

บันทึกการประชุมโครงการ “ครูเยี่ยมศิษย์”

วาระที่ 1 เรื่องแจ้งให้ที่ประชุม

ประธานขอบคุณที่ปรึกษาทุกท่านที่ได้ออกแรงไปปฏิบัติงานในพื้นที่

วาระที่ 2 รับทราบรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว

ที่ประชุมรับทราบรายงานการประชุมครั้งที่แล้วเพื่อใช้เป็นแนวทางในการทำงาน

วาระที่ 3

ประสบการณ์ ข้อมูล

ประธานกล่าวว่าเราเป็นกลุ่มบุคคลกลุ่มแรกที่เข้าไปดูระบบที่เกิดขึ้น ถ้ามีอคติให้น้อย จะได้ ข้อมูลที่มีประโยชน์มาก เราเป็นองค์กรอิสระ ใช้ความเป็นกลาง ไม่ฝักใฝ่ฝ่ายใด มองประโยชน์ของ สังคมโดยรวมเป็นที่ตั้ง จุดยืนนี้น่าจะเป็นประโยชน์มาก เราคงมุ่งสร้างสรรค์ไม่ทำลาย

เรื่อง 3 เรื่องที่น่าพิจารณา คือ 1) สิ่งที่พบ ขอให้ทุกฝ่ายช่วยเขียนเป็นรายงาน เพราะงานนี้เป็น ส่วนหนึ่งของงานวิจัย 2) กระบวนการของเราเป็นอย่างไร 3) ขั้นตอนต่อไปจะทำอะไร

การนำเสนอข้อมูลของแต่ละทีม

รพ.ปากเกร็ด จ.ปทุมธานี มีปัญหาว่าการมีนโยบายให้เอกชนเข้ามาร่วม คุณค่าต่อ รพ. จึง เกิดนโยบายหนี้ตายโดยปรับระบบบริการให้ดีที่สุด เช่น จ้างแพทย์มาตรวจ OPD ให้พยาบาลทำงาน เจริญรูก เขากังวลว่าจำนวนผู้เลือกจะลดลง และจะเสียสัมพันธภาพระหว่าง รพ. เพราะแย่งกัน

รพ.ประชาธิปไตย จ.ปทุมธานี ได้ประกาศแผนว่า ถือว่าเป็นทุกขลาภเนื่องจากภาระงาน เพิ่มขึ้น เห็นว่าน่าจะปรับลดจำนวนผู้ป่วยลงหรือเพิ่มจำนวนบุคลากร ปัญหาการใช้บริการมีทั้งสอง ลักษณะคือ ผู้ที่มีสิทธิประโยชน์อยู่แล้วบางส่วนพยายามจะใช้บัตรทองเพราะสะดวกไม่ต้องจ่ายค่า รักษาล่วงหน้า ไม่ต้องรอเบิก ผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งไม่มั่นใจในโครงการ 30 บาท จึงไม่ทำบัตร หรือไม่แจ้ง ว่ามีบัตรทอง ความคาดหวังของประชาชนมากขึ้น การร้องเรียนมากขึ้น มีการมารอคิวตั้งแต่ตี 3

รพ.ท่าช้าง จ.เพชรบุรี บอกว่านโยบายดีมาก แต่การปฏิบัติยุ่งยากมาก ถ้ามีกระบวนการที่ ชัดเจนจะช่วย

กรอบ ขาดแคลนแพทย์ ขอแพทย์เฉพาะทางไม่ได้ กรอบเป็นแบบเดียว รพ. ปากเกร็ดจ้าง แพทย์เฉพาะทางได้ในอัตรา 500 บาทต่อชั่วโมง แต่ รพ.อื่นจ้างในอัตรา 100 บาทต่อชั่วโมง อยากให้ ขยายศักยภาพให้มากขึ้น

การอบรม เมื่อจะมีแพทย์เฉพาะทาง อบรมกลับมาไม่นานก็ย้ายไปแล้ว

ถาม คนไข้มากขึ้นเป็นข้อเท็จจริงหรือความคิดความกลัว

ตอบ เป็นความจริง ของ รพ.ประชาธิปัตย์ ผู้ป่วยนอกเพิ่มเป็น 5 เท่า ของที่อื่นเพิ่มเป็น 2 เท่า

ถาม ปัญหาร้องเรียนเป็นข้อเท็จจริงหรือความกลัว

ตอบ เขาเปิดตู้ร้องเรียน ส่วนมากเป็นเรื่องความไม่สะดวกสบายเพราะผู้ป่วยมากขึ้น

ลูกศิษย์ดีใจมากที่มีอาจารย์ไปเยี่ยม ไม่กลัวการจับผิด

ได้สอบถามผู้ป่วย ผู้ป่วยค่อนข้างพอใจ ผู้บริหารพอใจโครงการนี้เพราะเขาจะได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น ปกติจะได้ 6-7 ล้าน บางแห่งจะได้เพิ่มถึง 16 ล้าน จะมีการจัดหมอไปอยู่สถานีอนามัย เพื่อให้ สอ.ได้รับการ recognise ดีขึ้น คิดว่าถ้า สอ.ทำงานได้ดีขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยที่ รพ.ชช.ลดลง

รพ.เลิงนกทา จ.ยโสธร จุดแข็ง ได้รับการรับรอง ISO เจ้าหน้าที่ที่ทำงานมีศักยภาพ แต่สิ่งที่เผชิญคือเจ้าหน้าที่ไม่พอ กรอบแพทย์มี 6 มีจริง 3 เกดัสกรใช้ระบบ unit dose ได้อย่างดี มีศูนย์ดูแลความพร้อมก่อนรับเข้า รพ. ระบบสาธารณสุขชุมชนมีการออกเยี่ยมบ้าน จุดอ่อนคือระบบเวชระเบียนไม่สมบูรณ์เลย เพราะเขาไม่มีเวลาดลงนั่งเขียน การ identify ผู้ป่วยไม่รัดกุม การรักษาความลับไม่รัดกุม

ถามว่าต้องการอะไร เขาบอกว่าขอข้อมูลข่าวสารจากส่วนกลางให้เร็วที่สุด ต้องการแพทย์อุปกรณ์การแพทย์ง่ายๆ เช่น oxymeter, Bird respirator การรับคำร้องเรียนมีแล้ว รับปากว่าจะทำเวชระเบียนให้ดีถ้าอาจารย์ไปอีก

รพ.ไทยเจริญ จ.ยโสธร ผอ.เป็นผู้หญิง จบธรรมศาสตร์ ระบบการบริหารจัดการมีคุณภาพมาก เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความกระตือรือร้น มีการทบทวนเวชระเบียนทุกเดือน และทบทวนเวชระเบียนของ รพ.ที่อยู่แถวนั้น สิ่งที่ขาดคือการบริหารความเสี่ยงไม่ค่อยดี มาตรฐานวิชาชีพไม่ค่อยมี ขาดการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ การพัฒนาด้านพยาบาลดู problem list และการดูแลผู้ป่วยก็ดี รพ.นี้ดีมาก

ถาม คนไข้เพิ่มหรือไม่

ตอบ เพิ่ม ถ้าเขาได้บริหารจัดการเงินเอง เขาจะทำอะไรได้เยอะกว่านี้มาก

รพ.แม่ใจ รพ.เชียงม่วน จ.พะเยา อัตรากำลัง โครงสร้างหน่วยงานไม่มีปัญหา ได้พัฒนาด้านการบริการไปแล้ว รพ.แม่ใจสมัครเข้าโครงการ HA จำนวนผู้มารับบริการไม่เพิ่มขึ้น

จุดเด่นคือทั้งสองแห่ง ผอ.กระตือรือร้นที่จะพัฒนาบริการ รพ.เชียงม่วนยังไม่สมัคร แต่ก็ได้พัฒนาโดยไม่อยากจะเรียกว่า HA หรือ ISO จุดเด่นของเชียงม่วนคือ ผอ.มีความคำนึงด้านสังคมมาก มีพื้นฐานความรู้ด้านรัฐประศาสนศาสตร์ ถามว่าสามสิบบาทมีปัญหาอะไร การสำรวจข้อมูลของผู้ที่

จะมารับบัตรทอง สำรวจได้หมด 100% แต่แจกบัตรได้เพียง 70% ที่เหลือไม่สามารถได้ข้อมูลของผู้ที่มีสิทธิประโยชน์อื่นๆ มาครบ

รพ.แม่ใจ สมัครเข้ามาทำ HA ที่ดีมาก ๆ คือเขามีระบบตรวจสอบเวชระเบียน มีกลุ่ม extrenal auditor รวบรวมบุคลากรจากหน่วยงานอื่นๆ รพ.ชุมชนต่างๆ จะส่งเจ้าหน้าที่ประกอบด้วยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาล 1 ท่าน เจ้าหน้าที่ 1 ท่าน มาตรวจสอบเวชระเบียนของแต่ละ รพ. โดย cross-exam กัน เมื่อตรวจเวชระเบียนของ รพ.แม่ใจจะพบว่าสมบูรณ์ค่อนข้างมาก ทั้งที่ภาระงานค่อนข้างมาก เขาใช้ระบบพีดูแลนึ่ง ปัญหาที่กังวลคือการตรวจสอบข้อมูลพื้นฐานของผู้ที่จะมารับบัตร งบประมาณขณะนี้ดูแลตัวเองได้ แต่มีหนี้สินเดิมอยู่ 6 ล้านบาท ไม่รู้จะอย่างไร

ด้านการพยาบาล พยาบาลยังทำหน้าที่แพทย์ไปตรวจคนไข้นอกเวลาราชการ มีอุปกรณ์เครื่องใช้เพียงพอ บางอย่างไม่รู้วิธีใช้ ต้องเอาไปให้ที่อื่นใช้

อ.สมมาตร (จ.สุรินทร์ และ นครสวรรค์)

รพ.ทุกแห่งมีปัญหาเรื่องกรอบอัตรากำลัง ศักยภาพ

รพ.ท่าตูม จ.สุรินทร์ กรอบอัตรากำลัง 60 เตียง ต้องการแพทย์ 6 อัตราที่มีจริง 3 เขาจัดพยาบาลเวชปฏิบัติตรวจคนไข้ นอก งานชั้นสูตรสาธารณสุข ที่ตั้งไว้ 8 มีอยู่ 4 แก่โดยจ้างลูกจ้างชั่วคราว

พันธกิจ วิสัยทัศน์ คำขวัญ อยู่ในเกณฑ์ดี

ศักยภาพทั่วไป มีผู้ป่วยนอกวันละ 250-350 คน ขึ้นกับฤดูกาล มีคลินิกนอกเวลา อัตราครองเตียงเกือบ 100% การบริการทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดีมาก การบริหารจัดการอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ได้รับ ISO9000 เมื่อ พ.ย. การรักษาพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ดี การรักษาบางอย่างไม่ได้ตามเกณฑ์ เช่น hand inj with skin loss ไม่ได้ปิด skin ทันที

สิ่งแวดล้อมและสถานที่อยู่ในเกณฑ์ดีมาก

ปัญหาที่ตรวจพบส่วนมากเป็นปัญหาเล็กน้อย เช่นการบันทึกในบัตร หลอดไฟในห้องฉายรังสีไม่ทำงาน การเก็บยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ บันทึกยังไม่สมบูรณ์ทั้งที่มีแบบฟอร์มที่กระชับรัด

ปัญหาที่ รพ.แจ้งมา คือกรอบอัตรากำลังประชากร 9 แสนคน มีแพทย์ 1 ต่อ 2.5 หมื่น ในอำเภอเมืองมี 1:4000 มีข้อจำกัดในการใช้เงินงบประมาณ 500000 บาท ก่อสร้างไม่ได้ งบประมาณเร่งใช้ ซื้อมากไม่ทันการณ์ การจ่ายค่าตอบแทนทำน้อยทำได้เท่ากัน มีเงินเดือนบัญชีเดียว ส่วนกลางได้มากกว่า การย้ายโดยติดเงินเดือนไปด้วย มีการเพิ่มงานระหว่างปีโดยกรมกองสั่งงานมา การปฏิบัติงานไม่มุ่งผลลัพธ์ ไม่นำความต้องการของประชาชนมาพิจารณา ไม่ใช้ข้อมูลที่แท้จริงในการวางแผนแก้ปัญหา

แนวทางการพัฒนา รพ. เสนอกลยุทธ์มา 5 อย่าง คือ เครือข่ายบนเชื่อมต่อกับ รพศ., การพัฒนา รพ., เครือข่ายล่าง เชื่อมกับ สอ.

นพ.สุรศักดิ์ (จ.สระบุรี) 9.42

รพ.เสาคให้ สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศดี โครงสร้างสายการบังคับบัญชาไม่ซับซ้อน ผอ.มีวิสัยทัศน์กว้างไกล เป็นที่ยอมรับ HA ก้าวหน้าไปมาก มีโครงการให้ facilitator ถ่ายทอดความรู้วันละเรื่อง บุคลากรกระตือรือร้นและมีความสุขในการทำงาน ขวัญกำลังใจดี ได้รับรางวัลหลายรางวัล ใช้ระบบ LAN ให้บริการแบบ one-stop

จุดอ่อน ขาดที่ปรึกษา HA อัตรากำลังไม่เพียงพอ ใช้บุคลากรผิดประเภท เช่น ใช้เจ้าหน้าที่จิตวิทยามาเป็นหัวหน้าฝ่ายส่งเสริม มีภาระงานมาก ความปลอดภัยมีการรายงานแต่ยังไม่มีการบริหารความเสี่ยงที่เป็นลายลักษณ์อักษร พยาบาลทำงานเกินหน้าที่ เช่น การดูแลผู้ป่วยนอกเวลา ผู้รับบริการผิดสถานที่ โดยเฉพาะชายเขต ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 10% รูปแบบไม่ชัดเจนเป็นรายการครั้งหรือรายโรค งบประมาณต่อหัวไม่พอ เช่น pap smear คลุม 30 บาทหรือไม่ ต้องส่งรพ. 50 บาท

ข้อเสนอแนะ ควรเขียนการปฏิบัติเรื่องการบริหารความเสี่ยงให้เป็นลายลักษณ์อักษร อัตรากำลังที่ไม่เพียงพอควรใช้ part-time เสนอให้ทำ SWOT ระบบเอกสารให้เก็บให้เป็นระบบ มาตรฐานด้านการพยาบาลยังไม่มี

รพ.แก่งคอย มีขนาด 60 เตียง กำลังขยายเป็น 90 แพทย์ 5 คน จะลาออก 1 คน

จุดแข็ง มี HA มีระบบพัฒนาคุณภาพ บุคลากรตั้งใจทำงาน

จุดอ่อน อัตรากำลังไม่เพียงพอ น้อยมาก มี 41 จากกรอบ 74 ใช้พยาบาลไปดูแลโรงครัว ภาระงานมากทั้งคนไข้นอกและใน มีบริการอาชีวอนามัยใน รพ.

ปัญหา งบประมาณ หลังโครงการเพิ่มขึ้น 8% ผู้ป่วยเรียกร้องสิทธิมากขึ้น ระเบียบการใช้จ่ายเงิน บำรุงยังไม่คล่องตัว การใช้ยาบัญชี ค.ยังเป็นปัญหา คุณภาพลดลง ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น เสียเวลาเก็บเอกสาร

ข้อเสนอแนะ: การกำหนดหน้าที่พยาบาลเวชปฏิบัติ

อ. เพ็ญศรี (รพ.จอมทอง รพ.ดอยเต่า จ.เชียงใหม่)

รพ.จอมทอง ค่อนข้างใหญ่ มีฝ่ายการเมืองให้งบประมาณสร้างตึกใหม่ใหญ่โต เปิด 90 เตียง กำลังจะขยายเป็น 200 เตียง มีแพทย์ 8 คน เป็นแพทย์เฉพาะทาง 5 คน มีแพทย์เสริมทักษะอีกจำนวนหนึ่งรวมเป็นสิบกว่าคน ศักยภาพขณะนี้ดีมาก แต่ระบบบริการมีปัญหา แพทย์ยังไม่ค่อยบันทึกเวชระเบียน คนไข้ในแทบจะไม่เขียนอะไรเลย บางครั้งเขียนอาการสำคัญใน order sheet ไข่น้อยหนึ่ง ที่ OPD ยังดีที่มีการเขียนบ้าง ได้พยาบาลช่วยมาก เขาก็ทราบดี คงจะมีการพัฒนาส่วนนี้

ขึ้นไปอีก ได้นำคอมพิวเตอร์ออนไลน์มาใช้ แต่มีปัญหาที่ตัวแพทย์ไม่ค่อยเข้าไปทำเอง แม้แต่เรื่องการสั่งยาก็ให้พยาบาลศัลย์ ทำให้มีความคลาดเคลื่อนมากมาย แก้โดยเอาเวชระเบียนไปที่ห้องยาให้เภสัชตรวจสอบซ้ำ มีความตั้งใจที่ดี พยายามทำ HA น่าจะมีศักยภาพที่จะทำได้ สิ่งที่ต้องการคือที่ปรึกษา ด้าน HA

นโยบายสามสิบบาท คนไข้เพิ่มชัดเจนเท่าตัว เขาต้องจัด PCU ต้องส่งหมอออกไป คนไข้รพ.เพิ่มขึ้นแล้วยังต้องส่งหมอออกไปอยู่ตามหน่วยต่างๆ ร้องกันลั่น

เขากังวลเรื่องเงินรายได้ เดิมที่มีเงินบำรุงมากพอสมควร พอมาอย่างนี้เท่ากับประกันสุขภาพคนไข้ เงินบำรุงเขาจะลดลง เงินสนับสนุนรายหัวก็ยังไม่มา สร้างความปั่นป่วนพอสมควร

รพ.ดอยเต่า ชนบทมาก มีหมอ 2 คน ไม่มีที่ไหนเอา อยู่ได้เดียวเดียว มีปัญหามาก คนไข้เพิ่มขึ้นสองเท่า ต้องออกหน่วยไกลๆ ต้องไปค้างคืน แต่ก็ไม่มีคนไข้ร้องเรียน

อ.อำนาจ (รพ.แก่งสนามนาง รพ.สูงเนิน จ.นครราชสีมา)

คุณภาพการดูแลผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดีเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการซับซ้อนมาก การบันทึกเวชระเบียนมีปัญหาทั้งด้านฝ่ายแพทย์และพยาบาล แพทย์มี progress note สั้นๆ ใน order ของพยาบาลไม่ครอบคลุมด้านอารมณ์จิตใจสังคม คุณภาพการดูแลผู้ป่วยจะมุ่งเน้นพัฒนาระบบ primary คือการส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลคืองานมาก คนไม่พอ รพ.แก่งสนามนาง ขนาดเล็ก ไกล มีปัญหาการโอนย้ายของบุคลากรสูงมาก มีแพทย์เปลี่ยนงานบ่อย มีการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ ซึ่งยังขาดทักษะ ปัญหาในการปฏิบัติงานคือการขาดแคลนบุคลากร พยาบาลต้องทำงานนอกเหนืออำนาจหน้าที่ของตัวเอง มีผลต่อความมั่นคง ทำงานโดยไม่มีกฎหมายรองรับ

งบประมาณ รพ.แก่งสนามนางมีปัญหามาก เนื่องจากมาช้า ต้องนำเงินเดิมมาใช้ก่อน รพ.สูงเนินไม่มี เพราะมีคนบริจาคเงินมาก

ข้อเสนอแนะ พยาบาลต้องทำงานนอกเหนืออำนาจหน้าที่ ควรแก้กฎหมายหรืออบรมพยาบาลให้มีความสามารถในการทำงานด้านนี้ สามารถ screening ได้ดีขึ้น เวชระเบียนควรมีการปรับปรุง

อ.สมศรี (จ.ปทุมธานีและเพชรบุรี)

มีความเสี่ยงในกระบวนการทำงาน เนื่องจากบุคลากรผิดประเภท ยกเว้นที่เพชรบุรี คนไข้เรียกร้องว่าต้องหมอเท่านั้น ที่ รพ.ประชาธิปไตย พยาบาลต้องทำผ่าตัดเล็ก

ขาดอุปกรณ์ ไม่มีเครื่องมือยาสลบ ที่ รพ.ท่ายางมีเครื่องมือยาเมื่อ 20 ปีแล้ว ที่ รพ.ไทรน้อย ไม่มีเครื่องมือยา ทำผ่าตัดดมยาและใส่ดิ่งด้วยวิธี spinal & Ketamine เคยมีคนไข้ aspirate & arrest

วิสัญญีพยาบาลจบมานานแล้ว อยู่ด้วยความเป็นทุกข์อยากให้คนมาแทน ไทรน้อยมีรพพยาบาลอยู่
คันเดียวใช้มานาน

บันทึกทางการพยาบาลจะเป็นการบรรยาย ไม่ได้ใช้ nursing process
การบันทึกของแพทย์ ผู้ป่วยไม่ค่อยมี progress note OPD ไม่ค่อยบันทึกการตรวจร่างกาย
การระบุตัวผู้ป่วย แทบทุกที่ไม่มีป้ายผูกข้อมือ
การพัฒนาทุกที่มีความตื่นตัว รพ.ปากเกร็ดมี HA อยู่ในใจของทุกคน ขอวิทยากรไปสอน
การบ้านที่ รพ. มีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางจาก รพ.พระนั่งเกล้า

จ. แพร่ (รพ.ร้องกวาง) จ.สระแก้ว (อรัญญประเทศ วัฒนานคร)

ปัญหาบุคลากรงบประมาณ เครื่องมือ
รพ.ไม่ค่อยเข้าใจโครงการครูเยี่ยมศิษย์ ที่สระแก้วการประสานงานล่าช้า
โครงการสามสิบบาท กังวลเรื่องงบประมาณว่าจะมีเงินพอใช้หรือไม่ ที่วัฒนานครคิดว่าเงินจะ
ไม่พอ

ทำอย่างไรให้ชาวบ้านเชื่อถือคุณภาพ ทำอย่างไรให้เอาผลงานที่ทำไปมาใช้ให้เป็นประโยชน์
บรรดาคนไข้ที่มาซื้อของกับเราคือสถิติคนไข้ที่มารักษากับเรา ถ้าจะสร้างคุณภาพ รพ.อยากได้ครูเรื่อง
HA มาก

จะทำ CPG ก็เอาโรคที่พบบ่อย มาช่วยกันทำ เอาครูมาช่วย จะได้ตอบกับประชาชนได้ว่าเรามี
มาตรฐานของโรคที่พบบ่อย ปัญหาที่มีหมอนหันใหม่เปลี่ยนมาเรื่อยๆ ก็คงไม่ต้องกังวลเพราะทุกคนก็
มีมาตรฐาน

จากสถิติโรคที่พบบ่อย มองในแง่การป้องกัน ถอยหลังไปสามปี สถิติเหล่านี้คงเดิมหรือไม่ มี
กิจกรรมอะไรที่จะป้องกันบ้าง มีการทำหรือไม่ ส่วนใหญ่ไม่ค่อยสัมพันธ์กันระหว่างปลายทางกับ
กิจกรรม

ความเสี่ยง ตัวคุณภาพคือคนไข้ร้องเข้ามา ในกลุ่มที่จะเสี่ยงมากที่สุดคือกลุ่มที่ได้รับการดูแล
น้อย ทุกรพ.ทำ ICD10 กลุ่มที่วินิจฉัยโดยไม่ชัดเจน น่าจะมี clinical risk ที่สุด

มีปัญหาในการบริหารจัดการเรื่องการเงิน การคิดเงินไม่ค่อยมีรูปแบบที่สะท้อนถึงการใช้เงิน
จริง องค์กรไม่แสวงหากำไร ผู้บริหารน่าจะมีความรู้เรื่องการบริหารกระแสเงินสด ไม่น่าจะมองที่
รายจ่าย แต่มองเงินที่ต้องจ่ายก่อน

ทิม อ.จรัส จ.อุบล (รพ.ตระการพิชผล รพ.ศรีเมืองใหม่)

บรรยากาศทั่วไป ผอ.มีความมุ่งมั่นและกระตือรือร้น บรรยากาศของการทำงานดี มีการ
ร่วมงานระหว่างแพทย์และพยาบาล เป็นมิตรภาพที่ดี รพ.ตระการคอนข้างแอ๊ด รพ.ศรีเมืองใหม่
ทันสมัยมาก

การพยาบาล ทั้งสอง รพ.พยายามพัฒนา แต่มีสิ่งที่ต้องช่วยเหลือ การใช้กระบวนการ
พยาบาลยังไม่ชัดเจน บันทึกยังไม่สมบูรณ์ การบริหารทรัพยากรบุคคล ส่วนใหญ่พัฒนาแบบปัญหา
เฉพาะหน้า ขาดอะไรก็ทำ แนะนำให้ทำแผน

การจัดระบบการให้การพยาบาล สิ่งที่ยู่ปวดขาคือการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาจจะมี
ข้อขัดข้องที่ไม่มี guideline

ระบบบริหารความเสี่ยงยังไม่เป็นรูปธรรมนัก ในด้านกายภาพใช้ได้ ด้านวิชาการคงต้อง
ช่วยเหลืออีก

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ รพ.ศรีเมืองใหม่มีกล่องรับความคิดเห็นและนำมาใช้ประโยชน์
โครงการประกันถ้วนหน้าเพิ่งเริ่มลงไป สืบสนทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ น่าจะเชื่อมโยง
สอ.มาเพื่อให้บริการให้ดีขึ้น

รพ.ตระการมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โอกาสคือมีงบประมาณเพิ่มขึ้น
ระบบบริการพยาบาลน่าจะมีการนำความรู้ใหม่ๆ ไปให้ จัดทำคู่มือปฏิบัติที่เหมาะสมและ
นำไปใช้ได้จริง

งระหว่างเชื่อมโยงระหว่างมาตรฐานวิชาชีพกับ HA
จะให้ สอ.เป็นหน่วยเชิงรุก เช่น แพทย์ไปออกตรวจ หรือมี Home Health Care
โครงการนี้มีประโยชน์ในการให้กำลังใจและยืนยันการพัฒนาตนเอง ตอบคำถามการพัฒนา
ในแต่ละกลุ่มงาน มาตรฐานวิชาชีพ ความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลในแต่ละวิชาชีพ
ข้อมูลที่ได้รับอาจจะนำมาสู่การปรับปรุงการผลิตพยาบาล เช่น ออกไปในเชิงรุกมากขึ้น
การติดตามผล ประเด็นที่ควรเน้นคือมาตรฐานวิชาชีพ และการใช้ C3THER ได้ประโยชน์ง่าย

อ.จรัส

เวลาไปถึง สสจ.เขาก็ตื่นเต้น ส่งคนมาประกบเราไม่ทราบด้วยเหตุผลใด พอมองดู เราก็
เดินทางไปที่ รพ. ไปถึง คนไข้เต็มไปหมด ล้นออกมายืนอยู่ข้างนอก เขาบอกว่าเดือนนี้มันเพิ่มขึ้นจริงๆ
มีหมออยู่ 5 คน จะไปคุยกับเขาคอนไซท์ต้องรอ เราเดินดูและขอไปดู สอ. ไม่แน่ใจว่าการไปเยี่ยมของ
เราก่อให้เกิดปัญหาให้กับเขาหรือไม่

สิ่งที่ยังข้องใจคือจังหวัดเองก็ยังไม่เข้าใจ ระบบที่ลงไปกลายเป็นว่า มันครอบคลุมทั้งจังหวัด เพราะฉะนั้นใครก็ตามมีบัตรทองไปไหนก็ได้ รพ.ใหญ่ที่จังหวัดก็ล้น รพ.ที่ดีก็คนไข้ล้น เหมือนกับย้ายกรุงเทพออกไปอยู่ตรงนั้น ไม่ได้ปฐมนิเทศอย่างที่ว่า

ส่วนของ รพ.พังดูไม่ค่อยเข้าใจเรื่อง 30 บาท เหมือนกับมีโครงการอีกอันหนึ่งมาคู่กับประกันสังคม มันไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ เขาก็ยังทำงานอย่างเก่า มีอะไรเปลี่ยนไปนิดหน่อย ที่รู้สึกว่าเป็นปัญหา คือใกล้บ้านใกล้ใจ สร้างมากกว่าซ่อม มันไม่จริง เพราะฐานอยู่ รพ.เดิมที่ รพ.ไม่รู้สึกรู้ว่าเขารับผิดชอบคนทั้งอำเภอ รอรับอยู่ที่ รพ.

ความสัมพันธ์กับ สอ. ตระการมี สอ. 28 แห่ง มีพยาบาลลงไป 3 แห่ง เพิ่งลงไปไม่กี่เดือน แต่ความสัมพันธ์เกือบจะเป็นศูนย์ เจ้าหน้าที่ สอ.เดิมคงจะมีคลินิกรักษาคนไข้ แต่เขาขอรับพยาบาลวิชาชีพใหม่ ถามพยาบาลว่ามีปัญหาอะไร ตอบว่าที่นี่มีแต่ PenV ไม่มี cloxa

ที่ศรีเมืองใหม่มีความสัมพันธ์ดีกว่า คนไข้ที่รักษาที่ รพ.ส่งต่อไปสอ. ถามว่ามีไข้เลือดออกเท่าไร เขาตอบว่ามี 8 คน ที่นี้ค้นหาเองได้ 2 ราย แล้วส่งต่อไป รพ. รพ.แจ้งกลับมา สอ.รู้ว่าในพื้นที่ของเขามีผู้ป่วยเบาหวานเท่าไร มีการเชื่อมโยงแต่ยังไม่มีติดตาม มีทันตแพทย์ 3 คนทำงานถ้วนถามว่าคนหกหมื่นสี่พันคนในอำเภอจะอย่างไร คำตอบเป็นการตั้งรับ ไม่เคยมองว่าประชากรต้องการอะไร

เรื่องคน พังดูเหมือนกันทุกแห่ง ตรงกัน คนขาดอยู่แต่เดิม และตอนนี้ยิ่งขาดมากขึ้น คนไข้ที่มารอจะมีเวลาพบกับแพทย์ 3 นาที เหมือนกับ รพ.ใหญ่ในกรุงเทพ จะเกิดคุณภาพได้อย่างไร

การใช้คน ไม่แน่ว่าคำตอบอยู่ตรงไหน จุดยืนหนึ่งคือกฎหมาย ที่ตระการ พยาบาลเป็นคนตรวจและใส่ข้อมูลไว้ให้ แล้วแพทย์มาดู เขามีระบบ Lan ดีมาก paperless แพทย์ตรวจแล้วก็เคาะเข้าไป พอจะสั่งยาก็มีรายชื่อยาออกมา dose เท่าไร ระบบดีมาก แต่พอลงถามคนไข้ “หมอเอาแต่เคาะคอมพิวเตอร์ไม่ได้ดูคนไข้”

เวลาดูกำลังคน มันปนกับระหว่างปฐมนิเทศกับทุติยภูมิ ไม่รู้ว่าควรมีเท่าไร จำเป็นต้องผ่าตัดได้ ตีกับใส่เลเซอร์หรือไม่ ต้องทำให้เกิดความน่าเชื่อถือ ผ่าตัดคลอดจำเป็นแน่นอน ถ้าจะทำ เรานับ ผ่าตัดเป็นปฐมนิเทศหรือไม่ หรือรวม IPD ด้วย หรือรวมผ่าตัดด้วย บางแห่งเรียกห้องเอาแพทย์เฉพาะทางด้วย ตัวเลขที่เราใส่ไว้ในเกณฑ์เป็นตัวเลขเก๊ ไม่ใช่ของจริง

ทำอะไรให้เกิด ใช้อย่างไรให้เหมาะสม จะต้องใช้พยาบาลเป็นด่านหน้า เก็บแพทย์ไว้ทำในสิ่งที่จำเป็น จริงหรือไม่ที่เพชรบุรีบอกว่าต้องเป็นแพทย์เท่านั้น ที่อีสานบอกว่าขอให้ได้ตรวจเถาะ ปัญหาคือทำอะไรให้เขาเชื่อมั่น

สถานที่สวยหรูจริงๆ ทำด้วยไม้สักแกะสลัก

เรื่อง HA เขาตื่นแล้ว เขาต้องการความช่วยเหลือ แต่เรื่องวิชาชีพยังน่ากังวล ยังไม่คิดว่า จะต้องทำตรงนี้ให้ดีขึ้น ที่คิดว่าต้องมี CPG .เข้ามาช่วยยังค่อนข้างน้อย ฝ่ายพยาบาลอาจจะตื่น มากกว่าแต่ยังไม่รู้ว่าจะทำอะไรบ้าง

ทีม อ.อรุณ จ.อำนาจเจริญ จ.หนองบัวลำภู จ.สุโขทัย

รพ. ปทุมราชวงศา จ.อำนาจเจริญ เวชระเบียนผู้ป่วยนอกมีการบันทึกคอมพิวเตอร์ ผู้ป่วยใน มีแต่คำสั่งการรักษา จุดเด่น เจ้าหน้าที่ที่มีความมุ่งมั่น ทำงานเป็นทีม พัฒนาด้านการป้องกันโรคมี โครงการชัดเจน มีความเข้าใจเรื่อง UC ดี การจัดโครงการมีโครงการร่วมกับชุมชนมากมาย แนะนำ เรื่องการออกดูสุขภาพในสถานี่ต่างๆ การหมุนเวียนแพทย์พยาบาลออกไปตาม สอ.เพื่อเป็นการ ป้องกันและลด งบประมาณ. เพื่อให้มีเงินเหลือมาจ้างบุคลากร

รพ.เสนางคนิคม จ.อำนาจเจริญ ไม่มี ผอ. ไม่มีแพทย์ประจำ มีแพทย์หมุนเวียนเพียงมาได้ 2 เดือน การรักษาพยาบาลส่วนใหญ่พยาบาลทำ แพทย์ไม่ได้ตรวจ มุ่งแต่เคาะคอมพิวเตอร์ รอง สสจ. รักษาการผอ. เอกสารต้องขนไปที่สสจ.

จ.หนองบัวลำภู เข้มแข็งมาก นพ.โกวิทวางแผนการดำเนินการไว้อย่างดี มีการประชุมชี้แจง

รพ.ศรีบุญเรืองมีเป้าหมายว่า 47 จะได้รับ HA เพราะได้ ISO มาแล้ว รพ.สุวรรณคูหา ยัง ต้องการความเข้าใจในเรื่องการบริหารจัดการเงิน สสจ.หวังว่าประชากรมาก แต่คนไปทำงานที่อื่นจะ ทำให้บัตรทอง

จ.สุโขทัย รพ.ศรีสัชนาลัยมีระบบการจัดเก็บเวชระเบียนที่ดี OPD วันละ 300 มี PCU ข้างใน 1 หน่วย ไปตั้งที่ตำบล 1 หน่วย แพทย์พยาบาลเวียนไปออกทุกจันทร์ พุธ ศุกร์

เรื่องความเข้าใจโครงการ รพ.ใกล้เคียงมารวมขอคำปรึกษา ขอคำอธิบายวิธีการบริหารเงิน ตามระเบียบการใช้เงิน

จ.ยะลา จ.นราธิวาส

รพ.ยะหา และรพ.รามัน จ.ยะลา ได้ ISO ทั้งสองแห่งแล้ว สถานที่เรียบร้อย เจ้าหน้าที่มีความ พร้อมในการพัฒนา

จ.นราธิวาส ปัญหาที่พบเหมือนกันคือหอผู้ป่วยรวม ทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ ระเบียบปฏิบัติขึ้นกับ วัฒนธรรมของเขา มีญาติมาเฝ้า บางที่ญาตินอนบนเตียง เด็กนอนข้างล่าง ห้องคลอดพลุกพล่าน เวลาคลอดญาติเข้าไปอยู่ด้วย

บันทึกของแพทย์ไม่มีเลย รายการคำสั่งแพทย์เป็น รคส.ทั้งหมด ไม่มีการเซ็น บันทึกของ พยาบาลครบถ้วน

ทีม อ.สุจิต จ.ภูเก็ต (รพ.ป่าตอง รพ.กลาง)

รพ.ป่าตอง ต้องต่อสู้มากในเชิงรับ ประชากร 12000 แต่มีประชากรแฝงและนักท่องเที่ยว การทำงานเพิ่มระบบคุณภาพ สร้างอาคารผู้ป่วยใหม่พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวก ทันสมัยกว่า รพ.เอกชน ในกรุงเทพ มีห้องอำนวยความสะดวกเช่น music therapy ใช้หลัก hospital home resort จ้างแพทย์เฉพาะทางมา จ้างลูกจ้างเป็นร้อยเพื่อสร้างความเชื่อถือ กำลังทำ ISO และต่อ HA

นักท่องเที่ยวต่างชาติจะตรวจโดยแพทย์เท่านั้น

ผอ.เป็นคนที่มีความเชื่อมั่นในตัวเองสูง ทำงานทุ่มเทเพื่ออำนวยความสะดวกและรายได้

สิ่งที่มีปัญหามากคือเวลาคิดเงินให้เขา เท่านั้นจะสร้างความพึงพอใจได้อย่างไร ผู้ป่วย

ชาวต่างชาติแต่ละรายต้องใช้เวลามาก งานเอกสารมากเกินไปหรือไม่

สามสิบบาทรักษาได้ทุกโรคหรือไม่ ทำไมต้องเปลี่ยนบัตร

รพ.กลาง ทำงานเชิงรุก ขอลดจาก 60 เหลือ 30 เดียง คนท้องถิ่นเยอะกว่า ทำงานเชิงรุก เก็บข้อมูลมาแล้วใช้เวทีชาวบ้านมาช่วยกันแก้ปัญหา

ปัญหา ภูเก็ตมีคนเยี่ยมเยียนเยอะมาก อาทิตยละสองขบวน สับสน สิ่งที่เขาได้รับจากเราเขานึกว่าเราจะไปดู PMC

สรุปปัญหาจากพื้นที่

สรุปปัญหาที่พบจากพื้นที่ เป้าหมาย ปรชญา หลักการ ไม่มีปัญหา เป็นสิ่งที่ถูกต้อง แต่มีปัญหาในทางปฏิบัติ

1. จำนวนคนไข้เพิ่มขึ้น ความรู้สึกเรื่องสิทธิ
2. กำลังคน: ความพอเพียง, การใช้คน ใครที่จะเอามาใช้ แพทย์เฉพาะทาง แพทย์ทั่วไป การใช้ข้อที่ต้องคิดในเรื่องความจำเป็นที่ต้องใช้กับข้อจำกัดในเชิงกฎหมาย
3. ความเข้าใจ ในปรัชญา หลักการ หรือเจตคติที่อาจจะไม่ตรงกับโครงการ
4. ระบบงาน บางรูปเหมือนกับว่าดี เช่น PCU มีหลายแห่งทดลองไปแล้ว หลายแห่งทดลองความสัมพันธ์กับ สอ. ที่น่าจะเป็นตัวอย่างได้ หน่วยที่เป็นปัญหาคือ รพ.ที่มีหลายหน้าที่อยู่ด้วยกัน
5. ระบบการเงินการบัญชี ความไม่แน่นอนของรายได้ ข้อจำกัดการใช้ ความรับผิดชอบ ระบบบัญชีน่าจะเป็นระบบที่ใช้ได้ง่าย น่าจะต้องพัฒนามาใช้โดยด่วนเพื่อกำกับและวางแผนการจ่ายเงิน

6. การพัฒนาคุณภาพเรื่อง HA ขั้นที่หนึ่งมีปัญหาแต่เรื่องกำลังคน ความตั้งใจความพยายามไม่เป็นปัญหา แต่ยังขาดเรื่องการดูแลคุณภาพเชิงวิชาชีพ ตั้งแต่ความตระหนัก ความรู้

อ.อรุณ

จากการตรวจเยี่ยม สอ. รพ.ชช. สสจ. รพจ. ปัญหาที่ประสบคือคนหมอ โดยเฉพาะทางภาคอีสาน เขาดูแลประชากรตัวเฉลี่ย 1:20,000-25,000 ความยุ่งยากคือเงินมาก หมอมีน้อย ได้ปลดพันธนาการไปแล้วในเรื่องการจ้าง คนไข้ 150 คนมาช่วงเช้า ทำไม่แบ่งกำลังไปอนามัยสักครึ่งวัน 14-15 อนามัยที่ต้องดูแล ก็น่าจะทำให้ดูแลดีขึ้น ไปช่วยออกลูกที่ สอ.จะได้ทำให้ออกลูกที่ รพ.น้อยลง เขาบอกว่าไปไม่ไหว ได้แค่วันละ 52 บาท บอกว่าให้ไปเลย 1500 บาท เขาบอกว่าเอาพันเดียวก็พอ ทันตอนามัยเขามีอยู่แล้ว การเยี่ยมบ้านก็น่าจะใช้เจ้าหน้าที่ดั้งเดิมแล้วเอาพยาบาลไปเสริม ข้อสำคัญคืออัตราค่าตอบแทนซึ่ง สอ.ได้ปรับเปลี่ยนแล้วขอให้อำนาจการตั้งอัตรานั้นมาอยู่ที่ปลัด สอ. ได้พยายามทำระเบียบกลางขึ้น ผมบอกว่าระเบียบกลางอันตราย น่าจะให้ท้องถิ่นเสนอขึ้นมา

ถ้าทำหมอ 2 คนให้เป็น 3-4 คนได้ก็น่าจะดี เพราะตรงนั้นไม่มีคลินิกส่วนตัว เขายินดีไปออกอนามัยให้

เรื่องเวชระเบียน เราถือว่าไม่ได้มีอะไรพัฒนาขึ้น เป็นเรื่องปกติ เรียนหนังสือก็เขียน บอกว่างานมาก อยู่ที่ตัวบุคคล โดยเฉพาะมีระบบ DRG ไม่เขียนให้ดีกว่าไม่ได้ตั้งค์ ที่อุดรเป็นจังหวัดใหญ่ ปม. จะลดลงบ้าง เขาบอกว่าไม่กลัวเพราะอยู่ได้ด้วยการทำงานส่งต่อ สุขทัยบอกว่าสามารถกระจายกำลังได้ ขอรับรองให้กระจายหมอผู้เชี่ยวชาญไปที่อำเภอ

คนไข้ที่เพิ่มขึ้นไม่ได้เพิ่มจากบัตรทอง คนไข้ที่ไป รพ.ส่วนใหญ่ถือบัตรสปร. บัตรสุขภาพ ที่มีอยู่ดั้งเดิมแล้ว

อ.เอื้อชาติ

ไปมีวัตถุประสงค์ชัดเจนคือดูว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะwork อย่างไร คิดว่าจะต้องมี รพ.สองแบบคือ รพ.คู่สัญญา กับ รพ.เครือข่ายที่รับลงทะเบียน รพ.ทุกอำเภอต้องถูกประเมินโดยละเอียดว่าเป็นประเภทไหน มิฉะนั้นจะสับสนว่าเขาอยู่ระดับไหน

1. กรณีที่บัตร สปร.เป็นบัตรทองทั้งนั้น ในแต่ละจังหวัดน่าจะมีประชากรที่ลงทะเบียนกับประชากรที่ได้บัตรทอง vary ต่างกันสัก 80% ในขนาดประชากรหนึ่งหมื่น น่าจะมีสิบเตียง ในรพ.ต่างๆ กิจกรรมหลักที่มีความจำเป็นคือการคลอดบุตร รพ.ที่รับผิดชอบประชากรสามหมื่นคนลงมา ไม่น่าจะเป็นคู่สัญญาได้ ให้เป็นเครือข่าย เพราะขาด

ศักยภาพในการผ่าตัด ใน รพ.ที่รับผิดชอบประชากรสามหมื่นขึ้นไปก็ต้องไปแยกแยะว่าใครที่จะเป็นคู่สัญญาได้

2. ในระดับประชากรสี่หมื่นคนขึ้นไปถึงหกหมื่นคน จะมีจำนวนเตียง 40 เตียงบวก เพราะจะมีการทำ secondary care มากขึ้น เชื่อว่าถ้าไปคุยกับ ผอ.ซึ่งตั้งใจ เขาอยู่มากกว่าสิบปี เป็นคนท้องที่ ถ้ามาอยู่แค่ 3 ปี ไม่ควรให้เป็นคู่สัญญาเพราะจะไปเรียน รพ.ระดับนี้ น่าจะมีห้องผ่าตัด สามารถทำผ่าตัดได้ตั้ง ใส่เลื่อน แยกเป็น 1) พร้อมที่จะเป็นคู่สัญญาทันที และพร้อมที่จะส่งต่อ ตามไปจ่าย ขนไปขนกลับ 2) ไม่พร้อมในวินาทีนี้ แต่ถ้าที่จะพร้อม 3) ไม่มีความสามารถ วิเคราะห์โดยพูดคุยกับ ผอ. รพ.ที่รับเป็นคู่สัญญาในกลุ่มนี้ จะต้องดูแลเครือข่ายและดูแล PMC ด้วย บางครั้งอาจจะเป็น supracontractor ซึ่งกันและกัน เช่น รวมกันมี ortho 1-2 คน

ขณะนี้เตียงขาด งบก่อสร้าง 94.2 บาทต่อหัวต้องลงในจุดที่เป็นปัญหา ให้ความสนใจของ ผอ.

3. รพ.ที่มีประชากรน้อย แต่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล รพ.เหล่านี้ต้องมีเงินไปช่วยเหลือพิเศษ ไม่สามารถใช้ capitation ได้เพียงพอ

เราไม่ควรรีบเร่งสามสิบบาทในบางจังหวัดที่ไม่พร้อม ความไม่พร้อมเกิดจากบุคลากร เวลาประชุมกันเขาก็ไม่อยากพูด บางครั้ง สสจ.ไม่พร้อมแต่ไม่กล้าพูด สิ่งที่ยืนยันเด็ดขาดว่าทำไม่ได้คือเรื่องพื้น ที่ระแวงมี 60,000 คน 120,000 visit ต้องถอนพื้น อุดพื้น พื้นปลอม เป็นไปไม่ได้แน่นอน

อ.จรัส

คำถามที่เพิ่มขึ้นคือตัวระบบ อะไรคือปฐมภูมิ อะไรคือทุติยภูมิ แต่ละภาคก็เป็นคนละภาพ ปัญหาว่าเรื่องนี้คงจะต้องมีการประเมินหรือลงไปดูจริงๆว่าภาคปฏิบัติทำได้อย่างไร ตอนนี้องค์กรสร้างระบบเป็นอย่างนั้นอย่างนี้ PMC เป็นอย่างนี้ เป็นความฝัน

อ.กอบจิตต์

เรื่องที่ยายบาล cover เรื่องงาน พวกเราไม่เคยเห็นเวชปฏิบัติของพยาบาลที่สามารถทำได้ ถ้าจำเป็นต้องทำจริงๆ มีกฎกระทรวงช่วยเขาหรือไม่ ถ้าจะทำเรื่องเชิงรุก การป้องกันบางโรค พยาบาลทำได้อย่างดี

อ.จรัส

การพัฒนาคณ เหาพยาบาลไปรักษาคณ ใช้ ถ้าจำเป็นต้องทำอย่างนั้น ต้องสอนเขาอีกมาก มีคนอยู่แค่นี้ ให้เงินเขาไปจ้าง จะมีหมอรับจ้างหรือไม่ จะเอาหมอที่ไหน

อ.อรุณ

ขณะนี้จะมีอะไรที่เร็วกว่านี้อีกหรือไม่

อ.เอื้อชาติ

มันจะเลวถ้าเราไม่ไปดูแล catchment area

อ.อรุณ

แล้วจะมีเตียงพอหรือไม่ ที่ทำให้เพื่อแก้ปัญหาให้ค่อยๆ ดีขึ้น ที่ พ.สงวนเขียนมาคือ ultimate goal ถ้าไม่เริ่มก้าวเดินก็จะไม่สิ้นสุด

ทพ.ปิยพงศ์

ข้ามไปวาระ 3.2

อ.จรัส

ขอให้ทันตแพทยสภาจัดครูเยี่ยมศิษย์ออกไปดูความจริง

อ.จรัส

สิ่งที่สะท้อนให้ก็คือมันไม่ง่ายอย่างที่คิด เช่น บริการทันตกรรม

เรื่องที่จะต้องรีบแก้ไขในขณะนี้

1. ความชัดเจนของเรื่องทั้งหมด ที่เขียนมายังไม่ชัดเจน ตรงปลายยังไม่เข้าใจ
2. ช่วยทำระบบบัญชีเพื่อให้จัดการเงินที่ลงไป

อ.เอื้อชาติ

เรื่องบัญชีกระทรวงทำอยู่แล้ว มีการอบรมมาแล้ว คนที่รับผิดชอบอย่างน้อยต้องเป็น ปวส. ระบบดี แต่คนที่จะไปใช้ระบบยังลำบาก

อ.จรัส

เราบอกว่าข้างล่างยังใช้การไม่ได้ ทำอย่างไรให้ข้างล่างใช้การได้

อ.สมมาตร

การให้พยาบาลทำเวชปฏิบัติแทนแพทย์ ยังไม่ค่อยเห็นด้วย พยาบาลช่วยแพทย์ในการซักประวัติได้ดี อันนี้ให้ช่วยได้ การบันทึกของแพทย์ไม่สามารถครอบคลุมได้ทั้งหมด จะมีก็แต่การตรวจร่างกาย บันทึกการผ่าตัด ถ้าให้พยาบาลช่วยในส่วนอื่นน่าจะดีกว่า

อ.จรัส

ที่ตระการ คนแสนคน มีหมอห้าคน มีสอ. 28 แห่ง เพิ่งมีพยาบาลเข้าไปอยู่ 3 แห่งจะหวังให้แพทย์เข้าไปดูแลคนไข้ได้อย่างไร

อ.เอื้อชาติ

ที่ระแวง บางอย่างเขาให้พยาบาลช่วยทำ เช่น การเย็บแผล ความจริงคือเป็นไปได้ถ้าไม่ทำอย่างนี้ มีคำสั่งของ สธ.ที่ยินยอมให้ทำได้ ถ้าเป็นคนไข้ในเขาจะดูแล

เราต้องเอาความจริงที่กระทำอยู่ทุกวันมาเป็นตัวเปรียบเทียบ

อ.จรัส

ต้องแก้กฎหมายให้เป็นเครื่องมือของเรา ไม่ใช่ปล่อยให้เขาต้องทำผิดกฎหมาย

อ.สมศรี

8 ใน 10 รพ. พยาบาลเป็นผู้สั่งการรักษาหลังจาก 16.30 น. มีที่เพชรบุรีเท่านั้น ผอ.ท่าอากาศยานบอกว่าคนที่เพชรบุรีมาแล้วไม่เจอหมอเขาจะดูป้ายและจะตาม หมอเวรจะมีบ้านพักใน รพ. ต้องดูเอง เพราะนักร้องเยอะ ที่บ้านแหลม เขาทำให้มีความร่วมมือด้วยการตั้งชมรมตาลโตนด บ้านแหลมมีการประชุม มีการติดเอดส์เยอะ ให้คนไข้เอดส์มาร่วมกัน ทำของขาย ไปเยี่ยมคนที่ติดเอดส์ตามบ้าน เจ้าหน้าที่พวกนี้อยู่อำเภออื่น แต่มาที่บ้านแหลมไม่มีใครรู้จักเขา

อ.ประเวศน์

คนที่มีความสามารถมีอยู่เป็นจำนวนมาก อย่าเอาเป็นประเด็นหลัก ไม่เช่นนั้นสิ่งเหล่านี้จะเป็นอุปสรรคในการจัดการ ประชาชนจะขาดความเชื่อถือ พยาบาลจะเลิกทำ น่าจะช่วยเหลือให้เขาทำได้ ?

อย่าให้กฎหมายเป็นนายเรา ปัญหานี้ไม่ใช่เกิดเฉพาะส่วนปลาย

เราจะขีดขึ้นให้ระบุความสามารถของพยาบาลว่าจะช่วยแพทย์ได้แค่ไหน

?

ประเด็นที่ต้องลงไปช่วย รพ. ชุมชนคือ 1) เวชสถิติ 2) ความชัดเจนระหว่าง primary care กับ secondary care

?

เรื่องพยาบาล หากมี standing order โดย สสจ. ก็จะมีคุ้มครองได้ ทำให้พยาบาลทำงานได้ด้วยความสบายใจ

?

ถ้าใช้พยาบาลซึ่งไม่ได้อบรมพยาบาลเวชปฏิบัติไปทำงานแทนแพทย์ ถ้าเกิดการฟ้องร้องขึ้นก็จะเป็นกรรมกับเขา ที่ดอยเต่า มีแพทย์สองคน แพทย์อยู่เวรคนละสัปดาห์แต่ไม่เคยตามแพทย์เลย

อ.เอื้อชาติ

ขอให้ไปดูคำสั่งว่ากระทรวงอนุญาตให้ทำเรื่องนี้ได้แค่ไหน

อ.จรัส

ใครนึกอะไรได้ว่าต้องทำเร่งด่วน ขอให้ส่งให้พ.อานูวัฒน์

โครงการนี้ได้ประโยชน์อย่างไร

เราได้ข้อมูล แต่ยังไม่ได้ลงไปช่วยเขาในเชิงวิชาชีพเท่าไร ถ้าจะออกไปอีก จะวางแผนอย่างไร
จะออก รพ.เดิมหรือ รพ.ใหม่

อ.เอื้อชาติ

ในแต่ละจังหวัด แต่ละอำเภอมีความหลากหลาย น่าจะไปเยี่ยมให้หมด เพื่อให้มีความ
สมบูรณ์ในการวิเคราะห์

อ.จรัส

คงไม่จำเป็นที่จะต้องดูให้ครบทุกแห่งในการวิเคราะห์ จะสลับเปลี่ยนและทำไม่ไหว เป็นความ
รับผิดชอบของเราหรือไม่ที่จะเข้าไปช่วย รพ.ทั้งหมด เราเข้าไปเพื่อหาความรู้ เมื่อได้ความรู้แล้วเราจะ
ครอบคลุมหรือไม่ ไม่แน่ใจว่าเรามีคนและค่าใช้จ่ายเพียงพอหรือไม่

น่าจะเป็นความรับผิดชอบของผู้ดูแล

สว่างใจ

ขณะนี้น้ำที่ทั้งกลุ่มไปดูมาคือไปรวบรวมข้อมูลในแต่ละพื้นที่มาให้แล้ว ยังอยากให้ไป
ควบคุมคุณภาพอีกต่อไปหรือไม่ หรือต้องการให้เป็นพี่เลี้ยง ความสามารถของพวกเราคงจะมีใน
รูปแบบนี้

อ.จรัส

อยู่ที่ว่าเราอยากจะช่วยแค่ไหน

อ.เอื้อชาติ

บัตรทองเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้น ในกรณีที่มีการแจกบัตรทอง
เพิ่มขึ้น ขอให้ไปเยี่ยมเพื่อนำข้อมูลมาดู เลือกอำเภอที่ดีที่สุดกับอำเภอที่ไม่ดีที่สุด

อ.จรัส

ที่ห่วงคืออีกสามปีข้างหน้าถ้าไม่ได้ HA จะทำอย่างไร

อัศนี

ถ้าลูกกาบอกว่าให้มาอีก ครึ่งหน้าต้องมาดูรพ.ของเขาก่อน ถ้าดูแล้วทั้งนี้จะเสียแรงกายแรงใจ
อาจจะไม่ครบถ้วนต่อเนื่อง รพ.กลางบอกว่าครึ่งหน้าขอให้เป็นคนเดิม อ.สุจิตบอกว่าอย่ายึดที่ตัว
บุคคลเลย เราจะพยายามส่งงานกัน น่าจะตามไปทบทวนว่าเกิดอะไรขึ้น
?

เราไปเหมือนกับไปเป็นพี่เลี้ยง ไปดูมาตรฐานวิชาชีพ ไม่ได้ไปดูว่าเขาได้มาตรฐานสามสิบบาท
หรือไม่ เรามีคณะกรรมการมาตรวจมาตรฐานสามสิบบาทเหมือนกัน

อ.จรัส

ฟังดูว่าส่วนใหญ่คิดว่าน่าจะมีโครงการนี้ต่อ และจะไปเยี่ยมอย่างไร ข้าที่เดิม เลือกที่ใหม่
ค่อยคิดกันอีกที

อ.สมมาตร

ที่เราไปเราไปเยี่ยมเยียนศิษย์ตามชื่อโครงการ ไปให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ คิดว่าอันนี้เป็นเรื่อง
ดี ไม่ได้ไปจับผิด ในทางตรงข้ามเรารับปัญหามาพิจารณาว่าจะแก้ปัญหาได้มากน้อยแค่ไหน น่าจะ
ไปเยี่ยมต่อและไปแห่งเดิม ไม่ทราบว่าสสจ.คิดอย่างไรกับพวกเรา เราไปแทรกแซงการทำงานของเข
หรือไม่

อ.จรัส

ขอให้ไปประสาน และรับทราบ

ถ้าจะไปแห่งเดิม จะขยายงานหรือไม่ ถ้าขยายต้องหาอาสาสมัครเพิ่ม

คำถาม

รูปแบบแนวทางเยี่ยม

เอาอาสาสมัครมาช่วยกันทำพร้อมกับคนใหม่

ความตระหนักของคุณภาพเชิงวิชาชีพ การเขียนเวชระเบียน ทำอย่างไรให้เขาตระหนัก

อ.อรุณ

ถ้ามีหมอมีพยาบาลเข้าไปตรวจสอบเป็นระยะๆ ก็จะได้ดีกว่าเดิม เราค่อยทำค่อยไป ช่วยพัฒนา
เขาขึ้นมา หมอออริโธเป็นคนที่เขียนรายงานสมบูรณ์ที่สุดเท่าที่ไปดูมา

อันแรกไปดูคือผลการรักษา การบอกเล่ากับคนไข้ เท่าที่ไปดูจะเห็นผู้ป่วยสัมพันธ์ พยาบาล
ใส่ชุดเขียวยิ้มแย้มแจ่มใส แต่ไปนั่งรอคุณหมอตั้งค่อนข้างโมโห

ถ้าสลับที่ไปเรื่อยๆ อาจจะได้อะไร ให้เกาะติดสถานการณ์

อ.สมศรี

เราจะไปช่วยในฐานะครูเยี่ยมศิษย์ จะมีการติดตาม

เราไม่ต้องการไปรบกวน สสจ. เด็กหลายคนชอบใจเมื่อรู้ว่าเราไป

อ.อรุณ

พวกเราเป็นอาสาสมัคร ไม่ใช่ผู้รับผิดชอบที่จะให้เขามีคุณภาพดี จะดีหรือไม่ดี จะต้องทำ
อะไรเป็นอีกฝ่ายหนึ่ง

?

เป้าหมายเดิมของโครงการเพื่อดูว่าคุณภาพของบริการยังขาดตกบกพร่องในด้านใดบ้าง ดู
เหมือนว่าวันนี้เรามารวบรวมปัญหามากกว่าที่จะไปกระตุ้นให้เกิดคุณภาพขึ้น ถ้าจะเดินต่อไปน่าจะ

กำหนดลำดับความสำคัญว่าที่เราจะไปคืออะไร การไปติดตามอาจจะใช้เวลาแค่ 2-3 ชั่วโมง น่าจะกำหนด รพ.ที่จะเยี่ยมต่อเนื่องและที่จะเยี่ยมใหม่ให้แตกต่างกัน

อ.จรัส

ปัญหาที่รวบรวมไม่ใช่ปัญหาที่เราต้องแก้ทั้งหมด ที่จะทำคือคนเดิมลงที่เดิมให้เป็นเนื้อเป็นหนังขึ้น ส่วนการขยายคงจะต้องช่วยกันหาอาสาสมัครเพิ่มเติม ต้องมีเนื้อ HA ปนอยู่บ้าง รายละเอียดรอบการทำงานก็มาแลกเปลี่ยนกัน

?

นอกจากจะดีใจแล้ว เขามีความคาดหวังว่าจะได้ HA ตามเวลาที่กำหนด ต้องทำความเข้าใจให้ตรงกัน

อ.เอื้อชาติ

ขอให้ระบุ major minor ให้ชัดเจนว่าจะให้ทำอะไร

อนุวัฒน์

ขออาสาสมัครมาจัดทำแนวทาง