



การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจิตเวช : กรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา

อรรถพร ศิลปกิจ, พ.บ.*

องค์กรที่มีความยั่งยืนต้องมีการพัฒนาและบริหารการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้องค์กรสามารถอยู่รอดได้อย่างมั่นคงและสามารถดำเนินกิจกรรมหลักขององค์กรให้มีประสิทธิภาพบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด ซึ่งอาจจะเป็นบทบาทภาระกิจที่ถูกกำหนดโดยคณะกรรมการบริหารขององค์กร หรือหน่วยงานที่กำกับองค์กรนั้นๆ โรงพยาบาลจิตเวชเป็นองค์กรที่สังคมคาดหวังการบริการจิตเวชในระดับมาตรฐานและมีความปลอดภัยเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ มาตรฐานการบริการนั้นกำหนดโดยมาตรฐานวิชาชีพของผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์กำหนดโดยแพทย์สภาที่กำหนดจริยธรรมแพทย์ ราชวิทยาลัยจิตแพทย์กำหนดแนวเวชปฏิบัติโรคที่สำคัญๆ ทั้งนี้ขึ้นกับศักยภาพและทรัพยากรขององค์กร โดยที่ต้องไม่ต่ำกว่ามาตรฐานขั้นต่ำและคำนึงถึงความปลอดภัยของการบริการผู้ป่วยเป็นหลัก การพัฒนาและบริหารการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต คือ การพัฒนางานคุณภาพเพื่อให้โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) นับว่าแต่เนิ่นไปจะเป็นภาระกิจของกรมสุขภาพจิตที่จะต้องกำกับและพัฒนาให้โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดได้รับการรับรองคุณภาพทั่วถึง การพัฒนางานคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวชมีหลายทัศนะ บ้างก็มองว่าทำได้ง่ายเนื่องจากมีงานเฉพาะงานจิตเวช ไม่หลากหลายเช่นโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีการบริการ

เฉพาะทางหลายด้าน เช่น สูติรีเวช กุมารเวช อายุรกรรม เป็นต้น กระบวนการพัฒนางานคุณภาพจึงสามารถพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน ไม่ซับซ้อนและยุ่งยาก แต่เป็นที่น่าสนใจว่านับตั้งแต่มีกระแสพัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาล มีการประชุม สัมมนาพัฒนาคน ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งจัดโดยพรพ. ไม่ต่ำกว่า 7 ปี โรงพยาบาลจิตเวชได้รับการรับรองคุณภาพเพียง 3 แห่งเท่านั้น กล่าวคือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ส่วนที่อยู่ในระหว่างการรอการตรวจเยี่ยม หรือพร้อมสำหรับการตรวจรับรองอีก 4 แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลจิตเวชทั้งหมด 18 แห่งนั้นก็น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง นโยบายของกรมสุขภาพจิต ภาวะผู้นำของผู้บริหารโรงพยาบาล หรือศักยภาพของบุคลากรในองค์กร หรือมีปัจจัยอะไรที่ไม่สามารถผลักดันกระบวนการคุณภาพให้เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล บทความนี้จะกล่าวถึงการพัฒนางานคุณภาพเฉพาะในมุมมองของโรงพยาบาลศรีธัญญา (ซึ่งกำลังจะได้รับการรับรองในเดือนมีนาคม 2548 นี้) ความน่าสนใจอยู่ที่ประเด็นโรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่ใหญ่ที่สุด (1430 เตียง) มีจำนวนผู้ป่วยในมากที่สุดของประเทศ (1700 คน) มีผู้ป่วยถูกทอดทิ้งมากที่สุด ผู้เขียนจะเน้นเฉพาะประเด็นการพัฒนาบริการทางคลินิก ส่วนการพัฒนาสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย การบำบัดน้ำเสีย การจัดการกับสิ่งปฏิกูลขยะ จะไม่กล่าวถึง

*โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจะอาศัยเพียงความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูง หรือทีมนำของโรงพยาบาล มีหน่วยงานคุณภาพทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานคุณภาพกลาง กำหนดเป้าหมายสื่อสารผ่านสื่อพิมพ์หรือเสียงตามสาย โดยขาดการกำกับติดตามบริหารข้อมูล วางแผนปรับกลยุทธ์อย่างเหมาะสม ตลอดจนเลือกวางบุคคลให้ถูกต้องเหมาะสมกับงานนั้น คงไม่มีโอกาสที่จะสร้างคุณภาพให้เกิดขึ้นในองค์กรเป็นแน่ ในระยะแรกการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเมื่อมีการตรวจเยี่ยมจากพรพ. ซึ่งมีทั้งอย่างไม่เป็นทางการและเป็นทางการ เมื่อแนะนำอะไรก็จะทำตามทันที โดยขาดความเข้าใจเนื้อหาสาระที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจสื่อสาร ผู้เยี่ยมชมสำรวจบางท่านก็ขาดความเข้าใจเนื้อหาบริการผู้ป่วยจิตเวช มีการแนะนำประสบการณ์ของตนเทียบเคียงการบริหารจัดการแบบโรงพยาบาลทั่วไป ดังนั้นในระยะ 2 ปีแรกเป็นระยะเวลาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาต้องประสบกับภาวะลงมือทดลองถูก หรือล้มลุกคลุกคลานกับคำว่า HA ซึ่งเป็นที่ถกเถียงกันว่าเฮ็ดเอง (ทำเอง) หรือ headache (ปวดหัว) มีการปรับเปลี่ยนทีมทำหรือทีมดูแลผู้ป่วยหลากหลายรูปแบบ ซึ่งมีอยู่รูปแบบหนึ่งที่เป็นที่กล่าวขานด้วยความรู้สึกสะท้อนอารมณ์ผู้เป็นหัวหน้าทีม คือทีมจิตเวชไปทั่วหมายความว่าดูแลทั่วไปหมดในผู้ป่วยทุกกลุ่ม ซึ่งเป็นภาระที่หนักเกินกำลังแม้จะมีความมุ่งมั่นเต็มเปี่ยม การปรับเปลี่ยนทุกครั้งเกิดภายหลังจากเมื่อเรียนรู้ว่าเกิดความผิดพลาดหรือมีปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้นต้องหาทางแก้ไขและพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม ในที่สุดหลังการตรวจเยี่ยมให้คำแนะนำโดยคุณมาเรียน ซึ่งให้เวลาในการตรวจเยี่ยมและเรียนรู้การทำงานบริการของโรงพยาบาลเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ทีมนำการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลจึงแบ่งเป็นทีมนำคลินิกทีมเดียว โดยที่มีทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มเป็นทีมย่อยถึง 11 ทีมซึ่งมีแพทย์ที่เป็นแพทย์ประจำหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องเป็นประธานและกรรมการตามความเหมาะสม โดยที่ทีม

นำทางคลินิกเป็นผู้กำหนดมาตรฐานการบริการผู้ป่วยให้มีมาตรฐานและปลอดภัย ทั้งนี้ไม่มีทีมผู้ป่วยนอกทีมผู้ป่วยใน ดังเช่นโรงพยาบาลอื่นๆ กำหนด แต่ละทีมดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยนอกจนถึงชุมชน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการกำหนดโครงสร้างการทำงานคุณภาพ หรือทีมดูแลผู้ป่วยไม่มีสูตรสำเร็จตายตัวเป็นสังขรณ์ซึ่งผู้นำบางท่านที่อยากได้การรับรองมาก จนอาจจะลืมนึกไปว่าโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ หรือทีมต่างๆ ขึ้นอยู่กับ ลักษณะการบริการ วัฒนธรรม เจตคติขององค์กรนั้นๆ การแก้ไขปัญหาไม่สามารถจะหาคนเก่งหรือใครที่เก่งของโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพแล้วมาทำงานคุณภาพให้ ต้องมีการพัฒนาและเรียนรู้โดยบุคลากรขององค์กรนั้นๆ เป็นประเด็นสำคัญ และต้องบริหารจัดการให้ผู้นำสูงสุดหรือผู้อำนวยการมีความมุ่งมั่นอย่างแท้จริงสม่ำเสมอต่อเนื่องและเชื่อมั่นว่าทีมพัฒนาคุณภาพ บุคลากรของโรงพยาบาลสามารถพัฒนางานได้ หน้าที่ที่สำคัญของผู้อำนวยการในมุมมองของผู้เขียน คือต้องรู้จักมอบหมายงานให้เหมาะสมกับคน มีฝ่ายรุกหรือฝ่ายวางแผนวิเคราะห์แผนกำหนดแผน มีฝ่ายหนุนคือฝ่ายที่ให้อำนาจ สนับสนุนทั้งด้านคนเงินของให้เหมาะสมตามเวลา การมอบหมายงานนั้นถ้าหากเห็นว่าไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนก็สามารถที่จะปรับเปลี่ยนได้ วัฒนธรรมที่ควรสร้างให้มีในหน่วยงาน คือ ต้องมีน้ำใจหรือ spirit ถ้าทำไม่ได้ต้องรู้จักลาออก ผู้อำนวยการต้องกล้าที่จะตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงคำสั่งได้ สามารถมอบหมายงานให้คนที่เหมาะสมใหม่ โรงพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการรับรองน้อยก็อาจจะประเด็นที่ผู้บริหารเป็นจิตแพทย์คำนึงถึงด้านจิตใจมาก ทำหน้าที่เป็นจิตแพทย์มากกว่าผู้บริหารหรืออย่างไรเป็นประเด็นที่ควรคิด ในเมื่อกล่าวถึงผู้นำแล้วผู้ตามหรือผู้ปฏิบัติต้องมีความสามัคคี หมั่นประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผลักดันความมุ่งมั่นของผู้นำให้เกิดการกระทำที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน บางครั้งผู้นำอาจจะเพียงแต่มุ่งมั่นขาดการทุ่มเทที่จริงจัง

สม่ำเสมอ ผู้ปฏิบัติจึงต้องมีวิธีการหรือเทคนิคในการบริหารผู้นำให้ทุ่มเทกับงานคุณภาพ ดังนั้นผู้นำหรือทีมนำจึงต้องมีการทบทวนบทบาทที่ตนนำซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารในโครงสร้างองค์กรปกติ ให้มีบทบาทชัดเจนในการกำหนดการดำเนินงานกิจกรรมคุณภาพ ในสองปีแรกทีมนำคุณภาพไม่สามารถกำหนดนโยบายหลักได้ การดำเนินงานกิจกรรมคุณภาพที่ทำอยู่ไม่ต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ คือ OD ซึ่งผู้เขียนจะนึกถึงคำว่า over dose และ CQI มีการกำหนดเป้าหมายที่ตัวบุคคล มิได้กำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกับงานคุณภาพ OD คือพาไปเที่ยวไปทำความรู้จักกันและกันที่ต่างจังหวัด CQI คือทำอะไรใหม่ๆ ที่คิดว่าพัฒนาคุณภาพแล้ว น่าจะเป็นการดีประเด็นไม่กระจ่าง และสังเกตว่ากิจกรรมคุณภาพตามพรพ.กำหนดในช่วงแรกจะละเลยประเด็นความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยงซึ่งกล่าวถึงในปีหลังๆ ดังนั้นในปีพ.ศ. 2546 หลังจากดำเนินงานไม่น้อยกว่า 4 ปี และทำความเข้าใจกับการพัฒนางานและกิจกรรมคุณภาพนอกเหนือไปจากการอบรมบุคลากรอย่างทั่วถึง สื่อสารกิจกรรมคุณภาพเพียงตั้งเป้าหมายร้อยละ 100 จึงมีการประกาศนโยบายหลัก 3 ประเด็น คือ นโยบายดูแลผู้ป่วยปลอดภัย นโยบายพัฒนาข้อมูลสารสนเทศ และนโยบายพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะเร่งกระบวนการพัฒนาคุณภาพให้ครอบคลุมด้านความเสี่ยงทั้งกายภาพคลินิก มีการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นรูปธรรม กำหนดแผนปฏิบัติการ วิธีการติดตามและรายงานกำกับตัวชี้วัดให้เหมาะสมของหน่วยคุณภาพ (หอผู้ป่วย งานต่างๆ ของหน่วยงานที่ไม่บริการผู้ป่วยโดยตรง) กำหนดมาตรฐานการบริการผู้ป่วย กำหนดการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวช กำหนดตัวชี้วัดประเด็นคุณภาพของหน่วย ปรับกลยุทธ์แผนปฏิบัติการให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่กำหนดกลยุทธ์ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย มอบหมายให้ทีมนำทางคลินิกดำเนินการ มีทีมประสานความเสี่ยงเป็นศูนย์ประสาน วิเคราะห์ข้อมูล และ

นำเสนอแผนปฏิบัติ ร่วมกับทีมบริหารความเสี่ยง และองค์กรวิชาชีพที่สำคัญคือแพทย์ และพยาบาล ผลักดันการบริการให้ครอบคลุม C3THER อย่างเหมาะสม ซึ่งไม่ละเลยการทบทวนคณะกรรมการการดูแลความปลอดภัยเรื่องเวชภัณฑ์ยา (PTC) แต่เดิมทำหน้าที่เพียงการจัดสรรเลือกยาเข้าออกโรงพยาบาลมีแพทย์และทันตแพทย์เท่านั้นเป็นสมาชิก มีการปรับเป็นทีมสหวิชาชีพรวมพยาบาลซึ่งเป็นผู้บริหารยาในหอผู้ป่วยเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นและติดตามกำกับนโยบายที่กำหนดจากทีม

เมื่อมีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานคุณภาพที่ชัดเจนจากทีมนำ ทีมนำทางคลินิกจึงได้รวบรวมข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมดในรอบปีที่ผ่านมาและจากคำแนะนำของผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อวางแผนในการรณรงค์กิจกรรมคุณภาพ ได้สรุปการดำเนินงานทางคลินิกไว้ 3 ประเด็นหลัก กล่าวคือ

ประเด็นแรกเป็นเรื่องความปลอดภัยของ ผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งการบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และเมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชน โดยมอบหมายให้ทีมดูแลผู้ป่วยแต่ละทีมรับผิดชอบในการจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหอผู้ป่วยในความดูแล แกะไขความเสี่ยงที่พบบ่อยเป็นปัญหาสำคัญที่ทีมนำทางคลินิกกำกับทีมย่อยแต่ละทีม เช่น การเฝ้าระวังการหลบหนีของทีมดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป การเฝ้าระวังการทำร้ายหรือพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชแรกรับชาย การเฝ้าระวังอุบัติเหตุทีมจิตเวชพิเศษ การเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตายและการรับกลับโดยไม่ได้อาณัติ สำหรับการบริการผู้ป่วยนอก ได้คำนึงถึงสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เดินเข้าโรงพยาบาลเสี่ยงต่อรถชน ทางเดินบนสนามหญ้าลื่น จนถึงอาคารผู้ป่วยนอกที่มีช่องระหว่างทางลาดและตึกเสี่ยงต่อผู้ป่วยกระโดดลงจากตึก แผนกคัดกรองซึ่งมีเพียงผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยทำหน้าที่แทนพยาบาล แผนกเวชระเบียนที่นั่งรอตรวจหน้าห้องตรวจ การบริการห้องฉุกเฉิน การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อส่งห้องตรวจปกติ หรือเข้า

ห้องตรวจฉุกเฉิน การตรวจค้นอาวุธก่อนเข้าห้องตรวจหรือก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ทั้งหมดเป็นประเด็นความเสี่ยงทางกายภาพ ผู้เยี่ยมสำรวจให้คำแนะนำที่มีค่ามากคือให้สมมุติว่าเป็นผู้ป่วยแล้วเดินตามแผนผังการบริการที่วางไว้ ถ้าหากตรงไหนล่าช้า หรือมีอุปสรรค ต้องแก้ไขและต้องทบทวนว่าเคยมีเหตุการณ์ที่ไม่ปกติอะไรบ้างเกิดขึ้นระหว่างการให้บริการ เช่นการเรียกชื่อไม่เรียกนามสกุลมีการส่งแฟ้มผิดคน ส่งยาผิดคน ผู้ป่วยหลบหนีขณะทำการรับเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยน่วยก้าวร้าวขณะที่รอตรวจ ผู้ป่วยทำร้ายแพทย์หรือบุคลากรขณะอยู่ในห้องตรวจ สำหรับผู้ป่วยบางรายมีการรักษาด้วยการฉีดยาที่แผนกผู้ป่วยนอก มีการเฝ้าระวังอย่างไรไม่ให้เกิดความเสี่ยงเรื่องการฉีดยาผิด การสังเกตอาการหลังการฉีดยา สิ่งเหล่านี้เป็นโจทย์ที่เหมือนกันในการบริการโรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่ง สำหรับการบริการยาไปรษณีย์และยาต่อเนื่องโดยไม่พบแพทย์ เป็นการบริการเฉพาะที่สามารถลดปริมาณบริการผู้ป่วยนอกพบแพทย์ และเอื้อประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและญาติที่อาการดีแล้วไม่ประสงค์จะมาพบแพทย์ ต้องการรับบริการยาไปรษณีย์หรือพบพยาบาลเท่านั้น ซึ่งมีการบริการเช่นนี้ในโรงพยาบาลจิตเวชเกือบทุกแห่ง บางแห่งเมื่อถูกผู้เยี่ยมสำรวจวิจารณ์ก็ยกเลิกไป ซึ่งถ้าหากมีการทบทวนหลักเกณฑ์การให้บริการอย่างปลอดภัยก็สามารถให้บริการต่อไปได้ พรพ.หรือผู้เยี่ยมสำรวจไม่ใช่ผู้ตัดสินว่าทำได้หรือทำไม่ได้ ดังนั้นโรงพยาบาลศรีธัญญาจึงมีการให้บริการยาต่อเนื่องและการรับยาทางไปรษณีย์ต่อไป การบริการยาต่อเนื่องจัดเป็นการบริการที่โรงพยาบาลเลือกพัฒนาให้ลดขั้นตอนการให้บริการซึ่งกระบวนการพัฒนาที่เสนอให้ กพร. พิจารณาในปีพ.ศ. 2547 ได้รับรางวัลดีเด่นเพียง 1 ใน 8 แห่งของกรมและส่วนราชการจังหวัดทั่วประเทศ ซึ่งมีกระบวนการประมาณ 3 หมั่นกระบวนการเสนอเข้าสู่การพิจารณาเกณฑ์การรับบริการยาต่อเนื่องและยาไปรษณีย์จะแตกต่างไปจากการบริการผู้ป่วยนอก

รพพบแพทย์ เช่น ต้องมีคำสั่งแพทย์ชัดเจนในการให้รับยาต่อเนื่องและยาไปรษณีย์มีเกณฑ์ผู้ป่วยและยาชนิดใดที่สามารถรับยาต่อเนื่องหรือยาไปรษณีย์ การเฝ้าระวังผลข้างเคียงการใช้ยา การให้ข้อมูลสำคัญ เกณฑ์การทบทวนการส่งพบแพทย์ มีตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับการบริการ เช่น จำนวนกล่องยาที่ส่งกลับโดยไม่มีผู้รับ อัตราการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยรับยาต่อเนื่อง การติดตามอาการและผลข้างเคียงการรักษาทางไปรษณีย์โดยวิธีการสุ่มตัวอย่าง การบริการผู้ป่วยนอกยังเป็นการบริการโดยทีมสหวิชาชีพ มีการซักถามประวัติโดยนักสังคมสงเคราะห์ การตรวจทางจิตวิทยาโดยนักจิตวิทยา การให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร การให้สุขศึกษาหรือคำแนะนำในการปฏิบัติตนของญาติและผู้ป่วยโดยพยาบาล โดยที่องค์กรวิชาชีพกำหนดการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก เช่น ชื่อแพทย์ที่ตรวจรักษา การวินิจฉัย การวางแผนการรักษา และการให้คำปรึกษาเรื่องยาโดยเภสัชกร สำหรับการทำงานในประเด็นนี้ ทีมนำทางคลินิกต้องมีทั้ง 2 บทบาททุกและสนับสนุน โดยรุกในเรื่องการจัดการกับความเสี่ยงทางคลินิกระดับโรงพยาบาล การแก้ไขปัญหาอุบัติการณ์ร้ายแรง และสนับสนุนประเด็นการแก้ไขสิ่งแวดล้อมการจัดทรัพยากร การจัดร่างคู่มือในการประเมินผู้ป่วย การประเมินผลข้างเคียงเรื่องการรักษาและยา วิธีการเฝ้าระวังการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นความภาคภูมิใจของโรงพยาบาลศรีธัญญาอย่างยิ่ง ที่สามารถสอดแทรกกิจกรรมคุณภาพทั่วถึงทุกระดับ บุคลากรที่นำความภูมิใจสู่โรงพยาบาลอย่างมากระหว่างการตรวจเยี่ยมเพื่อขอการรับรองในเดือนธันวาคม 2547 คือผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นผู้มีบทบาทในการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกตามข้อกำหนดของ SAFE PRECAUTION ใน SAFE PROGRAM เป็นอย่างดี ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยสามารถจำแนกผู้ป่วยตามความรุนแรงของความเสี่ยงที่พยาบาลประเมินไว้แล้ว เข้าใจความเสี่ยงสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง นอกจากการสนับสนุนทีมดูแลผู้ป่วยแล้วทีม

นำทางคลินิกต้องประสานกับทีมบริหารความเสี่ยงเพื่อจัดการกับความเสี่ยงทางคลินิก ประสานงานองค์กรวิชาชีพ เช่น องค์กรแพทย์ จัดแพทย์เวรเพื่อช่วยชีวิตในเวลาราชการ ประสานฝ่ายบริหาร เช่น หน่วยงานยานพาหนะ รักษาความปลอดภัยให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย เช่น มีรหัสในการสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเสี่ยงแต่ละด้านขึ้น เช่น Code E สำหรับผู้ป่วยหลบหนี Code Blue สำหรับผู้ป่วยมีภาวะหยุดหายใจ โดยรถ ambulance จะต้องนำแพทย์ไปถึงที่เกิดเหตุไม่ช้ากว่า 5 นาทีเป็นต้น Code F สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพฤติกรรมรุนแรง เช่น ชกต่อยกันเอง ทำร้ายเจ้าหน้าที่ ซึ่งรายละเอียดในการปฏิบัติการทั้งหมดได้เขียนไว้ในคู่มือซึ่งเรียกกันภายในว่าแฟ้มดำเพื่อสื่อสารและทบทวนเมื่อมีปัญหาในทางปฏิบัติ หักตกการที่ถือว่าสำคัญในโรงพยาบาลศรีธัญญา คือ การรักษาด้วยไฟฟ้า การผูกมัด การเจาะตรวจน้ำไขสันหลัง ต้องมีวิธีการดำเนินการครบถ้วนตามแนวปฏิบัติ เช่น ต้อง มีการให้ข้อมูลก่อนทำหัตถการ การเฝ้าระวังขณะทำ หลังทำ มีระบบรายงาน และสุ่มตรวจภาวะแทรกซ้อน เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้า จากการเรียนรู้จากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา การทำหัตถการ จึงมีการพัฒนาแนวปฏิบัติและเฝ้าระวังมากขึ้น มีการสุ่มตรวจ protocol ของผู้ป่วยโดยทีมประสานความเสี่ยง ให้ข้อมูลเพื่อทบทวนป้องกันข้อผิดพลาดในองค์กรแพทย์ และหน่วยคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการกำกับติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการทำงานคุณภาพ ต้องมีการปรับที่ท่าหรือเจตคติของบุคลากรเกี่ยวกับการรายงานความเสี่ยง เนื่องจากตามระบบเดิมการรายงานคือเมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น ดังนั้นบุคลากรจะไม่รายงานเหตุการณ์ เพราะเกรงจะมีความผิด ทีมบริหารความเสี่ยงต้องนำเสนอข้อมูลในด้านตัวเลข มิใช่ความผิดของบุคคลเพื่อทีมนำและสายบังคับบัญชาตามโครงสร้างการทำงานจะได้ปรับลดความเสี่ยง หรือสนับสนุนตามที่เหมาะสม สำหรับเรื่อง

ความปลอดภัยการใช้ยา ถ้าโรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินการให้มีความปลอดภัยตามข้อกำหนดของสมาคมวิชาชีพเภสัชกร เป็นอันหวังได้ว่าเป็นโรงพยาบาลที่ดีคือไม่สามารถผ่านการรับรองคุณภาพ ดังเช่นหลายโรงพยาบาลต้องแก้ไขระบบการบริหารจัดการเรื่องยาให้ปลอดภัย จึงจะได้รับการรับรอง ดังนั้นบทบาทของทีม PTC จึงมีหน้าที่กำหนดการบริหารความเสี่ยงการใช้ยา ปัญหาที่พบเสมอคือ แพทย์สั่งยาด้วยการใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นที่เข้าใจตรงกัน จึงมีการกำหนดด้วยย่อชื่อยาที่เป็นทางการเพื่อให้เข้าใจตรงกันระหว่างแพทย์ เภสัชกร และผู้เกี่ยวข้อง การเบิกจ่ายยาจากห้องยาโดยใช้แบบฟอร์มการให้ยา (med sheet) เพื่อลดขั้นตอนความผิดพลาดในการคัดลอกคำสั่ง ซึ่งก่อนการพัฒนาคุณภาพ พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องทำงานซ้ำซ้อนในเรื่องนี้มาก นับแต่คัดลอกคำสั่งแพทย์ เขียนใน med sheet ลอกลง Kardex และ การ์ดยา เขียนใบสั่งยาเพื่อส่งไปเบิกห้องยา ห้องยาลอกลงสมุด พยาบาลตรวจรับยาจากสมุดและตรวจทานยาอีกครั้ง จากการตรวจเยี่ยมโดยเภสัชกรปรามินทร์ พบว่ามีขั้นตอนประมาณ 8 ขั้นตอนกว่าหอยผู้ป่วยจะได้รับยา การใช้แบบฟอร์มเพื่อแจกยาให้ผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เนื่องจากเป็นความคุ้นเคยของพยาบาลในการแจกยาด้วยการ์ดยา และดู Kardex การรณรงค์ชี้แจงข้อดีข้อเสียของการจัดยาโดยใช้ med sheet ใช้เวลาก่อนข้างมากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ที่คุ้นเคยวิธีการเดิมๆ ซึ่งมองไม่เห็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเนื่องจากระบบที่ปฏิบัติอยู่เดิมขาดการตรวจสอบ การติดตามและรายงาน สำหรับปฏิริยาระหว่างยามีการกำหนดตามตะวันตก เช่น คู่มือสำคัญระหว่างลิเทียมกับฮาโลเพอริดอลระดับ 1 ซึ่งจากการเฝ้าระวังไม่พบความรุนแรงระดับพิการหรือตายเลย แต่เนื่องจากไม่มีรายงานข้อมูลที่ชัดเจนในคนไทย จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อหาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับคนไทยต่อไป สำหรับยาที่มีช่วงการรักษาแคบ เช่น ยาแก้นชัก ลิเทียม มีการเฝ้า

ระวังพบรายงานภาวะพิษเกิดขึ้น จึงมีแนวปฏิบัติเพื่อให้ทีมสหวิชาชีพ คือพยาบาล เทคนิคการแพทย์ แพทย์เภสัชกร สามารถเข้าไปแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ทัน การกำหนดแบบรายงานการเฝ้าระวังฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยาสำคัญๆ เช่น ลิเทียม ยาต้านชัก คลอซาพีน และกำหนดวิธีการบันทึกข้อมูลการแพ้ยา การทบทวนการใช้ยา การเฝ้าระวังยาที่ต้องเฝ้าระวังพิเศษ วิธีการจัดเก็บรักษาการบริหารยาที่ต้องเฝ้าระวังอย่างสูง การทบทวนการใช้ยาที่ราคาแพง ครอบคลุมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาในผู้ป่วยนอก โดยปฏิบัติตามคำแนะนำจากองค์กรวิชาชีพเภสัชกรรม และได้รับการตรวจเยี่ยมอย่างไม่เป็นทางการของผู้เยี่ยมสำรวจภายนอกหลายครั้ง มีการสุ่มติดตามข้อมูลการใช้ยาที่ต้องเฝ้าระวังฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ทุกห่อผู้ป่วยรวมทั้งผู้ป่วยนอกเพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงพัฒนาการบริการผู้ป่วย เช่น การติดตามการใช้ยาคลอซาพีน พบว่ามีข้อมูลการใช้ยาในห่อผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมากกว่า 50% และประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยนอก จึงมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการใช้ยาคลอซาพีน ซึ่งเป็นการสอบถามข้อมูลจากเวชปฏิบัติจริงของแพทย์ทุกท่านในการใช้ยาคลอซาพีน ซึ่งไม่เป็นไปตามที่กำหนดของตำราในต่างประเทศ โดยที่ไม่พบผลแทรกซ้อนด้านเม็ดเลือดขาวต่ำจนเป็นอันตราย และได้พัฒนาคลินิกคลอซาพีนเพื่อต่อยอดการบริการให้มีสมุดบันทึกเช่นผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยฝากครรภ์ โดยที่ผู้ป่วยจะทราบข้อมูลผลการตรวจ CBC ปริมาณที่รับประทานแต่ละวัน แผนการรักษาต่อไป โดยที่สมุดบันทึกจะเป็นคู่มือสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและเมื่อผู้ป่วยไปรับบริการ หรือซื้อยาที่ร้านขายยาจะได้ให้ข้อมูลกับผู้เกี่ยวข้องได้ถูกต้อง และมุ่งหวังพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการติดตามผลข้างเคียงด้านระบบเลือดให้ได้รูปแบบที่ชัดเจนเหมาะสมกับผู้ป่วยคนไทย เพื่อนำไปปรับใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป หรือเพื่อกำหนดเกณฑ์ที่จะอนุญาตให้รับยาทางไปรษณีย์เป็นเฉพาะกรณี การพัฒนาการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่

สำคัญทางคลินิก จากการเฝ้าระวังเรื่องการแพ้ยาโดยเฉพาะยาต้านชักคาร์บามาซีพีน ทำให้พยาบาลตระหนักถึงภาวะแพ้ยารุนแรงได้ สามารถหยุดยาได้ทันทีเมื่อสงสัยเรื่องการแพ้ยาในระดับ 3 ขึ้นไป และรายงานแพทย์ทันที

ประเด็นที่สองด้านมาตรฐานการบริการ ทุกวิชาชีพต้องรักษากฎจรรยาบรรณของวิชาชีพ องค์กรแพทย์มีจรรยาบรรณขององค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาลกำกับมาตรฐานการพยาบาล ส่วนมาตรฐานการบริการทางคลินิกในรูปแบบทีมสหวิชาชีพ ทีมทางคลินิกกำหนดประเด็นการประเมินผู้ป่วยจิตเวชดังนี้ ผู้ป่วยรับไว้ในโรงพยาบาลต้องได้รับการประเมินความเสี่ยง 4 ประเด็นหลัก คือ การพยายามฆ่าตัวตาย (S) อุบัติเหตุ (A) พฤติกรรมรุนแรง (F) และ การหลบหนี (E) ซึ่งมีวิธีการดำเนินการของทีมในการเฝ้าระวัง การติดตามการให้การพยาบาลหรือรักษาเรียกว่า SAFE PROGRAM ซึ่งพัฒนาต่อยอดจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยครอบคลุมความเสี่ยงทางคลินิกอีก 4 ด้าน คือ ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การเฝ้าระวังผลข้างเคียงการใช้ยา การผูกมัด การทำหัตถการรักษาด้วยไฟฟ้าต้องมีการลงนามยินยอมโดยญาติหรือทีมสหวิชาชีพนอกเหนือไปคำสั่งการรักษาโดยแพทย์ ส่วนการประเมินผลการรักษา มีเกณฑ์การตรวจเยี่ยม โดยแพทย์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง คำสั่งการรักษาต้องเขียนบันทึกเหตุผลใน progress note กำหนดหน้าที่แพทย์เวรนอกเวลา การประเมินอาการโดย Brief Psychiatric Reaction Scale ฉบับประยุกต์โดยมีค่าช่วงคะแนน 3 ช่วง น้อย ปานกลาง มาก โดยกำหนดการประเมินแรกรับ ก่อนย้ายหอผู้ป่วยและ ก่อนจำหน่าย โดยพยาบาล และ Clinical Global Impressoin โดยแพทย์ กำหนดเกณฑ์การย้ายหอผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยแรกรับไปหอผู้ป่วยรับย้ายโดยทีมสหวิชาชีพ กำหนดวิธีการแจ้งญาติและติดตามญาติโดยให้นักสังคมสงเคราะห์กับทีมชุมชนประสานกับหอผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการใช้

โรงพยาบาลนาน อัตราการหลบหนี และอัตราการรับกลับโดยไม่ได้อาสาภายใน 90 วัน สำหรับหอผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม เช่น เด็ก สูงอายุ ประชาชนทั่วไป มีเกณฑ์การประเมินที่แตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับข้อตกลงของทีมผ่านความเห็นชอบโดยทีมนำทางคลินิกซึ่งจะไม่กล่าวรายละเอียดในที่นี้ สำหรับการประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา มีการอบรมพัฒนาทักษะในการบริการทางคลินิกและให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยของหัตถการ ECT เช่น กระตุกสั่นหลังยุบตัว โดยการอบรมทักษะการพยาบาลผู้ป่วยขณะทำการรักษามีการทบทวนเกณฑ์การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นกิจกรรมในการทบทวนการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมโดยองค์กรแพทย์ ทีมประสานความเสี่ยงทางคลินิก ซึ่งลดค่าใช้จ่ายลงเหลือเพียง 1/3

ทีมนำทางคลินิกได้เรียนรู้จากในรอบปีที่ผ่านมา ความเสี่ยงที่อยู่คู่กับโรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่งคือ ผู้ป่วยหลบหนี พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือเจ้าหน้าที่ ซึ่งได้มีการวางระบบไว้ค่อนข้างดีเมื่อเกิดเหตุการณ์ร้ายแรงขึ้น เมื่อทบทวนหารากหญ้าของปัญหาพบว่าต้องสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามระบบที่วางไว้อย่างทั่วถึง ส่วนการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนทางกายอย่างไรให้ปลอดภัย การทำหัตถการ ECT แบบไม่ใช้ยาสลบซึ่งเป็นที่เข้าใจได้ยากของผู้เยี่ยมชมสำรวจ สองประเด็นหลักเป็นโจทย์ที่โรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่งต้องตอบผู้เยี่ยมชมสำรวจให้ได้ มิได้หมายความว่าต้องดูแลให้ทัดเทียมโรงเรียนแพทย์ แต่ต้องมีระบบที่วางไว้ชัดเจนให้เห็นว่าคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก มีการพัฒนาทักษะศักยภาพของบุคลากรในการช่วยชีวิต (Cardio-pulmonary resuscitation :CPR) อย่างไร

ประเด็นที่สามเรื่องการดูแลปัญหาโรคทางกายให้ปลอดภัย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชยังมีปัญหา

อายุรกรรมที่เป็นปัญหาเดิม หรืออาจจะเพิ่งตรวจวินิจฉัยได้ ภายใต้การดำเนินงานของทีมนำทางคลินิกไม่สามารถดำเนินการได้เพียงลำพังเนื่องจากเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกเช่นระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลฝ่ายกายนั้นเสียเวลาและยุ่งยากมาก จึงต้องมีการประสานกับผู้อำนวยการเพื่อประสานเครือข่ายโรงพยาบาลฝ่ายกายในเขตจังหวัด ดังนั้นทีมดูแลผู้ป่วยแทรกซ้อนกายและองค์กรแพทย์จึงได้ร่วมกันกำหนดเกณฑ์ในการไม่รับผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยที่เพิ่งกินสารพิษ หรือยาฆ่าตัวตายมาภายใน 7 วัน อยู่ระหว่างการติดตามการรักษา ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางกายมากกว่าทางจิต เช่น มีบาดแผลทั้งตัว สัญญาณชีพไม่คงที่ สงสัยปัญหาทางอายุรกรรม ศัลยกรรมเป็นต้น ส่วนเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยก็เช่นกัน เนื่องจากทีมดูแลผู้ป่วยแทรกซ้อนกายมีข้อจำกัดด้านบุคลากรเครื่องมือ ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางกายได้ เช่น หอบหืดรุนแรง ต้องการเครื่องช่วยหายใจ การดูแลปัญหาอายุรกรรมทั่วไปจะอยู่ในความดูแลของแพทย์ทุกท่าน มีระบบการปรึกษาปัญหาทางอายุรกรรม หรือประสาทวิทยา สำหรับมาตรฐานของพยาบาลมีการตรวจบันทึกสัญญาณชีพวันละ 2 ครั้ง 1 สัปดาห์ถ้าไม่มีอาการผิดปกติจึงยุติการบันทึก ถ้ามีอาการผิดปกติให้บันทึกต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 4 ครั้ง เป็นต้น มีการทบทวนฝึกฝนทักษะ CPR แพทย์ และพยาบาลหอผู้ป่วยเรื้อรัง พยาบาลเวร และซักซ้อมการ CPR หอผู้ป่วยหลักที่กำหนดเป็นแม่ข่ายช่วยเหลือหอผู้ป่วยอื่นๆ กำหนดยาฉุกเฉินแต่ละหอผู้ป่วย กำหนดวิธีการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการตามลำดับความฉุกเฉินเร่งด่วน กำหนดการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยแอลกอฮอล์เป็นต้น มีระบบตรวจสอบความพร้อมใช้ของรถ ambulance และแนวปฏิบัติของการใช้รถ ambulance ให้เหมาะสม ประสานเครือข่ายศูนย์เรนทรเพื่อขอใช้รถกรณีฉุกเฉิน

ทีมนำทางคลินิกเมื่อกำหนดประเด็นในการพัฒนาคุณภาพแล้วต้องกำกับติดตามตัวชี้วัดทางคลินิก

ตัวชี้วัดทางคลินิกนั้นสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับแต่ละโรงพยาบาลแต่มีมิติการวัดที่เป็นสูตรสำเร็จคือ อัตราการตาย หลบหนี ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การใช้ยา ความพึงพอใจ การรับกลับโดยไม่ได้อาณัติ เป็นต้น ตัวชี้วัดเหล่านี้มิได้บอกประสิทธิภาพการรักษาของแต่ละทีมดูแลผู้ป่วย ดังนั้นแต่ละทีมจึงต้องมีการกำหนดประเด็นคุณภาพของตนขึ้น เช่นในหอผู้ป่วยแรกรับ อาจจะกำหนดการรับย้ายกลับภายใน 3 วัน วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยไม่เกิน 21 วัน เป็นต้น สำหรับหอผู้ป่วยที่มีอัตราการหลบหนีสูงๆ ก็จะมีตัวชี้วัดเรื่องลดอัตราการหลบหนี เป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพของทีม โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอปัญหาในทีม นำรายปักษ์และกรณีร้ายแรงทันที การสนับสนุนของทีมนำทางคลินิกโดยการตรวจเยี่ยมโดยผู้เยี่ยมชมสำรวจภายในเป็นสิ่งสำคัญ แต่เนื่องจากระบบการสนับสนุนหรือ facilitator และระบบการเยี่ยมชมสำรวจภายในไม่เข้มแข็งนัก ดังนั้นกลไกการขับเคลื่อนจึงต้องเชิญผู้เยี่ยมชมสำรวจภายนอกมาให้ความแนะนำเป็นระยะ ดังคำพูดที่ว่า อาศัยปากคนภายนอกมาบอกอาจจะรับฟังกันมากกว่าคนกันเอง ส่วนการบริหารแพทย์เพื่อให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมคุณภาพ เช่น นำรายงานอุบัติการณ์ที่รายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของแพทย์ คุณภาพเวชระเบียนในภาพรวม การทบทวนเหตุการณ์ที่ร้ายแรง เช่น ผู้ป่วยตาย หรือมีภาวะแทรกซ้อนระดับ 3 (พิการ กระดูกหัก) หรือ 4 (ตาย หรือ เสื่อมเสียชื่อเสียงขององค์กรอย่างร้ายแรง) อยู่ในวาระองค์กรแพทย์ โดยประธานองค์กรแพทย์จะเป็นสมาชิกทีมนำโดยตำแหน่ง มีแพทย์เป็นประธานทีมดูแลผู้ป่วย ซึ่งเกือบทุกคนเป็นสมาชิกทีมนำทางคลินิก การมีส่วนร่วมรับรู้ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจมากขึ้นของบุคลากรวิชาชีพ ทำให้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ศรัทธาจึงดำเนินอย่างต่อเนื่องและก้าวหน้าเร็วมากจนได้รับการรับรองในที่สุด (อยู่ระหว่างการประกาศผลอย่างเป็นทางการ)

บทความนี้มีได้ละเอียดเรื่องสิทธิผู้ป่วยแต่จะกล่าวเป็นลำดับสุดท้าย ซึ่งเป็นประเด็นที่ถูกถามเมื่อมีการตรวจเยี่ยมครั้งแรกจากคุณแอน โชนี เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ด้อยสิทธิมากไม่สามารถพิทักษ์สิทธิของตนได้ตั้งแต่ การปฏิเสธการเข้ารับการรักษาแม้จะไม่มี กฎหมายบังคับรักษา การมีส่วนร่วมตัดสินใจหรือวางแผนการรักษา การอยู่โรงพยาบาลนาน ถูกญาติทอดทิ้ง บุคลากรปฏิบัติโดยละเมิดสิทธิมนุษยชน เช่น การอาบน้ำรวมกัน เสื้อผ้าไม่เพียงพอ หรือไม่สะอาด อาหารไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ทีมนำและทีมนำทางคลินิก องค์กรวิชาชีพจึงต้องรณรงค์และวางแผนปฏิบัติการรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลกรณีที่ถูกส่งมิใช่ญาติ การปรับปรุงเรื่องอาหาร เสื้อผ้า สิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถกระทำได้ไม่ยุ่งยากแต่การเปลี่ยนเจตคติของบุคลากรต้องอาศัยเวลาและมีระบบบริหารงานอย่างมีคุณธรรมกำกับ มีบุคลากรวิชาชีพเป็นเยี่ยงอย่างที่ดีไม่ละเมิดสิทธิผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยด้วยจิตเมตตา มีใจหรือมี EQ ในการบริการ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจึงต้องพัฒนาบุคลากรทั้งด้านทักษะวิชาการและจริยธรรมควบคู่กันไป

โดยสรุปในการดำเนินกิจกรรมคุณภาพ การเสริมความรู้เกี่ยวกับการเรื่องความเสี่ยงโดยเฉพาะความเสี่ยงทางคลินิก การบริหารจัดการกับความเสี่ยงโดยครอบคลุมทักษะการจัดการกับความเสี่ยงของผู้ให้บริการหรือบุคลากรขององค์กรเป็นสิ่งสำคัญลำดับแรกเมื่อมีความรู้ทักษะการจัดการกับความเสี่ยงแล้ว การวางระบบการบริการให้มีมาตรฐาน การพัฒนาคุณภาพบริการให้ดีขึ้น และสอดคล้องกับภารกิจเป็นสิ่งที่พัฒนาต่อเนื่องและประกอบกัน มีตัวอย่างการบริการอย่างมีมาตรฐานปลอดภัยบ้าง มิใช่การเป็นสถาบันทางวิชาการ หรือมีผลงานวิจัยมากมายแต่การดูแลผู้ป่วยยังไม่ปลอดภัย ไม่มีมาตรฐานหรือผู้นำองค์กรได้รับยกย่องเพียงลำพัง