

7th HA National Forum Guidebook

มีเนื้อหาอะไร ในแต่ละห้อง

คำนำ

การตามรอยที่ดี คือ ต้องมีแผนที่สำหรับนำสู่ทิศทางที่ชัดเจนและปฏิบัติวัดผลได้ชัดเจน การใช้คู่มือที่เรียกว่า “คู่มือแนวทาง” หรือ Guidebook สำหรับ 7th National Forum เล่มนี้ก็ดูเหมือนว่าจำเป็นอย่างยิ่งยวดจนนั้น เป็นบริบท (context) ของการจัดงานประชุมที่มุ่งก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีแบบแผนบนความยุ่งเหยิงทั้งปวง

โดยเนื้อหา (content) นั้นได้เป็นไปตามหลักใหญ่ใจความ (theme) ของการจัดงาน คือ นวัตกรรม ตามรอย และวัดผลคุณภาพ ซึ่งนำสู่คุณภาพแบบลดแรงเสียดทานของสิ่งรอบข้าง นำเข้าสู่เป้าหมายของทุกระดับอย่างรวดเร็ว ตรงประเด็น เนื้อๆ เน้นๆ หากไม่รู้ประเด็นสำคัญและระดับคุณภาพของตนเอง และยังติดในกับดักแห่งความคิดเดิมๆ ก็มักจะทำให้ใช้แรง ใช้เวลาอย่างมากในการพัฒนา

ทางทีมผู้จัดงานและวิทยากร ได้พยายามที่จะนำนามธรรมมาสู่รูปธรรมของการพัฒนา ในทุกห้องประชุม (session) จะมีเนื้อหาเข้มข้นในเชิงการตามรอยหาจุดที่เปราะบาง (pitfalls) ที่จะนำสู่การออกแบบกระบวนการด้วยนวัตกรรม โดยถ่ายทอดผ่านวิทยากรที่มีประสบการณ์ในแต่ละด้าน แสดงสัมฤทธิ์ผลด้วยการวัดแบบง่าย ๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเพื่อปรับใช้ไปตามบริบทของโรงพยาบาล/องค์กรต่างๆ

ใน Forum ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้เรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์สูงหลายด้านในประเทศไทยและวิทยากรที่มีชื่อเสียงและทรงอิทธิพลทางความคิดหลายท่านในวงการคุณภาพ ที่สำคัญจะได้มีโอกาสพบปะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ สร้างเครือข่ายแห่งคุณภาพ โดยในแต่ละการประชุมจะออกแบบไว้หลายระดับเนื้อหาทั้งสำหรับผู้เพิ่งเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้ใหม่ไปจนถึงผู้มีประสบการณ์ในการทำงานพัฒนาคุณภาพและผู้นำองค์กรที่ประสบความสำเร็จ

อย่างไรก็ตามผู้จัดพยายามเน้นย้ำไปที่การนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้จริง ความคิดสร้างสรรค์หรือนวัตกรรมจากแรงบันดาลใจสู่การลงมือทำ เพื่อให้เหมาะสมสูงสุดแก่โรงพยาบาลในบริบทต่างๆ โดยยึดปรัชญาพื้นฐานของการจัดประชุม Forum คือ “All Teach – All Learn” (ทุกคนร่วมถ่ายทอด-ทุกคนร่วมเรียนรู้) ให้บรรลุเป้าหมายร่วมของเราทุกคนคือการเป็นสมาชิกในชุมชนแห่งคุณภาพสากลที่พยายามจะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดร่วมกันนั่นเอง

หวังว่าผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านจะใช้แผนที่นี้เพื่อวัตถุประสงค์เหล่านั้นอย่างมีประสิทธิภาพ และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในห้องประชุมกันอย่างเต็มที่

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มีนาคม 2549

คำแนะนำในการใช้ Guidebook

การประชุม 7th HA National Forum ในส่วนที่เป็นเนื้อหาวิชาการมีทั้งสิ้น 3 วัน คือวันที่ 15-17 มีนาคม 2549 มีห้องประชุมทั้งหมด 9 ห้อง โดย ห้องประชุมใหญ่ (Ballroom) เป็นห้องประชุมขนาดใหญ่ 2000 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 ช่วงเวลาที่ประชุม

0 คือช่วงเวลา 0800-0830 น.

1 คือช่วงเวลา 0830-1000 น.

2 คือช่วงเวลา 1030-1200 น.

3 คือช่วงเวลา 1300-1430 น.

4 คือช่วงเวลา 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 ในแต่ละวันเป็นหลักและไปดูหัวข้อที่กำหนดและบทคัดย่อด้านล่างต่อไป

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/B19	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		A24	A34	A44
Thursday 16				
Friday 17	C10	C22		

Theme 5 : Knowledge Management

Wednesday 15				
Thursday 16	B13	B23	B33	B43
Friday 17				

Theme 6 : Drug System

Wednesday 15				
Thursday 16	B14	B24	B34	B44
Friday 17				

Theme 7 : Quality Tools

Wednesday 15				
Thursday 16	B11		B39	
Friday 17	C12	C22		

Theme 8 : Leadership

Wednesday 15				
Thursday 16				
Friday 17	C14	C24		

Workshop/Sharing 1 : Share & Assist

Wednesday 15			A37	A47
Thursday 16	B17	B27	B37	B47
Friday 17	C17	C27		

Workshop/Sharing 2 : Sharing & Capture

Wednesday 15			A38	A48
Thursday 16	B18	B28	B38	B48
Friday 17	C18	C28		

Workshop/Sharing 3 : Nursing / Professionals

Wednesday 15			A39/A3X	A49
Thursday 16		B2X		
Friday 17				

Workshop/Sharing 4 : Communication

Wednesday 15				
Thursday 16	B1X	B20		
Friday 17	C19	C29		

Workshop/Sharing 5 : Miscellaneous

Wednesday 15				A4X
Thursday 16				B4X
Friday 17	C1X			

ห้อง Grand Ballroom วันที่ 15 มีนาคม 2549

A10: ระบบบริหารที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

Grand Ballroom 15/04/49: 0900-1000

ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเวศ วะสี

อาจารย์ประเวศเป็นครูและเป็นหมอของสังคมไทย ท่านเป็นผู้ให้แนวคิดในการก่อตั้งภาคี HA และให้กำลังใจสนับสนุน HA มาตลอด ท่านมาบรรยายให้เวที HA เป็นประจำทุกปี ท่านเน้นในเรื่องความสุขในการทำงาน การพัฒนาตนเองและเชื่อมโยงกับคนอื่นที่ท่านเสนอแนวคิดเรื่อง INN (Individual-Node-Network) ท่านเสนอว่าศีลธรรมพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยคือเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และ ฯลฯ

อาจารย์ได้เห็นความทุกข์ของทุกส่วนในระบบบริการสุขภาพ ประารถนาให้เราหลุดออกไปจากสาธารณทุกข์ ในครั้งนี้อาจารย์จะมาเล่าให้พวกเราฟังว่าอาจารย์คิดอย่างไร จึงเสนอให้เราต้องปรับเปลี่ยนจากระบบบริการที่ทันสมัย (modernized healthcare) ให้เป็นระบบบริหารที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized healthcare) ควบคู่ไปด้วย ทำให้เป็นโรงพยาบาลที่มีน้ำใจ ต้องเห็นทั้ง “ไข” และ “คน” สร้างคนที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ส่งเสริมสปิริตแห่งการเป็นอาสาสมัครเพื่อเพื่อนมนุษย์และมิตรภาพบำบัด ขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพด้วยธรรมเนียมแทนที่จะเป็นบริโภคนิยม ซึ่งจะทำให้ระบบบริการสุขภาพเป็นพลังอันยิ่งใหญ่ที่ช่วยเยียวยาโลก

A20: Measurement in Healthcare

Grand Ballroom 15/04/49: 1030-1200

Jerod Loeb

(Executive Vice President, Division of Research, JACHO)

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

วันนี้เราคาดหวังกับการวัดผลงานมากเกินไปหรือเปล่า เราคิดว่ามีคำตอบเบ็ดเสร็จที่คนอื่นรู้ แต่เราไม่รู้หรือเปล่า มาฟังข้อเท็จจริงว่าในอเมริกาก็เผชิญกับปัญหาเรื่องการวัดผลงานเหมือนกัน

Jerod จะมาเล่าให้เราฟังถึงความท้าทายเกี่ยวกับเรื่องการวัดผลงานบริการสุขภาพที่เราควรนำมาพิจารณาและหาทางออกที่เหมาะสม เช่น ปรัชญาและวิธีการในการวัดที่ยังหาจุดร่วมไม่ได้ จะวัดอะไร วัดในขั้นตอนไหน วัดเดียวหรือวัดหมู่ ความคุ้มค่า การวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูล การใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดซึ่งชี้โพรงให้เห็นอยู่แต่ก็ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

A30 กรณีศึกษา รพ.พุทธฉือจี้ : ใต้หวัน รูปธรรมสาธารณสุขที่เน้นหัวใจของความเป็นมนุษย์

Grand Ballroom 15/04/49: 1300-1430

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

(ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ)

อาจารย์ประเวศ วะสี พูดให้เราฟังมาหลายปีแล้วว่า ระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขของเราควรพัฒนาไปสู่การบริการที่เน้นมิติของความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) หลังจากที่เรพัฒนามิติทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมานาน เมื่อได้มีโอกาสไปดูงานของชาวมูลนิธิพุทธรณีนิจที่ไต้หวัน ทำให้ประจักษ์ชัดว่าพวกเขาลงมือทำอย่างเป็นรูปธรรมไปแล้ว จึงสมควรที่พวกเราจะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้บทเรียนของเขา จะทำให้พวกเราได้ปัญญาและได้ความปิติสุขเพิ่มขึ้นอย่างแน่นอน

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

โรงพยาบาลจื้อจี้ ได้แสดงรูปธรรมของการปฏิบัติตามปณิธาน “The Mission to be a Humane Doctor” ด้วยหลักพุทธมหายานซึ่งเป็นพุทธศาสนาแนวปฏิบัตินิยม (ทำความดีช่วยผู้อื่นตามหลักพรหมวิหาร 4) มีผลต่อพฤติกรรมคนไต้หวัน เป็นปยุตต์เพาะให้เกิด “จิตอาสา” ซึ่งเป็นเมล็ดพันธุ์แห่งความดีเติบโตอย่างเป็นรูปธรรมและทรงพลัง มีอาสาสมัครเข้าร่วมทำงานกับวิชาชีพอย่างเป็นเนื้อเดียวกัน โรงพยาบาลเป็นทั้งสถานประกอบอาชีพและที่ปฏิบัติธรรม แพทย์พยาบาลและทีมงาน มีหน้าที่ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ อันเป็นงานที่ยิ่งใหญ่ ทุกคนพยายามลดตัวตนให้เล็กที่สุด เพื่อทำหน้าที่อันสำคัญนั้น (ทำตัวให้เล็ก บริการผู้อื่นให้มาก)

ที่เป็นดังนี้ได้เพราะมีผู้นำทางจิตวิญญาณที่มีวัตรปฏิบัติดีเยี่ยม เป็นศูนย์รวมศรัทธาและความมุ่งมั่นในการทำดี เคารพยกย่องในคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์เสมอกัน

A40: Creativity & Innovation

Grand Ballroom 15/04/49: 1430-1600

ดร.สมศรี ศิริไหวประพันธ์ (ม.บูรพา)

ปาหนัน กนกวงศ์นุวัฒน์ (รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี)

ดร.สุริยัน นนทศักดิ์ (ม.บูรพา)

มหาวิทยาลัยบูรพา จัดตั้งศูนย์การศึกษาวิจัยเรื่องการคิด (The Center for the Study of Thinking) มีจุดมุ่งหมายเพื่อเพาะบ่มความคิดสร้างสรรค์ในสถานที่ทำงาน โดยเริ่มจากระบบการศึกษา พรพ.ได้มีโอกาสพบกับอาจารย์สมศรีเมื่อครั้งไปประชุมที่บางแสน จึงได้ชักชวนให้อาจารย์มาช่วยเพาะบ่มความคิดสร้างสรรค์ให้กับระบบบริการสุขภาพบ้าง

ทีมงานของอาจารย์ได้ไปสอบถามข้อมูลเบื้องต้น พบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลได้รับการอบรมเรื่องนี้ แต่ยังไม่สามารถนำไปปรับใช้ได้ ทำอย่างไรจึงจะนำไปใช้ได้ ควรจะเข้าใจธรรมชาติของความคิดสร้างสรรค์อย่างไร จะสร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนาความคิดริเริ่มอย่างไร จะใช้เครื่องมือวัดความสามารถเพื่อนำไปสู่การพัฒนาความคิดสร้างสรรค์อย่างไร จะแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคที่พบบ่อยในการประยุกต์ใช้ความคิดสร้างสรรค์อย่างไร เชิญมาหาคำตอบกันในครั้งนี้

ห้อง Grand Ballroom วันที่ 16 มีนาคม 2549

B10: Thai Patient Safety Goals 2006 & Sentinel Events Alert

Grand Ballroom 16/04/49: 0830-1000

เรวดี ศิรินคร, นพ.อนุวัฒน์ ศุภชติกุล

(พรพ.)

การที่ พรพ. ได้มีโอกาสไปทำงานร่วมกับโรงพยาบาลต่างๆ ทำให้เห็นปัญหาอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้เรียนรู้ร่วมกับโรงพยาบาลถึงข้อจำกัดต่างๆ ความพยายามของโรงพยาบาลในการพัฒนา รวมถึงความสำเร็จในการแก้ปัญหาในที่ต่างๆ มีการรวบรวมข้อมูลทั้งจากหลักฐานเชิงประจักษ์และหลักฐานเชิงวิจัยถึงที่มาที่ไปของแนวโน้มการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เหล่านั้นมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในช่วง 2-3 ปีหลังนี้และโดยส่วนใหญ่ป้องกัน/ลดความเสี่ยงได้ ถ้ามีเป้าหมายและกลุ่บายที่เท่าทันกับปัญหา/ความเสี่ยงเหล่านั้น

เนื่องจากความปลอดภัยเป็นความคาดหวังของผู้รับบริการ การที่โรงพยาบาลต่างๆ ทั้งหมดจะร่วมมือกันเพื่อแบ่งปันข้อมูล ประสบการณ์ โดยมีเป้าหมายหรือจุดเน้นร่วมกัน จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีพลัง ทำให้ระยะเวลาของการเรียนรู้ด้วยการลองผิดลองถูก เป็นการปกป้องผู้ที่ทำงานอยู่ในระบบให้สามารถทำงานได้ด้วยคามมั่นใจ

ผู้อำนวยการ พรพ. และผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านสำนักที่ปรึกษา จะมาร่วมกันนำเสนอว่าเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยสำหรับประเทศไทยน่าจะมีอะไรบ้าง และจะมีระบบในการแบ่งปันข้อมูลกันอย่างไร เพื่อให้เกิดฐานข้อมูลที่น่าสู่การพัฒนาอย่างมีทิศทางและเกื้อกูลกันในระดับชาติเป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ไวพอจะจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลที่นับวันจะเปลี่ยนไปอย่างไม่หยุดนิ่ง

B20: คดีเด็ด ภาค 2

Grand Ballroom 16/04/49: 1030-1200

พล.ต.ต. นพ.ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช

ท่านเป็นเจ้าของวลี “ผมเขียนหนังสือได้ แต่ไม่ดัง” ท่านชอบเขียนหนังสือมาตั้งแต่เด็ก เป็นผู้ปลุกปล้ำให้กำเนิดแกววารสารทางการแพทย์ไม่น้อยกว่าสองฉบับ และเป็นนักเขียนประจำในคอลัมน์ต่างๆ มากมาย ด้วยความที่คลุกคลีกับการสอบสวนคดีต่างๆ ของแพทยสภา จนกระทั่งไปเกษียณอายุด้วยตำแหน่งอธิบดีในกระทรวงยุติธรรมเมื่อปีที่แล้ว ท่านจึงมีความกระฉับกระชวยมากในเรื่องคดีทั้งหลายที่แพทย์ตกเป็นจำเลยอยู่ในขณะนี้

เวชปฏิบัติในประเทศไทยจะไม่ย่ำอย่างที่ผ่านมาแล้ว บรรยากาศที่คุกคามผู้ให้บริการสุขภาพปรากฏชัดเจมมากขึ้น ควรที่ผู้ให้บริการจักได้ร่วมกันประมวลสถานการณ์ วิเคราะห์ เจาะลึก เพื่อแก้ปัญหาและทำบริการสุขภาพไปสู่บรรยากาศที่เอื้ออาทรขึ้น อาจารย์ชุมศักดิ์จะใช้คดีตัวอย่างที่ศาล

พิพากษาให้ผู้ให้บริการจ่ายค่าเสียหายแก่ผู้ใช้บริการและนำเสนอข้อคิดเห็นเชิงHA ที่จะช่วยคลี่คลายปัญหาในอนาคต

B30: สร้างโลกใบใหม่...สร้างแรงบันดาลใจจากเรื่องเล่า

Grand Ballroom 16/04/49: 1300-1430

นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

(สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพสาธารณสุข)

คุณหมอโกมาตร เป็นผู้ที่มุมมองลึกซึ้งในเชิงมานุษยวิทยา เห็นในสิ่งที่พวกเรามักจะไม่เห็น สามารถเชื่อมโยงวัฒนธรรมพื้นบ้าน มาแปลความหมายและให้ข้อคิดเห็นด้วยวิธีคิดที่ทันสมัยหรือก้าวล้ำนำสมัยได้ ด้วยความที่คลุกคลีกับการทำงานชุมชนมานาน จึงได้พัฒนาเครื่องมือการทำงานกับชุมชนอย่างมีความสุข และยังคงทำงานวิจัยเกี่ยวกับความสุขของคนทำงานบริการปฐมภูมิ

เทคนิค Appreciative Inquiry คือการค้นหาลสิ่งดี ๆ ที่มีอยู่รอบตัว เพื่อนำสิ่งดี ๆ นั้นมาเป็นพลังขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง แทนที่จะมองแต่ด้านที่เป็นปัญหาแล้วเกิดความหดหู่ท้อถอย คุณหมอโกมาตรได้พบว่าผู้ที่ทำงานบริการปฐมภูมินั้นมีความภาคภูมิใจกับการรับผิดชอบอันยิ่งใหญ่ซึ่งโรงพยาบาลในเมือง ไม่สามารถทำได้ นั่นคือสามารถดูแลแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน หลายมิติ ทำงานหลายระดับ ปักแจก ครอบครัว ชุมชน เป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเหมาะกับพื้นที่ เสริมระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งพึ่งตนเองได้ จุดแข็งของบริการปฐมภูมิจึงไม่ใช่การรักษาเบื้องต้นหรือการคัดกรองเพื่อส่งต่อ

คุณหมอโกมาตรจะใช้เทคนิคการเล่าเรื่องราวประสบการณ์ดี ๆ เพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการร่วมกันสร้างสรรค์โลกใบใหม่ที่ทุกคนปรารถนา

B40: Meet HA Surveyor (พบผู้เยี่ยมสำรวจ HA)

Grand Ballroom 16/04/49: 1500-1630

นพ.สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิ์พงศ์

(รพ.มหาราชนครราชสีมา)

น.ต.หญิง พรประภา โรจนะวงศ์

(รพ.ภูมิพลอดุลยเดช)

ภญ.ผุสดี บัวทอง

(พรพ.)

การเยี่ยมสำรวจควรจะเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้เยี่ยมสำรวจกับทีมงานของโรงพยาบาล ก่อนการเยี่ยมสำรวจ ทั้งทีมงานของโรงพยาบาลและทีมผู้เยี่ยมสำรวจต่างต้องเตรียมตัวกันอย่างหนัก ความเข้าใจต่อเป้าหมายของกระบวนการ และความตระหนักในความคาดหวังของกันและกัน จะมีส่วนสำคัญที่จะทำให้บรรยากาศของการเยี่ยมสำรวจเป็นไปอย่างราบรื่นและสร้างสรรค์

ผู้เยี่ยมสำรวจทั้งสามท่าน เผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ มากมาย ทั้งที่เอื้อต่อการเรียนรู้อย่างสนุกสนาน และที่เคร่งเครียดด้วยความเข้าใจไม่ตรงกัน ช่วงนี้จึงเป็นโอกาสที่ผู้เยี่ยมสำรวจทั้งสามท่าน จะมาถ่ายทอดเคล็ดวิชาว่าจะใช้การเยี่ยมสำรวจให้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาตนเองและการพัฒนา

คุณภาพของโรงพยาบาลได้อย่างไร มิใช่จะมาบอกเคล็ดวิชาว่าจะผ่านการรับรองได้อย่างไร นะ จะบอกให้

ห้อง Grand Ballroom วันที่ 17 มีนาคม 2549

C10: Competency & Healthy Organization

Grand Ballroom 17/04/49: 0830-1000

ผศ.ดร.จิระประภา อัครบวร

(สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์)

ผ่องพรรณ ธนา

(พรพ.)

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

อาจารย์จิระประภาจะมาเล่าให้ฟังถึงแก่นของเรื่อง competency ที่ทำให้เราสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ง่ายๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ การตั้งเป้าให้องค์กรเป็นองค์กรที่มีสุขภาพดี เข้มแข็ง ไม่เจ็บป่วย จะทำให้เรามีทิศทางการพัฒนาคนได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

C20: Tracing methodology to improve nursing quality

Grand Ballroom 17/04/49: 1030-1200

ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ

(สภากาชาดไทย)

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน

(รพ.เชนต์หลุยส์)

ดร.ยุวดี เกตุสัมพันธ์

(รพ.ศิริราช)

พยาบาลเป็นกำลังสำคัญของการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งมีนวัตกรรมในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มารับฟังทิศทางและมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

- ระบบการพยาบาลที่มีคุณภาพ การวัดผลคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลที่ดึงดูดใจ (Magnet Hospital) ความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานสภากาชาดไทย แนวโน้มทิศทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐาน HA แนวใหม่
- บทบาทพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้มุมมองเชิงระบบ รวมทั้งการใช้แนวคิดต่างๆ เช่น (Primary care) Care Management, Case Management, Disease Management
- แนวคิดการทำ Tracer ทางโรงพยาบาล และการประยุกต์ใช้ Clinical Tracer ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในทีมสหสาขา

C30a: ดันอ้อ จะล้อถาจะต้านพายุก

Grand Ballroom 17/04/49: 1330-1415

ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา

(ประธานคณะกรรมการบริหาร พรพ.)

ขณะนี้ผู้ที่ทำงานในระบบบริการสุขภาพอาจจะรู้สึกเหมือนกับอยู่ท่ามกลางพายุที่ถาโถมเข้ามาอย่างต่อเนื่อง ไม่รู้ว่าจะต้องรับมืออย่างไร การมองเฉพาะจุด เฉพาะส่วน จะทำให้ไม่เห็นทางออก จำเป็นต้องมองให้เห็นภาพใหญ่และปัจจัยต่างๆ ที่เชื่อมโยงกัน

อาจารย์จรัส เป็นผู้ใหญ่ที่ให้งำลังใจและชี้แนะทิศทางการพัฒนาให้แก่กระบวนการ HA มาตั้งแต่เริ่มต้น ท่านได้พิจารณาความซับซ้อนของเรื่องนี้อย่างรอบด้าน และชี้ให้เห็นมุมมองใหม่ๆ ที่ควรเกิดขึ้นเพื่อให้สถานการณ์คลี่คลาย เพื่อให้สังคมมีความมั่นใจในองค์กรวิชาชีพ ความรับผิดชอบและเจตคติต่อเวชระเบียนซึ่งเป็นภูมิคุ้มกันให้แก่ผู้ประกอบการวิชาชีพ การติดต่อารุให้กับผู้ที่ต้องออกไปปฏิบัติงานในแนวหน้า ระบบตรวจสอบภายในวิชาชีพ การสื่อสารกับสถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ดีขึ้น ฯลฯ

C30b: เชื่อมโยง เก็บกวาด และมาตรฐานใหม่

Grand Ballroom 17/04/49: 1415-1500

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล

(ผู้อำนวยการ พรพ.)

ความเป็นจริงของธรรมชาติคือการเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว การทำงานอย่างเชื่อมโยงคือการปฏิบัติอย่างกลมกลืนกับธรรมชาติ ระบบนิเวศของธรรมชาติมีการเก็บกวาดตัวเองอยู่ตลอดเวลา ทำให้เกิดความสมดุล การพัฒนาคุณภาพก็ต้องเก็บกวาดสิ่งรกรุงรังที่ไม่จำเป็นออกไปเช่นเดียวกัน

มาตรฐานใหม่เป็นผลของการเชื่อมโยงแนวคิดที่สอดคล้องกันเข้าด้วยกัน นอกเหนือจากเนื้อหาใหม่จำนวนหนึ่งแล้ว เราควรร่วมกันแสวงหาวิธีการใหม่ๆ ในการใช้มาตรฐานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กร การใช้มาตรฐานที่มุ่งเน้นการปฏิบัติและการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่คุณค่าต่อผู้รับบริการ การใช้มาตรฐานอย่างมีวุฒิภาวะที่จะเลือกกำหนดขอบเขตและวิธีการอย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง

ห้อง Meeting Room 1 วันที่ 15 มีนาคม 2549

A21: ตามรอย Wheezing Lung

Meeting Room 1 15/04/49: 1030-1200

รศ.นพ.ชายชาญ โพธิรัตน์	(คณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่)
รศ.พญ.จรุงจิตต์ งามไพบูลย์	(คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ)
หทัยรัตน์ จันทรเสวีวัฒน์	(รพ.บรรพตพิสัย)
นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์	(คณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่) ผู้ดำเนินการอภิปราย

การตามรอยคือการตามไปดูในแต่ละจุดที่มีความสำคัญสูง ว่าเราอย่างไรเพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัย การตามรอยทางคลินิกเริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์บริบทของโรคหรือการทำ mapping ธรรมชาติของการดำเนินโรคเพื่อให้เห็นภาพรวม เราใช้การตามรอยเพื่อเรียนรู้ทั้งแนวคิดในการทำงานและคำตอบที่จะนำไปใช้ประโยชน์

เราจะเริ่มต้นตามรอยในการประชุมครั้งนี้ด้วย Wheezing Lung ปอดที่ส่งเสียงดังหวีดหวิว โรคที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมารโรงพยาบาลในยามวิกาล โรคที่ทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องอยู่โรงพยาบาลมากกว่าที่บ้าน

อาจารย์ชายชาญ จะมาเล่าให้ฟังว่าเรากำลังเผชิญกับปัญหาอะไรในการรักษาผู้ป่วย COPD ผลกระทบของ COPD นั้นหนักหนาสาหัสกว่าจะเร่งปอดเพียงใด การป้องกัน new smoker นั้นสำคัญแค่ไหน จะทำได้อย่างไร การรักษาแบบเชิงรุกจะทำได้อย่างไร การออกกำลังกายที่แม้อยู่ระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ จะทำได้อย่างไร

อาจารย์จรุงจิตต์ จะมาเล่าประสบการณ์ของการจัด asthma camp เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับเด็กๆ โดยบังคับพ่อแม่ต้องไปด้วยเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ให้ความรู้ ให้อุปกรณ์ ให้อุปกรณ์ให้รู้จักการใช้ยาทุกตัวที่มีในท้องตลาด เปลี่ยนเจตคติของเด็กและพ่อแม่ที่กลัวการออกกำลังกาย ทำให้เด็ก asthma กลายเป็นเด็กที่สามารถเล่นกีฬาได้จนได้เหรียญทอง ทั้งผู้คุมค่ายและลูกค่ายต่างก็มีความสุข และมีความสัมพันธ์ที่สืบเนื่อง คนไข้จะพูดความจริงกับหมอมากขึ้น

คุณหทัยรัตน์ จะมาเล่าให้ฟังว่าทำอย่างไรกับผู้ป่วย COPD ซึ่งถือเอาโรงพยาบาลเป็นบ้านให้สามารถกลับไปอยู่บ้านได้ ด้วยเครื่องมือง่ายๆ คือเทียนไขกับลูกโป่ง จากความสำเร็จในผู้ป่วยหนึ่งรายนั้นนำไปสู่การขยายผลอย่างไร มีการสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเองโดยใช้บุคคลต้นแบบลงปรนซึ่งเป็นต้นแบบแล้วว่า “การบอกข้อดี การขอร้อง การบังคับ ไม่สามารถทำให้ลูกๆ ของลงปรนเลิกบุหรี่ได้ แต่การปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดี ทำให้ลูกๆ หันมาฝึกการหายใจ และเลิกบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด”

A31: เชิงรุก ร่วมภาคี ดูดีที่ผลลัพธ์

Meeting Room 1 15/04/49: 1300-1430

นพ.วิทยา ชาติบัญชาชัย (รพ.ขอนแก่น)

สุทิน ไชยวัฒน์

(สำนักงานคุมประพฤติ จ.มหาสารคาม)

ดร.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์

(คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล)

อาจารย์ชนวนทองเป็นนักพฤติกรรมศาสตร์ที่สนใจเรื่องการจัดการ การพัฒนาองค์กร และการพัฒนาสังคม เป็นผู้ที่มีความมุ่งมั่นในการวิเคราะห์คนและสถานการณ์ อาจารย์ได้นำเทคนิคที่เรียกว่าแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping) เข้ามาช่วยในการพัฒนาควบคู่กับการเสริมพลังภาคีหุ้นส่วนในสองพื้นที่ คือการทำงานป้องกันอุบัติเหตุร่วมกับโรงพยาบาลขอนแก่น และการสร้างพลังเครือข่ายยุติธรรมชุมชนร่วมกับกรมคุมประพฤติ

ยุติธรรมชุมชนเป็นแนวคิดการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อป้องกันอาชญากรรมและคุณภาพชีวิตที่ดีของชุมชน โดยต่อยอดจากชุมชนที่มีอยู่ด้วยการเข้าไปหาชุมชน ใช้ชีวิตกับชุมชน เรียนรู้จากชุมชน รับใช้ชุมชน วางแผนร่วมกับชุมชน ทำแผนที่ผลลัพธ์ ทำให้การแก้ปัญหาเสียดัดเป็นการแก้ไขโดยใช้สังคม เสริมพลังอำนาจชุมชนให้แก้ไขปัญหาของชุมชนกันตัวเอง ลดปัจจัยเสี่ยงในสิ่งแวดล้อม ยอมรับและให้คุณค่ากับคนดี เป็นการเสริมและต่อเชื่อมกับกระบวนการชุมชนบำบัดซึ่งเรียนรู้ภายใต้สถานการณ์จำลอง

แผนที่ผลลัพธ์ คือการบูรณาการกลยุทธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจเจ้าหน้าที่ และการสร้างระบบการติดตามประเมินผลงานไว้ในกระบวนการทำแผนที่ผลลัพธ์ เน้นการติดตามประเมินที่ผลลัพธ์โดยภาคีหุ้นส่วน ซึ่งผลลัพธ์ในที่นี้จะมุ่งไปที่พฤติกรรมของภาคีหุ้นส่วน ให้ภาคีหุ้นส่วนเป็นผู้กำหนดเป็นผู้ลงมือดำเนินการ และเป็นผู้ติดตามวัดผลด้วยตนเอง

A41: ตามรอย Axon ให้ Excite

Meeting Room 1 15/04/49: 1500-1630

ศ.นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ

(คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์)

นพ.สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล

(สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์)

นพ.ธานี จิตตรีประเสริฐ

(กรมการแพทย์)

ธรรมชาติของระบบประสาททำงานด้วยการกระตุ้นของสัญญาณไฟฟ้าที่ส่งผ่านไปตามเส้นใยประสาท จึงเป็นที่มาของชื่อการตามรอยโรคทางระบบประสาทเป็นการส่งท้ายวันแรก ตามทั้งประสาทวิทยาในอายุรกรรมคือ stroke และประสาทศัลยกรรมคือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

คุณหมอธานีได้ทำงานร่วมกับ พรพ.ในโครงการ TCEN ('Toward Clinical Excellence' Network) เพื่อตามรอยหา best practice ในที่ต่างๆ มาแบ่งปัน และร่วมกันสร้างเครื่องชีวิตที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกันได้

เครือข่าย Stroke เป็นกลุ่มที่ก่อให้เกิดบทเรียนที่น่าสนใจเกี่ยวกับการปฏิบัติหลายอย่างที่ควรจะทำแต่ยังไม่ได้ทำ และที่ไม่ควรจะทำแต่ยังทำอยู่ ซึ่งคุณหมอสุชาติจะเป็นตัวแทนของเครือข่ายที่ประกอบด้วย จุฬา ศิริราช และสถาบันประสาท นำประสบการณ์มาเล่าสู่กันฟัง

อาจารย์สงวนสิน ซึ่งเป็นมือมีดหมอมีความสนใจในเรื่อง value chain in healthcare ก็เลยลองนำมาปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้รู้ว่ากำลังทำอะไร ณ จุดไหน สัมพันธ์กับกระบวนการอะไร และวัดอย่างไร เห็นว่าน่าจะเป็น tracer ที่ดีหากเราสามารถวาง chain ไว้ดีแล้ว แม้จะอยู่ในขั้นเริ่มต้นแต่ก็น่าสนใจในแนวคิด

ห้อง Meeting Room 1 วันที่ 16 มีนาคม 2549

B11: Integrate Tools into Tracer

Meeting Room 1 16/04/49: 0830-1000

นพ.สิทธิศักดิ์ พฤษภัตติกุล (บริษัท ADLI)

คุณหมอสิทธิศักดิ์ เป็นผู้ที่มีความสนใจนำเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพมาทดลองใช้จนเกิดความรู้เชิงปฏิบัติ คุณหมอสิทธิศักดิ์เห็นว่า tracer เป็นนวัตกรรมของกระบวนการ HA ของประเทศไทย ซึ่งมีจุดเด่นคือ เป็นการแสดงถึงการยึดผู้ป่วยและผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางอย่างเป็นรูปธรรม เข้าใจง่าย และวัดผลได้ รวมทั้งยังเอื้อต่อการบูรณาการในแนวราบระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ ตลอดจนกระบวนการต่างๆ

Tracer จะเสริมความสำเร็จตามพันธกิจและวิสัยทัศน์ และยังประโยชน์ต่อองค์กรอย่างเต็มที่อีกด้วย เมื่อ เรื่องราว ระบบ และกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายที่จะทำ tracer สอดคล้องกับบริบทสำคัญขององค์กร สอดคล้องกับความท้าทายและกลยุทธ์ขององค์กร ในขณะเดียวกัน tracer ที่ช่วยกันทำควรจะบูรณาการเพื่อเสริมแรงซึ่งกันและกัน ทั้งระหว่างระบบ และระหว่างกลุ่มผู้ป่วยไม่ควรปล่อยให้ tracer เกิดขึ้นเป็นจุดๆ

คุณหมอสิทธิศักดิ์ได้ออกแบบ model สู่ความเป็นเลิศ ซึ่งจะช่วยให้กระบวนการ tracer ทำได้เป็นขั้นตอนและเรียบง่าย 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 16/04/49: 1030-1200

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

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

คุณกานดาวัศรี ตูลาธรรมกิจ (รพ.สงขลานครินทร์)

B31: IT for Quality Tracing

Meeting Room 1 16/04/49: 1030-1200

นพ.วรวิภา เปาอินทร์ (คณะแพทยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์)

พญ.จามรี เชื้อเพชรโสภณ (รพ.บำรุงราษฎร์)

B41: ตามรอยก้อนทุมและความเจ็บปวด

Meeting Room 1 16/04/49: 1500-1630

นพ.อิทธิพงษ์ ยอดประสิทธิ์	(รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์)
รศ.นพ.จรัส กังสนารักษ์	(คณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่)
รศ.นพ.สมบูรณ์ เทียนทอง	(คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น)
นพ.สมจิตต์ ชีเจริญ	(รพ.ชุมพรเขตอุดมศักดิ์) ผู้ดำเนินการอภิปราย

ก้อนทุมชนิดร้ายแรงหรือที่รู้จักกันในชื่อมะเร็ง เป็นโรคที่จุดประกายให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดทั้งในส่วนของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ จากการเป็นโรคที่รักษาไม่หาย มาสู่ความพยายามในการรักษาอย่างเป็นองค์รวมที่ได้ผลดีขึ้น และความพยายามในการที่จะตรวจพบแต่เริ่มแรก และประเด็นที่เกี่ยวข้องกันเรื่องของการบำบัดความเจ็บปวดเนื่องมาจากก้อนทุมและการผ่าตัด

ทั้ง รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์และ รพ.มหาสารคามเชียงใหม่ ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่องจนเห็นภาพขององค์ประกอบที่เกี่ยวข้องและการจัดระบบเพื่อตอบสนองความต้องการสำคัญในแต่ละส่วนอย่างชัดเจน

คุณหม่อิทธิพงษ์ จะมาเล่าให้ฟังถึงประสบการณ์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง **ด้าน** ตั้งแต่การลดความหลากหลายของการดูแลผู้ป่วยเมื่อปี 2540 มาสู่การขยายขีดความสามารถด้านการผ่าตัดและเคมีบำบัด การใช้ข้อมูลวิชาการ การบำบัดอาการเจ็บปวด การดูแลเรื่องโภชนาการ การใช้ตัวชี้วัด การสร้างเครือข่าย การใช้ทรัพยากรร่วมกับเอกชน การเสริมพลังผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล การใช้ pain score เป็น vital sign ตัวที่ 5 และล่าสุดคือการเฝ้าระวังโรคมะเร็งด้านในชุมชนเขตเมือง

อาจารย์จรัส จะมาเล่าให้ฟังถึงปัญหาที่ต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ซึ่งเป็นอันดับ 4 ของมะเร็งทั้งหมด มีปัญหาทั้งการรับไว้โดยไม่จำเป็น การผ่าตัด การนอนนาน การดูแลตนเองที่บ้าน ภาระของครอบครัว การดูแลระยะสุดท้าย และอัตราการรอด ประสบการณ์ของการจัดระบบดูแลแบบบูรณาการ 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 ติดตามเยี่ยมเพื่อช่วยแก้ปัญหาที่บ้าน

อาจารย์สมบูรณ์ จะมาเล่าให้ฟังในเรื่อง การจัด **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 17/04/49: 0830-1000

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)

คุณหมอสมศักดิ์ เป็นผู้มีประสบการณ์ในเรื่องการจัดการงานวิจัยระบบสาธารณสุขตั้งแต่สมัยเป็นผู้อำนวยการ สวรส. เมื่อไปอยู่ที่มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ก็ยังคงทำหน้าที่นั้นอยู่โดยร่วมมือกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย เลือกเอาประเด็นที่มีความสำคัญสูงขึ้นมาศึกษาแลกเปลี่ยนกันอย่างสม่ำเสมอ ประเด็นเรื่องชีวจริยธรรมเป็นเรื่องหนึ่งที่มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติให้ความสนใจมาอย่างต่อเนื่อง

เมื่อสองปีที่แล้วคุณหมอสมศักดิ์มาเล่าให้เราฟังเรื่อง ELSI (Ethical, Legal, Social Issues) ซึ่งเกี่ยวพันกับความก้าวหน้าทางการแพทย์ ในปีนี้ถือว่าเป็นการต่อยอดในประเด็นที่มีความเฉพาะขึ้น คือ Regenerative Medicine หรือเวชศาสตร์เพื่อส่งเสริมความเป็นอายุวัฒนะ ที่นำเอาเทคโนโลยีชีวภาพต่างๆ เช่น stem cell เข้ามาใช้ และอาจจะนำมาสู่ปัญหาชีวจริยธรรมที่ซับซ้อนมากขึ้น จริยธรรมและความรู้ จะมาคัดค้านแรงจูงใจเรื่องความดังและความรวยอย่างไร เชิญมาติดตาม

C21: เครื่องชั่งวัดแบบไทย...ไทย ย่านิดเดียว

Meeting Room 1 17/04/49: 1030-1200

รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

เครื่องชั่งวัดคุณภาพเป็นสารสนเทศที่ใช้ในการบ่งชี้ถึงระดับของผลการปฏิบัติงานหรือการดำเนินการที่สะท้อนถึงคุณภาพ ที่จะกล่าวถึงโดยสังเขปในที่นี้ ได้แก่ กรอบแนวคิดเพื่อการประเมินคุณภาพโดยใช้เครื่องชั่งวัด คุณสมบัติของเครื่องชั่งวัดที่ดี และแนวทางในการพัฒนาเครื่องชั่งวัดเพื่อใช้ประโยชน์ในระบบการจัดการคุณภาพของโรงพยาบาล

กรอบแนวคิด การประเมินคุณภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงความหมายหรือนิยามของคุณภาพที่ใช้ อยู่ แนวคิดซึ่งเป็นที่นิยมใช้เป็นกรอบแนวคิดของการประเมินคุณภาพมักอ้างอิงจากทฤษฎีระบบ (System theory) และควรคำนึงว่า ผลลัพธ์อาจเกิดจากกระบวนการและปัจจัยแวดล้อม กระบวนการที่ได้มาตรฐานด้านหนึ่งอาจไม่นำสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีหากไม่นำกระบวนการดูแลในด้านอื่นมาใช้ร่วมด้วย ปัจจัยนำเข้าที่ดีก็ไม่ใช่เครื่องรับประกันว่ากระบวนการดูแลรักษาจะดี

เครื่องชั่งวัดเพียงหนึ่งตัวไม่สามารถบอกถึงภาพที่สมบูรณ์ได้ นอกจากนั้นการใช้เครื่องชั่งวัดยังไม่ใช่การประเมินหรือเครื่องมือในการตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของคุณภาพในขั้นสุดท้าย จำต้องมีกิจกรรมในการทบทวนความเป็นเหตุเป็นผล การวิเคราะห์เทียบเคียง และการคำนึงถึงประเด็นต่อไปนี้ร่วมด้วย: มุมมอง ขอบเขต ระบบ บริบท ความต้องการ/ข้อกำหนด ความคาดหวัง

เครื่องชีวิตที่ดีมีลักษณะดังนี้ ความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ ความไว ความตรงกับจุดมุ่งหมาย ความเธรตรงของข้อมูล (บันทึกได้ยาก) ความคุ้มค่า

แนวทางในการพัฒนาเครื่องชีวิตเพื่อการใช้ประโยชน์ในระบบจัดการคุณภาพของโรงพยาบาล

- 1) นำสิ่งที่ผู้อื่นใช้หรือแนะนำให้ใช้ หรือที่อยู่ในตำรา มาใช้
- 2) พัฒนาหรือคิดขึ้นเอง วิธีนี้สะดวกและปรับแต่งนิยามตลอดจนวิธีการคำนวณให้ตรงความต้องการของโรงพยาบาลได้ แต่ไม่อาจนำไปเทียบเคียงกับที่อื่นได้

วิธีการง่าย ๆ ที่ทีมงานของโรงพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

- 1) ทำความเข้าใจกับประเด็นสำคัญของงาน มุ่งเน้นที่เป้าหมาย ผลงานสำคัญ ขั้นตอนสำคัญ ผลงานที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น ความเสี่ยง
- 2) หารูปธรรมที่จับต้องหรือเห็นภาพว่าสามารถนับหรือวัดได้ อาจจะเป็นผลงานหรือผลลัพธ์โดยตรง หรือตัวแทนที่มีความเกี่ยวข้องใกล้ชิด เทียบเคียงตามหลักวิชาการที่มีผู้พิสูจน์ไว้แล้วว่าถูกต้องและน่าเชื่อถือ
- 3) กำหนดตัววัดหรือสถิติที่จะใช้วัดหรือนับรูปธรรมดังกล่าว วางแนวทางเก็บและวิเคราะห์

ข้อมูล

ห้อง Meeting Room 2 วันที่ 15 มีนาคม 2549

A22: Emergency Preparedness

Meeting Room 2 15/04/49: 1030-1200

พ.อ.คเชนทร์ ปิ่นสุวรรณ (รพ.พระมงกุฎเกล้า)

พ.อ.พจน์ เอ็มพันธ์ (วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า)

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

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

สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่พยากรณ์ได้ยากว่าจะเกิดขึ้นหรือไม่ เมื่อใด แต่หากเกิดขึ้นมาโดยปราศจากการเตรียมความพร้อมแล้ว จะก่อให้เกิดการสะดุดติดขัดในการให้บริการ หรือความไม่ปลอดภัยต่อตัวผู้ปฏิบัติงานเอง จำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกโรงพยาบาลจะต้องคาดการณ์โอกาสที่จะประสบสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆ วางแผน และฝึกซ้อมให้มีความพร้อมอยู่ตลอดเวลา ซึ่งทางกองทัพมีประสบการณ์และการเตรียมความพร้อมตรงนี้ค่อนข้างสูงกว่าโรงพยาบาลประเภทอื่นๆ จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจที่จะได้รับรู้

A32: Indoor Air Quality: โรคติดต่อทางเดินหายใจ ภัยเงียบของโรงพยาบาล

Meeting Room 2 15/04/49: 1300-1430

นพ.มนูญ ลีเชวงวงศ์ (รพ.วิชัยยุทธ)

อ.ชาลิต เมฆศิริกุล (กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข)

รศ.นพ.รณชัย อธิสุข (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล) ผู้ดำเนินการอภิปราย

ประเทศไทยต้องเตรียมพร้อมเพื่อรับมือกับโรคติดต่อทางเดินหายใจทุกชนิด ทั้งที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น Pertussis, TB, RSV, Rhinovirus, Influenza และที่กำลังจะอุบัติใหม่ในอนาคต บุคลากรทางการแพทย์มีโอกาสที่จะรับเชื้อได้มากกว่าบุคลากรในอาชีพอื่น เนื่องจากสถานพยาบาลส่วนใหญ่ในปัจจุบันติดตั้งเครื่องปรับอากาศทำให้การถ่ายเทอากาศไม่ดี อากาศเย็นหมุนเวียนในสถานพยาบาลเหล่านั้นเป็นเวลานาน

แนวทางป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจในโรงพยาบาลได้แก่

1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยป้องกันตัวเองไม่แพร่เชื้อให้แก่ผู้อื่น การรณรงค์ ให้สุขศึกษาเพื่อสร้างสุขนิสัยที่ดี โดยเฉพาะในการไอจาม การหมั่นล้างมือ การเตรียมหน้ากากอนามัยและแอลกอฮอล์เจลไว้พร้อมให้ผู้ป่วยหยิบใช้ได้เอง ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจควรได้รับการตรวจโดยเร็ว จัดให้มีห้อง

แยกสำหรับรับผู้ป่วยที่สงสัยเป็น โรคซาร์ส วัณโรค ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยหายใจควรใส่ HEPA Filter ในสายวงจรเครื่องช่วยหายใจ ก่อนที่จะปล่อยลมหายใจออกสู่บรรยากาศ

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

3) การป้องกันตัวเองของบุคลากรการแพทย์ อบรมให้ความรู้เรื่องการแพร่ของโรคติดต่อทางเดินหายใจในโรงพยาบาล รู้วิธีใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล Mask N95 เสื้อกาวน์แขนยาวรัดข้อมือ แว่นป้องกันตา (goggles) และถุงมือ ควรล้างมือด้วยน้ำกับสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วยทุกครั้ง

การประยุกต์แนวคิดเหล่านี้ในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีข้อจำกัดของทรัพยากร การส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยจากโรงพยาบาลชุมชนไปสู่โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป จะทำอย่างไร

อาจารย์มนูญบอกว่าเราจะเน้นการพูดคุยกันเฉพาะเรื่องที่เราทำได้ เรื่องที่เราไม่ได้จะไม่พูดถึง

A42: Sepsis Syndrome

Meeting Room 2 15/04/49: 1500-1630

ศ.นพ.อมร ลีลารัตน์ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล)

นพ.วรพจน์ ตันติศิริวัฒน์ (คณะแพทยศาสตร์ ม.ศรีนครินทรวิโรฒ)

นพ.สมพร คำผิง (พรพ.)

จากปัญหาหนึ่งที่พบในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลและมีการเสียชีวิต หรือ เกิดทุพพลภาพ พบว่าการเกิด sepsis พบเป็นปัญหาสำคัญลำดับต้นๆ ในประเทศไทย ส่วนใหญ่จากการทบทวนรายงานการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลมักเป็น primary sepsis (จากชุมชน) และ มักจะมีผลกระทบตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงเกิด septic shock และ เสียชีวิตในที่สุด สำหรับในส่วนของ nosocomial sepsis (ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล) ซึ่งพบน้อยกว่าแต่มักจะรุนแรงจนส่งผลให้มีการเสียชีวิตในที่สุด

ขณะที่โลกก้าวไปข้างหน้า เทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวไปไม่หยุดยั้ง เรายังเห็นผู้ป่วยเสียชีวิตจาก sepsis เสมอ ไม่ว่าจะระดับโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง จนถึงโรงพยาบาลที่เป็นสถาบันทางการแพทย์ชั้นนำก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ อะไรเป็นต้นตอ เรามีเครื่องมืออะไรมาสู้กับ sepsis อะไรเป็นสิ่งที่เป็จุดเปลี่ยนของการรักษา จะหยุดยั้ง sepsis ได้อย่างไร ผู้ป่วยในประเทศไทยจะอยู่รอดปลอดภัยจาก sepsis ได้หรือไม่ หรือจะปล่อยไปตามยถากรรม ท่านท่านนั้นที่จะมาร่วมค้นหาคำตอบกับเรา What to do next?

ห้อง Meeting Room 2 วันที่ 16 มีนาคม 2549

B12: เห็นท่าไม่ดี ก็มีทีมมาช่วย

Meeting Room 2 16/04/49: 0830-1000

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน	(รพ.เซนต์หลุยส์)
ประกายแก้ว กำคำ	(รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์)
ศรีสุรีย์ เอื้อจิระพงษ์พันธ์	(รพ.สระบุรี)
ณัฐจิรา กุลกาญจนาชีวิน	(รพ.เซนต์หลุยส์)

ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเสียชีวิตโดยที่น่าจะได้รับการช่วยเหลือได้เร็วกว่าการทำ CPR หากมีระบบในการสื่อสารและเตรียมความพร้อม เพื่อนำความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติไปที่ข้างเตียงผู้ป่วยในทันทีที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการแสดงของ clinical instability

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

แนวคิดดังกล่าวนี้สามารถที่จะประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลชุมชนต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ โดยแทนที่จะรอให้อาการหนักเสียก่อน อาจมีความตื่นตัวที่จะประเมินและส่งต่อโดยทันทีที่ผู้ป่วยเริ่ม unstable

ทีมวิทยากรจะนำเสนอประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะวิกฤติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลแต่เนิ่นๆ ในโรงพยาบาลประเภทต่างๆ ทั้งโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชน ทั้งในเด็กและในผู้ใหญ่ เพื่อที่จะป้องกันไม่ให้อาการทรุดลงถึงขั้น cardiac arrest ซึ่งการช่วยเหลือในขั้นนั้นมักจะได้อาการที่ไม่น่าพึงพอใจ

B22: Tracing and Creating Patient Safety System in Critical Care Unit

Meeting Room 2 16/04/49: 1030-1200

ศ.ดร.วิภา จีระแพทย์	(คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
ศ.นพ. เกียรติศักดิ์ จีระแพทย์	(คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล)
นส.รัชฎา อนันต์วรปัญญา	(สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)

อาจารย์วิภาให้ความสนใจในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นพิเศษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็ก ได้เข้าไปศึกษาสภาพปัญหาในโรงพยาบาลต่างๆ ได้พบว่าคุณภาพการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติ ถูกจำกัดโดยปัจจัยขัดขวางการปฏิบัติงาน (practice obstacles) ก่อให้เกิดความเสี่ยง ความไม่ปลอดภัยต่อชีวิต มีผลกระทบในวงกว้าง และพบว่าปัจจัยเหล่านั้นสามารถให้การตามรอยนำสู่การวางระบบที่ปลอดภัยได้

คณะวิทยากรจะนำเสนอบทเรียนเพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมเรียนรู้วิธีพัฒนาระบบความปลอดภัยผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ โดยบูรณาการความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติงาน และกลยุทธ์การจัดการความปลอดภัยผู้ป่วย ได้แก่

- ข้อมูลเชิงประจักษ์ของปัจจัยขัดขวางและอุปสรรคการปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ
- กลยุทธ์การจัดการความปลอดภัยผู้ป่วย (error traps actions strategy)
- การสร้างระบบความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์และระบบเตือนภัยทางคลินิก (clinical alert alarm system): บทเรียนจากสถานการณ์ NICU
- การสร้างระบบความปลอดภัยในการชี้แจงผู้ป่วยและการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลผู้ป่วย (safety identification and team communication system): บทเรียนจากสถานการณ์ NICU

B32: Keeping Each Patient Safe : Sharing of Good Practices

Meeting Room 2 16/04/49: 1300-1430

พ.อ.ดุสิต สดวาร์ (รพ.พระมงกุฎเกล้า)

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (รพ.เซนต์หลุยส์)

วิทยากรสองท่านนี้เป็นคู่หูที่ไม่ยอมพรากจากกันหากจะขึ้นเวทีเรื่องความเสี่ยง

เรื่องความเสี่ยงนี้ได้มีการพูดเรื่องเครื่องมือการวิเคราะห์กันมาหลายครั้งแล้ว ในปีนี้จะเป็นการนำกรณีที่เกิดขึ้นมาเรียนรู้ว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์แล้วมีแนวทางในการจัดการอย่างไร เพื่อให้เห็นว่าไม่ใช่การกล่าวโทษ แต่มุ่งเน้นเพื่อการปรับปรุง ซึ่งทุกวิชาชีพมีส่วนสำคัญ อาจารย์ดุสิตจะเน้นให้เห็นว่าแพทย์ควรมีบทบาทอย่างไร อาจารย์เพ็ญจันทร์จะเน้นให้เห็นว่าวิชาชีพอื่นจะเข้ามาร่วมอย่างไร ในฐานะที่ทำงานเป็นทีม จะทำอะไรให้เหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อกัน นอกจากนั้นจะชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงในการนำ tracer มาใช้ในการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกได้อย่างไร

B42: ตามรอยคุณภาพในโรงพยาบาลชุมชน

Meeting Room 2 16/04/49: 1500-1630

ทพ.ไพฑูรย์ สายสงวนสัตย์ (รพ.สมเด็จพระญาณสังวร จ.เชียงราย)

นพ.เอกชัย แสนเงิน (รพ.เวียงแหง)

สัลมา ชูอ่อน (รพ.กะป้อ จ.ปัตตานี)

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

นพ.จิรสิทธิ์ เมฆวิชัย (รพ.ราชสิมา ธนบุรี) ผู้ดำเนินการอภิปราย

เชิญครับ เชิญเข้ามารับฟังเรื่องราวที่น่าสนใจจากโรงพยาบาลชุมชนที่มีความหลากหลาย ไม่
ต้องถามว่าใช้เทคนิคการตามรอยอะไร เพราะเนื้อหาที่จะเล่าสู่กันฟังนั้นมีความเป็นเอกลักษณ์
เฉพาะตัว ให้บทเรียนที่ไม่น่าพลาดจากการรับฟัง ดังตัวอย่างที่จะยกมาให้ฟังเป็นบางส่วน

คุณหมอไพฑูรย์แม้จะเป็นทันตแพทย์ แต่สนใจเรื่องชุมชนอย่างลึกซึ้ง ที่ผลงานของโรงพยาบาล
สมเด็จพระญาณสังวรเห็นปัญหาความสัมพันธ์ของครอบครัว พ่อแม่ไปทำงานในเมือง พ่อแม่กินเหล้า
เด็กไม่มีความสุข EQ ตกต่ำจนน่าใจหาย จึงได้จัดกิจกรรม **“ฟื้นฟูความสัมพันธ์สู่การแก้ปัญหา
ฐานราก”** ด้วยการจัดตั้งประชาคมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม ทำงานร่วมกับ อปท.
มุ่งเน้นการคืนข้อมูลให้ชุมชนและ empower ชุมชน กิจกรรมประกอบด้วยการเยี่ยมบ้าน ทักาะชีวิตใน
โรงเรียน กิจกรรมเชิงรุกสู่ สอ. ดูแลเอดส์ครบวงจร ฟื้นฟูความสัมพันธ์คนสามรุ่น (“คนเฒ่าคนแก่จี้ต่าง
(ชี้ทาง) คนหนุ่มสืบสาน ลูกหลานเอียนฮู้”) ครอบครัวสัมพันธ์ สุขภาพใจชุมชน การฟื้นฟูผู้พิการ
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ ความรักความไว้วางใจระหว่างพ่อแม่กับลูก คนเฒ่าคนแก่รู้สึกตัวเองมีคุณค่า เด็ก
และเยาวชนมีการรวมกลุ่มก่อการดี จัดรายการวิทยุ ช่างงานชุมชน

โรคมะเร็งเรื้อรังจะหมดไปแล้วในพื้นที่ส่วนมากของประเทศไทย แต่ที่ **เวียงแหง**ยังเป็น
ปัญหาสำคัญ คุณหมอเอกชัย จะมานำเสนอ **“เรื่องเล่าคนบนดอย กับข้อจี้จับสัน”** จะเน้นให้เห็น
บรรยากาศในการทำ HA ที่ไม่มีความเครียดด้วยการตามรอยการดูแลผู้ป่วยมาเลเรียในแต่ละจุดของ
โรงพยาบาล ที่นี้ต้องเน้นการรู้ตำแหน่งแห่งหนของผู้ป่วยและการติดตาม ใครมาจากพื้นที่เสี่ยงก็มี
แผนการดูแลเป็นพิเศษ ใครที่สื่อสารไม่รู้เรื่องก็ต้องจับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล มีการขยับไปสู่การ
เสริมพลังให้ประชาชนรู้วิธีป้องกัน อาศัยชุมชนที่เข้มแข็งอยู่แล้วเพราะมี NGO มาช่วยวางฐานไว้
ประชาชนแถบนั้นมีชาวต่างประเทศอยู่มาก จึงมีการจัดตั้งแกนนำและ อสม.ของต่างด้าวเป็นการเฉพาะ

โรงพยาบาลกะป้อ อยู่เชิงเทือกเขาบูโดอันลือลั่น ด้วยสถานการณ์ที่ไม่ปกติ แต่ที่ผลงานของ
โรงพยาบาลก็ยังมุ่งมั่นในการพัฒนา คุณสัลลา จะมาเล่าให้ฟังในหัวข้อ **“ฟัง รับ ปรับเป็นนวัตกรรม
สำหรับแม่ลูก”** ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ การไม่มา ANC การคลอดกับผดุง
ครรภ์โบราณ การเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน การเรียนรู้ที่ได้มากที่สุดคือการที่ อสม.ไปเยี่ยมบ้าน
และได้รับข้อเสนอแนะต่างๆ มาปรับปรุง มีการทำ mapping ว่าที่หมู่บ้านใดที่มาคลอดที่โรงพยาบาล
น้อย เดิมมองว่าผดุงครรภ์โบราณเป็นศัตรู แต่เมื่อเข้าไปทำประชาคม ไปรับฟังในพื้นที่ ก็ได้รับข้อมูล
เกี่ยวกับสาเหตุที่ไม่มาโรงพยาบาล เพราะการคลอดกับผดุงครรภ์โบราณนั้นคล่องง่าย บางครั้งไป
คลอดที่โรงพยาบาลไม่ทันเพราะไม่มียานพาหนะ หรือไม่ก็กลัวถูกล้อเลียนคำว่าจากเจ้าหน้าที่ ได้มี
การทำแนวทางแก้ไขปัญหา คิดวิธีการแก้ปัญหา ณ จุดนั้น เช่น ไม่มียานพาหนะ อสม.รับอาสาจะพา
มา ถ้าไม่สามารถพามาได้ จะแจ้งเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาเป็นขั้นตอน

เมื่อช่วงสงกรานต์ปีที่แล้ว อากาศแสนจะร้อนจัด หลังจากสนุกสนานกับเทศกาลสงกรานต์แล้ว
ได้เกิดมหันตภัยขึ้นในเขต **อ.เวียงป่าเป้า**และอำเภอรอบๆ เป็นโรคที่ “ติดต่อสู่คนโดยการกิน ให้แต่ดิน
ตัวตาเหลืองเป็นเรื่องใหญ่” คุณหมอสัทิสศักดิ์จะมาเล่าประสบการณ์ **“ไวรัสตับอักเสบบี จากโรง
น้ำแข็งสู่โรงพยาบาล”** น่าสนใจว่าเมื่อไรเราจึงจะตื่นตัวว่าเกิดการระบาด จะสงสัยและยืนยันการ
วินิจฉัยโรคอย่างไร รู้ว่าระบาดแล้วจะอย่างไร จะขอความช่วยเหลือจากใคร จะใช้ประโยชน์จาก

ข้อมูลทางระบาดวิทยาอย่างไร จะสืบสวนอย่างไรจึงจะรู้ว่ามาจากไหน แล้วไปเจอเข้าได้อย่างไรว่าโรง
น้ำแข็งเป็นต้นเหตุ เจอแล้วจัดการควบคุมอย่างไร จะประเมินอย่างไรว่าควบคุมได้แล้ว คุณหมอสัทธิ
ศักดิ์จะสรุปให้ฟังว่าบทเรียนราคาแพงคืออะไร ยากนักที่จะหาประสบการณ์เหล่านี้ได้

ห้อง Meeting Room 2 วันที่ 17 มีนาคม 2549

C12: TPM เส้นทางสู่คุณภาพที่รวดเร็วและชัดเจน

Meeting Room 2 17/04/49: 0830-1000

สมชาย นิราพาพงศ์พร (บ.สยามคาสท์ไอออนเวอร์คส์ จำกัด)

โรงพยาบาลไม่น้อยที่ประสบปัญหาว่าจะชักชวนกลุ่มที่ทำงานทางด้านช่าง ด้านซ่อมบำรุง ด้านสาธารณูปโภคและระบบงานทางวิศวกรรมทั้งหลาย มาทำงานคุณภาพกันได้อย่างไร

ธุรกิจภาคอุตสาหกรรมมีประสบการณ์เรื่องนี้มาแล้ว และได้พบว่าแนวทางที่เรียกว่า Total Productive Maintenance (TPM) หรือการบำรุงรักษาแบบทวิผล ซึ่งคิดค้นขึ้นในญี่ปุ่นนั้น น่าจะเป็นคำตอบที่ดี เพราะได้ให้แนวทางไว้อย่างชัดเจน เป็นขั้นเป็นตอน ง่ายต่อการปฏิบัติ และค่อยๆ หล่อหลอมให้เจ้าหน้าที่มีความรักในเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ตนใช้อยู่

องค์ประกอบสำคัญของ TPM ได้แก่ 1) 5 ส. 2) autonomous maintenance เป็นการฝึกให้ผู้ใช้งานสามารถทำการบำรุงรักษาง่ายๆ ได้ เพื่อลดภาระของช่างซ่อมที่มีฝีมือจะได้ไปทำงานที่มีคุณค่ามากกว่า 3) Kaizen เป็นการเปลี่ยนแปลงเล็กๆ น้อยๆ จำนวนมากโดยการมีส่วนร่วมของทุกคน เป็นสิ่งที่ไม่ต้องลงทุน มีเป้าหมายเพื่อลดการสูญเสียในที่ทำงานอย่างเป็นระบบ 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

น่าสนใจว่าถ้าหัวหน้าหอผู้ป่วยและหน่วยบริการทั้งหลายมีความเข้าใจในเรื่อง TPM จะทำให้หอผู้ป่วยและหน่วยบริการต่างๆ มีความน่าดู น่าใช้ เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และลดค่าใช้จ่ายการซ่อมแซมที่ไม่จำเป็นได้เพียงใด

C22: Create Environment for Innovation

Meeting Room 2 17/04/49: 1030-1200

น.ท.บดินทร์ วิจารณ์ (บริษัท AIS)

เมื่อพูดถึงนวัตกรรม เราคงจะต้องมองให้ไกลไปกว่านวัตกรรมเล็กๆ ที่เกิดขึ้นจากความสามารถเฉพาะตัว แต่ต้องมองไปถึงบทบาทของผู้นำในการสร้างบรรยากาศเพื่อส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมอย่างกว้างขวางทั่วทั้งองค์กร

คุณบดินทร์มีพื้นฐานเป็นวิศวกร มีความสนใจเรื่องทรัพยากรมนุษย์ การจัดการความรู้ การสร้างชุมชนนักปฏิบัติ โดยรวมก็คือทุกๆ อย่างที่เกี่ยวกับคนและวิธีการที่จะเพิ่มคุณค่าหรือศักยภาพในตัวคนให้มากขึ้น ที่สำคัญคือคุณบดินทร์เป็นคนที่ช่างแสวงหาความรู้ใหม่ๆ มาถ่ายทอดอย่างเรียบง่าย

นวัตกรรมที่จะนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จย่อมมีพื้นฐานมาจากการจัดการเกี่ยวกับทรัพยากรมนุษย์ที่ดี คุณบดินทร์จะมาเล่าให้เราฟังถึงวิธีการในการค้นหาว่าทุนทางปัญญาที่อยู่ในสมาชิกขององค์กรหรือที่เรียกว่า intellectual capital นั้น อยู่ที่ไหนบ้าง ถ้าจะใช้การเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมนั้นเราจะต้องเรียนรู้อะไรบ้าง เรียนวิธีการเรียนรู้ เรียนวิธีการแบ่งปัน เรียนวิธีการเชื่อมต่อ และเรียนวิธีการสร้างนวัตกรรม

ความเข้าใจในระบบ และกรอบความคิดเกี่ยวกับความเป็นเลิศในด้านนวัตกรรม จะนำองค์กรไปสู่การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และนวัตกรรม และเป็นองค์กรที่ยั่งยืน

ห้อง Meeting Room 3 วันที่ 15 มีนาคม 2549

A23: สูงวัย ใจเกินร้อย รู้ได้อย่างไร ?

Meeting Room 3 15/04/49: 1030-1200

สมพร อธิติเดชพงษ์	(กรมอนามัย)
สุพิชชา วงศ์อนุการ	(กรมอนามัย)
อมร กิมหงวน	(กรมอนามัย)
สมชาย ลีทองอิน	(กรมอนามัย)

A33: สองเครือข่าย HA/HPH แลกเปลี่ยนเรียนรู้ “หอยจืด...อี...อี...อี...”

Meeting Room 3 15/04/49: 1300-1430

นิจจรา หัสमान	(รพ. เทพา สงขลา)
หมัดอุเสน สามารถ	(ผู้แทนประชาคมเทพา สงขลา)
นพ.ฉัตรชัย สวัสดิชัย	(รพ.พระปกเกล้า)
เสาวนีย์ ศรีกระจำง	(รพ.สอยดาว)
รศ.ดร.นิตยา เพ็ญศิริินภา	(มสธ.) ผู้ดำเนินการอภิปราย

A43: ถึงบ้านใกล้ใจ ทำอย่างไรได้ผลดี

Meeting Room 3 15/04/49: 1500-1630

พญ.อภิัญญา สัมมะไชย	(รพ.ลำปาง)
นพ.เฉลิมชาติ วรรณพฤษ	(รพ.พระมงกุฎเกล้า)
ผศ.ดร.จิราพร เกตุพิชญวัฒนา	(คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ)
นพ.มนู วาทีสุนทร	(สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย)

ห้อง Meeting Room 3 วันที่ 16 มีนาคม 2549

B13: บูรณาการ KM ในงานบริการโรงพยาบาล

Meeting Room 3 16/04/49: 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 เพื่อที่จะหาทางส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์จาก KM ในทุกหย่อมหญ้า อาจารย์มุ่งเน้นให้เกิดปัญญาปฏิบัติ จึงมักจะบอกว่า “KM ไม่ทำไม่รู้” อาจารย์น่าจะเป็นผู้ที่เขียน weblog เกี่ยวกับเรื่อง KM มากที่สุดในประเทศไทย ผู้สนใจสามารถติดตามได้ที่ <http://gotoknow.org/thaikm>

อาจารย์สนใจการทำ KM ในโรงพยาบาลมาก ไปช่วยกระตุ้นทั้งทางตรงและทางอ้อมในโรงพยาบาลต่างๆ เช่น สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายจัดการความรู้ในโรงพยาบาลภาคเหนือตอนล่าง ไปคิดคำว่า R2R (Routine to Research) ให้กับศิริราชและก็ยังคงติดตามให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมเครือข่ายโรงพยาบาลในจังหวัดต่างๆ ที่มุ่งมั่นทำ KM จริงจัง และติดตามไปดูให้กำลังใจ

อาจารย์ให้ความเห็นเกี่ยวกับ “แก่นเพื่อการปฏิบัติ” ในการขับเคลื่อนระบบราชการไปสู่ระบบเรียนรู้ผ่าน KM ไว้ 10 ประการ ซึ่งน่าจะประยุกต์กับองค์กรทุกประเภทได้ 10 ประการนั้นได้แก่ 1) สร้างวัฒนธรรมใหม่จากวัฒนธรรมอำนาจเป็นวัฒนธรรมความรู้ 2) สร้างวิสัยทัศน์ร่วม ไม่ใช่แค่ร่วมกำหนด แต่ต้องร่วมกันตีความ ทำความเข้าใจจนเกิดสภาพความเป็นเจ้าของ 3) สร้างและใช้ความรู้ในการทำงาน เอาความรู้ในคนมาแลกเปลี่ยน ยกย่อง บันทึบ นำไปใช้ และไขว่คว้าจากภายนอก 4) เรียนลัดแล้วต่อยอด ไปขอเรียนความรู้ในคน แต่ต้องไม่เรียนแบบคัดลอก 5) สร้างการเปลี่ยนแปลงด้วยยุทธศาสตร์เชิงบวก เสาะหาตัวอย่างของวิธีการยอดเยี่ยมให้พบ นำมายกย่องและแบ่งปัน 6) จัด “พื้นที่” หรือ “เวที” สำหรับแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งพื้นที่จริงและพื้นที่เสมือน 7) พัฒนาคนผ่านการทำงาน ทำให้เป็นบุคคลเรียนรู้ มีทักษะในการเรียนรู้จากผู้อื่นและร่วมกับผู้อื่น 8) ระบบให้คุณ ให้รางวัล แก่ทีมงาน ส่งเสริมการเรียนรู้จากความล้มเหลว 9) หาเพื่อนร่วมทาง ทำเป็นเครือข่าย เพื่อให้มีการกระตุ้นเสริมพลัง มี “น้ำทิพย์โสมใจ” 10) จัดทำ “ขุมความรู้” (knowledge assets) เน้น “ความรู้จากการปฏิบัติ” และ “ความรู้เพื่อการปฏิบัติ”

B23: จากการจัดการความรู้สู่การสร้าง LO

Meeting Room 3 16/04/49: 1030-1200

ดร. ประพนธ์ ผาสุขยืด

(สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม)

กล่าวได้ว่าอาจารย์ประพนธ์ เป็นมือขวาของอาจารย์วิจารณ์ในเรื่อง KM นอกจากจะเป็นผู้เยี่ยมยุทธ์ในการจัด KM workshop ในบริบทต่างๆ แล้ว อาจารย์ยังเป็นวิศวกรผู้มีพรสวรรค์ด้านอักษรศาสตร์ ผลงานการแปลหนังสือซึ่งแต่งโดย Osho ถึงสามเล่ม เป็นเครื่องยืนยัน

อาจารย์มองว่าองค์กรที่ดีน่าจะห่างจากสูตรโต่งของระหว่างการจัดตั้งมากเกินไป กับการไม่มีการจัดตั้งเลย ควรเป็นองค์กรที่พอดีๆ กระฉับกระเฉง มีชีวิตชีวา เรียกว่าเป็นองค์กรที่มีชีวิต คนทำงานมีความสุข เกิดการเรียนรู้พัฒนาตลอดเวลา

ลองมาฟังกันว่า KM จะนำไปสู่การสร้าง LO หรือ Learning Organization ได้อย่างไร

B33: Peer Assist in DM Network

Meeting Room 3 16/04/49: 1300-1430

ดร.วัลลา ตันตโยทัย	(รพ.เทพธารินทร์)
ชนิกา สุระสิงห์ชัยเดช	(รพ.เทพธารินทร์)
ภก.เอนก ทนงหาญ	(รพ.ราชดุนม)
นพ.นิพัทธ์ กิตติมานนท์	(รพ.พุทธชินราช)

เป็นที่ยอมรับว่า รพ.เทพธารินทร์ เป็นแหล่งวิทยากรในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการพัฒนาระบบงานบนพื้นฐานของความรู้ที่ทันสมัย ส่งเสริมการสร้างบุคลากรในสาขาที่จำเป็น และที่สำคัญคือไม่หวงความรู้ ใครๆ ก็สามารถมาเรียนรู้ได้จากที่นี่

เมื่ออาจารย์วัลลาเข้ามาเรียนรู้แนวคิดเรื่อง KM ก็เอาไปขยายผลสู่การปฏิบัติอย่างกว้างขวาง รูปธรรมที่ชัดเจนอันหนึ่งคือการใช้เทคนิค peer assist หรือเพื่อนช่วยเพื่อนเต็มรูปแบบจนเห็นผลปรากฏชัด การช่วยเพื่อนนี้ดูเผินๆ อาจจะคิดว่าเป็นการดูงาน แต่ที่จริงมีอะไรที่ลึกซึ้งกว่านั้น ทั้งสองฝ่ายจะต้องเตรียมตัวกันอย่างมาก ทั้งฝ่ายที่จะขอเรียนรู้ กับฝ่ายที่จะช่วยเหลือ ช่วงเวลาสองวันเต็มที่ รพ.ราชดุนมและ รพ.พุทธชินราช มาให้เพื่อนเทพธารินทร์ช่วย จึงเกิดการซักถามถ่ายทอดกันอย่างหนักหน่วง แม้ในระหว่างการเดินทางกลับ การสรุปบทเรียนจากที่เห็นมาก็เกิดขึ้นตลอดทาง

ผลลัพธ์ของเพื่อนช่วยเพื่อน ทำให้เพื่อนที่มาเรียนรู้กลับไปพัฒนาระบบงานของตน ประยุกต์ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสม รพ.ราชดุนมจึงสามารถตัดตรงทำให้แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาได้ เหมือนกับที่ รพ.เทพธารินทร์ด้วยราคาที่ถูกลงว่า สามารถให้การดูแลแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ด้วย vacuum dressing เช่นเดียวกับที่เทพธารินทร์ ฯลฯ

B43: เครือข่ายเกษตรปลอดภัย จ. พิจิตร

Meeting Room 3 16/04/49: 1500-1630

สุรเดช เดชคุ้มวงศ์	(สสจ.พิจิตร)
พัฑฒ์ สิงห์ทอง	(รพ.วังทรายพูน จ.พิจิตร)
จำรัส มาเนียม	(เกษตรกร อ.วังทรายพูน)

KM ในภาคเกษตรกรรม ก็เป็นที่น่าสนใจ น่าเรียนรู้สำหรับชาวโรงพยาบาลไม่น้อย เป็น KM ที่เรียบง่าย ไม่ต้องมีรูปแบบ ไม่ต้องมีพิธีรีตองมาก แต่มาจากความต้องการใครรู้เพื่อความอยู่รอด จึงไม่แปลกที่จะเห็น วปอ. (วิทยาการการเปลี่ยนแปลงสู่การพึ่งตนเองและการพึ่งพากันเอง) มีแรงบันดาลใจที่จะหาทางออกในการทำการเกษตรแบบพึ่งตนเอง ไม่ต้องใช้สารเคมี มีการอบรม วปอ. มีการแสวงหาความรู้จากภายนอก มีการเรียนรู้กับปราชญ์ในพื้นที่ นำมาใช้กับตัวเอง สังเกตการเปลี่ยนแปลงและจดบันทึก ทำให้ความรู้สามารถตรวจสอบได้ เปรียบเทียบกันได้ แล้วนำความรู้มาแบ่งปันกัน ทำให้ครอบครัวมีหนี้สินลดลง มีสุขภาพดีขึ้น มีความสุขมากขึ้น แล้วพัฒนายกระดับไปสู่การมุ่งเปลี่ยนวิถีคิดซึ่งจะทำให้เกิดการมีชีวิตอยู่อย่างพอเพียง

คุณสุรเดชเป็นนักพัฒนาที่แท้จริง มองปัญหาสุขภาพอย่างเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม จึงทุ่มเทสนับสนุนการเรียนรู้และการรวมตัวกันของเกษตรกรในจังหวัดพิจิตร จนเห็นความสำเร็จที่เป็นทางออกของสังคม

ห้อง Meeting Room 3 วันที่ 17 มีนาคม 2549

C13: ตามรอย แก้มผลเจ้าไวร้าย HIV

Meeting Room 3 17/04/49: 0830-1000

ผศ.พญ.จุฬาพรรณ อึ้งจะนิล	(คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น)
พญ.รวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล	(รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์)
นพ.ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์	(รพ.สุโหงโกลก จ.นราธิวาส)
พญ.ชลลดา บุษยรัตน์	(รพ.ขอนแก่น) ผู้ดำเนินการอภิปราย

ในโลกการแพทย์ยุคไร้พรมแดนปฏิเสธโรคเอดส์ไม่ได้เลยว่าเป็นโรคที่อยู่คู่กับสังคม ไทยและโลก การดูแลให้ดีที่สุดคงเป็นภาระรับผิดชอบของเหล่าเราชาววงการสาธารณสุขที่เน้นการให้บริการด้วยคุณภาพและองค์รวม

การตามย้อนรอยในห้องนี้มีวิทยากรนักตามรอยมากมาย ไม่ว่าจะเป็นตามรอยเอดส์ในเด็กแล้วจัดการเยียวยาด้วยกลยุทธ์ “การกอดรัก ถักผืน ก่อคืนวันเจ้าเต็บโต” โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงจุฬาพรรณ อึ้งจะนิล จาก คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น หรือการบริหารจัดการว่า “ทำอย่างไรให้เด็กได้ยาต้านไวรัสเอดส์” ในยุคที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายแต่ขณะเดียวกันก็เป็นยุคแห่งระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แพทย์หญิงรวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล กุมารแพทย์จากโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ที่มีผู้ป่วยเอดส์ติดอันดับต้นๆ ของประเทศไทยและภูมิภาค ผู้ที่คร่ำหวอดกับโครงการจะมาเล่าการตามรอยเพื่อนายมาสู่เด็กอย่างเท่าเทียมกันจะมาถ่ายทอดโอกาสเหล่านั้น

ตลอดจน “การดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม” ทั้งชีวิต จิตตะ และสังคมโดยการทำทีมที่มีประสิทธิภาพโดย นายแพทย์ ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ จากโรงพยาบาลสุโหงโกลก ตามรอยจนสุดชายแดนได้มาเล่าสู่เราฟังว่า ใจเป็นนาย กายเป็นบ่าว สังคมคือพระเจ้าสำหรับผู้ป่วยเอดส์จริงหรือไม่ และจะใช้การตามรอยเหล่านั้นมาจัดการอย่างไรให้สมดุลทั้ง นาย บ่าว และ พระเจ้า โดย แพทย์หญิงชลลดา บุษยรัตน์ จากโรงพยาบาลขอนแก่น จะมาดำเนินการ คุ้ย คั้ย แคะ และตามรอยเอดส์จนถึงรากถึงโคน

อาจารย์จุฬาพรรณ กล่าวถึงความจริงที่น่าสะท้อนใจไว้ว่า “แม่เด็ก ๆ จะมีปัจจัยสี่ครบทุกอย่าง มียาต้านไวรัสที่ดีที่สุด แต่เด็ก ๆ เหล่านี้ยังโหยหาไออุ่นจากอ้อมกอด และความรักจากผู้มาเยือนยิ่งกว่าผู้ใด เด็ก ๆ จะเก็บเกี่ยวความรักจากทุกคนที่ผ่านแวะเวียนมา และหยิบยื่นให้ด้วยความเมตตา เด็กหลายคนผ่านประสบการณ์ที่เลวร้ายจนไม่กล้าแม้แต่จะบอกความต้องการของตนเอง รู้สึกไม่มั่นคง และไม่มีหวังกับอนาคต การรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างเดียวยังคงไม่เพียงพอที่จะลบเลือนบาดแผลเหล่านั้นได้”

C23: ตามรอยเจ้าตัวน้อย

Meeting Room 3 17/04/49: 1030-1200

พญ.วราภรณ์ เตชะเสนา	(รพ.น่าน)
ศ.พญ.จุฬารัตน์ พฤษชาติคุณากร	(คณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่)
ดวงมน วงษ์จันทร์แดง	(รพ.หาดใหญ่)
พญ.เสาศิระ ยุทธสมภพ	(รพ.หาดใหญ่) ผู้ดำเนินการอภิปราย

เริ่มจากด่วนเกิดเร็วไปหน่อย เลยเกิด “RDS ในเจ้าตัวน้อย” คุณหมอวราภรณ์และทีมได้ตามรอยการเจ้าตัวน้อยกลุ่มนี้ โดยวิเคราะห์ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับเรื่อง ANC, ความรวดเร็วในการรักษา, ภาวะแทรกซ้อนขณะเคลื่อนย้าย (hypothermia, tube หลุด) และขณะรักษา (ROP, BPD, PDA, VAP) และอัตราเสียชีวิตที่ค่อนข้างสูง จากนั้นก็จะพาตามไปดูขั้นตอนการดูแลตั้งแต่การฝากครรภ์ ระยะเวลาคลอด การเคลื่อนย้ายไป NICU หรือส่งต่อจาก รพ.ชุมชน การดูแลใน NICU การประคบประหงมให้เต็บโต การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ยาวที่เดี๋ยวกว่าเจ้าตัวน้อยจะโตได้ แล้วก็ยังพาดเกี่ยวกับยังระบบต่างๆ อีกหลายระบบ แถมยังมีโครงการ “คืนสู่เหย้าชาว NICU” เพื่อติดตามพัฒนาการและศึกษาคุณภาพชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยเพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาวิธีการดูแลทารกเหล่านี้ และเปิดคลินิกกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

ยังคงวนเวียนอยู่ในภาคเหนือ อาจารย์จุฬารัตน์ มีความสนใจมากเกี่ยวกับ “ผื่นแพ้ยาในเจ้าตัวน้อย” ว่าจะเป็นผื่นจริงหรือไม่ เพราะมีโรคติดเชื้อที่สามารถทำให้เกิดไข่ออกผื่นได้เป็นสิบชนิด ถ้าตัวน้อยวินิจฉัยว่าเป็นผื่นแพ้ยาเร็วเกินไปทั้งที่เจ้าตัวน้อยไม่ได้แพ้ ก็จะเป็นการตัดโอกาสการใช้ยาที่อาจจะมีความจำเป็น ด้วยหัวใจของความเป็นครู อาจารย์ได้นำปัญหาที่แพทย์ประจำบ้านมาปรึกษาว่าเจ้าตัวน้อยจะใช้ยาอะไรดี เพราะแพ้ยาเข้าไปตั้งหลายตัว อาจารย์พยายามสอบถามไปถึงกระบวนการในการระบุว่าผู้ป่วยแพ้ยา ไปทบทวนเวชระเบียนแล้วก็เศร้าใจที่พบว่ามีการวินิจฉัย drug allergy กันสูงมาก ใครก็ได้สามารถวินิจฉัยการแพ้ยาได้ จึงแก้ปัญหาด้วยการจัดตั้ง PCT drug rash ในเด็กขึ้นจัดทำแนวทางที่ชัดเจน ให้มี หมอเด็ก พยาบาล เกสซ์มาช่วยกันประเมินและ label ว่าแพ้ยาอะไร จัดทำเครื่องมือเพื่อช่วยให้สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้ง่ายขึ้น ย้ำให้เห็นประโยชน์ของ holistic approach คุณค่าของการตรวจร่างกาย ใช้กระบวนการของ QA topic review, morning conference บทเรียนที่สำคัญมากตรงนี้ก็คือนักเรียนใช้ dialogue กับแพทย์ประจำบ้านให้เป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ ทำอย่างธรรมชาติด้วยจิตใจของครูแพทย์ ก็มาบรรลุปเป้าหมายเดียวกันกับกระบวนการคุณภาพ

จากภาคเหนือแล้วลงไปเยี่ยมทางภาคใต้บ้าง เด็กที่ไม่ได้ยิน ย่อมฟังคนอื่นไม่รู้เรื่อง พูดไม่ได้ เรียนหนังสือไม่ได้ ก่อปัญหาให้สังคม สังสอนก็ไม่รับรู้ พ่อแม่ของลูกที่หูตึงหูหนวก ย่อมอยากให้ลูกของตนพูดได้เหมือนกับเด็กอื่นๆ “เจ้าตัวน้อยหูตึงหูหนวก” เป็นความพยายามของคุณดวงมน วงษ์จันทร์แดง และทีมงาน ซึ่งต้องมีการประสานกันอย่างดีระหว่างกุมารแพทย์ ENT นักแก้ไขการได้ยิน นักแก้ไขการพูด จิตแพทย์ มีการใส่เครื่องช่วยฟัง ใส่แล้วได้ยินเสียง แต่ไม่เข้าใจความหมาย ก็ยังพูด

ไม่ได้ ใส่แล้วต้องฝึกฟังและฝึกพูดเพื่อให้ใช้การได้ยินที่เหลืออยู่ให้เกิดประโยชน์ ให้เข้าใจว่าคือเสียงอะไร เลียนเสียงได้ ใช้การฝึกพูดเป็นกลุ่มโดยอาศัยหลักการพัฒนาทางภาษาของเด็กปกติ มีเป้าหมายที่จะให้เด็กพูดได้และเรียนได้ในโรงเรียนปกติ การฝึกเป็นกลุ่มทำให้เกิดบรรยากาศที่สนุก พัฒนาภาษาไปพร้อมกัน มีการสนทนาระหว่างเด็กกับผู้ฝึก จากตัวอย่าง VDO การฝึกพูด แสดงให้เห็นความอดทนของผู้ฝึก และความอยากเล่าของเด็กที่อยากเล่าในสิ่งที่ตัวเองมีประสบการณ์

เจ้าตัวน้อยทั้งหลายที่นำปัญหามาให้เราแก้ไข จึงกลายเป็นครูที่ดีของพวกเราในการพัฒนาคุณภาพไปโดยประการฉะนี้

ห้อง Meeting Room 4 วันที่ 15 มีนาคม 2549

A24: Corporate Image Building: กลยุทธ์การสร้างภาพลักษณ์ที่ดีแก่องค์กร

Meeting Room 4 15/04/49: 1030-1200

ดร.อภิสิทธิ์ จัทรทนานนท์ (บริษัท Communication & More จำกัด)

เมื่อเอ่ยชื่อบริษัท โรงแรม หรือโรงพยาบาลบางแห่งขึ้นมา ท่านนึกถึงองค์กรแห่งนั้นอย่างไร ความรู้สึกที่มีต่อชื่อขององค์กรแต่ละแห่งย่อมแตกต่างกันออกไป ตามการรับรู้ของผู้บริโภค ซึ่งองค์กรที่ผู้บริหารใส่ใจต่อภาพลักษณ์ขององค์กร จะมีกระบวนการอย่างเป็นระบบในการสร้างภาพลักษณ์องค์กร (Corporate Image) เพื่อสร้างความแตกต่างในจิตใจของผู้บริโภค สร้างความแตกต่างให้เหนือคู่แข่งทั้งในด้านคุณภาพ การบริการ และราคา ส่งเสริมให้องค์กรเป็นที่รู้จักในวงการ สร้างความเชื่อมั่นศรัทธาต่อสาธารณชน

ถึงเวลาแล้วหรือยังที่เราจะหันมาสนใจเรื่องภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล หรือจะปล่อยให้ภาพลักษณ์ว่า “โรงพยาบาลคือโรงฆ่าสัตว์” “โรงพยาบาลคือสถานที่แออัด คับแคบ เต็มไปด้วยเชื้อโรค มีขั้นตอนที่ซับซ้อนล่าช้า” อยู่ต่อไป

แน่นอนว่าเราไม่ต้องการสร้างภาพลักษณ์ที่แตกต่างไปจากความเป็นจริง แต่ต้องการให้ความเป็นจริงที่ซ่อนเร้นอยู่ได้ปรากฏออกมาต่อสาธารณชน

อาจารย์อภิสิทธิ์จะมาเล่าให้เราฟังถึงประโยชน์ของการมีภาพลักษณ์ที่ดี กลยุทธ์การสร้างภาพลักษณ์ที่ดีแก่องค์กร (ได้แก่ กลยุทธ์การบริหารทรัพยากรมนุษย์ กลยุทธ์การบริหารสัญลักษณ์องค์กร และกลยุทธ์การสื่อสาร) การนำการตลาดเพื่อสังคมมาร่วมสร้างภาพลักษณ์องค์กร โดยอาศัยกรณีศึกษาต่างๆ มาเป็นสื่อในการเรียนรู้

ด้วยความคาดหวังว่าผู้เข้าประชุมจะสามารถนำแนวคิด หลักการ และวิธีการสร้าง “ภาพลักษณ์ขององค์กร” ไปประยุกต์เพื่อสร้างความศรัทธา กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลแบบก้าวกระโดด ส่งผลให้องค์กรเป็นที่ยอมรับของสาธารณชนมากขึ้น

A34: Change Management : สิ่งที่แน่นอนคือความไม่แน่นอน

Meeting Room 4 15/04/49: 1300-1430

อ.จริยา บุญยะประภัตร (บริษัท Management Solution Thailand)

การพัฒนาคุณภาพคือการเปลี่ยนแปลง ยิ่งโลกยุคโลกาภิวัตน์ที่เปลี่ยนแปลงไม่หยุดนิ่ง ความคาดหวังของสังคมสูงขึ้น ยิ่งจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง คนส่วนใหญ่ก็อยากให้มีการเปลี่ยนแปลง แต่ส่วนน้อยที่อยากเปลี่ยนแปลงตัวเอง การต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเป็นธรรมชาติของเราโดยที่เราไม่รู้ตัว

ธุรกิจที่ประสบความสำเร็จ สามารถใช้ความท้าทายที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน มากระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับเป้าหมายเพื่อบรรลุผลสัมฤทธิ์ที่ต้องการ

ไม่ว่าองค์กรไหนๆ ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงได้ การเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผน มีการบริหารจัดการ จะช่วยลดความขัดแย้งและเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างราบรื่น

มาฟังอาจารย์จริยาซึ่งมีประสบการณ์ด้านการบริหารจัดการและการบริหารการเปลี่ยนแปลง มากกว่า 20 ปีในฐานะผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงาน ที่ปรึกษา และวิทยากร พูดถึงวิธีการแก้ปัญหา ระหว่างการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า (reactive) กับการแก้ปัญหาแบบ proactive โดยใช้ model การแก้ปัญหอย่างมีระบบ ใช้ systems thinking ในการแก้ปัญหา ซึ่งในการแก้ปัญหานี้จะต้องให้ความสำคัญกับการสื่อสารอย่างยิ่ง นอกเหนือจากการตอบคำถามต่างๆ เกี่ยวกับการบริหารการเปลี่ยนแปลง อาทิ

1. การเปลี่ยนแปลงจะต้องมีการบริหารจัดการด้วยหรือ แนวคิดในเรื่องนี้เป็นอย่างไร มีความสำคัญอย่างไร จัดการแล้วจะได้ประโยชน์อย่างไร
2. การนำ Change Management มาใช้ในองค์กรต่างๆ ในปัจจุบันเป็นอย่างไร มีความสำเร็จหรือปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง
3. ถ้าจะใช้ Change Management ให้ประสบความสำเร็จ จะต้องจัดให้มีปัจจัยอะไรบ้าง และควรหลีกเลี่ยงอะไร
4. ถ้าจะนำ Change Management มาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาล ควรจะอย่างไร การประยุกต์ใช้ในแต่ละระดับมีข้อพึงพิจารณาอะไรบ้าง จะจัดการอย่างไรกับปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

A34: Quality Concepts & Tools in Spansion (TCPI²)

Meeting Room 4 15/04/49: 1500-160

ดร.ปรอง กองทรัพย์โต

(บริษัท Spansion Thailand จำกัด)

แนวคิดและหลักการเรื่องการพัฒนาคุณภาพเป็นเรื่องสากล สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับองค์กรที่มีลักษณะต่างๆ ได้ ในการประยุกต์นั้น บางครั้งจะเกิดเอกลักษณ์เฉพาะตัวขึ้นมาเนื่องจากสิ่งแวดล้อมขององค์กร ทำให้เกิดแนวคิดและวิธีการใหม่ๆ ขึ้นที่ต่อยอดมาจากแนวคิดพื้นฐาน

คำว่า Total Quality Management และ Continuous Quality Improvement เป็นคำที่เรามักจะได้ยินกันคุ้นหู ถ้าใครได้มีโอกาสเข้ามาที่บริษัท สแปนชั่น ประเทศไทย จำกัด ซึ่งเป็นผู้ผลิตอุปกรณ์หน่วยความจำซึ่งเราใช้อยู่ในชีวิตประจำวันโดยไม่รู้ตัว จะได้พบกับกระบวนการที่เรียกว่า TCPI² ซึ่งย่อมาจาก Total Continuous Process Improvement and Innovation ซึ่งถือว่าเป็นสมองขององค์กร เป็นเครื่องมือในการสร้างรากฐานองค์กรให้แข็งแกร่ง และอาศัยการจัดการความรู้ (KM) เป็นเครื่องมือเสริมกระบวนการพัฒนาดังกล่าวเปรียบเสมือนเป็นวิตามิน

โรงพยาบาลจำนวนมากยังใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพเป็นเครื่องประดับนอกกาย ยังไม่เข้าไปในเนื้อในตัว ทำให้เครื่องประดับเหล่านั้นกลายเป็นภาระ

มาฟัง ดร.ปรอง นำส่วนสมองมาตีแผ่เพื่อให้เห็นมุมมองที่กว้างขึ้นว่าจากแนวคิดพื้นฐานนั้น จะพัฒนาและเชื่อมโยงกันอย่างไร

TPI² ของบริษัทสเปนซ์ 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 จะเนียนไปด้วยกันทั้งหมด ภายในแนวคิด TPI²

บางที่อาจจะมีใครอยากจะทำ Hospital TPI² ให้เป็นสมองของโรงพยาบาลบ้างก็ได้

ห้อง Meeting Room 4 วันที่ 16 มีนาคม 2549

B14: IV Complication: Unrecognized Problems in Drug Administration

Meeting Room 4 16/04/49: 0830-1000

ภญ.มนวรรตน์ ศักดิ์พานิช (รพ.ศิริราช)

พัชรินทร์ ยศเทียม (รพ.ศิริราช)

ภญ.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์ (รพ.ศิริราช)

ท่านเป็นคนหนึ่งในที่ปรึกษาพยาบาลที่พบปัญหาเหล่านี้ในการให้ยาทางหลอดเลือดดำ (Intravenous/IV) หรือไม่

- มีปัญหาเกิดความคลาดเคลื่อนในชนิดของยาที่ใช้ เช่น ผิดชื่อยา ผิดความเข้มข้น
- ไม่ทราบว่าการสั่งอย่างนี้ต้องผสมยาอย่างไร
- ตั้ง infusion rate ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิด reaction ที่นึกกว่าเป็นการแพ้ยา เช่น ผื่นขึ้น ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำลง ฯลฯ
- การผสมเข้ากันไม่ได้ระหว่างยากับสารละลาย หรือยากับยาเมื่อต้องให้ร่วมกันทำให้เกิดตะกอน อยู่บ่อยๆ หรือยาชนิดเดิมสารละลายเดิม บางครั้งเกิดตะกอนบางครั้งไม่เกิดตะกอน
- มีการ leak ของยาออกนอกเส้นเลือด (extravasation) มีการกัดกร่อนเนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ ที่ให้ ยา จนดำคล้ำ อักเสบ บางครั้งอาจรุนแรงและยากแก่การแก้ไข
- การติดเชื้อจากกระบวนการผสมและการให้ยาโดยไม่ใช้ aseptic technique อย่างเต็มที่

ท่านเป็นคนหนึ่งที่ต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิด IV complications หรือไม่ เช่น

- ผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมีผิวหนังและเส้นเลือดที่เปราะ
- ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมหรือผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองออกไปแล้วต้องให้ยาผ่าน cannula บริเวณใกล้เคียงอาจมีอาการบวมได้
- ผู้ป่วยที่ไม่ค่อยรู้สึกตัว หลับ ซึ่งไม่สามารถบอกได้ว่ารู้สึกเจ็บหรือแสบร้อนบริเวณที่ได้ยาอยู่
- ผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดยาหลายๆ ทางอาจมีการอุดตันของเส้นเลือดบางเส้นได้ ทำให้เพิ่มโอกาสเกิด ปัญหาได้
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกหรือมีเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อน้อย เช่น ผู้ป่วย เบาหวาน ผู้ป่วยประสาทส่วนปลายอักเสบ (peripheral neuropathy) ผู้ป่วยที่มีปัญหาการ ไหลเวียนเลือดส่วนปลาย
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาเส้นเลือดใหญ่ (superior vena cava) อุดตัน ทำให้ความดันในหลอดเลือด สูงขึ้นซึ่งอาจเป็นเหตุให้เกิดยาซึมออกจากเส้นเลือดได้ง่าย
- ผู้ป่วยที่ต้องให้ยาทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องกันนานๆ
- ผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวมาก เช่น อาเจียนกระแทกหัน ลูกไปถ่ายปัสสาวะ ขณะกำลังให้ยาอยู่

- เมื่อพบปัญหา Extravasation ไม่ทราบว่าจะแก้ไขอย่างไรดี ไม่ให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายมากขึ้น

หากท่านเป็นคนหนึ่งที่พบปัญหาเหล่านี้ การทำความเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาและแนวทางป้องกันหรือแก้ไขโดยอาศัยการตรวจสอบด้วยตนเองอย่างง่าย ๆ โดยผู้มีประสบการณ์มาแบ่งปันความรู้ อาจช่วยท่านและผู้ป่วยของท่านได้

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

Meeting Room 4 16/04/49: 1030-1200

ภก.ผศ.ดร.ปรีชา มณฑาทิกุล (คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหิดล)

ภญ.รศ.ดร.สุวัฒนา จุฬาววัฒนกุล (คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหิดล)

ภญ.รศ.ธิดา นิงสานนท์ (สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย)

จั่วหัวไว้ก่อนสำหรับท่านที่ไม่คุ้นเคย

PK = Pharmacokinetic (เภสัชจลนศาสตร์) ศาสตร์ว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มข้นของยาในซีรัมหรือเนื้อเยื่อ กับปริมาณยาและระยะห่างของการให้ยา

PD = Pharmacodynamics (เภสัชพลศาสตร์) ศาสตร์ว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างระดับยาในซีรัม และ/หรือ เนื้อเยื่อ กับการออกฤทธิ์ยา

PKPD เป็นความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับ “การเดินทางของยาในร่างกายผู้ป่วย” จากจุดที่ให้ยาไปจนถึงเนื้อเยื่อที่ยาออกฤทธิ์

ยาจะได้ผลในการรักษาโรคหรือไม่ จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือไม่ ขึ้นกับความเข้าใจใน PKPD ของยานั้นๆ ถือว่าเป็นสัจธรรมสูงสุดที่ผู้ให้จะต้องปฏิบัติตามให้สอดคล้อง จึงจะได้ผล

การจะใช้ยาให้ปลอดภัยจึงต้องเข้าใจสัจธรรม PKPD

ความไม่เหมาะสมในกระบวนการใช้ยานั้นเป็นผลมาจากความไม่เข้าใจในสัจธรรม PKPD ซึ่งจะนำมาสู่การรักษาที่ไม่ได้ผลหรือเกิดอันตรายจากการใช้ยา ได้แก่

- การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ยา/รูปแบบยาที่ไม่เหมาะสม
- การกำหนดวิธีการให้ยาที่ไม่ถูกต้อง
- การกำหนดขนาดยาสูงหรือต่ำเกินไป
- การกำหนดวิธีให้ยาไม่ถูกต้อง
- การขาดความรู้ถึงอันตรายหรือผลเสียที่จะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามเวลาที่ควรจะเป็น
- การรับประทานยาร่วมกับอาหารหรือยาอื่นๆ
- รวมถึงการขาดความเข้าใจในการติดตามประสิทธิผลของยาในการรักษา เช่น การติดตามวัดระดับยาในเลือดในเวลาที่เหมาะสม

- การกำหนดขนาดยาในผู้ป่วยพิเศษ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคไต เป็นต้น
สรุปแบบพื้นฐานว่า บุคลากรสาธารณสุขต้องมีความรู้พื้นฐานของการออกฤทธิ์ของยา คือ PKPD จึงจะสร้างหลักประกันเรื่องความปลอดภัยในการใช้ยาได้อย่างมั่นใจ
คนที่รู้เรื่องเหล่านี้ดีที่สุดในโรงพยาบาลคือเภสัชกร
คนที่รู้เรื่องเหล่านี้น้อยที่สุดในโรงพยาบาลคือแพทย์และพยาบาลที่เป็นผู้สั่งและเป็นผู้ให้ยาแก่ผู้ป่วย
ถึงเวลาที่คนสามกลุ่มนี้จะคุยสังสรรค์ PKPD กันให้มากขึ้นหรือยัง ?

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

การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยสหสาขาวิชาชีพเพื่อประโยชน์สูงสุดทางคลินิก

Meeting Room 4 16/04/49: 1300-1430

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

เรวดี ศิรินคร (พรพ.)

ภญ.จันทิมา โยธาพิทักษ์ (รพ.สุราษฎร์ธานี)

ระบบของโรงพยาบาลเรายังเป็นอย่างไรอยู่หรือไม่: ไม่ว่าใครที่เห็นคนไข้มีอาการแพ้ยา ก็จะมีบันทึกลงเวชระเบียนและออกบัตรแพ้ยาให้แก่ผู้ป่วย เพื่อว่าจะได้ป้องกันไม่ให้เกิดอาการแพ้ยาซ้ำ อันถือว่าเป็นเรื่องคอขาดบาดตายสำหรับโรงพยาบาล

ถ้าเป็นเช่นนั้น ขอแนะนำให้ท่านรีบเข้ามาฟังใน session นี้

ถึงแม้ไม่เป็นเช่นนั้น หากอยากรู้ว่าวิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุดเมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยจะแพ้ยาคืออะไร ก็ควรเข้ามาฟัง session นี้

การแพ้ยาเป็นเหมือนปัญหาที่ถูกกลบถูกชุกมานาน ตั้งแต่เกิดกรณีคุณดอกกรัก ดูเหมือนความตื่นตัวเรื่องนี้จะสูงขึ้น แต่ตื่นตัวอย่างเดียวไม่พอ ต้องทำให้ถูกต้องตามหลักวิชาด้วย

จะรู้ว่ามีผู้ป่วยแพ้ยาหรือไม่ ก็ต้องมีระบบเฝ้าระวัง (ADR Monitoring)

ระบบเฝ้าระวังที่ดี ควรมีการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ เพราะเมื่อแต่ละวิชาชีพยิ่งเก่งมากขึ้นเท่าไร จะเกิดอาการทำนอง “ฉลาดลึก ใจกว้าง” มากขึ้น จำเป็นต้องขอรับความช่วยเหลือจากวิชาชีพอื่น เพื่อให้ฉลาดทั้งลึกและกว้าง

เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทุกวิชาชีพควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ADR อย่างชัดเจน ได้แก่ ความหมายของคำว่า ADR, APR, แพ้ยา, อาการข้างเคียงจากการใช้ยา, ADR ที่ป้องกันได้ รวมทั้งความสำคัญของการประเมิน ADR

คณะวิทยากร (ซึ่งเป็นสหสาขาวิชาชีพ) จะนำตัวอย่างของ ADR ที่น่าสนใจมาเล่าสู่กันฟัง อภิปรายกันถึงข้อมูลที่จำเป็นในการประเมิน การเลือกใช้ algorithm ในการประเมิน การนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ทางคลินิก แนวทางการออกบัตรแพ้ยาให้แก่ผู้ป่วย

นอกจากนั้นจะได้พูดถึงถึงเรื่องบทบาทของสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร สถานการณ์การทำงาน ADRM ในโรงพยาบาลในประเทศไทยจากประสบการณ์ของผู้เยี่ยมสำรวจ ปัญหาที่พบ และแนวทางในการพัฒนา และยังเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เมื่อองค์กรต้องเผชิญปัญหาจากการที่ผู้ป่วยเกิด ADR

ถึงท่านจะถูกโรงพยาบาลส่งเป็นตัวแทนเข้ามาฟังในตอนนี้แต่เพียงผู้เดียว แต่สัญญาว่าจะเมื่อท่านกลับไปถึงโรงพยาบาล ท่านจะปลูกให้ทีมสหสาขาวิชาชีพขึ้นมามีบทบาทในเรื่องนี้

B44: Indicator for Drug System Management : New Dimension for Quality Improvement

Meeting Room 4 16/04/49: 0830-1000

ภก.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์ (รพ. ศิริราช)

ภญ.จันทิมา โยธาพิทักษ์ (รพ.สุราษฎร์ธานี)

ภก.ดร.มังกร ประพันธ์วัฒนะ (คณะเภสัชศาสตร์ ม.นเรศวร)

ภญ.มนวรรต์ ศักดิ์พานิช (รพ.ศิริราช)

การวัดผลคือการส่งกระจกเงาดูตัวเอง การเห็นตัวเองทำให้เกิดการปรับปรุง พอพูดถึงระบบยาแล้วถามว่าเราวัดอะไรกันบ้าง คำตอบที่หลีกเลี่ยงไม่ได้คืออัตราความคลาดเคลื่อนทางยา

แค่ความคลาดเคลื่อนทางยาตัวเดียวก็มีปัญหาสารพัด ข้อมูลที่โรงพยาบาลเก็บมานี้เชื่อถือได้หรือไม่ ครอบคลุมครบถ้วนหรือไม่ มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างไร ข้อมูลนี้สามารถเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นได้หรือไม่ การวิเคราะห์ข้อมูลมีความเหมาะสมหรือไม่ การวิเคราะห์ทำให้เห็นแนวโน้มหรือแบบแผนอะไรหรือไม่ มีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาอย่างไร

ถามว่านอกเหนือจากความคลาดเคลื่อนทางยาแล้ว มีการวัดที่จำเป็นสำหรับการจัดการระบบยาอะไรอีกบ้าง โรงพยาบาลมีการกำหนดอย่างชัดเจนหรือไม่ว่าเป้าหมายของระบบยาของตนนั้นคืออะไร จะวัดความสำเร็จหรือความก้าวหน้าของการพัฒนาได้อย่างไร มีการนำมิติของคุณภาพแง่มุมต่างๆ มากำหนดเป้าหมายและตัวบ่งชี้คุณภาพอย่างไร อาทิ ความปลอดภัย ความเหมาะสม ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความทันเวลา ความเป็นองค์กรรวม ความต่อเนื่อง

บทบาทและความสำคัญของการวัดคุณภาพกำลังเป็นเรื่องที่มีความสำคัญเพิ่มขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน ผู้บริโภค ผู้ปฏิบัติงาน หรือแม้แต่องค์กรเองมีความต้องการรับรู้ สามารถเข้าถึงและต้องการความโปร่งใส สำหรับการให้บริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ ตัวบ่งชี้คุณภาพ และกระบวนการวัดที่นำไปสู่การประเมินผล การติดตาม มีความสำคัญและเป็นส่วนประกอบหลักในการวางแผน การจัดการ และกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ตัวบ่งชี้คุณภาพนำไปสู่การออกแบบระบบเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลในลักษณะที่เป็น
มาตรฐาน ซึ่งองค์กร หรือหน่วยงานสามารถใช้ในการเปรียบเทียบข้ามผ่านช่วงเวลา ความผันแปร
แนวโน้ม หรือแบบแผนที่เปลี่ยนแปลงนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ห้อง Meeting Room 4 วันที่ 17 มีนาคม 2549

C14: ศิลปะการนำสู่ความสำเร็จ

Meeting Room 4 17/04/49: 0830-1000

นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล	(ผอ.รพ.บ้านเหลื่อม จ.นครราชสีมา)
นพ.เดชา แซ่หลี่	(ผอ.รพ.กะป้อ จ.ปัตตานี)
นพ.สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์	(ผอ.รพ.เสาไห้ จ.สระบุรี)
ดวงสมร บุญผดุง	(พรพ.) ผู้ดำเนินการอภิปราย

เชื่อกันว่าการเป็นผู้นำนั้นไม่สามารถเป็นได้เองตั้งแต่เกิด หรือ born to be แต่เราสามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้และประสบการณ์ที่ฝังรากลึก สำหรับในโรงพยาบาล การทำหน้าที่เป็นแพทย์ นั้นนับว่าเป็นความลำบากยิ่ง แต่การที่แพทย์ต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำด้วยและสามารถนำองค์กรสู่เป้าหมายด้วยความสำเร็จทั้งดงามนั้น เป็นสิ่งที่น่าชื่นชม และน่าเรียนรู้ว่าเขาทำกันได้อย่างไร

ในห้องนี้ท่านจะได้พบกับนายแพทย์หนุ่มสามคน ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการในพื้นที่ ที่มีความแตกต่างกันไม่ว่าในลักษณะ พื้นที่ ผู้ป่วย ชุมชน ความเชื่อวัฒนธรรม ความยากลำบากในการให้การดูแลผู้ป่วยท่ามกลางกระแส แห่งการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ และแน่นอน ท่ามกลางการขาดแคลน ทรัพยากรที่จำเป็น ไม่ว่า คน เงิน หรือเครื่องมือต่างๆ เจกเช่นเดียวกับโรงพยาบาลแห่งอื่นทั่วประเทศ แต่ทั้งสามท่านนี้ มีความดีนรณ หรือต่อสู้เพื่อเป้าหมายขององค์กรได้อย่างไร เราจะมาติดตาม และท่านอาจจะมีความรู้สึกว่าการเป็นผู้นำเพื่อไปสู่ความสำเร็จนั้น ท่านก็สามารถทำได้ เพียงแค่เปลี่ยนวิธีคิดเท่านั้น

คุณหมอนิวัฒน์ชัย เป็นผู้ที่ขับเคลื่อนการพัฒนาด้วยการสร้างบรรยากาศที่ดี มีน้ำใจแก่ทีมงาน ทำให้ทีมงานมีความสุขในการพัฒนา สามารถเข้ากับชุมชนได้ดีและนำชุมชนมาร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ อาทิ สามประสานเพื่ออำเภอปลอดเลือดแข็งแรง

คุณหมอเดชา ทำงานอยู่ในดินแดนที่เสี่ยงอันตราย แต่ก็ไม่หยุดยั้งในการพัฒนาคุณภาพ ทำให้โรงพยาบาลมีผลงานในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการเรียนรู้จากชุมชนและใช้ข้อมูลการเรียนรู้ให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง นำ อสม.เข้ามาเป็นทีมงานหลักของโรงพยาบาล ตัวอย่างการพัฒนาของโรงพยาบาลได้เหนียวนาให้เกิดความตื่นตัวขึ้นทั้งจังหวัดด้วยการสนับสนุนอย่างเข้มแข็งของท่าน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

คุณหมอสุวัฒน์ ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลศูนย์มาก ๆ มีประชากรในพื้นที่ และรายได้จากหัวประชากรนิดเดียว แต่สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการ สร้างความร่วมมือกับชุมชนให้เข้ามาสนับสนุนโรงพยาบาล กระตือรือร้นในการที่จะนำแนวคิดและเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพต่างๆ ที่เรียนรู้จากการเข้าร่วมเครือข่ายโรงพยาบาล HA/HPH ไปสู่การปฏิบัติจนเห็นผล ทุกครั้งที่ได้พบ ได้คุยกับท่านเหล่านี้ จะมีความสุข มีความหวัง เกิดพลังใจที่จะฝ่าฟันอุปสรรค

C24: การนำเสนอองค์กรที่ยั่งยืน

Meeting Room 4 17/04/49: 1030-1200

ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา

(ผอ.รพ.ศิริราช)

นพ.เทียม อังสาชน

(ผอ.รพ.สระบุรี)

Mr. George V Larson II

(ผอ.รพ.มิชชั่น)

ผศ.นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ

(คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์) ผู้ดำเนินการอภิปราย

การบริหารองค์กรขนาดใหญ่ที่มีความซับซ้อน เป็นสิ่งที่ต้องอาศัยทั้งประสบการณ์และหลักการบริหารที่ดี การนำเสนอความเป็นองค์กรที่ยั่งยืนจะต้องอาศัยผู้นำที่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงได้อย่างต่อเนื่อง session นี้เป็นการนำเสนอสุดยอดของผู้นำโรงพยาบาลในภาคส่วนต่างๆ มานำเสนอประสบการณ์ของท่าน สิ่งที่ท่านคิด สิ่งที่ท่านทำ สิ่งที่ท่านคาดหวัง สิ่งที่ท่านอยากให้ผู้อื่นได้รับรู้ สิ่งที่ยั่งยืนของโรงพยาบาลควรจะรับรู้ว่าคุณต้องเผชิญกับภาวะอะไร

อาจารย์ประสิทธิ์ ต้องบริหารโรงพยาบาลที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย มีภารกิจทั้งบริการ การเรียนการสอน และบริการ มีบุคลากรมหาศาล ท่านมีวิธีการอย่างไรที่จะนำองค์กรไปสู่ความเป็นเลิศในทุกๆ ด้าน สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบบริหารขององค์กรอย่างไร

George V Larson II มารับตำแหน่ง ผอ.รพ.มิชชั่นได้ไม่นาน แต่สามารถสร้างการยอมรับให้เกิดขึ้นและสร้างการเปลี่ยนแปลงต่างๆ อย่างมากมาย ท่านทำได้อย่างไร

คุณหมอเทียม บริหารโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นพี่เลี้ยงให้น้องๆ ภายในจังหวัด เป็นแกนหลักของชมรมโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ท่านจัดการอย่างไรภายใต้ข้อจำกัดรอบตัว จึงจะสามารถสร้างสิ่งแวดล้อมและจุดใจให้เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ถ้าเรารู้ความมุ่งมั่นและปัญหาที่ผู้นำทั้งหลายต้องเผชิญอยู่ เราจะเข้าใจและเห็นใจผู้นำของเรามากขึ้น

ห้อง Meeting Room 7 วันที่ 15-17 มีนาคม 2549

A37-C27: Share & Assist ค้นหาและสร้างความไม่ธรรมดา จากการรับฟัง

Meeting Room 7 15/04/49:1300 - 17/04/49:1200

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำเสนอประสบการณ์การทำงานในมุมมองที่หลากหลาย อันจะเป็นการจุดประกายให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุม
2. เพื่อขอความคิดเห็นจากผู้มีประสบการณ์ ในบางประเด็นที่ยังติดขัดหรือยังไม่ได้ผลตามที่ต้องการ

แนวทางการนำเสนอ

1. ในเวลา 90 นาที จะมีเนื้อหาเสนอ 5 เรื่อง แบ่งเป็นเรื่องละ 18 นาที ซึ่งควรจะเป็นการนำเสนอ 10 นาที และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในลักษณะของ **interactive** ระหว่างผู้เข้าประชุมด้วยกัน 8 นาที พรพ. มุ่งหวังให้เกิดการเรียนรู้ในช่วงของการแลกเปลี่ยนนี้เป็นอย่างมาก

2. การนำเสนอ ผู้นำเสนอจะเข้าสู่ประเด็นสำคัญโดยเร็วที่สุด โดยมีแนวทางในการนำเสนอประเด็นตามลำดับดังนี้

- ที่มาของการพัฒนาในเรื่องนี้ เช่น สถานการณ์ปัญหา ความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง
- เป้าหมายของการพัฒนาอย่างกระชับ
- การวัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา (นำเสนอผลลัพธ์ก่อนวิธีการ เพื่อให้ผู้ฟังสามารถเชื่อมโยงเรื่องที่จะเล่าตามมาภายหลังกับผลลัพธ์ได้ชัดเจนขึ้น)
- แนวคิดและวิธีการทำงานโดยสรุป แผนภูมิสรุปแนวคิดและกิจกรรมต่างๆ ในภาพเดียว
- ข้อคิด บทเรียน จากการทำงาน (take home message) ที่จับต้องได้ มีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม
- ประเด็นคำถามที่ต้องการความช่วยเหลือ

3. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในเวลา 8 นาทีหลัง ไม่ได้มุ่งหวังให้ผู้นำเสนอตอบคำถามของผู้เข้าร่วมประชุม แต่มุ่งให้ผู้นำเสนอตั้งคำถามต่อที่ประชุมและให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นที่หลากหลายเพื่อกระตุ้นความคิดของกลุ่มไปข้างหน้า

- คำถามของจากผู้เข้าประชุม อาจจะถูกโยนคำถามกลับ หลังจากที่ผู้นำเสนอสรุปแนวคิดของตนอย่างสั้นๆ ที่สุด
- ผู้นำเสนออาจจะเป็นฝ่ายตั้งประเด็นคำถามต่อผู้เข้าประชุมเอง ในประเด็นปัญหาที่ผู้นำเสนอยังแก้ไม่ได้ หรืออาจจะเป็นคำถามเพื่อการวางแผนทำงานต่อไปในอนาคตว่าถ้า

จะทำอย่างนั้นอย่างนี้ จะดีหรือไม่ จะมีปัญหาอะไร ควรจะมีเทคนิคอย่างไร (นี่คือส่วนของการ assist)

- ถ้าเป็นไปได้ ควรชักชวนให้รวมตัวกันเป็นเครือข่ายผู้สนใจทำในเรื่องเดียวกัน และแสวงหาวิธีการจัดการให้เกิดเครือข่ายขึ้น

4. เมื่อสิ้นสุดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทุกฝ่ายควรสรุปประเด็นที่เป็น take home message กลับไปใช้ประโยชน์ และถ้าต้องการเผื่อแผ่ประโยชน์ให้ผู้อื่นด้วยก็สามารถส่งให้ฝ่ายเลขานุการในห้องประชุมเพื่อรวบรวมเผยแพร่ต่อไป

ห้อง Meeting Room 8 วันที่ 15-17 มีนาคม 2549

A38-C28: Share & Capture แลกเปลี่ยนศิลปะการทำงานคุณภาพ

Meeting Room 8 15/04/49:1300 - 17/04/49:1200

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานคุณภาพในเรื่องเดียวกันได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกันและกัน ในส่วนที่เป็นศิลปะการประยุกต์ใช้ความรู้และแนวคิดต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง และเก็บรวบรวมความรู้เหล่านี้เพื่อเผยแพร่ในวงกว้างต่อไป

แนวทางและรูปแบบการแลกเปลี่ยน

1. หัวข้อที่กำหนดให้เป็นตัวกำหนดสำหรับการแลกเปลี่ยนศิลปะการทำงาน มาจากความสนใจของโรงพยาบาลซึ่งได้มีการนำเสนอเนื้อหาเหล่านี้ในการประชุมคัดเลือกระดับภูมิภาคมาแล้ว

2. ประเด็นที่จะเป็นบทเรียนสำคัญเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คือประเด็นที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

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

3. ขอเชิญชวนผู้ร่วมประชุม **National Forum** ที่สนใจหรือมีประสบการณ์ในเรื่องนั้น ๆ เข้าร่วมเสวนาใน **session** ที่ท่านสนใจ

4. ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จะไม่เน้นการนำเสนอแบบเป็นทางการ แต่จะเน้นการบอกเล่าเรื่องราวเพื่อใช้เรื่องเล่าเป็นตัวเร้าพลังให้แก่ผู้ฟัง บอกเล่าที่มาที่ไป วิธีคิด ทางเลือก ปัญหา อุปสรรค ดีความ สรุบบทเรียน ประยุกต์ประสบการณ์ของตนเองกับเรื่องราวของคนอื่น โดยจะให้มีการเสวนาแลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างผู้นำเสนอด้วยกัน และผู้นำเสนอกับผู้ฟังตลอดช่วงของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

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

7. พรพ. จะจัดให้มี “คุณลิขิต” ทำหน้าที่จดบันทึกและสรุปขุมทรัพย์ความรู้ที่เกิดขึ้นระหว่างการเสวนา และนำไปเผยแพร่ในวงกว้างต่อไป

ห้อง Meeting Room 9 วันที่ 15 มีนาคม 2549

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

Meeting Room 9 15/04/49: 1300-1430

อัญชิสา มีทิม	(รพ.บำรุงราษฎร์)
อุษา เกานิล	(รพ.บางปะอิน)
สมพร ยาภา	(รพ. ศิริราช)
ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์	(รพ.ศิริราช)

พยาบาลทุกคนผ่านการเรียนเรื่องวิธีการวินิจฉัยทางการพยาบาล แต่ถึงเวลาปฏิบัติจริงยังมีปัญหาอยู่ในโรงพยาบาลจำนวนมากว่าจะใช้การวินิจฉัยทางการพยาบาลให้เป็นประโยชน์ได้อย่างไร ถ้าพยาบาลสามารถวินิจฉัยได้ถูกต้อง จะนำมาสู่การแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น

การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ถูกต้อง ต้องได้มาจากการประเมิน และการวิเคราะห์ปัญหา ทุกวันนี้เราวิเคราะห์ไม่เป็น ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างที่เราควรจะเป็น เช่น ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวด ถ้าเรารู้สาเหตุของการเจ็บปวดนั้นว่าเกิดจากอะไร เราจะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าเราไม่วิเคราะห์ ไม่รู้สาเหตุที่เกี่ยวข้อง สิ่งที่เราทำได้คือเพียงให้ยาแก้ปวด

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

มาช่วยกันทำให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นเรื่องน่าสนุก ไม่ใช่สิ่งที่น่าเบื่อหน่ายบนกระดาษ ไม่ใช่สิ่งที่เขียนไปโดยไม่รู้ว่าให้คุณค่าอะไร แต่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการพยาบาลที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วยของเรา

A49: บทบาทของพยาบาลในการบริหารยา

Meeting Room 9 15/04/49: 1500-1630

สະริທຣ ຈິມກລາງ	(รพ.บ้านเหลื่อม)
ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี	(รพ.ศิริราช)
เพ็ญนภา ตรองติตรัมย์	(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

การพัฒนาระบบเหล่านี้ท่านจะได้รับฟังประสบการณ์ตรงจากโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชนที่หลากหลาย ท่านสามารถร่วมอภิปรายประเด็น เพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้และนำประสบการณ์ที่แตกต่างไปสู่การปฏิบัติได้

ห้อง Meeting Room 9 วันที่ 16 มีนาคม 2549

B19: ตามรอยผู้ป่วยศัลยกรรม

Meeting Room 9 16/04/49: 0830-1000

สุนหา ศรีสุวรรณานุกร (รพ.มหาราชนครราชสีมา)

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

พ.ต.อ.ชาตรี ศานติวิชัย (รพ.ตำรวจ)

พญ.ยุวรีย์ วนาวนิชย์กุล (รพ.จุฬาลงกรณ์)

การตามรอยแต่ละเรื่องล้วนให้บทเรียนแก่ผู้คนที่แตกต่างกัน

คุณสุนหา จะมาเล่าให้ฟังถึงการตามรอย “ระบบฝักระวังภาวะ Compartment Syndrome” ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2545 ทำให้สามารถวินิจฉัยและให้การรักษาได้แต่เนิ่นๆ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีการปรับปรุงแนวทางฝักระวังให้มีความชัดเจน ง่ายต่อการสังเกต และบันทึก ลดความยุ่งยากและสับสนในการฝักระวัง

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

คุณหมอชาตรี จะมาเล่าให้ฟังถึงการตามรอย “โรคหูน้ำหนวกเรื้อรัง” ซึ่งปัญหาที่พบหลังผ่าตัด mastoidectomy ได้แก่ graft failure, facial nerve palsy, misplacing graft, infections/hematoma มีการตามไปดูในองค์กรประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด เช่น วิธีการผ่าตัด ขั้นตอน ความร่วมมือของผู้ป่วย อุปกรณ์ นำมาสู่การปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ให้ทันสมัยขึ้น การดูแลโรคร่วมก่อนผ่าตัด การดูแลระหว่างและหลังผ่าตัด การดูแลต่อเนื่องหลังกลับบ้านและคำแนะนำในการดูแลตนเอง นอกจากนั้นการทบทวนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงก็ทำให้เกิดบทเรียนที่ดี

B29: ตามรอยเครื่องมือปราศจากเชื้อ

Meeting Room 9 16/04/49: 1030-1200

รศ.อะเคื้อ อุณหเลขกะ (คณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่)

พ.ต.ท.วิสิฏฐ์ เพ็ญโกไคย (รพ.ตำรวจ)

มลิวลีย์ กริதியุตานนท์ (บริษัท 3M)

การใช้เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อเป็นหลักประกันของการป้องกันการติดเชื้อจากการใช้อุปกรณ์เหล่านั้น สิ่งที่กำลังจะเป็นปัญหามากขึ้นเรื่อยๆ คือความพยายามที่จะลดค่าใช้จ่ายของวัสดุปราศจากเชื้อด้วยการนำวัสดุต่างๆ กลับมาใช้ใหม่ แม้ว่าบางครั้งวัสดุดังกล่าวจะได้รับการออกแบบให้ใช้เพียงครั้งเดียว เมื่อไรจะใช้ได้ เมื่อไรจะใช้ไม่ได้ ถ้าใช้ซ้ำได้ก็ครั้ง จะต้องทำความสะอาดอย่างไร ทำให้ปราศจากเชื้ออย่างไร จึงจะเกิดความปลอดภัย

เชิญมาร่วมแลกเปลี่ยนบทเรียนและประสบการณ์กับผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่าน

B39: Human Factor Engineering

Meeting Room 9 16/04/49: 1300-1430

น.อ.หญิง อิศรญา สุขเจริญ	(รพ.ภูมิพลอดุลยเดช)
น.ท.จิรัชย์ ผุดผ่อง	(รพ.ภูมิพลอดุลยเดช)
น.อ.หญิงนภาพร อิมพัลทรัพย์	(รพ.ภูมิพลอดุลยเดช)

ฟังชื่อนี้แล้วหลายท่านอาจจะแปลกใจว่า วิศวกรรม จะมาเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลในแง่มุมไหน

เราสามารถมองได้สองระดับ คือเกี่ยวข้องโดยตรงในการออกแบบเครื่องมือที่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกี่ยวข้องโดยอ้อม คือการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการออกแบบระบบงานทุกเรื่องราว

Human Factor Engineering เป็นศาสตร์ว่าด้วยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับโลกรอบตัว นำไปสู่การออกแบบเครื่องมือ อุปกรณ์ และระบบงานที่มนุษย์สามารถทำงานได้ง่าย ไม่ผิดพลาด เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน

ระบบในที่ครอบคลุมแบบครอบคลุมจริงๆ ทุกอย่างที่เราใช้ทำงานถือว่าเป็นระบบทั้งสิ้น ถือว่าสามารถออกแบบให้ดีได้ทั้งสิ้น

การมุ่งเน้นที่การออกแบบระบบ คือความเข้าใจสุดยอดในเรื่องการป้องกันความเสี่ยงโดยไม่กล่าวโทษตัวบุคคล เพราะความผิดพลาดต่างๆ สามารถเชื่อมโยงมาที่การออกแบบได้เป็นส่วนใหญ่

ทีมงานของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชได้ทดลองนำแนวคิดนี้ไปทดสอบว่าจะเห็นโอกาสในการออกแบบระบบงานใหม่ๆ อย่างไรบ้าง และจะนำมาเล่าสู่กันฟัง

B49: มะเร็งปากมดลูก

Meeting Room 9 16/04/49: 1500-1630

ผศ.พญ. อิมใจ ชิตาพนารักษ์	(คณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่)
สุนันทา บุญยก	(รพ.พุทธชินราช)
รศ.นพ.รณชัย อธิสุข	(คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล) ผู้ดำเนินการอภิปราย

อาจารย์อ๋มใจ จะนำเสนอ “โครงการการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกแบบครบวงจร” ซึ่งเกิดจากการผสมผสานการทำงานของทีมนสหสาขาวิชาชีพ เกิดนวัตกรรมใหม่และพัฒนาจนสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกซึ่งมีอัตราการเกิดโรคนี้สูงที่สุด ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข

กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งในอดีตจะต้องคาสายสวนปัสสาวะผ่านทางกระเพาะปัสสาวะและหน้าท้อง ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายแก่ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทีมฝ่ายแพทย์จึงได้คาสายสวนปัสสาวะผ่านท่อปัสสาวะตามปกติไว้เพียง 7 วัน หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกการสวนปัสสาวะด้วยตนเอง ทีมมีนวัตกรรมใหม่ในการสร้างอุปกรณ์การสวนปัสสาวะด้วยตนเอง

กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ จะได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด ผู้ป่วยจะได้รับการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองระหว่างฉายรังสีและให้ยาเคมีบำบัด แนะนำป้องกันให้ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงระยะยาวจากการฉายรังสีให้น้อยที่สุด สำหรับภาวะช่องคลอดตีบตัน ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย/จิตใจและสุขภาพทางเพศของผู้ป่วย ทีมได้ปรับปรุงวิธีการฉายรังสี และมีนวัตกรรมใหม่ในการสร้างอุปกรณ์ถ่างขยายช่องคลอดและให้คำปรึกษาแก่คู่สมรสของผู้ป่วยในเรื่องเพศสัมพันธ์หลังการรักษา

ห้อง Meeting Room 9 วันที่ 17 มีนาคม 2549

C19: Breaking Bad News (Adverse Event)

Meeting Room 9 17/04/49: 0830-1000

นพ.วีระชัย จันทร์ดียั้ง	(รพ.สมุทรปราการ)
นพ.สนิท อาชีพสมุท	(รพ.ประจวบคีรีขันธ์)
พ.อ.ดุสิต สถาวร	(รพ.พระมงกุฎเกล้า)

เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น ท่านจะสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติอย่างไร จึงจะไม่เกิดปัญหา มารับฟังแนวคิดพื้นฐานในการสื่อสาร และตัวอย่างกรณีที่เกิดขึ้นว่าผู้เกี่ยวข้องมีปฏิกิริยาอย่างไร ทางโรงพยาบาลดำเนินการอย่างไรเพื่อให้เกิดความคลี่คลาย

C29: การฟื้นฟูความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสาธารณสุข : การป้องกันแก้ไขปัญหาการฟ้องร้อง

Meeting Room 9 17/04/49: 1030-1200

นพ.บรรพต ตันธีรวงศ์	(ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข)
ผกาวดี สุพรรณจิตวนา	(ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข)

ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ เดิมเป็นความนับถือไว้วางใจ ที่เกี่ยวข้องกับสถานะบุคคล เป็นความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ กฎหมายใหม่ที่ออกมา เปลี่ยนความสัมพันธ์จากความเป็นหมอกับคนไข้ เป็นผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงกฎหมายหรือพันธสัญญา เมื่อผู้รับบริการเกิดความไม่พอใจจากบริการก็เกิดการเรียกร้องในเชิงกฎหมาย

การจัดการกับความขัดแย้งระหว่างหมอกับคนไข้ ต้องเข้าใจ ต้องอยู่ด้วยกัน และต้องจัดการ การจัดการคือการใช้วิธีไกลเกลี่ย ซึ่งอาจจะทำได้โดย 1) conciliation ดับอารมณ์ สมานรอยร้าว ผูกไมตรี 2) negotiation ไกลเกลี่ยกันเอง 3) mediation ไกลเกลี่ยโดยคนกลาง

การต่อสู้คดีต้องมีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งชนะหรือแพ้ แต่คู่ความสามารถชนะได้ทั้งคู่ ด้วยวิธีการไกลเกลี่ยกรณีพิพาท การไกลเกลี่ยเป็นการให้ความยุติธรรมระดับ first class ข้อตกลงการไกลเกลี่ยที่แย่ที่สุดยังดีกว่าคำพิพากษาที่ดีที่สุด

ห้อง Meeting Room 10 วันที่ 15 มีนาคม 2549

A3X : แลกเปลี่ยนเรียนรู้หนทางก้าวสู่มาตรฐานงานบริการกายภาพบำบัด

Meeting Room 10 15/04/49: 1300-1430

น.พ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ	(รพ.ภูกระดึง จ.เลย)
คมสันต์ ประยูรศิริศักดิ์	(รพ. บำรุงราษฎร์)
ประภาส โพธิ์ทองสุนันท์	(คณะเทคนิคการแพทย์ ม.เชียงใหม่)

เมื่อการรักษามาถึงจุดที่การรักษาพยาบาลต้องผสมผสานวิธีการอื่นๆ กายภาพบำบัดคือทางเลือกหนึ่งที่สำคัญสำหรับหลายโรค

คุณหมอ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย จะนำเสนอระบบบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสู่ชุมชน โดยมีเนื้อหาครอบคลุม ถึง แนวคิด วิธีการ การวางแผน การดำเนินการ และผลลัพธ์ของการบริการ

อาจารย์คมสันต์ ประยูรศิริศักดิ์ นักกายภาพบำบัด รพ.บำรุงราษฎร์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และเล่าสู่กันฟัง ในเรื่องวิธีการ เครื่องมือหรือระบบที่จะช่วยให้การดูแลรักษาทางกายภาพบำบัดใน รพ. บำรุงราษฎร์ เป็นไปอย่างมีความเอื้ออาทรได้มาตรฐานและเป็นที่พึงพอใจของผู้มารับบริการ วิธีการเครื่องมือหรือระบบเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผ่านการปฏิบัติจริง ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงและมีวิวัฒนาการมานานกว่า 6 ปี

อาจารย์ประภาส โพธิ์ทองสุนันท์ จะนำเสนอมาตรฐานขีดความสามารถในการให้บริการทางกายภาพบำบัดของสถานพยาบาลระดับต่างๆ ที่จะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานกายภาพบำบัดอย่างไร

A4X : Applying Ethical Principles in Dilemma Situations

Meeting Room 10 15/04/49: 1500-1630

Jenet M. Farrell (พรพ.)

เมื่อคุณ Janet ถามโรงพยาบาลต่างๆ ว่าคณะกรรมการจริยธรรมที่มีอยู่นั้นมีบทบาทหน้าที่อะไรบ้าง คำตอบที่ได้มักจะเป็นการทำงานเชิงรับซึ่งไม่ค่อยเป็นที่ปรารถนาของสมาชิกในองค์กรเท่าไร คือจะมีบทบาทเมื่อเกิดการละเมิดจริยธรรมขึ้นมาแล้ว

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

ตัวอย่างกรณีศึกษา : แม่ลูกสอง (ซึ่งทั้งแม่ทั้งลูกถูกสามีทำร้ายเป็นประจำ ถึงขั้นกระดุกหักมาที่ ER อยู่หลายครั้ง) ตั้งท้องได้สามเดือนและมานอนโรงพยาบาลด้วยเลือดออกทางช่องคลอด แพทย์

เจ้าของไข้มีความรู้สึกว่าแม่คนนี้ไม่ควรจะมีลูกอีกคนและแนะนำให้ทำแท้ง แต่แม่กลับอยากจะมีลูกไว้

การตัดสินใจในบนหลักการจริยธรรมจะช่วยลดอคติส่วนตัวในการตัดสินใจ และสามารถอธิบายเหตุผลของการตัดสินใจได้ หลักการจริยธรรมที่ใช้ได้แก่ autonomy (ผู้ป่วยมีอิสระที่จะตัดสินใจโดยไม่ถูกบังคับ ผู้อื่นมีหน้าที่เพียงให้ข้อมูลและข้อเท็จจริง), beneficence (ถ้าปัจจัยอื่นๆ เท่ากัน ผู้ให้บริการจะทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ), non-maleficence (ไม่ทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย), the common good (การเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรี), double effect (ถ้าการกระทำนั้นมีทั้งผลดีและผลเสียให้ชั่งน้ำหนักเลือกใช้เมื่อมีผลดีมากกว่า), informed consent (การตัดสินใจเมื่อได้รับข้อมูลเพียงพอ), proportionate and disproportionate (การชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์และสิ่งที่ต้องเป็นภาระ), integrity and totality (การพิจารณาบุคคลอย่างเป็นองค์รวมทั้งร่างกายและจิตใจ)

ห้อง Meeting Room 10 วันที่ 16 มีนาคม 2549

B1X : แกระรอยคดีฟ้องร้องทันตแพทย์ : คัดลอกกรอบอย่างไรให้สร้างสรรค์

Meeting Room 10 16/04/49: 0830-1000

ทพ.ไพศาล กังวลกิจ	(รพ.ชลบุรี)
ทพญ.กุลยา รัตนปรีดากุล	(รพ.กรุงเทพ)
ทพ.ชุมพล ชมะโชติ	(รพ.ธัญญารักษ์)

ไม่ใช่เฉพาะทางแพทย์เท่านั้นที่มีการฟ้องร้องเป็นคดีเด็ด หมอฟันบ้านเราก็เริ่มเข้าสู่วัฏจักรแห่งคดีดังอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะเราคือผู้ให้การรักษาที่มีความเสี่ยงอยู่รอบกาย ไม่ได้ตั้งใจบ้าง ผิดพลาดบ้าง คุณหมอ ไพศาล และคุณหมอชุมพล ที่อยู่ในภาครัฐบาล คุณหมอกุลยาที่อยู่ในภาคเอกชน มีมุมมองอย่างไรต่อเรื่องเหล่านี้ เหมือนหรือต่างกันอย่างไร ในความรู้สึกรับรู้ของคุณหมอฟัน คิดอย่างไร ทำอย่างไรให้อยู่ในสภาวะจิตที่สร้างสรรค์ สามารถให้การรักษาสอบการได้อย่างมั่นใจ ไม่หวั่นไหวได้อย่างไร

B2X: การพัฒนาห้องปฏิบัติการทางการแพทย์สู่สากล

Meeting Room 10 16/04/49: 1030-1200

พญ.มยุรา กุสุมภ์	(กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์)
ผศ.สมชาย วิริยะยุทธกร	(สภาเทคนิคการแพทย์)
ศ.พญ.นพวรรณ จารุรักษ์	(ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย)
นางคมเนตร เตียงพิทยากร	(รพ.ขอนแก่น)
ดร.ปณิตดา ชิลวา	(กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์)

จากในสภาวะปัจจุบันมีการพัฒนามาตรฐานทางห้องปฏิบัติการมากมาย ต่างจากอดีต แต่ความเป็นสากลนั้นจุดต่างอยู่ที่ไหน จะก้าวสู่จุดนั้นได้อย่างไร และเพื่ออะไร คุณหมอมยุรา อาจารย์สมชาย อาจารย์หมอนพวรรณ และ ดร.ปณิตดา จะมาฉายภาพความเป็นสากลในฐานะผู้ที่คอยกำกับมาตรฐานของการพัฒนาห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อยู่ สำหรับอาจารย์คมเนตร ผู้ปฏิบัติในส่วนของโรงพยาบาลศูนย์ที่มีการพัฒนาแห่งหนึ่งก็จะมาแลกเปลี่ยนในประเด็นของคนทำงานอย่างชัดเจนขึ้นว่า จะไปสู่สากลได้นั้นอะไรเป็น key success factor

B3X: เครื่องมือในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Patient Safety culture tools)

Meeting Room 10 16/04/49: 1300-1430

นพ.สรรธวัช อัสวเรืองชัย	(สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)
-------------------------	--

วัฒนธรรมความปลอดภัยคือบรรยากาศแห่งความไว้วางใจซึ่งกันและกันที่เจ้าหน้าที่และบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะพูดคุยกันอย่างอิสระในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความปลอดภัยและหาทางแก้ไขโดยไม่ต้องกลัวการถูกตำหนิหรือการลงโทษ วัฒนธรรมเช่นนี้มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในโรงพยาบาลที่เฝ้าหาคุณภาพ การเปลี่ยนแปลงเพื่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงต้องอาศัยผู้นำที่มีทัศนคติ ดังกล่าว แสดงให้เห็นความมุ่งมั่นต่อการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริม สนับสนุน กิจกรรมและทรัพยากรที่ใช้ ค้นหา ประเมิน และจัดการข้อมูลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งติดตามประเมินบรรยากาศของความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อนำมาสู่การพัฒนาการเปลี่ยนแปลงต่างๆของโรงพยาบาล จนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กรในที่สุด

วัตถุประสงค์ของ session นี้: เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมเข้าใจแนวคิดพื้นฐานของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย, เพื่อทราบแนวทางการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยใช้กับหน่วยงานหรือองค์กร, เพื่อทดลองทำกิจกรรมต่างๆที่จะช่วยสนับสนุนวัฒนธรรมแห่งความปลอดภัย เนื้อหาที่จะนำเสนอ

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

B4X: โรงพยาบาลจังหวัด บทบาทที่พลิกผัน

Meeting Room 10 16/04/49: 1500-1630

รุ่งเรือง สิทธิชัย (รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์)

นพ.ชาติรี เจริญศิริ (รพ.น่าน)

สุรัตน์ ศรีสุข (รพ.มหาสารคามราชสีมา)

นพ.สมคิด เลิศสินอุดม (รพ.ขอนแก่น) ผู้ดำเนินการอภิปราย

โรงพยาบาลจังหวัดโดยบริบทแล้วบริหารจัดการยากและซับซ้อน มีความง่ายในความยาก ตัวแทนจากรพ.เหล่านั้นจะมาสะท้อนมุมมองที่เรียกว่า lock and key เพื่อไขสู่ความสำเร็จที่พลิกผันออกมาไม่ว่าจะเป็นคุณหมอชาตรี ที่จะมาสะท้อนประเด็นการเรียนรู้ให้เราเห็นโฉมใหม่ของโรงพยาบาล นานกับบทบาทที่เปลี่ยนไป อาจารย์รุ่งเรืองจากเชียงราย อาจารย์สุรัตน์จากโคราชมาร่วมถ่ายทอด บทเรียนดีๆ ในการปรับบทบาทของโรงพยาบาลจังหวัดให้ร่วมพิจารณา

การเชื่อมต่อระหว่างระบบเกษตร บริการสุขภาพ และวัฒนธรรม

ด้วยเป้าหมายที่จะให้โรงพยาบาลอาหารที่ปลอดภัยทั้งอาหารที่ผลิตจากฝ่ายโภชนาการและอาหารที่จำหน่ายใน minimart ทางโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์โดยคณะทำงานสหสาขาวิชาชีพ ได้จัดระบบประเมินตามเกณฑ์ clean food good test และติดต่อแหล่งวัตถุดิบอาหารในชุมชน ผ่านทางปศุสัตว์จังหวัด มีการเชื่อมโยงกับนักวิชาการส่งเสริมการเกษตร เชื่อมโยงเครือข่ายผู้ผลิต ผู้

จำหน่าย เข้าไปดูให้มันใจว่ามีการป้องกันเชื้อโรค ไม่ใช่สารเคมี ดูว่ามีการผลิตและใช้ปุ๋ยชีวภาพจริง เข้าไปเรียนรู้กับเกษตรกรว่าเขาปลูกผักกันอย่างไร การรับซื้อของโรงพยาบาลทำให้ชุมชนสามารถขยายการผลิตได้มากขึ้น

มีการเชิญผู้สูงอายุมาเยี่ยมโรงพยาบาล มาดู spec ผักที่โรงพยาบาลต้องการ ดูอาหารที่ฝ่ายโภชนาการทำให้คนไข้ และสนใจให้ชุมชนอยากจะผลิตอาหารปลอดสารพิษให้กับโรงพยาบาล โดยถือว่าเป็นการทำบุญด้วยอีกอย่างหนึ่ง ความใกล้ชิดกับชาวบ้านทำให้ได้เมนูอาหารแปลกๆ ที่มาจากภูมิปัญญาชุมชน เช่น เอาหมากแปบอ่อนมาแทนถั่วลันเตา

มีการใช้นวัตกรรมของการสร้างความตระหนัก ตรงไหนดีก็เอามาเทียบเคียงกัน ขยายไปในชุมชนอื่นที่ต่อการสร้างความตระหนัก ซึ่งหากสร้างความตระหนักได้จริง ไม่ต้องตรวจเขายังได้ ร้อย

วัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาลน่าน : จุดพลิกผันจากความภาคภูมิใจอดีตกับการพัฒนาเพื่อรับความเปลี่ยนแปลง

ในอดีต โรงพยาบาลน่านซึ่งอยู่ในเขตแดนที่เป็นสมรภูมิสู้รบที่รุนแรงที่สุดแห่งหนึ่งของประเทศ ในการทำสงครามแย่งชิงประชาชน ได้มีมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ได้รับบาดเจ็บจากการสู้รบอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่ง จนได้รับการยกย่องชมเชยจากผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ รวมทั้งได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ

โรงพยาบาลน่านยังได้ริเริ่มพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ถือเป็นแบบอย่างหรือต้นแบบของการพัฒนาระบบสาธารณสุขในระยะต่อๆ อาทิ ระบบการส่งต่อ (referral system) ระบบเครือข่ายสนับสนุนด้านบริการและทรัพยากรระหว่างโรงพยาบาลใหญ่กับโรงพยาบาลเล็กและสถานอนามัย (ระบบ พบส.) การให้บริการผสมผสานในโรงพยาบาล การให้ความสำคัญกับงานเวชกรรมฟื้นฟู การริเริ่มงานเวชกรรมสังคมอันเป็นจุดเริ่มต้นของงานสาธารณสุขมูลฐานและงานสาธารณสุขชุมชนในระยะต่อมา

นอกจากนั้นโรงพยาบาลน่านยังได้สนับสนุนความเข้มแข็งภาคประชาชน โดยเข้าไปมีส่วนร่วมกับกระบวนการประชาคมนานอย่างต่อเนื่องจนปัจจุบัน

สถานการณ์และเรื่องราวอันหลากหลายและต่อเนื่องนับสิบปี ได้บ่มเพาะวัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาลน่าน แต่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงอันเป็นพลวัต จะพลิกผันจากความภาคภูมิใจอดีตเพื่อเตรียมพร้อมรับความเปลี่ยนแปลงได้อย่างไร โรงพยาบาลน่านมีประสบการณ์ที่จะแบ่งปัน

การบริการการแพทย์ฉุกเฉินเชิงรุกสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ในเขตเทศบาลนครน่าน

บทบาทของโรงพยาบาลในการรุกออกไปทำงานนอกโรงพยาบาลดูจะมีโอกาสได้ไม่จำกัด ผู้ป่วยเรื้อรังบางครั้งก็มีภาวะฉุกเฉินที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือโดยเร่งด่วน มิฉะนั้นอาจจะได้รับอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต โรงพยาบาลมหาราชนครน่านได้จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วย

เหล่านี้ในเขตเทศบาลเพื่อออกให้บริการที่บ้านอย่างรวดเร็ว มีการจัดบริการเชิงรุกในรูปแบบ EMS Member's Club รวมทั้งจัดให้ความรู้ในการปฐมพยาบาลและช่วยเหลือฉุกเฉินแก่ญาติผู้ดูแล

ห้อง Meeting Room 10 วันที่ 17 มีนาคม 2549

C1X: โรคติดเชื้อจากชุมชน

Meeting Room 10 17/04/49: 0830-1000

พญ.มลิวรรณ บุญมา	(รพ.แม่แจ่ม จ.เชียงใหม่)
นพ.สกล เฮติการ์ต	(รพ.ดอยเต่า จ.เชียงใหม่)
นพ.กิตติศักดิ์ เกษตรสินสมบัติ	(รพ.ปัว จ.น่าน) ผู้ดำเนินการอภิปราย

บ่อยครั้งที่โรงพยาบาลชุมชนจะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนเกินกว่าความสามารถที่จะดูแลได้ จำเป็นต้องส่งต่อมาให้โรงพยาบาลระดับที่ดูแลได้มากกว่า ความยากคือการตัดสินใจว่าเมื่อใดที่ควรจะรักษาเอง เมื่อใดที่ควรส่งต่อ

การทบทวนผู้ป่วยที่มีความรุนแรงสูงถึงขั้นเสียชีวิต จะนำมาสู่ความเข้าใจในศักยภาพของตนเองและการปรับปรุงวิธีการทำงาน ดังเช่น กรณีของ รพ.แม่แจ่ม พื้นที่เป็นดอยเป็นเขา อากาศหนาวเย็นเกือบตลอดปี ชาวบ้านไม่ค่อยอาบน้ำ มีโอกาสติดเชื้อทางเดินหายใจและเป็น pneumonia ได้ง่าย ทีมงานของคุณหมอมลิวรรณได้นำกรณีผู้ป่วย **pneumonia** ซึ่งเสียชีวิตระหว่างส่งต่อมาทบทวนใน PCT ทำให้เห็นความสำคัญของการซักประวัติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีประวัติ ไข้ ไอ หอบ ตื่นสับสนจัด ฟัง lung ได้ crep ควรเป็นสัญญาณให้นึกถึง pneumonia แม้ว่าจะเป็นคนหนุ่มก็ตาม นอกจากนั้นยังได้บทเรียนว่าข้อบ่งชี้ในการใส่ endotracheal tube นั้นควรดูที่อาการของผู้ป่วยมากกว่าดูค่า O2 saturation

การใช้ข้อมูลเปรียบเทียบก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ทำให้เห็นโอกาสพัฒนา จะเป็นการเปรียบเทียบกับเป้าหมายเชิงนโยบาย หรือการเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่มีความใกล้เคียงกันก็ได้ ดังตัวอย่างของ รพ.ดอยเต่า คุณหมอสกลพบว่าตัวเลขอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอดอยเต่านั้นนำมาเป็นอันดับหนึ่ง จากการวิเคราะห์ลักษณะภูมิประเทศพบว่าตำแหน่งที่มีการระบาดมากที่สุดคือตำบลที่ใหญ่ที่สุดของอำเภอ ซึ่งประชากรส่วนใหญ่เป็นกะเหรี่ยง ทำให้ควบคุมและป้องกันได้ยาก ทีมงานได้วิเคราะห์ปัญหาพบสาเหตุของความล่าช้าของทีม SRRT การทำงานที่ไม่ประสานกัน การไม่มีรูปแบบรายงานที่ชัดเจน ที่น่าสนใจคือบริบทของชุมชนซึ่งที่อยู่อาศัย รก ทุบ บ้านใต้ถุนเตี้ย ชาวบ้านส่วนใหญ่ทำอาชีพทอผ้าขาย จะห้อยผ้าสีดำไว้ตามบ้าน เป็นที่ชอบของยุง เนื่องจากเป็นอำเภอที่แห้งแล้ง ขาดน้ำ ชาวบ้านต้องพยายามเก็บกักน้ำ แต่ภาชนะไม่ค่อยมีคุณภาพ ยุงไปวางไข่ได้ จากปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดการทำงานร่วมกันในพื้นที่มากขึ้น และทีมงานได้ใช้บทเรียนที่เกิดขึ้นเพื่อการวางแผนทำงานสำหรับปีต่อไป

C2X: Risk Management by Fact

Meeting Room 10 17/04/49: 1030-1200

นพ.สรรรัช วัชรเรืองชัย

(สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)

การบริหารความเสี่ยงให้ประสบความสำเร็จจำเป็นต้องมีการค้นหาความเสี่ยงขององค์กรได้อย่างครอบคลุมและถูกต้องใกล้เคียงความจริงมากที่สุด เพื่อจะนำข้อมูลความเสี่ยงดังกล่าวมาจัดลำดับความสำคัญและนำไปสู่การจัดการอย่างเป็นระบบได้ ปัญหาที่พบบ่อยจากการเยี่ยมชมสำรวจ พบว่าข้อมูลความเสี่ยงที่หน่วยงานหรือโรงพยาบาลใช้ในการบริหารความเสี่ยงไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สาเหตุสำคัญ นอกจากการขาดวัฒนธรรมความปลอดภัยแล้ว เทคนิควิธีการค้นหาและประเมินความเสี่ยงยังเป็นประเด็นที่ต้องปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย จึงจะนำไปสู่การจัดการให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของ session นี้ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมเข้าใจแนวคิดของการจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน/องค์กรด้วยข้อมูล, เพื่อทราบปัญหาการจัดการข้อมูลที่พบบ่อยและแนวคิดในการบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ, เพื่อทราบการบริหารความเสี่ยงด้วยข้อมูลรายงานอุบัติการณ์อย่างเป็นระบบ, เพื่อทราบระบบการทบทวนเวชระเบียนเพื่อค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อันนำไปสู่ข้อมูลเพื่อการจัดการความเสี่ยง

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