

บทเรียนจากการประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 8/2558

เรื่อง “ถอดบทเรียนปัญหาเชื้อดื้อยา VRE : พลิกวิกฤตสู่โอกาสพัฒนา”

วันจันทร์ที่ 23 พฤศจิกายน 2558 เวลา 13.00 – 15.00 น.

ณ ห้องประชุมอมิตยาทรกิตติคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7

วิทยากร

ผศ. นพ.ธัญเดช นิยมาวุฒิพงษ์	ภาควิชาศัลยศาสตร์
ผศ. พญ. ฐิติกัญญา ดวงรัตน์	ภาควิชาวิสัญญีวิทยา
อ. นพ.สุสัณห์ อาคนะเสน	ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
นางนุศรา กุลนะ	หัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียูสลาด-ลำปาง
น.ส.ดวงชีวัน ชูฤกษ์	หัวหน้าหน่วยพักรอดูอาการก่อนและหลังผ่าตัด สยามินทร์ 5
นางรัชดา เจิดรังษี	งานโรคติดเชื้อ
น.ส.สุนันทา ตนกาลัย	พยาบาลหอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 7 หญิงใต้

ผู้ดำเนินการอภิปราย รศ. นพ.รณชัย อธิสุข ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ

ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กล่าวเปิดงานประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 8/2558 ว่า “ขอกล่าวถึงคำ 4 คำ ให้ทุกท่านเข้าใจ ถ้าเข้าใจ 4 คำนี้แล้ว เมื่อนำไปประยุกต์ใช้ จะเกิดประโยชน์ ได้แก่ productive success, unproductive success, productive failure และ unproductive failure เวลาดำเนินกิจกรรมอย่างหนึ่งแล้วประสบความสำเร็จ บ่อยครั้งเมื่อเราประสบความสำเร็จแล้วเราภูมิใจกับความสำเร็จนั้น เราจะทำแบบนั้นโดยไม่มี การนำความสำเร็จนั้นมาเป็นบทเรียนเพื่อทำให้ดีขึ้นไปอีก โดยกรณีที่เราประสบความสำเร็จแต่ไม่ได้เกิดการเรียนรู้ อยู่ใน categories ที่เรียกว่า unproductive success ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ได้เลวร้ายแต่เป็นสิ่งที่ทำให้องค์กร ไม่เติบโต ทำให้องค์กรอยู่กับที่แล ะมีแนวโน้ม ที่ถอยหลัง คือการที่เราไม่ได้เรียนรู้จากความสำเร็จที่เรา มี productive success เมื่อไหร่ความสำเร็จนั้นถูกถอดเป็นบทเรียน และขยายไปกรณีอื่นๆ โดยถอดเป็นบทเรียนขององค์กร เพื่อที่เวลามีสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันจะ สามารถนำบทเรียนที่ได้มาประยุกต์ให้เกิดประโยชน์ productive failure หมายถึง เมื่อเกิดความล้มเหลวแล้วมาถอดบทเรียนจากความล้มเหลวนั้น บทเรียนนั้นจะป้องกันความ ล้มเหลวในอนาคตได้ และ unproductive failure คือความสำเร็จที่ไม่สำเร็จ ไม่เกิดการเรียนรู้ ดังนั้นวันนี้จะ เป็นอีกหนึ่งเรื่องที่อยู่ในกลุ่ม productive success ซึ่งแม้จะสำเร็จแล้ว แต่ต้องคิดต่อว่าจะทำอย่างไรให้ model นี้มีการนำไปใช้ทั้งองค์กรอย่างเป็นระบบ และสุดท้ายทั้งองค์กรจะป้องกันปัญหานั้นได้สำเร็จ รวมถึง สามารถป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้”

รศ. นพ.รณชัย อริสุข ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ ผู้ดำเนินการอภิปรายกล่าวแนะนำวิทยากร และนำเสนอการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อเรื่อง "ถอดบทเรียนปัญหาเชื้อดื้อยา VRE : พลิกวิกฤตสู่โอกาสพัฒนา" เริ่มต้นการอภิปรายโดย ผศ. นพ.ธัญเดช นิยมมาวุฒิพงษ์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ ได้เล่าถึงการติดเชื้อ VRE ในการพลิกวิกฤตสู่โอกาสพัฒนาในศิริราช ย้อนไปเมื่อเดือนมิถุนายน 2556 หัวหน้าหอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 7 หญิงใต้ ได้บอกถึงปัญหา Vancomycin - Resistant Enterococci (VRE) ในหอผู้ป่วยและได้ปรึกษา อ. นพ.สุทัศน์ อาศนะเสน ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช โดยพบว่า VRE เป็นปัญหาใหญ่กว่าที่เราคิด สิ่งรอบตัวมีอะไรใหญ่กว่าที่เราคิดอีกหลายอย่าง ต่อมา อ. นพ.สุทัศน์ อาศนะเสน ได้เล่าถึงปัญหาเชื้อดื้อยาว่า คนไทยเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยามากกว่า สหรัฐอเมริกา จึงมาวิเคราะห์ถึงปัญหาของเชื้อดื้อยาในประเทศไทย พบว่า ปัญหาของ VRE ในต่างประเทศอยู่ในอันดับที่ 5 ในสหรัฐอเมริกา 2 ปีที่ผ่านมาพบว่า Enterococcus species เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาล อันดับที่ 5 เป็นสาเหตุการติดเชื้ออันดับ 2 ของแผลผ่าตัด สาเหตุอันดับ 3 ของ UTIs และอันดับ 4 ของการติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนั้นสหรัฐ อเมริกาจึงกำหนดให้ VRE อยู่ในระดับเชื้อที่ Serious Threats (ภัยคุกคามร้ายแรง) สำหรับข้อมูลในประเทศไทย Enterococci ไม่ติดอันดับ 1 ใน 5 ส่วนข้อมูลในโรงพยาบาลศิริราช สาเหตุของการติดเชื้อ Enterococci อันดับที่ 1 หรือ 2 เกิดจากการใส่สายสวนปัสสาวะ อันดับที่ 3 การติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่นอน ICU อันดับที่ 4 – 8 คือติดเชื้อในสายสวนหลอดเลือด จากข้อมูลจะพบว่าใกล้เคียงกับสหรัฐอเมริกา

การวินิจฉัย VRE ดูได้จากผลการวินิจฉัยจากห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยาโดยตรวจด วามไวของยา ซึ่งดูได้จาก Enterococcus faecium ดื้อยา Vancomycin อาการนี้มีรักษาแต่ปัญหาอยู่ที่ยา ซึ่งยาชนิดนี้ในประเทศไทยถูกแบ่งอยู่ในกลุ่มสิทธิบัญชี่ จ(2) มีข้อบ่งชี้ที่ให้เบิกยาชนิดนี้ได้ อยู่เพียงโรคเดียว คือ S.aureus ที่ดื้อยา vancomycin VRE มีข้อบ่งชี้ตามทะเบียนยาแต่ไม่ได้ระบุในเงื่อนไขการเบิกยา จึงเกิดปัญหาว่า ถ้าไม่รู้ ว่าติดเชื้อนี้จะไม่สามารถให้ยา Zyvox (Linezolid) ได้ ซึ่งขัดกับระเบียบการเบิกจ่ายยา จึงเป็นปัญหา สำหรับประสบการณ์การเกิด VRE รอบแรกในโรงพยาบาลศิริราช เกิดขึ้น ปี พ.ศ.2551 – 2554 ที่ภาควิชาอายุรศาสตร์ ช่วงนั้นมีการกำหนดมาตรการต่างๆ ทำให้สามารถควบคุมการระบาดได้ เป็นเวลาหลายปี สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้รอบแรก คือเชื้อดื้อยากลายเป็นเชื้อประจำถิ่น ปัจจุบันไม่มีประเทศไหนในโลกที่ประกาศว่า สามารถแก้ไขปัญหานี้ได้ ซึ่ง ปัจจุบันแนวโน้มการบ่ อกกันการระบาด คือการป้องกัน ไม่ให้เป็นเชื้อประจำถิ่น บทเรียนที่ 2 คือห้องปฏิบัติการต้องใช้เวลาในการตรวจ VRE นานเนื่องจากมีความซับซ้อน กว่าจะตรวจเจอก็มีการติดเชื้อแล้ว ทำให้เกิดแนวปฏิบัติขึ้นมาใหม่ว่า เมื่อเกิดเชื้อดื้อยาให้แจ้งห้องปฏิบัติการด่วน ถ้ามีการบ่ อกกันเร็วโอกาสระบาดก็จะน้อยลง จากการเรียนรู้ในครั้งนี้ทำให้เปลี่ยนความเชื่อ ที่ว่าถ้าเราป้องกันไม่ให้ เชื้อดื้อยา ระบาดเป็นเชื้อประจำถิ่นได้จะดีที่สุด และได้เรียนรู้คำว่า Universal contract precautions เพราะว่าห้องปฏิบัติการจะตรวจสอบเชื้อได้ เชื้อก็แพร่ไปแล้ว ช่วงระบาดอาจ ต้อง contract precautions ผู้ป่วยทุกรายไปก่อนระหว่าง รอผลประเมินจากห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลประกาศเป็นนโยบายตั้งแต่ปี พ .ศ.2552

ในช่วงนั้นมีแต่ A.baumannii ที่ดื้อยา และช่วงหลังจะมีเชื้ออื่นๆ เพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ ระบาด จนปี พ.ศ.2556 เกิดปัญหาขึ้นในภาควิชาศัลยศาสตร์ และวิสัญญีวิทยา ได้ตรวจพบว่ามีกรรายงานการติดเชื้อ VRE เข้ามา ติดต่อกัน จึงได้เข้าไปตรวจสอบ จากข้อมูล ณ เวลานั้น ว่า VRE ในประเทศไทยมีการระบาดที่ไหนหรือไม่ ซึ่ง ข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (NARST) ในขณะนั้นไม่มีการตรวจพบเชื้อดื้อยา VRE ที่ใด จึงสันนิษฐานได้ว่าการระบาดของเชื้อแน่นอน จึงตั้ง protocol ขึ้นมา (ภาพที่ 1)

VRE Outbreak Termination Protocol (1)	VRE Outbreak Termination Protocol (2)
- Define onset of outbreak - VRE status: confirmed, possible (contact), clear - Active surveillance culture - Admission ward/date - Cohort ward/zone including toilet & sink - Ward clearance: rapid discharge, delayed elective procedure/admission, refer to other hospital, and transfer to cohort ward - Universal contact precautions: ward, OPD, ER, transfer, dedicated OR, Radiology, Lab specimen - PPE: gown, disposable apron, disposable gown - Laboratory capacity: Microbiology lab & ID lab - Skin decontamination: chlorhexidine clothes	- Multiple pathway of communication: Lecture, FAQ, Poster, Video(strict CP), Website, VRE database, Si IScan, VRE Labeling (OPD card, Lab request, appointment), SOP - Checklists: admission screening, patient transfer(OR), Anesthetists - Enhanced environmental cleaning (Ward/OR/transfer/Radiology: manual cleaning with disinfectant [3times] ± H₂O₂ vapor) - Ward re-opening protocol - VRE ward zoning - appropriate nurse: patient ratio - Reverse contact precautions + Active surveillance screening - VRE contact clearance (OPD): telephone, stool culture set

ภาพที่ 1 VRE outbreak termination protocol

จากการตรวจสอบครั้งแรก พบสิ่งที่น่าสนใจคือพบเชื้อทั้งสายพันธุ์ A และ B ในหอผู้ป่วยที่มีการส่งต่อผู้ป่วยกัน สิ่งที่เกี่ยวข้องคือหอผู้ป่วย ICU ซึ่งมีความสำคัญมากในการคุมเชื้อดื้อยา เนื่องจากเป็นหอผู้ป่วยที่เป็น ศูนย์กลางในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยอื่นๆ ดังนั้นสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ซับซ้อน มาก จึงทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการแก้ปัญหา

ช่วงต่อมา ศ. นพ.ธัญเดช นิยมมาวุฒิพงษ์ เล่าถึงสถานการณ์ฉุกเฉินการระบาดของเชื้อ ดื้อยาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่าเป็นเชื้อดื้อยาที่ไม่มียาที่จะใช้ทดแทนได้ อัตราตายในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพิ่มขึ้น เกิดการแพร่กระจายในสิ่งแวดล้อมได้ง่ายเมื่อเกิด การสัมผัส มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีเชื้อ ไปมาหลายหอผู้ป่วย และ เกิดอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น ทั้งที่มีการเน้น strict precaution อยู่แล้ว โดยกำหนดเป้าหมายว่าต้องควบคุมโรคให้ได้ (จำกัด หรือ กำจัด) และมีหน้าที่ให้การบริบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โดยไม่หยุดชะงัก มีการประชุมวางแผนเพื่อรับมือครั้งแรกเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2556 โดยเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องมาประชุมร่วมกัน เพื่อ ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ strict precaution ไม่ได้ผล และแก้ไข โดยจำแนกและคัด แยกผู้ป่วย และจุดบริการ ทั้งทาง กายภาพ การดำเนินงาน รวมถึง logistic ของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ส่วนทีมดูแลผู้ป่วยต้องทำงานให้ได้ดี มีประสิทธิภาพ ในการควบคุมโรค และยังให้บริการผู้ป่วยต่อไปได้ โดยเข้าใจ เต็มใจ ร่วมแรง ร่วมใจ ไม่ให้เกิดความตื่น

ตระหนักในทุกๆ ฝ่าย

สำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอื่นๆ ที่อาจได้รับผลกระทบตาม ICU ที่รับผู้ป่วยศัลยกรรม ห้องผ่าตัด หน่วยตรวจต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น รังสีวิทยา ฯลฯ OPD, ER หอผู้ป่วยอื่นๆ ที่รับหรือส่งผู้ป่วยที่มี surgical conditions เช่น อายุรกรรม บุคลากรทั้งหมดที่ทำหน้าที่ในหน่วยบริหารทั้งหมด แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย นักศึกษาแพทย์และพยาบาล ฯลฯ และผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวอยู่หรือเข้ารับการรักษา และญาติ หลังจากนั้นมีการประชุมโดยขยายวงมากขึ้นในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับการทำให้เกิดความรู้ ร่วมมือร่วมใจกัน นั้นโดยสร้างความเข้าใจ การให้ข้อมูล update อย่างสม่ำเสมอ เข้าถึงทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง ผู้นำองค์กร มี active role บุคลากรทุกคนทำงานด้วยความ เต็มใจ ร่วมมือ ร่วมแรง โดยเห็นความสำคัญของบทบาทของแต่ละคน ได้ข้อเท็จจริง รวมทั้งข้อจำกัด ร่วมกันวางแผนจากล่างขึ้นบน และบนลงล่าง รวมถึงต้องรับฟังและแก้ปัญหาให้ผู้ปฏิบัติแนวหน้า

จากนั้น **นางรัชดา เจริญชัย งานโรคติดเชื้อ** เล่าถึงประสบการณ์ การจัดการควบคุมการระบาดของเชื้อดื้อยา VRE ว่า การดำเนินการให้ประสบความสำเร็จเกิดจากความร่วมมือของหลายหน่วยงาน โดยงานโรคติดเชื้อจัดการกับการระบาดโดย ช่วงเริ่มต้นการระบาด คือ มิถุนายน – กรกฎาคม พ.ศ.2556 พบผู้ป่วยมีเชื้อ VRE สูงผิดปกติที่หอผู้ป่วย 72/7 หญิงเหนือ, 72/7 หญิงใต้, 72/7 ชายเหนือ, 72/7 ชายใต้, ICU สำอองค์ และ ICU สยามินทร์ หลังจากนั้น กรกฎาคม – สิงหาคม พ.ศ.2556 พบผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มเติมที่หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 7 ได้ และ 7 เหนือ งานโรคติดเชื้อดำเนินการโดย แยกโซนผู้ป่วยให้ผู้ป่วยที่มีเชื้อ VRE อยู่โซนเดียวกัน โดยแต่ละหอผู้ป่วย มีการดำเนินการเอง จากนั้นทำการ clear ward โดยทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม (big cleaning) ซึ่งได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกส่วนงานเป็นอย่างดี และขอความร่วมมือจากหน่วย อาชีวอนามัยในการ Decontamination ด้วย H₂O₂ ในหอผู้ป่วยทั่วไป หลังจากนั้นมีการจัดแยกโซนผู้ป่วยเป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยใหม่ (ผู้ป่วยสะอาด) และหอผู้ป่วยที่รับ contact cases & VRE cases (รับ contact cases และ confirm cases) มีการใช้มาตรการ universal contact precautions ในหอผู้ป่วย คือทุกคนที่เข้าไปดูแลผู้ป่วยต้องใส่ชุดป้องกันร่างกายเต็มขั้น และทำ active surveillance โดยเก็บ rectal swab เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีเชื้อ VRE สำหรับปัญหาและอุปสรรค ที่พบคือ PPE เสื่อคลุมเตียงไม่เพียงพอ การสื่อสารไม่ทั่วถึง บุคลากรทุกระดับไม่ทราบสถานะของผู้ป่วย ไม่ทราบสถานะผู้ป่วย MDR แก้ปัญหาโดยขอความร่วมมือจากฝ่ายสารสนเทศในการ จัดทำระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วยติดเชื้อ VRE มีค่าใช้จ่ายในส่วนของค่า PPE น้ำยาทำความสะอาด และค่า active surveillance สูง มีการจัดทำแนวปฏิบัติมาตรการ Preemptive Contact precaution ซึ่งปัจจุบันยังมีการปฏิบัติกันอยู่

ต่อมา **น.ส.สุนันทา ตนกหลาย พยาบาลหอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 7 หญิงใต้** เล่าถึงประสบการณ์ในการจัดการควบคุมการระบาดของเชื้อดื้อยา VRE ในหอผู้ป่วยโดยเริ่มพบการแพร่ระบาดในหอผู้ป่วยประมาณเดือน

พฤษภาคม พ.ศ.2556 การวางแผนในช่วงแรกดำเนินการโดยลดจำนวนเตียงรับผู้ป่วย เพื่อลดโอกาสในการแพร่เชื้อ จากนั้นพบการติดเชื้อเพิ่มขึ้นจึงเปลี่ยนนโยบายเป็น contact case และ confirm case เพื่อควบคุมการระบาด มีการรวมอัตรากำลังทั้ง 4 หอผู้ป่วยเพื่อให้มีอัตรากำลังเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่วิกฤตและมีอาการหนัก ส่วนหอผู้ป่วย 72 ปิซัน 7 ชายเหนือ – ได้ มีการปิดทำความสะอาดและทำลายเชื้อตามแนวปฏิบัติโดยงานโรคติดเชื้อ เพื่อเตรียมรับผู้ป่วยใหม่ที่ไม่มีการติดเชื้อดื้อยา สำหรับแนวนโยบายการปฏิบัติของงานโรคติดเชื้อ มีการดำเนินการ ดังนี้

1. การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ โดยก่อนการดำเนินงานมีการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับเกี่ยวกับเรื่องเชื้อดื้อยา การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ใช้มาตรการ contact precaution อย่างเคร่งครัด มีการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติโดยรณรงค์ให้มีการล้างมือ ติดป้ายแสงไฟขอขอบคุณที่ล้างมือ ส่งเสริมให้การใช้ alcohol rub โดยติดตั้งที่บริเวณหน้าห้องผู้ป่วย ก่อนเข้าถึงผู้ป่วย และมีการแขวนป้ายโปสเตอร์ข้อปฏิบัติที่เสาแขวนหัวเตียงผู้ป่วยทุกราย
2. การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยโดยแยกห้องผู้ป่วยชาย หญิง จัดที่ทิ้งขยะโดยจัดแยกประเภทขยะแต่ละอย่างให้ชัดเจน และเคร่งครัดการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ของใช้ ตามระเบียบปฏิบัติของงานโรคติดเชื้อ
3. เฝ้าระวังและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โดยติดตามตรวจสอบการปฏิบัติงาน และส่งต่อข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการดำเนินงาน ในระยะแรกบุคลากรบางส่วนไม่เห็นความสำคัญและไม่ตระหนักต่อการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาและยังมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ต่อมาจึงมีการเพิ่มใบ checklist แนวปฏิบัติของแพทย์และบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน จากความร่วมมือของแพทย์ทุกสาขาและการเข้มงวดในการปฏิบัติอย่างจริงจัง ทำให้การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาลดลง

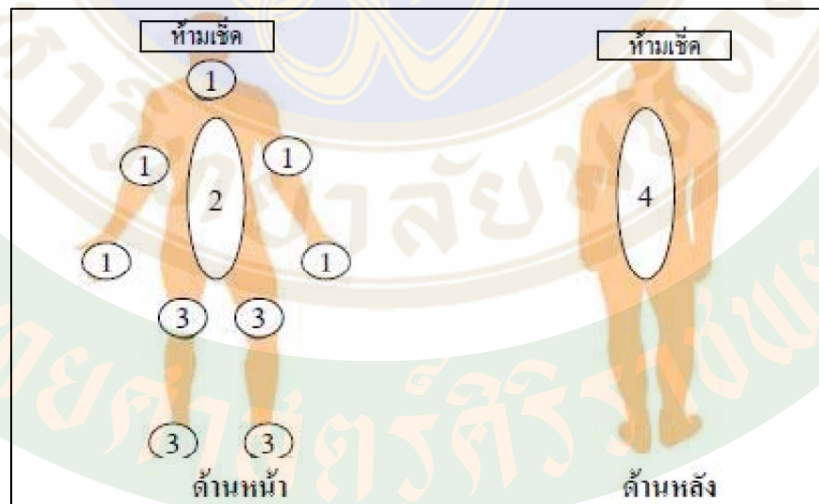
สำหรับปัญหา/อุปสรรคที่พบในระหว่างการทำงาน ได้แก่

1. ใช้เวลาดูแลผู้ป่วยแต่ละรายนานขึ้น ทำให้การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายช้าลง เนื่องจากต้องใส่เครื่องป้องกันตามข้อตกลงของแนวปฏิบัติ
2. ความเครียดของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน แก้ไขโดยการสร้างเสริมความเข้มแข็งของจิตใจโดยใช้หลักพุทธศาสนา ส่งเสริมความคิดเชิงบวก สร้างความสามัคคี และความร่วมมือในทีม ให้กำลังใจกัน
3. ความเครียดของผู้ป่วยและญาติ แก้ไขโดยการให้ข้อมูลเชิงบวกเป็นระยะๆ เพื่อสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน

จากนั้น **นางนุศรา กลชนะ หัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียูสลาด-สำออง** เล่าว่าการดำเนินการ big cleaning ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากบุคลากรทุกระดับ มีการแบ่งพื้นที่ชัดเจน แต่งกายมิดชิดเมื่อ ต้องเข้าไปทำความสะอาดเตียงผู้ป่วย แต่ใช้เวลาในการทำความสะอาด มาก และมีน้ำยาทำความสะอาด ที่หลากหลาย ทำให้เกิด

การเรียนรู้ใหม่ ในส่วนของบุคลากรมีการเตือนให้ล้างมือตลอดทางตั้งแต่หน้าหอผู้ป่วย การเข้าทำการพยาบาล ต้องใส่เสื้อคลุมให้มิดชิด เพื่อลดการติดเชื้อและ บุคลากรเกิดความปลอดภัย มากที่สุด การเข้าตรวจผู้ป่วยมี จำนวนบุคลากรมาก จึงมีการประชุมเพื่อลดจำนวนผู้ ตรวจและสัมผัสผู้ป่วยให้น้อยลง ทำให้สามารถลดต้นทุน เสื้อคลุม และการติดเชื้อของผู้ป่วย ได้ แต่ถ้ามีบุคลากร มาเป็นจำนวนมาก จะขอความร่วมมือให้ผู้ที่ไม่ได้ทำ หัตถการผู้ป่วยอยู่นอกห้องกระจก ซึ่ง ทุกคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ ไม่รู้สึกตัวหรือรู้ตัวแต่นอนบนเตียงนานๆ จึงมีการเช็ดตัวให้ผู้ป่วย ในเรื่องของการป้องกันการติดเชื้อ มีขั้นตอน การปฏิบัติ สำหรับการใช้ 2% chlorhexidine cloth เพื่อลดปริมาณเชื้อดื้อยาบนร่างกายผู้ป่วย โดยใช้ 2% chlorhexidine cloth วันละ 1 ครั้งหลังอาบน้ำตอนเช้า ดังนี้

1. อาบน้ำหรือเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยตามปกติด้วยสบู่
2. เช็ดร่างกายผู้ป่วยภายหลังทำความสะอาดให้แห้ง งดการใช้แป้งและโลชั่น
3. เช็ดตามด้วย 2% chlorhexidine cloth จำนวน 4 ผืน (2 ซอง) (ภาพที่ 2) โดย
 - ผืนที่ 1 เช็ดบริเวณคอเป็นลำดับแรกตามด้วย แขน / มือข้างขวาและซ้าย ทั้งด้านหน้าและ ด้านหลัง
 - ผืนที่ 2 เช็ดบริเวณด้านหน้าของลำตัวผู้ป่วยและบริเวณขาหนีบด้านหน้า
 - ผืนที่ 3 เช็ดบริเวณขาและเท้าข้างขวาและซ้ายทั้งด้านหน้าและด้านหลัง
 - ผืนที่ 4 เช็ดบริเวณด้านหลังของผู้ป่วยจนถึงก้นกบและร่องก้นเป็นลำดับสุดท้าย



ภาพที่ 2 บริเวณร่างกายที่เช็ดด้วย 2% chlorhexidine cloth

ข้อควรระวัง

- กรณีผื่นแพ้หรือเกิดระคายเคืองให้หยุดใช้และแจ้งพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ
- ห้ามใช้เช็ดบริเวณใบหน้าและหนังศีรษะ และระวังน้ำยาเข้าตา ปาก และหู
- ภายหลังการใช้ให้ทิ้งเป็นขยะติดเชื้อ

ในการส่งต่อผู้ป่วยจาก ICU ไปยังหอผู้ป่วยอื่นๆ จะมีการใช้ใบ checklist เป็นแนวทางปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเพื่อลดการติดเชื้อของผู้ป่วย

ต่อมา **น.ส.ดวงชีวัน ชูฤกษ์ หัวหน้าหน่วยพักรอดูอาการก่อนและหลังผ่าตัด สยามินทร์ 5** มีการดำเนินการโดย สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเชื้อ VRE ให้กับบุคลากรในหอผู้ป่วย ทราบ หลังได้รับมอบหมายได้นำมาคิดหาแนวทางการดำเนินงานโดยปรึกษาจากงานโรคติดเชื้อในประเด็นที่ไม่ทราบ และทำการแปลงข้อมูลเป็นรูปภาพเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานโดยเฉพาะคนงานและพนักงานเคลื่อนย้าย เข้าใจง่ายและนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง แล้วนำไปโพสต์ที่หน้าจอคอมพิวเตอร์ใน OR ถ้าใครไม่เข้าใจหรือปฏิบัติไม่ได้ให้มาเปิดดู มีการโน้มน้าวชักจูงให้เจ้าหน้าที่ทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องว่าทุกคนมีความสำคัญทั้งสิ้นต่อการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย สามารถช่วยโรงพยาบาลลดค่าใช้จ่าย ได้แก่ พนักงานเคลื่อนย้าย คนงานห้องผ่าตัด ทีมผู้ช่วยพยาบาลที่รับส่งผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง การดำเนินการต้องมีการสื่อสารที่ดี ให้เกียรติซึ่งกันและกัน และทำให้ทุกคนรู้สึกว่ามีส่วนร่วมจึงเกิดความภาคภูมิใจร่วมกัน

ช่วงสุดท้าย **ผศ. พญ.ฐิติกัญญา ดวงรัตน์ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา** เล่าถึงประสบการณ์จากการดำเนินการว่า ประทับใจกับ collaborate teamwork ที่เปิดโอกาสทำให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน รับฟังปัญหาอุปสรรค เห็นความสำคัญของทุกคน เมื่อเกิดปัญหาขึ้นอันดับแรก ต้องพิจารณาพื้นฐาน ความรู้ ความเข้าใจของบุคลากร กระตุ้นเตือนให้เกิดการยอมรับและปฏิบัติ และปรับให้เข้ากับบริบทเมื่อเกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา ส่วนการดำเนินการในภาควิชาวิสัญญีวิทยา เริ่มในหัตถการที่เป็นพื้นฐานว่าจะทำอะไร มีการทำ checklist ขั้นตอนการดำเนินการที่ชัดเจน ในแต่ละส่วนงาน คือ ห้องรับส่ง และห้อง waiting room ห้องผ่าตัด การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดการอุปกรณ์และการทำความสะอาดหลังการผ่าตัด ห้องพักฟื้น (recovery room) โดยมีการปรับเปลี่ยนวิธีการ และกระบวนการต่างๆ ในภาควิชาฯ อย่างต่อเนื่อง มีการจัด workshop ให้กับบุคลากรใหม่ทุกปี เช่น การล้างมือ sterile technique and protective environment เป็นต้น หลังจากนั้นได้มีการทำเป็น simulation

ผศ. นพ.ธัญเดช นิมมาวุฒิพงษ์ กล่าวปิดท้ายว่า ในภาควิชาศัลยศาสตร์มีเวทีการเรียนรู้จาก scenario จริง ในการประชุม Morbidity and Mortality ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ฝังลึก ซึ่งเป็นนวัตกรรมการเรียนรู้หนึ่งที่เรารู้จากการปฏิบัติจริงโดยให้ผู้ที่ทำผิดพลาดวิจารณ์ตัวเองจะทำให้เกิดการเรียนรู้และกลับไปปฏิบัติ ซึ่งแพทย์มีการทำ power point และวิดีโอ ขั้นตอนการปฏิบัติเกี่ยวกับขั้นตอนการทำแผล

วิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้



ผศ. นพ.ธัญเดช นิมมาวุฒิมพงษ์
ภาควิชาศัลยศาสตร์



ผศ. พญ. รุติกาญญา ดวงรัตน์
ภาควิชาวิสัญญีวิทยา



อ. นพ.สุทัศน์ อาศนะเสน
ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช



Siriraj KM

Link - Share - Learn

งานจัดการความรู้ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ตึกอำนวยการ ชั้น 1 เลขที่ 2 ถนนวิภาวดี แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 0 2419 9009, 0 2419 9750
Email : sirirajkm@gmail.com
Website : www.si.mahidol.ac.th/km
Facebook : http://www.facebook.com/sirirajkm