

เคล็ดลับ
งาน
คุณภาพ
(2561-2564)



ตุลาคม 2564



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)



คำนำ

ตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้จัดทำบทความ “เคล็ดลับงานคุณภาพ” เพื่อเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และความรู้อื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มาตั้งแต่ปี 2561 ถึง 2564 โดยจัดทำเป็นบทความสั้นๆ ที่สรุปสาระสำคัญของเนื้อหาทางวิชาการและเนื้อหาที่สร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ความยาวบทความละ 1 - 3 หน้า เพื่อช่วยให้ผู้อ่านได้เข้าใจสาระสำคัญโดยไม่เสียเวลาในการอ่านมากนัก

เมื่อครบรอบ 4 ปีของบทความ “เคล็ดลับงานคุณภาพ” บทความที่เขียนจึงมีจำนวนมากพอสมควร สถาบันจึงเห็นควรที่จะรวบรวมและเรียบเรียงบทความเหล่านี้ไว้เป็นรูปเล่ม โดยมีการจัดหมวดหมู่ของบทความเป็น 3 หมวด คือ หมวดว่าด้วยมาตรฐาน HA หมวดว่าด้วยแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และหมวดว่าด้วย COVID-19 ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของเนื้อหาของบทความ และสะดวกต่อการสืบค้นและอ้างอิงต่อไปในอนาคต

สถาบันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาใน “เคล็ดลับงานคุณภาพ (2561 - 2564)” จะเป็นประโยชน์ในการสร้างเสริมการเรียนรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ อันจะนำไปสู่คุณภาพบริการสุขภาพที่น่าไว้วางใจ และความปลอดภัยของทุกคนที่เกี่ยวข้อง

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
ตุลาคม 2564

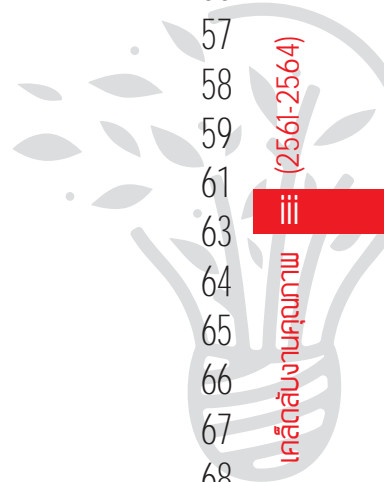
(2561-2564)

เคล็ดลับงานคุณภาพ

สารบัญ

คำนำ	i
สารบัญ	ii
หมวดที่ 1 มาตรฐาน HA	1
มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4	3
การกำกับดูแล (governance)	4
การกำกับดูแลทางคลินิก (clinical governance)	6
ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ (Ethical Dilemma)	8
ภาวะกตัญญูเฉียบพลัน	10
core competency ขององค์กร	11
การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	12
ประเด็นใหม่ในบท "ผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน"	14
การติดตั้งกล้องวงจรปิดกับสิทธิผู้ป่วย	15
ปรึกษาการดูแลผู้ป่วยกันทาง Line อย่างไรให้ปลอดภัย	16
กำลังคน (workforce)	17
สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาล	19
การฝึกทักษะผ่านการจำลองสถานการณ์เสมือนจริง (simulation)	20
การจัดการห่วงโซ่อุปทาน (supply chain management)	22
การไหล (flow)	23
การเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการ	25
SIMPLE 2018	26
ระบบบริหารความเสี่ยง	28
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event)	30
Root Cause Analysis (RCA)	33
แผนการพัฒนาเพื่อลด Adverse Event	35
การประเมินความเสี่ยงของระบบงานด้วย CARVER matrix	37
ระบบสำรองสำหรับก๊าซที่ใช้ทางการแพทย์	38
แนวทางการป้องกันอันตรายจากอุปกรณ์ไฟฟ้าดูด	40
Air Flow	42

ใช้วัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีการ reuse อย่างไรให้ปลอดภัยมากขึ้น	44
ภาวะติดเชื้อจากการผ่าตัดต่อกระดูก	45
การใช้ยาต้านจุลชีพ	47
การดักจับความคลาดเคลื่อนทางยา	48
ผู้ป่วยที่อเมริกาเสียชีวิตจากความคลาดเคลื่อนทางยา	49
ข้อพึงระวังในการสั่งใช้ยาต่อเนื่องในระยะยาว	51
การรับมือโรคระบาด	52
การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย VS. ระบบการดูแลผู้ป่วย	53
การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	55
การประเมินผู้ป่วย	56
การวินิจฉัยผิดพลาด (1)	57
การวินิจฉัยผิดพลาด (2)	58
การอธิบายผลการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย	59
Identification error	61
การจัดการความปลอดภัย	63
การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	64
ผู้ป่วยตกเตียงที่แผนกผู้ป่วยนอก	65
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยเตียง	66
ภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือด	67
การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการพัฒนาคุณภาพ	68
ความปลอดภัยในขณะส่งต่อผู้ป่วย	70
Driver Diagram	71
Control Chart	73
Patient Experience	75
หลักในการเขียนแบบประเมินตนเอง (Self-Assessment Report)	76
Hospital Profile 2018	78
ลักษณะองค์กร, บริการหลัก และสมรรถนะหลักขององค์กร	80
การเขียนแบบประเมินตนเอง ตอนที่ 1-3	81
การเขียนแบบประเมินตนเอง ตอนที่ 4	82
ใบอนุญาตใช้อาคารของโรงพยาบาลเอกชน	84

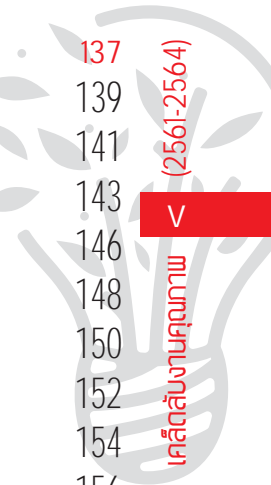


ทำความเข้าใจการประเมินที่หลากหลายของ สรพ.	86
เปรียบเทียบ Advanced HA กับ HA	88
การประเมินรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA) ตอนที่ 1	89
การประเมินรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA) ตอนที่ 2	90
Provincial Network Certification (PNC)	91
Spiritual HA	92
Spiritual HA Standards	94
มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข	95
หมวดที่ 2 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	97
Global Ministerial Summit on Patient Safety 2018	99
ข้อเท็จจริง 10 ประการเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย	100
Speak Up in The First Global Patient Safety Day	102
Speak up	103
เส้นทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพในประเทศไทย (1)	104
เส้นทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพในประเทศไทย (2)	105
เส้นทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพในประเทศไทย (3)	106
เส้นทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพในประเทศไทย (4)	108
ความเชื่อมั่นที่มีต่อบริการของโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA	110
HA กับ TQA	111
TQA, HA และ PMQA	112
ISO 31000 และ COSO Framework	114
Lean (1)	115
Lean (2)	116
“คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม” จากท่าน ว. วชิรเมธี	117
ครูสร้างทาง ทางสร้างคน คนสร้างชาติ	118
สังฆะ-ประชา-รัฐ	119
19 th HA National Forum “คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม”	120
ระบบสุขภาพยุคใหม่เชื่อมสังคมไทยเป็นหนึ่งเดียว	121
หลักประกันสุขภาพต้องมีคุณภาพเป็นเป้าหมายสำคัญ	122
การเปลี่ยนแปลงซึ่งนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน	123

3P กับปีเก่า-ปีใหม่	124
13 หมูป่ากับมาตรฐาน HA	125
ภาพของโรงพยาบาลในอนาคต	127
แนวทางการให้บริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine)	128
Telemedicine Clinic ในปั้มน้ำมันปตท.	130
การใช้ AI ในการรักษาพยาบาล	131
New Services in Hospitals	132
New Services in Primary Care	134
Home Care & Self Care	135
Seamless People-Centered Care	136

หมวดที่ 3 COVID-19

การจัดการโรงพยาบาลภายใต้สถานการณ์การระบาดของ COVID-19	137
การเตรียมความพร้อมโรงพยาบาล เพื่อรับมือกับ COVID-19	139
Business Continuity Management (BCM)	141
New Normal in Healthcare	143
COVID-19 กับการจัดการสิ่งแวดล้อม	146
การสื่อสารภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค	148
การดูแลผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการไม่มากที่บ้านของตนเอง	150
แนวปฏิบัติในการบริหารจัดการศูนย์พักคอยในชุมชน	152
Lean Operation กับขั้นตอนการฉีดวัคซีน COVID-19	154
ชนิดของวัคซีนที่ใช้ในการป้องกัน COVID-19	156
จุดเด่นและผลข้างเคียงของวัคซีน COVID-19 แต่ละชนิด	158
Immunization Stress-Related Responses	160
การเกิดภูมิเลือดหลังการฉีดวัคซีน COVID-19	162
ในกลุ่ม viral vector (ตอนที่ 1)	164
การเกิดภูมิเลือดหลังการฉีดวัคซีน COVID-19	166
ในกลุ่ม viral vector (ตอนที่ 2)	166
การเกิดหัวใจอักเสบหลังการฉีดวัคซีน COVID-19 ในกลุ่ม mRNA	168





หมวดที่

1

มาตรฐาน HA





มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ได้รับการรับรองจาก The International Society for Quality in Health Care (ISQua) ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 2561 การรับรองครั้งนี้ เป็นการต่ออายุการรับรองมาตรฐานที่ สรพ. ใช้ในการ ประเมินรับรองโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการรับรองจาก ISQua มาตั้งแต่ปี 2553 และ 2557 ตามลำดับ มาตรฐานฉบับที่ 4 จะนำมาใช้ในการประเมินรับรองโรงพยาบาลเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2561 เป็นต้นไป



มาตรฐานฉบับที่ 4 มีเนื้อหาสาระที่เพิ่มเติมจากมาตรฐานฉบับที่ 3 อยู่หลาย ประเด็น ที่สำคัญ ได้แก่

1. การกำกับดูแลทางคลินิก (clinical governance)
2. ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ (ethical dilemma)
3. ความปลอดภัยของระบบสารสนเทศ (cyber security)
4. การจัดการการเรียนการสอนทางคลินิก (clinical education)
5. กรอบการจัดการความเสี่ยง ทะเบียนความเสี่ยง (risk register)
6. แนวทางการนำอุปกรณ์แบบใช้ครั้งเดียวกลับมาใช้ซ้ำ
7. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use)
8. สมรรถนะและความปลอดภัยของรถพยาบาล

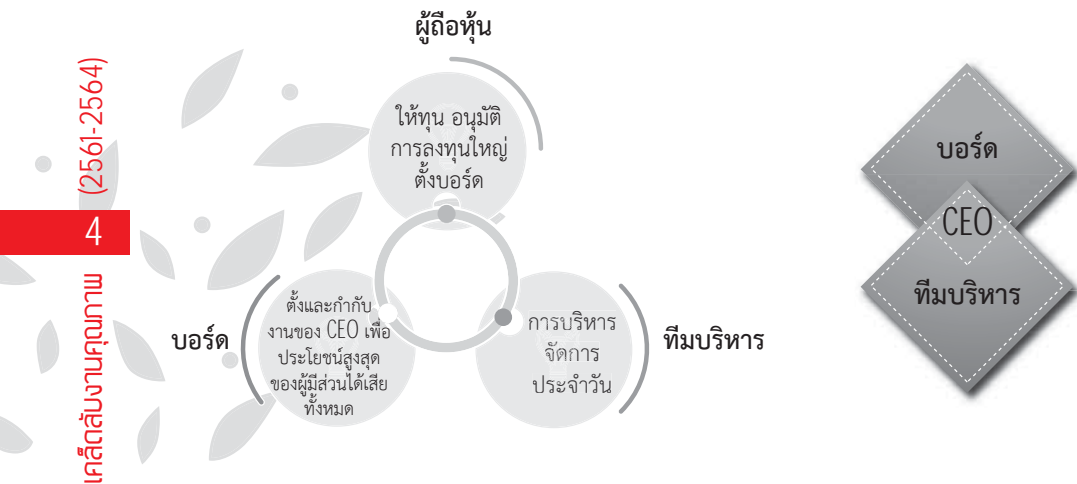
การปรับปรุงมาตรฐานส่งผลให้ต้องมีการปรับปรุงคู่มือของมาตรฐาน แบบประเมิน ตนเอง และวิธีการให้คะแนนในแต่ละข้อ ซึ่ง สรพ. จะได้สื่อสารให้โรงพยาบาลทราบ ในโอกาสต่อไป



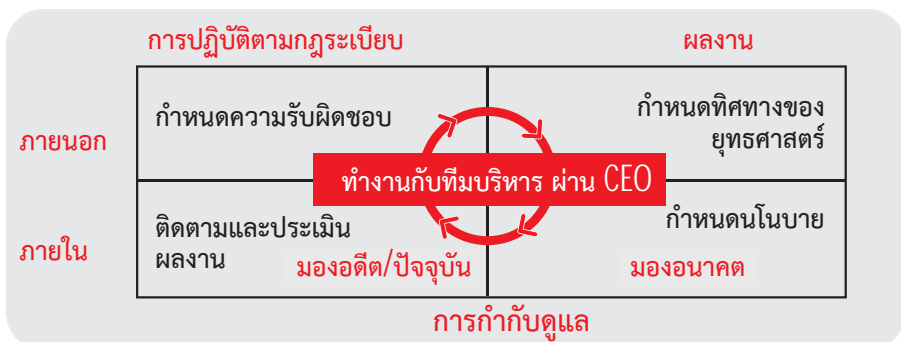
การกำกับดูแล (governance)

ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 ในบท "การนำ" ได้กำหนดว่า องค์กรมีระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม มีความรับผิดชอบต่อสังคม

สมาคมส่งเสริมสถาบันกรรมการบริษัทไทย (Institute of Director – IOD) ได้สรุปบทบาทและความสัมพันธ์ของ ผู้ถือหุ้น, บอร์ด และทีมบริหาร ไว้ตามแผนภาพด้านล่าง



กรอบที่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์กิจกรรมของบอร์ด คือ Extended Tricker Model



ในโรงพยาบาลภาครัฐ ผู้ที่ทำหน้าที่บอร์ดจะไม่ชัดเจนเหมือนภาคเอกชน ดังนั้นจึงอนุมูลงว่าผู้ที่ทำหน้าที่กำกับติดตามประเมินผลงานของโรงพยาบาล (เช่น กรรมการที่มืองค์ประกอบจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือภาคประชาชนร่วมด้วย แต่ถ้าไม่มีเลย ก็อาจจะเริ่มจากกรรมการบริหารโรงพยาบาลไปพลางก่อน) ทำหน้าที่บอร์ด



การกำกับดูแลทางคลินิก (clinical governance)

การกำกับดูแลทางคลินิกเป็นกรอบที่สถานพยาบาลใช้เพื่อแสดงความรับผิดชอบในการธำรงคุณภาพและมาตรฐานในงานบริการ ตลอดจนยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การจัดการงานคลินิกบริการอย่างเหมาะสมและการสร้างสภาพแวดล้อมที่ช่วยเสริมสร้างงานบริการที่เป็นเลิศ

ถ้าพูดแบบภาษาง่ายๆ ก็คือ คณะกำกับดูแลโรงพยาบาล (ถ้าเป็นในโรงพยาบาลเอกชน ก็คือ บอร์ด ส่วนในโรงพยาบาลภาครัฐ โครงสร้างนี้ไม่ชัดเจนนัก อาจเป็นบอร์ด/อธิการบดี/ อธิบดี/ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด) ให้ความสำคัญไม่เพียงแค่นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนการเงิน และผลประกอบการของโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญในการกำกับติดตามคุณภาพงานรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้งานรักษาพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพในระดับที่สูงขึ้น องค์ประกอบที่สำคัญของการกำกับดูแลทางคลินิก แสดงไว้ในแผนภาพด้านล่าง



ประเด็นที่มักถูกถามบ่อย คือ

1. โรงพยาบาลไม่ใช่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ จึงไม่เกี่ยวกับการศึกษา ใช่หรือไม่

คำตอบ ไม่ใช่ เพราะในปัจจุบัน โรงพยาบาลทุกแห่งมีนักศึกษาพยาบาลมาฝึกงานอยู่ และมีการเรียนการสอนซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวข้องอย่างไรกับการกำกับดูแลทางคลินิก

คำตอบ แนวคิดปัจจุบันเชื่อว่า การเปิดเผยข้อมูลโรงพยาบาลต่อผู้ป่วยและสาธารณะ จะกระตุ้นให้โรงพยาบาลต้องทบทวนตนเองบ่อยๆ ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพงานบริการ และเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาของผู้ป่วยและญาติ ตัวอย่างการเปิดเผยข้อมูล ได้แก่ การเปิดเผยหรือแสดงข้อมูลบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลจัดให้มี การแสดงผลลัพธ์การรักษาโรคต่างๆ บน website ของโรงพยาบาล การจัดให้มีช่องทางที่จะรับฟังความคิดเห็นหรือเรื่องร้องเรียน

ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบาก ในการตัดสินใจ (Ethical Dilemma)

ในบทการนำของมาตรฐานฉบับที่ 4 ได้มีการกำหนดเกณฑ์ข้อใหม่ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางจริยธรรม คือ “องค์กรจัดให้มีกลไกเพื่อการรับรู้และจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ ด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม”

ตัวอย่างประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ เช่น ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการรับเลือดจากผู้อื่นเป็นบาป แต่แพทย์วางแผนการรักษาว่าต้องให้เลือดกับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยเสียเลือดเป็นจำนวนมาก; ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV แต่ห้ามแพทย์บอกภรรยา เพราะภรรยาจะตีจาก แต่การที่แพทย์ไม่บอกภรรยา ก็อาจทำให้ภรรยาติดเชื้อ HIV ไปด้วย

วัตถุประสงค์ของเกณฑ์ข้อนี้ ไม่ได้คาดหวังว่าโรงพยาบาลจะมีคำตอบที่ตายตัวสำหรับทุกประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ แต่เป็นการชี้แนะให้โรงพยาบาลกำหนดกลไกการทำงานที่เอื้อให้ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจมีการจัดการด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม ขั้นตอนที่น่าจะนำมาพิจารณาใช้ในการจัดการ ได้แก่

- โรงพยาบาลสร้างกลไกช่วยเหลือทีมผู้รักษาพยาบาลในกรณีที่ทีมอาจมีความลังเลในการตัดสินใจ กลไกเหล่านี้ เช่น แหล่งข้อมูลคำแนะนำของสภาวิชาชีพ รายชื่อแพทย์ที่มีประสบการณ์และพร้อมที่จะให้คำปรึกษา แหล่งข้อมูลทางกฎหมายที่ง่ายต่อการสืบค้นชื่อผู้มีบาร์มีเนอุมชนที่จะช่วยมองปัญหาและพูดคุยกับผู้ป่วย

- สร้างให้ทีมผู้รักษาพยาบาลมีความไวต่อการรับรู้ว่าจะเกิดประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจขึ้น

- จำแนกประเด็นทางจริยธรรมที่ขัดแย้งกันออกมาให้ชัดเจนว่าเป็นประเด็นอะไรบ้าง

- หาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพิ่มเติมอย่างรอบด้านเพื่อประกอบการตัดสินใจ
ถ้ายังไม่มั่นใจก็ติดต่อทีมให้คำปรึกษาที่พร้อมให้คำแนะนำ

- ทีมผู้รักษาพยาบาลตัดสินใจให้การดูแลรักษาบนพื้นฐานของเหตุผลและสภาพ
แวดล้อมที่รับฟังได้

- จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ว่าการตัดสินใจดังกล่าวนำไปสู่ผลลัพธ์อะไร และถ้า
เผชิญกับประเด็นลักษณะดังกล่าวอีกในอนาคต ควรต้องมีข้อมูลใดเพิ่มและต้องคำนึงถึง
อะไรเพิ่มเติม ก่อนการตัดสินใจหรือไม่ และควรตัดสินใจในลักษณะเดิมหรือไม่



ภาวะกตัญญูเวียนพลัน

หนึ่งในประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจของแพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต คือ ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต และไม่น่าจะมีโอกาสรอดแล้ว อาจมีลูกของผู้ป่วยคนหนึ่งเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน และรับรู้ถึงความทุกข์ของทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้ให้การดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างช่วงเวลาของการดูแลที่ยาวนานนี้ จึงมีความเห็นที่จะทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ แต่จะมีลูกอีกคนหนึ่ง แสดงความจำนงให้ดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ และถ้าผู้ป่วยหยุดหายใจ แพทย์ก็ต้องช่วยฟื้นคืนชีพอย่างเต็มที่ ซึ่งความคิดเห็นของญาติที่แตกต่างกัน อาจเกิดขึ้นจาก

1. ความเชื่อว่าการดูแลรักษาและช่วยฟื้นคืนชีพอย่างเต็มที่อาจจะมีปาฏิหาริย์
2. ความไม่ไว้วางใจว่าการที่แพทย์แนะนำให้หยุดการดูแลรักษาจะเป็นคำแนะนำที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยรายนี้ แต่อาจเกิดจากความต้องการประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล
3. ความรู้สึกลึกๆ ในใจว่ายังไม่ได้ดูแลผู้ป่วยให้ดีพอ จึงต้องการแสดงความกตัญญู โดยการดูแลผู้ป่วยของตนให้ดีที่สุดในช่วงสุดท้าย

วิธีการที่จะช่วยจัดการกรณีที่มีความคิดเห็นที่แตกต่างกันของญาติ ได้แก่

- เข้าใจความรู้สึกของญาติผู้ป่วยทุกคน และให้ข้อมูลทางวิชาการที่ชัดเจนและเพียงพอแก่ทุกคน
- เคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย (กรณีผู้ป่วยแสดงเจตจำนงที่เป็นไปตามหลักกฎหมาย) หรือของญาติผู้ที่รับมอบหมายให้เป็นผู้ตัดสินใจ
- แพทย์บันทึกคำอธิบายที่ได้ให้ไปแก่ญาติ และขั้นตอนการดูแลรักษาที่ครบถ้วนตามความเป็นจริง ไว้ในเวชระเบียน
- สื่อสารกับญาติผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในช่วงก่อนและหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

core competency ขององค์กร

เวลาเขียนแบบประเมินตนเองของ สรพ. คำๆ หนึ่งที่โรงพยาบาลมักจะไม่ค่อยเข้าใจว่าจะให้เขียนอธิบายว่าอย่างไร และโรงพยาบาลอาจจะไม่เคยนำคำๆ นี้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนจริงๆ คือคำว่า core competency ขององค์กร

core competency ขององค์กร คือ กระบวนการหรือทักษะความเชี่ยวชาญสำคัญที่โรงพยาบาลมีอยู่ที่จะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถทำงานได้ตามพันธกิจที่ตั้งไว้ ดังนั้น core competency จึงควรเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลมีอยู่แล้ว หรือจะสามารถพัฒนาให้มากขึ้นได้ในอนาคตอันใกล้ เพราะโรงพยาบาลต้องนำ core competency ไปใช้ในการขับเคลื่อนพันธกิจขององค์กร โดยทั่วไป core competency ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจะเป็นสิ่งที่ช่วยสร้างความโดดเด่นและสร้าง brand ให้กับโรงพยาบาลแห่งนั้น

บางครั้งโรงพยาบาลนำวิสัยทัศน์ที่มีการกำหนดมา มาเป็น core competency ขององค์กร เช่น วิสัยทัศน์กำหนดว่า จะเป็นศูนย์ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ จึงมากำหนด core competency ของโรงพยาบาลว่าเป็น ความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ แต่สภาพความเป็นจริง ทั้งอาคารสถานที่ เครื่องมือ บุคลากร และกระบวนการทำงาน ไม่มีส่วนไหนที่แสดงความเป็นเลิศได้เลย ความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุจึงไม่ใช่ core competency ของโรงพยาบาลแห่งนี้

บ่อยครั้งที่โรงพยาบาลนำความเชี่ยวชาญพิเศษของแพทย์เฉพาะทางที่มีอยู่ 1 คน มาบรรยายเป็น core competency ของโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะใช่หรือไม่ใช่ก็ได้ คำถามง่ายๆ ที่โรงพยาบาลควรถามตนเอง คือ ถ้าแพทย์ท่านนั้นย้ายไปโรงพยาบาลอื่น core competency ที่โรงพยาบาลเข้าใจว่ามีอยู่ จะสามารถสร้างกลับมาได้ในระยะเวลาไม่นานนักได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้ สิ่งนี้ก็ไม่ใช่ core competency ที่มั่นคงในระยะยาวนัก

ในเชิงการวางแผน พันธกิจส่วนที่โรงพยาบาลต้องทำ แต่โรงพยาบาลไม่มี core competency จำเป็นต้องมีการจัดการ มิฉะนั้นพันธกิจที่วางไว้ก็จะไม่สำเร็จ ทางเลือกที่ผู้บริหารจะใช้ในการขับเคลื่อนพันธกิจในส่วนที่องค์กรไม่มี core competency ได้แก่

- การสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่มีเป้าหมายร่วมกัน (collaboration)
- การเชิญผู้เชี่ยวชาญมาร่วมลงทุนการดำเนินงาน (joint venture)
- การจ้างเหมาบริการกับผู้เชี่ยวชาญกว่า (outsourcing)

การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 ในบท กลยุทธ์ หัวข้อ I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (STG.2) กำหนดไว้ว่า “องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์”

จากประสบการณ์การตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลในช่วงที่ผ่านมา พบว่าปัจจุบันทุกโรงพยาบาลมีการจัดทำแผนกลยุทธ์เรียบร้อยแล้ว และแผนส่วนใหญ่ก็มีคุณภาพในระดับหนึ่ง แต่ความท้าทายสำคัญที่มักพบเสมอ คือ แผนกลยุทธ์ที่จัดทำขึ้นมีเป้าหมายเพื่อนำส่งหน่วยที่เหนือขึ้นไป มากกว่าใช้เพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาในโรงพยาบาลอย่างจริงจัง

องค์ประกอบที่จะทำให้การขับเคลื่อนกลยุทธ์เกิดประสิทธิผล ได้แก่

1. เข้าใจองค์กรและพัฒนาระบบงานพื้นฐาน โดยการทำความเข้าใจค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กรที่ดำรงอยู่ ตลอดจนความต้องการของผู้มารับบริการ หลังจากนั้นก็จัดเตรียมทรัพยากรและกระบวนการทำงานปกติให้สามารถตอบสนองความต้องการของทุกภาคส่วนได้มากที่สุด ทั้งในการจัดการห่วงโซ่อุปทาน การจัดการกำลังคน การจัดการระบบบริการ และการจัดการความเสี่ยง

2. เหนียวนាំให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับกลยุทธ์ ซึ่ง Kotter ได้แบ่งการเหนียวนាំให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็น 8 ขั้นตอน คือ 1) สร้างความรู้สึกร่วมว่าองค์กรจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลง 2) สร้างแนวร่วมจากหลากหลายหน่วย 3) กำหนดวิสัยทัศน์ 4) สื่อสารวิสัยทัศน์ 5) เสริมพลังและสร้างศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติเพื่อการบรรลุวิสัยทัศน์ 6) กำหนดเป้าหมายระยะสั้น 7) เรียนรู้จากการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายระยะสั้น เพื่อหมุนวงรอบใหม่ของการเปลี่ยนแปลง 8) นำประสบการณ์ที่ได้มากำหนดเป็นแผนการขับเคลื่อนทั้งองค์กร

3. สื่อสารกลยุทธ์กับบุคลากรภายในองค์กรและกับภาคส่วนสำคัญ (key stakeholders) โดยผู้บริหารระดับสูงขององค์กร และควรผลิตสื่อที่ช่วยอธิบายกลยุทธ์ภายในหนึ่งหน้ากระดาษ ว่าองค์กรอยากเห็นการเปลี่ยนแปลงอะไร ทำโดยกลยุทธ์อะไร และมีแผนปฏิบัติการสำคัญอะไรบ้าง

4. กำกับติดตามการเปลี่ยนแปลง โดยการกำหนดตัวชี้วัดทั้งตัวชี้วัดนำ (lead indicator) และตัวชี้วัดตาม (lag indicator) ที่เหมาะสมและมีจำนวนไม่มากเกินไป มีการติดตามตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ และเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงยุทธศาสตร์ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อปรับแผนให้เหมาะสมกับสถานการณ์อยู่เสมอ



ประเด็นใหม่ในบท “ผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน”

ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 ในบท 1-3 ผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน มีประเด็นใหม่ที่ควรสร้างความเข้าใจ ดังนี้

1. การพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืนนั้น ผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องคำนึงถึง แต่ก็ต้องอย่าลืมนำถึงภาคส่วนสำคัญอื่นๆ ที่จะเป็นผู้รับผลงานของโรงพยาบาลด้วย ได้แก่ ชุมชน กองทุนที่เป็นผู้จ่ายเงินด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สังคมโดยรวม บริษัท คู่ค้า และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเอง

2. มาตรฐานให้ความสำคัญมากขึ้นกับกระบวนการรับฟังผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน เพราะการที่โรงพยาบาลจะสามารถดำรงอยู่ได้อย่างยั่งยืน ขึ้นอยู่กับการที่โรงพยาบาลสามารถจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน ได้เป็นอย่างดี ถ้ากระบวนการรับฟังไม่ดีเสียแล้ว การพัฒนางานก็อาจไปผิดทิศทางได้

3. การรับฟังผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน จำแนกเป็นผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน ในปัจจุบัน และผู้ป่วย/ ผู้รับผลงานในอนาคต เพราะทั้งสองกลุ่มอาจมีความคิดและความต้องการที่ไม่เหมือนกัน ตัวอย่างเช่น ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ จะมีการอพยพแรงงานเข้ามาทำงานในโรงงานต่างๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้น โรคร้ายไข้เจ็บและความคาดหวังต่อบริการสุขภาพของผู้คนในพื้นที่ในอนาคตก็จะเปลี่ยนตามไปด้วย

4. สรพ. กำลังพัฒนาเครื่องมือที่จะช่วยโรงพยาบาลในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความผูกพันกับองค์กร เช่น การสร้าง application เพื่อสำรวจประสบการณ์ของผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยเข้ามาร่วมประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกด้วยตัวผู้ป่วยเอง

5. มีการย้ำเน้นถึงเป้าหมายของการจัดการเรื่องร้องเรียนที่ชัดเจนขึ้น ว่ากระบวนการดังกล่าว ต้องนำไปสู่การเรียกความเชื่อมั่นของผู้ป่วย/ ผู้รับผลงานกลับคืนมา และต้องสร้างความมั่นใจว่าจะไม่เกิดเหตุการณ์ซ้ำ ซึ่งเป้าหมายนี้จะบรรลุผลได้ โรงพยาบาลต้องมีการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (root cause analysis) ที่นำไปใช้ในการพัฒนางานอย่างจริงจัง

การติดตั้งกล้องวงจรปิดกับสิทธิผู้ป่วย

ในช่วงที่ผ่านมา มีโรงพยาบาลบางแห่งมีแนวคิดจะติดตั้งกล้องวงจรปิดเพื่อช่วยเฝ้าระวังผู้ป่วยที่อาจมีอาการทรุดลงในขณะอยู่ในห้องพิเศษหรือในพื้นที่ที่พยาบาลอาจมองไม่ค่อยเห็น, เพื่อเป็นหลักฐานในทางคดี กรณีเกิดคดีความขึ้นในโรงพยาบาล, หรือเพื่อเก็บเป็นหลักฐานที่ใช้ในการทบทวนเพื่อการเรียนรู้ เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น แต่การติดตั้งกล้องวงจรปิด ก็ทำให้ทีมงานเป็นกังวลว่าจะกระทบสิทธิผู้ป่วยหรือไม่

ในต่างประเทศ ก็มีคำถามทำนองนี้เช่นเดียวกัน แนวทางที่น่าจะนำมาปรับประยุกต์ใช้ได้แก่

- โรงพยาบาลต้องกำหนดว่า วัตถุประสงค์ของการติดตั้งกล้องวงจรปิดของโรงพยาบาลในพื้นที่นั้นคืออะไร หลักการสำคัญที่ต้องยึดถือ คือ ประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อสาธารณะต้องมากกว่าผลกระทบต่อสิทธิผู้ป่วยแต่ละคนอย่างชัดเจน และไม่มีทางเลือกอื่นที่เหมาะสมเท่าการติดตั้งกล้องวงจรปิด

- ผู้รับผิดชอบต้องมีการรับฟังความคิดเห็นจากเจ้าหน้าที่และตัวแทนผู้ป่วยก่อนเริ่มดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบต้องจัดทำแผนการดำเนินงาน ผังการติดตั้ง ตำแหน่งและมุมกล้องที่คำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยและญาติ

- ต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบดูแลระบบ ตลอดจนระยะเวลาที่ภาพและเสียงจะมีการบันทึกไว้

- มีการกำหนดผู้มีสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลภาพและเสียงที่บันทึกไว้ สถานการณ์ที่ผู้มีสิทธิจะขอเรียกดูภาพและเสียงที่บันทึกไว้ และขั้นตอนการขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลที่บันทึกไว้จากบุคคลภายนอก

- เมื่อระบบดำเนินงานแล้ว ทุกครั้งที่มีการบันทึกภาพ ให้มีสัญญาณที่บ่งบอกให้ผู้ที่อยู่โดยรอบ รับรู้ว่ากำลังมีการบันทึกภาพอยู่

- กรณีที่ภาพที่นำมาใช้งาน ดิดภาพผู้ป่วยท่านอื่นที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ต้องการศึกษารายละเอียด ให้ทำให้ภาพผู้ป่วยที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องดูไม่ชัด เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยท่านอื่น

ปรึกษาการดูแลผู้ป่วยกันทาง Line อย่างไรให้ปลอดภัย

(2561-2564)

16

เคล็ดลับงานคุณภาพ

ในยุคนี้ โรงพยาบาลจำนวนมากมีการปรึกษาการดูแลผู้ป่วยทาง LINE แต่ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ระวังว่าข้อมูลที่ปรึกษากันทาง LINE (ไม่ว่าจะเป็น X-RAY, EKG, ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ) จะถูก COPY แล้วเผยแพร่ต่อกันไปใน SOCIAL MEDIA แล้วทำให้เกิดการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย ซึ่งอาจตามมาด้วยการฟ้องร้อง แต่ถ้าเจ้าหน้าที่กลัวเรื่องการเปิดเผยความลับจนเกินไป ก็อาจทำให้เกิดการละเมิดข้อมูลผู้ป่วยผิดพลาดได้

ข้อแนะนำในการปรึกษาการดูแลผู้ป่วยทาง Line

1. ผู้บริหารควรมีการกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรในเรื่องการปรึกษาการดูแลผู้ป่วยทาง Line โดยเน้นในเรื่องคุณภาพของข้อมูลและการรักษาความลับของผู้ป่วย แล้วชี้แจงแนวปฏิบัติแก่ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ

2. มีการกำหนดสถานการณ์ที่ไม่ควรปรึกษาการดูแลผู้ป่วยทาง Line เช่น ถ่ายภาพ X-ray ด้วยกล้องที่มีความละเอียดต่ำ ซึ่งอาจทำให้ไม่เห็นรอยกระดูกหัก และนำมาสู่การวินิจฉัยที่ผิดพลาด

3. ควรใช้ Line ในลักษณะบุคคลต่อบุคคล หลีกเลี่ยงการใช้ Line กลุ่ม เพราะเมื่อข้อมูลรั่วไหลจะยากในการตามรอยหาจุดรั่วไหล

4. ถ้าจำเป็นต้องใช้ Line กลุ่ม ควรรักษาความลับผู้ป่วย โดยการปกปิดข้อมูลที่ทำให้ผู้อื่นสามารถระบุตัวผู้ป่วยได้ แล้วใช้รหัส ID แทน

หลังจากนั้น ให้ส่งตัวถอดรหัส ID ไปเป็นชื่อตัวบุคคล ผ่านทางช่องทางที่ 2 เช่น Line, SMS, e-mail ของผู้ให้คำปรึกษา

5. หลีกเลี่ยงการขอคำปรึกษาผู้ป่วยพร้อมกันมากกว่า 1 รายในการปรึกษาหนึ่งครั้ง เพราะอาจมีการสลับของข้อมูลของบุคคลได้

6. ควรมีข้อตกลงว่าผู้ที่ให้คำปรึกษาจะร่วมมือในการรักษาความลับของผู้ป่วย และจะทำลายข้อมูลที่ได้รับ เมื่อกระบวนการให้คำปรึกษาเสร็จสิ้น เพื่อป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลในกรณีที่น่าเครื่องไปซ่อมบำรุง

กำลังคน (workforce)

ในมาตรฐานฉบับที่ 4 ได้มีการเปลี่ยนคำที่ใช้ในบทที่ 1-5 จากคำว่า “ทรัพยากรบุคคล” เป็นคำว่า “กำลังคน” เพื่อให้โรงพยาบาลมองเรื่องของคนกว้างไปกว่าบุคลากรที่ทำงานแบบเต็มเวลากับองค์กร

กำลังคนในที่นี้หมายความครอบคลุมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอง แพทย์และพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ ที่มาช่วยปฏิบัติงานในลักษณะห้วงเวลาหรือมาช่วยอยู่เวรหรือจ้างผ่านบริษัทเพื่อมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์, หน่วยไตเทียม) และอาสาสมัครที่มาช่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (เช่น อสม., จิตอาสา)

ปัญหาที่พบอยู่เสมอจากการเยี่ยมชมสำรวจ คือ กำลังคนที่มาปฏิบัติงานในลักษณะห้วงเวลาหรือจ้างผ่านบริษัทมักจะไม่ค่อยได้รับการปฐมนิเทศอย่างเป็นทางการจากโรงพยาบาล ไม่ค่อยได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง และมักไม่ค่อยเข้าใจระบบงานของโรงพยาบาลมากนัก จึงมีโอกาสทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้มากกว่าบุคลากรขององค์กรโดยตรง นอกจากนี้ เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นแล้ว คนกลุ่มนี้ก็มักจะไม่ค่อยได้เข้าร่วมในการทบทวนหาสาเหตุและกำหนดแนวทางการป้องกัน กระบวนการที่มีการปรับเปลี่ยนหรือพฤติกรรมบริการที่ไม่พึงกระทำก็มักจะไม่ได้รับรู้ หรือถ้ารับรู้ก็มักไม่มีแรงผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เท่ากับบุคลากรขององค์กรเอง ดังนั้น การปรับเพิ่มเติมมาตรฐานในประเด็นนี้ จึงเป็นการชักชวนให้โรงพยาบาลวางกระบวนการในการปฐมนิเทศ พัฒนาบุคลากร และติดตามประเมินผลงานของกำลังคน ให้ครบถ้วนทุกกลุ่ม

อีกประเด็นหนึ่งที่มีการลงรายละเอียดในมาตรฐานให้ชัดเจนขึ้น คือ เรื่องสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของกำลังคน โดยมีการเพิ่มหัวข้อที่เกี่ยวกับการจัดเตรียมเสื้อผ้าและอุปกรณ์ป้องกันตนเองเพื่อช่วยลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในเชิงความร้อน แสง เสียง กัมมันตรังสี สารเคมี และเชื้อโรค การนำหลัก ergonomics มาใช้เพื่อลดการบาดเจ็บและอันตรายจากการหยิบ จับ ยก สิ่งของต่างๆ การจัดการเพื่อลดความรุนแรง ความก้าวร้าว และการคุกคามทางเพศ ในสถานที่ทำงาน ทั้งที่เกิดจากคนขององค์กรเองหรือเกิดจากบุคคลภายนอก

ส่วนหลักพื้นฐานในบทที่ 1-5 ที่มาตรฐานยังกำหนดไว้เหมือนเดิม คือ องค์กร จะทำอะไรที่จะมีบุคลากรจำนวนเพียงพอ มีความสามารถที่เหมาะสมกับการปฏิบัติหน้าที่ มีขวัญกำลังใจและสุขภาพที่ดีที่พร้อมต่อการปฏิบัติภารกิจ มีการสร้างแวดล้อมในการทำงานที่ดี ตลอดจนมีการสร้างทีมงานรุ่นใหม่เพื่อมาทดแทนคนรุ่นเก่าที่จะทยอยออกจากองค์กรไป ทั้งนี้ เป้าหมายหลักก็คือ การสร้างการพัฒนาอย่างยั่งยืนให้กับ องค์กร



สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาล

ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจะเป็นสถานที่ที่ใช้ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้เจ็บไข้ได้ป่วย และเป็นที่ยกย่องว่าเป็นสถานที่แห่งนี้จะเป็นสถานที่ที่มีความปลอดภัยสูงและมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา แต่ในสภาพความเป็นจริง มีการศึกษาวิจัยที่พบว่า บุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลมีการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยไม่น้อยกว่าบุคลากรในสถานประกอบการประเภทอื่น การบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยสำหรับบุคลากรภายในโรงพยาบาลเพื่อให้โรงพยาบาลมีกำลังคนที่มีสุขภาพดี และสามารถปฏิบัติภารกิจต่างๆ ได้ลุล่วงโดยไม่เจ็บไข้ได้ป่วยเสียก่อน จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการบริหารองค์กร

ปัจจัยหลัก 3 ประการที่ต้องคำนึงถึง ในการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาล ได้แก่

1. การดูแลสุขภาพของกำลังคน (healthy workforce) เช่น การประเมินสุขภาพ ตั้งแต่แรกเข้าทำงาน การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันโรคติดต่อที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน การตรวจสุขภาพประจำปี การดูแลรักษาอย่างเหมาะสมเมื่อเกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย และการให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักในภัยในที่ทำงาน

2. การปรับปรุงให้สถานที่ทำงานเอื้อต่อการสร้างสุขภาพและความปลอดภัย (healthy workplace) โดยตั้งเป้าลดโอกาสที่บุคลากรจะเกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพ การดำเนินงานอาจใช้วิธีการออกแบบอุปกรณ์การทำงานอย่างเหมาะสม การเดินสำรวจความเสี่ยงที่หน้างานอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ได้ข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุง และการวางระบบรายงานความเสี่ยง/รายงานอุบัติการณ์ เพื่อนำข้อมูลมาหาสาเหตุราก แล้วย่นำสู่การปรับปรุงพัฒนากระบวนการ และการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันอันตราย

3. การวางแผนปฏิบัติเพื่อรับมือกับเหตุฉุกเฉิน (emergency preparedness) ที่อาจเกิดขึ้นได้ในโรงพยาบาลและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคลากร เช่น อัคคีภัย การรั่วไหลของสารเคมีอันตราย/ สารกัมมันตภาพรังสี การระบาดของโรคติดต่อ

การฝึกทักษะผ่านการจำลองสถานการณ์ เสมือนจริง (simulation)

ในอดีต การฝึกทักษะของบุคลากรทางการแพทย์มักเกิดขึ้นภายใต้การให้บริการจริง โดยก่อนที่จะมีการฝึกทักษะ ผู้ฝึกจะได้รับการปูพื้นฐานความรู้มาแล้วเป็นอย่างดี หลังจากนั้น จึงเข้าสู่กระบวนการฝึกทักษะผ่านการสังเกตสถานการณ์จริง - การทดลอง ทำภายในห้องฝึกหรือใช้อุปกรณ์จำลอง - และการปฏิบัติจริงภายใต้การกำกับดูแล (see - try - act)

จากความก้าวหน้าในยุคปัจจุบัน การฝึกทักษะสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นและปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากขึ้น โดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริง (simulation) ในลักษณะต่างๆ เช่น

- การใช้หุ่นที่มีลักษณะทางกายภาพที่ใกล้เคียงมนุษย์ เพื่อให้บุคลากรเข้าใจถึงโครงสร้างทางกายภาพของระบบต่างๆ ในร่างกายมนุษย์ และบางกรณี หุ่นนี้ยังสามารถแสดงผลของการฝึกว่าบุคลากรทำได้ถูกต้องเพียงไรด้วย เช่น หุ่นเพื่อการฝึกทำหัตถการต่างๆ หุ่นเพื่อการฝึกการประสานงานของทีมในกระบวนการดูแลผู้ป่วย เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ

- การสร้าง application ที่ทำให้เกิดภาพตอบสนองที่เสมือนจริง เพื่อช่วยให้ผู้ฝึกเกิดทักษะในการทำหัตถการหรือการผ่าตัดโดยไม่ต้องไปทำบนตัวผู้ป่วยจริง ตัวอย่างเช่น โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อฝึกการใช้กล้องส่องทางเดินอาหาร โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อฝึกการผ่าตัดด้วยกล้อง

- การเรียนรู้ทักษะการทำงานอย่างประสานสอดคล้องกัน โดยใช้การเรียนรู้ผ่านเกมส์ที่ประติษฐ์ขึ้นมา (gamification)

การเรียนรู้จะมีประโยชน์มากขึ้น เมื่อมีการถ่ายวิดีโอเพื่อเก็บภาพเหตุการณ์ไว้แล้วนำมาทบทวนอีกครั้งโดยเจ้าตัวหรือโดยผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนี้เพื่อช่วยพัฒนาให้การดำเนินงานทุกขั้นตอนถูกต้องตามหลักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้องทุกส่วนมีปฏิสัมพันธ์ที่เอื้อต่อการสร้างประสิทธิภาพที่สูงสุดของกระบวนการงาน

ในแง่ของการทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น การจำลองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอีกครั้งให้ใกล้เคียงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง แล้วบันทึกภาพของสถานการณ์ที่จำลองขึ้นมา จะช่วยให้เข้าใจลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้มากขึ้น เห็นภาพของบทบาทเจ้าหน้าที่แต่ละคนที่มีในขั้นตอนแต่ละขั้นตอน และสังเกตเห็นพฤติกรรมบริการที่เบี่ยงเบนไปจากข้อแนะนำที่พึงปฏิบัติได้ง่ายขึ้น



การจัดการห่วงโซ่อุปทาน (supply chain management)

มาตรฐานฉบับที่ 4 ในหัวข้อ “การปฏิบัติการ” มีการกล่าวถึงขั้นตอนที่เหมาะสมในการจัดการห่วงโซ่อุปทาน ทั้งนี้ เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลจะได้รับผลิตภัณฑ์และบริการที่มีคุณภาพสูง

โรงพยาบาลหลายแห่งไม่คุ้นชินกับคำว่าห่วงโซ่อุปทาน และสงสัยว่าโรงพยาบาลไม่ใช่โรงงานผลิตสินค้า แล้วจำเป็นที่โรงพยาบาลต้องสนใจกับเรื่องห่วงโซ่อุปทานด้วยหรือ

จริงๆ แล้ว การจัดการห่วงโซ่อุปทานเป็นสิ่งที่ทุกโรงพยาบาลต้องเข้าไปเกี่ยวข้อง ราวใดที่โรงพยาบาลต้องมีผู้ส่งมอบ (supplier) ที่จะส่งมอบสินค้าหรือบริการ (input) ให้โรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลนำไปจัดกระบวนการดูแลรักษา (process) แล้วเกิดเป็นบริการสุขภาพ (outcome) ที่โรงพยาบาลจะส่งมอบให้ผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน (customer) การไหลของขั้นตอนในห่วงโซ่อุปทานมีชื่อรู้จักกันในนาม SIPOC model

ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ที่โรงพยาบาลต้องนำเข้า เช่น ยาและเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ส่วนตัวอย่างบริการที่โรงพยาบาลต้องนำเข้า เช่น งานทำความสะอาด งานรักษาความปลอดภัย งานบริการอาหาร



การที่ต้องเพิ่มเติมเรื่องการจัดการห่วงโซ่อุปทานเข้าไปในมาตรฐาน ก็เนื่องจากว่าในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลคงเพิ่งความสนใจไปที่การจัดกระบวนการภายในองค์กร (process) ให้ถูกหลักวิชาการและมีประสิทธิภาพสูงสุด แต่เมื่อโรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพมาถึงระดับหนึ่งแล้ว การควบคุมผลิตภัณฑ์และบริการที่เป็นปัจจัยนำเข้า (input) ให้มีคุณภาพด้วย ก็จะเป็นตัวช่วยเสริมความมั่นใจว่าบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลจะมอบให้ผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน จะมีคุณภาพดี

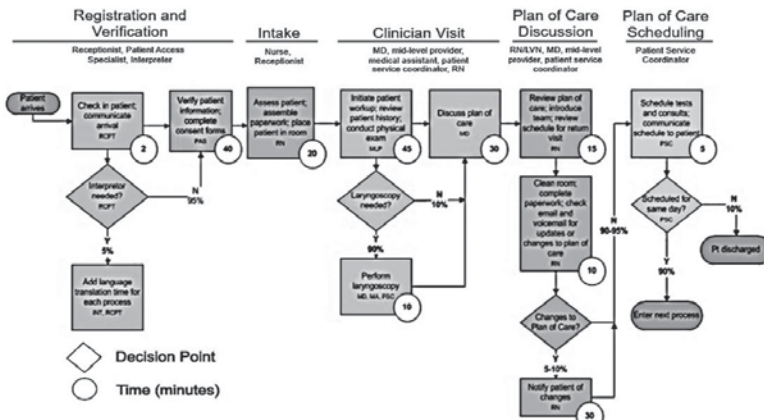
การไหล (flow)

ความรู้เรื่อง Logistics และ Lean เป็นความรู้ที่ช่วยในการจัดการการไหล (flow) และการหยุดไหล (ซึ่งก็คือเรื่อง stock) ของวัตถุดิบต่างๆ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยใช้การออกแบบผังโครงสร้างสถานที่ทำงาน กระบวนการทำงาน จังหวะการทำงาน และกำลังคนอย่างเหมาะสม ซึ่งทุกครั้งที่มีการไหลของวัตถุดิบ ก็จะเกิดการไหลของข้อมูลข่าวสารเกิดขึ้นควบคู่กันไปด้วย ซึ่งเราสามารถนำข้อมูลข่าวสารเหล่านี้มาใช้ในการกำกับติดตามการไหลของวัตถุดิบได้

ในงานคุณภาพ การไหลจะเกี่ยวข้องกับมาตรฐาน I-6 (การปฏิบัติการ) ค่อนข้างมาก การเขียน work flow และใช้ Logistics รวมถึง Lean มาช่วยในการวิเคราะห์ และปรับปรุงระบบ จะช่วยในการปรับปรุงกระบวนการต่างๆ ที่เคยทำอยู่เดิมได้มาก

ในโรงพยาบาล การไหลที่สำคัญไม่ได้มีแต่เพียงการไหลของวัตถุดิบและข้อมูลข่าวสาร ยังมีการไหลอื่นๆ ที่ควรคำนึงถึงและนำมาทบทวนเพื่อหาโอกาสในการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอด้วย คือ

Mapping Resource Utilization
MD Anderson Cancer Center – New Patient Visit



1. การไหลของผู้คน เช่น การเคลื่อนที่โดยใช้ลิฟต์ บันไดเลื่อน และทางลาด ซึ่งเป็นการเคลื่อนที่ในแนวตั้ง และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในแนวราบโดยใช้เปลหรือรถเข็น และครอบคลุมถึงการเคลื่อนย้ายผู้คนในภาวะฉุกเฉิน เช่น การเกิดอัคคีภัย แผ่นดินไหว หรือการรับผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรงเข้ามาในโรงพยาบาล

2. การไหลของอากาศ ซึ่งมีผลเป็นอย่างมากต่อการควบคุมการแพร่กระจายของโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ เช่น วัณโรค, MERS-CoV, Avian Flu. ตัวอย่างของการจัดการการไหลของอากาศ ได้แก่ การจัดการ direction of air flow, air change per hour, การติดตั้ง negative pressure room, การติดตั้ง positive pressure room

3. การไหลของสาธารณูปโภค เช่น กระแสไฟฟ้า, น้ำประปา, น้ำเสีย, สัญญาณ internet ซึ่งจะมีผลกระทบต่อความต่อเนื่องของงานบริการของโรงพยาบาล

การเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการ

ตามหลัก 3P
(PURPOSE - PROCESS
- PERFORMANCE)
จะเห็นได้ว่า PROCESS
เป็นตัวเชื่อมที่ทำให้
PURPOSE เปลี่ยนไป
เป็น PERFORMANCE
ที่จับต้องได้ ดังนั้น
ถ้า PERFORMANCE
ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง
สิ่งแรกที่เราควรกลับมา
ทบทวนเป็นอันดับแรก
ก็คือ PROCESS ซึ่งสิ่ง
ที่จะช่วยในการทบทวน
PROCESS ก็คือ
การตามรอย PROCESS
จริงที่หน้างาน เกี่ยวกับ
PROCESS ที่ออกแบบไว้
ซึ่งมีการเขียนบรรยาย
ในลักษณะของ WORK
FLOW

แนวทางในการปรับปรุงขั้นตอนการทำงานเพื่อเพิ่ม
ประสิทธิภาพของกระบวนการ

1. เขียน work flow ที่แจ่มแจ้งรายละเอียด
ของขั้นตอนการทำงานทุกขั้นตอน ตลอดจนเวลาที่ใช้
ในแต่ละขั้นตอน

2. วิเคราะห์ work flow ว่าขั้นตอนใดที่ไม่
จำเป็นต้องมี หรือน่าจะใช้เวลาลดลงได้ (นั่นคือ
ขั้นตอนเหล่านั้นมี waste อยู่) แล้วให้ความสำคัญ
กับการปรับปรุงขั้นตอนเหล่านั้นเป็นอันดับแรก

3. วิธีการปรับปรุงขั้นตอนตามข้อ 2. ได้แก่

3.1 Eliminate waste ด้วยหลักคิด
DOWNTIME (Defect; Overproduction;
Waiting; Not using proper staff; Transportation;
Inventory; Motion; Excessive processing)

3.2 Outsource จ้างบริษัทภายนอกที่มี
กระบวนการที่มีประสิทธิภาพมากกว่า มาทำงาน
ขั้นตอนนั้นแทนเรา เช่น การกำจัดขยะ

3.3 Combine รวมขั้นตอนบางขั้นตอน
เข้าด้วยกันเพื่อประหยัดเวลาและกำลังคน เช่น
ให้แพทย์เป็นคน key in ยาที่สั่งด้วยตัวเอง แทนการ
ที่แพทย์เขียนสั่งยาในกระดาษแล้วให้เจ้าหน้าที่ทำ
อื่นไป key in

3.4 Rearrange ปรับเรียงคน สถานที่ อุปกรณ์ หรือช่วงเวลา ของขั้นตอนนั้น
เช่น ย้ายที่ให้ยา rt-PA จาก ICU มาที่ ER

3.5 Simplify ให้ขั้นตอนง่ายขึ้น หรือสังเกตข้อผิดพลาดได้ง่ายขึ้น เช่น ใช้ 5 ส.,
ใช้เสียงสัญญาณเตือน, ใช้สีในการจำแนก, ออกแบบรูปทรงวัสดุอุปกรณ์ที่อาจใช้งาน
สลับกันให้แตกต่างกัน, ใช้ checklist

SIMPLE 2018

ในปี 2551 สรพ. ได้จัดทำหนังสือ SIMPLE 2008 เพื่อเชิญชวนให้โรงพยาบาล กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goals) ที่เป็นหมวดหมู่ และมีความชัดเจน ซึ่ง SIMPLE 2008 ได้เสนอแนะแนวปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยที่รวบรวมองค์ความรู้มาจากแหล่งต่างๆ ทั่วโลก

ในปี 2559 สรพ. ได้พัฒนาแนวคิดเรื่องความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ ให้ขยายครอบคลุมทั้งส่วน Patient และ Personnel และนำมาสู่การกำหนดเป็นนโยบาย Patient & Personnel Safety Goals (2P Safety) ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุข

ในปี 2561 สรพ. ได้มีการประกาศใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับใหม่เป็นฉบับที่ 4 ซึ่งในมาตรฐานดังกล่าว ได้มีการกำหนดเพิ่มเติมให้โรงพยาบาล จัดการประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้มารับบริการ โดยสอดคล้อง กับเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย พร้อมกันนี้ สรพ. ได้ออก SIMPLE ฉบับใหม่ เป็น SIMPLE 2018 โดยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจาก ผู้เชี่ยวชาญและสภานิติวิชาชีพด้านสุขภาพ ในการทบทวนและปรับปรุงเนื้อหาใน Patient Safety Goals ให้มีความทันสมัยมากขึ้น ตลอดจนจัดทำ Personnel Safety Goals ขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทย

ประเด็นใหม่ที่มีการเพิ่มเติมเข้ามาในส่วน Patient Safety Goals ได้แก่

- Safe Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS); Venous Thromboembolism (VTE) Prophylaxis; Safe Operating Room
- Infection Prevention and Control: Isolation Precautions; Prevention and Control Spread of Multidrug-Resistance Organisms (MDRO)
- Medication & Blood Safety: Safe from Preventable Adverse Drug Reactions (ADR); Safe from Fatal Drug Interaction; Safe from using Medication; Rational Drug Use (RDU)

- Patient Care Process: Reduction of Diagnostic Errors; Pain Management; Refer and Transfer Safety

- Line, Tube, and Catheter & Laboratory: Right and Accurate Laboratory Results

- Emergency Response: Acute Ischemic Stroke; Post-Partum Hemorrhage (PPH); Safe Labour at Community Hospitals; Birth Asphyxia; ER safety



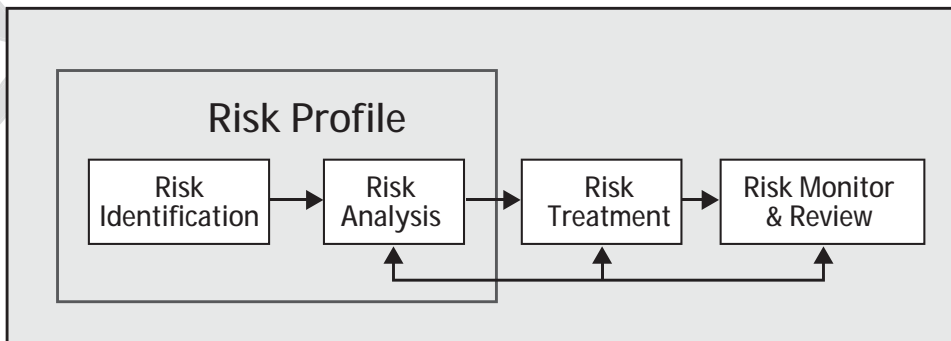
2561-2564
 27
 เครดิตงานคุณภาพ

ระบบบริหารความเสี่ยง

มาตรฐานฉบับที่ 4 มีการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกี่ยวกับระบบบริหารความเสี่ยง อยู่หลายประการ สรุปได้ดังนี้

- มองความเสี่ยงในกรอบที่กว้างกว่าเดิม คือ ครอบคลุมทั้งด้านยุทธศาสตร์ (เช่น โรงพยาบาลเอกชนเปิดคลินิกใหม่ แต่มีลูกค้าน้อยกว่าเป้าหมาย) ด้านคลินิก (เช่น วินิจฉัยผิดพลาด) ด้านปฏิบัติการ (เช่น การเลื่อนผ่าตัดบ่อย) ด้านการเงิน (เช่น โรงพยาบาลขาดสภาพคล่อง) และด้านอันตรายต่างๆ (เช่น โจรกรรม)
- กำหนดให้โรงพยาบาลมีทะเบียนการจัดการความเสี่ยง (risk register) ที่บันทึกข้อมูลครอบคลุมการกำหนดความเสี่ยงขององค์กร การวิเคราะห์เพื่อจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง แผนการจัดการความเสี่ยง และการติดตามประเมินผลการจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

Risk Register



- กำหนดรายการความเสี่ยงทางคลินิกที่ต้องมีการจัดการความเสี่ยง ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนทางยา, การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ, การควบคุม การติดเชื้อ, การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด, การสื่อสารที่ผิดพลาด, ความเสี่ยงทางโภชนาการ, ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์, ความเสี่ยงจากแผลกดทับ

- ควรมีการกำหนดขั้นตอนในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

- กำหนดว่าโรงพยาบาลควรเรียนรู้ประเด็นความเสี่ยงสำคัญตามท้องถื่นการอนามัยโลกกำหนด (เช่น Medication Without Harm (2017)) ตลอดจนเรียนรู้เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย (คือ Patient & Personnel Safety Goals) ซึ่ง สรพ. ได้มีการปรับปรุงหนังสือ SIMPLE ใหม่ เป็น SIMPLE 2018 เพื่อให้สอดคล้องกับ Patient & Personnel Safety Goals ของประเทศไทยที่มีการกำหนดล่าสุด

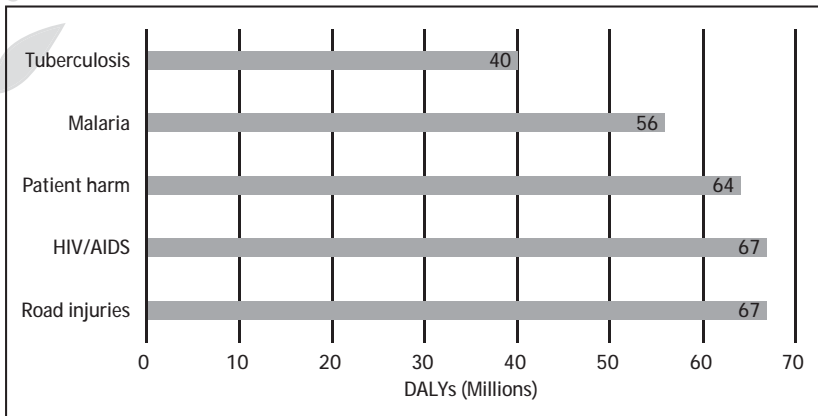


เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event)

กระบวนการดูแลผู้ป่วยต้องออกแบบให้สอดคล้องกับความรู้ทางการแพทย์ที่เป็นปัจจุบัน และมีการจัดบริการโดยบุคลากรจากสาขาวิชาชีพที่ทำงานประสานกัน โดยมีอุปกรณ์ อาคารสถานที่ และเครื่องมือที่ทันสมัย ปัจจัยจำนวนมากเหล่านี้มีความสลับซับซ้อนและควบคุมให้สมบูรณ์แบบตลอดเวลาได้ยาก ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากบริการทางการแพทย์ (Adverse Event - AE) ซึ่งเป็นปัญหาที่ท้าทายระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยของทุกประเทศทั่วโลก

จากการศึกษาโดย OECD ในปี 2020 พบว่า ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยประสบ AE ในระหว่างกระบวนการดูแลรักษา ซึ่ง AE ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 13 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ และเมื่อวัดด้วย Disability Adjusted Life Years (DALYs) จะพบว่า Patient harm เป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของภาระโรคของโลก (Global Burden of Disease)

Figure 1. The annual global disease burden of unsafe care is similar to road injuries and HIV/AIDS (DALYs, millions per annum)



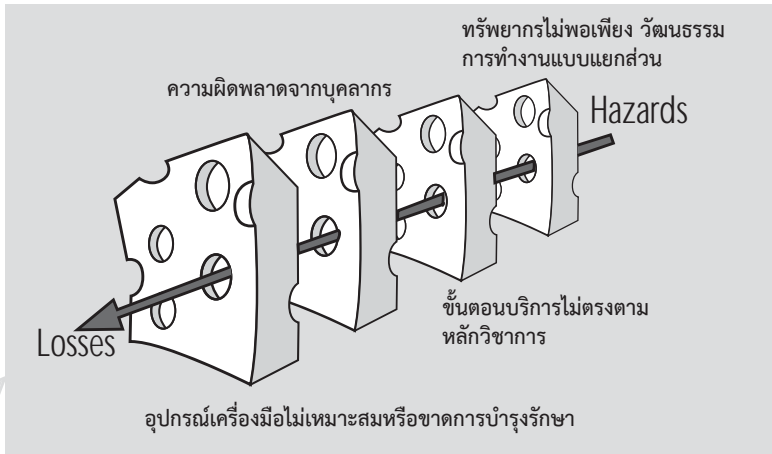
Source: Jha (2018)

จากรายงานในระบบ National Reporting and Learning System (NRLS) ของประเทศไทย พบว่าในปีงบประมาณ 2563 มีรายงาน AE ทางคลินิกเข้ามาในระบบ จำนวน 468,134 ครั้ง

- AE ที่กระทบถึงตัวผู้ป่วย และมีความรุนแรงระดับ E-I พบได้ 7.22%
- ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็น AE ที่พบบ่อยที่สุด แต่ไปกระทบถึงตัวผู้ป่วย จนต้องมีการดูแลรักษาเพิ่มเติม พบไม่ต่างจาก AE ตัวอื่นมากนัก
- การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน และกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั่วไป เมื่อเกิด AE แล้วมีโอกาสที่จะมีความรุนแรงในระดับ G-I สูง
- การผ่าตัดที่ไม่ปลอดภัย การป้องกันการติดเชื้อที่ไม่ดี และกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตรฐาน เมื่อเกิด AE แล้ว จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นมาก

ประเภทของ AE	ความเสี่ยงระดับ A-D	ความเสี่ยงระดับ E-F	ความเสี่ยงระดับ G-I	รวม	ร้อยละ
Safe Surgery	16,160	3,011	294	19,465	4.16
Infection Prevention and Control	14,516	2,386	25	16,927	3.62
Medication & Blood Safety	217,483	3,231	83	220,797	47.17
Patient Care Processes	109,630	8,550	1,432	119,612	25.55
Line, Tube, and Catheter & Laboratory	34,319	3,292	138	37,749	8.06
Emergency Response	13,131	5,937	3,067	22,135	4.73
Others (อื่นๆ ซึ่งไม่สามารถจัดเข้า SIMPLE ได้)	29,128	1,805	487	31,420	6.71
รวม	434,367	28,212	5,555	468,134	100.00
ร้อยละ	92.78	6.03	1.19	100.00	

สาเหตุการเกิด AE ภาพที่มักใช้บ่อยในการอธิบายการเกิด AE คือ Swiss Cheese Model



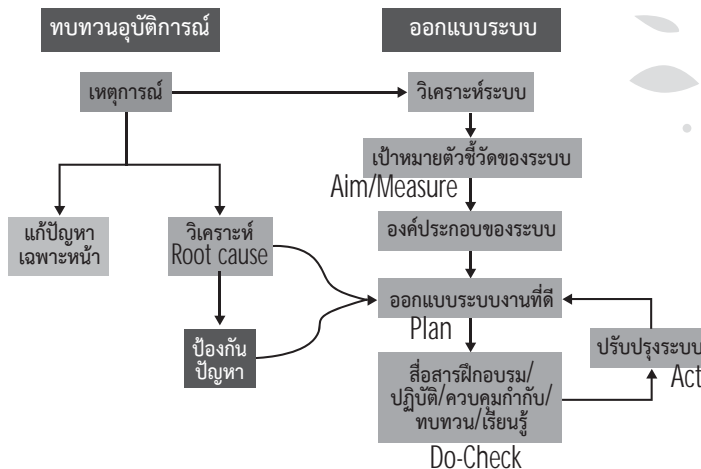
1. ด้วยข้อจำกัดด้านกำลังคนและงบประมาณ ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งไม่สามารถวางระบบงานที่มีความรัดกุมและเกิดความปลอดภัยสูงสุดได้ นอกจากนี้วัฒนธรรมการทำงานที่ไม่ประสานความร่วมมือกัน ไม่กล้าคุยกันเรื่องความเสี่ยงและการสื่อสารภายในองค์กรที่ไม่ดี ก็ยิ่งทำให้รู้ร่วในระบบใหญ่ขึ้น
2. การขาดการติดตามความรู้ทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้ขั้นตอนบริการที่วางไว้ล้าสมัย และมีความเสี่ยงสูงเมื่อเทียบกับหน่วยงานอื่นที่มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
3. การที่องค์กรมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถไม่เหมาะสมกับงาน ขาดความตระหนักรู้ในเรื่องความปลอดภัย และขาดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นความเสี่ยงที่สำคัญที่สุดขององค์กร
4. การจัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสม ขาดการบำรุงรักษาที่ดี เป็นอีกหนึ่งรู้ร่วของขั้นตอนบริการที่น่าจะป้องกันได้

มีการประเมินว่าประมาณครึ่งหนึ่งของ AE น่าจะป้องกันได้ด้วยความรู้และเทคโนโลยีที่มีอยู่ในปัจจุบัน ดังนั้น โรงพยาบาลทุกแห่งจึงควรเรียนรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงและหาแนวทางลด AE ลงให้มากที่สุด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและทุกผู้คนที่เกี่ยวข้องกับงานบริการสุขภาพ

Root Cause Analysis (RCA)

ลักษณะที่สำคัญอย่างหนึ่งขององค์กรแห่งการเรียนรู้คือ การเรียนรู้ร่วมกันของทีม ดังนั้น เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นในแต่ละครั้ง จึงเป็นโอกาสสำคัญที่ทุกคนในองค์กรจะได้เรียนรู้ร่วมกัน เพื่อปรับปรุงงานบริการให้มีความรัดกุมและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น อันจะช่วยป้องกันการเกิดเหตุการณ์ในลักษณะเดิมซ้ำอีกในอนาคต

ขั้นตอนการทำ Root Cause Analysis (RCA) เป็นขั้นตอนสำคัญที่จะช่วยให้เข้าใจเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event - AE) ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้องค์กรวางแผนการพัฒนาบริการในระยะต่อไปได้อย่างเหมาะสม



ขั้นตอนหลักของ RCA คือ

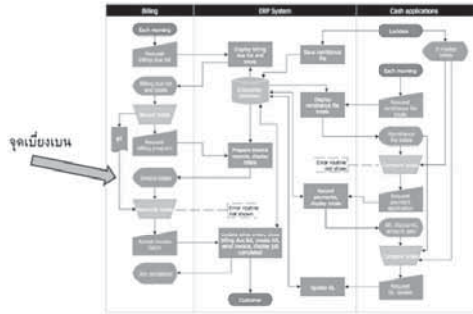
1. ทบทวนความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ AE นั้น สมมุติฐานที่สำคัญ คือ AE ที่สถานพยาบาลนั้นเผชิญไม่ได้เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกบนโลกใบนี้ การเรียนรู้จากผู้อื่นผ่านเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ จะทำให้สถานพยาบาลเห็นแนวทางการเก็บข้อมูลอย่างรอบด้าน และรับรู้การจัดการปัญหา AE นี้ ที่ผู้เชี่ยวชาญเคยแนะนำไว้

2. แสดงลำดับเหตุการณ์ การเขียน timeline จะช่วยให้ทีมวิเคราะห์เห็นภาพเหตุการณ์ที่ตรงกัน และสื่อสารกันได้กระชับมากขึ้น



ID	Trigger	สัญญาณที่ก่อให้เกิด AE	Adverse Event	AE Level	การแจ้งเตือนสถานะ AE	LOG
	Death	สัญญาณการเสียชีวิต	Mixed Dx & Rx on AGE	1	ไม่มี	4

ผู้ป่วยกรณี							
Day 1	Day	Day	Day	Day	Day	Day	Day
• ER ป่วยห้อง Dx AGE							
• ER revisit -> admit Dx AGE							
• Shock							
• Death							
การแจ้งเตือนและจัดการเหตุการณ์การเสียชีวิตและภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์							



3. หากจุดเบี่ยงเบน นำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง มาเทียบกับแนวปฏิบัติที่วางไว้ เพื่อหาว่ามีจุดใดที่การปฏิบัติจริงเบี่ยงเบนไปจากแนวปฏิบัติ ถ้าการปฏิบัติจริงตรงกับแนวปฏิบัติหมด ก็เป็นการบ่งว่าแนวปฏิบัตินั้นไม่เหมาะสม ควรต้องปรับปรุง

4. เข้าใจคนทำงาน สมมุติฐานสำคัญคือ ไม่มีเจ้าหน้าที่คนไหนอยากทำร้ายผู้ป่วยหรืออยากทำงานผิดพลาด การที่เจ้าหน้าที่ทำงานเบี่ยงเบนไปจากแนวปฏิบัติ จึงน่าจะมีเหตุผลบางประการที่พึงทำความเข้าใจ และควรมองคนทำงานเหล่านี้เป็นครู ที่จะสอนคนรุ่นต่อไปไม่ทำให้ทำผิดพลาดซ้ำเหมือนในอดีตอีก นอกจากนี้ แนวคิด Human Factor Engineering (การออกแบบขั้นตอนและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ช่วยให้คนทำงานทำงานได้สะดวก และป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้) ควรนำมาประยุกต์ใช้กับการพูดคุยกับคนทำงานด้วย

5. เข้าใจปัจจัยอื่นๆ ที่เกื้อหนุนให้เกิด AE เช่น วัฒนธรรมองค์กรที่ไม่มีใครกล้า ทักท้วงผู้มีตำแหน่งสูงกว่าเมื่อเห็นว่าเขากำลังทำในสิ่งที่ไม่ตรงกับหลักวิชาการ งานอื่นที่แทรกเข้ามาและรบกวนสมาธิของคนทำงาน สภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่เหมาะสม (แสงน้อยไป ต้องเดินไปเดินมาเป็นระยะทางไกล) การไม่คุ้นชินกับอุปกรณ์ตัวใหม่

6. ประมวลข้อมูลและสรุปการวินิจฉัย เพื่อนำไปวางแผนการพัฒนาเพื่อลดความเสี่ยง

แผนการพัฒนาเพื่อลด Adverse Event

เมื่อมีการวิเคราะห์จนได้สาเหตุรากเหง้า (Root Cause Analysis) แล้ว ขั้นตอนที่มีความสำคัญมากอีกขั้นหนึ่ง ก็คือ การจัดทำแผนการพัฒนาเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิด AE ซ้ำอีก ตารางข้างล่างน่าจะช่วยให้โรงพยาบาลมีมุมมองในการสังเคราะห์แผนการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองได้ง่ายขึ้น

มิติของแผนการพัฒนา	องค์กร	บุคลากร	ขั้นตอน	อุปกรณ์เครื่องมือ
Reaction	<ul style="list-style-type: none"> - ซ่อมแซมปัญหาเหตุ เช่น ซ่อมแซมเซ็กคิวอิคทีภย 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมการฝึกซ้อมจนมีทักษะที่เพียงพอต่อการเผชิญเหตุ 	<ul style="list-style-type: none"> - ออกแบบสถานที่ให้สามารถควบคุมเหตุเบื้องต้นได้ง่าย เช่น มี fire compartment ในอาคารขนาดใหญ่ 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตั้งอุปกรณ์จัดการสถานการณ์ฉุกเฉินในเบื้องต้นด้วยตัวอุปกรณ์เอง เช่น ระบบหัวฉีดน้ำดับไฟ, อุปกรณ์ที่มี pressure release เมื่อเกิดการอุดตันของก๊าซในระบบ
Detection (early)	<ul style="list-style-type: none"> - สุ่มตรวจขั้นตอนบริการ เช่น การตั้งเวรตรวจการ - ติดตั้งกล้อง CCTV เพื่อใช้แทนการตรวจการ (โดยชั่งน้ำหนักเทียบกับการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลแล้ว) แล้วเฝ้าระวังผ่านกล้อง CCTV 	<ul style="list-style-type: none"> - การทำ internal survey เพื่อสอบถามขั้นตอนบริการด้วยตัวหน่วยย่อยเอง 	<ul style="list-style-type: none"> - ออกแบบให้ขั้นตอนบริการสามารถดักจับความคลาดเคลื่อนได้ก่อนจะเกิดผลกระทบ เช่น การมี double check ในระบบจัดจ่ายยา 	<ul style="list-style-type: none"> - ดักจับความผิดปกติของระบบงานโดยการติดตั้ง sensor เช่น smoke detector, O2 low pressure alarm เพื่อส่งสัญญาณเตือนเมื่อเริ่มเกิดภัย - เฝ้าระวังสัญญาณชีพผิดปกติของผู้ป่วย โดยการติดตั้ง monitoring equipment เพื่อรับข้อมูลแบบ real-time และใช้ application ในการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ real-time เพื่อส่งสัญญาณ alarm

มิติของแผนการพัฒนา	องค์กร	บุคลากร	ขั้นตอน	อุปกรณ์เครื่องมือ
Prediction	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างรายงานให้หน่วยย่อยรายงานเข้ามา เช่น ปริมาณการใช้ alcohol ใน ICU เด็ก 	<ul style="list-style-type: none"> - เรียนรู้เครื่องมือและเทคโนโลยีใหม่ๆ ในการประเมินความเสี่ยง 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ Early Warning Signs Score - ใช้ Risk Score เพื่อคัดกรองความเสี่ยงของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ เช่น ความเสี่ยงต่อการตกเตียง 	<ul style="list-style-type: none"> - การใช้ Big Data เข้ามาช่วยระบุความเสี่ยงต่อการเกิด AE ที่จำเพาะบางชนิด เช่น การติดเชื้อใน รพ.
Prevention	<ul style="list-style-type: none"> - วางอัตรากำลังให้เพียงพอในพื้นที่เสี่ยงสูง - กำหนดนโยบายที่ป้องกันไม่ให้เกิดความเหนื่อยล้ามากเกินไปในบุคลากร - ยี่ห้อและรุ่นของอุปกรณ์การแพทย์ไม่ควรมีมากเกินไป เพราะอาจทำให้เกิดความสับสนในการควบคุมอุปกรณ์ที่ต่างรุ่นกันได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ credential & Privilege system - การประเมินเทคนิคนี้อาจครอบคลุมการจัดการความเสี่ยง - บุคลากรถูกฝึกให้ระมัดระวังตัวเองสูงมากขึ้น เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้สมาธิการทำงานลดลง - เรียนรู้ตลอดชีวิต 	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับปรุง Work Instruction/ Practice Guideline สำหรับขั้นตอนบริการที่สำคัญที่มีความทันสมัย - สร้างแบบฟอร์ม checklist สำหรับขั้นตอนที่มีความซับซ้อนสูง 	<ul style="list-style-type: none"> - เลือกใช้อุปกรณ์ที่ออกแบบมาให้คนทำผิดพลาดได้ยาก เช่น ปุ่มกดที่อันตรายจะมีสีต่างจากปกติ หรือต้องกด 2 ปุ่มพร้อมกัน, หัวต่อออกแบบมาเฉพาะจึงเสียบกับหัวต่ออีกด้านได้เฉพาะอุปกรณ์ที่เราต้องการเท่านั้น - การทำ preventive maintenance อย่างสม่ำเสมอ
Creation of safety culture	<ul style="list-style-type: none"> - สร้าง learning culture - สร้าง No-Blame Culture - สร้าง Speak Up Culture (กล้าพูดเมื่อเห็นว่าคนไข้จะเสี่ยงจากกระบวนการให้บริการ) 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาดตนเองให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ สามารถที่จะ learn, de-learn และ re-learn (เรียนรู้, ยกเลิกความรู้ที่มีอยู่เดิม, เรียนรู้ใหม่) 		

การประเมินความเสี่ยงของระบบงานด้วย CARVER matrix

ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ขั้นตอนสำคัญขั้นตอนหนึ่งที่ต้องจัดทำ คือ การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง โดยใช้โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ และผลกระทบที่จะเกิดขึ้น มาทำเป็นตารางในลักษณะ matrix เพื่อกำหนดว่าความเสี่ยงใดที่มีความสำคัญที่ต้องบริหารจัดการเป็นลำดับต้นๆ

ในสงครามโลกครั้งที่สองและสงครามเวียดนาม มีเครื่องมือตัวหนึ่งชื่อ CARVER ที่กองทัพใช้ในการวิเคราะห์ว่า ระบบงานใดของฝ่ายตรงข้ามที่ถ้าถูกโจมตีแล้วจะเกิดผลกระทบกับฝ่ายตรงข้ามมาก จะได้เลือกเป้าโจมตีที่คุ้มค่าที่สุด ในทางกลับกัน ถ้าเป็นฝ่ายตั้งรับ ก็ใช้ CARVER ในการวิเคราะห์ว่า ถ้ามีทรัพยากรอันจำกัด จะเลือกป้องกันระบบงานใดจึงจะดีที่สุด CARVER เป็นคำย่อของ

Criticality ระบบงานนี้มีความจำเป็นมากแค่ไหนต่อการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของหน่วยงาน

Accessibility ระบบงานนี้ง่ายต่อการถูกรบกวนหรือโจมตี มากน้อยแค่ไหน

Recoverability การฟื้นฟูให้ระบบงานนี้กลับมาทำงานได้ปกติ ยากง่ายเพียงไร

Vulnerability ระบบงานนี้มีความทนต่อการถูกรบกวนหรือโจมตี มากน้อยเพียงไร

Effect ผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ที่จะเกิดขึ้น ถ้าระบบงานนี้ไม่สามารถทำงานได้

Recognizability โอกาสที่ระบบงานนี้จะได้รับความสนใจจากผู้รบกวนหรือผู้โจมตี

คะแนนที่ให้ในแต่ละด้าน คือ 5 มีผลสูงสุด และ 1 มีผลต่ำสุด

CARVER อาจนำมาประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลได้ ตัวอย่างเช่น มีระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลอยู่ 3 ระบบ ที่อาจถูกรบกวนหรือโจมตี ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ด้วย CARVER แล้ว พบว่า การลงทุนป้องกันความเสี่ยงด้านระบบสารสนเทศคุ้มค่าที่สุด

ระบบงาน	C	A	R	V	E	R	รวม
สารสนเทศ	4	4	3	4	3	5	23
ระบบไฟฟ้า	4	2	3	2	4	3	18
ระบบออกซิเจน	3	2	3	2	4	2	16

ระบบสำรองสำหรับก๊าซที่ใช้ทางการแพทย์

ในมาตรฐานระบบสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ประเด็นที่มีการเพิ่มเติมเข้ามาใหม่ในมาตรฐานฉบับที่ 4 คือ “องค์กรจัดให้มีระบบสำรองสำหรับก๊าซที่ใช้ทางการแพทย์ โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ”

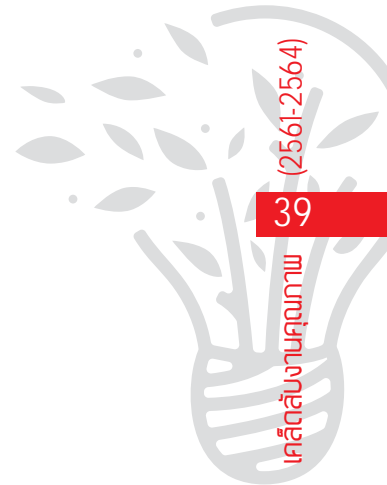
เพื่อทำความเข้าใจเบื้องต้น ขออธิบายศัพท์ที่ใช้ในเรื่องนี้ ดังนี้

- ชุดจ่ายก๊าซ (gas manifold) หมายถึง อุปกรณ์สำหรับต่อเชื่อมทางออกของท่อบรรจุก๊าซที่มากกว่าหนึ่งท่อเข้ากับศูนย์รวมของระบบจ่ายกลางของก๊าซชนิดหนึ่ง ชุดจ่ายก๊าซมักประกอบด้วยกลุ่มท่อบรรจุก๊าซ 2 กลุ่ม โดยที่ขณะที่ใช้งาน กลุ่มท่อบรรจุก๊าซกลุ่มที่หนึ่งจะเป็นกลุ่มหลักในการจ่ายก๊าซ กลุ่มที่สองจะสำรองพร้อมใช้งานโดยอัตโนมัติเมื่อกลุ่มท่อบรรจุก๊าซกลุ่มแรกที่ใช้ใช้งานอยู่ก๊าซหมดลง พร้อมมีระบบแจ้งเตือนให้ผู้ดูแลรับผิดชอบทราบว่าระบบสำรองถูกใช้งานแล้ว โดยทั่วไป แหล่งจ่ายสำรองจะต้องมีความจุเพียงพอที่จะจ่ายก๊าซให้ระบบได้อย่างน้อย 1 วัน

- ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มักใช้ออกซิเจนเหลวเป็นแหล่งของระบบจ่ายออกซิเจนหลักของระบบจ่ายออกซิเจน และใช้ชุดจ่ายก๊าซอัตโนมัติในลักษณะกลุ่มของท่อบรรจุออกซิเจนเป็นระบบสำรองจ่ายในกรณีฉุกเฉินเท่านั้น



เหตุที่ต้องมีการเพิ่มเติมมาตรฐานข้อนี้เข้ามาก็เนื่องจากว่า เมื่อไปเยี่ยมชมสำรวจ จะพบว่า บ่อยครั้งที่การบำรุงรักษาระบบสำรองออกซิเจนของโรงพยาบาลทำได้ไม่ดี ทำให้อุปกรณ์ที่เปลี่ยนไปใช้ระบบออกซิเจนสำรองไม่ทำงานโดยอัตโนมัติเมื่อแหล่งออกซิเจนหลักหมดลง จึงใช้วิธีให้ช่างวิ่งไปเปลี่ยนเป็นระบบสำรอง ซึ่งมักกินเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยที่ต้องการออกซิเจนตลอดเวลาอาจขาดออกซิเจนได้ นอกจากนี้จากความไม่เข้าใจของเจ้าหน้าที่ ทำให้ระบบสัญญาณเตือนที่ติดตั้งไว้ถูกปิดไป จากความรำคาญว่ามีเสียงสัญญาณเตือนบ่อยครั้ง ดังนั้น เมื่อระบบออกซิเจนสำรองถูกใช้งาน จึงไม่มีสัญญาณเตือน ส่งผลให้ระบบสำรองถูกใช้ไปเรื่อยๆ จนหมด แล้วเกิดความล้มเหลวของระบบการจ่ายออกซิเจนของทั้งโรงพยาบาลตามมา



(2561-2564)

แนวทางการป้องกันอันตรายจากอุปกรณ์ไฟฟ้าดูด

เคยมีรายงานการเสียชีวิตของญาติผู้ป่วยรายหนึ่งที่เดินไปเข้าห้องน้ำที่อยู่ด้านหลังอาคาร แล้วตัวไปสัมผัสกับเครื่องบีมลมของยูนิตทำฟัน ปรากฏว่าเครื่องบีมลมมีกระแสไฟฟ้ารั่ว ทำให้ไฟดูดญาติผู้ป่วยรายนั้น กว่าจะมีคนมาพบญาติผู้ป่วยรายนั้นก็เสียชีวิตแล้ว กรณีนี้ จึงทำให้ถูกคิดได้ว่า ในโรงพยาบาลยังมีอุปกรณ์ทางการแพทย์อีกหลายชิ้นที่มีการสัมผัสตัวผู้ป่วยแล้วอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ในลักษณะนี้ โดยเฉพาะอุปกรณ์ไฟฟ้าที่มีความชื้นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ตู้อบสมุนไพร เครื่องมือบางชิ้นของกายภาพบำบัด

อันตรายจากไฟฟ้าดูดในโรงพยาบาลมักตามมาด้วยการเสื่อมเสียชื่อเสียง และการเรียกร้องค่าเสียหายด้วยอ้างเหตุความประมาทเลินเล่อของโรงพยาบาล แนวทางที่จะช่วยลดความเสี่ยงในเรื่องไฟฟ้าดูด ได้แก่

1. โรงพยาบาลควรมีการติดตั้งอุปกรณ์ตัดกระแสไฟฟ้าในกรณีที่มีกระแสไฟฟ้ารั่ว และมีการวางระบบสายดินที่ใช้งานได้จริง (หลายแห่งเมื่อไปตรวจแล้ว พบว่าไม่มีการเดินสายลงดินจริง มีแต่ช่องให้เสียบปลั๊กสายดินเท่านั้น)

2. ทุกหน่วยงานที่มีการให้บริการผู้ป่วยควรมีการฝึกซ้อมการช่วยฟื้นคืนชีพในสถานที่ให้บริการจริง เพื่อเสริมสร้างทักษะความชำนาญของเจ้าหน้าที่ตลอดจนเรียนรู้ปัญหาและอุปสรรคในการช่วยฟื้นคืนชีพในสถานที่จริง เช่น ช่องประตูเล็กไปไม่สามารถนำเตียงผู้ป่วยเข้าไปได้, กริ่งเรียกที่มมาช่วยไม่สามารถใช้งานได้

3. กรณีที่มีการวางอุปกรณ์ไฟฟ้าอยู่ด้านนอกอาคาร ควรมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

- เดินสายไฟอยู่ภายในช่องเดินสายไฟ เพื่อป้องกันแดดและฝน ที่เป็นสาเหตุของไฟฟ้าลัดวงจร

- ต่อสายไฟฟ้าของอุปกรณ์นั้นตามหลักวิชาการที่ถูกต้อง
- สร้างหลังคาเพื่อบังมิให้อุปกรณ์ได้รับแดดหรือฝนโดยตรง
- สร้างรั้วหรือแนวป้องกันที่ทำให้คนทั่วไปไม่สามารถสัมผัสอุปกรณ์เหล่านั้นได้โดยไม่ตั้งใจ

4. ผู้บริหารระดับสูงควรมีการเดินสำรวจรอบโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อตรวจสอบความปลอดภัยของอุปกรณ์ต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ



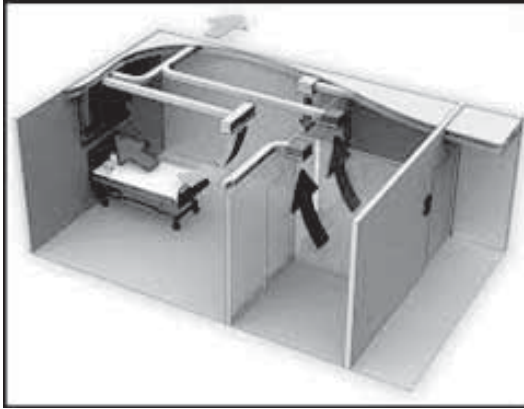
Air Flow

การติดเชื้อไวรัสในบุคลากรของโรงพยาบาลยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ควบคุมไม่ได้ เรามักจะพบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ติดเชื้อไวรัสไม่ต่ำกว่า 5 รายต่อปี ซึ่งสาเหตุของการติดเชื้อคงมาจากสหปัจจัย แต่ปัจจัยหนึ่งซึ่งน่าจะมีผลต่อการติดเชื้อมากพอควรและเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลน่าจะจัดการได้ คือ การจัดการการไหลของอากาศในพื้นที่ปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น ที่ ER, ICU หรือ ward ยิ่งในยุคที่มีการระบาดของ COVID-19 การจัดการการไหลเวียนของอากาศจึงยิ่งมีความสำคัญมากขึ้น

จากการเยี่ยมชมโรงพยาบาล เรายังพบการจัดการการไหลเวียนของอากาศที่สุ่มเสี่ยงต่อการที่เจ้าหน้าที่จะรับเชื้อที่สามารถติดได้ทางระบบทางเดินหายใจ เช่น

1. ทิศทางการไหลของลมจากเครื่องปรับอากาศ พบการไหลของอากาศจากผู้ป่วย (ซึ่งอาจติดเชื้อไวรัสหรือ COVID-19) ไปสู่ที่นั่งทำงานของเจ้าหน้าที่
2. การไม่ตระหนักว่ากระบวนการที่สร้างฝอยละอองขึ้นมา (เช่น การพ่นยา, การ suction) เป็นตัวทำให้เชื้อโรคเกาะแขวนลอยอยู่กับฝอยละอองอากาศเหล่านี้ และทำให้เชื้อโรคลอยอยู่ในห้องที่เราทำงานนานขึ้น ทำให้เจ้าหน้าที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น ซึ่งการควบคุมโซนการให้บริการเหล่านี้ให้เหมาะสมจะช่วยลดความเสี่ยงได้
3. การติดตั้งเครื่องปรับอากาศ โดยไม่ได้คำนึงถึงเรื่องอากาศใหม่ๆ ที่จะไหลเข้ามาเติมอากาศเดิมที่อยู่ในห้อง การไม่ดูแลไส้กรองอากาศที่จะช่วยสร้างความสะอาดของอากาศในห้อง และการไม่มีพัดลมดูดอากาศในปริมาตรที่เหมาะสมกับขนาดของห้อง นอกจากนี้ ใน ward ของโรงพยาบาลบางแห่ง ถึงไม่ได้ติดตั้งเครื่องปรับอากาศใน ward แต่ก็มีมีการก่อสร้างสิ่งก่อสร้างเพิ่มเติมจนไปปิดทางไหลของลมธรรมชาติ ที่จะช่วยลดความเข้มข้นของเชื้อที่แขวนลอยอยู่ในอากาศ

การติดตั้งพัดลมดูดอากาศในระดับสูงเหนือศีรษะ อาจเหมาะสมกับสภาพโครงสร้างที่เป็นอยู่ แต่ก็ต้องชั่งน้ำหนักกับความเป็นไปได้ที่แรงดูดของพัดลมจะทำให้เชื้อที่ตกลงสู่พื้นและรอการทำความสะอาดอยู่ พุ้งกระจายขึ้นมาในห้องอีกครั้ง



(2561-2564)

43

เคล็ดลับงานคุณภาพ

ใช้วัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่มีการ reuse อย่างไรให้ปลอดภัยมากขึ้น

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีฐาน=
ทางเศรษฐกิจที่ตึ้นกว่า
สมัยก่อน จึงน่าจะไม่มี
โรงพยาบาลใดใช้เข็มและ
กระบอกฉีดยาแบบต้อง
ทำให้ปราศจากเชื้อแล้ว
นำกลับมาใช้ซ้ำ อย่างไรก็ตาม
เราก็ยังมีความ
จำเป็นอยู่บ้าง ที่ต้องใช้ยา
ใน VIAL ที่ต้องมีการ
DRAW หลายครั้ง
ต้องใช้วัสดุและอุปกรณ์
ทางการแพทย์บางชนิดซ้ำ
เนื่องจากราคาที่แพง
การใช้งานซ้ำอย่างไรให้
ปลอดภัยมากยิ่งขึ้นจึงเป็น
โจทย์ที่น่าสนใจ

ข้อเสนอแนะในการใช้วัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์
ซ้ำ

1. ควรใช้งานวัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์
ซ้ำ ภายใต้เงื่อนไขที่สอดคล้องกับคำแนะนำการใช้งาน
จากผู้ผลิตและมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับได้
สำหรับประเทศไทย

2. โรงพยาบาลควรมีการกำหนดวิธีการใช้ที่
ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

2.1 ชนิดของวัสดุอุปกรณ์ที่อนุญาตให้
ใช้งานซ้ำได้ หรืออาจกำหนดเป็นวัสดุอุปกรณ์ที่ห้าม
ใช้ซ้ำ

2.2 จำนวนครั้งสูงสุดที่จะใช้ซ้ำได้ (ถึงแม้
จะไม่มีร่องรอยชำรุดให้เห็น) ข้อมูลนี้ควรมาจากการ
ศึกษาทางวิชาการ แต่ถ้าไม่สามารถหาได้ ก็อาจ
อนุโลมให้ใช้ความเห็นของผู้มีประสบการณ์จริงในการ
ใช้งานวัสดุอุปกรณ์เหล่านี้ไปพลางก่อน

2.3 ลักษณะทางกายภาพที่บ่งชี้ว่าวัสดุ
อุปกรณ์นั้นไม่ควรนำมาใช้ซ้ำแล้ว

2.4 กระบวนการทำความสะอาดวัสดุ
อุปกรณ์แต่ละชนิด

2.5 ระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยในการ
ใช้งานวัสดุอุปกรณ์เหล่านั้น เช่น การสุ่มตรวจสภาพ
จริงที่หน้างาน รายงานเร่งด่วนและมาตรการเมื่อเกิด
ผลกระทบจากการใช้วัสดุอุปกรณ์เหล่านั้น

ภาวะติดเชื้อจากการผ่าตัดต่อกระดูก

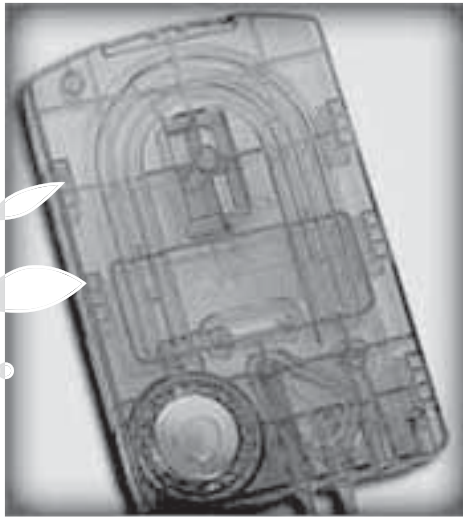
เมื่อสืบกว่าปีก่อน โรงพยาบาลในประเทศไทยเคยเกิดการระบาดของการติดเชื้อหลังการผ่าตัดต่อกระดูกโดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อถึง 14 ราย และเมื่อปี 2559 ก็มีการระบาดเกิดขึ้นอีกในโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อจำนวน 4 ราย

จากการทำ root cause analysis ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อ 2 ปีก่อน ประกอบกับข้อมูลเดิมของการระบาดเมื่อสืบกว่าปีก่อน พบว่าปัจจัยเสี่ยงหลักที่น่าจะเป็นสาเหตุของการระบาด คือ

1. กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อสำหรับอุปกรณ์การผ่าตัดไม่ได้มาตรฐาน โดยอุปกรณ์ที่ต้องสงสัยมาก คือ cassette ของเครื่องมือการผ่าตัด เพราะมีการ reuse อุปกรณ์ และการทำให้ปราศจากเชื้อของ cassette ทำได้ไม่ถนัด
2. ความไม่สะอาดของห้องผ่าตัด และการจัดแบ่งโซนที่ไม่เคร่งครัด
3. การนอนปะปนกันของผู้ป่วยที่มีการติดเชือกับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูก ที่หอผู้ป่วยใน

เหตุที่ cassette เป็นอุปกรณ์ที่ต้องสงสัยมากที่สุด เพราะอุปกรณ์นี้ถูกออกแบบมาให้ใช้แบบ single use แต่ในสถานการณ์จริงของประเทศไทยซึ่งมีงบประมาณด้านสุขภาพที่จำกัด ทำให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ต้องใช้อุปกรณ์นี้ซ้ำ ซึ่งการใช้ซ้ำ เป็นลักษณะใช้ต่อเนื่องกันไปในการผ่าตัดผู้ป่วยหลายรายในวันเดียวกัน ซึ่งความเสี่ยงที่จะติดเชื้อน่าจะต่ำ เพราะน้ำที่ไหลใน cassette เป็น one-way flow น้ำที่ไหลออกจากผู้ป่วยรายก่อนหน้าไม่น่าจะมีโอกาสไหลย้อนมาปนเปื้อนผู้ป่วยรายถัดไป

อย่างไรก็ตาม ในบางโรงพยาบาลมีการนำ cassette ไปล้างแล้วทำให้ปราศจากเชื้อด้วย ethylene oxide (ไม่สามารถทำ sterilization ได้ เพราะ cassette ทำจากพลาสติกซึ่งไม่ทนความร้อนสูง) แล้วก็นำไปใช้ต่อในผู้ป่วยจนการไหลของน้ำเริ่มไม่สะดวก จึงหยุดใช้ ซึ่งขั้นตอนนี้มีโอกาสที่จะไม่ปราศจากเชื้อ เพราะการล้างท่อภายใน cassette ซึ่งมีขนาดเล็กทำได้ไม่ถนัด และการทำปราศจากเชื้อด้วย ethylene oxide ก็ใช้เวลาอบเป็นตัวบ่งบอกการปราศจากเชื้อ ซึ่งถ้ากระบวนการอบมีข้อบกพร่อง ก็ยากที่จะมีทวนสอบได้



การใช้ยาต้านจุลชีพ

ในระบบยาของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 ได้มีการเพิ่มประเด็นใหม่ เกี่ยวกับการใช้ยาต้านจุลชีพ โดยกำหนดไว้ว่า

MMS.1 (5) องค์กร (โดย PTC) ดำเนินการแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use Program) และแผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Stewardship Program) ด้วยมาตรการร่วมกันหลายประการ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพและยาอื่นๆ อย่างเหมาะสม

กลยุทธ์ที่น่าจะนำมาใช้ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ได้แก่

- การกำหนดนโยบายเรื่องการใช้ยาต้านจุลชีพเป็นลายลักษณ์อักษร โดยนโยบายดังกล่าวมุ่งสร้างกรอบการจัดการปัญหาการใช้อาต้านจุลชีพอย่างเป็นระบบและบูรณาการ

- พัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรในด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

- กำหนดมาตรการที่สำคัญในเรื่อง

* การกำหนดเชื้อดื้อยาที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น *A. Baumannii* และการวางกระบวนการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา

* การจัดวางระบบและกระบวนการจัดการด้านยาต้านจุลชีพ ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุดทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อสังคม

* การแยกผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

* การบูรณาการการจัดการเชื้อดื้อยาระหว่างห้องปฏิบัติการกับผู้ดูแลผู้ป่วย

- มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผล การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในสถานพยาบาล

การดักจับความคลาดเคลื่อนทางยา

จากผลการศึกษาภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี โดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยในปี 2558 ในโรงพยาบาล 22 แห่ง ผู้ป่วย 330,000 ราย พบ INCIDENCE ทั้งหมด 2,206 ครั้ง ซึ่งเป็น DRUG ERROR 85 ครั้งคิดเป็นอัตรา 3.21 ต่อ 10,000 นอกจากนี้ ยังมีรายงานการให้ยาสลับ แต่ผู้ป่วยยังคงรับรู้ความปวดและได้ยินเสียงรอบตัว จำนวน 9 ราย ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น มี 18.8% ที่มีผลกระทบต่อถึงตัวผู้ป่วย และ 100% เป็นเหตุการณ์ที่น่าจะป้องกันได้

เมื่อจำแนกความคลาดเคลื่อนทางยาจำนวน 85 รายนี้ พบว่า เกิดจาก

- การให้ยาเกินขนาด 29.4%
- ให้ยาผิดชนิด 22.4%
- ตีตลากลากผิด 17.6%
- ไม่บันทึกข้อมูลที่จำเป็น 8.2%
- ให้ยาผิดช่องทาง 5.9%
- อื่นๆ 16.5%

ข้อมูลที่น่าสนใจ คือ กระบวนการที่ช่วยในการดักจับความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งพบว่า 61% ดักจับได้จากการทวนสอบแผงยา/ ampule ยาที่ใช้ไปแล้วที่เก็บไว้บนโต๊ะ; 20% จากอาการทางคลินิก; 15% จากการ monitor; 11% จากการทวนสอบเอกสาร; และ 8% จากการที่เจ้าหน้าที่เอง

ข้อมูลนี้บ่งว่า สำหรับยาที่มีความเสี่ยงสูง ถ้ามีการกำหนดให้มีการจัดเก็บแผงยา/ ampule ยาที่ใช้ไปแล้วไว้บนโต๊ะ เพื่อนำมาทวนสอบความถูกต้องของการใช้ยา หลังจากใช้ยาไปแล้วในช่วงเวลาไม่นานนัก ร่วมกับการเฝ้าระวังอาการและการติดตาม monitor ก็น่าจะช่วยให้สามารถดักจับความคลาดเคลื่อนทางยาได้มากขึ้น

ผู้ป่วยก้ออเมริกาเสียชีวิต จากความคลาดเคลื่อนทางยา

ในช่วงปลายปี 2560 เกิดเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการที่พยาบาลให้ยาผิดชนิดแก่ผู้ป่วย จนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยมีรายละเอียด คือ ผู้ป่วยหญิงอายุ 75 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดศีรษะ และมีลานสายตาข้างซ้ายผิดปกติ ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่ามีเลือดออกภายในสมองจากก้อนเนื้องอก แพทย์สั่งตรวจ PET Scan มีการสั่งยา Versed (Midazolam) เพื่อให้ผู้ป่วยสงบในระหว่างการทำ PET Scan โดยพยาบาลที่รับหน้าที่ฉีดยาได้ไปกดรับยาที่เครื่องจ่ายยาอัตโนมัติ (Automated Dispensing Cabinet) โดยการ scan barcode ของผู้ป่วย และอักษรชื่อยา 2 ตัวแรก (คือ VE) แต่หน้าจอของเครื่องขึ้นมาว่าไม่มียาดังนี้ (เพราะเครื่องตั้งค่าชื่อยาเป็น generic name ไม่ใช่ชื่อทางการค้า) พยาบาลท่านนี้จึงกดยกเลิกระบบปกติของเครื่อง และเปลี่ยนมาใช้ Override Setting (ซึ่งจะใช้เมื่อต้องการเบิกยาฉุกเฉินเท่านั้น) เมื่อป้อนอักษร VE อีกครั้ง คราวนี้ชื่อยา Vecuronium (ซึ่งเป็นยาที่ทำให้กล้ามเนื้อทั่วร่างกายเป็นอัมพาต ใช้ระหว่างดมยา หรือใช้ในผู้ป่วยที่ต้านเครื่องช่วยหายใจ) ขึ้นมาที่หน้าจอ เธอจึงกดนำยาออกมา แล้วไปฉีดยาให้ผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ที่ทำ PET Scan ก็ไม่ได้สังเกตว่าผู้ป่วยหยุดหายใจ แต่เข้าใจว่าผู้ป่วยเคลิ้มหลับไป

หลังทำ PET Scan ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว และไม่หายใจ เมื่อกลับมาดู vial ยา จึงรู้ว่ายาที่ฉีดยาไม่ใช่ Versed แต่เป็น Vecuronium จึงมีการช่วยฟื้นคืนชีพ จนหัวใจผู้ป่วยกลับมาเต้น แต่ในที่สุดผู้ป่วยก็เสียชีวิตในวันรุ่งขึ้น ต่อมา พยาบาลท่านนั้นถูกส่งฟ้องศาลในข้อหาฆ่าคนตายจากความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

ผู้ป่วยรายนี้เป็นเหยื่อรายแรกของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และพยาบาลท่านนั้นก็เป็เหยื่อรายที่สอง (second victim) การครองโทษพยาบาลท่านนี้ตามตัวบทกฎหมายหรือไม่ คงเป็นประเด็นที่ผู้คนมีมุมมองที่แตกต่างกันได้มาก แต่ถ้าวิเคราะห์สาเหตุรากแล้ว สิ่งที่ควรมีการปรับปรุงเชิงระบบควบคุมไปด้วย ได้แก่ 1) เทคโนโลยีที่ดีต้องมาคู่กับการออกแบบกระบวนการงานที่รัดกุม การเข้าใจว่าเทคโนโลยีจะช่วยป้องกันความเสี่ยงทุกอย่างได้ แล้วละเลยมาตรการความปลอดภัยที่กำหนด เป็นสิ่งที่อันตรายมาก

2) หัตถการหรือการรักษาที่มีความเสี่ยงสูง ต้องกระทำโดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมมาแล้วเป็นอย่างดีเท่านั้น 3) การมีสติและความรอบคอบในขณะดูแลผู้ป่วย เป็นส่วนสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร 4) มาตรการที่ให้เก็บซาก ampule หรือ vial ยาที่มีความเสี่ยงสูงหลังใช้ไปแล้ว เป็นสิ่งที่ช่วยในการสอบสวนเรื่องราวความคลาดเคลื่อนทางยา

ข้อพึงระวังในการสั่งใช้ยาต่อเนื่องในระยะยาว

ในปี 2560 มีการรายงาน
ผู้ป่วย RHEUMATOID
ARTHRITIS จำนวนหนึ่งที่
ได้รับยา CHLOROQUINE
ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา
ยาวนานหลายปี แล้วเกิด
ผลข้างเคียง คือ
MACULOPATHY
ซึ่งพยาธิสภาพยังคงดำเนิน
ไปต่อเนื่องแม้จะหยุดยา
ไปแล้ว ซึ่งผลข้างเคียงจาก
การให้ยาในระยะยาว
ยังเกิดขึ้นได้กับยาตัวอื่นๆ
อีกหลายตัว เช่น
WARFARIN, DILANTIN

ในทางปฏิบัติ มีโอกาสที่แพทย์จะสั่งใช้ยาต่อเนื่องในระยะยาว โดยไม่ทันได้นึกถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพราะคิดว่าได้สั่งยาในขนาดเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับอยู่ และที่ผ่านมาผู้ป่วยก็ไม่มีผลข้างเคียงใดๆ แนวทางที่จะช่วยลดความเสี่ยงจากการใช้ยาต่อเนื่องในระยะยาว ได้แก่

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรวางระบบการสั่งจ่ายยาโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Computerized Prescriber Order Entry - CPOE) ให้มีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน มีการแจ้งเตือนผลข้างเคียงสำคัญของยาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และปฏิกิริยาระหว่างยาที่สั่งใช้

2. แพทย์ผู้สั่งยาควรมีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับยาที่ตนสั่งจ่าย ทั้งในเรื่องขนาดยาที่ปลอดภัย ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ปฏิกิริยากับยาตัวอื่นหรืออาหารที่รับประทาน และขนาดยาที่ต้องปรับให้เหมาะสมเมื่อการทำงานของตับหรือไตเสื่อมลง

3. แพทย์ผู้สั่งยาควรมีการทบทวนข้อบ่งชี้การใช้ยา และขนาดของยาที่มีการสั่งใช้มานาน เป็นระยะๆ และตรวจสอบเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยมีการให้ความรู้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนด้วย

4. ทีมระบบยาควรมีการสุ่มทบทวนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในยากลุ่มที่มีการสั่งใช้มาต่อเนื่องยาวนาน

การรับมือโรคระบาด

ในการประชุม PRINCE
MAHIDOL AWARD
CONFERENCE ปี 2561

ตัวแทนจากกรมควบคุม
โรคของประเทศไทยได้เล่า

ประสบการณ์ในการรับมือ
กับ MERS เมื่อปี 2559

ว่า ประเทศไทยประสบ
ความสำเร็จเป็นอย่างสูง

ในการควบคุมไม่ให้เกิดการ
แพร่ระบาดของ MERS

ในประเทศไทย โดยผู้ป่วย
ที่เกิดขึ้นทั้งหมด 3 ราย

เป็นผู้ป่วยที่เดินทางมาจาก
ตะวันออกกลางทั้ง 3 ราย

มาด้วยอาการหายใจเหนื่อย
มี 2 รายเป็นผู้สูงอายุ

ส่วนอีกหนึ่งราย เป็นวัยรุ่น

ความสำเร็จในการควบคุมโรคนี้เกิดขึ้นจาก
การเตรียมรับมือกับโรค MERS เป็นอย่างดี โดยมีการ
ศึกษาถอดบทเรียนจากการแพร่ระบาดของ MERS
ในเกาหลีใต้ก่อนหน้านี้ อย่างไรก็ตาม จากการเฝ้า
ระวังการแพร่ระบาด ทำให้มีผู้สัมผัสโรคใกล้ชิดที่
ต้องถูกกักแยกหรือให้อยู่ในโรงพยาบาลจำนวนถึง
148 ราย และในจำนวน 148 รายนี้ เป็นบุคลากร
ของโรงพยาบาลถึง 53 ราย

บทเรียนจากการควบคุมการแพร่ระบาดของ
โรคระบาดร้ายแรงทั่วโลก ได้ข้อสรุปที่สำคัญ ดังนี้

1. ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคมีความสำคัญมาก
ต่อการรับรู้การแพร่กระจายของโรคตั้งแต่ก่อนที่โรค
จะกระจายไปมาก
2. ต้องมีการสร้างความรู้และความเข้าใจใน
โรคที่ระบาด ทั้งในหมู่บุคลากรการแพทย์ และสังคม
โดยรวม
3. ทีมงานดูแลผู้ป่วยต้องมีความแม่นยำใน
กระบวนการดูแลรักษา ที่ตั้งอยู่บนฐานความรู้ทาง
วิชาการที่เป็นปัจจุบัน
4. ต้องมีการเตรียมพร้อมของทรัพยากร
ทุกชนิดที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรค มีการวางระบบ
งานรองรับ และมีการฝึกซ้อมทีมงานจนมีความชำนาญ
ในขั้นตอนการตอบสนองต่อการระบาด
5. มีศูนย์สั่งการที่กำหนดมาตรการตอบสนอง
ที่รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ โดยการมีส่วนร่วมของ
ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย VS. ระบบการดูแลผู้ป่วย

ในการพัฒนานักศึกษาเพื่อก้าวไปสู่การเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ดี นักศึกษา จะได้รับการฝึกฝนให้สามารถดูแลผู้ป่วยแต่ละรายได้ตามแนวปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับของวิชาชีพนั้นๆ โดยมีสมมุติฐานที่สำคัญว่า เมื่อผู้ป่วยรายนั้นได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพแล้ว ผลลัพธ์การรักษาก็น่าจะดี

อย่างไรก็ตาม ในสภาพความเป็นจริง การดูแลผู้ป่วยจนบรรลุผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดีนั้น วิชาชีพใดเพียงวิชาชีพเดียวคงไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเบ็ดเสร็จ การดูแลย่อมต้องการสหวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันเป็นทีม มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย (เช่น ระบบยา ระบบเวชระเบียน ระบบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์) ที่เหมาะสม โดยได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ ผลลัพธ์จึงจะเป็นไปตามที่คาดหวัง

ในการประเมินกระบวนการคุณภาพของ สรพ. ผู้เยี่ยมสำรวจจึงยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ไม่ได้ยึดวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเป็นศูนย์กลาง การประเมินจะดูทั้งความเหมาะสมของการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย (ผ่านการทบทวนเวชระเบียน การทบทวนข้างเตียง และการทบทวนในลักษณะอื่นๆ) คู่ไปกับการประเมินระบบที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การเข้าถึงสถานพยาบาลไปจนถึงการจำหน่ายออกจากสถานพยาบาลและการดูแลต่อเนื่อง และรวมถึงระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยด้วย

นอกจากนี้ เมื่อจะประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ผู้ป่วยเพียงรายเดียวคงไม่สามารถเป็นตัวแทนของผลการรักษาโดยรวมได้ สิ่งที่ต้องมีเพื่อใช้ในการประเมินผลลัพธ์ ก็คือ การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อนำมาสร้างเป็นฐานข้อมูลกลุ่มผู้ป่วย (database of clinical population) ซึ่งฐานข้อมูลนี้จะนำมาจัดทำเป็นสถิติ ที่แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยนั้น (เช่น เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค) และผลลัพธ์การดูแลกลุ่มผู้ป่วย แล้วนำข้อมูลมาแปรผลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์/หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่จะช่วยในการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้นในอนาคต

กระบวนการคุณภาพของ สรพ. จึงเป็นกระบวนการที่เชิญชวนให้บุคลากรทาง การแพทย์ที่คุ้นชินกับกรอบการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ก้าวออกไปสู่ปริมณฑลของระบบ การดูแลผู้ป่วยที่กว้างใหญ่และเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน โดยมีเป้าหมายในการสร้างผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วยที่เราดูแล



การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

ในบทนี้มีประเด็นใหม่ๆ ที่น่าสนใจหลายประเด็น คือ

- เน้นการคัดแยก (triage) ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีตามสภาพความเจ็บป่วย ในขณะเดียวกัน ก็เพื่อจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่อาจทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคในโรงพยาบาลได้ แล้วแยกการดูแลออกไปตามขั้นตอนที่วางไว้

- กำหนดลักษณะของบริการหรือกิจกรรมที่ต้องมีการบันทึกความยินยอมจากผู้ป่วย (informed consent) ได้แก่ การทำผ่าตัดและหัตถการลูก้า การระงับความรู้สึก การทำให้สงบระดับปานกลาง/ ลึก บริการที่มีความเสี่ยงสูง การเข้าร่วมในงานวิจัย หรือทดลอง การถ่ายภาพหรือกิจกรรมประชาสัมพันธ์ ทั้งนี้ หัวใจสำคัญของ informed consent อยู่ที่การให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ผู้ป่วย ไม่ใช่การให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมโดยไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ

- เน้นการบ่งชี้ผู้ป่วยที่ถูกต้อง การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ในประเทศไทยก็มีเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นเป็นระยะ การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดรวมถึงการระบุสิ่งส่งตรวจจากตัวผู้ป่วยและชิ้นเนื้อที่ผิดพลาดด้วย ความผิดพลาดนี้นำไปสู่การวินิจฉัย การให้ยา และการให้การรักษาที่ผิดพลาด



การประเมินผู้ป่วย

ในมาตรฐานฉบับใหม่ มีการเพิ่มเติมในประเด็น

- ควรมีการประเมินความชอบส่วนบุคคล ทั้งนี้ เพื่อให้ทีมงานสามารถจัดบริการได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย การตอบสนองความชอบส่วนบุคคล มักจะทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายกับบรรยากาศที่ต้องมาอยู่ในโรงพยาบาลมากขึ้น ตัวอย่างความชอบส่วนบุคคล เช่น การเรียกตำแหน่งตัวผู้ป่วย เสื้อผ้า อาหารเครื่องดื่ม มีอาหารการให้คนเข้าเยี่ยม แต่เรื่องนี้ ไม่ได้คาดหวังว่าโรงพยาบาลจะต้องไปสร้างแบบฟอร์มใหม่ ให้เป็นภาระของเจ้าหน้าที่ในการกรอกข้อมูล แต่มุ่งหวังให้เจ้าหน้าที่มีความไวมากขึ้น ในการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย

- การให้ความสำคัญกับการลดความผิดพลาด/ ความล่าช้า ในการวินิจฉัยโรค เนื่องจากประเด็นนี้กระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และยังเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาล คลินิก และงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยควรมีการทบทวนเหตุการณ์ความผิดพลาด/ ความล่าช้า ในการวินิจฉัยโรค โดยทีมงานที่ประเมินผู้ป่วยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาโอกาสในการพัฒนากระบวนการประเมินผู้ป่วยให้มีความถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็วมากขึ้น

การวินิจฉัยผิดพลาด (1)

ในมาตรฐานฉบับใหม่ในหัวข้อ “การวินิจฉัยโรค” ได้มีการกำหนดเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ ดังนี้

“มีการกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเข้ม มีการปรับปรุงและติดตามผลต่อเนื่อง”

การวินิจฉัยผิดพลาดหมายถึง ความล้มเหลวที่จะได้มาซึ่งคำอธิบายที่ถูกต้องแม่นยำ ครบถ้วนสมบูรณ์ ภายในเวลาที่เหมาะสม สำหรับปัญหาสุขภาพที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ และรวมไปถึงความล้มเหลวในการสื่อสารคำอธิบายนี้ให้ผู้ป่วยได้เข้าใจด้วย

การวินิจฉัยผิดพลาดมีได้ทั้งในลักษณะ missed (ไม่สามารถวินิจฉัยได้ ทั้งที่มีข้อมูลเพียงพอที่จะวินิจฉัยได้), wrong (วินิจฉัยผิดไปจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่), และ delayed (วินิจฉัยได้ล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น)

มีการศึกษาในต่างประเทศที่แสดงว่า เราทุกคนมีโอกาสพบกับการวินิจฉัยผิดพลาดอย่างน้อยครั้งหนึ่งในช่วงชีวิตของเรา, 5% ของผู้ป่วยนอกจะเกิดการวินิจฉัยผิดพลาด, 7 – 17% ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มผู้ป่วยในมีความเชื่อมโยงกับการวินิจฉัยผิดพลาด และ 29% ของการเรียกร้องค่าเสียหายจากการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐานมีสาเหตุมาจากการวินิจฉัยผิดพลาด

สาเหตุที่ก่อให้เกิดการวินิจฉัยผิดพลาดจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มหลัก คือ

1. สาเหตุจากผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยรายนี้มีอาการและอาการแสดงของโรคแตกต่างไปจากผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยปกปิดข้อมูลหรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน
2. สาเหตุจากระบบงานของโรงพยาบาล เช่น การสื่อสารที่คลาดเคลื่อน การประสานงานที่ไม่ดี เครื่องมือหรือน้ำยาที่ใช้ไม่ได้มาตรฐาน
3. สาเหตุจากข้อจำกัดด้านความรู้ความสามารถของบุคลากร เช่น ความรู้ที่ไม่ทันยุคสมัย ความจำที่คลาดเคลื่อนไปจากทฤษฎี การคิดที่ไม่เป็นระบบ การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ไม่เพียงพอต่อการวินิจฉัยโรค

สาเหตุข้อ 3. เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด

การวินิจฉัยผิดพลาด (2)

แหล่งข้อมูลหลักที่จะช่วยในการค้นหาและทบทวนเรื่องการวินิจฉัยผิดพลาดในโรงพยาบาล ได้แก่ บันทึกการวินิจฉัยในเวชระเบียน เรื่องร้องเรียน/ เรื่องที่มีการฟ้องร้อง และผลการตรวจเอกซเรย์/ ผลการอ่านชิ้นเนื้อ การทบทวนควรทำโดยทีมงานที่มีผู้ที่มีความชำนาญในสาขานั้นๆ ร่วมด้วย โดยยึดหลักการว่าทำการทบทวนเพื่อการเรียนรู้และพัฒนากระบวนการงานให้ดีขึ้น ไม่ได้มุ่งหาผู้ผิด

เวลาเข้าเยี่ยมโรงพยาบาล สิ่งที่คุณเยี่ยมสำรวจของ สรพ. มักจะใช้เป็นต้นทางในการตามรอยเรื่องการวินิจฉัยผิดพลาด คือ จำนวนการเกิด missed/ wrong/ delayed diagnosis ที่ ER และ OPD ซึ่งเมื่อเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้น ก็จะดูการทบทวนของโรงพยาบาลว่า นำไปสู่การที่จะช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ถูกต้องแม่นยำขึ้นจริงหรือไม่ ถ้าไม่น่าจะใช้ ก็จะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกัน กลุ่มโรคที่มักจะมีรายงาน missed/ wrong/ delayed diagnosis ได้แก่ ไส้ติ่งอักเสบ ตั้งครรภ์นอกมดลูก โรคกล้ามเนื้อหัวใจวายเฉียบพลัน และมะเร็งเต้านม

นอกจากนี้ การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยก็เป็นปัญหาสำคัญ จากการสำรวจประสบการณ์ของผู้ป่วยพบว่า ข้อขัดข้องใจลำดับต้นๆ ของผู้ป่วย คือ การไม่ได้รับคำอธิบายที่เพียงพอถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และแผนการรักษาพยาบาล

สรุปแนวทางในการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค คือ

- ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย และครอบครัว ในทุกขั้นตอนของกระบวนการงานเพื่อการวินิจฉัยโรค
- เพิ่มพูนความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องการวินิจฉัยโรคที่ทันสมัย
- พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยโรค
- ออกแบบเกณฑ์การจ่ายเงินและสภาพแวดล้อมการทำงานที่ช่วยเกื้อหนุนกระบวนการวินิจฉัยโรคที่เป็นไปตามหลักวิชาการ
- ส่งเสริมการรายงานข้อผิดพลาด เพื่อนำมาทบทวน เรียนรู้ และนำสู่การพัฒนากระบวนการงาน

การอธิบายผลการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย

ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 ในบท การประเมินผู้ป่วย หัวข้อ การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค ข้อ 4. ได้กำหนดว่า "มีการอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย. มีการพิจารณาการส่งตรวจเพิ่มเติมเมื่อพบว่าผลการตรวจมีความผิดปกติ"

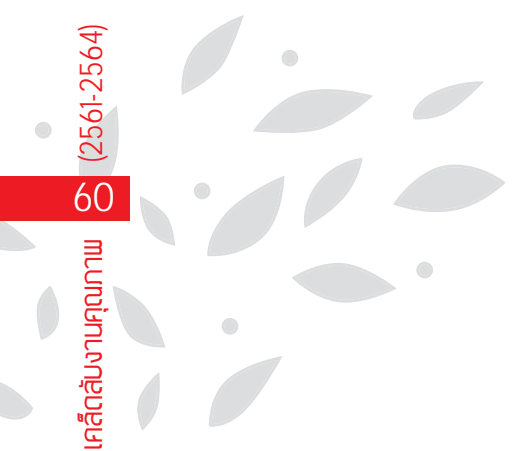
ในบท การประเมินผู้ป่วย มาตรฐานระบุไว้ว่า ต้องการเห็น "ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม"

การอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย สนับสนุนการบรรลุเป้าหมายข้างบนอย่างไร?

การอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสื่อสารที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ ว่า ผลการตรวจไม่ว่าจะปกติหรือผิดปกติ มีความหมายว่าอย่างไร สอดคล้องกับประวัติผู้ป่วยและผลการตรวจร่างกายหรือไม่ และจะต้องมีการตรวจเพิ่มเติมอีกหรือไม่ ทั้งนี้ ข้อความในข้อ III-2 ข.(4) อยู่บนฐานความเชื่อที่ว่า การประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสมต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจจากผู้ป่วยและญาติ

ตัวอย่างเช่น เมื่อผลการตรวจเอกซเรย์ปอดหญิงอายุ 80 ปี พบก้อนที่ปอดข้างซ้ายขนาดประมาณ 4 เซนติเมตร ซึ่งโตขึ้นกว่าผลเอกซเรย์ปอดปีก่อนประมาณ 1 เซนติเมตร แต่ผู้ป่วยไม่มีอาการ แพทย์ได้อธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคว่า ก้อนนี้อาจเป็นมะเร็ง โดยทฤษฎีจึงน่าจะทำ CT scan และ bronchoscope เพื่อตัดชิ้นเนื้อไปตรวจยืนยัน แต่ผู้ป่วยและญาติคิดว่า สภาพผู้ป่วยย่ำแย่และเดินไม่ได้ เป็นโรคหัวใจ และการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนจากการตรวจ จึงปรึกษากับแพทย์และตัดสินใจไม่ตรวจเพิ่มเติม

ในแบบประเมินตนเองของโรงพยาบาล การตอบมาตรฐานข้อนี้ Purpose น่าจะเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม Process น่าจะแสดงขั้นตอนที่แพทย์ใช้อธิบายผลการตรวจแก่ผู้ป่วยโดยทั่วไป รวมถึงการกำหนดการตรวจบางอย่างที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งจะต้องมีขั้นตอนพิเศษเพิ่มเติมในการอธิบาย (เช่นต้องมีการทำ informed consent) Performance อาจเป็น process indicator ที่แสดงสถิติการสุ่มสำรวจหลักฐานในเวชระเบียนหรือใช้การสังเกตการปฏิบัติจริง ถึงการปฏิบัติตาม guideline ที่วางไว้ หรือเป็น outcome indicator ที่แสดงความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในเรื่องการอธิบายผลการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค



Identification error

การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ในประเทศไทยก็มีการเกิดเหตุการณ์นี้อยู่เป็นระยะ การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดรวมถึงการระบุสิ่งส่งตรวจจากตัวผู้ป่วยและชิ้นเนื้อที่ผิดพลาดด้วย ความผิดพลาดนี้นำมาสู่การวินิจฉัย การให้ยา และการให้การรักษาที่ผิดพลาด

การป้องกัน identification error ที่อ้างอิงจากหนังสือ Patient Safety Goals: SIMPLE version 2008 และมีการปรับปรุงเพิ่มเติม มีดังนี้

1. ใช้ตัวบ่งชี้อย่างน้อย 2 ตัว (เช่น ชื่อ-นามสกุล, และวันเกิด) เพื่อยืนยันตัวบุคคลในทุกจุดที่มีการส่งมอบผู้ป่วยให้จุดบริการถัดไปหรือจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
2. กำหนดให้วิธีการบ่งชี้ผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร เช่น ใช้ป้ายชื่อมือสีขาวซึ่งมีรูปแบบมาตรฐานที่สามารถเขียนข้อมูลเฉพาะลงไปได้ หรือใช้ biometric technology หรือใช้ระบบ barcode
3. ไม่ถามนำ เช่น ชื่อ "สมศักดิ์" ใช่ไหมคะ แต่ให้ผู้ป่วยระบุชื่อ-นามสกุลด้วยตนเอง
4. จัดให้มีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการบ่งชี้ผู้ป่วยซึ่งไม่มีตัวบ่งชี้และเพื่อแยกแยะผู้ป่วยที่มีชื่อซ้ำกัน รวมทั้งแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือสับสนที่ไม่ใช้การซักถาม
5. ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติว่าทำไมต้องถามชื่อซ้ำในทุกจุด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นของของกระบวนการบ่งชี้ผู้ป่วย
6. เขียนฉลากที่ภาชนะสำหรับใส่เลือดและสิ่งส่งตรวจอื่นๆ ต่อหน้าผู้ป่วย
7. จัดให้มีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการรักษา identity สิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยตลอดกระบวนการตรวจวิเคราะห์ตั้งแต่ pre-analytical, analytical และ post-analytical process

8. จัดให้มีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการสอบถามเมื่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจอื่นๆ ไม่สอดคล้องกับประวัติหรือสภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย

9. ตามรอยการปฏิบัติจริงที่หน้างานเป็นระยะ

10. ในกรณีที่เป็นการผ่าตัด ควรนำ Surgical Safety Checklist ของ WHO มาใช้อย่างจริงจัง



การจัดการความปวด

ในมาตรฐานฉบับใหม่ได้มีการปรับปรุงรายละเอียดของการจัดการความปวดให้ชัดเจนมากขึ้น กล่าวคือ

- ทีมดูแลผู้ป่วยควรมีการคัดกรองและประเมินความปวดอย่างครอบคลุมทั้งความปวดเฉียบพลันและความปวดเรื้อรัง ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

- ผู้ป่วยได้มีโอกาสที่จะรับรู้ถึงความปวดที่จะเกิดขึ้นจากการดูแลรักษา การทำหัตถการ หรือการตรวจพิเศษ และได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการความปวด เช่น การคลอด ซึ่งอาจเลือกใช้การคลอดทางช่องคลอด การผ่าตัดคลอดโดยการดมยา หรือการผ่าตัดคลอดโดยการให้ยาชาเข้าทางไขสันหลัง ผู้ป่วยควรรู้ว่าความปวดของแต่ละวิธีการรักษาจะมีมากขนาดไหน จะมีวิธีจัดการความปวดได้อย่างไร และผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นจากการให้ยาแก้ปวดจะมีอะไรบ้าง

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นหัตถการที่ทำบ่อยมากในโรงพยาบาล และยังพบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์อยู่เนืองๆ ชมรมเครือข่ายผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย จึงได้จัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำขึ้น เพื่อเป็นแนวทางที่ช่วยให้พยาบาลสามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน และความปลอดภัย

ภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำพบได้หลายลักษณะ ตัวอย่างเช่น phlebitis, vascular access device related infection, infiltration/extravasation, hematoma/ hemorrhage, embolism, drug incompatibility

แนวทางสำคัญที่ต้องคำนึงถึง เมื่อมีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ คือ

1. เตรียมเข็มที่จะแทง อุปกรณ์ที่ต้องใช้ และเลือกตำแหน่งที่จะแทงหลอดเลือดดำ ให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงการแทงบริเวณใกล้ข้อ เนื่องจากมีการเคลื่อนไหวบ่อย และอาจเกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาท
2. ทำความสะอาดผิวหนังในขนาดความกว้างไม่น้อยกว่าที่จะติดแผ่นฟิล์มใส ปลอดเชื้อ ด้วย 70% alcohol หรือ tincture of iodine หรือ 0.5% chlorhexidine in alcohol (chlorhexidine in alcohol ไม่ควรใช้ในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน)
3. สื่อสารผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล ให้เข้าใจเหตุผลความจำเป็นและขั้นตอนการแทงสาย เตรียมชุดให้สารน้ำ ตรวจสอบตัวยาที่จะให้ว่าไม่มีปฏิกิริยาต่อกัน ตรวจสอบลักษณะของสารน้ำว่าไม่มีลักษณะผิดปกติ เครื่องครัดในเรื่องความสะอาดและเทคนิคปลอดเชื้อ
4. ดูแลบริเวณตำแหน่งที่ให้สารน้ำ และประเมินผิวหนังบริเวณที่แทงเข็ม เพื่อเฝ้าระวังอาการแดง ปวด บวม และสอบถามอาการผู้ป่วย เช่น ปวด ชา แสบ ตึง
5. การบริหารยาที่มีความเป็นกรดต่างสูง คือ pH น้อยกว่า 5 หรือมากกว่า 9, ยาที่มีความเข้มข้นของ dextrose มากกว่า 10%, ยาที่มี osmolality มากกว่า 900 มิลลิออสโมล ควรให้ทางหลอดเลือดดำใหญ่ เพื่อป้องกัน extravasation

ผู้ป่วยตกเตียงที่แผนกผู้ป่วยนอก

ในปี 2561 มีรายงานผู้ป่วยสูงอายุไปรับการรักษากี่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งด้วยอาการขาอ่อนแรง ระหว่างรอผลการตรวจเลือดบนเตียงนอน เตียงเกิดกระดก ทำให้ผู้ป่วยตกเตียงทางตอนท้ายของเตียง ตรวจร่างกายขณะนั้นไม่พบสิ่งผิดปกติชัดเจน แต่หลังจากกลับบ้านได้ 4 วันผู้ป่วยกลับมาอีกครั้งด้วยอาการปวดขา ขาบวม ขยับขาไม่ได้ X-RAY พบกระดูกต้นขาขวาหัก ผู้ป่วยรายนี้เกิดการตกเตียงที่แผนกผู้ป่วยนอกในระหว่างรอผลการตรวจเลือด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ทีมงานของโรงพยาบาลมักจะไม่ได้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดนัก

โดยทั่วไป การลื่นตกหกล้มมักจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุและเด็กเล็กที่นอนอยู่ในหอผู้ป่วย เหตุการณ์นี้จึงช่วยเตือนทีมงานโรงพยาบาลว่าการลื่นตกหกล้มสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกจุดของการให้บริการ

แนวทางปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงของเหตุการณ์ผู้ป่วยลื่นตกหกล้ม คือ

1. เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และทักษะของบุคลากรและญาติ ในเรื่องการป้องกันผู้ป่วยลื่นตกหกล้ม

2. ประเมินความเสี่ยงต่อการลื่นตกหกล้ม ด้วย Morse Fall Risk Assessment หรือ Hendrich Fall Risk Assessment ในขณะแรกรับ และติดตามประเมินความเสี่ยงซ้ำเป็นระยะ

3. ประเมินปัจจัยที่ทำให้การลื่นตกหกล้มแล้วจะเกิดการบาดเจ็บที่รุนแรง และถามประวัติเกี่ยวกับการลื่นตกหกล้มในอดีตที่เกิดการบาดเจ็บรุนแรงตั้งแต่แรกรับ

4. จัดสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ที่ช่วยลดความเสี่ยงในการลื่นตกหกล้ม เช่น ใช้เตียงที่มีระดับต่ำ เตียงมีความมั่นคง มีอุปกรณ์เครื่องช่วยเดินประจำห้องและมีราวเกาะในจุดเสี่ยง ติดตั้งอุปกรณ์ที่ส่งสัญญาณเตือนเมื่อผู้ป่วยพยายามลุกจากเตียง การใช้พื้นห้องน้ำที่ไม่ลื่น

5. ทบทวนและปรับยาที่ทำให้ผู้ป่วยลื่นตกหกล้มได้ง่าย โดยเฉพาะยาทางจิตเวช

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยเตียง

จากเหตุการณ์ที่มีผู้ป่วยตกเตียงในขณะที่เคลื่อนย้าย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น และนำมาซึ่งการเรียกร้องความรับผิดชอบจากโรงพยาบาล เหตุการณ์ในลักษณะนี้น่าจะสามารถป้องกันได้ระดับหนึ่ง โดยการปฏิบัติงานที่มีความรัดกุมมากขึ้น

Association of Surgical Technologists (AST) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดที่ช่วยลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยเตียง โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ตรวจสอบสภาพของเตียงว่าอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ขาเตียง รวากัน ล้อ เข็มขัดรัดผู้ป่วยสามารถล็อกได้จริง
- เอรารวากันเตียงขึ้นทุกครั้ง ในขณะที่เคลื่อนย้าย
- คาดเข็มขัดรัดผู้ป่วยกับเตียงให้เรียบร้อย
- ตรวจสอบสายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ สายระบาย (drain) และสายชนิดอื่นๆ ว่าวางถูกต้องและยึดติดกับตำแหน่งอย่างแน่นหนา ขวดเก็บของเสียและถุงปัสสาวะ ให้แขวนอยู่ห่างจากศีรษะผู้ป่วย
- มั่นใจว่าศีรษะ แขน และขา ได้รับการปกป้องจากการถูกระแทก โดยผู้ป่วย ยังคงรู้สึกสบายตามสมควร
- ในขณะที่เข็นเตียง ควรให้เท้าของผู้ป่วยนำไปข้างหน้า หลีกเลี่ยงการเคลื่อนย้ายอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในช่วงเลี้ยว เพื่อป้องกันการตกเตียงและการทำให้ผู้ป่วยเวียนศีรษะ
- ผู้เข็นเตียงควรอยู่ด้านศีรษะของผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งจากการที่ผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะเคลื่อนย้าย หรือการมีสิ่งกีดขวางระหว่างทาง ถ้ามีผู้เข็นเตียง 2 คน คนที่สองควรอยู่ด้านเท้าผู้ป่วย
- ไม่ใช่เตียงดันประตูห้องให้เปิด เพราะอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้
- กรณีใช้ลิฟต์ ควรล็อคอประตูลิฟต์ขณะเข็นผู้ป่วยเข้าไป และควรนำศีรษะผู้ป่วยเข้าไปก่อน
- มีการสื่อสารกับผู้ป่วยเป็นระยะ และคลุมผ้าให้ผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อป้องกันการเผยร่างกายส่วนต่างๆ ที่อาจสร้างความอับอายให้ผู้ป่วย

ภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือด

ในช่วงกลางปี 2560 ในประเทศเวียดนาม เกิดเหตุการณ์ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือด 18 ราย โดยผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ ปวดท้อง และหายใจไม่ออก ผู้ป่วยเสียชีวิตไป 8 ราย

หลังจากการสอบสวนหาสาเหตุของเหตุการณ์แล้ว มีผู้ถูกฟ้องร้อง 3 ราย เป็นเจ้าหน้าที่ของบริษัททำความสะอาดน้ำที่ใช้ฟอกเลือด เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่มีหน้าที่บำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ และแพทย์ผู้รับผิดชอบดูแลหน่วยฟอกเลือด

เหตุการณ์เกิดขึ้นจากการที่เจ้าหน้าที่ของบริษัทดูแลและซ่อมบำรุงระบบน้ำ RO ใช้สารผสมระหว่าง hydrofluoric acid และ hydrochloric acid ในการทำความสะอาดแผ่นกรอง ซึ่งสารเคมีทั้งสองนี้ไม่อยู่ในรายการของสารเคมีที่ใช้กับเครื่อง และเมื่อทำความสะอาดแล้ว การล้างสารเคมีก็ทำไม่ดี จึงมีสารทั้งสองตกค้างจำนวนมากอยู่ในระบบน้ำของเครื่อง และเจ้าหน้าที่ผู้นั้นก็ละเลยที่จะนำน้ำไปตรวจตามขั้นตอนที่กำหนด

เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่มีหน้าที่กำกับดูแลบริษัทก็ปล่อยปละละเลย และปล่อยให้มีการใช้น้ำนั้นทั้งๆ ที่รูว่ำน้ำนั้นยังไม่ได้มีการทดสอบตามขั้นตอน แพทย์ที่ถูกฟ้องซึ่งควรจะกำกับดูแลการทำงานในภาพรวมก็ไม่ได้ทำหน้าที่นั้นตามสมควรจะเป็น

เหตุการณ์นี้ไม่ได้เกิดขึ้นในประเทศไทย แต่ควรมีการทบทวนขั้นตอนต่างๆ ในโรงพยาบาลในประเทศเรา เพื่อป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่น่าจะเกิดขึ้นนี้

การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ในการพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพได้ก้าวมาไกล แต่ส่วนใหญ่ยังเป็นการขับเคลื่อนการพัฒนาด้วยผู้คนที่อยู่ในวิชาชีพด้านสุขภาพ ทำให้พบข้อจำกัดบางอย่างที่ยังไม่สามารถก้าวข้ามไปได้ ดังนั้น ด้วยความเชื่อที่ว่าถ้าให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น มองเขาเหล่านั้นไม่ใช่เพียงผู้มารับบริการ แต่เป็นพันธมิตรในการร่วมพัฒนา การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพก็น่าจะประสบความสำเร็จมากขึ้น

(2561-2564)

68

เคล็ดลับงานคุณภาพ



สรพ. ได้ริเริ่มทดลองใช้เครื่องมือตลอดจนดำเนินโครงการที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

1. การสร้าง application ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถสะท้อนความรู้สึกและความคิดเห็นที่มีต่อบริการที่ตนได้รับ (Patient Experience Survey) เพื่อเป็นข้อมูลให้โรงพยาบาลนำไปปรับปรุงคุณภาพบริการ การกรอกข้อมูล ผู้ป่วยสามารถ scan QR Code ที่ติดอยู่ตามโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

2. การให้ผู้ป่วยเข้าร่วมประเมินผลลัพธ์การรักษาพยาบาลในมุมมองของผู้ป่วย (Patient-Reported Outcome Measures) โดยสรพ.ร่วมกับ สปสช. เขต 1 ได้ทดลองโครงการนำร่องในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลแพร์ ลำพูน และลำปาง

3. การเสริมสร้างความตระหนักของผู้ป่วย ในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและแพทย์ควรมีการสื่อสารกัน ผ่านบัตรเตือนใจ "อย่าลืมบอกหมอ" และ "อย่าลืมถามหมอ"

ทำสื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความปลอดภัย



4. การจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patients for Patient Safety) โดยการสนับสนุนทางวิชาการจากองค์การอนามัยโลก โดยกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบและให้ข้อคิดเห็นต่อกิจกรรมและสื่อต่างๆ ของ สรพ. ที่มีเป้าหมายเพื่อการสื่อสารกับประชาชน



(2561-2564)

69

เคล็ดลับจากคุณภาพ

ความปลอดภัยในขณะส่งต่อผู้ป่วย

ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 กำหนดว่า "ยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยได้มาตรฐานความปลอดภัย มีอุปกรณ์การแพทย์และเวชภัณฑ์ที่พร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย"

ความปลอดภัยของยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยต้องครอบคลุมทั้งความปลอดภัยของผู้ป่วยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ ซึ่งใน SIMPLE 2018 Personnel Safety ได้มีการกล่าวถึงความปลอดภัยของรถพยาบาลและขั้นตอนการรับส่งต่อผู้ป่วยไว้ โดยมีรายละเอียดสำคัญ คือ

- มาตรฐานความปลอดภัยของรถพยาบาล มีข้อเสนอแนะว่า ตัวถังรถ เตี้ยผู้ป่วย เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างๆ ต้องมีการยึดตรึงให้สามารถทนแรงทุกทิศทางได้ 10 G (แรงขนาด 10 เท่าของน้ำหนักของวัตถุนั้นๆ)

- มีการติดตั้งเข็มขัดนิรภัยและอุปกรณ์ความปลอดภัยต่างๆ ที่ได้มาตรฐาน
- การจัดวางอุปกรณ์การแพทย์ต้องเอื้อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานได้โดยไม่ต้องถอดเข็มขัดนิรภัย เพื่อเอื้อมไปหยาบอุปกรณ์ต่างๆ

- การปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของทุกคน เช่น การสร้างแนวเบี่ยงจราจร โดยการวางกรวย ณ จุดเกิดเหตุ เพื่อเป็นสัญญาณชะลอความเร็วรถ, การจอดรถคันแรกทีไปถึง ณ ที่เกิดเหตุ เพื่อสร้างแนวกันชน, การจอดรถพยาบาลในตำแหน่งที่ปลอดภัย, การใส่ชุดปฏิบัติงานที่มีแถบสะท้อนแสง, การงดใช้ไฟส่องสว่างที่หันทิศทางไปรบกวนการมองเห็นของผู้ขับขี่ที่อยู่บนถนนสายเดียวกัน

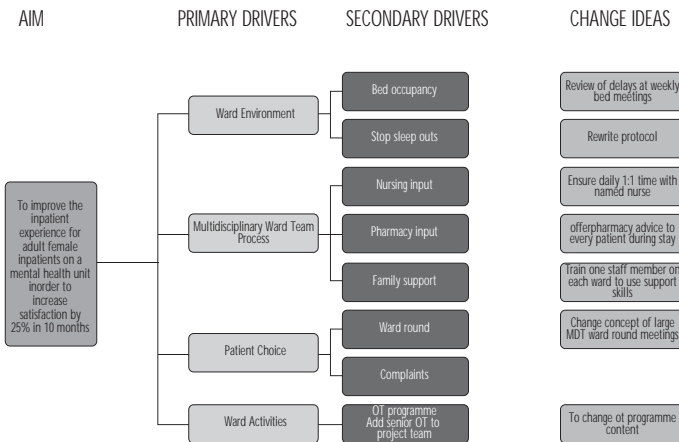
- แนวปฏิบัติที่ดีสำหรับพนักงานที่ขับรถพยาบาล เช่น ไม่ดื่มแอลกอฮอล์หรือกินยาที่ทำให้ง่วงนอน, เคารพกฎจราจร ไม่ฝ่าสัญญาณไฟแดงในทุกกรณี, จำกัดความเร็วรถไม่เกิน 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง, ไม่ใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับขี่, พักทุกๆ 2 ชั่วโมง หรือระยะทางทุกๆ 150 กิโลเมตร, กรณีเดินทางไกลกว่า 400 กิโลเมตร ควรมีพนักงานขับรถ 2 คน

Driver Diagram

ในแบบประเมินตนเองส่วน Clinical Tracer/ Clinical Quality Summary มีคำแนะนำว่า

“Purpose: แสดงเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยและอาจแสดง Driver Diagram ที่แสดงองค์ประกอบสำคัญในการให้บริการที่มีคุณภาพ”

Driver Diagram เป็นการแสดงวิธีคิดของทีมงานว่า ถ้าทีมงานต้องการบรรลุเป้าหมาย (aim) ในระดับผลลัพธ์ของเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มีสิ่งใดที่ทีมงานคิดว่าจะเป็นแรงขับเคลื่อนหลัก (primary driver) ที่ช่วยให้เกิดการบรรลุเป้าหมาย และมีสิ่งใดที่เป็นแรงขับเคลื่อนรอง (secondary driver) ที่ช่วยส่งเสริมให้มีแรงขับเคลื่อนหลักมากยิ่งขึ้น ซึ่งเมื่อทีมงานเห็นความสัมพันธ์เหล่านี้ชัดเจนตรงกันแล้ว ทีมงานมีแนวคิดใหม่ๆ อะไรบ้างที่จะเริ่มทำ (change ideas) ซึ่งจะส่งผลในทางบวกต่อแรงขับเคลื่อนเหล่านี้



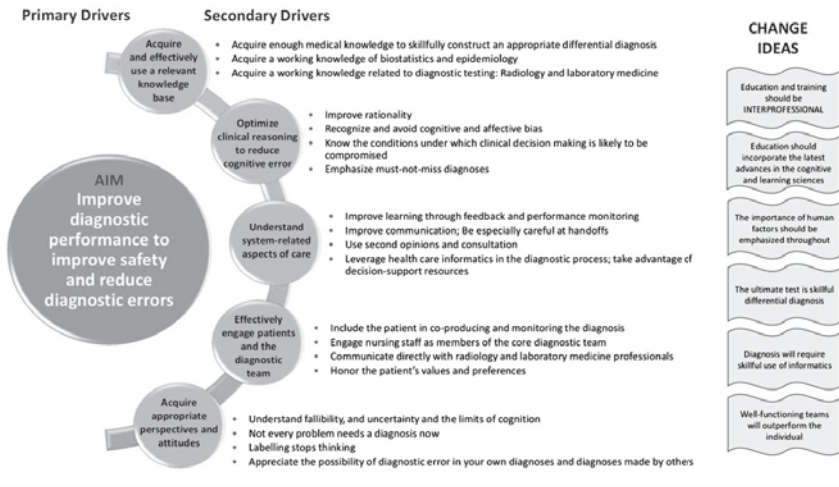
(2561-2564)

71

เคล็ดลับงานคุณภาพ

การเขียนผังก้างปลา (Fish-bone Diagram) ที่หลายคนคุ้นชิน จะเป็นการเขียนโดยเอาปัญหาเป็นตัวตั้ง แล้วแสดงสาเหตุหลักและสาเหตุรองที่ทำให้เกิดปัญหาดังกล่าว ในขณะที่การเขียน Driver Diagram จะพลิกจากการเอาปัญหาเป็นตัวตั้ง มาเป็นการเอาเป้าหมายที่อยากได้เป็นตัวตั้ง แล้วแสดงแรงขับเคลื่อนหลักและแรงขับเคลื่อนรองที่ต้องสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดใหม่ เทคโนโลยีใหม่ หรือคนที่มีศักยภาพใหม่ มากกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของแรงขับเคลื่อนเหล่านี้

ตัวอย่างการเขียน Driver Diagram



(2561-2564)

72

เคล็ดลับงานคุณภาพ

Control Chart

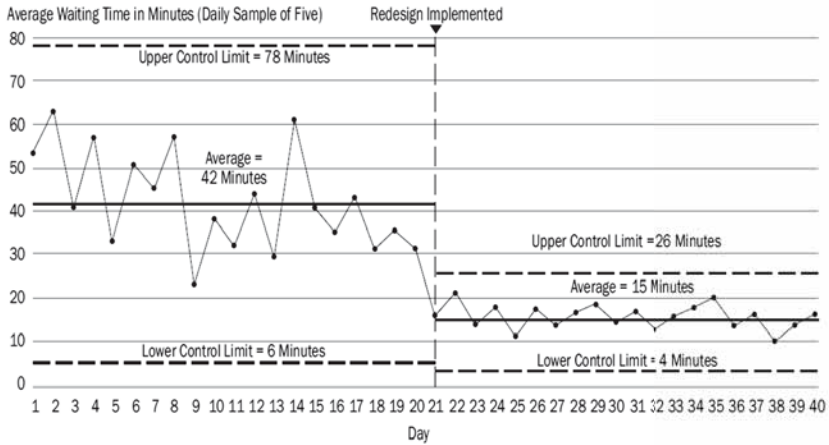
Control Chart เป็นเครื่องมือคุณภาพขั้นหนึ่งที่มีประโยชน์ในการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน โดยในการผลิตสินค้าและให้บริการ Control Chart จะช่วยให้ทีมงานสามารถตรวจจับปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการได้อย่างรวดเร็ว และเข้าไปแก้ไข ปัญหาได้อย่างทันที่่วงที่ก่อนที่ปัญหาจะลุกลามและส่งผลกระทบต่อ องค์กร

สำหรับงานพัฒนาคุณภาพ Control Chart ยังสามารถใช้เป็นเครื่องมือ เพื่อป้องกันการพัฒนากระบวนการงานที่นำมาใช้ได้ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกว่าเดิม หรือไม่

หลักการสำคัญของ Control Chart คือ การคำนวณหาค่าเฉลี่ยของตัวชี้วัด ในช่วงที่ผ่านมาเพื่อสร้างเส้นกลาง และคำนวณค่า upper control limit (UCL) และ lower control limit (LCL) เพื่อใช้ในการติดตามค่าตัวชี้วัดในช่วงถัดไป ถ้าค่าตัวชี้วัด ที่กำลังติดตามอยู่มีลักษณะเข้ากับเกณฑ์ที่กำหนด ย่อมเป็นข้อบ่งชี้ว่า ค่าตัวชี้วัดกำลัง มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นจริง ไม่ใช่เป็นเพียงความแปรปรวนตามปกติของค่าที่วัดได้ เกณฑ์เหล่านี้ ได้แก่

1. An outsider คือ มีจุดใดจุดหนึ่งอยู่นอก control limit คือสูงกว่า UCL หรือ ต่ำกว่า LCL
2. A shift or a trend คือ มีจุด 7 จุดต่อเนื่องกันเหนือหรือใต้เส้นกลาง, หรือ มีจุด 7 จุดต่อเนื่องกันที่มีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน คือเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง หรือลดลง ต่อเนื่อง
3. An unusual pattern คือ มีแบบแผนหรือแนวโน้มที่ผิดปกติภายใน control limits

4. Too many or too few points found within the inner one-third คือ มีการกระจายของจุดภายในช่วง $\text{mean} + 1 \text{ S.D.}$ ต่างไปจากค่าที่ควรเป็นตามการคำนวณทางสถิติ



Patient Experience

จากการศึกษาของ University of Utar Health ซึ่งลงตีพิมพ์ใน NEJM Catalyst March 2019. ในหัวข้อ "ประสบการณ์ของผู้ป่วย (Patient Experience)" มีประเด็นที่น่าพิจารณาคือ

1. การดูแลผู้ป่วยที่ดี ผู้ให้การดูแลต้องมีทั้งความรู้ความเชี่ยวชาญในงานของตนเอง ยึดมั่นในหลักการที่จะมอบสิ่งที่เหมาะสมที่สุดให้ผู้ป่วย และจิตวิญญาณของการดูแลด้วยความเอาใจใส่

2. สิ่ง que ผู้ป่วยอยากได้รับจากผู้ให้บริการมากที่สุด คือ คุณภาพบริการทั้งในเชิงประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย รองลงมาคือ ประสบการณ์ที่ดีในการมารับบริการ และราคาที่เหมาะสม

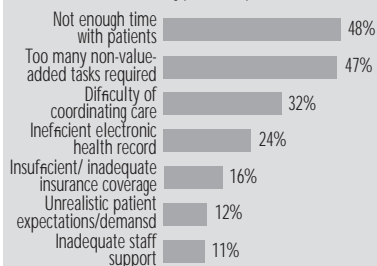
3. ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด คือ การที่แพทย์รับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ เคยมีการศึกษาที่พบว่า แพทย์จะรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 11 วินาที ก่อนที่จะขัดจังหวะการเล่าของผู้ป่วย ด้วยคำถามที่แพทย์อยากถามเพื่อการซักประวัติ

4. ปัจจัย 3 อันดับแรกที่เป็นอุปสรรคต่อการสร้างประสบการณ์ที่ดีของผู้ป่วย คือ

- 1) เวลาที่ไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
- 2) การต้องทำกิจกรรมหลายอย่างที่ไม่สร้างคุณค่าเพิ่มให้แก่กระบวนการดูแลผู้ป่วย เช่น การเขียนรายงาน การกรอกข้อมูล
- 3) ความไม่ไหลลื่นของการประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วย

Barriers to Providing an Outstanding Patient Experience

What are the top two biggest barriers today to providing an outstanding patient experience?



Base-544 (multiple responses)
NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) @Massachusetts Medical Society

หลักในการเขียนแบบประเมินตนเอง (Self-Assessment Report)

ลักษณะสำคัญของการประเมินรับรองสถานพยาบาลของ สรพ. คือ เป็นการประเมินรับรองเพื่อเสริมพลัง (empowerment evaluation) ซึ่งหมายความว่าเมื่อสิ้นสุดการประเมินแล้ว สถานพยาบาลมีพลังใจในการขับเคลื่อนงานคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง เห็นโอกาสในการพัฒนาที่ชัดเจน และสามารถประเมินตนเองได้ผลใกล้เคียงกับการประเมินโดยผู้เยี่ยมชมสำรวจ อันเป็นดัชนีสำคัญที่บ่งชี้ว่าสถานพยาบาลมีศักยภาพในการประเมินงานในระดับที่จะช่วยให้ประเมินตนเองได้เป็นประจำและวางแผนการพัฒนาได้จนเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานปกติ โดยไม่ต้องรอผลการประเมินจากผู้เยี่ยมชมสำรวจซึ่งจะมาเยี่ยมสถานพยาบาลนานๆ ครั้ง

หลักที่ใช้ในการเขียนแบบประเมินตนเอง คือ การเขียนเนื้อหาที่กระชับ ตรงประเด็น และสะท้อนการเรียนรู้ขององค์กร ตามหัวข้อในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของ สรพ.

- เรื่องที่บรรยายควรสะท้อนการเปลี่ยนแปลงในแนวคิดและขั้นตอนการดำเนินงานของแต่ละกระบวนการ ไม่นำงานประจำมาเขียนพรรณนา

- นำหลัก 3P มาประยุกต์ใช้ในแต่ละเรื่องที่จะบรรยาย คือ ทำเรื่องนี้เพื่ออะไร (purpose) มีการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงกระบวนการตรงไหนบ้าง (process) ผลลัพธ์ (performance) ออกมาตรงตามที่คาดหวังหรือไม่ และทีมงานได้เรียนรู้อะไรบ้าง

- นำหลัก 3C-PDSA มาขยายความในกระบวนการที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในช่วงประมาณ 3 ปีที่ผ่านมา โดยแสดงผลมาจากการทบทวนงานในวงรอบการพัฒนาก่อนหน้านั้น (ทบทวนหรือตามรอยแล้วพบข้อขัดข้องในการดำเนินงานอะไรบ้าง วิเคราะห์สาเหตุรากแล้วเกิดจากอะไร) ที่นำมาสู่การพัฒนากระบวนการทำงานในรอบการพัฒนาใหม่ อันนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีแนวโน้มที่ดีขึ้นตามลำดับ

- ในหัวข้อที่เกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง มาตรการแก้ไขที่บรรยาย ควรมี
มากไปกว่ากิจกรรมพื้นฐาน เช่นการกำชับเจ้าหน้าที่ให้มีความระมัดระวังมากขึ้น หรือ
การจัดอบรมให้ความรู้ ตัวอย่างมาตรการที่มีประสิทธิผลดีกว่า ได้แก่ การปรับปรุง
ขั้นตอนและสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อแก้ไข defect ที่พบจากการทบทวน
และการนำเครื่องมือหรือเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาช่วยในการทำงาน



Hospital Profile 2018

บันทึกข้อมูลใน cell ที่ไม่ได้ระบายสี

ชื่อบริษัท	Organization Name	
ลักษณะองค์กร	Organization Characteristic	
บริการหลัก	Core Services	
วิสัยทัศน์	Vision	
พันธกิจ	Mission	
ค่านิยมหลัก	Core Values	
สมรรถนะหลักขององค์กร	Core Competencies	
ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์	Strategic Advantages	
ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	Strategic Challenges	
โอกาสเชิงกลยุทธ์	Strategic Opportunities	
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	Strategic Objectives	
จุดเน้น/เข็มมุ่ง	Key Focus Area	
สถานการณ์ด้านสังคม	Social Situation	
สถานการณ์ด้านเทคโนโลยี	Technological Situation	
สถานการณ์ด้านเศรษฐกิจ	Economic Situation	
สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม	Environmental Situation	
สถานการณ์ด้านการเมือง	Political Situation	
สถานการณ์ด้านการแข่งขัน	Competitive Situation	
ข้อมูลทั่วไปด้านกำลังคน	Workforce Profile	
ปัจจัยความผูกพันของกำลังคน	Workforce Engagement Factors	
ข้อกำหนดด้านสุขภาพและความปลอดภัย	Health & safety requirement	
วัสดุ เวชภัณฑ์	Supplies	
อาคารสถานที่	Facilities	
เครื่องมือและเทคโนโลยี	Equipment & technology	
กฎหมาย ภาวะระเบียบข้อบังคับ	Regulatory Requirement	
ระบบงาน	Work System	
กระบวนการทำงานที่สำคัญ	Key Work Processes	
กระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ	Key Support Processes	
ระบบกำกับดูแลองค์กร	Governance System	
ผู้ป่วยและความต้องการ	Patients & Requirements	
ผู้รับผลงานอื่นๆ และความต้องการ	Other Customers & Requirements	
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและความต้องการ	Stakeholders & Requirements	
ผู้ส่งมอบ	Suppliers	
พันธมิตรและบทบาท	Partners & Roles	
ความร่วมมือและบทบาท	Collaborators & Roles	
เครือข่ายบริการและบทบาท	Service Network & Roles	
บริการที่จ้างเหมา	Contracted Services	
ความร่วมมือในการศึกษา	Education Affiliation	
ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ	Key Health Problems	
สาขาการให้บริการเฉพาะทางที่สำคัญ	Key Service Specialties	
คุณลักษณะของบริการสุขภาพ	Health Service Offering	

Hospital Profile คือสรุปข้อมูลสำคัญของโรงพยาบาล ซึ่งแสดงให้เห็นบริบทที่เป็นตัวกำหนดทิศทางการทำงานของโรงพยาบาล

Hospital Profile 2018 จัดทำบน Excel เพื่อช่วยรพ.ในการสรุปข้อมูลสำคัญอย่างกระชับ และตรวจสอบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ เพื่อพิจารณาความสมบูรณ์และความเป็นเหตุเป็นผล. ใน file Excel แบ่งเป็น 6 sheets โดย

Sheet ที่ 1 Front page เป็น sheet ที่อธิบายวิธีการกรอกข้อมูลใน Excel

Sheet ที่ 2 Entry และ Sheet ที่ 3 Statistic เป็น sheet ที่ใช้กรอกข้อมูล โดยกรอกข้อมูลในเซลล์สีเหลืองเท่านั้น หลีกเลี่ยงการ insert หรือ delete cell เพราะอาจมีผลกระทบต่อ diagram ใน sheet 4, 5, 6

Sheet ที่ 4 VMV & CC เป็น diagram แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง vision, mission, core value และ core competency. รพ. ไม่ต้องกรอกข้อมูลใดๆ ใน sheet นี้. ตัว diagram จะเกิดจากการประมวลข้อมูลใน sheet ที่ 2 โดยอัตโนมัติ

Sheet ที่ 5 Strategy เป็น diagram แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบสำคัญที่ใช้ในการกำหนด Strategy. ตัว diagram จะเกิดจากการประมวลข้อมูลใน sheet ที่ 2 โดยอัตโนมัติ

Sheet ที่ 6 SIPOC เป็น diagram แสดงความสัมพันธ์ของห่วงโซ่อุปทาน (Suppliers, Input, Process, Output, Customers) ของสถานพยาบาลนั้น ตัว diagram จะเกิดจากการประมวลข้อมูลใน sheet ที่ 2 โดยอัตโนมัติ

ลักษณะองค์กร, บริการหลัก และสมรรถนะหลักขององค์กร

คำศัพท์ใน Hospital Profile	ความหมาย	ตัวอย่าง
ลักษณะองค์กร (Organization Characteristic)	สิ่งที่เมื่อบรรยายแล้วทำให้เห็น ภาพกว้างๆของโรงพยาบาล แห่งนั้น ข้อความที่ควรบรรยาย เช่น ขนาดโรงพยาบาล ต้นสังกัด ที่ตั้ง	โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ ที่ภาคกลาง ห่างจากอำเภอเมือง 15 กิโลเมตร
บริการหลัก (core services)	บริการสำคัญที่มีการให้บริการ ตามขนาดและความเชี่ยวชาญ ของโรงพยาบาล	ให้การดูแลรักษาพยาบาลในระดับ ทุติยภูมิ และให้บริการงานส่งเสริม สุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ฟื้นฟู สภาพ และการจัดบริการด้าน การแพทย์แผนไทยอย่างเป็น องค์รวม
สมรรถนะหลัก ขององค์กร (core competency)	เป็นสิ่งที่องค์กรมีความชำนาญ มาก และเป็นสิ่งที่จะช่วยให้ องค์กรทำงานบรรลุตามพันธกิจ ที่กำหนดไว้	<ul style="list-style-type: none"> - การบูรณาการการดูแลของ การแพทย์แผนปัจจุบันเข้ากับ การแพทย์ไทย โดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน - การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในด้าน จิตวิญญาณและประสานมิติด้าน จิตวิญญาณเข้าไปในการดูแล ผู้ป่วย

การเขียนแบบประเมินตนเอง ตอนที่ 1-3

หัวข้อที่ใช้ในการเขียนแบบประเมินตนเองตอนที่ 1-3 ประกอบด้วย

1. ผลลัพธ์ของบทนั้น
2. บริบท
3. กระบวนการ
4. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ
5. แผนการพัฒนา

สิ่งที่อยากขยายความในที่นี้ คือ หัวข้อ "กระบวนการ" ซึ่งหลายโรงพยาบาลยังเขียนส่วนนี้มายาวมาก เพราะนางานปกติมาบรรยายทั้งหมด สิ่งที่ สรพ. แนะนำคือให้เขียนเฉพาะกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนา ซึ่งจะโยงไปสู่ผลลัพธ์ซึ่งแสดงไว้ในหัวข้อแรก การเขียนนั้นให้อิงตามขั้นตอนในวงจรการพัฒนาคุณภาพ (Plan-Do-Check-Act) ที่เกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาล ซึ่งในบางกิจกรรมการพัฒนา วงจรการพัฒนายังไม่ครบวงจร ก็ให้โรงพยาบาลเขียนไปตามเท่าที่ได้ทำไปถึง

ในส่วนการให้คะแนนนั้น หลักทั่วไปของการให้คะแนน เป็นดังนี้

- คะแนน 1 คือ เริ่มต้นปฏิบัติ
- คะแนน 2 คือ มีการปฏิบัติได้บางส่วน
- คะแนน 3 คือ มีการปฏิบัติได้ครอบคลุมและได้ผล
- คะแนน 4 คือ มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง
- คะแนน 5 คือ มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี

การเขียนแบบประเมินตนเอง ตอนที่ 4

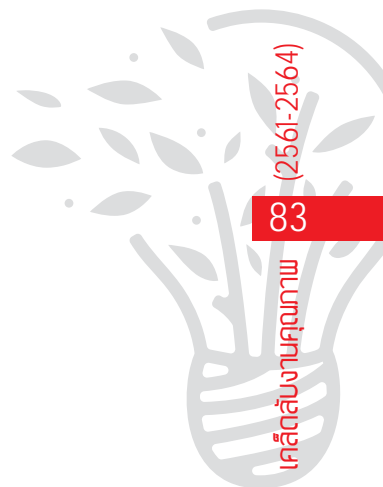
มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 ตอนที่ 4 ผลลัพธ์ ได้แบ่งผลลัพธ์เป็น 6 ด้าน คือ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ด้านกำลังคน ด้านการนำ ด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญ และด้านการเงิน ซึ่งถ้าใครคุ้นชินกับมาตรฐานฉบับที่ 3 ก็จะพบว่าผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย และผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ได้นำมารวมกันเป็นผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพ ในมาตรฐานฉบับที่ 4

ตอนที่ IV ผลลัพธ์



ในแบบประเมินตนเอง SAR 2018 version 1.0 ตอนที่ 4 สถาบันได้แนะนำให้นำเสนอผลลัพธ์ย้อนหลังไป 5 ปี เพื่อให้เห็นแนวโน้มของผลลัพธ์ที่ชัดเจน และควรแสดงค่าเป้าหมายด้วย การนำเสนอควรใช้กราฟ เพราะทำให้ดูง่าย โรงพยาบาลที่เข้าใจ และใช้ Run Chart หรือ Control Chart กับตัวชี้วัดบางตัวอยู่แล้ว ก็ให้เลือกนำเสนอด้วย Run Chart หรือ Control Chart และที่สำคัญมาก คือ ขอให้อธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ตามที่แสดงด้วย เพราะส่วนนี้จะเป็นการแสดงการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์ผลลัพธ์ ซึ่งโรงพยาบาลจะนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพในช่วงต่อไป

ใน SAR 2018 version 1.0 ผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพ ได้แตกออกตามมิติต่างๆ (ข้อ 80 – 85) และรวมเอาผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (ข้อ 86) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ข้อ 87) และประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย (ข้อ 88 – 93) มารวมไว้ในผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพด้วย หลังจากนั้น ก็จะเรียงไปตามลำดับ คือ ด้านกำลังคน ด้านการนำ และด้านการเงิน ส่วนผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญไม่ได้แสดงในจุดนี้ เพราะถือว่ามีการบรรยายแทรกเข้าไปในตอนที่ 2 และตอนที่ 3 แล้ว



ใบอนุญาตใช้อาคารของโรงพยาบาลเอกชน

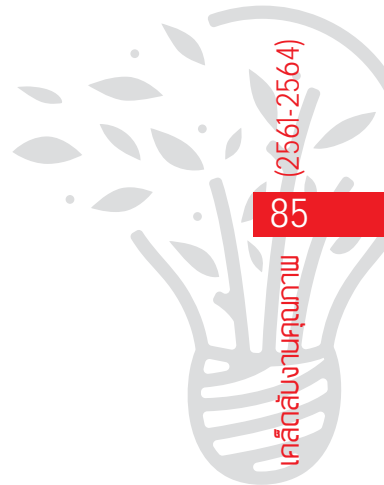
ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 ในบท "สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย" ในข้อ II-3.1 ก.(1) กำหนดไว้ว่า "โครงสร้างอาคารสถานที่ขององค์กรเป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่" และในประกาศของ สรพ. เรื่อง ขั้นตอนการเยี่ยมสำรวจ และเอกสารที่ต้องจัดเตรียมเพื่อการเยี่ยมสำรวจครั้งที่ 3 พ.ศ. 2561 (ฉบับที่ 2) กำหนดไว้ว่า "สำหรับสถานพยาบาลเอกชน ขอให้แนบใบรับรองการก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือเคลื่อนย้ายอาคาร (แบบ อ.6) หรือใบอนุญาตเปลี่ยนการใช้อาคาร (แบบ อ.5) ทุกอาคารที่ให้บริการผู้ป่วย ตามที่กฎหมายกำหนด"

เหตุที่ต้องมีการกำหนดเรื่องการใช้อาคารไว้อย่างนั้น ก็เพื่อยืนยันความปลอดภัยของอาคารทั้งในแง่ของความแข็งแรงและปลอดภัยของโครงสร้างอาคาร ตลอดจนกรณีโครงสร้างอาคารที่เอื้อต่อการระงับอัคคีภัยและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและบุคลากร ในภาวะเกิดอัคคีภัย

ในแง่ของกฎหมาย เมื่อโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งจะเปิดให้บริการประชาชน กฎกระทรวงที่กำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2558 ข้อ 7 กำหนดว่า "โรงพยาบาลต้องได้รับอนุญาตเป็นอาคารสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร"

ในพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. 2522 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ในมาตรา 32 กำหนดว่า อาคารที่ใช้เป็นสถานพยาบาล ถือเป็นอาคารประเภทควบคุมการใช้ ซึ่งต้องได้รับการอนุญาตใช้งานอาคารจากเจ้าพนักงานท้องถิ่นก่อน จึงจะสามารถใช้งานอาคารเหล่านั้นเป็นสถานพยาบาลได้

ในกฎหมายที่ออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. 2522 คือ กฎกระทรวง ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2528 กำหนดว่า เมื่อเจ้าพนักงานท้องถิ่นตรวจสอบแล้ว เห็นว่าการก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือเคลื่อนย้ายอาคารนั้นเป็นไปโดยถูกต้อง ตามที่ได้รับใบอนุญาต ให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นออกใบรับรองตามแบบ อ.6 ส่วนกรณีที่เป็น เจ้าของอาคารต้องการเปลี่ยนการใช้งานอาคารเดิมที่ไม่ใช่อาคารควบคุมการใช้ มาเป็น อาคารสถานพยาบาลซึ่งเป็นอาคารควบคุมการใช้ ให้เจ้าของอาคารทำเรื่องขอมาตาม ขั้นตอน และเมื่อมีการตรวจสอบครบถ้วนตามขั้นตอน ให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นออก ใบอนุญาตตามแบบ อ.5



ทำความเข้าใจการประเมินที่หลากหลาย ของ สรพ.

ณ 31 ตุลาคม 2560

โรงพยาบาลในประเทศไทย

ผ่านการรับรองกระบวนการ

การคุณภาพ HA 761 แห่ง

คิดเป็น 55% ของ

โรงพยาบาลทั่วประเทศ

ดังนั้น จึงมีโรงพยาบาล

จำนวนหนึ่งที่ต่ออายุ

การรับรองมาแล้ว

หลายครั้งที่ต้องการ

เป้าหมายการพัฒนาที่

ท้าทายมากยิ่งขึ้น สรพ.

จึงได้มีการพัฒนา

โปรแกรมการเยี่ยมชมสำรวจ

ที่มีความหลากหลายมากขึ้น

เพื่อรองรับการพัฒนา

โรงพยาบาลที่มีความ

แตกต่างกันไปตามบริบท

การรับรองที่ต่อยอดจากการรับรอง HA ปกติ
ได้แก่

1. การพัฒนาที่มุ่งเป้าสู่ความเป็นเลิศ (excellence)

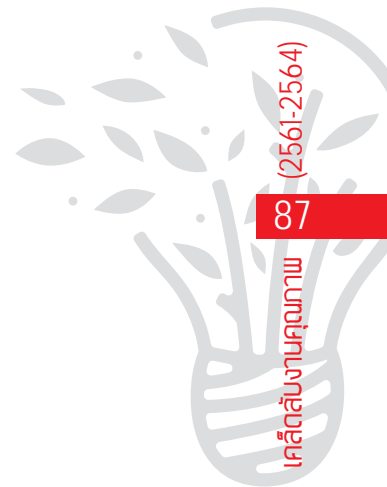
1.1 การรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) เหมาะกับโรงพยาบาลที่สามารถพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของทั้งองค์กรได้อย่างเป็นเอกภาพ สามารถแสดงผลลัพธ์ในภาพรวมที่โดดเด่น และต้องการจะยกระดับการพัฒนาคุณภาพบริการสู่ความเป็นเลิศ

1.2 การรับรองเฉพาะโรค (Disease Specific Certification) เหมาะกับโรงพยาบาลที่สามารถพัฒนาการดูแลโรคบางโรคได้อย่างโดดเด่น และต้องการเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางของโรคนั้น ในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยสู่ระดับที่เป็นเลิศ

2. การพัฒนาที่มุ่งเป้าสู่บริการที่ไร้รอยต่อ (seamless) เป็นการรับรองที่ขยายจากการรับรองโรงพยาบาลเป็นรายแห่ง สู่การรับรองเครือข่ายบริการสุขภาพภายในพื้นที่

2.1 การรับรองเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial Healthcare Network Certification) เหมาะกับจังหวัดที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยตาม Service Plan ที่มีความโดดเด่นในโรคใดโรคหนึ่ง

2.2 การรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System Accreditation) เหมาะกับอำเภอที่มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่มีความโดดเด่น สามารถแสดงผลลัพธ์ของงานสุขภาพที่เกิดขึ้นแก่ประชาชน



เปรียบเทียบ Advanced HA กับ HA

	HA	AHA
จุดเน้น	เน้นที่กระบวนการ (การปฏิบัติตามข้อกำหนดในตารางฐาน)	เน้นที่ผลลัพธ์จากการหมุนวงจรพัฒนาคุณภาพ (CQI) หลายๆ รอบ
บทบาทในการพัฒนาคุณภาพ	เน้นที่ทีมพัฒนาคุณภาพชุดต่างๆ และการเชื่อมโยงไปสู่ทีมงาน	เน้นที่ผู้บริหารระดับสูง และการเชื่อมโยงไปสู่ทีมพัฒนาคุณภาพ ชุดต่างๆ ผู้บริหารระดับสูงแสดงบทบาทในการ <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดยุทธศาสตร์องค์กรที่สอดคล้องกับบริบท ยุทธศาสตร์สะท้อนการให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย - ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ลงสู่การปฏิบัติ - ติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร
กระบวนการพัฒนาคุณภาพ	แผนการพัฒนาคอบคลุมทั้งกระบวนการดูแลผู้ป่วย (มาตรฐานตอนที่สาม) และระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (มาตรฐานตอนที่สอง) มีการวัดประเมินผลและการทำแผนการพัฒนาคอภาพอย่างต่อเนื่อง	เช่นเดียวกับ HA และมีเพิ่มเติม คือ การวิเคราะห์ข้อมูลทำได้ดี สอดคล้องกับหลักวิชาการ สามารถใช้ผลการวิเคราะห์มากำหนดแผนการพัฒนาในช่วงถัดไปได้ชัดเจน มีการใช้ control chart หรือเครื่องมือทางสถิติมาช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล แผนการพัฒนาเป็นระบบมากยิ่งขึ้น คือ มีขั้นตอนชัดเจน เป็นไปตามหลักวิชาการ ทำซ้ำได้ วัดผลได้ ทำนายผลได้
การบูรณาการ	เริ่มมีการบูรณาการ	แผนงาน กระบวนการ สารสนเทศ และการปฏิบัติ มีการบูรณาการที่มีประสิทธิผล
คำนึงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	เรียนรู้การใช้คำนิยม	แสดงประโยชน์จากการใช้คำนิยมในการขับเคลื่อนการพัฒนา
ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	ค่าเฉลี่ย	เหนือค่าเฉลี่ย และมีแนวโน้มไปสู่ผลที่ดียิ่งขึ้น
คะแนนผ่านการประเมิน	มาตรฐานแต่ละหมวดได้ไม่ต่ำกว่า 2.5 และคะแนนเฉลี่ยรวม ได้ไม่ต่ำกว่า 2.5	มาตรฐานแต่ละหมวดได้ไม่ต่ำกว่า 3.0 ยกเว้นหมวด 2.8 (ภัยสุขภาพ) และ 2.9 (การทำงานกับชุมชน) คะแนนไม่ต่ำกว่า 2.5 และคะแนนเฉลี่ยรวม ได้ไม่ต่ำกว่า 3.0

การประเมินรับรองระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ (DHSA) ตอนที่ 1

DHSA ไม่ใช่เรื่องใหม่ในการทำงานปฐมภูมิ แต่เป็นกระบวนการต่อยอดยกระดับการทำงานที่ทำอยู่แล้ว โดยความเชื่อว่าจุดคานงัดของระบบสุขภาพที่สำคัญของการพัฒนาอยู่ที่ระดับอำเภอ

3C-PDSA กับการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ DHSA

รู้หลัก Concept: (1) การสร้างสุขภาวะ เรียนรู้แนวคิดมุมมองที่กว้างมากขึ้น ทำอย่างไรให้คนในพื้นที่มีความสุขและสุขภาพดีไม่เจ็บไข้ได้ป่วย (2) Seamless Healthcare ระบบการดูแลสุขภาพที่ไร้รอยต่อ บูรณาการเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่าย และชุมชน เสริมพลังการจัดการตนเองของพื้นที่ การใช้ flow chart ช่วยให้เห็นความเชื่อมโยงของระบบและพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความสำคัญกับระบบสารสนเทศ (3) UCCARE หลักแนวคิดการบริหารจัดการร่วมของระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดย DHSA จะเป็นกระบวนการเชื่อมโยงระหว่าง HA กับ UCCARE เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มีประสิทธิภาพ

รู้โจทย์ Context: เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเรียนรู้บริบทของพื้นที่ร่วมกัน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับรู้ความสำเร็จ กระบวนการสำคัญคือการใช้ข้อมูลปัญหาของพื้นที่เป็นตัวกำหนดประเด็นสำคัญที่จะขับเคลื่อนโดยภาคีเครือข่ายระดับอำเภอและชุมชน มีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ การประเมิน DHSA จะทำหน้าที่เป็นกระจกสะท้อน เพื่อให้เครือข่ายมองเห็นบริบทของตนเองชัดเจนมากขึ้น เรียนรู้เพื่อปรับปรุงกระบวนการให้เหมาะสมกับบริบทของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง มีการวัดประเมินผลเพื่อการเรียนรู้ ค้นหาจุดแข็งและโอกาสพัฒนาในเชิงระบบในภาพรวมระดับอำเภอ โดยการบริหารจัดการของทีมนำเครือข่าย DHS

รู้เกณฑ์ Criteria: ใช้มาตรฐานในการสร้างคุณค่าให้กับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยมาตรฐานเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วย 10 หมวดมาตรฐาน (ทีมนำ, ยุทธศาสตร์, การมุ่งเน้นประชาชนในพื้นที่, การวัดวิเคราะห์ และจัดการความรู้, กำลังคน, การออกแบบระบบงาน, การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ, การทำงานกับชุมชน, กระบวนการดูแลผู้ป่วย, ผลลัพธ์) โครงสร้างของมาตรฐานใช้กรอบแนวคิดการบริหารจัดการ ที่สามารถบูรณาการเชื่อมโยงกับ UCCARE

การประเมินรับรองระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ (DHSA) ตอนที่ 2

กำหนดเป้าหมายง่ายๆ ด้วย 3P (Purpose-Process-Performance) กำหนดเป้าหมายร่วมกัน หากเป้าหมายไม่ชัดเจนจะทำให้การประสานการทำงานร่วมกัน ยากลำบาก และยากที่จะรับรู้ผลลัพธ์ของกระบวนการ และการนำไปสู่การปรับปรุง ประสิทธิภาพของกระบวนการดำเนินงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอ

คุณค่าที่ได้รับจากการประเมินเครือข่ายเพื่อรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA : District Health System Accreditation)

1. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการเครือข่าย (Effective Network Management)
2. กระบวนการดูแลที่เป็นองค์รวม เน้นคนเป็นศูนย์กลาง (Integrated People-centered Care)
3. ระบบการดูแลที่ไร้รอยต่อ (Seamless Healthcare System: Essential Care)
4. ระบบสนับสนุนบริการสำคัญที่รัดกุมในเครือข่าย (Strengthening Supporting Systems)
5. เสริมพลังคนทำงาน (Empowerment)
6. มุ่งเน้นมิติของการส่งเสริมและป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยงภัยสุขภาพ เพื่อสร้าง สุขภาวะ

สรพ. ยึดมั่นในหลักการสำคัญ ที่มุ่งเน้นให้กระบวนการประเมินรับรองเป็น กระจุกสะท้อนให้เราเห็นโอกาสเรียนรู้ในการพัฒนา โดยการเยี่ยมสำรวจทำให้เกิดพลัง ในการทำงาน “ การประเมินเสริมพลังเป็นกระบวนการเรียนรู้”

Provincial Network Certification (PNC)

การจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพนั้น นอกจากแต่ละสถานพยาบาลจะต้องมีคุณภาพและได้มาตรฐานแล้ว สถานพยาบาลยังต้องมีระบบการประสานงานและการส่งต่อผู้ป่วยที่ดี รวมถึงการพัฒนาศักยภาพและการเรียนรู้ร่วมกันภายในเครือข่ายบริการสุขภาพด้วย ซึ่ง สรพ. ตระหนักถึงความสำคัญนี้ จึงได้พัฒนาการรับรองเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัดขึ้น

การประเมินรับรอง PNC จะดำเนินการกับจังหวัดที่มีโรงพยาบาลภายในเครือข่ายที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน HA จำนวนตั้งแต่ 2 ใน 3 ขึ้นไป และมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นเป้าหมายของเครือข่ายตามแผนงาน Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข จนมีผลงานโดดเด่น และต้องการยกระดับการพัฒนาการดูแลโรคนั้นสู่ระดับที่สูงขึ้น

มาตรฐานสำหรับการประเมินรับรอง PNC เป็นอีกฉบับแยกออกไปจากมาตรฐาน HA ซึ่งหลักการ การจัดเรียงบท และข้อกำหนดโดยรวม จะคล้ายคลึงกับมาตรฐาน HA แต่มีการสอดแทรกแนวคิดในเรื่อง Service Plan และการจัดการห่วงโซ่อุปทานเพิ่มเติมเข้าไป

การเยี่ยมสำรวจ PNC จะครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อดูความเชื่อมโยงและการประสานงานของกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด

ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2561 มีจังหวัดที่ผ่านการประเมินรับรอง PNC ดังนี้

- จังหวัดอุดรธานี เรื่องการจัดระบบบริการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการจัดระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง
- จังหวัดปัตตานี เรื่องการจัดระบบบริการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- จังหวัดอำนาจเจริญ เรื่องการจัดระบบบริการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- จังหวัดขอนแก่น เรื่องการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลและระบบการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุจรรยาจร
- จังหวัดสกลนคร เรื่องการจัดระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง
- จังหวัดนครสวรรค์ เรื่องการจัดระบบบริการโรคเบาหวาน

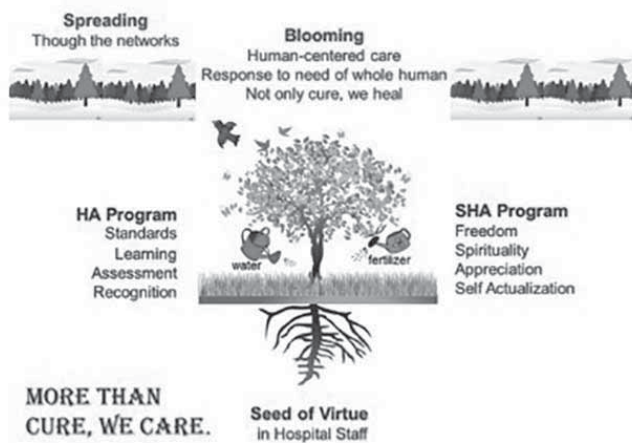
Spiritual HA

ระบบบริการสุขภาพของไทยมีการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอาใจใส่และเอื้ออาทรเป็นพื้นฐานมาแต่ดั้งเดิม อย่างไรก็ตาม เมื่อความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าเป็นอย่างมากในช่วงที่ผ่านมา ทำให้การดูแลผู้ป่วยต้องลงรายละเอียดในมิติของโรค (disease-oriented) มากขึ้นเรื่อยๆ และส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยในมิติอื่นๆ ที่ไม่ใช่ทางด้านร่างกาย ได้รับความสำคัญลดลงไป จนในที่สุดส่งผลให้การดูแลรักษาไม่เป็นองค์รวม และมีผลกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยของการให้บริการ

(2561-2564)

92

เคล็ดลับงานคุณภาพ



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน): สรพ. เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมและให้ความสำคัญกับผู้คนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย ญาติ ชุมชน หรือบุคลากรทางการแพทย์ จึงได้จัดทำโครงการ Spiritual Healthcare Appreciation & Accreditation (SHA) ขึ้นในปี 2551 และได้มีการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งแนวคิด/ เครื่องมือที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนามิติด้านจิตวิญญาณในบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่

1. การฝึกสติและใคร่ครวญเพื่อพัฒนาตนเอง ผ่านการเจริญสติขณะทำงาน ระวังสติ การรับรู้คุณค่าของงานที่ตนเองทำอยู่ เรื่องเล่าเร้าพลัง (story telling) และการทำกิจกรรมเพื่อสาธารณประโยชน์

2. การฝึกการสร้างความสัมพันธ์ ทั้งในด้านการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) การสำรวจประสบการณ์ของผู้ป่วย (patient experience survey) และการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงชีวิตไปสู่วิถีสร้างสุข

3. การดูแลและเยียวยาผู้ป่วย โดยการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา (healing environment) และใช้ศิลปะต่างๆ (เช่น การวาดภาพ ดนตรี การถ่ายทำหนังสั้น) เข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วย



(2561-2564)

93

เคล็ดลับจากคุณภาพ

Spiritual HA Standards

เพื่อส่งเสริมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยในมิติด้านจิตวิญญาณ และยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ และสร้างโรงพยาบาลต้นแบบในด้านนี้ สรพ. ได้มีการพัฒนามาตรฐาน SHA ขึ้น โดยมาตรฐาน SHA มีแนวคิดและค่านิยมหลักอยู่ 4 ประการ คือ

1. Inspiration สร้างแรงบันดาลใจให้ทุกคนมีจินตนาการ มีพลังที่จะสร้างสรรค์ และทุ่มเท เพื่อยกระดับคุณภาพบริการ
2. Spiritual responsiveness บุคลากรใส่ใจต่อการเยียวยาความทุกข์ของผู้คน
3. Reflection and refinement เกิดระบบงานที่มีการสื่อสาร ทบทวนสะท้อนความคิด รับฟังซึ่งกันและกัน
4. Human growth ผู้คนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาลได้เติบโตทางจิตวิญญาณ เติบโตไปถึงศักยภาพที่สูงสุดของตน งอกงามไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์

มาตรฐาน SHA มีทั้งหมด 4 หมวด คือ

หมวดที่ 1 การนำและระบบสนับสนุน มีระบบการนำและระบบสนับสนุนที่ส่งเสริมการดูแลที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางและบูรณาการกับมิติด้านจิตวิญญาณ

หมวดที่ 2 แรงบันดาลใจของทีมผู้ให้บริการ บุคลากรทำงานด้วยความตระหนักในคุณค่าและความหมายของงาน มีความไวในการรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยความรักในเพื่อนมนุษย์

หมวดที่ 3 การดูแลที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางและบูรณาการมิติด้านจิตวิญญาณ มีการประเมินและตอบสนองปัญหา/ ความต้องการสุขภาพที่เป็นองค์รวม โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนในการวางแผนและการตัดสินใจร่วมกัน

หมวดที่ 4 สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา มีโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัย การมีปฏิสัมพันธ์ การเรียนรู้ การสร้างเสริมสุขภาพ การเยียวยา และการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ร่วมกับกรุงเทพมหานครในการจัดทำมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขขึ้นตั้งแต่ปี 2556 เพื่อใช้ประเมินรับรองหน่วยบริการสุขภาพประเภทที่ไม่ได้รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยมีแนวคิดสำคัญคือการส่งเสริมให้ศูนย์บริการสาธารณสุขจัดบริการแบบองค์รวม ผสมผสานบริการทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ไปพร้อมกัน และสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน ซึ่งกระบวนการดำเนินงานต้องคำนึงถึงมิติด้านจิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อมของประชาชนหรือผู้รับบริการไปพร้อมกัน

สรพ. ได้นำมาตรฐานฉบับนี้มาใช้ประเมินรับรองศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครอย่างต่อเนื่อง จนถึงปัจจุบัน มีศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครจำนวน 11 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 68 แห่ง ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขแล้ว มาตรฐานฉบับนี้ยังเหมาะกับหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นที่มีแพทย์ประจำ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ตั้งโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยที่เป็น Primary Care Cluster



มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขมีโครงสร้างของเนื้อหาแบ่งเป็น 4 ตอน และแบ่งเป็นบทต่างๆ ที่คล้ายคลึงกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่ใช้ในการประเมินโรงพยาบาล แต่มีจุดเน้นที่เป็นลักษณะเฉพาะของมาตรฐานฉบับนี้อยู่ในบทเรื่องการทำงานกับชุมชน ซึ่งกำหนดรายละเอียดของกิจกรรมเสริมพลังของชุมชนที่ควรมีการดำเนินการในศูนย์บริการสาธารณสุข และเพิ่มเติมประเด็นเรื่องการติดตามเยี่ยมบ้าน (home health care) เข้ามา นอกจากนี้ ในส่วนผลลัพธ์ที่ขอให้หน่วยงานนำเสนอ ก็จะขอให้หน่วยงานแสดงผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันควบคุมโรคตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย ตลอดจนการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชน



หมวดที่ 2

แนวคิดการพัฒนา
คุณภาพโรงพยาบาล





Global Ministerial Summit on Patient Safety 2018

การประชุม Global Ministerial Summit on Patient Safety ริเริ่มขึ้นจากความร่วมมือของรัฐบาลอังกฤษ เยอรมัน และญี่ปุ่น โดยมีเป้าหมายให้ประเทศต่างๆ ตระหนักถึงปัญหาเรื่อง patient safety และร่วมมือกันในการสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น การประชุมครั้งที่ 1 และ 2 จัดขึ้นที่ประเทศอังกฤษ และเยอรมัน ในปี 2016 และ 2017 ตามลำดับ

การประชุมครั้งนี้เป็นการประชุมครั้งที่ 3 จัดขึ้นที่กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น ระหว่างวันที่ 13 - 14 เมษายน 2561 มีประเทศเข้าร่วม 46 ประเทศ โดยกลุ่มประเทศที่ยังไม่ได้เข้าร่วม ส่วนใหญ่จะเป็นประเทศในทวีปแอฟริกา อเมริกากลางและอเมริกาใต้ สรุปสาระสำคัญจากการประชุม คือ

- การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สร้างภาระโรค (Burden of Disease) สูงเป็นอันดับ 14 ของภาระโรคในระดับโลก (ข้อมูลจาก WHO)
- การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยใน ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงถึงร้อยละ 15 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด (ข้อมูลจาก OECD)
- เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในบริการผู้ป่วยนอกและการดูแลที่บ้านก็เป็นปัญหาสำคัญเช่นเดียวกัน โดยปัญหาหลัก คือ diagnostic error
- ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นส่วนสำคัญต่อการสร้าง patient safety
- ในประเทศอังกฤษ พบว่า 2 ใน 3 ของ incident report จากโรงพยาบาลขาดข้อมูลที่เพียงพอที่จะใช้ในการทำ root cause analysis (RCA) และพบว่าเครื่องมือ Driver Diagram น่าจะเป็นตัวช่วยที่ดีในการทำ RCA
- ในออสเตรเลีย พบว่าการใช้ alert เตือนเรื่องปฏิกิริยาระหว่างยา ได้ผลไม่ดีนัก เพราะมีการส่งสัญญาณเตือนที่บ่อยมากในขณะที่แพทย์มีเวลาในการส่งยาไม่มากนัก จึงไม่มีเวลาสนใจสัญญาณเตือน
- ในญี่ปุ่น มีการทำเอกสาร 1 แผ่น สรุปสาเหตุและแนวทางป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แต่ละเรื่อง และมีผู้เชี่ยวชาญช่วยโรงพยาบาลในการทำ RCA ที่มีความซับซ้อน

ข้อเท็จจริง 10 ประการ เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

ในเดือนสิงหาคม 2562 องค์การอนามัยโลกได้จัดทำเอกสาร Patient Safety Fact File ซึ่งแสดงข้อมูลที่ทำให้ทุกคนตระหนักถึงสภาพความรุนแรงของปัญหาและผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการทางการแพทย์

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในยุคนปัจจุบันมีความเสี่ยงสูงกว่าการขึ้นเครื่องบินมาก โอกาสที่คนคนหนึ่งจะขึ้นเครื่องบินแล้วประสบอุบัติเหตุถึงขั้นเสียชีวิตมีเพียงหนึ่งในสามล้าน ในขณะที่โอกาสที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วเสียชีวิตจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่น่าจะป้องกันได้สูงถึงหนึ่งในสามร้อย นั่นคือสูงกว่าการขึ้นเครื่องบินประมาณหนึ่งหมื่นเท่า สถิตินี้เป็นผลมาจากข้อเท็จจริง 10 ประการ ที่พวกเราทุกคนต้องช่วยกันแก้ไขอย่างจริงจัง ข้อเท็จจริงเหล่านี้ได้แก่

1. 1 ใน 10 ของผู้ป่วยประสบอันตรายในขณะที่เข้ารับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งเป็นเหตุการณ์ที่น่าจะป้องกันได้
2. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากบริการทางการแพทย์น่าจะเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการเสียชีวิตหรือสุขภาพเสื่อมโทรมของคนบนโลกใบนี้
3. 4 ใน 10 ของผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือที่คลินิกประสบอันตรายในขณะที่เข้ารับการดูแลรักษา โดยร้อยละ 80 เกิดจากสาเหตุที่น่าจะป้องกันได้ ซึ่งสาเหตุที่สำคัญคือการวินิจฉัยโรคคลาดเคลื่อน และการให้ยาที่คลาดเคลื่อน ผลของอันตรายเหล่านี้นำมาสู่การที่ผู้ป่วยต้องมานอนโรงพยาบาล ซึ่งเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 6 ของการนอนโรงพยาบาลทั้งหมด
4. ร้อยละ 15 ของรายจ่ายด้านสุขภาพในประเทศที่พัฒนาแล้วเกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
5. การลงทุนเพื่อสร้างความปลอดภัยในผู้ป่วยช่วยประหยัดเงินตราจำนวนมากในประเทศสหรัฐอเมริกาช่วงปี 2010 - 2015 โครงการที่มุ่งเป้าเพื่อปรับปรุงความปลอดภัยในผู้ป่วยช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ประมาณ 28,000 ล้านดอลลาร์

6. การใช้ยาอย่างไม่ปลอดภัยสร้างอันตรายต่อผู้ป่วยและทำให้เกิดการใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นจำนวนมาก ค่าใช้จ่ายเหล่านี้คิดเป็นประมาณ 42,000 ล้านดอลลาร์ หรือคิดเป็นร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของทั้งโลก

7. การวินิจฉัยโรคที่คลาดเคลื่อนมีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมาก การวินิจฉัยที่ผิดพลาดหรือล่าช้าพบได้ร้อยละ 5 ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งครึ่งหนึ่งของเหตุการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย และร้อยละ 10 ของศพที่ผ่าพิสูจน์เพื่อหาสาเหตุการเสียชีวิตมีสาเหตุเชื่อมโยงกับการวินิจฉัยโรคที่คลาดเคลื่อน

8. ร้อยละ 10 ของผู้ป่วย ติดเชื้อในขณะที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งการล้างมืออย่างถูกต้องจะช่วยลดอัตราการติดเชื้อได้ถึงร้อยละ 55 และการให้ผู้ป่วยและญาติช่วยสอบถามแพทย์และพยาบาลในเรื่องการล้างมือจะช่วยให้อัตราการล้างมือสูงขึ้นมาก

9. แต่ละปี มีผู้ป่วยทั่วโลก 1 ล้านคนเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

10. การใช้รังสีในการทางการแพทย์มีอันตรายที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น การใช้รังสีมากเกินไปจนความจำเป็น การระบุตัวผู้ป่วยหรือช่างที่ถ่ายภาพรังสีผิดพลาด

Speak Up in The First Global Patient Safety Day

สธพ. ได้จัดประชุม The First Global Patient Safety Day เมื่อวันที่ 16 – 17 กันยายน 2562 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประกาศและแสดงเจตนารมณ์ขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety ร่วมกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก

“Safety Concern in All Actions ... ทำอย่างไรให้ทุกๆ วัน เป็นวันที่ผู้ป่วยปลอดภัย” มีเรื่องมือสำคัญ 2 อย่างที่จะช่วยให้ทำ RCA อย่างมีประสิทธิภาพ คือ 1) การเปลี่ยนกระบวนทัศน์ โดยใช้ Driver Diagram เพื่อให้เข้าใจและหลุดออกจากกรอบคิดเดิม และ 2) การใช้เทคโนโลยีใหม่ (new technology) เพื่อให้เกิดความคิดใหม่ในการแก้ไขปัญหา ดังเช่น Innovation for 2 P Safety ที่โรงพยาบาลทั้ง 12 แห่งได้พัฒนาการและจัดนิทรรศการภายในงานนี้

นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี ผู้อำนวยการ สธพ.

“Safety, A lot More to Learn” การปรับมุมมองความปลอดภัยในการดูแลสุขภาพแบบยืดหยุ่น จาก Safety I ที่มุ่งการลดจำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มุ่งเน้นเรียนรู้จากสิ่งที่ผิดพลาด ไปสู่ Safety II ที่สามารถประสบความสำเร็จภายใต้เงื่อนไขที่แตกต่างกัน โดยมุ่งเน้นเรียนรู้จากสิ่งที่ถูกต้องและความสำเร็จ โดยใช้เครื่องมือ FRAM (Functional Resonance Analysis Method)

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล ผู้ทรงคุณวุฒิ สธพ.

“Patient Safety ต้องเป็นวาระแห่งชาติ” ขอเชิญชวน “Speak Up พูดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ...พูดให้ดังพอที่จะได้ยิน โดยไม่ต้องกลัวหรือลี้เลียดใดๆ” ช่วยกันพูดความจริง ร่วมกันสู้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ที่ถึงตัวผู้ป่วยร้อยละ 8.49 ของรายงานทั้งหมดมากที่สุดคือหมวด Emergency Response, Infection and Prevention Control และ Safe Surgery ส่วนบุคลากรทางการแพทย์มีอันตรายถึงตัว ร้อยละ 4.62 ของรายงานทั้งหมด มากที่สุด คือ infection ดังนั้น จงอย่ายอมแพ้ ร่วมกันสู้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ รองผู้อำนวยการ สธพ.

Speak up

เคล็ดลับงานคุณภาพ ตัวอย่าง Speak Up TeamSPEAK® ลิงคโพร

Speak up คือกล่าวพูดก่อนที่จะเกิดอันตราย เกิดความไม่ปลอดภัย
กับผู้ป่วย Speak up คือการช่วยชีวิตผู้ป่วย



แนวปฏิบัติ CUS เพิ่มทักษะ
การสื่อสาร C: Concern &
Check U: Uncomfortable
S: Safety & Stop

ทักษะสำคัญเพื่อให้มีการ Speak up ที่มีประสิทธิภาพ
ทักษะการสื่อสารด้วยความสุภาพอ่อนน้อม (Respectful)
และมีความแน่วแน่ (Assertive) ทักษะการเป็นผู้นำ ทักษะ
การติดตามสถานการณ์ และทักษะการสนับสนุนอย่างมั่นใจ

การสร้างวัฒนธรรม Speak up ด้วยมุมมองเชิงบวก

Encourage ส่งเสริมให้เพื่อนร่วมงานของคุณให้ข้อมูลยืนยัน
ในสิ่งที่มีความปลอดภัย Ask บอกกับเพื่อนร่วมงานของคุณ
เกี่ยวกับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย Listen ฟังเพื่อยืนยัน
บริบทหรืออย่างสร้างสรรค์ เพื่อหาทางเลือกที่ดีที่สุดต่อ
ผู้ป่วย Thank ขอขอบคุณที่ช่วย Speak up โดยเฉพาะ
เมื่อเรากำลังทำผิด



(2561-2564)

103

เคล็ดลับงานคุณภาพ

เส้นทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ในประเทศไทย (1)

คุณภาพของบริการสุขภาพในประเทศไทยมีพัฒนาการมาโดยลำดับตามกระแสโลกาภิวัตน์ โดยเมื่อย้อนหลังไปราวห้าสิบปี คุณภาพของบริการสุขภาพตั้งอยู่บนฐานของความเชื่อมั่นในความรู้ความสามารถเฉพาะตนของแพทย์ และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยทั้งสองนี้ได้ประกอบกันเป็นคุณภาพและความน่าไว้วางใจของบริการสุขภาพ

Quality 1.0 Process compliance

ตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ. 2525 ประเทศไทยมีพัฒนาการทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ความต้องการและความคาดหวังในบริการสุขภาพถูกยกระดับขึ้นอย่างมาก โรงพยาบาลจึงต้องมีการปรับตัวขนานใหญ่ เพื่อปรับบริการของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในสังคม

แนวคิดสำคัญที่นำมาพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลในยุค 1.0 เป็นแนวคิดที่ประยุกต์มาจากต่างประเทศ คือ คุณภาพไม่ใช่เรื่องของวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งโดยเฉพาะ แต่เป็นเรื่องที่ทีมงานที่ทำหน้าที่รักษาพยาบาลต้องมาพัฒนาร่วมกัน และพึงมีมาตรฐานกลางที่สะท้อนกระบวนการที่สถานพยาบาลต้องปฏิบัติเพื่อนำไปสู่คุณภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งในปี 2527 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มมีการประเมินขีดความสามารถของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ ทั้งในด้านการบริหาร บริการ และวิชาการ ภายใต้โครงการ "ติดตามโรงพยาบาล" และพัฒนาต่อมาเป็น " การพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.)", " มาตรฐานสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม" จนในที่สุด ได้ก่อกำเนิดเป็น สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ซึ่งได้มีการจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาณจนภิเษกขึ้นในปี 2539

ลักษณะสำคัญของ Quality 1.0 คือ คุณภาพยับจากการให้ความสำคัญที่ความรู้ความสามารถและพฤติกรรมบริการของปัจเจกชน (คือ แพทย์/ พยาบาล แต่ละท่าน) ไปสู่คุณภาพของกระบวนการทำงานขององค์กรที่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด โดยผู้ที่กำหนดมาตรฐานคือผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละสาขา

เส้นทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ในประเทศไทย (2)

Quality 2.0 System perspective

ตั้งแต่ปี 2540 แนวคิดและเกณฑ์คุณภาพที่มีอิทธิพลอย่างสูงต่อการปรับปรุงและพัฒนามาตรฐานด้านคุณภาพของหน่วยงานต่างๆ ในประเทศไทย คือ Thailand Quality Award (TQA) หรือในชื่อภาษาไทยว่า เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ เกณฑ์นี้มีพื้นฐานทางด้านเทคนิคและกระบวนการตัดสินรางวัลเช่นเดียวกับรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ The Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) เกณฑ์ TQA ได้ขยายมุมมองด้านคุณภาพที่เดิมมุ่งอยู่ที่กระบวนการที่เป็นมาตรฐาน ออกไปครอบคลุมทั้งส่วนที่เป็นภาพรวมของการบริหารองค์กร และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หรือก็คือการมององค์กรเหมือนกับระบบๆ หนึ่ง ที่มีสภาพแวดล้อมรอบระบบ มี input, process, output และ information feedback loop ที่ช่วยให้ระบบดำรงสถานะอยู่ได้อย่างเสถียร

สธพ. ได้นำเกณฑ์ TQA ทั้ง 7 หมวด มาใช้เป็นกรอบของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพตั้งแต่ปี 2549 จนถึงปัจจุบัน แต่ได้มีการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยแตกรายละเอียดของหมวดการปฏิบัติการออกไปเป็นตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล และตอนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วยตลอดจนแยกผลลัพธ์ออกไปเป็นตอนที่ 4 นอกจากนี้ ยังให้น้ำหนักกับการประเมินในเรื่องระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล และกระบวนการดูแลผู้ป่วย มากกว่าเกณฑ์การปฏิบัติการของ TQA และให้น้ำหนักเรื่องผลลัพธ์น้อยกว่าเกณฑ์ TQA

ใน Quality 2.0 คุณภาพเป็นเรื่องของการออกแบบและจัดการเชิงระบบ (quality by system design) คุณภาพไม่จำกัดเพียงการควบคุมกระบวนการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนดไว้เท่านั้น นอกจากนี้ ผู้รับบริการยังต้องสามารถสัมผัสคุณภาพที่ดีได้อย่างเป็นรูปธรรม ผ่านผลลัพธ์งานบริการที่ดี สำหรับผู้ให้บริการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นอย่างที่คาดหวังหรือไม่เป็นอย่างที่คาดหวัง ก็จะเป็น information feedback loop ที่ถูกนำมาทบทวนเพื่อสร้างการเรียนรู้และพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement)

เส้นทางพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ในประเทศไทย (3)

Quality 3.0 Sustained quality

การพัฒนาในยุคนี้ ให้ความสำคัญในเรื่องประสิทธิภาพควบคู่ไปกับประสิทธิผล ในช่วงตั้งแต่ปี 2550 เครื่องมือสำคัญที่เข้ามาช่วยในการปรับปรุงประสิทธิภาพของกระบวนการในโรงพยาบาล คือ Lean โดย Lean ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์กระบวนการ เพื่อเข้าใจว่าในแต่ละขั้นตอนการทำงานนั้น มีขั้นตอนใดหรือกระบวนการใดบ้างที่ไม่สร้างคุณค่าเพิ่มให้แก่ผู้มารับบริการ (non value-added time) กระบวนการหรือช่วงเวลาที่ไม่เพิ่มคุณค่าถือเป็นการสูญเสีย (waste) ที่แฝงอยู่ในกระบวนการ และเราจะทำให้กระบวนการมีประสิทธิภาพมากขึ้น ถ้าเราออกแบบกระบวนการใหม่หรือปรับปรุงกระบวนการเดิมให้สามารถลดการสูญเสียเหล่านี้ได้

- เครื่องมืออีกชุดหนึ่งที่ตามมาและนำมาใช้ควบคู่กับ Lean ได้เป็นอย่างดี คือ Logistics โดย Logistics ในโรงพยาบาล หมายถึง กิจกรรมและกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน ดำเนินการ และควบคุม การไหลของสินค้าและบริการ ไม่ว่าจะเป็นการขนส่งสินค้า (เช่น ยา เวชภัณฑ์ พัสตุ และอื่นๆ หรือแม้กระทั่งผู้ป่วย) การกระจายสินค้า การจัดเก็บรักษาสินค้าที่คลังและหอผู้ป่วย ตลอดจนสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จากจุดผลิตหรือจุดเริ่มต้นไปจนถึงจุดที่มีการใช้งาน

แนวคิดล่าสุดที่เข้ามาในประเทศไทยในช่วงราวปี 2557 ที่สร้างกระแสความตื่นตัวในเรื่องการสร้างคุณภาพในงานบริการสุขภาพ คือ Value-Based Healthcare ของ Michael E. Porter ซึ่งในแนวคิดนี้ คุณค่าที่ส่งมอบให้ผู้ป่วยเป็นปัจจัยหลักที่จะทำให้เกิดความสำเร็จในระบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน และยังช่วยให้สามารถดึงการสนับสนุนจากกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องสำคัญเข้ามาช่วยในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพได้ คุณค่านี้เกิดขึ้นได้จากปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ การสร้างผลลัพธ์การดูแลรักษาได้สอดคล้องกับที่ผู้ป่วยคาดหวัง โดยมีต้นทุนในการดูแลรักษาที่ไม่สูงจนเกินไป

ใน Quality 3.0 เรื่องคุณภาพได้ขยายวงต่อจากประสิทธิผลในมุมมองของโรงพยาบาลไปครอบคลุมประสิทธิภาพ, ประสิทธิผลในมุมมองของผู้ป่วย และการรับรู้ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการดูแลรักษา ทั้งนี้ เพื่อเป็นหลักประกันว่าคุณภาพที่เกิดขึ้นได้ตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและกลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ ด้วยต้นทุนที่เหมาะสม อันจะเป็นหลักประกันความสำเร็จขององค์กรในระยะยาว



เส้นทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ในประเทศไทย (4)

Quality 4.0 All for Quality

ในช่วงเดียวกับที่ Value-Based Healthcare เริ่มเป็นที่สนใจในประเทศไทย สรพ. ก็ได้เริ่มพัฒนากระบวนการประเมินรับรองในลักษณะเครือข่ายสถานพยาบาล โดยมีแนวคิดสำคัญ คือ คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับไม่ควรจะลดลงเมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการส่งต่อ กระบวนการดูแลรักษาที่ดีควรมีการเชื่อมโยงกันทั้งภายในสถานพยาบาล และระหว่างสถานพยาบาลอย่างไร้รอยต่อ (seamless care) จากแนวคิดนี้ นำมาสู่การพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial Healthcare Network Certification – PNC) และมาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System Accreditation - DHSAs)

นอกจากการขยายเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถานพยาบาลอันนำไปสู่คุณภาพการดูแลรักษาที่ดีแล้ว ในระดับนานาชาติยังได้มีการชี้แนะและเชิญชวนให้กลุ่มผู้ป่วย(ซึ่งในช่วงที่ผ่านมา เรามองผู้ป่วยเป็นผู้รับผลงาน ที่เราเพียงรับฟังเสียงสะท้อนและความคิดเห็น เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงงานบริการ) เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีมพัฒนาคุณภาพบริการโดยตรง ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยจะมีบทบาทตั้งแต่ขั้นตอนการรับรู้สถานการณ์ร่วมกับสถานพยาบาล ออกแบบระบบบริการร่วมกัน (co-design) สะท้อนประสบการณ์ที่ได้รับ (patient experience) และประเมินผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น (Patient Reported Outcome Measures – PROMs)

ในประเทศไทย การออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ทำให้เกิดการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กลไก พชอ.ได้เข้ามามีส่วนช่วยสนับสนุนทรัพยากรและการประสานการจัดการด้านสุขภาพ ทำให้การขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

ในยุค Quality 4.0 การทำให้ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพอย่างยั่งยืนจึงไม่ใช่การดำเนินการของสถานพยาบาลเพียงฝ่ายเดียว แต่มีความจำเป็นที่กลุ่มผู้เกี่ยวข้องสำคัญทุกกลุ่มต้องเข้ามาร่วมสนับสนุน ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตามประเมินผล และร่วมพัฒนาปรับปรุง เพื่อสร้างให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีมาตรฐาน มีความน่าไว้วางใจ และเป็นที่ยิ่งของประชาชนทุกระดับได้ตลอดไป



ความเชื่อมั่นที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล ที่ได้รับการรับรอง HA

ในเดือนมิถุนายน 2562 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้จัดทำแบบสำรวจออนไลน์เพื่อประเมินความเชื่อมั่นของผู้รับบริการที่มีต่อโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA ซึ่งมีผู้ตอบกลับมาทั้งสิ้น 3,669 ราย จาก 1,011 โรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลที่มีผู้ตอบกลับมาสูงสุดคือ 68 รายต่อหนึ่งโรงพยาบาล และต่ำสุด 1 รายต่อหนึ่งโรงพยาบาล

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.9 อายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี ร้อยละ 67.1 ศึกษาในระดับปริญญา/ อนุปริญญา ร้อยละ 83.6 ในด้านสิทธิการรักษา เป็นประกันสังคมร้อยละ 42.2 บัตรทองร้อยละ 30.9 สิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 24.4 และอื่นๆ ร้อยละ 2.4 สรุปได้ว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานที่น่าจะคุ้นเคยกับการใช้ internet และบริการรักษาพยาบาล

ผู้ตอบแบบสอบถามเคยเห็นและรู้ถึงความหมายของตราสัญลักษณ์ HA ร้อยละ 53.2 เคยเห็นแต่ไม่รู้ว่าเป็นอะไร ร้อยละ 9.8 และไม่เคยเห็นและไม่รู้ความหมาย ร้อยละ 37.0 เมื่อถามถึงความเชื่อมั่น ผู้ตอบแบบสอบถามเชื่อมั่นในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HA ร้อยละ 83.2 ไม่ทราบว่าเป็นโรงพยาบาลนั้นผ่านการรับรอง HA หรือไม่ ร้อยละ 15.2 และไม่เชื่อมั่นในบริการ ร้อยละ 1.6

กลุ่มที่ไม่เชื่อมั่น ความเห็นที่พบบ่อย คือ ประชาชนยังไม่สามารถสัมผัสได้ถึงบริการที่มีคุณภาพจริง, พฤติกรรมการบริการยังไม่เหมาะสม และโรงพยาบาลทำงานคุณภาพเฉพาะช่วงที่ สรพ. จะมาประเมินรับรอง

ข้อเสนอแนะโดยรวมของทุกกลุ่ม คือ ให้กำลังใจในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล, สรพ. ควรประชาสัมพันธ์ HA ให้มากกว่านี้เพื่อให้ประชาชนเข้าใจว่าการรับรอง HA คืออะไร การทำงานคุณภาพต้องทำอย่างต่อเนื่องไม่เน้นแต่เอกสาร แต่ต้องทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ประชาชนสามารถรับรู้และสัมผัสได้จริง และโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองแล้วควรได้มาตรฐานครบทุกด้าน

HA กับ TQA

ตั้งแต่ปี 2540 แนวคิดและเกณฑ์คุณภาพที่มีอิทธิพลอย่างสูงต่อการปรับปรุงและพัฒนามาตรฐานด้านคุณภาพของหน่วยงานต่างๆ ในประเทศไทย คือ Thailand Quality Award (TQA) หรือในชื่อภาษาไทยว่า เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ เกณฑ์นี้มีพื้นฐานทางด้านเทคนิคและกระบวนการตัดสินรางวัลเช่นเดียวกับรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ The Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) เกณฑ์ TQA ได้ขยายมุมมองด้านคุณภาพที่เดิมมุ่งอยู่ที่กระบวนการที่เป็นมาตรฐาน ออกไปครอบคลุมทั้งส่วนที่เป็นภาพรวมของการบริหารองค์กร และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หรือก็คือการมององค์กรเหมือนกับระบบๆ หนึ่ง ที่มีสภาพแวดล้อมรอบระบบ มี input, process, output และ information feedback loop ที่ช่วยให้ระบบดำรงสถานะอยู่ได้อย่างเสถียร

ใน TQA ได้แบ่งเกณฑ์เป็น 7 หมวด โดยมีน้ำหนักคะแนนเต็มของแต่ละหมวดดังนี้

หมวด	คะแนนเต็ม	หมวด	คะแนนเต็ม
1 การนำองค์กร	110	5 บุคลากร	100
2 กลยุทธ์	95	6 การปฏิบัติการ	100
3 ลูกค้า	95	7 ผลลัพธ์	400
4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้	100	รวม	1,000

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) : สรพ. ได้นำเกณฑ์ TQA ทั้ง 7 หมวด มาใช้เป็นโครงของกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2549 จนถึงปัจจุบัน แต่ได้มีการประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาล โดยแตกรายละเอียดของหมวดการปฏิบัติการออกไปเป็นระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล และกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนแยกผลลัพธ์ออกไปเป็นอีกตอนหนึ่ง นอกจากนี้ยังให้น้ำหนักกับการประเมินในเรื่องระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล และกระบวนการดูแลผู้ป่วย มากกว่าเกณฑ์การปฏิบัติการของ TQA และให้น้ำหนักเรื่องผลลัพธ์น้อยกว่าเกณฑ์ TQA

TQA, HA และ PMQA

เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award – TQA) เป็นเกณฑ์การประเมินที่องค์กรชั้นนำของประเทศนำมาใช้เพื่อการปรับปรุงวิธีปฏิบัติอันนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศ เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน และเพิ่มขีดความสามารถขององค์กรในการแข่งขันในระดับนานาชาติ TQA เป็นต้นแบบของเกณฑ์การประเมินองค์กรที่มีลักษณะจำเพาะ เช่น โรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA), รัฐวิสาหกิจ (State Enterprise Performance Appraisal : SEPA), การบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) การศึกษา (Education Criteria for Performance Excellence : EdPEX) กรอบการประเมินของ TQA แบ่งเป็น 7 หมวด คือ 1) การนำองค์กร 2) กลยุทธ์ 3) ลูกค้า 4) การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ 5) บุคลากร 6) การปฏิบัติการ 7) ผลลัพธ์

HA ใช้เพื่อการพัฒนาและประเมินโรงพยาบาลทั้งองค์กร โดยสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ เกณฑ์ใน HA รวมหมวดที่ 1 ถึง 6 ของ TQA ไว้ในตอนที่ 1, ขยายรายละเอียดของหมวดที่ 6 (การปฏิบัติการ) ยกมาเป็นตอนที่ 2 (ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล) และตอนที่ 3 (กระบวนการดูแลผู้ป่วย) และยกหมวดที่ 7 (ผลลัพธ์) เป็นตอนที่ 4 นอกจากนี้ HA ยังมีการเพิ่มเติมเนื้อหาที่เป็นบริบทของโรงพยาบาลเข้ามาเป็นจำนวนมาก

PMQA ได้รับการพัฒนาโดยสำนักงาน ก.พ.ร. โดยเกณฑ์นี้ใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ตนเองของหน่วยงานภาครัฐ กระตุ้นให้หน่วยงานภาครัฐนำผลการประเมินไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแผนพัฒนาองค์กร อันนำไปสู่การยกระดับความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อให้บริการที่ดีแก่ประชาชน ใน PMQA version 4.0 ได้เสริมแนวคิดของระบบราชการ 4.0 เข้าไปในเกณฑ์การประเมินด้วย โดยมีหลักสำคัญ 3 ประการ คือ สานพลังทุกส่วน (collaboration), สร้างนวัตกรรม (innovation) และปรับเข้าสู่ความเป็นดิจิทัล (digitalization)

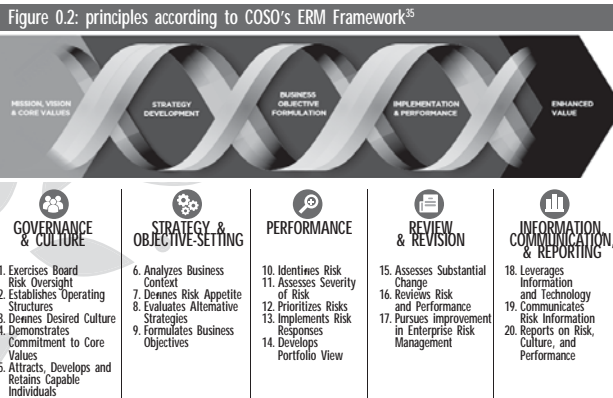
เราสามารถสรุปความคล้ายคลึงของเกณฑ์ TQA ปี 2563-2564 กับมาตรฐาน HA 4th edition และ PMQA 4.0 ตลอดจนรายละเอียดที่มีการขยายเพิ่มเติมในมาตรฐาน HA 4th edition และ PMQA 4.0 ได้ดังนี้

TQA ซี 2563-2564		ประเด็นเพิ่มเติมใน HA 4 th edition	ประเด็นเพิ่มเติมใน PMQA 4.0
1. การนำองค์กร - วิสัยทัศน์ ค่านิยม - การสื่อสาร - พันธกิจ การดำเนินงาน	- การกำกับดูแลกิจการ - กฎหมาย จริยธรรม - การทำประโยชน์ให้สังคม	- clinical governance - ethical dilemma	- การป้องกันการทุจริตและสร้างความโปร่งใส - การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (ประชารัฐ)
2. กลยุทธ์ - กระบวนการจัดทำแผน - วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	- แผนปฏิบัติการ - การปรับเปลี่ยนแผน		- การสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ
3. ลูกค้า - การรับฟังลูกค้า - การจำแนกกลุ่มลูกค้า	- ลูกค้าสัมพันธ์ - ความพึงพอใจความผูกพัน	- สิทธิผู้ป่วย	- สารสนเทศที่ทันสมัยเพื่อการบริการและการเข้าถึง
4. การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ - การวัดผลการดำเนินงาน - การวิเคราะห์ ปรับปรุง	- การจัดการข้อมูลสารสนเทศ - การจัดการความรู้	- ความลับของผู้ป่วย	- digitalization
5. บุคลากร - ความสามารถ อัตรากำลัง - บรรยากาศการทำงาน - ความผูกพัน	- วัฒนธรรมองค์กร - การพัฒนาการประเมินผล	- ใช้คำว่า "กำลังคน" เพื่อให้ครอบคลุมถึงผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัคร - สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร - spirituality in healthcare	- คุณธรรม จริยธรรม - ทักษะด้าน digital
6. การปฏิบัติการ - การออกแบบกระบวนการ - การปรับปรุงกระบวนการ - การจัดการเครือข่าย อุปกรณ์ - การจัดการนวัตกรรม	- ประสิทธิภาพประสิทธิภาพ - ความปลอดภัยทางไซเบอร์ - ความพร้อมรับภาวะฉุกเฉิน	- document control - clinical education - ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล - กระบวนการดูแลผู้ป่วย	- เน้นประสิทธิภาพที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามยุทธศาสตร์ชาติ
7. ผลลัพธ์ - ด้านผลิตภัณฑ์ กระบวนการ - ด้านลูกค้า - ด้านบุคลากร	- ด้านการนำองค์กร - ด้านการเงิน ตลาดกลยุทธ์	ปรับ "ด้านผลิตภัณฑ์กระบวนการ" เป็น "ด้านการดูแลสุขภาพ"	- ปรับ "ด้านการนำองค์กร" เป็น "ด้านการเป็นต้นแบบ"

ISO 31000 และ COSO Framework

ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ได้มีการปรับปรุงกรอบและแนวทางการจัดการความเสี่ยง ให้สอดคล้องกับเกณฑ์ของ ISQua ซึ่งเป็นเกณฑ์สากลที่ใช้ประเมินรับรองว่ามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของ HA มีความเป็นสากล โดยเกณฑ์ที่สำคัญ คือ เรื่องการนำ risk register มาช่วยในการจัดการความเสี่ยง

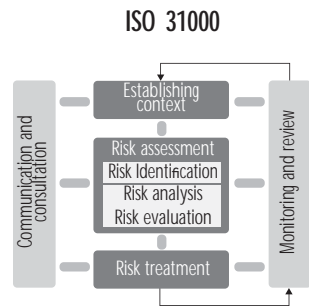
นอกจากเกณฑ์ของ ISQua แล้ว สรพ. ยังมีการนำแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล คือ ISO 31000 และ COSO Framework มาประยุกต์ใช้กับมาตรฐานฉบับที่ 4 ด้วย



COSO Framework

ตาม COSO Framework การจัดการความเสี่ยง ต้องถูกขับเคลื่อนมาตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงสุด โดยมี ยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร

และเมื่อดูประกอบกับ ISO 31000 สรุปได้ว่า องค์กรต้องมีการระบุความเสี่ยง จัดลำดับสำคัญของ ความเสี่ยงที่ระบุ วิเคราะห์ความเสี่ยง และประเมิน ความเสี่ยง เพื่อนำไปสู่การวางแผนจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสม โดยมีการสื่อสาร เรื่องราวของการจัดการความเสี่ยงให้ทีมงานทราบและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตลอดจน กำกับติดตามและประเมินผลของแผนจัดการความเสี่ยงที่ได้กำหนดขึ้น เพื่อหาโอกาส ในการพัฒนาการจัดการความเสี่ยงให้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

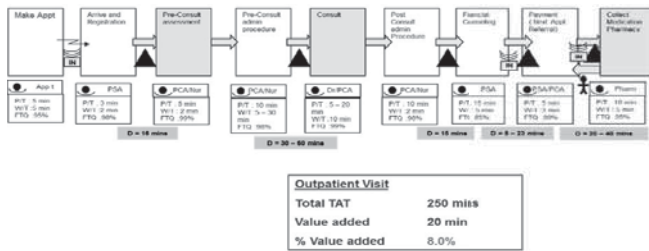


Lean (1)

ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เป้าหมายสำคัญของกระบวนการพัฒนาอยู่ที่การทำงานมีประสิทธิภาพ (ได้ผลลัพธ์อย่างที่เราต้องการ), มีประสิทธิภาพ (งานสำเร็จโดยใช้ทรัพยากรเท่าที่จำเป็น), และมีความปลอดภัย (ไม่เกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์จากงานของเรา)

Lean เป็นแนวคิดสำคัญที่ช่วยสร้างงานให้มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยมากขึ้น หลักการสำคัญของ Lean คือ การสร้างกระบวนการที่ลดความสูญเปล่าในทุกขั้นตอน ดังนั้น ทุกขั้นตอนจะเหมือนสายธารที่ส่งคุณค่าต่อเนื่องกัน (Value Stream) เพื่อส่งมอบสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้มารับบริการ

Value Stream Map



ลักษณะความสูญเปล่าในกระบวนการที่เราต้องพยายามลดลง คือ DOWNTIME ซึ่งประกอบด้วย

- Defect Rework
- Overproduction
- Waiting
- Not Use Staff Talent
- Transportation
- Inventory
- Motion
- Excessive Processing

- ต้องทำงานซ้ำ เพื่อแก้ไขข้อบกพร่อง
- ผลิตสินค้ามากเกินไปเกินกว่าความต้องการใช้งาน
- ต้องรอคอยนานในแต่ละขั้นตอนการทำงาน
- ไม่ได้ใช้ความสามารถของทีมงานอย่างเต็มที่
- มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมากเกินไป
- เก็บวัสดุคงคลังไว้มาก ส่งผลให้ต้นทุนการจัดเก็บสูง
- การจัดวางอุปกรณ์ไม่ดี เจ้าหน้าที่ต้องขยับตัวเกินไป
- จำเป็น เสียเวลางาน
- มีขั้นตอนจำนวนมากซึ่งไม่ก่อให้เกิดคุณค่ากับผู้มารับบริการ

Lean (2)

เครื่องมือต่างๆ ที่อยู่ภายใต้แนวคิด Lean ที่นำมาใช้เพื่อเสริมประสิทธิภาพและความปลอดภัยของกระบวนการงาน ได้แก่

1. 5 ส. เป็นพื้นฐานของการปรับสภาพแวดล้อมของการทำงานให้พร้อม

2. Pull System or Just-in-Time คือ การออกแบบให้แต่ละขั้นตอนการผลิตหรือให้บริการ ในปริมาณที่พอดีกับความต้องการของลูกค้าในช่วงเวลานั้น ไม่เหลือผลงานตกค้างอยู่ในแต่ละขั้นตอน

3. Workload leveling การปรับให้ความต้องการในแต่ละช่วงเวลาที่มีปริมาณที่ไม่แตกต่างกันมากนัก เพื่อลดการคั่งของงานในบางจุดของกระบวนการงาน

4. การออกแบบกระบวนการที่ทำให้เวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนไม่เกินไปกว่าค่า Takt Time (ซึ่งคำนวณจาก เวลาที่ใช้ทั้งหมดหารด้วย จำนวนชิ้นงานที่ต้องการให้เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น)

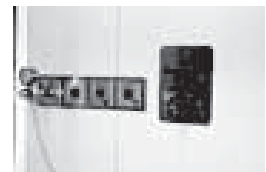
5. Poka Yoke คือ การออกแบบระบบที่สามารถป้องกันการทำความผิดพลาดได้ เช่น การออกแบบข้อต่อหรือวาล์วของก๊าซทางการแพทย์มีความแตกต่างกัน ทำให้ต่อสลับกันไม่ได้

6. การใช้สี รูปทรง และสัญลักษณ์ ที่ช่วยในการประมวลข้อมูลและดักจับความผิดปกติของกระบวนการงาน

6.1 Kanban คือ ตัวส่งสัญญาณให้เกิดกิจกรรมตามที่เกิดกลไกในกระบวนการงาน เช่น การให้มาเติมวัตถุดิบ การเริ่มกระบวนการงานในขั้นตอนก่อนหน้านี้ใหม่อีกครั้ง

6.2 Andon คือ การมีระบบแจ้งเตือนเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นในขั้นตอนการดำเนินงาน การแจ้งเตือนอาจใช้แสงไฟ/ สัญลักษณ์

6.3 Visual Control คือ การใช้สีที่ต่างกันมาแสดงผลงานที่เกิดขึ้นในระดับที่ต่างกัน



Line 1 =	Running
Line 2 =	Need Material
Line 3 =	Running
Line 4 =	Jammed

“คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม” จากท่าน ว. วชิรเมธี

วันที่ 21 ธันวาคม 2560

ท่าน ว.วชิรเมธี ได้มา

บรรยายธรรมให้ในงาน

มหกรรมคุณภาพของ

เครือข่ายศูนย์ความร่วมมือ

เพื่อการพัฒนาคุณภาพ

โรงพยาบาล โรงพยาบาล

เชียงรายประชานุเคราะห์

ซึ่งเนื้อหาที่ท่านบรรยาย

เกี่ยวข้องกับการทำงาน

อย่างมีคุณค่า คุณภาพ

คุณธรรม และยกตัวอย่าง

ที่ดึงมาจากการวิ่งของศูนย์

บอดีแอสลม ที่สร้างบรรทัด

ฐานใหม่ทั้งดงามให้เกิดขึ้น

ในสังคมไทย

คำคม และแง่คิดที่ได้จากท่าน ว. วชิรเมธี ซึ่งน่าจะเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ทำงานพัฒนาคุณภาพทุกคน

“การทำงานคุณภาพเป็นงานที่ยากลำบาก แต่ความยากลำบากสร้างคน ความสบายทำลายคน อย่างกลัวความล้มเหลว”

“ถ้าคิดจะทำเรื่องดีๆ อย่างรอนจนทุกอย่างพร้อม เพราะวันนั้นอาจมาไม่ถึง”

“ใครได้รับอะไรไปจากโลกมากๆ ก็ควรจะคืนสิ่งดีๆ ให้สังคมให้มากเช่นเดียวกัน อาณิสสฺสของการไม่ได้ทำเพื่อเงิน มันยิ่งใหญ่มาก คิดเป็นเงินไม่ได้”

“เมื่อใครก็ตามก้าวข้ามตัวตนของตัวเองได้สำเร็จ เราจะพบกับปาฏิหาริย์ของชีวิต”

“งานที่เจ้าของมีตัวตนน้อยที่สุด จริงใจต่อเพื่อนมนุษย์มากที่สุด จะได้รับความร่วมมือจากมหาชนมากที่สุด. ก้าวคนละก้าว คือตัวอย่างที่ดีของคำกล่าวนี”

“อยู่เพื่อตัวเอง อยู่แค่สิ้นใจ; อยู่เพื่อคนทั่วไป อยู่ชั่วฟ้าดิน”

“หัวใจของการเป็นพระโพธิสัตว์ คือ การเบิกบานในการรับใช้เพื่อนมนุษย์ การมีความสุขจากการที่ผู้อื่นมีความสุข การทำความดีที่ยิ่งใหญ่ แต่มีตัวตนต่ำตืดดินตืดหญ้า”

(2561-2564)

117

เคล็ดลับงานคุณภาพ

ครูสร้างทาง ทางสร้างคน คนสร้างชาติ

เยี่ยมสำรวจคุณภาพโรงพยาบาล
นายแพทย์ปัญญาสอนคมบรมครู
เยี่ยมสำรวจวิธีการกัลยาณมิตร
มารยาทอภัยยศยไม่ล่วงเกิน
มีหลักการประพடுத்தคนนำคบ
เสริมปัญญาไฟเรียนเพียรมุ่งมั่น
กระบวนการคุณภาพทราบครบถ้วน
กิจกรรมพัฒนาบูรณาการ
เชี่ยวชาญทักษะสื่อสารการปรึกษา
พร้อมรับฟังอย่างลึกซึ้งถึงใจคน
เรื่องยุ่งยากลึกล้ำทำสับสน
แนะถูกทางสร้างพลังตั้งให้พร
กระบวนการเยี่ยมสำรวจใช้ตรวจสอบ
ประยุกต์ใช้มาตรฐานที่ผ่านมา
บรมครูสร้างไว้ในวันนั้น
จากจุดเริ่มเพิ่มรอยเท้าพันทวี
โรงพยาบาลปรับปรุงมุ่งเป็นเลิศ
สิ่งแวดล้อมเจ้าหน้าที่มีกลไก
เราผู้เยี่ยมฯปณิธานสานงานต่อ
ครูสร้างทางทางสร้างคนคนสร้างชาติ

กระบวนการร่วมแลกเปลี่ยนร่วมเรียนรู้
ท่านคือผู้สร้างรากฐานการประเมิน
ผู้เยี่ยมมาจิตเมตตาंनाสรรเสริญ
ไม่เผชิญหน้าเครียดให้เกียรติกัน
นำเคารพคิดบวกอย่างคนสร้างสรรค์
ก้าวสู่ขั้นรอบรู้ผู้เชี่ยวชาญ
ทุกข้อล้นนกระจำงัดมาตรฐาน
วิชาการก้าวหน้าทันสมัย
เจรจาให้เข้าใจให้ได้ผล
ตั้งหลุดพ้นอดกลั้นคำบั่นทอน
หายฉงนอธิบายคลายซับซ้อน
ทุกขั้นตอนชี้ชัดเพื่อพัฒนา
เพื่อเปิดกรอบความคิดนี้ร่วมศึกษา
ความก้าวหน้าก้าวต่อไปอย่างไรดี
ต่อเนื่องนานคุณอนันต์ถึงวันนี้
คือวิถีคุณภาพเอกลักษณ์ไทย
ผลบังเกิดประชาชนคนเจ็บไข้
วัฒนธรรมความปลอดภัยใสสะอาด
คุณภาพร่วมถักทอขอประกาศ
ประวัติศาสตร์ครูผู้ก่อสฤดี

(2561-2564)

118

เคล็ดลับงานคุณภาพ

บันทึก วันครู 16 มกราคม 2561

นายแพทย์ สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิ์พงศ์

สังกะ-ประชา-รัฐ

โรงพยาบาลอุบลรัตน์เป็น
โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง
ที่มีความโดดเด่นมากในงาน
ด้านสร้างเสริมสุขภาพ
และการทำงานกับชุมชน
โดยโรงพยาบาลอุบลรัตน์
สามารถสร้างให้ชุมชน
มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ
โรงพยาบาล เข้ามามี
ส่วนร่วมในการพัฒนา
โรงพยาบาล และใช้บริการ
ของโรงพยาบาลด้วย
ความมั่นใจในคุณภาพ
บริการ จนเกิดเป็น
เครือข่ายสังกะ-ประชา-รัฐ
ที่ทรงพลัง

ตัวอย่างของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
ที่เกิดจากความร่วมมือของชุมชน ได้แก่

1. การได้รับความร่วมมือจากองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนทุนให้คนในพื้นที่ไปเรียน
พยาบาลตั้งแต่ปี 2554 จนในปัจจุบันมีพยาบาลจบ
กลับมาทำงานในพื้นที่ประมาณ 30 คน

2. การได้รับทุนสนับสนุนการสร้างตึกสงฆ์
อาพาธจากภาคธุรกิจ สนับสนุนการตกแต่งภายใน
อาคารจากเจ้าคณะอำเภอ และเปิดให้คนอุบลรัตน์
เป็นสมาชิกประกันสุขภาพคนละ 1,000 บาทต่อปี
(เพื่อให้มีสิทธิในการพักรักษาตัวในห้องพิเศษโดยไม่
เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม) เพื่อนำเงินค่าสมาชิกมา
เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยและอาคารสถานที่

3. การประสานกับภาคธุรกิจเพื่อให้บริษัทที่
ต้องมีการจ้างผู้พิการตามที่กฎหมายกำหนด จ้างงาน
ผู้พิการ แล้วมอบหมายให้ผู้พิการเหล่านี้มาทำงานใน
โรงพยาบาลอุบลรัตน์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลในอำเภออุบลรัตน์ โดยโรงพยาบาลมอบหมาย
งานที่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้พิการแต่ละราย
ส่งผลให้โรงพยาบาลมีกำลังคนเพิ่ม และผู้พิการก็
ได้รับการยอมรับในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

4. การสร้างกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกผักปลอด
สารพิษและทำไร่นาสวนผสม โดยนำแนวคิดเศรษฐกิจ
พอเพียงมาสู่การปฏิบัติ แล้วนำพืชผักเหล่านี้มา
จำหน่ายในโรงพยาบาล และใช้ในโรงครัวของ
โรงพยาบาล

19th HA National Forum “คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม”

คุณค่าของบริการสุขภาพ ในด้านหนึ่งสามารถประเมินได้จากผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับ เปรียบเทียบกับทรัพยากรที่ต้องใช้ไป นอกจากนี้ยังสามารถประเมินคุณค่าได้อีกหลายลักษณะ เช่น คุณค่าด้านสังคม คุณค่าด้านสิ่งแวดล้อม คุณค่าด้านประวัติศาสตร์ คุณค่าด้านวัฒนธรรม คุณค่าด้านวิชาการ เป็นต้น

คุณภาพของบริการสุขภาพ ตามธรรมเนียมถือว่าด้วยระบบสุขภาพ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ให้ความหมายไว้ว่า “คุณลักษณะของบริการสาธารณสุขที่อยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ทั้งด้านมนุษย สังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและด้านอื่นๆ และพื้นฐานด้านคุณภาพและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของบุคคลและสังคมได้อย่างเหมาะสม”

คุณธรรม คือ คุณงามความดีที่วิญญูชนพึงสำนึกในจิตใจของตน ในเรื่องความจริง ความดี ความงาม และใช้เป็นหลักในการดำเนินชีวิต เป็นแนวทางความประพฤติ การปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบ ด้วยความรัก ความเอื้ออาทร ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์



ระบบสุขภาพยุคใหม่เชื่อมสังคมไทยเป็นหนึ่งเดียว

ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล วิทยากรในงาน 19th National HA Forum ได้กล่าวถึง ทฤษฎี ตัวอย่าง และความคิดเห็นส่วนตัวต่อระบบบริการสุขภาพที่ควรจะเป็นของไทย

จากทฤษฎีในหนังสือ Medicine's Dilemmas: Infinite Needs Versus Finite Resources โดย William Kissick กล่าวถึง Iron Triangle of Health Care ที่แสดงองค์ประกอบ และความเชื่อมโยงของระบบบริการสุขภาพ ที่หลายประเทศใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบสุขภาพของตน โดยมีส่วนสำคัญคือ Access, Quality และ Cost

Access การเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่ละประเทศต้องกำหนดว่า สำหรับ first contact จะให้ผู้รับบริการเข้าถึงแพทย์ในระดับไหน และภาครัฐ, ภาคเอกชน ต้องมองว่าเป็น partner กัน ไม่ใช่คู่แข่งกัน

Quality คุณภาพระดับไหนจะเป็นที่ยอมรับ เป็นเพียงความสะดวกสบาย หรือคุณภาพจริงๆ

Cost ค่าใช้จ่ายที่จ่ายไปเพื่อให้ได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ จะมาจากเจ้าตัวภาครัฐ หรือกองทุนที่ร่วมจ่าย

ระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงและประสานกันด้วยความไว้วางใจ (trust) มี 3 องค์ประกอบหลักคือ ผู้มีอำนาจรับผิดชอบในการวางระบบบริการสุขภาพ, ผู้ให้บริการ, และประชาชน ผู้รับบริการสุขภาพ

ผู้ที่เชื่อมโยงระหว่างผู้รับบริการ กับผู้มีอำนาจรับผิดชอบ คือ NGO ต่างๆ ที่เป็นสื่อกลางที่เชื่อมประชาชนกับภาครัฐ; ผู้ที่เชื่อมโยงผู้มีอำนาจรับผิดชอบ กับผู้ให้บริการ คือ สรพ. หรือองค์กรประกันคุณภาพต่างๆ; ผู้ที่เชื่อมโยงผู้ให้บริการ กับประชาชนผู้รับบริการ คือ องค์กรวิชาชีพ

ระบบสุขภาพที่ดี คือ ระบบที่ประชาชนเข้าถึงบริการด้วยคุณภาพที่เป็นที่ยอมรับ และค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม โดยสิ่งที่เป็นฐานของความสำเร็จของระบบสุขภาพที่ดี คือ ความไว้วางใจกัน (trust) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบ



หลักประกันสุขภาพต้องมีคุณภาพเป็นเป้าหมายสำคัญ

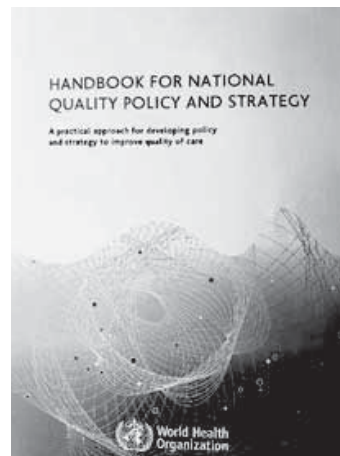
การประชุม Seventh Meeting on Healthcare Quality Improvement in the Asia-Pacific Region วันที่ 10 – 11 ธันวาคม 2561 ณ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ฟิลิปปินส์ มีสาระสำคัญ คือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage – UHC) ต้องมีคุณภาพเป็นเป้าหมายสำคัญ

ในช่วงที่ผ่านมา การดำเนินงานด้าน UHC จะเน้นอยู่ที่การสร้างหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม และภายใต้ต้นทุนที่สามารถบริหารจัดการได้ แต่ในช่วงถัดจากนี้ไป การดำเนินงานด้าน UHC จะเน้นเรื่องคุณภาพของระบบบริการ เพราะคุณภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากของ UHC ถ้าระบบบริการสุขภาพไม่มีคุณภาพแล้ว ถึงประชาชนจะมีสิทธิเข้าถึง แต่ก็คงไม่มีใครอยากไปใช้บริการ

“คุณภาพ” มีความหมายได้หลายมิติ ในการประชุมครั้งนี้ได้แบ่งมิติของคุณภาพเป็นด้านประสิทธิผล, ผู้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา, ความปลอดภัย, มีบูรณาการ, ให้บริการได้ในช่วงเวลาที่เหมาะสม, สร้างความเท่าเทียม และมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก คือ การสร้างคุณภาพในระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องมีการขับเคลื่อนโดยการกำหนดเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ มีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม และมีการพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยในการพัฒนาคุณภาพ

องค์ประกอบ 8 ด้านที่ต้องคำนึงถึง เมื่อจะขับเคลื่อนงานคุณภาพ คือ การให้คำจำกัดความของคำว่า “คุณภาพ” ตามบริบทของแต่ละประเทศ, การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา, การสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสียที่สำคัญ, การวิเคราะห์สถานการณ์, การสร้างกิจกรรมและเครื่องมือสำหรับงานคุณภาพ, การบริหารจัดการและการสร้างตัวชี้วัดเพื่อการกำกับดูแล, สารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและติดตามประเมินผล

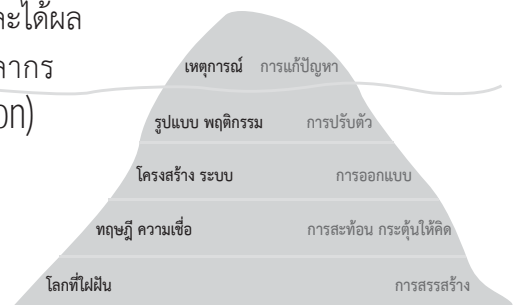


การเปลี่ยนแปลงซึ่งนำไปสู่การพัฒนาก็ยั่งยืน

มีคำกล่าวที่อ้างอิงว่าเป็นของ Albert Einstein ว่า “We cannot solve our problems with the same thinking we used when we created them.” คำกล่าวนี้ชวนให้พวกเรากลับมาทบทวนกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่เรากำลังทำกัน อยู่ในโรงพยาบาลว่า เรากำลังแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เผชิญอยู่ โดยใช้กรอบวิธีคิดเดิม กระบวนการคล้ายๆ เดิม แล้วหวังว่าจะมีการพัฒนางานจนได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ใช่หรือไม่ ซึ่งถ้าคำตอบคือ “ใช่” คำตอบนี้ก็น่าจะเป็นสัญญาณบ่งชี้ว่า ผลลัพธ์ที่คาดหวังนั้นน่าจะไม่ใช่ไปตามที่หวัง หรือถึงเป็นไปตามที่คาดหวัง ผลลัพธ์นั้นก็อาจจะเกิดขึ้นในช่วงสั้นๆ ไม่ยั่งยืน

เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นและเราได้รับรู้ เปรียบเสมือนยอดขนาดเล็กของภูเขาน้ำแข็งที่โผล่พ้นน้ำขึ้นมาให้เราเห็น ยอดนี้ตั้งอยู่ฐานขนาดใหญ่มาก ที่ซ่อนกันขึ้นมาเป็นชั้นๆ โดยชั้นล่างสุด คือ โลกทัศน์ ซึ่งเป็นตัวกำหนดทฤษฎี ความเชื่อ และวิธีคิดที่จะกำหนดการออกแบบโครงสร้างองค์กรและระบบงาน ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อรูปแบบและพฤติกรรมการทำงานของเจ้าหน้าที่ อันนำมาสู่เหตุการณ์ต่างๆ ที่เราได้รับรู้

บ่อยครั้งที่เมื่อมีการวิเคราะห์ปัญหาแล้ววางแผนการพัฒนา คำตอบที่ได้คือ “อบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่” ซึ่งคำตอบลักษณะนี้ คือ ตัวอย่างของการแก้ไขปัญหที่อยู่บนฐานความคิดเดิม เป็นการแตะปัญหาที่ระดับพฤติกรรม ซึ่งได้ผลบ้างแต่ไม่มากนัก การมีเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาช่วย จะได้ผลดีกว่า เพราะเป็นการจัดการที่ระดับการออกแบบระบบและกระบวนการ แต่การเรียนรู้ที่เข้าใจลึกถึงชั้นของความคิด ความเชื่อ และโลกทัศน์ (เช่น ความคิดว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มีสาเหตุจากเจ้าหน้าที่ประมาทเลินเล่อเพียงสาเหตุเดียว, เชื่อว่าผลการรักษาเบาหวานขึ้นอยู่กับการกินยาเป็นหลัก) แล้วทำลายความคิดชุดเดิม ด้วยความคิดชุดใหม่ที่นำให้เห็นหนทางใหม่ๆ จะเป็นการจัดการในระดับที่ลึกกว่าและได้ผลมากกว่า การตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้บุคลากรเห็นวิธีคิดที่ตนใช้อยู่ (coaching & reflection) จึงเป็นทักษะสำคัญชุดหนึ่งของการทำงานพัฒนาคุณภาพซึ่งหวังผลการพัฒนาที่ยั่งยืน



3P กับปีเก่า-ปีใหม่

3P (PURPOSE-
PROCESS-
PERFORMANCE)
เป็นเครื่องมือคุณภาพ
พื้นฐานที่สำคัญมาก
เพราะ 3P จะช่วยกำกับ
ให้การทำงานของทีม
สอดคล้องและเชื่อมโยงสู่
เป้าหมาย ซึ่ง PURPOSE
จะทำให้ทีมงานแบ่ง
บทบาทกันไปทำงานโดยมี
เป้าหมายร่วมกัน
ส่วน PROCESS ที่ดี
ก็จะช่วยนำไปสู่การบรรลุ
PURPOSE และการวัด
PERFORMANCE เป็น
ระยะ จะเป็นเหมือนสถิติ
และเข็มนาฬิกาคอยเตือน
ทีมงานว่ากำลังเดินไปใน
ทิศทางที่จะไปสู่
PURPOSE เหมือนอย่าง
ที่คิดจริงหรือไม่

ผู้เชี่ยวชาญงานคุณภาพหลายท่านกล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพจะทำได้ยากมาก ถ้าเราไม่วัดและ ประเมินผลของงานที่เราทำอยู่ การวัดและประเมินผล เทียบกับเป้าหมายที่เราตั้งไว้ โดยไม่กังวลว่าผลของ งานที่ไม่ดีจะมีผลกระทบเชิงลบต่อเรา จะช่วยให้เกิด การเรียนรู้และทักษะจากการปฏิบัติจริง เพื่อนำไปสู่ การพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

ปี 2560 ที่ผ่านมา ทุกท่านได้คาดหวังอะไร ไว้บ้างในชีวิต (Purpose) แล้วได้ทำอะไรไปบ้าง (Process) เพื่อให้ได้สิ่งที่คาดหวัง ซึ่งพอมมาถึงช่วง สิ้นปีนี้ ท่านประเมินว่าท่านได้รับผลที่คาดหวังแล้ว หรือยัง (Performance)

ถ้าท่านได้รับผลแล้ว ก็ขอแสดงความชื่นชม และยินดีด้วย แต่อยากเชิญชวนให้ท่านไตร่ตรองว่า ความสำเร็จเหล่านี้ มีปัจจัยอะไรที่มาก่อหนุน ความสำเร็จ (critical success factors) เพื่อจะได้ ใช้สิ่งเหล่านี้ก่อก้อนท่านต่อไปในอนาคต แต่ถ้ายังไม่สมหวัง ก็ถือว่าสิ่งเหล่านี้เป็นโอกาสในการพัฒนา (opportunity for improvement) ต่อไปในปี 2561 โดยขอให้ท่านลองทบทวนดูว่าอะไรเป็นต้นเหตุของ การไม่สัมฤทธิ์ผล (root cause analysis) เพื่อนำไป ปรับปรุงสิ่งที่จะทำต่อไป (action plan) ในปี 2561 กระบวนการเหล่านี้เป็นการเรียนรู้ที่นำไปสู่การพัฒนา อย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) การกำหนดเส้นทางเดิน เป็นเรื่องของมนุษยย์ ส่วนความสำเร็จเป็นเรื่องของฟ้าดิน แต่ฟ้าดินก็มักจะ อวยชัยให้พรกับผู้ที่อดทน มีความเพียร และเรียนรู้ อย่างต่อเนื่อง หวังว่าปีใหม่ 2561 ที่สดใสคงรอรับ คนคุณภาพทุกคน

13 หมู่ป่ากับมาตรฐาน HA



เหตุการณ์ 13 หมู่ป่าติดถ้ำหลวงขุนน้ำนางนอนถือเป็น Mission Impossible ที่เกิดขึ้นจริงในประเทศของเรา และมีแง่มุมมากมายที่นักศึกษาถอดบทเรียน และนำมาสู่การเตรียมการเพื่อเผชิญหน้ากับภัยพิบัติในรูปแบบต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในแง่มุมของบริการสุขภาพ ทีมงานด้านการรักษาพยาบาลได้ทำงานอย่างยอดเยี่ยมในแบบมืออาชีพ สิ่งเหล่านี้โยงกับมาตรฐาน HA ในหลายจุด และน่าจะทำให้ทีมงานของโรงพยาบาลนี้ภาพของการนำมาตราฐานลงสู่การปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

มาตรฐาน HA	เหตุการณ์ที่ถ้ำหลวงขุนน้ำนางนอน
การเข้าถึงและเข้ารับบริการ มีการประสานงานที่ดีระหว่างองค์กรกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย	การดูแลปฐมพยาบาลและการลำเลียง 13 หมู่ป่ามายังโรงพยาบาล
ประสิทธิผลของการปฏิบัติการ องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการเตรียมพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน โดยคำนึงถึงการป้องกัน การบริหารจัดการ ความต่อเนื่องของการให้บริการ การเคลื่อนย้าย การทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม รวมถึงการพึ่งพากำลังคน ผู้ส่งมอบ และพันธมิตร องค์กรทำให้มั่นใจว่าระบบสารสนเทศมีความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้อย่างต่อเนื่อง	การเตรียมความพร้อมของทีมแพทย์และพยาบาลในการรับ 13 หมู่ป่ามาดูแลรักษาที่โรงพยาบาล

มาตรฐาน HA	เหตุการณ์ที่ถ้าหาลงขุนน้ำนางนอน
<p>การจัดการความรู้และสารสนเทศ องค์กรทำให้มั่นใจในความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูล/สารสนเทศที่ถ้ารั่วไหลแล้วจะเกิดผลกระทบได้มาก</p> <p>ระบบบริหารเวชระเบียน องค์กรกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียน</p>	<p>การเรียกขานชื่อผู้ป่วยโดยใช้รหัส "หมูป่า" และการกำชับมิให้มีการเปิดเผยชื่อหรือรูปถ่ายของหมูป่าแต่ละคน</p> <p>ในระหว่างการลำเลียงและการรับเข้าสู่หอผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์</p>
<p>อาหารและโภชนาบำบัด ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม</p> <p>มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยมีระบบบริการอาหารที่ดี มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ ตลอดจนมีการดำเนินมาตรการป้องกันที่เหมาะสม.</p>	<p>มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของหมูป่าที่อดอาหารมาเป็นเวลาหลายวัน และนำมาสู่การวางแผนการให้อาหารแก่หมูป่าอย่างเป็นขั้นเป็นตอน เพื่อลดความเสี่ยงจากการให้อาหาร</p>

ภาพของโรงพยาบาลในอนาคต

ในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 20 กลุ่มสถาปนิกอาสาและวิศวกรใจดีได้ทำนายภาพของโรงพยาบาลในอนาคตไว้ ซึ่งหลายประเด็นเป็นเรื่องที่น่าสนใจ และถ้าทีมงานของโรงพยาบาลได้เรียนรู้และเริ่มเตรียมการไว้ตั้งแต่วันนี้ ก็น่าจะช่วยให้โรงพยาบาลพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ดีขึ้น ประเด็นที่สำคัญ ได้แก่

1. จากการที่สังคมไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีก 3 ปีข้างหน้า การเจ็บป่วยบ่อยของผู้สูงอายุจะทำให้โรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางของชุมชนมากขึ้น โรงพยาบาลจึงควรเตรียมพื้นที่สำหรับชุมชนรวมถึงอาสาสมัคร ที่ร่มรื่น เอื้อต่อการเยี่ยมยา และเอื้อต่อกิจกรรมทางสังคม

2. แผนกผู้ป่วยนอกจะมีขนาดเล็กลง เทคโนโลยีสารสนเทศที่เข้ามาจะทำให้เกิดการกระจายตัวของจุดตรวจให้บริการผู้ป่วยไปอยู่นอกโรงพยาบาล และเสริมกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3. จะเกิดการขยายตัวของสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจะมีมาตรฐานการให้บริการต่างไปจากมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

4. โรงพยาบาลจะเป็นอาคารสูงมากขึ้นเพื่อใช้ประโยชน์จากที่ดินได้อย่างคุ้มค่า ระบบสัญจรแนวตั้ง การใช้พลังงาน การควบคุมการติดเชื้อ และระบบ logistics ที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย จะเป็นหัวใจสำคัญของการบริหารทรัพยากรของโรงพยาบาล

5. เครื่องมือทางการแพทย์หลายชนิดในอนาคตจะมีน้ำหนักมาก ต้องการโครงสร้างอาคารที่สามารถรับน้ำหนักได้มาก และอาจมีลิ้นหรือรังสีที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้คนได้ อาคารในอนาคตจึงควรมีพื้นที่ประมาณ 10% ที่อยู่ริมสุดของอาคารที่ออกแบบมาให้รองรับน้ำหนักได้มากกว่าปกติ 3 – 5 เท่า สามารถติดตั้งเครื่องมือทางการแพทย์ขนาดใหญ่ได้โดยการขนย้ายเข้าทางด้านข้างอาคาร ไม่ต้องใช้ลิฟต์ของอาคารซึ่งอาจรับน้ำหนักไม่ไหว

6. โรงพยาบาลจะมีพื้นที่สีเขียวมากขึ้น เพื่อเอื้อต่อการใช้ชีวิตส่วนใหญ่ของบุคลากรทางการแพทย์ สวนลอยฟ้า (roof garden) และทางเชื่อมอาคารในลักษณะ sky walk เป็นตัวอย่างของโครงสร้างทางกายภาพที่จะเกิดมากขึ้น

แนวทางการให้บริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine)

ด้วยเทคโนโลยีในปัจจุบัน ทำให้การให้บริการการแพทย์ทางไกลสามารถทำได้ โดยสะดวกระหว่างโรงพยาบาลและสามารถทำได้ถึงระดับบ้านพักอาศัยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการ รูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลที่มีการนำมาให้บริการแล้ว ได้แก่ การอ่านผลเอกซเรย์ การอ่านผลทางพยาธิวิทยา และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังมีการเสริมบริการอื่นๆ เข้าไปด้วย เช่น การให้บริการเจาะเลือดและส่งยาถึงที่บ้าน

แนวทางการให้บริการการแพทย์ทางไกลเริ่มมีการพัฒนาในต่างประเทศ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าการให้บริการการแพทย์ทางไกลยังดำรงไว้ซึ่งคุณภาพของการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย ตลอดจนเป็นไปตามหลักกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ

ตัวอย่างของแนวทางการให้บริการการแพทย์ทางไกลที่เริ่มมีการกำหนดขึ้นมาได้แก่

- การให้บริการการแพทย์ทางไกลต้องอยู่บนหลักพื้นฐานของประโยชน์สูงสุดที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการ ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงเกินเกณฑ์ที่กำหนด ต้องได้รับการคัดกรองออกจากการขอรับบริการ
- แพทย์ต้องมีคุณสมบัติและขอบเขตการให้บริการตรงตามที่โรงพยาบาลกำหนด และเป็นไปตามกฎหมายที่บังคับใช้กับโรงพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการ
- ต้องมีขั้นตอนที่รัดกุมในการระบุตัวตนของผู้ป่วยและสิ่งส่งตรวจ เพื่อป้องกันการให้การรักษาผิดคน หรือการปลอมตัวเข้ามาสืบประวัติโดยบุคคลอื่น
- ต้องมีการจัดเตรียมทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็น (เช่น ระบบติดต่อสื่อสาร อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์บุคลากรสนับสนุน) ที่เพียงพอและมีคุณภาพ เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลข่าวสารจะมีความครบถ้วนถูกต้อง และทันเวลา

- มีการกำหนดขั้นตอนในการจัดการภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการให้คำปรึกษา

- ควรกำหนดให้มีขั้นตอนการขอรับความยินยอมจากผู้ป่วย (informed consent) ก่อนการให้บริการ

- ข้อมูลข่าวสารทั้งหมดที่เกิดขึ้นทั้งในระหว่างการติดต่อสื่อสาร และที่มีการจัดเก็บ ถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการปกปิด โดยจะเข้าถึงได้เฉพาะผู้มีอำนาจ และต้องได้รับการเก็บรักษาที่ดีภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยเมื่อนำข้อมูลมาใช้อีกครั้ง ข้อมูลยังคงความครบถ้วน ถูกต้อง และเข้าถึงได้

- กรณีมีการสั่งยาหรือส่งมอบยาให้ผู้ป่วย ต้องมีมาตรการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้นได้ ระวังตระวังความสัมพันธ์ของยาที่อาจเกิดจากอุณหภูมิ และความชื้นในระหว่างการขนส่ง และห้ามสั่งยาที่มีกฎหมายควบคุมเฉพาะ เช่น ยาเสพติด

- กรณีมีบริการเจาะเลือด/ เก็บส่งตรวจ ผู้ป่วยที่บ้าน ต้องมีขั้นตอนที่รัดกุม และได้มาตรฐาน ในการเจาะเลือด/ เก็บส่งตรวจ การขนส่ง และการป้องกันความผิดพลาดในการระบุตัวตน

Telemedicine Clinic ในปั๊มน้ำมัน ปตท.

รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอกแบบผู้ป่วยไม่ต้องมาที่โรงพยาบาล เริ่มมีการพัฒนาเป็นรูปธรรมแล้วในประเทศไทย ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน และเป็นรูปแบบที่น่าจะมีการขยายตัวมากขึ้นในอนาคต เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ และความต้องการของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ต้องการไปเผชิญกับความแออัดที่โรงพยาบาล

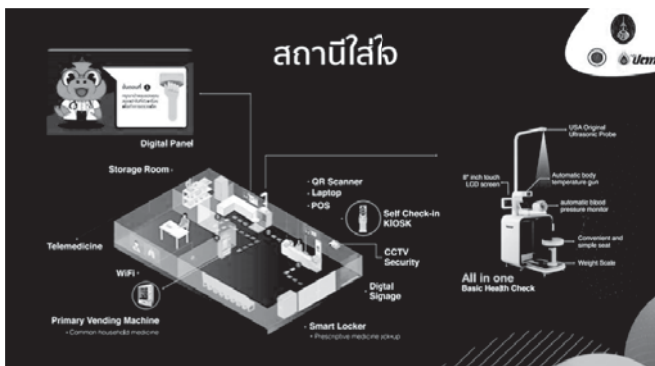
ในเดือนกันยายน 2562 ปตท. มีแผนความร่วมมือกับมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในการจัดตั้ง Telemedicine Clinic ในปั๊มน้ำมันของ ปตท. จำนวน 2 แห่งที่อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี และอำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว ซึ่งคลินิกดังกล่าว น่าจะเป็นต้นแบบของการพัฒนาการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอก โดยตัวผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลโดยตรง

ในคลินิกดังกล่าว จะมีการพัฒนา application เข้ามาช่วยในการนัดหมาย มีเครือข่าย telemedicine ที่เชื่อมข้อมูลการตรวจและการสนทนาของผู้ป่วยกับแพทย์ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้แพทย์ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคที่เป็นและการสั่งยา มีตู้จ่ายยาในลักษณะเครื่องจำหน่ายสินค้าแบบไม่ต้องใช้คน (vending machine) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับยาสามัญทั่วไปที่แพทย์สั่ง ได้ที่ตู้จ่ายยา หรือในกรณีที่ยาที่สั่งไม่มีในตู้จ่ายยา ก็สามารถให้แพทย์สั่งยาจากที่โรงพยาบาล แล้วมีผู้นำมาส่ง และพักไว้ที่ Smart Locker ที่อยู่ในคลินิก เพื่อให้ผู้ป่วยมารับยาที่ Smart Locker ในวันเวลาที่ได้นัดหมายกันไว้ต่อไป

(2561-2564)

130

คลังสำนักงานคุณภาพ



การใช้ AI ในการรักษาพยาบาล

จากการที่สมรรถนะของคอมพิวเตอร์สูงขึ้นอย่างมากประกอบกับการพัฒนาขั้นตอนการเรียนรู้ด้วยตัวคอมพิวเตอร์เอง โดยไม่จำเป็นต้องให้มนุษย์มาคอยป้อนเงื่อนไขการเรียนรู้ให้ทุกครั้ง ทำให้ปัจจุบัน Artificial Intelligence (AI) เป็นเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว และส่งผลให้คอมพิวเตอร์ทำกิจกรรมหลายอย่างได้เหนือกว่ามนุษย์ และเชื่อได้ว่า AI จะเข้ามาสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างมโหฬารในบริการด้านการรักษาพยาบาลในระยะเวลาอีกไม่นานนักนับจากนี้

ตัวอย่างการพัฒนา AI เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาล จนมีความถูกต้องแม่นยำไม่ต่างจากมนุษย์ แต่มีความรวดเร็วสูงกว่ามาก ได้แก่

- การอ่านรูปภาพจอประสาทตา (retina) เพื่อวินิจฉัยพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นที่จอประสาทตา



- การอ่านผลชิ้นเนื้อจากการตัดชิ้นเนื้อก้อนที่เต้านม เพื่อหาว่ามีเซลล์มะเร็งหรือไม่
- การอ่านภาพที่ถ่ายจากกล้องส่องทางเดินอาหาร (endoscope) เพื่อวินิจฉัยมะเร็งกระเพาะอาหาร และการใช้ AI แบบ real time พร้อมการส่งกล้องจริง เพื่อช่วย screen พื้นที่ต้องสงสัย เพื่อให้แพทย์ใช้เวลาดูพื้นที่นั้นเพิ่มขึ้น และการประมวลผลทั้งหมด เพื่อเตือนแพทย์ว่ามีพื้นที่ส่วนใดที่ยังไม่ได้ส่องกล้องดูบ้าง

- การใช้ AI ตรวจสอบข้อมูลการบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อประมวลผลและเตือนว่าผู้ป่วยมีโอกาสตกเตียงสูง

- การใช้ AI ประมวลผลจากการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วย เพื่อช่วยจิตแพทย์ในการสรุปว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตหรือไม่ และในด้านใด

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจาก AI น่าจะต้องใช้เวลาพัฒนาอีกช่วงหนึ่งกว่าจะใช้งานได้จริง ภายใต้ราคาที่จ่ายได้ แต่ถ้าทุกอย่างลงตัว การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งถ้าบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้มีการเรียนรู้และเตรียมตัวไว้บ้าง เราก็อาจจะถูกเทคโนโลยีใหม่ๆ ผลักออกจากบริการด้านการรักษาพยาบาลอย่างไม่ทันตั้งตัว ในขณะเดียวกัน การใช้ AI อย่างสุดขีด ก็อาจเป็นการทำลายองค์ความรู้ที่สั่งสมมาในบุคลากรทางการแพทย์อย่างเนิ่นนาน และกลายเป็นว่าโรงพยาบาลต้องพึ่ง AI จากภายนอกองค์กรตลอดเวลา ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่อาจควบคุมได้

New Services in Hospitals

ภายใต้การเปลี่ยนแปลงแบบ disruptive change ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ร่วมกับแรงกดดันจากการระบาดของ COVID-19 ทำให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลต้องมีการปรับโฉมครั้งใหญ่ เพื่อรองรับคลื่นยักษ์ของการเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะถาโถมเข้ามาในไม่ช้า ตัวอย่างของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแล้วและที่กำลังจะเกิดขึ้นในเร็ว ๆ นี้ ได้แก่

การปรับระบบบริการผู้ป่วยนอก เพื่อลดความแออัดและลดโอกาสแพร่กระจายของเชื้อโรค

- การจัดตั้ง ARI Clinic การปรับโครงสร้างทางกายภาพ และการจัดการเรื่อง การป้องกันการติดเชื้อ
- การจัดระบบนัดหมายและคิวการตรวจด้วย application และ device ใหม่ ๆ
- การนำ Artificial Intelligence (AI) เข้ามาช่วยในการตรวจวินิจฉัยโรค
- การนำเครื่องจัดยาอัตโนมัติเข้ามาช่วยลดระยะเวลารอคอยยาและลดความผิดพลาดในการจัดยา
- การสร้าง network เพื่อกระจายภาระงานออกจากโรงพยาบาล ไปยังหน่วย พันธมิตร ได้แก่

* การเจาะเลือด, เก็บ specimen หรือทำรังสีวินิจฉัย ภายนอกที่ตั้ง โรงพยาบาล แล้วส่งเลือด หรือ specimen หรือข้อมูล มาจัดการต่อที่ โรงพยาบาล

* การตรวจรักษาผู้ป่วย ด้วย telemedicine

* การให้ผู้ป่วยที่มาตรวจที่โรงพยาบาลไปรับยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ร้านยาใกล้บ้าน หรือส่งให้ถึงที่บ้าน โดยสร้างระบบ logistic มารองรับ การส่งยา

- การจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลด้วย E-Payment
- การทดลองใช้ blockchain เพื่อสร้าง Electronic Medical Record (EMR) ซึ่งส่งผลให้ผู้ใช้เป็นเจ้าของข้อมูลการรักษาพยาบาล เปลี่ยนจาก “โรงพยาบาล” เป็น “ผู้ป่วย”
- การเพิ่มมาตรการในการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล

การปรับระบบบริการผู้ป่วยใน

- การปรับโครงสร้างทางกายภาพและการจัดการเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
- การขยายการผ่าตัดในลักษณะ One-Day Surgery
- การนำแนวคิด Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) และการส่งกลับผู้ป่วยหลังผ่าตัดไปยังหน่วย intermediate care เพื่อลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล (Length of Stay)

การออกแบบระบบบริการเพื่อรองรับภาวะวิกฤต ทั้งจากภัยธรรมชาติ ระบาดวิทยา และสงคราม/การก่อการร้าย

- การจัดทำ Business Continuity Plan (BCP) เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับภาวะวิกฤต
- การเป็นศูนย์กระจายวัสดุ (logistic hub) เพื่อสนับสนุนการจัดบริการของโรงพยาบาลและเครือข่าย
- การเชื่อมโยงกระบวนการงานของโรงพยาบาลเข้ากับโรงพยาบาลเฉพาะกิจ/hospital ที่ถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อรองรับภาวะวิกฤต

New Services in Primary Care

ตามที่ประเทศไทยได้มีการประกาศพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เพื่อใช้เป็นกรอบในการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้นในรูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาล ซึ่งจะมีความเชื่อมโยงและสัมพันธ์กับเครือข่ายบริการมากยิ่งขึ้น อันจะทำให้บริการสุขภาพปฐมภูมิมีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาไปอย่างมากในอนาคตอันใกล้

ตัวอย่างของการเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะเกิดขึ้น ได้แก่

1. รูปแบบบริการเดิมจะมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น จากการนำแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลประชาชนมากยิ่งขึ้น

- การสร้างเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรค
- การให้บริการทางการแพทย์ที่ไม่ซับซ้อน
- บทบาทของ gate keeper

2. New services ที่กำลังจะเกิดขึ้น บริการเหล่านี้มีลักษณะสำคัญ คือ จะมีการออกแบบกระบวนการให้ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

- การตรวจเลือดและการเก็บส่งตรวจ เพื่อนำเลือดและสิ่งส่งตรวจไปตรวจที่โรงพยาบาล และการถ่ายเอกซเรย์ (ถ้าทำได้) เพื่อส่งข้อมูลไปโรงพยาบาล
- การเป็นหน่วยให้การรักษาแบบ telemedicine ร่วมกับโรงพยาบาล
- การเป็นจุดรับยาที่ส่งมาจากโรงพยาบาล ในกระบวนการ drug delivery สำหรับผู้ป่วยที่ไปตรวจที่โรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว
- การเป็นจุดเชื่อมต่อในการทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นในรูปแบบ intermediate care center หรือ rehabilitation center หรือการเป็น node ของ home care ที่เกิดขึ้นในพื้นที่
- การเป็น node ของการจัดการด้านสุขภาพ ในภาวะภัยพิบัติ

Home Care & Self Care

โรคภัยไข้เจ็บในปัจจุบันได้เปลี่ยนลักษณะไปเรื่อยๆ โดยการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน (เช่น โรคติดเชื้อชนิดต่างๆ) ลดปริมาณลง แต่โรคเรื้อรังกลับเป็นปัญหาที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นกระบวนการดูแลรักษาที่ไม่สิ้นสุดลงอย่างรวดเร็ว แต่มีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลที่บ้าน (home care) หรือต้องดูแลเอาใจใส่ตนเอง (self care) มากกว่าการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน

จากการที่ประเทศไทยได้ประกาศพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เพื่อใช้เป็นกรอบในการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบกับความก้าวหน้าอย่างมากของเทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้การบูรณาการและเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพทั้งหมดอย่างไร้รอยต่อ (seamless care) โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people-centered care) มีโอกาสที่จะก้าวหน้าไปอย่างมาก ดังนั้น home care และ self care จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้สอดคล้องกับแนวคิด seamless care นั่นคือ home care และ self care ต้องเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสายธารแห่งคุณค่า (value chain) ที่ครอบคลุมทั้ง hospital services และ primary care

ตัวอย่างของ home care และ self care ที่เริ่มเกิดขึ้นแล้ว ได้แก่

1. สถานพยาบาลมีการวางกระบวนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ไปจนถึงการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ให้บริการโดยทีมบริการสุขภาพปฐมภูมิและ care giver) ตลอดจนมีการเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้)
2. มีกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพของ care giver ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
3. มีการให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ในขั้นตอนการดูแลที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ (เช่น การพยาบาล การให้ยา การทำกายภาพบำบัด) เพื่อประสิทธิผลที่สูงขึ้น และลดความเสี่ยงตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
4. จัดทำระบบฐานข้อมูลและ application ที่เชื่อมโยงการดูแลที่บ้านเข้ากับการดูแลที่สถานพยาบาล เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาและติดตามประเมินผลการดูแลรักษา
5. เสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น ผ่าน application ต่างๆ ใน smart phone, การใช้ wearable devices รวมถึงการใช้ telemedicine

Seamless People-Centered Care

Hospital services

- new services at OPD
 - * Acute Respiratory Infection (ARI) clinic
 - * Online queuing
 - * Artificial intelligence
 - * Automated drug Dispensing system
 - * off-site services – lab., x-ray, telemedicine, drug delivery
 - * E-payment
 - * Blockchain for electronic medical record
 - * Personal data protection
- New services at IPD
 - * Airborne Infection Isolation Room (AIIR)
 - * One-day surgery
 - * Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)
- Crisis management
 - * Business Continuity Management (BCM)
 - * Logistic hub
 - * Providing seamless care with sheltered hospital, hospitel

Primary Care

- Strengthening current services
 - * Health promotion
 - * Disease control
 - * Basic medical services
 - * Gate keeper
- New services
 - * Linkage node for hospital services
 - * Intermediate care center
 - * Rehabilitation center
 - * Node for disaster management

Home Care, Self Care

- Building care teams
- Family empowerment
- Mobile applications for home care
- Using wearable devices, telemedicine

หมวดที่

3

COVID-19





การจัดการโรงพยาบาล ภายใต้สถานการณ์การระบาดของ COVID-19

นพ.ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค¹ ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับการจัดการโรงพยาบาลภายใต้สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 คือ

1. COVID-19 แพร่เชื้อผ่านละอองฝอยน้ำลายและการสัมผัสเชื้อนำเข้าสู่อวัยวะ (droplet transmission) เชื้อมีระยะฟักตัวสั้น Reproductive Number ประมาณ 2.2 มี doubling time 1 สัปดาห์ (จำนวนผู้ป่วยขยายเป็นเท่าตัวในทุกๆ หนึ่งสัปดาห์) อัตราการเสียชีวิตไม่สูงเหมือน SAR ผู้ป่วย 90% หายได้เอง ผู้ป่วย 5-10% ต้องนอนโรงพยาบาล (ข้อมูลในประเทศจีน มีผู้ป่วย 5% เป็นบุคลากรทางการแพทย์).

2. เป้าหมายการรับมือกับ COVID-19 ในประเทศไทย คือ การชะลอการระบาดไปให้ได้นานที่สุด เพื่อลดความแออัด ลดการแย่งชิงทรัพยากร เพราะถ้ามีคนป่วยจำนวนมากพร้อมๆ กัน อัตราตายจะสูง เมื่อเข้าสู่ระยะการระบาดในวงกว้าง การจัดการจะเหมือนไข้หวัดใหญ่ คือ คนไข้อาการเล็กน้อยให้คำแนะนำ แล้วพักรักษาตัวที่บ้าน เน้นการดูแลคนที่บ้านไม่ให้ติดเชื้อ อาการมากให้รับมาโรงพยาบาล

3. ที่จุดคัดกรองและ ARI (Acute Respiratory Infection) Clinic สิ่งที่ต้องทำคือ universal precaution คือ ดูแลคนไข้ทุกคนเสมือนว่าเป็นผู้ป่วย COVID-19

4. ในระดับจังหวัด ควรวางแผนและซ้อมการรับมือแบบ aggressive scenario คือ สมมุติสถานการณ์การระบาดแบบรุนแรงที่สุดและมีการติดเชื่อในหมู่เจ้าหน้าที่จำนวนหนึ่งด้วย อาจกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง เป็น cohort ward ของจังหวัดหรือพื้นที่ใกล้เคียง และจัดการให้ผู้ป่วยโรคอื่นไม่ต้องมารับการตรวจที่โรงพยาบาล เพื่อสงวนเตียงไว้รักษาผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการหนัก

5. ภายใต้บริบทที่มีความจำกัดของทรัพยากร การสวมชุด cover-all น่าจะเป็นเฉพาะในการปฏิบัติงานที่มีโอกาสเสี่ยงสูงภายในห้องแยกโรคที่ต้องทำหัตถการที่ก่อให้เกิด aerosol ส่วนการทำหัตถการอื่น หรือการตรวจคัดกรองผู้ป่วย การใช้หน้ากากอนามัยร่วมกับชุดกาวกันน้ำ (water-proof) ก็น่าจะเพียงพอ

¹Facebook Live ที่ สรพ. 11 มีนาคม 2563

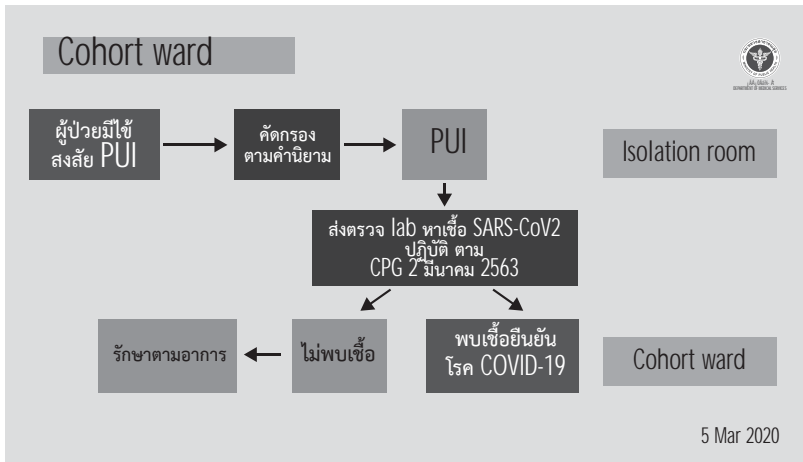
6. ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสงสัยหรือผู้ป่วยติดเชื้อ ให้สวมหน้ากากอนามัยให้กับผู้ป่วย ส่วนเจ้าหน้าที่ให้สวมหน้ากากอนามัยร่วมกับการใส่กาวน์กันน้ำก็เพียงพอ แต่ถ้ายังมีความกังวล ในส่วนเจ้าหน้าที่ ก็ใส่ N-95 ได้ แต่ไม่ว่าจะใส่หน้ากากอนามัยหรือ N 95 สิ่งสำคัญคือ ต้องทำให้หน้ากาก fit กับใบหน้า โดยใช้ micropore ปิดที่บริเวณรอยต่อระหว่างหน้ากากกับใบหน้าให้แนบสนิท

7. เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่สงสัยหรือผู้ป่วยติดเชื้อ ที่แต่งชุด PPE ถูกต้อง และปฏิบัติตาม protocol ไม่ถือว่าเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิด สามารถปฏิบัติงานต่อเนื่องได้ตามปกติ แต่เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ควรมีเจ้าหน้าที่ safety อีกหนึ่งคน เพื่อกำกับการปฏิบัติตาม protocol ของผู้ปฏิบัติงาน หากทำไม่ถูกต้องจะถือว่าผู้ปฏิบัติงานคนนั้นเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดทันที

การเตรียมความพร้อมโรงพยาบาล เพื่อรับมือกับ COVID-19

พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากกรมการแพทย์ ได้แลกเปลี่ยนความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาล เพื่อรับมือกับ COVID-19² มีสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้

1. จัดตั้ง Acute respiratory Infection (ARI) Clinic สำหรับการตรวจผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ
2. บูรณาการความพร้อมของเตียงในทุกภาคส่วน เชื่อมโยงงานเพื่อรองรับผู้ป่วย
3. เพิ่มปริมาณเตียงรองรับผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ โดยจัดเป็น Cohort Ward
4. จัดทำแนวทางการวินิจฉัยและรักษาร่วม
5. สํารวจและสํารอง PPE
6. เตรียมจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม กรณีมีผู้ป่วยจำนวนมาก



(2561-2564)

141

เคล็ดลับงานคุณภาพ

²Facebook Live ของ สรพ. เมื่อ 13 มีนาคม 2563

การจัดการผู้ป่วย PUI

1. ให้ผู้ป่วยอยู่ในบริเวณที่จัดไว้ และต้องสวมหน้ากากอนามัย
2. หากเป็นผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้เป็นผู้ป่วยใน ให้อยู่ห้อง isolation room/ single room ไม่จำเป็นต้องเป็น negative pressure room
3. บุคลากรสวม PPE ตามความเหมาะสม
4. หลีกเลี่ยงหัตถการประเภทที่ทำให้เกิด aerosol เช่น การพ่นยาแบบ nebulizer เพราะอาจทำให้สารคัดหลั่งกลายเป็น aerosol ที่แพร่กระจายได้ไกลถึง 10 เมตร ถ้าต้องทำหัตถการประเภทนี้ ควรส่งผู้ป่วยไปทำหัตถการในห้องแยก (isolation room) ที่เป็น negative pressure หรือใช้ inhaler with spacer
5. การถ่ายภาพรังสีปอด แนะนำใช้ portable x-ray ไม่ใช่ห้องร่วมกับผู้ป่วยอื่น
6. ห้องปฏิบัติการ ปฏิบัติตามมาตรฐานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

Business Continuity Management (BCM)

BCM จะเป็นเรื่องใกล้ตัวมากขึ้นเมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 Business Continuity Management เป็นเรื่องที่อยู่ในมาตรฐาน HA TQA MBNQA สำหรับมาตรฐาน HA อยู่ใน Part I - 6.2 ข. (2) ที่กล่าวว่า..องค์กรมีการเตรียมความพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน โดยคำนึงถึงการป้องกัน การบริหารจัดการ ความต่อเนื่องของการให้บริการ BCM ตาม ISO 22301 หมายถึง กระบวนการบริหารโดยองค์รวม ที่ระบุถึงภัยอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับองค์กร และผลกระทบ ของภัยอันตรายที่มีต่อการปฏิบัติการทางธุรกิจ รวมถึงให้แนวทางสำหรับการสร้างความยืดหยุ่นให้กับองค์กร สำหรับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพในการปกป้องผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ รวมถึงชื่อเสียง ราคาสินค้า และกิจกรรมที่สร้างคุณค่า ทั้งนี้การบริหารความต่อเนื่องทางธุรกิจจะประกอบด้วยการจัดการสำหรับการฟื้นคืนสภาพ หรือความต่อเนื่องของกิจกรรมธุรกิจ เมื่อเกิดการหยุดชะงักทางธุรกิจ และการบริหารโปรแกรมโดยรวมผ่านการฝึกอบรมการฝึกซ้อม และการทบทวน เพื่อให้มั่นใจว่าแผนความต่อเนื่องทางธุรกิจยังคงเป็นปัจจุบัน และทันสมัย

BCM ทำให้มั่นใจว่าเมื่อมีเหตุการณ์ไม่ปกติแล้ว ทัพ. สามารถดำเนินการให้องค์กรบรรลุเป้าหมายได้ ซึ่ง ทัพ. ถ้าจัดทำและนำมาใช้ประโยชน์ จะทำให้เกิดความมั่นใจทั้งเจ้าหน้าที่ ลูกค้า และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

BCM สัมพันธ์กับ Risk Management ทัพ. ส่วนใหญ่มีระบบบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐาน HA ใน Part II เมื่อมีระบบบริหารความเสี่ยงแล้ว ถ้ามี BCM ร่วมด้วย จะทำให้องค์กรสามารถดำเนินธุรกิจ มีการทำงานเป็นระบบ มีการเตรียมความพร้อมจะสามารถวางแผนเพื่อให้องค์กรสามารถดำเนินการต่อเนื่องได้ รวมทั้งมีขวัญกำลังใจเชื่อมั่นในองค์กรได้

การวางระบบงานในการ response เพื่อการรับมือ ทุกระยะของวิกฤต ตั้งแต่ก่อนเกิดวิกฤต ระหว่างเกิดวิกฤต ระยะที่วิกฤตผ่อนคลายเป็นอย่างไร (recovery) ตัวอย่างในประเทศได้หวั่น มีการจับสัญญาณของ COVID-19 ได้ ตัวอย่างการผลิตหน้ากากอนามัยที่หยุดการส่งออกไปทั่วโลก ทำให้ได้หวั่นมี mask ใช้ในประเทศ นั้นหมายถึงกระบวนการของ BCM ควรมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของกระบวนการร่วมด้วย

ดังนั้นการเตรียมการที่ดี รพ.ต้องมีข้อมูลสารสนเทศที่เพียงพอ พร้อมใช้ ในการวางแผน ถ้าสามารถมีระบบทั้งประเทศในการรองรับได้จะทำให้มีการบริหารจัดการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่นข้อมูลความต้องการของทรัพยากร และแหล่งของ ทรัพยากรที่มีในประเทศเป็นต้น BCM ในภาวะวิกฤต จะมีโอกาสใหม่ๆ เกิดขึ้นสำหรับ ธุรกิจใหม่ๆ การจับมือกันของธุรกิจที่ช่วยส่งเสริมกัน เช่นระหว่างโรงพยาบาลกับโรงแรม ในการกักตัว เป็นต้น

เมื่อเกิด Business unusual (ไม่สามารถดำเนินการได้ตามปกติ) องค์กรต้อง เตรียมความพร้อม ซึ่งในมาตรฐาน HA จะมีแนวทางไว้ เพื่อบริหารจัดการความต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วย และการกลับสู่สภาพเดิมให้เร็วที่สุด มีแผนป้องกันผลกระทบที่จะเกิด ต่อ Operation ดังนั้นแผน BCP (Business Continuity Plan) ต้องระบุชัดเจน ว่าใคร ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร ซึ่งนอกจากจะมีแผนแล้วต้องมีการซักซ้อมแผนร่วมด้วย

การบริหารจัดการให้ทรัพยากรที่มีเพียงพอ ทั้ง คน เงิน ของ รวมทั้ง Partner และ Supplier ในภาวะที่ไม่ปกติ องค์กรต้องพึ่งพา Partner และ Supplier มากกว่า ปกติ ดังนั้นสัมพันธภาพที่ดีขององค์กรและเครือข่ายมีความสำคัญมาก ตัวอย่างบริษัท ผลิตสายร้อยที่ญี่ปุ่นเมื่อเกิดสถานการณ์ที่ไม่สามารถผลิตสินค้าได้ แต่ได้รับความช่วยเหลือ จาก supplier สามารถทำให้ธุรกิจดำเนินต่อไปได้

ขั้นตอนของการทำ BCM 1) ต้องประเมินตามบริบท สถานที่ตั้ง ปัญหา ต้องสร้าง Scenario ขึ้นมาหลายๆ ฉาก รพ. ต้องวิเคราะห์สถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นที่มีผลกระทบ ต่อการดำเนินการของ รพ. มีอะไรบ้าง ซึ่งอาจจะเกิดหรือไม่เกิดก็ได้ ทีมงานต้องมีการ Priority แต่ละสถานการณ์ด้วย 2) วางแผนการใช้ทรัพยากร ของแต่ละสถานการณ์ให้ ชัดเจน ทั้งจำนวนคน ศักยภาพคน ข้อมูล อุปกรณ์ที่จำเป็น และ Supply chain ต่างๆ 3) ทีม Recovery เมื่อเกิดสถานการณ์ การวางแผนแตกต่างกันตามความรุนแรงของ สถานการณ์ ไฟไหม้ กับโรคระบาดจะไม่เหมือนกัน 4) การทดสอบสถานการณ์ ซ้อม สถานการณ์ 5) การวางแผนฟื้นฟู หลังวิกฤต 6) การทบทวนเพื่อเรียนรู้กระบวนการ BCM รับ feedback จากผู้ป่วย ลูกค้า กลุ่มต่างๆ นำมาวิเคราะห์อีกครั้งหนึ่ง เปรียบเทียบ ผลการดำเนินงานขององค์กร ว่าอะไรที่ทำได้ดีขึ้น อะไรที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ ตามเป้าหมาย ประเมินผลกระทบต่อพันธกิจขององค์กร

ระยะเวลาของการทบทวนแผน ควรให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของ STEEP (Social Technology Economic Environment Policy) ในการวิเคราะห์องค์กร กลยุทธ์ขององค์กร ทบทวนไปพร้อมๆ กัน ทั้งมาตรฐาน HA ในบทที่ 1-2, 1-4, 1-5, 1-6, 1-3 ดังนั้นหลังวิกฤตจะเกิด PDCA ทั้งระบบที่มีการเปลี่ยนแปลง ระบบบริหารความเสี่ยง และ PDCA วงใหญ่ของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติด้วย

สรุปประเด็นสำคัญในการจัดทำ BCM

BCM เริ่มทำได้เลย จากการเรียนรู้จากข้อดี/ ข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นจริงจากเหตุการณ์ต่างๆ

พยายามหา scenario ให้ได้มากที่สุด

สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับเครือข่ายความร่วมมือทุกภาคส่วน และชุมชน

ข้อมูล สารสนเทศ ต้องพร้อมใช้งานเสมอ นำเชื่อถือ นำไปใช้ในการตัดสินใจได้

สื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจในทุกสถานการณ์วิกฤต มีเทคนิคการสื่อสารที่ดี

ซักซ้อม และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ต้องมีความตระหนัก และมีวัฒนธรรมองค์กรในการเรียนรู้และปรับปรุง

ค้นหาโอกาสใหม่ๆ ในวิกฤตให้เจอเพื่อนำไปสู่นวัตกรรมใหม่ๆ การทำงานใหม่ๆ เพื่อสร้างคุณค่าให้องค์กรอย่างต่อเนื่อง



(2561-2564)

145

ผลิตผลงานคุณภาพ

New Normal in Healthcare

จากการระบาดของ COVID-19 ในช่วงที่ผ่านมา ทำให้วิถีการดำรงชีวิตและรูปแบบของงานบริการจำนวนมากต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค ซึ่งการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างไม่น่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงเพียงชั่วคราว แต่น่าจะกลายเป็นวิถีปฏิบัติปกติในอนาคต (new normal)

บริการสุขภาพก็จะเกิด new normal ขึ้นเช่นเดียวกัน โดยกรมการแพทย์ได้ร่วมกับสภาวิชาชีพและตัวแทนจากโรงพยาบาล จัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อรองรับสถานการณ์ COVID-19 ในเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยใน, ผู้ป่วยฉุกเฉิน, บริการฟื้นฟู, ผู้ป่วยวิกฤต, การรักษาทางทันตกรรม การทำหัตถการและการผ่าตัด ซึ่งผู้ที่สนใจสามารถศึกษารายละเอียดได้จาก website: COVID19.dms.go.th

หลักคิดสำคัญที่ใช้ในการวางแผนทางปฏิบัติเหล่านี้ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. หลักทั่วไปสำหรับทุกงานบริการสุขภาพ

1.1 ลดความแออัด เพื่อสร้างระยะห่างระหว่างบุคคล (physical distancing) โดยปรับปรุงกระบวนการนัดผู้ป่วย, มีการใช้ telemedicine, การจำกัดจำนวนญาติที่จะมาเยี่ยม

1.2 มีการไหลเวียนของอากาศที่เพียงพอ และจัดทิศทางการไหลของอากาศไปในทิศทางเดียว จากพื้นที่สะอาดไปพื้นที่ที่อาจมีการปนเปื้อนเชื้อโรค

1.3 สร้างวัฒนธรรมการทำงานแบบ universal precautions เช่น การใช้ PPE ที่เหมาะสม, การล้างมือ, การทำความสะอาดอาคารสถานที่อย่างสม่ำเสมอ, การวางระบบ contact tracing

1.4 ลดโอกาสสร้างละอองฝอย (aerosol) และลดโอกาสสัมผัสเชื้อในระหว่างการดูแลผู้ป่วย เช่น ไม่ใช้อุปกรณ์ nebulizer ในพื้นที่ทั่วไปในหอผู้ป่วย, มีอุปกรณ์ป้องกันการฟุ้งกระจายของละอองฝอยในขณะทำหัตถการ, มีฉากกั้นในจุดซักประวัติผู้ป่วย

2. สร้างหรือปรับปรุงพื้นที่และอุปกรณ์ให้บริการผู้ป่วย/ ผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรค COVID-19 เช่น ห้อง AIIR, isolation ward, negative-pressure zone, negative-pressure transfer bed

3. วางระบบการคัดแยกที่คำนึงถึงประวัติเสี่ยงของผู้ป่วยคู่กับความเสียหายของอาคาร แยกความเสี่ยงเป็นระดับสูง กลาง ต่ำ เพื่อเลือกใช้ PPE ได้อย่างเหมาะสม และเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยง



COVID-19 กับการจัดการสิ่งแวดล้อม

นายชาวลิต เมฆศิริกุล วิศวกรผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยสิ่งแวดล้อมและอากาศ และนายโกเมธ นาควรรณกิจ ผู้เยี่ยมสำรวจของ สรพ. ได้แลกเปลี่ยนความรู้เรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อรองรับ COVID-19³ มีสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้

1. หลักการจัดการการไหลเวียนของอากาศ

- ให้อากาศไหลไปในทิศทางเดียว โดยใช้พัดลมขนาดใหญ่เป่าเพื่อบังคับทิศทางลมให้อากาศไหลจากที่สะอาดมากไปที่สะอาดน้อย ดึงอากาศเสียออกทางด้านข้างหรือด้านหลังผู้ป่วย จัดแบ่งโซนบริการให้เหมาะสม

- หลีกเลี่ยงการใช้พัดลมที่ติดตั้งที่เพดาน เพราะจะทำให้เชื้อมีโอกาสฟุ้งกระจายได้นานขึ้น

- ทางที่อากาศไหลออกในระยะสิบเมตรจะต้องไม่มีผู้คนสัญจรหรือมีสิ่งกีดขวาง แต่ถ้าพื้นที่ภายนอกแออัด ให้ปล่อยอากาศเสียขึ้นไปในระดับที่สูงกว่า 3 เมตร เพื่อให้ละอองฝอยเจือจางในอากาศก่อนตกสู่พื้น หากจะติดตั้งเครื่องกรองอากาศหรือกำจัดเชื้อในอากาศในโซนท้ายลม ต้องมีงบประมาณที่มากพอและต้องมีการบำรุงรักษาที่ดีเพื่อป้องกันแผ่นกรองตันในระยะเวลาอันสั้น

2. จุดคัดกรองผู้ป่วย

- ควรให้บริการแบบ One Stop Service ระยะห่างจากจุดคัดกรองถึงปากทางเข้าอาคารบริการปกติไม่น้อยกว่า 5 - 10 เมตร

- ใช้การระบายอากาศโดยวิธีธรรมชาติ ตำแหน่งที่ตั้งของจุดคัดกรองให้อยู่ทิศใต้ลม งบประมาณเป็นเครื่องมือที่เรียบง่ายในการใช้สังเกตทิศทางลม กรณีลมพัดทวนไปมาให้ดูทิศทางที่ลมพัดไปในสัดส่วนมากที่สุด หากจุดคัดกรองต้องตั้งอยู่ทิศเหนือลม ให้ติดตั้งฉากบังลม เพื่อบังคับให้ลมเปลี่ยนทิศทาง

³Facebook Live ที่ สรพ. 11 มีนาคม 2563

3. ห้องโถงแผนกผู้ป่วยนอก

- ถ่ายเยื่ออากาศออกจากบริเวณห้องโถง โดยติดตั้งพัดลมดูดอากาศบริเวณใกล้พื้น เพื่อไม่ให้ฝอยละอองฟุ้งขึ้นมา ลมระบายออกในบริเวณที่ไม่มีผู้คนสัญจร

- ใช้เครื่องปรับอากาศแบบแยกระบบออกจาก central air ดูแล filter ให้ดี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการกรองอากาศให้มากขึ้น อาจใช้ UV ที่มีคุณสมบัติในการฆ่าเชื้อในเครื่อง ถึงแม้ว่า UV จะช่วยไม่ได้มาก แต่ก็พอจะลดปริมาณเชื้อลงได้บ้าง เพิ่มรอบความถี่ของการถอดทำความสะอาด (เช่น ทุกวัน)

4. ห้องตรวจผู้ป่วย

- อากาศสะอาดจะต้องไหลผ่านจากบุคลากรสู่ผู้ป่วยเสมอ (บุคลากรต้องอยู่ด้านล่าง)

- แรงดันอากาศภายในห้องตรวจควรสูงกว่าพื้นที่หน้าห้อง กรณีเปิดหน้าต่าง หลังห้องตรวจ ควรเปิดพัดลมจากทางหน้าต่างเพื่อบังคับให้อากาศไหลจากภายนอกผ่านตัวผู้ป่วยออกไปด้านหน้าห้อง

5. ห้องแยกติดเชื้อ (Infectious Isolation Room) ที่เป็นห้องแรงดันลบ

- ตรวจสอบห้องแรงดันลบแบบง่าย โดยเปิดประตูเข้าไป ลมควรจะไหลผ่านจากหลังเราเข้าไปในห้องตามแรงลมที่ดูดเข้าไป

- ตรวจสอบความพร้อมใช้ของห้อง คือ ห้องมีแรงดันเป็นลบ มีอากาศไหลเวียน 12 Air Change per Hour (ACH), เติม fresh air จากภายนอก (Outside Air) 2 ACH

- กรณีระบบเป็นแบบที่ใช้อากาศหมุนเวียนกลับมา ต้องมีการกรองผ่าน HEPA filter, ถ้าอากาศเสียที่ดึงออกจากห้องไปด้านนอกที่มีพื้นที่แคบ ส่วนพัดลมดูดอากาศออกควรกรองผ่าน HEPA filter อีกชั้นหนึ่ง, ตรวจสอบแรงดันตกคร่อมตาม spec ของห้อง ควรมีจุดแสดงค่าสูงเกินมาตรฐานและค่าที่ต่ำกว่ามาตรฐาน กรณีพบว่ามีความดันตกคร่อมต่ำกว่าปกติ ควรตรวจสอบ HEPA filter เพราะอาจจะมีการรั่ว/เสื่อมสภาพ ทำให้ประสิทธิภาพของห้องลดลง ผู้รับผิดชอบจำเป็นต้องมีการตรวจสอบเชิงรุกที่สม่ำเสมอ

การสื่อสารภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค

การระบาดของโรค COVID-19 ได้ก่อให้เกิดความหวาดกลัว สับสน และไม่ไว้วางใจ ที่ขยายตัวไปอย่างรวดเร็วในสังคมไทยและในประชาคมโลก การสื่อสารในสภาวะการณ์เช่นนี้จึงมีความสำคัญมาก เพื่อจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าว องค์การอนามัยโลกได้จัดทำแนวทางการสื่อสารภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้เป็นอย่างดีกับสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ซึ่งขั้นตอนที่สำคัญได้แก่

1. เป้าหมายการสื่อสาร คือ การทำให้สังคมไว้วางใจและเชื่อมั่นในหน่วยงานที่กำลังดำเนินการควบคุมโรคอยู่

2. จัดตั้งคณะทำงานสื่อสาร

- เชิญผู้เชี่ยวชาญที่สังคมให้ความเชื่อถือเข้ามาร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกับผู้กำหนดนโยบายและทีมงานสื่อสาร เพื่อให้ข้อมูลทุกอย่างที่จะสื่อสารออกไปมีเอกภาพและอยู่บนฐานความรู้วิชาการ

- คณะทำงานสื่อสารต้องเชื่อมั่นว่าสังคมจะสามารถยอมรับข้อมูลที่เปิดเผยอย่างตรงไปตรงมาได้ โดยเลือกจังหวะช่วงเวลาและภาษาที่เหมาะสม

- มีศิลปะในการสื่อสารกับสังคมอย่างจริงใจถึงสิ่งที่ยังไม่รู้ ข้อมูลที่ยังไม่สมบูรณ์ เรื่องที่ยังไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอน และเตรียมใจรับมือกับเสียงตำหนิและคำถามที่จะเกิดขึ้นตามมา

3. ประเมินสังคม มีการประเมินอารมณ์ความรู้สึกและการรับรู้ของสังคมต่อสถานการณ์การระบาดของโรคก่อนเริ่มการสื่อสาร เพื่อเลือกข่าวสารและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมที่สุดในแต่ละช่วงเวลา

4. กำหนดแผนการสื่อสาร มีแผนการสื่อสารที่ชัดเจน คำนึงถึงข้อจำกัดต่างๆ ระบุรายละเอียดที่สำคัญ เช่น จะสื่อสารอะไร สื่อถึงใคร สื่อโดยใคร เพื่อหวังให้เกิดอะไร

5. **การให้ข่าว** การให้ข้อมูลครั้งแรกควรทำอย่างรวดเร็ว โดยผู้นำระดับสูง เลือกเวลาที่เหมาะสม และมีเนื้อหาที่ครอบคลุมประเด็นที่สังคมต้องการรับรู้ เช่น สถิติ จำนวนผู้ป่วย มาตรการที่ดำเนินการไปแล้ว และสิ่งจะขอความร่วมมือจากคนในสังคม เพื่อสร้างพลังร่วมกันในการควบคุมโรค ข้อมูลต้องมีความโปร่งใส เข้าใจง่าย เชื่อถือได้ การปกปิดหรือให้ข้อมูลคลุมเครือเพราะกลัวจะกระทบเศรษฐกิจ มักสร้างข่าวลือ และการคาดเดาที่เลวร้ายกว่าสถานการณ์ที่เป็นจริง โดยทั่วไปเศรษฐกิจมักจะกลับมาเป็นปกติได้เร็วกว่า ถ้ารัฐบาลมีความโปร่งใสและจริงจัง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องที่จะต้องปกปิด ต้องมีเหตุผลที่เพียงพอ และสามารถอธิบายกับสังคมได้

6. **ดำเนินการตามแผน** โดยมีการทบทวนสถานการณ์และปรับปรุงแผนอย่างต่อเนื่อง



การดูแลผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการไม่มากที่บ้านของตนเอง

ถ้าการระบาดของ COVID-19 ขยายตัวอย่างรวดเร็ว คงมีสักวันหนึ่งที่เตียงและบุคลากรทางการแพทย์จะมีไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย COVID-19 ทุกคนที่โรงพยาบาล และจะทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการไม่มากจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่บ้านของตนเอง

องค์การอนามัยโลกได้ออกคำแนะนำเมื่อ 17 มีนาคม 2563 เพื่อให้การเกิดการจัดการที่เป็นระบบในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ที่บ้านของตนเอง สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. การเตรียมบ้านผู้ป่วย ยึดหลัก isolation with good ventilation คือ ผู้ป่วยควรอยู่ในห้องที่แยกจากคนอื่นในบ้าน มีอากาศถ่ายเท จำกัดพื้นที่ที่ต้องใช้สอยร่วมกับคนอื่น และแยกสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เป็นส่วนตัว ไม่ใช้จาน ช้อน แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว เสื้อผ้า ปะปนกับคนอื่น

2. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ที่อยู่ในบ้าน เมื่อกลับถึงบ้าน ทั้งผู้ป่วยและผู้ที่อยู่ในบ้านต้องใส่หน้ากากอนามัยทางการแพทย์เพื่อป้องกันสารคัดหลั่งจากตัวผู้ป่วย มีการล้างมือเมื่อมีการเตรียมอาหาร รับประทานอาหาร และเข้าส้วม ไม่นำมือมาจับบริเวณใบหน้าโดยไม่ล้างมือก่อน และมีความรู้ในการใช้น้ำยาฆ่าเชื้ออย่างถูกต้อง

3. การทำความสะอาด ของใช้ผู้ป่วยล้างด้วยสบู่และน้ำ พื้นและผิวเฟอร์นิเจอร์ ในห้องที่ผู้ป่วยพักมีการทำความสะอาดบ่อยๆ ห้องน้ำที่ผู้ป่วยใช้มีการทำความสะอาดอย่างน้อยวันละครั้งด้วยสบู่หรือน้ำยาซักฟอก แล้วตามด้วย 0.5% sodium hypochlorite เสื้อผ้าผู้ป่วย ถ้าเป็นไปได้ควรซักในน้ำร้อน 60 – 90 °C แล้วตามด้วย 0.5% sodium hypochlorite

4. ชยะที่เกิดจากผู้ป่วยถือเป็นชยะติดเชื้อ ต้องได้รับการกำจัดอย่างถูกต้องโดยโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย

5. ทีมงานสาธารณสุข ร่วมกับชุมชน และครอบครัวของผู้ป่วย ร่วมกันดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยอาจใช้ telemedicine เข้ามาช่วยสนับสนุนการดูแล

6. ผู้ดูแลผู้ป่วยและคนในบ้าน ควรได้รับการติดตามเฝ้าระวังอาการ 14 วัน นับจากวันสุดท้ายที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ ต่อเมื่อตรวจหาเชื้อด้วยวิธี PCR 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 24 ชั่วโมง แล้วไม่พบเชื้อ แต่ถ้าไม่สามารถตรวจหาเชื้อได้ ให้นับเวลา 14 วันจากวันที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ



แนวปฏิบัติในการบริหารจัดการศูนย์พักคอยในชุมชน

ศูนย์พักคอยในชุมชน (Community Isolation Center) ควรจัดตั้งในชุมชนที่ยอมรับการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้ สถานที่สามารถรองรับผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยได้ประมาณ 200 คน และมีการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะและมีประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึง ได้แก่

1. ควรจัดตั้งศูนย์พักคอยในชุมชนในพื้นที่ที่มีระยะห่างจากชุมชนพอสมควร เป็นที่ยอมรับของชุมชน มีโครงสร้างอาคารสถานที่ที่สามารถรองรับผู้ป่วยตามจำนวนที่กำหนด รวมทั้งมีการจัดการขยะติดเชื้อและน้ำเสียที่ถูกหลักสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมหรือตามหลักเกณฑ์แนวทางการจัดตั้งศูนย์แยกกักตัวในชุมชนที่กรมอนามัยกำหนด มีการแบ่งโซนพื้นที่ และวางระบบรักษาความปลอดภัย

2. มีโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ชัดเจน มีการแต่งตั้งผู้จัดการศูนย์เพื่อรับผิดชอบการบริหารจัดการศูนย์ทั้งในเชิงอาคารสถานที่ กำลังคน วัสดุ ยาและเวชภัณฑ์ และการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ

3. บทบาทหน้าที่ของศูนย์พักคอยในชุมชน ควรครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยภายในศูนย์ ซึ่งครอบคลุมการดูแลเบื้องต้นทางการแพทย์ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งการดูแลทั่วไป เช่น เรื่องอาหาร การรับฝากของจากญาติ และอาจรวมไปถึงการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Isolation) ผ่านระบบ telemedicine การจัดระบบ logistics ของอาหาร ยา และอุปกรณ์การแพทย์ ที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน

4. ผู้ป่วยและผู้รับผลงาน ควรมีการวางกฎ กติกาและมารยาท ของการอยู่ร่วมกันที่ศูนย์ ส่งเสริมให้มีการแต่งตั้งตัวแทนของผู้ป่วยที่รักษาตัวอยู่ในศูนย์เป็นผู้ประสานงานหลักกับเจ้าหน้าที่ เพื่อทำกิจกรรมซึ่งเป็นการช่วยเหลือดูแลกันเอง เช่น การทำความสะอาดที่พัก กิจกรรมออกกำลังกาย การดูแลสภาพแวดล้อม ควรสร้างระบบพี่เลี้ยงภายในศูนย์ โดยให้ผู้ป่วยที่เข้ามาอยู่ที่ศูนย์ก่อน หรือผู้ป่วยที่หายแล้ว และได้รับการว่าจ้างมาเป็นผู้ดูแล มาช่วยเหลือดูแลให้คำแนะนำผู้ป่วยรายใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยใหม่สามารถปรับตัวเข้ากับการใช้ชีวิตที่ศูนย์พักคอยได้รวดเร็วขึ้น

5. ระบบข้อมูลและสารสนเทศ มีการติดตั้งกล้องที่วิงจรปิดและระบบสื่อสารอื่นๆ ให้เพียงพอ เพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการสื่อสารกรณีฉุกเฉิน เช่นไลน์กลุ่มหมายเลขโทรศัพท์ เป็นต้น และมีข้อมูลพื้นฐานและระบบสารสนเทศเพื่อช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย และสามารถรวบรวมเป็นสถิติ เพื่อการวิเคราะห์และจัดทำแผนการปรับปรุงบริการ

6. ควรใช้บุคลากรทางการแพทย์ให้น้อยที่สุด เพื่อระดมบุคลากรทางการแพทย์ไปรักษาผู้ป่วยที่มีอาการหนักที่โรงพยาบาล อาจใช้การสื่อสารผ่าน social media กับทีมงานของศูนย์แทนการต้องให้บุคลากรทางการแพทย์มานั่งประจำที่ศูนย์ตลอดเวลา

7. มีการวางขั้นตอนการทำงาน, จัดทำ Work Instruction และจัดปฐมนิเทศให้กับทีมบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัคร และลูกจ้าง ที่หมุนเวียนกันเข้ามาปฏิบัติงานที่ศูนย์

8. ระบบการดูแลผู้ป่วยในศูนย์พักคอยในชุมชน

- ควรมีบอร์ดขนาดใหญ่ซึ่งแสดงผังเตียงและชื่อผู้ป่วย เพื่อสะดวกต่อการดูภาพรวมและการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยแต่ละราย

- เมื่อแรกรับ ต้องมีการซักประวัติเพื่อประเมินความเสี่ยงก่อนที่จะรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในศูนย์

- มีการให้ความรู้ในการดูแลตนเองประจำวันแก่ผู้ป่วยทุกราย มีปรอทวัดไข้ เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องวัดออกซิเจนที่ปลายนิ้ว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลอาการเจ็บป่วยกันเองได้ และมีระบบการปรึกษาทีมงานของศูนย์เฉพาะเมื่อมีอาการแย่ง

- ควรมีการจัดกิจกรรมผ่อนคลาย ออกกำลังกายและสันทนาการอื่นๆ ตามสมควร เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ของผู้ป่วยที่พักรักษาในศูนย์ และเสริมสร้างสุขภาพกายและจิตที่ดี

- ควรวางขั้นตอนในการส่งตัวผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นแล้วกลับบ้านของตัวผู้ป่วยเอง เพื่อลดอคติและความกลัวที่อาจเกิดขึ้นได้ในชุมชน

- ควรมีการจัดเตรียมเตียงสนาม รวมทั้งมีการฝึกซ้อมขั้นตอนการปฐมพยาบาล และการส่งต่อ กรณีเกิดเหตุฉุกเฉินหรือผู้ป่วยมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว

Lean Operation กับขั้นตอนการฉีดวัคซีน COVID-19



(2561-2564)

156

เคล็ดลับงานคุณภาพ

ตามแผนที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การฉีดวัคซีน COVID-19 ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ใช้เวลารับบริการตั้งแต่ขั้นที่หนึ่งจนครบขั้นที่แปดประมาณ 40 นาที โดยการจัดคิวจะให้จองผ่าน Line Official Account โรงพยาบาลขนาดเล็กจะรองรับได้ 360 คนต่อวัน ส่วนโรงพยาบาลขนาดใหญ่จะรองรับได้ 500 - 600 คนต่อวัน โดยประมาณการว่าหนึ่งนาทีจะบริการเสร็จหนึ่งคน

กรมควบคุมโรคได้ออก “แนวทางการให้วัคซีน COVID-19” ซึ่งมีขั้นตอนสำคัญที่โรงพยาบาลต้องเตรียมการ ดังนี้

- กลไกการขับเคลื่อนและการเตรียมบุคลากรในการดำเนินงาน
- กลุ่มเป้าหมายและระยะการดำเนินงานให้วัคซีน
- การสำรวจกลุ่มเป้าหมาย การลงทะเบียนจองสิทธิ์ และนัดหมายรับบริการ การเบิกจ่ายและบริหารจัดการวัคซีน
- การให้บริการวัคซีน COVID-19
- การบันทึก จัดทำรายงาน และติดตามการดำเนินงานให้บริการวัคซีน COVID-19
- การเฝ้าระวังติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน COVID-19

การรองรับปริมาณงานฉีดวัคซีน 360 คนต่อวันในโรงพยาบาลขนาดเล็กเป็นเรื่องที่ท้าทายและต้องการมุมมองในเชิงการจัดการการไหลของงาน แนวคิด Lean Operation จึงนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดของกระบวนการ เช่น

- เลือกสถานที่ฉีดที่รองรับปริมาณงานได้ วางจุดให้บริการทุกจุดให้ใช้เส้นทางเดินที่สั้นที่สุด ไม่วุ่นวาย (facility layout) และไม่ไปทับซ้อนกับระบบการให้บริการปกติ

- จัดเตรียมเรื่องที่จะจอดรถ ห้องน้ำ จุดพักคอยของญาติ และการจัดการขยะ

- พยายามวางระบบเป็น pull system ไม่ใช่ push system นั่นคือ คนจะไปรอที่ขั้นตอนถัดไปได้ ต่อเมื่อขั้นตอนถัดไปนั้นเสร็จแล้ว ไม่ใช่พอขั้นตอนแรกเสร็จ ก็ส่งคนไปนั่งออรอกันที่ขั้นตอนถัดไป ซึ่งจะทำให้ physical distancing ทำไม่ได้

- จับเวลาในทุกขั้นตอนการให้บริการ เพื่อหาขั้นตอนที่เป็นคอขวด ซึ่งจะช่วยให้รู้ว่าความเร็วในการให้บริการ (takt time) ที่ตั้งไว้ที่ "หนึ่งนาทีจะบริการเสร็จหนึ่งคน" จะเป็นไปได้หรือไม่

- ถ้าผลงานไม่ได้ตามเป้าหมาย ให้ระดมทรัพยากรไปจัดการขั้นตอนที่เป็นคอขวดก่อน เช่น เพิ่มกำลังคนที่คอขวด, กระจายภาระงานออกให้สม่ำเสมอมากขึ้น (workload leveling), ปรับเทคนิคการให้บริการโดยใช้เทคโนโลยีมาช่วย

- ออกแบบสัญญาณเตือนเมื่อของที่ใช้อยู่ใกล้จะหมด (Kanban) และสัญญาณแจ้งเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้น (Andon)

- มีจุดรับฟังเสียงสะท้อนของผู้มารับบริการ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกับผลงานตามค่าเป้าหมาย และมีการทำ After Action Review เพื่อประมวลข้อมูลทั้งหมดแล้วนำมาปรับปรุงขั้นตอนการทำงาน

นอกจากนี้ ยังมีมิติเพิ่มเติมที่ควรคำนึงถึงด้วย เช่น

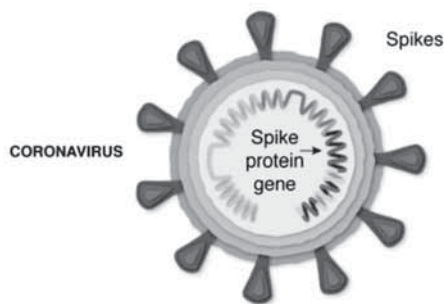
- วางระบบการไหลเวียนของอากาศและระบบระบายอากาศที่ดี โดยเฉพาะจุดพักสังเกตอาการ 30 นาทีหลังฉีดวัคซีน เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อ COVID-19 ที่อาจติดมากับคนที่มาฉีดวัคซีนได้

- จัดจุดฉีดวัคซีนให้มีความเป็นส่วนตัวในระดับหนึ่ง และเรียนรู้การสื่อสารและเทคนิคการฉีดที่เพิ่มความอุ่นใจให้กับผู้มารับบริการ เพื่อลดความหวาดกลัวจากการฉีดวัคซีน อันอาจนำมาซึ่ง Immunization Stress-Related Responses และอุปาทานหมู่

ชนิดของวัคซีนที่ใช้ในการป้องกัน COVID-19

หลักการสำคัญของการสร้างวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 คือ การฉีดสารชีวเคมีเข้าไปในร่างกายเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ COVID-19 ไว้วงหน้า ต่อมาภายหลัง เมื่อมาเจอเชื้อตัวจริง ร่างกายจะได้จัดการเชื้อได้ก่อนที่จะมีอาการ หรือถึงมีอาการ การเจ็บป่วยก็จะไม่รุนแรงมาก

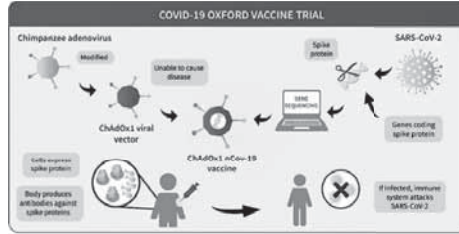
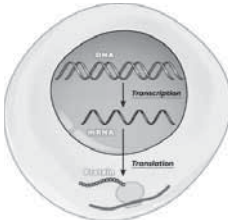
สารชีวเคมีที่กระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันของ COVID-19 ได้ดี คือส่วนโปรตีนที่ยื่นออกมาจากผิวของไวรัสซึ่งใช้ในการจับกับเซลล์มนุษย์ เพื่อให้ไวรัสทะลุผ่านเข้าไปทำให้เซลล์ติดเชื้อ โปรตีนส่วนนี้เรียกว่า Spike Protein ดังนั้น วัคซีนทุกชนิดที่มีการผลิตอยู่ในขณะนี้ จึงมีเป้าหมายให้เกิด Spike Protein ในร่างกายมนุษย์โดยไม่มีการติดเชื้อไวรัสจริง



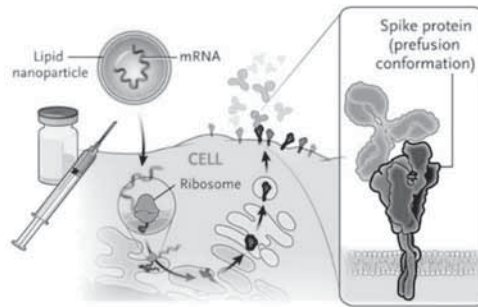
วัคซีนที่ใช้เทคโนโลยีที่มีมาแต่เดิม คือ การเพาะเลี้ยงไวรัสให้มีจำนวนมากขึ้นแล้วฆ่าหรือทำให้ไวรัสอ่อนแอจนไม่สามารถแพร่พันธุ์เพิ่มในร่างกายมนุษย์ได้อีก ในเมืองไทย วัคซีนกลุ่มนี้ คือ Sinovac ถัดมา คือ ไมใช่ไวรัสในการผลิต แต่ไปฝากการสร้าง Spike Protein ในสิ่งมีชีวิตอื่น เช่น แบคทีเรีย หรือพืช โดยวิธีการตัดต่อทางพันธุกรรม ในเมืองไทย วัคซีนกลุ่มนี้ คือ วัคซีนไบยาของจุฬา

เทคโนโลยีใหม่ที่ใช้ในการผลิตวัคซีนสำหรับ COVID-19 คือ ไม่ไปยุ่งกับตัวไวรัสหรือ Spike Protein เลย แต่ไปยุ่งกับโรงงานที่ไวรัสใช้ผลิต Spike Protein แทน โดยถักยุ่งกับตัว DNA ซึ่งเป็นโรงงานตัวแม่ ก็ใช้วิธีสังเคราะห์สารพันธุกรรม DNA ของ COVID-19 แล้วตัดต่อเฉพาะส่วนที่ใช้ในการผลิต Spike Protein นำไปรวมกับไวรัสที่ไม่ขยายพันธุ์

และก่อโรคในคน เพื่อใช้ไวรัสนี้เป็นตัวนำสารพันธุกรรมนี้เข้าไปในเซลล์มนุษย์ (viral vector) แล้วให้ไปสร้าง Spike Protein ในร่างกายมนุษย์เลย ในเมืองไทย วัคซีนกลุ่มนี้ คือ AstraZeneca, Johnson & Johnson



ส่วนการผลิตที่ใช้การสังเคราะห์ mRNA ที่ใช้ในการสร้าง Spike Protein แล้วนำไปรวมกับ lipid nanoparticle เพื่อให้ mRNA นี้ผ่านทะลุเข้าไปในเซลล์มนุษย์ได้ เป็นวัคซีนกลุ่มที่เรียกว่า mRNA vaccine ในเมืองไทย วัคซีนกลุ่มนี้ คือ Pfizer, Moderna



วัคซีนทุกตัวที่กล่าวถึงผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพขององค์การอนามัยโลก ตัวเลขประสิทธิภาพของวัคซีนแต่ละตัวอาจเทียบกันได้ในระดับหนึ่ง แต่ไม่ใช่ข้อสรุปที่ตายตัว เนื่องจากผลการศึกษาประสิทธิภาพทำในประเทศที่บริบทไม่เหมือนกัน นิยามบางตัวก็ไม่เหมือนกันทั้งหมด อีกประการที่สำคัญ วัคซีนทุกตัวมีผลข้างเคียงที่รุนแรงอยู่ในระดับต่ำมาก แต่เมื่อฉีดกับคนเป็นล้านคน ก็มีโอกาสเจอคนที่เกิดผลข้างเคียงรุนแรงในจำนวนหนึ่งอย่างแน่นอน การตัดสินใจฉีดหรือไม่ฉีดวัคซีน จึงต้องคำนึงถึงโอกาสและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการติดเชื้อ COVID-19 เทียบกับความเสี่ยงที่จะเกิดผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน



จุดเด่นและผลข้างเคียงของวัคซีน COVID-19 แต่ละชนิด

วัคซีน COVID-19 มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการควบคุมการระบาดของโรค COVID-19 อย่างไรก็ตาม วัคซีนทุกชนิดทำให้เกิดผลข้างเคียงขึ้นได้เสมอ ทั้งปฏิกิริยาจากการฉีดวัคซีนที่พบได้ทั่วไป และผลข้างเคียงจำเพาะที่เกิดขึ้นจากวัคซีนแต่ละชนิด

Sinovac มีจุดเด่นที่พบผลข้างเคียงทั่วไปจากการฉีดวัคซีนค่อนข้างน้อย แต่พบผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีอาการทางระบบประสาทซึ่งเข้าใจว่าเกิดจากความวิตกกังวลหรือเกิดจากภาวะเส้นเลือดในสมองหดตัว ซึ่งทุกรายอาการหายภายในหนึ่งสัปดาห์ แต่ข้อจำกัดคือภูมิคุ้มกันขึ้นช้ากว่าของ AstraZeneca และ Pfizer และยังขาดข้อมูลที่ชัดเจนว่า Sinovac ต้านทานเชื้อกลายพันธุ์ได้ดีเพียงไร

AstraZeneca ฉีดเข็มเดียวหลังจากนั้น 4 สัปดาห์ภูมิคุ้มกันก็ถึงระดับที่ป้องกันโรคได้แล้ว จึงเหมาะกับการฉีดในพื้นที่ระบาด ผลข้างเคียงที่สำคัญ คือการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (VITT) ในสมอง ช่องท้อง และเส้นเลือดที่ปอด ซึ่งมักเกิดในผู้หญิงอายุต่ำกว่า 60 ปี และมักเกิดในช่วง 4 - 30 วันหลังการฉีด ในยุโรปพบได้ประมาณ 1 ในแสนการฉีด และมีบางรายที่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนนี้ ทำให้หลายประเทศงด/ชะลอ การฉีดวัคซีนของ AstraZeneca

Pfizer เป็นวัคซีนที่กระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันได้ดี แต่บริหารจัดการยากเพราะต้องจัดเก็บที่อุณหภูมิ -70 องศาเซลเซียส ในอิสราเอลและอเมริกาเริ่มพบผลข้างเคียงสำคัญ คือ การเกิดหัวใจอักเสบ (myocarditis, pericarditis) สูงผิดปกติในผู้ชายอายุ 12 - 29 ปี หลังฉีด Pfizer และ Moderna ไปได้ไม่เกินหนึ่งสัปดาห์ อัตราที่พบประมาณ 1.6 ในแสน เกือบทุกรายนอนโรงพยาบาลในช่วงเวลาเพียง 2 - 3 วัน ก็หายเป็นปกติ ส่วนผลในระยะยาว ต้องมีการติดตามกันต่อไป

ข่าวที่ว่าฉีดวัคซีน COVID-19 แล้วตายไปหลายสิบคน เชื่อได้ว่าเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ไม่เกี่ยวกับวัคซีนโดยตรง เพื่อความเข้าใจมากขึ้น ขอยกตัวอย่างข้อมูลสถิติสาธารณสุข ปี 2562 มีคนไทยตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดประมาณ 20,000 คน และตายจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 35,000 คน ซึ่งทั้งสองโรคนี้ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว นั่นคือมีคนไทยตายแบบรวดเร็วประมาณวันละ 150 คนอยู่แล้วตั้งแต่ไม่มีการฉีดวัคซีนเพียงแต่ไม่มีใครสนใจ จึงไม่เป็นข่าว แต่พอมีการรณรงค์ฉีดวัคซีนกัน

เมื่อมีการเสียชีวิต ผู้คนส่วนใหญ่จะไปโยงว่าทั้งหมดเสียชีวิตจากการฉีดวัคซีน ทำให้ตัวเลขผู้เสียชีวิตสูงจนน่าตกใจ ในทางการแพทย์ ก่อนจะได้ข้อสรุปว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจากการฉีดวัคซีนหรือไม่ คณะผู้เชี่ยวชาญจะใช้ข้อมูลสถิติเชิงเปรียบเทียบ และข้อมูลความผิดปกติในร่างกายผู้ป่วยที่ถูกตรวจพบ ระดมความคิดเห็นกันจนกว่าจะได้เป็นข้อสรุป จึงมักใช้เวลายาวนานและไม่ทันกระแสสังคม

สรุปว่าวัคซีนทุกตัวมีจุดเด่นและผลข้างเคียงที่ต่างกันออกไป ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องมีวัคซีนหลายตัวเป็นทางเลือก เพื่อใช้ให้เหมาะสมกับคนแต่ละคน ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการฉีดวัคซีนเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อเรามีการฉีดในประชากรหลักล้านคนขึ้นไป แต่ผลประโยชน์จากวัคซีนในเชิงการป้องกันโรคสูงกว่ามาก แพทย์จึงแนะนำการฉีดวัคซีนในทุกคนที่สภาพร่างกายเอื้ออำนวย แล้วบริหารความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการฉีดวัคซีนให้อยู่ในระดับต่ำสุด และเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีน



(2561-2564)

161

คลังปัญญาคุณภาพ

Immunization Stress-Related Responses

ในกระบวนการให้วัคซีน COVID-19 ซึ่งต้องมีการฉีดแก่ประชาชนไทยจำนวน ร้อยล้านโดส สิ่งหนึ่งที่ไม่อยากให้เกิดขึ้น แต่คงไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ คือ ผลข้างเคียง ที่เกิดขึ้นจากการฉีดวัคซีน (Adverse Events Following Immunization – AEFI) AEFI อาจเกิดจากวัคซีนโดยตรงหรือจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวกับวัคซีนก็ได้

ในหนังสือชื่อ Immunization Stress-Related Responses ซึ่งจัดทำในปี 2019 โดยองค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามของ Immunization Stress-Related Responses (ISRR) ว่า คือ อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นในช่วงการได้รับวัคซีน โดยมีความเชื่อมโยงกับความวิตกกังวลของผู้รับการฉีดวัคซีน และไม่เกี่ยวกับตัว วัคซีนเอง, การบริหารจัดการวัคซีน และโรคภัยไข้เจ็บอื่นๆ ที่บังเอิญเกิดขึ้นในช่วงหลัง ฉีดวัคซีน

ISRR อาจแสดงออกในหลายรูปแบบ คือ

- โดยทั่วไปความกลัวจะกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ให้ร่างกายพร้อม ต่อสู้หรือหนี ทำให้เกิดอาการใจสั่น หายใจเร็วหรือหายใจติดขัด
- ในบางครั้งร่างกายพยายามปรับการทำงานของระบบประสาท sympathetic แต่ทำเกินพอดี ทำให้ระบบประสาท parasympathetic ทำงานมากเกินไป ส่งผลให้เกิด vasovagal reaction ซึ่งนำมาสู่การที่หัวใจเต้นช้า เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ และเป็นลม
- บางครั้งอารมณ์หวาดกลัวที่รุนแรงทำให้ระบบประสาทส่วนกลางทำงาน แปรปรวน ทำให้เกิดอาการคล้ายการชัก ซา ไม่มีแรง อาการคล้ายอัมพาต กล้ามเนื้อ เคลื่อนไหวผิดปกติ

การวินิจฉัยแยก ISRR ออกจากการแพ้ยารุนแรง หรือภาวะฉุกเฉินอื่นที่ต้อง ได้รับการรักษาเร่งด่วน สามารถทำได้โดยผู้มีประสบการณ์ แต่ในสภาพความเป็นจริง การวินิจฉัยมักทำได้ยากเพราะการมีเวลาที่จำกัดมาก ดังนั้น การรู้จักและเข้าใจจนนำไป สู่การวางมาตรการป้องกันการเกิด ISRR น่าจะเป็นแนวปฏิบัติที่สำคัญสำหรับทุกที่จะ มีมีการให้วัคซีน COVID-19

มาตรการเพื่อป้องกันการเกิด ISRR สรุปได้ดังนี้

- การเตรียมสถานที่ฉีดวัคซีน สภาพแวดล้อมไม่ควรร้อนอบอ้าว คิวรอไม่นานมาก มีการให้ข่าวสารเชิงบวกในระหว่างรอฉีด จุดฉีดวัคซีนมีความเป็นส่วนตัวในระดับหนึ่ง เพื่อป้องกันการเห็นเข็มฉีดยา หรือสภาพความปวดที่เกิดกับผู้ฉีดก่อนหน้านี้

- บุคลากร ต้องเข้าใจกระบวนการฉีด รู้เรื่องวัคซีนที่จะฉีด สามารถอธิบายให้ผู้รับการฉีดเข้าใจด้วยภาษาที่ง่ายๆ และสามารถสังเกตกลุ่มที่น่าจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด ISRR ได้

- การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะเกิด ISRR ซึ่งมีลักษณะคือ 1) มีประวัติเป็นลมเมื่อฉีดยา 2) รู้สึกว่าการฉีดยาเป็นสิ่งที่สร้างความปวดมากๆ 3) นั่งกระสับกระส่ายในขณะรอฉีดยา 4) ผู้หญิงในช่วงวัยรุ่นและค่อนข้างพอม มักมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการเป็นลม

แนวทางการเตรียมกลุ่มเสี่ยง 1) บุคลากรไม่ควรพูดว่า การฉีดยาไม่ปวด เพราะจะยิ่งทำให้คนรับการฉีดยิ่งกลัว แต่ควรใช้เทคนิคอื่นในการลดความกลัว 2) ให้ผู้รับการฉีดสร้าง muscle tension ในระหว่างรอ โดยการใช้มือบีบลูกบอล หรือเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา รวด 15 – 30 วินาที สลับกับการคลายกล้ามเนื้อ 15 – 30 วินาที ทำไปสัปดาห์หนึ่ง 3) เมื่อจะเริ่มฉีดวัคซีน ชวนผู้รับการฉีดคุยเรื่องอื่นที่ไม่เกี่ยวกับขั้นตอนการฉีดวัคซีน เช่น บ้านอยู่ที่ไหน เดินทางมากับใคร หายใจลึกๆ แล้วกลืนใจไว้แป๊บหนึ่ง

การป้องกัน ISRR ที่มีประสิทธิผลจะช่วยให้การฉีดวัคซีน COVID-19 ของประเทศไทยเป็นไปอย่างลื่นไหล และจะช่วยการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ในประชากรไทยให้เกิดขึ้นได้ตามเป้าหมายที่วางไว้

การเกิดลิ่มเลือดหลังการฉีดวัคซีน COVID-19 ในกลุ่ม viral vector (ตอนที่ 1)

ในเดือนมิถุนายน 2564 ประเทศไทยจะเริ่มมีการฉีดวัคซีน AstraZeneca เป็นล็อตใหญ่ ดังนั้น จึงน่าจะมีโอกาสมากขึ้นที่ประเทศไทยจะเผชิญเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event; AE) จากการฉีดวัคซีนกลุ่ม viral vector เหมือนที่เคยเกิดในยุโรปและอเมริกามาแล้ว

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ AE ในวัคซีนกลุ่มนี้ พบว่า AE สำคัญคือการเกิดลิ่มเลือดที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำควบคู่ไปด้วย ซึ่งมีชื่อเรียกว่า Vaccine-Induced Immune Thrombotic Thrombocytopenia (VITT) หรือ Vaccine-Induced Prothrombotic Immune Thrombocytopenia (VIPIT) ซึ่งอยู่ในความผิดปกติกลุ่มที่เรียกว่า Thrombosis with Thrombocytopenia Syndrome (TTS)

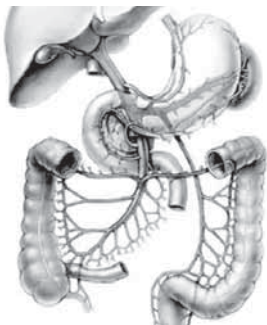
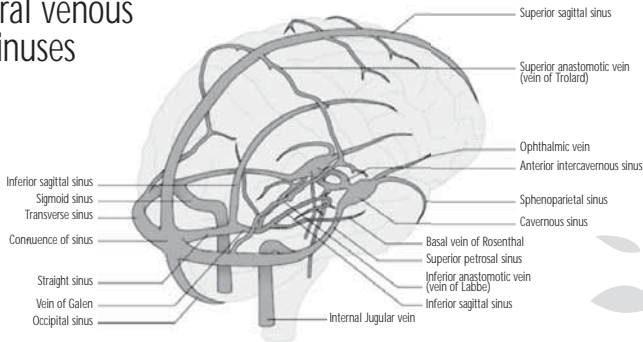
VITT เป็นภาวะที่พบน้อยมาก อัตราการเกิดน่าจะประมาณ 1 ใน 100,000 ของการฉีดวัคซีน ลิ่มเลือดที่เกิดมักจะพบบ่อยที่เส้นเลือดดำในสมอง (cerebral venous sinuses) หรือในช่องท้อง (splanchnic vein) โดยมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำร่วมด้วย ซึ่งต่างจากภาวะลิ่มเลือดที่พบในกรณีทั่วไป ที่มักจะพบบ่อยที่ขา (deep vein thrombosis) และไม่เกี่ยวข้องอะไรกับเกล็ดเลือด ถึงแม้ว่า VITT จะพบน้อยมาก แต่มีความรุนแรงสูงและมีส่วนหนึ่งของผู้ป่วยที่เสียชีวิต

กลไกการเกิด VITT คาดว่าเกิดจากระบบภูมิคุ้มกันร่างกายของคนบางคน มีปฏิกิริยาต่อวัคซีนในกลุ่ม viral vector ทำให้เกิดการกระตุ้นให้เกล็ดเลือดมาเกาะรวมตัวกันที่ผนังหลอดเลือด เกิดลิ่มเลือดเกาะตามผนังหลอดเลือด และเกิดภาวะ

1. Centers for Disease Control and Prevention. Thrombosis with thrombocytopenia syndrome (TTS) following Janssen COVID-19 vaccine, 23 April 2021.
2. Department of Health, Australian Government. Joint statement from ATAGI and THANZ on Thrombosis with Thrombocytopenia Syndrome (TTS) and the use of COVID-19 Vaccine AstraZeneca, 23 May 2021.
3. United Nations, COVID-19 VACCINE TTS INTERIM GUIDELINE, 19 MAY 2021.
4. กรมการแพทย์. วัคซีน COVID-19 กับภาวะ Vaccine-Induced Immune Thrombotic Thrombocytopenia (VITT). FB Live 1 มิถุนายน 2564.

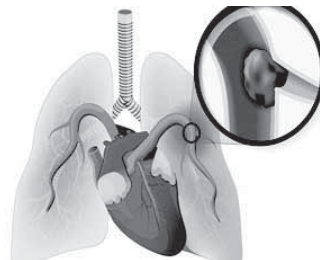
เกล็ดเลือดดำ อันตรายอาจเกิดจากการอุดตันของเส้นเลือดในสมองหรือในช่องท้อง โดยตรง หรืออาจเกิดเมื่อลิ่มเลือดมีการหลุดออกจากเส้นเลือดดำที่เป็นจุดเกาะเดิม แล้วไหลไปตามระบบเส้นเลือดดำ ผ่านหัวใจข้างขวา แล้วไปทำให้เกิดการอุดตันที่เส้นเลือดใหญ่ของปอด (pulmonary embolism) ทำให้ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ ความดันโลหิตตก และเสียชีวิตในที่สุด

cerebral venous sinuses



splanchnic vein

Pulmonary embolism



การเกิดลิ่มเลือดหลังการฉีดวัคซีน COVID-19 ในกลุ่ม viral vector (ตอนที่ 2)

อาการหลายอย่างของ VITT คล้ายกับภาวะ Immunization Stress-Related Responses (ISRR) ดังนั้น diagnostic error จึงมีโอกาสเกิดขึ้น และนำมาสู่การรักษาที่ผิดพลาดได้ ความรู้ความเข้าใจในเรื่อง VITT จึงมีความสำคัญมากต่อการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับวัคซีนกลุ่ม viral vector เช่น วัคซีนของ AstraZeneca และ Johnson & Johnson

สิ่งที่บ่งชี้ถึง VITT

- มักเกิดในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย
- อาการมักเป็นแบบฉับพลัน ในช่วง 4 – 30 วันหลังการฉีดวัคซีน (เพราะ VITT เกิดจากปฏิกิริยาของภูมิคุ้มกัน ซึ่งร่างกายต้องใช้เวลาในการสร้างภูมิคุ้มกัน) ซึ่งต่างจาก ISRR ที่มักเริ่มเป็นตั้งแต่ 1 – 2 วันแรก แล้วค่อยๆ ดีขึ้นในวันที่ 3 – 4
- อาจพบจุดเลือดออกเล็กๆ (petechiae, purpura) หรือเลือดออกง่ายกว่าปกติ
- มีอาการบ่งบอกลิ่มเลือดในเส้นเลือดดำในสมอง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง, คลื่นไส้ อาเจียน, แขนขาอ่อนแรงข้างเดียว, เห็นภาพไม่ชัด, พูดไม่ชัด, ชัก หรืออาการบ่งบอกลิ่มเลือดในเส้นเลือดดำในช่องท้อง เช่น ปวดท้องมาก หรืออาการบ่งบอก deep vein thrombosis เช่น ขาบวมและปวด (การเกิดลิ่มเลือดในเส้นเลือดแดงก็มีการรายงานแต่พบน้อย)
- ถ้าเกิดภาวะลิ่มเลือดไปอุดตันเส้นเลือดที่ปอด คนไข้จะมีอาการเหนื่อยหอบ ออกแรงแล้วยิ่งเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เป็นลม
- การตรวจ CBC จะพบเกล็ดเลือดมีค่าต่ำกว่า 150,000 /L และถ้าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่จำเพาะได้ จะพบ PF4-heparin ELISA Positive และ D-dimers สูงผิดปกติ

การดูแลเบื้องต้น

- VITT ควรส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญดูแล เพราะการรักษาที่มีข้อควรระวังหลายประการ
- ไม่ควรให้ heparin (เพราะ VITT เกิดด้วยกลไกคล้ายกับการเกิดผลข้างเคียงจาก heparin การให้ heparin น่าจะทำให้อาการเป็นมากขึ้น) และควรหลีกเลี่ยงการให้เกล็ดเลือด (เพราะจะเสริมให้เกิดลิ่มเลือดมากขึ้น)
- ถ้าทำได้ ให้ส่งตรวจเส้นเลือดดำในอวัยวะที่สงสัยมีลิ่มเลือด ด้วย CT/ MRI
- ผู้เชี่ยวชาญจะยืนยันการวินิจฉัย และพิจารณาให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ไม่ใช่ heparin และให้ intravenous immunoglobulin

การดูแลเบื้องต้น

- VITT ควรส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญดูแล เพราะการรักษาที่มีข้อควรระวังหลายประการ
- ไม่ควรให้ heparin (เพราะ VITT เกิดด้วยกลไกคล้ายกับการเกิดผลข้างเคียงจาก heparin การให้ heparin น่าจะทำให้อาการเป็นมากขึ้น) และควรหลีกเลี่ยงการให้เกล็ดเลือด (เพราะจะเสริมให้เกิดลิ่มเลือดมากขึ้น)
- ถ้าทำได้ ให้ส่งตรวจเส้นเลือดดำในอวัยวะที่สงสัยมีลิ่มเลือด ด้วย CT/ MRI
- ผู้เชี่ยวชาญจะยืนยันการวินิจฉัย และพิจารณาให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ไม่ใช่ heparin และให้ intravenous immunoglobulin

การเกิดหัวใจอักเสบหลังการฉีดวัคซีน COVID-19 ในกลุ่ม mRNA

ในอิสราเอลและสหรัฐอเมริกามีการรายงานผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis) และเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) เพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ หลังการฉีดวัคซีนของ Pfizer-BioNTech และ Moderna จากการศึกษาโดย Centers of Disease Control and Prevention (CDC) ของสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 12 - 29 ปี เกิดอาการในการฉีดเข็มที่สองบ่อยกว่าการฉีดเข็มแรก อัตราที่พบในการฉีดเข็มที่สองในแต่ละกลุ่มเพศและอายุเป็นไปตามตารางที่แสดงด้านล่าง

Potential harms of the mRNA COVID-19 vaccines:

After dose 2

- 133 million vaccine 2nd doses administered* and 636 reported myocarditis cases as of June 11, 2021
 - Additional potential myocarditis cases under review

Age group	Females			Males		
	Cases ⁵	Doses admin	Reporting rate ⁶	Cases ⁵	Doses admin	Reporting rate ⁶
12-17 years old	19	2,189,726	8.68	128	2,039,871	62.75
18-24 years old	23	5,237,262	4.39	219	4,337,287	50.49
25-29 years old	7	4,151,975	1.69	59	3,625,574	16.27
30-39 years old	11	9,356,296	1.18	61	8,311,301	7.34
40-49 years old	18	9,927,773	1.81	34	8,577,766	3.96
50-64 years old	18	18,696,450	0.96	18	16,255,927	1.11
65+ years old	10	21,708,975	0.46	11	18,041,547	0.61

⁴ Cases reported through VAERS using a 7-day risk window

⁵ Source of doses administered: <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#vaccinations>; Some age- and sex-specific doses administered data were imputed

⁶ Reporting rate = myocarditis cases per 1 million mRNA COVID-19 vaccine doses administered

28

(2561-2564)

168

เคล็ดลับงานคุณภาพ

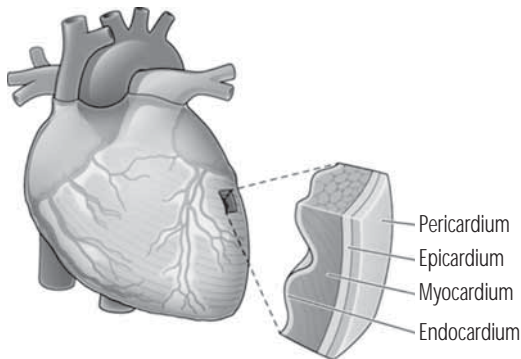
⁵Wallace M., Oliver S., ACIP Meeting of CDC., COVID-19 mRNA vaccines in adolescents and young adults: Benefit-risk discussion, June 23, 2021.

⁶Shimabukuro T., Vaccine Safety Team of CDC., COVID-19 Vaccines Safety Updates, June 10, 2021.

ผู้ป่วยมักมีอาการหลังการฉีดวัคซีนขึ้นภายในหนึ่งสัปดาห์ อาการที่พบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ คือ

- เจ็บหน้าอก
- หายใจลำบาก
- ค่า cardiac enzymes สูงขึ้น
- EKG มี ST or T wave change หรือมี abnormal pattern อื่น

ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดนอนโรงพยาบาลเป็นเวลา 2- 3 วัน แล้วหายเป็นปกติ ส่วนผลในระยะยาว ยังต้องมีการติดตามกันต่อไป



เคล็ดลับ
งาน
คุณภาพ
(2561-2564)





สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

เลขที่ 88/ 39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง
จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-027-8844 โทรสาร 02-026-6680 www.ha.or.th
88/39 ,5th Floor, National Health Bldg, Ministry of Public Health Soi 6, Tiwanon Rd., A, Mueang,
Nonthaburi 11000, Thailand Tel. 02-027-8844 Fax: 02-026-6680 www.ha.or.th

 HA Thailand  HA Thailand  HA Thailand  HA Thailand  HA Thailand