ถอดบทเรียนการประชุมวิชาการคุณภาพ (Quality Conference) **ครั้งที่** 6/2560

เรื่อง "Siriraj KM : **เรียนรู้ความต่าง สร้างความรู้ สู่ความปลอดภัยด้วย**
Siriraj Concurrent Trigger Tool"

วันพุธที่ 18 **ตุลาคม** 2560 **เวลา** 13.00 – 15.00 **น.**

ณ ห้องประชุมอทิตยาทรกิติคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7

ꕥꕥꕥ

วิทยากร

ศ. พญ.ดวงมณี เลาหประสิทธิพร	รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ
รศ. พญ.อรอุมา ชัยวัฒน์	ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา
พว.วิมลักษณ์ ชัยศักดิชาตรี	งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
อ. พญ.ปวีณา ชุณหโรจน์ฤทธิ์	ภาควิชาอายุรศาสตร์
พว.พัชรินทร์ เนื่องพืช	งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์
นางสาวสมใจ เนียมหอม	หัวหน้างานจัดการความรู้ ผู้ดำเนินการอภิปราย

นางสาวสมใจ เนียมหอม ผู้ดำเนินการอภิปราย กล่าวถึงที่มาและความสำคัญของการดำเนินการ Siriraj Concurrent Trigger Tool ว่า คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ให้การดูแลผู้ป่วยโรคซับซ้อนผ่านทางโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งมีโอกาสเกิดความเสี่ยง จึงตั้งเป้าหมายเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในผู้ป่วยที่รับไว้ดูแลรักษาในโรงพยาบาล ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิด Trigger Tool และพัฒนาเครื่องมือ Siriraj Concurrent Trigger Tool (SiCTT) เพื่อบริหารจัดการความเสี่ยงเชิงรุกในการดูแลรักษาผู้ป่วยขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดตัวส่งสัญญาณแต่เนิ่น ๆ (Modified Early Warning Signs: MEWS) เพื่อให้บุคลากรฝ่ายการพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และเป็นศูนย์กลางของทีมดูแลรักษา สามารถดักจับปัญหาก่อนที่จะเกิดอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และดำเนินการดูแลรักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งคณะฯ เริ่มดำเนินการ SiCTT ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2554 โดยทีมรองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ ร่วมกับฝ่ายการพยาบาล ด้วยการสร้างความเข้าใจความสำคัญ และกำหนดเป็นนโยบายการดำเนินการ

เราทุกคนจะเรียนรู้ร่วมกัน เรียนรู้การสร้างเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ร่วมกัน เพื่อประโยชน์สูงสุดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เรียนรู้ที่จะสร้างและพูดคุยกันด้วยบรรยากาศของกัลยาณมิตร เรียนรู้ที่จะเชื้อเชิญผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมาเรียนรู้ร่วมกันในเวลาที่เหมาะสม เรียนรู้ที่จะค้นหาทีมสนับสนุนหรือทีมเอื้อ เรียนรู้บทบาททุกวิชาชีพที่ร่วมกันช่วยเหลือให้เกิดความปลอดภัย ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และเรียนรู้ที่

จะปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้นขณะอยู่ในโรงพยาบาล สุดท้ายเรียนรู้บทบาทที่สำคัญของผู้บริหาร การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยใช้ศาสตร์ของพระราชา ***"เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน"*** วันนี้เราได้เรียนเชิญวิทยากรทั้ง 5 ท่าน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการระเบิดจากข้างใน ด้วยตัวท่านเอง ใช้กลยุทธ์ Siriraj Link-Share-Learn เรียนเชิญวิทยากรท่านแรกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศ. พญ.ดวงมณี เลาหประสิทธิพร กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญ นโยบาย และการดำเนินการ รวมทั้งบทบาทของผู้บริหารในการสร้าง SiCTT

ศ. พญ.ดวงมณี เลาหประสิทธิพร รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ กล่าวถึงเรื่องความเสี่ยงว่าทุกท่านคงรู้จักเรื่องของความเสี่ยง ในโรงพยาบาลศิริราชมีความเสี่ยงเกิดขึ้นได้ทุกที่ เพียงแต่เราเห็น และเราจัดการก่อน ถือว่าดีมาก ยอมรับว่าความเสี่ยงมีอยู่รอบตัวเรา แต่ไม่ยอมรับให้เกิดอันตราย (harm) นั่นคือสิ่งที่พวกเราต้องช่วยกันทำ ทุกเรื่องที่เราสัมผัส มีโอกาสเกิดความเสี่ยง ถ้าเราสามารถเรียนรู้ สุดท้ายก็จะเกิดเป็นความสำเร็จ

ทำไมถึงต้องพูดเรื่องของความเสี่ยง เพราะเรื่องคุณภาพ ***ถ้ามีความเสี่ยง มีความไม่ปลอดภัย คุณภาพจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ เพราะส่วนหนึ่งของคำว่าคุณภาพ คือ คำว่าปลอดภัย*** ถ้าเรารู้ว่ามีความเสี่ยงเกิดขึ้น มีอันตรายเกิดขึ้น แล้วเราไม่จัดการ งานไม่สำเร็จ ผู้ป่วยเกิดอันตราย หรือสูญเสียชีวิต ไม่ได้มีความเสียหายเฉพาะผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว บางครั้งครอบครัวเกิดปัญหาด้วย เพราะเขาต้องดูแลครอบครัว และส่งผลกระทบต่อจิตใจของลูก โรงพยาบาลศิริราชมีความหลากหลาย ความซับซ้อนของระบบ เทคโนโลยี และบุคลากร จึงมีความเสี่ยงมาก การทำให้ความปลอดภัยเกิดขึ้น ต้องอาศัยความรู้ในการจัดการ บางเรื่องมีความรู้อยู่แล้ว เราสามารถหยิบยกความรู้มาปรับใช้ให้เหมาะสม

โรงพยาบาลศิริราชเดินทางในเส้นทางคุณภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 นำเรื่อง HA เข้ามา ทำให้เราเรียนรู้ระบบคุณภาพและความเสี่ยง จนปี พ.ศ. 2557 เราผ่าน Advanced HA และผ่านการ Reaccredit เป็นแห่งแรกของประเทศในปีที่ผ่านมา เรากำหนดระยะการพัฒนาในแต่ละช่วงเพื่อให้รู้ว่าใน 4 ปีนี้เราจะทำอะไร เรื่องความปลอดภัยเราปักธงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2558 เพราะรู้ว่ายังมีประเด็น และต้องการการเรียนรู้ร่วมกัน เพราะจะเป็นภูมิคุ้มกันที่จะทำให้องค์กรตรวจจับปัญหา ไม่ใช่เฉพาะผู้รับบริการ เน้นคนทำงานด้วย มีคนกล่าวว่า ***"ถ้าเขาไม่ปลอดภัย เราก็ไม่ปลอดภัย"*** เพราะวันนี้โลกของการร้องเรียนเกิดขึ้น เราอยากให้ทุกคนเกิดผลลัพธ์ที่ดี เราจึงต้องมีระบบมารองรับ แต่ระบบอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ เพราะอาจไม่ยั่งยืน

ภาพที่ 1 เส้นทางคุณภาพของโรงพยาบาลศิริราช

เมื่อก่อนการบริหารจัดการความเสี่ยงเป็นเชิงรับ เกิดเรื่องก็แก้ปัญหา เรื่องนี้เกิดตรงนี้ แก้ปัญหาเสร็จไม่นานไปเกิดที่ใหม่ ในประเด็นคล้ายๆกัน ตรงนี้เป็นกระบวนการที่ต้องคิด เราใช้แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของประเทศสหรัฐอเมริกา เริ่มทำการสำรวจตั้งแต่ปี 2552 ผลการสำรวจของเรากำลังดีขึ้น แต่ยังขึ้นๆลงๆอยู่บ้าง แสดงว่าเรายังไม่เกิดวัฒนธรรมอย่างที่มุ่งหวัง เราอยากเห็นระบบที่ดี ไม่มีรูรั่ว แต่ในความเป็นจริง ถ้าเราเปรียบผนังชีสเป็นกระบวนการจัดการ ถ้ารูรั่วมาเจอตรงกัน ก็จะเกิดความเสี่ยง ความไม่ปลอดภัยขึ้น เกิดอันตรายขึ้น เรียกว่า *Swiss Cheese model* เราทำแต่ระบบคงไม่พอ ขณะเดียวกันต้องอาศัยพวกเราทุกคน ต้องยอมรับว่ามีความเสี่ยง แต่ไม่ยอมให้เกิดอันตราย ป้องกันไม่ให้รูรั่วมาเจอกัน เพราะฉะนั้นก่อนส่งมอบงาน ต้องตรวจสอบงานตัวเองให้ดีก่อน

Trigger tool เป็นเครื่องมือเพื่อค้นหาความเสี่ยงจากเวชระเบียน ซึ่งเป็นวิธีการเชิงรับ โรงพยาบาลศิริราช มีการทำวิจัยเพื่อค้นหาความเสี่ยงในเวชระเบียน ซึ่งพบว่ายังมีความเสี่ยงอยู่ จึงค้นหาวิธีในการดักจับความเสี่ยงเชิงรุกขณะอยู่โรงพยาบาล เกิดเป็นคำว่า *"Concurrent trigger tool"* ดูว่ามีสัญญาณอะไรที่เตือนและจัดการ เราเริ่มต้นที่พยาบาล เพราะอยู่หน้างาน และอยู่กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ต้องรู้ว่ามีโอกาสเกิดอันตรายเกิดขึ้น และต้องทำเป็นทีม องค์ความรู้อยู่ที่พยาบาลเยอะมาก แต่กระจัดกระจาย ถ้าเรามาคุยกันเรียนรู้ไปด้วยกัน น่าจะเป็นพลังที่ดี และเกิดผลลัพธ์ที่ดี

เริ่มแรกไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร แต่มีเป้าหมายเดียวกันเพื่อความปลอดภัย จึงรวมตัวกัน ไม่อยากเห็นความเสี่ยง เราจัดการตั้งแต่เนิ่นๆได้ไหม โดยที่ต้องมีแนวปฏิบัติ ทีมงานการพยาบาลศัลยศาสตร์ฯ มีความสนใจ ได้ 3 ทีมนำร่อง รวมตัวคุยกัน อยากเห็นอะไร ไม่อยากเห็นอะไร เขามีความเสี่ยงอะไร ตั้งวัตถุประสงค์ตัวชี้วัด เริ่มถอยว่าจะรู้ได้อย่างไร เกิดเป็น risk factor เกิดขึ้น รู้ตั้งแต่อาการ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อพัฒนาแนวปฏิบัติเสร็จ ส่งกลับให้อาจารย์แพทย์ตรวจสอบ เกิดการตกลงกัน เรียนรู้ด้วยกัน สุดท้ายเกิดเป็น

แนวปฏิบัติร่วมกัน

ทีม Increased Intracranial Pressure (IICP) การปฏิบัติแบบเดิม พี่จะรู้วิธีการแก้ปัญหา น้องใหม่มาจะไม่รู้ว่าต้องแก้ปัญหาอย่างไร เมื่อเกิดปัญหาขึ้น น้องบอกกับพี่ ถ้าพี่กำลังยุ่ง น้องไม่กล้าบอก การแก้ปัญหาก็ล่าช้า เมื่อเกิดแนวปฏิบัติ มีการสอน และเตรียมผู้ปฏิบัติ และมีการทำวิจัยร่วมด้วย ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น การพัฒนาต้องใช้เวลา แต่พิสูจน์แล้วว่าผลลัพธ์ดีขึ้น จึงมีการขยายผลในฝ่ายการพยาบาล

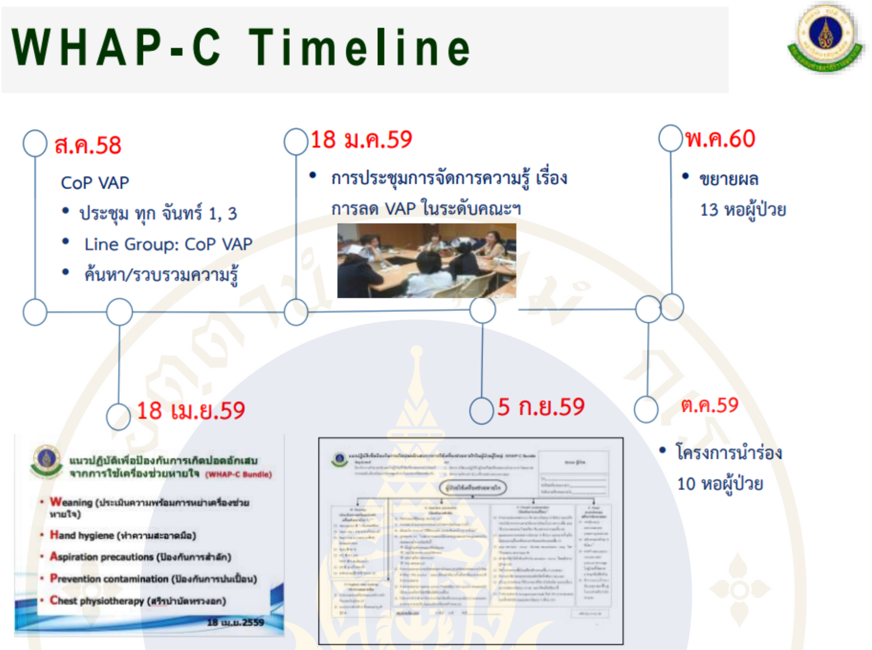
การดำเนินการในช่วงแรก เราทำเฉพาะโรค พบว่า result ของโรงพยาบาลยังขึ้น ๆ ลง ๆ แสดงว่าเรายังไม่มีการจัดการอย่างจริงจัง จึงมีการกลับมาคุยกันใหม่ เน้นเรื่องที่เป็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาล เช่น แผลกดทับ มีองค์ความรู้ มีทีมที่ดี ถอดความรู้ว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงมีกี่กลุ่ม ผลลัพธ์ที่ออกมาเริ่มดีขึ้น มีการขยายผลทั้งโรงพยาบาล โดยฝ่ายการพยาบาล อีกหนึ่งทีม คือ Ventilator Associated Pneumonia (VAP) มีการชวนคุยทั้งอาจารย์แพทย์และพยาบาล ผลออกมาดีขึ้นมาก ไม่น่าเชื่อว่าการติดเชื้อจะลงมาได้ขนาดนี้ เห็นพลังของพวกเรา ตอนนี้มีการดำเนินการ SiCTT หลายเรื่อง บางเรื่องบรรลุเป้าหมาย บางเรื่องเข้าใกล้เป้าหมาย สิ่งท้าทาย คือ ทำอย่างไรให้ใช้ต่อไปอย่างยั่งยืน บางเสียงบอกว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงมาก ต้องเสียบเอกสารสิบแผ่นเลยไหม ต้องถามก่อนว่า ***ผู้ป่วยเมื่อเข้ามาโรงพยาบาล มีความเสี่ยงเรื่องเดียวหรือไม่ ปกติผู้ป่วยมีความเสี่ยงหลายเรื่องอยู่แล้ว เพียงแต่เราทำแนวปฏิบัติให้เห็นเป็นรูปธรรม หากต่อไปสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เอกสารก็ไม่มีความจำเป็น*** นอกจากนี้แพทย์แผนไทยก็มีการดำเนินการ SiCTT ด้วยเช่นกัน

ในปี 2558 ผลการสำรวจวัฒนความปลอดภัยของเราดีขึ้น และชนะ AHRQ ของประเทศสหรัฐอเมริกา หวังว่าปีนี้ผลของเราจะดีขึ้น ตอนนี้เราปักธงเป็นองค์กรที่น่าไว้วางใจ เราอยากให้มีต่อมเอ๊ะ เห็นความเสี่ยง ป้องกัน และเกิดความปลอดภัยมากขึ้น

ต่อมา ***รศ. พญ.อรอุมา ชัยวัฒน์*** ตัวแทนคณะทำงานในทีม VAP กล่าวสอบถามผู้เข้าร่วมประชุมว่าหอผู้ป่วยใดมีตัวชี้วัด VAP ในหน่วยงานบ้าง ทำไมอัตราการเกิด VAP ยังสูงอยู่ ทั้งที่มีผลงานวิจัย แต่ไม่สามารถลงปฏิบัติได้ดี จากนั้นเรียนเชิญ ***พว.วิมลักษณ์ ชัยศักดิชาตรี*** แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการจัดทำแนวปฏิบัติในด้านของพยาบาล

พว.วิมลักษณ์ ชัยศักดิชาตรี กล่าวว่า เหตุการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นได้ทั่วไปในโรงพยาบาล เรื่องของ VAP เป็นความเสี่ยงหนึ่งที่มีความสำคัญ เมื่อมีนโยบายว่าเราจะจัดการความเสี่ยงเรื่องนี้ จึงเริ่มรวมตัวผู้ที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อยต้องเป็นหอผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่อเกิดการรวมตัวขึ้น เกิดคำถามว่า “ไม่ได้มั้ง ทำไม่ได้หรอก” จำเป็นต้องค้นหาความรู้ สอบถามผู้เชี่ยวชาญ ทีม infection control (IC) ทีมแพทย์ส่วนใหญ่จุดเริ่มต้นมาจากทีมพยาบาลก่อน พูดคุยแบบเป็นกันเอง ในที่สุดได้แนวทาง วิธีคิด ที่สำคัญคือเวลาพูดคุย คุยแบบสนุกสนาน เราคิดว่าการเดินทางครั้งนี้เราไป adventure กัน แต่มีการปักธงและ

ตั้งเป้าหมาย ขอบคุณคณะฯ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และฝ่ายการพยาบาล ที่เอื้อเฟื้อเรื่องของเวลาให้ทีมได้ทำงาน ทั้งรูปแบบทางการ และไม่เป็นทางการ



ภาพที่ 2 เส้นทางการพัฒนาแนวปฏิบัติ WHAP-C

การดำเนินการครั้งนี้ มีทั้งแพทย์ พยาบาล และสรีรบำบัดทรวงอก พัฒนาจนได้แนวปฏิบัติ (guideline) ต้องขอบคุณหอผู้ป่วยที่อาสาเป็นหอผู้ป่วยนำร่อง 10 หอผู้ป่วย และขยายผล 13 หอผู้ป่วย สิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่อง guideline อย่างน้อยเป็นแนวทางให้เราดูแลผู้ป่วย เช่น วิธีการเติม cup pressure มีการเปลี่ยนแปลงเพราะผู้เชี่ยวชาญและหลักฐานเชิงประจักษ์ การทำความสะอาดปากฟัน เป็นต้น การเรียนรู้ที่ได้จากการทำแนวปฏิบัติอีกหนึ่งเรื่อง คือ การออกแบบการจัดเก็บข้อมูล เรียนรู้การสร้าง data collection การทำงานแบบสหสาขามีความสำคัญ เมื่อลงปฏิบัติมีการ feedback เพื่อปรับปรุงและพัฒนา

ผลการดำเนินการที่ผ่านมาดูดี ต้องชื่นชมว่าพวกเราให้ความร่วมมือ เมื่อการนำร่องได้ผลที่ดีแล้ว ต่อไปเป็นการขยายผลใน 13 หอผู้ป่วย การสื่อสารลงไป เชิญผู้เกี่ยวข้อง นำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ และใช้การทำชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice: CoP) เป็นเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารและสร้างความรู้อีกทางหนึ่ง ยกตัวอย่าง งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ฯ นำความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เผยแพร่ในกลุ่ม CoP บุคคลในกลุ่มที่เป็นตัวแทนหอผู้ป่วย ก็นำลงขยายผลในหอผู้ป่วยของตนเอง ผลลัพธ์ดีขึ้น แต่ต้องมีการศึกษา วิเคราะห์ปัญหาในแต่ละหอผู้ป่วยร่วมด้วย เพราะแต่ละหอผู้ป่วยมีความแตกต่างของผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กมีความแตกต่างจากผู้ป่วยผู้ใหญ่ จึงมีการพัฒนาแนวปฏิบัติเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก

ข้อเสนอแนะที่ผ่านมามีทั้งด้านดีและไม่ดี บุคลากรบางท่านบอกว่าเป็นสิ่งที่ช่วยให้ไม่สับสน เพราะมีทางเดิน ผลลัพธ์ก็ดีขึ้น ***เพียงแค่เราคิดว่าจะ wean ก็ชนะแล้ว*** เราเป็นตัวเตือนได้ สิ่งที่ได้เรียนรู้ คือ วิธีการขยายผล มีการนำเสนอในที่ประชุม บางรายต้องจริงจัง บางรายให้ความร่วมมือ สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ วิธีคิด บางช่วงมีเหนื่อย มีท้อบ้าง แต่ถ้าคิดบวกจะมีแรง และติดไฟขึ้นมาใหม่ได้ ปลั๊ก positive มีความสำคัญ คำพูดมีความสำคัญ การให้กำลังใจ “พยายามต่อนะ เริ่มดีแล้ว” ในการประชุม CoP ล่าสุด น้องเล่าให้ฟังว่า “แรก ๆ มาเป็นตัวแทน พอเข้ามาประชุมต่อเนื่อง ก็เริ่มมีแรงจูงใจ รู้สึกดีมาก” พื้นฐานชาวศิริราชของเราดีอยู่แล้ว การทำงานในครั้งนี้ นอกจากผลลัพธ์ที่ดี ยังได้แรงบันดาลใจ เห็นหอผู้ป่วยอัษฎางค์ มีเครื่องช่วยหายใจ 30 รายในบางเดือน ทำให้เห็นว่าที่อื่นก็หนัก ได้มิตรภาพ พลังกาย พลังใจ ในที่สุดไม่ว่ามองด้านใด เรามีทิศทาง และเป้าหมายด้วยกัน

รศ. พญ.อรอุมา ชัยวัฒน์ กล่าวถึงการทำแนวปฏิบัติในด้านของแพทย์ ตอนแรกที่เข้ามาในทีมมีความกังวลว่าจะสามารถทำได้หรือไม่ แต่เห็นความเข้มแข็งของทีมในการหาข้อมูล แพทย์มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องของ VAP คือ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ เราตระหนักในความสำคัญของการเกิด VAP แต่จะทำอย่างไรให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากความตระหนักของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน พี่ตระหนัก น้องไม่ตะหนัก พยาบาลทราบว่ามีแนวปฏิบัติ แต่แพทย์บางท่านไม่ทราบ แนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีความหลากหลาย มีการทำวิจัยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้ protocol ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ กับกลุ่มที่ไม่ใช้ protocol พบว่ากลุ่มที่ใช้ protocol มีผลลัพธ์ที่ดีกว่า แต่การปรับใช้ในโรงพยาบาลอาจต้องมีการปรับให้เหมาะสม เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลแตกต่างกัน เมื่อพยาบาลพบว่าผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ต้องรายงานแพทย์ และขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์แต่ละท่านอีกครั้ง เราต้องเรียนรู้ว่าทำอย่างไรแพทย์ถึงยอมหย่าเครื่องช่วยใจให้ผู้ป่วย การขยายผลเรื่องความรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญ ปัญหาอีกอย่างหนึ่งที่พบคือ การยกหัวเตียง บางหอผู้ป่วยไม่มีการวัดมุมเตียงอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ละหอผู้ป่วยมีนวัตกรรมในการวัดมุมเตียงของตนเอง ตรงบ้าง ไม่ตรงบ้าง เป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้ต่อไป การ Audit ว่าแพทย์ทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจในเวลาที่เหมาะสมหรือไม่ เป็นสิ่งท้าทาย จะวัดอย่างไร ถ้าไม่ถาม ไม่พูด จะวัดได้อย่างไร

ต่อมาอาจารย์นำเสนอแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และกล่าวว่าสิ่งนี้เป็นเพียงแนวทาง ไม่ต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด สามารถปรับให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยมากที่สุด แต่ทำอย่างไรให้แพทย์ใช้ พยาบาลตรวจสอบครบ แล้วอย่างไร ทำอย่างไรให้แพทย์ทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลอาจเป็นคน trigger บอกแพทย์ว่าผู้ป่วยพร้อมหย่าเครื่องช่วยหายใจแล้ว ทำไมถึงยังไม่ wean แพทย์อาจจะเอ๊ะบ้าง เพราะฉะนั้นถ้าเราจะไปสู่องค์กรที่น่าไว้วางใจได้ ต้องได้รับความร่วมมือ

เพื่อลดอัตราการติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลง

นางสาวสมใจ เนียมหอม นำสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีมต่อไป โดยการแสดงละคร ณ หอผู้ป่วยแห่งหนึ่ง ที่มีผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าค่าวิกฤต

อ. พญ.ปวีณา ชุณหโรจน์ฤทธิ์ และ พว.พัชรินทร์ เนื่องพืช นำเสนอการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา Insulin ว่าเป็นทีมน้องใหม่ เริ่มจากการพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและเกิดอันตราย รวมทั้งจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงพบว่าปัญหาจากการใช้ยาในลำดับแรก คือ ยา Heparin และ Insulin ทั้งการใช้ยาผิดขนาด ฉีดผิดที่ เป็นต้น จากงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypoglycemia มีโอกาสเกิดอันตรายมากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะ Hypoglycemia ถึง 2 เท่า ยังมีข้อมูลอีกมากมายในเรื่องค่าใช้จ่าย เมื่อผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypoglycemia จะมีการใช้ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ถ้าเรามีการแก้ปัญหาดังกล่าว จะสามารถเพิ่มความปลอดภัย และลดค่าใช้จ่ายให้กับโรงพยาบาลได้ งานการพยาบาลอายุรศาสตร์ฯ จึงมีการรวมตัวและดำเนินการทำ SiCTT ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Insulin มีการปรึกษาอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญในภาควิชาอายุรศาสตร์

สำหรับขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ เริ่มจากพี่วัชราภรณ์ หัวหน้างานการพยาบาลอายุรศาสตร์ฯ มีความตระหนักในจุดเน้นของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2555 เกี่ยวกับการใช้ SiCTT ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย มีการจัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร โดยมีรองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพเป็นประธาน และงานจัดการความรู้เป็นหน่วยงานสนับสนุนคิดว่าวิธีปฏิบัติทำอย่างไรให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา Insulin ทุกคนมีหน้าที่ของตนเอง ยกตัวอย่างเหตุการณ์บนหอผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่แพทย์เขียนคำสั่งการรักษา พยาบาลรับคำสั่งการรักษา และบริหารยา ผู้ช่วยพยาบาลต่อสายให้อาหาร แต่...สายอาหารเลื่อนหลุด แม่บ้านมาทำความสะอาดอาหารที่เปื้อนพื้น พยาบาลไม่ทราบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับอาหาร สรุปคือ ผู้ป่วยได้รับยา Insulin แต่ไม่ได้รับอาหาร เหตุการณ์นี้ถ้ามีการสื่อสาร หรือมีความระมัดระวัง มีต่อมเอ๊ะ ผู้ป่วยอาจจะไม่เกิดภาวะ Hypoglycemia

ทีมเริ่มต้นมาจากการรวมตัวทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทุกคนมีความเชี่ยวชาญ เริ่มพูดคุย ประชุมทีม ร่างแนวปฏิบัติ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ปรับปรุง แก้ไข และทดลองปฏิบัติ ใน 8 หอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษ 1 หอผู้ป่วย จนได้ผลลัพธ์ที่ดี และพบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยเกิดภาวะ Hypoglycemia เกิดจากการได้แคลอรีไม่เพียงพอ พบว่าการ NPO เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ จึงมีการทำประชาพิจารณ์จาก 16 ภาควิชา นำข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง และเริ่มใช้ทั้งฝ่ายการพยาบาล เมื่อเดือนพฤษภาคม 2560 มีการอธิบายที่มาและความสำคัญ ขั้นตอน วิธีการใช้ ข้อมูลหลังขยายผลทั้งโรงพยาบาลมีผลลัพธ์ดี ขอบคุณอีกหลายหน่วยงานที่มีการใช้ Insulin น้อย แต่ดึงแนวปฏิบัติไปใช้ ถ้าเราไม่มีแนวปฏิบัติ อาจดูแลผู้ป่วยที่นานๆเกิดขึ้นได้ไม่ง่ายนัก

จากการเก็บข้อมูล เราเห็นโอกาสพัฒนา เช่น การทำป้าย NPO ใหม่ ที่มีการระบุการได้รับยา Insulin เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะ Hypoglycemia ให้ได้ร้อยละ 0 อาจจะยาก เนื่องจากภาวะโรคของผู้ป่วย แต่การดูแลไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 40 mg/dl ถือเป็นสิ่งที่เราคาดหวัง เนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤต การใช้งานแนวปฏิบัติอาจพบปัญหาว่า paper เยอะ แต่ควรคิดว่า***เป็นเส้นทางที่เราสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน ใช้ง่าย และเป็นแนวทางในการสอนน้องใหม่ได้***

สิ่งที่ได้เรียนรู้ คือ การมีเป้าหมายร่วมกัน ทุกคนมีหน้าที่ที่แตกต่างกัน แต่ละคนมีความเชี่ยวชาญที่ต่างกัน แต่ถ้าไม่ร่วมมือกัน อาจไม่มีความปลอดภัย การรวมตัวกันทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น แพทย์มีการรับฟังความคิดเห็นมากขึ้น ให้เราเป็นส่วนหนึ่งในทีมการดูแล จึงอยากขอบคุณและส่งกำลังใจให้ทุกท่านที่อยากจะเริ่มพัฒนาแนวปฏิบัติ สามารถจับกลุ่ม รวมตัว เรามีทีมในการสนับสนุนที่ดีแน่นอน

นางสาวสมใจ เนียมหอม ขอบคุณวิทยากร ที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การใช้กลยุทธ์ Siriraj Link-Share-Learn ในการพัฒนาแนวปฏิบัติให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย และขอบคุณนักแสดงทั้ง 2 ท่าน นางสาวธราภรณ์ แสนเยีย และนางสาวสุณาภา หวังต่อผล พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วย 72/5 ตะวันออก งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ

ศ. พญ.ดวงมณี เลาหประสิทธิพร กล่าวว่า เราคงเดินบนเส้นทางเดียวกัน ศิริราชมุ่งเป็นองค์ที่น่าไว้วางใจ สร้าง safety culture ยอมรับว่ามีความเสี่ยง แต่ไม่ยอมให้เกิดอันตราย เราใช้กระบวนการเชิงรุกหาจุดเสี่ยง และทำให้เกิดความปลอดภัย เมื่อเกิดอะไรขึ้น ร่วมกันหาราก แก้ปัญหาร่วมกัน มีการพัฒนาไปด้วยกัน การที่มีแนวปฏิบัติ ไม่ใช่ว่าไม่ทำแล้วผิด ต้องกลับไปดู guideline ว่าทำไมถึงไม่ทำ ต้องมีการปรับปรุงแก้ไขหรือไม่ ไม่อายที่จะบอกว่าผิดพลาด เรามาเรียนรู้ร่วมกัน เดินด้วยกัน ศิริราชเดินมาไกล ทำงานดีขึ้น เร็วขึ้น ทุกคนส่งมอบงานที่สมบูรณ์ให้กัน เราจะไปถึงจุดหมายของเรา ขอบคุณวิทยากร ผู้จัดงาน และทุกคนที่ให้ความร่วมมือ เดินเพื่อให้ศิริราชเติบโตอย่างยั่งยืน

ขฺฃขฺฃขฺฃฃขฺฃขฺฃขฺฃฃขฺ

ผู้บันทึกบทเรียน นางสาววิจิตรา นุชอยู่

ผู้ตรวจทานบทเรียน นางสาวสมใจ เนียมหอม

วิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ศ.พญ.ดวงมณี เลาหประสิทธิพร
รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ

รศ. พญ.อรอุมา ชัยวัฒน์
ภาควิชาวิสัญญีวิทยา

อ. พญ.ปวีณา ชุณหโรจน์ฤทธิ์
ภาควิชาอายุรศาสตร์

พว.วิมลักษณ์ ชัยศักดิชาตรี
งานการพยาบาลศัลยศาสตร์
และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์

พว.พัชรินทร์ เนื่องพืช
งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์

นางสาวสมใจ เนียมหอม
หัวหน้างานจัดการความรู้
ผู้ดำเนินการอภิปราย

Siriraj KM
Link – Share – Learn
งานจัดการความรู้ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ตึกอำนวยการ ชั้น 1 เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 0 2419 9009 หรือ 0 2419 9750
Email : sirirajkm@gmail.com
@Sirirajkm