

ถอดบทเรียนจากการประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 7/2557

“ยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย Siriraj Concurrent Trigger Tool”

วันพุธที่ 24 ธันวาคม 2557 เวลา 13.00 – 15.00 น.

ณ ห้องประชุมอติยาทรกิติคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7

วิทยากร

ศ. พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร

รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ

ผศ. นพ.ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์

หัวหน้าทีมดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

อาจารย์ศุภกิจ สุวรรณไตรย์

ผู้ช่วยหัวหน้าสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์

และหัวหน้าคลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์

นางสาวเพ็ญสุข ยุวภูษิตานนท์

หัวหน้าหอผู้ป่วย ไอ. ซี. ยู. ประสาทศัลยศาสตร์

งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์

นางสาวสุภาภรณ์ กวัดแกว่ง

พยาบาลประจำหอผู้ป่วย 100 ปี พระศรี 10/3

งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

ผู้ดำเนินการอภิปราย : นางสาวสมใจ เนียมหอม หัวหน้างานจัดการความรู้

ศ. นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา รองคณบดี และผู้อำนวยการโรงเรียนแพทย์ศิริราช กล่าวเปิดการประชุม “การที่เราทำงานในสถาบันการแพทย์ที่ต้องดูแลผู้ใช้บริการ ความปลอดภัยเป็นเรื่องที่พึงระวังเสมอ เราคงไม่เพียงหาวิธีการบรรเทาความเดือดร้อนจากความเสี่ยง คงต้องมองหาทุกวิถีทางที่ค้นหาความเสี่ยงที่กระทบกับความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ตรงไหน องค์การที่เป็นที่ยอมรับทั่วโลกมักดำเนินการเชิงรุกเช่นนี้ ศิริราชเป็นหนึ่งในองค์กรแบบนั้นด้วย องค์กรเชิงรุกที่จะค้นหาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมาศึกษาความสามารถในการป้องกันผู้ป่วย และกระบวนการเหล่านั้นไม่ใช่กระบวนการที่ง่าย ต้องเป็นคนช่างสังเกต การที่ผู้ป่วยเดินมาหาเรา ให้เราเฝ้าสังเกต อุปมาอุปมัย ดูว่ามีอาการอย่างไร อาการบางอย่างอาจเป็นสัญญาณของโรคบางอย่างที่แฝงในตัวคนนั้น โดยเฉพาะบางโรคที่ไม่ปรากฏผลเด่นชัด เชื่อว่าโครงการ Siriraj Concurrent Trigger Tool เป็น

เครื่องมือที่เริ่มต้นเฝ้าสังเกตสัญญาณเตือนภัย มีอะไรบ้างที่บอกถึงความเสี่ยง ต้องมีการนำปัจจัยเหล่านั้นมาศึกษา กระบวนการดำเนินการเหล่านี้อาศัยหลักฐาน ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ นำไปวิเคราะห์สัญญาณเตือนภัยต่างๆ สุดท้ายเป็นสัญญาณเตือนภัยที่เหมาะสม สามารถดักจับสิ่งต่างๆ เหล่านี้ได้ นับเป็นประโยชน์มหาศาล โดย Siriraj Concurrent Trigger Tool มีการดำเนินการมาแล้ว 2 ปี นำมาศึกษาวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย หวังเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาเครื่องมือนี้ให้มีความแม่นยำ โดยหลังจากนี้เชื่อว่าโรงพยาบาลอื่นๆ จะนำเครื่องมือนี้ไปช่วยดักจับสิ่งต่างๆ ที่เป็นความเสี่ยง มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากใช้แล้วเกิดผลลัพธ์ที่ดี มีการเผยแพร่ในรูปแบบการเขียนวารสารวิชาการนานาชาติ ประเทศอื่นๆ ทั่วโลก เห็น และนำ Siriraj Concurrent Trigger Tool ไปเป็นต้นแบบในการดำเนินการต่อไป”

ศ. พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิพร รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ นำเสนอการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยด้วย Siriraj Concurrent Trigger Tool ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ความปลอดภัยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด ผู้ป่วยคาดหวังจะได้รับการดูแลรักษาและความปลอดภัยจากเรา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หน้าที่เราคือ ทำอย่างไรให้เกิดความเสี่ยงน้อยที่สุด หรือไม่เกิดเลยขณะที่ผู้ป่วยมารับการรักษา ในเรื่องความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk) ย่อมเกิดขึ้นได้ตลอดกระบวนการ ตั้งแต่เข้ารับบริการจนกลับบ้าน บางครั้งความเสี่ยงเกิดจากการให้ยา ผู้ป่วยกลับบ้าน จึงจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งกลับบ้าน โดยระดับความเสี่ยงนั้นมีตั้งแต่รุนแรงเล็กน้อยไปจนถึงชีวิต มีผลกระทบต่องิตใจ อารมณ์ สังคม หรือจิตวิญญาณ บางครั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นส่งผลต่อญาติ ผู้ป่วย ครอบครัว จึงเป็นเรื่องใหญ่ที่ทุกโรงพยาบาลให้ความสำคัญ และตระหนักกับเรื่องนี้มาก เมื่อมีการบริหารจัดการจนเกิดความปลอดภัยแล้วจะนำมาซึ่งคุณภาพ ในกระบวนการค้นหาดักจับความเสี่ยงต้องอาศัยความรู้ หลักฐานทางวิชาการ มาตรฐาน หรือแนวปฏิบัติที่ดีจากที่อื่น ความซับซ้อนของระบบ เทคโนโลยี และบุคลากร เป็นอีกเรื่องที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้น นับว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญที่พวกเราต้องตระหนัก และร่วมมือกันทำงานเป็นทีม

เราไม่ต้องการให้เกิดความผิดพลาดในกระบวนการรักษา เพราะฉะนั้นต้องมีระบบที่ดี คือปิดช่องโหว่ทั้งหมด แต่ความเป็นจริงย่อมทำไม่ได้ที่จะไม่เกิดช่องโหว่เลย แต่เราจะทำอย่างไรให้มีการดักจับก่อนเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ที่เป็นความเสี่ยง โดยสาเหตุความผิดพลาดมาจากหลายด้าน ความไม่ระวัง สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับองค์กร ผู้บริหาร นโยบาย กฎระเบียบ สมรรถนะหลักขององค์กร สำหรับการประชุมครั้งนี้มุ่งเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องการบริหารจัดการเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน สำหรับการพัฒนาคุณภาพศิริราชนั้นในระยะที่ 5 ปี 2555-2558 มุ่งเน้นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมคุณภาพ

และวัฒนธรรมการเรียนรู้ และความเป็นเลิศอย่างยั่งยืน ซึ่งเราบริหารจัดการตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง เรา นำ Siriraj Concurrent Trigger Tool มาเป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพ จากการสำรวจ Safety Culture นั้น 12 ประเด็นที่จะสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้สำเร็จประกอบด้วย 1. การทำงานเป็นทีม ภายในหน่วยงาน 2. ความคาดหวังและการสนับสนุนจากผู้บริหารให้เกิดความปลอดภัย 3. การเรียนรู้ภายในองค์กร และการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง 4. การบริหารจัดการของโรงพยาบาลในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย 5. ภาพรวมการรับรู้ด้านความปลอดภัย 6. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล 7. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและการสื่อสารที่เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อน 8. การสื่อสารตรงไปตรงมา 9. ความถี่ของการรายงานอุบัติการณ์ 10. บุคลากร 11. การส่งต่อข้อมูล และ 12. การไม่ลงโทษ กรณีที่เกิดความผิดพลาด

ในเรื่องของการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) นั้น ทำให้เป็นเรื่องที่อยู่ในชีวิตประจำวัน ทำด้วยความระมัดระวัง (No harm) ทำด้วยใจ ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีอะไรคุยกัน เกิดเหตุให้รีบบอก (No shame) ไม่กล่าวหา ไม่ลงโทษ (No blame) แลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ ทบทวน หลังเกิดเหตุ และทบทวนก่อนเกิดเหตุ ซึ่ง Siriraj Concurrent Trigger Tool ใช้การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการ

ทั่วโลกมีการเสนอ Trigger Tool เป็นตัวดักจับความเสี่ยง โดยศิริราชได้มีการนำ Trigger Tool มาใช้ เนื่องจากผู้ป่วยมีความซับซ้อน และเรามีทีมและผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลาย ซึ่งเราต้องการลดความเสี่ยงของ ผู้ป่วย เมื่อรับไว้ในโรงดูแลในโรงพยาบาล เพิ่มความปลอดภัย เพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการ รักษาพยาบาล เป็นพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษา และระบบงานที่เกี่ยวข้อง และตอบสนองพันธกิจ วิสัยทัศน์ของคณะฯ สิ่งสำคัญคือ เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจากทีมสห สาขาวิชาชีพให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

Concurrent Trigger Tool เป็นการดักจับตัวส่งสัญญาณ ร่วมกับบริหารจัดการเพื่อป้องกันหรือไม่ให้ เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) ที่รุนแรงขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล โดย ค้นหาตัวดักจับความเสี่ยงแต่เนิ่นๆ ตามดูเหตุการณ์ที่เราไม่ต้องการให้เกิดความเสี่ยง และจะทำอะไรที่ไม่ให้ เกิด รู้ได้อย่างไร จัดการอย่างไร ติดตามดูอย่างไร เราค้นหาว่าความเสี่ยงของเรามีประเด็นอะไรบ้างที่เป็น ความเสี่ยงสำคัญ และรู้ได้อย่างไรว่าจะมีความเสี่ยงนี้เกิดขึ้น ติดตาม เผื่อระวังอย่างไร รู้ผลแล้วต้องทำอะไรต่อ สิ่งสำคัญคือ เรานำเรื่องการใช้ตัวส่งสัญญาณ Concurrent Trigger Tool กำหนดเป็นหนึ่งในจุดเน้นการพัฒนา คุณภาพ ในเรื่อง Siriraj Concurrent Trigger Tool เราจะทำอะไรให้คนทำงานได้มีแนวทางปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ตรงกัน คือทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย สำหรับการทำ Siriraj Concurrent Trigger Tool คือการมองหาตัวส่งสัญญาณแต่เนิ่นๆ ที่เรียกว่า Modified Early Warning Sign (MEWS) และบริหารจัดการความเสี่ยงนั้นๆ โดยเริ่มกระบวนการนี้ที่พยาบาล เพราะใกล้ชิดผู้ป่วยจะเห็นความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นมากที่สุด สามารถชวนแพทย์ อาจารย์แพทย์เข้าร่วมในวงนี้ได้ เห็นชอบกับแนวทางที่ทำนี้ และนำลงสู่การปฏิบัติที่แพทย์ประจำบ้าน กระบวนการที่เริ่มต้นจากพยาบาลนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่ถูกต้อง สามารถบริหารจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ โดยสิ่งที่เราดำเนินการ เริ่มจากกำหนดรูปแบบทำอะไรให้ผู้ป่วยไม่เสี่ยง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือแย่ลงกว่าเดิมเมื่อเข้ารับการรักษา โดยกำหนด Modified Early Warning Sign (MEWS) ติดตาม Monitoring ด้วยความรู้ ทักษะเชิงปฏิบัติ ดำเนินการรักษาอย่างรวดเร็วด้วยการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ นำลงสู่การปฏิบัติ และติดตามประเมินผล

ผลที่คาดว่าจะได้รับคือ 1. ทีมผู้ให้การรักษา แพทย์ พยาบาล มีการทบทวนจัดทำแนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงอย่างเป็นสหสาขาวิชาชีพ โดยกำหนด MEWS และใช้หลักฐานทางวิชาการและการจัดการความรู้ที่ฝังในตัวบุคคล 2. ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังติดตามอย่างใกล้ชิดและแก้ไขปัญหาโดยใช้แนวทางที่กำหนด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เป็นการเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการรักษา สนับสนุนวิสัยทัศน์พันธกิจของคณะฯ 3. มีการระบุและพัฒนาสมรรถนะที่สำคัญและจำเป็นของพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วย 4. เกิดการถ่ายทอดความรู้ในทีมและข้ามทีมอย่างเป็นระบบ 5. สร้างต้นแบบการใช้ MEWS เพื่อป้องกันความเสี่ยงเชิงรุกในรูปแบบ Siriraj Concurrent Trigger Tool

นางสาวเพ็ญสุข ยุวภูษิตานนท์ หัวหน้าหอผู้ป่วย ไอ. ซี. ยู. ประสาทศัลยศาสตร์ เล่าประสบการณ์การเป็นหนึ่งในทีมนำร่องที่ดำเนินการ Siriraj Concurrent Trigger Tool จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลายปี ทำให้ได้เห็นลักษณะของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มทำงาน จนถึงปัจจุบันพบว่า ความรุนแรงของผู้ป่วยอาจไม่มีความแตกต่างไปจากเดิม แต่อยู่ที่ความชำนาญในการคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งเริ่มแรกยังไม่รู้จะเริ่มจากตรงไหน แต่เราได้เริ่มหา evidence base ในการ early detected ซึ่งยังไม่เพียงพอ ในปี 2554 อาจารย์ดวงมณี ได้จุดประกายเรา ท่านนำเรื่อง Concurrent Trigger Tool มานำร่องในงานการพยาบาลศัลยศาสตร์ฯ เริ่มแรกยังงอแงว่าต้องทำอะไร แต่ด้วยการเริ่มต้นจากใจที่อยากทำอะไรให้ผู้ป่วยและอาจารย์ทำให้เรามองภาพได้กว้างขึ้น ประกอบกับเราอยากให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี หลังจากที่เราได้ทบทวนวรรณกรรม evidence base และอื่นๆ ในครั้งแรกที่อาจารย์ช่วยสกัด และจัดทำ Flow กระบวนการ MEWS of IICP (IICP ; Increase

intracranial pressure) พบว่า กว่าจะได้ Flow นี้มา ต้องผ่านทีมแพทย์ สำหรับ Flow นี้ ทุกคนต้องเข้าใจ และสามารถดำเนินการตาม Flow ซึ่งใช้เป็นแนวปฏิบัติได้ ในทิศทางเดียวกัน มีการทำงานร่วมกันอย่างเป็น ทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล โดยการทำงานร่วมกันของทีมพยาบาลเรายังคุยกัน และเข้าใจการทำงาน ซึ่งกันและกัน แต่เมื่อเรานำไปให้แพทย์ดู ก็มีคำถามกลับมาว่าทำไมเราต้องเล่าให้ทราบว่าสิ่งที่ทำเป็น การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ที่สำคัญคือ ผู้ปฏิบัติงานทุกคนรู้สึกไม่สบายใจเมื่อเห็นผู้ป่วยมีอาการทรุดลง เราจึงอยากหาทีมเข้ามาช่วยเพื่อให้มีการบริหารจัดการเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งในแต่ละหอผู้ป่วยของ สาขาวิชาประสาทศัลยศาสตร์ เมื่อค้นหาค้นเจอ MEWS of IICP ได้ แนวปฏิบัติที่เรามี น้องๆทุกคนจะรู้หน้าที่ ต้องมีการดำเนินการอย่างไร ก่อนหน้านั้นทุกคนทำงานซ้ำซ้อนกัน ไม่รู้ว่าต้องตามแพทย์ระดับไหนมา ซึ่งตอนนี้ เรามีแนวปฏิบัติ และมีการวางระบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยให้ทันทุกสถานการณ์ หลังจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น พบว่า ยิ่งเราเร็ว และไวเท่าไร ผลเสียย่อมลดลง ที่ดำเนินการมานั้นจากที่ไม่เป็นระบบ เมื่อเรามี Flow ผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์จากทีมแพทย์ต้องใช้เวลาทบทวนอย่างมาก ใช้พลัง ใช้แรงโน้มน้าวให้เกิด การเรียนรู้ ทำงาน และก้าวไปด้วยกัน ผลที่ได้เราจะเห็นได้ทันที เมื่อเรามี Flow เราติดไว้ที่หอผู้ป่วย จะให้ แพทย์มาใหม่ทุกคนได้ศึกษา Flow การดำเนินการ แพทย์ที่เป็น Staff ได้ชี้แจงเพิ่มเติมให้กับทีมแพทย์ประจำ บ้านเห็นความสำคัญ ระยะแรกเราจะนำกรณีศึกษามาคุยกันทุกเดือนกับน้องๆ เมื่อดำเนินการตาม Flow ได้ผลดีอย่างไร เราจะนำมาเป็นตัวอย่างให้เห็นผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จากการทำงานที่ศิริราชมา 30 ปี พบว่าการทำงานในช่วงหลังนี้สะดวกมากขึ้น เรามีแนวปฏิบัติในการทำงาน ทำให้เกิดการบริหารจัดการในทิศทางเดียวกัน ทั้งแพทย์และพยาบาล ทำงานได้รวดเร็ว ลดขั้นตอนการ ตัดสินใจ แต่การดำเนินการต่างๆย่อมมีปัญหา ซึ่งเราจะทำอย่างไรให้คนในทีมตระหนักถึงความสำคัญ เราต้องให้ เวลา สร้างความเข้าใจ ให้เรียนรู้จากการปฏิบัติจริงอย่างเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ หลังจากทีมบริหารจัดการ พัฒนาทักษะสมรรถนะของน้องๆ รวมทั้งสร้างแรงบันดาลใจให้ตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยแล้ว การ ดำเนินการทุกอย่างจะปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ และจัดเก็บผลลัพธ์และนำมาวิเคราะห์พบว่าเกิดการ เปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นหลังดำเนินการ MEWS of IICP โดยผลของการใช้ Trigger Tool MEWS of IICP นั้น พบว่า สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการดักจับความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้ รวดเร็วขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากทีมได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การช่วยเหลือเบื้องต้น การ ประสานกับแพทย์ และการส่งผู้ป่วยไปตรวจ เป็นแนวทางการคัดกรองและดูแลรักษาทีมแพทย์และพยาบาล ให้เป็นทิศทางเดียวกัน ขยายผลการใช้แนวปฏิบัติไปหน่วยงานอื่นๆ รวมทั้งสามารถต่อยอดสู่การวิจัย R2R

สิ่งที่ได้เรียนรู้คือ การทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล ร่วมกันหาสร้างความรู้หาแนวทางปฏิบัติ โดยจุดมุ่งหมายเดียวกันคือผู้ป่วยปลอดภัย การใช้ Siriraj Concurrent Trigger Tool สามารถนำไปใช้ขยายผลไปยังหน่วยงานอื่นๆ ที่บริบทคล้ายๆ กัน และใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีอาการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทสมองหรือไม่ ซึ่งเรามีการเพิ่มคุณค่าต่อยอดด้วย R2R เพื่อให้เกิดการขยายผลในระดับประเทศต่อไป

คุณสมใจ เนียมหอม สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินการของทีมนำร่องว่า ประเด็นสำคัญเป็นเรื่องการสื่อสารทำความเข้าใจ การกำหนดวัตถุประสงค์กับเป้าหมายทีมร่วมกัน สร้างและพัฒนาความรู้ นำผลการติดตามตัวชี้วัดมาพัฒนาต่อยอด มีการสร้างองค์ความรู้ใหม่ของทีมในการดูแลผู้ป่วย ปัจจุบันนำร่องใน 5 หอผู้ป่วย และวางแผนขยายความรู้ไปยังหอผู้ป่วยที่มีการดูแลรักษา กลุ่มผู้ป่วยในแบบเดียวกัน ถือเป็นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย และการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมนำร่อง สามารถต่อยอดการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนมากขึ้น มีการทำ R2R พัฒนา Evidence base ให้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

นางสาวสุภาภรณ์ กวัดแกว่ง พยาบาลประจำหอผู้ป่วย 100 ปี พระศรี 10/3 เล่าประสบการณ์ในการนำ Siriraj Concurrent Trigger Tool เข้าไปดำเนินการในงานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โดยในช่วงแรกนั้น หลังจากที่ได้รับมอบหมายให้ทำเรื่อง MEWS กังง จะทำอะไรยังไง โดยอาจารย์ดวงมณีได้ให้ทีมมาร่วมฟังประสบการณ์และการดำเนินการจากทีมนำร่อง เกิดผลลัพธ์อะไร หลังจากฟังก็ยังสับสน เราจะทำยังไง ต่อยอดยังไง ซึ่งอ.ดวงมณี ได้ให้กลับบ้านกลับไป ให้ข้อเสนอแนะถึงการเลือกเรื่องที่จะทำ MEWS มีความเสี่ยงไหม มีแนวปฏิบัติชัดเจนหรือไม่ แพทย์ให้ความร่วมมือ สนับสนุนการดำเนินการหรือไม่ เพราะดำเนินการแค่พยาบาลฝ่ายเดียวคงไม่สำเร็จ รวมทั้งต้องมีข้อมูลสนับสนุนที่ชัดเจน อุบัติการณ์ความเสี่ยง ความรุนแรงที่เกิดขึ้น หลังจากได้ประเด็นเรื่องที่พร้อมจะทำ เราก็เริ่มระดมสมอง ประชุมทีมที่ดำเนินการ มีทั้งพยาบาลพี่ๆ หัวหน้างานให้คำแนะนำ ในเรื่องการคัดกรองที่สำคัญคือ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย แต่ระหว่างนั้นอาจมีเรื่องไม่คาดคิดเกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ผู้ป่วยอาจตกเลือดหลังคลอดได้

สำหรับงานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยานั้น ได้เลือกประเด็น Postpartum Hemorrhage มาทำ MEWS โดยเป็นภาวะที่มีการเสียเลือดทางช่องคลอดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป ภายหลังคลอดทางช่องคลอด และเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป ภายหลังผ่าตัดคลอด มีการลดลงของความเข้มข้นของเลือดร้อยละ 10 หรือมากกว่าร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัว โดยภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของสตรีคลอดบุตรทั่วโลก ทางทีมจึงเริ่มทบทวนข้อมูล พบว่า มีผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดในปี 2554

ร้อยละ 3 ปี 2555 ร้อยละ 2.8 และปี 2556 ร้อยละ 2.9 และพบภาวะแทรกซ้อนในปี 2555 ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ Shock 1 ราย ปี 2556 สตรีคลอดบุตรได้รับการตัดมดลูก 1 ราย โดยภาวะต่างๆเหล่านี้สามารถป้องกันได้หากทีมมีประสบการณ์ปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างถูกต้อง โดยเริ่มแรกทางทีมสูติฯ เราคิดทำกระบวนการเล็กๆ ก่อน ซึ่งเราอยู่หน่วยหลังคลอดน่าจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรา จึงเริ่มจากการดูแลผู้ป่วยที่ตกเลือดหลังคลอด โดยเริ่มจากทบทวนการทำงานของพยาบาล ระบบการดูแลจัดการ ค้นหาข้อมูลเชิงประจักษ์ Evidence based และความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคล ซึ่งใช้เวลานานมากในการคุยกันกับทีม ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการพัฒนา MEWS โดยก่อนที่จะสร้างแนวปฏิบัติ ต้องเริ่มจากการตั้งวัตถุประสงค์และตัวชี้วัด เพื่อให้เห็นทิศทางของการดำเนินการของเรา โดยวัตถุประสงค์ในการทำ MEWS คือ สตรีคลอดบุตรไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดภายหลังคลอดที่สามารถป้องกันได้ ตัวชี้วัดคือ สตรีคลอดบุตรเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่าร้อยละ 2 จากนั้นได้มีการประชุมทีมพัฒนา Flow แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทุกเดือน ได้รับคำแนะนำจากอาจารย์และทีมเพื่อปรับแก้ไปเรื่อยๆ จนนิ่ง และนำไปปรึกษาอาจารย์ตริภพ หลังจากคุยกับอาจารย์ ได้รับคำแนะนำให้มีการดำเนินการครอบคลุมทุกกระบวนการตั้งแต่ห้องคลอดถึงหน่วยหลังคลอด (LR ถึง PP) จึงต้องเชิญทีมที่เกี่ยวข้องจากหน่วยต่างๆ มาร่วมประชุมออกแบบการดำเนินการพัฒนา Flow ขึ้นมาใหม่ โดยอาจารย์ตริภพ และพี่พยาบาลที่ชำนาญการ ได้ช่วยกันดูและพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติที่พร้อมใช้ครบวงจร โดยเรานำไปทดลองใช้และเก็บข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน 2557 พบว่า ตัว MEWS ที่ใช้ในแนวทางการดูแลถูกเลือกใช้ 50% แสดงว่าแนวทางไม่ได้เป็นการเพิ่มภาระงานในการทำงาน และจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า สตรีคลอดบุตรมีภาวะช็อค 5% ทำให้ทราบว่าเราควรนำไปพัฒนาการปฏิบัติงานของหน่วยฝากครรภ์ (ANC) เพื่อเป็นการป้องกันหรือลดภาวะช็อค และสตรีคลอดบุตรมีความดันโลหิต ซีพจรไม่คงที่ 10% ในหน่วยหลังคลอด ซึ่งจะนำไปพัฒนางานในการดูแลสตรีคลอดบุตรที่ห้องคลอดก่อนส่งต่อหน่วยหลังคลอด หลังจากนำข้อมูลไปนำเสนอแล้ว ได้วิเคราะห์การจัดทำแนวปฏิบัติ จากการตอบไม่ครบทุกส่วน จึงมีการพัฒนาปรับปรุงปฏิบัติใหม่ให้ชัดเจน ใช้งานง่าย และเริ่มนำสู่การปฏิบัติแล้ว รอดิตตามประเมินผลในลำดับต่อไป

ปัญหาอุปสรรคที่พบคือ การสร้างความเข้าใจ และการแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ MEWS ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ ผู้คลอดได้รับการเฝ้าระวัง ติดตามอย่างใกล้ชิด และแก้ไขตามแนวทางที่กำหนด เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และหวังว่าจะมีการพัฒนาต่อเนื่องให้เป็น Best Practice สำหรับการดูแลสตรีคลอดบุตรอย่างครอบคลุมในระดับประเทศ

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำ Siriraj Concurrent Trigger Tool คือ การได้พัฒนาความรู้ การทำงานเป็น ทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ การได้รับโอกาสในการร่วมดำเนินการ Siriraj Concurrent Trigger Tool ทำให้เกิด MEWS ขึ้นมา เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

ผศ. นพ.ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ หัวหน้าทีมดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวช วิทยา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการนำ MEWS มาใช้ในการปฏิบัติงานว่า สำหรับห้องคลอดนั้น เมื่อก่อน อัตราการตกเลือดไม่มาก เพราะทางกระทรวงตั้งเป้าหมายการตกเลือดห้ามเกิน 5% ซึ่งการรายงานผลของ สถานพยาบาลจะรายงานที่ 2-3% แต่ mobility ของผู้ป่วยหลังคลอดสูงมาก ทั้งผู้ป่วย shock และผู้ป่วยตัด มดลูก จากนั้นได้ทบทวน Evidence base พบว่าปัญหาสำคัญอยู่ที่การวัดปริมาตรเลือดหลังคลอด จุดเริ่มต้น ของผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดที่ดำเนินการคือ การพัฒนาการใช้การตรวจเลือดด้วยถุงวัดปริมาตร เมื่อนำถุงวัด ปริมาตรมาใช้พบว่า อัตราการตกเลือดเพิ่มขึ้น 9.3% แต่ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยแย่ลง แต่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมาก ขึ้น หลังจากใช้มา 1 ปี ไม่พบผู้ป่วยภาวะตกเลือดรุนแรงที่ตกเลือดเกิน 1,000 cc แต่ยังคงพบ Gap เพราะมี การดำเนินการที่ห้องคลอดอย่างเดียว ในส่วนก่อนและหลังคลอด ยังไม่มีการดำเนินการใดๆ พอดีคุณสุภาภรณ์ มาปรึกษาการดำเนินการ MEWS ในส่วนหลังคลอด จึงเข้าทาง เลยแนะนำให้ดำเนินการครบวงจรตั้งแต่ก่อน คลอดถึงหลังคลอด แต่จากข้อมูลที่เก็บมาพบว่า ผู้ป่วยในระยะหลังคลอด 10% ที่สัญญาณชีพไม่คงที่ BP ต่ำ กว่า 90/60 mmHg พร้อม shock ถ้ามีการเสียเลือดเพิ่ม เมื่อมีข้อมูลแล้ว ทำให้ทราบว่าเรามีความเสี่ยงใน ระหว่างหน่วยงาน ห้องคลอดไม่มีการตรวจสอบหากย้ายผู้ป่วยไปหลังคลอดแล้วปลอดภัยหรือไม่ หรือหลัง ผ่าตัดแล้ว 2 ชั่วโมง BP 80/50 mmHg ย้ายไปพักฟื้นได้หรือไม่ โดยสิ่งที่เรามาคุยกันครั้งแรกกับคุณสุภาภรณ์ นั้นไม่ได้ดูที่ Flow แต่ถามว่า การดำเนินการนี้เพิ่มภาระงานหรือไม่ เพราะ Flow ที่ทำมานั้น มาจากพยาบาล หลังคลอดเท่านั้น เลยมองว่าน่าจะเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่ดูแลผู้คลอดร่วมกัน โดยเริ่มดูทั้ง Flow และกำหนด ผู้เกี่ยวข้องในแต่ละส่วน เริ่มต้นตั้งแต่ห้องคลอด ผู้ป่วยก้าวเท้าเข้ามาโรงพยาบาล ห้องคลอดจะเป็นจุดคัด กรองความเสี่ยง ส่งต่อข้อมูลไปให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และใช้แบบฟอร์มนี้คัดกรองสรุปข้อมูลให้หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง เช่น ส่งให้ห้องผ่าตัด สามารถแจ้งได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะไม่คงที่ มีความเสี่ยงตกเลือดหลังผ่าตัด ห้อง ผ่าตัดรับทราบความเสี่ยง ในส่วนห้องผ่าตัดก็มีข้อมูลพร้อมส่งต่อให้หลังคลอด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีภาวะคงที่ หรือไม่ หรือมีภาวะเสี่ยง หลังคลอดจะดูแลผู้ป่วยได้เร็วขึ้น จึงออกมาเป็น Flow ในรูปแบบ multi-disciplinary ที่เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม พอมองไปในตัวรายละเอียด Flow ไม่เป็นการเพิ่มภาระงาน มี แต่ vital sign ซึ่งเราต้องการรู้ว่าผู้ป่วย vital sign ดีหรือไม่ในช่วงที่ผู้ป่วยย้ายจากหน่วยงานหนึ่งไปยังอีก

หน่วยงานหนึ่ง เพียงแค่ลงข้อมูลว่าผู้ป่วยมีภาวะคงที่หรือภาวะเสี่ยงอย่างไร สมควรเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือไม่ โดยมาพูดคุยพัฒนาปรับปรุง Flow 4-5 รอบ จนเหลือเฉพาะข้อมูลที่จำเป็นและน้อยที่สุด ทั้ง Flow ใน 1 แผ่น มี 5 กล้อง ใช้ร่วมกัน 4 หน่วยงาน ใช้เวลาในแต่ละกล้อง แต่ละหน่วยงาน ไม่ถึง 30 วินาที โดยเราต้องมีการสร้างความเข้าใจร่วมกัน สุดท้ายในการทำ MEWS เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย ผู้ป่วยปลอดภัย ซึ่งการทำ MEWS นั้น เป็นการปิด Gap CPG (Clinical Practice Guideline ; CPG) ที่มีการดำเนินการอยู่ โดยเริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยมาคลอด จนถึงหลังคลอดและกลับบ้านได้ เกิดความเชื่อมโยงเป็นองค์รวมได้ ถ้าเราทำได้ดี เราจะเป็นผู้ในระดับประเทศในการดูแลผู้ที่มาคลอดให้ปลอดภัยมากขึ้น

สิ่งที่อยากให้ทุกคนได้ร่วมกันคือ ในการทำงานอะไรก็ตามเพื่อพัฒนาการบริการให้มองว่า ผู้ป่วยมีความสุข ปลอดภัย ผู้ร่วมงานต้องมีความสุข เรามีความสุขกับสถานที่ทำงาน *เมื่อมี 3 สุข จะเกิดประโยชน์ในการพัฒนางานบริการมากที่สุด*

คุณสมใจ เนียมหอม สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินการของทีมสุติฯ ว่า เราควรสร้างวัฒนธรรมในการสงสัย เพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย จากเดิมในการรายงานความเสี่ยงถ้าเราไม่มีการประเมินหรือบอกค่าประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง นั่นคือการสร้างความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ควรร่วมกันสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อการดูแลรักษาให้ทันการณ์ สิ่งที่ได้เรียนรู้เพิ่มเติมคือ การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม นำข้อมูลจากผู้ปฏิบัติมาพิจารณาร่วมด้วย เอาใจเขามาใส่ใจเรา ในผู้ปฏิบัติทุกคนอยากมีส่วนร่วม แต่เนื่องด้วยภาระงานที่มาก ทำให้ต้องมีข้อมูลเท่าที่จำเป็น ไม่เพิ่มภาระงานกับผู้ปฏิบัติ ทำให้การทำงานง่าย สะดวก และรวดเร็ว เป็นประโยชน์ทั้งสองฝ่าย สำหรับการเรียนรู้ของทีมนี้ใช้ Siriraj KM Strategy (Link - Share - Learn) โดยนำผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดตั้งแต่ก่อนคลอด ห้องคลอด หลังคลอด ห้องผ่าตัดมาคุยกันผ่านเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรียนรู้จากข้อมูลที่มีการเก็บรวบรวมจากผู้ปฏิบัติ ผู้เชี่ยวชาญ มาพัฒนา ทำให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ พัฒนาหน่วยงาน และคณะสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

อาจารย์ศุภกิจ สุวรรณไตรย์ ผู้ช่วยหัวหน้าสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เล่าประสบการณ์ในการทำ Siriraj Concurrent Trigger Tool ในการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยทางสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์มีพันธกิจหลักคือ ส่งเสริมด้านการศึกษา การผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยประยุกต์ รวมทั้งด้านวิจัย วิชาการ และการบริการด้านการแพทย์แผนไทย และการผลิตยาสมุนไพร ซึ่งสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ตั้งอยู่ที่อาคารศิริราชปิยมหาราชากรุณย์ ชั้น 7 เมื่อผู้ป่วยมาถึงจะมีการตรวจคัดกรองก่อน บางรายมีการจ่ายยาสมุนไพรเป็นยาเม็ดบรรจุเสร็จ หรือยาที่นำไปต้มที่บ้าน

นอกจากนั้นมีการทำหัตถการนวดแบบไทยราชสำนักเป็นการนวดเพื่อรักษาฟื้นฟู นวดประคบสมุนไพร เพิ่มประสิทธิภาพการรักษามากขึ้น อบไอน้ำสมุนไพรเพื่อคลายกล้ามเนื้อรักษาโรค ขั้นตอนการเข้ารับบริการเริ่มจาก พนักงานต้อนรับ - คัดกรองผู้ป่วย ส่งต่อไปยังแพทย์แผนไทยประยุกต์ในการตรวจวินิจฉัย สั่งการรักษา บางรายต้องมีการประคบ ยาสมุนไพร บางรายมีคำสั่งทำหัตถการ ผลลัพธ์ที่ได้ต้องถูกต้อง ถูกใจ ไม่เสี่ยง โดยถูกต้องคือ ได้รับยา หรือทำหัตถการที่ถูกต้อง ถูกใจคือ ได้รับยาทันเวลา ไม่เสี่ยงคือ ถ้าทำหัตถการ นวดไปแล้วไม่มีอาการข้างเคียง เช่น ระบม ทั้งหมดจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติ เริ่มจากคัดกรองผู้ป่วยจากกลุ่มโรคต่างๆ ถ้ามีข้อห้ามข้อควรระวังจะไม่ทำการรักษา เช่น กระดูกหัก จะส่งต่อไปยังแพทย์แผนปัจจุบัน ถ้าไม่มีข้อห้ามจะดำเนินการเลือกการรักษาทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์ จากนั้นเป็นการประเมินผลการรักษา ถ้าอาการดีขึ้นจะสั่งการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะดำเนินการส่งต่อ และบางรายเมื่อรักษาดีขึ้นแล้วสามารถส่งยุติการรักษาได้ทันที จากการดำเนินการที่ผ่านมา ยังพบปัญหาอุปสรรคอยู่ ผู้มารับบริการมีจำนวนมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีความเสี่ยงจากโรคที่หลากหลาย เช่น นั่งรถเข็นมา อาจล้มระหว่างเปลี่ยนเสื้อผ้า หรือจากการรักษาแพทย์ปัจจุบันมาแล้ว แต่อยากลองรักษาทางแพทย์แผนไทยประยุกต์บ้าง ซึ่งเมื่อมารักษาจำเป็นต้องผ่านการคัดกรองก่อน อีกปัญหาคือ ผู้รับบริการไม่ถูกใจ เกิดความเสี่ยงจากการได้ยาสมุนไพร หรือทำหัตถการ จากนั้นดำเนินการ PDCA เริ่มจาก Plan คือวางแผนดำเนินการปรับปรุง เรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ นำตัวอย่างอย่างของหน่วยงานต่างๆมาเรียนรู้ร่วมกัน กำหนดหัวข้อที่จะพัฒนา โดยกำหนดเรื่องการคัดกรองการรักษาสมุนไพร การรักษาด้วยหัตถการ

ในส่วนการคัดกรองนั้น เคยมีกรณีหนึ่ง ผู้ป่วยอายุ 70 ปี ปวดหลัง มาครั้งที่ 2 ดีขึ้น และมาตามนัดหมาย เมื่อเรากัดกรองจากการตรวจชีพจร พบว่า เบามาก เลยคิดว่า ไม่ให้คุณลุงนวด โดยหมอทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูมีมติไม่ให้ทำหัตถการ และให้ส่งต่อผู้ป่วยไปที่ห้องฉุกเฉิน เวลาผ่านไปพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ซึ่งการคัดกรองทุกครั้งเป็นสิ่งที่ดีที่สุด และต้องมีการดำเนินการ จากนั้น Do คือ ทบทวนกระบวนการ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ปรึกษาอาจารย์อาวุโส ทบทวนความรู้ที่มีอยู่ จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ และเอกสารต่างๆ ตัวอย่างการคัดกรอง แต่เดิมวัดเพียงสัญญาณชีพ ไม่มีแนวทางชัดเจนต้องดำเนินการอย่างไร จากนั้นปรับใหม่ โดยจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติแผนคัดกรองผู้สูงอายุ ปรับไป 5 รอบ และจัดทำแบบบันทึกข้อมูลการคัดกรองด้วย Check คือการทดลองปฏิบัติ เก็บข้อมูล และประเมินผล Act ปรับปรุงแก้ไข

สิ่งที่ได้เรียนรู้คือ ได้ทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติ ความปลอดภัย มาตรฐาน ความเหมาะสม มีการประชุมระดมความคิดร่วมกันภายในหน่วยงาน ช่วยกันแก้ไขปัญหา เกิดแนวทางเวชปฏิบัติที่ชัดเจน มีการ



ประสานงานทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วย และมองเห็นโอกาสในการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติด้านอื่นๆ ต่อไป โดยเน้นหลักการที่ว่า ถูกต้อง ปลอดภัย ไม่เสี่ยง

ศ. พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิพร กล่าวสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการประชุมครั้งนี้ว่า ความรู้ประสบการณ์การทำงานมีอยู่ที่ตัวเราเยอะมาก แต่เรายังขาดการคุยกัน การสักร่วมกันเป็นทีม โดยเรื่องที่จะเลือกมาคุยนั่น ให้เลือกเรื่องที่เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ความเสี่ยงสูง หรือมีโอกาสจะเกิดความเสี่ยง ซึ่งเรื่องที่วิทยากรเลือกมานั้นเป็นเรื่องเกี่ยวกับความหลากหลายในการปฏิบัติ (Validation) เมื่อมีการดำเนินการแล้วทำให้ Validation ลดลง Competency สูงขึ้น ทำให้การบริหารจัดการ (management) และการตรวจสอบ (detect) ดีขึ้น เพราะฉะนั้นในเรื่องของการสร้างไม่ใช่เรื่องยาก สามารถมาคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันได้ ความรู้ที่อยู่ในตัวท่าน ทางทีมงานจะเข้าไปสนับสนุน เริ่มแรกอาจดูเป็นเรื่องยาก แต่พอมีรูปแบบแล้วสามารถดำเนินการต่อไปได้ โดยเรื่องที่จะนำมาดำเนินการนั้น หากมีอยู่ในตำราแล้ว ไม่จำเป็นต้องทำให้นำสิ่งที่มียูมาดำเนินการ ปรับปรุง และนำลงสู่การปฏิบัติ โดยที่ผ่านมามีพบว่ายังไม่มีเรื่องใดอยู่ในตำรา และเมื่อเรามีการสร้างความรู้แนวทางปฏิบัติแล้ว แต่ไม่มีการดำเนินการ คงไม่เกิดประโยชน์ คิดว่าในเรื่องการนำสู่ปฏิบัติ นั้น จะผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ถึงวิธีการนำลงสู่การปฏิบัติ สำหรับผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญคือแพทย์ เรานำทีมแพทย์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำลงสู่การปฏิบัติร่วมกัน ที่สำคัญคือ แพทย์มีการบริหารจัดการในส่วนของทีมแพทย์ด้วยกัน และระหว่างทีมงานสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลไปถึงทีมอื่นๆ เกิดการเรียนรู้คร่อมสายงาน ไม่อยู่เฉพาะในหน่วยงานเดียวแต่กระจายไปยังภาควิชา หน่วยงานอื่นๆ เกิดการแบ่งปันต่อยอดความรู้ในเรื่องที่คล้ายๆ กัน ทั้งทั้งศิริราช สุดท้ายความรู้เรื่องนี้จะถูกนำลงสู่การปฏิบัติทั่วทั้งคณะฯ เราเกิดการเรียนรู้นำมาวิเคราะห์ ปรับปรุงตลอดเวลา บุคลากรเก่งขึ้น เห็นวิธีการดำเนินการ สิ่งที่ได้เรียนรู้ในวันนี้จะเป็นประโยชน์กับบุคลากร คณะฯ และประเทศ หวังว่าทุกคนจะสามารถเป็นนักบริหารความเสี่ยงได้ในที่สุด

ผู้บันทึก และถอดบทเรียน

นางสาวปารวี สัตตพานิช

ผู้ตรวจสอบบทเรียน

นางสาวสมใจ เนียมหอม

วิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้



ศ. พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิพร
 รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ



ผศ. นพ.ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์
 หัวหน้าทีมดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด
 ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา



อาจารย์ศุกกิจ สุวรรณไตรย์
 ผู้ช่วยหัวหน้าสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์
 และหัวหน้าคลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์



นางสาวเพ็ญสุข ยุวภูษิตานนท์
 หัวหน้าหอผู้ป่วย ไอ. ซี. ยู. ประสาทศัลยศาสตร์
 งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์



นางสาวสุภาภรณ์ กวัดแกว่ง
 พยาบาลประจำหอผู้ป่วย 100 ปี พระศรี 10/3
 งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา