บทความฉบับเต็ม (TQM Full paper)

ประเภทการสมัคร TQM – Best Practices

ประเภทองค์กร หน่วยงานสาธารณสุข

ชื่อเรื่องนำเสนอ หอผู้ป่วยพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ :ต้นแบบกระบวนการบริหารจัดการเตียงวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพและการดูแลผู้ป่วยพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจอย่างมีประลิทธิผล ปลอดภัย และต่อเนื่อง

เป็น "วิธีปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างที่ดีเยี่ยม" ของกระบวนการ ในหมวด การจัดการกระบวนการ

ชื่อหน่วยงาน หอผู้ป่วยพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Dependent Unit:VDU) งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ที่อยู่ อาคารสุจิณโณ ชั้น 5 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 110 ตำบล ศรีภูมิ อำเภอ เมือง จังหวัด เชียงใหม่ รหัสไปรษณีย์ 50200 เบอร์โทรศัพท์ 053-934602 Email: tula.wong@cmu.ac.th

ชื่อผู้เขียน (ผู้นำเสนอ) นางสาวตุลา วงศ์ปาลี ตำแหน่ง พยาบาลชำนาญการพิเศษ/ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โทรศัพท์ 053-934602 โทรสาร .....-.....มือถือ 089-4287557 Email: tula.wong@cmu.ac.th

สรุปจุดที่เป็น "วิธีปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างที่ดีเยี่ยม" (อย่างน้อย 1 ข้อ)

1. นำแนวคิดคุณภาพขั้นพื้นฐาน 3P (Purpose-Process-Performance) ในการอธิบายกระบวนการพัฒนาร่วมกับแนวคิดการสร้างนวัตกรรมเชิงระบบ

2. มุ่งให้เกิดผลลัพธ์ตามมิติคุณภาพ (Safety, Appropriateness ,Effectiveness, Efficiency, Continuity, People center) และหลักการบริหารงานโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล 4 ด้านตามแนวคิดของ SPEC ได้แก่ด้านความปลอดภัย (Safety) ด้านกระบวนการ (Process) ด้านความคุ้มค่า (Efficiency) และด้านคุณภาพทางคลินิก (Clinical quality) ในการขับเคลื่อนการพัฒนางานให้ได้เป้าหมายตามกลยุทธ์ของโรงพยาบาลคือ STAIR (Sustainable Clinical Excellence ให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศอย่างยั่งยืน, Trust Enhancement (เสริมความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ ,Agile Hospital-Patient Focus โรงพยาบาลที่มีความคล่องตัวมุ่งเน้นผู้รับบริการ,Information Driven Hospital ยกระดับสู่โรงพยาบาลดิจิทัล,Resilient Organization องค์กรที่มีความยืดหยุ่น เข้มแข็ง)

ประสิทธิผล (ต้องวัดค่าได้อย่างน้อย 1 ข้อ)

1) อัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจสามารถเทียบเคียงในระดับนานาชาติได้

2) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเป็นไปตามที่กำหนด (เป้าหมาย 30 วัน รวมการเรียนการสอน)

3) อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 48 ชั่วโมง และ 28 วัน (เป้าหมายน้อยกว่า 10 %)

4) อัตราการเกิดช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) (เป้าหมายน้อยกว่า 10 %)

5) อัตราการส่งต่อในระบบ 100% (Thai COC หรือ โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือ รพสต หรือ หน่วยเวชศาสตร์ครอบครัว)

6) กำหนดระยะเวลาโปรแกรมการนิเทศผู้ดูแล (Caregiver) 2 อาทิตย์ เท่ากับ 100%

7) ความพึงพอใจภาพรวมของผู้รับบริการ (Topbox) ประเมินจากส่วนของโรงพยาบาล) มากกว่า 90%

1.บทสรุปผู้บริหาร

VDU เปิดให้บริการเมื่อ 11 ตุลาคม พ.ศ.2560 ด้วยงบประมาณจากกุศลจิตในการสร้างหอผู้ป่วย เพื่อเป็นต้นแบบการบริการ (Service model) ผู้ป่วยพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ ด้วยการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้ครบวงจร มุ่งเน้นพัฒนากระบวนการในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต หรือ หอผู้ป่วยหนัก (Intensive care unit; ICU) หรือ**ผู้ป่วยที่ผ่านพ้นภาวะวิกฤตแล้วและมีอาการคงที่แต่หย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ ให้สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้หรือสามารถใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านได้** ด้วยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขา ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เทคโนโลยีที่ทันสมัย การนิเทศตามบริบทแต่ละครอบครัว ด้วยมาตรฐานวิชาชีพ เกิดความปลอดภัย ยั่งยืนของสุขภาวะ และเป็นหอผู้ป่วยในดวงใจ **รวมทั้งเป็นกระบวนการบริหารจัดการเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด (Best utilization)** เพื่อสามารถรับผู้ป่วยที่อาการหนักและมีภาวะวิกฤตที่ต้องการใช้ทรัพยากรเทคโนโลยีที่ทันสมัยใน ICU ได้ **อีกทั้งเป็นตอบสนองนโยบายการส่งเสริมระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางในการดูแล ลดความแออัดและอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล** ด้วยปัจจุบันมีผู้ป่วยหนักบางส่วนที่มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทางเดินระบบหายใจ ที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ไม่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจออกได้ ระบบการหายใจต้องพึ่งพิงเครื่องช่วยหายใจตลอดเวลาหรือบางครั้ง การดูแลผู้ป่วยหนักที่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจในการดำรงชีวิตที่บ้านหรือสถานพักฟื้นที่ไม่ใช่สถานบริการสุขภาพจึงเกิดขึ้น **VDU จึงมีกระบวนการที่ดูแลผู้ป่วยให้พร้อมและเตรียมครอบครัวในการกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน VDU มีกระบวนการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย** มีการเฝ้าระวังภาวะวิกฤตหรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ **ด้วยการพยาบาลการแพทย์ทางไกล** (Tele-nursing and medical) ตลอด 24 ชั่วโมง ตามโครงการ **"การจัดตั้งศูนย์บริการการแพทย์ทางไกลเพื่อขยายการเข้าถึงการให้บริการ"** เป็นการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ 5G ของประเทศไทย ของสำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

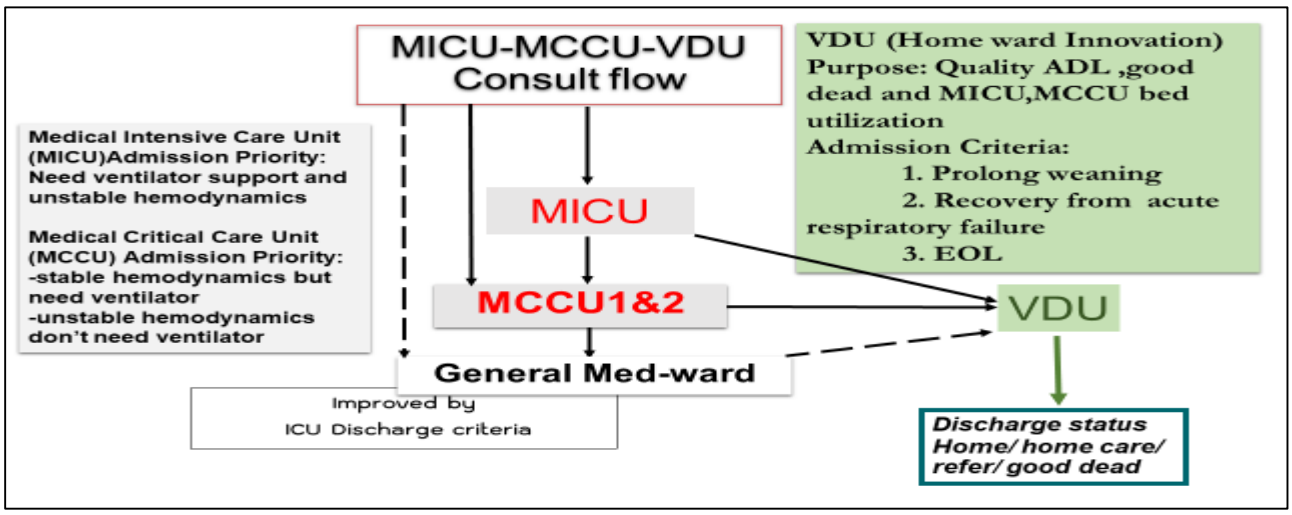
การดูแลผู้ป่วยใน VDU ประกอบไปด้วย 5 ระยะเพื่อแสดงให้เห็นถึงกระบวนการดูแลที่แตกต่างกันชัดเจนและสามารถวัดผลลัพธ์ได้ ดังนี้ ระยะที่ 1 คือ การเตรียมความพร้อม (Patient and Family preparation program) ระยะที่ 2 คือ การดูแลผู้ป่วยเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Patient care & weaning process) ระยะที่ 3 คือ การนิเทศครอบครัวและผู้ดูแล (Family and Caregiver preparation program) ระยะที่ 4 คือ การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน (Pre – discharge) ระยะที่ 5 คือ การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) โดยทุกกระบวนการในแต่ละระยะมีการพัฒนาปรับปรุงอยู่เสมอด้วยหลักการของ 3P เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ มุ่งให้เกิดผลลัพธ์ตามมิติคุณภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และหลักการบริหารงานโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล 4 ด้านตามแนวคิดของ SPEC

การส่งมอบคุณค่าให้กับผู้รับบริการที่หอผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นตั้งใจคือ การดูแลให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจให้สำเร็จ หรือได้ส่งตัวกลับไปอยู่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือต้องใส่เครื่องช่วยหายใจแบบใช้บ้าน (Home ventilator) นั้น ซึ่งหากเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยภาระพึ่งพา ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลร่างกายให้มีความพร้อมในการกลับไปอยู่บ้านโดยมีครอบครัวดูแลอย่างปลอดภัย ส่วนผู้ป่วยวัยทำงานที่ต้องการการฟื้นฟูร่างกายในระยะยาวก็สามารถกลับไปฟื้นฟูสภาพร่างกายที่บ้านได้ด้วยสภาพแวดล้อมที่ดี ท่ามกลางกำลังใจครอบครัว จนส่งผลให้ในที่สุดแล้วผู้ป่วยวัยทำงานหลายรายสามารถกลับไปทำงาน สามารถใช้ชีวิตใกล้เคียงปกติหรืออยู่กับโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายอย่างมีความสุขกับครอบครัว

2. ข้อมูลเกี่ยวกับบริษัทและหน่วยงานของท่าน

1) โครงสร้างขององค์กร

VDU เป็นหอผู้ป่วยในงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ ที่มีทีมแพทย์รับผิดชอบโดย หน่วยโรคระบบหายใจ เวชบำบัดวิกฤตและภูมิแพ้ ภาควิชาอายุรศาสตร์ ซึ่งเป็นทีมที่ดูแลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) และหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 1-2 (MCCU) ในการบริหารจัดการเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตให้มีประสิทธิภาพสูงสุด



2) วิสัยทัศน์ ค่านิยม วัฒนธรรม พันธกิจ นโยบาย

การดำเนินงานทั้งหมดภายใต้แนวคิด **หอผู้ป่วยที่เป็นศูนย์การเรียนรู้และนวัตกรรมเสมือนอยู่บ้าน** เป็นไปตามกลยุทธ์โรงพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศอย่างยั่งยืน และ ฝ่ายการพยาบาลในการเป็นศูนย์การเรียนรู้ระดับสากล ขับเคลื่อนบุคลากรด้วยค่านิยมองค์กร คือ CQIT (C: customer focus มุ่งเน้นผู้รับบริการ, Q:quality ทำงานมีคุณภาพ, I:innovation and integrity ซึมซาบนวัตกรรม คุณธรรมคู่ความดี,T: team ทีมสามัคคีมีผลงาน)

3) บริการที่สำคัญและกลไกในการส่งมอบให้กับลูกค้า

การบริการดูแลและค้นหาปัจจัยเพื่อสนับสนุนให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จแบบจำเพาะแต่ละรายบุคคล โดยทีมสหสาขา ประกอบด้วยการดูแลให้สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจ (wean off) ตามแนวทางมาตรฐานด้านการแพทย์ กระบวนการดูแลด้านพยาบาลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ กระบวนการฟื้นฟูกล้ามเนื้อ การส่งเสริมด้านโภชนการ กระบวนการนิเทศสอนให้ความรู้และฝึกญาติหรือผู้ดูแล ให้มีความรู้สามารถดูแลผู้ป่วย จนมีความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องใช้ Home ventilator ได้อย่างถูกต้อง **โดยใช้หลักการบริหารงานโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล 4 ด้านตามแนวคิดของ SPEC ได้แก่ Safety ,Process,Efficiency, Clinical quality ในการมองผลลัพธ์การบริการภาพรวมให้ครอบคลุม**

4) กลุ่มลูกค้าที่สำคัญ

ผู้รับบริการคือผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 คือผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 21 วัน ซึ่งผ่านพ้นภาวะวิกฤตแล้วและอาการคงที่ กลุ่มที่ 2 คือผู้ป่วยหลังถอดท่อช่วยหายใจที่ยังต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดไม่รุกราน NIV มากกว่า 48 ชั่วโมง หรือ ใช้ออกซิเจนแรงดันสูง

5) รางวัลที่ได้รับ

พันธกิจความมุ่งหมายของหอผู้ป่วยคือการเป็นหอผู้ป่วยในดวงใจ ที่มีความสุข อยู่สบาย ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีสุขภาวะที่ยั่งยืน ส่งผลให้ใน ปี พ.ศ.2565 ได้รางวัลเป็นหอผู้ป่วยในดวงใจ ของโรงพยาบาล จากผลโหวตของผู้รับบริการ

3.การเรียนรู้ ความต้องการและความคาดหวัง ของ ลูกค้าของกระบวนการที่นำเสนอ

1) การกำหนด ลูกค้าของกระบวนการที่นำเสนอ และ วิธีการเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของลูกค้านั้น

ผู้รับบริการหรือลูกค้าของหอผู้ป่วย **กลุ่มโรคสำคัญคือ** ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) อันได้แก่ 1.ผู้ป่วยพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจระยะยาวที่มีความซับซ้อนแต่อาการของโรคคงที่ 2.ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันหลังถอดท่อช่วยหายใจภายใน 48 ชั่วโมงหรือผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงหย่าเครื่องช่วยหายใจและใช้ mode ระดับต่ำ และ **กลุ่มอายุสำคัญ คือ** ผู้ป่วยสูงอายุ

โดยหอผู้ป่วยมีวิธีการเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังนี้

1. แบบเป็นทางการ คือ ผ่านระบบ รับฟังเสียงผู้รับบริการของโรงพยาบาล ทาง ข้อร้องเรียน, สำรวจความพึงพอใจ (QR coed , กระดาษแบบประเมิน), Patient Journey, การถอดบทเรียนจากการบันทึกของญาติ , การติดตามหลังจำหน่ายที่ 48 ชั่วโมง และ 28 วัน
2. แบบไม่เป็นทางการ คือ การสอบถามระหว่างการรักษาตัวในหอผู้ป่วย (rapid assessment)

2) ให้สรุปว่า ความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าเหล่านั้น ที่สำคัญมีอะไรบ้าง

จากการใช้แบบสำรวจ และแบบประเมินความพึงพอใจ พบว่า

กลุ่มโรคสำคัญคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งมีความต้องการ ดังนี้

1. ไม่อยากใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน
2. ไม่มีติดเชื้อ
3. ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็น
4. ดูแลที่บ้านได้
5. มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ อุปกรณ์ ต่าง ๆ
6. สามารถให้คำปรึกษา เมื่อผู้ป่วยอยู่บ้านได้ตลอดเวลา เข้าถึงเข้าใจง่าย
7. อยากอยู่โรงพยาบาล ต่อไปเรื่อยๆ
8. ให้ผู้ป่วยหลับไปไม่เจ็บปวด

กลุ่มอายุสำคัญ คือ ผู้ป่วยสูงอายุ ความต้องการคือ

1. อยากกลับบ้าน
2. ไม่เป็นภาระลูกหลาน

จากข้อร้องเรียน พบว่า กระบวนการดูแลไม่เหมือนกัน

ประสบการณ์ของผู้รับบริการ พบว่า ตอนอยู่ที่โรงพยาบาลทำได้ มั่นใจ ตอนกลับบ้านเกิดความไม่มั่นใจและลืม

3) การแปรความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าเป็น คุณลักษณะด้านคุณภาพ ของ ผลงานที่ส่งมอบให้แก่ลูกค้า และ กำหนดเป็น ดัชนีวัดคุณภาพ

ความต้องการของผู้รับบริการ	คุณลักษณะด้านคุณภาพ	ดัชนีวัดคุณภาพ	มิติคุณภาพ/หลักการบริหารงานในเป้าหมาย
ไม่อยากใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน	1.กระบวนการดูแลผู้ป่วย I NEEEDS to Team Caring 2.การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพด้วยกระบวนการดูแล 5 ขั้นตอน	อัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจสามารถเทียบเคียงในระดับนานาชาติได้	ประสิทธิผล (Effectiveness) ถูกต้อง เหมาะสมจากกระบวนการดูแล (Appropriateness)
ไม่มีติดเชื้อ	1.กระบวนการดูแลผู้ป่วย I NEEEDS to Team Caring	อัตราการเกิดภาวะ septic shock (กำหนดให้น้อยว่า 10 %)	ปลอดภัย (Safety)
อยากกลับบ้าน	1.กระบวนการดูแลผู้ป่วย I NEEEDS to Team Caring เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมกลับบ้าน (Ready to go home Version5)	ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเป็นไปตามที่กำหนด (กำหนด 30 วัน รวมการเรียนการสอน)	ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า (Efficiency)
1.ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็น 2.ดูแลที่บ้านได้	1.การทำ VDU family meeting (VDU fammeet) เพื่อหาเป้าหมายและปรับกระบวนการให้เข้ากับแต่ละครอบครัว 2.การนิเทศผู้ดูแลอย่างมีมาตรฐานและเหมาะสมบริบท (Ready to Care) 3.กระบวนการดูแลต่อเนื่อง VDU empowerment continuing care (VDU-empoconcare)	1.อัตราการทำ VDU fammeet =100% 2. อัตราการนิเทศภายใน 2 สัปดาห์ =100% 3.อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 48 ชั่วโมง และ 28 วัน (กำหนดให้น้อยว่า 10 %)	ถูกต้อง เหมาะสมจากกระบวนการดูแล (Appropriateness) ประสิทธิภาพ (Efficiency)
1. มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลืออุปกรณ์ ต่าง ๆ 2.คำปรึกษา เมื่อผู้ป่วยอยู่บ้านได้ตลอดเวลาเข้าถึงเข้าใจง่าย	1.กระบวนการเสริมพลังและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องของหอผู้ป่วย (VDU EmpowConCare) 2. การส่งต่อในระบบ Thai COC และภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว	1.ผู้รับบริการมีความพึงพอใจภาพรวม มากกว่า 90% 2.อัตราการส่งต่อการดูแล 100%	การดูแลต่อเนื่อง (Continuity) ความพึงพอใจ (people center)

4.กระบวนการและวิธีการปฏิบัติในอดีต

1) ขั้นตอนที่สำคัญและวิธีปฏิบัติในขั้นตอนที่สำคัญเหล่านั้น ที่ก่อให้เกิดปัญหาหรือผลการทำงานที่ไม่พึงประสงค์หรือที่ยังไม่สามารถ ตอบสนองความคาดหวังของลูกค้าในข้อ 3. ได้

ในอดีต การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ทางอายุรกรรมที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่ม Priority 1 (เป็นผู้ป่วยกลุ่ม Acute respiratory failure ที่มีภาวะ hemodynamic unstability ร่วมด้วย) และ ผู้ป่วย Priority 2 (เป็นผู้ป่วยกลุ่ม Acute respiratory failure ต้องใช้ mechanical ventilation หรือ ผู้ป่วยมีภาวะ hemodynamic unstability จำเป็น ต้อง hemodynamic monitoring) มีอยู่เป็นจำนวนมากที่ต้องการได้รับการจัดการดูแลอย่างรวดเร็ว เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม แต่ไม่สามารถย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักได้อย่างรวดเร็ว อันเนื่องมาจาก ภายในหอผู้ป่วย มียังมีผู้ป่วยบางรายที่เมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤต การทำงานของระบบอวัยวะอื่นๆได้กลับมาสู่ภาวะปกติ แต่ยังคงเหลือภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรังจึงมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะยาวหรือ อาจจะต้องใช้ตลอดชีวิต เรียกว่า ผู้ป่วยพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ หรือ ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ยาก (Ventilator dependent หรือ Prolong weaning) หากไม่สามารถย้ายออกไปยังหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ทางอายุรกรรมในหอผู้ป่วยสามัญไม่สามารถเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และหากต้องย้ายกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ ไปยังหอผู้ป่วยสามัญเพื่อรับผู้ป่วยอาการหนักเข้า ICU ก็จะส่งผลให้หอผู้ป่วยสามัญต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ไม่สามารถให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วยพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจซึ่งต้องการการดูแลแบบจำเพาะได้ จึงไม่สามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการได้ด้วยผลลัพธ์ที่ดีตามความต้องการของผู้รับบริการ

2) ลักษณะของปัญหาที่เคยเกิดขึ้นในอดีต พร้อมข้อมูลประกอบการวัดและวิเคราะห์

ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ เมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักแล้ว มีอาการและอาการแสดงที่แย่ลง ต้องกลับเข้ามารักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักภายใน 24 ชั่วโมง โดยในปี 2554 หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมพบว่ามีผู้ป่วย 2 ราย และเสียชีวิตในที่สุด ส่วนเดือนมกราคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 พบว่ามีผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมง 6 รายและเสียชีวิตในเวลาต่อมา 1 ราย ย้ายกลับเข้ามารักษาภายใน 30 ชั่วโมง จำนวน 3 ราย เสียชีวิต 1 ราย ส่วนหอผู้ป่วยหนักกึ่งวิกฤต 1 และ 2 นั้นพบว่ามีผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาภายใน 72 ชั่วโมงจำนวน 6 ราย นอกจากนั้นยังพบว่ามีผู้ป่วยอาการหนักอีกร้อยละ 19.84 ที่ไม่สามารถกลับเข้ามารักษาต่อในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมได้อีกครั้งด้วยเหตุผลหลัก คือ อาการหนักมากขึ้นจนกระทั้งครอบครัวผู้ป่วยตัดสินใจไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ (non resuscitate ;NR) และเสียชีวิตที่หอผู้ป่วยสามัญ หรือ ไม่สมัครอยู่รับการรักษา (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ,2554-2555) เมื่อความต้องการเตียงของหอผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมีสูง บางครั้งจำเป็นต้องย้ายผู้ป่วยหลังถอดท่อช่วยหายใจไม่ถึง 24 ชม.หรือผู้ป่วยที่มี MEWS score มากกว่า 3 ออกจากหอผู้ป่วยเพื่อรับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ทางอายุรกรรมที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตมาดูแลในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้เกิดความขัดแย้งและไม่พึงพอใจ ตลอดจนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวต่อการเปลี่ยนผ่านไปยังหอผู้ป่วยสามัญ อีกทั้งการย้ายผู้ป่วยที่มีMEWS score มากกว่า 3 ผู้ป่วยมีโอกาส reintubation และต้องกลับเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชม. เป็นจำนวนถึง 58.7 (ตุลา วงค์ปาลีและคณะ, 2557)

จากปัญหาดังกล่าวจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ทางคลินิก เกี่ยวกับ ผลของการจัดตั้งหน่วยดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจระยะยาวหรืออาจจะต้องใช้ตลอดชีวิต เป็นงานวิจัยที่ VDU ได้ศึกษาตั้งแต่ปี 2560 โดยเริ่มโครงการตั้งแต่ก่อนดำเนินการเปิดหอผู้ป่วย คือ ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยติดเครื่องช่วยหายใจแบบสหสาขา ในผู้ป่วยที่ติดเครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ตารางแสดงผลของกระบวนการดูแลแบบเดิมเทียบกับการดูแลแบบ VDU

Weaning Outcome	รูปแบบการดูแล Number (%)		P-value
	กระบวนการดูแลแบบเดิม (N=25)	กระบวนการดูแลแบบ VDU (N=25)	
Weaning Success (หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ)	10 (40%)	18 (72%)	0.045
Weaning Failure (หย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ)	15 (60%)	7 (28%)	

ผลการวิจัยพบว่า VDU มีประสิทธิผลทำให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จมากกว่าการดูแลแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p-value 0.045

5. กระบวนการและวิธีปฏิบัติที่ได้ปรับปรุงใหม่

1) ขั้นตอนที่สำคัญและวิธีปฏิบัติในขั้นตอนที่สำคัญเหล่านั้น ที่ได้ออกแบบพัฒนา นำไปปฏิบัติ แล้วนำไปสู่การป้องกันปัญหาไม่ให้เกิดซ้ำ ยกระดับคุณค่าของผลการทำงานที่ส่งมอบให้แก่ลูกค้า หรือ สามารถสนองตอบความคาดหวังของลูกค้า ในข้อ 3 ได้ดีขึ้น

การดูแลผู้ป่วยใน VDU ประกอบไปด้วย 5 ระยะเพื่อแสดงให้เห็นถึงกระบวนการดูแลที่แตกต่างกันชัดเจนและสามารถวัดผลลัพธ์ได้ ดังนี้

ระยะที่ 1 คือ การเตรียมความพร้อม (Patient and Family preparation program)

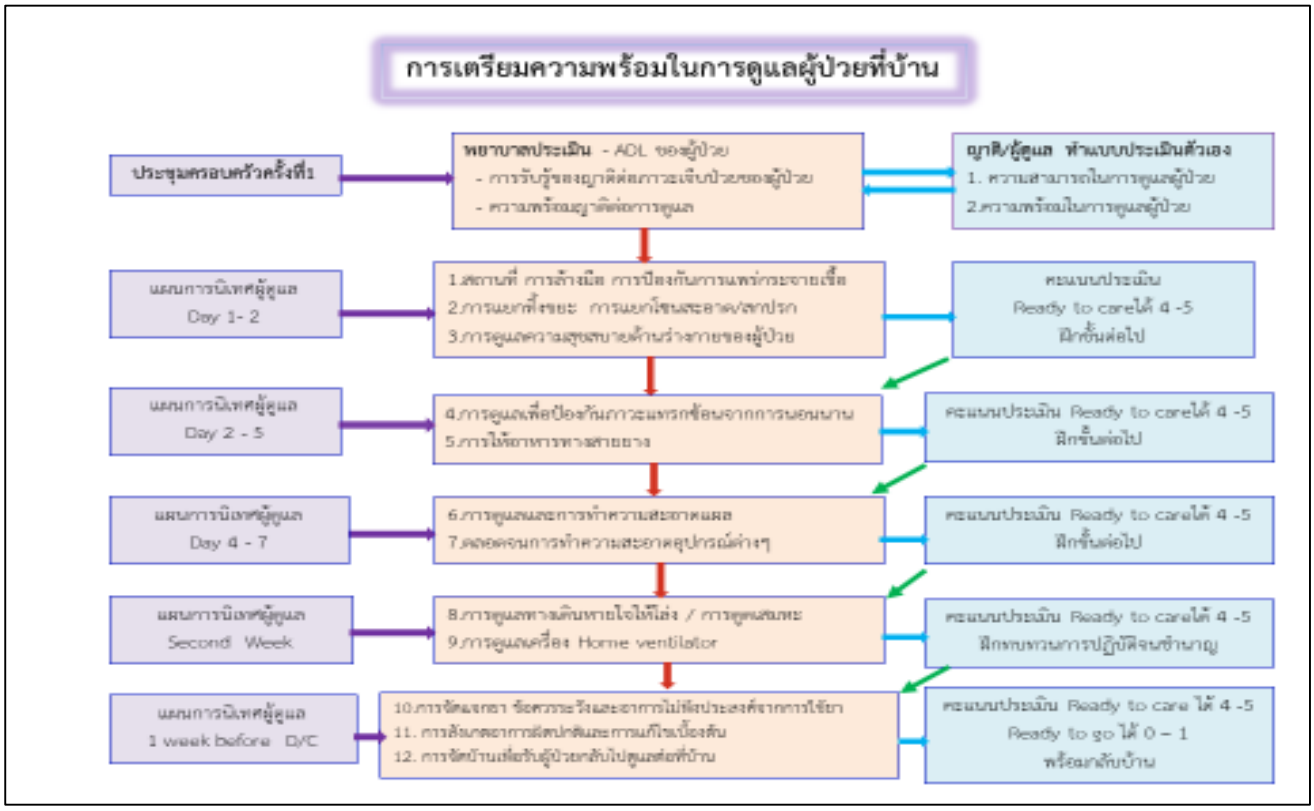
ระยะที่ 2 คือ การดูแลผู้ป่วยเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Patient care & weaning process)

ระยะที่ 3 คือ การนิเทศครอบครัวและผู้ดูแล (Family and Caregiver preparation program)

ระยะที่ 4 คือ การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน (Pre – discharge)

ระยะที่ 5 คือ การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care)

โดยทุกระยะจะมีการทำประชุมกลุ่มครอบครัว (VDU family meeting; VDU fammeet) เพื่อค้นหาความต้องการและวางแผนการดูแลร่วมกันโดยทุกกระบวนการในแต่ละระยะมีการพัฒนาปรับปรุงอยู่เสมอด้วย**หลักการของ 3P (Purpose ;เป้าหมาย-Process; กระบวนการ-Performance; ผลลัพธ์)** เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้



ระยะที่ 1 คือ การเตรียมความพร้อม (Patient and Family preparation program) เป็นการประเมิน 2 ส่วนคือ 1) ผู้ป่วย โดยประเมินตามพยาธิสภาพของโรค ตั้งเป้าหมายร่วมกับครอบครัวความเป็นไปได้ของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หรือต้องใช้เครื่องช่วยหายใจต่อที่บ้าน 2) ครอบครัวและผู้ดูแล โดยวางแผนร่วมกันว่าเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจะมีแผนการอย่างไร ครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ และความเป็นไปได้ของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

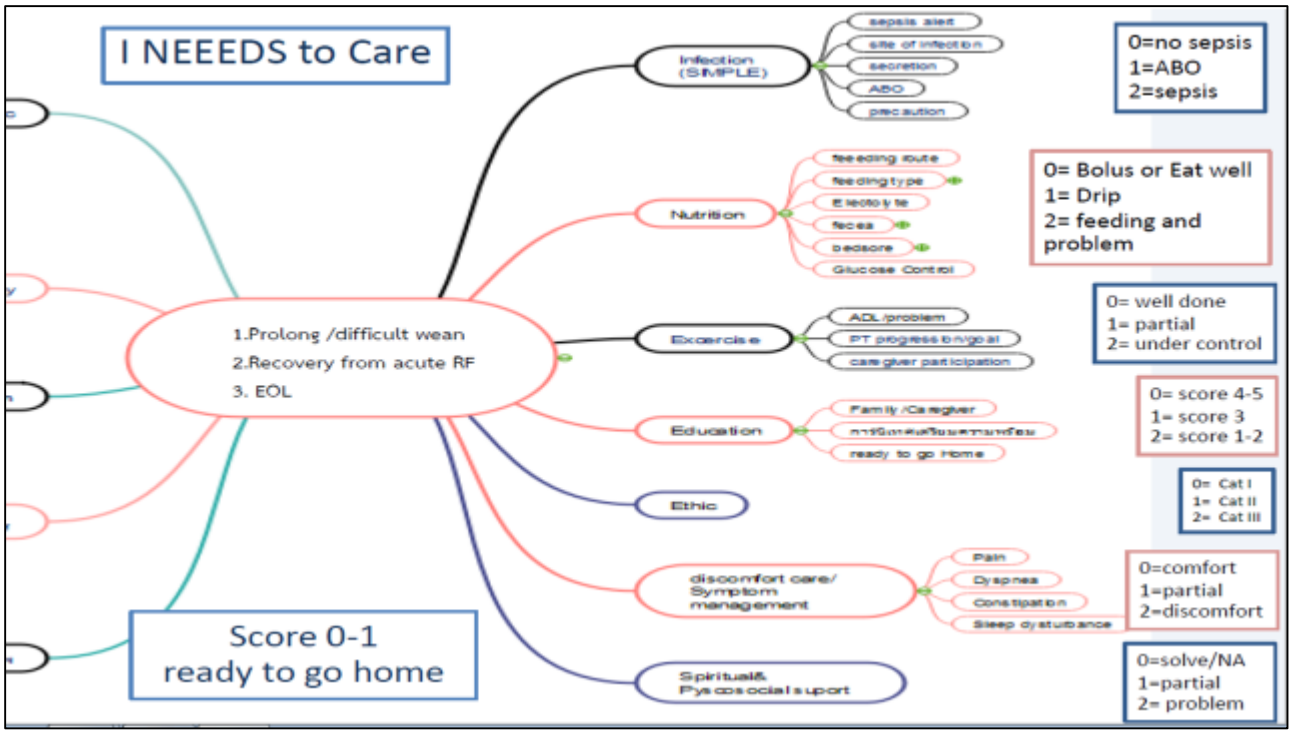
purpose	Process	Performance
1.เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกับครอบครัว	1. ใช้กระบวนการ VDU family meeting พูดคุยเรื่อง prognosis และ กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และการประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวโดยใช้หลักของ HELP (holistic:ชีวิตอย่างเป็นองค์รวม ,Empowerment: สิ่งที่มีผลกับการดำเนินชีวิต กำลังใจ, lifestyle: วิถีชีวิตประจำวัน, prevention:การป้องกันดูแลตนเองด้านสุขภาพ)	1. VDU family meeting ทุกครอบครัว 100%
2.เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีความพึงพอใจ		2.ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการทำVDU family meeting 95-100%

ระยะที่ 2 คือ การดูแลผู้ป่วยเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Patient care & weaning process)

เป็นระยะที่ดูแลผู้ป่วย การฝึกหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ให้สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจ ตามแนวทางมาตรฐานทางการแพทย์โดยการใช้ (Weaning program) การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจใช้นวัตกรรมเชิงกระบวนการคือ I NEEED to Team caring การประเมินฟื้นฟูกล้ามเนื้อโดยนักกายภาพ และการส่งเสริมด้านโภชนาการโดยนักโภชนากร

purpose	Process	Performance
1.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ	1.เตรียมความพร้อม ต่อการฝึกหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้ Multidisciplinary team Chest med : Weaning program, VDU team : I NEED to Team caring V3 ,Physical therapist : Early mobilization 2. ใช้นวัตกรรม I NEEEDS to Team Caring ในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ	1. อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ อยู่ระหว่าง 40-60%
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในข้อมูลของเครื่องช่วยหายใจต่อที่บ้าน	3.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องช่วยหายใจและให้ครอบครัวและผู้ป่วยตัดสินใจเลือกได้อย่างอิสระ 4. ผู้ป่วยสามารถใช้เครื่องช่วยหายใจต่อที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3. ครอบครัวและผู้ป่วยพึงพอใจ > 95%

นวัตกรรม I NEEEDS to Team Caring เพื่อให้ทีมสามารถมองภาพรวมของผู้ป่วยและความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและความพร้อมในการกลับบ้านของผู้ป่วย พัฒนาต่อยอดมาจากงานวิจัยและการดูแลผู้ป่วย



โดยคะแนนของผู้ป่วยที่พร้อมกลับบ้านคือ 0-1 (ready to go home score=0-1)

INEEEDS	Criteria	คะแนน
I-infection คือ ภาวะการติดเชื้อของผู้ป่วย	เฝ้าระวังการติดเชื้อ , NEWS ≤ 5 โดยค่าไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมเป็นเวลามากกว่า 48 ชั่วโมง มีความพร้อมในการกลับบ้าน	0
	มีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อ แต่ผล C/S ไม่พบเชื้อ หรือ ยังไม่ได้ส่ง C/S, NEWS ≥ 5 หรือ ให้ยาปฏิชีวนะแล้ว	1
	พบการติดเชื้อในร่างกาย โดยผล C/S พบเชื้อ ยังไม่ได้ให้ยาปฏิชีวนะ	2
N-nutritious คือ โภชนาการและแผล PI	Gavage Feeding รับ feed ได้ดี, ไม่พบความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย, ขับถ่ายปกติ, ผลน้ำตาลในเลือดดี หรือหากเป็นเบาหวานได้ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว, ไม่พบแผล PI มีความพร้อมจะกลับบ้าน	0
	Drip อาหาร รับ feed ได้ และพบปัญหาแต่อยู่ในกระบวนการแก้ไขแล้วทุกปัญหา	1
	Drip อาหาร รับ feed ไม่ได้ และพบปัญหาที่ยังไม่ได้อยู่ในกระบวนการแก้ไข	2
E-education คือ การให้ความรู้เรื่องการดูแลของ caregiver	Caregiver ได้รับการประเมินครบทุกเรื่องและได้คะแนน 4-5 มีความพร้อมในการกลับบ้าน	0
	Caregiver อยู่ระหว่างการฝึก หรือ คะแนนต่ำกว่า 4	1
	Caregiver ยังไม่ได้รับการฝึก	2
E-exercise คือ การกายภาพบำบัด	ผู้ป่วยและ caregiver ได้รับการฝึกกายภาพและการออกกำลังกายตามโปรแกรมของ นักกายภาพบำบัดเรียบร้อย มีความพร้อมกลับบ้าน	0
	ผู้ป่วยและ caregiver อยู่ระหว่างการฝึกกับ นักกายภาพบำบัด	1
	ผู้ป่วยและ caregiver ยังไม่ได้เข้ารับการฝึกกับนักกายภาพบำบัด	2
E-ethic คือ ความเสี่ยงด้านจริยธรรม	Category 1 หรือ ไม่พบความขัดแย้ง ทางจริยธรรม	0
	Category 2 หรือ 3 อยู่ในช่วงการทำ family meeting เพื่อแก้ไขความคับข้องใจ หรือ พบประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรม อยู่ระหว่างกระบวนการแก้ไข	1
	Category 2 หรือ 3 ยังไม่ได้รับการทำ family meeting หรือ พบประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรม และยังไม่เข้าสู่กระบวนการแก้ไข	2

INEEDS	Criteria	คะแนน
D-discomfort คือ ความสุขสบาย	ไม่พบความไม่สุขสบายทางการ หรือ ได้รับการแก้ไขแล้ว มีความพร้อมในการกลับบ้าน	0
	พบความไม่สุขสบาย เช่น อาการปวด , นอนไม่หลับ แต่อยู่ในกระบวนการรักษาหรือแก้ไขแล้ว	1
	พบความไม่สุขสบาย และยังไม่เข้าสู่กระบวนการแก้ไข	2

ระยะที่ 3 คือ การนิเทศครอบครัวและผู้ดูแล (Family and Caregiver preparation program) เป็นระยะที่เตรียมความพร้อมให้กับครอบครัว โดยผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเข้ารับการนิเทศหรือเรียนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นโปรแกรมการเรียนการสอนของหอผู้ป่วยที่พัฒนาให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยที่เป็นภาระพึ่งพาและใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน การเรียนการสอนกำหนดไว้ 2 สัปดาห์และผู้เรียนต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน จึงจะสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้

purpose	Process	Performance
1.เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	1. ใช้กระบวนการ VDU family meeting และ VDU empowcontinuing care V5 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว โดยใช้หลักของ HELP (holistic ,Empowerment, lifestyle, prevention	1.VDU family meeting ทุกครอบครัว 100% 2. ครอบครัวได้คะแนน 4-5 ภายใน 2 อาทิตย์ 100 %
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการนิเทศที่ได้รับ	2. ประเมินผลการนิเทศเป็นระยะ โดยใช้ rapid assessment	2. พบข้อร้องเรียนเรื่องการนิเทศ 10% 3. ความพึงพอใจต่อการนิเทศ 80-95%

ระยะที่ 4 คือ การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน (Pre – discharge) เป็นระยะที่ ตรวจสอบความพร้อมครอบครัวในการเตรียมด้านอุปกรณ์ สถานที่ เพื่อให้พร้อมรับผู้ป่วย ทั้งนี้ VDU จะสามารถประเมินความพร้อมของครอบครัวได้ตั้งแต่ระยะที่ 1 ดังนั้นจะมีการวางแผนร่วมกันในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถจัดหา อุปกรณ์บางอย่างได้ด้วยตนเอง หรือ บางครอบครัวไม่สามารถซื้อได้เนื่องจากราคาสูง เช่น การยืมเครื่องช่วยหายใจโดยผ่านความเห็นชอบของทีมซึ่งได้รับบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธา หรือ ไม่ได้ใช้แล้วมาบริจาคไว้ที่ VDU นอกจากนั้น VDU จะช่วยติดต่อประสานงานกับ แหล่งความช่วยเหลือระดับต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลประจำอำเภอ รพสต. อบต. ต่าง ๆ ไว้ล่วงหน้า เพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ที่บ้านในระยะยาว

นอกจากนั้นจะมีการประเมินผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน ด้วยการให้ฝึกอยู่แบบที่บ้านจริงในช่วง 1-2 วันก่อนกลับบ้าน โดยมีพยาบาลคอยสังเกตและให้การช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและแก้ไขปัญหาช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ที่เคยทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 48 ชั่วโมง เนื่องจากผู้ดูแลไม่สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้และไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่มีพยาบาลค่อยกำกับ

purpose	Process	Performance
1.เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกับครอบครัวในการเตรียมตัวก่อนจำหน่าย	1. ใช้กระบวนการ VDU family meeting และ VDU empowcontinuing care ความพร้อมก่อนจำหน่ายโดยใช้หลักของ HELP (holistic ,Empowerment, lifestyle, prevention)	1. สามารถเตรียมอุปกรณ์ได้ 90%
2. เพื่อลดความวิตกกังวลครอบครัว	2. ใช้กระบวนการ “อยู่เสมือนบ้าน” ในการเตรียมครอบครัวช่วงเปลี่ยนผ่าน	3. ครอบครัวผ่านเกณฑ์การประเมินช่วง “อยู่เสมือนบ้าน”คะแนน 4-5 = 100 % 4.วัดผลความวิตกกังวลน้อยกว่าครั้งแรก = 100% 5. ไม่พบ Incident ระหว่างอยู่เสมือนบ้าน”

ระยะที่ 5 คือ การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) เป็นระยะที่เฝ้าติดตาม ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจะสามารถติดต่อสอบถามได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง เพื่อช่วงเหลือเบื้องต้น

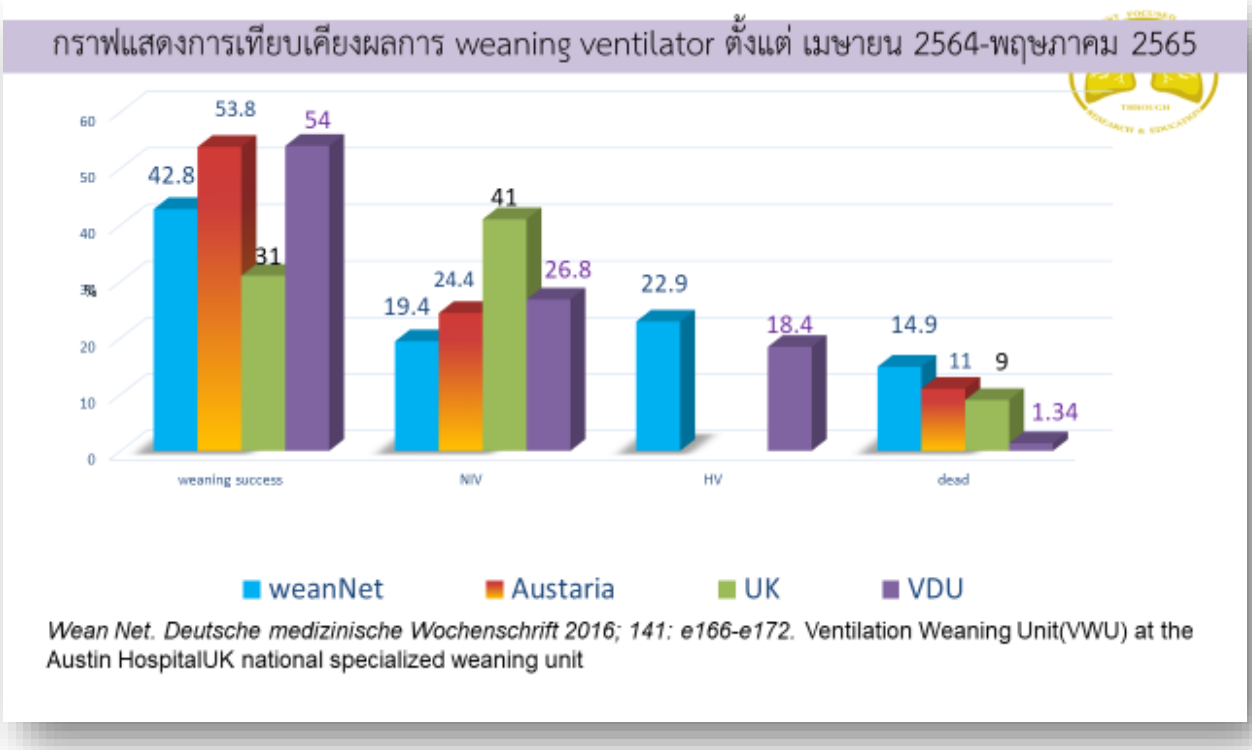
purpose	Process	Performance
1.ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	1. ประเมินระยะทางและข้อมูลเพื่อส่งต่อให้ Thai COC/รพสต/อบต/ family medicine 2. ใช้กระบวนการ VDU empowcontinuing care V5 ในการติดตามผ่าน Tele nursing ในระยะ ถึงบ้าน , 48 ชั่วโมง และ 28 วัน	1.ทุกครอบได้รับการส่งต่อข้อมูลในช่องทางที่เหมาะสมทุกราย= 100% 2. อัตราการ readmission จาก preventable risk = 3 cases
2. เพื่อลดความวิตกกังวลครอบครัว	3. ให้ครอบครัวรับทราบกระบวนการติดตาม และสามารถปรึกษามายังหอผู้ป่วยได้ตลอดเวลาโดยผ่านระบบ Tele nursing	3.ความพึงพอใจในกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง > 90%
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ยั่งยืน ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพจากครอบครัว		

6. การวัดและวิเคราะห์คุณภาพของผลการทำงาน และประโยชน์ที่ได้รับ

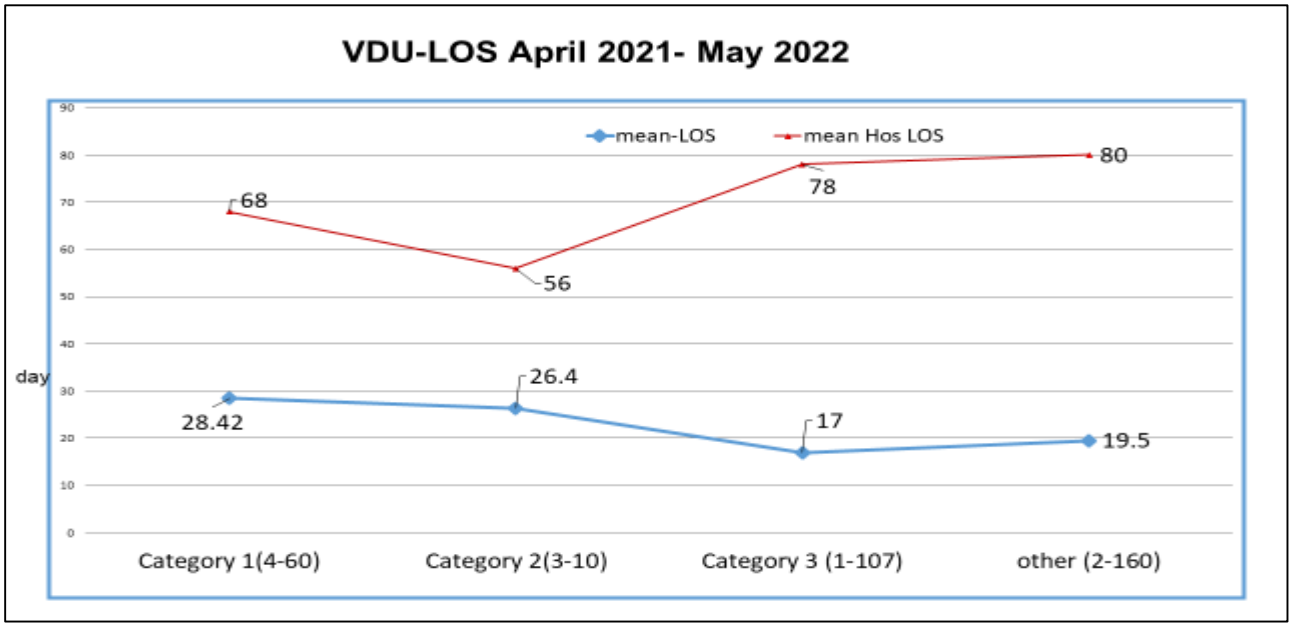
โดยนำแนวคิดคุณภาพขั้นพื้นฐาน 3P ในการอธิบายกระบวนการพัฒนาร่วมกับแนวคิดการสร้างนวัตกรรมเชิงระบบ และมุ่งให้เกิดผลลัพธ์ตามมิติคุณภาพ ในการขับเคลื่อนการพัฒนางานให้ได้เป้าหมายตามกลยุทธ์สูงสุดของโรงพยาบาลคือให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศอย่างยั่งยืน

การวัดผลลัพธ์ตามมิติคุณภาพ

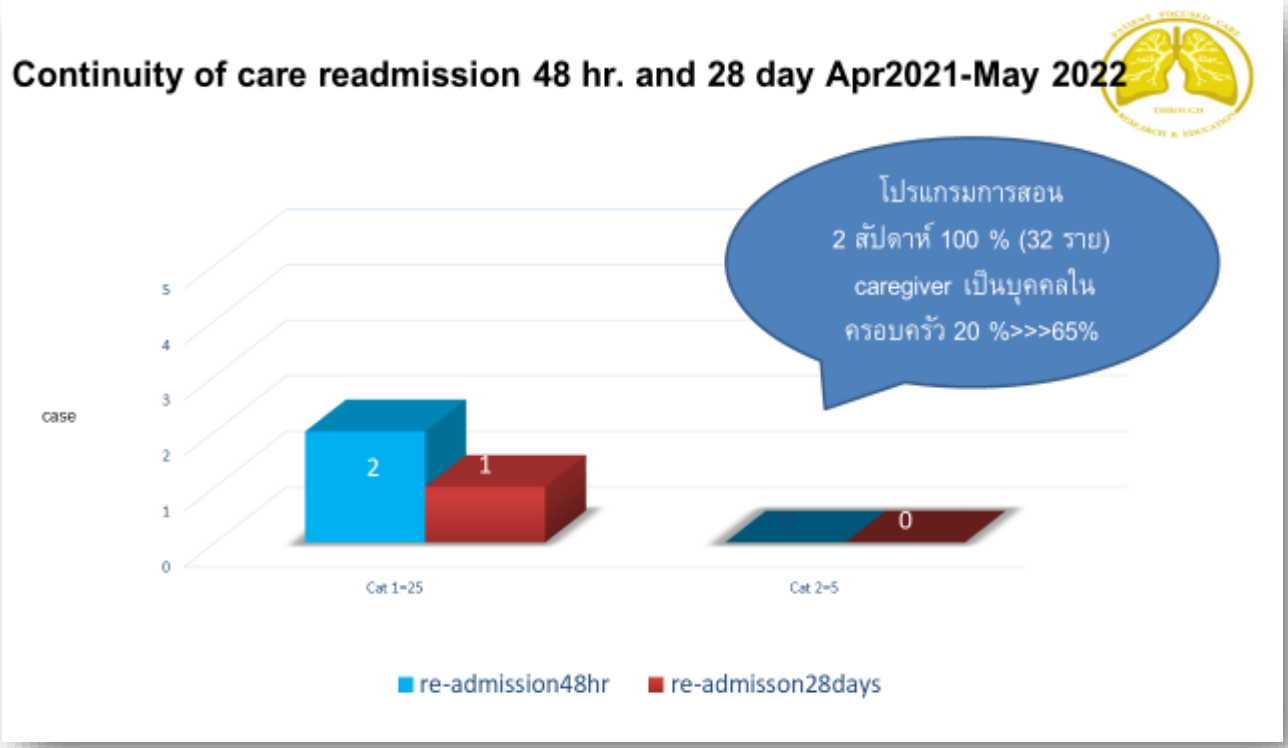
1) อัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจสามารถเทียบเคียงในระดับนานาชาติได้



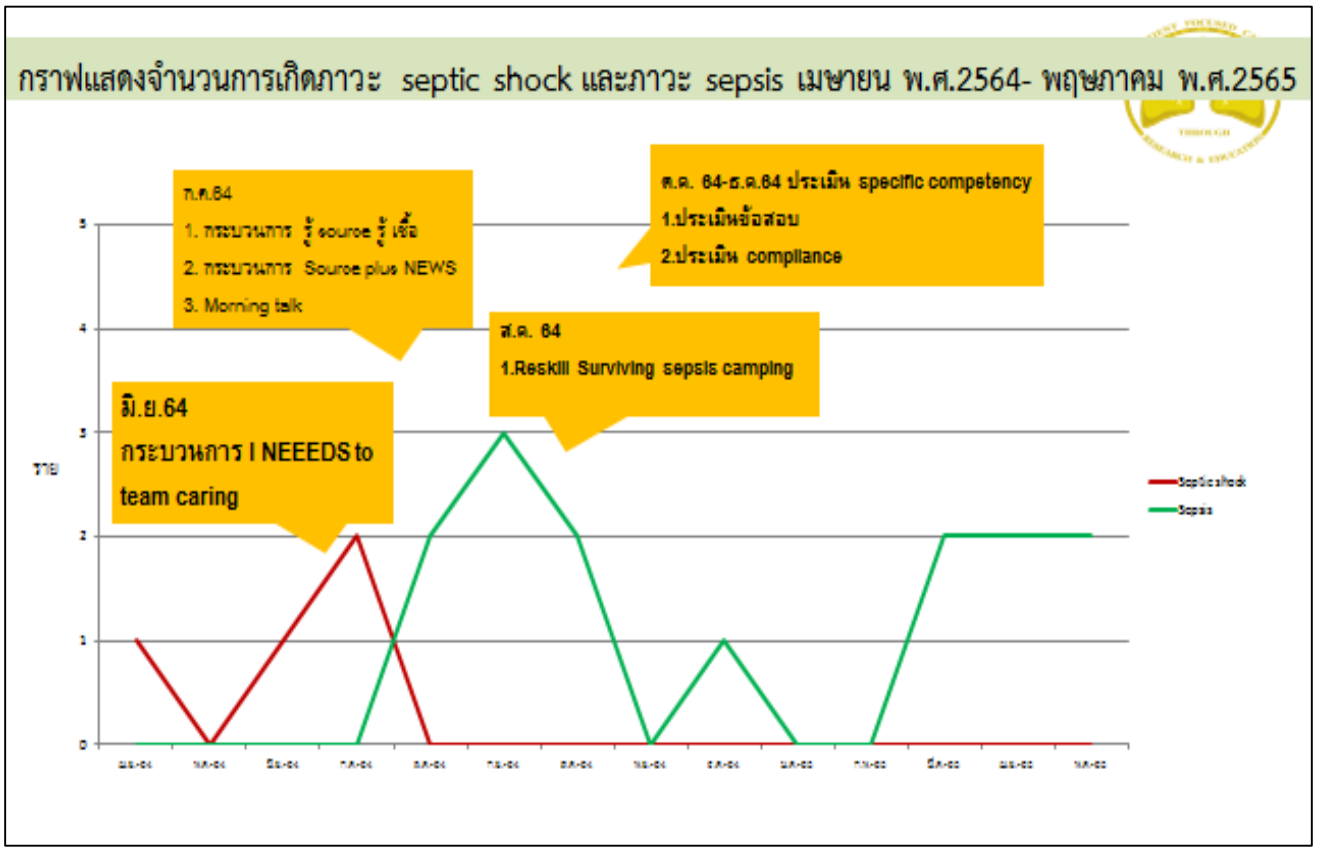
2) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเป็นไปตามที่กำหนดคือ 28.42 วัน (กำหนด 30 วัน รวมการเรียนการสอน)



3) อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 48 ชั่วโมงคือ6.25 % และ28 วัน คือ 3.12% (เป้าหมายน้อยว่า 10 %)



4) อัตราการเกิดช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) เป้าหมายน้อยกว่า 10 % (Safety) =6.25%



5) อัตราการส่งต่อในระบบ Thai COC หรือ โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือ รพสต หรือ หน่วยเวชศาสตร์ครอบครัว= 100%

การประสานข้อมูลการส่งต่อในระบบ Thai COC / ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน และ การติดตามให้คำปรึกษา Digital consult system ผลลัพธ์ พ.ศ.2564-2565

	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.	ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.65	ก.พ.65	มี.ค.65	เม.ย.65
%Thai COC	100	100	100	100	100	100	100
%รพสต.	NA	NA	20	100	60	30	100
(ราย)Fam-med	2	1	0	0	0	0	0

6) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมาก 98.8% เป็นหอผู้ป่วยในดวงใจจากผลการสำรวจระดับโรงพยาบาล

การมองภาพรวมผลลัพธ์ในการบริการโดยใช้หลักการบริหารงานโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล 4 ด้านตามแนวคิดของ SPEC

1.S: safety ให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลที่สำคัญคือภาวะติดเชื้อ (sepsis) และช็อคจากการติดเชื้อ (septic shock) ด้วยการดูแลที่เป็นมาตรฐานระดับสากลและคัดกรองความเสี่ยงที่จะเข้าสู่ภาวะ sepsis ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่เกิดภาวะ sepsis โดยตั้งแต่ สิงหาคม พ.ศ.2564 ไม่พบภาวะ septic shock ในหอผู้ป่วย (หากผู้ป่วยเกิดภาวะ septic shock จะถูกย้ายเข้าไปรักษาใน ICU ส่งผลให้ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจต่อใน VDU ได้)

2.P: Process ประกอบด้วย ทีมการรักษา พยาบาล นักกายภาพ โดยมีการเข้าถึงและการเข้ารับบริการ ไว้ชัดเจน คือ ผู้ป่วยที่พึ่งพาเครื่องช่วยหายใจที่อาการคงที่ มีการประเมินผู้ป่วยและการวางแผนการดูแลผ่านกระบวนการ VDU family meeting กับครอบครัว 3 ระยะ คือ ก่อนเข้ารับการรักษาเพื่อหาเป้าหมายและประเมินความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือและเสริมพลังได้อย่างถูกต้อง ระยะที่ 2 ขณะนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยเพื่อประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและมุ่งเน้นในเป้าหมายที่ตรงกับผลการรักษาของผู้ป่วย ระยะที่ 3 ช่วงระยะเวลาก่อนกลับบ้านเพื่อเสริมพลังและเตรียมความพร้อมของครอบครัวและผู้ป่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องที่บ้านภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรของแต่ละครอบครัว มีการดูแลลักษณะเฉพาะของหอผู้ป่วยคือ การดูแลผู้ป่วย (ready to go home) การดูแลผู้ป่วย (ready to go home) I-NEEEDS to Care (I-infection, N-nutritious, E-education, E-ethic, D-discomfort, Spiritual) การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลโดยการนิเทศตามโปรแกรมการสอนของหอผู้ป่วย (Ready to care) และการดูแลต่อเนื่องโดยเมื่อกลับบ้านครอบครัวสามารถปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง รวมทั้งจะมีการติดตามผู้ป่วย คือ เมื่อกลับถึงบ้าน 48 ชั่วโมง และ 28 วัน จากกระบวนการดังกล่าวทำให้ อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 48 ชั่วโมงคือ 6.25 % และ 28 วัน คือ 3.12% (กำหนดให้น้อยว่า 10 %) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมาก 98.8% เป็นหอผู้ป่วยในดวงใจจากผลการสำรวจระดับโรงพยาบาล และ อัตราการส่งต่อในระบบ Thai COC 100%

3.E:Efficiency มีการกำหนดการดูแลผู้ป่วย 30 วัน โดยการดูแลเป็นลักษณะเฉพาะของหอผู้ป่วยคือ 1) การดูแลผู้ป่วย (ready to go home) ประกอบด้วย I-NEEEDS to Care (I-infection, N-nutritious, E-education, E-ethic, D-discomfort, Spiritual) 2) การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลโดยการนิเทศตามโปรแกรมการสอนของหอผู้ป่วย (Ready to care) โดยผู้ป่วยที่พร้อมกลับบ้านต้องมีคะแนน ready to go home 0-1 และผู้ดูแลมีคะแนน Ready to care 4-5ซึ่งผลลัพธ์พบว่าค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเป็นไปตามที่กำหนดคือ 28.42 วัน (กำหนด 30 วัน รวมการเรียนการสอน 2 สัปดาห์)

4.C: clinical Quality การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ คือ อาจารย์แพทย์ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ ในบริบทหอผู้ป่วยเสมือนบ้าน (Innovation home ward) ส่งผลให้ อัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจสามารถเทียบเคียงในระดับนานาชาติได้ โดย % weaning success =54 (weannet=42.8%, Australia=53.8%, UK=31%)

ประโยชน์ที่ได้รับจากการปรับปรุงครั้งนี้ นอกจากการได้เป็น**ประโยชน์ตามพันธกิจขององค์กร**คือ บริการสุขภาพระดับตติยภูมิแบบบูรณาการด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ฝึกอบรมและสนับสนุนการเรียนการสอนทางการแพทย์และสนับสนุนการศึกษาวิจัยทางคลินิก เพื่อบรรลุ**วิสัยทัศน์เป็น**โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในดวงใจ ระดับมาตรฐานสากล **แล้ว ยังเป็นการสร้างประโยชน์แก่ผู้ป่วยหนัก**ที่ต้องการเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยที่มีเทคโนโลยีและเครื่องมือที่เหมาะสม**และเป็นการที่ส่งมอบคุณค่ากลับคืนให้กับผู้ป่วยที่เป็นภาระพึ่งพา ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะยาว** และครอบครัว โดยผู้ป่วยเป็นวัยทำงานสามารถฟื้นตัวที่บ้านในระยะยาวท่ามกลางกำลังใจจากครอบครัวและกลับไปทำงานได้อีกครั้ง ผู้สูงอายุสามารถกลับไปอยู่ที่บ้านโดยมีลูกหลานคอยดูแลอย่างปลอดภัย **ทั้งหมดนี้เป็นความตั้งใจของหอผู้ป่วยที่จะทำให้เกิดประโยชน์ ดังปณิธานของเราคือเป็นหอผู้ป่วยในดวงใจ ที่มีความสุข อยู่สบาย ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีสุขภาวะที่ยั่งยืน**

7.ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และความยั่งยืน

1. การใช้ค่านิยม CQIT :มุ่งเน้นผู้รับบริการ ทำงานมีคุณภาพ ซึมซาบนวัตกรรม คุณธรรมคู่ความดี และทีมสามัคคี มีผลงาน ขับเคลื่อนและผลักดันบุคลากรในการทำงานเพื่อให้เกิดการพัฒนางานอย่างยั่งยืน

2. นำแนวคิดคุณภาพขั้นพื้นฐาน 3P ในการอธิบายกระบวนการ แนวคิดการสร้างนวัตกรรมเชิงระบบเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการปรับปรุงทั้งกระบวนการที่สำคัญที่จะส่งผลให้การเกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย หรือ ได้ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศ เทียบเคียงนานาชาติได้

3. มุ่งให้เกิดผลลัพธ์ตามมิติคุณภาพ และหลักการบริหารงานโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล 4 ด้านตามแนวคิดของ SPEC ในการขับเคลื่อนการพัฒนางานให้ได้เป้าหมายตามกลยุทธ์ของโรงพยาบาลคือ STAIR (Sustainable Clinical Excellence ให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศอย่างยั่งยืน, Trust Enhancement (เสริมความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ ,Agile Hospital-Patient Focus โรงพยาบาลที่มีความคล่องตัวมุ่งเน้นผู้รับบริการ,Information Driven Hospital ยกระดับสู่โรงพยาบาลดิจิทัล,Resilient Organization องค์กรที่มีความยืดหยุ่น เข้มแข็ง)

8. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไข

สิ่งที่เป็นปัญหาสำคัญซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนือการควบคุมคือ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเป็น personalize จึงมี HELPแตกต่างกัน (holistic:ชีวิตอย่างเป็นองค์รวม ,Empowerment: สิ่งที่มีผลกับการดำเนินชีวิต กำลังใจ, lifestyle: วิถีชีวิตประจำวัน, prevention:การป้องกันดูแลตนเองด้านสุขภาพ) ดังนั้น การดูแล ช่วยเหลือ วางแผนให้สามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบบ home health care ได้ในระยะยาวย่อมแตกต่างกัน **การแก้ไขคือการปรับแนวปฏิบัติให้เข้ากับแต่ละครอบครัว โดยยึดหลักความปลอดภัยตามมาตรฐานที่ต้องเหมาะสมกับแต่ละบริบทของครอบครัวเพื่อความยั่งยืน ผ่านกระบวนการทำ VDU fammeet และการค้นหาความต้องการเชิงรุก**

9. ความท้าทายต่อไป

1. ความท้าทายที่เป็นอนาคตอันใกล้คือการเปลี่ยนเข้าสู่**ยุคที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centric)** เนื่องจากผู้ป่วยเป็นกลุ่มภาระพึ่งพา มีการใช้เครื่องช่วยหายใจระยะยาว เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน รวมทั้งเป็นกลุ่ม ผู้สูงอายุ จึงพบว่ามีตรวจตามนัด และ การรักษาต่อเนื่องมากมาย เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้วต้องกลับเข้ามารับบริการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลจึงลำบาก ดังนั้นการวางแผนให้บริการตรวจรักษา ให้คำปรึกษาแบบ tele medicine หรือการได้รับยาต่อเนื่องแบบไม่ต้องมาโรงพยาบาล หรือการรับยาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน หรือการส่งต่อการรักษาให้กับโรงพยาบาลใกล้บ้านอย่างเป็นระบบ เป็นสิ่งที่หอผู้ป่วยมองภาพไว้ และพยายามวางแผนงานเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นความท้าทายอย่างยิ่งของระบบสุขภาพ

2. ความท้าทายสำหรับการ**พัฒนาหอผู้ป่วยเป็นศูนย์การเรียนรู้ในระดับโรงพยาบาล** ในการดูแลผู้ป่วยพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยภาระพึ่งพา และผู้ป่วยสูงอายุ โดยมุ่งเป็นศูนย์การเรียนรู้ทั้งสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและประชาชนทั่วไป โดยมุ่งหวังว่าผู้ดูแล (caregiver) ที่ได้รับการสอนจากหอผู้ป่วยจะสามารถนำความรู้ ทักษะที่ได้รับไปดูแลครอบครัว และสามารถเป็นยึดเป็นอาชีพที่ถูกกฎหมายในอนาคต เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับการดูแลจาก caregiver เหล่านี้ได้รับการดูแลที่ถูกมาตรฐาน และปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

ฉวีวรรณ ธงชัย.(2554). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยใช้กระบวนการพยาบาล. เอกสารประกอบการฝึกปฏิบัติ เล่ม1 กระบวนวิชา 562491 การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.

ดุสิต สถาวร,อนันต์ วัฒนธรรมและเอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ.(2554). *Critical Care Medicine Make It Easy*. พิมพ์ครั้งที่ 1,กรุงเทพ: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และชวนพิศ ทำนอง. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: ขอนแก่น* หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

หน่วยสถิติ งานเวชระเบียน. รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี: คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554-2555.

เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. (2552). *Critical care in everyday practice*. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย: กรุงเทพฯ.

Clare,L. & Dave,W.(2009). *Poor observation skills are risking patients' lives,*Retrieved June 29,2012,from nursing time.net Web site: http:// nursingtimes.net/whats-new-in-nursing/acute-care/poor-observation-skills-are-risking-patients-lives/5007194.article

The Institute of Health Improvement.(2011). *Early Warning Systems: Scorecards That Save Live,*Retrieved June26,2012,from Web site: http://www.ihi.org/knowledge/Pages/ImprovementStories/EarlyWarningSystemsScorecardsThatSaveLives.aspx

The ACCP/AARC/SCCM Evidence-Based Guidelines for Weaning and Discontinuing Ventilatory Support (2001). From: Chest 2001; 120(6)375S-395S.

Clinical outcome of respiratory failure in patients equiring prolonged (greater than 24 hours) mechanical ventilation. D J Gillespie, H M Marsh, M B Divertie and J A Meadows, Chest 3rd 1986;90;364-369

Palliative care in hospital, hospice, at home: results from a systematic review. Finlay IG1, Higginson IJ, Goodwin DM, Cook AM, Edwards AG, Hood K, Douglas HR, Normand CE. 2002;13 Suppl 4:257-64.

A systematic review of specialised palliative care for terminal patients: which model is better? Palliative Medicine2009; 23:17–22