

ถอดบทเรียนจากการประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 7/2554

เรื่อง “การสร้างและใช้ CPG sepsis : ช่วยอะไรได้บ้าง”

วันที่ 14 ตุลาคม 2554 เวลา 12.45 – 15.00 น.

ณ ห้องประชุมมหิตยาภิธานิคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7

วิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

รศ. นพ.ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล

ภาควิชาอายุรศาสตร์

ศ. พญ.สุณิรัตน์ คงเสรีพงศ์

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา

อ. นพ.วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล

ภาควิชาศัลยศาสตร์

นายสุพัฒน์ ศรีสมอ่อน

หน่วยแพทย์เวรฉุกเฉิน งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

นางสาวนภาพร อภิรติwijีเศรษฐ์

หัวหน้าหอผู้ป่วย ICU อายุรศาสตร์

นางอรภรณ์ คำรงวัฒนกุล

หัวหน้าหอผู้ป่วยอัมพฤกษ์ 9 เหนือ

นางสาวนงลักษณ์ พันชมพู่

รักษาการหัวหน้างานบริหารทรัพยากรสุขภาพ

นางสาวสุภาพ จันทระสมบุรณ์

ผู้ตรวจการงานพยาบาลศัลยศาสตร์

นางสาวชีนา บุญนาค

หัวหน้าหอผู้ป่วย 72/7 หลุ่ยเหนือ

นางนุศรา กุลณะ

รักษาการหัวหน้าหอผู้ป่วย ICU สลาด ลำปาง

ผู้ดำเนินการอภิปราย

ผศ. นพ.ธีระ ฤชตระกูล

ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ

การประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 7/2554 ได้รับเกียรติจาก รศ. นพ.อนุพันธ์ ตันติวงศ์ รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นประธานในพิธีเปิดการประชุม ซึ่งได้กล่าวว่า “เรื่องของ Sepsis หรือการติดเชื้อในกระแสโลหิต เป็นเรื่องที่สำคัญส่งผลต่อชีวิตผู้ป่วย ซึ่งทีมงานได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline – CPG) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย แต่การนำไปใช้นั้นเป็นเรื่องยากกว่าการสร้าง ซึ่งมีหน่วยงานที่ได้นำไปใช้แล้วเห็นผลลัพธ์ที่ดี อัตราการตาย และทรัพยากรต่างๆ รวมทั้งเวลาการนอนในโรงพยาบาลลดลง นับเป็นตัวอย่างมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำไปใช้ในรูปแบบอื่นๆ ได้อีก การฟังครั้งนี้ทำให้ได้รับความรู้ และแนวปฏิบัติที่สามารถนำไปดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ได้”

ผศ. นพ.ธีระ ฤชตระกูล นำเสนอความเป็นมาของ CPG sepsis ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ “เริ่มต้นจาก 1. เพื่อตรวจสอบมาตรฐานคุณภาพของการเป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศิริราชต้องส่งตัวชี้วัด UHOSSNET KPI เรื่องอัตราที่ผู้ป่วย severe sepsis ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 4 ชั่วโมง 2. ผลการเยี่ยมสำรวจจากสรพ.มีคำถามเกี่ยวกับเรื่อง Sepsis ในประเด็นเรื่องการตาย การใช้ยาปฏิชีวนะ และค่าใช้จ่าย ต่อราย และทำอย่างไร

ให้การรักษาดีขึ้น และค่าใช้จ่ายลดลง จากข้อมูลพบว่า ค่าใช้จ่ายสูง ระยะเวลาอนาน ซึ่งเป็น High Value และ High Cost จึงสมควรทำเรื่องนี้ 3. อัตราการตายสำหรับผู้ป่วยอายุรศาสตร์ยังคงสูงมาก 4. ภาควิชาอายุรศาสตร์มี clinical tracer เรื่อง Hemodynamic Monitoring ในผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock เมื่อทบทวนปัญหา พบว่า ตั้งแต่เดือนมกราคม – เมษายน 2554 มีผู้ป่วย sepsis จำนวน 754 ราย ในภาควิชาอายุรศาสตร์มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด 533 คน คิดเป็น 70.7% หากแก้ปัญหามองผู้ป่วย sepsis ที่ภาควิชาอายุรศาสตร์ได้ จะทำให้คณะฯ มีจำนวนผู้ป่วย sepsis ลดลง จึงมีคำถามเกิดขึ้น 1. มีทางทำให้ดีขึ้นหรือไม่ 2. มีใครทำเรื่องนี้บ้าง 3. จะเริ่มอย่างไร

ขั้นตอนดำเนินการของเราคือ หาเจ้าภาพในการทำเรื่อง sepsis โดยปรึกษารองคณบดี ฝ่ายพัฒนาคุณภาพ ได้ให้คำแนะนำว่า ควรทบทวนในสิ่งที่เป็นอย่างก่อน จากปัญหา พบว่าอัตราการตายมีมากกว่า 60% ค่าใช้จ่ายในเรื่องค่ายาปฏิชีวนะและเวชภัณฑ์ 4 เดือน 56 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้รอดชีวิตคิดเป็น 266,719 บาทต่อราย และผู้เสียชีวิตคิดเป็น 220,543 บาทต่อราย อัตราครองเตียงอยู่ที่ประมาณ 1 เดือน โดยเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องที่เป็นตัวแทนจากพยาบาล ทีมนำคลินิก ทีมจุลชีววิทยา และทีมบริหารทรัพยากรสุขภาพที่มีบทบาทหน้าที่ตรวจสอบ และสอบถามว่า หลัง Implement CPG ผลดีขึ้นอย่างไร

แนวทางการใช้ CPG sepsis จาก ER ผู้ป่วย

นายสุวัฒน์ ศรีสมอ่อน หน่วยแพทย์เวรฉุกเฉินเล่าว่า “เบื้องต้นเรามีการเก็บข้อมูล ที่มาจากภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จากนั้นได้นำข้อมูลที่มีอยู่มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกันสร้างเป็น CPG ส่วนการนำลงสู่การปฏิบัติเป็นสิ่งที่สำคัญ และท้าทายมาก การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ามศึกษาในโครงการนำร่องมีความสำคัญ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มา OPD ประมาณ 8,000 – 10,000 คนต่อวัน ต้องใช้ กลยุทธ์ และความสามารถเป็นอย่างมากในการค้นหาผู้ป่วย ซึ่งเป็น Area of Excellence ของเรา ทำ ซึ่งการมี CPG ให้มีแนวทางในการเลือกผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายแต่ละเรื่องได้ชัดเจนขึ้น ทั้งเรื่องความปลอดภัย การเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ระยะเวลาครองเตียงน้อยลง ในการทำงานเราต้องให้ความรู้กับพยาบาล (Scope of service) ในเรื่องกรณีฉุกเฉิน จำแนกเบื้องต้นว่าผู้ป่วยเข้าข่าย sepsis หรือไม่ ถ้าเข้าข่ายต้องรีบส่งตัวไปยังแพทย์เวรฉุกเฉินทันที ขึ้นตอนและการดูแลรักษาเพื่อนำสู่ outcome ที่ดี เพื่อลดอัตราการตาย ในช่วงแรกเริ่มเก็บข้อมูลแค่ภาคเช้า ต่อมาเริ่มกำหนดเป็นมาตรฐานชัดเจนจึงทำตลอด 24 ชม. เรามีการให้ความรู้พยาบาลทั้งในช่วงเช้า และบ่าย การทำ CPG จะสำเร็จได้ Competency ของบุคลากรมีความสำคัญ ซึ่งเรามีการจัดอบรมบุคลากรที่เป็นแพทย์ และบุคลากรฝ่ายการพยาบาลทั้ง OPD ซึ่งการทำ CPG จะได้ผล ผู้ป่วยต้องปลอดภัย โดยเราดูทั้งส่วนการประสานงานและการสื่อสารให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ในการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยต่อเนื่อง และเรามีการให้ข้อมูลญาติ เพื่อเสริมให้ CPG มีความสมบูรณ์มากขึ้น”

“ก่อนมี CPG ทำงานลำบาก การเก็บ Specimen ไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยโดนเจาะเลือดหลายครั้ง มีการเปลี่ยนยา Antibiotic บุคลากรทำงานซ้ำซ้อน หลังจากมี CPG ทำให้การทำงานมีขั้นตอนชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้เร็วขึ้น ไม่มีรายงานอุบัติการณ์ และมีเตียงสำรองสำหรับผู้ป่วย Septic shock”

นางสาวนภาพร อภิศิวจิเศรษฐ์ เล่าประสบการณ์การนำระบบ Fast tact เพื่อรับผู้ป่วยจาก ER เข้าหอผู้ป่วย ICU และวิธีการให้สารน้ำ มาใช้ว่า “ถ้าเราสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่เป็น Severe sepsis หรือ septic shock ได้ตั้งแต่แรก เราจะบอกได้ว่าผู้ป่วยรายนั้นๆต้องถูกส่งตัวไปยังหอผู้ป่วย ICU หรือหอผู้ป่วยสามัญ ทำให้ outcome ออกมาดี แต่เนื่องจากเตียง ICU มักเต็มตลอด การรักษาอาจไม่ดีเท่าที่ควร ทาง ICU จึงเริ่มทำระบบ Fast tact ตอนนี้มีที่ ICU1- ICU2 สลับกันรองรับ septic shock และ severe sepsis ในทุกเย็นจะมีการเดิน round เพื่อดูอาการผู้ป่วยหากอาการดีขึ้น เราจะจำหน่ายออกไปยังหอผู้ป่วยสามัญ และสำรองเตียงไว้ให้กรณี septic shock หรือ severe sepsis ที่มาจากแพทย์เวรฉุกเฉิน 1 เตียง สำหรับประเด็นเรื่องการให้สารน้ำ (Hemodynamic) โดยศัลยแพทย์ ICU คือ เฝ้ารอวัง ติดตามระบบการไหลเวียนเลือดอย่างต่อเนื่อง”

นางอรพรรณ ดำรงวัฒนกุล เล่าประสบการณ์ในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์สามัญว่า “ผู้ป่วยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock เกิดขึ้นได้เรื่อยๆ การคัดกรองหรือตรวจสอบเบื้องต้น (Early detect) จึงเป็นเรื่องสำคัญมาก ไม่ต่างจากใน ER โดยประเมินจาก Vital sign เมื่อพบผู้ป่วย severe sepsis หรือ septic shock เรา จะแจ้งให้แพทย์ทราบ และให้การดูแลรักษาตาม CPG ที่ระบุขั้นตอนการรักษา คือ การ Detect ที่รวดเร็ว การให้ยาปฏิชีวนะที่รวดเร็ว และการปรับ Volume ที่รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และได้รับความปลอดภัยมากขึ้น ในช่วงแรกการสื่อสารเรื่อง การใช้ CPG มีปัญหา เนื่องจากมีการหมุนเวียนแพทย์ทุกเดือน ในฐานะเราเป็นเจ้าบ้าน จึงต้องชี้แจงแพทย์ให้ทราบว่าเรามีการใช้ CPG สำหรับผู้ป่วยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock เมื่อแพทย์ทราบและปฏิบัติตาม CPG ถ้าเรามีการตรวจพบได้เร็ว ทำ Hemoculture ได้เร็ว และการเบิกยาได้เร็ว โดยตัวชี้วัดของเราคือ ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชม. หลังจากมี CPG แล้ว การสื่อสารดีขึ้น แพทย์รับรู้มากขึ้น ทำให้ตัวชี้วัดดีขึ้น ส่วนพยาบาลนั้น นื่องอาจไม่ชัดเจน ในการตรวจสอบผู้ป่วยเบื้องต้น (Early detect) และไม่ทราบบทบาทหลังการ Early detect เราจึงมีการจัดอบรมให้ความรู้พยาบาล 100% เน้นย้ำในส่วนที่สำคัญตาม CPG รวมทั้งการกรอกข้อมูลตาม CPG ให้ครบถ้วน ซึ่งหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว ทางงานบริหารทรัพยากรสุขภาพจะวิเคราะห์ข้อมูลมาให้เรา”

รศ. นพ.ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล เล่าประสบการณ์ในการสร้างความเข้าใจให้แพทย์ประจำบ้านปฏิบัติตาม CPG ว่า “การที่เราจะสร้างความเชื่อมั่นถึงผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติตาม CPG กับแพทย์ประจำบ้าน นั้น 1. ผู้ปฏิบัติต้องมีความเข้าใจใน CPG ก่อน แสดงให้เห็นผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว และถูกต้อง ผู้ป่วยปลอดภัย รวมถึงระยะเวลาครองเตียงผู้ป่วยใน ICU น้อยลง การที่ผู้ป่วยจะหายจากภาวะ severe sepsis หรือ septic shock นั้น มาจากการรักษาที่รวดเร็วตั้งแต่เริ่มต้น ด้วยการวินิจฉัยเบื้องต้นที่รวดเร็ว ผู้รักษาที่รวดเร็ว ถูกต้อง และผู้ป่วยปลอดภัยหาย Shock ผู้ภาวะปกติ 2. ให้แพทย์ประจำบ้านมีส่วนร่วมในการทำวิจัยในเรื่อง sepsis และศึกษากลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วย severe sepsis หรือ septic shock

รวมทั้ง 3. มี feedback การรักษาผู้ป่วย severe sepsis หรือ septic shock ไปยังแพทย์ประจำบ้าน ให้เห็นผลลัพธ์จากการรักษาของแพทย์ประจำบ้าน”

นายสุพัฒน์ ศรีสมอ่อน เล่าเสริมในส่วนการประสานงานกับห้องยาว่า “เรามักประสบปัญหาในเรื่องการประสานงานกับทางการเงินในช่วงเปลี่ยนเวรที่ต้องมีการปิดงบประมาณแต่ละรอบ หากแพทย์มีการสั่งเปลี่ยนยาปฏิชีวนะก็มักเกิดปัญหาคือ เปลี่ยนยาไม่ได้ ถ้าคืนก็ต้องมีใบเสร็จแนบไปด้วย ซึ่งญาติก็น่ากลับบ้านเป็นความยุ่งยาก จึงมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันระหว่างการเงิน และห้องยา หากเจอกรณีแบบนี้จะใช้เป็นการเบิกยามาใช้ก่อน หลังจากนั้นเมื่อผู้ป่วยถูกส่งตัวรักษา (Admit) เราจะเคลียร์กับทางการเงินรอบเดียว การที่เราใช้กระบวนการเบิกยาเพื่อให้ Drug Alert ก่อน เมื่อเรามี HN ผู้ป่วย เราสามารถแจ้งได้ว่าเราจะใช้ยาปฏิชีวนะชนิดไหนกับทางห้องยา แล้วห้องยาจะ Alert มา ให้เจ้าหน้าที่ของเราไปรับยามาให้ผู้ป่วย ทำให้ญาติได้รับความสะดวกในส่วนนี้ด้วย”

แนวทางการใช้ CPG sepsis จาก ER สู่อหผู้ป่วย

ศ. พญ.สุณิรัตน์ คงเสรีพงศ์ เล่าประสบการณ์การในการนำ CPG สู่อหผู้ป่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์ว่า “การดูแลผู้ป่วย sepsis นั้น เป็นการประสานงานระหว่างกันในการส่งต่อผู้ป่วย เราสร้างความเข้าใจกับบุคลากรก่อน เห็นความสำคัญของการเกิด septic shock การประสานงานร่วมมือกันของฝ่ายต่างๆ ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดไม่ได้จบอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน แต่งานต้องไปต่อที่แพทย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ฯ ทำเรื่องปรึกษาอาจารย์แพทย์เพื่อให้ได้ซื้อยาปฏิชีวนะ และส่งตัวไปยังห้องผ่าตัด นอกจากเราจะประสานงานกับห้องผ่าตัดแล้ว ยังต้องประสานงานกับทางวิสัญญีที่มีการดำเนินงานร่วมกัน เราต้องดำเนินการผ่าตัดให้เร็ว ถ้าผู้ป่วยหนักมา เราต้องเปิดช่องทางการมาถึง ICU บางครั้งมีผู้ป่วยหนักจากหอผู้ป่วยมา เราได้เปิดช่องทางมากขึ้น แต่ขณะนี้เรายังไม่มีเตียง Fast tact สำหรับภาควิชาศัลยศาสตร์ฯ ถึงจะมี CPG การรักษาผู้ป่วย sepsis ที่ทางคณะฯ จัดทำขึ้นแล้ว แต่ยังเป็นเรื่องยากที่จะทำเป็นวัฒนธรรมที่ให้ทุกคนทำตาม CPG แต่เราก็พยายามให้เห็นความสำคัญและผลลัพธ์ที่ได้กับผู้ป่วย สิ่งที่สำคัญของการประสานงานร่วมกันคือ ทุกคนช่วยกันทำงาน มีอะไรติดขัดนำมาแลกเปลี่ยนพูดคุยกัน ค่อยๆ เดินหน้าร่วมกัน ปัญหา CPG คือ เป็น CPG ที่มาจาก ER ซึ่งต้องมาปรับเปลี่ยนให้เป็นบริบทของศัลยศาสตร์ ซึ่งต้องมาเรียนรู้ร่วมกัน

อ. นพ.วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล เล่าประสบการณ์ในการนำ CPG สู่อหปฏิบัติในแพทย์ประจำบ้านว่า “ของภาควิชาศัลยศาสตร์ฯ นั้น แพทย์ประจำบ้านมีจำนวนมาก การหมุนเวียนเร็วมาก ทำให้การทำตาม CPG ก่อนข้างยาก แต่เราได้มีการจัดอบรม แจกคู่มือทุกคน และชี้แจงกับอาจารย์แพทย์ในที่ประชุมภาควิชา”

นางสาวสุภาพ จันทร์สมบุญ เล่าประสบการณ์ในการนำแนวทาง CPG ลงสู่อหปฏิบัติว่า “ในงานการพยาบาลศัลยศาสตร์ เราค่อนข้างมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย septic shock กันอยู่แล้ว เราได้ส่งคนไปอบรม CPG ทุกรุ่นครบ 100% ทางพยาบาล ICU ไม่ค่อยมีปัญหา ทุกคนเข้าใจแนวทางปฏิบัติ ส่วนในหอผู้ป่วย พยาบาลต้องปฏิบัติตาม CPG ทุกขั้นตอน และมีหน้าที่สื่อสารให้แพทย์เข้าใจตาม CPG ที่วางไว้ในช่วงแรกที่เริ่มทำ ได้เชิญคุณนงลักษณ์มานำเสนอชี้แจงให้ทุกหอผู้ป่วยเห็นความสำคัญและประโยชน์ของ

CPG ในหอผู้ป่วย ทำให้ไปสักระยะก็ยังไม่ค่อยชัดเจน พบปัญหาในเรื่องการสื่อสารให้แพทย์เข้าใจตาม CPG ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยแต่ละหอมีความตั้งใจมาก ในการเข้าร่วมอบรมครั้งแรกไม่เข้าใจ ก็มาเข้าร่วมในครั้งที่ 2 – 3 จนเข้าใจ แสดงให้เห็นความมุ่งมั่นเป็นอย่างมาก นอกจากนั้น ได้มีการติดตามประเมินผล ผู้เข้าอบรม CPG และมีการ Check list ระดับการคัดกรอง เกณฑ์ต่างๆในการทำ severe sepsis ส่งไปยัง คุณหมอ และให้คุณหมอดูตามเกณฑ์ CPG ที่วางไว้”

นางสาวชินา บุญนาค เล่าประสบการณ์ในการนำแนวทาง CPG ลงสู่การปฏิบัติที่หอผู้ป่วยว่า “จากที่เราได้เข้าร่วมอบรม CPG และมองว่าเป็นสิ่งที่ดีสำหรับคนไข้ จึงตั้งใจจะดำเนินการ แต่ในครั้งแรกยังไม่เข้าใจเท่าที่ควร จึงเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมอีกครั้ง และนำมาแจ้งกับบุคลากรในหน่วยเพื่อเตรียมดำเนินการ พอเริ่มทดลองทำ ยังไม่เข้าใจใน Flow การดำเนินการ จึงปรึกษาไปยังงานบริหารทรัพยากรสุขภาพ และแพทย์ประจำบ้าน โดย Case ต่างๆ ที่เลือกมา ยังไม่เข้ากับเกณฑ์ผู้ป่วย sepsis ที่กำหนด แต่เราก็กังไม่ท้อ มีกำลังใจทำต่อไป ภาควิชาอายุรศาสตร์ฯ ยังใช้เวลาดำเนินการถึง 2 ปี แต่ภาควิชาศัลยศาสตร์ฯ ของเราได้เริ่มดำเนินการเพียงไม่กี่เดือนเท่านั้น จึงไม่คิดย่อท้อ ถ้าเราอยากได้ผลดี ต้องมีการปรับแนวทางใหม่ จึงเชิญ หัวหน้างาน และหัวหน้าหอผู้ป่วยมาร่วมกันทบทวนจนเข้าใจ เพื่อไปถ่ายทอดสู่บุคลากร และขอความร่วมมือจากบุคลากรในหอผู้ป่วย รวมทั้งต้องให้เห็นว่าผู้ป่วยเป็นญาติเรา เราจะทำการดูแลรักษาอย่างไรให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นประโยชน์ทั้งหอผู้ป่วยเรา องค์กรเรา และตัวผู้รับบริการด้วย”

นางนุศรา กุลณะ เล่าประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยในหน่วย ICU ว่า “ช่วงแรกที่น่า CPG เข้ามา ปัญหาที่พบคือ ICU มีแพทย์ประจำบ้านที่หมุนเวียนแต่ละเดือนเยอะมาก ความสับสนจะค่อนข้างมาก ในช่วงแรกยังไม่ทราบว่าใครเป็นคนบันทึกระหว่างแพทย์ประจำบ้านที่มาจากวิสัญญี ศัลยศาสตร์ฯ และอายุรศาสตร์ฯ ซึ่งทางวิสัญญีจะเป็นเจ้าของไข้ และเป็นผู้บันทึกรายละเอียดทั้งหมด เราได้ปรึกษากับศ. พญ.สุณิรัตน์ เพื่อให้ท่านแนะนำกับแพทย์ประจำบ้านให้เข้าใจแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแต่ละกรณีไปตามแนวทาง CPG หลังจากไปพูดคุยกับแพทย์ประจำบ้านไประยะหนึ่ง เกิดผลสัมฤทธิ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น นอกจากนั้นได้มีการปรึกษางานบริหารทรัพยากรสุขภาพ เพื่อแนะนำให้เกิดแนวทางร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือของทุกฝ่าย”

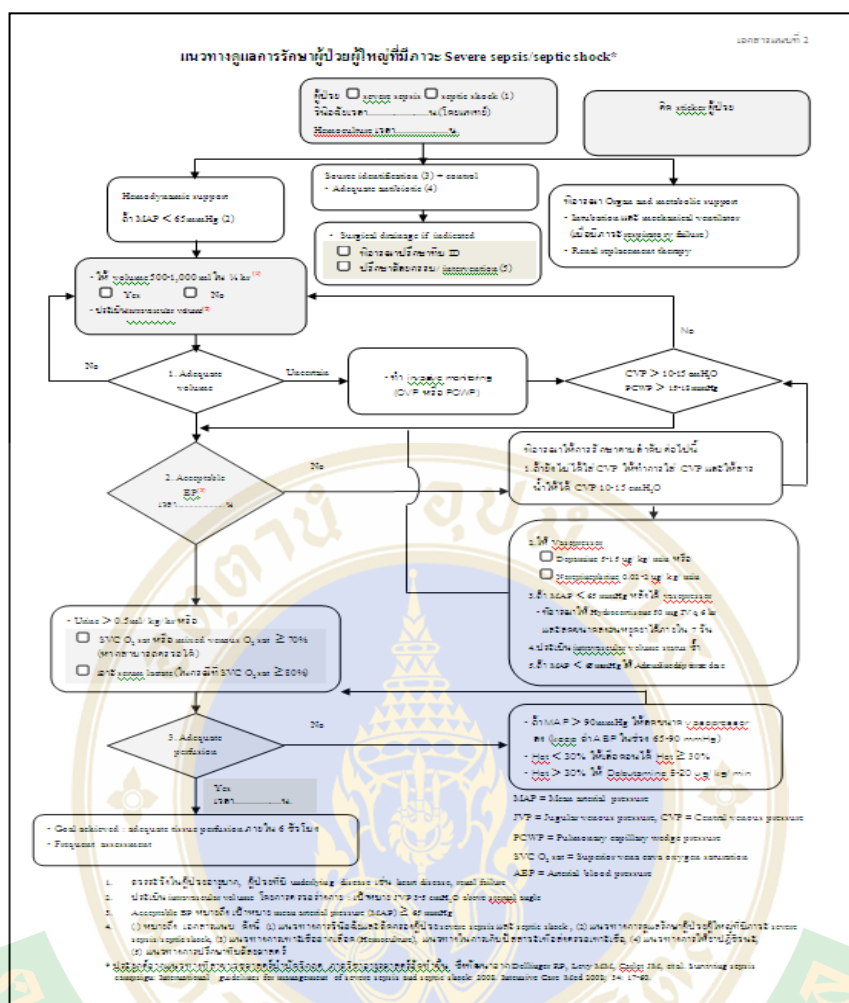
นางสาวนงลักษณ์ พันชมพูนุ นำเสนอผลลัพธ์การดำเนินการ CPG sepsis ซึ่ง CPG ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่มีนาคม ซึ่ง KPI ประกอบด้วย

- อัตราที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) ภายใน 4 ชั่วโมง
- อัตราที่ผู้ป่วยในได้รับยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) ภายใน 1 ชั่วโมง
- Adequate tissue perfusion rate ภายใน 6 ชั่วโมง
- อัตราการตาย (Mortality rate)
- Compliance rate of CPG

- ระยะเวลาวันนอน
 - ตลอด Admission
 - ใน ICU
- ค่าใช้จ่ายรวม
- ค่ายา รวม และค่ายาปฏิชีวนะ (Antibiotic)

KPI : output/ outcome มาจากข้อมูลที่ผู้ป่วยเริ่มเข้ามารักษาตัวโดยตรวจพบว่าเป็น severe sepsis จนจำหน่ายออก โดยพิจารณาในเรื่องอัตราที่ผู้ป่วยนอกได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 4 ชั่วโมง และอัตราที่ผู้ป่วยในได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูลพบว่า จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอก 71 คน ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 4 ชั่วโมง ครบ 100% และ 61% ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ในส่วนผู้ป่วยในพบว่าผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงคิดเป็น 53% ซึ่งในส่วนที่ยังใช้เวลาเกิน 1 ชั่วโมงอนาคตจะทำการศึกษาวิเคราะห์ระบบต่อไป ส่วนของ Adequate tissue perfusion rate ภายใน 6 ชั่วโมงพบว่า มี 29.2% ซึ่งเป็นส่วนมากที่อยู่ในช่วงเวลา 6 ชั่วโมง ส่วนที่เหลือกระจายไปในช่วงเวลาต่างๆ อาจเกิดจากสาเหตุบางประการ ในส่วนของอัตราการตาย (Mortality rate) ลดลงหรือไม่ เราจะดึงข้อมูลเมื่อเราจำหน่ายผู้ป่วย ภาพรวมตั้งแต่เดือนมีนาคม - สิงหาคม 2554 จากเดิม 61% ลดลงเหลือ 45.2% แบ่งเป็นผู้ป่วยนอก 35.71% ผู้ป่วยใน 50.00% ในส่วน Compliance rate of CPG ซึ่งดูจากจำนวนการใช้ CPG ที่ส่งไปเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะ severe sepsis ทั้งหมด เดือนมิถุนายน 2554 มี Compliance rate 14.18% ยังมีส่วนที่ขาดหายไปอีกจำนวนหนึ่ง ต้องดำเนินการติดตามในส่วนนี้ต่อไป จากนั้นในเรื่องของระยะวันนอน และค่าใช้จ่ายนั้นมีอัตราที่ลดลง ระยะวันนอนเฉลี่ยอยู่ที่ 18 วัน ICU 10 วัน ค่าใช้จ่ายทั้งหมดเฉลี่ยต่อราย 269,493 บาท ค่าใช้จ่ายใน ICU 7,809 บาท ค่ายา 76,496 บาท ซึ่งคุณภาพของข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์นั้น ต้องมีความถูกต้อง สมบูรณ์ ครบถ้วน และเที่ยงตรง

ภาพแสดงแนวทางการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis / septic shock



ศ. พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร สรุปและปิดการประชุม “วันนี้เราได้ประเด็นที่ดีมาก เป็น ประสพการณ์ตรงของคนที่ทำเรื่องนี้ เป็นโอกาสพัฒนา สิ่งที่ได้เรียนรู้คือ การสร้าง CPG ง่ายกว่าการ Implement ขณะนี้เรา Implement ได้ 6 เดือน มีการทำงานเป็นทีม คอยกันมากขึ้น นำประเด็นมาคุยกัน เบื้องหลังการทำงาน ทุกทีมมี KPI ร่วมกัน กระบวนการที่เกิดขึ้น ทำให้ได้เรียนรู้ เกิดความมุ่งมั่นร่วมกัน เป็นองค์ความรู้เผยแพร่ภายนอก สรพ.นำไปขยายต่อในประเทศ องค์ความรู้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการทำงาน บริบทสำคัญคือ เราต้องนำข้อมูลต่างๆกลับมาคุยกัน มิฉะนั้นจะไม่รู้ว่าเราทำไปทำไม จะดำเนินการต่อ อย่างไร สิ่งที่ได้คือ เกิดเครือข่ายที่สามารถพูดคุยกันได้เสมอ ผู้ป่วยปลอดภัย การทำงานง่ายขึ้น”

ผู้ถอดบทเรียน: นางสาวปารวี สยัคพานิช

ผู้ตรวจสอบบทเรียน: นางสาวสมใจ เนียมหอม