

ถอดบทเรียนจากการประชุมวิชาการ HA National Forum ครั้งที่ 16
 “The Excellence of Quality Improvement from Indicators”

วันศุกร์ที่ 13 มีนาคม 2558 เวลา 8.30 – 10.00 น.

ณ ห้อง Sapphire 102 ศูนย์การประชุม IMPACT Forum เมืองทองธานี

นพ.ณรงค์ เห็นประเสริฐแท้

โรงพยาบาลราชบุรี

นรัชพร ศศิวงศากุล

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

พญ.หัตถยา ตันติพิงค์

โรงพยาบาลชลบุรี

คุณหอมจันทร์ หอมแก่นจันทร์

โรงพยาบาลรามาริบัติ

เริ่มต้นการอภิปรายโดย **คุณหอมจันทร์ หอมแก่นจันทร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ** เป็นผู้ดำเนินการอภิปราย กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา หลายๆ โรงพยาบาลจะเห็นว่าบางเรื่องมีผลลัพธ์ที่ดี บางเรื่องก็ไม่ดี ซึ่งสามารถแบ่งได้ 4 กลุ่ม กลุ่มแรก คือมีผลลัพธ์ที่ดีด้วยความตั้งใจหรือมีกระบวนการที่ดี กลุ่มที่สอง คือมีผลลัพธ์ไม่ดีจากความไม่ตั้งใจหรือวางกระบวนการไว้แต่ยังไม่รัดกุม ส่วนอีก 2 กลุ่มจะเป็นที่น่าประหลาดใจคือการมีผลลัพธ์ที่ดีจากการที่ไม่ได้ตั้งใจหรือดีโดยบังเอิญ และกลุ่มที่มีผลลัพธ์ที่ไม่ดีต่างๆ ที่มีกระบวนการที่รัดกุมแล้ว ซึ่งเป็นที่น่าสงสัยว่าประเด็น 2 แบบหลังเกิดขึ้นได้อย่างไร ซึ่งประเด็น 2 แบบหลังนี้จะไม่เกิดขึ้นเลยถ้ามีการใช้ระบบวัดและการประเมินเข้าไปจับอย่างมีระบบ จากนั้นได้แนะนำวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิในการดูแลผู้ป่วย

ท่านแรก **นพ.ณรงค์ เห็นประเสริฐแท้ โรงพยาบาลราชบุรี** เริ่มต้นการอภิปรายด้วยภาพหญิงตั้งครรภ์ที่หน้าห้องคลอด โดยสังคมที่ดี จะเริ่มต้นที่หน้าห้องรอกคลอด (ภาพที่ 1) เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นของชีวิตใหม่ จุดเริ่มต้นของอนาคตของทุกคน ทางโรงพยาบาลได้รับการทาบถามจากสถาบันรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลว่าทางโรงพยาบาลราชบุรี มีอัตราของการเกิด

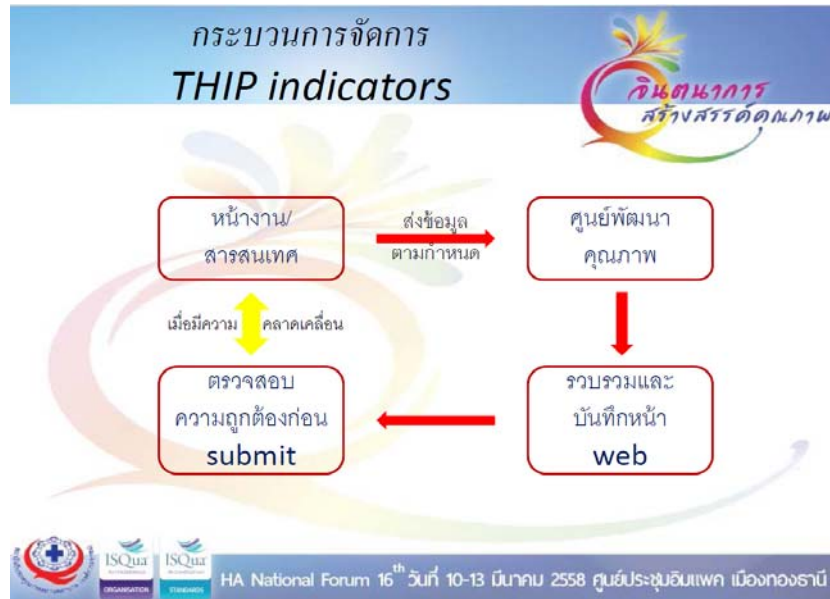


ภาพที่ 1 หน้าห้องรอกคลอด

perinatal mortality ที่ดี และค่อนข้างต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย จากนั้นจึงได้มีการทบทวนรายละเอียดของ KPI สิ่งที่เกิดขึ้นคือจากที่เราใช้หน้างานเป็นผู้เก็บข้อมูลและพบว่าค่านิยามไม่ตรงกัน ในการคำนวณ KPI จึงพบว่าตัวตั้งไม่ครอบคลุมอย่างเป็นระบบ จึงมีการทำข้อมูลใหม่ให้ถูกต้อง และมีการทบทวนมาตรการในการเก็บตัวชี้วัดว่ามีอะไรบ้าง แต่อย่างไรก็ตามในเชิงเนื้อหา ถึงจะไม่ดีมากในระดับประเทศ แต่เกิดสิ่งที่ดีขึ้นภายในโรงพยาบาล คือ จากการทบทวนด้านสูตรกรรม ซึ่งมีมาตรฐานการทำงานจำนวนมาก เช่น มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก มาตรฐานสายใยรัก มาตรฐานสำนักการพยาบาล มาตรฐานสภาการพยาบาล และมาตรฐานสำนักบริหารการสาธารณสุข ส่วนแนวทางการพัฒนาเน้นเรื่องความพร้อมด้านสมรรถนะบุคลากร ด้านอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ด้านอาคารสถานที่ และการพัฒนาการดูแลรักษา

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มาห้องคลอดจะคาดหวังถึงเด็กที่เกิดใหม่จะอยู่รอดปลอดภัย ซึ่งก่อนที่เด็กจะออกมาสู่โลกภายนอก ผู้มารับบริการจะมีความกังวล โดยสิ่งที่เราพยายามพูดคุยกัน ปลูกฝังในเรื่องพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการ สำหรับสิ่งแรกๆที่ผู้ป่วยต้องการได้รับ คือความเอื้ออาทร ส่วนของเอกสารคุณภาพพยายามพัฒนาให้ดีขึ้นตามลำดับ ส่วนฝั่งห้องคลอดสิ่งที่คาดหวัง คือการได้ลูกกลับบ้าน ซึ่งถ้ามีกระบวนการคลอดที่มีคุณภาพก็คาดหวังว่าเด็กที่คลอดออกมาจะรอด ปลอดภัย มีคุณภาพตามศักยภาพ และบุญวาสนาของเด็ก ถ้าเด็กเกิดการติดขัดจะเป็นหน้าที่ของกุมารแพทย์ที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต (NICU) จากนั้นมีการทบทวนปรับปรุง ด้านกุมารเวชกรรม คือ จากเดิม ก่อน วันที่ 1 กรกฎาคม 2555 ICU กุมาร มีจำนวน 8 เตียง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มแรกเกิดถึงอายุ 15 ปี โดยรวมผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก แต่หลังจากวันที่ 1 กรกฎาคม 2555 ได้ปรับเปลี่ยนเป็น NICU จำนวน 8 เตียง ที่รองรับกลุ่มโรคอายุรศาสตร์ แรกเกิดถึง 1 เดือน และ PICU จำนวน 8 เตียง รองรับผู้ป่วยในสัดส่วน กลุ่มโรคอายุรกรรม อายุ 1 เดือนถึง 15 ปี จำนวน 5 เตียง กับกลุ่มโรคศัลยกรรม แรกเกิดถึง 15 ปี จำนวน 3 เตียง จากการทบทวนข้อมูลได้พบ key success person คือ แพทย์หญิงสุนิศา กรณวงศ์ กุมารแพทย์ทารกแรกเกิด เริ่มปฏิบัติงานเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2556 เป็นผู้รับผิดชอบในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติโดยตรง ซึ่งจากการทบทวนข้อมูลพบว่า คุณภาพการบริการมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 2 ช่วงเวลา แสดงว่างานบางงานมีผู้เชี่ยวชาญมาพัฒนางานก็จะทำให้ระบบงานดีขึ้น ส่วนเรื่องที่ต้องพัฒนาต่อไปของ Excellence center ของ New born คือ กุมารแพทย์มีท่านเดียวอาจไม่เพียงพอ ต้องเพิ่มมากกว่านี้ แต่ปัจจุบันปัญหาการขาดแคลนพยาบาล ICU เด็ก พบมากกว่า ซึ่งปัจจุบันมีอยู่เพียง 8 คน จากอัตรากำลังที่ต้องการ 15-16 คน ดังนั้นปัญหาเหล่านี้จะไปสะท้อนคุณภาพของงานบริการของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาทหลักของทีมบริหารในการจัดการปัญหาในส่วนนี้

กระบวนการจัดการ THIP indicators ที่ผ่านมาใช้หน้างานเป็นผู้ติดตามตัวชี้วัด จัดเป็นข้อมูลสารสนเทศ และส่งต่อให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพเพื่อรวบรวมและบันทึกขึ้นหน้า website โดยมีทีมงานตรวจสอบความถูกต้องเพื่อยืนยันข้อมูลก่อนเสมอ (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 กระบวนการจัดการ THIP indicators

จากการพูดคุยกัน ส่วนที่ขาดจากการใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนา คือแพทย์จะรับรู้เมื่อเกิด Bad events เท่านั้น ไม่ได้รับรู้ trend ที่ผ่านมา ไม่เกิดการทบทวนระหว่างดำเนินการ และขาดการเชื่อมโยงข้อมูลกับผู้บริหาร เนื่องจากทีมยังไม่ชำนาญพอ ซึ่งการได้รับประโยชน์สูงสุดจากตัวชี้วัด คือการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูล เก็บข้อมูลทันเวลา และสามารถกระจายข้อมูลอย่างทันทั่วถึง รวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลรักษาและควบคุมป้องกันโรคที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นระบบเฝ้าระวัง

สำหรับระบบเฝ้าระวัง การครอบคลุมจะไม่สมบูรณ์และถูกต้องเสมอไป ต้องมีการตรวจสอบการประเมินผลต้องควบคุมเวลาให้ดีเพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้า trend ต่าง ๆ ต้องใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลและสำคัญที่สุดต้องให้ความสำคัญในเรื่องคำจำกัดความ

จากนั้น **คุณหอมจันทร์ หอมแก่นจันทร์** ได้สรุปประเด็นสำคัญว่า ส่วนใหญ่เราจะถนัดจินตนาการให้หน่วยงานอื่นทำ จินตนาการได้ว่าใครควรจะทำ แต่ลืมมองที่ลมหายใจตัวเอง และลืมจินตนาการไปว่าเราควรจะทำอะไร ซึ่งในความเป็นจริงพลังของมนุษย์จะมีมากเมื่อกลับมามองว่าเราทำอะไรได้บ้าง ซึ่งท้ายที่สุดเราไม่สามารถควบคุมผู้อื่นได้ จึงควรกลับมาทบทวนว่าสิ่งที่เรามองงานของคนอื่นนั้น สุดท้ายแล้วเสียพลังโดยใช้เหตุหรือไม่ ควรเก็บพลังที่เหลืออย่างน้อยในแต่ละวันที่มองงานคนอื่นกลับมามองงานของเราทำให้เกิดอะไรที่ดีขึ้นดีกว่า

ต่อมา **พญ.หัสสุภา ตันติพงศ์ โรงพยาบาลชลบุรี** ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับมุมมองในการใช้ตัวชี้วัดในการขับเคลื่อน โดยสิ่งที่ได้รับทราบจากสถาบันรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล คือโรงพยาบาลชลบุรีมีหน่วยงานที่มีผลงานดี สามารถนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ โดยนำเสนอวิธีการใช้ตัวชี้วัดในการทำงาน

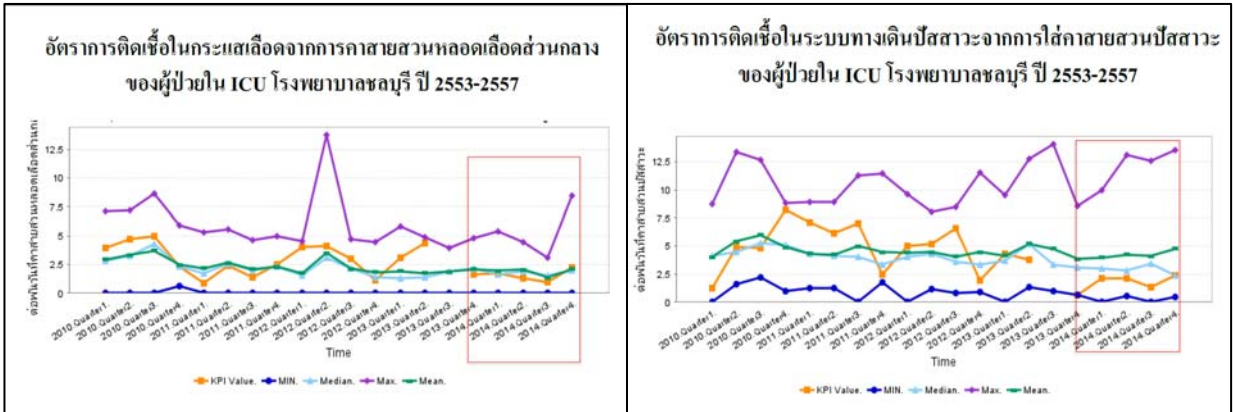
ว่าดำเนินการอย่างไร และเป้าหมายในการเดินทางต่อคืออะไร โรงพยาบาลชลบุรีเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ มี ICC, ICN มีหน่วยปฏิบัติงาน หอผู้ป่วย 31 หอผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพของบุคลากรที่อยู่หน่วยงาน มีปัญหาทุกหน่วยงาน เช่น ภาระงานมาก ใครจะทำ ทำแล้วต้องการแต่ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดเก็บอย่างไร เก็บแล้วทำอย่างไรต่อ เป็นคำถามสำหรับผู้ปฏิบัติทั้งสิ้น จากปัญหาต่างๆ จึงมีการแก้ปัญหา ดังนี้

- จัดอบรมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ให้แก่บุคลากรทุกระดับ ของโรงพยาบาล
- ทีม IC ให้คำแนะนำในแต่ละหอผู้ป่วยในการแก้ปัญหาคleaning การติดเชื้อในหน่วยงาน รวมทั้งปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในด้าน IC
- ให้ความรู้ เกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตามตำแหน่งการติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญของ รพ. ได้แก่ การป้องกัน VAP, CA-UTI, CR-BSI อย่างสม่ำเสมอ ทุกปี
- นำ bundle of care มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

สำหรับการติดตามและกำกับผลการดำเนินงาน โดยวิธี

- พัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้เป็นมาตรฐาน โดย ICWN และ ICN มีมาตรฐานการวินิจฉัย NI ส่วนในรายที่เป็นปัญหาในการวินิจฉัยจะมีแพทย์โรคติดเชื้อ รับผิดชอบ
- ใช้ข้อมูลจากการเฝ้าระวังเป็นการติดตามกำกับผลการดำเนินงาน โดยแจ้งผลงานตัวชี้วัด เปรียบเทียบแก่ PCT และใช้ control chart เพื่อควบคุม และ ติดตาม infection rate ในแต่ละ PCT
- หอผู้ป่วยใช้ ตัวชี้วัด (outcome indicators) ในการแข่งขันกับตนเอง โดย ICC จะใช้ผลการพัฒนาตัวชี้วัดในการประกวดแข่งขัน และพัฒนางาน IC ในแต่ละหน่วยงาน

การดำเนินการที่ผ่านมากกว่า 10 ปี พบว่าอัตราการติดเชื้อของโรงพยาบาลชลบุรี ลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่จะเห็นไม่ชัดถ้าไม่มีการเปรียบเทียบข้อมูลของภายนอก เพื่อที่จะบอกว่าตนเองอยู่ลำดับใด หรือวิธีที่ทำอยู่นั้นดีหรือไม่ ดังนั้นข้อมูลจาก THIP II ทำให้เห็นว่าอัตราการติดเชื้อของโรงพยาบาลต่ำกว่าค่าเฉลี่ยอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 3)



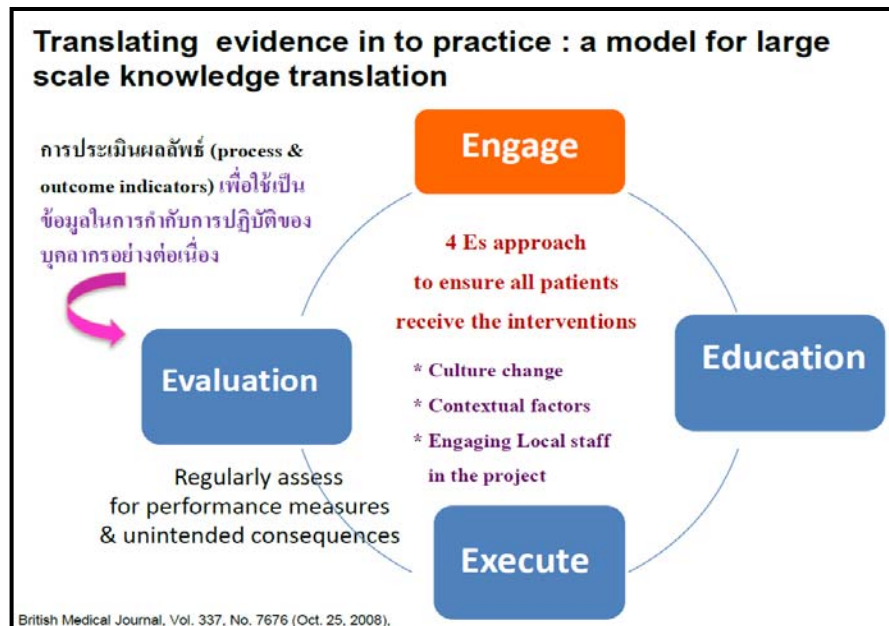
ภาพที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบจากภายนอก (THIP II) ของโรงพยาบาลชลบุรี

ดังนั้นการมีข้อมูลกลางเพื่อเปรียบเทียบจะทำให้รู้ว่าการทำงานของเราดีกว่าที่อื่นหรือไม่ และทำให้เราเกิดความท้าทาย เมื่อใช้ข้อมูลเปรียบเทียบจากภายนอก (THIP II) เกิดการกำหนดเป้าหมายที่ท้าทายมากขึ้น รวมถึงเกิดการตั้งเป้าหมายการลด infection rates ใน sites ต่างๆ ให้อยู่ที่ 25 percentile เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลโรงพยาบาลอื่น ใน THIP II ถ้ามีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการมากขึ้น

ปัจจุบันจากการทบทวนกระบวนการทำงานทำให้มีการใช้ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ (process indicators) ในการกำกับติดตามการปฏิบัติงานของบุคลากร เช่น อัตราการปฏิบัติตาม bundle practices (bundle adherence) ถึงแม้จะยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายแต่ก็มีอัตราสูงขึ้นเรื่อยๆ อีกทั้งยังเป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไป ส่วนหน่วยงานที่เป็นตัวอย่างในการแลกเปลี่ยน ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีการดำเนินงานเฉพาะเมื่อได้เข้าไปถอดบทเรียนโดยการสัมภาษณ์ ศึกษาข้อมูล ก็พบว่า มีการทำ คิด สร้าง วัฒนธรรมองค์กรของตัวเอง โดยหลักการที่สำคัญ คือ การ implement กฎเกณฑ์ต่างๆ guideline ลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน และสามารถปฏิบัติได้จริง ซึ่งหลักการนี้ จากการสืบค้นข้อมูลพบว่า paper หรือในต่างประเทศ มีการใช้หลักการนี้เช่นกัน

หลักการขับเคลื่อนของทีม ICU ศัลยกรรม และ ICU อายุรกรรม คือการกำหนดเป้าหมายว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยจริง โดยใช้หลักการ implement เพื่อนำแนวปฏิบัติลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน (ภาพที่ 4) ดังนี้

1. Engage คือ ใช้ข้อมูล และทำให้ทุกคนมีส่วนร่วม โดย เวลา IC ประกาศให้ทำอะไร จะนำมาแจ้งในที่ประชุมตอนเช้า ทุกวัน ตลอดทั้งอาทิตย์ ทำให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบเหมือนกัน เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคน จะได้รับคำแนะนำ และกำหนดหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องในงาน IC ทีมต่างๆ และงาน IC จะเป็นหัวข้อที่พี่ราวด์ (round) เจ้าหน้าที่ และผู้ช่วยเหลือคนไข้จะนำมาพูดคุยกัน



ภาพที่ 4 หลักการ implement แนวปฏิบัติ ลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน

- Education คือการสร้างโอกาสการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เช่น ICC จะมีการอบรมวิชาการทุกปี แยกกลุ่มตามความเหมาะสม โดยเน้นการให้ความรู้เชิงหลักการ มากกว่าวิธีการ เพื่อให้นำไปปฏิบัติได้ มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ โชว์ผลงาน ในส่วนของหอผู้ป่วย ที่จะเน้นให้ Senior สอน Junior เพราะจะมีความเข้าใจกัน ฟังกันรู้เรื่องกว่า และน้องๆจะผลัดกันทบทวน ความรู้ เรื่อง IC เสมอ เวลาประชุมวอร์ด
- Execute คือการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหา การไม่ปฏิบัติตาม เช่น การเตือน แพทย์ประจำบ้าน หรือหมอดีๆ หรือน้องๆ ที่สามารถช่วยบอกเรื่องการใส่ PPE ได้ โดยเด็กๆ จะเตือนกันเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมปกป้องตัวชีวิตของตนเอง จะเตือนเวลาที่เพื่อนไม่ทำตามข้อกำหนด ส่วน ทีม CAUTI ทีม VAP ทีม CABSİ ที่มี senior/middle/junior ต้องแก้ปัญหาเพื่อลดการติดเชื้อ โดยมีการคิดกิจกรรม เพื่อลดการติดเชื้อ ที่จะสนับสนุนให้นำเสนอในงานมหกรรมคุณภาพของโรงพยาบาล
- Evaluation คือการพัฒนาโดยอาศัยข้อมูลเปรียบเทียบ ตลอดเวลา เป็นการค้นหาโอกาสการพัฒนาจากตัวชีวิต โดยคิดตลอดเวลา เวลาฟัง IC รายงานผลการติดเชื้อว่าทำไม การติดเชื้อของวอร์ดเราจึงสูงขึ้น การติดเชื้อวอร์ดเรา ทำไมไม่ลด และใช้ข้อมูล infection rate ที่รายงานในที่ประชุม แสดงผลงานแต่ละทีม โดยข้อมูลที่ IC รายงานกลับมา จะให้น้องๆ แต่ละทีม วิเคราะห์ และหาวิธีแก้ปัญหาต่อไป

สรุปได้ว่า การลดอัตรา CR-BSI และ CA-UTI ในหอผู้ป่วยหนักให้ได้ผลควรใช้ทั้งตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ (เช่น adherence to bundle practices) และเชิงผลลัพธ์ (infection rates) เป็นตัวขับเคลื่อนการส่งเสริมบุคลากรปฏิบัติตาม evidence-based guidelines (adherence to bundle practices) ควรคำนึงถึง บริบท (organizational context) วัฒนธรรมองค์กร (local culture) และการมีส่วนร่วมของทีมผู้ปฏิบัติ (Clinical care team engagement) และการใช้ 4Es approach เสริมเข้ากับโปรแกรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ที่โรงพยาบาลดำเนินการอยู่แล้วจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่น่าไปสู่การลดอัตราการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากนั้น **คุณหอมจันทร์ หอมแก่นจันทร์** ได้สรุปประเด็นสำคัญว่า จากเดิมโรงพยาบาลชลบุรี มีการดำเนินการ process analysis อยู่ทุกขั้นตอน และต่อมาได้เพิ่มการวิเคราะห์กระบวนการย่อย (process indicator) โดยวิเคราะห์เฉพาะกระบวนการที่มีผลกระทบต่อผลลัพธ์ตัวชี้วัดนั้นๆ

วิทยากรท่านสุดท้าย **คุณนรภัทร ศศิวงศากุล** โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องโรค Stroke ที่ทางโรงพยาบาลได้ดำเนินการ ซึ่งมีการกำหนดตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่สำคัญ และเป็นตัวชี้วัดเฉพาะโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน โรคหลอดเลือดสมองแตก โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก และอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล สำหรับด้านการพัฒนาคุณภาพ มีการกำหนดตัวชี้วัดด้านการบริการ ตัวชี้วัดด้านการบริหารจัดการ และตัวชี้วัดการบริหารจัดการความเสี่ยง ซึ่งเป็นนโยบายความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยตัวชี้วัดทุกตัวจะส่งผลให้อัตราการตายดีขึ้น เมื่อทำงานแล้วต้องมีการตรวจสอบเพื่อให้ทราบว่าตัวเราอยู่ตรงไหน เพื่อให้ได้รับการรับรองมาตรฐานจากสถาบันรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยทางโรงพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานนี้ด้วย

การก่อตั้งเครือข่าย Stroke เริ่มขึ้นปี พ.ศ. 2550 จากทีมงานหลายส่วนงาน เช่น ทีมเวชระเบียน ห้องปฏิบัติการ ห้องเอ็กซเรย์ เกสัชกร Rehab รวมทั้งจากสถาบันรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล เครือข่ายมีทั้งหมด 30 โรงพยาบาล มีการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานที่ตั้งไว้ มี flow chart มีการรับส่งข้อมูลเป็นเครือข่ายที่เป็นข้อมูลเดียวกันเพื่อประหยัดเวลา เวลาที่มีผู้ป่วยเร่งด่วน จะมีระบบ fast track มี guideline ที่ใช้ร่วมกันโดยมีตัวชี้วัดเป็นตัวประกันระยะเวลาการทำงาน มีการกระตุ้นเตือนกันภายในทีม ทำงานเป็นทีม มีพยาบาลสอนเรื่องการดูฟิล์ม ในการทำงานมีการใช้ concurrent trigger tools เมื่อเกิดอุบัติการณ์ จะมีการทบทวนเวชระเบียน และประชุมร่วมกันทุกเดือน จัดทำโครงการประกันคุณภาพเฉพาะโรค โครงการประกันคุณภาพทั่วไป โครงการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาบุคลากร มีการลงข้อมูลผู้ป่วยในระบบสารสนเทศ โดยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจะมี discharge summary ข้อมูลยา แบบเอ็กซเรย์ ให้กับโรงพยาบาลลูกข่ายและผู้ประสานงานจะส่งข้อมูลไปหน่วยงานที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยตรง มีการสร้างนวัตกรรมต่างๆ ในหอผู้ป่วยโดย

เมื่อแม่ข่ายทำอะไร ลูกข่ายจะได้ด้วย รวมถึงในการอบรมต่างๆ จะไม่ได้ให้เฉพาะจุดเพราะเราทำงานเป็นทีม ทุกคนสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วยจึงได้รับสิทธิเท่าเทียมกัน

สำหรับความภาคภูมิใจที่ได้รับ คือการได้ใจของทุกคน โดยในภาวะเร่งด่วนเราจะมองผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง ซึ่งผลที่อยู่ในเกณฑ์ที่สร้างไว้จะตามมาเอง และทุกอย่างก็จะตามมาว่าเราได้อะไรจากสิ่งนั้น

จากนั้นผู้ดำเนินการอภิปรายได้ให้วิทยากรทั้ง 3 ท่านกล่าวเพิ่มเติมในประเด็นแห่งความสำเร็จที่สำคัญ ดังนี้

คุณนรัชพร ศศิวงศากุล กล่าวถึงวิธีการปรับทัศนคติของทีมงานเรื่องตัวชี้วัดให้มีการมุ่งเป้าไปในทิศทางเดียวกันและมีผลลัพธ์ที่ดีให้มีการมองในภาพเดียวกันได้ โดยต้องคิดว่าสิ่งที่ทำคือเรา เราคือทีม ตัวชี้วัดทุกคนต้องมีส่วนรับผิดชอบไม่ใช่เป็นของใครคนใดคนหนึ่ง ทุกคนต้องรู้ว่าตอนนี้เราอยู่ตรงจุดไหนจากการเทียบเคียง (THIP II) การทำให้ทุกคนมีส่วนร่วม โดยบอกว่าเราได้อะไร ทุกคนก็จะได้เช่นกัน และระหว่างทางถ้าเกิดปัญหาในเรื่องใดทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน มีเวที และมีการกำหนดการประชุมที่แน่นอน ไม่ทิ้งกัน เราจะไปด้วยกัน

นพ.ณรงค์ เห็นประเสริฐแท้ กล่าวเพิ่มเติมในเรื่อง key success person ว่าทุกงานจะต้องหา key success person ให้ได้ และต้องหาวิธีที่จะทำอะไรให้เขารักและศรัทธาโรงพยาบาล ต้องสอนงาน และแสดงให้เห็นว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของงาน นอกจากนั้น ทีมบริหารทุกระดับต้องทำตัวให้เป็นที่ศรัทธา ถ้าคนในทีมศรัทธาผู้นำ ทุกอย่างก็จะตามมา

พญ.หัสญา ตันติพงศ์ กล่าวถึงหลักในการจูงใจทีมงานให้มองว่าเราไม่ใช่ the best และต้องพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นในการดูแลผู้ป่วย โดยประเด็นที่สำคัญอยู่ที่ ผู้นำ และทีมงาน ดังนั้นผู้นำต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าจะเดินไปทางไหน และปัญหาหลักของทีมงาน คือพยาบาลลาออกเยอะ โดยสาเหตุจากภาระงานที่มีมาก ต้องการให้เข้าใจในตัวเขา จึงต้องมีระบบพี่เลี้ยงเพื่อจูงใจให้เขามีแรงพอที่จะอยู่ในระบบต่อไปได้ และสุดท้ายคือทีมประสาน ซึ่งการมีข้อมูลที่ชัดเจนเปรียบเทียบให้เห็นว่าเราอยู่ตรงไหน และมีการตั้งเป้าไปด้วยกันจะทำให้ทิศทางของเราชัดเจนขึ้น

ช่วงสุดท้าย **คุณหอมจันทร์ หอมแก่นจันทร์** สรุปให้เห็นว่า เรื่องของบุคลากร ทีมงาน ผู้นำ มีความสำคัญมาก โดยหลายปีที่ผ่านมาจะเห็นว่าเมื่อเราเข้าสู่เส้นทางของการวัด ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องที่ยาก ต้องหวานล่อม บิบบังคับ จึงจะทำ แต่ถึงอย่างไรก็ตาม การวัดจะไม่สำเร็จเลยถ้าไม่มีการถอดบทเรียนให้เห็นถึงความสำคัญของระบบวัด และกลับไปมองที่ทีมงาน ถ้าเราเข้าใจทีมงาน เข้าใจที่มาของข้อมูลเราจะได้ข้อมูลที่จริงและมีความถูกต้อง



ผู้ถอดบทเรียน นายเอกกนก พนาดำรง
ผู้ตรวจสอบบทเรียน นางสาวสมใจ เนียมหอม