

กำหนดการประชุม 10th HA National Forum : “Lean & Seamless Healthcare”

10-13 มีนาคม 2552 ณ IMPACT Convention Center, Hall 8 & Challenger 3, เมืองทองธานี

วันที่ 10 มีนาคม 2552 : Grand Ballroom

13.00-14.00 น.	ลงทะเบียน สำหรับผู้เข้ารับใบประกาศนียบัตร
15.30 น.	ผู้แทนโรงพยาบาล คณะกรรมการฯ แขกรับเชิญ และผู้เข้าร่วมประชุม พร้อมเพรียงกัน ณ ห้องประชุม Grand Ballroom
16.00-16.30 น.	พิธีเปิดการประชุม -ประธานประกาศนียบัตรรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลและโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ -เปิดนิทรรศการการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
16.30-17.00 น.	เพิ่มพลังศรัทธา ในระบบสุขภาพ ศ.เกียรติคุณ พญ.ชนิกา ตู้จินดา, นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (สำนักวิชาการสาธารณสุข), นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์ (สปสช.), นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี * (พรพ.)
19.00-20.00 น.	มอบกิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 1 และ 2 สู่ HA, รางวัลที่มงานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานดีเด่น รางวัลเกียรติยศยอดเยี่ยมสำหรับโรงพยาบาลที่มีอุดมการณ์การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา

วันที่ 11 มีนาคม 2552

10.00-10.30 น. อาหารว่าง

12.00-13.00 น. อาหารกลางวัน

14.30-15.00 น. อาหารว่าง

	A1 (08.00-10.00 น.)	A2 (10.30-12.00 น.)	A3 (13.00-14.30 น.)	A4 (15.00-16.30 น.)
GB	นำเข้าสู่การประชุม มอบกิตติกรรมประกาศ ปาฐกถาพิเศษ: สุขภาพไร้รอยต่อ (ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา)	A20 Lean Concept & Application to Service Sector	A30 Truly Implementing Lean Thinking in Healthcare	A40 สมัชชาสุขภาพ ช่วยยกระดับบริการสาธารณสุขเพื่อมหาชนได้อย่างไร
MR1		A21 Mind & Body Medicine in Seamless Healthcare	A31 Seamless Referral System	A41 Seamless Chronic Care
MR2		A22 ตะกายสู่อาว...อย่างมียุทธศาสตร์	A32 สัมพันธภาพที่เปลี่ยนไปของผู้ให้และผู้รับ	A42 Great Team : ท มงานทงใหญ่
MR3		A23 Visionary Leadership Transitions & Quick Wins	A33 วิชาชีพภายใต้กฎหมายใหม่	A43 Leadership & Patient Safety
MR4		A24 Seamless Stroke Care	A34 Seamless Neonatal Care	A44 การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอก ที่ไร้รอยต่อ
MR5		A25 การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ	A35 สุรา...ภัยใกล้ตัว ช่วยกันดูแล	A45 โรงพยาบาลคุณภาพกับวิถีชีวิตความพอเพียง
MR6		A26 R2R: วิจัย เร็วรู้ สู่ปฏิบัติ	A36 R2R: แก้ปัญหา พัฒนาระบบการจ่ายยา	A46 สร้างเสริมสุขภาพจากงานวิจัยสู่งานประจำ
Phoenix 1-3 (Y)		A2Y ABC-VEN matrix for Lean Management	A3Y ใช้ยาอย่างสร้างสรรค์ ต้องประกันคุณภาพ	A4Y ทบทวนการใช้ยา : กลยุทธ์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการยาในโรงพยาบาล
Phoenix 4-6 (Z)		A2Z คุณค่าของมาตรฐาน ช่วยจัดการล่วงหน้า ถ้ารู้ว่าเสี่ยงสูง	A3Z Seamless Nutritional Support	A4Z WHO Patient Harm Assessment & Thai Trigger Progress Report
MR7		A27 Dental Safety Goals and Solutions	A37 Dental Safety Goals and Solutions	A47 Lean management in clinical laboratory
MR8	A28 ถักทอเครือข่าย การดูแลต่อเนื่อง	A38 เลือกรรคุณคามาแบ่งปัน (HIV เด็กจิตเวช ผู้พิการ)	A48 เลือกรรคุณคามาแบ่งปัน (ความเสี่ยงสิ่งแวดล้อม ชีวิตจิตใจ)	
MR9	A29 SPA & Self Enquiry Workshop	A39/A49 "คิวเข้ม" IT Service Management สำหรับโรงพยาบาลคุณภาพ		
MR10 (X)	A2X เร็วรู้ตลอดเวลา ...ในองค์กร	A3X คุณภาพเริ่มที่ใจ ... ทำอย่างไรให้เกิด	A4X การประชุมที่มีประสิทธิภาพ	

		(Learning Organization)	(Humanized care)	
Jupiter 14 (H)		A2H เขียนรายงาน Re-accredit แบบใหม่ ด้วย SPA	A3H/A4H เต็มหัวใจให้สังคม ตอน "ซ่าและหัวใจมนุษย์"	
Jupiter 15 (J)		A2J เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (เบ้าหวาน ลีน)	A3J เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (นวัตกรรม)	A4J Lean ที่เป็นเลิศ ของโรงพยาบาล สงขลาครินทร์ (1)
Jupiter 16 (K)		A2K เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (หายใจ ตก เลือด เลือด ยา)	A3K เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ดัก เข็ม เลื่อน)	A4K Lean ที่เป็นเลิศ ของโรงพยาบาล สงขลาครินทร์ (2)
Lobby (L)	จุดลงทะเบียน		A3L ทบทวนคุณภาพในงานประจำ	A4L รู้จักใช้ Service Profile & Hospital Profile/Mini-profile ไม่ให้อยู่เฉพาะใน กระดาษ

หมายเหตุ: ห้อง Phoenix 1-6 อยู่ที่ Hall 8

ห้อง Jupiter 14-16 อยู่ที่อาคาร Challenger 3

วันที่ 12 มีนาคม 2552

08.00-08.30 น. เก็บมาเล่าขาน เรื่องเมื่อวานนี้

10.00-10.30 น. อาหารว่าง

12.00-13.00 น. อาหารกลางวัน

14.30-15.00 น. อาหารว่าง

	B1 (08.30-10.00 น.)	B2 (10.30-12.00 น.)	B3 (13.00-14.30 น.)	B4 (15.00-16.30 น.)
GB	B10 เส้นทางสู่องค์กรที่เป็นเลิศ...เรียนรู้จากแชมป์	B20 สุดยอด CEO	B30 คุณภาพแบบเรียบง่าย ผ่อนคลายด้วย SPA	B40 ค้นหาของดีด้วย KPI
MR1	B11 ขับเคลื่อนองค์กรด้วยคุณค่าและปัญญา ร่วม	B21 การสร้างสัมพันธ์ภาพแนวลึกสู่ประสิทธิภาพแห่งทีม	B31 พลังชีวิตและการสร้างสรรค์สุขภาวะ	B41 วิถีแห่งความบรรสาน
MR2	B12 เขียนเรื่อง...เขียนโลก	B22 ที่ทำงาน..คือที่พักใจ ที่อยู่อาศัย บ้าน	B32 Core Values ที่อยู่ในใจคนทำงาน	B42 ลมหายใจ มีไว้เพื่อผู้ป่วย
MR3	B13/B23 Lean ทำได้มากขึ้น ด้วยทรัพยากรน้อยลง		B33 A Lean and Healthy Diet of "CM" and "KM"	B43 Leadership in Nursing for Lean & Seamless Organization
MR4	B14 Seamless TB	B24 Seamless Asthma	B34 โรคไตนั้นสำคัญไฉน	B44 เป็นไตวาย..คงไม่ต้องตายไว
MR5	B15 โรงพยาบาลเปลี่ยนความคิด...ชีวิตชุมชนเปลี่ยน	B25 โรงเรียนแห่งวิถีชีวิตพอเพียง	B35 ตามรอยคุณภาพสู่ชุมชน : Hospital & Community based	B45 Seamless ในระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน
MR6	B16 R2R: ลดแออัด ประหยัดเวลา เพิ่มคุณภาพงานประจำ	B26 R2R: พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	B36 บนเส้นทางสู่ความสำเร็จ มีใครบ้างที่คอยยื่นเคียงข้าง	B46 ความเชื่อมโยงในการสร้างงานวิจัย R2R กับงานวิจัยแบบหลายสถาบัน
Phoenix 1-3 (Y)	B1Y/B2Y การค้นหา การจัดการ และการป้องกันโรคที่เกิดจากยา		B3Y หลุมพรางเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา	B4Y ความคลาดเคลื่อนด้านการบริหารยา
Phoenix 4-6 (Z)	B1Z IC issues relevant to patient safety in Thailand: What you really need to know?	B2Z เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (RM Safety IC)	B3Z ความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน	B4Z Towards Lean ICU
MR7	B17 กายภาพบำบัดกับคุณภาพชีวิตประชาชน	B27 Use Lean in CSSD to Improve Patient Safety	B37 การจัดการวิศวกรรมความปลอดภัยเชิงระบบ	B47 OR Shape Up
MR8	B18 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ความรัก ความสุข แม่ลูก)	B28 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ผู้พิการ จิตเวช ทันตกรรม)	B38 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (Palliative & Spirituality)	B48 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (รักษะและสร้างสุขภาพ)
MR9	B19/B29 SHE Workshop : การเพิ่มคุณค่าการบริการโดยงานอาชีวอนามัย		B39/B49 Outcome Mapping	
MR10 (X)	B1X IT กับการดูแลผู้ป่วย	B2X ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ทำอย่างไรไม่ให้มีช่องว่าง	B3X ทำอย่างไรจึงจะได้งาน (Leadership)	B4X วิธีไหนที่จะได้ใจคนทำงาน (Staff Value)

Jupiter 14 (H)	B1H/B2H Walk rally DM ฐานที่ 1 : เมาหวานไม่ห่างเป้าหมาย (รอบที่ 1)		B3H/B4H Walk rally DM ฐานที่ 1 : เมาหวานไม่ห่างเป้าหมาย (รอบที่ 2)	
Jupiter 15 (J)	B1J/B2J Walk rally DM ฐานที่ 2 : เมาหวาน 3 ต. (รอบที่ 1)		B3J/B4J Walk rally DM ฐานที่ 2 : เมาหวาน 3 ต. (รอบที่ 2)	
Jupiter 16 (K)	B1K/B2K Walk rally DM ฐานที่ 3 : กินอย่างเมาหวาน (รอบที่ 1)		B3K/B4K Walk rally DM ฐานที่ 3 : กินอย่างเมาหวาน (รอบที่ 2)	
Lobby (L)	B1L Facilitator คือผู้หล่อเลี้ยงกระบวนการ สร้างปัญญาในองค์กร	B2L เส้นทางชีวิต...ด้วยจิตบริการ	B3L กระบวนการพยาบาลกับผลการ ปฏิบัติการพยาบาล	B4L การบูรณาการแนวคิดสร้างเสริม สุขภาพใน HA

วันที่ 13 มีนาคม 2552

08.00-08.30 น. เก็บมาเล่าชาน เรื่องเมื่อวานนี้

10.00-10.30 น. อาหารว่าง

12.00-13.00 น. อาหารกลางวัน

	C1 (08.30-10.00 น.)	C2 (10.30-12.00 น.)	C3 (13.00-14.30 น.)	C4 (14.30-15.45 น.)
GB	C10 Spirituality in Healthcare	C20 สังคมปรนัย...กับความท้าทายของวัฒนธรรมคุณภาพ	C30a ใจผลิบานจากการเรียนรู้ C30b เติบโตเต็มทนจากผลของงาน	C40a ปาฐกถาพิเศษ “ใจเบิกบาน...งานเป็นสุข”
MR1	C11/C21 ประเมินจริง สุขจริง ไม่ผูกสลิ้ง ไม่โรยผักชี		C31 คุณภาพงดงาม สามจังหวัดชายแดน	มอบรางวัล Humanized Healthcare Award ศ.นพ.ประเวศ วะสี มอบรางวัล อารี-สมสวาท ศ.เกียรติคุณ นพ.อารี วัลยะเสวี
MR2	C12/C22/C32 เรื่องเล่าที่ได้รับ Humanized Healthcare Award			
MR3	C13 Modern Management.. การเปลี่ยนแปลงองค์กรสู่ความเป็นเลิศ	C23 Lean and Seamless Standards: มาตรฐานไร้รอยต่อ	C33 สื่อสารอย่างไร ให้ได้ใจคนทำงาน	
MR4	C14 Lean & Seamless Laboratory Network	C24 รู้ทันกฎหมาย..ไร้รอยตะเข็บ	C34 ความสับสนของสารพัดมาตรฐาน	
MR5	C15 ร่วมคิดร่วมสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	C25 สลายกำแพงขวางกั้นความรักของพ่อแม่ และครอบครัว	C35 วิทยทอง ไม่ใช่คนทอง....จากสถานบริการสู่ชุมชน	
MR6	C16 นวัตกรรมที่ช่วยให้ท่านไม่ต้องปวดหัวกับข้อมูลงานวิจัยอีกต่อไป	C26 งาน Patient Safety Survey และ Satisfaction Survey	C36 ทำอย่างไรนวัตกรรมนี้จึงจะอยู่ในมือของท่าน	
Phoenix 1-3 (Y)	C1Y ประสบการณ์การทำ Medication Reconciliation	C2Y Seamless of Drug System between HA & HP	C3Y Seamless Supply Chain in Hospital.	
Phoenix 4-6 (Z)	C1Z เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (กลืน ยุง ยา Gap)	C2Z ทางรอดปลอดภัยจากห้องผ่าตัด	C3Z Lean & Seamless in Trauma Care	
MR7	C17 Management in Excellent Digestive Endoscopy Unit	C27 วงจร HA – LA ประโยชน์อยู่ที่ใด ?	C37 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (เรื่องปอดๆ)	
MR8	C18 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (สุข สำเร็จ เครือข่าย)	C28 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (มิตรภาพ สายใย ชุมชน)	C38 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ดอกไม้และหัวใจ)	
MR9	C19/C29/C39 Shaping Organization : องค์กรไร้ส่วนเกิน หรือ Lean Workshop			
MR10 (X)	C1X อะไรคือ Lean, Lean คืออะไร	C2X สัมพันธภาพแบบใหม่ระหว่างที่ปรึกษาและโรงพยาบาล (Relationship)	C3X ดูแลคนไข้อย่างไรจึงไม่เสี่ยง	
Lobby (L)	C1L Patient Care Plan	C2L High Risk Nursing Care	C3L เรียนรู้คุณภาพจากเวชระเบียนและ	

			ระบบสารสนเทศ	
--	--	--	--------------	--

ห้อง Grand Ballroom

วันที่ 11 มีนาคม 2552	
08.00-09.00	นำเข้าสู่การประชุม
09.00-09.20	มอบรางวัลประกวดเรียงความและประกวดวาดภาพการ์ตูน “โรงพยาบาลในดวงใจ” มอบรางวัลประกวดโปสเตอร์ Hand Hygiene ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา
09.20-10.00	A10 ปาฐกถาพิเศษ “สุขภาพไร้รอยต่อ” ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา (ประธานกรรมการบริหาร พรพ.)
10.30-12.00	A20 Lean Concept & Application to Service Sector ดร.วิทยา สุฤทธิดำรง (สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ)
13.00-14.30	A30 Truly Implementing Lean Thinking in Healthcare Kelvin Loh (Parkway Group Healthcare)
15.00-16.30	A40 สมัชชาสุขภาพ ช่วยยกระดับบริการสาธารณสุขเพื่อมหาชนได้อย่างไร รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์, พญ.ประนอม คำเที่ยง, กรรณิการ์ บันเทิงจิตร, นพ.อำพล จินดาวัฒนะ * (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ)
วันที่ 12 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	เก็บมาเล่าขาน เรื่องเมื่อวานนี้ นพ.วัชรพล ภูนวล (รพ.อุตรดิตถ์)
08.30-10.00	B10 เส้นทางสู่อุบัติการณ์ที่เป็นเลิศ...เรียนรู้จากแชมป์ รศ.นพ.สุเมธ ธีรญาติ (มอ.)
10.30-12.00	B20 สูดยอด CEO ดร.ก้องศักดิ์ ไชยรัตม์ศักดิ์ (บริษัทซีพี ออลล์จำกัด มหาชน)
13.00-14.30	B30 คุณภาพแบบเรียบง่าย ผ่อนคลายด้วย SPA นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (พรพ.), ภัทรารัตน์ ตันนุกิจ (รพ.กลาง), ผศ.ลัดดา เฉลยภิตติ (รพ.มหาราชนครเชียงใหม่), พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ * (รพ.บำราศบำราศนคราตุร)
15.00-16.30	B40 ค้นหาของดีด้วย KPI นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (พรพ.), ศ.พญ.สุวรรณา เรื่องกายจนเศรษฐกิจ (รามธิบดี), รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์ (มข.), รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (จุฬาฯ), ศ.นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ * (มอ.)
วันที่ 13 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	เก็บมาเล่าขาน เรื่องเมื่อวานนี้ นพ.วัชรพล ภูนวล
08.30-09.15	C10 Spirituality in Healthcare สุวรรณณี เรืองเดช (รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์), นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล (รพ.ประทาย), นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (กรมสุขภาพจิต)
10.30-12.00	C20 สังคมปรนัย...กับความท้าทายของวัฒนธรรมคุณภาพ ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ)
13.00-14.30	C30a ใจเฟลิบานจากการเรียนรู้ นพ.ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ (รพ.เชียงใหม่), วิมล โรมา * C30b เต็มเต็มทนจากผลของงาน พญ.ปรีชวัน จันทร์ศิริ (จุฬาฯ), คณินิจ ไชยลังการณ (รพ.มหาราชนครเชียงใหม่), ช่อผกา วิริยานนท์ *
14.30-15.15	C40a ปาฐกถาพิเศษ “ใจเบิกบาน...งานเป็นสุข” ศ.นพ.ประเวศ วะสี
15.15-15.45	C40b มอบรางวัล Humanized Healthcare Award ศ.นพ.ประเวศ วะสี

	มอบรางวัล อารี-สมสวาท ศ.เกียรติคุณ นพ.อารี วัลยะเสวี
15.45	ปิดประชุม

หมายเหตุ * คือผู้ดำเนินการอภิปราย

ห้อง Meeting Room 1 : Hidden Wholeness เปิดหัวใจไร้รอยต่อ

วันที่ 11 มีนาคม 2552	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A21 Mind & Body Medicine in Seamless Healthcare รศ.พญ.รัตนา พันธุ์พานิช (มช.)
13.00-14.30	A31 Seamless Referral System นพ.พูนลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ (สสจ.เชียงใหม่), นพ.ธรณี ภายี (รพ.นครพิงค์), ผศ. นพ.เนเรนท์ โชติรสนิรมิต (มช.), นพ.วิรัช พันธุ์พานิช * (รพ.ลำพูน)
15.00-16.30	A41 Seamless Chronic Care นพ.นิมิตร อินปั้นแก้ว (รพ.ลำพูน), นพ.โกคิน ศักรินทร์กุล (รพ.ลำพูน), วัชรินทร์ อิงคินันท์ (รพ.นครพิงค์), นพ.วิรัช พันธุ์พานิช * (รพ.ลำพูน)
วันที่ 12 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	B11 ขับเคลื่อนองค์กรด้วยคุณค่าและปัญญาร่วม : Dialogue Leadership: Facilitating Conflict to Creative Change อังคณา มาตรังสรรค์ (เครือข่ายรร.พ่อแม่), สมพล ชัยสิริโรจน์ (เครือข่ายรร.พ่อแม่), ณัฐพล วังวิญญู * (สถาบันขวัญแผ่นดิน)
10.30-12.00	B21 การสร้างสัมพันธภาพแนวลึกสู่ประสิทธิภาพแห่งทีม : Voice Dialogue for Team Synergy อังคณา มาตรังสรรค์ (เครือข่าย รร.พ่อแม่), สมพล ชัยสิริโรจน์ (เครือข่าย รร.พ่อแม่), ณัฐพล วังวิญญู * (สถาบันขวัญแผ่นดิน)
13.00-14.30	B31 พลังชีวิตและการสร้างสรรค์สุขภาพ : Creating a Healthy Living ปิยพงศ์ ดาวรุ่ง (สถาบันขวัญแผ่นดิน), ฆานเดช พ่วงจิ้น (สถาบันขวัญแผ่นดิน), สมพร พึ่งอุดม (สถาบันขวัญแผ่นดิน), ณัฐพล วังวิญญู * (สถาบันขวัญแผ่นดิน)
15.00-16.30	B41 วิธีแห่งความบรรสาน : Way of Harmony ปิยพงศ์ ดาวรุ่ง (สถาบันขวัญแผ่นดิน), ฆานเดช พ่วงจิ้น (สถาบันขวัญแผ่นดิน), สมพร พึ่งอุดม (สถาบันขวัญแผ่นดิน), ณัฐพล วังวิญญู * (สถาบันขวัญแผ่นดิน)
วันที่ 13 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	C11 ประเมินจริง สุขจริง ไม่ผูกสลิ้ง ไม่โรยผักชี (1) ชีระพล เต็มอุดม (สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา), ดร.พงษ์ธร ตันติฤทธิ์ศักดิ์ (สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา), ดร.จิรัฐกาล พงศ์ภาคเธียร (ม.มหิดล), ภาณุมาศ จีร์ภัทร์ (สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา), สิทธิพร เรืองดิษฐ์ (ม.มหิดล), ดร.สรยุทธ รัตนพจนารถ (ม.มหิดล)
10.30-12.00	C21 ประเมินจริง สุขจริง ไม่ผูกสลิ้ง ไม่โรยผักชี (2) ชีระพล เต็มอุดม (สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา), ดร.พงษ์ธร ตันติฤทธิ์ศักดิ์ (สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา), ดร.จิรัฐกาล พงศ์ภาคเธียร (ม.มหิดล), ภาณุมาศ จีร์ภัทร์ (สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา), สิทธิพร เรืองดิษฐ์ (ม.มหิดล), ดร.สรยุทธ รัตนพจนารถ (ม.มหิดล)
13.00-14.30	C31 คุณภาพดงาม สามจังหวัดชายแดน นพ.ชุลกิฟลี ยูโซะ (รพ.ไม้แก่น), นพ.เดชา แซ่หลี่ (รพ.กะพ้อ), นพ.อนุชิต วังทอง (รพ.หนองจิก), ผ่องพรรณ ธนา * (พรพ.)
14.30-15.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom

ห้อง Meeting Room 2 : Humanized Healthcare

วันที่ 11 มีนาคม 2552	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A22 ตะกายสู่ดาว...อย่างมียุทธศาสตร์ ดร.วรภัทร์ ภูเจริญ (บริษัท อริยชน จำกัด)
13.00-14.30	A32 สัมพันธภาพที่เปลี่ยนไปของผู้ให้และผู้รับ นพ.ชูชาติ ชันทยาภรณ์ (รพ.ลำพูน), นพ.สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์ (รพ.เสาไห้), พญ.พรพรรณ วรรณฤทธิ์ * (รพ.ลำพูน)
15.00-16.30	A42 Great Team : ทีมงานที่ยิ่งใหญ่ นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล (รพ.ประเทศไทย), นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ (รพ.ขอนแก่น), พญ.แสงดาว มยุระสาคร (รพ.บุรีรัมย์), นพ.สุพัฒน์ ใจงาม * (รพ.ปาย)
วันที่ 12 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	B12 เขียนเรื่อง...เขียนโลก ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ)
10.30-12.00	B22 ที่ทำงาน...คือที่พิกใจ คือที่อยู่อาศัย คือบ้าน อภิชาติ การุณกรสกุล (บ.เอเชียพรีซิชั่น)
13.00-14.30	B32 Core Values ที่อยู่ในใจคนทำงาน นพ.วัชรพล ภูนวล (รพ.อุดรดิตถ์), นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล (รพ.ประเทศไทย), พญ.กรองทอง กลกิจ * (รพ.ชัยนาท)
15.00-16.30	B42 ลมหายใจ มีไว้เพื่อผู้ป่วย พุทธิพร ลิ้มปณฺฑูฎี (สถาบันบำราศนราดูร), ทพ.วีระ อิศระธำนันท์ (รพ.แม่จัน), พญ.กรองทอง กลกิจ * (รพ.ชัยนาท)
วันที่ 13 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	C12 เรื่องเล่าที่ได้รับ Humanized Healthcare Award นพ.ธงชัย ตริวิบูลย์วัฒน์ (รพ.สุรินทร์), พัชร อมรสิน (รพ.เขมราช จ.อุบลราชธานี), ศรีอรุณ ธนะรัชติการนนท์ (รพ.ศิริราช), นพ.เฉลียว สัตตมัย * (รพ.สุรินทร์)
10.30-12.00	C22 เรื่องเล่าที่ได้รับ Humanized Healthcare Award บงกช ศาสตร์ภักดี (รพ.พระศรีมหาโพธิ์), นพรัตน์ ไชยขำนิ (รพ.สวนสราญรมย์), สุพิชญา กิติมา (รพ.ป่าแดด), นพ.สุพัฒน์ ใจงาม * (รพ.ปาย)
13.00-14.30	C32 เรื่องเล่าที่ได้รับ Humanized Healthcare Award สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, มุจรินทร์ อิศวพัฒน์ (รพ.มหาราชนครราชสีมา), พรเพ็ญ อินทวนิช (รพ.สงขลา), นพ.อนุชิต หิรัญกิตติ * (รพ.วารินชำราบ)
14.30-15.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom

ห้อง Meeting Room 3 : Lean, Leadership, & Management

วันที่ 11 มีนาคม 2552	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A23 Visionary Leadership Transitions & Quick Wins Marion C Suski (พรพ.), นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริ กุล (รพ.ประเทาย), พญ.อภิัญญา ณรงค์กุล (รพ.บางเกล้า)
13.00-14.30	A33 วิชาชีพภายใต้กฎหมายใหม่ นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์ (แพทยสภา), ภก.กิตติ พิทักษ์นิตินันท์ (สภาเภสัชกรรม), ศ.เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ (สภากาชาดไทย), นพ.สุภชัย คุณารัตนพฤษ์ (แพทยสภา)
15.00-16.30	A43 Leadership & Patient Safety รศ.คลินิก นพ.อภิชาติ ศิวาธร (รพ.บำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล), พ.อ. นพ.ดุสิต สถาวร (รพ.พระมงกุฎเกล้า)
วันที่ 12 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	B13 Lean ทำได้มากขึ้น ด้วยทรัพยากรน้อยลง (1) ผศ.นพ.เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ (รพ.ศิริราช), วันดี ชุณหวิ กสิท (รพ.สงขลานครินทร์), พิชณี ธรรมวัฒนากุล (รพ.เซนต์หลุยส์), พ.อ.มารวย สงทานินทร์ (รพ.พระมงกุฎเกล้า)
10.30-12.00	B23 Lean ทำได้มากขึ้น ด้วยทรัพยากรน้อยลง (2) พญ.ชุลีกร ธนจิตติกร (รพ.เสาว์), นพ.สุวิชา ศฤงคารพูน เพิ่ม (รพ.สุราษฎร์ธานี), รศ.นพ.วัฒนา นาวาเจริญ (มช.), นพ.ธานี จิตตรีประเสริฐ (กรมการแพทย์)
13.00-14.30	B33 A Lean and Healthy Diet of “CM” and “KM” Nigel William Dawes (IPM Assets Management Ltd.)
15.00-16.30	B43 Leadership in Nursing for Lean & Seamless Organization บุญเนลา สุริยวรรณ (รพ.มหาสารนคร เชียงใหม่), เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (ศูนย์วิจัยจุฬาภรณ์), ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ (รพ.ศิริราช)
วันที่ 13 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	C13 Modern Management.. การเปลี่ยนแปลงองค์กรสู่ความเป็นเลิศ ดร.วิเทศ วิสนุวิมล (PTT Phenol)
10.30-12.00	C23 Lean and Seamless Standards: มาตรฐานไร้รอยต่อ นพ.สมพร คำผิง
13.00-14.30	C33 สื่อสารอย่างไร ให้ได้ใจคนทำงาน ภัทร์ จิงกานต์กุล (สถานีโทรทัศน์กองทัพบกช่อง 7)
14.30-15.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom

ห้อง Meeting Room 4 : Seamless Healthcare

วันที่ 11 มีนาคม 2552	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A24 Seamless Stroke Care นพ.สมชาย โตวณบุตร (สถาบันประสาทฯ), นพ.เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์ (รพ. หาดใหญ่), นพ.มัชฌ์ สามเสน * (สถาบันประสาทฯ)
13.00-14.30	A34 Seamless Neonatal Care พญ.วราภรณ์ แสงทวีสิน (สถาบันสุขภาพเด็กฯ), พญ.สาวิตรี ไกรจรกิตติ (รพ. สมุทรสาคร), นพ.พรช วุฒิชรรณ (รพ. บ้านลาด), รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ * (มข)
15.00-16.30	A44 การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอก ที่ไร้รอยต่อ จินตนา มีวรรณสุขกุล (รพ.แพร่), ทศนีย์ แดขุนทด (รพ.สกลนคร), อัญชลี กายจนวัฒนา (รพ.มหาราชนครราชสีมา), สุปราณี พัฒนจิตวิไล (รพ.มหาราชนครราชสีมา), รศ.พญ.แรกขวัญ สิทธิวงค์กุล (มช.), เพ็ญจันทร์ แสนประสาน * (สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์)
วันที่ 12 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	B14 Seamless TB นพ.ยุทธพิชัย เกษตรเจริญ (กรมควบคุมโรค), ผศ.(พิเศษ) นพ.วัชรชัย วิวัฒน์วรพันธ์ (รพ.มหาราชนครราชสีมา), รศ.นพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล (ศิริราช), นพ.อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย * (รพ.พญาไท 2)
10.30-12.00	B24 Seamless Asthma นพ.ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล (รพ.ยางตลาด), พญ.อารีย์ ดวงดี (รพ.บ้านไผ่), รศ.นพ.วัชรานุกูลสวัสดิ์ * (มช.)
การประชุมวิชาการเนื่องใน “วันไตโลก” โดยการสนับสนุนของ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย	
13.00-14.30	B34 ไตไหนสำคัญไหน ศ.นพ.ดุสิต ล้ำเลิศกุล (มช./นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย), พญ.อดิพร อิงค์สาธิต (รามาริบัติ), นพ.วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข (มช.), สุบิน นกสกุล (ประธานชมรมเพื่อนโรคไต), ศ.นพ.สุชาติ อินทรประสิทธิ์ * (รามาริบัติ)
15.00-16.30	B44 เป็นไตวาย..คงไม่ต้องตายไว สุชาดา บุญแก้ว (รพ.มหาราชนครเชียงใหม่), อัญชลี ทรายคำ (รพ.มหาราชนครเชียงใหม่), ดร.ณิ จันท์เลิศฤทธิ์ (รพ.ศรีนครินทร์), สุบิน นกสกุล (ประธานชมรมเพื่อนโรคไต), น.อ.นพ.อนุตร จิตตินันท์ * (รพ.ภูมิพลฯ)
วันที่ 13 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	C14 Lean & Seamless Laboratory Network ร.อ.นพ.วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์ (สสจ.นครราชสีมา), นพ.วัชร บถพิบูลย์ (รพ.ชุมพวง), พญ.ลลิตา กองคำ (รพ.มหาราชนครราชสีมา), ทนพ.อารักษ์ ดีใหม่ (รพ.ด่านขุนทด), ทนพญ. มธุรส ชัยวรพร * (รพ.มหาราชนครราชสีมา)
10.30-12.00	C24 รู้ทันกฎหมาย..ไร้รอยตะเข็บ ผศ.พญ.สายพิณ หัตถ์ธีรัตน์ (รามาริบัติ), ศจ.แสง บุญเฉลิมวิภาส (ม.ธรรมศาสตร์), ผศ.นพ.เอนก ยมจินดา * (สถาบันนิติวิทยาศาสตร์)
13.00-14.30	C34 ความสับสนของสารพัดมาตรฐาน นพ.เจ็ดพันธ์ ภัทรพงศ์สินธุ์ (รพ.หนองบัวระเหว), นพ.วัชรพล ภูนวล (รพ.อุตรดิตถ์)
14.30-15.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom

ห้อง Meeting Room 5 : หลากหลายเส้นทางสู่สุขภาพ

วันที่ 11 มีนาคม 2552	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A25 การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ (HITAP), จอมขวัญ โยธาสมุทร (HITAP)
13.00-14.30	A35 สุรา...ภัยใกล้ตัว ช่วยกันดูแล พญ.อัจฉรา ฟองคำ (รพ.ลำพูน), คณิงนิจ มณีวระ (รพ.ลำพูน), นพวรรณ อุปคำ (รพ.จอมทอง), พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ * (สำนักที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต)
15.00-16.30	A45 โรงพยาบาลคุณภาพกับวิถีชีวิตความพอเพียง นพ.อภิสิทธิ์ ชำรงวารังกูร (รพ.อุบลรัตน์), ชญานิศ บุตรดี (รพ.อุบลรัตน์), ป้านิต หนูพวก (ผู้แทนชุมชน), นพ.กิตติศักดิ์ เกษตรสินสมบัติ * (รพ.บัว)
วันที่ 12 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	B15 โรงพยาบาลเปลี่ยนความคิด...ชีวิตชุมชนเปลี่ยน กรรยาทัศน์ ดั่งหวัง (ผู้แทนศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิต อ.ละงู), นพ.ปวิตร วณิชชานนท์ (รพ.ละงู), คมกริช ฤทธิ์บุรี (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประเทศไทย), ลำพอง พิลาสมบัติ (ชมรมผู้ป่วยเบาหวาน อ.ประเทศไทย), นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล * (รพ.ประเทศไทย)
10.30-12.00	B25 โรงเรียนแห่งวิถีชีวิตพอเพียง ครูชะบา อ่อนนาค (ร.ร.ชลบุรี สุขบท), ชีระวิธน์ สิงหบุตร (ร.ร.ข้าพ้อพิทยาคม จ.ระยอง), นพ.วราวุธ สุรพฤกษ์ * (พรพ.)
13.00-14.30	B35 ตามรอยคุณภาพสู่ชุมชน : Hospital & Community based นพ.กนก พิพัฒน์เวช (รพ.อุดรดิตถ์), นพ.นิพัทธ์ กิตติมานนท์ (รพ.พุทธชินราช), อนุชา ขุนเมือง (รพ.จิตเวชสระแก้วราชนครินทร์), ทศนีย์ สุมาภรณ์ * (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)
15.00-16.30	B45 Seamless ในระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน รุ่งนภา สุธัญ (สอ.โนนสงวน จ.หนองบัวลำภู), จีรวรรณ พึ่งสกุล (สสจ.สมุทรปราการ), สุวรรณา เมืองพระฝาง (สอ.นาบัว จ.พิษณุโลก), นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ * (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน)
วันที่ 13 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	C15 ร่วมคิดร่วมสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ พนม จอมอินตา (สสจ. ลำปาง), ทพญ.สุขจิตตรา วนาภิรักษ์ (สสจ.แพร่), พญ.นันทา อ่วมกุล * (กรมอนามัย)
10.30-12.00	C25 สลายกำแพงขวางกั้นความรักของพ่อ แม่ และครอบครัว นพ.วิสุทธ์ พัฒนาการณ์ (ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่), นงค์เยาว์ แสงคำ (ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่), ประสมพร วชิรตนการกุล (รพ.ลำปาง), พญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย * (ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่)
13.00-14.30	C35 วัยทอง ไม่ใช่คานทอง....จากสถานบริการสู่ชุมชน นพ.ไกรสร วิวัฒน์พัฒนกุล (ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น), ทวีพงษ์ คุณพิริยะทวี (สถานีอนามัยอ้อมโรงหีบ จ.สมุทรสาคร), นพ.ชื่น เตชามหาชัย * (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย)
14.30-15.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom

ห้อง Meeting Room 6 : Research & Quality

วันที่ 11 มีนาคม 2552	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A26 R2R: วิจัย เร็วรู้ สู้ปฏิบัติ ศ.คลินิก นพ.ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์ (ศิริราช), นพ.อัครินทร์ นิมมานนิตย์ (ศิริราช), ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศศลักษณ์ (สวรส.), พญ.ลัดดา ตำริการเลิศ * (สวรส).
13.00-14.30	A36 R2R: แก้ปัญหา พัฒนาระบบการจ่ายยา ผศ.(พิเศษ) ภาณุ.นภวรรณ เจียรพิรพงศ์ (รพ.พุทธชินราช), รศ.ดร.นรช ชัยญาคุณาภฤกษ์ (คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์), ดร.นพ.ยศ ธีระพัฒนานนท์ (HITAP), ผศ.นพ.เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ * (ศิริราช)
15.00-16.30	A46 สร้างเสริมสุขภาพจากงานวิจัยสู่งานประจำ ผศ.นพ.เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ (ศิริราช), นพ.สุรจิต สุนทรธรรม (สปสช.), นพ.อัครินทร์ นิมมานนิตย์ * (ศิริราช)
วันที่ 12 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	B16 R2R: ลดแออัด ประหยัดเวลา เพิ่มคุณภาพงานประจำ พญ.อัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล (รพ.มหาสารคาม), พญ.จุฬารัตน์ ไกรจรกิตติ (รพ.แพร่), พญ.สุพัตรา ศรีวิเศษชากร (สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน), รศ.นพ.สมพันธ์ ทัดนิยม * (มข.)
10.30-12.00	B26 R2R: พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศิริมา โคตดาแสง (รพ.หนองกุงศรี), ปิยรัตน์ ชูมี (รพ.สุราษฎร์ธานี), นิตยาภา นันทขว้าง (ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.หนองหาร รพ.สันทราย), ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศศลักษณ์ * (สวรส)
13.00-14.30	B36 บนเส้นทางสู่ความสำเร็จ มีใครบ้างที่คอยยืนเคียงข้าง ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนาวินน์ (CRCN), พ.อ.ผศ.ดร.นพ.ราม รังสินธุ์ (CRCN), ภาณุ.ดร.กนกรัตน์ ลีอวศิริกุล * (CRCN)
15.00-16.30	B46 ความเชื่อมโยงในการสร้างงานวิจัย R2R กับงานวิจัยแบบหลายสถาบัน นพ.อัครินทร์ นิมมานนิตย์ (ศิริราช), ผศ.นพ.เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ (ศิริราช), ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนาวินน์ (CRCN), พ.อ.ผศ.ดร.นพ.ราม รังสินธุ์ (CRCN), ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศศลักษณ์ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข), ภาณุ.ดร.กนกรัตน์ ลีอวศิริกุล * (CRCN)
วันที่ 13 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	C16 นวัตกรรมที่ช่วยให้ท่านไม่ต้องปวดหัวกับข้อมูลงานวิจัยอีกต่อไป ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนาวินน์ (CRCN), ภาณุวัฒน์ ประทุมขำ (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มข.), ชัยวัฒน์ ทะวะรุ่งเรือง (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มข.), รศ.ดร.บัณฑิต ถิ่นคำรพ (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มข.), ภาณุ.ดร.กนกรัตน์ ลีอวศิริกุล * (CRCN)
10.30-12.00	C26 งาน Patient Safety Survey และ Satisfaction Survey ด้วยระบบบริหารจัดการงานวิจัยออนไลน์ ทักษิณ พิมพ์ภักดิ์ (CRCN), ภาณุ.ดร.กนกรัตน์ ลีอวศิริกุล * (CRCN)
13.00-14.30	C36 ทำอย่างไรนวัตกรรมนี้จะอยู่ในมือของท่าน ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนาวินน์ (CRCN), ภาณุ.ดร.กนกรัตน์ ลีอวศิริกุล * (CRCN)
14.30-15.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom

ห้อง Phoenix 1-3 : Safety Medication

วันที่ 11 มีนาคม 2552	
08.00-10.00	
10.30-12.00	A2Y ABC-VEN matrix for Lean Management ภก.ผศ.ดร.มังกร ประพันธ์วัฒนะ (ม.นเรศวร), ภก.พิชญ์สิทธิ์ อุดมสุขชัยทรัพย์ (ม.นเรศวร), ภก.ชัยภัทร เมธาภิธิมากรณ์ (ม.นเรศวร), ภก.ทรงศักดิ์ ทองสนิท (ม.นเรศวร)
13.00-14.30	A3Y ใช้ยาอย่างสร้างสรรค์ ต้องประกันคุณภาพ รศ.นพ.กิตติ ลีมอภิชิต (ม.สงขลลาฯ) ภก.ผศ.ดร.ปรีชา มนทกานติกุล (ม.มหิดล) ภญ.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์ * (ศิริราช)
15.00-16.30	A4Y ทบทวนการใช้ยา : กลยุทธ์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการยาในโรงพยาบาล ภญ.รศ.ไพบยม วงศ์สุวรรณ (ม.สงขลลาฯ) พ.ต.หญิงศนิตา หิรัญรัตน์ (รพ.พระมงกุฎเกล้า)
วันที่ 12 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	
08.30-10.00	B1Y การค้นหา การจัดการ และการป้องกันโรคที่เกิดจากยา ภญ.รศ.ดร.จุฑามณี สุทธิสีสังข์ (ม.มหิดล), ภญ.ผศ.ดร.สมฤทัย วัชรวิวัฒน์ (จุฬาฯ), ภก.ผศ.ดร.สุรกิจ นาสีสุวรรณ (ม.มหิดล), ภญ.จันทิมา โยธาพิทักษ์ (รพ.สุราษฎร์ธานี)
10.30-12.00	B2Y การค้นหา การจัดการ และการป้องกันโรคที่เกิดจากยา (ต่อ) ภญ.รศ.ดร.จุฑามณี สุทธิสีสังข์ (ม.มหิดล), ภญ.ผศ.ดร.สมฤทัย วัชรวิวัฒน์ (จุฬาฯ), ภก.ผศ.ดร.สุรกิจ นาสีสุวรรณ (ม.มหิดล), ภญ.จันทิมา โยธาพิทักษ์ (รพ.สุราษฎร์ธานี)
13.00-14.30	B3Y หลุมพรางเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา ภก.ผศ.ดร.มังกร ประพันธ์วัฒนะ (ม.นเรศวร)
15.00-16.30	B4Y ความคลาดเคลื่อนด้านการบริหารยา เรวดี ศิรินคร (พรพ.), น.ท.หญิงภัคภร (พรประภา) โลงนะวงศกร (รพ.ภูมิพลฯ) ภญ.วิชชณี พิตรากุล * (รพ.สมุทรสาคร)
วันที่ 13 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	
08.30-10.00	C1Y ประสบการณ์การทำ Medication Reconciliation ภญ.วุฒิรัตน์ ธรรมวุฒิ (รพ.ศิริราช), จันทกานต์ พงษ์พิพัฒน์ (รพ.ศิริราช), ภญ.จริยาพร เจริญรูป (รพ.สุราษฎร์ธานี), ภญ.รศ.ธิดา นิงสานนท์ *
10.30-12.00	C2Y Seamless of Drug System between HA & HP ภญ.วิชชณี พิตรากุล (รพ.สมุทรสาคร), ภญ.ผุสดี บัวทอง (พรพ.)
13.00-14.30	C3Y Seamless Supply Chain in Hospital.....ห่วงโซ่อุปทานไร้รอยต่อในธุรกิจโรงพยาบาล ณรงค์ฤทธิ์ กาละพุ่ม (บริษัท เนชั่นแนล เฮลท์แคร์ ซิสเต็มส์ จำกัด)
14.30-15.30	

ห้อง Phoenix 4-6 : Patient Safety

วันที่ 11 มีนาคม 2552	
08.00-10.00	
10.30-12.00	A2Z คุณค่าของมาตรฐาน ช่วยจัดการล่วงหน้า ถ้ารู้ว่าเสี่ยงสูง ศ.พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร (ศิริราช), รศ.พญ.พงศ์ภารดี เจาพะเกษตริน (ศิริราช), ผศ.นพ.อนุวัฒน์ สุตตันท์วิบูลย์ (ศิริราช), น้องนุช ภูมิสนธิ์ * (ศิริราช)
13.00-14.30	A3Z Seamless Nutritional Support (สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย) ศ.พญ.จุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์ (รามาริบัติ), รศ.พญ.ประณิธิ หงสประภาส (มช.), ผศ.นพ.วีระเดช พิศประเสริฐ (มช.), นพ.วินัย อึ้งพันธ์พงษ์ (รพ.สุรินทร์)
15.00-16.30	A4Z WHO Patient Harm Assessment & Thai Trigger Progress Report น.อ.อนันต์ชัย เดชอมรรธัญ (รพ.ภูมิพลฯ), ศ.พิเศษ พญ.วิภาดา เขาวกุล (รพ.อุบลราชธานี หนองบัว), นพ.สุรวุฒิ ลีพหะกร (วชิระ), นพ.สรรชวัช อัครเรืองชัย*
วันที่ 12 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	
08.30-10.00	B1Z IC issues relevant to patient safety in Thailand: What you really need to know? (ชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย) ศ.นพ.สมหวัง ด่านชัยวิจิตร (ศิริราช), ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม (รามาริบัติ), ผศ.นพ.อนุชา อภิสารธนรักษ์ * (ม.ธรรมศาสตร์)
10.30-12.00	B2Z เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (RM Safety IC) นพ.อุดม ลีลาทวีวุฒิ * - บูรณาการการบริหารความเสี่ยง / แผนกลยุทธ์ เชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพ - วราภรณ์ ภัทรมงคลเขตต์ (รพ.แม่จัน) - โปรแกรมข้อมูลความเสี่ยง : Empower SPTH Data - นพ.มนูศิลป์ คงคา (รพ.สันป่าตอง) - Patient Safety: Ventilator - พนา จินต์ปัญญากุล (รพ.นราธิวาสราชนครินทร์) - Close System Sterile ลดปัจจัยการเกิด VAP - ขวัญเรือน รักษาธรรม (รพ.ระยอง) - CAUTI: From Evidence base to practice นางศิริรัตน์ บุญจันทร์ (รพ.สุราษฎร์ธานี)
13.00-14.30	B3Z ความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน (สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย) ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์ (รามาริบัติ), นพ.สมชาย กาญจนสุด (รพ.ราชวิถี), พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ (กรมการแพทย์)
15.00-16.30	B4Z Towards Lean ICU (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย) พ.อ.นพ.อดิศร วงษา (รพ.พระมงกุฎเกล้า), รศ.พญ.คุณวรรณ สมบูรณ์วิบูลย์ (จุฬาฯ), รศ.นพ.ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล (ศิริราช)
วันที่ 13 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	
08.30-10.00	C1Z เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (กลืน ยุง ยา Gap) เรวดี ศิรินคร * - การส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง - ภัทรพร วงศ์กระพันธ์ (รพ.สงขลา) - โรคชุกุนญา - นพ.เดชา แซ่หลี่ (รพ.กะพ้อ ปัตตานี) - ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ - รัตนาภรณ์ ตั้งยิ่งยง (รพ.สรรพสิทธิประสงค์) - การพัฒนาระบบเพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่ง - ภก.ยุทธพงศ์ สุวรรณพงศ์ (รพ.กบินทร์บุรี) - เมื่อโรงเรียนแพทย์ ค้นหา Gap ใน SIMPLE - ผศ.พญ.ยุวรีย์ พิษิตโชติ (จุฬาฯ)
10.30-12.00	C2Z ทางรอดปลอดภัยจากห้องผ่าตัด (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย) รศ.นพ.สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์ (จุฬาฯ), รศ.พญ.ศิริพร ปิติมานะอารี (ศิริราช), พญ.ประภา รัตนไชย (รพ.หาดใหญ่)
13.00-14.30	C3Z Lean & Seamless in Trauma Care นพ.อนันต์ มโนมัยพิบูลย์ (วชิระ) นพ.อนุชา เศรษฐเสถียร (รพ.อุดรธานี), ผศ.นพ.นเรนทร์ โชติรสนิรมิต * (คณะแพทยศาสตร์ มช.)
14.30-15.30	

ห้อง Meeting Room 7 : Meet Professional Experts

วันที่ 11 มีนาคม 2552	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A27 Dental Safety Goals and Solutions (ทันตแพทยสภา) ผศ.พิเศษ ทพ.ไพศาล กังวลกิจ (รพ.ชลบุรี), ทพ.ญ.กุลยา รัตนปริดากุล (รพ.กรุงเทพ), ทพ.ญ.ศศิธร สุชนรักษ์ (รพ.เวชธานี), ทพ.ชุมพล ชมะโชติ * (สถาบันธัญญารักษ์)
13.00-14.30	A37 งานรังสีเทคนิคที่ปรารถนา (สมาคมรังสีเทคนิค) รศ.จิตต์ชัย สุริยะไชยากร (ม.มหิดล), ผศ.ลัดดา เฉลยกิตติ (มช.), ธงชัย ชนะรัตน์ (รพ.สุราษฎร์ธานี), รศ.มานัส มงคลสุข * (ม.มหิดล)
15.00-16.30	A47 Lean management in clinical laboratory (สมาคมเทคนิคการแพทย์) รศ.ดร.รัชนา ศานติยานนท์ (จุฬาฯ), สุจิตรา มานะกุล (รพ.สุราษฎร์ธานี), พิชราภรณ์ พานิชวิทกุล (รพ.เซนต์หลุยส์)
วันที่ 12 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	
08.30-10.00	B17 กายภาพบำบัดกับคุณภาพชีวิตประชาชน (สภากายภาพบำบัด), รศ.ปณดา เตชทรัพย์อมร (ม.นเรศวร), มนตรี มิคะนุช (รพ.ลำสนธิ), สายใจ นกหนู (รพ.นราธิวาสราชนครินทร์), สุวารี เจริญมุขยพันธ์ (รพ.สรรพสิทธิประสงค์), ธีรศักดิ์ แซ่ฉั่ว * (รพ.จุฬาฯ)
10.30-12.00	B27 Use Lean in CSSD to Improve Patient Safety (ชมรมศูนย์กลางงานปราศจากเชื้อแห่งประเทศไทย) ปลื้มฤดี ภูโสภา (รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ), อนุดา ศรีสุทธิพรสกุล (รพ.สงขลานครินทร์), จันทร์พลอย อุตสาคร (รพ.นครพิงค์), มะลิวัลย์ กรติยานนท์ * (บ. 3M ประเทศไทยจำกัด)
13.00-14.30	B37 การจัดการวิศวกรรมความปลอดภัยเชิงระบบ อตุลย์ ขมันเขียว (ศูนย์วิศวกรรมกรรมการแพทย์ที่ 4 นครราชสีมา), อาณาภพ ลออ (ศูนย์วิศวกรรมกรรมการแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์), สาธิต นฤภัย * (กองวิศวกรรมกรรมการมรส. สธ.)
15.00-16.30	B47 OR Shape Up (สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย) รุจิรา บางกุลธรรม (รพ.รามธิบดี), นันทิพา อำนวยพร(ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ),รศ.พินิจ ปรีชานนท์*
วันที่ 13 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	
08.30-10.00	C17 Management in Excellent Digestive Endoscopy Unit (ชมรมกล้องส่องตรวจแห่งประเทศไทย) ประชิต เตมียะเสน (รพ.ศิริราช), ศิริพร รัตนเลิศ (รพ.สงขลานครินทร์), จุฬารักษ์ ป้อมสูง (รพ.บำรุงราษฎร์), วชิรา จันทพันธ์ * (รพ.ราชวิถี)
10.30-12.00	C27 วงจร HA – LA ประโยชน์อยู่ที่ใด ? (สภาเทคนิคการแพทย์) นัยนา วัฒนศรี (สภาเทคนิคการแพทย์), สมจิตร จินากักดี (รพ.รามคำแหง), วรรณิกา มโนรมณ์ * (สภาเทคนิคการแพทย์)
13.00-14.30	C37 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (เรื่องปอด ๆ) พญ.วรรณมา ศุภศิริลักษณ์ * - ผลการฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง - ภก.เจษฎา เครือศรี (รพ.ป่าแดด) - Comprehensive management program in COPD patients - นพ.กนก พิพัฒน์เวช (รพ.อุดรดิตถ์) - แกะรอย คอยเสริม เพิ่มพลังปอด - เสาวลักษณ์ เมธาวิกุล (รพ.ระนอง สงขลา) - ลดอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ - ราพีง ชูเชื้อ (รพ.โอเวอร์บรู๊ค เชียงราย) - การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย asthma - พญ.วนิษา วิลัยรัตน์ (รพ.หนองแค)
14.30-15.30	

ห้อง Meeting Room 8 : เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน

วันที่ 11 มีนาคม 2552	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A28 ถักทอเครือข่าย การดูแลต่อเนื่อง นางกศดาว มาต้วง, นพ.เจ็ดพันธ์ ภัทรพงศ์สินธุ์ (รพ.หนองบัวระเหว)
13.00-14.30	A38 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (HIV เต็ก จิตเวช ผู้พิการ) นพ.อิทธิพงษ์ ยอดประสิทธิ์ * - สานฝันเด็กน้อยมาร้อยเรียง สร้างเครือข่ายวัยรุ่น - พญ.วิวารรณ หาญสุทธิเวชกุล (รพ.เชียงใหม่ราชประชานุเคราะห์) - ณ วันหนึ่งลูกชายของแม่เปลี่ยนไป - ภก.อัญชลี สวัสดิ์พาณิชย์ (รพ.ร้อยเอ็ด) - กลุ่มหัวใจยิ้มได้ เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวช - วิวารรณ ประยูรสวัสดิเดช (รพ.หาดใหญ่) - ตำแหน่งนี้เฉพาะหนู ผู้พิการ - วรินทร์ ทองหวั่น (รพ.สตูล) - คีนชีวิตที่มีค่า พัฒนาศักยภาพคนพิการ - พญ.ตลฤดี ศรีศุภผล (ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์)
15.00-16.30	A48 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ความเสี่ยง สิ่งแวดล้อม ชีวิตจิตใจ) พ.ท.หญิง ทรงสุตา ขวัญประชา * - ร่วมคิด ร่วมทำ นำชีวีปลอดภัย - สรียา ทวีกุล (รพ.เชียงใหม่ราชประชานุเคราะห์) - เตาเผามูลฝอยติดเชื้อเพื่อศูนย์สุขภาพชุมชน - สมบูรณ์ ชันเมือง (รพ.พะเยา) - เครื่องมือได้มาตรฐานเพราะกระบวนการมีประสิทธิภาพ - สายใจ รัตนพันธ์ (รพ.ทุ่งสง) - ใส่ใจลงในขนมปัง - บุษบา ทีบเงิน (รพ.ราชบุรี) - ชีวิตใหม่ของชายชื่อ"พัน" - ปิยะนาฏ สิงห์โต (รพ.บ้านลาด)
วันที่ 12 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	
08.30-10.00	B18 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ความรัก ความสุข แม่ลูก) สุนารี เนาวิสุข * - Miracle of Love (Love patient from Love diary) - นพ.วิโรจน์ ตระการวิจิตร (รพ.นครพนม) - ความสุขที่เงินมีอาจซื้อได้ - พจมาลย์ พูลสวัสดิ์ (รพ.ตะกั่วป่า) - ผูกพัน สายใย แม่ลูกปลอดภัย คลอดในสถาน - สุนิดา สามะ (รพ.สุโขทัย) - การพัฒนาคุณภาพการบริการ การดำเนินงาน รพ.สายใยรักแห่งครอบครัว - พญ.ลาวัลย์ ปัจจักภักดิ์ (รพ.สุราษฎร์ธานี) - แม่ลูกผูกพัน ผักผัสนั่นหนู - ภูนาลีอมี ปากามะ (รพ.บาเจาะ)
10.30-12.00	B28 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ผู้พิการ จิตเวช ทันตกรรม) ทพ.ญ.มยุเรศ เกษตรสินสมบัติ * - ศูนย์เบ็ดเสร็จจัดการแบบภาคีหุ้นส่วน - ณิชชา กิจจาคม รพ.ควนเนียง จ.สงขลา - ร้อยเรียงปัญหาผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ จากแรกรับถึงจำหน่ายด้วยหน้ากระดาดเดียว - รศ.พญ.อภิชนา โหมวินทะ (รพ. มหาราช นครเชียงใหม่) - แพทย์ พระช- ณะ- นา คุณภาพ - นพ.พรรัช กรรณล้วน (รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์) - Hello Mondor - วาสนา จึงตระกูล (รพ.สงขลา) - หมอฟัน DDT ความสุขกับงานบริการทันตกรรม - ทพ.ญ.เยาวพา จันทร์บุตร (รพ.โพธิ์ทอง)
13.00-14.30	B38 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (Palliative & Spirituality) รศ.นพ.กักรร พฤษานานนท์ * - การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องตามแนวคิด Lean & Seamless Healthcare - นพ.นิสิต วรรณจักริยา (รพ. มหาราชนครเชียงใหม่) - ความหวังครั้งสุดท้าย - นพ.วีรวัฒน์ มุตตารักษ์ (รพ.แมคคอร์มิค) - ขอนน นำพา ท้องฟ้าทางและความรักของพ่อ - สุวรรณา แก้วศรี (รพ.บัว) - ปาฏิหาริย์ของชีวิต - รัชวรรณ เจริญชัย (รพ.เชียงใหม่ จ.อุบลราชธานี)
15.00-16.30	B48 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (รักษและสร้างสุขภาพ) รศ.นพ.รณชัย อธิสุข * - มัสยิดสร้างเสริมสุขภาพ บ้านปลักมัลย์ - ฐานิษา สาเบต (รพ.ละงู) - เขาหาว่าคุณตาติดเชื้อ - วันเพ็ญ เปล่งเนียม (รพ.บ้านลาด) - รักษาสุขภาพวิถีมุสลิม - สะนียะ มูแกม (รพ.รัตนภูมิ) - เต็ม"หัวใจ" ใส่"ความรัก" ตกแต่ง "สุข" - ศิริพร ศรีทราย (รพ.ละงู) - คีนรอยยิ้มให้หนู - บุษบา ทีบเงิน (รพ.ราชบุรี)

วันที่ 13 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	
08.30-10.00	<p>C18 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (สุข สำเร็จ เครือข่าย) นพ.พงศ์ธร เกียรติดำรงวงศ์ *</p> <ul style="list-style-type: none"> - ก้าวใหม่กับการพัฒนางาน MSO - นพ.สมศักดิ์ อุทัยพิบูลย์ (รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์) - เรื่องเล่าไม่รู้จบ - นพ.ประจันต์ เหล่าเที่ยง (รพ.อมก๋อย) - ความสำเร็จจะยิ่งใหญ่กว่าถ้าก้าวไปด้วยกัน - นุชเนตร ชูโชติ (รพ.สุโขทัย) - จากความสุขในอดีต สุขใจที่ได้ทำ - พรทิพย์ ทองสง่า (รพ.หนองคาย) - Care แค่นั้น ด้วยหัวใจและจิตวิญญาณ - วาสนา จึงตระกูล (รพ.สงขลา)
10.30-12.00	<p>C28 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (มิตรภาพ สายใย ชุมชน) นพ.มนตรี ลักษณะโสภา *</p> <ul style="list-style-type: none"> - มิตรภาพบำบัดสานสายใจไร้ขอบเขต - สุนันทา ภักดีอำนาจ (รพ.พุทธชินราชพิษณุโลก) - ผ่าตัด สายใยรัก - สมจิตต์ เริ่มเสริมสุข (รพ.ดำเนินสะดวก) - การดูแลผู้ป่วย COPD แบบผสมผสานและต่อเนื่องถึงชุมชน – พรวิภา ยาสุมทร์ (รพ.บ้านไผ่) - เรื่องเล่าประสบการณ์จากพื้นที่ ผู้ให้การเยียวยา - อังคณา ว่างทอง (รพ.หนองจิก) - รถเมล์ สายสุขภาพ – เพ็ญศรี นรินทร์ (รพ.ขุนหาญ)
13.00-14.30	<p>C38 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ดอกไม้และหัวใจ) ชารัตน์ สงสิทธิ์กุล *</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้างหลังภาพตึกศัลยกรรม นรีเวช สถาบันบำราศ - รัชฎาภรณ์ กอสกุลศิริบุรณ์ (สถาบันบำราศนราดูร) - เพื่อผ้าขาวและดอกไม้ ได้ฟังฟัง - วิญญู หิมมา (รพ.ละงู) - รักน้องต้องหลอกสื่อ - สุนีย์ แสงนาก (รพ.บางมูลนาก) - บรรจงใส่หัวใจให้"ป่าขาว" - บรรจง ป้านทอง (รพ.บ้านลาด) - ธนาคารความดีจิตอาสาในระบบบริการสุขภาพ – พนมพร ศิลพันธ์ (รพ.วชิรบำรุง)
14.30-15.30	

ห้อง Meeting Room 9 : Workshop

วันที่ 11 มีนาคม 2552	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A29 SPA & Self Enquiry Workshop อ่าพันธ์ วิมลวัฒนา (วชิรพยาบาล), พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ (รพ. บำราศนราดูล), น.ท.หญิงภัคภร โฉงนะวงศกร (รพ.ภูมิพลฯ),ภัทรารัตน์ ตันนุกิจ (รพ. กลาง)
13.00-14.30	A39 “ติวเข้ม” IT Service Management สำหรับโรงพยาบาลคุณภาพ (1) นพ.บัณฑิต ทรัพย์สมบูรณ์ (ศิริราช), ผุสดี หมูปยัคฆ์ (ธนาคารแห่งประเทศไทย), ณรงค์ศักดิ์ ดิษฐสกุล (Hewlett-Packard), อรรถพล พานิชวัฒนา (Hewlett-Packard), ประยุทธ์ ธีรทัศนานนท์ (IT One)
15.00-16.30	A49 “ติวเข้ม” IT Service Management สำหรับโรงพยาบาลคุณภาพ (2)
วันที่ 12 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	
08.30-10.00	B19 SHE workshop : การเพิ่มคุณค่าการบริการโดยงานอาสาสมัคร (1) รศ.พญ.เนสนี ไชยเอี่ยม (มช.), ทพ.ญ. ชัญญา ธีระโชติ (รพ.ภาพสินธุ์), นภาพร ครุพันธ์ (มช.), นิภาพร วารีย์ (มช.), ซวลิต กงเพชร (A&D Intereducation., Co, Ltd)
10.30-12.00	B29 SHE Workshop : การเพิ่มคุณค่าการบริการโดยงานอาสาสมัคร (2)
13.00-14.30	B39 Outcome Mapping (1) ดร.ประพนธ์ ผาสุขยัต (สคส.)
15.00-16.30	B49 Outcome Mapping (2) ดร.ประพนธ์ ผาสุขยัต (สคส.)
วันที่ 13 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	
08.30-10.00	C19 Shaping Organization : องค์กรไร้ส่วนเกิน หรือ Lean Workshop (1) ทพ.ญ.จิราวรรณ องศ์วรรณดี, เนาวรัตน์ สุ่มตีบ, พิมพ์นภา แซ่โซ้ว, เจนจิรา พงษ์หลวง, จิรภัฏญา ชื่นใจ, ทิพวรรณ มุสิก, จิรพรรณ เคหะทอง, เปรมฤดี อุปละ, สุนิธิ ลิ้มธารณามัย, หทัยรัตน์ ริมประพันธ์, มณฑา นักขัตตระ, คันธารัตน์ สุนทรประทุม (รพ.เสาไห้)
10.30-12.00	C29 Shaping Organization : องค์กรไร้ส่วนเกิน หรือ Lean Workshop (2)
13.00-14.30	C39 Shaping Organization : องค์กรไร้ส่วนเกิน หรือ Lean Workshop (3)
14.30-15.30	

ห้อง Meeting Room 10 : World Café

Facilitator: นพ.กิจจา เจียรวัฒนภนกก, กุลดา พฤตวิวรรณ, ชวนพิศ คชรักษ์, วชิรินทร์ อิงคินันท์ (รพ.นครพิงค์)

วันที่ 11 มีนาคม 2552	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A2X เรียนรู้ตลอดเวลา ...ในองค์กร (Learning Organization)
13.00-14.30	A3X คุณภาพเริ่มที่ใจ ... ทำอย่างไรให้เกิด” (Humanized care)
15.00-16.30	A4X การประชุมที่มีประสิทธิภาพ
วันที่ 12 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	
08.30-10.00	B1X IT กับการดูแลผู้ป่วย
10.30-12.00	B2X ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ทำอย่างไรไม่ให้มีช่องว่าง
13.00-14.30	B3X ทำอย่างไรจึงจะได้งาน (Leadership)
15.00-16.30	B4X วิธีไหนที่จะได้ใจคนทำงาน (Staff Value)
วันที่ 13 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	
08.30-10.00	C1X อะไรคือ Lean, Lean คืออะไร
10.30-12.00	C2X สัมพันธภาพแบบใหม่ระหว่างที่ปรึกษาและโรงพยาบาล (Relationship)
13.00-14.30	C3X ดูแลคนไข้อย่างไรจึงไม่เสี่ยง
14.30-15.30	

ห้อง Jupiter 14 (H): Walk & Talk

วันที่ 11 มีนาคม 2552	
08.00-10.00	
10.30-12.00	A2H เขียนรายงาน Re-accredit แบบใหม่ด้วย SPA นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี (พรพ.)
	เติมหัวใจให้สังคม โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและองค์กรร่วม
13.00-14.30	A3H เติมหัวใจให้สังคม ตอน "ข้าแหละหัวใจมนุษย์" นพ. มงคล ณ สงขลา นพ.รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช (แพทย์ด้านโรคหัวใจ และนักเดินทางผู้มีหัวใจรักสิ่งแวดล้อม) เจริญ- อรรถณ โอทอง (คู่สามี-ภรรยา บันจอร์ยานรอบโลก เพื่อค้นหาเรื่องราวจากหัวใจของคุณ) อนันต์ ศรีเรือง (ชาวานาผู้มีหัวใจยิ่งใหญ่ และมีชีวิตผ่านเรื่องราวของจักรยาน) นิรมล เมธีสุวกุล *
15.00-16.30	A4H เติมหัวใจให้สังคม ตอน "ข้าแหละหัวใจมนุษย์" (ต่อ)
วันที่ 12 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	
08.30-10.00	B1H Walk rally DM ฐานที่ 1 : เบาหวานไม่ห่างเป้าหมาย (รอบที่ 1) ดร.วัลลา ตันตโยทัยและทีมเครือข่าย KM DM
10.30-12.00	B2H Walk rally DM ฐานที่ 1 : เบาหวานไม่ห่างเป้าหมาย (รอบที่ 1) ดร.วัลลา ตันตโยทัยและทีมเครือข่าย KM DM
13.00-14.30	B3H Walk rally DM ฐานที่ 1 : เบาหวานไม่ห่างเป้าหมาย (รอบที่ 2) ดร.วัลลา ตันตโยทัยและทีมเครือข่าย KM DM
15.00-16.30	B4H Walk rally DM ฐานที่ 1 : เบาหวานไม่ห่างเป้าหมาย (รอบที่ 2) ดร.วัลลา ตันตโยทัยและทีมเครือข่าย KM DM

ห้อง Jupiter 15 : Walk & Talk

วันที่ 11 มีนาคม 2552	
08.00-10.00	
10.30-12.00	<p>A2J เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (เบาหวาน ลีน) พชรพัชร ภัทรสุรดา *</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนางานคัดกรองโรค HT DM แบบบูรณาการโดยชุมชนมีส่วนร่วม - นาดยา พแดนนอก (รพ.เวียงเชียงรุ้ง) - การลดขั้นตอนการทำงานเรื่องสุขภาพเบ็ดเสร็จ - จีวรรณ พรหมเพชร (รพ.ตากใบ) - lean กับการลดระยะเวลารอคอยในผู้ป่วยเบาหวาน - ศิริณี ศิริอ่อน (รพ.เส้าไห้) - โครงการลดระยะเวลารอผ่าตัด appendicitis - ภาวินีย์ เผ่าภูไทย (รพ.มุกดาหาร) - การใส่ off loading ลดระยะเวลาในการทำแผลที่เท้าผู้ป่วยเบาหวาน - แก้วตา คงสุชา (รพ.บ้านใหม่ไชยพจน์)
13.00-14.30	<p>A3J เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (หวัดกรรม) นพ.สมจิตต์ ชัยเจริญ *</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่วยชีวิตวิกฤตฉุกเฉิน Back Office ขอร่วมด้วย - ศรัญญา มุสิกพงษ์ (รพ.สมเด็จพระบรมราชินีนาถ อ.นาทวี) - นวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ยางยืดชีวิต พืชโตโรค - อรุณี พันธุ์โอภาส (รพ.อุดรธานี) - การพัฒนาเครื่องส่งไฟฟ้าขนาดเล็กสำหรับรักษาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด - นพ.นพพล ธาดากุล (รพ.วชิระภูเก็ต) - ระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคต้านยา- จิตติกา ภูมิสุข (รพ.ระโนด)
15.00-16.30	<p>A4J Lean ที่เป็นเลิศ ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (1) ศิริพร ลิธนะกุล, นันทนา เลิศสุขประเสริฐ, นิตยา ไกรวงศ์, บุญเรียม จุติวิโรจน์, สมพล แป้นทอง, อรอนงค์ แสงทอง, นพ.ธวัช ชาญชยานนท์ *</p>
วันที่ 12 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	
08.30-10.00	B1J Walk rally DM ฐานที่ 2 : เบาหวาน 3 ต. (รอบที่ 1) ดร.วัลลา ตันตโยทัยและทีมเครือข่าย KM DM
10.30-12.00	B2J Walk rally DM ฐานที่ 2 : เบาหวาน 3 ต. (รอบที่ 1) ดร.วัลลา ตันตโยทัยและทีมเครือข่าย KM DM
13.00-14.30	B3J Walk rally DM ฐานที่ 2 : เบาหวาน 3 ต. (รอบที่ 2) ดร.วัลลา ตันตโยทัยและทีมเครือข่าย KM DM
15.00-16.30	B4J Walk rally DM ฐานที่ 2 : เบาหวาน 3 ต. (รอบที่ 2) ดร.วัลลา ตันตโยทัยและทีมเครือข่าย KM DM

ห้อง Jupiter 16 (K) : Walk & Talk

วันที่ 11 มีนาคม 2552	
08.00-10.00	
10.30-12.00	<p>A2K เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (หายใจ ตกเลือด เลือด ยา) นพ.สมคิด เลิศสินอุดม *</p> <ul style="list-style-type: none"> - แคล้นหายใจเองไม่ได้ - ดร.รัชฎา ฟองธนกิจ (รพ.ศรีวิชัย 3) - การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย on tracheostomy tube กลับบ้าน - เสมียน ตังวงนกร (รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17) - การพัฒนาระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด - นัยนันท์ ยี่งยอด (รพ.หนองวัวซอ) - การตัดแปลงตู้เย็นเก็บเลือด - วิวัฒน์ โภคาธิกรณ์ (รพ.หาดใหญ่) - ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาด้วยกระบวนการ Medication Reconciliation - ภญ.ฉันทนา กำจัดศัตรูพ่าย (รพ.โนนคูณ)
13.00-14.30	<p>A3K เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (टक เข็น เลื่อน) พ.ต.หญิง ธมนพัชร ลิมากร *</p> <ul style="list-style-type: none"> - เครื่องดักจับโลหะในผ้าเบื่อน - กุลวรรณ พุฒิตารง (รพ.ประโคนชัย) - ใจถึงใจ ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด - ปิยะธิดา บวรสุธาสิน (รพ.สุราษฎร์ธานี) - รถเข็นหัวใจปลอดภัยเมื่อใส่ ICD - นิจวรรณ ชำคำไพ (รพ.พระนั่งเกล้า) - ล้อเลื่อนเคลื่อนไปตามแปล - สุธีรา พิชญานุกุล (รพ.ราษฎร์ยินดี) - เข็นดี ไม่เสี่ยง - ดาวประกาย เพ็ชรรินทร์ (รพ.ละงู จ.สตูล)
15.00-16.30	<p>A4K Lean ที่เป็นเลิศ ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (2) พรทิวา มีสุวรรณ, วันดี ชุณหวิภิสิต, นุชจิเรศ แซ่ตั้ง, จงดี มิ่งเมือง, เกศนีย์ วงศ์บำรุงเทวี, ลักษมี สารบรรณ, นพ.กิตติพงศ์ เรียบร้อย *</p>
วันที่ 12 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	
08.30-10.00	B1K Walk rally DM ฐานที่ 3 : กิ๋นอยู่อย่างเบาหวาน (รอบที่ 1) ดร.วัลลา ตันตโยทัยและทีมเครือข่าย KM DM
10.30-12.00	B2K Walk rally DM ฐานที่ 3 : กิ๋นอยู่อย่างเบาหวาน (รอบที่ 1) ดร.วัลลา ตันตโยทัยและทีมเครือข่าย KM DM
13.00-14.30	B3K Walk rally DM ฐานที่ 3 : กิ๋นอยู่อย่างเบาหวาน (รอบที่ 2) ดร.วัลลา ตันตโยทัยและทีมเครือข่าย KM DM
15.00-16.30	B4K Walk rally DM ฐานที่ 3 : กิ๋นอยู่อย่างเบาหวาน (รอบที่ 2) ดร.วัลลา ตันตโยทัยและทีมเครือข่าย KM DM

Lobby (L) : รากฐานมั่นคง อ่าง HA

วันที่ 11 มีนาคม 2552	
08.00-10.00	ที่ลงทะเบียน
10.30-12.00	ที่ลงทะเบียน
13.00-14.30	A3L ทบทวนคุณภาพในงานประจำทั้งเบื้องหน้าและเบื้องหลัง โกเมธ นาควรรณกิจ (พรพ.) , จักษณา ปัญญาชีวิน (พรพ.), พญ.วรรณภา สุขศิริลักษณ์ (รพ.พหุศาสตร์)
15.00-16.30	A4L รู้จักใช้ Service Profile & Hospital profile/Mini profile ไม่ให้อยู่เฉพาะในกระดาษ อภากร สุปัญญา (พรพ.)
วันที่ 12 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	
08.30-10.00	B1L Facilitator คือผู้หล่อเลี้ยงกระบวนการสร้างปัญญาในองค์กร ภาณุ.วิชชณี พิตรากุล (รพ. สมุทรสาคร) อำพัน วิมลวัฒนา (วชิรพยาบาล), สุวรรณา เวคเตอร์ (รพ.ประจวบคีรีขันธ์)
10.30-12.00	B2L เส้นทางชีวิต...ด้วยจิตบริการ บุญเนลา สุริยวรรณ (รพ.มหาสารคามเชียงใหม่)
13.00-14.30	B3L กระบวนการพยาบาลกับผลการปฏิบัติการพยาบาล ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ (รพ.ศิริราช)
15.00-16.30	B4L การบูรณาการแนวคิดสร้างเสริมสุขภาพใน HA ววรรณ ใหญ่มาก (พรพ.), ทศนีย์ สุมาลย์ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ), ภก.ปรามินทร์ วีระอนันต์วัฒน์ (พรพ.)
วันที่ 13 มีนาคม 2552	
08.00-08.30	
08.30-10.00	C1L Patient Care Plan ผ่องพรรณ ธนา (พรพ.)
10.30-12.00	C2L High Risk Nursing Care เรวดี ศิรินคร (พรพ.), พญ.วรรณภา สุขศิริลักษณ์ (รพ.พหุศาสตร์) มธุรส ภาสกรพัฒน์กุล (พรพ.)
13.00-14.30	C3L เรียนรู้คุณภาพจากเวชระเบียนและระบบสารสนเทศ เรวดี ศิรินคร (พรพ.), พญ.วรรณภา สุขศิริลักษณ์ (รพ.พหุศาสตร์), มธุรส ภาสกรพัฒน์กุล (พรพ.), ภก.ปรามินทร์ วีระอนันต์วัฒน์ (พรพ.)
14.30-15.30	

Grand Ballroom
Lean, การบริหารและพัฒนาองค์กร

รับฟังแนวคิด Lean, นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ
การเป็นผู้นำและการนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศ
SPA เครื่องมือใหม่ของ HA
Spirituality, มิติทางสังคมและวัฒนธรรม

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

ดร.วิทยา สุหฤทธดำรง

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

หากจะกล่าวถึง Lean Manufacturing ในวงการอุตสาหกรรมไทยแล้ว คงเป็นที่ทราบดีว่า สามารถนำหลักการต่างๆ ของ Lean มาประยุกต์ และปรับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพกับอุตสาหกรรม การผลิตที่ค่อนข้างหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการลดความสูญเปล่าที่อยู่ในกระบวนการ หรือการปรับปรุง พัฒนาระบบการอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้า ได้ทันเวลาที่ ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการแข่งขันในสภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีการนำหลักการของ Lean มาปรับใช้กับอุตสาหกรรมบริการ ดังจะเห็นได้ว่าบริษัทที่ให้บริการในด้าน ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น ธนาคาร เคาน์เตอร์เซอร์วิส และโรงพยาบาล สามารถนำหลักการดังกล่าวมาปรับ ใช้ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ใช้บริการ การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่ทำได้รวดเร็ว ตลอดจนสร้างความพึงพอใจให้กับลูกค้ามากยิ่งขึ้น

หลายๆ โรงพยาบาลในต่างประเทศได้นำหลักการของ Lean มาปรับใช้ เนื่องจากพบว่าระบบนี้ ช่วยทำให้การทำงานเป็นไปอย่างสะดวก รวดเร็ว ถูกต้องและสามารถตรวจสอบได้ รวมถึงการลดต้นทุน ที่เกิดขึ้น อีกทั้งยังสร้างให้องค์กรมีความเป็นหนึ่งเดียวกัน และที่สำคัญ การเข้าใจถึงคุณค่าของการ บริการที่ลูกค้าต้องการ (ผู้ป่วยและญาติ) นั่นคือ การปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มี ประสิทธิภาพ ทันเวลาที่ หลักการของระบบ Lean นั้น มุ่งเน้นการทำให้ระบบการไหลของงานเป็นไป อย่างต่อเนื่อง มีการปรับปรุงและพัฒนาอยู่ตลอดเวลา โดยการพยายามกำจัดความสูญเปล่าหรือ waste ที่อยู่ในกระบวนการทำงานออกไปให้ได้มากที่สุด และที่สำคัญก็คือการให้ความเคารพความคิดเห็นของ ทุกคนที่ร่วมงานตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างเปิดเผยโดยไม่ต้องกลัวความผิด นอกจากนี้ในระบบ Lean ยังมีเครื่องมือที่หลากหลายซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ตามความจำเป็น และเหมาะสม เช่น การจัดการสถานที่ทำงานให้อยู่ในมาตรฐานที่ดี (5ส) การวาดผังสายธารคุณค่า (Value Stream Map) คือ การวาดกระบวนการทำงานของทั้งระบบตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ การ ควบคุมด้วยสายตา (Visual Management) ที่ทำให้เราสามารถประเมินกระบวนการทำงานหรือ ปฏิบัติงาน ณ. สถานะปัจจุบันได้อย่างทันที การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement หรือ Kaizen) คือ การปรับปรุงและพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือการทำงานให้มีประสิทธิภาพและ รวดเร็ว ทันต่อสภาวะการณ์ต่างๆ และการปรับเปลี่ยนการทำงานอย่างรวดเร็ว (Quick Changeover) คือ การปรับปรุงกระบวนการต่างๆ เช่น การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ ห้องผ่าตัด โดยใช้เวลาน้อยที่ สุดแต่เพิ่มประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีเครื่องมืออื่นๆ ของ Lean ที่สามารถนำมาปรับใช้ได้อย่าง เหมาะสมกับโรงพยาบาล ซึ่งสามารถค้นคว้าเพิ่มเติมได้ตามแหล่งข้อมูลวิชาการต่างๆ

A30 Truly Implementing Lean Thinking in Healthcare
11 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Grand Ballroom

Kelvin Loh

Parkway Group Healthcare

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

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

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

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

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

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

จุดเน้นที่ผู้บริหารควรให้ความสนใจคือ คุณค่าต่อพนักงาน ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดนวัตกรรม และคุณค่าต่อผู้ป่วย

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

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

การยกระดับนวัตกรรมสามารถทำได้โดยผู้บริหารเข้าไปดูสถานการณ์จริงที่หน้างาน ยืนหนึ่งๆ สังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นในเวลานั้นพอ ตั้งคำถามที่ไม่มีใครรู้คำตอบ (ทั้งตัวเราและพนักงาน) ส่งเสริมให้เกิดการทำงานที่เป็นมาตรฐาน

คุณค่าต่อผู้ป่วยจากบริการสุขภาพ ที่สำคัญที่สุดคือการได้รับการวินิจฉัยโรค การรักษา และคำแนะนำ โดยไม่ล่าช้า ไม่มีข้อผิดพลาด

เราสามารถมองเห็นคุณค่าและความสูญเสียเปล่าได้จากการทำ Value Stream Map ค้นหาความสูญเสียเปล่าทั้ง 8 ประการ (Defects rework, Overproduction, Waiting, Not using staff talents,

Transportation, **I**nventory, **M**otion, **E**xcessive processing) และกำจัดความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นตลอดทั้งกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

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

เริ่มต้นพัฒนาด้วยแนวคิด Lean ค้นหาคุณค่า จัดความสูญเปล่า และพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่องด้วยทีม สุดท้าย วัดผลการดำเนินการ ตั้งเป้าหมายให้ผลการดำเนินการดีขึ้น 30 % ในแต่ละวงรอบของ PDSA

A40 สมัชชาสุขภาพ ช่วยยกระดับบริการสาธารณสุขเพื่อมหาชนได้อย่างไร

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

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

สมัชชาสุขภาพ คือ กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้โดยใช้ปัญญาสามัญชน เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาวะของประชาชน

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

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

การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ ถือเป็นครั้งแรกที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบและเต็มรูปแบบตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบในการจัด โดยยึดหลัก 3 เหลี่ยมเขยื้อนภูเขา คือ การทำงานสิ่งยากนั้น ต้องผนึกกำลังความร่วมมือจากทุกภาค ถือเป็นแบบฝึกหัดประชาธิปไตยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม โดยให้เครือข่ายต่างๆ เสนอประเด็นที่เป็นนโยบายสาธารณะ มาให้คณะกรรมการฯ พิจารณาคัดเลือก ซึ่งมี 68 ประเด็น จาก 50 เครือข่าย ได้คัดเลือกและนำเข้าพิจารณาครั้งนี้ 14 ประเด็น ดังนี้

- 1) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
- 2) การเข้าถึงยาจำเป็น : การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทย
- 3) ระบบสุขภาพและพหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้: นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม
- 4) กลไกการมีส่วนร่วมในการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ: การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี
- 5) เกษตรและอาหารในยุควิกฤต

- 6) การควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์: ยุทธศาสตร์ในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 7) บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม
- 8) ความเสมอภาคในระบบหลักประกันสุขภาพ: ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน
- 9) เด็กและเยาวชนกับสื่อ: แนวทางสร้างสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์สำหรับเด็กเยาวชนและครอบครัว – กองทุนสื่อสร้างสรรค์ช่องทางสำคัญของการเปลี่ยนสื่อสีดำเป็นสีขาว
- 10) สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 11) กลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย
- 12) การจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ: นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะของแรงงานนอกระบบ
- 13) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์
- 14) วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาวะคนไทย

B10 เส้นทางสู่องค์กรที่เป็นเลิศ...เรียนรู้จากแชมป์
12 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Grand Ballroom

รศ.นพ.สุเมธ ฟีรฤทธิ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้นำแนวทางของคณะกรรมการรางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) ซึ่งบริหารตามแนวทาง MALCOLM BALDRIGE NATIONAL QUALITY AWARD ที่เป็นรางวัลสูงสุดด้านการบริหารองค์กรของประเทศสหรัฐอเมริกาและ 70 ประเทศทั่วโลก บริหารภายใต้ค่านิยม

และแนวคิดหลัก 11 ประการ ได้แก่ การนำองค์กรอย่างมีวิสัยทัศน์ ความเป็นเลิศที่มุ่งเน้นลูกค้า การเรียนรู้ขององค์กรและแต่ละบุคคล การให้ความสำคัญกับพนักงานและคู่ค้า ความคล่องตัว การมุ่งเน้นอนาคต การจัดการเพื่อนวัตกรรม การจัดการโดยข้อมูลจริง ความรับผิดชอบต่อสังคม การมุ่งเน้นผลลัพธ์และการสร้างคุณค่าและมุมมองเชิงระบบซึ่งแนวคิดและค่านิยมเหล่านี้ถูกใช้ผ่าน HAMBERGER MODEL แยกเป็น 7 หมวด ได้แก่ การนำองค์กร การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นลูกค้าและการตลาด ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันโดยตรงและเชื่อมโยงกับการมุ่งเน้นบุคลากร การจัดการกระบวนการและผลลัพธ์ ภายใต้การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้และบริบทขององค์กร (โครงสร้างองค์กร)

การบริหารจัดการตามแนวทางของ MALCOLM BALDRIGE นี้ ผู้บริหารองค์กรต้องตอบคำถามตามเกณฑ์ในแต่ละหมวดจำนวน 18 หัวข้อใหญ่ ซึ่งแต่ละหัวข้อมุ่งเน้นข้อกำหนดที่สำคัญได้แก่ การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง ธรรมชาติและความรับผิดชอบต่อสังคม การจัดทำกลยุทธ์ การกำหนดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ ความรู้เกี่ยวกับลูกค้าและตลาด ความสัมพันธ์กับลูกค้าและความพึงพอใจของลูกค้า การวัดวิเคราะห์และการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศและความรู้ ความผูกพันของบุคลากร สภาพแวดล้อมของบุคลากร การออกแบบระบบงาน การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ตลอดจนการมุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านต่าง ๆ ตั้งแต่ด้านผลิตภัณฑ์และบริการ การมุ่งเน้นลูกค้าการตลาด การเงินและตลาด การมุ่งเน้นบุคลากร ประสิทธิภาพของกระบวนการและการนำองค์กร ในหัวข้อต่าง ๆ มีข้อกำหนดโดยรวม (OVERALL REQUIREMENT) และหัวข้อย่อย (MULTIPLE REQUIREMENT) อีกจำนวน 84 คำถาม ซึ่งไม่กำหนดวิธีการ แต่ให้องค์กรต่าง ๆ สามารถปรับใช้ได้ องค์กรต้องตอบว่าทำอย่างไร ? แต่ต้องสนับสนุนมุมมองเชิงระบบที่สอดคล้องหรือบูรณาการไปในแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร มีการเชื่อมโยงระหว่างหัวข้อต่าง ๆ ในเกณฑ์อยู่ตลอดเวลา และมีผลการดำเนินการที่ต่อเนื่อง หากผลการดำเนินการตรงตามเป้าหมายหรือเหนือกว่าเป้าหมาย การอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก สามารถเทียบเคียงกับผลการดำเนินการขององค์กรหรือองค์กรในอุตสาหกรรมเดียวกัน ก็จะได้รับคะแนนในการประเมินอยู่ในระดับสูง

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้บริหารทุกหน่วยงานตามแนวทาง TQA จนมีผลการดำเนินการสอดคล้องกับค่านิยมทั้ง 11 ประการ จึงรายงานผลการดำเนินการเพื่อขอรับรางวัลและผ่านการประเมิน

เมื่อปี พ.ศ. 2550 ในช่วงที่ควรได้รับรางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศ (TQC) ซึ่งการได้รับรางวัลครั้งนี้
นับว่าเป็นโรงพยาบาลและองค์กรภาครัฐขนาดใหญ่แห่งแรกของประเทศไทยที่ได้รับรางวัลนี้

ดร. ก่อศักดิ์ ไชยรัศมีศักดิ์

บริษัทซีพี ออลล์ จำกัด มหาชน

หมากกระดานที่มีชีวิตของ ก่อศักดิ์ ไชยรัศมีศักดิ์

ก่อกศักดิ์ ไชยรัศมีศักดิ์ ประธานกรรมการบริหารบริษัทซี.พี.เซเว่นอีเลฟเว่น จำกัด (มหาชน) คือจอมยุทธ์หมากล้อมของเมืองไทย ที่เซียนหมากล้อมทุกคนยอมสยบในฝีมือ

"โกะ" หรือ "หมากล้อม" ในภาษาไทย "เหวยฉี" ในภาษาจีน เป็นกีฬาหมากกระดานชนิดหนึ่ง ที่มีประวัติความเป็นมากว่า 3 พันปี โกะเป็น 1 ใน 4 ของศิลปะประจำชาติของจีน ซึ่งประกอบด้วย ดนตรี โคร่งกลอน การวาดภาพ และหมากล้อม ชาวจีนเปรียบเทียบการเล่นโกะไว้ว่า "เสมือนการสนทนาด้วยมือ" บางคนว่า "เหมือนฝันของปัญญาชน" บางคนบอกว่าเป็น "หมากกระดาน ที่มีชีวิต"

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

"เรามองประเทศไทยทั้งประเทศเป็นเสมือนกระดานหมากล้อม (โกะ) กระดานหนึ่งเร่งเปิดร้านค้าของเรา ในจุดยุทธศาสตร์ ที่สำคัญ" ก่อศักดิ์ ไชยรัศมีศักดิ์ เคยกล่าวเอาไว้ และด้วยความ ที่มั่นใจว่า หมากล้อมเป็นตัวแทนของสมรภูมิรบ เป็นยุทธจักรบู๊ลิ้ม ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับชีวิตจริงได้ทั้งทางด้านธุรกิจ และครอบครัว เขาจึงฝึกฝน และหลงใหลมันอย่างมาก ๆ ในขณะที่เดียวกันก็ได้ทำทุกวิถีทาง เพื่อให้การเล่นกีฬาประเภทนี้แพร่หลายในเมืองไทย

จุดสำคัญ ที่ทำให้ก่อกศักดิ์สนใจเล่นหมากล้อมเป็นเพราะเขาเรียนภาษาจีนมาตั้งแต่เป็นเด็กชั้นประถม และยังเป็นคนที่ชอบอ่านนิยาย และวรรณกรรมของจีนเป็นอย่างมากจนถึงทุกวันนี้ จากการอ่านทำให้เขาทราบว่าหมากล้อม เป็นศิลปะชนิดหนึ่ง ที่บรรดาบัณฑิตของจีนให้ความสนใจ และยังเป็นกีฬาทางสมองของผู้บริหารปกครองประเทศ ทั้งจีน เกาหลี ญี่ปุ่น นิยมเล่นกัน และผู้บริหารประเทศเหล่านั้นก็จะได้แง่คิด และปรัชญาชีวิตมากมายจากการเล่นกีฬาประเภทนี้ นักเขียนชาวจีนหลายคนที่เขาชื่นชอบส่วนใหญ่จะเล่นหมากล้อมเป็นกันทุกคนด้วย

แต่ในช่วงเวลาหลายปีตั้งแต่วัยเด็กจนย่างเข้าวัยรุ่น ก่อศักดิ์รู้จักหมากล้อมจากตัวหนังสือเท่านั้น แต่ไม่เคยได้เล่นอย่างจริงจังเลย สิ่งที่เขาเล่นได้ดีกลับเป็นหมากรุกจีน ที่เล่นกันแพร่หลายทั่วไป

"ถ้าหมากล้อมเทียบเท่ากับการเล่นโยน หรือละครในสถานที่ผู้ดีดู หมากกรุกจีนจะเป็นได้เพียงลิเกที่ชาวบ้านดูเท่านั้น " ก่อศักดิ์เปรียบเทียบ เปรยให้ฟัง แต่อย่างไรก็ตามเขาก็ไม่มีโอกาส ที่จะฝึกเล่นหมากล้อมเลย

จนวันหนึ่งในสมัยเรียนมัธยมเขาได้ไปเจอหนังสือภาษาจีนเล่มหนึ่งแนะนำเกมบนกระดาน 30 ประเภท ซึ่งมีหมากล้อมอยู่ด้วย จึงได้เริ่มหัดเล่นตั้งแต่นั้น มา แต่เมื่อเล่นไปตามทฤษฎี แต่ไม่เข้าใจความลึกล้ำของกลยุทธ์ต่างๆ ไม่มี คู่ซ้อม ที่จะร่วมกันคิดค้นกระบวนท่าในการเดินหมาก การดวลเม็ดหมากบนกระดานก็ไม่ใช่ว่าเรื่องตื่นเต้น เร้าใจ อีกต่อไป ก็เลยหยุดเล่นนับแต่นั้น มา

เวลาผ่านไปจนถึงปี พ.ศ.2526 ก่อศักดิ์ได้ดำรงตำแหน่งเป็นรองกรรมการผู้จัดการใหญ่บริหารรับผิดชอบการค้าระหว่างประเทศ บริษัทเครือเจริญโภคภัณฑ์ จำกัด ประจำ ฮองกง จึงมีโอกาสดำเนินมาสัมผัสกับหมากล้อม กีฬา ที่ตนเองมีความประทับใจมานานอีกครั้งหนึ่ง เพราะนักธุรกิจชาวญี่ปุ่นและจีนส่วนใหญ่จะเล่นหมากล้อมเป็น ดังนั้น แทน ที่ก่อศักดิ์จะออกรอบเล่นกอล์ฟ เพื่อสร้างสัมพันธ์ทางธุรกิจก็กลายเป็นนั่งโต๊ะเล่นโกะแทน

อย่างไรก็ตาม ในครั้งนี้เขาก็กังไม่ได้เล่นหมากล้อมอย่างเข้าใจ เพื่อนชาวญี่ปุ่นไม่มีใคร ที่จะให้ความสำคัญกับการสอนเขาอย่างจริงจัง ที่สำคัญภาษาจะเป็นอุปสรรค ที่สำคัญในการสื่อสาร คนญี่ปุ่นพูดอังกฤษนั้น ฟังให้เข้าใจก็ยากมากอยู่แล้ว ยิ่งเป็นภาษาญี่ปุ่น ที่เกี่ยวกับหมากล้อมก็เพิ่มความงุนงงเข้าไปอีก และเมื่อไม่มีใครสอนเขาก็ได้มูมานะพอสมควรทีเดียว ที่จะเล่นให้เก่ง โดยการพยายามค้นหาตำราเกี่ยวกับการเล่นหมากล้อมมาศึกษาด้วยตัวเองโดยเอาญี่ปุ่นเป็นคู่ซ้อม

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

"โชคดี ที่ต่อมา เพื่อนชาวญี่ปุ่นได้แนะนำผมให้รู้จักกับอาจารย์โชมซา อาริยา ท่านเป็นคนไทย ที่ไปสอนหนังสืออยู่ที่ญี่ปุ่น จนถึงทุกวันนี้อยู่ที่ญี่ปุ่นเป็นเวลา 40 กว่าปีมาแล้ว ท่านจะมาเมืองไทยปีละครั้ง 2 ครั้ง เป็นคนที่เล่นหมากล้อมเก่งมาก เป็นแชมป์จังหวัดนารา ที่ญี่ปุ่น ก็เลยโชคดี ได้อาจารย์เป็นคนสอนผม จนเข้าใจในหัวใจของหมากล้อม"

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

หลังจากนั้น ก็ได้ก่อตั้งชมรมหมากล้อมแห่งประเทศไทยขึ้น เมื่อปี 2536 โดยใช้ชั้น 2 ของเซเว่นอีเลฟเว่น สาขางามคูหลีเป็นที่ทำการชมรมเป็นแห่งแรก และเขาก็เป็นประธานชมรมคนแรกถึงปัจจุบัน ขณะนี้ชมรมตั้งอยู่ที่ชั้น 2 ของอาคารสิบุญเรือง 1 มีสมาชิกประมาณ 2,000 คน ตัวเลขยอดขายกระดานหมากล้อมในเซเว่นอีเลฟเว่น และ ที่ชมรมรวมกันประมาณ 5 หมื่นชุด หากตัวเลขนี้ไม่ผิดพลาดก็คาดว่ามีคนเล่นหมากล้อมในเมืองไทยไม่ต่ำกว่า 1 แสนคน

ส่วนตัวเขาเองมุ่งฝึกฝนจนสอบได้ชั้น 5 ดั้ง และเป็น 5 ดั้งคนเดียวของประเทศไทย รองลงมาคือ 4 ดั้ง ซึ่งมีเพียง 2 คนเท่านั้น และเมื่อเร็ว ๆ นี้ เขาได้เปิดตัวหนังสือชื่อ "ท่องยุทธจักรหมากล้อม" ซึ่งเป็น การบันทึกการดวลฝีมือบนกระดานหมากล้อมของจอมยุทธ์ครั้งสำคัญทั่วโลก หลังจากประสบ ความสำเร็จจากการเขียนหนังสือเล่มแรก "ก้าวแรกสู่มากล้อม" ไปแล้วก่อนหน้านี้

นอกจากงานของชมรมก๊อศึกดียังได้บุกเบิกเผยแพร่หมากล้อมภายในองค์กรของบริษัท และได้ ขยายเข้าสู่สถาบันการศึกษา จนได้รับการบรรจุอย่างเป็นทางการในกีฬามหาวิทยาลัยครั้งที่ 23 เมื่อปี 2539

ทุกวันนี้ เมื่อไปติดต่อธุรกิจต่างประเทศ ไม่ว่าจะฮ่องกง จีน ไต้หวัน ก๊อศึกดีจะต้องหาโอกาสไปพบกับ เขียนของเมืองนั้น ๆ หรืออาจารย์มืออาชีพ เพื่อฝึกปรือฝีมืออย่างสม่ำเสมอ

คลื่นลูกหลังไล่คลื่นลูกหน้า คนรุ่นใหม่แทน ที่คนรุ่นเก่า โลกจึงพัฒนาก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง เชนกัน ยุทธจักร หมากล้อมก็ต้องมีหน่ออ่อนคอยแตกใบใหม่อยู่เสมอ

"ผมเชื่อว่าต่อไปต้องมีคนเก่งกว่าผม ความพร้อมเรื่องวัย เป็นเรื่องสำคัญในการเล่น และผม พร้อม ที่จะสนับสนุนพวกเขาเหล่านั้น เพราะผมเชื่อว่าปัญญาชนทั่วโลกในศตวรรษหน้าจะหันมาเล่น หมากล้อม" ก๊อศึกดีทิ้งท้ายไว้อย่างมั่นใจ

B30 คุณภาพแบบเรียบง่าย ผ่อนคลายด้วย SPA
12 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Grand Ballroom

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล

ภัทรารัตน์ ตันนุกิจ

ผศ.ลัดดา เฉลยภักติ

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

รพ.กลาง

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รพ.บำราศบำราศนราดูล

ทำความเข้าใจกับ SPA และ Self Enquiry

หลายองค์กรประสบปัญหาเกี่ยวกับว่าคุณภาพคืออะไร หลายบุคคลปฏิเสธที่จะพูดถึงหรือเข้ามาทำงานคุณภาพ แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าทุกองค์กรอยากเป็นองค์กรที่มีคุณภาพ และทุกคนก็อยากทำงานให้มีคุณภาพทั้งสิ้น ดังนั้นถ้าเราสามารถทำให้งานคุณภาพเป็นเรื่องที่เรียบง่ายได้ น่าจะเป็นคำตอบที่ทำให้ทุกคนรู้สึกอยากทำและอยากมีคุณภาพ ความเรียบง่ายจะเกิดขึ้นต่อเมื่อเรามีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในเรื่องที่จะทำ และใช้ความคิดสร้างสรรค์อย่างอิสระในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน เพื่อจัดสิ่งที่ไม่จำเป็นออกจากกระบวนการ

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

สิ่งที่ปรากฏอยู่ในกิจกรรมที่ควรดำเนินการ อาจจะประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้ได้อย่างหนึ่งหรือร่วมกัน 1) การทำความเข้าใจแนวคิดของมาตรฐานและประเด็นที่เกี่ยวข้อง 2) การวิเคราะห์สถานการณ์ของตนเอง ทั้งข้อมูล สถิติต่างๆ รวมทั้งความคิดเห็น ความรู้สึก และประสบการณ์ในการแก้ปัญหาหรือการทำงานของผู้เกี่ยวข้อง 3) การศึกษาข้อมูลวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติต่างๆ ที่จะมาช่วยขยายความรายละเอียด 4) การออกแบบระบบงานที่ได้ผลโดยใช้ความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม หลักการจัดการด้วยการเห็น หลัก Human Factors Engineering 5) การประเมินผลความเข้าใจ การนำแนวทางที่ออกแบบไว้ไปสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

แนวทางต่างๆ ดังกล่าวนั้น เมื่อนำไปใช้จริงแล้วเกิดอะไรขึ้น มีปัญหาอุปสรรคอะไร ทำให้การใช้มาตรฐานง่ายขึ้นหรือยากขึ้น เกิดความเข้าใจความหมายของมาตรฐานแตกต่างไปจากเดิมอย่างไร คาดว่าในระยะยาวจะส่งผลอย่างไร

ในเอกสารชุดนี้ได้นำเสนอแนวคิดเรื่องการวิจัยสืบค้นตนเอง (Self Enquiry) ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ 1) การประยุกต์หลักการวิจัยมาใช้ตอบคำถามพื้ๆ และคำถามเกี่ยวกับการนำมาตราฐานมาปฏิบัติ ที่เรียกว่า mini-research ซึ่งมุ่งการหาข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์และการตัดสินใจปรับปรุงระบบงานอย่างรวดเร็ว 2) การประมวลผลข้อมูลจากเครื่องมือพัฒนาคุณภาพทางคลินิกหลายๆ อย่างเข้าด้วยกัน แล้วนำมาร้อยเรียงให้เห็นภาพใหญ่ของคุณภาพทางคลินิกด้วยแผนภูมิแสดงขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มรับไว้จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่เรียกว่า Clinical Self Enquiry วิทยาการจะนำประสบการณ์ในการใช้วิธีการวิจัยสืบค้นตนเองทั้งสองวิธีนี้มาแลกเปลี่ยนกันในที่ประชุม

บทเรียนในการทำ mini-research ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

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

บทเรียนที่ได้รับในการเตรียมการคือ ต้องทำความเข้าใจในทีมงานให้ชัดเจนถึงความต้องการข้อมูลและการนำไปใช้ประโยชน์ ไม่ต้องกำหนดรายละเอียดที่ชัดเจนมากเกินไป เปิดโอกาสให้ผู้เก็บข้อมูลสามารถตัดสินใจปรับเปลี่ยนได้ทันทีตามสถานการณ์แบบไร้รูปแบบ และนำบทเรียนมาทบทวนทันทีหลังจากเก็บข้อมูล

พบว่าทีมงานมีการเรียนรู้และปรับปรุงในเรื่องต่อไปนี้ แนวทางการตั้งคำถาม แนวทางการเลือกกลุ่มเป้าหมาย การเลือกแหล่งข้อมูล การเลือกประเด็นคำถามเท่าที่จำเป็น เทคนิคการถอนตัวจากการสัมภาษณ์หากผู้ป่วยรู้สึกเหมือนฟ้าผ่าปรดที่มีเจ้าหน้าที่มานั่งคุยด้วย การแปลงคำถามตามลักษณะของผู้ตอบคำถาม การใช้คำถามเดียวที่ได้รับคำตอบหลายเรื่องหรือคำตอบที่ครอบคลุมหลายขั้นตอน

จากการสอบถามผู้ที่ร่วมทำวิจัยถึงความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้ ได้เสียงสะท้อนว่าเป็นการทำวิจัยที่ง่าย รู้สึกดี ผ่อนคลายทั้งสองฝ่าย ได้ข้อมูลที่แท้จริง เห็นในสถานการณ์จริง รวมทั้งได้สัมผัสความรู้สึกของผู้รับบริการอย่างแท้จริงไม่ผ่านกระดาษแบบสอบถาม ในครั้งแรกอาจจะรู้สึกว่ายากเพราะจะมัวแต่อ่านคำถามหรือบันทึกคำตอบ แต่ต่อมาใช้เทคนิคการจำประเด็นสำคัญในคำถามและบันทึกสรุปสั้นๆ จะทำให้สัมภาษณ์ได้เร็วขึ้นและไม่ขัดจังหวะการพูดคุย ที่สำคัญในช่วงเริ่มแรกจะรู้สึกหนักใจว่าผู้ป่วย / ญาติไม่กล้าพูดคุยด้วยเพราะเห็นเป็นเจ้าหน้าที่ แต่กลายเป็นว่ายังเป็นเจ้าหน้าที่ที่ยังชอบใจอยากพูดคุยด้วย ดังนั้นจะไปในรูปแบบไหนก็ได้ สำคัญที่การแนะนำตนเองและบอกว่าวัตถุประสงค์และท่าทางที่จริงใจ ส่วนองค์กรเองได้ประโยชน์ทันทีในบางประเด็นที่สามารถแก้ไขเช่นการบันทึกข้อมูลต่างที่ไม่ครอบคลุม หรือการจัดสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เป็นต้น

บทเรียนในการทำ Clinical Self Enquiry ของโรงพยาบาลกลาง

จากประสบการณ์ในการทำ service profile พบว่าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย หากไม่มีการบันทึกและเก็บข้อมูลปัญหาหรือเหตุการณ์ที่พบในระหว่างปฏิบัติงานทันที จะทำให้บุคลากรไม่สามารถค้นหาความเสี่ยงในแต่ละขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยและไม่สามารถแก้ปัญหาที่แท้จริงได้ ทีมงานจึงได้

นำ Self Enquiry part III มาใช้ในการพัฒนา ระบบการบันทึกและเก็บข้อมูลตลอดจนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำมาทบทวนและค้นหาโอกาสพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง **ขั้นตอนการดำเนินการ** > ทีมงาน เรียนรู้วิธีการใช้ Self Enquiry part III และจัดทำแผนภูมิกระบวนการดูแลผู้ป่วย ใน future board พร้อมแบบฟอร์มสำหรับบันทึกเหตุการณ์ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ **การวิเคราะห์ผลลัพธ์** > มีการบันทึกอุบัติการณ์จำนวนหนึ่ง จากบุคลากร 1-2 คน วิเคราะห์ได้ดังนี้

1) ด้านบุคลากร > ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยแต่ละขั้นตอน และไม่เข้าใจวิธีการบันทึกอุบัติการณ์ และเข้าใจว่าตนเองไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง

2) ด้านกระบวนการ > การบันทึกซ้ำซ้อนกับการบันทึกอุบัติการณ์ ส่ง RMC การบันทึกไม่ละเอียด ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ปัญหาได้ และบางเหตุการณ์สามารถบันทึกได้มากกว่า 1 ขั้นตอน

3) ด้านผู้ป่วย > กระบวนการดูแลผู้ป่วยและระบบงาน ที่มีการบันทึกมากที่สุด คือ Care of Patient และระบบความคลาดเคลื่อนทางยา

การพัฒนาครั้งที่ 1 > ให้ความรู้ กระตุ้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมมากขึ้น และประสานกับทีมนำเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการรายงานอุบัติการณ์ **ผลลัพธ์**: มีระบบการบันทึกและเก็บข้อมูลปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การพัฒนากระบวนการอื่น ๆ เช่น การรายงานแพทย์ การเฝ้าระวังเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไปสู่ภาวะวิกฤติ / กึ่งวิกฤติ การบริหารยา และการสอนงานเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

การพัฒนาครั้งที่ 2 ปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกให้สามารถระบุละเอียดได้มากขึ้น และทบทวนเรื่องลดความซ้ำซ้อนในการรายงานอุบัติการณ์กับทีมนำอีกครั้ง **ผลลัพธ์**: จำนวนการเขียนรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลง แต่พบโอกาสพัฒนามากขึ้น

สรุปบทเรียน > Self Enquiry part III เครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถค้นหาปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพทั้งด้านการดูแลผู้ป่วย บุคลากร และระบบงานที่สำคัญได้อย่างตรงประเด็น

กิจกรรมที่จะดำเนินการต่อ > สรุปผลการวิเคราะห์โอกาสพัฒนาที่พบในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้มาจากการใช้ Self Enquiry ด้วยโปรแกรม mind map ลงใน one page summary เพื่อให้สมาชิกผู้เกี่ยวข้องสามารถเชื่อมโยงโอกาสพัฒนาและแก้ไขปัญหาพร้อมกันอย่างเป็นระบบ นำเสนอ PCT, NSO และทีมที่เกี่ยวข้องต่อไป

บทสรุป

โดยสรุป SPA เป็นหนึ่งในวิธีการค้นหาคำตอบแบบรอบด้าน มีเป้าให้มุ่ง (Standard) มีทางให้เดิน (Practice) มีที่หมายให้พบ (Assessment) และระหว่างทางเดินยังมีเพื่อนช่วยบอกทางให้อีก (Self enquiry) จนเรารู้สึกว่าการเดินทางสู่สถานคุณภาพ เรียบง่ายและผ่อนคลายจริงๆ

B40 ค้นหาของดีด้วย KPI

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

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

การวัดผลการดำเนินงานถูกใช้เป็นกระจกสะท้อนบอกตัวเอง และใช้เป็นตัวขับเคลื่อนการดำเนินงาน แม้ว่าจะยังมีข้อจำกัดต่างๆ มากมาย รวมทั้งข้อวิพากษ์ถึงผลเสียของการวัดผลที่ไม่เหมาะสม

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

ลักษณะของระบบที่พัฒนาขึ้นคือการรายงานข้อมูลตัวชี้วัดของแต่ละโรงพยาบาลผ่าน web เป็นประจำทุกเดือน หากเป็นตัวชี้วัดที่ต้องคำนวณเป็นอัตราหรือเทียบสัดส่วน จะให้บันทึกทั้งตัวตั้งและตัวหาร ให้โปรแกรมคำนวณค่า เพื่อให้สามารถประมวลผลในภาพรวมได้ถูกต้อง โรงพยาบาลสามารถเลือกที่จะบันทึกตัวชี้วัดใดก็ได้ และสามารถขอข้อมูลเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในตัวชี้วัดที่ตนรายงาน ทั้งนี้มีระบบรักษาความลับที่จะไม่ทราบว่าเป็นข้อมูลของโรงพยาบาลใด

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

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลพร้อมที่จะเปิดให้โรงพยาบาลต่างๆ ที่สนใจเข้าร่วมในระบบฐานข้อมูลตัวชี้วัดเปรียบเทียบนี้ ในปี 2552 และต้องการรับทราบความเห็นของผู้เข้าประชุมว่าตัวชี้วัดใดที่ควรเลือกมาใช้เป็นตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ตัวชี้วัดใดที่ไม่สมควรนำมากำหนดเป็นตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

นอกจากนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ยังได้สนับสนุนให้มีการศึกษาว่าจะนำฐานข้อมูลจากการรายงานประจำ ฐานข้อมูลการเบิกจ่าย และฐานข้อมูลการบริหารจัดการ มาใช้

ประโยชน์เพื่อการประเมินคุณภาพของสถานพยาบาลต่างๆ อย่างไร แม้ว่าจะมีข้อจำกัดในการแปลความหมาย แต่ก็น่าจะเป็นประโยชน์เนื่องจากเป็นข้อมูลที่มีอยู่แล้วในระบบ

สำหรับการประชุม HA National Forum ในปีนี้ ภายใต้ theme “Lean & Seamless Healthcare” ได้จุดประกายให้เราคิดถึงตัวชีวิตที่สะท้อนคุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย นอกเหนือจากตัวชีวิตจากมุมมองของวิชาชีพแต่ฝ่ายเดียว คุณค่าที่ผู้ป่วยโรคหอบหืดให้ความสำคัญคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถไปทำงานหรือเรียนหนังสือได้ตามปกติ คุณค่าที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องการคือการได้รับการวินิจฉัยโรคและการรักษาภาวะฉุกเฉินที่ถูกต้องเหมาะสมโดยเร็วที่สุด นับเวลาจากเมื่อเริ่มมีอาการ ด้วยมุมมองเช่นนี้จะทำให้เราสามารถมองเห็นโอกาสพัฒนาที่เชื่อมต่อระหว่างสถานบริการต่างๆ ทำให้เกิดการไหลเลื่อน ไม่สะดุด ไม่ล่าช้า ไม่สูญเปล่า

นพ.ประภาส อุครานันท์

รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล

รพ.ประทาย

นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์

กรมสุขภาพจิต

Spirituality in health Care

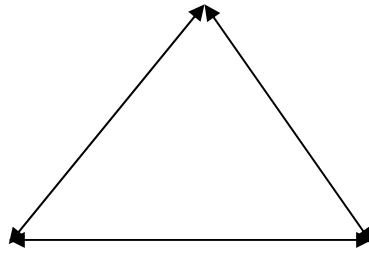
นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์

(กรมสุขภาพจิต)

ความตื่นตัวของโรงพยาบาลในการที่จะพัฒนาคนและองค์กรโดยมีเป้าหมายต่างๆ เพื่อให้มีคุณภาพตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ เป็นเป้าหมายไปไกลกว่าสิ่งที่เป็นรูปธรรม เช่น การอยู่รอดขององค์กร หรือกำไร แต่เกี่ยวข้องกับโดยตรงกับผู้รับบริการหรือสังคมซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรมมากขึ้น ในท่ามกลางกระแสการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ก็ได้มีการพัฒนานวัตกรรมจัดการเพื่อเป็นเครื่องมือในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กรจากเดิมที่เน้นแต่การพัฒนาความรู้และทักษะในการทำงาน โดยใช้เครื่องมือใหม่ๆ เช่น การสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ การจัดการความรู้ เป็นต้น ซึ่งก็มีกฎเกณฑ์บางอย่างร่วมกัน โดยเน้นการพัฒนาโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการสร้างพลังอำนาจของผู้ปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรไปในระดับหนึ่ง

ในระยะหลังได้มีการนำเสนอการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized health care) ซึ่งเป็นการดูแลไปถึงระดับสุขภาพทางจิตวิญญาณ (spiritual health) การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญนั้นอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงเจตคติภายในตนเองของผู้ปฏิบัติงาน การศึกษาวิจัยเรื่ององค์กรก็มีข้อค้นพบสำคัญว่าถ้าคนเรารู้สึกกับคุณค่าของตนเองในการทำงานและในองค์กร ไม่ว่าจะตนเองจะอยู่ในตำแหน่งหน้าที่ใดๆ จะเป็นหัวใจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ขณะเดียวกันคุณค่าในตนเองนั้นจะคงอยู่ได้ก็ต้องอาศัยบรรยากาศการทำงานร่วมกันอย่างกัลยาณมิตร และนำไปสู่การปรับปรุงบริการให้เป็นการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เปรียบดั่งแก้ว 3 ขา ซึ่งคำจูนซึ่งกันและกัน หากขาดตัวใดตัวหนึ่งก็ยากที่จะสร้างวัฒนธรรมใหม่ขององค์กรได้ โปรแกรม Spirituality in Healthcare จึงได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้สมาชิกได้เรียนรู้ องค์กรประกอบทั้ง 3 ประกอบไปด้วยกัน คือ

คุณค่าภายในตนเอง



การทำงานร่วมกัน

บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

หัวใจสำคัญของแนวคิดนี้คือ ใช้การพัฒนาจิตอันได้แก่ สมาธิและสติ มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณค่าภายในตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่คุณลักษณะที่สำคัญ เช่น ความเห็นอกเห็นใจ ความรักความให้อภัย ความรับผิดชอบ ฯลฯ ยิ่งไปกว่านั้นการทำงานร่วมกันอย่างดีต้องอาศัยการฟังอย่างใส่ใจ (deep listening) และกัลยามิตรสนทนา (dialogue) ซึ่งก็ฝึกได้ง่ายโดยเชื่อมโยงกับสมาธิและสติ สุดท้ายก็คือการอาศัยจิตที่พัฒนาขึ้นของบุคคลและทีมงานร่วมกันหาหนทางทำให้องค์กรเป็นองค์กรที่ส่งเสริมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยมีบทเรียนจาก รพ. ประทายและ รพ.จิตเวชนครราชสีมา ซึ่งทั้ง 2 โรงพยาบาลจะนำเสนอประสบการณ์ของการดำเนินงานให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งองค์กร

Spirituality in Healthcare

นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล

รพ.ประทาย

คุณอาจไม่เชื่อว่าความรักจะเปลี่ยนโลกได้...

แต่โรงพยาบาลประทายจะเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลเปี่ยมรักได้จริง !

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

เจ้าหน้าที่ไม่มีเวลาพูดคุยกัน บ่อยครั้งที่เจ้าหน้าที่ทำงานมากจนเงยหน้าขึ้นมาอีกทีพบว่า 16.30 น. แล้วทุกๆ คนก็กลับบ้าน...โดยที่บางครั้งยังไม่ได้พูดคุย/ทักทายกันเลย...ผู้ป่วยและญาติเองก็ร้องเรียนโรงพยาบาลบ่อยครั้งด้วยหลายสาเหตุส่วนใหญ่เป็นเรื่องพฤติกรรมบริการไม่ดีเช่น “เป็นหมอภาษาอะไรพูดจาไม่ได้เรื่อง” หรือไม่ก็บ่นเรื่องรถตรวจนาน บางครั้งเป็นเรื่องการรักษาที่ไม่ทันท่วงที

(ไม่ทันใจ/ไม่ตามใจ) ฯลฯ คณะกรรมการความเสี่ยงและกรรมการใกล้เคียงได้ทำงานอย่างเต็มกำลัง ความสามารถ (ปี 2549 มีเรื่องร้องเรียนประมาณเกือบ 100 เรื่อง, ปี 2550 มีเรื่องร้องเรียนประมาณ 100 กว่าเรื่อง, ปี 2551 มีเรื่องร้องเรียนประมาณ 50 เรื่อง) ผมเห็นความทุกข์ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยจำนวนมาก...แต่ปัญหานั้นวันยิ่งพอกพูน...บุคลากรทุกคนอยู่ด้วยความทุกข์

แต่แล้วฟ้ามีตา...ผมได้พบกับคนอยู่ 3-4 กลุ่มที่มีฝัน...มีแรงบันดาลใจในการพัฒนาที่จิตใจกัน และกันทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ด้วยตนเอง

กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่สนใจงานด้านสุขภาพจิต ผมงกับทีมนี้ (3-4 คน) จึงชวนกันทำงานด้านสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชน โดยเริ่มจากงานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง “ทำอย่างไรจึงจะสามารถพัฒนาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลประเทาย ได้อย่างครอบคลุม” เป็นวิจัยที่มุ่งเน้นแสวงหาความต้องการ ข้อเสนอแนะ ความทุกข์ของเจ้าหน้าที่ผู้ป่วย ญาติและชุมชนในอำเภอประเทาย โดยพวกเขาขอความกรุณาจากอาจารย์นิวัต อุณหพิษฐ์ สถาปนวิจัยอนามัยและชนบท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยสร้างเครือข่ายการพัฒนาร่วมกับโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาและเครือข่ายอีก 20 กว่าโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา และได้จัดเวทีคืบข้อมูลสู่ชุมชนที่เทศบาลตำบลประเทาย มีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมรับฟังข้อมูลและเสนอแนะรวมทั้งเกิดกิจกรรมพัฒนาร่วมกันมากมาย

เกิดกลุ่มจิตอาสาจากหลายๆ กลุ่มได้แก่กลุ่มจิตอาสานักเรียน กลุ่มผู้ติดเชื้อและกลุ่มอาสาสมัคร เช่น การให้คำปรึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อ(ซึ่งเกิดกิจกรรมมาหลายปีแล้ว) กิจกรรมงานวันลอยกระทง กิจกรรมอาสาให้คำปรึกษาผู้ป่วยเข้ามาช่วยงานทางด้านสาธารณะประโยชน์ต่างๆ เป็นต้น ซึ่งก่อให้เกิดพลัง คุณค่าและเกิดชีวิตที่มีความหมายจากคนที่เคยท้อแท้และรู้สึกตนเองไม่มีค่ามาก่อนและที่สำคัญได้เกิดการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตที่ดูแลทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย โดยมีคลินิกสุขภาพจิต ในทุกวันจันทร์ที่ 2 ของเดือนซึ่งมีการให้บริการซึ่งมีผู้ป่วย Psychosis (จิตเภท) และผู้ป่วยเครียด ซึมเศร้าและจากการค้นหาสาเหตุการฆ่าตัวตายจากการไปค้นหาข้อมูลจากญาติและหรือตัวผู้ป่วยเองพบว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากความเครียดที่สะสม (จากปัญหาเรื่องการทะเลาะกับสามี/ญาติ-ขาดทักษะการสื่อสารที่ดี, ขาดการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์รวมทั้งปัญหาหนี้สิน) โดยไม่มีวิธีบำบัดความเครียดด้วยตนเองจนต่อมาเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าและไม่มีที่ปรึกษา ซึ่งสาเหตุเกิดจาก รพ.ขาดระบบการประชาสัมพันธ์และเป็นที่ปรึกษาปัญหาสุขภาพที่ดี

จึงเป็นที่มาของการจัดระบบการทำงานสุขภาพจิตเชิงรุกและบูรณาการ โดยมีการประเมินความเครียดเชิงรุกในผู้ป่วยเรื้อรังเช่นโรคเบาหวานความดันสูง ผู้ป่วยมะเร็งต่างๆ ผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังบูรณาการเข้ากับงานประจำที่ OPD, IPD, ER ที่มีผู้ป่วยมาด้วยอาการเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม วิงเวียน นอนไม่หลับหรือมาโรงพยาบาลหลายๆครั้งให้ได้มีการประเมินความเครียดและโรคซึมเศร้า พบว่าสามารถวินิจฉัยโรคเครียดมากและหรือโรคซึมเศร้าได้เพิ่มอีก 169 ราย (ภายใน 3 เดือน)และพบว่าอาการดีขึ้นด้วยการทำจิตบำบัดและใช้ยา 157 รายคิดเป็น 93% ซึ่งลดการมารักษาซ้ำๆ ลงและผู้ป่วย/ญาติมีความสุขขึ้นอย่างชัดเจนดังหลายกรณีตัวอย่างสั้นๆ ข้างล่างนี้ (ลงในจดหมายข่าวที่เขียนลงในวารสารขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจังหวัดนครราชสีมา)

ผมและทีมงานจึงอยากแบ่งปันความสุข โดยผ่านการเล่าเรื่องดีๆ เป็นกรณีศึกษา“ชีวิตของป่าเฮียง”

เช้าวันหนึ่งเวลา 08:30 น. มีป่าท่านหนึ่งเดินมุ่งตรงเข้ามาเพื่อที่จะเข้ามาพบ หมอนัท ด้วยอาการดีใจใบหน้ายิ้มแย้มมีความสุขพร้อมกับพูดว่า... “คุณหมोज่า ป่าหายแล้ว! คุณหมोज่าป่าไต่ไหมดีไหม? ป่าที่ป่วยหลายๆโรคมาหลายๆ ครั้งทีไปหลายๆ โรงพยาบาล แล้วมาหาหมोज่าวันนั้นแล้วหมोज่าช่วยให้ป่าเข้าใจ ที่เกี่ยวกับตัวโรคของป่า ตอนนีป่าหายแล้ว” คุณป่าพูดพร้อมกับยกมือกระผมแนบกับใบหน้าของคุณป่าและนำมาจูบหลายครั้งตอนนั้นผมมีอาการแปลกใจและดีใจมาก ทำให้ผมนึกถึงคุณป่าท่านหนึ่งที่มาตรวจด้วยอาการปวดท้องน้อยเรื้อรัง เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม จุก แน่นหน้าอก ขณะตรวจในวันนั้นคุณป่ามีสีหน้าที่กังวลมากและพอผมพูดคุยไปสักพักคุณป่าก็ร้องไห้ออกมาพบว่าคุณป่ามีความสุขหลายเรื่อง ผมจึงส่งไปพบกับห้องพยาบาลสุขภาพจิต (คุณธิดารัตน์) เพื่อประเมินภาวะความเครียด ซึมเศร้าและคำให้ปรึกษาเบื้องต้นจนทำให้ป่าเฮียงมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วและหายจากอาการไม่สบายภายใน 1 สัปดาห์ เป็นผลให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการรักษาของป่าเฮียงเกิดความภาคภูมิใจมากและมีกำลังใจมาก...นี่คือจุดเริ่มต้นแห่งความสุข

จากคนกลุ่มแรกที่มีเพียงไม่กี่คนแต่สามารถสร้างกระแสร่วมกับการพัฒนางานสุขภาพจิตได้ในระดับหนึ่งดังที่กล่าวมา แต่บรรยากาศนั้นกลับคงอยู่ได้ไม่นาน...พบว่าบรรยากาศองค์กรส่วนใหญ่ยังคงเครียดอยู่ยังทำงานด้วยความเหน็ดเหนื่อยอยู่ ยังทำงานด้วยแรงกายโดยที่ยังไม่ได้เต็มหัวใจในงานอย่างเต็มที่ บรรยากาศโรงพยาบาลดูแยลงอีกครั้ง...

กลุ่มที่ 2 คือทีมนำจึงได้คิดวิธีสร้างกระบวนการทำอย่างไรคนทำงานจึงจะมีความสุข จึงได้นำเจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งไปเข้าหลักสูตรการปรับกระบวนการคิดทำงานอย่างมีความสุขกับอาจารย์รุจิรา (หมอดู) บรรยากาศการทำงานเริ่มดีขึ้นระดับหนึ่ง แต่...ยังไม่สามารถเกิดบรรยากาศการทำงานที่มีความสุขได้ทั้งองค์กร พร้อมกับจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นทุกที...ทีมแพทย์ล้าลงเรื่อยๆ เป็นผลให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและห้องแพทย์ไม่เข้าใจกัน เวลาผ่านไปห้องแพทย์ยังไม่สบายใจและทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นและไปลงกับผู้ป่วยมากขึ้น รับประทานอาหารเที่ยงเป็นพายกว่า ยิ่งเร่งรีบ ยิ่งมีข้อร้องเรียนเพิ่มขึ้น แพทย์ยิ่งล้ามากขึ้น แพทย์กับพยาบาลก็ไม่เข้าใจกัน พยาบาลกับพยาบาลก็ไม่เข้าใจกันจริงๆ ทีมนำก็

รู้สึกว่าเป็นเรื่องธรรมดา แต่พวกเราก็ยังไม่มีความสุขอยู่ดี ผมจึงได้เริ่มมาทบทวนตัวเองก่อนว่าแท้ที่จริงปัญหาอยู่ที่ตัวเรา (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) หรือเปล่า หรือว่าผมยังไม่เป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับทีมงานอย่างที่ควรจะเป็นใหม่...ผมทุกข์เพราะอะไร ยิ่งผมดูเครียดบรรยากาศก็ดูแย่งเรื่อยๆ...เอ ! ทำไมพวกเราถึงทำงานหนัก ตั้งใจทำงานยิ่งพบทางตัน...ทำไม!

และแล้วฟ้าช่างมีตาอีกครั้ง...อาจารย์รุจิราได้ชวนผมไปร่วมพัฒนาจิตกับ นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ กรมสุขภาพจิต และทาง พรพ.ได้จัดประชุมพัฒนาที่ปรึกษา รพ.ด้วยเทคนิค World café (Brain & heart storming) ผมทำไมช่างโชคดีอะไรเช่นนี้...ผมพบทางสว่างอีกครั้ง ผมและทีมงานกลุ่มที่ 2 ซึ่งเป็นศูนย์คุณภาพและ Facilitators จำนวนหนึ่ง พวกเราได้มีการทบทวนจิตใจของตนเองพบว่า ความคาดหวังกับอนาคตทำให้เกิดทุกข์ (โดยเฉพาะตัวของผมเอง) กับทุกข์จากความมีอัตตาของตนเอง และผมได้มาวิเคราะห์บรรยากาศร่วมกับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลด้วยเทคนิค World café ช่างประหลาดนักเพียงแค่ว่าที่เรียบง่าย ไม่ได้เต็มรูปแบบแต่มีพลัง คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เสนอให้มีการจัดประชุมเจ้าหน้าที่ทั้งโรงพยาบาลด้วยเทคนิค World café เพื่อแก้ไขบรรยากาศที่กำลังขุ่นมัว...ไร้ทางออก และเกิดแรงบันดาลใจจากคณะกรรมการบริหารว่าเราจะปกครองคนของเราด้วยความรักและ...ความหวังดี

บรรยากาศการประชุมเจ้าหน้าที่ด้วยเทคนิค World café ครั้งนี้ดีมาก พวกเราได้รับข้อเสนอที่มาจากใจของพวกเขา (อย่างนี้ซิ นะที่เรียกว่าบริหารอย่างมีส่วนร่วมที่แท้จริง) บรรยากาศของบุคลากรโรงพยาบาลเปลี่ยนทันทีทุกคนดูคึกคัก มีเสียงหัวเราะ มีเสียงระอื้น (จากไม่เคยได้ระบายทุกข์ก็ได้มีคนเข้าใจ...มีคนรับฟัง) บุคลากรเริ่มรู้สึกเห็นคุณค่าของกันและกัน ดูภูมิใจมาก

ผมค้นพบบทเรียนหลายอย่างที่มีค่า “หัวใจของการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์คือการบริหารงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” นั่นเอง

จากหมอนัทที่คิดอย่างจะเปลี่ยนแปลงโลกให้เป็นอย่างที่ผมหวังที่ตนเองเห็นว่าดีมาเป็นหมอนัทที่เปลี่ยนความคิดตนเอง...เพราะเพียงแค่เปลี่ยนท่าทีการบริหาร...จาก “ผู้เสนอความคิดมาเป็นผู้ฟัง” ให้มากขึ้น...สังคมก็จะเปลี่ยน

ปัจจุบันนี้เธอครับ...โรงพยาบาลประทายเปลี่ยนไปจนผมเองไม่อยากเชื่อสายตาตนเอง ผมต้องยอมรับจริงๆ ว่าบุคลากรที่นี่เก่งมาก นิสัยดี จิตใจดี ขยันอดทนมากๆ มีหัวใจความเป็นมนุษย์

1. ผมเปลี่ยนตัวเองไม่กดดันน้องเรื่องการออกตรวจ แต่ผมจะเป็นตัวอย่างที่ดีขึ้นต่อมาอีก 3-4 เดือนต่อมาองค์กรแพทย์เขาเสนอการออกตรวจเวลา 7.00 น.เองและทีมเขาตั้งชื่อว่าคลินิกรับอรุณ ...ไม่ต้องกดดันเวลาตรวจ...ทานข้าวเที่ยงตรงเวลา...บรรยากาศโรงพยาบาลก็ดีขึ้นอย่างชัดเจน...เราเห็นท่าทีแพทย์ที่พยายามเข้าใจความต้องการของผู้อื่นมากกว่าให้ผู้อื่นเข้าใจตนเอง

2. กิจกรรมจากงานบริการต่างๆ เกิดการบูรณาการการพัฒนาจิตกับทุกๆ งานเช่นเกิดคลินิกเฉพาะโรคที่ตอบสนองความต้องการของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ เช่นคลินิกเบาหวานความดันครบวงจร เกิดชมรมเบาหวานความดันครบวงจรและผู้ป่วยในที่มีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวนมากก็เกิดกิจกรรม CQI ดีๆ เช่น End stage of Life care, กิจกรรมบิณฑบาตโรกภัยทุกวันพฤหัสบดี (เป็นกิจกรรมที่พระคุณเจ้ามา Round Ward ด้วยพร้อมรับการรับบิณฑบาต) การดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง

ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย/ญาติรู้สึกดีมาก ๆ กิจกรรมเยี่ยมบ้านในกรณีผู้พิการทางการเคลื่อนไหวและมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจและสังคมของทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. ระบบที่สำคัญเช่นการบริหารและทรัพยากรมนุษย์ ตั้งแต่ระบบคัดเลือกที่เน้นการให้คุณค่าของกันและกัน การประชุมพิเศษและการสอนงานเจ้าหน้าที่ใหม่ (การรับน้อง ระบบเก๋า พิธีจุดเทียนอุดมการณ์) กิจกรรมพัฒนาคุณภาพจิตเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้แก่การไปวิปัสสนากรรมฐาน เพื่อเน้นการพัฒนาภายในได้แก่การฝึกสติ สมาธิ และปัญญาและ...กิจกรรม ใช้ KM เพื่อพัฒนาจิต ในหัวข้อ “ทำงานมาหลายปี...มีอะไรดีที่ประทหาย” เป็นกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาทางคุณภาพทางจิตปัญญา ให้เห็นคุณค่าของกันและกัน รวมทั้งได้ความรู้จากประสบการณ์การทำงาน

4. กิจกรรมจิตอาสาของบุคลากรโรงพยาบาลเช่นชมรมคนรักดี (จากคนไข้มา แต่มีแนวคิดทำประโยชน์ให้ผู้อื่น) เน้นการสร้างความเป็นทีมที่มีจิตสาธารณะ เช่นช่วยจุดย้ายของ รับผิดชอบงานกีฬา เป็นการสร้างแนวคิดพื้นฐานความสุขจากการให้

5. การพัฒนาระบบคุณภาพที่ไม่เน้นเพียงแค่ KPI แต่เน้นความเข้าใจในการแก้ปัญหาเช่น มหกรรม CQI ด้วยความรัก เน้นการแลกเปลี่ยนและการให้คุณค่าของกันและกัน...รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทั้งที่จับต้องได้เช่นอาคารสถานที่ที่ดูผ่อนคลายมีห้องพักผ่อนที่เหมาะสมและจับต้องไม่ได้เช่นบรรยากาศการทำงาน ดนตรีบำบัด กิจกรรม Happy Birthday

จริง ๆ แล้วความสุขจากการทำงานเกิดขึ้นในทุก ๆ วัน ตั้งแต่เช้าที่เราตื่นนอนมา อาบน้ำล้างหน้ารับประทานอาหารกับคนที่เรารักและเขารักเรา...ไปทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่มีคุณค่าที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่นำส่งสารรอคอยความหวังจากพวกเรา...เขามาด้วยความเชื่อมั่นและศรัทธา...คนเราอยู่ได้เพราะความเชื่อมั่นและมีความหวัง...ใช่เราต้องเชื่อว่าปฏิหารย์ มีอยู่ในทุกคน...ทุกที่ทุกเวลา...

ยังมีเรื่องราวดี ๆ อีกมากที่ผมไม่สามารถนำมาเล่าได้ทั้งหมด...ยังมีผลงานของทีมงานของผมอีกมากมายที่ไม่กล่าวถึง...วันนี้บรรยากาศของโรงพยาบาลเปลี่ยนไปมากในทางที่ดีขึ้น... สิ่งที่เราทำได้ไม่ใช่แค่เพียงแค่ได้ทำงานและได้สิ่งของที่ผู้ป่วยมอบให้...หรือทรัพย์สินเงินทอง แต่มันคือ “การเรียนรู้บนรอยยิ้มที่มีความสุขของทุกคน” นี่คือนิยามความสุขของผมแล้วครับ

ขอขอบคุณทาง พรพ. สสจ.นครราชสีมา เจ้าหน้าที่ใน รพ.ประทหาย ผู้ป่วยประชาชนและเครือข่ายทั้งรัฐและเอกชนที่ทำให้รพ.ประทหายมีวันนี้ โดยเฉพาะอาจารย์ นิวัติ รุจิรา ยงยุทธและทุก ๆ ท่านที่ทำให้ผมและทีมได้เรียนรู้ “หัวใจของการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์คือการบริหารงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ...ขอบคุณครับ...ด้วยรัก...ศรัทธา...เชื่อมั่นนพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล และคณะเจ้าหน้าที่ชาวโรงพยาบาลประทหาย

C20 สังคมปรนัย...กับความท้าทายของวัฒนธรรมคุณภาพ

13 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Grand Ballroom

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

ระบบงานสมัยใหม่เป็นผลผลิตของวิธีคิดแบบอุตสาหกรรมในสังคมตะวันตก ระบบบริการสุขภาพ ระบบการศึกษา หรือระบบงานราชการจึงมีรากฐานความคิดที่ไม่ต่างไปจากระบบการจัดการอุตสาหกรรม

ประชาชนพลเมืองที่เป็ดติดต่อกับระบบงานสมัยใหม่เป็นเสมือนวัตถุติบของโรงงานอุตสาหกรรม ถูกประเมินด้วยเกณฑ์มาตรฐานที่เหมือนๆ กัน แบ่งการจัดการเป็นชั้นๆ อย่างตายตัว ผ่านกระบวนการเหมือนๆ กันเพื่อให้สิ้นสุดลงด้วยผลลัพธ์ที่กำหนดไว้แล้วล่วงหน้าและมีคุณภาพมาตรฐานเหมือนๆ กัน การวัดผลเน้นไปที่ความแตกต่างในเชิงปริมาณมากกว่าเชิงคุณภาพ และเพื่อให้การประเมินผลเชิงปริมาณเป็นไปได้อย่างเที่ยงตรงและรัดกุมยิ่งขึ้น ข้อสอบก็ต้องเป็นข้อสอบแบบปรนัยด้วย

ฐานความคิดที่สำคัญของข้อสอบปรนัยก็คือ ความจริงและสิ่งที่ถูกต้องนั้นถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าแล้ว คำตอบสุดท้ายนั้นมีคนรู้อยู่แล้ว ผู้คนส่วนใหญ่ไม่มีส่วนในการกำหนดว่าจะไรถูก อะไรผิด และก็ไม่ต้องคิดอะไรใหม่ด้วย และเพียงแค่จดจำให้ได้ว่าคำตอบที่ถูกต้องที่มีอยู่ในตัวเลือกนั้นคืออะไร

ระบบเช่นนี้เป็นระบบที่เน้นการผลิตขนาดใหญ่ หรือ mass production โดยมีผู้สร้างความรู้จำนวนน้อย แต่มีผู้เสพหรือบริโภคความรู้เป็นจำนวนมาก คนส่วนใหญ่ถูกฝึกให้รอคอยที่จะบริโภคความรู้สำเร็จรูปมากกว่าที่จะมีส่วนร่วมในการผลิตความรู้ และความรู้ที่เหมาะสมกับการบริโภคแบบ mass consumption จึงเป็นความรู้ฉาบฉวยที่ถูกทำให้ง่ายและบริโภคได้โดยไม่ต้องใช้สติปัญญาอะไรมากนัก

เราอาจเรียกสังคมลักษณะนี้ว่าสังคมปรนัย คือเป็นสังคมที่ผู้คนใช้ชีวิตเหมือนทำข้อสอบปรนัย ตัดสินใจผ่านตัวเลือกสำเร็จรูปที่ถูกกำหนดไว้แล้วล่วงหน้า ไม่ว่าจะเป็นเสื้อผ้า กระเป๋า รองเท้า บัตรเครดิต รวมไปถึงการทำงานและการใช้เวลาว่าง อย่างเช่น การใช้เวลาว่างวันหยุดสุดสัปดาห์ก็เป็นแบบปรนัย ไม่ต้องใช้จินตนาการหรือความคิดอะไรมาก แค่เลือกระหว่างนอนอยู่บ้านดูทีวี หรือจะออกไปเดินห้าง

สังคมปรนัยที่มีลักษณะสำคัญคือการนำเสนอตัวเลือกสำเร็จรูปแบบง่ายๆ ที่ทำให้เราไม่ต้องใช้ความคิดหรือสติปัญญามากมายนักในการมีชีวิตอยู่ในแต่ละวัน และหากเราไม่ตั้งสติให้ดี เราก็อาจถูกกำหนดให้เลือกกระหว่างตัวเลือกที่ไม่เข้าท่าสองตัวเลือก ตัวเลือกพวกนี้ทำหน้าที่สำคัญคือการหลอกให้เราคิดว่าเรามีเสรีภาพที่จะเลือก

การบรรยายนี้จะเป็นการสำรวจถึงฐานคิดแบบปรนัยและอิทธิพลของสังคมปรนัยที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งจะนำเสนอแนวทางการทำงานที่เชื่อว่าการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นั้นไม่สามารถทำแบบปรนัยได้

c30 ใจผลิบานจากการเรียนรู้ เต็มเต็มตนจากผลของงาน

นพ.ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์	รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์
วิมล โรมา	สำนักที่ปรึกษากรมอนามัย
พญ.ปรีชวัน จันทร์ศิริ	คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณิงนิจ ไชยลังการณ	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่
ช่อผกา วิริยานนท์	อิสระ

Meeting Room 1

Hidden Wholeness เปิดหัวใจไร้รอยต่อ

รับฟังแนวคิดและเรื่องราวดี ๆ เกี่ยวกับระบบบริการที่ไร้รอยต่อ
การนำศักยภาพในแต่ละคนมาผสานเพื่อคุณค่าต่อองค์กร
การทำให้การประเมินเกิดคุณค่าอย่างแท้จริง
และหัวใจอันงดงามของผู้ที่ทำงานในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน

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

A21 Mind & Body Medicine in Seamless Healthcare
11 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 1

รศ.พญ.รัตนา พันธุ์พานิช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ทุกวันนี้เรามองหาและเน้นย้ำกันเรื่องคุณภาพบริการ ถ้ามั่นใจว่าหมอและพยาบาลจะให้บริการที่ดีที่สุดกับผู้ป่วยได้อย่างไร หรือในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการ ท่านเคยรู้สึกไหมว่า...งานที่เราทำอยู่ทุกวัน ที่ต้องดูแลผู้ป่วยนั้นทำให้เรารู้สึกป่วยพอๆ กัน ท่านอาจคาดหวังอะไรสักอย่างที่จะมาทำให้การทำงานไหลลื่น และชีวิตมีความสุขขึ้น ลองมาฟังทัศนะในการสร้างความสมดุลของคุณค่าในการดูแลสุขภาพกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ที่จะทำให้ท่านมีมุมมองใหม่ในการดูแลผู้ป่วย และอาจเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้ท่านได้รู้จักตัวเองมากขึ้น สิ่งที่จะนำเสนอเป็นความรู้ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า จากงานวิจัย รวมทั้งถอดบทเรียนจากประสบการณ์ส่วนตัว ที่ทำให้เข้าใจได้ว่าชีวิตไม่ได้มีเพียงร่างกายซึ่งจับต้องได้เท่านั้น แต่ยังมีส่วนที่มองไม่เห็นอยู่ภายใน และสิ่งนั้นเองที่นำพาชีวิตให้ขับเคลื่อนไป

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

ในปัจจุบัน การผสมผสานวิธีการดังกล่าวเข้าไปในโปรแกรมสุขภาพและวิธีการดูแลผู้ป่วยจึงแพร่หลายไปทั่วโลก ในรูปแบบวิธีต่างๆ โดยเฉพาะในโรคที่จิตใจและอารมณ์มีบทบาทสำคัญ ได้แก่ มะเร็ง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินอาหาร โรคหืด เป็นต้น วิธีการดังกล่าวยังเกิดผลดีและประโยชน์ต่อระบบบริการสุขภาพโดยรวมด้วย เพราะเป็นวิธีที่สิ้นเปลืองน้อยมาก

การสอนผู้ป่วยด้านเทคนิควิธีการเสริมพลังทางจิตเพื่อการเยียวยาตนเองและเกิดผลเสริมกันกับการรักษาทางการแพทย์นั้นเป็นเรื่องสำคัญ แต่สิ่งที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าคือการที่แพทย์ พยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการจะต้องมีสำนึกให้ได้ว่า นอกเหนือจากร่างกายแล้ว ชีวิตยังมีจิตใจ และจิตวิญญาณ และเข้าใจได้อย่างลึกซึ้งถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างจิตกับกาย การดูแลสุขภาพแบบไร้รอยตะเข็บจึงจะเกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง

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

A31 Seamless Referral System

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

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

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

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

คณะวิทยากรผู้ร่วมอภิปรายทุกท่าน เป็นผู้มึบทบาทหลักในการพัฒนาระบบการส่งต่อตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน และแต่ละท่านเป็นตัวแทนจากภาคส่วนของกรให้บริการ ในระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จะได้มาเล่าประสบการณ์ทั้งหมดเพื่อการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนกับผู้เข้าร่วมประชุม

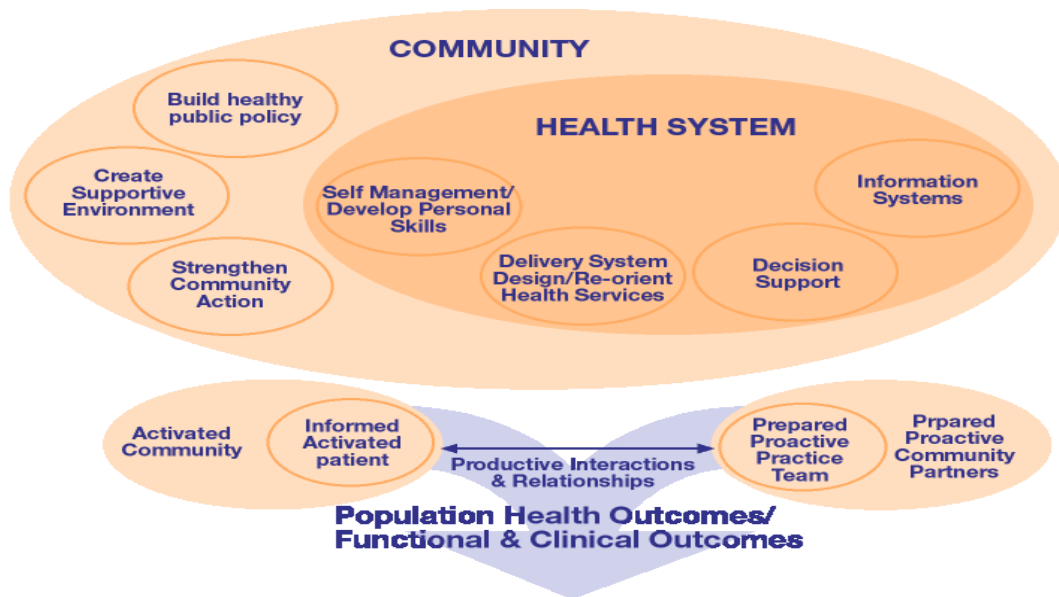
นพ.นิมิตร อินปันแก้ว รพ.ลำพูน
นพ.โกศิน ศักรินทร์กุล รพ.ลำพูน
วัชรินทร์ อิงคนินันท์ รพ.นครพิงค์
นพ.วิรัช พันธุ์พานิช รพ.ลำพูน (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

**Seamless in Chronic care : ภาพในมุมมองของโรงพยาบาลทั่วไป
และทีมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลำพูน**

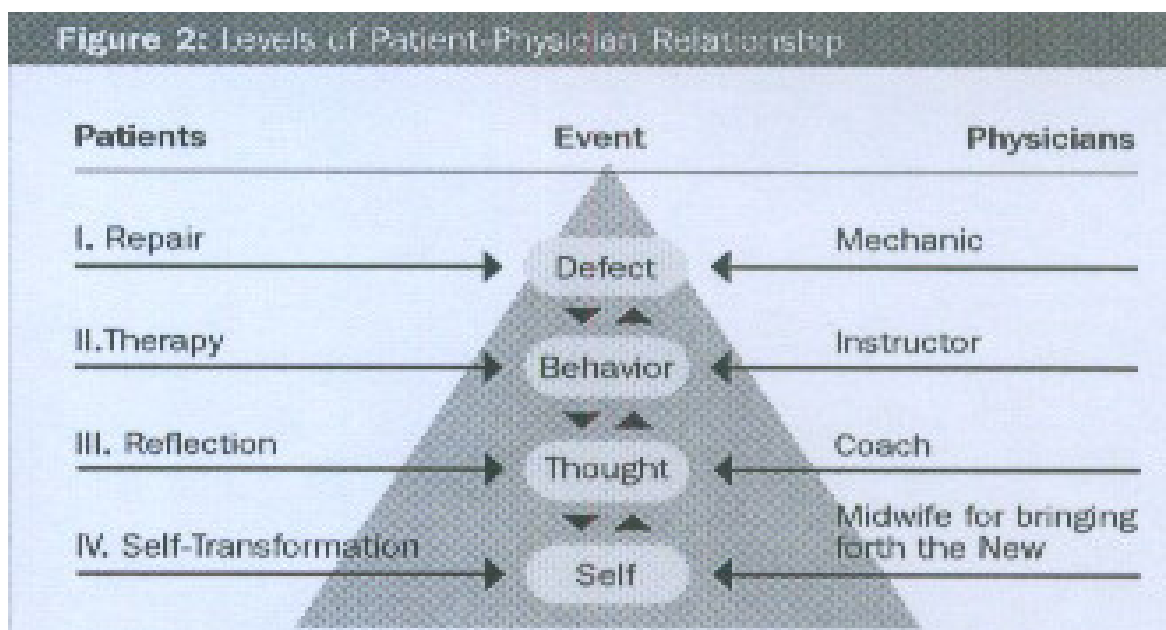
นพ.นิมิตร อินปันแก้ว (รพ.ลำพูน)

โรงพยาบาลลำพูนเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับทุติยภูมิ ได้จัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสุขศึกษา ทีมงานเวชกรรมสังคม สถานีอนามัยและเครือข่าย ทำหน้าที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน ทั้งหมด 3,645 คน (พ.ศ.2551) และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นทุกปี จำนวนผู้ป่วยที่มาตรวจคลินิก DM แต่ละวัน ประมาณ 200-300 คน ทำให้การดูแลผู้ป่วยและญาติไม่ครบองค์รวมและมาตรฐานการรักษา ไม่สามารถ ส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรและทรัพยากรใน โรงพยาบาลมีจำกัด ระบบสารสนเทศยังไม่เอื้ออำนวยในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลของปัญหา ทั้งหมด ทางทีมได้นำแนวคิดที่สำคัญ 4 เรื่อง มาประยุกต์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง และ ญาติผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อตั้งศักยภาพของทุกภาคส่วน ตั้งแต่ตัวผู้ป่วย ญาติ ชุมชน และทีมการดูแลรักษา มาร่วมกับการเรียนรู้การดูแลโรคเพื่อความสุขของทุกคนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. Chronic care model ของ Wagner



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



3. สุนทรียสนทนา (Dialogue) : การฟังอย่างลึกซึ้งและการสื่อสารด้วยภาษาแห่งความรัก
4. สติ (Mindfulness)

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

1. **Community partnership** มีการขยายที่มการรักษาร่วมกันโดยรวมกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมาย ญาติ (โครงการอยู่กับเบาหวานด้วยความรัก) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามาร่วมเป็นทีมดูแลรักษาเพื่อเรียนรู้โดยกระบวนการจัดการความรู้ โดยมีเป้าหมายให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษาและป้องกันโรค

2. **Health systems organization** มีการจัดตั้งทีมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งครอบคลุมทุกสหวิชาชีพ และที่อยู่ในพื้นที่ของผู้ป่วยคือด้านปฐมภูมิ

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

ที่ระดับ PCU ซึ่งดูแลโดยเจ้าหน้าที่ สอ. อย่างน้อยเป็นระบบ repair และ therapy

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

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

และระดับโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ และอายุรแพทย์ สามารถดูแลได้ทุกระดับ,

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

4. **Decision support** ได้มีการจัดทำ evidence-based guidelines ของสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยและ ADA

5. **Clinical information system** มีการพัฒนาทั้งข้อมูลเชิงระบบการดูแลรวมทั้งหมด และข้อมูลที่ติดตัวของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันไม่ว่าผู้ป่วยจะไปใช้บริการที่ไหนของระบบการดูแลทั้งหมด

ผลการดำเนินงานในปี 2551 ส่งผู้ป่วยไปดูแลทั้งระบบปฐมภูมิทั้งหมด 664 คน (18%) , FBS 80-120 mg% 33.81% , FBS 121-140 mg% 20.98% , HbA1C < 6.5 28.74% , HbA1C 6.5-7.0 16.56% , BMI ≤ 25 65.05% , LDL ≤ 100 mg% 24.0% , โรคแทรกซ้อน ON 14.12% , DR 10.45% ,

CAHD 7.7% , CVA 4.2% , Diabetic Foot 1.5% , โรคร่วมที่สำคัญ สูบหรี่ 3.09% , Hyperlipidemia 42.7% , HT 64.54% เปรียบเทียบผู้ป่วยที่ดูแลที่คลินิกเบาหวาน และผู้ป่วยที่ดูแลที่ระบบปฐมภูมิ พบว่าร้อยละของการตรวจประจำปี ผู้ป่วยในระบบปฐมภูมิจะได้รับการตรวจ HbA1C มากกว่าที่คลินิกเบาหวาน 50.87% และ 35.29% ตามลำดับ ส่วนการตรวจประจำปีอย่างอื่นใกล้เคียงกัน , การควบคุมระดับน้ำตาล กลุ่มระบบปฐมภูมิตีดีกว่าเล็กน้อย FBS 80-120 mg% 56.30% และ 33.81% ตามลำดับ HbA1C \leq 7 48.65% และ 45.30% ตามลำดับ , BMI และ LDL ควบคุมได้เท่ากัน ส่วนผู้ป่วยในโครงการอยู่กับเบาหวานด้วยความรัก เปรียบเทียบก่อนเข้าโครงการและหลังเข้าโครงการ FBS 80-120 mg% 7.6% และ 17.24% , HbA1C \leq 7 14.06% และ 24.30% , BP \leq 130/80 mmHg 39.39% และ 65.52% , LDL \leq 100 mg% 21.4% และ 34.78% และ TG \leq 150 mg% 26.86% และ 52.17% ตามลำดับ

บทส่งท้ายการเรียนรู้ของข้าพเจ้าและทีม เราพบว่าการสลายรอยตะเข็บที่เกิดจากโครงสร้างทางกายภาพ ความรู้ และสายบังคับบัญชาที่ทำได้โดยง่าย โดยการปรับโครงสร้าง ระบบการดูแลผู้ป่วยและระบบข้อมูล แต่การจะสลายรอยตะเข็บในใจของผู้คนที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย ญาติ ชุมชน และทีมการรักษาทุกระดับ เพื่อให้ระบบที่สร้างนั้นมีชีวิต ไม่ใช่ระบบและโครงสร้างที่ไร้ชีวิตนั้นต้องอาศัยการตื่นรู้ในตัวเองของผู้คนและระบบ ซึ่งเกิดจากสติที่ตื่นรู้ตลอดเวลา (awaking mindfulness) ที่จะมองเห็นความทุกข์และความสุขของผู้คนในระบบผ่านกระบวนการสุนทรียสนทนาทั้งเชิงตื่นและลึก เพื่อที่จะสัมผัสทุกข์อย่างตามที่มันเป็นจริง ไม่ใช่ตามที่เรานึกคิดและความรู้ของเรา เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงความทุกข์ของผู้คนและระบบ เปลี่ยนเป็นความสุข และสัมผัสความปิติ อิ่มเอม และรอยยิ้ม จากความสุขของผู้คน เพื่อหล่อเลี้ยงเจตจำนงของเราให้เข้มแข็งขึ้น แปล่าประโยชน์ที่จะพัฒนาให้ระบบและผู้คนให้มีประสิทธิภาพในการดูแลและควบคุมโรคได้ดี แต่ระบบนั้นบีบรัดทำให้ผู้คนในระบบไม่มีความสุข ไม่เป็นอิสระ ด้วยระบบที่มีความสุข มีชีวิต และเป็นอิสระเท่านั้นที่จะสลายรอยตะเข็บที่อยู่ในใจผู้คน

บทบาทของศูนย์แพทย์ชุมชนในการให้บริการโรคเรื้อรังแบบไร้รอยตะเข็บ (Role of CMU in Seamless Chronic Care)

นพ.โกศล ศักรินทร์กุล (รพ.ลำพูน)

หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์หรือศูนย์แพทย์ชุมชน (Community Medical Unit, CMU) เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีศักยภาพประกอบด้วยบุคลากรจำนวนไม่มากแต่มีความหลากหลายทางด้านวิชาชีพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่น ๆ ให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีลักษณะเป็นองค์รวม และเป็นพี่ปรึกษาทางด้านการแพทย์ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิขนาดเล็กในพื้นที่ใกล้เคียง ศูนย์แพทย์

ชุมชนตำบลมะเขือแจ้ อ.เมือง จ.ลำพูน เป็นศูนย์แพทย์ชุมชนในเครือข่ายโรงพยาบาลลำพูนที่ถูกจัดตั้งขึ้นมา เพื่อให้บริการในลักษณะดังกล่าวโดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

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

นอกจากนี้ยังอาศัยต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model, CCM) ของ นายแพทย์ Edward H. Wagner เพื่อให้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการจัดองค์ประกอบที่ดี เชื่อมโยงกับทรัพยากรที่จำเป็นที่ได้จากชุมชน เกิดแรงจูงใจ/สิ่งตอบแทน มีทรัพยากรในการช่วยเหลือที่เพียงพออันจะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการปฏิบัติใหม่ที่สนองตอบความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Seamless Chronic Care

นพ.วิรัช พันธุ์พานิช (รพ.ลำพูน)

โรคเรื้อรังไม่ติดต่อกำลังเป็นปัญหาของเกือบทุกโรงพยาบาล ด้วยจำนวนผู้รับบริการที่มากขึ้นเรื่อยๆ คลินิกเบาหวาน คลินิกความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลทุกแห่ง จึงเนืองแน่นไปด้วยผู้ป่วยและญาติ ก่อให้เกิดภาระกับโรงพยาบาลและทีมงานผู้ให้บริการเป็นอย่างมาก รวมทั้งความไม่พอใจ และการรอคอยที่เนิ่นนานของผู้รับบริการ

การบริหารจัดการโรคเรื้อรังเหล่านี้ ต้องอาศัยทีมงานสหวิชาชีพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคที่กำลังเป็นอยู่ มีความต่อเนื่องในการรับบริการและดูแลตนเอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม การทำงานของทีมงานต้องบูรณาการประสานสอดคล้องกัน ไม่มีการขวางกั้นในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ทั้งรวมการสนับสนุนจากชุมชนด้วย

Wagner พัฒนา Chronic care model ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งเป็นความร่วมมือของผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

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

ทางโรงพยาบาลลำพูนได้ใช้แนวทางของ Wagner และระดับความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและแพทย์รวมทั้งการจัดบริการให้ร่อยเรียงกันของคลินิกพิเศษโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล ร่วมกับจัดบริการในศูนย์แพทย์ชุมชน และเครือข่ายผู้ป่วยในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เรื่องราวทั้งหมดเหล่านี้ คณะวิทยากรจะได้มาเล่าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนกับผู้เข้าร่วมประชุม

B11 ขับเคลื่อนองค์กรด้วยคุณค่าและปัญญาร่วม

Dialogue Leadership: Facilitating Conflict to Creative Change

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

อังคณา มาศรีธรรมศรี เครือข่ายโรงเรียนพ่อแม่

สมพล ชัยสิริโรจน์ เครือข่ายโรงเรียนพ่อแม่

ณัฐพิศ วัจวิญญู สถาบันขวัญแผ่นดิน (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

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

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น มีทั้งระดับบุคคลและระดับกลุ่ม ในระดับบุคคลนั้นดูได้จากความรู้สึกได้ถึงคุณค่าของตัวเอง เรืองเล่า ความรู้สึกนึกคิด ความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกัน ไม่แบ่งแยกเป็นฝักฝ่ายที่คอยปกป้องหรือปกปิดตัวเอง ส่วนผลลัพธ์ในระดับกลุ่มคือการเกิดความเข้าใจร่วมกัน ซึ่งไม่ได้หมายถึงการยอมตามกันอย่างปกปิด แต่ยอมรับความแตกต่างหลากหลายของความคิดที่นำไปสู่การแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ได้ ผู้นำที่จะก่อให้เกิดการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในองค์กร ไม่เพียงแต่ต้องสามารถคิดเป็น จับประเด็นและพูดได้เท่านั้น จำเป็นต้องมีทักษะในการรับรู้โลกภายในของตัวเอง ที่ไม่เพียงแต่เป็นโลกของความคิด แต่เป็นโลกที่เต็มไปด้วยความรู้สึกและอารมณ์ที่หลากหลายดำรงอยู่ เพื่อที่จะสามารถรับรู้โลกภายในที่ประกอบด้วยสัญลักษณ์และความหมาย ทักษะนี้ไม่เพียงแต่สามารถฝึกฝนได้ในการทำงานเท่านั้น แต่ยังสามารถปรับใช้ในบริบทของครอบครัวด้วย เพราะการพูดฟังที่มีประสิทธิภาพก็จะสามารถปรับความเข้าใจบรรยากาศในครอบครัวที่นำไปสู่ความเข้าใจและความสุขที่ส่งผลต่อเนื่องไปถึงประสิทธิภาพการทำงานในองค์กรด้วย

กิจกรรม ฝึกการรับฟังแนวลึก

B21 การสร้างสัมพันธภาพแนวลึกสู่ประสิทธิภาพแห่งทีม

Voice Dialogue for Team Synergy

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

อังคณา มาศรีงสรรค์ เครื่องข่ายโรงเรียนพ่อแม่

สมพล ชัยสิริโรจน์ เครื่องข่ายโรงเรียนพ่อแม่

ณัฐพิส วังวิญญู สถาบันขวัญแผ่นดิน (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

การทำงานกับผู้คนที่มีความบุคลิกลักษณะและแบบแผนพฤติกรรมที่แตกต่างหลากหลายนั้นเป็นความท้าทายของการสร้างองค์กรแห่งประสิทธิภาพ เราไม่สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตราบใดที่เราไม่สามารถรับรู้และรับมือกับความแตกต่างนี้ได้ด้วยหัวใจที่เปิดกว้าง ไม่ต่อต้าน ด่วนตัดสินใจหรือขัดแย้ง การหลอมรวมเป็นหนึ่งเดียวกัน (synergy) จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อทุกคนในที่ทีมงานสามารถรับรู้และยอมรับความแตกต่างนี้ได้

Voice Dialogue เป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยให้เราทำงานกับความแตกต่างเหล่านี้ เพื่อสร้างมิติและประสิทธิภาพของการอยู่ร่วมกันได้ด้วยการเริ่มต้นที่การยอมรับการตัดสินใจ (voice of judgment) หรือมุมมองที่จำกัดที่เรามีต่อผู้อื่น แล้วสืบค้นในตัวเองเพื่อมองให้เห็นตัวตนภายในที่มี ตัวตนภายในในที่นี้หมายถึงศักยภาพในการเป็นและแสดงออก ซึ่งมีทั้งตัวตนที่เรายอมรับและที่เรากดขี่หรือละทิ้งไว้ ตัวตนเหล่านี้ดำรงอยู่ในการรูปแบบของกระบวนการคิด พลังงาน บทสนทนาหรือเสียงภายใน การทำงานด้านในแบบนี้ช่วยให้เราคลี่คลายความขัดแย้งภายในตัวเอง และเริ่มสามารถช่วยให้เรารับมือกับความแตกต่างได้ดียิ่งขึ้น เพื่อแปรเปลี่ยนความแตกต่างนี้ไปสู่การสร้างสรรค์และประสิทธิภาพขององค์กร

กิจกรรม สีของสองโลกด้านใน

B31 พลังชีวิตและการสร้างสรรค์สุขภาพ : Creating a Healthy Living

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

ปิยพงศ์ ดาวรุ่ง	สถาบันขวัญแผ่นดิน
ฉานเดช พวงจิ้น	สถาบันขวัญแผ่นดิน
สมพร พิงอุดม	สถาบันขวัญแผ่นดิน
ณัฐพัส วัชวิญญู	สถาบันขวัญแผ่นดิน (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ในการปรับปรุงประสิทธิภาพของการอยู่ร่วมกันนอกจากต้องใส่ใจในมิติของความคิดแล้ว ยังต้องใส่ใจสุขภาพในระดับกายและอารมณ์ที่ส่งผลต่อการรับรู้และการทำงานร่วมกันด้วย การดูแลสุขภาพให้ดีเพื่อให้ชีวิตเราและทีมมีความสุขนั้น จำต้องมีความเข้าใจในความเป็นองค์รวมของร่างกายและจิตใจ อันเกี่ยวเนื่องอยู่กับฐานพลังของชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโลกปัจจุบันที่เราต่างต้องแข่งขันกับเวลาและเป้าหมาย ภาวะบีบคั้นและตึงเครียดส่งผลต่อสุขภาพและความสุขทุกข์ของเราไม่น้อย

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

กิจกรรม

ชุดกิจกรรมการออกกำลังกายที่สร้างการไหลเวียนของพลังชีวิตอย่างทั่วถึง

การผ่อนคลายเซลล์ทั่วร่างกายอย่างลึกซึ้งเพื่อให้สมองสามารถสร้างเซลล์ใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

B41 **วิถีแห่งความบรรสาน : Way of Harmony**
12 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 1

ปิยพงศ์ ดาวรุ่ง	สถาบันขวัญแผ่นดิน
ฉานเดช พวงจัน	สถาบันขวัญแผ่นดิน
สมพร พึ่งอุดม	สถาบันขวัญแผ่นดิน
ณัฐพัส วัจวิญญู	สถาบันขวัญแผ่นดิน (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ในวิถีของศิลปะการป้องกันตัวแบบไท่ จี้ ฉวน ให้คุณค่ากับการของการอ่อน ยืดหยุ่น เพื่อรับมือกับแรงต้านหรือความแตกต่างด้วยการหลอมรวมกับความแตกต่างนั้นจนเป็นหนึ่งเดียวกัน เมื่อเกิดความเป็นหนึ่งเดียวกันแล้ว ย่อมมีพลังและประสิทธิภาพสูงสุด เช่นเดียวกับอวัยวะต่างๆ ที่ร่างกายเราที่เมื่อบรรสานสอดคล้องกันแล้วก็ย่อมมีประสิทธิภาพและสุขภาพที่พึงประสงค์ ในการสร้างทีมงานหรือองค์กรแห่งการเรียนรู้ การรับมือกับแรงที่แตกต่างเหล่านี้เป็นทักษะที่สำคัญและอาศัยการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรม

ฝึกการสื่อสารกับพลังชีวิต (ชี) ให้ไหลเวียนอย่างไม่ติดขัด เพื่อการอยู่ร่วมกับคนรอบข้างและสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุล (พึ่งแรง)

C11-C21 ประเมินจริง สุขจริง ไม่ผูกสลิ้ง ไม่โรยผักชี
13 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 1

ธีระพล เต็มอุดม	สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา
ดร.พงษ์ธร ดันติฤทธิศักดิ์	สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา
ดร.จิรัฐกาล พงศ์ภาคเธียร	ม.มหิดล
ภาณุมาศ จีรภัทร์	สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา
สิทธิพร เรืองดิษฐ์	ม.มหิดล
ดร.สรยุทธ รัตนพจนารถ	ม.มหิดล

ในปัจจุบันนี้การประเมินได้กลายเป็นส่วนหนึ่งและอยู่ในทุกระดับ ทุกภาคส่วนของสังคม ไม่ว่าจะภาครัฐ องค์กรธุรกิจ ชุมชนหรือพื้นที่ใดต่างมีการประเมินเป็นเครื่องมือสำคัญในการวัดผลสำเร็จ ทว่าท่ามกลางความรีบเร่งไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ การประเมินจึงถูกใช้ชี้วัดตัดสินการดำเนินงานที่ผ่านมาว่าบรรลุเป้าหมายและบังเกิดผลหรือไม่ ความคาดหวังจึงตั้งอยู่บนผลสุดท้ายของงานและอยู่บนมาตรฐานที่ถูกกำหนดขึ้น เราจึงปรารถนาได้รับผลการประเมินที่ดี และมักผิดหวังกับผลการประเมินที่ไม่เป็นไปตามคาด

เราสามารถมีความสุขกับการประเมินในทุกเวลาได้ไหม ทั้งในฐานะผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน การประเมินแท้จริงนั้นคืออะไร ประเมินเพื่ออะไร ประเมินอย่างไรจะนำมาซึ่งการเรียนรู้และความสุขของผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน

เชิญร่วมเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรม "ประเมินจริง สุขจริง ไม่ผูกสลิ้ง ไม่โรยผักชี" โดยคณะวิทยากร/กระบวนกร ผู้ค้นคว้าศึกษาวิจัยทบทวนองค์ความรู้ว่าด้วยการประเมินที่เหมาะสมสำหรับจิตตปัญญาศึกษา และมีประสบการณ์ตรงในการพัฒนาการประเมินที่ได้ลงไปใช้จริงในระดับอุดมศึกษา เป็นการประเมินที่มุ่งให้เกิดการพัฒนาศักยภาพและการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน

การสนทนาว่าด้วยการประเมินในคราวนี้ เราจะร่วมกันเรียนรู้การประเมินที่สร้างความสุข ได้มีประสบการณ์ตรงไปพร้อมกันบนตามสถานการณ์จริงและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ เชื่อมโยงผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินเข้าด้วยกัน จากใจถึงใจ จากเรื่องราวสู่เรื่องราว เป็นการประเมินตามความเป็นจริงและยอมรับความเป็นจริงนั้นด้วยใจที่เป็นสุข เพื่อมุ่งสู่การพัฒนาและเรียนรู้ตามศักยภาพที่ไร้ขีดจำกัดของมนุษย์ สัมผัสการประเมินที่ให้ความสำคัญกับความเป็นไปได้ในการพัฒนาและการเรียนรู้มากกว่าเกณฑ์หรือเป้าหมายที่ต้องไปให้ถึง ในบรรยากาศของความกรุณาเห็นอกเห็นใจและเข้าใจกันในฐานะเพื่อนมนุษย์คนหนึ่ง

C31 คุณภาพดงาม สามจังหวัดชายแดน

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

นพ.อนุชิต วัจทอง	โรงพยาบาลหนองจิก
นพ.เดชา แซ่หลี	โรงพยาบาลกะพ้อ
นพ.สุลกีฟลี ยูโซะ	โรงพยาบาลไม้แก่น
ผ่องพรรณ ธนา	สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

เราสามารถเห็นความมดงามของการพัฒนาคุณภาพบริการกระจายไปทั่วประเทศ ในพื้นที่เฉพาะที่เราจะกล่าวถึงกันนี้ มีความมดงามของคุณภาพบริการที่เป็นเอกลักษณ์อันโดดเด่น เพราะความท้าทายที่โรงพยาบาลเผชิญแตกต่างจากที่อื่นอย่างชัดเจน

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

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

นี่คือความมดงามของคุณภาพบริการที่เกิดขึ้นชนิดไร้รอยตะเข็บให้เห็นของทีมสุขภาพ ผู้รับบริการ และชุมชน โดยใช้หัวใจในการทำงานเชื่อมประสานกัน ส่งผลให้คุณภาพบริการ เจริญเติบโต ดงามได้ไม่แพ้ที่อื่นๆ และทีมสุขภาพยังสามารถอยู่ได้อย่างปลอดภัย ภายใต้สถานการณ์วิกฤตของสามจังหวัดภาคใต้

Meeting Room 2

Humanized Healthcare

รับฟังแนวคิดและเรื่องราวดี ๆ เกี่ยวกับการทำงานด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

การวางแผนชีวิต วิธีการเขียนที่เปลี่ยนชีวิตผู้คน

รวมทั้งเรื่องเล่าที่ได้รับ Humanized Healthcare Award ในปี 2552

11 มีนาคม 2552	10.30-12.00 น.	A22 ตะกายสู่ดาว...อย่างมียุทธศาสตร์
	13.00-14.30 น.	A32 สัมพันธภาพที่เปลี่ยนไปของผู้ให้และผู้รับ
	15.00-16.30 น.	A42 Great team : ทีมงานที่ยิ่งใหญ่
12 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	B12 เขียนเรื่อง เขียนโลก
	10.30-12.00 น.	B22 ที่ทำงาน....คือที่พิกใจ คือที่อยู่อาศัย คือบ้าน
	13.00-14.30 น.	B32 Core Values ที่อยู่ในใจคนทำงาน
	15.00-16.30 น.	B42 ลมหายใจ มีไว้เพื่อผู้ป่วย
13 มีนาคม 2552	08.30-10.00 น.	C12 เรื่องเล่าที่ได้รับ Humanized Healthcare Award <ul style="list-style-type: none">- Humanized Healthcare ในรพ.สุรินทร์- ชีวิตเลือกได้ด้วยบริการด้วยหัวใจ- บุคคลต้นแบบทางด้านจิตวิญญาณ
	10.30-12.00 น.	C22 เรื่องเล่าที่ได้รับ Humanized Healthcare Award <ul style="list-style-type: none">- ฉัน...จะพาเธอกลับบ้าน- สายใยครอบครัวล้อมรั้วด้วยรักก่อนกลับสู่ชุมชน- ใจสัมผัสใจ
	13.00-14.30 น.	C32 เรื่องเล่าที่ได้รับ Humanized Healthcare Award <ul style="list-style-type: none">- จิตอาสาแก๊งซ่าส์พาสนุก- ความใส่ใจของทีมทำงานเด็กฮิบ(HIV)- สู้ด้วยใจ ไปด้วยภาพ

A22 ตะกายสู่ดาว...อย่างมียุทธศาสตร์

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

ดร.วรภัทร์ ภูเจริญ บริษัท อริยชน จำกัด

ดร. วรภัทร์ ภูเจริญ...คนวางหมากบนกระดานชีวิต

ASTVผู้จัดการออนไลน์ คอลัมน์ Metro Life วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2548

แต่ละย่างก้าวในชีวิตที่ไม่รู้แน่ว่าจะชักพาไปสู่ความสำเร็จหรือล้มเหลว เชื่อแน่ว่าแต่ละคนให้ความสำคัญกับมันแตกต่างกัน ในขณะที่หลายคนปล่อยปละชีวิตตามโชคชะตา กลับมีบางคนมุ่งมั่นที่จะเดินไปข้างหน้าให้ได้ตามเส้นทางที่ตนกำหนด

ดร. วรภัทร์ ภูเจริญ คนไทยที่มีคุณสมบัติอย่างที่ต้องการน่าจะต้องตามหาอยู่ถึง 3 ปีจึงจะพบและมอบทุนให้เขาเรียนจนจบด็อกเตอร์ ตลอด 7 ปีที่ทำงานอยู่กับนาซ่า หรือรวมแล้ว 10 ปีที่อยู่อเมริกาทำให้เขาได้สัมผัสประสบการณ์มากมายจนถึงวันหนึ่งเขาก็หิวกระเป่ากลับมาเมืองไทย เพื่อเริ่มต้นชีวิตใหม่ ปฏิบัติธรรมไม่ต้องไปตั้งวัด แม้อยู่กลางเมืองก็สงบได้จากภายใน

ปัจจุบันเขาตั้งบริษัทชื่อ อริยชน ตัวเขาเองทำหน้าที่เป็นวิศวกรที่ปรึกษาเน้นในด้านการบริหารองค์กรและระบบบริหารจัดการให้กับองค์กรขนาดใหญ่และกลางหลายแห่ง เช่น ปูนซิเมนต์ไทย แบตเตอรี่ 3K บริษัทไทยเทพรส และทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินและตรวจยุทธศาสตร์ให้กับกระทรวงวิทยาศาสตร์และกระทรวงแรงงาน และนอกเหนือจากเวลาเหล่านี้ เขายังเป็นอาจารย์สอนวิปัสสนากรรมฐานให้กับพนักงานบริษัทและบุคคลทั่วไป

ในวัยที่ย่าง 46 ปี หากถามเขาถึงหลักกิโลและเส้นทางชีวิตที่ผ่านมาว่าเป็นเพราะความบังเอิญชักพาให้ไปหรือเปล่า เขาจะตอบว่า “ไม่” และจะส่ายอย่างอารมณ์ดีว่า “เรื่องอย่างนี้ไม่มีฟลุ๊ค” ฉะนั้นเมื่อบวกทั้งมุมมองวิถีคิด หยาดเหงื่อแรงงาน และมันสมองที่เขาคอยลับให้แหลมคมอยู่เสมอ คำหนึ่งที่หลุดออกมาระหว่างสนทนาบ่อยครั้งคือ ผมเป็นนักวางยุทธศาสตร์...

“วิถีคิดของผมไม่ค่อยเหมือนใครตั้งแต่เด็กแล้ว ผมมองอย่างที่ฝรั่งเรียกว่า “what if” หรือ “ถ้า” ถ้าเป็นอย่างนี้จะทำยังไง แล้วถ้าไม่ใช่จะทำยังไง จะมอง what if ตลอด มองทางแยก ผมคิดนะว่าเวลาขึ้นอยู่หน้าประตู แค่อีกจะเลี้ยวซ้ายกับเลี้ยวขวาชีวิตผมเปลี่ยนได้เหมือนกัน ซึ่งในเมื่อทางเลือกเป็นสิ่งสำคัญทำไมเราไม่เลือกวางแผนตั้งแต่ต้นว่าเราจะไปทางไหน”

หลังจากจบปริญญาตรีทางด้านเคมีเทคนิคจากคณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดร.วรภัทร์ตัดสินใจไปเรียนต่อที่สหรัฐอเมริกา โดยขอทางบ้านเฉพาะเงินค่าตัวเครื่องบิน ก่อนจะไปตายเอาดาบหน้าด้วยการหางานประเภทล้างจาน หรือ แม้กระทั่งเป็นไซเฟอร์ขับรถแท็กซี่ในนิวยอร์กหาเงินส่งตัวเอง

เรียน โดยมีคุณปู่เป็นแรงบันดาลใจอย่างที่เขาพร่ำบอกกับตัวเองในยามลำบากว่าขนาดปู่หอบเสื้อผืนหมอนใบมาจากไหนแล้วยังสามารถเติบโตร่ำรวยขึ้นมาได้เลย เพราะฉะนั้นเขาก็ต้องทำได้ ซึ่งแม้จะออกตัวว่าไม่ใช่คนเรียนเก่ง แต่ไม่นานเขาก็หาทุนเรียนได้จนจบปริญญาโททางด้านวิศวกรรมวัสดุศาสตร์

"ผมเิ่งมาตั้งนานตอนอยู่จุฬาฯ ผมได้ 2.6 เอง แต่พอไป อเมริกาแล้วผมไปจับหลัก how to learn หรือ วิธีเรียนรู้ ไปเจออาจารย์พูดไม่เก่ง สุดยอดพูดคือไม่ต้องพูด ในเมื่อเขาพูดไม่เก่งเราก็ต้องตั้งคำถามเก่ง คือผมไปแห่ยกถามแกว่าอันนี้คืออะไร มันอยู่ที่การตั้งคำถามของเราต่างหาก"

เรียนปริญญาโทอยู่ 2 ปี พอจบก็เกือบที่จะต้องเก็บกระเป๋ากลับบ้านเมืองไทยอยู่แล้วหากไม่ได้อาจารย์ที่ปรึกษาชาวอินเดียที่ ดร.วรภัทร์ฝากตัวใกล้ชิดพาไปรู้จักกับองค์การด้านอวกาศที่ชื่อว่านาซ่า "จบโททำงานที่นาซ่า เติบโตเขาต้องการคนอย่างผมอยู่พอดี คือหนึ่ง จบตรีวิศวะเคมี สอง ปริญญาโทด้านโลหะ สาม มีความรู้ด้านชีววิทยา ซึ่งตอนเรียนปริญญาโทผมศึกษาเรื่องเหล็กตามในกระดุกคน แล้วตอน มศ. 5 ผมก็เป็นประธานชมรมชีววะของเซนต์คาเบรียล ได้ชีววะ A หหมดเลย อีกข้ออย่างคือต้องพร้อมที่จะเปลี่ยนสาขามาเป็นวิศวกรเครื่องกล เขาจะให้เรียนต่อเอกทางนี้"

"กลางวันทำงาน ตอนเย็นก็ไปเรียน เรียนดีออกเตอร์อยู่ 7 ปี ที่นานเพราะเปลี่ยนสาขาเลยต้องปรับพื้นฐานเยอะ ต้องเรียนเซรามิกด้วย เขาเรียกผมจับจ่ายวิศวกร เพราะคนที่จะเป็นดีไซเนอร์ออกแบบอะไรใหม่ๆ ได้มันต้องรู้วิศวกรครบทุกสาขา เขาต้องการคนที่รู้รอบพุง อย่างผมนี่เขาหามา 3 ปี"

การเป็นแค่นักศึกษาปริญญาโทที่ทำงานท่ามกลางคนระดับดีออกเตอร์ในองค์การนาซ่าเป็นเรื่องกดดันสำหรับเขา แต่เขาก็ฟันฝ่ามาจนได้ ยิ่งไปกว่านั้นช่วงอยู่ที่นาซ่า 7 ปี เขาก็ยังไปคว้าได้รางวัลจากงานวิจัยเรื่องเครื่องยนต์ไอพ่น จึงทำให้เขากลายเป็นที่ยอมรับมากขึ้น

เหตุการณ์ที่ดำเนินมาถึงจุดนี้ก็เปลี่ยนบทบาทเขาจากโรบินฮู้ดสัญชาติไทยที่ดิ้นรนหาส่งเงินตัวเองเรียน มาเป็นวิศวกรมือรางวัลขององค์การนาซ่า เมื่อเป็นดังนั้นเรื่องฐานะความเป็นอยู่ก็ไม่ใช่อุปสรรคต่อไป เรียกว่าเข้าขั้นอยู่ได้อย่างสบาย ณ ตรงนั้น

...แต่แล้ววันหนึ่งเขาก็ตัดสินใจกลับบ้านเมืองไทย ด้วยเหตุผลที่ต้องดูแลพ่อแม่ที่ชราลงทุกวัน อีกทั้งก็ตามคนรักกลับมาเมืองไทย นอกจากนี้คือไม่อยากอยู่ใช้ชีวิตบั้นปลายเป็นคนแก่เหงา ๆ ที่อเมริกา

"กลับมาอยู่เมืองไทยรายได้เปลี่ยนเลย แต่ผมคิดอย่างนี้ว่าคนจน ๆ ึ่งเง่าอย่างกูไปเหยียบอเมริกา โดยเริ่มต้นจากศูนย์ ภายใน 10 ปีก็สามารถสร้างฐานะที่อเมริกาได้ ด้วยสมองอย่างกู อยู่เมืองไทยสิบปีก็ต่อมมีได้"

ส่วนลู่วางที่จะพาไปให้ถึงเป้าหมาย เขาวางไว้แล้วว่าจะต้องเริ่มต้นจากการเป็นอาจารย์ก่อนอื่น "ผมมองอย่างนี้ว่าที่สูงเท่านั้นก็เห็นรอบตัว เพราะฉะนั้นถ้าผมเข้าไปทำงานในโรงงานใด โรงงานหนึ่งเท่ากับผมเข้าไปเลย ชีวิตผมอับเฉาทันที ยกตัวอย่างคุณไปอยู่โรงงาน A คุณก็ต้องไปอยู่กับเขาจันทร์ถึงเสาร์ คุณจะไม่เห็นอะไรเลยนอกจากโรงงาน A แล้วคุณก็จะงุ่นงาย เหมือนหนูเข้าไปนอนอยู่ใน

ถึง และเวลาผ่านไปอย่างรวดเร็วจนอายุ 40 กว่า คุณก็พบว่าคุณไปไหนไม่ได้ คุณก็กลายเป็นซ้ำๆให้กับคน
ตระกูลหนึ่งซึ่งเป็นเจ้าของบริษัท อย่างนั้นคุณเสร็จเลย"

ดังนั้น ดร.วรภัทร์จึงเริ่มจากวางยุทธศาสตร์ชีวิตของตัวเองเมื่อย้ายกลับมาอยู่เมืองไทยด้วยการ
ยอมรับเงินเดือน 7,000 บาทสำหรับตำแหน่งอาจารย์ที่จุฬาฯ

"จากนั้นก็วางแผน วางมาร์เก็ตติ้งว่าทำยังไงคนอย่างผมจะได้เป็นที่ปรึกษาใหญ่ ตะกายดาวแต่
ต้องตะกายดาวอย่างมียุทธศาสตร์ ต้องสำรวจตัวเองก่อนว่าสันดานตัวเองเป็นยังไง จากนั้นผมนั่งเช็คคนใน
วงการ อาจารย์ที่ดัง ๆ ในประเทศไทยมีกี่คน คนไหนใกล้เคียงแล้วเขามีลูกศิษย์ไว้กี่คน นั่นคือผม
คำนวณแล้ว"

การวางแผนที่ชีวิตอย่างเป็นระบบของดร.วรภัทร์ ทำให้เขาก้าวหน้าไปอย่างเป็นขั้นตอตามแผนที่
วางไว้

"พอวิชา Quality กำลังจะบูม คนเก่งวิชานี้ในเมืองไทยเด่น ๆ มีไม่เกิน 5 คน แต่เนื่องจากมาร์เก็ต
มันใหญ่ ทำไมเราไม่เป็นคนที่หก แล้วผมก็มานั่งดูจุดอ่อนของทั้ง 5 คน เขาเรียนจบทางด้านวิศวกรรม
ทหาร ไม่รู้ทางด้านเคมี ไม่รู้ทางด้านเครื่องกล รอบรู้สู้ผมไม่ได้ ในขณะที่เดียวกัน พอทำตรงนี้ได้ทีปีก็อย่า
ประมาท ศาสตร์ทางด้าน management ตัวใหม่ ๆ มาเรื่อย ๆ คอยเปิดหูเปิดตา และคบเด็กเสมอ อย่างเกม
Ragnarok ผมยังเล่นเลย ต้องอย่าสร้างกำแพง"

ซึ่งไม่เพียงเป็นนักเล่นเกมคอมพิวเตอร์ด้วยเท่านั้น สมัยก่อนหากมีเวลาว่างเขาชอบเล่นบริดจ์
หมากรุก อ่านนิยายกำลังภายใน ศึกษาประวัติศาสตร์ อีกทั้งยังคลั่งไคล้ในการดูฟุตบอลด้วย

"เวลาดูฟุตบอลผมไม่ได้เชียร์ข้างไหน ผมดูว่าถ้าผมเป็นโค้ชผมจะแก้เกมยังไง อย่าลืมนะนัก
ยุทธศาสตร์ต้องดูเรื่องการแก้เกม เรื่อง management ถ้าผมเป็น อเล็กซ์ เฟอริกุสัน ผมจะทำยังไง ถ้าเป็นโร
นินโญ่ช็อตนี้จะทำยังไง แล้วในนัดต่อไปผมจะทำยังไงต่อ ผมจะมองในแง่ strategy"

ซึ่งในแง่ของเกมกับชีวิตก็ไม่ต่างกันว่า ดร.วรภัทร์ให้ความสำคัญอย่างมากกับการวางแผนว่าจะทำ
อะไรต่อไป และเขามักจะมองอะไรข้ามช็อตเสมอ

"เหมือนเวลาสอนลูกศิษย์ อาจารย์บางคนชอบตำลูกศิษย์เหลวกลลว แต่ผมไม่ใช่ะ ผมไม่รังแกลูก
ศิษย์ ผมสอนเต็มที่และก็แทบจะรู้ก่อนสอบแล้วใครเกรด A เกรด B ใครที่ B ผมก็ช่วยให้เขาได้ A ลองคิดดูสิ
ว่ามันจะรักคุณมั๊ย แล้วเดี๋ยวนี้พวกนี้ไปนั่งในบริษัทใหญ่ ๆ 15 ปีผ่านไป ลูกศิษย์ผมตอนนี้ก็อายุ 35 อายุ
ขนาดนี้จะไปอยู่ตำแหน่งไหนละ คือเป็นตัวขงเรื่องแล้วไง กำลังเป็นผู้กุมอำนาจตัดสินใจว่าจะเชิญใครเป็นที่
ปรึกษา ซึ่งอย่างนั้นแล้วมันจะบอกบอสิให้เชิญใครละ"

ดร.วรภัทร์ยืนยันว่าเรื่องพวกนี้เขาคำนวณไว้แต่แรก ซึ่งในแต่ละจังหวะชีวิตเขาจะมองไปข้างหน้า
ในระยะ 5 ปี 10 ปีตลอด และสำหรับตอนนี้เขามองยาวไปถึงบั้นปลายชีวิตทีเดียว โดยหาที่ทางให้ตัวเอง
เสร็จสรรพ...ว่าเขาจะไปอยู่ "วัด"

"ปณิธานผมอยู่ที่นิพพาน ผมมองว่าไม่ต้องถึงกับจนแต่ก็ไม่ถึงกับรวย มีเวลาส่วนหนึ่งไปปฏิบัติธรรม เพราะการปฏิบัติธรรมเป็นการลงทุนข้ามชาติ นักวางกลยุทธ์อย่างผมมองข้ามขีดตเลย โลกหน้ามีไม่ มีไม่รู้ แต่ในแง่การบริหารความเสี่ยง ถ้าเกิดมีแล้วไม่ทำอะไรเลย...ช่วย หรือถ้าไม่มีก็ไม่เห็นมีอะไรเสียหาย กู้กับมึงก็เท่ากันคือไปอยู่ในหลุม แต่โอกาสที่มันมีมันสูง ยิ่งมานั่งกรรมฐาน ความเชื่อมั่นผมร้อยเปอร์เซ็นต์เลยว่าชาติหน้ามีแน่นอน"

แม้จะวางแผนข้ามชาติข้ามภพไปแล้ว แต่เมื่อได้สัมผัสกับการปฏิบัติธรรม ดร.วรภัทร์ ยอมรับว่าสิ่งที่ได้รับตอนนี้คือ...ความสุข

สำหรับมุมมองที่มีต่อชีวิต หากถามนักยุทธศาสตร์เช่นเขา เขาให้ความเห็นว่า

"นักยุทธศาสตร์จะมองชีวิตในแง่ effective ในแง่ efficiency จะมองชีวิตคล้าย ๆ จะ think out the best จากมันให้ได้ ทำอย่างไรให้ดีที่สุด ทำอย่างไรจะใช้ชีวิตให้คุ้มค่า แต่ละชั่วโมงที่ผ่านไป ผมต้องถามตัวเองตลอดว่าวันนี้ได้อะไร"

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

A32 สัมพันธภาพที่เปลี่ยนไปของผู้ให้และผู้รับ

นพ.ชูชาติ ชันตยาภรณ์

รพ.ลำพูน

นพ.สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์

รพ.เสาไห้

พญ.พรพรรณ วรรณฤทธิ์

รพ.ลำพูน (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

A42 Great team : ทีมงานที่ยิ่งใหญ่

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

นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์	รพ.ขอนแก่น
นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล	รพ.พระทาย
นพ.ประเทือง ตียะไพบุลยสิน	รพ.ตาคลี
พญ. แสงดาว มยุระสาคร	รพ.บุรีรัมย์
นพ.สุพัฒน์ ใจงาม	รพ.ปาย (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

Great Team....ผู้นำโรงพยาบาลสู่ระบบ Humanized Healthcare

นพ.ประเทือง ตียะไพบุลยสิน (รพ.ตาคลี)

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

ประมาณปลายปี พ.ศ. 2549 พรพ. เริ่มจุดประกายฝัน โดยพาเจ้าหน้าที่ทั้ง 6 โรงพยาบาลฯ ละ 2 คน ไปศึกษาดูงานที่โรงพยาบาลของมูลนิธิพุทธฉือจี้ ประเทศไต้หวัน โรงพยาบาลเลือกส่งพยาบาล สุขภาพจิตและพยาบาลในทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะเข้าใจว่า น่าจะมีทุนเดิมของการดูแลแบบ holistic care ที่เน้นถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยอยู่แล้ว ทั้งสองคนได้เก็บเกี่ยวประสบการณ์และแนวคิดของ humanized healthcare มาเล่าให้ผู้บริหารและทีมงานโรงพยาบาลฟังบางคนก็เริ่มเข้าใจและเห็นภาพชัด ในขณะที่บางคนยังเห็นเป็นแค่ภาพเลื่อนราง ตกหนักที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้องเรียกทีมนำผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลทั้งหมดมาร่วมระดมสมองเพื่อสานฝันการพัฒนาโรงพยาบาลสู่ระบบ humanized healthcare อย่างเป็นรูปธรรม เป็นช่วงจังหวะเดียวกับที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินงานโครงการจิตอาสาซึ่งตรงกับแนวคิดที่ สปสช. ให้มีการดำเนินงานศูนย์มิตรภาพบำบัด โรงพยาบาลตาคลีจึงนำทั้งสามเรื่องมาผสมผสานเป็นเรื่องเดียวกัน

หลังการศึกษาดูงาน ได้ส่งเจ้าหน้าที่และทีมงานเกือบทุกสาขาวิชาชีพจากหลายหน่วยงานใน รพ. ประมาณ 30 คนผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันไปศึกษาดูงานใน 6 โรงพยาบาลเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำสิ่งดีๆ มาเก็บเป็นคลังความรู้และสรุปเป็น good practices ของแต่ละโรงพยาบาลที่จะนำมาปรับใช้ในโรงพยาบาล โชคดีที่โรงพยาบาลมีทุนเดิมซึ่งเอื้อต่อการพัฒนาระบบ humanized healthcare อยู่ก่อนบ้างแล้ว เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยสิ้นหวัง (hospice care) การดูแลผู้พิการและผู้ที

สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล การจัดบริการสุขภาพจิตแบบครบวงจรในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ในโรงพยาบาลตาคลีอย่างแท้จริง

จุดเด่นสำคัญที่ทำให้ระบบ humanized healthcare ของโรงพยาบาลเกิดขึ้นได้อย่างราบรื่น รวดเร็วและเป็นระบบ คือการมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่อยู่มานานและยั่งยืนกว่า 30 ปี มีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทุกด้านทั้งโครงการสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมและสิ่งเอื้ออำนวย ความสะดวกแก่ผู้รับบริการทุกกลุ่ม สนับสนุนให้บุคลากรนำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ในการพัฒนา มีความเข้าใจการดูแลแบบองค์รวมและสามารถนำมาผสมผสานและสอดแทรกเข้าสู่งานประจำทำให้บุคลากรผู้ให้บริการเข้าสู่ระบบ humanized healthcare อย่างแนบเนียนโดยไม่รู้ตัวและไม่รู้สึกว่ามีภาระเพิ่ม ทำให้การพัฒนาระบบ humanized healthcare ของโรงพยาบาลดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ทีมงานที่ได้รับมอบหมายให้พัฒนาระบบ humanized healthcare ของโรงพยาบาลได้มาจากการรวมตัวของบุคลากรจากงานสุขภาพจิต ชมรมจริยธรรม ทีมดูแลผู้ป่วยสิ้นหวังและผู้ป่วยระยะสุดท้าย และโครงการจิตอาสา ซึ่งมีการพัฒนาจนมีอาสาสมัครจิตอาสาภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง トラบจนถึงทุกวันนี้โรงพยาบาลมีอาสาสมัครจิตอาสา(อสจ.) ทั้งสิ้นประมาณ 100 คนผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันมาช่วยงานบริการใน รพ. ทุกวัน ระบบบริการ humanized healthcare ดำเนินไปตามแผนที่ความคิด (mind map) ที่สร้างไว้ได้อย่างราบรื่นพอสมควร

ช่วงแรกก็มีปัญหาอุปสรรคบ้างเป็นเรื่องธรรมดาเพราะบางคนยังไม่เข้าใจ จึงพยายามจัดกิจกรรมต่างๆ ที่คิดว่า จะช่วยให้ผู้รับบริการมีความสุขเพื่อสนองนโยบายของ รพ. ทำให้เกิดการดูแลออกมาแบบที่ๆ ไร้อึดใจว่า พอทำไปได้สักพักก็เริ่มเข้าสู่ระบบเดิมไม่มีความต่อเนื่องเพราะไม่ได้เกิดจากความรู้สึกภายในจิตใจที่อยากให้ผู้รับบริการเกิดความสุขอย่างแท้จริง

โรงพยาบาลแก้ไขโดยจัดอบรมความรู้เรื่องการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์แก่บุคลากรทุกระดับในรพ. โดยใช้ตัวอย่างเรื่องเล่าที่ทำให้เกิดความประทับใจ ซาบซึ้งใจ โดยใช้เทคนิคการเล่าเรื่องที่สะท้อนให้เห็นภาพจริงของการดูแลด้วยหัวใจจนทำให้เกิดความสุขใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการกลมเกลียวจิตใจบุคลากรให้อ่อนโยนลงและนี่ก็ถึงการทำความดีและสร้างกุศลในระบบงานสุขภาพโดยนำศาสนาเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเรื่องสำคัญ จึงจัดให้มีเรือนสุขใจที่หอผู้ป่วยนอกและห้องรวมใจบริเวณหอผู้ป่วยในสำหรับเป็นที่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไหว้พระสวดมนต์ ละหมาดและเฝ้าพระเยซู จัดการเรียนรู้อาสาสมัครผู้ด้อยโอกาสที่แสดงถึงด้วยเข้าอกเข้าใจโดยไม่รังเกียจและคำนึงถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกันโดยจัดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้ผู้พิการและผู้สูงวัยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าและลดตราบาปโดยเปิดโอกาสให้ผู้พิการทางจิตและผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมาทำงานในรพ. เช่น ทำความสะอาดห้องน้ำ ช่วยขายของ

ร้านค้า OTOP ของ รพ. และนำแนวคิดมิตรภาพบำบัดมาใช้ในโครงการเพื่อนเยี่ยมเพื่อนในกลุ่มผู้พิการในชุมชน เป็นต้น ทำให้โรงพยาบาลตาคีเกิดการระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

พัฒนาระบบ Humanized Healthcare ด้วยศรัทธาและวิริยะ

พญ.แสงดาว มยุระสาคร (รพ.บุรีรัมย์)

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้รับการกล่าวขวัญถึงในผลการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภายหลังรายการแผ่นดินไหวนำเสนอผลงานของคุณเกื้อจิตร แซรัมย์ ในวันที่ 17 และ 24 ธันวาคม 2551 ซึ่งเป็นผลงานที่เราทุกคนภาคภูมิใจ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ยังมีผลงานที่บ่งบอกถึงความใส่ใจในการดูแลด้านจิตใจ ผู้รับบริการอีกหลายเรื่อง เช่น การฝากครรภ์คุณภาพด้วยการเสริมกิจกรรมโยคะและสวนมนต์แก่ผู้ฝากครรภ์ การฝึกเจริญสติเพื่อลดปัญหาการปวดท้องคลอดในห้องคลอด โครงการสายใยรักแห่งครอบครัวในชุมชน ต.บ้านยาง อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ โครงการดูแลผู้ป่วยเด็กพิการด้านร่างกายและออทิสติก และโครงการมิตรภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งบางโครงการได้รับการคัดเลือกให้เป็นผลงานชนะเลิศในระดับเขต เราอยากจะบอกเล่าความสำเร็จเหล่านี้เกิดจากพลังศรัทธาและวิริยะนำมาซึ่งความเป็นทีมงานที่ยิ่งใหญ่

ความเป็นมา humanized healthcare เป็นนามธรรมที่บางท่านอาจจะรู้สึกเข้าใจยากในความหมาย แต่การเรียนรู้ความเป็นมนุษย์ไม่ได้ยากเย็นเลย เพราะเราก็เป็นมนุษย์ เมื่อได้ศึกษาเข้ามาภายในกายและใจแล้วท่านจะเข้าใจความหมายของคำนี้อย่างถ่องแท้ เมื่อมีโอกาสได้ช่วยงานพัฒนาบุคลากร พ.ศ. 2546 ด้วยหลักปรัชญาของ HA คือการทำงานเป็นทีมและผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีความตั้งใจว่าต้องพัฒนาจิตใจคนเป็นอันดับแรกควบคู่ไปกับการพัฒนาด้านอื่นๆ ด้วยความที่เป็นผู้ที่สนใจธรรมะปฏิบัติในพระพุทธศาสนา เนื่องจากได้มีโอกาสเรียนรู้และนำมาพัฒนาตนเองจนเกิดศรัทธา และวิริยะที่จะแนะนำผู้อื่น จึงใช้กลยุทธ์การนำหลักปฏิบัติในพระพุทธศาสนาเข้ามาพัฒนาจิตใจ

บุคลากร ในทุกรูปแบบโดยบูรณาการเข้ามาในการทำงานประจำกิจกรรมประกอบด้วยส่งเสริมทั้งการทำทาน รักษาศีล และการภาวนา

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

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

มุ่งความหวังสู่การดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยในเชิงลึกเมื่อ พ.ศ. 2549 ภายหลังจากได้มีหน่อพุทธะเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลในหลายๆ หน่วยงาน กลยุทธ์การจัดตั้ง**ศูนย์สมาธิบำบัด**ด้วยการชักชวนพยาบาลวิชาชีพที่เริ่มมีศรัทธาในธรรมะปฏิบัติไปอบรมหลักการสมาธิบำบัดกับกองแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ปัญหาหรือความท้าทายคือจะดำเนินการอย่างไรให้กิจกรรมนี้เข้าถึงผู้ป่วยได้ในวงกว้าง นอกจากนี้การจัดกิจกรรมจะเป็นรูปแบบอย่างไรได้ใช้กลยุทธ์ **“สอบถาม นำทาง วางอุบาย”** พุดง่ายๆ คือกึ่งบังคับ กึ่งขอร้องให้ลองทำกิจกรรมศูนย์สมาธิบำบัดเท่าที่คิดว่าน่าจะเป็นและใช้หลัก **“ทดลองทำ นำปัญหา มาปรับปรุง”** รูปแบบศูนย์สมาธิบำบัด โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ใน พ.ศ. 2549 จึงเริ่มขึ้น

ในการดำเนินงานทำให้ได้พบกัลยาณมิตรที่มีศรัทธามั่นคงในพระพุทธศาสนาทั้งบรรพชิตและฆราวาส ซึ่งก็เป็นบุคลากรในโรงพยาบาลที่เราไม่เคยรู้จักสภาพของเขา ทีมบรรพชิต คือ พระอาจารย์ทรงศิลป์ สุจิณฺโณ จากวัดป่าสุคะโต อ.แก่งคร้อ จ.ชัยภูมิ ได้เมตตาจัดอบรมสร้างทีมวิทยากรศูนย์สมาธิบำบัด และพระอาจารย์ครวชิต อภิภูจฺโณ ได้เมตตาถ่ายทอดหลักการและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้แก่คุณเกื้อจิตร แชรรัมย์ พยาบาลวิชาชีพ จากตึกศัลยกรรมกระดูก

ปัญหาต่อมาคือทำอะไรจึงจะผลักดันให้เกิดทีมงานดูแลด้านจิตใจผู้รับบริการโดยไม่ต้องกังวลหรือเครียดกับงานประจำ เพราะความเครียดทำให้ไม่มีความสุข จะมีผลกระทบต่อผู้รับบริการ ได้ใช้กลยุทธ์ **“เข้าหา สาธยาย กึ่งขอร้อง”** จนหัวหน้าตึกและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ยอมปลดคุณเกื้อจิตรจากภาระจากงานประจำ และจัดตั้งเป็นหัวหน้าศูนย์ดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจ และได้ขยายการให้บริการโดยประสานกับทีมงานจิตอาสาในการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติ

พ.ศ. 2551 กลยุทธ์สร้างเครือข่ายศึกษาธรรมปฏิบัติได้ขยายไปยังหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด โดยการประสานกับผู้บริหารระดับสูง และฝ่ายพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ จัดส่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดไปปฏิบัติธรรม ณ วัดป่าสุคะโต อ.แก่งคร้อ จ.ชัยภูมิ ปีละ 2 ครั้ง ทีมงานที่ยิ่งใหญ่เกิดขึ้นด้วย**ศรัทธา** **วิริยะ** เรามุ่งหวังที่จะไปให้ถึงจุดสูงสุดของการเข้าถึงธรรมชาติ **ความจริง** **ความดี** **ความงาม** **สุขภาวะ** และ**อิสรภาพ**

B12 เขียนเรื่อง...เขียนโลก

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

ในช่วงเวลาที่เราไปเจอกับภาวะวิกฤติร่วมกัน ความทุกข์ได้ล่อความไร้สาระออก แล้วเหลือแต่แก่นของชีวิตที่พร้อมให้ภัยกัน สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญกับคนทำงานในองค์กร เพราะแสดงให้เห็นว่า ในภาวะความสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ มนุษย์นั้นสามารถให้ภัยกันและกันได้

ในภาวะปกติ ชีวิตในองค์กรหล่อหลอมให้ทำงานกันแบบหลงลืมไปว่า เราต่างก็เป็นมนุษย์ บางแห่งขาดการให้ภัยกัน การทำงานจริงๆ แล้วไม่ใช่แค่การทำงานในหน้าที่ อย่างที่งานสมัยใหม่กำกับไว้ แต่รวมไปถึงสิ่งที่อยู่ด้านลึก เช่น ความเป็นเพื่อนของกันและกัน เพียงแต่ในระบบงานมนุษย์ได้ถูกแบ่งแยกออกจากกันด้วยระบบงาน ทำให้ไม่เห็นความเป็นมนุษย์ของกันและกัน แต่เมื่อเกิดภาวะวิกฤติ กำแพงเหล่านั้นก็สลายลงไป

การนำแนวคิดจิตอาสาไปใช้กับการทำงานนั้นมี 3 ขั้นตอนคือ หนึ่ง ทำอย่างไรให้เรื่องราวเหล่านี้เป็นความทรงจำขององค์กร ไม่ใช่ความทรงจำส่วนบุคคล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ขั้นตอนนี้กระทำผ่านการบอกเล่าเรื่องราวและถ่ายทอดเป็นตัวหนังสือที่เรียกว่า 'เรื่องเล่า' ที่แต่ละคนประทับใจ ต่อจากนั้นดึงคุณค่าจากประสบการณ์เหล่านั้นมาเป็นคุณค่าร่วมกันขององค์กร จนถึงขั้นตอนสุดท้ายคือ การนำคุณค่าเหล่านั้นมาสร้างเป็นวัฒนธรรมองค์กรให้ได้

เรื่องเล่าเป็นความทรงจำร่วมกัน ที่เล่าต่อๆ กันมา เป็นความรู้ที่สะสมกันมา เราก็ไปดึงเอาเรื่องเล่าจากบุคลากรโรงพยาบาลออกมา โดยเลือกเอาเรื่องที่เด่นออกมา แล้วเราก็เอามาวิเคราะห์เพื่อให้คุณค่าที่แฝงอยู่มันปรากฏขึ้นมาเด่นชัด ต่อไปก็เอามาทำเป็นวัฒนธรรมองค์กรเช่น วิสัยทัศน์ แต่ไม่ใช่วิสัยทัศน์ที่ทุกคนต้องท่องขึ้นใจ แต่เป็นวิสัยทัศน์ที่สัมพันธ์กับคุณค่าของบุคลากร

คนทำงานด้านสุขภาพ มีความละเอียดอ่อนด้านความเป็นมนุษย์น้อยลง ความที่งานล้นมือ รายละเอียดในการทำงานจึงลดน้อยถอยลงไป

เมื่อได้ไปลงพื้นที่บ่อยครั้งทำให้เห็นว่า เรื่องเล่าเหล่านี้มีอยู่ในชีวิตคน แต่จะทำอย่างไรให้เรื่องเล่าสามารถบ่งบอกชีวิตอีกด้านหนึ่งของคนทำงานด้านสุขภาพ หลังจากนั้นจึงชวนคนหลายๆ ส่วนมาทำงานด้านนี้ เน้นงานในระดับชุมชน โดยให้กลับไปคิดกันมาว่า มีเหตุการณ์ใดบ้างที่ทำแล้วมีความสุขนำมาเล่าสู่กันฟัง

งานในระดับชุมชนอาจจะถูกมองว่าเป็นงานเบื้องต้น แต่ถ้าเรามองให้ลึกลงไปก็จะพบว่า งานแบบนี้ก็มีคุณค่าของมันแบบที่การแพทย์แบบเทคโนโลยีขั้นสูงอาจจะไม่มีก็ได้ เพราะได้สัมผัสกับชีวิตมนุษย์ ผมก็เลยมาคิดว่าจะทำอย่างไรให้เรื่องราวเหล่านี้เป็นพลังของคนได้ เลยมาคิดถึงการเขียนแบบ 'เรื่องเล่า' และออกแบบกระบวนการทั้งหมดนี้ขึ้นมา

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

ตัวอย่างเช่น เวลาเหนื่อยหมดแรง ถ้าเราไปอ่านหนังสือธรรมะ จะทำการใดๆ ให้สำเร็จต้องอาศัยอิทธิบาท 4 เมื่อเราอ่านไป ก็ยอมรับว่า อิทธิบาท 4 มันถูก แต่ทำอะไรต่อจากนั้นไม่ได้ ตรงกันข้ามกับการไปอ่านหนังสือพระมหาชน เราได้เห็นความเพียรของตัวละคร เราก็จะรู้สึกซาบซึ้งไปกับตัวหนังสือ อ่านแล้วมีแรงขึ้นมา

การรู้แบบนามธรรมเป็นการรู้แบบไม่โยนมาสู่ชีวิตจริง แต่การรู้แบบเรื่องเล่าจะทำให้มีพลัง เรื่องเล่าบางอย่างมันจึงเปลี่ยนชีวิตคนได้เลย

มนุษย์มีความสามารถในการเล่าเรื่องได้อยู่แล้ว เพราะสามารถผูกโยงสิ่งต่างๆ ให้เข้ามาเป็นเรื่องได้ ถ้ามนุษย์ไม่มีศักยภาพในการผูกโยงเรื่องต่างๆ ให้สัมพันธ์กัน จะเป็นเรื่องที่สับสนมาก

หลายคนอาจจะมองว่า การเขียนกับงานของแพทย์เป็นงานที่อยู่ห่างไกลกัน จริงๆ แล้วอาชีพแพทย์ก็อยู่กับการเขียน เพียงแต่อาจจะเขียนเพียงคำว่า "ผู้ป่วยเป็นชายไทย อายุ 40 ปี" เป็นการตัดทอนเรื่องราวต่างๆ มากมาย

การเขียนเปลี่ยนแปลงคนเล่าเรื่องแบบพลิกฝ่ามือเลย จากที่หลายคนเคยแต่สังเกตหรือพูด แต่เมื่อต้องนำมาเขียนด้วยจะต้องผ่านกระบวนการฟัง คิด อ่าน มาจนถึงเขียน ต้องคิดสังเกตตรึกตรองมาก เป็นการใช้วิธีมองแบบเดิม จากที่เคยมองแค่อวัยวะและโรค แต่อันนี้มองในความเป็นมนุษย์ว่า เขาคิดอย่างไร รู้สึกอย่างไร ทุกข์กับอะไร ไม่ใช่แค่ว่าแขนขาขาดพิการเท่านั้น

การเขียนจึงนำไปสู่การมองโลกแบบใหม่ จากที่เคยอยู่กับข้อเท็จจริงอย่างเดียวก็ได้มาเข้าใจเพื่อนมนุษย์มากขึ้น พอเขียนก็ได้เปลี่ยนแปลงโลกของเขา รวมไปถึงเปลี่ยนวิธีมองผู้ป่วยคนอื่นด้วย

นอกจากนี้ พลังอำนาจของเรื่องเล่ายังช่วยสะท้อนความเป็นไปได้ใหม่ๆ ที่หลายคนมองข้าม เช่น เมื่อพูดถึงระบบบริการในระดับชุมชน คนทำงานจะนึกถึงว่าเขาต้องรักษาโรคเบื้องต้นอะไรได้บ้าง จะคัดกรองผู้ป่วย แต่เมื่อให้เขาเขียนเรื่องที่มีคุณค่าสำหรับเขา กลับพบว่า เขาไม่เคยบอกเลยว่างานของเขาเป็นงานในระดับเบื้องต้น มีหน้าซำคิดว่าเป็นศิลปะขั้นสูงของการสัมผัสชีวิตมนุษย์

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

มนุษย์เราเปราะบางมาก เราได้นำพลังที่ธรรมชาติหยิบยื่นให้มาใช้ให้ก่อเกิดประโยชน์เพียงใด บางคนนำพลังที่มีอยู่ไปฆ่าฟันผู้อื่น ขณะเดียวกัน บางคนหันกลับมาเรียนรู้ที่จะรักเพื่อนมนุษย์รอบข้าง หลังจากไม่เคยใส่ใจมานาน

ความเป็นมนุษย์มีความงดงามมากกว่าหน้าที่ที่ทำอยู่ บางคนรู้สึกว่างานของตนเองเป็นงานที่ต่ำต้อยที่สุด แต่ช่วงวิกฤติที่ผ่านมาพิสูจน์ให้เห็นว่า เรามีโอกาสทำความดีมากที่สุด จึงถือเป็นโอกาสดีที่องค์กรใหญ่ๆ จะได้ปรับเปลี่ยนองค์กรไปสู่การทำความดีพร้อมๆ กัน เป็นการยกระดับองค์กรไปสู่ความเป็นอุดมคติมากขึ้น

ขอให้เราซื่อสัตย์ต่อความรู้สึกดีๆ ถ้าทำได้แล้วก็ไม่ต้องกลัวว่า ความดีมันจะยั่งยืนหรือไม่

B22 ที่ทำงาน....คือที่พักใจ คือที่อยู่อาศัย คือบ้าน

อภิชาติ การุณกรสกุล

ประธานกรรมการบริษัทเอเชียพีซีซี

“ถ้าพูดถึงอมตะนครนะครับ สำหรับเราตัวเล็ก ๆ เดินเข้ามาในตัวลีบเลยนะครับ เพราะในอมตะมีแต่องค์กรขนาดใหญ่ ๆ ทั้งนั้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบริษัทต่างชาติประมาณ 80 % เราย้ายมาที่นี่ปลายปี 45 ย้ายจากบางปะอิน สมุทรปราการซึ่งเราเช่าโกดังเป็นโรงงาน อย่าเรียกว่าโรงงานเลยครับ ใ้ไป เป็นเพียงโรงกลึงอย่างที่เห็นทั่ว ๆ ไป”

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

“ช่วงที่เราตัดสินใจจะขยายกิจการโดยจะย้ายการผลิตมีอยู่สองที่ที่เราจะเลือกคืออมตะนครกับที่อยุธยา ซึ่งนำหน้าระหว่างลูกค้ายายใหญ่ที่อยุธยา กับที่งานที่บางปะอิน ในที่สุดเราตัดสินใจเอาลูกน้องไว้ก่อนดีกว่า หากย้ายไปอยุธยาเขาไปด้วยไม่ได้แน่ ลูกค้ายังไงก็มีรถไปส่งได้ จึงลงตัวที่อมตะนครซึ่งเป็นนิคมอุตสาหกรรมที่ไม่ต้องห่วงในด้านสิ่งแวดล้อมไม่ว่าจะเป็นด้านน้ำเสีย ของเสียต่าง ๆ เขามีเกณฑ์กติกากำกับอยู่แล้ว พนักงานเราเรียบร้อยกว่าคนที่เรายังรับ - ส่งจากบางปะอินที่อมตะจนถึงทุกวันนี้ ซึ่งขณะนี้เรามีพนักงานพนักงานกว่า 600 คนในพื้นที่ 12 ไร่ ”

คุณอภิชาติตระหนักดีถึงความสำคัญของพนักงานว่าเป็นกำลังสำคัญให้การผลิออกมาคุณภาพ “ตลอดห้าปีแรกที่ดำเนินกิจการขาดทุนมาตลอด แต่ผมไม่ท้อได้เข้าร่วมการผลิตกับที่งานทุกส่วน ไม่เคยมองว่าผมเป็นเจ้าของกิจการ ผมมองว่าผมเป็นเพื่อนร่วมงานเขา หลังเลิกงาน กินข้าวด้วยกัน เป็นครอบครัวเดียวกันใส่ใจกับสภาพความเป็นอยู่ในที่ทำงาน ได้ใช้ หลัก 5 ส.เข้ามาช่วยปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้น นี่ในช่วงบางปะอินนะครับ แต่ที่อมตะไม่ต้องเลยครับ เขาเข้ามาตรฐานสากลแล้ว”

คุณอภิชาติ เป็นผู้นำองค์กรที่มุ่งเน้นพัฒนาบุคลากรด้วยกลไกตามวิถีไทย ที่เชื่อมั่นในคุณงามความดีจึงเป็นปณิธานของเอเชียพีซีซีว่า “มุ่งสร้างคนดีแทนคุณแผ่นดิน” ซึ่งคุณอภิชาติได้ขยายความต่ออีกว่า “ผมไม่อยากให้คิดเพียงว่าเราเป็นองค์กรเป็นเพียงธุรกิจเพื่อเลี้ยงปากเลี้ยงท้อง ทั้งๆ ที่ผู้คนมาอยู่ด้วยกันทำงานด้วยกัน กินพร้อมกันเป็นร้อยๆ คน มันน่าจะทำอะไรได้มากกว่านี้ผมมองว่าทุกๆ คน มีดี มีเก่งด้วยกันทั้งนั้น ถ้าเราทำให้เขาเพิ่มดี เพิ่มเก่ง จะช่วยให้องค์กรไปไกล แล้วตัวผู้คนนั้น ๆ ก็มีชีวิตที่ดีขึ้นครอบครัวเขาก็ดีขึ้น ชุมชนที่อยู่ใกล้ก็ดีขึ้น ผมได้มีโอกาสไปปฏิบัติธรรม ในช่วงกระบวนการปฏิบัติธรรม กตัญญูในเรื่ององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวของเรา สมเด็จพระย่าและแผ่นดินกลายเป็นความมุ่งมั่นในใจผมที่จะต้องสร้างคนดีในองค์กรเราให้ได้เพื่อทดแทนบุญคุณของแผ่นดินนี้”

คุณสมบัติของคนดีคือ มีวินัย มีความสามัคคี เสียสละ มีคุณธรรม และมีความกตัญญู จากนั้นพัฒนาคนดีเป็นคนเก่ง การอยู่ร่วมกันของคนหมู่มากนั้นความมีวินัยมีความสำคัญเป็นลำดับแรก จึงจัดให้พนักงานเข้ารับการฝึกแบบทหาร เพื่อปลูกฝังให้มีวินัย มีความเข้มแข็ง อดทน สามัคคี เสียสละ มีระเบียบพร้อมเพรียง เห็นแก่ประโยชน์ของหมู่คณะและประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง

นำความมีวินัยที่ได้รับการฝึกแบบทหารมาสู่พฤติกรรมการทำงานประจำวันของพนักงาน เพื่อให้พนักงานมีการสร้างผลงานที่เป็นเลิศ ผลผลิตสินค้าที่สร้างความพึงพอใจสูงสุดให้แก่ลูกค้า สร้างสำนึกให้พนักงานปฏิบัติงานอย่างมืออาชีพ มีใช้ปฏิบัติงานไปวันๆ อย่างไร้จุดหมาย

วิธีการแบบมืออาชีพ คือต้องปฏิบัติงานแบบ “เนียบ - เป๊ะ - ลุย”

เนียบ หมายถึงใส่ใจปฏิบัติ งานด้วยความละเอียดรอบคอบ เพื่อคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด

เป๊ะ หมายถึงปฏิบัติงานตามขั้นตอนที่กำหนดอย่างเคร่งครัดให้เสร็จภายในกำหนด เวลาทุกครั้ง

ลุย หมายถึงทุ่มเทปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ โดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคใดๆ

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

โครงการ “สร้างสุขให้ลูกทีม” ด้วยกลไกงานปีใหม่ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ คุณอภิชาติชักชวนพนักงานนำรูปภาพลูก ๆ มาติดบอร์ดดอวดและชื่นชมกัน พร้อมกับมอบของเล่นเด็กเป็นของขวัญให้พนักงานนำกลับไปฝากลูกๆ ในช่วงปีใหม่

“รอยยิ้มที่พนักงานได้มอบให้ผมในยามยากทำให้เกิดกำลังใจ เกิดความรู้สึกว่ามีความห่วงใยจริงใจต่อกัน ผมว่านั่นเป็นจุดเริ่มต้นความลึกซึ้งแม้จะเป็นจุดเล็ก ๆ ในยามที่เราไม่มีกำลังใจแต่เรากลับมีเวลาใกล้ชิด ดูแลกันมากขึ้น ซึ่งมีความหมายมหาศาล เมื่อเราใส่ใจห่วงใยต่อกันเป็นสำคัญ”

โครงการ “สร้างใยสัมพันธ์ถึงบ้านเกิด” พนักงานในเอเชียพิธีชั้นส่วนใหญ่ล้วนมาจากต่างจังหวัด ประธานบริหารได้จัดให้พนักงานมีรูปภาพพ่อ แม่ มาติดบอร์ดในเทศกาลวันพ่อ วันแม่ และจัดผ้าขนหนู ผ้าขาวม้า ฝากไปยังพ่อ - แม่ ในช่วงพนักงานกลับบ้านเกิดกองทุน “เอเชีย...ช่วยเหลือสังคม” นับเป็นโครงการที่ยังคุณค่าต่อ “ลูกทีม” เอเชีย พิธีชั้นด้วยการลงขันความดี “เราชักชวนพนักงานให้ใช้ความดีลงขัน ด้วยการงดเหล้า งดบุหรี่ยื่นจดหยวนลงชื่อกันทุกวัน สรุปลงขันเป็นเดือนๆ โดยบริษัทจะให้มูลค่าการลงชื่อแต่ละชื่อ ๆ ละ 30 บาท ลงไปในกองทุน ซึ่งปีที่ผ่านมามีพนักงานกว่าสี่ร้อยคนลงขันความดี เกิดกองทุนถึงหกแสนกว่าบาทพนักงานสามารถเขียนโครงการมาขอกองทุนส่วนนี้ไปทำประโยชน์เมื่อกลับไปบ้านเกิด กลายเป็นพนักงานเราเป็นผู้ให้ (บ้านเกิด)”

การกระทำซึ่งมีพื้นฐานจากความมีวินัยในเบื้องต้นทำให้พนักงานมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน
มีชีวิตที่เป็นสุข มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ มีครอบครัวที่เป็นสุข เป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

B32 Core Values ที่อยู่ในใจคนทำงาน

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

นพ.วัชรพล ภูนวน

รพ.อุตรดิตถ์

นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล

รพ.ประทาย

พญ.กรรทอง กสิกิจ

รพ.ชัยนาท (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

Core Values ในโรงพยาบาลเป็ยมรัก

นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล

รพ.ประทาย

คุณอาจไม่เชื่อว่าความรักจะเปลี่ยนโลกได้...

แต่โรงพยาบาลประทายจะเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลเป็ยมรักได้จริง !

ด้วย Core Values: ที่อยู่ในใจคนทำงาน

ตลอดการทำงานที่โคราชมา 12 ปี โดยเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่ รพ.มหาสารคามครราชสีมา 1 ปี เป็นแพทย์ประจำมา 4 ปี (รพ.ห้วยแถลง 3 ปีและ รพ.ขามสะแกแสง 1ปี) และที่ผมเป็นผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมา 7 ปี (อยู่ที่รพ.บ้านเหลื่อม มา 5 ปีและที่ รพ.ประทายมาเกือบ 2 ปี) ผมได้เรียนรู้อะไร มากมายจากทั้ง 5 รพ.นี้ พี่ๆ น้องๆ ไม่ว่าจะ...

ท่านผู้อำนวยการรพ. ท่านจะเป็นแบบอย่างให้ดูและสร้างแนวคิดในเรื่องความเสียสละ การตรงต่อ เวลา แนวคิดการดูแลลูกน้องในแบบต่างๆ ทำให้ผมได้เรียนรู้ความแตกต่างระหว่างแนวคิดของการบริหาร อย่างผู้นำและการจัดการอย่างผู้บังคับบัญชา ว่าต่างกันอย่างไร แนวคิดการเป็นผู้ตามที่ดีควรเป็นอย่างไร และลูกน้องต้องการอะไรบ้างจากผู้บังคับบัญชา...

พี่ๆ คณะกรรมการบริหารหรือทีมนำรวมทั้งในคปสอ. สอนให้รู้ว่าคุณค่าคืออะไร...กับการ วางตัวเป็นกลาง ควรทำอะไร เมื่อไหร่ควรใช้แนวคิดหลักการเหตุผลและเมื่อไหร่ควรใช้คำว่า ไม่เป็นไร หรือก ท่านสาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่ง (พี่คมกริช) กับผมได้เสวนาทางความคิดกันบ่อยครั้งว่าแนวคิดของท่านกล่าวว่าการบริหารคนต้องใช้การจัดการเท่านั้นเพราะนิสัยถาวรของคนเราเปลี่ยนไม่ได้...แต่ผมมี ความคิดว่าความรักที่จริงใจสามารถเปลี่ยนคนได้และเปลี่ยนโลกได้...ซึ่งหลายครั้งที่เราทั้ง 2 มีความเห็น ไม่ลงรอยกัน...แต่สุดท้ายเราทั้งต้องยอมรับตรงกลางที่ว่าเราต้องใช้ทั้ง 2 แนวคิดคือการบริหารต้องการ แนวคิดด้านความรักเป็นพื้นฐาน...แต่ต้องมีการจัดการ เพื่อให้เกิดการทำงานที่มีพลังมหาศาลและทิศทาง ที่ชัดเจน ต่อมาเมื่อมีรองหัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (พี่สันติ) ได้แย้ง ว่าสิ่งสำคัญคือต้องใช้ทั้ง 2 อย่างมีศิลปะ (flexibility and dynamic method)

พี่ๆ น้องๆ ที่เป็นพยาบาลจะสอนและตอกย้ำแนวคิดการเป็นหมอที่ดีและที่เก่งควรมีลักษณะอย่างไรบ้างไม่ว่าจะเป็นการเอาใจใส่ผู้ป่วยและญาติด้วยหัวใจ แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม โดยเฉพาะการใช้ข้อมูลทางการแพทย์และข้อมูลทางจิตสังคมในการดูแลผู้ป่วย

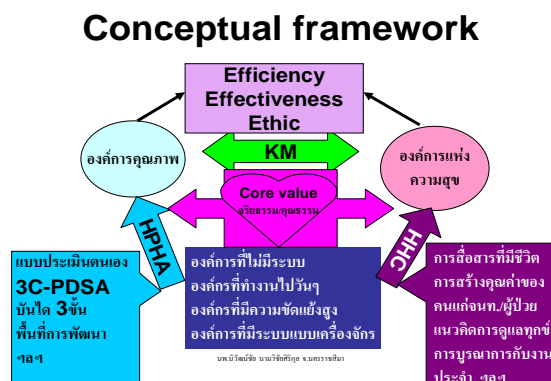
เจ้าหน้าที่ทุกๆ ท่าน พี่ๆ คนงาน...ผมได้ค่านิยมการเป็นหมอที่มีความสุข โดยใช้การบริหารจัดการเวลาที่ดี เรียนรู้ความเป็นคนที่เป็นคน

ผู้ป่วยและญาติ เครือข่ายต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็น แนวคิดของ...ชีวิตที่มีค่าอยู่ที่การทำตนเองให้เป็นคนมีคุณค่าและ...ทำให้ชีวิตของคนอื่นมีคุณค่า

ดังนั้นคุณอาจไม่เชื่อว่าความรักจะเปลี่ยนโลกได้...แต่โรงพยาบาลประทายจะเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลเปี่ยมรักได้จริง ! ด้วย Core Values: ที่อยู่ในใจคนทำงาน เริ่มจากที่มนำที่รพ.ประทายได้ เริ่มต้นของการทบทวนค่านิยมตนเอง

- จากความเป็นอัตรา...สู่...ความเป็นองค์รวม
- โลกเราที่ผ่านมา...ไม่ได้เปลี่ยนแปลงเพราะคนจำนวนมาก แต่...เปลี่ยนไปมาก และหลายครั้ง...หลายหน...เพราะคนจำนวนน้อยที่มีพลัง
- ... “เราจะปกครองคนของเราด้วยความรักและ...ความหวังดี”
- “การเรียนรู้บนรอยยิ้มที่มีความสุขของทุกคน” นี่คือการมีความสุขของเรา

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



ส่วนค่านิยมของทีมงานที่ได้จากทุกคน...ได้จากเวทีเรื่องเล่าที่ดีจากชาว รพ.ประทาย

- สิ่งที่ได้รับจากการบริการ.....คือ...ความสุขของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่
- สิ่งที่ได้จากใจเจ้าหน้าที่“เอาใจเขามาใส่ใจเรา พยายามสร้างบรรยากาศในการทำงาน...แม้ไม่ใช่ งานเรา อะไรที่พอช่วยได้ก็อยากช่วย”
- โอกาสอยู่ต่อหน้าเราทุกๆ วันนั่นแหละ...อยู่ที่ว่าใจเราจะเปิดรับมันหรือ...ปล่อยมันไปวันๆ

- ...เลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดี เอาใจเข้าไปทำงานจริงๆ เข้าใจความต่างของแต่ละคน...
- จากกลุ่มที่ถูกเรียกว่า “คนขี้เมา”...สู่ทีมงานสร้างฝันที่เสียสละในนามชมรมคนรักดี
- หลักคิดของการทำงาน...จะเป็นคนดี...ที่ต้องทำงานได้เบ็ดเสร็จเด็ดขาด

นายแพทย์สุรชัย อาจารย์แพทย์ที่รพ.มหाराช กล่าวสรุปไว้น่าฟังว่า...



Core Values เพื่อความสำเร็จขององค์กร

นพ.วัชรพล ภูนวน

รพ.อุตรดิตถ์

องค์กรที่ประสบความสำเร็จคือองค์กรที่สามารถพัฒนาคุณภาพให้ประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมายซึ่งจะเกิดเป็นจริงได้ต้องอาศัยความสามารถของผู้นำองค์กรที่สามารถนำพาและหลอมรวมใจให้คนทำงานทุกคนมีค่านิยมหรือหลักยึดในการทำงาน (core values) ร่วมกันในองค์กรให้ร่วมมือกันทำงานประจำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถยกระดับงานให้มีคุณภาพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นองค์กรระดับแนวหน้าของประเทศและของโลกในที่สุด

ทุกองค์กรย่อมเกิดปัญหามากมายแตกต่างกันไปในการดำเนินกิจการและดำเนินการพัฒนาคุณภาพ บางปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ไม่ยากนักแต่บางปัญหาที่อาจจะยุ่งยากซับซ้อนและต้องหาวิธีการแก้ไขปัญหากันอยู่ตลอดเวลาและไม่มีที่สิ้นสุด ผู้บริหารที่มีความสามารถและเป็นนักแก้ปัญหาที่ดี จึงมีเฉพาะการพยายามคลี่คลายปัญหาเฉพาะหน้าขององค์กรเท่านั้นแต่ต้องคำนึงถึงผลระยะยาวและคำนึงถึงความเบ็ดเสร็จในการแก้ปัญหานั้นคือสามารถยุติปัญหานั้นได้การแก้ปัญหาขององค์กรเป็นศิลปะเชิงกลยุทธ์ที่ต้องผ่านกระบวนการคิด การใช้สมองร่วมกันในการตรึกตรองความเหมาะสม ต้องวางอยู่บนสัมปชัญญะ และในการนำพาองค์กรให้ประสบความสำเร็จ ทุกคนในองค์กรก็จะสัมผัสกับชัยชนะและพบกับความพึงพอใจในองค์กรและมีความสุขร่วมกัน

หัวใจของการสร้างความสำเร็จที่สำคัญที่สุดข้อหนึ่งที่อยู่ในคัมภีร์ไบเบิลซึ่งสอนไว้ว่า ความศรัทธา นั้นสามารถเคลื่อนแม้กระทั่งภูผา แม้แต่องค์กรที่เป็นระดับแชมเปียนอย่าง Saint Luke's Hospital of Kansas city ที่ได้รับรางวัล MBNQA ในปี 2003, Robert Wood Johnson University Hospital ได้รับ รางวัล MBNQA ในปี 2004 และ Bronson Methodist Hospital ได้รับรางวัล MBNQA ในปี 2005 ก็ยังต้อง มีการพัฒนากลยุทธ์ในการสร้างศรัทธาให้กับบุคลากรในการนำพาท้องค์กรให้สามารถปรับปรุงผลการ ดำเนินการให้เป็นเลิศในระดับสากลได้

องค์กรที่เป็นเลิศอย่างโรงพยาบาล Saint Luke ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ 582 เตียง จัดเป็น โรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ที่สุดใน Kansas City ก่อตั้งเมื่อปี ค.ศ.1882 มีพนักงาน 3,186 คนมีแพทย์ 500 คน เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงในทุกสาขาทางการแพทย์ เป็นโรงพยาบาลไม่แสวงหากำไรในสังกัดของ Protestant Episcopal Church และยังเป็นโรงเรียนแพทย์เอกชนในสังกัดคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย Missouri ใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ (multidisciplinary care process) ในการให้การดูแล รักษาผู้ป่วยทุกคนโดยใช้แผนการรักษา (care plan) เป็นสื่อกลางในการบรรลุผลการรักษาที่เป็นเลิศและ ความพึงพอใจของผู้ป่วย มีการจัดทำ clinical pathways (แนวทางในการดูแลรักษารายโรคซึ่งจัดทำ ล่วงหน้าโดยใช้หลักฐานที่เป็นวิทยาศาสตร์ที่ผ่านการพิสูจน์และน่าเชื่อถือ) จำนวน 134 เรื่อง ผู้ป่วยราวร้อยละ 60 ได้รับการดูแลรักษาผ่าน clinical pathways เหล่านี้ โดยโรงพยาบาลมี core values คือ quality / excellence, customer focus, resource management และ teamwork โดยมีปัจจัยหลักในการ ขับเคลื่อนความพึงพอใจของผู้รับบริการมี 3 ประการคือ ระยะเวลารอคอย การตอบสนองต่อข้อร้องเรียน และผลการรักษา

ส่วนขององค์กรที่เป็นเลิศอย่าง Robert Wood Johnson University Hospital at Hamilton เป็น โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ตั้งอยู่ใน Mercer County รัฐ New Jersey ก่อตั้งมาตั้งแต่ปี 1940 ให้ การดูแลครอบคลุมประชากร 350,000 คน มีขนาด 200 เตียง มีพนักงาน 1,650 คน มีแพทย์ 650 คน ผู้ป่วยในราว 14,000 คนต่อปี ผู้ป่วยฉุกเฉิน 49,500 คนต่อปี มีรายได้ราว 160 ล้านดอลลาร์ต่อปี มีการ ให้บริการรักษาพยาบาลและการให้บริการชุมชนด้านสุขภาพซึ่งรวมถึงการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การค้นหา โรคและการป้องกันโรคผ่านแนวทางที่เรียกว่า excellence through service และโรงพยาบาลมี core values คือ quality, understanding, excellence service และ teamwork โดยโรงพยาบาลมีการสร้าง วัฒนธรรมองค์กรที่ “มุ่งสู่มาตรฐานที่ดีกว่า – to a higher standard” ผ่านการทำแผนปรับปรุงผลการ ดำเนินการขององค์กรและ patient safety plan มีการใช้วงล้อ PDCA ในการพัฒนาคุณภาพและ กระบวนการ Six Sigma สำหรับปัญหาที่ซับซ้อนและระบบการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรเป็น 2 แบบคือ “run the business” และ “change the business”

สำหรับโรงพยาบาลที่เป็นเลิศอีกโรงหนึ่งคือ โรงพยาบาล Bronson Methodist เป็นโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิที่ไม่ค้ากำไร ก่อตั้งเมื่อปี 1900 ตั้งอยู่ที่เมือง Kalamazoo รัฐมิชิแกน สหรัฐอเมริกา ให้บริการ

ด้านสุขภาพครอบคลุมประชากรราว 1 ล้านคน มีจำนวนเตียง 343 เตียงมีพนักงาน 3,182 คน มีแพทย์ 780 คนแพทย์ประจำ 20 คน รักษาผู้ป่วยใน 21,728 คนต่อปี ผู้ป่วยฉุกเฉิน 77,728 คนต่อปี รายได้ปีละ 751 ล้านบาท มี core values คือ care and respect for all people, teamwork, stewardship of resources, commitment to our community และ the pursuit of excellence ส่งผลให้โรงพยาบาลมีความเป็นเลิศทางคลินิก ความเป็นเลิศด้านลูกค้าและบริการ และความเป็นเลิศด้านประสิทธิภาพองค์กร แนวทางโดยรวมที่โรงพยาบาลนี้ใช้ในการปรับปรุงผลการดำเนินการสู่ความเป็นเลิศประกอบด้วย ระบบการจัดการผลงานคือ การติดตามผลงานรายวัน รายเดือน รายไตรมาส ของกรรมการบริหารโดยติดตามจาก balance scorecard ระดับต่างๆและนำไปสู่การปรับปรุงที่ดีขึ้น การเรียนรู้และพัฒนาใช้วงล้อ Plan-Do-Check-Act นอกจากนี้ยังใช้เกณฑ์ Baldrige ในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการและผลการดำเนินการขององค์กร

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

ผู้ป่วยที่ตามัวหรือตาบอด จากการติดเชื้อไซโตเมกาโลไวรัส (Cytomegalovirus Retinitis) ซึ่งในขณะนั้นมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดิฉันได้เพิ่มทุนประสบการณ์ในการดูแล จากการช่วยนายแพทย์สมสิทธิ์ แพทย์ท่านแรกที่คุณดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ชีดยาตาให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันไม่ให้ลุกลามไปมากกว่าเดิม

นอกจากนี้ดิฉันต้องทำหน้าที่เป็นหน่วยปราบปรามสัตว์พื้นเมืองที่ติดมากับผู้ป่วย คือ หนอน หิด และมด ทั้งๆ ที่ดิฉันก็กลัวและขะเขย่ง แต่ก็ต้องทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วยเพื่อให้ร่างกายผู้ป่วยสะอาด **เมื่อพูดถึงหิด** ดิฉันและทีมงานจะวินิจฉัยเชื้อหิดได้เก่งมาก เพราะพวกเราติดหิดกันถ้วนหน้าบ่อยครั้งเลยทำให้เราต้องรีบค้นหาให้ได้ก่อน (early detection) แล้วบอกคุณหมอเพื่อให้เจ้าหน้าที่ห้อง LAB มาขูด (scrape) เพื่อหาเชื้อหิด เพื่อที่จะได้ยามาทำให้ผู้ป่วยก่อนที่พวกเราจะติดหิดกัน ซึ่งพวกเราเก่งมากสามารถวินิจฉัยได้ถูกต้องเกือบทุกครั้ง นอกจากนี้ที่เด็ดที่สุดก็คือในบางครั้งดิฉันต้องช่วยอาจารย์ (น.พ สมสิทธิ์) ทำงานแผนกนิติเวช โดยไปทำที่ห้องเก็บศพ เวลาที่พวกเราตามไปทำนั้นเราก็กลัวแต่ก็ต้องทำ **สรุป...** ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยประเภทไหนดิฉันต้องดูแลหมด

การที่ดิฉันอาสาสมัครมาทำงานที่ตึกนี้เพราะคิดว่าถ้าดิฉันเป็นผู้ป่วยดิฉันก็อยากให้มีพยาบาลมาดูแลเหมือนผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ ตอนนั้นดิฉันไม่เคยคิดว่าในอนาคตดิฉันจะพบกับปัญหามากมาย ทั้งปัญหาครอบครัว การทำงาน และอีกสารพัดปัญหาที่บางครั้งทำให้เกือบเอาชีวิตไม่รอดก็คือโดนผู้ป่วยทำร้าย เนื่องจากที่ผู้ป่วยมีความเครียดจากโรคที่เป็นอยู่ คลุ้มคลั่งจากอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงด้วยโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา และที่ทำให้ดิฉันเกือบเสียชีวิตก็คือโดนผู้ป่วยตีดาเสพติด แต่เมื่อนาทีแห่งชีวิตมาถึงขณะที่ผู้ป่วยกำลังจ้วงแทงดิฉันเพราะดิฉันช่วยเป็นกำบังให้ผู้ป่วยอีกคนที่พยายามพูดให้ผู้ป่วยหยุดทำร้าย ก็มีผู้ป่วยอีกคนซึ่งเป็นปอดอักเสบจากเชื้อราและกำลังหอบเหนื่อยต้องใช้ออกซิเจนชนิดหน้ากากช่วยในการหายใจบอกดิฉันว่า... **“พี่อ้อครับพี่ช่วยผมให้รอดตายมาแล้วครั้งหนึ่ง...ครั้งนี้ผมยอมตายเพื่อพี่บ้าง พี่ยังมีลูกที่ต้องดูแลและพี่ยังมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเอดส์อื่นๆ อีกมากมาย”** พุดจบเขาก็ถอดออกซิเจนแล้วก็กระโจนเข้าชนทำให้ผู้ป่วยที่จะทำร้ายดิฉันเสียหลักแล้วก็ต่อสู้เพื่อช่วยดิฉัน พอดีกับช่วงนั้น ตำรวจ 191 ซึ่งญาติโทรให้มาช่วยพร้อมมายารักษาความปลอดภัยของร.พ ก็มาถึง ดิฉันก็เป็นห่วงผู้ป่วยที่เขามาช่วยมากเพราะอาการหอบของเขากำเริบขึ้น ดิฉันสงสารเขามาก รีบพุงเขาขึ้นเตียงและให้เปิดออกซิเจนให้เต็มที่ ภาวนาขออย่าให้เขาเป็นอะไรเลย ดิฉันน้ำตาไหลออกมา...ยกมือไหว้ขอบคุณที่ช่วยชีวิตดิฉันไว้ ผู้ป่วยก็น้ำตาซึมเอามือมากำมือดิฉันไว้บอกว่า **“พี่อ้ออย่าไหว้ผมเลย ผมช่วยพี่เพราะพี่ช่วยเหลือพวกผมทุกคนอย่างไม่รังเกียจ ผมต่างหากที่ต้องตอบแทนบุญคุณพี่”** นี่เป็นเพียงเหตุการณ์เดียวในหลายๆ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยช่วยเรา จากเหตุการณ์ที่ผ่านมาทำให้ดิฉันรู้สึกว่าคุณดิฉันเป็นหนี้ชีวิตผู้ป่วยเอดส์ **ทำให้ดิฉันตั้งปณิธานว่า...ชีวิตนี้จะไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยเอดส์ จะต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะความเครียดทางจิตใจ จะทำให้เขามีความสุขตามอัตภาพเท่าที่จะทำได้ และ จะพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้พวกเขาได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดเท่าที่พยาบาลอย่างดิฉันจะทำได้เช่นเดียวกัน**

จากการดูแลผู้ป่วยเอดส์ทำให้เราได้พบกับเรื่องมหัศจรรย์มากมาย ทำให้เราเกิดการเรียนรู้และเรียนรู้มาเรื่อยๆ จนถึงปัจจุบัน **ดิฉันเคยถูกถามว่า...**

- ช่วยผู้ป่วยเอดส์ให้ตัวเองเหนื่อยทำไม...อยากหาโรคมาเอง
- เอาชีวิตตัวเองไปเสี่ยงชีวิตทำไม ??? กับผู้ป่วยพวกนี้
- ช่วยไปทำไมผู้ป่วยเอดส์...ให้ไปเกิดใหม่เถอะ
- เคยมีความรู้สึกเหนื่อยล้า และเบื่อหน่ายหรือไม่? ที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ซึ่งมีสภาพไม่น่าดู เป็นระยะเวลายาวนาน
- ทำไมไม่ไปทำงานที่อื่นต่างๆ ที่เงินเดือนเยอะกว่า ปลอดภัยกว่าและมีอนาคตที่ดีกว่า

ต้องขอขอบพระคุณทุกคำถาม ทำให้ต้องกลับมาหาคำตอบว่า...

ทำไมเราต้องเอาชีวิตตัวเองไปเสี่ยง ทำไมต้องทำ ทั้งๆ ที่บางครั้งก็ท้อแท้และเหนื่อยล้าเหลือเกิน อุปสรรคและปัญหา ก็มีมากมาย

คำตอบสุดท้ายที่ได้คือ...

- ผู้ติดเชื้อมีชีวิตจิตใจ มีคุณค่าในตัวเอง สามารถใช้ชีวิตในสังคมและอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติ ดิฉันต้องต่อสู้เพื่อให้หัวใจทุกๆ คนเปิดรับผู้ป่วยกลุ่มนี้
- ไม่มีใครอยากเป็นโรคนี้
- คิดย้อนกลับว่าถ้าดิฉันเป็นผู้ป่วยดิฉันอยากให้พยาบาลเป็นอย่างไร
- ไม่เบื่อหน่าย แต่กลับมีความรู้สึกว่ายิ่งได้ช่วยเหลือผู้ป่วยยิ่งมากยิ่งขึ้นมีความสุข เกิดพลัง เป็นบุญกุศล มีความปีติ อิ่มเอิบใจ รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่ามากขึ้น

ดิฉันคิดว่าการดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นงานที่... ยกย่องจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ให้สูงขึ้น

และดิฉันต้องต่อสู้เพื่อให้หัวใจทุกๆ คนเปิดรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ แม้ว่าจะยากเย็นแสนเข็ญเพียงใด ดิฉันรู้ว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไรเมื่อถูกรังเกียจ เพราะในอดีตดิฉันก็ถูกสังคมรังเกียจเช่นเดียวกับผู้ป่วยเอดส์ เช่น ดิฉันเอาลูกไปฝากเลี้ยงที่ nursery เขาก็ไม่รับเลี้ยง ร้านซักรีดไม่ยอมรับเสื้อผ้า พวกเราไปรับประทานอาหารร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ เขาก็ไม่ค่อยต้อนรับ โรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง ก็ไม่รับดิฉันทำงานนอกราชการกลัวนำเชื้อจากผู้เอดส์ไปติดผู้ป่วยอื่นๆ ซึ่งทำให้เครียดมากเพราะดิฉันต้องหาเงินพิเศษเพื่อส่งน้องเรียนมหาวิทยาลัย แต่ดิฉันก็เข้าใจไม่ถือโทษโกรธใครๆ หรอก เพราะรู้ว่าในสมัยก่อนเมื่อพูดถึงเอดส์ใครๆ ก็กลัวและรังเกียจ ถ้าพวกเขาู้ก็จะไม่กลัวไม่รังเกียจหรอก ทุกวันนี้ท่านผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ตลอดจนผู้บริหาร และบุคลากรทุกๆ คนในสถาบันบำราศนราดูร คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจดิฉัน ทำให้ดิฉันรู้สึกมีความสุขและอบอุ่นมากขึ้น

กว่าจะถึงวันนี้ ดิฉันต้องต่อสู้กับแรงกดดันทั้งในและนอก ร.พ ต้องต่อสู้ด้วยน้ำตา กว่าจะฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ มาได้ ดิฉันเคยท้อแท้ เหนื่อยล้า แต่เมื่อกลับมาคิดว่ามีผู้ป่วยเอดส์อีกมากมายที่รอให้

ช่วยเหลือ มีพี่น้องๆในที่ที่ดิฉันต้องดูแล เพราะฉะนั้นดิฉันต้องเข้มแข็งและขยันทำงานเพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับทีมงาน และดิฉันได้แนวคิดจากการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากมาย เช่น

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

จิตรกร เอาอารมณณ์ผสมสี

นักดนตรี เอาอารมณณ์ผสมเสียง

นักพูด เอาอารมณณ์ผสมสำเนียง

พยาบาลเพียงเอาอารมณณ์ (จิตใจ) ผสมมือ

- การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะได้รับความรัก เป็นขั้นตอนเริ่มต้นที่สำคัญในการเยียวยาผู้ป่วย สามารถนำมาปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ยิ่งปฏิบัติมากเท่าไรก็ยิ่งเข้าถึงหัวใจของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นเท่านั้น
- รู้ว่าคำที่มีความหมายสำหรับผู้ป่วยและผู้ได้บังคับบัญชา คือ...น้ำคำ+น้ำใจ

ทุกวันนี้ดิฉันจะสอนพี่ๆ น้องๆ ในทีมงานเสมอว่า...เมื่อมีปัญหาปัญญาาก็จะเกิด ดิฉันจะต้องเปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาส และผู้ป่วยเป็นครูของดิฉันที่ทำให้เกิดการเรียนรู้มากมายจากการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เช่น

- เอดส์สอนให้รู้จัก คุณค่าของความเป็นคน
- เอดส์สอนให้รู้จัก การให้ความรักและรู้จักการเสียสละโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน
- เอดส์สอนให้เรียนรู้ว่า ไม่มีใครต้องการได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากคนอื่นในสังคม
- เอดส์สอนให้รู้ว่า การรักษาความลับทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ควรได้รับการปฏิบัติโดยเคร่งครัด
- เอดส์สอนให้รู้จักคำว่า one stop services (ทำงานแบบครบวงจร คือ ในอดีตพวกเราต้องดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ต้องซักผ้าในตึก / ตาก/พับผ้า ทำงานเป็นสารพัดช่าง มีเมรุเผาศพให้ผู้ป่วย เป็นการบริการครบวงจร เนื่องจากวัดไม่รับเผา บางครั้งดิฉันก็ต้องไปร่วมงานศพด้วย)
- เอดส์สอนให้รู้จัก การนำธรรมะมาสู่การปฏิบัติ หลักธรรมที่สำคัญและมีความจำเป็นต้องใช้ประจำในการทำงาน คือ พรหมวิหาร 4 ได้แก่

เมตตา = อยากให้ผู้ป่วยเป็นสุข

กรุณา = อยากให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์

มุกิตา = พลอยยินดีเมื่อผู้ป่วยดีขึ้น

อุเบกขา = วางใจเป็นกลางเมื่อได้ช่วยผู้ป่วยเต็มที่แล้ว แต่เขาต้องจากไป ตามวาระ

- เอดส์สอนให้รู้จักคำว่า การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care)
- เอดส์สอนให้รู้จักคำว่า การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ (palliative care)
- **เอดส์ทำให้รู้สึกภูมิใจในคุณค่าของความเป็นพยาบาลและรู้สึกดีใจที่ได้ทำสิ่งดี ๆ ในชีวิตก่อนที่จะหมดเวลาจากการเป็นพยาบาล**

- เอดส์สอนให้รู้จักงานคุณภาพ เกิดนวัตกรรม และ best practice มากมาย ซึ่งล้วนมาจากการที่ดิฉันได้ช่วยเหลือและแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย

- เอดส์สอนให้มี องค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ สามารถเป็นวิทยากรให้กับบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในและต่างประเทศตลอดจนผู้ที่มาศึกษาดูงานได้

- เอดส์สอนให้รู้จักคำว่า...การทำงานเป็นทีม (teamwork)

- เอดส์สอนให้รู้ วิธีการสร้างหน่วยงานให้เข้มแข็งและมีคุณภาพ

- **ที่สำคัญที่สุดคือ เอดส์สอนให้ดิฉันรู้จักคำว่า...การทำงานด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์**

ทุกวันนี้การทำงานยังมีทั้งความสุขและความทุกข์ คือ เป็นทุกข์เมื่อดิฉันไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้น และมีความสุขเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้เห็นรอยยิ้มของผู้ป่วย รอยยิ้มของญาติมิตร รอยยิ้มของทีมงาน และสัญญาว่าจะพยายามทำหน้าที่ของพยาบาลให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

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

ทพ.วีระ อิศระธำนันท์ (รพ.แม่จัน)

จากสภาพปัญหาของการระบาดของโรคเอดส์ ตั้งแต่ปีพ.ศ.2530 จนถึงปัจจุบัน ในอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่าโรคเอดส์ไม่เพียงแต่ทำลายชีวิตผู้คนเพียงอย่างเดียว แต่ยังทิ้งรอยแผลในจิตใจ (stigma) และยังสร้างปัญหาสังคม ที่ไม่จบสิ้น โรงพยาบาลแม่จันได้ทำโครงการรณรงค์เพื่อขจัดปัญหาโรคเอดส์มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2538 จนถึงปัจจุบันโดยต้องการให้ลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลง อีกทั้งยังมีการสร้างโปรแกรมในการดูแลผู้ติดเชื้อโดยสร้างการเข้าถึงยาด้านในกลุ่มผู้ติดเชื้อและมีการแก้ไขปัญหาด้านสภาวะจิตใจของผู้ติดเชื้อมาโดยตลอด แต่ปัญหาหนึ่งที่พบในกลุ่มของผู้ติดเชื้อที่เป็นปัญหาที่ทำทายเป็นอย่างยิ่งคือปัญหาของการดำเนินชีวิตของครอบครัวผู้ติดเชื้อที่ประกอบไปด้วย ผู้ดูแล ซึ่งเป็นญาติพี่น้องของผู้ติดเชื้อเอง รวมไปถึงบุตร หลานในปกครองของผู้ติดเชื้อเอง ปัญหาต่างๆเช่น ความไม่เข้าใจของคนในครอบครัว , การวางตัวของผู้ติดเชื้อต่อบุตรหลานหรือต่อผู้ดูแล , การเปิดเผยผลเลือดในครอบครัว และ ปัญหาอื่นๆอีกมากมายเป็นเรื่องยากที่จะแก้ปัญหาเหล่านี้โดยลำพัง โรงพยาบาลแม่จัน จึงได้ร่วมคิดและพัฒนารูปแบบการดูแลครอบครัวของผู้ติดเชื้อโดยใช้โครงการสายใยรักครอบครัว ซึ่งเป็น

โครงการที่พัฒนาขึ้นเพื่อหารูปแบบที่ช่วยเติมเต็มการแก้ปัญหาต่างๆของครอบครัวของผู้ติดเชื้อ โครงการสายใยรักครอบครัวนี้ได้รับความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน จากสำนักบรรเทาทุกข์และเยียวยาจิตใจผู้ประสบภัยทางจิตใจ กระทรวงสาธารณสุขและ UCLA ซึ่งเป็นโครงการที่เริ่มต้นทดลองรูปแบบและสร้างทีมงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 จนถึงปัจจุบัน

โครงการสายใยรักครอบครัวนี้ มีจุดเด่นที่ใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มของผู้ติดเชื้อและกลุ่มของผู้ดูแลและมีการแบ่งกระบวนการกลุ่มออกเป็น 13 กิจกรรม ทั้งในกลุ่มของผู้ติดเชื้อและกลุ่มของผู้ดูแลโดยจะจัดกลุ่มให้มีกลุ่มละประมาณ 10-13 คน โดยมี ผู้นำกลุ่มที่ได้รับการฝึกฝนกระบวนการมาเป็นอย่างดีในการดำเนินกิจกรรม ใช้ลักษณะการพูดคุยในการตั้งประเด็นต่างๆ โดยมีการใช้เครื่องมือเข้ามาเสริม เช่น การใช้เทคนิคใช้บัตรแสดงความชื่นชม (token) และฝึกให้ผู้เข้าร่วมได้หยิบยื่นบัตรแสดงคำชม การใช้เครื่องมือปรอทอารมณ์ที่จะสร้างความเข้าใจให้รู้เท่าทันอารมณ์ของตัวเอง โดยการฝึกให้รู้สึกถึงระดับอุณหภูมิของปรอทเมื่อตัวเองอยู่ในอารมณ์ โกรธหรืออารมณ์ปกติ เมื่อเทียบกับปรอทให้นี่เป็นตัวเลขของอุณหภูมิ เป็นเทคนิคของการจัดการอารมณ์โกรธของตัวเองอย่างรวดเร็ว เครื่องมือทั้งสองตัวนี้จะให้ผู้เข้าร่วมได้ฝึกใช้ทุกครั้ง และนำไปปฏิบัติที่บ้าน ทั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อและกลุ่มผู้ดูแล ส่วนการเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้ง 13 กิจกรรม นี้จะใช้เวลาดำเนินการกลุ่มๆละประมาณ 6 เดือน โดยจัดขึ้นประมาณเดือนละ 2 ครั้ง ทุกกิจกรรม จะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันไปตลอด โดยแต่ละกิจกรรม จะมีกิจกรรมเสริม เช่น การละลายพฤติกรรม การใช้ลักษณะ การแสดงบทบาทสมมุติ เข้ามาช่วย โดยจะเลือกใช้ให้เหมาะกับรูปแบบกิจกรรม นั้นๆ โครงการได้ดำเนินกิจกรรมไปทั้งสิ้น 60 ครอบครัว ซึ่งได้รับความร่วมมือของครอบครัวที่เข้าร่วมเป็นอย่างดี

ผลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรม พบว่า ครอบครัวทุกครอบครัวที่อยู่ในโครงการสายใยรักครอบครัว ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่องและพบว่ามีการนำเครื่องมือที่ผู้ดำเนินกิจกรรมได้สอนให้ใช้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน อีกทั้งในครอบครัวที่มีบุตรหลาน ก็เกิดความเข้าใจในครอบครัวเกิดการแก้ปัญหาพร้อมกันผู้ติดเชื้ออยู่ร่วมในครอบครัวได้ในทุกครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการไม่พบปัญหาความแตกแยกภายในครอบครัว เกิดการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มาเข้ากลุ่มและสร้างความร่วมมือและสามารถให้ความช่วยเหลือกันภายในกลุ่มได้เป็นอย่างดี ก็เนื่องมาจากทางโครงการได้มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จนผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลเกิดความผูกพันซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะให้กลุ่มผู้ติดเชื้ออยู่ร่วมในสังคมได้คือการช่วยเหลือและเห็นอกเห็นใจกันเองรวมถึงช่วยกันสร้างความเข้าใจในชุมชนอีกด้วย ในโครงการยังได้ติดตามในส่วนของบุตรหลานของผู้ติดเชื้อในโครงการ พบว่า เกิดความเข้าใจที่ดีต่อกันระหว่าง พ่อ แม่ ลูก ลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว โดยการนำประสบการณ์ผู้อื่นในกลุ่มที่มีประโยชน์นำไปใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในครอบครัว อีกทั้งในการที่ให้ผู้ดูแลได้เข้ามาช่วยทำกิจกรรมต่างๆ ก่อให้เกิดความเข้าใจเห็นอกเห็นใจกันมากขึ้นทำให้ปัญหาความขัดแย้ง ใน 60 ครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรมจากการติดตามโดยสัมภาษณ์ไม่พบครอบครัวที่เกิดปัญหาขัดแย้งรุนแรงในครอบครัว ซึ่งจะเห็นว่า โครงการสายใยรักครอบครัว

เป็นโครงการที่สร้างความเข้าใจภายในครอบครัวและสามารถขจัดปัญหาครอบครัว โดยการพูดคุยใน
รูปแบบใหม่ที่สร้างขึ้นมาจากทีมงานสหวิชาชีพโดยแท้จริง

C12 : เรื่องเล่าที่ได้รับ Humanized Healthcare Award
13 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 2

นพ.ธงชัย ตริวิบูลย์วัฒน์	รพ.สุรินทร์
พัชรี อมรสิน	รพ.เขมราชู จ.อุบลราชธานี
ศรียุทธ ณะระชิตการนนท์	รพ.ศิริราช
นพ.เฉลียว สัตตมัย	รพ.สุรินทร์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

Humanized Healthcare ใน รพ.สุรินทร์

นพ.ธงชัย ตริวิบูลย์วัฒน์	รพ.สุรินทร์
--------------------------	-------------

ชีวิตเลือกได้ด้วยการบริการด้วยหัวใจ

พัชรี อมรสิน	รพ.เขมราชู จ.อุบลราชธานี
--------------	--------------------------

บุคคลต้นแบบทางด้านจิตวิญญาณ

ศรียุทธ ณะระชิตการนนท์	รพ.ศิริราช
------------------------	------------

(ดูเรื่องเล่าจากหนังสือ “รักในโรงพยาบาล”)

C22 : เรื่องเล่าที่ได้รับ Humanized Healthcare Award

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

บงกช ศาสตรรัภักดี	รพ.พระศรีมหาโพธิ์
นพรัตน์ ไชยขำนิ	รพ.สวนสราญรมย์
สุพิชญา กิติมา	รพ.ป่าแดด
นพ.สุพัฒน์ ใจงาม	รพ.ปาย (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ฉัน...จะพาเธอกลับบ้าน

บงกช ศาสตรรัภักดี	รพ.พระศรีมหาโพธิ์
-------------------	-------------------

สายใยครอบครัวล้อมรั้วด้วยรักก่อนกลับสู่ชุมชน

นพรัตน์ ไชยขำนิ	รพ.สวนสราญรมย์
-----------------	----------------

ใจสัมผัสใจ

สุพิชญา กิติมา	รพ.ป่าแดด
----------------	-----------

(ดูเรื่องเล่าจากหนังสือ “รักในโรงพยาบาล”)

C32 : เรื่องเล่าที่ได้รับ Humanized Healthcare Award

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

	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
มูจรินทร์ อิศวพัฒน์	รพ.มหาราชนครราชสีมา
พรเพ็ญ อินทวณิช	รพ.สงขลา
นพ.อนุชิต หิรัญกิตติ	รพ.วารินชำราบ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

จิตอาสาแก๊งซ่าส์พาสนุก

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

ความใส่ใจของทีมทำงานเด็กฮิบ (HIV)

มูจรินทร์ อิศวพัฒน์ รพ.มหาราชนครราชสีมา

สื่อด้วยใจไปด้วยภาพ

พรเพ็ญ อินทวณิช รพ.สงขลา

(ดูเรื่องเล่าจากหนังสือ “รักในโรงพยาบาล”)

Meeting Room 3

Lean, Leadership, & Management

รับฟังแนวคิดและเรื่องราวดี ๆ เกี่ยวกับภาวะผู้นำในสถานการณ์ต่าง ๆ
ประสบการณ์การใช้แนวคิด Lean ในโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการนำร่อง
การสื่อสารและการบริหารสู่ความเป็นเลิศ
รวมทั้งกฎหมายที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับวิชาชีพ

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

A23 Visionary Leadership Transitions & Quick Wins

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

Marion C. Suski

ที่ปรึกษา พรพ.

นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล

รพ.ประทาย

พญ.อภิัญญา ณรงค์กุล

รพ.บางกล้า

Visionary Leadership Transitions & Quick Wins

Marion C. Suski

ที่ปรึกษา พรพ.

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

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

Visionary Leadership Transitions & Quick Wins

นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล

รพ.ประทาย

สิ่งที่ผมเรียนรู้จากการนำองค์การ 2 องค์การคือโรงพยาบาลบ้านเหลื่อมและประทาย จ. นครราชสีมาได้แก่

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

2. การที่จะเป็นผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำได้ดีจะต้องเป็นผู้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่ต้องมีฝัน และมีวิสัยทัศน์ (change agents as visionary leader)
3. การทำหน้าที่บริหารองค์การเปรียบเสมือนการที่เราไปเที่ยวป่า...เมื่อเข้าไปถึงใหม่ ๆ... เราต้องนั่งสงบเพื่อจะได้ยินเสียงที่ไพเราะจากสัตว์ต่างๆ เคลื่อนไหว เสียงใบไม้ไหว...เสียงลม...ได้เห็นภาพที่สวยงามของธรรมชาติ แต่ถ้าเราก้าวเข้าไปพร้อมกับเสียงอันดัง อึกทึก...เราจะไม่ได้ยินและเห็นอะไรเลย (deep listening for searching the silent sound)
4. การที่จะได้มาซึ่งข้อมูลในการบริหารและนำองค์การมาได้หลากหลายวิธี แต่ที่จะทำได้ข้อมูล ที่เชื่อถือและถูกต้องที่สุด...ผมเลือกใช้งานวิจัยเชิงคุณภาพที่ค้นหาความต้องการ โอกาส การพัฒนา ข้อเสนอแนะ แง่คิด ความทุกข์สุขของเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติและผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้องต่างๆ (management by facts) และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนแก้ไขอย่างมี ส่วนร่วม (participation)
5. การวางเป้าหมายร่วมกันและสร้าง commitment ในทีมเป็นสิ่งที่สำคัญมาก รวมทั้ง การบริหารอย่างมีส่วนร่วมในทีมผู้ปฏิบัติงานเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด พวกเราเลือกใช้ เครื่องมือการระดมสมองและระดมหัวใจ (world café technique) ในการสานฝันและ สร้างบรรยากาศที่ดี
6. การบริหารจัดการแนวคิดด้านความรักเป็นพื้นฐาน...แต่ต้องมีการจัดการ เพื่อให้เกิด การทำงานที่มีพลังมหาศาลและทิศทางที่ชัดเจน โดยใช้อย่างมีศิลปะ (humanized hospital management) เน้นการมองและคิดเชิงบวก มองทุกคนมีคุณค่าและมีพื้นฐาน ของการเป็นคนดี...
7. การบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์แบบบูรณาการกับการพัฒนาจิตปัญญาทั้งเป็น รูปแบบกับเพาะบ่มกับแนวคิดค่านิยม รวมทั้งการสื่อสารเชิงบวกที่ใช้ใจสัมผัสใจ (humanized communication skill)
8. การบริหารจัดการในพระไตรปิฎกมีการกล่าวเกี่ยวกับการพัฒนาจิตปัญญา ว่าต้อง ประกอบไปด้วยสัปปายะ 7 ได้แก่ อาวาสสัปปายะ โคจรสัปปายะ ภัตตสัปปายะ ปุคคลสัปปายะ โภชนสัปปายะ อตุสัปปายะ และ อิริยาปถสัปปายะ

จากใจ นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล และทีมงานชาว รพ.ประทาย นครราชสีมา

A33 วิชาชีพภายใต้กฎหมายใหม่

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

นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์

กระทรวงสาธารณสุข

นพ.สัมพันธ์ คมฤทธิ์

กรมการแพทย์สภา

ภก.กิตติ พิทักษ์นิตินนท์

กรมการสภาเภสัชกรรม

ศ.เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ

นายกสภาการพยาบาล

นพ.ศุภชัย คุณารัตนพฤษ์

กรมการแพทย์สภา (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

A43 Leadership & Patient safety

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

รศ.คลินิก นพ.อภิชาติ ศิวายธร รพ.บำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล
พ.อ.นพ.ดุสิต สถาวร รพ.พระมงกุฎเกล้า

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

1. องค์กรอนามัยโลก หรือ World Health Organization (WHO) ซึ่งผู้บริหารจากประเทศต่างๆ ได้ใช้ภาวะผู้นำของตนเองในการยกระดับความสำคัญของการดำเนินการในเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยให้เป็นวาระสำคัญของประเทศสมาชิกทุกประเทศ โดยผลักดันให้มีการจัดตั้งคณะทำงานที่มีชื่อเรียกว่า World Alliance for Patient Safety เพื่อให้เป็นเวทีสำหรับการผลักดันนโยบายและแนวทางปฏิบัติในเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยที่จะสามารถนำไปใช้ได้กับทุกประเทศสมาชิก ซึ่งตัวอย่างของผลงานชิ้นสำคัญ ซึ่งสะท้อนภาวะผู้นำขององค์กรนี้ ได้แก่

1) ผลักดันให้มีการคัดเลือกหัวข้อเรื่องที่สำคัญของความปลอดภัยมาเป็นเป้าหมายที่ประเทศสมาชิกทุกประเทศต้องทำให้สำเร็จที่เรียกว่า WHO Global Patient Safety Challenge ซึ่งในขณะนี้ได้กำหนดไปแล้ว 3 หัวข้อ หัวข้อแรก คือ clean care is safer care ซึ่งมุ่งเน้นเรื่องความสำคัญของการล้างมือ (hand hygiene) เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล หัวข้อที่สอง คือ safe surgery saves lives มุ่งเน้นเรื่องการใช้ surgical checklist เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด และ หัวข้อที่สามซึ่งจะมีการประกาศภายในปี ค.ศ. 2010 คือ การป้องกันเชื้อดื้อยา (antimicrobial resistance)

2) จัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ที่เรียกว่า patient safety solutions (PSS) ตัวอย่าง เช่น การสื่อสารระหว่างการส่งต่อเวชระเบียนหรือพยาบาล การป้องกันยาที่มีชื่อพ้องรูปพ้อง (look-alike, sound-alike drugs, LASA) หรือการป้องกันการผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดข้าง เป็นต้น

3) จัดทำ International classification on patient safety (ICPS) เพื่อใช้ในการสื่อสารเกี่ยวกับภัยอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

4) จัดทำคำแนะนำในการจัดทำหลักสูตรสำหรับสอนนักศึกษาแพทย์ เรื่อง ความปลอดภัยผู้ป่วย ที่เรียกว่า education for safer care

5) สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับ เรื่อง ความปลอดภัยผู้ป่วย ที่เรียกว่า research on patient safety

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

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

นอกเหนือจากตัวอย่างในต่างประเทศที่ได้กล่าวข้างต้นแล้วผู้บรรยายจะยกตัวอย่างของการแสดงออกถึงภาวะผู้นำในระดับโรงพยาบาล เพื่อชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของภาวะผู้นำต่อการผลักดันการดำเนินการตามนโยบาย เรื่อง ความปลอดภัยผู้ป่วย

B13 Leanทำได้มากขึ้น ด้วยทรัพยากรน้อยลง (1)

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

ผศ.นพ.เชิดชัย นพมณีจำรัสเลิศ

รพ. ศิริราช

วันดี ชูณหวิภิสิต

รพ.สงขลานครินทร์

พัชนี ธรรมวัฒนากุล

รพ.เซนต์หลุยส์

พ.อ.मारวย ส่งทานินทร์

รพ.พระมงกุฎเกล้า (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

Lean ทำได้มากขึ้นด้วยทรัพยากรที่น้อยลง

พัชนี ธรรมวัฒนากุล

รพ.เซนต์หลุยส์

โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ได้เริ่มศึกษาเรื่อง Lean Management ในปี พ.ศ.2549 โดยอาจารย์เพ็ญจันทร์ แสนประสาน เริ่มที่กระบวนการปรับปรุงการทำงานในหน่วยงานทุกหน่วยงานในฝ่ายการพยาบาล มีผลงานการปรับปรุงการทำงานมุ่งเน้นการลด waste ต่างๆที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงานของบุคลากร และเพิ่มคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย แต่ยังเป็นรูปแบบที่ทำในหน่วยงานเฉพาะฝ่ายการพยาบาล ยังไม่ได้ทำร่วมกับฝ่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และในปี พ.ศ. 2551 โรงพยาบาลได้เข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลนำร่องในการนำแนวคิด Lean มาปรับปรุงกระบวนการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยเกิดกระบวนการนำร่อง 3 เรื่องได้แก่ 1) กระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ 2) กระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกเวลาทำการที่มาใช้บริการที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ 3) กระบวนการให้บริการตรวจสุขภาพบริษัทคู่สัญญาและได้จัดให้บุคลากรที่นำมาในกระบวนการได้มีโอกาสศึกษาแนวคิด Lean จาก Lean Toyota เป็นต้นแบบในการศึกษา โดยใช้เวลาในการศึกษาเบื้องต้น 3 เดือนระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2551 ผลการศึกษามีดังนี้

กระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ

เป้าหมาย 1) ลดระยะเวลาการรับบริการผู้ป่วยนอกโรคหัวใจโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ (Total Turn Around Time) เหลือลง 20 % 2) ลดระยะเวลารอคอยพบแพทย์เหลือลง 50 % และ 3) ปรับปรุงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยระหว่างรอรับบริการ **ที่มาของปัญหา** ปัจจุบันผู้ป่วยโรคหัวใจมารับบริการตรวจรักษาที่สถาบันหัวใจโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ในตอนเช้าเป็นจำนวนมากระหว่างเวลา 8.00 – 14.00 น. ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลารอคอยรับบริการเป็นเวลานาน จากการเก็บข้อมูลเดือนตุลาคม พ.ศ.2551 พบว่า ระยะเวลาในการให้บริการผู้ป่วยโดยรวม (Total Turn Around Time) เหลือ 186 นาที แบ่งเป็น ระยะเวลาของกระบวนการทำงาน (Process Time) เหลือ 126 นาที และระยะเวลารอคอยรับบริการต่างๆ (Waiting Time) เหลือ 60 นาที ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเจาะเลือดก่อนพบแพทย์จำเป็นต้องงดน้ำและอาหารเพื่อเจาะ

เลือด จึงนิยมมาโรงพยาบาลตั้งแต่เช้า หลังจากเจาะเลือดแล้วผู้ป่วยจะนั่งรอพบแพทย์เป็นจำนวนมาก
พร้อมกัน นอกจากนี้ในกระบวนการตรวจพิเศษทางด้านโรคหัวใจเช่น การทำ Exercise stress test หรือ
Echocardiogram เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยตรวจเสร็จแล้วต้องรอคิวพบแพทย์อีกครั้งซึ่งผู้ป่วยต้องเสียเวลารอ
คอยเฉลี่ยคนละ 30 นาที **การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น:** 1) ปีพ.ศ. 2550 มีการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มี
มีอาการ/อาการแสดงของโรคหัวใจจะได้รับการตรวจคลื่นหัวใจก่อนพบแพทย์ 2) ปี พ.ศ.2551 ลดขั้นตอน
การรอคอยพบแพทย์หลังจากผู้ป่วยได้รับการตรวจพิเศษทางด้านโรคหัวใจโดยจัดให้แพทย์และพยาบาล
อธิบายผลการตรวจพิเศษและวางแผนการดูแลต่อเนื่องในห้องที่ทำการตรวจพิเศษ เพื่อลดการรอคอยพบ
แพทย์ซ้ำซึ่งจะเสร็จสิ้นกระบวนการตรวจและรอรับยาและชำระเงินได้ทันที 3) ลดระยะเวลาในการจัดการ
เอกสาร เช่น การจัดพิมพ์สติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วยไว้ล่วงหน้าให้พร้อมใช้งาน สามารถลดระยะเวลาการเตรียมใบ
Request การเจาะเลือด **ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น** สามารถลดระยะเวลาในการให้บริการโดยรวม (Total
Turnaround Time) เฉลี่ย จาก 186 นาที เหลือ 165 นาที สามารถลดระยะเวลาในการให้บริการตรวจรักษา
(Process Time) เฉลี่ยจาก 126 นาที เหลือ 103 นาที ส่วนระยะเวลารอคอยรับบริการยังไม่สามารถลดลง
ได้เนื่องจากเวลารอคอยส่วนใหญ่เป็นระยะเวลารอคอยผลการตรวจเลือดซึ่งมีระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 60
นาที

กระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกเวลาทำการที่มารับบริการที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER)

เป้าหมาย 1) ระยะเวลารอคอยการให้บริการทั้งหมด (Total Turnaround time) ของผู้ป่วยที่มา
ใช้บริการระหว่างเวลา 16.00 – 22.00 น. ใน ER ลง 50 % 2) ลดระยะเวลารอคอยการให้บริการ
Treatment ใน ER เช่น การทำแผล ฉีดยา หรืออื่นๆที่ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ระหว่างเวลา 16.00 – 22.00
น. เฉลี่ยลง 50 % 3) ลดระยะเวลารอคอยการทำ X-Ray ใน ER ลง 20 % **ที่มาของปัญหา** ผู้ป่วยที่มา
ใช้บริการตรวจรักษาระหว่างเวลา 20.00 – 22.00 น. (แผนกผู้ป่วยนอกปิดทำการตั้งแต่ 20.00 น.) ซึ่งผู้ป่วย
ที่มาใช้บริการในลักษณะผู้ป่วยนอกต้องใช้บริการใน ER เมื่อศึกษาสถิติที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีมาก
ตั้งแต่เวลา 16.00 น. เป็นต้นไปและมีจำนวนมากที่สุดระหว่างเวลา 20.00 – 22.00 น. ทำให้ผู้ป่วยรอคอย
ตรวจรักษาเป็นเวลานาน โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยฉุกเฉินมารับบริการยิ่งทำให้ผู้ป่วยรอนานมากยิ่งขึ้น **การ
เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น:** 1) ลดขั้นตอนการรอคอยรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการ Treatment เช่น
การทำแผล ฉีดยาโดยไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ เป็นต้น โดยการจัดห้องจำนวน 1 ห้องที่อยู่ใกล้ ER ,
อุปกรณ์เวชภัณฑ์พร้อมใช้งานสำหรับบริการดังกล่าว ผู้ป่วยสามารถใช้บริการในห้องนี้ได้โดยไม่ต้องรอ
เตียงใน ER (Minimized Batching) 2) การจัดระบบนัดผู้ป่วยที่มาใช้บริการ Treatment ที่ไม่จำเป็นต้อง
พบแพทย์ให้มาใช้บริการครั้งต่อไปในช่วงที่มีผู้ใช้บริการน้อย เช่น ระหว่างเวลา 8.00 – 16.00 น. และ 3)
ประสานงานกับแผนก X-Ray ในการจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยจาก ER ที่มีการทำ X-Ray ให้รอคอย
ผลการทำ X-Ray เร็วที่สุด **ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น:** 1) สามารถลดระยะเวลาการให้บริการโดยรวม (Total

Turnaround Time) เหลือจาก 141 นาที เหลือ 66 นาที 2) สามารถลดระยะเวลาการรอคอยรับบริการเหลือจาก 91 นาที เหลือ 19 นาที

กระบวนการให้บริการตรวจสุขภาพบริษัทคู่สัญญา

เป้าหมาย : 1) ในการลดระยะเวลาการลงทะเบียนตรวจสุขภาพบริษัทคู่สัญญา 50 % 2) ลดระยะเวลาในการให้บริการตรวจสุขภาพบริษัทคู่สัญญา 50 % 3) ลดความผิดพลาดของข้อมูลรายการตรวจสุขภาพบริษัทคู่สัญญา 0.5% **ที่มาของปัญหา:** 56% ของผู้ใช้บริการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาล เซนต์หลุยส์เป็นผู้ใช้บริการที่มาจากบริษัทคู่สัญญา ขั้นตอนตรวจสุขภาพของบริษัทคู่สัญญา มีความหลากหลายตามโปรแกรมที่บริษัทคู่สัญญาต้องการ และระยะเวลาในการรอคอยในแต่ละขั้นตอนใช้เวลานาน เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับผลการตรวจสุขภาพที่ถูกต้อง **การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น:** 1) ปี พ.ศ. 2549 มีการสลับขั้นตอนในการให้บริการภายในศูนย์ตรวจสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยรอคอยบริการที่สั้นที่สุด และสิ้นไหลโดยไม่คำนึงว่าต้องทำตามขั้นตอนเรียงตามลำดับ แต่คำนึงถึงคิวในการรอคอยที่สั้นที่สุด (Minimized Batching) และใช้ใบส่งต่องาน 2) ในปี พ.ศ.2550 ได้ลดระยะเวลาการรอคอยผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการโดยจัดให้มี Specimen Porter มารับส่งส่งตรวจทุก 10 นาที 3) จัดระบบคิวในการลงทะเบียนเตรียมเอกสารเพื่อลดข้อร้องเรียน 4) ในปี พ.ศ. 2551 ร่วมกับแผนกการตลาดที่ขายโปรแกรมตรวจสุขภาพกับบริษัทต่างๆเพื่อปรับปรุง code การตรวจสุขภาพที่ไม่มากเกินไปสามารถสื่อสารกับศูนย์ตรวจสุขภาพได้ และ 5) ปรับปรุงบริการโดยจัดให้มีการเก็บเงินที่ศูนย์ตรวจสุขภาพ (Cell Concept) **ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น:** 1) สามารถลดระยะเวลาการให้บริการโดยรวมจาก 3 ชั่วโมง 30 นาที เหลือ 1 ชั่วโมง 15 นาทีต่อราย 2) สามารถลดระยะเวลาการลงทะเบียนจาก 36 นาที เหลือ 16 นาที ต่อรายและ 3) สามารถลดความผิดพลาดของรายการตรวจสุขภาพจาก 0.99 % เหลือ 0.16 %

บทเรียนที่ได้รับในการนำแนวคิด Lean มาประยุกต์ใช้กับการบริการของโรงพยาบาล ได้แก่ 1) แนวคิดและขั้นตอนของ Lean ทำให้ได้บททวนกระบวนการทำงานอย่างละเอียดทุกขั้นตอน และวิธีที่ปฏิบัติจริงโดยการลงไปศึกษาในสถานการณ์จริงช่วยให้มองเห็นปัญหาและ waste ต่างๆที่เกิดขึ้นในกระบวนการเช่นการเดินทางไปเดินมาเป็นระยะเวลาไกลทำให้ผู้ป่วยเสียเวลานานขึ้น 2) เมื่อศึกษาข้อมูลที่เป็นกระบวนการทำงานปกติทำให้เห็นปัญหาและวิธีการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้เกิดความเหมาะสม 3) การนำระบบ 5 ส. เพื่อการเพิ่มผลผลิตมาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานช่วยให้บุคลากรทำงานได้ง่ายขึ้น 4) การลดความสูญเสียด้าน (waste) ในกระบวนการทำงานนอกจากจะสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการแล้วยังช่วยให้บุคลากรมีเวลาเพิ่มมากขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการสร้างคุณค่าอื่นๆแก่ผู้ใช้บริการ เช่น การให้คำแนะนำ การสังเกต และการใส่ใจผู้ใช้บริการเพิ่มมากขึ้น 5) ในการพัฒนางานตามแนวคิด Lean ช่วยทำให้บุคลากรที่อยู่คนละหน่วยงานได้เข้าใจกระบวนการทำงานของคนอื่นที่เกี่ยวข้องได้ดีและให้ความร่วมมือในการปรับปรุงงานดีขึ้น 6) การปรับปรุงบริการต่างๆบุคลากรที่สามารถให้ข้อมูลในการปรับปรุงได้ดีได้แก่ บุคลากรหน้างานซึ่งมองเห็นปัญหาและรู้วิธีที่จะแก้ไขปรับปรุงบริการได้

ดีกว่าใคร โดยอาศัยภาวะผู้นำร่วมกับแนวคิดการจัดการ Lean เป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องแบบไม่สิ้นสุด

B23 Leanทำได้มากขึ้น ด้วยทรัพยากรน้อยลง (2)

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

พญ.ชวลีกร ธนฐิติกร	รพ.เสาไห้
นพ.สุวิชา ศฤงคารพูนเพิ่ม	รพ.สุราษฎร์ธานี
รศ.นพ.วัฒนา นาวาเจริญ	รพ.มหาสารคามศรีเชียงใหม่
นพ.ชำนาญ จิตตรีประเสริฐ	กรมการแพทย์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

Lean ในโรงพยาบาลเสาไห้

พญ.ชวลีกร ธนฐิติกร (รพ.เสาไห้)

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

ก็ไม่แปลกอะไรถ้าโรงพยาบาลชุมชนเล็ก ๆ แห่งนี้ ยังไม่เคยได้ยินคำว่า lean มาก่อน สิ่งแรกที่ต้องทำ คือตั้งสติ กับสิ่งใหม่ที่กำลังจะมาถึง เมื่อเราคณะกรรมการของโรงพยาบาลเสาไห้ ได้รับรู้ถึงประโยชน์และความท้าทายของ lean เราก็ไม่รีรอที่จะรับสิ่งใหม่นี้เข้ามาทันที เมื่อเวลาที่ lean เริ่มขึ้นต้องบอกเลยว่า จะใช้เวลาเพียงเล็กน้อยให้คนหมู่มากเข้าใจไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะฉะนั้นควรเริ่มจากคนหมู่น้อยที่เป็นเสาหลักของโรงพยาบาลของท่านก่อน แล้วเลือกสายธารคุณค่าที่คุณคิดว่าจะแก้ไข และเป็นปัญหาของโรงพยาบาลของท่าน

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

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

1. คนไข้ที่ต้องอดอาหารมารอคิวกันตั้งแต่ตอนเช้า
2. หลังได้ผลเลือด แล้ว (เฉพาะ FBS) ต้องรอแพทย์ ซึ่งจะออกตรวจช่วง 8.30 น. – 10.00 น. เพียงท่านเดียว
3. คนไข้ที่ต้องตรวจเลือดประจำปี ได้แก่ BUN, Cr, HBA1C, TG, HDL, CHOL ต้องรอผลเลือดนานประมาณ 2 ชั่วโมง

จาก waste ทั้งหมดทำให้กว่าจะได้รับบริการเฉลี่ยเป็นเวลานานกว่า 4 ชั่วโมงต่อคน เราจึงระดมผลช่วยกันคิดว่าจะทำอย่างไรไม่ให้ผู้ป่วยมาออกกันแน่นในโรงพยาบาล จึงนึกถึงพี่น้องข้างเคียง คือ สถานีอนามัยนั่นเอง กลยุทธ์ของการทำงานจึงเกิดขึ้น โดยหัวใจหลักก็คือการลดระดับความหนาแน่นของการทำงานในแต่ละช่วงเวลามีการ balance วิธีการคือ

1. การกระจายผู้ป่วยสู่ชุมชน หมายถึง เขตรับผิดชอบของแต่ละสถานีอนามัย
2. การแบ่งเวลานัดให้เป็นช่วงเวลา
3. การมีห้องตรวจเบาหวานที่ชัดเจน

ดังนั้นสายธารแห่งคุณค่าใหม่จึงได้เกิดขึ้นตามกลยุทธ์และวิธีคิดข้างต้น คือนัดผู้ป่วยเบาหวานไปเจาะเลือดที่สถานีอนามัยก่อนวันนัดที่โรงพยาบาล 1 วัน แล้วนัดให้คนไข้มาในเวลาตามที่เราได้กำหนดไว้ และสุดท้ายแจ้งแพทย์ชัดเจนว่าให้แพทย์ท่านใดเป็นผู้ตรวจผู้ป่วย เฉพาะคนไข้เบาหวานในสัปดาห์นั้น ๆ เมื่อเริ่มทำสิ่งใหม่ สิ่งที่จะตามมาอย่างไม่ต้องสงสัยนั่นก็คือ ปัญหา โดยปัญหานั้นแบ่งได้เป็น ดังนี้ คือ

1. เจ้าหน้าที่

- ในโรงพยาบาล เนื่องจากเจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องใหม่ และไม่แปลกอะไรที่เจ้าหน้าที่จะคิดว่าเป็นการเพิ่มภาระมากกว่าลดภาระ
- นอกโรงพยาบาล คือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในเรื่องของความร่วมมือ และทัศนคติเกี่ยวกับ Lean และการทำงานคิดว่าเป็นการผลักภาระงานจากโรงพยาบาลสู่อินมา

2. ผู้ป่วย

ความไม่มั่นใจ และความไม่สะดวกเป็นปัญหาหลัก เนื่องจากผู้ป่วยไม่มั่นใจ ในเรื่องของอุปกรณ์ที่สถานีอนามัย และความรู้ของเจ้าหน้าที่

3. มีปัญหาเรื่องการหยุดงานหลายวัน

ปัญหาเหล่านี้ต้องได้รับการแก้ไขก่อนเบื้องต้น เพื่อให้งานที่ทำอยู่ของเรานั้นเดินต่อไปได้ โดยเริ่มต้นจากการสร้างนโยบายทำเรื่องนี้อย่างจริงจัง ให้ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาลก่อน หลังจากนั้นผู้บริหารจึงให้ความมั่นใจว่าเราทำโครงการนี้อย่างจริงจัง เนื่องจากภาวะได้รับผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่อย่างไร ทำให้เจ้าหน้าที่ทั้งในและนอกโรงพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใหม่นี้ก่อน ส่วนในเรื่องของผู้ป่วย เราเองก็ต้องยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คำต้องการอย่างไร ถ้าเราไม่เหนือบากว่าแรงก็ให้เค้าไปเถอะคะ หัวใจของการบริการก็คือผู้รับบริการพึงพอใจเสมอ ไม่ใช่เราผู้ให้บริการเป็นคนพึงพอใจ แต่

ถ้าเราทำระบบ lean สำเร็จจริง ทั้งผู้รับและผู้ให้บริการจะมีความสุขทั้งคู่ สุดท้ายแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการทำงานใด ๆ หากเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ก็มักจะมีเรื่องวุ่นวายเสมอ ดังนั้นเราทุกคนที่เป็นบุคลากรในโรงพยาบาลจะต้องมีใจมุ่งมั่นเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพราะ lean จะสำเร็จไม่ได้เลยหากขาดความเป็น team work ในองค์กร และไม่มีกลยุทธ์ใดจะดีกว่าการร่วมมือทำงานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันอีกแล้ว

Sufficiency management with lean tools

นพ.สุวิชา ศฤงคารพูนเพิ่ม

รพ.สุราษฎร์ธานี

Kelvin บอกพวกเราว่าเหตุผลที่ต้องทำลีนก็เพื่อคนทำงานและเพื่อผู้รับผลงาน เราก็มานึกย้อนว่า รพ.สุราษฎร์ธานี ทำกิจกรรมคุณภาพแบบลีนมาตั้งแต่เมื่อไร ถ้าแบบ cell concept เราได้ทำมานานมากแล้ว แต่แบบที่ impact มากๆ คงเป็นตั้งแต่ตุลาคม 2550 เพราะปี 2549 เราเริ่มหมดแรงจากภาระงานที่เป็น excellent center ระดับสูงทั้งหัวใจ มะเร็ง และเฝ้าระวังอุบัติเหตุ ทำให้เราต้องมาคิดกันใหม่ว่างานคุณภาพน่าจะหมายถึง “การทำงานน้อยลงได้ผลงานเท่าเดิมหรือทำงานเท่าเดิมได้ผลงานมากขึ้นซึ่งทำให้เกิดความสุขทั้งผู้รับผลและคนทำงาน” เมื่อคิดได้ดังนี้แล้วเราก็เริ่ม “HA wayง่าย-ดี-มีมาตรฐาน” ด้วยโครงสร้างแบบเรียบง่ายที่มีอิทธิพลมาจากแนวคิด “the world is flat”, “small is beautiful” และมาตรฐานพรพ. ฉบับพ.ศ. 2549

ศูนย์พัฒนาคุณภาพดำเนินตามแนวนั้นมาตั้งแต่ตุลาคม 2550 โดยพยายามทำทุกอย่างที่ implement ลงไปในกรรมการชุดต่างๆ เป็นไปในแนวนั้น เช่น การประชุมกรรมการชุดต่างๆ เราทำเหมือนบอร์ดบริษัทที่ประชุมปีละครั้งสองครั้ง ถกกันเรื่องผลงานที่ผ่านมาและจุดเน้นที่จะทำต่อไป หลังได้ข้อสรุปประธานหรือเลขาก็ทำหน้าที่คล้ายผู้จัดการบริษัท บริหารงานไปให้ได้ตามจุดเน้น ครบปีก็มานำเสนอผลงานให้กรรมการฟังหรือเรียกประชุมวิสามัญในกรณีที่ต้องการปรึกษากรรมการ

จากโครงสร้างใหม่นำไปสู่การปฏิบัติเราพบว่าเครื่องมือคุณภาพต่างๆ ยังไม่สามารถเชื่อมโยงบูรณาการให้การทำงานของเรารับรื่นเท่าที่ควร แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวน่าจะช่วยเราได้ ลองค้นคำว่า “sufficiency management” ใน google ก็ไม่พบ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ รพ.สุราษฎร์ธานีขอน้อมนำ “พอประมาณ-มีเหตุผล-มีภูมิคุ้มกัน” มาทำเป็น sufficiency management แล้วทดลองปฏิบัติ โชคดีที่ได้เข้าร่วมโครงการนำร่อง “lean thinking in healthcare” ที่พรพ. จัดร่วมกับสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ และAPO ดังนั้น sufficiency management จึงถูกเติมเต็ม และแล้วเรื่องสนุกก็เกิดขึ้นมากมาย

แน่นอนว่าการสื่อสารนั้นสำคัญ จะทำอะไรก็ต้องสื่อสารกันก่อน เริ่มจากผอ. รองผอ. เราเข้าไปคุยเป็นรายคนให้เข้าใจ concept จากนั้นก็ lecture ใน FA forum ที่จัดประชุมทุกเดือน FA ร้อยกว่าคนเข้าใจ

บ้างไม่เข้าใจบ้างในครั้งแรกก็ไม่เป็นไร เพราะเราเตรียมพูดแทรกเรื่อยๆ ในการประชุมอยู่แล้ว ระวังที่ทำแต่ละ VSM ก็ให้เขามานำเสนอในที่ประชุมเป็นระยะๆ

ที่ลำบากเห็นจะเป็นเรื่องของแต่ละคนงานมากจนไม่มีเวลามา นั่งทำ full time ได้ แล้วการประชุมร่วมกันก็ต้องปลีกเวลา แบบนี้ต้อง genchi genbutsu ไปดูแต่ละ VSM ที่หน่วยงานดีกว่าได้โอกาสเห็นสถานที่จริงคุยกับคนที่เกี่ยวข้องตั้งแต่หัวหน้าจนถึงคนงานเลย เดินไปเดินมาทำความเข้าใจคนไปเรื่อยๆ แรงต้านการเปลี่ยนแปลงก็ลดลงด้วย อย่าลืมหัวหน้าใหญ่แต่ละงานที่เกี่ยวข้องต้องเอามาเข้าร่วม โชคดีที่ A3report เปิดโอกาสให้คนเข้าร่วมมากมาย หัวหน้าใหญ่ที่เกี่ยวข้องเราให้เป็น sponsor หัวหน้ากลางที่คอยชี้แนะให้เป็น project owner คนที่ขยันวิ่งขยันทำเป็น admin lead คนที่อำนวยความสะดวกในจุดต่างๆ เป็น facilitator และสมาชิกในทีมก็มาได้ชื่อไว้ แบบนี้เราเรียกว่าวิธี “ขนมชั้น” แบบเคลื่อนกันไปทั้งยวงไม่แตกแยกกัน

gen-gen ถูกเป็นวิธีการที่ถูกใจเรามาก เราชอบเดินไปทักทายคนทำงานอยู่แล้ว ไหนๆ เดินแล้วเอา 5 why ไปถามเขาดีกว่า เสร็จแล้วก็ขายความคิดเรื่องลินเสียเลย สัปดาห์หนึ่งได้สัก 1-2 หน่วยงานก็ดี พอจบ 3VSM ตัวอย่างจะได้ขยายการทำลินมากขึ้น เองง่ายๆ ก่อนแหละดีเป็นกำลังใจให้อีกheim ที่เล็งๆไว้ก็มี VSM discharge process ใช้ cell concept น่าจะช่วยให้งานมีคุณภาพ (เหนือยน้อยลง dischargeเร็วขึ้นได้) แล้วถ้าหอยผู้ป่วยอื่นๆ สนใจการเบิกยาผ่าน fax แบบ VSM ตัวอย่างที่กุมารเวชกรรมนำร่องไว้ก็น่าจะทำได้ไม่ยาก เรื่องสนุกๆแบบนี้ต้องชวนคนมาร่วมกันมากๆ

โทนี่ จาบอกในหนังสือบักว่า “เล่นจริง เจ็บจริง ไม่ใช่สแตนด์อิน” เราชอบบอกว่าลิน “ทำจริง สนุกจริง ไม่ต้องสแตนด์บาย”

Nigel William Dawes

Chairman, IPM Asset Management Ltd.

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

Nigel William Dawes

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

Change your life style habits:

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

The same applies to health organizations :

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

How do we achieve these changes?

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

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

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

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

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

Bureau is underpinned by the major principles of patient safety, quality leadership and workforce development.

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

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

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

Contact

Help

Advice

Information

Networks

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

A special Recipe for the Medical Sector

บุญเฉลา สุริยวรรณ

รพ.มหาราชนครเชียงใหม่

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน

ศูนย์โรคลมชัก สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์

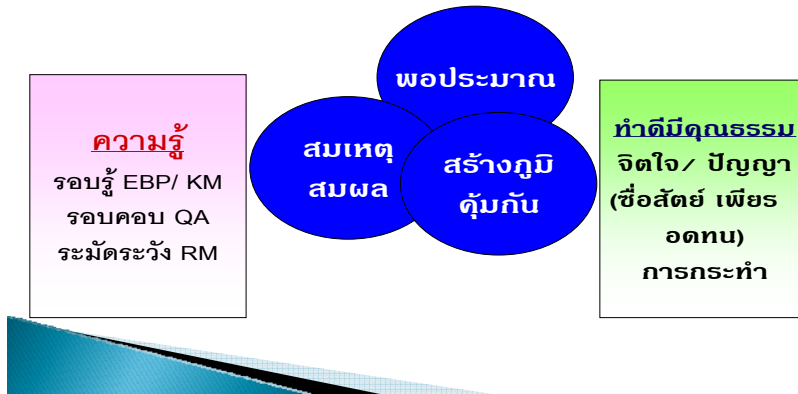
รพ.ศิริราช (วิทยากรและผู้ดำเนินการอภิปราย)

การบริการสุขภาพมีการพัฒนาที่รวดเร็วเพราะการให้บริการที่มีผลต่อประชาชนในภาพรวมมากที่สุดทั้งการให้บริการรักษาพยาบาลการใช้ความรู้ทางวิชาชีพ การตอบสนองความสมดุลที่เกิดจากความต้องการและความคาดหวังที่หลากหลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้บริการไม่เพียงแต่การดูแลและนำแผนการรักษาสู่การปฏิบัติเท่านั้น หากต้องเป็นผู้ประสานการรักษาให้เกิดผลดีที่สุดตามความต้องการแต่ละบุคคล การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ การบริหารยาให้ถึงตัวผู้ป่วยอย่างปลอดภัย การเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน ประชาชนทั้งกลุ่มเสี่ยงและผู้เจ็บป่วย

อย่างไรก็ตาม พยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีวัฒนธรรมการศึกษาในวิชาชีพของตนเอง เช่นเดียวกับผู้ให้บริการที่มีสุขภาพอื่นๆ ที่มีรูปแบบแนวคิด การสั่งสมความรู้ ความเชื่อ ทักษะคติในรูปแบบที่แตกต่างกัน อยู่บ้าง ในกระบวนการดูแลรักษาและการบริการสุขภาพซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี องค์ความรู้ใหม่ที่หลากหลาย และความรีบเร่ง ความซับซ้อนนี้ต้องมีการผสมผสานการปฏิบัติให้มีความสอดคล้องเพื่อความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลักจึงต้องใช้แนวคิดการบริการที่ไร้รอยต่อมาสู่การบริการ

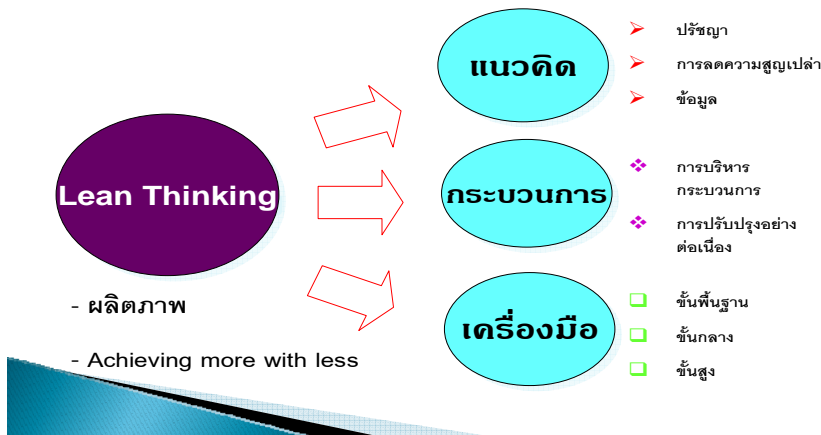
พรพ. ได้นำหลักการสำคัญนี้มาชี้แนะให้เกิดแนวคิดที่ดีที่พยาบาลต้องนำมาใช้ดังนี้ 1 นำมาใช้ในการนำแผนการรักษาไปสู่การปฏิบัติและให้การรักษาในขอบเขตวิชาชีพไม่ก้าวล่วงวิชาชีพอื่น แต่เชื่อมโยงกัน ด้วยความรู้ที่สอดคล้องและทันสมัยโดยใช้ evidence base practice และ ความเข้าใจผสมผสานกันเป็นหนึ่งโดยร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด 2 นำมาใช้ในการดูแล ไร้รอยต่อระหว่างกายจิตสังคมความเชื่อในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย และไร้รอยต่อระหว่างเวรเข้าปายดีก ตลอดจนการย้าย ส่งต่อหรือกลับบ้าน 3 การให้บริการในแต่ละหน่วยงานที่ไร้รอยต่อทุกระบวนการในการตรวจรักษา วินิจฉัย อาหาร เครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆในกระบวนการรักษา ดูแล และบริการ แต่อย่างไรก็ตามการจัดการเหล่านี้ต้องคำนึงหลักการในการใช้ทรัพยากรที่จำกัด ไม่ว่าจะเป็น คน สิ่งของ เวลา หรือเครื่องมือเครื่องใช้ ต่างๆให้คุ้มค่าตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

เศรษฐกิจพอเพียง



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

เกี่ยวกับ Lean



ขีดความสามารถในการปฏิบัติในการใช้แนวคิดเหล่านี้จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง การจัดการโดยผู้นำทางการพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบันได้มีการพัฒนาการจัดการพยาบาล เน้นที่ผู้นำการพยาบาลเป็นอย่างมากดังนี้

โดยทั่วไปผู้นำคือผู้ที่ใช้ภาวะผู้นำ ในการเสริมสร้างอิทธิพลต่อผู้อื่นและใช้อิทธิพลนั้นทำให้ผู้อื่นเกิดการปฏิบัติด้วยความสมัครใจและมีความพึงพอใจ เพื่อบรรลุผลตามเป้าหมายร่วมกัน สำหรับองค์กรแบบ lean คำจำกัดความของการเป็นผู้นำนั้น อาจยังไม่เพียงพอ เพราะองค์กรแบบ lean ต้องการระดับของการ empowerment ให้กับคนและ ทีมงานสูงมาก

โดยธรรมชาติของระบบต่างๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงด้วยตัวมันเองอยู่แล้ว ถ้ามีการ empowerment สูงการเปลี่ยนแปลงของระบบจะอยู่ในระดับต่ำและเกิดความมั่นคงของระบบ ในขณะที่เดียวกัน ถ้ามีการ

ชี้แนะค่อนข้างสูงและใช้การปกครองแบบราชการจะทำให้ระบบนั้นมีการเปลี่ยนแปลงตัวเองสูงส่งผลให้ระบบเกิดความไม่มั่นคง

ดังนั้นผู้นำในองค์กรแบบ lean จึงต้องใช้การ motivation ผู้คนในองค์กรและทีมงานต่างๆ ให้เชื่อมั่นว่าเขาสามารถควบคุมสถานการณ์ ในการทำงานที่ยากลำบากและมีผลงานที่ดีขึ้นได้ ส่งผลทำให้เกิดความภูมิใจ และความภูมิใจนี้ให้ความหมายกับงานและชีวิตของพวกเขา

- การนำแนวคิดผู้นำแบบ lean มาใช้ในองค์กรพยาบาลเป็นสิ่งที่ท้าทาย เพราะ

ด้วยธรรมชาติของการทำงานที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของคน ระบบการนำของพยาบาลจึงคุ้นชินกับการชี้แนะและควบคุมค่อนข้างสูง ดังนั้นการนำองค์กรแบบ lean ในองค์กรพยาบาลจึงต้องการผู้นำที่มีลักษณะที่กล้าท้าทายต่อระบบที่เป็นอยู่ สร้างภาพฝันที่น่าประทับใจ สร้างคุณค่าร่วมให้กับผู้คน ให้อำนาจผู้อื่นในการปฏิบัติ เป็นแบบอย่างที่ดี และให้ความช่วยเหลือด้วยหัวใจ ด้วยการนำนี้จะทำให้เกิดบรรยากาศของการ empowerment และ motivation สูงได้

C13 Modern Management การเปลี่ยนแปลงองค์กรสู่ความเป็นเลิศ
13 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 3

ดร.วิเทศ วิสณุวิมล

บริษัท PTT Phenol จำกัด

C23 Lean and Seamless Standards: มาตรฐานไร้รอยต่อ
13 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 3

นพ.สมพร คำผิง

C33 สื่อสารอย่างไร ให้ได้ใจคนทำงาน

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

ภัทร จีงกานต์กุล

สถานีโทรทัศน์กองทัพบกช่อง 7

ถึงจะคุ่นหน้าคุ่นน้ำเสียงผ่านทางจอโทรทัศน์กันดี แต่ผู้ประกาศหนุ่มจากช่องทีไอทีวีเนาม ภัทร จีงกานต์กุล ก็ยังมีแนวคิดและชีวิตอีกหลายแง่มุมที่ผู้ชมทางบ้านอาจไม่เคยรู้มาก่อน

เรื่องแรก ภัทรบอกว่าเขามีชื่อเล่น (ที่ไม่ได้บอกใครมานานแล้ว) ว่า "ลูกบิต" เนื่องจากที่บ้านมีโรงงานผลิตตุ๊กตา ลูกบิตและอุปกรณ์ก่อสร้าง ภัทรในฐานะลูกชายคนโตจึงได้ชื่อเล่นนี้เพื่อเป็นอนุสรณ์ว่า คุณพ่อของเขาก่อร่างสร้างตัวขึ้นมาได้ด้วยธุรกิจนี้

มาที่เรื่องการศึกษา ภัทรก็ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างดี ซึ่งถ้าไล่เรียงไปตามลำดับจะเป็นดังนี้ ชั้นประถม-มัธยมต้นที่โรงเรียนเซนต์คาเบรียล มัธยมปลายที่โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา ปริญญาตรีสาขาการเงินการธนาคาร จากคณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และปริญญาโทอีก ๒ ใบ คือ สาขาบริหารธุรกิจ จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และสาขารัฐศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง

แต่ประวัติการเรียนอันสวยงามก็ยังไม่ทำให้หนุ่มช่างคิดคนนี้รู้สึกพึงพอใจได้ ภัทรเล่าว่าหลังจากเรียนจบปริญญาตรี เขาใช้เวลาในการค้นหาตัวเองนานถึง ๓ ปี ด้วยวิธีการอันหลากหลายทั้งการลองทำในสิ่งที่ไม่ใช่ตัวเอง เช่น การทำในสิ่งที่มีความใฝ่ฝันอย่างการเล่นดนตรี ไปจนถึงการลองทำงานการเมือง

ทั้งนี้เรื่องเริ่มจากเขาถูกพ่อเรียกให้ไปช่วยงานที่โรงงาน แต่พอลองทำแล้วไม่ชอบ ประกอบกับตอนเรียนปี ๓ เคยเป็นนักเรียนแลกเปลี่ยนไปอยู่ที่ประเทศแคนาดา ทำให้มีโอกาสได้ใช้ชีวิตอย่างอิสระเสรี เมื่อกลับมาอยู่บ้านต้องมาอยู่ในกรอบตามเดิมจึงเกิดอาการ "ขบถเล็กๆ" ภัทรเลยตัดสินใจเดินไปบอกพ่อยื่นคำขาดขอเวลาค้นหาตัวเอง ถ้าไม่ให้จะออกจากบ้าน !!

หลังได้รับไฟเขียว ด้วยความเชื่อมั่นของเจ้าตัวว่าตัวเองมีความสามารถ โดยเฉพาะด้านการแต่งเพลง ภัทรเลยรวมกลุ่มกับเพื่อนตั้งวงดนตรีขึ้นมา แต่พอมาถึงจุดหนึ่ง ภัทรก็พบคำตอบว่าสิ่งที่เขาทำอยู่นี้มันยังไม่ใช่จึงกลับตัวแบบ ๑๘๐ องศา เพื่อมา "ช่วยงานพ่อเหมือนเดิมครับ" (หัวเราะ)

ในระหว่างนั้นเอง ภัทรเผชิญมีโอกาสได้ไปเรียนรู้งานด้านการเมือง ช่วยทำกิจกรรมทางการเมืองต่างๆ แต่หลังจากผ่านไป ๑ ปี เขาก็ได้เรียนรู้ว่าการเมืองเป็นเรื่องซับซ้อนและอุดมการณ์บริสุทธิ์อย่างเดียวก็ยากที่จะเปิดโอกาสให้ได้ใช้ความรู้ความสามารถในแวดวงการเมืองอย่างเต็มที่ และที่สำคัญที่สุดนั่นก็คือไม่จำเป็นต้องจะเป็นนักการเมืองก็สามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้ ภัทรจึงยุติบทบาทนั้นลง แต่ว่าทุกวันนี้เขาก็ยังไม่คิดปฏิเสธเส้นทางดังกล่าว เพียงแต่ขอเวลาสั่งสมประสบการณ์และให้มีวุฒิภาวะมากกว่านี้เสียก่อน

คุยมาตั้งนานยังไม่ถึงการทำหน้าที่ในฐานะสื่อมวลชนเลย ภัทรเล่าว่าเส้นทางนี้เกิดขึ้นเมื่อสี่ปีที่แล้ว จากคำชักชวนของพี่ที่รู้จักในช่วงที่ไปฝึกอบรมที่สถาบันพระปกเกล้า ตอนนั้นเขาเองไม่ได้คิดว่าจะทำได้ดีแค่ไหน แต่เพราะเป็นหนึ่งในความฝันของเขา ภัทรจึงลงมือทำด้วยความสนุกและปรารถนาจะทำหน้าที่เป็นสื่อที่ดีมาจนถึงเดี๋ยวนี้

ภัทรเริ่มต้นงานแรกด้วยการทำสารคดีเชิงข่าว "จับกระแสนโลก" ก่อนจะมาจับงานข่าวเศรษฐกิจ พร้อมกับเริ่มต้นเป็นผู้ประกาศข่าว กระทั่งปีที่แล้วจึงมานั่งแท่นทำรายการข่าวเช้าเสาร์-อาทิตย์ และล่าสุดผู้ชมจะพบเขาได้ในรายการข่าวเช้าตั้งแต่วันจันทร์-ศุกร์

และในไม่ช้านี้ ภัทรเผยว่ากำลังจะจับงานชิ้นใหม่ นั่นคือการเป็นอาจารย์สอนวิชาการสื่อสารมวลชน แต่ผู้ประกาศหนุ่มออกตัวไว้ก่อนว่าไม่อยากจะเน้นในเชิงวิชาการมากเกินไป แต่อยากจะทำประสบการณ์ของตัวเองมาถ่ายทอดและพูดคุยเพื่อให้นักศึกษาเกิดแรงบันดาลใจในการค้นหาตัวเองต่อไปมากกว่า

ทุกวันนี้ภัทรนอนวันละ ๔ ชั่วโมง และต้องตื่นตั้งแต่ตีสี่เพื่อมาทำรายการข่าวเช้า หลายครั้งต้องออกไปสัมภาษณ์แหล่งข่าวข้างนอกต่อ หลังจากนั้นเขาจะกลับไปดูแลงานที่บ้าน แต่อีกหน่อยอาจจะต้องมีการจัดตารางชีวิตใหม่ เพราะนอกจากงานที่กล่าวมาแล้ว ภัทรยังมีธุรกิจส่วนตัวเกี่ยวกับการนำเข้า-ส่งออก แถมยังได้รับเชิญไปบรรยายตามที่ต่างๆ และอีกไม่นานก็จะไปเป็นอาจารย์อีก เรียกว่าเวลาทุกนาทีที่ต้องถูกใช้อย่างคุ้มค่าที่สุด ทั้งนี้เพราะภัทรมีเป้าหมายสำคัญที่สุดในชีวิตนั่นก็คือ การทำให้คุณพ่อเกิดความภาคภูมิใจในตัวลูกชายคนนี้นั่นเอง...

Meeting Room 4

Seamless Healthcare

รับฟังแนวคิดและเรื่องราวเกี่ยวกับการจัดบริการที่ไร้รอยต่อ
ระหว่างสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ
ทั้งความสำเร็จและปัญหาที่ยังคงเหลือค้างอยู่

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

นพ.สมชาย ไตวณบุตร

สถาบันประสาทวิทยา

นพ.เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์

รพ.หาดใหญ่

นพ.มัธยัส สามเสน

สถาบันประสาทวิทยา

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบไร้รอยต่อ ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ และเครือข่าย

นพ.เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์

รพ.หาดใหญ่

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีทักษะเฉพาะ
หลายๆ ฝ่ายมาร่วมทำงานกันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน เพราะการดูแลรักษาตามปกติที่แผนกผู้ป่วยนอก
หรือผู้ป่วยใน ไม่สามารถครอบคลุมปัญหาทุกด้านของผู้ป่วยได้

รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคนี้ควรมีลักษณะบูรณาการ เริ่มจากบุคลากรทางการแพทย์เป็น
แกนหลักในการประสานความร่วมมือกัน การลดอคติและฐิติทั้งหลาย ก้าวข้ามความแตกต่างของวิชาชีพ
และความแตกต่างกันของสถานบริการ ไปสู่เป้าหมายที่สำคัญคือทำให้ผู้ป่วยและญาติรวมถึงประชาชน
ได้เข้าถึงการบริการที่ดีอย่างแท้จริง โดยปราศจากความยุ่งยากซับซ้อน ความสิ้นเปลืองเงินและเวลา ใน
บริบทของทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบไร้รอยต่อของโรงพยาบาลหาดใหญ่และเครือข่าย เป็น
หนึ่งในความพยายามของบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มเล็ก ๆ ที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติงานร่วมกัน
ยาวนานกว่า 10 ปี ค่อยๆ ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นการตั้งรับ สู่การตามไป
ดูแลที่บ้าน การให้ชุมชนมีส่วนร่วม และการผนึกกำลังของสถานพยาบาลในเครือข่าย เพื่อลดรอยต่อและ
ช่องว่างของการดูแลรักษา และการบริการ ตามเจตนารมย์การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกด้าน (holistic
care) ให้ได้มากที่สุดนั่นเอง

A34 Seamless Neonatal Care

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

พญ. วราภรณ์ แสงทวีสิน

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

พญ. สาวิตรี ไกรขจรกิตติ

รพ. สมุทรสาคร

นวพรรณษ วุฒิธรรม

รพ. บ้านลาด

รศ. นพ. ชเนนทร์ วนาภิรักษ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Seamless in Neonatal Care

พญ. วราภรณ์ แสงทวีสิน

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน ปลอดภัย เป็นจุดมุ่งหมายของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เด็กขวบปีแรกจัดเป็นช่วงที่มีอัตราการตายสูงสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกแรกเกิด ผู้ป่วยเด็กวิกฤติ อาจไม่ได้อยู่ในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการให้บริการเด็กที่มีปัญหาซับซ้อนได้ การส่งต่อ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าจึงจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ลดอัตราการตายและความพิการ

ในสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทย ยังไม่มีระบบการส่งต่อที่ดี ทำให้สถานพยาบาลระดับต้นที่ต้องการส่งต่อผู้ป่วยมีปัญหามากมาย ไม่ว่าจะเป็นการหาสถานพยาบาลที่พร้อมจะรับ การติดต่อประสานงาน การขาดบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญที่เหมาะสมในขณะที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย รวมทั้งการขาดยานพาหนะตลอดจนอุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับการส่งต่อ ในขณะที่สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ ก็ประสบปัญหามากมายในการเตรียมการเพื่อรับ การติดต่อประสานงาน เวลาที่ผู้ป่วยจะมาถึง ข้อมูลของผู้ป่วย รวมทั้งปัญหาค่าใช้จ่าย ฯลฯ ทั้งๆที่ผู้ส่งและผู้รับต่างก็มีจุดประสงค์ร่วมกัน คือ การให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยอย่างรวดเร็วที่สุดเพื่อให้ได้การรักษาต่อ

ปัจจัยสำคัญในการดูแลไม่ให้เกิดช่องว่างหรือ รอยต่อในระหว่างการส่งต่อ คือ การติดต่อสื่อสาร แพทย์เจ้าของไข้ควรเป็นผู้ ให้ข้อมูลของผู้ป่วยกับแพทย์ที่จะรับดูแลรักษาโดยตรง ให้ทราบปัญหาและภาวะของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยเบื้องต้น รวมทั้งการรักษาที่ให้และการดำเนินโรค เพื่อวางแผนร่วมกัน จัดเตรียมยานพาหนะและอุปกรณ์สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ได้ มาตรฐาน ปลอดภัยและเหมาะสมกับพยาธิสภาพ ระดับความรุนแรงของโรคหรือภาวะของผู้ป่วยนั้น ๆ เช่น transport incubator, ออกซิเจน การเตรียมยาและสารน้ำที่จำเป็นต่าง ๆ และอุปกรณ์ช่วยเหลือกู้ชีวิต สำหรับทารกแรกเกิด

บุคลากรที่ทำหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความชำนาญ เกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด อย่างน้อย 2 คน เช่น พยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการฝึกอบรม newborn resuscitation สามารถช่วยเหลือกู้ชีวิตทารกแรกเกิดได้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ทารกวิกฤติ เช่นทารกที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ หรือมีสัญญาณชีพไม่คงที่ ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม ทารกที่มีความพิการ ผิดปกติรุนแรง ชักที่ยังควบคุมไม่ได้ ควรมีแพทย์ร่วมเดินทางมากับผู้ป่วยทุกครั้ง

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

การเตรียมเอกสาร เวชระเบียนผู้ป่วย เอกสารสิทธิ์ การให้ข้อมูลแก่บิดามารดาหรือญาติที่เป็นผู้ปกครองเด็ก ให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและทราบถึงความจำเป็นในการส่งต่อการรักษา รวมทั้งให้ความยินยอม การนัดหมายเวลาการเดินทางและกำหนดการที่คาดว่าจะถึง ทีมส่งต้องเฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ระหว่างเคลื่อนย้าย มีอุปกรณ์สื่อสารและสามารถติดต่อกับแพทย์ส่งต่อ และแพทย์ผู้รับการรักษาได้ตลอดเวลา

การส่งต่อแบบที่ไม่มีช่องว่างทำได้ไม่ยาก และจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการลดอัตราการตายของทารก

Seamless in Neonatal Care at Banlat Hospital

นพ.พรช วุฒิธรรม

รพ. บ้านลาด

เจืออายุ 25 ปี ครรภ์แรก มาฝากครรภ์ในปี 2548 อย่างสม่ำเสมอ เพื่อหวังว่าลูกที่เกิดมาจะได้แข็งแรง เจือผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ในระยะตั้งครรรภ์ และปฏิบัติตัวจนมีน้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์ ความเข้มข้นของเลือด 34 % และ 36 % ตามลำดับ ตลอดการตั้งครรรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เดือนกรกฎาคม เจือเจ็บครรภ์มีน้ำเดินและได้มาคลอดที่โรงพยาบาลบ้านลาด ทีมงานดูแลเจือด้วยความห่วงใย โดยเฉพาะการลดความเจ็บปวดโดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการนวดหลังและก้นกบ ร่วมกับการใช้ aromatherapy

เจือนอนรอคลอดอยู่ 2 วัน ไม่พบว่ามีอาการติดเชื้อจากน้ำเดิน เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด พบว่าความสัมพันธ์ของการหดตัวและการเปิดของปากมดลูกไม่สัมพันธ์กันและด้วยระยะการคลอดเนิ่นนาน และเป็นครรภ์แรก ทีมงานตัดสินใจให้เจือคลอดโดยวิธี “ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ ” หัวใจของเจือเต็มไปด้วยความกลัวจับมือพวกเราแน่น เราให้กำลังใจจนกระทั่งเจือคลอด แต่ “อนิจจา เจือไม่ได้ยินเสียงร้องของลูก” Apgar Score 4 -4 -7 แสดงถึงภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้เกิดขึ้นในโรงพยาบาลของเรา

จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทีมดูแลผู้ป่วยได้ประชุมปรึกษาหารือกัน โดยเฉพาะในเรื่องของการเชื่อมประสาน (seamless) ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ และระหว่างหน่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องชันสูตร ทันตกรรม เภสัชกรรม งานส่งเสริมสุขภาพกับงานห้องคลอด ระหว่างงานห้องคลอดกับตึกหลังคลอด การวางแผนจำหน่ายกับระบบ HHC และเชื่อมต่อกับชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย มารดาหลังคลอด มารดาระยะตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลเด็ก โดยเน้นให้มารดาระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด จนกระทั่งถึงชุมชนให้มารดา มีความปลอดภัยสูงสุดและลดขั้นตอนให้มากที่สุด

ทีมงานจึงปรับระบบงานสูติกรรมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยจัดทำแนวทางการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะ fetal distress (risk score) ปรับกระบวนการให้ความรู้ในโรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ 1 ที่ห้องส่งเสริมสุขภาพโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมปรับเอกสารการสอน ให้ความสำคัญกับอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ การนับลูกดิ้น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว กระบวนการในโรงเรียนพ่อแม่ระยะที่ 2 ที่ห้องคลอด เรื่องของการบรรเทาความเจ็บปวด การผ่อนคลาย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อาการเตือนการเจ็บครรภ์ และการเยี่ยมบ้านในรายที่มีภาวะผิดปกติ เช่น ชีด น้ำหนักน้อย เป็นต้น กระบวนการในโรงเรียนพ่อแม่ระยะที่ 3 ที่ตึกหลังคลอด ซึ่งมี Miss นมแม่ เป็นที่ปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง และผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ที่คลินิกสุขภาพเด็กดี การพัฒนาระบบแม่และเด็ก เราใช้กระบวนการ PDSA และ system theory เมื่อเราประเมินว่าผลลัพธ์เป็นอย่างไร ทีมงานก็จะใช้ sufficiency economy และ self – efficacy ร่วมกับ humanized healthcare มาใช้ในกระบวนการดูแลของเราเสมอ

เมื่อมารดาเจ็บครรภ์มาคลอดที่ห้องฉุกเฉิน พยาบาลห้องคลอดจะออกไปประเมินผู้ป่วยด้วยตนเองในเบื้องต้น โดยใช้ risk score ซึ่งทำให้รู้ว่ามีความเสี่ยงเกิดไบบ้างที่พึงระวัง หากมีอาการผิดปกติเรารายงานแพทย์และส่งต่อโรงพยาบาลทั่วไปทันที ในรายที่ผู้ป่วยต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จะมีแนวทางการเจาะถุงน้ำ เพื่อ early detect birth asphyxia ครรภ์แรกปากมดลูกเปิดมากกว่า 5 เซนติเมตร ครรภ์หลังปากมดลูกเปิดมากกว่า 8 เซนติเมตร และดูแลผู้ป่วยตาม Banlat partograph ลดความเจ็บปวดด้วย aromatherapy โดยงานกายภาพบำบัด

ทารกแรกเกิดจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย รอยต่อระหว่างพยาบาลทำคลอดกับทีมช่วยฟื้นคืนชีพ โดยสื่อสารผ่านโทรศัพท์ inter-com และกริ่งสัญญาณฉุกเฉิน เมื่อต้องส่งต่อไปยังตึกหลังคลอดหรือโรงพยาบาลทั่วไป จะป้องกันการ sub-temp โดยใช้ “นวัตกรรมอุ่นนี้เพื่อน้อง” Miss นมแม่ในห้องคลอดและตึกหลังคลอด จะต้องเชื่อมประสานกันด้วยเป้าหมายเดียวกัน คือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในการส่งเวรระหว่างหน่วยงานจะต้องบันทึกในเวชระเบียนและส่งต่อทางโทรศัพท์ ขณะส่งต่อจะต้องมีพยาบาลดูแล ก่อนจำหน่ายจะต้องประเมินด้วย LATCH SCORE มีการเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดย HHC Miss นมแม่ และส่งต่อชมรมสายใยรักแห่งครอบครัวโรงพยาบาลบ้านลาดช่วยดูแล

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

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

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

A44 : การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอก ที่ไร้รอยต่อ

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

จินตนา มีวรรณสุขกุล	รพ.แพรว
ทัศนีย์ แดขุนทด	รพ.สกลนคร
อัญชลี กาญจนวัฒนา	รพ.มหาสารนครราชสีมา
สุปราณี พัฒนจิตวิไล	รพ.มหาสารนครราชสีมา
รศ.พญ.เรกขวิญ สิริทิววงศ์กุล	คณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่
เพ็ญจันทร์ แสนประสาน	สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไร้รอยต่อ

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน

สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

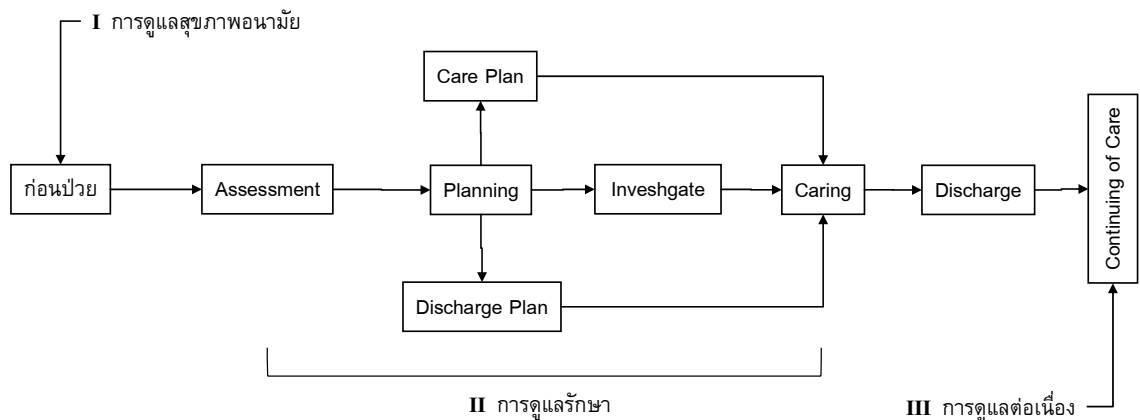
การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไร้รอยต่อ จากปัญหาการดูแลรักษาโรคหัวใจและทรวงอกที่มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นมีประชากรกลุ่มเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นการเกิดอุบัติการณ์ที่มีผลต่อชีวิตและสามารถป้องกันแก้ไขได้ด้วยองค์ความรู้ทางการรักษาพยาบาลที่ทันสมัยมีจำนวนมากขึ้น รวมทั้งการป้องกันการเกิดหรือการประเมินอาการแต่ระยะเริ่มต้นได้อย่างถูกต้องครบถ้วนจะทำให้ผลลัพธ์การรักษาพยาบาลมีประสิทธิผลมากขึ้น แนวคิดการรักษาพยาบาลที่ไร้รอยต่อคือการเชื่อมโยงระหว่างบ้าน ชุมชน อำเภอ จังหวัด รพ.ศูนย์และมหาวิทยาลัย ไร้รอยต่อระหว่างร่างกายจิตใจ สังคม ศาสนา การเมืองโดยเน้นประโยชน์สูงสุดที่ผู้ป่วยและประชาชนทั้งกลุ่มเสี่ยง และประชาชนทั่วไป มีการนำเครื่องมือมือด้านการพัฒนาคุณภาพที่มีประโยชน์และสอดคล้องมาใช้เป็นแนวทาง ทำให้การจัดการดูแลสามารถพัฒนาได้อย่างรวดเร็วและเป็นระบบมีแนวโน้มว่าจะต่อเนื่องอย่างยั่งยืน เช่น แนวคิดการใช้กระบวนการ tracer มาวิเคราะห์หาความเชื่อมโยงและตัวชี้วัด การจัดการระบบ case management การใช้มาตรฐานการรักษาพยาบาล การสร้างทีมจากอาสาสมัคร รวมทั้งแนวคิดการแบ่งปันประสบการณ์การจัดการความรู้จากผู้ป่วย ชุมชน ญาติมาสร้างความรู้ใหม่ให้แก่ทีมงานขณะเดียวกันหลายทีมสามารถประเมินส่วนขาดและเติมเต็มให้แก่กันและกันได้เป็นอย่างดี มีการเน้นการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นหลักทุกทีมจะกำหนดการมีส่วนร่วมอย่างมากของผู้ป่วยและญาติ ส่งผลให้เกิดการดูแลที่เหมาะสม

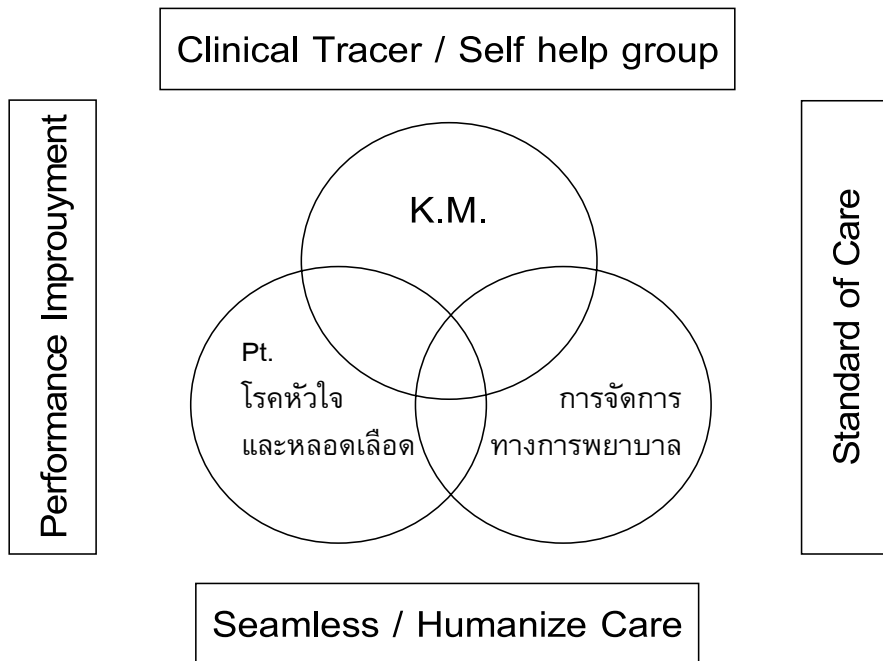
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่จะมาเล่าประสบการณ์ในการตรวจวินิจฉัยโรคหัวใจในเด็กที่รวดเร็วรัดขั้นตอนทั้งในองค์กรเองและร่วมกับ รพ.จังหวัดและ รพ.ชุมชนและพัฒนาขีดความสามารถชุมชนให้มีส่วนร่วม

รพ.มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์จะเล่าถึงการใช้นวัตกรรมสร้างทีมดูแลในโรงพยาบาลที่ผสมผสาน และจัดให้มีทีมงานที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยผสมผสานกับงานประจำและใช้ประโยชน์จากชุมชนได้อย่างดีในระดับ รพ.ศูนย์

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

รพ.สกลนครเป็น รพ. ที่ได้ร่วมมือกับสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกพัฒนาเป็นต้นแบบจะสรุปการดำเนินการทดลองนำ module ทั้ง 5 มาทดลองใช้จนเป็นแบบอย่างให้เกิดการประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคอื่นๆ และจะเล่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ หน้าที่ของ case manager, pitfall ที่สำคัญ การดำเนินงานนี้แม้จะเริ่มต้นไม่มานานนักแต่ได้มีการติดตามผลอย่างเป็นระบบมีแนวโน้มที่จะแสดงว่าจะเกิดการพัฒนารักษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่ก้าวกระโดดที่สำคัญคือสามารถจัดบริการตามความต้องการและบริบทของประเทศ และแต่ละพื้นที่ มีการเชื่อมโยงไร้รอยต่อระหว่างทีมสุขภาพกับประชาชนหรือทีมสุขภาพเองโดยจัดบริการที่ลดขั้นตอนระยะเวลาลงได้เป็นอย่างดี มีการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างคุ้มค่าทั้งชุมชนจะได้เรียนรู้การป้องกันตนเองจากความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ผลกระทบในระยะยาวประชากรไทยจะเกิดวัฒนธรรมแห่งการแบ่งปัน ใฝ่รู้ มีจิตอาสา และไม่สร้างโอกาสให้เกิดโรคหัวใจอีกต่อไป





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

B14 Seamless TB

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

นพ.ยุทธพิชัย เกษตรเจริญ	สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค
ผศ.(พิเศษ) นพ.ธวัชชัย วิวัฒน์วรพันธ์	รพ.มหาราชชนครราชสีมา
รศ.นพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
นพ.อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย	รพ.พญาไท 2

ทำไมสถานบริการสาธารณสุขต้องบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคให้ดี

รศ.นพ.นิธิพัฒน์ เจียรกุล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อที่อยู่คู่กับมนุษย์มานานกว่า 5,000 ปี แม้ว่าประชาคมโลกและประเทศไทย จะมีการพัฒนาทางการแพทย์และการสาธารณสุขก้าวรุดหน้าไปมากในช่วงสองสามทศวรรษที่ผ่านมา แต่ การควบคุมวัณโรคยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายและยังคงเป็นโรคติดเชื้อที่คุกคามและเป็นสาเหตุการตาย สำคัญของประชากรไทยและประชากรโลก

การควบคุมวัณโรคของประเทศไทยในโรงพยาบาลขนาดเล็กส่วนใหญ่ดำเนินไปได้ด้วยดี โดยเฉพาะภายใต้กลยุทธ์การรักษาภายใต้การสังเกตใกล้ชิด (directly observed treatment) แต่ใน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ปัญหาการขาดการรักษาที่กำหนดยังพบได้สูงจนถึงเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยวัณ โรครายใหม่ การบริหารจัดการระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคภายในองค์กรอย่างครบวงจรและเนียนไว้ รอยต่อ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายขาดสูง ค้นพบผู้สัมผัสโรคและเป็นโรคหรือติดเชื้อที่ให้การรักษาได้เร็ว ลดปริมาณผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่ารักษาซ้ำของประเทศ และที่สำคัญคือ ลดโอกาสการ แพร่กระจายของเชื้อวัณโรคภายในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ

นพ.ชาญชัย จันทรวงศ์กุล

รพ.ยางตลาด

พญ.อารีย์ ดวงดี

รพ.บ้านไผ่

รศ.นพ.วัชรวิทย์ บุญสวัสดิ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Asthma Seamless

วัชรวิทย์ บุญสวัสดิ์, พ.บ.,Ph.D

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

วัตถุประสงค์ของโครงการ : เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาโรคหืดที่สามารถทำให้แพทย์ในโรงพยาบาลเล็กๆ ทั่วประเทศสามารถให้การรักษาโรคหืดได้คุณภาพตามแนวทางการรักษา ซึ่งจะส่งผลให้การควบคุมโรคหืดในประเทศไทยดีขึ้น ผู้ป่วยโรคหืดก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นคนปกติและลดอัตราการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

แนวคิด : เนื่องจากว่าแนวทางการรักษาโรคหืดเขียนโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค เพื่อให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปปฏิบัติตาม ปัญหาที่ประสบก็คือแนวทางการรักษายุ่งยากเกินไปสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่มีความเชี่ยวชาญพอในการรักษาผู้ป่วยโรคหืด และเวลาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยแต่ละคนก็น้อยเลยทำให้การรักษาไม่ได้ผลดี วิธีการที่จะทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีความเชี่ยวชาญใกล้เคียงกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ในเวลาอันสั้นก็อาศัยหลักการของเฟรนช์ไชน์[2] โดยมีหลักการ

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

การดำเนินการ

1. อบรมแพทย์ พยาบาล และเภสัชให้เข้าใจการรักษาโรคหืดแบบง่าย ๆ ใช้เวลา หนึ่งวัน
2. ให้แต่ละโรงพยาบาลเปิดบริการคลินิกโรคหืดแบบง่าย สัปดาห์ละวันเพื่อให้ง่ายต่อการดูแล และที่มงานมีความเชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น
3. ในแต่ละปีมีการประชุมใหญ่โดยมีการนำเสนอผลงานของโรงพยาบาลที่มีผลงานดี ๆ มาร่วมประกวด

ผลการดำเนินการ

1. คลินิกโรคหืดแบบง่าย ๆ (Easy Asthma Clinic) ง่ายจริงเพราะโรงพยาบาลเล็กๆ มากกว่า 300 โรงพยาบาลทั่วประเทศสามารถนำไปปฏิบัติได้ มีผู้ป่วยโรคหืดที่ลงทะเบียนในฐานข้อมูลออนไลน์มากกว่า 40,000 คน
2. โรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายคลินิกโรคหืดแบบง่าย ๆ จำนวนมากสามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหืดดีขึ้น
3. แพทย์ พยาบาล เภสัชกร มีความรู้ความเข้าใจในการรักษาโรคหืดมากขึ้น
4. คุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลเล็กๆ ได้มาตรฐานสากล
5. ทำให้โรงพยาบาลเล็กๆ สามารถนำเอาข้อมูลเพื่อดูแลผู้ป่วยปกติในแต่ละวัน มาวิเคราะห์และวิจัยทำให้เกิดการพัฒนาการดูแลรักษาโรคหืดและมีผลงานทางวิชาการตีพิมพ์ [3-6]

ข้อเสนอแนะในด้านการนำไปใช้ประโยชน์ หรือการแก้ปัญหา

การที่บุคคลากรทางการแพทย์มีความตั้งใจดีที่อยากจะเห็นผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดี การทำงานร่วมกันได้ของแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร รวมทั้งการทำงานอย่างเป็นระบบทำให้โครงการนี้ประสบความสำเร็จด้วยดีเกินความคาดหมาย

การจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย ๆ (Easy asthma Clinic) ในโรงพยาบาลทั่วไปเป็นแนวทางที่จะช่วยให้การรักษาโรคหืดในประเทศไทยมีคุณภาพ และจะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีชีวิตที่อิสระจากโรคหืด

เว็บไซต์ โครงการ [Http://eac2.dbregistry.com](http://eac2.dbregistry.com)

เอกสารอ้างอิง

1. Boonsawat, W., et al., *Survey of asthma control in Thailand*. *Respirology*, 2004. 9(3): p. 373-8.
2. วัชราน บุญสวัสดิ์, คลินิกโรคหืดแบบง่าย ๆ (Easy Asthma Clinic), in *5th BGH Annual academic meeting: From the basic to the top in Medicine*, วัชรระ จามจุรีรักษ์ and สุนันทา สวรรค์ปัญญาเลิศ, Editors. 2548, ห้างหุ้นส่วนจำกัด ส.รุ่งทิพย์ ออฟเซท: กรุงเทพฯ. p. 83-87.
3. Aree Duangdee, *Outcomes of an Easy Asthma Clinic, Banphai Hospital, Khon Kaen Province*. *Journal of Health System Research*, 2007. 1(2 supplement1): p. 45-50.
4. kanchit Chermchitphong, et al., *Improvement of standard treatment of asthma at Manjakiree Hospital*. *Khon Kaen Medical Journal*, 2007. 31(3): p. 231-240.

5. เกษม ภักฤทธิกุล, ผลการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดอย่างง่ายโรงพยาบาลหนองสองห้อง. ขอนแก่นเวชสาร, 2550. 31(3): p. 262-268.
6. ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล, ผลลัพธ์ของการจัดคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาลยางตลาดจังหวัดกาฬสินธุ์. ศรีนครินทร์เวชสาร, 2550. 22(4): p. 449-458.

Seamless Asthma

นพ.ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล

รพ.ยางตลาด

ปัญหาการรักษาโรคหืดยังมีอยู่มากในโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะการไม่รักษาผู้ป่วยตาม GINA guideline โรงพยาบาลยางตลาดได้แก้ไขปัญหาโดยจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (Easy Asthma Clinic) สามารถทำได้โดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ (PCT) มาร่วมมือกันรักษาผู้ป่วยตามแนวทางการรักษา (CPG) ตาม GINA guideline จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และวิถีปฏิบัติ ในการรักษาตนเองอย่างมีส่วนร่วมมากขึ้น ผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงมาตรฐานการรักษาได้ดีขึ้น การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง การ re-admit ใน 28 วันลดลง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและงานประจำได้ เกิด seamless ระหว่างสาขาวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันในคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (Easy Asthma Clinic) โดยโรงพยาบาลไม่ได้เพิ่มค่าใช้จ่ายต่อการจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายดังกล่าว ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่นๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการจัดการรักษาพยาบาลโรคหืดได้

ผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

พญ.อารีย์ ดวงดี

รพ.บ้านไผ่

โรคหืดเป็นโคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง การจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย ๆ พัฒนาการรักษาผู้ป่วยโรคหืดอย่างเป็นระบบมาตรฐาน เชื่อว่าจะมีประสิทธิภาพควบคุมโรคหืดได้ ทางโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จึงจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย ๆ ขึ้นเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2547 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการดูแลรักษาเฉพาะผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปี การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการดำเนินการดังกล่าว โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2549 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนคลินิกหืดรวม 331 คน เป็นชายร้อยละ 51.4 หญิงร้อยละ 48.6 ได้พบว่าอัตราผู้ป่วยเข้าอนรักษานในโรงพยาบาลต่อปีลดลงจาก 442 ครั้ง เหลือ 79 ครั้ง อัตราผู้ป่วยที่มาที่ห้องฉุกเฉินต่อปีลดลงจาก 560 ครั้ง เหลือ 241 ครั้ง ผลการรักษาผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้ทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.88 เป็นร้อยละ 8.94 อัตราผู้ป่วยใช้ยาสูดสเตียรอยด์ควบคุมโรคหืดในช่วงปลอดอาการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29 เป็นร้อยละ 100 ด้านความรุนแรงของโรคหืดชนิดจับหืด

ครั้งคราว ร้อยละ 18.85 ชนิดมีอาการอ่อน ๆ ร้อยละ 32.52 ชนิดมีอาการรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 32.94 ชนิดมีอาการรุนแรง ร้อยละ 18.16 ไม่สามารถประเมินได้ร้อยละ 2.95 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการจัดระบบที่ถูกต้องในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในโรงพยาบาลชุมชน ทำให้การรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงขึ้น



B34 โรคไตนั้นสำคัญไฉน

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

ศ.นพ.ดุสิต ล้ำเลิศกุล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พญ.อดิพร อิงค์สาริต

คณะแพทยศาสตร์ รพ.จามาธิบดี

นพ.วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สุบิน นกสกุล

ประธานชมรมเพื่อนโรคไต

ศ.นพ.สุชาติ อินทรประสิทธิ์

คณะแพทยศาสตร์ รพ.จามาธิบดี

ความชุกของโรคไตในประเทศไทย

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

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

การศึกษาเชิงระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยที่ผ่านมามีอยู่ 3 การศึกษาได้แก่ การศึกษาในพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิต กองทัพอากาศ และ InterAsia study รายงานความชุกของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึง 5 อยู่ที่ 4-14% แต่ด้วยข้อจำกัดในด้านประชากรการศึกษา วิธีการตรวจค่า serum creatinine การตรวจปัสสาวะและขาดข้อมูลความชุกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะต้น (ระยะที่ 1 และ 2) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยจึงดำเนินโครงการคัดกรองและประมาณเบื้องต้นในผู้ป่วยโรคไต (SEEK project: Screening and Early Evaluation of Kidney Disease Project) ในช่วงปี 2551 พบโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1

จำนวน 3.3% ระยะที่ 2 จำนวน 5.7% ระยะที่ 3 จำนวน 7.6% ระยะที่ 4 และ 5 จำนวน 1.1% รวมผู้ป่วยโรคไตทั้งหมดในประเทศไทยพบได้ 17.6%

จากข้อมูลข้างต้นคาดว่าโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยทั่วประเทศจำนวน แปดล้านคน หรือประมาณ 16% ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี เป็นต้นไป โดยครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น และอีกครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะปานกลางถึงรุนแรง เป็นที่ทราบกันดีว่าหากเราสามารถให้การรักษาโรคไตเรื้อรัง ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นก็ย่อมจะทำให้มีผู้ป่วยที่เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีจำนวนน้อยลง

ในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ การพิจารณาตรวจคัดกรองประชาชนเพื่อค้นหาโรคไตเรื้อรังควรดำเนินการในประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าว พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบโรคไตเรื้อรังได้แก่ อายุ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะอ้วนลงพุง ระดับกรดยูริกในเลือดสูง นอกจากนี้เป็นที่น่าสนใจที่พบว่าการใช้ยาแผนโบราณ และ ประวัตินิ่วในทางเดินปัสสาวะเป็นปัจจัยเฉพาะของประเทศไทยที่มีความสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรัง

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

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

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

ประสบการณ์จากคลินิกโรคไตจากเบาหวาน เพื่อการชะลอความเสื่อมของโรคไตจากเบาหวาน

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

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

หลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไตจากเบาหวานพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ โดยใช้ยาลดความดันโลหิตเฉลี่ย 2.88 ชนิดร่วมกัน ผู้ป่วยร้อยละ 70 มีการทำงานของไตคงที่ (stable), ร้อยละ 10 มีการทำงานของไตดีขึ้น หรือปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะลดลง (regression), ร้อยละ 20 มีการทำงานของไตลดลง ผู้ป่วยได้รับการประเมินและรักษาภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะซีด, ความผิดปกติของแคลเซียมและฟอสเฟส เป็นต้น รวมทั้งได้รับข้อมูลเพื่อเตรียมตัวให้การรักษาทดแทนไต

โดยสรุป ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคไตจากเบาหวานที่พบในเวชปฏิบัติ ได้แก่ การตรวจค้นเพื่อตรวจหาโรคไตในผู้ป่วยเบาหวาน, การรักษาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของการเกิดโรคไตไม่เพียงพอ, การตรวจค้น

และการรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ไม่เหมาะสม, การปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตและการเตรียมตัวผู้ป่วยในการรักษาทดแทนไตล่าช้า การจัดตั้ง “คลินิกโรคไตจากเบาหวาน” โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีส่วนช่วยในการชะลอความเสื่อมจากโรคไต รวมทั้งรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานได้



B44 : เป็นไตวาย..คงไม่ต้องตายไว

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

สุชาดา บุญแก้ว	รพ.มหาสารนครเชียงใหม่
อัญชลี ทราaylorคำ	รพ.มหาสารนครเชียงใหม่
ดร.ณิ จันทรเลิศฤทธิ์	รพ.ศรีนครินทร์ ขอนแก่น
สุบิน นกสกุล	ประธานชมรมเพื่อนโรคไต
น.อ.นพ.อนุตร จิตตินันท์	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช

เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสูญเสียการทำงานของไตจนเหลือน้อยกว่าร้อยละ 10 ของคนปกติ จะมีอาการป่วยจากของเสียคั่งในร่างกาย เกิดภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูง ปัสสาวะออกน้อยลง บวม หอบ เหนื่อย ซึม ชัก และหมดสติ โดยผู้ป่วยยังมีชีวิตต่อไปอีกกระยะหนึ่งด้วยความทุกข์ทรมานและเสียชีวิตไปในเวลาไม่กี่สัปดาห์ การบำบัดทดแทนไตซึ่งมี 3 วิธีได้แก่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) และการปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) เป็นการรักษาเพื่อทดแทนการทำงานของไตที่ไม่สามารถทำงานได้เองอย่างเพียงพอ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่รอดอยู่ได้เป็นเวลานาน มีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควร

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

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

การรักษาที่จำเป็นต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงโดยงบประมาณที่จำกัด และจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สมดุลกับจำนวนบุคลากรเฉพาะทาง จำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องรับการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ร่วมด้วย ทำ

ให้การบำบัดทดแทนไตทั้งสามวิธีจะต้องใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างเหมาะสมและมีการดูแลผู้ป่วยอย่างไว้
รอยต่อ (lean and seamless) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างคุ้มค่าและต่อเนื่อง

วิถีแห่งการฟอกเลือด

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการรักษาโดยการนำเลือดออกจากร่างกายผ่านเครื่องไต
เทียมเพื่อกำจัดของเสีย ปรับระดับเกลือแร่ ดุลน้ำ และนำเลือดกลับเข้าสู่ร่างกาย ใช้เวลาในการรักษาครั้ง
ละ 4-5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง หลังจากผ่านการรับคำปรึกษาเรื่องการบำบัดทดแทนไตโดยทีมแพทย์
และพยาบาลแล้ว จะต้องเตรียมเส้นเลือดเพื่อเป็นทางเข้า-ออกของเลือดที่นำออกมารักษาภายนอก
ที่เรียกว่า vascular access ซึ่งมีทั้งแบบชั่วคราวและแบบถาวร ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและการปฏิบัติ
ตัวเพื่อให้เส้นเลือดมีอายุยืนยาวในการใช้งาน

การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำเป็นต้องดำเนินการโดยทีมแพทย์และพยาบาลที่
ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านไตเทียมและมีองค์วิชาชีพควบคุมคุณภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มี
ประสิทธิภาพ ปลอดภัยและคุ้มค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตามทีมสหสาขาวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ
ที่เกี่ยวข้อง เช่น เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด จิตแพทย์ เป็นต้น ก็มีส่วนสำคัญในการร่วมดูแล
รักษาและฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยด้วย การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามคำแนะนำของทีมรักษาที่มีความสำคัญ
เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วย รวมทั้งการส่งเสริมด้าน
กำลังใจของผู้ป่วย โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่สังคม ชุมชนโดยไม่คิดว่าตนเอง
เป็นภาระ เป็นแบบอย่างของผู้ป่วยโรคไตอื่นๆ รวมทั้งมีส่วนให้ประชาชนตระหนักถึงอันตราย และช่วยกัน
ป้องกันและชะลอความเสื่อมของไตด้วย

วิถีแห่งการล้างช่องท้อง

การล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) เป็น
การรักษาโดยการขจัดของเสียและสารพิษต่างๆ ในเลือดออกจากร่างกาย ผ่านทางเยื่อช่องท้องของ
ผู้ป่วย โดยการใส่น้ำยาที่มีความเข้มข้นในระดับที่เหมาะสมเข้าไปในช่องท้อง ผ่านทางสายยางที่ฝังไว้ที่
หน้าท้องของผู้ป่วย การรักษาวิธีนี้เป็นการรักษาในรูปแบบการดูแลตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยน
น้ำยาล้างช่องท้องได้เองวันละ 4 ครั้ง ซึ่งต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกวัน โดยยังสามารถทำงาน
ประจำได้ตามปกติ และไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการประหยัดค่าเดินทางและลดขั้นตอนการ
รักษาในโรงพยาบาลลงได้มากเมื่อเทียบกับการฟอกเลือด

เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง
จะได้รับการผ่าตัดใส่สายล้างไต เข้าไปในช่องท้อง และจะได้รับการดูแลจากทีมสหสาขา

วิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด และนักสังคม

สงเคราะห์ โดยจะได้รับการฝึกหัดการดูแลตนเอง และเปลี่ยนน้ำยาจากพยาบาล โดยจัดโปรแกรมการเรียนรู้ให้กับผู้ป่วยและญาติ

เพื่อให้การดูแลรักษาประสบความสำเร็จและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี การประสานงานเพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่กับ CAPD ได้อย่างมีความสุข การความรู้ให้กับแพทย์และพยาบาลที่ไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตโดยตรงเพื่อร่วมดูแลผู้ป่วย รวมถึงพัฒนาระบบการสื่อสารที่ดีระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ว่องไวได้อย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน ตลอดจนสามารถสร้างทีมมิตรภาพบำบัด ให้ผู้ป่วยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ให้มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป

วิถีแห่งการปลูกถ่ายไต

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

C14 Lean & Seamless Laboratory Network

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

ร.อ.นพ.วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์

ศสจ.นครราชสีมา

นพ.วชิระ บถพิบูลย์

รพ.ชุมพวง

พญ.ลลิตา กองคำ

รพ.มหาธาชนครราชสีมา

ทนพ.อารักษ์ ดีใหม่

รพ.ด่านขุนทด

ทนพญ.มธุรส ชัยวรพร

รพ.มหาธาชนครราชสีมา

C24 รู้ทันกฎหมาย ไร้รอยตะเข็บ

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

ผศ.พญ.สายพิน หัตถ์ธีรตัน

คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี

ศจ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส

ม.ธรรมศาสตร์

ผศ.นพ.เอนก ยมจินดา

สถาบันนิติวิทยาศาสตร์

กฎหมายจะไม่ไร้รอยตะเข็บที่คอยขัดขวาง งานพัฒนาคุณภาพให้เกิดการสะดุด ทำให้บุคลากรทางการแพทย์เสียอารมณ์และกล่าวโทษว่า กฎหมายการแพทย์คือตัวปัญหาที่ยุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติ ฟ้องร้องเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล หากบุคลากรทางการแพทย์รู้เท่าทันก่อนนำไปใช้

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

วิถีแห่งโตโยต้า วางอยู่บน สองเสาหลัก(2 Pillars) หน้าสายพันธุ์ดีเอ็นเอ (5 DNA Strains) และสิบสี่หลักการสำคัญ (14 Principles) เช่นเดียวกันกับวิถีแห่งกฎหมายการแพทย์โดยเฉพาะวิถีทางแห่งการหลุดรอดออกจากวังวนการฟ้องร้อง อย่างลื่นไหลและไม่วนเวียน ดังนี้

A. 2 Pillars คือ "การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง" และ"การเคารพนับถือในคน"

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

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

B. 5 DNA Strains คือ รหัสพันธุกรรมสำคัญที่ควรนำเข้าไปในบุคลากรทางการแพทย์สายพันธุ์ใหม่

1) Challenge กล้าหาญและกล้าท้าทายด้วยการกำหนดวิสัยทัศน์การทำงานที่โปร่งใส กล้าให้ผู้ป่วยและญาติตรวจสอบได้ เช่น กรณีเวชระเบียน!

2) Kaizen ที่สำคัญคือ Zen (Improvement) ต้องเริ่มต้นปรับปรุงที่ใจของตนเองก่อน เริ่มที่ทัศนคติส่วนตัวของบุคลากรทางการแพทย์เองก่อน โดยใช้หลัก 5 why คือการถามว่า "ทำไม"จนครบห้าครั้ง จะได้ว่าปัญหาที่แท้จริงคืออะไร อาจลองเริ่มจากคำถามที่หนึ่งคือ ทำไมจึงกลัวถูกฟ้องร้อง?

3) Genchi Genbutsu Go to See หรือ Go and See เพื่อให้รู้ต้นตอของปัญหาที่แท้จริง หลักพื้นฐานคือ การเดินเผชิญปัญหา การไปตรวจสอบสถานที่เกิดเหตุ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับคดีควรใช้เวลาไปเยี่ยมโรงพยาบาลที่ถูกฟ้องร้อง ไปเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย ไปพูดคุยกับญาติผู้ตาย จะเข้าใจเรื่องราวมากขึ้น

4) Respect ศรัทธาและความไว้วางใจ รู้และเข้าใจสิทธิผู้ป่วย สัมมาสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ จะนำมาสู่การยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน

5) Teamwork เมื่อเกิดผลร้ายจากการรักษาพยาบาล ไม่ถามว่า “ใครเป็นคนทำ?” แต่จะถามว่า “จะร่วมกันสยบปัญหาได้อย่างไร?” ให้เน้นความรับผิดชอบเป็นทีม ไม่โทษรายบุคคล

C. 14 Principles หลักการเพิ่มคุณค่า ได้แก่

1. พึงระลึกถึงปรัชญา Patient Safety เสมอ แม้ว่าจะเป็นภาระแก่เป้าหมายทางการเงินสักเพียงใด
2. เมื่อการไหลของกระบวนการทำงานชัดเจน ปัญหาที่แท้จริงจะประจักษ์
3. อุปสงค์ของผู้ป่วยอ่อนไหวเปลี่ยนแปลงไว เด่าใจได้ยาก อุปทานจึงต้องพลิกแพลงตามติดเท่าทัน
4. เป้าหมายกิจกรรม ต้องเป็นไปเพื่อความสงบ เรียบสัน ไม่วุ่นวาย สูญเปล่า
5. สร้างวัฒนธรรมไม่ซุกซ่อนความเสี่ยง มีระบบตรวจจับปัญหา
6. บุคลากรที่อยู่หน้างานรู้จริงที่สุด ต้องได้รับการ empowerment ทั้งอำนาจและความรับผิดชอบ
7. ในการตรวจจับปัญหา ตาเนื้อ (fresh eye control) เหนือกว่า ตาดิจิทัล
8. ใช้ IT ลดความเสี่ยง และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร
9. ผู้นำที่เติบโตมากับโรงพยาบาลและชุมชน จะมีจุดแข็งเรื่องความเข้าใจลูกค้าทั้งภายในภายนอก
10. ใช้ระบบ internal survey ในการค้นหาความเสี่ยง
11. การพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยงครบวงจร ต้องทำตลอด สายโซ่อุปทาน (supply chain)
12. การตรวจสอบสถานที่เกิดเหตุด้วยตนเอง เป็นวิธีการชั้นสูง “ปัญหา” ที่ละเอียดที่สุด
13. ตัดสินใจรอบคอบ ลงมือรวดเร็ว
14. ข่าวร้ายไม่มาคนเดียว ต้องขจัดรากเง้าปัญหา ก้าวสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (LO)

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

และที่พึงจดจำก็คือ วิถีแห่งกฎหมายการแพทย์ที่แท้จริงเป็นเช่นเดียวกับวิถีแห่งโตโยต้า นั่นคือเป็นหนทางที่หนักหนาสาหัส ไม่ใช่เดือนหรือสองเดือน ปีหรือสองปี แต่ต้องทำกันไปชั่วชีวิต ส่งต่อกันไปจากรุ่นครูสู่รุ่นศิษย์ ความรู้และความเข้าใจยังไม่เพียงพอ แต่ต้องลงมือทำ ต้องลงมือทำทันที ต้องลงมือทำทันที อย่างจริงจังและ ต้องลงมือทำทันทีอย่างจริงจังตลอดไป.

C34 ความสับสนของสารพัดมาตรฐาน

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

นพ.เจดพันธ์ ภัทรพงศ์สินธุ์

รพ.หนองบัวระเหว

นพ.วัชรพล ภูนวน

รพ.อุตรดิตถ์

จากความสับสนมั่วซั่ว...สู่ความเนียนในการประยุกต์ใช้มาตรฐานเพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

นพ.เจดพันธ์ ภัทรพงศ์สินธุ์

รพ.หนองบัวระเหว

ท่ามกลางความสับสน ความเครียด จากการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต่างๆ ในกาที่ต้องทำตามมาตรฐานหรือต้องถูกประเมินด้วยมาตรฐานต่างๆ TQA, PMQA, HA, HPH, QA, HNQA, LA ฯลฯ อื่นๆ อีกมากมาย หรือมีเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพต่างๆ เช่น OD, ESB, Clinical tracer, KM, trigger tool, SPA, TQM, CQI ฯลฯ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารโรงพยาบาลเกิดความเครียด ท้อแท้ เบื่อหน่าย ต่อต้านการพัฒนาโรงพยาบาล เพราะมันดูเยอะเยาะไปหมดและนำสู่การปฏิบัติอย่างไม่เข้าใจ ไม่สามารถแก้ปัญหาของโรงพยาบาล และอาจทำให้เกิดปัญหาใหม่จากการนำมาตรฐานหรือเครื่องมือมาใช้ ซึ่งเป็นความทุกข์ของผู้ปฏิบัติและผู้รับบริการที่สูญเสียโอกาสการมารับบริการ จากการเสียเวลาในการประชุม อบรม ดูงานหรืออื่นๆ ของเจ้าหน้าที่ แต่คุณภาพที่เป็นรูปธรรมไม่ถึงผู้รับบริการ

การเริ่มต้นด้วยการทำความเข้าใจจึงเป็นสิ่งสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพในการรู้จักตนเอง เป้าหมายของตนเอง เป้าหมายของโรงพยาบาล การรู้จักเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาต่างๆ หากจุดเชื่อมต่อกของมาตรฐานต่างๆ ที่มีเป้าหมายเดียวกันคือผู้รับบริการได้รับบริการที่ดี โรงพยาบาลทำหน้าที่บรรลุเป้าหมาย วิสัยทัศน์ และพันธกิจของโรงพยาบาลเอง โรงพยาบาลเปรียบเหมือนบ้าน มาตรฐานต่างๆ เปรียบได้กับแปลนบ้านในการใช้เป็นแบบในการสร้างบ้าน การเรียนรู้เครื่องมือต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพ นำไปใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เหมือนกับใช้มีด จอบ ค้อน สิว ฯลฯ ในการสร้างบ้าน

ท่ามกลางความสับสน การพัฒนาคุณภาพให้มีความเชื่อมโยงเป็นเรื่องเดียวกันอย่างไร้รอยต่อ ต้องทำด้วยความเข้าใจ มีการวางแผนงานที่ดี หาเป้าหมายร่วมกันคือความต้องการ ความปลอดภัย ความพึงพอใจของผู้รับบริการทั้งในสถานบริการ และชุมชน แล้วค่อยสร้าง เหมือนการสร้างบ้านที่ต้องมีแบบแปลน ซึ่งแต่ละห้องจะมีความแตกต่างกันไป เช่น ห้องครัว ห้องนอน ห้องรับแขก จะมีรายละเอียดและแบบแปลนที่ไม่เหมือนกัน แล้วเลือกใช้เครื่องมือสร้างบ้านหรือการพัฒนาคุณภาพที่เหมาะสม ทำให้เราไม่เสียเวลา หรือไม่เหนื่อยเกินไป

การปรับใช้มาตรฐานเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การนำมาตรฐานหรือเครื่องมือใดมาใช้ในการพัฒนาโรงพยาบาล เราต้องเรียนรู้ถึงวัตถุประสงค์ จุดเน้น เป้าหมาย หรือประโยชน์ของมาตรฐานหรือเครื่องมือ นั้น

สำหรับมาตรฐาน HA เป็นเครื่องมือหรือแนวทางที่ช่วยในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม ใช้กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการเรียนรู้และการรับรองจากองค์กรภายนอกตามบริบทของโรงพยาบาล โดยมีแนวทาง 7 หมวดใหญ่ ซึ่งปัจจุบันนี้ในการพัฒนาองค์กรต่าง ๆ มีการนำมาตรฐาน MBNQA ของสหรัฐฯ มาปรับใช้ในประเทศไทย โดยสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาตินำมาปรับเป็น TQA (Thailand Quality Award) มีเป้าหมายเพื่อใช้ในการพัฒนาการบริหารจัดการองค์กร / หน่วยงาน ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ เราพบว่ามีการนำไปปรับเป็นมาตรฐานต่าง ๆ เช่น PMQA (Public Sector Management Quality Award) ของ กพร. ที่ใช้ในหน่วยงานภาครัฐ, QA (Quality Assurance) ของสำนักงานการพยาบาลที่นำไปปรับใช้ เพื่อให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาล

เห็นได้ว่าหลายมาตรฐานมีต้นกำเนิดจากแหล่งเดียว มีกรอบแนวคิดเดียวกัน แต่จุดเน้นอาจแตกต่างกัน ในการนำมาตรฐานมาปรับใช้เพื่อพัฒนาแต่ละด้านที่จะส่งเสริมคุณภาพโดยภาพรวมของโรงพยาบาล เอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกันและต้องพึ่งพากัน เช่น มาตรฐาน HA ซึ่งเป็นมาตรฐานการพัฒนาโรงพยาบาลที่ต้องการเห็นความปลอดภัยของผู้ป่วย การรักษาที่ได้มาตรฐานจึงต้องอาศัยคุณภาพของการรักษาของแพทย์ให้เป็นตามมาตรฐานการรักษาที่กำหนด คุณภาพทางการพยาบาลที่สนับสนุนให้เกิดความปลอดภัยซึ่ง QA จะเป็นตัวช่วยและ HA ก็ช่วยให้ QA ทำได้ง่ายขึ้นในเรื่องการกำหนดเป้าหมาย ทิศทางของโรงพยาบาลการทำงานระหว่างวิชาชีพ ซึ่งเห็นได้ว่าจะมีมาตรฐานต่าง ๆ อีกมากมายที่มีอยู่ในโรงพยาบาล เช่น ต้องการให้โรงพยาบาลมีความปลอดภัยทางโครงสร้าง และผู้ปฏิบัติงานมีความปลอดภัยจากการปฏิบัติงาน จะมีมาตรฐานเรื่องความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลของกรมควบคุมโรคเป็นแนวทางในการพัฒนาเป็นต้น

เช่นเดียวกับการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ก่อนนำไปใช้เราต้องศึกษาวัตถุประสงค์ เป้าหมาย หลักการ จุดเด่น ข้อจำกัดของเครื่องมือ นั้น ๆ ก่อนแล้วมาดูบริบท ปัญหาของโรงพยาบาลที่เราเลือกใช้เครื่องมืออะไร ซึ่งสามารถใช้เพียงบางส่วน หรือผสมผสานการใช้เครื่องมือเหล่านั้นตามบริบทโรงพยาบาล หรือตามความถนัดของผู้ใช้ หรือใช้เครื่องมือหลาย ๆ อย่างพร้อมกันก็ได้จะทำให้โรงพยาบาลบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของตนเอง

ฉะนั้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จะให้เกิดความเนียนเราต้องศึกษาวัตถุประสงค์ หลักการ เป้าหมายของมาตรฐานและเครื่องมือให้เข้าใจแล้วเลือกใช้ เลือกปฏิบัติให้เหมาะกับบริบท สถานการณ์ เปรียบกับการขุดดินทำสวนหย่อมบางครั้งใช้จอบ บางครั้งใช้เสียมตามขนาดของหลุม หรือถ้าไม่มีอาจใช้แทนกันได้แต่ต้องระมัดระวังมากขึ้น หรืออาจบรรลุผลช้ากว่าการใช้เครื่องมือที่ถูกต้อง ที่จะทำให้สวน

สวยงาม การพัฒนาโรงพยาบาลก็คล้ายกัน การมีแบบแปลน (มาตรฐาน) ที่ถูก ใช้เครื่องมือการพัฒนาที่เหมาะสมเราก็จะได้โรงพยาบาลที่มีคุณภาพที่มีความสุขใจ ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

ความสับสนของสารพัดมาตรฐาน

นายแพทย์วัชรพล ภูนวนล

รพ.อุตรดิตถ์

องค์กรที่มีการพัฒนาคุณภาพบริการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศก็ได้มีการปรับตัวตามการปรับเปลี่ยนของสังคมที่ต้องการการบริการที่ดีกว่า ความต้องการระบบบริการที่สามารถประกันคุณภาพได้จากผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การปรับระบบบริการของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชนให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ รวมทั้งแนวความคิดและมาตรฐานของการพัฒนาโรงพยาบาลคุณภาพได้มีการปรับเปลี่ยนไปด้วยและมีหลายมาตรฐาน จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บริหารและผู้นำการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต้องพร้อมในการนำสู่ปฏิบัติในองค์กร ทั้งยังต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดการพัฒนาคุณภาพแก่กันและกันภายในและภายนอกองค์กรอย่างเป็นกัลยาณมิตร

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

ในการพัฒนาคุณภาพต้องมีหลักคิด หลักวิชา แล้วทำความเข้าใจให้ชัดเจนก่อนจึงจะนำสู่การปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็น HA, TQA, PSO, HNQA, HPH, JCIA, ISO, PMQA หรือมาตรฐานอื่นๆ ล้วนสร้างขึ้นมาเพื่อให้ได้งานที่มีคุณภาพมาตรฐาน ควรสนใจผลลัพธ์ในภาพใหญ่ สนใจว่าแต่ละมาตรฐานที่ต่างกัันนั้นมีการเพิ่ม value อะไรมากขึ้น ช่วยเพิ่ม value ให้กับระบบเดิมอย่างไร เช่น ระบบการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management) นั้นมีหลายมาตรฐาน ทั้งของ กพร, ของ HA และของ HNQA ทีม HR ของโรงพยาบาลต้องทำหน้าที่ในการวิเคราะห์ในแต่ละมาตรฐานว่ามีจุดร่วมและจุดต่างอย่างไร แล้วนำ value ที่ต่างกัันนั้นมาเพิ่มเข้าไปให้กับระบบที่มีอยู่

แต่ละระบบก็มีจุดเด่นและจุดด้อยในตนเอง หากเราสามารถดึงเอาจุดเด่นแต่ละระบบมาประยุกต์ใช้ร่วมกันได้ก็จะเกิดผลดีอย่างมากแต่ต้องนำมาบูรณาการให้เข้ากันได้ การบูรณาการจึงไม่ใช่การทำทุกอย่างให้ครบแต่เป็นการทำทุกอย่างให้เป็นเรื่องเดียวกัน ควรส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานมีการระดมการพัฒนาคุณภาพไว้โดยใช้หลัก 3P คือ Purpose, Process และ Performance ไว้ให้มีจำนวนมากเพื่อการ

นำไปสู่การตอบในแต่ละมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับที่โรงพยาบาลดำเนินการ ในแต่ละมาตรฐานสามารถสร้างความเชื่อมโยงโดยใช้แนวคิด 3C-PDCA ถือเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญและจำเป็นที่ทีมงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต้องเข้าใจอย่างถ่องแท้และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการบูรณาการการพัฒนาคุณภาพ

ในการบริหารจัดการองค์กรสิ่งสำคัญคือความอยู่รอดและรุ่งเรืองขององค์กรโดยจะอยู่รอดได้ต้องมีคุณภาพ (quality) ประสิทธิภาพ (efficiency) และประหยัด (economy) โดยสิ่งสำคัญที่ขาดไม่ได้คือการจัดการหรือการบริหาร (management) ที่จะต้องทำให้ครบวงจรทั้งการวางแผน การจัดองค์กร ภาวะผู้นำ และการควบคุมติดตามประเมินผล ผู้บริหารสูงสุดต้องเป็นผู้ที่กำหนดและตัดสินใจในการเลือกใช้มาตรฐานใดในองค์กร ผู้บริหารสูงสุดต้องสามารถทำหน้าที่สำคัญคือการจัดการให้เป็นจริง (management) ทำการติดตามและประเมินผล (monitoring & evaluation) แล้วมีการพัฒนาเพิ่มคุณค่าให้กับองค์กรอย่างต่อเนื่อง

Meeting Room 5

หลากหลายเส้นทางสู่สุขภาพ

รับฟังแนวคิดและเรื่องราวที่น่าสนใจเป้าหมายสุขภาพอย่างหลากหลาย
ตั้งแต่การประเมินเทคโนโลยี
การดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
ไปถึงการทำงานร่วมกับชุมชน
รวมถึงบทบาทของภาคส่วนอื่น ๆ เช่น โรงเรียน

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

A25 : การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

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

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

จอมขวัญ โยธาสมุทร โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

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

ในทางตรงกันข้ามในสังคมที่ขาดระบบประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนก็จะสูญเสียโอกาสในการได้รับประโยชน์จากยา เทคโนโลยี หรือ/และนโยบายด้านสุขภาพอย่างทันทั่วถึง ซึ่งหมายถึงการสูญเสียโอกาสในการช่วยชีวิตหรือแก้ไขภาวะความเจ็บป่วยของประชาชนจำนวนมาก การมีระบบประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพที่ดีย่อมเปิดโอกาสให้ประชาชนในประเทศนั้นๆสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ชนิดใหม่ที่เพิ่งคิดค้นได้รวดเร็วกว่าที่ จะปล่อยให้ไปเป็นไปตามครรลองซึ่งหมายถึงต้องใช้เวลาานานกว่าเทคโนโลยีหรือนโยบายใหม่ๆจะได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย

ใน session A25 ห้องประชุม 5 นักวิจัยจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ จะถ่ายทอดประสบการณ์ของการทำงานประเมินเทคโนโลยีและนโยบายเพื่อสนับสนุนผู้บริหารทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม ในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนและต่อสู้กับความไม่เสมอภาคของระบบสุขภาพ วิทยากรจะนำเสนอกรณีศึกษาของการประเมินความคุ้มค่าของยาที่มีราคาแพงเพื่อบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ การศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและจิตวิทยาที่เกิดขึ้นจากการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาหรือที่รู้จักกันในนาม CL การประเมินผลดีและผลเสียของการประชาสัมพันธ์และการตลาดของวัคซีน HPV

ในช่วงสุดท้ายของการนำเสนอ วิทยากรจะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมซักถามและอภิปรายในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการคัดเลือก/ใช้เทคโนโลยีทั้งในระดับชาติและระดับโรงพยาบาล รวมถึงแนะนำแหล่งข้อมูลทั้งในและต่างประเทศเพื่อที่ผู้เข้ารับการประชุมสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในงานประจำของตนเอง

A35 : สุรา....ภัยใกล้ตัว ช่วยกันดูแล

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

พญ.อัจฉรา พองคำ	รพ.ลำพูน
คณิงนิจ มณีวระ	รพ.ลำพูน
นพวรรณ อูปลำ	รพ.จอมทอง
พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์	รพ.สวนปรุง

การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา โรงพยาบาลลำพูน

พญ. อัจฉรา พองคำ, นางคณิงนิจ มณีวระ รพ.ลำพูน

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

จากปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลลำพูนจึงได้พัฒนาระบบบริการสำหรับผู้มีปัญหการดื่มสุรา เริ่มตั้งแต่ มีการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา โดยใช้แบบคัดกรอง CAGE ในผู้ป่วยในทุกรายตั้งแต่แรกเริ่ม มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อภาวะขาดสุรา ในผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราจะได้รับการประเมินติดตามอาการอย่างใกล้ชิดโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจนกระทั่งสามารถควบคุมอาการขาดสุราได้ ทำให้ปัญหาความวุ่นวายหรือภาระงานในหอผู้ป่วยลดลง หลังจากนั้นผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการปรึกษาและแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ หรือหยุดดื่ม และส่งต่อเพื่อรับการบำบัดต่อเนื้อที่คลินิกสุขภาพจิตก่อนจำหน่ายและขยายเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องไปยังสถานเอนาามัย

การพัฒนาระบบบริการดังกล่าวได้มีการยืนยันประสิทธิภาพจากผลการวิจัยโดยพบว่าทำให้ ค่าปรึกษาแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุราสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มได้ และได้มีการต่อยอดพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง 2 คำถามเกี่ยวกับการดื่มสุราเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่ตีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินที่พบว่าสั้น สะดวกและมีประสิทธิภาพดี มีการพัฒนานวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วย เช่น นวัตกรรมผ้าผูกยึดผู้ป่วยเพื่อลดการบาดเจ็บ มีการบูรณาการการบำบัดเพื่อลดการดื่มสุราตั้งแต่ในหอผู้ป่วย เช่น การบำบัดรักษาผู้ติดสุราโดยใช้ Cognitive Behavior Therapy (CBT) ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย นอกจากนี้

ระบบบริการดังกล่าวยังได้เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลเฉพาะทางคือ โรงพยาบาลสวนปรุงซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชแม่ข่าย ทั้งในด้านวิชาการและบริการทำให้มีเกิดระบบบริการที่ต่อเนื่องประสานทั้งระบบสาธารณสุข “สุรา.....ภัยใกล้ตัว ช่วยกันดูแล”

พญ. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์

รพ.สวนปรุง

จากปัญหาการดื่มสุราที่เพิ่มขึ้นอย่างมากจนก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ส่งผลให้จำนวนผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ทั้งจากปัญหาการดื่มสุราโดยตรงหรือจากปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่พบร่วมกับการดื่มสุรา ดังนั้นการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในปัจจุบัน จะไม่ถูกจำกัดเฉพาะสถานพยาบาลเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลจิตเวช หรือศูนย์บำบัดยาเสพติดเหมือนแต่ก่อน เนื่องจากมีผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราจำนวนมากเข้ารับบริการจากระบบบริการสาธารณสุขทั่วไป ตั้งแต่ สถานีอนามัย PCU โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

ที่สำคัญ จากปัญหาการดื่มสุราดังกล่าว ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง รักษายากขึ้น รุนแรงขึ้น เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุจากการดื่มสุรา หรือผู้ป่วยอายุรกรรม โรคกระเพาะเป็นแผล โรคตับ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น จึงเป็นความจำเป็นของสถานพยาบาลสาธารณสุขทุกระดับที่จะต้องพัฒนาคุณภาพบริการให้สามารถให้บริการสำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา บูรณาการร่วมไปกับการดูแลโรคฝ่ายกาย โดยเริ่มจากการสร้างความตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุราขึ้นในหน่วยงาน และเกิดความร่วมมือกันทุกฝ่าย ตั้งแต่ การคัดกรองปัญหา ให้คำปรึกษาเบื้องต้นให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ ฝ้าระวังความเสี่ยงในการเกิดอาการขาดสุราและติดตามปัญหาการดื่มสุราต่อเนื่อง ส่วนผู้ป่วยที่พบปัญหารุนแรงให้ส่งต่อเข้ารับการรักษาบำบัดต่อเนื่องในคลินิกสุขภาพจิตหรือหากจำเป็นให้ส่งต่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเฉพาะทางต่อไป หากสามารถพัฒนาระบบบริการได้ดังกล่าวแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยไม่ถูกแยกส่วนในการรักษา เกิดความต่อเนื่อง ไร้รอยต่อในการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราในโรงพยาบาลชุมชน

นพวรรณ อูปล้ำ

รพ.จอมทอง

ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนมีทั้งกลุ่มที่มาด้วยปัญหาการดื่มสุราโดยตรงและกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพกายและมีปัญหาการดื่มสุราด้วย โดยมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพจำกัด ไม่มีหอผู้ป่วยเฉพาะ ขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญ ดังนั้นโรงพยาบาลจอมทองจึงได้พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราขึ้นโดย มีเป้าหมายในการจัดบริการที่ครอบคลุมบูรณาการเข้ากับบริการทั่วไป เชื่อมโยงการดูแลเป็นลักษณะเครือข่ายบริการโดย

ระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลตติยภูมิ โรงพยาบาลทุติยภูมิ และสถานบริการระดับปฐมภูมิ และให้บริการ ต่อเนื่องถึงบ้านและชุมชน

โรงพยาบาลได้มีการจัดตั้งคลินิกอดสูรา เพื่อดูแลผู้ป่วยติดสูราให้มีทักษะในการแก้ไข้ปัญหา โดย ไม่พึ่งสูรา ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากการดื่มสูรา สามารถเลิกดื่ม และไม่กลับไปดื่มซ้ำ สามารถดำเนิน ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข มีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ติด สูราโดยรูปแบบการจัดการรายกรณี มีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดสูรา โดยประยุกต์ โปรแกรมการบำบัดสูราให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต มีการฟื้นฟูผู้ติดสูราโดยกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self help group)

นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลยังได้นำองค์การศาสนาเป็นเครือข่ายในการฟื้นฟูสภาพผู้ติดสูรา โดย การประสานงานกับผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล จัดตั้งศูนย์บำบัดฟื้นฟูผู้ติดสูราและยาเสพติดที่ สำคัญสังกัดอำเภอ เพื่อเป็นแหล่งรองรับผู้ติดสูราที่มีปัญหาเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม ขาดผู้ดูแล มี การจัดระบบการประเมิน การดูแล การจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด การส่งเสริมทักษะในการดำเนินชีวิต การฝึก อาชีพ หางานทำ และใช้หลักศาสนาในการปฏิบัติและอบรมจิตใจให้กับผู้ที่เข้ารับการบำบัดอีกด้วย

การดูแลผู้ติดสูราในชุมชนอำเภอจอมทอง เป็นบริการสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพที่ไร้รอยต่อระหว่าง สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องและเครือข่ายสมาชิกผู้เลิกสูราและครอบครัว รวมทั้งเป็นการผสมผสานการดูแลทั้ง ด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณที่ครอบคลุม

A45 : โรงพยาบาลคุณภาพกับวิถีชีวิตความพอเพียง

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

นพ.อภิสิทธิ์ อำนวยวางกูร

รพ.อุบลรัตน์

ชฎานิส บุตรดี

รพ.อุบลรัตน์

ปานิต หนูพวง

ผู้แทนชุมชน

นพ.กิตติศักดิ์ เกษตรสินสมบัติ

รพ.บัว

โรงพยาบาลคุณภาพกับวิถีชีวิตความพอเพียง

ชฎานิส บุตรดี

รพ.อุบลรัตน์

บทบาทสำคัญของโรงพยาบาลชุมชน นอกจากงานรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และส่งต่อได้อย่างเหมาะสม เมื่อเกินขีดความสามารถ ยังต้องเน้นหนักการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพทั้งสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งกาย ใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งวิถีการดำเนินชีวิตปัจจุบันของคนชนบทได้เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสสังคม เกิดปัญหาหลายด้านทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจ รายจ่ายมากกว่ารายได้ หนี้สินเพิ่มขึ้น ด้านสิ่งแวดล้อม เกิดปัญหาภัยแล้ง ประกอบอาชีพเกษตรกรรมไม่ได้ ว่างแรงงานต้องอพยพแรงงานเข้าไปรับจ้างในเมืองใหญ่ ทำให้เกิดปัญหาครอบครัวตามมา เด็ก/คนแก่ขาดผู้ดูแลและขาดความอบอุ่นในครอบครัว ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาทางด้านสังคมตามมา ไม่ว่าจะเป็นปัญหายาเสพติด ปัญหาทะเลาะวิวาทในกลุ่มเยาวชน ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งหมดส่งผลต่อภาวะสุขภาพ

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

ครอบครัว - ชุมชน ก่อน ซึ่งเป็นฐานรากสำคัญ ถ้าคนมีคุณภาพชีวิตดี ครอบครัวก็มั่นคง ชุมชนอยู่เย็นเป็นสุข ก็เกิดสุขภาวะในที่สุด

ตัวอย่างชุมชนที่ผ่านกระบวนการสร้างชุมชนเข้มแข็ง โดยใช้แนวคิดของอาจารย์ประเวศ วะสี และหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน เกิดชุมชนเข้มแข็ง พึ่งตนเอง และพึ่งพากันเองได้ หลายหมู่บ้านในอำเภออุบลรัตน์ บ้านพระพุทธรบาท หมู่ 6 ตำบลนาคำ เป็นหมู่บ้านหนึ่งผ่านกระบวนการสร้างชุมชนเข้มแข็ง จนทุกวันนี้สามารถแก้ปัญหาในชุมชนได้มีแหล่งอาหารอุดมสมบูรณ์ สด สะอาด ปราศจากสารพิษ ใช้จ่ายลดลง ปลอดภัยได้ เงินออมเพิ่มขึ้น เกิดแหล่งเงินทุนในชุมชน ครอบครัวอบอุ่น สิ่งแวดล้อมอุดมสมบูรณ์ กลายเป็นแหล่งการเรียนรู้ มีศูนย์เรียนรู้สำหรับถ่ายทอดประสบการณ์การทำงานให้กับชุมชนอื่น ซึ่ง แม่นิด หนูพวก จะเป็นผู้เล่าสภาพปัญหา และกระบวนการเรียนรู้จนสามารถแก้ไขปัญหาครอบครัว - ชุมชนได้สำเร็จระดับหนึ่ง

กระบวนการพัฒนา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้สู่ปฏิบัติการแก้ไขปัญหา ใช้หลักอริยะสี่สี ได้แก่

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

กระบวนการเรียนรู้

- 1) กระบวนการคิดวิเคราะห์ เพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา โดยการ
 - ทบทวนตนเอง ค้นหาปัญหา
 - วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา
 - เชื่อมโยงปัญหา และสาเหตุ โดยใช้ “ทฤษฎีต้นไม้”
- 2) กระบวนการศึกษาดูงาน เพื่อแสวงหาทางเลือกและแนวทางแก้ปัญหา โดยใช้การเรียนรู้จากผู้ที่เคยประสบปัญหาที่คล้ายๆกันมาก่อนและสามารถแก้ไขปัญหาได้

วิธีการ - เลือกสถานที่ดูงานให้สอดคล้องกับปัญหา

- เตรียมความคิดก่อนไปศึกษาดูงาน
- ฟังจากเรื่องเล่า และ ดูจากของจริง โดยให้เห็นภาพปัญหาในอดีตที่ผ่านมา จุดเปลี่ยนและสิ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แนวคิดหรือหลักการที่ใช้แก้ปัญหา และผลลัพธ์หรือผลสำเร็จที่เกิดขึ้น

- 3) กระบวนการสรุปบทเรียนจากการศึกษาดูงาน เพื่อประมวลสิ่งที่ได้เรียนรู้ วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน และการนำมาปรับประยุกต์ใช้กับตนเอง
- 4) กระบวนการเชื่อมโยง เพื่อวางแผนปฏิบัติการ

เชื่อมโยง : ปัญหา - สาเหตุ - บทเรียนที่ได้จากการศึกษาดูงาน - แนวทางแก้ปัญหา

ตัดสินใจ : ทางเลือก - ทางรอด - ทางออก - หนทางดับทุกข์

วางแผนปฏิบัติการ : ภายใต้หลักพึ่งตนเอง / เศรษฐกิจพอเพียง ตามศักยภาพตัวเอง

การดำเนินงานกิจกรรม มี 2 รูปแบบ คือ

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

หลักการทำงาน

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

หัวใจสำคัญ

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

B15 โรงพยาบาลเปลี่ยนความคิด...ชีวิตชุมชนเปลี่ยน
12 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 5

กรรยาทัศน์น์ ตั้งหวัง

นพ.ปวิตร วณิชชานนท์

คมกริช ฤทธิ์บุรี

ลำพอง พิลาสมบัติ

นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล

ผู้แทนศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิต อ.ละงู

รพ.ละงู

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประทาย

ชมรมผู้ป่วยเบาหวาน อ.ประทาย

รพ.ประทาย

B25 โรงเรียนแห่งวิถีชีวิตพอเพียง

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

ครูชะบา อ่อนนาค

ธีระวัฒน์ สิงหนุต

นพ.วราวุธ สุรพฤกษ์

รร.ชลบุรี สุขบถ

รร.ชำค้อพิทยาคม จ.ระยอง

พรพ.

B35 : ตามรอยคุณภาพสู่ชุมชน : Hospital & Community Based

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

นพ.กนก พิพัฒน์เวช	รพ.อุตรดิตถ์
นพ.นิพัทธ์ กิตติมานนท์	รพ.พุทธชินราช
อนุชา ขุนเมือง	รพ.จิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
ทัศนีย์ สุงามาลัย	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

จากมาตรฐานฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ซึ่งได้บูรณาการเชื่อมต่อประสานกันอย่างเป็นระบบระหว่างกระบวนการดูแลรักษาในโรงพยาบาล / เครือข่ายบริการและชุมชนโดยใช้ข้อมูลจากทั้ง 2 ฐานเป็นตัวตั้งต้น ปรับเข้าหากันและจากคำถามในประเด็นดังกล่าว session นี้ จึงขอเสนอตัวอย่างการเชื่อมต่อระบบ การตามรอยระบบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลได้ทำกันมาอย่างเข้มข้น เพื่อลดความเสี่ยงทางคลินิก ก้าวไปสู่วงนอกของโรงพยาบาลบนฐานแห่งการเรียนรู้ ใดๆ ที่เป็นจุดเชื่อมต่อที่มีความลงตัว

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกโดย นพ.นิพัทธ์ กิตติมานนท์ ได้เล่าให้ฟังว่าเมื่อพูดถึงระบบสุขภาพ คนส่วนใหญ่มักจะนึกถึงการดูแลรักษาในโรงพยาบาลโดยแพทย์ พยาบาล แต่ในความเป็นจริงแล้วยังมีองค์ประกอบอื่นๆ ของระบบสุขภาพที่เกื้อหนุนดูแลมนุษย์ในทุกมิติทั้งกาย ใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปสู่สุขภาพะแห่งชีวิต ดังนั้นจึงกล่าวว่างค์ประกอบระบบสุขภาพที่สำคัญประกอบด้วย 3 ส่วนหลักคือระบบโรงพยาบาล (hospital care) ระบบบริการปฐมภูมิ (primary care) ระบบดูแลในชุมชน (self & community care)

องค์ประกอบทั้ง 3 จะต้องผสมผสานกันอย่างกลมกลืนในสัดส่วนที่เหมาะสมและเกื้อหนุนต่อกัน เครือข่ายสุขภาพพุทธชินราช ได้ผสมผสานองค์ประกอบดังกล่าวให้เกิดการทำงานที่กลมกลืน ปรับทัศนคติบทบาทในการทำงานร่วมกันของบุคลากรทุกฝ่าย แผนการสนับสนุน การจัดระบบข้อมูลเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิที่ง่ายต่อการเข้าถึง รวมทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนเพื่อเหนี่ยวนำ หนุนนำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนในทุกช่วงวัยของวงจรชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ที่ยังคงดำรงไว้ในความเป็นมนุษย์

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์โดย นพ.กนก พิพัฒน์เวช ซึ่งได้เปลี่ยนมุมมองของการรักษาโรค COPD จากการเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาตามอาการมาสู่การดูแลรักษาแบบองค์รวม เชื่อมประสานทั้งที่โรงพยาบาล บ้านและชุมชนเพื่อการดูแลตนเอง สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดอาการกำเริบ ลดการใช้ทรัพยากร และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โดยเริ่มการทำงาน จากการทบทวนระบบเดิม ตาม

รอยโรคและผู้ป่วย เดินตามออกไปนอกโรงพยาบาล วางระบบใหม่ที่มีองค์ความรู้ทางวิชาการ ลดปัญหา เดิม จัดโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้ครอบคลุมโดย ทีม สหสาขาวิชาชีพ

ซึ่งโปรแกรมที่ใช้ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค การแนะนำการหยุดสูบบุหรี่ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด รวมถึงการฝึกทักษะวิธีการพ่นยาที่ ถูกต้อง ที่ห้องฉุกเฉิน ที่แผนกผู้ป่วยนอก รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องจนถึงการดูแลเมื่อรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน ร่วมกับมีการประเมินในการใช้ออกซิเจนระยะยาวที่บ้าน เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยกับสถานีนามัยในการ ดูแลที่ชุมชนใกล้บ้าน มุ่งเน้นความตระหนักในการดูแลตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถทำตาม โปรแกรมได้เอง และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคนอื่นทำตามได้ รวมทั้งเผยแพร่แนวทางการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้น เรื้อรังให้ครอบคลุมเป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด พบว่าการบูรณาการโดยใช้โปรแกรมการรักษาอย่าง ครอบคลุมและลดรอยต่อจะเป็นส่วนสำคัญที่ส่งเสริมให้ผลการรักษาบรรลุผลสัมฤทธิ์ ชุมชนมีความ เข้าใจในความเป็นไปของโรค ให้ความสำคัญของกิจกรรมสุขภาพและเริ่มปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่ ร่วมกัน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากเรื่องเล่า...การฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยคุณอนุชา ขุนเมือง โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว ราชนครินทร์ เมื่อต้องเขียนโครงการเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ส่งให้กับ รพ.ศรีธัญญา “ ผมยังนึกไม่ออกว่าผมจะทำโครงการอะไรเพราะผมก็เคยทำแต่โครงการ การอบรม สัมมนา ให้ความรู้ แต่ โครงการฟื้นฟูคนไข้จิตเวชในชุมชนไม่รู้จะทำอย่างไร แต่ผมเกิดข้อสงสัยว่า เราใช้ในเรื่องที่เขาเป็นอยู่ สิ่ง ที่ชุมชนและครอบครัวคนไข้จิตเวชมีอยู่นั้นคือการทำเกษตรของเขาที่ทำกันอยู่แล้วมาใช้ให้เป็นประโยชน์ จึง เกิดเป็นโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางจิต แบบครบวงจร บนพื้นฐานความพอเพียง ภายใต้บริบท ของท้องถิ่น มีครอบครัวคนไข้ ทั้งหมด 10 ครอบครัว ตั้งเป้าหมายไว้แค่เพียงต้องการฝึกให้คนไข้ทำงาน ช่วยเหลือครอบครัว เพื่อให้คนไข้รู้สึกมีคุณค่าต่อครอบครัว ชุมชนยอมรับคนไข้และ ครอบครัว ชุมชนและ คนไข้อยู่ร่วมกันได้ตามอัธยาศัย

โครงการได้เริ่มดำเนินการ ครอบครัวได้เลือกอาชีพ เลี้ยงไก่ 4 ครอบครัว เลี้ยงปลาในบ่อซีเมนต์ 2 ครอบครัว ปลูกผักสวนครัวเลี้ยงปลาในบ่อซีเมนต์ 1 ครอบครัว ปลูกข้าวโพด 1 ไร่ 1 ครอบครัว เลี้ยง ปลานิลในบ่อดิน 2 ครอบครัว ได้ที่ดูงานซึ่งเป็นของชาวบ้านที่เขาทำอาชีพเสริมสำเร็จ แต่ละครอบครัวได้ กลับมาประกอบอาชีพ ชุมชนมาเพื่อช่วยรื้อบ่อ การทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นสิ่งที่เห็นแล้วน่าปลื้มใจมาก ๆ เพราะเป็นการลงแขกทุกคนช่วยกันด้วยความเต็มใจช่วยกันตักน้ำออกจากบ่อ ช่วยกันตักขี้โคลน ช่วยกัน ตัดวัชพืชที่ไม่ต้องการออก และทุกคนร่วมรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน โดยการนำปลาจากบ่อมาทำ เป็นอาหาร ทั้งพี่เลี้ยงและคนไข้ก็สนุกสนานกันมาก

ผมเพิ่งสังเกตเห็นว่าคนไข้เมื่อมาอยู่ร่วมกันก็จะแสดงออกถึงความสามารถของเขาในแต่ละอย่าง ผมเห็นอะไรดี ๆ ในคนไข้ ที่ถูกเก็บซ่อนไว้จากการเจ็บป่วย เมื่อทุกคนเริ่มทำอาชีพโดยที่มีพ่อแม่ ญาติ พี่ น้อง เป็นผู้ฝึกสอน และมีพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาล จากสถานีนามัย คอยติดตามดูแลช่วยเหลือเป็นระยะ ๆ

หลายครอบครัวเริ่มเห็นผลผลิต ปลาตุ๊กที่เลี้ยงไว้ในบ่อซีเมนต์ เริ่มโตและจับมาเป็นอาหารได้ ไก่ในเล้าก็เริ่มออกไข่ให้เห็น ผักที่ปลูกไว้เริ่มเก็บมาขายและทำอาหารในครัวเรือนได้ ข้าวโพดที่ปลูกก็เริ่มเก็บเกี่ยวมีพ่อค้ามาถามซื้อถึงไร่ คนไข้และครอบครัวมีรอยยิ้มจากผลผลิตที่ได้

เวลาผ่านไป วันที่ไปดูงาน วันที่ไปลงแขกลงแรงช่วยเพื่อน ต่างคนก็ได้เก็บเกี่ยวผลผลิตจากน้ำพักน้ำแรงของตนเอง จากการติดตามเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอของพี่เลี้ยง เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ครอบครัวและชุมชนมองเห็นศักยภาพของตัวคนไข้ เริ่มพูดคุย และชักชวนไปร่วมงานในชุมชนบ่อยขึ้น ก่อนเข้าโครงการก็มีการพูดคุยกันว่า จะไปรอดหรือเปล่า เพราะว่าคนไข้รายนี้เป็นคนไข้เก่าของโรงพยาบาลศรีธัญญา และพอมารักษาตัวต่อที่ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วฯ ก็ยังมีอาการกำเริบบ่อยจนต้องนอนรักษาตัวหลายครั้ง

ในวันนี้ [เขาทำได้และเขาก็ทำได้สำเร็จ](#) ได้ทดลองใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของกรมสุขภาพจิต พบว่าคนไข้ที่เข้าร่วมโครงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากทุกคน และนำไปประเมินคนไข้ที่ไม่ได้รับการฟื้นฟู แต่ได้รับการเตรียมความพร้อม ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ พบว่าคนไข้กลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลางๆ เท่านั้น โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสังคม ก็พอแสดงให้เห็นว่าการที่คนไข้ได้มีกิจกรรมทำบ่อยๆ ร่วมกับครอบครัว ชุมชนเป็นการส่งเสริมให้คนไข้มีสภาพชีวิตที่เป็นสุขมากขึ้น

จาก 3 ตัวอย่างข้างต้นพอจะพูดได้ว่า “ระบบคุณภาพไร้รอยต่อในนิยามของผู้ป่วยและครอบครัว”

B45 Seamless ในระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน
12 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 5

รุ่งนภา สุ่มหนู

สอ.โนนสงวน จ.หนองบัวลำภู

จิรวรรณ พึ่งสกุล

สสจ.สมุทรปราการ

สุวรรณา เมืองพระฝาง

สอ.นาบัว จ.พิษณุโลก

นพ.เกษม เวชสุทธานนท์

สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

C15 ร่วมคิดร่วมสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ

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

พนม จอมอินตา

สสจ. ลำปาง

ทพญ.สุจิตตรา วนาภิรมย์

สสจ.แพร่

พญ.นันทา อ่วมกุล

กรมอนามัย

นานาประเทศมีความเห็นร่วมกันว่านโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการมีสุขภาพดีและหรือสุขภาพของประชาชนดังปรากฏในกฎบัตรออตตาวาและกฎบัตรกรุงเทพฯ

นโยบายที่ดีย่อมต้องพัฒนามาจากข้อมูลข้อเท็จจริงด้านสุขภาพที่มีการรวบรวมวิเคราะห์ และศึกษาสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีมุมมองเชิงระบบ ประกอบกับองค์ความรู้ในวิธีการที่จะนำไปสู่สภาวะที่ดีกว่าเดิม เป็นนโยบายที่ร่วมกันกำหนดขึ้นโดยตัวแทนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยมีเป้าหมายร่วมที่จะสร้างสรรค์สังคมและความเป็นอยู่โดยรวมที่ดีขึ้น นโยบายที่ประกอบด้วยองค์ประกอบข้างต้นย่อมจะได้รับการยอมรับและขับเคลื่อนไปสู่ความสำเร็จได้ราบรื่นและยั่งยืนกว่า นโยบายที่ถูกกำหนดขึ้นโดยขาดองค์ประกอบเหล่านี้ ประเด็นสำคัญคือ วิธีการอะไรเล่าที่จะทำให้สำเร็จได้ การเรียนรู้ประสบการณ์จากสองพื้นที่ในภาคเหนือ คือ แพร่และลำปางที่แสดงแนวทาง ขั้นตอนและวิธีการอย่างเป็นรูปธรรมจะช่วยให้พื้นที่อื่นๆสามารถนำไปปรับใช้

แพร่ กับ นโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ

ริเริ่มจากรากหญ้า.....สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

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

ขณะนี้สามารถผลักดันนโยบายโรงเรียน/ ศูนย์เด็ก ปลอดภัยน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบให้ นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพของจังหวัดแพร่ได้แล้ว โดยมีหน่วยงานระดับจังหวัดร่วมกันขับเคลื่อน นโยบายสู่การปฏิบัติ คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สพท. แพร่เขต 1, 2 และท้องถิ่นจังหวัดแพร่ อีกทั้งยังมีการขยายประเด็นสุขภาพด้านอื่น โดยขับเคลื่อนไปพร้อมกันด้วย ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ เป็นการขยายเครือข่ายการทำงานร่วมกับองค์กรภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น หรือพหุภาคี

ลำปาง กับ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและมาตรการโครงการคนไทยไร้พุง

เครือข่ายคนลำปางอิมกาย อุ่นใจ ไร้พุง ขับเคลื่อน มาตรการทางสังคมและนโยบายสาธารณะ เช่น นโยบายเมืองออกกำลังกายและนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย นโยบายป้ายอาหารแสดงพลังงาน ในองค์กร ร้านอาหาร สถานศึกษา นโยบายโรงเรียนปลอดภัยน้ำอัดลม นโยบายบริโภคอาหารพื้นเมือง บริโภค ปลา นโยบายปลูกและจำหน่ายผักปลอดสารพิษ และนโยบาย Healthy meeting ในองค์กร เป็นต้น

คำตอบอยู่ที่ หมู่บ้าน ชุมชน และองค์กร ใช้หลักการทำงานว่า “เหตุเกิดที่ไหน แก้ที่นั่น” ด้วยการ “จุดประกาย ขยายความคิด ตีตลาดทางปัญญา” ทำปัญหาโรคอ้วนลงพุงให้เป็นปัญหาสาธารณะ เปิดเวที ชาวบ้าน บุคลากรในองค์กรทุกคนต้องร่วมด้วยช่วยกัน “การทำงานไม่มีสูตรสำเร็จ” เน้นกระบวนการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหมู่บ้าน-ชุมชน สถานศึกษา ให้แต่ละที่เป็นเจ้าภาพ ส่งเสริมการสร้างเครือข่าย ทำงานแบบมีจุดหมาย ไม่ทำงานแบบหีนทับหญ้า (ปกปิดข้อมูลหรือมองข้ามปัญหา) ผักชีโรยหน้า ต่ำ น้ำพริกละลายแม่น้ำ (ได้ผลงานน้อยแต่ใช้งบประมาณมาก)

C25 สลายกำแพงขวางกั้นความรักของพ่อ แม่ และครอบครัว

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

นพ.วิสุทธ์ พัฒนารณณ์

ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

นงศ์เยาว์ แสงคำ

ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

ประสมพร วชิรัตน์กรกุล

รพ.ลำปาง

พญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย

ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

กฎเกณฑ์ ระเบียบปฏิบัติเดิม ๆ บางอย่างของโรงพยาบาล รวมทั้งความเชื่อเดิม ๆ ของสังคม ที่กีดกัน “ ผู้ชาย ” กำหนดให้การตั้งครรภ์ การคลอดและการเลี้ยงลูกเป็นหน้าที่ของ “ ผู้หญิง ” เป็นอุปสรรคที่ทำให้สามีหรือพ่อไม่ได้มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาและลูก ตั้งแต่ลูกอยู่ในครรภ์ ขณะคลอดหรือเลี้ยงลูกเต็มศักยภาพ เสียโอกาสของการสร้างความรัก ความผูกพันซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของชีวิตใหม่ที่เกิดมาและความเป็นครอบครัวอบอุ่น มั่นคง

“ขณะรอภรรยาฟื้นนั้น พยาบาลได้นำลูกมาให้เราอดไว้กับอก ปลื้มมาก วินาทีนี้วินาทีเดียวสามารถทำให้เราเข้าใจถึงความรักของพ่อและแม่ที่ทำให้เรามาตลอด 30 ปี ได้อย่างกระจ่างแจ้งต้องขอบคุณโรงพยาบาลแม่และเด็ก (ชื่อเดิมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่) คุณหมอมและพยาบาลทุกท่าน ที่ทำให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ว่า **ความรักของพ่อ แม่ และครอบครัว เป็นอย่างไร.....**”

ภาสกร ชาลสุวรรณ

(คุณพ่อที่ได้กอดลูกไว้แนบอกเนื้อแนบเนื้อ / Kangaroo Care ขณะรอภรรยาฟื้นจากผ่าตัดคลอด)

“..... ตอนที่เห็นหน้าลูกตอนคลอด รู้สึกดีใจ ตื้นตันใจ ความรู้สึกตอนนั้นบอกไม่ถูกครับ อยากร้องให้เลยครับ **รู้สึกผูกพันกับภรรยาและลูกมากที่สุด** ดีใจที่ทางโรงพยาบาลมีโครงการเฝ้าคลอดเป็นโครงการที่ดีมาก ๆ ทำให้ **เกิดความผูกพันในครอบครัว มีความรู้สึกเหมือนเราทำอะไรตั้งแต่ต้นจนถึงจบกระบวนการเลย....**”

ประสิทธิ์ มานพ

(คุณพ่อที่เข้าร่วมโครงการเฝ้าคลอด)

ความประทับใจของคุณพ่อ 2 ท่าน ช่างต้น และอีกหลายๆ ท่านที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่และที่โรงพยาบาลลำปาง เป็นตัวอย่างของครอบครัวที่ได้รับบริการจากโรงพยาบาลที่ต่างไปจากเดิม ความร่วมมือระหว่างงานฝากครรภ์ งานคลอด งานหลังคลอดและงานในชุมชน ที่สร้างเสริมเติม

แต่ต่าง ต่อยอดกันและกันได้พลิกผันให้คุณพ่อมีบทบาทสำคัญในการคลายความว้าเหว่ ความกังวลใจ ความกลัว ความเครียด ของคุณแม่ระหว่างการตั้งครรภ์และคลอดซึ่งมีผลต่อลูกได้เช่นกัน มาเป็นความเข้าใจ ความรักและผูกพันต่อกัน นวัตกรรมในการคลายกำแพงขวางกั้นบทบาทคุณพ่อ สลายกำแพงขวางกั้นโอกาสทองของครอบครัวสำเร็จได้เพราะการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการคิดและการทำงาน

C35 วิทยทอง ไม่ใช่คนทอง....จากสถานบริการสู่ชุมชน
13 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 5

นพ.ไกรสร วิวัฒน์พัฒนกุล

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

ทวีพงษ์ คุณพิริยะทวี

สถานีอนามัยอ้อมโรงหีบ จ.สมุทรสาคร

นพ.ชื่น เตชามหาชัย

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

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

คลินิกวิทยทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ได้นำนโยบายสู่การปฏิบัติ เรียบรู้ความต้องการของคนวัยทอง นำความรู้จากตำราและผู้เชี่ยวชาญมาประยุกต์ใช้ โดย ไม่เพียง ตา ดู หู ฟัง ตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ และใช้ความรู้เชิงชีวการแพทย์เท่านั้น แต่ด้วยหัวใจปรารถนาดี ใส่ใจดูแลแบบองค์รวมเน้นการส่งเสริมสุขภาพ เสริมพลัง ให้คนวัยทองบริหารจัดการ บริหารกาย และบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับวัย ลดป่วย ลดโรค

สถานีอนามัยอ้อมโรงหีบ จังหวัดสมุทรสาคร มองว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นความท้าทาย มองว่า ลูกค้าคนสำคัญคือ คนในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่ม อบต. ผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ใช้ความรู้ที่มีไปสื่อสาร ใช้ความกล้าและความคุ้นเคยกับคนในชุมชนที่รับผิดชอบเป็นเครื่องมือในการทำงาน จนสร้างการยอมรับจากคนในชุมชนที่หันมาใส่ใจในเรื่องสุขภาพของตนเอง ร่วมรับผิดชอบงบประมาณและกำลังแรงงาน ความสำเร็จมาจากการมีความเชื่อมั่นว่าคนในชุมชนเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพที่เราให้ข้อมูลข้อเท็จจริง และความรู้แล้วจะสามารถผลักดันกิจกรรมโครงการต่างๆ แม้แต่เรื่องที่มีมักถูกมองข้ามไปของผู้ชาย คือ วิทยทอง ได้

Meeting Room 6

Research & Quality

รับฟังแนวคิดและเรื่องราวเกี่ยวกับการทำงานวิจัยในงานประจำ

การวิจัยแบบหลายสถาบันร่วมกัน

ความเชื่อมโยงระหว่าง R2R กับงานวิจัยสหสถาบัน

และนวัตกรรมที่จะช่วยจัดการข้อมูลจำนวนมากอย่างง่ายดาย

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

A26 : R2R วิจัย เรียนรู้ สู่ปฏิบัติ

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

ศ.คลินิก นพ.ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

นพ.อัศวินทร์ นิมมานนิตย์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศศลักษณ์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

R2R: วิจัย เรียนรู้ สู่ปฏิบัติ

นพ.อัศวินทร์ นิมมานนิตย์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ในการบริการใดๆ ก็ตาม หากผู้รับบริการสามารถเลือกได้ สิ่งที่ผู้รับบริการคำนึงถึงเป็นอันดับต้นๆ ก็คือ “คุณภาพ” โดยเฉพาะการบริการด้านสุขภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและชีวิตคงไม่มีใครปฏิเสธได้ว่าต้องการให้ตนเองหรือบุคคลอันเป็นที่รักได้รับการบริการที่ดี ทันสมัยและเหมาะสมกับความเจ็บป่วยที่สุด ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพต้องคำนึงถึงคุณภาพของงานที่ให้บริการซึ่งมีอยู่หลายมิติ เช่น การบริการและสถานบริการนั้นเป็นที่ยอมรับ (acceptability) ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการได้สะดวก มีบริการให้ในเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม (accessibility) ถูกต้องตามหลักวิชาการ (appropriateness) มีหลักฐานว่าได้ผลลัพธ์ที่ดี (effectiveness) และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า (efficiency) ปลอดภัย (safety) และมีการเคารพในสิทธิผู้ป่วย (patient's right & dignity) เป็นต้น ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่าการที่จะเรียกการบริการใดๆ ว่ามีคุณภาพนั้น การบริการนั้นควรเป็นการบริการที่มีการปรับปรุงพัฒนาในประเด็นมิติต่างๆ เพื่อให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา

โครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research Project : R2R) จึงเกิดขึ้นที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ด้วยความร่วมมือจากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) เมื่อปี 2546 เพื่อเป็นหน่วยบริหารจัดการงานวิจัย (Research Management) อันมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาการบริการผู้ป่วยในประเด็นคุณภาพต่างๆ ดำเนินการผสมผสานระหว่างการพัฒนาคุณภาพและการวิจัย โดยในระยะเริ่มแรกของโครงการ R2R มุ่งเน้นที่การพัฒนาฐานเดิมที่สำคัญในการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยคือการรวมกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งกลุ่มจะประกอบด้วยบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ ฯลฯ หรือ Care Team เพื่อทำงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลตามมาตรฐานจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ซึ่งโรงพยาบาลศิริราชได้รับการรับรองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545

เหตุที่พิจารณาว่ากลุ่ม Care Team นี้เป็นฐานเดิมหรือต้นทุนที่สำคัญสำหรับการทำงาน R2R ก็เพราะว่าการทำงานของ Care Team นั้นส่วนใหญ่ใช้รูปแบบของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement; CQI) หากพิจารณาอย่างถี่ถ้วนก็จะพบว่าการทำงาน CQI นั้นเริ่มจากการทบทวนหาหลักฐานอ้างอิงหรือตัวอย่างที่ดีเยี่ยมมาวางแผนการพัฒนาเพื่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ จากนั้นก็ลองนำวิธีพัฒนานั้นมาใช้จริงและที่สำคัญต้องมีการตรวจสอบผลลัพธ์ว่าเป็นจริงตามที่คาดไว้หรือไม่ เมื่อได้ผลดีก็นำมาใช้ในหน่วยงานนั้นๆ และยังสามารถขยายผลไปใช้ข้ามหน่วยงานหรือหน่วยงานอื่นอีกด้วย ซึ่งมีการดำเนินการที่คล้ายกับการทำงานวิจัยอย่างมาก หากมีการสนับสนุนที่เหมาะสมบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการทำงาน CQI นั้นก็น่าจะสามารถพัฒนาเป็นการวิจัยได้อย่างรวดเร็ว ทั้งยังสร้างโอกาสให้กับบุคลากรที่ทำงานพัฒนาคุณภาพสามารถสร้างผลงานให้กับตนเองและหน่วยงานอีกด้วย

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

มีคำถามที่พบบ่อยๆว่า “ทำ R2R แล้วได้อะไรบ้าง” จากประสบการณ์การทำงานที่ศิริราชสามารถตอบอย่างมีหลักฐานตัวอย่างจริงได้ว่า “ได้” หลายอย่าง “ได้” แรกคือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีขึ้น มีมาตรฐานและมีการพัฒนาต่อเนื่องตลอดเวลา “ได้” ที่สองคือหน่วยงานที่มีการทำการวิจัยก็ได้รับผลดีด้วย เช่น ภาระงานเบาลง ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้สะดวกสบายขึ้น ลดค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน เป็นต้น และ “ได้” สำคัญที่สุดคือผู้ที่ร่วมในกระบวนการทั้งหมดทั้งผู้สร้างงานวิจัยและผู้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบ่งปันประสบการณ์ในกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากจะเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนพัฒนาตนเอง ฝึกฝนการคิดวิเคราะห์แสวงหาคำตอบอย่างเป็นระบบ หรือได้ “เรียนรู้งานประจำของตนเองผ่านกระบวนการทำงานวิจัย” และจาก “ได้” ที่สำคัญที่สุดต่ออย่างหลังนี้เองทำให้โครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้รับรางวัลชนะเลิศในการประกวดโครงการระดับนานาชาติ Asian Hospital Management ในสาขาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ปี ค.ศ. 2007 และเป็นโรงพยาบาลภาครัฐแห่งแรกและแห่งเดียวในประเทศไทยที่ได้รับรางวัลนี้ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นสิ่งยืนยันว่า “แนวคิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการทำงานวิจัย” นี้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล กล่าวโดยสรุปคือ “R2R เป็นกระบวนการพัฒนาคน และพัฒนางานนั่นเอง”

ในเวลาที่ผ่านมาโครงการ R2R ที่ศิริราชได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจากบุคลากรทุกระดับ มีกลุ่มผู้วิจัยและหัวหน้าโครงการวิจัยที่เป็น อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยและเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานสนับสนุนต่างๆ ทั้งนี้มีโครงการวิจัยที่ได้รับการอนุมัติทุนสนับสนุนแล้วกว่า 100 โครงการ ซึ่งโครงการเหล่านี้ได้ผ่านการประเมินอย่างเข้มข้นตามระเบียบวิธีวิจัยที่ดีและต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคนอีกด้วย งานวิจัยที่สำเร็จแล้วเกือบทั้งหมดสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้จริง เกิดการพัฒนางานประจำ รวมทั้งได้รับการเผยแพร่ทั้งเวทีและวารสารทั้งภายในและต่างประเทศ ผลงานได้รับรางวัลสร้างชื่อเสียงให้กับทีมวิจัย หน่วยงานและคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และเหนือสิ่งอื่นใดคือสร้างความสุขให้กับผู้ปฏิบัติงาน เกิดการรวมกลุ่ม สร้างความสามัคคี เสริมพลัง สร้างสรรค์ และพัฒนา นั่นคือความสุขจากการเรียนรู้ที่ไม่หยุดนิ่ง และครบกระบวนการวิจัย เรียนรู้สู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง

R2R วิจัย เรียนรู้ สู่ปฏิบัติ

ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

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

ความสนใจที่จะหาความหมายจากข้อมูลที่มีอยู่ ทำให้เกิดการเรียนรู้ในประเด็นอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย เช่น ข้อมูลมีอยู่ทุกแห่งหน ที่ตัวคนใช้ ญาติคนไข้ เจ้าหน้าที่ทุกๆ ระดับ ไล่เรียงมาตั้งแต่ยามเฝ้าโรงพยาบาลจนกระทั่งถึงคุณหมอ บ้านที่กต่างๆ ที่มี ฯลฯ ข้อมูลช่วยสะท้อนว่าสิ่งต่างๆ ดำเนินไปอย่างไร ดังนั้นข้อมูลจึงช่วยสะท้อนปัญหาของระบบ และเป็นพื้นฐานสำคัญในการนำไปสู่วิธีการแก้ไขปัญหาด้วยการจัดการข้อมูลเป็นพื้นฐานสำหรับการสร้างและจัดการความรู้ และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างชาญฉลาดในที่สุด

การสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้คนเห็นความสำคัญของการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ ผ่านกระบวนการที่เรียกกันว่า “งานวิจัย” งานวิจัยที่ทำให้เกิดความรู้ใหม่ๆ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญที่สุดคือ การแก้ไขปัญหาต่างๆ และนำไปสู่คุณภาพงานที่ดีขึ้น ซึ่งหมายถึงการที่ประชาชนได้รับบริการและมีสุขภาพที่ดีขึ้น งานวิจัยที่ยกระดับคุณภาพงานประจำให้ดีขึ้นที่คนยุคปัจจุบันเรียกว่า R2R

การได้ทำงานโดยมีโอกาสนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นความสุขอย่างหนึ่งของผู้คน ช่วยหล่อเลี้ยงชีวิตของผู้คนเหล่านั้นให้มีกำลังกายและกำลังใจในการทำงานอย่างไม่เหน็ดเหนื่อย จนนำไปสู่ความสำเร็จของงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้องค์กรมีชีวิตและสามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป

ปัจจัยที่ทำให้งาน R2R ขับเคลื่อนไปได้ คือ **การมีวิสัยทัศน์ร่วมกันของกลุ่มคนทำงาน** คนๆ เดียวจะเก่งทุกอย่างไปไม่ได้ บางคนอาจเก่งเรื่องระเบียบวิธีวิจัย บางคนอาจเก่งเรื่องการเข้าไปติดต่อกับ สทนหาสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บางคนอาจเขียนเก่ง วิเคราะห์เก่ง เมื่อหลายๆ คนเข้ามาทำงาน ความหลากหลายด้านทักษะ ความชำนาญ วัฒนธรรม บวกกับการทำงานแบบเป็นกลุ่มก้อนได้ทำให้เกิดพลังมหาศาล **การบอกเล่าความสำเร็จ** เปิดให้มีการบอกเล่าความสำเร็จ วิธีทำ เพื่อขยายงานไปที่อื่นๆ ให้คนอื่นได้เห็นความสำเร็จเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ทุกหน่วยงานสนใจ R2R นอกจากนี้ **ระบบพี่เลี้ยง** ก็มีความสำคัญ ถือเป็นเรื่องดีที่มาช่วยกันทุกคน ถ้าไม่มีพี่เลี้ยงอยู่ในหน่วยงาน ก็ให้แสวงหาจากที่อื่น และสิ่งที่ต้องทำต่อไปก็คือ พัฒนาพี่เลี้ยงขึ้นมาจากคนที่อยู่ในองค์กร เมื่อเขาทำสำเร็จแล้ว ก็ให้เป็นผู้ขยายความสำเร็จด้วยการเป็นพี่เลี้ยงให้คนอื่นฯ ซึ่งกระบวนการเช่นนี้นอกจากจะทำให้ R2R แยกตัวออกไปเรื่อยๆ แล้วยังทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคนทำงานด้วย **การหากัลยาณมิตรจากเครือข่าย** ถ้าเราไม่มั่นใจก็ต้องแสวงหาผู้รู้ ถ้าเราทำเรื่องดีๆ ก็จะมีคนเต็มใจมาช่วย ขอเพียงให้เป็นเรื่องดีมีประโยชน์ คิดถึงประโยชน์ของคนไข้ที่เราดูแลรักษา คนอื่นก็จะเห็นว่าสิ่งที่เราทำไม่ได้ทำเพื่อตัวเอง เป็นการทำเพื่อผู้ป่วย ถ้ามีโอกาสได้คุยกันตั้งแต่เริ่มต้นจนเกิดวิสัยทัศน์ร่วมกันแล้ว คนก็จะเข้ามาช่วยเอง

การเริ่มต้นทำ R2R อย่าไปคิดว่าทำงานวิจัย ให้คิดถึงงานประจำที่ตัวเองทำอยู่ก่อน มองและหยุดดูสักนิด ถอยออกมามองเหมือนตัวเองเป็นคนนอก มองเข้าไปดูเพื่อให้รู้ว่าระบบหรืองานที่เราทำอยู่นั้นยังมีปัญหาหรือจุดบกพร่องอย่างไร เราควรปรับปรุงหรือไม่ หรือถ้าดีอยู่แล้วจะทำให้ดีขึ้นอีกได้ไหม ที่สำคัญเวลาคิดอย่าคิดคนเดียว ลองคิดดั่งๆ ไม่ต้องกลัวว่าไอเดียวตัวเองจะไม่ได้เรื่อง พูตให้คนอื่นฟังด้วย จะได้มีคนมาช่วยกันคิด

หลังจากทำงานประจำให้เป็นงานวิจัย ต้องไม่ลืมที่จะนำผลการวิจัยกลับไปพัฒนาการปฏิบัติงาน (Routine to Research to Routine : R2R2R) **เพื่อพัฒนางานไปพร้อม ๆ กับพัฒนาคนให้พร้อม** เผชิญกับการปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลง อันเป็นเรื่องปกติธรรมดาที่เกิดขึ้นอยู่ทุกวันในโลกของการทำงานและการใช้ชีวิต

A36 R2R: แก้ปัญหา พัฒนาระบบการจ่ายยา

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

ภญ.นภวรรณ เจียรพิรพงศ์

รพ.พุทธชินราช

รศ.ดร.ณรร ชัยญาคุณาพฤกษ์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ผศ.นพ. เชิดชัย นพภณิจารย์เลิศ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การประมาณขนาดของปัญหาและความสูญเสียทางการเงินของรัฐเมื่อผู้ป่วยมียาไว้ในครอบครองเกินความจำเป็น

ภญ.นภวรรณ เจียรพิรพงศ์ (รพ.พุทธชินราช)

รศ.ดร.ณรร ชัยญาคุณาพฤกษ์ (คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร)

ที่มาและความสำคัญของปัญหาในการศึกษา

ปัจจุบันค่าใช้จ่ายของรัฐที่เกี่ยวข้องกับยารักษาโรคสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจัดเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอื่นๆในประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดเวลา ซึ่งมูลค่ายาที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ นี้ส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลและการคลังสาธารณสุขของประเทศโดยรวมได้ จากการศึกษาวิจัยของปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์และคณะพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็นอย่างหนึ่งเกิดจากภาวะที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมียาในครอบครองมากเกินไปเกินความจำเป็น อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงขนาด ความรุนแรง และ ผลกระทบของปัญหาดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลอาจยังไม่เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาและผลกระทบจากปัญหาดังกล่าว ดังนั้นผู้ทำวิจัยจึงทำงานวิจัยนี้เพื่อศึกษาถึงขนาดของปัญหาและผลกระทบทางการเงินที่เกิดขึ้นจากปัญหาผู้ป่วยมียาไว้ในครอบครองเกินความจำเป็นพร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางเพื่อช่วยในการจัดการแก้ไขกับปัญหานี้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาถึงความชุกของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการจ่ายยาและมียาไว้ในครอบครองเกินความจำเป็นและเพื่อประเมินปริมาณเงินที่สูญเสียจากการมียาเกินดังกล่าว

วิธีการศึกษาโดยเน้นที่วิธีคิดและกระบวนการทำงาน

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือของประเทศไทย โดยเกณฑ์การคัดเลือกคือผู้ป่วยที่ได้รับยา 1 ใน 5 รายการยาที่มีมูลค่าการใช้จ่ายมากที่สุด ในโรงพยาบาลแห่งนี้ (atorvastatin 20 mg, clopidogrel 75 mg, valsartan 160 mg, rivastigmine 200 mg, and rosiglitazone 8 mg) โดยผู้ป่วยจะต้องเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกที่ รพ.แห่งนี้ในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2548 ถึง 31 ธันวาคม 2548 ผู้ป่วยที่รับยาครั้งแรกหลังเดือนกันยายน หรือมีการบันทึกใบสั่งยาซ้ำซ้อนจะถูกคัดออก

ผู้วิจัยศึกษาขนาดของการมียาเกินโดยใช้ฐานข้อมูลเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก เพื่อวิเคราะห์อัตราการใช้ยาไว้ในครอบครองเกิน (medication possession ratio: MPR) ซึ่งหมายถึงสัดส่วนของจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยได้รับจริงต่อจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยสมควรได้รับในช่วงเวลาที่ศึกษา โดยการวัดผลลัพธ์จะเริ่มวัดหลังจากวันที่ผู้ป่วยได้รับยาครั้งแรกในฐานข้อมูลจนกระทั่งจบการศึกษา ผู้ที่นับได้ว่ามียาเกินกว่าที่สมควรได้รับในช่วงเวลาที่ศึกษาจะต้องมีร้อยละของจำนวนเม็ดยาในการได้รับมากกว่าร้อยละ 100 (MPR > 1) นอกจากนี้ผู้วิจัยคำนวณผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของการมียาเกิน โดยคำนวณจากผลคูณของราคายาต่อเม็ดกับจำนวนเม็ดยาที่เกิน

ผลการศึกษาโดยนำเสนอสาระสำคัญที่ได้จากการศึกษา

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

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

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

ข้อเสนอแนะในด้านการนำไปใช้ประโยชน์ หรือการแก้ปัญหาของคำถามวิจัย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภาวะที่ผู้ป่วยมียาไว้ในครอบครองเกินความจำเป็นเกิดขึ้นบ่อย โดยมูลค่าเงินที่สูญเสียจากการศึกษายา 5 ตัวมีมูลค่าถึง 1,040,387 บาท ต่อปี ซึ่งถ้าคำนึงถึงจำนวนรายการ

ยาทั้งหมดที่มีใช้ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นนี้อาจคิดเป็นเงินจำนวนหลายล้านบาท ปัญหาดังกล่าวเกี่ยวข้องกับระบบการสั่งจ่ายยา ระบบการจ่ายยา ระบบการนัดพบแพทย์ และระบบการจัดการกับยาเหลือเมื่อมีการนัดมารับยาและพบแพทย์ก่อนวันที่ยาหมด ผลการศึกษานี้จะช่วยให้ผู้บริหารโรงพยาบาลเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาจากการมียาเกิน และการวางแผนที่จะพัฒนาวิธีการในการสร้างระบบการสั่งจ่ายยา และ ระบบการจ่ายยาที่พิจารณาถึงจำนวนเม็ดยาที่เหลือหรือกระบวนการอื่นที่จะช่วยป้องกันปัญหาการมียาเกินได้

A46 สร้างเสริมสุขภาพจากงานวิจัยสู่งานประจำ
11 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 6

ผศ.นพ.เชิดชัย นพมนิจจำรัสเลิศ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

นพ.สุรจิต สุนทรธรรม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

นพ.อัครินทร์ นิมมานนิตย์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การวิจัยเพื่อปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

ผศ.นพ.เชิดชัย นพมนิจจำรัสเลิศ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

คุณค่าของการป้องกันได้เป็นที่ประจักษ์ของประชาชน การดูแลรักษาระดับปฐมภูมิอาจช่วยค้นหาโอกาสในการจัดการโรคต่างๆ ตั้งแต่ระยะต้นๆ หรืออาจก่อนที่โรคจะดำเนินไป เพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับการรักษาโรคระยะท้ายๆ ซึ่งยากและต้องใช้งบประมาณในการรักษาอย่างมหาศาล

การรวมการป้องกันไว้ในเวชปฏิบัติมีคุณประโยชน์ยิ่ง กล่าวคือสภาวะที่ก่อให้เกิดความพิกลพิการซึ่งพบได้บ่อยในอดีตมีอัตราลดลง หลังจากมีการนำการบริการเวชกรรมป้องกันคลินิกมาใช้ ซึ่งเป็นที่ประจักษ์อย่างเห็นได้ชัดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในระยะ 30-40 ปีที่ผ่านมา

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

1. ขาดการประเมินความพร้อมเชิงระบบของการให้บริการเวชกรรมป้องกันคลินิก ในสถานบริการทุกระดับ ทั้งในด้าน บุคลากร , เครื่องมือ และระบบงาน ที่เหมาะสม ตามบริบทของสถานบริการระดับนั้นๆ
2. บุคลากรทางการแพทย์บางส่วน ขาดความรู้ และทัศนคติที่ถูกต้องมีทั้งการตรวจมากเกินไปจนความจำเป็นและละเลยไม่เห็นประโยชน์ของการตรวจคัดกรองและการสร้างเสริมสุขภาพ
3. ประชาชนทั่วไปขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักต่อประโยชน์ของการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพ

4. แนวทางการตรวจ และการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยปี 2542 ไม่ได้วิเคราะห์และเสนอแนะปัญหาเชิงระบบที่อาจเกิดจากการนำแนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ เช่น การเตรียมบุคลากร ที่มงานสหสาขา เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ตลอดจนค่าใช้จ่ายที่อาจเพิ่มขึ้น ในสถานบริการทุกระดับโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระดับปฐมภูมิ

แนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพประเทศไทย ปี 2542 ไม่ได้รับการปรับปรุงเนื้อหาให้ทันสมัยมาร่วม 9 ปี ซึ่งในช่วงระยะเวลาดังกล่าวมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวทางการตรวจ และสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มเติมอย่างมาก ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงแนวทางการให้บริการเวชกรรมป้องกันทางคลินิก ที่มีความคุ้มค่าสำหรับประเทศไทย ใน 3 ประเด็นสำคัญ คือ การตรวจคัดกรองโรค / ภาวะผิดปกติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน และการใช้ยาเพื่อป้องกันโรค ในจำนวนทั้งสิ้น 95 หัวข้อ โดยอาศัยการวิจัยทบทวนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์อย่างมีระบบ ประกอบกับข้อมูลสถานการณ์ของโรค ปัญหาเชิงระบบ ที่เป็นอุปสรรคต่อการนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้ทางคลินิก และการคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการบริการเวชกรรมป้องกันทางคลินิกในบริบทของสังคมไทย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ ประชาชนได้รับข้อมูลการบริการเวชกรรมป้องกันทางคลินิก อย่างถูกต้องเหมาะสมและคุ้มค่าอย่างทั่วถึง โดยประชาชนกลุ่มเป้าหมาย คือ บุคคลทั่วไป จำแนกตามช่วงอายุ และเพศ รวมทั้งผู้มีความเสี่ยงเฉพาะกลุ่มต่างๆ เช่น อาชีพ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางพันธุกรรม ซึ่งการปรับปรุงคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติดังกล่าว มีการปรับปรุงเนื้อหา วิเคราะห์และเสนอแนะวิธีการนำแนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพ มาสู่ภาคปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ตามบริบทของสถานบริการระดับต่างๆ

B16 R2R: ลดแออัด ประหยัดเวลา เพิ่มคุณภาพงานประจำ
12 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 6

พญ.อัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล	รพ.มหาราชชนนครราชสีมา
พญ.จุฑารัตน์ ไกรขจรกิตติ	รพ.แพร์
พญ.สุพัทธรา ศรีวณิชชากร	สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน
รศ.นพ.สมพันธ์ ทศนิยม	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**การลดระยะเวลาการรักษาด้วยเลเซอร์ ในผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอตาที่เสี่ยงต่อภาวะตาบอดในเขต
ชนบท โดยวิธีการส่งปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต**

พญ.อัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล รพ.มหาราชชนนครราชสีมา

เบาหวานเข้าจอตาเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดสายตาทึบ โดยเฉพาะผู้ป่วยในวัยทำงาน การค้นหาและการคัดกรองเบาหวานเข้าจอตาของ จ.นครราชสีมา ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 จนถึงปัจจุบัน โดยความร่วมมือของ จักษุแพทย์ และแพทย์ พยาบาล รพช. จ.นครราชสีมา โดยในปี 2549 จ.นครราชสีมาได้ทำโครงการนำร่องเป็นแห่งแรกในประเทศไทย ในการเวียนใช้กล้องถ่ายภาพจอตา 1 ตัว ใน 24 รพช. ผลการดำเนินการพบว่า สามารถเพิ่มการครอบคลุมการคัดกรองเบาหวานเข้าจอตาได้ ร้อยละ 33 อย่างไรก็ตาม พบว่าโครงการดังกล่าว มีอุปสรรคในการบริหารจัดการหลายปัจจัย ที่สำคัญคือ คุณภาพการถ่ายภาพจอตา และระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อตาบอดด้วยเลเซอร์ พบมีระยะเวลาเฉลี่ย 81 ± 0.6 วัน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจสูญเสียตาระหว่างการรอรักษา

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองเบาหวานเข้าจอตาโดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) และเพื่อลดระยะเวลาการรักษาด้วยเลเซอร์ ในผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอตาที่เสี่ยงต่อภาวะตาบอด

วิธีการศึกษา

จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้พยาบาลวิชาชีพใน รพช. ในหัวข้อ ความรู้และการคัดกรองเรื่องเบาหวานเข้าจอตาโดยจักษุแพทย์ การหมุนเวียนกล้องถ่ายภาพ 1 ตัวไปทุก รพช. ในจ.นครราชสีมา การจัดหาเจ้าหน้าที่เทคนิคเพื่อถ่ายภาพจอตา พยาบาลที่ได้รับการอบรมคัดกรองเบาหวานเข้าจอตา ส่งภาพจอตาของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อตาบอดให้จักษุแพทย์ และจักษุแพทย์ได้นัดหมายผู้ป่วยที่ต้องเลเซอร์เร่งด่วนผ่านทางอินเทอร์เน็ต เปรียบเทียบผลการอ่านภาพจอตาดังกล่าวระหว่างพยาบาล รพช. และจักษุแพทย์

ผลการศึกษา

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

การใช้ประโยชน์

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

B26 R2R: พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

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

ศิริมา โคตตาแสง

รพ.หนองกุงศรี

ปิยรัตน์ ชูมี

รพ.สุราษฎร์ธานี

นิตยาภา นันทขว้าง

ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหาร รพ.สันทราย

ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

การประเมินผลการนำประเพณีผูกเสี่ยวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน: กรณีศึกษากันหนองกุงศรี หมู่ 2

ศิริมา โคตตาแสง

รพ.หนองกุงศรี

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลการนำประเพณีผูกเสี่ยวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยได้ทดลองนำร่องการใช้ประเพณีผูกเสี่ยวในผู้ป่วยเบาหวานในหมู่บ้านหนึ่งพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้นในระดับหนึ่งแต่สัมพันธ์ภาพเชิงมิติสังคมวัฒนธรรมทั้งในคู่เสี่ยว ชุมชน และบุคคลากรสาธารณสุขผลเป็นที่น่าพอใจ

โดยการศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพการนำประเพณีผูกเสี่ยวมาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุขและศึกษาความแตกต่างของรูปแบบเสี่ยวดั้งเดิมและเสี่ยวประยุกต์รวมถึงศึกษาผลของประวัติศาสตร์ชุมชนและรากเหง้าวัฒนธรรมมีผลต่อความสัมพันธ์แบบเสี่ยว ซึ่งมีคำถามวิจัยคือ การนำประเพณีผูกเสี่ยวมาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุขสนับสนุนให้เกิดประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นหรือไม่อย่างไรและรูปแบบประเพณีที่นำมาใช้ในงานพัฒนาในปัจจุบันมีพลวัตของรูปแบบแตกต่างไปจากรากเหง้าทางวัฒนธรรมเดิมอย่างไรพร้อมกันนี้ประวัติศาสตร์ชุมชนมีผลต่อการผูกเสี่ยวอย่างไร

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพใช้ข้อมูลจากกรณีศึกษาของผู้ป่วยเบาหวานที่ผูกเสี่ยวกันและดูแลซึ่งกันและกันในชุมชน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้ประเพณีผูกเสี่ยวจำเป็นต้องไม่ละเลยรากเหง้าวัฒนธรรมเดิมและประวัติศาสตร์ชุมชน อย่างไรก็ตามงานศึกษาชิ้นนี้ทำให้พบปรากฏการณ์วัฒนธรรมประเพณีเสี่ยวเป็นเครื่องมือที่มาช่วยในการทำงานโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่ใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group) ซึ่งจะสามารถช่วยได้เฉพาะในแง่มูมกายและจิตแต่วัฒนธรรมประเพณีเสี่ยวได้มาช่วยเติมเต็มการดูแลผู้ป่วยในแง่มูมจิตวิญญาณและสังคมซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและสุขภาพชุมชนที่ดีได้ในอนาคต

ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2
ในศูนย์สุขภาพชุมชนตาปี เครือข่ายโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

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

การดูแลรักษาโรคเบาหวานมิได้มีขอบเขตแค่เพียงลดระดับน้ำตาลในเลือดเท่านั้น แต่เป็นการควบคุมความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค เป้าหมายของการดูแลโรคเบาหวานคือ การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มีการดูแลรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การดูแลและรักษาไม่แยกส่วน นอกจากดูแลด้านกายแล้ว ต้องดูแลทางด้านจิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรียนรู้ในการดูแลตนเองเป็นการป้องกันและชะลอภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน สถานการณ์ก่อนทำวิจัย พบว่าศูนย์สุขภาพต่าปีมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่แน่นอนและไม่ได้มาตรฐาน มีการหมิ่นเหม่ของแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร และการดูแลมุ่งแต่เพียงลดระดับน้ำตาล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองและพัฒนา เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนต่าปี เครือข่ายโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมที่ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง และผลเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ก่อนกับหลังการเข้าร่วมโปรแกรม การดูแลแบบองค์รวมที่มีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานอย่างครบวงจรได้แก่ ตรวจเลือดและปัสสาวะ (urine albumin, urine micro-albumin) ตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน 2 ครั้ง ตรวจสุขภาพตา ตรวจสุขภาพเท้า ตรวจสุขภาพจิต และกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเท้า อาหาร ยา และสุขภาพจิตซึ่งปรับให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและสภาพเศรษฐกิจ โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ จักษุแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักสุขภาพศึกษา นักโภชนาการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เจ้าหน้าที่เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ประธานและแกนนำชุมชน ทีมออกกำลังกายชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งองค์กรเอกชนต่าง ๆ

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

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ และการตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที่

ผลการวิจัยพบว่า

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

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

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

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

ดังนั้นควรนำโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 นี้ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถานบริการระดับปฐมภูมิแต่ละพื้นที่ และเป็นแนวทางในการทำวิจัยครั้งต่อไป เช่น ศึกษาในโปรแกรมที่มีระยะยาวกว่านี้ ซึ่งผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้แก่

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

2. นำเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน ตาปีและศูนย์สุขภาพชุมชนสวนหลวง เครือข่ายโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของเครือข่ายระดับปฐมภูมิ เครือข่ายรพ.สุราษฎร์ธานี

3. เกิดชมรมเบาหวาน ซึ่งจะมีกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2550 จนถึง ปัจจุบัน สมาชิกจะประชุมร่วมกันและเสนอหัวข้อในการประชุมในการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ เช่น สมุนไพร ฤดูกาลอาหาร การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการปวด เป็นต้น

การบริการสุขภาพที่บ้าน ของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหาร

นิตยาภา นันทขว้าง ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.หนองหาร รพ.สันทราย

สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของประเทศไทย พบว่าเป็นปัญหาระดับต้นของการเจ็บป่วย จากรายงานสถิติการเจ็บป่วยตามกลุ่มโรคของจังหวัดเชียงใหม่ พบลำดับของการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงพบมากเป็นอันดับหนึ่งและโรคเบาหวานเป็นอันดับสอง อำเภอสันทราย พบว่า มีการเจ็บป่วยใน 5 อันดับแรกของโรค คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจล้มเหลว โรคหัวใจและหลอดเลือด ตามลำดับ ในส่วนของตำบลหนองหารพบว่า ในปี 2550 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับแรก และโรคเบาหวานเป็น อันดับรองลงมา เช่นเดียวกับปี 2549 (สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอปี 2549 และ 2550)

จากสถานการณ์การเจ็บป่วยดังกล่าวทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป คุณค่าแห่งชีวิตลดลงทำให้ร่างกายทรุดโทรมจากภาวะเจ็บป่วย และการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา ผู้ป่วยบางรายพบมีปัญหาด้านสมรรถภาพของจิตใจ ได้แก่ มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวกับความตาย ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อจิตใจเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่ออารมณ์ และจิตวิญญาณของบุคคลนั้นด้วย นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่ายา และค่าใช้จ่ายต่างๆ เพิ่มขึ้นด้วย การเกิดโรคเรื้อรังดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นถึงปัญหาและผลที่ตามมาเนื่องจากเป็นปัญหาที่มีความเชื่อมโยงกับปัญหาด้านอื่นๆ อีกทั้งยังส่งผลสืบเนื่องไปถึงการใช้ ชีวิตความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของบุคคลและสังคมนั้นๆ ด้วย

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

การศึกษาในครั้งนี้ได้เลือกทำการศึกษาถึงการบริการสุขภาพที่บ้าน ของศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่ง เป็นการศึกษาถึงการให้บริการสุขภาพที่บ้านอย่างมีส่วนร่วม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดระบบการบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับลักษณะของบริบทพื้นที่ และนำ

ผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อประกอบการวางแผนและการจัดระบบบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยที่เป็นปัญหาของพื้นที่ ให้มีการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาระบบบริการเยี่ยมบ้านอย่างมีส่วนร่วมของศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

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

ผลการศึกษา พบว่าทีมเยี่ยมบ้านประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหาร ซึ่ง มีอายุอยู่ในช่วง 41 – 50 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80 ทั้งหมดมีระยะเวลาที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมา > 1 ปี และอาสาเยี่ยมบ้าน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.8 ส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 41 – 50 ปี ร้อยละ 40.62 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากถึง ร้อยละ 71.87 มีระยะเวลาการทำงานเป็นอาสาเยี่ยมบ้าน > 1 ปี เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็น ร้อยละ 65.62 มีเพียงร้อยละ 6.25 ที่มีระยะเวลาการทำงานเป็นอาสาเยี่ยมบ้าน 6 เดือน

พบว่าระบบบริการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วม อาศัยแนวคิดพื้นฐานจากการที่คนในชุมชนมีการไปมาหาสู่เยี่ยมเยียนกันเองอยู่แล้วในหมู่บ้าน จึงมีแนวคิดให้มีอาสาเยี่ยมบ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้าน แนวทางของการดำเนินงานเริ่มจากการรับสมัครอาสาเยี่ยมบ้านจากหมู่บ้านในพื้นที่ ทำการประเมินความพร้อม การประเมินส่วนขาดหรือความต้องการเพิ่มเติมในการที่จะเป็นอาสาเยี่ยมบ้าน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาและหาแนวทางร่วมในการเยี่ยมบ้าน จัดหลักสูตรการอบรมพัฒนาอาสาเยี่ยมบ้าน และจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพครอบครัวที่บ้าน

ในขณะเดียวกันได้พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านให้มีคุณภาพมากขึ้น โดยกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการที่จะจัดระบบการเยี่ยมบ้านให้ชัดเจน กำหนดให้เยี่ยมบ้านในชุมชน ทั้งที่เป็นผู้ป่วย และคนที่มิมีปัญหาสุขภาพอื่น มีการวางแผนร่วมกันก่อนการเยี่ยมบ้าน กำหนดการแก้ปัญหาาร่วมกัน ในการออกเยี่ยมบ้านจะมี

เจ้าหน้าที่ออกไปพร้อมกับอาสาสมัครบ้าน ซึ่ง ทำให้ทราบถึงความก้าวหน้าของการดูแล และปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในผู้ป่วยบางรายมีเจ้าหน้าที่ไปด้วยในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก และในการเยี่ยมครั้งต่อไป อาสาสมัครจะเป็นผู้เยี่ยมบ้านเอง มีการขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่เมื่อพบปัญหา มีการจัดวางแนวทางการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบง่ายต่อการติดตามสืบค้นข้อมูล และสะดวกในการส่งต่อทีมเยี่ยมบ้านด้วยกัน รวมถึงการจัดส่งรายงานให้กับหน่วยเหนือขึ้นไป และทำการประเมินผลและสรุปการเยี่ยมชมร่วมกับอาสาสมัครบ้านในหมู่บ้านว่าจะติดตามเยี่ยมต่อหรือปิดการเยี่ยมชม

พบข้อแตกต่างของการเยี่ยมบ้านแบบเดิมและแบบใหม่ คือ 1) มีการกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรงในการบริหารจัดการงานเยี่ยมบ้านให้ได้ตามเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน 2) มีรูปแบบและแนวทางที่ชัดเจนขึ้น โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของญาติ ครอบครัว และชุมชนอาสาที่มาเยี่ยมบ้านเป็นคนในชุมชนเอง ทำให้เจ้าหน้าที่รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของคนในชุมชนเพิ่มเติม และทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริง โดยเจ้าหน้าที่สุขภาพประจำหมู่บ้านเป็นผู้ที่สนับสนุนให้ความรู้และแนะนำแบบแผนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 3) มีการวางแผนก่อนการเข้าเยี่ยม ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหอย่างรวดเร็วทันเวลา 4) ความต่อเนื่องของการให้บริการดีกว่าแบบเดิม จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริการเยี่ยมบ้านครอบคลุมมากขึ้น 5) มีการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบสามารถประมวลผลนำข้อมูลมาใช้ และส่งรายงานได้อย่างรวดเร็ว

พบปัญหาและอุปสรรค คือ อาสาสมัครมีน้อย ขาดงบประมาณสนับสนุน เจ้าหน้าที่และทีมในการเยี่ยมบ้านมีน้อย ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านของศูนย์สุขภาพชุมชน ควรมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องของข้อมูล ควรมีการวางแผนและปฏิบัติตามแผนที่ได้กำหนดไว้ รวมถึงวิธีการ การบันทึกข้อมูลให้ถูกต้องและมีมาตรฐาน ควรมีการประสานเชื่อมโยงระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล และศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน และเป็นรูปธรรมมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ควรมีการนิเทศ ติดตาม อาสาสมัครบ้าน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และมีการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครบ้านร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อเรียนรู้และพัฒนางานเยี่ยมบ้านให้ต่อเนื่อง และควรมีการประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านที่มีคุณภาพมากขึ้น

จากผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ระบบบริการการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหารมีประสิทธิภาพมากกว่าระบบเดิม และมีมาตรฐานการบริการที่ดีขึ้น อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้รับบริการ อาสาสมัครบ้านสามารถขับเคลื่อนการทำงานอย่างต่อเนื่อง สามารถที่จะเยี่ยมบ้านได้เองโดยไม่ต้องรอทีมสาธารณสุข สามารถให้คำปรึกษาคำแนะนำแก่ผู้ที่ได้รับการเยี่ยมชม สามารถประเมินภาวะการเจ็บป่วยของผู้ที่ได้รับการเยี่ยมชมว่าควรส่งต่อโรงพยาบาล หรือว่าควรปรึกษาทีมสาธารณสุข รวมไปถึงการประเมินการเยี่ยมว่าควรเยี่ยมต่อหรือปิดการเยี่ยมในครั้งต่อไป ซึ่ง ทีมอาสาทำ

ได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น ศูนย์สุขภาพชุมชนจึงควรเร่งพัฒนาองค์ความรู้และวิธีการมีส่วนร่วมของอาสา
เยี่ยมบ้าน ครอบครัว ชุมชน ให้มีความเหมาะสมที่จะเอื้อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนให้มากขึ้นต่อไป

B36 บนเส้นทางสู่ความสำเร็จ มีใครบ้างที่คอยยืนเคียงข้าง
12 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 6

ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนาวินิจฉัย

เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)

พ.อ.ผศ.ดร.นพ.รามา รังสินธุ์

เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)

ภญ.ดร.กนกวรรณ ลือวรศิริกุล

เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)

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

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

CRCN ได้สร้างเครือข่ายวิจัยและทีมนักวิจัยโรค 14 เครือข่ายที่ผลิตงานวิจัยคลินิกสหสถาบันจำนวน 28 โครงการเกิดฐานข้อมูลโรค 17 ฐานข้อมูลที่สามารถนำมาใช้อ้างอิงเป็นข้อมูลตัวแทนระดับประเทศและใช้ในการเรียนการสอน การบริการและการวิจัย มีการเผยแพร่ผลงานวิจัยทั้งตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ระดับมาตรฐาน และนำเสนอในการประชุมวิชาการทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ สร้างเครือข่ายศูนย์วิจัยคลินิกประจำสถาบันแพทยศาสตร์ (Network of Clinical Research Center) เกิดความร่วมมือกับหน่วยงานทั้งในและต่างประเทศ จำนวนผู้ผ่านการฝึกอบรม GCP เพิ่มขึ้น เกิดเครือข่าย Data Management & Biostatisticians Network (DMBN) เพื่อผลิตและประสานการทำงาน

ของบุคลากรทางด้านการจัดการข้อมูลและชีวิตวิถี เกิดนวัตกรรมระบบบริหารจัดการข้อมูลที่สามารถเอื้อ
ประโยชน์ต่อนักวิจัยในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

B46 ความเชื่อมโยงในการสร้างงานวิจัย R2R กับงานวิจัยแบบหลายสถาบัน

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

นพ.อัศวินทร์ นิมมานนิตย์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ผศ.นพ.เชิดชัย นพมณีจำรัสเลิศ	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ศ.นพ.ปิยะทัศน์ ทัศนาวัดฒน์	เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)
พ.อ.ผศ.ดร.นพ.ราม รั้งสินธุ์	เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)
ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศศลักษณ์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ภญ.ดร.กนกรัตน์ ลือวรศิริกุล	เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)

เพื่อเป็นการเชื่อมโยงการทำงานวิจัยภายในโรงพยาบาล (Routine to Research) กับการทำวิจัยคลินิกแบบสหสถาบันที่อาศัยความร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งจะทำให้ผลงานวิจัยที่ได้สามารถสะท้อนถึงปัญหาของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างในแต่ละพื้นที่ได้และเป็นการสร้างงานวิจัยของประเทศไทยให้มีมาตรฐานและมีคุณภาพตามหลักการมาตรฐานสากลในการทำวิจัยทางคลินิก ทั้งนี้รูปแบบการนำเสนอจะเน้นไปที่การร่วมแสดงความคิดเห็นและอภิปรายร่วมระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมและผู้เชี่ยวชาญจากเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (Clinical Research Collaboration Network: CRCN) และจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

C16 นวัตกรรมที่ช่วยให้ท่านไม่ต้องปวดหัวกับข้อมูลงานวิจัยอีกต่อไป

13 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 6

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

คุณภาพข้อมูล หมายถึง ความถูกต้องขององค์ความรู้ การจัดการข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กระบวนการที่ทำให้ข้อมูลในกระดาษกองโต มาอยู่ในรูปดิจิทัล ให้พร้อมนำไปวิเคราะห์ และเขียนเป็น รายงาน ได้อย่างมีคุณภาพนั้น เป็นงานที่หนัก ต้องใส่ใจในคุณภาพและลงในรายละเอียดอย่างมาก การได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพ จึงเป็นการลงทุนที่สูงมาก ผลกระทบอันเกิดจากการขาดความเข้าใจในเรื่องนี้ เช่น ตัดการสนับสนุนหรือลงทุนทางด้านนี้ด้วยงบประมาณที่ต่ำ มักตามมาด้วยมูลค่าแฝงอันเกิดขึ้นจาก ข้อมูลที่ไม่มีคุณภาพ เป็นความสูญเสียที่สูงกว่าหลายเท่าตัว แม้เพียงเกิดข้อสงสัยในคุณภาพข้อมูลก็ต้องมี มาตรการตามมา แม้เพียงเพื่อทำให้รู้ว่าข้อมูลที่ได้มาแล้วนั้นมีคุณภาพหรือไม่ บางครั้งอาจยากกว่าเริ่ม จัดการข้อมูลใหม่ทั้งหมด แม้จะทำเช่นนั้นได้ ความสูญเสียอันเป็นผลจากความล่าช้าของผลการวิจัย การ สูญเสียโอกาสที่พึงได้รับเช่นทุนทำวิจัยต่อเนื่อง ความน่าเชื่อถือ และที่สำคัญยิ่งคือความสูญเสียจากการที่ สังคมถูกชี้นำจากผลงานหรือองค์ความรู้ที่ไม่ถูกต้องนั้น มีมูลค่าสูงยิ่งกว่างบประมาณที่ใช้ไปในการจัดการ ข้อมูลมากมายนัก

กระบวนการที่สำคัญในการจัดการข้อมูล คือ การนำเข้าและประมวลผลข้อมูล สำหรับการนำเข้า ข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องนั้น ในยุคนี้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ อย่างแพร่หลาย หนึ่งในนั้นคือการเคาะเข้าไปโดยตรงในคอมพิวเตอร์โดยไม่ผ่านกระดาษฟอรัม เรียกว่า Electronic Data Capture หรือ EDC แต่ในทางปฏิบัติยังมีประเด็นที่ต้องพิจารณาหลายประการที่มีอาจทดแทนกระดาษ และลายมือได้ ดังนั้นส่วนมากจึงยังคงใช้ระบบดั้งเดิมคือบันทึกข้อมูลลงกระดาษ (paper-based) จากนั้น นำข้อมูลเข้าสู่คอมพิวเตอร์

ขั้นตอนนำเข้าข้อมูลจากกระดาษฟอรัมนี้ มีเพียงสองทางเลือก คือเคาะด้วยมือซึ่งทำกันมาช้านาน และการนำเข้าด้วยเครื่องสแกน ไม่ว่าจะระบบใด การได้รู้ปัญหาเร็วและแก้ไขได้ง่ายและรวดเร็วคือหัวใจของ ความสำเร็จ นอกจากนั้นยังต้องให้เป็นไปตามข้อกำหนดมาตรฐานสากลว่าด้วยการดำเนินงานด้านนี้ ซึ่งได้ ให้ความสำคัญอย่างมากกับการประกันคุณภาพข้อมูล การรักษาความลับผู้ป่วย และความปลอดภัยของ ข้อมูล ซึ่งจะต้องทำเอกสารที่จำเป็นต่างๆ หลายสิบรายการ หนึ่งในนั้นคือเอกสารรายงานผลการทดสอบ

ระบบจัดการข้อมูล ซึ่งต้องดำเนินการทดสอบโดยละเอียดและต้องแสดงให้เห็นว่าระบบไร้ซึ่งข้อผิดพลาดกับงานวิจัยที่จะทำเสียก่อน จึงสามารถเริ่มใช้งานได้

ข้อกำหนดที่กล่าวข้างต้น ทำให้ระบบคือด้วยมือไม่ใช่ทางเลือกที่ตึง ในขณะที่ใช้เทคโนโลยีอ่านรู้จำลายมือจากภาพสแกน มีจุดเด่นกว่าหลายด้าน จึงมีการใช้งานสแกนนำเข้าข้อมูลมากขึ้น ระยะเวลาที่ต้องใช้ซอฟต์แวร์ราคาแพงจากต่างประเทศ กระทั่งระบบดังกล่าวได้รับการพัฒนาขึ้นในประเทศและประสบผลสำเร็จเรื่อยมา ต่อมาได้นำมาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับเครือข่ายวิจัยสหสถาบัน (Clinical Research Collaboration Network หรือ CRCN) โดยใช้ชื่อระบบว่า CRCN Tools ซึ่งมีเครื่องมือจำนวนมาก เพื่อรองรับงานตามข้อกำหนดที่เข้มงวดของมาตรฐานการดำเนินงานด้านนี้ จึงส่งผลให้ระบบมีความซับซ้อนตามข้อกำหนดดังกล่าว จากนั้นต้นปี พ.ศ. 2551 คณะผู้พัฒนาเทคโนโลยีนี้ได้พัฒนาระบบอย่างง่าย ให้ใช้งานฟรีบนอินเทอร์เน็ตชื่อ MyORT: My online research สำหรับเป็นทางเลือกให้กับโครงการขนาดเล็ก และไม่มีความซับซ้อน เปิดให้ใช้งานได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ที่ <http://www.myort.com>

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

การมี OMERET ให้กับ CRC ของแต่ละโรงพยาบาล โดยที่ตัวระบบซอฟต์แวร์นั้นติดตั้งที่เครื่องเซิร์ฟเวอร์กลางของ MRF ที่กรุงเทพมหานคร และทำงานผ่านอินเทอร์เน็ตนั้น ยังผลให้เกิดรูปแบบและประโยชน์ดังนี้

- ทุกโรงพยาบาล มี CRC Web Portal ของโรงพยาบาล สำหรับจัดการข้อมูล และจัดการงานวิจัย
- ในแต่ละ CRC มีซอฟต์แวร์จัดการวิจัยที่สามารถใช้งานผ่านเว็บได้ โดยใช้ Server กลางร่วมกัน ซึ่งเป็นของ MRF จึงไม่ต้องมีการลงทุนในส่วนนี้ และไม่มีการติดตั้งซอฟต์แวร์ใดๆ ในโรงพยาบาล
- แต่ละโรงพยาบาลสามารถสร้างงานวิจัยได้ไม่จำกัดจำนวน
- แต่ละโรงพยาบาลสามารถสร้างงานวิจัยสหสถาบัน กล่าวคือเป็นศูนย์กลางของโครงการวิจัย ด้วยการสร้างฟอร์มเก็บข้อมูล และรายงานผล จากนั้นเชิญชวนโรงพยาบาลอื่นๆ เข้าร่วมได้ โดยอิสระ โดยเพียงคลิก Activate as a multi-center study โครงการที่สร้างขึ้นนั้น

- ร่วมเป็น site หนึ่งของงานวิจัยสหสถาบันที่ถูกแจ้งผ่านเว็บของระบบวิจัยนี้ ตามความสมัครใจ (เก็บ case ให้ส่วนกลาง หรือ site ใดๆ ที่เป็นศูนย์กลาง)
- เกิดเครือข่ายวิจัยคลินิกที่ครอบคลุมโรงพยาบาลทั่วประเทศ ภายในระยะเวลา อันรวดเร็ว ได้มาตรฐาน ด้วยการลงทุนที่ต่ำ
- ร่วมเป็นสมาชิกในระบบ Disease registry ที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ สมาคมวิชาชีพพัฒนาขึ้นได้อย่างง่ายและสะดวก (ตัวอย่างเครือข่ายเช่นเดียวกันนี้ สามารถดูได้ที่ <http://www.vtoxford.org/>)
- งานวิจัยที่สำคัญด้านนโยบายของประเทศ สามารถดำเนินการผ่านเครือข่ายได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็ว
- สมาชิกเครือข่าย สามารถรับบริการด้านการสำรวจ (ทำ Medical Poll) ให้กับองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ได้อย่างง่ายโดยสะดวก
- มีระบบรักษาความลับและความปลอดภัยข้อมูล ที่ยังคงไว้ซึ่งความเป็นเจ้าของข้อมูลของเจ้าของโครงการ หรือของแต่ละโรงพยาบาล พร้อมกับเครื่องมือที่ให้เจ้าของข้อมูล share ข้อมูลได้ตามความสมัครใจ
- สมาชิกในระดับบุคลากรของโรงพยาบาลสร้างงานวิจัยจากงานประจำ หรือทำโครงการวิจัยใดๆ เฉพาะของโรงพยาบาลได้
- สามารถประยุกต์ใช้ระบบสแกนนำเข้าข้อมูลกับงานประจำ เช่นการสำรวจความพึงพอใจผู้มารับบริการ งานเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาอื่นๆ

นอกจากสามารถใช้งานตามที่กล่าวข้างต้น OMERET ยังสามารถพัฒนาเป็นระบบงานสำเร็จรูปสำหรับงานที่มีรูปแบบคงที่ เป็นมาตรฐาน และทำเป็นประจำ จึงได้ถูกนำมาพัฒนาเพื่อใช้กับการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลเป็นงานแรก โดยระบบแรกนี้ พัฒนาสำหรับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการรับบริการทางการแพทย์ (Hospital Survey on Patient Safety) อันเป็นผลจากเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยนี้ได้ทวีความสำคัญขึ้น และมีความซับซ้อนขึ้นเป็นลำดับ กลายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งของคุณภาพการให้บริการสุขภาพ อีกทั้งการที่โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่ได้รับการคาดหวังให้มีการพัฒนาตลอดเวลา องค์กรที่ให้บริการทางการแพทย์จึงเพิ่มความตระหนักการให้มีการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย การให้มีกระบวนการเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ปวยนั้น ต้องมีความเข้าใจถึงคุณค่าความเชื่อ และธรรมเนียมปฏิบัติเกี่ยวกับว่า มีสิ่งใดที่สำคัญ กล่าวคือมีทัศนคติและพฤติกรรมอะไรที่มีความสำคัญในองค์กร สิ่งดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ปวยนั้น มีสิ่งใดที่พัฒนาได้บรรลุตามวัตถุประสงค์แล้ว มีสิ่งใดที่ได้รับการสนับสนุนและกำลังพัฒนา หรือมีสิ่งใดที่ยังไม่ได้ตามที่คาดหวัง สิ่งเหล่านี้ต้องมีข้อมูลประกอบ ซึ่งต้องเป็นของโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีการสำรวจเก็บข้อมูลเพื่อการดังกล่าว

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

- บอกสถานะปัจจุบันของวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยของโรงพยาบาล
 - เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับโรงพยาบาล เพื่อใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน การพัฒนาด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยของโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาระบบงานที่เกี่ยวข้อง
 - เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับโรงพยาบาล เพื่อใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนา กล่าวคือใช้ระบุหน่วยงาน หรือมิติความปลอดภัยที่อยู่ในข่ายที่ควรได้รับการพัฒนา
 - เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ในประเทศ เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบ และประเมินผลการดำเนินงานให้กับการพัฒนาด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยของโรงพยาบาล เช่นเดียวกันกับการที่โรงพยาบาลนี้ใช้ข้อมูลของโรงพยาบาลอื่น
 - เป็นข้อมูลพื้นฐานไว้สำหรับเปรียบเทียบกับผลสำรวจที่จะมีในอนาคต เพื่อทราบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงผลการพัฒนา และเป็นข้อมูลประกอบการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- บัดนี้ ระบบ Hospital Survey on Patient Safety ดังกล่าวนั้น พร้อมให้ใช้งานได้ที่

<http://ha.crcthailand.net> โดยมีกระบวนการใช้งานคือ หลังจากแบบสำรวจได้รับการบันทึกคำตอบจากบุคลากรโรงพยาบาลแล้ว CRC ของโรงพยาบาลสแกนกระดาษเข้าระบบ จากนั้นคลิกเรียกดูรายงานได้ที่

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

จากงานที่หนัก ที่ยุ่งยาก ต้องลงทุนลงแรงและลงรายละเอียดอย่างมาก บัดนี้ การจัดการข้อมูลได้รับการดูแลให้ลดความยุ่งยากลงได้อย่างมาก ด้วยผลที่มีคุณภาพ อย่างรวดเร็ว ด้วย OMERET

ซอฟต์แวร์ภูมิปัญญาไทย

C26 งาน Patient Safety Survey และ Satisfaction Survey

ด้วยระบบบริหารจัดการงานวิจัยออนไลน์

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

ทักษิณ พิมพภักดิ์

เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)

ภญ.ดร.กนกรัตน์ ลีอวศิริกุล

เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)

C36 ทำอย่างไรนวัตกรรมนี้จึงจะอยู่ในมือของท่าน
13 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 6

ศ.นพ.ปิยะทัศน์ ทัศนวิวัฒน์

เครือข่ายวิจัยคลินิกสถาบัน (CRCN)

ภญ.ดร.กนกรัตน์ ลีอวรศิริกุล

เครือข่ายวิจัยคลินิกสถาบัน (CRCN)

Meeting Room 7

Meet Professional Experts

รับฟังแนวคิดและเรื่องราวเกี่ยวกับการนำแนวคิดคุณภาพต่าง ๆ

มาผสมผสานกับความรู้ทางวิชาชีพ

เพื่อสร้างระบบงานที่พึงปรารถนา

ในการจัดบริการทันตกรรม ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ รังสีเทคนิค

กายภาพบำบัด จ่ายกลาง วิศวกรรมความปลอดภัย ห้องผ่าตัด กล้องส่องตรวจ

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

A27 : Dental Safety Goals and Solutions

11 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 7

ผศ.พิเศษ ทพ.ไพศาล กังวลกิจ

รพ.ชลบุรี

ทพ.ญ.กุลยา รัตนปรีดากุล

รพ.กรุงเทพ

ทพ.ญ.ศศิธร สุรนรักษ์

รพ.เวชธานี

ทพ.ชุมพล ชมะโชติ

สถาบันธัญญารักษ์

จากการที่แนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยทางทันตกรรม ทั้งที่มีและไม่มี การฟุ้งร้อง มีสถิติสูงขึ้น ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการรักษาหรือการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยของทันต บุคคลากรเอง จึงมีความจำเป็นต้องหาหนทางที่จะลดแนวโน้มการเกิดปัญหาดังกล่าว

วิธีการหนึ่งที่ช่วยได้ คือการรวบรวมข้อปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยที่มักจะถูกละเลยโดยทันต บุคคลากร นำมาจัดลำดับความสำคัญ กำหนดรายละเอียดการปฏิบัติให้สอดคล้องกับความสะดวกใน การนำไปใช้และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานบริการทันตกรรมทุกระดับ สรุปเป็น เป้าหมายและแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรมหรือ Dental Safety Goals and Solutions และทำการสื่อสารให้ถึงทันตบุคลากรทุกระดับ เพื่อสร้างความตระหนักและสร้างวัฒนธรรมใน การบริการทางทันตกรรมที่ปลอดภัยมากขึ้น หากทำได้ดังนี้ จะส่งผลให้แนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุ ณ์ไม่พึงประสงค์และคดีฟ้องร้องต่างๆ มีแนวโน้มลดลง

เพื่อให้เกิดการพัฒนาดังกล่าว ได้มีการจัดตั้ง คณะอนุกรรมการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อ ความปลอดภัยทาง ทันตกรรมภายใต้การกำกับดูแลของทันตแพทยสภา โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลคดีฟ้องร้องและอุบัติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางทันตกรรม
2. จัดลำดับความสำคัญและกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยที่ต้องพัฒนา แนวทางปฏิบัติที่ ปลอดภัยทางทันตกรรม
3. รวบรวม สังเคราะห์ ทดลอง และจัดทำ “เป้าหมายและแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยทางทันตกรรม” ที่ สอดคล้องกับบริบทของสถานบริการทันตกรรมทุกระดับ เพื่อนำเสนอต่อทันตแพทยสภา
4. จัดทำแผนการสื่อสาร สร้างความตระหนักให้กับทันตบุคลากรในการนำ “แนวทางปฏิบัติที่ ปลอดภัยทางทันตกรรม” ไปใช้อย่างแพร่หลาย

โดยขณะนี้คณะอนุกรรมการฯ จัดทำ ร่าง เป้าหมายและแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยทางทันตกรรม

ระยะที่ 1 แล้วเสร็จ โดยมีเป้าหมายความปลอดภัยที่สำคัญ 4 ประการคือ

1. Safe Dental Treatment

2. Safe Communication
3. Safe Record
4. Safe Infection Control

แต่ขณะนี้อยู่ในระหว่างการเผยแพร่ให้ทันบุคคลากรเพื่อทดลองใช้และให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นจะนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุง แนวทางปฏิบัติดังกล่าว ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น และนำเสนอให้ทันตแพทยสภา พิจารณาเพื่อการดำเนินการต่อไป

และในการประชุม *10th HA National Forum* ในครั้งนี้ เป็นโอกาสอันดี ที่จะสื่อสาร ร่าง เป้าหมายและแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยทางทันตกรรม ระยะที่ 1 ให้กับบุคคลากรทางทันตกรรมและวิชาชีพอื่นๆ นำไป สื่อสารและทดลองปฏิบัติเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรม ให้มากยิ่งขึ้นต่อไป

A37 : งานรังสีเทคนิคที่ปรารภณา

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

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

งานรังสีเทคนิคที่ปรารภณา

ผศ.ลัดดา เฉลยกิตติ (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

นักรังสีเทคนิคทุกคนเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพ มีหน้าที่รับผิดชอบงานรังสีเทคนิค มีความชัดเจนว่านักรังสีเทคนิคต้องมีสมรรถนะและมาตรฐานวิชาชีพรังสีเทคนิค ตามประกาศของคณะกรรมการวิชาชีพสาขารังสีเทคนิค (ราชกิจจานุเบกษา หน้าที่ ๑๗ เล่ม ๑๒๕ ตอนพิเศษ ๑๗๙ ง ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๑) ซึ่งไม่ซ้อนทับกับวิชาชีพอื่น แต่สามารถทำงานสอดคล้องประสานกับวิชาชีพอื่น ให้เกิดความไหลลื่นในระบบการให้บริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อได้ นักรังสีเทคนิคจึงมีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงองค์กรไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง สามารถทำให้องค์กรดีขึ้นหรือแย่ลงก็ได้ ทำให้องค์กรสามารถบริการผู้ป่วยได้อย่างเต็มประสิทธิภาพหรือด้อยประสิทธิภาพก็ได้

งานรังสีเทคนิคที่ปรารภณา เป็นงานที่คำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดี นอกจากรูปแบบการทำงานที่ให้เกิดความไหลลื่นไร้รอยต่อแล้ว นักรังสีเทคนิคจึงควรช่วยกันขจัดความสูญเปล่าทุกชนิด (Lean) ออกจากระบบงาน เช่น ลดอัตตา (self-less) ที่เป็นตัวตนของตนเองให้น้อยลง ลดกระบวนการทำงานที่ไม่จำเป็นหรือลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน (over processing) ลดเวลาการรอคอย (waiting) ลดการทำซ้ำ (repeat-less) ลดความสูญเปล่าของวัสดุและครุภัณฑ์ที่จำเป็นแต่ไม่ทำให้เกิดผลผลิตในงาน (vanishing return) ลดการสะสมวัสดุคงคลัง (minimizing inventory) ลดการสะสมงานโดยไม่เก็บงานไว้ทำจนปริมาณงานท่วมตัว ลดการทำงานที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ (over producing) ลดเวลาในการแก้ไขปัญหา (quick correction) ภูมิปัญญาที่มีค่ายิ่งแต่สูญเปล่าไม่มีใครเหลียวแล (Staff Talent) เป็นต้น ความสูญเปล่านี้นี้ เป็นตัวการที่ทำให้การทำงานด้านรังสีเทคนิคใช้เวลามากขึ้น เสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้น และอาจได้ผลลัพธ์น้อยลง

ภูมิปัญญาที่ได้จากประสบการณ์การทำงานเหล่านี้มีค่ายิ่ง ซึ่งเป็น Staff talent อย่าย่ำปล่อยให้สูญเปล่า ไม่มีใครเหลียวแล ขอให้ช่วยกันถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อให้งานด้านรังสีเทคนิค lean and seamless อย่างแท้จริง

เรื่อง “ไม่ใช่ชาติ ไม่ใช่เชื้อ เมื่อเอื้อเฟื้อก็เหมือนเนื้ออาตมา เป็นชาติ เป็นเชื้อ ถ้าไม่เอื้อเฟื้อก็เหมือนเสือในป่า”

ธงชัย ชนะรัตน์

(รพ.สุราษฎร์ธานี)

ในระบบงานการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน รังสีเทคนิค รังสีการแพทย์ เป็นระบบงานเทคนิคบริการที่ให้ความเชื่อมั่นในการวินิจฉัยโรคและการเยียวยาแก่ผู้ป่วย ทำให้แพทย์ดำเนินการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพประชาชนพ้นจากโรคร้าย ประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น อเมริกาให้บริการสุขภาพโดยนำแนวคิดที่เรียกว่า Lean Thinking (DOING MORE WITH LESS: LEAN THINKING AND PATIENT SAFETY IN HEALTH CARE: improve safety by eliminating the root causes of problems.) ซึ่งพัฒนามาจากระบบการผลิตของ Toyota (โดย Taiichi Ohno 1988) งานรังสีการแพทย์เป็นงานเทคนิคบริการ ปฏิบัติงานตามมาตรฐานแห่งวิธีการที่ได้ศึกษาและพิสูจน์แล้วว่าถูกต้อง การให้ปริมาณรังสี การให้สารทึบรังสี การปฏิบัติงานตามเวลาที่กำหนด เป็นสิ่งต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด รังสีการแพทย์สามารถลดการมีตัวตน self-less ในขณะเดียวกันให้เพิ่มคุณค่าของผู้ป่วยมากขึ้น ให้ความเป็นมิตรไมตรีต่อคนรอบข้าง เพื่อลดความกังวลของผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลที่จำเป็นและมีประโยชน์แก่ผู้ป่วย เช่น ระหว่างรอถ่ายภาพต่อไป ของ I.V.P , Long G.I. หรือหลังจากผู้ป่วยได้รับสารทึบมันตรังสีแล้ว ระหว่างรอการตรวจ 3 ชั่วโมง ของ Bone scan , Thyroid uptake ทำให้เวลาที่ผ่านไปมีคุณค่าขึ้น โดยนำความรู้การตรวจและรักษา การฝึกสมาธิบำบัด ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยนั้นมาเล่าให้เขาฟัง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีได้ดำเนินการดังกล่าว โดยรังสีการแพทย์และทีมอาสาของผู้สูงอายุช่วยกันดูแลผู้ป่วยดุษฎีนิมิตร คอยตอบปัญหาข้อซักถามของผู้ป่วย ให้การต้อนรับอย่างอบอุ่น ผลแห่งความดีความมีน้ำใจนั้น ผู้ป่วยและญาติรับรู้ได้แล้วตอบสนองกลับมาเป็นของขวัญของฝากในคราวที่ต้องพบหน้ากันอีกที่แพทย์นัดหมายให้มาตรวจและรักษาต่อ นั้นจึงสมกับคำโบราณที่ท่านกล่าวไว้ว่า “ไม่ใช่ชาติ ไม่ใช่เชื้อ เมื่อเอื้อเฟื้อก็เหมือนเนื้ออาตมา เป็นชาติ เป็นเชื้อ ถ้าไม่เอื้อเฟื้อก็เหมือนเสือในป่า” ดังที่ได้ยกมาเป็นหัวเรื่องนั้น.

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

Why should lean management in clinical laboratory?

รศ.ดร.รัชนา ศานติยานนท์ (จุพาฯ)

ในการจัดการคุณภาพของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์แบบมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ การให้บริการตรวจวิเคราะห์ที่มีคุณภาพสูง คือ มีความถูกต้อง เทียบตรง ต้องควบคู่ไปกับประสิทธิภาพของการบริการ คือการรายงานผลในเวลาที่เหมาะสม ทันแก่การใช้งาน ดังนั้น ห้องปฏิบัติการสมัยใหม่มักใช้ระบบจัดการคุณภาพแบบ Lean-Six Sigma ควบคู่กันไป นั่นคือ การทำงานต้องดีขึ้นโดยใช้หลักการ Six sigma และรวดเร็วขึ้นโดยใช้หลักการ Lean โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือให้ผู้ป่วยพึงพอใจในบริการที่มีทั้งคุณภาพและความรวดเร็ว ห้องปฏิบัติการมีการปรับปรุงวิธีการและกระบวนการปฏิบัติงาน มีการทำงานร่วมมือกันเพื่อให้เกิดผลสูงสุด และมีการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ห้องปฏิบัติการที่ใช้ Lean-Six Sigma ในการจัดการจะลดความผิดพลาดในการปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับประโยชน์สูงสุด หลักปฏิบัติที่สำคัญของ Lean คือให้มีการดำเนินการของผลิตภัณฑ์ กำหนดลดลดกระบวนการ โดยใช้หลักการทำที่ละชิ้นแทนที่จะรอทำเป็นชุด ปรับวิธีการและกระบวนการให้เป็นมาตรฐาน ลดระยะเวลาสูญเสียเปล่า หรือระยะเวลารอคอยในขั้นตอนต่อไป ระยะเวลาเหล่านี้จัดว่าเป็น “ของเสีย” ที่ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น รวมทั้งยังเพิ่มระยะเวลาการตอบสนองที่จะดำเนินการในขั้นตอนต่อไป มีรายงานว่าห้องปฏิบัติการที่ใช้ Lean management สามารถลด turnaround time ได้ 60-80% ลดค่าใช้จ่ายได้ 30-40% และลดพื้นที่และการเก็บวัสดุคงคลังโดยเฉลี่ยได้ 30-50%

Lean Management กับการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ

สุจิตรา มานะกุล (รพ.สุราษฎร์ธานี)

ปัจจุบันความเจริญทางเทคโนโลยีทันสมัยและก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว การปฏิบัติงานในห้อง LAB ปัจจุบันมีการพัฒนาระบบการทำงานให้มีคุณภาพเพื่อให้ผลการตรวจที่ถูกต้องได้มาตรฐานตามมาตรฐานของวิชาชีพ โดยไม่ว่าจะควบคุมคุณภาพตามมาตรฐาน HA, LA, หรือ ISO15189 ก็ตาม จากประสบการณ์ในการทำงานพบว่า ในทุกกระบวนการของการปฏิบัติงาน ตั้งแต่ Pre-analytical Process , Analytical Process และ Post-analytical Process. จะมีกระบวนการตรวจสอบ ทวนสอบ เพื่อให้ได้ผล

การตรวจที่ถูกต้องแม่นยำ โดยผู้ปฏิบัติงานเองค่านึงถึงระยะเวลาในการรอคอยผลของผู้ป่วยน้อย ส่วนใหญ่มุ่งเน้นเรื่องความถูกต้อง แม่นยำเป็นสิ่งสำคัญ ในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการมีการประกันระยะเวลาการรอคอยผล ซึ่งต้องจัดทำและแจ้งให้ผู้ใช้บริการทราบ ซึ่งระยะเวลาการรอคอยผลดังกล่าว เป็นระยะเวลาที่รวมหมดทั้งระยะเวลาการปฏิบัติงานจริง เวลาการรอคอยรอบการปั่นเลือด เวลาการรอคอยรอบการเดินนำส่งเลือด หรือเวลาการรอคอยการ Approve ผล เป็นต้น

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

โดยสรุปหากมีการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการควบคู่กับการนำกระบวนการของ Lean Management จะทำให้ผลงานของห้องปฏิบัติการเป็นไปได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งเป็นที่พึงพอใจสูงสุดของผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการภายในทั้งหมด หากคำนวณเป็นต้นทุนบริการให้กับผู้ป่วยจะเป็นกำไรที่ผู้ป่วยได้จากระยะเวลาการรอคอยที่ลดลง

Reduce waiting time for Laboratory Result in St.Louis Hospital

พัชราภรณ์ พานิชวิทิตกุล รพ.เซนต์หลุยส์

โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนำร่องกับ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ (FPTI) ในการนำแนวคิด Lean Thinking มาใช้ในโรงพยาบาลเพื่อเป็นต้นแบบแก่โรงพยาบาลในระดับประเทศ แผนกปฏิบัติการการแพทย์ได้เข้าร่วมการอบรม โดยมี Dr.Kelvin Loh และ Miss Clara Sin วิทยากรผู้เชี่ยวชาญจาก Singapore University Hospital มาให้ความรู้แก่โรงพยาบาล นำร่องจำนวน 5 โรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เป็นตัวแทนโรงพยาบาลเอกชน ที่ได้เข้าร่วมโครงการ หลังจากที่ได้เข้าร่วมอบรมแล้วทางโรงพยาบาล ก็มีการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ และปรับปรุงกระบวนการการทำงานโดยใช้แนวคิด Lean มาเป็นแนวทางในการปรับปรุง ซึ่งทางห้องปฏิบัติการได้นำแนวคิด Lean มาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการตรวจวิเคราะห์ เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยผลตรวจวิเคราะห์ (Turn around Time) และลดขั้นตอนการลงทะเบียนที่ซ้ำซ้อน (waste ที่ไม่จำเป็น) โดยการลดจำนวนการไปรับส่งตรวจที่ห้องเจาะ

เลือกผู้ป่วยนอก โดยกำหนดระยะเวลาจากเดิมประมาณ 20 นาที เป็น 10 นาทีต่อครั้ง (Minimise Batching) ปรับเปลี่ยนพื้นที่วางเครื่องมือที่ใช้ร่วมกันมาอยู่ใกล้กัน (Cell concept) และใช้ระบบ IT มาบริหารจัดการในการส่งผลตรวจวิเคราะห์ online ไปยังห้องแพทย์ และเคาน์เตอร์พยาบาล , ดึงข้อมูลการ Request Lab อัตโนมัติ โดยได้ผลลัพธ์จากการปรับปรุงกระบวนการตรวจวิเคราะห์ตั้งแต่ผู้ป่วยเจาะเลือด จนกระทั่งได้รับผล ซึ่งระยะเวลารอคอยทั้งหมด (Turn around time) จากเดิม 120 นาที (Process time = 90 นาที, Waiting time = 30 นาที) เปลี่ยนเป็น 72 นาที (Process time = 53 นาที, Waiting time = 19 นาที) ในกลุ่มงานภูมิคุ้มกันที่มีการส่งตรวจร่วมกับงานเคมีคลินิก และสามารถลดขั้นตอนกระบวนการตรวจสุขภาพ Mobile จากเดิม 9 ขั้นตอน เป็น 6 ขั้นตอน และลดขั้นตอนการลงทะเบียนที่ซ้ำซ้อน เฉลี่ยเวลาจากเดิม 11.2 นาที เป็น 1 นาที

B17 : กายภาพบำบัดกับคุณภาพชีวิตประชาชน

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

รศ.ปณดา เตชทรัพย์อมร	มหาวิทยาลัยนเรศวร
มนตรี มิคะนุช	รพ.ลำสนธิ
สายใจ นกหนู	รพ.นราธิวาสราชนครินทร์
สุวารี เจริญมุขพันธ์	รพ.สรรพสิทธิประสงค์
ธีระศักดิ์ แซ่ฉั่ว	รพ.จุฬาฯ

เป็นการนำเสนอบทบาทของงานกายภาพบำบัดที่มีต่อประชาชนในกลุ่มต่าง ๆ โดยมีตัวชี้วัดคือ คุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนไป ซึ่งจะมีการให้ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตของการดูแลผู้ป่วยระบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น ระบบกระดูกกล้ามเนื้อ และข้อต่อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทเป็นต้น และยกตัวอย่างกรณีศึกษาในแต่ละกลุ่มเป้าหมายจากโครงการของโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้แก่ คุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลัง โดยรพ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อน โดยรพ. นราธิวาสราชนครินทร์ จ.นราธิวาส คุณภาพชีวิตในผู้พิการที่บ้าน โดย รพ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี คุณภาพชีวิตของผู้พิการในรูปแบบของการดูแลโดยการพัฒนาระบบเครือข่าย โดยรพ.สรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงเรื้อรังโดย นางปณดา เตชทรัพย์อมร

ลักษณะการดำเนินรายการ : การให้ความหมายของคุณภาพชีวิตและตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต บอกเล่าว่ากายภาพบำบัดเข้าไปช่วยให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้อย่างไรและยกตัวอย่างกรณีศึกษาของโครงการต่าง ๆ ที่มุ่งให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น โดยกิจกรรมในแต่ละโครงการจะเน้นหลักการที่เชื่อมโยง ลดขั้นตอนที่ยุงยาก ไร้รอยต่อ พร้อมทั้งถอดบทเรียนความสำเร็จและอุปสรรคของแต่ละโครงการเพื่อเป็นแนวทางในการนำไปพัฒนาขยายผล

หากคุณภาพชีวิตของประชาชนหมายถึง การมีสุขภาพที่ดีทาง กายใจ มีความสุข อยู่ในสภาพล้อมที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพ มีความสามารถในการทำงานเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว รวมทั้งการมีโอกาสมีส่วนร่วมทางสังคม และสร้างสรรค์สิ่งดี ๆ ให้แก่สังคม ซึ่งมีความหมายที่กว้างและครอบคลุมเรื่องความสุขของการมีชีวิตอยู่ กายภาพบำบัดซึ่งเป็นวิชาชีพหนึ่งที่หน้าที่สุดในเรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิต หรือมีสุขภาพที่ดีด้วยกัน

ลักษณะบริการกายภาพบำบัดในปัจจุบันจึงต้องเข้าถึงประชาชนมากขึ้น ไม่ได้ทำงานตั้งรับในหน่วยบริการอีกต่อไป นอกจากนี้ยังมีการประสานงานกับองค์กรอื่นๆ ที่มีส่วนช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ เช่นการฝึกอาชีพ ทักษะทางสังคม จนกระทั่งเกิดการรวมตัวของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการที่เห็นคุณค่าและประโยชน์ และมีใจที่จะสานงาน เผยแพร่ความรู้และประสบการณ์จากการดูแลสุขภาพแก่คนอื่น ๆ ต่อไป ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่จะสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน มีการใช้วิธีการประเมินสภาพร่างกายอย่างง่าย มาใช้ในการประเมินเพื่อวางแผนการรักษาและ

วัดประสิทธิผลการรักษา ทำให้งานของกายภาพบำบัดมีระบบมากยิ่งขึ้น ประกอบกับมีระบบการบันทึก และรายงานผลรายบุคคล

นักกายภาพบำบัดหลายคน หลายกลุ่ม หลายประสบการณ์ ชักชวนกันทดลองทำสิ่งใหม่ๆ หลังจากได้มีโอกาสออกไปสัมผัสกับปัญหาและอุปสรรคจริง แล้วกลับมาตั้งคำถามใหม่ว่า “เราจะทำอะไร ได้บ้างในสถานการณ์ที่เป็นอยู่” “มีช่องว่างของการบริการอย่างไร” “งานกายภาพบำบัดจะเติมเต็มส่วน นั้นได้อย่างไร” ตัวอย่างของการเติมเต็มช่องว่างในงานดูแลสุขภาพของคนพิการจึงเกิดขึ้น โครงการ “พัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในจังหวัดอุบลราชธานี มีเวทีระดมความคิด การแลกเปลี่ยน ความเห็นและประสบการณ์ของคนทำงานทั้งในวิชาชีพเดียวกันและต่างๆ สาขาวิชาชีพ หรือ โครงการ ส่งเสริมสุขภาพของผู้มีอาการปวดหลังจากการทำงานของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร เป็นจุดเริ่มต้นของงานส่งเสริมและป้องกันความเจ็บป่วยจากการปวดหลัง ซึ่งวิธีการ ทางกายภาพบำบัดจะช่วยลดความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น ไม่นั่งรอหรือปล่อยให้ สภาพความเจ็บป่วยเล็กน้อยในวันนี้ค่อยๆ แทรกซึมและกีดกร่อนสุขภาพทางกาย และใจ รวมถึง ลดทอนความสุขของชาวบ้านไป การดูแลคนพิการที่เกิดจากผลพวงของสถานการณ์ความรุนแรงภาคใต้ ก็เป็นอีกหนึ่งบทเรียนของการดูแลที่มีได้มุ่งเน้นการดูแลแต่ความพิการทางกายเพียงอย่างเดียว

ผลลัพธ์ การจากการปรับปรุงรูปแบบและระบบบริการกายภาพบำบัด ดังกล่าวทำให้ คนในท้องถิ่น เข้าถึงบริการสุขภาพที่ดี นักกายภาพบำบัดเกิดความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและระบบบริการที่ยัง พร่องอยู่ และเป็นการเปิดฉากการทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการ เพื่อมุ่งสร้าง คุณภาพชีวิต เกิดการเรียนรู้ระบบการทำงาน การใช้ข้อมูลต่างๆ อย่างรอบด้านมาประกอบการทำงาน และการสร้างงานใหม่ ทำให้ความสับสนในการทำงานลดลง เกิดการเชื่อมต่อระบบบริการที่ดูแล สุขภาพทางกาย ทางจิตใจและสังคมนอกจากนี้ยังพบว่าคนทำงานเกิดความสนใจในการทำงานที่มีส่วน ช่วยเหลือสุขภาพของคนในท้องถิ่นดีขึ้น จะเห็นได้ว่างานกายภาพบำบัดในปัจจุบันมีลักษณะเป็นเชิงรุก มากขึ้น ที่ส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการป้องกันอาการเจ็บป่วยจากการทำงานใน ชีวิตประจำวัน ซึ่งมีส่วนช่วยลดความสูญเสียเวลาทำงาน เศรษฐกิจต่อระบบสุขภาพของประชาชน และ การเพิ่มประสิทธิผลของประเทศ

เตียงสำหรับผู้ดูแลผู้พิการที่บ้าน

มนตรี มิคะนุช (รพ.ลำสนธิ)

การดูแลผู้พิการที่บ้าน เป็นการทำงานในเชิงรุก โดยการทำงานเป็นทีม ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และช่างประจำโรงพยาบาล ในการดูแลผู้พิการเริ่มต้นจาก การสำรวจผู้พิการรายใหม่และรายเก่า จัดทำสมุดประจำตัวผู้พิการ การให้บริการกายภาพบำบัดและ แพทย์แผนไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการที่บ้าน รวมถึงจัดหาวัดอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับความพิการ ด้วย

เตียง เป็นอุปกรณ์ที่มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลเรื่องความสะอาดให้แก่ผู้ป่วยได้สะดวกขึ้น และยังเป็นส่วนหนึ่งในการแบ่งเบาภาระในการดูแลสำหรับญาติ

เตียงสำหรับดูแลผู้พิการที่บ้าน ทำโดยการนำเอาเตียง FOWLER'S เก้าที่ไม่ใช้แล้ว นำมาเปลี่ยนพื้นเตียงและทำโครงเหล็กเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการออกกำลังกายบนเตียง โดยที่ การปรับตำแหน่งของจุดแขวนสามารถทำได้ โดยการปรับเลื่อนบนโครงเหล็กของเตียง

จากการประเมินความพึงพอใจของญาติผู้พิการ พบว่า มีความพึงพอใจมาก

โครงการเส้นทางใหม่

สายใจ นกหนู (รพ.นราธิวาสราชนครินทร์)

ปี 2547 เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ มีผู้ป่วยที่ถูกยิง ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง เป็น PARAPLEGIA 8 ราย ซึ่งงานกายภาพบำบัดได้จัดทำทำเนียบผู้พิการไว้ ผลจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยพบว่า มีปัญหาต่างๆ เช่น มีแผลกดทับ 75 % มีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทุกราย ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้น้อยก่อนกลับบ้าน จึงได้นำปัญหาทั้งหมดเข้าสู่ PCT ศัลยกรรมแก้ปัญหาโดยจัดทำโครงการเส้นทางใหม่ เป็นการบูรณาการการช่วยเหลือโดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล ทีมจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ ช่างกายอุปกรณ์ และองค์กรภายนอก เช่น สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัด องค์กรเอกชนอื่นๆ เพื่อจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ที่นอนลม ราวหัดเดิน ปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับความพิการ รวมทั้งการประสานหน่วยงานที่ผู้พิการทำงาน เพื่อให้ผู้พิการสามารถทำงานได้ในหน่วยงานเดิม โดยมีงานกายภาพบำบัดเป็นศูนย์ประสานงานการช่วยเหลือทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน โดยมีตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการคือ

1. อัตราการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน เช่น การลุกขึ้นนั่ง การเคลื่อนย้ายตนเอง 100%
2. อัตราการเกิดแผลกดทับ ไม่เกิน 50%
- 3 อัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหลังภัยพิบัติ ไม่เกิน 40 %
4. อัตราการReadmission ไม่เกิน 20%
5. อัตราการมีรายได้เลี้ยงชีพ 100%

ผลการดำเนินงาน ปัจจุบันมีผู้ป่วยในโครงการ 29 ราย บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงเรื้อรัง : กรณีศึกษา

รศ.ปณดา เตชทรัพย์อมร (มหาวิทยาลัยนเรศวร)

ในปัจจุบัน ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาเบาหวาน type II และมีความดันโลหิตสูง มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจากทีมสุขภาพ

ที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับญาติและผู้ดูแล เนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอย่างมาก และเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตวาย หรือ ปัญหาทางระบบหลอดเลือดในสมอง (Stroke) จะเป็นผลให้เกิดความทุพพลภาพ และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นมาก กรณีศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะเบาหวาน type II และความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับญาติและผู้ดูแล

กรณีศึกษานี้ใช้การเล่าเรื่อง และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (participant observation) ในการเก็บข้อมูล ในกรณีการดูแลผู้ป่วยหญิงหม้ายอายุ 78 ปี มีประวัติเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงมาประมาณ 25 ปี ในระยะ 1 ปีก่อนหน้านี้ผู้ป่วยล้มในห้องน้ำ และมีภาวะเส้นเลือดตีบในสมอง มีการอ่อนแรงของแขนและขาข้างขวา และยังพบว่ามึนตึ่มที่ตาข้างขวา ทำให้แพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพได้แก่ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล โภชนากรและนักกายภาพบำบัด ต้องวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับญาติและผู้ดูแล โดยการตั้งเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสามารถเคลื่อนย้ายได้โดยใช้ wheelchair

การดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องละเอียดอ่อนมาก คือต้องเอาใจใส่ดูแลใกล้ชิด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ญาติและผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญมากที่ต้องเข้าใจ และมีทักษะในการดูแล รวมถึงการที่ต้องเป็นผู้ที่ช่างสังเกตเกี่ยวกับความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างทันที่ ญาติต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยเป็นตัวอย่างให้ผู้ดูแลด้วยดังคำกล่าวของลูกที่ว่า “ถ้าเราดูแลแม่เราไม่ดี เขาก็ดูแลแม่เราไม่ดีด้วยเช่นกัน ไม่ใช่ญาติจะทิ้งภาระไว้ให้กับผู้ดูแลเท่านั้น”

นอกจากนี้ แพทย์และเภสัชกรได้มีการปรับยาเบาหวานและความดันร่วมกับญาติและผู้ดูแล โดยยึดหลักการที่ว่า การให้ยาผู้ป่วยไม่ใช่เรื่อง static แต่ต้องปรับตามพยาธิสภาพของผู้ป่วย และสภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ปริมาณการบริโภคอาหาร และกิจกรรม เป็นต้น พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลได้ให้การดูแลด้านสุขศึกษา นักโภชนากรช่วยคำนวณปริมาณแคลอรีของสารอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน และนักกายภาพบำบัดมีบทบาทในการสอนญาติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงนานๆ โดยสอนการออกกำลังกายบนเตียง การจัดทำทางในการนอน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ โดยการสูดปอด การจัดทำระบายเสมหะ การอบอุ่นร่างกาย การตั้งให้ญาติและผู้ดูแลเป็นหนึ่งในทีมเป็นเรื่องที่สำคัญมาก ทำให้ญาติและผู้ดูแลได้เรียนรู้และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย มีทักษะในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย สามารถบริหารยา และปรับพฤติกรรมดูแลด้านอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม การทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับญาติและผู้ดูแลในกรณีศึกษานี้เป็นการทำงานร่วมกันอย่างไร้รอยต่อ ทำให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ดีที่แพทย์ยอมรับได้ สามารถเคลื่อนย้ายโดยใช้ wheelchair ไม่มีภาวะซีด ไม่มีแผลกดทับ ไม่มีปัญหาข้อติดยึดจริง แต่มีปัญหากล้ามเนื้อลีบลงบ้างตามการใช้งานที่ลดลง สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ ญาติสามารถพาผู้ป่วยไปทำบุญที่วัดได้เป็นประจำทุก 1-2 สัปดาห์ ตามความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีระดับหนึ่ง ทั้งนี้เป็นผลงานของทุกฝ่ายทั้งทีมสุขภาพ รวมถึงญาติและผู้ดูแล

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อห่างไกลการปวดหลัง

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จ.สกลนคร

โรคปวดหลังเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับที่สองที่ทำให้ผู้ป่วยต้องไปพบแพทย์ รองจากการติดเชื้อของระบบหายใจส่วนต้น ประมาณว่าร้อยละ 60 – 85 ของมนุษย์ ต้องเคยปวดหลังอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต โรคปวดหลังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปี ต้องกลายเป็นคนด้อยสมรรถภาพ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับสถิติจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานกายภาพบำบัดที่ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มปวดหลัง และเป็นกลุ่มปวดหลังเรื้อรังที่มารับการบำบัดรักษาซึ่งกลุ่มดังกล่าวเมื่อมารับการรักษาทางกายภาพบำบัดแล้วจะใช้เวลารักษานาน และหายช้าและส่วนใหญ่พบว่าไม่สามารถมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ และจากการรวบรวมประวัติกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังที่มารับการรักษาที่สถานกายภาพบำบัดนั้น พบว่าอาการปวดหลังที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย ได้แก่ การนั่ง การขาดการออกกำลังกาย การยกของหนัก เป็นต้น ซึ่งหากจะมีการดำเนินการส่งเสริมและป้องกันอาการปวดหลังให้กับคนในชุมชนน่าจะช่วยให้คนในชุมชนห่างไกลการปวดหลังได้ ปัญหาและข้อมูลดังกล่าว กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญจึงได้ดำเนินการสั่งการให้ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มข้าราชการและกลุ่มผู้ประกันสังคม และสรุปส่งที่จังหวัด จากการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของผู้มีสิทธิประกันสังคมและผู้มีสวัสดิการข้าราชการในทุกอำเภอในจังหวัด พบว่ามีกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการปวดหลังมากกว่า 70 % ของผู้ถูกคัดกรองทั้งหมด และยังพบว่ากลุ่มเป้าหมายดังกล่าว มีจำนวนไม่น้อยที่ยังขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพเพื่อให้ห่างไกลการปวดหลัง

สถานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ได้จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อห่างไกลการปวดหลังแก่กลุ่มเป้าหมาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการปวดหลัง และสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้

การพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในจังหวัดอุบลราชธานี

สุวารี เจริญมุขยันท (รพ.สรรพสิทธิประสงค์)

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

การเปลี่ยนแปลง :

- มีรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครบวงจรตั้งแต่การค้นหาผู้พิการ/กลุ่มเสี่ยงที่จะพิการ การจดทะเบียนผู้พิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพรวมทั้งการให้อุปกรณ์/เครื่องช่วยต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต
- มีเครือข่ายของการดูแลผู้พิการด้านการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลเอกชน
- มีเครือข่ายของการดูแลผู้พิการด้านสังคมประกอบด้วยสมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย มูลนิธิช่วยเหลือเด็กพิการ ชมรมกีฬาคนพิการ (โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน) องค์กรบริหารส่วนจังหวัด องค์กรบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์(พม.) ศูนย์การศึกษาพิเศษเขต10 โรงเรียนอุบลปัญญานุกูล, ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการบ้านทองพูนเผ่าพันธ์ และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- มีการคัดกรองผู้พิการเข้ากลุ่มเพื่อฝึกอาชีพให้เหมาะสมกับสภาพความพิการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการบ้านทองพูนเผ่าพันธ์
- มีศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนเพื่อการฟื้นฟูและพัฒนาคนพิการโดยชุมชนที่เข้มแข็ง 2 แห่ง ที่บ้านพิบ ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน และบ้านโนนสว่าง ตำบลโพหนองาม อำเภอเดชอุดม
- มีระบบการจัดเก็บข้อมูลและฐานข้อมูลผู้พิการที่เป็นปัจจุบัน รูปแบบเดียวกันและเชื่อมโยงกันทั้งจังหวัด
- มีการประชุมเครือข่ายนักกายภาพบำบัดในการดูแลผู้พิการในจังหวัดอุบลราชธานีอย่างสม่ำเสมอทุก 2 เดือน

การวัดผลและผลลัพธ์

- ผู้พิการในจังหวัดอุบลราชธานีได้รับบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยนักกายภาพบำบัดและทีมงานด้านการแพทย์และเครือข่ายของการดูแลผู้พิการด้านสังคมเพิ่มขึ้นมาก จากเดิมที่มีบริการทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้พิการในโรงพยาบาล 3 แห่ง เพิ่มขึ้นเป็น 12 แห่ง
- มีฐานข้อมูลผู้พิการจังหวัดอุบลราชธานี ทำให้ทราบถึงสถานะปัจจุบันของผู้พิการ
- สามารถจดทะเบียนผู้พิการรายใหม่ในจังหวัดอุบลราชธานีได้เพิ่มขึ้น 1,726 คน
- มีการคัดกรองผู้พิการเข้ากลุ่มเพื่อฝึกอาชีพ 2 ครั้ง จำนวน 120 คน จากการประเมินผลพบว่า ไม่มีผู้พิการรายใดเปลี่ยนกลุ่มอาชีพ
- มีสมุดประจำตัวผู้พิการ ที่มีข้อมูลในการให้บริการทางกายภาพบำบัด เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลรักษาต่อเนื่อง
- เกิดศูนย์ประสานงานในการดูแลผู้พิการในจังหวัดอุบลราชธานี

บทเรียนที่ได้รับ :

- ได้เรียนรู้วิธีการประสานงานกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน
- การทำงานเป็นทีมทางการแพทย์และทางสังคมทำให้ผู้พิการได้รับบริการที่ครบถ้วน
- การประสานความร่วมมือทั้งจังหวัดทำให้ผู้พิการได้รับบริการรวดเร็วขึ้น

- ทราบว่าผู้พิการต้องการให้ไปบริการที่บ้าน/ใกล้บ้าน
- การให้บริการให้มีคุณภาพและยั่งยืนยังเป็นสิ่งที่ท้าทายที่จะต้องหาแนวทางในการดำเนินการต่อไป
- การลงเยี่ยมผู้พิการที่บ้านสามารถออกแบบการให้บริการได้เหมาะสมกับผู้พิการยิ่งขึ้น
- สำหรับผู้พิการการให้บริการทางการแพทย์อย่างเดียว

ปลื้มฤดี พุโสภา

รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ณนุดา ศรีสุทธิพรสกุล

รพ.สงขลานครินทร์

จันทร์พลอย อุตสาคร

รพ.นครพิงค์

มะลิวัลย์ กรัตติยุดานนท์

บริษัท. 3M ประเทศไทยจำกัด

พัฒนาระบบการบันทึกการทำงานของเครื่องหนึ่งฆ่าเชื้อด้วยไอน้ำ

ณนุดา ศรีสุทธิพรสกุล (รพ.สงขลานครินทร์)

งานเวชภัณฑ์กลาง (Central Sterile Supply Department) เป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีความรับผิดชอบในการให้บริการอุปกรณ์ชุดเครื่องมือแพทย์ชนิดปราศจากเชื้อแก่หอผู้ป่วย และภาควิชาต่าง ๆ ของคณะแพทยศาสตร์ เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งในกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อประกอบด้วย การนำส่ง การรับอุปกรณ์ชุดเครื่องมือแพทย์ที่ใช้งานแล้ว นำมาล้างทำความสะอาด จัดเตรียมเป็นประเภทต่าง ๆ อย่างเหมาะสมกับการใช้งาน บรรจุหีบห่อ หนึ่งฆ่าเชื้อ และจัดเก็บ อย่างถูกวิธี พร้อมทั้งกำหนดอายุการใช้งานของชุดเครื่องมือแพทย์ ให้ผู้รับบริการทราบระยะเวลาของการใช้งานอุปกรณ์ชุดเครื่องมือแพทย์และเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งได้ทำการประกันคุณภาพ กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าชุดเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อไม่มีจุลชีพที่มีชีวิตหลงเหลืออยู่

ในปีงบประมาณ 2551 มีปริมาณงานในกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ ดังนี้

ภาระงาน	หน่วยนับ	จำนวน
1. รับ-ส่งของไปยังหอผู้ป่วย	ชุด	1,488,932
2. ล้างทำความสะอาดเครื่องมือแพทย์	ชิ้น	2,998,524
3. บรรจุหีบห่อวัสดุชุดเครื่องมือแพทย์	ชุด	1,488,932
4. สำลีและผ้าก๊อซที่ใช้ในโรงพยาบาล	ชิ้น	9,650,005
5. หนึ่งฆ่าเชื้อวัสดุชุดเครื่องมือแพทย์ด้วยไอน้ำและแก๊ส	ชุด รอบ	2,005,262 23,310

จะเห็นได้ว่าในกระบวนการทำให้อุปกรณ์ชุดเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อมีชิ้นงานเป็นจำนวนมาก เป็นงานที่ต้องอาศัยความรู้ ความละเอียดรอบคอบ การปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างเคร่งครัด การดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีการทำงานเป็นทีม มุ่งหวังความสำเร็จของงานอย่างมีคุณภาพและมี

ประสิทธิภาพ พร้อมใจกันในการค้นหาความสูญเสีย (waste) ในการทำงานและขจัดทิ้งไป พร้อมทั้งพัฒนาให้ดีขึ้น และกระบวนการทำงานดำเนินอย่างคล่องตัวราบรื่น ให้บริการได้ตามที่ผู้รับบริการต้องการ และผู้ปฏิบัติงานมีความสุข มุ่งมั่นให้กระบวนการทำให้อุปกรณ์ชุดเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อสมบูรณ์ที่สุด

จากการค้นหาความสูญเสียในกระบวนการทำให้อุปกรณ์ชุดเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ พบว่าการหนึ่งฆ่าเชื้อชุดเครื่องมือแพทย์ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก เป็นการฆ่าเชื้อรวมทั้งสปอร์ด้วย และต้องมีการตรวจสอบทั้งอุณหภูมิ ความดัน เวลาในการฆ่าเชื้อตามอุณหภูมิที่กำหนด โดยในปัจจุบันนี้มีการจัดบันทึก ขั้นตอนการทำงานของเครื่องหนึ่งลงสมุดพร้อม ๆ กับการทำงานของเครื่องหนึ่งที่มีการบันทึกลง printout อัตโนมัติ เช่น การบันทึกโปรแกรมการหนึ่ง รอบการหนึ่ง รายการ อุปกรณ์ชุดเครื่องมือแพทย์ที่เข้าเครื่องหนึ่งรอบนั้น ๆ จำนวนชิ้น เวลาเริ่มทำงาน อุณหภูมิ ความดัน เวลาฆ่าเชื้อ เวลาทำให้แห้ง และเวลาการทำงานของเครื่องแล้วเสร็จ เป็นต้น ซึ่งพบว่ามี การบันทึกถึง 19 รายการ ต่อบรรยากาศฆ่าเชื้อ

ดังนั้นจึงได้เก็บข้อมูลปริมาณการใช้เครื่องหนึ่งในแต่ละวันพบว่ามีการใช้งาน 9-12 รอบต่อเครื่อง และงานเวชภัณฑ์กลางมีเครื่องหนึ่งฆ่าเชื้อด้วยไอน้ำ 7 เครื่อง ฉะนั้นใน 1 วัน เครื่องหนึ่งจะทำงานประมาณ 63-84 รอบ ซึ่งต้องใช้เวลาในการบันทึกขั้นตอนการทำงานของเครื่องหนึ่งเป็นเวลาหลายชั่วโมง และเจ้าหน้าที่ต้องทำงานด้วยความเร่งรีบ ในการบันทึกให้ตรงตามขั้นตอนการทำงานของเครื่องตาม printout พร้อมกับการทำงานของเครื่องหนึ่งแต่ละเครื่องอยู่ในขั้นตอนที่ใกล้เคียงกัน

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

ได้เปอร์เซ็นต์ประสิทธิภาพ "After Lean" ดังนี้

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

$$\% \text{ ประสิทธิภาพ} = \frac{11}{13} \times 100 = 84.62 \%$$

สรุปผล

จากการนำ LEAN มาใช้ในการบันทึกขั้นตอนการทำงานของเครื่องหนึ่ง พบว่า

1. เวลาในการลงบันทึกลดลง 4 นาที / รอบ

ใน 1 วันเครื่องหนึ่งทำงานประมาณ 65 รอบ = 65 รอบ x 4 นาที = 260 นาที (4 ชั่วโมง 20 นาที) / วัน

ใน 1 เดือน สามารถลดเวลา = 30 วัน x 260 นาที = 7,800 นาที (130 ชั่วโมง) / เดือน

2. เวลาที่ลดลงในแต่ละรอบนำไปปฏิบัติงานอื่น ๆ ได้ดังตาราง

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

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

การนำ Lean มาพัฒนาระบบการบันทึกการทำงานของเครื่องหนึ่งฆ่าเชื้อด้วยไอน้ำในครั้งนี้เป็น การตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องหนึ่งอีกด้วย ได้แก่การตรวจสอบเชิงกล (Mechanical indicator) คือ อุณหภูมิ ความดัน เวลาฆ่าเชื้อ และการตรวจสอบทางเคมี (Chemical indicator) คือ การเปลี่ยนสีของแถบเคมี (External indicator) รวมทั้งการตรวจสอบทางชีวภาพ (Biological indicator) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานเวชภัณฑ์กลางสามารถประกันคุณภาพการทำให้ อุปกรณ์ชุดเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากการใช้อุปกรณ์ชุดเครื่องมือ แพทย์ในการรักษาพยาบาลในที่สุด

USE LEAN in CSSD To Improve Patient Safety

จันทร์พลอย อุตสาคร (รพ.นครพิงค์)

หน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลนครพิงค์ มีบทบาทสำคัญในการจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ การแพทย์ที่สะอาดและปราศจากเชื้อทุกประเภท ให้แก่หอผู้ป่วยและหน่วยงานต่าง ๆ โดยให้การบริการ ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล จากประสบการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมาได้มีการทบทวนและ วิเคราะห์ปัญหาอย่างเป็นระบบ พบปัญหาในด้านการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ การไหล ของกระบวนการผลิตไม่ได้ตามจังหวะของความต้องการของผู้รับบริการ จึงได้ออกแบบโครงการลีน นำมาประยุกต์ใช้ เพื่อลดความซ้ำซ้อน ลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ลดระยะเวลา ประหยัด ค่าใช้จ่าย มีมาตรฐานการปฏิบัติงาน สามารถควบคุมและตรวจสอบคุณภาพได้อย่างเป็นระบบและที่ สำคัญผู้รับบริการ ลดความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ

แนวคิดเรื่อง Lean มาประยุกต์ใช้กับงานหน่วยจ่ายกลาง คือ การเปลี่ยนแปลงกรอบความคิด เรียนรู้ที่จะมองความสูญเปล่าด้วยตา ต้องตระหนักให้มากขึ้นอย่างต่อเนื่องว่า สิ่งใดก่อให้เกิดความสูญ เปล่าที่แท้จริงและพยายามกำจัดออกไป โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำและการผลิตที่

รวดเร็วทันเวลา ทำให้กระบวนการมีเสถียรภาพ โดยการทบทวนความต้องการของผู้รับบริการและขีดความสามารถในการผลิต โดยมีความสมดุลของบุคลากรและการทำงานที่เป็นมาตรฐานอย่างเรียบง่าย

ขั้นตอนของการนำแนวคิดเรื่อง Lean มาใช้

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

บทเรียนที่ได้รับ จากแนวคิด Lean มาประยุกต์ใช้

1. การให้บริการเชิงรุกแบบรวมศูนย์เครื่องมือ

การพัฒนากระบวนการหน่วยจ่ายกลางเป็นแบบรวมศูนย์เครื่องมือและบริการเชิงรุกทำให้กระบวนการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ เพื่อให้กระบวนการโดยรวมทำงานได้รวดเร็ว

มีการประสานงาน ให้มีความยั่งยืนทุกกระบวนการทั้งในเรื่องความต้องการของผู้รับบริการ และการไหลของงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยหน่วยจ่ายกลางเป็นผู้รับผิดชอบจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ทุกประเภท เพื่อสามารถควบคุมและตรวจสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบและมี

มาตรฐานในการจัดเตรียม ซึ่งเป็นการลดภาระงานของหอผู้ป่วย ลดการใช้ยาฆ่าเชื้อเครื่องมือลดค่าใช้จ่ายในการซื้อน้ำยา ลดการสต็อกเครื่องมือที่หอผู้ป่วยเกินความจำเป็น ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ เป็นการดำเนินการเข้าสู่การลดต้นทุน เพิ่มประสิทธิภาพของงาน ลดการสูญเปล่าของกระบวนการผลิต

2. การพัฒนาคุณภาพโดยนำระบบการบำรุงรักษาที่ผลแบบทุกคนมีส่วนร่วม TPM (Total Productive Maintenance) มาใช้ในการปฏิบัติงาน โดยนำระบบการบริหารจัดการในการดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือในเชิงป้องกันก่อนการชำรุดโดยประสานความร่วมมือกับช่างซ่อมบำรุงของโรงพยาบาล ซึ่งมีตารางระยะเวลา และกิจกรรมในการบำรุงรักษาเชิงป้องกันก่อนชำรุด โดยนำระบบ TPM มาใช้ ทำให้เครื่องอบฆ่าเชื้อสามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง ลดการหยุดทำงานของเครื่อง(Break down) ซึ่งเป็นความสูญเสียที่เกิดขึ้นมากที่สุด ส่งผลต่อคุณภาพบริการเครื่องมือที่ทำให้ปราศจากเชื้อไม่ทันเวลา และเครื่องมือหมุนเวียนไม่เพียงพอ เนื่องจากเวลาในการผลิตเครื่องมือปราศจากเชื้อที่มีอยู่ลดน้อยลง

จากแนวคิดเรื่องLean มาใช้ในหน่วยจ่ายกลางทำให้การกำจัดความสูญเปล่าทั้งหมด คือ ทุกสิ่งทุกอย่างที่เพิ่มต้นทุนและเวลาโดยปราศจากการเพิ่มคุณค่า ซึ่งในกระบวนการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อของหน่วยจ่ายกลาง สามารถนำมาใช้วิเคราะห์ถึงความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นได้ทั้งกระบวนการของการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ ซึ่งระบบการผลิตแบบลีน ทำให้เกิดผลลัพธ์

ที่คาดหวัง ลดความสูญเปล่า ทำให้เกิดกระบวนการมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการมีความปลอดภัย และ
พึงพอใจในการให้บริการ

อดุลย์ ชมันเขียว	ศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ที่ 4 (นครราชสีมา)
อานุกาฬ ลออ	กองวิศวกรรมการแพทย์ ศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ที่ 3 (นครสวรรค์)
สาธิต นฤภัย	กองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สธ.

จากสภาพปัญหาของความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม

ต่อการทำงานและการให้บริการในโรงพยาบาล การเสื่อมสภาพก่อนเวลาอันควรของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสมในโรงพยาบาลที่มีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ อันเนื่องมาจากการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่ไม่ได้มาตรฐานความปลอดภัย และจากสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานอาจขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในเชิงระบบทางวิศวกรรมโรงพยาบาล ทำให้เกิดความปลอดภัยทั้งในส่วนของผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ส่วนสำคัญอีกประการหนึ่งคือ สถานบริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลส่วนมาก ยังไม่มีข้อกำหนดหรือมาตรฐานเฉพาะ สำหรับที่จะเป็นแนวทางการนำไปปฏิบัติหรือพัฒนา ด้านวิศวกรรมความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล อย่างเป็นระบบ

กองวิศวกรรมการแพทย์ ซึ่งได้ดำเนินกิจกรรม การตรวจสอบ และปรับปรุงความปลอดภัยและสภาพแวดล้อม เชิงระบบ ที่เกี่ยวข้องในงานวิศวกรรมต่างๆ ที่มีอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานด้านความปลอดภัย กับการพัฒนาระบบคุณภาพของโรงพยาบาล ที่สำคัญเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ ของกฎหมายความปลอดภัยในการทำงาน จึงได้จัดทำเสนอแนวทาง “การจัดการวิศวกรรมความปลอดภัยเชิงระบบ” ในหัวข้อ

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

การจัดการวิศวกรรมความปลอดภัยเชิงระบบ

สาธิต นฤภัย (กองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสธ. สธ.)

กองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้เริ่มดำเนินการกิจกรรมด้านวิศวกรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา จากแนวคิดที่ว่าเพราะความปลอดภัย เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ หัวใจสำคัญในการดำเนินงานของกองวิศวกรรมการแพทย์ คือการสร้างความเป็นระบบในด้านนี้ให้กับโรงพยาบาล โดยในปัจจุบันได้จัดทำโครงการวิศวกรรมความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล สามารถ

การจัดการกับความเสียหายหรือความไม่ปลอดภัยหรือสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมเชิงระบบ โดยเฉพาะการจัดการเชิงป้องกัน (Preventive Risk Management) ซึ่งจะต้องควบคุมสิ่งเหล่านี้ให้ได้คือ ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ ความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทำลายสภาพแวดล้อม และภาระในการชดเชยค่าเสียหายในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุ หรืออันตรายขึ้นในโรงพยาบาลอันเกี่ยวกับกระบวนการรักษาพยาบาลหรือกระบวนการใด ๆ ก็ตาม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551 ถึง 2552 มีโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าร่วมโครงการจัดระบบวิศวกรรมความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลแล้วทั้งสิ้น 240 โรงพยาบาล โดยทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ จะถูกพัฒนาทุกรูปแบบ เพื่อให้บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล สามารถดำเนินกิจกรรมวิศวกรรมความปลอดภัยได้เอง อันได้แก่การค้นหาอันตราย การขจัด การป้องกัน การกำหนดมาตรการเพื่อลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในโรงพยาบาล การสร้างค่านิยมด้านความปลอดภัยและกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอีกมากมาย ซึ่งหากโรงพยาบาลใดสามารถผ่านมาตรฐานด้านวิศวกรรมความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลที่กองวิศวกรรมการแพทย์ได้กำหนดไว้ (จำนวน 36 ข้อกำหนด) สามารถประกันได้ว่าไม่ว่ามาตรฐานคุณภาพใด ๆ ที่โรงพยาบาลต้องรับการประเมิน สามารถผ่านการรับรองได้

ปัจจุบันกองวิศวกรรมการแพทย์ได้จัดทำคู่มือมาตรฐานวิศวกรรมความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลขึ้น เพื่อใช้ประกอบการดำเนินการดังกล่าว โดยผู้รับผิดชอบสามารถนำแนวทางข้อกำหนดต่างๆ ไปปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงในเชิงระบบด้านวิศวกรรมโรงพยาบาล และสามารถใช้เพื่อให้เกิดความเป็นมาตรฐาน หรือข้อกำหนดที่ปลอดภัย สามารถนำไปสู่การปฏิบัติในกระบวนการบริหารความเสี่ยงโดย เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยของโรงพยาบาล (จป.รพ.) อันจะส่งผลดีต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างยั่งยืนสืบต่อไป

สิ่งสำคัญอีกประการในการจัดการเชิงระบบคือ ความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาล นับวันจะมีความสำคัญต่อการให้บริการในโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพมากขึ้น เพราะตั้งแต่ขั้นตอนการจัดหา การติดตั้ง การใช้และการบำรุงรักษา ซึ่งหากทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องตระหนักถึงความปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นในทุกขั้นตอน ย่อมเป็นหลักประกันได้ว่า โอกาสที่จะเกิดอันตรายทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตลอดจนผู้คนทั่วไปมีน้อยมาก สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการเสริมสร้างความปลอดภัยความรู้ ที่เกี่ยวกับความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์ อย่างถูกต้องและเข้าใจ สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นจากการเกิดอุบัติเหตุได้อย่างแน่นอน และสามารถทำให้การตรวจรักษาสำเร็จเร็วขึ้นด้วย โดยทั่วไปหากปล่อยให้เกิดอันตรายในโรงพยาบาลแล้ว ก็จะนำมาซึ่ง

- การเจ็บ พิการ หรือตาย
- ทรัพย์สินเสียหาย
- เสียเวลา
- การให้บริการหยุดชะงัก

- เจ้าหน้าที่เสียชีวิต
- การเสียชีวิต

ส่วนสำคัญสามประการในการเสริมสร้างความปลอดภัยที่เป็นสากล คือ การรู้และเข้าใจถึงเทคโนโลยีของเครื่องมือแพทย์ ประการที่สองคือการรู้และเข้าใจถึงการใช้ การดูแลและบำรุงรักษา และ ประการสุดท้ายคือการกำหนดกฎระเบียบ ข้อบังคับ วิธีการใช้งานอย่างปลอดภัย ถึงแม้หลักการทั้งสามประการจะต้องดำเนินการไปพร้อม ๆ กัน จึงจะทำให้การเกิดอันตรายจากการใช้เครื่องมือแพทย์จึงจะมีประสิทธิภาพสูงสุด ในที่นี้จะเป็นการนำเสนอข้อกำหนดด้านความปลอดภัยเฉพาะด้านการใช้เครื่องมือแพทย์เท่านั้น เพื่อเสริมสร้างในสองประการแรกเป็นสำคัญ อันตรายที่เกิดในโรงพยาบาล โดยทั่วไปจะแบ่งได้ 9 กลุ่มหลัก คือ

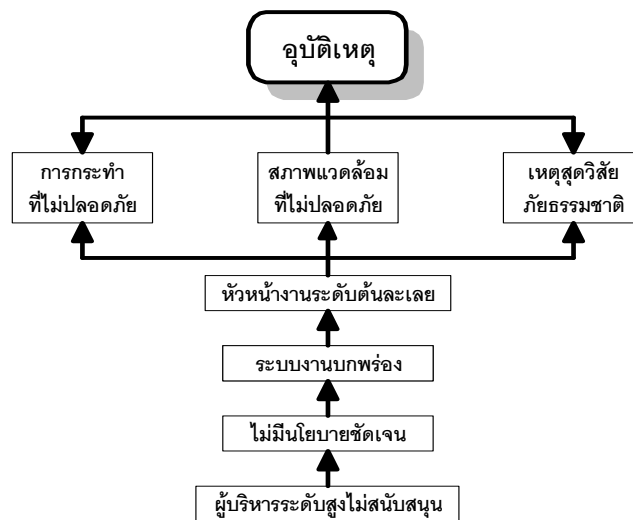
1. อันตรายที่เกิดจากไฟฟ้า (Electrical hazard)
2. อันตรายที่เกิดจากเครื่องจักรกล (Mechanical hazard)
3. อันตรายที่เกิดจากเชื้อ/ชีวภาพ (Biological hazard)
4. อันตรายที่เกิดจากสารเคมี (Chemicals hazard)
5. อันตรายที่เกิดจากรังสี (Radiation hazard)
6. อันตรายที่เกิดจากก๊าซทางการแพทย์ (Medical gases hazard)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

ประเภทของเครื่องมือแพทย์ที่มีความไม่ปลอดภัยหากมีการใช้งานหรือเก็บรักษาไม่ถูกต้อง ได้แก่ เครื่องใช้ทางการแพทย์ วัสดุทางการแพทย์ เครื่องมือและน้ำยาที่ใช้ในห้องปฏิบัติการทางคลินิก เครื่องทดสอบสำหรับเครื่องมือที่นำมาใช้ทางคลินิก ซึ่งประเภทต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- เครื่องมือแพทย์เกี่ยวกับไฟฟ้า (Medical Equipments about Electrical)
- เครื่องมือแพทย์เกี่ยวกับความร้อน (Medical Equipments about Heat)
- เครื่องมือแพทย์เกี่ยวกับความดัน (Medical Equipments about Pressure)
- เครื่องมือแพทย์เกี่ยวกับรังสี (Medical Equipments about Radiation)
- เครื่องมือแพทย์เกี่ยวกับแก๊สพิษ (Medical Equipments about Toxic Gases)
- เครื่องมือแพทย์เกี่ยวกับคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Medical Equipments about Electromagnetic)
- เครื่องมือแพทย์เกี่ยวกับแมคคานิกส์ (Medical Equipments about Mechanical)
- เครื่องมือแพทย์เกี่ยวกับไอน้ำ (Medical Equipments about Steam)
- เครื่องมือแพทย์เกี่ยวกับระบบทำความเย็น (Medical Equipments about Cool System)
- เครื่องมือแพทย์เกี่ยวกับสารเคมี (Medical Equipments about Chemical)
- เครื่องมือแพทย์เกี่ยวกับคลื่นสัญญาณ (Medical Equipments about Telemetry)

- เครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับแสงเลเซอร์ (Medical Equipments about laser)
- เครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับเสียง (Medical Equipments about Sound)

ในคู่มือมาตรฐานดังกล่าวได้มีการกล่าวถึงอันตรายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือแพทย์ไว้บางส่วน ซึ่งจะเกี่ยวกับอุบัติเหตุในงานบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ โดยการเกิดอุบัติเหตุเหล่านั้น สาเหตุมูลฐานของอุบัติเหตุ ได้แก่ การกระทำที่ไม่ปลอดภัย ความประมาท สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย และเหตุสุดวิสัยจากภัยธรรมชาติเป็นต้น



กรอบแนวคิดของการเกิดอันตรายในการทำงานในโรงพยาบาล

รศ.พินิจ ปรีชานนท์

รุจิรา บางกุลธรรม รพ.รามาริบัติ

ศัลยา ไม้เข็มศิริมงคล รพ.สมิติเวช ศรีนครินทร์

โรงพยาบาลของเราจะอยู่รอดได้อย่างไรในขณะที่เศรษฐกิจทั่วโลกทรุดหนัก ทำให้บริการสาธารณสุขต้องกลับมามองเรื่องการลดค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลใหญ่ๆและที่ออกนอกระบบราชการ เป็นสิ่งท้าทายผู้บริหารและทีมห้องผ่าตัด จะต้องคิดและตั้งเข็มมุ่งใหม่ว่า “ช่วยกันกำจัดความสูญเปล่าพวกเราจะอยู่รอด” ช่วยกัน Shape up OR ทำให้ OR มีรูปร่างที่สมบูรณ์งดงาม เป็น OR คุณภาพนั่นเอง โดยการทดลองนำแนวคิด Lean เข้ามาช่วยเติมเต็ม

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

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

ตัวอย่าง เช่น การผ่าตัดผิดชนิด “ผู้ป่วยต้องการตัดชิ้นเนื้อในปากไปตรวจ แต่ทำผ่าตัดขลิบปลายอวัยวะเพศแทน” นั่นคือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในห้องผ่าตัดเปรียบเทียบกับทำให้เกิด defect กับสินค้าในโรงงาน แต่เกิดขึ้นกับคนความเสียหายมากกว่า สามารถป้องกันง่าย ๆ ด้วย กิจกรรมทวนสอบข้อมูล และ Time Out ก่อนลงมีดผ่าตัด

อีกตัวอย่างการสูญเสียเวลารอคอย (waiting time) พบมากคือปัญหาผู้ป่วยไอพีดีรอคอยผ่าตัดที่หน้าห้องผ่าตัดเป็นเวลานานแล้วถูกเลื่อน งดผ่าตัดหรือต้องรับไว้นอนในโรงพยาบาลเพื่อรอผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความคับข้องใจและไม่พึงพอใจการบริการของโรงพยาบาลมาก การจัดการด้วยแนวคิด Lean โดยเชิญแพทย์ผ่าตัดเข้ามาร่วมคิดร่วมทำ ตัวอย่างสุดท้าย Inventory (ของค้างสต็อก) พบได้เสมอในหน่วยงาน สามารถใช้แนวคิด Lean จัดการได้เช่นเดียวกัน

จะเห็นได้ว่า แนวคิด Lean เป็นเครื่องมือคุณภาพชนิดหนึ่งที่สามารถนำมาใช้เต็มเต็ม เพื่อให้
เกิดการพัฒนาคุณภาพในห้องผ่าตัดได้ อย่างสมบูรณ์แบบ

C17 : Management in Excellent Digestive Endoscopy Unit
13 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 7

ประชิด เตมียะเสน	รพ.ศิริราช
ศิริพร รัตนเลิศ	รพ.สงขลานครินทร์
จุฬารัตน์ ป้อมสูง	รพ.บำรุงราษฎร์
วชิรา จันทพันธ์	รพ.ราชวิถี

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

อย่างไรก็ตาม ยังมีการพัฒนารวดเร็วเท่าไรโดยขาดความพร้อมก็อาจจะมีหลุมพรางเกิดขึ้น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้บริการด้านนี้ได้ อย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก ถ้าหากบุคลากรในระบบให้บริการส่งกล้องพัฒนาตนเองไม่ทัน แทนที่จะเกิดประโยชน์เป็นผลดีกับผู้ป่วยก็จะเป็นผลร้ายมากกว่า เนื่องจากความไม่ชำนาญ ความไม่พร้อมของผู้ให้บริการ และการจัดระบบไม่ได้มีการวางแผนไว้รองรับเทคโนโลยีด้านนี้

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบันเพื่อดูแล ควบคุม กำกับให้โรงพยาบาลที่ให้บริการทางด้านนี้สามารถให้บริการกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด มีความปลอดภัยและภายใต้ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจในยุคปัจจุบัน ซึ่งในการอภิปรายในครั้งนี้ได้รวบรวมผู้ที่มีความชำนาญ เชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ทางด้านนี้มาเป็นเวลานานและเป็นต้นแบบอ้างอิง ทั้งภาครัฐและเอกชน ให้เห็น ภาพรวมของการให้บริการที่มีคุณภาพ โดยจะเห็นว่าโรงพยาบาลจะต้องมีการวางระบบการให้บริการอย่างไร บุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพด้านนี้จะต้องได้รับการเรียนการสอนอะไรบ้างตลอดจนมีเตรียมพัฒนาเครือข่ายเพื่อให้การบริการอย่างต่อเนื่องอย่างไร เตรียมประชาชนผู้ให้บริการ และทำอย่างไรที่จะให้ผู้รับบริการที่มีคุณภาพ ได้รับความต้องการตรงกับความต้องการและแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน

C27: วงจร HA – LA ประโยชน์อยู่ที่ใด ?

13 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 7

นัยนา วัฒนศิริ

สภาเทคนิคการแพทย์

สมจิตร์ จินากักดี

รพ.รามคำแหง

วรรณิกา มโนรมณ์

สภาเทคนิคการแพทย์

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

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

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

รูปแบบการขอมีทั้งขอแบบ LA คือการตรวจประเมินรับรองระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการ และขอแบบ HA คือการเข้าตรวจประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมของห้องปฏิบัติการ แต่ทั้ง 2 รูปแบบใช้มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์เป็นเครื่องมือในการตรวจวัด ความร่วมมือระหว่างองค์กรมีทั้งเรื่องการส่งรายชื่อหน่วยงานที่ขอรับการตรวจประเมิน HA ให้วิชาชีพเทคนิคการแพทย์ เข้าตรวจประเมินในส่วนห้องปฏิบัติการ รายงานผลหลังการตรวจประเมิน จะถูกส่งต่อให้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพแจ้งให้ทีมผู้ตรวจทราบก่อนการเข้าตรวจประเมินในรอบถัดไป หลายครั้งที่การเข้าเยี่ยมสำรวจห้องปฏิบัติการของทีม HA ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเพื่อเตรียมการขอ LA ต่อไป

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ซึ่งเกิดจากความร่วมมือวงจร HA – LA เช่น ห้องปฏิบัติการได้ปรับขยายโครงสร้างพื้นที่ให้เหมาะสมกับภาระงานตามข้อเสนอแนะจากผู้เยี่ยมสำรวจ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการมีความเข้าใจในการจัดทำระบบคุณภาพทั้งในเรื่องการวิเคราะห์ความเสี่ยง กำหนด

กิจกรรมปฏิบัติการแก้ไขและป้องกันปัญหา มีการประสานงานระหว่างวิชาชีพในการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาปฏิบัติการจากการให้เลือด การกำหนดค่าวิกฤตร่วมกันระหว่างห้องปฏิบัติการกับองค์กรแพทย์เพื่อใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัยรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ห้องปฏิบัติการตระหนักในความสำคัญของการทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางควบคุมคุณภาพเครื่องมือ POCT ที่ใช้ในโรงพยาบาล ห้องปฏิบัติการหลายแห่งเป็นต้นแบบของระบบเอกสารคุณภาพและบันทึกคุณภาพ การกำหนดกิจกรรมพัฒนาร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ใช้บริการ บรรยากาศในการปฏิบัติงานในหน่วยงานราบรื่นขึ้น ผู้บริหารเข้าใจปัญหา อุปสรรคของผู้ปฏิบัติงาน ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีเข็มมุ่งสอดคล้องกับเป้าหมายหลักของหน่วยงาน

ตัวอย่างข้างต้นเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่พบเห็นได้ในกระบวนการตรวจประเมินหรือเยี่ยมสำรวจเมื่อติดตามผลลัพธ์แล้วแต่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการทั้งสิ้น

หลายหน่วยงานที่ยังไม่ได้ขอทั้ง HA&LA ถามหาบันไดว่าจะขึ้นต้นที่ HA หรือ LA ก่อนดี คำตอบที่ถูกต้องที่สุดก็คือไม่ว่าไถ่จะเกิดก่อนไข่ หรือไข่จะเกิดก่อนไถ่ ทั้งไถ่และไข่ก็ล้วนมีประโยชน์ต่อผู้บริโภค ดังนั้น ขอให้เริ่มระบบคุณภาพไม่ว่าจะเริ่มที่ใด ประโยชน์ก็เกิดแก่ผู้ให้บริการทั้งสิ้น

ในฐานะผู้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการ อาจเป็นเรื่องยากหากพัฒนางานคุณภาพโดยไม่ทราบว่าจะพัฒนาไปในทิศทางใด แต่ถ่าท่านได้ลองหลุดพ้นจากการก้าวข้ามความหวาดกลัวความยุ่งยากนั้นมาได้ ท่านจะรู้ว่า “การพัฒนาคุณภาพ” นั้นอยู่ในสายเลือดของทำงานในห้องปฏิบัติการมาโดยตลอด โดยที่ท่านไม่รู้ตัว และหากท่านได้ลองพัฒนาคุณภาพงานเริ่มต้นตามมาตรฐาน LA และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ท่านสามารถต่อยอดคุณภาพงานในห้องปฏิบัติการไปยังมาตรฐาน HA หรือ JCI ได้อย่างง่ายดาย

หมายเหตุ : ประเภทของการตรวจประเมิน

HA = Hospital Accreditation คือ การตรวจประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมของห้องปฏิบัติการ โดยสภาเทคนิคการแพทย์ สู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

LA = Laboratory Accreditation คือ การตรวจประเมินเพื่อขอการรับรองระบบบริหารคุณภาพ โดยสภาเทคนิคการแพทย์

JCI = Joint Commission International คือ การตรวจประเมินเพื่อขอการรับรองระบบบริหารคุณภาพ โดย

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลประเทศอเมริกา

C37 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (เรื่องปอดๆ)

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

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

พญ.วรรณฯ สุภศิริลักษณ์

ผู้ดำเนินการอภิปราย

Meeting Room 8

เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน

รับฟังแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
และเรื่องเล่าจากพื้นที่ในแง่มุมที่หลากหลาย

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

A28 ถักทอเครือข่าย การดูแลต่อเนื่อง

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

นางางค์ดาว มาดัวง

รพ.หนองบัวระเหว

นพ.เจ็ดพันธ์ ภัทรพงศ์สินธุ์

รพ.หนองบัวระเหว

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

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

ซึ่งในการที่จะดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิต ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้น ไม่อาจแก้ไขได้โดยบุคลากรของหน่วยงานเดียว หรือบุคลากรวิชาชีพเดียวจำเป็นต้องเชื่อมโยงกับหน่วยงานและบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทุกระดับเพื่อการดูแลรักษาพยาบาลแบบองค์รวม โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ยังต้องมีการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลให้มีมาตรฐานการดูแลเฉพาะโรค รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย พัฒนาศักยภาพเครือข่ายแกนนำในชุมชน พัฒนาระบบการส่งต่อร่วมกับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า จึงจะสามารถพัฒนาคุณภาพการบริการ ให้เป็นระบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่ยั่งยืน และผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การดำเนินงาน

1. ทบทวนพันธกิจ วิสัยทัศน์ เป้าหมาย นโยบายของเครือข่ายบริการสุขภาพ และกำหนดให้ การดูแลต่อเนื่องเป็นสมรรถนะหลักขององค์กร (Core competency)
2. จัดทำยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องร่วมกันทั้งเครือข่าย
3. การจัดตั้งศูนย์ประสานงานการดูแล สุขภาพต่อเนื่อง เป็นการพัฒนากระบวนการจัดบริการ ด้านโครงสร้าง โดยมอบหมายให้กลุ่มการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบจัดตั้งศูนย์ประสานงานการดูแล สุขภาพต่อเนื่อง เพื่อทำหน้าที่เชื่อมโยงแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปสู่การดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่ บ้าน รวมทั้งการส่งต่อการรักษาพยาบาลไปยังสถานบริการสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
4. วางระบบการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยการกำหนด บทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องร่วมกัน
5. กำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ภายใต้แนวคิด **บ้านคือเตียงนอนของผู้ป่วย** และกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่องร่วมกัน
6. การพัฒนาบุคลากร ในด้านความรู้และประสบการณ์การดูแลสุขภาพต่อเนื่อง ให้กับบุคลากร ระดับปฐมภูมิในเครือข่าย และพัฒนาเครือข่ายแกนนำสุขภาพในชุมชน
7. พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์ สุขภาพชุมชน

การเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

1. ด้านการประสานงานและความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่ เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เกิดระบบการส่งต่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยระหว่างสถานบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ การมีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษากการดูแลผู้ป่วย ของทีมสหสาขาวิชาชีพ และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้บุคลากรจากทุกฝ่าย มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการค้นหาและใช้ แหล่งประโยชน์ในชุมชนร่วมกัน โดยมีศูนย์ประสานงานการดูแลต่อเนื่องเป็นศูนย์กลางการประสานความ ร่วมมือและให้ข้อมูลข่าวสาร ทำให้เกิดเครือข่ายระบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง และมีความ เข้มแข็ง
2. ด้านสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย จากการที่ทีมสุขภาพให้ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้ง ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วย ร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาล และมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการเรียนรู้และฝึกทักษะการควบคุมอาการของโรค การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความ มั่นใจในตนเองมากขึ้น มีความเข้มแข็ง ยอมรับภาวะการเจ็บป่วย สำหรับ ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ ได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านและสังคมตามความเหมาะสม
3. ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลุ่มต่างๆได้รับ การดูแลต่อเนื่อง เช่น กลุ่มผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มเด็กพิเศษ ทำให้สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ลดการนอนโรงพยาบาล และได้รับการดูแลต่อเนื่องตามมาตรฐาน มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เช่น
ในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยวัณโรค

A38 เลือกรรณาคำมาแบ่งปัน (HIV เด็ก จิตเวช ผู้พิการ)
11 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 8
นพ.อิทธิพงษ์ ยอดประสิทธิ์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

सानฝันเด็กน้อยมาร้อยเรียง สร้างเครือข่ายวัยรุ่น

พญ.รวีวรรณ หาญสุทธิเวชกุล (รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์)

ณ วันหนึ่งที่ลูกชายของแม่เปลี่ยนไป

ภก.อัญชลี สวัสดิ์พานิชย์ (รพ.ร้อยเอ็ด)

กลุ่มหัวใจยิ้มได้ เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวช

วิภาวรรณ ประยูรสวัสดิเดช รพ.หาดใหญ่

ตำแหน่งนี้เฉพาะหนู ผู้พิการ

วรินทร์ ทองหวัน รพ.สตูล

คืนชีวิตที่มีค่า พัฒนาศักยภาพคนพิการ

พญ.ดลฤดี ศรีสุภผล ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

A48 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ความเสี่ยง สิ่งแวดล้อม ชีวิตจิตใจ)

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

พ.ท.หญิง ทรงสุดา ขวัญประชา (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ร่วมคิด ร่วมทำ นำชีวิตปลอดภัย

ศรียา ทวีกุล

รพ. เชียงรายประชานุเคราะห์

เตาเผามูลฝอยติดเชื้อเพื่อศูนย์สุขภาพชุมชน

สมบุญรัตน์ ชันเมือง

รพ. พะเยา

เครื่องมือได้มาตรฐานเพราะกระบวนการมีประสิทธิภาพ

สายใจ รัตนพันธุ์

รพ. พุ่งสง

ใส่ใจลงในขนมปัง

บุษบา หีบเงิน

รพ. ราชบุรี

ชีวิตใหม่ของชายชื่อ"พัน"

ปิยะนาฏ สิงห์โต

รพ. บ้านลาด

B18 เลือกรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ความรัก ความสุข แม่ลูก)
12 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 8
สุนารี เนาว์สุข (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

Miracle of Love (Love patient from Love diary)

นพ.วิโรจน์ ตระการวิจิตร รพ.นครพน

ความสุขที่เงินมิอาจซื้อได้

พจมาลย์ พูลสวัสดิ์ รพ.ตะกั่วป่า

ผูกพัน สายใย แม่ลูกปลอดภัย ตลอดในสถาน

สุนิดา สามะ รพ.สุโขทัย

การพัฒนาคุณภาพการบริการ การดำเนินงาน รพ.สายใยรักแห่งครอบครัว

พญ.ลาวัลย์ ปัจฉักภักดิ์ รพ.สุราษฎร์ธานี

แม่ลูกผูกพัน ฝากฝันพันหนู

ภูนาลีอมี ปากามะ รพ.บาเจาะ

B28 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ผู้พิการ จิตเวช ทันตกรรม)
12 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 8
ทพ.ญ.มยุเรศ เกษตรสินสมบัติ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ศูนย์เปิดเสรีจคนพิการแบบภาคีหุ้นส่วน

ณัชชา กิจนาคม รพ.ควนเนียง จ.สงขลา

ร้อยเรียงปัญหาผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ จากแรกรับถึงจำหน่ายด้วยหน้ากระดาษเดียว

รศ.พญ.อภิชนา ไชยวาทะ รพ. มหาราชนครเชียงใหม่

แพทย์ พรรยา- ณะ- นา คุณภาพ

นพ.พรรยา กรรณล้วน รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

Hello Mondor

วาสนา จิ่งตระกูล รพ.สงขลา

หมอฟัน DDT ความสุขกับงานบริการทันตกรรม

ทพ.ญ.เยาวพา จันทบุตร รพ.โพนทอง

B38 เลือกรศรคณค้มาแบ่งปัน (Palliative & Spirituality)

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

รศ.นพ.กำจร พฤษานานนท์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องตามแนวคิด Lean & Seamless Healthcare

นพ.นิตติ วรธนัจฉริยา

รพ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความหวังครั้งสุดท้าย

นพ.วีรวัฒน์

รพ.แมคคอร์มิค

ขอถนน นำพา ท้องฟ้า นำทางและความรักของพ่อ

สุวรรณา แก้วศรี

รพ.บัว

ปาฏิหาริย์ของชีวิต

รัชวรณ เจริญชัย

รพ.เชียงใหม่

B48 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (รักษ์และสร้างสุขภาพ)
12 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 8
รศ.นพ.รณชัย อธิสุข (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

มัชยิตสร้างเสริมสุขภาพ บ้านปลักมาลัย

ฐานิษา สาทัด

รพ.ละงู

เขาหาว่าคุณตาติดเชื้อ

วันเพ็ญ เปล่งเนียม

รพ.บ้านลาด

รักษ์สุขภาพวิถีมุสลิม

สะนีย์ะ มุแกม

รพ.รัตนภูมิ

เติม"หัวใจ" ใส่"ความรัก" ตกแต่ง "สุข"

ศิริพร ศรีห่วย

รพ.ละงู

คืนรอยยิ้มให้หนู

บุษบา หีบเงิน

รพ.ราชบุรี

C18 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (สุข สำเร็จ เครือข่าย)
13 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 8
นพ.พงศ์ธร เกียรติดำรงวงศ์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ก้าวใหม่กับการพัฒนางาน MSO

นพ.สมศักดิ์ อภัยพิบูลย์ รพ. เชียงรายประชานุเคราะห์

เรื่องเล่าไม่รู้จบ

นพ.ประจันต์ เหล็กเที่ยง รพ. อมก๋อย

ความสำเร็จจะยิ่งใหญ่กว่าถ้าก้าวไปด้วยกัน

นุชเนตร ชูชาติ รพ. สุโงะโกลก

จากความสุขในอดีต สุขใจที่ได้ทำ

พรทิพย์ ทองสง่า รพ. หนองคาย

Care แคร์ไหน ด้วยหัวใจและจิตวิญญาณ

วาสนา จิ่งตระกูล รพ. สงขลา

C28 เลือกรรคุณค่ามาแบ่งปัน (มิตรภาพ สายใย ชุมชน)
13 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 8
นพ.มนตรี ลักษณะรุ่งวงศ์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

มิตรภาพบำบัดสถานสายใจไร้ขอบเขต

สุนันทา ภัคดีอำนาจ รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก

ผ้ารัด สายใยรัก

สมจิตต์ เจริญสุข รพ.ดำเนินสะดวก

การดูแลผู้ป่วย COPD แบบผสมผสานและต่อเนื่องถึงชุมชน

พรวิภา ยาสมุทร รพ.บ้านไผ่

เรื่องเล่าประสบการณ์จากพื้นที่ ผู้ให้การเยียวยา

อังคณา วังทอง รพ.หนองจิก

รถเมล์ สายสุขภาพ

นรินทร์ รพ.ขุนหาญ

C38 เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ดอกไม้และหัวใจ)
13 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 8
ธรรมาธิบดี ส่งสิทธิกุล (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ข้างหลังภาพতিক์ลยกรรม นริเวช สถาบันบาราศ

ธรรมาธิบดี กอสกุลศิริบุญรัตน์ สถาบันบาราศนคราตุร

เพื่อผ้าขาวและดอกไม้ ได้ฟังฟัง

วิญญู หิมมา รพ.ละงู

รักน้องต้องหลอกกล่อ

สุรีย์ แสงนาก รพ.บางมูลนาก

บรรจงใส่หัวใจให้"ป่าขาว"

บรรจง ป่านทอง รพ.บ้านลาด

ธนาคารความดีจิตอาสาในระบบบริการสุขภาพ

พนมพร ศิลาพันธ์ รพ.วชิรบารมี

Meeting Room 9

Workshop

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

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

A29 SPA & Self Enquiry Workshop

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

อัมพันธ์ วิมลวัฒนา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ รพ.บำราศนราดรุ

SPA & Self Enquiry เป็นเครื่องมือที่ พรพ.พัฒนาขึ้นเพื่อให้โรงพยาบาลสามารถนำมาตรฐานให้ไปอยู่ในชีวิตการปฏิบัติงานปกติประจำได้ และเป็นเครื่องมือสำหรับการวิจัยสืบค้นตนเอง เจาะลึก ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ทั้งในด้านที่เป็นจุดแข็งและโอกาสพัฒนา

Self Enquiry สำหรับมาตรฐานตอนที่ I และ II จะมีลักษณะคล้ายคำถามในการเยี่ยมสำรวจ ภายใน แต่มุ่งเน้นการทำความเข้าใจร่วมกันมากกว่าการมีคนนอกหน่วยงานไปประเมิน

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

การจะนำเครื่องมือนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ต้องเรียนรู้ผ่านการลงมือทำ มีภาพสุดท้ายอยู่ในใจว่าจะเกิดอะไรขึ้น จะนำข้อมูลที่ได้ไปทำอะไรต่อ จะจัดการกับข้อมูลจำนวนมากอย่างไร จะส่งต่อให้ทีมที่เกี่ยวข้องอย่างไร

เชิญผู้สนใจมาร่วมกันเจียรนัยสร้างความรู้จากข้อมูลในงานประจำของเรา

A39-A49 “ติวเข้ม” IT Service Management สำหรับโรงพยาบาลคุณภาพ

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

นพ.บดินทร์ ทรัพย์สมบุญ	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ผุสดี หมูปยัคฆ์	ธนาคารแห่งประเทศไทย
ณรงค์ศักดิ์ ดิษฐสุภกุล	บ. Hewlett-Packard
อรรถพล พานิชวัฒนา	บ. Hewlett-Packard
ประยุทธ์ ธีรทัศนานนท์	บ. IT One

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

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

ผลการวิจัยล่าสุดระบุว่า ภายในปี 2008 องค์กรกว่าครึ่งหนึ่งกำลังมองถึงกระบวนการ ITSM ที่เป็นมาตรฐานโดยอิงกับ ITIL นอกจากนั้นเหล่านักวิจัยยังได้ตั้งข้อสังเกตว่าองค์กรส่วนใหญ่กำลังหาทางปรับปรุงกระบวนการบริหารระบบโครงสร้างพื้นฐานของตนเองอยู่ แสดงให้เห็นถึงการสนใจอย่างจริงจังในเรื่อง ITIL และกระบวนการทำงานอื่นๆ ที่เป็นระบบ ซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นว่า ITIL กำลังจะกลายเป็นมาตรฐานในการจัดสรรบริการที่ทุกฝ่ายยอมรับไปแล้ว และได้เป็นที่พิสูจน์แล้วว่า การนำ ITIL มาเป็นเครื่องมือในการจัดการบริการด้านไอที จะช่วยให้ธุรกิจด้านบริการนั้นประสบความสำเร็จได้แบบยั่งยืน

หน่วยงานในประเทศไทยได้นำ ITIL มาใช้กันอย่างแพร่หลายมากขึ้น เช่นเดียวกันงานด้านไอทีในโรงพยาบาลเป็นงานที่ซับซ้อน ต้องตอบสนองความต้องการที่หลากหลาย ให้บริการอย่างต่อเนื่องไม่หยุดชะงัก มีเงื่อนไขทางธุรกิจเป็นจำนวนมาก การนำ ITIL มาใช้ในโรงพยาบาลจะช่วยยกระดับคุณภาพการให้บริการด้านไอที ช่วยลดและป้องกันปัญหา ส่งผลโดยตรงในการสร้างคุณค่าให้กับผู้รับบริการของ

โรงพยาบาล และเพิ่มศักยภาพในการแข่งขัน ในปัจจุบันมาตรฐาน ITIL มีความจำเป็นไม่น้อยกว่ามาตรฐานด้านคุณภาพอื่นๆ ของโรงพยาบาล

B19-B29 SHE workshop : การเพิ่มคุณค่าการบริการโดยงานอาชีวอนามัย

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

รศ.พญ.เนติณี ไชยเอื้อย	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ทพ.ญ. ชัญญา วีระโชติ	รพ.กาฬสินธุ์
นภาพร ครุสันธิ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นิภาพร วารีย์ชัย	มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยเฉพาะในด้านการรักษาพยาบาลถือว่าเป็นหัวใจสำคัญในการให้บริการสถานพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เบื้องหลังของการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลนั้น คุณภาพชีวิตของผู้ให้บริการโดยเฉพาะคุณภาพชีวิตการทำงาน (quality of work life) ย่อมเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

ปัจจัยที่สำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิตการทำงาน คือ การทำให้สุขภาพและความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานนั้นอยู่ในระดับที่ดีและเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อเป็นการเพิ่มพลังการทำงาน สุดท้ายย่อมส่งผลถึงประสิทธิภาพในการให้การรักษายาบาลแก่ผู้ป่วย

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

จากประสบการณ์การทำงานด้านอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลนั้น และการเป็นผู้ถูกประเมินจากหลายสถาบันนั้น จะพบว่าเมื่อกล่าวถึงการดูแลสุขภาพของผู้ให้บริการจะเน้นเพียงการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่บุคลากรเป็นหลัก อันที่จริงแล้วการดูแลสุขภาพบุคลากรมีหลายมิติที่เกี่ยวข้อง และการทำให้ประสบผลสำเร็จนั้น จำเป็นต้องคำนึงหลักการทางบริหาร โดยเฉพาะการเน้นผลลัพธ์ (outcome base) ตลอดจนความร่วมมือของบุคลากรในแนวราบมาเป็นข้อพิจารณาในการวางแผนการดำเนินการ

จุดประสงค์

1. ผู้เข้าร่วมอบรม สามารถวางแผนการดำเนินการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลโดยใช้ Outcome Mapping
2. ผู้เข้าอบรมได้เกิดโอกาสแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ในแนวทางการปฏิบัติด้านอาชีวอนามัย

คุณสมบัติของผู้เข้าอบรม

1. ผู้บริหารที่รับผิดชอบด้านอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล ด้านโครงสร้างกายภาพ (คณะกรรมการต่างๆ)

2. ผู้ปฏิบัติในสายงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

จำนวน 50 คน

วิธีการอบรม

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

เนื้อหา

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

เอกสารประกอบการอบรม

1. คู่มืออาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโรงพยาบาล โดย รศ.พญ. เนลีนี ไชยเฉีย บรรณาธิการ
2. Training material

B39-B49 Outcome Mapping

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

ดร.ประพนธ์ ผาสุขยี่ด

สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.)

การทำโครงการให้ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ได้รับประโยชน์ จากโครงการในการที่จะเข้ามาช่วยคิดร่วมวางแผนตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อกำหนดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ผลลัพธ์ที่มีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนคือพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้องกับแต่ละโครงการนั่นเอง เป็นผลลัพธ์ที่สามารถติดตามดูความก้าวหน้าได้ด้วยตัวเอง การวางแผนที่ดีจะเริ่มจากการมองภาพใหญ่ที่ ฝันเห็น บทบาทของโครงการ การวิเคราะห์ partner ต่างๆ บทบาทของแต่ละ partner กลยุทธ์ของโครงการที่จะทำงานร่วมกับ partner และกลยุทธ์การจัดการความรู้และทรัพยากรของโครงการเอง

Session นี้ต้องการคนคิดจริง รับผิดชอบจริง มีเนื้องานจริง และตั้งใจทำจริง เข้ามาช่วย แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน

โดยทีมงานจาก รพ.เสวให้: ทพ.ญ.จิราวรรณ องค์วรรณดี, เนาวรัตน์ สุ่มตีบ, พิมพ์นภา แซ่ไชว, เจนจิรา แพงหลวง, จิรภัฏญา ชื่นใจ, ทิพวรรณ มุสิก, จิรพรรณ เคหะทอง, เปรมฤดี อุปละ, สุนิธิ ลิ้มธารณามัย, หทัยรัตน์ รุ่งประพันธ์, มณฑา นักชัตรี, คันธารัตน์ สุนทรประทุม

แนวคิดของ Lean in Healthcare

Lean หมายความว่า "The optimal way of producing goods through the removal of waste and implementing flow as opposed to batch and queue" แปลให้เป็นไทยๆ Lean ก็คือพอๆ ไม่อ้วน ไม่อึดอัด ออกรที่มีระบบ lean จะมีการผลิตหรือจัดบริการโดยลดความสูญเสียนหรือสูญเปล่า (Transformation waste into value) ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องของเวลา วัสดุ สถานที่เครื่องมืออุปกรณ์ที่ไม่ได้ใช้ และทรัพยากรอื่นๆ ระบบ การผลิตแบบลีนช่วยให้องค์กรสามารถลดต้นทุน เวลาในการให้บริการและ กิจกรรมที่ไม่ก่อให้เกิดมูลค่าเพิ่มและความจำเป็นต่อองค์กร

Lean เป็นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องของแนวคิดในภาคอุตสาหกรรม ซึ่งต้องการเพิ่มประสิทธิภาพ ในการผลิตให้ได้มากที่สุด Toyota ได้ศึกษาความผิดพลาดของ Ford และ GE และนำมาสู่ระบบที่เรียกว่า Toyota Production System (TPS) อันเป็นต้นกำเนิดของสิ่งที่เรียกว่า Lean Manufacturing ในเวลา ต่อมา

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

คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1. ผู้นำทุกระดับ ที่ต้องการความเข้าใจ แนวคิด Lean เพื่อไปปรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพงาน
2. ผู้ดูแลรับผิดชอบงาน Utilization Management

จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม ต่อรอบ

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

เปิดให้ร่วมกิจกรรมทั้งหมด 3 รอบ
แต่ละรอบใช้เวลาประมาณ 90 นาที

รูปแบบกิจกรรม

เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบใหม่ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เข้าใจแนวคิดของ Lean อย่างเป็นรูปธรรมจากการปฏิบัติเป็นหลัก มีการบรรยายทฤษฎีเล็กน้อยในช่วงต้นและสลับในระหว่างการทำกิจกรรมเพื่อให้เกิดการประยุกต์ใช้แนวคิด Lean ในการพัฒนาคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย

เป็นการจำลองสถานการณ์ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลและเพื่อให้เกิดความสนุกสนานไปด้วย จึงจัดให้มีการแข่งขัน โดยแบ่งผู้เล่นเป็น 2 ทีม ทีมละ 10 คน แต่ละคนมีบทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยจะมีรายละเอียดให้อ่าน พร้อมทั้งอธิบายให้ทุกท่านเข้าใจก่อนเริ่มเล่น

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

โดยจะทำการเล่นทั้งหมด 3-4 รอบ ในแต่ละรอบ วิทยากรจะให้โจทย์ที่เป็นเงื่อนไขแตกต่างกันออกไป โดยที่รอบหลังๆ จะมีการยืดหยุ่นให้มากขึ้นกว่ารอบแรก เนื่องจากสมมติสถานการณ์ว่าผู้ปฏิบัติงานมีประสบการณ์ในการทำงานมาแล้ว ย่อมใช้เวลาในการทำงานน้อยลง

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

เป็น workshop ที่ได้ทั้งความเข้าใจอย่างชัดเจน และได้ทั้งความสนุกสนานในเวลาเดียวกัน แนวคิด Lean ช่วยให้เห็นการลื่นไหล (flow) ตั้งแต่จุดเริ่มต้นจนถึงจุดสิ้นสุดของแต่ละ Value Stream มุ่งเน้นขจัดความสูญเปล่า โดยยึดเอาคุณค่าในมุมมองของผู้รับผลงานเป็นตัวตั้ง โดยที่การทำงานนั้นต้องไม่แยกส่วน ต้องเชื่อมโยงกันแบบไร้รอยต่อจึงจะสามารถก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณค่ามากที่สุดสำหรับผู้รับบริการได้ ในรอบสุดท้ายผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกท่านจะเห็นผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากมาย ซึ่งได้ทั้งการลดต้นทุน, การเพิ่มผลผลิต, เจ้าหน้าที่มีความสุข และผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพในเวลาเดียวกัน

Phoenix 1-3 (Y)

Safe Medication

รับฟังแนวคิดและเรื่องราวดี ๆ เกี่ยวกับการใช้กระบวนการคุณภาพ
กับระบบยาเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ความคุ้มค่า

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

A2Y : ABC-VEN Matrix for Lean Management

11 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Phoenix 1-3

ภค.ผศ.ดร.มังกร ประพันธ์วัฒน์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ภค.พิชญสิทธิ์ อุดมบุญทรัพย์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ภค.ชัยภัทร เมธาธิติมากรณ์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ภค.ทรงศักดิ์ ทองสนิท	มหาวิทยาลัยนเรศวร

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

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

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

A3Y : ใช้อย่างสร้างสรรค์ ต้องประกันคุณภาพ

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

รศ.นพ.กิตติ ลิ้มอภิชาติ

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภก.ผศ.ดร.ปรีชา มนทกานติกุล

มหาวิทยาลัยมหิดล

ภญ.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์

รพ.ศิริราช

ในปัจจุบัน ผู้บริหารโรงพยาบาลต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้นตลอดเวลา แต่การรักษาพยาบาลที่ได้รับกลับถูกจำกัดมากขึ้น เช่น จ่ายค่ารักษาตามอัตราของกลุ่มโรค (DRG) หากโรงพยาบาลใช้ยาราคาแพงในการรักษา โรงพยาบาลจะต้องออกค่าใช้จ่ายในส่วนที่เกินนั้นทั้งหมดเอง ทำให้การใช้ยาตามชื่อสามัญ หรือ generic drugs ซึ่งไม่ยึดติดกับชื่อการค้าหรือบริษัท เป็นที่นิยมกันมากขึ้นในโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

วิทยาการที่มีประสบการณ์ในการกำหนดนโยบายและน่านโยบายใช้ยาตามชื่อสามัญมาปฏิบัติอย่างได้ผล จะมาเล่าประสบการณ์ ขั้นตอนการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคที่พบ ข้อควรระวังและผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยก่อนและหลังจากการใช้นโยบายนี้

แม้ว่าการใช้ยาส่วนใหญ่จะสามารถใช้ยาตามชื่อสามัญได้อย่างปลอดภัยและให้ผลการรักษาที่ดีพอๆ กัน แต่ก็มียาบางชนิดที่อาจมีข้อจำกัดบางอย่างที่ผู้เลือกใช้ยาต้องให้ความสนใจในคุณสมบัติเฉพาะตัวของยาที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาด้วย วิทยาการจะบอกเล่าถึงยาที่พึงระมัดระวังในการคัดเลือกเพื่อให้ได้ยาที่ดีและปลอดภัย มิฉะนั้นจะกลายเป็น “เสียน้อยเสียยาก เสียมากเสียง่าย” การประกันคุณภาพของยาที่คัดเลือกจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับโรงพยาบาลต่างๆ

ทัศนคติของบุคลากรก็เป็นส่วนสำคัญในการน่านโยบายนี้ไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล วิทยาการจะนำเสนอการศึกษาที่ผ่านมาเพื่อให้ทราบว่า แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร มีความเห็นอย่างไรต่อการน่านโยบายใช้ยาตามชื่อสามัญไปสู่การปฏิบัติ สิ่งที่บุคลากรเป็นห่วง และมาตรการรองรับ เพื่อให้ผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาลสามารถมั่นใจได้ว่ายาที่ใช้อยู่ในโรงพยาบาลเป็นยาที่ดีจริงๆ

บริษัทยาที่เป็น original มักจะตั้งราคาสูงกว่ายาที่เป็น generic อย่างมาก ในบางกรณีมากเป็นสิบเท่า คำถามคือ ประเทศเราไม่จ่ำรวย เงินที่ใช้เป็นค่ายาหลายๆ กรณี ไม่ว่าจะมาเป็นจากระบบข้าราชการ หรือแม้แต่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าล้วนมาจากเงินภาษีอากรของประเทศ ถ้าเรามีวิธีตรวจสอบพอจะนำเชื่อถือได้ว่าคุณภาพไม่ต่างกัน เราควรจ่ายแพงต่อไปอีกหรือไม่? เราถูกเอาเปรียบจากบริษัทมากเกินไปหรือเปล่า?

ขอเชิญชวนให้มารับฟัง และร่วมกันแสดงข้อคิดเห็น

A4Y : ทบทวนการใช้ยา : กลยุทธ์ในการเพิ่มประสิทธิภาพ
การบริหารจัดการยาในโรงพยาบาล
11 มีนาคม 2552 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Phoenix 1-3

ภญ.รศ.ไพยม วงศ์ภูวรักษ์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

พ.ต.หญิงศนิตา หิรัญรัมย์

รพ.พระมงกุฎเกล้า

การทบทวนการใช้ยา (drug utilization review - DUR) หรือ การประเมินการใช้ยา (drug utilization evaluation - DUE) เป็นกลยุทธ์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการยาที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งในทำให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็นลงได้ การดำเนินงานต้องทำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การประเมินเชิงคุณภาพต้องใช้เกณฑ์ (criteria) เป็นฐานในการประเมิน และมีมาตรการแก้ไขปัญหาที่พบ (intervention)

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

วิธีการประเมินสามารถกระทำได้ทั้งก่อนผู้ป่วยใช้ยา (ขณะจ่ายยา) หรือขณะที่ผู้ป่วยกำลังใช้ยา หรือหลังจากผู้ป่วยหยุดใช้ยาแล้ว การเลือกชนิดยาหรือประเด็นใดมาประเมินนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ปัญหาของแต่ละหน่วยงาน

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

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากลยุทธ์ในการดำเนินเรื่องนี้ให้เกิดความสำเร็จต้องเป็นการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพโดยมีฝ่ายเภสัชกรรมเป็นผู้ประสานงาน และต้องได้รับการสนับสนุนอย่างชัดเจนจากผู้บริหาร โดยถือเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทุกคนและทุกฝ่ายในหน่วยงาน ไม่ใช่เป็นความรับผิดชอบของฝ่ายเภสัชกรรมและคณะกรรมการดำเนินงานเท่านั้น เนื่องจากการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยแต่ละรายใช้เวลาและทรัพยากรบุคคลมาก การใช้คอมพิวเตอร์ช่วยรวบรวมและประเมินข้อมูลร่วมกับการประเมินโดยเภสัชกรเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถทำให้การทบทวนการใช้ยาประสบความสำเร็จได้

B1Y-B2Y : การค้นหา การจัดการ และการป้องกันโรคที่เกิดจากยา

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

ภญ.รศ.ดร.จุฑามณี สุทธิสีสังข์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ภญ.ผศ.ดร.สมฤทัย วัชรวิวัฒน์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภก.ผศ.ดร.สุรภิจ นาทีสุวรรณ

มหาวิทยาลัยมหิดล

ภญ.จันทิมา โยธาพิทักษ์

รพ.สุราษฎร์ธานี

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

ในปัจจุบันการรายงานโรคที่เกิดจากยามักจะรายงานในรายที่มีอาการทางผิวหนัง ส่วนอาการอื่นๆ ยังพบรายงานค่อนข้างน้อย บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ เมื่อพบว่าผู้ป่วยเกิดโรคหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ไม่ใช่ผื่นแพ้ยา ก็มักจะให้การรักษาผู้ป่วยโดยไม่มีกรรายงาน ซึ่งส่วนหนึ่งอาจจะเกิดจากการขาดองค์ความรู้ว่าโรคดังกล่าวสามารถเกิดจากยาที่ผู้ป่วยได้รับ หรือไม่ทราบว่าควรจะต้องรายงาน หรือแม้กระทั่งอาจจะไม่ทราบว่าการรายงานจะเกิดประโยชน์อย่างไร ทำให้ขาดโอกาสในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางการป้องกันโรคดังกล่าว เช่น โรคที่เกิดจากปฏิกิริยาระหว่างยา หรือเกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยที่เป็นข้อห้าม การใช้ยาในขนาดที่ไม่เหมาะสม หรือขาดการติดตามการใช้ยาตามที่ควรจะเป็น

ดังนั้นการสร้างเครื่องมือในการชี้ร่องรอยหรือตัวส่งสัญญาณ (trigger tool) ว่าผู้ป่วยรายใดน่าจะเกิดโรคหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา ก็จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการค้นหาโรค หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ขาดการรายงาน

ในหัวข้อนี้ วิทยากรจะได้นำเสนอว่า โรคที่เกิดจากยามีอะไรบ้าง สาเหตุของการเกิด แนวทางการป้องกัน โดยจะเน้นโรคทางระบบประสาท รวมถึงโรคที่เกิดจากยาจิตเวช โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และภาวะผิดปกติทางไตที่เกิดเนื่องจากยา เป็นการเรียนรู้จากกรณีศึกษา เพื่อให้ทุกท่านสามารถเข้าใจได้ง่าย นอกจากนี้วิทยากรจะนำเสนอตัวอย่างตัวส่งสัญญาณ แนวทางการนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้ประโยชน์จากรายงานที่ได้รับ

ถ้าท่านเป็นผู้หนึ่งที่เคยสงสัยว่าอาการผิดปกติของผู้ป่วยเกิดจากยาหรือไม่ หรือถ้าท่านเคยสงสัยว่า ทำไมท่านไม่เคยได้รับรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ไม่ใช่ผื่นแพ้ยาเลยนะ หรือเคยพยายามคิดหาวิธีในการค้นหาผู้ป่วยที่เกิดโรคจากการใช้ยา เราขอแนะนำให้ท่านเข้า

มาฟังหัวข้อนี้ และเชื่อมั่นว่าหลังจากฟังการบรรยายจบ ทุกคนจะสามารถกลับไปสืบค้นหา
ร่องรอยของผู้ป่วยที่เกิดโรคจากยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

B3Y : หลุมพรางเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา
12 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Phoenix 1-3

ผศ. ดร. ภก. มังกร ประพันธ์วัฒนะ มหาวิทยาลัยนเรศวร

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

B4Y ความคลาดเคลื่อนด้านการบริหารยา

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

เววดี ศิรินคร

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

น.ท.หญิงภัทศร (พรประภา) โลงนระวงศกร

รพ.ภูมิพลอดุลยเดช

ภญ.วิชชุณี พิตรากุล

รพ.สมุทรสาคร

เป็นที่ทราบกันดีว่า เป้าหมายของระบบยา ได้แก่ ประเด็นความถูกต้อง ปลอดภัย และเหมาะสม การบริหารยาที่ใดๆ ก็คิดว่าเป็นเรื่องของพยาบาลแท้จริงแล้วก็ไม่ใช่ ทีมงานไม่ว่าจะเป็นแพทย์ เภสัชกรต้องเข้ามาช่วยมองว่ากระบวนการใดที่ยังเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนอยู่ และจะช่วยลดความเสี่ยงอย่างไร มีหลายท่านเคยกล่าวไว้ว่า “พยาบาลคือด่านสุดท้ายของการสกัดความผิดพลาดไม่ให้ถึงตัวผู้ป่วย” เนื่องจากขั้นตอนนี้จะไม่มีผู้ตรวจสอบซ้ำแล้ว ปัญหาที่มักพบเวลาเยี่ยมสำรวจจะเป็นเรื่องของความคลาดเคลื่อนการบริหารยา ประเด็นที่มักพบกันประจำ ได้แก่ การไม่รายงานอุบัติการณ์ ทั้งนี้เพราะที่ไม่รายงานส่วนหนึ่งเป็นเพราะไม่ทราบว่า อะไรบ้างที่จัดเป็นความคลาดเคลื่อนทางการบริหารยา เช่น เรื่องของ Omission error บางครั้งเราไม่ได้รวมถึงการที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยา การให้ขนาดยาผิด เราไม่ได้คิดถึงเรื่องของการเจือจางผิดความเข้มข้น หรือคำนวณขนาดยาที่จะหยดให้ทางเส้นเลือดผิด เป็นต้น ผิดเทคนิค ซึ่งจริงๆ แล้วรวมถึง การผสมยาที่เข้ากันไม่ได้กับยาด้วยกันหรือยากับสารละลาย การบดยาที่บดไม่ได้ หรือละลายยาในรูปแบบที่ไม่ได้เตรียมมาให้ละลาย การให้ยาที่ไม่มีความคงตัว ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยา (adverse drug event) ได้ รวมถึงสิ่งที่เรามักจะไม่ได้คิดถึงได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นกับยาแต่ละตัวโดยเฉพาะยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง หรือในผู้ป่วยกลุ่มสำคัญๆ

นอกจากนั้นจากการเยี่ยมสำรวจ ยังไม่ค่อยพบการวางระบบการเตรียมยาที่ปลอดภัย ผู้เตรียมไม่มีความรู้/ทักษะในการเตรียมและการบริหารยา การไม่เชื่อมโยงการประเมินผู้ป่วยไปสู่การบริหารยาที่เฉพาะราย รวมถึงการทบทวน/ติดตามกระบวนการที่ชัดเจน สิ่งที่ทำหายอีกประการหนึ่งคือ การประสานเชื่อมโยง nursing care process กับ การบริหารยา ให้รอบด้าน การพัฒนาบทบาทพยาบาลในแต่ละระดับ ทั้งระดับปฏิบัติ ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย และระดับผู้นิเทศ

C1Y : ประสบการณ์การทำ Medication Reconciliation

13 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Phoenix 1-3

ภญ.วุฒิรัตน์ ธรรมวุฒิ

รพ.ศิริราช

จันทกานต์ พงษ์พิพัฒน์

รพ.ศิริราช

ภญ.จริยาพร เจริญรูป

รพ.สุราษฎร์ธานี

ภญ.รศ.ธิดา นิงสานนท์

(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

Medication reconciliation คือ กระบวนการในการรวบรวมประสานรายการทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ อยู่ก่อนที่จะเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพ มีการบันทึกรายการยาดังกล่าวเพื่อส่งต่อไปให้ผู้ให้การดูแลรักษาคนต่อไป ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อหรือเคลื่อนย้ายไปยังหน่วยงานอื่นหรือระดับการดูแลที่หลากหลายทั้งภายในและภายนอกองค์กร

Medication reconciliation จึงเป็นเรื่องของสหสาขาวิชาชีพที่จะร่วมมือกันในการำรงความต่อเนื่องของกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยมีเป้าหมาย ร่วมกันคือ การกำจัดความคลาดเคลื่อนทางยาลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยด้วยตระหนักในโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นในระหว่างรอยต่อของการให้บริการ

นอกเหนือไปกว่านั้น ยังหมายความรวมไปถึงภาระหน้าที่ที่จะเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรับผิดชอบต่อการรับรู้ ทำความเข้าใจ โดยมีข้อมูลการได้รับยาของผู้ป่วย ทั้งในระหว่างที่ดูแลตนเอง อยู่ที่บ้าน และเมื่อมารับบริการจากสถานบริการสุขภาพ

ในหัวข้อนี้ วิทยากรจะได้นำเสนอให้ทุกท่านทราบประสบการณ์ในการนำกระบวนการ medication reconciliation มาใช้ในหอผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาล และการนำมาใช้ในคลินิกผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังต่างๆเช่น คลินิกโรคหัวใจ คลินิกโรคไตเรื้อรัง คลินิกความทรงจำ (memory clinic) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลให้เกิดความต่อเนื่อง ในการใช้ยา เนื่องจากมีโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นในระหว่างรอยต่อของการให้บริการ

Session นี้จะเป็นแรงบันดาลใจหรือก่อเกิดกำลังใจแก่ท่านในการนำกระบวนการ medication reconciliation ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลของท่านต่อไป

ภญ.วิชชุณี พิตรากุล

รพ.สมุทรสาคร

ภญ.สุสดี บัวทอง

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

หลายคนคงสงสัยถึงความแตกต่างระหว่างการเยี่ยมสำรวจระบบยาตามมาตรฐานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation - HA) กับ สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (The Association of Hospital Pharmacy - HP) บางโรงพยาบาลสมาคมฯ ต้องไป บางโรงพยาบาลไม่ต้องไป แต่จากการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลทุกระดับเราก็ได้พบความจริงที่น่าสนใจหลายเรื่อง เช่น โรงพยาบาลที่สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลไม่ได้เข้าเยี่ยม พี่ๆ น้อง เราก็ไม่สนใจมาตรฐานเภสัชกรรมโรงพยาบาล หรือความสับสนในประเด็นมาตรฐานของสมาคมฯ มาตรฐานของสถาบันฯ หรือ ความไม่เข้าใจมาตรฐาน เป็นต้น ซึ่งความแตกต่างที่ไม่แตกต่างกันนี้ ผู้เยี่ยมสำรวจท่านหนึ่งได้กล่าวไว้ชัดเจนว่า มาตรฐานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพนั้นเป็นมาตรฐานเชิงระบบ สำหรับมาตรฐานของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลเป็นมาตรฐานเชิงวิชาชีพเภสัชกรรม ซึ่งจะพูดถึงบทบาทของเภสัชกรในระบบยา รวมถึงรายละเอียดในเชิงวิชาการด้านเภสัชกรรม

ความกลมกลืน เชื่อมต่อของสองมาตรฐาน มีอยู่หลายประเด็น เช่น การวางแผนการจัดการ HA โดยคณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพเท่าที่ทราบกันดีก็จะเป็น บทบาทของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ที่ต้องกำหนดทิศทางส่งเสริมระบบยาให้มีประสิทธิภาพ ในด้านกระบวนการลดความเสี่ยงในการใช้ยาต่างๆ ของมาตรฐาน HA ในส่วนของ HP จะไปเสริมในประเด็น การจัดซื้อยาที่ต้องพิจารณาถึงยาชื่อพ้อง มอกล้าย ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ รวมถึงความเสี่ยงในการใช้ยาอื่นๆ เช่น ยาที่เข้ากันไม่ได้กับยาหรือสารละลาย ความคงตัวของยาภายหลังผสม การเจือจางยาที่ถูกต้อง ยาที่อาจเกิดปฏิกิริยาต่ออาหารที่พยาบาลต้องบริหารให้ถูกต้อง การออกแบบระบบในการเฝ้าระวังยาที่ต้องระมัดระวังสูง (high alert drug) ข้อมูลต่างๆ เหล่านี้เภสัชกรต้องทำหน้าที่ค้นหาข้อมูลและสื่อสารให้ ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนการใช้ยา เป็นต้น

ที่กล่าวมาเป็นเพียงตัวอย่างส่วนหนึ่งที่ว่ามาตรฐานทั้งสองฉบับที่สามารถนำมาประสานเชื่อมต่อกันได้ ตั้งแต่การนำของเภสัชกรรมซึ่งควรสอดคล้องและเชื่อมโยงไปที่เป้าประสงค์หรือจุดเน้นการพัฒนาของทีมนำ ทีมนำทางคลินิก การบริหารจัดการอัตรากำลัง ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่พบมากพอสมควร และยังมี มาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือ เทคโนโลยีสารสนเทศหรืออื่นๆ อีก สุดท้ายจะเห็นได้ว่าแท้จริงแล้ว ระบบยาไม่ว่าจะเป็น HA หรือ HP มันคือเนื้อเดียวกัน ขอเพียงให้ทีมงานวางระบบและปฏิบัติด้วยความเข้าใจ ก็จะส่งให้ระบบการจัดการด้านยานั้นปลอดภัย เหมาะสม มียาคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ซึ่งเป็นเป้าหมายโดยรวมของระบบยา

ดังนั้นถ้าท่านหรือโรงพยาบาลของท่านยังสับสน ยังไม่เข้าใจชัดเจนในเรื่องการเชื่อมต่อกันสอง มาตรฐาน หรือ ท่านมีประสบการณ์ตรง ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติจริงในการเชื่อมต่อดังกล่าว ขอเรียนเชิญ

มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อนี้ได้เลยนะคะ เพื่อจะได้นำสู่การปฏิบัติแบบบูรณาการ ไม่สร้างความ
สับสนกับผู้ปฏิบัติต่อไปค่ะ

C3Y : Seamless Supply Chain in Hospital
ห่วงโซ่อุปทานไร้รอยต่อในธุรกิจโรงพยาบาล

ณรงค์ฤทธิ์ กาละพุด

บริษัท เนชั่นแนล เฮลท์แคร์ ซิสเต็มส์ จำกัด

การจัดการห่วงโซ่อุปทาน (supply chain management, SCM) หมายถึงกระบวนการตั้งแต่การวางแผน การจัดองค์กร และการควบคุมการไหลของสินค้าและบริการ ตั้งแต่บริษัทผู้ขาย ถึงลูกค้า หรือผู้บริโภคอันดับสุดท้าย จะเห็นได้ว่าในห่วงโซ่อุปทานของโรงพยาบาลมีรอยต่อที่ต้องเชื่อมเข้าด้วยกันหลายจุด ตั้งแต่จัดซื้อ คลังยา คลังเวชภัณฑ์ ห้องยา บัญชี การเงิน บริษัทผู้ขาย เป็นต้น การประสานรอยต่อระหว่างกันเพื่อให้เกิดความร่วมมือทั้งระบบถือเป็นความท้าทายในการบริหารซัพพลายเชน เพื่อให้เกิดความสามารถทำกำไรของทั้งระบบ การเน้นการสร้างผลประโยชน์ในแต่ละชั้นตอนอย่างเดียวย่อมทำให้ผลประโยชน์โดยรวมของห่วงโซ่อุปทานลดลง อีกระดับของความท้าทายคือ การบริหารซัพพลายเชนในระบบเครือข่ายโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงการเชื่อมต่อกันในแต่ละโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการประสานพลังและการบริการที่เป็นเลิศ (synergy with service excellence) จากภาวะเศรษฐกิจและสภาพการแข่งขันที่สูงมากขึ้นในธุรกิจโรงพยาบาลปัจจุบัน โรงพยาบาลต่าง ๆ จึงควรหันกลับมาให้ความสำคัญกับกระบวนการบริหารจัดการซัพพลายเชนกันอย่างจริงจัง

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

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

การนำระบบโลจิสติกส์มาใช้ในโรงพยาบาลถือเป็นนวัตกรรมใหม่ ที่นำมาประยุกต์ใช้มีดังต่อไปนี้

- การวิเคราะห์ในรูปแบบ **time and motion study** เป็นการศึกษาการเคลื่อนที่ของสินค้าจากจุดหนึ่งมาอีกจุดหนึ่งเพื่อพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังนำมาประยุกต์ใช้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการของผู้ป่วย ณ จุดให้บริการต่างๆ เพื่อลดเวลาขั้นตอนในการรับบริการ

- การนำเทคโนโลยี *PDA* มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดส่งยา เวชภัณฑ์ specimen และอื่นๆ ภายในโรงพยาบาล อย่างเป็นระบบ ให้สอดคล้องกับความต้องการ
- **Cold chain management** เพื่อประกันคุณภาพของสินค้าให้ได้มาตรฐานตลอดเส้นทางการขนส่ง

Phoenix 4-6

Patient Safety

รับฟังแนวคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
จากมุมมองขององค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
จากประสบการณ์ตรงของโรงพยาบาล
และจากประสบการณ์การเข้าร่วมพัฒนาวิธีการใหม่ ๆ

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

A2Z : คุณค่าของมาตรฐาน ช่วยจัดการล่วงหน้า ถ้ารู้ว่าเสี่ยงสูง

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

ศ.พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

รศ.พญ.พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผศ.นพ.อนุวัฒน์ สุทัศน์วิบูลย์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

น้องนุช ภูมิสนธิ์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ในมาตรฐาน HA บทที่ 8 เรื่อง กระบวนการคุณภาพทั่วไป กำหนดเจตจำนงของมาตรฐานไว้ว่า “ให้โรงพยาบาลนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง มาสู่การปฏิบัติในทุก ระดับและทุกหน่วยงาน” ประเด็นสำคัญของมาตรฐานบทนี้มีหลายเรื่อง แต่ที่นำมาสู่การถ่ายทอด ประสบการณ์ในวันนี้อยู่ที่ประเด็น **“ประสิทธิภาพในการตรวจจับและแก้ไขปัญหา รวมทั้งการป้องกันและ การจัดการกับความเสี่ยง”** ซึ่งหากทำได้ดี ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ ทำให้โรงพยาบาลสามารถตรวจจับและ แก้ไขปัญหาได้รวดเร็ว ควบคุมความสูญเสียได้ โอกาสเกิดซ้ำอยู่ในระดับต่ำ **อย่างไรก็ตามยังพบว่าจุดอ่อน ของโรงพยาบาลที่พบบ่อย คือ ยังไม่ได้นำแนวคิดเรื่องการบริหารความเสี่ยงนี้แทรกเข้าไปในการปฏิบัติงาน ประจำวัน เช่น ความตื่นตัวต่อความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน การทำหน้าที่เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเมื่อ พบเหตุการณ์ ขาดการเชื่อมโยงโปรแกรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ที่สำคัญยังพบว่า การ บริหารความเสี่ยงทางการแพทย์ยังได้รับความร่วมมือไม่เต็มที่จากกลุ่มแพทย์ (จากประเด็นสำคัญใน มาตรฐาน HA สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 30 มีนาคม 2546)**

การจ้ออภิปรายในหัวข้อนี้ เป็นตัวอย่างหนึ่งที่อยากนำมาถ่ายทอดให้เห็นแนวคิดและวิธีการที่ โรงพยาบาลต่างๆ สามารถนำไปดำเนินการเพื่อเติมเต็มสิ่งที่ยังขาดอยู่ในประเด็นดังกล่าวข้างต้น โดยการเล่าเรื่องผ่านกรณีตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่งที่มีความเจ็บป่วยแบบยุ่งยากซับซ้อน เป็นโจทย์ที่ยากของทีม ผู้ดูแลรักษาว่า จะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุดอดภัย และบรรลุเป้าหมายของการดูแล รักษา ขณะเดียวกันบุคลากรและองค์กรได้รับการดูแลไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อการฟ้องร้องหรือนำไปสู่การเสื่อมเสีย ชื่อเสียง

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้ผู้เข้าฟังเห็นประโยชน์ของการใช้มาตรฐาน HA การเน้นผู้ป่วย เป็นศูนย์กลางและการดูแลผู้ป่วยเป็นทีม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิด seamless ระหว่างสาขาวิชาชีพที่ ทำงานร่วมกัน จุดเริ่มต้นที่สำคัญคือทำอย่างไรให้ผู้ดูแลรักษาถูกคิดได้ว่ากรณีนี้อาจเกิดประเด็นที่เป็น ปัญหาในกระบวนการดูแลรักษา การนำเสนอนี้ต้องการให้ผู้เข้าฟังจับเป็นประเด็นได้ว่า เราสามารถ ตรวจจับปัญหาหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้อย่างไร เมื่อรู้แล้วมีวิธีการคิดและจัดการอย่างไร การจัด ประชุมร่วมกันของทีมสหสาขาเพื่อวางแผนการรักษา มีเป้าหมายอะไร มีประโยชน์อย่างไร และทำอย่างไร

ซึ่งส่วนนี้เกิดขึ้นได้เนื่องจากผู้ดูแลรักษาใช้มาตรฐานและความเป็นวิชาชีพเป็นตัวผลักดัน บวกกับความตระหนักเรื่องความเสี่ยงของการบาดเจ็บหรือสูญเสียที่จะตามมา

แต่ในอีกมุมมองหนึ่ง โรงพยาบาลอาจตั้งต้นด้วยการใช้มาตรฐาน HA บทที่ 15-20 เป็นตัวเดินเรื่องหรือตามรอย เพื่อทวนสอบกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละรายหรือแต่ละโรคได้ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง โดยเจตจำนงของมาตรฐานแต่ละบทมีดังนี้

มาตรฐาน HA	เจตจำนงของมาตรฐาน
บทที่ 15 การทำงานเป็นทีม	ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมผู้ให้บริการ ซึ่งมีการประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดช่องว่างระหว่างกระบวนการต่างๆ ให้เหลือน้อยที่สุด
บทที่ 16 การเตรียมผู้ป่วย	ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อม เพื่อได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมทันที่ที่มีโอกาสให้และรับข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วน
บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา	ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการต่างๆ อย่างครบถ้วน และมีการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย
บทที่ 18 กระบวนการดูแลผู้ป่วย	ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุด ภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลเหมาะสม
บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย	ผู้ป่วยแต่ละคนมีบันทึกเวชระเบียนที่ครบถ้วน เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเพื่อการประเมินคุณภาพการดูแลรักษา
บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการวางแผนและเตรียมความพร้อม เพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

หรืออาจจะตามรอยตามมาตรฐาน HA ใหม่ 2008 ตอนที่ III หมวดกระบวนการดูแลผู้ป่วยก็ได้ โดยสรุปบทเรียนที่ได้จากการอภิปรายในหัวข้อนี้ คือ เราอาจจะเริ่มจากจุดใดก็ได้ แล้วใช้วิธีที่เหลือน้อยสุดเพื่อเติมเต็ม บทเรียนครั้งนี้อาจทำให้ผู้เข้าฟังแตกความคิดและต่อยอดจนได้แนวทางว่าจะกลับไปดำเนินการอย่างไร เพื่อให้โรงพยาบาลนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและลูกค้าเป็นศูนย์กลางมาสู่การปฏิบัติในทุกระดับและทุกหน่วยงานได้มากขึ้น



A3Z Seamless Nutritional Support

(สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย)

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

ศ.พญ.จุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์

คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี

รศ.พญ.ประณิธิ หงสประภาส

คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น

ผศ.นพ.วีระเดช พิศประเสริฐ

คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น

นพ.วินัย อึ้งพิณิจพงษ์

รพ.สุรินทร์

Seamless Nutritional Support in Ramathibodi Hospital

ศ.พญ. จุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์ และคณะ

ผู้ป่วยที่นอนอยู่ในโรงพยาบาลนานพบว่า มีโอกาสเกิดภาวะทุโภชนาการมากขึ้นและอัตราการตาย และการเกิดโรคแทรกซ้อนก็พบมากเป็นสัดส่วนกับภาวะขาดอาหาร ขณะเดียวกันก็พบว่าผู้ป่วยบางรายไม่สามารถรับประทานอาหารผ่านระบบทางเดินอาหารได้เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค การให้อาหารทางหลอดเลือดดำจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารครบถ้วนและเพียงพอ การประเมินภาวะโภชนาการอย่างเป็นระบบ การมีสูตรอาหาร TPN ที่เป็นมาตรฐาน การมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ให้อาหารทางหลอดเลือดดำเพื่อลดการติดเชื้อ จึงเป็นสิ่งจำเป็น และสำหรับผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารผ่านทางหลอดเลือดดำ เป็นเวลายาวนาน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดูแลแบบมีส่วนร่วม ดังนั้น การวางระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมระหว่างโรงพยาบาลและญาติ จึงเป็นสิ่งที่มุ่งหวังให้เกิดขึ้นเช่นกัน ดังนั้นหน่วยโภชนาการ โภชนาวิทยาและชีวเคมีทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้ทำการพัฒนาโดยดำเนินการอย่างต่อเนื่องในหลายมิติและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดย

- 1) ประสานงานกับฝ่ายสารสนเทศเพื่อวางระบบการประเมินภาวะโภชนาการ
- 2) ประสานงานกับฝ่ายเภสัชกรรมและบริษัทเอกชนเพื่อวิเคราะห์และเตรียมผลิตภัณฑ์ที่มีคุณสมบัติ พร้อมที่จะใช้สำหรับเติมสารอาหารได้อย่างครบถ้วน เพื่อจัดทำสูตรอาหารมาตรฐาน standard TPN ที่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุกคน
- 3) ประสานงานกับแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยและหน่วยควบคุมการติดเชื้อ ในการจัดเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่ให้ TPN เพื่อจัดทำคู่มือ การดูแลสายสวนที่ให้ TPN

4) ประสานงานกับ หน่วยเภสัชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี พัฒนาระบบละลายแร่ธาตุส่วนน้อยที่ใช้ผสมในสารละลายอาหารทางหลอดเลือดดำ

5) พัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารปั่นผสมทางการแพทย์ (blenderized diet) เป็นผงสำเร็จ ผสมน้ำแล้วสามารถใช้ได้เลย เก็บได้นาน สะดวกและมีคุณค่าอาหารครบถ้วน

6) งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยติดตามให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอในกรณีที่ผู้ป่วยต้องให้ TPN ที่บ้านจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถทำเองได้อย่างมั่นใจ

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

บทเรียนที่สำคัญ มีการทำงานเป็นสหสาขาาร่วมกันดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยโภชนาการกับ ฝ่ายเภสัชกรรม หน่วยโรคติดเชื้อ พยาบาลและพยาบาลเยี่ยมบ้าน ได้ผลการดูแลผู้ป่วยที่สามารถเป็นแบบแผนได้และพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานและคุณภาพดี

A4Z WHO Patient Harm Assessment & Thai Trigger Progress Report

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

น.อ.อนันต์ชัย เดชอมรธัญ

รพ.ภูมิพลอดุลยเดช

ศ.พิเศษ พญ.วิภาดา เขาวกุล

รพ.อุบลรักษ์ ธนบุรี

นพ.สุรวุฒิ ลิฬหะกร

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และเวชวิทยาพยาบาล

นพ.สรรพรวัช อัครเรืองชัย

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้พัฒนาเครื่องมือคุณภาพที่เรียกว่า Thai Trigger Tools ขึ้นมาเพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลใช้ในการคัดกรองเวชระเบียนมาเรียนรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่าง

โดยปรับมาจากเครื่องมือของ IHI มีการนำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง 12 แห่ง และมีการศึกษาวิจัยถึงการใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาอุปสรรค และบทเรียนต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จำนวนและอัตราการพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากตัวส่งสัญญาณ (trigger) ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการเลือกตัวส่งสัญญาณมาใช้ให้เกิดความคุ้มค่าที่สุด

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

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

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

ศ.นพ.สมหวัง ต้านชัยวิจิตร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ผศ.นพ.กำจร มาลาธรรม คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี
ผศ.นพ.อนุชา อภิสารธนรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

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

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

B2Z เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน

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

นพ.อุดม ลีลาทวีวุฒิ ผู้ดำเนินการอภิปราย

บูรณาการการบริหารความเสี่ยง / แผนกลยุทธ์ เชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพ

วราภรณ์ ภัทรมงคลเขตต์

รพ.แม่จัน

โปรแกรมข้อมูลความเสี่ยง : Empower SPTH Data

นพ.มนูศิลป์ คงคา

รพ.สันป่าตอง

Patient Safety: Ventilator

พนา จินต์ปัญญากุล

รพ.นราธิวาสราชชนครินทร์

Close System Sterile ลดปัจจัยการเกิด VAP

ขวัญเรือน รัชชาธรรม

รพ.ระยอง

CAUTI: From Evidence base to practice

นางศิริรัตน์ บุญจันทร์

รพ.สุราษฎร์ธานี

B3Z ความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน
(สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย)

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

ศ.นพ.สันต์ หัตถิวัตน์

คณะแพทยศาสตร์ รพ.วชิรพยาบาล

นพ.สมชาย กาญจนสุต

รพ.ราชวิถี

พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ

กรมการแพทย์

การพัฒนาแนวทางระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินให้มีคุณภาพที่พึงประสงค์เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะผู้ป่วยฉุกเฉินต้องการการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกวิธีในระยะเวลาที่รวดเร็ว เพื่อแก้ไขหรือลดชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะตามมา แต่สถานการณ์ในปัจจุบันการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในประเทศไทยยังได้รับความสนใจจากผู้บริหารในระดับต่างๆ ค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับต่างประเทศ หน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินยังไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควรโดยเฉพาะในแง่สัดส่วนของงบประมาณ บุคลากร การกระจาย และการจัดสรรทรัพยากร ในสถานพยาบาลแต่ละระดับ

จากการสัมมนาร่วมกับโรงพยาบาลของภาครัฐ เมื่อวันที่ 3 – 5 กันยายน 2550 ณ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าประเด็นของสถานการณ์และปัญหาของระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินมีหลายด้าน ได้แก่

1) ด้านโครงสร้างและสถานที่ของแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลยังไม่มีมาตรฐาน รวมทั้งความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือไม่มี / มีแต่ใช้ไม่เป็น

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

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

4) ด้านการให้บริการ ผู้ใช้บริการค่อนข้างมาก และพบว่า job description ในห้องฉุกเฉิน ไม่ชัดเจนค่อนข้างหลากหลาย ทำให้มีผลต่อคุณภาพของการรักษา

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ร่วมกับ โรงพยาบาลภาครัฐ ระดับต่างๆ ได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Hospital Based Emergency Care Systems) ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล รวมถึงแนวทางในการรับรองคุณภาพห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล และได้นำไปทดลองใช้ในจังหวัดต่างๆ ในช่วงปี พ.ศ 2551 ซึ่งจะขอนำเสนอรายละเอียดในการประชุม ต่อไป

B4Z Towards Lean ICU

(สมาคมเวชบำบัดวิกฤติแห่งประเทศไทย)

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

พ.อ.นพ.อดิศร วงษา

รศ.พญ.คุณวรรณมา สมบูรณ์วิบูลย์

รศ.นพ.ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล

รพ.พระมงกุฎเกล้า

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

C1Z เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (กลิ่น ยุง ยา Gap)
13 มีนาคม 2552 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Phoenix 4-6
พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ ผู้ดำเนินการอภิปราย

การส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภัทรพร วงศ์กระพันธุ์ รพ.สงขลา

โรคช็อคกุนยา

นพ.เดชา แซ่หลี รพ.กะพ้อ

ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

รัตนภรณ์ ตั้งยิ่งยง รพ.สรรพสิทธิประสงค์

การพัฒนาระบบเพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่ง

ภก.ยุทธพงศ์ สุวรรณพงศ์ รพ.กบินทร์บุรี

เมื่อโรงเรียนแพทย์ ค้นหา Gap ใน SIMPLE

ผศ.พญ.ยุวรีย์ พิษิตโชติ รพ.จุฬาลงกรณ์

C2Z : ทางรอดปลอดภัยจากห้องผ่าตัด

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

รศ.นพ.สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.พญ.ศิริพร ปิติมานะอารี

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

พญ.ประภา รัตนไชย

รพ.หาดใหญ่

ทางรอดปลอดภัยจากห้องผ่าตัดบทเรียนจากงานวิจัย

รศ.นพ.สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์ (จุฬาฯ)

ห้องผ่าตัดเป็นสถานที่ที่มีโอกาสเกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ได้บ่อย ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย เห็นความสำคัญของการศึกษาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) จึงได้ริเริ่มโครงการศึกษาสหสถาบัน เรื่อง “ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในประเทศไทย (THAI Study)” ทำให้ทราบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนและปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญหลายอย่าง ได้แก่ อัตราหัวใจหยุดเต้นภายใน 24 ชั่วโมง 31:10000 ราย อัตราการเสียชีวิต 28:10000 ราย สาเหตุของการเสียชีวิต 3 อันดับแรก ได้แก่ เสียเลือดมาก การบาดเจ็บศีรษะ และการติดเชื้อ ในขณะที่ปัญหาภาวะหัวใจหยุดเต้นหลังจากการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง 2.7:10000 ราย ซึ่งเทียบเท่ากับอุบัติการณ์ในต่างประเทศ แต่อัตราการเสียชีวิตในประเทศไทยสูงกว่า ข้อเสนอแนะได้แก่ การปรับปรุงการเฝ้าระวังผู้ป่วยเพื่อให้สามารถวินิจฉัยภาวะผิดปกติได้โดยเร็ว การปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติตลอดจนการเพิ่มขีดความสามารถการฟื้นคืนชีพ นอกจากนี้อัตราการเกิดภาวะ malignant hyperthermia 1:150000 ราย ทำให้ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และองค์กรเภสัชกรรมร่วมมือในการจัดหายา dantrolene เข้ามาในราชอาณาจักร ฯลฯ ข้อมูลจากงานวิจัย THAI Study มีส่วนในการที่ พรพ. และคณะทำงานรวบรวม Global Patient Safety Challenges และ Patient Safety Solutions ที่ประกาศโดยองค์การอนามัยรวมถึง Patient Safety Goals ที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศ และที่ พรพ. ได้เสนอไว้เดิม มาจัดทำเป็นหมวดหมู่ภายใต้ชื่อที่จดจำง่ายๆ ว่า SIMPLE โดย Safe anesthesia (S2) อยู่ในหัวข้อของ Safe surgery และยังมีหัวข้ออื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล

ในปี พ.ศ. 2550 ราชวิทยาลัยฯ ได้ขยายการศึกษาวิจัยสหสถาบันในวงกว้างในโรงพยาบาล 51 โรงพยาบาลประกอบด้วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทั้งหมด โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลตำรวจ ร่วมกันส่งรายงานอุบัติการณ์ Incident reports ภายใต้ภาวะสมัครใจ (Voluntary) และนิรนาม (Anonymity) ได้รายงานอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนในโครงการศึกษาแบบจำลองการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในประเทศไทย (Model of Anesthesia Incidents

Monitoring) หรือในชื่อโครงการ Thai AIMS ผลการศึกษาในแบบจำลองแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์สามารถลดลงได้จากความครอบคลุมระยะระวัง(60%) ความมีประสบการณ์(59%) ซึ่งส่งเสริมได้โดยการฝึกอบรมและการศึกษาต่อเนื่อง การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด(21%) นอกจากนี้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การจัดทำแนวทางพัฒนาเวชปฏิบัติ (Clinical guidance) การเพิ่มประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษา (Improvement of supervision) เป็นแนวทางที่แนะนำสำหรับความเพิ่มความปลอดภัยในห้องผ่าตัด

ทางรอดปลอดภัยจากห้องผ่าตัด

รศ. พญ. ศิริพร ปิติมานะอารี

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

“ถ้าผ่าตัดจะปลอดภัยมั๊ยคะ” เป็นคำถามที่ฟังค่อนข้างคุ้นหูซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะ แพทย์ผ่าตัด วิสัญญี หรือ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมักจะถูกถามจาก ตัวผู้ป่วยเอง ญาติ หรือเพื่อนผู้ป่วย ฟัง แล้วเหมือนเป็นคำถามง่ายๆ แต่โดยส่วนตัวแล้วตอบไม่ง่ายเลย จริงๆ แล้วคำถามนี้ไม่น่าจำกัดที่ผู้ป่วยหรือ ญาติเท่านั้น ในปัจจุบันนี้และในอีกมุมมองหนึ่ง บุคลากรทางการแพทย์ อาจต้องถามตัวเองด้วยว่า **“นอกจากผู้ป่วยจะปลอดภัยมั๊ย แล้วเราจะปลอดภัยหรือเปล่า”** จริงๆ แล้วความปลอดภัยของผู้ป่วย ควรจะถูกตระหนักเป็นสิ่งแรก เพราะ เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจผ่าตัดเท่ากับว่า ผู้ป่วยเอง ญาติ หรือ เพื่อนผู้ป่วย มอบความไว้วางใจให้กับทีมผู้ดูแลรักษาซึ่งนับเป็นเกียรติแก่ทีม แต่ไม่มีใครเข้าใจได้ถึงซึ่งหกรกว่า เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดกับผู้ป่วยไม่ว่าจะจากเหตุใดก็แล้วแต่ ผู้ประสบเหตุหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะมีความรู้สึกอย่างไรหรือมีผลกระทบอย่างไร

แน่นอน คำว่า “ปลอดภัย” นั้น ในแต่ละคนก็จะตีความไม่เหมือนกัน หรือ มีมุมมองแตกต่างกัน มีระดับการยอมรับที่ไม่เหมือนกัน บางคนยอมรับได้ถ้าไม่มีเหตุการณ์หรืออันตรายรุนแรง เช่น การสูญเสีย ชีวิต เสียอวัยวะ หรือ พหุผลภาพ แต่บางคนก็ไม่สามารถรับได้แม้แต่เหตุการณ์หรืออันตรายที่ไม่รุนแรงแต่ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น หรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เช่น การติดเชื้อบริเวณผ่าตัด การ ผ่าตัดซ้ำ เป็นต้น เรื่องเหล่านี้มักนำไปสู่ความไม่พึงพอใจหรือความไม่ไว้วางใจกันและอาจรุนแรงถึงขั้น ฟ้องร้อง หรือการเสียชื่อเสียงของบุคคล หน่วยงาน หรือ วงการสาธารณสุข ซึ่งเรามักจะได้ยินได้ฟังบ่อยขึ้น ในปัจจุบัน แล้วเราจะทำอย่างไรดี แม้ว่าเรื่องนี้มีการคิดมานานแล้วแต่อาจจะมีการเน้นย้ำหรือมีการใส่ใจ อย่างเป็นทางการในบ้านเราในไม่กี่ปีที่ผ่านมา เราได้จากการกำหนดหรือตั้งเป้าหมายความปลอดภัยของ ผู้ป่วย (Patient safety goals) การจัดตั้งหน่วยงานที่มีบทบาทเกี่ยวข้องที่ชัดเจน (Risk management team) การสร้างจิตสำนึกของการทำงานแบบปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ (Safety first) การสร้าง วัฒนธรรมองค์กรที่คิดทางบวกหรือช่วยกันแก้ไขข้อผิดพลาด (Blame-free environment) ฯลฯ

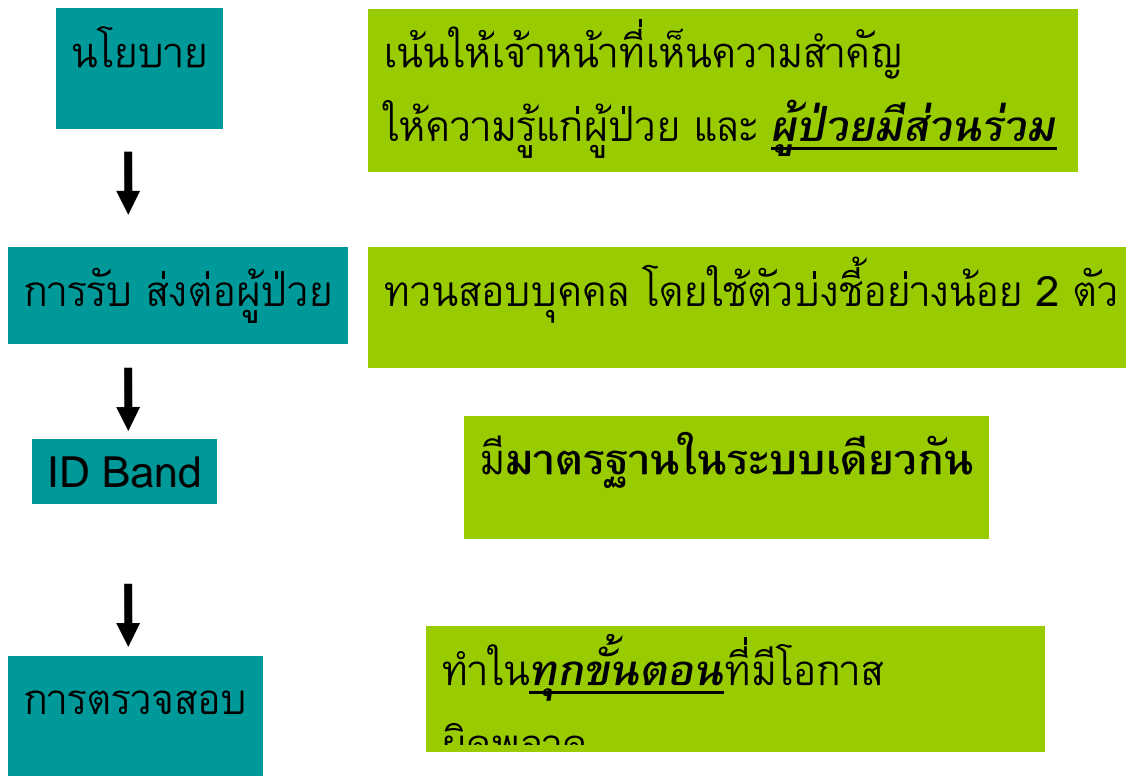
กลยุทธ์หรือแนวทางในการสร้างความปลอดภัย หรือการบริหารความเสี่ยงนั้น มีทั้ง “แผนรุกและแผนรับ” แต่ละหน่วยงานหรือโรงพยาบาลจำเป็นต้องกำหนดแผนกลยุทธ์ดังกล่าว ซึ่งอาจจะมีรายละเอียดแตกต่างกันบ้างตามบริบทหรือจุดเน้นของแต่ละหน่วยงาน แต่โดยหลักการพื้นฐานแล้วมักจะคล้ายคลึงกันในแผนรูกนั้นคงเริ่มตั้งแต่

- การสร้างความตระหนักหรือปลูกจิตสำนึกในเรื่องความปลอดภัย จนกลายเป็นสิ่งที่เราเรียกว่า “ วัฒนธรรม ”
- การวางมาตรการหรือแนวทางในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และประชาสัมพันธ์ให้กับประชาคมหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบและปฏิบัติ
- การอบรมหรือนิเทศงานให้กับสมาชิกใหม่เพื่อให้ขบวนการทำงานเป็นไปตามเป้าหมาย และลดโอกาสของความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น
- การกำหนดแผนในการพัฒนาบุคลากรตลอดจนการตรวจสอบความรู้ความสามารถให้เหมาะสมกับงานที่ได้รับมอบหมายเป็นระยะๆ
- การสำรวจความคาดหวังหรือความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการเป็นระยะๆ
- การจัดการความรู้จากหลักฐานต่างๆหรือจากประสบการณ์ที่มีอยู่ของเราเอง หรือ ของผู้อื่นที่เราสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ตามความเหมาะสม

สำหรับแผนรับนั้นส่วนใหญ่มักจะหมายถึง ระบบการรายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event or Incidence report system) ซึ่งส่วนใหญ่การรายงานมักเป็นไปตามสมัครใจ (Volunteer) จึงทำให้อุบัติการณ์ที่ได้รับต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคในการได้รายงานไม่ครบถ้วน ได้แก่ การกลัวความผิด การเพิกเฉยหรือละเลย ความรู้สึกว่าเป็นภาระ สิ่งต่างๆเหล่านี้ยิ่งทำให้อุบัติการณ์ที่ได้รับมักต่ำกว่าความเป็นจริง หรือบางกรณีผู้ประสบเหตุไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าเหตุการณ์ใดจำเป็นต้องรายงานเหตุการณ์ใดไม่ต้องรายงาน จำเป็นที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงต้องกำหนดนิยามของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่จำเป็นต้องรายงานให้ชัดเจนและทำความเข้าใจแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความสับสน นอกจากนี้การได้รับข้อมูลหรือรายงานจะไม่มีคุณค่าใดๆเลย ถ้าเราไม่นำข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์และหาแนวทางในการป้องกันการเกิดซ้ำ(Root cause analysis; RCA) โดยเฉพาะอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงหรือก่อให้เกิดความเสียหายมาก หน่วยงานหรือคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงควรกำหนดแผนกลยุทธ์เพื่อให้การรายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งนอกจากจะทำให้มองเห็นภาพหรือจุดอ่อนของระบบแล้ว ยังนำมาซึ่งการกำหนดแนวทางป้องกันหรือหามาตรฐานที่ป้องกันการเกิดซ้ำและการแก้ไขก่อนเกิดเหตุการณ์

ในการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด หรือในส่วนของวิสัญญีนั้น ถือได้ว่ามีมาตรฐานในการดูแลสูง มีระบบเพื่อป้องกันการผิดพลาดที่ค่อนข้างชัดเจนคล้ายคลึงกับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก หรือเทียบเคียงได้กับการทำงานของนักบิน มีระบบการตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องมือและขั้นตอนต่างๆก่อนการ

ปฏิบัติการและติดตามผลการปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตามจากรายงานอุบัติการณ์ก็ทำให้เรามองเห็นจุดอ่อนหรือรอยรั่วที่อาจจะช่วยเพิ่มความปลอดภัยของการปฏิบัติงานได้ทั้งในเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติ เช่น การระบุตัวผู้ป่วย

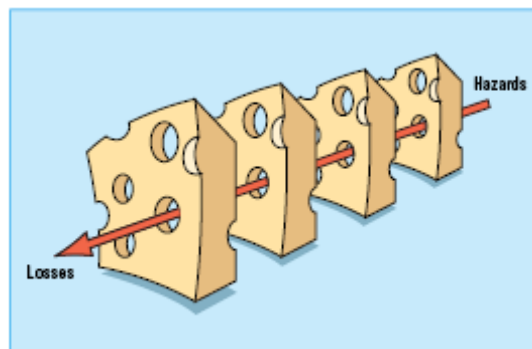


การสร้างมาตรฐานความปลอดภัยทั้งแผนรุกและแผนรับดังกล่าวข้างต้น สิ่งที่สำคัญที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องพึงคำนึงนั้น น่าจะเป็นวิธีการลดความรุนแรง การป้องกันการเกิดซ้ำ ซึ่งควรพิจารณา ในเชิงระบบมากกว่าการกล่าวโทษหรือหาข้อผิดพลาดในรายบุคคล ควรมีการเปลี่ยนแนวความคิดจาก Blame & Shame หรือ Crime & Punishment เป็น ใคร อะไร เมื่อไร และ ทำอย่างไรในเชิงระบบที่จะช่วยป้องกันอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ นั้นๆ ได้ เช่น การผลักดันให้การใช้การตรวจติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการวัดความอิมมิตซ์ของออกซิเจนในเลือดแดง เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด การตั้งค่าความปลอดภัย (Alarm setting) เพื่อเป็นการเตือนก่อนอันตรายจะเกิดขึ้น การกำหนดระยะเวลาการทำงานในแต่ละคาบ การมีระบบพีเอชหรือที่ปรึกษาที่มีประสบการณ์การแก้ไขปัญหาวิกฤตเฉพาะหน้า การเพิ่มพูนทักษะหรือการฟื้นทักษะในเหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างฉับพลันและต้องการการแก้ไขอย่างทันท่วงที เช่น การฝึกฝนการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) การสร้างสถานการณ์จำลองเหตุการณ์วิกฤต (Crisis simulation) เพื่อฝึกฝนทักษะและความสามารถต่อการเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ เช่น การใส่ท่อหายใจไม่ได้โดยไม่ได้คาดคิด การเสียเลือดปริมาณมากในระยะเวลานั้น ภาวะออกซิเจนเลือดต่ำอย่างฉับพลัน เป็นต้น

เราอาจจะแบ่งเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) ได้เป็น 2 ลักษณะ คือ เหตุสุดวิสัย (Unpreventable event) หมายถึงเหตุการณ์ที่แม้มีการทบทวนแล้วในทุกขั้นตอนก็ไม่สามารถป้องกันได้ และ เหตุที่ป้องกันได้ (Preventable event หรือ Error) หมายถึงเหตุการณ์ที่เมื่อเราทบทวนแล้วยังมีโอกาสของการปิดรอยรั่วหรือช่องโหว่นั้นได้ อย่างไรก็ตามตามความผิดพลาดที่เกิดขึ้นก็ไม่สามารถป้องกันได้ทั้งหมดแม้ในมือของผู้ที่คาดว่าจะมีความสามารถเป็นเยี่ยมและระแวดระวังเป็นยอด ดังที่มีคนกล่าวไว้ว่า

“Err is Human” ที่กล่าวถึงนี้ไม่ได้มีความหมายว่า ให้เรายอมรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นโดยไม่หาแนวทางแก้ไข ตรงกันข้ามต้องหาแนวทางหรือตัวช่วยที่จะช่วยลดสิ่งที่เราเรียกว่า Human error มากกว่า และไม่ควรกล่าวโทษบุคคลเพื่อปิดความรับผิดชอบขององค์กรหรือหน่วยงาน

โดยสรุป เมื่อพูดถึง “**ทางรอดปลอดภัยจากห้องผ่าตัด**” เราคงต้องมาพิจารณาหรือทบทวนว่า เส้นทางเดินนี้มีหลุมพราง ขวากหนาม ที่ไหน เมื่อไร เกิดกับใครได้บ้าง ใครมีส่วนเกี่ยวข้อง และที่สำคัญที่สุดเราได้เตรียมการหรือวางแผนในการป้องกัน และแก้ไขไว้ทุกจุดหรือปิดรอยโหว่ได้อย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์หรือไม่ เช่นเดียวกับที่มีการกล่าวถึง “Swiss Cheese Model” ในการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์



ในทางการแพทย์นั้น รอยโหว่หรือรูรั่วของแผ่นเนยแข็งแต่ละแผ่นนั้นไม่คงที่ เปลี่ยนตำแหน่งได้ในผู้ป่วยแต่ละราย หรือ ในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งเป็นเป็นสิ่งที่ทำลายและเป็นเรื่องพวกเราต้องช่วยกันก้าวข้ามไปอย่างสง่างามโดยมีเหตุผลและให้คำตอบที่เหมาะสมและชัดเจนต่อสังคม

ทางรอดจากห้องผ่าตัด

พญ. ประภา รัตนไชย (รพ.หาดใหญ่)

ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ไปรักษาในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข เป็นเรื่องที่ประชาชนยังไม่ใส่ใจเต็มร้อย ด้วยเพราะข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์ ที่ถูกบ้าง ไม่ถูกบ้าง แต่ได้สร้างความปริวิตก ประกอบกับภาระงานที่เพิ่มขึ้นมาก ตามโรงพยาบาลของรัฐจากนโยบายสุขภาพถ้วนหน้า และการพัฒนาระบบรับรองคุณภาพ(Hospital Accreditation) ซึ่งแม้จะเป็นสิ่งที่ดีและน่าจะนำไปสู่การทำงานที่มีคุณภาพมากขึ้น ได้เพิ่มงานและความเครียด คงต้องพยายาม ให้เกิดสมดุลระหว่างงานกับคุณภาพชีวิตของผู้ปฏิบัติงานให้ได้ต่อไป

จะนำเสนอปัญหาที่เกิดขึ้นในงานวิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้บริการแก่ประชาชน จากข้อมูลการเยี่ยมชมสำรวจของคณะอนุกรรมการที่ดูแลเกี่ยวกับการผลิตวิสัยทัศน์พยาบาล ที่ไปตามโรงพยาบาลต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข กว่า 60 จังหวัดทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี 2539 จนปัจจุบัน สรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

1. **บุคลากร** พบว่าโรงพยาบาลต่างจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขขนาดใหญ่ประมาณ 20% ยังไม่มีวิสัญญีแพทย์ สำหรับวิสัญญีพยาบาล มีการผลิตค่อนข้างมาก แต่เหลือผู้ที่ยังทำงานในระบบค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลขนาดเล็ก การไม่มีตำแหน่งวิศวกรหรือช่างอุปกรณ์ทางการแพทย์ประจำโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ทำให้งานบางอย่างไม่ได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็วเหมาะสม
2. **เครื่องมือ** ทั้งเครื่องมือยาสลบและเครื่องมือแพทย์ในการเฝ้าระวังขณะให้ยาระงับความรู้สึกพบว่าบางแห่งเก่ามากและชำรุดจนเกิดผลเสียต่อผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุขได้สังเกตเห็นปัญหานี้และได้ทำการแก้ไขโดยจัดหาเครื่องมือใหม่ๆ โดยใช้เงินกู้ระหว่างประเทศ และแจกจ่ายให้โรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศตั้งแต่ปี 2545 แต่ยังมีปัญหาในระยะต่อมาด้านการดูแลบำรุงรักษาจุดอ่อนด้านระบบก๊าซทางแพทย์ เป็นอีกประเด็นที่พื้งนำมามองมากขึ้น
3. **ระบบการทำงาน** ความเครียดจากการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่ครบถ้วน เป็นประเด็นที่น่าทบทวนความเหมาะสม ความคุ้มค่าของการตรวจต่างๆ ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยได้เผยแพร่แนวทางหลายกรณีให้ถือใช้ ซึ่งช่วยสร้างความตระหนักให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยได้อย่างมาก นอกจากนี้ การกำหนดกระบวนการปฏิบัติงานวิสัญญี เป็นเรื่องที่ดี แต่มีการตรวจสอบให้เป็นไปตามความคาดหมายหรือไม่

ระบบงานของกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม มีการเปลี่ยนแปลงไปตามความผันผวนทางการเมือง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องปรับบทบาทตาม จนทำให้เกิดความสูญเสียทางด้านการผลิตบุคลากรเช่นวิสัญญีพยาบาล เป็นต้น

การเกิดคดีฟ้องร้องทางวิสัญญีรุนแรงมากขึ้นถึงขั้นคดีอาญา สร้างความตื่นตระหนกและทำให้เกิดการถอยหนี โดยไม่ทำผ่าตัดและส่งต่อผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลที่ใหญ่กว่า เหตุการณ์เหล่านี้เป็นบทเรียนให้เราต้องเตรียมตัวได้แล้ว ที่จะช่วยกันสร้างระบบป้องกันความเสี่ยงในทุกขั้นตอนรวมถึงความสมบูรณ์ของเอกสารด้วย ซึ่งปัจจุบันได้ถูกจัดให้เป็นกลยุทธ์ภาคบังคับที่ใช้ในการจัดสรรเม็ดเงินให้แก่หน่วยงานต่างๆ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ คงต้องใช้เวลาพอสมควรในการปรับเปลี่ยนระบบ ถือได้ว่าเป็นช่วงเปลี่ยนแปลงต้องมีความเจ็บปวด ความยากลำบากพอสมควร แต่ควรพยายามให้ช่วงเครียดดังกล่าวอยู่สั้นที่สุด และกลายเป็นความสุขให้นานขึ้น

ด้วยกระบวนการป้องกันต่างๆ มากมาย ผู้ทำงานในโรงพยาบาล หลายคนรู้สึกเหนื่อย ลำ หรือท้อ ในบางช่วงเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเกิดเรื่องฟ้องร้องขึ้นกับตน ถึงเวลาแล้วหรือยังที่จะให้ความตระหนักเรื่อง

ความปลอดภัยเข้าไปอยู่ในหัวใจของผู้ปฏิบัติงานทุกคน โดยวิธีคิดที่ว่า “ถ้าเราเป็นผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล
อยากได้รับบริการเช่นใด จงให้ผู้ป่วยได้รับเช่นนั้นบ้าง”

C3Z Lean & Seamless in Trauma Care

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

นพ.อนันต์ มโนชัยพิบูลย์

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และเวชวิทยาบาล

นพ.อนุชา เศรษฐเสถียร

รพ.อุดรธานี

ศ.นพ.นเรนทร์ โชติรสนิรมิต

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Jupiter 14-16

Walk & Talk

รับฟังแนวคิดและเรื่องราวดี ๆ ที่มีคุณค่าจากพื้นที่ในวันแรก

Walk Rally DM ในวันที่สอง

	Jupiter 14 (H)	Jupiter 15 (J)	Jupiter 16 (K)
11 มีนาคม 2552			
10.30-12.00 น.	A2H เขียนรายงาน Re-accredit แบบใหม่ด้วย SPA	A2J เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (เบาหวาน ลีน)	A2K เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (หายใจ ตกเลือด เลือดยา)
13.00-14.30 น.	A3H/A4H เต็มหัวใจให้สังคม ตอน "ซ่าแหละหัวใจมนุษย์"	A3J เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (นวัตกรรม)	A3K เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ดัก เข็ม เลื่อน)
15.00-16.30 น.		A4J Lean ที่เป็นเลิศ ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (1)	A4K Lean ที่เป็นเลิศ ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (2)
12 มีนาคม 2552			
08.30-12.00 น.	Walk rally DM ^{ที่} ฐานที่ 1 : เบาหวานไม่ห่างเป้าหมาย (รอบที่ 1)	Walk rally DM ^{ที่} ฐานที่ 2 : เบาหวาน 3 ต. (รอบที่ 1)	Walk rally DM ^{ที่} ฐานที่ 3 : กินอยู่อย่างเบาหวาน (รอบที่ 1)
13.00-16.30 น.	Walk rally DM ^{ที่} ฐานที่ 1 : เบาหวานไม่ห่างเป้าหมาย (รอบที่ 2)	Walk rally DM ^{ที่} ฐานที่ 2 : เบาหวาน 3 ต. (รอบที่ 2)	Walk rally DM ^{ที่} ฐานที่ 3 : กินอยู่อย่างเบาหวาน (รอบที่ 2)

A2H เขียนรายงาน Re-accredit แบบใหม่ด้วย SPA
11 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Jupiter 14

นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การจัดทำรายงานเพื่อการเยี่ยมรับรอง เป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของทั้งโรงพยาบาลและพรพ. โรงพยาบาลหลายแห่งบ่นว่า การทำงานคุณภาพ เวลาที่ใช้ในการจัดทำรายงานมากเกินไป และไม่รู้จะเขียนอะไรจึงจะตรงกับสิ่งที่พรพ.ต้องการ นอกจากนี้ หลายโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองแล้ว ยังไม่ชัดเจนว่าการพัฒนาเพื่อสู่การต่ออายุการรับรอง (reaccreditation) มีความต่างจากการพัฒนาในขั้นการรับรองอย่างไร

เพื่อให้เกิดความชัดเจนและความกระชับในกระบวนการ reaccreditation ขณะนี้พรพ.ได้ยกร่างหลักการ แนวทางปฏิบัติ และเอกสารประกอบการจัดทำรายงานเพื่อการต่ออายุการรับรอง โดยใช้เครื่องมือที่สำคัญ คือ SPA (Standard-Practice-Assessment) และself-assessment scoring ซึ่งคาดว่ากระบวนการที่มีการปรับปรุงนี้ จะช่วยให้โรงพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจ และพรพ. เตรียมตัวและจัดเตรียมเอกสารได้ตรงประเด็น และไม่เสียเวลามากเกินไป นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังสามารถใช้เครื่องมือเหล่านี้ในการสื่อสารเพื่อการพัฒนาคุณภาพในองค์กร และใช้เป็นเครื่องมือในการวางแผนและประเมินตนเองถึงความก้าวหน้าของการพัฒนาตามแผน

ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับฟังแนวทางการปรับปรุงกระบวนการ reaccreditation ของพรพ.ที่กำลังจะเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้โรงพยาบาลที่จะรับการต่ออายุการรับรอง มีการเตรียมตัวที่เหมาะสม และถ้าโรงพยาบาลมีความสนใจและความพร้อม ก็อาจจะสมัครเข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลนำร่องในการทดลองปรับปรุงกระบวนการ reaccreditation กับพรพ.ต่อไป

A3H-A4H **เติมหัวใจให้สังคม ตอน "ซ่าแหละหัวใจมนุษย์"**

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

- เวลา 13.00-13.30 น. ลงทะเบียนเครือข่าย “เติมหัวใจให้สังคม”
- เวลา 13.30-13.35 น. นำเข้าสู่เวทีเพื่อหาคำตอบของ “หัวใจมนุษย์”
- เวลา 13.35-14.00 น. ร่วมแลกเปลี่ยน เรียนรู้เรื่องราวดีดีจากประสบการณ์ของนักเดินทาง อาทิ
นพ. รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์ แพทย์รักษาโรคหัวใจที่อาสาเป็นผู้รักษา
ธรรมชาติ และบ่มเพาะหัวใจเด็กและเยาวชนให้ตระหนักถึงคุณค่าของธรรมชาติ
คุณเจริญ-คุณอรวรรณ โอทอง ผู้สร้างฝันให้เป็นจริงด้วยการปั่นจักรยานรอบ
โลก ระหว่างทางได้พบเรื่องราวดีดีของผู้คนต่างเชื้อชาติและวัฒนธรรม
คุณอนันต์ ศรีเรือง ชาวนาผู้มีหัวใจยิ่งใหญ่ และสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นกับเด็ก
และเยาวชน
- ดำเนินรายการโดย
คุณนิรมล เมธิ์สุวรรณ
- เวลา 14.00-14.05 น. รับฟังดนตรีและเสียงเพลง
- เวลา 14.05-16.20 น. ร่วมแลกเปลี่ยน เรียนรู้เรื่องราวดีดีจากประสบการณ์ของนักเดินทาง (ต่อ)
- เวลา 16.20-16.30 รับฟังบทเพลง “เมืองไทยหัวใจมนุษย์”
สรุปปิด โดย
นพ. มงคล ณ สงขลา ประธานในเวที

A2J เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (เบาหวาน ลีน)
11 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Jupiter 15
พชรพัชร์ ภัทรสุรดา (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

การพัฒนางานคัดกรองโรค HT DM แบบบูรณาการโดยชุมชนมีส่วนร่วม

นายตา พแดนนอก รพ.เวียงเชียงรุ้ง

การลดขั้นตอนการทำงานเรื่องสุขภาพเบ็ดเสร็จ

จิรวรรณ พรหมเพชร รพ.ตากใบ

Lean กับการลดระยะเวลารอดคอยในผู้ป่วยเบาหวาน

ศิริณี ศิริอ่อน รพ.เส้าไห้

โครงการลดระยะเวลารอดผ่าตัด appendicitis

ภาวินีย์ เผ่าภูไทย รพ.มุกดาหาร

การใส่ Off Loading ลดระยะเวลาในการทำแผลที่เท้าผู้ป่วยเบาหวาน

แก้วตา คงสุชา รพ.บ้านใหม่ไชยพจน์

A3J เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (นวัตกรรม)
11 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Jupiter 15
นพ.สมจิตต์ ชี้เจริญ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ช่วยชีวิตวิกฤตฉุกเฉิน Back Office ขอร่วมด้วย

ศรัณยู มุสิกพงษ์ รพ.สมเด็จพระบรมราชินีนาถ อ.นาทวี

นวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ยางยืดชีวิต พิชิตโรค

อรุณี พันธุ์ไธมาส รพ.อุดรธานี

การพัฒนาเครื่องส่องไฟขนาดเล็กสำหรับรักษาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

นพ.นพพล ชาติสกุล รพ.วชิระภูเก็ต

ระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคต้านยา

จิตติกา ภูมิสุข รพ.ระนอง

A4J Lean ที่เป็นเลิศ ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (1)

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

ศิริพร ลิขนะกุล, นันทนา เลิศสุขประเสริฐ, นิตยา ไกรวงศ์, บุญเยี่ยม จุติวิโรจน์, สมพล แป้นทอง, อรอนงค์
แสงทอง, นพ.ธวัช ชาญชฎานนท์

A2K เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (หายใจ ตกเลือด เลือด ยา)

11 มีนาคม 2552 เวลา 10.30-12.00 น. Jupiter 16

นพ.สมคิด เลิศลินอุดม (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

แก้จันหายใจเองไม่ได้

ดร.รัชฎา ฟองธนกิจ รพ.ศรีวิชัย 3

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย On Tracheostomy Tube กลับบ้าน

เสมียน ด้วงนคร รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17

การพัฒนาระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

นัยนันท์ ยิ่งยอด รพ.หนองบัวชอ

การดัดแปลงตู้เย็นเก็บเลือด

วิวัฒน์ โภคาธิกรณ์ รพ.หาดใหญ่

ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาด้วยกระบวนการ Medication Reconciliation

ภญ.ฉันทนา กำจัดศัตรูพ่าย รพ.โนนคูณ

A3K เลือกสรรคุณค่ามาแบ่งปัน (ดัก เซ็น เลื่อน)
11 มีนาคม 2552 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Jupiter 16
พ.ต.หญิง ธมนพัทธ์ สิมากร (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

เครื่องดักจับโลหะในผ้าเปื้อน

กุลวรรณ พุฒิดำรง รพ.พระโขนง

ใจถึงใจ ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ปิยะธิดา บวรสุธาสิน รพ.สุราษฎร์ธานี

รถเข็นหัวใจปลอดภัยเมื่อใส่ ICD

นิจวรรณ ชำคำไพ รพ.พระนั่งเกล้า

ล้อเลื่อนเคลื่อนไปตามแผล

สุธีรา พิษณานุกุล รพ.ราชบุรียินดี

เข็นดี ไม่เสี่ยง

ดาวประกาย เพ็ชรนรินทร์ รพ.ละงู

A4K Lean ที่เป็นเลิศ ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (2)

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

พรทิวา มีสุวรรณ, วันดี ชุณหวิภิสิต, นุชจิเรศ แซ่ตั้ง, จงดี มิ่งเมือง, เกศนีย์ วงศ์บำรุงเทวี, ลักษมี สารบรรณ
, นพ.กิตติพงษ์ เรียบร้อย *

Walk rally DM

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

ดร.วัลลา ตันตโยทัยและทีมเครือข่าย KM DM

ผู้เข้าประชุมจะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best practice ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจากผู้ปฏิบัติตัวจริง ในฐานการเรียนรู้ 3 ฐาน หมุนเวียนครบทุกฐาน ครอบคลุมเรื่องของการคัดกรอง การดูแลรักษา การตรวจโรคแทรกซ้อน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เปิดกิจกรรม 2 รอบ เข้า-บ่าย ใช้เวลารอบละประมาณ 150 นาที รับผู้เข้าประชุมรอบละ 150 คน

รอบเช้า เริ่มเวลา 09.00 น.

รอบบ่าย เริ่มเวลา 13.00 น.

ฐานที่ 1 : เบาหวานไม่ห่างเป้าหมาย

การคัดกรอง : เรียนรู้จากทีมเบาหวานพุทธชินราชและเครือข่ายในพื้นที่ ว่าการทำงานมีกระบวนการ ขั้นตอนอย่างไร มีใครเกี่ยวข้องบ้าง จึงจะคัดกรองได้ตามเป้าหมาย และแยกได้ว่าใครเสี่ยงใครป่วย

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่**กระบวนการดูแลรักษา** ต้องมีตัวชี้วัดมาตรฐาน ทำความรู้จักกับตัวชี้วัดของเครือข่าย TCEN เรียนรู้วิธีการทำงานของเครือข่ายและทีมเบาหวานโรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล ว่ามีเทคนิคและวิธีการอย่างไรในการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่มีอยู่มากมายให้ครบถ้วน สม่่าเสมอแต่ไม่เป็นภาระหนัก ใช้ตัวชี้วัดขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพได้อย่างไร ทำความรู้จักกับโปรแกรมสำหรับลงข้อมูลตัวชี้วัด DMDMS ที่จะช่วยทำให้แต่ละทีมรู้ตำแหน่งของตนเอง และรู้ว่า “เพื่อน” ทีมไหนใครเด่นเรื่องอะไร

ฐานที่ 2 : เบาหวาน 3 ต.

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

ฐานที่ 3 : กินอยู่อย่างเบาหวาน

เมื่อเป็นเบาหวานแล้ว ทุกคนรู้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องอาหารและการออกกำลังกายมีความสำคัญและจำเป็น รู้แต่การจะทำให้ได้ยั่งยืนนั้นยาก มารู้จักกับทีมเบาหวานอำเภอครบุรี กลุ่ม

เบาหวานบ้านใกล้ และภาคีเครือข่าย เรียนรู้วิธี “นับคาร์บ” แบบชาวบ้าน วิธีการที่ใช้ได้ผลในการลด ละ เลิกอาหารต้องห้าม เลือกกินอย่างไรให้ได้ “อาหาร” และ “น้ำตาล” พอดีวิธีการออกกำลังกาย ชาวบ้าน คิดเองก็ได้ แบบง่ายๆ ไม่ต้องยาก แต่ใช้การได้ดี

