

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเป็นทีม โดยการ ประชุมวิชาการแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. ๒๕๕๑

นิลเนตร วีระสมบัติ* **ศิริรัตน์ มีวาสนา*** **รพีพรรณ มีสูงเนิน*** **เบญจมา เลหาพูนรังษี***
ชาติชัย ดวงดีเด่น* **วิภา มงคลพร*** **วสันติ ดิสกุล*** **นภัก ด่วงจุมพล***
ศุภฤกษ์ สัตราพงศ์* **วรรณกร สำราญวานิช*** **ชไมพร มณีรัตนพันธ์*** **จำเนียร ตันทอรรษา***
ประภัสสร ศักดาณรงค์* **วราภรณ์ กุลสูงเนิน*** **วาสนา แสนศรีแก้ว*** **เพ็ญปภา ชัยรัตน์***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อแก้ปัญหาค่าความเสี่ยงทางเวชกรรมในการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพ. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้อำนวยการ, แพทย์, เภสัชกร, พยาบาลวิชาชีพ, นักเทคนิคการแพทย์, นักรังสีการแพทย์, นักกายภาพบำบัด, นักจิตวิทยา และอายุรเวท. ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๕๐ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๑ เป็นเวลา ๑๕ เดือน. แบ่งเป็น ๓ ระยะ: ระยะประเมินสถานการณ์ วิเคราะห์อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก และมาตรการป้องกัน; ระยะดำเนินการ จัดการประชุมวิชาการแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแพทย์เป็นผู้นำทีม หมุนเวียนจัดประชุมเดือนละ ๑ ครั้ง; และระยะติดตามประเมินผล จากผู้เข้าร่วมประชุม โดยใช้แบบประเมินที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจัดทำขึ้น ติดตามการออกมาตรการป้องกันความเสี่ยง และแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการนำไปปฏิบัติจริง. ผลการศึกษาแสดงว่า การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางเวชกรรมใน พ.ศ. ๒๕๕๐ มีความครอบคลุมสูงขึ้นโดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วย แต่ยังคงพบปัญหาการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ, ขาดการวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาได้ทันเวลา และมาตรการป้องกันความเสี่ยงขาดการปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง. การประชุมวิชาการแบบบูรณาการในประเด็นที่เป็นปัญหาค่าความเสี่ยงระดับสูงในการดูแลผู้ป่วย โดยมีแพทย์เป็นผู้นำทีม ในการวิเคราะห์สาเหตุจากกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ. จากการประชุมได้มาตรการป้องกันความเสี่ยงและแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่นำไปปฏิบัติใช้ได้จริง เป็นการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเป็นทีม. การศึกษานี้ได้ข้อเสนอแนะว่าการประชุมวิชาการแบบบูรณาการสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลชุมชน และควรดำเนินการต่อเนื่องต่อไป.

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพ, การดูแลผู้ป่วยเป็นทีม, การประชุมวิชาการ

Abstract

Quality Development of Patient Care Team Using the Integrated Case Conference: A Study at Sung Noen Hospital, Nakhon Ratchasima Province, 2008

Nilnetr Veerasombat*, Sirirat Meevasna*, Rapeephan Meesongnoen*, Benjama Laohapoolrangsi*, Chartchai Duangdeeden*, Veena Mongkolporn*, Vasant Diskul*, Napak Duangchumphol*, Suparerk Sattaphong*, Wannakorn Samranvanij*, Chamaiporn Maneerataphan*, Chamnien Tantajanya*, Prabhatsorn Sakdanarong*, Waraporn Kulsoongnern*, Wasana Sansrikaew*, Penpabha Chairat*

**Sung Noen Hospital, Nakhon Ratchasima Province*

The purpose of this action research study was to solve clinical risks in patient care by professional health care teams. Researchers and participants were health personnel in Sung Noen Community Hospi-

*โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

tal, including the hospital director, physicians, pharmacists, registered nurses, laboratory technicians, radio-logy technicians, physical therapists, psychologists and ayurvedic doctors. The study was divided into three steps: (1) **situation analysis**: by analyzing clinical risk incident reports and former preventive measures, (2) **implementation**: by setting up integrated case conferences, i.e. integrated patient care by professional health care teams, with physicians serving as leaders (the physicians set up case conferences once a month), (3) **monitoring and evaluation**: by participating in conference meetings, using questionnaires created by a quality development center, evaluating new preventive measures and clinical practice guidelines (CPG) released and enabled to practice. The study was conducted from October 2007 to December 2008, a total of 18 months. It was found that the clinical risk incident report in 2007 was higher in coverage, especially patient care topics, but repeated incidents were still periodically reported; also there was a lack of root cause analysis (RCA) of clinical risk in time and discontinuity of preventive measure practices. An integrated case conference on high-level clinical risk topics, with physicians as leaders, was set up to analyze the root cause analysis (RCA) of the patient care process. The results were new preventive measures and new clinical practice guidelines that were more practical for promoting quality in patient care teams. This study showed that integrated case conferences could be effectively conducted in community hospitals.

Key words: quality development, patient care team (PCT), case conference

ภูมิหลังและเหตุผล

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการคุณภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี กำหนดว่า โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพต้องมีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ^(๑). ความเสี่ยงในโรงพยาบาล แบ่งเป็นความเสี่ยงด้านระบบ หรือความเสี่ยงทั่วไปจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกโรงพยาบาล และความเสี่ยงทางเวชกรรม ซึ่งหมายถึงเหตุการณ์ความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากกระบวนการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาพยาบาล. ความเสียหายที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจของทีมงานวิชาชีพสุขภาพ เกิดขึ้นได้ตั้งแต่เริ่มดูแลรักษาจนกระทั่งผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน^(๒). การค้นหาความเสี่ยง อาจใช้วิธีการสังเกตกระบวนการทำงานโดยตรง, การสำรวจสถานที่, การพูดคุยกับบุคลากรและผู้เชี่ยวชาญ, การทบทวนและวิเคราะห์อุบัติการณ์, การทบทวนเวชระเบียน และการทบทวนวรรณกรรม^(๑). วิธีค้นหาความเสี่ยงทางเวชกรรมที่เป็นทางลัดคือ การเริ่มที่ตัวผู้ป่วย เช่น การทบทวนขณะเยี่ยมดูแลผู้ป่วย, การทบทวนเวชระเบียนในการดูแลผู้ป่วย, และ

การทบทวนการใช้ทรัพยากรเฉพาะกลุ่มโรค^(๒).

โรงพยาบาลสูงเนินเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ ๔๐ เตียง หรือ ๒.๒ ตามระบบสารสนเทศเชิงภูมิศาสตร์ (GIS), ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Hospital Accreditation-HA and Health Promoting Hospital-HPH) ครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๘ และผ่านการรับรองใหม่ครั้งที่ ๑ ใน พ.ศ. ๒๕๕๑. ระบบการค้นหาความเสี่ยงทางเวชกรรมของโรงพยาบาลในปัจจุบัน แบ่งเป็น การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย โดยการจัดระบบให้ดำเนินการเป็นประจำวัน และมีการรายงานทุกเดือน; การทบทวนเวชระเบียน มีระบบการตรวจสอบเวชระเบียนโดยผู้ชำนาญกว่าและมีการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง, การทบทวนเวชระเบียนเชิงรุกโดยใช้บัญชีตัวส่งสัญญาณของโรงพยาบาล (ตารางที่ ๑); และ การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล: ระบบการรายงานเจ้าหน้าที่ ถูกของมีคมที่มด/ติดเชื้อจากการทำงาน, การสำรวจเชิงรุกควบคุมโรคติดเชื้อของพยาบาล, การปรับระบบการรายงานให้ครอบคลุม, และแนวทางการแก้ไขตามระดับความรุนแรง คือ ความเสี่ยงสูง (ระดับ G-I) แก้ไขภายใน ๓-๗ วัน, ความเสี่ยงปานกลาง (ระดับ D-F) แก้ไขภายใน ๑๔ วัน และความเสี่ยงน้อย (ระดับ A-C) แก้ไขภายใน ๑ เดือน. ปัญหาการดำเนิน



ตารางที่ ๑ บัญชีตัวส่งสัญญาณโรงพยาบาลสูงเนิน พ.ศ. ๒๕๕๑

แหล่งข้อมูล	เวชระเบียนที่ต้องการ	ระบบการทบทวน
เวชระเบียน	- รับไว้รักษาซ้ำ ๒๘ วัน - กลับมาตรวจ ๔๘ ชั่วโมง - เสียชีวิต	- สุ่มทุกสิ้นเดือน
ระบบการเฝ้าระวังการใช้ยา	- กลุ่มที่ต้องประเมินการใช้ยา	- คณะทำงานบริหารจัดการระบบยา
ระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ	- วินิจฉัยว่าติดเชื้อในโรงพยาบาล	- รายงานเหตุร้าย/ สุ่มทุก ๖ เดือน
ระบบส่งต่อ	- ผู้ป่วยที่ส่งต่อมีระดับสูงขึ้นไปใน ๔๘ ชั่วโมง	- สุ่มทุกสิ้นเดือน
ระบบรายงานอุบัติการณ์	- ผู้ป่วยเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ E ขึ้นไป	- IR/สุ่มตามปัญหา
ระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤต	- ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น	- IR/ สุ่มทุก ๖ เดือน
เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนการ ระงับความรู้สึก	- ภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกระดับ E ขึ้นไป	- เข้าสู่ระบบใบรายงานความเสี่ยง
ระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยผ่าตัด	- เกิดการบาดเจ็บในระหว่างการผ่าตัด	- เข้าสู่ระบบใบรายงานความเสี่ยง
ระบบเฝ้าระวังมารดา/ทารกแรกเกิด	- มารดาและทารกที่มีภาวะแทรกซ้อน	- เข้าสู่ระบบใบรายงานความเสี่ยง
ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	- กลูโคสในเลือด < ๕๐ หรือ > ๓๕๐ มก./ดล., โปแทสเซียมในน้ำเลือด > ๖ มิลลิอีคว.	- สุ่มตามปัญหาที่พบ
คลังเลือด	- แพ้เลือดหรือสงสัยว่าจะแพ้	- เข้าสู่ระบบใบรายงานความเสี่ยง
ระบบรับคำร้องเรียน	- เหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการฟ้องร้องคดีความ	- เข้าสู่ระบบใบรายงานความเสี่ยง

งานที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งด้านระบบและทางเวชกรรม, มาตรการป้องกันความเสี่ยงไม่เกิดประสิทธิผล ขาดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง, รูปแบบการประชุมกรณีผู้ป่วยโดยมีแพทย์ประจำการเป็นผู้นำทีมในการประชุม มีการดำเนินการเป็นครั้งคราว ปีละ ๓-๔ ครั้ง. การประชุมมีลักษณะเป็นการนำเสนอทางเดียวโดยแพทย์มากกว่าการประชุมแลกเปลี่ยนปัญหาในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และขาดการประเมินผลจากผู้เข้าร่วมประชุม. ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมโรงพยาบาลสูงเนิน จึงจัดทำโครงการประชุมวิชาการแบบบูรณาการ หมายถึง การทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแพทย์ประจำการทุกคนในโรงพยาบาล รวมทั้งผู้อำนวยการเป็นผู้นำทีม หมุนเวียนดำเนินการอย่างต่อเนื่องเดือนละ ๑ ครั้ง ร่วมกับพยาบาลประจำตึก พยาบาลห้องคลอด พยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา และอายุรเวท. วัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาความ

เสี่ยงทางเวชกรรมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน, ประเมินผลการประชุมวิชาการแต่ละครั้งจากผู้เข้าร่วมประชุม และทบทวนประเมินผลของมาตรการแก้ไขความเสี่ยงที่ผ่านมา, รวมถึงปรับแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยทางเวชกรรม ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลในปัจจุบัน และสามารถนำไปประยุกต์ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยต่อไป.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในรูปแบบปฏิบัติการประจำวันประจำเป็นงานวิจัย ในพื้นที่โรงพยาบาลสูงเนิน. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ประจำการ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา และอายุรเวท. การศึกษาแบ่งเป็น ๓ ระยะ: **ระยะประเมินสถานการณ์:** โดยวิเคราะห์อุบัติการณ์ความเสี่ยงตามระบบรายงานความเสี่ยง ในช่วง

ปีงบประมาณ ๒๕๔๙-๒๕๕๐; เลือกปัญหาความเสี่ยงทางเวชกรรมที่มีความรุนแรงอยู่ในระดับสูง (G-I) และมีปัญหาในการจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงอาจเป็นความเสี่ยงทางเวชกรรมที่อุบัติซ้ำ เสนอให้ทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และแพทย์ประจำการทั้งหมด ๖ คน, แต่ละคนหมุนเวียนเป็นผู้นำทีมในการประชุมวิชาการโดยวางแผนพิจารณาเนื้อหาล่วงหน้าก่อนประชุม ๑ เดือน. **ระยะดำเนินการ:** การเตรียมการประชุมผ่านที่ประชุมคณะทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล องค์กรแพทย์ และคณะทำงานตามร่องรอยทางเวชกรรม. ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการหนัก ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ. ทีมงานพยาบาลรับผิดชอบในการติดตามทะเบียนประวัติผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เพื่อนำมาทบทวนความรู้ร่วมกันในที่ประชุม. นโยบายของผู้อำนวยการเน้นให้วิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยจริง ร่วมไปกับหลักฐานวิชาการทางการแพทย์ ค้นหาความเสี่ยงในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่

เป็นสาเหตุให้การวินิจฉัยผิดพลาด หรือการรักษาล่าช้า โดยไม่ถือเป็นความผิดของบุคลากร เนื่องจากไม่มีเจตนาในการกระทำที่ผิดพลาดต่อผู้ป่วย. การประชุมวิชาการแต่ละครั้งมีการพัฒนาปรับปรุงจากการสอนสื่อสารทางเดียว เป็นการแลกเปลี่ยนแนวทางการรักษา และปรับแนวทางการปฏิบัติในทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการออกมาตรการป้องกันความเสี่ยงทางเวชกรรม และมีผู้รับผิดชอบในการบันทึกรายงานการประชุมที่ชัดเจน. ในตอนท้ายของการประชุมกำหนดให้แพทย์เป็นผู้นำในการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ; และ**ระยะติดตามประเมินผล:** ประเมินผลจากผู้เข้าร่วมประชุม ทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย และนักศึกษา โดยใช้แบบประเมินการประชุม ที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจัดทำขึ้น (เริ่มใช้ในเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๑) ติดตามการออกมาตรการป้องกันความเสี่ยง การปรับแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและการนำไปใช้จริงในการดูแลผู้ป่วย. ขั้นตอนทั้ง

ตารางที่ ๒ ความเสี่ยงทางเวชกรรมตามประเภทและความรุนแรง รพ. สุวณีน พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๐

ลำดับ	ประเภทความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง* / ปีงบประมาณ							
		สูง (G-I)		ปานกลาง (D-F)		ต่ำ (A-C)		รวม	
		๔๕	๕๐	๔๕	๕๐	๔๕	๕๐	๔๕	๕๐
๑	ยาและความคลาดเคลื่อนทางยา	๐	๐	๒๓	๕	๕๑๐	๖๗๒	๕๓๓	๖๘๑
๒	การดูแลผู้ป่วย (PCT)	๑๗	๔๕	๒๘	๑๕๑	๕	๒๒	๕๐	๒๒๒
๓	อาหาร	๐	๐	๓	๐	๒๖	๓๗	๒๕	๓๗
๔	การคลอด	๕	๑๒	๒๓	๔๐	๕	๗	๓๓	๕๕
๕	สารสนเทศและเวชระเบียน (IM)	๐	๐	๑	๐	๒๖	๖๖	๒๗	๖๖
๖	การผ่าตัด/วิสัญญี	๐	๐	๘	๑๘	๑	๕	๕	๒๓
๗	ทันตกรรม	๐	๐	๑๔	๒๑	๐	๔	๑๔	๒๕
๘	สิ่งส่งตรวจ	๐	๐	๐	๑	๑๔	๒๓	๑๔	๒๔
๙	การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ	๓	๐	๒๑	๒	๐	๕๐	๒๔	๕๒
๑๐	รังสีวินิจฉัย	๐	๐	๐	๐	๖	๑๔	๖	๑๔
๑๑	เลือด	๐	๐	๐	๐	๓	๒	๓	๒

*ระดับความเสี่ยง:

ต่ำ A= เกือบพลาด B= พลาดแต่ไม่ถึงผู้ป่วย C= เกิดเหตุถึงผู้ป่วยไม่อันตรายแก่ไขกัน
 ปานกลาง D= เกิดเหตุถึงผู้ป่วยต้องเฝ้าระวัง E= เกิดเหตุถึงผู้ป่วยต้องรักษา F= เกิดเหตุถึงผู้ป่วยต้องนอนรพ.นานขึ้น
 สูง G= พิการ H= ต้องช่วยชีวิต (CPR) I= เสียชีวิต



๓ ระยะ อาจกล่าวอย่างง่าย คือ การคิดและเขียนโครงร่าง การลงมือทำ และการวิเคราะห์ผลเขียนรายงาน^(๓) โดยดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๕๐ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๑ เป็นเวลา ๑๕ เดือน. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละ.

ผลการศึกษา

การประเมินสถานการณ์โดยการวิเคราะห์อุบัติการณ์ ความเสี่ยงในโรงพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๐ เปรียบเทียบกับปี ๒๕๔๙ พบว่ามีความครอบคลุมสูงขึ้นโดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยทางเวชกรรมเพิ่มขึ้นถึง ๔.๔๔ เท่า; ส่วนใหญ่เป็นความรุนแรงระดับปานกลาง รองลงมาเป็นระดับต่ำ และระดับสูงตามลำดับ. ในตารางที่ ๒ แสดงถึงความจำเป็นในการหาแนวทางในการแก้ปัญหา. เมื่อวิเคราะห์ในมาตรการป้องกันความเสี่ยง ยังพบปัญหาการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ตัวอย่างเช่น การวินิจฉัยล่าช้าของผู้ป่วยตั้งครรรณ์นอกมดลูก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า ๔ ราย ได้เคยมีการวางแผนการแยกโรคนี้จากผู้ป่วยหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มาด้วยอาการปวดท้องเฉียบพลัน ให้ชักประวัติระดูครั้งสุดท้าย, ประวัติการทำหมัน ซึ่งมีโอกาสเกิดการตั้งครรรณ์นอกมดลูกได้. แต่มาตรการป้องกันความเสี่ยงที่กำหนดไว้ขาดการปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะองค์กรแพทย์ซึ่งมีแพทย์ใช้หุในปี ๑ หมุนเวียนใหม่ทุกเดือน. กรณีผู้ป่วยโรคหืด เกิดอาการหอบหืดซ้ำ เพราะขาดยาพ่นสเตอรอยด์ควบคุมการกำเริบของโรค. กรณี โรคไส้ติ่งอักเสบพบอุบัติการณ์ซ้ำของการวินิจฉัยล่าช้า เนื่องจากแพทย์ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ เช่น ขาดการประเมินซ้ำภายใน ๒-๔ ชั่วโมงหลังรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล. กรณีผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ชนิดที่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าส่วนเอสที (STEMI) สูงขึ้นเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ เนื่องจากการวินิจฉัยอาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจล่าช้า ไม่ได้ส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อการวินิจฉัยโรค และผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนรับการรักษา. กรณีผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง พบการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ๑ รายและเสียชีวิต ๓ ราย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับการให้ข้อมูลการดูแลตนเองหลังจากเกิดโรค. กรณี ภาวะช็อกจากเลือดติดเชื้อ พบอุบัติการณ์ซ้ำของ

การวินิจฉัยโรคล่าช้า แม้ว่ามีแนวทางเวชปฏิบัติไว้แล้วเช่นกัน (ตารางที่ ๓). การวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา หรือสาเหตุเชิงระบบ คณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้กำหนดให้ดำเนินการในความเสี่ยงระดับ E (เกิดเหตุถึงผู้ป่วยต้องรักษา) ขึ้นไป แต่พบว่าทีมงานบอกได้แค่สาเหตุเบื้องต้น ไม่สามารถวิเคราะห์สาเหตุเฉพาะโรค เพื่อหามาตรการที่มีประสิทธิผลได้ทันเวลา.

นอกจากนี้การประชุมวิชาการใน พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๔๙ ขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง รวมถึงขาดการบูรณาการ แลกเปลี่ยนแนวทางการรักษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ. การประชุมส่วนใหญ่เป็นการสอนวิชาการโดยแพทย์ประจำการ และเป็นการสื่อสารทางเดียว. ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ เริ่มมีการจัดการประชุมต่อเนื่อง ใช้หัวข้อการประชุมวิชาการที่เป็นเรื่อง ที่สอดคล้องกับความเสี่ยงทางเวชกรรมที่พบก่อนการประชุม ซึ่งได้มาจาก ใบรายงานเหตุร้าย (incident report-IR): ซึ่งได้ผ่านการระดมสมองในการแก้ปัญหาเบื้องต้น จากแพทย์และทีมงานที่ให้บริการผู้ป่วย องค์กรแพทย์ คณะทำงานพัฒนาคุณภาพบริการ (PCT) และคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยง; การสุ่มวิเคราะห์เขียนตามบัญชีตัวส่งสัญญาณ (Trigger tool): โดยมีการหมุนเวียนแพทย์ประจำร่วมประชุมกับทีมเด็กผู้ป่วยใน ตามบัญชีตัวส่งสัญญาณ (ตารางที่ ๑) เป็นประจำทุกเดือน. ประเด็นที่พบเป็นปัญหาจากการสุ่มวิเคราะห์เขียนนำเสนอ ให้คณะทำงานพัฒนาคุณภาพบริการ และองค์กรแพทย์หา มาตรการป้องกันแก้ไข รวมถึงจัดการประชุมวิชาการแบบ บูรณาการในกรณีที่เป็นความเสี่ยงสูง และมีปัญหาในการเกิด ความเสี่ยงซ้ำ. ในการจัดประชุมวิชาการแต่ละครั้ง แพทย์จะเป็นผู้นำทีมในการนำเสนอรายละเอียดการดูแลผู้ป่วยทุกขั้นตอนในกระบวนการดูแลผู้ป่วย เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของ ปัญหาหรือสาเหตุเชิงระบบ ตั้งแต่ที่แผนกฉุกเฉินหรือผู้ป่วยนอก โดยมีการเปิดบัตรผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตรวจสอบการบันทึกความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยของแพทย์และ พยาบาล, วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนในการดูแลผู้ป่วย, ร่วม วิเคราะห์การส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ฯ ว่าทันเวลา หรือไม่, การดูแลก่อนการส่งต่อ และดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง

เนื่องหลังการส่งต่อ โดยนำสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมหาสารคาม มาใช้ในการวิเคราะห์ร่วมด้วย. ทีมสหสาขาวิชาชีพได้เข้าร่วมการประชุมเพื่อช่วยวิเคราะห์สาเหตุและปรับมาตรการป้องกันความเสี่ยง ซึ่งเดิมอาจมีแนวทางเวชปฏิบัติอยู่แล้ว แต่ไม่ได้ปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง. ทีมงานเสนอแนวทางการปรับให้สอดคล้องกับบริบทของงาน ตัวอย่างเช่น การตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูก สาเหตุเชิงระบบคือ ขาดการซักประวัติที่สงสัยการตั้งครุภัณฑ์ (ขาดระดู) ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ทุกรายที่มีอาการปวดท้อง เวียนศีรษะ เป็นลม ซีด รวมถึงผู้ที่ทำหมันแล้ว ทำให้วินิจฉัยโรคซ้ำ. มาตรการใหม่จึงให้เพิ่มการซักประวัติให้ครอบคลุม และเริ่มตั้งแต่เจ้าหน้าที่สถานีนอมาัย ซึ่งได้เชิญให้เข้าร่วมในที่ประชุมวิชาการด้วย. โรคหืด มีสาเหตุเชิงระบบคือ ขาดการประเมินความรุนแรงของโรค โดยการซักประวัติความถี่ในการหอบกลางวันและกลางคืนต่อสัปดาห์/เดือน เพื่อแบ่งกลุ่มอาการหอบเป็นครั้งคราวซึ่งไม่ต้องใช้ยาสเตอรอยด์ และกลุ่มอาการหอบตลอดเวลา ที่แบ่งเป็น ๓ ระดับคือ น้อย ปานกลาง และรุนแรง. กลุ่มนี้ต้องได้รับยาสเตอรอยด์เพื่อป้องกันอาการกำเริบ^(๔) การประเมินผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ที่แผนกฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยนอกได้ทันเวลา ทีมงานจึงประยุกต์แบบคัดกรองด้วยคำถามอย่างง่าย เพื่อช่วยประเมินผู้ป่วยในเวลาอันรวดเร็ว. การสอนการพ่นยาต้องอาศัยเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรม. การสอนการช่วยหายใจต้องอาศัยนักกายภาพบำบัด เป็นการร่วมกันพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ. โรคไส้ติ่งอักเสบ สาเหตุเชิงระบบคือ มีอาการปวดท้องรอบสะดือในช่วงแรกของโรค ทำให้การวินิจฉัยโรคไม่ชัดเจน จึงวินิจฉัยล่าช้า และผู้ป่วยเกิดผลแทรกซ้อนไส้ติ่งแตกก่อนการผ่าตัด. ทีมงานจึงวางมาตรการใหม่ให้แนะนำให้ผู้ป่วยนอนดูอาการแต่แรกปวดท้อง หรือกรณีย้ายตำแหน่งปวดให้รีบมาโรงพยาบาล. ภาวะเลือดติดเชื้อ สาเหตุเชิงระบบคือการวินิจฉัยไม่ชัดเจน ต้องวินิจฉัยตามเกณฑ์ ๑) กลุ่มอาการอักเสบทั้งกาย (systemic inflammatory response syndrome-SIRS) คือมีอุณหภูมิมากกว่า ๓๘ หรือน้อยกว่า ๓๖ องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า ๙๐ ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจมากกว่า ๒๐ ครั้งต่อนาที และมีผล

เลือดแสดงการติดเชื้อ; ๒) มีแหล่งติดเชื้อ; ๓) มีภาวะช็อก คือแรงดันเลือดต่ำมาก^(๕) ได้วางเกณฑ์การวินิจฉัยและการรักษาเบื้องต้นให้ทันเวลา.

ทีมสหสาขาวิชาชีพได้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย มีมาตรการคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอก ส่งให้ปรึกษากับพยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยาเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน, ในกลุ่มผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีมาตรการการคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่นักกายภาพบำบัดและอายุรเวทได้ทำร่วมกับพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวที่หน่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน, การดูแลผู้ป่วยตั้งครุภัณฑ์ที่มีโรคความดันโลหิตสูง ต้องอาศัยบทบาทการดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ, พยาบาลห้องคลอด และพยาบาลตึกผู้ป่วยใน ในการดูแลก่อน, ระหว่างและหลังคลอด, รวมทั้งการติดตามเยี่ยมที่บ้าน. ส่วนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดที่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าส่วนเอสที (STEMI) มีการกำหนดมาตรการใหม่ คือให้ส่งผู้ป่วยเจ็บหน้าอกที่อาการไม่ชัดเจน แต่มีปัจจัยเสี่ยง (ชายอายุเกิน ๔๕ ปี, หญิงอายุเกิน ๕๕ ปี ที่มีโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) มาทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ทันที ซึ่งเป็นการประสานงานกันของแพทย์ พยาบาลห้องฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก และห้องตรวจโรคเรื้อรัง (ตารางที่ ๓).

การประเมินผลจากผู้เข้าร่วมประชุม เริ่มดำเนินการในเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๑ เพื่อกระตุ้นให้แพทย์ ซึ่งเป็นผู้นำทีมพัฒนาคุณภาพบริการ จัดการประชุมตามแนวทางเพื่อป้องกันความเสี่ยงทางเวชกรรม, หามาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ และการปฏิบัติต่อเนื่องตามมาตรการ. ผลจากการประเมินนำมาเพิ่มเป็นเกณฑ์การให้ผลงานเชิงคุณภาพ (Quality Point-QP) ใน พ.ศ. ๒๕๕๑ เพื่อนำมาจ่ายค่าตอบแทนตามผลงานเชิงคุณภาพให้แก่แพทย์และทีมงานตามโครงการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๐^(๖). การประเมินการประชุมวิชาการให้ความสำคัญกับกระบวนการนำเสนอ ความครอบคลุมความเสี่ยงทางเวช



ตารางที่ ๓ การประชุมวิชาการกรณีผู้ป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเป็นทีม (ตุลาคม ๒๕๕๐ - ธันวาคม ๒๕๕๑)

	ความเสี่ยงทางเวชกรรม	แพทย์	พยาบาล	หน่วยงาน	โอกาสพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเป็นทีม			
					Tracer	CPG ใหม่	CPG แก้ไข	มาตรฐานการประเมิน
ตค.๕๐	ท้องนอกมดลูก	การวินิจฉัยล่าช้า	ชาติชัย	สุตใจ	ตีกถ.๒	/	/	
พย.๕๐	พยายามฆ่าตัวตาย	ขาดแนวทางการป้องกัน	นภัก	รุ่งนภา	NCD	/		
ธค.๕๐	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ขาดการดูแลผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรค	ศุภฤกษ์	อนุชา	ตีกถ.๕	/	/	
มค.๕๑	โรคหืด	ขาดการดูแลผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรค	วีณา	สุนันทา	OPD	/		
กพ.๕๑	ใส่ตั้งอวัยวะเย็บพลาตัน STEMI	การวินิจฉัยล่าช้า	วสันติ	กาญจนา	ตีกถ.๕		/	
มีค.๕๑	โรคหลอดเลือดสมอง	การเกิดโรคซ้ำในผู้ป่วย HT	นิลเนตร	วันนา	ER	/	/	
เมย.๕๑	PIH	ดูแลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน	ชาติชัย	ชไมพร	LR	/		
พค.๕๑	ตกเลือดกระเพาะอาหาร	ดูแลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน	วสันติ	วาสนา	ตีกถ.๕	/		
มิย.๕๑	ดีซ่านเรื้อรัง	ดูแลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน	วีณา	วราภรณ์	ตีกถ.๒	/		
กค.๕๑	ภาวะเลือดพร่องน้ำตาล	ขาดการระวังในภาวะติดเชื้อ	ศุภฤกษ์	เพ็ญภา	NCD	/		/
สค.๕๑	งูกัด	ดูแลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน	วรรณกร	ประภัสสร	ตีกถ.๑	/		/
กย.๕๑	ภาวะเลือดติดเชื้อ	การวินิจฉัยไม่ชัดเจน	นิลเนตร	จตุพร	ตีกถ.๑	/		/
ตค.๕๑	PIH	คัดกรอง เฝ้าระวังไม่ครบถ้วน	ชาติชัย	วราภรณ์	ตีกถ.๒		/	/
พย.๕๑	ใส่ตั้งอวัยวะเย็บพลาตัน	วินิจฉัยผิดในกลุ่มอาการไม่ชัด	วสันติ	วาสนา	ตีกถ.๕		/	/
ธค.๕๑	โรคหืด	ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน	วีณา	ประภัสสร	ตีกถ.๑		/	/

กรรมการด้านการดูแลผู้ป่วย, การใช้หลักฐานวิชาการทางการแพทย์ที่แพทย์ประยุกต์สื่อสารให้เข้าใจง่ายกับทีมสหสาขาวิชาชีพ, การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบของปัญหา และการวางมาตรการแก้ไขปัญหา รวมถึงการแลกเปลี่ยนซักถามของผู้เข้าร่วมประชุม คะแนนเฉลี่ยสูงสุดในภาพรวม ๔๙ คะแนน (ร้อยละ ๙๘) จากคะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน ต่ำสุด ๔๔.๕๘ คะแนน (ร้อยละ ๘๙.๑๖), บรรยากาศการประชุมอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมากถึงร้อยละ ๙๖.๗๗ ถึง ๑๐๐. ในการประชุมแต่ละครั้ง ทีมงานได้มอบหมายให้มีพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบจดรายงานการประชุม นำข้อสรุปมาออกมาตรการแก้ไขปัญหาหรือแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย, ผู้ประเมินจากศูนย์พัฒนาคุณภาพเป็นผู้ให้คะแนน. แพทย์ส่วนใหญ่ได้คะแนน

ร้อยละ ๖๖.๖๗ (๔/๖) เนื่องจากส่วนใหญ่มีการออกมาตรการหรือปรับ CPG, คะแนนต่ำสุดร้อยละ ๓๓.๓๓ มีอยู่ ๑ ราย เพราะไม่มีการออกมาตรการ แต่เน้นการเฝ้าระวังเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้องที่สงสัยใส่ตั้งอวัยวะเย็บพลาตัน คะแนนเต็ม ๑ ราย เพราะมีแนวทาง เวชปฏิบัติที่ครบถ้วนที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยใน รวมถึงการวางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วย การนำมาตรการและ CPG ไปปฏิบัติได้จริงและไม่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางเวชกรรมซ้ำ แพทย์ทุกท่านได้คะแนน เต็ม เนื่องจากยังไม่พบปัญหาความเสี่ยงอีกในช่วงหลังการประชุม ตัวอย่างเช่น การส่งผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดไปตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแม้มีอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจจะไม่ชัดเจน และ

ตารางที่ ๔ ผลการประเมินการประชุมวิชาการแบบไร้รอยต่อ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๕๑)

คะแนน เต็ม	กค.	สค.	กย.	ตค.	พย.	ธค.	
	ศุภฤกษ์	วรรณกร	นิลเนตร	ชาติชัย	วสันติ	วีณา	
	NCD	ลท.๑	ลท.๑	ลท.๒	สย.	ลท.๑	
	เลือดพร่อง น้ำตาล	งูกัด	เลือด ติดเชื้อ	PIH	ไส้ติ่ง อักเสบ	โรค หืด	
การประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	
-เลือกกรณีสอดคล้องกับปัญหา	๕	๔.๕๕	๔.๕๕	๕.๐๐	๔.๘๔	๔.๕๒	๔.๖๓
-นำเสนอครอบคลุม ชัดเจน	๑๐	๘.๒๐	๘.๘๒	๘.๐๕	๘.๖๑	๘.๘๓	๘.๘๐
-สอน สื่อสาร เข้าใจง่าย	๑๐	๘.๒๘	๘.๘๒	๘.๖๔	๘.๐๐	๘.๖๕	๘.๖๓
-สรุปสาเหตุ การแก้ไขชัดเจน	๑๐	๘.๓๓	๘.๖๓	๘.๕๕	๘.๖๗	๘.๖๕	๘.๕๓
-การซักถามของผู้เข้าประชุม	๑๐	๘.๑๕	๘.๖๘	๘.๒๖	๘.๐๓	๘.๒๔	๘.๖๖
-เอกสารประกอบการประชุม	๕	๔.๔๐	๕.๐๐	๔.๓๖	๔.๒๓	๔.๔๕	๔.๘๐
รวมคะแนน	๕๐	๔๖.๓๑	๔๘.๐๐	๔๕.๕๑	๔๔.๕๘	๔๔.๖๒	๔๘.๒๖
บรรยากาศการประชุม							
- ผู้ประเมิน/ ผู้เข้าร่วมประชุม		๒๐/๒๖	๒๒/๒๓	๑๑/๑๖	๓๑/๓๒	๒๕/๓๐	๑๕/๑๕
- ดี-ดีมาก (ร้อยละ)		๒๐ (๑๐๐)	๒๒ (๑๐๐)	๑๑ (๑๐๐)	๓๐ (๘๖.๖๗)	๒๕ (๑๐๐)	๑๕ (๑๐๐)
การออกมาตรการ/CPG	๓๐	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐	๑๐	๓๐
หลังการประชุม* (ร้อยละ)		(๖๖.๖๗)	(๖๖.๖๗)	(๖๖.๖๗)	(๖๖.๖๗)	(๓๓.๓๓)	(๑๐๐)
การนำมาตรการ /CPG	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐
ไปใช้หลังการประชุม** (ร้อยละ)		(๑๐๐)	(๑๐๐)	(๑๐๐)	(๑๐๐)	(๑๐๐)	(๑๐๐)
รวมคะแนนทั้งหมด (๑, ๓, ๔)	๑๐๐	๘๖.๓๑	๘๘.๐๐	๘๕.๕๑	๘๔.๕๘	๘๔.๖๒	๘๘.๒๖

* เกณฑ์คะแนนการออกมาตรการ/CPG: ๓๐=ออกใหม่/ปรับปรุง แจกทุกหน่วยงาน ๒๐=มีข้อสรุปเป็นแนวทางปฏิบัติชัดเจนแต่ไม่ออกมาตรการ ๑๐=ไม่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจน ไม่ออกมาตรการ มีเพียงการเผาระวังระบบเดิม
 ** เกณฑ์คะแนนการนำมาตรการไปปฏิบัติ/ใช้ได้จริง: ๒๐=มาตรการใช้ได้จริง/มีผู้ปฏิบัติตาม ๑๐=มาตรการใช้ได้จริง/ไม่ปฏิบัติตาม

แม้ว่าการทำอ็วี่ซี่ ภายใเวลา ๑๐ นาทีได้ลดลง (ร้อยละ ๖๑.๗๖) เมื่อเทียบกับ พ.ศ. ๒๕๕๐ แต่การรักษาเบื้องต้นและการส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชาฯ ทำได้ทันเวลา, ในภาพรวมผู้ป่วยเสียชีวิตลดลง ร้อยละ ๒.๙๔ ตามเป้าหมายซึ่งกำหนดไว้้น้อยกว่าร้อยละ ๑๐. ผู้ป่วยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ภายหลังการนำมาตรการไปใช้ พบอัตราการรับไว้ในโรงพยาบาลซ้ำภายใน ๒๘ วันลดลง (ร้อยละ ๑.๒๓) ตามเป้าหมายซึ่งกำหนดไว้ต่ำกว่าร้อยละ ๕ และผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไ้ส้ติ่งแตกอีกเลยตามเป้าหมาย. เมื่อรวมคะแนนทั้ง ๓ ส่วน แพทย์ได้คะแนนสูงสุด ๙๘.๒๖ คะแนน (ร้อยละ ๙๘.๒๖)

และต่ำสุด ๘๔.๖๒ คะแนน (ร้อยละ ๘๔.๖๒) (ตารางที่ ๔).

วิจารณ์

ระบบการค้นหำปัญหาทางเวชกรรมที่โรงพยาบาลสูงเนิน ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ เมื่อเทียบกับ พ.ศ. ๒๕๔๙ มีปริมาณที่เพิ่มขึ้นชัดเจนเกือบ ๔ เท่าตัว โดยเฉพาะประเด็นการดูแลผู้ป่วยซึ่งแสดงถึงความครอบคลุมของการรายงานอุบัติการณ์ ตามนโยบายของผู้บริหารที่ไม่ถือเป็นความผิดของเจ้าหน้าที่ ร่วมกับการเสริมแรงจูงใจด้วยการนำรายงานความเสี่ยงรวมทั้งการจัดอันดับความเสี่ยงของหน่วยงานมาเป็นเกณฑ์ผลงานเชิง



คุณภาพใน พ.ศ. ๒๕๔๙^(๖) แต่ประเด็นที่โรงพยาบาลต้องพิจารณา คือ มาตรการแก้ปัญหาความเสี่ยงทางเวชกรรม, แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลสูงเนิน. การจัดการความเสี่ยงทางเวชกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยหลักฐานวิชาการทางการแพทย์ จากแพทย์เป็นผู้นำทีมในการดูแลผู้ป่วย. การประกอบวิชาชีพของแพทย์ในโรงพยาบาลในปัจจุบัน ลำพังแพทย์คนเดียวหรือเฉพาะแพทย์เพียงสาขาเดียว จะไม่สามารถพัฒนาแนวทางการประกอบวิชาชีพของตนได้สอดคล้องกับมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ จำเป็นต้องร่วมกับแพทย์ด้วยกัน เกสัชกร พยาบาล และวิชาชีพในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเป็นทีม^(๒). การจัดการประชุมวิชาการในโรงเรียนแพทย์หรือโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เป็นการนำประชุมโดยอาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และแพทย์ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถเก็บคะแนนในการเข้าประชุมเป็นกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ในการเป็นวิทยากร/ผู้อภิปรายร่วมในสัดส่วนวิทยากรต่อผู้ฟัง ๕ ต่อ ๑ ก็ถือเป็นกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องได้เช่นกันแต่ต้องมีการขึ้นทะเบียนโดยสถาบันหลัก^(๗). การประชุมวิชาการแบบบูรณาการของโรงพยาบาลสูงเนินแม้ว่าจะมีแนวคิดในการดำเนินการคล้ายคลึงกับโรงเรียนแพทย์ แต่มีหลักการแตกต่างกัน โดยอิงหลักการจัดการบริการแบบบูรณาการระหว่างวิชาชีพต่างๆ ได้แก่ แพทย์ เกสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา และอายุรเวท. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความเสี่ยงทางเวชกรรม ที่สำคัญคือความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีความเสี่ยงสูงอยู่ในลำดับแรกของโรงพยาบาล. การดำเนินการประชุมใช้หลักการวิเคราะห์กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ามาในแผนกฉุกเฉินหรือแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล หาสเหตุเชิงระบบเฉพาะโรคของความเสี่ยง และหามาตรการในการป้องกันความเสี่ยงเฉพาะโรค. ตัวอย่างของการบริการสุขภาพแบบบูรณาการไร้รอยต่อ (seamless healthcare) มีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการไร้รอยต่อของโรงพยาบาลหาดใหญ่และเครือข่าย, การดูแลทารกแบบบูรณาการไร้รอยต่อของโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทอง เน้นการเชื่อมโยงผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ระหว่างหน่วยงานผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน ชั้นสูตร ทันตกรรม เกสัชกรรม งานส่งเสริมสุขภาพ กับงานห้องคลอด จนถึงชุมชนให้มารดาที่มีความปลอดภัยสูงสุด และลดขั้นตอนให้มากที่สุด^(๘). เมื่อเทียบกับการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการของโรงพยาบาลที่กล่าวมา การประชุมวิชาการแบบบูรณาการของโรงพยาบาลน่าจะเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาคุณภาพเป็นทีมอย่างเป็นระบบ แม้ว่าจะมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกเดือน แต่ผู้เข้าร่วมประชุมในแต่ละครั้งยังมีจำนวนน้อยเฉลี่ย ๒๔ คน (ฟิลย์ ๑๖-๓๒) (ตารางที่ ๔). มาตรการและการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติยังไม่ครบถ้วน แต่บรรยากาศในการประชุมอยู่ในเกณฑ์ที่ดีถึงดีมาก (ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป) และการนำมาตรการ/แนวทางเวชปฏิบัติไปปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดีมาก (ร้อยละ ๑๐๐) แต่ยังคงติดตามประเมินผลมาตรการว่ามีการปฏิบัติตามหรือไม่อย่างต่อเนื่องต่อไป เนื่องจากบริบทความเสี่ยงทางเวชกรรมอาจเปลี่ยนไป, ผู้รับบริการแตกต่าง ผู้ให้บริการเป็นบุคลากรใหม่ รวมถึงปัจจัยแวดล้อมด้านอื่นที่ทำให้มาตรการไม่สอดคล้องในการปฏิบัติ.

ปัญหาที่พบในการประชุมวิชาการแบบบูรณาการที่สำคัญ คือ การประชุมกรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางเวชกรรมได้ทันต่อเหตุการณ์, วิเคราะห์หาสาเหตุเชิงระบบเฉพาะโรคของความเสี่ยง และหามาตรการป้องกันความเสี่ยงเฉพาะโรคให้แก่ผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำ ซึ่งในบางครั้งต้องอาศัยเวลาในการขอประวัติผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมาราชาฯ, ชีตจำกัดด้านความรู้ทางวิชาการของแพทย์, ซึ่งปัญหานี้จะลดลงในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปและโรงเรียนแพทย์ ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขามากมาย ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีแพทย์เฉพาะทาง ๔ สาขาหลัก และมีภาระงานในการตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไปมากกว่าโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปและโรงเรียนแพทย์. การติดตามประเมินผลของมาตรการและแนวทางเวชปฏิบัติที่วางไว้ว่ามีการปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่องหรือไม่ ในบางครั้งต้องอาศัยแบบฟอร์มในการกระตุ้นเตือน ทำให้เป็นภาระในการคัดกรองผู้ป่วย แต่เมื่อไม่มีแบบฟอร์มและไม่ได้พบผู้ป่วยเป็น

เวลานาน ก็จะเกิดการคัดกรองผิดพลาด และผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ตัวอย่างเช่น การตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูก. แนวทางในการแก้ปัญหาคือ การประชุมวิชาการแบบบูรณาการเป็นระยะ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน ค้นหาสาเหตุเชิงระบบ และหามาตรการใหม่อย่างต่อเนื่อง.

ข้อยุติ

การประชุมวิชาการแบบบูรณาการของโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา เป็นรูปแบบหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเป็นทีม เป็นจุดเริ่มต้นของการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการไร้รอยต่อ ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแพทย์ประจำการทุกคนในโรงพยาบาล รวมทั้งผู้อำนวยการ เป็นผู้นำทีม หมุนเวียนดำเนินการอย่างต่อเนื่องเดือนละ ๑ ครั้ง ร่วมกับบุคลากรด้านเวชปฏิบัติ เพื่อแก้ปัญหาด้านเวชกรรมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน. ผลจากการประชุมได้มาตรการป้องกันอุบัติเหตุการตกความเสี่ยง และได้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่สามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริง. การศึกษาครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่ารูปแบบการประชุมวิชาการแบบบูรณาการสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับโรงพยาบาลชุมชน สมควรให้มีการจัดประชุม เพื่อหามาตรการป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกในโรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่องต่อไป.

เอกสารอ้างอิง

๑. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี. [online]. Available from: URL: <http://www.ha.or.th/>
๒. ธิดา นิงสานนท์ (บรรณาธิการ). ๑๐๘ คำถาม HA. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพมหานคร: ปรมัตถ์ การพิมพ์; ๒๕๔๘.
๓. จรรย์พร ศรีศัลักษณ์, อภิญญา ต้นทิวังศ์ (บรรณาธิการ). Routine to Research สยบงานจำเจด้วยการวิจัย สู่โลกใหม่ของงานประจำ. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); ๒๕๕๑.
๔. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติเรื่องโรคหอบหืด. ใน: อภิรักษ์ ปลายวัฒน์วิไชย (บรรณาธิการ). แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข Quick Reference Guide สำหรับการรักษานักผู้ป่วยทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพัฒนาโครงการแนวทางการบริการสาธารณสุข; ๒๕๔๕. หน้า ๐๖๔-๐๗๔.
๕. สมาคมเวชบำบัดวิกฤติ. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาภาวะ Septic shock. ใน: อภิรักษ์ ปลายวัฒน์วิไชย (บรรณาธิการ). แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข Quick Reference Guide สำหรับการรักษานักผู้ป่วยทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพัฒนาโครงการแนวทางการบริการสาธารณสุข; ๒๕๔๕. หน้า ๐๕๕-๐๖๕.
๖. นิลนทร วีระสมบัติ, เบญจมา เลหาพูนรัมย์, มานิต ประกอบกิจ, ขนิษฐา วัลสีพงษ์. การประเมินผลการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๕๐. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๕๑;๑๗: ๑๗๕๕-๑๗๕๘.
๗. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ (ศ.น.พ.). การแบ่งประเภทของกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ (ศ.น.พ.). [online]. Available from: URL: <http://www.ccme.or.th/>
๘. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. Abstract Forum 10. Meeting Room 4 Seamless Healthcare. [online]. Available from: URL: <http://www.ha.or.th/>