. การวิเคราะห์ความรู้สึก และเจตคติของสมาชิกทีมมีส่วนสำคัญ และควรจะต้องจุดแข็งของทีมออกมาใช้ประโยชน์ ขยายผลให้กว้างขวางขึ้น แม้ว่าการฟังครั้งแรกอาจจะรู้สึกว่าเรื่องนั้นเป็นจุดอ่อน ดังที่ อ.ปัญญาสรุปในที่ประชุมองค์กรแพทย์ว่า

“มองด้วยความชื่นชมเมื่อได้ฟังว่ามีแพทย์อาวุโสอุทิศตนเข้าไปช่วย ER งานก็ยังรับได้ และเกิดความรู้สึกที่ดี เมื่อวานไปเยี่ยมคุณหมอมอภัย จะช่วยออกไปดู film ที่ห้องอ่าน อ่านไม่ถูก ก็เป็นห่วงเป็นใย น่าชม ถ้าหมอมอภัยจะบอกว่าถ้าเธอไม่ทำอย่างนั้นคนอื่นจะไม่รู้สึกอะไร วัฒนธรรมของเราคือหัวใจ สั่งไม่ได้”

“ถ้ามองว่าเดิมเรามีหัวหน้ากลุ่มงาน ตามกฎหมายหัวหน้ากลุ่มงานต้องรับผิดชอบ ไม่ไหวก็ไปรองแพทย์ ผอ. เป็นแนวทางดี แต่องค์กรแพทย์เป็นองค์กรแนวราบที่เราจะสื่อกัน ยังเห็นหลายจุด เช่น หมอ uro มีคนเดียว ทำงานหามรุ่งหามค่ำ องค์กรแพทย์เคยพูดถึงเรื่องนี้ใหม่ ตัวอย่างจากจังหวัดหนึ่งเป็น neuro สมัยก่อนไม่มีหมอ neuro หมอออาวุโสก็ทำกันไป พอหมอ neuro มาปุ๊บ ทุกอย่าง set เป็นวิชาการ คนไข้ไหลมาเทมา ไม่ได้หลับไม่ได้นอน วันหนึ่งประธานองค์กรแพทย์บอกว่า น้อง ถ้ามาค่าๆ ให้ส่งมา น้องจะได้มีเวลาไปพัก ตั้งแต่นั้นคำบ่นจากพยาบาลว่าหมอมอออก OPD ช้า โมโหโทโสไม่มีอีกเลย

“กลไกในการรักษามาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพที่คุ้มครองกฤษฎณ์ถ้ามถึงความเป็นปึกแผ่น มันผูกมัดด้วยความมีน้ำใจต่อกัน เมื่อไป รร.มหาจำลอง ท่านถือศีล เป็นการบังคับ แต่ว่าแพทย์คือความอบอุ่นเอื้ออาทรต่อกันก็เป็นกลไก จากนั้นข้อตกลงเพื่อความราบรื่นในการปฏิบัติงานก็จะมา ที่จริง informal คือการพูดกันด้วยใจ อันนี้ไม่ใช่ข้อเสนอแนะ เป็นการเล่าประสบการณ์ แล้วมันจะไปราบรื่น เมื่อก่อนเราอยู่ต่างแผนก งบประมาณมีน้อย พยาบาลมาใหม่ก็แย่งกัน จะเอายาเข้าก็ขัดกัน ต้องใช้ไตดินเข้าหาคนนั้นคนนี้ สิ่งเหล่านี้องค์กรแพทย์ควรเอามาคิดว่าจะจัดการอย่างไรให้เอื้อเพื่อกัน ไม่อย่างนั้นจะมีปัญหา อันนี้จะไปถึงสหวิชาชีพ เวลานี้เรากลัว อะไรต่อมิอะไรเสียงไปหมด ถ้าเราไม่มีพยาบาล เราไม่มีกายภาพบำบัด ที่ดี เราก็กังเครียด ถ้าเขาไม่บอกเราหรือเขาตามเราช้า เราอาจจะแย่ ความเอื้ออาทรถ้าเผื่อแผ่ไปถึงเขา สอนเขา ไม่ใช่ขัดเขาลูกเดียว

“ไปเยี่ยม ward แห่งหนึ่ง เขามีปัญหาหนัก หัวหน้า PCT บอกว่าให้พยายามแก้ปัญหา เขาก็มีปัญหาเรื่องเวลาเหมือนกับเรา เราจะรวมคุยกับองค์กรพยาบาล หรือผู้บริหารให้เห็นความเสี่ยงหรือไม่ ถ้าไม่พูดท่าน ผอ.ก็บอกว่ามันเป็นปัญหาเล็กเขาแก้ไขเองได้ ถ้าผมไป ward ถามว่าโรคที่เป็นปัญหา มี PU perforate มัน delayed diag มาจาก รพ.ชุมชน องค์กรแพทย์ของเราที่องค์กรแพทย์ของ รพ.ชุมชนควรจะพูดกันในลักษณะที่เอื้ออาทรต่อกันบ้างไหม นี่คือ องค์กรแพทย์ไม่ทราบว่าจะมีประโยชน์หรือไม่ จริยธรรมก็เช่นเดียวกัน ปัญหาที่หนักอกของแพทย์ คณะกรรมการองค์กรแพทย์ควรจะรับรู้ ร่วมทุกข์ร่วมสุขต้องทำให้เห็นเป็นรูปธรรม”

9. การใช้บริบทขององค์กรในการสัมภาษณ์ เช่น เมื่อทีมงานนำเสนอว่าเจ้าพนักงานเภสัชกรรมเป็นผู้คัดกรองดูความชัดเจนของใบสั่งยา OPD ถ้าไม่ชัดเจนจะส่งให้หมอแก้ไขทันที พอหมอแก้ไขแล้วรับมาเข้ากระบวนการจัดยา การปฏิบัติเช่นนี้สำหรับ รพ.ชุมชนอาจจะไม่มีปัญหาอะไร แต่สำหรับ รพ.ที่เป็น tertiary care ซึ่งโรคมีความซับซ้อนมากกว่า ใซ้ยาที่มีโอกาสเกิด drug interaction ได้มากกว่า คำถามที่ผู้เยี่ยมสำรวจจะใช้กระตุ้นทีมงานก็คือ “เจ้าพนักงานเภสัชกรรมจะมีศักยภาพในการตรวจพบปัญหาเกี่ยวกับ drug interaction ได้เพียงใด”

10. การกระจายคำถาม เมื่อเห็นว่าการตอบคำถามในทีมจำกัดวงอยู่ในสมาชิกไม่กี่คน ควรหาทางกระจายคำถามไปสู่สมาชิกที่เหลือให้เร็วที่สุด วิธีการที่ใช้เริ่มด้วยการถามว่ามีใครบ้างที่เป็นสมาชิกของทีมที่กำลังสัมภาษณ์อยู่ ถ้าเวลาน้อยอาจจะขอให้แต่ละคนที่ยังไม่ได้พูดนั้น พูดอะไรก็ได้เกี่ยวกับบทบาทของตนเองใน PCT โดยจำกัดเวลาให้ไม่เกินคนละ 1 นาที ถ้าเวลามากจะขอให้แต่ละคนเล่าถึงความคาดหวังต่อ PCT, ปัญหาที่นำมาให้ PCT ช่วยแก้ และบทบาทของตนที่ช่วยให้ PCT ประสบความสำเร็จ

11. การดูของจริงแทนการสัมภาษณ์ในห้อง ในการสัมภาษณ์ทีมสิ่งแวดล้อม ทีมสารสนเทศ หรือทีมทรัพยากรบุคคล หลังจากที่ได้รับฟังการนำเสนอแล้ว ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะเชิญให้ทีมงานไปเยี่ยมหน่วยงานต่างๆ ร่วมกัน แสดงให้เห็นสิ่งที่ได้พัฒนาไปแล้ว หรือให้ทีมงานของโรงพยาบาลตั้งคำถามเพื่อรับทราบผลงาน หรือรับทราบความต้องการ หรือแสดงถึงความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้อง โดยผู้เยี่ยมสำรวจเป็นผู้สังเกตและเป็นผู้ตั้งคำถามเพิ่มเติมภายหลัง นอกจากนั้น นอกจากนั้นยังพบว่า การสัมภาษณ์ทีมหลังจากที่เยี่ยมหน่วยงานต่าง ๆ แล้ว ทำให้มีประเด็นที่จะคุยกับทีมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เริ่มจากสิ่งที่สังเกตเห็นระหว่างการศึกษา

1. การแบ่งทีม อาจจะแบ่งเป็น 3 ทีมตามลักษณะงานที่สัมพันธ์กัน คือ ทีมที่ 1 ดูแลเรื่องความปลอดภัยเกี่ยวกับโครงสร้างโดยทั่วไป ระบบสาธารณูปโภค การป้องกันอัคคีภัย การซ่อมบำรุง ยานพาหนะ และการรักษาความปลอดภัย ทีมที่ 2 ดูแลเรื่องการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคในโรงพยาบาล ได้แก่ ระบบบำบัดน้ำเสีย การกำจัดขยะ โรงซักฟอก หน่วยจ่ายกลาง และโรงอาหาร ทีมที่ 3 ดูแลเรื่องระบบสารสนเทศและทรัพยากรบุคคล

2. ทีมที่รับผิดชอบในเรื่องโครงสร้างทั่วไป (ทีมที่ 1) ควรพยายามเดินให้ทั่วทุกอาคาร โดยเริ่มจากชั้นสูงสุดของอาคาร และเดินสำรวจลงมาทีละชั้น ควรให้ครอบคลุมบริเวณที่เป็นจุดอับซึ่งไม่ค่อยมีใครเข้าถึง และจุดที่มีความแออัดพลุกพล่าน ในระหว่างการเดินเยี่ยม ควรสังเกตอุปกรณ์และความพร้อมในเรื่องอัคคีภัย อาจสอบถามเจ้าของพื้นที่ในฐานะเป็นลูกค้าของหน่วยงานอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยซ่อมบำรุง

3. เมื่อสังเกตเห็นว่ามีความไม่เป็นระเบียบหรือไม่สะอาดในสถานที่ต่างๆ จะใช้ข้อมูลที่รพ. นำเสนอไว้ว่ามีเป้าหมายที่จะให้หน่วยงานต่างๆ มีคะแนน 5 ส. ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ไม่ต่ำกว่า 80% ก็จะถามว่า “พื้นที่นี้อยู่ในความรับผิดชอบของใคร ถ้าประเมิน 5 ส. จะให้กี่เปอร์เซ็นต์”

4. ระหว่างที่เข้าไปที่ห้องอุบัติเหตุ จะเกิดความรู้สึกว่าได้กลิ่นอับเหมือนกับกลิ่นรา ในสถานที่ซึ่งใช้ระบบ central air มีระบบที่ไหลเวียนอยู่ 2 ระบบ คือ ระบบไหลเวียนของสารทำความเย็น กับระบบไหลเวียนของอากาศ ระบบไหลเวียนของสารทำความเย็นจะมีส่วนที่เป็นปั๊มกับ water cooling tower ซึ่งควรจะมีการเปลี่ยนน้ำเป็นระยะเพื่อป้องกันปัญหาเชื้อโรคบางอย่างสำหรับระบบไหลเวียนของอากาศ จะมี Air Handling Unit (AHU) ซึ่งเป็นเครื่องเป่าและกรองอากาศ บางครั้ง AHU จะอยู่ในที่ปิดอับ ไม่ได้มีการดูแลความสะอาดทั่วไป หรือมีการนำของที่ไม่ใช่ไปเก็บสะสมไว้ การขาดการดูแล AHU และท่อนำอากาศเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสะสมของเชื้อโรคและคุณภาพอากาศที่ออกมาไม่ดี ผู้เยี่ยมสำรวจควรหาโอกาสที่จะเข้าไปดู AHU ของหน่วยงานนั้น

5. การสังเกตที่ตั้งของหน่วยงานที่อยู่ใกล้เคียงกันอาจจะช่วยให้เห็นความเสี่ยงบางอย่างที่ถูกมองข้ามไป เช่น การที่มีคลินิกทันตกรรมติดกับหน่วยล้างไตซึ่งดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ มีการเป่าพัดลมเพื่อช่วยระบายอากาศจากห้องตรวจผู้ป่วยทันตกรรมออกมาด้านหน้าซึ่งเป็นทางเดินที่ผู้ป่วยที่มาล้างไตต้องผ่าน

6. ห้องแยกโรคเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับหอผู้ป่วยซึ่งมีโอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายได้ง่าย การใช้ห้องแยกโรคจะได้ผลเมื่อผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายปฏิบัติตามแนวทาง precaution ที่กำหนดไว้ คำถามที่ใช้ก็คือ “ขณะนี้ผู้ป่วยติดเชื้ออยู่หรือไม่ เป็นผู้ป่วยอะไร ต้องใช้ precaution ประเภทใด” ผู้ป่วยรายนี้เป็นวัณโรค จากการสังเกตพบว่าไม่มีป้าย หรือคำแนะนำว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรที่หน้าห้องผู้ป่วย จึงถามถึงการปฏิบัติในกรณีนั้นว่า “ผู้เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล ญาติผู้ป่วย จะทราบได้อย่างไรว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง

อุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้อยู่ที่ไหน” เมื่อได้รับคำตอบว่าเมื่อก่อนนี้มีป้ายแขวนอยู่หน้าห้อง แต่ถูกทักท้วงเรื่องสิทธิผู้ป่วย จึงเลิกแขวน แพทย์และพยาบาลจะทราบจากการดูชาร์ทและ Kardex คำถามต่อไปก็คือ “แล้วญาติผู้ป่วยจะทราบได้อย่างไร จะปฏิบัติอย่างไร” คำตอบก็คือ ถือว่าญาติก็อยู่กับผู้ป่วยอยู่แล้ว จึงไม่ต้องทำอะไร จึงเกิดคำถามต่อไปว่า “มีระบบอะไรที่จะนำญาติของผู้ป่วยวันโรคมาตรวจคัดกรองเพื่อให้การรักษา”

สรุประบบที่ควรพัฒนาซึ่งจุดประกายจากกรณีนี้: การสื่อสารและการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับ Isolation Precaution, การตรวจรักษาครอบครัวของผู้ป่วย วันโรค

7. ระหว่างการเยี่ยมหอบผู้ป่วย พบว่ามีการนำเสนอผลงาน TQM ของทีมซึ่งทำไว้เมื่อปี 2544 โดยนำตัวเลขอัตราการติดเชื้อ VAP ทั้งปีมาเสนอ โดยในช่วงต้นปีมีการระบาดของ MRSA อยู่ประมาณ 4 เดือน อย่างไรก็ตามหลังจากการระบาดของ MSRA สงบลงแล้ว อัตราการติดเชื้อ VAP ก็ยังคงแกว่งอยู่ และไม่มีข้อมูลหลังจากโครงการนั้นสิ้นสุดลง คำถามที่อาจจะใช้กับทีมก็คือ “โครงการนี้มีเป้าหมายอะไร อะไรที่บ่งชี้ว่าทีมบรรลุเป้าหมาย” “ขณะนี้สถานการณ์เป็นอย่างไร มีการติดตามข้อมูลต่อเนื่องหรือไม่”

8. การเป็นคนช่างสังเกตและช่างถามจะทำให้เราเรียนรู้มากขึ้น เช่น เมื่อสังเกตเห็นว่า มีท่อไพล์ขึ้นมาจากหลังคาของอาคารชั้นล่าง สูงขึ้นไปเทียบหลังคาของอาคารชั้นที่สอง ที่โคนท่อมีลักษณะเหมือนมีพัดลมอยู่ภายในก็ถามว่า “ท่อนี้คืออะไร มีวัตถุประสงค์อะไร” พบว่าเป็นท่อดูดเพื่อระบายอากาศที่มาจากห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ คำถามต่อไปก็คือ “ความสูงขนาดนี้เหมาะสมหรือไม่” อาจจะต้องให้ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการหรือผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นเป็นผู้ตอบ คำตอบเบื้องต้นที่ได้รับก็คือควรจะสูงกว่าระดับหลังคาไม่น้อยกว่า 1 เมตร

9. การถามโดยยึดหลักการควบคุมคุณภาพของแต่ละบุคคลคู่ไปกับการตั้งข้อสงสัยไปเรื่อยๆ เช่น ที่ห้องผ่าตัดพบว่ามีการนำเครื่องมือเข้ามาเช็ดอยู่ น้ำที่จะเข้าเครื่องหนึ่งเป็นน้ำกรองซึ่งต้องผ่านเครื่องปรับสภาพน้ำก่อน จากการสังเกตพบว่ามีแนวทางการตรวจสอบสภาพน้ำอยู่ที่ข้างเครื่องหนึ่ง จึงถามผู้รับผิดชอบว่า “ในการตรวจสอบสภาพน้ำทำอย่างไร” ได้ข้อมูลว่ามีการใช้แผ่น strip สำหรับตรวจค่าความเป็นกรดต่าง คำถามต่อไปก็คือ “จะมั่นใจอย่างไรว่าแผ่น strip ที่ใช้นั้นอยู่ในสภาพที่ใช้งานได้เป็นปกติ ไม่เสื่อมสภาพ”

สรุปผลการเยี่ยมบริการกายภาพบำบัด โดย พรพ.¹

Score 4

Scope of Service: บริการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด

Limitation: ยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และบริการตรวจ EMG

Achievement

1. มีเป้าหมายของการจัดบริการที่ชัดเจน มีการนำจุดเน้นในการพัฒนาของโรงพยาบาลมาสู่การปฏิบัติ มีการติดตามวัดผลด้วยเครื่องชี้วัดที่สอดคล้องกับเป้าหมายและประเด็นสำคัญ
2. มีมาตรการในการดูแลเรื่องความปลอดภัยอย่างรัดกุม ทำให้อุบัติเหตุ/ภาวะแทรกซ้อนจากการให้บริการอยู่ในระดับต่ำ รวมทั้งมีระบบสัญญาณเรียกเจ้าหน้าที่เมื่อมีปัญหา
3. มีการปรับปรุงการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ โดยจัดให้มีมุมสุขศึกษา ให้ความรู้ด้านกายวิภาคศาสตร์แก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องโรคและการดูแลตนเอง
4. นำความต้องการของผู้รับบริการมาปรับปรุงการจัดบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความสะดวกของผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าขนหนู โดยจัดผ้าขนหนูแยกสีสำหรับแต่ละตำแหน่ง
5. มีการจัดการเรื่องสิ่งแวดล้อมให้มีความเป็นระเบียบ เป็นสัดส่วน สะอาด สวยงาม น่าดู ใช้ประโยชน์จากพื้นที่ที่มีอยู่ได้เต็มที่
6. มีการประสานงานกับทีมดูแลผู้ป่วยต่าง ๆ เช่น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันเดือนละครั้ง การจัดทำแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย คลินิกขาเทียม
7. มีการวัดประสิทธิภาพของการรักษา เริ่มจากอัตราการหายจากอาการปวดหลัง
8. สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ในเวลารวดเร็ว ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูง

Opportunity for Improvement

1. การค้นหาผู้ป่วยในเชิงรุก เพื่อครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่สมควรได้รับบริการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดได้มากขึ้น เช่น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่บ่อน้ำร้อน (โดยไม่จำเป็นต้องเป็นการตรวจเยี่ยมในทีมใหญ่ครบทุกวิชาชีพ), การค้นหาจากระเบียบรายชื่อผู้ป่วยบางกลุ่มโรค
2. การประเมินผลลัพธ์ของการให้บริการที่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยมากขึ้น และครอบคลุมมิติต่างๆ ในการช่วยตัวเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน
3. การบันทึกผลการตอบสนองต่อการบำบัดในรูปแบบที่ง่ายต่อการติดตามการเปลี่ยนแปลง
4. การประเมินประสิทธิภาพของการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อเรียนรู้ว่าแนวคิดที่นำมาใช้ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต่างไปอย่างไร
5. การทำความเข้าใจกับปัญหาเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และนำมาใช้เป็นจุดเน้นในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละราย
6. การให้คำแนะนำในเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายในสถานที่ซึ่งมีขีด

¹ ตัวอย่างการเขียนรายงานย่อระดับหน่วยงานพิเศษเพื่อความชัดเจนในการให้ข้อเสนอแนะและเพื่อความสะดวกในการติดตามเยี่ยมสำรวจ

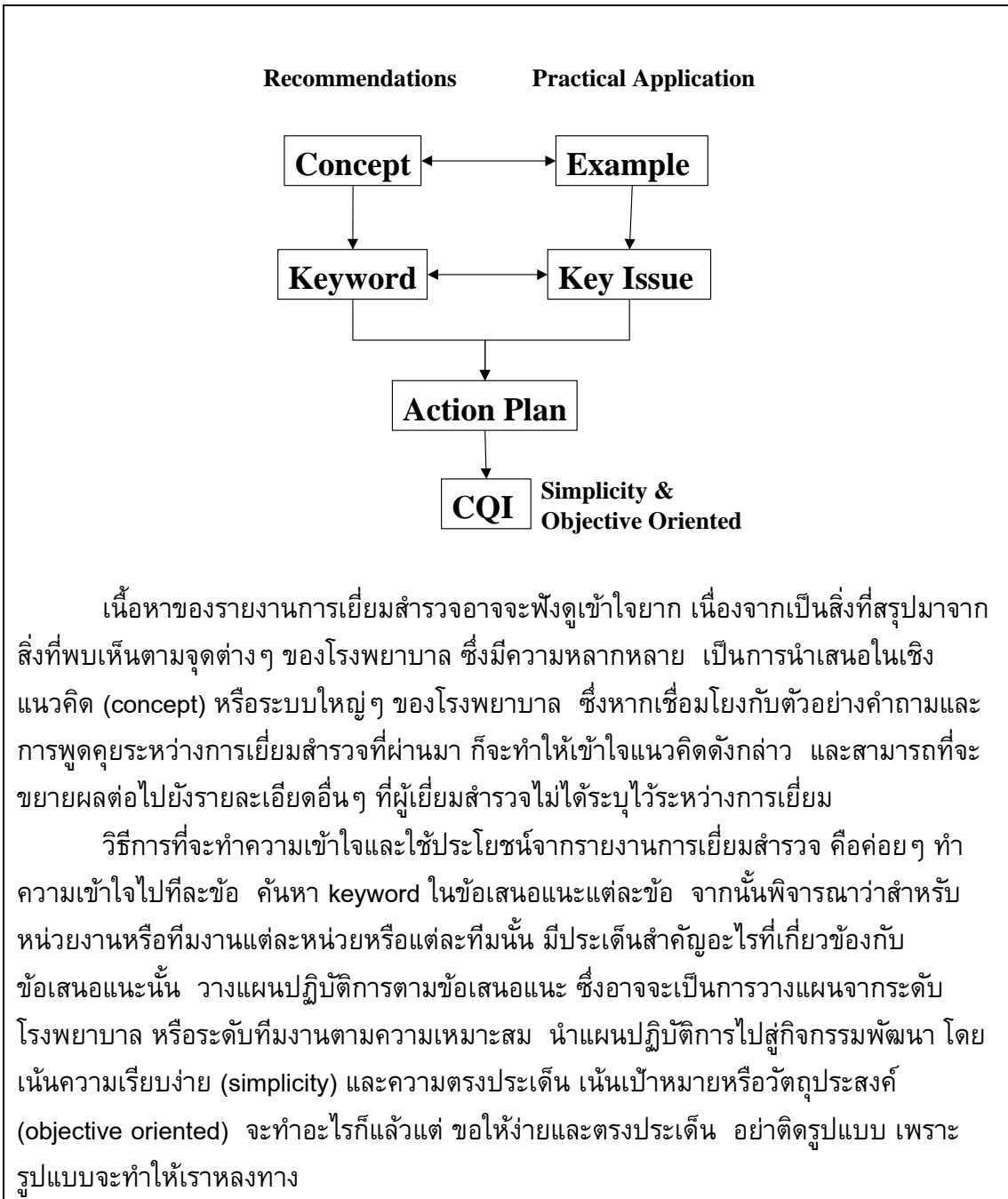
บทเรียนในการทำ Exit Conference

โดยปกติการทำ exit conference ของการเยี่ยมสำรวจ จะเป็นการอ่านรายงานซึ่งเรียบเรียงไว้ให้แก่ที่ประชุม จะไม่มีการซักถามหรือเปิดโอกาสให้อธิบายแต่อย่างใด ด้วยเหตุผลว่าจะทำให้เกิดความยึดถือและไม่เกิดประโยชน์ แต่สำหรับในการทำ ICV หรือการฝึก SiT ซึ่งโรงพยาบาลยังมีปัญหาข้อสงสัยต่างๆ มากมาย การอ่านรายงานสรุปเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่ทำให้เกิดประโยชน์เท่าที่ควร จึงได้ปรึกษากับ SiT ว่าจะใช้รูปแบบใดดี ระหว่างการนำเสนอรายงานผลการเยี่ยมโดยละเอียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เป็น OFI² กับการนำเสนอรายงานสรุป ซึ่ง SiT ที่เพิ่งผ่าน ICV มาหยกๆ ได้ให้ข้อเสนอว่าน่าจะเป็นการนำเสนอรายงานสรุปและมอบรายงานที่มีรายละเอียดไว้ให้ศูนย์คุณภาพศึกษา

ในการนำเสนอผลการเยี่ยมสำรวจครั้งนี้จึงใช้วิธีผสมผสาน คืออ่านรายงานสรุป เปิดโอกาสให้ทีมงานของโรงพยาบาลซักถามปัญหาเพิ่มเติม และให้ SiT นำเสนอประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งใช้เวลาอีกประมาณชั่วโมงครึ่ง

หลังจากการอ่านรายงานสรุปแล้ว ดูพบว่าผู้เข้าประชุมจะทำท่างงๆ กับเนื้อหาของรายงาน จึงได้อธิบายเพิ่มเติมดังนี้

² Opportunity for Improvement



แม้จะได้อธิบายดังนี้แล้วก็ยังมีผู้ตั้งคำถามว่า “ได้พยายามทำความเข้าใจกับศัพท์ของ HA มาตลอด แต่ฟังสรุปข้อเสนอแนะแล้วก็ยังไม่เข้าใจอยู่ดีว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ICV ครั้งที่ 3 นี้ คิดว่าครั้งนี้น่าจะเป็นการสอบ และทีมงานของโรงพยาบาลก็อยากจะรู้ผลการสอบ เพราะพวกเราเหนื่อยกันมานานแล้ว”

สิ่งที่ได้ตอบไปก็คือ “ที่จริงครั้งนี้ไม่ใช่การสอบ ครั้งนี้เป็นการมาบอกข้อสอบ ถ้าฟังแล้วรู้ว่าข้อสอบคืออะไร ก็ไม่จำเป็นต้องมี ICV4 แต่ถ้าฟังข้อสอบไม่เข้าใจก็อาจจะต้องมี ICV4 อีกครั้ง”

“ถ้าจะตอบให้ง่ายว่าต้องทำอะไร **ประการแรก**หาก พรพ.รับรองโรงพยาบาลแล้วมีคำร้องเรียนว่าโรงพยาบาลให้การรักษาที่ไม่ดี ละเลยผู้ป่วย เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น ก็คงไม่เป็นผลดีกับทั้งสองฝ่าย พวกเราต้องช่วยกันค้นหาว่าความเสี่ยงดังกล่าวอยู่ตรงไหนหาทางอุดช่องโหว่ให้ได้

“แนวทางในการหาความเสี่ยงทางคลินิกอาจจะใช้ *patient round, chart round, disease round*

“*patient round* คือการค้นหาความเสี่ยงหรือโอกาสพัฒนาจากผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ และปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยรายนั้นโดยทันที ซึ่งอาจจะเป็นการใช้สูตร C3THER ที่เคยเสนอแนะไว้แล้ว ร่วมกับการเชิญชวนวิชาชีพต่างๆ มาเยี่ยมผู้ป่วยโดยพยาบาลเป็นผู้แทนของผู้ป่วย (*patient's agent*) หรือผู้จัดการของผู้ป่วย (*case manager*) ไม่ต้องรอมาร่วมๆ กันทั้งหมดใครว่างก็นัดกันมา *round* ร่วมกับพยาบาล ดูผู้ป่วยแล้วเห็นว่าตนเองจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้นก็เขียนบันทึกไว้ให้แพทย์พิจารณาให้ความเห็นชอบ เป็นการช่วยแพทย์อีกทางหนึ่งเพราะโดยทั่วไปแพทย์จะต้องตัดสินใจในเรื่องวิกฤติของผู้ป่วยมากมาย อาจจะไม่ค่อยมีเวลาคิดถึงโอกาสเหล่านี้

“*chart round* คือการสุ่มเวชระเบียนขึ้นมาอ่าน มาทบทวนว่าเรามีอะไรที่เราอาจจะหลุดหรือผิดพลาดไป มีอะไรที่เราไม่ได้สื่อสารกันหรือดูแลไม่สอดคล้องกัน และจะวางระบบเพื่อป้องกันมิให้เกิดขึ้นได้อย่างไร ไม่จำเป็นต้องรอ ควรจะ *round* ให้บ่อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แพทย์ก็ดูของแพทย์ พยาบาลก็ดูของพยาบาล เมื่อไรเห็นว่าควรจะมาทบทวนร่วมกันก็นัดมาคุยกัน

“*disease round* คือการเอาโรคเป็นตัวตั้ง โรคสำคัญที่ทีมงานระบุไว้แล้ว ซึ่งอาจจะเป็นโรคที่พบบ่อย ค่าใช้จ่ายสูง มีความเสี่ยงสูง ผลลัพธ์ไม่ดี ต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ ต้องดูแลต่อเนื่อง พิจารณาว่าประเด็นสำคัญในโรคนี้อะไรบ้าง จะวัดคุณภาพการดูแลโรคนั้นอย่างไร (ซึ่งก็ควรวัดให้สอดคล้องกับประเด็นสำคัญนั้น) จะดูแลตรงไหนให้ดีขึ้น อย่างไร (ซึ่งอาจจะใช้แนวคิดองค์รวม ใช้เครื่องชี้วัด ใช้ความรู้ทางวิชาการที่เปลี่ยนไป หรือใช้การทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาจุดประกายการพัฒนา)

“**ประการที่สอง** การพัฒนาความรู้และทักษะของทีมงาน ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างคม ชัด ลึก ซึ่งจะเกิดได้ง่ายด้วยการใช้ผู้ป่วยเป็นวัตถุวิบัติสำหรับพัฒนาทีมงาน ดูผู้ป่วยร่วมกัน คุยกันสื่อสารกันให้มาก พยาบาลสอบถามแผนการรักษาและเหตุผลจากแพทย์ เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกัน

“**ประการที่สาม** การใช้ประโยชน์จากแบบประเมินตนเองเพื่อการเรียนรู้และมองเห็นโอกาสพัฒนาโดยทีมงานเอง ไม่ใช่เพื่อส่งให้ พรพ.หรือผู้เยี่ยมสำรวจ นั่นจะทำให้เราสบายใจ เพราะมั่นใจว่าทีมงานของโรงพยาบาลสามารถเดินไปได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องรอให้ใครมาคอยกระตุ้น”

คำถามอื่นๆ ที่ได้มีการซักถามและอธิบายได้แก่

การวางระบบบริหารความเสี่ยง ความมองเป็นสองระดับ คือระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาลควรมีหน้าที่สำคัญในการกำหนดทิศทางนโยบาย และติดตามประเมินผลว่าระบบที่ใช้อยู่มีประสิทธิภาพเพียงใด สามารถป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงหรือความสูญเสียได้ดีเพียงใด รวมทั้งทำหน้าที่ประสานเชื่อมโยงกิจกรรมและข้อมูลข่าวสารระหว่างโปรแกรมต่างๆ เพื่อให้เห็นภาพรวมของความเสี่ยงทั้งโรงพยาบาล นอกจากนี้อาจจะจัดให้มีทีมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่หน่วยงานต่างๆ เพื่อสร้างความเข้าใจและสงบความไม่พึงพอใจแก่ผู้สูญเสียให้เร็วที่สุด

ในระดับหน่วยงาน ประเด็นสำคัญคือการป้องกัน การจัดการ การรายงาน ความครบถ้วนของการรายงานมีได้อยู่ที่ตัวเลข แต่อยู่ที่การรับรู้สถานการณ์ที่เป็นจริงและนำไปสู่การป้องกันปัญหาในอนาคต ซึ่งผู้บริหารและระบบงานของโรงพยาบาลมีความสำคัญมากที่จะสร้างบรรยากาศให้เกิดการรายงานที่สมบูรณ์ เช่น ระบบรายงานแบบปลายเปิด ทำให้แต่ละคนต้องใช้ดุลยพินิจว่าจะรายงานหรือไม่ หากมีแนวทางที่ชัดเจนซึ่งทุกคนเข้าใจตรงกันว่าอะไรที่ต้องรายงาน อะไรที่ไม่ต้องรายงาน จะทำให้เกิดการตัดสินใจที่เหมือนๆ กัน, การกำหนดเป้าหมายว่าอุบัติเหตุต้องไม่เกินเท่าไร ทำให้ความกล้าที่จะรายงานในเรื่องนั้นลดลง เพราะเกรงว่าจะทำให้ตัวชีวิตของหน่วยงานเสียไป, การกำหนดเป้าหมายขั้นต่ำว่าจะต้องมีรายงานเดือนละกี่เรื่อง ทำให้ทีมงานพอใจกับจำนวนขั้นต่ำที่รายงานได้, การใช้รายงานหรือปริมาณอุบัติเหตุมาประกอบ การพิจารณาความดีความชอบในเชิงลบ ทำให้ทีมงานไม่อยากจะรายงาน เป็นต้น

ผู้บริหารจะช่วยให้เกิดรายงานที่สมบูรณ์ได้หากแสดงให้เห็นว่าการรายงานนั้นไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้รายงาน ตรงข้ามแสดงความขอบคุณผู้รายงาน และร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำ การป้องกันเชิงระบบคือการหาทางที่จะไม่ต้องพึ่งความจำหรือความตื่นตัวของบุคคล เพราะในสถานการณ์ที่มีปริมาณงานมาก มีความสับสน มีความอ่อนล้า บุคคลจะไม่ใช่หลักประกันเรื่องความปลอดภัย ควรสร้างสิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งเตือนใจ ทำให้การทำงานอย่างปลอดภัยเป็นเรื่องง่าย และสร้างอุปสรรคสำหรับวิธีการทำงานที่มีความเสี่ยง

การวางแผนจำหน่าย คำถามก็คือ “การวางแผนจำหน่ายต้องทำทุกรายหรือไม่ เพราะเมื่อผู้เยี่ยมสำรวจมาถามว่าผู้ป่วยมีการเตรียมตัวสำหรับผู้ป่วยรายนี้อย่างไร ไม่รู้ว่าผู้เยี่ยมสำรวจจะไปเลือกผู้ป่วยรายใดขึ้นมา”

หลักการสำหรับเรื่องการวางแผนจำหน่าย

1. ในแต่ละสาขาต้องกำหนดกลุ่มโรคที่มีความจำเป็นที่ต้องวางแผนจำหน่ายแน่ๆ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษเมื่อกลับบ้าน
2. ประเมินความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่แรกครบ รวมทั้งประเมินผู้ที่จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

3. วิเคราะห์ปัญหาที่ผู้ป่วยจะเผชิญเมื่อกลับไปบ้านให้ชัดเจน ถ้ารู้ปัญหาชัดเจนแล้วทุกอย่างที่ตามมาจะถูกต้อง แต่ถ้าไม่รู้ปัญหาของผู้ป่วย กิจกรรมต่างๆ ที่ทำไปอาจจะได้ประโยชน์น้อย
4. การเตรียมจำหน่ายไม่ใช่เพียงการให้สุขศึกษา แต่เป็นการเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ควรคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยด้วยว่าสิ่งที่ให้คำแนะนำไปนั้นเป็นสิ่งที่สามารถนำไปปฏิบัติได้หรือไม่
5. แบบบันทึก ไม่ควรเน้นรูปแบบที่สมบูรณ์มากเกินไป เพราะจะทำให้ loss focus จากปัญหาของผู้ป่วย อาจจะมีผลสมผสานระหว่าง check list ให้มีน้อยที่สุด กับพื้นที่ว่างมากๆ ให้เขียนสิ่งที่เป็นปัญหาเฉพาะของผู้ป่วย

การที่ไม่มีแผนจำหน่ายในผู้ป่วยบางรายไม่ใช่สิ่งผิด หากเรามีเหตุผล ในการตอบคำถามของผู้เยี่ยมสำรวจควรนึกถึง เป้าหมาย กิจกรรมที่ตรงประเด็น และลำดับความสำคัญ ที่ทีมงานสามารถอธิบายได้ว่าสิ่งที่ทำในภาพใหญ่คืออะไร เลือกทำในกลุ่มใด เพราะเหตุใด แต่หากทีมงานให้การดูแลผู้ป่วยด้วยใจแล้ว เราจะสามารถค้นพบและตอบสนองปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยได้เสมอ