



7<sup>th</sup> HA NATIONAL  
FORUM GUIDE BOOK

มือโรโบแต่ละห้อง

YX28  
Y181  
2549

14-17 มีนาคม 2549

ณ ศูนย์ประชุมอิมแพ็คเมืองทองธานี



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

## คำนำ

การตามรอยที่ดี คือ ต้องมีแผนที่สำหรับนำสู่ทิศทางที่ชัดเจนและภูมิชีวิตพลัดฉันใด การใช้คู่มือที่เรียกว่า “คู่มือนำทาง” หรือ Guidebook สำหรับ 7<sup>th</sup> National Forum เล่มนี้ก็ดูเหมือนว่าจะเป็นอย่างยิ่งยวดฉันนั้น เป็นบริบท (context) ของการจัดงานประชุมที่มุ่งก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีแบบแผนบนความยุ่งเหยิงกึ่งปวง

โดยเนื้อหา (content) นี้ไม่ได้เป็นไปตามหลักใหญ่ใจความ (theme) ของการจัดงาน คือ นวัตกรรมตามรอยและวัดผลคุณภาพ ซึ่งนำสู่คุณภาพแบบลดแรงเสียดทานของสิ่งรอบข้าง นำเข้าสู่เป้าหมายของทุกระดับอย่างรวดเร็ว ตรงประเด็น เนื้อ ๆ เน้น ๆ หากไม่รู้ประเด็นสำคัญและระดับคุณภาพของตนเอง แลยังติดในทันตักแห่งความคิดเดิม ๆ ก็มักจะทำให้ไม่แรง ใช้เวลาอย่างมากในการพัฒนา

ทางทีมผู้จัดงานและวิทยากร ได้พยายามที่จะนำนามธรรมมาสู่รูปธรรมของการพัฒนาในทุกห้องประชุม (session) จะมีเนื้อหาขั้นบันไดเชิงการตามรอยหาจุดที่ประมาท (pitfalls) ที่จะนำสู่การออกแบบกระบวนการด้วยนวัตกรรม โดยถ่ายทอดผ่านวิทยากรที่มีประสบการณ์ในแต่ละด้าน แสดงสัมฤทธิ์ผลด้วยการวัดแบบง่าย ๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเพื่อปรับใช้ไปตามบริบทของโรงพยาบาล/องค์กรต่าง ๆ

ใน Forum ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้เรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์สูงหลายด้านในประเทศไทยและวิทยากร ที่มีชื่อเสียงและทรงอิทธิพลทาง ความคิดหลายท่านในวงการคุณภาพ ที่สำคัญจะได้มีโอกาสพบปะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสร้างเครือข่ายแห่งคุณภาพ โดยในแต่ละการประชุมจะออกแบบไว้หลายระดับเนื้อหา ทั้งสำหรับผู้ที่เพิ่งเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้ใหม่ไปจนถึงผู้มีประสบการณ์ในการทำงานพัฒนาคุณภาพ และผู้นำองค์กรที่ประสบความสำเร็จ

อย่างไรก็ตามผู้จัดพยายามเน้นย้ำไปที่การนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้จริง ความคิดสร้างสรรค์หรือนวัตกรรมจากแรงบันดาลใจสู่การลงมือทำ เพื่อให้เหมาะสมสูงสุดแก่โรงพยาบาลในบริบทต่าง ๆ โดยยึดปรัชญาพื้นฐานของการจัดประชุม Forum คือ “All Teach – All Learn” (ทุกคนร่วมถ่ายทอด ทุกคนร่วมเรียนรู้) ให้บรรลุเป้าหมายร่วมของเราทุกคนคือการเป็นสมาชิกในชุมชนแห่งคุณภาพหลากหลายที่พยายามจะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดร่วมกันนั่นเอง

หวังว่าผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านจะใช้แผนที่นี้เพื่อวัดคุณประโยชน์เหล่านั้นอย่างมีประสิทธิภาพ และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในห้องประชุมกันอย่างเต็มที่

เลขหมู่.....

เลขทะเบียน D.0๖๐.๒๐๕๓.....

วันที่ .....

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มีนาคม 2549

## คำแนะนำในการใช้ Guidebook

การประชุม 7<sup>th</sup> HA National Forum ในส่วนที่เป็นเนื้อหาวิชาการมีทั้งสิ้น 3 วัน คือวันที่ 15-17 มีนาคม 2549 มีห้องประชุมทั้งหมด 9 ห้อง โดย ห้องประชุมใหญ่ (Ballroom) เป็นห้องประชุมขนาดจุ 2,000 คน เน้นการบรรยายใหญ่ (Plenary Lecture) ห้องประชุมที่ 1-4 เน้นการบรรยายย่อย (Miniplenaries Lecture) เป็นห้องประชุมขนาดจุ 500 คน ห้องประชุมที่ 7-10 เป็นห้องที่เน้นการประชุมเชิงปฏิบัติการ/แลกเปลี่ยน (workshop/sharing) เป็นห้องประชุมขนาดจุ 100 คน

สัญลักษณ์ประจำ session มีความหมายดังนี้

**อักษรตัวแรก คือ วันที่ประชุม**

- A คือ วันที่ 15 มีนาคม 2549
- B คือ วันที่ 16 มีนาคม 2549
- C คือ วันที่ 17 มีนาคม 2549

**ตัวเลขตัวที่สอง คือ ช่วงเวลาที่ใช้ประชุม**

- 0 คือ ช่วงเวลา 0800-0830 น.
- 1 คือ ช่วงเวลา 0830-1000 น.
- 2 คือ ช่วงเวลา 1030-1200 น.
- 3 คือ ช่วงเวลา 1300-1430 น.
- 4 คือ ช่วงเวลา 1500-1630 น.

**ตัวเลขตัวที่สาม คือ ห้องที่ใช้ประชุม**

Meeting Room 1-2-3-4-7-8-9-10 ใช้ 1-2-3-4-7-8-9-x-ตามลำดับ  
สำหรับ Ballroom ใช้ 0

สำหรับท่านที่สนใจให้เลือกดูจาก Theme ในแต่ละวันเป็นหลักและไปดูหัวข้อที่กำหนด และบทคัดย่อด้านล่างต่อไป

## Guide to Forum Themes and Corresponding Sessions

### Plenaries Lecture/ Ballroom

Wednesday	15	A10	A20	A30	A40
Thursday	16	B10	B20	B30	B40
Friday	17	C10	C20	C3a0	C3b0

### Theme 1 : Trace and Measure

Wednesday	15	A21	A31	A41	
Thursday	16	B11	B21/B29	B31	B41/B42
Friday	17	C11/C13	C20/C21/C23		

### Theme 2 : Patient Safety and Preparedness

Wednesday	15		A22	A32	A42
Thursday	16	B12	B22	B32/B3X	
Friday	17		C2X		

### Theme 3 : Health Promotion

Wednesday	15		A23	A33	A43
Thursday	16				
Friday	17				

#### Theme 4 : Organization Management

Wednesday 15		<b>A24</b>	<b>A34</b>	<b>A44</b>
Thursday 16				
Friday 17	<b>C10</b>	<b>C22</b>		

#### Theme 5 : Knowledge Management

Wednesday 15				
Thursday 16	<b>B13</b>	<b>B23</b>	<b>B33</b>	<b>B43</b>
Friday 17				

#### Theme 6 : Drug System

Wednesday 15				
Thursday 16	<b>B14</b>	<b>B24</b>	<b>B34</b>	<b>B44</b>
Friday 17				

#### Theme 7 : Quality Tools

Wednesday 15				
Thursday 16	<b>B11</b>		<b>B39</b>	
Friday 17	<b>C12</b>	<b>C22</b>		

## Theme 8 : Leadership

Wednesday	15				
Thursday	16				
Friday	17	<b>C14</b>	<b>C24</b>		

### Workshop/Sharing 1 : Share & Assist

Wednesday	15			<b>A37</b>	<b>A47</b>
Thursday	16	<b>B17</b>	<b>B27</b>	<b>B37</b>	<b>B47</b>
Friday	17	<b>C17</b>	<b>C27</b>		

### Workshop/Sharing 2 : Sharing & Capture

Wednesday	15			<b>A38</b>	<b>A48</b>
Thursday	16	<b>B18/B19</b>	<b>B28</b>	<b>B38</b>	<b>B48/B49</b>
Friday	17	<b>C18/C1X</b>			

### Workshop/Sharing 3 : Nursing / Professionals

Wednesday	15			<b>A39/A3X</b>	<b>A49</b>
Thursday	16		<b>B2X</b>		
Friday	17				

#### Workshop/Sharing 4 : Communication

Wednesday	15				
Thursday	16	<b>B1X</b>	<b>B20</b>		
Friday	17	<b>C19</b>	<b>C29</b>		

#### Workshop/Sharing 5 : Miscellaneous

Wednesday	15				<b>A4X</b>
Thursday	16				<b>B4X</b>
Friday	17				

7<sup>th</sup> HA National Forum

มือใครในแต่ลหอง





## ห้อง Grand Ballroom วันที่ 15 มีนาคม 2549

### A10: ระบบบริบาลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

Grand Ballroom 15/03/49: 0900-1000

ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเวศ วะสี

อาจารย์ประเวศเป็นครูและเป็นหมอของสังคมไทย ท่านเป็นผู้ให้แนวคิดในการก่อตั้งภาคี HA และให้กำลังใจสนับสนุน HA มาตลอด ท่านมาบรรยายให้เวที HA เป็นประจำทุกปี ท่านเน้นในเรื่องความสุขในการทำงานการพัฒนาตนเอง และเชื่อมโยงกับคนอื่นที่ท่านเสนอแนวคิด เรื่อง INN (Individual-Node-Network) ท่านเสนอว่าศีลธรรมพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วย คือเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และ ฯลฯ

อาจารย์ได้เห็นความทุกข์ของทุกส่วนในระบบบริการสุขภาพ ประารถนาให้เราหลุดออกไป จากสาธารณทุกข์ในครั้งนี้อาจารย์จะมาเล่าให้พวกเราฟังว่า อาจารย์คิดอย่างไร จึงเสนอให้เราต้องปรับเปลี่ยนจากระบบบริการที่ทันสมัย (modernized healthcare) ให้เป็นระบบบริบาลที่มีหัวใจของ ความเป็นมนุษย์ (humanized healthcare) ควบคู่ไปด้วย ทำให้เป็นโรงพยาบาลที่มีน้ำใจ ต้องเห็นทั้ง “ใช้” และ “คน” สร้างคนที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ส่งเสริมสปีริตแห่งการเป็นอาสาสมัคร เพื่อเพื่อนมนุษย์และมิตรภาพบำบัด ขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพด้วยธรรมนิยม แทนที่จะเป็นบริโภคนิยม ซึ่งจะทำให้ระบบบริการสุขภาพเป็นพลังอันยิ่งใหญ่ที่ช่วยเยียวยาโลก

A20: Measurement in Healthcare

Grand Ballroom 15/03/49: 1030-1200

Jerod Loeb (Executive Vice President, Division of Research,

JACHO)

JCAHO กับ พรพ. มีหน้าที่คล้ายกัน มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน และเริ่มสร้างความร่วมมือระหว่างกัน ในการประชุมครั้งนี้ Jerod ซึ่งมีประสบการณ์สูงมากในเรื่องของการวิจัย การประเมินผลและการวัดผลงาน จะเป็นตัวแทนของ JCAHO มาร่วมเป็นวิทยากรให้ พรพ.

วันนี้เราคาดหวังกับการวัดผลงานมากเกินไปหรือเปล่า เราคิดว่ามีคำตอบเบ็ดเสร็จที่คนอื่นรู้แต่เราไม่รู้หรือเปล่า มาฟังข้อเท็จจริงว่าในอเมริกาก็เผชิญกับปัญหาเรื่องการวัดผลงานเหมือนกัน

Jerod จะมาเล่าให้เราฟังถึงความท้าทายเกี่ยวกับเรื่องการวัดผลงาน บริการสุขภาพ ที่เราควรนำมาพิจารณาและหาทางออกที่เหมาะสม เช่น ปรชญา และวิธีการในการวัดที่ยังหา จุดร่วมไม่ได้ จะวัดอะไร วัดในขั้นตอนไหน วัดเดี่ยวหรือวัดหมู่ ความคุ้มค่า การวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูล การใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดซึ่งชี้โพร่งให้เห็นอยู่ดำตา แต่ก็ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

A30 กรณีศึกษา รพ.พุทธฉือจี้ : ได้ทวน  
รูปธรรมสาธารณสุขที่เน้นหัวใจของความเป็นมนุษย์

Grand Ballroom 15/03/49: 1300-1430

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ (ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ)

อาจารย์ประเวศ วะสี พูดให้พวกเราฟังมาหลายปีแล้วว่า ระบบบริการ การแพทย์ และสาธารณสุขของเราควรพัฒนาไปสู่การบริการที่เน้นมิติของความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) หลังจากที่เรากำลังพัฒนามิติทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีมานาน เมื่อได้มีโอกาสไปดูงานของชาวมูลนิธิพุทธฉือจี้ที่ได้ทวน ทำให้ประจักษ์ชัดว่า พวกเขาลงมือทำอย่างเป็นรูปธรรมไปแล้ว จึงสมควรที่พวกเราจะได้

แลกเปลี่ยนเรียนรู้บทเรียนของเขา จะทำให้พวกเราได้ปัญญา และได้ความปิติสุขเพิ่มขึ้นอย่างแน่นอน

มูลนิธิจี้ซึ่งมีต้นกำเนิดจากเริ่มจากการออมเงินวันละ 50 เซ็นต์ของแม่บ้าน 30 คน เพื่อช่วยผู้อื่น เมื่อ 40 ปีก่อน จนถึงวันนี้ มีสมาชิก 5 ล้านคน อาสาสมัคร ปกติกว่า 2 แสนคน มีกิจการด้านการกุศล การแพทย์ การศึกษา วัฒนธรรม/ สิ่งแวดล้อม

โรงพยาบาลจี้ได้แสดงรูปธรรมของการปฏิบัติตามปณิธาน “The Mission to be a Humane Doctor” ด้วยหลักพุทธมหายานซึ่งเป็นพุทธศาสนาแนวปฏิบัตินิยม (ทำความดีช่วยผู้อื่น ตามหลักพรหมวิหาร 4) มีผลต่อพฤติกรรมคนได้วัน เป็นปุ๋ยบ่มเพาะให้เกิด “จิตอาสา” ซึ่งเป็นเมล็ดพันธุ์แห่งความดีเติบโตอย่างเป็นรูปธรรมและทรงพลัง มีอาสาสมัครเข้าร่วมทำงาน กับวิชาชีพอย่างเป็นเนื้อเดียวกัน โรงพยาบาลเป็นทั้งสถานประกอบอาชีพและที่ปฏิบัติธรรม แพทย์พยาบาล และทีมงาน มีหน้าที่ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ อันเป็นงานที่ยิ่งใหญ่ ทุกคนพยายามลดตัวตนให้เล็กที่สุด เพื่อทำหน้าที่อันสำคัญนั้น (ทำตัวให้เล็ก บริการผู้อื่นให้มาก)

ที่เป็นดังนี้ได้เพราะมีผู้นำทางจิตวิญญาณที่มีวัตรปฏิบัติดีเยี่ยม เป็นศูนย์รวมศรัทธาและความมุ่งมั่นในการทำดี เคารพยกย่องในคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์เสมอ

A40: Creativity & Innovation

Grand Ballroom 15/03/49: 1430-1600

ดร.สมศรี ศิริไหวะประพันธ์ (ม.บูรพา)

ผศ.ดร.สุนทรชาติ เขียวพิเชษฐ (ม.บูรพา)

ปาหนัน กนกวงศ์นุวัฒน์ (รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี)

ดร.สุรียัน นนทศักดิ์ (ม.บูรพา)

มหาวิทยาลัยบูรพา จัดตั้งศูนย์การศึกษาวิจัยเรื่องการคิด (The Center for the Study of Thinking) มีจุดมุ่งหมายเพื่อเพาะบ่มความคิดสร้างสรรค์ในสถานที่ทำงาน โดยเริ่มจากระบบการศึกษา พรพ.ได้มีโอกาสพบกับอาจารย์สมศรี เมื่อครั้งไปประชุมที่บางแสน จึงได้ชักชวนให้อาจารย์ มาช่วยเพาะบ่มความคิดสร้างสรรค์ให้กับระบบบริการสุขภาพบ้าง

ทีมงานของอาจารย์ได้ไปสอบถามข้อมูลเบื้องต้น พบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลได้รับการอบรมเรื่องนี้ แต่ยังไม่สามารถนำไปปรับใช้ได้ ทำอย่างไรจึงจะนำไปใช้ได้ ควรจะเข้าใจธรรมชาติของความคิดสร้างสรรค์อย่างไร จะสร้างแรงบันดาลใจ ในการพัฒนาความคิดริเริ่มอย่างไร จะใช้เครื่องมือวัดความสามารถ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาความคิดสร้างสรรค์อย่างไร จะแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่พบบ่อย ในการประยุกต์ใช้ความคิดสร้างสรรค์อย่างไร เชิญมาหาคำตอบกันในช่วงนี้

## ห้อง Grand Ballroom วันที่ 16 มีนาคม 2549

### B10: Thai Patient Safety Goals 2006 & Sentinel Events Alert

Grand Ballroom 16/03/49: 0830-1000

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล นพ. สมพร คำผิง เรวัต ศิรินคร.(พรพ.)

การที่ พรพ.ได้มีโอกาสไปทำงานร่วมกับโรงพยาบาลต่างๆ ทำให้เห็นปัญหาอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้เรียนรู้ร่วมกับโรงพยาบาลถึงข้อจำกัดต่างๆ ความพยายามของโรงพยาบาลในการพัฒนา รวมถึงความสำเร็จในการแก้ปัญหาในที่ต่างๆ มีการรวบรวมข้อมูลทั้งจากหลักฐานเชิงประจักษ์และหลักฐานเชิงวิจัยถึงที่มาที่ไปของแนวโน้มการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เหล่านี้มากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในช่วง 2-3 ปีหลังนี้และโดยส่วนใหญ่ป้องกัน/ลดความเสี่ยงได้ ถ้ามีเป้าหมายและกลอุบายที่เท่าทันกับปัญหา/ความเสี่ยงเหล่านั้น

เนื่องจากความปลอดภัยเป็นความคาดหวังของผู้รับบริการ การที่โรงพยาบาลต่างๆ ทั้งหมด จะร่วมมือกันเพื่อแบ่งปันข้อมูลประสบการณ์ โดยมีเป้าหมายหรือจุดเน้นร่วมกัน จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีพลัง ทำให้ช่วงเวลาของการเรียนรู้ด้วยการลองผิดลองถูก เป็นการปกป้องผู้ที่ทำงานอยู่ในระบบให้สามารถทำงานได้ด้วยความมั่นใจ

ผู้อำนวยการ พรพ. และผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านสำนักที่ปรึกษา จะมาร่วมกันนำเสนอว่า เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยสำหรับประเทศไทยน่าจะมีอะไรบ้าง และจะมีระบบในการ แบ่งปันข้อมูลกันอย่างไร เพื่อให้เกิดฐานข้อมูลที่นำสู่การพัฒนาอย่างมีทิศทางและเกื้อกูลกัน ในระดับชาติเป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ไวพอจะจัดการกับ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลที่นับวันจะเปลี่ยนไปอย่างไม่หยุดนิ่ง

ท่านเป็นเจ้าของวลี “ผมเขียนหนังสือได้ แต่ไม่ดัง” ท่านชอบเขียนหนังสือมาตั้งแต่เด็ก เป็นผู้ปลุกปล้ำให้กำเนิดแกวารสารทางการแพทย์ไม่น้อยกว่าสองฉบับ และเป็นนักเขียนประจำในคอลัมน์ต่างๆ มากมาย ด้วยความที่คลุกคลีกับการสอบสวนคดีต่างๆ ของแพทยสภา จนกระทั่งไปเกษียณอายุด้วยตำแหน่งอธิบดีในกระทรวงยุติธรรมเมื่อปีที่แล้ว ท่านจึงมีความกระจำจัดมากในเรื่องคดีทั้งหลายที่แพทย์ตกเป็นจำเลยอยู่ในขณะนี้

เวชปฏิบัติในประเทศไทยจะไม่ง่ายอย่างที่ผ่านมาแล้ว บรรยากาศที่คุกคามผู้ให้บริการสุขภาพปรากฏชัดเจนนมากขึ้น ควรที่ผู้ให้บริการจักได้ร่วมกันประมวลสถานการณ์ วิเคราะห์ เจาะลึก เพื่อแก้ปัญหาและทำบริการสุขภาพ ไปสู่บรรยากาศที่เอื้ออาทรขึ้น อาจารย์ชุมศักดิ์จะใช้คดีตัวอย่างที่ศาลพิพากษาให้ผู้ให้บริการจ่ายค่าเสียหาย แก่ผู้ใช้บริการและนำเสนอข้อคิดเห็นเชิง HA ที่จะช่วยคลี่คลายปัญหาในอนาคต

### B30: สร้างโลกใบใหม่...สร้างแรงบันดาลใจจากเรื่องเล่า

Grand Ballroom 16/03/49: 1300-1430

นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพสาธารณสุข)

คุณหมอโกมาตร เป็นผู้ที่มิมองลึกซึ่งในเชิงมานุษยวิทยา เห็นในสิ่งที่พวกเรามักจะไม่เห็น สามารถเชื่อมโยงวัฒนธรรมพื้นบ้าน มาแปลความหมาย และให้ข้อคิดเห็น ด้วยวิธีคิดที่ทันสมัยหรือก้าวล้ำนำสมัยได้ ด้วยความที่คลุกคลีกับการทำงานชุมชนมามาก จึงได้พัฒนาเครื่องมือการทำงานกับชุมชนอย่างมีความสุข และยังคงทำงานวิจัยเกี่ยวกับความสุขของคนทำงานบริการปฐมภูมิ

เทคนิค Appreciative Inquiry คือการค้นหาสิ่งดี ๆ ที่มีอยู่รอบตัว เพื่อนำสิ่งดี ๆ นั้นมาเป็นพลังขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง แทนที่จะมองแต่ด้านที่เป็นปัญหาแล้วเกิดความหดหู่ท้อถอย คุณหมอโกมาตรได้พบว่าผู้ที่ทำงานบริการปฐมภูมินั้นมีความ

ภาคภูมิใจกับภาระรับผิดชอบอันยิ่งใหญ่ ซึ่งโรงพยาบาลในเมืองไม่สามารถทำได้นั้นคือสามารถดูแลแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน หลายมิติ ทำงาน หลายระดับ ปัจเจก ครอบครัว ชุมชน เป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเหมาะกับพื้นที่เสริมระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งพึ่งตนเองได้ จุดแข็งของบริการปฐมภูมิจึงไม่ใช่การรักษาเบื้องต้นหรือการคัดกรองเพื่อส่งต่อ

คุณหมอโกมาตรจะใช้เทคนิคการเล่าเรื่องราวประสบการณ์ดีๆ เพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการร่วมกันสร้างสรรค์โลกใบใหม่ที่ทุกคนปรารถนา

**B40: Meet HA Surveyor (พบผู้เยี่ยมสำรวจ HA)**

**Grand Ballroom 16/03/49: 1500-1630**

**นพ.สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิพงษ์ศ์ (รพ.มหาราชนครราชสีมา)**

**น.ต.หญิง พรประภา โรจนะวงศกร (รพ.ภูมิพลอดุลยเดช)**

**ภญ.หุสดี บัวทอง (พรพ.)**

การเยี่ยมสำรวจควรจะเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างผู้เยี่ยมสำรวจกับทีมงานของโรงพยาบาล ก่อนการเยี่ยมสำรวจทั้งทีมงานของโรงพยาบาล และทีมผู้เยี่ยมสำรวจต่างต้องเตรียมตัวกันอย่างหนัก ความเข้าใจต่อเป้าหมายของกระบวนการ และความตระหนักในความ คาดหวังของกันและกัน จะมีส่วนสำคัญที่จะทำให้บรรยากาศของการเยี่ยมสำรวจเป็นไปอย่างราบรื่นและสร้างสรรค์

ผู้เยี่ยมสำรวจทั้งสามท่าน เผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ มากมาย ทั้งที่เอื้อต่อการเรียนรู้อย่างสนุกสนาน และที่เคร่งเครียดด้วยความเข้าใจไม่ตรงกัน ช่วงนี้จึงเป็นโอกาสที่ผู้เยี่ยมสำรวจ ทั้งสามท่านจะมาถ่ายทอดเคล็ดลับวิชาว่าจะใช้การเยี่ยมสำรวจให้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาตนเอง และการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลได้อย่างไร มิใช่จะมาบอกเคล็ดลับวิชาว่าจะผ่านการรับรอง ได้อย่างไรนะ จะบอกให้

## ห้อง Grand Ballroom วันที่ 17 มีนาคม 2549

### C10: Competency & Healthy Organization

Grand Ballroom 17/03/49: 0830-1000

ผศ.ดร.จิระประภา อัครบวร (สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์)

ผ่องพรรณ ธนา (พรพ.)

Competency เป็นเรื่อง hit ติดต่อกันมาหลายปี ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือเรายังไม่ได้รับประโยชน์จากการทำเรื่องนี้เท่าที่ควร บ้างก็วางระบบที่ซับซ้อนเกินไป บ้างก็มุ่งเน้นที่การกำหนด competency มากกว่าการนำไปใช้ บ้างก็ไม่เข้าใจเป้าหมายของเครื่องมือต่างๆ ที่มีอยู่

อาจารย์จิระประภาจะมาเล่าให้ฟังถึงแก่นของเรื่อง competency ที่ทำให้เราสามารถ นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ง่ายๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ การตั้งเป้าให้องค์กรเป็นองค์กรที่มีสุขภาพดี เข้มแข็ง ไม่เจ็บป่วย จะทำให้เรามีทิศทางการพัฒนาคนได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

### C20: Tracing methodology to improve nursing quality

Grand Ballroom 17/03/49: 1030-1200

ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ (สภาการพยาบาล)

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (รพ.เซนต์หลุยส์)

ดร.ยุวดี เกตุสัมพันธ์ (รพ.ศิริราช)

พยาบาลเป็นกำลังสำคัญของการขับเคลื่อน การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งมีนวัตกรรม ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาจับฟังทิศทางและมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิ ในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

■ ระบบการพยาบาลที่มีคุณภาพ ภารวัดผลคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลที่ดึงดูดใจ (Magnet Hospital) ความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานสภาการพยาบาล แนวโน้มทิศทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐาน HA แนวใหม่



■ บทบาทพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยใช้มุมมองเชิงระบบ รวมทั้งการใช้แนวคิดต่างๆ เช่น (Primary care) Care Management, Case Management, Disease Management

■ แนวคิดการทำ Tracer ทางการพยาบาล และการประยุกต์ใช้ Clinical Tracer ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในทีมสหสาขา

C30a: ดันอ้อจะล้อ ฤาจะดันพายุ

Grand Ballroom 17/03/49: 1330-1415

ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา (ประธานคณะกรรมการบริหาร พรพ.)

ขณะนี้ผู้ที่ทำงานในระบบบริการสุขภาพอาจจะรู้สึกเหมือนกับอยู่ท่ามกลางพายุที่ถาโถมเข้ามาอย่างต่อเนื่อง ไม่รู้ว่าจะตั้งตัว รับมืออย่างไร การมองเฉพาะจุดเฉพาะส่วน จะทำให้ไม่เห็นทางออก จำเป็นต้องมองให้เห็นภาพใหญ่และปัจจัยต่างๆ ที่เชื่อมโยงกัน

อาจารย์จรัส เป็นผู้ใหญ่ที่ให้กำลังใจและชี้แนะทิศทางการพัฒนา ให้แก่กระบวนการ HA มาตั้งแต่เริ่มต้น ท่านได้พิจารณาความซับซ้อนของเรื่องนี้อย่างรอบด้าน และชี้ให้เห็นมุมมองใหม่ๆ ที่ควรเกิดขึ้นเพื่อให้สถานการณ์คลี่คลาย เพื่อให้สังคมมีความมั่นใจในองค์กรวิชาชีพ ความรับผิดชอบและเจตคติต่อเวชระเบียน ซึ่งเป็นภูมิคุ้มกันให้แก่ผู้ประกอบการวิชาชีพ การติดอาวุธให้กับผู้ที่ต้องออกไปปฏิบัติงานในแนวหน้า ระบบตรวจสอบภายในวิชาชีพ การสื่อสารกับสถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ดีขึ้น ฯลฯ

C30b: เชื่อมโยง เก็บกวาด และมาตรฐานใหม่

Grand Ballroom 17/03/49: 1415-1500

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (ผู้อำนวยการ พรพ.)

ความเป็นจริงของธรรมชาติคือการเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว การทำงานอย่างเชื่อมโยง คือการปฏิบัติอย่างกลมกลืนกับธรรมชาติ ระบบนิเวศของธรรมชาติมีการเก็บกวาดตัวเองอยู่ตลอดเวลา ทำให้เกิดความสมดุลการพัฒนาคุณภาพ ก็ต้องเก็บกวาดสิ่งรกรุงรังที่ไม่จำเป็นออกไป เช่นเดียวกัน

มาตรฐานใหม่เป็นผลของการเชื่อมโยงแนวคิดที่สอดคล้องกันเข้าด้วยกัน นอกเหนือจาก เนื้อหาใหม่จำนวนหนึ่งแล้ว เราควรร่วมกันแสวงหาวิธีการใหม่ๆ ในการใช้มาตรฐานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กร การใช้มาตรฐานที่มุ่งเน้นการปฏิบัติ และการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่คุณค่าต่อผู้รับบริการ การใช้มาตรฐานอย่างมีวุฒิภาวะที่จะเลือกกำหนดขอบเขตและวิธีการอย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง



**คุณหทัยรัตน์** จะมาเล่าให้ฟังว่าทำอะไรกับผู้ป่วย COPD ซึ่งถือเอาโรงพยาบาลเป็นบ้าน ให้สามารถกลับไปอยู่บ้านได้ด้วยเครื่องมือง่ายๆ คือเทียนไขกับลูกโป่ง จากความสำเร็จในผู้ป่วยหนึ่งรายนั้นนำไปสู่การขยายผลอย่างไร มีการสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเอง โดยใช้บุคคลต้นแบบ ลุงปรนซึ่งเป็นต้นแบบแล้วว่า “การบอกร้อง การขอร้อง การบังคับ ไม่สามารถทำให้ลูกๆ ของลุงปรนเลิกบุหรี่ได้ แต่การปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดี ทำให้ลูกๆ หันมาฝึกการหายใจและเลิกบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด”

**A31: เชิงรุก ร่วมภาคี คู่มือที่ผลลัพธ์**

**Meeting Room 1 15/03/49: 1300-1430**

**นพ.วิทยา ชาติบัญชาชัย(รพ.ขอนแก่น)**

**สุทิน ไชยวัฒน์ (สำนักงานคุมประพฤติ จ.มหาสารคาม)**

**ดร.ชระนันทอง ธนสุกาญจน์ (คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล)**

อาจารย์ชระนันทองเป็นนักพฤติกรรมศาสตร์ที่สนใจเรื่องการจัดการ การพัฒนาองค์กรและการพัฒนาสังคม เป็นผู้ที่มีมุมมองอันเฉียบคมในการวิเคราะห์ คน และสถานการณ์ อาจารย์ ได้นำเทคนิคที่เรียกว่าแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping) เข้ามาช่วยในการพัฒนาควบคู่ กับการ เสริมพลังภาคีหุ้นส่วนในสองพื้นที่ คือการทำงานป้องกันอุบัติเหตุร่วมกับโรงพยาบาลขอนแก่น และการสร้างพลัง เครือข่ายยุติธรรมชุมชนร่วมกับกรมคุมประพฤติ

ยุติธรรมชุมชนเป็นแนวคิดการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อป้องกันอาชญากรรม และ คุณภาพชีวิตที่ดีของชุมชน โดยต่อยอดจากชุมชนที่มีอยู่ด้วยการเข้าไปหาชุมชน ใช้ชีวิตกับชุมชน เรียนรู้จากชุมชน รับใช้ชุมชน วางแผนร่วมกับชุมชน ทำแผนที่ ผลลัพธ์ ทำให้การแก้ปัญหาหายสาบสูญ เป็นการแก้ไขโดยใช้สังคมเสริมพลังอำนาจ ชุมชนให้แก้ไขปัญหาของชุมชนกันเองลดปัจจัยเสี่ยงในสิ่งแวดล้อม ยอมรับ และให้คุณค่ากับคนดี เป็นการเสริมและต่อเชื่อมกับกระบวนการชุมชนบำบัด ซึ่งเรียนรู้ภายใต้สถานการณ์จำลอง

แผนที่ผลลัพธ์ คือการบูรณาการกลยุทธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจเจ้าหน้าที่ และการสร้างระบบการติดตามประเมินผลงานไว้ในกระบวนการทำแผนที่ผลลัพธ์ เน้นการติดตามประเมินที่ผลลัพธ์โดยภาคีหุ้นส่วน ซึ่งผลลัพธ์ในที่นี้จะมุ่งไปที่ พฤติกรรมของภาคีหุ้นส่วน ให้ภาคีหุ้นส่วนเป็นผู้กำหนด เป็นผู้ลงมือดำเนินการ และ เป็นผู้ติดตามวัดผลด้วยตนเอง

**A41: ตามรอย Axon ให้ Excite**

**Meeting Room 1 15/03/49: 1500-1630**

**ศ.นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ (คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์)**

**นพ.สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์)**

**นพ.ชำนาญ จิตตรีประเสริฐ (กรมการแพทย์)**

ธรรมชาติของระบบประสาททำงานด้วยการกระตุกของสัญญาณไฟฟ้า ที่ส่งผ่านไปตามเส้นใยประสาท จึงเป็นที่มาของชื่อการตามรอยโรคทางระบบประสาท เป็นการส่งท้ายวันแรก ตามทั้งประสาทวิทยาในอายุรกรรมคือ stroke และประสาท ศัลยกรรม คือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

คุณหมอนำงานได้ทำงานร่วมกับ พรพ.ในโครงการ TCEN ('Toward Clinical Excellence' Network) เพื่อตามรอยหา best practice ในที่ต่างๆ มาแบ่งปัน และร่วมกันสร้างเครื่องชี้วัด ที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกันได้

เครือข่าย Stroke เป็นกลุ่มที่ก่อให้เกิดบทเรียนที่น่าสนใจเกี่ยวกับการปฏิบัติหลายอย่าง ที่ควรจะทำแต่ยังไม่ได้ทำ และที่ไม่ควรจะทำแต่ยังทำอยู่ ซึ่งคุณหมอสุชาติ จะเป็นตัวแทนของเครือข่ายที่ประกอบด้วย จุฬา ศิริราช และสถาบันประสาท นำประสบการณ์มาเล่าสู่กันฟัง

อาจารย์สงวนสิน ซึ่งเป็นมือมีดสมองมีความสนใจในเรื่อง value chain in healthcare ก็เลยลองนำมาปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้รู้ว่ากำลังทำอะไร ณ จุดไหน สัมพันธ์ กับกระบวนการอะไร และวัดอย่างไร เห็นว่าน่าจะเป็น tracer ที่ดีหากเราสามารถวาง chain ไว้ดีแล้ว แม้จะอยู่ในขั้นเริ่มต้นแต่ก็น่าสนใจในแนวคิด

## ห้อง Meeting Room 1 วันที่ 16 มีนาคม 2549

*B11: Integrate Tools into Tracer*

*Meeting Room 1 16/03/49: 0830-1000*

*นพ.สิทธิศักดิ์ พฤษชัยปิติกุล (บริษัท ADLI)*

คุณหมอลิทธิศักดิ์ เป็นผู้ที่มีความสนใจนำเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพมา ทดลองใช้จนเกิดความรู้เชิงปฏิบัติ คุณหมอลิทธิศักดิ์เห็นว่า tracer เป็นนวัตกรรมของกระบวนการ HA ของประเทศไทย ซึ่งมีจุดเด่นคือ เป็นการแสดงถึงการยึดผู้ป่วยและผู้รับบริการ เป็นศูนย์กลาง อย่างเป็นรูปธรรม เข้าใจง่ายและวัดผลได้ รวมทั้งยังเอื้อต่อการบูรณาการ ในแนวราบระหว่าง หน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ ตลอดจนจนกระบวนการต่างๆ

Tracer จะเสริมความสำเร็จตามพันธกิจและวิสัยทัศน์ และยังประโยชน์ต่อองค์กร อย่างเต็มที่ก็ต่อเมื่อเรื่องราว ระบบ และกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายที่จะทำ tracer สอดคล้องกับบริบทสำคัญขององค์กร สอดคล้องกับความท้าทายและกลยุทธ์ขององค์กร ในขณะเดียวกัน tracer ที่ช่วยกัน ทำควรจะเป็นบูรณาการ เพื่อเสริมแรงซึ่งกันและกัน ทั้งระหว่างระบบ และระหว่างกลุ่มผู้ป่วยไม่ควรปล่อยให้ tracer เกิดขึ้นเป็นจุดๆ

คุณหมอลิทธิศักดิ์ได้ออกแบบ model สู่วิธีการเป็นเลิศ ซึ่งจะช่วยให้กระบวนการ tracer ทำได้อย่างเป็นขั้นตอนและเรียบง่าย เรียกว่า C-Circle of Excellence ซึ่งประกอบด้วย 6 C ได้แก่ Clarify Context, Clarify Concern, Commit Target, Conduct Change, Capture & Codify, Cheer & Share

**B21: Trace End of Life Care**

**Meeting Room 1 16/03/49: 1030-1200**

**ดร.นพ.สกล สิงหะ (คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์)**

**รศ.นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี (คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์)**

**คุณกานดาตรี ตูลาธรรมกิจ (รพ.สงขลานครินทร์)**

---

**B31: IT for Quality Tracing**

**Meeting Room 1 16/03/49: 1030-1200**

**นพ.วรรษา เปาอินทร์ คณะแพทยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์)**

**พญ.จามรี เชื้อเพชรโสภณ (รพ.บำรุงราษฎร์)**

---

**B41: ตามรอยก้อนทุมและความเจ็บปวด**

**Meeting Room 1 16/03/49: 1500-1630**

**นพ.อิทธิพงษ์ ยอดประสิทธิ์ (รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์)**

**รศ.นพ.จรัส กังสนารักษ์ (คณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่)**

**รศ.นพ.สมบูรณ์ เทียนทอง (คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น)**

**นพ.สมจิตต์ ชี้เจริญ (รพ.ชุมพรเขตอุดมศักดิ์) ผู้ดำเนินการอภิปราย**

---

ก้อนทุมชนิดร้ายแรงหรือที่รู้จักกันในชื่อมะเร็ง เป็นโรคที่จุดประกายให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดทั้งในส่วนของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ จากการเป็นโรคที่รักษาไม่หายมาสู่ความพยายาม ในการรักษาอย่างเป็นองค์รวมที่ได้ผลดีขึ้น และความพยายามในการที่จะตรวจพบแต่เริ่มแรก และประเด็นที่เกี่ยวข้องกันเรื่องของ การบำบัดความเจ็บปวดเนื่องมาจากก้อนทุมและการผ่าตัด

ทั้ง รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์และ รพ.มหาสารคามนครเชียงใหม่ ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่องจนเห็นภาพขององค์ประกอบที่เกี่ยวข้องและการจัดระบบ เพื่อตอบสนอง ความต้องการสำคัญในแต่ละส่วนอย่างชัดเจน

**คุณหม่อธิทิพงษ์** จะมาเล่าให้ฟังถึงประสบการณ์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ตั้งแต่การลดความหลากหลายของการดูแลผู้ป่วยเมื่อปี 2540 มาสู่การขยายขีดความสามารถด้านการผ่าตัดและเคมีบำบัด การใช้ข้อมูลวิชาการ การบำบัดอาการเจ็บปวด การดูแลเรื่องโภชนาการ การใช้ตัวชี้วัด การสร้างเครือข่าย การใช้ทรัพยากรร่วมกับเอกชน การเสริมพลังผู้ป่วยตั้งแตอยู่ในโรงพยาบาล การใช้ pain score เป็น vital sign ตัวที่ 5 และล่าสุดคือการเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมในชุมชนเขตเมือง

**อาจารย์จรัส** จะมาเล่าให้ฟังถึงปัญหาที่ต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และลำคอซึ่งเป็นอันดับ 4 ของมะเร็งทั้งหมด มีปัญหาทั้งการรับได้โดยไม่จำเป็น การผ่าตัด การนอนนาน การดูแลตนเองที่บ้าน ภาวะของครอบครัว การดูแลระยะสุดท้ายและอัตรารอด ประสบการณ์ของการจัดระบบดูแล แบบบูรณาการ เช่น one stop tumor clinic, การใช้ keyman ของทุกสาขามาทำความเข้าใจกับผู้ป่วย, การทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมใน esophageal speech training ครบ 100% และกลายมาเป็นครูฝึกให้คนอื่น, การร่นเวลาในการได้รับรังสีรักษาให้เร็วขึ้นเหลือเพียง 2 วันหลังจากวางแผน, การจัดตั้ง potential ward นอกโรงพยาบาล, การมี clinical team review และ critical care unit เพื่อลด clinical risk, ตลอดจนการฟื้นฟู ส่งเสริมสุขภาพ ติดตามเยี่ยม เพื่อช่วยแก้ปัญหาที่บ้าน

**อาจารย์สมบูรณ์** จะมาเล่าให้ฟังในเรื่องการจัด Acute Pain Service ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะต้องบูรณาการกับ PCT ต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละทีม ความสำคัญของการบันทึกระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยโดยพยาบาล จะทำให้เห็นภาพรวมว่าสภาวะความเจ็บปวดของผู้ป่วยเป็นอย่างไร



## ห้อง Meeting Room 1 วันที่ 17 มีนาคม 2549

**C11: Regenerative medicine : ความรู้ ความดัง กับความรวย**

**Meeting Room 1 17/03/49: 0830-1000**

**นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)**

คุณหมอสมศักดิ์ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในเรื่องการจัดการงานวิจัยระบบสาธารณสุข ตั้งแต่สมัยเป็นผู้อำนวยการ สวรส. เมื่อไปอยู่ที่มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ก็ยังคงทำหน้าที่นั้น อยู่โดยร่วมมือกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย เลือกเอาประเด็นที่มีความสำคัญสูงขึ้น มาศึกษาแลกเปลี่ยนกันอย่างสม่ำเสมอ ประเด็นเรื่องชีวจริยธรรมเป็นเรื่องหนึ่งที่มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติให้ความสนใจมาอย่างต่อเนื่อง

เมื่อสองปีที่แล้วคุณหมอสมศักดิ์มาเล่าให้เราฟังเรื่อง ELSI (Ethical, Legal, Social Issues) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าทางการแพทย์ ในปีนี้ถือว่าเป็นการต่อยอดในประเด็นที่มีความเฉพาะขึ้น คือ Regenerative Medicine หรือเวชศาสตร์เพื่อส่งเสริมความเป็นอายุวัฒนะที่น่าเอา เทคโนโลยีชีวภาพต่างๆ เช่น stem cell เข้ามาใช้ และอาจจะนำมาสู่ปัญหาชีวจริยธรรมที่ซับซ้อนมากขึ้น จริยธรรมและความรู้ จะมาตัดค้ำแรงจูงใจเรื่องความดังและความรวยอย่างไร เชิญมาติดตาม

**C21: เครื่องชั้วัดแบบไทย...ไทย ง่ายนิดเดียว**

**Meeting Room 1 17/03/49: 1030-1200**

**รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)**

เครื่องชั้วัดคุณภาพเป็นสารสนเทศที่ใช้ในการบ่งชี้ถึงระดับของผลการปฏิบัติงานหรือ การดำเนินการที่สะท้อนถึงคุณภาพ ที่จะกล่าวถึงโดยสังเขปในที่นี้ได้แก่ กรอบแนวคิดเพื่อการประเมินคุณภาพ โดยการใช้เครื่องชั้วัดคุณสมบัติของเครื่องชั้วัดที่ดีและแนวทางในการพัฒนาเครื่องชั้วัดเพื่อใช้ประโยชน์ในระบบการจัดการคุณภาพของโรงพยาบาล

กรอบแนวคิด การประเมินคุณภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงความหมายหรือนิยามของคุณภาพที่ใช้อยู่ แนวคิดซึ่งเป็นที่นิยมใช้เป็นกรอบแนวคิดของการประเมินคุณภาพมักอ้างอิงจากทฤษฎีระบบ (System theory) และควรคำนึงว่าผลลัพธ์อาจเกิดจากกระบวนการและปัจจัยแวดล้อม กระบวนการที่ได้มาตรฐานด้านหนึ่งอาจไม่นำสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีหากไม่ได้นำกระบวนการดูแลในด้านอื่นมาใช้ร่วมด้วย ปัจจัยนำเข้าที่ดีก็ไม่ใช่เครื่องรับประกันว่ากระบวนการดูแลรักษาจะดี

เครื่องชี้วัดเพียงหนึ่งตัวไม่สามารถบอกถึงภาพที่สมบูรณ์ได้ นอกจากนั้นการใช้เครื่องชี้วัด ยังไม่ใช้การประเมินหรือเครื่องมือในการตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของคุณภาพในขั้นสุดท้าย จำต้องมีกิจกรรมในการทบทวนความเป็นเหตุเป็นผล การวิเคราะห์เทียบเคียงและการคำนึงถึงประเด็นต่อไปนี้ ร่วมด้วย : มุมมอง ขอบเขตระบบ บริบท ความต้องการ/ข้อกำหนด ความคาดหวัง

เครื่องชี้วัดที่ดีมีลักษณะดังนี้ ความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ ความไว ความตรงกับจุดมุ่งหมาย ความตรงของข้อมูล (บันทึกได้ยาก) ความคุ้มค่า

แนวทางในการพัฒนาเครื่องชี้วัดเพื่อการใช้ประโยชน์ในระบบจัดการคุณภาพของโรงพยาบาล

- 1) นำสิ่งที่ผู้อื่นใช้หรือแนะนำให้ใช้ หรือที่อยู่ในตำรา มาใช้
- 2) พัฒนาหรือคิดขึ้นเอง วิธีนี้สะดวกและปรับแต่งนิยามตลอด จนวิธีการคำนวณให้ตรงความต้องการของโรงพยาบาลได้ แต่ไม่อาจนำไป เทียบเคียงกับที่อื่นได้วิธีการง่าย ๆ ที่ทีมงานของโรงพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้
  - 1) ทำความเข้าใจกับประเด็นสำคัญของงาน มุ่งเน้นที่เป้าหมาย ผลงานสำคัญ ขั้นตอน สำคัญ ผลงานที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น ความเสี่ยง
  - 2) ทารูปรธรรมที่จับต้องหรือเห็นภาพว่าสามารถนับหรือวัดได้ อาจจะเป็นผลงาน หรือผลลัพธ์โดยตรง หรือตัวแทนที่มีความเกี่ยวข้องใกล้เคียงตามหลักวิชาการที่มีผู้พิสูจน์ไว้แล้วว่าถูกต้องและน่าเชื่อถือ
- 3) กำหนดตัววัดหรือสถิติที่จะใช้วัดหรือนับรูปธรรมดังกล่าววางแนวทางเก็บและ วิเคราะห์ข้อมูล

## ห้อง Meeting Room 2 วันที่ 15 มีนาคม 2549

A22: Emergency Preparedness

Meeting Room 2 15/03/49: 1030-1200

พ.อ.คเชนทร์ บินสุวรรณ (รพ.พระมงกุฎเกล้า)

พ.อ.พจน์ เอมพันธ์ (วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า)

พ.อ.ปราโมทย์ อิมวัฒนา (ผอ.กองยุทธการและการข่าว กรมแพทย์ทหารบก)

ผู้ดำเนินการอภิปราย

พวกเรามีความคุ้นเคยกับแผนอุบัติเหตุฉุกเฉินมาพอสมควร ต่อมาก็เริ่มขยายไปสู่แผนรองรับอุบัติเหตุภัยที่ครอบคลุมกว้างขึ้น รวมทั้งโรคระบาดที่อุบัติขึ้นใหม่ ในภาพกว้างทั้งหมด Emergency Preparedness คือการเตรียมความพร้อมที่จะรับสถานการณ์ฉุกเฉินต่อไปนี้: อาวุธชีวภาพ (bioterrorism), ภาวะฉุกเฉินเนื่องจากสารเคมี, ภาวะฉุกเฉินเนื่องจากรังสี, อุบัติภัยหมู่, ภัยธรรมชาติ, โรคระบาด

สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่พยากรณ์ได้ยากว่าจะเกิดขึ้นหรือไม่ เมื่อใด แต่หากเกิดขึ้นมาโดยปราศจากการเตรียมความพร้อมแล้ว จะก่อให้เกิดการสะดุดติดขัดในการให้บริการ หรือความไม่ปลอดภัยต่อตัวผู้ปฏิบัติงานเอง จำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกโรงพยาบาล จะต้องคาดการณ์โอกาสที่จะประสบสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆ วางแผนและฝึกซ้อมให้มีความพร้อมอยู่ตลอดเวลา ซึ่งทางกองทัพมีประสบการณ์ และการเตรียมความพร้อมตรงนี้ค่อนข้างสูงกว่าโรงพยาบาลประเภทอื่นๆ จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจที่จะได้รับรู้

**A32: Indoor Air Quality: โรคติดต่อทางเดินหายใจ ภัยเงียบของโรงพยาบาล**

Meeting Room 2 15/03/49: 1300-1430

นพ.มณูญ ลีเขวงวงศ์ (รพ.วิชัยยุทธ)

อ.ชวลิต เมฆศิริกุล (กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข)

รศ.นพ.รณชัย อธิสุข (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล)

ผู้ดำเนินการอภิปราย

ประเทศไทยต้องเตรียมพร้อม เพื่อรับมือกับโรคติดต่อทางเดินหายใจทุกชนิด ทั้งที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น Pertussis, TB, RSV, Rhinovirus, Influenza และที่กำลังจะอุบัติใหม่ในอนาคต บุคลากรการแพทย์มีโอกาสที่จะรับเชื้อได้มากกว่าบุคลากรในอาชีพอื่น เนื่องจากสถานพยาบาลส่วนใหญ่ในปัจจุบันติดตั้งเครื่องปรับอากาศทำให้การถ่ายเทอากาศไม่ดี อากาศเป็นหมุนเวียนในสถานพยาบาล เหล่านั้นเป็นเวลานาน แนวทางป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจในโรงพยาบาลได้แก่

1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยป้องกันตัวเองไม่แพร่เชื้อให้แก่ผู้อื่น การรณรงค์ให้สุขศึกษา เพื่อสร้างสุขนิสัยที่ดี โดยเฉพาะในการไอจามการหมั่นล้างมือ การเตรียมหน้ากากอนามัย และ แอลกอฮอล์เจลไว้พร้อมให้ผู้ป่วยหยิบใช้ได้เอง ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจควรได้รับการตรวจโดยเร็ว จัดให้มีห้องแยกสำหรับรับผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคซาร์ส วัณโรค ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยหายใจควรใส่ HEPA Filter ในสายวงจรเครื่องช่วยหายใจก่อนที่จะปล่อยลมหายใจออกสู่บรรยากาศ

2) การควบคุมสภาวะแวดล้อมในโรงพยาบาล บริเวณที่ไม่ได้ติดตั้งเครื่องปรับอากาศ ควรจัดให้มีการถ่ายเทอากาศได้สะดวกโดยธรรมชาติ ควรจัดให้มีห้องแยกหรือบริเวณเก็บเสมหะโดยเฉพาะ หากติดตั้งเครื่องปรับอากาศ ควรมีมาตรการเพื่อกำจัดเชื้อโรคในอากาศ เช่น ติดตั้งโคมโพสูลตราไวโอเล็ต UV-C (upper air irradiation) หรือเครื่องกรองอากาศชนิด HEPA (High Efficiency Particulate Aerosol) Filter ถ้าเป็นไปได้ควรมีห้องแยกที่รักษาความดันเป็นลบ (Negative Pressure Isolation Room)

3) การป้องกันตัวเองของบุคลากรการแพทย์ อบรมให้ความรู้เรื่อง การแพร่ของโรคติดต่อ ทางเดินหายใจในโรงพยาบาล รู้วิธีใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล Mask

N95 เลือกว่ากัน แขนยาวรัดข้อมือ แว่นป้องกันตา (goggles) และถุงมือ ควรล้างมือ  
ด้วยน้ำกับสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วยทุกครั้ง

การประยุกต์แนวคิดเหล่านี้ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีข้อจำกัดของทรัพยากร  
การส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยจากโรงพยาบาลชุมชนไปสู่โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป  
จะอย่างไร

อาจารย์มัญญาบอกว่าเราจะเน้นการพูดคุยกันเฉพาะเรื่องที่ทำได้  
เรื่องที่ทำไม่ได้จะไม่พูดถึง

**A42: Sepsis Syndrome**

**Meeting Room 2 15/03/49: 1500-1630**

**ศ.นพ.อมร ลีลารัศมี (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล)**

**นพ.วรพจน์ ตันติศิริวัฒน์ (คณะแพทยศาสตร์ ม.ศรีนครินทรวิโรฒ)**

**นพ.สมพร คำผิง (พรพ.)**

จากปัญหาหนึ่งที่พบในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลและมีการเสียชีวิต หรือ  
เกิดทุพพลภาพ พบว่าการเกิด sepsis พบเป็นปัญหาสำคัญลำดับต้นๆ ในประเทศไทย  
ส่วนใหญ่จากการทบทวน รายงานการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลมักเป็น primary  
sepsis (จากชุมชน) และ มักจะมีผลกระทบตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงเกิด septic  
shock และเสียชีวิตในที่สุด สำหรับในส่วนของ nosocomial sepsis (ที่เกิดขึ้นใน  
โรงพยาบาล) ซึ่งพบน้อยกว่าแต่มักจะรุนแรงจนส่งผลให้มีการเสียชีวิตในที่สุด

ขณะที่โลกก้าวไปข้างหน้า เทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวไปไม่หยุดยั้ง  
เราจึงเห็นผู้ป่วยเสียชีวิตจาก sepsis เสมอ ไม่ว่าจะระดับโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มี  
แพทย์เฉพาะทาง จนถึงโรงพยาบาลที่เป็นสถาบันทางการแพทย์ชั้นนำ ก็ไม่สามารถ  
หลีกเลี่ยงได้ อะไรเป็นต้นตอ เรามีเครื่องมืออะไรมาสู้กับ sepsis อะไรเป็นสิ่งที่เห็น  
จุดเปลี่ยนของการรักษา จะหยุดยั้ง sepsis ได้อย่างไร ผู้ป่วยในประเทศไทยจะอยู่  
รอดปลอดภัยจาก sepsis ได้หรือไม่ หรือจะปล่อยให้ตามยถากรรม ท่านเท่านั้นที่จะมา  
ร่วมค้นหาคำตอบกับเรา What to do next?

## ห้อง Meeting Room 2 วันที่ 16 มีนาคม 2549

B12: เห็นท่าไม่ดี ก็มีทีมมาช่วย

Meeting Room 2 16/03/49: 0830-1000

เพ็ญจันทร์ แสลงประสาน (รพ.เซนต์หลุยส์)

ประกายแก้ว คำคำ (รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์)

ศรีสุรีย์ เอื้อจิระพงษ์พันธ์ (รพ.สระบุรี)

ณัฐริกา กุลกาญจนาชวีวิน (รพ.เซนต์หลุยส์)

ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเสียชีวิต โดยที่น่าจะได้รับการช่วยเหลือได้เร็วกว่าการทำ CPR หากมีระบบในการสื่อสารและเตรียมความพร้อม เพื่อนำความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติไปที่ข้างเตียงผู้ป่วยในทันทีที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการแสดงของ clinical instability

Institute of Healthcare Improvement ของอเมริกาได้จัดรณรงค์ที่จะลดการเสียชีวิตที่พึงป้องกัน ได้จำนวน 100,000 รายในเวลาหนึ่งปี และแนะนำให้ใช้มาตรฐาน Rapid Response Team (RRT) เพื่อช่วยลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่นอก ICU และมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว

แนวคิดดังกล่าวนี้สามารถที่จะประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลชุมชนต้อง ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ โดยแทนที่จะรอให้อาการหนักเสียก่อน อาจจะมีความตื่นตัวที่จะประเมินและส่งต่อโดยทันทีที่ผู้ป่วยเริ่ม unstable

ที่มหาวิทยาลัยจะนำเสนอประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะวิกฤติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดูแลแต่เนิ่นๆ ในโรงพยาบาลประเภทต่างๆ ทั้งโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลเอกชน ทั้งในเด็กและในผู้ใหญ่ เพื่อที่จะป้องกันไม่ให้อาการทรุดลงถึงขั้น cardiac arrest ซึ่งการช่วยเหลือในขั้นนั้น มักจะได้ผลที่ไม่น่าพึงพอใจ

ศ.ดร.วิณา จีระแพทย์ (คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

ศ.นพ. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล)

นส.รัชฎา อนันต์วรปัญญา (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)

อาจารย์วิณามีความสนใจในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นพิเศษ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในเด็กเล็ก ได้เข้าไปศึกษาสภาพปัญหาในโรงพยาบาลต่างๆ ได้พบว่าคุณภาพการรักษายาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติ ถูกจำกัดโดยปัจจัยขัดขวางการปฏิบัติงาน (practice obstacles) ก่อให้เกิดความเสี่ยง ความไม่ปลอดภัยต่อชีวิต มีผลกระทบต่อในวงกว้าง และพบว่าปัจจัยเหล่านั้นสามารถจัดการตามรอยนำสู่การวางระบบที่ปลอดภัยได้

คณะวิทยากรจะนำเสนอบทเรียนเพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมเรียนรู้วิธีพัฒนาระบบความปลอดภัย ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ โดยบูรณาการความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติงาน และกลยุทธ์การจัดการความปลอดภัยผู้ป่วย ได้แก่

- ข้อมูลเชิงประจักษ์ของปัจจัยขัดขวางและอุปสรรค การปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัย ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ
- กลยุทธ์การจัดการความปลอดภัยผู้ป่วย (error traps actions strategy)
- การสร้างระบบความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์ และระบบเตือนภัยทางคลินิก (clinical alert alarm system): บทเรียนจากสถานการณ์ NICU
- การสร้างระบบความปลอดภัยในการซึ่บ่งผู้ป่วย และการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลผู้ป่วย (safety identification and team communication system): บทเรียนจากสถานการณ์ NICU

**B32: Keeping Each Patient Safe : Sharing of Good Practices**

**Meeting Room 2 16/03/49: 1300-1430**

**พ.อ.ดุสิต สถาวร (รพ.พระมงกุฎเกล้า)**

**เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (รพ.เซนต์หลุยส์)**

วิทยากรสองท่านนี้เป็นคู่หูที่ไม่ยอมพรากจากกัน หากจะขึ้นเวทีเรื่อง  
ความเสี่ยง

เรื่องความเสี่ยงนี้ได้มีการพูดเรื่องเครื่องมือ การวิเคราะห์กันมาหลายครั้งแล้ว  
ในปีนี้จะเป็นการนำกรณีที่เกิดขึ้นมาเรียนรู้ว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์แล้ว มีแนวทาง  
ในการจัดการอย่างไร เพื่อให้เห็นว่า ไม่ใช่การกล่าวโทษ แต่มุ่งเน้นเพื่อการปรับปรุง  
ซึ่งทุกวิชาชีพมีส่วนสำคัญ อาจารย์ดุสิตจะเน้นให้เห็นว่า แพทย์ควรมีบทบาทอย่างไร  
อาจารย์เพ็ญจันทร์จะเน้นให้เห็นว่าวิชาชีพ อื่นจะเข้ามาช่วยอย่างไร ในฐานะที่ทำงาน  
เป็นทีมจะอย่างไรให้เหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อกัน นอกจากนั้น  
จะชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงในการนำ tracer มาใช้ในการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก  
ได้อย่างไร

**B42: ตามรอยคุณภาพในโรงพยาบาลชุมชน**

**Meeting Room 2 16/03/49: 1500-1630**

**ทพ.ไพฑูรย์ สายสงวนสัจย์ (รพ.สมเด็จพระญาณสังวร จ.เชียงราย)**

**นพ.เอกชัย แสนเงิน (รพ.เวียงแหง)**

**สัลมา ขู่อ่อน (รพ.กะพ้อ จ.ปัตตานี)**

**นพ.สิทธิศักดิ์ คำศรีสุข (รพ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย)**

**นพ.จิรสิทธิ์ เมฆวิชัย (รพ.ราชสีมา ธนบุรี) ผู้ดำเนินการอภิปราย**

เชิญครับ เชิญเข้ามารับฟังเรื่องราวที่น่าสนใจจากโรงพยาบาลชุมชนที่มี  
ความหลากหลาย ไม่ต้องถามว่าใช้เทคนิคการตามรอยอะไร เพราะเนื้อหาที่จะเล่าสู่  
กันฟังนั้น มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว ให้บทเรียนที่ไม่น่าพลาดจากการรับฟัง  
ดังตัวอย่างที่จะยกมาให้ฟังเป็นบางส่วน



คุณหมอไพฑูรย์แม้จะเป็นทันตแพทย์ แต่สนใจเรื่องชุมชนอย่างลึกซึ้ง ทีมงานของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวรเห็นปัญหาความล้มพันธ์ของครอบครัว พ่อแม่ไปทำงานในเมือง พ่อแม่กินเหล้า เด็กไม่มีความสุข EQ ตกต่ำจนน่าใจหาย จึงได้จัดกิจกรรม **“ฟื้นฟูความสัมพันธ์ สู่การแก้ปัญหาฐานราก”** ด้วยการจัดตั้ง ประชาคมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม ทำงานร่วมกับ อปท. มุ่งเน้น การคืนข้อมูลให้ชุมชนและ empower ชุมชน กิจกรรมประกอบด้วยการเยี่ยมบ้าน ทักษะชีวิตในโรงเรียน กิจกรรมเชิงรุกสู่ สอ. ดูแลเอเดสึครบวงจร ฟื้นฟูความสัมพันธ์ คนสามรุ่น (“คนเฒ่าคนแก่จัดต่าง (ชี้ทาง) คนหนุ่มสาวสืบสาน ลูกหลานเขียนรู้”) ครอบครัวยุคใหม่ สุขภาพใจชุมชน การฟื้นฟูผู้พิการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ ความรักความไว้วางใจ ระหว่างพ่อแม่กับลูก คนเฒ่าคนแก่รู้สึกตัวเองมีคุณค่า เด็กและเยาวชนมีการรวมกลุ่ม ก่อการดี จัดรายการวิทยุ ช่วยงานชุมชน

โรคมาเลเรียอาจจะหมดไปแล้วในพื้นที่ส่วนมากของประเทศไทย แต่ที่ **เวียงแหง** ยังเป็นปัญหาสำคัญ คุณหมอเอกชัย จะมานำเสนอ **“เรื่องเล่าคนบนดอย กับข้อจับสั้น”** จะเน้นให้เห็น บรรยากาศในการทำ HA ที่ไม่มีความเครียดด้วยการตามรอยการดูแลผู้ป่วยมาเลเรียในแต่ละจุดของโรงพยาบาลที่ต้องเน้นการรู้ ตำแหน่งแห่งหนของผู้ป่วยและการติดตาม ใครมาจากพื้นที่เสี่ยงก็มีแผนการดูแลเป็นพิเศษ ใครที่สื่อสารไม่รู้เรื่องก็ต้องจับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล มีการขับไปสู การเสริมพลังให้ประชาชนรู้วิธีป้องกัน อาศัยชุมชนที่เข้มแข็งอยู่แล้วเพราะมี NGO มาช่วยวางฐานไว้ ประชาชนแถบนั้นมีชาวต่างประเทศอยู่มาก จึงมีการจัดตั้งแกนนำ และ อสม.ของ ต่างต่างเป็นการเฉพาะ

โรงพยาบาลกะพ้อ อยู่เชิงเทือกเขาบูโดอันลือลั่น ด้วยสถานการณ์ที่ไม่ปกติ แต่ทีมงานของโรงพยาบาลก็ยังมุ่งมั่นในการพัฒนา คุณสัลลา จะมาเล่าให้ฟังในหัวข้อ **“ฟัง รับ ปรับเป็น นวัตกรรมสำหรับแม่ลูก”** ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ในพื้นที่ การไม่มา ANC การคลออดกับผดุงครรภ์โบราณ การเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน การเรียนรู้ที่ได้มากที่สุดคือการที่ อสม.ไปเยี่ยมบ้าน และได้รับข้อเสนอแนะต่างๆ มาปรับปรุง มีการทำ mapping ว่าที่หมู่บ้านใดที่มากลอดที่โรงพยาบาลน้อย เดิมมองว่าผดุงครรภ์โบราณเป็นศัตรู แต่เมื่อเข้าไปทำประชาคม ไปรับฟังในพื้นที่

ก็ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุที่ไม่มาโรงพยาบาล เพราะการคลอดกับผดุงครรภ์โบราณนั้นคลอดง่าย บางครั้งไปคลอดที่โรงพยาบาลไม่ทันเพราะไม่มียานพาหนะหรือไม่ก็กลัว ถูกล้อเลียนคำว่าจากเจ้าหน้าที่ ได้มีการทำแนวทางแก้ไขปัญหาคิดวิธีการแก้ปัญหา ณ จุดนั้น เช่น ไม่มียานพาหนะ อสม.รับอาสาจะพามา ถ้าไม่สามารถพามาได้ จะแจ้งเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาเป็นขั้นตอน

เมื่อช่วงสงกรานต์ปีที่แล้ว อากาศแสนจะร้อนจัด หลังจากสนุกสนานกับเทศกาลสงกรานต์แล้ว ได้เกิดมหันตภัยขึ้นในเขต **อ.เวียงป่าเป้า**และอำเภอรอบ ๆ เป็นโรคที่ “ติดต่อสู่คนโดยการกิน ให้แดดดินตัวดาเหลืองเป็นเรื่องใหญ่” คุณหมอสิทธิศักดิ์ จะมาเล่าประสบการณ์ “**ไวรัสตับอักเสบบี จากโรงน้ำแข็งสู่โรงพยาบาล**” น่าสนใจว่าเมื่อไรเราจึงจะตื่นตัวว่าเกิดการระบาด จะสงสัยและ ยืนยันการวินิจฉัยโรคอย่างไร รู้ว่าระบาดแล้วจะอย่างไร จะขอความช่วยเหลือจากใคร จะใช้ประโยชน์จากข้อมูลทางระบาดวิทยาอย่างไร จะสืบสวนอย่างไรจึงจะรู้ว่ามาจากไหน แล้วไปเจอเข้า ได้อย่างไรว่าโรงน้ำแข็งเป็นต้นเหตุ เจอแล้วจัดการควบคุมอย่างไร จะประเมินอย่างไรว่าควบคุมได้แล้ว คุณหมอสิทธิศักดิ์จะสรุปให้ฟังว่าบทเรียนราคาแพงคืออะไร ยกนักที่จะหาประสบการณ์เหล่านี้ได้

## ห้อง Meeting Room 2 วันที่ 17 มีนาคม 2549

C12: TPM เส้นทางสู่คุณภาพที่รวดเร็วและชัดเจน

Meeting Room 2 17/03/49: 0830-1000

สมชาย นีราพาพงษ์พร (บ.สยามคาสท์ไอ้ออนเวอร์คส์ จำกัด)

โรงพยาบาลไม่น้อยที่ประสบปัญหาว่าจะชักชวนกลุ่มที่ทำงานทางด้านช่าง ด้านซ่อมบำรุง ด้านสาธารณูปโภคและระบบงานทางวิศวกรรมทั้งหลายมาทำงานคุณภาพกันได้อย่างไร

ธุรกิจภาคอุตสาหกรรมมีประสบการณ์เรื่องนี้มาแล้ว และได้พบว่าแนวทางที่เรียกว่า Total Productive Maintenance (TPM) หรือการบำรุงรักษาแบบทวิผล ซึ่งคิดค้นขึ้นในญี่ปุ่นนั้น น่าจะเป็นคำตอบที่ดี เพราะได้ให้แนวทางไว้อย่างชัดเจนเป็นขั้นเป็นตอนง่ายต่อการปฏิบัติ และค่อยๆ หล่อหลอมให้เจ้าหน้าที่มีความรักในเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ตนใช้อยู่

องค์ประกอบสำคัญของ TPM ได้แก่ 1) 5 ส. 2) autonomous maintenance เป็นการฝึกให้ผู้ใช้งานสามารถทำการบำรุงรักษาต่างๆ ได้ เพื่อลดภาระของช่างซ่อมที่มีฝีมือจะได้ไปทำงานที่มีคุณค่ามากกว่า 3) Kaizen เป็นการเปลี่ยนแปลงเล็กๆ น้อยๆ จำนวนมากโดยการมีส่วนร่วมของทุกคนเป็นสิ่งที่ไม่ต้องลงทุนมีเป้าหมายเพื่อลดการสูญเสียเปล่าในที่ทำงานอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งมีแนวทางให้เสร็จสรรพว่าจะไปตรวจสอบความสูญเสียเปล่าที่ตรงไหนบ้าง 4) Planned Maintenance 5) Quality Maintenance 6) Training 7) Office TPM ตรงนี้น่าสนใจมากกว่าไม่จำเป็นต้องเป็นโรงงานหรือหน่วยช่าง แม้ในสำนักงานก็สามารถทำ TPM ได้ 8) Safety, Health & Environment

แต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดอย่างไร คงต้องมาฟังกันเองเอง จากคุณสมชายซึ่งมีประสบการณ์เรื่องนี้โดยตรง ทั้งในฐานะผู้บริหารกิจการ และวิทยากร น่าสนใจว่าถ้าหัวหน้าหรือผู้ช่วยและหน่วยบริการทั้งหลายมีความเข้าใจในเรื่อง TPM จะทำให้หรือผู้ช่วยและหน่วยบริการต่างๆ มีความน่าดู น่าใช้ เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และลดค่าใช้จ่ายการซ่อมแซมที่ไม่จำเป็นได้เพียงใด

เมื่อพูดถึงนวัตกรรม เราคงจะต้องมองให้ไกลไปกว่านวัตกรรมเล็กๆ ที่เกิดขึ้น จากความสามารถเฉพาะตัว แต่ต้องมองไปถึงบทบาทของผู้นำในการสร้างบรรยากาศ เพื่อส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมอย่างกว้างขวางทั่วทั้งองค์กร

คุณบดินทร์มีพื้นฐานเป็นวิศวกร มีความสนใจเรื่องทรัพยากรมนุษย์ การจัดการความรู้ การสร้างชุมชนนักปฏิบัติ โดยรวมก็คือทุกๆ อย่างที่เกี่ยวกับคน และวิธีการที่จะเพิ่มคุณค่า หรือศักยภาพในตัวคนให้มากขึ้น ที่สำคัญคือคุณบดินทร์ เป็นคนที่ช่างแสวงหาความรู้ใหม่ๆ มาถ่ายทอดอย่างเรียบง่าย

นวัตกรรมที่จะนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จย่อมมีพื้นฐานมาจากการจัดการ เกี่ยวกับทรัพยากรมนุษย์ที่ดี คุณบดินทร์จะมาเล่าให้เราฟังถึงวิธีการในการค้นหา ว่าทุนทางปัญญาที่อยู่ในสมาชิกขององค์กรหรือที่เรียกว่า intellectual capital นั้น อยู่ที่ไหนบ้าง ถ้าจะใช้การเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อส่งเสริมให้เกิด นวัตกรรมนั้น เราจะต้องเรียนรู้อะไรบ้าง เรียนวิธีการเรียนรู้ เรียนวิธีการแบ่งปัน เรียนวิธีการเชื่อมต่อ และเรียนวิธีการสร้างนวัตกรรม

ความเข้าใจในระบบ และกรอบความคิดเกี่ยวกับความเป็นเลิศในด้าน นวัตกรรม จะนำองค์กรไปสู่การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และนวัตกรรม และเป็นองค์กรที่ยั่งยืน

## ห้อง Meeting Room 3 วันที่ 15 มีนาคม 2549

A23: สูญวัย ใจเกินร้อย รู้ได้อย่างไร ?

Meeting Room 3 15/03/49: 1030-1200

สมพร อธิติเดชพงษ์ (กรมอนามัย)

สุพิชชา วงศ์อนุการ (กรมอนามัย)

อมร กิมทงวาน (กรมอนามัย)

สมชาย ลีทองอิน (กรมอนามัย)

A33: สองเครือข่าย HA/HPH แลกเปลี่ยนเรียนรู้ “หรอยจ้งหู้...ฮิ...ฮิ...ฮิ...”

Meeting Room 3 15/03/49: 1300-1430

นิจฉรา ทัสมาน (รพ. เทพา สงขลา)

หมัดอุเสน สามารถ (ผู้แทนประชาคมเทพา สงขลา)

นพ.ฉัตรชัย สวัสดิชัย (รพ.พระปกเกล้า)

เสาวนีย์ ศรีกระจำง (รพ.สอยดาว)

รศ.ดร.นิตยา เพ็ญศิริรักษา (มสธ.) ผู้ดำเนินการอภิปราย

A43: ถึงบ้านใกล้ใจ ทำอย่างไรได้ผลดี

Meeting Room 3 15/03/49: 1500-1630

พญ.อภิัญญา ลัษณะไชย (รพ.ลำปาง)

พ.ท.เฉลิมชาติ วรรณพฤษ (รพ.พระมงกุฎเกล้า)

ผศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา (คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ)

นพ.มนู วาทีสุนทร (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย)

## ห้อง Meeting Room 3 วันที่ 16 มีนาคม 2549

B13: บูรณาการ KM ในงานบริการโรงพยาบาล

Meeting Room 3 16/03/49: 0830-1000

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช (ผู้อำนวยการสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม)

วันนี้ ใครๆ ก็รู้จัก KM มีการทำ KM กันอย่างกว้างขวาง

ต้องยอมรับว่าอาจารย์วิจารณ์เป็นผู้ที่ทำให้เกิดความตื่นตัวในการทำ KM ที่เป็น KM จริงๆ ไม่ใช่ KM เฉพาะในรูปแบบ อาจารย์เสาะแสวงหาว่าเกิด KM ขึ้นที่ใดบ้างในประเทศไทย เพื่อที่จะ หาทางส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์จาก KM ในทุกหย่อมหญ้า อาจารย์มุ่งเน้นให้เกิดปัญญาปฏิบัติ จึงมักจะบอกว่า “KM ไม่ทำไม่รู้” อาจารย์น่าจะจะเป็นผู้ที่เขียน weblog เกี่ยวกับเรื่อง KM มากที่สุดในประเทศไทย ผู้สนใจสามารถติดตามได้ที่ <http://gotoknow.org/thaikm>

อาจารย์สนใจการทำ KM ในโรงพยาบาลมาก ไปช่วยกระตุ้นทั้งทางตรง และทางอ้อมในโรงพยาบาลต่าง ๆ เช่น สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายจัดการความรู้ ในโรงพยาบาลภาคเหนือตอนล่าง ไปคิดคำว่า R2R (Routine to Research) ให้กับ ศิริราชและก็ยังคงติดตามให้คำแนะนำอยู่อย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมเครือข่าย โรงพยาบาลในจังหวัดต่าง ๆ ที่มุ่งมั่นทำ KM จริงจัง และติดตามไปดูให้กำลังใจ

อาจารย์ให้ความเห็นเกี่ยวกับ “แก่นเพื่อการปฏิบัติ” ในการขับเคลื่อนระบบราชการไปสู่ระบบเรียนรู้ผ่าน KM ไว้ 10 ประการ ซึ่งน่าจะประยุกต์กับองค์กรทุกประเภทได้ 10 ประการนั้น ได้แก่ 1) สร้างวัฒนธรรมใหม่จากวัฒนธรรมอำนาจ เป็นวัฒนธรรมความรู้ 2) สร้างวิสัยทัศน์ร่วม ไม่ใช่แค่ร่วมกำหนด แต่ต้องร่วมกันตีความ ทำความเข้าใจจนเกิดสภาพความเป็นเจ้าของ 3) สร้างและใช้ความรู้ในการทำงาน เอาความรู้ในคนมาแลกเปลี่ยนยกระดับ บันทึก นำไปใช้ และไขว่คว้า จากภายนอก 4) เรียนลัดแล้วต่อยอดไปขอเรียนความรู้ในคน แต่ต้องไม่เรียนแบบคัดลอก 5) สร้างการเปลี่ยนแปลงด้วยยุทธศาสตร์เชิงบวก เสาะหาตัวอย่างของวิธีการยอดเยี่ยมให้พบ นำมายกย่องและแบ่งปัน 6) จัด “พื้นที่” หรือ “เวที” สำหรับ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ทั้งพื้นที่จริงและพื้นที่เสมือน 7) พัฒนาคนผ่านการทำงาน ทำให้เป็นบุคคลเรียนรู้ มีทักษะในการเรียนรู้ จากผู้อื่นและร่วมกับผู้อื่น 8) ระบบให้คุณ ให้รางวัล แก่ทีมงาน ส่งเสริม การเรียนรู้ จากความล้มเหลว 9) หาเพื่อนร่วมทาง ทำเป็นเครือข่าย เพื่อให้มีการกระตุ้นเสริมพลัง มี “น้ำทิพย์ชโลมใจ” 10) จัดทำ “ชุมชนความรู้” (knowledge assets) เน้น “ความรู้จากการปฏิบัติ” และ “ความรู้เพื่อการปฏิบัติ”

**B23: จากการจัดการความรู้สู่การสร้าง LO  
Meeting Room 3 16/03/49: 1030-1200**

**ดร. ประพนธ์ ผาสุขยัต (สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม)**

กล่าวได้ว่าอาจารย์ประพนธ์ เป็นมือขวาของอาจารย์วิจารณ์ในเรื่อง KM นอกจากจะเป็นผู้เยี่ยมยุทธ์ในการจัด KM workshop ในบริบทต่างๆ แล้ว อาจารย์ยังเป็นวิศวกรผู้มีพรสวรรค์ ด้านอักษรศาสตร์ ผลงานการแปลหนังสือซึ่งแต่งโดย Osho ถึงสามเล่ม เป็นเครื่องยืนยัน

อาจารย์มองว่าองค์กรที่ดีน่าจะห่างจากสุดโต่งของการจัดตั้งมากเกินไป กับการไม่มีการจัดตั้งเลย ควรเป็นองค์กรที่พอดีๆ กระฉับกระเฉงมีชีวิตชีวา เรียกว่าเป็นองค์กรที่มีชีวิต คนทำงานมีความสุข เกิดการเรียนรู้พัฒนาตลอดเวลา

ลองมาฟังกันว่า KM จะนำไปสู่การสร้าง LO หรือ Learning Organization ได้อย่างไร

**B33: Peer Assist in DM Network**  
**Meeting Room 3 16/03/49: 1300-1430**  
**ดร.วัลลา ตันตโยทัย (รพ.เทพธารินทร์)**  
**ชนิกา สุระสิงห์ชัยเดช (รพ.เทพธารินทร์)**  
**ภก.เอนก ทนงหาญ (รพ.ร.ธาตุพนม)**  
**นพ.นิพัทธ์ กิตติมานนท์ (รพ.พุทธชินราช)**

เป็นที่ยอมรับว่า รพ.เทพธารินทร์ เป็นแหล่งวิทยากรในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการพัฒนาระบบงานบนพื้นฐานของความรู้ที่ทันสมัย ส่งเสริมการสร้างบุคลากรในสาขาที่จำเป็น และที่สำคัญคือไม่หวงความรู้ ใครๆ ก็สามารถมาเรียนรู้ได้จากที่นี่

เมื่ออาจารย์วัลลาเข้ามาเรียนรู้แนวคิดเรื่อง KM ก็เอาไปขยายผลสู่การปฏิบัติอย่างกว้างขวาง รูปแบบที่ชัดเจนอันหนึ่งคือการใช้เทคนิค peer assist หรือเพื่อนช่วย เพื่อนเต็มรูปแบบ จนเห็นผลปรากฏชัด การช่วยเพื่อนนี้ดูเผินๆ อาจจะได้คิดว่าเป็นการดูงาน แต่ที่จริงมีอะไรที่ลึกซึ้งกว่านั้น ทั้งสองฝ่ายจะต้องเตรียมตัวกันอย่างหนัก ทั้งฝ่ายที่จะขอเรียนรู้กับฝ่ายที่จะช่วยเหลือ ช่วงเวลาสองวันเต็มที่ รพ.ธาตุพนมและรพ.พุทธชินราช มาให้เพื่อนเทพธารินทร์ช่วย จึงเกิดการซักถาม ถ่ายทอดกันอย่างหนักหน่วง แม้ในระหว่างการเดินทางกลับ การสรุปบทเรียนจากที่เห็นมา ก็เกิดขึ้นตลอดทาง

ผลลัพธ์ของเพื่อนช่วยเพื่อน ทำให้เพื่อนที่มาเรียนรู้ กลับไปพัฒนาระบบงานของตน ประยุกต์ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสม รพ.ธาตุพนมจึงสามารถตัดตรงเท้าให้แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาได้เหมือนกับที่ รพ.เทพธารินทร์ด้วยราคาที่ถูกกว่าสามารถให้การ ดูแลแผลที่เท้าของผู้ป่วย เบาหวานด้วย vacuum dressing เช่นเดียวกับที่เทพธารินทร์ ฯลฯ



**B43: เครือข่ายเกษตรปลอดภัย จ. พิจิตร**  
**Meeting Room 3 16/03/49: 1500-1630**  
**สุรเดช เดชคุ้มวงศ์ (สสจ.พิจิตร)**  
**พัต สิงห์ทอง (รพ.วังทรายพูน จ.พิจิตร)**  
**จำรัส มาเนียม (เกษตรกร อ.วังทรายพูน)**

KM ในภาคเกษตรกรรม ก็เป็นที่น่าสนใจ น่าเรียนรู้สำหรับชาวโรงพยาบาล ไม่น้อย เป็น KM ที่เรียบง่าย ไม่ต้องมีรูปแบบ ไม่ต้องมีพิธีรีตองมาก แต่มาจกความต้องการใคร่รู้ เพื่อความอยู่รอด จึงไม่แปลกที่จะเห็น วปอ. (วิทยากร การเปลี่ยนแปลงสู่การพึ่งตนเองและการพึ่งพากันเอง) มีแรงบันดาลใจที่จะหาทางออก ในการทำการเกษตรแบบพึ่งตนเอง ไม่ต้องใช้สารเคมี มีการอบรม วปอ. มีการแสวงหาความรู้จากภายนอก มีการเรียนรู้กับปราชญ์ในพื้นที่นำมาใช้กับตัวเอง สังเกต การเปลี่ยนแปลงและจดบันทึก ทำให้ความรู้สามารถตรวจสอบได้ เปรียบเทียบกันได้ แล้วนำความรู้ มาแบ่งปันกัน ทำให้ครอบครัวมีหนี้สินลดลง มีสุขภาพดีขึ้น มีความสุขมากขึ้น แล้วพัฒนายกระดับไปสู่การมุ่งเปลี่ยนวิถีคิดซึ่งจะทำให้เกิดการมีชีวิตรอยู่อย่างพอเพียง

คุณสุรเดชเป็นนักพัฒนาที่แท้จริง มองปัญหาสุขภาพอย่างเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม จึงทุ่มเทสนับสนุนการเรียนรู้และการรวมตัวกันของเกษตรกร ในจังหวัดพิจิตร จนเห็นความสำเร็จที่เป็นทางออกของสังคม

## ห้อง Meeting Room 3 วันที่ 17 มีนาคม 2549

C13: ตามรอย แก้มลเจ้าไวยร้าย HIV

Meeting Room 3 17/03/49: 0830-1000

ผศ.พญ.จุฬิพาพรรณ อึ้งจะนิล (คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น)

พญ.รวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล (รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์)

นพ.ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ (รพ.สุโหงโกลก จ.นราธิวาส)

พญ.ชลลดา บุษยรัตน์ (รพ.ขอนแก่น) ผู้ดำเนินการอภิปราย

ในโลกการแพทย์ยุคไร้พรมแดนปฏิเสธโรคเอดส์ไม่ได้เลยว่า เป็นโรคที่อยู่คู่กับสังคมไทยและโลก การดูแลให้ดีที่สุดคงเป็นภาระรับผิดชอบของเหล่าเราชาววงการสาธารณสุข ที่เน้นการ ให้บริการด้วยคุณภาพและองค์รวม

การตามย้อนรอยในห้องนี้มีวิทยากรนักตามรอยมากมาย ไม่ว่าจะตามรอยเอดส์ ในเด็กแล้ว จัดการเยียวยาด้วยกลยุทธ์ “การก่อกำบัง ถักฝืน ก่อคินวัน เจ้าเต็บโต” โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจุฬิพาพรรณ อึ้งจะนิล จาก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หรือการบริหาร จัดการว่า “**ทำอะไร ให้เด็กได้ยาต้านไวรัสเอดส์**” ในยุคที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายแต่ขณะเดียวกันก็เป็นยุคแห่งระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แพทย์หญิงรวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล กุมารแพทย์จาก โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ที่มีผู้ป่วยเอดส์ติดอันดับต้นๆ ของประเทศไทย และภูมิภาค ผู้ที่คร่ำหวอดกับโครงการจะมาแล้ว การตามรอยเพื่อนำยามาสู่เด็กอย่างเท่าเทียมกันจะมาถ่ายทอดโอกาสเหล่านั้น

ตลอดจน “**การดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม**” ทั้งชีวิต จิตตะ และสังคม โดยการนำทีมที่มีประสิทธิภาพโดย นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ จาก โรงพยาบาลสุโหงโกล ตามรอยจนสุดชายแดนได้มาแล้วสู่เราฟังว่า ใจเป็นนาย กายเป็นบ่าว สังคมคือพระเจ้าสำหรับผู้ป่วยเอดส์จริงหรือไม่ และจะใช้การตามรอยเหล่านั้นมาจัดการอย่างไรให้สมดุลงั่ง นาย บ่าว และพระเจ้า โดยแพทย์หญิงชลลดา บุษยรัตน์ จากโรงพยาบาลขอนแก่น จะมาดำเนินการ คุย คุย แคะ และตามรอยเอดส์ จนถึงรากถึงโคน

อาจารย์จุฬิพาพรรณ กล่าวถึงความจริงที่น่าสะเทือนใจไว้ว่า “แม่เด็กๆ จะมีปัจจัยสี่ครบทุกอย่าง มียาต้านไวรัสที่ดีที่สุด แต่เด็กๆ เหล่านี้ยังโยเยหาไออุ่นจาก อ้อมกอดและความรัก จากผู้มาเยือนยิ่งกว่าผู้ใด เด็กๆ จะเก็บเกี่ยวความรักจากทุกคน ที่ผ่านแหวะเวียนมา และหีบย่นให้ ด้วยความเมตตา เด็กหลายคนผ่านประสบการณ์ที่ เลวร้าย จนไม่กล้าแม่แต่จะบอกความต้องการของตนเอง รู้สึกไม่มั่นคง และไม่มี ความหวังกับอนาคต การรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างเด็วคงไม่ เพียงพอที่จะลบเลือน บาดแผลเหล่านั้นได้”

C23: ตามรอยเจ้าตัวน้อย

Meeting Room 3 17/03/49: 1030-1200

พญ.วราภรณ์ เดชะเสนา (รพ.น่าน)

ศ.พญ.จุฬิภาภรณ์ พฤษชาติคุณากร (คณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่)

ดวงมน วงษ์จันทร์แดง (รพ.หาดใหญ่)

พญ.เสาศิระ ยุทธสมภพ (รพ.หาดใหญ่) ผู้ดำเนินการอภิปราย

เริ่มจากด่วนเกิดเร็วไปหน่อย เลยเกิด “RDS ในเจ้าตัวน้อย” คุณหมอรวราภรณ์ และทีมได้ ตามรอยการเจ้าตัวน้อยกลุ่มนี้ โดยวิเคราะห์ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับเรื่อง ANC, ความรวดเร็ว ในการรักษา, ภาวะแทรกซ้อนขณะเคลื่อนย้าย (hypothermia, tube หลุด) และขณะรักษา (ROP, BPD, PDA, VAP) และอัตราเสียชีวิตที่ค่อนข้างสูง จากนั้นก็จะพาตามไปดูขั้นตอนการดูแล ตั้งแต่การฝากครรภ์ ระยะคลอดการเคลื่อน ย้ายไป NICU หรือส่งต่อจาก รพ.ชุมชน การดูแลใน NICU การประคบประหงม ให้เติบโต การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องยาวที่เด็วกว่า เจ้าตัวน้อยจะโตได้ แล้วก็ยังพาดเกี่ยวกับยังระบบต่างๆ อีกหลายระบบ แดมยังมีโครงการ “คืนสู่เหย้าชาว NICU” เพื่อติดตามพัฒนาการและศึกษาคุณภาพชีวิตของทารก แรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาวิธีการดูแลทารกเหล่านี้ และเปิดคลินิกกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

ยังคงวนเวียนอยู่ในภาคเหนือ อาจารย์จุฬิภาภรณ์ มีความสนใจมากเกี่ยวกับ “ผื่นแพ้ ยาในเจ้าตัวน้อย” ว่าจะเป็นส่วนจริงหรือไม่ เพราะมีโรคติดเชื้อที่สามารถ

ทำให้เกิดข้อออกฝันได้เป็นสลิปชนิด ถ้าด่วนวินิจฉัยว่าเป็นผื่นแพ้ยาเร็วเกินไป ทั้งที่  
เจ้าตัวน้อยไม่ได้แพ้ ก็จะเป็นการตัดโอกาส การใช้ยาที่อาจจะมีผลข้างเคียงด้วยหัวใจ  
ของความเป็นครู อาจารย์ได้นำปัญหาที่แพทย์ประจำบ้านมาปรึกษาว่าเจ้าตัวน้อย  
จะใช้ยาอะไรดี เพราะแพ้ยาเข้าไปตั้งหลายตัว อาจารย์พยายามสอบถามไปถึง  
กระบวนการในการระบุว่าผู้ป่วยแพ้ยา ไปทบทวนเวชระเบียนแล้วก็เศร้าใจที่พบว่า  
มีการวินิจฉัย drug allergy กันสูงมาก ใครก็ได้สามารถวินิจฉัยการแพ้ยาได้ จึงแก้  
ปัญหาด้วยการจัดตั้ง PCT drug rash ในเด็กชั้น จัดทำแนวทางที่ชัดเจน ให้มีหมอเด็ก  
พยาบาล เภสัชกรช่วยกันประเมินและ label ว่าแพ้ยาอะไร จัดทำเครื่องมือเพื่อช่วยให้  
สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้ง่ายขึ้น ย้ำให้เห็นประโยชน์ของ holistic approach  
คุณค่าของการตรวจร่างกาย ใช้กระบวนการของ QA topic review, morning  
conference บทเรียนที่สำคัญมากตรงนี้ก็คืออาจารย์ใช้ dialogue กับแพทย์  
ประจำบ้านให้เป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ ทำอย่างธรรมชาติด้วยจิตใจของ  
ครูแพทย์ ก็มาบรรลุปเป้าหมายเดียวกันกับกระบวนการคุณภาพ

จากภาคเหนือแล้วลงไปเยี่ยมทางภาคใต้บ้าง เด็กที่ไม่ได้ยินยอมฟังคนอื่น  
ไม่รู้เรื่อง พูดไม่ได้ เรียนหนังสือไม่ได้ก่อกำหนดให้สังคมสั่งสอนก็ไม่รับรู้ พ่อแม่ของลูก  
ที่หูตึงหูหนวกย่อมอยากให้ลูกของตนพูดได้เหมือนกับเด็กอื่นๆ **“เจ้าตัวน้อย  
พูดฟังพูด”** เป็นความพยายามของคุณดวงมณ วังษ์จันทร์แดง และทีมงาน ซึ่งต้อง  
มีการประสานกันอย่างดีระหว่างกุมารแพทย์ ENT นักแก้ไข การได้ยิน นักแก้ไข  
การพูด จิตแพทย์ มีการใส่เรื่องช่วยฟัง ใส่แล้วได้ยินเสียง แต่ไม่เข้าใจความหมาย  
ก็ยังพูดไม่ได้ ใส่แล้วต้องฝึกฟังและฝึกพูดเพื่อให้ใช้การได้ยินที่เหลืออยู่ให้เกิดประโยชน์  
ให้เข้าใจ ว่าคือเสียงอะไร เสียงเสียงได้ ใช้การฝึกพูดเป็นกลุ่มโดยอาศัยหลักการ  
พัฒนาทางภาษาของเด็กปกติ มีเป้าหมายที่จะให้เด็กพูดได้ และเรียนได้ในโรงเรียนปกติ  
การฝึกเป็นกลุ่มทำให้เกิดบรรยากาศที่สนุก พัฒนาภาษาไปพร้อมกัน มีการสนทนา  
ระหว่างเด็กกับผู้ฝึก จากตัวอย่าง VDO การฝึกพูด แสดงให้เห็นความอดทนของผู้ฝึก  
และความอยากเล่าของเด็ก ที่อยากเล่าในสิ่งที่ตัวเองมีประสบการณ์

เจ้าตัวน้อยทั้งหลาย ที่นำปัญหามาให้เราแก้ไข จึงกลายเป็นครูที่ดีของพวกเรา  
ในการพัฒนาคุณภาพไปโดยประการฉะนี้

## ห้อง Meeting Room 4 วันที่ 15 มีนาคม 2549

**A24: Corporate Image Building: กลยุทธ์การสร้างภาพลักษณ์ที่ดีแก่องค์กร**

**Meeting Room 4 15/03/49: 1030-1200**

**ดร.อภิสิทธิ์ ฉัตรทนานนท์ (บริษัท Communication & More จำกัด)**

เมื่อเอ่ยชื่อบริษัท โรงแรม หรือโรงพยาบาลบางแห่งขึ้นมา ท่านนึกถึงองค์กรแห่งนั้นอย่างไร

ความรู้สึกที่มีต่อชื่อขององค์กรแต่ละแห่งย่อมแตกต่างกันออกไป ตามการรับรู้ของผู้บริโภค ซึ่งองค์กรที่ผู้บริหารใส่ใจต่อภาพลักษณ์ขององค์กร จะมีกระบวนการอย่างเป็นระบบในการสร้าง ภาพลักษณ์องค์กร (Corporate Image) เพื่อสร้างความแตกต่างในจิตใจของผู้บริโภค สร้างความแตกต่างให้เหนือคู่แข่งทั้งในด้านคุณภาพ การบริการและราคา ส่งเสริมให้องค์กรเป็นที่รู้จัก ในวงการสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาต่อสาธารณชน

ถึงเวลาแล้วหรือยังที่เราจะหันมาสนใจเรื่องภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล หรือจะปล่อยให้มภาพลักษณ์ว่า “โรงพยาบาลคือโรงพยาบาล” “โรงพยาบาลคือสถานที่ แออัด คับแคบ เต็มไปด้วยเชื้อโรค มีชั้นตอนที่ซับซ้อนล่าช้า” อยู่ต่อไป

แน่นอนว่าเราไม่ต้องการสร้างภาพลักษณ์ที่แตกต่างไปจากความเป็นจริง แต่ต้องการให้ความเป็นจริงที่ซ่อนเร้นอยู่ได้ปรากฏออกมาต่อสาธารณชน

อาจารย์อภิสิทธิ์จะมาเล่าให้เราฟังถึงประโยชน์ของการมีภาพลักษณ์ที่ดี กลยุทธ์การสร้างภาพลักษณ์ที่ดีแก่องค์กร (ได้แก่ กลยุทธ์การบริหารทรัพยากรมนุษย์ กลยุทธ์การบริหารสัญลักษณ์องค์กร และกลยุทธ์การสื่อสาร) การนำการตลาดเพื่อสังคมมาร่วมสร้างภาพลักษณ์องค์กร โดยอาศัยกรณีศึกษาต่างๆ มาเป็นสื่อในการเรียนรู้

ด้วยความคาดหวังว่าผู้เข้าประชุมจะสามารถนำแนวคิด หลักการ และวิธีการสร้าง “ภาพลักษณ์ขององค์กร” ไปประยุกต์เพื่อสร้างความศรัทธา กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลแบบก้าวกระโดด ส่งผลให้องค์กรเป็นที่ยอมรับของสาธารณชนมากขึ้น

## A34: Change Management : สิ่งที่น่าอนคือความไม่แน่นอน

Meeting Room 4 15/03/49: 1300-1430

อ.จริยา บุญยะประกฤษ (บริษัท Management Solution Thailand)

การพัฒนาคุณภาพคือการเปลี่ยนแปลง ยิ่งโลกยุคโลกาภิวัตน์ที่เปลี่ยนแปลงไม่หยุดนิ่ง ความคาดหวังของสังคมสูงขึ้น ยิ่งจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง คนส่วนใหญ่ก็อยากให้มีการเปลี่ยนแปลง แต่ส่วนน้อยที่อยากเปลี่ยนแปลงตัวเอง การต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเป็นธรรมชาติ ของเราโดยที่เราไม่รู้ตัว

ธุรกิจที่ประสบความสำเร็จ สามารถใช้ความท้าทายที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนมากระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับเป้าหมาย เพื่อบรรลุผลสัมฤทธิ์ที่ต้องการ

ไม่ว่าองค์กรไหนๆ ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงได้ การเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผน มีการบริหารจัดการ จะช่วยลดความขัดแย้งและเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างราบรื่น

มาฟังอาจารย์จริยาซึ่งมีประสบการณ์ด้านการบริหารจัดการ และการบริหารการเปลี่ยนแปลงมากกว่า 20 ปีในฐานะผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงาน ที่ปรึกษา และวิทยากร พูดถึงวิธีการแก้ปัญหาระหว่างการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า (reactive) กับการแก้ปัญหาแบบ proactive โดยใช้ model การแก้ปัญหายังมีระบบ ใช้ systems thinking ในการแก้ปัญหา ซึ่งในการแก้ปัญหานี้จะต้องให้ความสำคัญกับการสื่อสารอย่างยั่งยืน นอกเหนือจากการตอบคำถามต่างๆ เกี่ยวกับการบริหารการเปลี่ยนแปลง อาทิ

1. การเปลี่ยนแปลงจะต้องมีการบริหารจัดการด้วยหรือ แนวคิดในเรื่องนี้เป็นอย่างไรมีความสำคัญอย่างไร จัดการแล้วจะได้ประโยชน์อย่างไร
2. การนำ Change Management มาใช้ในองค์กรต่างๆ ในปัจจุบัน เป็นอย่างไรมีความสำเร็จหรือปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง
3. ถ้าจะใช้ Change Management ให้ประสบความสำเร็จ จะต้องจัดให้มีปัจจัยเอื้ออะไรบ้าง และควรหลีกเลี่ยงอะไรบ้าง
4. ถ้าจะนำ Change Management มาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาล ควรจะอย่างไร

การประยุกต์ใช้ในแต่ละระดับมีข้อพึงพิจารณาอะไรบ้าง จะจัดการอย่างไร กับปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

แนวคิดและหลักการเรื่องการพัฒนาคุณภาพเป็นเรื่องสากล สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับองค์กรที่มีลักษณะต่างๆ ได้ ในการประยุกต์นั้น บางครั้งจะเกิดเอกลักษณ์เฉพาะตัวขึ้นมาเนื่องจากสิ่งแวดล้อมขององค์กร ทำให้เกิดแนวคิดและวิธีการใหม่ๆ ขึ้นที่ต่อยอดมาจากแนวคิดพื้นฐาน

คำว่า Total Quality Management และ Continuous Quality Improvement เป็นคำที่เรามักจะได้ยินกันคุ้นหู ถ้าใครได้มีโอกาสเข้ามาที่บริษัท สแปนชั่น ประเทศไทย จำกัด ซึ่งเป็นผู้ผลิตอุปกรณ์หน่วยความจำซึ่งเราใช้อยู่ในชีวิตประจำวันโดยไม่รู้ตัว จะได้พบกับกระบวนการที่เรียกว่า TCPI<sup>2</sup> ซึ่งย่อมาจาก Total Continuous Process Improvement and Innovation ซึ่งถือว่าเป็นสมองขององค์กร เป็นเครื่องมือในการสร้างรากฐานองค์กรให้แข็งแกร่ง และอาศัยการจัดการความรู้ (KM) เป็นเครื่องมือเสริมกระบวนการพัฒนาดังกล่าวเปรียบเสมือนเป็นวิตามิน

โรงพยาบาลจำนวนมากยังใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพเป็นเครื่องประดับนอกกายยังไม่เข้าไปในเนื้อในตัว ทำให้เครื่องประดับเหล่านั้นกลายเป็นภาระ

มาพึ่ง ดร.ปรอง นำส่วนสมองมาตีแผ่เพื่อให้เห็นมุมมองที่กว้างขึ้นว่า จากแนวคิดพื้นฐานนั้น จะพัฒนาและเชื่อมโยงกันอย่างไร

TPI<sup>2</sup> ของบริษัทสแปนชั่น มีองค์ประกอบทั้งหมด 10 อย่างด้วยกัน ได้แก่ Total Employee Involvement (TEI), Total Continuous Education (TCE), Quality Control Circle (QCC), Total Statistical Process Control (TSPC), Advanced Manufacturing Technology (AMT), Benchmarking (BM), Total Productive Maintenance (TPM), Total Supplier Quality (TSQ), Just in Time Manufacturing (JIT), Error Free Performance (EFP)

จะเห็นว่าทั้งเรื่องคน งาน เทคโนโลยี และกระบวนการทางธุรกิจ จะเนียนไปด้วยกันทั้งหมดภายในแนวคิด TPI<sup>2</sup>

บางทีอาจจะมีการอยากจะทำ Hospital TPI<sup>2</sup> ให้เป็นสมองของโรงพยาบาลบ้างก็ได้

ห้อง Meeting Room 4 วันที่ 16 มีนาคม 2549

**B14: IV Complication: Unrecognized Problems in Drug Administration**

Meeting Room 4 16/03/49: 0830-1000

ภญ.มนวรรตน์ ศักดิ์พานิช (รพ.ศิริราช)

พัชรินทร์ ยศเทียม (รพ.ศิริราช)

ภญ.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์ (รพ.ศิริราช)

ท่านเป็นคนหนึ่งในที่รักษาพยาบาลที่พบปัญหาเหล่านี้ในการให้ยาทางหลอดเลือดดำ (Intravenous/IV) หรือไม่

- มีปัญหาเกิดความคลาดเคลื่อนในชนิดของยาที่ใช้ เช่น ผิดชื่อยา ผิดความเข้มข้น

- ไม่ทราบว่าคุณค่าสั่งอย่างนี้ต้องผสมยาอย่างไร

- ตั้ง infusion rate ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิด reaction ที่นึกว่าเป็นการแพ้ยา เช่น ผื่นขึ้น ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำลง ฯลฯ

- การผสมเข้ากันไม่ได้ระหว่างยากับสารละลาย หรือยากับยา เมื่อต้องให้ร่วมกันทำให้เกิดตะกอนอยู่บ่อยๆ หรือยาชนิดเดิมสารละลายเดิม บางครั้งเกิดตะกอน บางครั้งไม่เกิดตะกอน

- มีการ leak ของยาออกนอกเส้นเลือด (extravasation) มีการกักร้อน เนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ ที่ให้ยา จนดำคล้ำอักเสบบางครั้งอาจรุนแรงและยากแก่การแก้ไข

- การติดเชื้อจากกระบวนการผสมและการให้ยาโดยไม่ใช้ aseptic technique อย่างเต็มที่

ท่านเป็นคนหนึ่งที่ต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิด IV complications หรือไม่ เช่น

- ผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมีผิวหนังและเส้นเลือดที่เปราะ



■ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเรื้องรังเด้านมหรือผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองออกไปแล้ว ต้องให้ยาผ่านcannula บริเวณใกล้เคียงอาจมีอาการบวมได้

■ ผู้ป่วยที่ไม่ค่อยรู้สึกตัว หลับ ซึ่งไม่สามารถบอกได้ว่ารู้สึกเจ็บหรือ แสบร้อนบริเวณที่ได้ยาอยู่

■ ผู้ป่วยที่ได้รับยาชนิดหลายๆ ทางอาจมีการอุดตันของเส้นเลือดบางเส้นได้ ทำให้เพิ่มโอกาสเกิดปัญหาได้

■ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านระบบประสาทรับรู้หรือมีเลือดไปเลี้ยง เนื้อเยื่อน้อย เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยประสาทส่วนปลายอักเสบ (peripheral neuropathy) ผู้ป่วยที่มีปัญหาการไหลเวียนเลือดส่วนปลาย

■ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเส้นเลือดใหญ่ (superior vena cava) อุดตัน ทำให้ ความดันในหลอดเลือดสูงขึ้นซึ่งอาจเป็นเหตุให้เกิดยาซึมออกจากเส้นเลือดได้ง่าย

■ ผู้ป่วยที่ต้องให้ยาทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องกันนานๆ

■ ผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวมาก เช่น อาเจียนกระแทกหัน ลูกไปถ่ายปัสสาวะ ขณะกำลังให้ยาอยู่

■ เมื่อพบปัญหา Extravasation ไม่ทราบว่าจะแก้ไขอย่างไรดี ไม่ให้ผู้ป่วย เป็นอันตรายมากขึ้น

หากท่านเป็นคนหนึ่งที่พบปัญหาเหล่านี้ การทำความเข้าใจถึงสาเหตุของ ปัญหาและแนวทางป้องกันหรือแก้ไขโดยอาศัยการตรวจสอบด้วยตนเองอย่างง่ายๆ โดยผู้มีประสบการณ์มาแบ่งปันความรู้ อาจช่วยท่านและผู้ป่วยของท่านได้

**B24: Unrecognized Issues in Drug Safety: PKPD for Healthcare Provider**

**Meeting Room 4 16/03/49: 1030-1200**

**ภก.ผศ.ดร.ปริษา มณฑาทิกุล (คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหิดล)**

**ภญ.รศ.ดร.สุวัฒนา จุฬาวัดนทล (คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหิดล)**

**ภญ.รศ.ธิดา นิงสานนท์ (สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย)**

จำหัวไว้ก่อนสำหรับท่านที่ไม่คุ้นเคย

PK = Pharmacokinetic (เภสัชจลนศาสตร์) ศาสตร์ว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มข้นของยาในซีรัมหรือเนื้อเยื่อกับปริมาณยาและระยะห่างของการให้ยา

PD = Pharmacodynamics (เภสัชพลศาสตร์) ศาสตร์ว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างระดับยาในซีรัม และ/หรือ เนื้อเยื่อกับการออกฤทธิ์ยา

PKPD เป็นความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับ “การเดินทางของยาในร่างกายผู้ป่วย” จากจุดที่ให้ยา ไปจนถึงเนื้อเยื่อที่ยาออกฤทธิ์

ยาจะได้ผลในการรักษาโรคหรือไม่ จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือไม่ ขึ้นกับความเข้าใจใน PKPD ของยานั้นๆ ถือว่าเป็นสัจธรรมสูงสุดที่ผู้ให้จะต้องปฏิบัติตามให้สอดคล้องจึงจะได้ผล

การจะใช้ยาให้ปลอดภัยจึงต้องเข้าใจสัจธรรม PKPD

ความไม่เหมาะสมในกระบวนการใช้ยาคือเป็นผลมาจากความไม่เข้าใจในสัจธรรม PKPD ซึ่งจะนำมาสู่การรักษาที่ไม่ได้ผลหรือเกิดอันตรายจากการใช้ยาได้แก่

- การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ยา/รูปแบบยาที่ไม่เหมาะสม
- การกำหนดวิธีของการให้ยาที่ไม่ถูกต้อง
- การกำหนดขนาดยาสูงหรือต่ำเกินไป
- การกำหนดวิธีให้ยาไม่ถูกต้อง
- การขาดความรู้ถึงอันตรายหรือผลเสียที่จะเกิดขึ้น หากผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามเวลาที่ควรจะเป็น
- การรับประทานยาร่วมกับอาหารหรือยาอื่น ๆ

- รวมถึงการขาดความเข้าใจในการติดตามประสิทธิผลของยาในการรักษา เช่น การติดตามวัดระดับยาในเลือดในเวลาที่เหมาะสม
  - การกำหนดขนาดยาในผู้ป่วยพิเศษ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคไต เป็นต้น
- สรุปแบบพื้นฐานว่า บุคลากรสาธารณสุขต้องมีความรู้พื้นฐานของการออกฤทธิ์ของยา คือ PKPD จึงจะสร้างหลักประกันเรื่องความปลอดภัยในการใช้ยาได้อย่างมั่นใจ

คนที่รู้เรื่องเหล่านี้ดีที่สุด ในโรงพยาบาลคือเภสัชกร

คนที่รู้เรื่องเหล่านี้ น้อยที่สุดในโรงพยาบาล คือแพทย์และพยาบาลที่เป็นผู้สั่ง และเป็นผู้ให้ยาแก่ผู้ป่วย

ถึงเวลาที่คนสามกลุ่มนี้จะคุยสังสรรค์ PKPD กันให้มากขึ้นหรือยัง ?

**B34: ADR Monitoring: A Multidisciplinary Approach to the Best Clinical Practice**  
**การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยสหสาขาวิชาชีพ**  
**เพื่อประโยชน์สูงสุดทางคลินิก**

Meeting Room 4 16/03/49: 1300-1430

รศ.พญ.ทรงขวัญ ศิลารักษ์ (คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น)

เรวดี ศิรินคร (พรพ.)

ภญ.จันทิมา โยธาพิทักษ์ (รพ.สุราษฎร์ธานี)

ระบบของโรงพยาบาลเรายังเป็นอย่างไรหรือไม่ : ไม่ว่าใครที่เห็นคนไข้มีอาการแพ้ยา ก็จะมีบันทึกลงเวชระเบียนและออกบัตรแพ้ยาให้แก่ผู้ป่วย เพื่อว่าจะได้ป้องกันไม่ให้เกิดอาการแพ้ยาซ้ำ อันถือว่าเป็นเรื่องคอขาดบาดตายสำหรับโรงพยาบาล

ถ้าเป็นเช่นนั้น ขอแนะนำให้ท่านรีบเข้ามาฟังใน session นี้

ถึงแม้ไม่เป็นเช่นนั้น หากอยากรู้ว่าวิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุด เมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยจะแพ้ยา คืออะไร ก็ควรเข้ามาฟัง session นี้

การแพทย์เป็นเหมือนปัญหาที่ถูกกลบถูกชุกมานาน ตั้งแต่เกิดกรณี คุณดอกรัก ดูเหมือนความตื่นตัวเรื่องนี้จะสูงขึ้น แต่ตื่นตัวอย่างเดียวไม่พอ ต้องทำให้ ถูกต้องตามหลักวิชาด้วย

จะรู้ว่ามิผู้ป่วยแพทย์หรือไม่ ก็ต้องมีระบบเฝ้าระวัง (ADR Monitoring)

ระบบเฝ้าระวังที่ดี ควรมีการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ เพราะ เมื่อแต่ละวิชาชีพ ยิ่งเก่งมากขึ้นเท่าไร จะเกิดอาการทำนอง “ฉลาดลึก โง่กว้าง” มากขึ้น จำเป็นต้องขอรับความช่วยเหลือจากวิชาชีพอื่น เพื่อให้ฉลาดทั้งลึกและกว้าง

เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทุกวิชาชีพควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ ADR อย่างชัดเจน ได้แก่ ความหมายของคำว่า ADR, APR, แพ้ยา, อาการข้างเคียงจากการใช้ยา, ADR ที่ป้องกันได้ รวมทั้งความสำคัญของการ ประเมิน ADR

คณะวิทยากร (ซึ่งเป็นสหสาขาวิชาชีพ) จะนำตัวอย่างของ ADR ที่น่าสนใจ มาเล่าสู่กันฟัง อภิปรายกันถึงข้อมูลที่จำเป็นในการประเมิน การเลือกใช้ algorithm ในการประเมิน การนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ทางคลินิกแนวทางการออกบัตร แพ้ยาให้แก่ผู้ป่วย

นอกจากนั้นจะได้พูดคุยถึงเรื่องบทบาทของสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทั้งแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร สถานการณ์การทำงาน ADRM ในโรงพยาบาล ในประเทศไทย จากประสบการณ์ของผู้เยี่ยมสำรวจปัญหาที่พบและแนวทาง ในการพัฒนา และยังเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เมื่อองค์กรต้องเผชิญ ปัญหาจากการที่ผู้ป่วยเกิด ADR

ถึงท่านจะถูกโรงพยาบาลส่งเป็นตัวแทนเข้ามาฟังในห้องนี้แต่เพียงผู้เดียว แต่สัญญาว่าจะว่า เมื่อท่านกลับไปถึงโรงพยาบาล ท่านจะปลูกให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ขึ้นมาแก้ปัญหาในเรื่องนี้

**B44: Indicator for Drug System Management :**

**New Dimension for Quality Improvement**

**Meeting Room 4 16/03/49: 0830-1000**

**ภก.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์ (รพ. ศิริราช)**

**ภญ.จันทิมา โยธาพิทักษ์ (รพ.สุราษฎร์ธานี)**

**ภก.ดร.มังกร ประพันธ์วัฒน์ (คณะเภสัชศาสตร์ ม.นเรศวร)**

การวัดผลคือการส่งกระจกเงาตัวเอง การเห็นตัวเองทำให้เกิดการปรับปรุง พอพูดถึงระบบยาแล้วถามว่าเราวัดอะไรกันบ้าง คำตอบที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ก็คือ อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา

แค่ความคลาดเคลื่อนทางยาตัวเดียว ก็มีปัญหารายการพัสดุที่โรงพยาบาล เก็บมานี้เชื่อถือได้หรือไม่ ครอบคลุมครบถ้วนหรือไม่ มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างไร ข้อมูลนี้สามารถเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นได้หรือไม่ การวิเคราะห์ข้อมูลมีความเหมาะสมหรือไม่ การวิเคราะห์ทำให้เห็นแนวโน้มหรือแบบแผนอะไรหรือไม่ มีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาอย่างไร

ถามว่านอกเหนือจากความคลาดเคลื่อนทางยาแล้ว มีการวัดที่จำเป็นสำหรับการจัดการ ระบบยาอะไรอีกบ้าง โรงพยาบาลมีการกำหนดอย่างชัดเจน หรือไม่ ว่าเป้าหมายของระบบยาของตน นั่นคืออะไร จะวัดความสำเร็จหรือความก้าวหน้าของการพัฒนาได้อย่างไร มีการนำมิติของคุณภาพ แง่มุมต่างๆ มากำหนดเป้าหมาย และตัวบ่งชี้คุณภาพอย่างไร อาทิ ความปลอดภัย ความเหมาะสม ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความทันเวลา ความเป็นองค์รวม ความต่อเนื่อง

บทบาทและความสำคัญของการวัดคุณภาพ กำลังเป็นเรื่องที่มีความสำคัญเพิ่มขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน ผู้บริโภค ผู้ปฏิบัติงาน หรือแม้แต่องค์กรเองมีความต้องการรับรู้ สามารถเข้าถึงและต้องการความโปร่งใสสำหรับการให้บริการ สุขภาพเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ ตัวบ่งชี้คุณภาพ และกระบวนการวัดที่นำไปสู่การประเมินผล การติดตาม มีความสำคัญและเป็นส่วนประกอบหลักในการวางแผนการจัดการ และกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ตัวบ่งชี้คุณภาพนำไปสู่การออกแบบระบบเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล ในลักษณะที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งองค์กรหรือหน่วยงานสามารถใช้ในการเปรียบเทียบ ข้ามผ่านช่วงเวลา ความผันแปรแนวโน้มหรือแบบแผนที่เปลี่ยนแปลงนำไปสู่การ ปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง



## ห้อง Meeting Room 4 วันที่ 17 มีนาคม 2549

C14: ศิลปะการนำสู่ความสำเร็จ

Meeting Room 4 17/03/49: 0830-1000

นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล (ผอ.รพ.บ้านเหลื่อม จ.นครราชสีมา)

นพ.เดชา แซ่หลี (ผอ.รพ.กะพ้อ จ.ปัตตานี)

นพ.สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์ (ผอ.รพ.เสาไห้ จ.สระบุรี)

ดวงสมร บุญผดุง (พรพ.) ผู้ดำเนินการอภิปราย

เชื่อกันว่าการเป็นผู้หน้านั้นไม่สามารถเป็นได้เองตั้งแต่เกิด หรือ born to be แต่เราสามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้และประสบการณ์ที่ฝังรากลึก สำหรับในโรงพยาบาล การทำหน้าที่เป็นแพทย์นั้น นับว่าเป็นความลำบากยิ่งแต่การที่แพทย์ต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำด้วยและสามารถนำองค์กรสู่เป้าหมายด้วยความสำเร็จที่งดงามนั้น เป็นสิ่งที่น่าชื่นชมและน่าเรียนรู้ว่าเขาทำกันได้อย่างไร

ในห้องนี้ท่านจะได้พบกับนายแพทย์หนุ่มสามคน ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในพื้นที่ ที่มีความแตกต่างกันไม่ว่าในลักษณะ พื้นที่ ผู้ป่วย ชุมชน ความเชื่อวัฒนธรรม ความยากลำบาก ในการให้การดูแลผู้ป่วยท่ามกลางกระแสแห่งการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ และแน่นอนท่ามกลางการขาดแคลนทรัพยากรที่จำเป็นไม่ว่า คน เงิน หรือเครื่องมือต่างๆ เจกเช่นเดียวกับโรงพยาบาลแห่งอื่นทั่วประเทศ แต่ทั้งสามท่านนี้ มีความดีนรน หรือต่อสู้เพื่อเป้าหมายขององค์กรได้อย่างไร เราจะมาติดตามและท่านอาจจะมีความรู้สึกว่าการเป็นผู้นำไปสู่ความสำเร็จนั้น ท่านก็สามารถทำได้เพียงแค่เปลี่ยนวิธีคิดเท่านั้น

คุณหมอนิวัฒน์ชัย เป็นผู้ที่ขับเคลื่อนการพัฒนาด้วยการสร้างบรรยากาศที่ดีมีน้ำใจแก่ทีมงาน ทำให้ทีมงานมีความสุขในการพัฒนาสามารถเข้ากับชุมชนได้ดี และนำชุมชนมาร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ อาทิ สามประสานเพื่ออำเภอปลอดเลือด แข็งแรง

คุณหมอเดชา ทำงานอยู่ในดินแดนที่เสี่ยงอันตราย แต่ก็ไม่หยุดยั้งในการพัฒนาคุณภาพ ทำให้โรงพยาบาลมีผลงานในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการเรียนรู้จากชุมชนและใช้ข้อมูลที่เรียนรู้ให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง นำ อสม. เข้ามาเป็นทีมงานหลักของโรงพยาบาลตัวอย่าง การพัฒนาของโรงพยาบาลได้เหนียวแน่นให้เกิดความตื่นตัวขึ้นทั้งจังหวัดด้วยการสนับสนุนอย่างเข้มแข็งของท่าน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

คุณหมอสุวัฒน์ ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลศูนย์มาก ๆ มีประชากรในพื้นที่และรายได้จากหัวประชากรนิดเดียว แต่สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการ สร้างความร่วมมือกับชุมชนให้เข้ามาสนับสนุนโรงพยาบาล กระตือรือร้นในการที่จะนำแนวคิดและเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพต่างๆ ที่เรียนรู้จากการเข้าร่วมเครือข่ายโรงพยาบาล HA/HPH ไปสู่การปฏิบัติจนเห็นผล

ทุกครั้งที่ได้พบ ได้คุยกับท่านเหล่านี้ จะมีความสุข มีความหวัง เกิดพลังใจที่จะฝ่าฟันอุปสรรค

**C24: การนำสู่องค์กรที่ยั่งยืน**

**Meeting Room 4 17/03/49: 1030-1200**

**ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา (ผอ.รพ.ศิริราช)**

**นพ.เทียม อังสาชน (ผอ.รพ.สระบุรี)**

**Mr. George V. Larson II (ผอ.รพ.มิชซัน)**

**ผศ.นพ.สุธรรม บินเจริญ (คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์)**

**ผู้ดำเนินการอภิปราย**

การบริหารองค์กรขนาดใหญ่ที่มีความซับซ้อน เป็นสิ่งที่ต้องอาศัยทั้งประสบการณ์ และหลักการบริหารที่ดี การนำสู่ความเป็นองค์กรที่ยั่งยืน จะต้องอาศัยผู้นำที่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงได้อย่างต่อเนื่อง session นี้เป็นการนำสุดยอดของผู้นำโรงพยาบาลในภาคส่วนต่างๆ มานำเสนอประสบการณ์ของท่าน สิ่งที่ท่านคิด สิ่งที่ท่านทำ สิ่งที่ท่านคาดหวัง สิ่งที่ท่านอยากให้ผู้อื่นได้รับรู้ สิ่งทีทีมงานของโรงพยาบาล ควรจะรับรู้ว่าคุณำต้องเผชิญกับภาวะอะไร



อาจารย์ประสิทธิ์ ต้องบริหารโรงพยาบาลที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย มีภารกิจ ทั้งบริการ การเรียนการสอนและบริการ มีบุคลากรมหาศาล ท่านมีวิธีการอย่างไร ที่จะนำองค์กรไปสู่ความเป็นเลิศในทุกๆ ด้าน สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบ บริหารขององค์กรอย่างไร

George V. Larson II มารับตำแหน่ง ผอ.รพ.มิชชั่นได้ไม่นาน แต่สามารถ สร้างการยอมรับให้เกิดขึ้นและสร้างการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อย่างมากมาย ท่านทำได้ อย่างไร

คุณหมอเทียม บริหารโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นพี่เลี้ยงให้น้องๆ ภายในจังหวัด เป็นแกนหลักของชมรมโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ท่านจัดการอย่างไร ภายใต้ข้อจำกัดรอบตัว จึงจะสามารถสร้าง สิ่งแวดล้อมและจูงใจให้เกิดความตื่นตัวในการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง

ถ้าเรารู้ความมุ่งมั่นและปัญหาที่ผู้นำทั้งหลายต้องเผชิญอยู่ เราจะเข้าใจและ เห็นใจผู้นำของเรามากขึ้น

## ห้อง Meeting Room 7 วันที่ 15-17 มีนาคม 2549

A37-C27: Share & Assist ค้นหาและสร้างความไม่ธรรมดา จากการรับฟัง  
Meeting Room 7 15/03/49:1300 - 17/03/49:1200

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำเสนอประสบการณ์การทำงานในมุมมองที่หลากหลาย อันจะเป็นการจุดประกายให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุม
2. เพื่อขอความคิดเห็นจากผู้มีประสบการณ์ ในบางประเด็นที่ยังติดขัด หรือยังไม่ได้ผลตามที่ต้องการ

### แนวทางการนำเสนอ

1. ในช่วงเวลา 90 นาที จะมีเนื้อหาแนะนำเสนอ 5 เรื่อง แบ่งเป็นเรื่องละ 18 นาที ซึ่งควรจะเป็นการนำเสนอ 10 นาที และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในลักษณะของ interactive ระหว่าง ผู้เข้าประชุมด้วยกัน 8 นาที พรพ. มุ่งหวังให้เกิดการเรียนรู้ในช่วงของการแลกเปลี่ยนนี้เป็นอย่างมาก

2. การนำเสนอ ผู้นำเสนอจะเข้าสู่ประเด็นสำคัญโดยเร็วที่สุด โดยมีแนวทางในการนำเสนอประเด็นตามลำดับดังนี้

- ที่มาของการพัฒนาในเรื่องนี้ เช่น สถานการณ์ ปัญหาความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง
- เป้าหมายของการพัฒนาอย่างกระชับ
- การวัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา (นำเสนอผลลัพธ์ก่อนวิธีการ เพื่อให้ผู้ฟังสามารถเชื่อมโยงเรื่องที่จะเล่าตามมาภายหลังกับผลลัพธ์ได้ชัดเจนขึ้น)
- แนวคิดและวิธีการทำงานโดยสรุป แผนภูมิสรุปแนวคิด และกิจกรรมต่างๆ ในภาพเดียว
- ข้อคิด บทเรียน จากการทำงาน (take home message) ที่จำเป็นต้องได้มีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม
- ประเด็นคำถามที่ต้องการความช่วยเหลือ

3. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในช่วงเวลา 8 นาทีหลัง ไม่ได้มุ่งหวังให้ผู้นำเสนอ ตอบคำถามของผู้เข้าร่วมประชุม แต่มุ่งให้ผู้นำเสนอตั้งคำถามต่อที่ประชุมและให้ผู้เข้าร่วมประชุม แสดงความคิดเห็นที่หลากหลายเพื่อกระตุ้นความคิดของกลุ่มไปข้างหน้า

- คำถามของจากผู้เข้าประชุม อาจจะถูกโยนคำถามกลับ หลังจากให้ผู้นำเสนอสรุปแนวคิดของตนอย่างสั้นๆ ที่สุด
- ผู้นำเสนออาจจะเป็นผู้ตั้งประเด็นคำถามต่อผู้เข้าประชุมเอง ในประเด็นปัญหา ที่ผู้เสนอยังแก้ไม่ได้ หรืออาจจะเป็นผู้ถามเพื่อการวางแผนทำงานต่อไปในอนาคตว่าถ้าจะทำอย่างนั้น อย่างนี้ จะดีหรือไม่ จะมีปัญหาอะไร ควรจะมีเทคนิคอย่างไร (นี่คือส่วนของการ assist)
- ถ้าเป็นไปได้ ควรชักชวนให้รวมตัวกันเป็นเครือข่ายผู้สนใจทำในเรื่องเดียวกันและแสวงหาวิธีการจัดการให้เกิดเครือข่ายขึ้น

4. เมื่อสิ้นสุดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทุกฝ่ายควรสรุปประเด็นที่เป็น take home message กลับไปใช้ประโยชน์ และถ้าต้องการเพื่อเผยแพร่ประโยชน์ให้ผู้อื่น ด้วยก็สามารถส่งให้ฝ่ายเลขานุการในห้องประชุมเพื่อรวบรวมเผยแพร่ต่อไป

## ห้อง Meeting Room 8 วันที่ 15-17 มีนาคม 2549

A38-C28: Share & Capture แลกเปลี่ยนศิลปะการทำงานคุณภาพ

Meeting Room 8 15/03/49:1300 - 17/03/49:1200

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานคุณภาพในเรื่องเดียวกัน ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากกันและกัน ในส่วนที่เป็นศิลปะการประยุกต์ใช้ความรู้ และแนวคิดต่างๆ ที่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง และเก็บรวบรวมความรู้เหล่านี้ เพื่อเผยแพร่ในวงกว้างต่อไป

### แนวทางและรูปแบบการแลกเปลี่ยน

1. หัวข้อที่กำหนดให้เป็นตุ๊กตาสำหรับการแลกเปลี่ยนศิลปะการทำงาน มาจากความสนใจของโรงพยาบาลซึ่งได้มีการนำเสนอเนื้อหาเหล่านี้ในการประชุมคัดเลือกระดับภูมิภาคมาแล้ว

2. ประเด็นที่จะเป็นบทเรียนสำคัญเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คือ ประเด็นที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

- 1) วิธีการที่ริเริ่มทำขึ้นใหม่ หรือแตกต่างจากที่อื่นๆ
- 2) วิธีการที่นำไปสู่บทเรียนบางอย่างที่น่าสนใจ
- 3) วิธีการที่ทำให้ผลงานอยู่ในระดับที่น่าชื่นชมยกย่อง
- 4) มุมมองหรือแนวคิดในการทำงานที่แตกต่างไปจากปกติ
- 5) ได้ค้นพบวิธีการแก้ปัญหาหรือศิลปะการทำงานที่ได้ผลดี

3. ขอเชิญชวนผู้ร่วมประชุม National Forum ที่สนใจหรือมีประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ เข้าร่วมเสวนาใน session ที่ท่านสนใจ

4. ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จะไม่เน้นการนำเสนอแบบเป็นทางการ แต่จะเน้นการบอกเล่า เรื่องราวเพื่อใช้เรื่องเล่าเป็นตัวเร้าพลังให้แก่ผู้ฟัง บอกเล่าที่มาที่ไป วิธีคิด ทางเลือก ปัญหาอุปสรรค ดีความ สรุบบทเรียน ประยุกต์ประสบการณ์ของตัวเองกับเรื่องราวของคนอื่น โดยจะให้มีการเสวนาแลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างผู้นำเสนอด้วยกัน และผู้นำเสนอกับผู้ฟัง ตลอดช่วงของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

5. ข้อมูลที่สมบูรณ์ของผู้นำเสนอ (หากมี) จะสามารถ download ได้จาก web site ของ พรพ.หลังการประชุม

6. พรพ.จะจัดให้มี "คุณลิขิต" ทำหน้าที่จดบันทึกและสรุปบทสรุป ความรู้ที่เกิดขึ้นระหว่างการเสวนา และนำไปเผยแพร่ในวงกว้างต่อไป

## ห้อง Meeting Room 9 วันที่ 15 มีนาคม 2549

A39: Nursing diagnosis : Success factor to improve nursing quality care

Meeting Room 9 15/03/49: 1300-1430

อัญชิสา มีทิม (รพ.บำรุงราษฎร์)

อุษา เกานิบล (รพ.บางปะอิน)

สมพร ยาภา (รพ. ศิริราช)

ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ (รพ.ศิริราช)

พยาบาลทุกคนผ่านการเรียนเรื่องวิธีการวินิจฉัยทางการพยาบาล แต่ถึงเวลาปฏิบัติจริง ยังมีปัญหาอยู่ในโรงพยาบาลจำนวนมากว่าจะใช้การวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้เป็นประโยชน์ ได้อย่างไร

ถ้าพยาบาลสามารถวินิจฉัยได้ถูกต้อง จะนำมาสู่การแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ถูกต้อง ต้องได้มาจากการประเมิน และการวิเคราะห์ปัญหา ทุกวันนี้เราวิเคราะห์ที่ไม่เป็นทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างที่เราจะเป็น เช่น ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวด ถ้าเรารู้สาเหตุของการเจ็บปวดนั้น ว่าเกิดจากอะไรเราจะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าเราไม่วิเคราะห์ ไม่รู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องสิ่งที่ทำได้คือเพียงให้ยาแก้ปวด

มาแลกเปลี่ยนกันว่าเราจะนำหลักการที่วิชาชีพได้เรียนรู้อยู่แล้ว มาสู่การปฏิบัติได้อย่างไร วิชาชีพพยาบาลมีความลึกซึ้งในการให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่มีการจำแนกออกเป็น actual หรือปัญหาที่มีข้อมูลสนับสนุนชัดเจน risk หรือปัญหาที่มีข้อมูลบอกว่ามีโอกาสจะเกิด รวมทั้ง possible ที่ไม่มีทั้งอาการและข้อมูลสนับสนุน แต่จากประสบการณ์เราพบว่าอาจจะเกิด crisis ได้ในภายหลัง

มาช่วยกันทำให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นเรื่องน่าสนุก ไม่ใช่สิ่งที่น่าเบื่อหน่ายบนกระดาษ ไม่ใช่สิ่งที่เขียนไปโดยไม่รู้ว่าจะให้คุณค่าอะไร แต่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการพยาบาลที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วยของเรา

**A49: บทบาทของพยาบาลในการบริหารยา**

**Meeting Room 9 15/03/49: 1500-1630**

**ละอิตร์ จิมกลาง (รพ.บ้านเทิ้ม)**

**ศิริพรรณ ชาณสุกิจเมธี (รพ.ศิริราช)**

**เพ็ญภา ครอบดิรัมย์ (รพ.เซนต์หลุยส์)**

**เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (รพ. เซนต์หลุยส์)**

จากประสบการณ์การใช้เทคนิค FMEA (RCA) การวางระบบยา การจัดการที่เรียบง่าย นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง การป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา, การจัดการเมื่อเกิด ADR, การค้นหา ADR เชิงรุก การวิเคราะห์ปัญหาการเกิด drug interaction การทบทวนการใช้ยา (Drug Use Evaluation) และการเพิ่มประสิทธิภาพในการกระจายยา รวมทั้งการพัฒนาและประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการบริหารยา ระบบประกันคุณภาพการบริหารยาในคลินิก

ตัวอย่าง การใช้กระบวนการพยาบาลในการบริหารยา และการบันทึกที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการกำหนด high alert drug ร่วมกันกับสหสาขา, การทบทวนการใช้ atiseptic ในโรงพยาบาล เป็นต้น

การพัฒนาระบบเหล่านี้ ท่านจะได้รับฟังประสบการณ์ตรงจากโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชนที่หลากหลาย ท่านสามารถร่วมอภิปรายประเด็น เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำประสบการณ์ที่แตกต่างไปสู่การปฏิบัติได้

## ห้อง Meeting Room 9 วันที่ 16 มีนาคม 2549

B19: ตามรอยผู้ป่วยศัลยกรรม

Meeting Room 9 16/03/49: 0830-1000

สุนณา ศรีสุวรรณานุกร (รพ.มหาราชนครราชสีมา)

พ.ต.อ.สมชัย วุฒิณรงค์ตระกูล (รพ.ตำรวจ)

พ.ต.อ.ชาติรี ศานติวิชัย (รพ.ตำรวจ)

พญ.ยุวรีย์ วนาวณิชย์กุล (รพ.จุฬาลงกรณ์)

การตามรอยแต่ละเรื่องล้วนให้บทเรียนแก่ผู้คนที่แตกต่างกัน

**คุณสุนณา** จะมาเล่าให้ฟังถึงการตามรอย “**ระบบฝ้าระวังภาวะ Compartment Syndrome**” ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2545 ทำให้สามารถวินิจฉัยและให้การรักษาได้แต่เนิ่นๆ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีการปรับปรุงแนวทางฝ้าระวังให้มีความชัดเจน ง่ายต่อการสังเกตและบันทึก ลดความยุ่งยากและสับสนในการฝ้าระวัง

**คุณหมอสมาชัย** จะมาเล่าให้ฟังถึงการตามรอย “**การติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระดูก**” แม้ว่าจะพบจำนวนน้อยนิด แต่ก็นำมาสู่การมองปัญหาทั้งระบบ เชิญทุกหน่วยที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมกัน เป็นการตามดูตั้งแต่ก้าวแรกที่ผู้ป่วยมาที่ OPD ตาที่ห่อผู้ป่วย ที่ห้องผ่าตัด และกลับไปบ้าน จากการเพ่งวิเคราะห์ทำให้เห็นความสัมพันธ์ว่าในช่วงก่อนผ่าตัด ตัวผู้ป่วยจะมีความสำคัญสูง และในช่วงระหว่างผ่าตัด เครื่องมือจะมีความสำคัญสูง นำไปสู่การวางมาตรการป้องกันที่เหมาะสม เช่น การกำจัดการติดเชื้อในตำแหน่งต่างๆ ก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเบาหวาน ความเข้มงวดในการใช้ห้องผ่าตัดอย่างถูกต้อง การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของห้องผ่าตัด การทำ eye care set ให้ผู้ป่วย จะเห็นว่าถ้ากักตุนในการตามรอย จะนำไปสู่การปรับปรุงต่างๆ มากมาย เป็นการปรับปรุงที่มีแรงขับเคลื่อนและเป้าหมายที่ชัดเจน

**คุณหมอชาติรี** จะมาเล่าให้ฟังถึงการตามรอย “**โรคหูน้ำหนวกเรื้อรัง**” ซึ่งปัญหาที่พบหลังผ่าตัด mastoidectomy ได้แก่ graft failure, facial nerve palsy,

misplacing graft, infections/hematoma มีการตามไปดูในองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การผ่าตัด เช่น วิธีการผ่าตัด ขั้นตอนความร่วมมือของผู้ป่วย อุปกรณ์ นำมาสู่การปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ให้ทันสมัยขึ้น การดูแลโรคร่วมก่อนผ่าตัด การดูแลระหว่างและหลังผ่าตัด การดูแลต่อเนื่องหลัง กลับบ้าน และคำแนะนำในการดูแลตนเอง นอกจากนี้การทบทวนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงก็ทำให้เกิดบทเรียนที่ดี

**B29: ตามรอยเครื่องมือปราศจากเชื้อ**

**Meeting Room 9 16/03/49: 1030-1200**

**รศ.อะเค็๋ อุดมทะเลกะ (คณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่)**

**พ.ต.ท.วิสิทธิ์ เพ็ญโกโดย (รพ.ตำรวจ)**

**มลิวัดย์ กริติตุตันนท์ (บริษัท 3M)**

การใช้เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อเป็นหลักประกันของการป้องกันการติดเชื้อจากการใช้อุปกรณ์เหล่านั้น สิ่งที่กำลังจะเป็นปัญหามากขึ้นเรื่อยๆ คือความพยายามที่จะลดค่าใช้จ่ายของวัสดุปราศจากเชื้อด้วยการนำวัสดุต่างๆ กลับมาใช้ใหม่ แม้ว่าบางครั้งวัสดุดังกล่าวจะได้รับการออกแบบให้ใช้เพียงครั้งเดียว เมื่อไรจะใช้ได้ เมื่อไรจะใช้ไม่ได้ ถ้าใช้จะใช้ได้ก็ครั้ง จะต้องทำความสะอาดอย่างไร ทำให้ปราศจากเชื้ออย่างไร จึงจะเกิดความปลอดภัย

เชิญมาร่วมแลกเปลี่ยนบทเรียนและประสบการณ์กับผู้ทรงคุณวุฒิ  
ทั้งสามท่าน



**B39: Human Factor Engineering**

**Meeting Room 9 16/03/49: 1300-1430**

**น.อ.หญิง อิศรญา สุขเจริญ (รพ.ภูมิพลอดุลยเดช)**

**น.ท.จิรัชย์ หุดม่อง (รพ.ภูมิพลอดุลยเดช)**

**น.อ.หญิงนาวาดี อัมพุลทรัพย์ (รพ.ภูมิพลอดุลยเดช)**

ฟังชื่อนี้แล้วหลายท่านอาจจะแปลกใจว่า วิศวกรรมจะมาเกี่ยวข้องกับ  
โรงพยาบาลในแง่หมอไหน

เราสามารถมองได้สองระดับ คือเกี่ยวข้องกับโดยตรงในการออกแบบเครื่องมือ  
ที่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกี่ยวข้องโดยอ้อม คือการนำแนวคิดนี้  
มาใช้ในการออกแบบระบบงานทุกอย่าง

Human Factor Engineering เป็นศาสตร์ว่าด้วยการศึกษาความสัมพันธ์  
ระหว่างมนุษย์กับโลกรอบตัว นำไปสู่การออกแบบเครื่องมือ อุปกรณ์ และระบบงาน  
ที่มนุษย์สามารถทำงานได้ง่าย ไม่ผิดพลาด เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน

ระบบในที่ครอบคลุมแบบครบวงจร ทุกอย่างที่เราใช้ทำงานถือว่าเป็น  
ระบบทั้งสิ้น ถือว่าสามารถออกแบบให้ดีได้ทั้งสิ้น

การมุ่งเน้นที่การออกแบบระบบ คือความเข้าใจสุดยอดในเรื่องการป้องกัน  
ความเสี่ยง โดยไม่กล่าวโทษตัวบุคคล เพราะความผิดพลาดต่าง ๆ สามารถเชื่อมโยง  
มาที่การออกแบบได้เป็นส่วนใหญ่

ทีมงานของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชได้ทดลองนำแนวคิดนี้ไปทดสอบ  
ว่าจะเห็นโอกาสในการออกแบบระบบงานใหม่ๆ อย่างไรบ้าง และจะนำมา  
เล่าสู่กันฟัง

B49: มะเร็งปากมดลูก

Meeting Room 9 16/03/49: 1500-1630

ผศ.พญ.อัมใจ ชิตาพนารักษ์ (คณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่)

สุนันtha บุญยก (รพ.พุทธชินราช)

รศ.นพ.รณชัย อธิสุข (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล) ผู้ดำเนินการอภิปราย

อาจารย์อัมใจ จะนำเสนอ “โครงการการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกแบบครบวงจร” ซึ่งเกิดจากการผสมผสานการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ เกิดนวัตกรรมใหม่ และพัฒนาจนสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีอัตราการเกิดโรคนี้อันสูงที่สุด ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข

กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งในอดีตจะต้องคาสายสวนปัสสาวะผ่านทางกระเพาะปัสสาวะและหน้าท้อง ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายแก่ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทีมฝ่ายแพทย์จึงได้คาสายสวนปัสสาวะผ่านท่อปัสสาวะตามปกติไว้เพียง 7 วัน หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกการสวนปัสสาวะด้วยตนเอง ทีมมีนวัตกรรมใหม่ในการสร้างอุปกรณ์การสวนปัสสาวะด้วยตนเอง

กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่จะได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด ผู้ป่วยจะได้รับการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองระหว่างฉายรังสีและให้ยาเคมีบำบัด แนะนำป้องกันให้ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงระยะยาวจากการฉายรังสีให้น้อยที่สุด สำหรับภาวะช่องคลอดตีบตัน ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย/จิตใจและสุขภาพทางเพศของผู้ป่วย ทีมได้ปรับปรุงวิธีการฉายรังสี และมีนวัตกรรมใหม่ในการสร้างอุปกรณ์ถ่างขยายช่องคลอด และให้คำปรึกษาแก่คู่สมรสของผู้ป่วยในเรื่องเพศสัมพันธ์หลังการรักษา

## ห้อง Meeting Room 9 วันที่ 17 มีนาคม 2549

### **C19: Breaking Bad News (Adverse Event)**

**Meeting Room 9 17/03/49: 0830-1000**

**นพ.วีระชัย จันทร์ดียิ่ง (รพ.สมุทรปราการ)**

**นพ.สนิท อาชีพสมุทร (รพ.ประจวบคีรีขันธ์)**

**พ.อ.ดุสิต สถาวร (รพ.พระมงกุฎเกล้า)**

เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น ท่านจะสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติอย่างไร จึงจะไม่เกิดปัญหารับฟังแนวคิดพื้นฐานในการสื่อสาร และตัวอย่างกรณีที่เกิดขึ้นว่า ผู้เกี่ยวข้องมีปฏิกริยาอย่างไร ทางโรงพยาบาลดำเนินการอย่างไรเพื่อให้เกิดความคลี่คลาย

### **C29: การฟื้นฟูความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสาธารณสุข :**

**การป้องกันแก้ไขปัญหาการฟ้องร้อง**

**Meeting Room 9 17/03/49: 1030-1200**

**นพ.บรรพต ตันธีรวงศ์ (ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข)**

**หมกาวดี สุพรรณจิตwana (ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข)**

ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ เดิมเป็นความนับถือ ไว้วางใจที่เกี่ยวข้องกับสถานะบุคคล เป็นความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ กฎหมายใหม่ที่ออกมา เปลี่ยนความสัมพันธ์จากความเป็นหมอกับคนไข้ เป็นผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงกฎหมายหรือพันธะสัญญา เมื่อผู้รับบริการเกิดความไม่พอใจ จากบริการก็เกิดการเรียกร้องในเชิงกฎหมาย

การจัดการกับความขัดแย้งระหว่างหมอกับคนไข้ ต้องเข้าใจ ต้องอยู่ด้วยกัน และต้องจัดการ

การจัดการคือการใช้วิธีไกล่เกลี่ย ซึ่งอาจจะทำได้โดย 1) conciliation  
ด้วยอารมณ์ สมนานรอยราว ผูกไมตรี 2) negotiation ไกล่เกลี่ยกันเอง 3) mediation  
ไกล่เกลี่ยโดยคนกลาง

การต่อสู้คดีต้องมีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งชนะหรือแพ้ แต่คู่ความสามารถชนะได้ทั้งคู่  
ด้วยวิธีการไกล่เกลี่ยกรณีพิพาท การไกล่เกลี่ยเป็นการให้ความยุติธรรมระดับ first  
class ข้อตกลงการไกล่เกลี่ยที่แย่งที่สุดยังดีกว่าคำพิพากษาที่ดีที่สุด



## ห้อง Meeting Room 10 วันที่ 15 มีนาคม 2549

**A3X : แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางก้าวสู่มาตรฐานงานบริการกายภาพบำบัด**

**Meeting Room 10 15/03/49: 1300-1430**

**น.พ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ (รพ.ภูกระดึง จ.เลย)**

**คมลันต์ ประยูรศิริศักดิ์ (รพ. บำรุงราษฎร์)**

**ประภาส โพธิ์ทองสุนันท์ (คณะเทคนิคการแพทย์ ม.เชียงใหม่)**

เมื่อการรักษามาถึงจุดที่การรักษาพยาบาลต้องผสมผสานวิธีการอื่นๆ กายภาพบำบัด คือทางเลือกหนึ่งที่สำคัญสำหรับหลายโรค

คุณหมอเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย จะนำเสนอระบบบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสู่ชุมชน โดยมีเนื้อหาครอบคลุมถึงแนวคิด วิธีการ การวางแผน การดำเนินการ และผลลัพธ์ของการบริการ

อาจารย์คมลันต์ ประยูรศิริศักดิ์ นักกายภาพบำบัด รพ.บำรุงราษฎร์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเล่าสู่กันฟังในเรื่องวิธีการ เครื่องมือหรือระบบที่จะช่วยให้การดูแลรักษาทางกายภาพบำบัดใน ร.พ.บำรุงราษฎร์ เป็นไปอย่างมีความเอื้ออาทร ได้มาตรฐานและเป็นที่พึงพอใจของผู้มารับบริการ วิธีการ เครื่องมือหรือระบบเหล่านี้ เป็นสิ่งที่ผ่านการปฏิบัติจริงปรับปรุง เปลี่ยนแปลงและมีวิวัฒนาการมานานกว่า 6 ปี

อาจารย์ประภาส โพธิ์ทองสุนันท์ จะนำเสนอมาตรฐานขีดความสามารถในการให้บริการทางกายภาพบำบัดของสถานพยาบาลระดับต่างๆ ว่าจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานกายภาพบำบัดอย่างไร

**A4X : Applying Ethical Principles in Dilemma Situations**

**Meeting Room 10 15/03/49: 1500-1630**

**Jenet M. Farrell (พรพ.)**

เมื่อคุณ Janet ถามโรงพยาบาลต่างๆ ว่าคณะกรรมการจริยธรรมที่มีอยู่นั้น มีบทบาท หน้าที่อะไรบ้าง คำตอบที่ได้มักจะเป็นการทำงานเชิงรับซึ่งไม่ค่อยเป็นที่ปรารถนาของสมาชิกในองค์กรเท่าไร คือจะมีบทบาทเมื่อเกิดการละเมิดจริยธรรมขึ้นมาแล้ว

คุณ Janet ได้แนะนำว่าคณะกรรมการจริยธรรม สามารถมีบทบาทอีกบทบาทหนึ่งได้ เป็นบทบาทในเชิงรุก คือการช่วยเหลือให้คำแนะนำในกรณีที่ตัดสินใจยากหรือมี dilemma ทางจริยธรรม (แต่คณะกรรมการมิได้มีหน้าที่ในการตัดสินใจแทน) ทั้งนี้จะต้องศึกษาหลักการเรื่องจริยธรรมให้ดี และใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ของผู้เกี่ยวข้อง

ตัวอย่างกรณีศึกษา : แม่ลูกสอง (ซึ่งทั้งแม่ทั้งลูกถูกสามีทำร้ายเป็นประจำ ถึงขั้นกระดุกหัก มาที่ ER อยู่หลายครั้ง) ตั้งท้องได้สามเดือนและมาอนโรงพยาบาลด้วยเลือดออกทางช่องคลอด แพทย์เจ้าของไข้มีความรู้สึกว่ แม่คนนี้ไม่ควรจะมีลูกอีกคน และแนะนำให้ทำแท้ง แต่แม่กลับอยากจะเก็บลูกไว้

การตัดสินใจในบนหลักการจริยธรรมจะช่วยลดอคติส่วนตัวในการตัดสินใจ และสามารถอธิบายเหตุผลของการตัดสินใจได้ หลักการจริยธรรมที่ใช้ได้แก่ autonomy (ผู้ป่วยมีอิสระที่จะตัดสินใจโดยไม่ถูกบังคับ ผู้อื่นมีหน้าที่เพียงให้ข้อมูลและข้อเท็จจริง), beneficence (ถ้าบ้ปัจจัยอื่นๆ เท่ากัน ผู้ให้บริการจะทำการเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ), non-maleficence (ไม่ทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย), the common good (การเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรี), double effect (ถ้าการกระทำนั้นมีทั้งผลดีและผลเสียให้ซึ่งน้ำหนักเลือกใช้เมื่อมีผลดีมากกว่า), informed consent (การตัดสินใจเมื่อได้รับข้อมูลเพียงพอ), proportionate and disproportionate (การซึ่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์และสิ่งที่ต้องเป็นภาระ), integrity and totality (การพิจารณาบุคคลอย่างเป็นองค์รวมทั้งร่างกายและจิตใจ)

## ห้อง Meeting Room 10 วันที่ 16 มีนาคม 2549

**B1X : แกะรอยคดีฟ้องร้องทันตแพทย์ : คตินอกกรอบอย่างไรให้สร้างสรรค์**

Meeting Room 10 16/03/49: 0830-1000

ทพ.ไพศาล กังวลกิจ (รพ.ชลบุรี)

ทพญ.กุลยา รัตนปรีดากุล (รพ.กรุงเทพ)

ทพ.ชุมพล ชมะโชติ (รพ.ธัญญารักษ์)

ไม่ใช่เฉพาะทางแพทย์เท่านั้นที่มีการฟ้องร้องเป็นคดีเด็ด หมอพื้นบ้านเราก็เริ่มเข้าสู่วัฏจักรแห่งคดีดังอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะเราคือผู้ให้การรักษาที่มีความเสี่ยงอยู่รอบกาย ไม่ได้ตั้งใจบ้าง ผิดพลาดบ้าง คุณหมอไพศาล และคุณหมอชุมพล ที่อยู่ในภาครัฐบาล คุณหมอกุลยาที่อยู่ในภาคเอกชน มีมุมมองอย่างไรต่อเรื่องเหล่านี้ เหมือนหรือต่างกันอย่างไรในความรู้สึกของคุณหมอพื้น คัดอย่างไร ทำอย่างไรให้อยู่ในสภาวะจิตที่สร้างสรรค์ สามารถให้การรักษารับการได้อย่างมั่นใจไม่หวั่นไหวได้อย่างไร

**B2X: การพัฒนาห้องปฏิบัติการทางการแพทย์สู่สากล**

Meeting Room 10 16/03/49: 1030-1200

ทพญ.มยุรา กุสุมภ์ (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์)

มศ.สมชาย วิริยะยุทธกร (สภาเทคนิคการแพทย์)

ศ.พญ.นวพรรณ จารุรักษ์ (ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย)

คมเนตร เตียงพิทยากร (รพ.ขอนแก่น)

ดร.ปณิตดา ชิดวา (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์)

จากในสภาวะปัจจุบันมีการพัฒนามาตรฐานทางห้องปฏิบัติการมากมายต่างจากอดีต แต่ความเป็นสากลนั้นจุดต่างอยู่ที่ไหน จะก้าวสู่จุดนั้นได้อย่างไร และเพื่ออะไร คุณหมอมยุรา อาจารย์สมชาย อาจารย์หมอนวพรรณ และ ดร.ปณิตดา

จะมาฉายภาพความเป็นสากลในฐานะ ผู้ที่คอยกำกับมาตรฐานของการพัฒนาห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อยู่ สำหรับอาจารย์คมนตรี ผู้ปฏิบัติในส่วนของโรงพยาบาล ศูนย์ที่มีการพัฒนาแห่งหนึ่งก็จะมาแลกเปลี่ยนในประเด็นของคนทำงานอย่างชัดเจนขึ้นว่าจะไปสู่สากลได้นั้นอะไรเป็น key success factor

**B3X: เครื่องมือในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety culture tools)**

Meeting Room 10 16/03/49: 1300-1430

นพ.สรรพรช อิศวเรืองชัย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)

วัฒนธรรมความปลอดภัยคือบรรยากาศแห่งความไว้วางใจซึ่งกันและกันที่เจ้าหน้าที่ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะพูดคุยกันได้อย่างอิสระในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความปลอดภัย และหาทางแก้ไขโดยไม่ต้องกลัวการถูกตำหนิ หรือการลงโทษวัฒนธรรมเช่นนี้มีความสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งในโรงพยาบาลที่ใฝ่หาคุณภาพการเปลี่ยนแปลงเพื่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงต้องอาศัยผู้นำที่มีทัศนคติดังกล่าว แสดงให้เห็นความมุ่งมั่นต่อการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมและทรัพยากรที่ใช้ค้นหา ประเมินและจัดการข้อมูลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งติดตามประเมินบรรยากาศของความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อนำมาสู่การพัฒนาทุกส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาล จนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กรในที่สุด

วัตถุประสงค์ของ session นี้ : เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมเข้าใจแนวคิดพื้นฐานของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย, เพื่อทราบแนวทางการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยใช้กับหน่วยงานหรือองค์กร, เพื่อทดลองทำกิจกรรมต่างๆ ที่จะช่วยสนับสนุนวัฒนธรรมแห่งความปลอดภัย

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. Concepts of Safety Culture
2. Guideline of Patient Safety Culture Activities
3. Workshop on Patient Safety Culture Tools



B4X: โรงพยาบาลจังหวัดบพทบาทที่พลิกผัน

Meeting Room 10 16/03/49: 1500-1630

รุ่งเรือง ลิทธิชัย (รพ.เชียงใหม่ประชาชนเคราะห์)

นพ.ชาติรี เจริญศิริ (รพ.น่าน)

สุรัตน์ คร่ำสุข (รพ.มหาราชนครราชสีมา)

นพ.สมคิด เลิศลินอุดม (รพ.ขอนแก่น) ผู้ดำเนินการอภิปราย

โรงพยาบาลจังหวัดโดยบริบทแล้วบริหารจัดการยากและซับซ้อน มีความง่ายในความยาก ตัวแทนจากรพ.เหล่านั้นจะมาสะท้อนมุมมองที่เรียกว่า lock and key เพื่อไขสู่ความสำเร็จที่พลิกผันออกมาไม่ว่าจะเป็นคุณหมอชาตรีที่จะมาสะท้อนประเด็นการเรียนรู้ให้เราเห็นโฉมใหม่ของโรงพยาบาลน่านกับบพทบาทที่เปลี่ยนไป อาจารย์รุ่งเรืองจากเชียงใหม่ อาจารย์สุรัตน์จากโคราช มาร่วมถ่ายทอดบทเรียนดีๆ ในการปรับบพทบาทของโรงพยาบาลจังหวัดให้ร่วมพิจารณา

**การเชื่อมต่อระหว่าง ระบบเกษตร บริการสุขภาพ และวัฒนธรรม** ด้วยเป้าหมายที่จะให้โรงพยาบาลอาหารที่ปลอดภัยทั้งอาหารที่ผลิตจากฝ่ายโภชนาการและอาหารที่จำหน่ายใน minimart ทางโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชาชนเคราะห์ โดยคณะทำงานสหสาขาวิชาชีพ ได้จัดระบบประเมินตามเกณฑ์ clean food good test และติดต่อแหล่งวัตถุดิบอาหารในชุมชนผ่านทางปศุสัตว์จังหวัด มีการเชื่อมโยงกับนักวิชาการส่งเสริมการเกษตร เชื่อมโยงเครือข่ายผู้ผลิต ผู้จำหน่าย เข้าไปดูให้มั่นใจว่ามีการป้องกันเชื้อโรค ไม่ใช่สารเคมี ดูว่ามีการผลิตและใช้ปุ๋ยชีวภาพจริง เข้าไปเรียนรู้กับเกษตรกร ว่าเขาปลูกผักกันอย่างไร การรับซื้อของโรงพยาบาลทำให้ชุมชนสามารถขยายการผลิตได้มากขึ้น

มีการเชิญผู้สูงอายุมาเยี่ยมโรงพยาบาล มาดู spec ผักที่โรงพยาบาลต้องการดูอาหารที่ฝ่ายโภชนาการทำให้คนไข้ และจงใจให้ชุมชนอยากจะทำอาหารปลอดภัยพิชให้กับโรงพยาบาล โดยถือว่าเป็นการทำบุญด้วยอีกอย่างหนึ่ง ความใกล้ชิดกับชาวบ้าน ทำให้ได้ เมนูอาหารแปลกๆ ที่มาจากภูมิปัญญาชุมชน เช่น เอาหมากแปบอ่อนมาแทนถั่วลันเตา

มีการใช้นวัตกรรมของการสร้างความตระหนัก ตรงไหนดีกว่าก็เอามา  
เทียบเคียงกัน ขยายไปในชุมชนอื่นที่ต่อการสร้างความตระหนัก ซึ่งหากสร้าง  
ความตระหนักได้จริง ไม่ต้องตรวจเขายังได้ร้อย

### **วัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาลน่าน :**

#### **จุดพลิกผันจากความภาคภูมิใจอดีตกับการพัฒนาเพื่อรับความเปลี่ยนแปลง**

ในอดีตโรงพยาบาลน่านซึ่งอยู่ในเขตแดนที่เป็นสมรภูมิสู้รบที่รุนแรงที่สุด  
แห่งหนึ่งของประเทศในการทำสงครามแย่งชิงประชาชน ได้มีบทบาทสำคัญในการให้  
การดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ได้รับบาดเจ็บจากการสู้รบอย่างมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ  
ดียิ่ง จนได้รับการยกย่อง ชมเชยจากผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ รวมทั้งได้รับพระมหากรุณาธิคุณ  
จากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ

โรงพยาบาลน่านยังได้ริเริ่มพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ และ  
สาธารณสุขที่ถือเป็นแบบอย่างหรือต้นแบบของการพัฒนาระบบสาธารณสุขใน  
ระยะต่อๆ อาทิ ระบบการส่งต่อ (referral system) ระบบเครือข่ายสนับสนุน  
ด้านบริการ และทรัพยากรระหว่างโรงพยาบาลใหญ่กับโรงพยาบาลเล็กและ  
สถานือนามัย (ระบบ พบส.) การให้บริการผสมผสานในโรงพยาบาล การให้  
ความสำคัญกับงานเวชกรรมฟื้นฟู การริเริ่มงานเวชกรรมสังคมอันเป็นจุดเริ่มต้น  
ของงานสาธารณสุขมูลฐานและงานสาธารณสุขชุมชนในระยะต่อมา

นอกจากนั้นโรงพยาบาลน่านยังได้สนับสนุนความเข้มแข็งภาคประชาชน  
โดยเข้าไปมี ส่วนร่วมกับกระบวนการประชาคมน่านอย่างต่อเนื่องจวบจนปัจจุบัน

สถานการณ์และเรื่องราวอันหลากหลายและต่อเนื่องนับสิบปี ได้บ่มเพาะ  
วัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาลน่าน แต่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงอันเป็นพลวัต  
จะพลิกผันจากความ ภาคภูมิใจอดีตเพื่อเตรียมพร้อมรับความเปลี่ยนแปลงได้อย่างไร  
โรงพยาบาลน่านมีประสบการณ์ที่จะแบ่งปัน

#### **การบริการการแพทย์ฉุกเฉินเชิงรุกสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ในเขตเทศบาล นครนครราชสีมา**

บทบาทของโรงพยาบาลในการรุกออกไปทำงานนอกโรงพยาบาลดูจะมี

โอกาสได้ไม่จำกัด ผู้ป่วยเรื้อรังบางครั้งก็มีภาวะฉุกเฉินที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือ  
โดยเร่งด่วน มิฉะนั้นอาจจะได้รับอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต โรงพยาบาลมหาราช  
นครราชสีมา ได้จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้ในเขตเทศบาล  
เพื่อออกให้บริการที่บ้านอย่างรวดเร็ว มีการจัดบริการเชิงรุกในรูปแบบ EMS Member's  
Club รวมทั้งจัดให้ความรู้ในการปฐมพยาบาลและช่วยเหลือฉุกเฉินแก่ญาติผู้ดูแล



## ห้อง Meeting Room 10 วันที่ 17 มีนาคม 2549

C1X: โรคติดเชื้อจากชุมชน

Meeting Room 10 17/03/49: 0830-1000

พญ.มลิวรรณ บุญมา (รพ.แม่แจ่ม จ.เชียงใหม่)

นพ.สกล เฮติการ์ต (รพ.ดอยเต่า จ.เชียงใหม่)

นพ.กิตติศักดิ์ เกษตรสินสมบัติ (รพ.บัว จ.น่าน) ผู้ดำเนินการอภิปราย

บ่อยครั้งที่โรงพยาบาลชุมชนจะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนเกินกว่าความสามารถที่จะดูแลได้ จำเป็นต้องส่งต่อมาให้โรงพยาบาลระดับที่ดูแลได้มากกว่า ความยาก คือการตัดสินใจว่าเมื่อใดที่ควรจะรักษาเอง เมื่อใดที่ควรส่งต่อ การทบทวนผู้ป่วยที่มีความรุนแรงสูงถึงขั้นเสียชีวิต จะนำมาสู่ความเข้าใจในศักยภาพของตนเอง และการปรับปรุงวิธีการทำงาน ดังเช่น กรณีของ รพ.แม่แจ่ม พื้นที่เป็นดอยเป็นเขา อากาศหนาวเย็นเกือบตลอดปี ชาวบ้านไม่ค่อยอาบน้ำ มีโอกาสติดเชื้อทางเดินหายใจและเป็น pneumonia ได้ง่าย ทีมงานของคุณหมอมลิวรรณได้นำกรณีผู้ป่วย pneumonia ซึ่งเสียชีวิต ระหว่างส่งต่อมาทบทวนใน PCT ทำให้เห็นความสำคัญของการซักประวัติ โดยเฉพาะในผู้ป่วย ที่มีประวัติ ไข้ ไอ หอบ ตีมีสสุราจัด ฟัง lung ได้ crep ควรเป็นสัญญาณให้นึกถึง pneumonia แม้ว่าจะเป็นคนหนุ่มก็ตาม นอกจากนั้นยังได้บทเรียนว่าข้อบ่งชี้ในการใส่ endotracheal tube นั้นควรดูที่อาการของผู้ป่วยมากกว่าดูค่า O2 saturation

การใช้ข้อมูลเปรียบเทียบกับกรณีวิธีหนึ่งที่ทำให้เห็นโอกาสพัฒนา จะเป็นการเปรียบเทียบกับเป้าหมายเชิงนโยบาย หรือการเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่มีความใกล้เคียงกันก็ได้ดังตัวอย่างของ รพ.ดอยเต่า คุณหมอสกลพบว่าตัวเลขอัตรา การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ในเขตอำเภอดอยเต่าก็นำมาเป็นอันดับหนึ่ง จากการวิเคราะห์ลักษณะภูมิประเทศพบว่าตำแหน่งที่มีการระบาดมากที่สุดคือตำบลที่ใหญ่ที่สุดของอำเภอ ซึ่งประชากรส่วนใหญ่เป็นกะเหรี่ยง ทำให้ควบคุมและป้องกันได้ยาก ทีมงานได้วิเคราะห์ปัญหาพบสาเหตุของความล่าช้าของทีม SRRT การทำงานที่ไม่ประสานกัน การไม่มีรูปแบบรายงานที่ชัดเจน ที่น่าสนใจคือบริบทของชุมชนซึ่งที่อยู่อาศัย รก ทึบ

บ้านใต้ถุนเตี้ย ชาวบ้านส่วนใหญ่ทำอาชีพทอผ้าขาย จะห้อยผ้าสีดำไว้ตามบ้าน เป็นที่  
ชอบของยุง เนื่องจากเป็นอำเภอที่แห้งแล้ง ขาดน้ำ ชาวบ้านต้องพยายามเก็บกักน้ำ  
แต่ภาชนะไม่ค่อยมีคุณภาพ ยุงไปวางไข่ได้ จากปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดการทำงาน  
ร่วมกันในพื้นที่มากขึ้น และทีมงานได้ใช้บทเรียนที่เกิดขึ้นเพื่อการวางแผนทำงาน  
สำหรับปีต่อไป

**C2X: Risk Management by Fact  
Meeting Room 10 17/03/49: 1030-1200**

**นพ.สรรธวัช อัครเรืองชัย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)**

การบริหารความเสี่ยงให้ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องมีการค้นหา  
ความเสี่ยงขององค์กรได้อย่างครอบคลุมและถูกต้องใกล้เคียงความจริงมากที่สุด  
เพื่อจะนำข้อมูลความเสี่ยงดังกล่าวมาจัดลำดับความสำคัญและนำไปสู่การจัดการ  
อย่างเป็นระบบได้ ปัญหาที่พบบ่อยจากการเยี่ยมชมสำรวจพบว่าข้อมูลความเสี่ยง  
ที่หน่วยงานหรือโรงพยาบาลใช้ในการบริหารความเสี่ยงไม่เพียงพอต่อการบริหาร  
จัดการได้อย่างมีคุณภาพ สาเหตุสำคัญนอกจากการขาดวัฒนธรรมความปลอดภัย  
แล้ว เทคนิควิธีการค้นหาและประเมินความเสี่ยงยังเป็นประเด็นที่ต้องปรับปรุงให้มี  
ประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการดูแล  
รักษาผู้ป่วย จึงจะนำไปสู่การจัดการให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของ session นี้ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมเข้าใจแนวคิดของ  
การจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน/องค์กรด้วยข้อมูล, เพื่อทราบปัญหาการจัดการ  
ข้อมูลที่พบบ่อย และแนวคิดในการบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ, เพื่อทราบ  
การบริหารความเสี่ยงด้วยข้อมูลรายงานอุบัติการณ์อย่างเป็นระบบ, เพื่อทราบระบบ  
การทบทวนเวชระเบียน เพื่อค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อันนำไปสู่ข้อมูล  
เพื่อการจัดการความเสี่ยง

เนื้อหาที่จะนำเสนอ

1. Concepts of risk management
2. Common pitfalls and guidelines for effective risk management
3. Success stories of reporting system
4. Risk management using information from systematic medical

record reviews



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

อาคารกรมการแพทย์ 6 ชั้น 2

ถนนงามวงศ์วาน อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2589-0023-4 0-2951-0102-3

โทรสาร 0-2589-0056 0-2952-0238 0-2951-0104

## ผู้สนับสนุนการจัดประชุม HA NATIONAL FORUM

สส.

บ.ไทยประกันชีวิต

3 M

## ผู้สนับสนุนเนื้อหาวิชาการ

Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization

สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย

สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สสจ.)

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

สภากายภาพบำบัด

ทันตแพทยสภา

เทคนิคการแพทย์

## ผู้สนับสนุนกระบวนการ

กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สำนักงานประกันสังคม (สปส.)

ห้องสมุด ๓๐๐ ปี เสริม พึ่งพวงแก้ว



00002053