



10th HA National Forum Guidebook

Lean & Seamless Healthcare



เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 10
"Lean and Seamless Healthcare"
10-13 มีนาคม 2552 ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี
จัดโดย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



61654

10th HA National Forum Guidebook

เลขทะเบียน 00295
วันรับ 21 / 6.V / 52
เลขเรียก WK 153 H111
2552

Lean & Seamless Healthcare

แผนงานสร้างเสริมสุขภาพผู้พิการในสังคมไทย

Health Promotion for People with Disabilities Program

เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี
การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 10
“Lean and Seamless Healthcare”
10-13 มีนาคม 2552 ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี
จัดโดย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



10th HA National Forum Guidebook
Lean & Seamless Healthcare

จัดพิมพ์โดย:

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

ชั้น 2 อาคารกรมการแพทย์ 6 กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2589-0023-4 โทรสาร 0-2951-0238

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: มีนาคม 2552

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

10th HA National Forum Guidebook : Lean & Seamless
Healthcare.--นนทบุรี: สถาบัน, 2552.

294 หน้า.

1. โรงพยาบาล--การบริหาร--สาระสังเขป. 2. สถานบริการ
สุขภาพ--การบริหาร--สาระสังเขป. I. ชื่อเรื่อง.

362.11068

ISBN 978-611-11-0005-1

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด

ในแต่ละปีที่มีการจัดประชุม HA National Forum มีทั้งบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ ควบคู่กับการนำเสนอแนวคิดใหม่ๆ ที่เปรียบเสมือนการปรับมุมมองหรือเปลี่ยนแว่นสำหรับส่องมองกระบวนการพัฒนาคุณภาพ แนวคิดดังกล่าวได้รับการนำไปปฏิบัติแล้วนำผลลัพธ์มาแบ่งปันถ่ายทอดให้แก่อันในปีต่อๆ มา การประชุม HA National Forum จึงเป็นการประชุมที่มีความสืบเนื่องจากการประชุมในครั้งที่ผ่านมา โดยเฉพะอย่างยิ่งในเรื่อง Patient Safety และ Humanized Healthcare

สำหรับแนวคิดเรื่อง Lean & Seamless Healthcare ในปีนี้จัดว่าเป็นประเด็นร่วมสมัยวงการอุตสาหกรรมต่างให้ความสนใจกับการเพิ่มผลิตภาพตามแนวคิด Lean ซึ่งมีต้นกำเนิดมาจาก Toyota ขณะที่โรงพยาบาลในอเมริกาก็ให้ความสนใจกับการนำแนวคิด Lean มาใช้ในบริการสุขภาพ เนื่องมาจากแรงกดดันด้านค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นและยังไม่เห็นทางว่าจะควบคุมได้อย่างไร

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ โดยการสนับสนุนของ Asian Productivity Organization (APO) จัดทำโครงการนำร่องในโรงพยาบาล 5 แห่งเพื่อสาธิตการนำแนวคิด Lean มาใช้ในระบบบริการสุขภาพ ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจขึ้นในทีมงานของโรงพยาบาลดังกล่าว จึงเป็นโอกาสดีที่จะนำบทเรียนดังกล่าวมาเผยแพร่ และมาทำความเข้าใจกันให้มากขึ้น

Lean เป็นปรัชญาในการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับคนทำงานและคุณค่าที่ส่งมอบให้ผู้รับผลงานคนสุดท้าย ให้ความสำคัญกับการวางรากฐานที่เสถียรของระบบงาน (operational stability), การออกแบบให้มีคุณภาพในระบอบอยู่ตลอดเวลา (built in quality) และการไหลเลื่อนโดยไม่สะดุด ไม่รอคอย ไม่สูญเปล่า (continuous flow) ซึ่งเป็นเรื่องเดียวกับแนวคิดเรื่อง seamless หวังว่าการประชุมครั้งนี้จะทำให้วิทยากรและผู้เข้าร่วมประชุม ได้นำแนวคิด Lean & Seamless มาตรวจสอบระบบงานและกระบวนการพัฒนาที่ดำเนินการอยู่ เพื่อเติม

เต็มให้เกิดคุณค่าสูงสุดแก่ผู้รับผลงาน

เป็นที่แน่นอนว่าเราไม่อาจลอกเลียนเครื่องมือและคำตอบจากภาคอุตสาหกรรมมาได้ทั้งหมด จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจในบริบทและวิธีคิดซึ่งเป็นที่มาของการแก้ในภาคอุตสาหกรรม แล้วมาทำความเข้าใจในบริบทและความต้องการของภาคบริการสุขภาพ เพื่อให้ได้ทางออกที่เหมาะสมที่สุดและเป็น Lean Organization อย่างแท้จริง

กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทยได้ก้าวเข้ามาสู่ความพยายามที่จะสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาจากกรอบแนวคิดของประเทศที่พัฒนาแล้ว กับการพัฒนาที่มีมิติทางจิตวิญญาณซึ่งมีรากฐานมาจากปรัชญาตะวันออก และเราเชื่อมั่นว่าทิศทางที่ก้าวมานี้เป็นทิศทางที่ถูกต้อง การนำแนวคิด Lean เข้ามาทำให้เราเห็นภาพที่ชัดเจนยิ่งขึ้นทั้งในส่วนที่เป็นความต้องการของผู้รับบริการ และกระบวนการทำงานของเรา เราเชื่อมั่นอย่างยิ่งว่าแนวคิด Lean จะสามารถนำมาใช้ร่วมกับแนวคิด Humanized Healthcare และ Living Organization ได้อย่างกลมกลืนและเกื้อหนุนกันและกัน

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มีนาคม 2552

การกำหนดหมายเลขประจำ Session

หมายเลขประจำ session ถูกกำหนดเพื่อความสะดวกในการเลือกเข้าห้องประชุม
อักษรตัวแรกคือ วันประชุม

- A คือ วันพุธที่ 11 มีนาคม 2552
- B คือ วันพฤหัสบดีที่ 12 มีนาคม 2552
- C คือ วันศุกร์ที่ 13 มีนาคม 2552

ตัวเลขตัวกลางคือ ช่วงเวลาของการประชุมในแต่ละวัน

- 1 คือ ช่วงเวลา 08.30 – 10.00 น.
- 2 คือ ช่วงเวลา 10.30 – 12.00 น.
- 3 คือ ช่วงเวลา 13.00 – 14.30 น.
- 4 คือ ช่วงเวลา 15.00 – 16.30 น.

ตัวเลขตัวสุดท้ายคือ ห้องประชุม

- 0 คือ ห้อง Grand Ballroom
- 1-9 คือ ห้อง Meeting Room 1 – 9
- H คือ ห้อง Jupiter 14 อาคาร Challenger
- J คือ ห้อง Jupiter 15 อาคาร Challenger
- K คือ ห้อง Jupiter 16 อาคาร Challenger
- L คือ Lobby ชั้นล่าง หน้าห้อง Meeting Room 11 – 12
- X คือ ห้อง Meeting 10
- Y คือ ห้อง Phoenix 1 – 3 (Hall 8)
- Z คือ ห้อง Phoenix 4 – 6 (Hall 8)

การจัดเรียงลำดับบทคัดย่อและบทความ

เพื่อความสะดวกในการศึกษาข้อมูลตามเรื่องราวที่อยู่ใน theme ย่อยเดียวกัน ผู้จัดประชุมได้จัดเรียงลำดับบทคัดย่อและบทความเป็นหมวดหมู่ตามห้องประชุมและช่วงเวลาของการนำเสนอในห้องนั้นๆ

ในการพิจารณาว่าช่วงเวลาใดจะมีการนำเสนอในเรื่องใด จะต้องพิจารณาจากกำหนดการประชุม

:

การจัดห้องตาม Theme ย่อย

แต่ละห้องถูกกำหนดให้มี theme ย่อยประจำห้องดังนี้

Grand Ballroom	(2000)	: Lean, การบริหารและการพัฒนาองค์กร
Meeting Room 1	(500)	: Hidden Wholeness เปิดหัวใจไร้รอยต่อ
Meeting Room 2	(500)	: Humanized Healthcare
Meeting Room 3	(500)	: Lean, Leadership, & Management
Meeting Room 4	(500)	: Seamless Healthcare
Meeting Room 5	(500)	: หลากหลายเส้นทางสู่สุขภาพ
Meeting Room 6	(500)	: Research & Quality
Phoenix 1-3 (Y)	(500)	: Safety Medication
Phoenix 4-6 (Z)	(500)	: Patient Safety
Meeting Room 7	(100)	: Meet Professional Experts
Meeting Room 8	(100)	: เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน
Meeting Room 9	(100)	: Workshop
Meeting Room 10	(100)	: World Café
Jupiter 14-16	(H,J,K)	: Walk & Talk (เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน, Lean Project, Walk Rally DM)
Lobby	(500)	: พื้นฐานที่มั่นคง ชำรง HA

ทั้งนี้ อาจจะมีบางหัวข้อที่อยู่สลับห้อง หรือแทรกเข้ามาบ้าง เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องเวลาของวิทยากร และปริมาณของเรื่องที่จะนำเสนอ

Grand Ballroom : Lean, การบริหารและการพัฒนาองค์กร	1
A20-A40 วันที่ 11 มีนาคม 2552	2 - 7
B10-B40 วันที่ 12 มีนาคม 2552	8 - 18
C10-C30 วันที่ 13 มีนาคม 2552	19 - 28
Meeting Room 1 : Hidden Wholeness เปิดหัวใจไร้รอยต่อ	29
A21-A41 วันที่ 11 มีนาคม 2552	30 - 38
B11-B41 วันที่ 12 มีนาคม 2552	39 - 42
C11-C31 วันที่ 13 มีนาคม 2552	43 - 44
Meeting Room 2 : Humanized Healthcare	45
A22-A42 วันที่ 11 มีนาคม 2552	46 - 55
B12-B42 วันที่ 12 มีนาคม 2552	56 - 73
C12-C32 วันที่ 13 มีนาคม 2552	74 - 76
Meeting Room 3 : Lean, Leadership, & Management	77
A23-A43 วันที่ 11 มีนาคม 2552	78 - 82
B13-B43 วันที่ 12 มีนาคม 2552	83 - 97
C13-C33 วันที่ 13 มีนาคม 2552	98 - 100
Meeting Room 4 : Seamless Healthcare	101
A24-A44 วันที่ 11 มีนาคม 2552	102 - 109
B14-B44 วันที่ 12 มีนาคม 2552	110 - 121
C14-C34 วันที่ 13 มีนาคม 2552	122 - 129
Meeting Room 5 : หลากหลายเส้นทางสู่สุขภาพ	131
A25-A45 วันที่ 11 มีนาคม 2552	132 - 139
B15-B45 วันที่ 12 มีนาคม 2552	140 - 144
C15-C35 วันที่ 13 มีนาคม 2552	145 - 149
Meeting Room 6 : Research & Quality	151
A26-A46 วันที่ 11 มีนาคม 2552	152 - 161
B16-B46 วันที่ 12 มีนาคม 2552	162 - 173
C16-C36 วันที่ 13 มีนาคม 2552	174 - 180

Phoenix 1-3 (Y) : Safety Medication	181
A2Y-A4Y วันที่ 11 มีนาคม 2552	182 - 185
B1Y-B4Y วันที่ 12 มีนาคม 2552	186 - 189
C1Y-C3Y วันที่ 13 มีนาคม 2552	190 - 194
Phoenix 4-6 (Z) : Patient Safety	195
A2Z-A4Z วันที่ 11 มีนาคม 2552	196 - 201
B1Z-B4Z วันที่ 12 มีนาคม 2552	202 - 206
C1Z-C3Z วันที่ 13 มีนาคม 2552	207 - 214
Meeting Room 7 : Meet Professional Experts	215
A27-A47 วันที่ 11 มีนาคม 2552	216 - 222
B17-B47 วันที่ 12 มีนาคม 2552	223 - 241
C17-C37 วันที่ 13 มีนาคม 2552	242 - 246
Meeting Room 8 : เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน	247
A28-A48 วันที่ 11 มีนาคม 2552	248 - 252
B18-B48 วันที่ 12 มีนาคม 2552	253 - 256
C18-C38 วันที่ 13 มีนาคม 2552	257 - 259
Meeting Room 9 : Workshops	261
A29-A49 วันที่ 11 มีนาคม 2552	262 - 264
B19-B49 วันที่ 12 มีนาคม 2552	265 - 267
C19-C39 วันที่ 13 มีนาคม 2552	268 - 269
Meeting Room 10 : Workshops	271
A2X-A4X วันที่ 11 มีนาคม 2552	
B1X-B4X วันที่ 12 มีนาคม 2552	
C1X-C3X วันที่ 13 มีนาคม 2552	
Jupiter 14-16 (H, J, K) : Walk & Talk	273
Lobby (L) : รากฐานมั่นคง ถำรง HA	285

Lean, การบริการ และพัฒนางานองค์กร

รับฟังแนวคิด Lean, นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ
การเป็นผู้นำและการนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศ
SPA เครื่องมือใหม่ของ HA
Spirituality, มิติทางสังคมและวัฒนธรรม

11 มีนาคม 2552	09.20-10.00 น.	A10	ปาฐกถาพิเศษ "สุขภาพไร้รอยต่อ" ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา
	10.30-12.00 น.	A20	Lean Concept & Application to Service Sector
	13.00-14.30 น.	A30	Truly Implementing Lean Thinking in Healthcare
	15.00-16.30 น.	A40	สมัชชาสุขภาพ ช่วยยกระดับบริการสาธารณสุข เพื่อมหาชนได้อย่างไร
12 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	B10	เส้นทางสู่องค์กรที่เป็นเลิศ...เรียนรู้จากแชมป์
	10.30-12.00 น.	B20	สุดยอด CEO
	13.00-14.30 น.	B30	คุณภาพแบบเรียบง่าย ผ่อนคลายด้วย SPA
	15.00-16.30 น.	B40	ค้นหาของดีด้วย KPI
13 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	C10	Spirituality in health Care
	10.30-12.00 น.	C20	สังคมปรนัย...กับความท้าทายของวัฒนธรรมคุณภาพ
	13.00-14.30 น.	C30	ใจolibานจากการเรียนรู้ เติมเต็มตนจากผลของงาน
	14.30-15.15 น.	C40	ปาฐกถาพิเศษ "ใจเบิกบาน...งานเป็นสุข" ศ.นพ.ประเวศ วะสี



ดร.วิทยา สุฤทธิดำรง

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

หากจะกล่าวถึง Lean Manufacturing ในวงการอุตสาหกรรมไทยแล้ว คงเป็นที่ทราบดีว่าสามารถนำหลักการต่างๆ ของ Lean มาประยุกต์ และปรับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพกับอุตสาหกรรมการผลิตที่ค่อนข้างหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการลดความสูญเปล่าที่อยู่ในกระบวนการ หรือการปรับปรุงพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าได้ทันทั่วทั้งที่ ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการแข่งขันในสถานะเศรษฐกิจในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีการนำหลักการของ Lean มาปรับใช้กับอุตสาหกรรมบริการ ดังจะเห็นได้ว่าบริษัทที่ให้บริการในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น ธนาคาร เคาน์เตอร์เซอร์วิส และโรงพยาบาล สามารถนำหลักการดังกล่าวมาปรับใช้ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ใช้บริการ การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่ทำได้รวดเร็ว ตลอดจนสร้างความพึงพอใจให้กับลูกค้ามากยิ่งขึ้น

หลายๆ โรงพยาบาลในต่างประเทศได้นำหลักการของ Lean มาปรับใช้ เนื่องจากพบว่าระบบนี้ช่วยทำให้การทำงานเป็นไปอย่างสะดวก รวดเร็ว ถูกต้องและสามารถตรวจสอบได้ รวมถึงการลดต้นทุนที่เกิดขึ้น อีกทั้งยังสร้างให้องค์กรมีความเป็นหนึ่งเดียวกัน และที่สำคัญ การเข้าใจถึงคุณค่าของการบริการที่ลูกค้าต้องการ (ผู้ป่วยและญาติ) นั่นคือ การปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ทันทั่วทั้งที่ หลักการของระบบ Lean นั้น มุ่งเน้นการทำให้ระบบการไหลของงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีการปรับปรุงและพัฒนาอยู่ตลอดเวลา โดยการพยายามกำจัดความสูญเปล่าหรือ waste ที่อยู่ในกระบวนการทำงานออกไปให้ได้มากที่สุด และที่สำคัญก็คือการให้ความเคารพความคิดเห็นของทุกคนที่ร่วมงานตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างเปิดเผยโดยไม่ต้องกลัวความผิด นอกจากนี้ในระบบ Lean ยังมีเครื่องมือที่หลากหลายซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม เช่น การจัดการสถานที่ทำงานให้อยู่ในมาตรฐานที่ดี (5ส) การวาดผังสายธารคุณค่า (Value Stream Map) คือ การวาดกระบวนการทำงานของทั้งระบบตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ การควบคุมด้วยสายตา (Visual Management) ที่ทำให้เราสามารถประเมินกระบวนการทำงานหรือปฏิบัติงาน ณ สถานะปัจจุบันได้อย่างทันที การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement หรือ Kaizen) คือ การปรับปรุงและพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือการทำงานให้มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว ทันต่อสภาวการณ์ต่างๆ และการปรับเปลี่ยนการทำงานอย่างรวดเร็ว

(Quick Changeover) คือ การปรับปรุงกระบวนการต่างๆ เช่น การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือห้องผ่าตัด โดยใช้เวลาน้อยที่สุดแต่เพิ่มประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีเครื่องมืออื่นๆ ของ Lean ที่สามารถนำมาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสมกับโรงพยาบาล ซึ่งสามารถค้นคว้าเพิ่มเติมได้ตามแหล่งข้อมูลวิชาการต่างๆ

**A30****Truly Implementing Lean Thinking in Healthcare**

11 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Grand Ballroom

Kelvin Loh

Parkway Group Healthcare

It is possible to improve quality, cost and access all at the same time.

Focus on creating strong employee value, build an environment of trust.

Focus on enhancing innovation. Give employees a roadmap to continuously improve the organisation – questioning mindset, encourage experimentation, do standard work and give glasses to see waste.

Focus on patient value and reducing waste in the system by leveraging principles from lean thinking. Move towards continuous flow and built in quality.

Start the lean thinking journey...value stream by value stream.... and see breakthrough results.

Finally, measure the real value drivers as targets. Aim for at least 30% improvements at each PDCA.

จุดเน้นที่ผู้บริหารควรให้ความสนใจคือ คุณค่าต่อพนักงาน ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดนวัตกรรม และคุณค่าต่อผู้ป่วย

คุณค่าต่อพนักงานได้แก่ respect, sense of purpose, trust, 'I make a difference', fairness, sense of achievement

คำถามเพื่อตรวจสอบว่าผู้บริหารให้คุณค่าต่อพนักงานหรือไม่ ได้แก่ 1) เราได้หยุดทำสิ่งที่กำลังทำอยู่เพื่อที่จะฟังเสียงจากพนักงานหรือไม่ 2) เราได้รับรู้ความเครียดของพนักงานเพื่อที่จะแก้ไขสถานการณ์หรือไม่ 3) พนักงานของเราแสดงมุมมองอย่างอิสระในสิ่งแวดล้อมของความน่าไว้วางใจหรือไม่ 4) พนักงานสามารถบอกกับเจ้านายว่า "ขอเวลานอก/หยุดก่อน" ได้หรือไม่ 5) พนักงานมีทรัพยากร (การฝึกอบรม ทักษะ เครื่องมือ) เพื่อสร้างคุณค่าให้แก่งานที่ทำหรือไม่ 6) เราได้เรียนรู้บางสิ่งบางอย่างจากพนักงานของเราอยู่ตลอดเวลาหรือไม่

การยกระดับนวัตกรรมสามารถทำได้โดยผู้บริหารเข้าไปดูสถานการณ์จริงที่หน้างาน ยืนนิ่งๆ สังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นในเวลาที่นานพอ ตั้งคำถามที่ไม่มีใครรู้คำตอบ (ทั้งตัวเราและพนักงาน) ส่งเสริมให้เกิดการทำงานที่เป็นมาตรฐาน

คุณค่าต่อผู้ป่วยจากบริการสุขภาพ ที่สำคัญที่สุดคือ การได้รับการวินิจฉัยโรค การรักษา และคำแนะนำ โดยไม่ล่าช้า ไม่มีข้อผิดพลาด

เราสามารถมองเห็นคุณค่าและความสูญเปล่าได้จากการทำ Value Stream Map ค้นหาความสูญเปล่าทั้ง 8 ประการ (**D**efects rework, **O**verproduction, **W**aiting, **N**ot using staff talents, **T**ransportation, **I**nventory, **M**otion, **E**xcessive processing) และกำจัดความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นตลอดทั้งกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

หลักการสำคัญของ Lean ได้แก่ patient-centered cell, continuous flow, built in quality

เริ่มต้นพัฒนาด้วยแนวคิด Lean ค้นหาคุณค่า ขจัดความสูญเปล่า และพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่องด้วยทีม สุดท้าย วัดผลการดำเนินการ ตั้งเป้าหมายให้ผลการดำเนินการดีขึ้น 30% ในแต่ละวงรอบของ PDCA



รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
พญ.ประนอม คำเที่ยง	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
กรรณิการ์ บันเทิงจิตร	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
นพ.อำพล จินตาวัฒนะ	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สมัชชาสุขภาพ คือ กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้โดยใช้ปัญญาสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาวะของประชาชน

การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เริ่มตั้งแต่ปี 2544 ถึง 2549 รวม 6 ครั้งที่ผ่านมา สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เป็นผู้กำหนดประเด็น โดยยึดตามประเด็นของสมัชชาสุขภาพตามพื้นที่ ในรูปแบบของการสาธิต การทดลอง ให้ทุกภาคส่วนในสังคมร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมกันพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อทำให้เกิดสุขภาวะที่ดี

การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 11-13 ธันวาคม 2551 ณ ศูนย์การประชุมสหประชาชาติ (UNCC) เป็นการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นทางการ ตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ปี 2550 ซึ่งกำหนดให้มีการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพ ทั้งการจัดเฉพาะพื้นที่ และเฉพาะประเด็น รวมทั้งให้จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปีละครั้ง เพื่อให้เป็นกระบวนการให้ทุกภาคส่วนมาจัดทำนโยบายสาธารณะ

การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ ถือเป็นครั้งแรกที่จัดขึ้นอย่างเป็นทางการและเต็มรูปแบบตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบในการจัด โดยยึดหลัก 3 เหลี่ยมเขี่ย้อนภูเขา คือ การทำงาน สิ่งยากนั้น ต้องผืนีกกำลัง ความร่วมมือจากทุกภาค ถือเป็นแบบฝึกหัดประชาธิปไตยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม โดยให้เครือข่ายต่างๆ เสนอประเด็นที่เป็นนโยบายสาธารณะ มาให้คณะกรรมการฯ พิจารณาคัดเลือก ซึ่งมี 68 ประเด็น จาก 50 เครือข่าย ได้คัดเลือกและนำเข้าพิจารณาครั้งนี้ 14 ประเด็น ดังนี้

- 1) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
- 2) การเข้าถึงยาจำเป็น : การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย
- 3) ระบบสุขภาพและพหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้: นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม

- 4) กลไกการมีส่วนร่วมในการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ: การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี
- 5) เกษตรและอาหารในยุควิกฤต
- 6) การควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์: ยุทธศาสตร์ในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 7) บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม
- 8) ความเสมอภาคในระบบหลักประกันสุขภาพ: ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน
- 9) เด็กและเยาวชนกับสื่อ: แนวทางสร้างสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์สำหรับเด็ก เยาวชนและครอบครัว – กองทุนสื่อสร้างสรรค์ช่องทางสำคัญของการเปลี่ยนสื่อสีดำเป็นสีขาว
- 10) สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอ็ดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 11) กลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย
- 12) การจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ: นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะของแรงงานนอกระบบ
- 13) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์
- 14) วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาวะคนไทย



รศ.นพ.สุเมธ พิศุทธิ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้นำแนวทางของคณะกรรมการรางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) ซึ่งบริหารตามแนวทาง MALCOLM BALDRIGE NATIONAL QUALITY-AWARD ที่เป็นรางวัลสูงสุดด้านกาบริหารองค์กรของประเทศสหรัฐอเมริกา และ 70 ประเทศทั่วโลก บริหารภายใต้ค่านิยมและแนวคิดหลัก 11 ประการ ได้แก่ การนำองค์กรอย่างมีวิสัยทัศน์ ความเป็นเลิศที่มุ่งเน้นลูกค้า การเรียนรู้ขององค์กรและแต่ละบุคคล การให้ความสำคัญกับพนักงานและคู่ค้า ความคล่องตัว การมุ่งเน้นอนาคต การจัดการเพื่อนวัตกรรม การจัดการโดยข้อมูลจริง ความรับผิดชอบต่อสังคม การมุ่งเน้นผลลัพธ์และการสร้างคุณค่าและมุมมองเชิงระบบ ซึ่งแนวคิดและค่านิยมเหล่านี้ถูกใช้ผ่าน HAMBERGER MODEL แยกเป็น 7 หมวด ได้แก่ การนำองค์กร การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นลูกค้าและการตลาด ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันโดยตรงและเชื่อมโยงกับการมุ่งเน้นบุคลากร การจัดการกระบวนการและผลลัพธ์ ภายใต้การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้และบริบทของ องค์กร (โครงสร้างองค์กร)

การบริหารจัดการตามแนวทางของ MALCOLM BALDRIGE นี้ ผู้บริหารองค์กรต้องตอบคำถามตามเกณฑ์ในแต่ละหมวดจำนวน 18 หัวข้อใหญ่ ซึ่งแต่ละหัวข้อมุ่งเน้นข้อกำหนดที่สำคัญได้แก่ การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง ธรรมชาติและความรับผิดชอบต่อสังคม การจัดทำกลยุทธ์ การกำหนดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ ความรู้เกี่ยวกับลูกค้าและตลาด ความสัมพันธ์กับลูกค้าและความพึงพอใจของลูกค้า การวัดวิเคราะห์และการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศและความรู้ ความผูกพันของบุคลากร สภาพแวดล้อมของบุคลากร การออกแบบระบบงาน การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ตลอดจนการมุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านต่างๆ ตั้งแต่ด้านผลิตภัณฑ์และบริการ การมุ่งเน้นลูกค้า การตลาด การเงินและตลาด การมุ่งเน้นบุคลากร ประสิทธิภาพของกระบวนการและการนำองค์กร ในหัวข้อต่างๆ มีข้อกำหนดโดยรวม (OVERALL REQUIREMENT) และหัวข้อย่อย (MULTIPLE REQUIREMENT) อีกจำนวน 84 คำถาม ซึ่งไม่กำหนดวิธีการ แต่ให้องค์กรต่างๆ สามารถปรับใช้ได้ องค์กรต้องตอบว่าทำอย่างไร? แต่ต้องสนับสนุนมุมมองเชิงระบบที่สอดคล้องหรือบูรณาการไปในแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร มีการเชื่อมโยงระหว่างหัวข้อต่างๆ ในเกณฑ์อยู่ตลอดเวลา และมีผลการดำเนินการที่ดีอย่างต่อเนื่อง หากผลการดำเนินการ

ตรงตามเป้าหมายหรือเหนือกว่าเป้าหมาย การอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก สามารถเทียบเคียงกับผลการดำเนินการขององค์กรหรือองค์กรในอุตสาหกรรมเดียวกัน ก็จะได้รับคะแนนในการประเมินอยู่ในระดับสูง

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้บริหารทุกหน่วยงานตามแนวทาง TQA จนมีผลการดำเนินการสอดคล้องกับค่านิยมทั้ง 11 ประการ จึงรายงานผลการดำเนินการเพื่อขอรับรางวัลและผ่านการประเมินเมื่อปี พ.ศ. 2550 ในช่วงที่ควรได้รับรางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศ (TQC) ซึ่งการได้รับรางวัลครั้งนี้นับว่าเป็นโรงพยาบาลและองค์กรภาครัฐขนาดใหญ่แห่งแรกของประเทศไทยที่ได้รับรางวัลนี้



ดร. ก่อศักดิ์ ไชยรัศมีศักดิ์ **บริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด มหาชน**

หมากกระดานที่มีชีวิตของ ก่อศักดิ์ ไชยรัศมีศักดิ์

ก่อกศักดิ์ ไชยรัศมีศักดิ์ ประธานกรรมการบริหารบริษัท ซี.พี. เซเว่นอีเลฟเว่น จำกัด (มหาชน) คือ จอมยุทธ์หมากล้อมของเมืองไทย ที่เขียนหมากล้อมทุกคนยอมสยบในฝีมือ

“โกะ” หรือ “หมากล้อม” ในภาษาไทย “เหวยฉี” ในภาษาจีน เป็นกีฬาหมากกระดานชนิดหนึ่ง ที่มีประวัติความเป็นมากว่า 3 พันปี โกะเป็น 1 ใน 4 ของศิลปะประจำชาติของจีน ซึ่งประกอบด้วย ดนตรี โคลงกลอน การวาดภาพ และหมากล้อม ชาวจีนเปรียบเทียบการเล่น โกะไว้ว่า “เสมือนการสนทนาด้วยมือ” บางคนว่า “เหมือนฝันของปัญญาชน” บางคนบอกว่า เป็น “หมากกระดานที่มีชีวิต”

ความสำคัญของโกะมิใช่เป็นเพียงศิลปะในการเล่นเกมกีฬา ที่ สนุก ตื่นเต้น และท้าทายเท่านั้น แนวความคิด และปรัชญา ที่เกิดจากทักษะ และความชำนาญของผู้เล่น เช่น การวางแผน การบริหารทรัพยากร ที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประสิทธิภาพ และผลตอบแทนสูงสุด ประสพการณ์เหล่านี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับงานด้านการบริหาร การปกครอง และแม้กระทั่งการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างชาญฉลาด

“เรามองประเทศไทยทั้งประเทศเป็นเสมือนกระดานหมากล้อม (โกะ) กระดานหนึ่ง เรา จะเร่งเปิดร้านค้าของเราในจุดยุทธศาสตร์ที่สำคัญ” ก่อศักดิ์ ไชยรัศมีศักดิ์ เคยกล่าวเอาไว้ และด้วยความที่มั่นใจว่า หมากล้อม เป็นตัวแทนของสมรภูมิรบ เป็นยุทธจักรบู๊ลิ้ม ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับชีวิตจริงได้ทั้งทางด้านธุรกิจ และครอบครัว เขาจึงฝึกฝน และหลงใหลมันอย่างมาก ในขณะที่เดียวกันก็ได้ทำทุกวิถีทาง เพื่อให้การเล่นกีฬาประเภทนี้แพร่หลายในเมืองไทย

จุดสำคัญ ที่ทำให้ก่อกศักดิ์สนใจเล่นหมากล้อมเป็นเพราะเขาเรียนภาษาจีนมาตั้งแต่เป็นเด็กชั้นประถม และยังเป็นคนที่ชอบอ่านนิยายและวรรณกรรมของจีนเป็นอย่างมากจนถึงทุกวันนี้ จากการอ่านทำให้เขาทราบว่า หมากล้อมเป็นศิลปะชนิดหนึ่งที่บรรดาบัณฑิตของจีนให้ความสนใจ และยังเป็นกีฬาทางสมองของผู้บริหารปกครองประเทศ ทั้งจีน เกาหลี ญี่ปุ่น นิยมเล่นกัน และผู้บริหารประเทศเหล่านั้น ก็จะได้แง่คิดและปรัชญาชีวิตมากมายจากการเล่นกีฬาประเภทนี้ นักเขียนชาวจีนหลายคนที่เขาชื่นชอบส่วนใหญ่จะเล่นหมากล้อมเป็นกันทุกคนด้วย

แต่ในช่วงเวลาหลายปีตั้งแต่วัยเด็กจนย่างเข้าวัยรุ่น ก่อศักดิ์รู้จักหมากล้อมจากตัวหนังสือเท่านั้น แต่ไม่เคยได้เล่นอย่างจริงจังเลย สิ่งที่เขาเล่นได้ตีกลับเป็นหมากลูกจันทน์ที่เล่นกันแพร่หลายทั่วไป

“ถ้าหมากล้อมเทียบเท่ากับการเล่นโยน หรือละครในสถานที่ที่ผู้ตีดู หมากลูกจันทน์จะเป็นได้เพียงลีกที่ชาวบ้านดูเท่านั้น” ก่อศักดิ์เปรียบเปรยให้ฟัง แต่อย่างไรก็ตามเขาก็ไม่มีโอกาสที่จะฝึกเล่นหมากล้อมเลย จนวันหนึ่งในสมัยเรียนมัธยมเขาได้ไปเจอหนังสือภาษาจีนเล่มหนึ่งแนะนำเกมบนกระดาน 30 ประเภท ซึ่งมีหมากล้อมอยู่ด้วย จึงได้เริ่มหัดเล่นตั้งแต่นั้นมา เพียงแต่เมื่อเล่นไปตามทฤษฎี โดยไม่เข้าใจความลึกซึ้งของกลยุทธ์ต่างๆ ไม่มีคู่แข่งที่จะร่วมกันคิดค้นกระบวนท่าในการเดินหมาก การดวลเม็ดหมากบนกระดานก็ไม่ใช่ว่าเรื่องตื่นเต้น เราใจอีกต่อไป ก็เลยหยุดเล่นนับแต่นั้นมา

เวลาผ่านไปจนถึงปี พ.ศ. 2526 ก่อศักดิ์ได้ดำรงตำแหน่งเป็นรองกรรมการผู้จัดการใหญ่บริหาร รับผิดชอบการค้าระหว่างประเทศ บริษัทเครือเจริญโภคภัณฑ์ จำกัด ประจำฮ่องกง จึงมีโอกาสได้กลับมาสัมผัสกับหมากล้อม กีฬาที่ตนเองมีความประทับใจมานานอีกครั้งหนึ่ง เพราะนักธุรกิจชาวญี่ปุ่นและจีนส่วนใหญ่จะเล่นหมากล้อมเป็น ดังนั้น แทนที่ก่อกศักดิ์จะออกรอบเล่นกอล์ฟ เพื่อสร้างสัมพันธ์ทางธุรกิจก็กลายเป็นนั่งโต๊ะเล่นโกะแทน

อย่างไรก็ตาม ในครั้งนี้เขาก็ยังไม่ได้เล่นหมากล้อมอย่างเข้าใจ เพื่อนชาวญี่ปุ่นไม่มีใครให้ความสำคัญกับการสอนเขาอย่างจริงจัง อีกทั้งภาษายังเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการสื่อสาร คนญี่ปุ่นพูดอังกฤษนั้น ฟังให้เข้าใจก็ยากมากอยู่แล้ว ยิ่งเป็นภาษาญี่ปุ่น ที่เกี่ยวกับหมากล้อมก็เพิ่มความงุนงงเข้าไปอีก เมื่อไม่มีใครสอนเขาจึงมูมานะที่จะเล่นให้เก่งโดยการค้นหาตำราเกี่ยวกับการเล่นหมากล้อมมาศึกษาด้วยตัวเอง และมีคนญี่ปุ่นเป็นคู่แข่ง

“หมากล้อม 10 นาทีก็เล่นเป็นแล้ว แต่คุณต้องใช้เวลาทั้งชีวิตจึงจะเล่นให้เก่งได้” ก่อศักดิ์อธิบายให้ฟัง และด้วยความยากของมัน ดังนั้นหลังจากเรียนมา 4 ปี ก่อศักดิ์จึงได้แค่ 2 คิวเท่านั้น (ผู้เล่นจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มผู้เริ่มเรียนรู้ เรียกว่า คิว จะเริ่มตั้งแต่ 15 คิว เมื่อสามารถเล่นได้แล้วพัฒนาเก่งขึ้นเรื่อยๆ เป็น 14, 13, 12 จนถึง 1 คิว ณ จุดนี้เปรียบเหมือนได้เรียนเทคนิคการเล่นต่างๆ มาครบถ้วนแล้ว จะทำการสอบ Comprehensive เพื่อขึ้น 1 ดั้ง (ระดับอาจารย์) จากนั้น ก็จะพัฒนาฝีมือเก่งขึ้นเรื่อยๆ เป็น 2, 3, 4 จนถึง 9 ดั้ง)

“โชคดี ที่ต่อมา เพื่อนชาวญี่ปุ่นได้แนะนำผมให้รู้จักกับอาจารย์โงะซึกะ อาริยะ ท่านเป็นคนไทยที่ไปสอนหนังสืออยู่ที่ญี่ปุ่น จนถึงทุกวันนี้อยู่ที่ญี่ปุ่นเป็นเวลา 40 กว่าปีมาแล้ว ท่านจะมาเมืองไทยปีละครั้ง 2 ครั้ง เป็นคนที่เล่นหมากล้อมเก่งมาก เป็นแชมป์จังหวัดนารา ที่ญี่ปุ่นก็เลยโชคดี ได้อาจารย์เป็นคนสอนผม จนเข้าใจในหัวใจของหมากล้อม”

หมากล้อมมีจุดกำเนิดในประเทศจีน แต่ปัจจุบันเฟื่องฟูที่สุดในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งมีคนเล่นประมาณ 10 ล้านคน และมีนักเล่นมืออาชีพประมาณ 500 คน ขณะที่ในจีนมีเพียง 200 คนเท่านั้น เป็นเพราะในญี่ปุ่นมีการจัดการแข่งขันอย่างมีมาตรฐาน และต่อเนื่องมาโดยตลอด

หลังจากนั้น ก็ได้ก่อตั้งชมรมหมากล้อมแห่งประเทศไทยขึ้น เมื่อปี 2536 โดยใช้ชั้น 2 ของเซเวนอีเลฟเว่น สาขางามดูพลี เป็นที่ทำการชมรมเป็นแห่งแรก และเขาก็เป็นประธานชมรมคนแรกถึงปัจจุบัน ขณะนี้ชมรมตั้งอยู่ที่ชั้น 2 ของอาคารสิบุญเรือง 1 มีสมาชิกประมาณ 2,000 คน ตัวเลขยอดขายกระดานหมากล้อมในเซเวนอีเลฟเว่นและที่ชมรมรวมกันประมาณ 5 หมื่นชุด หากตัวเลขนี้ไม่ผิดพลาดก็คาดว่าจะมีคนเล่นหมากล้อมในเมืองไทยไม่ต่ำกว่า 1 แสนคน

ส่วนตัวเขาเองมุ่งฝึกฝนจนสอบได้ชั้น 5 ดั้ง และเป็น 5 ดั้งคนเดียวของประเทศไทย รองลงมาคือ 4 ดั้ง ซึ่งมีเพียง 2 คนเท่านั้น และเมื่อเร็วๆ นี้ เขาได้เปิดตัวหนังสือชื่อ “ท่องยุทธจักรหมากล้อม” ซึ่งเป็นการบันทึกการควลฝีมือบนกระดานหมากล้อมของจอมยุทธ์ครั้งสำคัญทั่วโลก หลังจากประสบ ความสำเร็จจากการเขียนหนังสือเล่มแรก “ก้าวแรกสู่หมากล้อม” ไปแล้วก่อนหน้านี้

นอกจากงานของชมรม ก่อศักดิ์ยังได้บุกเบิกเผยแพร่หมากล้อมภายในองค์กรของบริษัท และได้ขยายเข้าสู่สถาบันการศึกษา จนได้รับการบรรจุอย่างเป็นทางการในกีฬามหาวิทยาลัยครั้งที่ 23 เมื่อปี 2539

ทุกวันนี้ เมื่อไปติดต่อธุรกิจต่างประเทศ ไม่ว่าจะฮ่องกง จีน ไต้หวัน ก่อศักดิ์จะมองหาโอกาสไปพบกับเซียนของเมืองนั้นๆ หรืออาจารย์มืออาชีพ เพื่อฝึกปรือฝีมืออย่างสม่ำเสมอ คลื่นลูกหลังไล่คลื่นลูกหน้า คนรุ่นใหม่แทน ที่คนรุ่นเก่า โลกจึงพัฒนาก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง เจกเช่นกัน ยุทธจักรหมากล้อมก็ต้องมีหน่ออ่อนคอยแตกใบใหม่อยู่เสมอ

“ผมเชื่อว่าต่อไปต้องมีคนเก่งกว่าผม ความพร้อมเรื่องวัยเป็นเรื่องสำคัญในการเล่น และผมพร้อมที่จะสนับสนุนพวกเขาเหล่านั้น เพราะผมเชื่อว่าปัญญาชนทั่วโลกในศตวรรษหน้า จะหันมาเล่นหมากล้อม” ก่อศักดิ์ทิ้งท้ายไว้อย่างมั่นใจ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล	สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
ภัทรารัตน์ ดันนุกิจ	รพ.กลาง
ผศ.ลัดดา เจलयกิตติ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ	รพ.บำราศนราดูร

ทำความเข้าใจกับ SPA และ Self Enquiry

หลายองค์กรประสบปัญหาเกี่ยวกับว่าคุณภาพคืออะไร หลายบุคคลปฏิเสธที่จะพูดถึงหรือเข้ามาร่วมทำงานคุณภาพ แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าทุกองค์กรอยากเป็นองค์กรที่มีคุณภาพ และทุกคนก็อยากทำงานให้มีคุณภาพทั้งสิ้น ดังนั้นถ้าเราสามารถทำให้งานคุณภาพเป็นเรื่องที่เรียบง่ายได้ น่าจะเป็นคำตอบที่ทำให้ทุกคนรู้สึกอยากทำและอยากมีคุณภาพ ความเรียบง่ายจะเกิดขึ้นต่อเมื่อเรามีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในเรื่องที่จะทำ และใช้ความคิดสร้างสรรค์อย่างอิสระในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานเพื่อขจัดสิ่งที่ไม่จำเป็นออกจากระบบงาน

กระบวนการ HA ใช้มาตรฐานเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนา รวมทั้งเป็นแนวทางสำหรับการประเมินความก้าวหน้าและผลการพัฒนา การใช้มาตรฐานอย่างเรียบง่ายคือการทำความเข้าใจกับมาตรฐานและทำให้มาตรฐานเข้าไปอยู่ในชีวิตการทำงานประจำวันของทุกคนอย่างเป็นธรรมชาติ เพื่อช่วยทำความเข้าใจความมุ่งหมายของมาตรฐาน สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้จัดทำแนวทางสำหรับโรงพยาบาลขึ้นโดยขยายความมาตรฐาน (Standards) ด้วยกิจกรรมที่ควรดำเนินการ (Practice) และข้อมูลที่ควรสรุปในรายงานประเมินตนเอง (Assessment) อย่างย่อๆ โดยเรียกเอกสารชุดนี้ว่า SPA โดยเชื่อว่าจะช่วยทำให้โรงพยาบาลเข้าถึงหัวใจของมาตรฐานได้ด้วยเส้นทางที่ลัดที่สุด และไม่ต้องจัดทำเอกสารจำนวนมากโดยไม่จำเป็น

สิ่งที่ปรากฏอยู่ในกิจกรรมที่ควรดำเนินการ อาจจะประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้ได้อย่างหนึ่งหรือร่วมกัน 1) การทำความเข้าใจแนวคิดของมาตรฐานและประเด็นที่เกี่ยวข้อง 2) การวิเคราะห์สถานการณ์ของตนเอง ทั้งข้อมูล สถิติต่างๆ รวมทั้งความคิดเห็น ความรู้สึก และประสบการณ์ในการแก้ปัญหาหรือการทำงานของผู้เกี่ยวข้อง 3) การศึกษาข้อมูลวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติต่างๆ ที่จะมาช่วยขยายความรายละเอียด 4) การออกแบบระบบงานที่ได้ผลโดยใช้ความคิดสร้างสรรค์นวัตกรรม หลักการจัดการด้วยการเห็น หลัก Human Factors Engineering 5) การประเมินผลความเข้าใจ การนำแนวทางที่ออกแบบไว้ไปสู่การ

ปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

แนวทางต่างๆ ดังกล่าวนั้น เมื่อนำไปใช้จริงแล้วเกิดอะไรขึ้น มีปัญหาอุปสรรคอะไร ทำให้การใช้มาตรฐานง่ายขึ้นหรือยากขึ้น เกิดความเข้าใจความหมายของมาตรฐานแตกต่างกันไปจากเดิมอย่างไร คาดว่าในระยะยาวจะส่งผลอย่างไร

ในเอกสารชุดนี้ได้นำเสนอแนวคิดเรื่องการวิจัยสืบค้นตนเอง (Self Enquiry) ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ 1) การประยุกต์หลักการวิจัยมาใช้ตอบคำถามพื้ๆ และคำถามเกี่ยวกับการนำมาตรฐานมาปฏิบัติ ที่เรียกว่า mini-research ซึ่งมุ่งการหาข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์และการตัดสินใจปรับปรุงระบบงานอย่างรวดเร็ว 2) การประมวลข้อมูลจากเครื่องมือพัฒนาคุณภาพทางคลินิกหลายๆ อย่างเข้าด้วยกัน แล้วนำมาร้อยเรียงให้เห็นภาพใหญ่ของคุณภาพทางคลินิกด้วยแผนภูมิแสดงขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มรับไว้จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่เรียกว่า Clinical Self Enquiry วิทยากรจะนำประสบการณ์ในการใช้วิธีการวิจัยสืบค้นตนเองทั้งสองวิธีนี้มาแลกเปลี่ยนกันในที่ประชุม

บทเรียนในการทำ mini-research ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

การประยุกต์หลักการวิจัยมาใช้ตอบคำถามพื้ๆ และคำถามเกี่ยวกับการนำมาตรฐานมาปฏิบัติ ที่เรียกว่า mini-research นั้น ทางโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้ทดลองทำในส่วนของ SPA Part - III โดยเลือกประเด็นคำถามจากกิจกรรมที่ควรดำเนินการ (Practice) และมุ่งไปศึกษาในสถานการณ์จริงสอบถามพูดคุยกับกลุ่มผู้ป่วย/ญาติ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน

บทเรียนที่ได้รับในการเตรียมการคือ ต้องทำความเข้าใจในทีมงานให้ชัดเจนถึงความต้องการข้อมูลและการนำไปใช้ประโยชน์ ไม่ต้องกำหนดรายละเอียดที่ชัดเจนมากเกินไป เปิดโอกาสให้ผู้เก็บข้อมูลสามารถตัดสินใจปรับเปลี่ยนได้ทันทีตามสถานการณ์แบบไร้รูปแบบ และนำบทเรียนมาทบทวนทันทีหลังจากเก็บข้อมูล

พบว่าทีมงานมีการเรียนรู้และปรับปรุงในเรื่องต่อไปนี แนวทางการตั้งคำถาม แนวทางการเลือกกลุ่มเป้าหมาย การเลือกแหล่งข้อมูล การเลือกประเด็นคำถามเท่าที่จำเป็น เทคนิคการถอนตัวจากการสัมภาษณ์หากผู้ป่วยรู้สึกเหมือนฟ้าม่าโปรดที่มีเจ้าหน้าที่มานั่งคุยด้วย การแปลงคำถามตามลักษณะของผู้ตอบคำถาม การใช้คำถามเดียวที่ได้รับคำตอบหลายเรื่องหรือคำตอบที่ครอบคลุมหลายขั้นตอน

จากการสอบถามผู้ที่ร่วมทำวิจัยถึงความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้ ได้เสียงสะท้อนว่าเป็นการทำวิจัยที่ง่าย รู้สึกดี ผ่อนคลายทั้งสองฝ่าย ได้ข้อมูลที่แท้จริง เห็นในสถานการณ์จริง

รวมทั้งได้สัมผัสความรู้สึกของผู้รับบริการอย่างแท้จริง ไม่ผ่านกระดาษแบบสอบถาม ในครั้งแรก อาจจะรู้สึกว่ายากเพราะจะมัวแต่อ่านคำถามหรือบันทึกคำตอบ แต่ต่อมาใช้เทคนิคการจำประเด็น สำคัญในคำถามและบันทึกสรุปสั้น ๆ จะทำให้สัมภาษณ์ได้เร็วขึ้นและไม่ขัดจังหวะการพูดคุย ที่สำคัญในช่วงเริ่มแรกจะรู้สึกหนักใจว่าผู้ป่วย/ญาติไม่กล้าพูดคุยด้วยเพราะเห็นเป็นเจ้าหน้าที่ แต่กลายเป็นว่ายังเป็นเจ้าหน้าที่ที่ยังชอบใจอยากพูดคุยด้วย ดังนั้นจะไปในรูปแบบไหนก็ได้ สำคัญที่การแนะนำตนเองและบอกว่าวัตถุประสงค์และท่าทางที่จริงใจ ส่วนองค์กรเองได้ ประโยชน์ทันทีในบางประเด็นที่สามารถแก้ไข เช่น การบันทึกข้อมูลต่างๆ ที่ไม่ครอบคลุม หรือ การจัดสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เป็นต้น

บทเรียนในการทำ Clinical Self Enquiry ของโรงพยาบาลกลาง

จากประสบการณ์ในการทำ service profile พบว่าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย หาก ไม่มีการบันทึกและเก็บข้อมูลปัญหาหรือเหตุการณ์ที่พบในระหว่างปฏิบัติงานทันที จะทำให้ บุคลากรไม่สามารถค้นหาความเสี่ยงในแต่ละขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยและไม่สามารถแก้ ปัญหาที่แท้จริงได้ ทีมงานจึงได้นำ Self Enquiry part III มาใช้ในการพัฒนาระบบการบันทึก และเก็บข้อมูลตลอดจนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำมาทบทวน และค้นหาโอกาสพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ขั้นตอนการดำเนินการ > ทีมงาน เรียนรู้วิธีการใช้ Self Enquiry part III และจัดทำแผน ภูมิกระบวนการดูแลผู้ป่วย ใน future board พร้อมแบบฟอร์มสำหรับบันทึกเหตุการณ์ที่พึง ประสงค์และไม่พึงประสงค์

การวิเคราะห์ผลลัพธ์ > มีการบันทึกอุบัติการณ์จำนวนหนึ่ง จากบุคลากร 1-2 คน วิเคราะห์ได้ดังนี้

- 1) ด้านบุคลากร > ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วย แต่ละขั้นตอน ไม่เข้าใจวิธีการบันทึกอุบัติการณ์ และเข้าใจว่าตนเองไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง
- 2) ด้านกระบวนการ > การบันทึกซ้ำซ้อนกับการบันทึกอุบัติการณ์ ส่ง RMC การ บันทึกไม่ละเอียด ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ปัญหาได้ และบางเหตุการณ์สามารถ บันทึกได้มากกว่า 1 ขั้นตอน
- 3) ด้านผู้ป่วย > กระบวนการดูแลผู้ป่วยและระบบงาน ที่มีการบันทึกมากที่สุด คือ Care of Patient และระบบความคลาดเคลื่อนทางยา

การพัฒนาครั้งที่ 1 > ให้ความรู้ กระตุ้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมมากขึ้น และประสานกับ

ทีมนำเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการรายงานอุบัติการณ์ ผลลัพธ์ : มีระบบการบันทึกและเก็บข้อมูลปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การพัฒนากระบวนการอื่น ๆ เช่น การรายงานแพทย์ การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไปสู่ภาวะวิกฤต/กึ่งวิกฤต การบริหารยา และการสอนงานเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

การพัฒนาครั้งที่ 2 > ปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกให้สามารถระบุรายละเอียดได้มากขึ้น และทบทวนเรื่องลดความซ้ำซ้อนในการรายงานอุบัติการณ์กับทีมนำอีกครั้ง ผลลัพธ์ : จำนวนการเขียนรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลง แต่พบโอกาสพัฒนาเพิ่มขึ้น

สรุปบทเรียน : Self Enquiry part III เครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถค้นหาปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพทั้งด้านการดูแลผู้ป่วย บุคลากร และระบบงานที่สำคัญได้อย่างตรงประเด็น

กิจกรรมที่จะดำเนินการต่อ : สรุปผลการวิเคราะห์โอกาสพัฒนาที่พบในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้มาจากการใช้ Self Enquiry ด้วยโปรแกรม mind map ลงใน one page summary เพื่อให้สมาชิก ผู้เกี่ยวข้องสามารถเชื่อมโยงโอกาสพัฒนาและแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างเป็นระบบ นำเสนอ PCT, NSO และทีมที่เกี่ยวข้องต่อไป

บทสรุป

โดยสรุป SPA เป็นหนึ่งในวิธีการค้นหาคำตอบแบบรอบด้าน มีเป้าหมาย (Standard) มีทางให้เดิน (Practice) มีที่หมายให้พบ (Assessment) และระหว่างทางเดินยังมีเพื่อนช่วยบอกทางให้อีก (Self enquiry) จนเรารู้สึกว่าการเดินทางสู่มาตรฐานคุณภาพ เรียบง่ายและผ่อนคลายจริงๆ



12 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Grand Ballroom

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล	สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
ศ.พญ.สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี	
รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศ.นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การวัดผลการดำเนินงานถูกใช้เป็นกระจกสะท้อนบอกตัวเอง และใช้เป็นตัวขับเคลื่อนการดำเนินงาน แม้ว่าจะยังมีข้อจำกัดต่างๆ มากมาย รวมทั้งข้อวิพากษ์ถึงผลเสียของการวัดผลที่ไม่เหมาะสม

เครือข่ายโรงพยาบาลภายใต้กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งประเทศไทย หรือที่เรียกกันว่า UHospNet มีการรวมตัวพบปะแลกเปลี่ยนกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อพัฒนาระบบงานร่วมกัน ได้หยิบยกเอาประเด็นเรื่อง KPI มาพิจารณาว่าจะสร้างฐานข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ ได้อย่างไร เริ่มต้นจากการศึกษา model ของ Quality Indicator Project (QIP) ของ Maryland ซึ่งรับประมวลผลให้แก่สมาชิกทั่วโลก และในที่สุดได้ข้อสรุปที่จะพัฒนาระบบตัวชี้วัดเปรียบเทียบของประเทศไทยขึ้นมาเอง โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้การสนับสนุนและรับมาดำเนินงาน

ลักษณะของระบบที่พัฒนาขึ้นคือการรายงานข้อมูลตัวชี้วัดของแต่ละโรงพยาบาลผ่าน web เป็นประจำทุกเดือน หากเป็นตัวชี้วัดที่ต้องคำนวณเป็นอัตราหรือเทียบสัดส่วน จะให้บันทึกทั้งตัวตั้งและตัวหาร ให้โปรแกรมคำนวณค่า เพื่อให้สามารถประมวลผลในภาพรวมได้ถูกต้อง โรงพยาบาลสามารถเลือกที่จะบันทึกตัวชี้วัดใดก็ได้ และสามารถขอข้อมูลเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในตัวชี้วัดที่ตนรายงาน ทั้งนี้มีระบบรักษาความลับที่จะไม่ทราบว่าเป็นข้อมูลของโรงพยาบาลใด

ขณะนี้ได้จัดทำคำจำกัดความของตัวชี้วัดชุดแรกและดำเนินการเก็บข้อมูลแล้ว 35 ตัวชี้วัด ทำให้ได้เห็น norm (ค่าเฉลี่ย) ของกลุ่มว่าอยู่ตรงไหน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด คือ percentile ที่ 75, 50, 25 อยู่ตรงไหน ซึ่งน่าจะเป็นฐานข้อมูลเปรียบเทียบที่ดีสำหรับการวางแผนและกำหนดเป้าหมายการพัฒนาของแต่ละโรงพยาบาล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลพร้อมที่จะเปิดให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ที่สนใจเข้าร่วมในระบบฐานข้อมูลตัวชี้วัดเปรียบเทียบนี้ ในปี 2552 และต้องการรับทราบความเห็นของผู้เข้าประชุมว่าตัวชี้วัดใดที่ควรเลือกมาใช้เป็นตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ตัวชี้วัดใดที่ไม่สมควรนำมากำหนดเป็นตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

นอกจากนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ยังได้สนับสนุนให้มีการศึกษาว่าจะนำฐานข้อมูลจากการรายงานประจำ ฐานข้อมูลการเบิกจ่าย และฐานข้อมูลการบริหารจัดการ มาใช้ประโยชน์เพื่อการประเมินคุณภาพของสถานพยาบาลต่างๆ อย่างไร แม้ว่าจะมีข้อจำกัดในการแปลความหมาย แต่ก็น่าจะเป็นประโยชน์เนื่องจากเป็นข้อมูลที่มีอยู่แล้วในระบบ

สำหรับการประชุม HA National Forum ในปีนี้ ภายใต้ theme “Lean & Seamless Healthcare” ได้จุดประกายให้เราคิดถึงตัวชี้วัดที่สะท้อนคุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย นอกเหนือจากตัวชี้วัดจากมุมมองของวิชาชีพแต่ฝ่ายเดียว คุณค่าที่ผู้ป่วยโรคหอบหืดให้ความสำคัญคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถไปทำงานหรือเรียนหนังสือได้ตามปกติ คุณค่าที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องการคือ การได้รับการวินิจฉัยโรคและการรักษาภาวะฉุกเฉินที่ถูกต้องเหมาะสมโดยเร็วที่สุด นับเวลาจากเมื่อเริ่มมีอาการ ด้วยมุมมองเช่นนี้จะทำให้เราสามารถมองเห็นโอกาสพัฒนาที่เชื่อมต่อระหว่างสถานบริการต่างๆ ทำให้เกิดการไหลเลื่อน ไม่สะดุด ไม่ล่าช้า ไม่สูญเปล่า



13 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.30 น. ห้อง Grand Ballroom

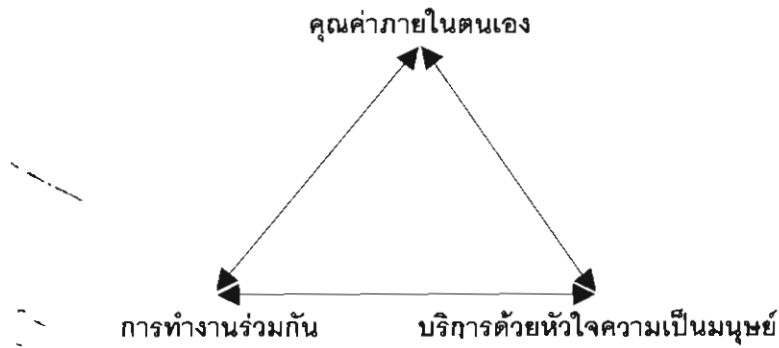
นพ.ประภาส อุครานันท์ รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
 นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล รพ.ประทาย
 นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ กรมสุขภาพจิต

Spirituality in health Care

นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (กรมสุขภาพจิต)

ความตื่นตัวของโรงพยาบาลในการที่จะพัฒนาคนและองค์กรโดยมีเป้าหมายต่างๆ เพื่อให้มีคุณภาพตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ เป็นเป้าหมายไปไกลกว่าสิ่งที่เป็นรูปธรรม เช่น การอยู่รอดขององค์กร หรือกำไร แต่เกี่ยวข้องกับโดยตรงกับผู้รับบริการหรือสังคมซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรมมากขึ้น ในท่ามกลางกระแสการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ก็ได้มีการพัฒนานวัตกรรมจัดการเพื่อเป็นเครื่องมือในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กรจากเดิมที่เน้นแต่การพัฒนาความรู้และทักษะในการทำงาน โดยใช้เครื่องมือใหม่ๆ เช่น การสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ การจัดการความรู้ เป็นต้น ซึ่งก็มีกฎเกณฑ์บางอย่างร่วมกัน โดยเน้นการพัฒนางานโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการสร้างพลังอำนาจของผู้ปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรไปในระดับหนึ่ง

ในระยะหลังได้มีการนำเสนอการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized health care) ซึ่งเป็นการดูแลไปถึงระดับสุขภาพทางจิตวิญญาณ (spiritual health) การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญนั้นอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงเจตคติภายในตนเองของผู้ปฏิบัติงาน การศึกษาวิจัยเรื่ององค์กรก็มีข้อค้นพบสำคัญว่าถ้าคนเรารู้สึกกับคุณค่าของตนเองในการทำงานและในองค์กร ไม่ว่าจะตนเองจะอยู่ในตำแหน่งหน้าที่ใดๆ จะเป็นหัวใจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ขณะเดียวกันคุณค่าในตนเองนั้นจะคงอยู่ได้ก็ต้องอาศัยบรรยากาศการทำงานร่วมกันอย่าง กัลยาณมิตร และนำไปสู่การปรับปรุงบริการให้เป็นการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เปรียบดังแก้วี 3 ขา ซึ่งค้ำจุนซึ่งกันและกัน หากขาดตัวใดตัวหนึ่งก็ยากที่จะสร้างวัฒนธรรมใหม่ ขององค์กรได้ โปรแกรม Spirituality in Healthcare จึงได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้สมาชิกได้เรียนรู้ องค์กรประกอบทั้ง 3 องค์กรประกอบไปด้วยกัน คือ



หัวใจสำคัญของแนวคิดนี้คือ ใช้การพัฒนาจิตอันได้แก่ สมาธิและสติ มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณค่าภายในตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่คุณลักษณะที่สำคัญ เช่น ความเห็นอกเห็นใจ ความรัก ความให้อภัย ความรับผิดชอบ ฯลฯ ยิ่งไปกว่านั้นการทำงานร่วมกันอย่างดีต้องอาศัยการฟังอย่างใส่ใจ (deep listening) และกัลยาณมิตรสนทนา (dialogue) ซึ่งก็ฝึกได้ง่ายโดยเชื่อมโยงกับสมาธิและสติ สุดท้ายก็คือการอาศัยจิตที่พัฒนาขึ้นของบุคคลและทีมงานร่วมกันหาหนทางทำให้องค์กรเป็นองค์กรที่ส่งเสริมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยมีบทเรียนจาก รพ. ประทาย และ รพ.จิตเวชนครราชสีมา ซึ่งทั้ง 2 โรงพยาบาลจะนำเสนอประสบการณ์ของการดำเนินงานให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งองค์กร

Spirituality in Healthcare

นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล รพ.ประทาย

คุณอาจไม่เชื่อว่าความรักจะเปลี่ยนโลกได้...

แต่โรงพยาบาลประทายจะเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลเปี่ยมรักได้จริง !

ผมย้ายมาเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลประทายได้ 1 ปี ที่นี้... โรงพยาบาลประทายเป็นโรงพยาบาล 60 เตียงมีประชากรในเขตอำเภอประทายประมาณ 75,000 คน และประชากรจากพื้นที่รอยต่อจากอำเภอข้างเคียงอีกประมาณ 15,000 คน ผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 300-450 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังซึ่งต้องเดินทางมาตั้งแต่ 3 เพราะมีรถมาตลาดเที่ยวเดียว ผู้ป่วยในมีอัตราการครองเตียงเฉลี่ย 75-90% ที่นี้มีแพทย์อยู่ 6 คนรวมผมด้วย ที่นี้ผ่านการรับรองการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลปี 2548 ผมมาทำงานเดือนแรกๆ พบว่างานที่โรงพยาบาลนี้หนักมากครับ เจ้าหน้าที่ทำงานแข่งกับเวลาและพยายามให้เกิดคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐาน ทุกคนดูเร่งรีบ เคร่งเครียด บุคลากรเต็มไปด้วยความเหนื่อยล้าและ

ไม่เข้าใจกัน เปรียบเสมือนองค์กรแห่งเครื่องจักร

เจ้าหน้าที่ไม่มีเวลาพูดคุยกัน บ่อยครั้งที่เจ้าหน้าที่ทำงานมากจนเงยหน้าขึ้นมามากก็พบว่า 16.30น. แล้วทุกอย่าง คนก็กลับบ้าน... โดยที่บางครั้งยังไม่ได้พูดคุย/ทักทายกันเลย... ผู้ป่วยและญาติเองก็ร้องเรียนโรงพยาบาลบ่อยครั้งด้วยหลายสาเหตุส่วนใหญ่เป็นเรื่องพฤติกรรมบริการไม่ดี เช่น “เป็นหมอภาษาอะไรพูดจาไม่ได้เรื่อง” หรือไม่กับเรื่องรอตตรวจนาน บางครั้งเป็นเรื่องการรักษาที่ไม่ทันท่วงที (ไม่ทันใจ/ไม่ตามใจ) ฯลฯ คณะกรรมการความเสี่ยงและกรรมการใกล้เคียงได้ทำงานอย่างเต็มกำลังความสามารถ (ปี 2549 มีเรื่องร้องเรียนประมาณเกือบ 100 เรื่อง, ปี 2550 มีเรื่องร้องเรียนประมาณ 100 กว่าเรื่อง, ปี 2551 มีเรื่องร้องเรียนประมาณ 50 เรื่อง) ผมเห็นความทุกข์ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยจำนวนมาก... แต่ปัญหานับวันยิ่งพอกพูน... บุคลากรทุกคนอยู่ด้วยความทุกข์

แต่แล้วฟ้ามีตา... ผมได้พบกับคนอยู่ 3-4 กลุ่มที่มีฝัน... มีแรงบันดาลใจในการพัฒนาจิตใจของกันและกันทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ด้วยตนเอง

กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่สนใจงานด้านสุขภาพจิต ผมกับทีมนี้ (3-4 คน) จึงชวนกันทำงานด้านสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชน โดยเริ่มจากงานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง “ทำอย่างไรจึงจะสามารถพัฒนางานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลประเทาย ได้อย่างครอบคลุม” เป็นวิจัยที่มุ่งเน้นแสวงหาความต้องการ ข้อเสนอแนะ ความทุกข์ของเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติ และชุมชนในอำเภอประเทาย โดยพวกเราขอความกรุณาจากอาจารย์นิวัต อุณหพันธ์ุ สถาบันวิจัยอนามัยและชนบท คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล โดยสร้างเครือข่ายการพัฒนาร่วมกับโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ งานสุขภาพจิตสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และเครือข่ายอีก 20 กว่าโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา และได้จัดเวทีดึงข้อมูลสู่ชุมชนที่เทศบาลตำบลประเทาย มีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมรับฟังข้อมูลและเสนอแนะรวมทั้งเกิดกิจกรรมพัฒนาร่วมกันมากมาย

เกิดกลุ่มจิตอาสาจากหลายๆ กลุ่มได้แก่กลุ่มจิตอาสานักเรียน กลุ่มผู้ติดเชื้อและกลุ่มอาสาสมัคร เช่น การให้คำปรึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อ(ซึ่งเกิดกิจกรรมมาหลายปีแล้ว) กิจกรรมงานวันลอยกระทง กิจกรรมอาสาให้คำปรึกษาผู้ป่วยเข้ามาช่วยงานทางด้านสาธารณสุขประโยชน์ต่างๆ เป็นต้น ซึ่งก่อให้เกิดพลัง คุณค่าและเกิดชีวิตที่มีความหมายจากคนที่เคยท้อแท้และรู้สึกตนเองไม่มีค่ามาก่อนและที่สำคัญได้เกิดการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตที่ดูแลทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย โดยมีคลินิกสุขภาพจิต ในทุกวันจันทร์ที่ 2 ของเดือนซึ่งมีการให้บริการซึ่งมีผู้ป่วย Psychosis (จิตเภท) และผู้ป่วยเครียด ซึมเศร้าและจากการค้นหาสาเหตุการฆ่าตัวตายจากการไปค้นหาข้อมูลจากญาติและหรือตัวผู้ป่วยเองพบว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากความเครียด

ที่สะสม (จากปัญหาเรื่องการทะเลาะกับสามี/ญาติ-ขาดทักษะการสื่อสารที่ดี, ขาดการพัฒนา
ความฉลาดทางอารมณ์รวมทั้งปัญหาหนี้สิน) โดยไม่มีวิธีบำบัดความเครียดด้วยตนเองจนต่อ
มาเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าและไม่มีที่ปรึกษา ซึ่งสาเหตุเกิดจาก รพ.ขาดระบบการประชาสัมพันธ์
และเป็นที่ยอมรับปัญหาสุขภาพที่ดี

จึงเป็นที่มาของการจัดระบบการทำงานสุขภาพจิตเชิงรุกและบูรณาการ โดยมีการ
ประเมินความเครียดเชิงรุกในผู้ป่วยเรื้อรังเช่นโรคเบาหวาน ความดันสูง ผู้ป่วยมะเร็งต่างๆ
ผู้ป่วยเอ็ดส์เป็นต้น นอกจากนี้ยังบูรณาการเข้ากับงานประจำที่ OPD, IPD, ER ที่มีผู้ป่วยมา
ด้วยอาการเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม วิงเวียน นอนไม่หลับหรือมาโรงพยาบาลหลายๆครั้งให้ได้มี
การประเมินความเครียดและโรคซึมเศร้าพบว่าสามารถวินิจฉัยโรคเครียดมากและหรือโรค
ซึมเศร้าได้เพิ่มอีก 169 ราย (ภายใน 3 เดือน) และพบว่าอาการดีขึ้นด้วยการทำจิตบำบัด
และใช้ยา 157 รายคิดเป็น 93% ซึ่งลดการมารักษาซ้ำๆ ลงและผู้ป่วย/ญาติมีความสุขขึ้นอย่าง
ชัดเจนดังหลายกรณีตัวอย่างสั้นๆ ข้างล่างนี้ (ลงในจดหมายข่าวที่เขียนลงในวารสารของ
องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจังหวัดนครราชสีมา)

ผมและทีมงานจึงอยากแบ่งปันความสุข โดยผ่านการเล่าเรื่องดีๆ เป็นกรณีศึกษา"ชีวิตของ
ป้าเฮียง"

เช้าวันหนึ่งเวลา 08:30 น. มีป้าท่านหนึ่งเดินมุ่งตรงเข้ามาเพื่อที่จะเข้ามาพบ หมอ
นัท ด้วยอาการดีใจใบหน้ายิ้มแย้มมีความสุขพร้อมกับพูดว่า... "คุณหมอจำ ป้าหายแล้ว!
คุณหมอจำป้าได้ไหม? ป้าที่ป่วยหลายๆ โรค มาหลายๆ ครั้ง ที่ไปหลายๆ โรงพยาบาล
แล้วมาหาหมอวันนั้นแล้วหมออธิบายให้ป้าเข้าใจ ที่เกี่ยวกับตัวโรคของป้า ตอนนั้นป้าหาย
แล้ว" คุณป้าพูดพร้อมกับยกมือกระผมแนบกับใบหน้าของคุณป้าและนำมาจูบหลายครั้ง
ตอนนั้นผมมีอาการแปลกใจและดีใจมาก ทำให้ผมนึกถึงคุณป้าท่านหนึ่งที่มาตรวจด้วย
อาการปวดท้องน้อยเรื้อรัง เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม จุก แน่นหน้าอก ขณะตรวจในวันนั้น
คุณป้ามีสีหน้าที่กังวลมาก และพอผมพูดคุยไปสักพักคุณป้าก็ร้องไห้ออกมา พบว่าคุณป้า
มีความทุกข์หลายเรื่อง ผมจึงส่งไปพบกับน้องพยาบาลสุขภาพจิต (คุณธิดารัตน์) เพื่อ
ประเมินภาวะความเครียด ซึมเศร้าและให้คำปรึกษาเบื้องต้นจนทำให้ป้าเฮียงมีอาการดีขึ้น
อย่างรวดเร็วและหายจากอาการไม่สบายภายใน 1 สัปดาห์ เป็นผลให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
ในกระบวนการรักษาของป้าเฮียงเกิดความภาคภูมิใจมากและมีกำลังใจมาก... นี่คือ
จุดเริ่มต้นแห่งความสุข

จากคนกลุ่มแรกที่มีเพียงไม่กี่คนแต่สามารถสร้างกระแสร่วมกับการพัฒนางานสุขภาพจิตได้ในระดับหนึ่งดังที่กล่าวมา แต่บรรยากาศนั้นกลับคงอยู่ได้ไม่นาน... พบว่าบรรยากาศองค์การส่วนใหญ่ยังคงเคร่งเครียดอยู่ยังทำงานด้วยความเหน็ดเหนื่อยอยู่ ยังทำงานด้วยแรงกายโดยที่ยังไม่ได้เต็มหัวใจในงานอย่างเต็มที่ บรรยากาศโรงพยาบาลดูแยลงอีกครั้ง...

กลุ่มที่ 2 คือทีมนำจึงได้คิดวิธีสร้างกระบวนการทำอย่างไรคนทำงานจึงจะมีความสุข จึงได้นำเจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งไปเข้าหลักสูตรการปรับกระบวนการคิดทำงานอย่างมีความสุขกับอาจารย์รุจิรา (หมอดู) บรรยากาศการทำงานเริ่มดีขึ้นระดับหนึ่ง แต่... ยังไม่สามารถเกิดบรรยากาศการทำงานที่มีความสุขได้ทั้งองค์กร พร้อมกับจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นทุกที... ทีมแพทย์ล้าลงเรื่อยๆ เป็นผลให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและน้องแพทย์ไม่เข้าใจกัน เวลาผ่านไปน้องแพทย์ยังไม่สบายใจและทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น และไปลงกับผู้ป่วยมากขึ้น รับประทานอาหารเที่ยงเป็นพายุกว่า ยิ่งเร่งรีบ ยิ่งมีข้อร้องเรียนเพิ่มขึ้น แพทย์ยิ่งล้ามากขึ้น แพทย์กับพยาบาลก็ไม่เข้าใจกัน พยาบาลกับพยาบาลก็ไม่เข้าใจกันจริงๆ ทีมนำก็รู้สึกว่าเป็นเรื่องธรรมดา แต่พวกเขาก็ยังไม่มีความสุขอยู่ดี ผมจึงได้เริ่มมาทบทวนตัวเองก่อนว่าแท้ที่จริงปัญหาอยู่ที่ตัวเรา (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) หรือเปล่า หรือว่าผมยังไม่เป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับทีมงานอย่างที่ควรจะเป็นใหม่... ผมทุกข์เพราะอะไร ยิ่งผมดูเครียดบรรยากาศก็ดูแยลงเรื่อยๆ... เอ! ทำไมพวกเราจึงทำงานหนัก ตั้งใจทำงานยิ่งพบทางตัน... ทำไม!

และแล้วฟ้าช่างมีตาอีกครั้ง... อาจารย์รุจิราได้ชวนผมไปร่วมพัฒนาจิตกับ นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ กรมสุขภาพจิต และทาง พรพ. ได้จัดประชุมพัฒนาที่ปรึกษา รพ. ด้วยเทคนิค World café (Brain & heart storming) ผมทำไมช่างโชคดีอะไรเช่นนี้... ผมพบทางสว่างอีกครั้ง ผมและทีมงานกลุ่มที่ 2 ซึ่งเป็นศูนย์คุณภาพและ Facilitators จำนวนหนึ่ง พวกเราได้มีการทบทวนจิตใจของตนเองพบว่าความคาดหวังกับอนาคตทำให้เกิดทุกข์ (โดยเฉพาะตัวของผมเอง) กับทุกข์จากความมีอัตตาของตนเอง และผมได้มาวิเคราะห์บรรยากาศร่วมกับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลด้วยเทคนิค World café ช่างประหลาดนักเพียงแค่เวทีเรียบง่าย ไม่ได้เต็มรูปแบบแต่มีพลัง คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เสนอให้มีการจัดประชุมเจ้าหน้าที่ทั้งโรงพยาบาลด้วยเทคนิค World café เพื่อแก้ไขบรรยากาศที่กำลังซุนมึน... ไร้ทางออก และเกิดแรงบันดาลใจจากคณะกรรมการบริหารว่าเราจะปกครองคนของเราด้วยความรักและความหวังดี

บรรยากาศการประชุมเจ้าหน้าที่ด้วยเทคนิค World café ครั้งนี้ดีมาก พวกเราได้รับข้อเสนอที่มาจากใจของพวกเขา (อย่างนี้สินะที่เรียกว่าบริหารอย่างมีส่วนร่วมที่แท้จริง) บรรยากาศของบุคลากรโรงพยาบาลเปลี่ยนทันทีทุกคนดูดีดึกดัก มีเสียงหัวเราะ มีเสียงสะท้อน

(จากไม่เคยได้ระบายทุกข์ก็ได้มีคนเข้าใจ... มีคนรับฟัง) บุคลากรเริ่มรู้สึกเห็นคุณค่าของกันและกัน ดูภูมิใจมาก

ผมค้นพบบทเรียนหลายอย่างที่มีค่า “หัวใจของการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ คือการบริหารงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” นั่นเอง

จากหมอนัทที่คิดอยากจะเปลี่ยนแปลงโลกให้เป็นอย่างที่ผมหวัง ที่ตนเองเห็นว่าดี มาเป็นหมอนัทที่เปลี่ยนความคิดตนเอง... เพราะเพียงแค่เปลี่ยนท่าทีการบริหาร... จาก “ผู้เสนอความคิดมาเป็นผู้ฟัง” ให้มากขึ้น... สังคมก็จะเปลี่ยน

ปัจจุบันนี้เหอครับ... โรงพยาบาลประทายเปลี่ยนไปจนผมเองไม่อยากเชื่อสายตาตนเอง ผมต้องยอมรับจริงๆ ว่าบุคลากรที่นี่เก่งมาก นิสัยดี จิตใจดี ขยันอดทนมากๆ มีหัวใจความเป็นมนุษย์

1. ผมเปลี่ยนตัวเองไม่กดดันน้องเรื่องการออกตรวจ แต่ผมจะเป็นตัวอย่างที่ดีขึ้น อีก 3-4 เดือนต่อมา องค์กรแพทย์เขาเสนอการออกตรวจเวลา 7.00 น.เองและทีมเขาตั้งชื่อวาคลินิก รับอรุณ ... ไม่ต้องกดดันเวลาตรวจ... ทานข้าวเที่ยงตรงเวลา... บรรยากาศโรงพยาบาลก็ดี ขึ้นอย่างชัดเจน... เราเห็นท่าทีแพทย์ที่พยายามเข้าใจความต้องการของผู้อื่นมากกว่าให้ผู้อื่นเข้าใจตนเอง

2. กิจกรรมจากงานบริการต่างๆ เกิดการบูรณาการการพัฒนาจิตกับทุกๆ งาน เช่น เกิดคลินิกเฉพาะโรคที่ตอบสนองความต้องการของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ เช่น คลินิกเบาหวาน ความดันครบวงจร เกิดชมรมเบาหวานความดันครบวงจร และผู้ป่วยในที่มีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวนมากก็เกิดกิจกรรม CQI ดีๆ เช่น End stage of Life care, กิจกรรมบิณฑบาต โรภักย์ทุกวันพฤหัสบดี (เป็นกิจกรรมที่พระคุณเจ้ามา Round Ward ด้วยพร้อมรับการรับบิณฑบาต) การดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย/ญาติรู้สึกดีมากๆ กิจกรรมเยี่ยมบ้านในกรณีผู้พิการทางการเคลื่อนไหวและมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจและสังคมของทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. ระบบที่สำคัญเช่นการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ตั้งแต่ระบบคัดเลือกที่เน้นการให้คุณค่าของกันและกัน การปฐมนิเทศและการสอนงานเจ้าหน้าที่ใหม่ (การรับน้อง ระบบแถว พิธีจุดเทียนอุทิศแด่) กิจกรรมพัฒนาคุณภาพจิตเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้แก่การไปวิปัสสนากรรมฐาน เพื่อเน้นการพัฒนาภายในได้แก่การฝึกสติ สมาธิ และปัญญา และกิจกรรมใช้ KM เพื่อพัฒนาจิต ในหัวข้อ “ทำงานมาหลายปี...มีอะไรดีดีที่ประทาย” เป็นกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาทางคุณภาพทางจิตปัญญา ให้เห็นคุณค่าของกันและกัน รวมทั้งได้ความรู้จากประสบการณ์การทำงาน

4. กิจกรรมจิตอาสาของบุคลากรโรงพยาบาล เช่น ชมรมคนรักดี (จากคนไข้มา แต่มีแนวคิดทำประโยชน์ให้ผู้อื่น) เน้นการสร้างความเป็นทีมที่มีจิตสาธารณะ เช่น ช่วยจุดย้ายของ รีดผิดชอบงานกีฬาเป็นการสร้างแนวคิดพื้นฐานความสุขจากการให้

5. การพัฒนาระบบคุณภาพที่ไม่เน้นเพียงแค่ KPI แต่เน้นความเข้าใจในการแก้ปัญหา เช่น มหกรรม CQI ด้วยความรัก เน้นการแลกเปลี่ยนและการให้คุณค่าของกันและกัน... รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่จับต้องได้ เช่น อาคารสถานที่ที่ดูผ่อนคลาย มีห้องพักผ่อนที่เหมาะสม และจับต้องไม่ได้ เช่น บรรยากาศการทำงาน ดนตรีบำบัด กิจกรรม Happy Birthday

จริงๆ แล้วความสุขจากการทำงานเกิดขึ้นในทุกๆ วัน ตั้งแต่เช้าที่เราตื่นนอนมา อาบน้ำล้างหน้า รับประทานอาหารเช้ากับคนที่เรารักและเขารักเรา... ไปทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่มีคุณค่าที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่น่าสงสารรอคอยความหวังจากพวกเรา... ซามาดด้วยความเชื่อมั่นและศรัทธา... คนเราอยู่ได้เพราะความเชื่อมั่นและมีความหวัง... ใช่เราต้องเชื่อว่าปฏิหารีมีอยู่ในทุกคน...ทุกที่ทุกเวลา...

ยังมีเรื่องราวดีๆ อีกมากที่ผมไม่สามารถนำมาเล่าได้ทั้งหมด... ยังมีผลงานของทีมงานของผมอีกมากมายที่ไม่กล่าวถึง... วันนี้บรรยากาศของโรงพยาบาลเปลี่ยนไปมากในทางที่ดีขึ้น...

สิ่งที่พวกเราได้ไม่ใช่แค่เพียงแค่ได้ทำงานและได้สิ่งของที่ผู้ป่วยมอบให้... หรือทรัพย์สินเงินทอง

แต่มันคือ “การเรียนรู้บนรอยยิ้มที่มีความสุขของทุกคน” นี่คือนิยามความสุขของผมแล้วครับ ขอขอบคุณทาง พรพ. สสจ. นครราชสีมา เจ้าหน้าที่ใน รพ.ประทาย ผู้ป่วยประชาชน และเครือข่ายทั้งรัฐและเอกชนที่ทำให้ รพ.ประทายมีวันนี้ โดยเฉพาะอาจารย์ นิวัติ รุจิรายงยุทธ และทุกๆ ท่านที่ทำให้ผมและทีมได้เรียนรู้ “หัวใจของการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์คือการบริหารงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ... ขอขอบคุณครับ... ด้วยรัก... ศรัทธา... เชื่อมั่น

นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุลและคณะเจ้าหน้าที่ชาวโรงพยาบาลประทาย



ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

ระบบงานสมัยใหม่เป็นผลผลิตของวิธีคิดแบบอุตสาหกรรมในสังคมตะวันตก ระบบบริการสุขภาพ ระบบการศึกษา หรือระบบงานราชการจึงมีรากฐานความคิดที่ไม่ต่างไปจากระบบการจัดการอุตสาหกรรม

ประชาชนพลเมืองที่ไปติดต่อกับระบบงานสมัยใหม่เป็นเสมือนวัตถุดิบของโรงงานอุตสาหกรรม ถูกประเมินด้วยเกณฑ์มาตรฐานที่เหมือนๆ กัน แบ่งการจัดการเป็นชั้นๆ อย่างตายตัว ผ่านกระบวนการเหมือนๆ กันเพื่อให้สิ้นสุดลงด้วยผลลัพธ์ที่กำหนดไว้แล้วล่วงหน้า และมีคุณภาพมาตรฐานเหมือนๆ กัน การวัดผลเน้นไปที่ความแตกต่างในเชิงปริมาณมากกว่าเชิงคุณภาพ และเพื่อให้การประเมินผลเชิงปริมาณเป็นไปได้อย่างเที่ยงตรงและรัดกุมยิ่งขึ้น ข้อสอบก็ต้องเป็นข้อสอบแบบปรนัยด้วย

ฐานความคิดที่สำคัญของข้อสอบปรนัยก็คือ ความจริงและสิ่งที่จะต้องนั้นถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าแล้ว คำตอบสุดท้ายนั้นมีคนรู้อยู่แล้ว ผู้คนส่วนใหญ่ไม่มีส่วนในการกำหนดว่าจะไรถูก อะไรผิด และก็ไม่ต้องคิดอะไรใหม่ด้วย และเพียงแต่จดจำให้ได้ว่าคำตอบที่ถูกต้องที่มีอยู่ในตัวเลือกนั้นคืออะไร

ระบบเช่นนี้เป็นระบบที่เน้นการผลิตขนาดใหญ่ หรือ mass production โดยมีผู้สร้างความรู้จำนวนน้อย แต่มีผู้เสพหรือบริโภคความรู้เป็นจำนวนมาก คนส่วนใหญ่ถูกฝึกให้รอคอยที่จะบริโภคความรู้สำเร็จรูปมากกว่าที่จะมีส่วนร่วมในการผลิตความรู้ และความรู้ที่เหมาะสมกับการบริโภคแบบ mass consumption จึงเป็นความรู้ฉาบฉวยที่ถูกทำให้ง่ายและบริโภคได้โดยไม่ต้องใช้สติปัญญาอะไรมากนัก

เราอาจเรียกสังคมลักษณะนี้ว่าสังคมปรนัย คือเป็นสังคมที่ผู้คนใช้ชีวิตเหมือนทำข้อสอบปรนัย ตัดสินใจผ่านตัวเลือกสำเร็จรูปที่ถูกกำหนดไว้แล้วล่วงหน้า ไม่ว่าจะเป็นเสื้อผ้า กระเป๋า รองเท้า บัตรเครดิต รวมไปถึงการทำงานและการใช้เวลาว่าง อย่างเช่น การใช้เวลาวางวันหยุดสุดสัปดาห์ก็เป็นแบบปรนัย ไม่ต้องใช้จินตนาการหรือความคิดอะไรมาก แค่เลือกกระหว่างนอนอยู่บ้านดูทีวี หรือจะออกไปเดินห้าง

สังคมปรนัยที่ว่ามีลักษณะสำคัญคือการนำเสนอตัวเลือกสำเร็จรูปแบบง่ายๆ ที่ทำให้เราไม่ต้องใช้ความคิดหรือสติปัญญามากมายนักในการมีชีวิตอยู่ในแต่ละวัน และหากเราไม่ตั้งสติให้ดี เราก็คอาจถูกกำหนดให้เลือกกระหว่างตัวเลือกที่ไม่เข้าท่าสองตัวเลือก ตัวเลือกพวกนี้

ทำหน้าที่สำคัญคือการหลอกให้เราคิดว่าเรามีเสรีภาพที่จะเลือก

การบรรยายนี้จะเป็นการสำรวจถึงฐานคิดแบบปรนัยและอิทธิพลของสังคมปรนัยที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งจะนำเสนอแนวทางการทำงานที่เชื่อว่าการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นั้นไม่สามารถทำแบบปรนัยได้



C30

ไฉพลีบทจากการเรียนรู้ เต็มเต็มตนจากผลของงาน

13 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Grand Ballroom

นพ.ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์
วิมล โรมา

พญ.ปรีชวัน จันทรศิริ
คณิงนิจ ไชยลังการณ
ช่อผกา วิริยานนท์

คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รพ.มหาราชนครเชียงใหม่

Hidden Wholeness เปิดหัวใจไร้รอยต่อ

รับฟังแนวคิดและเรื่องราวดีๆ เกี่ยวกับระบบบริการที่ไร้รอยต่อ การนำศักยภาพในแต่ละคนมาผสานเพื่อคุณค่าต่อองค์กร การทำให้การประเมินเกิดคุณค่าอย่างแท้จริง และหัวใจอันงดงามของผู้ที่ทำงานในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน

11 มีนาคม 2552	10.30-12.00 น.	A21	Mind & Body Medicine in Seamless Healthcare
	13.00-14.30 น.	A31	Seamless Referral System
	15.00-16.30 น.	A41	Seamless Chronic Care
12 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	B11	ขับเคลื่อนองค์กรด้วยคุณค่าและปัญญาาร่วม : Dialogue Leadership: Facilitating Conflict to Creative Change
	10.30-12.00 น.	B21	การสร้างสัมพันธภาพแนวลึกสู่ประสิทธิภาพแห่งทีม : Voice Dialogue for Team Synergy
	13.00-14.30 น.	B31	พลังชีวิตและการสร้างสรรค์สุขภาพะ : Creating a Healthy Living
	15.00-16.30 น.	B41	วิถีแห่งความบรรสาน : Way of Harmony
13 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	C11	ประเมินจริง สุขจริง ไม่ผูกสลัง ไม่รอยผักซี (1)
	10.30-12.00 น.	C21	ประเมินจริง สุขจริง ไม่ผูกสลัง ไม่รอยผักซี (2)
	13.00-14.30 น.	C31	คุณภาพงดงาม สามจังหวัดชายแดน



รศ.พญ.รัตนา พันธุ์พานิช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ทุกวันนี้เรามองหาและเน้นย้ำกันเรื่องคุณภาพบริการ ตามกันว่าหมอและพยาบาลจะให้บริการที่ดีที่สุดกับผู้ป่วยได้อย่างไร หรือในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการ ท่านเคยรู้สึกไหมว่า.... งานที่เราทำอยู่ทุกวันนี้ ที่ต้องดูแลผู้ป่วยนั้นทำให้เรารู้สึกป่วยพอๆ กัน ท่านอาจคาดหว้งอะไรสักอย่างที่จะมาทำให้การทำงานไหลลื่นและชีวิตมีความสุขขึ้น ลองมาฟังทัศนะในการสร้างความสมดุลของคุณค่าในการดูแลสุขภาพกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ที่จะทำให้ท่านมีมุมมองใหม่ในการดูแลผู้ป่วย และอาจเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้ท่านได้รู้จักตัวเองมากขึ้น สิ่งที่จะนำเสนอเป็นความรู้ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า จากงานวิจัย รวมทั้งถอดบทเรียนจากประสบการณ์ส่วนตัวที่ทำให้เข้าใจได้ว่าชีวิตไม่ได้มีเพียงร่างกายซึ่งจับต้องได้เท่านั้น แต่ยังมีส่วนที่มองไม่เห็นอยู่ภายใน และสิ่งนั้นเองที่นำพาชีวิตให้ขับเคลื่อนไป

ทัศนะที่ผู้บรรยายจะได้นำเสนออยู่เหนือเส้นแบ่งสาขาวิชาในปัจจุบัน และเป็นเรื่องที่จะมีการศึกษาค้นคว้ามากขึ้นในอนาคต Mind-Body Medicine ถูกให้ความหมายว่า คือการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการทางจิตใจและอารมณ์ที่ทำให้เกิดผลต่อร่างกาย ความเจ็บป่วย และสุขภาพโดยรวม อันที่จริงความเข้าใจที่ว่าจิตและกายมีปฏิสัมพันธ์กันนั้นไม่ใช่เรื่องใหม่ เป็นความเชื่อที่มีอยู่ทุกอารยธรรมในช่วงเวลาหลายพันปีก่อน พอมาถึงราวศตวรรษที่ 17 วิทยาศาสตร์มีความเจริญก้าวหน้าอย่างมาก ทำให้ส่วนของชีวิตที่เป็นจิตใจและอารมณ์ถูกละเลยและไม่ได้รับความสนใจ การแบ่งแยกจิตกับกายจึงเกิดขึ้นนับเป็นเวลากว่า 3 ศตวรรษ ที่กระแสการแพทย์ได้หันกลับไปมองและเริ่มต้นกันใหม่กับการยอมรับว่าจิตใจมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพและการเกิดโรคด้วยว่าปัจจุบันการรักษาโรคเรื้อรังบางอย่างถึงทางตันด้วยไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยยาหรือวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ช่วง 30 ปีที่ผ่านมา มีการศึกษาวิจัยที่ทำให้เราเข้าใจมากขึ้นถึงวงจรซับซ้อนที่เชื่อมโยงกายกับจิตใจ และแสดงให้เห็นว่าระบบประสาททำงานใกล้ชิดมากกับระบบภูมิคุ้มกัน มีหลักฐานทางวิชาการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ว่าการเจ็บป่วยทางกายล้วนเกี่ยวข้องกับสภาวะจิตหรือปัจจัยภายในของผู้ป่วยเอง ที่มีอิทธิพลต่อการหลั่งสารเคมี หรือกระบวนการทำงานทุกระดับของหน่วยชีวิต ตั้งแต่เซลล์ เนื้อเยื่อ และอวัยวะ และที่สำคัญคือเราสามารถเรียนรู้ที่จะควบคุมมันได้

ในปัจจุบัน การผสมผสานวิธีการดังกล่าวเข้าไปในโปรแกรมสุขภาพและวิธีการดูแลผู้ป่วยจึงแพร่หลายไปทั่วโลก ในรูปแบบวิธีต่างๆ โดยเฉพาะในโรคที่จิตใจและอารมณ์มีบทบาท

สำคัญ ได้แก่ มะเร็ง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินอาหาร โรคหืด เป็นต้น วิธีการดังกล่าวยังเกิดผลดีและมีประโยชน์ต่อระบบบริการสุขภาพโดยรวมด้วย เพราะเป็นวิธีที่สิ้นเปลืองน้อยมาก

การสอนผู้ป่วยด้านเทคนิควิธีการเสริมพลังทางจิตเพื่อการเยียวยาตนเองและเกิดผลเสริมกันกับการรักษาทางการแพทย์นั้นเป็นเรื่องสำคัญ แต่สิ่งที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าคือการที่แพทย์ พยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการจะต้องมีสำนึกให้ได้ว่า นอกเหนือจากร่างกายแล้ว ชีวิตยังมีจิตใจและจิตวิญญาณ และเข้าใจได้อย่างลึกซึ้งถึงสัมพันธภาพระหว่างจิตกับกาย การดูแลสุขภาพแบบไร้รอยตะเข็บจึงจะเกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง

มาทำจิตและกายให้สมดุลกันเกิด เพื่อเราจะได้ทำงานและให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีความสุข ผู้บรรยายจะได้นำเสนอตัวอย่างวิธีง่ายๆ ที่ปฏิบัติได้ด้วยตัวเองในรูปแบบของ Total Relaxation และ Imagery ที่ทำให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างกายกับจิต สัมผัสถึงความนิ่งสงบภายใน ซึ่งหากได้ฝึกฝนสม่ำเสมอจะก่อให้เกิดพลังในการเปลี่ยนแปลงตนเอง อีกทั้งยังทำให้เข้าใจชีวิตได้ลึกซึ้งมากขึ้น เพื่อใช้วันเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย



นพ.พูนลาภ จันทวิจิตรวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
นพ.ธรณี กายี	รพ.นครพิงค์
ผศ.นพ.นเรนทร์ โชติรสนิรมิต	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นพ.วิรัช พันธุ์พานิช	รพ.ลำพูน (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

จากข้อเสนอแนะของ พรพ. ต่อ โรงพยาบาลนครพิงค์ เมื่อกันยายน 2546 ก่อให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนครพิงค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ความพยายามเชื่อมต่อร้อยเรียงการให้บริการเพื่อประชาชนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินหรือได้รับอุบัติเหตุ ให้เข้าถึงการบริการทางการแพทย์ตามความจำเป็นของความเจ็บป่วย อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และมีคุณภาพ ความเชื่อมโยงนี้ได้ข้ามไปยังโรงพยาบาลของกรมการแพทย์และกรมอนามัยที่อยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ พร้อมทั้งขยายไปยังโรงพยาบาลเอกชนต่าง ๆ อีกหลายแห่ง

4 ปีครึ่ง แห่งการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของจังหวัดเชียงใหม่ ได้ผ่านความยากลำบาก ความทุกข์ ความสุข และประสบการณ์มากมายอย่างยิ่ง ทั้งการพัฒนาก็ก้าวหน้าขึ้นอย่างมากมาย จนปัจจุบันกลายเป็นตัวอย่างรูปแบบการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเรื่องนี้เป็นหนึ่งในหกโครงการสำคัญที่เร่งรัดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2552

คณะวิทยากรผู้ร่วมอภิปรายทุกท่าน เป็นผู้มีความบทบาทหลักในการพัฒนาระบบการส่งต่อ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน และแต่ละท่านเป็นตัวแทนจากภาคส่วนของการให้บริการ ในระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จะได้มาเล่าประสบการณ์ทั้งหมดเพื่อการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนกับผู้เข้าร่วมประชุม



11 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 1

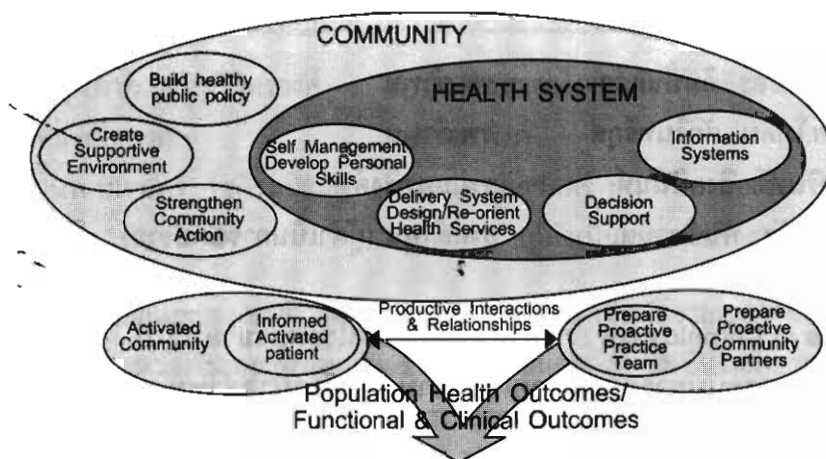
นพ.นิมิตร อินปันแก้ว	รพ.ลำพูน
นพ.โกศล ศักรินทร์กุล	รพ.ลำพูน
วัชรินทร์ อิงคนินันท์	รพ.นครพิงค์
นพ.วิรัช พันธุ์พานิช	รพ.ลำพูน (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

Seamless in Chronic care : ภาพในมุมมองของโรงพยาบาลทั่วไป และทีมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลำพูน

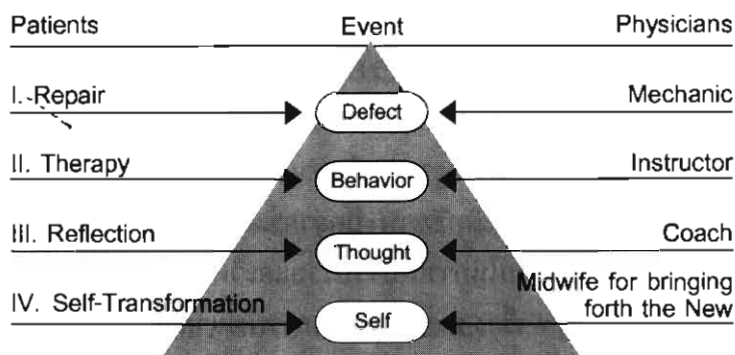
นพ.นิมิตร อินปันแก้ว (รพ.ลำพูน)

โรงพยาบาลลำพูนเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับทุติยภูมิ ได้จัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสุขศึกษา ทีมงานเวชกรรมสังคม สถานีอนามัยและเครือข่าย ทำหน้าที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 3,645 คน (พ.ศ. 2551) และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นทุกปี จำนวนผู้ป่วยที่มาตรวจคลินิก DM แต่ละวันประมาณ 200-300 คน ทำให้การดูแลผู้ป่วยและญาติไม่ครบองค์รวมและไม่ได้มาตรฐานการรักษา ไม่สามารถส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรและทรัพยากรในโรงพยาบาลมีจำกัด ระบบสารสนเทศยังไม่เอื้ออำนวยในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลของปัญหาทั้งหมด ทางทีมได้นำแนวคิดที่สำคัญ 4 เรื่อง มาประยุกต์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง และญาติผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อดึงศักยภาพของทุกภาคส่วน ตั้งแต่ตัวผู้ป่วย ญาติ ชุมชน และทีมการดูแลรักษา มาร่วมกับการเรียนรู้การดูแลโรคเพื่อความสุขของทุกคนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. Chronic care model ของ Wagner



2. Concept of levels of patient – physician relationship ของ Claus Otto Scharmer



3. สนทนา (Dialogue) : การฟังอย่างลึกซึ้งและการสื่อสารด้วยภาษาแห่งความรัก

4. สติ (Mindfulness)

โดยพื้นฐานใช้ chronic care model และ concept of levels of patient – physician relationship เป็นเสมือน hardware ของระบบคอมพิวเตอร์ และใช้สนทนาและสติเป็น software ของระบบเพื่อให้ระบบการดูแลมีชีวิต สามารถจัดการตัวเองต่อปัญหาที่เผชิญตรงหน้าและรับความสุข ความยินดี ความเสียใจ ความผิดหวังได้ ประกอบด้วย

1. **Community partnership** มีการขยายทีมการรักษาโดยรวมกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมาย ญาติ (โครงการอยู่กับเบาหวานด้วยความรัก) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามาร่วมเป็น

ทีมดูแลรักษาเพื่อเรียนรู้โดยกระบวนการจัดการความรู้ โดยมีเป้าหมายให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษาและป้องกันโรค

2. Health systems organization มีการจัดตั้งทีมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ และที่อยู่ในพื้นที่ของผู้ป่วยคือด้านปฐมภูมิ

3. Delivery system design ได้จัดรูปแบบให้ประชากรกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดี และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่คงที่และควบคุมโรคได้ดี ให้ได้รับการดูแลในสถานบริการที่ใกล้บ้าน เช่น PCU, Pre CMU และ CMU (community medical unit) ส่วนในโรงพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อน และผู้ป่วยที่มีโรคร่วมที่สำคัญ โดยปรับระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้ไปรับยาที่ใกล้บ้าน ทั้งระบบยา ระบบข้อมูล ระบบการเงิน และพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรในพื้นที่ทั้งความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลและกระบวนการดูแล และกระบวนการจัดการความรู้ภายใต้พื้นฐานของสุนทรียสนทนาและสติ ในกระบวนการของจิตวิวัฒน์ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนา level of patient – physician relationship คือ

ที่ระดับ PCU ซึ่งดูแลโดยเจ้าหน้าที่ สอ. อย่างน้อยเป็นระบบ repair และ therapy

ระดับ Pre CMU ซึ่งดูแลโดยทีมโรงพยาบาลซึ่งมีพยาบาลประจำ และแพทย์ที่ไปรักษาเดือนละ 1 ครั้ง ร่วมกับเจ้าหน้าที่ สอ. อย่างน้อยเป็นระดับ repair, therapy และ reflection

ระดับ CMU ที่มีแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ประจำสามารถดูแลระดับ repair, therapy, reflection และบางกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงอาจถึง self-transformation

และระดับโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ และอายุรแพทย์ สามารถดูแลได้ทุกระดับ

Self-management support ได้มีการนำกระบวนการจัดการความรู้ภายใต้พื้นฐานของสุนทรียสนทนาและสติในการนำความรู้ซึ่งเป็น tacit knowledge ของแต่ละคนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วย ญาติ ชุมชน และทีมการรักษา เพื่อสนับสนุนการดูแลตัวเองของกลุ่มผู้ป่วยและญาติให้ถึงระดับ reflection และ self-transformation โดยเฉพาะในกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ยากในโครงการอยู่กับเบาหวานด้วยความรัก

4. Decision support ได้มีการจัดทำ evidence-based guidelines ของสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยและ ADA

5. Clinical information system มีการพัฒนาทั้งข้อมูลเชิงระบบการดูแลรวมทั้งหมด และข้อมูลที่ติดตัวของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันไม่ว่าผู้ป่วยจะไปใช้บริการที่ไหนของระบบการดูแลทั้งหมด

ผลการดำเนินงานในปี 2551 ส่งผู้ป่วยไปดูแลทั้งระบบปฐมภูมิทั้งหมด 664 คน (18%), FBS 80-120 mg% 33.81%, FBS 121-140 mg% 20.98%, HbA1C < 6.5 28.74%, HbA1C 6.5-7.0 16.56%, BMI ≤ 25 65.05%, LDL ≤ 100 mg% 24.0%, โรคแทรกซ้อน ON 14.12%, DR 10.45%, CAHD 7.7%, CVA 4.2%, Diabetic Foot 1.5% , โรคร่วมที่สำคัญ สูบบุหรี่ 3.09%, Hyperlipidemia 42.7%, HT 64.54% เปรียบเทียบผู้ป่วยที่ดูแลที่คลินิกเบาหวาน และผู้ป่วยที่ดูแลที่ระบบปฐมภูมิ พบว่า ร้อยละของการตรวจประจำปี ผู้ป่วยในระบบปฐมภูมิจะได้รับการตรวจ HbA1C มากกว่าที่คลินิกเบาหวาน 50.87% และ 35.29% ตามลำดับ ส่วนการตรวจประจำปีอย่างอื่นใกล้เคียงกัน, การควบคุมระดับน้ำตาล กลุ่มระบบปฐมภูมิตีต่ำกว่าเล็กน้อย FBS 80-120 mg% 56.30% และ 33.81% ตามลำดับ HbA1C ≤ 7 48.65% และ 45.30% ตามลำดับ , BMI และ LDL ควบคุมได้เท่ากัน ส่วนผู้ป่วยในโครงการอยู่กับเบาหวานด้วยความรัก เปรียบเทียบก่อนเข้าโครงการและหลังเข้าโครงการ FBS 80-120 mg% 7.6% และ 17.24%, HbA1C ≤ 7 14.06% และ 24.30%, BP ≤ 130/80 mmHg 39.39% และ 65.52%, LDL ≤ 100 mg% 21.4% และ 34.78% และ TG ≤ 150 mg% 26.86% และ 52.17% ตามลำดับ

บทส่งท้ายการเรียนรู้ของข้าพเจ้าและทีม เราพบว่าการสลายรอยตะเข็บที่เกิดจากโครงสร้างทางกายภาพ ความรู้ และสายบังคับบัญชานั้นทำได้โดยง่าย โดยการปรับโครงสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยและระบบข้อมูล แต่การจะสลายรอยตะเข็บในใจของผู้คนที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย ญาติ ชุมชน และทีมการรักษาทุกระดับ เพื่อให้ระบบที่สร้างนั้นมีชีวิต ไม่ใช่ระบบและโครงสร้างที่ไร้ชีวิตนั้นต้องอาศัยการตื่นรู้ในตัวเองของผู้คนและระบบ ซึ่งเกิดจากสติที่ตื่นรู้ตลอดเวลา (awaking mindfulness) ที่จะมองเห็นความทุกข์และความสุขของผู้คนในระบบผ่านกระบวนการสุนทรียสนทนาทั้งเชิงดีนและลึก เพื่อที่จะสัมผัสทุกอย่างตามที่มันเป็นจริง ไม่ใช่ตามที่เรานึกคิดและความรู้ของเรา เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงความทุกข์ของผู้คนและระบบ เปลี่ยนเป็นความสุข และสัมผัสความปิติ อิ่มเอม และรอยยิ้ม จากความสุขของผู้คนเพื่อหล่อเลี้ยงเจตจำนงของเราให้เข้มแข็งขึ้น เปล่าประโยชน์ที่จะพัฒนาให้ระบบและผู้คนให้มีประสิทธิภาพในการดูแลและควบคุมโรคได้ดี แต่ระบบนั้นบีบรัดทำให้ผู้คนในระบบไม่มีความสุข ไม่เป็นอิสระ ด้วยระบบที่มีความสุข มีชีวิต และเป็นอิสระเท่านั้นที่จะสลายรอยตะเข็บที่อยู่ในใจผู้คน

บทบาทของศูนย์แพทย์ชุมชนในการให้บริการโรคเรื้อรังแบบไร้รอยตะเข็บ (Role of CMU in Seamless Chronic Care)

นพ.โกคิน ศักรินทร์กุล (รพ.ลำพูน)

หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์หรือศูนย์แพทย์ชุมชน (Community Medical Unit, CMU) เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีศักยภาพประกอบด้วยบุคลากรจำนวนไม่มากแต่มีความหลากหลายทางด้านวิชาชีพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่นๆ ให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีลักษณะเป็นองค์รวม และเป็นที่ปรึกษาทางด้านการแพทย์ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อมาในพื้นที่ใกล้เคียง ศูนย์แพทย์ชุมชนตำบลมะเขือแจ้ อ.เมือง จ.ลำพูน เป็นศูนย์แพทย์ชุมชนในเครือข่ายโรงพยาบาลลำพูนที่ถูกจัดตั้งขึ้นมาเพื่อให้บริการในลักษณะดังกล่าวโดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวบรรลุวัตถุประสงค์ ทีมสหสาขาได้ดำเนินการโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว คือ การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่เหมาะสม (doctor-patient relationship) โดยอาศัย concept of levels of patient – physician relationship ของ Claus Otto Scharmer การให้บริการปฐมภูมิอย่างเป็นองค์รวมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (comprehensive clinical primary care) และการให้บริการโดยชุมชนเป็นฐาน (community-oriented/population-oriented care)

นอกจากนี้ยังอาศัยต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model, CCM) ของนายแพทย์ Edward H. Wagner เพื่อให้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการจัดองค์กรอย่างดี เชื่อมโยงกับทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อให้ได้จากชุมชน เกิดแรงจูงใจ/สิ่งตอบแทน มีทรัพยากรในการช่วยเหลือที่เพียงพออันจะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการปฏิบัติใหม่ที่สนองตอบความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Seamless Chronic Care

นพ.วิรัช พันธุ์พานิช (รพ.ลำพูน)

โรคเรื้อรังไม่ติดต่อกำลังเป็นปัญหาของเกือบทุกโรงพยาบาล ด้วยจำนวนผู้รับบริการที่มากขึ้นเรื่อยๆ คลินิกเบาหวาน คลินิกความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลทุกแห่ง จึงเนืองแน่นไปด้วยผู้ป่วยและญาติ ก่อให้เกิดภาวะกับโรงพยาบาลและทีมงานผู้ให้บริการเป็นอย่างมาก รวมทั้งความไม่พอใจ และการรอคอยที่เนิ่นนานของผู้รับบริการ

การบริหารจัดการโรคเรื้อรังเหล่านี้ ต้องอาศัยทีมงานสหวิชาชีพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคที่กำลังเป็นอยู่ มีความต่อเนื่องในการรับบริการและดูแลตนเอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม การทำงานของทีมงานต้องบูรณาการประสานสอดคล้องกัน ไม่มีการขวางกั้นในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ทั้งรวมการสนับสนุนจากชุมชนด้วย

Wagner พัฒนา Chronic care model ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งเป็นความร่วมมือของผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

Otto Schärmer และคณะ ได้ทำ Patient - Physician Dialogue แล้วพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์มีอยู่ 4 ระดับ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้คือ ระดับขั้นความลึกในการรักษาผู้ป่วย ความสัมพันธ์ทั้ง 4 ระดับนี้มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะในโรคเรื้อรังทุกประเภท

ทางโรงพยาบาลลำพูนได้ใช้แนวทางของ Wagner และระดับความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและแพทย์ รวมทั้งการจัดบริการให้ร้อยเรียงกันของคลินิกพิเศษโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล ร่วมกับจัดบริการในศูนย์แพทย์ชุมชน และเครือข่ายผู้ป่วยในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเรื่องราวทั้งหมดเหล่านี้ คณะวิทยากรจะได้มาเล่าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนกับผู้เข้าร่วมประชุม



Dialogue Leadership: Facilitating Conflict to Creative Change

12 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 1

อังคณา มาศรีงสรรค์

เครือข่ายโรงเรียนพ่อแม่

สมพล ชัยสิริโรจน์

เครือข่ายโรงเรียนพ่อแม่

ณัฐพศ วัจวิญญู

สถาบันขวัญแผ่นดิน (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญต่อการทำงานเป็นทีม ประสิทธิภาพของการสื่อสารสามารถวัดได้ที่กระบวนการสื่อสารและผลที่เกิดขึ้น กระบวนการสื่อสารที่ดีนั้นคือกระบวนการที่ช่วยให้ข้อมูล ความหมายและปัญญาของแต่ละบุคคลได้ไหลเวียนแลกเปลี่ยนได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ไม่ติดขัดหรือถูกกีดขวางด้วยความกลัว เพราะเมื่อทุกคนสื่อสารในบรรยากาศของความกลัว ความก้าวร้าวรุนแรงหรือการปกปิดเก็บงำก็จะนำไปสู่ความขัดแย้งและบรรยากาศของการปกป้อง (defensive culture) ที่ทำให้องค์กรหรือทีมงานสิ้นเปลืองพลังงานชีวิตและการทำงาน

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น มีทั้งระดับบุคคลและระดับกลุ่ม ในระดับบุคคลนั้นดูได้จากความรู้สึกได้ถึงคุณค่าของตัวเอง เรื่องเล่า ความรู้สึกนึกคิด ความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกัน ไม่แบ่งแยก เป็นฝักฝ่ายที่คอยปกป้อง หรือปกปิดตัวเอง ส่วนผลลัพธ์ในระดับกลุ่มคือการเกิดความเข้าใจร่วมกัน ซึ่งไม่ได้หมายถึงการยอมตามกันอย่างปกปิด แต่ยอมรับความแตกต่างหลากหลายของความคิดที่นำไปสู่การแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ได้ ผู้นำที่จะก่อให้เกิดการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในองค์กร ไม่เพียงแต่ต้องสามารถคิดเป็น จับประเด็นและพูดได้เท่านั้น จำเป็นต้องมีทักษะในการรับรู้โลกภายในของตัวเอง ที่ไม่เพียงแต่เป็นโลกของความคิด แต่เป็นโลกที่เต็มไปด้วยความรู้สึกและอารมณ์ที่หลากหลายดำรงอยู่ เพื่อที่จะสามารถรับรู้โลกภายในที่ประกอบด้วยสัญลักษณ์และความหมาย ทักษะนี้ไม่เพียงแต่สามารถฝึกฝนได้ในการทำงานเท่านั้น แต่ยังสามารถปรับใช้ในบริบทของครอบครัวด้วย เพราะการพูดฟังที่มีประสิทธิภาพก็จะสามารถปรับความเข้าใจบรรยากาศในครอบครัวที่นำไปสู่ความเข้าใจและความสุขที่ส่งผลต่อเนื่องไปถึงประสิทธิภาพการทำงานในองค์กรด้วย

กิจกรรม ฝึกการรับฟังแนวลึก

**B21****การสร้างสัมพันธภาพแนวลึกสู่ประสิทธิภาพแห่งทีม****Voice Dialogue for Team Synergy**

12 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 1

อังคณา มาศรีงสรรค์

เครือข่ายโรงเรียนพ่อแม่

สมพล ชัยสิริโรจน์

เครือข่ายโรงเรียนพ่อแม่

ณัฐพร วงวิญญู

สถาบันขวัญแผ่นดิน (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

การทำงานกับผู้คนที่มีบุคลิกลักษณะและแบบแผนพฤติกรรมที่แตกต่างหลากหลายนั้น เป็นความท้าทายของการสร้างองค์กรแห่งประสิทธิภาพ เราไม่สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ราบไต่ที่เรายังไม่สามารถรับรู้และรับมือกับความแตกต่างนี้ได้ด้วยหัวใจที่เปิดกว้าง ไม่ต่อต้าน ต้านตัดสินหรือขัดแย้ง การหลอมรวมเป็นหนึ่งเดียวกัน (synergy) จะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อทุกคนในที่ทำงานสามารถรับรู้และยอมรับความแตกต่างนี้ได้

Voice Dialogue เป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยให้เราทำงานกับความแตกต่างเหล่านี้เพื่อสร้างมิติและประสิทธิภาพของการอยู่ร่วมกันได้ด้วยการเริ่มต้นที่การยอมรับการตัดสิน (voice of judgment) หรือมุมมองที่จำกัดที่เรามีต่อผู้อื่น แล้วสืบค้นในตัวเองเพื่อมองเห็นตัวตนภายในที่มี ตัวตนภายในในที่นี้หมายถึงศักยภาพในการเป็นและแสดงออก ซึ่งมีทั้งตัวตนที่เรายอมรับและที่เรากดข่มหรือละทิ้งไว้ ตัวตนเหล่านี้ดำรงอยู่ในการรูปแบบของกระบวนการคิด พลังงาน บทสนทนาหรือเสียงภายใน การทำงานด้านในแบบนี้ช่วยให้เราสลัดความขัดแย้งภายในตัวเอง และเริ่มสามารถช่วยให้เรารับมือกับความแตกต่างได้ดียิ่งขึ้น เพื่อแปรเปลี่ยนความแตกต่างนี้ไปสู่การสร้างสรรค์และประสิทธิภาพขององค์กร

กิจกรรม สีช่องส่องโลกด้านใน

Creating a Healthy Living

12 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 1

ปิยพงศ์ ดาวรุ่ง

สถาบันขวัญแผ่นดิน

ณานเดช พ่วงจีน

สถาบันขวัญแผ่นดิน

สมพร พึ่งอุดม

สถาบันขวัญแผ่นดิน

ณัฐพร วงวิญญู

สถาบันขวัญแผ่นดิน (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ในการปรับปรุงประสิทธิภาพของการอยู่ร่วมกันนอกจากต้องใส่ใจในมิติของความคิดแล้ว ยังต้องใส่ใจสุขภาพในระดับกายและอารมณ์ที่ส่งผลต่อการรับรู้และการทำงานร่วมกันด้วยการดูแลสุขภาพให้ดีเพื่อให้ชีวิตเราและทีมมีความสุขนั้น จำต้องมีความเข้าใจในความเป็นองค์รวมของร่างกายและจิตใจ อันเกี่ยวเนื่องอยู่กับฐานพลังของชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโลกปัจจุบันที่เราต้องแข่งขันกับเวลาและเป้าหมาย ภาวะบีบคั้นและตึงเครียดส่งผลต่อสุขภาพและความสุขทุกข์ของเราไม่น้อย

หลักสูตรนี้ได้นำเอาศาสตร์และศิลป์จากภูมิปัญญาตะวันออกที่มีรากฐานของคัมภีร์อัจฉินที่มีอายุกว่า 4,000 ปีมาช่วยไขปริศนาในการดูแลตนเองทั้งกายและปฏิบัติได้จริง การเรียนรู้ในเรื่องนี้จะช่วยให้ผู้เรียนได้ค้นพบศักยภาพการเรียนรู้ที่เป็นจุดแข็งของตัวเอง และทำความเข้าใจในการปรับปรุงฟื้นฟูจุดอ่อนของตัวเอง เพื่อให้เกิดศักยภาพในระดับร่างกาย อารมณ์ และความคิดสมดุล โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติเพื่อสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ผ่านฐานการเรียนรู้ 3 ฐาน ได้แก่ กาย ใจ จิต ด้วยการเคลื่อนไหว การเรียนรู้เรื่องความสัมพันธ์และกระบวนการคิด

กิจกรรม ชุดกิจกรรมการออกกำลังกายที่สร้างการไหลเวียนของพลังชีวิตอย่างทั่วถึง การผ่อนคลายเซลล์ทั่วร่างกายอย่างลึกซึ้งเพื่อให้สมองสามารถสร้างเซลล์ใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**B41****วิถีแห่งความประสาน : Way of Harmony**

12 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 1

ปิยพงศ์ ดาวรุ่ง

สถาบันขวัญแผ่นดิน

ณานเดช พ่วงจีน

สถาบันขวัญแผ่นดิน

สมพร พึ่งอุดม

สถาบันขวัญแผ่นดิน

ณัฐพร วัจวิญญู

สถาบันขวัญแผ่นดิน (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ในวิถีของศิลปะการป้องกันตัวแบบไท่ จี ฉวน ให้คุณค่ากับการของการอ่อน ยืดหยุ่น เพื่อรับมือกับแรงต้านหรือความแตกต่างด้วยการหลอมรวมกับความแตกต่างนั้นจนเป็นหนึ่งเดียวกัน เมื่อเกิดความเป็นหนึ่งเดียวกันแล้ว ย่อมมีพลังและประสิทธิภาพสูงสุด เช่นเดียวกับอวัยวะต่างๆ ที่ร่างกายเราที่เมื่อประสานสอดคล้องกันแล้วก็ย่อมมีประสิทธิภาพและสุขภาพที่พึงประสงค์ ในการสร้างทีมงานหรือองค์กรแห่งการเรียนรู้ การรับมือกับแรงที่แตกต่างเหล่านี้เป็นทักษะที่สำคัญและอาศัยการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรม ฝึกการสื่อสารกับพลังชีวิต (ชี) ให้ไหลเวียนอย่างไม่ติดขัด เพื่อการอยู่ร่วมกับคนรอบข้างและสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุล (ฟังแรง)

ธีระพล เต็มอุดม	สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา
ดร.พงษ์ธร ตันติฤทธิศักดิ์	สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา
ดร.จิรัฐกาล พงศ์ภาคเธียร	ม.มหิดล
ภาณุมาศ จิรภัทร์	สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา
สิทธิพร เรืองศิษฐ์	ม.มหิดล
ดร.สรยุทธ รัตนพจนารถ	ม.มหิดล

ในปัจจุบันนี้การประเมินได้กลายเป็นส่วนหนึ่งและอยู่ในทุกระดับ ทุกภาคส่วนของสังคม ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ องค์กรธุรกิจ ชุมชนหรือพื้นที่ใด ต่างมีการประเมินเป็นเครื่องมือสำคัญในการวัดผลสำเร็จ ทว่าท่ามกลางความรีบเร่งไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ การประเมินจึงถูกใช้ชีวิตตัดสิน การดำเนินงานที่ผ่านมาว่าบรรลุเป้าหมายและบังเกิดผลหรือไม่ ความคาดหวังจึงตั้งอยู่บนผลสุดท้ายของงานและอยู่บนมาตรฐานที่ถูกกำหนดขึ้น เราจึงปรารถนาได้รับผลการประเมินที่ดี และมักผิดหวังกับผลการประเมินที่ไม่เป็นไปตามคาด

เราสามารถมีความสุขกับการประเมินในทุกเวลาได้ไหม ทั้งในฐานะผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน การประเมินแท้จริงนั้นคืออะไร ประเมินเพื่ออะไร ประเมินอย่างไรจะนำมาซึ่งการเรียนรู้และความสุขของทั้งผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน

เชิญร่วมเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรม “ประเมินจริง สุขจริง ไม่ผูกสลัง ไม่โรยพักซี” โดยคณะวิทยากร/กระบวนกร ผู้ค้นคว้าศึกษาวิจัยบททวนองค์ความรู้ว่าด้วยการประเมินที่เหมาะสมสำหรับจิตตปัญญาศึกษา และมีประสบการณ์ตรงในการพัฒนาการประเมินที่ได้ลองไปใช้จริงในระดับอุดมศึกษา เป็นการประเมินที่มุ่งให้เกิดการพัฒนาศักยภาพและการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน

การสนทนาว่าด้วยการประเมินในคราวนี้ เราจะร่วมกันเรียนรู้การประเมินที่สร้างความสุข ได้มีประสบการณ์ตรงไปพร้อมกันตามสถานการณ์จริงและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ เชื่อมโยงผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินเข้าด้วยกัน จากใจถึงใจ จากเรื่องราวสู่เรื่องราว เป็นการประเมินตามความเป็นจริงและยอมรับความเป็นจริงนั้นด้วยใจที่เป็นสุข เพื่อมุ่งสู่การพัฒนาและเรียนรู้ตามศักยภาพที่ไร้ขีดจำกัดของมนุษย์ สัมผัสการประเมินที่ให้ความสำคัญกับความเป็นไปได้ในการพัฒนาและการเรียนรู้มากกว่าเกณฑ์หรือเป้าหมายที่ต้องไปให้ถึง ในบรรยากาศของความกรุณาเห็นอกเห็นใจและเข้าใจกันในฐานะเพื่อนมนุษย์คนหนึ่ง



นพ.อนุชิต วังทอง

โรงพยาบาลหนองจิก

นพ.เดชา แซ่หลี่

โรงพยาบาลกะพ้อ

นพ.ชุลกีฬี ยูไซะ

โรงพยาบาลไม้แก่น

ผ่องพรรณ ธนา

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

เราสามารถเห็นความงดงามของการพัฒนาคุณภาพบริการกระจายไปทั่วประเทศ ในพื้นที่เฉพาะที่เราจะกล่าวถึงกันนี้ มีความงดงามของคุณภาพบริการที่เป็นเอกลักษณ์อันโดดเด่น เพราะความท้าทายที่โรงพยาบาลเผชิญแตกต่างจากที่อื่นอย่างชัดเจน

ความท้าทายที่เป็นปัญหาเฉพาะพื้นที่เกี่ยวกับภัยสุขภาพ ความปลอดภัยของบุคลากร ผลกระทบจากการสูญเสียบุคคลในที่มงาน คนในครอบครัวและคนที่รู้จักมักคุ้น เกิดความเครียด ความกลัวขณะเดินทางมาทำงานหรือส่งต่อผู้ป่วยของทีมงาน การเผชิญกับสถานการณ์ความไม่สงบในระหว่างเดินทาง เช่น ตะปูเรือใบ การเก็บกู้ระเบิดของหน่วยราชการ ความขัดสนของอัตรากำลัง อันเนื่องจากบุคลากรขอย้ายออกนอกพื้นที่ ปัญหาสุขภาพของชุมชนที่เกิดจากวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ การศึกษา ความหวาดระแวงของชุมชนต่อพนักงานของรัฐ

แต่ยังพบว่าบุคลากรของโรงพยาบาลในสามจังหวัดภาคใต้มีความมุ่งมั่นตั้งใจ มีศักยภาพ มีความเอื้ออาทร มีจิตให้บริการด้วยหัวใจ ต้องการในการแก้ปัญหาสุขภาพ ตอบสนองความต้องการของชุมชน เห็นได้ว่า บุคลากรได้มีการปรับวิธีคิด ไม่แยกส่วนกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการและชุมชน เน้นการดูแลเสมือนดุจญาติมิตร ปรับกลยุทธ์ในการให้บริการโดยศึกษาวัฒนธรรม ความเชื่อ ศาสนา วิถีชีวิตของชุมชน และปรับการให้บริการสุขภาพที่สอดคล้องตามหลักศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีของชุมชน โดยใช้แกนนำชุมชน แกนนำศาสนา อาสาสมัคร มีส่วนร่วมในการวางแผน เน้นการเข้าถึง เสมอภาค และพัฒนา

นี่คือความงดงามของคุณภาพบริการที่เกิดขึ้นชนิดไร้รอยตะเข็บให้เห็นของทีมสุขภาพ ผู้รับบริการ และชุมชน โดยใช้หัวใจในการทำงานเชื่อมประสานกัน ส่งผลให้คุณภาพบริการเจริญเติบโต งดงามได้ไม่แพ้ที่อื่นๆ และทีมสุขภาพยังสามารถอยู่ได้อย่างปลอดภัย ภายใต้สถานการณ์วิกฤตของสามจังหวัดภาคใต้

Humanized Healthcare

รับฟังแนวคิดและเรื่องราวดีๆ

เกี่ยวกับการทำงานด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

การวางแผนชีวิต วิธีการเขียนที่เปลี่ยนชีวิตผู้คน

รวมทั้งเรื่องเล่าที่ได้รับ Humanized Healthcare Award ในปี 2552

11 มีนาคม 2552	10.30-12.00 น.	A22	ตะกายสู่ดาว...อย่างมียุทธศาสตร์
	13.00-14.30 น.	A32	สัมพันธภาพที่เปลี่ยนไปของผู้ให้และผู้รับ
	15.00-16.30 น.	A42	Great team : ทีมงานที่ยิ่งใหญ่
12 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	B12	เขียนเรื่อง เขียนโลก
	10.30-12.00 น.	B22	ที่ทำงาน....คือที่หักใจ คือที่อยู่อาศัย คือบ้าน
	13.00-14.30 น.	B32	Core Values ที่อยู่ในใจคนทำงาน
	15.00-16.30 น.	B42	ลมหายใจ มีไว้เพื่อผู้ป่วย
13 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	C12	เรื่องเล่าที่ได้รับ Humanized Healthcare Award - Humanized Healthcare ใน รพ.สุรินทร์ - ชีวิตเลือกได้ด้วยบริการด้วยหัวใจ - บุคคลต้นแบบทางด้านจิตวิญญาณ
	10.30-12.00 น.	C22	เรื่องเล่าที่ได้รับ Humanized Healthcare Award - ฉัน...จะพาเธอกลับบ้าน - สายใยครอบครัวล้อมรั้วด้วยรักก่อนกลับสู่ชุมชน - ใจสัมผัสใจ
	13.00-14.30 น.	C32	เรื่องเล่าที่ได้รับ Humanized Healthcare Award - จิตอาสาแก๊งซ่าส์พาสงู - ความใส่ใจของทีมทำงานเด็กฮิบ(HIV) - สื่อด้วยใจ ไปด้วยภาพ



ดร.วรภัทร์ ภูเจริญ

บริษัท อริยชน จำกัด

ดร.วรภัทร์ ภูเจริญ...คนวางหมากบนกระดานชีวิต

ASTV ผู้จัดการออนไลน์ คอลัมน์ Metro Life วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2548

แต่อย่างก้าวในชีวิตที่ไม่รู้แน่ว่าจะซึกพาไปสู่ความสำเร็จหรือล้มเหลว เชื่อแน่ว่าแต่ละคนให้ความสำคัญกับมันแตกต่างกัน ในขณะที่หลายคนปล่อยปละชีวิตตามโชคชะตา กลับมีบางคนมุ่งมั่นที่จะเดินไปข้างหน้าให้ได้ตามเส้นทางที่ตนกำหนด

ดร.วรภัทร์ ภูเจริญ คนไทยที่มีคุณสมบัติอย่างที่ต้องค้นหาว่าต้องตามหาอยู่ถึง 3 ปีจึงจะพบและมอบทุนให้เขาเรียนจนจบด็อกเตอร์ ตลอด 7 ปีที่ทำงานอยู่กับนาซ่า หรือรวมแล้ว 10 ปีที่อยู่อเมริกาทำให้เขาได้สัมผัสประสบการณ์มากมายจนถึงวันหนึ่งเขาก็หิวกระเพาะกลับมาเมืองไทย เพื่อเริ่มต้นชีวิตใหม่ ปฏิบัติธรรมไม่ต้องไปถึงวัด แม้อยู่กลางเมืองก็สงบได้จากภายใน

ปัจจุบันเขาดั้งบริษัทชื่อ อริยชน ตัวเขาเองทำหน้าที่เป็นวิศวกรที่ปรึกษาเน้นในด้านการบริหารองค์กรและระบบบริหารจัดการให้กับองค์กรขนาดใหญ่และกลางหลายแห่ง เช่น ปูนซิเมนต์ไทย แบดเตอร์ 3K บริษัทไทยเทพรส และทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินและตรวจยุทธศาสตร์ให้กับกระทรวงวิทยาศาสตร์และกระทรวงแรงงาน และนอกเหนือจากเวลาเหล่านี้ เขายังเป็นอาจารย์สอนวิปัสสนากรรมฐานให้กับพนักงานบริษัทและบุคคลทั่วไป

ในวัยที่ย่าง 46 ปี หากถามเขาถึงหลักกิโลและเส้นทางชีวิตที่ผ่านมาว่าเป็นเพราะความบังเอิญซึกพาให้เป็นไปหรือเปล่า เขาจะตอบว่า "ไม่" และจะส่ายบ่ยอย่างอารมณ์ดีว่า "เรื่องอย่างนี้ไม่มีฟลุค" ฉะนั้นเมื่อวกทั้งมุมมองวิถีคิด หยาดเหงื่อแรงงาน และมันสมองที่เขาคอยลับให้แหลมคมอยู่เสมอ คำหนึ่งที่หลุดออกมาระหว่างสนทนาบ่อยครั้งคือ ผมเป็นนักวางยุทธศาสตร์...

"วิถีคิดของผมไม่ค่อยเหมือนใครตั้งแต่เล็กแล้ว ผมมองอย่างที่ผมเรียกว่า "what if" หรือ "ถ้า" ถ้าเป็นอย่างนี้จะทำยังไง แล้วถ้าไม่ใช่จะทำยังไง จะมอง what if ตลอด มองทางแยก ผมคิดนะว่าเวลายืนอยู่หน้าประตู แคเลือกจะเลี้ยวซ้ายกับเลี้ยวขวาชีวิตผมเปลี่ยนได้เหมือนกัน ซึ่งในเมื่อทางเลือกเป็นสิ่งสำคัญทำไมเราไม่เลือกวางแผนตั้งแต่นั้นว่าเราจะไปทางไหน"

หลังจากจบปริญญาตรีทางด้านเคมีเทคนิคจากคณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย ดร.วรภัทร์ตัดสินใจไปเรียนต่อที่สหรัฐอเมริกา โดยขอทางบ้านเฉพาะเงินค่าตัวเครื่องบิน ก่อนจะไปตายเอาตาบหน้าด้วยการหางานประเภทล้างจาน หรือแม้กระทั่งเป็นโซเฟอริชั้บรดแท็กซี่ในนิวยอร์กหาเงินส่งตัวเองเรียน โดยมีคุณปู่เป็นแรงบันดาลใจที่เขาพร่ำบอกกับตัวเองในยามลำบากว่าขนาดปูหอบเสื่อผืนหมอนใบมาจากไหนแล้วยังสามารถเติบโตร่ำรวยขึ้นมาได้เลย เพราะฉะนั้นเขาก็ต้องทำได้ ซึ่งแม่จะออกตัวว่าไม่ใช่คนเรียนเก่ง แต่ไม่นานเขาก็หาทุนเรียนได้จนจบปริญญาโททางด้านวิศวกรรมวัสดุศาสตร์

“ผมเังมาตั้งนานตอนอยู่จุฬาฯ ผมได้ 2.6 เอง แต่พอไป อเมริกาแล้วผมไปจับหลัก how to learn หรือ วิธีเรียนรู้ ไปเจออาจารย์พูดไม่เก่ง สุดยอดพูดคือไม่ต้องพูด ในเมื่อเขาพูดไม่เก่งเราก็ต้องตั้งคำถามเก่ง คือผมไปแห่ยกถามแกว่าอันนี้อะไรๆ มันอยู่ที่การตั้งคำถามของเราต่างหาก”

เรียนปริญญาโทอยู่ 2 ปี พอจบก็เกือบที่จะต้องเก็บกระเป๋ากลับบ้านเมืองไทยอยู่แล้วหากไม่ได้อาจารย์ที่ปรึกษาชาวอินเดียที่ ดร.วรภัทร์ฝากตัวใกล้ชิดพาไปรู้จักกับองค์กรด้านอวกาศที่ชื่ออานาซ่า “จบโททำงานที่นาซ่า เผอิญเขาต้องการคนอย่างผมอยู่พอดี คือหนึ่ง จบตรีวิศวะเคมี สอง ปริญญาโทด้านโลหะ สาม มีความรู้ด้านชีววิทยา ซึ่งตอนเรียนปริญญาโทผมศึกษาเรื่องเหล็กตามในกระดุกคน แล้วตอน มศ. 5 ผมก็เป็นประธานชมรมชีววะของเซนต์คาเบรียลได้ชิวะ A หหมดเลย อีกอย่างคือต้องพร้อมที่จะเปลี่ยนสาขามาเป็นวิศวกรเครื่องกล เขาจะให้เรียนต่อเอกทางนี้”

“กลางวันทำงาน ตอนเย็นก็ไปเรียน เรียนด็อกเตอร์อยู่ 7 ปี ที่นานเพราะเปลี่ยนสาขaley ต้องปรับพื้นฐานเยอะ ต้องเรียนเซรามิกด้วย เขาเรียกผมจับฉ่ายวิศวกร เพราะคนที่จะเป็นดีไซเนอร์ออกแบบอะไรใหม่ๆ ได้มันต้องรู้อะไรครบทุกสาขา เขาต้องการคนที่รู้รอบพุง อย่างผมนี่เขาหามา 3 ปี”

การเป็นแค่นักศึกษาปริญญาโทที่ทำงานท่ามกลางคนระดับด็อกเตอร์ในองค์กรนาซ่า เป็นเรื่องกดดันสำหรับเขา แต่เขาก็ฟันฝ่ามาจนได้ ยิ่งไปกว่านั้นช่วงอยู่ที่นาซ่า 7 ปี เขาก็ยังไปคว้าได้รางวัลจากงานวิจัยเรื่องเครื่องย่นตู้ไอพ่น จึงทำให้เขากลายเป็นที่ยอมรับมากขึ้น

เหตุการณ์ที่ดำเนินมาถึงจุดนี้ก็เปลี่ยนบทบาทเขาจากโรบินฮู้ดสัญชาติไทยที่ดิ้นรนหาส่งเงินตัวเองเรียน มาเป็นวิศวกรมีรางวัลขององค์กรนาซ่า เมื่อเป็นดั่งนั้นเรื่องฐานะความเป็นอยู่ก็ไม่ใช่อุปสรรคอีกต่อไป เรียกว่าเข้าขั้นอยู่ได้อย่างสบาย ณ ตรงนั้น

...แต่แล้ววันหนึ่งเขาก็ตัดสินใจกลับบ้านเมืองไทย ด้วยเหตุผลที่ต้องดูแลพ่อแม่ที่ชราลงทุกวัน อีกทั้งก็ตามคนรักกลับมาเมืองไทย นอกจากนี้คือไม่อยากจะใช้ชีวิตบั้นปลายเป็นคนแก่เหงๆ ที่อเมริกา

“กลับมาอยู่เมืองไทยรายได้เปลี่ยนเลย แต่ผมคิดอย่างนี้ว่าคนจนๆ ที่เงาอย่างกูไปเหยียบอเมริกาโดยเริ่มต้นจากศูนย์ ภายใน 10 ปีกูสามารถสร้างฐานะที่อเมริกาได้ ด้วยสมองอย่างกู อยู่เมืองไทยสิบปีกูก็ต้องมีได้”

ส่วนลู่ทางที่จะพาไปให้ถึงเป้าหมาย เขาวางไว้แล้วว่าจ้างจะต้องเริ่มต้นจากการเป็นอาจารย์ก่อนอื่น

“ผมมองอย่างนี้ว่าที่สูงเท่านั้นจึงจะเห็นรอบตัว เพราะฉะนั้นถ้าผมเข้าไปทำงานในโรงงานใดโรงงานหนึ่งเท่ากับผมเข้าหุบเขาไปเลย ชีวิตผมอับเฉาทันที ยกตัวอย่างคุณไปอยู่โรงงาน A คุณก็ต้องไปอยู่กับเขาจันทร์ถึงเสาร์ คุณจะไม่เห็นอะไรเลยนอกจากโรงงาน A แล้วคุณจะวุ่นวาย เหมือนหนูเข้าไปปั่นอยู่ในถัง และเวลาผ่านไปอย่างรวดเร็วจนอายุ 40 กว่า คุณก็พบว่าคุณไปไหนไม่ได้ คุณก็กลายเป็นซี่ขาให้กับคนตระกูลหนึ่งซึ่งเป็นเจ้าของบริษัท อย่างนั้นคุณเสร็จเลย”

ดังนั้น ดร.วรภัทร์จึงเริ่มจากวางยุทธศาสตร์ชีวิตของตัวเองเมื่อย้ายกลับมาอยู่เมืองไทย ด้วยการยอมรับเงินเดือน 7,000 บาทสำหรับตำแหน่งอาจารย์ที่จุฬาฯ

“จากนั้นก็วางแผน วางมาร์เก็ตติ้งว่าทำยังไงคนอย่างผมจะได้เป็นที่ปรึกษาใหญ่ ตะกายดาวแต่ต้องตะกายดาวอย่างมียุทธศาสตร์ ต้องสำรวจตัวเองก่อนว่าสันดานตัวเองเป็นยังไง จากนั้นผมนั่งเช็คคนในวงการ อาจารย์ที่ดังๆ ในประเทศไทยมีกี่คน คนไหนใกล้เกษียณ แล้วเขามีลูกศิษย์ไว้กี่คน นั่นคือผมคำนวณแล้ว”

การวางแผนที่ชีวิตอย่างเป็นระบบของดร.วรภัทร์ ทำให้เขาก้าวหน้าไปอย่างเป็นขั้น ตอนตามแผนที่วางไว้

“พอวิชา Quality กำลังจะบูม คนเก่งวิชานี้ในเมืองไทยเด่นๆ มีไม่เกิน 5 คน แต่เนื่องจากรวมกันคนเยอะ ทำให้ผมไม่เป็นที่ทัก แล้วผมก็มานั่งดูจุดอ่อนของทั้ง 5 คน เขาเรียนจบทางด้านวิศวกรรมศาสตร์ ไม่รู้ทางด้านเคมี ไม่รู้ทางด้านเครื่องกล รอบรู้สู้ผมไม่ได้ ในขณะที่เดียวกัน พอทำตรงนี้ได้ทีปีก็อย่าประมาท ศาสตร์ทางด้าน management ตัวใหม่ๆ มาเรื่อยๆ คอยเปิดหูเปิดตา และคบเด็กเสมอ อย่างเกม Raknarok ผมยังเล่นเลย ต้องอย่าสร้างกำแพง”

ซึ่งไม่เพียงเป็นนักเล่นเกมคอมพิวเตอร์ด้วยเท่านั้น สมัยก่อนหากมีเวลาว่างเขาชอบเล่นบริดจ์ หมากกรุก อ่านนิยายกำลังภายใน ศึกษาประวัติศาสตร์ อีกทั้งยังคลั่งไคล้ในการดูฟุตบอลด้วย

“เวลาดูฟุตบอลผมไม่ได้เชียร์ข้างไหน ผมดูว่าถ้าผมเป็นโค้ชผมจะแก้เกมยังไง ยิ่งถ้าลิมนักยุทธศาสตร์ต้องดูเรื่องการแก้เกม เรื่อง management ถ้าผมเป็น อเล็กซ์ เฟอร์กูสัน

ผมจะทำยังไง ถ้าเป็นโรนินใหญ่ชีวิตนี้จะทำยังไง แล้วในอนาคตต่อไปผมจะทำยังไงต่อ ผมจะมองในแง่ strategy”

ซึ่งในแง่นี้เกมกับชีวิตก็ไม่ต่างกันว่า ดร.วรภัทร์ให้ความสำคัญอย่างมากกับการวางแผนว่าจะทำอะไรต่อไป และเขามักจะมองอะไรข้ามชีวิตเสมอ

“เหมือนเวลาสอนลูกศิษย์ อาจารย์บางคนชอบตำลูกศิษย์เหลกလာญ แต่ผมไม่ใช่ะ ผมไม่รังแกลูกศิษย์ ผมสอนเต็มที่แล้วก็แทบจะรู้ก่อนสอบแล้วใครเกรด A เกรด B ใครที่ B ผมก็ช่วยให้เขาได้ A ลองคิดดูสิว่ามันจะรักคุณมั๊ย แล้วเดี๋ยวนี้พวกนี้ไปนั่งในบริษัทใหญ่ๆ 15 ปีผ่านไป ลูกศิษย์ผมตอนนี้ก็อายุ 35 อายุขนาดนี้จะไปอยู่ตำแหน่งไหนล่ะ คือเป็นตัวขงเรื่องแล้วไง กำลังเป็นผู้กุมอำนาจตัดสินใจว่าจะเชิญใครเป็นที่ปรึกษา ซึ่งอย่างนั้นแล้วมันจะบอกบอสให้เชิญใครล่ะ”

ดร.วรภัทร์ยืนยันว่าเรื่องพวกนี้เขาคำนวณไว้แต่แรก ซึ่งในแต่ละจังหวะชีวิตเขาจะมองไปข้างหน้าในระยะ 5 ปี 10 ปีตลอด และสำหรับตอนนี้เขามองยาวไปถึงบั้นปลายชีวิตทีเดียว โดยหาที่ทางให้ตัวเองเสร็จสรรพ... ว่าเขาจะไปอยู่ “วัด”

“ปณิธานผมอยู่ที่นิพพาน ผมมองว่าไม่ต้องถึงกับจนแต่ก็ไม่ถึงกับรวย มีเวลาส่วนหนึ่งไปปฏิบัติธรรม เพราะการปฏิบัติธรรมเป็นการลงทุนข้ามชาติ นักวางกลยุทธ์อย่างผมมองข้ามชีวิตเลย โลกหน้ามีไม่มีไม่รู้ แต่ในแง่การบริหารความเสี่ยง ถ้าเกิดมีแล้วไม่ทำอะไรเลย... ช่วยหรือถ้าไม่มีก็ไม่เห็นมีอะไรเสียหาย กูกับมึงก็เท่ากันคือไปอยู่ในหลุม แต่โอกาสที่มันมีมันสูงยิ่งมานั่งกรรมฐาน ความเชื่อมั่นผมร้อยเปอร์เซ็นต์เลยว่าชาติหน้ามีแน่นอน”

แม้จะวางแผนข้ามชาติข้ามภพไปแล้ว แต่เมื่อได้สัมผัสกับการปฏิบัติธรรม ดร.วรภัทร์ยอมรับว่าสิ่งที่ได้รับตอนนี้คือ... ความสุข

สำหรับมุมมองที่มีต่อชีวิต หากถามนักยุทธศาสตร์เช่นเขา เขาให้ความเห็นว่า

“นักยุทธศาสตร์จะมองชีวิตในแง่ effective ในแง่ efficiency จะมองชีวิตคล้ายๆ จะ think out the best จากมันให้ได้ ทำอย่างไรให้ดีที่สุด ทำอย่างไรจะใช้ชีวิตให้คุ้มค่า แต่ละชั่วโมงที่ผ่านไป ผมต้องถามตัวเองตลอดว่าวันนี้ได้อะไร”

(<http://www.manager.co.th/MetroLife/ViewNews.aspx?NewsID=9480000020910>)

**A32****สัมพันธภาพที่เปลี่ยนไปของผู้ให้และผู้รับ**

11 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 2

นพ.ชูชาติ ชันตยาภรณ์

รพ.ลำพูน

นพ.สุวัฒน์ อนกรนวัฒน์

รพ.เสาไห้

พญ.พรพรรณ วรรณฤทธิ

รพ.ลำพูน (ผู้ดำเนินการอภิปราย)



11 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 2

นพ.วิระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์	รพ.ขอนแก่น
นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล	รพ.ประเทาย
นพ.ประเทือง ตียะไพบูลย์สิน	รพ.ตาคลี
พญ. แสงดาว มยุระสาคร	รพ.บุรีรัมย์
นพ.สุพัฒน์ ใจงาม	รพ.ปาย (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

Great Team...ผู้นำโรงพยาบาลสู่ระบบ Humanized Healthcare

นพ.ประเทือง ตียะไพบูลย์สิน (รพ.ตาคลี)

โรงพยาบาลตาคลีเป็น 1 ใน 6 โรงพยาบาลที่สนใจและสมัครเข้าร่วมโครงการกับ พรพ. เพื่อพัฒนาสู่โรงพยาบาลที่ให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized healthcare) ด้วยความอยากรู้ว่า humanized healthcare คืออะไร?

ประมาณปลายปี พ.ศ. 2549 พรพ. เริ่มจุดประกายฝัน โดยพาเจ้าหน้าที่ทั้ง 6 โรงพยาบาล ละ 2 คน ไปศึกษาดูงานที่โรงพยาบาลของมูลนิธิพุทธฉือจี้ ประเทศไต้หวัน โรงพยาบาลเลือกส่งพยาบาลสุขภาพจิตและพยาบาลในทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะเข้าใจว่าน่าจะมีทุนเดิมของการดูแลแบบ holistic care ที่เน้นถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยอยู่แล้ว ทั้งสองคนได้เก็บเกี่ยวประสบการณ์และแนวคิดของ humanized healthcare มาเล่าให้ผู้บริหารและทีมนำโรงพยาบาลฟังบางคนก็เริ่มเข้าใจและเห็นภาพชัด ในขณะที่บางคนยังเห็นเป็นแค่ภาพเลือนราง ตกหนักที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้องเรียกทีม นำผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลทั้งหมดมาร่วมระดมสมองเพื่อสานฝันการพัฒนาโรงพยาบาลสู่ระบบ humanized healthcare อย่างเป็นทางการ เป็นช่วงจังหวะเดียวกับที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินงานโครงการจิตอาสาซึ่งตรงกับแนวคิดที่ สปสช. ให้มีการดำเนินงานศูนย์มิตรภาพบำบัด โรงพยาบาลตาคลีจึงนำทั้งสามเรื่องมาผสมผสานเป็นเรื่องเดียวกัน

หลังการศึกษาดูงาน ได้ส่งเจ้าหน้าที่และทีมงานเกือบทุกสาขาวิชาชีพจากหลายหน่วยงานใน รพ.ประมาณ 30 คนผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันไปศึกษาดูงานใน 6 โรงพยาบาลเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำสิ่งดีๆ มาเก็บเป็นคลังความรู้และสรุปเป็น good practices ของแต่ละโรงพยาบาลที่จะนำมาปรับใช้ในโรงพยาบาล โชคดีที่โรงพยาบาลมีทุนเดิมซึ่งเอื้อต่อการ

พัฒนาระบบ humanized healthcare อยู่ก่อนบ้างแล้ว เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยสิ้นหวัง (hospice care) การดูแลผู้พิการและผู้ที่ยังคงต้องการช่วยเหลือเกื้อกูล การจัดบริการสุขภาพจิตแบบครบวงจรในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ในโรงพยาบาลตาคืออย่างแท้จริง

จุดเด่นสำคัญที่ทำให้ระบบ humanized healthcare ของโรงพยาบาลเกิดขึ้นได้อย่างราบรื่น รวดเร็วและเป็นระบบ คือการมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่อยู่มานานและยังยืนกว่า 30 ปี มีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทุกด้านทั้งโครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมและสิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการทุกกลุ่ม สนับสนุนให้บุคลากรนำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ในการพัฒนางาน มีความเข้าใจการดูแลแบบองค์รวมและสามารถนำมาผสมผสานและสอดแทรกเข้าสู่งานประจำ ทำให้บุคลากรผู้ให้บริการเข้าสู่ระบบ humanized healthcare อย่างแนบเนียนโดยไม่รู้ตัวและไม่รู้สึกว่ามีภาระเพิ่ม ทำให้การพัฒนา ระบบ humanized healthcare ของโรงพยาบาลดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน .

ทีมงานที่ได้รับมอบหมายให้พัฒนาระบบ humanized healthcare ของโรงพยาบาล ได้มาจากการรวมตัวของบุคลากรจากงานสุขภาพจิต ชมรมจริยธรรม ทีมดูแลผู้ป่วยสิ้นหวัง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย และโครงการจิตอาสา ซึ่งมีการพัฒนาจนมีอาสาสมัครจิตอาสาภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ได้อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ตราบจนถึงทุกวันนี้โรงพยาบาลมีอาสาสมัครจิตอาสา (อศจ.) ทั้งสิ้นประมาณ 100 คนผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันมาช่วยงานบริการใน รพ. ทุกวัน ระบบบริการ humanized healthcare ดำเนินไปตามแผนที่ความคิด (mind map) ที่สร้างไว้ได้อย่างราบรื่นพอสมควร ช่วงแรกก็มีปัญหาอุปสรรคบ้างเป็นเรื่องธรรมดาเพราะบางคนยังค่อยไม่เข้าใจ จึงพยายามจัดกิจกรรมต่างๆ ที่คิดว่า จะช่วยให้ผู้รับบริการมีความสุขเพื่อสนองนโยบายของ รพ. ทำให้เกิดการดูแลออกมาแบบที่เอื้อ ไร้ชีวิตชีวา พอทำไปได้สักพักก็เริ่มเข้าสู่ระบบเดิม ไม่มีความต่อเนื่องเพราะไม่ได้เกิดจากความรู้สึกภายในจิตใจที่อยากให้ผู้รับบริการเกิดความสุขอย่างแท้จริง

โรงพยาบาลแก้ไขโดยจัดอบรมความรู้เรื่องการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์แก่บุคลากรทุกระดับใน รพ.โดยใช้ตัวอย่างเรื่องเล่าที่ทำให้เกิดความประทับใจ ซาบซึ้งใจ โดยใช้เทคนิคการเล่าเรื่องที่สะท้อนให้เห็นภาพจริงของการดูแลด้วยหัวใจจนทำให้เกิดความสุขใจ ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการกลมเกลียวจิตใจบุคลากรให้อ่อนโยนลงและนึกถึงการทำความดีและสร้างกุศลในระบบงานสุขภาพโดยนำศาสนาเข้ามามีส่วนร่วม เป็นเรื่องสำคัญ จึงจัดให้มีเรือนสุขใจที่หอผู้ป่วยนอกและห้องรวมใจบริเวณหอผู้ป่วยในสำหรับเป็นที่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไหว้พระสวดมนต์ ละหมาดและเฝ้าพระเยซู จัดการเรียน

รู้การช่วยเหลือเกื้อกูลผู้ด้อยโอกาสที่แสดงถึงด้วยหัวใจโดยไม่รังเกียจและคำนึงถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกันโดยจัดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้ผู้พิการและผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าและลดตราบาปโดยเปิดโอกาสให้ผู้พิการทางจิตและผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมาทำงานใน รพ. เช่น ทำความสะอาดห้องน้ำ ช่วยขายของร้านค้า OTOP ของ รพ. และนำแนวคิดมิตรภาพบำบัดมาใช้ในโครงการเพื่อนเยี่ยมเพื่อนในกลุ่มผู้พิการในชุมชน เป็นต้น ทำให้โรงพยาบาลตาคาลีเกิดการระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

พัฒนาระบบ Humanized Healthcare ด้วยศรัทธาและวิริยะ

พญ.แสงดาว มยุระสาคร (รพ.บุรีรัมย์)

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้รับการกล่าวขวัญถึงในผลการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภายหลังรายการแผ่นดินไหวนำเสนอผลงานของคุณเกื้อจิตร แซรัมย์ ในวันที่ 17 และ 24 ธันวาคม 2551 ซึ่งเป็นผลงานที่เรารู้สึกภาคภูมิใจ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ยังมีผลงานที่บ่งบอกถึงความใส่ใจในการดูแลด้านจิตใจผู้รับบริการอีกหลายเรื่อง เช่น การฝากครรภ์คุณภาพด้วยการเสริมกิจกรรมโยคะและสวดมนต์แก่ผู้ฝากครรภ์ การฝึกเจริญสติเพื่อลดปัญหาการปวดท้องคลอดในห้องคลอด โครงการสายใยรักแห่งครอบครัวในชุมชน ต.บ้านยาง อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ โครงการดูแลผู้ป่วยเด็กพิการด้านร่างกายและออทิสติก และโครงการมิตรภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งบางโครงการได้รับการคัดเลือกให้เป็นผลงานชนะเลิศในระดับเขต เราอยากจะบอกเล่าความสำเร็จเหล่านี้เกิดจากพลังศรัทธาและวิริยะนำมาซึ่งความเป็นทีมงานที่ยิ่งใหญ่

ความเป็นมา humanized healthcare เป็นนามธรรมที่บางท่านอาจจะรู้สึกเข้าใจยากในความหมาย แต่การเรียนรู้ความเป็นมนุษย์ไม่ได้ยากเย็นเลย เพราะเราก็เป็นมนุษย์ เมื่อได้ศึกษาเข้ามาภายในกายและใจแล้วท่านจะเข้าใจความหมายของคำนี้อย่างต้องแท้ เมื่อมีโอกาสได้ช่วยงานพัฒนาบุคลากร พ.ศ. 2546 ด้วยหลักปรัชญาของ HA คือการทำงานเป็นทีมและผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีความตั้งใจว่าต้องพัฒนาจิตใจคนเป็นอันดับแรกควบคู่ไปกับการพัฒนาด้านอื่นๆ ด้วยความที่เป็นผู้ที่สนใจธรรมะปฏิบัติในพระพุทธศาสนา เนื่องจากได้มีโอกาสเรียนรู้และนำมาพัฒนาตนเองจนเกิดศรัทธา และวิริยะที่จะแนะนำผู้อื่น จึงใช้กลยุทธ์การนำหลักปฏิบัติในพระพุทธศาสนาเข้ามาพัฒนาจิตใจบุคลากร ในทุกรูปแบบ โดยบูรณาการเข้ามาในการทำงานประจำกิจกรรมประกอบการส่งเสริมทั้งการทำทาน รักษาศีล และการภาวนา

ในระยะเริ่มดำเนินการ มีปัญหาอุปสรรคด้านความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องการภาวนาจะมีแรงต้านมาก ได้ใช้กลยุทธ์ “ขันติ” ด้วยการสร้างผลงานให้ผู้บริหารระดับสูงประจักษ์ มีโอกาสอีกครั้งเมื่อได้รับมอบหมายให้ทำงานด้านบริหารความเสี่ยง ในตำแหน่งเลขานุการ มีความมุ่งมั่นที่จะสร้างเครือข่ายผู้ที่มีความศรัทธาในหลักคำสอนพระพุทธศาสนา จึงขออนุมัติจัดทำโครงการ “พัฒนาจิตหัวหน้างาน” “พัฒนาจิตบุคลากรกลุ่มเสี่ยง” และพัฒนาจิตบุคลากรประจำการใหม่ด้วยกิจกรรม “ค่ายพุทธธรรมนำชีวิต”

เมื่อมีเครือข่ายและแนวร่วมที่เห็นความสำคัญของการดูแลด้านจิตใจ ได้ผลักดันให้การพัฒนาจิตเข้าสู่ระบบปกติของการพัฒนาบุคลากร โดยประสานงานกับทีมงานชมรมพุทธฯ ซึ่งมีหัวหน้าห้องคลอดเป็นเลขานุการ หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ให้ความสำคัญการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้มีกิจกรรมหลายกิจกรรมดังที่กล่าวมาแล้วเบื้องต้นในหลายหน่วยงาน และโรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้แต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรมเป็นที่สำคัญอีกทีมหนึ่ง ใน พ.ศ. 2549

มุ่งความหวังสู่การดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยในเชิงลึกเมื่อ พ.ศ. 2549 ภายหลังจากได้มีหน่อพุทธะเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลในหลายๆ หน่วยงาน กลยุทธ์การจัดตั้งศูนย์สมานธิบำบัด ด้วยการชักชวนพยาบาลวิชาชีพที่เริ่มมีศรัทธาในธรรมะปฏิบัติไปอบรมหลักการสมานธิบำบัดกับกองแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาหรือความท้าทายคือจะดำเนินการอย่างไรให้กิจกรรมนี้เข้าถึงผู้ป่วยได้ในวงกว้าง นอกจากนี้การจัดกิจกรรมจะเป็นรูปแบบอย่างไร ได้ใช้กลยุทธ์ “สอบถาม นำทาง วางอุบาย” พุดง่าย ๆ คือ กิ่งบังคับ กิ่งขอร้องให้ลอง ทำกิจกรรมศูนย์สมานธิบำบัดเท่าที่คิดว่าจะเป็นและใช้หลัก “ทดลองทำ นำปัญหา มาปรับปรุง” รูปแบบศูนย์สมานธิบำบัด โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ใน พ.ศ. 2549 จึงเริ่มขึ้น

ในการดำเนินงานทำให้ได้พบกัลยาณมิตรที่มีศรัทธามั่นคงในพระพุทธศาสนาทั้งบรรพชิตและฆราวาส ซึ่งก็เป็นบุคลากรในโรงพยาบาลที่เราไม่เคยรู้จักภาพของเขา ทีมบรรพชิต คือ พระอาจารย์ทรงศิลป์ สุจินโณ จากวัดป่าสุคะโต อ.แก่งคร้อ จ.ชัยภูมิ ได้เมตตาจัดอบรมสร้างทีมวิทยากรศูนย์สมานธิบำบัด และพระอาจารย์ครรชิต อภิญาโณ ได้เมตตาถ่ายทอดหลักการและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้แก่คุณเกื้อจิตร์ แซ่มรัมย์ พยาบาลวิชาชีพ จากตึกศัลยกรรมกระดูก

ปัญหาต่อมาคือทำอย่างไรจึงจะผลักดันให้เกิดทีมงานดูแลด้านจิตใจผู้รับบริการโดยไม่ต้องกังวล หรือเครียดกับงานประจำ เพราะความเครียดทำให้ไม่มีความสุข จะมีผลกระทบต่อผู้รับบริการ ได้ใช้กลยุทธ์ “เข้าหา สาธยาย กิ่งขอร้อง” จนหัวหน้าตึกและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ยอมปลดคุณเกื้อจิตร์จากภาระจากงานประจำ และจัดตั้งเป็นหัวหน้าศูนย์ดูแล

ช่วยเหลือด้านจิตใจ และได้ขยายการให้บริการโดยประสานกับทีมงานจิตอาสาในการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติ

พ.ศ. 2551 กลยุทธ์สร้างเครือข่ายศึกษาศาสนธรรมปฏิบัติได้ขยายไปยังหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด โดยการประสานกับผู้บริหารระดับสูง และฝ่ายพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ จัดส่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดไปปฏิบัติธรรม ณ วัดป่าสุคะโต อ.แก่งคร้อ จ.ชัยภูมิ ปีละ 2 ครั้ง ทีมงานที่ยิ่งใหญ่เกิดขึ้นด้วยศรัทธา วิริยะ เรามุ่งหวังที่จะไปให้ถึงจุดสูงสุดของการเข้าถึงธรรมชาติ ความจริง ความดี ความงาม สุขภาวะ และอิสรภาพ

**ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์****สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ**

ในช่วงเวลาที่เราไปเจอกับภาวะวิกฤตร่วมกัน ความทุกข์ได้ลอกความไร้สาระออก แล้วเหลือแต่แก่นของชีวิตที่พร้อมให้อภัยกัน สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญกับคนทำงานในองค์กร เพราะแสดงให้เห็นว่า ในภาวะความสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ มนุษย์นั้นสามารถให้อภัยกันและกันได้

ในภาวะปกติ ชีวิตในองค์กรหล่อหลอมให้ทำงานกันแบบหลงลืมไปว่า เราต่างก็เป็นมนุษย์ บางแห่งขาดการให้อภัยกัน การทำงานจริงๆ แล้วไม่ใช่แค่การทำงานในหน้าที่ อย่างที่งานสมัยใหม่กำกับไว้ แต่รวมไปถึงสิ่งที่อยู่ด้านลึก เช่น ความเป็นเพื่อนของกันและกัน เพียงแต่ในระบบงานมนุษย์ได้ถูกแบ่งแยกออกจากกันด้วยระบบงาน ทำให้ไม่เห็นความเป็นมนุษย์ของกันและกัน แต่เมื่อเกิดภาวะวิกฤต กำแพงเหล่านั้นก็สลายลงไป

การนำแนวคิดจิตอาสาไปใช้กับการทำงานนั้นมี 3 ขั้นตอนคือ หนึ่ง ทำอย่างไรให้เรื่องราวเหล่านี้เป็นความทรงจำขององค์กร ไม่ใช่ความทรงจำส่วนบุคคล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ขั้นตอนนี้กระทำการผ่านการบอกเล่าเรื่องราวและถ่ายทอดเป็นตัวหนังสือที่เรียกว่า 'เรื่องเล่า' ที่แต่ละคนประทับใจ ต่อจากนั้น ดึงคุณค่าจากประสบการณ์เหล่านั้นมาเป็นคุณค่าร่วมกันขององค์กร จนถึงขั้นตอนสุดท้ายคือ การนำคุณค่าเหล่านั้นมาสร้างเป็นวัฒนธรรมองค์กรให้ได้

เรื่องเล่าเป็นความทรงจำร่วมกัน ที่เล่าต่อๆ กันมา เป็นความรู้ที่สะสมกันมา เราก็ไปดึงเอาเรื่องเล่าจากบุคลากรโรงพยาบาลออกมา โดยเลือกเอาเรื่องที่เด่นออกมา แล้วเราก็เอามาวิเคราะห์เพื่อให้คุณค่าที่แฝงอยู่มันปรากฏขึ้นมาเด่นชัด ต่อไปก็เอามาทำเป็นวัฒนธรรมองค์กรเช่น วิสัยทัศน์ แต่ไม่ใช่วิสัยทัศน์ที่ทุกคนต้องท่องขึ้นใจ แต่เป็นวิสัยทัศน์ที่สัมพันธ์กับคุณค่าของบุคลากร

คนทำงานด้านสุขภาพ มีความละเอียดอ่อนด้านความเป็นมนุษย์น้อยลง ความที่งานล้นมือ รายละเอียดในการทำงานจึงลดน้อยถอยลงไป

เมื่อได้ไปลงพื้นที่บ่อยครั้งทำให้เห็นว่า เรื่องเล่าเหล่านี้มีอยู่ในชีวิตคน แต่จะอย่างไรให้เรื่องเล่าสามารถบ่งบอกชีวิตอีกด้านหนึ่งของคนทำงานด้านสุขภาพ หลังจากนั้นจึงชวนคนหลายๆ ส่วนมาทำงานด้านนี้ เน้นงานในระดับชุมชน โดยให้กลับไปคิดกันมาว่า มีเหตุการณ์ใดบ้างที่ทำแล้วมีความสุขนำมาเล่าสู่กันฟัง

งานในระดับชุมชนอาจจะถูกมองว่าเป็นงานเบื้องต้น แต่ถ้าเรามองให้ลึกลงไปก็จะพบว่างานแบบนี้ก็มีคุณค่าของมันแบบที่การแพทย์แบบเทคโนโลยีขั้นสูงอาจจะไม่มีก็ได้ เพราะได้

สัมผัสกับชีวิตมนุษย์ ผมก็เลยมาคิดว่าจะทำอย่างไรให้เรื่องราวเหล่านี้เป็นพลังของคนได้ เลยมาคิดถึงการเขียนแบบ 'เรื่องเล่า' และออกแบบกระบวนการทั้งหมดนี้ขึ้นมา

การสร้างเรื่องเล่ามาจากความเชื่อที่ว่า มนุษย์มีความรู้สองแบบ คือ แบบนามธรรม กับ ความรู้ผ่านเรื่องเล่า ซึ่งว่ากันว่า สองวิธีของการรู้นี้ มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ไม่เหมือนกัน ความรู้จากเรื่องเล่าจะทำให้เราสร้างแรงบันดาลใจและปฏิบัติการบางอย่างได้ง่าย ขณะที่รู้แบบนามธรรม มักจะไม่สามารถโยนไปสู่การปฏิบัติได้

ตัวอย่างเช่น เวลาเหนื่อยหมดแรง ถ้าเราไปอ่านหนังสือธรรมะ จะทำการใดๆ ให้สำเร็จ ต้องอาศัยอิทธิบาท 4 เมื่อเราอ่านไป ก็ยอมรับว่า อิทธิบาท 4 มันถูก แต่ทำอะไรต่อจากนั้นไม่ได้ ตรงกันข้ามกับการไปอ่านหนังสือพระมหาชนก เราได้เห็นความเพียรของตัวละคร เราก็จะรู้สึกซาบซึ้งไปกับตัวหนังสือ อ่านแล้วมีแรงขึ้นมา

การรู้แบบนามธรรมเป็นการรู้แบบไม่โยนมาสู่ชีวิตจริง แต่การรู้แบบเรื่องเล่าจะทำให้มีพลัง เรื่องเล่าบางอย่างมันจึงเปลี่ยนชีวิตคนได้เลย

มนุษย์มีความสามารถในการเล่าเรื่องได้อยู่แล้ว เพราะสามารถผูกโยงสิ่งต่างๆ ให้เข้ามาเป็นเรื่องได้ ถ้ามนุษย์ไม่มีศักยภาพในการผูกโยงเรื่องต่างๆ ให้สัมพันธ์กัน จะเป็นเรื่องที่สับสนมาก

หลายคนอาจจะมองว่า การเขียนกับงานของแพทย์เป็นงานที่อยู่ห่างไกลกัน จริงๆ แล้ว อาชีพแพทย์ก็อยู่กับการเขียน เพียงแต่อาจจะเขียนเพียงคำว่า "ผู้ป่วยเป็นชายไทย อายุ 40 ปี" เป็นการตัดทอนเรื่องราวต่างๆ มากมาย

การเขียนเปลี่ยนแปลงคนเล่าเรื่องแบบพลิกฝ่ามือเลย จากที่หลายคนเคยแต่สังเกตหรือพูด แต่เมื่อต้องนำมาเขียนด้วยจะต้องผ่านกระบวนการฟัง คิด อ่าน มาจนถึงเขียน ต้องคิดสังเกตไตร่ตรองมาก เป็นการรื้อวิธมองแบบเดิม จากที่เคยมองแค่ด้วยวะและโรค แต่อันนี้มองในความเป็นมนุษย์ว่า เขาคิดอย่างไร รู้สึกอย่างไร ทุกข์กับอะไร ไม่ใช่แค่ว่าแขนขาขาดพิการเท่านั้น

การเขียนจึงนำไปสู่การมองโลกแบบใหม่ จากที่เคยอยู่กับข้อเท็จจริงอย่างเดี๋ยวกี้ได้มา เข้าใจเพื่อนมนุษย์มากขึ้น พอเขียนก็ได้เปลี่ยนแปลงโลกของเขา รวมไปถึงเปลี่ยนวิธมองผู้ป่วยคนอื่นด้วย

นอกจากนี้ พลังอำนาจของเรื่องเล่ายังช่วยสะท้อนความเป็นไปได้ใหม่ๆ ที่หลายคนมองข้าม เช่น เมื่อพูดถึงระบบบริการในระดับชุมชน คนทำงานจะนึกถึงว่าเขาต้องรักษาโรคเบื้องต้นอะไรได้บ้าง จะคัดกรองผู้ป่วย แต่เมื่อให้เขาเขียนเรื่องที่มีคุณค่าสำหรับเขา กลับพบว่า เขาไม่เคยบอกเลยว่างานของเขาเป็นงานในระดับเบื้องต้น มีหน้าซำคิดว่าเป็นศิลปะ

ชั้นสูงของการสัมผัสชีวิตมนุษย์

ดังนั้น ศักยภาพในการพัฒนาหน่วยแบบนี้ จึงไม่ได้ติดที่กรอบแบบว่า คุณเป็นแค่หน่วยบริการขั้นต้น แต่เป็นการเปิดพื้นที่ใหม่เลยว่า คุณมีความยิ่งใหญ่อย่างที่โรงพยาบาลใหญ่ๆ ก็ทำไม่ได้ เป็นพลังที่ยิ่งใหญ่มาก เพราะเรื่องเล่าจะพบว่า พวกเขามีความรู้สึกดีๆ กับการทำงานอย่างไรบ้าง เราเรียกเรื่องเล่าเหล่านี้ว่า "เรื่องเล่าเร้าพลัง"

มนุษย์เราเพราะบางมาก เราได้นำพลังที่ธรรมชาติหยิบยื่นให้มาใช้ให้ก่อเกิดประโยชน์เพียงใด บางคนนำพลังที่มีอยู่ไปฆ่าฟันผู้อื่น ขณะเดียวกัน บางคนหันกลับมาเรียนรู้ที่จะรักเพื่อนมนุษย์รอบข้าง หลังจากไม่เคยใส่ใจมานาน

ความเป็นมนุษย์มีความงดงามมากกว่าหน้าที่ที่ทำอยู่ บางคนรู้สึกว่างานของตนเองเป็นงานที่ต่ำต้อยที่สุด แต่ช่วงวิกฤตที่ผ่านมาพิสูจน์ให้เห็นว่า เรามีโอกาสทำความดีมากที่สุด จึงถือเป็นโอกาสดีที่องค์กรใหญ่ๆ จะได้ปรับเปลี่ยนองค์กรไปสู่การทำความดีพร้อมๆ กัน เป็นการยกระดับองค์กรไปสู่ความเป็นอุดมคติมากขึ้น

ขอให้เราซื่อสัตย์ต่อความรู้สึกดีๆ ถ้าทำได้แล้วก็ไม่ต้องกลัวว่า ความดีมันจะยั่งยืนหรือไม่



12 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 2

อภิชาติ การ์ตูนกรสกุล

ประธานกรรมการ บริษัทเอเชียพีซีซี

“ถ้าพูดถึงอมตะนครนะครับ สำหรับเราตัวเล็กๆ เดินเข้ามาในตัวลิบเลยนะครับ เพราะในอมตะมีแต่องค์กรขนาดใหญ่ๆ ทั้งนั้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบริษัทต่างชาติประมาณ 80% เราย้ายมาที่นี่ปลายปี 45 ย้ายจากบางป่อ สมุทรปราการซึ่งเราเช่าโกดังเป็นโรงงาน อย่าเรียกว่าโรงงานเลยครับ โก้ไป เป็นเพียงโรงกลึงอย่างที่เห็นทั่วๆ ไป”

คุณอภิชาติ การ์ตูนกรสกุล ประธานบริหาร “เอเชียพีซีซี จำกัด” ผู้ผลิตชิ้นส่วนโลหะอุตสาหกรรมยานยนต์ที่มีการพัฒนาประสิทธิภาพการผลิตทั้งการเพิ่มผลผลิต ลดต้นทุน และยกระดับคุณภาพพนักงานอย่างต่อเนื่อง จนได้รับการรับรองทั้ง ISO 9002, ISO/IS16949 และ ISO 14001 ตลอดจนรางวัลแรงงานสัมพันธ์และสวัสดิการดีเด่นจากกระทรวงแรงงานติดต่อกัน 3 ปี (พ.ศ. 2548 -2550)

“ช่วงที่เราตัดสินใจจะขยายกิจการโดยจะย้ายการผลิต มีอยู่สองที่ที่เราจะเลือก คืออมตะนครกับที่อยุธยา ซึ่งน้ำหนักระหว่างลูกค้ารายใหญ่ที่อยู่ชยากับที่ทีมงานที่บางป่อ ในที่สุดเราตัดสินใจเอาลูกน้องไว้ก่อนดีกว่า หากย้ายไปอยุธยาเขาไปด้วยไม่ได้แน่ ลูกค้ายังงี้ก็มีรถไปส่งได้ จึงลงตัวที่อมตะนครซึ่งเป็นนิคมอุตสาหกรรมที่ไม่ต้องห่วงในด้านสิ่งแวดล้อมไม่ว่าจะเป็นด้านน้ำเสีย ของเสียต่างๆ เขามีเกณฑ์กติกากำกับอยู่แล้ว พนักงานเราร้อยกว่าคนที่เรายังรับ - ส่งจากบางป่อมาที่อมตะจนถึงทุกวันนี้ ซึ่งขณะนี้เรามีพนักงานพนักงานกว่า 600 คนในพื้นที่ 12 ไร่ “

คุณอภิชาติตระหนักดีถึงความสำคัญของพนักงานว่าเป็นกำลังสำคัญให้การผลิออกมา มีคุณภาพ

“ตลอดห้าปีแรกที่ดำเนินกิจการขาดทุนมาตลอด แต่ผมไม่ท้อ ได้เข้าร่วมการผลิตกับทีมงานทุกคน ไม่เคยมองว่าผมเป็นเจ้าของกิจการ ผมมองว่าผมเป็นเพื่อนร่วมงานเขา หลังเลิกงาน กินข้าวด้วยกัน เป็นครอบครัวเดียวกันใส่ใจกับสภาพความเป็นอยู่ในที่ทำงาน ได้ใช้หลัก 5 ส.เข้ามาช่วยปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้น นี่ในช่วงบางป่อนะครับ แต่ที่อมตะไม่ต้องเลยครับ เขาเข้ามามาตรฐานสากลแล้ว”

คุณอภิชาติ เป็นผู้นำองค์กรที่มุ่งเน้นพัฒนาบุคลากรด้วยกลไกตามวิถีไทย ที่เชื่อมั่นในคุณงามความดีจึงเป็นปณิธานของเอเชียพีซีซีฯว่า “มุ่งสร้างคนดีแทนคุณแผ่นดิน” ซึ่งคุณอภิชาติได้ขยายความต่ออีกว่า “ผมไม่อยากจะคิดเพียงว่าเราเป็นองค์กรเป็นเพียงธุรกิจเพื่อ

เลี้ยงปากเลี้ยงท้อง ทั้งๆ ที่ผู้คนมาอยู่ด้วยกันทำงานด้วยกัน กินพร้อมกันเป็นร้อยๆ คน มันน่าจะทำอะไรได้มากกว่านี้ผมมองว่าทุกๆ คน มีดี มีเก่งด้วยกันทั้งนั้น ถ้าเราทำให้เขาเพิ่มขึ้นเพิ่มเก่ง จะช่วยให้องค์กรไปไกล แล้วตัวผู้คนนั้นๆ ก็มีชีวิตที่ดีขึ้น ครอบครัวเขาก็ดีขึ้น ชุมชนที่อยู่ใกล้ดีขึ้น ผมได้มีโอกาสไปปฏิบัติธรรม ในช่วงกระบวนการปฏิบัติธรรมกตัญญูในเรื่ององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวของเรา สมเด็จพระเจ้า และแผ่นดิน กลายเป็นความมุ่งมั่นในใจผมที่จะต้องสร้างคนดีในองค์กรเราให้ได้เพื่อทดแทนบุญคุณของแผ่นดินนี้”

คุณสมบัติของคนดีคือ มีวินัย มีความสามัคคี เสียสละ มีคุณธรรม และมีความกตัญญู จากนั้นพัฒนาคนดีเป็นคนเก่ง การอยู่ร่วมกันของคนหมู่มากนั้นความมีวินัยมีความสำคัญเป็นลำดับแรก จึงจัดให้พนักงานเข้ารับการฝึกแบบทหาร เพื่อปลูกฝังให้มีวินัย มีความเข้มแข็งอดทน สามัคคี เสียสละ มีระเบียบ พร้อมเพรียง เห็นแก่ประโยชน์ของหมู่คณะและประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง

นำความมีวินัยที่ได้รับการฝึกแบบทหารมาสู่พฤติกรรมการทำงานประจำวันของพนักงาน เพื่อให้พนักงานมีการสร้างผลงานที่เป็นเลิศ ผลผลิตสินค้าที่สร้างความพึงพอใจสูงสุดให้แก่ลูกค้า สร้างสำนึกให้พนักงานปฏิบัติงานอย่างมีอาชีพ มีใจปฏิบัติงานไปวันๆ อย่างไร้จุดหมาย

วิธีการแบบมีอาชีพ คือต้องปฏิบัติงานแบบ “เนียบ - เบ๊ะ - ลุย”

เนียบ หมายถึงใส่ใจปฏิบัติ งานด้วยความละเอียดรอบคอบ เพื่อคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด

เบ๊ะ หมายถึงปฏิบัติงานตามขั้นตอนที่กำหนดอย่างเคร่งครัดให้เสร็จภายในกำหนดเวลาทุกครั้ง

ลุย หมายถึงทุ่มเทปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ โดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคใดๆ ความมีระเบียบมีวินัย ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมพื้นฐาน ทำให้สามารถเชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมและการทำกิจกรรมอื่นๆ ได้ผลดี ได้แก่ จดเกล้าเข้าพรรษาหรือจดเกล้าตลอดไป การปฏิบัติเรื่องความปลอดภัยในการปฏิบัติงานและลดอุบัติเหตุ การดำเนินชีวิตอย่างประหยัด ลดค่าใช้จ่ายไม่จำเป็น ความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ การลดละอบายมุข ความเสียสละและการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม การทำกิจกรรม 5 ส. ความรักและความรับผิดชอบต่อครอบครัว ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน การรักษาศีล การดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม และมีความปรารถนาที่จะเป็นคนดี

โครงการ “สร้างสุขให้ลูกทีม” ด้วยกลไกงานปีใหม่ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ คุณอภิชาติ ชักชวนพนักงานนำรูปภาพลูกๆ มาติดบอร์ดวาดและชื่นชมกัน พร้อมกับมอบของเล่นเด็กเป็น

ของขวัญให้พนักงานนำกลับไปฝากลูกๆ ในช่วงปีใหม่

“รอยยิ้มที่พนักงานได้มอบให้ผมในยามยากทำให้เกิดกำลังใจ เกิดความรู้สึกว่ามีความห่วงใยจริงใจต่อกัน ผมว่านั่นเป็นจุดเริ่มต้นความลึกซึ้งซึ่งแม้จะเป็นจุดเล็กๆ ในยามที่เราไม่มีกำลังทรัพย์แต่เรากลับมีเวลาใกล้ชิด ดูแลกันมากขึ้น ซึ่งมีความหมายมหาศาล เมื่อเราใส่ใจห่วงใยต่อกันเป็นสำคัญ”

โครงการ “สร้างใยสัมพันธ์ถึงบ้านเกิด” พนักงานในเอเชียพรีซิชั่นส่วนใหญ่ล้วนมาจากต่างจังหวัด ปรธาการบริหารได้จัดให้พนักงานมีรูปภาพพ่อ แม่ มาติดบอร์ดในเทศกาลวันพ่อ วันแม่ และจัดผ้าขนหนู ผ้าขาวม้า ฝากไปยังพ่อ - แม่ ในช่วงพนักงานกลับบ้านเกิด กองทุน “เอเชีย...ช่วยเหลือสังคม” นับเป็นโครงการที่ยังคุณค่าต่อ “ลูกทีม” เอเชีย พรีซิชั่นด้วยการลงขันความดี “เราชักชวนพนักงานให้ใช้ความดีลงขัน ด้วยการรดเหล้า งดบุหรี งดทวย ลงชื่อกันทุกวัน สรุปรกันเป็นเดือนๆ โดยบริษัทจะให้มูลค่าการลงชื่อแต่ละชื่อๆ ละ30 บาท ลงไปในกองทุน ซึ่งปีที่ผ่านมาพนักงานกว่าสี่ร้อยคนลงขันความดี เกิดกองทุนถึงหกแสนกว่าบาท พนักงานสามารถเขียนโครงการมาขอกองทุนส่วนนี้ไปทำประโยชน์เมื่อกลับไปบ้านเกิด กลายเป็นพนักงานเราเป็นผู้ให้ (บ้านเกิด)”

การกระทำซึ่งมีพื้นฐานจากความมีวินัยในเบื้องต้นทำให้พนักงานมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน มีชีวิตที่เป็นสุข มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ มีครอบครัวที่เป็นสุข เป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

**B32****Core Values ที่อยู่ในใจคนทำงาน**

12 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 2

นพ.วัชรพล ภูนวล	รพ.อุตรดิตถ์
นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล	รพ.ประทาย
พญ.กรองทอง กสิกิจ	รพ.ชัยนาท (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

Core Values ในโรงพยาบาลเป็ยมรัก

นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล รพ.ประทาย

คุณอาจไม่เชื่อว่าความรักจะเปลี่ยนโลกได้...
 แต่โรงพยาบาลประทายจะเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลเป็ยมรักได้จริง !
 ด้วย Core Values ที่อยู่ในใจคนทำงาน

ตลอดการทำงานที่โคราชมา 12 ปี โดยเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่ รพ.มหาราช นครราชสีมา 1ปี เป็นแพทย์ประจำมา 4 ปี (รพ.ห้วยแถลง 3 ปี และ รพ.ขามสะแกแสง 1 ปี) และที่ผมเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลมา 7 ปี (อยู่ที่ รพ.บ้านเหลื่อม มา 5 ปีและที่ รพ.ประทาย มาเกือบ 2 ปี) ผมได้เรียนรู้อะไรมากมายจากทั้ง 5 รพ.นี้ พี่ๆ น้องๆ ไม่ว่าจะเป็...

ท่านผู้อำนวยการ รพ. ท่านจะเป็นแบบอย่างให้ดูและสร้างแนวคิดในเรื่องความเสียสละ การตรงต่อเวลา แนวคิดการดูแลพี่น้องในแบบต่างๆ ทำให้ผมได้เรียนรู้ความแตกต่างระหว่างแนวคิดของการบริหารอย่างผู้นำและการจัดการอย่างผู้บังคับบัญชา ว่าต่างกันอย่างไร แนวคิดการเป็นผู้ตามที่ดีควรเป็นอย่างไรและลูกน้องต้องการอะไรบ้างจากผู้บังคับบัญชา...

พี่ๆ คณะกรรมการบริหารหรือทีมนำรวมทั้งใน คปสอ. สอนให้รู้ว่าความสามัคคีคืออะไร...กับการวางตัวเป็นกลาง ควรทำอะไร เมื่อไหร่ควรใช้แนวคิดหลักการเหตุผลและเมื่อไหร่ควรใช้คำว่า ไม่เป็นไรหรอก ท่านสาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่ง (พี่คมกริช) กับผมได้เสวนาทางความคิดกันบ่อยครั้งว่า แนวคิดของท่านกล่าวว่าการบริหารคนต้องใช้การจัดการเท่านั้น เพราะนิสัยถาวรของคนเราเปลี่ยนไม่ได้... แต่ผมมีความคิดว่าความรักที่จริงใจสามารถเปลี่ยนคนได้และเปลี่ยนโลกได้... ซึ่งหลายครั้งที่เราทั้ง 2 มีความเห็นไม่ลงรอยกัน... แต่สุดท้ายเราต้องยอมรับตรงกลางที่ว่าเราต้องใช้ทั้ง 2 แนวคิด คือการบริหารต้องการแนวคิดด้านความรักเป็นพื้นฐาน... แต่ต้องมีการจัดการเพื่อให้เกิดการทำงานที่มีพลังมหาศาลและทิศทางที่ชัดเจน ต่อมาเมื่อมองหัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (พี่สันติ) ได้

แย้งว่าสิ่งสำคัญคือต้องใช้ทั้ง 2 อย่างมีศิลปะ (flexibility and dynamic method)

พี่ๆ น้องๆ ที่เป็นพยาบาลจะสอนและตอกย้ำแนวคิดการเป็นหมอที่ดีและที่เก่งควรมีลักษณะอย่างไรบ้าง ไม่ว่าจะเป็นการเอาใจใส่ผู้ป่วยและญาติด้วยหัวใจ แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม โดยเฉพาะการใช้ข้อมูลทางการแพทย์และข้อมูลทางจิตสังคมในการดูแลผู้ป่วย

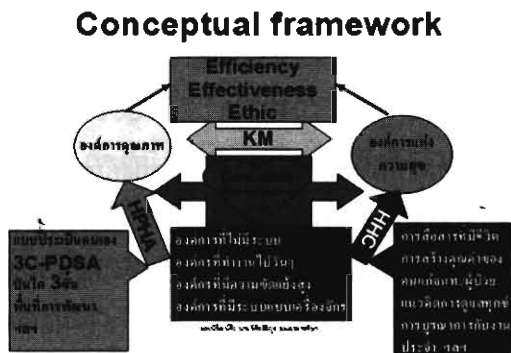
เจ้าหน้าที่ทุกๆ ท่าน พี่ๆ คนงาน... ผมได้ค่านิยมการเป็นหมอที่มีความสุข โดยใช้การบริหารจัดการเวลาที่ดี เรียนรู้ความเป็นคนที่เป็นคน

ผู้ป่วยและญาติ เครือข่ายต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น แนวคิดของ... ชีวิตที่มีค่าอยู่ที่การทำตนเองให้เป็นคนมีคุณค่า และ... ทำให้ชีวิตของคนอื่นมีคุณค่า

ดังนั้นคุณอาจไม่เชื่อว่าความรักจะเปลี่ยนโลกได้... แต่โรงพยาบาลประทายเป็นเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลเปี่ยมรักได้จริง ! ด้วย Core Values ที่อยู่ในใจคนทำงาน เริ่มจากทีมนำที่รพ.ประทายเป็นได้เริ่มต้นของการทบทวนค่านิยมตนเอง

- จากความเป็นอัตตา... สู่... ความเป็นองค์รวม
- โลกเราที่ผ่านมา... ไม่ได้เปลี่ยนแปลงเพราะคนจำนวนมาก แต่... เปลี่ยนไปมากและหลายครั้ง... หลายหน... เพราะคนจำนวนน้อยที่มีพลัง
- “เราจะปกครองคนของเราด้วยความรักและความหวังดี”
- “การเรียนรู้บนรอยยิ้มที่มีความสุขของทุกคน” นี่คือการความสุขของเรา

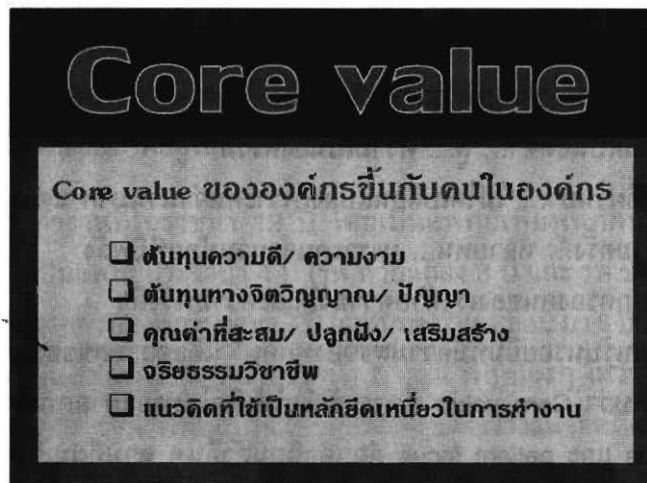
และผมได้พบว่า Core value ที่ควรใช้เพื่อให้เกิดโรงพยาบาลคุณภาพที่มีความสุข ต้องใช้ staff focus และ patient focus ก่อนค่านิยมตัวอื่นๆ ตามที่ผมเขียนกรอบแนวคิดข้างล่างนี้



ส่วนค่านิยมของทีมงานที่ได้จากทุกๆคน... ได้จากเวทีเรื่องเล่าดีดีจากชาว รพ.ประทายเป็น

- สิ่งที่ได้รับจากการบริการ... คือ... ความสุขของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่
- สิ่งที่ได้จากใจเจ้าหน้าที่ “เอาใจเขามาใส่ใจเรา พยายามสร้างบรรยากาศในการ

- ทำงาน... แม้ไม่ใช่งานเรา อะไรที่พอช่วยได้ก็อยากช่วย”
- โอกาสอยู่ต่อหน้าเราทุกๆ วันนั่นแหละ... อยู่ที่ว่าใจเราจะเปิดรับมัน หรือปล่อยมันไปวันๆ
 - เลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดี เอาใจเข้าไปทำงานจริงๆ เข้าใจความต่างของแต่ละคน...
 - จากกลุ่มที่ถูกเรียกว่า “คนขี้เมา”... สู้ที่มงานสร้างฝันที่เสียสละในนามชมรมคนรักดี
 - หลักคิดของการทำงาน... จะเป็นคนดี... ที่ต้องทำงานได้เบ็ดเสร็จเด็ดขาด นายแพทย์สุรชัย อาจารย์แพทย์ที่รพ.มหาราช กล่าวสรุปไว้น่าฟังว่า...



Core Values เพื่อความสำเร็จขององค์กร

นพ.วัชรพล ภูวณล รพ.อุตรดิตถ์

องค์กรที่ประสบความสำเร็จคือองค์กรที่สามารถพัฒนาคุณภาพให้ประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมายซึ่งจะเกิดเป็นจริงได้ต้องอาศัยความสามารถของผู้นำองค์กรที่สามารถนำพาและหลอมรวมใจให้คนทำงานทุกคนมีค่านิยมหรือหลักยึดในการทำงาน (core values) ร่วมกันในองค์กรให้ร่วมมือกันทำงานประจำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น นอกจากนั้นยังสามารถยกระดับงานให้มีคุณภาพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นองค์กรระดับแนวหน้าของประเทศและของโลกในที่สุด

ทุกองค์กรย่อมเกิดปัญหามากมายแตกต่างกันไปในการดำเนินกิจการและดำเนินการพัฒนาคุณภาพ บางปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ไม่ยากนักแต่บางปัญหาก็คงจะยุ่งยากซับซ้อน

และต้องหาวิธีการแก้ไขปัญหากันอยู่ตลอดเวลาและไม่มีที่สิ้นสุด ผู้บริหารที่มีความสามารถและเป็นนักแก้ปัญหาที่ดี จึงมีเฉพาะการพยายามคลี่คลายปัญหาเฉพาะหน้าขององค์กรเท่านั้น แต่ต้องคำนึงถึงผลระยะยาวและคำนึงถึงความเบ็ดเสร็จในการแก้ปัญหา นั่นคือสามารถยุติปัญหานั้นได้ การแก้ปัญหขององค์กรเป็นศิลปะเชิงกลยุทธ์ที่ต้องผ่านกระบวนการคิด การใช้สมองร่วมกันในการไตร่ตรองความเหมาะสม ต้องวางอยู่บนสัมปชัญญะ และในการนำพาองค์กรให้ประสบความสำเร็จ ทุกคนในองค์กรก็จะสัมผัสกับชัยชนะและพบกับความพึงพอใจในองค์กรและมีความสุขร่วมกัน

หัวใจของการสร้างความสำเร็จที่สำคัญที่สุดข้อหนึ่งที่อยู่ในคัมภีร์ไบเบิล สอนไว้ว่า ความศรัทธานั้นสามารถเคลื่อนแม้กระทั่งภูเขา แม้แต่องค์กรที่เป็นระดับแชมเปียนอย่าง Saint Luke's Hospital of Kansas city ที่ได้รับรางวัล MBNQA ในปี 2003, Robert Wood Johnson University Hospital ได้รับรางวัล MBNQA ในปี 2004 และ Bronson Methodist Hospital ได้รับรางวัล MBNQA ในปี 2005 ก็ยังต้องมีการพัฒนากลยุทธ์ในการสร้างศรัทธาให้กับบุคลากรในการนำพาองค์กรให้สามารถปรับปรุงผลการดำเนินการให้เป็นเลิศในระดับสากลได้

องค์กรที่เป็นเลิศอย่างโรงพยาบาล Saint Luke ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ 582 เตียง จัดเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ที่สุดใน Kansas City ก่อตั้งเมื่อปี ค.ศ.1882 มีพนักงาน 3,186 คนมีแพทย์ 500 คน เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงในทุกสาขาทางการแพทย์ เป็นโรงพยาบาลไม่แสวงหากำไรในสังกัดของ Protestant Episcopal Church และยังเป็นโรงเรียนแพทย์เอกชนในสังกัดคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย Missouri ใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ (multidisciplinary care process) ในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกคนโดยใช้แผนการรักษา (care plan) เป็นสื่อกลางในการบรรลุผลการรักษาที่เป็นเลิศและความพึงพอใจของผู้ป่วย มีการจัดทำ clinical pathways (แนวทางในการดูแลรักษาโรคซึ่งจัดทำล่วงหน้าโดยใช้หลักฐานที่เป็นวิทยาศาสตร์ที่ผ่านการพิสูจน์และน่าเชื่อถือ) จำนวน 134 เรื่อง ผู้ป่วยราวร้อยละ 60 ได้รับการดูแลรักษาผ่าน clinical pathways เหล่านี้ โดยโรงพยาบาลมี core values คือ quality / excellence, customer focus, resource management และ teamwork โดยมีปัจจัยหลักในการขับเคลื่อนความพึงพอใจของผู้รับบริการมี 3 ประการคือ ระยะเวลารอคอย การตอบสนองต่อข้อร้องเรียนและผลการรักษา

ส่วนองค์กรที่เป็นเลิศอย่าง Robert Wood Johnson University Hospital at Hamilton เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ตั้งอยู่ใน Mercer County รัฐ New Jersey ก่อตั้งมาตั้งแต่ปี 1940 ให้การดูแลครอบคลุมประชากร 350,000 คน มีขนาด 200 เตียง มีพนักงาน 1,650 คน มีแพทย์ 650 คน ผู้ป่วยในราว 14,000 คนต่อปี ผู้ป่วยฉุกเฉิน 49,500 คนต่อปี

มีรายได้ราว 160 ล้านดอลลาร์ต่อปี มีการให้บริการรักษาพยาบาลและการให้บริการชุมชน ด้านสุขภาพซึ่งรวมถึงการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การค้นหาโรคและการป้องกันโรคผ่านแนวทางที่เรียกว่า excellence through service และโรงพยาบาลมี core values คือ quality, understanding, excellence service และ teamwork โดยโรงพยาบาลมีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ “มุ่งสู่มาตรฐานที่ดีกว่า – to a higher standard” ผ่านการทำแผนปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร และ patient safety plan มีการใช้วงจร PDCA ในการพัฒนาคุณภาพ และกระบวนการ Six Sigma สำหรับปัญหาที่ซับซ้อนและระบบการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรเป็น 2 แบบคือ “run the business” และ “change the business”

สำหรับโรงพยาบาลที่เป็นเลิศอีกแห่งหนึ่งคือ โรงพยาบาล Bronson Methodist เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ไม่คำกำไร ก่อตั้งเมื่อปี 1900 ตั้งอยู่ที่เมือง Kalamazoo รัฐมิชิแกน สหรัฐอเมริกา ให้บริการด้านสุขภาพครอบคลุมประชากรราว 1 ล้านคน มีจำนวนเตียง 343 เตียง มีพนักงาน 3,182 คน มีแพทย์ 780 คน แพทย์ประจำ 20 คน รักษาผู้ป่วยใน 21,728 คนต่อปี ผู้ป่วยฉุกเฉิน 77,728 คนต่อปี รายได้ปีละ 751 ล้านดอลลาร์ มี core values คือ care and respect for all people, teamwork, stewardship of resources, commitment to our community และ the pursuit of excellence ส่งผลให้โรงพยาบาลมีความเป็นเลิศทางคลินิก ความเป็นเลิศด้านลูกค้าและบริการ และความเป็นเลิศด้านประสิทธิภาพองค์กร แนวทางโดยรวมที่โรงพยาบาลนี้ใช้ในการปรับปรุงผลการดำเนินการสู่ความเป็นเลิศประกอบด้วย ระบบการจัดการผลงานคือ การติดตามผลงานรายวัน รายเดือน รายไตรมาส ของกรรมการบริหารโดยติดตามจาก balance scorecard ระดับต่าง ๆ และนำไปสู่การปรับปรุงที่ดีขึ้น การเรียนรู้และพัฒนาใช้วงจร Plan-Do-Check-Act นอกจากนี้ยังใช้เกณฑ์ Baldrige ในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการและผลการดำเนินการขององค์กร

..สำหรับโรงพยาบาลอัครดิตต์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ 568 เตียง ดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับตติยภูมิ มีบุคลากร 1,650 คน มีแพทย์ 78 คน มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้นำก็ได้มีการนำค่านิยม (core values) มาใช้เป็นหลักยึดประจำใจบุคลากรในโรงพยาบาลเพื่อการขับเคลื่อนองค์กรในการพัฒนาคุณภาพให้ประสบความสำเร็จระดับหนึ่งคือ customer focus, teamwork, management by fact และ learning ส่งผลให้โรงพยาบาลผ่านการรับรองโรงพยาบาลคุณภาพและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจากกรมอนามัยและจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



12 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 2

พุทธิพร ลิมปนดุษฎี

สถาบันบำราศนราดูร

ทพ.วิระ อิศระธำนันท์

รพ.แม่จัน

พญ.กรรทอง กสิกิจ

รพ.ชัยนาท (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

บทสรุปที่มีคุณค่าจากการดูแลผู้ป่วยเอดส์

พุทธิพร ลิมปนดุษฎี (สถาบันบำราศนราดูร)

เอดส์...แม้เราจะรู้จักในฐานะโรคร้าย ซึ่งทำให้คนจำนวนมากเจ็บป่วยและล้มตายลง ทั้งยังเป็นโรคเรื้อรังซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่ในอีกด้านหนึ่ง เอดส์เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้กว่ายี่สิบปีที่เอดส์เข้ามาเกี่ยวข้องกับวงการแพทย์ พยาบาลและสังคมโลก เราทุกคนคงได้รับบทเรียนที่สำคัญ ซึ่งมีความหลากหลายแตกต่างกันออกไป... ไม่ว่าจะเป็นบทเรียนที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอดส์ บทเรียนที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ติดเชื้อเอดส์ บทเรียนที่เกิดขึ้นในสังคม และบทเรียนที่เกิดขึ้นกับตัวเรา คุณค่าของบทเรียนราคาแพงชิ้นนี้ทำให้เราสามารถยืนหยัดอยู่ได้ ด้วยจิตใจที่มุ่งมั่น พร้อมสัญญาว่า... จะไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยเหล่านี้ แม้ว่าจะมีอุปสรรครอบด้านจากการทำงานกับผู้ป่วยเอดส์ เราก็จะฝ่าฟัน แก้อันตรายและต่อสู้ต่อไป

ภาพอดีตที่ผ่านมา เริ่มผุดขึ้นในความทรงจำ ภาพเด็ก 2 ชั้นเก่าๆ หรือเด็ก 9 เมื่อ 20 กว่าปีที่แล้ว ไม่มีลิปส์ โดดเดี่ยว... ห่างไกลจากเด็กอื่นๆ และบ้านพัก ดิฉัน นางพุทธิพร ลิมปนดุษฎี หรือ อ้อง อาสาสมัครชุดแรกที่มาทำงานที่ตึกนี้ เราต้องดูแลผู้ป่วยทุกแผนกไม่ว่าจะเป็น อายุรกรรม ศัลยกรรม จักษุ เด็ก โดยเฉพาะ สูติกรรม ในช่วงแรกนั้นทีมเรา พยาบาล วิชาชีพมีเพียง 2-3 คน นอกนั้นเป็นเจ้าของที่พยาบาลซึ่งมีจิตใจเต็มร้อย เสียงตายร่วมกับเรา เมื่อมีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมาคลอด (ในช่วงนั้นจะมีการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นเป็นส่วนใหญ่) ท่านลองนึกภาพหญิงที่กำลังเจ็บท้องคลอดซึ่งนอนดิ้นทุรนทุราย ร้องด้วยความเจ็บปวด มีมูกเลือดหรือน้ำไหลออกมาจำนวนมาก ที่น่ากลัวคือ ช่วงที่ตัดฝีเย็บซึ่งเป็นช่วงที่เกิดอุบัติเหตุจากกรรไกรอันแหลมคมสู่ตัวผู้ทำคลอดได้ง่าย และเสี่ยงต่อการโดนเข็มเย็บแผลตำขณะเย็บแผล บางคนล้นด้วยใจระทึก กาวนาไม่ให้ผู้คลอดดิ้นในช่วงนั้น บางคนเห็นเลือดมาก ๆ แล้วหน้าซีดจะเป็นลม ดิฉันจึงต้องลงมือทำคลอดเองเกือบทุกราย จนเกิดความเคยชินว่า... ไม่ต้องอยู่เวรก็ต้องทำให้ เพราะห่วงเรื่องความปลอดภัยของแม่และลูก รวมทั้งพวกเราบางคนซึ่งไม่มีความชำนาญในการทำคลอด เหนื่อย... แต่ก็ชื่นใจไปกับเขา เมื่อเห็นแม่โอบ

ลูกน้อยด้วยความสุข ระคนเศร้า ด้วยรัฐชะตากรรมของตัวเอง

สำหรับเด็กที่ติดเชื้อ ซึ่งสังคมรังเกียจไม่แพ้ผู้ใหญ่ ซึ่งนำสงสารมากกว่าผู้ใหญ่เพราะยังช่วยตนเองไม่ได้ ต้องการการเลี้ยงดูจากพยาบาล ดิฉันจึงเลี้ยงเอง และให้เป็นเพื่อนเล่นกับลูกของดิฉัน ส่วนผู้ป่วยที่ตามัวหรือตาบอด จากการติดเชื้อไซโตเมกาโลไวรัส (Cytomegalovirus Retinitis) ซึ่งในขณะนั้นมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดิฉันได้เพิ่มทุนประสบการณ์ในการดูแลจากการช่วยนายแพทย์สมสิทธิ์ แพทย์ท่านแรกที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ฉีดยาตาให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันไม่ให้ลูกกลามไปมากกว่าเดิม

นอกจากนี้ดิฉันต้องทำหน้าที่เป็นหน่วยปราบปรามสัตว์พื้นเมืองที่ติดมากับผู้ป่วย คือ หนอน หิดและมด ทั้งๆ ที่ดิฉันก็กลัวและขยะขยอง แต่ก็ต้องทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วยเพื่อให้ร่างกายผู้ป่วยสะอาด เมื่อพูดถึงหิด ดิฉันและทีมงานจะวินิจฉัยเชื้อหิดได้เก่งมาก เพราะพวกเราติดหิดกันถ้วนหน้าบ่อยครั้งเลยทำให้เราต้องรีบค้นหาให้ได้ก่อน (early detection) แล้วบอกคุณหมอเพื่อให้เจ้าหน้าที่ห้อง LAB มาขูด (scrape) เพื่อหาเชื้อหิด เพื่อที่จะได้ยามาทาให้ผู้ป่วยก่อนที่พวกเราจะติดหิดกัน ซึ่งพวกเราเก่งมากสามารถวินิจฉัยได้ถูกต้องเกือบทุกครั้ง นอกจากนี้ที่เด็ดที่สุดก็คือในบางครั้งดิฉันต้องช่วยอาจารย์ (น.พ สมสิทธิ์) ทำงานแผนกนิติเวช โดยไปทำที่ห้องเก็บศพ เวลาที่พวกเราตามไปทำนั้นเราก็กวักแต่ก็ต้องทำ สรุป... ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยประเภทไหนดิฉันต้องดูแลหมด

การที่ดิฉันอาสาสมัครมาทำงานที่ตึกนี้เพราะคิดว่าถ้าดิฉันเป็นผู้ป่วยดิฉันก็อยากให้มีพยาบาลมาดูแลเหมือนผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ ตอนนั้นดิฉันไม่เคยคิดว่าในอนาคตดิฉันจะพบกับปัญหามากมาย ทั้งปัญหาครอบครัว การทำงาน และอีกสารพัดปัญหาที่บางครั้งทำให้เกือบเอาชีวิตไม่รอดก็คือ โดนผู้ป่วยทำร้าย เนื่องจากที่ผู้ป่วยมีความเครียดจากโรคที่เป็นอยู่คลุ้มคลั่งจากอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงด้วยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา และที่ทำให้ดิฉันเกือบเสียชีวิตก็คือโดนผู้ป่วยตีตบเสกเสก แต่เมื่อนาทีแห่งชีวิตมาถึงขณะที่ผู้ป่วยกำลังจ้วงแทงดิฉันเพราะดิฉันช่วยเป็นกำบังให้ผู้ป่วยอีกคนที่พยายามพูดให้ผู้ป่วยหยุดทำร้าย ก็มีผู้ป่วยอีกคนซึ่งเป็นปอดอักเสบจากเชื้อราและกำลังหอบเหนื่อยต้องใช้ออกซิเจนชนิดหน้ากากช่วยในการหายใจบอกดิฉันว่า... "พี่อ้อครับพี่ช่วยผมให้รอดตายมาแล้วครึ่งหนึ่ง... ครั้งนี้ผมยอมตายเพื่อพี่บ้าง พี่ยังมีลูกที่ต้องดูแลและพี่ยังมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเอดส์อื่น ๆ อีกมากมาย" พูดจบเขาก็ถอดออกซิเจนแล้วก็กระโจนเข้าชนทำให้ผู้ป่วยที่จะทำร้ายดิฉันเสียหลัก แล้วก็ต่อสู้เพื่อช่วยดิฉัน พอดีกับช่วงนั้น ดำรวจ 191 ซึ่งญาติโทรให้มาช่วยพร้อมยามรักษาความปลอดภัยของ ร.พ ก็มาถึง ดิฉันก็เป็นห่วงผู้ป่วยที่เขามาช่วยมากเพราะอาการหอบของเขากำเริบขึ้น ดิฉันสงสารเขามาก รีบพยุงเขาขึ้นเตียงและให้เปิดออกซิเจนให้เต็มที่

ภาวนาขออย่าให้เขาเป็นอะไรเลย ดิฉันน้ำตาไหลออกมา... ยกมือไหว้ขอบคุณที่ช่วยชีวิตดิฉันไว้ ผู้ป่วยก็น้ำตาซึมเอามือมากำมือดิฉันไว้บอกว่า “พี่อึ้งอย่าไหว้ผมเลย ผมช่วยพี่เพราะพี่ช่วยเหลือพวกผมทุกคนอย่างไม่รังเกียจ ผมต่างหากที่ต้องตอบแทนบุญคุณพี่” นี่เป็นเพียงเหตุการณ์เดียวในหลายๆ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยช่วยเรา จากเหตุการณ์ที่ผ่านมาทำให้ดิฉันรู้สึกว่าดิฉันเป็นหนี้ชีวิตผู้ป่วยเอดส์ ทำให้ดิฉันตั้งปณิธานว่า... ชีวิตนี้จะไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยเอดส์จะต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะความเครียดทางจิตใจ จะทำให้เขามีความสุขตามอัตภาพเท่าที่จะทำได้ และจะพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้พวกเขาได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดเท่าที่พยาบาลอย่างดิฉันจะทำได้เช่นเดียวกัน

จากการดูแลผู้ป่วยเอดส์ทำให้เราได้พบกับเรื่องมหัศจรรย์มากมาย ทำให้เราเกิดการเรียนรู้และเรียนรู้มาเรื่อยๆ จนถึงปัจจุบัน ดิฉันเคยถูกถามว่า...

- ช่วยผู้ป่วยเอดส์ ให้ตัวเองเหนื่อยทำไม... อยากหาโรคมามาก
- เอาชีวิตตัวเองไปเสี่ยงชีวิตทำไม??? กับผู้ป่วยพวกนี้
- ช่วยไปทำไมผู้ป่วยเอดส์... ให้ไปเกิดใหม่เถอะ
- เคยมีความรู้สึกเหนื่อยล้า และเบื่อหน่ายหรือไม่? ที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ซึ่งมีสภาพไม่น่าดู เป็นระยะเวลายาวนาน
- ทำไมไม่ไปทำงานที่อื่นต่างๆ ที่เงินเดือนเยอะกว่า ปลอดภัยกว่า และมีอนาคตที่ดีกว่า ต้องขอขอบพระคุณทุกคำถาม ทำให้ต้องกลับมาหาคำตอบว่า...

ทำไมเราต้องเอาชีวิตตัวเองไปเสี่ยง ทำไมต้องทำ ทั้งๆ ที่บางครั้งก็ท้อแท้และเหนื่อยล้าเหลือเกิน อุปสรรคและปัญหาที่มีมากมาย

คำตอบสุดท้ายที่ได้คือ...

- ผู้ติดเชื้อมีคนหนึ่ง มีชีวิต มีจิตใจ มีคุณค่าในตัวเอง สามารถใช้ชีวิตในสังคมและอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติ ดิฉันต้องต่อสู้เพื่อให้หัวใจทุกๆ คนเปิดรับผู้ป่วยกลุ่มนี้
- ไม่มีใครอยากเป็นโรคนี้
- คิดย้อนกลับว่าถ้าดิฉันเป็นผู้ป่วยดิฉันอยากให้พยาบาลเป็นอย่างไร
- ไม่เบื่อหน่าย แต่กลับมีความรู้สึกว่ายิ่งได้ช่วยเหลือผู้ป่วยยิ่งมากยิ่งมีความสุข เกิดพลัง เป็นบุญกุศล มีความปิติ อิ่มเอิบใจ รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่ามากขึ้น

ดิฉันคิดว่าการดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นงานที่... ยกระดับจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ให้สูงขึ้น

และดิฉันต้องต่อสู้เพื่อให้หัวใจทุกๆ คนเปิดรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ แม้ว่าอยากเย็นแสนเข็ญ

เพียงใด ดิฉันรู้ว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไรเมื่อถูกรังเกียจ เพราะในอดีตดิฉันก็ถูกสังคามรังเกียจเช่นเดียวกับผู้ป่วยเอดส์ เช่น ดิฉันเอาลูกไปฝากเลี้ยงที่ nursery เขาก็ไม่รับเลี้ยง ร้านซักรีดไม่ยอมรับเสื้อผ้า พวกเราไปรับประทานอาหารร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ เขาก็ไม่ค่อยต้อนรับ โรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง ก็ไม่รับดิฉันทำงานนอกราชการ กลัวนำเชื้อจากผู้ป่วยเอดส์ไปติดผู้ป่วยอื่นๆ ซึ่งทำให้เครียดมาก เพราะดิฉันต้องหาเงินพิเศษเพื่อส่งน้องเรียนมหาวิทยาลัย แต่ดิฉันก็เข้าใจไม่ถือโทษโกรธใครๆ หรอก เพราะรู้ว่าในสมัยก่อนเมื่อพูดถึงเอดส์ใครๆ ก็กลัวและรังเกียจ ถ้าพวกเขาจะรู้ก็จะไม่กลัวไม่รังเกียจหรอก ทุกวันนี้ท่านผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ตลอดจนผู้บริหาร และบุคลากรทุกๆ คนในสถาบันบำราศนราดูร คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจดิฉัน ทำให้ดิฉันรู้สึกมีความสุขและอบอุ่นมากขึ้น

กว่าจะถึงวันนี้ ดิฉันต้องต่อสู้กับแรงกดดันทั้งในและนอก ร.พ ต้องต่อสู้ด้วยน้ำตา กว่า จะฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ มาได้ ดิฉันเคยท้อแท้ เหงื่อเย็น แต่เมื่อกลับมาคิดว่ามีผู้ป่วยเอดส์อีกมากมายที่รอให้ช่วยเหลือ มีพี่ๆ น้องๆ ในทีมที่ดิฉันต้องดูแล เพราะฉะนั้นดิฉันต้องเข้มแข็งและขยันทำงานเพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับทีมงาน และดิฉันได้แนวคิดจากการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากมาย เช่น

- ผู้ป่วยคือ...ครู... ของดิฉัน
- ดิฉันจะเป็น...เทียนไข...ที่ไปส่องสว่างในใจผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย
- การทำงานต้องทำแบบ...ปิดทองหลังพระ...คือต้องทำโดยไม่หวังผลตอบแทน.
- ความสุขที่เกิดจากการทำงาน...เป็นความสุขที่ไม่สามารถซื้อหาได้ด้วยเงิน
- การช่วยเหลือผู้ป่วย...เสมือนได้ทำบุญและทำทาน...ควบคู่ไปกับการทำงาน มีความปิติ อิ่มเอิบใจ รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่ามากขึ้น
- เป็นการทำความดีที่ไม่ต้องลงทุนตั้งเช่นค่ากลอนที่ว่า...

จิตรกร เออารมณัผสมสี

นักดนตรี เออารมณัผสมเสียง

นักพูด เออารมณัผสมสำเนียง

พยาบาลเพียงเออารมณั (จิตใจ) ผสมมือ

- การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ความรัก เป็นขั้นตอนเริ่มต้นที่สำคัญในการเยียวยาผู้ป่วยสามารถนำมาปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ยิ่งปฏิบัติมากเท่าไรก็ยิ่งเข้าถึงหัวใจของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นเท่านั้น
- รู้ว่าคำที่มีความหมายสำหรับผู้ป่วยและผู้ได้บังคับบัญชา คือ...นำคำ+น้ำใจ

ทุกวันนี่ดิฉันจะสอนที่ ๆ น้อย ๆ ในทีมงานเสมอว่า... เมื่อมีปัญหา ปัญญาจะเกิด ดิฉันจะต้องเปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาส และผู้ป่วยเป็นครูของดิฉันที่ทำให้เกิดการเรียนรู้มากมาย จากการศึกษาดูแลผู้ป่วยเอดส์ เช่น

- เอดส์สอนให้รู้จัก คุณค่าของความเป็นคน
- เอดส์สอนให้รู้จัก การให้ความรักและรู้จักการเสียสละโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน
- เอดส์สอนให้เรียนรู้ว่า ไม่มีใครต้องการได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากคนอื่นในสังคม
- เอดส์สอนให้รู้ว่า การรักษาความลับทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ควรได้รับการปฏิบัติโดยเคร่งครัด
- เอดส์สอนให้รู้จักคำว่า one stop services (ทำงานแบบครบวงจร คือ ในอดีต พวกเราต้องดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ต้องซักผ้าในตึก / ดาก / พับผ้า ทำงาน เป็นสารพัดช่าง มีเมรุเผาศพให้ผู้ป่วย เป็นการบริการครบวงจร เนื่องจากวัดไม่รับเผา บางครั้งดิฉันก็ต้องไปร่วมงานศพด้วย)
- เอดส์สอนให้รู้จัก การนำธรรมะมาสู่การปฏิบัติ หลักธรรมที่สำคัญและมีความจำเป็น ต้องใช้ประจำในการทำงาน คือ พรหมวิหาร 4 ได้แก่

เมตตา = อยากให้ผู้ป่วยเป็นสุข

กรุณา = อยากให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์

มุทิตา = พลอยยินดีเมื่อผู้ป่วยดีขึ้น

อุเบกขา = วางใจเป็นกลางเมื่อได้ช่วยผู้ป่วยเต็มที่แล้ว แต่เขาต้องจากไป ตามวาระ

- เอดส์สอนให้รู้จักคำว่า การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care)
- เอดส์สอนให้รู้จักคำว่า การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ (palliative care)
- เอดส์ทำให้รู้สึกภูมิใจในคุณค่าของความเป็นพยาบาลและรู้สึกดีใจที่ได้ทำสิ่ง ดี ๆ ในชีวิตก่อนที่จะหมดเวลาจากการเป็นพยาบาล
- เอดส์สอนให้รู้จักงานคุณภาพ เกิดนวัตกรรม และ best practice มากมาย ซึ่งล้วน มาจากการที่ดิฉันได้ช่วยเหลือและแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย
- เอดส์สอนให้มองเห็นความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ สามารถเป็นวิทยากรให้กับ บุคลากรทางการแพทย์ทั้งในและต่างประเทศตลอดจนผู้ที่มาศึกษาดูงานได้
- เอดส์สอนให้รู้จักคำว่า... การทำงานเป็นทีม (teamwork)
- เอดส์สอนให้รู้ วิธีการสร้างหน่วยงานให้เข้มแข็งและมีคุณภาพ
- ที่สำคัญที่สุดคือ เอดส์สอนให้ดิฉันรู้จักคำว่า... การทำงานด้วยหัวใจของ

ความเป็นมนุษย์

ทุกวันนี้การทำงานยังมีทั้งความสุขและความทุกข์ คือ เป็นทุกข์เมื่อดิ้นรนไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้น และมีความสุขเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้เห็นรอยยิ้มของผู้ป่วย รอยยิ้มของญาติมิตร รอยยิ้มของทีมงาน และสัญญาว่าจะพยายามทำหน้าที่ของพยาบาลให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

โครงการสายใยรักครอบครัว อ.แม่จัน จ.เชียงราย : Family to Family (F2F)

ทพ.วีระ อิศระธำนันท์ (รพ.แม่จัน)

จากสภาพปัญหาของการระบาดของโรคเอดส์ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2530 จนถึงปัจจุบัน ในอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่าโรคเอดส์ไม่เพียงแต่ทำลายชีวิตผู้คนเพียงอย่างเดียว แต่ยังทิ้งรอยแผลในจิตใจ (stigma) และยังคงสร้างปัญหาสังคม ที่ไม่จบสิ้น โรงพยาบาลแม่จันได้ทำโครงการรณรงค์เพื่อจัดปัญหาโรคเอดส์มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2538 จนถึงปัจจุบัน โดยต้องการให้ลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลง อีกทั้งยังมีการสร้างโปรแกรมในการดูแลผู้ติดเชื้อ โดยสร้างการเข้าถึงยาด้านในกลุ่มผู้ติดเชื้อและมีการแก้ไขปัญหาด้านสภาวะจิตใจของผู้ติดเชื้อมาโดยตลอด แต่ปัญหาหนึ่งที่พบในกลุ่มของผู้ติดเชื้อที่เป็นปัญหาที่ท้าทายเป็นอย่างมากคือ ปัญหาของการดำเนินชีวิตของครอบครัวผู้ติดเชื้อที่ประกอบไปด้วย ผู้ดูแล ซึ่งเป็นญาติพี่น้องของผู้ติดเชื้อเอง รวมไปถึงบุตรหลานในปกครองของผู้ติดเชื้อเอง ปัญหาต่างๆ เช่น ความไม่เข้าใจของคนในครอบครัว, การวางตัวของผู้ติดเชื้อต่อบุตรหลานหรือต่อผู้ดูแล, การเปิดเผยผลเลือดในครอบครัว และปัญหาอื่นๆ อีกมากมาย เป็นเรื่องยากที่จะแก้ปัญหาเหล่านี้โดยลำพังโรงพยาบาลแม่จัน จึงได้ร่วมคิดและพัฒนารูปแบบการดูแลครอบครัวของผู้ติดเชื้อโดยใช้โครงการสายใยรักครอบครัว ซึ่งเป็นโครงการที่พัฒนาขึ้นเพื่อหารูปแบบที่ช่วยเติมเต็มการแก้ปัญหาต่างๆ ของครอบครัวของผู้ติดเชื้อ โครงการสายใยรักครอบครัวนี้ได้รับความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน จากสำนักโรคระบาด กระทรวงสาธารณสุขและ UCLA ซึ่งเป็นโครงการที่เริ่มต้นทดลองรูปแบบและสร้างทีมงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน

โครงการสายใยรักครอบครัวนี้ มีจุดเด่นที่ใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มของผู้ติดเชื้อและกลุ่มของผู้ดูแลและมีการแบ่งกระบวนการกลุ่มออกเป็น 13 กิจกรรม ทั้งในกลุ่มของผู้ติดเชื้อและกลุ่มของผู้ดูแลโดยจะจัดกลุ่มให้มีกลุ่มละประมาณ 10-13 คน โดยมี ผู้นำกลุ่มที่ได้รับการฝึกฝนกระบวนการมาเป็นอย่างดีในการดำเนินกิจกรรม ใช้ลักษณะการพูดคุยในการตั้งประเด็นต่างๆ โดยมีการใช้เครื่องมือเข้ามาเสริม เช่น การใช้เทคนิคใช้บัตรแสดงความชื่นชม (token)

และฝึกให้ผู้เข้าร่วมได้หยิบยื่นบัตรแสดงคำชม การใช้เครื่องมือปรอทอารมณ์ที่จะสร้างความเข้าใจให้รู้เท่าทันอารมณ์ของตัวเอง โดยการฝึกให้รู้สึกถึงระดับอุณหภูมิของปรอทเมื่อตัวเองอยู่ในอารมณ์ โกรธหรืออารมณ์ปกติ เมื่อเทียบกับปรอทให้นึกเป็นตัวเลขของอุณหภูมิ เป็นเทคนิคของการจัดการอารมณ์โกรธของตัวเองอย่างรวดเร็ว เครื่องมือทั้งสองตัวนี้จะให้ผู้เข้าร่วมได้ฝึกใช้ทุกครั้ง และนำไปปฏิบัติที่บ้าน ทั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อและกลุ่มผู้ดูแล ส่วนการเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้ง 13 กิจกรรมนี้จะใช้เวลาดำเนินการกลุ่ม กลุ่มละประมาณ 6 เดือน โดยจัดขึ้นประมาณเดือนละ 2 ครั้ง ทุกกิจกรรมจะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันไปตลอด โดยแต่ละกิจกรรม จะมีกิจกรรมเสริม เช่น การละลายพฤติกรรม การใช้ลักษณะ การแสดงบทบาทสมมุติ เข้ามาร่วม โดยจะเลือกใช้ให้เหมาะกับรูปแบบกิจกรรมนั้นๆ โครงการได้ดำเนินกิจกรรมไปทั้งสิ้น 60 ครอบครั้ว ซึ่งได้รับความร่วมมือของครอบครั้วที่เข้าร่วมเป็นอย่างดี

ผลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรม พบว่า ครอบครั้วทุกครอบครั้วที่อยู่ในโครงการสายใยรักครอบครั้วได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง และพบว่ามีการนำเครื่องมือที่ผู้ดำเนินกิจกรรมได้สอนให้ใช้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน อีกทั้งในครอบครั้วที่มีบุตรหลาน ก็เกิดความเข้าใจในครอบครั้วเกิดการแก้ปัญหาาร่วมกัน ผู้ติดเชื้ออยู่ร่วมในครอบครั้วได้ในทุกครอบครั้วที่เข้าร่วมโครงการ ไม่พบปัญหาความแตกแยกภายในครอบครั้ว เกิดการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มาเข้ากลุ่ม สร้างความร่วมมือและสามารถให้ความช่วยเหลือกันภายในกลุ่มได้เป็นอย่างดี ก็เนื่องมาจากทางโครงการได้มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จนผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลเกิดความผูกพัน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะให้กลุ่มผู้ติดเชื้ออยู่ร่วมในสังคมได้คือ การช่วยเหลือและเห็นอกเห็นใจกันเองรวมถึงช่วยกันสร้างความเข้าใจในชุมชนอีกด้วย ในโครงการยังได้ติดตามในส่วนของบุตรหลานของผู้ติดเชื้อในโครงการ พบว่า เกิดความเข้าใจที่ดีต่อกันระหว่าง พ่อแม่ ลูก ลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครั้ว โดยการนำประสบการณ์ผู้อื่นในกลุ่มที่มีประโยชน์นำไปใช้ให้เหมาะกับสถานการณ์ในครอบครั้ว อีกทั้งในการที่ให้ผู้ดูแลได้เข้ามาร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ก่อให้เกิดความเข้าใจเห็นอกเห็นใจกันมากขึ้นทำให้ปัญหาความขัดแย้ง ใน 60 ครอบครั้วที่เข้าร่วมกิจกรรม จากการติดตามโดยสัมภาษณ์ไม่พบครอบครั้วที่เกิดปัญหาขัดแย้งรุนแรงในครอบครั้ว ซึ่งจะเห็นว่า โครงการสายใยรักครอบครั้วเป็นโครงการที่สร้างความเข้าใจภายในครอบครั้วและสามารถขจัดปัญหาครอบครั้ว โดยการพูดคุยในรูปแบบใหม่ที่สร้างขึ้นมาจากทีมงานสหวิชาชีพโดยแท้จริง

**C12****เรื่องเล่าที่ได้รับ Humanized Healthcare Award**

13 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 2

นพ.ธงชัย ตริวิบูลย์วณิชช์	รพ.สุรินทร์
พัชรี อมรสิน	รพ.เขมราฐ จ.อุบลราชธานี
ศรีอรุณ ณะรัชติการนนท์	รพ.ศิริราช
นพ.เจลิยว สัตตมัย	รพ.สุรินทร์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

Humanized Healthcare ใน รพ.สุรินทร์

นพ.ธงชัย ตริวิบูลย์วณิชช์ รพ.สุรินทร์

ชีวิตเลือกได้ด้วยการบริการด้วยหัวใจ

พัชรี อมรสิน รพ.เขมราฐ จ.อุบลราชธานี

บุคคลต้นแบบทางด้านจิตวิญญาณ

ศรีอรุณ ณะรัชติการนนท์ รพ.ศิริราช

(ดูเรื่องเล่าจากหนังสือ "รักในโรงพยาบาล")



13 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 2

บงกช ศาสตร์ภักดี

รพ.พระศรีมหาโพธิ์

นพรัตน์ ไชยขำนิ

รพ.สวนสราญรมย์

สุพิชญา กิติมา

รพ.ป่าแดด

นพ.สุพัฒน์ ใจงาม

รพ.ปาย (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ฉัน...จะพาเธอกลับบ้าน

บงกช ศาสตร์ภักดี รพ.พระศรีมหาโพธิ์

สายใยครอบครัวล้อมรั้วด้วยรักก่อนกลับสู่ชุมชน

นพรัตน์ ไชยขำนิ รพ.สวนสราญรมย์

ใจสัมผัสใจ

สุพิชญา กิติมา รพ.ป่าแดด

(ดูเรื่องเล่าจากหนังสือ "รักในโรงพยาบาล")

**C32****เรื่องเล่าที่ได้รับ Humanized Healthcare Award**

13 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 2

มจรินทร์ อัครพัฒน์

พรเพ็ญ อินทวนิช

นพ.อนุชิต นิรัญกิตติ

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

รพ.มหาราชนครราชสีมา

รพ.สงขลา

รพ.วารินชำราบ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

จิตอาสาแก๊งซ่าสพาสนุก

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

ความใส่ใจของทีมทำงานเด็กฮิบ (HIV)

มจรินทร์ อัครพัฒน์ รพ.มหาราชนครราชสีมา

สื่อด้วยใจไปด้วยภาพ

พรเพ็ญ อินทวนิช รพ.สงขลา

(ดูเรื่องเล่าจากหนังสือ "รักในโรงพยาบาล")

Lean, Leadership & Management

รับฟังแนวคิดและเรื่องราวดีๆ เกี่ยวกับภาวะผู้นำในสถานการณ์ต่างๆ
 ประสบการณ์การใช้แนวคิด Lean ในโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการนำร่อง
 การสื่อสารและการบริหารสู่ความเป็นเลิศ
 รวมทั้งกฎหมายที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับวิชาชีพ

11 มีนาคม 2552	10.30-12.00 น.	A23	Visionary Leadership Transitions & Quick Wins
	13.00-14.30 น.	A33	วิชาชีพภายใต้กฎหมายใหม่
	15.00-16.30 น.	A43	Leadership & Patient safety
12 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	B13	Leanทำได้มากขึ้น ด้วยทรัพยากรน้อยลง (1)
	10.30-12.00 น.	B23	Leanทำได้มากขึ้น ด้วยทรัพยากรน้อยลง (2)
	13.00-14.30 น.	B33	A Lean and Healthy Diet of "CM" and "KM"
	15.00-16.30 น.	B43	Leadership in Nursing for Seamless Organization
13 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	C13	Modern Management : การเปลี่ยนแปลงองค์กร สู่ความเป็นเลิศ
	10.30-12.00 น.	C23	Lean and Seamless Standard: มาตรฐานไร้รอยต่อ
	13.00-14.30 น.	C33	สื่อสารอย่างไร ให้ได้ใจคนทำงาน

**A23****Visionary Leadership Transitions & Quick Wins**

11 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 3

Marion C. Suski

ที่ปรึกษา พรพ.

นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล รพ.ประทาย

พญ.อภิัญญา ณรงค์กุล รพ.บางกล้า

Visionary Leadership Transitions & Quick Wins

Marion C. Suski ที่ปรึกษา พรพ.

Transitions into new leadership roles can be very challenging times for Directors or Managers, and every year in Thailand, many Hospital Directors are transferred to other hospitals. There isn't a "one size fits all" approach to making successful transitions, but male and female executives can avoid management traps and follow certain fundamental principles. To secure quick wins, leaders build teams to achieve top priorities and seek support across the hospital and community systems. To move seamlessly into new roles, executives need to know what they are inheriting; are they moving into a turnaround or simple realignment of operations. This time of climate change calls for a new consciousness and a new collective leadership to meet challenges in a more intentional strategic way.

In this session, 3 visionary leaders who have navigated in the health system, relate their experiential keys to success for leadership transitions, and also how they adapt their mind- set to deal with different settings and complex realities.

Visionary Leadership Transitions & Quick Wins

นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล รพ.ประทาย

สิ่งที่ผมเรียนรู้จากการนำองค์กร 2 องค์กรคือโรงพยาบาลบ้านเหลื่อมและประทาย จ.นครราชสีมาได้แก่

1. การนำด้วยภาวะผู้นำกับการเป็นผู้บริหารมีความแตกต่างกัน ...ดังนั้นควรเป็นผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำ (leader & manager)

2. การที่จะเป็นผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำได้จะต้องเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงที่ต้องมีฝัน และมีวิสัยทัศน์ (change agents as visionary leader)

3. การทำหน้าที่บริหารองค์การเปรียบเสมือนการที่เราไปเที่ยวป่า... เมื่อเข้าไปถึงใหม่ ๆ... เราต้องนั่งสงบเพื่อจะได้ยินเสียงที่ไพเราะจากสัตว์ต่างๆ เคลื่อนไหว เสียงใบไม้ไหว... เสียงลม... ได้เห็นภาพที่สวยงามของธรรมชาติ แต่ถ้าเราก้าวเข้าไปพร้อมกับเสียงอันดังอีกทีก็... เราจะไม่ได้ยินและเห็นอะไรเลย (deep listening for searching the silent sound)

4. การที่จะได้มาซึ่งข้อมูลในการบริหารและนำองค์การให้ได้หลากหลายวิธี แต่ที่จะทำได้ข้อมูลที่เชื่อถือและถูกต้องที่สุด... ผมเลือกใช้งานวิจัยเชิงคุณภาพที่ค้นหาความต้องการ โอกาสการพัฒนา ข้อเสนอแนะ แง่คิด ความทุกข์สุขของเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ (management by facts) และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนแก้ไขอย่างมีส่วนร่วม (participation)

5. การวางเป้าหมายร่วมกันและสร้าง commitment ในทีมนำเป็นสิ่งที่สำคัญมาก รวมทั้งการบริหารอย่างมีส่วนร่วมในทีมผู้ปฏิบัติงานเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด พวกเราเลือกใช้เครื่องมือการระดมสมองและระดมหัวใจ (world cafe technique) ในการสานฝันและสร้างบรรยากาศที่ดี

6. การบริหารต้องการแนวคิดด้านความรักเป็นพื้นฐาน... แต่ต้องมีการจัดการเพื่อให้เกิดการทำงานที่มีพลังมหาศาลและทิศทางที่ชัดเจน โดยใช้อย่างมีศิลปะ (humanized hospital management) เน้นการมองและคิดเชิงบวก มองทุกคนมีคุณค่าและมีพื้นฐานของการเป็นคนดี...

7. การบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์แบบบูรณาการกับการพัฒนาจิตปัญญาทั้งเป็นรูปแบบกับเพาะบ่มกับแนวคิดค่านิยม รวมทั้งการสื่อสารเชิงบวกที่ใช้ใจสัมผัสใจ (humanized communication skill)

8. การบริหารจัดการในพระไตรปิฎกมีการกล่าวเกี่ยวกับการพัฒนาจิตปัญญาว่าต้องประกอบไปด้วยสัปปายะ 7 ได้แก่ อวาสาสัปปายะ โคจรสัปปายะ ภัสสสัปปายะ ปุคคสัปปายะ โภชนสัปปายะ อุตฺตสัปปายะ และ อิริยาปถสัปปายะ

จากใจ นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล และทีมงานชาว รพ.ประเทย นครราชสีมา

**A33****วิชาชีพภายใต้กฎหมายใหม่**

11 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 3

นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์

กระทรวงสาธารณสุข

นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์

กรมการแพทยสภา

ภก.กิตติ พิทักษ์นิตินนท์

กรมการสภาเภสัชกรรม

ศ.เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ

นายกสภาการพยาบาล

นพ.ศุภชัย คุณารัตนพฤษ

กรมการแพทยสภา (ผู้ดำเนินการอภิปราย)



11 มีนาคม 2552 เวลา 13.30-16.00 น. ห้อง Meeting Room 3

รศ.คลินิก นพ.อภิชาติ ศิวายธร

รพ.บำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล

พ.อ.นพ.ศุสิต สถาวร

รพ.พระมงกุฎเกล้า

ภาวะผู้นำ (Leadership) มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของระบบความปลอดภัยผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล การเรียนรู้จากตัวอย่างของความสำเร็จ รวมทั้งแบบอย่างที่ดีของการแสดงภาวะผู้นำเพื่อดำเนินการในเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย จะช่วยให้เข้าใจหัวข้อนี้ได้ดีขึ้น ในที่นี้จะขอยกตัวอย่างองค์กร 3 องค์กรในต่างประเทศ ได้แก่

1. องค์กรอนามัยโลก หรือ World Health Organization (WHO) ซึ่งผู้บริหารจากประเทศต่างๆ ได้ใช้ภาวะผู้นำของตนเองในการยกระดับความสำคัญของการดำเนินการในเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยให้เป็นวาระสำคัญของประเทศสมาชิกทุกประเทศ โดยผลักดันให้มีการจัดตั้งคณะทำงานที่มีชื่อเรียกว่า World Alliance for Patient Safety เพื่อให้เป็นเวทีสำหรับการผลักดันนโยบายและแนวทางปฏิบัติในเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยที่จะสามารถนำไปใช้ได้กับทุกประเทศสมาชิก ซึ่งตัวอย่างของผลงานชิ้นสำคัญๆ ซึ่งสะท้อนภาวะผู้นำขององค์กรนี้ได้แก่

- 1) ผลักดันให้มีการคัดเลือกหัวข้อเรื่องที่สำคัญของความปลอดภัยมาเป็นเป้าหมายที่ประเทศสมาชิกทุกประเทศต้องทำให้สำเร็จที่เรียกว่า WHO Global Patient Safety Challenge ซึ่งในขณะนี้ได้กำหนดไปแล้ว 3 หัวข้อ หัวข้อแรก คือ clean care is safer care ซึ่งมุ่งเน้นเรื่องความสำคัญของการล้างมือ (hand hygiene) เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล หัวข้อที่สอง คือ safe surgery saves lives มุ่งเน้นเรื่องการใช้ surgical checklist เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด และหัวข้อที่สามซึ่งจะมีการประกาศภายในปี ค.ศ. 2010 คือ การป้องกันเชื้อดื้อยา (antimicrobial resistance).
- 2) จัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ที่เรียกว่า patient safety solutions (PSS) ตัวอย่าง เช่น การสื่อสารระหว่างการส่งต่อเวชระเบียนหรือพยาบาล การป้องกันยาที่มีชื่อพ้องรูปพ้องเสียง (look-alike, sound-alike drugs, LASA) หรือการป้องกันการผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดข้าง เป็นต้น
- 3) จัดทำ International classification on patient safety (ICPS) เพื่อใช้ในการสื่อสารเกี่ยวกับภัยอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

- 4) จัดทำคำแนะนำในการจัดทำหลักสูตรสำหรับสอนนักศึกษาแพทย์ เรื่อง ความปลอดภัยผู้ป่วย ที่เรียกว่า education for safer care
- 5) สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับ เรื่อง ความปลอดภัยผู้ป่วย ที่เรียกว่า research on patient safety

2. Institute for Healthcare Improvements (IHI) ซึ่งเปรียบเสมือนองค์กรที่ทำหน้าที่ในเรื่องการพัฒนาองค์ความรู้ที่จะสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งได้ประกาศเป้าหมายเมื่อปี ค.ศ. 2004 ว่าต้องถูกลดจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 100,000 ราย โดยการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลจากที่เคยทำอยู่เดิม 6 ประการ ภายในวันที่ 14 มิ.ย. ค.ศ. 2006 ซึ่งโครงการนี้ใช้ชื่อว่า “100,000 lives campaign” และเมื่อถึงกำหนดปรากฏว่าสามารถทำได้จริง ดังนั้นทาง IHI จึงได้จัดทำโครงการสองออกมาทันทีที่คราวนี้ทาง IHI ต้องการป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 5,000,000 ราย โดยเพิ่มมาตรการที่จะนำมาใช้ในโครงการนี้จาก 6 มาตรการเป็น 12 มาตรการ ซึ่งซึ่งโครงการนี้ใช้ชื่อว่า “Protecting 5 million lives from harm” ซึ่งโครงการนี้อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล

3. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ซึ่งเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ตรวจประเมินสถานพยาบาล/ โรงพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นอีกหนึ่งองค์กรที่ได้แสดงภาวะผู้นำโดยการประกาศเป้าหมายระดับชาติประจำปีเรื่องความปลอดภัย ที่เรียกว่า National Patient Safety Goal ขึ้น ในปี ค.ศ. 2003 เป็นปีแรก ทั้งนี้เพื่อชี้้นำให้สถานพยาบาล/ โรงพยาบาลทั่วประเทศตื่นตัวในอันที่จะนำข้อเสนอแนะที่ได้เสนอไว้ไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง (sentinel events) ส่งผลให้สถานพยาบาลทุกแห่งให้ความร่วมมือและกำหนดมาตรการเชิงระบบขึ้นภายในโรงพยาบาลเพื่อให้ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงซึ่งได้กล่าวแล้ว

นอกเหนือจากตัวอย่างในต่างประเทศที่ได้กล่าวข้างต้นแล้ว ผู้บรรยายจะยกตัวอย่างของการแสดงออกถึงภาวะผู้นำในระดับโรงพยาบาล เพื่อชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของภาวะผู้นำต่อการผลักดันการดำเนินการตามนโยบายเรื่อง ความปลอดภัยผู้ป่วย

ผศ.นพ.เชิดชัย นพmaniจารย์สเลิศ	รพ. ศิริราช
วันดี ชูณหวิกสิต	รพ.สงขลานครินทร์
พัชนี ธรรมวัฒนากุล	รพ.เซนต์หลุยส์
พ.อ.มารวย สงทานินทร์	รพ.พระมงกุฎเกล้า (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

Lean ทำได้มากขึ้นด้วยทรัพยากรที่น้อยลง

พัชนี ธรรมวัฒนากุล รพ.เซนต์หลุยส์

โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ได้เริ่มศึกษาเรื่อง Lean Management ในปี พ.ศ. 2549 โดยอาจารย์แพทย์จันทร์ แสนประสาน เริ่มที่กระบวนการปรับปรุงการทำงานในหน่วยงานทุกหน่วยงานในฝ่ายการพยาบาล มีผลงานการปรับปรุงการทำงานมุ่งเน้นการลด waste ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงานของบุคลากรและเพิ่มคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย แต่ยังเป็นรูปแบบที่ทำในหน่วยงานเฉพาะฝ่ายการพยาบาล ยังไม่ได้ทำร่วมกับฝ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และในปี พ.ศ. 2551 โรงพยาบาลได้เข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลนำร่องในการนำแนวคิด Lean มาปรับปรุงกระบวนการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วย เกิดกระบวนการนำร่อง 3 เรื่อง ได้แก่ 1) กระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ 2) กระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกเวลาทำการที่มาใช้บริการที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ 3) กระบวนการให้บริการตรวจสุขภาพบริษัทคู่สัญญาและได้จัดให้บุคลากรที่มำนำในกระบวนการได้มีโอกาสศึกษาแนวคิด Lean จาก Lean Toyota เป็นต้นแบบในการศึกษา โดยใช้เวลาในการศึกษาเบื้องต้น 3 เดือนระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2551 ผลการศึกษามีดังนี้

กระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ

เป้าหมาย

- 1) ลดระยะเวลาการรับบริการผู้ป่วยนอกโรคหัวใจโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ (Total Turnaround Time) เฉลี่ยลง 20%
- 2) ลดระยะเวลารอคอยพบแพทย์เฉลี่ยลง 50% และ
- 3) ปรับปรุงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยระหว่างรอรับบริการ

ที่มาของปัญหา

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคหัวใจมารับบริการตรวจรักษาที่สถาบันหัวใจโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ในตอนเช้าเป็นจำนวนมากระหว่างเวลา 8.00 – 14.00 น. ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลารอคอยรับบริการเป็นเวลานาน จากการเก็บข้อมูลเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 พบว่า ระยะเวลาในการให้บริการผู้ป่วยโดยรวม (Total Turnaround Time) เฉลี่ย 186 นาที แบ่งเป็น ระยะเวลาของกระบวนการทำงาน (Process Time) เฉลี่ย 126 นาที และระยะเวลารอคอยรับบริการต่างๆ (Waiting Time) เฉลี่ย 60 นาที ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเจาะเลือดก่อนพบแพทย์จำเป็นต้องงดน้ำและอาหารเพื่อเจาะเลือด จึงนิยมมาโรงพยาบาลตั้งแต่เช้า หลังจากเจาะเลือดแล้วผู้ป่วยจะนั่งรอพบแพทย์เป็นจำนวนมากพร้อมกัน นอกจากนี้ในกระบวนการตรวจพิเศษทางด้านโรคหัวใจเช่น การทำ Exercise stress test หรือ Echocardiogram เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยตรวจเสร็จแล้วต้องรอคิวพบแพทย์อีกครั้งซึ่งผู้ป่วยต้องเสียเวลารอคอยเฉลี่ยคนละ 30 นาที

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

1) ปี พ.ศ. 2550 มีการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการ/อาการแสดงของโรคหัวใจ จะได้รับการตรวจคลื่นหัวใจก่อนพบแพทย์

2) ปี พ.ศ. 2551 ลดขั้นตอนการรอคอยพบแพทย์หลังจากผู้ป่วยได้รับการตรวจพิเศษทางด้านโรคหัวใจ โดยจัดให้แพทย์และพยาบาลอธิบายผลการตรวจพิเศษและวางแผนการดูแลต่อเนื่องในห้องที่ทำการตรวจพิเศษ เพื่อลดการรอคอยพบแพทย์ซ้ำซึ่งจะเสร็จสิ้นกระบวนการตรวจและรอรับยาและชำระเงินได้ทันที

3) ลดระยะเวลาในการจัดการเอกสาร เช่น การจัดพิมพ์สติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วยไว้ล่วงหน้าให้พร้อมใช้งาน สามารถลดระยะเวลาการเตรียมใบ Request การเจาะเลือด

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

สามารถลดระยะเวลาในการให้บริการโดยรวม (Total Turnaround Time) เฉลี่ย จาก 186 นาที เหลือ 165 นาที สามารถลดระยะเวลาในการให้บริการตรวจรักษา (Process Time) เฉลี่ยจาก 126 นาที เหลือ 103 นาที ส่วนระยะเวลารอคอยรับบริการยังไม่สามารถลดลงได้ เนื่องจากเวลารอคอยส่วนใหญ่เป็นระยะเวลารอคอยผลการตรวจเลือดซึ่งมีระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 60 นาที

กระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกเวลาทำการที่มาใช้บริการที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER)

เป้าหมาย

1) ระยะเวลารอคอยการให้บริการทั้งหมด (Total Turnaround time) ของผู้ป่วยที่มา

ให้บริการระหว่างเวลา 16.00 – 22.00 น. ใน ER ลง 50%

2) ลดระยะเวลารอคอยการให้บริการ Treatment ใน ER เช่น การทำแผล ฉีดยา หรืออื่น ๆ ที่ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ระหว่างเวลา 16.00 – 22.00 น. เฉลี่ยลง 50%

3) ลดระยะเวลารอคอยการทำ X-Ray ใน ER ลง 20%

ที่มาของปัญหา

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจรักษาระหว่างเวลา 20.00 – 22.00 น. (แผนกผู้ป่วยนอกปิดทำการตั้งแต่ 20.00 น.) ซึ่งผู้ป่วยที่มาใช้บริการในลักษณะผู้ป่วยนอกต้องใช้บริการใน ER เมื่อศึกษาสถิติที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีมากตั้งแต่เวลา 16.00 น. เป็นต้นไปและมีจำนวนมากที่สุดระหว่างเวลา 20.00 – 22.00 น. ทำให้ผู้ป่วยรอคอยตรวจรักษาเป็นเวลานาน โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยฉุกเฉินมารับบริการยิ่งทำให้ผู้ป่วยรอนานมากยิ่งขึ้น

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

1) ลดขั้นตอนการรอคอยรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการ Treatment เช่น การทำแผล ฉีดยาโดยไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ เป็นต้น โดยการจัดห้องจำนวน 1 ห้องที่อยู่ใกล้ ER, อุปกรณ์ เวชภัณฑ์พร้อมใช้งานสำหรับบริการดังกล่าว ผู้ป่วยสามารถใช้บริการในห้องนี้ได้โดยไม่ต้องรอเตียงใน ER (Minimized Batching)

2) การจัดระบบนัดผู้ป่วยที่มาใช้บริการ Treatment ที่ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ให้มาใช้บริการครั้งต่อไปในช่วงที่มีผู้ใช้บริการน้อย เช่น ระหว่างเวลา 8.00 – 16.00 น.

3) ประสานงานกับแผนก X-Ray ในการจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยจาก ER ที่มีการทำ X-Ray ให้รอคอยผลการทำ X-Ray เร็วที่สุด

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

1) สามารถลดระยะเวลาการให้บริการโดยรวม (Total Turnaround Time) เฉลี่ยจาก 141 นาที เหลือ 66 นาที

2) สามารถลดระยะเวลารอคอยรับบริการเฉลี่ยจาก 91 นาที เหลือ 19 นาที

กระบวนการให้บริการตรวจสุขภาพบริษัทคู่สัญญา

เป้าหมาย

- 1) ในการลดระยะเวลาการลงทะเบียนตรวจสุขภาพบริษัทคู่สัญญา 50%
- 2) ลดระยะเวลาในการให้บริการตรวจสุขภาพบริษัทคู่สัญญา 50%
- 3) ลดความผิดพลาดของข้อมูลรายการตรวจสุขภาพบริษัทคู่สัญญา 0.5%

ที่มาของปัญหา

56% ของผู้ใช้บริการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์เป็นผู้ใช้บริการที่มาจากบริษัทคู่สัญญา ขั้นตอนตรวจสุขภาพของบริษัทคู่สัญญามีความหลากหลายตามโปรแกรมที่บริษัทคู่สัญญาต้องการ และระยะเวลาในการรอคอยในแต่ละขั้นตอนใช้เวลานาน เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับผลการตรวจสุขภาพที่ถูกต้อง

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

1) ปี พ.ศ. 2549 มีการสลับขั้นตอนในการให้บริการภายในศูนย์ตรวจสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยรอคอยบริการที่สั้นที่สุด และสิ้นไหลโดยไม่จำเป็นต้องทำตามขั้นตอนเรียงตามลำดับ แต่คำนึงถึงคิวในการรอคอยที่สั้นที่สุด (Minimized Batching) และใช้ใบส่งต่องาน

2) ในปี พ.ศ. 2550 ได้ลดระยะเวลาการรอคอยผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โดยจัดให้มี Specimen Porter มารับส่งส่งตรวจทุก 10 นาที

3) จัดระบบคิวในการลงทะเบียนเตรียมเอกสารเพื่อลดข้อร้องเรียน

4) ในปี พ.ศ. 2551 ร่วมกับแผนกการตลาดที่ขายโปรแกรมตรวจสุขภาพกับบริษัทต่างๆ เพื่อปรับปรุง code การตรวจสุขภาพที่ไม่มากเกินไปสามารถสื่อสารกับศูนย์ตรวจสุขภาพได้

5) ปรับปรุงบริการโดยจัดให้มีการเก็บเงินที่ศูนย์ตรวจสุขภาพ (Cell Concept)

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

1) สามารถลดระยะเวลาการให้บริการโดยรวมจาก 3 ชั่วโมง 30 นาที เหลือ 1 ชั่วโมง 15 นาทีต่อราย

2) สามารถลดระยะเวลาการลงทะเบียนจาก 36 นาที เหลือ 16 นาที ต่อราย

3) สามารถลดความผิดพลาดของรายการตรวจสุขภาพจาก 0.99% เหลือ 0.16%

บทเรียนที่ได้รับในการนำแนวคิด Lean มาประยุกต์ใช้กับการบริการของโรงพยาบาล

1) แนวคิดและขั้นตอนของ Lean ทำให้ได้บททวนกระบวนการทำงานอย่างละเอียดทุกขั้นตอน และวิธีที่ปฏิบัติจริงโดยการลงไปศึกษาในสถานการณ์จริงช่วยให้มองเห็นปัญหาและ waste ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการเช่นการเดินทางไปเดินมาเป็นระยะเวลาไกลทำให้ผู้ป่วยเสียเวลานานขึ้น

2) เมื่อศึกษาข้อมูลที่เป็นกระบวนการทำงานปกติทำให้เห็นปัญหาและวิธีการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้เกิดความเหมาะสม

3) การนำระบบ 5 ส. เพื่อการเพิ่มผลผลิตมาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานช่วย

ให้บุคลากรทำงานได้ง่ายขึ้น

4) การลดความสูญเสียน (waste) ในกระบวนการทำงานนอกจากจะสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการแล้วยังช่วยให้บุคลากรมีเวลาเพิ่มมากขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการสร้างคุณค่าอื่นๆ แก่ผู้ใช้บริการ เช่น การให้คำแนะนำ การสังเกต และการใส่ใจผู้ใช้บริการเพิ่มมากขึ้น

5) ในการพัฒนางานตามแนวคิด Lean ช่วยทำให้บุคลากรที่อยู่คนละหน่วยงานได้เข้าใจกระบวนการทำงานของคนอื่นที่เกี่ยวข้องได้ดีและให้ความร่วมมือในการปรับปรุงงานดีขึ้น

6) การปรับปรุงบริการต่างๆ บุคลากรที่สามารถให้ข้อมูลในการปรับปรุงได้ดีได้แก่บุคลากรหน้างานซึ่งมองเห็นปัญหาและรู้วิธีที่จะแก้ไขปรับปรุงบริการได้ดีกว่าใคร โดยอาศัยภาวะผู้นำร่วมกับแนวคิดการจัดการ Lean เป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องแบบไม่สิ้นสุด

**B23****Leanทำได้มากขึ้น ด้วยกรณีศึกษาน้อยลง (2)**

12 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 3

พญ.ชุลีกร ธนฐิติกร

รพ.เสาไห้

นพ.สุริษา ศงศกรพูนเพิ่ม

รพ.สุราษฎร์ธานี

รศ.นพ.วัฒนา นาวาเจริญ

รพ.มหาสารคามศรีเชียงใหม่

นพ.ชำนาญ จิตตรีประเสริฐ

กรมการแพทย์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

Lean ในโรงพยาบาลเสาไห้

พญ.ชุลีกร ธนฐิติกร (รพ.เสาไห้)

โรงพยาบาลเสาไห้เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ซึ่งตั้งอยู่ใน อ.เสาไห้ จ.สระบุรี ห่างจากโรงพยาบาลสระบุรี 7 กิโลเมตร ประกอบด้วย สถานีอนามัย ในความดูแลทั้งสิ้น 13 แห่ง ผ่านการประเมิน Hospital Accreditation ปี 2546 และ Re-Accreditation ปี 2549 และแล้วในปี 2551 โรงพยาบาลเสาไห้ก็โชคดีที่ได้รับเลือกจาก พรพ. และสถาบันเพิ่มผลผลิต ให้เป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งเดียวที่จะเป็นโรงพยาบาลนำร่องในการนำระบบ lean มาใช้

ก็ไม่แปลกอะไรถ้าโรงพยาบาลชุมชนเล็กๆ แห่งนี้ ยังไม่เคยได้ยินคำว่า lean มาก่อน สิ่งแรกที่ต้องทำ คือตั้งสติกับสิ่งใหม่ที่กำลังจะมาถึง เมื่อเราคณะกรรมการของโรงพยาบาลเสาไห้ได้รับรู้ถึงประโยชน์และความท้าทายของ lean เราก็ไม่รีรอที่จะรับสิ่งใหม่นี้เข้ามาทันที เมื่อเวลาที่ lean เริ่มขึ้นต้องบอกเลยว่าใช้เวลาเพียงเล็กน้อยให้คนหมุ่มมากเข้าใจไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะฉะนั้นควรเริ่มจากคนหมุ่มน้อยที่เป็นเสาหลักของโรงพยาบาลของท่านก่อน แล้วเลือกสายธารคุณค่าที่คุณคิดว่าจะแก้ไข และเป็นปัญหาของโรงพยาบาลของท่าน

ส่วนโรงพยาบาลเสาไห้ของเรานั้น ต้องบอกว่ามีปัญหาในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด เนื่องด้วย จำนวนของแพทย์ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ไม่สอดคล้องกับจำนวนของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ามาใช้บริการในแต่ละครั้งของการนัดหมาย ก่อให้เกิด waste ในสายธารคุณค่านี้อย่างมาก ได้แก่ เรื่องของเวลาการรอคอย ไม่ว่าจะเป็เวลาที่ต้องมารับบัตรคิว รอพบแพทย์ หรือ รอผลเลือดก่อนพบแพทย์ อีกทั้งเรื่องของผลสัมฤทธิ์ในการรักษาของโรงพยาบาลนั้น ก็ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ดังนั้นเราจึงเลือกสายธารคุณค่าของการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน ในการทำระบบ lean เป็นสายธารแรก

ต่อมาเราก็ต้องคิดถึงกลยุทธ์ ทำอย่างไร ที่จะทำให้ waste ในสายธารลดลง และ value เพิ่มขึ้น ดังนั้นการวิเคราะห์สายธารคุณค่าจึงเกิดขึ้น และพบว่า waste คือ การรอคอย ซึ่ง

เกิดจาก

1. คนไข้ที่ต้องอดอาหารมารอคิวกันตั้งแต่ตอนเช้า
2. หลังได้ผลเลือดแล้ว (เฉพาะ FBS) ต้องรอแพทย์ ซึ่งจะออกตรวจช่วง 8.30 น. – 10.00 น. เพียงท่านเดียว
3. คนไข้ที่ต้องตรวจเลือดประจำปี ได้แก่ BUN, Cr, HbA1C, TG, HDL, CHOL ต้องรอผลเลือดนานประมาณ 2 ชั่วโมง

จาก waste ทั้งหมดทำให้กว่าจะได้รับบริการเฉลี่ยเป็นเวลานานกว่า 4 ชั่วโมงต่อคน เราจึงระดมผลช่วยกันคิดว่าจะทำอย่างไรไม่ให้ผู้ป่วยมาออกกันแน่นในโรงพยาบาล จึงนึกถึงพี่น้องข้างเคียง คือ สถานือนามัยนั่นเอง กลยุทธ์ของการทำงานจึงเกิดขึ้น โดยหัวใจหลักก็คือ การลดระดับความหนาแน่นของการทำงานให้แต่ละช่วงเวลามีการ balance วิธีการคือ

1. การกระจายผู้ป่วยสู่ชุมชน หมายถึง เขตรับผิดชอบของแต่ละสถานือนามัย
2. การแบ่งเวลานัดให้เป็นช่วงเวลา
3. การมีห้องตรวจเบาหวานที่ชัดเจน

ดังนั้นสายธารแห่งคุณค่าใหม่จึงได้เกิดขึ้นตามกลยุทธ์และวิธีคิดข้างต้น คือนัดผู้ป่วยเบาหวานไปเจาะเลือดที่สถานือนามัยก่อนวันนัดที่โรงพยาบาล 1 วัน แล้วนัดให้คนไข้มาในเวลาตามที่เราได้กำหนดไว้ และสุดท้ายแจ้งแพทย์ชัดเจนว่าให้แพทย์ท่านใดเป็นผู้ตรวจผู้ป่วยเฉพาะคนไข้เบาหวานในสัปดาห์นั้นๆ เมื่อเริ่มทำสิ่งใหม่ สิ่งที่จะตามมาอย่างไม่ต้องสงสัยนั่นก็คือ ปัญหา โดยปัญหานั้นแบ่งได้เป็น ดังนี้ คือ

1. เจ้าหน้าที่

- ▶ ในโรงพยาบาล เนื่องจากเจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องใหม่ และไม่แปลกอะไรที่เจ้าหน้าที่จะคิดว่าเป็นการเพิ่มภาระมากกว่าลดภาระ
- ▶ นอกโรงพยาบาล คือเจ้าหน้าที่สถานือนามัย ในเรื่องของความร่วมมือ และทัศนคติเกี่ยวกับ Lean และการทำงานคิดว่าเป็นการผลักระงานจากโรงพยาบาลสู่นามัย

2. ผู้ป่วย

ความไม่มั่นใจ และความไม่สะดวกเป็นปัญหาหลัก เนื่องจากผู้ป่วยไม่มั่นใจ ในเรื่องของอุปกรณ์ ที่สถานือนามัย และความรู้ของเจ้าหน้าที่

3. มีปัญหาเรื่องการหยุดงานหลายวัน

ปัญหาเหล่านี้ต้องได้รับการแก้ไขก่อนเบื้องต้น เพื่อให้งานที่ทำอยู่ของเรานั้นเดินต่อไปได้ โดยเริ่มต้นจากการสร้างนโยบายทำเรื่องนี้อย่างจริงจังจึงได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร

โรงพยาบาลก่อน หลังจากนั้นผู้บริหารจึงให้ความมั่นใจว่าเราทำโครงการนี้อย่างจริงจัง เนื่องจากจะได้รับผลดีต่อทั้งผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่อย่างไร ทำให้เจ้าหน้าที่ทั้งในและนอกโรงพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใหม่นี้ก่อน ส่วนในเรื่องของผู้ป่วย เราเองก็ยังคงยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เขาต้องการอย่างไร ถ้าเราไม่เหลือปากว่าแรงก็ให้เขาไปเถอะคะ หัวใจของการบริการก็คือผู้รับบริการพึงพอใจเสมอ ไม่ใช่เราผู้ให้บริการเป็นคนพึงพอใจ แต่ถ้าเราทำระบบ lean สำเร็จจริง ทั้งผู้รับและผู้ให้บริการจะมีความสุขทั้งคู่ สุดท้ายแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการทำงานใดๆ หากเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ก็มักจะมีเรื่องวุ่นวายเสมอ ดังนั้นเราทุกคนที่เป็นบุคลากรในโรงพยาบาลจะต้องมีใจมุ่งมั่นเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพราะ lean จะสำเร็จไม่ได้เลยหากขาดความเป็น team work ในองค์กร และไม่มีการพูดคุยจะดีกว่าการร่วมมือทำงานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันอีกแล้ว

Sufficiency management with lean tools

นพ.สุวิชา ศฤงคารพูนเพิ่ม รพ.สุราษฎร์ธานี

Kelvin บอกพวกเราว่าเหตุผลที่ต้องทำสินค้าเพื่อคนทำงานและเพื่อผู้รับผลงาน เราก็มานึกย้อนว่า รพ.สุราษฎร์ธานี ทำกิจกรรมคุณภาพแบบสินค้าตั้งแต่เมื่อไร ถ้าแบบ cell concept เราได้ทำมานานมากแล้ว แต่แบบที่ impact มากๆ คงเป็นตั้งแต่ตุลาคม 2550 เพราะปี 2549 เราเริ่มหมดแรงจากภาระงานที่เป็น excellent center ระดับสูงทั้งหัวใจ มะเร็ง และ เฝาระวังอุบัติเหตุ ทำให้เราต้องมาคิดกันใหม่ว่างานคุณภาพน่าจะหมายถึง “การทำงานน้อยลง ได้ผลงานเท่าเดิม หรือทำงานเท่าเดิม ได้ผลงานมากขึ้น ซึ่งทำให้เกิดความสุขทั้งผู้รับผลและคนทำงาน” เมื่อคิดได้ดังนี้แล้วเราก็เริ่ม “HA way ง่าย-ดี-มีมาตรฐาน” ด้วยโครงสร้างแบบเรียบง่ายที่มีอิทธิพลมาจากแนวคิด “the world is flat”, “small is beautiful” และมาตรฐาน พรพ. ฉบับพ.ศ. 2549

ศูนย์พัฒนาคุณภาพดำเนินตามแนวนี้นี้มาตั้งแต่ตุลาคม 2550 โดยพยายามทำทุกอย่างที่ implement ลงไปในกรรมการชุดต่างๆ เป็นไปในแนวนี้นี้ เช่น การประชุมกรรมการชุดต่างๆ เราทำเหมือนบอร์ดบริษัทที่ประชุมปีละครั้งสองครั้ง ถกกันเรื่องผลงานที่ผ่านมาและจุดเน้นที่จะทำต่อไป หลังได้ข้อสรุปประธานหรือเลขาก็ทำหน้าที่คล้ายผู้จัดการบริษัท บริหารงานไปให้ได้ตามจุดเน้น ครบปีก็มานำเสนอผลงานให้กรรมการฟังหรือเรียกประชุมวิสามัญในกรณีที่ต้องการปรึกษารวมการ

จากโครงสร้างใหม่นำไปสู่การปฏิบัติเราพบว่าเครื่องมือคุณภาพต่างๆ ยังไม่สามารถ

เชื่อมโยงบูรณาการให้การทำงานของเรารับรื่นเท่าที่ควร แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงของ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวน่าจะช่วยเราได้ ลองค้นคำว่า "sufficiency management" ใน google ก็ไม่พบ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ รพ.สุราษฎร์ธานีขอน้อมนำ "พอประมาณ-มีเหตุผล-มีภูมิคุ้มกัน" มาทำเป็น sufficiency management แล้วทดลองปฏิบัติ โชคดีที่ได้เข้าร่วมโครงการ นำร่อง "lean thinking in healthcare" ที่ พรพ.จัดร่วมกับสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ และ APO ดังนั้น sufficiency management จึงถูกเติมเต็ม และแล้วเรื่องสนุกก็เกิดขึ้นมากมาย

แน่นอนว่าการสื่อสารนั้นสำคัญ จะทำอะไรๆ ต้องสื่อสารกันก่อน เริ่มจากผอ. รองผอ. เราเข้าไปคุยเป็นรายคนให้เข้าใจ concept จากนั้นก็ lecture ใน FA forum ที่จัดประชุมทุกเดือน FA ร้อยกว่าคนเข้าใจบ้างไม่เข้าใจบ้างในครั้งแรกก็ไม่มีเป็นไร เพราะเราเตรียมพูดแทรกเรื่อยๆ ในการประชุมอยู่แล้ว ระหว่างที่ทำแต่ละ VSM ก็ให้เขามานำเสนอในที่ประชุมเป็นระยะๆ

ที่ลำบากเห็นจะเป็นเรื่องที่แต่ละคนงานมากจนไม่มีเวลามานั่งทำ full time ได้ แล้วการประชุมร่วมกันก็ต้องปลิกเวลา แบบนี้ต้อง genchi genbutsu ไปดูแต่ละ VSM ที่หน้างานดีกว่าได้โอกาสเห็นสถานที่จริงคุยกับคนที่เกี่ยวข้องตั้งแต่หัวหน้าจนถึงคนงานเลย เดินไปเดินมาทำความเข้าใจคนไปเรื่อย แรงต้านการเปลี่ยนแปลงก็ลดลงด้วย อย่าลืมหัวหน้าใหญ่ แต่ละงานที่เกี่ยวข้องต้องเอามาเข้าร่วม โชคดีที่ A3 report เปิดโอกาสให้คนเข้าร่วมมากมาย หัวหน้าใหญ่ที่เกี่ยวข้องเราให้เป็น sponsor หัวหน้ากลางที่คอยชี้แนะให้เป็น project owner คนที่ขยันวิ่งขยันทำเป็น admin lead คนที่อำนวยความสะดวกในจุดต่างๆ เป็น facilitator และสมาชิกในทีมก็มาใส่ชื่อไว้ แบบนี้เราเรียกว่าวิธี "ขนมชั้น" แบบเคลื่อนกันไปทั้งยวงไม่แตกแยกกัน

gen-gen เป็นวิธีการที่ถูกใจเรามาก เราชอบเดินไปทักทายคนทำงานอยู่แล้ว ไหนๆ เดินแล้วเอา 5 why ไปถามเขาดีกว่า เสร็จแล้วก็ขายความคิดเรื่องสิ้นเสียเลย สัปดาห์หนึ่งได้สัก 1-2 หน่วยงานก็ดี พอจบ 3VSM ตัวอย่างจะได้ขยายการทำสิ้นมากขึ้น เองง่ายๆ ก่อนแหละดีเป็นกำลังใจให้ฮึกเหิม ที่เล็งๆไว้ก็มี VSM discharge process ใช้ cell concept น่าจะช่วยให้งานมีคุณภาพ (เหนื่อยน้อยลง discharge เร็วขึ้นได้) แล้วถ้าหออผู้ป่วยอื่นๆ สนใจ การเบิกยาผ่าน fax แบบ VSM ตัวอย่างที่กุมารเวชกรรมนำร่องไว้ก็น่าจะทำได้ไม่ยาก เรื่องสนุกๆ แบบนี้ต้องชวนคนมาร่วมกันมากๆ

โทนี่ จา บอกในหนังสือฉบับเก่าว่า "เล่นจริง เจ็บจริง ไม่ใช่สแตนดอิน" เราชอบบอกว่า สิ้น "ทำจริง สนุกจริง ไม่ต้องสแตนดบาย"

**B33****A Lean and Healthy Diet of “CM” and “KM”**

12 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 3

Nigel William Dawes

Chairman, IPM Asset Management Ltd.

**A Lean and Healthy Diet of
“Change Management” and “Knowledge Management”**

Nigel William Dawes

As a doctor, how do we get an individual to change their lifestyle to become healthy?

Change your life style habits:

- ✓ Eat more healthy foods!
- ✓ Start to exercise regularly
- ✓ Reduce stress levels

The same applies to health organizations :

- ✓ Become more process orientated
- ✓ Start to operate with good governance techniques
- ✓ Reduce inefficiencies

How do we achieve these changes?

Smarter working (not harder) has never been more appropriate given the global problems we operate in at present. Becoming ‘fitter’ as an organisation has never made more sense and been more important than today, as we strive to compete on the world stage in these uncertain times.

Examine the work processes. Getting fit and becoming leaner, starts by ‘going back to basics’ and examining our processes. By focusing here we can reduce the amount of rework, wastage, down time and inefficiencies that exist within our work practices.

Analyse how sustainable change can be brought about and integrate these changes into the existing working practices.

Mapping the processes. We need to produce a Process Map of the organisation in order to ascertain where the inefficiencies lie. Then we can determine which pro-

cesses need our urgent attention. Calculating the cost of poor performance can then set up the benchmark by which we can continually measure the improvements as they begin to appear. Our 12 step methodology will help us to bring about sustainable changes that will benefit the 'bottom line' operating costs of our processes and add realisable profits to the equation. The same Process Map can also be used to implement a Knowledge Management System that will further enhance our improvement plans. A Knowledge Audit can offer an evidence-based assessment of an organisation's knowledge status. It can help frame knowledge strategy, assess progress, and facilitate strategic and operational buy-in. It can throw a spotlight on knowledge and information, infrastructure, processes and culture.

Learning and Knowledge centre. Many organisations accept that knowledge is the basis of innovation and that organisations need to innovate in order to get ahead of competitors. Whether or not your organisation has begun a knowledge-management programme, it is important to be aware of its knowledge-related requirements. It is also important that organisations find a way of assessing the impact of their knowledge initiatives. As part of the CM/KM Improvement Plan, it helps to ensure that investment throughout the organisation is matched by the reforms necessary to provide its users with the highest quality of service. Operating across all sectors of the medical profession and the whole performance spectrum, the system-redesign work of the Change Bureau is underpinned by the major principles of patient safety, quality leadership and workforce development.

Evaluate the Effectiveness of your Expertise. The Change Bureau, together with the organisation's vision, is to become a world-class knowledge organisation in the field of medicine. Knowledge focused on improving health and social care is the Change Bureau's core competence and, by effectively managing this expertise, we can greatly improve the way care is provided.

Satisfaction through SNA. The Change Bureau efforts can start many new regimes such as KM/IT Forum, supported communities of practice, working with teams in helping them to address their knowledge-related issues, used social-network analysis (SNA) and piloted knowledge-harvesting techniques.

Structure the Knowledge. You too can install a Change Bureau that will help bring in sustainable changes for the benefit of the whole organisation, whether they be patients, staff or share holders.

Contact

Help

Advice

Information

Networks

“Start a Seamless CHAIN reaction within your organisation
and see the organisation become healthy again.”

A special Recipe for the Medical Sector



บุญเจลา สุริยวรรณ

รพ.มหาราชนครเชียงใหม่

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน

ศูนย์โรคลมชัก สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์

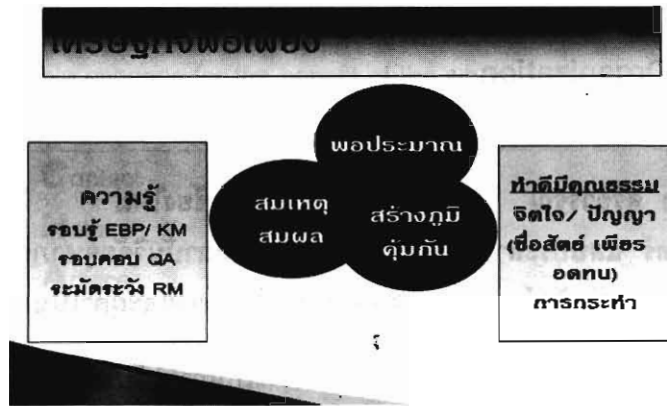
รพ.ศิริราช (วิทยากรและผู้ดำเนินการอภิปราย)

การบริการสุขภาพมีการพัฒนาที่รวดเร็วเพราะเป็นการให้บริการที่มีผลต่อประชาชน ในภาพรวมมากที่สุด ทั้งการให้บริการรักษาพยาบาล การใช้ความรู้ทางวิชาชีพ การตอบสนองความสมดุลที่เกิดจากความต้องการและความคาดหวังที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้บริการ ไม่เพียงแต่การดูแลและนำแผนการรักษาสู่การปฏิบัติเท่านั้น หากต้องเป็นผู้ประสานการรักษาให้เกิดผลดีที่สุดตามความต้องการแต่ละบุคคล การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ การบริหารยาให้ถึงตัวผู้ป่วยอย่างปลอดภัย การเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน ประชาชน ทั้งกลุ่มเสี่ยงและผู้เจ็บป่วย

อย่างไรก็ตาม พยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีวัฒนธรรมการศึกษาในวิชาชีพของตนเอง เช่นเดียวกับผู้ให้บริการทีมสุขภาพอื่นๆ ที่มีรูปแบบแนวคิด การสั่งสมความรู้ ความเชื่อ ทักษะคิด ในรูปแบบที่แตกต่างกันอยู่บ้าง ในกระบวนการดูแลรักษาและการบริการสุขภาพซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี องค์ความรู้ใหม่ที่หลากหลาย และความรีบเร่งความซับซ้อนนี้ต้องมีการผสมผสานการปฏิบัติให้มีความสอดคล้องเพื่อความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลักจึงต้องใช้แนวคิดการบริการที่ไร้รอยต่อมาสู่การบริการ

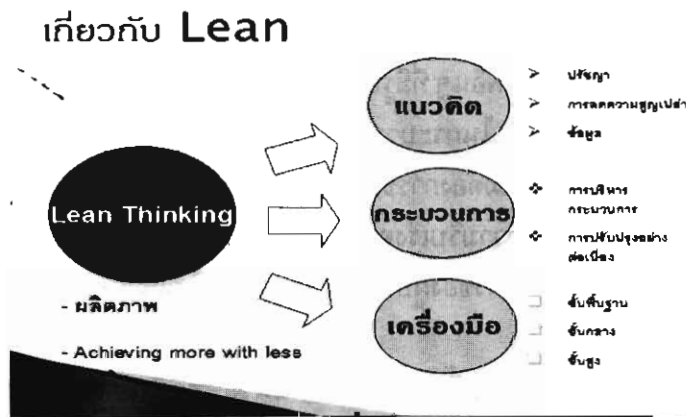
พรพ. ได้นำหลักการสำคัญนี้มาซึ่งทำให้เกิดแนวคิดที่ดีที่พยาบาลควรนำมาใช้ดังนี้

1. นำมาใช้ในการนำแผนการรักษามาสู่การปฏิบัติ และให้การรักษาในขอบเขตวิชาชีพโดยไม่ก้าวล่วงวิชาชีพอื่น แต่เชื่อมโยงกันด้วยความรู้ที่สอดคล้องและทันสมัยโดยใช้ evidence base practice และความเข้าใจผสมผสานกันเป็นหนึ่งในโดยร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด
2. นำมาใช้ในการดูแล ไร้รอยต่อระหว่างกาย-จิต-สังคม-ความเชื่อในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย และไร้รอยต่อระหว่างเวรเช้า-บ่าย-ดึก ตลอดจนการย้าย-ส่งต่อ-หรือกลับบ้าน
3. การให้บริการในแต่ละหน่วยงานที่ไร้รอยต่อทุกกระบวนการ ในการตรวจรักษา วินิจฉัย อาหาร เครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในกระบวนการรักษา ดูแล และบริการ แต่อย่างไรก็ตามการจัดการเหล่านี้ต้องคำนึงหลักการในการใช้ทรัพยากรที่จำกัด ไม่ว่าจะเป็น คน สิ่งของ เวลา หรือเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ



ให้ค้ำค่าตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

พรพ. ร่วมมือกับ APO และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งประเทศไทยได้ทดลองพัฒนาการใช้แนวคิดนี้ในโรงพยาบาล 5 แห่งในประเทศไทย และ กพร. ประกาศนโยบายใช้ในภาคราชการ รวมทั้งผู้นำเสนอได้ทดลองใช้ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ตามแนวคิดดังนี้



ขีดความสามารถในการปฏิบัติในการใช้แนวคิดเหล่านี้จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง การจัดการโดยผู้นำทางโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาการจัดการพยาบาล เน้นที่ผู้นำการพยาบาลเป็นอย่างมากดังนี้

โดยทั่วไปผู้นำคือผู้ที่ใช้ภาวะผู้นำ ในการเสริมสร้างอิทธิพลต่อผู้อื่นและใช้อิทธิพลนั้นทำให้ผู้อื่นเกิดการปฏิบัติด้วยความสมัครใจและมีความพึงพอใจ เพื่อบรรลุผลตามเป้าหมายร่วมกัน สำหรับองค์กรแบบ lean คำจำกัดความของการเป็นผู้นำนั้น อาจยังไม่เพียงพอ เพราะองค์กรแบบ lean ต้องการระดับของการ empowerment ให้กับคนและทีมงานสูงมาก

โดยธรรมชาติของระบบต่างๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงด้วยตัวมันเองอยู่แล้ว ถ้ามีการ empowerment สูง การเปลี่ยนแปลงของระบบจะอยู่ในระดับต่ำ และเกิดความมั่นคงของระบบในขณะเดียวกัน ถ้ามีการชี้แนะค่อนข้างสูงและใช้การปกครองแบบราชการจะทำให้ระบบนั้นมีการเปลี่ยนแปลงตัวเองสูงส่งผลให้ระบบเกิดความไม่มั่นคง

ดังนั้นผู้นำในองค์กรแบบ lean จึงต้องใช้การ motivation ผู้คนในองค์กรและทีมงานต่างๆ ให้เชื่อมั่นว่าเขาสามารถควบคุมสถานการณ์ ในการทำงานที่ยากลำบากและมีผลงานที่ดีขึ้นได้ ส่งผลทำให้เกิดความภูมิใจ และความภูมิใจนี้ให้ความหมายกับงานและชีวิตของพวกเขา

การนำแนวคิดผู้นำแบบ lean มาใช้ในองค์กรพยาบาลเป็นสิ่งที่ท้าทาย เพราะด้วยธรรมชาติของการทำงานที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของคน ระบบการนำของพยาบาลจึงคุ้นชินกับการชี้แนะและควบคุมค่อนข้างสูง ดังนั้นการนำองค์กรแบบ lean ในองค์กรพยาบาลจึงต้องการผู้นำที่มีลักษณะที่กล้าท้าทายต่อระบบที่เป็นอยู่ สร้างภาพฝันที่น่าประทับใจ สร้างคุณค่าร่วมให้กับผู้คน ให้อำนาจผู้อื่นในการปฏิบัติ เป็นแบบอย่างที่ดี และให้ความช่วยเหลือด้วยหัวใจ ด้วยการนำนี้จะทำให้เกิดบรรยากาศของการ empowerment และ motivation สูงได้

**C13****Modern Management การเปลี่ยนแปลงองค์กรสู่ความเป็นเลิศ**

13 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 3

ดร.วิเทศ วิสณุวิมล

บริษัท PTT Phenol จำกัด

**C23****Lean and Seamless Standards: มาตรฐานไร้รอยต่อ**

13 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 3

นพ.สมพร คำผง



13 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 3

ภัทร จิงกานต์กุล

สถานีโทรทัศน์กองทัพบกช่อง 7

ถึงจะคุ้นหน้าคุ้นน้ำเสียงผ่านทางจอโทรทัศน์กันดี แต่ผู้ประกาศหนุ่มจากช่องทีไอทีวี นาม ภัทร จิงกานต์กุล ก็ยังมีแนวคิดและชีวิตอีกหลายแง่มุมที่ผู้ชมทางบ้านอาจไม่เคยรู้มาก่อน เรื่องแรก ภัทรบอกว่าเขามีชื่อเล่น (ที่ไม่ได้บอกใครมานานแล้ว) ว่า “ลูกบิต” เนื่องจากที่บ้านมีโรงงานผลิตตุ๊กตาดู ลูกบิตและอุปกรณ์ก่อสร้าง ภัทรในฐานะลูกชายคนโตจึงได้ชื่อเล่นนี้เพื่อเป็นอนุสรณ์ว่าคุณพ่อของเขาก่อร่างสร้างตัวขึ้นมาได้ด้วยธุรกิจนี้

มาที่เรื่องการศึกษา ภัทรก็ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างดี ซึ่งถ้าไล่เรียงไปตามลำดับจะเป็นดังนี้ ชั้นประถม-มัธยมต้นที่โรงเรียนเซนต์คาเบรียล มัธยมปลายที่โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา ปริญญาตรีสาขาการเงินการธนาคาร จากคณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และปริญญาโทอีก 2 ใบ คือ สาขาบริหารธุรกิจ จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และสาขารัฐศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง

แต่ประวัติการเรียนอันสวยงามก็ยังไม่ทำให้หนุ่มช่างคิดคนนี้รู้สึกพึงพอใจได้ ภัทรเล่าว่าหลังจากเรียนจบปริญญาตรี เขาใช้เวลาในการค้นหาตัวเองนานถึง 3 ปี ด้วยวิธีการอันหลากหลาย ทั้งการลองทำในสิ่งที่ไม่ใช่ตัวเอง เช่น การทำในสิ่งที่มีความใฝ่ฝันอย่างการเล่นดนตรี ไปจนถึงการลองทำงานการเมือง

ทั้งนี้เรื่องเริ่มจากเขาถูกพ่อเรียกให้ไปช่วยงานที่โรงงาน แต่พอลองทำแล้วไม่ชอบ ประกอบกับตอนเรียนปี ๓ เคยเป็นนักเรียนแลกเปลี่ยนไปอยู่ที่ประเทศแคนาดา ทำให้มีโอกาสได้ใช้ชีวิตอย่างอิสระเสรี เมื่อกลับมาอยู่บ้านต้องมาอยู่ในกรอบตามเดิมจึงเกิดอาการ “ขบถเล็กๆ” ภัทรเลยตัดสินใจเดินไปบอกพ่อยื่นคำขาดขอเวลาค้นหาตัวเอง ถ้าไม่ให้จะออกจากบ้าน !!

หลังได้รับไฟเขียว ด้วยความเชื่อมั่นของเจ้าตัวว่าตัวเองมีความสามารถ โดยเฉพาะด้านการแต่งเพลง ภัทรเลยรวมกลุ่มกับเพื่อนตั้งวงดนตรีขึ้นมา แต่พอมาถึงจุดหนึ่ง ภัทรก็พบคำตอบว่าสิ่งที่เขาทำอยู่นี้มันยังไม่ใช่ จึงกลับตัวแบบ 180 องศา เพื่อมา “ช่วยงานพ่อเหมือนเดิมครับ” (หัวเราะ)

ในระหว่างนั้นเอง ภัทรเผชิญมีโอกาสได้ไปเรียนรู้งานด้านการเมือง ช่วยทำกิจกรรมทางการเมืองต่างๆ แต่หลังจากผ่านไป 1 ปี เขาก็ได้เรียนรู้ว่าการเมืองเป็นเรื่องซับซ้อน และอุดมการณ์บริสุทธิ์หรืออย่างเดียวกียากที่จะเปิดโอกาสให้ได้ใช้ความรู้ความสามารถในแวดวงการเมือง

เมืองอย่างเต็มที่ และที่สำคัญที่สุดนั้นก็คือ ไม่จำเป็นต้องจะเป็นนักการเมืองก็สามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้ ภัทรจึงยุติบทบาทนั้นลง แต่ว่าทุกวันนี้เขาก็กังไม่คิดปฏิเสธเส้นทางดังกล่าว เพียงแต่ขอเวลาสั่งสมประสบการณ์และให้มีวุฒิภาวะมากกว่านี้เสียก่อน

คุยมาตั้งนานยังไม่ถึงการทำหน้าที่ในฐานะสื่อมวลชนเลย ภัทรเล่าว่าเส้นทางนี้เกิดขึ้นเมื่อสี่ปีที่แล้วจากคำชักชวนของพี่ๆ ที่รู้จักในช่วงที่ไปฝึกอบรมที่สถาบันพระปกเกล้า ตอนนั้นเขาเองไม่ได้คิดว่าจะทำได้ดีแค่ไหน แต่เพราะเป็นหนึ่งในความฝันของเขา ภัทรจึงลงมือทำด้วยความสนุกและปรารถนาจะทำหน้าที่เป็นสื่อที่ดีมาจนถึงเดี๋ยวนี้

ภัทรเริ่มต้นงานแรกด้วยการทำสารคดีเชิงข่าว “จับกระแสโลก” ก่อนจะมาจับงานข่าวเศรษฐกิจ พร้อมกับเริ่มต้นเป็นผู้ประกาศข่าว กระทั่งปีที่แล้วจึงมานั่งแท่นทำรายการข่าวเช้าเสาร์-อาทิตย์ และล่าสุดผู้ชมจะพบเขาได้ในรายการข่าวเช้าตั้งแต่วันจันทร์-ศุกร์

ในไม่ช้านี้ ภัทรเผยว่ากำลังจะจับงานชิ้นใหม่ นั่นคือการเป็นอาจารย์สอนวิชาการสื่อสารมวลชน แต่ผู้ประกาศหนุ่มออกตัวไว้ก่อนว่าไม่อยากจะเน้นในเชิงวิชาการมากเกินไป แต่อยากจะทำประสบการณ์ของตัวเองมาถ่ายทอดและพูดคุยเพื่อให้นักศึกษาเกิดแรงบันดาลใจในการค้นหาตัวเองต่อไปมากกว่า

ทุกวันนี้ภัทรนอนวันละ 4 ชั่วโมง และต้องตื่นตั้งแต่ตีสี่เพื่อมาทำรายการข่าวเช้า หลายครั้งต้องออกไปสัมภาษณ์แหล่งข่าวข้างนอกต่อ หลังจากนั้นเขาจะกลับไปดูแลงานที่บ้าน แต่อีกหน่อยอาจจะต้องมีการจัดตารางชีวิตใหม่ เพราะนอกจากงานที่กล่าวมาแล้ว ภัทรยังมีธุรกิจส่วนตัวเกี่ยวกับการนำเข้า-ส่งออก แถมยังได้รับเชิญไปบรรยายตามที่ต่างๆ และอีกไม่นานก็จะไปเป็นอาจารย์อีก เรียกว่าเวลาทุกนาทีต้องถูกใช้อย่างคุ้มค่าที่สุด ทั้งนี้เพราะภัทรมีเป้าหมายสำคัญที่สุดในชีวิตนั่นก็คือ การทำให้คุณพ่อเกิดความภาคภูมิใจในตัวลูกชายคนนี้นั่นเอง...

Seamless Healthcare

รับฟังแนวคิดและเรื่องราวเกี่ยวกับการจัดบริการที่ไร้รอยต่อ
ระหว่างสถานพยาบาลระดับต่างๆ
ทั้งความสำเร็จและปัญหาที่ยังคงเหลือค้างอยู่

11 มีนาคม 2552	10.30-12.00 น.	A24	Seamless Stroke Care
	13.00-14.30 น.	A34	Seamless Neonatal Care
	15.00-16.30 น.	A44	การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอก ที่ไร้รอยต่อ
12 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	B14	Seamless TB
	10.30-12.00 น.	B24	Seamless Asthma
	13.00-14.30 น.	B34	โรคไตนั้นสำคัญไฉน
	15.00-16.30 น.	B44	เป็นไตวายคงไม่ต้องตายไว
13 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	C14	Lean & Seamless Laboratory Network
	10.30-12.00 น.	C24	รู้ทันกฎหมาย..ไร้รอยตะเข็บ
	13.00-14.30 น.	C34	ความลับของสารพัดมาตรฐาน



นพ.สมชาย ไตวนบุตร	สถาบันประสาทวิทยา
นพ.เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์	รพ.หาดใหญ่
นพ.มัธยัส สามเสน	สถาบันประสาทวิทยา

**การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบไร้รอยต่อ
ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ และเครือข่าย**

นพ.เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์ รพ.หาดใหญ่

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีทักษะเฉพาะ หลายๆ ฝ่ายมาร่วมทำงานกันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน เพราะการดูแลรักษาตามปกติที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน ไม่สามารถครอบคลุมปัญหาทุกด้านของผู้ป่วยได้

รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคนี้ควรมีลักษณะบูรณาการ เริ่มจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นแกนหลักในการประสานความร่วมมือกัน การลดอคติและฐิติทั้งหลาย ก้าวข้ามความแตกต่างของวิชาชีพ และความแตกต่างกันของสถานบริการ ไปสู่เป้าหมายที่สำคัญคือทำให้ผู้ป่วยและญาติรวมถึงประชาชน ได้เข้าถึงการบริการที่ต่อเนื่องทั้งถึง โดยปราศจากความยุ่งยากซับซ้อน ความสิ้นเปลืองเงินและเวลา ในบริบทของทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบไร้รอยต่อของโรงพยาบาลหาดใหญ่และเครือข่าย เป็นหนึ่งในความพยายามของบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มเล็กๆ ที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติงานร่วมกันยาวนานกว่า 10 ปี ค่อยๆ ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นการตั้งรับ สู่การตามไปดูแลที่บ้าน การให้ชุมชนมีส่วนร่วม และการฝึกกำลังของสถานพยาบาลในเครือข่าย เพื่อลดรอยต่อและช่องว่างของการดูแลรักษา และการบริการตามเจตนารมณ์การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกด้าน (holistic care) ให้ได้มากที่สุดนั่นเอง



11 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 4

พญ.วราภรณ์ แสงทวีสิน

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

พญ.สาวิตรี ไกรขจรกิตติ

รพ.สมุทรสาคร

นพ.พรช วุฒิธรรม

รพ.บ้านลาด

รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Seamless in Neonatal Care

พญ.วราภรณ์ แสงทวีสิน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน ปลอดภัย เป็นจุดมุ่งหมายของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เด็กขวบปีแรกจัดเป็นช่วงที่มีอัตราการตายสูงที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกแรกเกิด ผู้ป่วยเด็กวิกฤต อาจไม่ได้อยู่ในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการให้บริการเด็กที่มีปัญหาซับซ้อนได้ การส่งต่อ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าจึงจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ลดอัตราการตายและความพิการ

ในสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทย ยังไม่มีระบบการส่งต่อที่ดี ทำให้สถานพยาบาลระดับต้นที่ต้องการส่งต่อผู้ป่วยมีปัญหามากมาย ไม่ว่าจะเป็นการหาสถานพยาบาลที่พร้อมจะรับ การติดต่อประสานงาน การขาดบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญที่เหมาะสมในขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย รวมทั้งการขาดยานพาหนะตลอดจนอุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับการส่งต่อ ในขณะที่สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ก็ประสบปัญหามากมายในการเตรียมการเพื่อรับ การติดต่อประสานงาน เวลาที่ผู้ป่วยจะมาถึง ข้อมูลของผู้ป่วย รวมทั้งปัญหาค่าใช้จ่าย ทั้งๆที่ผู้ส่งและผู้รับต่างก็มีจุดประสงค์ร่วมกัน คือ การให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยอย่างรวดเร็วที่สุดเพื่อให้ได้การรักษาต่อ

ปัจจัยสำคัญในการดูแลไม่ให้เกิดช่องว่างหรือรอยต่อในระหว่างการส่งต่อ คือ การติดต่อสื่อสาร แพทย์เจ้าของไข้ควรเป็นผู้ ให้ข้อมูลของผู้ป่วยกับแพทย์ที่จะรับดูแลรักษาโดยตรง ให้ทราบปัญหาและภาวะของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยเบื้องต้น รวมทั้งการรักษาที่ให้และการดำเนินโรค เพื่อวางแผนร่วมกัน จัดเตรียมยานพาหนะและอุปกรณ์สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ได้มาตรฐาน ปลอดภัยและเหมาะสมกับพยาธิสภาพ ระดับความรุนแรงของโรคหรือภาวะของผู้ป่วยนั้นๆ เช่น transport incubator ออกซิเจน การเตรียมยาและสารน้ำที่จำเป็นต่างๆ และอุปกรณ์ช่วยเหลือกู้ชีวิตสำหรับทารกแรกเกิด

บุคลากรที่ทำหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดอย่างน้อย 2 คน เช่น พยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการฝึกอบรม newborn resuscitation สามารถช่วยเหลือกู้ชีวิตทารกแรกเกิดได้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ทารกวิกฤต เช่น ทารกที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ หรือมีสัญญาณชีพไม่คงที่ ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม ทารกที่มีความพิการ ผิดปกติรุนแรง การซักรูที่ยังควบคุมไม่ได้ ควรจะมีแพทย์ร่วมเดินทางมากับผู้ป่วยทุกครั้ง

ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจะต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและประเมินสภาพผู้ป่วยว่าพร้อมก่อนส่ง เช่น การควบคุมอุณหภูมิกาย ความดันโลหิต ชีพจร ให้คงที่ เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ค่า hematocrit ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด เป็นต้น หากผิดปกติควรแก้ไขให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

การเตรียมเอกสาร เวชระเบียนผู้ป่วย เอกสารสิทธิ์ การให้ข้อมูลแก่บิดามารดาหรือญาติที่เป็นผู้ปกครองเด็ก ให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและทราบถึงความจำเป็นในการส่งต่อการรักษา รวมทั้งให้ความยินยอม การนัดหมายเวลาการเดินทางและกำหนดการที่คาดว่าจะถึงที่มส่งต่อเผื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ระหว่างเคลื่อนย้าย มีอุปกรณ์สื่อสารและสามารถติดต่อกับแพทย์ส่งต่อและแพทย์ผู้รับการรักษาได้ตลอดเวลา

การส่งต่อแบบที่ไม่มีช่องว่างทำได้ไม่ยาก และจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการลดอัตราการตายของทารก

Seamless in Neonatal Care at Banlat Hospital

นพพรช วุฒิชัยธรรม รพ.บ้านลาด

เจืออายุ 25 ปี ครรภ์แรก มาฝากครรภ์ในปี 2548 อย่างสม่ำเสมอ เพื่อหวังว่าลูกที่เกิดมาจะได้แข็งแรง เจือผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ในระยะตั้งครรภ์ และปฏิบัติตัวจนมีน้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์ ความเข้มข้นของเลือด 34% และ 36% ตามลำดับ ตลอดการตั้งครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ เดือนกรกฎาคม เจือเจ็บครรภ์มีน้ำเดินและได้มาคลอดที่โรงพยาบาลบ้านลาด ทีมงานดูแลเจือด้วยความห่วงใยโดยเฉพาะการลดความเจ็บปวด โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการนวดหลังและกั้นกบ ร่วมกับการใช้ aromatherapy

เจือนอนรอคลอดอยู่ 2 วัน ไม่พบว่ามีอาการติดเชื้อจากน้ำเดิน เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด พบว่าความสัมพันธ์ของการหดตัวและการเปิดของปากมดลูกไม่สัมพันธ์กัน และด้วยระยะการคลอดเนิ่นนานทั้งเป็นครรภ์แรก ทีมงานตัดสินใจให้เจือคลอดโดยวิธี "ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ" หัวใจของเจือเต็มไปด้วยความกลัว จับมือพวกเราแน่น เราให้กำลังใจจนกระทั่งเจือคลอด

แต่ "อนิจจา เจือไม่ได้ยินเสียงร้องของลูก" Apgar Score 4 -4 -7 แสดงถึงภาวะขาดออกซิเจน
ในทารกแรกเกิดได้เกิดขึ้นในโรงพยาบาลของเรา

จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทีมดูแลผู้ป่วยได้ประชุมปรึกษารื้อกัน โดยเฉพาะในเรื่องของ
การเชื่อมประสาน (seamless) ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ และระหว่างหน่วยงานผู้ป่วยนอก
และอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องชันสูตร ทันดกรรม เกสัชกรรม งานส่งเสริมสุขภาพ กังงานห้องคลอด
ระหว่างงานห้องคลอดกับตึกหลังคลอด การวางแผนจำหน่ายกับระบบ HHC และเชื่อมต่อกับ
ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยมารดาหลังคลอด มารดาระยะตั้งครรภ์ ผู้สูง
อายุ ผู้ดูแลเด็ก โดยเน้นให้มารดาระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด จนกระทั่งถึงชุมชนให้
มารดา มีความปลอดภัยสูงสุดและลดขั้นตอนให้มากที่สุด

ทีมงานจึงปรับระบบงานสูติกรรมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยจัดทำแนวทางการคัดกรอง
หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะ fetal distress (risk score) ปรับกระบวนการให้ความรู้
ในโรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ 1 ที่ห้องส่งเสริมสุขภาพโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมปรับเอกสารการ
สอน ให้ความสำคัญกับอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ การนับลูกดิ้น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
อย่างเดียว กระบวนการในโรงเรียนพ่อแม่ระยะที่ 2 ที่ห้องคลอด เรื่องของการบรรเทาความ
เจ็บปวด การผ่อนคลาย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อาการเตือนการเจ็บครรภ์ และการ
เยี่ยมบ้านในรายที่มีภาวะผิดปกติ เช่น ชีต น้ำหนักน้อย เป็นต้น กระบวนการในโรงเรียนพ่อแม่
ระยะที่ 3 ที่ตึกหลังคลอด ซึ่งมี Miss นมแม่ เป็นที่ปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง และผ่านกระบวนการ
การโรงเรียนพ่อแม่ที่คลินิกสุขภาพเด็กดี การพัฒนาระบบแม่และเด็ก เราใช้กระบวนการ
PDSA และ system theory เมื่อเราประเมินว่าผลลัพธ์เป็นอย่างไร ทีมงานก็จะใช้ sufficiency
economy และ self - efficacy ร่วมกับ humanized healthcare มาใช้ในกระบวนการดูแล
ของเราเสมอ

เมื่อมารดาเจ็บครรภ์มากคลอดที่ห้องฉุกเฉิน พยาบาลห้องคลอดจะออกไปประเมินผู้ป่วย
ด้วยตนเองในเบื้องต้น โดยใช้ risk score ซึ่งทำให้รู้ว่ามีข้อสังเกตใดบ้างที่พึงระวัง หากมี
อาการผิดปกติเรารายงานแพทย์และส่งต่อโรงพยาบาลทั่วไปทันที ในรายที่ผู้ป่วยต้องรับไว้
รักษาในโรงพยาบาล จะมีแนวทางการเจาะถุงน้ำ เพื่อ early detect birth asphyxia ครรภ์
แรกปากมดลูกเปิดมากกว่า 5 เซนติเมตร ครรภ์หลังปากมดลูกเปิดมากกว่า 8 เซนติเมตร
และดูแลผู้ป่วยตาม Banlat partograph ลดความเจ็บปวดด้วย aromatherapy โดยงาน
กายภาพบำบัด

ทารกแรกเกิดจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย รอยต่อระหว่าง
พยาบาลทำคลอดกับทีมช่วยฟื้นคืนชีพ โดยสื่อสารผ่านโทรศัพท์ inter-com และกริ่งสัญญาณ

ฉุกเฉิน เมื่อต้องส่งต่อไปยังตึกหลังคลอดหรือโรงพยาบาลทั่วไป จะป้องกันการ sub-temp โดยใช้ “นวัตกรรมอุ่นนี้เพื่อน้อง” Miss นมแม่ในห้องคลอดและตึกหลังคลอด จะต้องเชื่อมประสานกันด้วยเป้าหมายเดียวกัน คือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในการส่งเวรระหว่างหน่วยงานจะต้องบันทึกในเวชระเบียนและส่งต่อทางโทรศัพท์ ขณะส่งต่อจะต้องมีพยาบาลดูแลก่อนจำหน่ายจะต้องประเมินด้วย LATCH SCORE มีการเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดย HHC Miss นมแม่ และส่งต่อชมรมสายใยรักแห่งครอบครัวโรงพยาบาลบ้านลาดช่วยดูแล

เมื่อครบ 1 เดือนเรามีการนัดให้เข้าสู่ “คลินิกเด็กดี” เพื่อประเมินพัฒนาการและประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเมื่ออายุครบ 1 เดือน 2 เดือน 4 เดือน และ 6 เดือน จึงทำให้เกิดผลลัพธ์ดังนี้

เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
		2548	2549	2550	2551
1. ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน	30 : 1000 การเกิดมีชีพ	0.8	0	0	0
2. ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	ร้อยละ 7	5.6	1.68	2.27	0
3. เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน	ร้อยละ 25				
- คลินิกเด็กดี		0	44.05	49.12	65.35
- ตึกหลังคลอด		2.6	14.14	52.45	84.97
4. เด็กพัฒนาการสมวัย อย่างน้อย	ร้อยละ 90	100	100	100	99.90

จะเห็นได้ว่าการดูแลทารกให้ปลอดภัยและมีพัฒนาการสมวัย ต้องอาศัยการร่วมแรงร่วมใจ การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน การมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเฉพาะระหว่างหน่วยงานของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ จะต้องร่วมกันดูแลแบบไร้รอยต่อ (seamless) ซึ่งเปรียบเสมือน “การวิ่งส่งไม้ผลัด” ถ้าส่งได้เนียน ไม้จะไม่หลุดจากมือ ส่งผลให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย จนผ่านโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทอง ซึ่งเป็นความภาคภูมิใจของพวกเราชาวโรงพยาบาลบ้านลาดเป็นอย่างยิ่ง และเราขอสัญญาว่าจะดูแลผู้ป่วยของพวกเราเช่นนี้ตลอดไป



จินตนา มีวรรณสุขกุล	รพ.แพร์
ทัศนีย์ แดขุนทด	รพ.สกลนคร
อัญชลี กาญจนวัฒนา	รพ.มหาราชนครราชสีมา
สุปราณี พัฒนจิตวิไล	รพ.มหาราชนครราชสีมา
รศ.พญ.แระกชวัลย์ สิทธิวงค์กุล	คณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่
เพ็ญจันทร์ แสนประสาน	สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไร้รอยต่อ

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

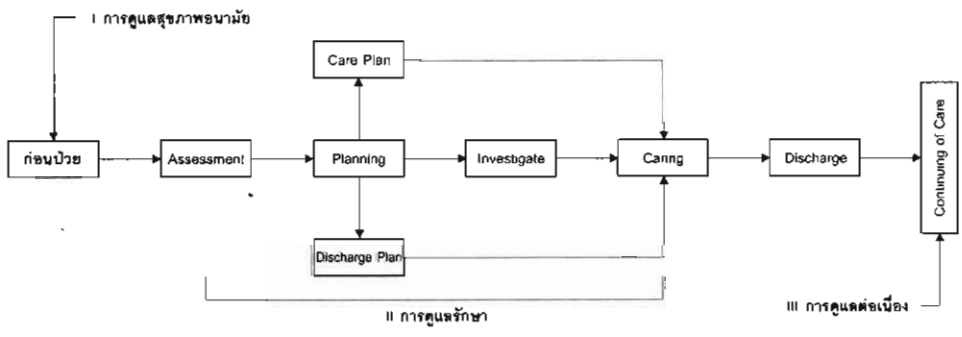
การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไร้รอยต่อ จากปัญหาการดูแลรักษาโรคหัวใจและทรวงอกที่มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น มีประชากรกลุ่มเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น การเกิดอุบัติการณ์ที่มีผลต่อชีวิต และสามารถป้องกันแก้ไขได้ด้วยองค์ความรู้ทางการรักษาพยาบาลที่ทันสมัยมีจำนวนมากขึ้น รวมทั้งการป้องกันการเกิดหรือการประเมินอาการแต่ระยะเริ่มต้นได้อย่างถูกต้องครบถ้วนจะทำให้ผลลัพธ์การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น แนวคิดการรักษาพยาบาลที่ไร้รอยต่อคือการเชื่อมโยงระหว่างบ้าน ชุมชน อำเภอ จังหวัด รพ.ศูนย์ และมหาวิทยาลัย ไร้รอยต่อระหว่างร่างกายจิตใจ สังคม ศาสนา การเมืองโดยเน้นประโยชน์สูงสุดที่ผู้ป่วยและประชาชนทั้งกลุ่มเสี่ยง และประชาชนทั่วไป มีการนำเครื่องมือมือด้านการพัฒนาคุณภาพที่มีประโยชน์และสอดคล้องมาใช้เป็นแนวทาง ทำให้การจัดการดูแลสามารถพัฒนาได้อย่างรวดเร็วและเป็นระบบมีแนวโน้มว่าจะต่อเนื่องอย่างยั่งยืน เช่น แนวคิดการใช้กระบวนการ tracer มาวิเคราะห์หาความเชื่อมโยงและตัวชี้วัด การจัดการระบบ case management การใช้มาตรฐานการรักษาพยาบาล การสร้างทีมจากอาสาสมัคร รวมทั้งแนวคิดการแบ่งปันประสบการณ์การจัดการความรู้จากผู้ป่วย ชุมชน ญาติ มาสร้างความรู้ใหม่ให้แก่ทีมงาน ขณะเดียวกันหลายทีมสามารถประเมินส่วนขาดและเติมเต็มให้แก่กันและกันได้เป็นอย่างดี มีการเน้นการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นหลัก ทุกทีมจะกำหนดการมีส่วนร่วมอย่างมากของผู้ป่วยและญาติ ส่งผลให้เกิดการดูแลที่เหมาะสม

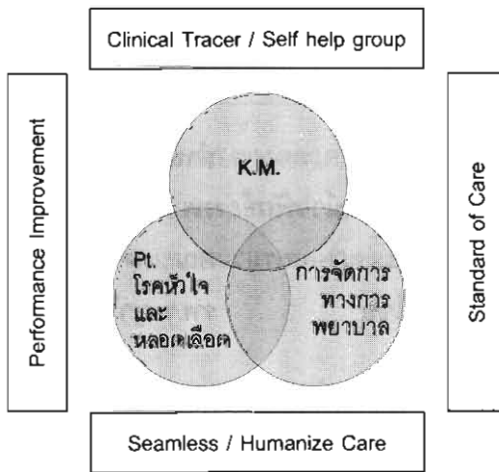
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่จะมาเล่าประสบการณ์ในการตรวจวินิจฉัยโรคหัวใจในเด็กที่รวดเร็วลดขั้นตอนทั้งในองค์กรเองและร่วมกับ รพ.จังหวัด รพ.ชุมชน และการพัฒนาขีดความสามารถชุมชนให้มีส่วนร่วม

รพ.มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์จะเล็งถึงการใช้นวัตกรรมสร้างทีมดูแลในโรงพยาบาลที่ผสมผสาน และจัดให้มีทีมงานที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยผสมผสานกับงานประจำและใช้ประโยชน์จากชุมชนได้อย่างดีในระดับ รพ.ศูนย์

รพ.แพร่จะแบ่งปันประสบการณ์ รพ. ที่รับช่วงส่งต่อทั้งจาก รพ.ชุมชน และ รพ.มหาวิทยาลัยในการช่วยเหลือดูแลรวมทั้งการรักษาเบื้องต้นในการให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อนการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ตามบริบทของประเทศไทย

รพ.สกลนครเป็น รพ. ที่ได้ร่วมมือกับสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกพัฒนาเป็นต้นแบบจะสรุปการดำเนินการทดลองนำ module ทั้ง 5 มาทดลองใช้จนเป็นแบบอย่างให้เกิดการประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคอื่นๆ และจะเล็งปัจจัยแห่งความสำเร็จ หน้าที่ของ case manager, pitfall ที่สำคัญ การดำเนินงานนี้แม้จะเริ่มต้นไม่นานนักแต่ได้มีการติดตามผลอย่างเป็นระบบ มีแนวโน้มที่จะแสดงว่าจะเกิดการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่ก้าวกระโดดที่สำคัญคือสามารถจัดบริการตามความต้องการและบริบทของประเทศไทยและแต่ละพื้นที่ มีการเชื่อมโยงไร้รอยต่อระหว่างทีมสุขภาพกับประชาชนหรือทีมสุขภาพเอง โดยจัดบริการที่ลดขั้นตอนระยะเวลาลงได้เป็นอย่างดี มีการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างคุ้มค่า ทั้งชุมชนจะได้เรียนรู้การป้องกันตนเองจากความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ผลกระทบในระยะยาวประชากรไทยจะเกิดวัฒนธรรมแห่งการแบ่งปัน ใฝ่รู้ มีจิตอาสาและไม่สร้างโอกาสให้เกิดโรคหัวใจอีกต่อไป





จากแผนภาพจะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพมาใช้ในการทำงานจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมาก เช่น มีการดูแลที่ต่อเนื่องจากประชากรกลุ่มเสี่ยง เมื่อเกิดอาการ การตรวจวินิจฉัย การรักษาทั้งในระดับชุมชน จังหวัด รพ.ศูนย์ รพ.มหาวิทยาลัย ไร้รอยต่อจากเทคนิค tracer และการสร้าง self help group ตลอดจนกระบวนการดูแลจะมีการใช้มาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ทันสมัยมีการทบทวนและพัฒนาต่อเนื่องโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วม จัดระบบบริการตามความต้องการของผู้ป่วยและประชาชน ตามบริบทของตน ทำให้เกิดความรู้ใหม่มากมาย สอดคล้องต่อการรักษาพยาบาลในปัจจุบัน และส่งผลให้เกิดคุณภาพการรักษายาบาลที่เหมาะสมกับประเทศไทย และมีคุณค่าที่ยั่งยืนตลอดไป

**B14****Seamless TB**

12 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 4

นพ.ยุทธพิชัย เกษตรเจริญ

สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค

ผศ.(พิเศษ) นพ.ธวัชชัย วิวัฒน์วรพันธ์

รพ.มหาสารนครราชสีมา

รศ.นพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

นพ.อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย

รพ.พญาไท 2

ทำไมสถานบริการสาธารณสุขต้องบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคให้ดี

รศ.นพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่อยู่คู่กับมนุษย์มานานกว่า 5,000 ปี แม้ว่าประชาคมโลกและประเทศไทยจะมีการพัฒนาทางการแพทย์และการสาธารณสุขก้าวรุดหน้าไปมากในช่วงสอง-สามทศวรรษที่ผ่านมา แต่การควบคุมวัณโรคยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายและยังคงเป็นโรคติดต่อที่คุกคามและเป็นสาเหตุการตายสำคัญของประชากรไทยและประชากรโลก

การควบคุมวัณโรคของประเทศไทยในโรงพยาบาลขนาดเล็กส่วนใหญ่ดำเนินการไม่ได้ด้วยดี โดยเฉพาะภายใต้กลยุทธ์การรักษาภายใต้การสังเกตใกล้ชิด (directly observed treatment) แต่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ปัญหาการขาดการรักษาที่กำหนดยังพบได้สูงจนถึงเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ การบริหารจัดการระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคภายในองค์กรอย่างครบวงจรและเนิ่นนั้ร้อยต่อ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายขาดสูง ค้นพบผู้สัมผัสโรคและเป็นโรคหรือติดต่อที่ให้การรักษาได้เร็ว ลดปริมาณผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่ารักษาซ้ำของประเทศ และที่สำคัญคือ ลดโอกาสการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคภายในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ



12 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 4

นพ.ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล รพ.ยางตลาด

พญ.อารีย์ ดวงดี รพ.บ้านไผ่

รศ.นพ.วัชรภา บุญสวัสดิ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Asthma Seamless

วัชรภา บุญสวัสดิ์, พ.บ., Ph.D คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ที่มาและความสำคัญของปัญหา :

ในปัจจุบันมีแนวทางการรักษาโรคหืดที่ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกที่เรียกว่า Global Initiative for Asthma (GINA) ประเทศไทยได้จัดทำแนวทางการรักษาโรคหืดขึ้นตามแนวทางของ GINA ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 หลังจากมีการนำเอาแนวทางการรักษามาใช้หลายปี กลับพบว่าการควบคุมโรคหืดในประเทศไทยยังต่ำกว่ามาตรฐานที่ตั้งไว้เป็นอย่างมาก^[1] โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหืดจำนวนมากที่มีอาการหอบรุนแรงจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตด้อยกว่าคนปกติ สาเหตุสำคัญก็เพราะว่าผู้ป่วยส่วนมากไม่ได้รับการรักษาตามที่แนวทางการรักษาได้ให้คำแนะนำไว้ ปัญหาสำคัญที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาโรคหืดก็เพราะแนวทางในการรักษาโรคหืดยุ่งยากซับซ้อนทำให้ยากต่อการปฏิบัติตาม และแพทย์ไม่มีเวลามากพอในการดูแลคนไข้แต่ละราย

วัตถุประสงค์ของโครงการ :

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาโรคหืดที่สามารถทำให้แพทย์ในโรงพยาบาลเล็กๆ ทั่วประเทศสามารถให้การรักษาโรคหืดได้คุณภาพตามแนวทางการรักษา ซึ่งจะส่งผลให้การควบคุมโรคหืดในประเทศไทยดีขึ้น ผู้ป่วยโรคหืดก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นคนปกติและลดอัตราการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

แนวคิด :

เนื่องจากว่าแนวทางการรักษาโรคหืดเขียนโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค เพื่อให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปปฏิบัติตาม ปัญหาที่ประสพก็คือแนวทางการรักษายุ่งยากเกินไปสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่มีความเชี่ยวชาญพอในการรักษาผู้ป่วยโรคหืด และเวลาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยแต่ละคนก็น้อยเลยทำให้การรักษาไม่ได้ผลดี วิธีการที่จะทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีความเชี่ยวชาญใกล้เคียงกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ในเวลา

อันสั้นก็อาศัยหลักการของเฟรนช์ไชน์^[2] โดยมีหลักการ

1. ทำให้แนวทางการรักษาโรคหืดง่ายสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
2. จัดระบบคลินิกโรคหืดแบบง่ายโดยทำให้แพทย์ใช้เวลาน้อยลงในการดูแลผู้ป่วย
3. เพิ่มบทบาทของพยาบาล และเภสัชกร ในการช่วยแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยก็จะช่วยให้คุณภาพการดูแลรักษาดีขึ้น
4. มีการพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลออนไลน์ ทำให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ
5. ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

การดำเนินการ :

1. อบรมแพทย์ พยาบาล และเภสัชให้เข้าใจการรักษาโรคหืดแบบง่ายๆ ใช้เวลาหนึ่งวัน
2. ให้แต่ละโรงพยาบาลเปิดบริการคลินิกโรคหืดแบบง่าย สัปดาห์ละวันเพื่อให้ง่ายต่อการดูแล และทีมงานมีความเชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น
3. ในแต่ละปีมีการประชุมใหญ่ โดยมีการนำเสนอผลงานของโรงพยาบาลที่มีผลงานดี ๆ มาร่วมประกวด

ผลการดำเนินการ :

1. คลินิกโรคหืดแบบง่ายๆ (Easy Asthma Clinic) ง่ายจริงเพราะโรงพยาบาลเล็กๆ มากกว่า 300 โรงพยาบาลทั่วประเทศสามารถนำเอาไปปฏิบัติได้ มีผู้ป่วยโรคหืดที่ลงทะเบียนในฐานข้อมูลออนไลน์มากกว่า 40,000 คน
2. โรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายคลินิกโรคหืดแบบง่ายๆ จำนวนมากสามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหืดดีขึ้น
3. แพทย์ พยาบาล เภสัชกร มีความรู้ความเข้าใจในการรักษาโรคหืดมากขึ้น
4. คุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลเล็กๆ ได้มาตรฐานสากล
5. ทำให้โรงพยาบาลเล็กๆ สามารถนำเอาข้อมูลที่ดูแลผู้ป่วยปกติในแต่ละวัน มาวิเคราะห์และวิจัยทำให้เกิดการพัฒนาการดูแลรักษาโรคหืดและมีผลงานทางวิชาการตีพิมพ์^[3-6]

ข้อเสนอแนะในด้านการนำไปใช้ประโยชน์ หรือการแก้ปัญหา :

การที่บุคลากรทางการแพทย์มีความตั้งใจดีที่อยากจะเห็นผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดี การทำงานร่วมกันได้ของแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร รวมทั้งการทำงานอย่างเป็นระบบทำให้โครงการนี้ประสบความสำเร็จด้วยดีเกินความคาดหมาย

การจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย ๆ (Easy asthma Clinic) ในโรงพยาบาลทั่วไปเป็นแนวทางที่จะช่วยให้การรักษาโรคหืดในประเทศไทยมีคุณภาพ และจะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีชีวิตที่อิสระจากโรคหืด

เว็บไซต์ โครงการ <http://eac2.dbregistry.com>

เอกสารอ้างอิง

1. Boonsawat, W., et al., *Survey of asthma control in Thailand*. *Respirology*, 2004. 9 (3): p.373-8.
2. วัชรวิภา บุญสวัสดิ์, คลินิกโรคหืดแบบง่าย ๆ (Easy Asthma Clinic), in *5th BGH Annual academic meeting: From the basic to the top in Medicine*, วัชรวิภา จามจุรียักษ์ และ สุภัณฑาสวรรค์ปัญญาเลิศ, Editors. 2548, ห้างหุ้นส่วนจำกัด ส.รุ่งทิพย์ ออฟเซท: กรุงเทพฯ. p.83-87.
3. Aree Duangdee, *Outcomes of an Easy Asthma Clinic, Banphai Hospital, Khon Kaen Province*. *Journal of Health System Research*, 2007. 1(2 supplement1): p.45-50.
4. Kanchit Chermchitphong, et al., *Improvement of standard treatment of asthma at Manjakiree Hospital*. *Khon Kaen Medical Journal*, 2007. 31 (3): p.231-240.
5. เกษม ภัทรฤทธิกุล, ผลการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดอย่างง่ายโรงพยาบาลหนองสองห้อง. *ขอนแก่นเวชสาร*, 2550. 31 (3): p.262-268.
6. ชาญชัย จันทรวรชัยกุล, ผลลัพธ์ของการจัดคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 2550. 22 (4): p.449-458.

Seamless Asthma

นพ.ชาญชัย จันทรวรชัยกุล รพ.ยางตลาด

ปัญหาการรักษาโรคหืดยังมีอยู่มากในโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะการไม่รักษาผู้ป่วยตาม GINA guideline โรงพยาบาลยางตลาดได้แก้ไขปัญหานี้โดยจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (Easy Asthma Clinic) สามารถทำได้โดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ (PCT) มาร่วมมือกันรักษาผู้ป่วยตามแนวทางการรักษา (CPG) ตาม GINA guideline จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และวิธีปฏิบัติ ในการรักษาตนเองอย่างมีส่วนร่วมมากขึ้น ผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงมาตรฐานการรักษาได้เพิ่มขึ้น การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ลดลง การ re-admit ใน 28 วันลดลง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและงานประจำได้ เกิด seamless ระหว่างสาขาวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันในคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (Easy Asthma Clinic) โดยโรงพยาบาลไม่ได้เพิ่มค่าใช้จ่ายต่อการจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายดังกล่าว ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่นๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการจัดการรักษาพยาบาลโรคหืดได้

ผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พญ.อารีย์ ดวงดี รพ.บ้านไผ่

โรคหืดเป็นโคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง การจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายๆ พัฒนาการรักษาผู้ป่วยโรคหืดอย่างเป็นระบบมาตรฐาน เชื่อว่าจะมีประสิทธิภาพควบคุมโรคหืดได้ ทางโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จึงจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายๆ ขึ้นเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2547 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการดูแลรักษาเฉพาะผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปี การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการดำเนินการดังกล่าว โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนคลินิกหืดรวม 331 คน เป็นชายร้อยละ 51.4 หญิงร้อยละ 48.6 ได้พบว่า อัตราผู้ป่วยเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลต่อปีลดลงจาก 442 ครั้ง เหลือ 79 ครั้ง อัตราผู้ป่วยที่มาที่ห้องฉุกเฉินต่อปีลดลงจาก 560 ครั้ง เหลือ 241 ครั้ง ผลการรักษาผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้ทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.88 เป็นร้อยละ 8.94 อัตราผู้ป่วยใช้ยาสูดเสตีียรอยด์ควบคุมโรคหืดในช่วงปลอดอาการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29 เป็นร้อยละ 100 ด้านความรุนแรงของโรคหืดชนิดจับหืดครั้งคราว ร้อยละ 18.85 ชนิดมีอาการอ่อนๆ ร้อยละ 32.52 ชนิดมีอาการรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 32.94 ชนิดมีอาการรุนแรง ร้อยละ 18.16 ไม่สามารถประเมินได้ร้อยละ 2.95 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการจัดระบบที่ถูกต้องในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในโรงพยาบาลชุมชน ทำให้การรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงขึ้น



12 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 4

ศ.นพ.ดุสิต ล้ำเลิศกุล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พญ.อดิพร อิงค์สาธิต	คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี
นพ.วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
สุบิน นกสกุล	ประธานชมรมเพื่อนโรคไต
ศ.นพ.สุชาติ อินทรประสิทธิ์	คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี

ความชุกของโรคไตในประชากรไทย

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติของไตติดต่อกันเป็นเวลานานเกิน 3 เดือน คือ มีอัตราการกรองของหน่วยไต (glomerular filtration rate, GFR) ต่ำกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร หรือมีความผิดปกติในคุณภาพของไต ได้แก่ มีผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทางไตผิดปกติ หรือมีผลการตรวจเลือดหรือปัสสาวะผิดปกติ โดยไม่ต้องคำนึงค่า GFR อยู่ในระดับใด เช่น การพบมีนิ่วที่ไต, มีถุงน้ำที่ไต, ปัสสาวะมีเม็ดเลือดแดง หรือมีโปรตีนในปัสสาวะ

แพทย์แบ่งการทำงานของไตตามค่า GFR เป็น 5 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ได้มีพยาธิสภาพ โดยที่ยังมีค่า GFR มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ระยะที่ 2, 3, 4 เป็นระยะที่ไตมีพยาธิสภาพ โดยมีค่า GFR น้อยกว่า 90, 60, 30 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ตามลำดับ และโรคไตระยะที่ 5 หรือโรคไตระยะสุดท้าย (end stage kidney disease) จะมีค่า GFR น้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง

การศึกษาเชิงระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยที่ผ่านมาเมื่อ 3 การศึกษา ได้แก่ การศึกษาในพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิต กองทัพอากาศ และ InterAsia study รายงานความชุกของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึง 5 อยู่ที่ 4-14% แต่ด้วยข้อจำกัดในด้านประชากร การศึกษา วิธีการตรวจค่า serum creatinine การตรวจปัสสาวะ และขาดข้อมูลความชุกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะต้น (ระยะที่ 1 และ 2) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยจึงดำเนินโครงการคัดกรองและประมาณเบื้องต้นในผู้ป่วยโรคไต (SEEK project: Screening and Early Evaluation of Kidney Disease Project) ในช่วงปี 2551 พบโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 จำนวน 3.3% ระยะที่ 2 จำนวน 5.7% ระยะที่ 3 จำนวน 7.6% ระยะที่ 4 และ 5 จำนวน 1.1% รวมผู้ป่วยโรคไตทั้งหมดในประชากรไทยพบได้ 17.6%

จากข้อมูลข้างต้นคาดว่ามิโรคไตเรื้อรังในประชากรไทยทั่วประเทศจำนวน แปดล้านคน หรือประมาณ 16% ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี เป็นต้นไป โดยครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น และอีกครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะปานกลางถึงรุนแรง เป็นที่ทราบกันดีว่าหากเราสามารถให้การรักษาโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ก็ย่อมจะทำให้ผู้ป่วยที่เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีจำนวนน้อยลง

ในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ การพิจารณาดตรวจคัดกรองประชาชนเพื่อค้นหาโรคไตเรื้อรังควรดำเนินการในประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าว พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ อายุ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะอ้วนลงพุง ระดับกรดยูริกในเลือดสูง นอกจากนี้เป็นที่น่าสนใจที่พบว่าการใช้ยาแผนโบราณ และประวัตินี้่วในทางเดินปัสสาวะเป็นปัจจัยเฉพาะของประเทศไทยที่มีความสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรัง

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการดูแลโดยมีหลักการและเป้าหมาย สำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) การคัดกรองและส่งปรึกษาหรือส่งต่อ (screening and referral) เพื่อให้การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังได้ในระยะแรกของโรค และส่งปรึกษาหรือส่งต่อแพทย์โรคไตได้อย่างเหมาะสม, 2) การชะลอการเสื่อมของไต (slow progression of kidney disease) เพื่อป้องกันหรือยืดระยะเวลาการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังและความจำเป็นในการบำบัดทดแทนไต, 3) การประเมินและรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง (evaluation and treating CKD complications) เพื่อให้การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง, 4) การลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular risk reduction) เพื่อป้องกันการเกิดและลดการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, 5) การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการบำบัดทดแทนไต (preparation for kidney replacement therapy) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการเตรียมพร้อมสำหรับการบำบัดทดแทนไตในเวลาที่เหมาะสมก่อนการบำบัดทดแทนไต

เนื่องจากแพทย์โรคไตในประเทศไทยมีอยู่เพียง 300 คน เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มีมากกว่า 8 ล้านคน จึงทำให้แพทย์โรคไตไม่สามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องรับการดูแลจากแพทย์ทั่วไปรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ นอกจากนั้นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักมีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง ไม่หายขาดรวมทั้งต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลเรื่องจิตใจด้วย

ประสบการณ์จากคลินิกโรคไตจากเบาหวาน เพื่อการชะลอความเสื่อมของโรคไตจากเบาหวาน

โรคไตจากเบาหวาน (diabetic kidney disease; DKD) เป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage kidney disease) ทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคไตจากเบาหวานได้ร้อยละ 35-50 ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคไตจากเบาหวานและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อม ได้แก่ เป็นเบาหวานมานาน และคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี, มีความดันโลหิตสูง และคุมได้ไม่ดี, มีไขมันในเลือดผิดปกติ, สูบบุหรี่, กินอาหารโปรตีนสูง, และปัจจัยทางพันธุกรรม ในปัจจุบันถึงแม้ว่าจะมีแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไตจากเบาหวานทั้งในประเทศและต่างประเทศ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากไม่ได้รับการคัดกรองโรคไต และยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตอย่างเหมาะสม

คลินิกโรคไตจากเบาหวาน ได้มีการริเริ่มขึ้นที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2545 โดยมีอายุรแพทย์โรคไตร่วมตรวจผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคไตจากเบาหวาน (มีระดับ serum creatinine > 1.3 มก./ดล. หรือมี overt proteinuria) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อการชะลอความเสื่อมของโรคไตจากเบาหวาน, เพื่อป้องกันโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, และเพื่อวินิจฉัยและรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการทำงานของไตที่ลดลง พบว่าในระยะแรกมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 50 ที่มีระดับ serum creatinine > 2 มก./ดล. โดยไม่ได้มีการปรึกษาอายุรแพทย์โรคไต, มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 22 ที่ได้รับการคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย (< 130/80 มม.ปรอท), และมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 60 ที่ไม่ได้รับยากกลุ่ม angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors/ angiotensin receptor blockers (ARB) ในการรักษาความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซีดจากไตเสื่อม การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจากอายุรแพทย์โรคไต ประกอบด้วย 1) การให้ยากกลุ่ม ACE inhibitor/ARB ร่วมกับยาลดความดันกลุ่มอื่นตามความเหมาะสม เพื่อลดระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย และลดปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะ, 2) การรักษาภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะซีด, ความผิดปกติของแคลเซียมและฟอสเฟส เป็นต้น, 3) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและโภชนาการ, และ 4) การให้คำแนะนำเพื่อเตรียมตัวให้การรักษาทดแทนไตในผู้ป่วยที่มีไตเสื่อมมากแล้ว และส่งต่อไปคลินิกโรคไต

หลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไตจากเบาหวานพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ โดยใช้ยาลดความดันโลหิตเฉลี่ย 2.88 ชนิดร่วมกัน ผู้ป่วยร้อยละ 70 มีการทำงานของไตคงที่ (stable), ร้อยละ 10 มีการทำงาน

ของไตดีขึ้น หรือปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะลดลง (regression), ร้อยละ 20 มีการทำงานของไตลดลง ผู้ป่วยได้รับการประเมินและรักษาภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะซีด, ความผิดปกติของแคลเซียมและฟอสเฟส เป็นต้น รวมทั้งได้รับข้อมูลเพื่อเตรียมตัวให้การรักษาทดแทนไต

โดยสรุป ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคไตจากเบาหวานที่พบในเวชปฏิบัติ ได้แก่ การตรวจค้นเพื่อตรวจหาโรคไตในผู้ป่วยเบาหวาน, การรักษาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของการเกิดโรคไตไม่เพียงพอ, การตรวจค้นและการรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ไม่เหมาะสม, การปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตและการเตรียมตัวผู้ป่วยในการรักษาทดแทนไตล่าช้า การจัดตั้ง "คลินิกโรคไตจากเบาหวาน" โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีส่วนช่วยในการชะลอความเสื่อมจากโรคไต รวมทั้งรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานได้



12 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 4

สุชาติดา บุญแก้ว	รพ.มหาสารนครเชียงใหม่
อัญชลี ทราญคำ	รพ.มหาสารนครเชียงใหม่
ดร.ณิ จันท์เลิศฤทธิ	รพ.ศรีนครินทร์ ขอนแก่น
สุบิน นกสกุล	ประธานชมรมเพื่อนโรคไต
น.อ.นพ.อนุตร จิตตินันท์	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช

เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสูญเสียการทำงานของไตจนเหลือน้อยกว่าร้อยละ 10 ของคนปกติ จะมีอาการป่วยจากของเสียคั่งในร่างกาย เกิดภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูง บัสสาวะออกน้อยลง บวม หอบ เหนื่อย ซึม ชัก และหมดสติ โดยผู้ป่วยยังมีชีวิตต่อไปอีก ระยะเวลาหนึ่งด้วยความทุกข์ทรมานและเสียชีวิตไปในเวลาไม่กี่สัปดาห์ การบำบัดทดแทนไต ซึ่งมี 3 วิธีได้แก่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) และการปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) เป็นการรักษาเพื่อทดแทนการทำงานของไตที่ไม่สามารถทำงานได้เองอย่างเพียงพอ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่รอดอยู่ได้เป็นเวลานาน มีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควร

ข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549 พบว่ามีสถานพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยโรคไต 399 แห่ง โดยร้อยละ 36 (145 แห่ง) อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีแพทย์โรคไตที่ให้การดูแลผู้ป่วยทั่วประเทศรวม 269 คน และมีพยาบาลที่ได้รับการประกาศนียบัตรเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไตจากสมาคมโรคไต จำนวนทั้งสิ้น 453 คน แต่มีประมาณร้อยละ 40 เท่านั้นที่ปฏิบัติงานในต่างจังหวัด

ข้อมูลในปลายปี พ.ศ. 2549 ซึ่งขณะนั้น สปสช.ยังไม่ได้ให้สิทธิกับผู้ป่วยประกันตน พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่กำลังรับการบำบัดทดแทนไตทั้งสิ้น 17,047 ราย คิดเป็น 303 รายต่อประชากรล้านคน เป็นผู้ป่วยรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 15,069 คน ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง 691 คน และมีผู้ที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต 1,287 คน โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการบำบัดทดแทนไตใหม่ในปี พ.ศ. 2549 ทั้งหมด 8,687 รายต่อปีคิดเป็น 155 รายต่อประชากรล้านคน หากลองคำนวณค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยเฉลี่ยอย่างต่ำเดือนละ 20,000 บาท จะก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายอย่างน้อยปีละ 4 พันล้านบาท และคาดว่าอาจเพิ่มขึ้นเท่าตัวหลังจาก สปสช.เพิ่มสิทธิการบำบัดทดแทนไตให้กับผู้ป่วยประกันตน

การรักษาที่จำเป็นต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงโดยงบประมาณที่จำกัด และจำนวนผู้ป่วยที่ไม่

สอดคล้องกับจำนวนบุคลากรเฉพาะทาง จำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องรับการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ร่วมด้วย ทำให้การบำบัดทดแทนไตทั้งสามวิธีจะต้องใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างเหมาะสมและมีการดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อ (lean and seamless) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างคุ้มค่าและต่อเนื่อง

วิถีแห่งการฟอกเลือด

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการรักษาโดยการนำเลือดออกจากร่างกายผ่านเครื่องไตเทียมเพื่อกำจัดของเสีย ปรับระดับเกลือแร่ ดุลน้ำ และนำเลือดกลับเข้าสู่ร่างกาย ใช้เวลาในการรักษาครั้งละ 4-5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง หลังจากผ่านการรับคำปรึกษาเรื่องการบำบัดทดแทนไตโดยทีมแพทย์และพยาบาลแล้ว จะต้องเตรียมเส้นเลือดเพื่อเป็นทางเข้า-ออกของเลือดที่นำออกมารักษาภายนอกในร่างกาย ที่เรียกว่า vascular access ซึ่งมีทั้งแบบชั่วคราวและแบบถาวร ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและการปฏิบัติตัวเพื่อให้เส้นเลือดมีอายุยืนยาวในการใช้งาน

การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำเป็นต้องดำเนินการโดยทีมแพทย์และพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านไตเทียมและมีองค์วิชาชีพควบคุมคุณภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและคุ้มค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตามทีมสหสาขาวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด จิตแพทย์ เป็นต้น ก็มีส่วนสำคัญในการร่วมดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยด้วยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามคำแนะนำของทีมรักษาที่มีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วย รวมทั้งการส่งเสริมด้านกำลังใจของผู้ป่วยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่สังคม ชุมชนโดยไม่คิดว่าตนเองเป็นภาระ เป็นแบบอย่างของผู้ป่วยโรคไตอื่นๆ รวมทั้งมีส่วนให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายและช่วยกันป้องกันและชะลอความเสื่อมของไตด้วย

วิถีแห่งการล้างช่องท้อง

การล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) เป็นการรักษาโดยการขจัดของเสียและสารพิษต่างๆ ในเลือดออกจากร่างกายผ่านทางเยื่อช่องท้องของผู้ป่วย โดยการใส่น้ำยาที่มีความเข้มข้นในระดับที่เหมาะสมเข้าไปในช่องท้องผ่านทางสายยางที่ฝังไว้ที่หน้าท้องของผู้ป่วย การรักษาวิธีนี้เป็นการรักษาในรูปแบบการดูแลตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนน้ำยาล้างช่องท้องได้เองวันละ 4 ครั้ง ซึ่งต้องปฏิบัติอย่าง

ต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกวัน โดยยังสามารถทำงานประจำได้ตามปกติ และไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการประหยัดค่าเดินทางและลดขั้นตอนการรักษาในโรงพยาบาลลงได้มากเมื่อเทียบกับการฟอกเลือด

เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง ชนิดต่อเนื่องจะได้รับการผ่าตัดใส่สายล้างไต เข้าไปในช่องท้อง และจะได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ โดยจะได้รับการฝึกหัดการดูแลตนเอง และเปลี่ยนน้ำยาจากพยาบาล โดยจัดโปรแกรมการเรียนรู้ให้กับผู้ป่วยและญาติ

เพื่อให้การดูแลรักษาประสบความสำเร็จและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี การประสานงานเพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่กับ CAPD ได้อย่างมีความสุข การให้ความรู้กับแพทย์และพยาบาลที่ไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตโดยตรงเพื่อร่วมดูแลผู้ป่วย รวมถึงพัฒนาระบบการสื่อสารที่ดีระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ว่องไว รวดเร็วยิ่งขึ้นได้อย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน ตลอดจนสามารถสร้างทีมมิตรภาพบำบัด ให้ผู้ป่วยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ให้มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป

วิถีแห่งการปลูกถ่ายไต

ผู้ป่วยปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) เป็นการรักษาโดยการนำไตของผู้บริจาค ที่มีเนื้อเยื่อเข้ากับผู้ป่วยมาผ่าตัดใส่ให้ผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ไตใหม่ทำงานได้ดี และผู้ป่วยมีอายุยืนนานเท่าที่จะทำได้ เนื่องจากไตที่ได้รับบริจาคเป็นสิ่งที่ยากได้ยาก การวางแผนในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยที่มาลงทะเบียนทั้งหมด เพื่อเตรียมเรียกเข้ามารับการปลูกถ่าย, การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด, การดูแลภาวะแทรกซ้อนและภาวะสัลดไตหลังการผ่าตัดในระยะเวลา 3 เดือนแรก, การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมากกว่า 3 เดือน, การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยากดภูมิคุ้มกัน, การให้คำปรึกษาทางด้านครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม, การจัดทำทะเบียนและสถิติ อัตราเจ็บป่วย อัตราการอยู่รอดชีวิต และการกลับไปฟอกเลือดใหม่ในผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะ การดูแลจะเป็นต้องต่อเนื่องกันอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพร่วมมือกัน จึงจะทำให้การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตมีประสิทธิภาพทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

**C14****Lean & Seamless Laboratory Network**

13 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 4

ร.อ.นพ.วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์ สสจ.นครราชสีมา

นพ.วชิระ บถพิบูลย์

รพ.ชุมพวง

พญ.ลลิตา กองคำ

รพ.มหาสารชนครราชสีมา

ทพ.อารักษ์ ตีใหม่

รพ.ด่านขุนทด

ทพญ.มธุรส ชัยวรพร

รพ.มหาสารชนครราชสีมา



13 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 4

ผศ.พญ.สายพิน หัตถิรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี
ศจ.แสง บุญเฉลิมวิภาส	ม.ธรรมศาสตร์
ผศ.นพ.เอนก ยมจินดา	สถาบันนิติวิทยาศาสตร์

กฎหมายจะไม่ไร้รอยตะเข็บที่คอยขัดขวาง งานพัฒนาคุณภาพให้เกิดการสะดุด ทำให้บุคลากรทางการแพทย์เสียอารมณ์และกล่าวโทษว่า กฎหมายการแพทย์คือตัวปัญหาที่ยุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติฟ้องร้องเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล หากบุคลากรทางการแพทย์รู้เท่าทันก่อนนำไปใช้

การให้บริการโดยไม่ถูกฟ้อง อย่างไร้รอยตะเข็บ (Seamless Suit Solution) หน่วยให้บริการทุกจุดทำงานได้อย่างสิ้นไหล อาจเทียบเคียงได้กับวิถีแห่งโตโยต้า (Toyota Way)

วิถีแห่งโตโยต้า วางอยู่บน สองเสาหลัก (2 Pillars) หัวสายพันธุดีเอ็นเอ (5 DNA Strains) และสิบสี่หลักการสำคัญ (14 Principles) เช่นเดียวกับกับวิถีแห่งกฎหมายการแพทย์โดยเฉพาะวิถีทางแห่งการหลุดรอดออกจากวังวนการฟ้องร้อง อย่างสิ้นไหลและไม่วนเวียน ดังนี้

A. 2 Pillars คือ “การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง” และ “การเคารพนับถือในคน”

1. **Continuous improvement** บุคลากรทางการแพทย์ต้องปรับเปลี่ยนตนเองอย่างต่อเนื่อง ค้นหาช่องว่างในตนเองให้เจอ แล้วเติมเต็มมันในรูปแบบโอกาสในการพัฒนา (OFI) ด้วยแนวคิดพื้นฐาน PDCA (Please Do Change Anything) เชื่อเถิดว่า ไม่มีใครเจริญขึ้นได้ด้วยการย่ำคิดย่ำทำแบบเดิมๆ

2. **Respect for people** เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ ข้อมูลที่จำเป็น อย่างเพียงพอรวมถึงทางเลือก (informed choices) เพื่อผู้ป่วยให้หรือปฏิเสธความยินยอม (informed consent)

B. 5 DNA Strains คือ รหัสพันธุกรรมสำคัญที่ควรนำเข้าไปในบุคลากรทางการแพทย์สายพันธุ์ใหม่

1. **Challenge** กล้าหาญและกล้าท้าทายด้วยการกำหนดวิสัยทัศน์การทำงานที่โปร่งใส กล้าให้ผู้ป่วยและญาติตรวจสอบได้ เช่น กรณีเวชระเบียน!

2. **Kaizen** ที่สำคัญคือ Zen (Improvement) ต้องเริ่มต้นปรับปรุงที่ใจของตนเองก่อน

เริ่มที่ทัศนคติส่วนตัวของบุคลากรทางการแพทย์เองก่อน โดยใช้หลัก 5 why คือการถามว่า “ทำไม” จนครบห้าครั้ง จะได้ว่าปัญหาที่แท้จริงคืออะไร อาจลองเริ่มจากคำถามที่หนึ่งคือ ทำไมจึงกลัวถูกฟ้องร้อง?

3. **Genchi Genbutsu** Go to See หรือ Go and See เพื่อให้รู้ต้นตอของปัญหาที่แท้จริง หลักพื้นฐานคือ การเดินเผชิญสืบ การไปตรวจสอบสถานที่เกิดเหตุ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับคดีควรใช้เวลาไปเยี่ยมโรงพยาบาลที่ถูกฟ้องร้อง ไปเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย ไปพูดคุยกับญาติผู้ตาย จะเข้าใจเรื่องราวมากขึ้น

4. **Respect** ศรัทธาและความไว้วางใจ รู้และเข้าใจสิทธิผู้ป่วย สัมมาสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ จะนำมาสู่การยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน

5. **Teamwork** เมื่อเกิดผลร้ายจากการรักษาพยาบาล ไม่ถามว่า “ใครเป็นคนทำ?” แต่จะถามว่า “จะร่วมกันสยบปัญหาได้อย่างไร?” ให้ความสำคัญรับผิดชอบเป็นทีม ไม่โทษรายบุคคล

C. 14 Principles หลักการเพิ่มคุณค่า ได้แก่

1. พึงระลึกถึงปรัชญา Patient Safety เสมอ แม้ว่าจะเป็นภาระแก่เป้าหมายทางการเงินสักเพียงใด

2. เมื่อการไหลของกระบวนการทำงานชัดเจน ปัญหาที่แท้จริงจะประจักษ์

3. อุปสงค์ของผู้ป่วยอ่อนไหวเปลี่ยนแปลงไว เคาใจได้ยาก อุปทานจึงต้องพลิกแพลงตามติดเท่าทัน

4. เป้าหมายกิจกรรม ต้องเป็นไปเพื่อความสงบ เรียบสัน ไม่วุ่นวาย สูญเปล่า

5. สร้างวัฒนธรรมไม่ชุกซ่อนความเสี่ยง มีระบบตรวจจับปัญหา

6. บุคลากรที่อยู่หน้างานรู้จริงที่สุด ต้องได้รับการ empowerment ทั้งอำนาจและความรับผิดชอบ

7. ในการตรวจจับปัญหา ตาเนื้อ (fresh eye control) เหนือกว่า ตาดิจิทัล

8. ใช้ IT ลดความเสี่ยง และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร

9. ผู้นำที่เติบโตมากับโรงพยาบาลและชุมชน จะมีจุดแข็งเรื่องความเข้าใจลูกค้าทั้งภายในภายนอก

10. ใช้ระบบ internal survey ในการค้นหาความเสี่ยง

11. การพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยงครบวงจร ต้องทำตลอดสายโซ่อุปทาน (supply chain)

12. การตรวจสอบสถานที่เกิดเหตุด้วยตนเอง เป็นวิธีการขั้นสูงสุด “ปัญหา” ที่ละเอียดที่สุด

13. ตัดสินใจรอบคอบ ลงมือรวดเร็ว

14. ขาวร้ายไม่มาคนเดียว ต้องจัดรากเง้าปัญหา ก้าวสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (LO)

ในที่สุด บุคลากรทางการแพทย์ต้องเชื่อใน “หลักความเป็นธรรม” กระบวนการยุติธรรม ย่อมนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เป็นธรรม (The right process will produce the right result.)

และที่พึงจดจำก็คือ วิธีแห่งกฎหมายการแพทย์ที่แท้จริงเป็นเช่นเดียวกับวิธีแห่งโตโยต้า นั่นคือเป็นหนทางที่หนักหนาสาหัส ไม่ใช่เดือนหรือสองเดือน ปีหรือสองปี แต่ต้องทำกันไปชั่วชีวิต ส่งต่อกันไปจากรุ่นครูสู่รุ่นศิษย์ ความรู้และความเข้าใจยังไม่เพียงพอ แต่ต้องลงมือทำ ต้องลงมือทำทันที ต้องลงมือทำทันทีอย่างจริงจัง และต้องลงมือทำทันทีอย่างจริงจังตลอดไป.



นพ.เจดพันธุ ภัทรพงศ์สินธุ์ รพ.หนองบัวระเหว

นพ.วัชรพล ภูนวล รพ.อุตรดิตถ์

จากความสับสนมั่วซั่ว... สู่อุบายความเหนียวในการประยุกต์ใช้มาตรฐานเพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

นพ.เจดพันธุ ภัทรพงศ์สินธุ์ รพ.หนองบัวระเหว

ท่ามกลางความสับสน ความเครียด จากการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต่างๆ ใน การที่ต้องทำตามมาตรฐานหรือต้องถูกประเมินด้วยมาตรฐานต่างๆ TQA, PMQA, HA, HPH, QA, HNQA, LA และอื่นๆ อีกมากมาย หรือมีเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพต่างๆ เช่น OD, ESB, Clinical tracer, KM, trigger tool, SPA, TQM, CQI ฯลฯ ทำให้ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารโรงพยาบาลเกิดความเครียด ท้อแท้ เบื่อหน่าย ต่อต้านการพัฒนาโรงพยาบาล เพราะมันดูเยอะแยะไปหมด และนำสู่การปฏิบัติอย่างไม่เข้าใจ ไม่สามารถแก้ปัญหาของ โรงพยาบาล และอาจทำให้เกิดปัญหาใหม่จากการนำมาตรฐานหรือเครื่องมือมาใช้ ซึ่งเป็น ความทุกข์ของผู้ปฏิบัติและผู้รับบริการที่สูญเสียโอกาสการมารับบริการ จากการเสียเวลาใน การประชุม อบรม ดูนานหรืออื่นๆ ของเจ้าหน้าที่ แต่คุณภาพที่เป็นรูปธรรมไม่ถึงผู้รับบริการ การเริ่มต้นด้วยการทำความเข้าใจจึงเป็นสิ่งสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพในการรู้จัก ตนเอง เป้าหมายของตนเอง เป้าหมายของโรงพยาบาล การรู้จักเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ต่างๆ หากจุดเชื่อมต่อของมาตรฐานต่างๆ ที่มีเป้าหมายเดียวกันคือผู้รับบริการได้รับบริการ ที่ดี โรงพยาบาลทำหน้าที่บรรลุเป้าหมาย วิสัยทัศน์ และพันธกิจของโรงพยาบาลเอง โรง พยาบาลเปรียบเหมือนบ้าน มาตรฐานต่างๆ เปรียบได้กับแปลนบ้านในการใช้เป็นแบบในการ สร้างบ้าน การเรียนรู้เครื่องมือต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพ นำไปใช้ให้เหมาะสมกับ สถานการณ์ เหมือนกับใช้มีด จอบ ค้อน สิ่ว ฯลฯ ในการสร้างบ้าน

ท่ามกลางความสับสน การพัฒนาคุณภาพให้มีความเชื่อมโยงเป็นเรื่องเดียวกันอย่าง ไร้รอยต่อ ต้องทำด้วยความเข้าใจ มีการวางแผนงานที่ดี หาเป้าหมายร่วมกัน คือ ความต้อง การ ความปลอดภัย ความพึงพอใจของผู้รับบริการทั้งในสถานบริการ และชุมชน แล้วค่อย สร้าง เหมือนการสร้างบ้านที่ต้องมีแบบแปลน ซึ่งแต่ละห้องจะมีความแตกต่างกันไป เช่น ห้องครัว ห้องนอน ห้องรับแขก จะมีรายละเอียดและแบบแปลนที่ไม่เหมือนกัน แล้วเลือกใช้

เครื่องมือสร้างบ้านหรือการพัฒนาคุณภาพที่เหมาะสม ทำให้เราไม่เสียเวลา หรือไม่เหน็ด
เกินไป

การปรับใช้มาตรฐานเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การ
นำมาตรฐานหรือเครื่องมือใดมาใช้ในการพัฒนาโรงพยาบาล เราต้องเรียนรู้ถึงวัตถุประสงค์
จุดเน้น เป้าหมาย หรือประโยชน์ของมาตรฐานหรือเครื่องมือนั้น

สำหรับมาตรฐาน HA เป็นเครื่องมือหรือแนวทางที่ช่วยในการพัฒนาคุณภาพ
โรงพยาบาลในภาพรวม ใช้กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการเรียนรู้
และการรับรองจากองค์กรภายนอกตามบริบทของโรงพยาบาล โดยมีแนวทาง 7 หมวดใหญ่
ซึ่งปัจจุบันนี้ในการพัฒนาองค์กรต่างๆ มีการนำมาตรฐาน MBNQA ของสหรัฐฯ มาปรับ
ใช้ในประเทศไทย โดยสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาตินำมาปรับเป็น TQA (Thailand Quality
Award) มีเป้าหมายเพื่อใช้ในการพัฒนาการบริหารจัดการองค์กร/หน่วยงาน ที่มุ่งสู่ความเป็น
เลิศ เราพบว่ามีคนนำไปปรับเป็นมาตรฐานต่างๆ เช่น PMQA (Public Sector Manage-
ment Quality Award) ของ กพร. ที่ใช้ในหน่วยงานภาครัฐ, QA (Quality Assurance) ของ
สำนักงานการพยาบาลที่นำไปปรับใช้ เพื่อให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาล

เห็นได้ว่าหลายมาตรฐานมีต้นกำเนิดจากแหล่งเดียว มีกรอบแนวคิดเดียวกัน แต่จุด
เน้นอาจแตกต่างกัน ในการนำมาตรฐานมาปรับใช้เพื่อพัฒนาแต่ละด้านที่จะส่งเสริมคุณภาพ
โดยภาพรวมของโรงพยาบาล เอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกันและต้องพึ่งพากัน เช่น มาตรฐาน
HA ซึ่งเป็นมาตรฐานการพัฒนาโรงพยาบาลที่ต้องการเห็นความปลอดภัยของผู้ป่วย การรักษา
ที่ได้มาตรฐาน จึงต้องอาศัยคุณภาพของการรักษาของแพทย์ให้เป็นตามมาตรฐานการรักษา
ที่กำหนด คุณภาพทางการพยาบาลที่สนับสนุนให้เกิดความปลอดภัยซึ่ง QA จะเป็นตัวช่วย
และ HA ก็ช่วยให้ QA ทำได้ง่ายขึ้นในเรื่องการกำหนดเป้าหมาย ทิศทางของโรงพยาบาล
การทำงานระหว่างวิชาชีพ ซึ่งเห็นได้ว่าจะมีมาตรฐานต่างๆ อีกมากมายที่มีอยู่ในโรงพยาบาล
เช่น ต้องการให้โรงพยาบาลมีความปลอดภัยทางโครงสร้าง และผู้ปฏิบัติงานมีความปลอดภัย
จากการปฏิบัติงาน จะมีมาตรฐานเรื่องความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลของ
กรมควบคุมโรค เป็นแนวทางในการพัฒนาเป็นต้น

เช่นเดียวกับการใช้เครื่องมือต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ก่อนนำไปใช้
เราต้องศึกษาวัตถุประสงค์ เป้าหมาย หลักการ จุดเด่น ข้อจำกัดของเครื่องมือเหล่านั้นก่อนแล้ว
มาดูบริบทปัญหาของโรงพยาบาลว่าเราควรเลือกใช้เครื่องมืออะไร ซึ่งสามารถใช้เพียงบาง
ส่วน หรือผสมผสานการใช้เครื่องมือเหล่านั้นตามบริบทโรงพยาบาล หรือตามความถนัดของ
ผู้ใช้ หรือใช้เครื่องมือหลายๆ อย่างพร้อมกันก็ได้ เพื่อทำให้โรงพยาบาลบรรลุวิสัยทัศน์

พันธกิจของตนเอง

ฉะนั้นการจะพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้เกิดความเนียน เราต้องศึกษาวัตถุประสงค์ หลักการ เป้าหมายของมาตรฐานและเครื่องมือให้เข้าใจแล้วเลือกใช้ เลือกปฏิบัติให้เหมาะกับบริบท สถานการณ์ เปรียบกับการขุดดินทำสวนหย่อม บางครั้งใช้จอบ บางครั้งใช้เสียม ตามขนาดของหลุม หรือถ้าไม่มีอาจใช้แทนกันได้แต่ต้องระมัดระวังมากขึ้น หรืออาจบรรลุผลช้ากว่าการใช้เครื่องมือที่ถูกต้อง ที่จะทำให้สวนสวยงาม การพัฒนาโรงพยาบาลก็คล้ายกัน การมีแบบแปลน (มาตรฐาน) ที่ถูก ใช้เครื่องมือการพัฒนาที่เหมาะสมเราก็จะได้โรงพยาบาลที่มีคุณภาพที่มีความสุขใจ ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

ความสับสนของสารพัดมาตรฐาน

นายแพทย์วัชรพล ภูนวน รพ.อุตรดิตถ์

องค์กรที่มีการพัฒนาคุณภาพบริการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศก็ได้มีการปรับตัวตามการปรับเปลี่ยนของสังคมที่ต้องการการบริการที่ดีกว่า ความต้องการระบบบริการที่สามารถประกันคุณภาพได้จากผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การปรับระบบบริการของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชนให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ รวมทั้งแนวความคิดและมาตรฐานของการพัฒนาโรงพยาบาลคุณภาพได้มีการปรับเปลี่ยนไปด้วยและมีหลายมาตรฐาน จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บริหารและผู้นำการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต้องพร้อมในการนำสู่ปฏิบัติในองค์กร ทั้งยังต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดการพัฒนาคุณภาพแก่กันและกันภายในและภายนอกองค์กรอย่างเป็นกัลยาณมิตร

ระบบคุณภาพมีอยู่หลายระบบ เหมือนศาสนาในโลกที่มีอยู่หลายศาสนา แม้มีความแตกต่างกันในรูปแบบ สัญลักษณ์ แนวคิดหรือวิธีปฏิบัติ แต่ที่ไม่แตกต่างกันคือผลลัพธ์ที่ต่างมุ่งเน้นให้เป็นคนดี การนับถือศาสนาอะไรจึงไม่ใช่สิ่งสำคัญ แต่สำคัญที่คนที่นับถือศาสนานั้นๆ ได้เข้าใจแก่นแท้ของศาสนาหรือไม่ ทำนองเดียวกันการเลือกระบบการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลก็เช่นเดียวกัน มองแก่นแท้ให้ออกอย่าติดที่เปลือกนอกหรือรูปแบบสามารถยึดหยุ่นหรือปรับได้เพื่อความเหมาะสมกับสภาพตัวจริงของแต่ละองค์กรนั้นคือควรให้สอดคล้องกับความเป็นตัวของตัวเอง ตามบริบทของตนเองโดยทบทวนให้เห็นปัญหาที่ชัดเจนแล้วสร้างเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพที่เป็นของตนเอง

ในการพัฒนาคุณภาพต้องมีหลักคิด หลักวิชา แล้วทำความเข้าใจให้ชัดเจนก่อนจึงจะนำสู่การปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็น HA, TQA, PSO, HNQA, HPH, JCIA, ISO, PMQA หรือมาตรฐาน

อื่นๆ ล้วนสร้างขึ้นมาเพื่อให้ได้งานที่มีคุณภาพมาตรฐาน ควรสนใจผลลัพธ์ในภาพใหญ่ สนใจว่าแต่ละมาตรฐานที่ต่างกันนั้นมีการเพิ่ม value อะไรมากขึ้น ช่วยเพิ่ม value ให้กับระบบเดิมอย่างไร เช่น ระบบการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management) นั้นมีหลายมาตรฐาน ทั้งของ กพร, ของ HA และของ HNQA ทีม HR ของโรงพยาบาลต้องทำหน้าที่ในการวิเคราะห์ในแต่ละมาตรฐานว่ามีจุดร่วมและจุดต่างอย่างไร แล้วนำ value ที่ต่างกันนั้นมาเพิ่มเข้าไปให้กับระบบที่มีอยู่

แต่ละระบบก็มีจุดเด่นและจุดด้อยในตนเอง หากเราสามารถดึงเอาจุดเด่นแต่ละระบบมาประยุกต์ใช้ร่วมกันได้จะเกิดผลดีอย่างมาก แต่ต้องนำมาบูรณาการให้เข้ากันได้ การบูรณาการจึงไม่ใช่การทำทุกเรื่องให้ครบแต่เป็นการทำทุกเรื่องให้เป็นเรื่องเดียวกัน ควรส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานมีการสะสมการพัฒนาคุณภาพไว้โดยใช้หลัก 3P คือ Purpose, Process และ Performance ไว้ให้มีจำนวนมากเพื่อการนำไปสู่การตอบในแต่ละมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับที่โรงพยาบาลดำเนินการ ในแต่ละมาตรฐานสามารถสร้างความเชื่อมโยงโดยใช้แนวคิด 3C-PDCA ถือว่าเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญและจำเป็นที่ทีมงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต้องเข้าใจอย่างถ่องแท้และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการบูรณาการการพัฒนาคุณภาพ

ในการบริหารจัดการองค์กร สิ่งสำคัญคือความอยู่รอดและรุ่งเรืองขององค์กรโดยจะอยู่รอดได้ต้องมีคุณภาพ (quality) ประสิทธิภาพ (efficiency) และประหยัด (economy) สิ่งสำคัญที่ขาดไม่ได้คือการจัดการหรือการบริหาร (management) ที่จะต้องทำให้ครบวงจร ทั้งการวางแผน การจัดองค์กร ภาวะผู้นำและการควบคุมติดตามประเมินผล ผู้บริหารสูงสุดต้องเป็นผู้ที่กำหนดและตัดสินใจในการเลือกใช้มาตรฐานใดในองค์กร ผู้บริหารสูงสุดต้องสามารถทำหน้าที่สำคัญคือจัดการให้เป็นจริง (management) ทำการติดตามและประเมินผล (monitoring & evaluation) แล้วมีการพัฒนาเพิ่มคุณค่าให้กับองค์กรอย่างต่อเนื่อง

หลากหลายเส้นทาง สู่สุขภาวะ

รับฟังแนวคิดและเรื่องราวที่นำสู่เป้าหมายสุขภาวะอย่างหลากหลาย
ตั้งแต่การประเมินเทคโนโลยี

การดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ไปถึงการทำงานร่วมกับชุมชน
รวมถึงบทบาทของภาคส่วนอื่นๆ เช่น โรงเรียน

11 มีนาคม 2552	10.30-12.00 น.	A25	การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
	13.00-14.30 น.	A35	สุรา...ภัยใกล้ตัว ช่วยกันดูแล
	15.00-16.30 น.	A45	โรงพยาบาลคุณภาพกับวิถีชีวิตความพอเพียง
12 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	B15	โรงพยาบาลเปลี่ยนความคิด...ชีวิตชุมชนเปลี่ยน
	10.30-12.00 น.	B25	โรงเรียนแห่งวิถีชีวิตพอเพียง
	13.00-14.30 น.	B35	ตามรอยคุณภาพสู่ชุมชน : Hospital & Community based
	15.00-16.30 น.	B45	Seamless ในระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน
13 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	C15	ร่วมคิดร่วมสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาวะ
	10.30-12.00 น.	C25	สลายกำแพงขวางกั้นความรักของพ่อ แม่ และครอบครัว
	13.00-14.30 น.	C35	วัยทอง ไม่ใช่คานทอง... จากสถานบริการสู่ชุมชน

**A25****การประชุมเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ**

11 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 5

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
จอมขวัญ โยธาสุมทร	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

เทคโนโลยีและนโยบายนับเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตามเทคโนโลยีและนโยบายมีความหลากหลาย มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงเกือบตลอดเวลา เทคโนโลยีหรือนโยบายที่ใช้ได้ผลดีในสถานที่หนึ่งอาจไม่เหมาะสมสำหรับอีกสถานที่หนึ่ง ประกอบกับทรัพยากรในระบบสุขภาพมีจำกัดจึงต้องพิจารณาเลือกใช้เฉพาะเทคโนโลยีและนโยบายที่เหมาะสม การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึงการศึกษาผลกระทบด้านบวกและด้านลบที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีหรือนโยบายทั้งในปัจจุบันและอนาคต ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยผู้บริหารในการตัดสินใจลงทุนหรือจัดสรรทรัพยากรให้วางอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ นอกจากนี้ยังใช้ประโยชน์สำหรับการวางแผนพัฒนาทรัพยากรและบุคลากร หรือเจรจาต่อรองกับบริษัทผู้ผลิตเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น ในประเด็นของราคาหรือวิธีการบริหารจัดการ ทำให้ประชาชนในประเทศเหล่านั้นเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ในราคาที่เหมาะสมและทั่วถึง

ในทางตรงกันข้ามในสังคมที่ขาดระบบประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนก็จะสูญเสียโอกาสในการได้รับประโยชน์จากยา เทคโนโลยีหรือ/และนโยบายด้านสุขภาพอย่างทันท่วงที ซึ่งหมายถึงการสูญเสียโอกาสในการช่วยชีวิตหรือแก้ไขภาวะความเจ็บป่วยของประชาชนจำนวนมาก การมีระบบประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพที่ดีย่อมเปิดโอกาสให้ประชาชนในประเทศนั้นๆสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ชนิดใหม่ที่เพิ่งคิดค้นได้รวดเร็วขึ้นกว่าที่จะปล่อยให้ไปตามครรลองซึ่งหมายถึงต้องใช้เวลา นานกว่าเทคโนโลยีหรือนโยบายใหม่ๆ จะได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย

ใน session A25 ห้องประชุม 5 นักวิจัยจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพจะถ่ายทอดประสบการณ์ของการทำงานประเมินเทคโนโลยีและนโยบายเพื่อสนับสนุนผู้บริหารทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม ในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของผู้

ประกันตนและต่อสู้กับความไม่เสมอภาคของระบบสุขภาพ วิทยากรจะนำเสนอกรณีศึกษาของการประเมินความคุ้มค่าของยาที่มีราคาแพงเพื่อบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ การศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและจิตวิทยาที่เกิดขึ้นจากการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาหรือที่รู้จักกันในนาม CL การประเมินผลดีและผลเสียของการประชาสัมพันธ์และการตลาดของวัคซีน HPV

ในช่วงสุดท้ายของการนำเสนอ วิทยากรจะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมซักถามและอภิปรายในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการคัดเลือก/ใช้เทคโนโลยีทั้งในระดับชาติและระดับโรงพยาบาล รวมถึงแนะนำแหล่งข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ เพื่อที่ผู้เข้ารับการประชุมสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในงานประจำของตนเอง

**A35****สุรา...ภัยใกล้ตัว ช่วยกันดูแล**

11 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 5

พญ.อัจฉรา พงศ์คำ	รพ.ลำพูน
คณิงนิจ มณีวระ	รพ.ลำพูน
นพวรรณ อูปคำ	รพ.จอมทอง
พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์	รพ.สวนปรุง

การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา โรงพยาบาลลำพูน

พญ.อัจฉรา พงศ์คำ, คณิงนิจ มณีวระ รพ.ลำพูน

โรงพยาบาลลำพูนได้เริ่มมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เนื่องจากพบว่า มีการรายงานปัญหาความเสี่ยงจากผู้ป่วยที่ติดสุราเป็นจำนวนมากทั้งในเรื่องผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราไม่สามารถควบคุมตัวเอง สับสน วุ่นวาย ทำร้ายตัวเอง และเจ้าหน้าที่ สร้างความวุ่นวายในหอผู้ป่วยอย่างมาก และจากผลการสำรวจพบความชุกของการดื่มสุราในระดับผิดปกติในผู้ป่วยในชายถึงร้อยละ 51

จากปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลลำพูนจึงได้พัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา เริ่มตั้งแต่ มีการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา โดยใช้แบบคัดกรอง CAGE ในผู้ป่วยในทุกรายตั้งแต่แรกรับ มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อภาวะขาดสุรา ในผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรา จะได้รับการประเมินติดตามอาการอย่างใกล้ชิดโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจนกระทั่งสามารถควบคุมอาการขาดสุราได้ ทำให้ปัญหาความวุ่นวายหรือภาระงานในหอผู้ป่วยลดลง หลังจากนั้นผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการปรึกษาและแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ หรือหยุดดื่ม และส่งต่อเพื่อรับการบำบัดต่อเนื้อที่คลินิกสุขภาพจิตก่อนจำหน่ายและขยายเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องไปยังสถานีนอมาัย

การพัฒนาระบบบริการดังกล่าวได้มีการยืนยันประสิทธิภาพจากผลการวิจัยโดยพบว่าการให้คำปรึกษาแบบสั้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มได้ และได้มีการต่อยอดพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง 2 คำถามเกี่ยวกับการดื่มสุราเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่ติดสุรายกนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินที่พบว่าสิ้น สติและไม่มีประสิทธิภาพดี มีการพัฒนานวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วย เช่น นวัตกรรมผ้าผูกยึดผู้ป่วยเพื่อลดการบาดเจ็บ มีการบูรณาการการบำบัดเพื่อลดการดื่มสุราตั้งแต่ในหอผู้ป่วย เช่น การบำบัดรักษาผู้ติดสุราโดยใช้ Cognitive Behavior Therapy (CBT) ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย นอกจากนี้ระบบบริการดังกล่าวยังได้เชื่อมโยงกับ

โรงพยาบาลเฉพาะทางคือ โรงพยาบาลสวนปรุงซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชแม่ข่าย ทั้งในด้านวิชาการและบริการทำให้มีเกิดระบบบริการที่ต่อเนื่องประสานทั้งระบบสาธารณสุข

“สุรา.....ภัยใกล้ตัว ช่วยกันดูแล”

พญ.พินธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ รพ.สวนปรุง

จากปัญหาการดื่มสุราที่เพิ่มขึ้นอย่างมากจนก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ส่งผลให้จำนวนผู้มีปัญหาการดื่มสุราเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ทั้งจากปัญหาการดื่มสุราโดยตรง หรือจากปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่พบร่วมกับการดื่มสุรา ดังนั้น การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในปัจจุบัน จะไม่ถูกจำกัดเฉพาะสถานพยาบาลเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลจิตเวช หรือศูนย์บำบัดยาเสพติดเหมือนแต่ก่อน เนื่องจากมีผู้มีปัญหาการดื่มสุราจำนวนมากเข้ารับบริการจากระบบบริการสาธารณสุขทั่วไป ตั้งแต่ สถานีอนามัย PCU โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

ที่สำคัญ จากปัญหาการดื่มสุราดังกล่าว ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง รักษายากขึ้นรุนแรงขึ้น เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุจากการดื่มสุรา หรือผู้ป่วยอายุรกรรม โรคกระเพาะเป็นแผล โรคตับ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น จึงเป็นความจำเป็นของสถานพยาบาลสาธารณสุขทุกระดับที่จะต้องพัฒนาคุณภาพบริการให้สามารถให้บริการสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา บูรณาการร่วมไปกับการดูแลโรคฝ่ายกาย โดยเริ่มจากการสร้างความตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุราขึ้นในหน่วยงาน และเกิดความร่วมมือกันทุกฝ่าย ตั้งแต่การคัดกรองปัญหาให้คำปรึกษา เบื้องต้นให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ เฝ้าระวังความเสี่ยงในการเกิดอาการขาดสุราและติดตามปัญหาการดื่มสุราต่อเนื่อง ส่วนผู้ป่วยที่พบปัญหารุนแรงให้ส่งต่อเข้ารับการรักษาบำบัดต่อเนื่องในคลินิกสุขภาพจิต หรือหากจำเป็นให้ส่งต่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเฉพาะทางต่อไป หากสามารถพัฒนาระบบบริการได้ดังกล่าวแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยไม่ถูกแยกส่วนในการรักษา เกิดความต่อเนื่อง ไร้รอยต่อในการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราในโรงพยาบาลชุมชน

นพวรรณ อุปคำ รพ.จอมทอง

ผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนมีทั้งกลุ่มที่มาด้วยปัญหาการดื่มสุราโดยตรงและกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพกายและมีปัญหาการดื่มสุราด้วย โดยมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพจำกัด ไม่มีหอผู้ป่วยเฉพาะ

ขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญ ดังนั้นโรงพยาบาลจอมทองจึงได้พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราขึ้น โดยมีเป้าหมายในการจัดบริการที่ครอบคลุมบูรณาการเข้ากับบริการทั่วไป เชื่อมโยงการดูแลเป็นลักษณะเครือข่ายบริการโดยระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลตติยภูมิ โรงพยาบาลทุติยภูมิ และสถานบริการระดับปฐมภูมิ และให้บริการต่อเนื่องถึงบ้านและชุมชน โรงพยาบาลได้มีการจัดตั้งคลินิกอดสุรา เพื่อดูแลผู้ป่วยติดสุราให้มีทักษะในการแก้ไขปัญหา โดยไม่พึ่งสุรา ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการติ่มสุรา สามารถเลิกติ่ม และไม่กลับไปติ่มซ้ำ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข มีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ติดสุราโดยรูปแบบการจัดการรายกรณี มีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดสุรา โดยประยุกต์โปรแกรมการบำบัดสุราให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต มีการฟื้นฟูผู้ติดสุราโดยกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self help group)

นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลยังได้นำองค์การศาสนามาเป็นเครือข่ายในการฟื้นฟูสภาพผู้ติดสุรา โดยการประสานงานกับผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล จัดตั้งศูนย์บำบัดฟื้นฟูผู้ติดสุราและยาเสพติดที่สำนักสงฆ์ถ้ำดอง เพื่อเป็นแหล่งรองรับผู้ติดสุราที่มีปัญหาเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม ขาดผู้ดูแล มีการจัดระบบการประเมิน การดูแล การจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด การส่งเสริมทักษะในการดำเนินชีวิต การฝึกอาชีพ หางานทำ และใช้หลักศาสนาในการปฏิบัติและอบรมจิตใจให้กับผู้ที่เข้ารับการบำบัดอีกด้วย

การดูแลผู้ติดสุราในชุมชนอำเภอจอมทอง เป็นบริการสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพที่ไร้รอยต่อระหว่างสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายสมาชิกผู้เลิกสุราและครอบครัว รวมทั้งเป็นการผสมผสานการดูแลทั้งด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณที่ครอบคลุม



11 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 5

นพ.อภิสิทธิ์ อ่างวรารุง	รพ.อุบลรัตน์
ชญาณิศ บุตรดี	รพ.อุบลรัตน์
ปานิต หนูพวก	ผู้แทนชุมชน
นพ.กิตติศักดิ์ เกษตรสินสมบัติ	รพ.บัว

โรงพยาบาลคุณภาพกับวิถีชีวิตความพอเพียง

ชญาณิศ บุตรดี รพ.อุบลรัตน์

บทบาทสำคัญของโรงพยาบาลชุมชน นอกจากงานรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และส่งต่อได้อย่างเหมาะสม เมื่อเกินขีดความสามารถ ยังต้องเน้นหนักการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพทั้งสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งกาย ใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งวิธีการดำเนินชีวิตปัจจุบันของคนชนบทได้เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสสังคม เกิดปัญหาหลายด้าน ทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจ รายจ่ายมากกว่ารายได้ หนี้สินเพิ่มขึ้น ด้านสิ่งแวดล้อมเกิดปัญหาภัยแล้ง-ประกอบอาชีพเกษตรกรรมไม่ได้ ว่างแรงงานต้องอพยพแรงงานเข้าไปรับจ้างในเมืองใหญ่ ทำให้เกิดปัญหาครอบครัวตามมา เด็ก/คนแก่ขาดผู้ดูแลและขาดความอบอุ่นในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาทางด้านสังคมตามมา ไม่ว่าจะเป็นปัญหายาเสพติด ปัญหาทะเลาะวิวาทในกลุ่มเยาวชน ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งหมดส่งผลต่อภาวะสุขภาพ

จากประสบการณ์การทำงานสุขภาพชุมชนที่ผ่านมาร่วม 20 ปี เมื่อมีโอกาสเข้าไปศึกษาชุมชนโดยใช้กระบวนการวิเคราะห์ปัญหาชุมชน พบว่า ปัญหา 5 อันดับแรกของชุมชนจะเป็นปัญหาเกี่ยวกับการดำรงชีพ ซึ่งไม่มีปัญหาด้านสุขภาพติดอันดับเลย ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ ปัญหาหนี้สิน ขาดน้ำทำการเกษตร ดินเสื่อมสภาพ ราคาผลผลิตการเกษตรตกต่ำ อพยพแรงงาน เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้เมื่อวิเคราะห์เชื่อมโยงก็พบว่า มีผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนั้นถ้าจะทำงานส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ และเมื่อเจ็บป่วยก็สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง จำเป็นต้องทำงานให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชนเพราะถ้าแก้ปัญหาเหล่านั้นได้ก็จะส่งผลต่อสุขภาพได้ในที่สุด โดยใช้แนวคิดของอาจารย์ประเวศ วะสี เรื่อง การสร้างชุมชนเข้มแข็ง เหมือนการก่อเจดีย์ถ้าฐานรากแข็งแรงก็จะต่อยอดเจดีย์ขึ้นได้อย่างมั่นคง เปรียบเสมือนการพัฒนาที่ยั่งยืน

ต้องเริ่มจากครอบครัว - ชุมชนก่อน ซึ่งเป็นฐานรากสำคัญ ถ้าคนมีคุณภาพชีวิตดี ครอบครัว
กินอิ่มนอนอุ่น ชุมชนอยู่เย็นเป็นสุข ก็เกิดสุขภาวะในที่สุด

ตัวอย่างชุมชนที่ผ่านกระบวนการสร้างชุมชนเข้มแข็ง โดยใช้แนวคิดของอาจารย์
ประเวศ วะสี และหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
ในชุมชน เกิดชุมชนเข้มแข็ง พึ่งตนเอง และพึ่งพากันเองได้ หลายหมู่บ้านในอำเภออุบล
รัตน์ บ้านพระพุทธรบาท หมู่ 6 ตำบลนาคำ เป็นหมู่บ้านหนึ่งผ่านกระบวนการสร้างชุมชน
เข้มแข็ง จนทุกวันนี้สามารถแก้ปัญหาในชุมชนได้มีแหล่งอาหารอุดมสมบูรณ์ สด สะอาด
ปราศจากสารพิษ ระบายลดลง ปลอดภัยได้ เงินออมเพิ่มขึ้น เกิดแหล่งเงินทุนในชุมชน ครอบครัว
อบอุ่น สิ่งแวดล้อมอุดมสมบูรณ์ กลายเป็นแหล่งการเรียนรู้ มีศูนย์เรียนรู้สำหรับถ่ายทอด
ประสบการณ์การทำงานให้กับชุมชนอื่น ซึ่ง แม่นิด หนูพวก จะเป็นผู้เล่าสภาพปัญหา และ
กระบวนการเรียนรู้จนสามารถแก้ไขปัญหาครอบครัว - ชุมชนได้สำเร็จระดับหนึ่ง

กระบวนการพัฒนา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้สู่ปฏิบัติการแก้ไขปัญหา ใช้หลักอริยะสี่ได้แก่

- 1) ทุขย์ : ค้นหาปัญหาและความต้องการ
- 2) สมุทัย : วิเคราะห์สาเหตุปัจจัยของปัญหา
- 3) นิโรธ : แสวงหาทางเลือก และ หนทางดับทุกข์ (ภาพฝัน = การกำหนดเป้าหมาย)
- 4) มรรค : เลือกวิธีการแก้ปัญหา และวางแผนปฏิบัติการ

กระบวนการเรียนรู้

- 1) กระบวนการคิดวิเคราะห์ เพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา โดย
การ
 - ทบทวนตนเอง ค้นหาปัญหา
 - วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา
 - เชื่อมโยงปัญหาและสาเหตุ โดยใช้ “ทฤษฎีต้นไม้”
- 2) กระบวนการศึกษาดูงาน เพื่อแสวงหาทางเลือกและแนวทางแก้ปัญหา โดยใช้การ
เรียนรู้จากผู้ที่เคยประสบปัญหาที่คล้ายๆ กันมาก่อนและสามารถแก้ไขปัญหาได้
วิธีการ - เลือกสถานที่ดูงานให้สอดคล้องกับปัญหา
 - เตรียมความคิดก่อนไปศึกษาดูงาน
 - ฟังจากเรื่องเล่า และดูจากของจริง โดยให้เห็นภาพปัญหาในอดีตที่ผ่านมา
จุดเปลี่ยนและสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แนวคิดหรือหลักการที่ใช้
แก้ไขปัญหา และผลลัพธ์หรือผลสำเร็จที่เกิดขึ้น

3) กระบวนการสรุปบทเรียนจากการศึกษาดูงาน เพื่อประมวลสิ่งที่ได้เรียนรู้ วิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน และการนำมาปรับประยุกต์ใช้กับตนเอง

4) กระบวนการเชื่อมโยง เพื่อวางแผนปฏิบัติการ

เชื่อมโยง : ปัญหา – สาเหตุ – บทเรียนที่ได้จากการศึกษาดูงาน – แนวทางแก้ปัญหา

ตัดสินใจ : ทางเลือก – ทางรอด – ทางออก – หนทางดับทุกข์

วางแผนปฏิบัติการ : ภายใต้อำนาจของตนเอง / เศรษฐกิจพอเพียง ตามศักยภาพตัวเอง

การดำเนินกิจกรรม มี 2 รูปแบบ คือ

- 1) อบรมหลักสูตร วปอ. ภาคประชาชน (3 วัน) เพื่อปรับกระบวนการคิดจากพึ่งเงินพึ่งตลาดเป็นพึ่งตนเอง
- 2) ดำเนินการในหมู่บ้าน โดยมี เจ้าหน้าที่ประจำบ้าน เข้าไปติดตามต่อเนื่องในหมู่บ้าน สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ตามโครงการไถ่บ้านไถ่ใจ

หลักการทํางาน

1. เอาปัญหาสุขภาพในชุมชนเป็นตัวตั้ง
2. เห็นและใช้ทรัพยากรของชุมชนเป็นหลัก
3. ใช้ภารกิจของผู้เกี่ยวข้องเป็นตัวนำ
4. สร้างกระบวนการเรียนรู้ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง
5. ใช้การเรียนรู้ “แบบคนต่อคน” จากชุดความรู้ 2 ส่วน คือ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และความรู้ด้านวิชาการ

หัวใจสำคัญ

- เข้าใจ ชุมชน เข้าใจมิติทางสังคม
- ใส่ใจ ในความทุกข์และความเป็นมนุษย์
- ใกล้ชิด กับชุมชน เป็นกันเอง เหมือนญาติพี่น้อง และสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง
- ชื่นชมยินดี ในความสำเร็จของชุมชน และให้กำลังใจ
- ภาคภูมิใจ ในคุณค่าของงานทั้งผู้ให้และผู้รับ

**B15****โรงพยาบาลเปลี่ยนความคิด...ชีวิตชุมชนเปลี่ยน**

12 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 5

กรรยาทัศน์ ตั้งหวัง

ผู้แทนศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิต อ.ละงู

นพ.ปิโตร วณิชชานนท์

รพ.ละงู

คมกริช ฤทธิบุรี

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประทาย

ลำพอง พิลาสมบัติ

ชมรมผู้ป่วยเบาหวาน อ.ประทาย

นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล รพ.ประทาย

**B25****โรงเรียนแห่งวิถีชีวิตพอเพียง**

12 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 5

ครูชะบา อ่อนนาค

ร.ร.ชลบุรี สุขบท

ธีระวัฒน์ สิงหนุต

ร.ร.ชำหม้อพิทยาคม จ.ระยอง

นพ.วราวุธ สุรพฤกษ์

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



12 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 5

นพ.กนก พิพัฒน์เวช	รพ.อุตรดิตถ์
นพ.นิพัทธ์ กิตติमानนท์	รพ.พุทธชินราช
อนุชา ขุนเมือง	รพ.จิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์
ทัศนีย์ สุมาภรณ์	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

จากมาตรฐานฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ซึ่งได้บูรณาการเชื่อมต่อประสานกันอย่างเป็นระบบระหว่างกระบวนการดูแลรักษาในโรงพยาบาล / เครือข่ายบริการและชุมชน โดยใช้ข้อมูลจากทั้ง 2 ฐานเป็นตัวตั้งต้น ปรับเข้าหากันและจากคำถามในประเด็นดังกล่าว session นี้ จึงขอนำเสนอตัวอย่างการเชื่อมต่อระบบ การตามรอยระบบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลได้ทำกันมาอย่างเข้มข้น เพื่อลดความเสี่ยงทางคลินิกก้าวไปสู่ร่องนอกของโรงพยาบาลบนฐานแห่งการเรียนรู้ อย่างไรก็ตามเป็นจุดเชื่อมต่อที่มีความลงตัว

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดย นพ.นิพัทธ์ กิตติमानนท์ ได้เล่าให้ฟังว่าเมื่อพูดถึงระบบสุขภาพ คนส่วนใหญ่มักจะนึกถึงการดูแลรักษาในโรงพยาบาลโดยแพทย์ พยาบาล แต่ในความเป็นจริงแล้วยังมีองค์ประกอบอื่นๆ ของระบบสุขภาพที่เกื้อหนุนดูแลมนุษย์ในทุกมิติทั้งกาย ใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อนำไปสู่สุขภาวะแห่งชีวิต ดังนั้นจึงกล่าวว่างค์ประกอบระบบสุขภาพที่สำคัญประกอบด้วย 3 ส่วนหลักคือ ระบบโรงพยาบาล (hospital care) ระบบบริการปฐม (primary care) ระบบดูแลในชุมชน (self & community care)

องค์ประกอบทั้ง 3 จะต้องผสมผสานกันอย่างกลมกลืนในสัดส่วนที่เหมาะสมและเกื้อหนุนต่อกัน เครือข่ายสุขภาพพุทธชินราช ได้ผสมผสานองค์ประกอบดังกล่าวให้เกิดการทำงานที่กลมกลืน ปรับทัศนคติ บทบาทในการทำงานร่วมกันของบุคลากรทุกฝ่าย แผนการสนับสนุนการจัดระบบข้อมูลเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิที่ง่ายต่อการเข้าถึง รวมทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนเพื่อเหนี่ยวนำ โน้มน้าวให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนในทุกช่วงวัยของวงจรชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ที่ยังคงดำรงไว้ในความเป็นมนุษย์

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โดย นพ.กนก พิพัฒน์เวช ซึ่งได้เปลี่ยนมุมมองของการรักษาโรค COPD จากการเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาตามอาการมาสู่การดูแลรักษาแบบองค์รวม เชื่อมประสานทั้งที่โรงพยาบาล บ้านและชุมชนเพื่อการดูแลตนเอง สร้างเสริมสุขภาพ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดอาการกำเริบ ลดการใช้ทรัพยากร และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โดยเริ่มการทำงานจากการทบทวนระบบเดิม ตามรอยโรคและผู้ป่วย เดินตามออกไปนอกโรงพยาบาล วางระบบใหม่ที่มีองค์ความรู้ทางวิชาการ ลดปัญหาเดิม จัดโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย กลุ่มดังกล่าวให้ครอบคลุมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

โปรแกรมที่ใช้ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค การแนะนำการหยุดสูบบุหรี่ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด รวมถึงการฝึกทักษะวิธีการพญาที่ถูกต้อง ที่ห้องฉุกเฉิน ที่แผนกผู้ป่วยนอก รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องจนถึงการดูแลเมื่อรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน ร่วมกับการประเมินในการใช้ออกซิเจนระยะยาวที่บ้าน เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยกับสถานเอนามัยในการดูแลที่ชุมชนใกล้บ้าน มุ่งเน้นความตระหนักในการดูแลตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถทำตามโปรแกรมได้เอง และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคนอื่นทำตามได้ รวมทั้งเผยแพร่แนวทางการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ครอบคลุมเป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด พบว่าการบูรณาการโดยใช้โปรแกรมการรักษาอย่างครอบคลุม และลดรอยต่อจะเป็นส่วนสำคัญที่ส่งเสริมให้ผลการรักษาบรรลุผลสัมฤทธิ์ ชุมชนมีความเข้าใจในความเป็นไปของโรค ให้ความสำคัญของกิจกรรมสุขภาพ และเริ่มปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่ร่วมกัน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากเรื่องเล่า... การฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยคุณอนุชา ขุนเมือง โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เมื่อต้องเขียนโครงการเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ส่งให้กับ รพ.ศรีธัญญา “ผมยังนึกไม่ออกว่าผมจะทำโครงการอะไร เพราะผมก็เคยทำแต่โครงการ การอบรม สัมมนา ให้ความรู้ แต่โครงการฟื้นฟูคนไข้จิตเวชในชุมชนไม่รู้จะอย่างไร แต่ผมเกิดข้อสงสัยว่า เราใช้โน้สิ่งที่เขาเป็นอยู่ สิ่งที่ชุมชนและครอบครัวคนไข้จิตเวชมีอยู่นั้นคือการทำเกษตรของเขาที่ทำกันอยู่แล้วมาใช้ให้เป็นประโยชน์ จึงเกิดเป็นโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางจิตแบบครบวงจร บนพื้นฐานความพอเพียง ภายใต้บริบทของท้องถิ่น มีครอบครัวคนไข้ ทั้งหมด 10 ครอบครัว ตั้งเป้าหมายไว้แค่เพียงต้องการฝึกให้คนไข้ทำงานช่วยเหลือครอบครัว เพื่อให้คนไข้รู้สึกมีคุณค่าต่อครอบครัว ชุมชนยอมรับคนไข้และครอบครัว ชุมชนและคนไข้อยู่ร่วมกันได้ตามอัธยาศัย

โครงการได้เริ่มดำเนินการ ครอบครัวได้เลือกอาชีพ เลี้ยงไก่ 4 ครอบครัว เลี้ยงปลา ดูกในบ่อซีเมนต์ 2 ครอบครัว ปลูกผักสวนครัวเลี้ยงปลาตูกในบ่อซีเมนต์ 1 ครอบครัว ปลูกข้าวโพด 1 ไร่ 1 ครอบครัว เลี้ยงปลานิลในบ่อดิน 2 ครอบครัว ได้ที่ดูงานซึ่งเป็นของชาวบ้านที่เขาทำอาชีพเสริมสำเร็จ แต่ละครอบครัวได้กลับมาประกอบอาชีพ ชุมชนมาเพื่อช่วยรื้อบ่อ การทำกิจกรรมร่วมกันเป็นสิ่งที่เห็นแล้วน่าปลื้มใจมาก ๆ เพราะเป็นการลงแขก

ทุกคนช่วยกันด้วยความเต็มใจช่วยกันตักน้ำออกจากบ่อ ช่วยกันตักซีโคลน ช่วยกันตัดวัชพืชที่ไม่ต้องการออก และทุกคนร่วมรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน โดยการนำปลาจากบ่อมาทำเป็นอาหาร ทั้งพี่เลี้ยงและคนไข้ก็สนุกสนานกันมาก

ผมเพิ่งสังเกตเห็นว่า คนไข้เมื่อมาอยู่รวมกันก็จะแสดงออกถึงความสามารถของเขาในแต่ละอย่าง ผมเห็นอะไรดี ๆ ในคนไข้ที่ถูกเก็บซ่อนไว้จากการเจ็บป่วย เมื่อทุกคนเริ่มทำอาชีพโดยที่มีพ่อแม่ ญาติพี่น้อง เป็นผู้ฝึกสอน และมีพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาล จากสถานีนอนามัย คอยติดตามดูแลช่วยเหลือเป็นระยะ ๆ หลายครอบครัวเริ่มเห็นผลผลิต ปลาตุ๋นที่เลี้ยงไว้ในบ่อซีเมนต์เริ่มโตและจับมาเป็นอาหารได้ ไก่ในเล้าก็เริ่มออกไข่ให้เห็น ผักที่ปลูกไว้เริ่มเก็บมาขายและทำอาหารในครัวเรือนได้ ข้าวโพดที่ปลูกก็เริ่มเก็บเกี่ยวมีพ่อค้ามาตามซื้อถึงไร่นาคนไข้และครอบครัวมีรอยยิ้มจากผลผลิตที่ได้

เวลาผ่านไป วันที่ไปดูงาน วันที่ไปลงแขกลงแรงช่วยเพื่อน ต่างคนก็ได้เก็บเกี่ยวผลผลิตจากน้ำพักน้ำแรงของตนเอง จากการติดตามเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอของพี่เลี้ยง เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ครอบครัวและชุมชนมองเห็นศักยภาพของตัวคนไข้ เริ่มพูดคุย และชักชวนไปร่วมงานในชุมชนบ่อยขึ้น ก่อนเข้าโครงการก็มีการพูดคุยกันว่าจะไปรอดหรือเปล่า เพราะว่าคนไข้รายนี้เป็นคนไข้เก่าของโรงพยาบาลศรีรัชญา และพอมารักษาตัวต่อที่ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วฯ ก็ยังมีอาการกำเริบบ่อยจนต้องนอนรักษาตัวหลายครั้ง

ในวันนี้ **เขาทำได้และเขาก็ทำได้สำเร็จ** ได้ทดลองใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของกรมสุขภาพจิต พบว่าคนไข้ที่เข้าร่วมโครงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากทุกคน และนำไปประเมินคนไข้ที่ไม่ได้รับการฟื้นฟู แต่ได้รับการเตรียมความพร้อม ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ พบว่าคนไข้กลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง ๆ เท่านั้น โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสังคม ก็พอแสดงให้เห็นว่าการที่คนไข้ได้มีกิจกรรมทำบ่อย ๆ ร่วมกับครอบครัว ชุมชน เป็นการส่งเสริมให้คนไข้มีสภาพชีวิตที่เป็นสุขมากขึ้น

จาก 3 ตัวอย่างข้างต้น พอจะพูดได้ว่า “ระบบคุณภาพไร้รอยต่อในนิยามของผู้ป่วยและครอบครัว”

**B45****Seamless ในระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน**

12 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 5

รุ่งนภา สู้หนู

จิรวรรณ พิงสกุล

สุวรรณา เมืองพระฝาง

นพ.เกษม เวชสุทธานนท์

สอ.โนนสงวน จ.หนองบัวลำภู

สสจ.สมุทรปราการ

สอ.นาบัว จ.พิษณุโลก

สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน



พนม จอมอินตา	สสจ. ลำปาง
ทพญ.สุจิตตรา วนาภิรมย์	สสจ.แพร่
พญ.นันทา อ่วมกุล	กรมอนามัย

นานาประเทศมีความเห็นร่วมกันว่านโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการมีสุขภาพดีและหรือสุขภาพะของประชาชน ดังปรากฏในกฎบัตรออกดตาวาและกฎบัตรกรุงเทพฯ

นโยบายที่ดีย่อมต้องพัฒนามาจากข้อมูลข้อเท็จจริงด้านสุขภาพที่มีการรวบรวม วิเคราะห์ และศึกษาสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีมุมมองเชิงระบบ ประกอบกับองค์ความรู้ในวิธีการที่จะนำไปสู่สภาวะที่ดีกว่าเดิม เป็นนโยบายที่ร่วมกันกำหนดขึ้นโดยตัวแทนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยมีเป้าหมายร่วมที่จะสร้างสรรค์สังคมและความเป็นอยู่โดยรวมที่ดีขึ้น นโยบายที่ประกอบด้วยองค์ประกอบข้างต้นย่อมจะได้รับการยอมรับและขับเคลื่อนไปสู่ความสำเร็จได้ราบรื่นและยั่งยืนกว่านโยบายที่ถูกกำหนดขึ้นโดยขาดองค์ประกอบเหล่านี้ ประเด็นสำคัญคือ วิธีการอะไรเล่าที่จะทำให้สำเร็จได้ การเรียนรู้ประสบการณ์จากสองพื้นที่ในภาคเหนือ คือ แพร่และลำปาง ที่แสดงแนวทาง ขั้นตอนและวิธีการอย่างเป็นทางการจะเป็นรูปธรรมจะช่วยให้พื้นที่อื่นๆ สามารถนำไปปรับใช้

แพร่ กับนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ

ริเริ่มจากรากหญ้า.....สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

บทเรียนการทำงานของจังหวัดแพร่ เริ่มทำจากระดับพื้นที่ก่อนปีละประมาณ 10 โรงเรียน โดยเน้นให้นโยบายปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง นโยบายที่เป็นการสั่งการจาก สพฐ. เป็นเพียงส่วนหนึ่งที่ช่วยเอื้อให้การทำงานง่ายขึ้นเท่านั้น สิ่งสำคัญคือกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อเสริมพลังการทำงานของทีมแกนนำ และการจัดการความรู้จากการปฏิบัติที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการนำไปเป็นข้อมูลความรู้ทางวิชาการในการทำงานของพื้นที่อื่น และยังใช้เป็นข้อมูลในการขับเคลื่อนนโยบายนี้ให้เป็นนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพของจังหวัด ในเวทีสมัชชาสุขภาพของจังหวัด เพราะสามารถทำได้จริงและมีประโยชน์กับ

ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ขณะนี้สามารถผลักดันนโยบายโรงเรียน/ศูนย์เด็ก ปลอดภัยไร้แอลกอฮอล์ บุหรี่ ยาเสพติด ขนบ ครอบงำให้เป็นนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพของจังหวัดแพร่ได้แล้ว โดยมีหน่วยงานระดับ จังหวัดร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สพท. แพร่เขต 1, 2 และท้องถิ่นจังหวัดแพร่ อีกทั้งยังมีการขยายประเด็นสุขภาพด้านอื่น โดยขับเคลื่อนไปพร้อมกันด้วย ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ เป็นการขยายเครือข่ายการทำงานร่วมกับองค์กรภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือพหุภาคี

ล่ำปาง กับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและมาตรการโครงการคนไทยไร้พุง

เครือข่ายคนล่ำปางอิมกาย อุ่นใจ ไร้พุง ขับเคลื่อน มาตรการทางสังคมและนโยบาย สาธารณะ เช่น นโยบายเมืองออกกำลังกายและนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย นโยบายป้ายอาหารแสดงพลังงานในองค์กร ร้านอาหาร สถานศึกษา นโยบายโรงเรียนปลอดภัย ไร้แอลกอฮอล์ นโยบายบริโภคอาหารพื้นเมือง บริโภคปลา นโยบายปลูกและจำหน่ายผักปลอด สารพิษ และนโยบาย Healthy meeting ในองค์กร เป็นต้น

คำตอบอยู่ที่ หมู่บ้าน ชุมชน และองค์กร ใช้หลักการทำงานว่า “เหตุเกิดที่ไหน แก้ที่ นั้น” ด้วยการ “จุดประกาย ขยายความคิด ดิจิตาวิซทางปัญญา” ทำปัญหาโรคอ้วนลงพุงให้เป็น ปัญหาสาธารณะ เปิดเวทีชาวบ้าน บุคลากรในองค์กรทุกคนต้องร่วมด้วยช่วยกัน “การทำงาน ไม่มีสูตรสำเร็จ” เน้นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหมู่บ้าน-ชุมชน-สถานศึกษา ให้ แต่ละที่เป็นเจ้าภาพ ส่งเสริมการสร้างเครือข่าย ทำงานแบบมีจุดหมาย ไม่ทำงานแบบหันท้าย หู (ปกปิดข้อมูลหรือมองข้ามปัญหา) ผักชีโรยหน้า ตำน้าพริกละลายแม่น้ำ (ได้ผลงานน้อย แต่ใช้งบประมาณมาก)



13 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 5

นพ.วิสุทธ์ พัฒนาการณ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่
นงศ์เยาว์ แสงคำ	ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่
ประสมพร วชิรต์นากรกุล	รพ.ลำปาง
พญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย	ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

กฎเกณฑ์ ระเบียบปฏิบัติเดิมๆ บางอย่างของโรงพยาบาล รวมทั้งความเชื่อเดิมๆ ของสังคม ที่กีดกัน “ผู้ชาย” กำหนดให้การตั้งครรภ์ การคลอดและการเลี้ยงลูกเป็นหน้าที่ของ “ผู้หญิง” เป็นอุปสรรคที่ทำให้สามีหรือพ่อไม่ได้มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาและลูก ตั้งแต่ลูกอยู่ในครรภ์ ขณะคลอดหรือเลี้ยงลูกเต็มศักยภาพ เสียโอกาสของการสร้างความรัก ความผูกพันซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของชีวิตใหม่ที่เกิดมาและความเป็นครอบครัวอบอุ่นมั่นคง

“ขณะรอภรรยาฟื้นนั้น พยาบาลได้นำลูกมาให้เราอดไว้กับอก ปลื้มมาก วินาทีนี้วินาทีเดียวสามารถทำให้เราเข้าใจถึงความรักของพ่อและแม่ที่ทำให้เรามาตลอด 30 ปี ได้อย่างกระจ่างแจ้ง... ต้องขอบคุณโรงพยาบาลแม่และเด็ก (ชื่อเดิมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่) คุณหมอและพยาบาลทุกท่าน ที่ทำให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ว่า ความรักของพ่อ แม่ และครอบครัว เป็นอย่างไร...”

ภาสกร ขาลสุวรรณ
(คุณพ่อที่ได้กอดลูกไว้แนบอกรับเนื้อแนบเนื้อ / Kangaroo Care
ขณะรอภรรยาฟื้นจากผ่าตัดคลอด)

“...ตอนที่เห็นหน้าลูกตอนคลอด รู้สึกดีใจ ตื้นตันใจ ความรู้สึกตอนนั้นบอกไม่ถูกครับ อยากร้องไห้เลยครับ รู้สึกผูกพันกับภรรยาและลูกมากที่สุด ดีใจที่ทางโรงพยาบาลมีโครงการเฝ้าคลอดเป็นโครงการที่ดีมากๆ ทำให้เกิดความผูกพันในครอบครัว มีความรู้สึกเหมือนเราทำอะไรตั้งแต่ต้นจนถึงจบกระบวนการเลย...”

ประสิทธิ์ มานพ
(คุณพ่อที่เข้าร่วมโครงการเฝ้าคลอด)

ความประทับใจของคุณพ่อ 2 ท่าน ช่างต้น และอีกหลายๆ ท่านที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่และที่โรงพยาบาลลำปาง เป็นตัวอย่างของครอบครัวที่ได้รับบริการจากโรงพยาบาลที่ต่างไปจากเดิม ความร่วมมือระหว่างงานฝากครรภ์ งานคลอด งานหลังคลอด และงานในชุมชน ที่สร้างเสริมเติมแต่ง ต่อยอดกันและกัน ได้พลิกผันให้คุณพ่อมีบทบาทสำคัญในการคลายความวิตกกังวล ความกังวลใจ ความกลัว ความเครียด ของคุณแม่ระหว่างการตั้ง ครรภ์และคลอดซึ่งมีผลต่อลูกได้เช่นกัน มาเป็นความเข้าใจ ความรักและผูกพันต่อกัน นวัตกรรมในการสลายกำแพงขวางกั้นบทบาทคุณพ่อ สลายกำแพงขวางกั้นโอกาสทองของครอบครัว สำเร็จได้เพราะการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการคิดและการทำงาน



13 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 5

นพ.ไกรสร วิวัฒน์พัฒนกุล

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

ทวีพงษ์ คุณพิริยะทวี

สถานีอนามัยอ้อมโรงหีบ จ.สมุทรสาคร

นพ.ชิน เตชามหาชัย

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ช่วงอายุ 40-60 ปีเป็นวัยที่แต่ละคนมีภูมิรู้ ทักษะและประสบการณ์ชีวิต กำลังอยู่ในวัยกล้าแกร่งในอาชีพการงานไม่ว่าจะประกอบอาชีพใดๆ ทั้งในเมืองหรือในชนบท เป็นวัยทองของชีวิต แต่ก็ยังเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศ ซึ่งมีผลต่อการทำงานหลายระบบของร่างกาย ทำให้มีอาการและความไม่สุขสบายที่กระทบต่อชีวิตส่วนตัว ชีวิตในสังคมและชีวิตการงาน บางคนทำงานทำการไม่ได้ บางคนยังเข้าใจว่าตนเองเป็นโรคจิต โรคประสาท เหตุการณ์เหล่านี้จะไม่เกิดขึ้นหรือบรรเทาเบาบางลงได้ สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขและสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ ถ้าเพียงคนวัยนี้เข้าถึงแหล่งความรู้และบริการ มีความรู้และความเข้าใจเหตุปัจจัย ปฏิบัติตัวถูกต้องเหมาะสม

คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ได้นำนโยบายสู่การปฏิบัติ เรียนรู้ความต้องการของคนวัยทอง นำความรู้จากตำราและผู้เชี่ยวชาญมาประยุกต์ใช้ โดย ไม่เพียง ดาตุ หูฟัง ตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ และใช้ความรู้เชิงชีวการแพทย์เท่านั้น แต่ด้วยหัวใจปรารถนาดี ใส่ใจดูแลแบบองค์รวมเน้นการส่งเสริมสุขภาพ เสริมพลัง ให้คนวัยทองบริหารจัดการ บริหารกายและบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับวัย ลดป่วย ลดโรค

สถานีอนามัยอ้อมโรงหีบ จังหวัดสมุทรสาคร มองว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นความท้าทาย มองว่าลูกค้าคนสำคัญคือ คนในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่ม อบต. ผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ใช้ความรู้ที่มีไปสื่อสาร ใช้ความกล้าและความคุ้นเคยกับคนในชุมชนที่รับผิดชอบเป็นเครื่องมือในการทำงาน จนสร้างการยอมรับจากคนในชุมชนที่หันมาใส่ใจในเรื่องสุขภาพของตนเอง ร่วมรับผิดชอบงบประมาณและกำลังแรงงาน ความสำเร็จมาจากการมีความเชื่อมั่นว่าคนในชุมชนเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพที่เราให้ข้อมูลข้อเท็จจริงและความรู้แล้วจะสามารถผลักดันกิจกรรมโครงการต่างๆ แม้แต่เรื่องที่ถูกมองข้ามไปของผู้ชาย คือ วัยทอง ได้

Research & Quality

รับฟังแนวคิดและเรื่องราวเกี่ยวกับการทำงานวิจัยในงานประจำ การวิจัยแบบหลายสถาบันร่วมกัน
 ความเชื่อมโยงระหว่าง R2R กับงานวิจัยสหสถาบัน
 และนวัตกรรมที่จะช่วยจัดการข้อมูลจำนวนมากอย่างง่ายดาย

11 มีนาคม 2552	10.30-12.00 น.	A26	R2R: วิจัย เรียนรู้ สู่วิปฏิบัติ
	13.00-14.30 น.	A36	R2R: แก้ปัญหา พัฒนาระบบการจ่ายยา
	15.00-16.30 น.	A46	สร้างเสริมสุขภาพจากงานวิจัยสู่งานประจำ
12 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	B16	R2R: ลดแออัด ประหยัดเวลา เพิ่มคุณภาพงานประจำ
	10.30-12.00 น.	B26	R2R: พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
	13.00-14.30 น.	B36	บนเส้นทางสู่ความสำเร็จ มีใครบ้างที่คอยยืนเคียงข้าง
	15.00-16.30 น.	B46	ความเชื่อมโยงในการสร้างงานวิจัย R2R กับงานวิจัยแบบหลายสถาบัน
13 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	C16	นวัตกรรมที่ช่วยให้ท่านไม่ต้องปวดหัวกับข้อมูลงานวิจัยอีกต่อไป
	10.30-12.00 น.	C26	งาน Patient Safety Survey และ Satisfaction Survey ด้วยระบบบริหารจัดการงานวิจัยออนไลน์
	13.00-14.30 น.	C36	ทำอย่างไรนวัตกรรมนี้จึงจะอยู่ในมือของท่าน

**A26****R2R: วิจัย เรียนรู้ สู่ปฏิบัติ**

11 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 6

ศ.คลินิก นพ.ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
นพ.อัศวินทร์ นิมมานนิตย์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศศลักษณ์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

R2R: วิจัย เรียนรู้ สู่ปฏิบัติ

นพ.อัศวินทร์ นิมมานนิตย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ในการบริการใดๆ ก็ตาม หากผู้รับบริการสามารถเลือกได้ สิ่งที่ได้รับบริการค่านึงถึงเป็นอันดับต้นๆ ก็คือ “คุณภาพ” โดยเฉพาะการบริการด้านสุขภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและชีวิต คงไม่มีใครใฝ่ปฏิบัติเสาะได้ว่าต้องการให้ตนเองหรือบุคคลอันเป็นที่รักได้รับการบริการที่ดี ทันสมัย และเหมาะสมกับความเจ็บป่วยที่สุด ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพต้องคำนึงถึงคุณภาพของงานที่ให้บริการซึ่งมีอยู่หลายมิติ เช่น การบริการและสถานบริการนั้นเป็นที่ยอมรับ (acceptability) ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการได้สะดวก มีบริการให้ในเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม (accessibility) ถูกต้องตามหลักวิชาการ (appropriateness) มีหลักฐานว่าได้ผลลัพธ์ที่ดี (effectiveness) และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า (efficiency) ปลอดภัย (safety) และมีเคารพในสิทธิผู้ป่วย (patient's right & dignity) เป็นต้น ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่าสิ่งที่เราจะเรียกการบริการใดๆ ว่ามีคุณภาพนั้น การบริการนั้นควรเป็นการบริการที่มีการปรับปรุงพัฒนาในประเด็นมิติต่างๆ เพื่อให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา

โครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research Project : R2R) จึงเกิดขึ้นที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ด้วยความร่วมมือจากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) เมื่อปี 2546 เพื่อเป็นหน่วยบริหารจัดการงานวิจัย (Research Management) อันมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาการบริการผู้ป่วยในประเด็นคุณภาพต่างๆ ดำเนินการผสมผสานระหว่างการพัฒนาคุณภาพและการวิจัย โดยในระยะเริ่มแรกของโครงการ R2R มุ่งเน้นที่การพัฒนาฐานเดิมที่สำคัญในการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย คือการรวมกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งกลุ่มจะประกอบด้วยบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ ฯลฯ หรือ Care Team เพื่อทำงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ตามมาตรฐานจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ซึ่งโรงพยาบาล

ศิริราชได้รับการรับรองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545

เหตุที่พิจารณาว่ากลุ่ม **Care Team** นี้เป็นฐานเดิมหรือต้นทุนที่สำคัญสำหรับการทำงาน **R2R** ก็เพราะว่าการทำงานของ Care Team นั้นส่วนใหญ่ใช้รูปแบบของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement; CQI) หากพิจารณาอย่างถี่ถ้วนก็จะพบว่าการทำงานของ CQI นั้นเริ่มจากการทบทวนหาหลักฐานอ้างอิงหรือตัวอย่างที่ดีเยี่ยมมาวางแผนการพัฒนาเพื่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ จากนั้นก็ลองนำวิธีพัฒนานั้นมาใช้จริงและที่สำคัญต้องมีการตรวจสอบผลลัพธ์ว่าเป็นจริงตามที่คาดไว้หรือไม่ เมื่อได้ผลดีก็นำมาใช้ในหน่วยงานนั้นๆ และยังสามารถขยายผลไปใช้ข้ามหน่วยงานหรือหน่วยงานอื่นอีกด้วย ซึ่งมีการดำเนินการที่คล้ายกับการทำงานวิจัยอย่างมาก หากมีการสนับสนุนที่เหมาะสม บุคลากรที่มีประสบการณ์ในการทำงาน CQI นั้นก็น่าจะสามารถพัฒนาเป็นการวิจัยได้อย่างรวดเร็ว ทั้งยังสร้างโอกาสให้กับบุคลากรที่ทำงานพัฒนาคุณภาพสามารถสร้างผลงานให้กับตนเองและหน่วยงานอีกด้วย

การทำงานที่ผ่านมาของโครงการ **R2R** ได้ดำเนินการเชิงรุกโดยใช้แนวทางการจัดการความรู้มาประยุกต์ออกแบบเป็นกิจกรรมหลากหลาย มุ่งเป้าให้เกิดความตื่นตัว ความสนใจ และการเห็นคุณค่าของการทำงานวิจัยจากงานประจำในหน่วยงานต่างๆ และมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาโครงร่างการวิจัยที่ได้คุณภาพดี และส่งเสริมการทำงานวิจัยได้สำเร็จจริงตามเป้าหมาย จากการทำงานประมาณ 5 ปีที่ผ่านมาทำให้ทราบว่า การนำการจัดการความรู้มาใช้นั้นสามารถปฏิบัติได้ผลดีจริงๆ ช่วยขจัด “ความกลัวการวิจัย” ซึ่งพบในบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำส่วนใหญ่แม้แต่ในคณะแพทยศาสตร์ก็ตาม ให้กล้าที่จะตั้งคำถาม แสวงหาคำตอบ กล้าที่จะสร้างความเปลี่ยนแปลงอันเอื้อประโยชน์ต่อ “การพัฒนา” ไม่รู้จบ

มีคำถามที่พบบ่อยๆว่า “ทำ R2R แล้วได้อะไรบ้าง” จากประสบการณ์การทำงานที่ศิริราชสามารถตอบอย่างมีหลักฐานตัวอย่างจริงได้ว่า “ได้” หลายอย่าง “ได้” แรกคือ **ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ** ได้รับบริการที่ดีขึ้น มีมาตรฐานและมีการพัฒนาต่อเนื่องตลอดเวลา “ได้” ที่สองคือ **หน่วยงาน** ที่มีการทำการวิจัยก็ได้รับผลดีด้วย เช่น ภาระงานเบาลง ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้สะดวกสบายขึ้น ลดค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน เป็นต้น และ “ได้” สำคัญที่สุดคือ **ผู้** **ที่ร่วมในกระบวนการทั้งหมด** ทั้งผู้สร้างงานวิจัยและผู้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบ่งปันประสบการณ์ในกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากจะเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนพัฒนาตนเอง ฝึกฝนการคิดวิเคราะห์แสวงหาคำตอบอย่างเป็นระบบ หรือได้ “เรียนรู้งานประจำของตนเองผ่านกระบวนการทำงานวิจัย” และจาก “ได้” ที่สำคัญที่สุดอย่างหลังนี้เองทำให้โครงการ

พัฒนางานประจำสู่งานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้รับรางวัลชนะเลิศในการประกวดโครงการระดับนานาชาติ Asian Hospital Management ในสาขาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ปี ค.ศ. 2007 และเป็นโรงพยาบาลภาครัฐแห่งแรกและแห่งเดียวในประเทศไทยที่ได้รับรางวัลนี้ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นสิ่งยืนยันว่า “แนวคิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการทำงานวิจัย” นี้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล กล่าวโดยสรุปคือ “R2R เป็นกระบวนการพัฒนาคน และพัฒนางานนั่นเอง”

ในเวลาที่ผ่านมากองการ R2R ที่ศิริราชได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจากบุคลากรทุกระดับ มีกลุ่มผู้วิจัยและหัวหน้าโครงการวิจัยที่เป็น อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย และเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานสนับสนุนต่าง ๆ ทั้งนี้มีโครงการวิจัยที่ได้รับการอนุมัติทุนสนับสนุนแล้วกว่า 100 โครงการ ซึ่งโครงการเหล่านี้ได้ผ่านการประเมินอย่างเข้มข้นตามระเบียบวิธีวิจัยที่ดี และต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคนอีกด้วย งานวิจัยที่สำเร็จแล้วเกือบทั้งหมดสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้จริง เกิดการพัฒนางานประจำ รวมทั้งได้รับการเผยแพร่ทั้งเวทีและวารสารทั้งภายในและต่างประเทศ หลายผลงานได้รับรางวัลสร้างชื่อเสียงให้กับทีมวิจัย หน่วยงาน และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และเหนือสิ่งอื่นใดคือสร้างความสุขให้กับผู้ปฏิบัติงาน เกิดการรวมกลุ่ม สร้างความสามัคคี เสริมพลัง สร้างสรรค์ และพัฒนา นั่นคือความสุขจากการเรียนรู้ที่ไม่หยุดนิ่ง และครบกระบวนการ วิจัย เรียนรู้ สู่อุปกรณ์ปฏิบัติอย่างแท้จริง

R2R วิจัย เรียนรู้ สู่อุปกรณ์ปฏิบัติ

ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศศลักษณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

วิจัยจากงานประจำ (Routine to Research : R2R) เป็นการสร้างความรู้ขึ้นมาจากการทำงานในชีวิตประจำวัน และใช้เครื่องมือสำคัญคือการจัดการความรู้ ที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนางานในความรับผิดชอบของตนเองหรือหน่วยงาน โดยมีการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ผลของการได้ความรู้ดังกล่าวจะนำไปสู่การพัฒนางานนั้นๆ อย่างต่อเนื่อง

ความสนใจที่จะหาความหมายจากข้อมูลที่มีอยู่ ทำให้เกิดการเรียนรู้ในประเด็นอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย เช่น ข้อมูลมีอยู่ทุกแห่งหน ที่ตัวคนไข้ ญาติคนไข้ เจ้าหน้าที่ทุกๆ ระดับ ไล่เรียงมาตั้งแต่ยามเฝ้าโรงพยาบาลจนกระทั่งถึงคุณหมอ บ้านที่ต่างๆ ที่มี ฯลฯ ข้อมูลช่วยสะท้อนว่าสิ่งต่างๆ ดำเนินไปอย่างไร ดังนั้นข้อมูลจึงช่วยสะท้อนปัญหาของระบบ และเป็น

พื้นฐานสำคัญในการนำไปสู่วิธีการแก้ไขปัญหาคือ การจัดการข้อมูลเป็นพื้นฐานสำหรับการสร้างและจัดการความรู้ และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาย่างชาญฉลาดในที่สุด

การสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้คนเห็นความสำคัญของการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบผ่านกระบวนการที่เรียกกันว่า “งานวิจัย” งานวิจัยที่ทำให้เกิดความรู้ใหม่ๆ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญที่สุดคือ การแก้ไขปัญหาดังกล่าว และนำไปสู่คุณภาพงานที่ดีขึ้น ซึ่งหมายถึงการที่ประชาชนได้รับบริการและมีสุขภาพที่ดีขึ้น งานวิจัยที่ยกระดับคุณภาพงานประจำให้ดีขึ้นที่คนยุคปัจจุบันเรียกว่า R2R

การได้ทำงานโดยมีโอกาสนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นความสุขอย่างหนึ่งของผู้คนที่ช่วยหล่อเลี้ยงชีวิตของผู้คนเหล่านั้นให้มีกำลังใจและกำลังใจในการทำงานอย่างไม่เหน็ดเหนื่อย จนนำไปสู่ความสำเร็จของงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้องค์กรมีชีวิตและสามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

ปัจจัยที่ทำให้งาน R2R ขับเคลื่อนไปได้ คือ การมีวิสัยทัศน์ร่วมกันของกลุ่มคนทำงาน คนๆ เดียวจะเก่งทุกอย่างไปไม่ได้ บางคนอาจเก่งเรื่องระเบียบวิธีวิจัย บางคนอาจเก่งเรื่องการเข้าไปติดต่อสนทนาก่อสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บางคนอาจเขียนเก่ง วิเคราะห์เก่ง เมื่อหลายๆ คนเข้ามาทำงาน ความหลากหลายด้านทักษะ ความชำนาญ วัฒนธรรม บวกกับการทำงานแบบเป็นกลุ่มก้อนได้ทำให้เกิดพลังมหาศาล การบอกเล่าความสำเร็จ เปิดให้มีการบอกเล่าความสำเร็จ วิธีทำ เพื่อขยายงานไปที่อื่นๆ ให้คนอื่นได้เห็นความสำเร็จเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ทุกหน่วยงานสนใจ R2R นอกจากนี้ ระบบที่เลี้ยง ก็มีความสำคัญ ถือเป็นเรื่องดีที่มาช่วยกันทุกส่วน ถ้าไม่มีที่เลี้ยงอยู่ในหน่วยงาน ก็ให้แสวงหาจากที่อื่น และสิ่งที่ต้องทำต่อไปก็คือ พัฒนาที่เลี้ยงขึ้นมาจากคนที่อยู่ในองค์กร เมื่อเขาทำสำเร็จแล้ว ก็ให้เป็นผู้ขยายความสำเร็จด้วยการเป็นที่เลี้ยงให้คนอื่น ๆ ซึ่งกระบวนการเช่นนี้นอกจากจะทำให้ R2R แดกตัวออกไปเรื่อยๆ แล้วยังทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคนทำงานด้วย การหากัลยาณมิตรจากเครือข่าย ถ้าเราไม่มั่นใจก็ต้องแสวงหาผู้รู้ ถ้าเราทำเรื่องดี ๆ ก็จะมีคนเต็มใจมาช่วยขอเพียงให้เป็นเรื่องดีมีประโยชน์ คิดถึงประโยชน์ของคนไข้ที่เราดูแลรักษา คนอื่นก็จะเห็นว่าสิ่งที่เราทำไม่ได้ทำเพื่อตัวเอง เป็นการทำเพื่อผู้ป่วย ถ้ามีโอกาสได้คุยกันตั้งแต่เริ่มต้นจนเกิดวิสัยทัศน์ร่วมกันแล้ว คนก็จะเข้ามาช่วยเอง

การเริ่มต้นทำ R2R อย่าไปคิดว่าทำงานวิจัย ให้คิดถึงงานประจำที่ตัวเองทำอยู่ก่อนมองและหยุดดูสักนิด ถอยออกมามองเหมือนตัวเองเป็นคนนอก มองเข้าไปดูเพื่อให้รู้ว่าระบบหรืองานที่เราทำอยู่นั้นยังมีปัญหาหรือจุดบกพร่องอย่างไร เราควรปรับปรุงหรือไม่ หรือถ้าได้อยู่

แล้วจะทำให้ดีขึ้นอีกได้ไหม ที่สำคัญเวลาติดอย่าคิดคนเดียว ลองคิดตั้งๆ ไม่ต้องกลัวว่าไอเดียตัวเองจะไม่ได้เรื่อง พุดให้คนอื่นฟังด้วย จะได้มีคนมาช่วยกันคิด

หลังจากทำงานประจำให้เป็นงานวิจัย ต้องไม่ลืมที่จะนำผลการวิจัยกลับไปพัฒนาการปฏิบัติงาน (Routine to Research to Routine : R2R2R) เพื่อพัฒนางานไปพร้อมๆ กับพัฒนาคนให้พร้อมเผชิญกับการปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลง อันเป็นเรื่องปกติธรรมดาที่เกิดขึ้นอยู่ทุกวันในโลกของการทำงานและการใช้ชีวิต



11 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 6

ภญ.นภวรรณ เจียรพิรพงศ์

รพ.พุทธชินราช

รศ.ดร.ณรร ชัยญาคุณาพฤกษ์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบาย

ด้านสุขภาพ

ผศ.นพ. เชิดชัย นพมณีจำรัสเลิศ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การประมาณขนาดของปัญหาและความสูญเสียทางการเงินของรัฐ เมื่อผู้ป่วยมียาไว้ในครอบครองเกินความจำเป็น

ภญ.นภวรรณ เจียรพิรพงศ์ รพ.พุทธชินราช

รศ.ดร.ณรร ชัยญาคุณาพฤกษ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ที่มาและความสำคัญของปัญหาในการศึกษา

ปัจจุบันค่าใช้จ่ายของรัฐที่เกี่ยวข้องกับยารักษาโรคสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจัดเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอื่นๆ ในประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดเวลา ซึ่งมูลค่ายาที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ นี้ส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลและการคลังสาธารณสุขของประเทศโดยรวมได้ จากการศึกษาวิจัยของปิยะรัตน์ นิรมิตพิทักษ์พงศ์ และคณะ พบว่าค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็นอย่างหนึ่งเกิดจากภาวะที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมียาในครอบครองมากเกินความจำเป็น อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงขนาด ความรุนแรง และผลกระทบของปัญหาดังกล่าวอย่างเป็นทางการ ทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลอาจยังไม่เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาและผลกระทบจากปัญหาดังกล่าว ดังนั้นผู้ทำวิจัยจึงทำงานวิจัยนี้เพื่อศึกษาถึงขนาดของปัญหาและผลกระทบทางการเงินที่เกิดขึ้นจากปัญหาผู้ป่วยมียาไว้ในครอบครองเกินความจำเป็น พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางเพื่อใช้ช่วยในการจัดการแก้ไขกับปัญหานี้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาถึงความชุกของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการจ่ายยาและมียาไว้ในครอบครองเกินความจำเป็นและเพื่อประเมินปริมาณเงินที่สูญเสียจากการมียามากเกินดังกล่าว

วิธีการศึกษาโดยเน้นที่วิธีคิดและกระบวนการทำงาน

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) โดยทำการ

วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือของประเทศไทย โดยเกณฑ์การคัดเลือกคือผู้ป่วยที่ได้รับยา 1 ใน 5 รายการยาที่มีมูลค่าการใช้จ่ายมากที่สุดโรงพยาบาลแห่งนี้ (atorvastatin 20 mg, clopidogrel 75 mg, valsartan 160 mg, rivastigmine 200 mg, and rosiglitazone 8 mg) โดยผู้ป่วยจะต้องเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกที่ รพ.แห่งนี้ในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2548 ถึง 31 ธันวาคม 2548 ผู้ป่วยที่รับยาครั้งแรกหลังเดือนกันยายน หรือมีการบันทึกใบสั่งยาซ้ำซ้อนจะถูกคัดออก

ผู้วิจัยศึกษาขนาดของการมียาเกินโดยใช้ฐานข้อมูลเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก เพื่อวิเคราะห์อัตราการมียาไว้ในครอบครองเกิน (medication possession ratio: MPR) ซึ่งหมายถึงสัดส่วนของจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยได้รับจริงต่อจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยสมควรได้รับในช่วงเวลาที่ศึกษา โดยการวัดผลลัพธ์จะเริ่มวัดหลังจากวันที่ผู้ป่วยได้รับยาหนแรกในฐานข้อมูลจนกระทั่งจบการศึกษา ผู้ที่นับได้ว่ามียาเกินกว่าที่สมควรได้รับในช่วงเวลาที่ศึกษาจะต้องมีร้อยละของจำนวนเม็ดยาในการได้รับมากกว่าร้อยละ 100 (MPR > 1) นอกจากนี้ผู้วิจัยคำนวณผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของการมียาเกิน โดยคำนวณจากผลคูณของราคายาต่อเม็ดกับจำนวนเม็ดยาที่เกิน

ผลการศึกษานำเสนอสาระสำคัญที่ได้จากการศึกษา

จากการวิเคราะห์พบว่าในปี 2548 มีผู้ป่วย จำนวน 1893 คน เข้าเกณฑ์การศึกษา โดยมีผู้ที่ได้รับยา rosiglitazone จำนวน 183 คน, atorvastatin จำนวน 900 คน, valsartan จำนวน 706 คน, clopidogrel จำนวน 399 คน และ rivastigmine จำนวน 138 คน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (1068/1893; 56.4%) มีอายุเฉลี่ย 65 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (96%) เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลภายใต้สวัสดิการข้าราชการ

ความชุกของการมียาไว้ในครอบครองเกินความจำเป็น (MPR>1.0) คือ 62.8% (115/183), 51.6% (364/706), 23.2% (32/138), 36.4% (328/900) และ 39.3% (157/399) สำหรับยา rosiglitazone, valsartan, rivastigmine, atorvastatin และ clopidogrel ตามลำดับ

จำนวนเม็ดยาที่เกินในทุกๆ 1,000 เม็ดที่ผู้ป่วยได้รับ คือ 45, 37, 27, 43 และ 35 เม็ดตามลำดับ นอกจากนี้ผลกระทบทางการเงินที่โรงพยาบาลสูญเสียจากการที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มียาไว้ในครอบครองเกินความจำเป็นคือ 137,394 บาท, 163,975 บาท, 129,899 บาท, 332,548 บาทและ 276,581 บาทตามลำดับ ซึ่งรวมเป็นเงิน 1,040,387 บาท

ข้อเสนอแนะในด้านการนำไปใช้ประโยชน์ หรือการแก้ปัญหาของคำถามวิจัย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภาวะที่ผู้ป่วยมียาไว้ในครอบครองเกินความจำเป็นเกิดขึ้นบ่อย โดยมูลค่าเงินที่สูญเสียจากการศึกษาฯ 5 ตัวมีมูลค่าถึง 1,040,387 บาท ต่อปี ซึ่งถ้า

คำนึงถึงจำนวนรายการยาทั้งหมดที่มีใช้อยู่ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นนี้อาจคิดเป็นเงินจำนวนหลายล้านบาท ปัญหาดังกล่าวเกี่ยวข้องกับระบบการสั่งจ่ายยา ระบบการจ่ายยา ระบบการนัดพบแพทย์ และระบบการจัดการกับยาเหลือเมื่อมีการนัดมารับยาและพบแพทย์ก่อนวันที่ยาหมด ผลการศึกษานี้จะช่วยให้ผู้บริหารโรงพยาบาลเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาจากการมียาเกิน และการวางแผนที่จะพัฒนาวิธีการในการสร้างระบบการสั่งจ่ายยา และระบบการจ่ายยาที่พิจารณาถึงจำนวนเม็ดยาที่เหลือหรือกระบวนการอื่นที่จะช่วยป้องกันปัญหาการมียาเกินได้

**A46****สร้างเสริมสุขภาพจากงานวิจัยสู่งานประจำ**

11 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 6

ผศ.นพ.เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ

นพ.สุรจิต สุนทรธรรม

นพ.อัครินทร์ นิมมานนิตย์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(สปสช.)

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

**การวิจัยเพื่อปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานเชิงประจักษ์
แนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย**

ผศ.นพ.เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

คุณค่าของการป้องกันได้เป็นที่ประจักษ์ของประชาชน การดูแลรักษาในระดับปฐมภูมิอาจช่วยค้นหาโอกาสในการจัดการโรคต่างๆ ตั้งแต่ระยะต้นๆ หรืออาจก่อนที่โรคจะดำเนินไป เพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับการรักษาโรคระยะท้ายๆ ซึ่งยากและต้องใช้พลังในการรักษาอย่างมาก

การรวมการป้องกันไว้ในเวชปฏิบัติมีคุณสมบัติประโยชน์ยิ่ง กล่าวคือสภาวะที่ก่อให้เกิดความพิกลพิการซึ่งพบได้บ่อยในอดีตมีอัตราลดลง หลังจากมีการนำการบริการเวชกรรมป้องกันคลินิกมาใช้ ซึ่งเป็นที่ประจักษ์อย่างเห็นได้ชัดเจนขึ้นเรื่อยๆ ในระยะ 30-40 ปีที่ผ่านมา

ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ “แนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย” ซึ่งได้จัดทำขึ้น เมื่อ พ.ศ. 2542 ซึ่งได้จัดทำขึ้นในลักษณะการทบทวนข้อมูลทางวิชาการเป็นรายโรค และมีการให้ข้อวิจารณ์และความเห็นในเชิงวิชาการอย่างกว้างขวาง และได้มีการนำแนวทางดังกล่าวไปใช้ในการกำหนดเป็นสิทธิประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม แนวทางเวชปฏิบัติดังกล่าว ยังขาดการนำไปใช้ในการบริการเวชกรรมป้องกันคลินิก อย่างทั่วถึง ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ ซึ่งมีเหตุปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. ขาดการประเมินความพร้อมเชิงระบบของการให้บริการเวชกรรมป้องกันคลินิก ในสถานบริการทุกระดับ ทั้งในด้าน บุคลากร , เครื่องมือ และระบบงาน ที่เหมาะสม ตามบริบทของสถานบริการระดับนั้นๆ

2. บุคลากรทางการแพทย์บางส่วน ขาดความรู้ และทัศนคติที่ถูกต้องมีทั้งการตรวจมากเกินไปจนความจำเป็นและละเลยไม่เห็นประโยชน์ของการตรวจคัดกรองและการสร้างเสริม

สุขภาพ

3. ประชาชนทั่วไปขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักต่อประโยชน์ของการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพ

4. แนวทางการตรวจ และการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยปี 2542 ไม่ได้วิเคราะห์และเสนอแนะปัญหาเชิงระบบที่อาจเกิดจากการนำแนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ เช่น การเตรียมบุคลากร ทีมงานสหสาขา เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตลอดจนค่าใช้จ่ายที่อาจเพิ่มขึ้น ในสถานบริการทุกระดับโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระดับปฐมภูมิ

แนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพประเทศไทย ปี 2542 ไม่ได้รับการปรับปรุงเนื้อหาให้ทันสมัยมาร่วม 9 ปี ซึ่งในช่วงระยะเวลาดังกล่าวมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวทางการตรวจ และสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มเติมอย่างมาก ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงแนวทางการให้บริการเวชกรรมป้องกันทางคลินิก ที่มีความคุ้มค่าสำหรับประเทศไทย ใน 3 ประเด็นสำคัญ คือ การตรวจคัดกรองโรค / ภาวะผิดปกติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน และการใช้ยาเพื่อการป้องกันโรค ในจำนวนทั้งสิ้น 95 หัวข้อ โดยอาศัยการวิจัยทบทวนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์อย่างมีระบบ ประกอบกับข้อมูลสถานการณ์ของโรค ปัญหาเชิงระบบ ที่เป็นอุปสรรคต่อการนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้ทางคลินิก และการคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการบริการเวชกรรมป้องกันทางคลินิกในบริบทของสังคมไทย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลการบริการเวชกรรมป้องกันทางคลินิกอย่างถูกต้องเหมาะสมและคุ้มค่าอย่างทั่วถึง โดยประชาชนกลุ่มเป้าหมาย คือ บุคคลทั่วไป จำแนกตามช่วงอายุ และเพศ รวมทั้งผู้มีความเสี่ยงเฉพาะกลุ่มต่างๆ เช่น อาชีพ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางพันธุกรรม ซึ่งการปรับปรุงคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติดังกล่าว มีการปรับปรุงเนื้อหา วิเคราะห์และเสนอแนะวิธีการนำแนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพ มาสู่ภาคปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ตามบริบทของสถานบริการระดับต่างๆ



พญ.อัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล รพ.มหาราชนครราชสีมา

พญ.จุฬารัตน์ ไกรขจรกิตติ รพ.แพร์

พญ.สุพัศรา ศรีวณิชชากร สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน

รศ.นพ.สมพนธ์ ทัศนียม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การลดระยะเวลาการรักษาด้วยเลเซอร์ ในผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอตา ที่เสี่ยงต่อภาวะตาบอดในเขตชนบท โดยวิธีการส่งปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต

พญ.อัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล รพ.มหาราชนครราชสีมา

เบาหวานเข้าจอตาเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดสายตาทึบ โดยเฉพาะผู้ป่วยในวัยทำงาน การค้นหาและการคัดกรองเบาหวานเข้าจอตาของ จ.นครราชสีมา ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 จนถึงปัจจุบัน โดยความร่วมมือของ จักษุแพทย์ และแพทย์พยาบาล รพช. จ.นครราชสีมา โดยในปี 2549 จ.นครราชสีมาได้ทำโครงการนำร่องเป็นแห่งแรกในประเทศไทย ในการเวียนใช้กล้องถ่ายภาพจอตา 1 ตัว ใน 24 รพช. ผลการดำเนินการพบว่า สามารถเพิ่มการครอบคลุมการคัดกรองเบาหวานเข้าจอตาได้ร้อยละ 33 อย่างไรก็ตาม พบว่าโครงการดังกล่าว มีอุปสรรคในการบริหารจัดการหลายปัจจัย ที่สำคัญคือคุณภาพการถ่ายภาพจอตา และระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อตาบอดด้วยเลเซอร์ พบมีระยะเวลาเฉลี่ย 81 ± 0.6 วัน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจสูญเสียตาระหว่างการรอรักษา

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองเบาหวานเข้าจอตาโดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) และเพื่อลดระยะเวลาการรักษาด้วยเลเซอร์ ในผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอตาที่เสี่ยงต่อภาวะตาบอด

วิธีการศึกษา

จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้พยาบาลวิชาชีพใน รพช. ในหัวข้อ ความรู้และการคัดกรองเรื่องเบาหวานเข้าจอตาโดยจักษุแพทย์ การหมุนเวียนกล้องถ่ายภาพ 1 ตัวไปทุก รพช. ใน จ.นครราชสีมา การจัดหาเจ้าหน้าที่เทคนิคเพื่อถ่ายภาพจอตา พยาบาลที่ได้รับการอบรมคัดกรองเบาหวานเข้าจอตา ส่งภาพจอตาของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อตาบอดให้จักษุแพทย์ และจักษุแพทย์ได้นัดหมายผู้ป่วยที่ต้องเลเซอร์เร่งด่วนผ่านทางอินเทอร์เน็ต เปรียบเทียบผลการอ่าน

ภาพจอตาดังกล่าวระหว่างพยาบาล รพช. และจักษุแพทย์

ผลการศึกษา

ได้นำร่องการศึกษาใน 3 รพช. คือ รพ.สีคิ้ว ด้านชุมชนต.ปากช่อง สามารถถ่ายจอตาของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 4,650 ราย เป็นผู้ป่วยชายร้อยละ 27 และหญิงร้อยละ 73 อายุเฉลี่ย 57.9 ± 0.2 ปี มีภาพจอตา 152 ภาพ ที่ถูกส่งปรึกษาจักษุแพทย์ทางอินเทอร์เน็ต โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการนัดหมายเลขเซอร์เร่งด่วน 69 ราย (ร้อยละ 45) ภาพจอตาที่พบว่าเข้าใจผิดว่าเป็นเบาหวานเข้าจอตา 3 อันดับแรก คือ จอตาเสื่อมจากความดันสูง จอตาเสื่อมแต่กำเนิด หรือตามอายุขัย และน้ำวุ้นตาเสื่อม ค่าความสอดคล้องของการวินิจฉัยเบาหวานเข้าจอตาที่เสี่ยงต่อตาบอดของพยาบาลและจักษุแพทย์ $k = 0.44$ ระยะเวลาการรักษาด้วยเลขเซอร์ในผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอตาที่เสี่ยงต่อภาวะตาบอด 13.4 ± 0.2 วัน

การใช้ประโยชน์

จักษุแพทย์ รพ.มหาราชนครราชสีมา สามารถเพิ่มการครอบคลุมการคัดกรองเบาหวานเข้าจอตา และพัฒนาระบบการส่งปรึกษาระหว่าง รพช. และรพ.ศูนย์ ทำให้สามารถลดระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงตาบอด การศึกษานี้จักษุแพทย์สามารถลดภาวะตาบอดของผู้ป่วยในเขตชนบทของ จ.นครราชสีมา ได้โดยการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม



ศิริมา โคตตาแสง

รพ.หนองกุงศรี

ปิยรัตน์ ชูมี

รพ.สุราษฎร์ธานี

นิตยาภา นันทขว้าง

ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหาร รพ.สันทราย

ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศศลักษณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

การประเมินผลการนำประเพณีผูกเสี่ยวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน: กรณีศึกษาบ้านหนองกุงศรี หมู่ 2

ศิริมา โคตตาแสง รพ.หนองกุงศรี

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลการนำประเพณีผูกเสี่ยวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยได้ทดลองนำร่องการใช้ประเพณีผูกเสี่ยวในผู้ป่วยเบาหวานในหมู่บ้านหนึ่ง พบว่าคู่เสี่ยวมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้นในระดับหนึ่ง แต่สัมพันธ์ภาพเชิงมิติสังคมวัฒนธรรมทั้งในคู่เสี่ยว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขผลเป็นที่น่าพอใจ

โดยการศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพการนำประเพณีผูกเสี่ยวมาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข และศึกษาความแตกต่างของรูปแบบเสี่ยวดั้งเดิมและเสี่ยวประยุกต์ รวมถึงศึกษาผลของประวัติศาสตร์ชุมชนและรากเหง้าวัฒนธรรมมีผลต่อความสัมพันธ์แบบเสี่ยว ซึ่งมีคำถามวิจัยคือ การนำประเพณีผูกเสี่ยวมาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุขสนับสนุนให้เกิดประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นหรือไม่อย่างไร และรูปแบบประเพณีที่นำมาใช้ในงานพัฒนาในปัจจุบันมีพลวัตของรูปแบบแตกต่างไปจากรากเหง้าทางวัฒนธรรมเดิมอย่างไร พร้อมกันนี้ประวัติศาสตร์ชุมชนมีผลต่อการผูกเสี่ยวอย่างไร

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพใช้ข้อมูลจากกรณีศึกษาของผู้ป่วยเบาหวานที่ผูกเสี่ยวกันและดูแลซึ่งกันและกันในชุมชน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้ประเพณีผูกเสี่ยวจำเป็นต้องไม่ละเลยรากเหง้าวัฒนธรรมเดิมและประวัติศาสตร์ชุมชน อย่างไรก็ตามงานศึกษาชิ้นนี้ทำให้พบปรากฏการณ์วัฒนธรรมประเพณีเสี่ยวเป็นเครื่องมือที่มาช่วยในการทำงานโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่ใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group) ซึ่งจะสามารถช่วยได้เฉพาะในแง่มุกกายและจิต แต่วัฒนธรรมประเพณีเสี่ยวได้มาช่วยเติมเต็มการดูแลผู้ป่วยในแง่มุกจิตวิญญาณและสังคม ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและ

สุขภาพชุมชนที่ดีได้ในอนาคต

ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนต่าปี เครือข่ายโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ปิยรัตน์ ชูมี รพ.สุราษฎร์ธานี

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังและพบบ่อยเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเจ็บป่วย พิการและตายของผู้ป่วย รวมทั้งส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวแย่ลง ศูนย์สุขภาพชุมชนต่าปีมีผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 มารับบริการเพิ่มมากขึ้น จาก 89 ราย ในปี 2547 เป็น 158 และ 288 ราย ในปี 2548 และ 2549

การดูแลรักษาโรคเบาหวานมิได้มีขอบเขตแค่เพียงลดระดับน้ำตาลในเลือดเท่านั้น แต่เป็นการควบคุมความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค เป้าหมายของการดูแลโรคเบาหวานคือการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มีการดูแลรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การดูแลและรักษาไม่แยกส่วน นอกจากดูแลด้านกายแล้ว ต้องดูแลทางด้านจิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรียนรู้ในการดูแลตนเองเป็นการป้องกันและชะลอภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน สถานการณ์ก่อนทำวิจัย พบว่าศูนย์สุขภาพต่าปีมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่แน่นอนและไม่ได้มาตรฐาน มีการหมั่นเวียนของแพทย์ทันตแพทย์ และเภสัชกร และการดูแลมุ่งแต่เพียงลดระดับน้ำตาล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองและพัฒนา เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนต่าปี เครือข่ายโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมที่ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง และผลเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ก่อนกับหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมที่มีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานอย่างครบวงจรได้แก่ ตรวจเลือดและปัสสาวะ (urine albumin, urine micro-albumin) ตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน 2 ครั้ง ตรวจสุขภาพตา ตรวจสุขภาพเท้า ตรวจสุขภาพจิต และกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเท้า อาหาร ยา และสุขภาพจิต ซึ่งปรับให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและสภาพเศรษฐกิจ โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ จักษุแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักสุขภาพจิต นักโภชนาการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เจ้าหน้าที่เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี

ประธานและแกนนำชุมชน ที่มออกกำลังกายชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งองค์กร เอกชนต่างๆ

กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์กำหนด จำนวน 30 คน โดยเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 9 ครั้ง รวมเวลา 9 เดือน ร่วมกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้งในวันที่กลุ่มตัวอย่างไปรับบริการตรวจและรักษา ระหว่างเดือนมกราคม 2550 – กันยายน 2550

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและการตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตโดยรวม ($\bar{X} = 82.11$, $SD = 0.70$) และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง {ด้านสุขภาพกาย: ($\bar{X} = 23.92$, $SD = 0.79$); ด้านสุขภาพใจ: ($\bar{X} = 19.68$, $SD = 0.70$); ด้านสัมพันธภาพทางสังคม: ($\bar{X} = 11.06$, $SD = 0.67$); ด้านสิ่งแวดล้อม: ($\bar{X} = 29.37$, $SD = 0.53$)}

2. ภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนที่ตา ร้อยละ 26.67 มีความผิดปกติของสุขภาพช่องปากและฟัน ร้อยละ 83.33 มีความเสี่ยงต่อการตัดเท้า ร้อยละ 30.00 มีภาวะเครียด ร้อยละ 33.33 และปัสสาวะพบว่า มีผลผิดปกติ ร้อยละ 66.67

3. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระดับพฤติกรรมที่ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

4. ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) และระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (triglycerides) ของกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมลดลงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับไขมันโคเลสเตอรอล (cholesterol) ระดับไขมันแอลดีแอล (LDL-C) และระดับครีเอตินิน (creatinine) ของกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมลดลงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างไม่มีนัยยะสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นควรนำโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 นี้ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบท

ของแต่ละสถานบริการระดับปฐมภูมิแต่ละพื้นที่ และเป็นแนวทางในการทำวิจัยครั้งต่อไป เช่น ศึกษาในโปรแกรมที่มีระยะยาวกว่านี้

ซึ่งผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้แก่

1. เกิดกระบวนการเรียนรู้ การพัฒนาผลงาน และการประสานงานระหว่างองค์กร หน่วยงานต่างๆ และชุมชน ในกระบวนการบริหารจัดการ การดูแล การผลิตสื่อการสอนต่างๆ และการแก้ปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นการเพิ่มศักยภาพและการสร้างเครือข่าย รวมทั้งนำปัญหาและอุปสรรคให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบเพื่อนำเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

2. นำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงใน ศูนย์สุขภาพชุมชนตาปีและศูนย์สุขภาพชุมชนสวนหลวง เครือข่ายโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของ เครือข่ายระดับปฐมภูมิ เครือข่ายรพ.สุราษฎร์ธานี

3. เกิดชมรมเบาหวาน ซึ่งจะมีกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2550 จนถึงปัจจุบัน สมาชิกจะประชุมร่วมกันและเสนอหัวข้อในการประชุมในการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ เช่น สมุนไพร ฉลากอาหาร การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการปวด เป็นต้น

การบริการสุขภาพที่บ้าน ของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหาร

นิตยาภา นันทขว้าง ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.หนองหาร รพ.สันทราย

สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของประเทศไทย พบว่าเป็นปัญหาในระดับต้นของการเจ็บป่วย จากรายงานสถิติการเจ็บป่วยตามกลุ่มโรคของจังหวัดเชียงใหม่ พบลำดับของการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงพบมากเป็นอันดับหนึ่ง และโรคเบาหวานเป็นอันดับสอง อำเภอสันทราย พบว่า มีการเจ็บป่วยใน 5 อันดับแรกของโรค คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจล้มเหลว โรคหัวใจและหลอดเลือด ตามลำดับ ในส่วนของตำบลหนองหาร พบว่า ในปี 2550 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับแรก และโรคเบาหวานเป็น อันดับรองลงมา เช่นเดียวกับ ปี 2549 (สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอปี 2549 และ 2550)

จากสถานการณ์การเจ็บป่วยดังกล่าวทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป คุณค่าแห่งชีวิตลดลงทำให้ร่างกายทรุดโทรมจากภาวะเจ็บป่วย และการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา

ผู้ป่วยบางรายพบมีปัญหาทางด้านสภาวะของจิตใจ ได้แก่ มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวกับความตาย ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อจิตใจเท่านั้น ยังส่งผลต่ออารมณ์ และจิตวิญญาณของบุคคลนั้นด้วย นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่ายา และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เพิ่มสูงขึ้น การเกิดโรคเรื้อรังดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นถึงปัญหาและผลที่ตามมา เนื่องจากเป็นปัญหาที่มีความเชื่อมโยงกับปัญหาด้านอื่นๆ อีกทั้งยังส่งผลสืบเนื่องไปถึงการใช้ชีวิตความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิตของบุคคลและสังคมนั้นๆด้วย -

นโยบายของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เน้นการดูแลในเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมหนึ่งในการพัฒนางานในเชิงรุก โดยยึดหลักแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัว ในการมุ่งเน้นการดูแลและการให้บริการผู้ป่วยที่ต้องการดูแลต่อเนื่อง เป็นการจัดบริการภายใต้แผนบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมบริการต่างๆ ที่มุ่งเน้นให้การบริการดูแลสุขภาพทุกระดับ ทั้งในเรื่องการดูแล ส่งเสริม ป้องกัน รักษาสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ.

การศึกษาในครั้งนี้ได้เลือกทำการศึกษาด้านการบริการสุขภาพที่บ้าน ของศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นการศึกษาถึงการให้บริการสุขภาพที่บ้านอย่างมีส่วนร่วม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดระบบการบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับลักษณะของบริบทพื้นที่ และนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อประกอบการวางแผนและการจัดระบบบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยที่เป็นปัญหาของพื้นที่ ให้มีการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาระบบบริการเยี่ยมบ้านอย่างมีส่วนร่วมของศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบบริการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหาร โรงพยาบาลสันทราย ประชากรในการศึกษาคั้งนี้เป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหาร จำนวน 10 ราย และอาสาเยี่ยมบ้านตำบลหนองหาร จำนวน 32 ราย ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร การใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการศึกษา พบว่าทีมเยี่ยมบ้านประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหาร ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80 ทั้งหมดมีระยะเวลาที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมา > 1 ปี และอาสาเยี่ยมบ้านเป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.8 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 40.62 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากถึงร้อยละ 71.87 มีระยะเวลาการทำงานเป็นอาสาเยี่ยมบ้าน > 1 ปี เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 65.62 มีเพียงร้อยละ 6.25 ที่มีระยะเวลาการทำงานเป็นอาสาเยี่ยมบ้าน 6 เดือน

พบว่าระบบบริการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วม อาศัยแนวคิดพื้นฐานจากการที่คนในชุมชนมีการไปมาหาสู่เยี่ยมเยียนกันเองอยู่แล้วในหมู่บ้าน จึงมีแนวคิดให้มีอาสาเยี่ยมบ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้าน แนวทางของการดำเนินงานเริ่มจากการรับสมัครอาสาเยี่ยมบ้านจากหมู่บ้านในพื้นที่ ทำการประเมินความพร้อม การประเมินส่วนขาดหรือความต้องการเพิ่มเติมในการที่จะเป็นอาสาเยี่ยมบ้าน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาและหาแนวทางร่วมในการเยี่ยมบ้าน จัดหลักสูตรการอบรมพัฒนาอาสาเยี่ยมบ้าน และจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพครอบครัวที่บ้าน

ในขณะเดียวกันได้พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านให้มีคุณภาพมากขึ้น โดยกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการที่จะจัดระบบการเยี่ยมบ้านให้ชัดเจน กำหนดให้เยี่ยมบ้านในชุมชน ทั้งที่เป็นผู้ป่วย และคนที่มิมีปัญหาสุขภาพอื่น มีการวางแผนร่วมกันก่อนการเยี่ยมบ้าน กำหนดการแก้ปัญหาร่วมกัน ในการออกเยี่ยมบ้านจะมีเจ้าหน้าที่ออกไปพร้อมกับอาสาเยี่ยมบ้าน ซึ่งทำให้ทราบถึงความก้าวหน้าของการดูแล และปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในผู้ป่วยบางรายมีเจ้าหน้าที่ไปด้วยในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก และในการเยี่ยมครั้งต่อไปอาสาสมัครจะเป็นผู้เยี่ยมบ้านเอง มีการขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่เมื่อพบปัญหา มีการจัดวางแนวทางการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ ง่ายต่อการติดตามสืบค้นข้อมูล และสะดวกในการส่งต่อทีมเยี่ยมบ้านด้วยกัน รวมถึงการจัดส่งรายงานให้กับหน่วยเหนือขึ้นไป และทำการประเมินผลและสรุปการเยี่ยมร่วมกับอาสาเยี่ยมบ้านในหมู่บ้านว่าจะติดตามเยี่ยมต่อหรือปิดการเยี่ยม

พบข้อแตกต่างของการเยี่ยมบ้านแบบเดิมและแบบใหม่ คือ 1) มีการกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรงในการบริหารจัดการงานเยี่ยมบ้านให้ได้ตามเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน 2) มีรูปแบบและแนวทางที่ชัดเจนขึ้น โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของญาติ ครอบครัว และชุมชนอาสาที่มาเยี่ยมบ้านเป็นคนในชุมชนเอง ทำให้เจ้าหน้าที่รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของคนในชุมชนเพิ่มเติม และทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริง โดยเจ้าหน้าที่สุขภาพประจำหมู่บ้านเป็นผู้ที่สนับสนุนให้ความรู้และแนะนำแบบแผนการดูแล

ตนเองอย่างต่อเนื่อง 3) มีการวางแผนก่อนการเข้าเยี่ยม ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาย่างรวดเร็วทันเวลา 4) ความต่อเนื่องของการให้บริการดีกว่าแบบเดิม จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริการเยี่ยมบ้านครอบคลุมมากขึ้น 5) มีการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ สามารถประมวลผลนำข้อมูลมาใช้ และส่งรายงานได้อย่างรวดเร็ว

พบปัญหาและอุปสรรค คือ อาสาสมัครน้อย ขาดงบประมาณสนับสนุน เจ้าหน้าที่และทีมในการเยี่ยมบ้านมีน้อย ขัดคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านของศูนย์สุขภาพชุมชน ควรมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องของข้อมูล ควรมีการวางแผนและปฏิบัติตามแผนที่ได้กำหนดไว้ รวมถึงวิธีการ การบันทึกข้อมูลให้ถูกต้องและมีมาตรฐาน ควรมีการประสานเชื่อมโยงระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน และเป็นรูปธรรมมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ควรมีการนิเทศ ติดตาม อาสาเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และมีการพัฒนาเครือข่ายอาสาเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อเรียนรู้และพัฒนางานเยี่ยมบ้านให้ต่อเนื่อง และควรมีการประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านที่มีคุณภาพมากขึ้น

จากผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ระบบบริการการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหารมีประสิทธิภาพมากกว่าระบบเดิม และมีมาตรฐานการบริการที่ดีขึ้น อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้รับบริการ อาสาเยี่ยมบ้านสามารถขับเคลื่อนการทำงานอย่างต่อเนื่อง สามารถที่จะเยี่ยมบ้านได้เองโดยไม่ต้องรอทีมสาธารณสุข สามารถให้คำปรึกษาคำแนะนำแก่ผู้ที่ได้รับการเยี่ยม สามารถประเมินภาวะการเจ็บป่วยของผู้ที่ได้รับการเยี่ยมว่าควรส่งต่อโรงพยาบาล หรือว่าควรปรึกษาทีมสาธารณสุข รวมไปถึงการประเมินการเยี่ยมว่าควรเยี่ยมต่อหรือปิดการเยี่ยมในครั้งต่อไป ซึ่งทีมอาสาทำได้เหมาะสม ดังนั้น ศูนย์สุขภาพชุมชนจึงควรเร่งพัฒนาองค์ความรู้และวิธีการมีส่วนร่วมของอาสาเยี่ยมบ้าน ครอบครัว ชุมชน ให้มีความเหมาะสมที่จะเอื้อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนให้มากขึ้นต่อไป



12 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 6

ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนาวินันต์ เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)

พ.อ.ศ.ดร.นพ.ราม รังสินธุ์ เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)

ภญ.ดร.กนกรัตน์ ลีอวศิริกุล เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)

ประเทศไทยมีปัญหาด้านการแพทย์มากมาย ที่ต้องตอบด้วยงานวิจัยที่ทำในระบบบริการสุขภาพของเรา และผลงานที่ได้เหมาะสมในการนำไปใช้ได้ในวงกว้าง เพื่อให้การสร้างงานวิจัยดังกล่าวทันและตรงกับความต้องการของประเทศ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) ได้สนับสนุนให้เกิดโครงการเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN) ที่ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิรีอ็อกกี้เฟลเลอร์ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เมื่อปี พ.ศ. 2543 ซึ่งต่อมาได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา

เครือข่ายฯ ได้สร้างและพัฒนาศักยภาพระบบการบริหารงานวิจัยแบบสหสถาบันในลักษณะของ multicenter collaborative clinical research ที่มีคุณภาพและผลงานเป็นที่ยอมรับจากทั้งในและต่างประเทศ มีเป้าหมายเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการการแพทย์ของประเทศ โดยเครือข่ายฯ ให้การบริการในด้านต่างๆ ได้แก่ การจัดการฝึกอบรมหลักการทำวิจัยคลินิกที่ดี (Good Clinical Practices/GCP) การพัฒนาโครงสร้างการวิจัยอย่างเป็นระบบโดยทีมผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ อาทิเช่น research methodology, health economics และ quality of life การตรวจสอบและควบคุมคุณภาพโครงการวิจัยโดยยึดหลักมาตรฐานการทำวิจัยที่ดี และกฎเกณฑ์ด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยทีมผู้ประสานงานวิจัยคลินิก (Clinical Research Associate) และการบริหารจัดการข้อมูลรวมทั้งให้คำปรึกษาด้านชีวิตติ การออกแบบเก็บข้อมูล (Case Record Form) และตรวจสอบความถูกต้อง และการวิเคราะห์ข้อมูล

CRCN ได้สร้างเครือข่ายวิจัยและทีมนักวิจัยโรค 14 เครือข่ายที่ผลิตงานวิจัยคลินิกสหสถาบันจำนวน 28 โครงการเกิดฐานข้อมูลโรค 17 ฐานข้อมูลที่สามารถนำมาใช้อ้างอิงเป็นข้อมูลตัวแทนระดับประเทศและใช้ในการเรียนการสอน การบริการและการวิจัย มีการเผยแพร่ผลงานวิจัยทั้งตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ระดับมาตรฐาน และนำเสนอในการประชุมวิชาการทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ สร้างเครือข่ายศูนย์วิจัยคลินิกประจำสถาบัน

แพทยศาสตร์ (Network of Clinical Research Center) เกิดความร่วมมือกับหน่วยงานทั้งในและต่างประเทศ จำนวนผู้ที่ผ่านการฝึกอบรม GCP เพิ่มขึ้น เกิดเครือข่าย Data Management & Biostatisticians Network (DMBN) เพื่อผลิตและประสานการทำงานของบุคลากรทางด้านการจัดการข้อมูลและชีวสถิติ เกิดนวัตกรรมระบบบริหารจัดการข้อมูลที่สามารถเชื่อมประโยชน์ต่อนักวิจัยในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

12 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 6

นพ.อัครินทร์ นิมมานนิตย์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ผศ.นพ.เชิดชัย นพมณีจำรัสเลิศ	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนาวินันต์	เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)
พ.อ.ผศ.ดร.นพ.ราม รังสินธุ์	เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)
ผศ.ดร.จรวัยพร ศรีศัลลักษณ์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ภญ.ดร.กนกรัตน์ ลีอวรศิริกุล	เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)

เพื่อเป็นการเชื่อมโยงการทำงานวิจัยภายในโรงพยาบาล (Routine to Research) กับ การทำวิจัยคลินิกแบบสหสถาบันที่อาศัยความร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ผลงานวิจัยที่ได้สามารถสะท้อนถึงปัญหาของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างในแต่ละพื้นที่ได้ และเป็นการสร้างงานวิจัยของประเทศไทยให้มีมาตรฐานและมีคุณภาพตามหลักการมาตรฐานสากลในการทำวิจัยทางคลินิก ทั้งนี้รูปแบบการนำเสนอจะเน้นไปที่การร่วมแสดงความคิดเห็น และอภิปรายร่วมระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมและผู้เชี่ยวชาญจากเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (Clinical Research Collaboration Network: CRCN) และจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนาวินันต์	เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)
ภาณุวัฒน์ ประทุมขำ	คณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ ม.ขอนแก่น
ชัยวัฒน์ ทะวะรุ่งเรือง	คณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ ม.ขอนแก่น
รศ.ดร.บัณฑิต ถิ่นคำรพ	คณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ ม.ขอนแก่น
ภญ.ดร.กนกรัตน์ ลีอวรศิริกุล	เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)

คุณภาพข้อมูล หมายถึง ความถูกต้องขององค์ความรู้ การจัดการข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระบวนการที่ทำให้ข้อมูลในกระดาษกองโต มาอยู่ในรูปดิจิทัล ให้พร้อมนำไปวิเคราะห์ และเขียนเป็นรายงาน ได้อย่างมีคุณภาพนั้น เป็นงานที่หนัก ต้องใส่ใจในคุณภาพ และลงในรายละเอียดอย่างมาก การได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพ จึงเป็นการลงทุนที่สูงมาก ผลกระทบอันเกิดจากการขาดความเข้าใจในเรื่องนี้ เช่น ตัดการสนับสนุนหรือลงทุนทางด้านนี้ด้วยงบประมาณที่ต่ำ มักตามมาด้วยมูลค่าแฝงอันเกิดขึ้นจากข้อมูลที่ไม่มีความสมบูรณ์ที่สูงกว่าหลายเท่าตัว แม้เพียงเกิดข้อสงสัยในคุณภาพข้อมูลก็ต้องมีมาตรการตามมา แม้เพียงเพื่อทำให้รู้ว่าข้อมูลที่ได้มาแล้วนั้นมีความคุณภาพหรือไม่ บางครั้งอาจยากกว่าเริ่มจัดการข้อมูลใหม่ทั้งหมด แม้จะทำเช่นนั้นได้ ความสูญเสียอันเป็นผลจากความล่าช้าของผลการวิจัย การสูญเสียโอกาสที่พึงได้รับเช่นทุนทำวิจัยต่อเนื่อง ความน่าเชื่อถือ และที่สำคัญยิ่งคือความสูญเสียจากการที่สังคมถูกชี้นำจากผลงานหรือองค์ความรู้ที่ไม่ถูกต้องนั้น มีมูลค่าสูงยิ่งกว่างบประมาณที่ใช้ไปในการจัดการข้อมูลมากมายนัก

กระบวนการที่สำคัญในการจัดการข้อมูล คือ การนำเข้าและประมวลผลข้อมูล สำหรับการนำเข้าข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต่อนั้น ในยุคนี้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย หนึ่งในนั้นคือการคีย์เข้าไปโดยตรงในคอมพิวเตอร์โดยไม่ผ่านกระดาษฟอรัม เรียกว่า Electronic Data Capture หรือ EDC แต่ในทางปฏิบัติยังมีประเด็นที่ต้องพิจารณาหลายประการที่มีอาจทดแทนกระดาษและลายมือได้ ดังนั้นส่วนมากจึงยังคงใช้ระบบดั้งเดิมคือบันทึกข้อมูลลงกระดาษ (paper-based) จากนั้นนำเข้าข้อมูลเข้าสู่คอมพิวเตอร์

ขั้นตอนนำเข้าข้อมูลจากกระดาษฟอรัมนี้ มีเพียงสองทางเลือก คือคีย์ด้วยมือซึ่งทำกันมาช้านาน และการนำเข้าด้วยเครื่องสแกน ไม่ว่าจะระบบใด การได้รู้ปัญหาเร็วและแก้ไขได้ง่าย และรวดเร็วคือหัวใจของความสำเร็จ นอกจากนั้นยังต้องให้เป็นไปตามข้อกำหนดมาตรฐานสากลว่าด้วยการดำเนินงานด้านนี้ ซึ่งได้ให้ความสำคัญอย่างมากกับการประกันคุณภาพข้อมูล

การรักษาความปลอดภัยผู้ป่วย และความปลอดภัยของข้อมูล ซึ่งจะต้องทำเอกสารที่จำเป็นต่างๆ หลายสิบรายการ หนึ่งในนั้นคือเอกสารรายงานผลการทดสอบระบบจัดการข้อมูล ซึ่งต้องดำเนินการทดสอบโดยละเอียดและต้องแสดงให้เห็นว่าระบบไว้ซึ่งข้อผิดพลาดกับงานวิจัยที่จะทำเสียก่อน จึงสามารถเริ่มใช้งานได้

ข้อกำหนดที่กล่าวข้างต้น ทำให้ระบบคีย์ด้วยมือไม่ใช่ทางเลือกที่ดีนัก ในขณะที่การใช้เทคโนโลยีอ่านรูดจาลายมือจากภาพสแกน มีจุดเด่นกว่าหลายด้าน จึงมีการใช้งานสแกนนำเข้าข้อมูลมากขึ้น ระยะแรกต้องใช้ซอฟต์แวร์ราคาแพงจากต่างประเทศ กระทั่งระบบดังกล่าวได้รับการพัฒนาขึ้นในประเทศและประสบผลสำเร็จเรื่อยมา ต่อมาได้นำมาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับเครือข่ายวิจัยสหสถาบัน (Clinical Research Collaboration Network หรือ CRCN) โดยใช้ชื่อระบบว่า CRCN Tools ซึ่งมีเครื่องมือจำนวนมากเพื่อรองรับงานตามข้อกำหนดที่เข้มงวดของมาตรฐานการดำเนินงานด้านนี้ จึงส่งผลให้ระบบมีความซับซ้อนตามข้อกำหนดดังกล่าว จากนั้นต้นปี พ.ศ. 2551 คณะผู้พัฒนาเทคโนโลยีนี้ได้พัฒนาระบบอย่างง่ายให้ใช้งานฟรีบนอินเทอร์เน็ตชื่อ MyORT: My online research สำหรับเป็นทางเลือกให้กับโครงการขนาดเล็ก และไม่มีความซับซ้อน เปิดให้ใช้งานได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ที่ <http://www.myort.com>

เมื่อการวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทยได้รับความสนใจและผู้คนให้ความสำคัญมากขึ้น มีการกล่าวถึงการวิจัยในโรงพยาบาลโดยใช้งานประจำหรือ R2R: Routine to research อย่างกว้างขวาง มีการทำวิจัยสหสถาบันมากขึ้น รวมทั้งมีทิศทางการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลโดยใช้การวิจัยเป็นฐาน ระบบดังกล่าวจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องปรับใช้ให้มีประสิทธิภาพ ต้นปี พ.ศ. 2552 คณะทำงานพัฒนาระบบจัดการข้อมูล ของมูลนิธิส่งเสริมการวิจัยด้านการแพทย์ (Medical Research Foundation หรือ MRF) จึงได้พัฒนาระบบสำหรับโรงพยาบาล ใช้ชื่อว่า OMERET: Online medical research tools เป็นเครื่องมือจัดการข้อมูลหลักของศูนย์ทางด้านนี้ของแต่ละโรงพยาบาล เรียกว่าศูนย์วิจัยคลินิก (Clinical Research Center หรือ CRC) ซึ่งได้รับการก่อตั้งขึ้นในหลายโรงพยาบาล และมีการทำงานเป็นเครือข่าย จนกลายเป็นเครือข่าย CRC (ดูรายละเอียดใน <http://www.crcthailand.net>)

การมี OMERET ให้กับ CRC ของแต่ละโรงพยาบาล โดยที่ตัวระบบซอฟต์แวร์นั้นติดตั้งที่เครื่องเซิร์ฟเวอร์กลางของ MRF ที่กรุงเทพมหานคร และทำงานผ่านอินเทอร์เน็ตนั้น ยังผลให้เกิดรูปแบบและประโยชน์ดังนี้

- ทุกโรงพยาบาล มี CRC Web Portal ของโรงพยาบาล สำหรับจัดการข้อมูล และจัดการงานวิจัย

- ในแต่ละ CRC มีซอฟต์แวร์จัดการวิจัยที่สามารถใช้งานผ่านเว็บได้ โดยใช้ Server กลางร่วมกัน ซึ่งเป็นของ MRF จึงไม่ต้องมีการลงทุนในส่วนนี้ และไม่มีการติดตั้งซอฟต์แวร์ใดๆ ในโรงพยาบาล
- แต่ละโรงพยาบาลสามารถสร้างงานวิจัยได้ไม่จำกัดจำนวน
- แต่ละโรงพยาบาลสามารถสร้างงานวิจัยสหสถาบัน กล่าวคือเป็นศูนย์กลางของ โครงการวิจัย ด้วยการสร้างฟอร์มเก็บข้อมูล และรายงานผล จากนั้นเชิญชวนโรงพยาบาลอื่นๆ เข้าร่วมได้ โดยอิสระ โดยเพียงคลิก Activate as a multi-center study โครงการที่สร้างขึ้นนั้น
- ร่วมเป็น site หนึ่งของงานวิจัยสหสถาบันที่ถูกแจ้งผ่านเว็บของระบบวิจัยนี้ ตามความสมัครใจ (เก็บ case ให้ส่วนกลาง หรือ site ใดๆ ที่เป็นศูนย์กลาง)
- เกิดเครือข่ายวิจัยคลินิกที่ครอบคลุมโรงพยาบาลทั่วประเทศ ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว ได้มาตรฐาน ด้วยการลงทุนที่ต่ำ
- ร่วมเป็นสมาชิกในระบบ Disease registry ที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ สมาคมวิชาชีพพัฒนาขึ้นได้อย่างง่ายและสะดวก (ตัวอย่างเครือข่ายเช่นเดียวกันนี้ สามารถดูได้ที่ <http://www.vtoxford.org/>)
- งานวิจัยที่สำคัญด้านนโยบายของประเทศ สามารถดำเนินการผ่านเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว
- สมาชิกเครือข่าย สามารถรับบริการด้านการสำรวจ (ทำ Medical Poll) ให้กับองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ได้อย่างง่ายโดยสะดวก
- มีระบบรักษาความลับและความปลอดภัยข้อมูล ที่ยังคงไว้ซึ่งความเป็นเจ้าของข้อมูลของเจ้าของโครงการ หรือของแต่ละโรงพยาบาล พร้อมกับเครื่องมือที่ให้เจ้าของข้อมูล share ข้อมูลได้ตามความสมัครใจ
- สมาชิกในระดับบุคลากรของโรงพยาบาลสร้างงานวิจัยจากงานประจำ หรือทำโครงการวิจัยใดๆ เฉพาะของโรงพยาบาลได้
- สามารถประยุกต์ใช้ระบบสแกนนำเข้าข้อมูลกับงานประจำ เช่นการสำรวจความพึงพอใจผู้มารับบริการ งานเฝ้าระวังโรคติดต่อในโรงพยาบาล และงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาอื่นๆ

นอกจากสามารถใช้งานตามที่กล่าวข้างต้น OMERET ยังสามารถพัฒนาเป็นระบบงานสำเร็จรูปสำหรับงานที่มีรูปแบบคงที่ เป็นมาตรฐาน และทำเป็นประจำ จึงได้ถูกนำมาพัฒนาเพื่อใช้กับการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลเป็นงานแรก โดยระบบแรกนี้ พัฒนา

สำหรับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการรับบริการทางการแพทย์ (Hospital Survey on Patient Safety) อันเป็นผลจากเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยนี้ได้ทวีความสำคัญขึ้น และมีความซับซ้อนขึ้นเป็นลำดับ กลายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งของคุณภาพการให้บริการสุขภาพ อีกทั้งการที่โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่ได้รับการคาดหวังให้มีการพัฒนาตลอดเวลา องค์กรที่ให้บริการทางการแพทย์จึงเพิ่มความตระหนักให้มีการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย การให้มีกระบวนการเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วยนั้น ต้องมีความเข้าใจถึงคุณค่า ความเชื่อ และธรรมเนียมปฏิบัติเกี่ยวกับว่า มีสิ่งใดที่สำคัญ กล่าวคือมีทัศนคติ และพฤติกรรมอะไรที่มีความสำคัญในองค์กร สิ่งดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้น มีสิ่งใดที่พัฒนาได้บรรลุตามวัตถุประสงค์แล้ว มีสิ่งใดที่ได้รับการสนับสนุนและกำลังพัฒนา หรือมีสิ่งใดที่ยังไม่ได้ตามที่คาดหวัง สิ่งเหล่านี้ต้องมีข้อมูลประกอบ ซึ่งต้องเป็นของโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีการสำรวจเก็บข้อมูลเพื่อการดังกล่าว

ในระดับนานาชาติ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อการนี้ ให้เป็นแบบสำรวจมาตรฐานชื่อ “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (Patient Safety Culture Surveys, January 2009) ซึ่งได้รับการยอมรับนำไปใช้ในหลายประเทศ สำหรับประเทศไทย แบบสำรวจดังกล่าวได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เมื่อนำมาใช้งาน OMERET จะให้รายงานที่ผ่านการวิเคราะห์อย่างถูกต้อง สามารถนำไปใช้เพื่อ

- บอกสถานะปัจจุบันของวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยของโรงพยาบาล
- เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับโรงพยาบาล เพื่อใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน การพัฒนาด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยของโรงพยาบาล เพื่อพัฒนากระบวนการที่เกี่ยวข้อง
- เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับโรงพยาบาล เพื่อใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนา กล่าวคือใช้ระบุหน่วยงาน หรือมิติความปลอดภัยที่อยู่ในข่ายที่ควรได้รับการพัฒนา
- เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ในประเทศ เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบ และประเมินผลการดำเนินงานให้กับการพัฒนาด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยของโรงพยาบาล เช่นเดียวกันกับการที่โรงพยาบาลนี้ใช้ข้อมูลของโรงพยาบาลอื่น
- เป็นข้อมูลพื้นฐานไว้สำหรับเปรียบเทียบกับผลการสำรวจที่จะมีในอนาคต เพื่อทราบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงผลการพัฒนา และเป็นข้อมูลประกอบการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

บัดนี้ ระบบ Hospital Survey on Patient Safety ดังกล่าวนั้น พร้อมให้ใช้งานได้ที่ <http://ha.crcthailand.net> โดยมีกระบวนการใช้งานคือ หลังจากแบบสำรวจได้รับการบันทึกคำตอบจากบุคลากรโรงพยาบาลแล้ว CRC ของโรงพยาบาลสแกนกระดาษเข้าระบบ จากนั้นคลิกเรียกดูรายงานได้ทันที

อีกระบบหนึ่ง ที่เป็นการพัฒนา OMERET ให้กับระบบงานสำเร็จรูปสำหรับงานที่มีรูปแบบคงที่ คือระบบสำหรับการประเมินความพึงพอใจผู้ใช้บริการในโรงพยาบาล (satisfaction survey) มีต้นแบบสำเร็จรูปให้เลือกใช้ หลังจากสแกนเข้าระบบแล้ว สามารถเรียกดูรายงานผลการวิเคราะห์ได้ทันทีเช่นกัน

จากงานที่หนัก ที่ยุ่งยาก ต้องลงทุนลงแรงและลงรายละเอียดอย่างมาก บัดนี้ การจัดการข้อมูลได้รับการดูแลให้ลดความยุ่งยากลงได้อย่างมาก ด้วยผลที่มีคุณภาพ อย่างรวดเร็ว ด้วย OMERET ซอฟต์แวร์ภูมิปัญญาไทย

C26

งาน Patient Safety Survey และ Satisfaction Survey



ด้วยระบบบริหารจัดการงานวิจัยออนไลน์

13 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 6

ทักษิณ พิมพ์ภักดิ์

เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)

ภญ.ดร.กนกรัตน์ ลีวรศิริกุล

เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)



C36

ท่าอย่างไรนวัตกรรมนี้จะอยู่ในมือของท่าน

13 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 6

ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนวิวัฒน์ เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)
ภญ.ดร.กนกรัตน์ ลีวรศิริกุล เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)

Safe Medication

รับฟังแนวคิดและเรื่องราวดีๆ
 เกี่ยวกับการใช้กระบวนการคุณภาพ
 กับระบบยาเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ความคุ้มค่า

11 มีนาคม 2552	10.30-12.00 น.	A2Y	ABC-VEN matrix for Lean Management
	13.00-14.30 น.	A3Y	ใช้ยาอย่างสร้างสรรค์ ต้องประกันคุณภาพ
	15.00-16.30 น.	A4Y	ทบทวนการใช้ยา : กลยุทธ์ในการเพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารจัดการยาในโรงพยาบาล
12 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	B1Y	การค้นหา การจัดการ และการป้องกันโรคที่เกิดจากยา
	10.30-12.00 น.	B2Y	การค้นหา การจัดการ และการป้องกันโรคที่เกิดจากยา
	13.00-14.30 น.	B3Y	หลุมพรางเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา
	15.00-16.30 น.	B4Y	ความคลาดเคลื่อนด้านการบริหารยา
13 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	C1Y	ประสบการณ์การทำ Medication Reconciliation
	10.30-12.00 น.	C2Y	Seamless of Drug System between HA & HP
	13.00-14.30 น.	C3Y	Seamless Supply Chain in Hospital



ภก.ศ.ดร.มังกร ประพันธ์วัฒน์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ภก.พิษณุสิทธิ์ อุดมบุญชัยทรัพย์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ภก.ชัยภัทร เมธาธิติมากรณ์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ภก.ทรงศักดิ์ ทองสนิท	มหาวิทยาลัยนเรศวร

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการกระจายของยาเชิงปริมาณด้านการบริหารเวชภัณฑ์โดยใช้เกณฑ์ที่สำคัญ 2 ประการคือ เกณฑ์มูลค่าที่มีการจัดซื้อ โดยพิจารณาเป็นลักษณะ cluster ประกอบด้วยกลุ่มยา A, B, C ที่มีมูลค่าการจัดซื้อรวมคิดเป็นร้อยละ 70, 20, และ 10 ของงบที่ใช้ในการดำเนินการตามลำดับ และเกณฑ์ระดับความสำคัญของยาที่ใช้ในสถานพยาบาล เช่น V (vital drug), E (essential drug), และ N (non-essential drug) รวมทั้งการประเมินค่า Defined Daily Dose (DDD) ของรายการยาที่มีการสั่งใช้สูงสุด 20 อันดับแรกในแต่ละปี โดยการศึกษาข้อมูลเชิงพรรณน่าย้อนหลังของปีงบประมาณ 2549-2551

พบว่ากลุ่ม A ประกอบด้วยรายการยาเพียง 48-85 รายการ คิดเป็นร้อยละ 4.0-7.2, ยากลุ่ม B ประกอบด้วยรายการยา 137-181 รายการ คิดเป็นร้อยละ 11.6-15.3, ยากลุ่ม C ประกอบด้วยรายการยามากถึง 915-1,096 รายการ คิดเป็นร้อยละ 77.5-84.3

เมื่อพิจารณาร่วมกันทั้งสองมิติ พบว่ายากลุ่มนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ไม่ได้เป็นยาจำเป็นในการช่วยชีวิตมีจำนวนรายการ 23, 37, และ 52 รายการ มูลค่าการสั่งซื้อโดยรวมเป็น 22.5, 44.8 และ 65.4 ล้านบาท คิดเป็นมูลค่าร้อยละ 33.8, 41.7 และ 39.8 ในปี 2549-51 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นทิศทางของมูลค่าการใช้ยาในโรงพยาบาลที่กระจุกตัวอยู่เฉพาะยาที่มีมูลค่าต่อหน่วยสูงและไม่ใช่อายุนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และเนื่องจากเป็นยาที่มีมูลค่าต่อหน่วยสูง จึงอาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการที่ใช้ในการจัดซื้อจัดหาโดยตรง เกิดการสูญเปล่าด้านเวลา และกิจกรรมการดำเนินการที่มากเกินไปในการจัดซื้อจัดหาแต่ละครั้ง

รศ.นพ.กิตติ ลิ้มอภิชาติ

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภก.ผศ.ดร.ปรีชา มณฑานติกุล

มหาวิทยาลัยมหิดล

ภญ.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์

รพ.ศิริราช

ในปัจจุบัน ผู้บริหารโรงพยาบาลต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้นตลอดเวลา แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับกลับถูกจำกัดมากขึ้น เช่น จ่ายค่ารักษาตามอัตราของกลุ่มโรค (DRG) หากโรงพยาบาลใช้ยาราคาแพงในการรักษา โรงพยาบาลจะต้องออกค่าใช้จ่ายในส่วนที่เกินนั้นทั้งหมดเอง ทำให้การใช้ยาตามชื่อสามัญ หรือ generic drugs ซึ่งไม่มีติดติดกับชื่อการค้าหรือบริษัท เป็นที่นิยมกันมากขึ้นในโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

วิทยาการที่มีประสิทธิภาพในการกำหนดนโยบายและน่านโยบายใช้ยาตามชื่อสามัญมาปฏิบัติอย่างได้ผล จะมาเล่าประสบการณ์ ขั้นตอนการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคที่พบ ข้อควรระวัง และผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยก่อนและหลังจากการใช้นโยบายนี้

แม้ว่าการใช้ยาส่วนใหญ่จะสามารถใช้ยาตามชื่อสามัญได้อย่างปลอดภัยและให้ผลการรักษาที่ดีพอๆ กัน แต่ก็มีความบางชนิดที่อาจมีข้อจำกัดบางอย่างที่ผู้เลือกใช้ยาต้องให้ความสนใจ ในคุณสมบัติเฉพาะตัวของยาที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาด้วย วิทยาการจะบอกเล่าถึงยาที่พึงระมัดระวังในการคัดเลือกเพื่อให้ได้ยาที่ดีและปลอดภัย มิฉะนั้นจะกลายเป็น "เสียน้อย เสียมาก เสียง่าย" การประกันคุณภาพของยาที่คัดเลือกจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับโรงพยาบาลต่างๆ

ทัศนคติของบุคลากรก็เป็นส่วนสำคัญในการน่านโยบายนี้ไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล วิทยาการจะนำเสนอการศึกษาที่ผ่านมาเพื่อให้ทราบว่า แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร มีความเห็นอย่างไรต่อการน่านโยบายใช้ยาตามชื่อสามัญไปสู่การปฏิบัติ สิ่งที่บุคลากรเป็นห่วง และมาตรการรองรับ เพื่อให้ผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาลสามารถมั่นใจได้ว่ายาที่ใช้อยู่ในโรงพยาบาลเป็นยาที่ดีจริงๆ

บริษัทยาที่เป็น original มักจะตั้งราคาสูงกว่ายาที่เป็น generic อย่างมาก ในบางกรณีมากเป็นสิบเท่า คำถามคือ ประเทศเราไม่ร่ำรวย เงินที่ใช้เป็นค่ายาหลายๆ กรณี ไม่ว่าจะมาจากระบบข้าราชการ หรือแม้แต่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าล้วนมาจากเงินภาษีของประชาชน ประเทศ ถ้าเรามีวิธีตรวจสอบพอน่าเชื่อถือได้ว่าคุณภาพไม่ต่างกัน เราควรจ่ายแพงต่อไปอีกหรือไม่? เราถูกเอาเปรียบจากบริษัทมากเกินไปหรือเปล่า?

ขอเชิญชวนให้มารับฟัง และร่วมกันแสดงข้อคิดเห็น

**การบริการจัดการยาในโรงพยาบาล**

11 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Phoenix 1-3

ภญ.รศ.ไพยม วงศ์ภูวรักษ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 พ.ต.หญิงศนิตา หิรัญรัมย์ รพ.พระมงกุฎเกล้า

การทบทวนการใช้ยา (drug utilization review - DUR) หรือ การประเมินการใช้ยา (drug utilization evaluation - DUE) เป็นกลยุทธ์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการยาที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งในการทำให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็นลงได้ การดำเนินงานต้องทำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การประเมินเชิงคุณภาพต้องใช้เกณฑ์ (criteria) เป็นฐานในการประเมิน และมีมาตรการแก้ไข ปัญหาที่พบ (intervention)

ในยุคแรก การประเมินมุ่งที่การสั่งใช้ยาเป็นหลัก ต่อมามีการใช้คำว่า “medication use evaluation (MUE)” ซึ่งมีความหมายกว้างขึ้นโดยมุ่งประเมินกระบวนการใช้ยา (medication use process) ทั้งระบบ คือ การสั่งยา จัดเตรียมยา จ่ายยา บริหารยา และติดตามผลการใช้ยา

วิธีการประเมินสามารถกระทำได้ทั้งก่อนผู้ป่วยใช้ยา (ขณะจ่ายยา) หรือขณะที่ผู้ป่วยกำลังใช้ยา หรือหลังจากผู้ป่วยหยุดใช้ยาแล้ว การเลือกชนิดยาหรือประเด็นใดมาประเมินนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ปัญหาของแต่ละหน่วยงาน

บัญชียาหลักแห่งชาติปี พ.ศ. 2542 กำหนดให้มีการประเมินการใช้ยาในบัญชี และกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทำในเชิงคุณภาพสำหรับยา 5 รายการ จากผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2545 พบว่ามีโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 50 ที่มีการประเมินการใช้ยา และมีเพียงร้อยละ 7.5 ที่มีการกระทำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบัญชียาหลักแห่งชาติปี พ.ศ. 2551 ยังคงกำหนดให้มีการประเมินการใช้ยาในบัญชี และเพิ่มเติมยาในบัญชี จ(2) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นเชิงนโยบายของรัฐ และเริ่มมีการนำประเด็นการประเมินการใช้ยามาใช้ในการสนับสนุนงบประมาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลยุทธ์ในการดำเนินการเรื่องนี้ให้เกิดความสำเร็จต้องเป็นการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพโดยมีฝ่ายเภสัชกรรมเป็นผู้ประสานงาน และต้องได้รับการสนับสนุนอย่างชัดเจนจากผู้บริหาร โดยถือเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทุกคนและทุกฝ่ายในหน่วยงาน ไม่ใช่เป็นความรับผิดชอบของฝ่าย

เภสัชกรรมและคณะกรรมการดำเนินงานเท่านั้น เนื่องจากการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยแต่ละราย ใช้เวลาและทรัพยากรบุคคลมาก การใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการรวบรวมและประเมินข้อมูลร่วมกับ การประเมินโดยเภสัชกรเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถทำให้การทบทวนการใช้ยาประสบความสำเร็จได้



B1Y-B2Y การค้นหา การจัดการ และการป้องกันโรคที่เกิดจากยา

12 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-12.00 น. ห้อง Phoenix 1-3

ภญ.รศ.ดร.จุฑามณี สุทธิสีสังข์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ภญ.ผศ.ดร.สมฤทัย วัชรวิวัฒน์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ภก.ผศ.ดร.สุรกิจ นาทีสุวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
ภญ.จันทิมา โยธาพิทักษ์	รพ.สุราษฎร์ธานี

ยานอกจากจะเป็นประโยชน์ในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยหาย หรือทุเลาจากโรคที่เป็นอยู่แล้ว ในบางขณะยาอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ หรือก่อให้เกิดโรคแก่ผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะถ้ามีการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม และถึงแม้โรคที่เกิดจากยาอาจพบได้ไม่บ่อยนัก แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วบางครั้งอาจเป็นอันตรายอย่างร้ายแรงต่อผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โรคที่เกิดจากยานี้ อาจเกิดได้กับอวัยวะทุกระบบของร่างกาย ไม่ว่าจะเป็น ระบบประสาท ระบบหลอดเลือดหัวใจ ไต หรือตับ เป็นต้น

ในปัจจุบันการรายงานโรคที่เกิดจากยามักจะรายงานในรายที่มีอาการทางผิวหนัง ส่วนอาการอื่นๆ ยังพบรายงานค่อนข้างน้อย บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ เมื่อพบว่าผู้ป่วยเกิดโรคหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ไม่ใช่ผื่นแพ้ยา ก็มักจะให้การรักษาผู้ป่วย โดยไม่มีการรายงาน ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการขาดองค์ความรู้ว่าโรคดังกล่าวสามารถเกิดจากยาที่ผู้ป่วยได้รับ หรือไม่ทราบว่าจะควรจะต้องรายงาน หรือแม้กระทั่งอาจจะไม่ทราบว่าการรายงานจะเกิดประโยชน์อย่างไร ทำให้ขาดโอกาสในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางการป้องกันโรคดังกล่าว เช่น โรคที่เกิดจากปฏิกิริยาระหว่างยา หรือเกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยที่เป็นข้อห้าม การใช้ยาในขนาดที่ไม่เหมาะสม หรือขาดการติดตามการใช้ยาตามที่ควรจะเป็น ดังนั้นการสร้างเครื่องมือในการชี้ร่องรอยหรือตัวส่งสัญญาณ (trigger tool) ว่าผู้ป่วยรายใด นำจะเกิดโรคหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา ก็จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการค้นหาโรค หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ขาดการรายงาน

ในหัวข้อนี้ วิทยากรจะได้นำเสนอว่า โรคที่เกิดจากยามีอะไรบ้าง สาเหตุของการเกิดแนวทางการป้องกัน โดยจะเน้นโรคทางระบบประสาท รวมถึงโรคที่เกิดจากยาจิตเวช โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และภาวะผิดปกติทางไตที่เกิดเนื่องจากยา เป็นการเรียนรู้จากกรณีศึกษา เพื่อให้ทุกท่านสามารถเข้าใจได้ง่าย นอกจากนี้วิทยากรจะนำเสนอตัวอย่างตัวส่งสัญญาณ แนวทางการนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ การวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้ประโยชน์จากรายงานที่ได้รับ

ถ้าท่านเป็นผู้หนึ่งที่เคยสงสัยว่าอาการผิดปกติของผู้ป่วยเกิดจากยาหรือไม่ หรือถ้าท่านเคยสงสัยว่า ทำไมท่านไม่เคยได้รับรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ไม่ใช่ผื่นแพ้ ยาเสย หรือเคยพยายามคิดหาวิธีในการค้นหาผู้ป่วยที่เกิดโรคจากการใช้ยา เราขอแนะนำให้ท่านเข้ามาฟังหัวข้อนี้ และเชื่อมั่นว่าหลังจากฟังการบรรยายจบ ทุกคนจะสามารถกลับไปสืบค้นหาร่องรอยของผู้ป่วยที่เกิดโรคจากยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**B3Y****กลุ่มพرازเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา**

12 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Phoenix 1-3

ผศ. ดร. ภก.มังกร ประพันธ์วัฒน์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยา (Adverse Drug Event - ADE) มีอุบัติการณ์อยู่ระหว่าง 2-7 ครั้งต่อการรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน 100 ราย และเมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยาที่สามารถป้องกันได้ (preventable ADEs) เป็นสาเหตุความคลาดเคลื่อนที่สำคัญใน 5 ลำดับแรกที่ทำให้บาดเจ็บหรือเสียชีวิต และเป็นผลจากระบบที่ล้มเหลว ขาดการตรวจทวนซ้ำอิสระ อุบัติการณ์เหล่านี้ตามคำนิยามจึงเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางยาเป็นสำคัญ ซึ่งปัจจุบันทุกโรงพยาบาลแม้ว่ามีการดำเนินการ แต่ความเข้าใจ การจัดการประเภท และการจัดการยังมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก โดยเฉพาะการวางระบบที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มยาสำคัญ เช่น ยาที่ต้องระมัดระวังสูง ตลอดจนการวิเคราะห์หาปัจจัยสาเหตุที่ขาดความเข้าใจ และไม่สามารถระบุปัจจัยได้อย่างเหมาะสม จึงส่งผลให้ความคลาดเคลื่อนทางยา ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยาที่ร้ายแรงเกิดขึ้นในระบบ



12 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Phoenix 1-3

เรวดี ศิรินคร

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

น.ท.หญิงภัคกร (พรประภา) โฉจนะวงศกร รพ.ภูมิพลอดุลยเดช

ภญ.วิษุณี พิตรากุล

รพ.สมุทรสาคร

เป็นที่ทราบกันดีว่า เป้าหมายของระบบยา ได้แก่ ประเด็นความถูกต้อง ปลอดภัย และเหมาะสม การบริหารยาที่ใดๆ ก็คิดว่าเป็นเรื่องของพยาบาล แท้จริงแล้วก็ไม่ใช่ ทีมงานไม่ว่าจะเป็นแพทย์ เภสัชกรต้องเข้ามาช่วยมองว่ากระบวนการที่ยังเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนอยู่ และจะช่วยลดความเสี่ยงอย่างไร มีหลายท่านเคยกล่าวไว้ว่า “พยาบาลคือด่านสุดท้ายของการสกัดความผิดพลาดไม่ให้ถึงตัวผู้ป่วย” เนื่องจากขั้นตอนนี้จะไม่มีผู้ตรวจสอบซ้ำแล้ว ปัญหาที่มักพบเวลาเยี่ยมสำรวจจะเป็นเรื่องของความคลาดเคลื่อนการบริหารยา ประเด็นที่มักพบเป็นประจำ ได้แก่ การไม่รายงานอุบัติการณ์ ทั้งนี้การที่ไม่รายงานส่วนหนึ่งเป็นเพราะไม่ทราบว่า อะไรบ้างที่จัดเป็นความคลาดเคลื่อนทางการบริหารยา เช่น เรื่องของ Omission error บางครั้งเราไม่ได้รวมถึงการที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยา การให้ขนาดยาผิด เราไม่ได้คิดถึงเรื่องของการเจือจางผิดความเข้มข้น หรือคำนวณขนาดยาที่จะหยดให้ทางเส้นเลือดผิด ผิดเทคนิค เป็นต้น ซึ่งที่จริงแล้วยังรวมถึง การผสมยาที่เข้ากันไม่ได้กับยาด้วยกัน หรือยากับสารละลาย การบดยาที่บดไม่ได้ หรือละลายยาในรูปแบบที่ไม่ได้เตรียมมาให้ละลาย การให้ยาที่ไม่มีความคงตัว ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยา (adverse drug event) ได้ รวมถึงสิ่งที่เรามักจะไม่ได้คิดถึงได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นกับยาแต่ละตัวโดยเฉพาะยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง หรือในผู้ป่วยกลุ่มสำคัญๆ

นอกจากนั้นจากการเยี่ยมสำรวจ ยังไม่ค่อยพบการวางระบบการเตรียมยาที่ปลอดภัย ผู้เตรียมไม่มีความรู้/ทักษะในการเตรียมและการบริหารยา การไม่เชื่อมโยงการประเมินผู้ป่วยไปสู่การบริหารยาเฉพาะราย รวมถึงการทบทวน/ติดตามกระบวนการที่ชัดเจน สิ่งที่ทำหายอีกประการหนึ่งคือ การประสานเชื่อมโยง nursing care process กับการบริหารยา ให้รอบด้าน การพัฒนาบทบาทพยาบาลในแต่ละระดับ ทั้งระดับปฏิบัติ ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย และระดับผู้นิเทศ



ภญ. วุฒิรัตน์ อรรถมวุฒิ

รพ.ศิริราช

จันทกานต์ พงษ์พิพัฒน์

รพ.ศิริราช

ภญ. จริญญาพร เจริญรูป

รพ.สุราษฎร์ธานี

ภญ. รศ.ธิดา นิงสานนท์

Medication reconciliation คือ กระบวนการในการรวบรวมประสานรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ก่อนที่จะเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพ มีการบันทึกรายการยาดังกล่าวเพื่อส่งต่อให้กับผู้ให้การดูแลรักษาคนต่อไป ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อหรือเคลื่อนย้ายไปยังหน่วยงานอื่นหรือระดับการดูแลที่หลากหลายทั้งภายในและภายนอกองค์กร

Medication reconciliation จึงเป็นเรื่องของสหสาขาวิชาชีพที่จะร่วมมือกันในการสร้างความต่อเนื่องของกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยมีเป้าหมาย ร่วมกันคือ การกำจัดความคลาดเคลื่อนทางยา ลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยด้วยตระหนักในโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นในระหว่างรอยต่อของการให้บริการ

นอกเหนือไปกว่านั้น ยังหมายความรวมไปถึงภาระหน้าที่ที่จะเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรับผิดชอบต่อการรับรู้ ทำความเข้าใจ โดยมีข้อมูลการได้รับยาของผู้ป่วยทั้งในระหว่างที่ดูแลตนเองอยู่ที่บ้าน และเมื่อมารับบริการจากสถานบริการสุขภาพ

ในหัวข้อนี้ วิทยากรจะได้นำเสนอให้ทุกท่านทราบประสบการณ์ในการนำกระบวนการ medication reconciliation มาใช้ในหอผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาล และการนำมาใช้ในคลินิกผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น คลินิกโรคหัวใจ คลินิกโรคไตเรื้อรัง คลินิกความทรงจำ (memory clinic) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลให้เกิดความต่อเนื่องในการใช้ยา เนื่องจากมีโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นในระหว่างรอยต่อของการให้บริการ

Session นี้ อาจเป็นแรงบันดาลใจหรือก่อให้เกิดกำลังใจแก่ท่านในการนำกระบวนการ medication reconciliation ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลของท่านต่อไป

ภญ.วิชชุณี พิตรากุล

รพ.สมุทรสาคร

ภญ.สุสติ บัวทอง

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

หลายคนคงสงสัยถึงความแตกต่างระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจระบบยาตามมาตรฐานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation - HA) กับ สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (The Association of Hospital Pharmacy - HP) บางโรงพยาบาล สมาคมฯ ต้องไป บางโรงพยาบาลไม่ต้องไป แต่จากการเยี่ยมชมสำรวจโรงพยาบาลทุกระดับ เราก็ได้พบความจริงที่น่าสนใจหลายเรื่อง เช่น โรงพยาบาลที่สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลไม่ได้เข้าเยี่ยมชม พี่ๆ น้องๆ เราก็ไม่สนใจมาตรฐานเภสัชกรรมโรงพยาบาล หรือความสับสนในประเด็นมาตรฐานของสมาคมฯ มาตรฐานของสถาบันฯ หรือความไม่เข้าใจมาตรฐาน เป็นต้น ซึ่งความแตกต่างที่ไม่แตกต่างกันนี้ มาตรฐานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพนั้นเป็นมาตรฐานเชิงระบบ สำหรับมาตรฐานของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลเป็นมาตรฐานเชิงวิชาชีพเภสัชกรรม ซึ่งจะพูดถึงบทบาทของเภสัชกรในระบบยา รวมถึงรายละเอียดในเชิงวิชาการด้านเภสัชกรรม

ความกลมกลืน เชื่อมต่อของสองมาตรฐาน มีอยู่หลายประเด็น เช่น การวางแผนการจัดการ HA โดยคณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพ เท่าที่ทราบกันดีก็จะเป็น บทบาทของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ที่ต้องกำหนดทิศทางส่งเสริมระบบยาให้มีประสิทธิภาพ ในด้านกระบวนการลดความเสี่ยงในการใช้ยาต่างๆ ของมาตรฐาน HA ในส่วนของ HP จะไปเสริมในประเด็น การจัดซื้อยาที่ต้องพิจารณาถึงยาชื่อพ้อง มองคล้าย ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ รวมถึงความเสี่ยงในการใช้ยาอื่น ๆ เช่น ยาที่เข้ากันไม่ได้กับยาหรือสารละลาย ความคงตัวของยาภายหลังผสม การเจือจางยาที่ถูกต้อง ยาที่อาจเกิดปฏิกิริยาดื้ออาหารซึ่งพยาบาลควรบริหารให้ถูกต้อง การออกแบบระบบในการเฝ้าระวังยาที่ต้องระมัดระวังสูง (high alert drug) ข้อมูลต่างๆ เหล่านี้เภสัชกรต้องทำหน้าที่ค้นหาข้อมูลและสื่อสารให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนการใช้ยา เป็นต้น

ที่กล่าวมาเป็นเพียงตัวอย่างส่วนหนึ่งที่ว่ามาตรฐานทั้งสองฉบับที่สามารถนำมาประสานเชื่อมต่อกันได้ ตั้งแต่การนำของเภสัชกรรมซึ่งควรสอดคล้องและเชื่อมโยงไปที่เป้าประสงค์หรือจุดเน้นการพัฒนาของทีมนำ ทีมนำทางคลินิก การบริหารจัดการอัตรากำลัง ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่พบมากพอสมควร และยังมีมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือ เทคโนโลยีสารสนเทศหรือ

อื่นๆ อีก สุดท้ายจะเห็นได้ว่าแท้จริงแล้ว ระบบยาไม่ว่าจะเป็น HA หรือ HP มันคือเนื้อเดียวกัน ขอเพียงให้ทีมงานวางระบบและปฏิบัติด้วยความเข้าใจ ก็จะส่งให้ระบบการจัดการด้านยานั้นปลอดภัย เหมาะสม มียาคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ซึ่งเป็นเป้าหมายโดยรวมของระบบยา

ดังนั้นถ้าท่านหรือโรงพยาบาลของท่านยังสับสน ยังไม่เข้าใจชัดเจนในเรื่องการเชื่อมต่อในสองมาตรฐาน หรือท่านมีประสบการณ์ตรง ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติจริงในการเชื่อมต่อดังกล่าว ขอเรียนเชิญมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อนี้ได้เลยนะคะ เพื่อจะได้นำสู่การปฏิบัติแบบบูรณาการ ไม่สร้างความสับสนกับผู้ปฏิบัติอีกต่อไปค่ะ



ณรงค์ฤทธิ์ กาละพุด

บริษัท เนชั่นแนล เฮลท์แคร์ ซิสเต็มส์ จำกัด

การจัดการห่วงโซ่อุปทาน (supply chain management, SCM) หมายถึงกระบวนการ ตั้งแต่การวางแผน การจัดองค์กร และการควบคุมการไหลของสินค้าและบริการ ตั้งแต่บริษัทผู้ขาย ถึงลูกค้า หรือผู้บริโภคอันดับสุดท้าย จะเห็นได้ว่าในห่วงโซ่อุปทานของโรงพยาบาลมีรอยต่อที่ต้องเชื่อมเข้าด้วยกันหลายจุด ตั้งแต่จัดซื้อ คลังยา คลังเวชภัณฑ์ ห้องยา บัญชี การเงิน บริษัทผู้ขาย เป็นต้น การประสานรอยต่อระหว่างกันเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ทั้งระบบถือเป็นความท้าทายในการบริหารซัพพลายเชน เพื่อให้เกิดความสามารถที่ทำได้ของทั้งระบบ การเน้นการสร้างผลประโยชน์ในแต่ละชั้นตอนอย่างเดียวจะทำให้ผลประโยชน์โดยรวมของห่วงโซ่อุปทานลดลง อีกระดับของความท้าทายคือ การบริหารซัพพลายเชนในระบบเครือข่ายโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงการเชื่อมต่อกันในแต่ละโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการประสานพลังและการบริการที่เป็นเลิศ (synergy with service excellence) จากสภาวะเศรษฐกิจและสภาพการแข่งขันที่สูงมากขึ้นในธุรกิจโรงพยาบาลปัจจุบัน โรงพยาบาลต่างๆ จึงควรหันกลับมาให้ความสำคัญกับกระบวนการบริหารจัดการซัพพลายเชนกันอย่างจริงจัง

เทคโนโลยีสารสนเทศนับเป็นกุญแจที่นำไปสู่ความสำเร็จของห่วงโซ่อุปทานแบบไร้รอยต่อ โดยก่อให้เกิดการตัดสินใจที่ถูกต้อง รวดเร็ว และทำให้สามารถวางกลยุทธ์ครอบคลุมทั้งระบบห่วงโซ่อุปทานได้ ทำให้เกิดการลดต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ เทคโนโลยีในระบบดั้งเดิมจะไม่มี การสื่อสารเชื่อมต่อกันระหว่างกัน แต่ละหน่วยเป็นอิสระต่อกัน และไม่สามารถมองเห็นข้อมูลซึ่งกันและกันได้ นอกจากนี้ยังขาดความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้ไม่สามารถนำมาวางแผนเชิงกลยุทธ์ได้อย่างครอบคลุม ซึ่งจะเหมาะกับการปฏิบัติการมากกว่า

เทคโนโลยีแบบใหม่ที่นำมาใช้ ที่สำคัญคือ **Enterprise resource planning (ERP)** เป็นระบบสารสนเทศเชิงวิเคราะห์ที่เชื่อมโยงข้อมูลแต่ละหน่วยงานเข้าด้วยกัน ทำให้มีขอบเขตการทำงานที่กว้างกว่าเดิม และทำให้เกิดการตัดสินใจที่ดีขึ้น โดยระบบสามารถเชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ เช่น ข้อมูลสินค้า การสั่งซื้อ คลังสินค้า การขาย การบันทึกบัญชี และการจ่ายเงิน ในลักษณะเชื่อมต่อแต่ละโมดูลบนฐานข้อมูลเดียวกัน (single database) นอกจากนี้ยังมีเทคโนโลยีอื่นๆ ที่สามารถนำมาเชื่อมรอยต่อกับบริษัทผู้ขาย เช่น electronic data exchange (EDX), vendor managed inventory (VMI) หรือกับธนาคาร electronic fund transfer (EFT) เป็นต้น

การนำระบบโลจิสติกส์มาใช้ในโรงพยาบาลถือเป็นนวัตกรรมใหม่ ที่นำมาประยุกต์ใช้ มีดังต่อไปนี้

- การวิเคราะห์ในรูปแบบ **time and motion study** เป็นการศึกษาการเคลื่อนที่ของสินค้าจากจุดหนึ่งมาอีกจุดหนึ่งเพื่อพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ยังนำมาประยุกต์ใช้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการของผู้ป่วย ณ จุดให้บริการต่างๆ เพื่อลดเวลาขั้นตอนในการรับบริการ
- การนำเทคโนโลยี PDA มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดส่งยา เวชภัณฑ์ specimen และอื่นๆ ภายในโรงพยาบาล อย่างเป็นระบบ ให้สอดคล้องกับความต้องการ
- **Cold chain management** เพื่อประกันคุณภาพของสินค้าให้ได้มาตรฐานตลอดเส้นทางการขนส่ง

Patient Safety

รับฟังแนวคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
จากมุมมองขององค์กรวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
จากประสบการณ์ตรงของโรงพยาบาล
และจากประสบการณ์การเข้าร่วมพัฒนาวิธีการใหม่ๆ

11 มีนาคม 2552	10.30-12.00 น.	A2Z คุณค่าของมาตรฐาน ช่วยจัดการล่วงหน้า ถ้ารู้ความเสี่ยงสูง
	13.00-14.30 น.	A3Z Seamless Nutritional Support
	15.00-16.30 น.	A4Z WHO Patient Harm Assessment & Thai Trigger Progress Report
12 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	B1Z IC issues relevant to patient safety in Thailand: What you really need to know?
	10.30-12.00 น.	B2Z เลือกรรควินคามาแบ่งปัน (RM Safety IC)
	13.00-14.30 น.	B3Z ความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน
	15.00-16.30 น.	B4Z Towards Lean ICU
13 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	C1Z เลือกรรควินคามาแบ่งปัน (กลืน ยุง ยา Gap)
	10.30-12.00 น.	C2Z ทางรอดปลอดภัยจากห้องผ่าตัด
	13.00-14.30 น.	C3Z Lean & Seamless in Trauma Care



ศ.พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิพร
 รศ.พญ.พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน
 ผศ.นพ.อนุวัฒน์ สุตตันทวิบูลย์
 นื่องนุช ภูมิสนธิ์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ในมาตรฐาน HA บทที่ 8 เรื่อง กระบวนการคุณภาพทั่วไป กำหนดเจตจำนงของมาตรฐานไว้ว่า “ให้โรงพยาบาลนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง มาสู่การปฏิบัติในทุกกระดับและทุกหน่วยงาน” ประเด็นสำคัญของมาตรฐานบทนี้มีหลายเรื่อง แต่ที่นำมาสู่การถ่ายทอดประสบการณ์ในวันนี้อยู่ที่ประเด็น “ประสิทธิภาพในการตรวจจับและแก้ไขปัญหา รวมทั้งการป้องกันและการจัดการกับความเสี่ยง” ซึ่งหากทำได้ดี ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ ทำให้โรงพยาบาลสามารถตรวจจับและแก้ปัญหาลงตัวได้รวดเร็ว ควบคุมความสูญเสียได้ โอกาสเกิดซ้ำอยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามยังพบว่าจุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย คือ ยังไม่ได้นำแนวคิดเรื่องการบริหารความเสี่ยงนี้แทรกเข้าไปในการปฏิบัติงานประจำวัน เช่น ความตื่นตัวต่อความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน การทำหน้าที่เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเมื่อพบเหตุการณ์ ขาดการเชื่อมโยงโปรแกรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง (จากประเด็นสำคัญในมาตรฐาน HA สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 30 มีนาคม 2546)

การจัดอภิปรายในหัวข้อนี้ เป็นตัวอย่างหนึ่งที่ยากนำมาถ่ายทอดให้เห็นแนวคิดและวิธีการที่โรงพยาบาลต่างๆ สามารถนำไปดำเนินการเพื่อเติมเต็มสิ่งที่ยังขาดอยู่ในประเด็นดังกล่าวข้างต้น โดยการเล่าเรื่องผ่านกรณีตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่งที่มีความเจ็บป่วยแบบยุ่งยากซับซ้อน เป็นโจทย์ที่ยากของทีมผู้ดูแลรักษาว่า จะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดี ปลอดภัย และบรรลุเป้าหมายของการดูแลรักษา ขณะเดียวกันบุคลากรและองค์กรได้รับการดูแลไม่ให้เกิดเสียงต่อการฟ้องร้องหรือนำไปสู่การเสื่อมเสียชื่อเสียง

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้ผู้เข้าฟังเห็นประโยชน์ของการใช้มาตรฐาน HA การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลผู้ป่วยเป็นทีม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิด seamless ระหว่างสาขาวิชาชีพที่ทำงานร่วมกัน จุดเริ่มต้นที่สำคัญคือ ทำอย่างไรให้ผู้ดูแลรักษาถูกคิดได้ว่ากรณีนี้อาจเกิดประเด็นที่เป็นปัญหาในกระบวนการดูแลรักษา การนำเสนอนี้ต้องการให้ผู้เข้าฟังจับประเด็นได้ว่า เราสามารถตรวจจับปัญหาหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้อย่างไร เมื่อ

รู้แล้วมีวิธีการคิดและจัดการอย่างไร การจัดประชุมร่วมกันของทีมสหสาขาเพื่อวางแผนการรักษา มีเป้าหมายอะไร มีประโยชน์อย่างไร และทำอย่างไร ซึ่งส่วนนี้เกิดขึ้นได้เนื่องจากผู้ดูแลรักษาใช้มาตรฐานและความเป็นวิชาชีพเป็นตัวผลักดัน บวกกับบทความตระหนักเรื่องความเสี่ยงของการบาดเจ็บหรือสูญเสียที่จะตามมา

แต่ในอีกมุมมองหนึ่ง โรงพยาบาลอาจตั้งต้นด้วยการใช้มาตรฐาน HA บทที่ 15-20 เป็นตัวเดินเรื่อง หรือตามรอย เพื่อทวนสอบกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละรายหรือแต่ละโรคได้ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง โดยเจตจำนงของมาตรฐานแต่ละบทมีดังนี้

มาตรฐาน HA	เจตจำนงของมาตรฐาน
บทที่ 15 การทำงานเป็นทีม	ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมผู้ให้บริการ ซึ่งมีการประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดช่องว่างระหว่างกระบวนการต่างๆ ให้เหลือน้อยที่สุด
บทที่ 16 การเตรียมผู้ป่วย	ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อม เพื่อได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมทันที ที่มีโอกาสให้และรับข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วน
บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา	ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการต่างๆ อย่างครบถ้วน และมีการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย
บทที่ 18 กระบวนการดูแลผู้ป่วย	ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม
บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย	ผู้ป่วยแต่ละคนมีบันทึกเวชระเบียนที่ครบถ้วน เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเพื่อการประเมินคุณภาพการดูแลรักษา
บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการวางแผนและเตรียมความพร้อม เพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

หรืออาจจะตามรอยตามมาตรฐาน HA ใหม่ 2008 ตอนที่ III หมวดกระบวนการดูแลผู้ป่วยก็ได้ โดยสรุปบทเรียนที่ได้จากการอภิปรายในหัวข้อนี้ คือ เราอาจจะเริ่มจากจุดใดก็ได้ แล้วใช้วิธีที่เหลือต่อยอดเพื่อเติมเต็ม บทเรียนครั้งนี้อาจทำให้ผู้เข้าฟังแตกความคิดและต่อยอดจนได้แนวทางว่าจะกลับไปดำเนินการอย่างไร เพื่อให้โรงพยาบาลนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง มาสู่การปฏิบัติในทุกกระดับและทุกหน่วยงาน ได้มากขึ้น



ศ.พญ.จุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์
 รศ.พญ.ประณิธิ หงสประภาส
 ผศ.นพ.วีระเดช พิศประเสริฐ
 นพ.วินัย อึ้งพันธ์

คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี
 คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น
 คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น
 รพ.สุรินทร์

Seamless Nutritional Support in Ramathibodi Hospital

ศ.พญ.จุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์ และคณะ

ผู้ป่วยที่นอนอยู่ในโรงพยาบาลนานพบว่า มีโอกาสเกิดภาวะทุโภชนาการมากขึ้น และอัตราการตายและการเกิดโรคแทรกซ้อนก็พบมากเป็นสัดส่วนกับภาวะขาดอาหาร ขณะเดียวกันก็พบว่าผู้ป่วยบางรายไม่สามารถรับประทานอาหารผ่านระบบทางเดินอาหารได้ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค การให้อาหารทางหลอดเลือดดำจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารครบถ้วนและเพียงพอ การประเมินภาวะโภชนาการอย่างเป็นระบบ การมีสูตรอาหาร TPN ที่เป็นมาตรฐาน การมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ให้อาหารทางหลอดเลือดดำเพื่อลดการติดเชื้อ จึงเป็นสิ่งจำเป็น และสำหรับผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารผ่านทางหลอดเลือดดำเป็นเวลายาวนาน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดูแลแบบมีส่วนร่วม ดังนั้นการวางระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมระหว่างโรงพยาบาลและญาติ จึงเป็นสิ่งที่มีหวังให้เกิดขึ้นเช่นกัน ดังนั้นหน่วยโภชนาการ และชีวเคมีทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ซึ่งตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้ทำการพัฒนาโดยดำเนินการอย่างต่อเนื่องในหลายมิติและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดย

- 1) ประสานงานกับฝ่ายสารสนเทศเพื่อวางระบบการประเมินภาวะโภชนาการ
- 2) ประสานงานกับฝ่ายเภสัชกรรมและบริษัทเอกชนเพื่อวิเคราะห์และเตรียมผลิตภัณฑ์ที่มีคุณสมบัติ พร้อมทั้งจะใช้สำหรับเติมสารอาหารได้อย่างครบถ้วน เพื่อจัดทำสูตรอาหารมาตรฐาน standard TPN ที่สามารถใช้ได้ในผู้ป่วยทุกคน
- 3) ประสานงานกับแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยและหน่วยควบคุมการติดเชื้อ ในการจัดเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่ให้ TPN เพื่อจัดทำคู่มือ การดูแลสายสวนที่ให้ TPN
- 4) ประสานงานกับ หน่วยเภสัชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี พัฒนาสารละลายแร่ธาตุ

ส่วนย่อยที่ใช้ผสมในสารละลายอาหารทางหลอดเลือดดำ

5) พัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารปั่นผสมทางการแพทย์ (blenderized diet) เป็นผงสำเร็จผสมน้ำแล้วสามารถใช้ได้เลย เก็บได้นาน สะดวก และมีคุณค่าอาหารครบถ้วน

6) งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยติดตามให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอในกรณีที่ผู้ป่วยต้องให้ TPN ที่บ้านจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถทำเองได้อย่างมั่นใจ

ผลงานสำคัญที่ได้รับคือ การมี Computerized nutritional assessment program ของคนไทย มีสูตรอาหาร TPN ที่มีสารอาหารครบถ้วนเป็น Standard TPN formula ในขวดเดียวกันขึ้น ได้นำไปวิจัยต่อ จนได้รับอนุสิทธิบัตรเลขที่ 1499 มีคู่มือการดูแลสายสวนในผู้ป่วยที่ให้ TPN ประกอบด้วยแนวทางการดูแลแผล, วิธีดูแล catheter และการให้ยาร่วมกับสารอาหาร มีสารละลายแร่ธาตุส่วนน้อย Ramatrace element นำไปวิจัยต่อ จนได้รับอนุสิทธิบัตร เลขที่ 1920 และมี blenderized diet ผง และมีแนวทางการปฏิบัติเรื่อง Home TPN ขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทย

บทเรียนที่สำคัญ มีการทำงานเป็นสหสาขาร่วมกันดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยโภชนาการกับ ฝ่ายเภสัชกรรม หน่วยโรคติดเชื้อ พยาบาลและพยาบาลเยี่ยมบ้าน ได้ผลการดูแลผู้ป่วยที่สามารถเป็นแบบแผนได้และพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานและคุณภาพดี



11 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Phoenix 4-6

น.อ.อนันต์ชัย เดชอมรธัญ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช
ศ.พิเศษ พญ.วิภาดา เซาวกุล รพ.อุบลรักษ์ ธนบุรี
นพ.สุรวุฒิ ลิพณะกร วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
นพ.สรรธวัช อัสวเรืองชัย

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้พัฒนาเครื่องมือคุณภาพที่เรียกว่า Thai Trigger Tools ขึ้นมาเพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลใช้ในการคัดกรองเวชระเบียนมาเรียนรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ โดยปรับมาจากเครื่องมือของ IHI มีการนำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง 12 แห่ง และมีการศึกษาวิจัยถึงการใช้อย่างไร ปัญหาอุปสรรค และบทเรียนต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนและอัตราการพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากตัวส่งสัญญาณ (trigger) ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการเลือกตัวส่งสัญญาณมาใช้ให้เกิดความคุ้มค่าที่สุด

เมื่อปลายปี 2551 องค์การอนามัยโลกได้เข้ามาทดสอบเครื่องมือประเมินอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยใช้ระบบการเก็บข้อมูลแบบกระชับคือโรงพยาบาลละ 2 วัน มีเครื่องมือเก็บข้อมูลที่พัฒนามาจากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เช่น การใช้ผู้ป่วยทั้งหมดในหอผู้ป่วยเป็นประชากรที่ศึกษาการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยอาศัยข้อมูลจากเวชระเบียน ใช้การสัมภาษณ์พยาบาลเป็นการคัดกรอง และยืนยันโดยแพทย์เจ้าของไข้ รวมถึงการทำ focus group เพื่อประเมินลำดับความสำคัญของปัญหาความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยจากการรับรู้ของทีมผู้ให้บริการ และการสังเกตการปฏิบัติงานในประเด็นที่กำหนดไว้ ในการศึกษาครั้งนี้ วิทยากรซึ่งเป็นผู้ร่วมวิจัยจะนำเสนอประสบการณ์ที่ได้รับและโอกาสที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในระดับกว้าง

**B1Z****IC issues relevant to patient safety in Thailand: what you really need to know?**

12 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Phoenix 4-6

ศ.นพ.สมหวัง ด้านชัยจิตร

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม

คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี

ผศ.นพ.อนุชา อภิสารธนรักษ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

The World Alliance on Patient Safety is a new organization for the improvement of medical care. All countries are encouraged to develop system to maximize their own patient safety. In Thailand, patient safety campaign has been implemented since 2007 with a focus on hand hygiene improvement, reduction of ventilator-associated pneumonia and improvement of sterilization disinfection processes. Major future challenges for the developed world include antimicrobial use and the control of drug resistances, new materials, emerging pathogens, infection control issues related to transgenic therapy, massive and complete immunosuppression and xenotransplantation, prion diseases, use of fully computerized patient record and data-mining-derived epidemiology, development of evidence-based recommendations for infection control and prevention, addressing cost constraints, health care system trends, and health care worker behavior modification.

Likewise, challenges for developing countries may be different and may vary from one country to another. In this session, we provide an update on Thai patient safety campaigns and identify potential emerging problems that may need urgent interventions in Thai hospitals. These issues included 1) prevention and control of multi-drug resistant microorganisms and 2) prevention of tuberculosis among Thai healthcare workers. Given the emphasis of the proposed strategy on simple and affordable solutions, the impact of the challenge is expected to be high. The combined efforts are expected to raise the potential to save millions of lives, to prevent morbidities and long-term disability for millions of patients and to reduce cost.

B2Z

เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน



12 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Phoenix 4-6

นพ.อุดม ลีลาทวีวุฒิ

ผู้ดำเนินการอภิปราย

บูรณาการการบริหารความเสี่ยง / แผนกลยุทธ์ เชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพ

วราภรณ์ ภัทรมงคลเขตต์ รพ.แม่จัน

โปรแกรมข้อมูลความเสี่ยง : Empower SPTH Data

นพ.มนูศิลป์ คงคา รพ.สันป่าตอง

Patient Safety: Ventilator

พนา จินต์ปัญญากุล รพ.นราธิวาสราชชนครินทร์

Close System Sterile ลดปัจจัยการเกิด VAP

ขวัญเรือน รักษาธรรม รพ.ระยอง

CAUTI: From Evidence base to practice

นางศิริรัตน์ บุญจันทร์ รพ.สุราษฎร์ธานี

**B3Z****ความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน****(สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย)**

12 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Phoenix 4-6

ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์

คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี

นพ.สมชาย กาญจนสุด

รพ.ราชวิถี

พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ

กรมการแพทย์

การพัฒนาแนวทางระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินให้มีคุณภาพที่พึงประสงค์เป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะผู้ป่วยฉุกเฉินต้องการการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องวิธีในระยะเวลาที่รวดเร็ว เพื่อแก้ไขให้รอดชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะตามมา แต่สถานการณ์ในปัจจุบันการรักษาระบบฉุกเฉินในประเทศไทยยังได้รับความสนใจจากผู้บริหารในระดับต่างๆ ค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับต่างประเทศ หน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินยังไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควรโดยเฉพาะในแง่สัดส่วนของงบประมาณ บุคลากร การกระจาย และการจัดสรรทรัพยากร ในสถานพยาบาลแต่ละระดับ

จากการสัมมนาร่วมกับโรงพยาบาลของภาครัฐ เมื่อวันที่ 3-5 กันยายน 2550 ณ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าประเด็นของสถานการณ์และปัญหาของระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินมีหลายด้าน ได้แก่

1) ด้านโครงสร้างและสถานที่ของแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลยังไม่มีมาตรฐาน รวมทั้งความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือไม่มี / มีแต่ใช้ไม่เป็น

2) ด้านบุคลากร พบปัญหาของบุคลากรในแง่ของ อัตรากำลัง / คุณสมบัติ / ภาระงาน / ค่าตอบแทน รวมถึงสัดส่วนของงบประมาณและบุคลากรในแต่ละระดับน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ทำให้เกิด missed management

3) ด้านนโยบายและการพัฒนา ระบบการบริหารจัดการ และ ระบบการปรึกษา / ระบบส่งต่อ พบว่าขาดแผนในการพัฒนาทั้งระบบ การประสานเชื่อมโยงระหว่าง emergency care และ definitive care ยังมีปัญหา รวมถึงระบบการส่งต่อยังไม่ดีพอ และขาดฐานข้อมูลในการประเมินระบบที่ดี

4) ด้านการให้บริการ ผู้ใช้บริการค่อนข้างมาก และพบว่า job description ในห้องฉุกเฉิน ไม่ชัดเจน ค่อนข้างหลากหลาย ทำให้มีผลต่อคุณภาพของการรักษา

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ร่วมกับโรงพยาบาลภาครัฐระดับต่างๆ ได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของ

ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Hospital Based Emergency Care Systems) ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล รวมถึงแนวทางในการรับรองคุณภาพห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล และได้นำไปทดลองใช้ในจังหวัดต่างๆ ในช่วงปี พ.ศ. 2551 ซึ่งจะขอเสนอรายละเอียดในการประชุม ต่อไป



B4Z

Towards Lean ICU

(สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย)

12 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Phoenix 4-6

พ.อ.นพ.อดิศร วงษา

รพ.พระมงกุฎเกล้า

รศ.พญ.คุณวรรณนา สมบูรณ์วิบูลย์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.นพ.ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

C1Z

เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (กลืน ชุง ฆ Gap)



13 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Phoenix 4-6

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ ผู้ดำเนินการอภิปราย

การส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภัทรพร วงศ์กระพันธุ์ รพ.สงขลา

โรคชิคุนกุญา

นพ.เดชา แซ่หลี่ รพ.กะพ้อ

ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

รัตนภรณ์ ตั้งยิ่งยง รพ.สรรพสิทธิประสงค์

การพัฒนาระบบเพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่ง

ภก.ยุทธพงศ์ สุวรรณพงศ์ รพ.กบินทร์บุรี

เมื่อโรงเรียนแพทย์ ค้นหา Gap ใน SIMPLE

ผศ.พญ.ยุวรีย์ พิษิตโชติ รพ.จุฬาลงกรณ์

**C2Z****ทางรอดปลอดภัยจากห้องผ่าตัด**

13 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Phoenix 4-6

รศ.นพ.สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.พญ.ศิริพร ปิติมานะอารี	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
พญ.ประภา รัตน์ไชย	รพ.ขนาดใหญ่

ทางรอดปลอดภัยจากห้องผ่าตัดบทเรียนจากงานวิจัย

รศ.นพ.สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ห้องผ่าตัดเป็นสถานที่ที่มีโอกาสเกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ได้บ่อย ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย เห็นความสำคัญของการศึกษาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) จึงได้ริเริ่มโครงการศึกษาสหสถาบัน เรื่อง “ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในประเทศไทย (THAI Study)” ทำให้ทราบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนและปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญหลายอย่าง ได้แก่ อัตราหัวใจหยุดเต้นภายใน 24 ชั่วโมง 31:10,000 ราย อัตราการเสียชีวิต 28:10,000 ราย สาเหตุของการเสียชีวิต 3 อันดับแรกได้แก่ เสียเลือดมาก การบาดเจ็บศีรษะ และการติดเชื้อ ในขณะที่ปัญหาภาวะหัวใจหยุดเต้นหลังจากการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง 2.7:10,000 ราย ซึ่งเทียบเท่ากับอุบัติการณ์ในต่างประเทศ แต่อัตราการเสียชีวิตในประเทศไทยสูงกว่า

ข้อเสนอแนะได้แก่ การปรับปรุงการเฝ้าระวังผู้ป่วยเพื่อให้สามารถวินิจฉัยภาวะผิดปกติได้โดยเร็ว การปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติตลอดจนการเพิ่มขีดความสามารถพื้นฐานชีพ นอกจากนี้อัตราการเกิดภาวะ malignant hyperthermia 1:150,000 ราย ทำให้ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และองค์กรเภสัชกรรมร่วมมือในการจัดหายา dantrolene เข้ามาในราชอาณาจักร ฯลฯ ข้อมูลจากงานวิจัย THAI Study มีส่วนในการที่ พรพ. และคณะทำงานรวบรวม Global Patient Safety Challenges และ Patient Safety Solutions ที่ประกาศโดยองค์การอนามัยรวมถึง Patient Safety Goals ที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศ และที่ พรพ. ได้เสนอไว้เดิมมาจัดทำเป็นหมวดหมู่ภายใต้ชื่อที่จดจำง่าย ๆ ว่า SIMPLE โดย Safe anesthesia (S2) อยู่ในหัวข้อของ Safe surgery และยังมีหัวข้ออื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล

ในปี พ.ศ. 2550 ราชวิทยาลัยฯ ได้ขยายการศึกษาวิจัยสหสถาบันในวงกว้างในโรงพยาบาล 51 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทั้งหมด โรงพยาบาล

ของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลตำรวจ ร่วมกันส่งรายงานอุบัติการณ์ Incident reports ภายใต้ภาวะสมัครใจ (Voluntary) และนิรนาม (Anonymity) ได้รายงานอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนในโครงการศึกษาแบบจำลองการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในประเทศไทย (Model of Anesthesia Incidents Monitoring) หรือในชื่อโครงการ Thai AIMS ผลการศึกษาในแบบจำลองแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์สามารถลดลงได้จากความรอบคอบระแวดระวัง (60%) ความมีประสบการณ์ (59%) ซึ่งส่งเสริมได้โดยการฝึกอบรมและการศึกษาต่อเนื่อง การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (21%) นอกจากนี้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การจัดทำแนวทางพัฒนาเวชปฏิบัติ (Clinical guidance) การเพิ่มประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษา (Improvement of supervision) เป็นแนวทางที่แนะนำสำหรับเพิ่มความปลอดภัยในห้องผ่าตัด

ทางรอดปลอดภัยจากห้องผ่าตัด

รศ.พญ.ศิริพร ปิติมานะอารี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

“ถ้าผ่าตัดจะปลอดภัยมั๊ยคะ” เป็นคำถามที่ฟังค่อนข้างคุ้นหูซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่า แพทย์ผ่าตัด วิสัญญี หรือ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมักจะถูกถามจาก ตัวผู้ป่วยเองญาติ หรือเพื่อนผู้ป่วย ฟังแล้วเหมือนเป็นคำถามง่ายๆ แต่โดยส่วนตัวแล้วตอบไม่ง่ายเลย จริงๆ แล้วคำถามนี้ไม่น่าจำกัดที่ผู้ป่วยหรือญาติเท่านั้น ในปัจจุบันนี้และในอีกมุมมองหนึ่ง บุคลากรทางการแพทย์ อาจต้องถามตัวเองด้วยว่า **“นอกจากผู้ป่วยจะปลอดภัยมั๊ย แล้วเราจะปลอดภัยหรือเปล่า”** จริงๆ แล้วความปลอดภัยของผู้ป่วยควรจะถูกตระหนักเป็นสิ่งแรก เพราะเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจผ่าตัด เท่ากับว่าผู้ป่วยเอง ญาติ หรือเพื่อนผู้ป่วย มอบความไว้วางใจให้กับทีมผู้ดูแลรักษาซึ่งนับเป็นเกียรติแก่ทีม แต่ไม่มีใครเข้าใจได้ลึกซึ้งหรือกว่า เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดกับผู้ป่วยไม่ว่าจะจากเหตุใดก็แล้วแต่ ผู้ประสบเหตุหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะมีความรู้สึกอย่างไรหรือมีผลกระทบอย่างไร

แน่นอน คำว่า “ปลอดภัย” นั้น ในแต่ละคนก็จะตีความไม่เหมือนกัน หรือมีมุมมองแตกต่างกัน มีระดับการยอมรับที่ไม่เหมือนกัน บางคนยอมรับได้ถ้าไม่เกิดเหตุการณ์หรืออันตรายรุนแรง เช่น การสูญเสียชีวิต เสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพ แต่บางคนก็ไม่สามารถรับได้แม้แต่เหตุการณ์หรืออันตรายที่ไม่รุนแรงแต่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น หรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เช่น การติดเชือบริเวณผ่าตัด การผ่าตัดซ้ำ เป็นต้น เรื่องเหล่านี้มักนำไปสู่ความไม่พึงพอใจหรือความไม่ไว้วางใจกันและอาจรุนแรงถึงขั้นฟ้องร้อง หรือการเสียชื่อเสียงของบุคคล หน่วยงาน หรือวงการสาธารณสุข ซึ่งเรามักจะได้ยินได้ฟังบ่อยขึ้นใน

ปัจจุบัน แล้วเราจะทำอะไรดี แม้ว่าเรื่องนี้มีการคิดมานานแล้วแต่อาจจะมีการเน้นย้ำหรือมีการใส่ใจอย่างเป็นรูปธรรมในบ้านเราในไม่กี่ปีที่ผ่านมา ดูได้จากการกำหนดหรือตั้งเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety goals) การจัดตั้งหน่วยงานที่มีบทบาทเกี่ยวข้องที่ชัดเจน (Risk management team) การสร้างจิตสำนึกของการทำงานแบบปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ (Safety first) การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่คิดทางบวกหรือช่วยกันแก้ไขข้อผิดพลาด (Blame-free environment) ฯลฯ

กลยุทธ์หรือแนวทางในการสร้างความปลอดภัย หรือการบริหารความเสี่ยงนั้น มีทั้ง “แผนรุกและแผนรับ” แต่ละหน่วยงานหรือโรงพยาบาลจำเป็นต้องกำหนดแผนกลยุทธ์ดังกล่าว ซึ่งอาจจะมีรายละเอียดแตกต่างกันบ้างตามบริบทหรือจุดเน้นของแต่ละหน่วยงาน แต่โดยหลักการพื้นฐานแล้วมักจะคล้ายคลึงกัน

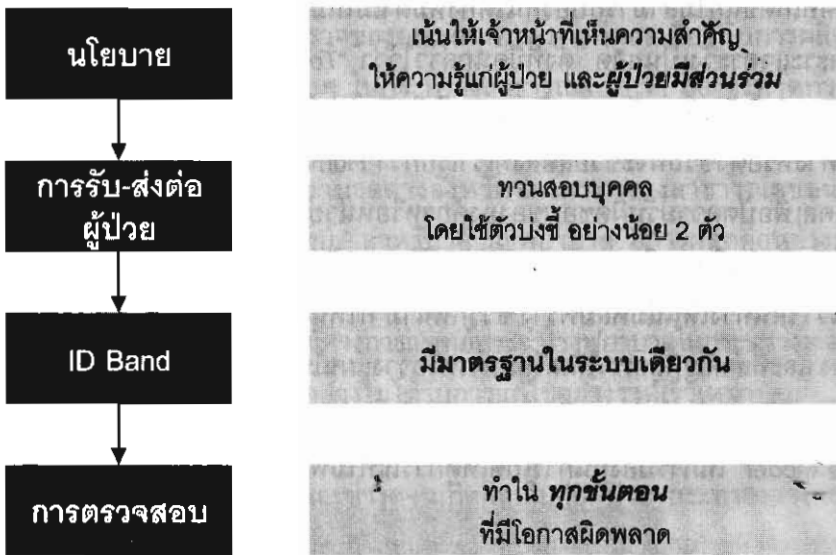
ในแผนรุกรุนั้นคงเริ่มตั้งแต่

- การสร้างความตระหนักหรือปลูกจิตสำนึกในเรื่องความปลอดภัย จนกลายเป็นสิ่งที่เราเรียกว่า “ วัฒนธรรม”
- การวางมาตรการหรือแนวทางในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และประชาสัมพันธ์ให้กับประชาคมหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบและปฏิบัติ
- การอบรมหรือนิเทศงานให้กับสมาชิกใหม่เพื่อให้ขบวนการทำงานเป็นไปตามเป้าหมายและลดโอกาสของความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น
- การกำหนดแผนในการพัฒนาบุคลากรตลอดจนการตรวจสอบความรู้ความสามารถให้เหมาะสมกับงานที่ได้รับมอบหมายเป็นระยะ ๆ
- การสำรวจความคาดหวังหรือความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการเป็นระยะ ๆ
- การจัดการความรู้จากหลักฐานต่าง ๆ หรือจากประสบการณ์ที่มีอยู่ของเราเอง หรือของผู้อื่นที่เราสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ตามความเหมาะสม

สำหรับแผนรับนั้นส่วนใหญ่มักจะหมายถึง ระบบการรายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event or Incidence report system) ซึ่งส่วนใหญ่การรายงานมักเป็นไปตามสมัครใจ (Volunteer) จึงทำให้อุบัติการณ์ที่ได้รับต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนั้นยังมีอุปสรรคในการได้รายงานไม่ครบถ้วน ได้แก่ การกลัวความผิด การเพิกเฉยหรือละเลย ความรู้สึกว่าเป็นภาระ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ยิ่งทำให้อุบัติการณ์ที่ได้รับมักต่ำกว่าความเป็นจริง หรือบางกรณีผู้ประสบเหตุไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าเหตุการณ์ใดจำเป็นต้องรายงานเหตุการณ์ใดไม่ต้องรายงาน จำเป็นที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงต้องกำหนดนิยามของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่จำเป็นต้องรายงานให้ชัดเจนและทำความเข้าใจแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อลด

ความสับสน นอกจากนั้นการได้รับข้อมูลหรือรายงานจะไม่มีคุณค่าใดๆเลย ถ้าเราไม่นำข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์และหาแนวทางในการป้องกันการเกิดซ้ำ (Root cause analysis; RCA) โดยเฉพาะอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงหรือก่อให้เกิดความเสียหายมาก หน่วยงานหรือคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงควรกำหนดแผนกลยุทธ์เพื่อให้การรายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งนอกจากจะทำให้มองเห็นภาพหรือจุดอ่อนของระบบแล้ว ยังนำมาซึ่งการกำหนดแนวทางป้องกันหรือหามาตรการป้องกันการเกิดซ้ำและการแก้ไขก่อนเกิดเหตุการณ์

ในการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด หรือในส่วนของวิสัญญีนั้น ถือได้ว่ามีมาตรฐานในการดูแลสูง มีระบบเพื่อป้องกันการผิดพลาดที่ค่อนข้างชัดเจนคล้ายคลึงกับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก หรือเทียบเคียงได้กับการทำงานของนักบิน มีระบบการตรวจสอบอุปกรณ์ เครื่องมือและขั้นตอนต่างๆ ก่อนการปฏิบัติการ และติดตามผลการปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม จากรายงานอุบัติการณ์ก็ทำให้เรามองเห็นจุดอ่อนหรือรอยร้าวที่อาจจะช่วยเพิ่มความปลอดภัยของการปฏิบัติงานได้ทั้งในเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติ เช่น การระบุตัวผู้ป่วย

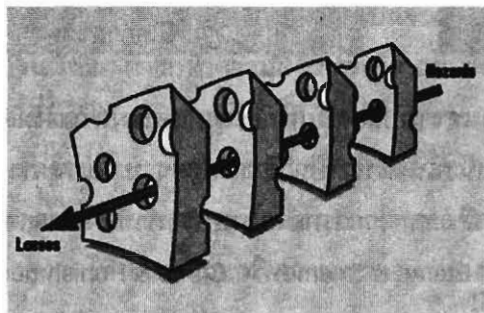


การสร้างมาตรฐานความปลอดภัยทั้งแผนรุกและแผนรับดังกล่าวข้างต้น ซึ่งที่สำคัญที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องพึงคำนึงนั้น น่าจะเป็นวิธีการลดความรุนแรง การป้องกันการเกิดซ้ำ ซึ่งควรพิจารณา ในเชิงระบบ มากกว่าการกล่าวโทษหรือหาข้อผิดพลาดในรายบุคคล ควรมีการเปลี่ยนแนวความคิดจาก Blame & Shame หรือ Crime & Punishment เป็น ใคร อะไร เมื่อไร

และทำอย่างไรในเชิงระบบที่จะช่วยป้องกันอุบัติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นๆ ได้ เช่น การผลักดันให้การใช้การตรวจติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการวัดความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดง เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด การตั้งค่าความปลอดภัย (Alarm setting) เพื่อเป็นการเตือนก่อนอันตรายจะเกิดขึ้น การกำหนดระยะเวลาการทำงานในแต่ละคาบ การมีระบบที่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาที่มีประสบการณ์การแก้ไขปัญหาวิกฤตเฉพาะหน้า การเพิ่มพูนทักษะหรือการฟื้นฟูทักษะในเหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างฉับพลันและต้องการการแก้ไขอย่างทันท่วงที เช่น การฝึกฝนการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) การสร้างสถานการณ์จำลองเหตุการณ์วิกฤต (Crisis simulation) เพื่อฝึกฝนทักษะและความสามารถต่อการเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ เช่น การใส่ท่อหายใจไม่ได้โดยไม่คาดคิด การเสียเลือดปริมาณมากในระยะเวลายาวนาน ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำอย่างฉับพลัน เป็นต้น

เราอาจจะแบ่งเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) ได้เป็น 2 ลักษณะ คือ เหตุสุดวิสัย (Unpreventable event) หมายถึงเหตุการณ์ที่ไม่มีมาตรการป้องกันแล้วในทุกขั้นตอนก็ไม่สามารถป้องกันได้ และเหตุที่ป้องกันได้ (Preventable event หรือ Error) หมายถึงเหตุการณ์ที่เมื่อเรามาทบทวนแล้วยังมีโอกาสของการปัดรอยรั่วหรือช่องโหว่นั้นได้ อย่างไรก็ตาม ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นก็ไม่สามารถป้องกันได้ทั้งหมด แม้ในมือของผู้ที่คาดว่าจะมีความสามารถเป็นเยี่ยมและระแวดระวังเป็นอย่างดี ดังที่มีคนกล่าวไว้ว่า “To Err is Human” ที่กล่าวดังนี้ไม่ได้มีความหมายว่า ให้เรายอมรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นโดยไม่หาแนวทางแก้ไข ตรงกันข้ามต้องหาแนวทางหรือตัวช่วยที่จะช่วยลดสิ่งที่เราเรียกว่า Human error มากกว่า และไม่ควรรกล่าวโทษบุคคลเพื่อปิดความรับผิดชอบขององค์กรหรือหน่วยงาน

โดยสรุป เมื่อพูดถึง “ทางรอดปลอดภัยจากห้องผ่าตัด” เราคงต้องมาพิจารณาหรือทบทวนว่า เส้นทางเดินนี้มีหลุมพราง ซากขวาน ที่ไหน เมื่อไร เกิดกับใครได้บ้าง ใครมีส่วนเกี่ยวข้อง และที่สำคัญที่สุดเราได้เตรียมการหรือวางแผนในการป้องกัน และแก้ไขไว้ทุกจุดหรือปัดรอยโหว่ได้อย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์หรือไม่ เช่นเดียวกับที่มีการกล่าวถึง “Swiss Cheese Model” ในการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์



ในทางการแพทย์นั้น รอยไหมหรือรูรั่วของแผ่นเนยแข็งแต่ละแผ่นนั้นไม่คงที่ เปลี่ยนตำแหน่งได้ในผู้ป่วยแต่ละราย หรือในแต่ละสถานการณื ซึ่งเป็นเป็นสิ่งที่ท้าทายและเป็นเรื่องที่เราต้องช่วยกันก้าวข้ามไปอย่างสง่างาม โดยมีเหตุผลและให้คำตอบที่เหมาะสม และชัดเจนต่อสังคม

ทางรอดจากห้องผ่าตัด

พญ.ประภา รัตนไชย รพ.หาดใหญ่

ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ปรึกษาในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข เป็นเรื่องที่ประชาชนยังไม่ไวใจเต็มร้อย ด้วยเพราะข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์ ที่ถูกบ้าง ไม่ถูกบ้าง แต่ได้สร้างความปริวิตก ประกอบกับภาระงานที่เพิ่มขึ้นมากในโรงพยาบาลของรัฐจากนโยบายสุขภาพถ้วนหน้า และการพัฒนาระบบรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation) ซึ่งแม้จะเป็นสิ่งที่ดีและน่าจะนำไปสู่การทำงานที่มีคุณภาพมากขึ้น ได้เพิ่มงานและความเครียด คงต้องพยายามให้เกิดสมดุลระหว่างงานกับคุณภาพชีวิตของผู้ปฏิบัติงานให้ได้ต่อไป

จะนำเสนอปัญหาที่เกิดขึ้นในงานวิสัญญีของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้บริการแก่ประชาชน จากข้อมูลการเยี่ยมสำรวจของคณะอนุกรรมการที่ดูแลเกี่ยวกับการผลิตวิสัญญีพยาบาล ที่ไปตามโรงพยาบาลต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข กว่า 60 จังหวัดทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี 2539 จนปัจจุบัน สรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

1. บุคลากร พบว่าโรงพยาบาลต่างจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขขนาดใหญ่ ประมาณ 20% ยังไม่มีวิสัญญีแพทย์ สำหรับวิสัญญีพยาบาล มีการผลิตค่อนข้างมาก แต่เหลือผู้ที่ยังทำงานในระบบค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลขนาดเล็ก การไม่มีตำแหน่งวิศวกรหรือช่างอุปกรณ์ทางการแพทย์ประจำโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ทำให้งานบางอย่างไม่ได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็วเหมาะสม

2. เครื่องมือ ทั้งเครื่องมือยาสลบและเครื่องมือแพทย์ในการเฝ้าระวังขณะให้ยาระงับความรู้สึก พบว่าบางแห่งเก่ามากและชำรุดจนเกิดผลเสียต่อผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นปัญหานี้และได้ทำการแก้ไขโดยจัดหาเครื่องมือใหม่ๆ โดยใช้เงินระหว่างประเทศ และแจกจ่ายให้โรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศตั้งแต่ปี 2545 แต่ยังมีปัญหาในระยะต่อมาด้านการดูแลบำรุงรักษา จุดอ่อนด้านระบบก๊าซทางการแพทย์ เป็นอีกประเด็นที่พียงนำมามองมากขึ้น

3. ระบบการทำงาน ความเครียดจากการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่ครบถ้วน เป็นประเด็นที่น่าทบทวนความเหมาะสม ความคุ้มค่าของการตรวจต่างๆ ราชวิทยาลัยวิสัญญี

แพทย์แห่งประเทศไทยได้เผยแพร่แนวทางหลายกรณีให้ถือใช้ ซึ่งช่วยสร้างความตระหนักให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยได้อย่างมาก นอกจากนี้ การกำหนดกระบวนการปฏิบัติงานวิสัญญี เป็นเรื่องที่ดี แต่มีการตรวจสอบให้เป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่

ระบบงานของกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม มีการเปลี่ยนแปลงไปตามความผันผวนทางการเมือง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องปรับบทบาทตาม จนทำให้เกิดความสูญเปล่าด้านการผลิตบุคลากรเช่นวิสัญญีพยาบาล เป็นต้น

การเกิดคดีฟ้องร้องทางวิสัญญีรุนแรงมากขึ้นถึงขั้นคดีอาญา สร้างความตื่นตระหนกและทำให้เกิดการถอยหนี โดยไม่ทำผ่าตัดและส่งต่อผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลที่ใหญ่กว่า เหตุการณ์เหล่านี้เป็นบทเรียนให้เราต้องเตรียมตัวได้แล้ว ที่จะช่วยกันสร้างระบบป้องกันความเสี่ยงในทุกขั้นตอน รวมถึงความสมบูรณ์ของเอกสารด้วย ซึ่งปัจจุบันได้ถูกจัดให้เป็นกลยุทธ์ภาคบังคับที่ใช้ในการจัดสรรเม็ดเงินให้แก่หน่วยงานต่างๆ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ คงต้องใช้เวลาพอสมควรในการปรับเปลี่ยนระบบ ถือได้ว่าเป็นช่วงเปลี่ยนแปลง ต้องมีความเจ็บปวด ความยากลำบากพอสมควร แต่ควรพยายามให้ช่วงเครียดดังกล่าวอยู่สั้นที่สุด และกลายเป็นความสุขให้นานขึ้น

ด้วยกระบวนการป้องกันต่างๆ มากมาย ผู้ทำงานในโรงพยาบาล หลายคนรู้สึกเหนื่อย ล้า หรือท้อ ในบางช่วงเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเกิดเรื่องฟ้องร้องขึ้นกับตน ถึงเวลาแล้วหรือยังที่จะให้ความตระหนักเรื่องความปลอดภัยเข้าไปอยู่ในหัวใจของผู้ปฏิบัติงานทุกคน โดยวิธีคิดที่ว่า “ถ้าเราเป็นผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล อยากได้รับบริการเช่นใด จงให้ผู้ป่วยได้รับเช่นนั้นบ้าง”



C3Z

Lean & Seamless in Trauma Care

13 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Phoenix 4-6

นพ.อนันต์ มโนมัยพิบูลย์

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

นพ.อนุชา เศรษฐเสถียร

รพ.อุตรธานี

ศ.นพ.นเรนทร์ โชติรสนิรมิต

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Meet Professional Experts

รับฟังแนวคิดและเรื่องราวเกี่ยวกับการนำแนวคิดคุณภาพต่างๆ มาผสมผสานกับความรู้ทางวิชาชีพ เพื่อสร้างระบบงานที่พึงปรารถนา ในการจัดบริการทันตกรรม ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ รังสีเทคนิค กายภาพบำบัด จ่ายกลาง วิศวกรรมความปลอดภัย ห้องผ่าตัด กล้องส่องตรวจ

11 มีนาคม 2552	10.30-12.00 น.	A27	Dental Safety Goals and Solutions
	13.00-14.30 น.	A37	งานรังสีเทคนิคที่ปรารถนา
	15.00-16.30 น.	A47	Lean management in clinical laboratory
12 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	B17	กายภาพบำบัดกับคุณภาพชีวิตประชาชน
	10.30-12.00 น.	B27	Use Lean in CSSD to Improve Patient Safety
	13.00-14.30 น.	B37	การจัดการวิศวกรรมความปลอดภัยเชิงระบบ
	15.00-16.30 น.	B47	OR Shape Up
13 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	C17	Management in Excellent Digestive Endoscopy Unit
	10.30-12.00 น.	C27	วงจร HA - LA ประโยชน์อยู่ที่ใด?
	13.00-14.30 น.	C37	เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (เรื่องปอดๆ)



ผศ.พิเศษ ทพ.ไพศาล กังวลกิจ	รพ.ชลบุรี
ทพ.ญ.ศุภยา รัตนปริตาทกุล	รพ.กรุงเทพ
ทพ.ญ.ศศิธร สุธนรักษ์	รพ.เวชธานี
ทพ.ชุมพล ชมะโชติ	สถาบันธัญญารักษ์

จากการที่แนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุการฉีดยาไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยทางทันตกรรม ทั้งที่มีและไม่มี การป้องกัน มีสถิติสูงขึ้น ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจาก การรักษาหรือการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย ของทันตบุคลากรเอง จึงมีความจำเป็นต้องหาหนทางที่จะลดแนวโน้มการเกิดปัญหาดังกล่าว

วิธีการหนึ่งที่จะช่วยได้ คือการรวบรวมข้อปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยที่มักจะถูกละเลยโดยทันตบุคลากร นำมาจัดลำดับความสำคัญ กำหนดรายละเอียดการปฏิบัติให้สอดคล้องกับ ความสะดวกในการนำไปใช้และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานบริการทันตกรรม ทุกระดับ สรุปเป็นเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรมหรือ Dental Safety Goals and Solutions และทำการสื่อสารให้ถึงทันตบุคลากรทุกระดับ เพื่อสร้างความตระหนักและสร้างวัฒนธรรมในการบริการทางทันตกรรมที่ปลอดภัยมากขึ้น หากทำได้ดังนี้ จะส่งผลให้แนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุการฉีดยาไม่พึงประสงค์และคดีฟ้องร้องต่างๆ มีแนวโน้มลดลง

เพื่อให้เกิดการพัฒนาดังกล่าว ได้มีการจัดตั้ง คณะอนุกรรมการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ เพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรมภายใต้การกำกับดูแลของทันตแพทยสภา โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลคดีฟ้องร้องและอุบัติเหตุการฉีดยาไม่พึงประสงค์ทางทันตกรรม
2. จัดลำดับความสำคัญและกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยที่ต้องพัฒนา แนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยทางทันตกรรม
3. รวบรวม สังเคราะห์ ทดลอง และจัดทำ "เป้าหมายและแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยทางทันตกรรม" ที่สอดคล้องกับบริบทของสถานบริการทันตกรรมทุกระดับ เพื่อนำเสนอต่อทันตแพทยสภา
4. จัดทำแผนการสื่อสาร สร้างความตระหนักให้กับทันตบุคลากรในการนำ "แนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยทางทันตกรรม" ไปใช้อย่างแพร่หลาย

โดยขณะนี้คณะอนุกรรมการฯ จัดทำ ร่าง เป้าหมายและแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยทางทันตกรรม ระยะที่ 1 แล้วเสร็จ โดยมีเป้าหมายความปลอดภัยที่สำคัญ 4 ประการคือ

1. Safe Dental Treatment
2. Safe Communication
3. Safe Record
4. Safe Infection Control

แต่ขณะนี้อยู่ในระหว่างการเผยแพร่ให้ทันตบุคลากรเพื่อทดลองใช้และให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นจะนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติดังกล่าว ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น และนำเสนอให้ทันตแพทยสภาพิจารณาเพื่อการดำเนินการต่อไป

และในการประชุม 10th HA National Forum ในครั้งนี้ เป็นโอกาสอันดีที่จะสื่อสาร ร่าง เป้าหมาย และแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยทางทันตกรรม ระยะที่ 1 ให้กับบุคลากรทางทันตกรรมและวิชาชีพอื่นๆ นำไปสื่อสารและทดลองปฏิบัติเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมให้มากยิ่งขึ้นต่อไป

**A37****งานรังสีเทคนิคที่ปรารถนา**

11 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 7

รศ.จิตต์ชัย สุริยะไชยากร	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ลัดดา เฉลยกิตติ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ธงชัย ชนะรัตน์	รพ.สุราษฎร์ธานี
รศ.มานัส มงคลสุข	มหาวิทยาลัยมหิดล

งานรังสีเทคนิคที่ปรารถนา

ผศ.ลัดดา เฉลยกิตติ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นักรังสีเทคนิคทุกคนเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพ มีหน้าที่รับผิดชอบงานรังสีเทคนิค มีความชัดเจนว่านักรังสีเทคนิคต้องมีสมรรถนะและมาตรฐานวิชาชีพรังสีเทคนิค ตามประกาศของคณะกรรมการวิชาชีพสาขารังสีเทคนิค (ราชกิจจานุเบกษา หน้าที่ ๑๗ เล่ม ๑๒๕ ตอนพิเศษ ๑๗๔ง ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๑) ซึ่งไม่ซ้อนทับกับวิชาชีพอื่น แต่สามารถทำงานสอดประสานกับวิชาชีพอื่น ให้เกิดความไหลลื่นในระบบการให้บริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อได้ นักรังสีเทคนิคจึงมีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงองค์กรไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง สามารถทำให้องค์กรดีขึ้นหรือแย่ลงก็ได้ ทำให้องค์กรสามารถบริการผู้ป่วยได้อย่างเต็มประสิทธิภาพหรือด้อยประสิทธิภาพก็ได้

งานรังสีเทคนิคที่ปรารถนา เป็นงานที่คำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดี นอกจากรูปแบบการทำงานที่ให้เกิดความไหลลื่นไร้รอยต่อแล้ว นักรังสีเทคนิคจึงควรช่วยกันขจัดความสูญเปล่าทุกชนิด (Lean) ออกจากระบบงาน เช่น ลดอัตตา (self-less) ที่เป็นตัวตนของตนเองให้น้อยลง ลดกระบวนการทำงานที่ไม่จำเป็นหรือลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน (over processing) ลดเวลาการรอคอย (waiting) ลดการทำซ้ำ (repeat-less) ลดความสูญเปล่าของวัสดุและครุภัณฑ์ที่จำเป็นแต่ไม่ทำให้เกิดผลผลิตในงาน (vanishing return) ลดการสะสมวัสดุคงคลัง (minimizing inventory) ลดการสะสมงานโดยไม่เก็บงานไว้ทำจนปริมาณงานท่วมตัว ลดการทำงานที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ (over producing) ลดเวลาในการแก้ไขปัญหา (quick correction) ภูมิปัญญาที่มีค่ายิ่งแต่สูญเปล่า ไม่มีใครเหลียวแล (staff talent) เป็นต้น ความสูญเปล่านี เป็นตัวการที่ทำให้การทำงานด้านรังสีเทคนิคใช้เวลามากขึ้น เสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้น และอาจได้ผลลัพธ์น้อยลง

ภูมิปัญญาที่ได้จากประสบการณ์การทำงานเหล่านี้มีค่ายิ่ง ซึ่งเป็น Staff talent อย่าปล่อยให้สูญเปล่า ไม่มีใครเหลียวแล ขอให้ช่วยกันถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อให้งานด้านรังสีเทคนิค lean and seamless อย่างแท้จริง

เรื่อง “ไม่ใช่ชาติ ไม่ใช่เชื้อ เมื่อเอื้อเฟื้อก็เหมือนเนื้ออาตมา เป็นชาติ เป็นเชื้อ ถ้าไม่เอื้อเฟื้อก็เหมือนเสือในป่า”

ธงชัย ชนะรัตน์ รพ.สุราษฎร์ธานี

ในระบบงานการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน รังสีเทคนิค รังสีการแพทย์ เป็นระบบงานเทคนิคบริการที่ให้ความเชื่อมั่นในการวินิจฉัยโรคและการเยียวยาแก่ผู้ป่วย ทำให้แพทย์ดำเนินการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนพ้นจากโรคร้าย ประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น อเมริกาให้บริการสุขภาพโดยนำแนวคิดที่เรียกว่า Lean Thinking (DOING MORE WITH LESS: LEAN THINKING AND PATIENT SAFETY IN HEALTH CARE: improve safety by eliminating the root causes of problems.) ซึ่งพัฒนามาจากระบบการผลิตของ Toyota (โดย Taiichi Ohno 1988) งานรังสีการแพทย์เป็นงานเทคนิคบริการ ปฏิบัติงานตามมาตรฐานแห่งวิธีการที่ได้ศึกษาและพิสูจน์แล้วว่าถูกต้อง การให้ปริมาณรังสี การให้สารทึบรังสี การปฏิบัติงานตามเวลาที่กำหนด เป็นสิ่งต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด รังสีการแพทย์สามารถลดการมีตัวตน self-less ในขณะที่เดียวกันให้เพิ่มคุณค่าของผู้ป่วยมากขึ้น ให้ความเป็นมิตรไมตรีต่อคนรอบข้าง เพื่อลดความกังวลของผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลที่จำเป็นและมีประโยชน์แก่ผู้ป่วย เช่น ระหว่างรอดำเนินการต่อไป ของ I.V.P, Long G.I. หรือหลังจากผู้ป่วยได้รับสารทึบรังสีแล้ว ระหว่างรอดำเนินการตรวจ 3 ชั่วโมงของ Bone scan, Thyroid uptake ทำให้เวลาที่ผ่านไปมีคุณค่าขึ้น โดยนำความรู้การตรวจและรักษา การฝึกสมาธิบำบัดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยนั้นมาเล่าให้เขาฟัง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีได้ดำเนินการดังกล่าว โดยรังสีการแพทย์และทีมอาสาของผู้สูงอายุช่วยกันดูแลผู้ป่วยดุษฎีมิตร คอยตอบปัญหาข้อซักถามของผู้ป่วย ให้การต้อนรับอย่างอบอุ่น ผลแห่งความดีความมีน้ำใจนั้น ผู้ป่วยและญาติรับรู้ได้แล้วตอบสนองกลับมาเป็นของขวัญของฝากในคราวที่ต้องพบหน้ากันอีกที่แพทย์นัดหมายให้มาตรวจและรักษาต่อ นั้น จึงสมกับคำโบราณที่ท่านกล่าวไว้ว่า “ไม่ใช่ชาติ ไม่ใช่เชื้อ เมื่อเอื้อเฟื้อก็เหมือนเนื้ออาตมา เป็นชาติ เป็นเชื้อ ถ้าไม่เอื้อเฟื้อก็เหมือนเสือในป่า” ดังที่ได้ยกมาเป็นหัวเรื่องนั้น

**A47****Lean Management in Clinical Laboratory**

11 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 7

รศ.ดร.รัชนา ศานติยานนท์	จุฬาฯ
สุจิตรา มานะกุล	รพ.สุราษฎร์ธานี
พัชราภรณ์ พานิชวิทิตกุล	รพ.เซนต์หลุยส์

Why should lean management in clinical laboratory?

รศ.ดร.รัชนา ศานติยานนท์ จุฬาฯ

ในการจัดการคุณภาพของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์แบบมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ การให้บริการตรวจวิเคราะห์ที่มีคุณภาพสูง คือ มีความถูกต้อง เทียบตรง ต้องควบคุมไปกับประสิทธิภาพของการบริการ คือการรายงานผลในเวลาที่เหมาะสม ทันแก่การใช้งาน ดังนั้นห้องปฏิบัติการสมัยใหม่มักใช้ระบบจัดการคุณภาพแบบ Lean-Six Sigma ควบคู่กันไป นั่นคือ การทำงานต้องดีขึ้นโดยใช้หลักการ Six sigma และรวดเร็วขึ้นโดยใช้หลักการ Lean โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือให้ผู้ป่วยพึงพอใจในบริการที่มีทั้งคุณภาพและความรวดเร็ว ห้องปฏิบัติการมีการปรับปรุงวิธีการและกระบวนการปฏิบัติงาน มีการทำงานร่วมมือกันเพื่อให้เกิดผลสูงสุด และมีการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ห้องปฏิบัติการที่ใช้ Lean-Six Sigma ในการจัดการจะลดความผิดพลาดในการปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับประโยชน์สูงสุด หลักปฏิบัติที่สำคัญของ Lean คือให้มีการดำเนินการของผลิตผลก้าวหน้าตลอดกระบวนการ โดยใช้หลักการทำทีละชิ้นแทนที่จะรอทำเป็นชุด ปรับวิธีการและกระบวนการให้เป็นมาตรฐาน ลดระยะเวลาสูญเปล่า หรือระยะเวลารอคอยในขั้นตอนต่อไป ระยะเวลาเหล่านี้จัดว่าเป็น "ของเสีย" ที่ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น รวมทั้งยังเพิ่มระยะเวลาการตอบสนองที่จะดำเนินการในขั้นตอนต่อไป มีรายงานว่าห้องปฏิบัติการที่ใช้ Lean management สามารถลด turnaround time ได้ 60-80% ลดค่าใช้จ่ายได้ 30-40% และลดพื้นที่และการเก็บวัสดุคงคลังโดยเฉลี่ยได้ 30-50%

Lean Management กับการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ

สุจิตรา มานะกุล รพ.สุราษฎร์ธานี

ปัจจุบันความเจริญทางเทคโนโลยีทันสมัยและก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว การปฏิบัติงานในห้อง LAB ปัจจุบันมีการพัฒนาระบบการทำงานให้มีคุณภาพเพื่อให้ผลการตรวจที่ถูกต้องได้มาตรฐานตามมาตรฐานของวิชาชีพ โดยไม่ว่าจะควบคุมคุณภาพตามมาตรฐาน HA, LA, หรือ ISO15189 ก็ตาม จากประสบการณ์ในการทำงานพบว่า ในทุกกระบวนการของการปฏิบัติงาน ตั้งแต่ Pre-analytical Process, Analytical Process และ Post-analytical Process จะมีกระบวนการตรวจสอบ ทวนสอบ เพื่อให้ได้ผลการตรวจที่ถูกต้องแม่นยำ โดยผู้ปฏิบัติงานเองคำนึงถึงระยะเวลาในการรอคอยผลของผู้ป่วยน้อย ส่วนใหญ่มุ่งเน้นเรื่องความถูกต้องแม่นยำเป็นสำคัญ ในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการมีการประกันระยะเวลาการรอคอยผล ซึ่งต้องจัดทำและแจ้งให้ผู้ใช้บริการทราบ ซึ่งระยะเวลาการรอคอยผลดังกล่าวเป็นระยะเวลาที่รวมหมดทั้งระยะเวลาการปฏิบัติงานจริง เวลาการรอคอยรอบการปั่นเลือด เวลาการรอคอยรอบการเดินนำส่งเลือด หรือเวลาการรอคอยการ Approve ผล เป็นต้น

จากการได้นำเอากระบวนการของ Lean Management มาทดลองปรับปรุงระยะเวลาการรอคอยผล LAB ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในเบื้องต้นเมื่อวิเคราะห์กระบวนการทำงานทั้งหมดพบว่า ระยะเวลาการรอคอยการเจาะเลือดเดิม ใช้เวลาโดยเฉลี่ย ประมาณ 120 นาที ระยะเวลาในการรอคอยผลหลังการเจาะเลือด ใช้เวลาโดยเฉลี่ย ประมาณ 125 นาที เมื่อนำหลักการของ Lean มาวิเคราะห์หาเวลาที่สูญเปล่าในการรอคอย พบว่า สามารถลดระยะเวลาการรอคอยการเจาะเลือด จาก 120 นาที เหลือ 60 นาที และสามารถลดระยะเวลาการรอคอยผลเฉลี่ย จาก 125 นาที เหลือ 70 นาที ซึ่งการลดระยะเวลาดังกล่าวนี้เป็นเพียงเบื้องต้นของการดำเนินการ คาดว่าจะสามารถลดระยะเวลาลงได้อีกเมื่อดำเนินการจนครบตามหลักการของ Lean ที่ได้วางเอาไว้

โดยสรุปหากมีการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการควบคู่กับการนำกระบวนการของ Lean Management จะทำให้ผลงานของห้องปฏิบัติการเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งเป็นที่พึงพอใจสูงสุดของผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการภายในทั้งหมด หากคำนวณเป็นต้นทุนบริการให้กับผู้ป่วยจะเป็นกำไรที่ผู้ป่วยได้จากระยะเวลาการรอคอยที่ลดลง

Reduce waiting time for Laboratory Result in St.Louis Hospital

พัชราภรณ์ พานิชวิทิตกุล รพ.เซนต์หลุยส์

โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนำร่องกับ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ (FPTI) ในการนำแนวคิด Lean Thinking มาใช้ในโรงพยาบาลเพื่อเป็นต้นแบบแก่โรงพยาบาลในระดับประเทศ แผนกปฏิบัติการการแพทย์ได้เข้าร่วมการอบรม โดยมี Dr.Kelvin Loh และ Miss Clara Sin วิทยากรผู้เชี่ยวชาญจาก Singapore University Hospital มาให้ความรู้แก่โรงพยาบาลนำร่องจำนวน 5 โรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เป็นตัวแทนโรงพยาบาลเอกชนที่ได้เข้าร่วมโครงการ หลังจากที่ได้เข้าร่วมอบรมแล้วทางโรงพยาบาล ก็มีการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ และปรับปรุงกระบวนการทำงานโดยใช้แนวคิด Lean มาเป็นแนวทางในการปรับปรุง ซึ่งทางห้องปฏิบัติการได้นำแนวคิด Lean มาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการตรวจวิเคราะห์ เพื่อลดระยะเวลารอดอยผลตรวจวิเคราะห์ (Turnaround Time) และลดขั้นตอนการลงทะเบียนที่ซ้ำซ้อน (waste ที่ไม่จำเป็น) โดยการลดจำนวนการไปรับส่งตรวจที่ห้องเจาะเลือดผู้ป่วยนอก โดยกำหนดระยะเวลาจากเดิมประมาณ 20 นาที เป็น 10 นาทีต่อครั้ง (Minimise Batching) ปรับเปลี่ยนพื้นที่วางเครื่องมือที่ใช้ร่วมกันมาอยู่ใกล้กัน (Cell concept) และใช้ระบบ IT มาบริหารจัดการในการส่งผลตรวจวิเคราะห์ online ไปยังห้องแพทย์ และเคาน์เตอร์พยาบาล, ดึงข้อมูลการ Request Lab อัตโนมัติ โดยได้ผลลัพธ์จากการปรับปรุงกระบวนการตรวจวิเคราะห์ตั้งแต่ผู้ป่วยเจาะเลือดจนกระทั่งได้รับผล ซึ่งระยะเวลารอดอยทั้งหมด (Turnaround time) จากเดิม 120 นาที (Process time = 90 นาที, Waiting time = 30 นาที) เปลี่ยนเป็น 72 นาที (Process time = 53 นาที, Waiting time = 19 นาที) ในกลุ่มงานภูมิคุ้มกันที่มีการส่งตรวจร่วมกับงานเคมีคลินิก และสามารถลดขั้นตอนกระบวนการตรวจสุขภาพ Mobile จากเดิม 9 ขั้นตอน เป็น 6 ขั้นตอน และลดขั้นตอนการลงทะเบียนที่ซ้ำซ้อน เฉลี่ยเวลาจากเดิม 11.2 นาที เป็น 1 นาที



12 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 7

รศ.ปณดา เดชทรัพย์อมร	มหาวิทยาลัยนเรศวร
มนตรี มิคะนุช	รพ.ลำสนธิ
สายใจ นกหนู	รพ.นราธิวาสราชชนครินทร์
สุวารี เจริญมุขยพันธ์	รพ.สรรพสิทธิประสงค์
ธีระศักดิ์ แซ่จิว	รพ.จุฬาฯ

เป็นการนำเสนอบทบาทของงานกายภาพบำบัดที่มีต่อประชาชนในกลุ่มต่างๆ โดยมีตัวชี้วัดคือคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนไป ซึ่งจะมีการให้ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตของการดูแลผู้ป่วยระบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น ระบบกระดูกกล้ามเนื้อและข้อต่อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทเป็นต้น และยกตัวอย่างกรณีศึกษาในแต่ละกลุ่มเป้าหมายจากโครงการของโรงพยาบาลต่างๆ ได้แก่ คุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลัง โดย รพ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อน โดยรพ. นราธิวาสราชชนครินทร์ จ.นราธิวาส คุณภาพชีวิตในผู้พิการที่บ้าน โดย รพ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี คุณภาพชีวิตของผู้พิการในรูปแบบของการดูแลโดยการพัฒนาาระบบเครือข่าย โดยรพ.สรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงเรื้อรังโดย นางปณดา เดชทรัพย์อมร

ลักษณะการดำเนินรายการ : การให้ความหมายของคุณภาพชีวิตและตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต บอกเล่าว่ากายภาพบำบัดเข้าไปช่วยให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้อย่างไร และยกตัวอย่างกรณีศึกษาของโครงการต่างๆ ที่มุ่งให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น โดยกิจกรรมในแต่ละโครงการจะเน้นหลักการที่เชื่อมโยง ลดขั้นตอนที่ยุ่งยาก ไร้รอยต่อ พร้อมทั้งถอดบทเรียนความสำเร็จและอุปสรรคของแต่ละโครงการเพื่อเป็นแนวทางในการนำไปพัฒนาขยายผล

หากคุณภาพชีวิตของประชาชนหมายถึง การมีสุขภาพที่ดีทาง กายใจ มีความสุข อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพะ มีความสามารถในการทำงานเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว รวมทั้งการมีโอกาสมีส่วนร่วมทางสังคม และสร้างสรรค์สิ่งดี ๆ ให้แก่สังคม ซึ่งมีความหมายที่กว้างและครอบคลุมเรื่องความสุขของการมีชีวิตอยู่ กายภาพบำบัดซึ่งเป็นวิชาชีพหนึ่งที่หน้าที่ในเรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิต หรือมีสุขภาพะด้วยเช่นกัน

ลักษณะบริการกายภาพบำบัดในปัจจุบันจึงต้องเข้าถึงประชาชนมากขึ้น ไม่ได้ทำงาน

ตั้งรับในหน่วยบริการอีกต่อไป นอกจากนี้ยังมีการประสานงานกับองค์กรอื่นๆ ที่มีส่วนช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ เช่นการฝึกอาชีพ ทักษะทางสังคม จนกระทั่งเกิดการรวมตัวของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการที่เห็นคุณค่าและประโยชน์ และมีใจที่จะสานงาน เผยแพร่ความรู้และประสบการณ์จากการดูแลสุขภาพแก่คนอื่นๆ ต่อไป ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่จะสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน มีการใช้วิธีการประเมินสภาพร่างกายอย่างง่าย ๆ มาใช้ในการประเมินเพื่อวางแผนการรักษาและวัดประสิทธิผลการรักษา ทำให้งานของกายภาพบำบัดมีระบบมากยิ่งขึ้น ประกอบด้วยมีระบบการบันทึก และรายงานผลรายบุคคล

นักกายภาพบำบัดหลายคน หลายกลุ่ม หลายประสบการณ์ ชักชวนกันทดลองทำสิ่งใหม่ๆ หลังจากได้มีโอกาสออกไปสัมผัสกับปัญหาและอุปสรรคจริง แล้วกลับมาตั้งคำถามใหม่ ว่า “เราจะทำอะไรได้บ้างในสถานการณ์ที่เป็นอยู่” “มีช่องว่างของการบริการอย่างไร” “งานกายภาพบำบัดจะเติมเต็มส่วนนั้นได้อย่างไร” ตัวอย่างของการเติมเต็มช่องว่างในงานดูแลสุขภาพของคนพิการจึงเกิดขึ้น โครงการ“พัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในจังหวัดอุบลราชธานี มีเวทีระดมความคิด การแลกเปลี่ยนความเห็นและประสบการณ์ของคนทำงานทั้งในวิชาชีพเดียวกันและต่างสาขาวิชาชีพ หรือ โครงการส่งเสริมสุขภาพของผู้มีอาการปวดหลังจากการทำงานของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร เป็นจุดเริ่มต้นของงานส่งเสริมและป้องกันความเจ็บป่วยจากการปวดหลัง ซึ่งวิธีการทางกายภาพบำบัดจะช่วยลดความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น ไม่นั่งรอหรือปล่อยให้สภาพความเจ็บป่วยเล็กน้อยในวันนี้ค่อยๆ แทรกซึมและกัดกร่อนสุขภาพทางกายและใจ รวมถึงลดทอนความสุขของชาวบ้านไป การดูแลสุขภาพที่เกิดจากผลพวงของสถานการณ์ความรุนแรงภาคใต้ ก็เป็นอีกหนึ่งบริบทของการดูแลที่ได้มุ่งเน้นการดูแลแต่ความพิการทางกายเพียงอย่างเดียว

ผลลัพธ์ จากการปรับรูปแบบและระบบบริการกายภาพบำบัด ดังกล่าว ทำให้คนในท้องถิ่นเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดี นักกายภาพบำบัดเกิดความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและระบบบริการที่ยังพร่องอยู่ และเป็นการเปิดฉากการทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการ เพื่อมุ่งสร้างคุณภาพชีวิต เกิดการเรียนรู้ระบบการทำงาน การใช้ข้อมูลต่างๆ อย่างรอบด้านมาประกอบการทำงานและการสร้างงานใหม่ ทำให้ความสับสนในการทำงานลดลง เกิดการเชื่อมต่อบริการที่ดูแลสุขภาพทางกาย ทางจิตใจและสังคมนอกจากนี้ยังพบว่า คนทำงานเกิดความสุขใจในการทำงานที่มีส่วนช่วยให้สุขภาพของคนในท้องถิ่นดีขึ้น จะเห็นได้ว่างานกายภาพบำบัดในปัจจุบันมีลักษณะเป็นเชิงรุกมากขึ้น ที่ส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพ

จิต และการป้องกันอาการเจ็บป่วยจากการทำงานในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีส่วนช่วยลดความสูญเสียเวลาทำงาน เศรษฐกิจต่อระบบสุขภาพของประชาชน และการเพิ่มประสิทธิผลของประเทศ

เตียงสำหรับผู้พิการที่บ้าน

มนตรี มิคะนุช รพ.ลำสนธิ

การดูแลผู้พิการที่บ้าน เป็นการทำงานในเชิงรุก โดยการทำงานเป็นทีม ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และช่างประจำโรงพยาบาล ในการดูแลผู้พิการเริ่มต้นจากการสำรวจผู้พิการรายใหม่และรายเก่า จัดทำสมุดประจำตัวผู้พิการ การให้บริการกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการที่บ้าน รวมถึงจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับความพิการด้วย

เตียง เป็นอุปกรณ์ที่มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลเรื่องความสะอาดให้แก่ผู้ป่วยได้สะดวกขึ้น และยังเป็นส่วนหนึ่งในการแบ่งเบาภาระในการดูแลสำหรับญาติ

เตียงสำหรับผู้พิการที่บ้าน ทำโดยการนำเอาเตียง FOWLER'S เก้าที่ไม่ใช้แล้วนำมาเปลี่ยนพื้นเตียงและทำโครงเหล็กเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการออกกำลังกายบนเตียง โดยที่การปรับตำแหน่งของจุดแขวนสามารถทำได้ โดยการปรับเลื่อนบนโครงเหล็กของเตียง

จากการประเมินความพึงพอใจของญาติผู้พิการ พบว่ามีความพึงพอใจมาก

โครงการเส้นทางใหม่

สายใจ นกหนู รพ.นราธิวาสราชนครินทร์

ปี 2547 เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ มีผู้ป่วยที่ถูกยิง ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง เป็น PARAPLEGIA 8 ราย ซึ่งงานกายภาพบำบัดได้จัดทำทำเนียบผู้พิการไว้ ผลจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยพบว่ามีความหลากหลายด้านต่าง ๆ เช่น มีผลกดทับ 75% มีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทุกราย ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้น้อยก่อนกลับบ้าน จึงได้นำปัญหาทั้งหมดเข้าสู่ PCT ศัลยกรรม แก้ปัญหาโดยจัดทำโครงการเส้นทางใหม่ เป็นการบูรณาการการช่วยเหลือโดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล ทีมจิตเวช-นักสังคมสงเคราะห์ ช่างกายอุปกรณ์ และองค์กรภายนอก เช่น สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัด องค์กรเอกชนอื่น ๆ เพื่อจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ที่นอนลม ราวหัดเดิน ปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับความพิการ รวมทั้งการประสานหน่วยงานที่ผู้พิการทำงาน เพื่อให้ผู้พิการสามารถทำงาน

ได้ในหน่วยงานเดิม โดยมีงานกายภาพบำบัดเป็นศูนย์ประสานงานการช่วยเหลือ ทั้งขณะอยู่
โรงพยาบาลและกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน โดยมีตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการคือ

1. อัตราการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน เช่น การลุกขึ้นนั่ง การเคลื่อนย้าย
ตนเอง 100%
2. อัตราการเกิดแผลกดทับ ไม่เกิน 50%
3. อัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหลังภัยพิบัติ ไม่เกิน 40%
4. อัตราการReadmission ไม่เกิน 20% ;
5. อัตราการมีรายได้เลี้ยงชีพ 100%

ผลการดำเนินงาน ปัจจุบันมีผู้ป่วยในโครงการ 29 ราย บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงเรื้อรัง : กรณีศึกษา

รศ.ปณดา เตชทรัพย์อมร มหาวิทยาลัยนเรศวร

ในปัจจุบัน ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาเบาหวาน type II และมีความดันโลหิตสูง มีจำนวน
เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง
จากทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับญาติและผู้ดูแล เนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีว่า
ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอย่างมาก และเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น
ไตวาย หรือปัญหาทางระบบหลอดเลือดในสมอง (Stroke) จะเป็นผลให้เกิดความทุพพลภาพ
และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นมาก กรณีศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการ
ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะเบาหวาน type II และมีความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยทีม
สหสาขาวิชาชีพร่วมกับญาติและผู้ดูแล

กรณีศึกษานี้ใช้การเล่าเรื่อง และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (participant observation)
ในการเก็บข้อมูล ในกรณีการดูแลผู้ป่วยหญิงหม้ายอายุ 78 ปี มีประวัติเป็นเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูงมาประมาณ 25 ปี ในระยะ 1 ปีก่อนหน้านี้ผู้ป่วยล้มในห้องน้ำ และมีภาวะ
เส้นเลือดตีบในสมอง มีการอ่อนแรงของแขนและขาข้างขวา และยังคงว่ามีต่อหินที่ตาข้างขวา
ทำให้แพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล โภชนากร และนัก
กายภาพบำบัด ต้องวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับญาติและผู้ดูแล โดยการตั้งเป้าหมาย
เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต ป้องกันภาวะแทรกซ้อน
และสามารถเคลื่อนย้ายได้โดยใช้ wheelchair

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุเป็นเรื่องละเอียดอ่อนมาก คือต้องเอาใจใส่ดูแลใกล้ชิด ทั้งทางด้าน
ร่างกายและจิตใจ ญาติและผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญมากที่ต้องเข้าใจ และมีทักษะในการดูแล

รวมถึงต้องเป็นผู้ที่ช่างสังเกตเกี่ยวกับความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที ญาติต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยเป็นตัวอย่างให้ผู้ดูแลด้วยดังคำกล่าวของลูกที่ว่า “ถ้าเราดูแลแม่เราไม่ดี เขาก็ดูแลแม่เราไม่ดีด้วยเช่นกัน ไม่ใช่ญาติจะทิ้งภาระไว้ให้กับผู้ดูแลเท่านั้น”

นอกจากนี้ แพทย์และเภสัชกรได้มีการปรับยาเบาหวานและความดันร่วมกับญาติและผู้ดูแล โดยยึดหลักการที่ว่า การให้ยาผู้ป่วยไม่ใช่เรื่อง static แต่ต้องปรับตามพยาธิสภาพของผู้ป่วย และสภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ปริมาณการบริโภคอาหาร และกิจกรรม เป็นต้น พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลได้ให้การดูแลด้านสุขศึกษา นักโภชนาการช่วยคำนวณปริมาณแคลอรีของสารอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน และนักกายภาพบำบัดมีบทบาทในการสอนญาติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงนานๆ โดยสอนการออกกำลังกายบนเตียง การจัดทำทางในการนอน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ โดยการสัณเฑาะ การจัดทำระบายเสมหะ การอบอุ่นร่างกาย การตั้งให้ญาติและผู้ดูแลเป็นหนึ่งในทีมเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ทำให้ญาติและผู้ดูแลได้เรียนรู้และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย มีทักษะในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย สามารถบริหารยา และปรับพฤติกรรมการดูแลด้านอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม การทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับญาติและผู้ดูแลในกรณีศึกษานี้เป็นการทำงานร่วมกันอย่างไว้วางใจ ทำให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ดีที่แพทย์ยอมรับได้ สามารถเคลื่อนย้ายโดยใช้ wheelchair ไม่มีภาวะซีด ไม่มีแผลกดทับ ไม่มีปัญหาข้อติดยึดตรึง แต่มีปัญหากล้ามเนื้อลีบลงบ้างตามการใช้งานที่ลดลง สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ ญาติสามารถพาผู้ป่วยไปทำบุญที่วัดได้เป็นประจำทุก 1-2 สัปดาห์ ตามความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีระดับหนึ่ง ทั้งนี้เป็นผลงานของทุกฝ่ายทั้งทีมสุขภาพ รวมถึงญาติและผู้ดูแล

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อห่างไกลการปวดหลัง

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จ.สกลนคร

โรคปวดหลังเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับที่สองที่ทำให้ผู้ป่วยต้องไปพบแพทย์ รองจากการติดเชื้อของระบบหัวใจส่วนต้น ประมาณว่าร้อยละ 60-85 ของมนุษย์ ต้องเคยปวดหลังอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต โรคปวดหลังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปี ต้องกลายเป็นคนด้อยสมรรถภาพ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับสถิติจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานกายภาพบำบัดที่ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มปวดหลัง และเป็นกลุ่มปวดหลังเรื้อรังที่มารับการบำบัดรักษา ซึ่งกลุ่มดังกล่าวเมื่อมารับการรักษาทางกายภาพบำบัดแล้วจะใช้เวลา

รักษานาน และหายช้า ส่วนใหญ่พบว่าไม่สามารถมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ และจากการรวบรวมประวัติกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังที่มารับการรักษาที่งานกายภาพบำบัดนั้น พบว่าอาการปวดหลังที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย ได้แก่ การนั่ง การขาดการออกกำลังกาย การยกของหนัก เป็นต้น ซึ่งหากจะมีการดำเนินการส่งเสริมและป้องกันอาการปวดหลังให้กับคนในชุมชนน่าจะช่วยให้คนในชุมชนห่างไกลการปวดหลังได้ ปัญหาและข้อมูลดังกล่าว กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ จึงได้ดำเนินการสั่งการให้ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มข้าราชการและกลุ่มผู้ประกันสังคม และสรุปส่งที่จังหวัด จากการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของผู้มีสิทธิประกันสังคมและผู้มีสวัสดิการข้าราชการในทุกอำเภอในจังหวัด พบว่ามีกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการปวดหลังมากกว่า 70% ของผู้ถูกคัดกรองทั้งหมด และยังพบว่ากลุ่มเป้าหมายดังกล่าว มีจำนวนไม่น้อยที่ยังขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพเพื่อให้ห่างไกลการปวดหลัง

งานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ได้จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อห่างไกลการปวดหลังแก่กลุ่มเป้าหมาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการปวดหลัง และสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้

การพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในจังหวัดอุบลราชธานี

สุวารี เจริญมุขยพันธ์ รพ.สรรพสิทธิประสงค์

ในปี 2550 จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้พิการที่จดทะเบียนผู้พิการแล้วเป็นจำนวนมากถึง 18,821 คน มีผู้พิการจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เนื่องจากข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น สถานที่ให้บริการอยู่ไกล ต้องจ่ายค่าเดินทางมาก ต้องมีผู้ดูแลหรือช่วยเหลือมากขณะไปสถานบริการ ทำให้หลายครั้งมีความรุนแรงของปัญหามากขึ้นทั้งที่สามารถป้องกันและแก้ไขเบื้องต้นได้ นอกจากนี้ระบบการให้บริการไม่ต่อเนื่องและครบวงจร และฐานข้อมูลผู้พิการไม่เป็นปัจจุบัน

การเปลี่ยนแปลง :

- มีรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครบวงจรตั้งแต่การค้นหาผู้พิการ/กลุ่มเสี่ยงที่จะพิการ การจดทะเบียนผู้พิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพรวมทั้งการให้อุปกรณ์เครื่องช่วยต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต

- มีเครือข่ายของการดูแลผู้พิการด้านการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลเอกชน
- มีเครือข่ายของการดูแลผู้พิการด้านสังคมประกอบด้วยสมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย มูลนิธิช่วยเหลือเด็กพิการ ชมรมกีฬาคนพิการ (โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน) องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ศูนย์การศึกษาพิเศษเขต10 โรงเรียนอนุบาลปัญญาคุณ ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการบ้านทองพูนเผ่าพันธ์ และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- มีการคัดกรองผู้พิการเข้ากลุ่มเพื่อฝึกอาชีพให้เหมาะสมกับสภาพความพิการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการบ้านทองพูนเผ่าพันธ์
- มีศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนเพื่อการฟื้นฟูและพัฒนาคนพิการโดยชุมชนที่เข้มแข็ง 2 แห่ง ที่บ้านพิบ ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน และบ้านโนนสว่าง ตำบลโพรงาม อำเภอเดชอุดม
- มีระบบการจัดเก็บข้อมูลและฐานข้อมูลผู้พิการที่เป็นปัจจุบัน รูปแบบเดียวกันและเชื่อมโยงกันทั้งจังหวัด
- มีการประชุมเครือข่ายนักกายภาพบำบัดในการดูแลผู้พิการในจังหวัดอุบลราชธานี อย่างสม่ำเสมอทุก 2 เดือน

การวัดผลและผลลัพธ์ :

- ผู้พิการในจังหวัดอุบลราชธานีได้รับบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยนักกายภาพบำบัดและทีมงานด้านการแพทย์และเครือข่ายของการดูแลผู้พิการด้านสังคมเพิ่มขึ้น จากเดิมที่มีบริการทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้พิการในโรงพยาบาล 3 แห่ง เพิ่มขึ้นเป็น 12 แห่ง
- มีฐานข้อมูลผู้พิการจังหวัดอุบลราชธานี ทำให้ทราบถึงสถานะปัจจุบันของผู้พิการ
- สามารถจดทะเบียนผู้พิการรายใหม่ในจังหวัดอุบลราชธานีได้เพิ่มขึ้น 1,726 คน
- มีการคัดกรองผู้พิการเข้ากลุ่มเพื่อฝึกอาชีพ 2 ครั้ง จำนวน 120 คน จากการประเมินผลพบว่าไม่มีผู้พิการรายใดเปลี่ยนกลุ่มอาชีพ
- มีสมุดประจำตัวผู้พิการ ที่มีข้อมูลในการให้บริการทางกายภาพบำบัดเพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลรักษาต่อเนื่อง
- เกิดศูนย์ประสานงานในการดูแลผู้พิการในจังหวัดอุบลราชธานี

บทเรียนที่ได้รับ :

- ได้เรียนรู้วิธีการประสานงานกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน
- การทำงานเป็นทีมทางการแพทย์และทางสังคมทำให้ผู้พิการได้รับบริการที่ครบถ้วน
- การประสานความร่วมมือทั้งจังหวัดทำให้ผู้พิการได้รับบริการรวดเร็วขึ้น
- ทราบว่าผู้พิการต้องการให้ไปบริการที่บ้าน/ใกล้บ้าน
- การให้บริการให้มีคุณภาพและยั่งยืนยังเป็นสิ่งที่ท้าทายที่จะต้องหาแนวทางในการดำเนินการต่อไป
- การลงเยี่ยมผู้พิการที่บ้านสามารถออกแบบการให้บริการได้เหมาะสมกับผู้พิการยิ่งขึ้น
- สำหรับผู้พิการการให้บริการทางการแพทย์อย่างเดียว

ปลื้มฤดี พุโสภา

รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ณนุดา ศรีสุทธิพรสกุล

รพ.สงขลานครินทร์

จันทร์พลอย อุดสาคร

รพ.นครพิงค์

มะลิวัลย์ กริติยุดานนท์

บ. 3M ประเทศไทย จำกัด

พัฒนาระบบการบันทึกการทำงานของเครื่องนึ่งฆ่าเชื้อด้วยไอน้ำ

ณนุดา ศรีสุทธิพรสกุล รพ.สงขลานครินทร์

งานเวชภัณฑ์กลาง (Central Sterile Supply Department) เป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีความรับผิดชอบในการให้บริการอุปกรณ์ชุดเครื่องมือแพทย์ชนิดปราศจากเชื้อแก่ผู้ป่วย และภาควิชาต่างๆ ของคณะแพทยศาสตร์ เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งในกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อประกอบด้วย การนำส่ง การรับอุปกรณ์ชุดเครื่องมือแพทย์ที่ใช้งานแล้ว นำมาล้างทำความสะอาด จัดเตรียมเป็นประเภทต่างๆ อย่างเหมาะสมกับการใช้งาน บรรจุหีบห่อ นึ่งฆ่าเชื้อ และจัดเก็บ อย่างถูกวิธี พร้อมทั้งกำหนดอายุการใช้งานของชุดเครื่องมือแพทย์ ให้ผู้รับบริการทราบระยะเวลาของการใช้งานอุปกรณ์ชุดเครื่องมือแพทย์และเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งได้ทำการประกันคุณภาพกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าชุดเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ไม่มีจุลชีพที่มีชีวิตหลงเหลืออยู่

ในปีงบประมาณ 2551 มีปริมาณงานในกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ ดังนี้

ภาระงาน	หน่วยนับ	จำนวน
1. รับ-ส่งของไปยังหอผู้ป่วย	ชุด	1,488,932
2. ล้างทำความสะอาดเครื่องมือแพทย์	ชิ้น	2,998,524
3. บรรจุหีบห่อวัสดุชุดเครื่องมือแพทย์	ชุด	1,488,932
4. ล้างและผ้าก๊อซที่ใช้ในโรงพยาบาล	ชิ้น	9,650,005
5. นึ่งฆ่าเชื้อวัสดุชุดเครื่องมือแพทย์ด้วยไอน้ำ	ชุด	2,005,262
และแก๊ส	รวม	23,310

จะเห็นได้ว่าในกระบวนการทำให้อุปกรณ์ชุดเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ มีชิ้นงานเป็นจำนวนมาก เป็นงานที่ต้องอาศัยความรู้ ความละเอียดรอบคอบ การปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างเคร่งครัด การดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีการทำงานเป็นทีม มุ่งหวังความสำเร็จของงานอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ พร้อมใจกันในการค้นหาความสูญเสีย (waste) ในการทำงาน และขจัดทิ้งไป พร้อมทั้งพัฒนาให้ดีขึ้น และกระบวนการทำงานดำเนินอย่างคล่องตัวราบรื่น ให้บริการได้ตามที่ผู้รับบริการต้องการ และผู้ปฏิบัติงานมีความสุข มุ่งมั่นให้กระบวนการทำให้ อุปกรณ์ชุดเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อสมบูรณ์ที่สุด

จากการค้นหาความสูญเสียในกระบวนการทำให้อุปกรณ์ชุดเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ พบว่าการนิ่งฆ่าเชื้อชุดเครื่องมือแพทย์ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก เป็นการฆ่าเชื้อรวมทั้งสเปอร์ดัว และต้องมีการตรวจสอบทั้งอุณหภูมิ ความดัน เวลาในการฆ่าเชื้อตามอุณหภูมิที่กำหนด โดยในปัจจุบันนี้มีการจดบันทึก ขั้นตอนการทำงานของเครื่องนิ่งลงสมุดพร้อมๆ กับการทำงานของเครื่องนิ่งที่มีการบันทึกลง printout อัตโนมัติ เช่น การบันทึกโปรแกรมการนิ่ง รอบการนิ่ง รายการอุปกรณ์ชุดเครื่องมือแพทย์ที่เข้าเครื่องนิ่งรอบนั้นๆ จำนวนชิ้น เวลาเริ่มทำงาน อุณหภูมิ ความดัน เวลาฆ่าเชื้อ เวลาทำให้แห้ง และเวลาการทำงานของเครื่องแล้วเสร็จ เป็นต้น ซึ่งพบว่าการบันทึกถึง 19 รายการ ต่อบรอบการนิ่งฆ่าเชื้อ

ดังนั้นจึงได้เก็บข้อมูลปริมาณการใช้เครื่องนิ่งในแต่ละวัน พบว่ามีการใช้งาน 9-12 รอบต่อเครื่อง และงานเวชภัณฑ์กลางมีเครื่องนิ่งฆ่าเชื้อด้วยไอน้ำ 7 เครื่อง ฉะนั้นใน 1 วัน เครื่องนิ่งจะทำงานประมาณ 63-84 รอบ ซึ่งต้องใช้เวลาในการบันทึกขั้นตอนการทำงานของเครื่องนิ่งเป็นเวลาหลายชั่วโมง และเจ้าหน้าที่ต้องทำงานด้วยความเร่งรีบ ในการบันทึกให้ตรงตามขั้นตอนการทำงานของเครื่องตาม printout พร้อมกับการทำงานของเครื่องนิ่งแต่ละเครื่องอยู่ในขั้นตอนที่ใกล้เคียงกัน

ทีมงานของงานเวชภัณฑ์กลางจึงได้นำ Lean มาพัฒนาระบบการบันทึกขั้นตอนการทำงานของเครื่องนิ่งฆ่าเชื้ออุปกรณ์ชุดเครื่องมือแพทย์ด้วยไอน้ำ ซึ่งสามารถลดขั้นตอนการบันทึกได้จาก 10 ขั้นตอน 19 รายการ ใช้เวลา 17 นาที เหลือ 7 ขั้นตอน 4 รายการ ใช้เวลา 13 นาที ลดเวลาได้ 4 นาที ต่อ 1 รอบ การทำงานของเครื่องนิ่ง

ได้เปอร์เซ็นต์ประสิทธิภาพ "After Lean" ดังนี้

$$\% \text{ ประสิทธิภาพ} = \frac{\text{ผลรวมของเวลาที่เป็น value}}{\text{เวลาทั้งหมดของ Flow Process}} \times 100$$

$$\begin{aligned} \% \text{ ประสิทธิภาพ} &= \frac{11}{13} \times 100 \\ &= 84.62\% \end{aligned}$$

สรุปผล

จากการนำ LEAN มาใช้ในการบันทึกขั้นตอนการทำงานของเครื่องนี้ พบว่า

1. เวลาในการลงบันทึกลดลง 4 นาที / รอบ
 ใน 1 วันเครื่องนี้ทำงานประมาณ 65 รอบ
 $= 65 \text{ รอบ} \times 4 \text{ นาที} = 260 \text{ นาที} (4 \text{ ชั่วโมง } 20 \text{ นาที}) / \text{วัน}$
 ใน 1 เดือน สามารถลดเวลา
 $= 30 \text{ วัน} \times 260 \text{ นาที} = 7,800 \text{ นาที} (130 \text{ ชั่วโมง}) / \text{เดือน}$

2. เวลาที่ลดลงในแต่ละรอบนำไปปฏิบัติงานอื่นๆ ได้ดังตาราง

จากการเก็บข้อมูลวันที่ 1-22 กุมภาพันธ์ 2552 ปฏิบัติงานได้ = 1,421 รอบ

งานที่ปฏิบัติ	จำนวนครั้ง ซ้ำซ้ำ รอบ (Cycle)	มาตรฐานของงาน ใน 4 นาที (ชิ้นงาน)	จำนวนทั้งหมด (ชิ้น)
1. ตอกสติกเกอร์+จัดของชั้นรถ	1,029	14	14,406
2. ซิลอบแก๊ส	192	7	1,344
3. จัดเตรียมอับสำลี	200	22	4,400
รวม	1,421	-	20,150

การนำ Lean มาพัฒนาระบบการบันทึกการทำงานของเครื่องนี้ซ้ำซ้ำด้วยไอน้ำในครั้งนี้เป็นการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องนี้อีกด้วย ได้แก่ การตรวจสอบเชิงกล (Mechanical indicator) คือ อุณหภูมิ ความดัน เวลาซ้ำซ้ำ และการตรวจสอบทางเคมี (Chemical indicator) คือ การเปลี่ยนสีของแถบเคมี (External indicator) รวมทั้งการตรวจสอบทางชีวภาพ (Biological indicator) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานเวชภัณฑ์กลางสามารถประกันคุณภาพการทำให้อุปกรณ์ชุดเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้อุปกรณ์ชุดเครื่องมือแพทย์ในการรักษาพยาบาลในที่สุด

USE LEAN in CSSD To Improve Patient Safety

จันทร์พลอย อุตสาคร รพ.นครพิงค์

หน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลนครพิงค์ มีบทบาทสำคัญในการจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่สะอาดและปราศจากเชื้อทุกประเภท ให้แก่หอผู้ป่วยและหน่วยงานต่างๆ โดยให้การบริการครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล จากประสบการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมาได้มีบททบทวนและวิเคราะห์ปัญหาอย่างเป็นระบบ พบปัญหาในด้านการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ การไหลของกระบวนการผลิตไม่ได้ตามจังหวะของความต้องการของผู้รับบริการ จึงได้ออกแบบโครงการสินค้านำมาประยุกต์ใช้เพื่อลดความซ้ำซ้อน ลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ลดระยะเวลา ประหยัดค่าใช้จ่าย มีมาตรฐานการปฏิบัติงาน สามารถควบคุมและตรวจสอบคุณภาพได้อย่างเป็นระบบและที่สำคัญผู้รับบริการ ลดความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ

แนวคิดเรื่อง Lean มาประยุกต์ใช้กับงานหน่วยจ่ายกลาง คือ การเปลี่ยนแปลงกรอบความคิด เรียนรู้ที่จะมองความสูญเปล่าด้วยตา ต้องตระหนักให้มากขึ้นอย่างต่อเนื่องว่า สิ่งใดก่อให้เกิดความสูญเปล่าที่แท้จริงและพยายามกำจัดออกไป โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ต้องแม่นยำและการผลิตที่รวดเร็วทันเวลา ทำให้กระบวนการมีเสถียรภาพ โดยการทบทวนความต้องการของผู้รับบริการและขีดความสามารถในการผลิต โดยมีความสมดุลของบุคลากรและการทำงานที่เป็นมาตรฐานอย่างเรียบง่าย

ขั้นตอนของการนำแนวคิดเรื่อง Lean มาใช้

1. ทบทวนกระบวนการปฏิบัติงานที่ซ้ำซ้อนเสียเวลาโดยไม่จำเป็น
2. วางแผนนำสู่การปฏิบัติที่ไม่สูญเปล่า
3. นำสิ่งที่ผิดพลาด มาปรับปรุงและทำใหม่
4. ประเมินทักษะและความรู้ของสมาชิกในทีมเพื่อฝึกอบรม
5. มีการเทียบเคียงกระบวนการที่มีมาตรฐานและประยุกต์ใช้ในองค์กร
6. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน
7. วิเคราะห์ปัญหาจากมาตรฐานวิชาการ

บทเรียนที่ได้รับ จากแนวคิด Lean มาประยุกต์ใช้

1. การให้บริการเชิงรุกแบบรวมศูนย์เครื่องมือ

การพัฒนาระบบหน่วยจ่ายกลางเป็นแบบรวมศูนย์เครื่องมือและบริการเชิงรุกทำให้กระบวนการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ เพื่อให้กระบวนการโดยรวมทำงานได้รวดเร็ว

มีการประสานงาน ให้มีความยั่งยืนทุกกระบวนการทั้งในเรื่องความต้องการของผู้รับบริการ และการไหลของงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยหน่วยจ่ายกลางเป็นผู้รับผิดชอบจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ทุกประเภท เพื่อสามารถควบคุมและตรวจสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐานในการจัดเตรียม ซึ่งเป็นการลดภาระงานของหอผู้ป่วย ลดการใช้ยาฆ่าเชื้อเครื่องมือ ลดค่าใช้จ่ายในการซื้อน้ำยา ลดการสต็อกเครื่องมือที่หอผู้ป่วยเกินความจำเป็น ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ เป็นการดำเนินการเข้าสู่การลดต้นทุน เพิ่มประสิทธิภาพของงาน ลดการสูญเปล่าของกระบวนการผลิต

2. การพัฒนาคุณภาพโดยนำระบบการบำรุงรักษาที่ผลแบบทุกคนมีส่วนร่วม TPM (Total Productive Maintenance) มาใช้ในการปฏิบัติงาน โดยนำระบบการบริหารจัดการในการดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือในเชิงป้องกันก่อนการชำรุดโดยประสานความร่วมมือกับช่างซ่อมบำรุงของโรงพยาบาล ซึ่งมีตาราง ระยะเวลา และกิจกรรมในการบำรุงรักษาเชิงป้องกันก่อนชำรุด โดยนำระบบ TPM มาใช้ ทำให้เครื่องอบฆ่าเชื้อสามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง ลดการหยุดทำงานของเครื่อง (Break down) ซึ่งเป็นความสูญเสียที่เกิดขึ้นมากที่สุด ส่งผลต่อคุณภาพบริการเครื่องมือที่ทำให้ปราศจากเชื้อไม่ทันเวลา และเครื่องมือหมุนเวียนไม่เพียงพอเนื่องจากเวลาในการผลิตเครื่องมือปราศจากเชื้อที่มีอยู่ลดน้อยลง

จากแนวคิดเรื่อง Lean มาใช้ในหน่วยจ่ายกลางทำให้การกำจัดความสูญเปล่าทั้งหมดคือ ทุกสิ่งทุกอย่างที่เพิ่มต้นทุนและเวลาโดยปราศจากการเพิ่มคุณค่า ซึ่งในกระบวนการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อของหน่วยจ่ายกลาง สามารถนำมาใช้วิเคราะห์ถึงความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นได้ทั้งกระบวนการของการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ ซึ่งระบบการผลิตแบบลีน ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง ลดความสูญเปล่า ทำให้เกิดกระบวนการมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการมีความปลอดภัย และพึงพอใจในการให้บริการ



อดุลย์ ชมันเขียว ศูนย์วิศวกรรมทางการแพทย์ที่ 4 (นครราชสีมา)

อานันท์ภพ ลออ กองวิศวกรรมทางการแพทย์ ศูนย์วิศวกรรมทางการแพทย์ที่ 3 (นครสวรรค์)

สาธิต นฤภัย กองวิศวกรรมทางการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สธ.

จากสภาพปัญหาของความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมต่อการทำงานและการให้บริการในโรงพยาบาล การเสื่อมสภาพก่อนเวลาอันควรของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ บั้จจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสมในโรงพยาบาลที่มีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ อันเนื่องมาจากการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่ไม่ได้มาตรฐานความปลอดภัย และจากสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานอาจขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในเชิงระบบทางวิศวกรรมโรงพยาบาล ทำให้เกิดความปลอดภัยทั้งในส่วนของผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ส่วนสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ สถานบริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลส่วนมาก ยังไม่มีข้อกำหนดหรือมาตรฐานเฉพาะ สำหรับที่จะเป็นแนวทางการนำไปปฏิบัติหรือพัฒนาด้านวิศวกรรมความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล อย่างเป็นระบบ

กองวิศวกรรมทางการแพทย์ ซึ่งได้ดำเนินกิจกรรม การตรวจสอบ และปรับปรุงความปลอดภัยและสภาพแวดล้อม เชิงระบบ ที่เกี่ยวข้องในงานวิศวกรรมต่าง ๆ ที่มีอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานด้านความปลอดภัย กับการพัฒนาระบบคุณภาพของโรงพยาบาล ที่สำคัญเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายความปลอดภัยในการทำงาน จึงได้จัดนำเสนอแนวทาง “การจัดการวิศวกรรมความปลอดภัยเชิงระบบ” ในหัวข้อ

1. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเครื่องมือด้วยโปรแกรม RMC 2005
2. มาตรฐานวิศวกรรมความปลอดภัย และสิ่งแวดล้้อม
3. แนวทางจัดการคุณภาพอากาศในโรงพยาบาล

การจัดการวิศวกรรมความปลอดภัยเชิงระบบ

สาธิต นฤภัย กองวิศวกรรมทางการแพทย์ กรมสรส. สธ.

กองวิศวกรรมทางการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้เริ่มดำเนินการกิจกรรมด้านวิศวกรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา จากแนวคิดที่ว่า เพราะความปลอดภัยเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ หัวใจสำคัญในการดำเนินงานของกอง

วิศวกรรมกรรมการแพทย์ คือการสร้างความเป็นระบบในด้านนี้ให้กับโรงพยาบาล โดยในปัจจุบัน ได้จัดทำโครงการวิศวกรรมความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล สามารถการจัดการกับความเสียหายหรือความไม่ปลอดภัยหรือสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมเชิงระบบ โดยเฉพาะการจัดการเชิงป้องกัน (Preventive Risk Management) ซึ่งจะต้องควบคุมสิ่งเหล่านี้ให้ได้คือ ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ ความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทำลายสภาพแวดล้อม และภาระในการชดเชยค่าเสียหายในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุ หรืออันตรายขึ้นในโรงพยาบาลอันเกี่ยวกับกระบวนการรักษาพยาบาลหรือกระบวนการใดๆ ก็ตาม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551 ถึง 2552 มีโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าร่วมโครงการจัดระบบวิศวกรรมความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลแล้วทั้งสิ้น 240 โรงพยาบาล โดยทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ จะถูกพัฒนาทุกรูปแบบ เพื่อให้บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสามารถดำเนินกิจกรรมวิศวกรรมความปลอดภัยได้เอง อันได้แก่การค้นหาอันตราย การจัดการป้องกัน การกำหนดมาตรการเพื่อลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในโรงพยาบาล การสร้างค่านิยมด้านความปลอดภัยและกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอีกมากมาย ซึ่งหากโรงพยาบาลใดสามารถผ่านมาตรฐานด้านวิศวกรรมความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล ที่กองวิศวกรรมกรรมการแพทย์ได้กำหนดไว้ (จำนวน 36 ข้อกำหนด) สามารถประกันได้ว่าไม่ว่ามาตรฐานคุณภาพใดๆ ที่โรงพยาบาลต้องรับการประเมิน สามารถผ่านการรับรองได้

ปัจจุบันกองวิศวกรรมกรรมการแพทย์ได้จัดทำคู่มือมาตรฐานวิศวกรรมความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลขึ้น เพื่อใช้ประกอบการดำเนินการดังกล่าว โดยผู้รับผิดชอบสามารถนำแนวทางข้อกำหนดต่างๆ ไปปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงในเชิงระบบด้านวิศวกรรมโรงพยาบาล และสามารถชี้เพื่อให้เกิดความเป็นมาตรฐาน หรือข้อกำหนดที่ปลอดภัย สามารถนำไปสู่การปฏิบัติในกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยของโรงพยาบาล (จ.ร.พ.) อันจะส่งผลดีต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างยั่งยืนสืบต่อไป

สิ่งสำคัญอีกประการในการจัดการเชิงระบบคือ ความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาล นับวันจะมีความสำคัญต่อการให้บริการในโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพมากขึ้น เพราะตั้งแต่กระบวนการจัดหา การติดตั้ง การใช้และบำรุงรักษา ซึ่งหากทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องตระหนักถึงความปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนย่อมเป็นหลักประกันได้ว่า โอกาสที่จะเกิดอันตรายทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตลอดจนผู้คนที่ผ่านไปม้น้อยมาก สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการเสริมสร้างความปลอดภัย ความรู้ที่

เกี่ยวกับความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์ อย่างถูกต้องและเข้าใจ สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นจากการเกิดอุบัติเหตุได้อย่างแน่นอน และสามารถทำให้การตรวจรักษาสำเร็จเร็วขึ้นด้วย โดยทั่วไปหากปล่อยให้เกิดอันตรายในโรงพยาบาลแล้ว ก็จะนำมาซึ่ง

- การเจ็บ พิกัด หรือตาย
- ทรัพย์สินเสียหาย
- เสียเวลา
- การให้บริการหยุดชะงัก
- เจ้าหน้าที่เสียชีวิต
- การเสียชื่อเสียง

ส่วนสำคัญสามประการในการเสริมสร้างความปลอดภัยที่เป็นสากล คือ การรู้และเข้าใจถึงเทคโนโลยีของเครื่องมือแพทย์ ประการที่สองคือการรู้และเข้าใจถึงการใช้ การดูแลและบำรุงรักษา และประการสุดท้ายคือการกำหนดกฎระเบียบ ข้อบังคับ วิธีการใช้งานอย่างปลอดภัย ถึงแม้หลักการทั้งสามประการจะต้องดำเนินการไปพร้อมๆ กัน จึงจะทำให้การเกิดอันตรายจากการใช้เครื่องมือแพทย์จึงจะมีประสิทธิภาพสูงสุด ในที่นี้จะเป็นการนำเสนอข้อกำหนดด้านความปลอดภัยเฉพาะด้านการใช้เครื่องมือแพทย์เท่านั้น เพื่อเสริมสร้างในสองประการแรกเป็นสำคัญ อันตรายที่เกิดในโรงพยาบาล โดยทั่วไปจะแบ่งได้ 9 กลุ่มหลัก คือ

1. อันตรายที่เกิดจากไฟฟ้า (Electrical hazard)
2. อันตรายที่เกิดจากเครื่องจักรกล (Mechanical hazard)
3. อันตรายที่เกิดจากเชื้อ/ชีวภาพ (Biological hazard)
4. อันตรายที่เกิดจากสารเคมี (Chemicals hazard)
5. อันตรายที่เกิดจากรังสี (Radiation hazard)
6. อันตรายที่เกิดจากก๊าซทางการแพทย์ (Medical gases hazard)
7. อันตรายที่เกิดจากของแหลมที่มิดำ (Sharps Handling hazard)
8. อันตรายที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม (Environmental hazard)
9. อันตรายที่เกิดจากไฟไหม้ (Fire hazard)

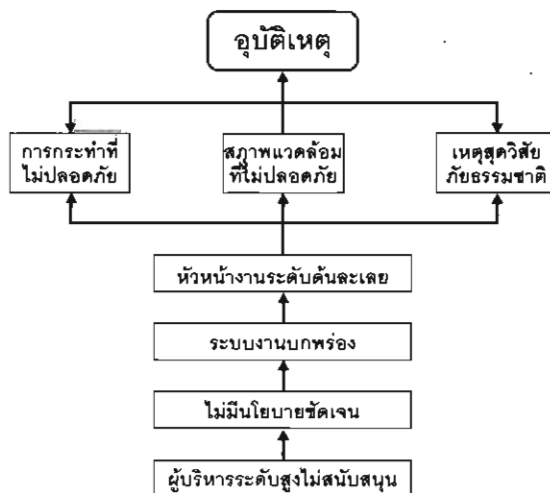
ประเภทของเครื่องมือแพทย์ที่มีความไม่ปลอดภัยหากมีการใช้งานหรือเก็บรักษาไม่ถูกต้อง ได้แก่ เครื่องใช้ทางการแพทย์ วัสดุทางการแพทย์ เครื่องมือและน้ำยาที่ใช้ในห้องปฏิบัติการทางคลินิก เครื่องทดสอบสำหรับเครื่องมือที่นำมาใช้ทางคลินิก ซึ่งมีประเภทต่างๆ ดังต่อไปนี้

- เครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวกับไฟฟ้า (Medical Equipments about Electrical)

- เครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวกับความร้อน (Medical Equipments about Heat)
- เครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวกับความดัน (Medical Equipments about Pressure)
- เครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวกับรังสี (Medical Equipments about Radiation)
- เครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวกับแก๊สพิษ (Medical Equipments about Toxic Gases)
- เครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวกับคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Medical Equipments about Electromagnetic)
- เครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวกับแมคคานิกส์ (Medical Equipments about Mechanical)
- เครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวกับไอน้ำ (Medical Equipments about Steam)
- เครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวกับระบบทำความเย็น (Medical Equipments about Cool System)
- เครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวกับสารเคมี (Medical Equipments about Chemical)
- เครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวกับคลื่นสัญญาณ (Medical Equipments about Telemetry)
- เครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวกับแสงเลเซอร์ (Medical Equipments about laser)
- เครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวกับเสียง (Medical Equipments about Sound)

ในคู่มือมาตรฐานดังกล่าวได้มีการกล่าวถึงอันตรายที่เกี่ยวกับเครื่องมือแพทย์ไว้บางส่วน ซึ่งจะเกี่ยวกับอุบัติเหตุในงานบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ โดยการเกิดอุบัติเหตุเหล่านั้น สาเหตุมูลฐานของอุบัติเหตุ ได้แก่ การกระทำที่ไม่ปลอดภัย ความประมาท สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย และเหตุสุวิสัยจากภัยธรรมชาติ เป็นต้น

กรอบแนวคิดของการเกิดอันตรายในการทำงานในโรงพยาบาล



**รศ.พินิจ ปรีชานนท์****รุจิรา บ้างกุลธรรม****ศัลยา ไม่เข็มศิริมงคล****รพ.รามาริบัติ****รพ.สมิติเวช ศรีนครินทร์**

โรงพยาบาลของเราจะอยู่รอดได้อย่างไรในขณะที่เศรษฐกิจทั่วโลกทรุดหนัก ทำให้บริการสาธารณสุขต้องกลับมามองเรื่องการลดค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลใหญ่ๆ และที่ออกนอกกระบบราชการ เป็นสิ่งท้าทายผู้บริหารและทีมห้องผ่าตัด จะต้องคิดและตั้งเข็มมุ่งใหม่ว่า “ช่วยกันกำจัดความสูญเปล่าพวกเราอยู่รอด” ช่วยกัน Shape up OR ทำให้ OR มีรูปร่างที่สมบูรณ์งดงาม เป็น OR คุณภาพนั่นเอง โดยการทดลองนำแนวคิด Lean เข้ามาช่วยเพิ่มเติม

Lean แปลว่า ผอม บาง หรือการลดความสูญเปล่า ความสูญเปล่า (Muda: Waste) ในระบบการผลิต 7 อย่างได้แก่ 1. Defect 2. Overproduction 3. Transportation 4. Waiting 5. Inventory 6. Motion 7. processing.

Lean เริ่มใช้ในระบบการผลิตรถยนต์ Toyota ของญี่ปุ่น เพื่อเพิ่มคุณภาพในระบบงาน โดยจัดการกระบวนการให้สั้น เพื่อให้พนักงานพึงพอใจ และเพิ่มค่าจ้าง หลักการสำคัญคือการกำจัดความสูญเปล่าเพื่อสร้างคุณค่า การจะลดความสูญเปล่าในกระบวนการควรมีการตามรอยและวิเคราะห์กระบวนการ หาค่าความสูญเปล่า 7 อย่าง รวมทั้งความคิดเห็นของบุคลากรทุกคนในองค์กร ถ้าเป็นระบบใหม่จะง่ายกว่า ซึ่งสามารถออกแบบให้ความสูญเปล่าเป็นศูนย์ได้เลย ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงและให้อำนาจแก่บุคลากร มุ่งเน้นกระบวนการที่เพิ่มคุณค่า ป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น ทำให้องค์กรคล่องตัว ใช้ทรัพยากรอย่างจำกัด สะดวกรวดเร็ว ลดต้นทุน ลดเวลาที่ไม่จำเป็น โดยเริ่มที่ปัญหาหรือความต้องการของผู้ใช้บริการก่อน ออกแบบ วางแผน ปฏิบัติ ดูผลลัพธ์ คุณภาพห้องผ่าตัดจะเป็นของพวกเขาทุกคน

ตัวอย่างเช่น การผ่าตัดผิดชนิด “ผู้ป่วยต้องการตัดชิ้นเนื้อในปากไปตรวจ แต่ทำผ่าตัดขลิบปลายอวัยวะเพศแทน” นั่นคือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในห้องผ่าตัด เปรียบเทียบได้กับการทำให้เกิด defect กับสินค้าในโรงงาน หากเมื่อเกิดขึ้นกับคนย่อมมีความเสียหายมากกว่า แต่สามารถป้องกันได้ง่ายๆ ด้วยกิจกรรมทวนสอบข้อมูล และ Time Out ก่อนลงมือผ่าตัด

อีกตัวอย่างการสูญเสียเวลารอคอย (waiting time) พบมากคือปัญหาผู้ป่วยไอพีทีรอคอยผ่าตัดที่หน้าห้องผ่าตัดเป็นเวลานานแล้วถูกเลื่อน งดผ่าตัด หรือต้องรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อรอผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความคับข้องใจและไม่พึงพอใจการบริการของโรงพยาบาลมาก การจัดการด้วยแนวคิด Lean โดยเชิญแพทย์ผ่าตัดเข้ามาร่วมคิดร่วมทำ ตัวอย่างสุดท้าย Inventory (ของค้างสต็อก) พบได้เสมอในหน่วยงาน สามารถใช้แนวคิด Lean จัดการได้เช่นเดียวกัน

จะเห็นได้ว่า แนวคิด Lean เป็นเครื่องมือคุณภาพชนิดหนึ่งที่สามารถนำมาใช้เติมเต็มเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในห้องผ่าตัดได้อย่างสมบูรณ์แบบ



ประชิด เตมียะเสน

รพ.ศิริราช

ศิริพร รัตนเลิศ

รพ.สงขลานครินทร์

จุฬารัตน์ ป้อมสูง

รพ.บำรุงราษฎร์

วชิรา จันทพันธ์

รพ.ราชวิถี

หัวข้อการประชุมในปีนี้เป็นของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เน้นเรื่องการทำงานอย่างไร้รอยต่อ (seamless) และแนวคิดการพัฒนาที่ให้เกิดประสิทธิภาพสูง ด้วยการที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (lean thinking) โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เรื่องดังกล่าวเมื่อนำมาปรับใช้กับการให้บริการส่งกล้องทางเดินอาหารในปัจจุบัน ซึ่งมีการพัฒนาเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วไม่ว่าจะเป็น การรักษาพยาบาล เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้มีเพิ่มขึ้นจากก่อนหน้านี้เป็นจำนวนมาก และโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนมีการจัดตั้งศูนย์ส่งกล้องอย่างมากมาย

อย่างไรก็ตาม ยิ่งมีการพัฒนารวดเร็วเท่าไรโดยขาดความพร้อมก็อาจจะมีหลุมพรางเกิดขึ้น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้บริการด้านนี้ได้ อย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก ถ้าหากบุคลากรในระบบให้บริการส่งกล้องพัฒนาตนเองไม่ทัน แทนที่จะเกิดประโยชน์เป็นผลดีกับผู้ป่วยก็จะเป็นผลร้ายมากกว่า เนื่องจากความไม่ชำนาญ ความไม่พร้อมของผู้ให้บริการ และการจัดระบบไม่ได้มีการวางแผนไว้รองรับเทคโนโลยีด้านนี้

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบันเพื่อดูแล ควบคุม กำกับให้โรงพยาบาลที่ให้การบริการทางด้านนี้สามารถให้การบริการกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด มีความปลอดภัยและภายใต้ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจในยุคปัจจุบัน ซึ่งในการอภิปรายในครั้งนี้ได้รวบรวมผู้ที่มีความชำนาญเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ทางด้านนี้มาเป็นเวลานานและเป็นต้นแบบอ้างอิง ทั้งภาครัฐและเอกชน ให้เห็น ภาพรวมของการให้การบริการที่มีคุณภาพ โดยจะเห็นว่าโรงพยาบาลจะต้องมีการวางระบบการให้บริการอย่างไร บุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพด้านนี้จะต้องได้รับการเรียนการสอนอะไรบ้าง ตลอดจนมีเตรียมพัฒนาเครือข่ายเพื่อให้บริการอย่างต่อเนื่องอย่างไร และทำอย่างไรที่จะให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพตรงกับความต้องการและแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน

นัยนา วัฒนศรี

สภาเทคนิคการแพทย์

สมจิตร จินากักดี

รพ.รามคำแหง

วรรณิกา มโนรมณ์

สภาเทคนิคการแพทย์

แม้ว่าเป้าหมายของทั้ง HA และ LA มุ่งไปสู่คุณภาพที่ประชาชนผู้มาใช้บริการด้านสาธารณสุขพึงได้รับ แต่มักจะมีคำถามเสมอว่า ควรขอ HA ก่อน หรือ ขอ LA ก่อน ขออะไรก่อนจะได้ประโยชน์มากกว่ากัน

อันที่จริงผู้ตอบคำถามนี้ได้คือผู้ปฏิบัติงาน และคำตอบที่แตกต่างกันเพราะใช้กลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพต่างกัน บางแห่งอาจบอกว่า ถ้ามีผู้เยี่ยมสำรวจจาก HA มาแนะแนวทางให้ในเบื้องต้น การพัฒนาในเชิงเทคนิควิชาชีพจะทำต่อได้ไม่ยาก ในขณะที่บางแห่งบอกว่าขอเก็บรายละเอียดตามมาตรฐานวิชาชีพ ให้วิชาชีพเดียวกันมาช่วยสื่อความหมายคุณภาพในเชิงเทคนิคให้เข้าใจต้องแท่งก่อน แล้วจึงก้าวหรือขยายการประสานระหว่างวิชาชีพ แต่ไม่ว่ากลยุทธ์จะเป็นอย่างไร สุดท้าย เมื่อได้รับการประเมินรับรองคุณภาพ ก็พบว่าเป้าหมายปลายทางเราอยู่ที่เดียวกัน คือ **คุณภาพงานเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง**

จากผลงานที่อนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ซึ่งภารกิจนี้อยู่ในความรับผิดชอบของสมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย จนกระทั่งปี พ.ศ. 2549 จึงได้ถ่ายโอนภารกิจนี้ให้สภาเทคนิคการแพทย์ดำเนินการต่อมา จนถึงปัจจุบัน พ.ศ. 2552 มีการตรวจประเมินห้องปฏิบัติการตามระบบ LA แล้ว 606 แห่ง จากจำนวนนี้ ผ่านการรับรองจากสมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย ในปี 2546–2548 จำนวน 20 แห่ง และจากสภาเทคนิคการแพทย์ ในปี 2549–มกราคม 2552 จำนวน 107 แห่ง รวมหน่วยงานที่ผ่าน LA 127 แห่ง

รูปแบบการขอมีทั้งขอแบบ LA คือการตรวจประเมินรับรองระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการ และขอแบบ HA คือการเข้าตรวจประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมของห้องปฏิบัติการ แต่ทั้ง 2 รูปแบบใช้มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์เป็นเครื่องมือในการตรวจวัดความร่วมมือระหว่างองค์กรมีทั้งเรื่องการส่งรายชื่อหน่วยงานที่ขอรับการตรวจประเมิน HA ให้วิชาชีพเทคนิคการแพทย์เข้าตรวจประเมินในส่วนห้องปฏิบัติการ รายงานผลหลังการตรวจประเมิน จะถูกส่งต่อให้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ แจ้งให้ทีมผู้ตรวจทราบก่อน

การเข้าตรวจประเมินในรอบถัดไป หลายครั้งที่การเข้าเยี่ยมสำรวจห้องปฏิบัติการของทีม HA ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเพื่อเตรียมการขอ LA ต่อไป

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ซึ่งเกิดจากความร่วมมือของ HA - LA เช่น ห้องปฏิบัติการได้ปรับขยายโครงสร้างพื้นที่ให้เหมาะสมกับภาระงานตามข้อเสนอแนะจากผู้เยี่ยมสำรวจ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการมีความเข้าใจในการจัดทำระบบคุณภาพทั้งในเรื่อง การวิเคราะห์ความเสี่ยง กำหนดกิจกรรมปฏิบัติการแก้ไขและป้องกันปัญหา มีการประสานงานระหว่างวิชาชีพในการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาปฏิบัติการจากการให้เลือด การกำหนดค่าวิกฤตร่วมกันระหว่างห้องปฏิบัติการกับองค์กรแพทย์เพื่อใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัยรักษา ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ห้องปฏิบัติการตระหนักในความสำคัญของการทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางควบคุมคุณภาพเครื่องมือ POCT ที่ใช้ในโรงพยาบาล ห้องปฏิบัติการหลายแห่ง เป็นต้นแบบของระบบเอกสารคุณภาพและบันทึกคุณภาพ การกำหนดกิจกรรมพัฒนาร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ใช้บริการ บรรยายภาคในการปฏิบัติงานในหน่วยงานราบรื่นขึ้น ผู้บริหารเข้าใจปัญหา อุปสรรคของผู้ปฏิบัติงาน ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีเข็มมุ่งสอดคล้องกับเป้าหมายหลักของหน่วยงาน

ตัวอย่างข้างต้นเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่พบเห็นได้ในกระบวนการตรวจประเมินหรือเยี่ยมสำรวจ เมื่อติดตามผลลัพธ์แล้วแต่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการทั้งสิ้น

หลายหน่วยงานที่ยังไม่ได้ขอทั้ง HA & LA ถามหาบันไดว่าจะขึ้นต้นที่ HA หรือ LA ก่อนดี คำตอบที่ถูกต้องที่สุดก็คือ ไม่ว่าจะเกิดก่อนไข หรือไขจะเกิดก่อนไก่ ทั้งไก่และไขก็ล้วนมีประโยชน์ต่อผู้บริโภค ดังนั้น ขอให้เริ่มระบบคุณภาพไม่ว่าจะเริ่มที่ใด ประโยชน์ก็เกิดแก่ผู้ให้บริการทั้งสิ้น

ในฐานะผู้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการ อาจเป็นเรื่องยากหากพัฒนางานคุณภาพโดยไม่ทราบว่าจะพัฒนาไปในทิศทางใด แต่ถ้าท่านได้ลองหลุดพ้นจากการก้าวข้ามความหวาดกลัวความยุ่งยากนั้นมาได้ ท่านจะรู้ว่า “การพัฒนางานคุณภาพ” นั้นอยู่ในสายเลือดของการทำงานในห้องปฏิบัติการมาโดยตลอดโดยที่ท่านไม่รู้ตัว และหากท่านได้ลองพัฒนาคุณภาพงาน เริ่มต้นตามมาตรฐาน LA และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ท่านสามารถต่อยอดคุณภาพงานในห้องปฏิบัติการไปยังมาตรฐาน HA หรือ JCI ได้อย่างง่ายดาย

หมายเหตุ : ประเภทของการตรวจประเมิน

HA = Hospital Accreditation คือ การตรวจประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมของห้องปฏิบัติการ โดย สภาเทคนิคการแพทย์ สู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

LA = Laboratory Accreditation คือ การตรวจประเมินเพื่อขอการรับรองระบบบริหารคุณภาพ โดย สภาเทคนิคการแพทย์

JCI = Joint Commission International คือ การตรวจประเมินเพื่อขอการรับรองระบบบริหารคุณภาพ โดย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลประเทศอเมริกา

**C37****เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (เรื่องปอดฯ)**

13 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 7

พญ.วรรณมา ศุภศิริลักษณ์ ผู้ดำเนินการอภิปราย

- ผลการฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง - ภก.เจษฎา เครือศรี (รพ.ป่าแดด)
- Comprehensive management program ใน COPD patients - นพ.กนก พิพัฒน์เวช (รพ.อุตรดิตถ์)
- แกะรอย คอยเสริม เพิ่มพลังปอด - เสาวลักษณ์ เมธาวิกุล (รพ.ระโนด สงขลา)
- ลดอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ - รำพึง ชูเชื้อ (รพ.โอเวอร์บรู๊ค เชียงราย)
- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย asthma - พญ.วนิษา วิลัยรัตน์ (รพ.หนองแค)

เลือกสรรคุณค่า มาแบ่งปัน

รับฟังแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
และเรื่องเล่าจากพื้นที่ในแง่มุมที่หลากหลาย

11 มีนาคม 2552	10.30-12.00 น.	A28	ถักทอเครือข่าย การดูแลต่อเนื่อง
	13.00-14.30 น.	A38	เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (HIV เด็ก จิตเวช ผู้พิการ)
	15.00-16.30 น.	A48	เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ความเสี่ยง สิ่งแวดล้อม ชีวิตจิตใจ)
12 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	B18	เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ความรัก ความสุข แม่ลูก)
	10.30-12.00 น.	B28	เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ผู้พิการ จิตเวช ทันตกรรม)
	13.00-14.30 น.	B38	เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (Palliative & Spirituality)
	15.00-16.30 น.	B48	เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (รักษและสร้างสุขภาพ)
13 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	C18	เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (สุข สำเร็จ เครือข่าย)
	10.30-12.00 น.	C28	เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (มิตรภาพ สายใย ชุมชน)
	13.00-14.30 น.	C38	เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ดอกไม้และหัวใจ)



นางกัศดา มาดัวง รพ.หนองบัวระเหว

นพ.เจ็ดพันธุ ภัทรพงศ์สินธุ รพ.หนองบัวระเหว

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้นทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอยู่กับโรคและภาวะเจ็บป่วยตลอดชีวิต จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถ เพื่อช่วยบรรเทาอาการ ฟิ้นฟูสภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพสูงสุดหลังการเจ็บป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการดูแลต่อเนื่องได้อย่างทั่วถึง มีการจัดระบบการให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยมีระบบการดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อการดูแลรักษาระหว่างโรงพยาบาล สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน และชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่เชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า และศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งตามศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนคงไม่สามารถที่จะให้การดูแลรักษาเชี่ยวชาญเฉพาะโรคได้ดีเท่ากับโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูงหรือโรงพยาบาลตติยภูมิ แต่โรงพยาบาลสามารถที่จะเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูงหรือโรงพยาบาลตติยภูมิ กับศูนย์สุขภาพชุมชน และชุมชนได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง จากข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลหนองบัวระเหว พบว่ามีผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากถึง 30% ของผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ ยังขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ต้องการความช่วยเหลือในระยะยาว ทั้งการส่งต่อเพื่อให้การดูแลเฉพาะ เช่น การส่งเพื่อฟื้นฟูสภาพเฉพาะเรื่อง การผ่าตัด การฟอกไต และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ซึ่งในการที่จะดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิต ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้น ไม่อาจแก้ไขได้โดยบุคลากรของหน่วยงานเดียว หรือบุคลากรวิชาชีพเดียว จำเป็นต้องเชื่อมโยงกับหน่วยงานและบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทุกระดับเพื่อการดูแลรักษาพยาบาลแบบองค์รวม โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ยังต้องมีการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลให้มีมาตรฐานการดูแลเฉพาะโรค รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย พัฒนาศักยภาพเครือข่ายแกนนำในชุมชน พัฒนาระบบการส่งต่อร่วมกับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า จึงจะสามารถพัฒนาคุณภาพการบริการ ให้เป็นระบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่ยั่งยืน และผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การดำเนินงาน

1. ทบทวนพันธกิจ วิสัยทัศน์ เป้าหมาย นโยบายของเครือข่ายบริการสุขภาพ และกำหนดให้การดูแลต่อเนื่องเป็นสมรรถนะหลักขององค์กร (Core competency)
2. จัดทำยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องร่วมกันทั้งเครือข่าย
3. การจัดตั้งศูนย์ประสานงานการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาระบบการจัดบริการด้านโครงสร้าง โดยมอบหมายให้กลุ่มการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบจัดตั้งศูนย์ประสานงานการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง เพื่อทำหน้าที่เชื่อมโยงแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปสู่การดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งการส่งต่อการรักษาพยาบาลไปยังสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
4. วางระบบการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องร่วมกัน
5. กำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ภายใต้แนวคิด **บ้านคือเตียงนอนของผู้ป่วย** และกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลดูแลต่อเนื่องร่วมกัน
6. การพัฒนาบุคลากร ในด้านความรู้และประสบการณ์การดูแลสุขภาพต่อเนื่อง ให้กับบุคลากรระดับปฐมภูมิในเครือข่าย และพัฒนาเครือข่ายแกนนำสุขภาพในชุมชน
7. พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชน

การเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

1. ด้านการประสานงานและความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เกิดระบบการส่งต่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยระหว่างสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ การมีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษาการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้บุคลากรจากทุกฝ่าย มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการค้นหาและใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนร่วมกัน โดยมีศูนย์ประสานงานการดูแลต่อเนื่องเป็นศูนย์กลางการประสานความร่วมมือและให้ข้อมูลข่าวสาร ทำให้เกิดเครือข่ายระบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง และมีความเข้มแข็ง
2. ด้านสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย จากการที่ทีมสุขภาพให้ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วย ร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาล และมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการเรียนรู้และฝึกทักษะ การควบคุมอาการของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจ

ในตนเองมากขึ้น มีความเข้มแข็ง ยอมรับภาวะการเจ็บป่วย สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ ได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านและสังคมตามความเหมาะสม

3. ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ได้รับการดูแลต่อเนื่อง เช่น กลุ่มผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มเด็กพิเศษ ทำให้สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการนอนโรงพยาบาล และได้รับการดูแลต่อเนื่องตามมาตรฐาน มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยวัณโรค

A38

เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (HIV เด็ก จิตเวช ผู้พิการ)



11 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 8

นพ.อิทธิพงษ์ ยอดประสิทธิ์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

सानฝันเด็กน้อยมาร้อยเรียง สร้างเครือข่ายวัยรุ่น

พญ.วิวารวรรณ หาญสุทธิเวชกุล รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์

ณ วันหนึ่งที่ลูกชายของแม่เปลี่ยนไป

ภก.อัษฎสิทธิ์ สวัสดิ์พาณิชย์ รพ.ร้อยเอ็ด

กลุ่มหัวใจยิ้มได้ เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวช

วิวารวรรณ ประยูรสวัสดิเดช รพ.หาดใหญ่

ตำแหน่งนี้เฉพาะหนู ผู้พิการ

วันธร ทองห้วน รพ.สตูล

คืนชีวิตที่มีค่า พัฒนาศักยภาพคนพิการ

พญ.ดลฤดี ศรีศุภผล ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์



A48

เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ความเสี่ยง สิ่งแวดล้อม ชีวิตจิตใจ)

11 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 8

พ.ท.หญิง ทรงสุดา ขวัญประชา (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ร่วมคิด ร่วมทำ นำชีวิตปลอดภัย

สรिया ทวีกุล รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์

เตาเผามูลฝอยดีดีเพื่อศูนย์สุขภาพชุมชน

สมบุญรณ์ ชันเมือง รพ.พะเยา

เครื่องมือได้มาตรฐานเพราะกระบวนการมีประสิทธิภาพ

สายใจ รัตนพันธุ์ รพ.ทุ่งสง

ใส่ใจลงในนมปัง

บุษบา หีบเงิน รพ.ราชบุรี

ชีวิตใหม่ของชายชื่อ “พัน”

ปิยะนาฏ สิงห์โต รพ.บ้านลาด

B18

เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ความรัก ความสุข แม่ลูก)



12 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 8

สุนารี เนาว์สุข

(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

Miracle of Love (Love patient from Love diary)

นพ.วิโรจน์ ตระการวิจิตร รพ.นครธน

ความสุขที่เงินมิอาจซื้อได้

พจมาลย์ พูลสวัสดิ์ รพ.ตะกั่วป่า

ผูกพัน สายใย แม่ลูกปลอดภัย คลอดในสถาน

สุนิดา สามะ รพ.สุโงงป่าดี

การพัฒนาคุณภาพการบริการ การดำเนินงาน รพ.สายใยรักแห่งครอบครัว

พญ.ลาวัลย์ ปัจฉักภักดี รพ.สุราษฎร์ธานี

แม่ลูกผูกพัน ผ่าฝืนพันหนุ

ภูนาล้อมี ปากามะ รพ.บาเจาะ



B28

เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ปฏิบัติการ จิตเวช กัมตกรรม)

12 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 8

ทพ.ญ.มยุเรศ เกษตรสินสมบัติ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ศูนย์เบ็ดเสร็จคนพิการแบบภาคีหุ้นส่วน

ณัชชา กิจนาคม รพ.ควนเนียง จ.สงขลา

ร้อยเรียงปัญหาผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ จากแรกรับถึงจำหน่ายด้วยหน้ากระดาษเดียว

รศ.พญ.อภิชนา โฉมวิมล รพ.มหาสารคามศรีเชียงใหม่

แพทย์ พระ- ณะ- นา คุณภาพ

นพ.พระราช กรรณล้วน รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

Hello Mondor

วาสนา จีตระกูล รพ.สงขลา

หมอฟัน DDT ความสุขกับงานบริการทันตกรรม

ทพ.ญ.เยาวพา จันทร์บุตร รพ.โพนทอง

B38

เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (Palliative & Spirituality)



12 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 8

รศ.นพ.ก่าธร พฤษานานนท์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องตามแนวคิด Lean & Seamless Healthcare

นพ.นิสิต วรรณัจฉริยา รพ.มหาสารนครเชียงใหม่

ความหวังครั้งสุดท้าย

นพ.วีรวัฒน์ มุตตารักษ์ รพ.แมคคอร์มิค

ขอกนนำพา ท้องฟ้า นำทาง และความรักของพ่อ

สุวรรณา แก้วศรี รพร.บัว

ปาฏิหาริย์ของชีวิต

รัชววรรณ เจริญชัย รพ.เชียงใหม่



B48

เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (รักษ์และสร้างสุขภาพ)

12 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 8

รศ.นพ.รณชัย อธิสุข

(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

มัลลิตสร้างเสริมสุขภาพ บ้านปลักมัลลิต

ฐานิษา สุาเบด รพ.ละงู

เขาหาว่าคุณตาติดเชื้อ

วันเพ็ญ เป่งเนียม รพ.บ้านลาด

รักษ์สุขภาพวิถีมุสลิม

สะนียะ มูแกม รพ.รัตนภูมิ

เติม “หัวใจ” ใส่ “ความรัก” ตกแต่ง “สุข”

ศิริพร ศรีนร่าย รพ.ละงู

คืนรอยยิ้มให้หนู

บุษบา หีบเงิน รพ.ราชบุรี

C18

เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (สุข สำเร็จ เครือข่าย)



13 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 8

นพ.พงศธร เกียรติดำรงวงศ์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ก้าวใหม่กับการพัฒนางาน MSO

นพ.สมศักดิ์ อุทัยพิบูลย์ รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์

เรื่องเล่าไม่รู้จบ

นพ.ประจันต์ เหล่าเที่ยง รพ.อมก๋อย

ความสำเร็จจะยิ่งใหญ่กว่าถ้าก้าวไปด้วยกัน

นุชเนตร ชูโชติ รพ.สุโงโกลก

จากความสุขในอดีต สุขใจที่ได้ทำ

พรทิพย์ ทองสง่า รพ.หนองคาย

Care แคร์ไหน ด้วยหัวใจและจิตวิญญาณ

วาสนา จิ้งตระกูล รพ.สงขลา



C28

เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (มิตรภาพ สายใย ชุมชน)

13 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 8

นพ.มนตรี ลักษณะสุวงศ์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

มิตรภาพบำบัดสานสายใจไร้ขอบเขต

สุนันทา ภัคดีอำนาจ รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก

ผ้ารัด สายใยรัก

สมจิตต์ เจริมเสริมสุข รพ.ดำเนินสะดวก

การดูแลผู้ป่วย COPD แบบผสมผสานและต่อเนื่องถึงชุมชน

พรวิภา ยาสมุทร รพ.บ้านไผ่

เรื่องเล่าประสบการณ์จากพื้นที่ ผู้ให้การเยียวยา

อังคณา วังทอง รพ.หนองจิก

รถเมล์ สายสุขภาพ

เพ็ญศรี นรินทร์ รพ.ขุนหาญ

C38

เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ดอกไม้และหัวใจ)

13 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 8

ธารารัตน์ สงสิทธิกุล

(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ข้างหลังภาพตึกศัลยกรรม นรีเวช สถาบันบำราศ

ฉัตรฐกรณ์ กอสกุลศิริบุรณ์ สถาบันบำราศนราดูร

เพื่อผ้าขาวและดอกไม้ ได้ฟังฟัง

วิญญู หิมมา รพ.ละงู

รักน้องต้องหลอกล่อ

สุนีย์ แสงนาก รพ.บางมูลนาก

บรรจงใส่หัวใจให้ "ป่าขาว"

บรรจง ป้านทอง รพ.บ้านลาด

ธนาครความดี จิตอาสาในระบบบริการสุขภาพ

พนมพร ศิลำพันธ์ รพ.วชิรบรรณ

Workshop

เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติเพื่อให้เห็นภาพและเกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้ง
ในเรื่องการใช้ SPA & Self Enquiry, IT Management
อาชีวอนามัย, Outcome Mapping, Lean

11 มีนาคม 2552	10.30-12.00 น.	A29 SPA & Self Enquiry Workshop
	13.00-14.30 น.	A39- "ติวเข้ม" IT Service Management
	15.00-16.30 น.	A49 สำหรับโรงพยาบาลคุณภาพ
12 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	B19- SHE workshop : การเพิ่มคุณค่าการบริการ
	10.30-12.00 น.	B29 โดยงานอาชีวอนามัย
	13.00-14.30 น.	B39- Outcome Mapping
	15.00-16.30 น.	B49
13 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	C19 Shaping Organization : องค์กรไร้ส่วนเกิน หรือ Lean Workshop (1)
	10.30-12.00 น.	C29 Shaping Organization : องค์กรไร้ส่วนเกิน หรือ Lean Workshop (2)
	13.00-14.30 น.	C39 Shaping Organization : องค์กรไร้ส่วนเกิน หรือ Lean Workshop (3)

**A29****SPA & Self Enquiry Workshop**

11 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 9

อำพัน วิมลวัฒนา

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ
วชิรพยาบาล

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

รพ.บำราศนราศูร

น.ท.หญิงภัคกร โลจนะวงศกร

รพ.ภูมิพล

ภัทรารัตน์ ตันนุกิจ

รพ.เกล้า

SPA & Self Enquiry เป็นเครื่องมือที่ พรพ.พัฒนาขึ้นเพื่อให้โรงพยาบาลสามารถนำมาตรฐานไปใช้ในชีวิตการปฏิบัติงานปกติประจำได้ และเป็นเครื่องมือสำหรับการวิจัยสืบค้นตนเอง เจาะลึก ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ทั้งในด้านที่เป็นจุดแข็งและโอกาสพัฒนา

Self Enquiry สำหรับมาตรฐานตอนที่ I และ II จะมีลักษณะคล้ายคำถามในการเยี่ยมชมสำรวจภายใน แต่มุ่งเน้นการทำความเข้าใจร่วมกันมากกว่าการมีคนนอกหน่วยงานไปประเมิน

Self Enquiry สำหรับมาตรฐานตอนที่ III มีลักษณะแตกต่างออกไป คือเป็นการประมวลเครื่องมือคุณภาพทางคลินิกต่างๆ ที่ พรพ.เคยแนะนำไว้ มาใช้พร้อมๆ กัน ใช้ในผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค ในทุกบริบทแห่งที่จะเป็นไปได้ โดยอาศัยแผนภูมิกระบวนการดูแลผู้ป่วยในมาตรฐานตอนที่ III เป็นตัวร้อยเรียงเรื่องราวและความรู้ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้เห็นภาพรวมของคุณภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น ได้เห็นทั้งในส่วนที่เป็นแบบแผนการปฏิบัติที่ดี และโอกาสพัฒนา

การจะนำเครื่องมือนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ต้องเรียนรู้ผ่านการลงมือทำ มีภาพสุดท้ายอยู่ในใจว่าจะเกิดอะไรขึ้น จะนำข้อมูลที่ได้ไปทำอะไรต่อ จะจัดการกับข้อมูลจำนวนมากอย่างไร จะส่งต่อให้ทีมที่เกี่ยวข้องอย่างไร

เชิญผู้สนใจมาร่วมกันเจียระไนสร้างความรู้จากข้อมูลในงานประจำของเรา

นพ.บดินทร์ ทรัพย์สมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ผุสดี หมุ่มพัยค์ม์	ธนาคารแห่งประเทศไทย
ณรงค์ศักดิ์ ดิษฐสุกุล	บ. Hewlett-Packard
อรรถพล พานิชวัฒนา	บ. Hewlett-Packard
ประยุทธ นีรทัตสนามนัท	บ. IT One

วิธีการบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology Service Management หรือ ITSM) จะช่วยให้การบริหารระบบไอทีเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรและบริษัทต่างๆ ทั่วโลกได้นำกระบวนการทำงานมาตรฐานสำหรับหน่วยงานที่ให้บริการด้านไอที ที่เรียกว่า Information Technology Infrastructure Library (ITIL) มาใช้ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถทำการบริหารจัดการการบริการได้อย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับความต้องการด้านธุรกิจขององค์กร ITIL คือโครงสร้างหลักที่ช่วยให้แผนกไอทีสร้างคุณภาพการให้บริการให้ดีที่สุด ปรับปรุงระดับในการให้บริการ รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอีกด้วย ซึ่งได้กลายเป็นที่ยอมรับกันว่าเป็น “Best Practice for IT Service Management”

ITIL รุ่น V3 ล่าสุดได้ถูกพัฒนาออกมาในปี 2007 โดยแบ่งกิจกรรมหลักของงานบริการ ออกเป็น 5 องค์กรประกอบหลักดังนี้ กลยุทธ์บริการ (Service Strategy), การออกแบบบริการ (Service Design), การส่งมอบบริการ (Service Transition), การดำเนินบริการ (Service Operation) และ การปรับปรุงบริการต่อเนื่อง (Continual Service Improvement) ทั้งนี้ในแต่ละองค์กรประกอบจะแตกออกเป็นองค์กรประกอบย่อยที่บรรจุมาตรฐานและหลักการในการทำงานต่างๆ ไว้อย่างครบถ้วน

ผลการวิจัยล่าสุดระบุว่า ภายในปี 2008 องค์กรกว่าครึ่งหนึ่งกำลังมองถึงกระบวนการ ITSM ที่เป็นมาตรฐานโดยอิงกับ ITIL นอกจากนั้นเหล่านักวิจัยยังได้ตั้งข้อสังเกตว่าองค์กรส่วนใหญ่กำลังหาทางปรับปรุงกระบวนการบริหารระบบโครงสร้างพื้นฐานของตนเองอยู่ แสดงให้เห็นถึงการสนใจอย่างจริงจังในเรื่อง ITIL และกระบวนการทำงานอื่นๆ ที่เป็นระบบ ซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นว่า ITIL กำลังจะกลายเป็นมาตรฐานในการจัดสรรบริการที่ทุกฝ่ายยอมรับ

ไปแล้ว และได้เป็นที่พิสูจน์แล้วว่า การนำ ITIL มาเป็นเครื่องมือในการจัดการบริการด้านไอที จะช่วยให้ธุรกิจด้านบริการนั้นประสบความสำเร็จได้แบบยั่งยืน

หน่วยงานในประเทศไทยได้นำ ITIL มาใช้กันอย่างแพร่หลายมากขึ้น เช่นเดียวกัน งานด้านไอทีในโรงพยาบาลเป็นงานที่ซับซ้อน ต้องตอบสนองความต้องการที่หลากหลาย ให้บริการอย่างต่อเนื่องไม่หยุดชะงัก มีเงื่อนไขทางธุรกิจเป็นจำนวนมาก การนำ ITIL มาใช้ในโรงพยาบาลจะช่วยยกระดับคุณภาพการให้บริการด้านไอที ช่วยลดและป้องกันปัญหา ส่งผลโดยตรงในการสร้างคุณค่าให้กับผู้รับบริการของโรงพยาบาล และเพิ่มศักยภาพในการแข่งขัน ในปัจจุบันมาตรฐาน ITIL มีความจำเป็นไม่น้อยกว่ามาตรฐานด้านคุณภาพอื่นๆ ของโรงพยาบาล



12 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 9

รศ.พญ.เนลินี ไชยเอี้ย	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ทพ.ญ.ชัญญา อีระโชติ	รพ.ภาพสินธุ์
นภาพร ครุสันธิ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นิภาพร วารีสัย	มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยเฉพาะในด้านการรักษาพยาบาลถือว่าเป็นหัวใจสำคัญในการให้บริการสถานพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เบื้องหลังของการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลนั้น คุณภาพชีวิตของผู้ให้บริการโดยเฉพาะคุณภาพชีวิตการทำงาน (quality of work life) ย่อมเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

ปัจจัยที่สำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิตการทำงาน คือ การทำให้สุขภาพและความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานนั้นอยู่ในระดับที่ดีและเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อเป็นการเพิ่มพลังการทำงาน สุดท้ายย่อมส่งผลถึงประสิทธิภาพในการให้การรักษายาบาลแก่ผู้ป่วย

ในการบริหารองค์กรมีทฤษฎีหรือแนวทางหลากหลายแต่สุดท้ายคือมุ่งหวังให้องค์กรมีผลิตภาพ (productivity) ซึ่งทฤษฎีหรือแนวทางดังกล่าว เช่น แนวทางจาก Hospital Accreditation, Health Promoting Hospital (HPH) หรือแม้แต่ Thailand Quality Award (TQA) ทั้ง 3 แนวทางนั้นได้ระบุถึงการพัฒนาคนโดยเน้นสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยในบริบทดังกล่าวด้วย

จากประสบการณ์การทำงานด้านอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลนั้น และการเป็นผู้ถูกประเมินจากหลายสถาบันนั้น พบว่าเมื่อก้าวถึงการดูแลสุขภาพของผู้ให้บริการจะเน้นเพียงการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่บุคลากรเป็นหลัก อันที่จริงแล้วการดูแลสุขภาพบุคลากรมีหลายมิติที่เกี่ยวข้อง และการทำให้ประสบผลสำเร็จนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงหลักการทางบริหาร โดยเฉพาะการเน้นผลลัพธ์ (outcome base) ตลอดจนความร่วมมือของบุคลากรในแนวราบมาเป็นข้อพิจารณาในการวางแผนการดำเนินการ

จุดประสงค์

1. ผู้เข้าร่วมอบรม สามารถวางแผนการดำเนินการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลโดยใช้ Outcome Mapping
2. ผู้เข้าร่วมอบรมได้เกิดโอกาสแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในแนวทางการปฏิบัติด้านอาชีวอนามัย

คุณสมบัติของผู้เข้าอบรม

1. ผู้บริหารที่รับผิดชอบด้านอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล ด้านโครงสร้างกายภาพ (คณะกรรมการต่างๆ)
2. ผู้ปฏิบัติในสายงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

จำนวน

50 คน

วิธีการอบรม

1. เรื่องดี ๆ ของคนคิดดี : เรื่องเล่า จากประสบการณ์การดำเนินงานอาชีวอนามัย 30 นาที
2. การกิจสุ่มฝึน อาชีวอนามัย : แบ่งกลุ่มจำนวน 5 กลุ่ม เพื่อสร้างงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล โดยใช้แนวทาง Outcome Mapping 2 ชั่วโมง
3. ผู้เข้าอบรมนำเสนอและแลกเปลี่ยน 30 นาที และสรุปแนวทางกิจกรรมด้านอาชีวอนามัย

เนื้อหา

1. แนวทางการดำเนินงานโดยใช้ Outcome Mapping
2. ความสำคัญของอาชีวอนามัยและความปลอดภัยและความเกี่ยวข้องระหว่างอาชีวอนามัยกับ HA และ TQA
3. ตัวชี้วัดหลัก (KPI) และตัวชี้วัดของกิจกรรมของงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโรงพยาบาล
4. ตัวอย่างกิจกรรมที่มีแนวโน้มไปสู่ความสำเร็จและตัวชี้วัดหลักของงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโรงพยาบาล

เอกสารประกอบการอบรม

1. คู่มืออาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโรงพยาบาล โดย รศ.พญ. เนลีนี ไชยเอียบรรณนาธิการ
2. Training material

B39-B49 Outcome Mapping



12 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 9

ดร.ประพนธ์ ผาสุขยิต

สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.)

การทำโครงการให้ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ได้รับประโยชน์จากโครงการให้เข้ามาร่วมคิดร่วมวางแผนตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อกำหนดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ผลลัพธ์ที่มีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนคือพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้องกับแต่ละโครงการนั่นเอง เป็นผลลัพธ์ที่สามารถติดตามดูความก้าวหน้าได้ด้วยตัวเอง การวางแผนที่ดีจะเริ่มจากการมองภาพใหญ่ที่ผ่นเห็น บทบาทของโครงการ การวิเคราะห์ partner ต่างๆ บทบาทของแต่ละ partner กลยุทธ์ของโครงการที่จะทำงานร่วมกับ partner และกลยุทธ์การจัดการความรู้และทรัพยากรของโครงการเอง

Session นี้ต้องการคนคิดจริง รับผิดชอบจริง มีเนื้อหาจริง และตั้งใจทำจริง เข้ามาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน



ทีมงานจาก รพ.เสนาให้:

พ.ญ.จิราวรรณ องค์กรวรรณดี, เนาวรัตน์ สุ่มดีบ, พิมพ์นภา แซ่ไชว,
เจนจิรา แพงหลวง, จิรภัฏญา ชื่นใจ, ทิพวรรณ มุสิก, จิรพรรณ เคนะทอง,
เปรมฤดี อุปละ, สุนิธิ ลิ้มธรรณามัย, หทัยรัตน์ ร่มประพันธ์, มณฑา นักชัตรี,
คันธรัตน์ สุนทรประทุม

แนวคิดของ Lean in Healthcare

Lean หมายความว่า “The optimal way of producing goods through the removal of waste and implementing flow as opposed to batch and queue” แปลให้เป็นไทยๆ Lean ก็คือผอมๆ ไม่อ้วนไม่อ้วนอ้วน องค์กรที่มีระบบ lean จะมีการผลิตหรือจัดบริการโดยลดความสูญเสียหรือสูญเปล่า (Transformation waste into value) ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องของเวลา วัสดุ สถานที่เครื่องมืออุปกรณ์ที่ไม่ได้ใช้ และทรัพยากรอื่นๆ ระบบ การผลิตแบบลีนช่วยให้ องค์กรสามารถลดต้นทุน เวลาในการให้บริการและกิจกรรมที่ไม่ก่อให้เกิดมูลค่าเพิ่มและความจำเป็นต่อองค์กร

Lean เป็นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องของแนวคิดในภาคอุตสาหกรรม ซึ่งต้องการเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตให้ได้มากที่สุด Toyota ได้ศึกษาความผิดพลาดของ Ford และ GE และนำมาสู่ระบบที่เรียกว่า Toyota Production System (TPS) อันเป็นต้นกำเนิดของสิ่งที่เรียกว่า Lean Manufacturing ในเวลาต่อมา

เป้าหมายหลักของ TPS คือการออกแบบการผลิตเพื่อลดภาระงานที่มากเกินไปจนจำเป็น (overburden - muri), ลดความไม่คงเส้นคงวา (inconsistency - mura) และขจัดความสูญเสียนหรือสูญเปล่าต่างๆ (waste - muda)

คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1. ผู้นำทุกระดับ ที่ต้องการความเข้าใจแนวคิด Lean เพื่อไปปรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพงาน

2. ผู้ดูแลรับผิดชอบงาน Utilization Management

จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม ต่อรอบ

1. ผู้เล่น 20 คน
2. ผู้สังเกตการณ์ 15-20 คน

เปิดให้ร่วมกิจกรรมทั้งหมด 3 รอบ

แต่ละรอบใช้เวลาประมาณ 90 นาที

รูปแบบกิจกรรม

เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบใหม่ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เข้าใจแนวคิดของ Lean อย่างเป็นทางการจากการปฏิบัติเป็นหลัก มีการบรรยายทฤษฎีเล็กน้อยในช่วงต้น และสลับในระหว่างการทำกิจกรรมเพื่อให้เกิดการประยุกต์ใช้แนวคิด Lean ในการพัฒนาคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย

เป็นการจำลองสถานการณ์ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล และเพื่อให้เกิดความสนุกสนานไปด้วย จึงจัดให้มีการแข่งขัน โดยแบ่งผู้เล่นเป็น 2 ทีม ทีมละ 10 คน แต่ละคนมีบทบาทหน้าที่ของตน โดยจะมีรายละเอียดให้อ่าน พร้อมทั้งอธิบายให้ทุกท่านเข้าใจก่อนเริ่มเล่น

อุปกรณ์สำคัญในการเดินเรื่อง คือ Lego ที่สมมติบทบาทให้เป็นผู้ป่วยจำลอง การเล่นแต่ละรอบจะใช้เวลาประมาณ 10 นาที ซึ่งในแต่ละรอบของการเล่น ผู้เล่นจะได้เรียนรู้ถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆ ของการทำงาน เข้าใจถึงความสูญเสียเปล่าต่างๆ ที่เป็นสาเหตุให้การทำงานไม่ลื่นไหล (continuous flow)

โดยจะทำการเล่นทั้งหมด 3-4 รอบ ในแต่ละรอบ วิทยากรจะให้โจทย์ที่เป็นเงื่อนไขแตกต่างกันออกไป โดยที่รอบหลังๆ จะมีการยืดหยุ่นให้มากขึ้นกว่ารอบแรก เนื่องจากสมมติสถานการณ์ว่าผู้ปฏิบัติงานมีประสบการณ์ในการทำงานมาแล้ว ย่อมใช้เวลาในการทำงานน้อยลง

ช่วงท้ายของแต่ละรอบ จะทำการสรุปคะแนนโดยการนับจำนวนผู้ป่วยที่ไปถึง admit/discharge โดยสมบูรณ์, เวลาที่ใช้ในการดำเนินการ, จำนวน defect หรือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผิดพลาด รวมทั้งสรุปคำนวณค่าใช้จ่ายต้นทุน และผลผลิตที่ได้ในแต่ละรอบ และมีการสรุปการเรียนรู้ที่ได้ในแต่ละรอบก่อนเริ่มรอบใหม่ จากนั้นจะบรรยายทฤษฎีสลับระหว่างรอบ เพื่อให้แต่ละทีมนำเครื่องมือที่ได้เรียนรู้เพิ่มเติม มาออกแบบปรับใช้ในระบบงานในรอบใหม่ให้ดีขึ้น

เป็น workshop ที่ได้ทั้งความเข้าใจอย่างชัดเจน และได้ทั้งความสนุกสนานในเวลาเดียวกัน แนวคิด Lean ช่วยให้เห็นการเลื่อนไหล (flow) ตั้งแต่จุดเริ่มต้นจนถึงจุดสิ้นสุดของแต่ละ Value Stream มุ่งเน้นขจัดความสูญเสียเปล่า โดยยึดเอาคุณค่าในมุมมองของผู้รับผลงานเป็นตัวตั้ง โดยที่การทำงานนั้นต้องไม่แยกส่วน ต้องเชื่อมโยงกันแบบไร้รอยต่อจึงจะสามารถก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณค่ามากที่สุดสำหรับผู้รับบริการได้ ในรอบสุดท้ายผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ทุกท่านจะเห็นผลลัพธ์ที่เปลี่ยนไปอย่างมากมาย ซึ่งได้ทั้งการลดต้นทุน, การเพิ่มผลผลิต, เจ้าหน้าที่มีความสุข และผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพในเวลาเดียวกัน

World Café

Facilitator: นพ.กิจจา เจียรวัฒนกก,
กุลดา พฤติวรราช, ชวนพิศ คชรักษ์,
วัชรินทร์ อิงคนินันท์ (รพ.นครพิงค์)

11 มีนาคม 2552	08.00-10.00 น.	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
	10.30-12.00 น.	A2X เรียนรู้ตลอดเวลา...ในองค์กร (Learning Organization)
	13.00-14.30 น.	A3X คุณภาพเริ่มที่ใจ ... ทำอย่างไรให้เกิด" (Humanized care)
	15.00-16.30 น.	A4X การประชุมที่มีประสิทธิภาพ
12 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	B1X IT กับการดูแลผู้ป่วย
	10.30-12.00 น.	B2X ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ทำอย่างไรไม่ให้มี ช่องว่าง
	13.00-14.30 น.	B3X ทำอย่างไรจึงจะได้งาน (Leadership)
	15.00-16.30 น.	B4X วิธีไหนที่จะได้ใจคนทำงาน (Staff Value)
13 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	C1X อะไรคือ Lean, Lean คืออะไร
	10.30-12.00 น.	C2X สัมพันธภาพแบบใหม่ระหว่างที่ปรึกษาและ โรงพยาบาล (Relationship)
	13.00-14.30 น.	C3X ดูแลคนไข้อย่างไรจึงไม่เสี่ยง

Walk & Talk

รับฟังแนวคิดและเรื่องราวดีๆ
ที่มีคุณค่าจากพื้นที่ในวันแรก
Walk Rally DM ในวันที่สอง

	Jupiter 14 (H)	Jupiter 15 (J)	Jupiter 16 (K)
11 มีนาคม 2552			
10.30-12.00 น.	A2H เขียนรายงาน Re-accredit แบบใหม่ ด้วย SPA	A2J เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (เบาหวาน Lean)	A2K เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (หายใจ ตกเลือด เลือด ยา)
13.00-14.30 น.	A3H/A4H เต็มหัวใจให้สังคม ตอน "ข้าแหละ หัวใจมนุษย์"	A3J เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (นวัตกรรม)	A3K เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ตึก เซ็น เลื่อน)
15.00-16.30 น.		A4J Lean ที่เป็นเลิศของโรงพยาบาล สงขลาครินทร์ (1)	A4K Lean ที่เป็นเลิศของโรงพยาบาล สงขลาครินทร์ (2)
12 มีนาคม 2552			
08.30-12.00 น.	Walk rally DM ฐานที่ 1 : เบาหวานไม่ห่าง เป้าหมาย (รอบที่ 1)	Walk rally DM ฐานที่ 2 : เบาหวาน 3 ต. (รอบที่ 1)	Walk rally DM ฐานที่ 3 : กินอยู่อย่างเบาหวาน (รอบที่ 1)
13.00-16.30 น.	Walk rally DM ฐานที่ 1 : เบาหวานไม่ห่าง เป้าหมาย (รอบที่ 2)	Walk rally DM ฐานที่ 2 : เบาหวาน 3 ต. (รอบที่ 2)	Walk rally DM ฐานที่ 3 : กินอยู่อย่างเบาหวาน (รอบที่ 2)



นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การจัดทำรายงานเพื่อการเยี่ยมรับรอง เป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของทั้งโรงพยาบาล และ พรพ. โรงพยาบาลหลายแห่งบ่นว่า การทำงานคุณภาพ เวลาที่ใช้ในการจัดทำรายงานมากเกินไป และไม่รู้ว่าเขียนอะไรจึงจะตรงกับสิ่งที่ พรพ. ต้องการ นอกจากนี้ หลายโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองแล้ว ยังไม่ชัดเจนว่าการพัฒนาเพื่อสู่การต่ออายุการรับรอง (re-accreditation) มีความต่างจากการพัฒนาในขั้นการรับรองอย่างไร

เพื่อให้เกิดความชัดเจนและความกระชับในกระบวนการ re-accreditation ขณะนี้ พรพ. ได้ยกร่างหลักการ แนวทางปฏิบัติ และเอกสารประกอบการจัดทำรายงานเพื่อการต่ออายุการรับรอง โดยใช้เครื่องมือที่สำคัญ คือ SPA (Standard-Practice-Assessment) และ self-assessment scoring ซึ่งคาดว่ากระบวนการที่มีการปรับปรุงนี้ จะช่วยให้โรงพยาบาลผู้เยี่ยมสำรวจ และ พรพ. เตรียมตัวและจัดเตรียมเอกสารได้ตรงประเด็น และไม่เสียเวลามากเกินไป นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังสามารถใช้เครื่องมือเหล่านี้ในการสื่อสารเพื่อการพัฒนาคุณภาพในองค์กร และใช้เป็นเครื่องมือในการวางแผนและประเมินตนเองถึงความก้าวหน้าของการพัฒนาตามแผน

ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับฟังแนวทางการปรับปรุงกระบวนการ re-accreditation ของ พรพ. ที่กำลังจะเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้โรงพยาบาลที่จะรับการต่ออายุการรับรอง มีการเตรียมตัวที่เหมาะสม และถ้าโรงพยาบาลมีความสนใจและความพร้อม ก็อาจจะสมัครเข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลนำร่องในการทดลองปรับปรุงกระบวนการ re-accreditation กับ พรพ.ต่อไป

A3H-A4H เติมหัวใจให้สังคม ตอน “ช่างเคละหัวใจมนุษย์”

11 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-16.30 น. ห้อง Jupiter 14

- เวลา 13.00-13.30 น. ลงทะเบียนเครือข่าย “เติมหัวใจให้สังคม”
- เวลา 13.30-13.35 น. นำเข้าสู่เวทีเพื่อหาคำตอบของ “หัวใจมนุษย์”
- เวลา 13.35-14.00 น. ร่วมแลกเปลี่ยน เรียนรู้เรื่องราวดีดีจากประสบการณ์ของนักเดินทาง
อาทิ
- นพ. รั้งสุภษฎ์ กาญจนะวณิชย์ แพทย์รักษาโรคหัวใจที่อาสาเป็น
ผู้รักษาธรรมชาติ และบ่มเพาะหัวใจเด็กและเยาวชนให้ตระหนักถึง
คุณค่าของธรรมชาติ
- คุณเจริญ-คุณอรวรรณ โอทอง ผู้สร้างฝันให้เป็นจริงด้วยการปั่น
จักรยานรอบโลก ระหว่างทางได้พบเรื่องราวดีดีของผู้คนต่างเชื้อชาติ
และวัฒนธรรม
- คุณอนันต์ ศรีเรือง ชาวนาผู้มีหัวใจยิ่งใหญ่ และสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้น
กับเด็กและเยาวชน
- ดำเนินรายการโดย
- คุณนิรมล เมธีสุกุล
- เวลา 14.00-14.05 น. รับฟังดนตรีและเสียงเพลง
- เวลา 14.05-16.20 น. ร่วมแลกเปลี่ยน เรียนรู้เรื่องราวดีดีจากประสบการณ์ของนักเดินทาง
(ต่อ)
- เวลา 16.20-16.30 น. รับฟังบทเพลง “เมืองไทยหัวใจมนุษย์”
สรุปปิด โดย
- นพ. มงคล ณ สงขลา ประธานในเวที



A2J

เลือกสรรคุณค่าแบบ精益 (เบทวาน Lean)

11 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Jupiter 15

พรพัทธ์ ภัทรสุรดา

(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

การพัฒนาแผนคัดกรองโรค HT DM แบบบูรณาการโดยชุมชนมีส่วนร่วม

นาตยา พแดนนอก รพ.เวียงเชียงรุ้ง

การลดขั้นตอนการทำงานเรื่องสุขภาพเบ็ดเสร็จ

จิรวรรณ พรหมเพชร รพ.ตากใบ

Lean กับการลดระยะเวลารอคอยในผู้ป่วยเบาหวาน

ศิริณี ศิริอ่อน รพ.เสาไห้

โครงการลดระยะเวลาผ่าตัด appendicitis

ภาวินีย์ เผ่าภูไทย รพ.มุกดาหาร

โครงการลดระยะเวลาผ่าตัด appendicitis

แก้วดำ คงสุข รพ.บ้านใหม่ไชยพจน์

A3J

เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (นวัตกรรม)



11 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Jupiter 15

นพ.สมจิตต์ ชีเจริญ

(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ช่วยชีวิตวิกฤตฉุกเฉิน Back Office ขอร่วมด้วย

ศรัญญา มุสิกพงษ์ รพ.สมเด็จพระบรมราชินีนาถ อ.นาทวี

นวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ยางยืดชีวิต พิชิตโรค

อรุณี พันธุ์โอภาส รพ.อุดรธานี

การพัฒนาเครื่องส่องไฟขนาดเล็กสำหรับรักษาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

นพ.นพพล ธาดากุล รพ.วชิระภูเก็ต

ระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคต้านยา

ฐิติกา ภูมิสุข รพ.ระนอง



A4J

Lean ที่เป็นเลิศ ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (1)

11 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Jupiter 15

ศิริพร ลีธนะกุล, นันทนา เลิศสุขประเสริฐ, นิตยา ไกรวงศ์, บุญเรียม จุติวิโรจน์,
สมพล แป้นทอง, อรอนงค์ แสงทอง, นพ.ธวัช ชาญชฎานนท์

A2K

เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ทัยใจ ตกเลือด เลือด ญา)



11 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. Jupiter 16

นพ.สมคิด เลิศสินอุดม

(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

แค่นั้นหายใจเองไม่ได้

ดร.รัชฎา ฟองธนกิจ รพ.ศรีวิชัย 3

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย On Tracheostomy Tube กลับบ้าน

เสมียน ด้วงนคร รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17

การพัฒนาระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

นัยนันท์ ยิ่งยอด รพ.หนองบัวซอ

การคัดแปลงตู้เย็นเก็บเลือด

วิวัฒน์ โภคาธิกรณ์ รพ.หาดใหญ่

ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาด้วยกระบวนการ Medication Reconciliation

ภญ.ฉันทนา กำจัดศัตรูพาย รพ.โนนคูณ



A3K

เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ตัก เข็น เลื่อน)

11 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Jupiter 16

พ.ต.หญิง อมรพัชร์ สิมากร (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

เครื่องจักรจับโลหะในผ้าเปื้อน

กุลวรรณ พุฒิดำรง รพ.พระโขนงชัย

ใจถึงใจ ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ปิยะธิดา บวรสุธาสิน รพ.สุราษฎร์ธานี

รถเข็นหัวใจปลอดภัยเมื่อใส่ ICD

นิจวรรณ ชำคำไพ รพ.พระนั่งเกล้า

ล้อเลื่อนเคลื่อนไปตามแผล

สุธีรา พิษญานกุล รพ.ราชบุรียินดี

เข็นดี ไม่เสี่ยง

ดาวประกาย เพ็ชรนรินทร์ รพ.ลະงู

A4K

Lean ที่เป็นเลิศ ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (2)



11 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Jupiter 15

พรทิวา มีสุวรรณ, วันดี ชุณหวิภสิต, นุชจิเรศ แซ่ตั้ง, จงดี มิ่งเมือง,
เกษนีย์ วงศ์บำรุงเทวี, ลักษมี สารบรรณ, นพ.กิตติพงษ์ เรียบร้อย



Walk rally DM

12 มีนาคม 2552 เวลา 09.00-16.30 น. ห้อง Jupiter 14-16

ดร.วัลลภา ตันตโยทัย และทีมเครือข่าย KM DM

ผู้เข้าประชุมจะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best practice ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจาก ผู้ปฏิบัติตัวจริงในฐานการเรียนรู้ 3 ฐาน หมุนเวียนครบทุกฐาน ครอบคลุมเรื่องของการคัดกรอง การดูแลรักษา การตรวจโรคแทรกซ้อน และกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เปิดกิจกรรม 2 รอบ เข้า-บ่าย ใช้เวลารอบละประมาณ 150 นาที รับผู้เข้าประชุม รอบละ 150 คน

รอบเช้า เริ่มเวลา 09.00 น.

รอบบ่าย เริ่มเวลา 13.00 น.

ฐานที่ 1 : เบาหวานไม่ห่างเป้าหมาย

การคัดกรอง : เรียนรู้จากทีมเบาหวานพุทธชินราชและเครือข่ายในพื้นที่ ว่าการทำงาน มีกระบวนการ ขั้นตอนอย่างไร มีใครเกี่ยวข้องบ้าง จึงจะคัดกรองได้ตามเป้าหมาย และแยก ได้ว่าใครเสี่ยง ใครป่วย

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ กระบวนการดูแลรักษา ต้องมีตัวชี้วัดมาตรฐาน ทำความรู้จักกับตัวชี้วัดของเครือข่าย TCEN เรียนรู้วิธีการทำงานของเครือข่ายและทีมเบาหวานโรงพยาบาล เปาโลเมโมเรียล ว่ามีเทคนิคและวิธีการอย่างไรในการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่มีอยู่มากมายให้ครบถ้วน สม่าเสมอ แต่ไม่เป็นภาระหนัก ใช้ตัวชี้วัดขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพได้อย่างไร ทำความรู้จักกับโปรแกรมสำหรับลงข้อมูลตัวชี้วัด DMDMS ที่จะช่วยให้แต่ละทีมรู้ตำแหน่งของตนเอง และรู้ว่า “เพื่อน” ทีมไหนใครเด่นเรื่องอะไร

ฐานที่ 2 : เบาหวาน 3 ต.

โรคแทรกซ้อนตา-ไต-ตีน (เท้า) เป็นเรื่องสำคัญของผู้ป่วยเบาหวานทุกคน วางแผนการทำงานอย่างไร ต้องฝึกใครบ้าง ประสานงานอย่างไร จึงจะตรวจจอบประสาทตา ไต และเท้าได้ครบถ้วน เรียนรู้วิธีการทำงานอย่างเป็นระบบ ไม่ซับซ้อน สอดคล้องกับบริบทไทยๆ จากทีมเบาหวานจังหวัดอุบลราชธานี ทีมเบาหวาน รพร.ธาตุพนม และภาคีเครือข่าย

ฐานที่ 3 : กินอยู่อย่างเบาหวาน

เมื่อเป็นเบาหวานแล้ว ทุกคนรู้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องอาหารและการออกกำลังกายมีความสำคัญและจำเป็น รู้แต่การจะทำให้ได้ยั่งยืนนั้นยาก มารู้จักกับทีมเบาหวานอำเภอครบุรี กลุ่มเบาหวานบ้านไถ่ และภาคีเครือข่าย เรียนรู้วิธี “นับคาร์บ” แบบชาวบ้าน วิธีการที่ใช้ได้ผลในการลด ละ เลิกอาหารต้องห้าม เลือกกินอย่างไรให้ได้ “อาหาร” และ “น้ำตาล” พอดี.... วิธีการออกกำลังกาย ชาวบ้านคิดเองก็ได้ แบบง่ายๆ ไม่ต้องยาก แต่ใช้การได้ดี

รากฐานมั่นคง สร้าง HA

11 มีนาคม 2552

08.00-10.00 น.	ทึ่งทะเบียน
10.30-12.00 น.	ทึ่งทะเบียน
13.00-14.30 น.	A3L ทบทวนคุณภาพในงานประจำทั้งเบื้องหน้าและเบื้องหลัง โกเมธ นาควรรณกิจ (พรพ.), จักขณา ปัญญาชีวิน (พรพ.), พญ.วรรณมา ศุภศิริลักษณ์ (รพ.พนัสสมนคม)
15.00-16.30 น.	A4L รู้จักใช้ Service Profile/Hospital profile/Mini hosp profile ไม่ให้อยู่เฉพาะในกระดาษ อากาศร สุปัญญา (พรพ.)

12 มีนาคม 2552

08.30-10.00 น.	B1L Facilitator คือผู้หล่อเลี้ยงกระบวนการสร้างปัญญาในองค์กร ภญ.วิษุณี พิตรากุล (รพ.สมุทรสาคร), อัมพันธ์ วิมลวัฒนา (วชิรพยาบาล), สุวรรณา เวศะทร (รพ.ประจวบคีรีขันธ์)
10.30-12.00 น.	B2L เส้นทางชีวิต...ด้วยจิตบริการ บุญเจลา สุริยวรรณ (รพ.มหาธาตนครเชียงใหม่)
13.00-14.30 น.	B3L กระบวนการพยาบาลกับผลการปฏิบัติการพยาบาล ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ (รพ.ศิริราช)
15.00-16.30 น.	B4L การบูรณาการแนวคิดสร้างเสริมสุขภาพใน HA วรรณวรรณ ไทญ่มมาก (พรพ.), ทศนีย์ สุมาลย์ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ), ภก.ปรามินทร์ วีระอนันต์วัฒนะ (พรพ.)

13 มีนาคม 2552

08.30-10.00 น.	C1L เรียนรู้คุณภาพจากเวชระเบียนและระบบสารสนเทศ เรวดี ศิรินคร (พรพ.), พญ.วรรณมา ศุภศิริลักษณ์ (รพ.พณัสนิมคม), มธุรส ภาสกรพัฒน์กุล (พรพ.), ภก.ปรมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์ (พรพ.)
10.30-12.00 น.	C2L High Risk Nursing Care เรวดี ศิรินคร (พรพ.), พญ.วรรณมา ศุภศิริลักษณ์ (รพ.พณัสนิมคม), มธุรส ภาสกรพัฒน์กุล (พรพ.) ;
13.00-14.30 น.	C3L Patient Care Plan & Discharge Plan ผ่องพรรณ ธนา (พรพ.)

ห้องสมุด ๓๐๐ ปี สมเด็จพระนางเจ้า



00002123

ISBN 978-611-11-0005-1



9 786111 100051

ราคา 250 บาท