

เรื่องราวจากเวที
ชุมชนนักปฏิบัติ
สำหรับหน่วยงานความเสี่ยสูง ปีที่ 1

“เวทีของการแก้ปัญหา ระดมสมอง ได้แนวคิด
ที่หลากหลายจากกลุ่ม ได้ข้อมูลมากขึ้น
ในการตัดสินใจ หากทวงออก คำตอบที่รวดเร็ว
ลดระยะเวลา เกิดความร่วมมือ และการประสานงาน
ระหว่างหน่วยงาน”

เรื่องราวจากเวที
ชุมชนนักปฏิบัติ
สำหรับหน่วยงานความเสี่ยงสูง ปีที่ 1



บรรณาธิการ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
กองบรรณาธิการ แพทย์หญิงปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
นางสาวนิศมา ภูษคนิตย์
นางสาวเนตรดาว นิลพัฒน์
นายสงวน แก้วขาว
นายอนุสิทธิ์ สิงห์สม
นายอานนท์ เสือเปรี้ยว

ภาพถ่าย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

จัดพิมพ์โดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5
กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถนนติวานนท์
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร 02 8329400 โทรสาร 02 8329540
www.ha.or.th

จำนวนพิมพ์ 1,000 เล่ม
พิมพ์ที่ หจก.สหพัฒน์ไพศาล
โทรศัพท์ 0-2432-6173-5, 08-2384-6444
อีเมล ktpnws@gmail.com

เมื่อมีกลุ่มคนที่คิดเหมือนกันสนใจเรื่องเดียวกัน มีเป้าหมายเดียวกัน ลงมือปฏิบัติจริงในเรื่องนั้นๆ เหมือนกัน ได้มารวมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อหาแนวทางปฏิบัติที่ดีกลับไปประยุกต์ใช้ในการทำงานของตน โดยเฉพาะเป็นกลุ่มคนที่สนใจเรื่องราวของการทำงานในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงด้วยกัน เพื่อเป้าหมายให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และเป็นผู้ทำงานจริงในหน่วยงานความเสี่ยงสูงเหล่านั้น ต่างคนต่างมีเรื่องราวดีๆ มากมาย มีประสบการณ์หลากหลาย และมีองค์ความรู้อันเกิดขึ้นจากประสบการณ์ในการทำงาน (tacit knowledge) แล้วมาเติมเต็มด้วยแนวความคิด ทฤษฎี องค์ความรู้ที่ได้รับการเผยแพร่ (explicit knowledge) จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่างๆ และเมื่อกลุ่มคนเหล่านี้ได้มีโอกาสมารวมตัวกัน มาคุยกันในบรรยากาศของความสนุกสนาน ความเป็นกันเอง และความเข้าใจซึ่งกันและกัน จึงเป็นที่มาของการสร้างชุมชนนักปฏิบัติ หน่วยงานความเสี่ยงสูง ได้แก่ หน่วยงานห้องฉุกเฉิน หน่วยงานห้องคลอด หน่วยงานห้องผ่าตัด และหน่วยงานวิกฤต ที่หวังสร้างให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้และก่อให้เกิดองค์ความรู้คู่ความจริง

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พร้อมเป็นตัวกลางในการส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนและเรียงร้อยเรื่องราวดีๆ เพื่อสานต่อและเผยแพร่ จากจุดเริ่มต้นในโครงการ “การจัดการความรู้ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice) หน่วยงานความเสี่ยงสูง” ครั้งที่ 1 ก่อให้เกิดมิตรภาพ สายสัมพันธ์ และองค์ความรู้มากมาย ทำให้เรามีโครงการต่อเนื่องที่จะพัฒนาชุมชนนักปฏิบัติหน่วยงานความเสี่ยงสูงนี้ให้เข้มแข็งและมีพลังที่จะขยายชุมชนของเราต่อไปเพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยกับประชาชน ทั้งนี้ สรพ.ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญจากสาขาต่างๆ ผู้ปฏิบัติที่เข้าร่วมแลกเปลี่ยนและผู้เกี่ยวข้องที่มีส่วนต่อความสำเร็จของการสร้างชุมชนนักปฏิบัติหน่วยงานความเสี่ยงสูงของเรา

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
กันยายน 2555

สารบัญ

Ω ทำไมต้องเป็นชุมชนนักปฏิบัติ หน่วยงานความเสี่ยงสูง.....	6
Ω ใครได้อะไรจากชุมชนนักปฏิบัติ.....	10
Ω ชุมชนนักปฏิบัติสำหรับหน่วยงานฉุกเฉิน	12
Ω ชุมชนนักปฏิบัติสำหรับหน่วยงานวิกฤติ.....	26
Ω ชุมชนนักปฏิบัติสำหรับหน่วยงานห้องผ่าตัด	40
Ω ชุมชนนักปฏิบัติสำหรับหน่วยงานห้องคลอด.....	52
Ω จากใจคุณอำนวย	64





ทำไมต้องเป็นชุมชนนักปฏิบัติ หน่วยงานความเสียวสุ



ชุมชน

ชุมชนนักปฏิบัติ CoP (Community of Practice) คือ ชุมชนที่มีการรวมตัวกันหรือเชื่อมโยงกัน อย่างไม่เป็นทางการ โดยมีลักษณะ เช่น ประสบปัญหาลักษณะเดียวกัน มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน

ต้องการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันและกัน มีเป้าหมายร่วมกัน มีความมุ่งมั่นร่วมกันที่จะพัฒนาวิธีการทำงานให้ดีขึ้น มีความร่วมมือช่วยเหลือ เพื่อพัฒนาและเรียนรู้จากสมาชิกด้วยตนเอง มีปฏิสัมพันธ์ต่อเนื่อง มีวิธีการเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งให้แก่สมาชิก

มีเป้าหมายร่วมกัน และต้องการที่จะแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์จากการทำงาน

ทำให้เพิ่มพูนความรู้ที่ลึกซึ้งขึ้นเรื่อยๆ กลุ่มดังกล่าวมักจะไม่ได้เกิดจากการจัดตั้งโดยองค์กร เป็นกลุ่มที่เกิดจากความต้องการทางสังคม และความพยายามที่จะทำให้บรรลุผลสำเร็จ เป็นกลุ่มที่ไม่มีอำนาจ ไม่มีการกำหนดไว้ในแผนภูมิโครงสร้าง

ชุมชนนักปฏิบัติมีความสำคัญอย่างไร ก่อให้เกิดเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการ เกิดจากความใกล้ชิด ความพอใจ และพื้นฐานที่ใกล้เคียงกัน ลักษณะที่ไม่เป็นทางการจะเอื้อต่อการเรียนรู้ และการสร้างความรู้ใหม่ๆ มากกว่าโครงสร้างที่เป็นทางการ คำว่า ปฏิบัติ หรือ practice ใน CoP ซึ่งจุดเน้นที่การเรียนรู้ซึ่งได้รับการทำงาน เป็นหลัก เป็นแง่มุมเชิงปฏิบัติ พัฒนาการในเรื่องงานวิธีการทำงานที่ได้ผลและไม่ได้ผล การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทำให้เกิดการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้ฝังลึก สร้างความรู้และความเข้าใจได้มากกว่าการเรียนรู้ จากหนังสือ หรือการฝึกอบรมตามปกติ เครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งมีสมาชิกจากต่างหน่วยงาน ต่างองค์กร จะช่วยให้งานตามเป้าหมายเฉพาะตน เฉพาะกลุ่ม หรือแม้แต่ขององค์กรเองประสบความสำเร็จได้ดีกว่าการสื่อสารตามโครงสร้างที่เป็นทางการ



ตอบคำถามที่ว่า “ทำไมต้องเป็นหน่วยงานความเสี่ยสูง” แต่ก่อนที่จะตอบคำถามดังกล่าว ต้องขอให้ความหมายของคำว่าหน่วยงานความเสี่ยสูง ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายแรกของการดำเนินโครงการ ในปีแรกดังนี้ หน่วยงานความเสี่ยสูงเป็นหน่วยงานที่มีการวางระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการ การดูแลในระยะเร่งด่วนวิกฤติฉุกเฉินต่างๆ และมีความเสี่ยในกระบวนการดูแลรักษาสูงกว่าหน่วยงาน ทั่วๆ ไป จากการศึกษาที่มหาวิทยาลัย Harvard (HMPS,1984) พบว่าสถานที่ที่เกิดภาวะเหตุการณ์ไม่ พึ่งประสงค์และสามารถป้องกันได้เรียงตามลำดับคือ หน่วยงานห้องฉุกเฉิน ความเสี่ยที่เกิดขึ้นสามารถ ป้องกันได้ 93.3% ห้องคลอด สามารถป้องกันได้ 78.7% ห้องผ่าตัด ป้องกันได้ 71.4% และหน่วยงาน วิกฤติ ป้องกันได้ 70.3% จึงจัดเป็นหน่วยงานที่สำคัญและเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ควรจะต้องมาช่วยกันวาง ระบบและแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางปฏิบัติให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัย ปัจจุบันในระบบบริการ สุขภาพทั่วโลกนั้น มีการรวบรวมข้อมูลที่น่าสนใจว่า การไปโรงพยาบาลนั้นเสี่ยกว่าการขึ้นเครื่องบิน เสี่ยอีก สำนักข่าวรอยเตอร์ตีพิมพ์เรื่อง ‘Going to hospital far riskier than flying : WHO’ = “ไปโรงพยาบาลเสี่ยมากกว่าขึ้นเครื่อง (บิน)” องค์กรอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานว่ามีโอกาส ตายจากเครื่องบินตก (air crash) = 1/10 ล้าน หรือถ้าขึ้นเครื่องบิน 10 ล้านเที่ยวบิน จะมีโอกาสตาย จากเครื่องบินตก 1 ครั้ง ยิ่งทุกวันนี้เรศภัยไข้เจ็บมีมากขึ้นเรื่อยๆ ถ้าไม่ใส่ใจสุขภาพ ในระบบบริการสุขภาพ มีความเสี่ยที่หลายคนอาจไม่เคยทราบมาก่อน เช่น โอกาสเกิดความผิดพลาด หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ในระหว่างการอยู่โรงพยาบาลมีมากถึง 1/10 หรือ 10 คน เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ 1 คน หรือโอกาส เสี่ยชีวิต หรือตายระหว่างการอยู่โรงพยาบาลมีมากถึง 1/300 หรือ 300 คน ตาย 1 คน

เพราะอะไร เพราะในโรงพยาบาลมักจะต้องอาศัยทีมงานที่ทำงานกันแบบรีบเร่งมากๆ เช่น การผ่าตัดหัวใจ ฯลฯ อาจต้องใช้ทีมงานรวมถึง 60 คน ทำงานแข่งกับเวลาพอๆ กับเครื่องบินจัมโบ้เจ็ต (jumbo jet) แต่ประเทศด้อยพัฒนามักจะมีจำนวนคนไข้ - ญาติคนไข้ มากเกินกำลัง แลยังมีเครื่องมือ เครื่องใช้ การฝึกอบรม แย่กว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ทำให้มีโอกาสเกิดเหตุไม่ปลอดภัยเพิ่มสูงมากขึ้น



WHO พัฒนาระบบการตรวจสอบแบบเช็คลิสต์ (checklist = รายการตรวจสอบการทำงานว่าอะไรจำเป็น และควรทำอะไรก่อนหลัง) ซึ่งใช้ในโรงพยาบาลประมาณ 100,000 แห่งทั่วโลก โรงพยาบาลที่ใช้เช็คลิสต์อย่างเป็นระบบ จะลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ 33%, ลดอัตราการตายได้ 50% ถ้าโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วโลกนำระบบเช็คลิสต์ของ WHO ไปใช้อย่างเป็นระบบ น่าจะทำให้อัตราการตายในโรงพยาบาลลดลงประมาณ 500,000 ราย/ปี

จากข้อมูลดังกล่าว จึงเป็นที่มาว่าทำไมจึงเลือกดำเนินการรวมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติสำหรับหน่วยงานความเสี่ยงสูงขึ้นในปี 2555 เป็นปีแรก

วัตถุประสงค์ที่สำคัญก็เพื่อ 1) ให้สถานพยาบาลต่างๆที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพได้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ผ่านการเรียนรู้ในกลุ่มลักษณะเดียวกัน 2) สามารถรวมตัวเป็นเครือข่ายประสานเชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพร่วมกันอย่างทันต่อเหตุการณ์อยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการพัฒนาองค์ความรู้ การถ่ายทอด และการจัดการความรู้ จึงเป็นเครื่องมือหลักที่สามารถช่วยให้สถานพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับความรู้ที่รวดเร็วและครอบคลุม เกิดการแลกเปลี่ยนแผ่ขยายในวงกว้างไม่เฉพาะในกลุ่มที่เริ่มรวมตัวในปีแรกนี้เท่านั้น

หัวใจของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่สำคัญคือ ความสนใจร่วมกันใส่ใจความคิดของกันและกัน และสร้างชุมชนซึ่งเชื่อใจกัน การหาโอกาสเรียนรู้ ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับการเรียนรู้ ให้มองหาสาเหตุเพื่อนำไปสู่การติดตามช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่ม ที่อาจมีผลต่อการมีส่วนร่วมและการแยกตัวของสมาชิก เมื่อมีการนำความรู้ไปใช้ในบริบทอื่น หรือมีการส่งผ่านข้อมูลข่าวสารไปยังสมาชิก ให้ติดตามเรียนรู้การปรับเปลี่ยน ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน และการแปลความหมายใหม่ รับรู้การเกิดขึ้นของวิธีปฏิบัติใหม่ๆ ในที่ไกลหูไกลตา

เราเชื่อว่า ปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของชุมชนนักปฏิบัติสำหรับหน่วยงานความเสี่ยงสูงนี้ก็คือ กลุ่มที่ไม่เป็นทางการ และสิ่งที่จะช่วยรักษาพลังของชุมชน ให้เกิดความต่อเนื่อง นำสมาชิกใหม่ๆ เข้ามาร่วมเพิ่มมากขึ้นและมุ่งไปที่ประเด็นที่แหลมคม คือ



เชิญผู้นำทางความคิด ซึ่งเป็นที่ยอมรับเข้ามาร่วมแต่เริ่มแรก เพื่อสร้างพลังให้แก่ชุมชน ทางสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. จึงได้เชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านจากสถาบัน จากองค์กรวิชาชีพ จากสมาคม และจากชมรมต่างๆ เข้ามาเป็นผู้นำทางความคิดของแต่ละชุมชน

จัดให้มีเวทีพบปะกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิด เพื่อสร้างความตื่นตัว ความไว้นื้อเชื่อใจ ความรู้สึกร่วม โดยการเอื้ออำนวยของ สรพ.

ส่งเสริมการติดต่อ ระหว่างสมาชิกของชุมชน ภายใต้ช่องทางและเครื่องมือที่เหมาะสมกับสมาชิกของกลุ่ม ที่สามารถเข้าถึงและติดต่อกันได้ง่าย ภายใต้การประสานงานของ สรพ. ก่อนในระยะเริ่มจัดตั้ง

จัดตั้งกลุ่มแกนที่แข็งแกร่ง ไม่จำเป็นว่าสมาชิกทุกคนจะมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกัน สนับสนุนกลุ่มแกนด้วยการให้เป็นที่รับรู้ของชุมชน และไม่รบกวนเวลาเพิ่มมากเป็นพิเศษ ความท้าทายด้านเทคนิค คือทำให้การติดต่อ การให้ข้อมูล และการเข้าถึงชุมชนเป็นเรื่องง่าย เช่น การใช้ software computer ที่ใช้ง่าย และคุ้นเคย ความท้าทายสำหรับสมาชิกสิ่งที่มีคุณค่ามากของชุมชน คือ การร่วมกันแก้ไขปัญหา ความท้าทายของสมาชิกที่สำคัญ คือ การพูดถึงปัญหาของตนเอง ต่อหน้าผู้คนจำนวนมากที่เราไม่รู้จัก

สร้างเวทีเสวนา ในประเด็นที่เฉียบคม ที่มาจากการกระตุ้นให้อธิบายหลักคิดของข้อเสนอ เพื่อให้สมาชิกอภิปรายไปที่สมมติฐานที่ใช้ และเลือกการสร้างความไว้นื้อเชื่อใจในกลุ่มขนาดเล็กก่อน เพื่อใช้เป็นจุดเริ่มต้นสำหรับการสร้างชุมชนได้

ฝ่ายจัดการความรู้ กลุ่มงานวิชาการและบริหารการเปลี่ยนแปลงของ สรพ. ได้พิจารณาแล้วว่า เพื่อให้เกิดการสร้างและประมวลความรู้ที่จำเป็น จัดการความรู้ จัดทำฐานข้อมูล และการเผยแพร่ให้เกิดการใช้ประโยชน์ทั้งในเชิงนโยบาย ระดับผู้ปฏิบัติงาน และระดับโรงพยาบาล ได้ดำเนินการจัดทำโครงการเพื่อจัดทำ mapping ผู้รู้ ค้นหารวบรวมแนวทางปฏิบัติที่ดี (good practice) เกี่ยวกับคุณภาพความปลอดภัย และนวัตกรรมของระบบบริการสุขภาพจากกลุ่มโรงพยาบาลที่มีระบบการทำงานในหน่วยงานความเสี่ยงสูง โดยจัดให้มีกลไกในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน และจัดทำชุมชนทรัพยากรความรู้ในประเด็นที่เป็นความสำคัญสูงสำหรับหน่วยงานความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลขึ้นในปีแรก

ใครได้อะไรจากชุมชนนักปฏิบัติ

ถามว่าใครได้อะไรจากการมีชุมชนนักปฏิบัติ คำตอบที่ได้ก็ขึ้นอยู่กับที่มาของการรวมตัวตั้งที่ได้กล่าวไปแล้วนั้น แต่ด้วยการดำเนินงานตามโครงการนี้ เป็นการรวมกลุ่มผู้ปฏิบัติจริงในหน่วยงานความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลทุกระดับ หลากหลายบริบทมาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มาพูดคุยในประเด็นสำคัญของแต่ละงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในแต่ละด้านทั้งหน่วยงานฉุกเฉิน หน่วยงานวิกฤติ หน่วยงานห้องผ่าตัด หน่วยงานห้องคลอด อาจทำให้พอมองเห็นได้อย่างชัดเจนว่า คนที่ได้รับประโยชน์จากชุมชนนักปฏิบัติของหน่วยงานความเสี่ยงสูงก็จะมีด้วยกันถึง 4 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยและผู้มารับบริการ
2. กลุ่มสมาชิกในชุมชนนักปฏิบัติ
3. กลุ่มองค์กรวิชาชีพ
4. สถานพยาบาลทุกแห่ง

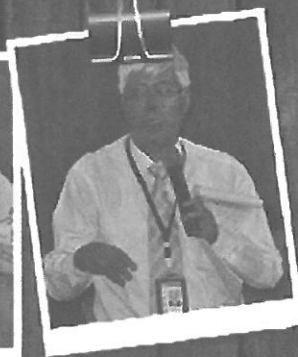
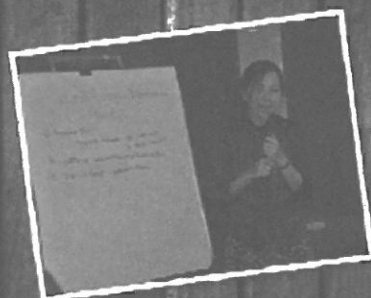
ผลลัพธ์จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มสมาชิก อย่างเปิดใจยอมรับซึ่งกันและกันอย่างจริงจัง จนกล้าที่จะบอกเล่าปัญหาอุปสรรคให้กลุ่มได้รับฟัง เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ในการร่วมค้นหาทางออกที่เหมาะสมที่สุดให้กับสมาชิก ภายใต้อาชีพและข้อกำหนดสำคัญที่จำเป็น เนื่องจากการให้บริการที่ดีและมีคุณภาพ เป็นที่ไว้วางใจ จำเป็นต้องอาศัยเทคนิค กลยุทธ์ ทักษะ ที่จะทำให้ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วย ประชาชนในชุมชนยอมรับและเชื่อมั่น ซึ่งการบริการด้านการดูแลรักษาพยาบาลที่ดีจะเป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อถือศรัทธา และสร้างภาพลักษณ์ จึงถือได้ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบัน

ประโยชน์ของ CoP ต่อกลุ่มสมาชิก ในระยะสั้น CoP จะเป็นเสมือน เวทีของการแก้ปัญหา ระดมสมอง ได้แนวคิดที่หลากหลายจากกลุ่ม ได้ข้อมูลมากขึ้นในการตัดสินใจ หาทางออก/คำตอบที่รวดเร็ว ลดระยะเวลา เกิดความร่วมมือ และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน องค์กรต่างๆ มีช่องทางในการเข้าหาผู้เชี่ยวชาญ มีความมั่นใจในการเข้าถึงและแก้ปัญหา เกิดความผูกพันในการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและความสนุกที่ได้อยู่กับเพื่อนร่วมงาน ได้รู้จักเพื่อนใหม่ที่มีหลายสิ่งหลายอย่างคล้ายกัน รวมทั้งอาจกำลังเผชิญปัญหาที่คล้ายคลึงกัน เมื่อได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จะทำให้ค้นพบวิธี

ระยะยาว นี้อาจเป็นความคาดหวังเล็กๆ ของทีมงานของ สรพ. ว่าจะสามารถเสริมสร้างวัฒนธรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างองค์กร จนให้สามารถขยายไปสู่ในแต่ละองค์กรได้ เกิดความสามารถที่ไม่คาดการณ์ไว้ มีการวิเคราะห์ความแตกต่างและตั้งเป้าหมายการปรับปรุงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่วิธีปฏิบัติที่มีคุณภาพ เกิดโอกาสพัฒนาองค์กรวิชาชีพอย่างก้าวกระโดด เกิดเครือข่ายของกลุ่มวิชาชีพและชื่อเสียงในวิชาชีพเพิ่มขึ้น นำความสามารถจากคนทำงานที่มีอยู่นำมาใช้และแผ่ขยายให้เป็นที่รู้จักและยอมรับ เป็นการรักษาและบ่มเพาะคนเก่งๆ ให้อยู่ต่อไปได้อย่างภาคภูมิใจ เพิ่มโอกาสในการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ และสามารถนำไปสู่การขับเคลื่อนให้องค์กรของสมาชิกบรรลุเป้าหมายต่อไป

ประชุมปฏิบัติการสำหรับหน่วยงานฉุกเฉิน

“คิดไม่ออกบอก ER”



ชุมชนนักปฏิบัติ สำหรับหน่วยงานฉุกเฉิน



ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในปัจจุบันยังมีจุดอ่อนอยู่มาก การปฏิรูประบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินจะต้องเริ่มที่การสร้างบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานฉุกเฉินด้วยความเข้าใจ และรักในการทำงานเพราะงานห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐยังเป็นจุดอ่อนที่แพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ยอมปฏิบัติงาน เนื่องจากภาระงานที่หนัก ความฉุกเฉินทุก เกิดความเครียด เสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการถูกฟ้องร้องได้ง่าย และยังได้ผลตอบแทนเท่ากับหรือน้อยกว่าบุคลากรในหน่วยงานอื่นที่ถูกมองว่างานสบายกว่ากันมาก จึงต้องมีการหมุนเวียนแพทย์ไปตรวจรักษาผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน และแพทย์ที่อ่อนอาวุโสและประสบการณ์โดยเฉพาะแพทย์ที่จบใหม่มักจะถูกให้รับงานนี้

จึงเกิดความผิดพลาดง่ายและไม่มีการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับ “เวชศาสตร์ฉุกเฉิน” และ “ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน” ทำให้ห้องฉุกเฉินเป็นที่น่ากลัวสำหรับบุคลากรและอาจารย์รวมไปถึงผู้ป่วยด้วย

เนื่องจากห้องฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล การจะปฏิรูประบบห้องฉุกเฉินได้ จึงเป็นที่มาของการรวมกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานฉุกเฉินจากโรงพยาบาลทุกระดับ กระจายไปทุกแห่งในประเทศไทย เพื่อให้ครอบคลุม และใช้ประสบการณ์จริงของพื้นที่มาช่วยกันแชร์ และเรียนรู้รูปแบบการทำงานในห้องฉุกเฉินที่หลากหลาย

ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มหน่วยงาน ER ที่มาร่วมแลกเปลี่ยน ช่วยต่อยอดและขยายแนวทางปฏิบัติที่ดี ที่เหมาะสม

- 1) นพ.ประจักษ์วิช เล็บนาค
- 2) ผศ.พญ.รพีพร โรจน์แสงเรือง
- 3) ผศ.นพ.กัมพล อำนวยพัฒนาผล
- 4) นพ.พัฒนพงษ์ ประชาสันติกุล

ทำไมถึงเลือกทำงานที่ ER

เราเริ่มต้นพูดคุยกันถึงมุมมองคน ER ว่าทำไมถึงเลือกอยู่ ER ประทับใจอะไรกับ ER และภูมิใจอะไรใน ER นี่เป็นประโยคแรกที่เราใช้ทักทายเพื่อนสมาชิกชาวฉุกเฉิน ที่เดินทางมาจากทุกสารทิศ ด้วยบรรยากาศต่างๆ ล้อมวงคุยกันเหมือนเพื่อนที่คุ้นเคยกันมานาน เริ่มจาก นพ.พัฒนพงษ์ ประชาสันติกุล ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญและผู้รู้จริงในด้านนี้ที่ทาง สรพ. ได้เชิญเชิญมาร่วมเป็นแกนนำจัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติ อาจารย์เลือกที่จะอยู่ ER เพราะตอบได้สั้นๆ ว่า “เป็นงานที่ทำทนายมาก ได้คิด ได้ปรับแผนการทำงานอยู่ตลอดเวลา ER เป็น One stop service ER เหมือน jigsaw ขาดภาพใดภาพหนึ่งไปไม่ได้ จนเป็นที่มาของ motto ER ว่า ‘คิดไม่ออกบอก ER’”





พยาบาลจาก รพ.กะพ้อ มาไกลจากจังหวัดปัตตานี ลูกขึ้นมาบอกด้วยสีหน้ามีความสุขและรอยยิ้มว่า “ชอบตั้งแต่เรียน ชอบงานที่ต้องคิดตลอดเวลา ชอบการเย็บแผล ต้องรวดเร็ว ผู้ป่วยต้องปลอดภัย ด้วยความใส่ใจ อย่างยิ่งถือว่ามีคุณภาพ ได้ช่วยเหลือคนไข้ มาลักษณะไหนก็ช่วยได้ แม้ผู้ป่วยที่มามีทั้งใจและคนธรรมดา”

นพ.รัฐพล จาก รพ.หนองหญ้าไซ สุพรรณบุรี เล่าว่า “รพ. ของตนเองเป็นโรงพยาบาลชุมชน 60 เตียง ดังนั้นตนเองต้องอยู่ทุกที่ใน รพ. ได้ สถานที่คล้ายเครียดของตนเองก็คือการไปตรวจที่ OPD แต่ถ้าเบื่อๆ ก็ไป ER เพราะบรรยากาศจะคึกคัก” ก็เรียกเสียงฮา และรอยยิ้มได้ไม่น้อย เพราะทำให้พวกเราในวันนั้นมอง ER เป็นยาแก้เบื่อที่ดี เป็นสถานที่คล้ายเครียด บรรยากาศแลกเปลี่ยนแบบผ่อนคลาย เหมือนพี่น้องครอบครัวมาพบกัน มีการแลกเปลี่ยนพูดคุยและเล่าถึงความรู้สึกรู้สึกต่อหน่วยงาน ER ที่ตนเองทำงานอยู่เพิ่มเติมเป็นระยะ เช่น “ER มีครบทุกรสชาติ ทั้งโหด มันส์ ฮา โศก เศร้า เหงา รัก อยู่ที่ ER”

“บางครั้ง เจ้าหน้าที่ที่ต้องทำตัวเป็นแม่ สอนผู้ป่วย แต่บางครั้ง คนไข้ก็สอนเรา และหน่วยงานอื่นๆ และทีม ในรพ.จะมั่นใจใน ER ต้องมีความรู้เฉพาะของผู้ป่วยที่จะต้องส่งต่อว่าจะส่งไปไหน”

นพ.พัฒนพงษ์ ประชาสันติกุล กล่าวว่า “ประเด็นสำคัญของ ER ก็คือการ Seamless และแพทย์ใน ER เป็นเหมือนกับปด้นที่ต้องมุ่งมั่นขับเคลื่อน ระบบงานฉุกเฉิน”

ช่วงของการแลกเปลี่ยนช่วงที่ 2 เราแบ่งสมาชิกออกเป็น 6 กลุ่ม เพื่อให้ รพ. แต่ละระดับได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมา ในหัวข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 4 ท่าน ที่ สรพ. เสิญมา กำหนดประเด็นสำคัญของ ER ที่สุดผลการนำเสนอจากกลุ่ม ช่วยให้เราได้รับประเด็นเรียนรู้ที่ชัดและแหลมคมขึ้นเรื่อยๆ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 การเข้าถึง เข้ารับบริการผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (access & entry) กลุ่มได้เล่าให้ฟังถึงอุปสรรคของการเข้าถึงที่ผ่านมา เช่น

- o ภาษา กลุ่มต่างชาติ เช่น พม่า เขมร ทางออกเรื่องนี้จากกลุ่ม คือ 1) สมุทสรศาสตร์ ใช้การจ้างลูกจ้างชั่วคราว มาอยู่ประจำ ช่วยในจุดบริการ และฝึกทักษะง่ายๆ ให้ช่วยเจ้าหน้าที่ได้ด้วย
- 2) ส่วนชลบุรี มีชาวกัมพูชาอยู่มาก จะทำเป็นคู่มือเป็นส่วนใหญ่ แจกจ่ายให้ทุกหอผู้ป่วย

การใช้ภาพในการสื่อสาร เป็นต้น จากนั้นเกิดการพูดคุยต่อยอดไปอีกหลายประเด็นจากผู้เชี่ยวชาญของเรา เช่น พญ.รพีพร กล่าวถึงข้อมูลจาก text book ที่ระบุชัดเรื่องปัญหาคือ ภาษา การใช้ล่าม มาเป็น input และความจำเป็นว่าทำไมเราต้องดูแล ชาวต่างประเทศในกลุ่มที่ถูกกล่าวถึง เข้ามาแบบไหน อยู่แบบไหน ได้คำรักษาหรือไม่ เพราะการมาแบบถูกกฎหมาย ก็จะเบิกได้และ นพ.ประจักษ์วิชัย ได้เพิ่มเติมว่ากลุ่มที่ยากต่อการเข้าถึงบริการกลุ่มอื่นๆ อีกที่เราต้องคำนึงถึงไม่แพ้กัน ก็คือ กลุ่มพิการ เช่น ใ้ เป็นต้น

- o การจัดการด้านโครงสร้างและที่ตั้งของ ER ก็เช่นกัน ต้องอยู่ในบริเวณที่ง่ายต่อการมองเห็น และเข้าถึงได้สะดวก ขนาดพื้นที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานโดยเฉพาะในเวลาที่รับผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน และที่จะลืมไม่ได้คือสถานที่ต้องจัดแบบที่คำนึงถึงสิทธิและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยและญาติ
- o การ triage ที่ผิดพลาดหรือได้ประโยชน์ จำเป็นต้องมีระบบคัดแยกและคัดกรองที่ชัดเจน มีเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว ระดับของการแบ่งประเภทก็ต้องกำหนดให้ชัดเจน ให้เจ้าหน้าที่เข้าใจตรงกัน ทั้งที่ ER, OPD เช่น การแบ่งประเภทที่ใช้แบบ E, U, N (E= Emergency, U= Urgent, N=Non urgent)
- o ประเด็นสำคัญของการวางระบบการเข้าถึงเข้ารับบริการผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (access & entry) ที่สำคัญอื่นๆ อีก เช่น การสื่อสาร วัฒนธรรม/ความเชื่อ ระบบ fast track หรือ green channel ระบบส่งต่อแบบพบกันครึ่งทาง หรือ ใช้ skype ในระบบให้คำปรึกษา

กลุ่มที่ 2 ระบบ Fast track อ.สมเกียรติ ได้เป็นตัวแทนนำเสนอบทเรียนจากกลุ่ม แยกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1. Pre hospital ปัญหาที่พบบ่อยมักจะเป็นเรื่อง

- a) การตัดสินใจมา รพ.ล่าช้าโดยตัวผู้ป่วยและญาติ ขาดความรู้เรื่องโรค แม้แต่ผู้สูงอายุเองก็ขาด care giver หรือ รพ. ที่อยู่ห่างไกล
- b) การเตรียมคนที่จะประเมินปัญหา เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นหรือเคลื่อนย้าย
- c) ส่งต่อไม่ได้เพราะ รพ. แม่ข่ายไม่รับส่งต่อ

2. Intra hospital ประเด็นสำคัญที่ไม่อาจมองข้าม อุปสรรคที่คาดไม่ถึงในโรงพยาบาล คือ track ใน รพ. กลับช้ากว่าข้างนอก เช่น การเกิดภาวะเร่งด่วนในหอผู้ป่วย กลับทำได้ช้ากว่า ทั้งการเตรียมคน การให้ข้อมูลความรู้ ทางออกที่อาจเป็นไปได้ คือ

- Fast track : ทำอย่างไรเมื่อเกิดเหตุ บุคลากรของเราจะสามารถจัดการได้เร็ว พยาบาล ต้องมีทักษะ ก่อนมา รพ. ขณะเดินทาง และเมื่อมาถึง รพ. จะทำอย่างไร กลุ่มมีการกล่าวถึง ระบบ telemedicine ทำอย่างไรจะมีอุปกรณ์เพื่อการสื่อสาร เพื่อให้บุคลากรในทีม ทำงานได้ผล
- Case manager ควรมีหรือไม่ เพื่อที่จะได้เริ่มเข้าไปประเมิน ติดตามดูถึงจำหน่ายกลับบ้าน มีประชากรเป้าหมาย สามารถบริหารจัดการได้เบ็ดเสร็จ ประเด็นนี้เป็นหัวข้อที่ผู้เชี่ยวชาญ ให้ความสนใจ โดย พญ.รพีพร แสดงความเห็นด้วยกับการมี case manager แต่จะนำ มาจากไหน และเค้าจะได้อะไรจากการเป็น case manager จะพัฒนาประเด็นใดบ้าง สำหรับ case manager

เราควรใส่ใจความภาคภูมิใจ นำเสนอให้ผู้บริหารรับทราบทั้งใน และนอก รพ. มีเวทีแลกเปลี่ยน เสมอ เกิดการยอมรับ และการมีโอกาสช่วยเหลือคน

อ.ประจักษ์วิช ให้ข้อมูลและความเห็นเพิ่มเติมว่า : การทำ case manager สำนักงานแพทย์ ดุกฉิน (สพฉ.) เคยมีการดำเนินการแล้ว เป็นระบบที่สามารถเข้ามาดูแลคนได้ทั้งคน สำนักงานแพทย์ ดุกฉิน (สพฉ.) พยายามสนับสนุนงบประมาณ แต่มีโอกาสล้มเหลวถ้าเราไปผูกกับเงิน จะมีโอกาสยกย่อง สนับสนุนด้วยช่องทางอื่นอีกหรือไม่ น่าจะนำกลับไปวางแผนสนับสนุน เพราะ fast track โดยนิยามก็คือ detect on set, door to call, door to needle, door to door จะทำอย่างไรให้ถึง patient at risk อย่างแท้จริง จึงมาพ่วงกับ case manager เพื่อเชื่อมโยงผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

อ.กำพล : ยกตัวอย่าง Stroke center ที่ดำเนินการได้ครอบคลุมหลายจังหวัดของ รพ. ธรรมศาสตร์ มีโอกาสรับ case 4 - 5 case ต่อวัน เมื่อไหร่ปลายทางจะรับ โจทย์ คือ เมื่อจะเป็นเครือข่าย ระบบที่ต้อง วางคือ เมื่อไหร่จะส่งระยะแรกอาจเกิดความซับซ้อนใจ ลำบากใจ ทีมงานอาจอึดอัด เพราะงานเพิ่ม รพ. ตั้ง nurse coordinator โดยคนนี้เป็นคนประสาน ติดตามผู้ป่วย ในระยะแรก ER วุ่นวาย พยาบาลคน นี้ ก็จะมาบริหารจัดการและ ส่วนใหญ่จะได้ nurse coordinator มาจาก พยาบาลอายุรกรรม ซึ่งสามารถ ดูแลภาวะเสี่ยงของคนไข้โดยรวมได้ ธรรมศาสตร์ทำให้โรงพยาบาลรอบข้างรู้และทราบว่าเป็นศูนย์กลาง

การส่งต่อโดยวิธีการยอมรับโดยไม่ปฏิเสธ การโปรโมททุกที่ทุกจังหวัดใกล้เคียง ส่งหนังสือ ประชาสัมพันธ์ หรือเราจะเปิดเกมรุกไปในชุมชน, มีคน coordinate ให้ตั้งแต่แรก ควรกำหนดกลุ่มโรคที่มุ่งเน้นก่อนก็ได้ เช่น AMI, Stroke, trauma, sepsis ที่จะดำเนินการโดยใช้ case manager

กลุ่มที่ 3 การจัดการคนที่หลากหลาย อะไรคือความหลากหลาย ซึ่งควรมองทั้งด้านผู้ป่วย ชุมชน และเจ้าหน้าที่

- กลุ่มคนที่เข้ามา ER มีความหลากหลาย เช่น วัย อารมณ์ อาชีพ ระดับการศึกษา ฯลฯ เรา มองหน้าอย่างเดียว เรามักไม่รู้ปัญหา ทำให้เรา focus แต่โรค มากกว่าองค์ประกอบความ หลากหลายอื่นๆ ทั้งของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในทีมดูแลเอง
- ความคุ้นเคยกับชุมชน ทำให้เจ้าหน้าที่จำผู้ป่วยได้ หรือผู้ป่วยก็จำเจ้าหน้าที่ได้ ก็เกิดความ เข้าใจได้ง่าย แต่คนต่างถิ่นก็อาจจะเกิดปัญหา
- กลุ่มผู้ป่วยทางจิต บางครั้งเรามองแต่ผู้ป่วย อาจไม่ได้มองอารมณ์ญาติ ตัวอย่าง เช่น ตรวจ ผู้ป่วย และญาติไม่พอใจเกิดโวยวาย ทำร้าย แต่แค่เพียงเข้าไปทักสวัสดีก็สามารถระงับอารมณ์ ความไม่พอใจได้

ประเด็นการจัดการบนความหลากหลายภายใต้บริบทและหลักการที่น่าสนใจจากกลุ่ม มีดังนี้

1. การให้ข้อมูล
2. รู้จักใช้สติ อดทน และควบคุมอารมณ์
3. การใช้ล่าม ที่สามารถสื่อสารได้
 - ความหลากหลาย ที่เกิดขึ้นใช้หลัก อิงใจเค้า เข้าใจเราให้มาก การส่องถ่ายประสบการณ์ จากพี่สู่น้อง
 - เราจะมีกรเยียวยา เจ้าหน้าที่ที่ ER อย่างไร ทั้งการบาดเจ็บทางกายและใจ จะช่วยเหลือ เจ้าหน้าที่อย่างไร
 - พญ. รพีพร ได้กล่าวถึงว่าในต่างประเทศ มีหลักสูตร การจัดการกับความเครียด หลักสูตร การป้องกันตัวสำหรับเจ้าหน้าที่ โดยให้เจ้าหน้าที่ตำรวจมาสอน เริ่มเห็นด้วยกับการมี หลักสูตรป้องกัน แต่ที่สำคัญ คือ skill communication การไม่ได้ตอบ หากพูดไม่เป็น

ก็เพียงวางเฉย ทำหน้าที่ไป สุดท้ายผู้ป่วย/ญาติ ก็สามารถระลึกตัวเอง การปรับวิถีคิดของเรา ก็ช่วยลดบาดเจ็บทั้งสองฝ่าย เปลี่ยน “มองทุกอย่างเป็นแบบฝึกหัดประจำวัน แล้วเราจะผ่านมันไปได้” ห้องฉุกเฉินวุ่นวาย แต่ทำไมคุณสงบได้ ถ้าคุณเปลี่ยนความคิด สิ่งรอบตัวก็จะเปลี่ยนไปเป็นดีขึ้น

กลุ่มที่ 4 EMS มีหัวข้อในการนำเสนอของกลุ่ม ประเด็นแลกเปลี่ยนจากกลุ่มมีดังนี้

วิธีการต่อแขนและขา ER ในระบบ EMS การมี community ที่ดี เช่น อบต. เป็น แนวร่วมและน่าสนใจ คือ การมี อบต. โดยชุมชนมาเป็นผู้รับผิดชอบ

- บทเรียนจาก รพ. สรรพสิทธิประสงค์ ในเรื่องนี้พูดไว้น่าสนใจว่า : เริ่มจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีการพูดคุยกับอบจ. เพื่อการเตรียมระบบฉุกเฉิน บริจาค รถ 50 คัน รพ. train คนให้ 200 คน รพ. รับผิดชอบที่ evaluate, teacher, communication เกิดนโยบายทางสาธารณสุขเกิดการยอมรับจากชุมชน ชาวบ้านไว้วางใจทั้งโรงพยาบาลและองค์กรส่วนท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้น ทำให้งบประมาณมีการขยายเพิ่มมากขึ้น กำหนดให้ศูนย์สั่งการอยู่ที่ สสจ. รพ. เป็นศูนย์ประสานงานทีม first responder ในชุมชนจะเป็นคนออกรับ case รพ. จะรับ case A (Advance) ดังนั้นเครือข่ายที่อุบลฯ จะโตเร็วมาก โดย รพ. เป็น coordinator แต่ด้วยบริบทของแต่ละจังหวัดต่างกันด้วย ความเข้มแข็งของชุมชน จังหวัดเล็กจึงยากที่จะทำแบบจังหวัดอุบลราชธานี เพราะงบประมาณมากกว่าจึงทำได้ง่าย
- บทเรียนสำคัญ : ทำงานแบบเชื่อมโยงกับพื้นที่ รพ.แต่ละแห่งทำอย่างไร ตัวอย่างจาก รพ. ขุนหาญจังหวัดศรีสะเกษสามารถเชื่อมโยง ประสานเครือข่ายได้ทุกแห่ง พัฒนาหลักสูตรช่วยชีวิตเบื้องต้น ให้กับ first responder มาฝึกที่ ER มาดูระบบ ที่ ER, first responder ออกเหตุร่วมกับ รพ. การสร้างความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ เพื่อการประสานงานง่ายขึ้น
- สำหรับ สพฉ. มีความพยายามสร้างเครือข่าย เกิดคณะกรรมการระดับจังหวัดเกิดขึ้น โดยผู้ว่าราชการจังหวัด นั่งหัวโต๊ะ เป็นการร่วมประชุมตัดสินด้วยบอร์ด ของจังหวัด
- call - taker ศูนย์สื่อสารสั่งการ ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ต้องมีความรู้ ทักษะ ประสาน triage เข้าถึง - เข้ารับ เกิดเครือข่ายเชื่อมโยงกัน ทั้งระบบจ่ายเงิน จัดให้มี CEO ระดับจังหวัด เพิ่มพูนองค์ความรู้สำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ ER ที่ควรรู้ ต้องรู้

กลุ่มที่ 5 อุบัติเหตุกลุ่มชน โดยรวมการวางระบบต้องเตรียมพร้อมทั้งในและนอกเวลา การวางระบบรองรับตามลักษณะภูมิประเทศ ระบบ pre - hospital triage

กลุ่มที่ 6 Re - visit ทั้งหมดเกิดด้วยการเรียนรู้จากการบริหารความเสี่ยง เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วย Urgency , Emergency จะไม่กังวล เพราะรพ.สามารถดูแลได้ทันที แต่กลุ่มที่มาตรวจซ้ำ มักดูเหมือนธรรมดาแต่กลับมาด้วยไม่ธรรมดา โดยเฉพาะ miss diagnosis ในกลุ่มโรค Acute abdominal pain ที่มักพบบ่อยคือวินิจฉัยไม่ได้ เช่น COPD, Acute febrile illness หรืออีกกลุ่มตัวอย่างหนึ่งที่น่าสนใจ เช่น ปวดท้อง หรือ ปวดศีรษะ มา 3 ครั้ง แต่ระดับความรุนแรงเปลี่ยนไป หรือกลุ่มปวดหลังมาซ้ำและแยลงเรื่อยๆ สุดท้ายเสียชีวิต

สาเหตุที่น่าสนใจ ทำให้ต้องนั่งถึงระบบงานที่จะต้องเข้ามาสนับสนุนช่วยเหลือ สาเหตุที่ว่าคือ

1. การเปลี่ยนแพทย์อยู่บ่อยครั้ง แม้วางระบบไป ก็จะไม่มีความต่อเนื่อง ดังนั้น ทีมดูแลรักษาต้องกำหนด Red flag : มี symptoms ที่ต้องคำนึงถึงมีหลายโรค โดยเฉพาะใน 3 กลุ่มอาการ คือ ปวดหัว ปวดท้อง ปวดหลัง จะใช้ Red flag ใน visit แรกมัย แต่ต้องใช้ใน re - visit ทุกครั้ง trigger tool ชัด ใช้ทีมที่เข้มแข็ง จนเกิดการวางระบบในผู้ป่วยกลุ่ม Red flag การทำเป็นคู่มือ ดัดผนัง อาจไม่พอ ทำอย่างไรให้นึกถึงเสมอ เมื่อเจอ case สำคัญก็ดึงมาใช้ องค์กรแพทย์มีส่วนร่วมสำคัญอันดับแรก พยาบาล ER มีส่วนช่วยที่เข้มแข็ง ระบบที่ช่วยได้คือการกำกับดูแลที่เข้มข้น จะทำให้เกิดระบบนี้ได้ และเมื่อพบ case ต้องมีการทบทวนทุกครั้ง วางระบบขอคำปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง แต่หากเป็น case ระหว่าง รพ. ก็อาจทำได้ยาก แต่จะใช้วิธีใดจะทำได้เหมาะสมโดยเฉพาะระหว่างโรงพยาบาลเล็กและใหญ่ในจังหวัด ในเขตในภูมิภาคเดียวกัน จำเป็นที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในทุกระดับอาจต้องมาเป็นเจ้าภาพร่วม หรือเป็นเจ้าภาพหลัก

2. ประเด็นที่ต้องใส่ใจ คือ หลักการเก็บ re - visit

- o หลักการเก็บ re - visit ภายใน 48 ชม. คัดเลือกจากข้อมูลฐานข้อมูลที่เกิดขึ้นภายใน 48 ชม. ดึง HN กรองจากโปรแกรม
- o การเก็บมี 2 วิธี แบบ concurrence, เลือกเก็บแบบมีความหมาย, มาด้วย symptom เดียวกัน 2 ครั้ง
- o ระดับความรุนแรงของโรคเปลี่ยนไปโดย re - visit แล้วความรุนแรง ที่เพิ่มขึ้น



ช่วงบ่ายเป็นการเจาะลึก Referral system แยกตามขนาด รพ. ที่เข้าร่วมแลกเปลี่ยนในวันนี้

รพ.ขนาด 30 เตียง ถึงรพ. 60 เตียง

ปัญหาตามตำรา คือ

- บุคลากร ความสามารถบางอย่างไม่ถึงเพราะไม่มีแพทย์เฉพาะทาง สมรรถนะของพยาบาลส่งต่อ
- ปัญหา เช่น รพ. แม่ข่ายไม่รับ, ตรวจสอบสิทธิ์, รพช. ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้, ระบบการสื่อสารที่มีปัญหา (สถานการณ์ที่ รพช. อาจเกิดครุกรุ่น) ตัวอย่างที่ใช้ในการคุยกับผู้ป่วย เช่น ศักยภาพที่ รพ. ไม่พอ จะขอปรึกษา รพ. อีกที่หนึ่งก่อน หากจำเป็นต้องส่งต่อ และถ้าปลายทางรับไว้ ทาง รพ. จะส่งไป

วางระบบ Referral center ระหว่าง รพ. ที่ควรจะมี เนื่องจากพบว่ามี การสื่อสารน้อยไป ดังนั้น Referral center สามารถดำเนินการประสานไปที่แพทย์เจ้าของไข้ เพื่อติดตามแพทย์ในการเขียนข้อมูลส่งกลับ ไป รพช. อาจช่วยได้ การจัดการกับการส่งต่อ เช่น ให้ข้อมูลแพทย์ โดยเฉพาะให้เบอร์โทรของแพทย์เอง ความไวใจคือสิ่งที่ให้ไปเพื่อให้ใจ ด้วยไวใจให้เบอร์มือถือของแพทย์ โดยยอมรับผู้ป่วยกลับได้เลยแบบไม่ต้องใช้ใบส่งตัว “Miss clearance” จึงเป็นฉายา ของ พญ.รพีพร เกิดความไวใจ สร้าง bonding ในการเป็นที่พึ่งขั้นดี



รพ. ขนาด 90 - 120 เตียง

ปัญหาที่พบอยู่เสมอๆ คือ

- ก่อนส่ง ถ้า 1) รพ.ปลายทางไม่รับจะทำอย่างไร 2) ผู้ป่วยและญาติอยากไปจะทำอย่างไร 3) การหมุนเวียนแพทย์ป่วย
- ระหว่างส่งคือความพร้อมของ 1) เครื่องมือ 2) บุคลากร 3) รถ 4) การแก้ปัญหาฉุกเฉินในผู้ป่วย ระหว่างนำส่ง
- หลังส่ง 1) การประสานช่วงแรกรับ case แต่พอไปถึงไม่มีคนทราบเรื่อง จึงเกิดการวางระบบ E - refer ที่จังหวัดศรีสะเกษ คือ รพ. อำเภอทั้ง 19 แห่ง ส่งต่อผ่านโปรแกรมออนไลน์ โดยเลือกประเภทส่งต่อ โดยแพทย์ที่รพช. ข้อมูลจะถูกส่งต่อไปที่แพทย์ ที่ ER ของ รพศ. โดยจะได้รับทราบโรค สาเหตุการส่งต่อความเร่งด่วน ดังนั้นผู้ป่วยจะได้ระบบนัด ถ้าเป็นกลุ่มที่ไม่เร่งด่วนหากมีปัญหา ทาง รพศ. จะประสานกลับมาที่ รพช. เอง เพื่อลดความแออัด และกลุ่มฉุกเฉินจะถูกเตรียมตัว มีภาพรถฉุกเฉินปรากฏบนโปรแกรมของ รพศ. ก็จะทราบว่า รพช. ออกรถมาแล้ว

• สรุปประเด็นที่คล้ายกันใน รพ. 2 กลุ่มแรกคือ

- 1) การคัดกรอง/ประเมิน
- 2) ขนาด รพ.ใหญ่ขึ้นระบบก็จะใหญ่ขึ้น เมื่อได้โจทย์ เรื่องความรุนแรงของผู้ป่วย จะมีผลอย่างไรต่อการส่งต่อ ปัญหาจะเกิดตามมา อย่างเช่น การไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านนั้นเช่น neurosurgery ก็อาจรับไม่ได้ แต่สามารถส่งมา CT ได้ถ้ามีอุปกรณ์ แต่จะวางระบบส่งต่อไปในที่ที่มีศักยภาพ เพิ่มขึ้นให้ต่อไป การทำ electronic data base อาจเพิ่มประเด็น gap tele flow สำหรับโรคเฉพาะ เพื่อการทวนสอบกลับ จะช่วยได้ และแก้ปัญหานในพื้นที่ได้



รพ. 120 - 500 เตียง

- ก่อนส่งต่อ เช่น การส่งต่อข้อมูล ประสานข้อมูล ระหว่างแพทย์ ศูนย์ส่งต่อ แพทย์เวรฉุกเฉิน จะรับข้อมูลส่งต่อ มี refer link เกิดการประสานแพทย์ ประสานเตียง การมี Node จะสามารถ past การส่งต่อได้เลย
- ขณะส่งต่อ เป็นประเด็นการดูแลผู้ป่วย ระหว่างส่งต่อ ผู้ป่วยหนัก เกิดปัญหาระหว่างส่งต่อ ในทุกสาขา
- หลังส่งต่อ ระบบเยี่ยม รพ. ลูกชาย เพื่อรับทราบปัญหา
- ปัญหาระหว่างส่งต่อ อุบัติเหตุระหว่างส่งต่อ ด้วยระยะทางที่ไกลมาก วางระบบมีคนขับรถ 2 คนขึ้นไป หรือส่งต่อโดยเฮลิคอปเตอร์ ใน รพ. ที่อยู่ไกลร่วมกับศูนย์ส่งต่อระดับสูง

• หลักการส่งต่อสำเร็จ ได้ด้วย 1) การวางวิธีปฏิบัติที่ชัดเจน และ 2) สายสัมพันธ์ ที่มาจากการสร้างเครือข่าย อย่างเช่นที่ ภาคเหนือ สร้างได้อย่างไร

- นพ.วสันต์ จากโรงพยาบาลน่าน เล่าให้พวกเราฟังว่า มีการประชุมพบปะพูดคุยกันเป็นประจำ ของทางเหนือที่ทำสม่ำเสมอ ทำให้สามารถการส่งต่อได้อย่างราบรื่น
- bonding เกิดได้มาตั้งแต่เรียนแพทย์ด้วยสายสัมพันธ์ แต่ในพื้นที่ที่ไม่คุ้นเคย ก็สร้างง่ายมาก จากคำพูดและการกระทำของ รพ. ที่ขอคำปรึกษา การมีแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ก็เป็นระยะที่สร้าง bonding ได้ง่าย

- หลักการส่งต่อสำเร็จ ได้ด้วยกลยุทธ์ 1) ระบบพบส. เกิดการสร้างเครือข่าย 2) ด้วยทิศทางการบริหารระดับเขต ระบบส่งต่อเกิดได้ด้วยการสร้างระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
- ส่งต่อด้วยทางกายภาพที่เป็นปัญหา
- ส่งต่อด้วยโรคที่พบบ่อยๆ มักเกิดความไม่ปกติ อาจกำหนดโรคเพื่อการส่งต่อที่พบบ่อย



รพ. ขนาดใหญ่

เนื่องจากความเป็น รพ.ศูนย์ อย่างไรก็ตาม และประเด็นที่ควรใส่ใจ มีดังนี้

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. การเตรียมผู้ป่วยอย่างดีที่สุดจาก รพ. ที่จะส่งต่อ2. ผลการตรวจวินิจฉัยมี ก็ต้องเตรียมมา (การทำเพิ่มหรือทำใหม่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย)3. การรับมา เกิดความแออัด อย่างไร ก็รับ ทำอย่างไรจะลดภาวะฉุกเฉิน4. การสื่อสาร ที่ดีช่วยได้มาก ทำอย่างไรขอข้อมูล เป็นข้อมูลที่ถูกต้อง ครบ5. ศักยภาพของ รพ. ต้นทาง6. ศักยภาพ ของจุดที่รับต่อ คนที่รับต่อ | <p>ประเด็นปัญหาที่ควรใส่ใจ ตัวอย่างเช่น</p> <ul style="list-style-type: none">o ประเภท รพ. ที่มาจากต่างสังกัด ก็อาจเป็นข้อจำกัด เรื่องเครือข่าย การประสานส่งต่อ ที่ทำได้ยากกว่า แยกต่างหากo รพ. ในเขตปริมณฑล จะประสานส่งต่อ ยากมาก ยากกว่า รพช ในต่างจังหวัด การทำงานจึงทำโดยให้ผู้ป่วยไปเองมากกว่า ที่จะส่งต่อให้ข้อมูล กับ รพ. ปลายทาง จะรับ ยากมาก แต่น่าสนใจเต็มๆ เกิดขึ้นจริง แต่จะบริหารจัดการอย่างไรให้เกิดประโยชน์ และปลอดภัยกับผู้ป่วย |
|---|--|

มีจุดให้เรียนรู้หลายประเด็น ดังนี้ คือ

1. Document เพื่อการส่งต่อในเครือข่าย
2. Bonding การสร้างสัมพันธ์ภาพ
3. พัฒนาศักยภาพของตนเอง คือ รพ.ต้นทาง เพื่อให้ รพ.ปลายทางไวไว
 - o Disaster time สามารถเกิดการบริหารเตียงว่างได้เร็ว
 - o บริบทแต่ละที่ต่างกัน รพ.ระดับมหาลัยเอง หน่วยงาน ER ก็จะรับผู้ป่วยจนล้น รพช. ต่างจังหวัด มักจะไปล้นที่หอผู้ป่วย
4. สรุปประเด็นที่ควรวางระบบให้ชัด ใน Referral system มีดังนี้
 - o Triage
 - o Refer nurse competency
 - o Geographic related referral system
 - √ Man
 - √ Materials : technology
 - √ Management
 - o Protocols

สรุปประเด็นสำคัญที่ควรวางระบบเพื่อการวางนโยบาย ในบริการหน่วยงานฉุกเฉิน
เพื่อการแลกเปลี่ยนให้เกิดความแหลมคมขึ้นในวาระต่อไป มีดังนี้

1. Referral system
 - 1.1 Triage
 - 1.2 Refer nurse competency
 - 1.3 Geographic related referral system
 - o Man
 - o Materials : technology
 - o Management
 - 1.4 Protocols
2. การเข้าถึง/เข้ารับ ข้อจำกัดจากภาษา ความเชื่อ หรือผู้ด้อยโอกาส
3. การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน
4. EMS
5. Fast track
6. การจัดการกับคนที่หลากหลาย/ป้องกันตนเอง (Skill communication)
7. Case manager
8. Diseases specific ER (AMI, stroke, sepsis, trauma)
9. จัดการกับกลุ่มชน
10. รongรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน



ชุมชนนักปฏิบัติสำหรับหน่วยงานวิกฤต

ICU



“มาตรฐานเนี้ยบ
เจียบคุณภาพ
High Techno
แต่ไม่ Low Safety”

ชุมชนนักปฏิบัติ สำหรับหน่วยงานวิกฤต

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตซึ่งการทำงานของอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว มีความสำคัญต่อชีวิตผู้ป่วยและสัมพันธ์กับศาสตร์ทางการแพทย์หลายๆ แขนง เช่น อายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจ อายุรศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือด อายุรศาสตร์โรคไต อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ วิชาสรีรวิทยา และศัลยกรรม เป็นต้น แพทย์และทีมที่ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตนี้ให้สมบูรณ์ เหมาะสม ถูกต้อง ตามมาตรฐานสากล ซึ่งจะช่วยรักษาชีวิตและอวัยวะของผู้ป่วยไว้ได้ ผู้ที่รับผิดชอบด้านนี้จำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถจากหลายๆ แขนงวิชา ดังกล่าว เพื่อประเมินภาวะของผู้ป่วย ประมวลความรู้ กำหนดปัญหาและแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ป่วยในลักษณะองค์รวมตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังคงอยู่ในภาวะวิกฤต ให้มีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ และครบวงจรทัดเทียมกับการแพทย์ในต่างประเทศ จึงเป็นที่มาของการมาร่วมมือกันสำหรับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานวิกฤตเป็นชุมชนนักปฏิบัติที่ทำงานด้านเดียวกันในครั้งนี้

มีการแบ่งหัวข้อเพื่อการพูดคุยเจาะลึกถึงปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข ดังนี้



กลุ่มที่ 1 การเข้าถึงเข้ารับบริการผู้ป่วย ICU

ปัญหา	แนวทางที่ใช้ดำเนินการอยู่
<ul style="list-style-type: none"> ข้อจำกัดเรื่องการบริหารจัดการเตียง (จำนวนเตียง) เครื่องมือ ทั้งเครื่องช่วยหายใจ เครื่อง monitor, intermediate ward กำลังคน ทักษะ 	<ul style="list-style-type: none"> เพิ่ม ward, หรือกระจายผู้ป่วยลงไปในระดับ รพช. กระจายลงเครือข่าย การตั้ง criteria admission, ใช้เกณฑ์ที่ชัดเจน
<ul style="list-style-type: none"> ความเหมาะสมของผู้รับบริการ เพราะ ICU บางแห่งเป็นที่รับผู้ป่วยวិโอฟีหรือกลุ่ม end of life care สมรรถนะของผู้ดูแล ทีมที่จะมารองรับหรือหน่วยที่จะมารองรับ การบริหารจัดการอย่างเข้าใจ เพราะการซื้อเครื่องมือเข้าไปใน ICU ถูกมองว่าไปเบียดบังทรัพยากรหน่วยงานอื่นในการซื้อเครื่องมือ ใช้ประโยชน์จาก ICU ให้สูงสุดได้อย่างไร (utility) 	<ul style="list-style-type: none"> การเข้าถึง ปัญหาคือ การประสานงาน การเลือก case ที่มีความซับซ้อน และดู case ที่มีโอกาสรอดสูง

ชวนให้คิด โดย นพ.รังสรรค์ จุดมุ่งหมายในการรักษาผู้ป่วยวิกฤต คืออะไร การ set criteria ต่างๆ ก็ไม่ได้ช่วยอะไร ให้ดูที่จุดมุ่งหมายในการรักษาเป็นหลัก แผนการรักษาคืออะไร (ต้องการสู่มากน้อยแค่ไหน เปลี่ยนแปลงผลการรักษา กำหนด priority มีการสื่อสารเรื่องการรักษาได้มากน้อยแค่ไหน)

- การย้ายคนไข้ เราต้องดูลักษณะความรุนแรงคนไข้, และเตียงเพียงพอหรือไม่ (หลายครั้งมีความลำบากใจ เพราะแพทย์มีคนเดียวที่ตัดสินใจ แต่บางแห่งมีหลายคนตัดสินใจ ต้องคุยกัน)
- ประเด็นเรื่องกำหนด criteria จำเป็นหรือไม่ เราควรจะดูเรื่องระบบบริหารจัดการ และขึ้นกับใคร สุดท้ายแล้วอยู่ที่การตัดสินใจ ใครเป็นคนตัดสินใจ

แลกเปลี่ยนทัศนะ จากสมาชิกกลุ่ม

ใน รพ. ทั่วไปอย่าง รพ.นครพนม มีเตียง ICU 10 เตียง มีเกณฑ์การตัดสินใจได้ทำแนวทางการดูแล (model) และมีการ turn พยาบาล เข้าไปฝึกใน ICU เพื่อจะได้สามารถดูแลคนไข้นอก ICU ได้ เหมือนๆ กับ การดูแลใน ICU (โดยแพทย์จะมีหน้าที่ตัดสินใจว่าจะเอาคนไข้คนไหนเข้า) นำคนที่มีความรู้มาช่วย share พื้นที่

รพ.สรรพสิทธิประสงค์ มี 20 ICU เนื่องจากเป็น center รับผู้ป่วยจากทางอีสานใต้การเข้า ICU มีเกณฑ์ แต่การออกยังไม่มี criteria

รพ.นครพิงค์ จ.เชียงใหม่
พยายามกระจายลง รพ.เล็ก
เพราะขยาย sub ICU ก็เต็ม

รพ.ชลบุรี เตียงไม่มี, พยายามเพิ่มเตียงก็ไม่พอ สิ่งที่ทำเน้น
การทำอยู่คือการให้ รพ. เครือข่ายเป็นตัวช่วย เมื่อ
ดูแลดีขึ้นแล้ว ก็ส่งกลับ และมีการ consult กันได้ตลอด

นพ. รั้งสรรค์ ได้ให้ข้อมูลเพิ่มถึงรูปแบบของ ICU ซึ่งมีหลายรูปแบบอย่างโรงพยาบาลที่เป็น รร.แพทย์ จะมีแพทย์ที่เป็น specialist และ รพ. ทั่วไปเป็น multidisciplinary ไม่ได้แยกสาขาว่าเป็นอะไร โดยคนไข้มีความผิดปกติคล้ายๆ กัน (ของออสเตรเลีย มีคนไข้แบบ multi โดยไม่ต้องเป็น specialist เลย) มี 2 ระบบ ที่นำมาใช้กำหนดประเภท ICU ได้คือ แบบ open ICU และ close ICU (ซึ่ง close ICU การบริหารจัดการขึ้นอยู่กับแพทย์ ICU โดยแพทย์ specialist รับ consult ให้การดูแลที่ดีกว่า open) ส่วน ICU มี 3 ระดับ คือ ระดับ 1 ระดับ 2 ดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น ระดับ 3 เป็นแบบ tertiary care เราต้องระบุนิยามกันให้ได้ว่าโรงพยาบาลของเราเป็นหน่วยงาน ICU ที่อยู่ level ไหน เพื่อการบริหารจัดการและใช้ utility ได้คุ้มค่าที่สุด เช่น รพ.ชุมชน ขนาด 90 เตียงอาจมี ICU แบบ semi ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่งมี model แตกต่างกัน สามารถจะจัดให้เกิดความเหมาะสมขึ้นในแต่ละแห่ง แต่ละบริบทได้เอง

กลุ่มที่ 2 การประเมินผู้ป่วย ICU

ประเด็นปัญหาที่พบบ่อย

- ประเมินไม่ครอบคลุม ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน
- ผลการประเมินไม่ได้นำไปใช้
- ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอาจทำให้เกิดการประเมินที่คลาดเคลื่อน

แนวทางแก้ไขที่ผ่านมา

- กำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินผู้ป่วยเข้า ICU
- คัดกรองและแบ่งระดับและประเภทการดูแลผู้ป่วย
- พัฒนา competency บุคลากรของพยาบาล ICU
- จัดทำ CPG, CNPG แต่ละกลุ่มโรค
- Clinical Tracer เช่น Septic shock, AMI
- แบบบันทึกและแบบประเมิน

แลกเปลี่ยนจากผู้เชี่ยวชาญและสมาชิก ถึงความจำเป็นที่ต้องออกแบบประเมิน การมีแบบฟอร์มจำเป็นหรือไม่ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับการมีแบบฟอร์มประเมิน แต่ปัญหาที่พบคือ แบบประเมินของแพทย์ พยาบาล มักจะเป็นคนละแบบ แต่ต้องเชื่อมด้วยกันได้ ต้องมีการสื่อสารกัน จะง่ายมากที่เป็นแบบ check list อาจจะต้องมีการ Integrate ทั้งแพทย์และพยาบาลที่ใช้ร่วมกันได้ แต่ประเด็นสำคัญกว่านั้นคือ การนำแบบประเมินหรือ check list ไปใช้ประโยชน์จริง

กลุ่มที่ 3 การวางแผนดูแลและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ICU

ข้อมูลสำคัญที่ควรสื่อสารกัน ระหว่างแพทย์กับพยาบาลในผู้ป่วยเฉพาะราย ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

- สาเหตุการย้ายเข้า ICU หรือการรับไว้ใน ICU
- ประเด็นการดูแล ระบุปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยรายนั้น
- การ monitoring เฉพาะ และการรายงานเป็นระยะ
- Early detect เฉพาะโรค
- การให้ข้อมูลญาติและผู้ป่วย

**ปัญหาที่พบได้จากกระบวนการวางแผน
จำหน่าย**

- หยุด monitor เมื่อไหร่
- การวางแผนตั้งแต่แรกยังไม่สอดคล้องกับปัญหา
- Miss concept ICU ไม่ต้องทำ D/C
- การ empowerment ญาติ/care giver
- การดูแลแบบใช้ทีมสหสาขา เข้ามาช่วยมองร่วมกัน

แนวทางที่ดำเนินการอยู่

- สื่อสารระหว่างผู้เกี่ยวข้องให้ชัดเจน
- ตั้งเป้าหมายการดูแลเรื่องการจำหน่ายให้ชัดเจน และวางแผนให้สอดคล้องกันเพื่อเตรียมผู้ป่วยและญาติ
- สื่อสารไปยังทีมดูแลต่อเนื่อง

กลุ่มที่ 4 การดูแลทั่วไปและการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงใน ICU

ประเด็นที่ควรใส่ใจและปัญหาที่พบบ่อย

1. การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้เครื่องมือ
- weaning
 - self extubation
 - VAP
 - re - intubation
 - pneumothorax

2. การดูแล Hemodynamic
- Shock
 - Intensive monitoring
 - BSI
 - Volume overload

3. Palliative care
- Aspirate pneumonia
 - Bed sore
 - UTI
 - Infection
 - Malnutrition

4. Communication

องค์ความรู้ที่จำเป็น

- การดูแลผู้ป่วย ที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ
- การใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ

- ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในหอผู้ป่วย ICU
 - การใช้ Antibiotic ใน ICU
 - การระบาดของเชื้อดื้อยา ควบคุมคู่กับการใช้ยา Antibiotic
 - Hand hygiene
 - มาตรฐานการพยาบาล
- การบริหารยา High alert drug
- การปรับอัตรากำลังคน แพทย์ ที่มีไม่เพียงพอ, พยาบาลไม่เพียงพอ
- Complication จากการดูแลคนไข้
 - Cath (จากการใส่สายสวนค้างต่างๆ)
 - ICU syndrome
 - Central line
- การสื่อสาร การให้ข้อมูลกับญาติ ทีมสุขภาพ
- ความกังวล บรรยากาศ/ความเครียด

สิ่งที่น่าสนใจคือ
ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้
ป้องกันได้หมด

กลุ่มที่ 5 การให้ข้อมูลเสริมพลังผู้ป่วย ICU

ประเด็นปัญหา

- ผู้ป่วย/ญาติ เครียด (ค่าใช้จ่าย โรค และ ความรู้) ขาดการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ
- ความมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ญาติ
- อุบัติการณ์ ฟ้องร้อง ด้วยความไม่เข้าใจ
- การสื่อสาร/การรับรู้/ความเชื่อ (Information ต่อเนื่อง bad news)
- ขาด Care giver

องค์ความรู้ที่ควรมี/กระบวนการ

- ความรู้ในเรื่องโรค แนวทางการรักษา ผลการรักษาสามารถให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม
- ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่แรกรับและตลอดการรักษา
- ศิลปะการ Approach
- humanized Healthcare in critical
- ศูนย์สันติ (เจรจาไกล่เกลี่ย)
- ศิลปะในการสื่อสารในหน่วยงาน
- Transitional care

ประเด็นเรื่องของญาติใน ICU ไม่ค่อยเจอปัญหาการร้องเรียน เพราะอาจจะยอมรับว่าอาการ 50/50 เราแสดงให้เห็นว่า เราดูแลเค้า (คนไข้ ญาติ) ต้องมีความจริงใจในข้อมูลที่ให้มีความสม่ำเสมอของการพูดคุย

กลุ่มที่ 6 การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย ICU

ประเด็นที่ต้องใส่ใจ

- สรุปปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง/
เผื่อระวัง
- กระบวนการส่งต่อข้อมูล
- ขั้นตอน/ความปลอดภัยระหว่างการ
เคลื่อนย้าย
- การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ

แนวทางที่ดำเนินการในปัจจุบัน

- ทักษะการสื่อสาร
 - o Problem list
 - o แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วย
 - o By phone
 - o MEWS (Modified Early Warning
Sing), SBAR
- Monitoring & gevice ตามความ
เหมาะสม (ระหว่างเคลื่อนย้ายคนใช้ต้อง
observe อะไรบ้าง)
- ทักษะในการเก็บข้อมูล/ให้ข้อมูลของ
ผู้ป่วยและญาติ



กิจกรรมช่วงบ่าย: เป็นการนำประเด็นที่ควรใส่ใจ ที่กลุ่มสนใจ มาแลกเปลี่ยนเสวนาเพื่อการจัดการความรู้ร่วมกัน แบบเจาะลึก

กลุ่มที่ 1 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยใน ICU

- การเคลื่อนย้ายภายใน รพ. เช่น
 - ไป ward
 - ไป x - ray
 - ไป OR

- การเคลื่อนย้ายภายนอก รพ. เช่น
 - กลับบ้าน
 - Refer ไป รพ. ชุมชน

Sharing จากกลุ่ม

- ถ้าคนไข้ มีอาการไม่ stable ก็ไม่ควรเคลื่อนย้ายเนื่องจากการเคลื่อนย้าย มี 2 แบบ ในรพ. กับนอก รพ. เราก็ monitor ตามสภาพของคนไข้ว่ามีปัญหาอะไรที่ต้องเฝ้าระวังบ้าง และต้องมองปัญหาเรื่อง tube เลื่อนหลุด



กลุ่มที่ 2 การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน Tube หลุดเลื่อน

สาเหตุที่ tube เลื่อนหลุด

- Weaning ได้ช้า เนื่องจากเป็น รพ. อำเภอก่อน ไม่มีแพทย์ที่ดูแลประจำ บางทีคนไข้ wean เอง
- การไม่ stapes tube (ผูกยึดท่อช่วยหายใจ) โครงสร้างหน้าของคนไข้ต่างกัน
- Restrain (การผูกยึด) ไม่ได้
- การสื่อสารกับผู้ป่วยเรื่องการใส่ tube บาง รพ. จะบอกช้าๆ ให้ทราบและเห็นความสำคัญ (ทั้งญาติและคนไข้)
- ปัญหาทางพยาธิสภาพ เช่น คนไข้ confuse, pain, หอบเหนื่อย เป็นต้น
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่น complete bed bath ไม่ได้ดูคนไข้ทำให้ tube หลุด เป็นต้น

การแก้ไขที่ดำเนินการอยู่

- ดำเนินการจัดทำ weaning protocol
- ตรวจสอบตำแหน่ง tube บางที่ตื่นเกินไป อาจต้องทำ marker และฟังเสียงลมในปอด
- การ stapes tube ให้เหมาะสมอาจต้องผูก tube อีกที
- การ restrain ตามความเหมาะสม บางทีจะมีนวัตกรรมต่างๆ เข้ามาช่วย
- วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย แสดงช่องทางการสื่อสาร เช่น ให้ชี้บอกว่าต้องการอะไร
- control pain, sedative แพทย์สามารถช่วยแก้ปัญหาด้านพยาธิสภาพ (คนไข้ถ้า confuse อาจต้องใช้ยา sedative)
- ทักษะด้านการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนย้ายคนไข้

การแลกเปลี่ยนในที่ประชุม

- กรณีเด็กเล็ก ET tube ไม่มีบอลลูน จำเป็นต้องสื่อสารไว้ข้างเตียงเวลารับส่งเวรปลายเตียง จะมีการเช็ท tube ให้ตรงกับระดับวูไบลายเตียง มีการตรวจสอบทุก 2 ชม. การ stapes tube เด็กเล็กจะแปะด้านบนก่อน (เพราะเด็กน้ำลายเยอะ) สำหรับเด็กโต จะ staples ไว้ที่กลางปาก และมีลวดเหมือนสาย sound bout
- การเกิด tube หลุดแล้วใส่ใหม่ จะเกิดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของช่องทางหายใจ หรือเกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้นได้ง่าย จะทำอย่างไรไม่ให้ tube หลุด คือ การไม่ใส่ หรือใส่ในระยะเวลาที่น้อยที่สุด weaning protocol จึงสำคัญ
- กระบวนการ staples ก็มีหลากหลายวิธี
- ผู้ป่วยทุกรายมีโอกาสดึงท่อออก วิธีการคือการ sedation คนไข้ มี level sedation และมี sedation แบบทั่วไป มีสูตรยา sedate เฉพาะ จะมีการหยุด sedate ทุกเช้า เพื่อประเมินคนไข้ ถ้าคนไข้ไม่รู้เรื่องก็จะ sedate ต่อ เคยมีวิจัยว่าเมื่อใช้ sedate การหลุดของท่อช่วยหายใจลดน้อยลง (มอ.)
- การ restrain ก็ต้องคุยกับญาติคนไข้ให้เข้าใจ
- เรื่องตำแหน่ง tube ก็สำคัญ และเป็นปัญหาอยู่ที่ควรนำไปสู่การดำเนินการต่อ เช่น ที่ รพ.ศิริราช ใช้ตำแหน่ง x-ray เป็นตัวกำหนด

โดยสรุป

- พยายามไม่ใส่ tube ถ้าใส่ ก็ต้อง wean ให้เร็ว มี weaning Protocol ที่เป็นมาตรฐาน
- การ sedate หากนำไปใช้ในรพ.ชุมชน จะปลอดภัยหรือไม่ (การ sedate เป็นคาบสองคม โดย นพ.รังสรรค์ ให้ข้อคิดเห็นว่าควรจะใช้เฉพาะใน ICU และมีการสอนพยาบาลถึงข้อควรระวัง limited dose)

กลุ่มที่ 3 การดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ

ประเด็นสำคัญที่ต้องใส่ใจคือ

- ไม่ควรใส่ถ้าไม่จำเป็น
- Wean เร็ว
- ยืดการเกิด VAP (เก็บสถิติ) ได้อย่างไร
- การใช้ omeprazole มีผลอย่างไร
- การเปลี่ยน circuit
- การนอนหัวสูง
- การป้องกัน tube เลื่อนหลุด

} แนวทางที่นำไปใช้เพิ่มเติมจาก VAP bundle

แนวทางการดูแลที่ควรดำเนินการ

- เปลี่ยนระบบการให้ความชื้น (ตัววัดความชื้น)
- พันพรอยรอบ circuit (ขาเข้า) ลดการกลั่นตัวของน้ำ
- ใช้ close system suction (ลด contamination)
- การแยกข้อมูล VAP ระหว่างหน่วยงาน เพื่อศึกษาสภาพปัญหาที่ชัดเจนมากขึ้น

แลกเปลี่ยน

- ดู indication ให้ชัด ใส่เร็ว และเอาออกให้เร็ว
- การดูแลคนไข้ ต้องตั้ง mindset
- complication จากการใส่ที่อย่างน้อยมี micro aspiration จะทำอะไรให้มีน้อยสุด

กลุ่มที่ 4 การติดเชื้อใน ICU

ประเด็นที่พบเสมอ

- ติดเชื้อดื้อยา การไม่ให้แพร่กระจายเชื้อ (รณรงค์ hand hygiene day) ทำ spot การล้างมือ กิจกรรมรณรงค์ระบบที่เลี้ยงในการให้การพยาบาล
- VAP suction, การใส่ถุงมือ, WHAP มีเทคนิคการ suction ที่ถูกต้อง การใส่ถุงมือในการ suction ต้องล้างมือ
- การใช้ Antibiotic drug การใช้ยา ถ้า miss used ก็จะต้องยา
- การจัดสภาพแวดล้อมใน ward เพื่อป้องกัน Infection, การใช้เครื่องมือ hand sensor ถ้ามือไม่ล้าง แล้วประตูไม่เปิด เหมือนมีสัญญาณเตือนเมื่อไม่ล้างมือ, ไม่ถอดรองเท้า
- การป้องกัน CABS, maximum barrier

แลกเปลี่ยนในที่ประชุม

- การติดเชื้อ เกิดจากคน และคนประจำ คือ แพทย์ พยาบาล scope การล้างมือ คือทั้ง รพ.
- สถานที่ที่เสี่ยงมีความเฉพาะอุปกรณ์ ต้องมีการ cleaning หลังการใช้ การใช้กับคนไข้เมื่อใช้แล้ว ก็ต้องทำความสะอาดทุกครั้ง
- ผู้ให้บริการต้องระวัง การระบาดของเชื้อโรค เพราะแพทย์ พยาบาล ที่ติดเชื้อและตายคือ ผู้ให้บริการ



กลุ่มที่ 5 การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนใน ICU

Complication in ICU

- Clinical Risk
 - Cardiogenic shock
 - Sepsis: MDR
 - MODS
 - Stroke
 - Hypervolemia
 - Active bleeding
 - Electrolyte imbalance
 - Respiratory failure, Delayed weaning
 - Pressure sore
- ภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการ
- Fall

การเฝ้าระวังที่ควรมีการวางระบบ

- ระบบ/กระบวนการเฝ้าระวังความเสี่ยง guideline, flow chart, MEWS, CPG, Clinical path way, Fast track, Focus charting

กลุ่มที่ 6 การรับส่งข้อมูลระหว่างหน่วยงานก่อนเข้า ICU

ประเด็นสำคัญที่เป็นปัญหา

- การสื่อสารส่งเวรในข้อมูล case โดยเฉพาะตอนรับเข้า แต่เมื่อเข้ามาอยู่ใน ICU แล้วมักพบว่า ข้อมูลมักหายไปเมื่อส่งเวร

ทางออกที่นำมาใช้

- ใช้หลักใน SBAR มาใช้ในการส่งต่อข้อมูล
- ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบคลุม เป็นจริง
- บันทึกลงเวชระเบียนผู้ป่วย ในประเด็นที่ต้องการสื่อสาร

ประเด็นส่งท้ายเรื่องตัวชี้วัดจาก
นพ.ไชยรัตน์

หลักการเก็บตัวชี้วัด แยกออกเป็น 3 ส่วน
คือ structure, process และ outcome
ตัวชี้วัดมากแสดงถึงความล้มเหลว ไม่จำเป็น
ต้องวัดเยอะ

1. ตัวชี้วัด ด้าน Structure เช่น
admission, discharge criteria
นโยบาย ICU
2. Process เช่น การล้างมือ การมี septic
shock
3. Outcome เช่น อัตราตาย รอด แต่ก็
ไม่ได้บอกกว่าดีหรือไม่ ถ้าจะทำก็ต้องเป็น
disease specialty
4. อีกตัวคือ Access การเข้ามาใน ICU
คนไข้ที่จำเป็นต้องเข้า กับ คนไข้ที่เข้าได้
เป็นตัวสำคัญ อัตราเท่าไร
5. Patient experience อาจทำแบบ
visual analog scale



ชุมชนนักปฏิบัติสำหรับหน่วยงานห้องผ่าตัด



“รวดเร็ว ปลอดภัย
มั่นใจบริการ ทีมงานเป็นเลิศ”

ชุมชนนักปฏิบัติ สำหรับหน่วยงานห้องผ่าตัด

เรื่องเล่าประทับใจจากการทำงานในห้องผ่าตัด

เรื่องเล่าจากห้องผ่าตัด หรือ Operating Room นั้น คนใช้ส่วนใหญ่เมื่อได้รู้ว่าต้องเข้าห้องผ่าตัด จะมีอาการวิตกกังวลเป็นอย่างมาก เพราะขึ้นชื่อว่า “ห้องผ่าตัด” ความหมายของมันก็แสนจะน่ากลัว แม้รู้้อยู่แก่ใจว่าการเข้าห้องผ่าตัดนั้น ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดเสมอไปทุกราย คนใช้บางรายทำใจไม่ได้ที่จะเข้าห้องผ่าตัด ไม่ว่าจะพยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้องจะอธิบายอย่างไร ก็ไม่ยอมเข้าใจ เช่น การเข้าไปทำแผลจากเบาหวาน หลายคนอาจสงสัยว่าทำไมต้องไปทำหัตถการถึงในห้องผ่าตัดด้วย เพราะห้องผ่าตัดทางการแพทย์ถือเป็นห้อง Sterile ก็คือห้องปลอดเชื้อโรคนั่นเอง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อในแผลของคนไข้ได้เกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ ยิ่งโดยเฉพาะคนไข้ที่เป็นโรคเบาหวานด้วยแล้ว ยิ่งต้องระวังไม่ให้แผลติดเชื้อเป็นอันตราย นี่จึงเป็นที่มาว่า ทำไมจึงมีการรวมกลุ่มคนทำงานในด้านนี้ เพื่อความเป็นชุมชนนักปฏิบัติที่มาช่วยกันกำหนดแนวทางที่เหมาะสม ที่สามารถนำกลับไปใช้ได้ในการทำงานจริงของห้องผ่าตัด

เรื่อง การผ่าตัดผิดข้าง ประสบการณ์จากแพทย์ ท่านหนึ่งเล่าว่า ด้วยเจ้าหน้าที่มีจำนวนน้อย เมื่อผ่าตัดผิดข้าง ก็มีการเขียน Incident มีการทำ Surgical check list แต่แพทย์ไม่เห็นความสำคัญ พยาบาลพยายามทำ เมื่อเกิด incident เรื่องถึง ผู้บริหารและประชุมสหสาขาวิชาชีพ (มี Sign in sign out time out) ทีมวิสัญญีเป็นทีมแรกในการบุกเบิก (สรุปการผ่าตัดผิดข้าง ใช้ Surgical checklist, key success อยู่ที่ทีมวิสัญญีให้ความร่วมมือ)

เรื่อง เพิ่มเติมจากประเด็นการผ่าตัดผิดข้าง ซึ่งเจอได้ตั้งแต่ ผ่า Hip ผิดข้าง, ผ่าศีรษะซึ่งพบว่า ยังมีการผ่าตัดตำแหน่งเกิดการหาเลือดคั่งไม่เจอ ปัญหาผ่าเข้า ข้างหนึ่งโก่งเยอะข้างหนึ่งโก่งน้อย ทีมพยาบาลและแพทย์ผ่าตัดคิดเอาเองว่าจะผ่าข้างที่โก่งเยอะ แต่ปรากฏว่าไปถามคนไข้ คนไข้บอกว่า ต้องผ่าอีกข้างที่โก่งน้อยกว่า สิ่งสำคัญที่ต้องตระหนัก และ confirm กับคนไข้ว่าผ่าข้างไหน แม้แต่การผ่าตัดเล็กก็มีความผิดพลาด แต่คนไข้ไม่ว่าอะไร ตัวอย่างกรณีต่างประเทศ มีแพทย์ ไม่มีเวลามากนัก พอมาถึงก็ผ่าขา ปรากฏว่าผิดข้าง กลายเป็นผ่าข้างที่ตีของผู้ป่วย

เรื่อง การผ่าตัดใส่เลื่อน หมอผ่าตัดผิดข้าง ต้องไปตรวจสอบจาก OPD card จำเป็นต้องผ่าตัดใหม่ ตัวคนไข้เองมีปัญหาไม่พอใจ แต่ทีมสามารถไกล่เกลี่ยกันได้ ซึ่งก่อนลงมีดก็ควรจะถามคนไข้ทุกครั้ง เพราะคนไข้จะรู้ตัวเองดี ว่าผิดปกติข้างไหน

สาระสำคัญและควรใส่ใจ

- o หากแพทย์ผ่าตัดไม่ check list ก็ต้องอาศัยทีมงานโดยเฉพาะทีมวิสัญญี ถ้ายังไม่พร้อมก็ลงมีดไม่ได้ ความจริงแล้วก็อยู่ที่ความตระหนักของทีมงาน และถามคนไข้ก่อนเสมอ
- o ดังนั้นใน Surgical check list ต้องมีการยืนยัน (independent) สองคนกับผู้ป่วย และตำแหน่งที่ผ่าตัด
- o แต่การใช้ check list เป็นกุศโลบาย เพียงอย่างเดียวจะเพียงพอหรือไม่ เรามืออย่างอื่นใหม่ เช่น write board เขียนในห้องผ่าตัด เพื่อเป็นการย้ำเตือน และเป็นจุดศูนย์กลางข้อมูล ใส่ข้อมูลที่จำเป็น เขียนชื่อทุกคนใน write board เพื่อให้ทุกคนมาคุยกัน (พบว่าในที่ประชุมสมาชิกที่มาวันนี้มี รพ. ใซ้อยู่ และใช้ได้ดี และการเตรียมคนไข้ มีการระบุชื่อ ระบุข้าง โดยมีป้ายติดอยู่ข้างที่จะผ่าตัด คนที่เอาป้ายออก คือ คน scrub และ pre op จะถามชื่อ ผ่าอะไร ผ่าข้างไหน)

เรื่องเล่า ตัวอย่างการจัดการอีกหลายแบบจากพยาบาลห้องผ่าตัดท่านหนึ่ง เล่าว่าที่ รพ. มีการผ่าตัดมากกว่า 20,000 รายต่อปี Incident ที่พบก็จะเป็นผ่าผิดข้าง บางครั้งคนไข้ส่งต่อมาจากที่อื่นตำแหน่งบ่งชี้ที่ film ก็ไม่เหมือนกับตำแหน่งบน film ของ รพ. ก็ทำให้เกิดการผ่าผิดคน สองกล้องผิดคน ได้เช่นกัน หรือแม้แต่การเรียกญาติที่มารอหน้าห้องผ่าตัดเข้าไปทำหัตถการ ก็มี (ถึงตรงนี้เรียกเสียงฮา จากผู้เข้าร่วมประชุมไปตมๆ กัน) โรงพยาบาลมีระบบ 2 2 4 ที่ช่วยได้ คือ รายงานภายใน 2 ชม และรายงาน ผอ. ภายใน 24 ชม และต้องทำ RCA ภายใน 2 สัปดาห์ และเอามาดูความเสี่ยงกัน มีการทำคู่มือพยาบาล การเขียน nurse note มีการบันทึกครอบคลุม

ทั้ง 13 ด้านความเสี่ยง มีแบบฟอร์มตัวอย่างมาแลกเปลี่ยนให้ดูกันด้วย เพื่อเตือนว่าในห้องผ่าตัด pack gauze จุดไหนบ้าง และมีป้ายคล้องแขนคนใช้สีเขียวเพื่อเตือนพยาบาลที่ ward ให้ทราบว่า มีการ pack gauze เพราะอะไรที่ส่งผลกระทบต่อตัวเอง จะทำให้ใส่ใจในการทำงานมากขึ้น

- การใช้เครื่องจี (ต้องแห้ง) ความเสี่ยงที่พบ ความชื้น แก๊สโดยใช้กระดาษซับ เวลาผ่าตัด ยาวนาน

หลายเรื่องและผู้เข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนนั้น ความเสี่ยงสำคัญส่วนใหญ่มาจากความเชี่ยวชาญของแพทย์ที่จะผ่าตัด แต่ที่บุคลากรในด้านอื่นๆ และทรัพยากรในด้านอื่นๆ ขาดการเตรียมพร้อมจึงเป็นหน้าที่ของราชวิทยาลัย นอกจากสอนแพทย์แล้ว ควรสอดแทรกแนวคิด technical skill และการใช้ team work

- มี 3 ฝ่าย ที่ทำให้การทำ check list ประสบความสำเร็จ ได้แก่ พยาบาลห้องผ่าตัด ตมยา หมอผ่าตัด ประเด็นสำคัญที่ควรใส่ใจ คือ เราต้องสร้างบรรยากาศ นโยบาย (เช่น การล้างมือ) ระดับบรรยากาศองค์กร เช่น 1. บรรยากาศแบบหาแพะก็ทำให้เกิดการปกปิด 2. บรรยากาศแบบยอมรับ ให้อภัย อย่าโทษกัน 3. มีการเขียนรายงานเพื่อปรับระบบ ระบบ risk เกิดขึ้น เริ่มเป็นทีมเดียวกัน เช่น การลืมนำผ้าก๊อส กระบวนการผ่าตัดไม่ sterile การผ่าตัดผิดข้าง ควรมี check list หมด (มีความร่วมมือ ราชวิทยาลัย สมาคมพยาบาล ห้องผ่าตัด และ สรพ. ร่วมกันดูเรื่องห้องผ่าตัด และมีการสื่อสารประชาชนได้รับทราบว่า โรงพยาบาลทำอะไร เพื่อให้สังคมคนทำงานอีกที ให้มีการปรับ check list จาก WHO นำมาสู่การใช้ปฏิบัติได้จริง

- มีปัญหา การให้บริการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด ดังเอกสารตัวอย่างในหน้าถัดไป



:: กิบบูชัชวาลจากงานห้องผ่าตัด ::



ปฏิญญาว่าด้วย “การรณรงค์ให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด”

สืบเนื่องจากที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเมื่อวันที่ ๒๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๑ ในโครงการ WHO’s Second Global Patient Safety Challenge และ Safe Surgery Saves Lives Program โดยแนะนำให้ใช้ Surgical Safety Checklist หรือรายการตรวจสอบเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในห้องผ่าตัด ลดความผิดพลาดและผลอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในห้องผ่าตัด ซึ่งจากการศึกษาวิจัยของนานาประเทศทั่วโลกพบว่าเมื่อได้นำไปปฏิบัติจะก่อให้เกิดความปลอดภัยได้จริงโดยสามารถลดอัตราการตายและผลอันไม่พึงประสงค์ลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สราพ) ได้กำหนดไว้ใน Patient Safety Goals: SIMPLE (พ.ศ. ๒๕๕๑) ให้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย โดยสถาบันฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมทุกสาขา และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงโรงพยาบาลต่างๆได้นำมาประยุกต์ใช้แล้วเป็นระยะเวลาหนึ่ง จึงเห็นสมควรรณรงค์ให้มีการปฏิบัติ Surgical Safety Checklist ในห้องผ่าตัดอย่างครอบคลุมทั่วประเทศ โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อ

๑. การผ่าตัด ถูกคน ถูกข้าง ถูกตำแหน่ง ถูกระดับ (กระดูกสันหลัง)
๒. ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการให้ยาระงับความรู้สึก
๓. เตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินในระบบทางเดินหายใจ
๔. เตรียมความพร้อมสำหรับการตกเลือดหรือสูญเสียเลือดจำนวนมาก
๕. หลีกเลี่ยงการแพ้ยา
๖. ลดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
๗. ป้องกันวัสดุแปลกปลอม เครื่องมือ หรือผ้าเช็ดเลือด ค้างในบริเวณแผลผ่าตัด
๘. ยืนยันความถูกต้องของเนื้อเยื่อที่ตัดออกมาเพื่อส่งตรวจ
๙. มีการถ่ายทอดข้อมูลในภาวะวิกฤติของผู้ป่วยกับผู้ร่วมรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ
๑๐. ก่อให้เกิดการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยระหว่าง แพทย์ผู้ทำหัตถการ วิศวกรแพทย์ วิศวกรพยาบาล และพยาบาลในห้องผ่าตัดอย่างเป็นระบบ

รายการตรวจสอบ จะครอบคลุม ๓ ช่วงเวลาของการผ่าตัด ได้แก่
 ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก (Sign In)
 ก่อนการลงมีดผ่าตัด (Time out)
 ก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากห้องผ่าตัด (Sign out)

เพื่อแสดงเจตน์จำนงความมุ่งมั่นที่จะนำ Surgical Safety Checklist มาประยุกต์ใช้อย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การบริการในห้องผ่าตัดมีคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างสูงสุด ผู้แทนองค์กรวิชาชีพต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเห็นพ้องต้องกันในปฏิญญานี้ จึงลงนามและประกาศให้เป็นที่ทราบโดยทั่วกัน ณ วันที่ ๑๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๕

 ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	 ประธานราชวิทยาลัยพยาบาลแห่งประเทศไทย	 ประธานราชวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์แห่งประเทศไทย
 ประธานราชวิทยาลัยพยาบาลแห่งประเทศไทย	 ประธานราชวิทยาลัยพยาบาลแห่งประเทศไทย	 ประธานราชวิทยาลัยโรคไตแห่งประเทศไทย
 ประธานราชวิทยาลัยผู้ดูแลผู้ป่วยแห่งประเทศไทย	 ประธานราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย	 นายคณาณกษยาณกุลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย

ประเด็นการแลกเปลี่ยนตามประเด็นหัวข้อต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 การวางแผนดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	
<p><u>ประเด็นสำคัญที่ใส่ใจ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - โรคที่ต้องผ่าตัด - โรคร่วม - อุปกรณ์/เครื่องมือ - เตรียมรับผู้ป่วย - สิทธิการรักษา - คำนึงถึงความเข้าใจของญาติ 	<p><u>ความเสี่ยงสำคัญที่พบบ่อย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - การงด/การเลื่อนผ่าตัด - ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด/หลังผ่าตัด
<p><u>แนวทางปฏิบัติที่ดำเนินการอยู่</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - การวางแผนการปฏิบัติการใช้ห้องผ่าตัด/บุคลากร - มาตรฐานการเลือก case ผ่าตัด/conference - มี Clinical tracer/care map - การเยี่ยมก่อนผ่าตัดแบบสหสาขาวิชาชีพ - มี check list ก่อนการรับผู้ป่วยในรพ. 	<p><u>องค์ความรู้ที่ควรมี</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - มี CPG ของการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแต่ละหัตถการ - Care map/tracer - สิทธิการรักษา



กลุ่มที่ 2 การอธิบายผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

ประสบการณ์ที่พบปัญหา

- เยี่ยมโดยการ select case เฉพาะ case นำร่องของโรงพยาบาล
- ไม่ได้เยี่ยม โดยผู้ทำหน้าที่ คือ วิชาญณี พยาบาล

ความเสี่ยงที่พบคือ

- การให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง

แนวทางปฏิบัติที่ดำเนินการอยู่

- มีการอบรมผู้ไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
- มีแบบฟอร์ม
- มีการประเมินผลตามแนวทางปฏิบัติ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ประเด็นแลกเปลี่ยนต่อยอดจากเวที

- Key word ใครเป็นคนให้ข้อมูล และให้อย่างไร รพ.รัฐ จะมี residence เป็นทีม ถ้า รพ.เอกชน จะมี nurse coordinator คอยให้ข้อมูล (ตามมาตรฐาน JCI) ก่อนผ่า หลังผ่าเป็นอย่างไร มีการซักประวัติสิ่งที่บอกคนไข้คือ เราจะพยายามทำดีที่สุด เราจะต้องบอกคนไข้ก่อน ก่อนที่จะเกิดอะไร แล้วมาบอกทีหลัง



กลุ่มที่ 3 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและการป้องกันการผ่าตัดผิดพลาด

ประเด็นสำคัญที่ใส่ใจ

- มี check list ร่วมกับ ward และ OR เพื่อใช้ประเมินความพร้อมผู้ป่วย รวมทั้งเครื่องมือที่ต้องใช้พิเศษ
- การ conference case (วิสัญญี) ก่อนเริ่ม case มีปัญหา consult แพทย์ที่เกี่ยวข้อง
- ปฏิบัติตาม protocol, pre - op visit

การป้องกันการผ่าตัดผิดพลาดที่ออกแบบไว้เป็นดังนี้

- ใช้ระบบ IT
- pre - op visit
- การสร้าง group OR committee ใน รพ.
- การทำ mark site ในแต่ละ procedure

ความเสี่ยงที่พบบ่อย

- ผิดคน ผิดข้าง
- ความไม่พร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทีมผ่าตัด เครื่องมือ เลือด
- Retained foreign body

แนวทางปฏิบัติที่ดีในแต่ละเรื่องที่ใช้อยู่

- ทำตาม check list, protocol, WI ที่กำหนด
- Risk monitoring

Body knowledge

- นำ EBP มาใช้
- มาตรฐานของสภาการพยาบาล

ประเด็นแลกเปลี่ยนเพิ่มเติมจากที่ประชุม

- มีใบเตรียมความพร้อม เมื่อมาถึง วิสัญญี พยาบาล OR จะตรวจสอบอีกครั้ง เรื่องโรคประจำตัว
- ช่วงกลางคืน ความหยาบยานการทำตาม guideline จะน้อยลง
- Patient safety ภาระงาน workload ไม่ได้เป็นตัวทำให้ patient safety หย่อน
- ใช้ 3 S ได้แก่ standard, system, spiritual เป็นหลักยึดในการทำงาน

กลุ่มที่ 4 การเตรียมห้องผ่าตัด

ประเด็นสำคัญของการเตรียมสภาวะห้องผ่าตัดให้พร้อม

1. Zoning in OR: Priority in each case การจัด Zoning แต่ละโซนจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร มีคู่มือในการปฏิบัติตัวและสำหรับนิเทศคนมาใหม่
2. แนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ในแต่ละ Zone : การแต่งตัว เสื้อผ้า
3. Cleaning : Pre – Intra – Post เช่น Case ที่พิเศษ Open heart, transplant , OR ตา ไม่ให้ case อื่นเข้า
4. การทำความสะอาด จะทำทุกเช้า จากสะอาดสุดไปยิ่งสกปรกสุด แต่จะมีห้องผ่าตัดพิเศษ เช่น open heart เปลี่ยนถ่ายอวัยวะ จะมีการทำความสะอาดพิเศษ คั้นนั้น จะงดใช้ห้องให้ไปใช้ห้องอื่น
5. Physical environment
 - Air flow in OR: Pressure, ความชื้นสัมพัทธ์, temperature
 - Light – Table
 - Electric : suction, รังสี X - ray, เสียงดัง, สารเคมี, Cidex, formaline
 - Gas ภายใต้งแรงดันด้านสิ่งแวดล้อม ควบคุมโดยมีวิศวกรสิ่งแวดล้อมมาตรวจสอบประจำปี (1 - 2 ครั้ง) Positive pressure ความชื้นสัมพัทธ์ ระบบไฟเครื่องจี้ pipe line ต่างๆ ระบบไฟฉุกเฉิน แก๊ส ถังออกซิเจน ระบบรังสี ความพร้อมของระบบเสียง ระบบเสียงต้องใช้เท่าไร มีการตรวจสอบ สารเคมี (มี 2 อย่างที่ใช้ ฟอมาลิน ไฮเด็ก) มี VDO สอนเด็กใหม่ใน OR การตรวจเครื่องมืออบแก๊ส มีการสอนวิธีการดู
6. Traffic in OR: one way traffic, human, waste ระบบจราจรในห้องผ่าตัด ทางเข้าของสะอาด ทางออกของสกปรก ใช้ 5 ส ทุกวัน ชยันทุกเวอร์
7. Assignment/daily/case (based on competency)
8. Equipment: Appropriate, Sterile, Adequate การงดผ่าตัดจะไม่มี เนื่องจากเครื่องมือพร้อม มี Guideline มาตรฐานการใช้เครื่องมือ
9. Waste management การกำจัดขยะ ขยะติดเชื้อ ขยะแห้ง สอนน้องให้เข้าใจ
10. Fast track in emergency case และ CPR plan: assure in 15 - 30 mins (based on context) มีระบบ Fast track รองรับ case ฉุกเฉิน สามารถเปิดห้องได้ภายใน 15 - 30 นาที กรณีห้องไม่ว่าง จะมีการตกลงการใช้ห้องก่อน
11. Respond team in emergency situation
 - : Fire - signage - ถังดับเพลิง
12. คนที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ต้องมีจริยธรรมในห้องผ่าตัด ซื่อสัตย์ เมตตา



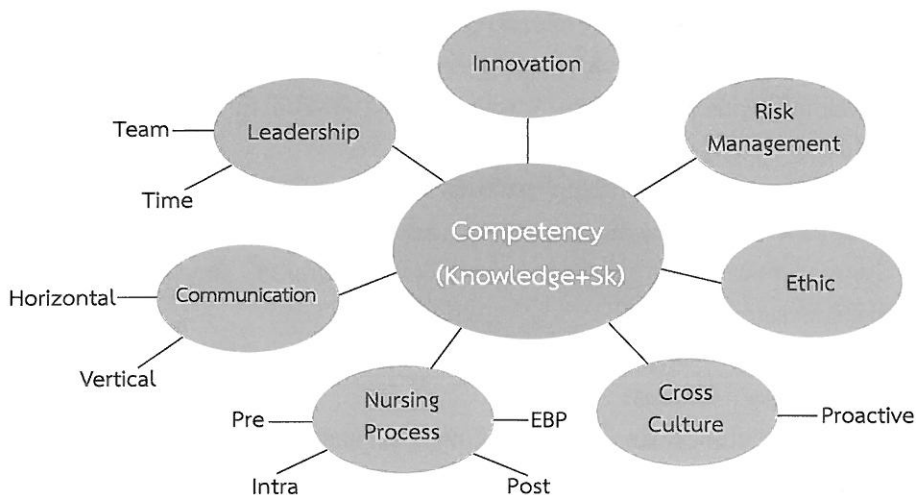
Guide line in OR for Preparation

1. Hand out for standard guideline management in OR
2. Work Instruction: People, System, Indicator (Evaluation)
3. Ethic

Risk

1. Off case, delay case
2. Infection
3. Complication : trauma from equipment
4. Long time in surgery: from equipment, from human
5. ร้องเรียน

Knowledge in each process (based on context)



กลุ่มที่ 5 การบันทึกเวชระเบียน

ประสบการณ์ที่ดำเนินการอยู่

- Check list
- บันทึกใบ Nurse's note รวม
- บันทึกใบแบบบันทึกของห้องผ่าตัด (เฉพาะ)
- ใบบันทึกรวม 3 แผนก (ward, OR, วิสัญญี)

ความเสี่ยงที่พบบ่อย

- ไม่ครอบคลุม ไม่ครบถ้วน
- เกิดความซ้ำซ้อนในการลงข้อมูล (จากการใช้แบบบันทึกทั้ง ward, OR, วิสัญญี)
- ไม่มีแนวทางบันทึกทางการแพทย์
- เกิดการบาดเจ็บจากอวัยวะข้างเคียง
- การส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน
- ขาดการประสานข้อมูล

ทางออกเพื่อสร้างบันทึกเวชระเบียนที่ดี

- มีแบบบันทึกเฉพาะของห้องผ่าตัดที่ครอบคลุมการป้องกันความเสี่ยงทั้งหมด
- มีการกำหนดแนวทางการบันทึกทั้ง 3 ระยะเวลาผ่าตัด โดยประสานทีมสหสาขา เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก
- มีแบบบันทึกทางการแพทย์เฉพาะของห้องผ่าตัด
- เจ้าหน้าที่ทีมสหสาขาทราบแนวทางและตระหนักในความสำคัญ

ประเด็นแลกเปลี่ยนเพิ่มเติม

- เป้าหมายการเขียนในห้องผ่าตัด check list เป้าหมายมีเพื่ออะไร มีการนำไปใช้หรือไม่ (ใน ward หลังจากผ่าตัดแล้ว)
- เวชระเบียน พยาบาลกับของแพทย์ไม่ตรงกันของ JCI จะใช้ลงอันเดียวกัน จะเห็นใน รพ. เอกชน ที่รวมกันในรูปแบบฟอร์ม ไม่ทราบจะเปลี่ยนพฤติกรรมกลงและใช้ข้อมูลร่วมกันในส่วนของ รพ. รัฐอย่างไร



:: แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ::

กลุ่มที่ 6 การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ประเด็นเรียนรู้จากพื้นที่

รพ. ชุมชน

- มีการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 48 ชม
- มีแผนพับแนะนำการดูแลตนเอง
- D/C มีการติดตามทางโทรศัพท์ รพ. ทั่วไป
- มีการดูแลหลังผ่าตัด ตั้งแต่ในห้องพักฟื้น
- 24 - 48 ชม. ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ โดย ศัลยแพทย์ร่วมกับวิสัญญีแพทย์ รพ. ศูนย์
- Lean surgery ใน case appendectomy, D/C ผู้ป่วยภายใน 24 ชม. หลังผ่าตัด

ความเสี่ยงที่พบบ่อย

- การเสียเลือด
- Re intubation extubation
- Post op complication
 - การจัดท่า
 - drain หลุด
 - minivac drain มีปัญหาขาด feed back บริษัท

แนวปฏิบัติที่ดำเนินการ

- Cold compression for reduce bleeding
- Fluid therapy
- S/P hip surgery



ประเด็นแลกเปลี่ยนเพิ่มเติม

- หลังผ่าตัดให้อยู่ recovery room อย่างน้อย 1 ชม. มี scrub และวิสัญญีมาดูแลและมี scrub กับวิสัญญีไปส่งที่ ward
- การเยี่ยมหลังผ่าตัด มีการเยี่ยมหลัง 24 ชม.
- มีการไปคุยและเยี่ยม post op ในกลุ่มที่ใส่ screw อุปกรณ์ในร่างกาย จะมีการติดตาม 1 ปี ถึงจะ discharge เลิกติดตาม มีการส่ง home healthcare เยี่ยมบ้าน
- เมื่อผ่าตัดเสร็จ แพทย์ควรจะไปคุยกับผู้ป่วย
- การ clam สายสวนปัสสาวะ ที่ควรมี ข้อตกลงที่ชัดเจนเชิงวิชาการที่ยอมรับได้

ชุมชนนักปฏิบัติสำหรับหน่วยงานห้องคลอด



ชุมชนนักปฏิบัติ

สำหรับหน่วยงานห้องคลอด



ผู้เชี่ยวชาญ

อาจารย์ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ (มหाराชนครเชียงใหม่)

อาจารย์บุรยา พัฒนจินดากุล (ศิริราช)

อาจารย์ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ (สธพ.)

ใครหลายๆ คน เมื่อปฏิบัติภารกิจหน้าที่ต่างๆเป็นประจำและดำเนินกิจกรรมเหล่านั้นมาเนิ่นนาน อาจเคยชินกับขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติงานนั้นๆ และไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยน ด้วยเรื่องราวจากคนทำงานด้านห้องคลอดเป็นตัวอย่างหนึ่งของผู้ที่ไม่เคยหยุดนิ่งต่อสิ่งที่ทำ นั่นคือ การมองเห็นปัญหาจุดเล็กๆที่ติดค้างในใจผู้ปฏิบัติงานจากทีมงานห้องคลอด กับความ

สงสัยที่พวกเขาเหล่านั้นไม่ปล่อยให้ความเคยชินมาเป็นอุปสรรคในการพัฒนางาน จนกระทั่งปรากฏออกมาเป็นการรวมกลุ่ม รวมตัวของชุมชนนักปฏิบัติหน่วยงานห้องคลอด

ประทับใจอะไรกับงานห้องคลอด

อ.ชเนนทร์ เล่าถึงสิ่งประทับใจที่ได้มาอยู่ภาคสูติรีเวช อาจารย์ประทับใจและมีความสุขพออยู่ๆ ไปเริ่มเรียนรู้ว่า เริ่มเห็นทุกข์และเป็นทุกข์ที่ซ่อนเร้น มีภาพความสุขอยู่มาก อาจารย์ประทับใจผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่ประทับใจในใจมาก คนไข้ตั้งครรภ์แฝด 35 weeks ตัวเหลือง น้ำตาลดำ และมีอัตราการตายมากกว่า 80% คนไข้ต้องนอนใน ICU ซึ่งคุณหมอก็ต้องนอนเฝ้า จนคลอดปลอดภัย และผู้ป่วยก็ประทับใจแพทย์มาก เอาชื่อแพทย์ไปตั้งเป็นชื่อลูก ว่า ชานนท์ (เพราะเห็นชื่อไม่ซ้ำ จากชเนนทร์ไปเป็นชานนท์) ซึ่งคุณหมอก็ยังจำประวัติผู้ป่วยได้ทั้งหมดถึงปัจจุบัน

อ.บุรยา : อาจารย์ประทับใจตั้งแต่เรียน เห็นความสุขที่มันเกิดขึ้นหลังจากการคลอด แม้จะเครียดบ้าง แต่ความสุขมันชัดเจนกว่า ประสบการณ์จากที่เคยช่วยคลอดตอนจบใหม่ ต้องพึ่งพยาบาลเป็นอย่างมาก เช่น เด็กคลอดท่าก้นแต่ด้วยจบใหม่ แม้มตาม staff แต่ก็รอไม่ได้จำเป็นต้องใส่ forceps เพื่อทำคลอดทั้งที่เพิ่งจบใหม่ แต่ยังไม่กล้าเท่าไร แต่พี่ๆ พยาบาลจะเป็นกองเชียร์สำคัญเพราะเราคือคนเดียวในทีมนั้นที่เป็นพระเอกของทีม

ความเสี่ยงที่พบจากห้องคลอด

การระบุดูเด็กผิดพลาด การดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ที่พบ ชื่อมารดา บิดาของเด็กเหมือนกับครอบครัวอื่น ด้วยบริบทที่พบการระบุดูทารก ประสบการณ์การดูแลภาวะเร่งด่วนในกรณีฉุกเฉิน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ย้ายมารับการรักษาต่อจาก รพช.

จากโรงพยาบาลชุมชน มีทั้งตัวอย่างที่ดี และต้องปรับปรุงในรายเดียวกัน เมื่อ 2 ปีที่แล้ว ผู้ป่วยอายุ 39 ปี ป่วยเป็นไทรอยด์ รักษาที่อื่นและครอบครัวเป็นผู้ที่มีความรู้ ด้วยบริบทของ รพ. ที่ห่างไกลกันดาร ผู้ป่วยและญาติต้องการข้อมูล/ความรู้ที่มาก (คุยกับหมอได้คนเดียวคุยกับคนอื่นไม่ได้) มีการบันทึก EDC ผิดก็ถูกเอาเรื่อง เนื่องจากครรภ์เสี่ยง latent period ยาวมาก มีระบบ



ปรึกษา รพศ. แต่การรอกคลอดก็ยังไม่สามารถส่งต่อ รพศ. ได้ ทีมดูแลบันทึกข้อมูลทั้งที่ให้ผู้ป่วย ญาติ รพศ. จนอีกวันหนึ่งได้เฝ้าคลอดจนคลอดที่ รพ. และเด็กคลอดออกมาได้ตอนประมาณตีสอง แต่ด้วย ระหว่างเบ่งคลอดยาวนานกว่าชั่วโมง เด็กคลอดก็มีภาวะ Birth asphyxia ได้ส่งต่อไป รพศ. แต่เด็กเสียชีวิต ช่วงแรกญาติดูจะยอมรับกับการสูญเสีย แต่พอผ่านไปวันรุ่งขึ้นก็ได้รับข้อมูลจากผู้บริหารว่า ญาติไป แจ้งความที่สถานีตำรวจว่าหมอฆ่าลูกของตน อีกอาทิตย์ต่อมาบิดาได้เข้ามาพบแพทย์ด้วยอาการเมามาย โวยวายว่าหมอทำร้ายลูกเค้า หมอพยายามนั่งฟังอย่างมีสติแม้จะถูกตำด้วยถ้อยคำร้ายๆ

ความเสี่ยงสำคัญของการคลอด

1. PPH เราจะนึกถึงเรื่องการประเมน โดยเฉพาะการประเมนปริมาณเลือดที่สูญเสีย หากเรา พยายามวัดจำนวนเลือดแล้ว ก็ตามแต่ต้องสังเกตอาการด้านอื่นๆ อีก และทำควบคู่ไปกับวิธีการอื่นๆ ด้วย เช่น Control cord contraction, Active management หรืออาจจะต้อง train และให้ข้อมูล ผู้เกี่ยวข้อง แม้แต่เรื่องการให้ยา ที่ปัจจุบันใช้ oxytocin จะเป็นอันดับแรกแล้ว เพราะจะ safety มากกว่า (ปัจจุบันเริ่มไม่ใช้แล้ว คือ naradal) ปัจจุบันใช้ cytotex หรือเริ่มมีการใช้ ballon temponade



2. Preterm เพราะข้อจำกัดที่เปลี่ยนไป เช่น เด็ก 900 กรัม ที่นับเป็น abortion ประเด็นส่งต่อ รพ. ก็อาจจะยาก แม้แต่ รพ. เดียวกันก็ยังไม่ย้ายไม่ได้ แต่ trick ที่สำคัญคือให้แพทย์คุยกันเอง แพทย์เด็กคุยกับแพทย์เด็กระหว่างโรงพยาบาล เพื่อการส่งต่อที่ปลอดภัย

3. ความปลอดภัยที่เกิดขึ้น มาจากการขับเคลื่อนผ่านเครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน สร้าง bonding ไว้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย พยายามลดข้อขัดแย้งในทีมทั้งภายในและภายนอก รพ.

4. กรณีคลอดทำกัน station ต่ำแล้ว จนใกล้คลอด แต่มักจะไม่มีปัญหา แต่ถ้าน้ำเดินและยังประเมนไม่ได้จะยากแล้ว การประเมินด้วยการใช้ ultrasound ก็ช่วยได้เยอะ จังหวะของการทำคลอดทำกันก็สำคัญ แต่การทำคลอดเร็วเกินไปก็ไม่ดี แต่กรณีติดค้างในช่องทางคลอดนานเกินไปก็ไม่ควร แต่โดยธรรมชาติการคลอดทำกันจะสามารถคลอดได้เอง ทีมงานเพียงแต่ดูแลเฝ้าระวังระหว่างการคลอด

ดังนั้นการตรวจภายใน จะเป็นทางเดียวที่บอกได้ว่าทำไหน ตรงนี้จึงสำคัญมาก แต่ที่สำคัญถ้ารู้ว่าเป็นทำกันก็ต้องมีการจัดการที่ชัดเจนในเชิงนโยบาย อะไรส่งผลให้คลอดเร็ว การหดตัวของมดลูกถ้าเปิด 8 cms ไม่ควรส่งต่อ หรือถ้าเห็นกันเด็กเท่าเด็ก อย่าได้รีบร้อนทำคลอดเพราะจะเกิดปัญหาตามมาเยอะ เพราะไม่มีประสบการณ์มาก่อน ต้องปล่อยให้คลอดเองตามจังหวะของธรรมชาติ ปล่อยให้คลอด แขน - ขา - ตัวออกมาให้หมดก่อน แต่เมื่อติดหัวให้สังเกตสีผิว การขยับแขน - ขา และศีรษะมีโอกาสคลอดมาเอง แต่ถ้าต้องส่งต่อต้องวางระบบประสานงานที่ดี โทรมปรึกษาเป็นระยะๆ



ประเด็นเรียนรู้จากกลุ่มสมาชิก

กลุ่มที่ 1 การจัดการเมื่อเกิดภาวะ มารดาตกเลือดหลังคลอด

- แนวทางปฏิบัติ คือ ประเมินตั้งแต่ ANC กำหนดสัญญาณลักษณะกลุ่มเสี่ยงในสมุด และเตรียมการที่ดีตั้งแต่ ANC เช่น blood group ในห้องคลอด เตรียมการป้องกันตกเลือดก่อนคลอด เช่น M/G 2 ขวด เปิดเส้น IV การดูแลระหว่าง ANC
- ใฝ่ระวังความก้าวหน้าอย่างใกล้ชิด ทีมพร้อมทั้งปกติ และทีมเสริม ทีมส่งต่อ ทดสอบ เครื่องมือ อุปกรณ์ CPR ทั้งแม่ ลูก อย่าละเลยเรื่องการ monitor และบันทึก และการสื่อสารต่อเนื่องกับญาติ
- หลังทารกคลอด ต้องเน้นเรื่องการประเมิน sign ก่อนตกเลือด เช่น การหดรัศตัวของมดลูก การประเมิน blood loss ประเมินอาการกระสับกระส่าย หน้าซีด เหลือง อ่อนไหวให้เสียเลือดครบ 500 ซีซี เพราะผู้ป่วยต่างกัน ต้องจัดการให้รกคลอดเร็วที่สุด ประเมิน IV ให้พอ อ่อนไหวให้ BP drop จึงรายงาน เพราะไม่ทัน ทีมสำรอง ทีมส่งต่อ พร้อมเรียกทันที การประสานในทีม ต้องมีประสิทธิภาพ มีคนสั่งการชัดเจน ให้ข้อมูลญาติต่อเนื่อง
- แพทย์ stand by ตลอดเวลา



กลุ่มที่ 2 ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) ในระยะแรกเป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของการเจ็บป่วย และเสียชีวิตของมารดา ถึงแม้ว่าในโรงพยาบาลจะยังไม่พบว่า มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด แต่มารดาบางรายมีภาวะ shock และต้องถูกตัดมดลูก ทำให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น

ทีมงานห้องคลอดให้ความสำคัญกับการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และต้องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้คลอดให้มีประสิทธิภาพ จึงพัฒนารูปแบบการพยาบาลระยะที่ 3 ของการคลอด โดยใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกร่วมกับการประคบเย็น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้คลอด และเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

จากการวิเคราะห์การตกเลือดหลังคลอดพบจาก Uterine atony ร่วมกับ Prolong labor กำหนดกระบวนการสำคัญเพื่อการบริหารจัดการที่ปลอดภัย ดังนี้

1. การใช้ Active management ในระยะที่ 3 ของการคลอด
2. ในระยะที่ 1 ของการคลอดเพื่อลดการคลอดยืดเยื้อ โดยมีการเสริมแรง (Augmentation) ลด pain ทั้งระยะ latent และ active phase
3. ในระยะ 2 ชม. หลังคลอด empowerment หญิงหลังคลอดเรื่องการสังเกตการหดตัวของมดลูกและ bleeding per vagina



กลุ่มที่ 3 ในระดับโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องใช้พยาบาลร่วมกันระหว่าง LR และ ER เมื่อมีพยาบาลจาก ER หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน ซึ่งมีระดับความรู้และทักษะแตกต่างกัน มีแนวทางปฏิบัติ : พัฒนาความรู้ จัดทำคู่มือในภาวะ/หัตถการสำคัญ

กลุ่มที่ 4 การเกิด Birth asphyxia พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากการคลอดติดไหล่ มีแนวทางการ ทบทวนและมีการพัฒนาโดย

- การค้นหาความเสี่ยงในระยะฝากครรภ์และมีการส่งต่อข้อมูลให้ห้องคลอดในรายที่เสี่ยงต่อการ เกิดปัญหาของการคลอด
- ปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานตามข้อตกลง ในเรื่องการดูแล การส่งต่อ
- การมีเครือข่ายในเรื่องของอนามัยแม่และเด็กในระดับจังหวัด มีการอบรมความรู้วิชาการ การช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นประจำทุกปี
- การมีระบบ consult จากรพ.แม่ข่าย ทำให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

กลุ่มที่ 5 พบปัญหาทารกคลอดติดไหล่ ที่ทำให้ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด และ ตันแขนหัก จนต้องนอนโรงพยาบาลกว่า 3 เดือน เกิดแนวทางปฏิบัติ 2 แนวทาง ที่ดำเนินการ ได้คือ

- แนวทางการคัดกรองโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ โดยเริ่มกระบวนการคัดกรองในมารดาที่มี ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและมีความเสี่ยงปานกลาง (กลุ่มเสี่ยงสูง เช่น อายุ ≥ 35 ปี, อ้วน BMI ≥ 27 Kg/m² เป็นต้น กลุ่มเสี่ยงปานกลาง อายุ 25 - 35 ปี) ส่ง 50 - gGCT ตั้งแต่ ANC ครั้งแรกในกลุ่มเสี่ยงสูง และ 50 - gGCT เมื่อ GA 24 - 28 wk. ถ้าผล FBS ≥ 140 mg/dl ให้ส่งตรวจ 100 - gOGTT ถ้าผิดปกติ 1 ค่า วินิจฉัยเป็น GDM ถ้าเป็น GDMA2 Refer รพศ. (GA ≥ 32 wk. ทำUSG ทุกครั้งถ้า EFW $\geq 4,000$ gm ให้ refer รพศ.) ถ้าเป็น GDMA1/ผิดปกติ 1 ค่า ให้ควบคุมอาหาร (GA ≥ 32 wk. ทำ USG ทุกครั้งถ้า EFW $\geq 4,000$ gm ให้ refer รพศ.)
- แนวทางการช่วยทำคลอดติดไหล่ เมื่อทารกคลอดติดไหล่ ผู้ทำคลอดหยุดดึงทารกและห้ามกด fundus ให้ตัดฝีเย็บให้กว้างขึ้น ผู้ช่วยทำคลอดตามแพทย์ทันที และตามทีม CPR จนท. ER ประสานสูติแพทย์ รพศ., จนท. LR (หัวหน้าเวร) ช่วยแพทย์รับคลอด จนท. LR (สมาชิกทีม เตรียมอุปกรณ์ CPR, จนท. IPD และผู้ช่วยเหลือคนไข้ จัดท่ามารดาโดยให้งอขาทั้ง 2 ข้าง ชิดบริเวณหัวเข่าให้มากที่สุด แล้วดึงให้เข้าหาหน้าท้อง กดบริเวณเหนือหัวหน้า) แพทย์ ทำคลอดไหล่บนและเมื่อทารกคลอด ช่วย resuscitation

กลุ่มที่ 6 คลอดติดไหล่ที่ห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชนทำให้ทารกได้รับอันตราย ทั้งภาวะ Birth asphyxia/brachial plexus injury/Erb's palsy ทีมผู้ดูแลได้ทบทวนระบบการดูแลและปรับเปลี่ยนแนวทางหลายรูปแบบจนพบว่า จริงๆ แล้วการประมาณค่าน้ำหนักทารกในครรภ์ที่แม่นยำเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้ดีที่สุด โดยนำรูปแบบการประมาณค่าน้ำหนักทารกในครรภ์ หากน้ำหนักมากกว่า 3500 กรัม มีแนวทางการดูแลเฉพาะหรือแพทย์อาจพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าต่อไป

สรุปประเด็นสำคัญที่ควรมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และหาทางออกที่เหมาะสมต่อไป

1. ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage)
2. ปัญหา - ขาดการวางแผนการช่วยเหลือผู้คลอดครรภ์แฝด
3. บุคลากรไม่เพียงพอ (สูติแพทย์ พยาบาล) และขาดทักษะที่เหมาะสม
4. ความรู้การดูแลป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
5. การคลอดฉุกเฉิน
6. CPR มารดา arrest ใน LR
7. Skill staff
8. ภาวะ Birth asphyxia/brachial plexus injury/Erb's palsy
9. การดูแลผู้ป่วยคลอดที่เหมาะสมกับบริบท โรงพยาบาลแต่ละกลุ่ม ทั้ง รพช. รพท. ที่มีสูติแพทย์ หรือไม่มีสูติแพทย์ และ รพศ. ต้องครอบคลุมไปถึงระดับ รพ.สต.
10. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความเสี่ยงสูงที่ต้องเฝ้าระวังและดูแลแต่ละระยะที่เหมาะสม
11. ระบบการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลทั้งภาครัฐ หรือภาครัฐไปเอกชน
12. ความเสี่ยงสำคัญของการคลอด เช่น PPH, preterm, PIH, Birth asphyxia
13. ระบบการดูแลผู้ป่วยข้ามสิทธิ์ หรือชาวต่างชาติที่เข้ามาอยู่ในประเทศ
14. ระบบการให้ข้อมูลและการจัดการข้อร้องเรียน การเจรจาไกล่เกลี่ย

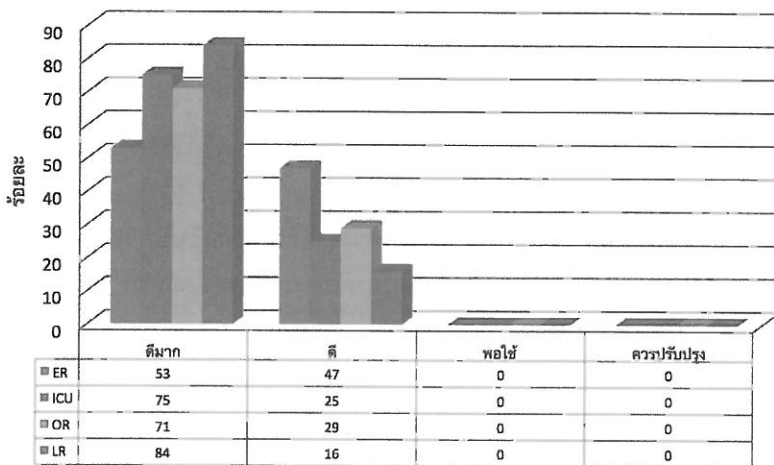
การประเมินผลการประชุม “ชุมชนนักปฏิบัติหน่วยงานความเสี่ยงสูง” ปี 2555

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

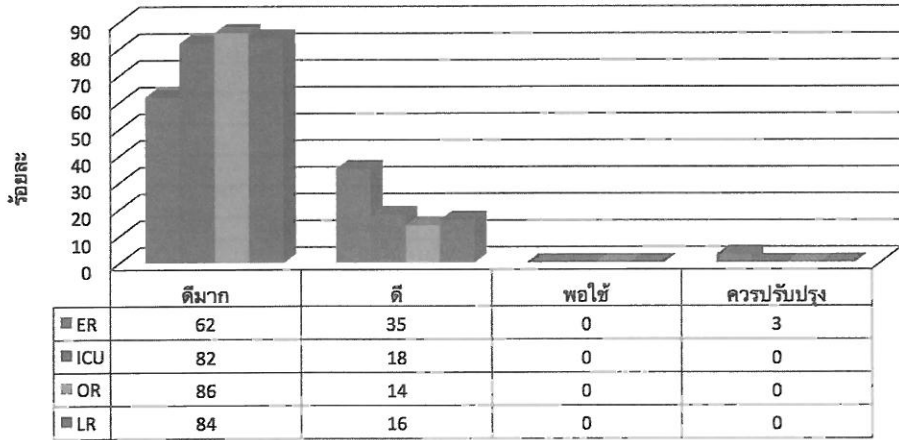
CoP	เป้าหมายรพ.	จำนวน รพ.จริง	จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม
ER	30	28 รพ.	48 คน
ICU	30	21 รพ.	40 คน
OR	30	25 รพ.	46 คน
LR	30	22 รพ.	42 คน
<u>รวม</u>			<u>176 คน</u>

ส่วนที่ 2 บรรยากาศการประชุม

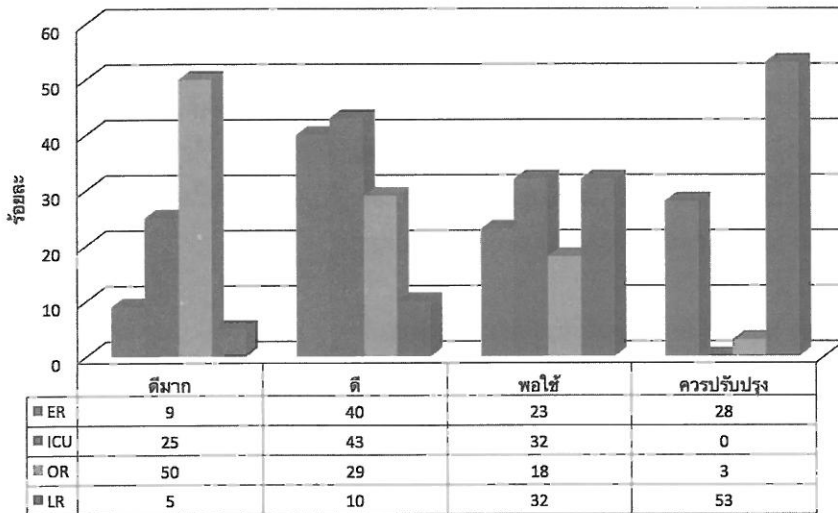
เนื้อหาที่ได้จากการประชุม



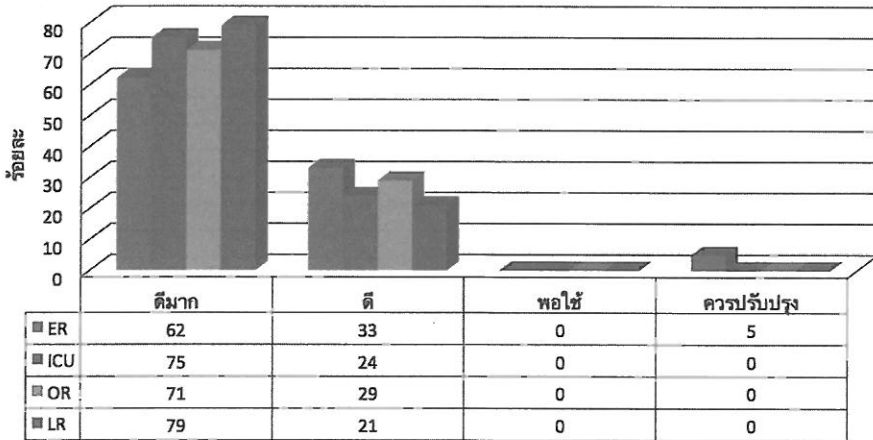
การนำไปใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพ



ความเหมาะสมของวัน/เวลาในการประชุม



ความน่าสนใจของรูปแบบการจัดประชุม



ส่วนที่ 3 ความเห็นข้อเสนอแนะต่อการประชุม

1. ท่านรู้สึกอย่างไรกับการประชุมครั้งนี้

เป็นการประชุมที่ดีมีประโยชน์ สามารถนำข้อมูลประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลตนเองได้ ทำให้ได้เรียนรู้ประสบการณ์ของหน่วยงาน อื่นๆ ได้รับความรู้จากการแชร์ประสบการณ์ร่วมกัน และมีความสุขสนุกสนาน การนำข้อมูลจากการแข่งขันไปใช้ได้ในการปฏิบัติงาน ตรงใจ เปิดโลกทัศน์ ไม่เครียดเหมือนการประชุมทั่วไป ได้เห็นตัวอย่างดีๆ จาก รพ. อื่น ประทับใจ เกิดมุมมองที่แตกต่างออกไป ไม่น่าเบื่อไม่ง่วง ได้แลกเปลี่ยน และวิทยากรมีความสามารถทุกคน ทำได้อย่างไรที่สามารถเชิญคนมาร่วมแชร์ประสบการณ์ได้เยอะๆ เป็นการประชุมแบบเป็นกันเอง จะนำกลับไปใช้ใน รพ. เพราะประทับใจในความมีส่วนร่วมของทุกคน เป็นประชุมแรกที่ไม่ง่วงนอนเลย

2. ท่านคิดว่า ท่านได้ประโยชน์อะไรจาก การประชุมครั้งนี้

สามารถนำแนวทาง ข้อคิดเห็นปรับใช้กับงานตนเอง จากแต่ละ รพ. มีการบริหารจัดการปัญหาแต่ละเรื่องอย่างไร นำความรู้ที่ได้รับแลกเปลี่ยนไปปรับใช้ในงาน ความรู้ใหม่ ชอบแต่น่าจะจัด 2 วัน ได้แนวคิดในการพัฒนา ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ที่เราอาจไม่เคยเจอ ได้ share ส่วนที่มีและเติมเต็มในส่วนที่ขาด เพื่อนำไปปรับใช้กับงาน รพ. ตัวเอง มีแนวทางแก้ไข มีแรงกระตุ้นให้คิดที่จะทำ R2R นำไปประยุกต์ใช้กับงานที่กำลังปฏิบัติอยู่ ปัญหาการแก้ไขที่ได้รับฟังจากการอภิปรายร่วมกัน รพ. อื่นได้เติมเต็มในส่วนที่เราขาด

3. ท่านพร้อมจะเข้าร่วมประชุม CoP ER ในครั้งต่อไปหรือไม่ พร้อมอย่างยิ่ง

4. ท่านพร้อมจะเข้าร่วม Social network หรือไม่ว่างไร ยินดีอย่างยิ่ง

5. อื่นๆ

ควรเพิ่มระยะเวลามากกว่านี้ เนื่องจากมีหลายประเด็นที่ยังไม่ได้พูดคุยกันแลกเปลี่ยน ขอให้เพิ่มจำนวนคน

ควรจัด CoP ระหว่างหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากมีส่วนเชื่อมโยงร่วมกันดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และควรให้ทุกคนได้มีงานเลี้ยงสังสรรค์ ตอนเย็น เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยน เครือข่าย มีรูปถ่ายมี ชื่อ ที่อยู่ เบอร์ tel ติดต่อเพื่อให้เกิดเครือข่ายแท้จริง อยากให้นำข้อมูลในการประชุมครั้งนี้ที่ได้รับการปรับปรุง เพื่อแก้ไขให้ดีขึ้น น่าจะจัดประชุมลักษณะนี้ แยกเป็นแต่ละส่วนภูมิภาค



จากใจคุณอำนวย

คุณอำนวย ในความหมายของโครงการ CoP หน่วยงานความเสี่ยงสูงในที่นี้ก็คือทีมงานจัดการความรู้ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีไว้เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่กลุ่มสมาชิกในชุมชนนักปฏิบัติสำหรับหน่วยงานความเสี่ยงสูงนั่นเอง เพราะตามแผนงานโครงการในปีงบประมาณ 2555 นั้น มีแผนที่จะรวบรวมผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญในการทำงานภายใต้บริบทเฉพาะของหน่วยงาน ความเสี่ยงสูง หน่วยงานฉุกเฉิน หน่วยงานวิกฤติ หน่วยงานห้องผ่าตัดและหน่วยงานห้องคลอด เนื่องจากเป็นปีที่ 1 ของการเริ่มต้น ทางทีมงานได้เห็นเส้นทางของมิตรแท้ที่พร้อมจะมาร่วมกันสร้างสรรงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการทำงานให้ดีขึ้นสำหรับหน่วยงานตนเอง และความเป็นวิชาชีพของตน ถ้ามถึงบรรยากาศการประชุมที่ผ่านมาทั้ง 4 ครั้ง เราประทับใจมากกับภาพที่เห็นเพราะบรรยากาศดีและราบรื่น แต่การพบกันเป็นครั้งแรก การพูดคุยกันจึงยังไม่เจาะลึกจนได้ประเด็นที่แหลมคม หลายคนจากไม่รู้จกคำว่า “ชุมชนนักปฏิบัติ” พอได้มาร่วมประชุมจึงรู้จักและเข้าใจความหมายของคำนี้ ในเวทีประชุมทำให้เกิดการรวมตัวแสดงความเป็นทีมเดียวกันแบบธรรมชาติพร้อมแลกเปลี่ยนกันอย่างทั่วถึงและได้เรื่องราวที่น่าสนใจมากมาย ผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน ที่เชิญมาร่วมแลกเปลี่ยนแต่ละท่าน ต่างมุ่งมั่นตั้งใจให้ข้อมูลให้ความเห็นกันอย่างเต็มที่ หลายท่านสะท้อนความรู้สึกว่าวันนี้ สรพ. เปลี่ยนไปที่กล้าออกจากกรอบเดิม เพราะคนภายนอกมองว่า สรพ. เป็นสถาบันที่ตั้งขึ้นมาเพื่อการประเมินและรับรองเท่านั้น

จะทำอะไรต่อไปเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง สิ่งที่คุณอำนวยเริ่มคิดวางแผนร่วมกับชุมชนนักปฏิบัติทั้ง 4 ชุมชน เราจำเป็นต้องหาช่องทางให้สมาชิกได้พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนกันได้อย่างสม่ำเสมอมากที่สุด จึงวางแผนร่วมกันว่าเราจะจัดช่องทางผ่าน Social network แบบกลุ่มปิด ใช้ mail ตั้งกลุ่มเพื่อการสื่อสาร จัดทำระบบจดหมายข่าว tele - conference ในกลุ่ม ทั้งวางแผนการพัฒนาให้เกิด model ที่ดีเพื่อใช้ในการขยายผลการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน พร้อมจะสานงานต่อกับองค์กรและสภาวิชาชีพอื่นๆ และจะอย่างไรให้คนทั้งภายในและภายนอก สรพ. รับรู้เรื่องราวและความเคลื่อนไหวของกิจกรรมของแต่ละชุมชนด้วยกันได้ จึงเป็นที่มาของการรวมเล่มเรื่องราวจาก...เวทีชุมชนนักปฏิบัติ หน่วยงานความเสี่ยงสูง ปีที่ 1 ขึ้น และในอนาคตจะรวมเล่ม แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยจากชาวชุมชนแต่ละกลุ่มเพื่อขยายเครือข่ายต่อไป

“หัวใจ

ของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่สำคัญคือ ความสนใจ
ร่วมกัน ใส่ใจความคิดของกันและกัน และสร้างชุมชน
ซึ่งเชื่อใจกัน การหาโอกาสเรียนรู้ ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับ
การเรียนรู้ ให้มองหาสาเหตุ เพื่อนำไปสู่การติดตามช่วยเหลือ
สมาชิกในกลุ่ม ที่อาจมีผลต่อการมีส่วนร่วมและการแยกตัวของ
สมาชิก เมื่อมีการนำความรู้ไปใช้ในบริบทอื่นหรือมีการ
ส่งผ่านข้อมูลข่าวสารไปยังสมาชิก ให้ติดตามเรียนรู้การ
ปรับเปลี่ยนความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนและการแปล
ความหมายใหม่ รับรู้การเกิดขึ้นของวิธี
ปฏิบัติใหม่ๆ ในที่ไกลหูไกลตา”

